Guía terapéutica Sacyl

Problemas de salud prevalentes en medicina familiar

Junta de Castilla y León

Sacyl

Guía terapéutica Sacyl

Problemas de salud prevalentes en medicina familiar

EDITA: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. 2009.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN: Ernesto Mitre. Dirección General de Administración e Infraestructuras.

IMPRIME: Gráficas Germinal, S.C.L.

DEPÓSITO LEGAL: VA-312/2009

© Copyright 2009. Todos los derechos reservados.
Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por Cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público.

ÍNDICE

ADVERTENCIA XV

PRESENTACIÓN XVII

ESTRUCTURA Y MANEJO DE LA GUÍA XIX

METODOLOGÍA DE TRABAJO XXI

RELACIÓN DE AUTORES Y OTROS PARTICIPANTES XXVII

ABREVIATURAS XXXIII

BIBLIOGRAFÍA GENERAL XXXIX

PROBLEMAS DE SALUD 1

1. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos 3
- Anemia: Generalidades 5
- Anemia ferropénica 5
- Anemia megaloblástica 7

2. Enfermedades del aparato digestivo 9
- Absceso anal 11
- Ascitis 12
- Colelitiasis sintomática 13
- Cólico biliar simple 15
- Colon irritable. Síndrome del intestino irritable (SII) 16
- Diarrea aguda en el adulto 19
- Diarrea del viajero en el adulto 21
- Disfagia motora 22
- Dispepsia (gases, meteorismo, digestiones pesadas) 23
- Diverticulosis colónica 25
- Dolor anal (proctalgia fugaz) 26
- Encefalopatía hepática (EH) 27
- Enfermedad inflamatoria intestinal 28
- Erradicación de Helicobacter pilory 30

- Esofagitis por Cándida 32
- Estreñimiento en el adulto 32
- Fístula anal 37
- Fisura anal 38
- Hemorroides 39
- Hemorroides. Trombosis hemorroidal 41
- Hepatitis crónica 42
- Hipo 45
- Incontinencia fecal 46
- Náuseas y vómitos 48
- Pirosis. Esofagitis por reflujo 50
- Prevención de gastropatía por AAS a dosis bajas 52
- Prevención de gastropatía por AINE 53
- Prevención sangrado por varices esofágicas 54
- Úlcera gástrica y úlcera duodenal 56

3. Enfermedades del ojo y sus anejos 59
- Blefaritis 61
- Chalazión 62
- Conjuntivitis alérgica 63
- Conjuntivitis bacteriana 64
- Conjuntivitis vírica 66
- Cuerpo extraño corneal 67
- Dacriocistitis aguda 69
- Entropión. Ectropión 70
- Epiescleritis 71
- Erosión conjuntival 71
- Glaucoma: Generalidades 72
- Glaucoma agudo (ángulo cerrado) 73
- Glaucoma crónico (ángulo abierto) 74
- Hemorragia subconjuntival 76
- Moscas volantes. Miodesopsias 77
- Ojo seco idiopático. Xerosis ocular idiopática 78
- Orzuelo 79
- Queratitis actínica 80
- Queratitis herpética 81
- Queratoconjuntivitis química 82
- Triquiasis 83
- Uveítis anterior 83

4. Enfermedades de ORL y boca 85
- Acúfenos de causa no tratable 87
- Afta bucal 88
- Candidiasis oral 89
- Disfonía 91
- Disfunción de la articulación temporomandibular 92
- Dolor dental y peridontal 93
- Epistaxis 95
- Faringitis crónica 97
- Faringoamigdalitis aguda 97
- Gingivitis 100
- Glositis 101
- Halitosis 101

- Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades 103
- Laringitis aguda, laringitis crónica (en el adulto) 103
- Litiasis salival 104
- Miringitis bullosa 105
- Otitis externa aguda 106
- Otitis media aguda simple o supurada (en el adulto) 108
- Otitis media crónica simple 109
- Otitis media serosa 111
- Otomicosis 112
- Parotiditis 113
- Pérdida traumática de un diente 114
- Pólipos nasales 116
- Queilitis angular 117
- Resfriado común. Infección aguda del tracto respiratorio superior 118
- Rinitis: Generalidades 120
- Rinitis alérgica 122
- Rinitis farmacológica 124
- Rinitis vasomotora 125
- Sinusitis aguda 126
- Sinusitis crónica 128
- Sordera 129
- Tapón de cerumen (otocerumen) 130
- Vértigo periférico 131
- Xerostomía 132

5. Enfermedades del sistema cardiovascular 135
- Accidente cerebrovascular (prevención secundaria) 137
- Anticoagulación oral 139
- Bradicardia sintomática (urgencias) 141
- Cardiopatía isquémica estable. Angina estable 142
- Cardiopatía isquémica estable. Episodio de angina de pecho 145
- Cardiopatía isquémica estable. Postinfarto 147
- Cardiopatía isquémica estable. Síndrome coronario agudo 148
- Claudicación intermitente 151
- Cor pulmonale 152
- Edema agudo de pulmón 154
- Edemas 156
- Enfermedad tromboembólica. Profilaxis 158
- Enfermedad tromboembólica. Tratamiento 160
- Extrasistolia 162
- Fenómeno de Raynaud 163
- Fibrilación auricular 164
- Flúter auricular 172
- Hipertensión arterial 174
- Hipotensión ortostática 177
- Insuficiencia cardiaca crónica 178
- Insuficiencia venosa crónica 183
- Pericarditis idiopática aguda no complicada 185
- Profilaxis endocarditis 186
- Síncope vasovagal 189
- Taquicardia paroxística 190
- Taquicardia sinusal 192

6. Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos 193
- Patología osteoarticular: Generalidades 195
- Apofisitis calcánea 196
- Artritis acromioclavicular 197
- Artritis gotosa 198
- Artrosis 199
- Bursitis 200
- Calambres 202
- Capsulitis adhesiva 202
- Cervicalgia y cervicobraquialgia 203
- Cifosis 204
- Dedos en garra. Sesamoiditis. Hallux valgus. Hallux rigidus 205
- Dedo en resorte 206
- Dorsalgia 207
- Enfermedad de Dupuytren 208
- Enfermedad de Osgood-Schlatter 208
- Enfermedad de Paget 209
- Epicondilitis. Epitrocleítis 211
- Escoliosis 212
- Esguinces 213
- Fascitis plantar espolón calcáneo 215
- Fibromialgia reumática 216
- Fractura costal 218
- Lordosis 219
- Lumbalgia inespecífica. Lumbociatalgia 219
- Luxación de hombro 221
- Meralgia parestésica 222
- Metatarsalgia 223
- Necrosis avascular del semilunar o del escafoides. Necrosis de la cabeza del 2º metatarsiano 224
- Osteocondritis disecante de rodilla 225
- Osteomalacia 225
- Osteonecrosis aséptica de la cabeza del fémur 227
- Osteoporosis 228
- Osteoporosis. Fractura aguda o de instauración reciente 231
- Pie plano 233
- Poliartritis 233
- Polimialgia reumática 235
- Pronación dolorosa 236
- Quiste de Baker. Seudoquiste sinovial (ganglión) 236
- Rotura muscular 237
- Síndrome femoro-patelar 238
- Sinovitis transitoria de la cadera 239
- Tendinitis 240

7. Enfermedades del sistema nervioso 243
- Atrapamiento del nervio radial y cubital. Síndromes del túnel carpiano y tarsiano 245
- Cefalea crónica diaria 246
- Cefalea en racimos 246
- Cefalea hemicránea crónica paroxística 249
- Cefalea por abuso de medicación 250
- Cefalea tensional 253
- Convulsiones 255

- Discinesia aguda 257
- Discinesia tardía 258
- Distonía 259
- Epilepsia. Crisis generalizadas 260
- Epilepsia. Crisis parciales 262
- Migraña 264
- Migraña. Profilaxis 266
- Neuralgia del trigémino 267
- Neuroma de Morton 269
- Parálisis facial 270
- Parkinson: Enfermedad 272
- Parkinson: Síndrome 274
- Temblor esencial 276

8. Trastornos mentales y del comportamiento 279
- Antidepresivos: Generalidades 281
- Antipsicóticos: Generalidades 282
- Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades 283
- Agresividad, agitación psicomotriz 283
- Ansiedad generalizada 285
- Delirio paranoide 286
- Demencia 288
- Depresión mayor 290
- Distimia 292
- Esquizofrenia y brote esquizofrénico 293
- Estado confusional agudo-delirium 295
- Fobia social generalizada 297
- Fobia social no generalizada o de actuación (performance-type) 298
- Insomnio 299
- Manía aguda o episodio maníaco 301
- Trastorno adaptativo 303
- Trastorno bipolar 304
- Trastorno de la personalidad 306
- Trastorno de pánico. Crisis de angustia 308
- Trastorno hipocondríaco 309
- Trastorno obsesivo compulsivo 310

9. Enfermedades del aparato respiratorio 313
- Apnea obstructiva del sueño 315
- Asma y EPOC: Generalidades 316
- Asma bronquial (en el adulto) 318
- Asma, crisis asmática (en el adulto) 322
- Bronquitis aguda. Traqueitis aguda 324
- EPOC 326
- EPOC. Reagudización 329
- Gripe 331
- Neumonía adquirida en la comunidad 332
- Tos aguda 334
- Tos ferina 336

10. Enfermedades de la piel y faneras 339
- Acné 341
- Alopecia: Generalidades 344

- Alopecia androgénica 345
- Alopecia areata 347
- Candidiasis interdigital. Intertrigo candidiásico 349
- Carbunco 351
- Celulitis aguda 353
- Dermatitis atópica 354
- Dermatitis de contacto 357
- Dermatitis seborreica de la piel 359
- Dermatitis seborreica del cuero cabelludo 360
- Dishidrosis 361
- Ectima 362
- Efluvio telógeno 364
- Erisipela 364
- Erisipeloide 366
- Eritema nodoso 368
- Eritema solar 369
- Eritrasma 369
- Estrías en mamas y piel 371
- Foliculitis 371
- Forúnculo y ántrax 373
- Fotodermatosis o dermatosis fotoinducidas 375
- Herida con objeto de riesgo 376
- Herpes simple tipo 1 378
- Herpes zóster 379
- Hidrosadenitis supurativa 381
- Hiperhidrosis 382
- Hiperqueratosis 384
- Hirsutismo 384
- Impétigo 386
- Lesiones exudativas 388
- Linfangitis aguda 389
- Liquen escleroso vulvar 390
- Liquen plano 392
- Melasma-cloasma 393
- Molluscum contagiosum 394
- Mordeduras 395
- Onicomicosis 398
- Paroniquia aguda 401
- Pediculosis capitis, corporis y pubis 403
- Picaduras 406
- Pitiriasis rosada de Gibert 408
- Pitiriasis versicolor 409
- Psoriasis moderada-grave 412
- Psoriasis ungueal 413
- Quemaduras 414
- Rosácea 416
- Sarna o escabiosis 418
- Sicosis de la barba 420
- Tiña del pelo (tiña capitis y tiña de la barba) 421
- Tiña en piel lampiña (tiña pedis, manum, cruris, corporis) 423
- Úlceras por presión 426
- Úlceras vasculares 429
- Uña encarnada 431

- Urticaria: Generalidades 432
- Urticaria aguda 433
- Urticaria aguda. Anafilaxia. 435
- Urticaria crónica 439
- Varicela 441
- Verrugas cutáneas 442
- Vitíligo 444

11. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas 447
- Anorexia 449
- Deshidratación 451
- Desnutrición 453
- Diabetes mellitus: Generalidades 455
- Diabetes mellitus tipo 2 457
- Diabetes mellitus. Hipoglucemia 461
- Diabetes mellitus. Nefropatía diabética 463
- Diabetes mellitus. Neuropatía diabética 465
- Galactorrea. Hiperprolactinemia 466
- Hipercolesterolemia 468
- Hipertrigliceridemia 471
- Hiperuricemia asintomática 472
- Obesidad 474
- Patología tiroidea: Generalidades 478
- Tiroides. Bocio simple 479
- Tiroides. Hipertiroidismo 481
- Tiroides. Hipotiroidismo 482
- Tiroiditis subaguda de De Quervain 484

12. Enfermedades del aparato genito-urinario 487
- Atrofia vaginal 489
- Bacteriuria asintomática 490
- Balanitis y balanopostitis 492
- Bartholinitis aguda 493
- Condilomas acuminados 495
- Disfunción eréctil 496
- Dismenorrea primaria 498
- Ginecomastia 500
- Grietas en el pezón 501
- Hipertrofia benigna de próstata 502
- Incontinencia urinaria 504
- Infección del tracto urinario en el hombre 506
- Infección del tracto urinario sintomática en paciente sondado 507
- Infección urinaria en la mujer. Cistitis aguda 508
- Infección urinaria sintomática en el embarazo (cistitis aguda) 511
- Litiasis renal: Cólico nefrítico 512
- Litiasis renal: Profilaxis 513
- Mastalgia 515
- Mastitis 517
- Menorragia 518
- Orquiepididimitis aguda 521
- Parafimosis 523
- Pielonefritis aguda no complicada 523
- Prostatitis aguda 525

- Prostatitis crónica 526
- Prostatodinia..... 527
- Retención urinaria 528
- Síndrome premenstrual 529
- Trastornos de la menopausia 531
- Uretritis 533
- Vaginosis bacteriana..... 535
- Vulvovaginitis por Cándida 537
- Vulvovaginitis por Tricomonas 540

13. Embarazo y anticoncepción 543
- Anticoncepción 545
- Anticoncepción hormonal postcoital 548
- Inhibición de la lactancia..... 550
- Profilaxis del defecto del tubo neural 551

14. Enfermedades infecciosas y parasitarias 553
- Ascaridiasis..... 555
- Brucelosis 556
- Chancroide 557
- Enfermedad por arañazo de gato..... 559
- Fiebre botonosa mediterránea..... 560
- Giardiasis..... 561
- Granuloma inguinal 563
- Hepatitis vírica aguda 564
- Herpes genital 566
- Linfogranuloma venéreo 568
- Oxiuriasis 569
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual (en agresiones sexuales)..... 570
- Quimioprofilaxis de la enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae B..... 572
- Quimioprofilaxis de la enfermedad meningocócica 573
- Sífilis 575
- Toxoplasmosis en el embarazo 577
- Tuberculosis. Enfermedad tuberculosa 578
- Tuberculosis. Quimioprofilaxis primaria 582
- Tuberculosis. Infección tuberculosa latente (quimioprofilaxis secundaria)..... 584
- VIH y SIDA: Profilaxis de infección por Pneumocystis jiroveci (carinii) y toxoplasmosis..... 585

15. Intoxicaciones, adicciones y conductas de riesgo 587
- Alcohol. Intoxicación y dependencia: Generalidades 589
- Alcohol. Deshabituación 590
- Alcohol. Desintoxicación..... 591
- Alcohol. Intoxicación aguda 593
- Intoxicaciones: Generalidades 594
- Intoxicación aguda por agente desconocido y con alteración de la consciencia..... 596
- Intoxicación aguda por alcoholes..... 598
- Intoxicación aguda por cocaína..... 599
- Intoxicación aguda por ingestión de productos cáusticos peligrosos de uso doméstico 601
- Intoxicación aguda por LSD..... 602
- Intoxicación aguda por neurolépticos 603
- Intoxicación aguda sin alteración de la consciencia..... 605
- Intoxicación por inhalación de gases 606
- Intoxicación por productos de uso agrícola-industrial 607

- Ludopatía 609
- Opiáceos. Intoxicación aguda o sobredosis 610
- Opiáceos. Síndrome de abstinencia 611
- Sedentarismo 612
- Tabaquismo. Usuario fumador 614

16. Problemas generales 619
- Dolor crónico 621
- Fiebre 624
- Síndrome de fatiga crónica 625

ANEXOS 627
- Anexo 1: Cálculo del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa 629
- Anexo 2: Clasificación de insulinas 630
- Anexo 3: Contenido de calcio de los alimentos por raciones habituales 631
- Anexo 4: Corticoides tópicos y soluciones secantes 632
- Anexo 5: Cuestionario SHIM 636
- Anexo 6: Escala IPSS 638
- Anexo 7: Paludismo. Prevención y quimioprofilaxis 640
- Anexo 8: Profilaxis de la endocarditis infecciosa 644
- Anexo 9: Tablas de riesgo cardiovascular 646
- Anexo 10: Terapia de deshabituación tabáquica 650
- Anexo 11: Test Mini Nutritional Assessment 653
- Anexo 12: Uso de medicamentos en embarazo y lactancia 654
- Anexo 13: Uso de medicamentos en insuficiencia renal 676
- Anexo 14: Vacunación durante el embarazo y en la mujer 687
- Anexo 15: Vacunación en el adulto 691
- Anexo 16: Vacunación en el viajero 697
- Anexo 17: Vacunación en pacientes con VIH-SIDA 708

ADVERTENCIA

Se han realizado los máximos esfuerzos para verificar la exactitud de las recomendaciones y pautas terapéuticas establecidas en este documento. Aún así, pueden existir errores que hayan pasado inadvertidos, de los que Sacyl no se hace responsable. Asimismo hay que tener en cuenta la continua evolución de la terapéutica y la posible modificación con el tiempo de la posología de los distintos fármacos, sus efectos secundarios, contraindicaciones e interacciones, por lo que se recomienda tomar como referencia la monografía del principio activo y la ficha técnica de las especialidades correspondientes.

Con el fin de contribuir a la mejora continua de la información ofrecida, se ruega hacer llegar a la Dirección Técnica de Farmacia los errores observados, para su subsanación, así como todas aquellas sugerencias que se consideren oportunas y relevantes para su mejora.

Este documento debe citarse como:

Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud. Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar. Valladolid; 2009. Disponible en: http://intranet.sacyl.es/web/urm/guiaterapeuticamedicinafamiliar

PRESENTACIÓN

El proyecto de elaboración de la *Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar* surge de la necesidad de dotar a los profesionales sanitarios de Castilla y León de una herramienta que ayude a mejorar la calidad de la utilización de los medicamentos.

Los objetivos generales de la Guía son:

a) Ayudar en la toma de decisiones terapéuticas en el ámbito de la Atención Primaria.

b) Orientar la terapéutica de los problemas de salud más frecuentes en las consultas de Atención Primaria, para mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes.

c) Mejorar la adecuación y/o la eficiencia de la prescripción.

d) Disminuir la variabilidad en los tratamientos.

e) Facilitar la formación continuada de los profesionales sanitarios, principalmente de los médicos de Atención Primaria.

Para ello se ha incluido:

a) Para cada problema de salud, los tratamientos de elección y alternativos recomendados, seleccionados entre diferentes opciones terapéuticas disponibles, con la información básica necesaria para una adecuada prescripción.

b) Información complementaria para orientar la terapéutica sobre: cuándo y a quién tratar, objetivos terapéuticos, criterios para valorar la eficacia del tratamiento…

c) Información sobre medidas no farmacológicas.

d) Anexos de interés.

La Guía se dirige a los médicos de Atención Primaria de Castilla y León, para su aplicación en el paciente adulto atendido en la consulta. Aborda un total de 355 problemas de salud, seleccionados entre los atendidos con más frecuencia en las consultas de Atención Primaria, junto a las

situaciones específicas (comorbilidad asociada y otras circunstancias) que se han considerado de interés por condicionar la selección del tratamiento.

En su elaboración han participado 117 profesionales sanitarios de todas las Áreas Sanitarias de Castilla y León, con el fin de incorporar un contenido acorde a la realidad de nuestra Comunidad Autónoma y en consonancia con las recomendaciones emitidas por la Gerencia Regional de Salud.

La Guía pretende incorporar el concepto de prescripción razonada de medicamentos que promueve el Programa de Medicamentos Esenciales de la OMS. Así, para cada problema de salud, se ha realizado una primera fase de selección de tratamiento, basándose en el análisis comparativo de diferentes alternativas farmacológicas y no farmacológicas, según los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste.

La metodología aplicada para la elaboración de la Guía Terapéutica Sacyl se explica en el apartado de Metodología de trabajo si bien cabe destacar la utilización, como documento básico de referencia, de la *Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia* de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Esta guía es ampliamente utilizada por los médicos de familia y en la actualidad ya se ha publicado su tercera edición. Está orientada por problemas de salud e incluye las recomendaciones terapéuticas para los más frecuentes en Atención Primaria. Su rigor en la elaboración, su formato ágil y la amplia difusión y aceptación entre los profesionales han sido criterios valorados a la hora de tomarla como documento de base.

Para llevar a cabo el proyecto se ha contado con la Fundación Instituto Catalán de Farmacología (FICF), que se incorporó al mismo mediante la suscripción de un convenio, para prestar tareas de apoyo y asesoría sobre diseño metodológico del trabajo de revisión y elaboración de recomendaciones, formación, selección de bibliografía de referencia y validación externa de los resultados.

Como fase previa a su edición, la Guía se ha puesto a disposición de los profesionales en formato electrónico, a través del Portal para el Uso Racional de los Medicamentos alojado en la intranet de Sacyl (http://intranet.sacyl.es/web/urm), y se ha habilitado un foro para recoger las sugerencias y opiniones de mejora de los profesionales.

Por último, indicar que la iniciativa para elaborar la *Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar* ha sido promovida, impulsada y coordinada por la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Dirección Técnica de Farmacia) de Sacyl utilizando así, de forma altamente satisfactoria, con la participación y el esfuerzo de los profesionales, los Fondos para el Uso Racional del Medicamento.

A partir de este momento, es tarea de cada profesional valorar la adecuación de las recomendaciones a las características del paciente concreto, y colaborar con la Dirección General de Asistencia Sanitaria para la actualización de su contenido.

ESTRUCTURA Y MANEJO DE LA GUÍA_

La Guía se estructura en dos partes claramente diferenciadas que engloban contenidos diversos.

I. La primera parte incluye Aspectos generales bajo los siguientes epígrafes:

- Advertencia.
- Presentación.
- Estructura y manejo de la Guía.
- Metodología de trabajo.
- Relación de autores y otros participantes.
- Relación de abreviaturas, siglas, símbolos y unidades de medida.
- Bibliografía general.

Adicionalmente, la versión on-line de la Guía permite la consulta a la Bibliografía específica utilizada para cada problema de salud; por su extensión, no se ha incluido en esta edición.

II. La segunda parte constituye el Cuerpo del documento y desarrolla un total de 355 problemas de salud agrupados en 16 capítulos, y 17 Anexos. Cada problema de salud puede contener información en uno o más de los apartados que se indican a continuación:

- Introducción: aporta información sobre diferentes aspectos de interés relacionados con el problema a tratar.
- Tabla de selección del tratamiento: recoge principalmente el tratamiento farmacológico, de elección y alternativo, recomendado en Atención Primaria para el problema de salud y para determinadas Situaciones Específicas que puedan condicionar su selección. Junto al principio activo se ofrece información sobre el rango de dosificación recomendado en adultos, la vía de administración y la duración de tratamiento. La inclusión de dosis pediátricas no implica que dichos medicamentos sean de elección en esta población, por lo que es conveniente

consultar información específica. Para conocer las recomendaciones de Sacyl en el tratamiento de los problemas de salud más frecuentes en niños se recomienda consultar el documento *Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Pediatría* disponible en papel y en formato electrónico en la intranet de Sacyl.

Adicionalmente, la versión on-line de la Guía ofrece información complementaria para los principios activos recomendados, mediante un enlace a su correspondiente ficha de principio activo en la que se incluye:

- Monografía
- Información clínica, cuando esté disponible, referente a: alertas de seguridad, categorías de riesgo y recomendaciones en embarazo y lactancia (información resumida del Anexo: Fármacos en embarazo y lactancia), y otra información de interés.
- Interacciones: información procedente de la fuente de referencia e-Stockley y su versión resumida Stockley Alertas.
- Medicamentos: muestra, para los principios activos financiados, las diferentes presentaciones agrupadas según dosis, forma farmacéutica y tamaño de envase, ordenadas alfabéticamente.

– Medidas o recomendaciones no farmacológicas.

– Observaciones: por su importancia se recomienda su lectura en todos los problemas de salud, ya que cuando se incluyen, todos o algunos de sus apartados, ofrece información para orientar la terapéutica sobre:

- A quién tratar y cuándo.
- Objetivos terapéuticos.
- Valoración de respuesta al tratamiento.
- Seguimiento.
- Seguridad.
- Precauciones.
- Derivación.
- Otros.

– Bibliografía específica: la versión on-line de la Guía permite la consulta a la Bibliografía utilizada por los Grupos de Trabajo, el Grupo Coordinador y la FIFC para cada problema de salud; por su extensión, no se ha incluido en esta edición.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Las especiales características y la metodología con la que se aborda la elaboración de la *Guía terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Medicina Familiar* ha requerido un procedimiento cuyas etapas se explican a continuación:

1. Constitución de los grupos operativos implicados: Grupo Coordinador, Grupos de Trabajo y Grupo de asesores de la Fundación Instituto Catalán de Farmacología (FICF).

Los miembros del Grupo Coordinador y de los Grupos de Trabajo se seleccionaron conforme a criterios objetivos previamente definidos y todos ellos participaron a título personal.

Adicionalmente, los facultativos médicos y los farmácéuticos de Atención Primaria del Grupo Coordinador participaron como un miembro más de los Grupos de Trabajo.

- La Dirección Técnica de Farmacia seleccionó a los miembros del Grupo Coordinador, que estuvo integrado por 2 farmacéuticos de la Dirección Técnica de Farmacia de la Gerencia Regional de Salud, 2 farmacéuticos de Atención Primaria y 4 médicos de familia.

  El Grupo Coordinador fue el responsable de:

  · Establecer la metodología de trabajo con la FICF y validarla.

  · Seleccionar y agrupar los problemas de salud en bloques, para hacer una distribución equitativa de la carga de trabajo, y asignarlos a los grupos de trabajo, respetando las prioridades manifestadas por los mismos.

  · Fijar el cronograma con el número de reuniones y tareas a realizar.

  · Revisar los documentos elaborados por los Grupos de Trabajo (Fichas y Argumentarios) y la FICF (Informe de validación externa).

  · Determinar el contenido definitivo para cada problema de salud con el consenso de los Grupos de Trabajo.

– Las Gerencias de Atención Primaria seleccionaron a los miembros de los Grupos de Trabajo, cada uno de los cuales estuvo integrado por 5 médicos de familia y, en algunos casos, participaron técnicos de salud. En total se constituyeron 20 grupos, uno de los cuales fue específico de pediatría y su trabajo se recogió en otro documento titulado *Guía Terapéutica Sacyl. Problemas de salud prevalentes en Pediatría*. Los Grupos estuvieron coordinados, salvo excepción, por el Farmacéutico de Atención Primaria.

Para los problemas de salud asignados, los Grupos de Trabajo hicieron las propuestas de tratamiento, respaldadas por una justificación razonada y documentada en los modelos diseñados al efecto (Fichas y Argumentarios), aplicando la Metodología establecida.

Los grupos pudieron en todo momento formular a la FICF las consultas terapéuticas necesarias.

– El Grupo de asesores de la FICF estuvo compuesto por tres farmacólogos clínicos, que asumieron las funciones de:

· Establecer con el Grupo Coordinador la Metodología de trabajo.

· Aportar la bibliografía necesaria, seleccionada previamente mediante la consulta a bases de datos como Medline, Cochrane...; y orientar el abordaje de los problemas de salud.

· Ofrecer apoyo y dar respuesta a las consultas planteadas.

· Elaborar un informe de validación externa sobre el trabajo realizado por los Grupos de Trabajo, para cada problema de salud.

La FICF proporcionó una plataforma virtual para dar soporte al trabajo de los Grupos, en la que puso a su disposición la bibliografía seleccionada.

Antes de iniciar los trabajos, todos los autores hicieron explícito su compromiso de confidencialidad y la declaración individual de posibles conflictos de intereses en los últimos 2 años, en modelo normalizado diseñado al efecto.

2. Elaboración del documento "Metodología para la elaboración de la Guía Terapéutica Sacyl".

El documento fue elaborado por el Grupo coordinador y la FIFC, y describe la metodología establecida y utilizada para la revisar y sintetizar la evidencia, en base a la cual se emiten las recomendaciones.

Adicionalmente se emplearon como documentos de trabajo el Procedimiento normalizado de abajo del Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos de Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Aragón y Navarra. CMENM. 7ª versión. Septiembre, 2005; y la Guía de la Buena Prescripción de la OMS.

3. Curso de formación sobre la Metodología de Trabajo

El curso se dirigió a todos los participantes de los Grupos y fue impartido por la FICF. Tuvo una duración de 21 horas lectivas y su finalidad fue transmitir las bases metodológicas del documento anterior y facilitar su aplicación práctica.

4. Actividad de los Grupos de Trabajo

Tras la realización del curso, se pusieron en marcha los Grupos de Trabajo para abordar los problemas de salud asignados.

Para la revisión se formaron pares de médicos teniendo en cuenta su experiencia, habilidades y formación, entre los que se repartieron los problemas de salud. En general los problemas se revisaron por un par aunque, para los más complejos, podía considerarse la revisión por dos pares. Cada problema fue revisado al menos por dos personas y el coordinador del Grupo.

El documento básico de trabajo fue la Guía semFYC (2ª edición y su versión electrónica actualizada a diciembre de 2006).

Se analizó la bibliografía proporcionada por la FICF por problema/s de salud y, cuando se consideró insuficiente en cantidad y/o calidad, se seleccionó información adicional mediante la consulta a bases de datos como Medline, Cochrane...

Criterios de selección de los principios activos

Se realizó un importante esfuerzo para seleccionar, dentro del amplio arsenal terapéutico disponible, los principios activos que se consideraron más adecuados en base a los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste:

- Eficacia. Se concretaron las variables importantes para valorar la eficacia, la magnitud del efecto y su relevancia clínica, la validez externa o aplicabilidad en la población.

- Seguridad. Se identificaron las reacciones adversas al medicamento graves y/o frecuentes, los principios activos con menos de cinco años en el mercado y aquellos afectados por alertas de seguridad.

- Conveniencia. Se tuvo en cuenta mediante la valoración objetiva de las mejoras aportadas por la posología o la forma de administración, aclarando y diferenciado los beneficios marginales de los relevantes.

- Coste. El coordinador del Grupo se encargó de hacer las consultas necesarias en la base de datos de medicamentos y productos sanitarios de la Comunidad Autónoma (REMEDIOS) para estimar el coste del tratamiento.

Como criterio general, se seleccionaron principios activos en indicaciones aprobadas por las Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios o por la Agencia Europea de los Medicamentos. En la mayoría de los problemas cuyo inicio y seguimiento de tratamiento se realiza principalmente en Atención Especializada no se seleccionaron principios activos.

Tras la revisión de la información y la selección del tratamiento se dieron las siguientes situaciones:

- Acuerdo entre los pares y el coordinador del Grupo: las recomendaciones se acordaron por consenso.

- Desacuerdo entre los pares y/o el coordinador del Grupo: si no se alcanzó el consenso tras la formulación de las consultas necesarias a la FICF o a miembros de otros grupos, se adoptó la postura mayoritaria por votación.

Las propuestas para cada problema de salud se justificaron de forma razonada en sus correspondientes Fichas y Argumentarios (Anexos del documento de Metodología). Cuando las recomendaciones no se alcanzaron por consenso sino por votación, se incluyeron también los motivos de discrepancia.

Una vez finalizada la revisión por los Grupos de Trabajo, el coordinador envió a la FICF las Fichas y Argumentarios.

5. Validación externa por la FICF

Para cada problema de salud, la FICF revisó las Fichas y Argumentarios de los Grupos de Trabajo, en base a los cuales elaboró los informes de validación externa que envió al Grupo Coordinador.

6. Trabajo del Grupo Coordinador para determinar el contenido definitivo

Entre los miembros del Grupo Coordinador se formaron pares médico-farmacéutico y se distribuyeron los bloques de problemas conforme a las prioridades expresadas, teniendo en cuenta que no debía haberse trabajado previamente en ese bloque como miembro de un Grupo de Trabajo. Cada miembro del Grupo Coordinador revisó las Fichas, Argumentarios e informes de validación de los problemas de salud asignados.

Todas las decisiones se acordaron por consenso del par. El documento resultante se envió a los Grupos de Trabajo, con un plazo para proponer posibles enmiendas y correcciones, a las que el Grupo Coordinador dio respuesta. Cuando fue necesario, para resolver discrepancias, se reunieron miembros del Grupo de Trabajo y del Grupo Coordinador. Finalmente, se elaboró el documento de contenido definitivo con el consenso y aceptación de los miembros de los Grupos de Trabajo.

La valoración del proyecto por parte de todos los participantes fue muy positiva y quedó reflejada en la encuesta realizada conforme a modelo normalizado.

7. Difusión de la Guía

Con el fin de optimizar la difusión de la Guía, se diseñó la estrategia de implantación que abarca:

- La posibilidad de acceso permanente a su contenido, a través del Portal para el Uso Racional del Medicamento de la intranet de Sacyl.

- El diseño y puesta en marcha de una serie de Módulos de Formación on-line, dirigidos a médicos y pediatras de Atención Primaria, para dar a conocer de forma práctica la metodología utilizada en la elaboración de la Guía.

- La edición y distribución de la Guía a todos los médicos de Atención Primaria de Sacyl.

- La incorporación en el Portal de Uso Racional del Medicamento de un formulario que fomente la consulta de la Guía y la reflexión sobre la selección realizada en problemas de salud concretos.

- La futura implementación de la Guía en las herramientas de apoyo de la prescripción informatizada.

8. Evaluación

Para valorar la aplicabilidad de la Guía se establecieron distintos indicadores de adherencia a la misma, tanto generales como específicos.

9. Actualización de la Guía

Está prevista la actualización de la Guía, teniendo en cuenta las sugerencias que se reciban en las líneas de discusión generadas en el foro del Portal de Uso Racional del Medicamento, que se incorporarán a la versión electrónica, tras su valoración y aceptación, con una periodicidad mínima anual.

RELACIÓN DE AUTORES Y OTROS PARTICIPANTES

COORDINACIÓN GENERAL

Mª Belén Concejo Alfaro	Farmacéutica. Dirección Técnica Farmacia (DTF).
Mª Ángeles de Marino Gómez-Sandoval	Jefa del Servicio de Prestación Farmacéutica. DTF.

GRUPO COORDINADOR/REVISORES INTERNOS

Elvira Callejo Giménez	Médico de Familia. GAP Valladolid Este.
Judith Ceruelo Bermejo	Farmacéutica. DTF.
Mª Belén Concejo Alfaro	Farmacéutica. DTF.
Alfonso Díaz Madero	Farmacéutico de Atención Primaria. GAP Zamora.
José Manuel Iglesias Clemente	Médico de Familia. GAP Salamanca.
Ángel Carlos Matía Cubillo	Médico de Familia. GAP Burgos.
Consuelo Onrubia Baticón	Médico de Familia. GAP León.
Mª Montserrat Pajares Fernández	Farmacéutica de Atención Primaria. GAP Palencia.

AUTORES

Teresa Abarquero Amor	Médico de Familia
Cristina Alberte Pérez	Farmacéutica Becaria
Inmaculada Alonso Sánchez	Médico de Familia
Eduardo Álvarez Baza	Médico de Familia
Antonio Álvarez Cedrón-Martín	Médico de Familia
Mar Álvarez García	Farmacéutica de Atención Primaria
Carina Esther Andrés Gonzalo	Responsable de Formación GAP
Rodrigo Arquiaga Thireau	Técnico de Salud

Mercedes Bernad Vallés	Médico de Familia
Luis Blanco Montagut	Médico de Familia
Milagros Borge García	Médico de Familia
Enrique Jesús Botella Peidró	Médico de Familia
Emilio Bravo López	Médico de Familia
Mª Carmen Caballero Rueda	Médico de Familia
Elvira Callejo Giménez	Médico de Familia
Javier Cambra Mora	Farmacéutico de Atención Primaria
A. Carlos Cañas Ruesgas	Médico de Familia
Azucena Carrera Camarón	Médico de Familia
Elena Carriedo Ule	Médico de Familia
Tomás Casado Gómez	Médico de Familia
Mª del Carmen Castaño Yubero	Médico de Familia
Judith Ceruelo Bermejo	Farmacéutica. DTF.
Mª Belén Concejo Alfaro	Farmacéutica. DTF.
Roberto Cosin Borobio	Médico de Familia
Paloma Criado Espegel	Farmacéutica Becaria
Juan Manuel de Andrés Rubio	Médico de Familia
Aventina de la Cal de la Fuente	Médico de Familia
Francisca Sara de la Fuente Tomé	Médico de Familia
José Luis de la Viuda	Médico de Familia
Alfonso Díaz Madero	Farmacéutico de Atención Primaria
Fernando Díaz Sánchez	Médico de Familia
Miren Elizari Roncal	Médico de Familia
Jerónimo Elvira Martín	Médico de Familia
Concepción Encinas Mangas	Farmacéutica de Atención Primaria
Emiliano Enríquez Gutiérrez	Médico de Familia
Carmen Escudero Bernat	Médico de Familia
Ildefonso Esteban Fonseca	Médico de Familia
Jorge Estopa Dueso	Médico de Familia
Casto Fenández Cuadrillero	Médico de Familia
Ángeles Fernández Bragado	Médico de Familia
Candelas Fernández Conde	Médico de Familia
Pilar Fernández Isla	Médico de Familia
Elena Fernández Miengo	Médico de Familia
Reyes Fernández Zazo	Médico de Familia
Carlos Gago Fernández	Médico de Familia
Mª Carmen García Casas	Coordinadora de Formación
Mercedes García de Celis	Médico de Familia
Natividad García Méndez	Médico de Familia
Alejandra García Ortiz	Farmacéutica. DTF.
Doradia García Rabanal	Médico de Familia

Pablo García Vázquez	Farmacéutico de Atención Primaria
Montserrat Gil Martín	Médico de Familia
Manuel Gómez Marcos	Médico de Familia
Pilar Gómez Monjas	Médico de Familia
Mª Teresa Gonzalo Alfaro	Médico de Familia
Ana Belén Guerrero Peral	Farmacéutica Becaria
Eduardo Gutiérrez Abejón	Farmacéutico Becario
Manuel Hernández Machado	Médico de Familia
Fernando Hernández Perezagua	Médico de Familia
Alberto Hernando González	Médico de Familia
Mª Carmen Herrero Rodríguez	Médico de Familia
Mª Luisa Hurtado Rebollo	Médico de Familia
Antonio Ibáñez Fraile	Médico de Familia
José Manuel Iglesias Clemente	Médico de Familia
Jorge Ignacio Jiménez Arce	Farmacéutico de Atención Primaria
Marino Lara Alcalde	Médico de Familia
Mª Ángeles Lazcoz Fontal	Médico de Familia
Mª Concepción Ledesma Martín	Médico de Familia
Jaime López de la Iglesia	Médico de Familia
Ana Mariscal Hidalgo	Médico de Familia
Carmen Marquina Verde	Farmacéutica de Atención Primaria
Manuel Martín Fernández	Médico de Familia
Carlos Martín Rollan	Médico de Familia
Esteban Martínez González	Médico de Familia
Ana Mª Martínez Guerrero	Médico de Familia
Jesús Mateos Rodríguez	Médico de Familia
Belén Mateos Roncero	Médico de Familia
Ángel Carlos Matía Cubillo	Médico de Familia
Isidro Medina Hoyos	Médico de Familia
Alejandro Merino Senovillas	Médico de Familia
Mª José Mialdea Lozano	Médico de Familia
Félix Miguel García	Técnico de Salud
Rubén Miguel Lozano	Médico de Familia
Rosa Miranda Hidalgo	Médico. DTF.
Manuel Monsalve Torrón	Médico de Familia
Mª José Montero Alonso	Farmacéutica de Atención Primaria
Fernando Montiel Carreras	Médico de Familia
Elena Moreno Sánchez	Farmacéutica de Atención Primaria
José Gabriel Muñoz Hernández	Médico de Familia
Consuelo Onrubia Baticón	Médico de Familia
Mª Montserrat Pajares Fernández	Farmacéutica de Atención Primaria
Nieves Palomo Blázquez	Médico de Familia

Teresa Pérez Hernández	Médico de Familia
Dolores Pérez Lezcano	Médico de Familia
Mª Jesús Peribáñez Varona	Médico de Familia
Andrés Plata Alonso	Farmacéutico de Atención Primaria
Consuelo Pol Carballo	Médico de Familia
Francisco Javier Posadas Alonso	Médico de Familia
Beatriz Prieto Antolín	Farmacéutica Becaria
Pablo Puente Roque	Médico de Familia
Luis Miguel Quintero González	Médico de Familia
Emilio Ramos Delgado	Médico de Familia
Sofía Reguero Celada	Médico de Familia
Yolanda Riesco Pérez	Médico de Familia
Miguel Ángel Ripoll Lozano	Médico de Familia
Cristina Rodríguez Caldero	Médico de Familia
Mónica Sáez Villafañe	Farmacéutica de Atención Primaria
María Jesús Sánchez González	Médico de Familia
Mª Lourdes Tabernero Jiménez	Médico de Familia
Mª Carmen Tierno San Quirico	Médico de Familia
Juan Pedro Tobalina Aragues	Médico de Familia
Luis Antonio Valbuena Gil	Médico de Familia
Carlos Valle Conde	Médico de Familia
Saturio Vega Quiroga	Coordinador EE.AA.
Julián Velasco Gutiérrez	Médico de Familia
Mª Auxiliadora Velasco Marcos	Médico de Familia
Dionisio Zaera Teja	Médico de Familia

REVISORES EXTERNOS

Carmen Asensio Ostos	Farmacóloga Clínica (F. I. Catalán de Farmacología)
Eduard Diogene Fadini	Farmacólogo Clínica (F. I. Catalán de Farmacología)
Dolores Rodríguez Cumplido	Farmacóloga Clínica (F. I. Catalán de Farmacología)

AGRADECIMIENTOS A

Judith Egido Gordo	Farmacéutica Becaria
Joaquín Fuertes Estallo	Médico de Familia
Berta García García	Farmacéutica Becaria
Natalia García Sancho	Auxiliar Administrativo. DTF.
José Ángel Gómez de Caso Canto	Jefe de la Sección de Epidemiología del STS
Cristina González María	Farmacéutica Becaria
Beatriz Jiménez Arribas	Auxiliar Técnico. DTF.
María del Mar Marijuan Carrancho	Auxiliar Administrativo
Mª Luisa Moreno Hernández	Farmacéutica Becaria
Nuria Mª Rivas Herrero	Farmacéutica Becaria
Julia Rodríguez Barbero	Farmacéutica. DTF.
Ana María Sierra Santos	Farmacéutica Becaria
Carmen Mateo Mateos	Farmacéutica Becaria

ABREVIATURAS

AAS	ácido acetilsalicílico
ác.	ácido
ACC	American College of Cardiology
ACTP	angioplastia transluminal
ACV	accidente cerebrovascular
ADO	antidiabético oral
AE	Atención Especializada
AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AF	antecedentes familiares
Ag	antígeno
AgHBc	antígeno del núcleo del virus hepatitis B
AgHBe	antígeno E del virus hepatitis B
AgHBs	antígeno de superficie del virus hepatitis B
AHA	American Heart Association
AINE	antiinflamatorio oral no esteroideo
AIT	accidente isquémico transitorio
ALT	alanina aminotrasferasa
amp	ampolla
anti-H2	antihistamínico tipo 2
AOC	anticonceptivo oral combinado
AP	Atención Primaria
aplic	aplicación
aprox.	aproximadamente
AR	artritis reumatoide
ARA-II	antagonista de los receptores de angiotensina II
ARN	ácido ribonucleico
5-ASA	ácido 5-aminosalicílico
AV	auriculoventricular
BB	betabloqueante
BCG	bacilo de Calmette-Guérin
BZD	benzodiacepina
CAE	conducto auditivo externo
CAM	cefalea por abuso de medicación
cáps	cápsula
cel	célula

CHC	carcinoma hepatocelular
CI	cardiopatía isquémica
cig	cigarrillos
cLDL	colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad
cm	centímetro
CO	monóxido de carbono
col	colirio
comp	comprimido
CO_2	dióxido de carbono
COX-2	ciclo-oxigenasa 2
CPAP	aparato de presión positiva continua
c.s.p.	cantidad suficiente para
CT	colesterol total
CV	cardiovascular
CYP	citocromo P
d	día
dB	decibelio
DE	desviación estandar
DH	diagnóstico hospitalario
DHP	dihidropiridina
DIU	dispositivo intrauterino
dl	decilitro
DM	diabetes mellitus
DMBC	dieta de muy bajo contenido calórico
DNA	ácido desoxirribonucleico
DU	dosis única
EA	enfermedad de Alzheimer
ECA	ensayo clínico aleatorio
ECG	electrocardiograma
ECM	especial control médico
ECV	enfermedad cardiovascular
EEG	electroencefalograma
EH	encefalopatía hepática
EMEA	European Medicines Agency
EMG	electromiograma
EPOC	enfermedad pulmonar obstructiva crónica
ERGE	esofagitis por reflujo gastroesofágico
ESTOM	estomatológico
ETS	enfermedad de transmisión sexual
ETV	enfermedad tromboembólica venosa
EV	extrasistolia ventricular
FA	fibrilación auricular
FAME	fármaco modificador de la evolución de la enfermedad
FC	frecuencia cardíaca
FCM	frecuencia cardíaca máxima
FDA	Food and Drug Administration
FE	fracción de eyección
Fe	hierro
FEM	flujo espiratorio máximo

FEV1	volumen espiratorio forzado en el primer segundo
FEVI	fracción de eyección de ventrículo izquierdo
FM	fórmula magistral
FR	factor de riesgo
FRCV	factor de riesgo cardiovascular
µg	microgramo
G	Gauss
g	gramo
got	gotas
GUNA	gingivitis ulceronecrosante aguda
G6PD	glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa
h	hora
Hb	hemoglobina
HbA1c	hemoglobina glicosilada
HBPM	heparina de bajo peso molecular
HC	hepatitis crónica
HFC	hiperlipemia familiar combinada
Hg	mercurio
HTA	hipertensión arterial
Hto	hematócrito
HVI	hipertrofia ventrículo izquierdo
IAM	infarto agudo de miocardio
IBP	inhibidor de la bomba de protones
IC	insuficiencia cardiaca
ICC	insuficiencia cardiaca congestiva
ICHD	International Classification of Headache Disordes
IECA	inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina
IgG	inmunoglobulina G
IH	insuficiencia hepática
im	vía intramuscular
IMAO	inhibidor de la monoaminooxidasa
IMC	índice de masa corporal
IMD	inmunodepresión
inh	vía inhalatoria
INR	razón normalizada internacional
iny	inyectable
IPSS	International Prostatic Symptom Score
IR	insuficiencia renal
IRTS	infecciones respiratorias del tracto superior
ISRS	inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina
ITB	índice tobillo/brazo
ITU	infección del tracto urinario
IU	incontinencia urinaria
iv	vía intravenosa
J	julios
K	potasio
kcal	kilocaloría
kg	kilogramo
µg	microgramo

µl	microlitro
l	litro
LES	lupus eritematoso sistémico
loc	loción
lpm	latido por minuto
LSD	dietilamina del ácido lisérgico
m	metro
máx.	máximo
MDRD	Modification of Diet in Renal Disease
mEq	miliequivalente
mg	miligramo
mill	millón
min	minuto
mín.	mínimo
ml	mililitro
mm	milímetro
mOsm	miliosmol
mU	miliunidades
Na	sodio
NAC	neumonía adquirida en la comunidad
nebuliz	nebulizador
NPH	neutra protamina de Hagerdon
NYHA	New York Heart Association
OMA	otitis media aguda
OMC	otitis media crónica
OME	otitis media serosa
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORL	otorrinolaringólogo
O_2	Oxígeno
O/W	óleo/acuosa
PA	presión arterial
PAAF	punción aspiración con aguja fina
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PAS	presión arterial sistólica
PIO	presión intraocular
pKa	proteína quinasa A
pm	por minuto
polv	polvos
pom	pomada
PSA	antígeno prostático específico
puff	para el uso de aerosoles, número de veces
puls	pulsación
PUVA	psoralenos + ultravioleta A
QP	quimioprofilaxis
RCP	resucitación cardiopulmonar
RCV	riesgo cardiovascular
RMN	resonancia magnética nuclear
SAOS	síndrome de la apnea obstructiva del sueño
Sat	saturación

sc	vía subcutánea
SCPD	síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia
sem	semana
SF	suero fisiológico
sg	segundo
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SII	síndrome del intestino irritable
sl	vía sublingual
SN	sistema nervioso
SNC	sistema nervioso central
sol	solución
SRO	solución de rehidratación oral
SU	sulfonilurea
sup	supositorio
susp	suspensión
TAO	tratamiento anticoagulante oral
TENS	Transcutaneous Electric Nerve Stimulation
TEP	tromboembolismo pulmonar
TG	triglicéridos
TH	terapia hormonal
tóp	vía tópica
transd	transdérmico
TSH	tirotropina
tto	tratamiento
TV	taquicardia ventricular
TVP	trombosis venosa profunda
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UFC	unidades formadoras de colonias
UI	unidades internacionales
ung	ungüento
UVA	rayos ultravioleta-A
UVB	rayos ultravioleta-B
VDRL	prueba para detección de sífilis, mide anticuerpos producidos por Treponema pallidum
VHA	virus hepatitis A
VHB	virus hepatitis B
VHC	virus hepatitis C
VHD	virus hepatitis D
VHS	virus herpes simple
VIH	virus inmunodeficiencia humana
Vit	vitamina
vo	vía oral
VPH	virus del papiloma humano
VPPB	vértigo posicional paroxístico benigno
vr	vía rectal
VSG	velocidad de sedimentación globular
WPW	Wolff-Parkinson-White

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Agencia Española del Medicamento y Productos sanitarios. Fichas técnicas de medicamentos. Disponible en: URL: https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm

2. BNF.British National Formulary. Disponible en: URL: http://www.bnf.org/bnf/

3. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Drugs in Pregnancy and Lactation. 4ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1994.

4. Catálogo de medicamentos 2007. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos; 2007.

5. DrugDex Drug Evaluations. Micromedex Healthcare Series. 2007.

6. Evidencia Clínica Concisa. BMJ 4ª ed. 2005.

7. Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulus GM et al. GUIA SANFORD: Guía terapéutica antimicrobiana 2006. 36th ed.

8. Guía de actuación en Atención Primaria. SemFYC. 2ª ed; 2004.

9. Guía de Prescripción Terapéutica. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Adaptación española de la Britsh National Formulary). Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Pharma editores; 2006.

10. Guía Terapeútica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2ª ed. Barcelona:semFYC Ediciones; 2004. Disponible en: URL: http://www.guiaterapeutica.net

11. Hansten PD, Horn JR. Drug interactions. Analysis and management. A clinical perspective and analysis of current developements. Facts and comparisons; 2002.

12. Harrison. Principios de Medicina Interna, 16ª ed. McGraw-Hill Inter-Americana; 2006.

13. Jiménez L, Montero FJ. Protocolos de actuación en medicina de urgencias. Edit. Mosby/Doyma. Barcelona; 1995.

14. Manual de terapéutica en Atención Primaria; 3ª ed. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2006.

15. Manual Merck de información médica para el hogar. 2005. Disponible en:URL: http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/index.html

16. Martindale. Guía Completa de Consulta Farmacoterapéutica. 2ª ed. Barcelona: Pharma Editores, S.L.; 2006.

17. Medimecum. Guía de Terapia Farmacológica. 11ª ed. España: EINSA; 2006.

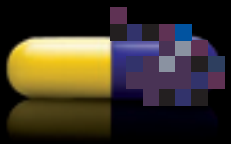
18. MEDLINE PLUS: URL: http://medlineplus.gov/spanish/

19. Mensa J. Guía terapeútica antimicrobiana. 16 ed. Masson; 2006.

20. Stockley IH.Drug interactions. 6ª Ed. The Pharmaceutical Press London; 2002.

21. Tratado de urgencias- Vol.2 . Editorial Marín SA. Barcelona;1995.

Problemas de Salud



1

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

ANEMIA: GENERALIDADES

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

GENERALIDADES

Se considera anemia cuando existe una reducción por debajo de lo normal de los niveles de hemoglobina (Hb), con correcciones dependiendo de la edad y sexo y durante la gestación. Según los criterios de la OMS:

- Mujer gestante y niños (6 meses - 6 años): Hb <11 g/dl.
- Mujer adulta no gestante y niños (6 - 14 años): Hb <12 g/dl.
- Varón adulto: Hb <13 g/dl.

La anemia es un signo de la enfermedad que la causa, por lo que el adecuado tratamiento del paciente con anemia requiere un preciso diagnóstico etiológico. La deficiencia de hierro, Vit B12 y ác. fólico están entre las causas más comunes, y son estas formas de anemia las que fácilmente pueden ser tratadas a nivel ambulatorio.

ANEMIA FERROPÉNICA

Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos

INTRODUCCIÓN

Véase «Anemia: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANEMIA FERROPÉNICA	**Hierro (II), sulfato** 100-200 mg de hierro elemental/d vo en 1-2 tomas, preferentemente 1 h antes o 2 h después de las comidas, 4-6 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La alimentación debe incluir cantidades adecuadas de hierro. Las carnes rojas, el hígado, el pollo, el pescado, legumbres (lentejas) y la yema de huevo son fuentes importantes de hierro. El tratamiento dietético no resuelve el problema.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En las anemias ferropénicas es fundamental tratar la causa que ha producido la ferropenia (habitualmente, menorragias y sangrado digestivo oculto). Las dietas vegetarianas estrictas favorecen la anemia ferropénica, sobre todo en personas con aumento de necesidades (niños, adolescentes, mujeres, embarazadas, gastrectomizados).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Corregir la anemia. Normalizar las cifras en sangre de hierro, hemoglobina y ferritina.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La respuesta favorable se manifiesta por un aumento de la cifra de reticulocitos en los primeros 7-10 días de tratamiento y un incremento progresivo de las cifras de Hb (elevación del valor basal de Hb por encima de los 2 g aprox. a las 3-4 semanas).

Las causas más frecuentes de falta de respuesta al tratamiento son el incumplimiento terapéutico y una dosificación insuficiente; considerar también la posibilidad de un balance negativo (pérdidas superiores a la absorción), malabsorción o una anemia de etiología mixta.

SEGUIMIENTO

A las 4-6 semanas, realizar analítica de hemoglobina y reticulocitos. A los 3 meses, realizar analítica para ver Hb, reticulocitos y ferritina. Si está normalizado continuar tratamiento 3 meses más y si no, realizar otro control a los 3 meses.

PRECAUCIONES

Los antiulcerosos (ranitidina, omeprazol), el calcio y algunos antibióticos (cloranfenicol, tetraciclinas) disminuyen la absorción de hierro.

DERIVACIÓN

Derivar a Urgencias si Hb <7 g/dl, y valorar la derivación si Hb >7 g/dl y hay sintomatología clara de anemia.

Derivar al hospital si hay intolerancia oral grave o malabsorción, para valorar la indicación de la administración de hierro por vía intravenosa (hierro sacarosa), ya que no se comercializa hierro para la administración intramuscular.

OTROS

Nunca deberá darse el hierro de forma empírica, sino confirmando su necesidad analíticamente. Avisar al paciente de que el hierro ennegrece las heces. La dosis total de hierro se ha de repartir en una o dos tomas, si el preparado es de liberación gradual, y en tres o cuatro, si es de liberación rápida. La vía de elección para la administración de hierro es la oral y preferentemente en forma de sales ferrosas. El ác. ascórbico aumenta la absorción del hierro.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Anemia: Generalidades»

En las anemias megaloblásticas debe investigarse si hay un déficit de Vit B12 y/o folatos, y conocer la causa subyacente para instaurar un tratamiento con la posología adecuada y durante el tiempo preciso. La administración de Vit B12 vía oral podría utilizarse si la vía parenteral no estuviese indicada (fórmula magistral: cianocobalamina 500 µg por cápsula; está financiada por la Seguridad Social).

1. **Anemia por déficit de Vit B12:**
   - Secundaria a anemia perniciosa, gastrectomía, resección ileal total o malabsorción no corregible: después del tratamiento inicial continuar con cianocobalamina (1.000 µg mensual o bimensual) indefinidamente por vía intramuscular.
   - Secundaria a ingesta inadecuada (ej. déficit de Vit B12 por falta de ingesta: vegetarianos estrictos, pobreza extrema): cianocobalamina 50 µg/d vo (dosis presentes en complejos multivitamínicos) hasta que se termine la situación inicial y se repongan los depósitos.

2. **Prevención de déficit de Vit B12:**
   - Tratamiento crónico con determinados fármacos (colchicina, neomicina...): cianocobalamina vía oral mientras persista el problema.
   - Desde 1-2 años después de gastrectomía o resección ileal total: cianocobalamina (1.000 µg im) mensualmente de forma indefinida.

3. **Tratamiento del déficit de ác. fólico:**
   - Tratamiento del déficit de ác. fólico que cursa en procesos como anemias megaloblásticas, alcoholismo, síndromes de malabsorción: ác. fólico 5-15 mg/d.

4. **Prevención de déficit de folatos:**
   - Por ingesta reducida, síndromes de malabsorción, épocas de mayor necesidad e ingesta reducida (embarazo, malnutrición, enfermedades intestinales, alteraciones hepáticas graves, alcoholismo, gastrectomía), utilización crónica de determinados fármacos (antifolatos): ác. fólico (1 mg/d vo).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANEMIA MEGALOBLÁSTICA	Déficit de Vit B12: **Cianocobalamina** 1.000 µg/48h im, 6 tomas; continuar con 1.000 µg/sem im, 4 sem; y seguir con 1.000 µg/1-2 meses im Déficit de ác. fólico: **Fólico ácido** 5 mg/d vo, 4 meses Dosis pediátrica: 1 mg/d vo, 4 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar las dietas vegetarianas estrictas que provocan déficit de Vit B12. El alcoholismo y la ingesta reducida se relacionan fácilmente con déficit de folatos. Las carnes, especialmente el hígado y los riñones, la leche y otros productos lácteos, los huevos y el pescado, constituyen buenas fuentes de Vit B12.

Actualmente hay muchos alimentos suplementados con folatos.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

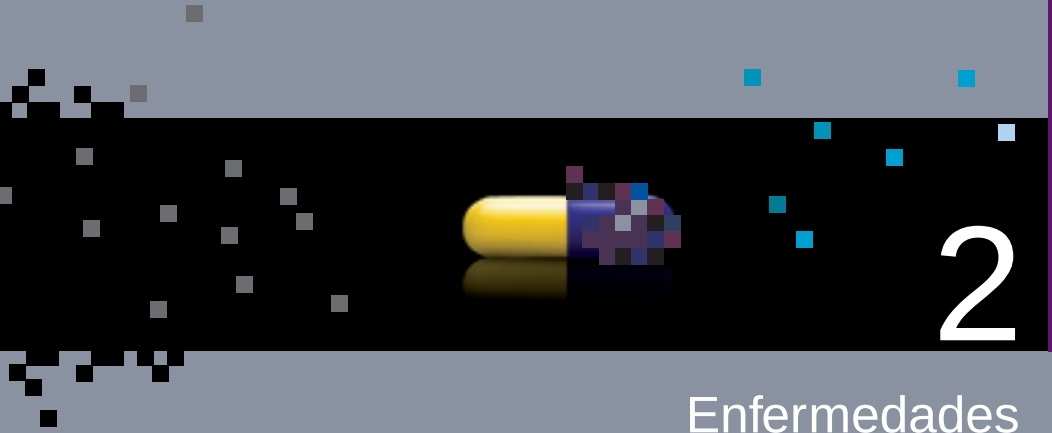
Corregir anemia y normalizar los depósitos de Vit B12 y ác. fólico.

SEGUIMIENTO

A los 10-12 días se deberá realizar una analítica para controlar el nivel de reticulocitos y a los 4 meses realizar analítica para ver hemograma y ác. fólico.

PRECAUCIONES

En anemia megaloblástica sin diagnóstico del déficit presente (Vit B12 o ác. fólico) no administrar ác. fólico sin Vit B12 (Vit B12 100-200 µg im) asociada por el riesgo de provocar degeneración combinada subaguda de la médula espinal.



2

Enfermedades del aparato digestivo

ABSCESO ANAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ABSCESO ANAL	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Celulitis asociada	**Cloxacilina** 500-1.000 mg/6-8h vo	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo **o** **Clindamicina** 150 mg/6h vo, 7 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Drenaje quirúrgico aunque no exista fluctuación.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En AP, se pueden drenar en consulta los abscesos superficiales (perianales) con anestesia local, mediante incisión radial en el punto más declive de la tumoración.

No está indicado el uso rutinario de antibióticos salvo que exista celulitis asociada.

No están indicados los antibióticos tópicos.

DERIVACIÓN

Los abscesos profundos, los que se dan en pacientes con afectación del estado general y/o tienen factores de riesgo (diabetes mellitus, enfermedad sistémica grave, valvulopatías, inmunosupresión ...) deben derivarse al hospital de forma urgente.

OTROS

Prescripción de analgésicos si existe dolor.

Evitar estreñimiento.

ASCITIS

INTRODUCCIÓN

La ascitis se puede clasificar en tres grados:

- Grado 1 o leve: se detecta con ecografía y suele ser suficiente con restricción de ingesta de sodio y control de la evolución.
- Grado 2 o moderada: distensión abdominal leve y matidez en flancos. El tratamiento consiste en la restricción de sodio y diuréticos.
- Grado 3 o masiva o a tensión: distensión abdominal marcada.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ASCITIS	**Espironolactona** 25-200 mg/d vo en 2 tomas (máx. 400 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	Asociar **Furosemida** 20-120 mg/d vo en 2-3 tomas (máx. 160 mg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En el tratamiento de la ascitis es fundamental la restricción de la ingesta de sodio (1-2 g/d) y de líquidos (1 l/d).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento debe ser siempre etiológico.

SEGUIMIENTO

La pérdida de peso máxima con diuréticos debe ser 0,5 kg/d, si no hay edemas, y 1 kg/d, si hay edemas.

Una vez controlada la ascitis, la dosis de diuréticos debe reducirse paulatinamente y mantener la restricción de ingesta de sodio.

La eficacia y seguridad del tratamiento requiere controles periódicos de peso corporal, presión arterial y frecuencia cardiaca y los niveles plasmáticos de nitrógeno, creatinina, sodio y potasio, volumen de diuresis y excreción de sodio en orina 24 h.

OTROS

En caso de fracaso de las medidas no farmacológicas y del tratamiento diurético, se debe realizar paracentesis evacuadora. Se pueden realizar con seguridad paracentesis menores de 5 litros de forma ambulatoria, sin necesidad de utilizar expansores.

COLELITIASIS SINTOMÁTICA

INTRODUCCIÓN

Hasta el 60% de los pacientes con colelitiasis pueden mantenerse asintomáticos. En los sintomáticos, el cólico biliar es la manifestación clínica más habitual (70-80% de los casos), aunque el 10% de ellos pueden debutar directamente como un episodio de colecistitis aguda.

Se han detectado diversos factores de riesgo asociados a litiasis biliar: edad >40 años, sexo mujer, obesidad, enfermedades metabólicas, fármacos (anticonceptivos, fibratos ...), etc. En estos casos, se pueden proponer medidas preventivas, pero no hay evidencia de que esto reduzca la incidencia de colelitiasis.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
COLELITIASIS SINTOMÁTICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pacientes con elevada morbilidad que impide el tratamiento quirúrgico o aquellos que lo rechazan	**Ursodeoxicólico ácido** 4-5 mg/kg/12h vo, máx. 2 años	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática es la cirugía (colecistectomía).

Los pacientes asintomáticos no requieren tratamiento, salvo que presenten anemia de células falciformes o vesícula en "porcelana", quiste de colédoco o adenoma de vesícula biliar en que estaría indicada la cirugía por el alto riesgo de neoplasia.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La eficacia del tratamiento farmacológico es limitada: el índice de recurrencia a los 5 años es del 25%-50%, principalmente si los cálculos son múltiples. Es habitual que los cálculos recurran tras la interrupción del fármaco, por lo que su uso es cada vez menos frecuente.

OTROS

Si el paciente rehúsa la cirugía o ésta no está indicada, los cálculos biliares pueden ser disueltos a veces con ácidos biliares por vía oral durante meses (cálculos no pigmentarios, no calcificados, < 15 mm, que ocupen < 1/3 de la vesícula y con función biliar por colecistografía oral normal).

CÓLICO BILIAR SIMPLE

INTRODUCCIÓN

El cólico biliar o hepático es el síntoma más habitual de la colelitiasis. Se caracteriza por dolor -no necesariamente cólico ni postprandial- localizado en epigastrio-hipocondrio derecho que irradia a dorso y escápula, de horas de duración y, frecuentemente, de aparición nocturna. Suele ser consecuencia de la obstrucción litiásica del conducto cístico. Se habla de cólico biliar simple cuando el dolor es autolimitado. El tratamiento tiene como objetivos el alivio sintomático y la corrección de una posible alteración hidroelectrolítica como consecuencia de los vómitos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CÓLICO BILIAR SIMPLE	**Medidas no farmacológicas** **+** **Diclofenaco** 50-75 mg vo o im	**Medidas no farmacológicas** **+** **Metamizol sódico (dipirona)** 1-2 g vo o im

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Vómitos	Asociar: **Metoclopramida** 10 mg im	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Cirugía (colecistectomía).

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Signos o síntomas de alerta que pueden hacer sospechar la aparición de complicaciones:

- Dolor abdominal de larga evolución (> 6 h).

- Fiebre moderada sugestiva de colecistitis o alta con escalofríos sugestiva de colangitis.
- Murphy positivo.
- Ictericia o coluria indicativos de colestasis.
- Triada de Charcot: ictericia + dolor abdominal + fiebre con escalofríos específica de colangitis.

Los síntomas anteriores, unidos a confusión y/o shock, son sugestivos de colangitis supurada.

DERIVACIÓN

Los pacientes que presentan cólicos biliares sin complicaciones deben derivarse a cirugía programada.

Si persiste la clínica o aparecen complicaciones, derivar al paciente a urgencias.

OTROS

El tratamiento farmacológico puede continuarse cada 8 horas (vía oral o intramuscular).

Se puede valorar también el uso de butilescopolamina 20 mg/8-12 h (vía oral o intramuscular), o tramadol 50-100 mg/8 h (vía oral o intramuscular).

COLON IRRITABLE. SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)

COLON IRRITABLE. SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)

INTRODUCCIÓN

Los criterios diagnósticos de Roma II ayudan al diagnóstico de certeza: dolor y malestar durante un mínimo de 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en el último año, con al menos dos de las siguientes características:

- Alivio con la defecación.
- Inicio asociado con cambios en la frecuencia de las heces.
- Inicio asociado con cambios en la consistencia de las heces.

Los siguientes síntomas añadidos apoyan el diagnóstico del SII:

- Frecuencia defecatoria alterada: >3 defecaciones/d o <3 defecaciones/sem.
- Alteración en la consistencia de las heces (duras o blandas).
- Vaciado intestinal alterado (dificultoso, urgente o con sensación de vaciado incompleto).
- Emisión de moco.
- Distensión abdominal.

Signos y síntomas de alarma que obligan a descartar una enfermedad orgánica:

- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer de intestino.

- Rectorragia, pérdida de peso, diarrea continua, distensión constante y reciente, anemia y fiebre.

Las pruebas a realizar en AP que pueden servir para descartar una causa orgánica son:

- Exploración física normal.
- Analítica de sangre: Sistemático y velocidad de sedimentación. Descartar anemia. Pruebas tiroideas.
- Cultivo de heces. Determinación de huevos y parásitos (sobre todo si las diarreas son el síntoma predominante) y de sangre oculta en heces.

El tratamiento farmacológico tiene una utilidad limitada en el SII, sin embargo, algunos síntomas específicos pueden responder a fármacos concretos en determinados pacientes. Por lo tanto, el tratamiento farmacológico debe orientarse a paliar los síntomas predominantes.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
COLON IRRITABLE. SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Predominio de dolor abdominal	**Mebeverina** 135mg/8h vo, antes de las comidas	**Otilonio, bromuro de** 40 mg/8-12h, (duración máx. 4 sem)
Predominio de estreñimiento	**Ispaghula (Plantago ovata)** 3,5-7 g vo, en ayunas por la mañana con 1-2 vasos de agua. Puede tomarse una dosis adicional de 3,5 g noche	
Predominio de diarrea	**Loperamida** 4 mg vo (dosis inicio) seguido de 2 mg después de cada deposición (dosis habitual 8 mg/d, dosis máx. 16 mg/d), 5 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Medidas higiénico-dietéticas:** evitar el tabaco, las xantinas (café), el alcohol, los alimentos flatulentos y las bebidas con gas. Se recomienda comer despacio, y mantener un peso corporal adecuado.
- *Fases de predominio de dolor abdominal:* dieta pobre en grasas, rica en proteínas y en fibra (se ha demostrado eficaz en pacientes cuyos síntomas principales son dolor abdominal y estreñimiento), calor local y masaje abdominal.
- *Fases de predominio de estreñimiento:* ejercicio físico y dieta rica en fibra.
- *Fases de predominio de diarrea:* dieta (principalmente suprimir lácteos de forma temporal) y reposo. No existe evidencia sobre los beneficios de los probióticos.
- La historia clínica suele ser suficiente para el diagnóstico. Una buena relación médico-paciente, especialmente en las primeras consultas, se considera fundamental para que el tratamiento sea efectivo. Se debe tranquilizar al paciente informando sobre la inexistencia de una enfermedad grave e identificar de forma conjunta los posibles desencadenantes o agravantes de los síntomas.
- El SII no debe ser considerado como una condición puramente psicosomática, pero la psicopatología de los pacientes juega un papel fundamental, al modular las respuestas viscerales y motoras del intestino. En este sentido, la psicoterapia, hipnoterapia y las técnicas de relajación pueden considerarse en pacientes con SII refractario a otros tratamientos, en los casos moderados-severos, o cuando se evidencie que el estrés y los factores psicológicos exacerban los síntomas. No hay datos que apoyen un tipo de técnica psicológica frente a otra.
- Las hierbas medicinales tradicionales chinas pueden mejorar los síntomas pero la evidencia disponible tiene importantes limitaciones.
- La acupuntura no se ha mostrado efectiva.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

No se debe usar mebeverina en pacientes con íleo paralítico.

PRECAUCIONES

Se debe prestar especial atención al uso de ansiolíticos sin adecuado control y seguimiento, e incidir más en el tratamiento psicoterapéutico.

DERIVACIÓN

Criterios de derivación del paciente para estudio por AE:

- Edad < 45 años, con síntomas típicos sin signos de alarma (como pérdida de peso, sangrado rectal, etc.) sin historia familiar de cáncer de colon, con síntomas fluctuantes y de larga evolución (> 2 años) y que presenta otros síntomas de tipo funcional. El diagnóstico más probable en este caso es el de colon irritable.
- Edad > 45 años, con comienzo reciente de los síntomas, de manera progresiva, o siempre que presente los citados signos y síntomas de alarma.

OTROS

El uso de antidepresivos tricíclicos (amitriptilina 10-50 mg por la noche) debe reservarse para casos con síntomas recurrentes o continuos; su efecto principal, a dosis bajas, es el alivio del dolor.

No hay evidencia de efectos beneficiosos de los procinéticos.

DIARREA AGUDA EN EL ADULTO

INTRODUCCIÓN

El origen de la diarrea depende de la localización geográfica, estándares de higiene de los alimentos, servicios higiénicos, el suministro de agua y la estación del año. Las causas frecuentes identificadas de diarrea esporádica en adultos en países desarrollados incluyen *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, *Escherichia coli*, *Yersinia*, protozoos y virus. En más de la mitad de las personas con diarrea no se identifican patógenos. Es importante la valoración clínica inicial y el seguimiento.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIARREA AGUDA EN EL ADULTO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Diarrea con urgencia fecal sin fiebre ni productos patológicos	**Loperamida** Inicio con 4 mg vo seguido de 2 mg después de cada deposición (dosis habitual 8 mg/d; máx. 16 mg/d) vo, 5 días	
Náuseas y vómitos	**Metoclopramida** 10 mg/6-8h vo	
Tratamiento empírico de diarrea infecciosa enteroinvasiva en adultos	**Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 3-5 días	
Diarrea por *Clostridium difficile*	**Metronidazol oral** 500 mg/6-8h vo, 7-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Rehidratación oral. La OMS desde el año 2003 aconseja una solución hidratante oral compuesta por 2,6 g/l de cloruro sódico, 1,5 g/l de cloruro potásico, 2,9 g/l de citrato de sodio dihidratado y 13,5 g/l de glucosa anhidra. El sabor de la solución mejora si se pone en el frigorífico y se añaden unas gotas de limón.
- Los probióticos son un complemento útil a la rehidratación en la diarrea infecciosa en adultos. La mayor parte de los ensayos han sido realizados con probióticos que contienen especies de *Lactobacillus* y *Saccharomyces boulardii,* administrados por lo menos 2 veces al día.
- Evitar líquidos y alimentos que contengan lactosa, salvo el yogur (contiene betalactosa).
- Inicio precoz de la realimentación, aunque los espasmos abdominales mejoran con ayuno durante las primeras horas.
- Lavarse las manos puede disminuir el riesgo de presentar una diarrea aguda.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En los casos leves, los fármacos inhibidores de la motilidad o astringentes suelen ser innecesarios y en las formas graves no deben utilizarse.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la diarrea y de otros síntomas (deshidratación, hipotensión, náuseas y vómitos, fiebre, dolor abdominal).

SEGUIMIENTO

Si no hay resolución del cuadro en 4-7 días, realizar un coprocultivo y un estudio de parásitos en heces.

Atención especial en niños y ancianos, enfermos crónicos o con enfermedad coincidente agravante.

Las personas que hayan realizado viajes recientes; que hayan tomado antibióticos previamente; VIH/SIDA; varones homosexuales, podrían requerir tratamiento específico.

En diarrea asociada al uso de antibióticos, en primer lugar se debe interrumpir la administración de los mismos. La mayoría no necesitan tratamiento adicional. En los casos que no respondan a la suspensión de éstos ni a medidas no farmacológicas, valorar la posibilidad de infección por *Clostridium difficile* (más frecuente en instituciones cerradas).

DERIVACIÓN

Valorar necesidad de ingreso hospitalario.

OTROS

En caso de necesitar un analgésico y/o un antitérmico se recomienda paracetamol o metamizol.

El tratamiento antibiótico empírico puede realizarse en caso de sospecha de infección bacteriana (< 5%); recoger antes un coprocultivo.

La sospecha de toxiinfección alimentaria es de declaración obligatoria urgente e individualizada.

DIARREA DEL VIAJERO EN EL ADULTO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIARREA DEL VIAJERO EN EL ADULTO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Diarrea con urgencia fecal sin fiebre ni productos patológicos	**Loperamida** Inicio con 4 mg vo, seguido de 2 mg después de cada deposición (dosis habitual 8 mg/d, máx. 16 mg/d), 5 días	
Náuseas y vómitos	**Metoclopramida** 10 mg/6-8h vo	
Tratamiento empírico de diarrea infecciosa enteroinvasiva en adultos	**Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 3 días	
Tratamiento empírico de diarrea infecciosa enteroinvasiva en embarazadas y en zonas con resistencias de *Campylobacter jejuni* a ciprofloxacino (Tailandia)	**Azitromicina** 1 g vo, DU ó 500 mg/24h vo, 3 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Lavarse las manos frecuentemente.
- Beber sólo agua esterilizada (hervida o clorada), incluso para lavarse los dientes o tomar pastillas. Si es preciso, llevar filtros de agua o soluciones esterilizadoras (tabletas de cloro, soluciones de yodo). No tomar hielo (suele ser de agua no esterilizada).
- Consumir sólo productos lácteos pasteurizados.
- No comer alimentos crudos o poco cocinados (ensaladas, marisco).
- No comprar comida a vendedores ambulantes.
- Lavar cuidadosamente frutas y verduras. Pelar las frutas personalmente.
- Tomar los platos de carne y pescados muy cocidos y calientes. Prevención con las salsas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La quimioprofilaxis con antimicrobianos no está recomendada salvo en viajeros de alto riesgo y cuya estancia sea corta (menos de 3 semanas).

El tratamiento antibiótico está indicado cuando aparecen síntomas de infección enteroinvasiva: 3 ó más deposiciones en un periodo de 8 horas, especialmente si se asocia a heces con sangre, pus o moco, fiebre con escalofríos, afectación del estado general, deshidratación, etc.

Los viajeros deben ser educados sobre el autotratamiento de la diarrea, informando sobre cómo conseguir una adecuada hidratación y la forma de elaborar la solución de rehidratación oral recomendada por la OMS (con sales de rehidratación oral ya comercializadas o elaboración propia con una cucharadita de sal de mesa, una cucharadita de bicarbonato sódico, 4 cucharaditas de azúcar, el zumo de un limón y 1 litro de agua).

DISFAGIA MOTORA

DISFAGIA MOTORA

INTRODUCCIÓN

La disfagia motora es la alteración o falta de coordinación de los mecanismos de deglución por una alteración funcional. Casi siempre se debe a trastornos motores del esófago, al contrario que la disfagia orofaríngea.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISFAGIA MOTORA	Diagnóstico etiológico y tratamiento de la causa concreta	

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La clave del tratamiento está en el diagnóstico preciso y en el tratamiento de la causa.

DERIVACIÓN

En la mayoría de los casos se precisa tratamiento quirúrgico o tratamiento con toxina botulínica como alternativa (siempre tras la valoración por AE).

OTROS

El tratamiento farmacológico con nitratos o antagonistas del calcio para algunos casos concretos presenta muchos efectos adversos y falta de eficacia a largo plazo. Puede ser una alternativa adecuada en pacientes con síntomas mínimos, como coadyuvante de la dilatación o miotomía y en candidatos no quirúrgicos.

DISPEPSIA (GASES, METEORISMO, DIGESTIONES PESADAS)

DISPEPSIA (GASES, METEORISMO, DIGESTIONES PESADAS)

INTRODUCCIÓN

Según los criterios de Roma II, consensuados en 1999, la dispepsia se define como cualquier dolor o molestia localizada en la parte central del abdomen superior y que puede estar asociado a una sensación de plenitud, saciedad precoz, distensión, eructos, náuseas y vómitos. El dolor en los hipocondrios (derecho o izquierdo) no se considera característico de la dispepsia.

Se puede clasificar en orgánica y no orgánica o funcional. La dispepsia orgánica puede tener diferentes causas (úlcera péptica, reflujo gastroesofágico con síntomas atípicos, cáncer de esófago o de estómago, etc). La dispepsia funcional se diagnostica por exclusión tras realizar pruebas y no observar una causa orgánica que justifique la sintomatología. Según los criterios de Roma II, para establecer el diagnóstico de dispepsia funcional se debe cumplir lo siguiente:

- Síntomas con una duración mínima de 12 semanas (no tienen que ser consecutivas) durante los últimos 12 meses.
- Dispepsia de forma persistente o recurrente.
- Ausencia de enfermedades orgánicas (debe incluirse la realización de una endoscopia digestiva alta) que puedan explicar los síntomas.

- Falta de evidencia de que la dispepsia se alivie exclusivamente con la defecación o se asocie con cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (para diferenciarla del síndrome del intestino irritable).

El tratamiento de la dispepsia orgánica es siempre el de la causa que lo provoca. El abordaje de este problema de salud se centrará en la dispepsia funcional.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISPEPSIA FUNCIONAL	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Predominio de náuseas y digestiones pesadas	**Metoclopramida** 10-20 mg/8h vo 10-20 min antes de las comidas	
Predominio de dolor o ardor epigástrico	OPCIÓN A: **Omeprazol** 20 mg/24h vo, 4 sem (tratamiento empírico)	
Predominio de dolor o ardor epigástrico	OPCIÓN B: Realización del test de aliento: Test del aliento positivo: Triple terapia erradicadora. **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»** Test del aliento negativo: **Omeprazol** 20 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Medidas generales: evitar el estrés; realizar ejercicio de forma regular; evitar acostarse después de comer; elevar la cabecera de la cama si hay síntomas de reflujo; suprimir el tabaco; evitar fármacos que aumenten la flatulencia o retarden el tránsito intestinal: tricíclicos, anticolinérgicos, fenotiazinas, hierro, digital, fibra, AINE, acarbosa, opio y derivados, antibióticos (eritromicina, metronidazol) y teofilina.

Medidas dietéticas: evitar alimentos flatulentos (legumbres, coliflor, etc.), exceso de fibra, sorbitol, fructosa, alimentos muy dulces o muy salados, bebidas con gas, grasas, chocolate, fritos, picantes y especias; suprimir el alcohol y el café; horario regular de comidas (comer tranquilo y masticar despacio); comidas más frecuentes y menos copiosas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La mayor parte de las consultas por gases y digestiones pesadas son de origen psicógeno o funcional, aunque no hay una evidencia clara que indique que los fármacos para la ansiedad y la depresión sean beneficiosos para el tratamiento de la dispepsia funcional. Si aparecen más a menudo se debe iniciar tratamiento.

DERIVACIÓN

En pacientes con síntomas de alarma, o aquellos mayores de 55 años con síntomas de dispepsia inexplicada y persistente, se recomienda realizar endoscopia y derivar a la AE.

OTROS

Se plantean dos estrategias de tratamiento porque hay insuficiente evidencia para proponer una como terapia de elección. La opción A consiste en el tratamiento empírico durante 4 semanas con IBP; la opción B propone la realización del test de *H. pylori* y posteriormente el tratamiento en función del resultado (testar y tratar). Esta segunda opción es la que ha demostrado mayores tasas de curación, y puede considerarse la terapia de elección en poblaciones con alta prevalencia de *H. pylori*.

Ante los fracasos de tratamiento se cambiará de opción. Es importante tener en cuenta que si fracasa el tratamiento empírico (opción A), la realización del test del *H. pylori* debe hacerse 2-4 semanas después de haber interrumpido el tratamiento con antiulcerosos. **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»**

DIVERTICULOSIS COLÓNICA

Enfermedades del aparato digestivo

INTRODUCCIÓN

La diverticulosis colónica se caracteriza por la presencia de múltiples divertículos en la pared colónica que cursan de forma asintomática. Se considera enfermedad diverticular cuando los divertículos producen episodios de dolor abdominal inespecífico (típicamente cólico, aunque puede ser continuo) y a menudo aliviado con la defecación y expulsión de gases. Se denomina enfermedad diverticular complicada cuando aparece inflamación, hemorragia, fístulas, abscesos, obstrucción o perforación asociados a los divertículos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIVERTICULOSIS COLÓNICA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se aconseja dieta rica en fibra (hasta 32 g/d) con ingesta incrementada de líquidos. Puede suplementarse con agentes formadores de bolo (plantago ovata, metilcelulosa, etc.). Evitar dieta rica en grasas.

Corregir el sedentarismo y la obesidad por su posible relación etiopatogénica.

DOLOR ANAL (PROCTALGIA FUGAZ)

DOLOR ANAL (PROCTALGIA FUGAZ)

INTRODUCCIÓN

Dolor severo de corta duración (segundos o minutos) en la zona anal que desaparece completamente. La frecuencia de ataques es variable (de media 5 ataques al año en el 50% de los pacientes). Se recomienda efectuar siempre un estudio etiológico (fisura anal, hemorroides,...) y establecer tratamiento específico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DOLOR ANAL (PROCTALGIA FUGAZ)	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar al paciente sobre la naturaleza benigna del trastorno y recomendar baños de asiento.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

En la actualidad, con la evidencia disponible, no se puede recomendar ningún fármaco para el tratamiento de la proctalgia fugaz. Los estudios realizados con algunos fármacos (salbutamol inhalado, clonidina, diltiazem, nifedipino, etc) son escasos, con limitaciones metodológicas y con resultados en muchos casos no favorables.

En algunos casos seleccionados puede ser necesario el uso de espasmolíticos para tratamiento sintomático.

ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (EH)

INTRODUCCIÓN

Los factores precipitantes de encefalopatía más frecuentes son hemorragia digestiva, dieta rica en proteínas, estreñimiento, infecciones, sedantes y analgésicos, diuréticos e insuficiencia renal. Si aparece de forma espontánea, indica grave deterioro de la función hepática.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no hay mejoría	**Lactulosa** Dosis inicio: 20-30 g (30-45 ml)/8h vo. La dosis se adaptará según necesidades individuales del paciente hasta lograr 2-3 deposiciones blandas diarias. **o** **Lactitol** Dosis inicio: 0,5-0,75 g/kg/d vo en 2-4 tomas. La dosis se adaptará según necesidades individuales del paciente hasta lograr 2-3 deposiciones blandas diarias.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Corrección de factores desencadenantes: hemorragia digestiva, estreñimiento, insuficiencia renal, hipopotasemia, hiponatremia, hipovolemia, diuréticos en altas dosis, infecciones, fármacos (narcóticos, tranquilizantes y sedantes).

La restricción de contenido proteico de la dieta no parece tener efectos beneficiosos en los pacientes cirróticos durante el episodio de EH. Aunque es un consejo habitual en la práctica médica en este tipo de pacientes, no está justificada y puede empeorar la EH por la hipoproteinemia que presentan muchos de estos pacientes, sobre todo en la encefalopatía hepática por alcohol. Se recomienda una dieta proteica de origen vegetal o lácteo.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminución de la amoniemia y facilitar la evacuación intestinal.

PRECAUCIONES

Lactulosa y lactitol pueden elevar la glucemia plasmática, por lo que se recomienda precaución y control de la glucemia en pacientes con diabetes mellitus.

DERIVACIÓN

La encefalopatía hepática de grado II, III y IV debe derivarse de forma urgente al hospital. En AP puede realizarse el tratamiento de las formas leves de EH (grado 1: no hay flapping tremor).

OTROS

También se pueden utilizar enemas de lactulosa (200 g o 300 ml con 700 ml de agua).

La acarbosa ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la encefalopatía hepática en pacientes con diabetes tipo II en un ensayo. Se requieren más estudios para recomendar su utilización en estos pacientes.

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso habitual de antibióticos en la EH.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	**Mesalazina** 800-1.000 mg/6-8h vo hasta remisión (máx. 4 g/d); mantenimiento, 500 mg/6 h, duración máx. 6 sem **o** **Sulfasalazina** aumento progresivo 500 mg/12h hasta 2-4 g/d y remisión, duración máx. 6 sem	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Brote moderado o falta de respuesta a aminosalicilatos orales	**Prednisona** 0,25-1mg/kg/d vo **o** **Metilprednisolona** 0,75-1 mg/kg/d vo, hasta remisión del brote o máximo 2-3 semanas; reducir dosis progresivamente	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En fase aguda: dieta astringente (pobre en residuos) y exenta de lácteos. Fuera del brote, la dieta debe ser normal.

No hay evidencia que sugiera que los alimentos probióticos sean beneficiosos para el mantenimiento o la remisión de la enfermedad de Crohn.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Evitar el uso de fármacos inhibidores de la motilidad (codeína, loperamida) y antiespasmódicos, dado que pueden precipitar un íleo paralítico y megacolon en la colitis ulcerosa activa.

DERIVACIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal debe ser tratada en AE.

OTROS

La diarrea debida a la menor reabsorción de sales biliares puede mejorar con colestiramina.

En la colitis ulcerosa y en la colitis del Crohn en la fase aguda, se utiliza la sulfasalazina o la mesalazina (5-ASA). En cambio, en la ileítis de Crohn en ningún caso se utiliza la sulfasalazina, ni tampoco en la colitis del Crohn en fase de mantenimiento. La terapia de mantenimiento de colitis ulcerosa o proctitis incluye enemas/supositorios de 5-ASA y/o tratamiento oral de 5-ASA. La azatioprina también es efectiva para prevenir las recaídas. La olsalazina es un profármaco de la mesalazina que proporciona menores niveles sistémicos, aunque está sin establecer la significación clínica de esta ventaja. El metronidazol (10 mg/kg/d hasta máx. 20 mg/kg/d) y el ciprofloxacino (500 mg/12h) son útiles en la enfermedad de Crohn fistulosa y perianal.

Se recomienda infliximab para aquellos pacientes con una enfermedad de Crohn moderada-grave refractaria al tratamiento convencional.

ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI

INTRODUCCIÓN

Situaciones en las que está indicada la realización de un test de *H. pylori* :

- Pacientes con enfermedad ulcerosa activa.
- Reaparición de síntomas en paciente tratado.
- Pacientes con síndrome ulceroso.
- Individuos tratados, para confirmar la curación en caso de que exista ulcus asociado, antecedentes de ulcus o tratamiento antisecretor crónico y persistencia de síntomas dispépticos.
- En el curso de la endoscopia de control después del tratamiento de una úlcera gástrica.

Situaciones en las que no está indicada la realización de un test de *H. pylori* :

- Pacientes asintomáticos con historia previa de ulcus.
- Pacientes con toma crónica de antiácidos por reflujo gastroesofágico.
- Pacientes sintomáticos con historia documentada de ulcus sin tratamiento erradicador previo. En este grupo es más eficiente tratar sin necesidad de realizar test previo alguno.
- Pacientes tratados por úlcera duodenal, para confirmar su curación de forma rutinaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI	**Omeprazol** 20 mg/12h vo, 7 días + **Amoxicilina** 1 g/8h vo, 7 días + **Claritromicina** 500 mg/12h vo, 7 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia/intolerancia a la amoxicilina o resistencia a claritromicina	Sustituir por **Metronidazol oral** 500 mg/12h vo, 7 días	
Fracaso del tratamiento inicial	"Cuádruple terapia": **Omeprazol** 20 mg/12h vo, 7 días + **Metronidazol oral** 500 mg/8h vo, 7 días + **Subcitrato de bismuto** 120 mg/6h vo, 7 días + **Tetraciclina** 500 mg/6h vo, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Motivar al paciente para que termine el tratamiento aunque aparezcan efectos secundarios leves-moderados.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Hay discrepancia de opiniones sobre la actuación en pacientes que han fracasado a terapia cuádruple: algunos recomiendan realizar cultivo y antibiograma con el fin de pautar un tercero e incluso cuarto tratamiento de rescate; otros recomiendan, en los pacientes con úlcera no complicada, pautar un tratamiento antisecretor clásico de mantenimiento para evitar recidivas ulcerosas y esperar la introducción de nuevas pautas erradicadoras alternativas. En esta situación se debe valorar derivación a especializada.

PRECAUCIONES

Descartar la presencia de síntomas y signos de alarma de malignidad o úlcera complicada: sensación de saciedad temprana, vómitos prolongados, melena, hemorragia rectal, enfermedad ulcerosa previa, ictericia, historia familiar de cáncer gástrico, anorexia, pérdida ≥10% del peso corporal.

Antes de realizar la prueba del aliento con urea se debe interrumpir el tratamiento con antibióticos durante 4 semanas y con antisecretores y antiácidos durante 2-4 semanas, para evitar los falsos negativos.

OTROS

En AP, si no se considera indicada la endoscopia, puede usarse el test del aliento o la detección de antígeno bacteriano en heces. Este último es más económico y con alta sensibilidad y especificidad.

En caso de alergia o intolerancia a omeprazol, sustituir por la asociación ranitidina 150 mg + subcitrato de bismuto 120 mg cada 12 h vía oral.

La terapia triple (2 antibióticos + 1 antisecretor) consigue tasas adecuadas de erradicación (85-90%) y de cumplimiento del paciente. El metronidazol no se incluye como primera línea porque *Helicobacter pylori* presenta con frecuencia resistencias.

ESOFAGITIS POR CANDIDA

ESOFAGITIS POR CANDIDA

Enfermedades del aparato digestivo

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESOFAGITIS POR CANDIDA	**Fluconazol** 200 mg vo 1er día y seguir con 100 mg/24h vo, 14-30 días	

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Ajustar dosis de fluconazol en pacientes con insuficiencia renal.

OTROS

En pacientes inmunocomprometidos valorar dosis más altas de fluconazol.

ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO

ESTREÑIMIENTO EN EL ADULTO

Enfermedades del aparato digestivo

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento es un síntoma difícil de definir, por su naturaleza subjetiva y por la dificultad para establecer qué se considera un "hábito intestinal normal". Puede presentarse como un síntoma crónico o como un cambio reciente en la frecuencia intestinal, con o sin variación en la consistencia de las heces, que es

percibida como "anormal" por el paciente. El estreñimiento mantenido de reciente aparición o asociado a síntomas de alarma obliga a descartar causa orgánica, especialmente cáncer de colon.

Tipos de laxantes y características:

TIPO DE LAXANTE	PRINCIPIOS ACTIVOS	MECANISMO DE ACCIÓN	CARACTERÍSTICAS Y RECOMENDACIONES DE USO
Emolientes	- Docusato sódico	Ablandan las heces disminuyendo la tensión de superficie y favorecen la penetración de fluidos intestinales.	- Uso indicado en casos en que las heces estén muy endurecidas, fundamentalmente cuando se quiere evitar esfuerzos excesivos, como ocurre en hernias, hipertensión severa, problemas cardiovasculares, postparto, etc. - Sólo se recomienda su uso a corto plazo (máx. 1 sem).
Lubrificantes	- Aceite de Vaselina		
Osmóticos	- Lactulosa, lactitol - Glicerina - Laxantes con fosfatos	Retienen fluidos en el intestino por ósmosis o modificando la distribución de agua en las heces. El aumento de volumen produce distensión de la luz colónica y aumento del peristaltismo intestinal.	- Lactulosa y lactitol: Pueden tardar hasta 3 días en hacer efecto, por lo que no son adecuados para el alivio rápido de los síntomas. Pueden producir cierta flatulencia al inicio de tratamiento así como dolores, cólicos, náuseas, vómitos y diarreas si se utiliza a dosis altas. - Glicerina: acción rápida (30 min). - Laxantes con fosfato: Debido a los casos graves de hipocalcemia o hiperfosfatemia, solo se deben utilizar en casos de vaciado intestinal previo a exploraciones diagnósticas, cirugía o parto o en casos de impactación fecal.
Estimulantes de la motilidad intestinal	- Cáscara sagrada y sen - Senósidos A y B - Bisacodilo - Picosulfato sódico	Fármacos de acción rápida y agresiva que producen habitualmente una irritación intestinal intensa.	- Se utilizan con frecuencia cuando se desea una evacuación total del tracto intestinal con fines exploratorios (examen radiológico) o quirúrgicos (cirugía abdominal, rectal, intestinal, etc). - Alcanzan su efecto en 6-12 h por vo y en 6-20 min por vr. - Su uso crónico puede causar desequilibrios electrolíticos y colon atónico, por lo que, en general, están reservados para tratamientos a corto plazo. Sólo en algunas situaciones (ancianos encamados y cuidados paliativos) puede valorarse su utilización a largo plazo.
Formadores de bolo intestinal	- Salvado - Plantago ovata - Metilcelulosa	Actúan igual que la fibra dietética; reteniendo líquido e incrementando la masa fecal, lo que estimula el peristaltismo.	- Pueden tardar varios días en hacer efecto; por tanto no son adecuados para alivio rápido de los síntomas. - Seguros para uso a largo plazo. - Contraindicados en pacientes con impactación fecal u obstrucción intestinal. - Deben acompañarse de ingesta adecuada de líquidos. - Pueden interferir la absorción de hierro, calcio y otras sustancias (digoxina, salicilatos, etc) por lo que deben separase 1 h de la toma de otra medicación.

Criterios de Roma II de estreñimiento crónico funcional:

Presencia de dos o más de los siguientes datos clínicos durante 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en los 12 últimos meses:

- Menos de 3 deposiciones a la semana.
- Esfuerzo defecatorio en más del 25% de las deposiciones.
- Heces duras en más del 25% de las deposiciones.
- Sensación de evacuación incompleta o bloqueo en más del 25% de las deposiciones.
- Práctica de evacuación incompleta o bloqueo en más del 25% de las deposiciones.
- Práctica de maniobras manuales (digitalización, apoyo del suelo pélvico) en más del 25% de las deposiciones.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESTREÑIMIENTO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Estreñimiento crónico que no mejora con medidas no farmacológicas	**Ispaghula (Plantago ovata)** 3,5-7 g (1-2 cucharadas o sobres) vo en ayunas por la mañana con 1-2 vasos de agua. Puede tomarse una dosis adicional de 3,5 g por la noche. **o** **Lactulosa** 10-20 g (15-30 ml)/d vo en 1 o varias tomas. Ajuste gradual de la dosis hasta lograr 1 deposición diaria.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Formas graves	**Bisacodilo** 5-10 mg vo después de la cena	
Episodio agudo resistente a medidas no farmacológicas	**Glicerol laxante** 1-2 sup/24h vr	**Citrato sódico dihidratado** 1 canuleta vr, DU (repetir dosis si es preciso) **o** Enema de **Fosfato de sodio** 140-250 ml vr DU (repetir dosis si es preciso)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- La educación al paciente, incluyendo consejo dietético y ejercicio físico si es posible, son los pilares fundamentales en el tratamiento del estreñimiento no complicado y son suficientes para controlar los síntomas en la mayoría de los casos. Es básico educar o reeducar al paciente, no sólo para el cambio de hábitos dietéticos, sino también para que adquiera o recupere el hábito de defecar con regularidad.
- Las medidas higiénico-dietéticas son las más importantes: ingesta de fibra dietética (salvado de trigo, frutas [ciruelas, kiwis], legumbres y verduras). En los pacientes con obstrucción de colon, tiempo del tránsito colónico enlentecido, anismo o megacolon, la fibra puede empeorar la sintomatología.
- También se recomienda aumentar la ingesta de líquidos (al menos 2 l diarios).
- Es importante adquirir un hábito deposicional correcto, ir al lavabo a la misma hora, al levantarse o después de una comida, con el tiempo suficiente para efectuar la deposición e intentando relajarse. Se recomienda un aumento de la actividad física.
- Técnicas de reaprendizaje o *biofeedback* (consisten en técnicas de reaprendizaje del reflejo de la defecación), útiles en pacientes afectados de anismo, pero no parecen ser beneficiosas en pacientes con tránsito intestinal enlentecido.
- Tratamiento psicológico de apoyo.
- El masaje abdominal externo ha demostrado ser claramente ineficaz.
- Valorar la retirada de medicación que pueda haber causado el estreñimiento.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Las indicaciones para el uso de laxantes son:

- Impactación fecal.
- Falta de respuesta al tratamiento no farmacológico (después de 4 semanas).

- Defecación dolorosa y con riesgo de sangrado rectal (hemorroides, fisura anal, absceso perianal).
- Estreñimiento asociado a enfermedad, cirugía o embarazo.
- Ancianos inmovilizados o con dieta deficiente.
- Estreñimiento inducido por fármacos, si no es posible retirarlos.
- Patologías en las que la defecación con esfuerzo resulta perjudicial (hernia, angina...).
- Preparación para una intervención/exploración.

Los laxantes rectales se deben prescribir cuando se precisa un resultado rápido.

Los enemas se recomiendan para uso ocasional más que para uso regular.

SEGUIMIENTO

Es muy importante la valoración clínica para descartar estreñimiento secundario a patología orgánica de base.

SEGURIDAD

Lactulosa: se recomienda especial control clínico en pacientes con diabetes debido a que la absorción de sus metabolitos (fructosa, lactosa) puede alterar la glucemia.

Bisacodilo: es un laxante estimulante, aumenta la motilidad intestinal y no se debe utilizar si existe obstrucción intestinal. Tiene una acción rápida y agresiva. Su uso crónico puede causar desequilibrios electrolíticos. En general, se recomienda para tratamientos a corto plazo.

PRECAUCIONES

Se debe utilizar siempre la mínima dosis de laxante y reducirla o eliminarla una vez que se han resuelto los síntomas.

OTROS

Situaciones especiales:

Ancianos: utilizar formadores de masa en ancianos activos y laxantes osmóticos en inmovilizados. Reevaluar periódicamente. Valorar la supresión de fármacos que produzcan estreñimiento.

Embarazo o lactancia: si el aumento de fibra es ineficaz, utilizar como alternativa en primer lugar formadores de masa seguidos de osmóticos y estimulantes.

Pacientes encamados o que toman inhibidores de la motilidad (opiáceos):

No incluir la fibra como primera línea de tratamiento, por riesgo de producir pseudoobstrucción abdominal y efectividad dudosa en estreñimiento severo.

Pauta específica para pacientes terminales:

- Prescribir laxantes de forma preventiva a todo paciente en tratamiento con opiáceos. El objetivo es conseguir una deposición cada 1-3 días. Muy importante prevenir la impactación fecal.
- Elegir laxante según mecanismo de acción y consistencia de las heces.

- La combinación de laxantes es más efectiva que un reblandecedor de heces sólo y causa también menos efectos adversos que un estimulante en monoterapia.
- Los supositorios y/o enemas están indicados cuando no se logra obtener la deposición con laxantes orales.
- Los laxantes formadores de volumen son poco útiles en Medicina Paliativa.

Impactación fecal, secundaria a la extracción manual y/o utilización de enemas: laxante estimulante para vaciar completamente el colon. Después del tratamiento agudo, prescribir un laxante oral diario para prevenir nuevos episodios (si existe riesgo de que se repitan).

Circunstancias especiales del paciente:

- Recto lleno y heces duras: estimulante junto con reblandecedor de heces (p. ej. senósidos y docusato sódico). Los supositorios de glicerina (reblandecedores y estimulantes) pueden ser una alternativa.
- Recto lleno y heces blandas: estimulante (senósidos o bisacodilo).
- Colon lleno y cólicos: reblandecedor de heces con leve acción estimulante (p. ej. docusato sódico 100-300 mg/d; máx. 500 mg/d). Considerar enemas de limpieza.
- Colon lleno y sin cólicos: estimulante más reblandecedor de heces (p.ej. senósidos 12-36 mg/d más docusato sódico).

FÍSTULA ANAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FÍSTULA ANAL	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Siempre quirúrgico excepto si hay diarrea, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Recientemente han aparecido en el mercado productos que limpian y sellan la fístula cuya eficacia aún no ha sido evaluada mediante ensayos clínicos adecuados metodológicamente.

DERIVACIÓN

Se derivará a cirugía para intervención programada (fistulotomía).

FISURA ANAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FISURA ANAL	**Metamizol sódico (dipirona)** 500-1.000 mg/6-8h vo, máx. 10 días **o** **Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d) **+** **Ispaghula (Plantago ovata)** 3,5-10 g/d vo repartido en varias tomas **o** **Lactulosa** 10-20 g (15-30 ml)/d vo en 1 o varias tomas. Ajuste gradual de la dosis hasta lograr 1 deposición diaria.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría (cronificación de la fisura)	**Nitroglicerina (rectal)** 0,4% (4 mg/g) crema 1 aplic intraanal/12h, hasta remisión del dolor (máx. 8 sem)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Episodio agudo	**Lidocaína** 5% con/sin corticoide pom 2-3 aplic/d, máx. 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La dieta rica en fibra es beneficiosa en la prevención de las fisuras. Los baños de asiento templados (no calientes) durante 10-15 min después de cada deposición o cuando sea necesario (durante 1-2 semanas) mitigan la molestia y proporcionan alivio temporal.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellas personas con fisuras crónicas (fisura que no cicatriza tras 6 semanas) que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento.

OTROS

La cefalea es el efecto secundario más frecuente de la nitroglicerina.

HEMORROIDES

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HEMORROIDES	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Estreñimiento	**Ispaghula (Plantago ovata)** 3,5-10 g/d vo repartido en 1-3 tomas **o** **Lactulosa** 10-20 g (15-30 ml)/d vo en 1 o varias tomas. Ajuste gradual de la dosis hasta lograr 1 deposición diaria.	
Hemorroides con prurito y/o dolor	**Fluocinolona acetónido (antihemorroidal)** 0,01% 1 aplic/12-24h vr (máx. 7 días) **o** **Fluocinolona acetónido (antihemorroidal)** (0,01%) + clorhidrato de lidocaína (2%) antihemorroidal vr 1 aplic/12-24h (máx 7 días)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Es esencial un régimen adecuado con dieta rica en fibra, pues hay evidencias de que disminuye el dolor, el prolapso y el sangrado. Aporte suficiente de agua. Evitar el uso de papel higiénico; se aconseja el lavado con agua tibia o fría después de cada evacuación. Aumento de la actividad física diaria.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Reservar la lactulosa para los casos de intolerancia o mal cumplimiento con formadores de bolo. El empleo de laxantes osmóticos a dosis altas de manera prolongada puede alterar el equilibrio electrolítico. Contraindicados en diabéticos y galactosemia.

Usar los corticoides tópicos por períodos inferiores a una semana, para evitar atrofia cutánea. En caso de infección o únicamente dolor (sin prurito), no utilizar corticoide tópico.

DERIVACIÓN

En caso de no mejorar, valorar la derivación a cirugía para tratamiento instrumental con escleroterapia, ligadura en bandas, fotocoagulación con infrarrojos o hemorroidectomía.

OTROS

Los laxantes formadores de bolo (plantago ovata) son de elección por tener un efecto similar a la ingesta de fibra alimentaria (siempre que haya una ingesta hídrica adecuada, al menos 2 l/d) y menos efectos adversos. Debe advertirse a los pacientes que su efecto tarda 2-3 días en aliviar el estreñimiento, y hasta 6 semanas en mejorar los síntomas de las hemorroides.

HEMORROIDES. TROMBOSIS HEMORROIDAL.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TROMBOSIS HEMORROIDAL	**Metamizol sódico (dipirona)** 500 mg/6-8h vo, máx. 10 días **o** **Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Estreñimiento moderado-grave	**Ispaghula (Plantago ovata)** 3,5-10 g/d vo repartido en 1-3 tomas **o** **Lactulosa** 10-20 g (15-30 ml)/d vo en 1 o varias tomas. Ajuste gradual de la dosis hasta lograr 1 deposición diaria.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Hemorroides externas: están indicados analgésicos, compresas frías y baños de asiento; su resolución se limita a 5-7 días. La incisión y el drenaje del coágulo disminuyen el dolor, pero en el momento actual se duda de su recomendación porque la trombosis, generalmente, recurre de forma espontánea y puede seguir sangrando. Tampoco se han encontrado estudios que evalúen el beneficio de la extracción del coágulo frente a la actitud expectante. El tratamiento definitivo es quirúrgico (hemorroidectomía) en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico o si el prolapso es de larga evolución.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Reservar la lactulosa para los casos de intolerancia o mal cumplimiento con formadores de bolo. El empleo de laxantes osmóticos a dosis altas de manera prolongada puede alterar el equilibrio electrolítico. Contraindicados en diabéticos y galactosemia.

DERIVACIÓN

El tratamiento definitivo es quirúrgico (hemorroidectomía) en aquellas personas con hemorroides que no responden a las medidas higiénico-dietéticas ni al tratamiento farmacológico o si el prolapso es de larga evolución.

OTROS

Los laxantes formadores de bolo (Plantago ovata) son de elección por tener un efecto similar a la ingesta de fibra alimentaria (siempre que haya una ingesta hídrica adecuada, al menos 2 l/d) y menos efectos adversos. Debe advertirse a los pacientes que su efecto tarda 2-3 días en aliviar el estreñimiento y hasta 6 semanas en mejorar los síntomas de las hemorroides.

HEPATITIS CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La hepatitis crónica es una enfermedad producida por diversos agentes patógenos que se caracteriza por inflamación y necrosis celular del parénquima hepático durante un periodo que se define arbitrariamente como más de 6 meses de evolución.

Las hepatits virales representan más del 90% de las hepatitis crónicas y se pueden diferenciar varios tipos. Las más frecuentes son la B y la C:

- *Hepatitis B crónica:* se manifiesta por la presencia del AgHBs, de la inmunoglobulina IgG anti-AgHBc y la ausencia de respuesta inmune natural (anti-AgHBs), que además se acompaña de niveles elevados en suero de la ALT y cierto grado de inflamación crónica en la biopsia hepática. Tanto la presencia del DNA del virus como el AgHBe determinan si el paciente es contagioso.
- *Hepatitis C crónica:* persistencia de valores de ARN para VHC elevados a los 6 meses de la exposición. El diagnóstico se realiza habitualmente en el transcurso del estudio de un paciente asintomático con elevación mantenida de la ALT. Las manifestaciones clínicas no suelen aparecer hasta que se manifiestan los síntomas relacionados con la cirrosis hepática (20% de los casos a los 20-25 años) o el carcinoma hepatocelular (CHC) (riesgo anual, entre pacientes con cirrosis, del 1-4%). Antes de iniciar el tratamiento hay que determinar el genotipo de virus infectante de la hepatitis C así como la carga viral, ya que ésta puede afectar a la elección de la pauta de tratamiento. Los candidatos a tratamiento son los pacientes con una hepatitis crónica o con cirrosis compensada, independientemente del grado de actividad o del estadio.

El objetivo del tratamiento de la hepatitis crónica B y C es la supresión sostenida de la replicación viral y la remisión de la enfermedad hepática, con la meta final de prevenir la cirrosis, el fallo hepático y el hepatocarcinoma.

Se pueden diferenciar otros tipos de hepatitis, de origen no viral:

- *Hepatitis crónica idiopática:* cuando no se ha podido establecer una etiología definida tras un estudio completo.
- *Hepatitis autoinmune:* suelen ser mujeres con manifestaciones adicionales de autoinmunidad. Habitualmente responden positivamente a los corticoides.
- *Hepatitis asociada a fármacos* : lo más importante es identificar el fármaco causante y retirarlo.
- *Esteatosis hepática no alcohólica:* es una causa importante de hipertransaminemia en adultos. Suelen cursar de forma asintomática.
- *Hemocromatosis hereditaria*: causada por un incremento en la absorción de hierro en el intestino proximal.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HEPATITIS CRÓNICA	**Medidas no farmacológicas** y Ver Observaciones	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Normas generales: Abstención absoluta del consumo de alcohol y fármacos hepatotóxicos (AINE, corticoides, citostáticos, algunos antibióticos, etc), ejercicio físico moderado, evitar el sobrepeso y la obesidad, dieta equilibrada. Corregir los trastornos metabólicos (los más frecuentes son diabetes e hipertrigliceridemia).

Normas específicas:

- Hepatitis infecciosas: La familia o convivientes deberán adoptar precauciones en el uso de utensilios de higiene personal que puedan contactar con sangre. No deben realizar donaciones de sangre. Evitar prácticas de riesgo para contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). No existe riesgo para la lactancia materna salvo si hay grietas o heridas.
- Hepatitis alcohólica: tratar la malnutrición (2.000-3.000 kcal/d, proteínas 1 g/kg/d, salvo en pacientes con encefalopatía).
- Hepatitis asociada a fármacos: retirar el fármaco causante.
- Hemocromatosis: flebotomías periódicas hasta normalizar la ferritina.
- Esteatosis hepática: realizar una nutrición adecuada, ejercicio, reducción de peso.
- Déficit de alfa1-antitripsina: trasplante hepático.

El trasplante hepático debe valorarse si fracasan todas las medidas terapéuticas y la causa desencadenante está controlada.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los objetivos del tratamiento de la hepatitis crónica B se basan fundamentalmente en:

- Detener la progresión de la enfermedad inflamatoria hepática y por lo tanto el desarrollo de cirrosis y CHC.
- Eliminar la infectividad del paciente mediante la pérdida tanto en suero como en el tejido hepático de DNA del VHB, del AgHBe y del AgHBc y con ello prevenir el contagio a otras personas.
- Mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

DERIVACIÓN

El tratamiento de la hepatitis crónica debe iniciarlo un especialista. Los virus de las hepatitis B y C constituyen las causas principales de la hepatitis crónica y los fármacos que se utilizan en estas patologías son, entre otros, interferon alfa, peginterferon alfa, lamivudina y adefovir dipivoxil.

Hepatitis C: Derivar para tratamiento a aquellos pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad hepática progresiva que evolucione a cirrosis: glutamiltranspeptidasa elevada más de 6 meses, punción biopsia hace menos de 1 año con presencia de lesiones necroinflamatorias moderadas-graves y/o fibrosis y ARN viral > 50 UI/ml, coexistencia de porfiria cutánea tardía, glomerulonefritis o crioglobulinemia menos de 50 años.

Hepatitis B: Puede ser recomendable remitir a los pacientes al segundo nivel asistencial en las siguientes circunstancias:

- Elevaciones de la ALT por encima de 1,5 veces sus niveles normales.
- Persistencia del AgHBs positivo en el suero a los tres meses después del inicio de la enfermedad.
- Estadíos finales de enfermedad hepática.
- Presencia de síntomas y signos de una hepatitis fulminante.
- Mujeres embarazadas.

OTROS

Se debe valorar la posible coinfección por el VIH para adecuar la pauta terapéutica a seguir.

El 40% de los portadores crónicos de VHC que se infectan con una hepatitis A desarrollan una hepatitis fulminante, lo que justifica la vacunación contra VHA en estos pacientes.

Los analgésicos de elección son el paracetamol (<2 g/d) y el metamizol. No se deben utilizar AINE porque favorecen el sangrado y aumentan el riesgo de fracaso renal agudo (especialmente en pacientes con cirrosis). La depresión es un cuadro frecuente en pacientes con hepatitis C crónica y puede contraindicar el tratamiento farmacológico. Ante su presencia, se recomienda iniciar tratamiento antidepresivo y derivar a consulta de salud mental.

HIPO

INTRODUCCIÓN

El hipo se puede clasificar, en función de la duración, en transitorio (<48 h), persistente (>48 h y < de 1 mes) e intratable (> 1 mes). El hipo transitorio es breve, con episodios aislados y no suele tener implicación clínica. Las enfermedades digestivas son la causa más frecuente de hipo persistente e intratable, entre ellas el reflujo gastroesofágico es el causante de cerca del 50% de los casos y los tumores digestivos son otra causa frecuente. Es muy importante el diagnóstico etiológico. Ante un hipo persistente, se debe pensar en una patología severa.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hipo persistente. Hipo intratable.	**Clorpromazina** 25-50 mg iv DU y repetir otra dosis de 25-50 mg tras 2-4h iv o im; ó 25-50 mg/6-8h vo	**Haloperidol** 2 mg im, DU ó 1,5 mg/8h vo el primer día y después 1,5-3 mg por la noche **o** **Baclofeno** 5 mg/8h vo, aumentar 5 mg por toma cada 3 días (máx. 80 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Maniobras sencillas: tracción de la lengua, levantar la úvula con una cuchara fría, retener la inspiración (valsalva), beber a pequeños sorbos un vaso de agua fría, respirar dentro de una bolsa de papel, etc.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe tratar la causa si se conoce. Hay que valorar el tratamiento con IBP o Anti-H2 si se considera que la causa es el reflujo gastroesofágico. El hipo transitorio suele ceder con maniobras sencillas. Los fármacos son necesarios en el hipo persistente o recurrente.

SEGUIMIENTO

En pacientes con tratamiento, se recomienda valoración a los 3 días de tratamiento. La duración del tratamiento es variable en los diferentes estudios. Puede ser razonable tratar durante 2 semanas y si el tratamiento ha sido efectivo interrumpir. Si un tratamiento no es eficaz, cambiar de fármaco.

PRECAUCIONES

Clorpromazina: administrar con cuidado en cardiópatas y hemopatías. Puede producir somnolencia, sedación, hipotensión, discinesias, etc.

DERIVACIÓN

Se debe derivar a AE todo hipo que no responda al tratamiento o en caso de sospecha de etiología digestiva o neurológica (la mayoría de los hipos persistentes o intratables).

OTROS

La evidencia del tratamiento farmacológico en el hipo es escasa y metodológicamente limitada. La clorpromacina es el único fármaco aprobado por la FDA para esta patología. Los trabajos llevados a cabo con el blaclofeno han obtenido buenos resultados. Otros fármacos ensayados en el tratamiento del hipo persistente e intratable, aunque en escaso número de pacientes, son metoclopramida (útil cuando se sospecha causa gástrica), gabapentina (en hipo de origen neurológico), amitriptilina, ác. valproico, etc.

INCONTINENCIA FECAL

INCONTINENCIA FECAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INCONTINENCIA FECAL	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Incontinencia con heces líquidas	**Loperamida** 4-8 mg/d vo según respuesta (máx. 16 mg/d)	
Incontinencia por rebosamiento	Aumentar la ingesta de fibra y líquido o supositorios de glicerina para lograr hábito defecatorio regular	
Prevención de fecalomas	Enemas de **Fosfato de sodio** 140-250 ml vr en función de las necesidades	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En todos los casos, apoyo psicológico y recomendación de utilización de absorbentes de incontinencia. Tratamiento etiológico.
- En la incontinencia por neuropatía: Ejercicios de reeducación-rehabilitación de la musculatura esfinteriana y periné.
- Incontinencia por abuso de laxantes u otros fármacos: retirar los fármacos causantes .
- En caso de lesiones traumáticas que lo precisen o en prolapso rectal con incontinencia: cirugía reparativa (u otras cirugías como esfínter artificial, colostomía, etc. en casos seleccionados).

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Evitar el uso habitual de los enemas de fosfato por el riesgo de hiperfosfatemia y otros desórdenes electrolíticos.

NÁUSEAS Y VÓMITOS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NÁUSEAS Y VÓMITOS	**Metoclopramida** 10 mg/6-8h vo 10-20 min antes de las comidas **o** **Domperidona** 10 mg/6-8h vo ó 60 mg/6-12h vr	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Cinetosis	**Dimenhidrinato** 50-100 mg vo 30-60 min antes del viaje	
Embarazo	**Doxilamina/ Piridoxina** 10/10 mg/8-24h vo inicio al acostarse	
Origen incierto o múltiple	**Levomepromazina** 6,25-12,5 mg vo por la noche	
Vómitos de origen vestibular	**Tietilperazina** 6,5 mg/8-12h vo	
Uso de opioides	**Haloperidol** 0,5 mg/12h ó 2 mg vo por la noche **o** **Metoclopramida** 10-20 mg/6-8h sc o vo	
Hipertensión intracraneal en pacientes terminales	**Dexametasona** 2 mg/8-12h vo	
Ansiedad con emesis anticipatoria (quimioterapia)	**Alprazolam** 1-2 mg/12-24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Obstrucción intestinal	**Metoclopramida** 10 mg/8h sc o vo + **Levomepromazina** 6,25-12,5 mg sc o **Haloperidol** 1-2,5 mg sc al acostarse, si obstrucción total	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Recomendar reposo digestivo inicial durante algunas horas (según la edad del paciente) con introducción progresiva de líquidos (suero salino hipotónico) en pequeñas cantidades, sin forzar la demanda. Ir incrementando de forma progresiva la introducción de alimentos sólidos. Se debe esperar entre 2-3 horas a reiniciar la ingesta si se repiten los vómitos. Es importante adecuar la dieta a las posibilidades del paciente.
- Promover la automedicación responsable, especialmente en casos de cinetosis, embarazo y patología gastroduodenal crónica.
- En el embarazo se recomienda la ingesta de jengibre por sus efectos beneficiosos en el control de los vómitos y de las náuseas y por la ausencia de efectos secundarios. Con respecto a otras medidas dietéticas, no hay evidencia de que éstas disminuyan las náuseas y vómitos en el embarazo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento debe ser etiológico.

En las náuseas y vómitos de origen incierto o múltiple y en la obstrucción intestinal, realizar inicialmente tratamiento parenteral (en las primeras 48 horas).

En fase terminal, debido a la dificultad de administrar fármacos por vía oral, se necesita adaptar la medicación a vías apropiadas. Una alternativa es la vía subcutánea mediante infusores de administración continua, que pueden utilizarse con metoclopramida, haloperidol y levomepromazina.

Se puede utilizar ranitidina 50 mg/6-8h intramuscular como tratamiento antisecretor en vómitos debidos a éxtasis gástrico por obstrucción que no responden a procinéticos.

En vómitos asociados a cólico biliar o renal es preciso tratar el dolor con analgésicos y antiinflamatorios.

En vómitos secundarios a quimioterapia, principalmente los de reciente aparición y tras quimioterapia altamente emetógena, se utilizan los fármacos antiserotoninérgicos como el ondansetrón.

En el embarazo, ante la falta de respuesta con doxilamina, utilizar metoclopramida. En caso de reacción extrapiramidal aguda, tratar con biperideno (2,5-10 mg im o iv lento).

DERIVACIÓN

Valorar la derivación en función de la causa y dependiendo de que el paciente presente trastornos hidroelectrolíticos y/o resistencia a los fármacos antieméticos.

PIROSIS. ESOFAGITIS POR REFLUJO.

PIROSIS. ESOFAGITIS POR REFLUJO.

INTRODUCCIÓN

El binomio pirosis-regurgitación es prácticamente patognomónico de esofagitis por reflujo gastroesofágico (ERGE). **La hernia de hiato favorece la ERGE.**

Una anamnesis detallada permite diagnosticar una ERGE con alta fiabilidad y es suficiente para iniciar un tratamiento empírico con IBP, siempre que no existan síntomas de alarma. Hay que prestar atención a los síntomas atípicos (tos, dolor torácico, asma, globo faríngeo y disfonía) y a los síntomas de alarma (disfagia, odinofagia, regurgitación, vómitos frecuentes, anemia ferropénica, hemorragia digestiva o síndrome general).

El tratamiento de elección son los IBP, tanto para la fase aguda como para la fase de mantenimiento. El tratamiento empírico con omeprazol a dosis estándar durante 2-4 semanas tiene valor diagnóstico en los pacientes con síntomas típicos de ERGE.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PIROSIS. ESOFAGITIS POR REFLUJO.	**Omeprazol** 20 mg/24h vo	**Ranitidina** 150 mg/12h ó 300 mg/24h vo por la noche **o** **Famotidina** 40 mg/12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pirosis ocasional	**Medidas no farmacológicas**	Asociar **Almagato** 1-1,5 g vo 1 h después de las comidas y al acostarse, o a demanda
Esofagitis por reflujo en embarazada	**Almagato** 1-1,5 g 3 tomas/d vo 1 h después de las principales comidas **o** **Ranitidina** 150 mg/12h ó 300 mg/24h vo por la noche	**Omeprazol** 20 mg/24h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Medidas posturales: elevar la cabecera de la cama (15-20 cm), evitar el decúbito postprandial inmediato.
- Medidas higiénicas: Normalizar el peso (la obesidad está asociada a un incremento de ERGE). Combatir el estreñimiento crónico. Evitar prendas ajustadas. No acostarse hasta 2 horas después de las comidas, y no hacerlo sobre el lado izquierdo en caso de predominio nocturno de los síntomas. Evitar el consumo de tabaco.
- Medidas dietéticas: distribuir la ingesta, evitar las comidas copiosas y alimentos como las grasas, el café, el alcohol, el chocolate, la menta, los zumos cítricos y las bebidas gaseosas.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

En esofagitis por reflujo se recomienda un primer ciclo de 4 semanas. En los pacientes que no responden, se recomienda otro ciclo de 4 semanas a dosis estándar o incluso a dosis dobles (omeprazol 20 mg/12h vo).

PRECAUCIONES

Los tratamientos a largo plazo deben ser revisados anualmente.

DERIVACIÓN

Se recomienda realizar endoscopia cuando hay síntomas de alarma, en mayores de 55 años con resistencia al tratamiento o en pacientes de cualquier edad con dispepsias recurrentes y con falta de control de los síntomas.

Si existe fracaso terapéutico, remitir a AE.

OTROS

La erradicación de *Helicobacter pylori* no ha demostrado tener una influencia beneficiosa en la clínica de la ERGE. Con los datos existentes en la actualidad, cualquier decisión sobre erradicar o no *Helicobacter pylori* debe basarse en el riesgo individual de padecer cáncer gástrico y en las preferencias del paciente de someterse al tratamiento.

PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR AAS A DOSIS BAJAS

INTRODUCCIÓN

El tratamiento con AAS a dosis bajas incrementa de 2 a 3 veces el riesgo de complicaciones gastrointestinales. No se ha demostrado que las formulaciones de AAS con recubrimiento entérico o tamponadas sean mejor toleradas. Tampoco se ha demostrado más seguro el uso de inhibidores selectivos de la COX-2 en pacientes en tratamiento con AAS a dosis bajas, que el uso del AINE tradicional.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR AAS A DOSIS BAJAS	**Omeprazol** 20 mg/24h vo	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se han identificado como Factores de Riesgo:

- Antecedentes de hemorragia y úlcera gastrointestinal
- Tratamiento concomitante con AINE

La edad avanzada no se ha identificado como factor de riesgo independiente. El tratamiento concomitante con otros antiagregantes, anticoagulantes orales o corticoides, así como la infección por *Helicobacter pylori* no se han evaluado o se han investigado de forma limitada, por lo que estos factores, así como la comorbilidad, han de valorarse individualmente.

PRECAUCIONES

En pacientes con antecedente de úlcera péptica (complicada o no) que no han sido tratados para erradicar el *Helicobacter pylori* se recomienda realizar el test del aliento antes de iniciar un tratamiento a largo plazo con un AINE y, en caso de resultado positivo, hacer tratamiento erradicador **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»**

PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR AINE

INTRODUCCIÓN

En pacientes con historia de sangrado se debería evitar el uso de AINE y valorar otras alternativas de tratamiento como analgésicos (paracetamol, metamizol, codeína, tramadol, etc.), infiltraciones, rehabilitación, etc.

Sólo misoprostol y a dosis de 800 µg/d ha demostrado reducir la incidencia de complicaciones graves frente a placebo, pero es mal tolerado. Los IBP, misoprostol y anti-H2 son eficaces en reducir las úlceras endoscópicas gástricas y duodenales, aunque estos últimos a dosis elevadas (ej ranitidina 300 mg/12h) y sin tener esta indicación autorizada en ficha técnica. No se conoce bien la relación entre úlceras identificadas endoscópicamente y el posterior desarrollo de complicaciones.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PREVENCIÓN DE GASTROPATÍA POR AINE	**Omeprazol** 20 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a los IBP	**Misoprostol** 200 µg/6h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Educación sanitaria sobre hábitos dietéticos adecuados, evitar ingesta de alcohol y tabaco e indicar los riesgos de la automedicación con fármacos gastroerosivos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Pacientes con Factores de Riesgo para el desarrollo de gastropatía:

- Antecedentes de úlcera péptica o complicaciones gastrointestinales.
- Edad avanzada (>65 años).
- Terapia concomitante con AAS a dosis bajas **Véase «Prevención de gastropatía por AAS a dosis bajas»** anticoagulantes y/o corticoides orales.
- Utilización de dosis elevadas de AINE y durante periodos prolongados de tiempo.
- Comorbilidad grave (enfermedad cardiovascular, renal, hepática, diabetes o hipertensión).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Evitar las complicaciones severas de sangrado y perforación.

PRECAUCIONES

Evitar las combinaciones de AINE.

En pacientes con antecedente de úlcera péptica (complicada o no) que no han sido tratados para erradicar el *Helicobacter pylori* se recomienda realizar el test del aliento antes de iniciar un tratamiento a largo plazo con un AINE y, en caso de resultado positivo, hacer tratamiento erradicador **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»**

OTROS

Otros IBP no ofrecen ventajas en eficacia, seguridad o conveniencia. Omeprazol es el principio activo más eficiente del grupo. Pantoprazol tiene un menor riesgo teórico de interacciones que omeprazol, por ello, en ocasiones se ha recomendado su uso en pacientes en tratamiento concomitante con otros fármacos susceptibles de interacción. Sin embargo, en la práctica, apenas se han descrito interacciones clínicamente relevantes con el uso de omeprazol, ni siquiera con anticoagulantes orales.

En estudios en los que se ha comparado la estrategia de utilizar un inhibidor de la COX-2 frente a un AINE tradicional asociado a un IBP, no se han encontrado diferencias significativas en la recurrencia de hemorragia digestiva. No se ha establecido una mayor eficacia de la asociación de un inhibidor de la COX-2 con un IBP, en comparación con la asociación AINE + IBP. Considerando otros aspectos de la seguridad de los coxib y su coste, no se han considerado un tratamiento de elección.

PREVENCIÓN SANGRADO POR VARICES ESOFÁGICAS

PREVENCIÓN SANGRADO POR VARICES ESOFÁGICAS

Enfermedades del aparato digestivo

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PREVENCIÓN SANGRADO POR VARICES ESOFÁGICAS	**Propranolol** 20-80 mg/12h vo (máx. 160 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a Betabloqueantes	**Mononitrato de isosorbida** 20-40 mg/12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En pacientes con sangrado recurrente se realizan intervenciones, como la ligadura endoscópica de las varices esofágicas, la escleroterapia o la derivación portosistémica.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Los betabloqueantes se utilizan profilácticamente en pacientes con varices esofágicas que no han sufrido ningún episodio de hemorragia digestiva o en pacientes que hayan sangrado para prevenir nuevos episodios.

SEGURIDAD

El tratamiento se debe de retirar en las siguientes situaciones: PAS<80 mm Hg, frecuencia cardiaca <de 55 lpm u otros efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

DERIVACIÓN

Sangrado agudo por varices esofágicas.

OTROS

Propanolol se debe iniciar a dosis bajas (40 mg/d) e ir aumentando paulatinamente de 20 a 40 mg/d, controlando la frecuencia cardiaca y la PAS cada 12-24 horas.
En pacientes con contraindicaciones o intolerancia al tratamiento médico farmacológico debe considerarse la ligadura endoscópica profiláctica de las varices esofágicas.

ÚLCERA GÁSTRICA Y ÚLCERA DUODENAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ÚLCERA GÁSTRICA CONFIRMADA POR ENDOSCOPIA	Test H. pylori (+): tratamiento erradicador **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»** Test H. pylori (-): **Omeprazol** 20 mg/d vo, 8 sem	Test *H. pylori* (-): **Ranitidina** 150 mg/12h ó 300 mg/24h vo por la noche, 8 sem
ÚLCERA DUODENAL CONFIRMADA POR ENDOSCOPIA	Test H. pylori (+): tratamiento erradicador con triple terapia durante 7 días **Véase «Erradicación de Helicobacter pylori»** Test H. pylori (-): **Omeprazol** 20 mg/d vo, 4 sem (repetir otras 4 sem en caso de reaparición de síntomas)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Existen pocos estudios que demuestren la eficacia de las medidas higiénico-dietéticas, pero en general se recomienda evitar café, alcohol, tabaco, alimentos cuyo consumo origine molestias al paciente y la toma de AINE (salvo por indicación médica).

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Objetivos del tratamiento de la úlcera gastroduodenal:

- Aliviar dolor.
- Cicatrizar la úlcera.
- Prevenir complicaciones.
- Disminuir las recurrencias.

SEGUIMIENTO

Úlcera gástrica:

- Si el control endoscópico y el test *H. pylori* posterior confirman la cicatrización y la erradicación de *H. pylori*: considerar la curación. Estas pruebas deben hacerse como mínimo 4 semanas después de finalizar el tratamiento erradicador, suspendiendo el tratamiento antisecretor al menos 14 días antes de las pruebas.
- Si la endoscopia confirma la cicatrización, pero no hay erradicación: tratamiento erradicador de segunda línea.
- Si no hay cicatrización pero sí erradicación: derivación a AE.

Úlcera duodenal:

- No es preciso realizar control endoscópico tras el tratamiento. Si no hay síntomas se considera que la úlcera se ha curado.
- En caso de persistencia de síntomas tras la terapia erradicadora, se recomienda repetir el test de *H. pylori*: si es positivo, terapia erradicadora de segunda línea; si es negativo, reevaluar diagnóstico (toma de fármacos gastrolesivos, ERGE,...) y tratar con omeprazol a dosis estándar durante 4 semanas.

Si los síntomas no ceden tras el tratamiento con omeprazol 4 semanas en pacientes con *H. pylori* negativo, repetir tratamiento otras 4 semanas y, si aún continúan, reevaluar con nueva endoscopia y descartar otras causas de falta de respuesta (incumplimiento, fármacos, falso negativo en el diagnóstico, etc.).

PRECAUCIONES

Si se confirma un ulcus gastroduodenal y es posible asociarlo al consumo de algún fármaco, se tratará de suspenderlo. En el caso de no poder retirar un AINE, considerar reducir la dosis o sustituir por paracetamol. El abordaje de las úlceras secundarias a tratamiento farmacológico es diferente. **Véase «Prevención de gastropatía por AINE»**

DERIVACIÓN

Derivar a especializada las úlceras gástricas persistentes (endoscópicamente) tras el tratamiento o bien las infecciones por *H. pylori* que no responden a la terapia de primera ni segunda línea.

OTROS

Con el tratamiento antisecretor cicatrizan en 4-8 semanas el 70-95% de los ulcus duodenales y el 60-80% de los ulcus gástricos.

En pacientes en tratamiento con AINE que desarrollan úlcera se recomienda retirar el AINE e iniciar tratamiento antisecretor empírico (omeprazol a dosis estándar) durante 8 semanas. No se recomienda la realización del test de *H. pylori* como primera opción. **Véase «Prevención de gastropatía por AINE»**

3

Enfermedades del ojo y sus anejos

BLEFARITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BLEFARITIS	**Eritromicina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/6-8h, 10 días **o** **Clortetraciclina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/6-8h, 10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Acné rosácea asociado y Blefaritis refractarias	**Doxiciclina** 100 mg/24h vo, 12 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se debe informar al paciente de la tendencia a la recurrencia y cronicidad de esta patología, ya que en muchos casos subyace una dermatitis seborreica.

Higiene palpebral, aplicando compresas calientes durante varios minutos, varias veces al día; masaje palpebral y jabón infantil o específico para la zona.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

En los casos de blefaritis que cursen con mucha inflamación puede ser útil añadir un corticoide en pomada durante cortos periodos de tiempo.

CHALAZIÓN

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CHALAZIÓN	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Compresas calientes 3-4 veces/d durante 10-15 min, pueden acelerar su resolución.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La mayoría desaparecen a los pocos meses.

PRECAUCIONES

Las recidivas requieren examen histológico para descartar un posible carcinoma de células escamosas.

DERIVACIÓN

Si no desaparece después de 4-6 semanas, debe derivarse por vía normal a Oftalmología para infiltración con corticoides o exéresis.

CONJUNTIVITIS ALÉRGICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CONJUNTIVITIS ALÉRGICA	Tratamiento sintomático: **Clorfenamina** 0,25 % col 1-2 got/6-8h **o** **Levocabastina oftálmica** 0,05% col 1got/6-12 h Tratamiento preventivo: **Cromoglícico ácido oftálmico** 4% col 1-2 got/6-8h	Tratamiento sintomático: **Azelastina oftálmica** 0,05% col 1 got/6-12 h

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o Cuadros graves	**Fluorometolona oftálmica** 0,1-0,25% col 1-2 got/4-6h **o** **Dexametasona oftálmica** 0,1% col 1-2 got/4-6h	
Cuadro sistémico o Rinoconjuntivitis	**Cetirizina** 10 mg/24h vo **o** **Loratadina** 10 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar el contacto con el alergeno. Aplicación de compresas frías. Evitar la utilización de lentillas mientras existan síntomas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratamiento preventivo en pacientes con múltiples crisis estacionales.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas y reducir la incidencia y gravedad de los mismos.

SEGURIDAD

Los corticoides tópicos, principalmente a largo plazo, pueden provocar glaucoma y catarata.

Los antihistamínicos H1 no sedantes, sobre todo a dosis altas, pueden provocar sedación; se debe evitar su uso con alcohol o sedantes.

PRECAUCIONES

Los inhibidores de la degranulación de mastocitos pueden producir sensación urente.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

INTRODUCCIÓN

A las personas con conjuntivitis aguda a menudo se les administra antibióticos, para acelerar la recuperación, aunque en la mayoría de los casos la enfermedad es autolimitada y desaparece en 1 semana.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	**Clortetraciclina oftálmica** 0,5% col 1-2 got/2-3h, 3 días y seguir con 1-2 got/6-8h, 5 días. Por la noche 1 aplic en pom. **o** **Cloranfenicol oftálmico** 0,5-1% col 1-2 got/2-3h, 3 días y seguir con 1-2 got/6-8h, 5 días. Por la noche 1 aplic en pom.	No mejoría en 48 h: **Tobramicina oftálmica** 0,3% col 1-2 got/2-3h, 2-3 días y seguir con 1-2 got/6-8h, 5 días. Por la noche 1 aplic en pom.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Niños	Mayores de 8 años: **Clortetraciclina oftálmica** 0,5% col 1-2 got/2-3h, 3 días y seguir con 1-2 got/6-8h, 5 días. Por la noche 1 aplic en pom. Menores de 8 años: **Tobramicina oftálmica** 0,3% col 1-2 got/2-3h, 2-3 días y seguir con 1-2 got/6-8h, 5 días. Por la noche 1 aplic en pom.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Si existe secreción ocular, lavar con agua o suero fisiológico. Adecuada higiene de manos, individualizar toallas y pañuelos (mejor desechables). Si es un niño, evitar el contacto con otros niños. Evitar el uso de lentillas durante el tratamiento y desinfectarlas adecuadamente.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar sólo a pacientes muy sintomáticos con la sospecha clínica de que la etiología de la conjuntivitis sea probablemente bacteriana.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Remisión clínica de los síntomas, erradicar la infección y prevenir las complicaciones.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los antibióticos tópicos aminoglucósidos y fluorquinolonas deberían reservarse para las conjuntivitis refractarias que no responden al tratamiento de elección, en portadores de lentillas o en los que se sospeche infección por *Pseudomonas*.

SEGUIMIENTO

Si no hay mejora en 2 días, cambiar de antibiótico.

SEGURIDAD

Tobramicina se puede utilizar en niños >1 año.

PRECAUCIONES

Se recomienda no emplear corticoides tópicos.

DERIVACIÓN

Si no mejora con un segundo antibiótico, derivar a Oftalmología.

OTROS

Considerar infección por *Chlamydia* ante cuadros repetidos, pacientes emigrantes o enfermedades graves asociadas.

CONJUNTIVITIS VÍRICA

INTRODUCCIÓN

Suelen ser autolimitadas y remitir espontáneamente en 2-3 semanas. Son muy contagiosas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CONJUNTIVITIS VÍRICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sensación intensa de cuerpo extraño	**Diclofenaco oftálmico** 0,1% col 1-2 got/6-8h, 3-5 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Compresas frías. Adecuada higiene de manos, individualizar toallas y pañuelos (mejor desechables). Aislamiento domiciliario.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Alivio de la sintomatología.

SEGURIDAD

Las presentaciones de diclofenaco con ác. bórico y borato sódico como excipientes están contraindicadas en niños menores de 3 años.

Las presentaciones con cloruro de benzalconio como conservante pueden decolorar las lentillas blandas.

No utilizar corticoides.

DERIVACIÓN

Si no existe mejoría en 7-10 días, derivar a Oftalmología.

OTROS

Si existe sequedad ocular se pueden utilizar lágrimas artificiales.

CUERPO EXTRAÑO CORNEAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CUERPO EXTRAÑO CORNEAL	**Medidas no farmacológicas**. Extracción del cuerpo extraño.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Riesgo de infección	**Gentamicina oftálmica** 0,3-0,6% col 1-2 got/2-6h + 1 aplic pom por la noche, 5 días **o** **Tobramicina oftálmica** 0,3% col 1-2 got/2-6h + 1 aplic pom por la noche, 5 días	
Dolor ocular	**Ciclopentolato** 1% col 1 got/6-8h, 2-3 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Los cuerpos extraños enclavados superficiales pueden ser retirados mediante lavado con suero fisiológico y, si persiste, utilizar gasa, bastoncillo de algodón o aguja estéril (25 G). Antes de cualquier manipulación valorar la administración de colirio anestésico. La aguja se manejará siempre paralela a la córnea. Si el cuerpo es metálico se debe proceder a eliminar también el círculo de óxido.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Extraer el cuerpo extraño, aliviar el dolor y evitar complicaciones.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Administrar colirio anestésico y fluoresceína (para valorar el test de Seydell).

SEGUIMIENTO

Control en 24h para valorar agudeza visual y tinción de nuevo de la córnea.

SEGURIDAD

No utilizar ciclopléjico si hay antecedentes de glaucoma de ángulo cerrado.

DERIVACIÓN

Derivación urgente si no se consigue la extracción, si quedan restos de óxido, hay sospecha de perforación o cuerpo extraño intraocular o lesiones muy extensas.

OTROS

Aunque tradicionalmente se ha ocluido el ojo, estudios recientes demuestran que no modifica la velocidad de curación (puede demorarla) y no modifica las molestias oculares.

Las dosis en niños en caso de tener que utilizar antibióticos tópicos serían las mismas.

DACRIOCISTITIS AGUDA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DACRIOCISTITIS AGUDA	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500-875/125 mg/8h vo, 14 días + **Gentamicina oftálmica** 0,3-0,6% col 1-2 got/4-6h + 1 aplic pom por la noche, 7 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a la penicilina	**Eritromicina** 250-500 mg/6h vo, 14 días	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días o **Claritromicina** 250-500 mg/12h vo, 6-14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las compresas calientes alivian el dolor.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Derivación a Urgencias ante la sospecha de un absceso, celulitis orbitaria y periorbitaria.

OTROS

Si causa dolor, añadir analgésicos vía oral.

En dacriocistitis crónica, tratar las reagudizaciones como en las formas agudas.

ENTROPIÓN. ECTROPIÓN.

ENTROPIÓN. ECTROPIÓN.

Enfermedades del ojo y sus anejos

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENTROPIÓN. ECTROPIÓN.	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Entropión: temporalmente puede utilizarse un adhesivo que revierta el párpado. Si es persistente y molesto, puede solucionarse quirúrgicamente.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Ectropión: derivar por vía normal a Oftalmología para cirugía.

OTROS

En ambos (entropión y ectropión) se aconseja la utilización de lágrimas artificiales (colirio/pomada) para evitar sequedad ocular y sensación de cuerpo extraño y para proteger la superficie ocular.

EPIESCLERITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPIESCLERITIS	**Lágrimas artificiales y otros preparados inertes** **Véase «Ojo seco idiopático. Xerosis ocular idiopática»**	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Generalmente es autolimitada por lo que la mayoría de los pacientes no requerirán tratamiento.

Puede recidivar.

DERIVACIÓN

Si es muy duradera, recidivante o presentación tipo nodular descartar enfermedad sistémica y/o remitir a Oftalmología.

OTROS

En pacientes ya diagnosticados con episodios severos y prolongados se puede valorar el uso de corticoides tópicos (evitar su uso a largo plazo por el riesgo de producir catarata y glaucoma). Además el uso de corticoides en epiescleritis puede incrementar el riesgo de recurrencia.

EROSIÓN CONJUNTIVAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EROSIÓN CONJUNTIVAL	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Riesgo de infección	**Gentamicina oftálmica** 0,3-0,6% col 1-2 got/4h + 1 aplic pom por la noche **o** **Tobramicina oftálmica** 0,3% col 1-2 got/4h + 1 aplic pom por la noche	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Lavado de los ojos.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar el dolor. Prevenir la infección.

DERIVACIÓN

Las erosiones mayores de 10 mm precisan derivación a Oftalmología para sutura (con material reabsorbible 7/0 u 8/0).

GLAUCOMA: GENERALIDADES

GLAUCOMA: GENERALIDADES

GENERALIDADES

El glaucoma es un grupo de trastornos caracterizados por una neuropatía óptica progresiva. Normalmente es bilateral pero asimétrico. Todas las formas de glaucoma muestran un nervio óptico afectado y pérdida del campo visual periférico. En el glaucoma primario de ángulo abierto el nivel de presión intraocular (PIO) es ≥ 21 mm Hg. En el glaucoma de presión baja o presión normal, la PIO es menor de 21 mm Hg. El glaucoma agudo de ángulo cerrado es un incremento rápido y grave de la PIO causado por una obstrucción física del drenaje del ángulo de la cámara anterior.

La reducción de la PIO, bien farmacológica o quirúrgica, ha demostrado retrasar o prevenir la progresión de la enfermedad en estadios precoces y tardíos de la enfermedad.

GLAUCOMA AGUDO (ÁNGULO CERRADO)

INTRODUCCIÓN

Véase «Glaucoma: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GLAUCOMA AGUDO (ÁNGULO CERRADO)	**Acetazolamida** 500 mg vo, DU + **Pilocarpina oftálmica** 2% col 1 got/10 min, 3-6 tomas y seguir con 1 got/6h + **Timolol** 0,5% col 1 got/12h	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es fundamental empezar el tratamiento de un episodio agudo lo antes posible.

Se recomienda tratar profilácticamente con pilocarpina el ojo contralateral.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Producir una reducción rápida de la PIO para prevenir el daño progresivo del nervio óptico y preservar la función visual.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valoración de la agudeza visual; campo visual.

Reducción de la PIO, como medida intermedia.

DERIVACIÓN

Siempre es una urgencia oftalmológica. Es preciso derivar a Urgencias hospitalarias.

OTROS

Valorar el inicio del tratamiento del dolor y de los síntomas vegetativos con analgésicos y antieméticos respectivamente.

GLAUCOMA CRÓNICO (ÁNGULO ABIERTO)

GLAUCOMA CRÓNICO (ÁNGULO ABIERTO)

INTRODUCCIÓN

Véase «Glaucoma: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GLAUCOMA CRÓNICO (ÁNGULO ABIERTO)	**Timolol** 0,5% col 1 got/12h	**Latanoprost** 0,005% col 1 got/24h

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	Asociar: **Dorzolamida** 2% col 1 got /8-12h **o** **Brimonidina** 0,2% col 1 got/12h **o** **Latanoprost** 0,005% col 1 got/24h	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La decisión de tratar y con qué intensidad, debe establecerse de forma individualizada para cada paciente, dependiendo de las lesiones ya producidas y de otros factores de riesgo que se asocien.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Prevenir pérdidas significativas de la visión del paciente mediante la disminución de la PIO.

En el glaucoma establecido no hay una PIO objetivo o diana y debe individualizarse; parece que cuanto más baja sea la PIO, la progresión del glaucoma y el daño es menor.

En pacientes con mayor daño nervioso y mayor pérdida de visión, deberá buscarse una PIO más baja.

En pacientes con PIO elevada sin glaucoma, un objetivo razonable podría ser mantener una PIO un 20% por debajo de la habitual y sin sobrepasar los 24 mm Hg.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valoración de la agudeza visual; campo visual. Como medida intermedia, valoración de la reducción de la PIO.

Para valorar la respuesta farmacológica se requieren entre un mínimo de 3 y un máximo de 4 a 6 semanas de tratamiento.

La pérdida del control de la PIO puede deberse, con mayor probabilidad, a un progreso de la enfermedad y raramente será consecuencia de la pérdida de efecto del medicamento tópico. Un aspecto que puede condicionar la eficacia del tratamiento es el incumplimiento terapéutico.

SEGUIMIENTO

Es fundamental el control periódico oftalmológico de la presión ocular, agudeza visual y campimetría.

SEGURIDAD

Betabloqueantes (timolol): entre sus efectos adversos más frecuentes se encuentran problemas de acomodación, sensación de cuerpo extraño, sequedad ocular, picazón, quemazón, eritema, lagrimeo, fotofobia, descenso de la sensibilidad ocular. Están contraindicados en pacientes asmáticos, EPOC, bradicardia e insuficiencia cardiaca.

Análogos de la prostanglandina (latanoprost): pueden provocar un incremento irreversible de la pigmentación marrón del iris (se desconocen las implicaciones a largo plazo de este efecto), hiperemia conjuntival, edema macular, alargamiento de las pestañas, pigmentación del párpado inferior, queratitis superficial, riesgo de queratitis herpética.

Inhibidores de la anhidrasa carbónica (dorzolamida): pueden producir visión borrosa, ardor, escozor, sabor amargo, blefaroconjuntivitis, lagrimeo...

Alfaadrenérgicos (brimonidina): pueden producir conjuntivitis, reacción alérgica, irritación ocular, ardor, escozor, boca seca, sensación de cuerpo extraño, visión borrosa, fotofobia, lagrimeo,...

El uso de midrátricos en estos pacientes está contraindicado ya que la dilatación de la pupila puede precipitar un episodio agudo.

DERIVACIÓN

Se recomienda valoración inicial y seguimiento periódico por Oftalmología para el control de la presión ocular, agudeza visual y campimetría.

Derivación para valorar el tratamiento quirúrgico (cirugía y/o láser) en caso de no control con tratamiento tópico o si hay intolerancia farmacológica.

OTROS

Los medicamentos tópicos utilizados para reducir la PIO pueden administrarse en monoterapia aunque, con frecuencia, se precisa la asociación de dos o tres medicamentos para lograr un adecuado control.

Factores de riesgo de glaucoma: edad avanzada, miopía elevada, antecedentes familiares, raza negra, DM.

El glaucoma inducido por los corticosteroides puede producirse en pacientes predispuestos tras pocas semanas de tratamiento con un colirio que contenga corticosteroides; el riesgo con corticosteroides sistémicos parece ser menor.

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HEMORRAGIA SUBCONJUNTIVAL	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

No precisa tratamiento. Tranquilizar al paciente.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Observar su evolución; suelen desaparecer en 1-2 semanas. Descartar HTA o discrasias sanguíneas (en recurrentes o bilaterales).

SEGURIDAD

Se desaconsejan AAS y AINE.

OTROS

Pueden darse lágrimas artificiales en casos de irritación moderada.

MOSCAS VOLANTES. MIODESOPSIAS.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MOSCAS VOLANTES. MIODESOPSIAS.	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Por su naturaleza benigna no es necesario tratamiento, salvo en los casos en que se produzcan por patología inflamatoria o vascular (tratamiento etiológico).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Requieren tratamiento las complicaciones asociadas que pueden aparecer en la retina (desgarros y roturas).

DERIVACIÓN

Derivar de forma urgente si son de aparición reciente, hay aumento brusco de las previas o se acompañan de otros síntomas visuales (alteraciones del campo o agudeza visual o presenta fotopsias).

OJO SECO IDIOPÁTICO. XEROSIS OCULAR IDIOPÁTICA.

OJO SECO IDIOPÁTICO. XEROSIS OCULAR IDIOPÁTICA.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OJO SECO IDIOPÁTICO. XEROSIS OCULAR IDIOPÁTICA.	**Lágrimas artificiales y otros preparados inertes**: Alcohol Polivinílico 1,4% col 1 got/6h **o** Hipromelosa 0,3% col 1 got/6-8h **o** Carbómero 0,25% gel 1 aplic/d por la noche	**Lágrimas artificiales y otros preparados inertes**: Carmelosa 0,5-1% col 1 got/6-12h

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar la exposición a irritantes (aire seco, humo de tabaco) y las situaciones de esfuerzo visual prolongado (lectura prolongada). Evitar corrientes de aire, ventiladores o acondicionadores y calefacción excesiva. Aconsejar a los pacientes no humedecer los ojos con agua (aunque al principio alivia, a la larga agrava los síntomas). Usar gafas si hay excesivo viento. Mantener la humedad del domicilio entre un 30-50%. Evitar en lo posible fármacos que produzcan descenso de la secreción lagrimal.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar, si existe, la patología palpebral que pueda agravar el ojo seco (blefaritis, ectropión, entropión, etc.).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas del ojo seco.

Restaurar, prevenir o minimizar el daño estructural de la superficie ocular.

SEGURIDAD

Un uso excesivo de las fórmulas multidosis puede producir una queratoconjuntivitis crónica y más irritación ocular, por los agentes conservantes (cloruro de benzalconio) y quelantes que incluyen.

PRECAUCIONES

Se recomienda usar lágrimas sin conservantes, principalmente en portadores de lentillas blandas y cuando se necesitan más de 4-6 aplicaciones al día. Las presentaciones monodosis no llevan conservantes.

OTROS

Carmelosa, hipromelosa y carbómero tienen presentaciones en monodosis.

El gel o la pomada se utilizan como complemento de las lágrimas en una aplicación al acostarse.

ORZUELO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ORZUELO	**Eritromicina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/12h, 10 días **o** **Clortetraciclina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/8-12h	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Generalmente autolimitado. Aplicar compresas calientes durante 15 minutos, 3 veces al día. Dar un masaje suave sobre la lesión.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si el paciente no responde a la terapia en 2 semanas, remitir al oftalmólogo para valorar la conveniencia de drenaje.

QUERATITIS ACTÍNICA

INTRODUCCIÓN

La etiología es el sol, salas de bronceado y soldadura eléctrica sin protección. Existe un periodo asintomático entre la exposición y el inicio de la clínica. Suele ser bilateral; si es unilateral hay que sospechar un cuerpo extraño.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUERATITIS ACTÍNICA	**Ciclopentolato** 1% col 1-2 got/8h, 2 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Lavado ocular con agua o suero fisiológico. Reposo ocular, mantener los ojos cerrados, habitación con poca luz.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

La administración del ciclopléjico está contraindicada en pacientes con glaucoma o aumento de la PIO; valorar en estos casos el uso de AINE tópicos (diclofenaco colirio) o analgésicos vía oral.

PRECAUCIONES

La duración del episodio es breve y la sobreinfección es muy rara, no estando indicado en principio aplicar un antibiótico tópico y además la pomada puede retrasar la cicatrización del epitelio corneal. Si existe riesgo de infección, añadir eritromicina pomada oftálmica.

QUERATITIS HERPÉTICA

INTRODUCCIÓN

Originado por Virus del Herpes Simple (VHS).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUERATITIS HERPÉTICA	**Aciclovir oftálmico** 3% pom 1 aplic/4h (máx. 5 aplic/d respetando el descanso nocturno), 1-2 sem + **Ciclopentolato** 1% col 1-2 got/8h, 2 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Lavado ocular con agua o suero fisiológico. No ocluir el ojo. Evitar utilizar lentillas y desinfectarlas adecuadamente.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Derivar a Oftalmología las formas graves y refractarias.

OTROS

Valorar analgesia vía oral.

QUERATOCONJUNTIVITIS QUÍMICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUERATOCONJUNTIVITIS QUÍMICA	**Eritromicina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/6-8h, 5-7días **o** **Clortetraciclina oftálmica** 0,5% pom 1 aplic/6-8h, 5-7días **+** **Ciclopentolato** 1% col 1-2 got/8h, 2 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Realizar lavado con suero fisiológico o agua lo antes posible y durante 20-30 minutos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En Atención Primaria sólo deben tratarse farmacológicamente las quemaduras leves, con revisión ocular en 24h.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Reducir el dolor y el riesgo de infección.

DERIVACIÓN

Excepto las leves, el resto deben remitirse siempre a Urgencias. Las producidas por álcalis deben considerarse siempre graves.

OTROS

El uso de corticoides es controvertido. Los corticoides pueden predisponer al paciente a una posible infección y ulceración y pueden enmascarar signos de perforación.

Valorar utilizar analgesia vía oral.

TRIQUIASIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRIQUIASIS	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eliminar con pinzas las pestañas anómalas.

UVEÍTIS ANTERIOR

INTRODUCCIÓN

Aunque la causa más frecuente es idiopática, se debe realizar un estudio etiológico y, si corresponde, tratar la causa subyacente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
UVEÍTIS ANTERIOR	**Ciclopentolato** 1% col 1-2 got/8h o **Homatropina** 2% col 1 got/8-12 h + **Prednisolona oftálmica** 1% col 1got/6h	

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Reducir el dolor y la inflamación.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El ciclopléjico tópico se debe mantener hasta que la inflamación disminuya y el corticoide tópico hasta que ésta desaparezca.

Las uveítis anteriores crónicas pueden requerir periodos largos de tratamiento con corticoides tópicos pero a dosis mas bajas.

PRECAUCIONES

Se recomienda no utilizar ciclopléjicos en pacientes con antecedentes o riesgo de glaucoma agudo.

DERIVACIÓN

Derivar preferente a Oftalmología una vez iniciado el tratamiento. Si existe duda diagnóstica o cuadro severo derivar urgente.

OTROS

Se recomienda utilizar ciclopentolato en los cuadros leves y homatropina en los moderados.

Prednisolona colirio es una suspensión y se debe agitar antes de utilizar.

4

Enfermedades de ORL y boca

ACÚFENOS DE CAUSA NO TRATABLE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ACÚFENOS DE CAUSA NO TRATABLE	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El apoyo psicológico es importante, reduce la ansiedad del paciente. Evitar frases como "No tiene tratamiento". No desvalorizar el problema. Evitar la exposición al ruido. Efectuar un correcto control de los problemas médicos si existen (HTA, DM, dislipemia) y eliminar los fármacos que pueden contribuir a la aparición de acúfenos (AAS, AINE, antidepresivos tricíclicos, aminoglucósidos, quinina). Evitar el uso de estimulantes, especialmente nicotina y cafeína, que pueden empeorar el síntoma. Recomendar la utilización de una radio a volumen bajo para enmascarar el *tinnitus* (p. ej. antes de acostarse). Si además, el paciente presenta hipoacusia, valorar la indicación de un audífono y un dispositivo de enmascaramiento. En los pacientes que, a pesar de estas medidas continúan presentando acúfenos se puede utilizar la terapia cognitivo conductual o la terapia de reentrenamiento del tinnitus.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es importante realizar un estudio etiológico previo. Se han ensayado diferentes técnicas (hipnosis, técnicas de enmascaramiento, medidas de apoyo inespecíficas y otras). La que dispone de mayor evidencia es la terapia cognitivo conductual que emplea relajación, reestructuración cognitiva de los pensamientos y exposición a las situaciones que exacerban los acúfenos para promover la habituación.

SEGUIMIENTO

Es frecuente la coexistencia de depresión y ansiedad y debe valorarse su tratamiento, por ejemplo, con nortriptilina (50-150 mg/d) en caso de depresión. No se recomienda el uso de alprazolam, ni existen estudios que avalen la eficacia de los antagonistas del calcio, anticonvulsivos, diuréticos, anestésicos, vitaminas, ginkgo biloba, acupuntura o láser.

AFTA BUCAL

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las aftas es fundamentalmente sintomático y tiene como objetivos la protección de la zona ulcerada, la disminución de la inflamación, el alivio del dolor y el control de la infección secundaria. Ante un paciente con aftas recidivantes, se deben identificar los factores desencadenantes y considerar las enfermedades sistémicas subyacentes como falta de hierro (Fe), Vit B o folatos, intolerancia al gluten, alergias o reacciones adversas a fármacos, inmunosupresión, malabsorción, estrés o tensión emocional.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
AFTA BUCAL	**Carbenoxolona** 2% gel 1 aplic/4-12h Dosis pediátrica: igual que adultos	**Sucralfato** susp 1g (5ml)/6h vo enjuagues bucales

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría, poliaftosis o aftas recidivantes	**Hidrocortisona (estom)** 2,5 mg/6h tóp oral, 3-6 días Dosis pediátrica: 1,5 mg/6h tóp oral, 3-6 días	Triamcinolona en orabase 0,1% (FM) 1-3 aplic/d sobre la mucosa
Aftas muy dolorosas	Lidocaína viscosa 0,5-2% (FM) enjuagues bucales 3-4 veces/d, no tragar	**Bencidamina (estom)** 0,15% colutorio 15 ml 2-3 veces/d enjuages bucales, máx. 7 días
Riesgo de infección	Asociar **Clorhexidina** 0,1% 10-20 ml enjuagues bucales 2 veces/d	
Sobreinfección bacteriana	Tetraciclina en orabase 2,5-5% (FM) 2-3 aplic/d	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Adecuada higiene bucal para evitar sobreinfección.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Los corticoides tópicos en orabase consiguen los objetivos del tratamiento con menor dosis (triamcinolona).

PRECAUCIONES

Lidocaína viscosa: no ingerir para evitar toxicidad sistémica. Realizar enjuagues tras las comidas para evitar el riesgo de ahogo por la anestesia de la faringe. El comienzo de la acción anestésica es rápido y dura una hora.

Triamcinolona: aplicar preferentemente antes de acostarse y después de las comidas.

Bencidamina: no se debe comer ni beber hasta después de 1 hora de utilizar el medicamento.

Clorhexidina: evitar la ingesta concomitante con alimentos que contengan taninos (té, café y vino tinto) con el objeto de disminuir el teñido dentario, así como el cepillado de dientes exhaustivo previo al enjuague para que no se inactive la clorhexidina por los ingredientes de la pasta dentífrica. Si se producen alteraciones del gusto y sensación de ardor, se recomienda diluir la solución.

DERIVACIÓN

Las recidivas o los fracasos terapéuticos al tratamiento local deben derivarse al especialista.

OTROS

Clorhexidina: diluir 10-20 ml de la solución en medio vaso de agua. Enjuagar la boca dejando actuar durante 30 segundos.

Los enjuagues se efectuarán durante 1-2 min.

CANDIDIASIS ORAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CANDIDIASIS ORAL	**Nistatina (mucosa oral)** 250.000-500.000 UI (2,5-5 ml)/6-12h vo, 7-14 días	**Miconazol (mucosa oral)** 2% gel 100 mg/6h tóp oral, 7-14 días Dosis pediátrica: 50 mg/6h tóp oral, 7-14 días. Lactantes: 25 mg/6h tóp oral, 7-14 días.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con el tratamiento de elección	**Fluconazol** 50-200 mg/24h vo, 5-14 días Dosis pediátrica: 6 mg/kg vo, el 1er día y seguir 3 mg/kg/24h, 14 días	
Pacientes inmunodeprimidos, formas recurrentes y afectación esofágica	**Fluconazol** 200 mg/24h vo, 1er día y seguir con 100-200 mg/24h vo, 14 días Dosis pediátrica: 6 mg/kg vo, 14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eliminar los factores predisponentes. Extremar la higiene.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Primero tratar la enfermedad de base o el factor desencadenante sí existiera. Para los casos leves, se recomienda ver evolución durante unos días y tratar sólo si precisa. En los casos más severos, tratar desde el principio.

En pacientes con infección por VIH o con cáncer y neutropenia se debe valorar la profilaxis antifúngica para reducir la incidencia de candidiasis orofaríngea; el tratamiento de elección es fluconazol (150 mg/sem en VIH y 50-200 mg/d en neutropénicos).

SEGUIMIENTO

Valorar a los 7 días la eficacia del tratamiento y si no hay respuesta, prescribir una segunda línea de tratamiento. En candidiasis resistentes a fluconazol, tratar con itraconazol. Mantener el tratamiento 48 horas después de que las lesiones se hayan curado.

PRECAUCIONES

Los pacientes inmunodeprimidos y/o que han recibido tratamiento con antibióticos o corticoterapia sistémica están más predispuestos a tener candidiasis oral.

La aparición inesperada de muguet en un adulto debe alertar al médico acerca de la posibilidad de infección por VIH.

OTROS

Miconazol gel: vía oral acción tópica. Mantener el gel en la boca el mayor tiempo posible antes de ingerir.

DISFONÍA

INTRODUCCIÓN

El mal uso de la voz, el consumo de tabaco y el reflujo gastroesofágico son los factores etiológicos de los trastornos de la voz de más fácil tratamiento y corrección.

En las disfonías prolongadas, una vez descartada la causa tumoral, se deben considerar otras etiologías (trastornos endocrinos, neurológicos, emocionales, reflujo gastroesofágico).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISFONÍA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Disfonía muy intensa	**Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Se aconsejarán normas de higiene vocal: dejar de fumar; evitar los ambientes cargados de humos y/o polvos y gases de productos irritantes; evitar las comidas picantes, las bebidas muy frías o muy calientes y las alcohólicas; limitar la cantidad de tiempo de habla y utilizar un tono e intensidad óptima; disminuir la velocidad del habla y hablar pausadamente; evitar el aclaramiento continuo de la voz, la carraspera y la tos; evitar hablar durante el esfuerzo o ejercicio físico; reducir al máximo las situaciones de estrés, falta de sueño y descontrol emotivo; ingesta muy abundante de líquidos.
- Sí la disfonía es muy intensa, se debe hacer reposo vocal absoluto y, si no hay mejoría, se aconsejará tratamiento rehabilitador foniátrico.
- En las disfonías por nódulos vocales, hay evidencia de que tanto la cirugía como las técnicas de foniatría son beneficiosas; no existen estudios comparativos.
- En el edema de Reinke, pseudoquiste seroso, pólipo laríngeo, edema fusiforme y quiste mucoso el tratamiento es cirugía y reeducación vocal.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Es importante reconocer las características de la voz normal para identificar las disfonías, debido a que una ronquera progresiva puede pasar inadvertida al paciente.

PRECAUCIONES

La utilización de algunos fármacos (antihistamínicos, diuréticos, estrógenos) puede modificar las propiedades físicas de las cuerdas y el tono.

DERIVACIÓN

Toda disfonía de más de 15 días de evolución (sobre todo en pacientes mayores de 35 años, fumadores o bebedores), o que afecte a la vida del paciente, debe ser derivada al ORL.

DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo Asociado o no a **Diazepam** 5 mg/24h vo por la noche	**Diclofenaco** 50 mg/8h vo Asociado o no a **Diazepam** 5 mg/24h vo por la noche

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Normas de autocuidado: disminuir el estrés físico y emocional, el bruxismo mediante placas de descarga nocturnas; no forzar abertura máxima de boca; no comer alimentos duros; corregir posturas y hábitos incorrectos; aprender técnicas de relajación.

Fisioterapia: Calor + ejercicios musculares oclusales + férulas oclusales.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La mayoría de las veces son casos temporales y el tratamiento es sintomático. En los no temporales, lo importante es reconocer el o los factores desencadenantes, como el estrés físico o emocional, bruxismo, maloclusión, dieta deficiente, artritis, luxaciones o fracturas, para orientar el tratamiento.

El tratamiento con diazepam se puede ofrecer a aquellos pacientes que presentan dificultad para dormir o tienen mucho bruxismo.

SEGURIDAD

Se recomienda utilizar diazepam como benzodiacepina, por tener más experiencia de utilización que otras y por su eficacia como relajante.

DERIVACIÓN

Si hay bloqueo articular agudo o anquilosis, para valorar tratamiento quirúrgico.

DOLOR DENTAL Y PERIDONTAL

INTRODUCCIÓN

Es importante el diagnóstico etiológico del dolor: los analgésicos deben administrarse sólo hasta descubrir la causa. El dolor de origen inflamatorio, como el asociado a pericoronaritis, infección apical, osteitis localizada (alveolitis seca) o pulpitis suele controlarse mejor tratando la infección.

No es necesario administrar antibiótico en caso de fractura de esmalte, hipersensibilidad dentaria y caries que no lleguen a la pulpa (pulpitis no purulenta).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DOLOR DENTAL Y PERIDONTAL	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/6h vo (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)	**Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/8h vo (máx. 40 mg/kg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pericoronaritis, absceso periodontal, gingivoestomatitis, alveolitos seca, pulpitis irreversible purulenta	**Amoxicilina** 500 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 20-40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días	
Alérgico a penicilina con pericoronaritis, absceso periodontal, gingivoestomatitis, alveolitos seca, pulpitis irreversible purulenta.	**Espiramicina** 3 mill UI (2 comp)/12h vo Dosis pediátrica: 1,5-6 mill UI (2-4 comp)/d vo en 2-4 tomas	
No mejoría tras 48 horas de tratamiento antibiótico	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 30-40 mg/kg/d vo (dosis de amoxicilina) en 3 tomas, 10 días	Asociar a cualquiera de las opciones anteriores (Amoxicilina o Espiramicina): **Metronidazol oral** 250 mg/8h vo, 10 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Son muy importantes. Asegurar una buena higiene dental con el uso regular de pastas dentífricas y colutorios con agentes desensibilizantes a base de nitrato potásico y fluoruros.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

En caso de infección, consultar al médico estomatólogo u odontólogo para que proceda al drenaje del pus, desbridamiento del tejido necrótico y/o a la extracción del diente enfermo.

OTROS

Espiramicina está comercializada en comprimidos que contienen 1.500.000 UI equivalentes a 470 mg del principio activo.

EPISTAXIS

Enfermedades de ORL y boca

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPISTAXIS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Taponamiento mantenido más de 48 h o paciente inmunodeprimido	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) **o** **Metamizol sódico (dipirona)** 575 mg/6-8h vo **+** **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo	Alérgicos a penicilina: **Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) **o** **Metamizol sódico (dipirona)** 575 mg/6-8h vo **+** **Eritromicina** 500 mg/6h vo, 2-3 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Tranquilizar al paciente. Limpiar los coágulos. Localizar la fosa nasal de la que procede la hemorragia y valorar si es anterior o posterior, para realizar un taponamiento eficaz.
- Con el paciente sentado y ligeramente inclinado hacia delante, hacer compresión digital externa 5-10 min sobre las alas nasales. Si no cede, colocar un algodón prieto empapado en agua oxigenada, o aplicar lidocaína al 2% con vasoconstrictor (adrenalina al 1:1.000) si no está contraindicado. Retirar el algodón a los 15 min y valorar de nuevo fosas nasales y orofaringe.
- Si no cede, intentar una vez más y, si no se soluciona realizar taponamiento anterior*.
- Si es un foco sangrante localizado, con hemorragia leve, cauterizar con varilla de nitrato de plata alrededor del punto sangrante.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Retirar taponamiento a las 48 h (en anticoagulados, dejar 4-7 días).

PRECAUCIONES

Si es preciso hacer un taponamiento bilateral, informar al paciente sobre las molestias: cefalea, sequedad bucal y lagrimeo. Vigilar hipoxia si existe patología pulmonar asociada.

DERIVACIÓN

Los pacientes con hemorragias de origen posterior muy abundantes o que presentan mal estado general han de derivarse a las urgencias hospitalarias. Previo al traslado, se puede introducir una sonda de Foley nº 14 ó 16 impregnada en vaselina, hasta verla en orofaringe; meter 10 ml de aire en el balón y traccionar suavemente hacia coana posterior para intentar controlar el sangrado. Si este cesa, hacer el taponamiento anterior de las 2 fosas nasales y trasladar.

Si se sospecha causa local han de remitirse de forma programada a ORL para estudio.

OTROS

**Taponamiento anterior:* con gasa orillada o tiras de gasa normal, impregnadas con vaselina estéril o pomada antibiótica, rellenando la fosa nasal "en acordeón" lo más prieto posible, en sentido de la base al techo y de atrás adelante dejando un cabo de 15 cm colgando que es lo último en introducir. Colocar esparadrapo para evitar la expulsión del tapón. Se puede hacer si se dispone, con esponja prensada; es más rápido y fácil de colocar: tras la limpieza y lubricación de la fosa nasal, se introduce la esponja horizontal y se humedece con 10 ml de suero fisiológico, con lo que se expande y tapona.

FARINGITIS CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico y tratamiento etiológico es importante, principalmente en las faringitis irritativas. No está indicado el uso de antibióticos ni de antiinflamatorios, ni tampoco de preparados a base de Vit A, por falta de eficacia y riesgo de toxicidad por uso continuado y/o altas dosis.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FARINGITIS CRÓNICA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ayudar a comprender al paciente que, a pesar de las molestias, el proceso no es grave. Evitar ambientes secos (calefacción, aire acondicionado), abandonar el tabaco, tratar la patología rinofaríngea (rinorrea posterior, respiración bucal, cuadros infecciosos de repetición, etc), evitar el abuso de vasoconstrictores nasales, aconsejar humidificación ambiental e hidratación oral (pequeños sorbos de agua o gargarismos).

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

Una parte importante de las faringoamigdalitis son de origen vírico y normalmente evolucionan favorablemente con tratamiento sintomático. La presencia de congestión nasal, lagrimeo, disfonía y tos orienta más a etiología vírica. La confirmación de la etiología bacteriana, habitualmente por *S. pyogenes,* requeriría la realización de cultivo o test rápido de detección antigénica, que no suele ser preciso en la práctica diaria.

Ocasionalmente puede ser útil la determinación de antiestreptolisinas o la práctica de pruebas serológicas para el diagnóstico de mononucleosis, infección por *Mycoplasma* , *Chlamydia* u otros. La mononucleosis infecciosa, más frecuente en niños mayores y adolescentes, suele cursar con hiperplasia amigdalar, exudado con membranas blanquecinas en amígdalas, fiebre, malestar general, mialgias, exantema maculopapular y afectación linfoidea (adenopatías, esplenomegalia). En ella no está indicado el tratamiento antibiótico (además, el uso de amoxicilina favorece la aparición de exantema).

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FARINGOAMIGDALITIS AGUDA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo o vr (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d) **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6 h vo (máx. 2,4 g/d) Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6h vo (máx. 40 mg/kg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Faringoamigdalitis con criterios de probable etiología estreptocócica	**Fenoximetilpenicilina (Penicilina V)** 250-500 mg/8h vo, 8-10 días	**Amoxicilina** 500-1.000 mg/8-12h vo, 7-10 días
Infección recurrente o falta de respuesta al tratamiento de faringoamigdalitis en 48-72h con criterios de probable etiología estreptocócica	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10 días	
Alergia a penicilina*	**Midecamicina** 600-900 mg/12h vo, 10 días **o** **Josamicina** 500-1.000 mg/12h vo, 10 días	
Incumplimiento terapéutico	**Bencilpenicilina benzatínica** 1,2 mill UI im, DU	
Infección de los espacios faríngeos	**Amoxicilina** 500-1.000 mg/8-12h vo, 7-10 días **+** **Metronidazol oral** 500 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ingesta abundante de líquidos, humidificación del ambiente, lavados nasales con solución salina, lavado frecuente de manos (disminuye la transmisión de agentes etiológicos), reposo relativo. En la mononucleosis se recomienda reposo relativo para reducir el riesgo de rotura de bazo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Sólo se recomienda iniciar tratamiento antibiótico empírico, si se sospecha infección por Estreptococo ß-hemolítico del grupo A, en pacientes con odinofagia y:

a. dos o más de los siguientes signos o síntomas: exudado faríngeo, adenopatías cervicales anteriores, fiebre ≥38ºC
b. inmunodepresión o un antecedente de fiebre reumática
c. amigdalitis en el curso de un brote epidémico de infección por Estreptococo del grupo A, y
d. evidencia de infección por Estreptococo del grupo A.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico en caso de sospecha de etiología bacteriana acorta ligeramente la duración de la enfermedad, erradica *S. pyogenes,* disminuye su transmisión, y disminuye las complicaciones (locales y a distancia). Los títulos altos de ASLO por si mismos no requieren tratamiento antibiótico.

SEGUIMIENTO

El paciente deja de ser contagioso a partir de las primeras 24-48 h de haber iniciado el tratamiento correcto y puede reincorporarse a su actividad habitual.

DERIVACIÓN

Valorar derivación a especializada para plantear tratamiento quirúrgico en las siguientes circunstancias: faringoamigdalitis recurrente (más de 4 episodios al año); absceso periamigdalino recurrente; sepsis de origen amigdalino; infección focal (glomerulonefritis o fiebre reumática); portador de difteria; hipertrofia obstructiva de las amígdalas palatinas causando apnea del sueño o *cor pulmonale*, crecimiento amigdalino unilateral para descartar neoplasia.

OTROS

* En caso de alergia a penicilina no grave (no anafiláctica) se pueden utilizar cefalosporinas de 1ª generación (cefadroxilo: 500 mg/12h vo, 10 días, dosis inicial 1 g).

Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»

GINGIVITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GINGIVITIS	**Clorhexidina** 0,1% sol 10-20 ml/12h enjuagues bucales, 7-14 días	**Hexetidina** 0,1% sol 15 ml/12h vo enjuagues bucales, 7-14 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Gingivitis ulceronecrosante (GUNA) o síntomas sistémicos	**Fenoximetilpenicilina (Penicilina V)** 250 mg/6-8h vo, 5 días **o** **Amoxicilina** 250-500 mg/8h vo, 5 días	**Metronidazol oral** 250 mg/6-8h vo, 3 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Control de la enfermedad de base (DM, infección por el VIH, trastornos hematológicos, etc). Control de los fármacos que producen hipertrofia de encías (difenilhidantoína, antagonistas del calcio, ciclosporina). Supresión del tabaco. Higiene oral (cepillo dental e interproximal, hilo de seda).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Durante el embarazo la gingivitis se trata con higiene bucal y control periódico odontológico.

DERIVACIÓN

Revisiones periódicas al odontólogo.

OTROS

Clorhexidina: diluir 10-20 ml de la solución en medio vaso de agua. Enjuagar la boca dejando actuar durante 30 segundos.

GLOSITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GLOSITIS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sobreinfección por *Candida*	**Nistatina (mucosa oral)** 250.000-500.000 UI (2,5-5 ml)/6-12h vo, 7-14 días	
Lengua vellosa	Ácido salicílico 1-2% en solución alcohólica (FM) 4-6 ml/6-8h enjuages bucales, 7-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Promover hábitos de vida saludables: abstención de consumo de tabaco y alcohol. Potenciar la higiene bucal: cepillado frecuente. Eliminar alimentos irritantes (salados, picantes, ácidos o muy calientes).

HALITOSIS

INTRODUCCIÓN

El 90% de las causas de halitosis se originan en la boca por la descomposición bacteriana de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva, produciéndose sustancias volátiles. Se han detectado unos 400 compuestos volátiles en la boca humana causados por más de 300 bacterias bucales.

La lengua es un refugio excelente para las bacterias anaerobias por su superficie irregular. La saliva tiene un papel protector, de ahí que la xerostomía sea la causa más frecuente de halitosis.

Otras causas de halitosis incluyen: ulceración bucal, herpes o trauma, neoplasias, abscesos dentales; candidiasis; uso de tabaco y dentaduras sucias; alimentos ricos en compuestos de sulfuro (ajos, cebollas); medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, anticolinérgicos, antihistamínicos, antiparkinsonianos, diuréticos, dinitrato de isosorbida, fenotiazinas, antineoplásicos, etc); causas respiratorias (sinusitis, tuberculosis, carcinomas bronquiales, cuerpos extraños, faringitis). Son discutibles los desordenes gastrointestinales como causantes de halitosis.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HALITOSIS	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eliminación o corrección de los factores locales que la produzcan. Valorar la sustitución de fármacos si éstos son los causantes. Corrección de hábitos (alcohol, tabaco). Se recomienda dar al paciente una hoja informativa de higiene bucal, y aconsejarle aumentar el consumo de vegetales, frutas frescas y agua. Hábitos higiénicos orales correctos y reglados: cepillado dental (incluyendo el borde de la encía) antes y después de acostarse y después de cada comida con pastas dentífricas que contengan peróxido de hidrógeno, cepillado de la lengua y el paladar, empleo de seda dental una vez al día y limpieza de prótesis dentales removibles. Se puede enmascarar el mal olor con productos de cuidado bucal (colutorios, pasta dentífrica, chicles) que contengan clorofila, clorhexidina o iones metales, especialmente cinc, que inhibe la formación de olor a causa de su afinidad a los compuestos de sulfuro.

El chicle sin azúcar es menos cariogénico que el que la contiene, pero tiende a elevar el pH oral, favoreciendo el crecimiento de bacterias anaerobias halitóticas.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Los colutorios a base de clorhexidina no deben usarse más de 6 meses por los efectos secundarios (coloración parda de los dientes y alteración del gusto). No hay evidencia para recomendar un antiséptico frente a otros.

DERIVACIÓN

Revisión bianual con el odontólogo.

INFECCIONES RESPIRATORIAS DEL TRACTO SUPERIOR (IRTS): GENERALIDADES

GENERALIDADES

Se entiende por infección del tracto respiratorio superior la que afecta a la mucosa respiratoria desde la nariz hasta el árbol respiratorio inferior, sin incluir los alvéolos. Además de malestar, causa síntomas localizados que constituyen diversos síndromes que se superponen: dolor de garganta (faringitis), rinorrea (resfriado común), sensación de congestión facial con dolor (sinusitis) y tos (bronquitis).

Las infecciones de vías respiratorias superiores se tratan a menudo con antibióticos a pesar de que las bacterias sólo causan el 25% de los casos. La prescripción inadecuada de antibióticos en estas infecciones es una causa importante de resistencia antibiótica frente a patógenos comunitarios habituales. España es uno de los países Europeos con mayor consumo de antibióticos, a pesar de que no se ha observado una mayor prevalencia de infecciones. Por lo tanto, el tratamiento en la mayoría de los casos se limita a medidas no farmacológicas. En ocasiones también se recomienda la utilización de analgésicos y antiinflamatorios.

Los microorganismos más frecuentemente implicados en las IRTS de etiología bacteriana son Estreptococo del grupo A (*S. pyogenes*) en la faringoamigdalitis y *S. pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* en la otitis y sinusitis.

Los betalactámicos (penicilina, amoxicilina) son los antibióticos de elección para la mayoría de las estas infecciones, por su actividad frente a los estreptococos. Aunque hay un elevado porcentaje de neumococos resistentes a amoxicilina, esta resistencia es dosis dependiente y desaparece con el aumento de dosis. La amoxicilina no es activa frente a bacterias productoras de betalactamasas (25% de las cepas de *Haemophilus* y 90% de las de *Moraxella*), y en estos casos se recomienda amoxicilina + ácido clavulánico.

En pacientes alérgicos a penicilinas, los macrólidos son una buena alternativa. En España, un elevado porcentaje de cepas de *S. pyogenes* (20-40% según fuente consultada) son resistentes a los macrólidos de 14 y 15 átomos (eritromicina, claritromicina, azitromicina), manteniendo adecuada actividad los de 16 átomos (midecamicina, josamicina y espiramicina).

En los procesos en los que están implicados microorganismos anaerobios, el metronidazol es una buena elección.

LARINGITIS AGUDA, LARINGITIS CRÓNICA (EN EL ADULTO)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LARINGITIS AGUDA, LARINGITIS CRÓNICA (EN EL ADULTO)	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Falta de respuesta a medidas no farmacológicas	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	
Tos	**Dextrometorfano** 15 mg/4-6h vo (máx. 120 mg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Laringitis aguda: reposo de la voz, descanso en ambiente caliente y húmedo (inhalaciones de vapor), hidratación 2-3 l/d, gargarismos con antisépticos o productos naturales (miel/limón), evitar factores irritantes. No fumar. Ingesta moderada de alcohol.

Laringitis crónica: Véase «Disfonía» Reposo y rehabilitación de la voz. Valorar formas secundarias: tratar, si existe, reflujo gastroesofágico; retirar, si es posible, fármacos orales sospechosos o corticoides inhalados. En caso de displasia, deshabituación tabáquica para evitar el riesgo de carcinoma.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Laringitis crónica: Es importante no retrasar la derivación de los pacientes con disfonía crónica o recidivante.

LITIASIS SALIVAL

LITIASIS SALIVAL

Enfermedades de ORL y boca

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LITIASIS SALIVAL	**Medidas no farmacológicas** + **Clorhexidina** 0,1% sol 10-20 ml/12h enjuages bucales, 7-14 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor local	**Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d) Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6h vo (máx. 40 mg/kg/d)	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo o vr (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)
Fiebre y/o sospecha de infección bacteriana	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 8-10 días	Si alergia o intolerancia: **Metronidazol oral** 500 mg/8h vo, 7 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En la fase aguda se aconsejan medidas higiénicas locales: ingerir abundante agua, estimular la secreción salival con sialogogos como el limón, masajes en la glándula, aplicar calor local. Cuando se haya resuelto la fase aguda, se puede intentar la extracción manual de los cálculos más distales, a través de la boca. Los cálculos en la parte inferior de la glándula suelen precisar tratamiento quirúrgico, así como los que no se extraigan manualmente, llegándose incluso a la extirpación de la glándula.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Clorhexidina: diluir 10-20 ml de la solución en medio vaso de agua. Enjuagar la boca dejando actuar durante 30 segundos.

MIRINGITIS BULLOSA

INTRODUCCIÓN

Proceso muy doloroso de aparición frecuente en la infancia en el transcurso de una infección vírica o bacteriana con formación de bullas en la membrana timpánica.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MIRINGITIS BULLOSA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/6h vo (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo (máx. 40 mg/kg/d)

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tiene tendencia a la curación espontánea en 12-24 h, por lo que se recomienda una conducta expectante.

La rotura de las bullas -espontánea o instrumental- hace desaparecer el dolor agudo.

PRECAUCIONES

Si se sospecha etiología bacteriana, asociar antibióticos según pauta de otitis media aguda.

OTROS

Pueden utilizarse gotas óticas (antibiótico + anestésico) para el dolor y evitar la sobreinfección de las flictenas.

OTITIS EXTERNA AGUDA

OTITIS EXTERNA AGUDA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTITIS EXTERNA AGUDA	Ácido acético 2% 2-4 got/8h tóp, 7-10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fracaso del tratamiento	**Fluocinolona acetónido/ Antiinfecciosos ótica** (Neomicina + Polimixina B) 2-4 got/4-6h vo, 7-14 días	
Perforación de tímpano	**Ciprofloxacino ótico** 4-6 got/8h, 7-10 días	
Afectación importante / Síntomas persistentes	**Ciprofloxacino** 500-750 mg/12h vo, 10 días	
Otitis externa aguda circunscrita (forúnculo)	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas, 10 días	Si alergia a penicilina: **Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días Dosis pediátrica: 10 mg/kg/d vo, 3 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar factores predisponentes: entrada de agua en el oído, manipulaciones del conducto auditivo, enfermedades predisponentes (seborrea, dermatitis atópica, etc.). No utilizar tapones.
- Otitis circunscrita: Limpieza del conducto auditivo externo, calor local. Drenaje quirúrgico (desbridamiento con aguja o lanceta) sólo en caso de forúnculos con grado de madurez avanzado.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Criterios de derivación a especializada (ORL): edema del conducto que limita la aplicación de gotas óticas, celulitis subcutánea importante, fracaso terapéutico tras 10 días, sospecha de otitis externa maligna y tras cirugía otológica.

OTROS

Según la intensidad del dolor pueden ser útiles analgésicos o antiinflamatorios (paracetamol o ibuprofeno).

Las soluciones antisépticas tópicas como el ácido acético al 2% son útiles para prevenir recurrencias, principalmente después de nadar.

OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE O SUPURADA (EN EL ADULTO)

OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE O SUPURADA (EN EL ADULTO)

INTRODUCCIÓN

La mayoría de las otitis medias agudas (OMA) -en torno al 80%- se resuelven espontáneamente en unos días sin necesidad de tratamiento antibiótico. En los adultos, el tratamiento antibiótico está indicado en pacientes con factores de riesgo y afectación importante del estado general. En la etiología de la OMA están implicados principalmente *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Haemophilus influenzae* (25%), *Moraxella catharralis* (<10%) y diversos virus (rinovirus, virus respiratoria sincitial). En general no hay correlación entre la clínica y la etiología; los casos producidos por neumococo tienen menos tendencia a la curación espontánea.

A pesar de la frecuente etiología bacteriana, la mayoría de pacientes mayores de 2 años sin afectación importante no se benefician del tratamiento antibiótico (en lo que se refiere a alivio sintomático, curación, recurrencias y complicaciones). Los antibióticos acortan moderadamente la duración de la sintomatología, pero no existen diferencias en las tasas de curación, recaídas y resultados de timpanometría y, en cambio, se asocian a más efectos secundarios que el placebo. Por tanto, se recomienda tratamiento sintomático y, en caso de no mejoría en 24-72 h (dependerá de la situación y "tolerancia" del paciente, de la familia y del médico) o empeoramiento, iniciar tratamiento antibiótico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTITIS MEDIA AGUDA SIMPLE O SUPURADA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	**Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pacientes con factores de riesgo (inmunodeprimidos, problemas de audición, afectación bilateral, recurrencias) o afectación importante (fiebre >38,5º C, repercusión significativa estado general, etc)	**Amoxicilina** 500-1.000 mg/8h vo, 8-10 días	
Falta de respuesta a amoxicilina tras 48-72 horas de tratamiento	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 8-10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a betalactámicos	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar el tabaquismo en el hogar.

Evitar la entrada de agua en los oídos por riesgo de perforación timpánica.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

La duración habitual del tratamiento es de 8-10 días, aunque existen estudios que avalan la duración de 5 días.

Tras una OMA, especialmente en niños, hay que valorar la posible existencia de otitis media serosa, que puede afectar a la audición.

DERIVACIÓN

Derivar a ORL en caso de fracaso terapéutico tras dos líneas de tratamiento antibiótico, otitis crónica, mastoiditis o sospecha de complicación endocraneal.

OTROS

Hay que tener en cuenta que aproximadamente una tercera parte de neumococos son resistentes a macrólidos (no superable con el aumento de dosis), y que también existen *H. influenzae* resistentes a claritromicina. En casos severos, como alternativa a los betalactámicos estarían indicados moxifloxacino o levofloxacino por su buena actividad frente a los principales patógenos implicados en la OMA.

La lactancia materna reduce la incidencia de OMA.

Si se sospecha etiología neumocócica es recomendable utilizar dosis altas de amoxicilina.

Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»

OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE

INTRODUCCIÓN

Los episodios de otorrea se ven favorecidos por las infecciones de vías respiratorias altas y la entrada de agua en el oído.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTITIS MEDIA CRÓNICA SIMPLE	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Presencia de otorrea	**Ciprofloxacino ótico** 4-6 got/8h ó 1 monodosis/12h, 7-10 días	**Fluocinolona acetónido/ Antiinfecciosos ótica** (Neomicina + Polimixina B) 2-4 got/6-4h tóp, 10 días
Inflamación asociada	**Fluocinolona acetónido/ Antiinfecciosos ótica** (Ciprofloxacino) 0,025/0,3% got óticas 4-6 got/8h, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Limpieza del conducto auditivo externo (aspiraciones periódicas). Evitar entrada de agua en el oído.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La otitis media crónica (OMC) simple inactiva o seca (sin otorrea) no precisa tratamiento. Sólo debe tratarse cuando existe otorrea.

OTROS

Las soluciones antisépticas tópicas, como el ácido acético al 2% o el alcohol boricado al 70% en saturación, pueden ser útiles después de nadar. En pacientes con reagudizaciones frecuentes de su OMC puede ser útil alternar los distintos antibióticos tópicos de que se disponen.

El tratamiento en fase de secuelas otorreicas, al igual que de la OMC colesteatomatosa, es quirúrgico.

OTITIS MEDIA SEROSA (OME)

INTRODUCCIÓN

La OME (otitis media serosa o con efluvio) se define como presencia de secreción en oído medio sin signos ni síntomas de infección aguda. Es la causa más frecuente de hipoacusia en la infancia en nuestro medio. Es un proceso funcional que suele ser secundario a una otitis media aguda y su patogenia radica en una disfunción tubárica. Frecuentemente pasa inadvertida. Su evolución natural es a la resolución (75-90% en tres meses), aunque la recidiva es frecuente. Son factores de riesgo la hipoacusia previa, los desórdenes craneofaciales, la ambliopía y el autismo. Su importancia radica en su asociación con problemas de aprendizaje debidos a la hipoacusia.

En el adulto la OME es infrecuente y su etiología suele ser orgánica.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTITIS MEDIA SEROSA	**Medidas no farmacológicas** y observación de la evolución y del grado de hipoacusia	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Realizar pruebas audiométricas si el proceso dura más de 3 meses y siempre cuando se sospeche pérdida de agudeza auditiva o se evidencien problemas de aprendizaje del lenguaje o escritura o mala localización de los sonidos. Evitar el tabaquismo pasivo. Estimular la lactancia materna. Pueden ser útiles la autoinsuflación con balón y el mascar chicle o tragar saliva repetidamente, todo ello a fin de facilitar la evacuación de las secreciones del oído medio a la nasofaringe.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se ha comprobado que la evolución natural de la OME es la curación en un alto porcentaje de casos, por lo que la conducta expectante es adecuada y eficaz. Se ha comprobado también que los antihistamínicos, los descongestivos, los mucolíticos, los antibióticos y los corticoides son ineficaces a largo plazo. Sólo los antibióticos (amoxicilina/ ác. clavulánico), en contados casos, pueden ser eficaces, y siempre a corto plazo (semanas).

SEGUIMIENTO

Lo adecuado es esperar la evolución y valorar el grado de hipoacusia.

DERIVACIÓN

La cirugía (timpanostomía y tubo de drenaje transtimpánico) se considerará en caso de OME de más de 3 meses de evolución, hipoacusia > de 25 dB, hipoacusia persistente o alteraciones permanentes de la membrana timpánica. La amigdalectomía y la miringotomía no están recomendadas de inicio.

OTOMICOSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OTOMICOSIS	Acohol boricado a saturación 70% (FM) 8-10 got/8-12h, 10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejora o sospecha de *Aspergillus*	**Clotrimazol tópico** 1% sol 7-8 got/12h, 14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Limpieza del conducto auditivo previa al tratamiento.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

El alcohol boricado al 70% a saturación sirve para acidificar el conducto. Se utiliza llenando el conducto auditivo externo durante 5 minutos y recogiendo el producto sobrante en una gasa. La nistatina es la más activa frente a *Candida* pero no frente a *Aspergillus*. El clotrimazol, el miconazol o la ciclopiroxolamina son activos frente a ambos hongos.

PAROTIDITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PAROTIDITIS	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/6h vo (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo (máx. 40 mg/kg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La dieta debe ajustarse a la capacidad del enfermo para masticar.

Aislamiento del paciente durante 10 días.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Valorar el estado vacunal de los contactos.

Vigilar testículos: la orquitis, cuando aparece, se suele observar a los 8-14 días del inicio del cuadro. El tratamiento consiste en soporte local y reposo. El 30-40% de los testículos afectados sufren atrofia.

PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE UN DIENTE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PÉRDIDA TRAUMÁTICA DE UN DIENTE	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Profilaxis de infección en avulsión dentaria o trauma grave	**Amoxicilina** 1 g inmediatamente; seguir con 500 mg/8h vo, 4 días	
Alérgico a penicilina. Profilaxis infección en avulsión dentaria o trauma grave.	**Metronidazol oral** 250 mg/8h vo, 4 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Limpiar los coágulos y realizar desbridamiento de los tejidos blandos contusos pero respetando el tejido de sostén de las piezas dentales.

Normas específicas:

1. Avulsión dentaria: proceder al reimplante en el lugar del accidente. Sujetar el diente por la corona y no tocar. Si hay suciedad, irrigar cuidadosamente con suero salino o con agua del grifo si no se dispone de suero. Si la raíz está aparentemente limpia, volver a introducir el diente en su posición original, si no hay resistencia. Una vez reimplantado, comprimir manualmente y, finalmente, pedir al paciente que muerda suavemente un pañuelo limpio. En caso de no ser posible el reimplante, derivar urgentemente a un odontólogo, manteniendo el diente en suero salino.
2. Fracturas dentales: son muy dolorosas, especialmente si existe exposición pulpar. Debe evitarse el contacto con otros dientes o la lengua. Recoger el fragmento fracturado y tras la instauración de analgesia suficiente, derivar al paciente al odontólogo de forma urgente o preferente según el grado de exposición pulpar.

3. Luxación dental: si han pasado menos de 90 min, reducción a su posición normal por presión digital firme sobre el borde incisal del diente. Una vez colocado, se remitirá el paciente al odontólogo, mordiendo suavemente un pañuelo limpio. Si la luxación es intrusiva (hacia dentro del alvéolo), no debe realizarse ninguna manipulación, derivando directamente al paciente.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El reimplante no sería necesario si se trata de dientes temporales, con grandes caries o fracturas coronales o radiculares, dientes que han permanecido en seco más de 2 h, importantes lesiones periodontales o pérdida de tejido de soporte.

SEGUIMIENTO

Los dientes avulsionados requieren control por parte del odontólogo durante 2-3 años para determinar el resultado del tratamiento.

SEGURIDAD

Asegurar la profilaxis antitetánica en las primeras 48 h.

Plantear la profilaxis de endocarditis en los pacientes con cardiopatía de base.

PRECAUCIONES

Valorar otras lesiones óseas, neurológicas etc, según la intensidad del trauma.

DERIVACIÓN

Ver Medidas no farmacológicas.

OTROS

Pueden realizarse enjuagues con clorhexidina al 0,1 %.

PÓLIPOS NASALES

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PÓLIPOS NASALES	**Beclometasona nasal** 100 µg (2puff)/12h en cada fosa nasal (máx. 400 µg/d) Dosis pediátrica (>6 años): igual que adultos **o** **Budesonida nasal** 128 µg (2 aplic)/24h en cada fosa nasal por la mañana ó 64 µg (1 aplic)/12h en cada fosa nasal mañana y noche, 7días Dosis pediátrica (>6 años): igual que adultos	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fracaso de tratamiento tópico	**Prednisolona** 20-30 mg/24h vo, 5-10 días	

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

En tratamientos prolongados se aconseja inspeccionar la mucosa nasal al menos 1 vez al año.

Precaución en caso de infección respiratoria.

PRECAUCIONES

Investigar su relación con la toma de AAS y/o presencia de asma.

DERIVACIÓN

En ocasiones es necesaria la cirugía si los fármacos fracasan.

QUEILITIS ANGULAR

INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de la queilitis angular es la disminución de la dimensión vertical oclusiva (desdentados) que facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, creándose un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Candida*.

Otras causas implicadas son el uso de irritantes -lápiz labial, dentífricos, ciertos alimentos (alcoholes, especias, higos frescos, etc.), microtraumatismos (mordisqueo de las comisuras), hipersensibilidad. Como factores generales se pueden destacar: diabetes, anemia, así como déficit inmunológicos (etilismo crónico, VIH, etc.) en los que la infección por cándida se presenta sola o asociada al *Staphilococcus aureus*.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUEILITIS ANGULAR	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sospecha de infección por Cándida	**Nistatina (mucosa oral)** 250.000-500.000 UI (2,5-5 ml)/6-12h vo, 7-14 días	
Sospecha de sobreinfección estafilocócica	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic 2-3 veces/d, 5-10 días	
Presencia de vesículas (sospecha de etiología vírica)	**Aciclovir tópico** 1 aplic/4h (máx. 5 veces/d respetando descanso nocturno), 5 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Buena higiene bucal. Si hay dentadura postiza, limpiarla bien y quitar por la noche.

Emolientes (manteca de cacao, glicerol, vaselina) para combatir la sequedad y las costras.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento depende de su etiología (falta de piezas dentales, déficit vitamínicos, anemia, inmunodepresión, alcoholismo, diabetes).

RESFRIADO COMÚN. INFECCIÓN AGUDA DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR.

RESFRIADO COMÚN. INFECCIÓN AGUDA DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR.

INTRODUCCIÓN

Es una infección leve de las vías respiratorias (nariz, faringe y cuerdas vocales) causada por virus (rinovirus, adenovirus, etc.). Lo habitual es sufrir 2-5 resfriados al año.

Es importante explicar al paciente en la primera consulta que:

- generalmente **cura sin tratamiento** a los pocos días (2-7 días);
- los **antibióticos no curan el resfriado** y sólo se utilizan cuando hay complicaciones, situación que debe valorar el profesional sanitario.
- la vacuna de la gripe sólo previene la gripe y **no hay vacunas** para el resfriado.

En el tratamiento del resfriado se recomiendan medidas generales y tratamiento sintomático con:

- **Descongestivos nasales** si hay rinorrea intensa. Oximetazolina al 0,05% (rino). Dosis adultos y niño (> 6 años): 2-3 got/12h. Dosis pediátrica (2-6 años) al 0,025%: misma posología que adulto. No deben usarse más de 5 días, pueden provocar lesión de la mucosa nasal e incremento de la PA en personas predispuestas.
- **Paracetamol** si hay dolor de cabeza, garganta, mialgias o fiebre (es de elección en niños, embarazadas y alergia al AAS) o **AAS** (desaconsejado en menores de 16 años la utilización de salicilatos por su asociación con el síndrome de Reye) o **ibuprofeno.**
- Los **antihistamínicos** reducen la rinorrea y estornudos a partir del segundo día, pero el beneficio clínico es pequeño.

Los **antibióticos nunca** están indicados en el tratamiento del resfriado común ni en la rinitis mucopurulenta a menos que persista más de 15 días. **Véase «Rinitis: Generalidades»**

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RESFRIADO COMÚN. INFECCIÓN AGUDA DEL TRACTO RESPIRATORIO SUPERIOR.	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Descansar y dormir algo más de lo habitual. No fumar. Beber abundantes líquidos y zumos naturales de fruta e infusiones. Comer de forma ligera (verdura, fruta, ensalada, cereales). Realizar vahos con vapor de agua, lavados nasales con suero fisiológico, gargarismos de agua templada con zumo de limón, tisana de tomillo o manzanilla. Para evitar contagios, aconsejar pañuelos de un solo uso, lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón y ventilar cada día la habitación del enfermo. Aconsejar al paciente que, si la tos es intensa o dura más de 3 semanas, debe acudir a la consulta. Si hay rinorrea, realizar lavados nasales con suero salino hipertónico (en 1 litro de agua echar una cucharadita de sal, se administra por la nariz con una jeringa o aspirando con cuidado).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar con las medidas no farmacológicas a todos los pacientes.

Si los síntomas son intensos, valorar tratamiento farmacológico sintomático de forma individualizada.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

No es necesario reevaluar, salvo que el paciente presente síntomas intensos o nuevos (educación sanitaria en la primera visita) o en pacientes de riesgo con comorbilidad que favorezca la aparición de complicaciones (cardiópatas, broncópatas...).

SEGUIMIENTO

Reevaluar diagnóstico y tratamiento:

- Si la tos es intensa o dura más de 3 semanas.

- Si el resfriado dura más de 10 días, la fiebre es muy alta o persiste más de 10 días y/o hay deterioro del estado general.
- Si aparece o persiste rinorrea mucopurulenta (más de 15 días), valorar la posibilidad de sobreinfección y tratar con antibióticos si procede.

Seguimiento de los pacientes que sufran alguna enfermedad bronquial (asma o bronquitis crónica).

PRECAUCIONES

Se desaconseja la utilización de salicilatos en menores de 16 años por su asociación con el síndrome de Reye.

DERIVACIÓN

Pacientes con frecuentes rinitis infecciosas producidas por hongos, para descartar que exista una causa alérgica, anatómica o alguna forma de inmunodeficiencia.

OTROS

El uso de Vit C no ha demostrado utilidad en el tratamiento del catarro ni en su prevención.

RINITIS: GENERALIDADES

RINITIS: GENERALIDADES

GENERALIDADES

La rinitis es la causa más frecuente de obstrucción nasal. Se trata de una inflamación de la mucosa nasal que clínicamente se caracteriza por rinorrea, congestión nasal, estornudos, prurito y/o rinorrea posterior. Puede acompañarse de síntomas oculares, óticos y faríngeos.

Las rinitis se clasifican en:

A. Alérgicas: afectan al 10-25 % de la población. Con frecuencia se asocia a asma, conjuntivitis y/o eccema. Los alérgenos más frecuentes son: ácaros y epitelio de animales (rinitis persistente); pólenes y hongos (rinitis intermitente). Pueden clasificarse según:

- La duración: intermitente (síntomas menos de 4 días a la semana y menos de 4 semanas); persistente (síntomas más de 4 días a la semana y más de 4 semanas).
- La gravedad y la repercusión en la calidad de vida: leve (sueño normal, sin impedimento de las actividades diarias; deporte, aire libre, escolaridad y trabajo normales; sin síntomas problemáticos); moderada-grave (sueño anormal, con impedimento de las actividades diarias; deporte, aire libre, escolaridad y trabajo alterados; con síntomas problemáticos).

B. No alérgicas:

- Infecciosas: víricas, bacterianas, micóticas.
- No infecciosas (ocupacionales, atróficas, vasomotora, medicamentosa...). Incluye:
  - La rinitis farmacológica: se relaciona con el uso crónico de vasoconstrictores nasales tópicos, aunque hay otros fármacos que la pueden ocasionar como son: AINE (AAS, ác. mefenámico, nimesulida), antihipertensivos (IECA, betabloqueantes, reserpina metildopa, betaadrenérgicos), clorpromazina , anticonceptivos orales. También hay rinitis secundarias a drogas: cocaína, nicotina y alcohol.

- La rinitis vasomotora: la clínica aparece de forma recurrente frente a estímulos inespecíficos como cambios de temperatura, humedad, olores, humos, ansiedad, estrés, vasoconstrictores tópicos, comidas, bebidas.

TRATAMIENTO DE LA RINITIS

- La elección del tratamiento depende generalmente de la gravedad de la afección, síntoma predominante y su duración.
- Los **antihistamínicos H1** por vía oral pueden ser útiles para reducir la rinorrea, el picor nasal, los estornudos y los síntomas oculares como la conjuntivitis, pero son menos eficaces en el alivio de la congestión nasal.
- **Los corticoides tópicos** controlan mejor la obstrucción nasal. En caso de rinitis grave se recomienda usar prednisona oral 1-2 mg/kg/d (máx. 60 mg/24h) en ciclos cortos de 3-5 días. Los corticoides depot no se recomiendan por la posibilidad de efectos secundarios graves.
- **Los descongestionantes nasales** pueden utilizarse si hay obstrucción nasal grave, pero durante no más de 5 días para evitar congestión nasal de rebote, entre otros efectos secundarios. Los descongestionantes nasales como fenilefrina, oximetazolina y oxilometazolina pueden ocasionar una congestión reactiva y lesionar la mucosa; además, se han asociado a un incremento de la PA en personas predispuestas.
- Se dispone de pocos tratamientos farmacológicos para **niños menores de 2 años;** los lavados con suero salino pueden ayudar a despejar la nariz (también en adultos).
- El **bromuro de ipratropio nasal** (2 pulverizaciones en cada fosa nasal: 42 µg/8-12h) ha demostrado su utilidad en ocasiones en el control de la rinorrea.
- En todas las rinitis en las que aparezca rinorrea purulenta de más de 15 días de evolución, valorar instaurar **tratamiento antibiótico**.
  - De primera elección se recomienda amoxicilina: 500-1.000 mg/8h vo, 10-14días.
  - Si fracasa el tratamiento con amoxicilina, usar amoxicilina/ ác. clavulánico: 500-875/125 mg/8h vo, 10-14 días.
  - En caso de alergia a penicilina, se recomienda claritromicina: 250-500 mg/12h vo,10 días.

Rinitis alérgica:

- Los **antihistamínicos no sedantes** son de elección en el tratamiento de la rinitis alérgica leve.
- Los **corticoides tópicos** se consideran de primera línea en caso de rinitis moderada-grave o refractaria al tratamiento de elección.
- El **cromoglicato disódico** es eficaz en el control de los estornudos, prurito y rinorrea; se debe usar de forma preventiva antes de la exposición al alergeno y prolongarlo mientras dure. Su inconveniente es la corta duración de acción por lo que debe aplicarse cada 4-6 h. Su efecto terapéutico puede no manifestarse antes de 2-4 semanas. Puede ser de elección en embarazadas.
- Los **leucotrienos** han demostrado menos eficacia y son más caros que los corticoides intranasales para el tratamiento de la rinitis alérgica estacional.
- La **inmunoterapia** es controvertida, podría estar indicada cuando existe sensibilidad demostrada a un único antígeno, aunque no hay estudios que la comparen con los antihistamínicos o los corticoides tópicos.

Rinitis no alérgica:

El tratamiento de la rinitis no alérgica es similar al de la rinitis alérgica, a pesar de los diferentes mecanismos implicados en su etiología. Los corticoides por vía tópica constituyen a menudo el tratamiento de elección, especialmente si la congestión nasal es el síntoma predominante.

En la **rinitis farmacológica** la clave del tratamiento es la suspensión del fármaco causante.

RINITIS ALÉRGICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Rinitis: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RINITIS ALÉRGICA	**Azelastina nasal** 1 inh en cada fosa nasal/12h Dosis pediátrica (> 6 años): igual que adultos **o** **Levocabastina nasal** 0,05% 2 inh en cada fosa nasal 2-4 veces/d Dosis pediátrica (>4 años): igual que adultos	**Loratadina** 10 mg/24h vo Dosis pediátrica (2- 5 años ó <30 kg): 5 mg/24h vo **o** **Cetirizina** 10 mg/24h vo Dosis pediátrica (1-5 años ó ≤ 20 kg): 2,5 mg/24h; (6-12 años ó > 20 kg): 5 mg/24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas moderados- graves o refractarios al tratamiento de elección	Añadir **Budesonida nasal** 64 ó 100 µg/12h	
Predominio de síntomas oculares	Añadir **Clorfenamina** 0,25% col 1-2 got 3-4 veces/d **o** **Levocabastina oftálmica** 0,05% col 1 got en cada ojo 2-4 veces/d Dosis pediátrica (> 4 años): igual que adultos	**Azelastina oftálmica** 0,05% col 1 got en cada ojo 2-4 veces/d Dosis pediátrica (> 4 años): igual que adultos

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- La medida más importante es **evitar el contacto con el alergeno** una vez que ha sido identificado:

- Polen: evitar en lo posible la permanencia y, especialmente, la realización de ejercicio al aire libre durante la época sintomática, mantener las ventanas y ventanillas del coche cerradas, sobre todo en horas de mayor polinización (entre las 5-10 y 19-22 h), y los días soleados y de viento.
- Polvo doméstico: eliminar alfombras y juguetes blandos del dormitorio, usar fundas impermeables al alergeno para colchones y almohadas, limpiar con un paño húmedo los muebles, no fumar en casa.

- Recomendar **lavados nasales con suero salino hipertónico tamponado** (agua mineral [400 ml], sal gruesa [una cucharada sopera colmada], bicarbonato sódico [una cucharadita]), mezclar y guardarlo en un recipiente cerrado y limpio; hacer una nueva mezcla cada semana. Existen productos comerciales con agua de mar. Los lavados nasales disminuyen la viscosidad del moco y mejoran la olfacción.
- Explicar al paciente que es un proceso crónico que dura toda la vida, aunque los síntomas suelen atenuarse con la edad.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Buen control de los síntomas (obstrucción nasal, prurito, estornudos y rinorrea, y de los síntomas oculares cuando existan) ya que una evolución tórpida puede ocasionar otitis y sinusitis y exacerbar, si lo hubiera, el asma bronquial.

Optimizar la calidad de vida y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades concomitantes.

SEGUIMIENTO

- Si a las 2-4 semanas de tratamiento hay mejoría clínica,
  - en rinitis persistente leve: continuar un mes más el tratamiento
  - en rinitis persistente moderada-grave: disminuir la dosis a la mínima eficaz y seguir un mes más.
- Si no hay mejoría, revisar el diagnóstico y el cumplimiento terapéutico; plantearse la posibilidad de infecciones y otras causas asociadas que impidan la mejora del cuadro.
- Valorar posibilidad de sobreinfección bacteriana si el moco deja de ser transparente y líquido y adquiere aspecto purulento, si aparece fiebre y/o dolor de cabeza.
- Valorar posibilidad de asma bronquial si el paciente nota fatiga o que "le falta el aire".

SEGURIDAD

Los efectos de los corticoides tópicos nasales sobre el crecimiento óseo no están claros, por lo que se recomienda utilizarlos a la mínima dosis eficaz posible y vigilar la curva de crecimiento de niños y adolescentes.

DERIVACIÓN

Valorar remitir a Alergología:

- rinitis de inicio reciente con sospecha de etiología alérgica, para realizar pruebas cutáneas y/o indicación de inmunoterapia;
- rinitis alérgicas que no respondan al tratamiento.

RINITIS FARMACOLÓGICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Rinitis: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RINITIS FARMACOLÓGICA	Suspensión del fármaco. **Medidas no farmacológicas**.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No cede con la suspensión del fármaco	**Budesonida nasal** 64-100 µg/12h en cada fosa nasal, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Suspender el fármaco causante siempre que sea posible y no suponga un perjuicio en otras áreas de salud del paciente.
- Si no cede al eliminar el fármaco, puede ser útil aplicar lavados nasales con suero salino hipertónico.
- Apoyo psicológico.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Cuando los síntomas interfieran con la calidad de vida del paciente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La mejoría clínica no es inmediata.

Revisar la sintomatología según el tiempo de eliminación del fármaco implicado.

El inicio de la mejoría tras iniciar el tratamiento con corticoides inhalados puede tardar 2-3 días, alcanzando su efecto máximo a los 10 días de tratamiento: valorar la respuesta al cabo de 7-10 días de tratamiento.

SEGUIMIENTO

En formas graves, el tratamiento con corticoides nasales se puede prolongar hasta 3 meses.

En ocasiones, es necesario asociar corticoides orales durante un período corto de tiempo (prednisona oral: 1-2 mg/kg/d; máx. 60 mg/24h) en ciclos cortos de 3-5 días.

DERIVACIÓN

Cuando no se controlen los síntomas a pesar de haber cumplido adecuadamente todo el esquema terapéutico.

RINITIS VASOMOTORA

INTRODUCCIÓN

Véase «Rinitis: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RINITIS VASOMOTORA	**Budesonida nasal** 64-100 µg/12h, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar, en la medida de lo posible, factores desencadenantes (irrigaciones nasales, descongestionantes, cambios de temperatura, humedad, olores irritantes, humos, ansiedad o irritantes químicos).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Pacientes que soliciten tratamiento teniendo en cuenta que, en general, el tratamiento de la rinitis vasomotora es bastante insatisfactorio.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Revisar la sintomatología a los 7-10 días.

La eficacia del tratamiento farmacológico es limitada. En ocasiones, debe valorarse asociar a los corticoides inhalados descongestionantes nasales durante 5 días.

SINUSITIS AGUDA

SINUSITIS AGUDA

Enfermedades de ORL y boca

INTRODUCCIÓN

La afectación rinosinusal es muy frecuente en las infecciones víricas altas del aparato respiratorio. La mayoría de sinusitis agudas (60-70%) se resuelven espontáneamente sin necesidad de tratamiento antibiótico. Si se prolonga más de 7-10 días es frecuente la sobreinfección bacteriana. Entre las bacterias, *Streptococcus pneumoniae* (30%-40%) y *Haemophilus influenzae* (10%-20%) causan más del 50% de los casos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SINUSITIS AGUDA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d) **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo (máx. 2,4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Afectación rinosinusal severa (fiebre, cefalea, purulencia) o moderada de más de 7-10 días de evolución	**Amoxicilina** 1 g/8h vo, 8-10 días	
Falta de respuesta a las 48-72 h	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 8-10 días	
Alergia a la penicilina	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días	
Sinusitis por contigüidad con alvéolo dentario	**Clindamicina** 150-450 mg/6h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ingesta abundante de líquidos, humidificación ambiental. Dormir con la cabeza elevada y evitar el humo del tabaco. Si el dolor sinusal es intenso, lavados nasales con suero salino hipertónico tamponado.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

En pacientes tratados con amoxicilina o amoxicilina/ ác. clavulánico, con respuesta lenta, pueden ser necesarias 2-3 semanas de tratamiento antibiótico.

En caso de fracaso terapéutico con betalactámicos puede ser útil levofloxacino o moxifloxacino, por su buena actividad frente a los principales patógenos responsables de la sinusitis.

DERIVACIÓN

Remitir al hospital ante signos de infección grave, como fiebre alta o estado tóxico, sospecha de infección en órbita o sistema nervioso central y en caso de empeoramiento marcado a las 72 horas.

La remisión al ORL se recomienda en el estudio de los factores predisponentes en caso de sinusitis cerradas (pólipos, malformaciones, etc).

OTROS

Amoxicilina debe utilizarse a dosis altas debido a la disminución de sensibilidad de neumococo a penicilina en España.

Véase «Infecciones respiratorias del tracto superior: Generalidades.»

SINUSITIS CRÓNICA

SINUSITIS CRÓNICA

Enfermedades de ORL y boca

INTRODUCCIÓN

Los procesos que dificultan el correcto drenaje de los senos paranasales (obstrucción por alteraciones anatómicas, funcionales, alérgicas, etc), focos odontogénicos y situaciones de inmunodeficiencia favorecen la sinusitis crónica. Se debe valorar el abordaje (lavados de suero fisiológico, descongestivos nasales -no prolongar su uso más de una semana-, tratamiento antialérgico, quirúrgico, etc) en función de la situación. En las reagudizaciones se utiliza el mismo tratamiento que para la sinusitis aguda.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SINUSITIS CRÓNICA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Lavados nasales con suero salino hipertónico tamponado.

SORDERA

INTRODUCCIÓN

Antes de iniciar cualquier tratamiento se determinará si la pérdida es de conducción o neurosensitiva, teniendo en cuenta la causa que ha provocado la hipoacusia. Cualquier sordera de comienzo brusco debe considerarse una urgencia médica. La mayoría de las hipoacusias de transmisión tienen tratamiento satisfactorio médico o quirúrgico. La indicación de una prótesis auditiva (audífono) se establece por la gravedad de la hipoacusia (generalmente con pérdidas entre 30-60 decibelios) y por la actividad sociolaboral del paciente.

Tipos de prótesis: la retroauricular es la más utilizada, está indicada en las hipoacusias perceptivas. Su ventaja es la potencia, y sus inconvenientes, el rechazo (gran tamaño) y las distorsiones que produce. Se aconseja su uso en ancianos por necesitar menos destreza manual. No se utiliza ante infecciones del oído medio. La endoauricular es de tamaño reducido y transmite directamente el sonido, pero tiene poca potencia. Tampoco se debe usar con infecciones del oído medio. Las gafas auditivas permiten transmitir por vía ósea y están indicadas en hipoacusia de transmisión y existencia de infecciones en oído medio; la patilla de la gafa debe contactar constantemente con la piel. Las prótesis osteointegradas y los implantes cocleares y de tronco cerebral son de colocación quirúrgica. Los implantes cocleares están indicados en pacientes con hipoacusia neurosensorial bilateral profunda coclear, y tienen unos resultados significativamente superiores a los obtenidos por aquellas que utilizan audífonos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SORDERA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Previamente se realiza un estudio audiométrico completo (tonal, liminal, verbal y supraliminal) cuantificando el déficit de decibelios.
- **Sordera neurosensitiva:** la mayoría no son corregibles. En el adulto la causa más frecuente de sordera, junto a la presbiacusia, es la lesión coclear relacionada con el ruido. Está legalmente reconocida en España como una enfermedad profesional; el grado de riesgo está establecido en 80 decibelios para una exposición de 8 horas diarias. La prevención es la medida preferible y más rentable; evitar los ruidos intensos y llevar protección (tapones, cascos) durante el trabajo. Suspender todos los fármacos ototóxicos (aminoglucósidos, salicilatos, quinina, diuréticos, algunos anestésicos generales) y tóxicos (tabaco y alcohol). Valorar, en la presbiacusia, el audífono.
- **Sordera de transmisión:** eliminar el tapón de cerumen o cuerpos extraños, tratamiento médico de la otitis externa difusa, otitis externa aguda circunscrita, otitis media aguda, otitis media crónica activa. Valorar el tratamiento quirúrgico y/o prótesis auditiva en la otitis media crónica inactiva, otitis media crónica serosa, otoesclerosis.

- Los audífonos no deben recomendarse en el inicio de una presbiacusia, en traumatismos acústicos que afecten los tonos altos o en las cofosis. Los pacientes con un umbral plano y buena discriminación del habla son los que suelen responder de manera más favorable a la amplificación. Ante pérdidas moderadas (30-60 dB) se recomienda una sola prótesis en el oído con peor audición. Si la hipoacusia es mayor, una biaural.

TAPÓN DE CERUMEN (OTOCERUMEN)

TAPÓN DE CERUMEN (OTOCERUMEN)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TAPÓN DE CERUMEN	**Agua oxigenada** diluida al 50 % en agua 3-5 got/ 8-12h tóp, 3-5 días (para reblandecer)	Gotas óticas de aceite vegetal (oliva o almendra) 3-5 got/8-12h tóp, 3-5 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Extraer mediante lavado con jeringa de agua (calentada a temperatura corporal), dirigiendo el chorro hacia la pared superior y posterior del conducto auditivo externo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tapón de cerumen sólo se debe extraer si produce sordera o dificulta la visualización del tímpano.

PRECAUCIONES

El lavado de oído con jeringa está contraindicado en niños pequeños, antecedentes de otitis externa o recidivante, perforación timpánica, cirugía ótica o si sólo tiene ese oído sano (sordera unilateral).

No es aconsejable introducir en el oído ningún objeto mecánico.

OTROS

El desarrollo de un tapón de cerumen oclusivo no está asociado con la higiene personal, sino que es un trastorno constitucional e inevitable.

VÉRTIGO PERIFÉRICO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VÉRTIGO PERIFÉRICO	**Sulpirida** 50-100 mg/8h vo o im	**Tietilperazina** 6,5 mg/8-12h vo o vr, máx. 3 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo en cama para minimizar el efecto del vértigo.

En el caso del vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) iniciar ejercicios de rehabilitación tan pronto como sea posible.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Si existe cortejo vegetativo importante, recomendar inicialmente sulpiride im o tietilperazina vr.

Valorar el tratamiento de la ansiedad o vómitos asociados.

La neuronitis y laberintitis se benefician del tratamiento de rehabilitación vestibular.

La fase aguda de la enfermedad de Ménière se ha de tratar como otros vértigos periféricos. La betahistina se ha evaluado en el tratamiento de la enfermedad de Ménière en ensayos clínicos de baja calidad. No existe suficiente evidencia para recomendar el tratamiento con diuréticos.

DERIVACIÓN

En neurinoma del acústico está indicado el tratamiento quirúrgico.

En pacientes con crisis frecuentes y discapacitantes está indicado valorar el tratamiento quirúrgico.

OTROS

En el VPPB reservar el tratamiento farmacológico para los casos resistentes.

XEROSTOMÍA

INTRODUCCIÓN

La toma de ciertos medicamentos (antidepresivos tricíclicos, antiparkinsonianos, fenotiazinas, benzodiacepinas, antipsicóticos, diuréticos, etc.) es la principal etiología. Otras causas posibles son: trastornos sistémicos, traumatismos, radioterapia, quimioterapia y procedimientos quirúrgicos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
XEROSTOMÍA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No cede con medidas no farmacológicas.	Carboximetilcelulosa al 1-2% (FM) 5-6 g/24h en varias tomas enjuages bucales	
No mejora con el tratamiento anterior	Pilocarpina al 1% (FM) 5 mg (15 got)/8h enjuages bucales, no tragar	
Xerostomía postirradiación	**Pilocarpina** 5 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Medidas preventivas: vigilancia de la higiene bucodental (uso de cepillo dental con las cerdas suaves, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales), prevención de infecciones, humectación bucal, buen estado nutricional e integridad de mucosa bucal, junto a una correcta hidratación.

Estimulación de la salivación: masticación de alimentos duros o chicles de sorbitol o xylitol sin azúcar, uso frecuente de agua con gotas de limón sin azúcar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es importante usar racionalmente los fármacos que pueden causar la xerostomía, controlar las enfermedades subyacentes y vigilar la higiene bucodental.

SEGURIDAD

Pilocarpina puede dar lugar a importantes efectos secundarios: sofocos, sudoración, poliuria, taquicardia, bloqueo AV, agitación, broncoespasmo, que se reducen al disminuir la dosis. Los enjuagues de pilocarpina provocan menos efectos secundarios si al terminar se escupe la solución (no se ingiere).

PRECAUCIONES

Pilocarpina presenta muchas interacciones y contraindicaciones en la forma oral, teniendo muchas menos en la forma de enjuagues, sobre todo si no se traga.

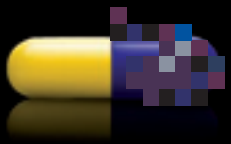
DERIVACIÓN

Las formas orales de pilocarpina deben administrarse bajo la supervisión del especialista.

OTROS

Los estudios realizados con sustitutivos salivares, aunque reconocen que es un instrumento terapéutico útil, presentan resultados variables, ya que la percepción subjetiva del paciente juega un papel importante.

Pilocarpina vo: tras 4 semanas de tratamiento se puede aumentar dosis hasta 30 mg/d si hay buena tolerancia. Suspender el tratamiento si no mejora tras 2-3 meses de tratamiento.



5

Enfermedades del sistema cardiovascular

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

INTRODUCCIÓN

Ictus: Los síntomas duran más de 24 h o existen signos por imagen de lesiones cerebrales clínicamente relevantes en las personas en las que los síntomas han desaparecido rápidamente.

Accidente isquémico transitorio: Breve episodio de disfunción neurológica causado por una alteración isquémica focal cerebral o por isquemia retiniana, con síntomas clínicos que típicamente duran menos de una hora y sin evidencia de infarto.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (PREVENCIÓN SECUNDARIA)	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Contraindicación AAS	**Clopidogrel** 75 mg/24h vo	
Origen cardioembólico	**Acenocumarol** dosis adecuada para un INR entre 2-3	
Antecedentes de hemorragia y úlcera gastrointestinal o Tratamiento concomitante con AINE	Añadir **Omeprazol** 20 mg/24h vo **Véase «Prevención de gastropatía por AAS a dosis bajas»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Deben aconsejarse ejercicios de fortalecimiento para mejorar la función muscular y participar en entrenamiento cardiovascular (actividad aeróbica).
- Iniciar rehabilitación lo antes posible; en función del caso, se hará terapia física (para volver a aprender a caminar, acostarse y cambiar de un tipo de movimiento a otro), logopedia y terapia ocupacional (aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse). Puede ser necesaria la ayuda de utensilios,

como cubiertos con mangos grandes, prendas con velcro en vez de botones. También puede ser necesario eliminar barreras en el domicilio, como retirar alfombras, colocar pasamanos, adaptar el aseo (instalar asas, elevador del váter, plato de ducha

- La ortesis de tobillo-pie cuando existe un equinismo puede mejorar la capacidad de caminar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En la fase aguda: AAS 300 mg/24h vo masticada o disuelta en agua.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de los FRCV: no fumar, PA < 140/90 mmHg, cLDL < 100 mg/dl y HbA1c < 7%.

SEGUIMIENTO

Indefinido.

SEGURIDAD

Dosis más altas de 100 mg de AAS no tienen mayor eficacia y se asocian a un riesgo más elevado de hemorragia.

PRECAUCIONES

Vigilar aparición de efectos indeseados.

DERIVACIÓN

En el momento agudo, derivación urgente a hospital para diagnóstico etiológico, valoración de fibrinólisis y posterior rehabilitación por un equipo multidisciplinar.

OTROS

En el ACV establecido, si aparece espasticidad puede utilizarse baclofeno 5-15 mg/8h vo (máx. 50-75 mg/d); cuando se desee retirar, suprimirlo lentamente. También puede considerarse el uso de inyecciones de toxina botulínica junto con la fisioterapia que ayuda a reducir el tono muscular y a mejorar el recorrido.

ANTICOAGULACIÓN ORAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANTICOAGULACIÓN ORAL	**Acenocumarol** dosis adecuada para alcanzar el objetivo de INR	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Enoxaparina** 1 mg/kg/12h sc	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El paciente debe recibir educación sanitaria con información escrita de soporte que refleje aquellas circunstancias que pueden comportar cambios en el TAO (medicamentos, alimentos, procedimientos de cirugía menor, algunas exploraciones complementarias).

El control del TAO puede efectuarse en Atención Primaria.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo es mantener el INR entre 2.0-3,5 según la indicación de la anticoagulación.

SEGUIMIENTO

La dosis diaria puede variar más de lo indicado debido a la variabilidad entre pacientes.
Control del INR al 3º-5º día de iniciar el tratamiento, posteriormente según venga determinado por los valores obtenidos, hasta conseguir cifras en margen terapéutico.

Actitud que se debe seguir ante un INR incorrecto:

- INR < 2: aumentar 1-2 mg/sem.
- INR 3,5-5,0: disminuir la dosis semanal un 5-10%.
- INR > 5,0 y < 9,0: Vit K y/o no tomar TAO. Disminuir la dosis semanal un 10-20%. Dosis adulto de Vit K es 1-2,5 mg (4-10 got) vo o sc DU. La Vit K tarda en hacer efecto entre 12-36 h.
- INR > 9,0: derivación a urgencias del hospital. También está indicada la derivación ante INR 9 si se presenta una hemorragia grave y/o importante. En estos casos, la dosis de Vit K es de 2-10 mg vo o sc DU.

SEGURIDAD

Acenocumarol es teratógeno.

Vigilar interacciones con medicamentos y alimentos.

PRECAUCIONES

Evitar inyecciones intramusculares.

Modificar la terapia anticoagulante en determinadas circunstancias (procedimientos de cirugía menor, algunas exploraciones complementarias).

La dosis diaria debe tomarse en dosis única y a la misma hora (habitualmente 17-19 horas). En caso de olvido, al día siguiente tomar la que corresponda (no doblar).

DERIVACIÓN

INR > 9,0: derivación a urgencias del hospital.

También está indicada la derivación ante INR < 9 si se presenta una hemorragia grave y/o importante. En estos casos, la dosis de Vit K es de 2-10 mg DU vo o sc.

OTROS

El efecto del acenocumarol desaparece en 48-72 horas tras la supresión.

BRADICARDIA SINTOMÁTICA (URGENCIAS)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BRADICARDIA SINTOMÁTICA	**Atropina** 0,5-1 mg iv y repetir cada 3-5 min si persisten los síntomas (máx. 3 mg iv en bolo lento) Dosis pediátrica: 0,01-0,03 mg/kg/dosis iv y repetir cada 3-5 min (máx.: niños 1 mg y adolescentes 2 mg iv en bolo lento)	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Actuar sobre factores desencadenantes reversibles: fármacos (BB, digoxina, calcioantagonistas no DHP), enfermedades subyacentes (intoxicación por organofosforados, hipotiroidismo, hipertensión endocraneal, etc.). Si el paciente no responde a atropina y/o isoproterenol, utilizar marcapasos transcutáneo (incorporado en equipos actuales de desfibrilación).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Conseguir un gasto cardiaco suficiente para aliviar los síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar cada 3-5 minutos y repetir dosis si es necesario hasta un máximo de 3 mg.

DERIVACIÓN

Si disminuye el nivel de conciencia y/o compromiso hemodinámico, trasladar a hospital en UCI móvil (061-112) en decúbito supino, con O_2 y asegurando permeabilidad de la vía aérea; superficie dura debajo del mismo. Conectar a monitor cardíaco y acercar desfibrilador si existe. Canalizar vía venosa.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: ANGINA ESTABLE

INTRODUCCIÓN

La angina estable puede tener **4 grados**:

- Angina Grado I: Con esfuerzos extenuantes, rápidos o prolongados.
- Angina Grado II: Con esfuerzos moderados.
- Angina Grado III: Con pequeños esfuerzos.
- Angina Grado IV: Con mínimos esfuerzos.

La **pauta de tratamiento** será la siguiente:

1. AAS u otros antiagregantes.
2. BB, especialmente si hay historia de infarto previo.
3. Antagonistas de la enzima convertidora de la angiotensina, si están indicados (hay discrepancias sobre su uso en el angor estable: algunos autores lo recomiendan sobre todo en diabéticos; en la puesta al día de la Guía SIGN se aconseja considerar el uso de IECA en todos los pacientes con Angina Estable).
4. Calcioantagonistas:
   a. Si los BB están contraindicados.
   b. Con los BB para controlar los síntomas.
   c. Cuando se interrumpen los BB debido a sus efectos secundarios.
5. Nitratos de acción prolongada.
6. Nitroglicerina sublingual para aliviar los síntomas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANGINA GRADO I	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/24h vo	
ANGINA GRADOS II, III y IV	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/24h vo + **Atenolol** 50-100 mg/d vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a AAS	**Clopidogrel** 75 mg/24h vo	
Antecedentes de hemorragia y úlcera gastrointestinal o Tratamiento concomitante con AINE	Añadir **Omeprazol** 20 mg/24h vo **Véase «Prevención de gastropatía por AAS a dosis bajas»**	
No control con Betabloqueantes	Añadir **Amlodipino** 5-10 mg/24h vo	**Nitroglicerina** parche transd 5-15 mg/d durante 16 h **o** **Mononitrato de isosorbida** 40-80 mg/d vo en 2 tomas
Falta de control con tratamiento farmacológico óptimo	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/24h vo **+** **Atenolol** 50-100 mg/d vo **+** **Amlodipino** 5-10 mg/24h vo **+** **Nitroglicerina** parche transd 5-15 mg/d durante 16 h **o** **Mononitrato de isosorbida** 40-80 mg/d vo en 2 tomas	
EPOC o asma	**Diltiazem** 60-120 mg/8h vo	**Verapamilo** 80-120 mg/8h vo **o** **Nitroglicerina** parche transd 5-15 mg/d durante 16 h
Arteriopatía periférica	**Amlodipino** 5-10 mg/24h vo	**Mononitrato de isosorbida** 40-80 mg/d vo en 2 tomas
Diabetes Mellitus	**Atenolol** 50-100 mg/d vo	**Amlodipino** 5-10 mg/24h vo
Bradicardia sinusal y Bloqueo AV	**Amlodipino** 5-10 mg/24h vo	**Mononitrato de isosorbida** 40-80 mg/d vo en 2 tomas

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fibrilación auricular	**Atenolol** 50-100 mg/d vo **o** **Diltiazem** 60-120 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular:**
  - Suprimir el tabaco: Todos los fumadores deben recibir consejo y ayuda profesional para abandonar el tabaco.
  - Presión arterial (<140/90 y <130/80 mm Hg si DM).
  - Control del colesterol (cLDL <100 mg/dl), triglicéridos y glucemia.
  - Pérdida de peso en pacientes obesos.
- **Dieta:** Debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
  - Fomentar el consumo de: legumbres, frutas, verduras, cereales integrales, pescado y aceite de oliva.
  - Reducir azúcares refinados y grasas saturadas. Ayudar a las personas a identificar y elegir comida baja en ácidos grasos saturados y colesterol. (La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/d).
  - Limitar la ingesta de sal: moderación al añadir sal para condimentar los alimentos y reducir los alimentos con alto contenido en sodio (precocinados).
  - Aconsejar la reducción del consumo excesivo de alcohol. En ningún caso el médico promoverá el consumo de bebidas alcohólicas para la prevención cardiovascular.
- **Programas de rehabilitación cardiaca con ejercicio físico:** Actividad física aeróbica, 30-60 min, al menos 3 ó 4 veces a la semana (andar en bicicleta en llano, natación carrera suave y lenta).
- **Advertir del impacto en su vida:** La cardiopatía isquémica modifica la vida de los pacientes (empeora su carácter y disminuyen su capacidad funcional y su calidad de vida). Se recomienda identificar la depresión y la ansiedad.
- **Informar al paciente** de las decisiones que afecten a los tratamientos y monitorizar su evolución.
- **Interrumpir la Terapia Hormonal Sustitutiva** si hay riesgo de tromboembolismo.
- **Gripe:** Vacunación anual.
- **Revascularización** si no hay control con el tratamiento médico o la angina es de mal pronóstico.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Evitar la progresión de la enfermedad cardiovascular.

Mejorar la calidad de vida disminuyendo los episodios de dolor.

Mejorar el pronóstico y evitar complicaciones.

PRECAUCIONES

Las únicas contraindicaciones absolutas de los nitratos son la hipotensión y el uso de inhibidores de la 5 fosfodiesterasa en las 24-48 horas previas.

Evitar BB en la EPOC, asma, arteriopatía periférica, bradicardia y bloqueo AV. Es estas dos últimas, evitar también verapamilo y diltiazem.

OTROS

Betabloqueantes:

Todos los BB son efectivos en el tratamiento de la angina estable (bisoprolol: 5-10 mg/24h; metoprolol 100-200 mg/d en 1-2 tomas), sin embargo atenolol es el más utilizado en los ensayos clínicos y el más eficiente.

Criterios para valorar eficacia del tratamiento BB: Frecuencia cardiaca entre 55-60 puls/min.

Atenolol: Tomar con el estómago vacío (los alimentos pueden modificar su biodisponibilidad). En ancianos la vida media del atenolol es mucho mayor que en los jóvenes.

Metoprolol: Los alimentos mejoran su absorción. Este puede ser el BB de elección en caso de temblor esencial o hipertiroidismo asociados. En pacientes con migraña pueden ser de elección atenolol, metoprolol (por la comodidad posológica) o verapamilo.

El parche de **nitroglicerina** puede aplicarse por la noche.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: EPISODIO DE ANGINA DE PECHO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: EPISODIO DE ANGINA DE PECHO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: EPISODIO DE ANGINA DE PECHO	**Nitroglicerina** 0,4-0,8 mg sl. Si falta de control, puede repetirse hasta 3 veces, con intervalos de 5-10 min.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo absoluto, mejor en posición semisentado o sentado. El decúbito puede ser necesario si hay hipotensión. Tranquilizar al paciente.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Comenzar el tratamiento lo más precozmente posible o si se prevé su aparición cuando vaya a realizar un esfuerzo. Las grageas (0,8 mg) y los comprimidos (0,4 mg) deben morderse previamente para que se absorban por vía sublingual (mejor mojarse la boca previamente). Inicio de acción por vía sublingual en 1-5 min, duración 20-30 min.

SEGURIDAD

Los comprimidos y las grageas deben renovarse cada 6 meses. Proteger del sol y del calor.

PRECAUCIONES

En caso de consumo previo de inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, no administrar nitroglicerina.

DERIVACIÓN

Si el dolor no cede con 3 dosis, separadas cada una por 5 min, avisar inmediatamente al servicio de urgencias (112) y/o acudir, sin andar, al hospital más cercano.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: POSTINFARTO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: POSTINFARTO	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/24h vo + **Atenolol** 50-100 mg/24h vo + **Ramipril** 5-10 mg/12h vo	**Ramipril** 5-10 mg/24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Antecedentes de hemorragia y úlcera gastrointestinal o Tratamiento concomitante con AINE	Añadir **Omeprazol** 20 mg/24h vo **Véase «Prevención de gastropatía por AAS a dosis bajas»**	
Si alergia al AAS	Sustituir AAS por **Clopidogrel** 75 mg/24h vo	
Si hipercolesterolemia	**Véase «Hipercolesterolemia»**	
Si hipertensión	**Véase «Hipertensión arterial»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Control estricto de los factores de riesgo cardiovascular:**
  - Suprimir el tabaco: Todos los fumadores deben recibir consejo y ayuda profesional para abandonar el tabaco.
  - Presión arterial (<140/90 y <130/80 mm Hg si DM).
  - Colesterol (cLDL <100 mg/dl), triglicéridos y glucemia.
  - Pérdida de peso en pacientes obesos.

- **Dieta:** Debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
  - Fomentar el consumo de: legumbres, frutas, verduras, cereales integrales, pescado y aceite de oliva.
  - Reducir azúcares refinados y grasas saturadas. Ayudar a las personas a identificar y elegir comida baja en ácidos grasos saturados y colesterol. (La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/d).
  - Limitar la ingesta de sal: moderación al añadir sal para condimentar los alimentos y reducir los alimentos con alto contenido en sodio (precocinados).
  - Aconsejar la reducción del consumo excesivo de alcohol. En ningún caso el médico promoverá el consumo de bebidas alcohólicas para la prevención cardiovascular.
- **Programas de rehabilitación cardiaca con ejercicio físico:** Actividad física aeróbica, 30-60 min, al menos 3 ó 4 cuatro veces a la semana (andar en bicicleta en llano, natación, carrera suave y lenta).
- **Advertir del impacto en su vida:** La cardiopatía isquémica modifica la vida de los pacientes (empeora su carácter y disminuyen su capacidad funcional y su calidad de vida). Se recomienda identificar la depresión y la ansiedad.
- **Informar al paciente** de las decisiones que afecten a los tratamientos y monitorizar su evolución.
- **Gripe:** Vacunación anual.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

El uso del **clopidogrel** asociado al AAS es controvertido los primeros meses tras el infarto. Mientras algunos estudios concluyen que en pacientes que han sufrido un infarto, la asociación de AAS y clopidogrel reduce la mortalidad, el re-infarto, incluso el ACV sin aumentar las hemorragias, otros ensayos no muestran que dicha combinación sea más beneficiosa que el AAS solo, detectando un mayor riesgo de sangrado que con AAS solo.

Todos los **betabloqueantes** son efectivos en el tratamiento de la angina estable (bisoprolol: 5-10 mg/d; metoprolol 100-200 mg/d en 1-2 tomas, carvedilol 12,5-25 mg/12h). El atenolol es el más utilizado en los ensayos clínicos y el más eficiente; el bisoprolol tiene la ventaja de la comodidad posológica; el carvedilol, no está contraindicado en insuficiencia cardiaca.

Igualmente, para el tratamiento de la disfunción ventricular en la cardiopatía isquémica, todos los **IECA** están indicados a dosis bajas; el enalapril es el más utilizado y el ramipril el que tiene el ensayo clínico que mejor avala la utilización de IECA.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: SINDROME CORONARIO AGUDO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: SINDROME CORONARIO AGUDO

INTRODUCCIÓN

Se llama Síndrome Coronario Agudo a un conjunto de síntomas y signos sugestivos de angina inestable o IAM.

Engloba 4 síndromes clínicos:

- Angina inestable
- Infarto sin onda Q
- Infarto con onda Q
- Muerte súbita

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA ESTABLE: SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO	**Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 250 mg/24h vo (masticado previamente), DU + **Nitroglicerina** (sublingual) **Véase «Cardiopatía isquémica estable: Episodio de angina de pecho»**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si AAS contraindicado	**Clopidogrel** 300 mg vo, DU	
Dolor que no cede con nitroglicerina sl	**Morfina** 2-5 mg/5-10 min bolo iv lento (máx. 20 mg), hasta desaparición del dolor	
Dolor persistente asociado a hipotensión (< 90 mm Hg) y/o bradicardia	**Petidina (Meperidina)** 25 mg/5-10 min bolo iv lento (máx. 100 mg), hasta cesar el dolor	
Bradicardia sintomática (<50 pm)	**Atropina** 0,5 mg iv bolo lento repetible cada 5 min (máx. 3 mg)	
Fallo ventricular izquierdo	**Furosemida** 20-40 mg iv + **Morfina** 3 mg bolo iv lento	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PA elevada (>180/110 mm Hg) a pesar de nitroglicerina y/o morfina	**Captopril** 25 mg sl, DU	
Dolor persistente tras nitroglicerina y no se dispone o están contraindicadas morfina y meperidina	**Metamizol sódico (dipirona)** 2 g disueltos en 100 ml de suero iv lento (30 min)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

1. Acortar todo lo posible el tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento y monitorización adecuada al problema. Avisar inmediatamente al servicio de urgencia con UCI móvil (061-112) para posible tratamiento de reperfusión (ACTP o fibrinólisis en las primeras 6 horas).
2. Poner al paciente junto a un desfibrilador (a ser posible con monitor) lo más pronto posible (la primera causa de muerte prehospitalaria es la fibrilación ventricular en la 1ª- 2ª hora).
3. Canalizar siempre una vía venosa. No utilizar la vía intramuscular.
4. Asegurar la permeabilidad de la vía aérea y quitar obstáculos para posible RCP (retirar prótesis, anillos, collares, poner superficie dura debajo del paciente, etc.). Tranquilizar al paciente.
5. Oxígeno a 3-4 l/min (gafas nasales) o a 35-40% (mascarilla).

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

La nitroglicerina está contraindicada en pacientes con hipotensión o estenosis aórtica severa por miocardiopatía hipertrófica o en pacientes que reciben sildenafilo, vardenafilo dentro de las 24 h previas o tadalafilo en las 48 h anteriores.

Los pacientes con riesgo de IAM deben conocer previamente qué hacer en caso de síntomas sospechosos de IAM: avisar a la asistencia médica, reposo absoluto en decúbito, AAS, nitroglicerina vía sublingual. Las personas que ya han tenido un episodio de CI deben tener «a mano» un ECG en reposo para comparaciones y/o un informe médico previo.

No poner lidocaína de forma profiláctica.

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE

INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante de arteriopatía periférica. El hábito de fumar en las personas con claudicación intermitente está asociado con progresión de los síntomas, mal pronóstico después de la cirugía de revascularización, amputación y necesidad de cirugía reconstructiva. El abandono del tabaco reduce la progresión a isquemia crítica así como el riesgo de infarto de miocardio y muerte por causa vascular.

La terapia farmacológica debe acompañarse de ejercicio físico y modificación de los factores de riesgo, no debiendo reemplazar a estas intervenciones.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CLAUDICACIÓN INTERMITENTE	**Medidas no farmacológicas** + **Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 100 mg/d vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Contraindicación de AAS	**Clopidogrel** 75 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- No fumar (medida fundamental). Proponer al paciente, si es preciso, participar en programas de deshabituación tabáquica.
- El ejercicio físico reduce el riesgo CV y produce mejoría sintomática: puede mejorar un 180% el tiempo de marcha sin dolor y un 150% el tiempo total de la marcha. Entrenamiento de la marcha (importante): caminar hasta que empiece el dolor, descansar unos minutos y reemprender la marcha. Mínimo 30-45 min/d, 3-5 veces por semana.
- Higiene meticulosa de pies y uñas. Cremas o aceites hidratantes. No acercar los pies a fuentes directas de calor. Calzado adecuado. No usar medias elásticas. Elevar la cabecera de la cama.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir el riesgo de eventos CV, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

SEGURIDAD

Dosis más altas de 100 mg de AAS no tienen una mayor eficacia y se asocian a un riesgo más elevado de hemorragia.

PRECAUCIONES

Valorar si está indicada gastroprotección.

DERIVACIÓN

Derivar a atención especializada los pacientes menores de 50 años.

OTROS

Control de los FRCV para alcanzar los objetivos terapéuticos aceptados en prevención secundaria (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, tabaco).

Los pacientes con arteriopatía periférica tienen, muy probablemente, arteriopatía coronaria.

La modificación de los FR puede mejorar los síndromes de claudicación y reducir el riesgo de isquemia cardíaca.

El tratamiento farmacológico sintomático con pentoxifilina (400 mg/8-12h) o naftidrofurilo (100-200 mg/8h) no se recomienda de forma rutinaria, por no haber demostrado adecuadamente la eficacia. En caso de empleo debe valorase la utilidad de la terapia a los tres meses (eficacia, cumplimiento, seguridad, tolerancia).

Para intentar no agravar el cuadro deben evitarse los fármacos vasoconstrictores como los ergotamínicos, simpaticomiméticos (descongestionantes) y betabloqueantes (o utilizar los cardioselectivos).

COR PULMONALE

COR PULMONALE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
COR PULMONALE	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Edemas	**Furosemida** 20-80 mg/d vo	
Fibrilación auricular y/o insuficiencia cardíaca izquierda	**Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Restricción de sodio.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es la mejora de la función pulmonar (medida por gasometría/pulsioximetría) que permita mejorar la circulación pulmonar, evitando la aparición de insuficiencia cardiaca derecha y el control de ésta cuando ocurra.

Se debe intentar mantener una PA O_2 >55 mm Hg y/o Sat O_2 >88%.

SEGUIMIENTO

Los controles se harán en función de la situación clínica.

Valorar digoxinemia al mes de iniciado tratamiento y posteriomente cada 6 meses.

PRECAUCIONES

Forzar la diuresis excesivamente también puede provocar hipopotasemia y alcalosis, que además de poder facilitar el riesgo de intoxicación digitálica (medicación frecuentemente utilizada), empeora el control de gases por parte del sistema respiratorio.

EDEMA AGUDO DE PULMÓN

INTRODUCCIÓN

El edema agudo de pulmón se define por la presencia de fluido en exceso en el espacio intersticial pulmonar y, en los casos más severos, en los alveolos. Puede ser:

- Cardiogénico: aumento de la presión hidrostática capilar, debido a claudicación aguda del ventrículo izquierdo (IAM, IC descompensada, miocardiopatías, arritmias, valvulopatías, HTA, etc.)
- No cardiogénico: la presión hidrostática es normal y el paso de macromoléculas y líquido es debido a una lesión en la pared capilar.

Es importante distinguir entre uno y otro porque la actitud terapéutica es distinta; sin embargo, las características clínicas diferenciales no son ni altamente sensibles ni específicas. Debe sospecharse origen cardiogénico en los pacientes mayores, con una historia previa de enfermedad cardiaca y balance positivo de líquidos. En la exploración suele haber disnea, ortopnea, taquipnea, hipoxemia, taquicardia, hipertensión, ingurgitación yugular, edema periférico y pueden estar presentes el 3er y 4º ruido cardiacos ("ritmo de galope"); en la auscultación pulmonar suelen existir crepitantes y sibilancias. En la radiografía de tórax se suelen encontrar signos de redistribución vascular, edema septal y/o interlobulillar (líneas B de Kerley), infiltrados perihiliares y basales, broncograma aéreo, derrame pleural y cardiomegalia radiológica y el ECG puede mostrar signos de afectación previa del corazón y trastornos del ritmo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EDEMA AGUDO DE PULMÓN CARDIOGÉNICO (PAS >90-100 mm Hg)	**Oxígeno** 50% 3-5 l/min + **Morfina** 3-5 mg en bolo iv de una dilución 1mg/ml (1 ml de morfina 1% + 9 ml SF 0,9%) que puede repetirse cada 5-10 min (máx. 15-25 mg) hasta obtener disminución de la ansiedad, vigilando posible depresión respiratoria + **Nitroglicerina** 0,4 mg sl, repetir cada 5-10 min (máx. 1,2 mg) + **Furosemida** inicialmente 1 mg/kg iv en bolo lento. Si tras 20-30 min no se ha obtenido respuesta adecuada administrar el doble de la dosis inicial + Tratamiento de la causa desencadenante	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Presión arterial sistólica > 160 mmHg Si con los fármacos anteriores no se logra disminuir la PA o si de entrada ésta es muy alta (crisis hipertensiva)	Añadir: **Captopril** 25 mg sl. Repetir a los 10-20 min si no se obtiene respuesta adecuada.	
Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida o taquicardia supraventricular	Si no tomaba digoxina previamente: **Digoxina** 0,25-0,5 mg + **Suero glucosado** 5% 8 ml administrado a ritmo de 1 ml/min iv, seguido de 0,25 mg/4-6 h Si tomaba digoxina previamente: considerar posible intoxicación digitálica	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El paciente debe permanecer en reposo, sentado con las piernas colgando, para disminuir el retorno venoso.

La monitorización del paciente es imprescindible desde el inicio y el nivel depende de la gravedad del cuadro clínico y de los medios de que se disponga. Es básico el seguimiento de la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, PA, ECG y saturación de oxígeno mediante pulsioximetría, así como la instauración inmediata de una vía intravenosa con suero glucosado 5% 7 got/min.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El edema agudo de pulmón es una urgencia médica. Las recomendaciones que se exponen en esta ficha hacen referencia al tratamiento del edema agudo de pulmón cardiogénico en el medio extrahospitalario hasta su derivación e ingreso en el hospital.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Estabilizar hemodinámicamente al paciente. Control del ritmo cardiaco. Mejorar la hipoxemia (Sat O_2 >80%) y la hipercadmia.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Control de la presión arterial (no debe ser: PAS< 90 mm Hg) y de la hipoxemia (pusioxímetro: Sat O_2 >80%).

En caso de depresión respiratoria, suspender morfina y administrar naloxona.

Si PAS< 90 mm Hg, se desaconseja nitroglicerina, morfina y antihipertensivos. Usar diuréticos con precaución.

Si hay hipotensión y la FC está por debajo de 60 lpm, valorar meperidina.

SEGUIMIENTO

Hospitalario

PRECAUCIONES

La medicación debe administrarse bajo una estricta monitorización del paciente.

Nitratos: algunos autores aconsejan utilizar únicamente la vía parenteral para titular mejor la dosis. Se aconseja una escrupulosa monitorización de la PA y retirar la medicación si la PAS< 90 mm Hg. Una PAS< 90 mm Hg puede representar el inicio de shock cardiogénico.

Digoxina: contraindicada en miocardiopatía hipertrófica obstructiva.

DERIVACIÓN

Debe solicitarse la derivación urgente al hospital en UVI móvil medicalizada (avisar al 112 cuando se sospeche).

OTROS

El reposo estricto, el control del dolor y el alivio de la ansiedad pueden disminuir la sobrecarga cardiaca.

EDEMAS

EDEMAS

Enfermedades del sistema cardiovascular

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EDEMAS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Edema de origen cardíaco o renal leve o idiopático	**Hidroclorotiazida** 25-100 mg/d vo **o** **Clortalidona** 25-100 mg/24-48h vo	
Edema cardíaco o renal moderado-grave	**Furosemida** 20-80 mg/d vo	
Linfedema	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Elevación de la extremidad afectada.
- Medias elásticas y mangas de compresión.
- Restricción del sodio (< 5-6 g/d de sal común).
- Reposo físico, excepto en el edema de miembros inferiores por insuficiencia venosa (en edemas generalizados de origen cardíaco, renal o hepático, el reposo físico favorece la excreción de sodio).
- En los edemas nutricionales, se debe aumentar el aporte proteico.
- En el linfedema está indicado el ejercicio físico moderado, como la marcha para linfedema de miembros inferiores y la natación para linfedema de miembros superiores. Rehabilitación y fisioterapia específica.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo terapéutico es la disminución de la acumulación del líquido intersticial en el espacio extracelular.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La revisión del tratamiento dependerá de la enfermedad causal.

PRECAUCIONES

Algunas especialidades efervescentes (p. ej. paracetamol efervescente 1g) contienen un alto contenido en sodio, 567 mg ó 24,66 mEq en cada comprimido.

OTROS

Valorar suspender o sustituir aquellos fármacos que puedan estar relacionados con el edema o sean potencialmente agravantes. La furosemida es el diurético de elección en presencia de IR moderada-grave. La dosis debe ajustarse según respuesta terapéutica y efectos secundarios. Monitorizar creatinina, Na, K, glucemia y ácido úrico. La asociación de diuréticos de asa con potasio oral deberá ser siempre individualizada en función de los resultados analíticos. La espironolactona a dosis bajas puede asociarse a diuréticos del asa o tiazídicos en la ICC, el síndrome nefrótico y el edema idiopático. Se desaconseja asociar los diuréticos ahorradores de potasio a los IECA; si se utilizan hay que tener precaución, ya que existe mayor riesgo de hiperpotasemia. Es importante el diagnóstico correcto ante el edema localizado: insuficiencia venosa, TVP, linfedema, angioedema, síndrome de la vena cava superior. Control de los factores etiológicos en el edema generalizado: HTA, DM, ingesta de alcohol, etc.

Los diuréticos no son eficaces en el linfedema.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. PROFILAXIS

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. PROFILAXIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. PROFILAXIS	**Medidas no farmacológicas** si hay riesgo bajo < 6 puntos. **Véase «Anexo 1: Cálculo del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa»**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Riesgo medio (6-11 puntos)	**Enoxaparina** 20 mg (2.000 UI)/d sc, durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación **o** **Dalteparina** 2.500 UI/d sc, durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación **o** **Nadroparina** 2.850 UI/d sc, durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Riesgo alto (> 11 puntos)	**Enoxaparina** 40 mg (4.000 UI)/d sc, durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación **o** **Dalteparina** 5.000 UI/d sc, durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación **o** **Nadroparina** 3.800 UI/d sc (si 50-70 kg) y 5.700 UI/d sc (si >70 kg), durante el periodo de riesgo y al menos hasta la deambulación	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Movilización precoz, compresión neumática, medias elásticas, flexoextensión de miembros inferiores.
- Si el riesgo es bajo (< 6 puntos): movilización precoz, medidas físicas.
- Las medidas no farmacológicas se mantendrán durante el periodo de riesgo, al menos hasta la deambulación.
- Se debe proporcionar información a todos los pacientes en riesgo.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

La profilaxis debe mantenerse durante el periodo de riesgo, al menos, hasta la deambulación.

PRECAUCIONES

Las diferentes heparinas de bajo peso molecular no son necesariamente equivalentes. En consecuencia, se debe respetar la indicación, dosificación y el modo de empleo específico de cada una de estas especialidades farmacéuticas. No mezclar HBPM diferentes.

Contraindicada la anestesia epidural en embarazadas en tratamiento con HBPM.

OTROS

A dosis equivalentes, no hay diferencias significativas de eficacia o toxicidad entre las distintas HBPM. Enoxaparina es el fármaco del grupo con mayor experiencia.

Dosis equivalentes de HBPM en profilaxis de trombosis venosa profunda:

- Riesgo medio: enoxaparina 20 mg (2.000 UI), dalteparina 2.500 UI, nadroparina 2.850 UI, bemiparina 2.500 UI, tinzaparina 3.500 UI.
- Riesgo alto: enoxaparina 40 mg (4.000 UI), dalteparina 5.000 UI, nadroparina 3.800 UI si 50-70 kg y 5700 UI si >70 kg, bemiparina 3.500UI, tinzaparina 4.500 UI.

Las HBPM se inyectan en tejido subcutáneo del abdomen. Se pueden emplear durante el embarazo.

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. TRATAMIENTO

ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. TRATAMIENTO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA. TRATAMIENTO	**Enoxaparina** 1 mg (100 UI)/kg/12h ó 1,5 mg/kg/d sc, 5-7 días **o** **Dalteparina** 100 UI/kg/12h ó 200 UI/kg/d sc, 5-7 días **o** **Nadroparina** 85,5 UI/kg/12h sc, 5-7 días **+** **Acenocumarol** pauta adecuada para un INR entre 2-3 durante 3-6 meses	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ETV durante embarazo u otras contraindicaciones de TAO	**Enoxaparina** 1 mg/kg/12h ó 1,5 mg/kg/d sc, 3-6 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Reposo con la extremidad elevada, combinando con movimientos alternantes de flexoextensión de la extremidad y vendaje compresivo suave.
- Comenzar a los pocos días la deambulación con vendaje compresivo elástico.
- En caso de contraindicación del tratamiento anticoagulante o recidiva del TEP: colocación de filtro («paraguas») en la vena cava inferior.
- Medias elásticas de compresión fuerte (30-40 mm Hg en tobillo) tipo panty después de TVP durante 1-2 años para evitar síndrome posflebítico. **Véase «Insuficiencia venosa crónica»**

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En trombosis venosa superficial (flebitis) asociada a afectación de la safena interna del muslo, trombofilia, neoplasias y recurrencias, descartar participación del sistema venoso profundo. Ante la duda, HBPM en dosis profilácticas hasta descartar TVP.

Tratamiento inicial: los primeros 5-7 días asociar HBPM y TAO (acenocumarol) hasta conseguir INR terapéutica 2 días seguidos.

En TVP idiopática (1er episodio): duración del TAO durante 6-12 meses.

En TVP recurrente o debido a causas no modificables: TAO indefinido. En los tratamientos con HBPM, se recomienda monitorizar el número de plaquetas para detectar la aparición de trombopenias inducidas por la heparina.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es prevenir embolismos manteniendo INR entre 2,0-3,0.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar la continuidad a los 3-6 meses.

DERIVACIÓN

Durante el episodio agudo de TVP: considerar la derivación a la atención hospitalaria urgente.

OTROS

Recomendable tratar con AINE mientras exista dolor, preferiblemente ibuprofeno o diclofenaco por la menor interacción con la TAO.

EXTRASISTOLIA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EXTRASISTOLIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Extrasistolia ventricular de mal pronóstico con cardiopatía isquémica de base	**Atenolol** 25-100 mg/d vo **o** **Amiodarona** 200 mg/d vo 5-7 veces/sem	
Extrasistolia auricular frecuente y mal tolerada por el paciente	**Atenolol** 25-50 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Suprimir o disminuir el consumo de alcohol, tabaco, café, colas, drogas. Corregir situaciones de hipoxemia y alteraciones electrolíticas. Descartar causas farmacológicas como digital, simpaticomiméticos, fenotiacinas, antidepresivos tricíclicos.

Descartar el ejercicio físico como causa desencadenante.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La extrasistolia auricular y ventricular y la taquicardia ventricular (TV) no sostenida sin cardiopatía estructural asociada, no deben tratarse específicamente a no ser que sean mal toleradas.

PRECAUCIONES

La mayoría de antiarrítmicos de clase I (disopiramida, procainamida, quinidina, flecainida, propafenona) están contraindicados.

DERIVACIÓN

Los pacientes con extrasistolia de mal pronóstico o TV no sostenida y FE< 40%, deben derivarse a la atención especializada para estudio electrofisiológico (si la arritmia ventricular es inducible, implantar un desfibrilador automático).

Criterios de EV o TV no sostenida (> 2 EV sucesivas y < 30 sg) de mal pronóstico:

- Cardiopatía estructural de base (habitualmente cardiopatía isquémica con IAM previo).
- EV de alta densidad (> 10 EV/h).
- Formas complejas o pleomórficas.
- FE< 40%.

FENÓMENO DE RAYNAUD

INTRODUCCIÓN

Según estudios españoles, el 90 % de los casos de Fenómeno de Raynaud son primarios o idiopáticos.

El resto, es secundario a otras patologías (esclerodermia, arterioesclerosis, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, crioglobulinemia...) y precisan tratamiento específico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FENÓMENO DE RAYNAUD	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Raynaud sintomático mal tolerado	**Nifedipino** retard 20-30 mg/12h vo	
Raynaud sintomático mal tolerado e intolerancia a nifedipino	**Naftidrofurilo** 100-200 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- No fumar (muy importante).
- Proteger del frío manos y pies, con guantes y calcetines adecuados.
- Evitar desencadenantes: agua fría, vibraciones y fármacos con acción vasoconstrictora periférica (BB, ergotamina), simpaticomiméticos (descongestionantes nasales, anfetaminas), cafeína.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento farmacológico debe ser añadido a las medidas no farmacológicas, en los casos en los que ejerza un gran impacto en la vida diaria.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Prevenir y reducir la frecuencia y gravedad de los ataques de vasoespasmo durante la exposición al frío o a la tensión emocional y garantizar el flujo sanguíneo, evitando el daño a los tejidos.

SEGUIMIENTO

El seguimiento depende de la evolución clínica del proceso.

OTROS

El vasodilatador naftidrofurilo tiene aprobada la indicación de enfermedad de Raynaud, aunque la evidencia de eficacia es muy limitada. En algunas guías se propone el empleo de otros antagonistas del calcio, como amlodipino, nicardipina o diltiazem, pero no se encontraron ensayos clínicos de calidad suficiente y ninguno de ellos tiene aprobada esta indicación en España.

FIBRILACIÓN AURICULAR

Enfermedades del sistema cardiovascular

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular (FA) se clasifica hoy en día en:

- FA recurrente:
  - Paroxística (< 48 horas y revierte espontáneamente).

- Persistente (> 48 horas, no revierte espontáneamente y precisa cardioversión eléctrica o farmacológica).

- FA permanente: Siempre en FA y no se puede o no está indicado restablecer el ritmo sinusal.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FIBRILACIÓN AURICULAR	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Para el mantenimiento de frecuencia cardiaca adecuada con fracción de eyección normal	**Atenolol** 25-100 mg/d vo	**Diltiazem** 120-360 mg/d vo
Para el mantenimiento de frecuencia cardiaca con fracción de eyección normal y cardiopatía isquémica asociada	**Atenolol** 25-100 mg/d vo	
Para el mantenimiento de la frecuencia cardiaca adecuada con fracción de eyección normal previo a cardioversión eléctrica	**Atenolol** 25-100 mg/d vo	**Diltiazem** 120-360 mg/d vo
Para el mantenimiento de la frecuencia cardiaca adecuada con disfunción ventricular (fracción de eyección baja)	**Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo	
Fracaso de monoterapia para controlar la frecuencia cardiaca	**Atenolol** 25-100 mg/d vo + **Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo	
Prevención de recurrencias tras establecer el ritmo sinusal	**Amiodarona** (si hay cardiopatía estructural): 200 mg/d vo	**Atenolol** 25-100 mg/d vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Asociada al síndrome de WPW	**Amiodarona** (si hay cardiopatía estructural): 200 mg/d vo	
Asociada hipertiroidismo	**Propranolol** 80-240 mg/d vo en 3 tomas	
Prevención de embolismos	Ver Observaciones	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Tratar causas desencadenantes: hipertiroidismo, drogas, alcohol, ejercicio inadecuado.
- Cardioversión eléctrica con TAO previo (al menos 1 mes) y posterior (mínimo 1 mes, máximo no establecido pero suele mantenerse entre 6 meses y 1 año) -al menos un intento-: 200-200-360 J.
- Si la FA se ha iniciado en menos de 48 horas, no precisa TAO.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca, recuperar y mantener el ritmo sinusal y profilaxis de fenómenos tromboembólicos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Muchas de las fibrilaciones auriculares revierten a ritmo sinusal de forma espontánea en las primeras 48 horas. En paciente estable y sin síntomas revisar a las 24-48 horas. Cuando la clínica lo permite y dependiendo de la comorbilidad existente, las preferencias del paciente y los factores de riesgo de recidiva de la fibrilación auricular, se valorará intentar la restauración (en hospital) y mantenimiento del ritmo sinusal o bien el control de la frecuencia cardiaca.

DERIVACIÓN

Si existe compromiso hemodinámico y precisa control del ritmo de forma urgente, es prioritario derivar al Servicio de Urgencias (donde valorarán la necesidad y factibilidad de cardioversión).

OTROS

Tratar las causas desencadenantes (alteración de función tiroidea, fármacos, drogas, alcohol...).

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Mantenimiento de frecuencia cardiaca adecuada con FE normal.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca en rangos aceptables (60-80 pm en reposo y 90-115 pm en esfuerzo moderado), que no produzcan síntomas en el paciente y permitan desarrollar una actividad adecuada a sus posibilidades.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Iniciar con dosis bajas de fármaco y monitorizar cada 2 semanas la clínica, frecuencia cardiaca y efectos secundarios hasta conseguir el objetivo terapéutico.

OTROS

En pacientes con EPOC son de primera elección los calcioantagonistas, aunque muchos pacientes con EPOC toleran sin problemas el uso de BB cardioselectivos (bisoprolol), que se utilizarían de segunda línea, salvo reagudización grave, componente obstructivo reversible, EPOC muy evolucionado o cor pulmonale, donde estarían contraindicados.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Mantenimiento de frecuencia cardiaca con FE normal y cardiopatía isquémica asociada.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca en rangos aceptables (60-80 pm en reposo y 90-115 pm en esfuerzo moderado), que no produzcan síntomas en el paciente y permitan desarrollar una actividad adecuada a sus posibilidades y mejoría del pronóstico en paciente con cardiopatía isquémica.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Iniciar con dosis bajas de fármaco y monitorizar cada 2 semanas la clínica, frecuencia cardiaca y efectos secundarios hasta conseguir el objetivo terapéutico.

OTROS

Los betabloqueantes están indicados en el paciente postinfartado y también como tratamiento para el control de la frecuencia cardíaca en pacientes con FA, ambas circunstancias coincidentes en este apartado.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Mantenimiento de la frecuencia cardiaca adecuada con FE normal previo a cardioversión eléctrica.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca en rangos aceptables (60-80 pm en reposo y 90-115 pm en esfuerzo moderado), que no produzcan síntomas en el paciente. Además es preciso realizar profilaxis antitrombótica por el riesgo de embolia relacionado con la cardioversión.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Iniciar con dosis bajas de fármaco y monitorizar cada 2 semanas la clínica, frecuencia cardiaca y efectos secundarios hasta conseguir el objetivo terapéutico (salvo que se hubiese precisado un control rápido en hospital con fármacos intravenosos).

OTROS

En caso de elegir realizar cardioversión eléctrica que pueda demorarse y de que el paciente presente frecuencia cardiaca elevada, se utilizan estos fármacos para controlar la misma. El atenolol está ampliamente estudiado y presenta menos interacciones que los calcioantagonistas no dihidropiridínicos, lo que permite mejor manejo de los pacientes en circunstancias que pudieran aparecer o que ya coexisten (HTA, IC ...).

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Mantenimiento de la frecuencia cardiaca adecuada con disfunción ventricular (FE baja).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca en rangos aceptables (60-80 pm en reposo y 90-115 pm en esfuerzo moderado), que no produzcan síntomas en el paciente.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

A la vez que se valora la evolución de la insuficiencia cardiaca descompensada (síntomas, edemas...) se debe valorar la frecuencia cardiaca. Dependiendo de la intensidad de los síntomas congestivos, así será el intervalo de valoración, sabiendo que el inicio de la acción de la digoxina es lento (incluso por vía intravenosa y necesita una dosis de choque o bien unos días para alcanzar niveles terapéuticos en sangre.

SEGUIMIENTO

Valorar digoxinemia al mes de iniciado el tratamiento y posteriormente cada 6 meses.

OTROS

En fibrilación auricular con insuficiencia cardiaca descompensada el tratamiento es digoxina. En insuficiencia cardiaca en situación estable hay que tener en cuenta que los betabloqueantes mejoran el pronóstico de la misma y son el tratamiento de base. Si no se controla con ellos la frecuencia cardiaca, añadir digoxina.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Fracaso de monoterapia para controlar la frecuencia cardiaca.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca en rangos aceptables (60-80 pm en reposo y 90-115 pm en esfuerzo moderado), que no produzcan síntomas en el paciente.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar la frecuencia cardiaca. El intervalo depende de la frecuencia cardiaca de inicio y sintomatología. Si asociamos verapamilo y digoxina tener en cuenta que el primero puede elevar los niveles sanguíneos de la segunda.

OTROS

Como alternativa al atenolol, se puede usar diltiazem o verapamilo.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Prevención de recurrencias tras establecer el ritmo sinusal.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mantener el ritmo sinusal.

PRECAUCIONES

En el tratamiento con amiodarona hay que tener en cuenta los efectos secundarios de la misma, algunos a largo plazo. Se deben realizar pruebas de función tiroidea antes de iniciar el tratamiento y valorar de nuevo función tiroidea a los 3 meses. Si la TSH es normal, monitorización de TSH cada 6 meses. En caso de aparición de disnea, valorar que no haya afectación pulmonar por la amiodarona. Algunos autores recomiendan Rx tórax cada 6 meses y pruebas de función respiratoria anuales. Interacciona con múltiples fármacos entre ellos digoxina y anticoagulantes orales aumentando sus niveles.

OTROS

El atenolol tiene menos eficacia que la amiodarona para prevenir recurrencias. Se utiliza asociado a fármacos antiarrítmicos para control de la frecuencia en caso de recurrencia paroxística. Utilizar sólo en caso de contraindicación de amiodarona. Existe otro BB no cardioselectivo, el sotalol utilizado para prevenir recurrencias en pacientes sin cardiopatía orgánica o asociada a HTA; pero dada la frecuencia de proarritmia cardiaca con su utilización (particularmente Torsade de Pointes), se aconseja su uso hospitalario. Si no hay cardiopatía de base estarían indicados los antiarrítmicos de clase Ic (propafenona y flecainida) pero dado el potencial proarritmogénico de los mismos se recomienda, en toda la literatura consultada, su utilización por atención especializada.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Fibrilación auricular asociada al síndrome de WPW.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Controlar la frecuencia cardiaca.

PRECAUCIONES

En el tratamiento con amiodarona hay que tener en cuenta los efectos secundarios de la misma, algunos a largo plazo. Se deben realizar pruebas de función tiroidea antes de iniciar el tratamiento y valorar de nuevo la función tiroidea a los 3 meses. Si la TSH es normal, monitorización de TSH cada 6 meses. En caso de aparición de disnea, valorar que no haya afectación pulmonar por la amiodarona. Algunos autores recomiendan Rx tórax cada 6 meses y pruebas de función respiratoria anuales. Interacciona con múltiples fármacos, entre ellos digoxina y anticoagulantes orales, aumentando sus niveles.

OTROS

En el síndrome de WPW el tratamiento debería ser la ablación de la vía accesoria. Si esto no es posible, los betabloqueantes, calcioantagonistas no dihidropiridinicos y digoxina no deben utilizarse porque pueden aumentar la frecuencia ventricular.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Fibrilación auricular asociada a hipertiroidismo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia cardiaca, hasta que se normalicen los niveles de hormonas tiroideas en sangre.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valoración de la frecuencia cardiaca para ajustar la dosis adecuada.

PRECAUCIONES

Con el propranolol, al no ser cardioselectivo, se deben vigilar especialmente todos los efectos secundarios por bloqueo β1 y β2.

OTROS

El propranolol es el fármaco más ampliamente utilizado para el control de la frecuencia cardiaca en el contexto de un hipertiroidismo y, al no ser cardioselectivo, también controla otros síntomas de estimulación adrenérgica, como la hipersudoración, nerviosismo etc. El tratamiento de base debe ser el control de la función tiroidea (factor desencadenante).

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Prevención de embolismos. Indicaciones y tratamiento propuesto.

- FA aislada (no valvulopatía ni factores de riresgo embólicos) < 65 años: no indicada.
- FA con valvulopatía asociada: acenocumarol.
- FA y cardioversión: acenocumarol (4 semanas previas y 4 posteriores).
- FA sin valvulopatía asociada y > 65 años: Valorar riesgo según escala CHADS2.

Insuficiencia cardiaca	1 punto
Hipertensión	1 punto
> 75 años	1 punto
Diabetes Mellitus	1 punto
Infarto cerebral o AIT previo	2 punto

	Tto preventivo recomendado
CHADS2 > 3	Anticoagulación oral
CHADS2 2-3	Anticoagulación oral ó AAS
CHADS2 0-1	AAS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Véase «Anticoagulación oral»

OTROS

Para decidir la instauración de tratamiento con anticoagulante o antiagregante ha de tenerse en cuenta el riesgo de ACV tromboembólico y de hemorragia. Existen diferencias dependiendo de la bibliografía consultada, también en las dosis a utilizar de AAS.

FLÚTER AURICULAR

FLÚTER AURICULAR

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FLÚTER AURICULAR	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mantenimiento de la reversión a ritmo sinusal	**Amiodarona** 200 mg/d vo	
Controlar la frecuencia ventricular (descartar WPW) si persiste flúter con respuesta ventricular rápida	**Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo + **Diltiazem** 120-360 mg/d vo o **Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo + **Atenolol** 50-100 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La cardioversión eléctrica escalonada es el tratamiento de primera elección (muy eficaz incluso con energías bajas): 20-50-100-200-360 J.

Otra medida es la ablación por radiofrecuencia de la vía accesoria.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Revertir a ritmo sinusal.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Dado que la cardioversión se realiza en hospital la valoración del éxito del tratamiento es inmediata con la monitorización del paciente.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mantenimiento de la reversión a ritmo sinusal.

PRECAUCIONES

En el tratamiento con amiodarona hay que tener en cuenta los efectos secundarios de la misma, algunos a largo plazo. Se deben realizar pruebas de función tiroidea antes de iniciar el tratamiento y valorar de nuevo función tiroidea a los 3 meses. Si la TSH es normal, hay que realizar monitorización de TSH cada 6 meses. En caso de aparición de disnea, valorar que no haya afectación pulmonar por la amiodarona. Algunos autores recomiendan Rx tórax cada 6 meses y pruebas de función respiratoria anuales.

OBSERVACIONES ESPECÍFICAS

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la frecuencia ventricular (descartar WPW) si persiste flúter con respuesta ventricular rápida.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Controlar la frecuencia ventricular (60-90 pm en reposo y 90-115 pm en ejercicio moderado).

PRECAUCIONES

Si precisa control urgente de la frecuencia ventricular, éste se debe realizar con fármacos vía intravenosa por lo que estaría monitorizado en hospital. El control depende del fármaco utilizado (digoxina precisa dosis de carga, los calcioantagonistas no dihidropiridínicos y betabloqueantes deben iniciarse a dosis bajas e ir aumentando paulatinamente cada 2 semanas).

OTROS

El control de la frecuencia ventricular en el flúter es más difícil, por lo que se suelen necesitar dosis más altas ó 2 fármacos para lograrlo.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

INTRODUCCIÓN

El tratamiento es escalonado, comenzando con tiazidas y asociando fármacos de distinto mecanismo de acción hasta conseguir un control adecuado de la PA. Las combinaciones más eficaces por efecto aditivo sobre la PA son:

- Tiazida + BB
- Tiazida + IECA o ARA-II
- Tiazida + Calcioantagonista
- BB + Calcioantagonista (dihidropirinídico)
- BB + IECA (Insuficiencia cardiaca o antecedentes de IAM)

Los BB, en monoterapia o en asociación, no se recomiendan para el tratamiento de la HTA esencial en pacientes ancianos.

No deben asociarse BB con calcioantagonistas no dihidropiridínicos (verapamilo y diltiazem), por riesgo de bradiarritmias.

En el postinfarto reciente se aconseja instaurar de forma simultánea un BB con un IECA.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL	**Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fibrilación auricular con FE normal	**Diltiazem** 120-360 mg/d vo **o** **Atenolol** 50-100 mg/d vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fibrilación auricular con FE disminuida	Añadir al tratamiento de elección con diurético **Carvedilol** 6,25-50 mg/d vo en 2 tomas (aumentar lentamente la dosis)	
Hipertrofia Ventricular Izquierda	**Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	**Enalapril** 20 mg/24h vo, en caso de intolerancia a los diuréticos tiazídicos
ICC	Véase «Insuficiencia cardíaca crónica»	
Diabetes Melitus Véase «Nefropatía diabética»	**Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	**Enalapril** 5-20 mg/24h vo **o** **Atenolol** 25-100 mg/d vo **o** **Amlodipino** 2,5-10 mg/24h vo
Insuficiencia Renal	**Furosemida** 20-120 mg/d vo en 1-2 tomas **o** **Enalapril** 5-20 mg/24h vo	
Cardiopatía Isquémica	**Atenolol** 25-100 mg/d vo **+** **Enalapril** 5-20 mg/24h vo (en angina estable no es de primera elección y si lo es en el infarto de miocardio)	**Diltiazem** 60-360 mg/d vo repartido en varias tomas (aumento lento) **o** **Verapamilo** 240-480 mg/24h vo
Migraña	**Atenolol** 25-100 mg/d vo	**Verapamilo** 240-480 mg/24h vo
Embarazo	**Metildopa** 250-1.500 mg/24h vo	**Labetalol** dosis inicio 100 mg/12 h vo (máx. 2.400 mg/d)
Urgencia hipertensiva	**Captopril** 25-50 mg/24h vo, DU	**Atenolol** 50 mg vo, DU **o** **Furosemida** 40 mg vo, DU
Etnias de origen africano subsahariano	**Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	**Amlodipino** 5-10 mg/24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a IECA e IECA correctamente indicado	**Losartán** 50-150 mg/24h vo	
Prevención 2º ACV	**Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Calcular el riesgo cardiovascular** según tablas de riesgo **Véase «Anexo 9: Tablas de riesgo cardiovascular»**.
- **Control estricto de otros factores de riesgo cardiovascular:**
  - Suprimir el tabaco: Todos los fumadores deben recibir consejo y ayuda profesional para abandonar el tabaco.
  - Control de colesterol, triglicéridos y glucemia.
  - Pérdida de peso en pacientes obesos.
- **Dieta:** Debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
  - Limitar la ingesta de sal (2 g/d ó 6 g de cloruro sódico): moderación al añadir sal para condimentar los alimentos y reducir los alimentos con alto contenido en sodio (precocinados, conservas, bebidas y medicamentos efervescentes).
  - Fomentar el consumo de: legumbres, frutas, verduras, cereales integrales, pescado, aceite de oliva y lácteos desnatados.
  - Reducir azúcares refinados y grasas saturadas. (La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/d).
  - En ningún caso el médico promoverá el consumo de bebidas alcohólicas para la prevención cardiovascular.
- **Ejercicio físico**: Actividad física aeróbica, 30-60 min, al menos 3 ó 4 veces a la semana (andar en bicicleta en llano, natación, carrera suave y lenta).
- **Evitar** fármacos que elevan la presión arterial como los corticoides, los antiinflamatorios no esteroideos, los anticonceptivos orales. Algunas especialidades efervescentes (p. ej. paracetamol efervescente 1 g) contienen un alto contenido en sodio (567 mg ó 24,66 mEq por comprimido).

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

PA normal <140/90, salvo en diabéticos y enfermedades renales <130/80.

SEGUIMIENTO

Se recomiendan controles en consulta cada 3 semanas hasta que la PA esté controlada y después cada 6 meses.

Se recomienda informar del objetivo de control al paciente, comenzar con monoterapia a dosis bajas y esperar 4-8 semanas para cambiar dosis, sustituir o añadir fármacos.

La supervisión en el seguimiento de la creatinina y los electrólitos es recomendable en las personas con valores iniciales altos, PA elevada persistente o en los que toman diuréticos, IECA o ARA-II.

PRECAUCIONES

Las tiazidas no son eficaces en pacientes con filtrados glomerulares < 50 ml/min o creatinina > 2 mg/dl. El enalapril requiere control del potasio en caso de asociación con diuréticos ahorradores de potasio o en la IR.

En pacientes tratados con doxazosina por HTA, se ha descrito un incremento del riesgo de IC.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas incapacitantes	**Fludrocortisona** 0,1-0,4 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Incorporarse lentamente desde el decúbito y sentarse unos minutos.
- Aumentar ingesta de sal y líquidos.
- Evitar bebidas alcohólicas. Evitar ejercicio físico intenso, sobre todo después de las comidas. No permanecer mucho rato en bipedestación.
- Comidas frecuentes y poco copiosas. Dormir con la cabecera elevada 15-30 cm (estimula la retención de sodio y reduce la diuresis nocturna).
- Las medias de compresión moderada-fuerte hasta la cintura pueden ser útiles al mejorar el retorno venoso.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Debe utilizarse la fludrocortisona con precaución en pacientes con edemas, hipoproteinemia. Puede producir cefalea, hipopotasemia, insuficiencia cardiaca congestiva e hipertensión.

OTROS

Tratamiento de la causa subyacente (si se detecta). Retirar o reducir fármacos que puedan ser causas potenciales: hipotensores, sildenafilo, nitratos, amantadina, neurolépticos, antidepresivos triciclicos, fármacos asociados a QT largos (cisaprida, terfenadina, astemizol).

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA

Enfermedades del sistema cardiovascular

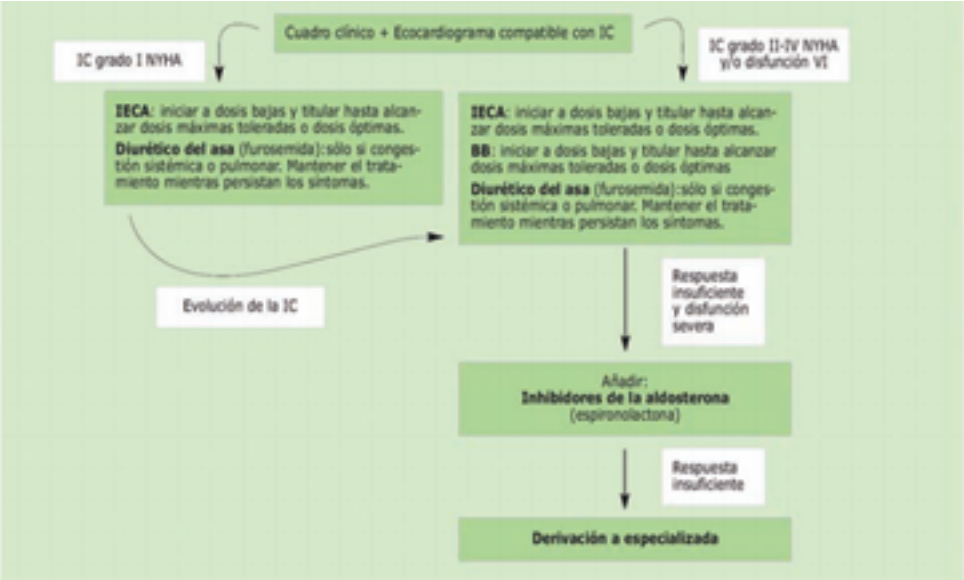
INTRODUCCIÓN

La IC sistólica supone entre el 60%-80% de los casos de ICC, se caracteriza por el deterioro de la función contráctil con fracción de eyección de ventrículo izquierdo (FEVI) disminuida (≤ 35%-40%) y dilatación ventricular izquierda. La IC con función sistólica conservada presenta alteración del llenado ventricular por defecto en la elasticidad del ventrículo y FEVI conservada en reposo; es más frecuente en los ancianos y supone entre un 20%-40% de las ICC. El abordaje terapéutico del tratamiento de la IC diastólica es el tratamiento de la causa subyacente: HTA, FA, HVI, cardiopatía isquémica. La estrategia terapéutica que aquí se indica es la que se ha demostrado en estudios realizados con pacientes con IC sistólica con FEVI alterada.

En la clasificación de la IC se utilizan fundamentalmente dos escalas que no son excluyentes, si no complementarias, y puede establecerse cierta correlación entre ambas. La clasificación funcional de la **New York Heart Association (NYHA)** está basada en síntomas de disnea y limitación funcional, y la del **Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA)** , basada en cambios estructurales u orgánicos.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA NYHA	ESTADÍOS DE IC *(ACC/AHA)
CLASE I: Sin limitaciones funcionales. La actividad física habitual no produce disnea, fatiga o palpitaciones.	**ESTADÍO B:** Cardiopatía estructural pero sin signos ni síntomas de IC
CLASE II: Limitación funcional ligera. Sin síntomas en reposo. Disnea, fatiga o palpitaciones con la actividad habitual.	**ESTADÍO C:** Cardiopatía estructural con síntomas previos o actuales de IC
CLASE III: Limitación funcional marcada. Sin síntomas en reposo. Síntomas con esfuerzos menores que los habituales.	
CLASE IV: Limitación funcional absoluta. Síntomas en reposo que se incrementan con la mínima actividad.	**ESTADÍO D:** IC resistente que requiere intervenciones especializadas.

***Estadio A: Alto riesgo de desarrollo de IC**



PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA	**Enalapril** Dosis de inicio: 2,5 mg/12h vo subiéndolas cada 2 sem. Dosis óptima de mantenimiento: 10 mg/12h vo (máx.: 40 mg/d vo)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas congestivos	Asociar **Furosemida** 20-120 mg/d vo en 1-2 tomas. Ajustar a dosis mínima necesaria para control de síntomas.	
Disfunción sistólica (FE disminuida) en grado funcional II-IV en pacientes tratados con IECA + diuréticos	Asociar, si toleran su uso: **Carvedilol** Dosis inicio: 6,25 mg/d vo en 2 tomas. Dosis óptima: (<85 Kg): 50 mg/d vo en 2 tomas; (>85 Kg): 100 mg/d vo en 2 tomas. Escalada de dosis 12,5/ 25/ 50/ 100. **o** **Bisoprolol** Dosis de inicio: 1,25 mg/d vo. Dosis óptima: 10 mg/d vo. Escalada de dosis 2,5/ 3,75/ 5/ 7,5/ 10. Iniciar a dosis bajas. Cada 7-14 días se suelen doblar las dosis (escalonamiento) hasta alcanzar la dosis óptima. Con seguimiento del paciente para detectar bradicardia e hipotensión. Si persiste la clínica a pesar del tto anterior: **Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo	
Si hay grado funcional III-IV	Añadir **Espironolactona** 25-50 mg/d vo	
Fibrilación Auricular	**Véase «Fibrilación auricular»**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a IECA por tos o angioedema	Pacientes con ICC (FEVI < 40%): **Losartán** Dosis inicio: 12.5 mg/d vo. Dosis óptima: 50 mg/d vo **o** **Candesartán** Dosis inicio: 4mg/d vo. Dosis óptima: 32 mg/d vo ICC con IAM reciente (menos de 10 días): **Valsartán** Dosis inicio: 20 mg/d vo en 2 tomas, doblando dosis a la semana a 40 mg/d vo en 2 tomas, a las 2 semanas 80 mg/d vo en 2 tomas. Dosis óptima: a los 3 meses 160 mg/2d vo en 2 tomas.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Educación a los pacientes y sus familiares para autocontrol y mejora de cumplimiento.
- Control del peso: si se observa un aumento >2 kg en 3 días, es preciso revisar la dosis de diuréticos.
- Control del sodio y de la ingesta de líquidos, sobre todo en la IC avanzada, en la que se recomienda una ingesta de 1,5-2 l/d .
- Moderar o evitar el consumo de alcohol.
- Abandonar el hábito tabáquico.
- Vacunación antigripal y antineumocócica
- Programar el ejercicio físico y valorar el reposo en ciertas situaciones de IC:
  - En IC crónica, aguda o desestabilizada, se recomienda reposo.
  - A los pacientes estables en clase II-III de la NYHA, se recomiendan programas de ejercicio físico adecuados a su situación clínica.
- Evitar fármacos que descompensan o precipitan la ICC (AINE, corticoides, calcioantagonistas no DHP, antidepresivos tricíclicos, betabloqueantes en IC inestable).

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo de tratamiento es conseguir la mejoría clínica para tratar de retrasar o prevenir la IC crónica intentando reducir la mortalidad CV y los ingresos hospitalarios.

La furosemida tiene como objetivo el control de los síntomas congestivos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Control clínico de la evolución hasta la estabilización clínico-terapéutica:

- Mejoría de la clase funcional de la NYHA
- Ausencia de signos de congestión sistémica o pulmonar
- Ausencia de bradicardia o taquicardia desproporcionada (frecuencia cardiaca <50 ó >100 lpm)
- Control adecuado de la PA (PAS 90-130 mm Hg)
- Mejoría de los signos radiológicos
- Ionograma y perfil renal estables
- Mejoría de arritmias secundarias a la ICC

SEGUIMIENTO

Monitorización de función renal: creatinina, urea, electrolitos (potasio). Se aconseja realizar al inicio de los tratamientos y cuando se aumente la dosis; si el paciente está estable, cada 6 meses.

SEGURIDAD

Es muy importante el control de los niveles de K y función renal cuando se utilice espironolactona.
Las contraindicaciones principales para la terapia con betabloqueantes son: alergia a los betabloqueantes, bradicardia intensa, broncoespasmo, hipotensión sintomática.

En relación al doble bloqueo de aldosterona (IECA + ARA-II), solo se recomienda en pacientes muy seleccionados porque esta combinación se asocia a un mayor riesgo de IR e hiperpotasemia.

PRECAUCIONES

Fármacos que se deben evitar o utilizar con precaución: AINE e inhibidores de la ciclooxigenasa (COX-2); antiarrítmicos clase I, excluyendo amiodarona; antagonistas del calcio (verapamilo, diltiazem y derivados de la dihidropiridina de corta acción); antidepresivos tricíclicos; corticoides; terfenadina; macrólidos; antifúngicos.

Previamente al inicio del tratamiento con betabloqueantes debe comprobarse que el paciente no tiene retención de líquidos.

Debe informarse al paciente en tratamiento con betabloqueantes de que antes de notar mejoría (primeras 4-10 semanas), puede existir un empeoramiento de los síntomas.

DERIVACIÓN

Derivar al inicio del tratamiento:

- Para la valoración etiológica y pronóstica (Ecocardiograma).
- Si se necesitan dosis de furosemida > 80 mg/día.
- Si alteración importante de parámetros: PAS < 100 mm Hg; Creatinina > 1,70 mg/dl; Urea >70 mg/dl; Potasio > 5,5 mEq/l; Sodio < 130 mEq/l.

Derivar en el seguimiento del tratamiento, si hay: ICC severa, complicaciones asociadas (FA, angina estable, arritmias,...), IC debida a enfermedad valvular, disfunción diastólica, etc. IC que no responde al tratamiento. Mujeres con IC embarazadas o que estén planeando un embarazo.

Derivación urgente: si hay alteraciones analíticas bruscas (aumentos del 100% de creatinina o cifras > 4 mg/dl, potasio sérico > 6 mEq/l, etc).

OTROS

La utilización de ARA-II se debe limitar estrictamente a los pacientes con intolerancia a IECA por angioedema o por la aparición de tos molesta, persistente y que impide el sueño; ya que la evidencia de la eficacia de los IECA en ICC es más sólida que para los ARA-II y no existen diferencias entre ambos grupos de fármacos en la aparición de otras reacciones adversas (alteración de la función renal e hiperkalemia).

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Eccema varicoso	Emolientes.	Corticoide tópico (selección de preparado): **Véase «Anexo 4: Corticoides Tópicos y Soluciones secantes».**
Flebitis superficial o varicoflebitis	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Infección de úlcera varicosa	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Medias de compresión media-fuerte (medida importante): el paciente debe ponérselas antes de levantarse de la cama o después de permanecer en decúbito 30 min. Descartar previamente insuficiencia arterial periférica (índice tobillo/brazo >0,9). Evitar ligas y calcetines con goma estrecha. No permanecer de pie, quieto. En reposo (incluyendo el nocturno) poner las piernas elevadas.
- Practicar ejercicio físico con regularidad: andar, nadar, bicicleta (30-60 min/d).
- Duchas de agua fría en piernas.
- Evitar la exposición a fuentes directas de calor.
- Cremas o aceites hidratantes en piernas (masaje en dirección ascendente).
- Corregir la obesidad (importante), comer con poca sal, control del estreñimiento.
- En caso de úlcera venosa: reposo, limpieza de la úlcera, vendaje elástico.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Eccema varicoso: Hay que descartar la presencia de eccema de contacto, muy frecuente en los pacientes con insuficiencia venosa periférica y que puede ser debido a los apósitos o medicamentos tópicos utilizados en los tratamientos de las úlceras varicosas. La elección del corticoide tópico dependerá de la severidad.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es la disminución de la sintomatología (pesadez y dolor en extremidades inferiores, edemas y alteraciones tróficas).

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

A los 14 días.

SEGUIMIENTO

Infección de la úlcera varicosa: controles cada 48 horas.

OTROS

Diosmina no ha demostrado ofrecer ningún beneficio. Dobesilato de calcio se ha asociado a discrasias hemáticas, por lo que su uso ha sido restringido a la retinopatía diabética (AEMPS 10-9-02). Fleboesclerosis: indicada en varices esenciales tipo telangiectasias, varículas, varices reticulares y varices postquirúrgicas. Cirugía (safenectomía por fleboextracción): varices sintomáticas y/o complicadas.

PERICARDITIS IDIOPÁTICA AGUDA NO COMPLICADA

PERICARDITIS IDIOPÁTICA AGUDA NO COMPLICADA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PERICARDITIS IDIOPÁTICA AGUDA NO COMPLICADA	**Acetilsalicílico ácido** 2-4 g/d vo en 3-4 tomas, 10-14 días **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo, 10-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo en cama durante la fase sintomática.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Iniciar el tratamiento lo antes posible (sospecha diagnóstica).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la inflamación para controlar los síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Retirar AINE gradualmente cuando el paciente esté asintomático.

SEGUIMIENTO

Si se decide realizar un tratamiento ambulatorio, llevar a cabo un seguimiento médico frecuente (cada 48 horas).

PRECAUCIONES

Valorar profilaxis de gastropatía por AINE. **Véase «Prevención de gastropatía por AINE»**

DERIVACIÓN

Valorar siempre la derivación hospitalaria por el peligro de taponamiento cardíaco (15%).

PROFILAXIS ENDOCARDITIS

PROFILAXIS ENDOCARDITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROFILAXIS ENDOCARDITIS	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Profilaxis general para procedimientos dentales, orales, del tracto respiratorio, y esofágicos	**Amoxicilina** 2 g vo, DU 1 h antes del procedimiento Dosis pediátrica: 50 mg/kg vo, DU 1 h antes del procedimiento	
En el caso anterior, si hay alergia a penicilina	**Clindamicina** 600 mg vo DU, 1 h antes del procedimiento Dosis pediátrica: 20 mg/kg vo DU, 1 h antes del procedimiento	
Imposibilidad de utilizar vía oral y procedimiento dental, oral, del tracto respiratorio o esofágico	**Ampicilina** 2 g im o iv, DU 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 50 mg/kg im o iv, DU 30 min antes del procedimiento	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
En el caso anterior, si hay alergia a la penicilina	**Clindamicina** 600 mg iv DU, 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 20 mg/kg iv DU, 30 min antes del procedimiento	
Pacientes de alto riesgo (procedimiento genitourinario o gastrointestinal [excepto esofágicos])	**Ampicilina** 2 g im o iv, DU 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 50 mg/kg im o iv, DU 30 min antes del procedimiento **+** **Gentamicina** 1,5 mg/kg im o iv (máx. 120 mg) DU, 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 1,5 mg/kg im o iv DU, 30 min antes del procedimiento **+** **Ampicilina** 1 g im o iv, DU 8 h después del procedimiento Dosis pediátrica: 25 mg/kg im o iv, DU 6 h después del procedimiento **o** **Amoxicilina** 1 g vo, 8 h después del procedimiento Dosis pediátrica: 25 mg/kg vo, 6 h después del procedimiento	
Pacientes de alto riesgo y alergia a la penicilina (procedimiento genitourinario y gastrointestinal [excepto esofágico])	**Vancomicina** 1g iv lenta (1-2 h) DU, 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 20 mg/kg iv lenta (1-2 h) DU, 30 min antes del procedimiento **+** **Gentamicina** 1,5 mg/kg iv o im (máx. 120 mg) DU, 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 1,5 mg/kg im o iv (máx. 120 mg) DU, 30 min antes del procedimiento	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pacientes con riesgo moderado (procedimiento genitourinario o gastrointestinal [excepto esofágico])	**Amoxicilina** 2 g vo, DU 1 h antes del procedimiento. Dosis pediátrica: 50 mg/kg vo, DU 1h antes del procedimiento. **o** **Ampicilina** 2 g im o iv, DU 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 50 mg/kg im o iv, DU 30 min antes del procedimiento	
Pacientes con riesgo moderado si hay alergia a la penicilina (procedimiento genitourinario o gastrointestinal [excepto esofágico])	**Vancomicina** 1 g iv lenta (1-2 h) DU, 30 min antes del procedimiento Dosis pediátrica: 20 mg/kg iv lenta (1-2 h) DU, 30 min antes del procedimiento	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Todos los pacientes con cardiopatías susceptibles de recibir profilaxis deben conocer dicha situación y saber cuándo deben solicitarla.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Pacientes con riesgo moderado o alto referidos en el Anexo. **Véase «Anexo 8: Profilaxis de la endocarditis infecciosa»**

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Evitar las endocarditis debidas a bacteriemias espontáneas o secundarias a procesos de riesgo.

SEGUIMIENTO

La profilaxis no asegura que se evite la aparición de endocarditis, por lo que el médico de Atención Primaria siempre debe estar expectante ante la aparición de clínica sugerente de la referida patología.

PRECAUCIONES

Las dosis en niños no deben superar a las del adulto.

SÍNCOPE VASOVAGAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SÍNCOPE VASOVAGAL	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Componente ortostático importante	Véase «Hipotensión ortostática»	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Tratar o prevenir las causas desencadenantes o favorecedoras, explicar al paciente la benignidad del cuadro y enseñarle a reconocer los pródromos del mismo.
- Prevención del síncope vasovagal:
  - Evitar la permanencia prolongada de pie y los ambientes con calor excesivo.
  - Utilizar medias compresivas.
  - Incrementar consumo de sal y líquidos.
  - En personas predispuestas, realizar la extracción de sangre o administración de inyectables en decúbito.
- Una vez iniciado el presíncope o el síncope:
  - Paciente en decúbito supino con la cabeza inclinada lateralmente, piernas elevadas, ambiente fresco y aireado hasta que recupere completamente la conciencia. Controlar PA y pulso.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es prevenir su aparición y evitar daños físicos una vez aparecido.

OTROS

El uso de atenolol en la prevención del síncope recurrente no ha demostrado poseer una eficacia superior a placebo.

TAQUICARDIA PAROXÍSTICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TAQUICARDIA PAROXÍSTICA	**Adenosina** 6 mg iv bolo rápido inicial, seguido de 12 mg/1-2 min iv hasta efectividad (máx. 4 bolos) Dosis pediátrica: 0,05 mg/kg/ iv bolo rápido inicial, seguido de 0,10 mg/kg iv cada 2 min hasta efectividad (máx. 0,25 mg/kg)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Taquicardia paroxística con QRS estrecho en asmáticos, atópicos o recurrencia después de adenosina	**Verapamilo** 5 mg iv bolo lento (2-3 min) y repetir 3 bolos (máx. cada 5 min) Dosis pediátrica: 0,1-0,3 mg/kg/dosis iv (máx. 5 mg) y repetir a los 30 min iv bolo lento	
Taquicardia paroxística con QRS ancho con pulso palpable y hay dudas de si es supraventricular o ventricular	**Amiodarona** 150-300 mg diluido en 50 ml de SF a pasar iv en 15-20 min	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prevención de nuevas crisis en taquicardias paroxísticas con QRS estrecho (excluir WPW)	**Verapamilo** 40-120 mg/8h vo Dosis pediátrica: 4-8 mg/kg/d vo en 3 tomas **o** **Atenolol** 50-100 mg/d vo Dosis pediátrica: 0,7-1,4 mg/kg/d vo en 1-2 tomas (máx. 2 mg/kg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar consumo de alcohol, café, anfetaminas, cocaína, marihuana, colas o dosis excesivas de fármacos que provocan taquiarritmias (teofilina, ß-2 adrenérgicos, anticolinérgicos, simpaticomiméticos, etc.).
- Maniobras vagales (eficacia del 20%):
  - Maniobra de Valsalva.
  - Tos continua.
  - Estimulación de náuseas.
  - Masaje unilateral del seno carotídeo (con monitor ECG, vía venosa y atropina preparada).
  - Hielo en boca o cara (niños).

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si no responde a tratamiento farmacológico y hay mala tolerancia:

- Cardioversión eléctrica. Iniciar con 100, 200, 360 J. Derivar a servicio de urgencias hospitalario.

TAQUICARDIA SINUSAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Taquicardia Sinusal	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Necesidad de frenar la FC	**Atenolol** 25-100 mg/d vo	
IC descompensada	**Digoxina** 0,125-0,25 mg/d vo	
Disfunción diastólica ventricular (FE normal)	**Atenolol** 25-100 mg/d vo **o** **Diltiazem** 60-80 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Es fundamental la corrección de los factores desencadenantes: fiebre, deshidratación, hipovolemia, IC, dolor, ansiedad, hipertiroidismo, etc.

Pueden realizarse maniobras vagales, de forma secuencial y en el orden siguiente: maniobra de Valsalva, tos continua y aplicación de hielo en boca y cara.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la frecuencia cardiaca.

6

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

PATOLOGÍA OSTEOARTICULAR: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Las diferencias de eficacia entre los distintos **AINE** es pequeña, pero hay variaciones importantes en la tolerancia y respuesta de cada individuo. El efecto analgésico pleno suele obtenerse antes de una semana, mientras que para alcanzar el efecto antiinflamatorio se requieren hasta 3 semanas. Si no se obtiene una respuesta apropiada en estos plazos, puede probarse otro AINE. No debe utilizarse más de un principio activo a la vez. **Su prescripción debe realizarse sobre la base de los perfiles globales de seguridad de cada uno de los medicamentos**, de acuerdo con la información proporcionada en las **fichas técnicas** y en función de los **factores de riesgo** de cada paciente. La toxicidad de los AINE guarda relación con la dosis y la duración del tratamiento, por lo que se deben utilizar a las dosis eficaces más bajas posibles y durante el menor tiempo posible para controlar los síntomas, de acuerdo con el objetivo terapéutico establecido. Extremar las precauciones o evitar su uso en pacientes con alto riesgo de gastropatía (**Véase «Prevención de gastropatía por AINE»**), alteración de la función renal, cardiaca o hepática o posibilidad de interacciones con relevancia clínica (antihipertensivos, nefrotóxicos, etc).

Los inhibidores COX-2 tienen una eficacia similar a los AINE tradicionales, pero no se ha podido demostrar un beneficio, a nivel gastrointestinal, significativo y constante. Existe un riesgo de reacciones adversas cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular) asociado al uso de este tipo de antiinflamatorios, que se incrementa con la dosis y la duración del tratamiento. Los inhibidores COX-2 están contraindicados en pacientes con enfermedad isquémica cardiaca, pacientes que hayan presentado un accidente isquémico cerebral, con insuficiencia cardiaca de grado II-IV o enfermedad arterial periférica. Se debe tener especial precaución si los pacientes presentan factores de riesgo cardiovasculares como hipertensión arterial, hiperlipidemia, Diabetes Mellitus, o bien, son fumadores. Las reacciones adversas cutáneas, aunque infrecuentes, pueden resultar fatales. Este tipo de reacciones se pueden presentar con cualquiera de los antiinflamatorios inhibidores de la COX-2, ocurren en la mayoría de los casos durante el primer mes de tratamiento y los pacientes con antecedentes de reacciones alérgicas a medicamentos pueden tener un riesgo mayor de desarrollarlas. El uso de etoricoxib se ha asociado a un mayor riesgo de hipertensión severa en comparación con otros antiinflamatorios tradicionales y con respecto a otros inhibidores selectivos de la COX-2.

LA INFILTRACIÓN

Puede ser tratamiento de elección, alternativo o adicional a los AINE en caso de fracaso de éstos.

Sólo hay evidencia, y a corto plazo, de la **eficacia** de las infiltraciones en hombro y en codo. A largo plazo no modifican la evolución ni mejoran el pronóstico (a 1 año, los resultados son similares tanto si se utiliza tratamiento conservador, fisioterapia o infiltraciones), lo que aconseja implicar al paciente en la decisión.

Se realiza con un corticoide depot al que generalmente se asocia un anestésico para disminuir la posibilidad de atrofia, para reducir los efectos proinflamatorios de los cristales de esteroides y para confirmar (al lograrse el alivio del dolor) que se ha inyectado en el lugar adecuado.

La **elección** del corticoide depende de las preferencias personales (no hay estudios adecuados): Los más utilizados son triamcinolona (40 mg/ml) o parametasona (20 mg/ml). En el caso de la triamcinolona se aconseja usar 40 mg (1 ml) para articulaciones grandes (hombros, rodillas), 30 mg para muñeca, codo y tobillo, y 10 mg para metacarpofalángicas, intefalángicas y vainas tendinosas. Para la parametasona sería igual volumen (la única presentación de parametasona autorizada en España -Cortidene Depot®- se encuentra desde abril de 2007, en situación de suspensión de comercialización, por un año).

El anestésico más utilizado es la mepivacaína al 2 % (1-2 ml según tamaño de la articulación).

No infiltrar si hay sospecha de infección, desgarro-rotura (ecografía), ausencia de diagnóstico o de experiencia, alergia, artritis séptica o infiltraciones previas repetidas ineficaces.

Contraindicaciones relativas: diabetes mellitus descompensada u osteoporosis yuxtaarticular, alteraciones de la coagulación.

No efectuar más de 3-4 infiltraciones en la misma articulación en 1 año; espaciarlas un mínimo de 3-6 semanas; no hacer más de 2 si no hay mejoría.

Posibles **complicaciones** de las infiltraciones: dolor, infección, atrofia, hipopigmentación, hemartros o hematoma, rotura tendinosa. El riesgo de rotura del tendón depende de la técnica de infiltración; se evitará infiltrar en el interior del tendón; en la práctica consiste en no vencer, durante la infiltración, la resistencia que ofrece el tendón al ser puncionado.

La mepivacaína debe ser administrada sin vasoconstrictor.

APOFISITIS CALCÁNEA

APOFISITIS CALCÁNEA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
APOFISITIS CALCÁNEA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo deportivo 6 meses, elevar algo el tacón. Limitada evidencia para onda corta y férulas nocturnas.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

ARTRITIS ACROMIOCLAVICULAR

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ARTRITIS ACROMIOCLAVICULAR	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Hielo local, intermitentemente, las primeras 48 horas; rehabilitación precoz con calor y movimientos pasivos y activos cuando ya no haya dolor. Después de la infiltración, reposo articular durante 48 horas. Educación postural. En caso de no haber mejoría, se recomienda rehabilitación y fisioterapia específica: el ejercicio disminuye el dolor y mejora la función a medio plazo.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar el dolor y reducir la inflamación. Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

ARTRITIS GOTOSA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ARTRITIS GOTOSA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia o contraindicación de AINE.	**Colchicina** 1 mg/8h vo, 2 días; 1 mg/12h vo, 2 días; 1 mg/d vo, 2 días (total: 6 días)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo de la articulación. Hielo local. Dieta equilibrada, evitar sobrepeso y alcohol.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Para indicar tratamiento con alopurinol, esperar 3 semanas. **Véase «Hiperuricemia asintomática»**

SEGURIDAD

Los efectos secundarios de la colchicina son dosis-dependientes: diarrea, náuseas, vómitos, depresión de la médula ósea.

PRECAUCIONES

No retirar hipouricemiantes en los ataques. Evitar AAS en gotosos.

OTROS

La valoración conjunta de la eficacia, seguridad y coste de etoricoxib no justifica su selección en la artritis gotosa.

ARTROSIS

INTRODUCCIÓN

Se incluyen en este apartado los siguientes problemas de salud: dolor osteomuscular agudo y artrosis en general (artrosis de la mano, gonartrosis y coxartrosis)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ARTROSIS, DOLOR OSTEOMUSCULAR AGUDO. GONARTROSIS. COXARTROSIS Y ARTROSIS DE LA MANO	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Contractura muscular	**Diazepam** 5-10 mg/12-24h vo	**Tetrazepam** 25-50 mg/24h vo (máx. 100 mg/d)
Gonartrosis o artrosis de la mano que no mejora con antinflamatorios orales	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	
Gonartrosis con importante derrame articular	Valorar artrocentesis con o sin infiltración posterior	
Coxartrosis o gonartrosis con incapacidad o limitación dolorosa	Valorar cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Educación sanitaria.
- Fisioterapia y terapia ocupacional: ejercicio aeróbico adaptado a su capacidad; ejercicios para mejorar la movilidad y fortalecer la musculatura; termo-electro-hidroterapia.
- Descarga articular, utensilios ergonómicos y ortesis (bastón contralateral o férula de descarga durante períodos cortos para la artrosis de la mano).
- Evitar la obesidad, el ortostatismo prolongado, escaleras, arrodillarse o tacón alto; recomendable, caminar en llano.
- No forzar si hay dolor; hielo si existe inflamación.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

En caso de dolor que no remita con analgésicos o AINE, seguir recomendaciones según la escalada analgésica de la OMS. **Véase «Dolor crónico»**

PRECAUCIONES

Paracetamol: dosis máx. en ancianos: 4 g/d. Monitorizar función renal en tratamientos prolongados o con dosis superiores.

AINE: En artrosis las dosis pueden ser menores (ibuprofeno: 800-1.200 mg/d).

OTROS

No existe la evidencia suficiente para recomendar el uso de: sulfato de glucosamina, condroitín sulfato, diacereína o infiltraciones de ác. hialurónico.

Los AINE tópicos en tratamientos a corto plazo (menos de 15 días) pueden reducir el dolor en afecciones musculoesqueléticas dolorosas agudas. Tratamientos más prolongados no están recomendados.

BURSITIS

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

INTRODUCCIÓN

Se incluyen en este apartado los siguientes problemas de salud: Bursitis de cadera; de rodilla; olecraniana: subacromial; subaquilea.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BURSITIS	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	
Sospecha de infección	**Cloxacilina** 500 mg/6-8h vo, 10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, hasta 5 días tras esterilización
Sospecha de infección y alergia a penicilina	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 2-3 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Frío local. Reposo.
- Bursitis de rodilla: Vendaje compresivo, evitar desencadenantes. Medidas de descarga. Programa de ejercicios domiciliarios.
- Bursitis olecraniana: Inmovilización durante 3 semanas.
- Bursitis subaquilea: Evitar roce posterior zapato. Valorar tacón alto.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Sospecha de infección: aspiración hasta que sea estéril, limpieza con suero fisiológico y antibioterapia.

DERIVACIÓN

En casos de no mejoría con el tratamiento farmacológico, valorar derivación.

CALAMBRES

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CALAMBRES	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ejercicio diario. Estiramiento-relajación de gemelos. Pies libres del peso de la cama.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Buscar siempre la causa etiológica del problema. Si es idiopática, actualmente no se ha encontrado el tratamiento de elección. Se han utilizado múltiples fármacos (quinina, vitaminas etc.) sin que se haya demostrado su eficacia y seguridad.

CAPSULITIS ADHESIVA

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CAPSULITIS ADHESIVA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Programa rehabilitador complejo. Manipulación más infiltración, o cirugía, en algunos casos. Puede ser útil el bloqueo del nervio supraescapular por infiltración.

CERVICALGIA Y CERVICOBRAQUIALGIA

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

INTRODUCCIÓN

Se tratan en este apartado la cervicalgia aguda y la cervicobraquialgia.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CERVICALGIA Y CERVICOBRAQUIALGIA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Contractura muscular	Asociar **Diazepam** 5-10 mg/12-24h vo	**Tetrazepam** 25-50 mg/24h vo (máx. 100 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Reposo no prolongado. Collarín sólo durante la práctica de una actividad que desencadene dolor y no más de 3-7 días. En la cervicobraquialgía, los collarines podrían estar contraindicados.
- Ejercicios de entrenamiento muscular (ejercicios de fuerza y resistencia), higiene postural. Reiniciar en breve la actividad normal. Hay cierta evidencia de mejoría con acupuntura en pacientes con cervicalgia crónica. Educación sanitaria.
- En radiculopatías se valorarán las tracciones cervicales. Modificaciones ergonómicas laborales.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si el EMG muestra afectación grave, derivar a atención especializada para valorar el tratamiento quirúrgico.

OTROS

Si existen síntomas intensos de afectación radicular puede estar indicada la prescripción de esteroides orales o por vía intramuscular.

CIFOSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CIFOSIS	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Cifosis postural 40-55º (en telerradiografía lateral) sin acuñamiento: higiene postural y gimnasia específica.

- Cifosis juvenil no corregida en 6 meses (con higiene postural y gimnasia específica); o superiores a 55; o secundarias a aplastamientos vertebrales por osteoporosis o traumatismos: derivación.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Rehabilitación para valorar corsé:

- Cifosis juvenil no corregida en 6 meses (con higiene postural y gimnasia específica) o de 55-60º:
- Cifosis secundaria a aplastamientos vertebrales por osteoporosis y/o traumáticos.

Traumatología : Cifosis mayor de 60º: valorar tratamiento quirúrgico tras finalizar el crecimiento.

OTROS

Corsé propuesto para cifosis de 55-60º, corsé de Boston o el corsé de Milwaukee, de Stagnara o corsé de Boston modificado hasta fin de crecimiento.

Corsé propuesto para cifosis por aplastamiento vertebral: corsé o marco de Jeunet o fajas con refuerzos metálicos.

DEDOS EN GARRA. SESAMOIDITIS. HALLUX VALGUS. HALLUX RIGIDUS

DEDOS EN GARRA. SESAMOIDITIS. HALLUX VALGUS. HALLUX RIGIDUS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DEDOS EN GARRA. SESAMOIDITIS. HALLUX VALGUS. HALLUX RIGIDUS.	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico	Valorar tratamiento quirúrgico	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Usar plantillas, protectores, separadores, zapatos de puntera ancha.

DEDO EN RESORTE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DEDO EN RESORTE	Valorar infiltración	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	Valorar cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Después de infiltrar, inmovilización durante 10 días.

DORSALGIA

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DORSALGIA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Contractura muscular	**Diazepam** 5 mg/12-24h vo	**Tetrazepam** 25-50 mg/24h vo (máx. 100 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo no más de 2 días. Reeducación postural, ejercicios, cama dura.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Escasa evidencia de termoterapia, crioterapia, manipulaciones y acupuntura. Importante realizar un correcto diagnóstico etiológico.

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD DE DUPUYTREN	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El tratamiento de elección es el quirúrgico. No obstante, en fases poco avanzadas puede estudiarse la eficacia del calor local y ejercicios de hiperextensión pasiva de los dedos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En fases poco avanzadas se puede usar infiltraciones de corticoide con anestésico.

ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor intenso	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar de la benignidad. Reposo relativo. Evitar sobrecarga. Ocasionalmente, inmovilizar.

Se puede recomendar el uso de crioterapia en fase aguda

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Muy poco frecuente, cirugía o infiltraciones.

ENFERMEDAD DE PAGET

INTRODUCCIÓN

Alteración del remodelado óseo, con lesiones líticas y/o blásticas, deformidad e hipertrofia. En muchos de los casos es un hallazgo casual.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD DE PAGET	Carece de tratamiento específico. En general, no precisa tratamiento.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pacientes con dolor secundario a Paget o afectación de: 1- Columna vertebral o estenosis de canal vertebral. 2- Afectación de acetábulo femoral (para prevenir complicaciones). 3- Previo a cirugía electiva de huesos afectos y personas jóvenes. 4- Lesiones líticas en huesos largos (fémur, tibia, húmero).	**Risedrónico ácido** 30 mg/d vo, 2 meses + **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo + **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Asegurar con los alimentos una correcta ingesta de calcio (1.000-1.500 mg/d) (Véase «Anexo 3: Contenido de calcio de los alimentos por raciones habituales») y Vit D3 (400-800 UI/d).
- Tomar el sol correctamente. Ejercicio físico regular (mínimo 45 min, 4-5 veces/sem). No fumar. Consumo moderado de alcohol. Evitar el riesgo de caídas (medidas domiciliarias, corrección déficit sensorial, correcta indicación de ansiolíticos). Evitar el sedentarismo.
- Evitar en lo posible los fármacos que reducen masa ósea: corticoides, litio o antiepilépticos.
- Evitar medicamentos que afectan la función renal: aminoglucósidos, quimioterápicos, diuréticos.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los bifosfonatos disminuyen la fosfatasa alcalina, modifican el resultado de las gammagrafías y han demostrado mejorar el dolor ocasionado por la enfermedad; no modifican la enfermedad.

No existe evidencia de que el tratamiento intensivo con bifosfonatos pueda prevenir las complicaciones a largo plazo de la enfermedad de Paget ni modificar su evolución.

SEGUIMIENTO

Habitualmente el tratamiento se repite, después de al menos dos meses, si reaparecen los síntomas o un aumento en los niveles de fosfatasa alcalina (que se mide cada dos o tres meses al principio, y posteriormente cada 6 meses). Faltan datos que muestren que tratar estas elevaciones bioquímicas en ausencia de síntomas sea beneficioso.

SEGURIDAD

Risedronato está contraindicado en hipocalcemia, insuficiencia renal severa, estenosis esofágica, acalasia, e imposibilidad de permanecer erguido durante al menos 30 min.

PRECAUCIONES

Los bifosfonatos presentan riesgo de esofagitis, motivo por el que se recomienda que se tomen al desayuno, sin masticar, con agua 30 min antes de la ingesta de cualquier alimento, bebida o medicación y permanecer en ortostatismo durante ese tiempo.

OTROS

Es imprescindible el aporte exógeno de calcio y Vit D durante el tratamiento, dado el riesgo de hipocalcemia clínicamente relevante. En el caso de tratamiento intravenoso: se aconseja administrar calcio y Vit D durante al menos 20 días antes del inicio del tratamiento con bifosfonatos ante la sospecha de aporte insuficiente. El paciente debe ser convenientemente hidratado previamente y evitar fármacos que afectan la función renal.

Las personas con aporte insuficiente de calcio en la dieta pueden requerir suplementos. Existen distintas sales que difieren en su contenido en calcio, desconociéndose en la práctica las diferencias entre ellas en cuanto a biodisponibilidad, eficacia y tolerancia. El carbonato de calcio ha sido la utilizada generalmente en los estudios, siendo de elección; requiere pH ácido para maximizar la absorción y se recomienda tomar con las comidas para evitar problemas gástricos, pese a que ciertos compuestos presentes en vegetales (ej. oxalatos presentes en las espinacas, fitatos) podrían interferir con su absorción. El resto de las sales de calcio se recomiendan en caso de pacientes con aclorhidria o en tratamiento con fármacos antisecretores.

Existen diferentes combinaciones de fármacos a dosis fijas pero tienen el inconveniente de la falta de flexibilidad, ya que no permiten la individualización del tratamiento según las necesidades particulares de cada paciente.

EPICONDILITIS. EPITROCLEITIS

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPICONDILITIS EPITROCLEÍTIS	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo relativo, frío local, rehabilitación tras mejoría (ejercicios asistidos de flexión-extensión), posibilidad de ultrasonidos. Educación postural y ortesis. Cirugía ocasional.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La medida que ha demostrado más eficacia a largo plazo es la rehabilitación.

PRECAUCIONES

En la epitrocleítis hay que palpar el nervio cubital e infiltrar por fuera para evitar dañarlo.

OTROS

Los AINE tópicos en tratamientos a corto plazo pueden reducir el dolor.

ESCOLIOSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESCOLIOSIS	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Menor de 10º (en telerradiografía anteroposterior): higiene postural y ejercicio físico.
- Mayor de 15-20º: rehabilitación muscular.
- Mayor de 30º o de 20-25º si hay progresión y no hay maduración ósea, derivar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Dobles curvas toracolumbares, incluso mayores de 45º, si ha finalizado el crecimiento, no requieren tratamiento ortopédico ni quirúrgico. Sólo se desaconseja la práctica de deportes muy enérgicos o de contacto, especialmente en niños con artrodesis quirúrgicas y escoliosis congénitas. No deben tratarse con alzas las dismetrías de cadera con L5 paralela al suelo (sin inclinación).

DERIVACIÓN

Rehabilitación para valorar corsé: Mayor de 30-45º o de 20-25º si hay progresión y no hay maduración ósea.

Traumatólogo para valorar tratamiento quirúrgico: tras madurez ósea o antes, si es muy progresiva mayor de 45º.

OTROS

Corsé propuesto para escoliosis mayores de 30-45º o de 20-25º si hay progresión y no hay maduración ósea: corsé Boston o Milwaukee o Spinecor.

ESGUINCES

ESGUINCES

INTRODUCCIÓN

Se incluyen en este apartado los siguientes tipos de esguince: acromioclavicular, esterno-clavicular, glenohumeral, de interfalángica de la mano, de metacarpofalángica, de muñeca, de rodilla y de tobillo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESGUINCES	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Frío local y reposo (elevación del miembro en extremidades inferiores) las primeras 24-48 horas. Inmovilización específica según articulación.

Esguince glenohumeral:

- Cabestrillo o férula de yeso braquiopalmar (21 días).
- Derivación a traumatología para confirmación, seguimiento y control (prevenir la rigidez y el síndrome de hombro congelado).

Esguince de interfalángica de manos:

- Grado I: Inmovilización funcional (Sindactilización) durante el periodo inflamatorio.
- Grado II: Férula digital (2-3 sem); si hay rotura de ligamentos, inmovilizar 4 semanas.
- Grado III: Remitir a especialista. Suele requerir cirugía.

Esguince de metacarpofalángica:

- Inmovilización con vendaje adhesivo o férula digitopalmar 2-3 semanas.
- Si hay tumefacción importante, aumentar el tiempo de inmovilización a 4-6 semanas.

Esguince de muñeca:

- Grado I: Vendaje funcional (cambio cada 3-5 días) y cabestrillo (2 días);
- Grado II: Férula de yeso 3 sem, con muñeca en flexión dorsal 60º.

Esguince de rodilla:

- Grado I: Contención adhesiva 1 semana y reposo relativo durante 3-4 semanas. Empezar fisioterapia lo antes posible (estiramientos del cuádriceps en bipedestación, estiramientos isquiotibiales, ejercicios isométricos de cuádriceps e isquiotibiales, potenciación de flexores de rodilla, potenciación del cuádriceps con pesos libres y trabajo propioceptivo).
- Grado II: Inmovilización con férula posterior y rodilla 30º flexión y derivar al traumatólogo como urgencia diferida (12-24 horas).
- Grado III, o laxitud articular, debe derivarse al traumatólogo que posteriormente valorará si procede infiltración, bota de yeso o cirugía.

Esguince de tobillo:

- Grado I: (rotura fibrilar): Vendaje elástico adhesivo y reposo relativo durante 2-3 semanas.
- Grado II: (elongación y/o rotura incompleta): Inmovilización rígida con férula de yeso (revisar en 48-72 horas) durante 3 semanas. Continuar la inmovilización con vendaje elástico adhesivo o férula neumática o férula de yeso o yeso cerrado por debajo de la rodilla en algún caso.
- Grado III: (rotura o desinserción): bota o cirugía, permitiendo el apoyo transcurrida una semana. No se han visto diferencias inmovilización versus tratamiento funcional.

Rehabilitación: potenciación de músculos dorsiflexores del pie y de peroneos; estiramientos peroneo y triceps sural; trabajo propioceptivo. En deportistas las ortesis son eficaces en prevención secundaria. No hay evidencia con ultrasonidos ni termoterapia. La resolución completa tarda 6 meses.

FASCITIS PLANTAR. ESPOLÓN CALCÁNEO

FASCITIS PLANTAR. ESPOLÓN CALCÁNEO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FASCITIS PLANTAR ESPOLÓN CALCÁNEA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	
No mejoría con tratamiento farmacológico	Valorar cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Reposo durante 2-4 semanas, calor, estiramientos, taloneras o plantillas blandas de descarga, calzado elástico o deportivo, evitar sobrepeso.
- Hielo después de la actividad diaria o del ejercicio. Tablillas nocturnas.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Con frecuencia es un proceso autolimitado.

La criocirugía se presenta como una técnica innovadora con buenos resultados en fascitis plantar recalcitrante.

FIBROMIALGIA

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico en la fibromialgia puede ser decepcionante. Actualmente ningún fármaco tiene aprobada la indicación en fibromialgia. Los ensayos clínicos realizados presentan numerosas deficiencias, lo que hace muy difícil sacar conclusiones.

La educación del paciente es crítica para conseguir un correcto manejo de la fibromialgia. Usar estrategias múltiples en las cuales se deben combinar el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FIBROMIALGIA REUMÁTICA	**Medidas no farmacológicas** **+** **Amitriptilina** 10-50 mg/24h vo por la noche	**Medidas no farmacológicas** **+** **Ciclobenzaprina** 10-40 mg/d vo en 1-3 tomas

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o síntomas de depresión	Asociar a amitriptilina: **Fluoxetina** 20 mg/24h vo	Asociar a amitriptilina: **Paroxetina** 20 mg/24h vo **o** **Sertralina** 50-100 mg/24h vo
No mejoría y predominio del dolor	**Tramadol** 50-100 mg/6-8h vo	Añadir **Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Insomnio	**Ciclobenzaprina** 10-30 mg/d vo en 1 toma por la noche	
Ansiedad	**Alprazolam** 0,25-0,5 mg/8h vo	**Diazepam** 2-10 mg/12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Educar al paciente y a la familia**: Individualizar e implicar al paciente en el tratamiento. Se aconseja informar exhaustivamente sobre la benignidad del proceso, así como la influencia de los estados de ansiedad y depresión sobre la percepción del dolor. Es esencial concienciar al paciente de la necesidad de que adopte un papel activo en su curación, así como evitar la polifarmacia indiscriminada. Es imprescindible una buena comunicación médico-paciente en el abordaje de esta patología (modelo centrado en el paciente).
- Relajación, higiene del sueño, evitar obesidad. Intentar llevar una vida activa.
- **Ejercicio** físico aeróbico.
- **Terapia cognitivo-conductual.**

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar las diversas manifestaciones clínicas, mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El tratamiento con ciclobenzaprina se iniciará con dosis bajas y se adaptará al paciente según respuesta y tolerancia.

PRECAUCIONES

Evitar las múltiples pruebas, interconsultas, polimedicación prolongada y tratamientos irracionales. Hay evidencia moderada de la eficacia de la acupuntura y la hipnoterapia.

Si insomnio en ancianos o pacientes con insuficiencia hepática, tratar con lorazepam.

OTROS

Se han realizado ensayos con las combinaciones ciclobenzaprina + ibuprofeno y alprazolam + ibuprofeno, así como con duloxetina y pregabalina, con resultados escasos y de difícil valoración sobre los síntomas de la fibromialgia.

Si el insomnio es un síntoma relevante, que no mejora adecuadamente tras el empleo de amitriptilina o ciclobenzaprina, puede valorarse el empleo puntual de BZD; algunos estudios con los análogos de estas (zopiclona y zolpidem) sugieren que estas pueden ser útiles en la mejora de sueño, pero no se vio mejoría en el dolor.

FRACTURA COSTAL

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FRACTURA COSTAL	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con paracetamol	**Metamizol sódico (dipirona)** 500-1.000 mg/6-8h vo	Añadir al paracetamol: **Codeína** 30 mg/6-8h vo, 10 días
No mejoría	Infiltración anestésica.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo relativo, semi-incorporado, fisioterapia respiratoria, asegurar hidratación adecuada. Informar sobre probable larga evolución.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

No inmovilizar.

LORDOSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LORDOSIS	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reeducación postural y fisioterapia. Es excepcional la necesidad de indicar tratamiento ortopédico.

LUMBALGIA INESPECÍFICA. LUMBOCIATALGIA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LUMBALGIA INESPECÍFICA. LUMBOCIATALGIA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Dificultad para dormir o espasmo muscular	Asociar **Diazepam** 5 mg/12-24h vo	Asociar **Tetrazepam** 25-50 mg/24h vo (máx. 100 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lumbociatalgia que no mejoría con AINE	**Prednisona** 15-60 mg/d vo, 7días	
Lumbalgia que no mejora en 4-6 sem o signos múltiples o graves o Lumbociatalgia que no responde a los tratamientos propuestos	Asociar **Amitriptilina** 10-25 mg/12h vo hasta 75 mg por la noche	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Lumbalgia aguda:**
  - Reposo relativo no más de 2 días.
  - Mantener la actividad habitual sin esfuerzos ni sobrecargas.
  - Higiene postural.
- **Lumbalgia crónica:**
  - Dar información positiva y tranquilizadora al paciente.
  - Evitar reposo en cama. Recomendar cama semidura.
  - Reposo relativo no más de 2 semanas.
  - Recomendar que mantenga el mayor grado de actividad física que le permita el dolor.
  - Ejercicio físico salvo en exacerbaciones.
  - Puede ser útil el masaje (combinado con ejercicios y educación).
  - Las escuelas de espalda (en el ámbito laboral) pueden ser útiles a partir de las 2-6 semanas de dolor.
- **Lumbociatalgia:**
  - Reposo no superior a 2 semanas, pero alternar con movimiento.
  - Posteriormente, ejercicios aeróbicos y de estiramiento.
  - Resto igual a lumbalgia simple.
  - Cirugía en algunos casos.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si hay espondilolistesis en riesgo de progresión o desplazamiento vertebral mayor a un tercio de la vértebra superior, derivar para valorar ortesis.

En lumbalgias muy intensas crónicas, puede ser útil el tratamiento psicológico cognitivo conductual, la neuroreflexoterapia (en unidades del dolor) o los programas multidisciplinares.

OTROS

Lumbalgia**:** Las manipulaciones e infiltraciones no modifican la evolución a largo plazo. La capsaicina en apósitos durante 3 semanas ha demostrado mejorar el dolor frente a placebo en lumbalgia crónica.

Lumbociatalgia**:** No hay evidencia de la utilidad de complejos vitamínicos inyectables o por vía oral.

LUXACIÓN DE HOMBRO

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LUXACIÓN HOMBRO	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Técnica de Kocher: traccionar del brazo y hacer muy lentamente rotación externa. A continuación, aducción y rotación interna llevando la mano al hombro opuesto. En ancianos, método de Milch: en decúbito supino, traccionar lentamente del brazo en abducción mientras con la otra mano se empuja suavemente la cabeza humeral hacia su sitio.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Asociar AINE y/o analgésicos para aliviar el dolor.

MERALGIA PARESTÉSICA

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MERALGIA PARESTÉSICA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar de que suele tratarse de un problema benigno y autolimitado (aunque a veces esto ocurre después de varios años).

Evitar prendas ajustadas para reducir la presión sobre el nervio dañado y reducir sobrepeso.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

En los casos refractarios pueden usarse amitriptilina, carbamazepina, gabapentina, infiltraciones o cirugía.

METATARSALGIA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
METATARSALGIA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Pie cavo: plantilla con almohadilla retrocapital y ejercicios de extensores de dedos, calzado con poco tacón.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

El tratamiento del pie cavo, en casos graves, y del pie equino es la cirugía.

NECROSIS AVASCULAR DEL SEMILUNAR O ESCAFOIDES. NECROSIS CABEZA 2º METATARSIANO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NECROSIS AVASCULAR DEL SEMILUNAR O DEL ESCAFOIDES NECROSIS DE LA CABEZA DEL 2º METATARSIANO	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o seudoartrosis	Valorar Cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Necrosis avascular del semilunar o escafoides: férula.
- Necrosis avascular de la cabeza del 2º metatarsiano: reposo en fase aguda y, a continuación, plantillas de descarga (de apoyo retrocapital); tacón bajo. En ocasiones, yeso corto durante 3-4 semanas y uso de muletas. El reposo funcional, el calzado adecuado, las medidas preventivas y las correctoras de la biomecánica, son las medidas terapéuticas más importantes en la patología del pie.

OSTEOCONDRITIS DISECANTE DE RODILLA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OSTEOCONDRITIS DISECANTE DE RODILLA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
No mejoría con tratamiento analgésico	Valorar cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo. Ejercicios isométricos.

OSTEOMALACIA

INTRODUCCIÓN

Trastorno de la mineralización del hueso. La sintomatología es muy sutil, y las alteraciones analíticas típicas (hipocalcemia, hipofosfatemia y aumento de fosfatasa alcalina) en muchos casos están ausentes.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OSTEOMALACIA	**Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo, 6 sem. Mantenimiento: 1.000-1.200 mg/d. + **Colecalciferol (Vit D3)** 800-1.000 UI/d vo, 6 sem. Mantenimiento: 400-800 UI/d.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Osteomalacia secundaria a malabsorción intestinal o insuficiencia renal	Individualizar tratamiento: **Colecalciferol (Vit D3)** 10.000-40.000 UI/d vo, 3-12 sem. Mantenimiento: 400-800 UI/d. o **Calcifediol** 16.000 UI (266 µg)/48h vo, 3-12 sem o **Alfacalcidol** 0,5-1 µg/d vo, 3-12 sem o **Calcitriol (Vit D)** 0,15-0,5 µg/d vo, 3-12 sem + **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo. Mantenimiento: 1.000-1.200 mg/d.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Asegurar con los alimentos una ingesta de calcio (Véase «Anexo 3: Contenido de calcio de los alimentos por raciones habituales») y Vit D3 correctas (alimentos ricos en Vit D: pescado azul, leche, queso, cacao, yema de huevo).
- Incremento de la exposición solar (10-15 min, cara y brazos 3 veces/sem, sin protección solar). Ejercicio físico regular (45 min, 4-5 veces/sem). No fumar. Consumo moderado de alcohol. Evitar riesgo de caídas (medidas domiciliarias, corrección déficit sensorial, correcta indicación de ansiolíticos). Evitar sedentarismo.

- En insuficiencia renal: restringir alimentos ricos en fósforo (arroz, harina integral, bebidas de cola, frutos secos, legumbres, guisantes, judías, setas, patatas fritas, yema de huevo, cacao).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se ha de asegurar la administración adecuada de Vit D y calcio en las siguientes circunstancias por ser causas potenciales de osteomalacia:

- Escasa ingesta e inadecuada exposición solar (inmovilizados, institucionalizados).
- Malabsorción (gastrectomía con Billroth II, enfermedad de Crohn, celiaca, intolerancia a lactosa, etc).
- Defectos en la 25 hidroxilación (cirrosis biliar hepática).
- Insuficiencia renal grave.
- Hipopara y seudohipoparatiroidismo.
- Fármacos que afectan el metabolismo de la Vit D3 (colestiramina, fenobarbital, carbamacepina, valproato, fenitoína, rifampicina, isoniacida), que alteran la homeostasis del fósforo (hidróxido de aluminio, ciclofosfamida, óxido férrico) o los que inhiben la mineralización ósea (aluminio y bifosfonatos).

SEGUIMIENTO

Monitorizar los niveles plasmáticos de calcio a los 15 días de iniciar el tratamiento y después mensualmente. La excreción en orina de 24 horas debe estar entre 100-250 mg. Si la calciuria es inferior a 100 mg pensar en incumplimiento o en déficit de absorción. Si es superior a 250 mg se incrementa el riesgo de nefrolitiasis.

PRECAUCIONES

Calcitriol (útil en insuficiencia renal) precisa de monitorización cuidadosa.

OSTEONECROSIS ASÉPTICA CABEZA FÉMUR

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OSTEONECROSIS ASÉPTICA DE LA CABEZA DEL FÉMUR	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fases evolucionadas con dolor e incapacidad	Valorar cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo, corregir los factores de riesgo, férulas de descarga o muletas.

OSTEOPOROSIS

INTRODUCCIÓN

La prevalencia aumenta con la edad; se caracteriza por un riesgo aumentado de fractura ósea, consecuencia de la disminución de la resistencia ósea.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OSTEOPOROSIS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujeres con osteoporosis primaria sin antecedentes de fracturas osteoporóticas (Prevención primaria) y >70 años + 2 FR > 60 años + 3 FR	**Alendrónico ácido** 10 mg/d ó 70 mg/sem vo + **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo + **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo	**Raloxifeno** 60 mg/24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujeres de >60 años y antecedentes de fracturas osteoporóticas (Prevención secundaria)	**Alendrónico ácido** 10 mg/d ó 70 mg/sem vo **o** **Risedrónico ácido** 5 mg/d ó 35 mg/sem vo **+** **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo **+** **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo	**Raloxifeno** 60 mg/24h vo
Tratamiento con corticoides (>7,5 mg/d de prednisona o equivalente durante más de 6 meses) en personas con fracturas osteoporóticas previas	**Alendrónico ácido** 10 mg/d ó 70 mg/sem vo **+** **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo **+** **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo	
Hombres con antecedentes de fracturas osteoporóticas	**Alendrónico ácido** 10 mg/d ó 70 mg/sem vo **+** **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo **+** **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Asegurar con los alimentos una correcta ingesta de calcio (1.000-1.500 mg/d) (Véase «Anexo 3: Contenido de calcio de los alimentos por raciones habituales») y Vit D3 (400-800 UI/d) (alimentos ricos en Vit D: pescado azul, leche, queso, cacao, mostaza, yema de huevo).
- Incremento de la exposición solar (10-15 minutos, cara y brazos 3 veces/semana, sin protección solar).
- Ejercicio físico regular (mínimo 45 minutos, 4-5 veces/semana). No fumar. Consumo moderado de alcohol. Evitar el riesgo de caídas (medidas domiciliarias, corrección déficit sensorial, correcta indicación de ansiolíticos). Evitar el sedentarismo. Evitar en lo posible los fármacos que reducen masa ósea: corticoides, litio o antiepilépticos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento farmacológico de la osteoporosis está indicado en los pacientes con un diagnóstico densitométrico de osteoporosis (T score <-2,5 DE) y/o con un antecedente previo de fractura osteoporótica.

No existe evidencia de beneficio, en términos de reducción del riesgo de fractura, para los pacientes con osteopenia (T score entre -1 y -2,5 DE) con ningún fármaco de los actualmente existentes.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento es la prevención de fracturas, en especial las de cadera.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La eficacia preventiva de los fármacos antiosteoporóticos, según las evidencias disponibles, es muy limitada (reducciones absolutas en la incidencia de fracturas del 1% en cadera, 3-10% vertebrales y 1,7-3,4% no vertebrales).

Raloxifeno sólo ha demostrado prevención del riesgo de fracturas vertebrales.

SEGUIMIENTO

No se recomienda control densitométrico de la respuesta. El tratamiento con bifosfonatos debe durar un mínimo de 5 años.

SEGURIDAD

Alendronato y risedronato están contraindicados en hipocalcemia, insuficiencia renal severa, estenosis esofágica, acalasia e imposibilidad de permanecer erguido durante al menos 30 minutos.

Raloxifeno está contraindicado en antecedente de enfermedad tromboembólica o hepatopatía, insuficiencia renal severa, carcinoma de endometrio y embarazo. Raloxifeno provoca una disminución leve y lenta del tiempo de protrombina en pacientes tratados con warfarina. Cabe esperar que otros anticuoagulantes interaccionen de forma similar. La colestiramina reduce su absorción.

PRECAUCIONES

Los bifosfonatos presentan riesgo de esofagitis, motivo por el que se recomienda que se tomen al desayuno, sin masticar, con agua, 30 minutos antes de la ingesta de cualquier alimento, bebida o medicación y permanecer en ortostatismo durante ese tiempo.

DERIVACIÓN

Osteoporosis secundarias cuya causa no se esté acostumbrado a tratar.

OTROS

Factores de riesgo (con influencia en la decisión terapéutica): Historia familiar de fractura osteoporótica (especialmente fractura de cadera de la madre); menopausia precoz (< 45 años); delgadez (IMC < 19 y/o pérdida de peso > 10% a los 25 años).

Las personas con aporte insuficiente de calcio en la dieta pueden requerir suplementos. Existen distintas sales que difieren en su contenido en calcio, desconociéndose en la práctica las diferencias entre ellas en cuanto a biodisponibilidad, eficacia y tolerancia. El carbonato de calcio ha sido la utilizada generalmente en los estudios, siendo de elección; requiere pH ácido para maximizar la absorción y se recomienda tomar con las comidas para evitar problemas gástricos, pese a que ciertos compuestos presentes en vegetales (ej. oxalatos presentes en las espinacas, fitatos) podrían interferir con su absorción. El resto de las sales de calcio se recomiendan en caso de pacientes con aclorhidria o en tratamiento con fármacos antisecretores.

Existen diferentes combinaciones de fármacos a dosis fijas pero tienen el inconveniente de la falta de flexibilidad, ya que no permiten la individualización del tratamiento según las necesidades particulares de cada paciente.

OSTEOPOROSIS. FRACTURA AGUDA O DE INSTAURACIÓN RECIENTE.

OSTEOPOROSIS. FRACTURA AGUDA O DE INSTAURACIÓN RECIENTE.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OSTEOPOROSIS. FRACTURA AGUDA O DE INSTAURACIÓN RECIENTE	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d) **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo **o** **Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si hay dolor intenso	**Codeína** 30-60 mg/4-6h vo (máx. 240 mg/d)	**Calcitonina** intranasal 200 mg/d, 14 días/mes, 1-3 meses **+** **Calcio** 1.000-1.500 mg/d vo **+** **Colecalciferol (Vit D3)** 400-800 UI/d vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si se prevé reposo prolongado (>10 días)	**Enoxaparina** 20-40 mg (2.000-4.000 UI)/d sc, hasta deambulación	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo 48-72 horas. Movilizar precozmente, a poder ser al final de la primera semana. Compresión neumática, medias elásticas, flexoextensión de miembros inferiores. Termo-electro-hidroterapia. El uso de ortesis de raquis puede aliviar el dolor y mejorar los trastornos posturales cifosantes.

En cirugía vertebral se aconseja movilización precoz en la 1ª semana.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento debe ser individualizado en función de la tolerancia individual y la previsión del cumplimiento, los efectos secundarios, otros beneficios añadidos, la preferencia y el coste.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Iniciar bifosfonatos **Véase «Osteoporosis»**

SEGURIDAD

Los AINE pueden producir más efectos secundarios en tratamientos de más de 1-2 semanas, si se usan dosis elevadas y en personas mayores; si es conveniente sólo 1 dosis/día, una alternativa puede ser nabumetona (1 g/d).

La calcitonina está contraindicada en la hipocalcemia.

DERIVACIÓN

En caso de fractura de cadera o de Colles, derivación a Urgencias del hospital.

Si existe fractura vertebral con signos neurológicos (pérdida de fuerza o déficit de sensibilidad asociadas), derivación urgente hospitalaria para descompresión quirúrgica.

OTROS

En jóvenes con fractura osteoporótica vertebral puede probarse la cirugía mínimamente invasiva (vertebroplastia percutánea), que mejora los síntomas a corto plazo, aunque sin diferencias con el tratamiento conservador a los 12 y 24 meses.

Las personas con aporte insuficiente de calcio en la dieta pueden requerir suplementos. Existen distintas sales que difieren en su contenido en calcio, desconociéndose en la práctica las diferencias entre ellas en cuanto a biodisponibilidad, eficacia y tolerancia. El carbonato de calcio ha sido la utilizada generalmente en los estudios, siendo de elección; requiere pH ácido para maximizar la absorción y se recomienda tomar con las comidas para evitar problemas gástricos, pese a que ciertos compuestos presentes en vegetales (ej. oxalatos presentes en las espinacas, fitatos) podrían interferir con su absorción. El resto de las sales de calcio se recomiendan en caso de pacientes con aclorhidria o en tratamiento con fármacos antisecretores.

Existen diferentes combinaciones de fármacos a dosis fijas pero tienen el inconveniente de la falta de flexibilidad, ya que no permiten la individualización del tratamiento según las necesidades particulares de cada paciente.

PIE PLANO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PIE PLANO	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Plantillas correctoras no antes de los 3 años; caminar descalzo.

POLIARTRITIS

INTRODUCCIÓN

Se habla de poliartritis cuando hay presencia de signos inflamatorios en 4 ó más articulaciones.

Enfermedades más frecuentes que cursan con poliartritis aguda:

1. Artritis microcristalinas: gota, condrocalcinosis.
2. Artritis reumatoide (AR).
3. Espondiloartropatías seronegativas: espondilitis anquilosante, artropatía psoriásica, enteropática.
4. Artritis infecciosas: la gonocócica, hepatitis B y C, VIH, fiebre reumática, síndrome de Reiter, enfermedad de Lyme.
5. Enfermedades del colágeno-vasculares: LES, esclerodermia, vasculitis, síndrome de Sjögren, polimiositis, polimialgia reumática.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
POLIARTRITIS	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Reposo relativo de la articulación, reincorporándose lo antes posible a la vida diaria.
- Ejercicio regular.
- Según la etiología de la poliartritis, puede ser necesario un tratamiento específico.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

En toda poliartritis debe valorarse la derivación al segundo nivel asistencial.

Criterios de ingreso:

- Afectación importante del estado general
- Sospecha de proceso neoplásico subyacente
- Fiebre elevada
- Sospecha de etiología séptica

OTROS

Los corticoides pueden utilizarse si no hay mejoría, a la menor dosis, el menor tiempo posible y vigilando su toxicidad.

Si el dolor no remite con los AINE se ha de seguir la escalada analgésica de la OMS.

Artritis reumatoide: en caso de sospecha de AR se debe remitir al paciente a Reumatología para instaurar un tratamiento con fármacos modificadores de la evolución de la enfermedad (FAME: metotrexato, sulfasalacina o leflunomida) lo antes posible con el fin de evitar su progresión. Se pueden utilizar analgésicos, AINE o corticoides (ej: prednisolona 7,5 mg/24h) para la mejoría de los síntomas en espera del efecto de los FAME.

Vigilar los fármacos modificadores de la enfermedad por su toxicidad. Frecuentemente, es necesaria la cirugía para el tratamiento de las complicaciones.

POLIMIALGIA REUMÁTICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
POLIMIALGIA REUMÁTICA	**Prednisona** 10-20 mg/d vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sospecha de arteritis temporal	**Prednisona** 60 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar reposo prolongado.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Disminuir progresivamente dosis a partir de la sexta semana según respuesta y VSG (2,5 mg cada 2 semanas hasta 10 mg; después ir disminuyendo 1 mg cada 2 semanas hasta mínima pauta eficaz). Duración del tratamiento: 9-12 meses. Si se produce recaída, volver a mínima dosis eficaz.

SEGURIDAD

Vigilar osteoporosis, sobre todo en pacientes de riesgo (previamente diagnosticados de osteoporosis, mayores de 65 años, antecedentes de fracturas etc.) especialmente en tratamientos prolongados o con dosis elevadas.

DERIVACIÓN

Derivar si aparecen alteraciones de la visión o sospecha de arteritis de la temporal.

PRONACIÓN DOLOROSA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pronación dolorosa	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Tracción y extensión del antebrazo seguidas de supinación y, finalmente, flexión completa del codo.

QUISTE DE BAKER. SEUDOQUISTE SINOVIAL (GANGLIÓN)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUISTE DE BAKER. SEUDOQUISTE SINOVIAL (GANGLIÓN)	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Gran tamaño o compresión local	Valorar punción-evacuación o cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar de la benignidad del proceso; actitud conservadora; reposo relativo en el quiste de Baker.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Quiste de Baker:

- En adultos: Infiltraciones con corticoide ocasionalmente.
- En niños: tratamiento conservador: la cirugía conlleva riesgos innecesarios y recurrencia.

Pseudoquiste sinovial:

- La actitud que debe seguirse inicialmente, es conservadora, pues suelen remitir espontáneamente. Frecuentes recidivas tras aspiración. La cirugía no siempre es definitiva.

ROTURA MUSCULAR

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ROTURA MUSCULAR	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Inflamación asociada	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Fase aguda (2-3 días): aplicar frío, reposo absoluto del músculo en relajación con extremidad elevada y vendaje elástico. Muletas-cabestrillo. A las 2 semanas, ejercicios isométricos sin carga y estiramientos. Reemprender actividad física de forma gradual.

Es útil el uso de medias de compresión fuerte.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

En roturas fibrilares completas o muy importantes, derivar para valorar tratamiento quirúrgico.

SÍNDROME FEMORO- PATELAR

SÍNDROME FEMORO- PATELAR

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SÍNDROME FEMORO-PATELAR	**Medidas no farmacológicas** + **Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o contraindicación	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
Inflamación o dolor del tendón rotuliano o bolsa sinovial	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Actitud conservadora con rehabilitación específica, ortesis o vendajes específicos (venda elástica).

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si no mejora en 1 año, valorar cirugía.

SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA

Enfermedades del sistema músculo-esquelético. Traumatismos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SINOVITIS TRANSITORIA DE LA CADERA	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/6h vo, 8 días (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo Dosis pediátrica: 20 mg/kg/d vo en 3 tomas	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo 7-10 días.

TENDINITIS

INTRODUCCIÓN

Se incluyen en este apartado los siguientes tipos de tendinitis: bicipital; calcificada; de aductores de extremidades inferiores; de De Quervain; del manguito de los rotadores, y tendinitis y bursitis aquílea.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TENDINITIS	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo, 3-4 sem (6 sem en las tendinitis aquíleas)	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo, 3-4 sem (6 sem en las tendinitis aquíleas)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral tras 3-4 sem de tratamiento. (6 en las tendinitis aquíleas)	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Hielo local, intermitentemente, las primeras 48 horas; reposo, rehabilitación precoz con calor y movimientos pasivos y activos cuando ya no haya dolor.
- Después de la infiltración, reposo articular durante 48 horas. Educación postural.
- **Tendinitis de De Quervain:** Inmovilizar 3 días; restricción de movimientos del pulgar con férula, 3-4 sem. Opcionalmente, aplicar frío y, tras disminuir la inflamación, realizar movimientos asistidos. Ortesis postratamiento. Rehabilitación.
- **Tendinitis Aquílea:** Reposo, elevar tacón, corregir deformidades.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Sólo hay evidencia, y a corto plazo, de la eficacia de las infiltraciones en hombro y en codo.

PRECAUCIONES

Tendinitis de De Quervain: Preguntar al paciente mientras se hace la infiltración si nota parestesias (nervio mediano) y asegurarse de no lesionar el radial.

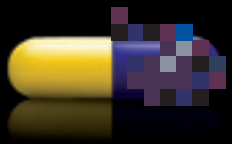
DERIVACIÓN

Si fracaso del tratamiento, derivar para valorar cirugía.

OTROS

Tendinitis calcificada: Los ultrasonidos son eficaces a corto plazo.

Tendinitis aquílea: El beneficio de los AINE es modesto. Tampoco son útiles los glucosaminoglicanos ni las inyecciones de esteroides a largo plazo. Riesgo de rotura del tendón con la infiltración.



7

Enfermedades del sistema nervioso

ATRAPAMIENTO NERVIO RADIAL Y CUBITAL. SÍNDROMES DEL TÚNEL CARPIANO Y TARSIANO

Enfermedades del sistema nervioso

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ATRAPAMIENTO DEL NERVIO RADIAL Y CUBITAL. SÍNDROMES DEL TÚNEL CARPIANO Y TARSIANO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con medidas no farmacológicas	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo
No mejoría con AINE	**Prednisona** 20 mg/24h vo ,1 sem y seguir con 10 mg/24h, 1 sem	
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- El tratamiento de elección, en las formas leves, es el vendaje funcional o las férulas de descarga, así como las recomendaciones sobre medidas posturales.
- **Síndrome del túnel carpiano:** Férula nocturna en extensión, medidas ergonómicas en el trabajo y de descarga en la vida cotidiana. Tratamiento etiológico (diabetes, hipotiroidismo, traumatismos...).
- **Síndrome del túnel tarsiano:** Calzado adecuado.
- **Atropamiento cubital:** Evitar la flexoextensión enérgica del codo.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Infiltración: Preguntar por si aparecen disestesias al infiltrar (nervio mediano): introducir lentamente y advertir al paciente que avise si aparece un aumento de los síntomas al comenzar la infiltración.

DERIVACIÓN

Valorar la necesidad de realizar un EMG.

Si con el reposo y el tratamiento no farmacológico no mejora o en situaciones graves (atrofia muscular, déficit sensitivo, alteración en EMG grave), se ha de valorar derivar para tratamiento quirúrgico.

CEFALEA CRÓNICA DIARIA

Enfermedades del sistema nervioso

GENERALIDADES

Cefalea que aparece 15 días o más al mes, durante un mínimo de 3 meses. Suele haber historia previa de migraña o cefalea tensional. Se asocia con frecuencia al abuso de analgésicos y a cuadros de ansiedad y/o depresión.

Actualmente no existe como entidad independiente según la ICHD.

Varios tipos de cefalea pueden evolucionar a cefalea crónica diaria: la cefalea tensional, la hemicránea continua y la cefalea en racimos. También existe como entidad la cefalea crónica *de novo* .

En el abordaje de una cefalea crónica, la pauta debería ser la siguiente:

1. Descartar causa secundaria de cefalea: traumatismos, tumores, problemas vasculares, hipertensión intracraneal... y tratar según proceso específico.
2. Descartar cefalea por abuso de medicación: si fuera así tratar como este tipo de cefalea.
3. Descartadas estas dos causas, tratar según la cefalea primaria: migraña, cefalea tensional, hemicránea...

CEFALEA EN RACIMOS

Enfermedades del sistema nervioso

INTRODUCCIÓN

Conocida como "Cluster Headache": acumulación de cinco o más episodios de cefalea periorbitaria unilateral, no pulsátil, muy intensa desde el inicio, acompañada de síntomas vegetativos homolaterales (hiperemia conjuntival, lagrimeo, rinorrea acuosa, miosis, ptosis palpebral, sudoración). Se presenta en forma de uno o

varios episodios al día de 15-180 minutos de duración cada uno, que se repiten durante semanas o meses con predominio nocturno y horario parecido, que suelen ir seguidos de largos periodos asintomáticos. El dolor suele despertar al paciente y ocasionar agitación psicomotriz.

Única cefalea que predomina en varones con inicio generalmente entre los 20-40 años.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CEFALEA EN RACIMOS	**Sumatriptán** 6 mg sc (máx. 12 mg/d)	**Oxígeno** 100%: 7 l/min durante 15 min con mascarilla

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente que no tolera la vía subcutánea	**Sumatriptán** 20 mg intranasal (máx. 40 mg/d)	
Prevención	**Verapamilo** 80-160-240 mg/8-12h vo en escalada progresiva de dosis cada 2-3 días + **Prednisona** 1-1,5 mg/kg/24h vo por la mañana, 7 días y disminución en 2-3 sem hasta suspender	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Siempre insistir en evitar factores desencadenantes (más habitual el alcohol).

Informar al paciente de la naturaleza y carácter recurrente de la cefalea.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar a todo paciente que reúna los criterios diagnósticos de la International Classification of Headache Disorders (ICHD). Iniciar el tratamiento lo antes posible dadas las características clínicas de esta cefalea (corta duración, gran intensidad).

Criterios diagnósticos *:*

A. Se necesitan por lo menos 5 crisis que cumplan los criterios B, C y D.
B. Dolor intenso o muy intenso unilateral, orbitario, supraorbitario, temporal o ambos; que dure entre 15 y 180 min.
C. La cefalea se acompañe de, al menos, uno de los siguientes signos:
    a. Inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo o ambos.
    b. Congestión nasal ipsilateral, rinorrea o ambos.
    c. Edema palpebral ipsilateral.
    d. Sudoración en la frente y cara ipsilateral.
    e. Miosis o ptosis ipsilateral o ambos.
    f. Inquietud motora y desasosiego.
D. Frecuencia de las crisis entre 1 cada 2 días y 8 al día.
E. La dolencia no se puede atribuir a otra enfermedad.

Formas clínicas *:*

1. Cefalea en racimos episódica: Al menos dos periodos de crisis que cumplan todos los criterios (A-E), de duración entre 7 y 365 días, separados de remisiones sin dolor de, por lo menos, un mes.
2. Cefalea en racimos crónica: Ausencia de fases de remisión durante un año o más, con remisiones que duran menos de un mes.

Es muy importante el Tratamiento Profiláctico desde el inicio del diagnóstico.

El objetivo del tratamiento profiláctico es disminuir la frecuencia de ataques o su desaparición total. Hay que iniciar el tratamiento desde el principio aún en las formas episódicas.

Utilizamos la prednisona como tratamiento de transición en la forma episódica ya que posee una mayor rapidez de acción que el verapamilo, hasta que este comience su actuación como tratamiento preventivo de fondo. También puede emplearse la prednisona como tratamiento profiláctico alternativo a verapamilo, aunque en un periodo corto, ya que su uso prolongado aumenta los efectos adversos y puede cronificar la cefalea.

Como alternativa al verapamilo, cuando esté contraindicado (por patología cardiaca: cardiopatía isquémica reciente, bloqueos aurículo-ventriculares de 2º y 3er grado, arritmias, tratamiento con BB) o sea ineficaz, se puede utilizar el litio que ha demostrado su eficacia en la profilaxis de este tipo de cefaleas. Particularmente recomendado en cefalea en racimos crónica.

La duración de la profilaxis se debe mantener hasta que el paciente se encuentre 14-30 días sin crisis.

PRECAUCIONES

En caso de contraindicación de sumatriptán por eventos cardio o cerebrovasculares, HTA no controlada, tratamiento con litio, ergotamina o no disponer de sumatriptán, se podría contemplar el tratamiento con oxígeno al 100% como primera elección dada su similar eficacia, ya que no tiene efectos secundarios importantes.

Cuando no se tolere la vía subcutánea se puede utilizar la vía intranasal con sumatriptán 20 mg (máx. 40 mg/d), aunque posee menor tasa de respuesta y su actuación es más lenta. Existen estudios que avalan también el uso de zolmitriptán 5-10 mg intranasal (máx. 10-20 mg/d).

DERIVACIÓN

De un 3-5% de los casos pueden ser secundarios a un proceso intracraneal.

CEFALEA HEMICRÁNEA CRÓNICA PAROXÍSTICA

INTRODUCCIÓN

Cuadro similar a la cefalea en racimos, pero aparece en mujeres jóvenes y las crisis son más breves. Responde a tratamiento con indometacina; la ausencia de respuesta obliga a replantear el diagnóstico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CEFALEA HEMICRÁNEA CRÓNICA PAROXÍSTICA	**Indometacina** 25-50 mg/8h vo, 2-3 meses	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Dada la breve duración de esta cefalea, el tratamiento debe iniciarse lo antes posible. Se debe tratar a todos los pacientes que cumplan criterios diagnósticos de la ICHD.

Criterios diagnósticos:

A. Al menos 20 ataques que cumplan criterios B-D.

B. Ataques severos de dolor orbital, supra orbital o temporal, unilateral, duración 2-30 min.

C. La cefalea se acompaña, al menos, de uno de los síntomas siguientes:
   a. Inyección conjuntival ipsolateral y/o lagrimeo.
   b. Congestión nasal ipsolateral y/o lagrimeo.
   c. Edema palpebral ipsolateral.

d. Sudoración facial ipsolateral.
e. Miosis y/o ptosis ipsolateral.

D. Los ataques ocurren con una frecuencia mayor de 5 al día, durante más de la mitad de los días. Sin embargo pueden existir periodos con frecuencia menor.

E. Respuesta al tratamiento con indometacina.

F. No atribuida a otra causa.

Formas clínicas:

- Forma episódica: Al menos dos períodos que duran de 1 semana a 1 año, con períodos de remisión de, al menos, 1 mes.
- Forma crónica: Ausencia de períodos de remisión durante 1 año o más, o períodos de remisión que duran menos de 1 mes.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la duración y frecuencia de los ataques.

OTROS

Verapamilo podría ser un tratamiento alternativo en la profilaxis, cuando exista contraindicación de uso para la indometacina, aunque no hay estudios que avalen esta recomendación dada la baja prevalencia de esta cefalea.

CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

Enfermedades del sistema nervioso

INTRODUCCIÓN

La cefalea por abuso de medicación (CAM) se considera secundaria pero generalmente se desarrolla en personas con cefalea primaria predispuestas y está muy relacionada con la automedicación. No se produce cuando esos mismos analgésicos se toman para otras patologías diferentes de la cefalea. La cefalea se desarrolla o empeora durante la sobreutilización de los analgésicos y se resuelve o revierte a su patrón anterior en 2 meses después de dejar de utilizarlos.

Los criterios de abuso de analgésicos son:

- AAS o paracetamol o AINE durante 15 días o más al mes y en un periodo de más de 3 meses.
- Triptanes u opioides o ergotamínicos o combinaciones de los anteriores durante 10 días o más al mes y en un periodo de más de 3 meses.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN	Retirada brusca del fármaco que la ha producido, excepto en abuso de opioides, tranquilizantes y barbitúricos que se hará lentamente + **Naproxeno** 500-550 mg/12h vo, 15 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Cefalea por consumo de AINE o en pacientes que no toleran AINE	**Amitriptilina** 10-75 mg/24 h vo por la noche, 3-6 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Es fundamental una adecuada educación del paciente, cuya colaboración es imprescindible para el tratamiento: el paciente debe entender que la medicación que toma para aliviar su dolor de cabeza es la causa actual de su cefalea.

Pueden ser necesarias también otro tipo de medidas no farmacológicas, como el manejo del estrés y la ansiedad, aprendizaje de técnicas de relajación, etc.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Criterios diagnósticos, *según la ICHD*:

- Cefalea presente al menos 15 días al mes.
- Abuso regular, durante al menos 3 meses, de uno o más fármacos para tratamiento agudo y sintomático de la cefalea:
  - Ergotamina, triptanes, opioides o combinación de analgésicos 10 ó más días al mes.
  - Analgésicos simples, o cualquier combinación de ergotamina, triptanos y analgésicos opioides 15 ó más días al mes, sin abuso de cualquiera de las variedades individuales.

- La cefalea se ha desarrollado o ha empeorado marcadamente durante el abuso del fármaco.

Circunstancias modificantes:

- En caso de abuso de opioides, tranquilizantes y barbitúricos, la retirada del fármaco se hará de modo paulatino, a lo largo de un mes. Si se sospecha que el síndrome de abstinencia por la retirada puede ser complicado-severo, valorar la derivación a AE.
- Se puede valorar el uso de prednisona 60-100 mg/d en pauta reductora durante 7 días en las siguientes circunstancias:
  - Situaciones médicas que pueden contraindicar el uso de AINE: enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo para enfermedad gastrointestinal, asma, fallo renal, anticoagulación, alergias.
  - Cuando la causa de la CAM sea un AINE, estos no se pueden utilizar en la fase de transición.
  - En caso de cefalea de rebote muy intensa, abuso de opioides, barbitúricos o tranquilizantes.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo terapéutico del tratamiento de la CAM es disminuir al menos un 50% en 2 meses la cefalea, en cuanto a duración, frecuencia y/o intensidad de las crisis.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La eficacia de la intervención se realizará valorando la frecuencia e intensidad de las crisis, así como el consumo de analgésicos para la cefalea, no pasando de más de 15 días al mes en caso de analgésicos simples y AINE, o de más de 10 días en caso de utilización del ergotamínicos, triptanes, opioides y combinaciones de analgésicos.

SEGUIMIENTO

El seguimiento es muy importante ya que el riesgo de recaída es frecuente.

Es imprescindible la colaboración del paciente para afrontar el problema y, en este sentido, es imprescindible insistir en la educación del paciente sobre el consumo de analgésicos.

DERIVACIÓN

En aquellos casos de abuso de opiodes, BZD o barbitúricos, en los que se prevea un síndrome de retirada muy severo, se valorará la derivación a AE.

En aquellos casos que no haya respuesta al tratamiento.

CEFALEA TENSIONAL

INTRODUCCIÓN

Suele aparecer en pacientes mayores de 30 años, cursa de forma opresiva y el paciente lo define como si tuviera "un casco", de localización diversa, generalmente holocraneal u occipital, de intensidad leve o moderada, que no impide las actividades cotidianas ni el descanso nocturno. En ocasiones está presente al levantarse de la cama.

Suele durar entre 30 min y 7 días, puede ir acompañada de fotofobia y fonofobia pero no de náuseas. Está relacionada con factores psicológicos (ansiedad fundamentalmente).

En la mayor parte de las ocasiones la cefalea tensional aguda no plantea problemas ya que el paciente se automedica y sólo acude a la consulta cuando el problema no responde a los analgésicos habituales o cuando la cefalea se ha cronificado. El verdadero problema es la cefalea tensional crónica; en este caso lo fundamental es hacer profilaxis y explicar al paciente que el abuso de medicación puede cronificar y agravar el problema, de manera que si el cuadro dura más de 15 días al mes, está indicado el tratamiento profiláctico, que deberá mantenerse entre 4-6 meses después de la mejoría clínica para retirarlo después paulatinamente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CEFALEA TENSIONAL	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8 h vo **o** **Acetilsalicílico ácido** 500 mg/6h vo **o** **Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8 h vo (máx. 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Cefalea tensional crónica	**Amitriptilina** 10-75 mg/24h vo por la noche, puede aumentarse hasta 150 mg/24h, 4-6 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Identificar e intentar modificar los factores desencadenantes (ansiedad, angustia, estrés). Es controvertida la eficacia de las técnicas de relajación.

Es importante la educación del paciente en el sentido de prevenir la cefalea por abuso de medicación. El consumo de analgesia más de 15 días al mes, es indicación de iniciar tratamiento profiláctico.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Los AINE se recomiendan como fármacos de primera línea para los episodios de cefalea porque son más efectivos que el paracetamol. El paracetamol se recomienda para personas intolerantes a AINE. No hay diferencias en la eficacia entre los diferentes AINE (ibuprofeno, diclofenaco y naproxeno). El ibuprofeno es el que parece tener menos efectos secundarios. El AAS posee una eficacia similar a los AINE pero mayor riesgo de sangrado; se mantiene en la Guía dado el uso generalizado, sobre todo en pacientes jóvenes.

Es importante evitar el uso de opioides por el riesgo de desarrollar cefalea por abuso de medicación (el riesgo es mayor con opioides que con AINE o paracetamol).

Cefalea tensional crónica:

La cefalea tensional crónica se define según los criterios ICHD de la siguiente manera:

- Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 min y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:
  - Calidad opresiva (no pulsátil)
  - Intensidad leve o moderada
  - Localización bilateral
  - No agravado por esfuerzos físicos
  - Sin náuseas ni vómitos
  - Fotofobia o fotofobia (no más de uno)

- Número de episodios ≥ 15 d/mes durante más de 3 meses.

El tratamiento de elección es la amitriptilina. Los AINE y otros analgésicos no han mostrado evidencias para su uso en esta cefalea, aunque pueden ser útiles para los episodios de cefalea. Otros antidepresivos como los ISRS no han demostrado ser superiores a placebo y en cualquier caso de eficacia inferior a amitriptilina. Tampoco existe ninguna evidencia que apoye el uso de BZD y/o relajantes musculares en la cefalea tensional crónica.

La duración del tratamiento profiláctico será de 4-6 meses.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Cefalea tensional crónica: el objetivo es disminuir la intensidad, frecuencia y duración de la cefalea, al menos en un 50%, así como disminuir el uso de medicación analgésica simple.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Ante una cefalea tensional que dure más de 15 días, además del tratamiento analgésico se debe realizar tratamiento profiláctico. En el caso de fracaso del tratamiento profiláctico, asegurarse del cumplimiento terapéutico y de que se han alcanzado las dosis máximas. No existen alternativas farmacológicas a amitriptilina. Valorar otras terapias: terapias cognitivas, fisioterapia.

SEGUIMIENTO

El consumo de analgesia más de 15 días al mes es indicación de iniciar tratamiento profiláctico.

CONVULSIONES

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CONVULSIONES	No precisa tratamiento si la convulsión dura menos de 5 min	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Convulsión que no cede en 5 min	Si no se dispone de medios para realizar una respiración asistida y maniobras de RCP: **Diazepam** 10 mg vr. Repetir dosis si no cede la crisis (máx. 30 mg).	
Si se dispone de vía periférica y medios para realizar RCP	**Diazepam** 10 mg iv disueltos en 20 ml de suero salino lento (2 mg/min).	Si persiste crisis tras diazepam: **Clonazepam** 0,02-0,03 mg/kg iv (máx. 2 mg) (1 mg en 10 ml de suero fisiológico a pasar en 1-2 min)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sospecha de etilismo y/o hipoglucemia	**Tiamina (Vit B1)** 100 mg im + **Suero glucosado** 50% 50 ml en bolo iv	
Sospecha de intoxicación por opiáceos o existencia de marcas de venopunción	**Naloxona** 0,4-2 mg iv. Se puede usar sc (doblando dosis) y endotraqueal. Repetir cada 2-3 min, si no responde, hasta un máx. de 10 mg.	
Eclampsia	Para el control de las convulsiones y prevención de recurrencias se usa **Magnesio sulfato** 4-6 g diluidos en 100 ml de SF a pasar iv en 15-20 min y continuar con una infusión iv continua de 2 g/h.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar que el paciente se lastime, retirando los objetos de su alrededor que puedan dañarle, y que se muerda la lengua.
- Hay que prevenir las aspiraciones (no forzar la introducción de objetos en la boca con esta finalidad por el peligro de romper piezas dentarias): retirar, si existe y es posible, prótesis dentaria y colocar tubo de Guedel sin forzar su introducción.
- Cuando ceda la crisis, colocar al paciente en posición de seguridad (decúbito lateral izquierdo).

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Descartar hipoglucemia (glucemia capilar) y bradicardia. Vigilar la aparición de paro respiratorio tras la administración de diazepam. La administración iv de diazepam produce depresión respiratoria en un 3-10% de los casos.

Administrar oxígeno al 50% con mascarilla o gafas nasales, si se dispone, para disminuir riesgo de hipoxia.

DERIVACIÓN

Remisión a hospital en ambulancia medicalizada, tras crisis convulsiva, salvo en casos de epilepsia conocida, con crisis típica única, resuelta en menos de 10 min, factor desencadenante conocido y sin circunstancias asociadas (traumatismo, embarazo, insuficiencia respiratoria...).

DISCINESIA AGUDA

INTRODUCCIÓN

La discinesia aguda es un movimiento involuntario generalmente de tipo distónico o en forma de acatisia que aparece en las primeras horas de iniciar un tratamiento farmacológico, más frecuentemente con neurolépticos y antieméticos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISCINESIA AGUDA	**Diazepam** 5 mg im o iv muy lento y seguir con 5-10 mg/8-12h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Acatisia inducida por neurolépticos	**Diazepam** 5-10 mg/8-12h vo Valorar asociar **Propranolol** 10-20 mg/8h vo (máx. 120-240 mg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Suspender el fármaco causal, si es posible.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Difenhidramina podría ser otra opción de tratamiento de las discinesias agudas (50 mg im o iv y luego 25 mg vo) aunque en la actualidad no está comercializada en España la presentación parenteral.

DISCINESIA TARDÍA

INTRODUCCIÓN

La discinesia tardía se considera un movimiento involuntario rápido repetido, habitualmente de tipo coreico y generalmente localizado en el área bucofacial, producido por la administración prolongada de un fármaco (neurolépticos, calcioantagonistas, anticolinérgicos, antihipertensivos centrales, antihistamínicos, agonistas dopaminérgicos...).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISCINESIA TARDÍA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No se puede suspender tratamiento neuroléptico	**Risperidona** 0,5 mg/24h vo (máx. 3 mg/d)	
Discinesia con predominio de distonía	**Biperideno** 1 mg/12h vo (máx. 12 mg/d)	
Discinesia incapacitante	**Clonazepam** 0,5-2 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Suspender progresivamente el fármaco implicado.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Valorar la necesidad del fármaco implicado en la discinesia.

Valorar la interferencia de la discinesia en la propia enfermedad y en la vida diaria del paciente para decidir tratar o no tratar.

El uso de la Vit E (1.200-1.600 UI/24h) podría considerarse como una medida preventiva para la discinesia tardía.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

DISTONÍA

Enfermedades del sistema nervioso

INTRODUCCIÓN

La distonía se define como contracciones musculares involuntarias, lentas, generalmente con aspecto de torsión, como consecuencia de una alteración del tono muscular que produce la contracción de la musculatura agonista y antagonista. Tienden a repetir su morfología y suelen producir dolor. Según su localización pueden ser focales, segmentarias o generalizadas y, según su origen, primarias y secundarias.

La distonía aguda medicamentosa está causada por levodopa, agonistas dopaminérgicos, antipsicóticos, ISRS y, menos frecuentemente, por otros fármacos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISTONÍA	**Biperideno** 1 mg/8-12h vo (máx. 12 mg/d)	**Trihexifenidilo** 1 mg/8h vo (máx. 15 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Distonía aguda medicamentosa	**Biperideno** 2,5-5 mg im o iv lenta, repetir cada 30 min hasta un máx. de 20 mg y continuar 2-4 mg/6-8h vo al menos 48 h	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En la distonía aguda a medicamentos: tranquilizar al paciente y retirar el fármaco implicado.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los anticolinérgicos recomendados (biperideno y trihexifenidilo) deben iniciarse a dosis bajas y aumentar de forma gradual según respuesta y tolerancia.

OTROS

También se ha probado en las distonía el tratamiento con levodopa, baclofeno, carbamazepina y benzodiazepinas con escasos resultados.

En las distonías focales o segmentarias puede ensayarse el uso de toxina botulínica. La administración es en forma de inyecciones locales cada 3-4 meses y se realiza en el medio hospitalario.

EPILEPSIA. CRISIS GENERALIZADAS.

EPILEPSIA. CRISIS GENERALIZADAS.

Enfermedades del sistema nervioso

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPILEPSIA. CRISIS GENERALIZADAS.	**Valproico ácido** Iniciar con 200 mg/8-12h vo y seguir con 600-2.000 mg/d vo en 1 toma (forma crono) o en 3 tomas (máx. 2.500 mg/d) Dosis pediátrica: 30 mg/kg/24h vo (máx. 60 mg/kg/d), iniciar con 15 mg/kg/24h. De 2ª elección.	**Fenitoína** Inicialmente 100 mg/12h vo y de mantenimiento 200-400 mg/24h vo según niveles terapéuticos Dosis pediátrica: 4-7 mg/kg/24h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En todos los pacientes se debe aconsejar el mantenimiento de medidas higiénico-dietéticas: abstención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, higiene del sueño y evitar aquellas situaciones en las que sufrir una crisis suponga un riesgo grave para el paciente.

No existe evidencia científica de la efectividad del tratamiento psicológico ni de la acupuntura.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Primera crisis: en general, no tratar salvo que presenten crisis focales, lesión cerebral, EEG anormal, retraso mental, AF de epilepsia, existencia de una causa de la crisis y todos aquellos casos en los que los factores sociales, laborales o psicológicos aconsejen evitar una segunda crisis.

Anticoncepción: las mujeres que utilicen anticomiciales inductores enzimáticos (carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, fenitoina, fenobarbital, primidona) y anticonceptivos orales es recomendable que la dosis de estrógeno sea como mínimo de 50 µg, no se recomienda la utilización de anticonceptivos orales con progesterona únicamente, ni el implante subcutáneo con progesterona. En anticoncepción de emergencia debería utilizarse 1,5 mg de levonorgestrel en una dosis y a las 12 horas 0,75 mg.

Embarazo y lactancia: se deben tomar 5 mg de ác. fólico desde 1 mes antes del embarazo y durante el primer mes de éste. En el último mes de gestación, añadir Vit K, 10 mg/kg/24h. En los recién nacidos de mujeres que utilicen anticomiciales inductores enzimáticos se debe administrar 1mg de Vit K parenteral.

Existe un riesgo aumentado de defectos congénitos con el uso de anticomiciales en el embarazo, pero la epilepsia no tratada durante la gestación puede dañar al feto; si existe un buen control de la epilepsia no hay motivo para cambiar el antiepiléptico, se recomienda la monoterapia con la mínima dosis eficaz. Los anticomiciales se pueden continuar durante la lactancia.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Inicialmente, el tratamiento debe ser en monoterapia con dosis bajas del fármaco y aumento progresivo a fin de evitar los efectos secundarios. Si las dosis máximas no son eficaces, introducir un segundo fármaco de forma gradual hasta control clínico e intentar la retirada progresiva del primero.

SEGUIMIENTO

Se deben determinar niveles en caso de sospecha de toxicidad, no adherencia al tratamiento, interacciones farmacológicas, insuficiencia renal o hepática y embarazo.

Se puede plantear la retirada del fármaco si el paciente ha estado libre de convulsiones durante 2 años como mínimo; ésta ha de ser progresiva durante un periodo de varios meses. En los pacientes tratados con varios antiepilépticos sólo se debe retirar un fármaco cada vez; si tras la retirada recidivan puede estar justificado el tratamiento indefinido.

SEGURIDAD

Los antiepilépticos pueden producir alteraciones sobre la capacidad de conducción.

Los anticomiciales inductores enzimáticos disminuyen su efecto en asociación, y el efecto de Anticoagulantes, Anticonceptivos orales, alprazolam, haloperidol, litio, teofilina, furosemida.

Ác. valproico está contraindicado en hepatopatía activa, pancreatitis y porfiria.

La concentración de ác. valproico aumenta con la eritromicina, isoniazida y salicilatos.

La fenitoína está contraindicada en la porfiria. No debe administrarse junto con ziprasidona ya que prolonga el intervalo QT.

Por iv no se debe disolver en suero glucosado ya que precipita. Está vía está contraindicada en los bloqueos A-V, bradicardia sinusal y Síndrome Stokes-Adams.

El alopurinol, diltiazem, nifedipino, amiodarona, ciprofloxacino, macrólidos, cloranfenicol, trimetoprim, isoniazida, fluconazol, miconazol, fluoxetina, imipramina, omeprazol, incrementan la concentración de fenitoína.

EPILEPSIA. CRISIS PARCIALES.

EPILEPSIA. CRISIS PARCIALES.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPILEPSIA. CRISIS PARCIALES.	**Carbamazepina** Inicialmente 100-200 mg/12-24h vo y mantenimiento 800-1.200 mg/24h vo en 2-3 tomas (máx. 1.600 mg/d) Dosis pediátrica: Variable en función de la edad. 10-20 mg/kg/24h vo, en varias tomas	**Lamotrigina** Iniciar con 25 mg/24h vo y mantenimiento con 100-200 mg/24h vo (máx. 500 mg/d) Dosis pediátrica: iniciar con 0,15 mg/kg/24h vo y mantenimiento con 5-15 mg/kg/24h vo en 2 tomas (máx. 400 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En todos los pacientes se debe aconsejar el mantenimiento de medidas higiénico-dietéticas: abstención de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, higiene del sueño y evitar aquellas situaciones en las que sufrir una crisis suponga un riesgo grave para el paciente.

No existe evidencia científica de la efectividad del tratamiento psicológico ni de la acupuntura.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Primera crisis: en general, no tratar salvo que presenten crisis focales, lesión cerebral, EEG anormal, retraso mental, AF de epilepsia, existencia de una causa de la crisis y todos aquellos casos en los que los factores sociales, laborales o psicológicos aconsejen evitar una segunda crisis.

Anticoncepción: en las mujeres que utilicen anticomiciales inductores enzimáticos (carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, fenitoína, fenobarbital, primidona) y anticonceptivos orales es recomendable que la dosis de estrógeno sea como mínimo de 50 µg. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales con progesterona únicamente, ni el implante subcutáneo con progesterona. En anticoncepción de emergencia debería utilizarse 1,5 mg de levonorgestrel en una dosis y a las 12 horas 0,75 mg.

Embarazo y lactancia: se deben tomar 5 mg de ác. fólico desde 1 mes antes del embarazo y durante el primer mes de éste. En el último mes de gestación, añadir Vit K 10 mg/kg/24h. En los recién nacidos de mujeres que utilicen anticomiciales inductores enzimáticos se debe administrar 1 mg de Vit K parenteral.

Existe un riesgo aumentado de defectos congénitos con el uso de anticomiciales en el embarazo, pero la epilepsia no tratada durante la gestación puede dañar al feto; si existe un buen control de la epilepsia no hay motivo para cambiar el antiepiléptico; se recomienda la monoterapia con la mínima dosis eficaz. Los anticomiciales se pueden continuar durante la lactancia.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Inicialmente, el tratamiento debe ser en monoterapia con dosis bajas del fármaco y aumento progresivo a fin de evitar los efectos secundarios. Si las dosis máximas no son eficaces, introducir un segundo fármaco de forma gradual hasta control clínico e intentar la retirada progresiva del primero.

SEGUIMIENTO

Se deben determinar niveles en caso de sospecha de toxicidad, no adherencia al tratamiento, interacciones farmacológicas, insuficiencia renal o hepática y embarazo.

Se puede plantear la retirada del fármaco si el paciente ha estado libre de convulsiones durante 2 años como mínimo; ésta ha de ser progresiva durante un periodo de varios meses. En los pacientes tratados con varios antiepilépticos sólo se debe retirar un fármaco cada vez; si tras la retirada recidivan, puede estar justificado el tratamiento indefinido.

SEGURIDAD

Los antiepilépticos pueden producir alteraciones sobre la capacidad de conducción.

Los anticomiciales inductores enzimáticos disminuyen su efecto en asociación y el efecto de Anticoagulantes, Anticonceptivos orales, alprazolam, haloperidol, litio, teofilina, furosemida.

La carbamazepina está contraindicada en los bloqueos AV, depresión médula ósea, porfiria y tratamiento con IMAO. Los macrólidos, danazol, diltiazem, verapamil, isoniazida y fluoxetina incrementan su concentración.

La semivida plasmática de lamotrigina disminuye con fenitoina, carbamazepina, fenobarbital y primidona, y se incrementa con ác. valproico. Lamotrigina no altera la eficacia de los anticonceptivos orales, aunque estos pueden hacer necesario incrementar la dosis del fármaco (excepto en la semana de descanso del anticonceptivo). No precisa ajuste en Insuficiencia renal excepto severa.

MIGRAÑA

INTRODUCCIÓN

La migraña, como la mayor parte de las cefaleas, tiene un mayor predominio en mujeres, afectando entre un 10-15% de la población. Se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea hemicránea, con frecuencia pulsátil, de intensidad moderada o grave. Se acompaña al menos de uno de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. Es excepcional que debute después de los 40 años. El dolor aumenta con la actividad física. Suele aliviarse con el sueño y en niños suele ser bilateral. En ocasiones las crisis se relacionan con diversos factores desencadenantes: estrés (más frecuente), menstruación, anticonceptivos, alteraciones del sueño, etc. Pueden existir síntomas premonitorios inespecíficos que pueden reaparecer una vez resuelta la cefalea (resaca de la migraña). Una de cada 4 migrañas se acompañan de "aura" que es un síntoma reversible de focalidad neurológica que suele durar de 5 a 20 min, pero siempre menos de 1 hora.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MIGRAÑA. CEFALEA MIGRAÑOSA	**Ibuprofeno** 400-800 mg/8h vo **o** **Acetilsalicílico ácido** 500-1.000 mg/6h vo **o** **Naproxeno** 550-1.000 mg/12h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Náuseas y/o vómitos	Asociar **Metoclopramida** 10 mg/8h vo o im	
Crisis migrañosa moderada- intensa o intolerancia a los AINE	**Sumatriptán** 50 mg vo. Si recurrencia en 24 h, repetir dosis pasadas al menos 2 h. **o** **Rizatriptán** 10 mg vo. Si recurrencia en 24 h, repetir dosis pasadas al menos 2 h	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Es fundamental que el paciente conozca su problema, que identifique y modifique los factores desencadenantes, como estrés, determinados alimentos, menstruación, alcohol, tabaco y café.

También es importante que adopte un estilo de vida saludable con ejercicio físico, dieta equilibrada y sueño regular. Valorar la experiencia previa del paciente. Muchos pacientes mejoran al retirarse a un lugar sin luz ni ruido.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Iniciar tratamiento precozmente. Individualizar tratamiento, teniendo en cuenta la experiencia previa de eficacia. Utilizar siempre dosis óptimas. Si no se ha utilizado la dosis máxima al inicio y el dolor no cede pasados 30-60 min, repetir dosis del mismo fármaco antes de pasar a otro analgésico. La vía intramuscular puede ser útil en asistencia domiciliaria.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El control de la crisis.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

No responder a un triptán no indica que no pueda responder a otro. Si no hay mejoría inicial, es probable que no responda a una segunda dosis. A los pacientes con crisis muy intensas y que no toleren la vía oral, se les puede recomendar sumatriptán 20 mg inh o 6 mg sc.

SEGUIMIENTO

Profilaxis: **Véase «Migraña. Profilaxis.»**

SEGURIDAD

Los triptanes están contraindicados en cardiopatía isquémica, en HTA no controlada, enfermedad vascular cerebral y periférica. No se deben simultanear en 24 h con los derivados ergotamínicos. Si el paciente toma propranolol, utilizar otro triptán distinto al rizatriptán. Los derivados ergotamínicos no son aconsejables en el tratamiento de inicio por sus efectos secundarios, aunque distintas fuentes indican que pueden seguir usándose en aquellos pacientes que los han usado durante años con éxito, siempre que se respeten los límites de dosificación (máx. 4 mg/d ó 6 mg/sem, separando los ciclos 4 días).

PRECAUCIONES

No utilizar formulaciones retard o de absorción lenta, pues retrasan el comienzo de la acción. No es recomendable el uso de opioides. Evitar asociaciones comerciales.

DERIVACIÓN

- Aparición de migraña por encima de los 40 años.
- Migraña conocida que cambia sus características habituales.
- Estado migrañoso.
- Alteración de la conciencia.

OTROS

El paracetamol a dosis de 1.000 mg podría ser de elección en situaciones como embarazo e intolerancia a otros tratamientos.

El uso de antieméticos, además de aliviar las náuseas y vómitos, puede aumentar la absorción de los analgésicos.

MIGRAÑA. PROFILAXIS.

MIGRAÑA. PROFILAXIS.

INTRODUCCIÓN

Está indicada cuando el tratamiento sintomático es ineficaz o no se tolera y cuando las crisis se producen más de dos veces por semana o interfieren de forma importante con la vida diaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MIGRAÑA. PROFILAXIS.	**Propranolol** 80-160 mg/d vo en 3 tomas	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Cefalea mixta	**Amitriptilina** 10-75 mg/24h vo	
Migraña menstrual	**Naproxeno** 500 mg/12h vo, desde 3-7 días previos a la menstruación	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se indicará al paciente que modifique los factores desencadenantes: estrés, alcohol, horas de sueño adecuadas, determinados alimentos y café. Deberá llevar una alimentación equilibrada y una adecuada actividad física. Le explicaremos que el objetivo terapéutico de la profilaxis es la reducción en la intensidad y el número de crisis.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se tratará a aquellos pacientes con más de 2 crisis a la semana o crisis intensas, incapacitantes o prolongadas, o que no respondan al tratamiento de las crisis, o por contraindicación, o efectos adversos al tratamiento agudo.

Comenzar con dosis bajas e ir aumentando según tolerancia. Se necesitan de 4 a 8 semanas antes de que puedan alcanzarse los beneficios. Las recomendaciones del tiempo de mantenimiento de la profilaxis varían entre 3 y 12 meses. No se encuentran evidencias de qué duración es la más idónea y si estos beneficios perduran más tiempo una vez interrumpido el tratamiento.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se considera eficaz si reduce la frecuencia de las crisis al 50%.

PRECAUCIONES

La retirada del BB debe de hacerse progresivamente. Otros BB como atenolol, bisoprolol, metoprolol, nadolol y timolol también han demostrado su eficacia en la prevención, aunque sólo el propranolol, metoprolol y nadolol tienen recogido en ficha técnica su indicación de profilaxis de la migraña.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Enfermedades del sistema nervioso

INTRODUCCIÓN

La neuralgia del trigémino es un síndrome caracterizado por dolor facial lancinante o punzante, severo, generalmente unilateral y recurrente (episodios de breve duración e inicio brusco) localizado en el territorio de una o más ramas del nervio trigémino. Aunque el dolor puede presentarse de forma espontánea es habitual la presencia de zonas gatillo ante estímulos táctiles o térmicos (zona cutánea, gingival, labial) o al masticar, hablar, comer, sonreír o bostezar. Suele respetar el sueño.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	**Carbamazepina** Comenzar con 200 mg/d (100 mg en ancianos) e ir aumentando 100 mg cada 2-3 días hasta 600-800 mg/d en 3 tomas (máx. 1.200 mg), administrado 1 h antes de las comidas	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Todas las neuralgias del trigémino.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control del dolor.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Carbamazepina tiene frecuentes efectos secundarios que suelen desaparecer en 8-10 días, mejorando si se comienza con dosis bajas y se va aumentando semanalmente hasta alcanzar la dosis eficaz. Se debe realizar analítica previa y controles posteriores del hemograma y la función hepática. Valorar la eficacia en 6-8 semanas.

SEGUIMIENTO

Si la crisis remite totalmente mantener la dosis 8 semanas y posteriormente intentar una disminución progresiva hasta suprimirla. Repetir tratamiento si reaparece el cuadro.

SEGURIDAD

Cuando aparezcan efectos secundarios con carbamazepina las alternativas farmacológicas tienen evidencia insuficiente para su recomendación. Sólo la fenitoína (con experiencia de uso desde hace años) tiene aprobada la indicación. Otros fármacos como baclofeno, amitriptilina, gabapentina u oxcarbamazepina pueden utilizarse (sin indicación aprobada). Estos dos últimos podrían utilizarse en caso de intolerancia a la carbamazepina, siempre que ésta sea eficaz.

PRECAUCIONES

Realizar control analítico previo al uso de la carbamazepina (hemograma, función hepática y renal) y electrocardiograma, mensual los 3 primeros meses y posteriormente cada 6-12 meses. No iniciar tratamiento con carbamazapina en pacientes con anemia, plaquetopenia y/o leucopenia.

DERIVACIÓN

Derivar a AE cuando el primer episodio de neuralgia del trigémino se presente en adulto joven, cuando exista fracaso terapéutico (6-8 semanas a dosis máxima) y si aparece déficit sensitivo intercrisis en el territorio facial afectado para descartar causas secundarias.

Entre un 25-50% de los pacientes con neuralgia del trigémino primaria precisan tratamiento quirúrgico, por lo que se debe valorar esta posibilidad ante pacientes que no respondan al tratamiento médico a las dosis y en el tiempo adecuado.

OTROS

Si falla el tratamiento farmacológico puede plantearse el tratamiento quirúrgico, aunque existe el riesgo de secuelas permanentes y de recidivas.

NEUROMA DE MORTON

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NEUROMA DE MORTON	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con tratamiento analgésico oral	Valorar infiltración **Véase «Patología Osteoarticular: Generalidades»**	
No mejoría con la infiltración	Valorar Cirugía	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Plantillas de soporte del arco longitudinal, calzado adecuado.

PARÁLISIS FACIAL

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial puede ser de origen central o periférico. La forma más frecuente es la periférica y dentro de las periféricas la llamada idiopática o de Bell (el 75% de las formas periféricas). El diagnóstico de la parálisis facial idiopática es clínico, mediante la búsqueda entre otros del "signo de Bell", que permite orientar el diagnóstico hacia una parálisis periférica.

La parálisis facial periférica idiopática (o de Bell) es una entidad clínica de etiología no bien conocida, aunque la etiología viral gana adeptos al haberse aislado genoma del virus del herpes simple tipo 1 en el líquido endoneural del nervio facial de los pacientes que padecen esta enfermedad.

El 85% de las parálisis faciales periféricas evolucionan espontáneamente a la curación sin secuelas. El problema radica en poder identificar el 15% restante y saber si se beneficiarían de algún tratamiento. Se han apuntado como posibles indicadores de mal pronóstico la parálisis facial total, dolor fuera del oído, HTA, DM y el embarazo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA O DE BELL	**Prednisona** 25-30 mg/12h vo, 10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síndrome de Ramsay - Hunt	**Prednisona** 1 mg/kg/d vo, 7 días + **Aciclovir** 800 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) vo, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Protección ocular: lágrimas artificiales por el día, pomadas lubricantes por la noche, gafas solares, cierre palpebral por la noche con gasas. Masaje facial 3 veces al día durante 10 min para evitar la atrofia muscular. En las parálisis faciales con más de 3 meses con mala evolución está indicado el reentrenamiento neuromuscular (fisioterapia).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento de la parálisis facial idiopática o de Bell puede iniciarse en el ámbito de AP. El 70% de los pacientes presentan una recuperación espontánea.

El tratamiento debe iniciarse en las primeras 48-72 horas, pues en los casos en los que se ha podido demostrar alguna mejoría con el tratamiento siempre ha sido administrado precozmente.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El 80% de las parálisis de Bell se recuperan perfectamente en 3 semanas. Si no ocurre así, lo más probable es que se recuperen en 4-6 semanas.

Los que no recuperaron en 6 meses permanecerán con secuelas.

SEGUIMIENTO

La primera visita se realizará a la semana de iniciar el tratamiento y después a las 3 y 6 semanas. En todas las visitas se valorará el grado de recuperación clínica. Si entre una visita y otra hay empeoramiento de los síntomas o no hay recuperación total en la tercera visita, derivar a especializada.

DERIVACIÓN

Ante parálisis central, parálisis facial periférica con sospechas de origen tumoral, parálisis facial recidivante, parálisis de comienzo gradual, parálisis facial de Bell con mala respuesta al tratamiento o que a las 6 semanas no haya recuperación completa.

Embarazo, lactancia, diabetes mal controlada (HbA1c >8%), úlcera péptica, otitis media supurada, herpes zóster, esclerosis múltiple, infección sistémica y sarcoidosis.

PARKINSON: ENFERMEDAD.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PARKINSON: ENFERMEDAD.	**Levodopa/ Carbidopa** 100/25 mg tres veces al día vo. Aumentar gradualmente hasta control de los síntomas (máx. 2.000/200 mg/d).	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Falta de respuesta a dosis altas de levodopa/carbidopa	**Ropinirol** Iniciar con 0,25 mg/8h vo, aumento progresivo hasta dosis medias de 3-9 mg/d (máx. 24 mg/d) **o** **Pramipexol** Iniciar con 0,088 mg/8h vo, aumento progresivo hasta dosis medias de 1,05-3,3 mg/d	
Tratamiento inicial en menores de 65 años	**Ropinirol** Iniciar con 0,25 mg/8h vo, aumento progresivo hasta dosis medias de 3-9 mg/d (máx. 24 mg/d) **o** **Pramipexol** Iniciar con 0,088 mg/8h vo, aumento progresivo hasta dosis medias de 1,05-3,3 mg/d	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Ante la sospecha clínica, derivar sin tratamiento a AE.
- Recomendación expresa de actividad física regular (el sedentarismo agrava su discapacidad motora). Permanecer mentalmente activos.
- Valorar la indicación de fisioterapia (marcha, equilibrio, flexibilidad), de terapia ocupacional y del habla.
- Apoyo al paciente y a su familia, información individualizada todo el curso de la enfermedad. Grupos de apoyo (Asociación Parkinson España).
- Ajustes en el hogar: sillas, inodoro, utensilios de cocina, usar bastones.

- Alimentación rica en fibra, líquidos, comidas frecuentes y poco copiosas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Retrasar el inicio del tratamiento farmacológico hasta que los síntomas interfieran en su calidad de vida, a fin de retrasar los efectos indeseables y la pérdida de eficacia.

El tratamiento actual es sintomático (dopaminérgicos). El más eficaz es la levodopa, pero pierde eficacia con el tiempo y aparecen fluctuaciones motoras entre dosis y discinesias (más del 50% de los casos a los 5 años). Esto obliga a añadir un agonista dopaminérgico y, por otro lado, explica que en pacientes <65 años y en buen estado cognitivo, se prefiera empezar con un agonista dopaminérgico (no ergótico), pese al ligero peor control motor y a tener más efectos adversos no motores. En 2-5 años, la mayoría necesita añadir levodopa.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mantener la función y la calidad de vida.

Evitar las complicaciones inducidas por los medicamentos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Bradicinesia, temblor, rigidez y postura anormal (encorvados, cabeza y cuello flexionados): buena respuesta al tratamiento en la etapa inicial.

Síntomas cognitivos, hipofonía, disfunción autonómica y dificultades del equilibrio: mala respuesta.

Algunos empeoramientos no esperables pueden esconder una depresión añadida.

SEGUIMIENTO

Levodopa, siempre a la dosis mínima eficaz. Las fluctuaciones (*on/off*) y el acortamiento de efecto (*wearing off*) pueden mejorar administrando la levodopa a intervalos más frecuentes o utilizando las formas retard. Esperar 3-6 meses para valorar la respuesta. Administrar 30 min antes de las comidas. Al añadir un agonista dopaminérgico, reducir dosis de levodopa.

Los agonistas dopaminérgicos no ergóticos deben iniciarse a dosis bajas y aumentar progresivamente.

SEGURIDAD

Advertir al paciente de la somnolencia diurna y los ataques súbitos de sueño en los tratamientos con levodopa y sobre todo con agonistas dopaminérgicos. Si aparecen vómitos, prescribir domperidona (10-20 mg/8h) antes de las comidas.

Los agonistas dopaminérgicos no ergóticos (ropinirol, pramipexol...) carecen de los efectos adversos de tipo fibrótico y de valvulopatías de los ergóticos (bromocriptina, pergolida, lisurida).

OTROS

Otros tratamientos adyuvantes para mejorar la calidad de vida:

- Selegilina, entacapona. Ambas actúan aumentando la biodisponibilidad de la dopamina. Sus posibles ventajas clínicas y su relación coste-beneficio no están suficientemente documentados.
- Los anticolinérgicos son especialmente útiles para el control del temblor y las discinesias (biperideno no a mayores de 70 años).
- Amantadina reduce las discinesias inducidas por levodopa hasta en un 70% de los casos.

Trastornos autonómicos (estreñimiento, hipotensión ortostática, disfunción urinaria): deben prevenirse y tratarse.

Depresión (40-60% de los pacientes), difícil de diagnosticar por el solapamiento de síntomas. Responde a los antidepresivos tricíclicos (depresión con insomnio) o a los ISRS (depresión apática). Estos últimos, no se deben utilizar con selegilina.

Deterioro cognitivo con evolución a demencia (hasta 6 veces más frecuente que en población general) contribuye más a la incapacidad global que las alteraciones motoras. Vigilar relación con fármacos, depresión, enfermedades intercurrentes...

Síntomas psicóticos, muy frecuentes. Suelen desencadenarse por fármacos, dependientes de dosis. Si son leves y bien tolerados, pueden no necesitar tratamiento. Los delirios pueden causar claudicación familiar e ingreso en Residencia. Eliminar 1º anticolinérgicos y amantadina. Posteriormente, dopaminérgicos. Si empeoran los síntomas parkinsonianos, añadir un antipsicótico atípico (quetiapina, olanzapina).

La complejidad de esta polifarmacia obliga a una supervisión estrecha para asegurar que toleran bien las pautas y que se hacen los cambios adecuados a medida que la enfermedad progresa. No pueden suspenderse bruscamente los fármacos: riesgo de "Síndrome neuroléptico maligno" (atención a fallos de absorción, por ej. en gastroenteritis). Ser conscientes del "Síndrome de disregulación de dopamina": conductas anormales (hipersexualidad, ludopatía) por abuso de fármacos dopaminérgicos.

PARKINSON: SÍNDROME.

PARKINSON: SÍNDROME.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PARKINSON. SÍNDROME.	**Medidas no farmacológicas**: tratamiento etiológico o retirada del fármaco	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Parkinsonismo no farmacológico	**Levodopa/ Carbidopa** 100/25 mg tres veces al día vo. Aumentar gradualmente hasta control de los síntomas (máx. 2.000/200 mg/d).	
Parkinsonismo farmacológico cuando no se puede retirar la medicación causal	**Biperideno** 1 mg/12h vo (máx. 12 mg/d)	**Trihexifenidilo** 1-2 mg/24h vo aumentando hasta respuesta (máx. 15 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las medidas no farmacológicas expuestas en la enfermedad de parkinson pueden ser necesarias en el parkinsonismo. **Véase «Parkinson: Enfermedad»**

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Inicio del tratamiento farmacológico: cuando exista una alteración motora importante que dificulte la marcha o la deglución. El riesgo de caídas es la indicación más importante para iniciar tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Desaparición y/o control de síntomas.

SEGUIMIENTO

En el caso de tratamiento con anticolinérgicos (biperideno o trihexifenidilo), se debe tener precaución en pacientes de edad avanzada, enfermedad cardiovascular, alteración hepática o renal. Se ha de ajustar el tratamiento y evitar la retirada brusca.

La levodopa/carbidopa está indicada en todas las formas de parkinsonismo diferentes del inducido por fármacos. La dosis se puede incrementar en 100-25 mg/24h gradualmente hasta respuesta de tratamiento. La dosis diaria óptima se debe determinar individualmente con una vigilancia cuidadosa.

Los parkinsonismos inducidos por fármacos son prácticamente siempre reversibles una vez suprimido el agente inductor, aunque pueden tardar semanas o meses en desaparecer los síntomas. En la prevención del parkinsonismo farmacológico se considerará el racionalizar el uso de fármacos inductores, revisando toda la medicación que toma el paciente para desenmascarar el fármaco causante. Vigilancia y atención en pacientes mayores de 50 años. Se aconseja revisiones periódicas, en el caso de tratamiento con fármacos que puedan causar parkinsonismo, para conseguir un diagnóstico y la retirada precoz del mismo. En el caso de tratamiento con neurolépticos, se desaconseja asociar desde el principio un anticolinérgico con fines preventivos, ya que se pueden presentar efectos negativos sobre la conducta y desarrollar discinesias tardías.

TEMBLOR ESENCIAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TEMBLOR ESENCIAL	**Propranolol** 10-20 mg/8-12h vo y aumentar hasta 120-240 mg/d	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Propranolol contraindicado	**Primidona** 30 mg por la noche vo y aumentar cada 3 días hasta 250 mg/d (máx. 750 mg/d) repartidas entre mañana y noche	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Tranquilizar al paciente e informarle de que no padece enfermedad de Parkinson, sino una enfermedad benigna, con posible componente familiar, para la que hay fármacos eficaces.
- Evitar cafeína, tabaco, estrés y cansancio: agravan el temblor.
- Evitar alcohol: la mejoría que nota con su ingesta es pasajera y engañosa, y al final el temblor empeorará.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Descartar enfermedad subyacente (hipertiroidismo) y/o posibles fármacos inductores.
Tratar farmacológicamente sólo si produce discapacidad física o social. Comenzar con dosis muy bajas y aumentarlas muy lentamente, para reducir los efectos adversos y mejorar su tolerancia. No suprimirlos bruscamente.

SEGUIMIENTO

Propranolol: hacer ECG previo y controlar PA y frecuencia cardiaca durante el tratamiento. En ancianos, usar las dosis inferiores de cada rango. Pacientes con poca repercusión funcional pueden tomar 10-40 mg 1 ó 2 horas antes de posibles situaciones de estrés (asistir a un acto...).

Primidona: aún comenzando a dosis muy bajas se asocia a muchos efectos adversos (somnolencia, inestabilidad...), para los que desarrollará tolerancia.

El 60-90% de los pacientes resistentes o intolerantes al tratamiento farmacológico responden a la estimulación cerebral profunda.

PRECAUCIONES

Propranolol: asma, bradicardia, bloqueos AV de 2º y 3er grado.

OTROS

Los comprimidos de primidona son de 250 mg, por lo que el inicio de tratamiento deberá hacerse fraccionando 1/8 de comprimido.

8

Trastornos mentales y del comportamiento

ANTIDEPRESIVOS: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Los antidepresivos disponibles en la actualidad actúan aumentando la concentración de aminas neurotransmisoras (serotonina, noradrenalina) en la sinapsis. En función del mecanismo de acción se pueden diferenciar tres grandes grupos: los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la mono-amina-oxidasa y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Además hay otros fármacos que inhiben la recaptación de noradrenalina o bien la recaptación tanto de serotonina como de noradrenalina.

Frente a los antidepresivos clásicos tricíclicos y heterocíclicos (eficaces y con amplia experiencia en su uso), en la actualidad, los más utilizados son los ISRS, por sus menores reacciones adversas. No hay grandes diferencias en eficacia entre los fármacos ISRS y, por tanto, la elección puede basarse en su diferente perfil: la fluoxetina y la sertralina son más estimulantes y la paroxetina y la fluvoxamina más sedantes; la fluoxetina es el de vida media mas larga (por lo que se debe evitar en personas mayores) y la paroxetina es de vida media corta. La sertralina tiene un mejor perfil en coronariopatías. El citalopram y sertralina parecen tener menos interacciones farmacológicas y la fluoxetina más que el resto.

Si un fármaco ha funcionado anteriormente, se debería volver a utilizar.

Los ISRS inhiben la vía del citocromo P-450, por lo que aumentan las concentraciones plasmáticas del alcohol, antidepresivos tricíclicos, BZD, antipsicóticos y carbamazepina, entre otros.

Inicio de tratamiento: Al instaurar tratamiento antidepresivo es preciso informar al paciente sobre los siguientes aspectos importantes:

- Periodo de latencia de inicio del efecto: puede durar 2-3 semanas y durante este periodo a veces aparecen reacciones adversas.
- Duración prevista de tratamiento.
- Necesidad de respetar la pauta de administración.
- Posibilidad de aparición de síntomas de discontinuación ante olvidos o abandonos.

Si aparece agitación, se debe ofrecer al paciente un cambio de tratamiento o añadir BZD, y revisar a las 2 semanas.

Las personas mayores y pacientes con demencia deben utilizar las dosis más bajas posibles.

Criterios de valoración de la respuesta o eficacia del tratamiento: Se considera "*no respuesta"* la disminución de la severidad basal de los síntomas de un 25% o menos; y "*respuesta* parcial" la disminución entre un 26-49%. Los mejores predictores son la mejoría de la anhedonia, del enlentecimiento psicomotor y de la pérdida de interés.

Respuesta inadecuada al primer antidepresivo: primero se debe revisar la adherencia al tratamiento. Si se descartan problemas de cumplimiento con las dosis habituales y no se observan reacciones adversas, se recomienda incrementar gradualmente las dosis. Se debe valorar sustituir el fármaco si no hay respuesta tras 4 semanas de tratamiento con dosis óptimas o si la respuesta es parcial tras 6 semanas. La intolerancia o fallo de respuesta a un ISRS no predice la ausencia de eficacia o intolerancia a otro. Situaciones clínicas coexistentes como alcoholismo, toxicomanías o el uso de medicaciones no psiquiátricas como los fármacos beta bloqueantes, pueden subyacer en el fracaso del tratamiento.

Cuando se sustituye un antidepresivo por otro debe incrementarse la dosis de forma gradual, ya que existe riesgo de interacciones y de síndrome serotoninérgico (confusión, delirium, sudoración, escalofríos, hipertensión arterial y mioclonías).

Fase de mantenimiento: los antidepresivos se deben mantener al menos 6 meses después de la remisión de síntomas, lo que reduce el riesgo de recaída. El tratamiento de mantenimiento durante 12-36 meses está indicado en pacientes con recurrencias anuales, en los que empeoran debido a síntomas residuales, en los que presentan depresión crónica mayor o distimia y en aquellos que sufren un episodio depresivo muy grave con alto riesgo de suicidio. En algunos casos de enfermedad recurrente el tratamiento puede ser indefinido.

Retirada del antidepresivo: se realizará progresivamente durante varias semanas. Esto permite detectar la reaparición de síntomas y, en este caso, se debe volver a administrar la misma pauta de medicación durante 3 a 6 meses más.

Tratamiento adyuvante: en ocasiones las BZD se utilizan como tratamiento adyuvante inicial en la ansiedad e insomnio asociado, ya que mejoran la respuesta y adherencia. En estos casos hay que tener cuidado con la dependencia, el uso de otras sustancias potenciadoras y el consumo de alcohol, fundamentalmente en personas mayores.

La Agencia Europea de Medicamentos (EMEA) ha evaluado la eficacia y seguridad de los antidepresivos en niños y adolescentes y ha observado un aumento del comportamiento suicida y de hostilidad en los niños tratados. Por ello, insiste en la utilización de estos fármacos sólo en las indicaciones autorizadas y bajo un adecuado seguimiento. Así mismo recuerda que la interrupción de los tratamientos nunca debe hacerse de forma brusca, para evitar los síntomas de retirada.

ANTIPSICÓTICOS: GENERALIDADES

ANTIPSICÓTICOS: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Los antipsicóticos constituyen un grupo de medicamentos de naturaleza química diversa pero que comparten un mecanismo de acción común, el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D2. Se pueden diferenciar claramente dos tipos: antipsicóticos típicos y atípicos.

La eficacia de ambos tipos de fármacos es similar en el tratamiento de la esquizofrenia. Los antipsicóticos atípicos presentan mejores resultados en los ensayos clínicos en las escalas de síntomas negativos, aunque no está clara la relevancia clínica de este hallazgo para la práctica clínica diaria. Los antipsicóticos típicos son menos eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos.

La diferencia fundamental entre los antipsicóticos típicos y atípicos es la seguridad.

Los antipsicóticos típicos (haloperidol, levomepromazina, clorpormazina, etc.) pueden producir síntomas extrapiramidales (discinesia tardía). También se han detectado, en 1-2% de los pacientes tratados, casos de síndrome neuroléptico maligno; una complicación grave que cursa con fiebre, hiperactividad vegetativa, rigidez muscular, embotamiento y agitación. Esta complicación se ha observado también con el uso de antipsicóticos atípicos, aunque en menor medida. Ante la aparición de síntomas extrapiramidales (distonías), el tratamiento recomendado es biperideno a dosis de 2,5-5 mg vo/im repetido cada 30 minutos hasta un máximo de 20 mg. En la hipertonía se pueden administrar relajantes musculares como diazepam.

Los antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, clozapina, etc.) aunque producen menos efectos extramiramidales, no están exentos de reacciones adversas y su utilización requiere considerar la posible aparición de convulsiones y aumento de peso, lo que favorece el incumplimiento del tratamiento.

En ancianos con demencia, la utilización de algunos antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina) se ha asociado con un aumento de eventos cerebrovasculares, en algunos casos mortales. Por ello, estos fármacos requieren visado de inspección para su dispensación a mayores de 75 años. La clozapina, fármaco con

gran eficacia en el tratamiento de la esquizofrenia resistente, puede producir agranulocitosis y su uso requiere controles hematológicos; es un medicamento de especial control médico (ECM).

En base a las evidencias disponibles, no se aconseja modificar el tratamiento a pacientes adecuadamente controlados con un antipsicótico típico, siempre que no aparezcan efectos adversos inaceptables.

Dado el perfil de seguridad de ambos tipos de antipsicóticos, es muy importante valorar en cada paciente el beneficio-riesgo de la utilización de antipsicóticos y administrarlos a dosis mínimas eficaces (fundamentalmente en ancianos) y durante el menor tiempo posible. Las medidas no farmacológicas pueden ser una primera opción de tratamiento en algunas patologías abordadas en este apartado y, para el resto de las situaciones, se deben considerar siempre asociadas al tratamiento farmacológico.

PRINCIPALES ORIENTACIONES PSICOTERAPÉUTICAS ESTRUCTURADAS: GENERALIDADES

PRINCIPALES ORIENTACIONES PSICOTERAPÉUTICAS ESTRUCTURADAS: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Existen diferentes técnicas de psicoterapia: conductual, cognitiva, psicoanalítica, interpersonal, psicoterapia de los modelos integradores y psicoterapia breve.

La psicoterapia conductual tiene como objetivo el cambio o la modificación de la conducta mediante relajación muscular, refuerzo del yo, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, técnicas de autocontrol y técnicas de exposición (desensibilización sistemática).

La finalidad de la psicoterapia cognitiva es el cambio de los pensamientos y emociones disfuncionales. La manera en que una persona interpreta una situación determina su comportamiento y sus emociones, más que la situación en sí misma. Las técnicas que se utilizan se basan en reestructuración cognitiva, habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas.

El uso de la psicoterapia breve en AP es eficaz, reduce los síntomas y produce modificaciones en la personalidad que se mantienen a largo plazo. Es importante incorporarla en la formación del médico de familia y hacerla compatible con la práctica clínica. En la actualidad, se puede realizar psicoterapia de apoyo, que de hecho va implícita en cualquier acto médico.

AGRESIVIDAD, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

AGRESIVIDAD, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
AGRESIVIDAD, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Agitación psicomotriz grave	**Haloperidol** 2,5-5 mg vo o im, pudiendo repetir cada 30-60 min (máx. 100 mg/d) **o** **Levomepromazina** 25 mg im (máx. 200 mg/d)	
Ansiedad, Cuadros situacionales y Trastornos de personalidad	**Diazepam** 2-10 mg/6-12h vo. En personas mayores: 2-2,5 mg/12-24h vo.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El primer aspecto a garantizar es la seguridad. Para ello es importante seguir las medidas protocolizadas. Las medidas de contención son el elemento básico inicial para intentar controlar la agitación del paciente. De modo secuencial, se aplicará en primer lugar la contención verbal y posteriormente la mecánica.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Aproximación diagnóstica (causa orgánica, psiquiátrica o por consumo de tóxicos) por si orienta el abordaje.

SEGUIMIENTO

Es necesario monitorizar estrechamente las constantes vitales en el caso de que se administre haloperidol o levomepromacina, fundamentalmente con las primeras dosis.

Una vez controlados los síntomas de agitación, se deben reducir las dosis de antipsicóticos a las mínimas eficaces.

SEGURIDAD

El perfil de efectos adversos de haloperidol se caracteriza por los efectos extrapiramidales. Con levopromacina son frecuentes los efectos sedantes, anticolinérgicos, y cardiacos (hipotensión ortostática).

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

PRECAUCIONES

En personas mayores, el tratamiento con antipsicóticos se debe iniciar a dosis bajas.

Se debe tener precaución con la conducción de vehículos y el uso de maquinaria peligrosa.

El diazepam está contraindicado en miastenia gravis, glaucoma de ángulo estrecho, síndrome de apnea del sueño, embarazo y lactancia materna.

OTROS

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

ANSIEDAD GENERALIZADA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANSIEDAD GENERALIZADA (CRÓNICA)	**Paroxetina** 10-50 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ansiedad generalizada de corta duración	**Diazepam** 2-10 mg/6-12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Psicoterapia: explicar al paciente y familia el significado de los síntomas y ayudar al paciente a interpretar de un modo más benigno las vivencias y sensaciones asociadas a su ansiedad.

La terapia cognitiva y el manejo de la ansiedad son eficaces. La terapia cognitivo conductual puede ser más eficaz que el manejo de la ansiedad sólo.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la intensidad de los síntomas, evitar las recaídas, mejorar la función social.

SEGUIMIENTO

Mantener el tratamiento 6-12 meses después de la mejoría y retirar lentamente. Es recomendable al principio tener revisiones frecuentes (mensuales). Estar alerta ante la frecuente asociación de este proceso con síntomas depresivos y abuso de sustancias.

Si no hay mejoría tras 12 semanas de tratamiento, se recomienda cambiar de antidepresivo. Otro antidepresivo con indicación autorizada en la ansiedad generalizada, aunque con menor experiencia de uso, es el escitalopram.

SEGURIDAD

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

OTROS

Pueden obtenerse mejores resultados si al inicio se asocian BZD.

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

DELIRIO PARANOIDE

DELIRIO PARANOIDE

Trastornos mentales y del comportamiento

INTRODUCCIÓN

El delirio tiene un abordaje complicado ya que los pacientes no tienen conciencia de su enfermedad. Por ello, se debe realizar un abordaje multidisciplinar y coordinado entre Salud Mental y AP. Es imprescindible realizar un diagnóstico precoz, con un enfoque dirigido al paciente, familia y entorno social. Se deben identificar y corregir las causas orgánicas subyacentes (enfermedad médica, intoxicación por consumo de sustancias, síndrome de abstinencia, consumo de medicamentos o exposición a tóxicos).

Después del control sintomático se debe considerar siempre la reducción y retirada del tratamiento farmacológico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DELIRIO PARANOIDE	**Haloperidol** 5-10 mg/8-12h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas extrapiramidales o polimedicación	**Risperidona** 1-4 mg/12h vo	
Elevado componente de ansiedad, pánico o agitación no controlada	Asociar: **Diazepam** 5-10 mg/8h vo o im **o** **Clorazepato de potasio** 50 mg/8h vo o im	
Agitación intensa sin poder utilizar vía oral	**Haloperidol** 5-10 mg/12-24h im o iv. En caso necesario se puede administrar 5 mg/h.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

No hacer una crítica directa del delirio, aunque sí cuestionar las consecuencias negativas de sus síntomas psicóticos. Ser empáticos, flexibles y tratar de entender el sufrimiento que se deriva del delirio. Es imprescindible una situación ambiental adecuada: acompañante permanente (mejor familiar), grado de iluminación y silencio adecuados. Evitar tanto infraestimulación como sobreestimulación, favorecer la orientación espacio-temporal, disponer de objetos familiares, mejorar la agudeza visual y auditiva, no interrumpir el sueño nocturno y movilización precoz.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Controlar inicialmente los síntomas de la psicosis aguda, identificar y tratar las causas. Evitar complicaciones iatrogénicas, deterioro funcional y educar y apoyar al paciente y familia, mejorando la calidad de vida.

SEGUIMIENTO

Control de la pauta de medicación, ajuste o reinicio si existía abandono en su toma.

SEGURIDAD

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

DERIVACIÓN

El paciente siempre debe ser valorado por psiquiatría.

OTROS

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

DEMENCIA

Trastornos mentales y del comportamiento

INTRODUCCIÓN

No existe tratamiento curativo para las demencias degenerativas como la Enfermedad de Alzheimer (EA). Los medicamentos disponibles en la actualidad únicamente modifican los síntomas, no curan la enfermedad ni detienen su progresión.

El tratamiento farmacológico de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) se debe valorar individualizadamente, iniciarlo tras el fracaso de medidas no farmacológicas y siempre en combinación con ellas. Los fármacos más utilizados son los antipsicóticos, sin embargo, su eficacia es modesta, y se asocian frecuentemente con aparición de efectos adversos, en algunos casos graves. La risperidona es el único antipsicótico atípico con la indicación autorizada y sólo se debe utilizar en cuadros de agresividad graves, síntomas psicóticos severos o trastornos de la actividad que no respondan a medidas no farmacológicas. Se debe valorar individualizadamente la necesidad de tratamiento farmacológico.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DEMENCIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alzheimer leve/moderado	**Donepezilo** 5-10 mg/24h vo por la noche. Iniciado y supervisado por el Neurólogo.	**Rivastigmina** 3-6 mg/12h vo. Iniciado y supervisado por el Neurólogo.
Depresión	**Sertralina** 50 mg/24h vo	**Paroxetina** 10-40 mg/24h vo
Síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia	**Medidas no farmacológicas**	**Haloperidol** 0,5-2 mg/8-12h vo **o** **Risperidona** 0,5-1 mg/12-24h vo
Agitación aguda	**Lorazepam** 0,5-2 mg/d vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ansiedad	**Lorazepam** 1-5 mg/d vo	**Paroxetina** 10-40 mg/24h vo
Insomnio	Medidas de higiene del sueño	**Lorazepam** 0,5-2 mg/d vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En la actualidad, el tratamiento no farmacológico tiene una especial relevancia, tanto en la demencia como en los SCPD y constituye el primer escalón de tratamiento.
- Se deben identificar los factores sobre los que intervenir: del paciente (físicos, psíquicos, sensoriales y emocionales), de la familia (identificando el/la cuidador/a principal), estructurales (capacidad de conducción, domicilio), comunitarios (red social, relaciones sociales) y sanitarios (visita domiciliaria).
- Son fundamentales las actividades que fomentan la esfera cognitiva: psicoestimulación, orientación a la realidad (en persona, tiempo, y espacio), terapia de reminiscencia (evocación de situaciones pasadas mediante los recuerdos), interacción social, medidas para conciliar el sueño, mejorar la visión y audición, etc.
- El objetivo primario es hacer que el individuo con demencia se sienta cómodo, sin complicaciones y seguro. Suelen ser útiles elementos auxiliares de la memoria como libretas de anotaciones, listas y otras formas gráficas de recordatorio diario. También es útil insistir en las actividades corrientes diarias de la familia, tareas breves, caminatas y ejercicios físicos simples.
- Explicar al paciente y a su familia el significado de los síntomas y ayudar al paciente a interpretar de un modo más benigno las vivencias y sensaciones asociadas a su ansiedad.
- **Véase «Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades»**

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Se debe valorar al paciente cada 6 meses con escalas de evaluación cognitiva tipo Minimental. Sólo se debe continuar el tratamiento si Minimental > 10.

SEGUIMIENTO

Se recomienda la realización de 2-3 consultas de seguimiento, como mínimo, al año, alternándose entre los niveles de AP y AE.

SEGURIDAD

El uso de rivastigmina se ha asociado con un aumento de los efectos adversos gastrointestinales (náuseas, vómitos, etc).

La utilización de risperidona en el tratamiento de los SCPD se ha asociado con un aumento de eventos cerebrovasculares.

Los efectos extrapiramidales son una limitación importante del tratamiento con haloperidol.

DERIVACIÓN

Ante una sospecha de demencia, se debe derivar al paciente a neurología, para la realización del diagnóstico de confirmación y valoración de necesidad de tratamiento.

OTROS

La memantina (DH) 10 mg/12h vo, iniciada y supervisada por el Neurólogo, solo está indicada en el Alzheimer moderado/severo.

Véase «Antipsicóticos: Generalidades» y **«Antipresivos: Generalidades»**

DEPRESIÓN MAYOR

Trastornos mentales y del comportamiento

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DEPRESIÓN MAYOR	**Fluoxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Paroxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Sertralina** 50-150 mg/24h vo **o** **Citalopram** 20-40 mg/24h vo	**Nortriptilina** 10-25 mg/8h vo (máx. 150 mg/24h) **Véase «Antidepresivos: Generalidades»**

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Adolescentes	**Fluoxetina** 20-40 mg/24h vo	
Infarto reciente o angina	**Sertralina** 50-150 mg/24h vo	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Los antidepresivos no se recomiendan para el tratamiento inicial de una depresión leve debido a la pobre relación beneficio-riesgo. En estos pacientes, o en aquellos que rechacen el tratamiento, se debe tener una actitud expectante y concertar una nueva evaluación tras 2 semanas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Fase aguda: remisión, inducción a un estado con el menor número de síntomas, a la vez que una mejoría marcada en el funcionamiento psicosocial.

Fase de mantenimiento: eliminación de los síntomas residuales, restauración del nivel previo de actividad, evitar recurrencia, recaída temprana y/o cronificación.

SEGUIMIENTO

Debido al riesgo de suicidio aumentado en jóvenes, se debe citar al paciente a la semana de instaurar el tratamiento para valorar la ideación suicida y, después, frecuentemente hasta que se considere libre de peligro. Si no existe riesgo de suicidio se citará al paciente a las 2 semanas de instaurar el tratamiento, y cada 2-4 semanas los 3 primeros meses, ampliando posteriormente los intervalos si la respuesta es buena. Los antidepresivos tricíclicos y la venlafaxina, en sobredosis, son más peligrosos.

SEGURIDAD

Se debe realizar un ECG y tomar la PA a los pacientes con riesgo cardiovascular a los que se vaya a prescribir un antidepresivo tricíclico.

Parece existir asociación entre el consumo de ISRS en la última parte del embarazo e hipertensión pulmonar grave en el neonato. Las mujeres presentan peor tolerancia a imipramina que los varones.

PRECAUCIONES

El olvido o retirada rápida puede producir síntomas de discontinuación (mareo, parestesias, náuseas, cefalea). Para evitarlos hay que retirar progresivamente en 4 semanas (en el caso de fluoxetina puede ser más breve).

DERIVACIÓN

Riesgo suicida, etiología orgánica, síntomas psicóticos, trastorno bipolar, resistencia al tratamiento, petición del paciente.

OTROS

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

DISTIMIA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISTIMIA	**Medidas no farmacológicas** **+** **Fluoxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Paroxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Sertralina** 50-150 mg/24h vo **o** **Citalopram** 20-40 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Aproximación terapéutica centrada en la planificación de actividades o en la resolución de problemas: animar al paciente a que mantenga el mayor nivel de actividad diaria, incluyendo ejercicio; proponer objetivos realistas.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Si en el curso de tratamiento el antidepresivo pierde eficacia, valorar cambiar a otro régimen terapéutico o a otro tipo de antidepresivo.

DERIVACIÓN

Si no mejora en tres meses, valorar derivación a Salud Mental.

OTROS

Hay que considerar que la distimia es un proceso crónico con periodos de eutimia.

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

ESQUIZOFRENIA Y BROTE ESQUIZOFRÉNICO

INTRODUCCIÓN

Un 25-30% de esquizofrénicos *no responden* al tratamiento (ineficacia tras 3-6 semanas de uso) y un 10-20% *son resistentes* (falta de control tras uso de dos antipsicóticos, cada uno de ellos durante 6-8 semanas, siendo uno de ellos atípico).

Si un antipsicótico típico ha sido eficaz y bien tolerado previamente, continuar con él.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESQUIZOFRENIA Y BROTE ESQUIZOFRÉNICO	**Risperidona** Brote: 1-4 mg/12h vo (máx. 16 mg/d). Mantenimiento: 1-4 mg/12h vo (máx. 16 mg/d). Pauta descendente gradual hasta dosis mínima no inferior al 25% de la eficaz en brote, hasta retirada en 12-24 meses. o **Clorpromazina** Brote: 25-50 mg/8-12h vo o im (máx. 300 mg/d)	**Olanzapina** 10-20 mg/24h vo, en pauta descendente gradual hasta dosis mínima no inferior al 25% de la eficaz en brote, hasta retirada en 12-24 meses o **Clorpromazina** 25-50 mg/8-12h vo o im (máx. 300 mg/d) o **Haloperidol** Iniciar con 15 mg/d vo en 2-3 tomas, aumentando hasta desaparición de síntomas (máx.100 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mala adherencia	**Flufenazina** Inicio 12,5-25 mg/4-6 sem im (máx. 100 mg/mes)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se debe intentar establecer y mantener una alianza terapéutica con el paciente, dando a éste y a su familia educación sobre la enfermedad y tratamiento así como apoyo para facilitar el cumplimiento. Es importante identificar los factores que precipitan o exacerban las crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es importante la detección temprana y el tratamiento completo de los primeros episodios (puede reducir el impacto psicosocial y biológico y mejorar sus resultados a largo plazo), así como la intervención global y mantenida durante los primeros años tras el diagnóstico (periodo crítico) con un acceso continuado a los servicios de Salud Mental.

En persistencia de síntomas > 12-24 meses y/o ≥2 recaídas: tratamiento de mantenimiento de por vida.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Controlar los síntomas tanto positivos como negativos, evitar las recaídas y conseguir una calidad de vida adecuada en base a una integración familiar y socio-laboral suficiente.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Debido a la variabilidad individual de la respuesta a los antipsicóticos, la dosis a emplear dependerá de la intensidad de los síntomas, tolerancia y reacciones adversas.

SEGUIMIENTO

Aproximación multidisciplinar y coordinada entre AP y Salud Mental.

SEGURIDAD

La clozapina, útil en casos resistentes o con predominio de síntomas negativos, sólo puede ser indicada por un psiquiatra. Su uso se ha asociado con agranulocitosis (calificada de ECM, precisa visado de inspección para su dispensación en oficina de farmacia).

PRECAUCIONES

En personas mayores, el tratamiento con antipsicóticos se debe iniciar a dosis bajas.

La carbamazepina puede reducir de forma notable la concentración de risperidona y, por tanto, pueden ser necesarias dosis más altas.

DERIVACIÓN

El abordaje (valoración y control de la Esquizofrenia) es propio de las Unidades de Salud Mental, no obstante el médico de familia tiene un papel fundamental en el seguimiento del paciente y en la consecución de las medidas no farmacológicas descritas. Es necesaria una aproximación multidisciplinar y coordinada entre Atención Primaria y Salud Mental. Se deben derivar a Atención Especializada los siguientes casos: paciente agitado con elevado riesgo de auto o heteroagresividad, actividad psicótica intensa que genera importantes alteraciones conductuales, ausencia de apoyo sociofamiliar y psicosocial, dudoso cumplimiento del tratamiento, fracaso terapéutico o necesidad de medidas terapéuticas hospitalarias, primer episodio psicótico, o necesidad de confirmación diagnóstica y esquizofrenia resistente con predominio de síntomas negativos o importante riesgo de suicidio.

OTROS

Aunque la dosis máxima para risperidona en esquizofrenia es de 16 mg diarios, las dosis por encima de 10 mg diarios no han demostrado ser más eficaces que las dosis más bajas y pueden causar síntomas extrapiramidales.

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO-DELIRIUM

ESTADO CONFUSIONAL AGUDO-DELIRIUM

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESTADO CONFUSIONAL AGUDO-DELIRIUM	**Medidas no farmacológicas** y tratamiento de los factores precipitantes	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Tratamiento de síntomas graves en adultos y personas mayores	**Haloperidol** 1-2 mg/6-8h vo o im. En personas mayores: 0,25-1mg/6-8h vo o im. Agitación grave: inicio 5-10 mg.	
Predominio de síntomas negativos (aislamiento social, inhibición)	**Risperidona** 1-2 mg/12h vo	
Por abstinencia de alcohol o de hipnóticos sedantes	**Diazepam** 5 mg vo o iv lento	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Medidas generales de estabilización del paciente, manteniendo la permeabilidad de la vía aérea y la estabilidad hemodinámica. Condiciones ambientales adecuadas para favorecer la orientación, trato tranquilizador, ambientes relajados, etc. Las medidas de contención física sólo deben emplearse en circunstancias excepcionales, cuando no sea efectivo el tratamiento médico.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

PRECAUCIONES

En personas mayores, el tratamiento con antipsicóticos se debe iniciar a dosis más bajas.

OTROS

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

FOBIA SOCIAL GENERALIZADA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FOBIA SOCIAL GENERALIZADA	**Paroxetina** 10-60 mg/24h vo	**Clomipramina** 25-150 mg/24h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La terapia cognitivo-conductual es eficaz, sobre todo mediante técnicas de exposición a la situación temida o desensibilización sistemática (proponer elaboración de una lista de situaciones provocadoras de ansiedad y confrontar al paciente comenzando por las de menor intensidad).

Véase «Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades»

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Reducir la fobia social a unos niveles razonables.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reducciones ligeras en las evitaciones y el desasosiego tienen elevado valor en este tipo de pacientes.

SEGUIMIENTO

Comenzar la primera semana de tratamiento con la mitad de dosis de ISRS. Si no existe mejoría a las 4 semanas se puede intentar subir la dosis, aunque se puede esperar a tener respuesta hasta la 12ª semana de tratamiento. Mantener el tratamiento 6-12 meses después de mejoría y retirar lentamente. Ante recaídas el tratamiento deberá mantenerse más de un año.

SEGURIDAD

La clomipramina tiene efecto anticolinérgico y suele producir temblor, hipotensión y alteraciones de la conducción.

PRECAUCIONES

La clomipramina afecta la capacidad de conducción y manejo de maquinaria. Se debe evitar ingerir alcohol.

OTROS

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

FOBIA SOCIAL NO GENERALIZADA O DE ACTUACIÓN(PERFORMANCE-TYPE)

FOBIA SOCIAL NO GENERALIZADA O DE ACTUACIÓN(PERFORMANCE-TYPE)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FOBIA SOCIAL NO GENERALIZADA O DE ACTUACIÓN (PERFORMANCE-TYPE)	**Propranolol** 10-40 mg vo, DU	**Diazepam** 5-10 mg vo, DU

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Técnicas de exposición al objeto o situación temida. Técnicas de relajación.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Administrar el propanolol una hora antes del suceso desencadenante (por ejemplo hablar en público) o media hora antes en el caso de diazepam. Los pacientes pueden beneficiarse si realizan un ensayo de medicación previo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Reducir la fobia social a unos niveles razonables.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reducciones ligeras en las evitaciones y el desasosiego tienen elevado valor en este tipo de pacientes.

PRECAUCIONES

Propranol: Hiperreactividad bronquial, diabetes, depresión, trastornos de la conducción, miastenia gravis, feocromocitoma, arteriopatía periférica, personas mayores y hepatopatía crónica.

INSOMNIO

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento del insomnio se deben utilizar BZD de acción corta. Dado que no se han observado diferencias sustanciales en eficacia entre las BZD de acción corta y otros fármacos más nuevos como zopiclona, zaleplon y zolpidem, la selección del fármaco se debe hacer en base al coste del tratamiento. En los casos en los que el insomnio sea secundario, el tratamiento será el de la causa que lo provoca.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INSOMNIO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Insomnio primario (de conciliación o de mantenimiento) refractario a medidas de higiene del sueño	**Lormetazepam** 0,5-2 mg/d vo	
Insomnio primario en personas mayores y pacientes con insuficiencia hepática refractario a medidas de higiene del sueño	**Lorazepam** 0,5-1 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Acostarse y levantarse a la misma hora; no dormir durante el día; evitar sustancias estimulantes (café, colas, té, cacao, etc); hacer ejercicio regular pero nunca en las tres horas previas a dormir; cenar ligero; bañarse antes de acostarse con agua caliente; horario regular de sueño; mantener la habitación en condiciones óptimas de temperatura y oscuridad, informar sobre las necesidades reales de sueño, etc.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Sólo se deben tratar con fármacos a aquellos pacientes con insomnio severo que interfiere con una vida normal y en los que han fracasado las medidas no farmacológicas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir la latencia en el dormir, mantener un sueño ininterrumpido y reparador durante 6-8 h, evitar efecto de rebote y efectos indeseados.

SEGUIMIENTO

La aparición de reacciones adversas atribuibles al fármaco utilizado es la única causa que justifica un cambio de fármaco.

PRECAUCIONES

No se deben administrar BZD más de 3 semanas y la retirada ha de ser de forma gradual y pactada. A los pacientes que no responden a un hipnótico no se les debe prescribir otro.

Evitar la administración de diuréticos por la tarde-noche.

OTROS

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

MANÍA AGUDA O EPISODIO MANÍACO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MANÍA AGUDA o EPISODIO MANÍACO	**Levomepromazina** 25-50 mg vo o im; si es necesario, repetir dosis de 50 mg/2h (máx. 200 mg/d)	**Clorpromazina** 100-200 mg vo o im; si es necesario, repetir dosis de 100 mg/2h (máx. 500 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alteración del sueño asociada	Añadir: **Lorazepam** 1-2 mg/4h vo **o** **Clonazepam** 0,5-1 mg/4h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar al paciente y a la familia sobre el carácter de enfermedad de los síntomas. Recomendar a la familia que tome medidas para evitar despilfarros económicos. En los episodios asintomáticos, insistir en la naturaleza recurrente de los síntomas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Dado el elevado riesgo de recurrencia y suicidio, está indicado el tratamiento profiláctico a largo plazo. Los tratamientos preventivos de segunda elección son carbamazepina y ác. valproico. Efectuar el diagnóstico diferencial con el paciente bipolar.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la conducta y prevención de sus consecuencias.

SEGUIMIENTO

El paciente suele negar o infravalorar los síntomas, mientras que la familia se suele sentir angustiada. En los casos en los que las condiciones clínicas, antecedentes y apoyo sociofamiliar lo permitan, el objetivo será el seguimiento psiquiátrico: pautar medicación, ajustar dosis o reiniciar si hay abandono de la misma.

SEGURIDAD

Las fenotiazinas tienen efecto anticolinérgico. Con frecuencia producen hipotensión, alteraciones cardiacas y prurito.

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

PRECAUCIONES

El uso combinado de clorpromazina y litio puede reducir las concentraciones de ambos fármacos. Por otro lado, el uso combinado de beta bloqueantes y fenotiazinas (clorpromazina) puede incrementar las concentraciones de ambos fármacos y por tanto potenciar los efectos de los mismos y ocasionar hipotensión y toxicidad por fenotiazinas (sedación, efectos extrapiramidales, etc).

DERIVACIÓN

Se va a requerir casi siempre ingreso hospitalario, en muchos casos contención mecánica y generalmente administración parenteral de la medicación, aunque si el paciente colabora, se utilizará la vía oral.

Requerirán derivación urgente:

- Cuadro agudo
- Pacientes agitados, con elevado riesgo de auto o heteroagresividad, actividad psicótica intensa que genera importantes alteraciones conductuales, ausencia de apoyo sociofamiliar y psicosocial, dudoso cumplimiento del tratamiento, fracaso terapéutico o necesidad de medidas terapéuticas hospitalarias.
- Primer episodio psicótico, o necesidad de confirmación diagnóstica.

OTROS

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

TRASTORNO ADAPTATIVO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO ADAPTATIVO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas ansiosos destacados	Valorar asociar **Diazepam** 5-10mg/8 h vo	
Síntomas depresivos	Valorar asociar tratamiento antidepresivo **Véase «Depresión Mayor»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ayudar al paciente a verbalizar sus preocupaciones. Analizar el factor estresante en sí mismo ayuda a disminuirlo, eliminarlo o encontrar estrategias de adaptación. Puede ser necesario valorar un breve periodo de incapacidad temporal para disminuir la tensión e identificar recursos capaces de dar apoyo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se recomienda utilizar antidepresivos para los síntomas depresivos destacados y de más de 3 meses de duración. En el caso de síntomas mixtos destacados se pueden utilizar BZD y antidepresivos conjuntamente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

A corto plazo: aliviar los síntomas y ayudar a lograr un nivel de adaptación que iguale, al menos, el nivel de funcionamiento previo a la aparición del factor estresante.

A largo plazo: fomentar el desarrollo de mecanismos de adaptación que logren disminuir la vulnerabilidad del paciente ante dichos factores estresantes

SEGURIDAD

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

OTROS

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

TRASTORNO BIPOLAR

Trastornos mentales y del comportamiento

INTRODUCCIÓN

Se trata de una enfermedad mental grave, difícil de controlar con los tratamientos actuales, con probable evolución hacia la cronicidad, con riesgo de suicidio importante, y que se caracteriza por atravesar fases de depresión y manía, siendo más frecuentes las primeras.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO BIPOLAR, FASE MANÍACA	**Litio** Iniciar con 400 mg/24h vo, incrementar en 7-10 días hasta 600-1.500 mg/24h vo	**Valproico ácido** Iniciar con 250 mg/8h vo; incrementar 250-500 mg/d cada 4-7 días (máx. 60 mg/kg/d) **o** Añadir **Risperidona** inicio 2 mg/d vo, mantenimiento 2-6 mg/d
TRASTORNO BIPOLAR, FASE DEPRESIVA	**Litio** Iniciar con 400 mg/24h vo, incrementar en 7-10 días hasta 600-1.500 mg/24h vo	**Lamotrigina** Iniciar con 25 mg/24h vo, 2 sem y continuar con 50 mg/24h otras 2 sem e incrementar semanalmente 50 mg/24h según respuesta **o** Añadir **Sertralina** 50-200 mg/24h vo
TRASTORNO BIPOLAR, MANTENIMIENTO	Último fármaco eficaz en el episodio agudo más reciente **o** **Litio** Iniciar con 400 mg/24h vo, incrementar en 7-10 días hasta 600-1.500 mg/24h vo	**Valproico ácido** Iniciar con 250 mg/8h vo; incrementar 250-500 mg/d cada 4-7 días (máx. 60 mg/kg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En fase maniaca se debe evitar la estimulación excesiva, retrasar la toma de decisiones importantes, y establecer una rutina diaria que incluya un patrón de sueño regular.
- Ningún tratamiento psicológico cumple criterios para ser considerado eficaz; el que cuenta con más y mejores pruebas a su favor es la psicoeducación, con buenos resultados para aumentar la adherencia a la medicación e identificar los síntomas prodrómicos de la manía.
- Los tratamientos centrados en la familia son el único tratamiento psicológico que parece cumplir criterios de eficacia, proporcionando una buena prevención de recaídas para la fase depresiva, no tanto para la fase maníaca.
- **Véase «Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades»**

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Facilitar el cumplimiento terapéutico y reducir el riesgo de suicidio.

Niveles plasmáticos: Litio: 0,8-1,2 mEq/l, carbamazepina: 4-12 µg /ml, valproico: 50-125 µg/ml.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Disminución del número de fases (maníacas o depresivas) con las que cursa el trastorno.

SEGUIMIENTO

Litio: vigilar creatinina, iones y hormonas tiroideas a los 2 meses y luego cada 6 meses.

Carbamazepina: controlar el perfil hepático, renal y electrolitos cada 3 meses.

Valproico: monitorizar función hepática y hematológica cada 6 meses.

SEGURIDAD

El litio está contraindicado en nefropatía, insuficiencia cardiaca, leucemia, miastenia gravis, dieta hiposódica, disfunción tiroidea y primer trimestre de embarazo. Los AINE, IECA, tiazidas, fluoxetina y metildopa aumentan la concentración de litio debiéndose monitorizar su concentración.

El ác. valproico está contraindicado en hepatopatía activa, pancreatitis y porfiria. La concentración de valproico aumenta con eritromicina, isoniazida y salicilatos.

La semivida plasmática de lamotrigina disminuye con fenitoina, carbamazepina, fenobarbital y primidona, y se incrementa con valproico. No altera la eficacia de los anticonceptivos orales aunque estos pueden hacer necesario incrementar la dosis del fármaco. No precisa ajuste en Insuficiencia renal excepto severa.

Se debe tener precaución con la conducción de vehículos y utilización de maquinaria con todos los fármacos mencionados.

PRECAUCIONES

No se aconsejan los ISRS en monoterapia por el riesgo de precipitar un viraje hacia la manía.

El uso combinado de clorpromazina y litio puede reducir las concentraciones de ambos fármacos.

DERIVACIÓN

El tratamiento es propio de las Unidades de Salud Mental.

OTROS

Retirar el antidepresivo si el paciente sufre un episodio de manía.

Véase «Antipsicóticos: Generalidades»

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Trastornos mentales y del comportamiento

INTRODUCCIÓN

El tratamiento se ve dificultado porque los pacientes consideran estos trastornos como rasgos de su personalidad. La persona dependiente es más vulnerable a padecer ansiedad y depresión. Los fármacos sólo tienen efecto en los síntomas y se deben utilizar a las dosis más bajas eficaces y durante el menor tiempo posible.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Tipo paranoide, esquizoide y esquizotípico (raros)	**Haloperidol** 0,5-1 mg/12h vo	**Risperidona** 1-4 mg/12-24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Tipo antisocial, limítrofe, histriónico y narcisista (teatrales)	**Fluoxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Diazepam** 5-10 mg/d vo	
Tipo evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo (ansiosos y temerosos)	**Fluoxetina** 10-20 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- La terapia psicodinámica y la cognitivo conductual han demostrado ser eficaces.
- El enfoque de las técnicas de entrevista clínica dependerá del tipo de trastorno de personalidad:
  - Paranoide: ser receptivo, aceptar las afirmaciones del paciente, analizar conjuntamente las situaciones que le han provocado sospechas, animarle a expresar emociones positivas y mantener relaciones satisfactorias con quienes le rodean.
  - Esquizoide: aconsejar el inicio de relaciones gratificantes y la potenciación de las existentes, siempre que sea posible.
  - Antisocial:explicitar normas claras de comportamiento, revertir en el paciente la responsabilidad de su propia conducta.
  - Dependiente:ensalzar los logros personales y rasgos de autonomía, confiar en criterios del paciente para que tome decisiones.
  - Obsesivo-compulsivo:asumir las normas siendo aún más estricto que el paciente, hasta el punto de que lo incomoden.

Véase «Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades»

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

De forma general, la utilización de BZD no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la retirada gradual de las mismas.

PRECAUCIONES

En personas mayores, el tratamiento con antipsicóticos se debe iniciar a dosis más bajas.

DERIVACIÓN

Las formas moderadas-graves se deben derivar a Atención Especializada.

OTROS

Véase «Antipsicóticos: Generalidades» y Véase «Antipresivos: Generalidades»

TRASTORNO DE PÁNICO. CRISIS DE ANGUSTIA.

TRASTORNO DE PÁNICO. CRISIS DE ANGUSTIA.

Trastornos mentales y del comportamiento

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO DE PÁNICO	**Paroxetina** 20-60 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Crisis de angustia	**Medidas no farmacológicas** + **Diazepam** 5-10 mg vo, DU	**Medidas no farmacológicas** + **Alprazolam** 0,5-1mg vo, DU

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La intervención psicoterapéutica temprana con psicoeducación destinada a controlar los síntomas mejora la efectividad del tratamiento farmacológico. Los pacientes pueden aprender técnicas de respiración, a reconocer los cambios fisiológicos que aparecen con la angustia y a iniciar voluntariamente su exposición a los acontecimientos desencadenantes. Se recomienda explicar al paciente y familia los mecanismos generadores de la crisis de angustia y dar la información necesaria para hacerles frente.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Disminuir el nivel de ansiedad, las crisis, la intensidad de las mismas, las conductas de evitación, las recaídas y mejorar la función social.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Son frecuentes las recidivas en estos pacientes. Si reaparece la sintomatología debe realizarse tratamiento nuevo durante 6 a 12 meses. Es aconsejable utilizar el tratamiento que había sido eficaz anteriormente.

SEGUIMIENTO

Las benzodiazepinas mejoran la ansiedad de anticipación y alivian de inmediato los síntomas de angustia. Se pueden utilizar en el comienzo del tratamiento y de forma esporádica.

Se debe comenzar la primera semana con la mitad de dosis de ISRS. Un 25% de los pacientes encuentran mejoría entre la 8ª y 12ª semana de tratamiento con ISRS. Si no se observa mejoría tras 12 semanas, se debe aumentar la dosis. Se recomienda mantener el tratamiento durante 12 meses después de la mejoría y retirar lentamente.

Una vez lograda una respuesta satisfactoria, el tratamiento farmacológico debe mantenerse de 6 meses a 2 años para evitar las recaídas, con la dosis con la que se obtuvo respuesta y reducir la dosis de forma progresiva.

PRECAUCIONES

Estar alerta ante situaciones que simulan una crisis de angustia: alteraciones tiroideas, feocromocitoma, epilepsia temporal, asma, arritmias, toma de cafeína o estimulantes, abstención de alcohol y corticoterapia a altas dosis.

Ante crisis de angustia sin criterios de trastorno de pánico (crisis leves y esporádicas), utilizar sólo benzodiacepinas "en caso de necesidad"; su uso no es preocupante si es menor de tres veces al mes.

OTROS

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

TRASTORNO HIPOCONDRÍACO

INTRODUCCIÓN

La característica esencial del trastorno hipocondríaco es la creencia de padecer una enfermedad grave que persiste, pese a las explicaciones tranquilizadoras del médico y a una valoración médica adecuada. Los pacientes con hipocondría tienen antecedentes de malas relaciones con los médicos, ocasionadas por el convencimiento de que han sido explorados y tratados de forma incorrecta o insuficiente. Este trastorno suele ir acompañado de depresión mayor, distimia, trastorno de pánico, etc. En estos casos se requerirá tratamiento específico para cada proceso.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO HIPOCONDRÍACO	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Entender el sufrimiento del paciente, priorizar las quejas en función de la gravedad y nivel de ansiedad del paciente. Evitar yatrogenia con pruebas y tratamientos, pactar actuaciones en función del seguimiento y la evolución clínica. Intentar reducir el estrés y aumentar el ejercicio físico. Planificar y programar las visitas.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

En la mayoría de las ocasiones el objetivo no será la eliminación de los síntomas sino la optimización de la capacidad de adaptarse a los mismos.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Casos Moderados y graves	**Fluoxetina** 40-60 mg/24h vo **o** **Paroxetina** 20-40 mg/24h vo **o** **Sertralina** 50-150 mg/24h vo **o** **Citalopram** 20-40 mg/24h vo **o** **Fluvoxamina** 100-300 mg/24 h por la noche vo (dosis >150 mg/d repartir en 2-3 tomas)	**Clomipramina** 50 mg/8h vo (máx. 250 mg/d)

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La terapia cognitivo-conductual es de primera elección en los casos leves y moderados y asociada a fármacos en los casos graves.

Véase «Principales orientaciones psicoterapéuticas estructuradas: Generalidades»

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La decisión de tratamiento farmacológico está en función de la gravedad del cuadro y de las limitaciones que ocasione. No se debe cambiar el fármaco si ha sido eficaz en un episodio anterior.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Puede existir un retraso en la respuesta al antidepresivo de 8-12 semanas.

SEGUIMIENTO

En general el tratamiento debe mantenerse al menos 12 meses después de la mejoría. En función de la severidad y duración del cuadro inicial, el número previo de episodios y la presencia de síntomas residuales y dificultades psicosociales, se valorará mantener el tratamiento durante más de 12 meses. Hay que tener presente que es un proceso crónico, en ocasiones muy limitante y con elevada tasa de recaídas.

DERIVACIÓN

Si la sintomatología es limitante para su actividad diaria, debe ser evaluado en Salud Mental.

OTROS

La dosis de ISRS debe ser mayor que en la depresión. Si no hay respuesta al tratamiento, sustituir por otro ISRS o clomipramina. Si continua sin mejorar, se puede valorar asociar ISRS con clomipramina.

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

9

Enfermedades del aparato respiratorio

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

INTRODUCCIÓN

El 90% de la población general ronca en algún momento de su vida, más los varones que las mujeres, aunque se tiende a igualar tras la menopausia. El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) afecta en la edad media de la vida al 4-6% de los hombres y 2-4% de las mujeres, frecuencia que va aumentando conforme aumenta la edad. Sólo un 10 % de los SAOS se encuentran diagnosticados.

Es muy importante diferenciar si se trata de ronquido benigno que no precisa tratamiento o de un SAOS que cursa con ronquidos con apneas durante el sueño y somnolencia diurna. Para valorar si un ronquido puede ser patológico se debe consultar al compañero de habitación solicitando que escuche durante 30 min los ronquidos de su compañero mientras duerme. Si en este periodo el ronquido es continuo o existen apneas menores de 10 segundos y en número inferior a 5/h se trata de un ronquido benigno; si se producen paradas respiratorias superiores a 10 segundos habrá que estudiar el ronquido y descartar un SAOS.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dejar de fumar, corregir obesidad, adquirir una buena higiene del sueño, evitar medicamentos relajantes, dormir en decúbito lateral, etc.

Aparato de presión positiva continua sobre vía aérea nasal (CPAP), dispositivos intraorales, cirugía.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se deben tratar los pacientes que presenten un SAOS: ronquido con apnea y somnolencia diurna (escala de somnolencia de Epworth). A continuación se muestran algunas orientaciones de tratamiento:

- CPAP: SAOS moderada-grave (índice apnea-hipoapnea superior a 30 o inferior con sintomatología severa o patología cardiorrespiratoria o cerebrovascular).
- Dispositivos intraorales: SAOS leve-moderada o que no acepten la CPAP.

- Cirugía: cuando existan anomalías anatómicas.
- Pauta de tratamiento -CPAP- al menos 4-5 horas cada noche.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Eliminar la obstrucción respiratoria completa o parcial (las apneas).

Lograr que el paciente duerma bien (buena calidad del sueño).

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El tratamiento con CPAP mejora la evolución en el 80% de los casos.

La CPAP será eficaz si existe mejoría clínica a los 3 meses, en cuyo caso se mantiene el tratamiento indefinidamente.

SEGUIMIENTO

Todos los pacientes se revisarán cada 6 meses para valorar el cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas, sintomatología y complicaciones del SAOS. En los que realizan tratamiento con CPAP se valorará también el cumplimiento y tolerancia al tratamiento.

PRECAUCIONES

No conducir si hay somnolencia diurna.

DERIVACIÓN

Confirmación diagnóstica en las sospechas de SAOS.

ASMA Y EPOC: GENERALIDADES

Enfermedades del aparato respiratorio

GENERALIDADES

El abordaje terapéutico del asma y la EPOC tiene aspectos comunes, ya que ambas patologías se caracterizan por la obstrucción de las vías aéreas, aunque también existen diferencias entre ellas (reversibilidad, componente alérgico e inflamatorio, etc). Las recomendaciones generales de tratamiento así como algunos de los fármacos empleados son comunes a ambas patologías.

Recomendaciones generales:

1. Individualizar el tratamiento: los pacientes responden de diferente modo a los medicamentos.
2. Reevaluar medidas no farmacológicas y cumplimiento del tratamiento ante el fracaso terapéutico y antes de subir un peldaño en la escalera terapéutica.
3. Utilizar la vía inhalatoria como vía de elección para la administración de la mayoría de fármacos. La administración sistémica se reserva para situaciones graves o para pacientes que no toleren la vía inhalada.

4. Adiestrar a los pacientes en el autocontrol y uso de la medicación, conseguir un adecuado manejo de los diferentes dispositivos de inhalación y evaluar periódicamente la técnica.
5. Realizar enjuagues con agua tras el uso de los inhaladores (principalmente con corticoides).
6. Limpiar la cámara de inhalación al menos 1 vez al mes.

FÁRMACOS MÁS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS:

Los **broncodilatadores** (anticolinérgicos y agonistas ß-2 adrenérgicos) juegan un papel importante en ambas patologías. Según la farmacocinética, en cada uno de los grupos se pueden distinguir los de acción corta de los de acción larga.

- Anticolinérgicos: se emplean en el tratamiento de la EPOC, mejoran la disnea, la calidad de vida y la tolerancia al ejercicio. El bromuro de ipratropio, fármaco de referencia de este grupo, es de acción corta y se administra varias veces al día. El bromuro de tiotropio, comercializado posteriormente, tiene una eficacia similar al ipratropio y presenta ventaja en la posología (administración 1 vez al día); sin embargo, su efecto adverso frecuente (sequedad de boca), la dificultad de manejo del dispositivo y el precio elevado limitan su uso y lo posicionan como una alternativa para los pacientes que no toleran o no responden a la terapia con ipratropio.
- Agonistas ß adrenérgicos: se utilizan tanto en asma como en EPOC. Los de duración corta (salbutamol, terbutalina), se usan a demanda o pautados. Los de larga duración (salmeterol, formoterol) sólo se administran de forma pautada. Los adrenérgicos de larga duración se reservan fundamentalmente para dos situaciones: pacientes con asma persistente moderada-grave que no responden a dosis convencionales de corticoides, asociados a ellos, y pacientes con EPOC que no responden al tratamiento con broncodilatadores de corta duración.

En la actualidad existen presentaciones de asociaciones a dosis fijas de corticoides y adrenérgicos de larga duración. La posible ventaja de comodidad posológica no debe inducir a un uso generalizado que conduzca a la utilización en pacientes que requieran dosis diferentes a las incluidas en las presentaciones disponibles.

Es importante tener en cuenta que las dosis recomendadas para un principio activo pueden variar en función del dispositivo utilizado, ej: formoterol, beclometasona.

Los **corticoides** de uso más frecuente son: budesonida, beclometasona y fluticasona (vía inhalatoria), prednisona y prednisolona (vo) y metilprednisolona (iv). Se administran generalmente por vía inhalatoria. La administración sistémica se reserva para situaciones graves (crisis asmáticas, asma grave o exacerbaciones de EPOC). En exacerbaciones de EPOC, los corticoides administrados por vía sistémica provocan una recuperación más rápida de los síntomas, reducen la estancia hospitalaria y el número de recaídas en los tres primeros meses.

Los **antagonistas de los leucotrienos** se usan en el tratamiento del asma y se administran por vía oral. Montelukast es el fármaco más utilizado dentro de este grupo. Presentan escasos efectos adversos, mejoran la función pulmonar y disminuyen las exacerbaciones en algunos casos. Se emplean fundamentalmente en 3 situaciones: asociados a la terapia estándar (corticoide y broncodilatador) en pacientes que no respondan satisfactoriamente; como alternativa a la terapia estándar en caso de intolerancia o contraindicación en pacientes con asma leve, y en el tratamiento del asma inducida por ejercicio.

La **teofilina** tiene un uso limitado en la actualidad. Se utiliza a dosis bajas por vía oral en pacientes con asma o EPOC que no responden a la terapia estándar y siempre en asociación con esta última. A estas dosis, no suele ser necesario controlar los niveles plasmáticos, salvo que existan factores de riesgo (ancianos, insuficiencia hepática o renal) o no se alcance la respuesta clínica adecuada.

Inhibidores de la liberación de mediadores: Se utilizan por vía inhalada en situaciones concretas de asma, fundamentalmente cuando predomina el efecto de un alergeno externo (asma estacional, ocupacional) o en asma inducida por ejercicio. El nedocromilo es el fármaco de este grupo que proporciona mejores resultados en adultos.

ASMA BRONQUIAL (EN EL ADULTO)

INTRODUCCIÓN

A la hora de seleccionar un tratamiento antiasmático se debe valorar la situación del paciente. Se pueden diferenciar 4 estadios:

- *Asma intermitente leve:* Síntomas menos de 1 vez por semana, exacerbaciones leves, síntomas nocturnos ≤ 2 veces al mes, FEV1 o FEM > 80% del teórico y variabilidad del FEV1 o FEM <20%.
- *Asma persistente leve:* Síntomas más de 1 vez a la semana pero no diarios, exacerbaciones que pueden limitar la actividad normal y el sueño, síntomas nocturnos > 2 veces al mes, FEV1 o FEM ≥ 80% del teórico y variabilidad FEV1 o FEM 20-30%.
- *Asma persistente moderada:* Síntomas diarios, exacerbaciones que pueden limitar la actividad normal y el sueño, síntomas nocturnos > 1 vez por semana, FEV1 o FEM entre 60% y 80% del teórico y variabilidad FEV1 o FEM >30%.
- *Asma persistente grave:* Síntomas continuos, exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos frecuentes (casi diarios), actividad física limitada, FEV1 o FEM ≤ 60% del teórico y variabilidad FEV1 o FEM >30%.

El paso de un escalón a otro superior, generalmente conlleva la necesidad de más fármacos o un aumento de las dosis de los fármacos en uso. El principal desencadenante de una crisis de asma es la infección respiratoria, por ello es tan importante el adecuado diagnóstico y tratamiento precoz de la misma. Es fundamental la individualización del tratamiento.

Abordaje farmacológico general: **Véase «Asma y EPOC: Generalidades»**

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ASMA INTERMITENTE LEVE	**Medidas no farmacológicas** **+** **Vacuna gripe** **+** **Salbutamol inhalado** 100-200 µg inh a demanda (máx. 800 µg /d) **o** **Terbutalina inhalada** 500 µg inh a demanda (máx. 6.000 µg /d)	

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ASMA PERSISTENTE LEVE	Añadir al escalón anterior: **Budesonida inhalada** 200 µg/12h inh **o** **Beclometasona inhalada** 250 µg/12h inh	Si intolerancia o contraindicación a corticoides: Añadir al escalón anterior **Montelukast** 10 mg/24h vo por la noche
ASMA PERSISTENTE MODERADA	Añadir al tratamiento de asma intermitente: **Budesonida inhalada** 200-400 µg/12h inh **o** **Beclometasona inhalada** 250-500 µg/12h inh **+** **Formoterol** 12-24 µg (1-2 cáps o inh)/12h inh **o** **Salmeterol** 50-100 µg (2-4 puls)/12h inh	Añadir al tratamiento de asma intermitente: **Budesonida inhalada** 200-400 µg/12h inh **o** **Beclometasona inhalada** 250-500 µg/12h inh **+** **Montelukast** 10 mg/24h vo por la noche **o** **Teofilina** A dosis bajas: 200-800 mg/d vo en 2 tomas
ASMA PERSISTENTE GRAVE	Añadir al tratamiento de asma intermitente: **Budesonida inhalada** 800-1.600 µg/d inh en 3-4 tomas **o** **Beclometasona inhalada** 500 µg/12h inh (máx. 2 mg/d) **+** **Formoterol** 12-24 µg (1-2 cáps o inh)/12h inh **o** **Salmeterol** 50-100 µg (2-4 puls)/12h inh	Considerar asociar: **Montelukast** 10 mg/24h vo por la noche **o** **Teofilina** A dosis bajas: 200-800 mg/d vo en 2 tomas **y/o** **Prednisona** 5-40 mg/24h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Asma inducida por el ejercicio	**Salbutamol inhalado** 100-200 µg inh, 15-20 min antes del ejercicio **o** **Terbutalina inhalada** 500 µg inh, 15-20 min antes del ejercicio	**Montelukast** 10 mg vo, DU 2h antes del ejercicio **o** **Nedocromilo** 2 inh (4 mg), 10-15 min antes del ejercicio
Exposición a un único alergeno	**Inmunoterapia** (después de un estricto control ambiental e intervención farmacológica).	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Salbutamol inhalado** 100-200 µg/6-8h inh **o** **Terbutalina inhalada** 500 µg/6-8h inh **+** **Budesonida inhalada** 200 µg/12h inh **o** **Beclometasona inhalada** 250 µg/12h inh	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Dejar de fumar. Medidas de control ambiental destinadas a evitar factores causales o que favorezcan la aparición de una crisis asmática: no conducir con ventanillas abiertas, usar filtros de pólenes en los aparatos de aire acondicionado, evitar aditivos alimentarios de riesgo y materiales que acumulen polvo (ácaros), etc.
- Asma inducida por el ejercicio: una adecuada preparación aeróbica mejora la tolerancia al ejercicio. La natación y los deportes que requieren esfuerzos breves (golf, patinaje, béisbol) suelen ser mejor tolerados, además se recomienda evitar ambientes muy secos.
- A los adultos, adolescentes y niños con asma se les debe ofrecer un programa educativo que incluya un plan de acción escrito.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Las recomendaciones de tratamiento son generales. La terapia debe ser individualizada para cada paciente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de los síntomas, incluidos los síntomas nocturnos y el asma inducida por el ejercicio. Prevención de las crisis y mejoría de la función pulmonar, con mínimos efectos adversos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La mayoría de los tratamientos del asma tienen efecto en los primeros días, sin embargo el beneficio total no se consigue hasta pasados 3-4 meses de tratamiento.

SEGUIMIENTO

La monitorización es esencial para mantener el control y garantizar que el paciente está tratado con el menor número de fármacos y a las menores dosis eficaces para evitar efectos adversos.

Dada la naturaleza crónica y el curso variable de la enfermedad, su tratamiento también tiene que ser flexible. Por tanto, debe valorarse de forma periódica, cada 3 meses.

Para establecer el control de los síntomas se prefiere utilizar inicialmente una terapia agresiva hasta conseguir la estabilización del paciente. Una vez conseguida, se mantendrá durante un tiempo (3 meses aprox.), y posteriormente se reducirá o retirará el tratamiento en función de la respuesta.

En tratamientos con glucocorticoides a dosis medias-altas, se deben intentar reducciones de dosis a la mitad, a intervalos de 3 meses.

Si se precisan altas dosis de glucocorticoides inhalados se pueden administrar 3-4 veces/día (asma persistente grave).

El control de los síntomas se puede objetivizar mediante el uso (tras adiestramiento) del PEAK-FLOW.

La mujer asmática embarazada requiere un seguimiento estrecho, con visitas médicas regulares (cada 1-2 meses).

SEGURIDAD

Dados los potenciales problemas de seguridad con la utilización de β2 adrenérgicos de larga duración inhalados en asmáticos en monoterapia, se recomienda utilizarlos siempre en asociación con glucocorticoides inhalados. Además, sus acciones son sinérgicas.

OTROS

En las presentaciones presurizadas, se deben utilizar cámaras de inhalación.

El pronóstico perinatal de niños nacidos de madres con asma bien controlado durante el embarazo, es comparable al de nacidos de mujeres sin asma. Por ello, se recomienda el uso de medicamentos para obtener el control óptimo del asma durante el embarazo.

Véase «Asma y EPOC: Generalidades»

ASMA, CRISIS ASMÁTICA (EN EL ADULTO)

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ASMA, CRISIS ASMÁTICA	Cámara espaciadora: **Salbutamol inhalado** 200-400 µg inh (2-4 puffs)/20 min (si precisa) durante la 1ª h, después 200-600 µg inh (2-6 puffs)/2-4h (si precisa). Valorar frecuencia y dosis en función de severidad. **o** **Terbutalina inhalada** 500-1.000 µg (1-2 puffs)/20 min inh (si precisa) durante la 1ª h, después 1-3 puffs/2-4h inh (si precisa). Valorar frecuencia y dosis en función de severidad.	
CRISIS ASMÁTICA MODERADA	Asociar al escalón anterior precozmente: **Prednisona** Primer día 1-2 mg/kg y continuar con 1 mg/kg/d vo, 5 días	Asociar al tratamiento de elección: **Ipratropio bromuro inhalado** 40-60 µg (2-3 puff) inh, DU (repetir dosis si precisa a los 5 min) y valorar pauta de mantenimiento si precisa 40 µg/6h
CRISIS ASMÁTICA GRAVE	Asociar al escalón anterior: **Oxígeno** a flujos altos (>4 l) con mascarilla con efecto Venturi	
CRISIS ASMÁTICA MUY GRAVE	Asociar al escalón anterior: **Epinefrina (Adrenalina)** 0,3-0,5 mg/20 min sc (máx. 1 mg/15-30 min), 3 dosis	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Tranquilizar al paciente. No utilizar fármacos sedantes.

Solicitar una ambulancia medicalizada en caso de crisis muy graves o de crisis graves sin respuesta rápida al tratamiento farmacológico.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Eliminar la obstrucción al flujo aéreo y la hipoxemia lo antes posible y prevenir futuras recaídas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se debe valorar la eficacia de la medicación de urgencia con datos clínicos y objetivos del grado de limitación del flujo aéreo. Utilizar el pulsioxímetro, además de la exploración habitual.

SEGUIMIENTO

Valorar el tratamiento individualizadamente según la respuesta y no administrar más medicación si el paciente no la precisa.

SEGURIDAD

Se recomienda utilizar las dosis más bajas eficaces de ß2 agonistas, aunque en crisis graves a veces son necesarias dosis muy altas. Valorar posología en función de la situación clínica del paciente y siempre monitorizando la frecuencia cardiaca.

DERIVACIÓN

Si es posible, medir el FEM y compararlo con el mejor conocido del paciente o en su defecto el que corresponda en las tablas de referencia. Si esta relación es < 50%: derivar al hospital; si está entre 50% y 75%: continuar el tratamiento en urgencias y valorar la derivación al hospital; si es ≥75%: alta médica. Estas cifras son orientativas, se debe tener en cuenta también los riesgos clínicos de recaída e individualizar en cada caso.

Trasladar al nivel especializado a los pacientes graves o que no responden al tratamiento.

OTROS

Dosis de fármacos para adultos con sistemas de nebulización con O_2 a flujos altos:

- Salbutamol: 5 mg de solución diluidos en 3 ml de suero fisiológico.
- Terbutalina: 10 mg de solución diluidos en 3 ml de suero fisiológico.
- Bromuro de ipratropio: 0,5 mg de solución diluidos en 3 ml de suero fisiológico (se puede mezclar con ß-2 adrenérgicos). Para la presentación en aerosol se utilizan las dosis de 40-60 µg inh.

No es precisa la retirada progresiva de dosis en las pautas de corticoides.

BRONQUITIS AGUDA. TRAQUEITIS AGUDA.

INTRODUCCIÓN

La **bronquitis aguda** es un proceso inflamatorio y autolimitado de etiología vírica que afecta principalmente a tráquea y bronquios. En adultos es la causa más frecuente de tos aguda. Habitualmente no se precisan pruebas complementarias para su orientación diagnóstica; el diagnóstico es eminentemente clínico.

La **traqueobronquitis** cursa clínicamente con tos y roncus, sin sintomatología laríngea ni sibilantes, con o sin fiebre.

La **bronquitis** se suele manifestar clínicamente por tos aguda con o sin fiebre; a la auscultación podemos encontrar sibilantes espiratorios, con o sin taquipnea; el RX de tórax suele ser normal, aunque en ocasiones aparece algún signo de atrapamiento aéreo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BRONQUITIS AGUDA. TRAQUEITIS AGUDA.	**Dextrometorfano** 15-30 mg/6-8h vo Dosis pediátrica (>2 años): 1-2 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 60 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hiperreactividad bronquial	**Salbutamol inhalado** 200 µg/4-6h inh Dosis pediátrica: 100 µg/4-6h inh	
Hiperreactividad bronquial que no mejora con salbutamol	Asociar **Prednisona** 30-40 mg/d vo, durante 3-5 días; en pauta descendente en 2 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

No fumar. Asegurar hidratación adecuada. Realizar vahos porque alivian el malestar y facilitan la expectoración de forma inmediata.

Es importante explicar al paciente que es un "catarro torácico" que suele evolucionar favorablemente, el origen suele ser vírico y, salvo complicaciones, no precisa tratamiento.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Pacientes con tos seca que impide el descanso o provoca el vómito.

Pacientes con pruebas de obstrucción del flujo aéreo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de los síntomas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar la evolución de los síntomas a los 7-10 días y si no mejora:

- reevaluar al paciente y plantearse los diferentes diagnósticos diferenciales;
- en los pacientes con hiperreactividad bronquial, asociar prednisona en pauta descendente.

SEGUIMIENTO

Seguir a aquellos pacientes con pruebas de obstrucción al flujo aéreo.

Solicitar RX de tórax a los pacientes con: tos persistente, mala evolución, mal estado general con o sin fiebre (aunque la auscultación pulmonar sea normal o anodina ya que puede presentar una neumonía, sobre todo en ancianos).

SEGURIDAD

Son efectos secundarios de dextrometorfano: trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor de estómago), somnolencia.

Se recomienda limitar el uso de la codeína para los casos rebeldes, por su potencial de efectos secundarios que incluye: estreñimiento, depresión respiratoria en pacientes sensibles o tras la administración de dosis elevadas, sobre todo en ancianos.

El tratamiento con antitusígenos no está aprobado en niños menores de 2 años y hay escasa o nula evidencia de su eficacia en los ensayos clínicos disponibles.

OTROS

Los agonistas beta2 pueden disminuir los síntomas de la obstrucción del flujo aéreo, incluida la tos. No hay evidencias de que estos fármacos mejoren la sintomatología en niños sin pruebas de que tengan obstrucción del flujo aéreo.

Si hay fiebre o malestar general, utilizar antitérmicos (tipo paracetamol 650 mg/4-6h).

Los mucolíticos y expectorantes, de uso todavía amplio, no han demostrado ser eficaces.

Los antibióticos no están indicados.

No utilizar antihistamínicos ya que secan las secreciones y dificultan la resolución de la infección.

EPOC

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de la EPOC, ninguna medida farmacológica ha resultado eficaz en la prolongación de la supervivencia, excepto el abandono del tabaco y la oxigenoterapia domiciliaria.

Al igual que en el asma, se pueden diferenciar 4 estadios en la EPOC según la clasificación de la GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease):

- *Leve*: FEV1 ≥ 80%
- *Moderado*: FEV1 entre 50%-79%
- *Grave*: FEV1< 50%
- *Muy grave*: FEV1< 30%

Abordaje farmacológico general: **Véase «Asma y EPOC: Generalidades»**

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPOC	**Ipratropio bromuro inhalado** 20-40 µg/6-8h inh a demanda (máx. 320 µg/d) **o** **Salbutamol inhalado** 100-200 µg inh a demanda (máx. 800 µg/d) **o** **Terbutalina inhalada** 500 µg inh a demanda (máx. 6 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría de la situación anterior	**Ipratropio bromuro inhalado** 20-40 µg/6-8 h inh (máx. 320 µg/d) + **Salbutamol inhalado** 100-200 µg/6h inh (máx. 800 µg/d) o **Terbutalina inhalada** 500 µg/4-6h inh (máx. 6 mg/d)	
Síntomas nocturnos y/o disnea continua de pequeños-moderados esfuerzos	**Salmeterol** 50 µg/12h inh (máx. 200 µg/d) o **Formoterol** 12-24 µg/12h inh (cáps de inhalación y aerosoles) (máx. 48 µg/d) o 4,5-9 µg/12h inh (polvo inhalación) (máx. 36 µg/d en 2 tomas) + Medicación de rescate si precisa: **Ipratropio bromuro inhalado** (máx. 320 µg/d)	
No mejora de la situación anterior	**Salmeterol** 50 µg/12h inh (máx. 200 µg/d) o **Formoterol** 12-24 µg/12h inh (cáps de inhalación y aerosoles) (máx. 48 µg/d) o 4,5-9 µg/12h inh (polvo inhalación) (máx. 36 µg/d en 2 tomas) + **Tiotropio** 18 µg/24h inh	Considerar asociar al tratamiento de elección **Teofilina** 200-800 mg/d vo en 2 tomas
No mejora de la situación anterior: EPOC GRAVE: FVC < 50 % , con exacerbaciones frecuentes y prueba de corticoides inhalados (*) positiva	Asociar **Budesonida inhalada** 200-400 µg/12h inh (máx.1,6 mg)	
EPOC grave. Hipoxemia	Asociar **Oxígeno** 1-2 l/min más de 15 h al día con gafas nasales, por tiempo indefinido.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Supresión del tabaco, vacunación antigripal y antineumocócica.

Evitar ambientes contaminados. Realizar ejercicio físico de extremidades superiores, inferiores y músculos respiratorios. Fisioterapia respiratoria.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se deben tratar con oxígeno los pacientes con EPOC grave que cumplan los siguientes criterios:

- PA O_2 < 55 mm Hg
- PA O_2 < 60 mm Hg + hipertensión pulmonar, o insuficiencia cardiaca congestiva crónica o policitemia (Hto > 55%). Uso imprescindible durante el sueño y la actividad física. Evitar permanecer más de 2 horas sin oxígeno.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El tratamiento farmacológico tiene por objetivo la mejoría de los síntomas y debe ser valorado de forma individual.

En EPOC grave con hipoxemia, el flujo de oxígeno debe mantener la PA O_2> 60 mm Hg o la Sat O_2 > 90%.

SEGUIMIENTO

Reevaluar la situación clínica, cuantificar la disnea, realizar espirometría forzada periódicamente, ajustar tratamiento farmacológico y supervisar la utilización correcta de los inhaladores. En EPOC con necesidades de oxígeno se debe realizar un control gasométrico cada 6 meses.

PRECAUCIONES

El oxígeno es comburente: no fumar ni acercar a una fuente de calor. Las bombonas deben mantenerse en posición vertical.

DERIVACIÓN

Es importante una adecuada coordinación entre niveles. En las siguientes situaciones, el paciente puede requerir atención especializada: presencia de cor pulmonale, indicación de oxigenoterapia domiciliaria, descenso acelerado del FEV1, necesidad de rehabilitación pulmonar, tratamiento del tabaquismo en pacientes que hayan fracasado en intentos previos, etc.

OTROS

(*) La **prueba de corticoides inhalados** consiste en un ensayo de prueba durante 6-12 semanas, que valore en la respuesta la mejoría de la situación clínica y espirométrica del paciente. Una prueba terapéutica con corticoides se considera positiva cuando el FEV1 mejora en al menos un 15%. En las agudizaciones y en los pacientes que ya utilizaban previamente los corticoides o que presentaban una respuesta documentada, la utilidad se limita a los corticoides orales.

Todos los dispositivos de inhalación, con el debido adiestramiento, son igualmente efectivos.

Los dispositivos de cartucho presurizado deben utilizarse con cámara de inhalación.

Se puede considerar el tratamiento con mucolíticos en pacientes con EPOC, tos y esputo abundante.

Véase «Asma y EPOC: Generalidades»

EPOC. REAGUDIZACIÓN.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPOC. REAGUDIZACIÓN	**Ipratropio bromuro inhalado** 20-40 µg/6-8h inh (máx. 320 µg/d) **y/o** **Salbutamol inhalado** 200 µg/4-6h inh (máx. 800 µg/d) **o** **Terbutalina inhalada** 500 µg/4-6h inh (máx. 6 mg/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EPOC leve, moderada o grave con criterios de infección sobreañadida*	Asociar a los inhaladores: **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 7-10 días	Si intolerancia a Amoxicilina/ Ácido Clavulánico, asociar a los inhaladores: **Cefuroxima** 500 mg/12h vo, 7-10 días
No mejoría en 48 h	Asociar a los inhaladores: **Levofloxacino** 500 mg/24h vo, 7-10 días	
Sospecha de infección por *Pseudomonas* **	Asociar a los inhaladores: **Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo (máx. 1.500 mg/d), 10-14 días	
Alergia a betalactámicos	Asociar a los inhaladores: **Levofloxacino** 500 mg/24h vo, 7-10 días	Asociar a los inhaladores: **Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FEV1 < 50% o reagudización grave* **	Asociar a los inhaladores y antibióticos: **Prednisona** 20-60 mg/d vo, 5-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo relativo y buena hidratación.

Comprobar que se realiza un técnica inhalatoria correcta (son recomendables las cámaras de inhalación) y cumplimiento del tratamiento en fase estable.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

* Optimizar la pauta de ß-2 adrenérgicos de corta duración (fundamental). El tratamiento antimicrobiano sólo está indicado en la reagudización si coexisten al menos dos de los tres criterios de Anthonisen (aumento de disnea, aumento del volumen del esputo y sobre todo aumento de la purulencia).

SEGUIMIENTO

Valorar la eficacia de tratamiento antibiótico a las 48 horas.

DERIVACIÓN

*** Se deben enviar al hospital las reagudizaciones graves que no mejoran. Son criterios de gravedad: incapacidad para toser, obnubilación, taquipnea > 35 respiraciones/min, PA O_2 < 35 mm Hg, insuficiencia cardiaca o respiratoria y respiración paradójica.

OTROS

**Sugiere infección por *Pseudomonas* la presencia de bronquiectasias o ingreso reciente en hospital que hubiera requerido ventilación artificial, pacientes tratados habitualmente con corticoides orales y los que han recibido tratamiento antibiótico previamente en al menos cuatro exacerbaciones durante el año anterior.

Véase «Asma y EPOC: Generalidades»

GRIPE

INTRODUCCIÓN

La gripe estacional es una infección respiratoria aguda muy contagiosa. No tiene tratamiento específico y se recomienda fundamentalmente el tratamiento sintomático. Aunque suele evolucionar favorablemente de forma autolimitada, puede revestir especial gravedad en personas mayores, pacientes con patologías crónicas e inmunodeprimidos.

La vacunación anual es la medida preventiva de primera elección; está indicada como medida profiláctica en mayores de 60 años y, a cualquier edad, en personas con enfermedad respiratoria crónica, IC, IH, IR, DM o inmunosupresión. La inmunización activa con la vacuna de la gripe disminuye el riesgo de complicaciones y muerte en personas de alto riesgo. La vacuna puede usarse en embarazadas (mejor desde el 2º trimestre). **Véase «Anexo 15: Vacunación en el adulto» y «Anexo 14: Vacunación durante el embarazo y en la mujer».**

La eficacia de los antivirales (amantadina, zanamivir, oseltamivir) no está clara (apenas acortan 1-2 días la duración de la infección, y amantadina sólo es eficaz para virus tipo A). Su utilización no debería en ningún caso sustituir a la vacunación.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GRIPE	Tratamiento sintomático Véase «Fiebre» y «Tos Aguda»	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Hidratación. Valorar individualmente la necesidad de hacer reposo.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar la sintomatología y reducir el riesgo de complicaciones.

SEGUIMIENTO

Según evolución valorar posibles complicaciones, especialmente en pacientes ancianos y/o con comorbilidad asociada.

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección del parénquima pulmonar que se desarrolla en el ámbito de la comunidad. Se excluyen las neumonías que afectan a pacientes con cáncer e inmunodepresión, ancianos residentes en instituciones cerradas, las que se manifiestan en los 10 primeros días tras el alta hospitalaria y las de etiología tuberculosa.

El microorganismo causal más frecuente es el *Streptococcus pneumoniae*, y le siguen los atípicos (*Micoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Coxiella burnetti* y *Chlamydia psitacci*), los virus respiratorios y el *Haemophilus influenzae*. En pacientes con bronquiectasias hay que sospechar etiología por *Pseudomonas aeruginosa*.

El diagnóstico se basa en la existencia de un cuadro clínico compatible acompañado de cambios radiológicos. Se pueden describir dos cuadros clínicos patrón:

- NAC típica (*S. pneumoniae* y *H. influenzae*): fiebre elevada, escalofríos, tos productiva y dolor torácico pleurítico.
- NAC atípica (*M. pneumoniae* , *C. pneumoniae*, *C. burnetti* , *C. psitacci* y virus): clínica subaguda y de tipo general con tos intensa irritativa, fiebre sin escalofríos, cefalea, mialgias y artralgias.

En la neumonía, el tratamiento antibiótico se debe instaurar de forma precoz. Si es posible, antes de iniciarlo se recomienda realizar baciloscopia y/o cultivo de esputo, posteriormente instaurar tratamiento antibiótico empírico y, una vez se reciba el resultado, decidir con qué antibiótico continuar.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL ADULTO	**Amoxicilina** 1 g/8h vo, 8-10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Pacientes institucionalizados o con comorbilidad asociada (DM, IR, IC, EPOC, alcoholismo, hepatopatía)	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 10 días	
Elevada sospecha clínico epidemiológica de neumonía atípica	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días ó 500 mg 1er día seguido de 250 mg/24h, 4 días más	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a penicilina o falta de respuesta en 48-72 h (todas las situaciones anteriores)	**Levofloxacino** 500 mg/24h vo (máx. 500 mg/12h), 10 días	**Moxifloxacino** 400 mg/24h vo, 10 días
Adultos con bronquiectasias asociadas	**Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo (máx. 1.500 mg/d), 10-14 días	
Sospecha etiológica de *C. burnetti* o *Chlamydia*	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 14-21 días	
Neumonía en embarazo ó lactancia	**Amoxicilina** 1 g/8h vo, 8-10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 10 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo, buena hidratación y abandono del tabaco en los fumadores.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

- Cuando se sospeche neumonía, el tratamiento antibiótico debe ser instaurado lo más precozmente posible.
- En atención primaria se tratarán los pacientes con neumonía leve-moderada, con o sin comorbilidad, pero sin criterios clínicos de gravedad y siempre que no existan factores sociales que dificulten la realización del tratamiento.

En España entre un 20-30% de la neumonía neumocócica se considera que puede ser resistente a penicilina, aunque sólo entre un 5-10% se consideran resistencias graves. La resistencia a amoxicilina es menor (5-10%). Por ello, si se sospecha infección por neumococo se debe iniciar el tratamiento con amoxicilina.

Existen una serie de factores de riesgo en los que se requiere un abordaje terapéutico diferente: edad mayor de 65 años, comorbilidad (IC, EPOC, IR, IH, alcoholismo o neoplasia), inmunosupresión (incluido el tratamiento crónico con corticoides), ingreso hospitalario o tratamiento con betalactámicos en los últimos 3 meses, contacto con niños en guarderías, pacientes institucionalizados en residencias.

SEGUIMIENTO

Se recomienda realizar una revisión en 48-72 horas para valorar la evolución. Se considera favorable si hay ausencia de fiebre alta y estabilización de los síntomas clínicos. En caso de evolución no favorable, tras la valoración clínica se cambiará el tratamiento o se derivará a hospital. Se recomienda documentar la resolución radiológica tras 5-6 semanas.

DERIVACIÓN

Ante la falta de respuesta de un paciente al esquema terapéutico propuesto, valorar remisión a especializada.

Criterios de ingreso hospitalario:

- Puntuación en escala de FINE (escala de estratificación de riesgo de mortalidad precoz) superior a 70.
- Descompensación con comorbilidad grave.
- Gravedad clínica, analítica o radiológica (taquipnea 30 respiraciones por minuto; taquicardia 120 lpm; hipotensión 100/60; hipo o hipertermia (menor de 36º o superior a 40º); alteración del nivel de conciencia; insuficiencia renal aguda; anemia (hematocrito inferior al 30%); leucocitosis (superior a 20.000); coagulación intravascular diseminada; infiltrados multilobulares, derrame pleural o cavitación; dificultad para tratamiento oral o ambulatorio

Los criterios de derivación propuestos por la Sociedad Torácica Británica son CRB65:

- C: Confusión
- R: frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto
- B: presión arterial sistólica < 90 mm Hg o diastólica < 60 mm Hg
- 65: edad ≥ 65 años.

OTROS

En pacientes tratados con azitromicina con pauta de 500 mg/24h (3 días), se puede valorar la necesidad de administración de dos dosis de 500 mg/24h adicionales, en función de la respuesta.

TOS AGUDA

INTRODUCCIÓN

Es uno de los motivos de consulta más habituales en AP, tanto en adultos como en niños. La tos aguda es aquella que dura menos de 3 semanas aunque, en ocasiones, la tos secundaria a infecciones respiratorias del tracto superior pueden durar hasta 8 semanas.

Entre las causas más frecuentes de tos aguda en adultos se encuentran: la traqueobronquitis aguda (70%), seguida por el asma (6%) y la neumonía (5%); en niños, además de las infecciones de vías respiratorias altas y la laringotraqueitis aguda (crup viral), hay que pensar en la aspiración de un cuerpo extraño.

En la tos nocturna pensar en la posibilidad de insuficiencia cardiaca, goteo nasal posterior, asma bronquial o reflujo gastroesofágico.

Hay que tener en cuenta que los paroxismos de tos pueden provocar síncope, rotura de bullas enfisematosas (neumotórax, neumomediastinitis, enfisema subcutáneo), fracturas costales, hernia inguinal, incontinencia urinaria, petequias y lesiones purpúricas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TOS AGUDA	**Dextrometorfano** 15-30 mg/6-8h vo (máx. 120 mg/d) Dosis pediátrica. (> 2 años): 1-2 mg/kg/d vo en 3-4 tomas	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría con el tratamiento inicial	**Codeína** 15-30 mg/6-8h vo Dosis pediátrica (>2 años): 0,25 mg/kg/6h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El tratamiento fundamental es el etiológico. Evitar causas desencadenantes (tabaco, inhalación de polvos, humos e irritantes). Asegurar hidratación adecuada (pacientes ancianos, febriles, niños, etc.). Evitar los cambios bruscos de temperatura y las bebidas frías. Tomar infusiones y bebidas calientes.

En niños es importante la administración de líquidos, mantener la humedad ambiental, lavar las secreciones nasales y el tratamiento postural durante el sueño. Debemos informar a la familia de que la utilización de antitusígenos no está relacionada con una disminución en la duración del cuadro ni con una prevención de su posible evolución hacia vías bajas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento sintomático sólo está indicado en la tos improductiva que altera la calidad de vida o que puede inducir complicaciones, siempre que el tratamiento no esté contraindicado.

No está indicado como primera elección el uso de dextrometorfano ni de codeína en niños, sino que se debe insistir en el empleo de medidas no farmacológicas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar la tos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar a los 7-10 días.

SEGUIMIENTO

Mantener el tratamiento hasta la mejoría.

SEGURIDAD

Son efectos secundarios de dextrometorfano: trastornos gastrointestinales (náuseas, vómitos, dolor de estómago), somnolencia.

Se recomienda limitar el uso de la codeína para los casos rebeldes, por su potencial de efectos secundarios que incluye: estreñimiento, depresión respiratoria en pacientes sensibles o tras la administración de dosis elevadas, sobre todo en ancianos.

El tratamiento con antitusígenos no está aprobado en niños menores de 2 años y hay escasa o nula evidencia de su eficacia en los ensayos clínicos disponibles.

DERIVACIÓN

Paciente con tos aguda en que se sospeche tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardiaca aguda, hemoptisis moderada o que presente comorbilidad con otras patologías que hagan necesario su estudio.

TOS FERINA

TOS FERINA

Enfermedades del aparato respiratorio

INTRODUCCIÓN

Es una infección causada por un cocobacilo gramnegativo, *Bordetella Pertussis*, cuyo único huésped son los seres humanos.

Clínicamente se caracteriza por un periodo de incubación de 7-10 días tras el cual aparecen tres fases consecutivas: Fase catarral (1-2 semanas), indistinguible de un catarro viral, es la fase más contagiosa. Fase paroxística (2-4 semanas), en la que aparecen los accesos de tos típicos de la enfermedad "el gallo"; se caracteriza por ausencia de fiebre, otros síntomas sistémicos y de faringitis y, entre los ataques paroxísticos, el paciente se encuentra clínicamente bien. Fase de convalecencia (1-3 meses), en la que los accesos de tos característicos van desapareciendo.

Es una enfermedad muy contagiosa (vía respiratoria) y, aproximadamente el 90 % de los contactos no inmunizados de un caso, resultan infectados. En la fase catarral es más transmisible, pero la trasmisión es posible hasta 3 semanas después del comienzo de la fase paroxística. La enfermedad se adquiere a partir del individuo enfermo; se considera que los adultos con formas leves o atípicas o incluso asintomáticos son el principal reservorio.

Aunque tradicionalmente está considerada una enfermedad de la infancia, cada día se diagnostica con más frecuencia en adolescentes y adultos. En los adultos el síntoma más característico es la tos persistente que no responde a los tratamientos convencionales. La morbimortalidad grave se limita prácticamente a los lactantes.

El **diagnóstico clínico** se realiza ante un paciente que presente el típico gallo del periodo paroxístico, con linfocitosis absoluta o relativa, en el que exista antecedente de contacto con un caso conocido de tos ferina. El **diagnóstico de laboratorio:** el frotis faríngeo es en la práctica clínica la prueba más útil y utilizada; la toma de muestra debe realizarse lo más precozmente posible.

La vacunación es la medida profiláctica fundamental. En nuestra comunidad se sigue la siguiente pauta: se utiliza la vacuna acelular (pa) junto a difteria y tétanos (dTpa) a los 2, 4, 6 y 18 meses y 6 años. En los países desarrollados, la mayor fuente de casos de tos ferina son adolescentes y adultos vacunados o no en edad infantil.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TOS FERINA	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días Dosis pediátrica (≤40 kg): 10 mg/kg/d vo, 3 días	**Claritromicina** 500 mg/12h vo, 7 días Dosis pediátrica (≤ 40 kg): 15 mg/kg/d vo en 2 tomas, 7 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a los macrólidos	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 200/40 mg/12h vo, 7 días Dosis pediátrica: (>6 meses): 200/40 mg/12h vo, 7 días; (<6 meses): 100/20 mg/12h vo, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Hidratar y dar soporte nutricional. Ambiente tranquilo para evitar los paroxismos de tos.

Aislamiento respiratorio hasta una semana después de iniciado el tratamiento antibiótico, para evitar el contagio.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Iniciar tratamiento antibiótico en pacientes con diagnóstico clínico o diagnóstico de laboratorio.

Tratar la enfermedad lo más precozmente posible, ya que si se administran los antibióticos durante la fase catarral se consigue alterar favorablemente el curso de la enfermedad. Durante la fase paroxística el efecto es más discutible, aunque siempre tiene el valor de erradicar al microorganismo y evitar la diseminación de la enfermedad.

Hacer profilaxis antimicrobiana a los contactos íntimos del paciente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Erradicar *Bordetella Pertussis* de la nasofaringe de los enfermos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar la evolución clínica y la negativización del cultivo faríngeo (si este hubiera sido positivo previamente).

SEGUIMIENTO

Primera revisión a los 2-3 días de inicio del tratamiento para valorar respuesta al tratamiento. Si la respuesta es buena, hacer revisiones semanales hasta la curación.

DERIVACIÓN

Los lactantes y niños con enfermedad grave deben ingresar en el hospital.

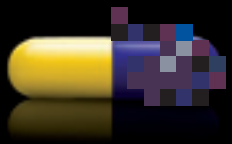
OTROS

Administrar la azitromicina una hora antes o dos horas después de una comida, para evitar la interacción con los alimentos.

El tratamiento con macrólidos no acorta el período de tos convulsiva pero sí la cadena epidemiológica (en 5 días negativiza el cultivo faríngeo) y disminuye la fase catarral. Se puede utilizar como profilaxis en adultos y niños no vacunados de riesgo (sobre todo, en hogares con niños menores de 1 año).

El tratamiento con azitromicina es tan eficaz como el tratamiento con claritromicina o eritromicina. Su ventaja consiste en que la pauta de administración y la duración del tratamiento es más conveniente: tres días de una administración única frente a 7 días de varias administraciones diarias.

Los antitusivos no son eficaces.



10

Enfermedades de la piel y faneras

ACNÉ

INTRODUCCIÓN

Es la enfermedad cutánea mas frecuente. Incidencia similar en ambos sexos, pero afecta de forma mas tardía e intensa al varón.

No tiene cura pero puede ser controlado adecuadamente, tendiendo a desaparecer tras la adolescencia.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ACNÉ COMEDONIANO O NO INFLAMATORIO (GRADO I)	**Peróxido de benzoilo** 2,5-10% crema, gel o loc 1-2 aplic/d (iniciar tto con dosis bajas)	Si no mejoría, Añadir: **Tretinoina tópica** 0,025-0,05% crema 1 aplic/d por la noche **o** **Isotretinoina tópica** 0,05% gel 1 aplic/d por la noche
ACNÉ INFLAMATORIO LEVE-MODERADO (GRADO II)	**Peróxido de benzoilo** 2,5-10% crema, gel o loc 1-2 aplic/d (iniciar tto con dosis bajas) **+** **Clindamicina tópica** 1% gel, sol o emulsión 1 aplic/12h **o** **Eritromicina tópica** 2% sol, gel o toallitas 1 aplic/12h Y, en caso necesario, añadir: **Tretinoina tópica** 0,025-0,05% crema 1 aplic por la noche **o** **Isotretinoina tópica** 0,05% gel 1 aplic por la noche	Si no mejoría, Añadir: **Doxiciclina** 50-100 mg/24h vo, 3-6 meses

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ACNÉ INFLAMATORIO GRAVE (GRADO III)	**Doxiciclina** 50-100 mg/24h vo, 3-6 meses + **Peróxido de benzoilo** 2,5-10% crema, gel o loc 1-2 aplic/d + **Tretinoina tópica** 0,025-0,05% crema 1 aplic por la noche o **Isotretinoina tópica** 0,05% gel 1 aplic por la noche	**Isotretinoína** 0,5-1 mg/kg/d vo en 2-3 tomas, 5-6 meses (máx. 120-150 mg/kg)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a la tetraciclina	**Eritromicina** 250-500 mg/12h vo, 3 meses	
Intolerancia a peróxido de benzoilo	**Azelaico ácido** 20% crema 1 aplic/24h por la noche, aumentando posteriormente a 1 aplic/12h	
Intolerancia a los retinoides tópicos	**Adapaleno** 0,1% crema o gel 1 aplic/d por la noche	
Embarazo	**Azelaico ácido** 20% crema 1 aplic/24h por la noche, aumentando posteriormente a 1 aplic/12h	
Mujeres con acné y manifestaciones androgénicas	**Ciproterona/ Etinilestradiol** 2 mg/35 µg/24h vo, los días 1-21 del ciclo seguidos de 7 días de descanso	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Lavar la zona con agua y jabón neutro o específico para acné 1-2 veces/d, secando bien antes de aplicar el tratamiento.
- No manipular las lesiones.
- No utilizar cosméticos grasos o comedogénicos.
- Evaluar la utilización de fármacos que influyen en su patogenia (corticoides, fenitoína, litio, isoniazida, rifampicina, Vit B12...).
- Se debe comunicar al paciente la ausencia de relación entre la dieta y la gravedad del cuadro, y advertir de que al inicio del tratamiento farmacológico las lesiones pueden empeorar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Inicio precoz del tratamiento.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mejoría de las lesiones y evitar cicatrices.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La mejoría se inicia a las 4-8 semanas de comenzar el tratamiento.

SEGUIMIENTO

Con isotretinoína oral se debe realizar analítica, para control de perfil lipídico, glucémico y pruebas de función hepática, antes de comenzar el tratamiento y cada 2 meses.

SEGURIDAD

Todos los fármacos tópicos descritos pueden producir irritación. La aplicación simultánea de retinoides y peróxido de benzoilo puede producir reacción local intensa.

Los fármacos tópicos e isotretinoína y doxiciclina vía oral pueden producir fotosensibilidad.

Los retinoides tópicos están contraindicados el mes previo y durante el embarazo.

La isotretinoína oral requiere prescripción del dermatólogo y es de "Especial Control Médico". En mujeres en edad fértil está indicado asegurar anticoncepción durante el tratamiento y un mes antes y después de completar el mismo. Además, como efectos secundarios, puede producir anemia, neutropenia, trombopenia o trombocitosis, sequedad de piel y mucosas, cefalea, depresión, enfermedad inflamatoria intestinal, artralgias y mialgias, hepatotoxicidad, aumento de lípidos y glucosa, hematuria y proteinuria. Si se necesita un 2º ciclo, esperar 8 semanas y no superar la dosis máxima acumulada (120-150 mg/kg). Ingerir con alimentos y no asociar a comedolíticos ni queratolíticos porque aumentan la irritación cutánea, ni a tetraciclinas porque disminuyen el efecto antibacteriano y aumentan el riesgo de hipertensión intracraneal benigna. No se recomienda en niños menores de 12 años.

Doxiciclina: entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad. Está contraindicada en niños menores de 8 años.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

Eritromicina: puede aumentar el efecto de ác. valproico, carbamazepina, anticoagulantes orales, digoxina, BZD y teofilina; y disminuir el de los anticonceptivos orales, además existe riesgo de muerte súbita por alteraciones cardiacas con ISRS, ketoconazol e imidazólicos, inhibidores de proteasas y anticoagulantes orales.

PRECAUCIONES

Los tratamientos tópicos se deben aplicar con la piel seca, a los 30 min de haberse lavado la cara con agua y jabón. Evitar contacto de la medicación con ojos y mucosas.

Etinilestradiol/ciproterona no debe utilizarse con fines exclusivamente anticonceptivos.

Ác. azelaico no se debe utilizar más de 6 meses de forma continuada.

Los pacientes en tratamiento con isotretinoína por vía oral no deben donar sangre durante el tratamiento ni el mes después, y deben evitar la dermoabrasión cutánea y la depilación con cera los 6 meses siguientes de finalizar el tratamiento.

Doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañada de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

DERIVACIÓN

El acné grado III y el grado II, cuando no responden al tratamiento tópico y sistémico en 6 meses, deben derivarse al dermatólogo.

OTROS

Utilizar vehículo apropiado para cada tipo de piel: gel en pieles grasas, crema en secas y loción en áreas extensas y pilosas.

Isotretinoína no pone en peligro la formación y el desarrollo del embrión nacido de varones tratados.

ALOPECIA: GENERALIDADES

GENERALIDADES

El término **alopecia** define la disminución o pérdida del pelo, localizada o generalizada, temporal o definitiva de cualquier tipo u origen.

Para un entendimiento adecuado de las alopecias es necesario conocer que el crecimiento del pelo es cíclico, pasando por 3 etapas: 1ª etapa de crecimiento (anágena) que dura de 2 a 6 años, en la que el pelo crece 1 cm cada mes; seguido de un periodo de reposo o catágeno que dura unas 3 semanas; y finalmente se alcanza la fase de caída o telógena (cayendo de forma imperceptible entre 80-100 cabellos/d) que dura de 3 a 4 meses.

Desde un punto de vista pronóstico pueden distinguirse dos tipos básicos de alopecias: cicatriciales (irreversibles) y no cicatriciales (potencialmente reversibles). Una excepción es la alopecia androgénica que, aunque no es cicatricial, es lentamente progresiva e irrecuperable.

Es importante realizar un diagnóstico diferencial e individualizar el tratamiento del paciente . En más de la mitad de los casos de alopecia no es necesario pedir ninguna exploración complementaria; la clínica y la exploración física son suficientes para establecer un diagnóstico firme.

La alopecia tiene muchas causas (relacionada con los andrógenos, congénita, asociada a trastornos sistémicos, estrés emocional y físicos intensos, trastornos cutáneos, deficiencias nutricionales, uso de determinados fármacos...). **Cuando se conoce la causa de la alopecia y es reversible, el tratamiento es etiológico.**

La forma más frecuente, la **alopecia androgénica** (alopecia seborreica o calvicie masculina), implica la recesión de la línea de crecimiento capilar en la región frontal del cuero cabelludo o la pérdida de cabello en el vértex. En el hombre se asocia al paso de los años. Las mujeres con concentraciones de andrógenos

elevadas presentan un patrón de pérdida de cabello similar; la pérdida de cabello asociada al envejecimiento en las mujeres con concentraciones normales de andrógenos es mucho más difusa.

La **alopecia areata** es un trastorno autoinmune que se caracteriza por una pérdida de cabello en zonas muy bien delimitadas donde normalmente lo había. El tamaño del área afectada varía entre 1 cm^2 y todo el cuero cabelludo (alopecia totalis) o incluso puede suponer la pérdida de todo el vello del cuerpo (alopecia universalis).

ALOPECIA ANDROGÉNICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Alopecia. Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ALOPECIA ANDROGÉNICA	Varón 18-41 años: **Finasterida (dermo)** 1mg/24h vo, 6-12 meses Varón 42-65 años: **Finasterida (dermo)** (en < 60 años) 1mg/24h vo, 6-12 meses **o** **Minoxidil tópico** 2-5% sol cutánea 1ml/12h, 4-12 meses Mujer: **Minoxidil tópico** 2% sol cutánea 1ml/12h, 4- 12 meses	Varón 18-41 años: **Minoxidil tópico** 2-5% sol cutánea 1ml/12h, 4-12 meses

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujeres en edad fértil con alopecia androgénica incipiente-moderada asociada a seborrea, acné o hirsutismo (hiperproducción de andrógenos de origen ovárico)	**Ciproterona/ Etinilestradiol** 2 mg/35 µg/24h vo, los días 1-21 del ciclo seguidos de 7 días de descanso **+** **Ciproterona** 50-100 mg vo, los días 1-10 del ciclo **en casos graves**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujeres postmenopáusicas con alopecia androgénica incipiente-moderada asociada a seborrea, acné o hirsutismo (hiperproducción de andrógenos de origen ovárico)	**Ciproterona** 25-50 mg/24h vo, durante 21 días seguido de 7 días de descanso	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dieta equilibrada. Evitar tratamientos agresivos (tintes, permanentes...). Los champús antiseborreicos son de utilidad muy dudosa. El tratamiento quirúrgico mediante implantes y autotrasplantes es caro y de resultados estéticos inciertos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es importante realizar un diagnóstico diferencial e individualizar el tratamiento del paciente (hombres y mujeres).

El tratamiento es más eficaz en grados incipientes de la enfermedad; los mejores candidatos para el tratamiento con finasterida o minoxidil son los varones de edades entre 18-41 años que comienzan a notar la aparición de pelo más fino a nivel fronto-temporal y/o en el vértex. En áreas completamente calvas y en fases avanzadas no existe tratamiento efectivo.

En general, responden al tratamiento aproximadamente la mitad de los pacientes tratados.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aumentar la extensión de la zona "repoblada" con pelo.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Extensión de la zona "repoblada" con pelo.

SEGUIMIENTO

En mujeres en tratamiento prolongado con ciproterona-etinilestradiol, deben realizarse revisiones cada 6-12 meses.

SEGURIDAD

En mujeres está contraindicada finasterida y no se recomienda la utilización de minoxidil al 5%.

Minoxidil: los efectos secundarios más frecuentes son irritación e hipertricosis, por lo que se debe evitar el contacto con la cara. Ocasionalmente (1,5%), picor del cuero cabelludo. Con menor frecuencia, enrojecimiento, descamación y quemazón, reacciones alérgicas inespecíficas (urticaria, rinitis alérgica, inflamación facial), disnea, cefalea, vértigo, neuritis, edema, aturdimiento.

Finasterida: puede producir disfunción eréctil, disminución de la líbido y/o del volumen de eyaculación. Raramente, dolor testicular y reacciones de hipersensibilidad (erupción, prurito, urticaria e hinchazón de los labios, y la cara; sensibilidad y aumento de la mama). Finasterida puede causar anomalías en los genitales externos de fetos masculinos en mujeres embarazadas, por lo que las mujeres embarazadas no deben manipular comprimidos machacados o partidos de finasterida. Las relaciones sexuales con mujeres embarazadas deben realizarse con protección mecánica por el mismo motivo.

DERIVACIÓN

Valorar la adecuación de derivar a Endocrinología los casos más graves de alopecia androgénica y el hirsutismo por hiperproducción suprarrenal.

Valorar la derivación a la consulta de Ginecología de las mujeres con alopecia androgénica de instauración brusca, patrón masculino o presencia de manifestaciones de hiperandrogenismo.

OTROS

En mujeres pueden agregarse estrógenos a la terapia: en los casos más graves de alopecia androgénica asociada a seborrea, acné o hirsutismo, es necesario asociar ciproterona ajustando la dosis según la mejoría clínica. Es preciso un estudio hormonal previo.

En varones, finasterida es más eficaz que el minoxidil, sobre todo para la alopecia frontal; minoxidil al 5% es más eficaz que al 2% en varones. Hay estudios con finasterida de hasta 5 años de tratamiento en los que ha resultado bien tolerado. Finasterida no ha demostrado eficacia en varones mayores de 60 años ni en mujeres postmenopáusicas.

La combinación de minoxidil con tretinoína por vía tópica puede potenciar la respuesta.

Para el tratamiento de la alopecia minoxidil y finasterida son tratamientos excluidos de la oferta de la Seguridad Social.

La supresión del tratamiento conduce a una pérdida del efecto terapéutico, restableciéndose el estado previo al tratamiento al cabo de 9 -12 meses con finasterida y de 3-4 meses con minoxidilo.

ALOPECIA AREATA

INTRODUCCIÓN

Véase «Alopecia. Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ALOPECIA AREATA	No tratar, por la probabilidad de remisión espontánea	Si se decide tratar, derivar a Dermatología para considerar corticoides intralesionales

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Adultos con afectación <50%	Derivar a Dermatología para inmunoterapia tópica	
Niños	Actitud expectante en lesiones limitadas	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dieta equilibrada. Evitar tratamientos agresivos (tintes, permanentes...)

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Las zonas pequeñas o aisladas de alopecia areata pueden no necesitar tratamiento y en muchos pacientes el cabello volverá a crecer en unos pocos meses. Si la pérdida de cabello supone un problema estético, cabe ofrecer al paciente un tratamiento pero éste no suele ser totalmente satisfactorio.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aumentar la extensión de la zona "repoblada" con pelo.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La evolución de la alopecia areata es independiente del tratamiento.

SEGURIDAD

Corticoides intralesiones*:* dolor, irritación, atrofia cutánea (con la posibilidad de transformar la lesión en definitiva)...

Minoxidil*:* ocasionalmente (1,5%), picor del cuero cabelludo. Con menor frecuencia, enrojecimiento, descamación y quemazón, reacciones alérgicas inespecíficas (urticaria, rinitis alérgica, inflamación facial), disnea, cefalea, vértigo, neuritis, edema, aturdimiento; otros.

Antralina*:* eritema y ardor alrededor de la lesión (generalmente leve o moderado; a menudo disminuyen tras 1 ó 2 semanas de tratamiento). Otras menos frecuentes como reacciones alérgicas. Pueden producirse manchas en la piel tratada y la zona circundante. Tales manchas desaparecen 1 ó 2 semanas después de finalizado el tratamiento. Puede decolorar temporalmente las uñas de los dedos de las manos, y también puede manchar las prendas. La antralina es muy irritante y debe aplicarse con cuidado evitando las zonas próximas a los ojos.

Corticoides tópicos: reacciones de hipersensibilidad. En tratamiento prolongado, alteraciones atróficas de la piel, pérdida de colágeno y estrías entre otras. En tratamiento con vendaje oclusivo, aparición de efectos secundarios sistémicos: retención hidrosalina, etc.

DERIVACIÓN

Derivar a Dermatología pacientes con:

- Alopecia areata extensa (afectación > 50%) ó recidivante; y niños, si hay afectación psicológica o lesiones extensas.
- Alopecia areata (afectación < 50%), si se decide tratar, para considerar corticoides intralesionales.

OTROS

En adultos con afectación < 50%, como alternativa puede ensayarse un tratamiento con minoxidil 2-5% tópico y antralina o bien minoxidil y/o un corticoide tópico de alta potencia, en los casos que no respondan o no deseen el tratamiento propuesto.

En adultos con afectación > 50%, como alternativa puede ensayarse un tratamiento con minoxidil 2-5% tópico asociado o no a antralina y/o a corticoide tópico de alta potencia.

En niños, valorar como alternativa el empleo de antralina sola o asociada a corticoide tópico de potencia alta.

Minoxidilo sólo tiene indicación en la alopecia androgénica. Se ha utilizado en la alopecia areata a concentraciones del 1-5% con resultados variables, siendo más eficaz al 5%. El tratamiento combinado con corticoides de alta potencia (betametasona) podría ser superior a la monoterapia. La combinación de minoxidil con antralina por vía tópica puede potenciar la respuesta.

Antralina sólo tiene indicación en psoriasis y la ficha técnica indica que no es adecuada su utilización en niños ni en lactantes.

CANDIDIASIS INTERDIGITAL. INTERTRIGO CANDIDIÁSICO.

CANDIDIASIS INTERDIGITAL. INTERTRIGO CANDIDIÁSICO.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una infección por *Candida albicans* que afecta a grandes pliegues (intertrigo) o a pliegues interdigitales (candidiasis interdigital). El intertrigo predomina en la zona inguinal en el varón, en la región submamaria en las mujeres con mamas pendulares y en la zona del pañal en los niños. La localización interdigital predomina en los pies. Es más frecuente en pacientes diabéticos, encamados, obesos, tratados con antibióticos de amplio espectro o en aquellos con alguna inmunodeficiencia congénita o adquirida. Otros factores que lo favorecen son la humedad y la oclusión de la zona.

Son máculas eritematosas, de borde bien definido con un collarete de descamación epidérmico. Fuera de la lesión es típica la aparición de pápulas y pústulas satélites.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CANDIDIASIS INTERDIGITAL. INTERTRIGO CANDIDIÁSICO	**Nistatina tópica** pom 1 aplic/6-12h, 7-14 días **o** **Clotrimazol tópico** 1% crema, polv o sol 1 aplic/12h, 3-4 sem Dosis pediátrica: igual que adulto	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones extensas, recidivantes o resistentes al tratamiento tópico	**Itraconazol** 100 mg/24h vo, 15 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Correcta higiene y ventilación de las lesiones. Mantener limpia y seca la zona afectada, evitando la acumulación de sudor en los pliegues. Para prevenir recidivas es importante evitar la humedad secando bien con toalla o secador de aire después del baño y aplicar un paño de algodón en el pliegue para impedir la oclusión.

Utilizar fomentos secantes. **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Resolver los signos (lesiones) y síntomas; prevenir o retrasar las recidivas (especialmente importante en personas inmunocomprometidas); minimizar las resistencias inducidas por fármacos, con los mínimos efectos secundarios.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Si aparecen costras amarillentas o evolución tórpida de las lesiones, a pesar del tratamiento, valorar la posibilidad de sobreinfección.

SEGURIDAD

Debe evitarse la utilización de itraconazol oral en el embarazo (Categoría C), durante la lactancia y en niños.

PRECAUCIONES

Itraconazol oral: precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia intermitente tras 4 o más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatía y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos, como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoina...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

OTROS

Itraconazol es activo frente a la mayoría de especies de *Candida*.

La nistatina tópica colorea de amarillo.

La solución de permanganato potásico tiñe la piel de oscuro.

Todos los tratamientos recomendados deben administrarse hasta una semana después de la desaparición de las lesiones.

CARBUNCO

INTRODUCCIÓN

Producido por *Bacillus anthracis*, el contagio es por inoculación cutánea (favorecido por lesiones en la piel) de restos de animales (ganado ovino o bovino) o suelo contaminado. Produce una úlcera indolora con una escara negra rodeada de edema, que suele cursar con adenopatía regional.

En la literatura anglosajona se denomina "ántrax" (en nuestro medio se denomina "ántrax" a la infección de la piel producida por *Staphylococcus aureus*).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CARBUNCO	**Penicilina procaína** 1,2 mill UI/24h im, 4 días Seguir con **Amoxicilina** 500 mg/8h vo, 10 días más	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 14 días **o** **Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Uso de medidas de protección (guantes, mascarillas) en personas expuestas.

Desinfección de superficies contaminadas con hipoclorito al 5%.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Doxiciclina: entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad. Está contraindicada en niños menores de 8 años.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

Ciprofloxacino está contraindicado en epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento. Entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, colitis pseudomembranosa, prurito, fotosensibilización y prolongación del intervalo QT.

Ciprofloxacino puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria y de notificación individual.

CELULITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

Suele existir una puerta de entrada. Producida en general por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Son factores de riesgo para su aparición la alteración cutánea local, linfedema, insuficiencia venosa, obesidad, safenectomía e injertos venosos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CELULITIS AGUDA	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 8-14 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 8-14 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no mejoría a las 48 horas	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500-875/125 mg/8h vo, 8-14 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 8-14 días; (>40 kg): como adultos	
Alergia a Penicilina	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 8-14 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 8-14 días	
Celulitis Facial Infantil (*Haemophilus Influenzae*)	**Cefuroxima** Dosis pediátrica: (3 meses-5 años): 15-30 mg/kg/d vo en 2 tomas; (6-12 años): 125-250 mg/12h vo, 8-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Inmovilizar y elevar la zona afectada para reducir el edema.

Aplicar fomentos con soluciones astringentes (compresas húmedas con sulfato de zinc o de cobre al 1/1.000).

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas, detectar y manejar oportunamente los casos de infecciones invasivas y evitar las recurrencias mediante el manejo de los factores de riesgo.

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina se debe tomar separado de los alimentos.

DERIVACIÓN

Remitir al hospital si dolor local desproporcionado, factores de riesgo para fascitis necrosante, cuadro sistémico con fiebre e hipotensión, enfermedad sistémica descompensada, obesidad mórbida o insuficiencia venosa crónica.

OTROS

Se pueden utilizar analgésicos y/o antitérmicos.

Prevención de recidivas (ante 2 o más episodios en la misma localización): Buscar y tratar la puerta de entrada. Penicilina G benzatina 1,2 mill/4 sem im o Penicilina V 1 g/d vo o eritromicina 250 mg/12h vo.

DERMATITIS ATÓPICA

INTRODUCCIÓN

En pequeños ensayos clínicos aleatorizados, controlados frente a placebo y a corto plazo, se ha observado que la aplicación tópica de corticoides durante 1-4 semanas mejora la dermatitis atópica.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DERMATITIS ATÓPICA	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/12-24h, 5-10 días **o** **Hidrocortisona tópica** 1% 1 aplic/12-24h, 5-10 días en cara, pliegues, zonas muy extensas, tratamientos prolongados y ancianos	**Clobetasol** 0,05% 1 aplic/12-24h, 3-7 días máx.

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito	Asociar **Hidroxizina** 25 mg/8h vo	
Sobreinfección	Asociar **Cloxacilina** 500 mg/6-8h vo, 10 días	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 10 días en alergia a penicilina
No hay mejoría o intolerancia a corticoides o lesiones faciales o en cuello o pliegues	**Tacrolimus tópico** 0,1% pom 2 aplic/d	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Explicar la cronicidad de la enfermedad a los pacientes y a los padres.

Medidas generales:

- Humedecer el ambiente (humidificador ambiental o bien un recipiente con agua sobre el radiador).
- Evitar la calefacción excesiva.
- Usar ropa de algodón.
- Evitar la lana y los tejidos sintéticos.
- Usar jabones suaves, lociones limpiadoras sin jabón o lociones de avena.
- Evitar el baño largo. Es preferible la ducha con agua templada y gel de pH ácido.

- Hidratar la piel con cremas muy grasas (vaselina). Muchos pacientes tienen mala tolerancia a la urea. Aplicar inmediatamente después del baño y tan frecuente como sea preciso para mantener hidratada la piel.
- Evitar los factores desencadenantes, como el contacto con sustancias irritantes: detergentes y disolventes, frío, sudoración excesiva, contacto con pólenes, ácaros, pelo animal y escamas, alérgenos (níquel, cobalto, perfumes, etc.), y el estrés.
- Aclarado minucioso de la ropa para evitar el contacto con restos de jabón. No utilizar suavizantes.
- Evitar el rascado nocturno en los niños utilizando manoplas o compresas húmedas.
- Recomendar baños de sol con protección solar adecuada (evitar en pacientes con mala tolerancia al sol). En lesiones exudativas, aplicar durante 2-3 días compresas húmedas con fomentos secantes (suero, agua de Burow, permanganato potásico) cada 4-8 horas hasta conseguir que las lesiones se sequen y luego aplicar las cremas de corticoides. En adultos con lesiones muy cronificadas: cremas de alquitranes (brea de hulla), ictiol o tar-doak.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Para controlar el brote, la mayoría de los pacientes requieren corticoides de potencia intermedia **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**. A medida que vaya remitiendo debe reducirse de forma progresiva la administración de corticoides y aumentar el uso de los emolientes.

SEGUIMIENTO

Son frecuentes las sobreinfecciones cutáneas, en especial por *Staphylococcus aureus*, dermatofitos, virus y la sarna, que además son más intensas y de más difícil tratamiento. No se recomienda utilizar antihistamínicos tópicos por la posibilidad de sensibilización cutánea.

SEGURIDAD

Los antihistamínicos sedantes (difenhidramina) parecen ser más eficaces que los de nueva generación para controlar el prurito (utilizar por la noche para facilitar el sueño). Si este tratamiento interfiere con la vida diaria del paciente por producir excesiva somnolencia, se podrían utilizar antihistamínicos de 2ª generación como cetirizina o ebastina.

El tacrolimus se debe considerar como fármaco de segunda línea. Debería aplicarse en periodos cortos o de manera intermitente y a la mínima concentración eficaz del fármaco. No se debe utilizar en pacientes inmunocomprometidos, en menores de 2 años, ni en caso de infección cutánea vírica activa. Se han comunicado casos de tumores de piel y linfomas en pacientes en tratamiento con este fármaco. Debería ser instaurado por especialistas dermatólogos o profesionales con experiencia en el campo de la dermatología.

Se aconseja no aplicar emolientes 2 horas antes o después de la aplicación de tacrolimus. No administrarlo durante los 14 días previos a una vacunación ó 28 días si se trata de vacunas vivas atenuadas. Con pimecrolimus, existe menor experiencia y no aporta novedades importantes en relación con el tacrolimus.

Tratamiento de mantenimiento: utilización de agentes emolientes (hidratantes) y corticoides suaves de forma intermitente; no superar 2 aplic/sem.

PRECAUCIONES

Durante los tratamientos con corticoides sistémicos no deben administrarse vacunas con virus vivos (poliomielitis, sarampión-parotiditis-rubéola, varicela).

DERIVACIÓN

En casos graves, derivar al dermatólogo.

DERMATITIS DE CONTACTO

INTRODUCCIÓN

Es muy importante conocer la sustancia que produce el cuadro (bien por mecanismo irritativo directo o bien por actuar como alergeno). Los alergenos detectados más frecuentemente en nuestro medio son el níquel (metales, bisutería), el cromo (cemento, en trabajadores de la construcción), el cobalto (contaminante del níquel y del cromo), la parafenilendiamina (color negro del tinte del pelo, eccemas en peluqueras y otros objetos de color oscuro), algunos fármacos tópicos (neomicina, prometacina, peróxido de benzoilo, AINE), algunos conservantes, las gomas (látex, guantes de goma negros), determinados componentes del calzado y los cosméticos (esencias, el Kathon, conservante de algunas cremas y champús, y los pintauñas).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DERMATITIS DE CONTACTO	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/12-24h, 5-10 días **o** **Hidrocortisona tópica** 1% 1 aplic/12-24h, 5-10 días en cara, pliegues, zonas muy extensas, tratamientos prolongados y ancianos	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito intenso	Asociar **Dexclorfeniramina** 2-6 mg/8-12h vo (máx. 12 mg/d)	
Afectación intensa, eccematosa y seca	**Clobetasol** 0,05% 1-2 aplic/d, 3-7 días máx.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sobreinfección	**Cloxacilina** 500 mg/6-8h vo, 10 días	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 10 días en alergia a penicilina

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eccema agudo y subagudo: en presencia de lesiones exudativas, aplicar fomentos como agua de Burow, permanganato potásico en solución 1/1.000. En la fase crónica (eccema seco), utilizar cremas hidratantes con alto contenido en grasas 3-4 aplic/d (vaselina). Es muy importante evitar el contacto con la sustancia responsable; la utilización de guantes o cremas barrera permite evitar la recidiva de lesiones en las manos. Reducir la exposición a irritantes domésticos y ocupacionales. En dermatitis irritativa de contacto o «dermatitis del ama de casa», evitar la causa, o sea los irritantes: contacto repetido con el agua, ácidos y álcalis suaves como jabones, detergentes, salfumán, lejía, ácido acético y solventes. También determinados alimentos ácidos como la cebolla, el ajo, el vinagre, las naranjas, etc., y el frío. Usar jabones suaves para el lavado de las manos y aplicar hidratantes con un elevado contenido en grasas (lo mejor es la vaselina).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento con corticoides tópicos debe individualizarse según la localización y la intensidad de las lesiones. **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**. Comenzar con corticoides de potencia alta pocos días y posteriormente sustituir por otros de menor potencia. En la fase aguda o subaguda, indicar cremas o lociones, en la fase crónica: pomadas o ungüentos.

SEGURIDAD

En los niños, evitar la terapia continuada y los corticoides muy potentes por la aparición de efectos secundarios.

PRECAUCIONES

No usar corticoides tópicos de forma continuada. No sobrepasar los 45 g/sem ni las 4 semanas de tratamiento. En la fase aguda, valorar la posibilidad de antibióticos orales si hay sobreinfección.

DERIVACIÓN

Remitir al dermatólogo para la realización de los test epicutáneos, sobre todo en contactos laborales.

OTROS

No hay evidencias de la eficacia de los antihistamínicos en la dermatitis de contacto, por ser una reacción de hipersensibilidad tipo IV (no mediada por histamina), pero se considera que podrían tener utilidad en el tratamiento del prurito por la somnolencia que provocan. Por ello, en este caso, los antihistamínicos sedantes (difenhidramina) parecen ser más eficaces que los de nueva generación para controlar el prurito.

DERMATITIS SEBORREICA DE LA PIEL

INTRODUCCIÓN

La dermatitis seborreica es un problema frecuente de etiología desconocida que afecta a zonas de la piel donde las glándulas sebáceas son más abundantes. Su etiología es desconocida aunque parece que la levadura *Malassezia furfur* juega un papel importante en su desarrollo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DERMATITIS SEBORREICA DE LA PIEL	**Ketoconazol tópico** 2% gel (zonas pilosas), crema (piel lampiña) 1 aplic/12-24h, 1 mes	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría o brotes con inflamación intensa	**Hidrocortisona tópica** 1% crema 1 aplic/12-24h, 3-5 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Explicar al paciente la naturaleza benigna, aunque recidivante, del proceso.
- Recomendar el lavado diario de la piel con agua y jabón (ya que la piel grasa favorece el crecimiento de la levadura); en algunos casos, la mala tolerancia a los jabones y geles aconseja el uso de limpiadores sin detergentes y de pH neutro o ácido.
- Entre las crisis, las especialidades en loción o emulsión con emolientes (urea, ácido láctico, avena, etc.) 1 aplic/8-12h, producen efecto sedante, calman el prurito y reducen la deshidratación. En pacientes con intenso componente descamativo, antes de aplicar fármacos, es indispensable el empleo de emolientes o queratolíticos suaves como el ácido salicílico al 1-5%.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Aplicar ketoconazol por la mañana. Si produce irritación disminuir el ketoconazol a 1 aplicación 2 veces/sem. Si no mejora sustituir el antifúngico por un corticoide de baja potencia. **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**. Cuando se necesita una resolución rápida del problema, puede asociarse el corticoide tópico al antifúngico hasta lograr una mejoría aceptable (máx. durante 14 días). En casos graves, generalizados, resistentes a terapia tópica o en pieles intolerantes, valorar la posibilidad de administrar itraconazol oral (100 mg/d vo, 3 sem).

SEGURIDAD

Tras el uso de corticoides tópicos espaciar la utilización de ketoconazol 2 semanas para reducir el riesgo de aparición de sensibilización inducida por esteroides.

DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO

DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO

Enfermedades de la piel y faneras

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DERMATITIS SEBORREICA DEL CUERO CABELLUDO	**Ketoconazol tópico** 2% gel 1 aplic cada 3-4 días, 1-2 meses	**Selenio, sulfuro** 2,5% susp 1 aplic 2 veces/sem, 2 sem y seguir con 1 aplic/sem **o** **Piritionato de zinc** 1% champú 1 aplic/2-3 d

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Betametasona tópica** 0,1% sol capilar 1 aplic/d, 5 días	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En casos graves, puede asociarse el corticoide tópico al antifúngico hasta lograr una mejoría aceptable (máx. durante 14 días). **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**. Si las costras son gruesas y adherentes, se deben utilizar soluciones queratolíticas como ácido salicílico al 3-6% en loción o champú.

OTROS

Para mejorar el resultado, aconsejar el lavado del cuero cabelludo y el cabello, dejando actuar el producto 10 min antes de aclararlo.

El lavado frecuente con champú de sulfuro de selenio (2,5%) o piritionato de Zinc (1%) potencia la acción de corticoides y antifúngicos y previene recidivas.

El piritionato de zinc al 1% también se encuentra comercializado en asociación con brea de hulla al 0,4%.

DISHIDROSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISHIDROSIS	Aplicar compresas con agua de Burow (FM) **o** Permanganato Potásico al 1/10.000 (FM) **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito intenso	**Hidroxizina** 25 mg/8h vo	**Dexclorfeniramina** 2-6 mg/8-12h vo (máx. 12 mg/d)
Dishidrosis grave	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/8-12h	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dishidrosis grave y resistente	**Prednisona** 30-60 mg vo, hasta mejoría y luego retirar lentamente	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En las lesiones crónicas o en remisión es importante la limpieza y humedecer la piel con soluciones oleosas. Si se demuestra hipersensibilidad al niquel, evitar el contacto.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

En caso de que el tratamiento del prurito interfiera con la actividad diaria del paciente, por su efecto sedante, valorar el uso de antihistamínicos de 2ª generación.

OTROS

Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»

ECTIMA

ECTIMA

Enfermedades de la piel y faneras

INTRODUCCIÓN

El ectima es una lesión semejante al impétigo, pero que se extiende de forma más profunda produciendo una úlcera cubierta de una costra amarillenta que se extiende hacia la dermis, causada por *Streptococcus pyogenes* y, en ocasiones, por *Staphylococcus aureus*. Las lesiones suelen localizarse en las extremidades inferiores y la situación más habitual es la sobreinfección por rascado.

Se debe diferenciar del ectima gangrenoso que aparece en pacientes con sepsis por *P. aeruginosa* y la ectima contagiosa, dermatitis pustulosa contagiosa u Orf humana, que se transmite al hombre por contacto directo de ovejas y cabras, por un *Parapoxvirus* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ECTIMA	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 10 días	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h, 10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones extensas	Añadir **Fenoximetilpenicilina (Penicilina V)** 250-500 mg/6h vo, 4 sem	
Evolución no favorable o adenitis	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500-875/125/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días; (>40 kg): como adultos	
Alergia a la penicilina	**Clindamicina** 150-450 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	
No respuesta o Recidiva	**Bencilpenicilina benzatínica** 1,2 mill UI/4 sem im	
Sospecha de reservorio nasal	**Mupirocina** 2% pom nasal 1 aplic/8-12h, 7días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Incrementar las medidas generales de higiene por la contagiosidad de las lesiones.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Fenoximetilpenicilina (Penicilina V) debe tomarse separada de alimentos.

OTROS

En alérgicos a penicilina se aconseja no usar eritromicina porque, actualmente en España, el 25% de las cepas de *Streptococcus pyogenes* son resistentes a ella.

EFLUVIO TELÓGENO

EFLUVIO TELÓGENO

Enfermedades de la piel y faneras

INTRODUCCIÓN

Se produce tras situaciones estresantes como politraumatismos, parto, shock o hemorragias. Descartar posibles causas: hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipopituitarismo, enfermedades sistémicas como LES, ferropenias o determinados fármacos (anticoagulantes, antipsicóticos, antiepilépticos, propranolol, amlodipino). Se recupera un 60-90% del cabello perdido pasados 2 ó 3 meses.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
EFLUVIO TELÓGENO	Tratamiento etiológico	

ERISIPELA

ERISIPELA

Enfermedades de la piel y faneras

INTRODUCCIÓN

Suele existir una puerta de entrada. Producida en general por *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*. Son factores de riesgo para su aparición la alteración cutánea local, linfedema, insuficiencia venosa, obesidad, safenectomía e injertos venosos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERISIPELA	**Amoxicilina** 500-1.000 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 25-50 mg/kg/d en 3 tomas vo, 10 días; (>40 kg): como adultos	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fiebre o sintomatología florida en paciente inmunocompetente	**Penicilina procaína** 1,2 mill UI/12h im, hasta 48 h después de estar apirético Dosis pediátrica: 600.000 UI/12h im Continuando con **Amoxicilina** vo, hasta completar 14 días	
Alergia a penicilina	**Clindamicina** 50-300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	**Midecamicina** 600-900 mg/12h vo, 10 días Dosis pediátrica: 15-25 mg/kg/12h vo (máx. 1,8 g/d) **o** **Josamicina** 500-1.000 mg/12h vo, 10 días Dosis pediátrica: 15-25 mg/kg/12h vo
Recidiva	**Bencilpenicilina benzatínica** 1,2 mill UI/4 sem im Dosis pediátrica: 50.000 UI/kg im (máx. 0,9 mill UI/d)	
Erisipela facial	**Cloxacilina** 500 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 8-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo y elevación de la zona afectada. Aplicar compresas húmedas con sulfato de zinc o de cobre al 1/1.000. Cura local de la puerta de entrada.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Valorar la necesidad de analgésicos y/o antitérmicos. Tratamiento de la puerta de entrada (micosis interdigital, heridas, úlceras varicosas...).

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se considera recidiva 2 o más episodios en un año y puede ser necesario poner tratamiento hasta 2 años.

SEGUIMIENTO

Revisión de la puerta de entrada y control de los factores de riesgo.

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina debe tomarse separada de los alimentos.

DERIVACIÓN

En pacientes con síntomas severos, niños, ancianos e inmunodeprimidos debe valorarse derivación al hospital.

OTROS

En España el *Streptococcus pyogenes* sigue siendo sensible a penicilinas. En alérgicos los macrólidos de anillo de 16 átomos de C (midecamicina, josamicina) presentan menos resistencias que el resto de los macrólidos (resistencias a eritromicina hasta en el 25-30%, a claritromicina y azitromicina hasta el 35%).

ERISIPELOIDE

ERISIPELOIDE

Enfermedades de la piel y faneras

INTRODUCCIÓN

Placa violácea dolorosa y caliente, producido por *Erysipelothrix rhusiopathiae* . Es una enfermedad profesional de manipuladores de carne y pescado: veterinarios, granjeros, carniceros, pescaderos, cocineros y amas de casa.

Puede curar espontáneamente en 2-4 semanas, pero puede evolucionar a una forma sistémica y causar endocarditis y valvulopatía.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERISIPELOIDE	**Bencilpenicilina benzatínica** 1,2 mill UI im, DU Dosis pediátrica: 50.000 UI/kg im, DU (máx. 0,9 mill UI/d)	**Amoxicilina** 500 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 25-50 mg/kg/d en 3 tomas vo, 10 días; (>40 kg): como adultos

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a penicilina	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: 30-50 mg/kg/d vo en 3-4 tomas, 10 días	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 10 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Medidas higiénicas y de protección en los contactos con animales que pudieran estar infectados.

Limpieza y desinfección de las superficies contaminadas con restos de animales contaminados. Utilizar guantes para manipular carne y pescado.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Doxiciclina: entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad. Está contraindicada en niños menores de 8 años.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

Eritromicina puede aumentar el efecto de ác. valproico, carbamazepina, anticoagulantes orales, digoxina, BZD y teofilina; y disminuir el de los anticonceptivos orales; además existe riesgo de muerte súbita por alteraciones cardiacas con ISRS, ketoconazol e imidazólicos, inhibidores de proteasas y anticoagulantes orales.

PRECAUCIONES

Doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañado de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

ERITEMA NODOSO

INTRODUCCIÓN

Nódulos eritematovioláceos subcutáneos, calientes y dolorosos en zona pretibial.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERITEMA NODOSO	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo **o** **Acetilsalicílico ácido** 500-1.000 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo en cama con elevación de las extremidades inferiores y vendaje.

Aplicación de frío local.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Siempre que sea posible, tratamiento etiológico.

SEGUIMIENTO

Debe investigarse su etiología: fármacos (anticonceptivos orales, penicilinas, sulfamidas), amigdalitis u otras infecciones estreptocócicas, tuberculosis y enfermedades sistémicas como sarcoidosis o enfermedad inflamatoria intestinal; el 40% de los casos son idiopáticos.

ERITEMA SOLAR

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERITEMA SOLAR	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones extensas, zonas de roce o molestias intensas	**Hidrocortisona tópica** 1% loc o espuma 1-2 aplic/d, 2-3 días	
Dolor o inflamación	**Paracetamol** 650 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d)	**Ibuprofeno** 400 mg/6-8h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Baño fresco o compresas húmedas para aliviar el dolor y el calor. Paños fríos. Lociones hidratantes o emolientes. Hidratar la piel y reducir la inflamación aplicando crema humectante tópica, aloe. Aconsejar al paciente que permanezca a la sombra hasta que las quemaduras por el sol estén curadas.

Recordar la importancia de la correcta utilización del factor de protección solar y en la cantidad suficiente.

ERITRASMA

INTRODUCCIÓN

Producido por *Corynebacterium minutissimum*; aparece en pliegues, con placas inicialmente de color rosado y posteriormente marronáceo, secas, con escaso prurito, tiene color rojizo bajo la luz de Wood.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ERITRASMA	**Eritromicina** 250-500 mg/6h vo, 10-14 días Dosis pediátrica: 30-50 mg/kg/d en 3-4 tomas vo, 10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones localizadas	**Eritromicina tópica** 2% gel o sol 1 aplic/12h, 4-6 sem	**Clindamicina tópica** 1% gel o sol 1 aplic/12h, 4-6 sem
Lesiones interdigitales	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 15 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Mantener una buena higiene local y las lesiones secas.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Eritromicina puede aumentar el efecto de ác. valproico, carbamazepina, anticoagulantes orales, digoxina, BZD y teofilina; y disminuir el de los anticonceptivos orales; además existe riesgo de muerte súbita por alteraciones cardiacas con ISRS, ketoconazol e imidazólicos, inhibidores de proteasas y anticoagulantes orales.

PRECAUCIONES

Eritromicina se debe tomar sin alimentos.

ESTRÍAS EN MAMAS Y PIEL

INTRODUCCIÓN

Para prevenir su aparición, se deben evitar los aumentos de peso y las corticoterapias prolongadas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ESTRÍAS EN MAMAS Y PIEL	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las cremas hidratantes son útiles tanto para la prevención como para el tratamiento. Es importante su correcta higiene y evitar los jabones y las sustancias irritantes. También puede valorarse la administración de lanolina y cremas cicatrizantes.

FOLICULITIS

INTRODUCCIÓN

Infección del folículo pilosebáceo, lo mas frecuente por *Staphylococcus aureus*. La foliculitis por *Pseudomonas* es una infección autolimitada que suele curar en un periodo de 2 a 10 días con medidas no farmacológicas.

Sospechar foliculitis por *Pseudomonas aeruginosa* en usuarios de piscinas y baños comunitarios poco clorados, postdepilación, pacientes sometidos durante largo tiempo a tratamiento con tetraciclinas para el acné y en inmunodeprimidos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FOLICULITIS	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 10 días	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h, 10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría , formas extensas, fiebre, enfermedad de base o valvulopatía reumática	**Cloxacilina** 500 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días; (>40 kg): como adultos
Alergia a penicilinas	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	
Sospecha de foliculitis por *Pseudomonas* aeruginosa	**Medidas no farmacológicas**	**Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 7 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La mayor parte de las foliculitis pueden tratarse con lavado de agua y jabón, y aplicación de un antiséptico, como la clorhexidina o povidona yodada, cada 24 horas. Higiene estricta. Drenar los abscesos.

En las foliculitis por *Pseudomonas,* además de las medidas higiénicas anteriormente descritas, se pueden aplicar fomentos de ácido acético al 5% durante 20 minutos de 2 a 4 veces al día.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

Ciprofloxacino está contraindicado en epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento. Entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, colitis pseudomembranosa, prurito, fotosensibilización y prolongación del intervalo QT.

Ciprofloxacino puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina debe tomarse separada de los alimentos.

FORÚNCULO Y ÁNTRAX

INTRODUCCIÓN

Infección profunda del folículo pilosebáceo, por *Staphylococcus aureus*.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FORÚNCULO Y ÁNTRAX	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 10 días + Si dolor: **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h, 10 días + Si dolor: **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría, lesiones múltiples, fiebre o patología asociada, forunculosis nasolabial o en CAE	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a la penicilina	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Aplicar calor húmedo y lavado con clorhexidina o sulfato de cobre al 1/1.000 o solución yodada. Extremar medidas higiénicas.
- No presionar el forúnculo. Si fluctúa, realizar drenaje y desbridamiento, excepto en el labio superior y zona perinasal.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En el ántrax y la forunculosis de localización nasolabial el tratamiento oral debe iniciarse lo antes posible asociado al tratamiento tópico.

SEGUIMIENTO

En forunculosis recidivantes hay que descartar portadores crónicos nasales de *Staphylococcus aureus*. En este caso: mupirocina 2% pom nasal 1 aplic/8-12h, 7días **+** cloxacilina 500 mg/6h vo, 10 días (Dosis pediátrica niños < 2 años: 25-50 mg/kg/d vo; y niños > 2 años: 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas, 10 días, máximo 4g/d) o amoxicilina*/* ác. clavulánico 500-875/125/8h vo, 10 días. Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días; niños >40 kg como adultos).

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina debe tomarse separada de los alimentos.

FOTODERMATOSIS O DERMATOSIS FOTOINDUCIDAS

INTRODUCCIÓN

Incluye urticaria solar y la erupción lumínica polimorfa (causadas directamente por la exposición a la luz solar) y las reacciones fototóxicas y las fotoalérgicas (debidas a la combinación de la luz solar con determinadas sustancias). La potencia del corticoide tópico deberá ser elegida teniendo en cuenta la intensidad de las lesiones y la zona que debe tratarse: si con hidrocortisona (corticoide de baja potencia) hay una mejoría escasa, puede ensayarse con corticoide de potencia intermedia como betametasona 0,1% (1 aplic/8-12 h). **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FOTODERMATOSIS O DERMATOSIS FOTOINDUCIDAS	**Hidrocortisona tópica** 1% crema 1 aplic/12-24h + **Dexclorfeniramina** 2-6 mg/6-12h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Prednisona** 0,5-1 mg/kg/d vo, 7-8 días o hasta remisión del brote y reducir progresivamente hasta la retirada	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eliminar las sustancias causantes de la fototoxicidad y de la fotoalergia, y evitar la exposición a la luz solar: utilización de fotoprotectores pantalla total para radiaciones UVA y UVB.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

En pacientes en que la somnolencia pueda ser un problema se pueden utilizar antihistamínicos no sedantes (ebastina, cetirizina) teniendo en cuenta que son menos útiles para aliviar el prurito.

HERIDA CON OBJETO DE RIESGO

INTRODUCCIÓN

Herida en la que existe contacto con sangre u otros líquidos orgánicos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HERIDA CON OBJETO DE RIESGO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente no vacunado y fuente AgHBs (-)	Iniciar vacunación con **Vacuna hepatitis B**	
Paciente con vacunación incompleta y fuente AgHBs (-)	Completar vacunación con **Vacuna hepatitis B**	
Paciente vacunado (no importa respuesta) o con inmunidad pasiva anti-HBs y anti-HBc (+) y fuente AgHBs (-)	Abstención	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente no vacunado y fuente AgHBs (+) o desconocida	Iniciar vacunación + **Inmunoglobulina antihepatitis B** 12 UI/kg im, DU	
Paciente vacunado o con inmunidad pasiva (anti-HBs ≥ 10UI/l) y fuente AgHBs (+) o desconocida	Abstención	
Paciente vacunado (anti-HBs <10UI/l) y fuente AgHBs (+) o desconocida	**Inmunoglobulina antihepatitis B** 12 UI/kg im, 2 dosis con 1 mes de intervalo ó 1 dosis y reiniciar vacunación	
Paciente vacunado con respuesta desconocida y fuente AgHBs (+) o desconocida	Dosis vacunal de recuerdo + **Inmunoglobulina antihepatitis B** 12 UI/kg im, DU	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Se han de realizar siempre y consisten en dejar fluir la sangre durante 2-3 min, limpiar con agua y jabón y luego aplicar antiséptico local. En mucosa oral o conjuntiva, limpiar con agua abundante o solución salina isotónica.
- Mantener las precauciones básicas en el cuidado de pacientes para prevenir la infección por VIH, VHB y VHC.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La Inmunoglobulina antihepatitis B preferiblemente en las primeras 12-24 horas, e iniciar vacunación antes de 1 semana. En mayores de 50 años, obesos, fumadores e inmunodeprimidos repetir dosis de Inmunoglobulina antihepatitis B a las 4 semanas. Si anti-HBc y anti-HBs (+) previos a la Inmunoglobulina antihepatitis B, no hace falta repetir dosis ni seguir vacunación.

PRECAUCIONES

Inmunoglobulina y vacuna deben ponerse en sitio separado. Ambas se deben poner en deltoides en adultos y cara anterolateral de muslo en niños.

DERIVACIÓN

Si fuente VIH (+) remitir al paciente a la AE.

OTROS

No se han descrito casos de transmisión con agujas abandonadas.

HERPES SIMPLE TIPO 1

INTRODUCCIÓN

El virus de tipo 1 del Herpes simple es la causa habitual del herpes labial así como del 30% del primer episodio del herpes genital. La boca y los labios son las áreas más comunes en la infección primaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HERPES SIMPLE TIPO 1	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Afectación grave o riesgo de queratoconjuntivitis herpética. Recurrencias	**Aciclovir** 200 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) vo, 10 días. En recurrencias, el tto es de 5 días.	**Valaciclovir** 500 mg/12h vo, 10 días. En recurrencias, el tto es de 5 días.
Sobreinfección de las lesiones	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h
Profilaxis recidivas (>6 episodios/año)	Tto de supresión: **Aciclovir** 400 mg/12h vo, 6 meses	Tto de supresión: **Valaciclovir** 500 mg/24h vo, 4-6 meses

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En las recurrencias motivadas por exposición solar: aconsejar los filtros solares.
- Informar al paciente de que las lesiones son contagiosas.
- Utilizar enjuagues con sol antisépticas y lidocaína 2% y/o AINE vo, en caso de gingivoestomatitis.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La administración de aciclovir oral debe respetar las horas de sueño.

Si se sospecha falta de adherencia al tratamiento oral, estarán indicados, siempre que se instauren durante las primeras 48-72 horas desde el brote de las primeras lesiones: famciclovir (250 mg/8h vo, 10 días; recurrencias: 250 mg/8h vo, 5 días). En la primoinfección, podría utilizarse sólo tratamiento sintomático.

DERIVACIÓN

El tratamiento en pacientes inmunodeprimidos debe realizarse en AE.

OTROS

Todos los antivirales tienen similar eficacia y toxicidad, diferenciándose únicamente en la pauta posológica y coste. Quizás el coste del famciclovir no justifique la mayor conveniencia posológica.

La aplicación tópica de aciclovir no ha demostrado eficacia para la reducción del dolor, disminución de la duración de las lesiones, supresión de la propagación o reducción del número de recidivas.

HERPES ZÓSTER

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HERPES ZÓSTER	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d)	En caso de no control del dolor: Seguir la escala analgésica de la OMS
Herpes zóster	**Aciclovir** 800 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) vo, 7 días	**Valaciclovir** 1 g/8h vo, 7días
Herpes zóster oftálmico	**Aciclovir oftálmico** 3% pom 1 aplic/4h (máx. 5 aplic/d respetando el descanso nocturno), hasta 3-4 días después de la curación completa de las lesiones	
Neuralgía postherpética	**Amitriptilina** 25-50 mg/24h vo **o** **Carbamazepina** 200-400 mg/d vo (máx. 600-800 mg/d)	**Gabapentina** Iniciar con 300 mg/8h (máx. 3.600 mg/d) **o** **Capsaicina (analgésico)** 0,025% crema 1 aplic/6-8h, 4 sem
Sobreinfección	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar al paciente de que, aunque escasamente, las lesiones son contagiosas. En el tratamiento oral el paciente debe estar bien hidratado. En lesiones exudativas, aplicar solución secante (alcohol, éter, povidona, sulfato de cobre).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento sistémico del herpes zóster está indicado en personas >50 años, DM, IMD, herpes oftálmico, ótico, dolor grave o eccemas severos. Debe comenzar en las primeras 72 horas y mantener 7-10 días. El tratamiento sistémico acorta la duración de las lesiones y la intensidad del dolor, y reduce la neuralgia postherpética.

DERIVACIÓN

Derivar los pacientes inmunodeprimidos o con herpes multimetamérico o diseminado.

OTROS

La asociación de corticoides no disminuye ni la duración, ni los síntomas agudos, ni la neuralgia postherpética, y puede predisponer a la diseminación de las lesiones.

La capsaicina tópica se debe extender en una capa fina y, tras la aplicación, lavarse las manos. No utilizar en áreas extensas o durante un tiempo prolongado, no usar sobre piel rasgada, irritada, heridas, ojos o mucosas, no aplicar calor ni vendaje oclusivo. Está contraindicada en embarazo, lactancia, alergia al fármaco o a los pimientos y en niños menores de 2 años. Puede ocasionar sensación urente, que se alivia aplicando previamente EMLA® (Eutectic Mixture of Local Anesthetic).

Los antivirales (aciclovir, famciclovir, valaciclovir) presentan similar eficacia y toxicidad. Famciclovir (750 mg/24h, 7 días) y valaciclovir (1 g/8h, 7 días) pueden favorecer la adherencia al tratamiento, aunque incrementan el coste. Otra opción de tratamiento es la brivudina 125 mg/d, 7días, excepto en inmunodeprimidos o personas que están en tratamiento con 5-FU. En el tratamiento de la neuralgia post-herpética también se puede utilizar carbamazepina (inicio: 100-200 mg/d, máx. 600-800 mg/d) o pregabalina (inicio: 150 mg/d, máx. 600 mg/d).

HIDROSADENITIS SUPURATIVA

INTRODUCCIÓN

Infección de las glándulas sudoríparas apocrinas, axila y zona perineal, habitualmente por *Staphylococcus aureus*.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIDROSADENITIS SUPURATIVA	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 14 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 14 días; (>40 kg): como adultos

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a la penicilina	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Higiene estricta. Lavado con jabón con pH ácido. Limpieza con clorhexidina o povidona yodada.
- Valorar drenaje y tratamiento quirúrgico en lesiones extensas y con evolución tórpida.
- Como medida preventiva, evitar depilación y el uso de desodorantes, que se sustituirán por solución alcohólica de cloruro de aluminio al 6%, que actúa como antitranspirante y antibacteriano.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

HIPERHIDROSIS

HIPERHIDROSIS

Enfermedades de la piel y faneras

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERHIDROSIS	Sales de aluminio 1 aplic/d por la noche tóp, 3-4 sem y seguir 1 aplic/sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En la forma axilar y palmo-plantar, valorar la iontoforesis de manera indefinida cada 1-3 días. Se introduce la zona afectada durante 10-20 minutos en un aparato con agua en la que se produce una corriente eléctrica, consiguiendo una disminución temporal de la actividad secretora. En la región axilar se aplica mediante esponjas. Está contraindicado en portadores de marcapasos, DIU, prótesis y en embarazadas.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Valorar el tratamiento quirúrgico si fracasa el resto de medidas y en hiperhidrosis incapacitantes. En hiperhidrosis palmar y axilar, valorar la sección quirúrgica de la vía simpática (derivar al paciente a cirugía torácica): provoca anhidrosis que puede ser definitiva. No está exenta de complicaciones y, en ocasiones, provoca un efecto rebote o recidiva.

OTROS

Las sales de aluminio pueden prescribirse como fórmula magistral (excluida de la oferta de la Seguridad Social):

- Fórmula magistral: Cloruro de aluminio 20 g + alcohol 95º c.s.p. 100 ml. 1 aplic/d (noche), 3-4 sem; seguir con 1-2 aplic/sem. Precaución, es inflamatorio y corrosivo (tapar el frasco adecuadamente). Si irritación local, lavar la zona y aplicar hidrocortisona 1% a la mañana siguiente. El cloruro de aluminio debe aplicarse con la piel bien seca y limpiar a la mañana siguiente. Puede producir xerosis e irritación, que se alivia aplicando el tratamiento cada 48 horas o diluyendo la solución. Los tratamientos no dan resultados satisfactorios en la mayoría de los casos.

Asimismo, existen comercializados productos cosméticos a base de sales de aluminio:

- Cremas: ej. Zonium®.
- Toallitas: ej. Pandermine antisudoral®, Hiposudol toallitas®.
- Roll-on: ej. Anhidrol®, Mussvital®.

La inyección local subcutánea de toxina botulínica provoca áreas circulares de anhidrosis durante 3-4 meses; es necesario repetir el tratamiento. La inyección es dolorosa, pero no tiene efectos secundarios importantes.

Se pueden utilizar anticolinérgicos por vía oral, pero tienen un uso muy restringido.

Conviene valorar en todos los casos la posibilidad de prescribir tratamientos ansiolíticos.

HIPERQUERATOSIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERQUERATOSIS	Vaselina salicílica 10-30% (FM) cura plástica oclusiva nocturna	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La concentración de ácido salicílico en la fórmula dependerá del grosor de la piel que ha de tratarse. En la hiperqueratosis plantar se utilizan concentraciones elevadas, hasta del 30%, se aplica en cura plástica oclusiva nocturna y a la mañana siguiente se lava y raspa la lesión. Cuando la hiperqueratosis mejora, se puede recomendar la aplicación diaria de urea en crema al 30-40% (Rebladerm®, Xerial 30®) y evitar la presión y el roce, que son los factores desencadenantes.

HIRSUTISMO

INTRODUCCIÓN

El abordaje del hirsutismo debe ser multifactorial, incluyendo medidas generales, tratamiento cosmético y farmacológico, sin descuidar el apoyo psicológico, dado que tiene una repercusión emocional importante. Es preciso investigar la causa del proceso. Los estudios realizados con diferentes fármacos en esta indicación son limitados para poder comparar la eficacia y la incidencia de efectos adversos de cada uno de ellos. El tratamiento debe ser flexible y adaptado a las necesidades de la paciente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIRSUTISMO	**Ciproterona/ Etinilestradiol** 2 mg/35 µg/24h vo, los días 1-21 del ciclo seguidos de 7 días de descanso	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hirsutismo moderado o grave	Mujeres fértiles: **Ciproterona** 100 mg/d vo del día 1 al 10 del ciclo menstrual, asociado a AOC. Mujeres postmenopáusicas o histerectomizadas: **Ciproterona** 25-50 mg/d vo, 21días seguido por un intervalo de 7 días exento de medicación.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Tratamiento cosmético (decoloración, rasurado, electrólisis, láser, fotodepilación, ceras y otros).

Se debe recomendar una alimentación saludable, ejercicio físico y pérdida de peso en mujeres obesas, ya que disminuye los niveles de insulina, la producción ovárica de andrógenos y la conversión de androstendiona a testosterona.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Corrección del hirsutismo. Tratamiento de los trastornos menstruales que suelen asociarse.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El crecimiento del vello corporal se desarrolla al cabo de 3-6 meses, por ello debe valorarse la respuesta al tratamiento pasado este tiempo.

El tratamiento médico sólo elimina el crecimiento del nuevo vello, por lo que a los 3 meses de iniciado el tratamiento médico el vello ya existente debe eliminarse por métodos físicos.

Explicar a la paciente que los tratamientos farmacológicos son largos (2 años aprox.) y que con frecuencia hay recidivas.

SEGUIMIENTO

Acetato de ciproterona/Etinilestradiol: debe limitarse su uso a 3-4 meses posteriores a la resolución del problema; aunque este tratamiento actúa también como anticonceptivo oral, no debe emplearse exclusivamente con tal fin.

En tratamientos con acetato de ciproterona asociado a AOC, después de obtener la mejoría clínica, puede reducirse la dosis diaria de acetato de ciproterona a 25 ó 50 mg/d.

Posteriormente es posible que sea suficiente el tratamiento con la asociación acetato de ciproterona/etinilestradiol.

SEGURIDAD

El uso de acetato de ciproterona/etinilestradiol lleva asociado un incremento del riesgo de enfermedades trombóticas y tromboembólicas venosas y arteriales (trombosis venosas profundas, embolismo pulmonar, cardiopatía isquémica, ictus), similar al de AOC con gestágenos de 3ª generación. Su uso está contraindicado en caso de antecedentes familiares o personales de estos procesos. Precaución en mujeres con factores de riesgo cardiovascular o edad superior a 35 años.

Acetato de ciproterona puede producir toxicidad hepática. Contraindicado en embarazo y lactancia.

PRECAUCIONES

Acetato de ciproterona/Etinilestradiol: deben tenerse en cuenta las normas de administración y precauciones propias de otros AOC. **Véase «Anticoncepción»**

Acetato de ciproterona: antes de iniciar el tratamiento ha de excluirse la existencia de embarazo**.** Las mujeres fértiles recibirán además AOC, a fin de asegurar la necesaria protección anticonceptiva y estabilizar el ciclo. Con este fin puede utilizarse el preparado de acetato de ciproterona/etinilestradiol 2 mg/35 µg. Si no se presentara hemorragia durante el intervalo exento de medicación, debe interrumpirse el tratamiento hasta asegurarse de que no existe embarazo.

En mujeres postmenopáusicas o histerectomizadas, de acuerdo con la gravedad, la dosis media de acetato de ciproterona será de 25 ó 50 mg/d durante 21 días, seguido por un intervalo de 7 días exento de medicación.

OTROS

En pacientes que solicitan anticoncepción, con problemas de hirsutismo, en lugar de la asociación acetato de ciproterona/etinilestradiol pueden utilizarse otros AOC. La evidencia disponible no permite afirmar que haya diferencias clínicas de eficacia en hirsutismo entre los diferentes AOC con progestágenos de 2ª o 3ª generación, o drospirenona.

Espironolactona: en varias guías se propone su empleo a dosis de 50-100 mg/d cada 12 h, administrada junto con un AOC, como alternativa al acetato de ciproterona. Su eficacia en hirsutismo ha sido evaluada en ensayos con pocos pacientes, demostrando ser más eficaz que dosis bajas de acetato de ciprotenona (inferiores a las empleadas en hirsutismo). Espironolactona no tiene autorizada esta indicación en España.

Eflornitina tópica: indicada únicamente en hirsutismo facial, requiere al menos 8 semanas de aplicación para ser efectiva. Los efectos son reversibles al retirar el tratamiento. Está contraindicado en mujeres embarazadas o que planifican un embarazo y durante la lactancia. No está financiado, con un coste elevado.

En algunos estudios se han valorado otros fármacos para esta indicación, como son ketoconazol, flutamida, metformina, y finasterida. Ninguno de ellos tiene aprobada la indicación de hirsutismo en España. La información sobre eficacia y seguridad comparada es limitada.

IMPÉTIGO

INTRODUCCIÓN

Frecuente en niños y muy contagioso, con típica costra melicérica; producido por *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
IMPÉTIGO	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 10 días	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h, 10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mala evolución en 48-72 h, lesiones extensas o adenopatías	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días; (>40 kg): como adultos
Alergia a la penicilina	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10 días	**Midecamicina** 600-900 mg/12h vo, 7-14 días Dosis pediátrica: 15-25 mg/kg/12h vo (máx. 1,8 g/d) **o** **Josamicina** 500-1.000 mg/12h vo, 7-14 días Dosis pediátrica: 15-25 mg/kg/12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Descostrado con paños calientes y limpieza con agua jabonosa.

Medidas preventivas respecto al contacto con las lesiones, por la alta contagiosidad; con aislamiento domiciliario, especialmente en casos de guarderías.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina debe tomarse separada de los alimentos.

OTROS

En el caso de cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* coagulasa (+) y meticilinresistente, sería de elección mupirocina 2% pomada.

LESIONES EXUDATIVAS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LESIONES EXUDATIVAS	Sulfato de zinc 1/1.000 (FM) varias veces al día **o** Solución de Burow (FM) 15-30 min 3 veces/d **o** Sulfato de cobre 1/1.000 (FM) varias veces al día **o** Permanganato potásico 1/10.000 (FM) varias veces al día	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Corticoides tópicos (de baja potencia)	**Hidrocortisona tópica** 1% crema o gel 1 aplic/12-24h	

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se aplicarán fomentos de antisépticos, como sulfato de zinc al 1% o sulfato de cobre al 1/1.000 en solución acuosa o infusión de flor de saúco, seguido de corticoides tópicos. Si la respuesta a éstos no fuera satisfactoria, pueden aplicarse corticoides de potencia media como betametasona al 0,1% (1 aplic/12-24h). También se puede utilizar la loción de calamina.

Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»

LINFANGITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

Los gérmenes implicados más frecuentemente son *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus;* producida a través de una solución de continuidad de la piel.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LINFANGITIS AGUDA	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 8-10 días Dosis pediátrica: (<2 años): 25-50 mg/kg/d y (>2 años): 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas (máx. 4 g/d), 8-10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no mejoría en 48h	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas, 10 días; (>40 kg): como adultos	
Alergia a la penicilina	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 8-20 mg/kg/d vo en 3-4 tomas (máx. 1,8 g/d), 10-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Inmovilización y elevación de la zona afectada para reducir el edema. Las compresas calientes y húmedas pueden ayudar a reducir la inflamación y el dolor.

Las áreas con absceso pueden requerir incisión y drenaje quirúrgico.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La linfangitis puede diseminarse en pocas horas, por lo que el tratamiento debe iniciarse rápidamente.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Buscar y tratar la puerta de entrada para evitar recidivas.

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina se debe tomar separado de los alimentos.

DERIVACIÓN

En caso de afectación del estado general derivar al hospital.

OTROS

Se recomienda la administración de AINE o analgésicos y/o antitérmicos.

LIQUEN ESCLEROSO VULVAR

Enfermedades de la piel y faneras

INTRODUCCIÓN

Es la dermopatía del área vulvoperineal más frecuente, sobretodo en la mujer postmenopáusica. Se manifiesta como unas máculas blanquecinas que tienden a confluir y son muy pruriginosas. Progresivamente se extiende alrededor de la vulva y el ano en forma de ocho. La vagina no se afecta. En las lesiones avanzadas es evidente la atrofia, llegando a una destrucción de todas las estructuras vulvares con acusada estenosis del introito.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LIQUEN ESCLEROSO VULVAR	**Clobetasol** 0,05% 1 aplic/24h, 4 sem seguido de 1 aplic/48h, 4 sem y continuar con 2 aplic/sem, 4 sem. Posteriormente puede necesitar uso intermitente. Aplicar por la noche.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Sustituir para el área genital los jabones y geles por emolientes suaves (crema acuosa); se pueden utilizar emolientes durante el día. Pueden utilizarse lubricantes. No se debe usar ropa ceñida.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Una vez confirmado el diagnóstico, tratar siempre aunque esté asintomática.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control del prurito, evitar las recidivas y la posible progresión a malignidad, y preservar la anatomía y funcionalidad vulvar.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar el tratamiento a las 4 semanas.

Al cabo de los 3 meses de tratamiento deberían haberse resuelto la hiperqueratosis, equimosis, fisuras y erosiones; pueden persistir la atrofia y el cambio de color.

SEGUIMIENTO

Se debe realizar exploración y control periódico. Aunque no es frecuente, puede evolucionar a leucoplasia y carcinoma espinocelular.

SEGURIDAD

Clobetasol: valorar el balance beneficio-riesgo para su utilización en embarazo y lactancia.

DERIVACIÓN

Derivar a AE ante duda diagnóstica o fracaso terapéutico.

OTROS

1 tubo de 30 g de clobetasol puede durar los 3 meses de tratamiento.

LIQUEN PLANO

LIQUEN PLANO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LIQUEN PLANO	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/12-24h	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones en la mucosa oral	Triamcinolona en orabase 0,1% (FM) 1 aplic/12h	
Prurito intenso	**Dexclorfeniramina** 2-6 mg/6-12h vo (máx. 12 mg/d) **o** **Hidroxizina** 25-100 mg/8h vo	**Ebastina** 10-20 mg/24h vo **o** **Cetirizina** 10 mg/24h vo
Resistencia al tto tópico	**Prednisona** 15-30 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Aconsejar reducir el estrés. Evitar los traumatismos, pueden aparecer nuevas lesiones (fenómeno de Koebner), pedir al paciente que evite el rascado. En la afectación de la mucosa oral, evitar tabaco, alcohol y cepillados enérgicos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Si en el tratamiento tópico se aprecia escasa respuesta con el uso de corticoides de potencia media, puede ensayarse el uso de corticoides de alta potencia como fluocinolona. **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes».** Cuando se usan corticoides orales, suelen ser necesarios 2-3 meses de tratamiento para lograr la remisión de las lesiones, después disminuir lentamente la dosis hasta retirar. Valorar el tratamiento ansiolítico en pacientes que presentan brotes en fases de estrés emocional.

SEGURIDAD

Los antihistamínicos de 2ª generación se reservan para pacientes a los que el tratamiento con antihistamínicos de 1ª generación les imposibilite realizar las actividades diarias cotidianas. Los antihistamínicos no sedantes se reservan para controlar posibles síntomas diurnos.

DERIVACIÓN

Ante la resistencia al tratamiento oral, derivar al dermatólogo para valorar la administración de retinoides tópicos y sistémicos, y ciclosporina A.

MELASMA-CLOASMA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MELASMA-CLOASMA	**Hidroquinona** 2-4% crema o gel 1-2 aplic/d (máx. 6 meses). Si tras 2 meses de tto no hay mejoría, suspender el tto. **y/o** **Tretinoina tópica** 0,1% 1-2 aplic/d **y/o** **Azelaico ácido** 15-20% 1-2 aplic/d	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar la exposición solar. Utilizar filtros solares de protección extrema (factor de protección >15). Eliminar factores desencadenantes: anticonceptivos hormonales.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Aplicar la hidroquinona preferentemente por la noche. Se comercializa asociada a un alfa-hidroxiácido (ácido glicólico) para facilitar la penetración de la hidroquinona y otro despigmentante (ácido kójico) al 3% junto a filtros solares.

PRECAUCIONES

Evitar su contacto con ojos y mucosas. Lavar las manos con jabón porque puede producir mancha negruzca permanente en las uñas.

Las personas con piel sensible deben hacer primero una prueba de tolerancia.

MOLLUSCUM COTAGIOSUM

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	**Medidas no farmacológicas**	**Podofilotoxina** 0,5% crema

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Por razones estéticas: Extirpación con cureta (cucharilla), crioterapia, exprimir el núcleo nacarado con forceps.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Desaparecen espontáneamente en 2 meses ó 1-2 años.

MORDEDURAS

INTRODUCCIÓN

Los niños y jóvenes son las víctimas más frecuentes de las mordeduras de animales.

Las mordeduras que más se infectan son las producidas por humanos, gatos, cerdos y animales salvajes.

Los pacientes con enfermedades subyacentes son los que tienen más riesgo de infección y mala evolución: inmunodeprimidos o heridas cercanas a prótesis articulares o en extremidad con insuficiencia venosa o linfática.

Las heridas por mordedura con alto riesgo de infección son las punzantes, anfractuosas, sucias, en cara o manos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MORDEDURAS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d) **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Infección	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 5-7 días para profilaxis y 10 días para tto Dosis pediátrica: 40 mg/kg/d vo en 3 tomas; (>40 kg): como adultos. Hasta que tengamos resultado de cultivo; y completar 8-14 días, si absceso y 2-3 sem, si tenosinovitis.	En caso de alergia: **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 5-7 días para profilaxis y 10 días para tto **o** **Metronidazol oral** 250 mg/8h vo, 5-7 días para profilaxis y 10 días para tto En niños: **Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 40/8 mg/kg/d vo en 2 tomas. Hasta que tengamos resultado de cultivo; y completar 8-14 días si absceso, 2-3 sem si tenosinovitis.
Posibilidad de rabia (declaración obligatoria urgente)	**Inmunoglobulina antirrábica** 20 UI/kg im (50% alrededor de la herida y 50% en glúteo), DU **+** **Vacuna rabia** 2,5 UI im (en deltoides; en niños en cara externa de muslo), 6 dosis los días 0, 3, 7, 14, 30 y 90	
Medusas	**Fluocinolona acetónido** 0,025-0,2% gel o crema 1 aplic/8h. Valorar antihistamínico oral.	
Herida por animal marino o producida con objetos (rocas) en contacto con animales marinos o algas	Considerar **Norfloxacino** 400 mg/12h vo, 8-14 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Retirada de anillos o de cualquier elemento que pueda comprimir.
- Limpieza de la herida: irrigar con suero fisiológico y limpiar con povidona yodada 10%.
- Desbridamiento. La sutura sólo está indicada en heridas en la cara.
- Inmovilización y observación del animal agresor durante 10 días si está sano.
- Obtener cultivo y control diario.
- Revisar inmunización antitetánica

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Doxiciclina: entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad. Está contraindicada en niños menores de 8 años.
Puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

Las quinolonas: como efectos secundarios pueden dar alteraciones articulares en niños y adolescentes, fotosensibilidad, prurito, artralgias, convulsiones, arritmias, alargamiento del intervalo QT y colitis pseudomembranosa.

Cotrimoxazol: como efectos secundarios puede dar fotosensibilidad, prurito, fiebre, anemia megaloblástica, discrasias sanguíneas, lupus y necrolisis epidérmica.

PRECAUCIONES

La inmunoglobulina antirrábica no se debe mezclar en la misma jeringa que la vacuna.

DERIVACIÓN

Interconsulta a Cirugía si existe infección en mano, por debajo de rodilla o en articulaciones.

Derivar al Hospital si hay celulitis grave o signos de infección sistémica.

En mordeduras por ofidios, inmovilizar la zona afectada y trasladar al paciente al hospital.

OTROS

Profilaxis antibiótica: si han trancurrido menos de 8-12 horas, no suelen haber signos de infección, pero es aconsejable realizar profilaxis.

Tratamiento antibiótico: si han transcurrido más de 8-12 horas, suelen hallarse signos de infección (exudado, fiebre, adenopatía local) y hay que realizar tratamiento antibiótico.

Ser prudentes a la hora de evaluar la posibilidad de rabia. El último caso (importado) de rabia en España fue en 1975.

ONICOMICOSIS

INTRODUCCIÓN

Generalmente es producida por hongos del género *Dermatofitos* (concretamente las especies *Trichopython y* Epidermophyton). Suele comenzar afectando los surcos laterales de la uña, para continuar por el extremo libre ungueal, avanzando lentamente en sentido proximal. Las lesiones que se van produciendo dan a las partes afectadas una coloración blanco-amarillenta, generalmente acompañada de engrosamiento y despegamiento de la lámina ungueal; el último paso sería la caída de la uña. Afecta con más frecuencia a los dedos de los pies que a los de la mano. Cuando el agente causal es *Candida*, la distrofia ungueal se acompaña de paroniquia en un mayor o menor grado y de una coloración de la uña parduzco-verdosa.

Hay factores que predisponen a su aparición, como son la humedad continua de la zona y los problemas en la circulación periférica (acrocianosis, fumador, enfermedad arterial oclusiva.

Según el número y severidad de las uñas afectadas, la onicomicosis se clasifica en:

- leve-moderada
- severa (cuando están afectadas más de 4 uñas ó más del 80% de la lámina ungueal o matriz ungueal)

Debe establecerse diagnóstico diferencial con psoriasis.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ONICOMICOSIS	Leve-moderada: **Ciclopirox tópico** 8% sol uñas (laca) 1 aplic/48h, 1 mes; 2 aplic/sem, 2 meses; 1 aplic/sem, 3 meses Severa: **Terbinafina** Pauta continua: 250 mg/24h vo, 6 sem en manos y 12 sem en pies. Pauta intermitente: 250 mg/12h vo 1 sem/mes, 2 meses en manos y 4 meses en pies. **o** **Ciclopirox tópico** 8% sol uñas (laca) a las dosis indicadas **+** **Terbinafina** vo a las dosis indicadas	Leve-moderada: **Amorolfina** 5% sol uñas (laca) 1 aplic/sem, 6 meses en manos y 9-12 meses en pies Severa: **Itraconazol** Pauta continua: 200 mg/24h vo, 6 sem en manos y 12 sem en pies. Pauta intermitente: 200 mg/12h vo 1 sem/mes, 2 meses en manos y 3 meses en pies. **o** **Amorolfina** 5% (laca) a la dosis indicadas **+** **Itraconazol** a las dosis indicadas

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Onicomicosis por *Candida*	**Itraconazol** Pauta continua: 200 mg/24h vo 6 sem en manos y 12 sem en pies. Pauta intermitente: 200 mg/12h vo 1 sem/mes, 2 meses en manos y 3 meses en pies.	
Niños	**Griseofulvina** 10 mg/kg/d vo en 1-2 tomas (máx. 1 g/d), 3-6 meses	En niños >5 años: **Terbinafina** vo (20-40 kg): 125 mg/24h; (>40 kg): 250 mg/24h

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Medidas higiénicas preventivas: lavar a diario con secado completo, evitar la humedad y la hiperhidrosis con calcetines de tejido no sintético y calzado no oclusivo, utilizar zapatillas en duchas o piscinas públicas, evitar agresiones a las uñas (morderlas, arrancar "pellejos", corte inadecuado...).
- Resección quirúrgica parcial o total de la lámina ungueal y/o avulsión química con urea al 20-40%.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se recomienda la confirmación diagnóstica mediante examen directo y/o cultivo para iniciar tratamiento.

Tratar la onicomicosis, tanto la forma leve-moderada como la severa (afectación de más de 4 uñas, más del 80% de la lámina ungueal o matriz ungueal).

Dado que la onicomicosis es una patología benigna, debería valorarse el balance beneficio-riesgo antes de iniciar su tratamiento por vía sistémica.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Erradicar las esporas micóticas de la unidad ungueal (lecho, matriz o lámina). Permitir que la uña vuelva a crecer de manera normal si no ha ocurrido un daño permanente en la matriz.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los cambios ungueales durante el tratamiento no siempre son discernibles, sino que se precisan varios meses antes de valorar su efectividad. Con frecuencia hay recidivas; un tratamiento eficaz no previene las recidivas. Hay peor repuesta en las uñas de los pies.

La curación definitiva debe confirmarse mediante cultivo.

SEGUIMIENTO

Seguimiento mensual, hasta la remisión total de las lesiones; posteriormente confirmar la curación definitiva mediante cultivo.

Generalmente la duración del tratamiento en las manos es de 2-3 meses, y en los pies de 3-4 meses.

SEGURIDAD

No se recomienda, y en algunos casos está contraindicada, la utilización de las lacas tópicas (ciclopirox, amorolfina), itraconazol oral (Categoría C) y terbinafina oral (Categoría B) en embarazo, lactancia y niños. Si fuera necesario utilizar el tratamiento oral en el embarazo, en ausencia de alternativas más seguras, sería de elección la terbinafina.

Se han notificado discrasias hemáticas asociadas a terbinafina.

Griseofulvina: está contraindicada en hepatopatía grave. Debe evitarse su utilización en embarazo (Categoría C) (se recomienda evitar el embarazo durante el tratamiento y hasta un mes después); y durante la lactancia.

PRECAUCIONES

Terbinafina oral*:* precisa ajuste de dosis en IR y/o IH. Si se administra conjuntamente con otros medicamentos que se metabolizan por la vía del citocromo P450, precisa control de hemograma y serie hepática al mes de la terapia. Interacciones con los medicamentos que muestran afinidad por el citocromo P450: rifampicina disminuye el efecto de terbinafina; terbinafina puede disminuir el efecto de anticonceptivos orales y de ciclosporina.

Itraconazol oral*:* precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia intermitente tras 4 o más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatía y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoina...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de Itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

Griseofulvina oral: se debe evitar la exposición solar; puede afectar a la capacidad de realizar tareas especializadas (conducción). Interacciones: griseofulvina disminuye la actividad de los anticoagulantes orales, anticonceptivos orales, bromocriptina y salicilatos; y potencia los efectos del alcohol. Fenobarbital disminuye el efecto de griseofulvina. La biodisponibilidad de griseofulvina aumenta con la ingesta de alimentos grasos.

Si se utilizan lacas tópicas debe evitarse el contacto con las mucosas.

DERIVACIÓN

Onicomicosis que no responden al tratamiento: derivación a Dermatología.

OTROS

El tratamiento tópico está indicado cuando están afectadas sólo 1 ó 2 uñas y la matriz ungueal se encuentra libre de infección. También está indicado en ancianos. Antes de aplicarlo hay que limar la uña para facilitar la acción del fármaco. Puede mejorar la eficacia del tratamiento farmacológico la resección quirúrgica (total o parcial) previa, o la avulsión química, lo que permite acceder al lecho ungueal tras la separación de la lámina; suele realizarse con preparados a base de urea al 20-40%.

Itraconazol es activo frente a la mayoría de especies de *Candida*.

PARONIQUIA AGUDA

INTRODUCCIÓN

La paroniquia, perionixis o panadizo, es el eritema e hinchazón de los tejidos periungueales; cursa con dolor.

La etiología puede ser :

- Infecciosa: aguda (herpéticas y estafilocócicas) y crónica (candidiásica).
- No infecciosa (pueden evolucionar a infecciosas): traumáticas (manicura, humedad, calzado, onicofagia...) y dermatósicas (eccemas...).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PARONIQUIA AGUDA	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días Dosis pediátrica: 50-100 mg/kg/d vo en 4 tomas, 10 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500-875/125 mg/8-12h vo, 8-10 días Dosis pediátrica: 30-40 mg/kg/8h vo, 8-10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia penicilina	**Clindamicina** 300 mg/8h vo, 10 días Dosis pediátrica: 25-40 mg/kg/d vo	
Panadizo herpético	**Aciclovir** 200 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) vo, 5 días	
Panadizo candidiásico (afectación 1-2 uñas)	**Terbinafina tópica** 2-3 aplic/d tóp, varios meses	
Panadizo candidiásico con afectación de varios dedos	**Itraconazol** 200 mg/12h vo 1sem/mes, 2 meses en manos y 3 meses en pies	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Panadizo sospechoso de origen por *Pseudomonas*	**Ciprofloxacino** 250-500 mg/12h vo, 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En general, en todos los procesos hay que evitar la humedad y las agresiones a las uñas (quitar pellejos, morderlas...), usar calzado cómodo y cortar las uñas adecuadamente.

- Panadizo bacteriano: aplicar calor húmedo (compresas calientes) 4 veces al día. Si existe fluctuación, desbridar.
- Panadizo herpético: baños en alcohol durante unos 5-10 min; mitigar el dolor mediante analgésicos-antiinflamatorios orales.
- Panadizo candidiásico: evitar la humedad y utilizar guantes de algodón cubiertos por otros de goma o látex.
- Panadizos recidivantes: eliminar los factores predisponentes, como son sustancias irritantes, exposición prolongada al agua, manicuras y traumatismos repetidos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es necesario realizar diagnóstico diferencial. Hay que tratar todos los panadizos, pero es conveniente realizar previamente cultivo y antibiograma.

El tratamiento inicial será empírico según la etiología sospechada:

- Si el curso es agudo debe sospecharse causa estafilocócica o herpética.
- Un curso crónico suele ser secundario a una candidiasis (característico pus en semiluna).

Con frecuencia un curso crónico puede ir asociado a una uña encarnada, siendo el *Staphylococcus* el agente causal implicado con más frecuencia.

El drenaje quirúrgico no está indicado en el caso del panadizo herpético.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Resolver el cuadro y mitigar el dolor.

SEGUIMIENTO

En general tiene buen pronóstico excepto cuando se afecta la matriz ungueal.

En la etiologia candidiásica, valorar siempre si hay una onicomicosis asociada en cuyo caso hay que tratar ambos procesos.

SEGURIDAD

Deben evitarse el itraconazol oral (Categoría C) en embarazo, durante la lactancia y en niños.

Clindamicina oral: se acepta su uso en embarazo (Categoría B), aunque debe limitarse a infecciones graves debido al riesgo de colitis pseudomembranosa que podría complicar seriamente la gestación.

PRECAUCIONES

Itraconazol oral: precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia intermitente tras 4 o más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatía y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoína...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de Itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

OTROS

La griseofulvina y terbinafina oral no son eficaces frente a *Candida*.

Para el tratamiento del dolor asociado, utilizar analgésicos/antiinflamatorios por vía oral.

PEDICULOSIS CAPITIS, CORPORIS Y PUBIS

INTRODUCCIÓN

La pediculosis es una infestación cutánea producida por el "piojo", que parasita exclusivamente al ser humano, es altamente contagioso y se transmite principalmente por contacto directo. Los tres tipos de piojos, que se localizan en diferentes áreas corporales son: *Pediculus humanus capitis* (piojo de la cabeza), *Pediculus humanus corporis* (piojo del cuerpo) y *Phthirus Pubis* (piojo del pubis o ladilla).

Piojo de la cabeza. Afecta principalmente a colectivos infantiles, independientemente del nivel sociocultural; no guarda relación con la falta de higiene. El síntoma más común es el picor. El rascado intenso puede llevar a excoriaciones e infecciones secundarias. El diagnóstico se realiza mediante la visualización de los piojos vivos y de las liendres o huevos adheridas al pelo.

Piojo del cuerpo. Al contrario que el piojo de la cabeza, sí se asocia a estados socioeconómicos desfavorecidos y a condiciones higiénicas precarias y hacinamiento. Además actúa como vector transmisor de enfermedades infecciosas graves. El piojo suele alojarse en las costuras de las ropas, desde donde se traslada al cuerpo para alimentarse. Se transmite por contacto corporal directo o a través de sábanas o ropas infestadas. Los síntomas más característicos son el prurito intenso, las reacciones alérgicas y la urticaria. El diagnóstico se realiza visualizando piojos o liendres en la ropa.

Piojo del pubis. Se transmite por contacto sexual. El 30% de los pacientes con piojo del pubis puede tener además otra enfermedad de transmisión sexual. El piojo se localiza habitualmente en la zona genital y, a veces, en pelos de otras zonas (nalgas, pecho, pestañas y barba). El piojo del pubis es similar al de la cabeza pero más redondeado y pequeño.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PEDICULOSIS CAPITIS, CORPORIS Y PUBIS	**Permetrina (pediculicida)** 1-1,5% crema o loc 1 aplic dejar actuar durante 15-30 min; repetir a los 7-10 días	**Malation** 0,5% loc 1 aplic dejar actuar durante 8-12h; repetir a los 7-10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito intenso	**Dexclorfeniramina** 2 mg/6-8h vo (máx. 12 mg/d) Dosis pediátrica (2-5 años): 0,5 mg/6-8h vo; (6-12 años): 1 mg/6-8h vo (máx. 6 mg/d) **o** **Hidroxizina** 25-100 mg/6-8h vo, comenzando con 25 mg por la noche Dosis pediátrica (>6 años): 12,5-25 mg/6h; (1-6 años): 12,5 mg/6h	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Avisar a los posibles contactos.
- **Cabeza:** se deben utilizar medidas mecánicas (lendrera, cepillado, manual) en todos los casos. Higiene personal y tratamiento de la familia. Se puede utilizar el vinagre diluido (a partes iguales con agua) para eliminar la adhesividad de la liendre, manteniendo la cabeza cubierta 15 min, pero no se debería utilizar antes o después de usar el pediculicida, ya que lo inactiva. El niño puede incorporarse al colegio al día siguiente de haber realizado correctamente el tratamiento. Aunque parece adecuado desinfectar los peines (alcohol o agua caliente 1 h o lindano 1% durante 10 min), el lavado de la ropa con agua caliente es más controvertido.
- **Pubis:** lavar la ropa con agua caliente o utilizar secadora; no compartir prendas de vestir, ni ropa de cama. Se debe recomendar evitar las relaciones sexuales hasta completar tratamiento.
- **Cuerpo:** lavar la ropa con agua caliente o utilizar secadora; puede utilizarse un insecticida en aerosol para el colchón.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar sólo ante la presencia de piojos, nunca de forma preventiva.

Piojo del pubis: es necesario además tratar a la pareja.

Piojo del cuerpo: no es necesario tratar al paciente, salvo los síntomas, pues el piojo suele estar sólo en la ropa.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Eliminar la infestación a través de la muerte o de desprendimiento de los piojos y de sus huevos. Aliviar los síntomas asociados (prurito). Prevenir la reinfestación y la transmisión del piojo a otros.

En el caso de la pediculosis pubis: además, detectar la posible transmisión de la infección a la pareja y tratar en su caso.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se debe confirmar la ausencia de infestación a los 2-3 días de la segunda aplicación; si persisten piojos o larvas, considerar resistencia o reinfestación.

SEGURIDAD

Permetrina o las piretrinas con butóxido de piperonilo: pueden utilizarse en embarazo (Categoría B) y lactancia, valorando el balance beneficio- riesgo. En niños con edades comprendidas entre 0 meses y 2 años, el tratamiento con Permetrina debe realizarse bajo supervisión médica.

No se aconseja la utilización de hidroxicina ni dexclorfeniramina en el embarazo. Sólo se acepta su uso en caso de ausencia de alternativas más seguras.

Dexclorfeniramina (Categoría B) podría usarse en el 1er y 2º trimestre de embarazo.

PRECAUCIONES

Malatión al 0,5%: tiene un olor desagradable, es inflamable y con relativa frecuencia produce reacciones cutáneas y oculares.

OTROS

La loción es de elección. La crema es alternativa en caso de asma, eccema, lesiones por rascado y en niños pequeños.

La loción debe aplicarse sobre el cabello seco, dejar actuar 10-30 min y lavar con champú normal; la crema se aplica sobre el cabello húmedo lavado previamente con champú normal. En ambos casos dejar secar al aire. Evitar el contacto con ojos y mucosas.

Los champús con pediculicidas son ineficaces y no se recomiendan, debido a que el tiempo de contacto es escaso, se elimina con el agua, la concentración final del insecticida está muy diluida y además, el exceso de agua protege al insecto de la acción del pediculicida, pudiendo incluso favorecer el desarrollo de resistencias.

Cuando exista sospecha firme de resistencia (asegurado el cumplimiento terapéutico), se debe cambiar al tratamiento alternativo. **En caso de que permetrina y malatión resulten ineficaces, podría utilizarse lindano al 1%.**

Antibioterapia tópica o sistémica: si las lesiones de rascado están infectadas.

PICADURAS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PICADURAS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Reacción local intensa a la picadura	**Hidrocortisona tópica** 1% pom 1 aplic/8-12h	
Prurito intenso	Asociar **Dexclorfeniramina** 2 mg/6-8h vo (máx. 12 mg/d) Dosis pediátrica: 0,2 mg/kg/d vo en 3-4 tomas	
Si no mejoría	Asociar **Prednisona** 30-60 mg/24h vo, 3-5 días Dosis pediátrica: 0,5-1 mg/kg/d vo, 3-5 días	
Riesgo de infección	**Clorhexidina tópica** 4% sol	
Picaduras dolorosas por avispa, abeja, escorpión o medusas	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6h vo (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4g/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Extracción del aguijón de las abejas, ya que continúa actuando incluso después de la separación del insecto; sin apretar (ya que se exprime el saco del veneno y se inyecta aún más).
- La garrapata debe desprenderse con una pinza de boca estrecha, ejerciendo una tracción suave pero continua hacia fuera hasta lograr el desprendimiento.
- Aplicar hielo o compresas frías para reducir los síntomas. En las picaduras por medusa es útil la aplicación de acido acético al 5%.
- Inmovilizar y elevar el miembro afectado para disminuir la absorción del veneno.
- En las reacciones dermonecróticas se recomienda profilaxis antitetánica.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Dexclorfeniramina no se debe utilizar en niños < 2 años; además se debe evitar su uso en glaucoma, hipertrofia prostàtica, epilepsia y hepatopatía.

PRECAUCIONES

Con dexclorfeniramina se debe tener precaución en la conducción o uso de maquinaria , ya que produce somnolencia y sedación.

OTROS

Prevención:

- Utilizar repelentes y desinfectar lugares sospechosos y animales domésticos.
- Revisar la ropa y los zapatos, inspeccionar la ropa de cama.
- Utilizar guantes y pantalones largos. Se recomienda que la ropa tenga elásticos en muñecas, tobillos y cintura. Evitar ropas brillantes, de color pastel o blanco.
- No caminar descalzo.
- No sentarse en el suelo en zonas de vegetación.
- Evitar perfumes y aerosoles del pelo (el olor atrae a los mosquitos).
- Eliminar con un cepillo, sin aplastar, todo aquello que se arrastre por la piel.
- Ante la aparición de fiebre tras la picadura de garrapata se aconseja el estudio serológico del paciente.

PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT

INTRODUCCIÓN

La pitiriasis rosada es una enfermedad exantemática autolimitada, de causa desconocida, que cursa con lesiones maculopapulosas de aspecto asalmonado en áreas proximales de las extremidades y en tronco, donde se distribuyen de forma paralela a las líneas de los pliegues cutáneos. Suele tener una duración de 4-6 semanas y se resuelve espontáneamente.

El diagnóstico es clínico. Debe registrarse el consumo de fármacos, ya que algunos pueden producir una erupción similar (omeprazol, captopril, naproxeno, terbinafina, isotretinoína, metronidazol, sales de oro). El principal diagnóstico diferencial es con la roseola sifilítica (si afecta a palmas y plantas, no se ve la placa "heraldo" o hay atipia morfológica); ante la duda, pedir serología luética.

Es una enfermedad que requiere una explicación detallada acerca de su causa, contagio, posibles tratamientos y pronóstico, ya que produce gran preocupación al paciente y a su entorno familiar.

Habitualmente no precisa ningún tratamiento. En algunos casos pueden utilizarse corticoides tópicos de potencia baja o media, o antihistamínicos orales para aliviar el picor si éste fuera intenso.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PITIRIASIS ROSADA DE GIBERT	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito intenso	**Dexclorfeniramina** 2 mg/6-8h vo (máx. 12 mg/d) Dosis pediátrica (>2 años): 0,15-0,30 mg/kg/d vo en 3-4 tomas **o** **Hidroxizina** 5 mg/6-8h vo Dosis pediátrica (>1 año): 1-2,5 mg/kg/d vo **o** **Fluocinolona acetónido** 0,01% crema 1 aplic/6-12h Dosis pediátrica: 1 aplic/d, el menor tiempo posible, según evolución	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Higiene suave, con agua templada y jabones ácidos. Secar empapando, no frotando, y aplicar crema hidratante. Pueden usarse emolientes varias veces al día. Mantener las uñas cortas y limpias. Usar ropa ligera y suave.
- La luz solar natural o artificial suele acelerar la curación.
- Informar al paciente de que se trata de un proceso benigno, no contagioso, autolimitado en 5-6 semanas y que no suele recidivar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Habitualmente no precisa ningún tratamiento.

SEGUIMIENTO

Si no se resuelve en 10 semanas, sospechar parapsoriasis en placas (la variante de placas grandes es precursora del linfoma T cutáneo).

SEGURIDAD

No se aconseja la utilización de hidroxicina ni dexclorfeniramina en el embarazo. Sólo se acepta su uso en caso de ausencia de alternativas más seguras. Dexclorfeniramina (Categoría B) podría usarse en el 1er y 2º trimestre de embarazo.

DERIVACIÓN

Valorar derivación a Dermatología para fototerapia.

PITIRIASIS VERSICOLOR

INTRODUCCIÓN

Es una infección cutánea originada por el hongo *Pytirosporum orbiculare*, residente habitual de nuestra piel.

Clínicamente se caracteriza por: máculas delimitadas que confluyen a placas desde pardas a blancas y descamación con el rascado (signo de la uñada). Aparecen en hombros, espalda y tórax anterior, quedando lesiones satélites en la periferia. No hay prurito o muy leve. Recidiva con frecuencia.

Factores que lo favorecen: sudor, anticonceptivos orales, esteroides, hiperseborrea y diabetes. Aparece con frecuencia durante el verano; raramente afecta a mayores de 40 años. Posible predisposición hereditaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PITIRIASIS VERSICOLOR	**Ketoconazol tópico** 2% gel 1 aplic/d, 2-4 sem Dosis pediátrica: igual que adulto	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Formas extensas o mala respuesta al tratamiento tópico	**Ketoconazol** 400 mg vo, DU	
Tratamiento preventivo de recidivas frecuentes	**Ketoconazol** 400 mg/mes vo, 6 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Explicar al paciente que, pese a ser una infección fúngica, no es contagiosa ni está causada por mala higiene; puede existir una posible predisposición hereditaria y puede recidivar en poco tiempo si no se modifican los factores causales (cuando existen).
- Una de las medidas terapéuticas más importantes es corregir la hiperhidrosis que subyace en muchos casos. **Véase «Hiperhidrosis»**

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar siempre a las personas afectadas, desde la primera consulta, ya que sin tratamiento puede perdurar muchos años.

No está claro si es mejor hacer profilaxis o tratar sólo cuando reaparece la recidiva. Considerar con el paciente el balance beneficio/riesgo de los tratamientos preventivos orales.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Desaparición de las lesiones y prevención de las recidivas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Las lesiones tardan en desaparecer 1-2 meses, desde el inicio del tratamiento y no dejan cicatrices ni manchas.

Las lesiones hipocrómicas pueden permanecer varios meses después de su correcto tratamiento.

Las recidivas son frecuentes (hasta 60-80% tras tratamiento tópico y menos frecuentes tras el oral) ya que es un hongo de la flora cutánea normal.

SEGURIDAD

Ketoconazol oral debe evitarse en embarazo (Categoría C) y durante la lactancia.

Ketoconazol gel puede aplicarse en embarazo y lactancia.

PRECAUCIONES

Ketoconazol oral: vigilar fución hepática al menos mensualmente. Como todos los imidazoles orales, presenta muchas interacciones con fármacos relacionados con la vía del citocromo P-450 y, entre otros, potencia el efecto de teofilina, anticoagulantes cumarínicos y loratadina.

OTROS

Ketoconazol oral: para maximizar su efecto, tomarlo durante las comidas o con bebida ácida, hacer ejercicio que desencadene sudoración 2 horas después de la dosis y no ducharse hasta 12 horas después (llega más ketoconazol a la piel).

Ketoconazol gel: debe aplicarse por todo el tronco, cuello, brazos y muslos, aunque la extensión de las lesiones sea limitada, y esperar 5 minutos antes de ducharse.

Para el tratamiento de las recidivas: algunos autores aconsejan ducha con ketoconazol gel 1-2 días al mes durante 1 ó más años; otros, un único ciclo de tratamiento antes del verano, 1 vez al día durante 3 días.

PSORIASIS MODERADA-GRAVE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PSORIASIS MODERADA-GRAVE	De indicación exclusiva por el dermatólogo: Regímenes rotatorios o asociados de retinoides orales (**Acitretina**) **o** Inmunosupresores: **Metotrexato inmunosupresor** **o** **Ciclosporina**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Fototerapia: radiación ultravioleta en cabinas de UVB 3-5 veces por semana. Las dosis de radiación se van incrementando de forma gradual y se precisan unas 25-30 sesiones para conseguir la remisión de las lesiones. Se puede emplear sola o en combinación con otros, como la antralina y los alquitranes. Fotoquimioterapia (PUVA-terapia): muy eficaz. Administrar psoralenos orales 2 horas antes de exponerse a una irradiación UVA varias veces por semana. Con más de 100 sesiones se duplica el riesgo de padecer un carcinoma cutáneo. Restringir su utilización a formas extensas (más del 30% de la superficie corporal). Está contraindicada en embarazadas, niños, ancianos y personas con tratamientos fotosensibilizantes. También hay terapias mixtas (método de Goeckerman, método de Ingram y re-PUVA).

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Para minimizar los efectos secundarios del tratamiento sistémico se deben realizar rotaciones entre los diferentes fármacos: ciclos de 1-2 años con UVB y alquitranes. Posteriormente, se pasa a PUVA, luego a metotrexato, retinoides orales y, finalmente, ciclosporina. Con metotrexato no utilizar AINE porque aumenta el riesgo de neumonitis. El metotrexato requiere monitorización de parámetros hematológicos y hepáticos. La ciclosporina A oral precisa monitorización de PA, parámetros hematológicos y de función renal. No mantener más de 3-6 meses. También es útil realizar tratamientos combinados que

actúan de forma sinérgica para mejorar los resultados. Alternar períodos de descanso. Los fármacos utilizados en esta fase del tratamiento tienen efectos secundarios potencialmente graves y sólo deben ser utilizados por médicos expertos en la aplicación de los mismos.

DERIVACIÓN

Es un problema de salud que debe derivarse a AE por los riesgos de los tratamientos utilizados.

PSORIASIS UNGUEAL

Enfermedades de la piel y faneras

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PSORIASIS UNGUEAL	Corticoides de potencia elevada bajo oclusión	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Calcipotriol** 0,005% tóp **o** Inyecciones locales de corticoides	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Remover el material queratósico residual con urea 20% en base O/W.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Las lesiones ungueales son difíciles de tratar; el PUVA es ineficaz.

Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»

QUEMADURAS

INTRODUCCIÓN

Clasificación de las quemaduras según la profundidad:

- Grado 1: epidermis (eritema doloroso).
- Grado 2 superficial: 1/3 superior de la dermis (ampollas y piel rosada, dolorosa) curan sin dejar cicatriz.
- Grado 2 profunda: toda la dermis (piel pálida o escara, no dolorosa) dejan cicatriz.
- Grado 3: tejido celular subcutáneo y anejos (escara seca, trombosis venosa, no dolorosa) dejan cicatriz.

Valoración de las quemaduras según la extensión -Regla de los 9 de Wallace- (según la cual se considera que las distintas regiones anatómicas corporales representan un 9% cada una o un múltiplo de 9% de la superficie corporal total)

- Cabeza y cuello 9%
- Tronco anterior 18%
- Tronco posterior 18%
- Extremidades superiores (9x2) 18%
- Extremidades inferiores (18x2) 36%
- Área genital 1%

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUEMADURAS DE 1er GRADO	Hidratación (emolientes)	
QUEMADURAS 2º GRADO (Superficial)	**Sulfadiazina argéntica** 1% crema impregnando gasa o tul (cambio cada 1-2 días)	**Povidona yodada** 10% gel impregnando, gasa o tul (cambio cada 1-2 días)
QUEMADURAS 2º GRADO (Profunda)	Asociar cirugía para evitar cicatrices	
QUEMADURAS DE 3er GRADO	Asociar cirugía para evitar cicatrices	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor	**Paracetamol** 1 g/6h vo (máx. 4 g/d) **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-12h vo	**Metamizol sódico (dipirona)** 500-575 mg/6-8h vo **o** **Morfina** 1-4 mg/2-4h iv
Sospecha de inhalación de humos	**Oxígeno** 100%	
Quemaduras extensas	Perfusión con **Ringer lactato** en el lugar del accidente	Perfusión con **Sodio, cloruro (para perfusión)** en el lugar del accidente
Sospecha de infección	Antibiótico específico según cultivo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Atender a la función cardiopulmonar, por si fuera preciso iniciar maniobras de reanimación.
- Agua fría en zonas pequeñas durante 5-10 min.
- Cubrir las quemaduras con una sábana limpia y sobre ella colocar una manta para conservar calor corporal.
- Elevar las zonas quemadas para disminuir el edema, antes y durante el transporte.
- Quitar la ropa a no ser que esté pegada o que la quemadura sea muy extensa.
- En las quemaduras químicas, diluir el agente con lavado abundante de agua y en caso de productos específicos llamar al teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA (91.562.04.20).
- Recortar flictenas si están rotas y son > de 5 cm (aunque existe controversia sobre el tema).

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones (pérdida de líquidos, infecciones y cicatrices).

PRECAUCIONES

Profilaxis antitetánica.

DERIVACIÓN

Se derivarán al hospital:

- Quemaduras de 2º grado superficiales > del 15% de extensión (10% si son niños o ancianos).
- Quemaduras de 2º grado profundo > del 10% ó que afecten pliegues.
- Quemaduras de 3er grado > del 1-2%.
- Quemaduras en sitios especiales: manos, pies, cara y periné.
- Quemaduras químicas, eléctricas o con lesiones por inhalación.
- Quemaduras que afecten a la circunferencia completa de extremidades o tórax.

OTROS

En quemaduras solares de primer grado algunas guías sugieren el alivio de los síntomas utilizando un corticoide tópico.

ROSÁCEA

INTRODUCCIÓN

Evoluciona en brotes y no tiene cura.

La presencia de lesiones alrededor de los párpados y en mentón exclusivamente, proceso denominado "dermatitis perioral", se considera una forma de rosácea y se trata igual que ésta.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ROSÁCEA	**Metronidazol tópico** 0,75% gel o crema 1 aplic/12h, 2 meses y si mejora continuar 2 meses más hasta desaparición de las lesiones	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no mejoría	**Doxiciclina** 100 mg/12-24h vo	**Eritromicina** 250-500 mg/12h vo **o** **Metronidazol oral** 250 mg/12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar factores desencadenantes de los brotes: alcohol, exposición solar, alimentos muy calientes, cambios bruscos de temperatura, estrés emocional, café, té, cola, condimentos, picantes etc.

Aconsejar productos cosméticos no irritantes.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Las dosis de antibiótico se reducen progresivamente tras la mejoría de las lesiones y se suspenden en los períodos de remisión.

SEGURIDAD

Eritromicina puede aumentar el efecto de ác. valproico, carbamazepina, anticoagulantes orales, digoxina, BZD y teofilina; y disminuir el de los anticonceptivos orales; además existe riesgo de muerte súbita por alteraciones cardiacas con ISRS, ketoconazol e imidazólicos, inhibidores de proteasas y anticoagulantes orales.

Metronidazol vía oral está contraindicado en el primer trimestre de embarazo. Como efectos secundarios pueden aparecer cefalea, leucopenia, trombocitopenia, neuropatía periférica, ataxia y convulsiones.

PRECAUCIONES

Con metronidazol tópico evitar el contacto con los ojos.

No utilizar corticoides tópicos; inicialmente producen mejoría disminuyendo la vasodilatación pero a largo plazo agravan el proceso.

Metronidazol oral puede producir coluria.

DERIVACIÓN

En el rinofima derivar para valoración.

OTROS

El ácido azelaico 15% parece obtener mejores resultados a corto plazo que metronidazol 0.75%, pero no hay estudios que comparen eficacia a largo plazo.

En las formas graves algunos autores recomiendan isotretinoína por vía oral, aunque no es habitual la curación definitiva como en el acné.

SARNA O ESCABIOSIS

SARNA O ESCABIOSIS

INTRODUCCIÓN

La sarna es una infección causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*; es una de las parasitosis cutáneas más frecuentes en el hombre. Se transmite por contacto directo con el enfermo (posible transmisión sexual) o con la ropa. Las lesiones características son surcos con una pápula al final, signos de rascado y puede haber eccematización de la zona. Las lesiones se localizan por todo el cuerpo pero suelen respetar la cara y el cuero cabelludo. Causa un prurito intenso que se agudiza con el calor y por la noche. El diagnóstico se confirma por la visualización del ácaro al microscopio.

La mala higiene es un factor predisponente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SARNA O ESCABIOSIS	**Permetrina (escabicida)** 5% crema 1 aplic dejar actuar durante 8-14h	**Lindano** 1% loc 1 aplic, dejar actuar durante 8-12 h y repetir a los 7 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito asociado	**Dexclorfeniramina** 2 mg/6-8h vo (máx. 12 mg/d) Dosis pediátrica (2-5 años): 0,5 mg/6-8h vo; (6-12 años): 1 mg/6-8h vo (máx. 6 mg/d) **o** **Hidroxizina** 25-100 mg/6-8h vo, comenzando con 25 mg por la noche Dosis pediátrica (>6 años): 12,5-25 mg/6h; (1-6 años): 12,5 mg/6h	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Es conveniente tratar a los contactos sexuales y convivientes; lavar la ropa y sábanas con agua a temperatura >50º C o guardarla en bolsa de plástico cerrada durante 1 mes; cambiar la ropa diariamente, secar al aire libre y planchar. No es necesario tratar a los animales de compañía.
- Aplicar el tratamiento cuidadosamente desde el cuello hasta la planta de los pies, incluyendo la superficie de debajo de las uñas de manos y pies.
- Informar de que el prurito puede continuar durante 1 ó 2 semanas después de la curación.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar a toda persona afectada.

Tanto la pareja sexual como las personas cercanas que hayan tenido relación en el mes precedente, deberían ser examinadas y tratadas si procede.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Eliminar los ácaros que producen la escabiosis y los huevos de la piel; aliviar los síntomas asociados (prurito); prevenir la reinfestación; prevenir la diseminación a otras personas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Los resultados deberán ser evaluados a los 28-30 días después del inicio del tratamiento (tiempo que tardan las lesiones en sanar y para que los huevos o ácaros alcancen la madurez si el tratamiento ha fallado).

SEGURIDAD

Lindano: contraindicado en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y en niños menores de 2 años. Puede absorberse a través de la piel intacta; es tóxico sobre el SNC, en mayor medida en niños y ancianos.

Permetrina: no se recomienda en niños menores de 2 meses. En niños mayores de esta edad y en embarazadas, aplicar permetrina en capa fina.

No se aconseja la utilización de hidroxicina ni dexclorfeniramina en el embarazo. Sólo se acepta su uso en caso de ausencia de alternativas más seguras.

Dexclorfeniramina (Categoría B) podría usarse en el 1er y 2º trimestre de embarazo.

OTROS

Cuando exista sospecha firme de resistencia (asegurado el cumplimiento terapéutico), se debe cambiar al tratamiento alternativo.
Permetrina: aplicar en toda la superficie corporal (excepto cara y mucosas) lavada y seca, antes de acostarse; mantener toda la noche (mínimo 8 h) y ducharse por la mañana. Hay recomendaciones que indican repetir el tratamiento con permetrina al cabo de 7-14 días en pacientes que continúan sintomáticos (necesario con lindano porque no es ovicida).

Lindano (hexacloruro de gamma benceno): aplicar en piel (excepto cara y mucosas) bien lavada y seca, y aclarar a las 8 h.

Ivermectina puede resultar un tratamiento útil en determinadas circunstancias. No está comercializado en España (adquisición como medicamento extranjero).

En caso de sobreinfección bacteriana de las lesiones, utilizar antibiótico oral.

SICOSIS DE LA BARBA

SICOSIS DE LA BARBA

INTRODUCCIÓN

Producida por *Staphylococcus aureus* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SICOSIS DE LA BARBA	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h, 10 días	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h, 10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría , formas extensas, fiebre o enfermedad de base	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días	
Alergia a penicilinas	**Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Higiene estricta: lavado con agua y jabón y aplicación de clorhexidina. Evitar el afeitado.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Sospechar etiología micótica ante un inicio lento y una sintomatología menos florida.

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

PRECAUCIONES

Clindamicina no se debe utilizar junto con macrólidos.

Cloxacilina debe tomarse separada de los alimentos.

TIÑA DEL PELO (TIÑA CAPITIS Y TIÑA DE LA BARBA)

TIÑA DEL PELO (TIÑA CAPITIS Y TIÑA DE LA BARBA)

INTRODUCCIÓN

Es debida a hongos dermatofitos con afinidad por la queratina del pelo (*Microsporum*).

Clínicamente se presenta en forma de pequeñas placas ovales descamadas en cualquier parte de la piel con pelo. Una característica predominante es la caída del pelo en esa zona; si se examina la lesión de cerca, se ven los pelos rotos cerca de la superficie de la piel (escamas en la base y roturas de cabello). Puede haber más de una placa y en ocasiones presentan un gran componente inflamatorio, lo que dificulta la curación e incrementa las posibles secuelas cicatriciales.

Como todas las dermatofitosis, es muy contagiosa; en ocasiones se producen pequeñas epidemias en guarderías y colegios.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIÑA DEL PELO (TIÑA CAPITIS Y TIÑA DE LA BARBA)	Adultos y Niños >5 años: **Terbinafina** 250 mg/24h vo, 4-6 sem Dosis pediátrica en niños <5 años: **Griseofulvina** 10-20 mg/kg/d vo en 1-2 tomas, 8-12 sem	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**Itraconazol** Pauta continua: 100-200 mg/24h vo, 8-12 sem; o pauta intermitente: 200 mg/12h vo 1 sem/mes, 2-3 meses	
Si existe gran componente inflamatorio	Añadir **Prednisona** a partir de 40 mg/d vo, en ciclo corto de 2 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Limpieza, decostrado y depilación de la zona afectada.
- Informar al paciente de la contagiosidad de las lesiones hasta pasados 10-15 días desde el inicio del tratamiento y de la conveniencia de realizar aislamiento durante este tiempo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar siempre.

Si es posible, previo a la instauración del tratamiento, hacer toma de la placa para estudio del agente causal y posterior control evolutivo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Curación de las lesiones. Prevenir el contagio.

Control de la sintomatología y prevención de las recidivas.

SEGURIDAD

Itraconazol oral: debe evitarse en embarazo (Categoría C), durante la lactancia y en niños.

Terbinafina oral**:** no se recomienda en el embarazo (Categoría B), durante la lactancia y en niños menores de 5 años. Si fuera necesario utilizar el tratamiento oral en el embarazo, en ausencia de alternativas más seguras, sería de elección la terbinafina. Se han notificado discrasias hemáticas asociadas a terbinafina.

Griseofulvina: está contraindicada hepatopatía grave. Debe evitarse su utilización en embarazo (Categoría C) (se recomienda evitar el embarazo durante el tratamiento y hasta un mes después); y durante la lactancia.

Los antifúngicos orales podrían ocasionar hepatotoxicidad por lo que, en caso de enfermedad hepática previa, seria aconsejable control analítico.

PRECAUCIONES

Terbinafina oral: precisa ajuste de dosis en IR y/o IH. Si se administra conjuntamente con otros medicamentos que se metabolizan por la vía del citocromo P450, precisa control de hemograma y serie hepática al mes de la terapia. Interacciones con los medicamentos que muestran afinidad por el citocromo P450: rifampicina disminuye el efecto de terbinafina; terbinafina puede disminuir el efecto de anticonceptivos orales y de ciclosporina.

Itraconazol oral: precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia pulsátil tras 4 o más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatía y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoina...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de Itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

Griseofulvina oral: se debe evitar la exposición solar; puede afectar a la capacidad de realizar tareas especializadas (conducción). Interacciones: griseofulvina disminuye la actividad de los anticoagulantes orales, anticonceptivos orales, bromocriptina y salicilatos; y potencia los efectos del alcohol. Fenobarbital disminuye el efecto de griseofulvina. La biodisponibilidad de griseofulvina aumenta con la ingesta de alimentos grasos.

OTROS

En el caso de no mejoría con el tratamiento de elección habitual, ante la posibilidad de gérmenes más resistentes o infecciones por otro tipo de hongos, se utilizará un antifúngico de más amplio espectro (itraconazol). La pauta intermitente con itraconazol permite que la duración del tratamiento pueda ser individualizada según el grado de la enfermedad y su índice de resolución clínica y microbiológica valorada en cultivo.

Para prevenir el contagio: además de tomar medidas de aislamiento a nivel familiar y social, añadir un preparado antifúngico tópico (imidazólico, ciclopirox, sulfuro de selenio o povidona yodada) tipo champú (durante 15 min 2 veces/sem al menos las 2 primeras semanas).

Si presenta mucha inflamación, adicionalmente se debe aplicar sulfato de cobre o cinc al 1/1.000 o permanganato potásico al 1/10.000. El uso de champú de sulfato de selenio contribuye a una resolución más rápida. Si la inflamación no se controla con el uso de sustancias astringentes o si es muy severa, pasar a prednisona vía oral.

En las tiñas de barba el tratamiento podría limitarse 3 semanas.

Con un tratamiento antiinflamatorio vía oral se disminuyen los síntomas y se puede reducir el riesgo de contagio y de secuelas.

TIÑA EN PIEL LAMPIÑA (TIÑA PEDIS, MANUM, CRURIS, CORPORIS)

TIÑA EN PIEL LAMPIÑA (TIÑA PEDIS, MANUM, CRURIS, CORPORIS)

INTRODUCCIÓN

Las tiñas son lesiones producidas por hongos dermatofitos (concretamente las especies *Trichophyton,* Epidermophyton y Microsporum). Son las micosis mucocutáneas que con más frecuencia originan infecciones en piel y uñas. Suelen afectar a zonas expuestas (cara, manos, brazos, piernas y cuero cabelludo) por ser zonas susceptibles de contagio, y a zonas húmedas (pliegue inguinal, axilar y espacios interdigitales).

Clínicamente se caracteriza por una o varias lesiones eritematosas con descamación superficial que van curando por el centro al mismo tiempo que crecen periféricamente (lesiones circinadas).

Es una enfermedad muy contagiosa y, en ocasiones, en función de la localización de las lesiones, puede ser preciso el aislamiento.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIÑA EN PIEL LAMPIÑA	**Terbinafina tópica** 1 aplic/24h, 2-4 sem **o** **Miconazol tópico** 1 aplic/12h, 4-6 sem	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lesiones extensas o múltiples (2-3 lesiones) o que no responden al tratamiento tópico	**Terbinafina** 250 mg/24h vo, 2-4 sem **o** **Itraconazol** 100 mg/24h vo, 4 sem	Si mal cumplimiento: **Fluconazol** 150 mg/sem vo, 4 sem

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Informar al paciente de la contagiosidad de las lesiones hasta pasados 10-15 días desde el inicio del tratamiento.
- En general se recomiendan medidas preventivas: no andar descalzo en vestuarios y duchas públicas, buena higiene diaria y secado cuidadoso (especial atención entre los dedos de los pies), utilizar polvos o spray antitranspirantes, evitar ropa y calzado apretado, utilizar ropa interior y calcetines de algodón cambiándolos con frecuencia, utilizar toalla personal y lavarla tras el uso.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Debido a su alta contagiosidad, deben tratarse todas las tiñas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Desaparición total de la lesión.

Control de la sintomatología y prevención de las recidivas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar evolución de las lesiones a las 2 semanas de iniciado el tratamiento.

Las tiñas localizadas en pliegues (tiña cruris y tiña pedis) suelen ser más rebeldes al tratamiento debido a sobreinfección por otros agentes. En estos casos se precisará un tratamiento más prolongado, añadir sustancias astringentes y antiinflamatorias e incluso tratamiento vo.

SEGURIDAD

Itraconazol y fluconazol oral: deben evitarse en embarazo (Categoría C), durante la lactancia y en niños.

Terbinafina oral: no se recomienda en el embarazo (Categoría B), durante la lactancia y en niños menores de 5 años. Si fuera necesario utilizar el tratamiento oral en el embarazo, en ausencia de alternativas más seguras, sería de elección la terbinafina. Se han notificado discrasias hemáticas asociadas a terbinafina.

PRECAUCIONES

Terbinafina oral: precisa ajuste de dosis en IR y/o IH. Si se administra conjuntamente con otros medicamentos que se metabolizan por la vía del citocromo P450, precisa control de hemograma y serie hepática al mes de la terapia. Interacciones con los medicamentos que muestran afinidad por el citocromo P450: rifampicina disminuye el efecto de terbinafina; terbinafina puede disminuir el efecto de anticonceptivos orales y de ciclosporina.

Itraconazol oral: precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia intermitente tras 4 o más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatia y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoina...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de Itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

Fluconazol oral: vigilar función en IH y en IR. Susceptibilidad de que se alargue el periodo QT. Interacciones: las mismas que itraconazol.

OTROS

En la prescripción de los tratamientos tópicos hay que elegir el excipiente más adecuado para cada caso, teniendo en cuenta la localización y grado de humedad de la zona afectada. Como recomendaciones generales: usar aerosoles y polvos para las lesiones intertriginosas y húmedas; y, en el resto, pomadas o cremas en función de que la lesión sea más o menos seca. Se podrán añadir soluciones astringentes, como la solución de Burow, si existe gran componente exudativo. El área de tratamiento tópico debe ser el de la lesión y el área circundante, al menos 2 cm alrededor.

No hay diferencias en la eficacia del tratamiento con los diferentes compuestos imidazólicos entre sí, y con alilaminas y ciclopirox.

La combinación del tratamiento antifúngico con corticoides tópicos no es necesaria, excepto cuando la lesión sea muy inflamatoria y siempre que el diagnóstico sea claro.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

INTRODUCCIÓN

El mejor tratamiento es la prevención.

Clasificación:

- Estadío I: Piel intacta con eritema que no palidece tras presión; dolorosa.
- Estadío II: Úlcera superficial que afecta la piel (epidermis, dermis o ambas), se presenta como abrasión o ampolla.
- Estadío III: Pérdida completa de la piel y afectación del tejido subcutáneo, con necrosis y/o exudado.
- Estadío IV: Destrucción y necrosis, con afectación de tejido muscular y óseo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ÚLCERAS POR PRESIÓN	Estadío I: -Limpieza con agua y jabón y/o suero salino fisiológico -Apósito extrafino adhesivo (hidrocoloide, poliuretano) Estadío II: -Limpieza con agua y jabón y/o suero salino fisiológico a chorro con la mínima presión eficaz y de dentro a fuera -Si hay flictena perforar con seda.Utilizar apósito adecuado. Véase Situación Específica. Estadío III-IV: Asociar Desbridamiento: enzimático, quirúrgico o autolítico (rellenar la úlcera con hidrogel)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Úlcera superficial	Apósito de poliuretano	
Ulcera escasamente exudativa	Hidrogeles	Apósito hidrocoloide

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ulcera moderadamente exudativa	Apósito de poliuretano	Apósito hidrocoloide Hidrogeles
Ulcera muy exudativa	Apósito de alginato	
Ulcera cavitada	Hidrogeles	
Úlcera dolorosa	Apósito hidrocoloide	Poliuretano en espuma
Dolor incidental durante la cura	Una dosis de analgésico previo a la cura	
Infección (Ver Observaciones)	**Sulfadiazina argéntica** 1% crema en las curas, 2 sem	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom en las curas, 2 sem
Signos de infección tras 2 sem con tratamiento tópico	Según antibiograma	Iniciar tratamiento empírico: **Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 15 días **o** **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 875/125 mg/8h vo, 15 días **o** **Eritromicina** 500 mg/6h vo, 15 días en alergia a betalactámicos
Úlcera que huele mal	**Metronidazol tópico** 0,75% gel en las curas, 2 sem **o** Apósitos de carbón activado	Apósitos con plata

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Educar al paciente y al cuidador.
- Estimular la actividad y movimiento del paciente: cambios posturales cada 2 horas, más frecuentes cuanto más peso, y cada hora en sedestación.
- Aliviar la presión sobre los tejidos: superficies de apoyo; reducir o eliminar los puntos de presión o fricción; evitar masajes sobre prominencias óseas; no usar flotadores.
- Buena hidratación general y buen soporte nutricional que garantice un aporte mínimo de nutrientes (proteínas y vitaminas), o facilitar suplementos proteicos de nutrición enteral.
- Cuidados de la piel perilesional: hidratación, cremas barrera para evitar la humedad.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La cicatrización de la úlcera y prevención de nuevas úlceras.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Solo han demostrado eficacia en la cicatrización los apósitos que mantienen un grado de humedad que favorece la epitelización, frente a la cura tradicional.

El desbridamiento y el tratamiento antibiótico tópico se soportan en evidencias débiles; el primero, por falta de estudios; en el caso del antibiótico, además con el inconveniente de que su uso puede favorecer la aparición de resistencias.

SEGUIMIENTO

En todo momento revisión del riesgo de aparición de nuevas úlceras.

Revisar la lesión al menos una vez por semana y registrar sus características (bordes, lecho, tamaño) y estadio.

PRECAUCIONES

Garantizar en todos los casos una correcta cobertura antitetánica.

No emplear antisépticos en la limpieza (salvo Estadío I), son productos citotóxicos para el nuevo tejido y pueden provocar problemas sistémicos si se absorben.

Mantener la piel perilesional siempre seca y el lecho de la úlcera húmedo.

La úlcera del talón no precisa desbridamiento, salvo que fluctúe.

Para realizar cultivo es preferible la biopsia o la punción perilesional frente al frotis, ya que la mayoría de las úlceras están contaminadas.

DERIVACIÓN

En Estadío IV, si procede enviar al hospital para cirugía.

OTROS

Paciente terminal:

- No culpabilizar y plantear objetivos terapéuticos realistas.
- Seleccionar apósitos que permitan espaciar las curas.
- En situación de agonía suspender las curas y los cambios posturales.

ÚLCERAS VASCULARES

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ÚLCERAS VASCULARES	Limpieza con agua y jabón y/o suero salino fisiológico a chorro con la mínima presión eficaz y de dentro a fuera. Desbridamiento enzimático o quirúrgico o autolítico. Utilizar el apósito adecuado (Ver Observaciones)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Úlcera venosa	Vendaje compresivo ascendente (venda multicapa, bota de Unna, media de compresión fuerte) sobre el apósito + Elevación del miembro afectado	
Paciente que no tolera la terapia compresiva	**Pentoxifilina** 400 mg/8h vo, 24 sem	
Úlcera venosa que no evoluciona favorablemente	Vendaje compresivo + **Pentoxifilina** 400 mg/8h vo, 24 sem	
Úlcera Arterial	**Medidas no farmacológicas** (Ver Observaciones) y valoración por Cirugía Vascular	
Signos de infección de tejidos profundos o sistémica	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días	En alérgicos a penicilina: **Ciprofloxacino** 750 mg/12h vo + **Clindamicina** 300 mg/6h vo, 2-3 sem

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor incidental durante la cura	Una dosis de analgésico (tratamiento escalonado) previo a la cura	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- El tratamiento ha de ser global, incluyendo el buen control de los problemas concomitantes (DM, HTA, etc.) y factores de riesgo cardiovascular (tabaco, obesidad, etc.).
- Favorecer la deambulación y ejercicios de movilización al menos 2 veces/d (activos o pasivos).
- Ropa cómoda seca y limpia. Evitar las arrugas y las prendas ajustadas.
- Buena hidratación general y buen soporte nutricional que garantice un aporte mínimo de nutrientes (proteínas y vitaminas).
- Cuidados de la piel perilesional: masaje e hidratación con cremas o aceites. Correcto cuidado de la piel y de las uñas en el pie diabético.
- **Ulcera arterial:**
  - Asumir origen arterial en ausencia de pulsos o si el índice tobillo/brazo (ITB) es inferior a 0,8.
  - No comprimir ni elevar el miembro ni aplicar calor.
- **Ulcera venosa:**
  - Evitar la bipedestación de forma continuada y cruzar las piernas al sentarse.
  - Mantener las piernas elevadas en sedestación y elevar los pies de la cama.
  - Usar medias elásticas de compresión fuerte (sobre todo si se realiza un trabajo que exige estar de pie o sentado), excepto si hay edema. Se deben utilizar hasta al menos 5 años después de la cicatrización de la úlcera.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La medida del ITB es esencial para la evaluación de las úlceras crónicas de extremidades inferiores.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La cicatrización de la úlcera y prevención de nuevas úlceras.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

No existen pruebas de que un tipo de apósito cicatrice las úlceras más rápidamente que otro. En las úlceras venosas, los apósitos simples de baja adherencia (tules) utilizados bajo un vendaje de compresión son tan efectivos como los hidrocoloides y de menor coste.

SEGUIMIENTO

En todo momento, revisión del riesgo de aparición de úlceras.

Revisar la lesión periódicamente y registrar sus características (bordes, lecho, tamaño).

SEGURIDAD

Clindamicina puede producir colitis pseudomembranosa, leucopenia, eosinofilia, hepatotoxicidad y bloqueo neuromuscular.

Ciprofloxacino no se debe utilizar en epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento. Entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, colitis pseudomembranosa, prurito, fotosensibilización y prolongación del intervalo QT.

Ciprofloxacino puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

PRECAUCIONES

Garantizar en todos los casos una correcta cobertura antitetánica.

Evitar la dermatitis y prurito perilesional con cambios frecuentes de vendaje y sustituir el tratamiento si se sospecha reacción adversa al mismo.

No emplear antisépticos en la limpieza; son productos citotóxicos para el nuevo tejido y pueden provocar problemas sistémicos si se absorben.

Los antibióticos tópicos deberían evitarse porque provocan sensibilizaciones con frecuencia y no tienen efectos sobre la cicatrización.

UÑA ENCARNADA

INTRODUCCIÓN

Lo más eficaz como prevención del problema es cortar rectas las uñas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
UÑA ENCARNADA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Celulitis leve	**Fusídico ácido tópico** 2% crema o pom 1 aplic/8h	**Mupirocina** 2% pom 1 aplic/8h
Inflamación e infección local importante	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Lavados con agua tibia y yodo tópico (15-20 min cada 12 h). Es fundamental conseguir una separación entre uña y carne: introducir un algodón mojado entre la uña y la piel y cambiar varias veces al día (para evitar su endurecimiento).
- Utilizar calzado amplio.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si no hay mejoría, el tratamiento definitivo es quirúrgico.

URTICARIA: GENERALIDADES

GENERALIDADES

El diagnóstico de la urticaria es clínico, no hay prueba de laboratorio específica.

La **urticaria aguda** dura menos de 6 semanas. Es un fenómeno frecuente que puede afectar al 10-20% de la población en algún momento de su vida. Es una reacción cutánea que se traduce en un edema dérmico secundario a la liberación de histamina y puede deberse a mecanismos inmunológicos o no inmunológicos. Esta reacción se presenta como pápulas o placas eritematosas, pruriginosas que tienden a palidecer por el centro; se denominan "habones" y se caracterizan por ser evanescentes (duran menos de 24 h) y cambiantes. Se pueden localizar en cualquier parte del organismo y su número es variable (desde unos pocos a cientos). Pueden asociarse con angioedema, que al ser un edema que afecta sobre todo a la dermis profunda tiene preferencia por las partes blandas, como cara, lengua, ojos, glotis y extremidades y ambas manifestaciones (urticaria y angioedema) pueden manifestarse asociadas o de forma aislada. La **anafilaxia** sería el grado máximo de esta situación. **Véase «Urticaria aguda. Anafilaxia»**

En la mayoría de las ocasiones no es posible descubrir la causa que puede producir este cuadro y puede ser debido a: alergia a algún medicamento, alimento o a cualquier otro agente; una infección por bacterias o virus (frecuente en niños); contacto con el sol, frío, agua, sudor, ejercer presión sobre la piel, estrés, bebidas alcohólicas, enfermedades sistémicas...

Se considera **urticaria crónica** a los cuadros que se prolongan en el tiempo 6 meses o más, con independencia de la causa. El paciente presenta máculas de pequeño tamaño asociadas o no a angioedema. La identificación del agente causal es difícil y raramente puede realizarse, aunque parece existir cierta relación con la ingesta de determinados medicamentos (AINE, AAS, IECA, codeína), alimentos (chocolate, quesos fuertes, conservas de pescado ahumado, frutos secos, colorantes), estrés, los baños muy fríos o muy calientes.

URTICARIA AGUDA

INTRODUCCIÓN

Véase «Urticaria: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
URTICARIA AGUDA. Casos leves (Poca afectación cutánea, sin síntomas sistémicos)	**Cetirizina** 10 mg/24h vo Dosis pediátrica (1-5 años ó ≤ 20 kg): 2,5 mg/24h; (6-12 años ó > 20 kg): 5 mg/24h vo **o** **Loratadina** 10 mg/24h vo Dosis pediátrica (2- 5 años ó <30 kg): 5 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Casos moderado- graves (Gran afectación cutánea, síntomas sistémicos ó angioedema)	**Metilprednisolona** 40-60 mg im o iv (1-2 mg/kg) Dosis pediátrica (<14 años): 2 mg/kg im o iv **+** **Dexclorfeniramina** 5 mg im	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Aplicar sobre los habones compresas o paños fríos para aliviar el picor. Aunque le pique no debe rascarse porque aumentará la reacción.

Si el paciente presenta dificultad respiratoria es necesario mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno. **Véase «Urticaria aguda. Anafilaxia»**

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Valorar el cuadro clínico para iniciar tratamiento en uno u otro escalón.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control de la sintomatología.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La mayoría de las veces salen ronchas nuevas durante varios días o semanas a pesar del tratamiento.

Valorar cada 5-7 días hasta la total resolución del cuadro, explicar que si recidiva o empeora no debe esperar a la fecha de revisión.

En los casos leves:

- Una vez que han remitido los síntomas, mantener el tratamiento con antihistamínicos durante 5-7 días, aunque el paciente esté asintomático, para evitar recidivas.
- Si hay recrudecimiento de los síntomas, valorar antes de los 5-7 días para decidir posible introducción de prednisona (0,5 mg/kg/d vo, 4-10 días) con retirada progresiva para evitar recidivas.

En los casos graves:

- Mantener antihistamínicos durante 10-15 días y valorar el uso de prednisona (0,5 mg/kg/d vo, 4-10 días) con retirada progresiva para evitar recidivas.

SEGUIMIENTO

Investigar la causa: fármacos, alimentos, polen, etc., aunque la mayoría de las veces no se encuentra.

PRECAUCIONES

Advertir a los pacientes de que todos los antihistamínicos pueden producir sedación. Evitar tomar alcohol o medicamentos que produzcan sedación ya que potenciarán este efecto.

No usar antihistamínicos tópicos porque pueden producir fotosensibilidad.

DERIVACIÓN

Considerar la derivación a AE de las urticarias de más de un mes de evolución.

URTICARIA AGUDA. ANAFILAXIA.

INTRODUCCIÓN

Se trata de una reacción sistémica potencialmente mortal que se produce tras la exposición a un alergeno en un paciente previamente sensibilizado. Los síntomas cutáneos (urticaria y angioedema) son los más frecuentes. Entre los síntomas respiratorios pueden aparecer edema laríngeo y broncoespasmo. Los síntomas cardiovasculares incluyen taquicardia, hipotensión y shock. Las náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal son los síntomas digestivos más frecuentes. En algunos casos pueden aparecer convulsiones y coma.

En adultos generalmente está ocasionada por picaduras de insectos, alimentos (pescados y frutos secos fundamentalmente) o medicamentos (penicilinas y cefalosporinas principalmente); con menor frecuencia puede ser secundaria a la realización de ejercicio, alergia al látex, radiocontraste o inmunoterapia; y, se desconoce la causa hasta en el 60% de los casos. Es más frecuente y grave en pacientes atópicos y en asmáticos.

Se trata de un cuadro potencialmente grave que obliga a actuar de forma urgente.

El tratamiento debe incluir las siguientes medidas:

1. Mantenimiento de la vía aérea. La oxigenoterapia está indicada en caso de disnea (edema laríngeo, broncoespasmo) o hipotensión grave. Administrar con mascarilla a 5-10 l/min.
2. Colocación de la vía venosa periférica para administración de solución fisiológica. Si el paciente está hipotenso, infundir por vía intravenosa lo antes posible.
3. Administración de adrenalina.
4. Los corticoides están indicados en caso de broncoespasmo. Si no existe broncoespasmo, su indicación es evitar reacciones tardías o bifásicas.
5. Los antihistamínicos se deben administrar para bloquear el efecto de los mediadores inflamatorios.
6. El uso de agonistas beta2 adrenérgicos por vía inhalada está indicado en caso de broncoespasmo. En casos graves pueden utilizarse por vía subcutánea.
7. Si el traslado se retrasa y el paciente está hemodinámicamente inestable, se canalizará otra vía.

Si a pesar de todo el paciente sigue hemodinámicamente inestable, en el hospital se debe canalizar una vía venosa central y monitorizar al paciente, así como descartar IAM, tratamiento con betabloqueante previo, asma o cardiopatía. El tratamiento betabloqueante conlleva una respuesta pobre a la adrenalina pudiendo beneficiarse del uso de glucagón, por vía intravenosa a la dosis de 1-5 mg, además de la expansión de volumen.

Véase «Urticaria: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANAFILAXIA. RIESGO VITAL. (COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA)	**Oxígeno** + **Sodio, cloruro (para perfusión)** isotónico: 1-2 l iv, a ritmo de 5-10 ml/kg en los primeros min, adecuar según situación hemodinámica + **Epinefrina (Adrenalina)** 1/1.000 (1mg = 1ml): 0,1-0,5 mg im o sc. Puede repetirse cada 5-15 min en función de la respuesta. Dosis pediátrica: 0,01 mg/kg im o sc (máx. 0,5 mg/dosis) + **Metilprednisolona** 1-2 mg/kg iv en bolo y posteriormente 1 mg/kg/6h si es preciso Dosis pediátrica: 0,5-1 mg/kg + **Dexclorfeniramina** 5 mg im (máx. 20 mg) Dosis pediátrica (>12 años): igual que adultos + Si broncoespasmo: **Salbutamol inhalado** 0,5% sol nebuliz, diluir 0,5 -1 ml en 2-3 ml de SF **o** **Salbutamol** 250-500 µg sc	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si PA sistólica <60 mmHg o empeora situación anterior	Mantener la medicación anterior y sustituir la administración de adrenalina sc o im por: **Epinefrina (Adrenalina)** iv: cargar 1 ml de adrenalina al 1/1.000 (1 mg = 1 ml) y enrasar hasta 10 ml de SF. Resulta una dilución de adrenalina 1/10.000 (1 ml = 0,1 mg = 100 µg). Administrar 1-5 ml iv lentamente, en 5-15 min, y repetir a los 5-15 min según respuesta o pasar a infusión iv continua. Dosis pediátrica: 0,1 ml/kg (máx. 3 ml). Elevar miembros inferiores.	
Si no hay respuesta con las dosis anteriores	Mantener la medicación anterior y sustituir la administración de adrenalina anterior por: **Epinefrina (Adrenalina)** iv continua: diluir 5 amp de adrenalina al 1/1.000 (1mg = 1 ml) en 245 ml de SF. Resulta una dilución de adrenalina 1/50.000 (1 ml = 0,02 mg = 20 µg; 1 ml = 20 got; 1 got = 1 µg). Administrar en infusión iv continua 1-4 µg/min (3-12 ml/h), según respuesta. Dosis pediátrica: 0,1 µg/kg/min (máx. 1,5 µg/kg/min)	
Pacientes en tratamiento previo con betabloqueantes y escasa respuesta a adrenalina	Sustituir la pauta anterior de epinefrina por: **Glucagón** 1-5 mg en bolo iv o im o sc Dosis pediátrica: 0,5 mg	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Se debe preguntar al paciente sobre reacciones previas a fármacos, ingestión de alimentos y picaduras de insectos.
- Si el paciente presenta dificultad respiratoria es necesario mantener la vía aérea permeable y administrar oxígeno. En casos de edema de glotis, puede ser necesario intubar, e incluso realizar cricotirotomía, o traqueotomía si no es posible.
- Mantener siempre al paciente con vía venosa y control de constantes.

- Tranquilizar al paciente y eliminar, si es posible, el agente causal:
  - Aguijón de abeja: tiene un mecanismo que continúa liberando veneno incluso después de la separación del insecto y debe ser retirado cuanto antes. No apretar el aguijón para no exprimir el veneno. Intentar empujarle hacia atrás con un objeto de borde fino como una tarjeta, tratar de no utilizar pinzas.
  - Medusas: emplear vinagre o agua de mar para limpiar la zona afectada. Si se aprecian tentáculos retirarlos con pinzas o mano enguantada.
  - Garrapata: desprenderla con pinzas, sujetando la cabeza del artrópodo lo más cerca posible de la zona bucal y realizar tracción suave pero continua.
  - Si es picadura o mordedura de insecto: valorar hacer torniquete inicial para disminuir la absorción del veneno y aflojar cada 5-10 min . Aplicar hielo envuelto en un paño o compresas frías localmente (en periodos de 10 min y 10 min de descanso). Quitar anillos y objetos que puedan comprimir.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es una emergencia sanitaria.

Tratar siempre lo más precozmente posible.

Iniciar tratamiento y simultáneamente alertar al servicio de emergencias sanitario.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Mantener siempre al paciente con vía venosa y control de constantes.

PRECAUCIONES

Adrenalina: precaución en pacientes ancianos o con cardiopatía isquémica.

DERIVACIÓN

Una vez estabilizado el paciente se derivará al centro hospitalario de referencia; precisa traslado en unidad medicalizada. Debe permanecer en observación durante 6-8 h por la posibilidad de recidivas, que se presentan hasta en un 20 % de los casos.

Continuar durante un mínimo de 3-5 días en tratamiento con corticoides y antihistamínicos vía oral. En ocasiones este periodo se debe alargar en el tiempo.

OTROS

Adrenalina: 1 amp de 1ml = 1mg (concentración 1/1.000). Existen jeringuillas de adrenalina precargadas con 1 mg/ml.

En reacciones anafilácticas por medicamentos o picaduras, infiltrar en lugar de inyección para minimizar la absorción.

En pacientes con antecedentes de reacciones anafilácticas graves repetidas, se recomienda llevar consigo y autoadministrarse en situación de urgencia la siguiente medicación: adrenalina: 1/1.000 (0,3-0,5 ml) im + loratadina 1-2 comp + prednisona oral 50 mg, en una sola toma y acudir a un centro hospitalario.

URTICARIA CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Urticaria: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
URTICARIA CRONICA	**Loratadina** 10 mg/24h vo por la mañana Dosis pediátrica (2- 5 años ó <30 kg): 5 mg/24h vo **o** **Cetirizina** 10 mg/24h vo Dosis pediátrica (1-5 años ó ≤ 20 kg): 2,5 mg/24h; (6-12 años ó > 20 kg): 5 mg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No respuesta	Añadir o sustituir por: **Hidroxizina** 25-100 mg/6-8h vo, comenzando con 25 mg por la noche Dosis pediátrica (>6 años): 12,5-25 mg/6h; (1-6 años): 12,5 mg/6h **o** **Dexclorfeniramina** 2 mg/6-8h ó 6 mg/8-12h vo Dosis pediátrica (2-5 años): 0,5 mg/6-8h vo; (6-11 años): 1 mg/6-8h vo	
Urticaria a frigore	**Ciproheptadina** 2-4 mg/8-12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar la causa que produce la urticaria, si se conoce. Valorar qué fármacos utiliza el paciente (sobre todo AAS, AINE, IECA, codeína). Evitar el abuso de alcohol y los ambientes con temperaturas altas, ya que son situaciones que favorecen la urticaria.
- Son recomendables la hidratación de la piel y el uso de emolientes. La aplicación de compresas o paños fríos sobre los habones pueden aliviar el picor. Recomendar: no rascar ni frotar la piel, aunque le pique mucho, porque aumenta la reacción; tomar los medicamentos durante el tiempo indicado ya que el abandono precoz puede producir recaídas; utilizar ropa amplia, de algodón.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

A todo paciente que presente urticaria crónica, cuando consulte por este motivo.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control y alivio de la sintomatología.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El máximo beneficio se obtiene con una pauta de dosificación diaria regular.

Valorar la remisión de los síntomas a los 7-10 días de iniciar el tratamiento.

Se debe considerar que no hay respuesta si no mejora al cabo de 4-8 semanas de tratamiento.

SEGUIMIENTO

Según evolución.

PRECAUCIONES

Advertir a los pacientes que todos los antihistamínicos pueden producir sedación. Evitar tomar alcohol o medicamentos que produzcan sedación ya que potenciarán este efecto.

No usar antihistamínicos tópicos porque pueden producir fotosensibilidad.

DERIVACIÓN

Considerar derivación a AE de las urticarias de más de un mes de evolución.

OTROS

No existen evidencias concluyentes de que un antihistamínico sea más eficaz que otro en el control de la urticaria crónica. La selección de uno u otro dependerá, en cada caso, del perfil de seguridad, tolerancia y circunstancias particulares del paciente, teniendo en cuenta la probable necesidad de mantenerlo durante un periodo prolongado.

Si el síntoma predominante es el prurito, valorar como primera opción terapéutica los antihistamínicos de primera generación (hidroxicina, dexclorfeniramina) ya que su efecto sedante facilita el control de este síntoma.

VARICELA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VARICELA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Prurito intenso	**Dexclorfeniramina** 2-6 mg/6-12h vo (máx. 12 mg/d)	**Ebastina** 10-20 mg/24h vo **o** **Cetirizina** 10 mg/24h vo
Fiebre	**Paracetamol** 500-1.000 mg/6-8h vo (máx. 4 g/d)	
Personas de riesgo (inmunodepresión)	**Aciclovir** 800 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) vo, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dieta blanda si hay lesiones bucales, evitar el calor y el rascado de las lesiones. Mantener las uñas cortas y limpias.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En pacientes inmunodeprimidos individualizar, según la severidad de la inmunodepresión y de la varicela, la decisión de indicar el aciclovir por vía intravenosa.

PRECAUCIONES

No utilizar AAS.

Hay peligro de contagio hasta el desprendimiento de las costras.

El contacto de una gestante con un paciente con varicela, no representa ningún problema si la gestante ya ha padecido la varicela o si está de más de 20 semanas de gestación. En caso contrario, se efectuará una serología si se puede disponer de ella antes de 3 días; si no es así o el resultado demuestra títulos bajos, se administrará una gammaglobulina específica. Durante el 1er trimestre de embarazo existe riesgo de malformaciones, mientras que en el último mes hay riesgo de varicela prenatal.

DERIVACIÓN

Derivar al servicio de ginecología, con carácter preferente, a toda mujer embarazada que padezca varicela.

OTROS

En caso de prurito y si el efecto sedante interfiere con la vida diaria del paciente, se pueden utilizar ebastina 10-20 mg/d o cetirizina 10 mg/d, por su menor efecto sedante.

Algunos comités de expertos aconsejan el uso de aciclovir en todos los adultos y mayores de 12 años (no sólo en inmunodeprimidos) si el tratamiento se inicia en las 24 horas siguientes a la aparición del exantema.

El PAPPS aconseja la vacuna de la varicela dentro del calendario vacunal infantil y de los adultos susceptibles, aunque los últimos estudios plantean que se podría observar un aumento de la incidencia de herpes zóster en adultos y ancianos. No existen estudios que valoren los resultados clínicos de la vacuna en adultos, sin embargo, algunas guías la recomiendan en grupos específicos de adultos sanos no inmunes (profesionales sanitarios, contactos cercanos y que no puedan evitarlo de pacientes inmunodeprimidos).

VERRUGAS CUTÁNEAS

INTRODUCCIÓN

Las verrugas son la manifestación cutánea de la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Pueden existir en diferentes formas dependiendo de la superficie epitelial donde asientan y del tipo de VPH. La verruga vulgar, la verruga plantar y las verrugas planas son algunas de las manifestaciones más comunes.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VERRUGAS CUTÁNEAS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Verrugas planas	Ácido salicílico 20-40% (FM) 1 aplic/24h por la noche o Ácido trans-retinoico en orabase 0,1% (FM) 1 aplic/24h por la noche	
Lesiones muy numerosas en manos y plantas de los pies	Aplicación tóp de sol acuosa de formaldehído al 3% (FM) 2 veces/d	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- La crioterapia es un método más rápido y cómodo de aplicar, pero resulta doloroso (periungueales o vulgares grandes: crioterapia con nitrógeno líquido). Evitar la crioterapia en menores de 4 años y verrugas localizadas en la cara o genitales.
- Otros tratamientos alternativos: curetaje (útil en verrugas filiformes) y electrocoagulación (dejan cicatriz). Cirugía en verrugas con base de implantación pequeña y filiformes múltiples. No utilizar en los dedos.
- Láser decolorante pulsado y láser CO_2 en formas resistentes a tratamientos previos.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Ác. salicílico: no usar en caso de embarazo o fotosensibilidad.

Ác. retinoico: contraindicado en el embarazo. Es fotosensibilizante.

OTROS

En muchas ocasiones desaparecen espontáneamente, por lo que no se recomiendan tratamientos agresivos.

Limar la lesión o raspar con bisturí antes de la aplicación del queratolítico para favorecer la penetración del producto. Proteger la piel sana de alrededor con vaselina o lacas comercializadas. El tratamiento con ácido salicílico está indicado en verrugas planas, plantares y aquellas localizadas en manos y pies. Aplicar 1 vez/d en cura oclusiva 12 h (nocturna). Se realiza durante 1-3 meses hasta la total desaparición de la verruga. También está indicado el uso de ác. retinoico.

En la verruga vulgar puede utilizarse, como segunda elección, la inyección intralesional de bleomicina (es dolorosa).

En verrugas plantares resistentes valorar la administración de podofilino al 5-10% tópico.

VITÍLIGO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VITÍLIGO	**Medidas no farmacológicas**	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/8-12h, 3-4 meses

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
pequeño tamaño	**Betametasona tópica** 0,1% 1 aplic/12-24h, 2 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Utilizar fotoprotectores.
- Evitar la exposición solar de las lesiones acrómicas.
- Valorar los cosméticos que cubren las lesiones y productos bronceadores rápidos sin sol que contienen hidroxiacetona y logran un teñido de los estratos más superficiales de la piel que permanece hasta que se eliminan.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

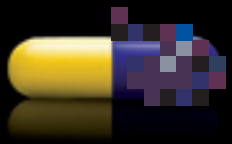
El tratamiento con corticoides se reservaría para las lesiones de reciente aparición y de pequeño tamaño. **Véase «Anexo 4: Corticoides tópicos y Soluciones secantes»**. Si en 2 meses no se ha obtenido ninguna mejoría, el tratamiento debería ser abandonado. No existe ningún tratamiento definitivo.

PRECAUCIONES

Los corticoides tópicos tienen riesgo de atrofia cutánea.

OTROS

Probablemente, en la actualidad, el tratamiento de elección en el vitíligo moderado a severo sea la fototerapia de banda estrecha UVB (311 nm). La fotoquimioterapia (irradiación con lámparas de UVA) con psoralenos (8-metoxi-psoraleno tópico) producen repigmentación en el vitíligo focal o segmentario. Valorar la vía oral en formas más amplias. Contraindicada en pacientes con fotosensibilidad, niños, embarazadas y en período de lactancia por riesgo aumentado de tumores cutáneos malignos. La hidroquinona se utiliza para despigmentar la piel sana.



11

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

ANOREXIA

INTRODUCCIÓN

La anorexia, ausencia o pérdida total de apetito, puede estar causada por múltiples factores. En determinados pacientes con trastornos crónicos graves o neoplasias malignas, forma parte de un síndrome de anomalías metabólicas y deterioro físico progresivo conocido como caquexia.

La mejoría del aporte nutricional y los consejos dietéticos suelen ser insuficientes para que remita la caquexia; en estos casos, puede estar recomendado el tratamiento farmacológico para estimular el apetito y favorecer el aumento de peso:

- El acetato de megestrol, a dosis elevadas, mejora el apetito y el aumento de peso en pacientes con cáncer. También se ha utilizado en el tratamiento de la anorexia asociada al SIDA u otras patologías de base, aunque en estos pacientes la evidencia es limitada.
- Los corticosteroides suelen utilizarse para estimular el apetito en pacientes con procesos avanzados, como la caquexia relacionada con el cáncer, aunque no parecen favorecer el aumento de peso.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANOREXIA (COMO SÍNTOMA)	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente con cáncer	Considerar el uso de: **Megestrol** 320-800 mg/d vo en 2-3 tomas **o** **Dexametasona** 2-4 mg/d vo en 1-2 tomas	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Fraccionar la dieta en ingestas frecuentes (6-10 tomas) y poco voluminosas. Comer más a las horas que tenga más apetito (frecuentemente suele ser en el desayuno).
- Modificar la textura de los alimentos, utilizando preferentemente los líquidos o los de consistencia pastosa, que reducen y tiempo y esfuerzo al comer.
- Aumentar la densidad calórica de los alimentos consumidos, que sean de fácil digestión y no incrementen excesivamente el volumen de las comidas.

- Evitar la ingesta excesiva de líquidos durante las comidas.
- Ofrecer comidas poco olorosas, pero aromáticas, sin picantes ni aromatizantes.
- Variar el tipo de alimentos y la forma de cocinarlos; que no represente trabajo la preparación para el que lo tiene que comer. Cuidar la presentación de los platos.
- Comer acompañado, en ambientes agradable y relajados.
- Retirar, si es posible, fármacos causantes de anorexia: teofilina, AINE , amiodarona, laxantes, clorpromacina, etc.
- **Cuidados de la boca:**
  - Boca seca: enjuagues con 1 litro de manzanilla sin azúcar + zumo de 1 limón; chupar caramelos de cítricos sin azúcar; mascar chicles sin azúcar o trozos de piña natural.
  - Limpieza de la boca: mezclar en medio vaso de agua 2 cucharadas de agua oxigenada y 1 cucharadita de bicarbonato. Mojar con la mezcla un cepillo dental suave y cepillar la lengua desde dentro hacia fuera varias veces al día. No tragar.
  - Candidiasis oral: enjuagues con nistatina en solución.
  - Boca dolorosa: preparar 1 litro de manzanilla y añadir 1 ampolla de mepivacaína sin vasoconstrictor y un frasco de nistatina solución, y hacer enjuagues según necesidades. No tragar.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe tratar la causa específica que produce la anorexia y abordar el tratamiento de la anorexia de forma sintomática sólo en determinadas situaciones (cáncer).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Corregir la causa de la anorexia, cuando se identifique.

Evitar la desnutrición y las complicaciones que de la misma se pueden derivar.

PRECAUCIONES

Dexametasona: bloquea de forma rápida y potente el eje hipofisario-suprarrenal, lo que habrá que tenerse en cuenta al retirarlo.

DERIVACIÓN

Valorar derivación a la Unidad de Nutrición de referencia si la desnutrición es grave.

OTROS

Acetato de megestrol: mantiene su efecto durante meses. Bien tolerado; tiene un precio elevado.

Dexametasona: se puede utilizar en períodos de varias semanas porque carece de efecto mineralocorticoide.

Si el estreñimiento es un problema agravante de la anorexia: utilizar laxantes u otras medidas no farmacológicas (alimentos ricos en fibras, extracción manual, enemas, etc).

Los fármacos procinéticos como la metoclopramida son útiles en pacientes cuyos síntomas son secundarios a una disminución de la motilidad gastrointestinal.

DESHIDRATACIÓN

INTRODUCCIÓN

Las soluciones de rehidratación oral (SRO) se utilizan para la restitución oral de electrolitos y líquidos en pacientes con deshidratación, particularmente en casos asociados a diarrea aguda de varias etiologías.

Durante más de 25 años se ha venido utilizando con seguridad y eficacia la SRO estándar (osmolaridad total de 311 mOsm/l) recomendada por la OMS, que ha contribuido drásticamente a reducir la mortalidad producida por enfermedades diarreicas en el mundo. Los estudios realizados en los últimos años han demostrado que una SRO con menor osmolaridad (<250 mOsm/l) es más eficaz que la estándar ya que disminuye significativamente la necesidad de administrar fluidoterapia iv, reduce la cantidad y número de deposiciones y la incidencia de vómitos. Por ello, actualmente la OMS y la UNICEF recomiendan una SRO con una osmolaridad reducida (245 mOsm/l).

La dosificación de las SRO se debe confeccionar en base al peso corporal individual, y al estado y gravedad de la afección. Para adultos, se ha sugerido una dosis normal de solución de rehidratación oral de 200-400 ml por cada deposición. La dosificación para niños es 200 ml por cada deposición. Para niños pequeños es de 1 a 1,5 veces su volumen normal de alimento. La alimentación normal puede continuar después de que el déficit inicial de líquidos haya sido corregido. La lactancia materna debe continuar entre las administraciones de SRO.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DESHIDRATACIÓN LEVE- MODERADA	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Suero de rehidratación oral de baja osmolaridad de la OMS de 2003 (osmolaridad total de la fórmula 245 mOsm/l):
  - Adultos: Inicialmente 10-15 ml/kg en 6-7 h; mantenimiento: 2-3 l/d.
  - Niños: Inicialmente 50-120 ml/kg en 4-6 h; mantenimiento: 1-3 l/d.
- La formulación del suero incluye: cloruro sódico 2,6 g/l; glucosa anhidra 13,5 g/l; cloruro potásico 1,5 g/l; citrato trisódico, dihidrato 2,9 g/l.
- Los remedios caseros para la rehidratación oral son útiles cuando no se dispone de una solución de rehidratación oral más adecuada. Se pueden realizar con 1 litro de agua hervida al que se añade el zumo de 2 ó 3 limones, media cucharadita de sal, media cucharadita de bicarbonato y 2 ó 3 cucharadas de azúcar.
- Las actividades informativas preventivas dirigidas a la población en épocas de "olas de calor" son importantes para disminuir los casos de deshidratación y para conocer cómo actuar en caso de que aparezcan.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Deberá tratarse a los pacientes con deshidratación leve a moderada, lo cual viene determinado en función de la pérdida de peso:

- Deshidratación leve, si la pérdida de peso es del 3-5%.
- Deshidratación moderada, si la pérdida de peso es del 6-9%.
- Deshidratación grave, si la pérdida de peso es del 10%.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Restaurar el volumen de agua perdida y corregir los trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido-base asociados.

Identificar y tratar la causa de la deshidratación: exceso de diuréticos, diarreas, vómitos, hipersudoración, etc.

DERIVACIÓN

Derivación hospitalaria en los siguientes casos:

- Pacientes con deshidratación grave y/o disminución del nivel de conciencia y/o hipotensión y/o intolerancia oral.
- Lactantes o ancianos frágiles con deshidratación leve en los que la causa que la produce no puede controlarse adecuadamente e impide la rehidratación oral.

DESNUTRICIÓN

INTRODUCCIÓN

No existe criterio diagnóstico inequívoco de desnutrición. Este se basa en:

- Historia clínica: ingesta habitual, enfermedades asociadas, contexto sociocultural.
- Datos antropométricos: IMC<18 kg/m^2, porcentaje de pérdida de peso > 5% en un mes o del 10 % en 6 meses, perímetro braquial y pliegue tricipital por debajo del percentil 10.
- Parámetros bioquímicos: linfopenia, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, descenso de ferritina y colesterol son sugestivos de desnutrición.
- Cuestionarios estructurados: MINI Nutricional Assessment **Véase «Anexo 11: Test Mini Nutritional Assesment»**

Es prioritario realizar una valoración nutricional completa y rigurosa a todos los pacientes que padezcan alguna enfermedad crónica y que pertenezcan a un grupo de riesgo nutricional. En pacientes terminales con muy corta esperanza de vida, la evaluación del estado nutricional puede ser secundaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DESNUTRICIÓN	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **En pacientes de riesgo o con desnutrición leve (ingesta inadecuada con o sin pérdida de peso):**
  Recomendaciones generales de consumo en adultos: carnes, 2-4 veces/sem; pescado, 4-5 veces/sem; lácteos, 2-4 raciones/d (4 para mujer posmenopáusica); legumbres, 3-4 veces/sem; cereales y arroz o patatas, diariamente; verduras y hortalizas, 7 veces/sem, incluyendo vegetales crudos (ensalada) a diario; fruta, 3 porciones/d, una de ellas cítricos; alcohol, dulces y bollería de forma inhabitual.
- **Desnutrición Grave:**
  En primer lugar se valorará la posibilidad de utilizar alimentos de consumo ordinario (naturales, preparados o manipulados) y, si no es posible, se optará por fórmulas enterales. Estas fórmulas están indicadas en pacientes que son incapaces de ingerir cantidades adecuadas de nutrientes y tienen un tracto gastrointestinal con suficiente capacidad funcional. Incluyen: complementos (suplementos), fórmulas nutricionalmente completas y módulos. La selección del tipo de fórmula y su vía de administración -oral o por sonda nasogástrica, gastrostomía o yeyunostomía- dependerá de las necesidades fisiológicas del paciente, de las patologías asociadas y de su capacidad digestiva, absortiva y metabólica.
  En función de la ingesta del paciente, se decidirá el tipo de soporte nutricional a utilizar:

1. SUPLEMENTOS: si puede utilizarse la vía oral y la ingesta es > 1.000 kcal / d ó 2/3 de los requerimientos diarios.
    - Son aquellos productos que se utilizan en el tratamiento de situaciones metabólicas con requerimientos especiales de energía o nutrientes. Están diseñados para complementar los alimentos de consumo ordinario que son insuficientes para cubrir las necesidades de un paciente, ya sea por una disminución de la ingesta, trastornos de la digestión o de la absorción o por un aumento de la demanda nutricional.
    - Son fórmulas que se administran por vía oral, con diferentes tipos de consistencia y sabores, no necesariamente completas ni necesariamente equilibradas, por lo que no deben constituir una fuente exclusiva de alimentación.
    - El contenido calórico de los suplementos debe ser equivalente a las calorías teóricas necesarias menos las calorías reales ingeridas.
    - Generalmente se precisan suplementos hiperproteicos e hipercalóricos; los preparados en polvo son más costo-eficientes que los briks líquidos.
    - Los productos con consistencia aumentada, tipo flan o natillas, son más adecuados si existe disfagia neurológica (hay menos atragantamientos); los de consistencia líquida se toleran mejor si la disfagia es mecánica.

2. NUTRICIÓN ENTERAL DOMICILIARIA: si la ingesta es < 1.000 kcal/d ó < 2/3 de los requerimientos diarios, la situación se va a prolongar más de 7-10 días, el aparato digestivo está funcionante y la expectativa de vida del paciente es superior a varias semanas. Habitualmente se emplea sonda y, cuando esté contraindicada, se utilizará la vía oral (la autorización de la nutrición enteral por vía oral es excepcional).
    - La administración por sonda nasogástrica es adecuada para períodos cortos de tiempo (1-2 meses), aunque no existe acuerdo sobre el tiempo máximo que deben usarse, pues varía según la enfermedad de base y la repercusión psicológica y sobre la actividad social del paciente. Si el paciente acepta la sonda, hace una vida normal y no se encuentra aislado, puede permanecer con sonda periodos mayores de tiempo.
    - Generalmente, para nutriciones enterales prolongadas (>1-2 meses) se valorará la gastrostomía o yeyunostomía. Gastrostomía percutánea: emboladas lentas (bolos de 250-400 ml /4-6 veces al día) o en perfusión continua. En la administración intermitente, el paciente debe estar incorporado más de 45º y mantener esta postura 2 horas para evitar aspiración.
    - Los productos empleados en la Nutrición Enteral Domiciliaria pueden ser:
        - Dietas completas: contienen la cantidad suficiente de todos y cada uno de los nutrientes requeridos para cubrir la totalidad de las necesidades de la persona a la que se prescribe, con la dosis indicada. El volumen para asegurar las recomendaciones diarias aditivas de macro y micronutrientes suele ser de 1-2 l .
        - Dietas completas especiales.
        - Módulos nutricionales o nutrientes modulares: son preparados constituidos normalmente por un solo nutriente. La combinación de varios módulos permite obtener una dieta enteral completa. Se utilizan para trastornos metabólicos y para la preparación de dietas modulares en Nutrición Enteral Domiciliaria.

La indicación del tratamiento debe realizarse por facultativos especialistas, relacionados con la patología que genera la desnutrición, expresamente autorizados para este fin por el Servicio de Salud. La normativa sobre Nutrición Enteral Domiciliaria se ha actualizado con el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización* . La *Orden SCO/3858/2006, de 5 de diciembre, por la que se regulan determinados aspectos relacionados con la prestación de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud* , concreta los criterios que definen los tipos de productos que por sus características serían susceptibles de financiación, de acuerdo con las patologías, situaciones clínicas y demás requisitos que regula el Real Decreto 1030/2006.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Pacientes de riesgo o con diferentes grados de desnutrición. En los pacientes con desnutrición leve suele ser suficiente dar consejos dietéticos.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Corregir el grado de desnutrición y evitar la aparición de posibles complicaciones.

Corregir la causa de la desnutrición, cuando se identifique.

Ofrecer las recomendaciones necesarias para cubrir las necesidades nutricionales.

SEGUIMIENTO

Se realizarán controles de peso semanales al inicio y, posteriormente según la evolución de cada paciente, cada quince días; controles de laboratorio mensual (albúmina, linfocitos y transferrina).

Se retirará la suplementación cuando: haya desaparecido la situación causante del déficit alimentario y/o nutricional; se haya restaurado un adecuado equilibrio alimentario; y cuando el peso y la cifra de albúmina estén en rango de normalidad y se mantengan en el tiempo.

DERIVACIÓN

Cuando no se consigue corregir la desnutrición valorar la derivación a:

- Servicios Sociales si: aislamiento social, marginados, encamamiento...
- Odontología si: hay problemas dentales que condicionan la calidad de vida del paciente.
- Otros servicios de AE, dependiendo de las causas.

DIABETES MELLITUS: GENERALIDADES

GENERALIDADES

La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica que se caracteriza principalmente por una elevación de la glucemia y por complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía, nefropatía) y cardiovasculares, que incrementan sustancialmente la morbilidad y la mortalidad asociada con la enfermedad y reducen la calidad de vida.

Los criterios diagnósticos de DM son: síntomas clásicos de la diabetes (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable) y glucosa plasmática en cualquier momento ≥ 200 mg/dl; glucosa plasmática en ayunas de al menos 8 horas ≥ 126 mg/dl; glucosa plasmática ≥ 200 mg/dl a las 2 horas de una sobrecarga oral de 75 g de glucosa. Estos criterios deben confirmarse en un segundo análisis.

El tratamiento de la DM está diseñado para conseguir unos valores de glucosa en sangre tan próximos al rango no diabético como sea posible. Los componentes del tratamiento son la educación diabetológica, los cambios en el estilo de vida, la monitorización, el autocontrol y el tratamiento farmacológico con medicamentos antidiabéticos o con insulina.

En los **pacientes con DM2**, si después de 3-6 meses con medidas no farmacológicas no se ha conseguido un control apropiado, se recomienda asociar antidiabéticos orales (ADO). En el momento actual existen en España cinco grupos de ADO, dirigidos a corregir alguno de los mecanismos implicados en la hiperglucemia (la disminución de secreción de insulina por la célula beta pancreática, el aumento de la resistencia a la insulina en tejidos periféricos y en hígado, o la absorción de hidratos de carbono con la ingesta de alimentos):

- **Secretagogos.** Estimulan la secreción de insulina:
  - Sulfonilureas.
  - Derivados de las meglitinidas (repaglinida, nateglinida): son secretagogos de acción rápida.
- **Insulinsensibilizadores.** Disminuyen la resistencia insulínica:
  - A nivel de hígado, disminuyendo la neoglucogénesis y, consecuentemente, la liberación hepática de glucosa: biguanidas (metformina).
  - A nivel de tejidos periféricos, aumentando la captación de glucosa y disminuyendo la liberación de ác. grasos libres: tiazolindindionas (glitazonas).
- **Inhibidores de las alfa-glucosidasa intestinales** (acarbosa, miglitol). Disminuyen la absorción de hidratos de carbono al inhibir el desdoblamiento de disacáridos en monosacáridos, que es la forma en que se absorben.

Los criterios de selección del tipo de medicamento a utilizar dependerán del tipo de alteración metabólica subyacente, el estado funcional de la secreción de insulina y de las características del paciente (principalmente edad, función hepática y renal y alergias).

En términos de control glucémico, principal factor implicado en el beneficio del tratamiento, los diferentes ADO tienen un efecto parecido. Sin embargo, **sulfonilureas y metformina son los únicos fármacos orales que de momento han demostrado reducir las complicaciones de la DM2 a largo plazo, igual que la insulina.**

Los derivados de las meglitinidas (repaglinida, nateglinida): tienen la ventaja potencial de un comienzo de acción rápido y una corta duración, lo que podría beneficiar principalmente a los pacientes con un horario muy irregular en las comidas. Pueden utilizarse en IR. Deben administrarse al comenzar a comer. Si se omite una comida, no se deben tomar.

Los inhibidores de las alfaglucosidasa (acarbosa, miglitol): pueden ser útiles como coadyuvantes para corregir las glucemias postprandiales cuando la glucemia basal no está muy elevada. Pueden causar efectos digestivos intolerables (flatulencia, distensión y dolor abdominal, diarrea, náuseas) y están contraindicados en patologías que puedan empeorar como consecuencia de un aumento de gases en el intestino. Deben tomarse antes de las principales comidas. No producen hipoglucemia en monoterapia, pero sí en combinación. En ese caso la hipoglucemia se trata con glucosa pura (bebidas de cola) y no azúcar común.

Las glitazonas (rosiglitazona y pioglitazona): no deben combinarse con insulina debido al riesgo de insuficiencia cardiaca. Su perfil de efectos adversos que incluye edemas maculares con disminución de la agudeza visual, insuficiencia cardiaca, fracturas distales, y algunos datos que asocian rosiglitazona con un aumento del riesgo de isquemia miocárdica (según nota informativa AEMPS 2007/08), limitan su utilización y cuestionan que su balance beneficio-riesgo sea favorable.

Si la respuesta es inadecuada con monoterapia, deberá pasarse a terapia combinada asociando un 2º fármaco ADO que tenga un mecanismo de acción complementario. **Son asociaciones menos aconsejables:** sulfonilureas + secretagogos de acción rápida (mismo mecanismo de acción); metformina + inhibidores de las alfaglucosidasa (aumentan los efectos secundarios y disminuyen la absorción de metformina); glitazonas + insulina.

En los pacientes que no se controlan adecuadamente con dos ADO, la combinación de metformina + insulina es más coste efectiva que la adición de un tercer ADO, aunque puede asociarse con más eventos de hipoglucemia.

Los pacientes que no pueden controlarse adecuadamente con tratamiento oral y dieta, necesitan insulina de forma adicional o como sustitución del tratamiento oral. La insulina también puede sustituir a un tratamiento oral para cubrir períodos de estrés importante, como en el caso de infecciones graves, traumatismos o cirugía mayor. **Los criterios de insulinización son:**

- Todo paciente con DM1.
- Diabetes gestacional: cuando no se consigue un buen control con dieta y actividad física adecuadas.
- Aquellos pacientes con DM2 que presenten alguno de los siguientes criterios:
  - Descompensaciones hiperglucémicas agudas.
  - Fracaso primario o secundario al tratamiento con fármacos orales: diabetes mal controlada, realizando correctamente la dieta y el tratamiento con fármacos orales durante al menos 3 meses, en ausencia de obesidad.
  - Contraindicaciones para el uso de fármacos orales.
  - Embarazo.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

INTRODUCCIÓN

Véase «Diabetes Mellitus: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIABETES MELLITUS TIPO 2	**Medidas no farmacológicas** durante 3-6 meses. Si el control no es aceptable: asociar tratamiento farmacológico	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Control no aceptable con medidas no farmacológicas, en pacientes con sobrepeso	**Metformina** 850-2.550 mg/d vo en 1-3 tomas	
Control no aceptable con medidas no farmacológicas en pacientes con normopeso	**Metformina** 850-2.550 mg/d vo en 1-3 tomas	**Glibenclamida** 2,5-15 mg/d vo en 1-3 tomas
Contraindicación o intolerancia a metformina	**Glibenclamida** 2,5-15 mg/d vo en 1-3 tomas	
Control no aceptable con monoterapia oral	**Metformina** 1.700-2.550 mg/d vo en 1-3 tomas + **Glibenclamida** 10-15 mg/d vo en 1-3 tomas	
Control no aceptable con dos fármacos orales	Mantener **Metformina** 850 mg/8h vo + **Insulina NPH** 0,1-0,2 UI/kg/d sc por la noche	
No control con insulina y metformina	**Insulina NPH** 0,3-0,5 UI/kg/d sc repartido en 2 tomas (2/3 mañana y 1/3 noche) + **Metformina** 850 mg/8h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

1. Dieta equilibrada rica en fibra y, cuando haya sobrepeso, hipocalórica.
2. Aspectos específicos de la dieta en el diabético tratado con fármacos hipoglucemiantes:
   - Horario de comidas interrelacionado con la administración de insulina.
   - Reparto de la alimentación en 5 ó 6 comidas diarias.
   - En las diferentes ingestas el contenido calórico en hidratos de carbono debe ser estable.
   - Las dietas por "raciones" son útiles para hacer variada la alimentación manteniendo constante la cantidad de hidratos de carbono de cada comida.

3. Actividad física, de acuerdo con la edad y capacidades físicas:
    - Ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada y periodicidad regular. Mínimo: caminar rápido 40-60 min / d, 5 veces a la semana. Otros: natación, bicicleta en llano, tablas de gimnasia de brazos y piernas, carrera lenta. Precaución con hipoglucemias.
4. Educación sanitaria reglada y consensuada con el paciente.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

- Iniciar tratamiento con fármacos orales: en pacientes que después de 3-6 meses con medidas no farmacológicas no han conseguido un control aceptable; desde el diagnóstico, si la glucemia basal es repetidamente > 300 mg/dl.
- Iniciar tratamiento con insulina si el paciente presenta criterios de insulinización.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- En cada paciente hay que pactar objetivos individualizados y realizar una cuidadosa reevaluación si éstos no se consiguen, antes de intensificar el tratamiento. En ciertas poblaciones (niños, embarazadas y ancianos) se requieren consideraciones especiales. Además, puede ser necesario un control menos intensivo en pacientes con hipoglucemias frecuentes o graves.
- El objetivo último del tratamiento es la reducción de la morbimortalidad asociada a la DM, con el mínimo de efectos adversos y maximizando la calidad de vida, para lo cual es fundamental:
    - el control estricto de los otros FRCV y
    - el buen control metabólico: mantener lo más próximo a la normalidad los niveles de glucosa y HbA1c< 7 %.
- Este objetivo incluye lograr la desaparición de los síntomas de la hiperglucemia, evitar las descompensaciones agudas de la enfermedad, prevenir o retrasar el desarrollo y la progresión de las complicaciones asociadas.

SEGUIMIENTO

Las visitas de seguimiento se programarán en función del tiempo de evolución, las necesidades del proceso educativo, los cambios en el tratamiento y la presencia de complicaciones u otras condiciones médicas.

SEGURIDAD

Metformina: contraindicada en IR, por la rara tendencia a causar acidosis láctica, y en IH, situaciones que cursen con hipoxemia. Con dosis mayores de 2 g/d aumenta la incidencia de molestias gastrointestinales.

Sulfonilureas: contraindicadas en IR e IH graves. Pueden causar hipoglucemia, sobre todo a dosis altas y en tratamientos prolongados; también pueden causar ganancia de peso.

Embarazo: debe pasarse de tratamiento oral con ADO a tratamiento con insulina.

PRECAUCIONES

Metformina: valorar su supresión en caso de fiebre, intervención quirúrgica o pruebas con contrastes yodados. Se recomienda conocer aclaramiento de creatinina antes de indicar su uso.

Sulfonilureas: los ancianos tienen más riesgo de sufrir hipoglucemias con las de semivida larga (glibenclamida) por lo que en estos pacientes deben emplearse las de semivida corta, como son la gliclazida y glipizida. Precaución en IR e IH.

En la IR (hasta estadio 3, según fórmula MDRD-4: disminución moderada del Filtrado Glomerular entre 30-59 ml/min/1,73 m^2): se recomienda la gliquidona y como segunda elección la repaglinida.

En IH leve: se recomienda la glipizida.

DERIVACIÓN

Derivación urgente al hospital si:

- Descompensación hiperosmolar o cetoacidosis
- Pérdida brusca de visión
- Hipoglucemia que no revierte tras tratamiento inicial con HC vo, glucosa iv o glucagón, y en las hipoglucemias por ADO.

Derivar a Oftalmogía para revisión periódica de fondo de ojo según protocolo.

Según complicaciones, valorar la derivación a otros servicios de AE.

OTROS

Metformina: se recomienda tomar durante o después de las comidas. Dosis inicial: 1/2 comprimido con el desayuno.

Sulfonilureas:

- No está clara la relevancia clínica de las diferencias que existen entre la diferentes SU; de hecho, no existen diferencias significativas en cuanto a su potencia cuando se toman a la dosis máxima efectiva.
- Las supuestas ventajas de las SU en dosis única no están basadas en datos adecuados sobre un mejor cumplimiento.
- Glimepirida es una nueva SU de la que se dispone escasa experiencia de uso y es mucho más cara.
- Se recomienda la administración de la SU 30 min antes de la comida.

Insulina (**Véase «Anexo 2: Clasificación de Insulinas»**):

- Variación de dosis no superior a 2-4 UI/24 h. Esperar 3-4 días para valorar el resultado.
- Intervalo entre insulina e ingesta: insulina NPH 30 min antes. Insulina rápida o mezclas 15 min antes.
- Rotación del lugar de inyección: las dosis matutinas y del mediodía rotarlas en abdomen y brazos; las nocturnas en muslos.
- Aumentan las necesidades de insulina: corticoides, enfermedades febriles, deshidratación, anticonceptivos orales, aumento de peso.

- Disminuyen las necesidades de insulina: IR, alcohol, ayuno, ejercicio físico e hipotiroidismo.
- No hay evidencias que justifiquen el cambio de insulina humana convencional por análogos en pacientes con un control glucémico adecuado y sin hipoglucemias problemáticas. Si a pesar de optimizar el tratamiento insulínico hay hipoglucemias nocturnas, puede considerarse sustituir NPH por insulina glargina (para pasar de dos dosis de NPH a una única dosis de glargina, se recomienda administrar en un única dosis diaria de glargina el 70-80% de la dosis total diaria de insulina NPH y posteriormente ajustar la pauta de forma individual). Son necesarios estudios que evalúen la seguridad a largo plazo de esta insulina para establecer de manera definitiva su potencial terapéutico.

El uso del AAS en la prevención primaria de las ECV es controvertido. Se podría reservar para los pacientes con riesgo CV elevado.

DIABETES MELLITUS. HIPOGLUCEMIA.

INTRODUCCIÓN

Véase «Diabetes mellitus: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIABETES MELLITUS. HIPOGLUCEMIA.	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente inconsciente o incapaz de digerir	**Glucagón** 1 mg iv, im o sc y repetir en 20 min si es necesario Dosis pediátrica: 0,03-0,1 mg/kg/DU y iv, im o sc (máx.1 mg) y repetir en 20 min si es necesario **y/o** **Suero glucosado** 50% 20-50 ml iv lenta 3ml/min) ó vr Dosis pediátrica **Suero glucosado** 33% 10-20 ml iv lenta (3-4 ml/min) ó vr	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Tema básico de la educación diabetológica.
- Paciente consciente y capaz de tragar sin problemas: 10-20 g de hidratos de carbono (100-200 ml de zumo de frutas, 100-200 ml de refresco azucarado, 2 y 1/2 cucharaditas de azúcar, 1-2 sobres de azúcar, 2 cucharadas de miel, 100-200 ml de leche con azúcar). Si está en tratamiento con acarbosa o miglitol, dar glucosa, no azúcar común.
- Evitar o vigilar: fármacos que potencien el efecto de sulfonilureas o secretagogos de acción rápida; el alcohol; la omisión, retraso o cambio en el contenido de hidratos de carbono de una comida; el ejercicio físico o sobreesfuerzo en el trabajo; IH o IR; errores en la dosis o en la administración del fármaco.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Ante la sospecha de hipoglucemia, tratarla aunque se dude del diagnóstico, para prevenir sus posibles consecuencias (principalmente el daño cerebral).

Puede ser necesario un control glucémico menos intensivo en pacientes con hipoglucemias frecuentes o graves.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Tras la administración de glucagón y recuperación del nivel de conciencia, administrar 10-20 g de hidratos de carbono.

La hipoglucemia relacionada con alcohol y/o SU responde peor a glucagón porque no hay glucógeno hepático: dejar durante 12-24 h suero glucosado al 10% de mantenimiento por vía intravenosa.

En pacientes tratados con terapia combinada que incluya metformina, la respuesta de la hipoglucemia al glucagón puede ser escasa por la inhibición de la liberación hepática de glucosa.

SEGUIMIENTO

Investigar y corregir causas de hipoglucemia.

PRECAUCIONES

El alcohol potencia la frecuencia e intensidad de las hipoglucemias y retrasa su recuperación (pérdida del glucógeno hepático).

La presencia de neuropatía autonómica diabética o el tratamiento concomitante con BB, interfiere la aparición de los síntomas de alarma de la hipoglucemia (en el tratamiento con BB persiste la sudoración).

DERIVACIÓN

Derivar a Urgencias del hospital en caso de hipoglucemias alcohólicas; hipoglucemias secundarias a sulfonilureas de vida media larga; falta de respuesta tras dos dosis de hidratos de carbono.

OTROS

La monoterapia con dieta, acarbosa, miglitol, metformina o glitazonas, no produce hipoglucemias.

Los familiares, amigos y compañeros de trabajo deben saber manejar el glucagón y qué hacer en caso de hipoglucemia.

DIABETES MELLITUS. NEFROPATÍA DIABÉTICA.

DIABETES MELLITUS. NEFROPATÍA DIABÉTICA.

INTRODUCCIÓN

Nefropatía diabética: se define como la presencia mantenida de microalbuminuria o proteinuria o aclaramiento de creatinina < 60 ml/min/1,73 m^2.

1. Nefropatía incipiente: microalbuminuria mantenida en al menos 2 de 3 determinaciones, en ausencia de otras causas.
2. Nefropatía establecida: proteinuria.

	Albúmina en orina 24h (mg)	Albúmina en orina minutada (µg/min)	Cociente Albúmina/Creatinina (µg/min) Muestra simple
Normal	<30	<20	<30
Microalbuminuria	30-299	20-199	30-299
Proteinuria	= 300	= 200	= 300

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIABETES MELLITUS. NEFROPATÍA DIABÉTICA	**Enalapril** 5-20 mg/12-24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HTA no controlada con enalapril	Asociar **Hidroclorotiazida** 12,5-50 mg/24h vo **o** **Clortalidona** 25-50 mg/24h vo	**Amlodipino** 5-10 mg/24h vo **o** **Atenolol** 25-100 mg/d vo
Intolerancia a IECA	**Losartán** 25-100 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Restricción proteica (< 0,8 g/kg/d); restricción de sal (< 2 g/d) y restricción de alcohol (< 20 g/d).
- Evitar exploraciones con contrastes intravenosos y cualquier situación de deshidratación.
- Evitar fármacos nefrotóxicos.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

- Control estricto de la PA: <130/80 mm Hg; si HTA sistólica, descenso gradual. Modificar la pauta terapéutica cada 4-6 semanas si no se consigue el objetivo.
- Control estricto de DM: HbA1c <7 %.

PRECAUCIONES

- Tratamiento de la bacteriuria asintomática.

OTROS

Algunos autores proponen tratamiento con losartán en DM tipo 2 con nefropatía establecida (macroalbuminuria), o con progresión a insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 60).

DIABETES MELLITUS. NEUROPATÍA DIABÉTICA

INTRODUCCIÓN

Véase «Diabetes Mellitus: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DIABETES MELLITUS. NEUROPATÍA DIABÉTICA	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Diarrea diabética	**Codeína** 60-120 mg/d vo en 3-4 tomas **o** **Loperamida** 2-8 mg/d vo en 2-3 tomas (máx. 16 mg/d)	
Dolor muscular con calambres	**Diazepam** 5-10 mg/d vo	**Ibuprofeno** 400-800 mg/6-8h vo
Disestesias y parestesias	**Amitriptilina** 12,5-25 mg/24h vo por la noche y aumentar 12,5 mg a la sem, según respuesta, hasta alcanzar una dosis de mantenimiento habitual de 75 mg/24h	**Gabapentina** 900-1.800 mg/d vo en 3-4 tomas **o** **Carbamazepina** 200-800 mg/d vo (aumento progresivo de las dosis)
Hipotensión postural	Véase «Hipotensión ortostática»	
Gastroparesia diabética	**Metoclopramida** 10 mg vo antes de las principales comidas	**Domperidona** 10 mg/6-8h vo

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Prevenir y, en su caso, disminuir y aliviar la gravedad y duración de los síntomas, con el mínimo de efectos adversos del tratamiento.

La medida fundamental es optimizar el control glucémico y la abstinencia tabáquica y alcohólica absoluta.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El dolor neuropático es, en ocasiones, de difícil tratamiento; suele mejorar espontáneamente después de meses.

SEGURIDAD

Domperidona tiene menos efectos extrapiramidales que metoclopramida.

PRECAUCIONES

En general, todos los fármacos usados hay que iniciarlos a dosis bajas y titular dosis lentamente con aumentos progresivos y vigilando efectos secundarios, sobre todo alteraciones hematológicas y hepáticas.

OTROS

En los pacientes que no toleren amitriptilina o gabapentina puede ensayarse la capsaicina tópica, aunque los datos de eficacia son contradictorios y puede causar reacciones cutáneas dolorosas.

En la diarrea, tetraciclinas o eritromicina pueden ser una alternativa a codeína.

En la disfunción eréctil suelen ser eficaces los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa; están contraindicados si usan nitritos o existe hipotensión ortostática. No están financiados por la Seguridad Social.

Se recomiendan los lubricantes vaginales en la dispareunia.

GALACTORREA. HIPERPROLACTINEMIA

GALACTORREA. HIPERPROLACTINEMIA

INTRODUCCIÓN

El 25% de estos problemas son secundarios a la ingesta de fármacos, muchos de ellos de uso habitual en nuestra práctica diaria. No nos olvidemos que antes de someter a nuestro paciente a pruebas y tratamientos innecesarios, esta es la primera opción que debemos valorar.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GALACTORREA. HIPERPROLACTINEMIA	**Bromocriptina** Inicio con 0,625-1,25 mg/24h vo al acostarse; mantenimiento con 2,5-10 mg/24h vo en 2-3 tomas	**Cabergolina** 0,25-2 mg vo, 1-3 veces/sem. Aumentar en intervalos mensuales en etapas de 0,5 mg hasta obtener respuesta óptima. **No se debe utilizar en mujeres con deseo de gestación ó gestantes** **o** **Lisurida** 0,4-3 mg/24h vo en 3-4 tomas

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujer con deseo de gestación que no puede utilizar la bromocriptina	**Lisurida** 0,4-3 mg/24h vo en 3-4 tomas	**Quinagolida** 25 µg vo al acostarse, 3 días; aumentar cada 3 días hasta dosis de mantenimiento de 75-150 µg/24h. Si dosis superiores a 300 µg/24h, aumentar de 75-150 µg en intervalos superiores a 4 sem.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En galactorreas idiopáticas normoprolactinémicas iniciar tratamiento farmacológico si clínica molesta para el paciente o presencia de osteoporosis o hipogonadismo. Control de prolactina cada 3-6 meses y estudios de imagen si aumento de niveles.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo del tratamiento incluye:

1. Tratamiento etiológico:
   - Galactorreas secundarias a medicación (25% casos): neurolépticos (butirofenonas, fenotiacinas, risperidona, olanzapina, sulpiride), antidepresivos (tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), anfetaminas, benzodiacepinas, antihipertensivos (metildopa, reserpina, labetalol, atenolol, clonidina, verapamilo), opiáceos (codeína, morfina, heroína, metadona), antieméticos (metoclopramida, domperidona), cimetidina, lansoprazol, anovulatorios.
   - Tumores hipotálamo-hipofisarios (prolactinoma, craneofaringioma, tumores primarios y metastásicos).

- Tumores extracraneales (mola, coriocarcinoma, teratoma ovárico, carcinoma broncogénico, hipernefroma).
- Otras causas (histiocitosis X, tuberculosis, sarcoidosis, trastornos tiroideos, trastornos suprarrenales, insuficiencia renal crónica, cirrosis hepática, ovario poliquístico, lesión medular, traumatismos y cirugía torácicos, herpes zóster.

2. Tratamiento sintomático:
   - Galactorrea molesta, disminución de libido, amenorrea, hirsutismo, alteraciones visuales o neurológicas.
3. Prevención de pérdida de masa ósea asociada.
4. Mantenimiento de fertilidad y capacidad de lactancia.

SEGUIMIENTO

Deben controlarse periódicamente los niveles de prolactina y solicitarse pruebas de imagen (RMN) cada 2 años o antes, si existe sospecha de tumor hipofisario.

En pacientes tratadas con radioterapia puede aparecer hipopituitarismo después de varios años.

PRECAUCIONES

Es recomendable asegurar las condiciones de la extracción de la muestra para valoración de la prolactinemia: ayuno previo de 12 h, reposo de al menos 30 min y haberse despertado al menos 2 h antes de la obtención de la muestra.

HIPERCOLESTEROLEMIA

HIPERCOLESTEROLEMIA

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

INTRODUCCIÓN

Hipercolesterolemia: El resultado de dos determinaciones separadas en el tiempo ≥ 200 mg/dl. El perfil lipídico completo precisa de la determinación en ayunas de 12 a 14 h.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERCOLESTEROLEMIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Enfermedad cardiovascular establecida	**Simvastatina** 10-40 mg/24h vo	**Lovastatina** 20-40 mg/24h vo
Prevención primaria en función del riesgo o cLDL > 240 mg/dl)	**Simvastatina** 10-40 mg/24h vo	**Lovastatina** 20-40 mg/24h vo
Fracaso en alcanzar las concentraciones de cLDL deseadas con el tratamiento de elección	**Atorvastatina** 20-80 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- **Control estricto de otros factores de riesgo cardiovascular:**
  - Suprimir el tabaco: Todos los fumadores deben recibir consejo y ayuda profesional para abandonarlo.
  - Presión arterial (<140/90 y <130/80 mm Hg si DM).
  - Triglicéridos y glucemia.
  - Pérdida de peso en pacientes obesos.
- **Dieta:** Debe ser variada y proporcionar una ingesta calórica adecuada para el mantenimiento del peso ideal.
  - Fomentar el consumo de: legumbres, frutas, verduras, cereales integrales, pescado y aceite de oliva.
  - Reducir azúcares refinados y grasas saturadas. Ayudar a las personas a identificar y elegir comida baja en ácidos grasos saturados y colesterol. (La ingesta total de grasa no debería sobrepasar el 30% de la ingesta calórica total y la de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la ingesta total de grasa. La ingesta de colesterol debería mantenerse por debajo de los 300 mg/d).
  - Limitar la ingesta de sal: moderación al añadir sal para condimentar los alimentos y reducir los alimentos con alto contenido en sodio (precocinados).
  - Aconsejar la reducción del consumo excesivo de alcohol. En ningún caso el médico promoverá el consumo de bebidas alcohólicas para la prevención cardiovascular.
- **Ejercicio físico:** Actividad física aeróbica, 30-60 min, al menos 3 ó 4 veces a la semana (andar en bicicleta en llano, natación, carrera suave y lenta).
- Calcular el riesgo cardiovascular según tablas de riesgo. **Véase «Anexo 9: Tablas de riesgo cardiovascular»**

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento de la hipercolesterolemia está en función del cálculo del riesgo coronario o cardiovascular **Véase «Anexo 9: Tablas de riesgo cardiovascular»**.

Iniciar tratamiento farmacológico después de comprobar el efecto de las medidas higienicodietéticas durante 3-6 meses en prevención primaria y 1-3 meses en prevención secundaria (o antes si elevaciones graves):

Tratamiento farmacológico prevención primaria:

- Si se utilizan las tablas SCORE:
  - Personas con riesgo cardiovascular ≥ 5% a 10 años: después de 3-6 meses de intervención sobre los estilos de vida.
  - Personas con CT >310 mg/dl o cLDL >240 mg/dl, con independencia del riesgo calculado.
- Si se utilizan tablas REGICOR o FRAMINGAHM CALIBRADA:
  - Personas con riesgo coronario ≥ 20% a 10 años: después de 3-6 meses de intervención sobre los estilos de vida.
  - Personas con riesgo entre 10-19% a 10 años: valorar tratamiento en función de otras condiciones de riesgo especificadas explícitamente -niveles muy altos de otros FRCV clásicos con difícil control, antecedentes familiares de ECV precoz, obesidad mórbida, sedentarismo, extrapolación a 60 años ≥ 20%, estimaciones cercanas al 20% y otras-.
  - Personas con CT >310 mg/dl o cLDL >240 mg/dl, con independencia del riesgo calculado.

No existen evidencias para el tratamiento en prevención primaria en personas ≥ 75 años; por ello es necesario individualizar la intervención en función del riesgo coronario, las expectativas y calidad de vida de las personas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Reducir el RCV.

Prevención Primaria: cLDL < 130 mg/dl.

Prevención Secundaria: cLDL < 100 mg/dl.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El cLDL debe usarse como indicador primario del manejo óptimo de los lípidos.

DERIVACIÓN

Las personas con hipercolesterolemia familiar son consideradas de muy alto riesgo y deben derivarse a AE para estudio de ellos y sus familiares.

En niños o pacientes de prevención secundaria sin FRCV aparentes, valorar la derivación a AE.

OTROS

La simvastatina está incluida en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.

En cuanto a pravastatina, de precio superior a lovastatina y simvastatina, no se conoce la relevancia clínica de tener una vía de metabolización diferente a la de otras estatinas y si, por tanto, tiene menos interacciones medicamentosas.

Sobre ezetimiba, en la actualidad no se dispone de ensayos de morbimortalidad CV y se desconoce su seguridad a medio-largo plazo.

La asociación de estatinas con resinas (o ezetimiba) puede considerarse si no se consigue el objetivo terapéutico, a pesar de utilizar dosis adecuadas y con buen cumplimiento, o si hay intolerancia a dosis altas de estatinas.

HIPERTRIGLICERIDEMIA

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERTRIGLICERIDEMIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TG ≥ 1000 mg/dl	**Gemfibrozilo** 600 mg/12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Véase «Hipercolesterolemia»

- La intervención para disminuir el sobrepeso y la inactividad física deben ser intensivas y progresivas en función de los niveles de triglicéridos. TG ≥ 1.000 mg/dl , requieren una dieta muy pobre en grasas ≤ 15% del total del aporte calórico).
- La dieta estricta para hipertrigliceridemias debe tener las siguientes características: eliminar el consumo de alcohol; reducción del aporte de los hidratos de carbono simples y grasas saturadas; aumento de polisacáridos y ácidos grasos monoinsaturados, reducción de la ingesta calórica total.
- Actuar sobre los factores que incrementan los triglicéridos plasmáticos:
  - Fármacos: corticoides, estrógenos, retinoides, BB , tamoxifeno, inhibidores de las proteasas.
  - DM, IR, síndrome nefrótico.
  - Descartar hiperlipemias primarias (hipertrigliceridemia familiar, HFC, disbetalipoproteinemia, entre otras).

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Entre los 500 y 1.000 mg/dl de TG, existe controversia sobre la eficacia del tratamiento farmacológico. Algunas guías establecen el tratamiento farmacológico claramente, mientras que otras lo establecen como una consideración. En las personas con TG elevados (200-499 mg/dl) y cLDL elevado, valorar el tratamiento con estatinas que reduzcan también los TG en función del RCV. Las personas con dislipemia combinada y diabetes se benefician del tratamiento con estatinas y hay que valorar su tratamiento en función del RCV total. Con los estudios existentes no es posible recomendar la combinación de estatinas y fibratos como método efectivo para la reducción del riesgo cardiovascular.

HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA

Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

INTRODUCCIÓN

La hiperuricemia se define como una concentración de uratos superior a 7 mg/dl (416 µmol/l).

La hiperuricemia asintomática es frecuente y no requiere tratamiento, aunque predispone a la gota y nefrolitiasis. A mayores niveles de ácido úrico, las posibilidades de sufrir gota aumentan significativamente.

La hiperuricemia crónica puede ser factor de riesgo de alteraciones cardiovasculares y de progresión de la enfermedad renal. Sin embargo por ahora, no hay evidencias suficientes que apoyen el tratamiento farmacológico de la hiperuricemia asintomática.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERURICEMIA ASINTOMÁTICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Uricemia > 12-13 mg/dl; uricosuria >1000mg/dl; quimioterapia; litiasis o antecedentes familiares	**Alopurinol** 100-300 mg/d vo (máx. 600-800 mg/d)	
Situaciones especiales	**Benzbromarona** 50-100 mg/24h vo de inicio (máx. 300 mg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Administrar abundantes líquidos. Alcalinizar la orina en hipersecretores. Cambio en la dieta y en el estilo de vida. A mayores niveles de ác. úrico, las posibilidades de sufrir gota aumentan significativamente. En cuanto a los ataques, se sabe que están relacionados con la alimentación, la obesidad, la ingesta de bebidas y el exceso de ejercicio.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La gota aparecerá en el 20-30% de los casos de hiperuricemia, por ello solo se justifica el tratamiento farmacológico de la hiperuricemia en las siguientes circunstancias:

- Episodios recurrentes de artritis gotosa (más de dos crisis de gota al año)
- Presencia de tofos
- Presencia de signos clínicos o radiológicos de artritis crónica
- Nefrolitiasis de ác. úrico
- Sobreproducción de ác. úrico
- Enfermedad renal intersticial

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mantener la uricemia por debajo de 7 mg/dl.

SEGUIMIENTO

Una vez instaurado, el tratamiento hipouricemiante (alopurinol o uricosúricos) se mantendrá de modo indefinido mientras dure la causa de la hiperuricemia que, en los casos primarios, será de por vida.

OTROS

Benzbromarona es de diagnóstico hospitalario, debido a que puede producir efectos secundarios hepáticos graves. Estaría indicado en aquellos pacientes que no respondan o no toleren el tratamiento con alopurinol en algunas de las siguientes situaciones: hiperuricemia en insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina > 20 ml/min o en pacientes con transplante renal.

OBESIDAD

INTRODUCCIÓN

La obesidad puede definirse en función del índice de masa corporal (IMC): IMC entre 25 y 30 kg/m ^{2} se clasifica como sobrepeso; IMC superior a 30 kg/m ^{2} se clasifica como obesidad.

El control inicial implica medidas no farmacológicas durante al menos 6 meses. Los adultos obesos y aquellos con un IMC de 27 kg/m ^{2} o más y enfermedades crónicas asociadas a la obesidad, son candidatos a la terapia farmacológica.

Criterios de intervención en pacientes obesos de 18 a 65 años

IMC	INTERVENCIÓN	TIPO DE INTERVENCIÓN
25-26,9	Indicada si peso inestable, distribución de grasa tipo inferior y con patología asociada. Indicada si hay FRCV y/o distribución central de la grasa.	- Consejos higiénico-dietéticos. - Fomentar la actividad física. - Controles periódicos.
27-29,9	Objetivo : Pérdida del 5-10% del peso corporal.	- Alimentación hipocalórica. - Fomentar la actividad física. - Cambios de estilo de vida. - Controles periódicos.
30-34,9	Objetivo: Pérdida del 10% del peso corporal. Control y seguimiento en la **unidad de obesidad** (1) si coexisten comorbilidades graves.	- Alimentación hipocalórica. - Fomentar la actividad física. - Cambios de estilo de vida. - Controles periódicos. - Evaluar la asociación de fármacos (2) si no hay resultados tras 6 meses.
35-39,9	Objetivo: Pérdida del 10% del peso corporal. Control y seguimiento en **la unidad de obesidad**	- Como en el caso anterior. - Si no hay resultado tras 6 meses: evaluar DMBC y/o cirugía bariátrica si hay comorbilidad grave.
≥ 40	Objetivo: Pérdida ≥ 20% del peso corporal. Control y seguimiento en **la unidad de obesidad**.	- Como en el caso anterior. - Si no hay resultado tras 6 meses: evaluar DMBC y/o cirugía bariátrica.

(1) ***Cuando no hay unidad de obesidad, el control y seguimiento lo realiza el Especialista en Nutrición o el Servicio de Endocrinología***

(2) ***Criterios de utilización de fármacos en el tratamiento de la obesidad :***

- No deben utilizarse como terapia aislada sino como complemento a la **Pauta Básica** (medidas higiénico dietéticas, incremento de actividad física y conductual) y soporte psicológico, y una vez que estas medidas han fracasado después de al menos 6 meses de haberse instaurado.
- Los fármacos disponibles para el tratamiento de la obesidad tienen una eficacia modesta a corto plazo y son:
  - Orlistat (120 mg 3 veces/d vo antes de las 3 comidas principales, máx. 24 meses): presenta reacciones adversas principalmente de tipo gastrointestinal.

- Sibutramina (10-15 mg/24h vo, máx. 12 meses): es menos eficaz que la promoción de hábitos de vida saludable; se ha asociado a aumentos de la PA y de la frecuencia cardiaca (contraindicada en taquicardia, cardiopatía o HTA no controlada) y también a insomnio, náuseas, xerostomía y estreñimiento. Hay que ser cautelosos si ya hay enfermedad psiquiátrica (particularmente, ansiedad o depresión) o insuficiencia hepática.

- Rimonabant: es un medicamento no comercializado actualmente que presenta problemas de seguridad.
- También se han utilizado:
  - Fluoxetina: puede estar indicada en pacientes con ansiedad, rasgos bulímicos o depresión. No está indicada en obesidad simple. Dosis: 20-60 mg/d.
  - Fibra vegetal farmacológica (goma guar, metilcelulosa): tratamiento suplementario como sustituto de alimentos más calóricos.

MEDIDAS ESPECIALES EN MENORES DE 18 AÑOS Y MAYORES DE 65 AÑOS

Niños y adolescentes (< 18 años):

- Se emplearán sólo las medidas terapéuticas contenidas en la **Pauta Básica.**
- La dieta debe aportar las necesidades calóricas y nutricionales requeridas para su crecimiento y desarrollo.
- Las medidas dietéticas deben ser incorporadas por toda la familia dada la influencia de los padres en los hábitos de los hijos.
- Se incentivarán las medidas para evitar el sedentarismo (limitando el tiempo dedicado al ordenador o a la televisión y promocionando una mayor actividad física).
- La adolescencia, sobre todo en las chicas, es la época de mayor riesgo de trastornos del comportamiento alimentario, por lo que no se prescribirán dietas muy rígidas y se vigilará más estrechamente a estas personas.

Personas de edad avanzada (> 65 años):

- Se emplearán sólo las medidas terapéuticas contenidas en la **Pauta Básica.**
- Las medidas dietéticas no deben ser muy estrictas, vigilando posibles deficiencias nutricionales en vitaminas y oligoelementos.
- La actividad física se adecuará a su posibles limitaciones físicas y a su comorbilidad.
- La pérdida de peso deseable como objetivo debe ser más pequeña y el ritmo de pérdida de peso más lento.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OBESIDAD	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Pactar la necesidad de pérdida de peso, el objetivo y el plan de tratamiento.
- **Pauta Básica de tratamiento -** medidas higiénico dietéticas, incremento de actividad física y conductual- **y soporte psicológico:**
  - Dieta hipocalórica (pilar indispensable): cálculo de calorías, 15-20 kcal/kg peso teórico/d (límite inferior 800 kcal/d). Aspectos generales: ingesta de agua > 2,5 l/d, no tomar bebidas alcohólicas, tomar refrescos sin azúcar, reducir consumo de grasas, aceites, salsas, pan, azúcar y dulces.
  - Actividad física: subir tramos de escalera, bajar antes del autobús, no usar coche en trayectos cortos. Incorporar actividad programada (caminar rápido 1 h diaria, bicicleta en llano, natación, baile, etc.).
  - Modificación de la conducta (aspecto importante). Consejos generales: corregir creencias y hábitos perjudiciales; adaptar dietas a los gustos, necesidades y posibilidades del paciente; no comprar alimentos de alto contenido calórico ni de fácil consumo; no comer entre horas (si es inevitable: yogur o leche desnatada, refrescos acalóricos, fiambre de pollo, infusiones con edulcorantes acalóricos); desayunar bien; realizar 4-5 comidas al día.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Son candidatos a la terapia farmacológica los adultos obesos (IMC >30 kg/m^2), y aquellos con un IMC de 27 kg/m^2 o más y enfermedades crónicas asociadas a la obesidad.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Conseguir una disminución de peso entre un 5-10% en un tiempo aproximado de 6 meses, prevenir la ganancia de peso y prevenir la morbilidad y mortalidad asociadas a la obesidad.

Mantener a largo plazo la pérdida de peso lograda.

Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Evaluar a las 12 semanas de iniciado el tratamiento, el porcentaje de peso perdido:

- Si la pérdida de peso es inferior a un 5% del peso corporal inicial o si el sujeto vuelve a ganar peso en cualquier momento a pesar de la farmacoterapia, deberá considerarse como un fracaso y suspenderse el tratamiento.
- Si la pérdida de peso es superior al 5%, podrá continuarse el tratamiento y se deberá controlar al paciente mensualmente.

El tratamiento deberá interrumpirse una vez que el IMC sea inferior a 30 kg/m^2 (ó 27 kg/m^2, en su caso), se recupere el peso o haya alguna sospecha de toxicidad.

SEGUIMIENTO

Durante el primer mes, programar revisiones semanales, posteriormente quincenales y mensuales.

PATOLOGÍA TIROIDEA: GENERALIDADES

PATOLOGÍA TIROIDEA: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Se abordan en este apartado los siguientes problemas de salud:

1. **Bocio**
   Se denomina bocio al aumento de tamaño de la glándula tiroides. El bocio puede clasificarse según criterios morfológicos, epidemiológicos o funcionales:
   - Morfológicamente puede ser: difuso (aumento homogéneo de la glándula) o nodular (uni o multinodular). El bocio difuso con el tiempo puede convertirse en mulltinodular.
   - Epidemiológicamente puede ser: endémico (implica una prevalencia elevada en un área geográfica determinada) o esporádico (si aparece de forma aislada en áreas sin endemia; éstos suelen ser de causa desconocida o por Tiroiditis de Hashimoto).
   - Según la producción hormonal puede ser eutiroideo o con defecto de la síntesis de hormonas.

   Se suele denominar bocio simple al aumento de la glándula con función normal y autoinmunidad negativa.
2. **Hipertiroidismo**
   El término hipertiroidismo se utiliza cuando existe un aumento mantenido en la síntesis y secreción de hormonas tiroideas por la glándula tiroidea.
3. **Hipotiroidismo**
   El hipotiroidismo es un estado de hipofunción tiroidea que puede ser debido a distintas causas y produce como estado final una síntesis insuficiente de hormonas tiroideas. En este apartado se abordan:
   - Tiroiditis de Hashimoto: es una tiroiditis linfocítica crónica autoinmune con componente hereditario que con frecuencia se asocia a otras enfermedades autoinmunes y con anticuerpos antiperoxidasa positivos en el 90%. Su evolución natural es hacia el hipotiroidismo; es más frecuente en mujeres de edad media (40-60 años). Es la causa más frecuente de hipotiroidismo en zonas no deficitarias de yodo, y en niños. Hipotiroidismo subclínico: se define como el trastorno que ocurre en individuos generalmente asintomáticos y que se caracteriza por el hallazgo de cifras elevadas de TSH con niveles normales de hormonas tiroideas. A pesar de ser un problema frecuente, su manejo (cribaje, diagnóstico, tratamiento) permanece aún controvertido. Algunos autores consideran hipotiroidismo subclínico a cualquier aumento de la TSH por encima de los valores de referencia, mientras que otros utilizan valores entre 5-20 mU/l y otros solo lo consideran cuando los anticuerpos antitiroideos son positivos. En lo que si existe acuerdo es en la necesidad de realizar una segunda determinación para diferenciarlo de todas aquellas situaciones que se acompañan de aumentos discretos de TSH no debidos a déficit de hormonas tiroideas.

4. **Tiroiditis subaguda de De Quervain**

   La tiroiditis subaguda de De Quervain, aparece en esta guía como problema independiente ya que presenta una evolución diferente. Tiene una historia natural de 4-6 meses de duración en dos fases:

   - 1ª fase: dolor durante 2-3 semanas e hipertiroidismo transitorio en el 50% de los pacientes.
   - 2ª fase: hipotiroidismo transitorio, desde las 6-8 semanas a las 14-18 semanas. En el 4-5% de los pacientes el hipotiroidismo es más prolongado o permanente.

TIROIDES. BOCIO SIMPLE.

INTRODUCCIÓN

Véase «Patología Tiroidea: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIROIDES. BOCIO SIMPLE.	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Bocio difuso con defecto de la síntesis hormonal	**Levotiroxina sódica** 50-100 µg/24h vo, 3-6 meses y valorar continuación de tratamiento	
Bocio simple esporádico, grande, con síntomas compresivos o con anticuerpos antitiriodeos muy positivos	**Levotiroxina sódica** 50-100 µg/24h vo, 3-6 meses y valorar continuación de tratamiento	
Bocio multinodular	**Levotiroxina sódica** 50-100 µg/24h vo, 3-6 meses y valorar continuación de tratamiento	
Nódulo solitario benigno	**Levotiroxina sódica** 50-100 µg/24h vo, 3-6 meses y valorar continuación de tratamiento	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- La OMS considera actualmente el consumo de sal yodada como el método más apropiado para la administración de suplementos de yodo a toda la población. Consumir sal yodada para asegurar un aporte diario de yodo (adultos 150 µg; niños de 90-120 µg; embarazo y lactancia de 200 µg). La reglamentación actual establece que 1kg de sal yodada debe contener 60 +/- 15 mg de yodo.
- Disminuir ingesta de alimentos bociogénos (coles de Bruselas, nueces, berros coliflor, nabos).
- Tener en cuenta que el exceso de yodo en los alimentos se ha relacionado con un aumento en la patología autoinmune tiroidea. Los alimentos ricos en yodo son en general los de origen marino (pescado, marisco, algas, etc.).

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Valorar individualmente el tratamiento con levotiroxina del bocio multinodular y del nódulo solitario benigno. El resto de problemas requieren tratamiento.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mantener la TSH por debajo del rango de la normalidad (valores bajos-normales pero detectables).

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La eficacia de levotiroxina en el tratamiento del bocio con defecto de síntesis hormonal es mayor en bocios difusos, en jóvenes y en bocios pequeños.

SEGUIMIENTO

Bocio con defecto de la síntesis hormonal: seguimiento en 6 -12 meses.

Bocio simple esporádico (bocio grande, síntoma compresivo, anticuerpos antitiroideos muy positivos): mantener el tratamiento durante 3 a 6 meses y valorar la continuación del tratamiento según respuesta.

Bocio multinodular: control cada 6-12 meses.

Nódulo solitario benigno: revisiones cada 6 meses.

SEGURIDAD

No se pueden utilizar antisépticos yodados para la antisepsia cutánea de la madre y/o del recién nacido porque causan yatrogenia.

DERIVACIÓN

Derivar a AE para PAAF en caso de bocio uninodular (nódulo solitario).

En el bocio simple con síntomas compresivos locales o problema estético, considerar el tratamiento quirúrgico.

TIROIDES. HIPERTIROIDISMO.

INTRODUCCIÓN

Véase «Patología Tiroidea: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIROIDES. HIPERTIROIDISMO.	**Tiamazol** Inicialmente: 30-40 mg/d vo en 3 tomas, 4-6 sem; mantenimiento: 2,5-10 mg/d vo, 18-24 meses Dosis pediátrica: Inicialmente: 0,4-0,8 mg/kg/d vo en 3 tomas, 4-6 sem; mantenimiento: 0,2 mg/kg/d vo en 2-3 tomas, 18-24 meses	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hipertiroidismo subclínico (TSH baja o suprimida y T4 libre normal) con osteopenia, osteoporosis o cardiopatía asociada	**Tiamazol** Dosis menores que en hipertiroidismo clínico (ajustar según evolución analítica)	
Alivio de síntomas clínicos hasta comienzo de acción de antitiroideos	**Propranolol** 20-40 mg/8h vo, 2-3 sem	
Hipertiroidismo transitorio asociado a tiroiditis	**Propranolol** 20-40 mg/8h vo	
Dermopatía	Corticoides de alta potencia tópicos en cura oclusiva	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Los medicamentos antitiroideos son de elección en niños, adolescentes y enfermedad de Graves-Basedow.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Conseguir un estado eutiroideo previo a la cirugía y antes y después del tratamiento con radioyodo.

SEGUIMIENTO

Control de la T4 libre y TSH mensualmente hasta estado eutiroideo y posteriormente cada 3 meses.

SEGURIDAD

Radioyodo: contraindicado en embarazo y lactancia, realizar anticoncepción hasta 6-12 meses post tratamiento; no aconsejable en niños y adolescentes; puede agravar la oftalmopatía sobre todo en fumadores.

PRECAUCIONES

Administrar el propranolol reduciendo las dosis de forma lenta hasta retirar en 4 semanas.

Los medicamentos antitiroideos deben suspenderse 3 ó 4 días antes de realizar gammagrafía tiroidea y 7 días antes de tratamiento con radioyodo.

DERIVACIÓN

- A Urgencias: en caso de crisis tirotóxica.
- A Endocrinología: si hay mal control a pesar de tratamiento antitiroideo apropiado, hipertiroidismo por bocio multinodular o adenoma tóxico, exoftalmos grave, embarazo, intolerancia o alergia a metamizol, recurrencia del hipertiroidismo. Valorar radioyodo.
- A Oftalmología: si existe oftalmopatía rebelde al tratamiento.
- A Cirugía: si fracasa el tratamiento farmacológico, bocios de gran tamaño (especialmente multinodular), sospecha de malignidad, empeoramiento de la oftalmopatía.
- Si alergia a metimazol, intolerancia y/o embarazo derivar a AE para solicitar propiltiouracilo (300 mg/d en 2-3 tomas y mantenimiento con 100-150 mg/d).

TIROIDES. HIPOTIROIDISMO.

TIROIDES. HIPOTIROIDISMO.

INTRODUCCIÓN

Véase «Patología Tiroidea: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIROIDES. HIPOTIROIDISMO.	**Levotiroxina sódica** Inicialmente 25 µg/24h vo y mantenimiento con 75-150 µg/24h vo Dosis pediátrica: mantenimiento con 3-6 µg/kg/24h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hipotiroidismo subclínico	**Levotiroxina sódica** 25-50 µg/24h vo	
Tiroiditis de Hashimoto	**Levotiroxina sódica** 50 µg/24h vo	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Hipotiriodismo subclínico:

- Si los anticuerpos antiperoxidasa son positivos y la TSH es > 10 mUI/l (en dos determinaciones separadas por 6 semanas).
- Si la TSH es <10 mUI/l y hay síntomas inespecíficos de hipotiroidismo (obesidad, dislipemia, estreñimiento, depresión, infertilidad), bocio, embarazo y en niños.

Tiroiditis de Hashimoto:

- Tratar una vez establecido el hipotiroidismo y ajustar dosis de levotiroxina según controles cada 2-3 meses.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Normalizar cifras de TSH.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La efectividad del tratamiento en el hipotiroidismo primario se controla midiendo la TSH y manteniéndola en unos rangos normales. En el secundario y en el terciario, la TSH no sirve para el control y entonces se usan los niveles de T4 libre que deben mantenerse entre la mitad y el límite superior de la normalidad.

SEGUIMIENTO

Se precisan alrededor de 6 semanas para que una dosis determinada alcance su efecto pleno, por lo que ese es el tiempo que debe pasar para reevaluar el tratamiento tras su inicio y modificar la dosis si fuera necesario. Una vez que se alcanza la dosis adecuada, el control se puede espaciar, midiendo la TSH anualmente.

Embarazo: controles trimestrales; después del parto controlar la TSH a las 6 semanas.

DERIVACIÓN

A Urgencias: si se sospecha coma mixedematoso.

A Endocrinología, en casos de: hipotiroidismo secundario y terciario, hipotiroidismo yatrogénico sin control con la suspensión de la medicación, y el hipotiroidismo en embarazadas.

OTROS

Recomendaciones posológicas:

Tomar levotiroxina en dosis única antes del desayuno. Aumentar dosis cada 6 semanas según control analítico.

Los niños pueden requerir hasta el doble de la dosis de los adultos, y los ancianos la mitad.

En mayores de 70 años, patología cardiovascular o hipotiroidismo de larga evolución la dosis de inicio es 12,5-25 µg/24h con incrementos más espaciados.

En embarazo, se recomienda incrementar la dosis un 30% desde la quinta semana de gestación; controles trimestrales; después del parto reducir a la dosis previa y control de TSH a las 6 sem.

No se recomiendan dosis supresivas salvo en caso de hipotiroidismo secundario a neoplasia.

Tras tiroidectomía subtotal o radioyodo, sustituir con dosis de 50-75 µg/24h. En caso de tiroidectomía total se necesita tratamiento sustitutivo con dosis de 100-150 µg/d para toda la vida.

TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN

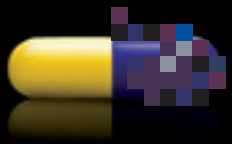
TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN

INTRODUCCIÓN

Véase «Patología Tiroidea: Generalidades»

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TIROIDITIS SUBAGUDA DE DE QUERVAIN	**Acetilsalicílico ácido** 500-1.000 mg/6-8h vo, 2-3 sem	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no hay mejoría	Asociar **Prednisona** 40-60 mg/d vo, durante 7-10 días (descenso gradual durante 4-6 sem)	
Hipertiroidismo transitorio sintomático	Asociar **Propranolol** 20-40 mg/8h vo, 4-6 sem	
Hipotiroidismo transitorio sintomático	**Levotiroxina sódica** 50-75 µg/24h vo, 6-12 sem	



12

Enfermedades del aparato genito-urinario

ATROFIA VAGINAL

INTRODUCCIÓN

El criterio para iniciar tratamiento es que origine síntomas.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ATROFIA VAGINAL	Estrógenos vaginales a dosis bajas: **Estriol** óvulo (0,5 mg)/24h intravaginal ó crema 0,1% 1 aplic/24h intravaginal, 2-3 sem. Posteriormente, en función del alivio de los síntomas, reducir hasta una dosis de mantenimiento de 1 óvulo ó 1 aplic de crema 1-2 veces/sem. **o** **Promestrieno** 1% crema 1 aplic /24h intravaginal, 2-4 sem y posteriormente 1-2 aplic/sem.	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Asociación de otros síntomas menopáusicos	Estrógenos sistémicos y/o progestágenos (en mujeres con útero) **Véase «Trastornos de la menopausia»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Crema hidratante vaginal a demanda ante síntomas leves o no aceptación de TH con estrógenos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Evaluar y confirmar inicialmente la presencia de síntomas vaginales (sequedad vaginal y/o dispareunia) así como su intensidad y repercusión sobre la calidad y satisfacción de las relaciones sexuales.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Los estrógenos por vía vaginal solo son eficaces en el tratamiento de la atrofia y sequedad vaginal.

SEGUIMIENTO

Se requiere iniciar el tratamiento con una pauta continua diaria durante las primeras 2-4 semanas, para pasar después a una pauta de mantenimiento de 1-2 veces por semana para conservar la estrogenización del área urogenital, ajustando la dosis y días de mantenimiento de forma individualizada.

Si hay reagudización de la sintomatología, reiniciar la pauta continua diaria anteriormente descrita y después con la pauta de mantenimiento.

Si la respuesta es buena nos podemos plantear un tratamiento a demanda o simplemente la utilización de una crema hidratante vaginal.

PRECAUCIONES

Los estrógenos por vía tópica deben administrarse en la cantidad mínima eficaz.

En las mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama, no se administrarán preparados que contengan 17-beta estradiol.

OTROS

El anillo con estrógenos no está disponible en España.

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

INTRODUCCIÓN

Bacteriuria asintomática: se define por la presencia de más de 100.000 UFC/ml, en dos muestras diferentes de orina en pacientes sin síntomas urinarios.

Muy frecuente en las personas mayores (40% de los que viven en instituciones) y también en el paciente sondado, aunque ello no condiciona una mayor mortalidad. No está indicado screening ni tratamiento, pero sí vigilar la aparición de ITU sintomática y tratarla.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	Ningún tratamiento	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Bacteriuria asintomática en la embarazada o grupos de riesgo	**Fosfomicina trometamol** 3 g/24h vo, 2 días	Si el urocultivo posterior es positivo: **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10-14 días o según resultado del antibiograma. En caso de intolerancia a Amoxicilina/Ácido Clavulánico: **Cefalexina** 500 mg/6h vo, 10-14 días o según resultado del antibiograma.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El único sistema de screening eficaz es el urocultivo, las tiras reactivas no son suficientemente sensibles.

No se recomienda el screening en población general, sólo en gestantes y hay que hacerlo en el primer trimestre.

Debido a la importancia clínica y a la gravedad de sus posibles complicaciones, se aconseja el tratamiento de la bacteriuria asintomática en las siguientes situaciones:

a. Embarazo.
b. Instrumentación de las vías urinarias.
c. Niños menores de 5 años.
d. Eventualmente puede estar indicado en los pacientes diabéticos.
e. Inmunodeprimidos.
f. Anomalías anatómicas de las vías urinarias.
g. Valvulopatías.
h. Trasplantados renales.

SEGUIMIENTO

Si hay factores de riesgo hay que repetir el urocultivo a la semana de haber finalizado el tratamiento.

Sin factores de riesgo y si la evolución es adecuada, no es necesario realizar urocultivos pre ni postratamiento.

En la gestante, hay que hacer urocultivo una semana después de finalizado el tratamiento y, si la orina es estéril, se deben repetir urocultivos de control mensualmente hasta el fin del embarazo.

SEGURIDAD

La administración simultánea de fosfomicina trometamol con metoclopramida reduce la absorción de la fosfomicina.

PRECAUCIONES

Fosfomicina trometamol debe administrarse con el estómago vacío.

BALANITIS Y BALANOPOSTITIS

BALANITIS Y BALANOPOSTITIS

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Siempre que sea posible se instaurará tratamiento en función de la etiología

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BALANITIS Y BALANOPOSTITIS	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Balanitis candidiásica	**Clotrimazol tópico** 1% crema 1 aplic/12h, hasta resolución	**Miconazol tópico** 2% crema 1 aplic/12h, hasta resolución
Balanitis por anaerobios	**Metronidazol oral** 500 mg/12h vo, 7 días	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 7 días
Balanitis por trichomonas	**Metronidazol oral** 2 g vo, DU ó 500 mg/12h vo, 7 días	**Tinidazol oral** 2 g vo, DU

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Liquen escleroso (balanitis xerótica obliterans)	**Clobetasol** 0,05% crema 1 aplic/12h, 2-3 meses, reduciendo posteriormente la dosis de forma gradual hasta su interrupción, tratando entonces únicamente en caso de síntomas	**Betametasona tópica** crema 1 aplic/12h 2-3 meses, reduciendo posteriormente la dosis de forma gradual hasta su interrupción, tratando entonces únicamente en caso de síntomas

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Higiene con lavados en agua salada y emolientes. Se deben evitar los jabones mientras persista la inflamación.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

La balanitis por liquen escleroso, sobre todo si es sintomática, debe revisarse al menos anualmente ya que existe un riesgo pequeño de degeneración.

DERIVACIÓN

La balanitis por liquen escleroso, si no cede con el tratamiento específico o se desarrolla una fimosis, derivar a Urología para considerar la indicación de postectomía.

BARTHOLINITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

La bartholinitis aguda se produce por infección de un quiste de retención de la glándula de Bartholino. En la mayoría de los casos el tratamiento de elección es el tratamiento quirúrgico. El tratamiento antibiótico puede instaurarse mientras esté en fase flemonosa. Tras solucionarse el episodio agudo, pueden producirse recidivas más o menos frecuentes (bartholinitis crónica).

Si no hay respuesta con la pauta antibiótica, valorar la posibilidad de sobreinfección por gérmenes anaerobios y/o enfermedad por transmisión sexual (*Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis*).

En pacientes mayores de 40 años, considerar el posible origen tumoral.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BARTHOLINITIS AGUDA	Drenaje del quiste/absceso + **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500-875/125 mg/8h vo, 7-10 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a la penicilina	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 7-10 días + **Clindamicina** 300 mg/6-8h vo, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Aplicar frío local en las fases iniciales.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Instaurar tratamiento antibiótico ante la sospecha de infección, que se reconoce habitualmente de forma empírica por los signos y síntomas de calor, rubor y tumor localizados.

SEGURIDAD

Clindamicina oral: se acepta su uso en embarazo (Categoría B), aunque debe limitarse a infecciones graves debido al riesgo de colitis pseudomembranosa que podría complicar seriamente la gestación.

DERIVACIÓN

Si se produce un absceso, valorar su derivación al hospital para drenaje; el drenaje podrá realizarse en AP cuando se disponga de los medios adecuados.

CONDILOMAS ACUMINADOS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CONDILOMA ACUMINADO	Solución alcohólica de resina de podofilino 10-20% (FM) 1 aplic/d dejar actuar 15-60 min y lavar, 8-10 días **o** **Podofilotoxina** 0,15% crema o 0,5% sol 1 aplic/12h, 3 días y repetir a la semana si precisa (máx 4 sem) o 1 aplic/d, hasta curación (máx 4 sem)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Recomendar la utilización de preservativos para disminuir la transmisión de la infección a nuevas parejas sexuales.
- Efectuar cirugía en condilomas pediculados, en número escaso y situados en lugares accesibles. Repetir la técnica si es necesario.
- Crioterapia: incluir un halo de 1-2 mm alrededor de la lesión.
- Electrocirugía: se recomienda dejar zonas de piel sin tratar entre las lesiones para facilitar la epiteliación y minimizar el riesgo de escaras.
- El tratamiento con láser está recomendado en condilomas de gran tamaño y situados en lugares de difícil acceso.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

El tratamiento farmacológico está contraindicado en embarazo y lactancia.

PRECAUCIONES

Resina de podofilino: aplicar cuidadosamente y con guantes sobre la lesión protegiendo la piel circundante con vaselina. Se deja actuar durante 1 hora. Posteriormente, se lava con agua y jabón. No se recomienda superar concentraciones del 15% porque es un cáustico muy potente. En caso de irritación o quemadura, suspender el tratamiento durante unos días.

OTROS

Las recidivas son frecuentes.

Potencial cancerígeno (cáncer de cérvix).

En los niños, cabe sospechar abuso sexual.

Alternativas al tratamiento tópico: imiquimod (crema al 5%) 1 aplicación nocturna, 3 veces/sem, hasta un máximo de 16 semanas o desaparición de las verrugas. Se aplica en las lesiones al acostarse y se deja actuar entre 6-10 h. Después lavar la zona de aplicación con agua y jabón. Su principal ventaja es que es menos irritante, aunque hay menor experiencia de uso y es más caro.

DISFUNCIÓN ERÉCTIL

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

La impotencia, llamada más recientemente Disfunción Eréctil, es la incapacidad del hombre para alcanzar o mantener una erección lo suficientemente intensa y duradera como para completar una relación sexual satisfactoria. El trastorno debe ser persistente y recurrente durante al menos los últimos tres meses.

Existe un Cuestionario de salud sexual para hombres **Véase «Anexo 5: Cuestionario SHIM»** para identificarlo (puntuación ≤ 21).

Sus causas son múltiples:

- Orgánicas: Causa más frecuente. Endocrinas (DM la más habitual); neurológicas; traumáticas; urológicas y farmacológicas (drogas, alcohol, tabaco, fármacos).
- Psicógena: por inhibición central del mecanismo eréctil.
- Mixtas: por combinación de los dos anteriores.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	**Sildenafilo** 50 mg (rango 25-100 mg) vo 1h antes de la relación sexual	**Vardernafilo** 10 mg (rango 5-20 mg) vo 25-60 min antes de la relación sexual **o** **Tadalafilo** 10 mg (rango 10-20 mg) vo 30 min antes de la relación sexual

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Inhibidores de fosfodiesterasa-5 no indicados	**Alprostadil (urológico)** Iniciar con 1,25-2,5 µg iny intracavernosa ajustando la dosis hasta respuesta (rango 1,25-40 µg)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El tratamiento debe ser individualizado para satisfacer las expectativas del paciente y de su pareja. También debe estar adaptado a su edad y estado de salud y elegido después de presentarle las distintas opciones terapéuticas. Si la causa es psicógena realizar terapia psicosexual (sexólogo, psicólogo).

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Utilizar la dosis mas baja e ir incrementando según eficacia y tolerancia.

SEGURIDAD

Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 presentan efectos secundarios similares. Los más frecuentes son cefalea, sofocos, congestión nasal y dispepsia; sildenafilo y vardenafilo pueden presentar trastornos visuales; tadalafilo puede ocasionar dolor lumbar; sildenafilo puede provocar convulsiones; se ha observado una prolongación del intervalo QT con vardenafilo.

Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 están contraindicados con la toma de nitratos, cardiopatía severa, insuficiencia hepática severa, hipotensión (PA <90/50), historia reciente de ACV o IAM y retinitis pigmentaria y sildenafilo en convulsiones o epilepsia.

Los fármacos inhibidores del CYP3A4 (itraconazol, ketoconazol, eritromicina, cimetidina, inhibidores de proteasas) potencian el efecto de los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 y no se deberían utilizar conjuntamente o, si es necesario, ajustar la dosis.

Alprostadilo está contraindicado en anemia de células falciformes, mieloma múltiple, leucemia, deformidades anatómicas del pene e implantes de pene.

PRECAUCIONES

En personas mayores, Insuficiencia renal grave o Insuficiencia hepática: dosis inicial de sildenafilo 25 mg, vardenafilo 5 mg y tadalafilo 10 mg.

Sildenafilo y vardenafilo deben tomarse separados de alimentos; tadalafilo se puede tomar junto con alimentos.

Se debe tener precaución cuando se administren inhibidores de la fosfodiesterasa-5 a pacientes en tratamiento con un alfabloqueante, ya que pueden producir hipotensión postural, debiéndose utilizar la dosis de sildenafilo 25 mg y vardenafilo 5 mg; tadalafilo no se debe asociar; vardenafilo se puede asociar en cualquier momento a tamsulosina.

Si apareciera priapismo, su tratamiento no se debería demorar más de 6 horas.

OTROS

Los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 no se deben utilizar más de 1 vez al día, y no se recomienda su uso diario continuo.

En pacientes con esclerosis de los cuerpos cavernosos y cierto grado de erección (impotencia parcial) pueden utilizarse dispositivos mecánicos (vacuum).

DISMENORREA PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

Es necesario realizar diagnóstico diferencial con la dismenorrea secundaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DISMENORREA PRIMARIA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Deseo de anticoncepción	**Levonorgestrel/ Etinilestradiol** 1 comp/d vo, durante 21 días seguido de un descanso de 7 días o, en especialidades diarias sin descanso, 1 comp activo/d durante 21 días seguido de 1 comp inactivo durante otros 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En ocasiones, la información sobre la naturaleza benigna del cuadro es suficiente para que los síntomas mejoren.

- Informar a la paciente de la causa fisiológica del dolor, (la dismenorrea es consecuencia de ciclos ovulatorios normales) y explicar cómo funcionan los ciclos.
- Investigar creencias o miedos respecto a la regla.
- Aconsejar ejercicio moderado, a pesar de la tendencia habitual al sedentarismo por las molestias menstruales.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se recomienda iniciar el tratamiento con AINE al comienzo de la clínica y tomar regularmente hasta finalización de síntomas.

SEGUIMIENTO

Plantear un seguimiento de 3-6 meses para vigilar la evolución y la eficacia del tratamiento y si no mejora, derivar.

PRECAUCIONES

Los AINE pueden desestabilizar situaciones de asma bronquial, HTA, trastornos renales o cardiacos. Precaución en pacientes con historia de úlceras o sangrados digestivos y en la utilización conjunta con otros tratamientos (corticosteroides, anticoagulantes). **Véase «Prevención de gastropatía por AINE»**

Para consultar precauciones relativas al uso de AOC. **Véase «Anticoncepción»**

DERIVACIÓN

Se debe derivar en caso de sospecha de dismenorrea secundaria o ineficacia del tratamiento.

OTROS

No existen pruebas suficientes para determinar qué AINE individual es el más efectivo para el tratamiento de la dismenorrea. Por ello la selección se basará en criterios de seguridad, conveniencia y coste.

En caso de contraindicación de AINE o intolerancia, el paracetamol con o sin codeína puede ser una alternativa, aunque su eficacia es dudosa.

Según una revisión Cochrane, no pueden establecerse conclusiones acerca de la eficacia de los actuales AOC de dosis baja usados comúnmente para la dismenorrea. Existen algunos estudios pequeños, de calidad deficiente, realizados con AOC de dosis media de estrógeno (dosis de 50 µg o más) y progestágenos de 1ª ó 2ª generación con resultados favorables frente a placebo.

Los preparados con 20 µg de estrógenos no ofrecen ventajas y con frecuencia no proporcionan buen control del ciclo menstrual. Los preparados bifásicos tampoco proporcionan ventajas y se desconoce para los trifásicos. Las presentaciones en parches han mostrado menor eficacia en el control de la dismenorrea.

Acetato de ciproterona/etinilestradiol no tiene indicación anticonceptiva y debe reservarse para casos de acné severo y/o hirsutismo moderado-severo.

Se han estudiado suplementos orales de calcio, magnesio, vitamina B1, B6 y E, pero no está clara la eficacia en población con aportes adecuados de estos nutrientes. Son necesarios más estudios para establecer la recomendación.

GINECOMASTIA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Valorar siempre la posibilidad de que sea secundaria a la ingesta de algún fármaco. En la forma puberal debemos esperar 2-3 años, ya que solo un 7% persiste pasada esta etapa.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GINECOMASTIA	Tratamiento etiológico	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Actitud expectante en ginecomastias puberales en varones.
- En ginecomastias secundarias a tratamientos, valorar la suspensión del fármaco responsable.
- Corregir las patologías causales.
- Tratamiento quirúrgico: Está indicado si la ginecomastia genera problemas psicológicos importantes, o si la forma puberal persiste tras 2 ó 3 años, o bien alcanza estadios avanzados (glándula mayor de 4-6 cm o con predominio de fibrosis) en cuyo caso es dudosa la resolución espontánea. Hay diferentes técnicas así: mastectomía subcutánea con o sin liposucción, mastectomía con resección cutánea, liposucción aislada.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es preciso el diagnóstico diferencial con la lipomastia, en la que no existe proliferación glandular y que suele estar presente en obesos.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Es necesario realizar tratamiento etiológico:

- Ginecomastias medicamentosas. Fármacos de uso habitual: andrógenos, estrógenos, esteroides, ciproterona, digoxina, cimetidina, espironolactona, dutasterida, teofilina, mirtazapina.
- Abuso de sustancias: alcohol, marihuana, heroína, anfetaminas.
- Otras causas: hipertiroidismo; enfermedades renales; cirrosis hepática; malnutrición; tumores testiculares; hipogonadismo.

SEGUIMIENTO

En la forma puberal de los varones se debe mantener actitud expectante, ya que suele resolverse espontáneamente en 2-3 años.

DERIVACIÓN

El tratamiento quirúrgico no es preciso en ginecomastias fisiológicas o idiopáticas que no producen clínica (mastalgia, hipersensibilidad mamaria) o repercusión psicológica sobre el paciente.

En los otros casos que no se resuelvan con el tratamiento médico, valorar derivación a cirugía.

OTROS

Se han utilizado fármacos como el tamoxifeno, citrato de clomifeno, anastrozol, con buenos resultados, pero son necesarios más estudios para aconsejar su utilización con mejores niveles de evidencia.

GRIETAS EN EL PEZÓN

INTRODUCCIÓN

La prevención es su mejor tratamiento y para ello debemos utilizar las medidas no farmacológicas antes de que aparezcan.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GRIETAS EN EL PEZÓN	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las cremas hidratantes se utilizan para la prevención y tratamiento de las grietas (1 aplic/8h). Para prevenir las grietas en el pezón se recomienda mantener los pezones limpios y secos evitando jabones e irritantes. No se aconseja lavar los pezones antes y después de cada toma para evitar humedad y maceración que pueden empeorar el cuadro. Limpiar con gasa estéril después de cada toma. Dar un masaje con leche materna en el pezón reduce la duración de las grietas. Se desaconsejan los apósitos de hidrogel por el alto índice de infecciones asociadas. No existen estudios que demuestren la eficacia de las cremas cicatrizantes. Los apósitos transparentes (pezoneras) reducen las escaras y el dolor en el pezón, sin embargo, el nivel de satisfacción respecto a la utilización de este tratamiento es bajo.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

El uso de chupete y biberón están relacionados con el aumento del dolor en el pezón.

OTROS

Las grietas producen dolor durante la lactancia y pueden ser el origen de una mastitis aguda. En la situación específica de dolor en el pezón, como tratamiento podríamos indicar las compresas de agua tibia o de infusiones, dado que reducen y previenen dicho dolor.

En mujeres que presentan lesiones en el pezón y cultivo positivo a *Staphylococcus aureus,* los antibióticos orales reducen el riesgo de desarrollar mastitis.

HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA

HIPERTROFIA BENIGNA DE PRÓSTATA

Enfermedades del aparato genito-urinario

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA	**Medidas no farmacológicas** (Ver Observaciones)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Síntomas moderados (IPSS 8-19) o mal tolerados Véase «Anexo 6: Escala IPSS»	**Serenoa repens** 160 mg/12h vo	**Doxazosina** 2-8 mg/24h vo **o** **Terazosina** 5-10 mg/24h vo
Síntomas severos, falta de respuesta al tratamiento o factores de riesgo en progresión	**Doxazosina** 4 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Están especialmente indicadas en pacientes con síntomas leves (IPSS <7) o bien tolerados.
- Se recomienda beber abundante líquido repartido a lo largo del día, pero se debe evitar ingerir grandes cantidades de líquido en poco tiempo.
- Evitar comidas copiosas y especiadas (embutidos, picantes, salazones y especias), disminuir la ingesta de alcohol.
- Orinar siempre que se sienta la necesidad, evitar estar sentado mucho tiempo, paseos diarios, evitar largos desplazamientos en medios de locomoción y, si se realizan, efectuar descansos de unos 10 min cada 2 h para caminar y orinar.
- Evitar el estreñimiento procurando mantener un ritmo intestinal diario.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento farmacológico se indicará cuando los síntomas obstructivos alteren la calidad de vida del paciente.

Serenoa repens puede mejorar los síntomas y el flujo urinario, y puede ser útil en pacientes con síntomas leves. Los bloqueadores alfaadrenérgicos (doxazosina) reducen el tono simpático de la musculatura del cuello vesical y de la próstata, pero no disminuyen el volumen prostático ni modifican la evolución natural y, por tanto, no reducen el número de intervenciones quirúrgicas. Pueden ser útiles sobre todo en próstatas pequeñas.

Los Inhibidores de la 5-alfa-reductasa (finasterida) se recomiendan en la hipertrofia prostática de mayor tamaño, ya que reducen el tamaño al disminuir la actividad androgénica, mejorando los síntomas y reduciendo los episodios de retención urinaria aguda y la necesidad de cirugía. Finasterida desciende el PSA, por lo que puede enmascarar la presencia de una neoplasia oculta.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La respuesta de los bloqueantes alfaadrenérgicos se hace evidente al cabo de 4-6 semanas, mientras que la respuesta de finasterida puede tardar hasta 6 meses o más. Se recomienda usar la escala IPSS en la actitud terapéutica ante la sintomatología prostática: controlar sin tratamiento si es leve (0-7 puntos) y tratamiento activo a partir de moderada o intensa, más de 8 puntos.

SEGURIDAD

Los efectos secundarios de los bloqueadores alfaadrenérgicos, sobre todo hipotensión ortostática y eyaculación retrógada, pueden obligar a suspender el tratamiento. Se recomienda comenzar con dosis bajas.

DERIVACIÓN

Considerar el tratamiento quirúrgico cuando los síntomas son graves o aparecen complicaciones derivadas de la obstrucción (retención aguda, infecciones recurrentes, litiasis vesical, residuo posmiccional > 200 ml, divertículos vesicales, hematuria o insuficiencia renal).

INCONTINENCIA URINARIA

INCONTINENCIA URINARIA

INTRODUCCIÓN

En algunas franjas de edad es un problema casi exclusivo de la mujer, de tal manera que la frecuencia media de aparición es dos veces en la mujer respecto al hombre. Aunque es un problema frecuente, sólo lo consultan menos de la mitad de los afectados.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INCONTINENCIA URINARIA (IU)	**Medidas no farmacológicas**	Valorar cirugía

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
IU de esfuerzo sin respuesta a medidas no farmacológicas	Insistir en **Medidas no farmacológicas**	**Tolterodina** 2 mg/12h vo Valorar cirugía
IU de urgencia sin respuesta a medidas no farmacológicas	**Oxibutinina** 2,5-5 mg/8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
IU mixta	Combinación de tratamientos según clínica	
IU por rebosamiento	Valorar sondaje	Valorar cirugía

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El éxito del tratamiento se basa en una aproximación escalonada y multifactorial. El entrenamiento pélvico y el vaciado periódico pueden mejorar los síntomas de la misma forma que el tratamiento farmacológico.

Pauta de tratamiento:

Tolterodina: 2 mg/d o 4 mg/d, (podría iniciarse con 1 mg/d para disminuir la sequedad bucal). El efecto del tratamiento comienza a partir de las 4 semanas.

Oxibutinina: comenzar con una dosis baja (2,5-3 mg/8h) que se incrementa de forma individualizada hasta un máximo de 5 mg/8h.

Los preparados de liberación retardada reducen los efectos secundarios y son bien tolerados.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Revisión a los 3-6 meses.

Puede ser posible realizar tratamiento de forma intermitente.

SEGURIDAD

Los fármacos anticolinérgicos han demostrado ser mejores que el placebo. Los dos más estudiados son oxibutinina y tolterodina. La tolterodina tiene menor riesgo de sequedad bucal.

Existen nuevos fármacos antimuscarínicos para el tratamiento de IU de urgencia: solifenacina y darifenacina parecen tener mejor tolerancia, pero se necesitan estudios adicionales.

PRECAUCIONES

Contraindicados los anticolinérgicos en glaucoma, uropatía obstructiva, miastenia grave, bronquitis crónica y atonía intestinal.

DERIVACIÓN

Según respuesta al tratamiento, valorar la derivación a atención especializada para realizar estudio urodinámico y/o tratamiento quirúrgico.

OTROS

La duloxetina es un nuevo fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina, que incrementa la actividad del esfínter estriado uretral, aumentando la presión de cierre uretral y disminuyendo los episodios de IU (sería de utilidad en la incontinencia urinaria de esfuerzo). En la actualidad en España no está autorizado su uso en la incontinencia urinaria.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL HOMBRE

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL HOMBRE

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN HOMBRE	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 7-14 días o **Ciprofloxacino** 250-500 mg/12h vo, 7-14 días	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg/12h vo, 7-14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Adecuada hidratación y micciones frecuentes.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La infección del tracto urinario (ITU) cuando es el primer episodio se recomienda tratamiento 7 días y si es una recurrencia 14 días.

SEGUIMIENTO

En ITU no complicada se debe realizar urocultivo pre y postratamiento.

SEGURIDAD

Las quinolonas pueden producir alteraciones articulares en niños y adolescentes, fotosensibilidad, prurito, artralgias, convulsiones, arritmias, alargamiento del intervalo QT y colitis pseudomembranosa.

Cotrimoxazol puede producir fotosensibilidad, prurito, fiebre, anemia megaloblástica, discrasias sanguíneas, lupus y necrolisis epidérmica.

PRECAUCIONES

Cotrimoxazol debe administrarse con el estómago vacío.

DERIVACIÓN

En ITU si existiera un segundo episodio realizar estudio urológico.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA EN PACIENTE SONDADO

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA EN PACIENTE SONDADO

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO SINTOMÁTICA EN PACIENTE SONDADO	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 14 días **o** **Cefonicid** 1 g/24h im, 14 días	**Fosfomicina trometamol** 3 g/24h vo, 2 días **o** **Cefuroxima** 250 mg/12h vo, 14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Revisar la pertinencia del sondaje y valorar la posibilidad de soluciones alternativas (sondaje intermitente, colectores, absorbentes). Elegir el tipo de sonda adecuado: en sondajes cortos, látex y en sondajes prolongados, teflón o silicona. No se recomienda el cambio de sonda a intervalos fijos de forma sistemática y se deben extremar las condiciones de asepsia para su realización. Fijar la sonda después de su inserción para evitar el movimiento y la tracción uretral; la bolsa colectora debe estar siempre más baja que la vejiga. Utilizar sistemas de drenaje cerrado, evitando la desconexión entre sonda, tubo y bolsa. Se debe evitar, dentro de lo posible, la desconexión de la bolsa. Antes de desconectar, pinzar la sonda y cubrir con gasa impregnada en agua estéril. Limpiar la zona con agua jabonosa en vez de con antisépticos. Lavarse las manos antes y después de vaciar la bolsa colectora. Ingesta abundante de líquidos para prevenir la obstrucción de la sonda.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

No hay que administrar antibióticos antes del sondaje, salvo en pacientes de riesgo (prótesis cardiacas, valvulopatías, trasplantados renales y antes de cirugía urológica).

La bacteriuria asintomática no precisa tratamiento farmacológico.

SEGUIMIENTO

Se aconseja la práctica de urocultivo a las 48 horas de la retirada de la sonda y en los casos de ITU sintomática.

SEGURIDAD

La administración simultánea de fosfomicina trometamol con metoclopramida reduce la absorción de la fosfomicina.

PRECAUCIONES

Fosfomicina trometamol debe administrarse con el estómago vacío. Cefuroxima se debe tomar junto con alimentos.

DERIVACIÓN

Si hay mal estado general, imposibilidad de hidratación y medicación oral o sospecha de bacteriemia, está indicada la remisión al hospital.

INFECCIÓN URINARIA EN LA MUJER. CISTITIS AGUDA.

INFECCIÓN URINARIA EN LA MUJER. CISTITIS AGUDA.

INTRODUCCIÓN

Recaída: es la recurrencia de una infección urinaria producida por el mismo germen pasadas dos semanas del final del tratamiento del episodio anterior.

Reinfección: es la producida por un nuevo germen pasadas dos semanas del final del tratamiento del episodio anterior.

La causa más frecuente de ITU es *E. coli*, con elevadas tasas de resistencia en España para ampicilina, cotrimoxazol y quinolonas; las fluoroquinolonas tienen altas tasas de resistencia en personas mayores y en algunas regiones como Andalucía, Aragón y Castilla y León.

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INFECCIÓN URINARIA EN LA MUJER. CISTITIS AGUDA.	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 5 días **o** **Fosfomicina trometamol** 3 g vo, DU	**Cefuroxima** 250 mg/12h vo, 5 días **o** **Norfloxacino** 400 mg/12h vo, 3 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Personas mayores	**Fosfomicina trometamol** 3 g/24h vo, 2 días	**Ciprofloxacino** 250 mg/12h vo, 3 días
Reinfección ≥ 3 episodios/año sin relación con el coito	Tratamiento antibiótico según antibiograma durante 14 días y seguir con: **Nitrofurantoína** 50-100 mg vo por la noche después de la micción, 6-12 meses **o** **Cefalexina** 250 mg vo	Tratamiento antibiótico según antibiograma durante 14 días y seguir con dosis por la noche después de la micción y durante 6-12 meses de: **Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 400/80 mg vo **o** **Norfloxacino** 400 mg vo
Reinfección ≥ 3 episodios/año en relación con el coito	Profilaxis postcoital: **Nitrofurantoína** 50-100 mg vo, DU **o** **Cefalexina** 250 mg vo	Profilaxis postcoital: **Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 400/80 mg vo, DU **o** **Norfloxacino** 400 mg vo
Reinfección ≥ 3 episodios/año en mujeres posmenopaúsicas	Igual que en Reinfección ≥ 3 episodios sin relación con el coito y además si se sospecha atrofia vaginal, añadir estrógeno crema vaginal 1 aplic/24h **Véase «Atrofia vaginal»**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Adecuada hidratación, regular el tránsito intestinal, lavado perineal de delante hacia atrás, micciones frecuentes sobre todo tras el coito, calor en zona suprapúbica.

Si existe reinfección y la mujer utiliza diafragma con espermicida cambiar de método anticonceptivo.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Si existe falta de respuesta clínica después de 48-72 horas del inicio del tratamiento, tratar según antibiograma durante 5 días o empíricamente, sustituir por otra de las propuestas de diferente grupo farmacológico.

SEGUIMIENTO

Después de una dosis única pueden persistir síntomas durante 48-72 horas más sin que ello signifique fracaso en el tratamiento.

SEGURIDAD

Los efectos secundarios de las quinolonas pueden dar lugar a alteraciones articulares en niños y adolescentes, fotosensibilidad, prurito, artralgias, convulsiones, arritmias, alargamiento del intervalo QT y colitis pseudomembranosa.

Cotrimoxazol puede producir fotosensibilidad, prurito, fiebre, anemia megaloblástica, discrasias sanguíneas, lupus y necrolisis epidérmica.

La administración simultánea de fosfomicina trometamol con metoclopramida reduce la absorción de la fosfomicina.

PRECAUCIONES

Fosfomicina trometamol y cotrimoxazol deben administrarse con el estómago vacío.

Nitrofurantoína y cefuroxima se deben tomar junto con alimentos.

Durante el tratamiento con quinolonas, debe evitarse la ingesta de alcohol.

OTROS

No existe evidencia científica para recomendar de forma generalizada la profilaxis con zumo de arándanos.

INFECCIÓN URINARIA SINTOMÁTICA EN EL EMBARAZO (CISTITIS AGUDA)

INTRODUCCIÓN

La bacteriuria sintomática en la mujer gestante está relacionada con el riesgo de una pielonefritis aguda al final del embarazo y complicaciones maternofetales.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INFECCIÓN URINARIA SINTOMÁTICA EN EL EMBARAZO (CISTITIS AGUDA)	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 7-10 días **o** **Fosfomicina trometamol** 3g vo, DU	**Cefuroxima** 250 mg/12h vo, 7-10 días **o** **Nitrofurantoína** 50 mg/6h vo, 7-10 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Adecuada hidratación; regulación del tránsito intestinal; lavado perineal de delante hacia atrás; micciones frecuentes, sobre todo tras el coito.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe realizar un urocultivo a las gestantes con sintomatología urinaria.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar según antibiograma.

SEGURIDAD

Nitrofurantoína puede producir coluria y neuropatía periférica. Nitrofurantoína no se debe administrar en el tercer trimestre de embarazo por el riesgo de anemia hemolítica.

La administración simultánea de fosfomicina trometamol con metoclopramida reduce la absorción de la fosfomicina.

PRECAUCIONES

Fosfomicina trometamol debe administrarse con el estómago vacío.

Nitrofurantoína y cefuroxima se deben tomar junto con alimentos.

LITIASIS RENAL: CÓLICO NEFRÍTICO

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Los cálculos de oxalato cálcico, solos o en combinación, son los más frecuentes (50-70%).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LITIASIS RENAL: CÓLICO NEFRÍTICO	**Diclofenaco** 75 mg im (si falta de mejoría repetir en 1-2 h). Si mejora el dolor, continuar con 50 mg/8h vo, 7 días.	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En la crisis renoureteral simple, se propondrá al paciente que busque la postura que le produzca menos dolor y que realice la actividad física que tolere. Conviene aplicar calor local, mejor húmedo (baño). Ingesta hídrica de 2-3 l/d.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

En la crisis renoureteral aguda simple, el objetivo del tratamiento es aliviar el dolor y mantener una hidratación adecuada. Los AINE tienen una eficacia mayor que los opiáceos en el control de este tipo de dolor. Los cálculos ubicados en el uréter distal o inferior tiene una posibilidad de expulsión espontánea del 98%, cuando su tamaño es menor de 5 mm y del 53% cuando oscila entre 5 y 10 mm.

SEGURIDAD

Si se producen náuseas persistentes, administrar metoclopramida 10 mg/8h vo, im o iv. Una vez pasado el episodio agudo, el incremento de la ingesta hídrica para conseguir un volumen urinario de 2 l/d disminuye las recidivas. Si existe riesgo de infección se pautará antibioterapia.

DERIVACIÓN

Valorar derivación hospitalaria si no presenta mejoría tras 2ª dosis de diclofenaco por vía intramuscular, náuseas refractarias al tratamiento, fiebre, infección o anuria, enfermedades debilitantes, mayores de 60 años, embarazadas, riñón único funcionante, complicaciones para el uso de la medicación habitual.

OTROS

Intentar recoger la litiasis para su análisis posterior.

LITIASIS RENAL. PROFILAXIS.

LITIASIS RENAL. PROFILAXIS.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LITIASIS RENAL. PROFILAXIS.	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Litiasis cálcica	Hipercalciuria: **Hidroclorotiazida** 25 mg/12h vo Hipocitraturia: **Potasio citrato** 1-3 comp (10-30 mEq aprox.)/12h vo **o** **Sodio Bicarbonato** 1-3 comp (400-1.200 mg ó 10-30 mEq aprox.)/12h vo Hiperoxaluria: **Piridoxina (Vit B6)** 25-300 mg/d vo **+** **Potasio citrato** 1-3 comp (10-30 mEq aprox.)/12h vo Uricosuria: **Alopurinol** 100 mg/12h vo	
Litiasis de ácido úrico	**Potasio citrato** 1-3 comp (10-30 mEq aprox.)/12h vo Si uricosuria > 1000 mg/24h: **Alopurinol** 100 mg/12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ingesta abundante de líquidos para conseguir diuresis de más de 2 l/d.

Dietas **sin restricción de calcio**, dietas pobres en proteínas animales y sal, restricción de oxalatos (cacao, café, espinacas, acelgas, remolacha, nueces, endivias, etc.) o incremento de alimentos ricos en citratos (limón, naranja, pomelo y kiwi, etc.), según los casos.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

En las litiasis de oxalato cálcico, si la hiperoxaluria es secundaria a malabsorción de grasas hay que administrar suplementos de calcio, magnesio, citrato potásico y colestiramina (8-16 g/d).

Litiasis cística: 4-7 l de agua/d y alcalinizar la orina.

PRECAUCIONES

En los cálculos coraliformes investigar la presencia de infecciones urinarias por gérmenes que desdoblan la urea (*Proteus, Klebsiella, Serratia*). Suele precisar control por Urología.

MASTALGIA

INTRODUCCIÓN

En la mayor parte de las mujeres NO se debe a patología orgánica. Una vez descartada ésta, muchas veces el mejor tratamiento es una adecuada información.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MASTALGIA	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dolor intenso con limitación de la actividad	**Danazol** 100-400 mg/24h vo, 2-3 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

El uso de sujetador firme (a veces incluso por la noche) mejora la sintomatología hasta en un 75%, tanto en la mastalgia cíclica como en la no cíclica. La restricción de cafeína o dietas ricas en Vit E y Vit B6 no han mostrado ningún beneficio en el tratamiento de la mastalgia. La eficacia del aceite de onagra -comercializado como producto de parafarmacia- no ha sido demostrada de forma adecuada en la mastalgia cíclica, aunque existe algún estudio pequeño en el que se obtiene cierta mejoría. No hay evidencia suficiente para recomendar la dieta pobre en grasa y rica en hidratos de carbono, dietas con suplementos de 25 g de linaza o el suplemento con fitoestrógenos, sauzgatillo; se necesitan más estudios.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Ante un cuadro de dolor mamario se debe descartar siempre una lesión orgánica, sea benigna o no. En la gran mayoría de mujeres con mastalgia cíclica, el examen físico es normal y usualmente es suficiente con asegurar a la paciente que su dolor mamario no es causado por ningún proceso maligno y explicar la fisiología normal de la mama. También se debe informar que el dolor mamario inespecífico suele remitir espontáneamente.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Cuando se consigue la respuesta clínica con danazol, los efectos adversos pueden evitarse reduciendo la dosis a 100 mg/d y limitando el tratamiento a 2 semanas antes de la menstruación.

PRECAUCIONES

El tratamiento con danazol produce aumento de peso, voz con tono más grave, menorragia y calambres musculares. Contraindicado durante el embarazo por producir efectos androgénicos nocivos sobre el feto. Es esencial usar anticonceptivos no hormonales cuando se administra danazol.

OTROS

No se dispone de ninguna evidencia acerca de la eficacia de la aplicación de progesterona tópica.

Recientemente han sido publicados dos ECA con toremifeno en mujeres con mastalgia cíclica moderada a severa, demostrando su eficacia y presentando pocos efectos secundarios, aunque no tiene la indicación autorizada en España.

Estudios recientes sugieren que tamoxifeno es tan eficaz como danazol; ninguno tiene la indicación autorizada en España para el tratamiento de la mastalgia.

El resultado de los AINE tópicos en diversos estudios ha sido positivo. De todas formas no tenemos datos comparativos versus AINE orales.

MASTITIS

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MASTITIS	**Cloxacilina** 500 mg/6h vo, 10 días + **Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d) **y/o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a betalactámicos	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 7-10 días **o** **Clindamicina** 150-450 mg/6h vo, 7-10 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La aplicación de frío local puede producir alivio del dolor a la paciente. Si existe absceso, debe realizarse drenaje.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La mastitis es más frecuente en períodos de lactancia y puerperio (mastitis puerperal) y en mujeres que presenten lesiones y mala higiene en el área del pezón, originada por *Staphylococcus aureus.* La mastitis no puerperal es más rara y suele ser originada por flora mixta aerobia y anaerobia siendo el tratamiento de elección en estos casos la amoxicilina/ác. clavulánico. En caso de mastitis puerperal, no interrumpir la lactancia materna (excepto si hay absceso). Es aconsejable dar de mamar al niño con mayor frecuencia o, en su defecto, que se realice extracción manual de la leche de la mama afectada, con lo que se promueve el drenaje de la leche y se acelera la resolución del cuadro. En mujeres que presentan lesiones en el pezón y cultivo positivo a *Staphylococcus*

aureus los antibióticos orales reducen el riesgo de desarrollar mastitis. La mastitis fuera del periodo de lactancia se debe estudiar como cualquier otro síntoma del pecho. Si hay síntomas sistémicos o celulitis importante puede requerir antibióticos por vía intravenosa.

MENORRAGIA

INTRODUCCIÓN

También llamada HIPERMENORRAGIA sería aquella hemorragia excesiva y prolongada (más de 6 días) que aparece a intervalos regulares.

Las lesiones orgánicas benignas ó malignas, la gestación, las enfermedades sistémicas y las causas iatrogénicas son un gran grupo de trastornos que requieren un tratamiento específico. La prevalencia de las distintas causas varía en función de la edad de la mujer. Las causas funcionales son más frecuentes en la perimenopausia y adolescencia, pero el diagnóstico de hemorragia disfuncional se hace siempre por exclusión de causa orgánica de la menorragia.

El tratamiento de la hemorragia funcional depende fundamentalmente de la causa, la edad de la mujer y de su estado reproductivo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
MENORRAGIA	Véase Situación Específica (causa, edad y estado reproductivo)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hemorragia disfuncional y deseo de anticoncepción	**Levonorgestrel/ Etinilestradiol** 1 comp/d vo, durante 21 días seguido de un descanso de 7 días o, en especialidades diarias sin descanso, 1 comp activo/d durante 21 días seguido de 1 comp inactivo durante otros 7 días	**Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel**
Hemorragia disfuncional en adolescencia o hemorragia disfuncional en la que los AOC no sean aceptados o estén contraindicados.	**Tranexámico ácido** 1-1,5 g/8-12h vo **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d), 3-4 días durante la menstruación	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Hemorragia uterina disfuncional en perimenopausia, edad fértil en la que los AOC no sean aceptados o estén contraindicados y adolescencia que no se controle con la pauta anterior.	**Medroxiprogesterona** 2,5-10 mg/24h vo, 5-10 días del ciclo (entre el 15º-24º) **o** **Progesterona** 200-300 mg/d vo en 1 ó 2 tomas los días 15-24 del ciclo, durante 3-5 ciclos	
Menorragia asociada al uso de DIU de cobre	**Tranexámico ácido** 1-1,5 g/8-12h vo **o** **Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2,4 g/d), 3-4 días durante la menstruación	**Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel** **o** Retirada del DIU

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En los 2 primeros años después de la menarquia, puede haber sangrado irregular debido a anovulación, por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico, por lo que en casos leves inicialmente se puede esperar sin tratamiento, tranquilizando a la paciente y a su familia.
- Si hay hemorragia activa importante derivar a AE.
- En portadoras de DIU, si persiste la menorragia a pesar del tratamiento médico, retirar el DIU.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento de la menorragia depende fundamentalmente de la causa, de la edad de la mujer y de su deseo de reproducción.

Inicialmente realizar una historia clínica que recoja el patrón de sangrado, síntomas asociados que sugieran anomalías estructurales o histológicas, impacto en la calidad de vida y otros factores que puedan determinar las opciones de tratamiento.

Realizar pruebas de laboratorio: a todas las mujeres, hemograma completo, ferritina y prueba de gestación y, en casos sospechosos, estudio de coagulación y estudio tiroideo.

Si se sospecha la existencia de anomalías uterinas (sangrado intermenstrual o postcoital, sangrado prolongado, dolor o presión pélvica) y en mujeres perimenopáusicas, deben realizarse otras investigaciones: exploración abdominal y ginecológica, ecografía y biopsia, si procede, para excluir cáncer de endometrio o hiperplasia atípica.

Si el sangrado tiene un impacto severo en la calidad de vida, puede ofertarse la cirugía conservadora (destrucción del endometrio), incluso como tratamiento inicial, si previamente se discuten con la mujer los beneficios y riesgos y otras opciones de tratamiento.

La dilatación y legrado no deberían usarse como tratamiento de la menorragia.

En mujeres con grandes fibromas > 3 cm, u otros síntomas asociados y con importante impacto del sangrado sobre la calidad de vida, se puede plantear miomectomía, embolización de la arteria uterina o, si no desea mantener la fertilidad y una vez informada de las implicaciones y el riesgo, valorar la posibilidad de histerectomía, preferiblemente por vía vaginal.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel: debe ser considerado antes de decidir el uso de histerectomía (será de especial utilidad para aquellas pacientes que quieran seguir siendo fértiles) pero no hay estudios a largo plazo que permitan conocer si evitan o solamente retrasan la cirugía.

Si la paciente toma anticonceptivos orales y hay hemorragia intermenstrual, insistir en el cumplimiento del tratamiento o cambiar a otro estrógeno de dosis superior. Si la paciente no desea tomar AOC o estos están contraindicados, prescribir progestágenos durante la segunda mitad del ciclo.

En la menorragia que se asocia al uso de DIU de cobre, los AINE han demostrado que son efectivos y pueden considerarse tratamientos de primera línea. Como alternativa disponemos de ác. tranexámico y DIU de levonorgestrel.

En adolescentes con metrorragia o hipermenorrea leve (sin anemia ferropénica), el consejo médico y la información sobre el inicio de las reglas (que a menudo son irregulares hasta 2 años después de la menarquia) suelen ser suficientes para tranquilizar a la paciente y a su familia. Valorar la pauta de tratamiento en función de las cifras de Hb:

- Si Hb superior a 12 g/dl, utilizar AINE y observación. Revisión a los 6-12 meses
- Si Hb entre 10-12 g/dl, usar progestágenos o anticoncepción hormonal.

Si hemorragia activa importante, valorar remisión hospitalaria.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Control del sangrado.

Si se confirma la presencia de anemia hay que iniciar tratamiento con hierro.

SEGUIMIENTO

Cada 6-12 meses realizando anotaciones del número de ciclos y duración de los mismos en ese tiempo, así como control de hemograma para valorar la repercusión sistémica.

PRECAUCIONES

Debemos realizar siempre un test de gestación y un hemograma completo con metabolismo del hierro.

Para consultar precauciones relativas al uso de AOC. **Véase «Anticoncepción»**

DERIVACIÓN

En hemorragia activa importante, derivar a hospital.

En mujeres perimeno-páusicas derivar a especializada para descartar patología orgánica (biopsia endometrial para descartar patología de endometrio).

En el resto de grupos de edades, descartar patología orgánica.

Valorar la derivación a AE para aplicar Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel.

ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

En menores de 35 años la orquiepididimitis suele ser una infección de transmisión sexual, y los gérmenes más comúnmente implicados son *Neisseriae gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, frecuentemente asociados.

En mayores de 35 años suele deberse a gramnegativos entéricos *Escherichia coli* , *Klebsiella* , *Pseudomonas* y *Proteus,* y suele ser secundaria a alteraciones anatómicas de las vías urinarias o a cateterizaciones repetidas. Los varones homosexuales pueden presentar infecciones por estos gérmenes.

En niños la etiología suele ser por gramnegativos.

Debido al aumento de las resistencias a Fluoroquinolonas en España y en concreto en Castilla y León, se proponen como tratamiento alternativo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ORQUIEPIDIDIMITIS AGUDA	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sospecha de transmisión sexual	**Cefixima** 400 mg vo, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU o **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 10 días	**Ofloxacino** 400 mg vo, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU o **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 10 días
Sin sospecha de transmisión sexual	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, 10-14 días	**Ofloxacino** 200 mg/12h vo, 10-14 días o **Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 10-14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las siguientes medidas alivian el dolor: el reposo en cama, la elevación, sujeción y enfriamiento testicular.

Se recomienda la abstención de relaciones sexuales hasta la resolución del cuadro o bien la utilización de preservativo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En caso de sospecha o confirmación de transmisión sexual, se debería tratar a la pareja sexual y descartar otras enfermedades de transmisión sexual.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Reevaluar al paciente en 3 días si no existe mejoría.

SEGURIDAD

Ofloxacino está contraindicado en epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento. Entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, colitis pseudomembranosa, prurito, fotosensibilización y prolongación del intervalo QT.

Ofloxacino puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

Cefixima puede dar reacción cruzada en un 10% de casos de hipersensibilidad a penicilinas.

Cefixima entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, prurito y nefrotoxicidad.

Doxiciclina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

Azitromicina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, eosinofilia y hepatotoxicidad.

Azitromicina puede aumentar los niveles de digoxina y anticoagulantes orales.

PRECAUCIONES

La doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañado de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

La azitromicina se debe evitar su uso concomitante con derivados ergotamínicos (ergotamina o dihidroergotamina).

OTROS

Tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio si procede.

Ceftriaxona mantiene un grado similar de sensibilidad que cefixima para *N. gonorrhoeae*, pero es de diagnóstico hospitalario y requiere visado por inspección.

PARAFIMOSIS

Enfermedades del aparato genito-urinario

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PARAFIMOSIS	Reducción manual	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se puede reducir el edema aplicando un guante de agua helada en glande y prepucio o comprimiendo el glande con los dedos índice y pulgar 5 min.

Reducción manual: coger el anillo con los dedos índice y medio de cada mano y presionar con los dos pulgares el glande hacia abajo, previa aplicación de lubricante urológico.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Si estas maniobras fallan, remitir al urólogo; si fracasa de nuevo la reducción, se practicará sección quirúrgica en la zona dorsal del anillo constrictor y de forma diferida la postectomía (intervención de fimosis).

PIELONEFRITIS AGUDA NO COMPLICADA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

El germen más frecuente es *E.coli*, con elevadas tasas de resistencia en España para ampicilina, cotrimoxazol y quinolonas; las fluoroquinolonas tienen unas altas tasas de resistencia en algunas regiones como Andalucía, Aragón y Castilla y León.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PIELONEFRITIS AGUDA NO COMPLICADA	**Cefonicid** 1 g/24h im, 14 días **o** **Cefonicid** 1 g/24h im, 2-3 días y continuar hasta completar 14 días con: **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo **o** **Ciprofloxacino** 250-500 mg/12h vo	**Gentamicina** 80 mg/8h im, 2-3 días y continuar hasta completar 14 días con: **Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo **o** **Ciprofloxacino** 250-500 mg/12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Asegurar una buena hidratación del paciente por vía oral. Administrar antitérmicos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

En las pielonefritis agudas, en ausencia de factores de riesgo (insuficiencia renal, DM, inmunodeprimidos, alteraciones de las vías urinarias...) y si la afectación es ligera, se puede realizar tratamiento ambulatorio, siempre los primeros días por vía parenteral.

SEGUIMIENTO

En pielonefritis aguda se debe realizar urocultivo pre y postratamiento a la semana, 6 semanas y 6 meses.

La pielonefritis aguda siempre requiere estudio urológico.

DERIVACIÓN

Si no hay mejoría a las 48-72 horas, remitir al hospital. La sospecha de pielonefritis en pacientes de alto riesgo (p.ej. diabéticos, embarazo, inmunodeprimidos, etc.) deben derivarse al hospital.

PROSTATITIS AGUDA

INTRODUCCIÓN

En el 95% de los casos el germen implicado es *Escherichia coli* . Sospechar *N. gonorreae* en menores de 35 años sexualmente activos.

Debido al aumento de las resistencias a Fluoroquinolonas en España y en concreto en Castilla y León, se proponen como tratamiento alternativo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROSTATITIS AGUDA	**Amoxicilina/ Ác. Clavulánico** 500/125 mg/8h vo, hasta la obtención de urocultivo. En función de la sensibilidad proseguir hasta un total de 4 sem	**Ofloxacino** 200 mg/12h vo, 28 días **o** **Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 28 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alternativa parenteral al tratamiento oral hasta resultado del antibiograma	**Cefonicid** 1 g/12h im, 3-5 días	**Gentamicina** 80 mg/12h im, 3-5 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se recomienda orinar con frecuencia y realizar la evacuación total para disminuir los síntomas de urgencia y frecuencia urinaria. Utilización de laxantes para facilitar la defecación. Los baños calientes o baños de asiento pueden aliviar un poco el dolor perineal y el lumbago asociado con la prostatitis aguda. Se aconseja evitar las sustancias que irritan la vejiga: alcohol, bebidas con cafeína, jugos cítricos y alimentos calientes o condimentados. Incrementar la ingesta de líquidos: 2-4 litros diarios.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se puede tratar de forma ambulatoria si el paciente no presenta un estado séptico, no tiene más de 65 años, no está inmunodeprimido. El tratamiento ha de iniciarse precozmente para evitar el riesgo de complicaciones (absceso prostático, bacteriemia- sepsis o infección metastásica). El tratamiento se rige por el urinocultivo y antibiograma, siendo aconsejable realizar urocultivo de control al mes.

SEGUIMIENTO

La duración del tratamiento es de 4 semanas para evitar la evolución a prostatitis crónica o formación de abscesos. Se recomiendan antitérmicos, analgésicos y laxantes.

PRECAUCIONES

El tacto rectal es muy doloroso. Está contraindicado el masaje prostático por el peligro de causar una bacteriemia o de empeorarla.

DERIVACIÓN

Si a las 48-72h no hay respuesta positiva al tratamiento empírico o hay empeoramiento, debe remitirse al paciente para ingreso hospitalario. La retención urinaria que requiera sonda es motivo de ingreso hospitalario.

PROSTATITIS CRÓNICA

INTRODUCCIÓN

La prostatitis crónica bacteriana puede deberse a una complicación de una prostatitis aguda, pero en ocasiones no se pude identificar una infección prostática previa. Los gérmenes implicados son los mismos que en la prostatitis aguda, siendo el más común *E. coli* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROSTATITIS CRÓNICA	**Cefuroxima** 250 mg/12h vo, 28 días	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg/12h vo, 28 días

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La elección del tratamiento se hará según el antibiograma. El tratamiento de la prostatitis crónica tiene éxito en el 60-80% de los casos.

En la prostatitis crónica abacteriana el paciente tiene signos de prostatitis, células en la secreción prostática, pero los cultivos habituales son negativos; en este caso, hay que sospechar infección por *Chlamydia* o *Ureaplasma*. La administración de antibióticos y alfabloqueantes no ha demostrado su utilidad.

SEGUIMIENTO

Asociar analgésicos cuando sea preciso (paracetamol 500 mg/6h o ibuprofeno 400 mg/8h) y laxantes (lactulosa 15 ml/12h).

DERIVACIÓN

Si fracasa el tratamiento, se solicitará consulta en Urología.

PROSTATODINIA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Es similar a la prostatitis no bacteriana en cuanto a los síntomas, la edad de los pacientes, y la poca efectividad de los tratamientos. En la prostatodinia se padecen síntomas provenientes de la próstata pero sin infección. Se cree que el estrés, la ansiedad y la depresión, juegan un papel importante como causa de las manifestaciones clínicas que presentan estas personas. Sin embargo, no aparecen pruebas objetivas de infección, como la presencia de leucocitos en la orina.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROSTATODINIA	**Terazosina** 5-10 mg/24h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar el alcohol, la obesidad, comidas picantes y ricas en grasas hidrogenadas, estimulantes, excitantes, drogas, tabaco y sedentarismo. Reducir el consumo de azúcares y harinas refinadas. Regular el hábito intestinal. Control del estasis hemorroidal. Potenciar una vida sexual normal y realizar baños de asiento.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

Generalmente se prescriben medicamentos antiinflamatorios para aliviar el dolor.

DERIVACIÓN

La prostatodinia es una entidad de difícil diagnóstico. Si fracasa el tratamiento, se solicitará consulta en Urología.

RETENCIÓN URINARIA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

La retención urinaria se presenta con mayor frecuencia en varón de más de 60 años, con dificultad o imposibilidad para orinar, sensación de repleción, intenso dolor suprapúbico ("globo vesical") y micción imperiosa no satisfecha que origina gran ansiedad.

Retención aguda: valorar globo vesical (suele contener unos 600 ml de orina). En el varón la causa suele ser por obstrucción prostática; como causas precipitantes: retraso voluntario de la micción, ingesta de alcohol, ciertos medicamentos (alfa-adrenérgicos, anticolinérgicos).

Retención crónica: la capacidad de la vejiga puede alcanzar 1.500 ml. La hipertrofia prostática es la causa más frecuente de retención urinaria.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
RETENCIÓN URINARIA	**Medidas no farmacológicas**: sondaje vesical	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El autosondaje es un procedimiento óptimo y seguro para tratar la retención crónica en situaciones como: vejiga neuropática, esclerosis múltiple, neuropatía diabética o tumores raquídeos. No descartar el aprendizaje por razón de edad o discapacidad. No son frecuentes las infecciones urinarias (por no quedar orina residual).

Sondar al paciente en caso de: dolor suprapúbico, vejiga neurógena o alteración en el vaciamiento vesical. La indicación de antibióticos de forma preventiva no ha demostrado ventajas.

SEGURIDAD

Las molestias secundarias a la colocación de la sonda se pueden tratar con analgésicos, como el metimazol y, en casos concretos, con anticolinérgicos, como la oxibutinina.

PRECAUCIONES

Recuerdo del sondaje vesical: asepsia, lubricación estéril (de sonda y meato urinario), tracción del pene hacia arriba e introducción suave de la sonda y vaciado (no necesariamente muy lento, las hemorragias "ex vacuo" son muy raras).

DERIVACIÓN

En la retención urinaria no resuelta, derivar al urólogo para intentar sondaje vesical o realizar punción suprapúbica.

SÍNDROME PREMENSTRUAL

INTRODUCCIÓN

El síndrome premenstrual puede definirse como el conjunto de síntomas físicos, psíquicos y conductuales, de carácter cíclico, que se presentan en la fase luteínica del ciclo menstrual y que remiten al iniciarse la menstruación, típicamente en el segundo día del inicio. Se estima que afecta a un 30-40% de las mujeres en edad fértil, de las que un 3-8% presentan la forma severa o trastorno disfórico premenstrual, alterando su vida social, laboral y sexual en la 2ª mitad del ciclo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SÍNDROME PREMENSTRUAL	**Medidas no farmacológicas**	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo, durante la 2ª fase del ciclo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Es importante explicar a la mujer el origen funcional del problema, aclararle que refleja un funcionamiento normal del ciclo menstrual, remarcar que no hay un trastorno hormonal y que no implica presencia de patología orgánica actual ni futura.

Los cambios en el estilo de vida pueden ser útiles en pacientes con síntomas moderados e, inicialmente, deberían ofrecerse a todas las pacientes. Un ensayo clínico encontró que los ejercicios aeróbicos mejoraban significativamente los síntomas premenstruales comparados con placebo, y otro mostró que los ejercicios aeróbicos de alta intensidad mejoraban más los síntomas que los de baja intensidad. La terapia conductual cognitiva disminuyó significativamente los síntomas premenstruales comparada con el tratamiento control, pero la evidencia no es suficiente para definir la magnitud del efecto. También se han recomendado suplementos nutricionales, cambios en la alimentación (comidas mas ligeras y frecuentes, ricas en hidratos de carbono complejos, y bajas en sal y grasas), restricción de tabaco, alcohol y cafeína, regularización del sueño, así como diversas técnicas (relajación, reflexología, masajes...) pero la evidencia sobre su eficacia es limitada.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Es esencial realizar un diagnóstico diferencial correcto con otros trastornos afectivos o de la personalidad. En la mayoría de las mujeres los síntomas premenstruales son leves y no interfieren con la actividad diaria, pudiendo tratarse eficazmente mediante medidas no farmacológicas. Los fármacos estarán dirigidos a mitigar los síntomas predominantes y sólo se usarán en pacientes que no hayan mejorado con las medidas higiénicas y dietéticas, de forma individualizada. Los ensayos clínicos de los tratamientos para el síndrome premenstrual presentan efectos placebo elevados.

PRECAUCIONES

Es importante no olvidar que son tratamientos que se administran en la 2ª fase del ciclo menstrual, por lo que hay que saber si la paciente usa algún método anticonceptivo o si desea quedarse embarazada, con el fin de evitar posibles efectos teratógenos.

OTROS

Los ECA encontraron que los AINE mejoraban significativamente varios de los síntomas premenstruales. No disminuían el dolor mamario premenstrual comparado con el placebo.

Se ha sugerido que la causa del síndrome premenstrual es una mayor sensibilidad a la progesterona circulante y sus metabolitos, probablemente por un déficit de serotonina. Algunos ISRS han demostrado que son eficaces en caso de síndrome premenstrual grave (trastorno disfórico premenstrual). En España esta indicación no figura en las fichas técnicas de estos medicamentos.

En algunos estudios, los antidepresivos inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina y los ansiolíticos mejoraban significativamente, por lo menos, uno de los síntomas del síndrome premenstrual comparados con el placebo, pero un gran número de pacientes interrumpen el tratamiento debido a los efectos adversos. Si la ansiedad asociada es un síntoma dominante, las benzodiazepinas como diazepam o alprazolam, pueden ser útiles.

A pesar de que los AOC se han prescrito con frecuencia en este problema de salud, la evidencia de que mejoren los síntomas premenstuales comparados con placebo es limitada.

Algunos estudios hallaron que espironolactona (100 mg/d vo, durante la 2ª fase del ciclo menstrual) mejora los síntomas de síndrome premenstrual, incluyendo sensibilidad en las mamas y el edema, en comparación con placebo. No hay comparaciones con AINE. Esta indicación no está recogida en la ficha técnica del medicamento.

Se han utilizado otros fármacos (estrógenos, progesterona, danazol, hormona liberadora de gonadotropina, bromocriptina) con evidencia limitada o desfavorable balance entre beneficios y riesgos.

TRASTORNOS DE LA MENOPAUSIA

INTRODUCCIÓN

La menopausia no es una enfermedad sino una etapa más en la vida de la mujer. Las molestias que conlleva en algún caso requerirán un tratamiento a base de medidas no farmacológicas y sólo ante la aparición de algunos síntomas molestos precisará un tratamiento farmacológico, pero siempre de forma individualizada.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TRASTORNOS DE LA MENOPAUSIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alteración de la calidad de vida	Pauta continua: **Estrógenos conjugados** 0,625-1,25 mg/24h vo, todos los días + **Medroxiprogesterona** 2,5 mg/24h vo, todos los días Pauta con gestágenos cíclicos: **Estrógenos conjugados** igual que en pauta continua + **Medroxiprogesterona** 5-10 mg/24h vo, del día 1 al 14 de cada mes	
Historia de migraña, coagulopatía, hipertrigliceridemia o náuseas con estrógenos orales	**Estradiol** parche transd 25-100 µg (aplicar 1-2 veces/sem según preparado comercial) + **Medroxiprogesterona** (mismas dosis y pautas que en el tto de elección)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Intolerancia a la medroxiprogesterona	Pauta continua: **Estrógenos conjugados** 0,625-1,25 mg/24h vo, todos los días + **Progesterona** 100 mg/24h vo, todos los días Pauta con gestágenos cíclicos: **Estrógenos conjugados** igual que en pauta continua + **Progesterona** 200 mg/24h vo, del día 1 al 14 de cada mes	
Mujeres histerectomizadas	Estrógeno solo, no es preciso gestágeno	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Modificaciones en el estilo de vida: aporte de calcio dietético, hacer ejercicio físico, evitar la obesidad y abandonar los hábitos tóxicos. Mantener la temperatura corporal lo más fresca posible y evitar los desencadenantes de los sofocos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Antes de instaurar un tratamiento es necesario conocer de forma detallada la frecuencia e intensidad de los sofocos, así como la repercusión de los mismos en las actividades diarias de la mujer.

La decisión de comenzar un tratamiento farmacológico debe basarse en la intensidad de los síntomas, en la valoración de los riesgos asociados al tratamiento y en la opinión de la mujer sobre la menopausia y la medicación.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Aunque no se conoce la dosis ni la duración adecuadas del tratamiento, se recomienda que sea lo mas corto posible y a las dosis que han demostrado ser eficaces en el alivio de los síntomas. **Se recomienda no mantener la TH más de cinco años.**

SEGUIMIENTO

A los 3-6 meses de iniciado el tratamiento, valorar la posible aparición de efectos secundarios y el patrón de sangrado.

Es conveniente comenzar con la dosis mínima eficaz (dosis mínima necesaria para conseguir una resolución de la sintomatología) e ir ajustándola, revisando anualmente la necesidad de tratamiento.

Dependiendo de la intensidad de la sintomatología inicial proponer la retirada del tratamiento de manera progresiva a partir de los 12-24 meses.

En la **retirada** utilizar una dosis menor durante 3-6 meses y posteriormente ir alternando progresivamente uno, dos o más días sin tratamiento.

SEGURIDAD

La TH con estrógeno y gestágeno puede asociarse con la aparición de efectos secundarios precoces, como dolor a la palpación de los senos, náuseas, hemorragia uterina atípica, distensión abdominal y percepción de aumento de peso.

PRECAUCIONES

La TH con estrógenos debe administrarse a la mínima dosis eficaz y el mínimo tiempo posible.

Salvo en mujeres histerectomizadas, es obligado administrar gestágenos para reducir el riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio, que condicionan los estrógenos. La TH con estrógeno y gestágeno puede asociarse con la aparición de efectos secundarios precoces, como dolor a la palpación de los senos, náuseas, hemorragia uterina atípica, distensión abdominal y percepción de aumento de peso.

OTROS

Otras opciones terapéuticas: Aunque hay ensayos clínicos realizados con tibolona versus placebo que muestran su eficacia en la mejora de los síntomas vasomotores, su eficacia frente a la combinación de estrógenos y progestágenos no está bien establecida.

No hay evidencia de la eficacia de los fitoestrógenos en el tratamiento de los síntomas de la menopausia, ni en la prevención de fracturas. No hay datos sobre su seguridad a largo plazo.

URETRITIS

INTRODUCCIÓN

Un 40-50% de los casos de uretritis tienen una etiología mixta *Neisseria gonorrhoeae y Chlamydia* por lo que se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos. Un 20% de los casos de uretritis quedan sin una etiología clara pudiendo estar relacionados con *Trichomonas* o *U. urealyticum* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
URETRITIS	**Cefixima** 400 mg vo, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU o **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 10 días	**Ofloxacino** 400 mg vo, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU o **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Uretritis recurrente o persistente	**Metronidazol oral** 2 g vo, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las personas con uretritis que estén en tratamiento deben abstenerse de tener relaciones sexuales o usar preservativos durante éstas.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento debe iniciarse tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible. Deben tratarse los compañeros sexuales del último mes aunque estén asintomáticos y evitar el coito sin preservativo hasta que todos hayan sido tratados.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El objetivo de la terapia es la mejora de los síntomas, la prevención de la diseminación de la infección y eliminar su causa.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La simple presencia de síntomas, sin signos clínicos o hallazgos de laboratorio de inflamación uretral, no es base suficiente para re-tratamiento. En caso de procesos recurrentes, deberemos indagar sobre:

- Incumplimiento terapéutico: repetir el tratamiento en caso de que no se haya realizado correctamente.
- Tratamiento de la pareja sexual, en caso de que no se haya hecho.
- Re-exposición con una pareja sexual no tratada o con una nueva. La causa más frecuente de reaparición de los síntomas tras un tratamiento correcto es la reinfección, más que el fallo terapéutico.
- En pacientes con síntomas persistentes, sospecharemos de infección por otros patógenos, o una causa no infecciosa (alérgica, autoinmune).
- Si el paciente ha seguido el tratamiento prescrito inicialmente y se puede descartar una re-exposición, sospecharemos causas infrecuentes de uretritis.

SEGUIMIENTO

No es necesario el seguimiento sistemático de los pacientes correctamente tratados con una pauta para gonococo y *Chlamydia* cuyos síntomas hayan desaparecido y no hayan vuelto a tener relación con un contacto no tratado.

PRECAUCIONES

En el embarazo no se pueden utilizar quinolonas ni doxiciclina, por lo que el tratamiento recomendado es una cefalosporina (ceftriaxona o cefixima) y un macrólido (eritromicina o azitromicina).

DERIVACIÓN

Valorar la consulta con especialista (Urología-Microbiología) en caso de recidiva o mala respuesta al tratamiento.

OTROS

Ceftriaxona mantiene un grado similar de sensibilidad que cefixima para *N. gonorrhoeae*, pero es de diagnóstico hospitalario y requiere visado por inspección.

VAGINOSIS BACTERIANA

INTRODUCCIÓN

Para el diagnóstico de vaginosis bacteriana no se precisa la detección de una bacteria específica, auque la que se aísla con mayor frecuencia es *Gardnerella vaginalis*. No puede clasificarse como ETS pero es un claro predictor de infección por gonococo y clamidias.

La patología es asintomática en el 50% de las mujeres infectadas.

La vaginosis bacteriana puede resolverse espontáneamente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VAGINOSIS BACTERIANA	**Metronidazol oral** 500 mg/12h vo, 7 días **o** **Metronidazol ginecológico** 0,75% 1 aplic (5 g)/d al acostarse, 5 días **o** **Clindamicina ginecológica** 2% 1 aplic (5 g)/24h al acostarse, 7 días	**Clindamicina** 300 mg/12h vo, 7 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazadas con enfermedad sintomática	**Metronidazol oral** 250 mg/8h vo ó 500 mg/12h vo, 7 días	Primer trimestre: **Clindamicina** 300 mg/12h vo, 7 días
Embarazadas de alto riesgo asintomáticas (antecedentes de rotura prematura de membrana)	**Metronidazol oral** 250 mg/8h vo ó 500 mg/12h vo, 7 días	Primer trimestre: **Clindamicina** 300 mg/12h vo, 7 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Los genitales se lavarán sólo con agua. Evitar el uso de duchas vaginales, desodorantes, perfumes, jabones antisépticos; si se usan, deberán ser de pH ácido para no alterar más la flora vaginal. Es aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad. Evitar compresas de fibra sintética.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento está indicado en:

- Mujeres sintomáticas.

- Mujeres a las que se va a realizar algún procedimiento de instrumentación urogenital.
- Mujeres embarazadas sintomáticas o asintomáticas con historia de embarazo pretérmino.

No está indicado el tratamiento de la pareja sexual.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar los síntomas y prevenir complicaciones.

En embarazadas: aliviar los síntomas y prevenir complicaciones relacionadas con el momento del parto, el final del embarazo y la cirugía ginecológica, con los mínimos efectos adversos; y reducir los resultados adversos en neonatos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valorar la curación clínica o microbiológica, generalmente 1, 2 ó 4 semanas después de completar el tratamiento.

SEGURIDAD

Metronidazol oral: su uso en embarazo está catalogado en la categoría B. Aunque los últimos datos disponibles en humanos sugieren bajo riesgo en el feto, se recomienda valorar cuidadosamente los posibles riesgos/beneficios de su utilización, y evitar la terapia de dosis altas (2 g vía oral, en dosis única). Metronidazol se excreta en leche materna: si se usa metronidazol 2 g vía oral dosis única, se recomienda suspender la lactancia durante 12-24 horas para permitir la excreción del medicamento.

Clindamicina oral: se acepta su uso en embarazo (Categoría B), aunque debe limitarse a infecciones graves debido al riesgo de colitis pseudomembranosa que podría complicar seriamente la gestación.

PRECAUCIONES

Evitar el consumo de alcohol hasta 24 horas después de finalizar el tratamiento con metronidazol oral, por el posible efecto antabús.

OTROS

La crema de clindamicina puede alterar el látex de los preservativos y diafragmas vaginales, por lo que éstos no deben ser usados hasta pasados 5 días tras la finalización del tratamiento.

En caso de alergia o intolerancia a metronidazol, es preferible la utilización de clindamicina crema intravaginal. El metronidazol gel intravaginal puede considerarse en pacientes que no toleran metronidazol oral, pero no debería utilizarse en alérgicos a metronidazol oral.

VULVOVAGINITIS POR CANDIDA

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis por *Candida* representa entre el 20-30% de las vaginitis. No puede ser considerada una ETS porque habitualmente se origina por cepas propias de cada paciente. En el 10-20% de las mujeres en edad fértil pueden detectarse especies de *Candida* en la vagina de forma totalmente asintomática. Estas

mujeres no requieren ningún tratamiento, pero la trasmisión sexual es posible, lo que condiciona el tratamiento de la pareja cuando presente clínica (balanitis candidiásica u otras formas de candidiasis cutánea en el área genital).

Alrededor del 5% de las mujeres con vaginitis candidiásica presenta recurrencias. Se considera **vulvovaginitis recidivante** cuando se presenta de forma sintomática en cuatro o más ocasiones al año. Su tratamiento consta de dos fases: inducción y mantenimiento. Con el tratamiento de mantenimiento, el 90% de las pacientes no desarrollará recurrencias durante los 6 meses de tratamiento; sin embargo, entre el 35-40% pueden experimentar nuevos episodios una vez haya cesado dicha terapia. **Si existen recurrencias infrecuentes** , deben tratarse de forma independiente con terapia tópica o sistémica a las dosis recomendadas. No existe, sin embargo, consenso sobre la frecuencia con la que pueden ser usados tanto los tratamientos de inducción como los de mantenimiento.

Son factores predisponentes: embarazo (sobre todo tercer trimestre), anticonceptivos orales con alta carga estrogénica, terapia hormonal sustitutiva, diabetes, antibióticos (sobre todo de amplio espectro durante o tras el tratamiento), inmunodepresión, enfermedades sistémicas autoinmunes, uso de ropa ajustada, de nylon y sustancias de uso íntimo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VULVOVAGINITIS POR CANDIDA	**Clotrimazol ginecológico** 500 mg vaginal, DU	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Vulvovaginitis recidivante (Tratamiento de de inducción)	**Clotrimazol ginecológico** 100 mg/d vaginal, 7 días **o** **Fluconazol** 150 mg vo, DU	
Vulvovaginitis recidivante (Tratamiento de mantenimiento)	**Fluconazol** 100 mg/sem o 150 mg/mes vo (posmenstruación), 6 meses **o** **Clotrimazol ginecológico** 500 mg/sem vaginal, 6 meses **o** **Itraconazol** 400 mg/mes vo, 6 meses	
Cultivo positivo para *Candida* glabrata	Ácido bórico (FM) cáps vaginal 600 mg/d, 14 días	
Vulvovaginitis recidivante por *Candida* glabrata (Tratamiento de inducción)	Ácido bórico (FM) cáps vaginal 600 mg/d, 14 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Clotrimazol ginecológico** 100 mg/d vaginal, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Los genitales se lavarán sólo con agua. Evitar el uso de desodorantes, perfumes, jabones antisépticos y, si se usan, deberán ser de pH ácido para no alterar más la flora vaginal. Es aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad. Evitar las compresas de fibra sintética.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar cuando sea sintomática. Puede confirmarse la existencia de *Candida* por el examen del flujo al microscopio óptico.

El cultivo está indicado en recurrencias.

El tratamiento de la pareja sexual no es necesario, a menos que ésta tenga síntomas de balanitis u otras formas de candidiasis cutánea en el área genital.

En caso de vaginitis candidiásica por posible contagio sexual hay que realizar todo el protocolo de estudio a la mujer y a su pareja para descartar otra ETS acompañante.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Completa remisión de la sintomatología.

Desaparición de las recurrencias.

SEGUIMIENTO

Si están asintomáticas, no precisa seguimiento ni cultivo post-tratamiento.

SEGURIDAD

Itraconazol y fluconazol oral: deben evitarse en embarazo (Categoría C), durante la lactancia y en niños.

PRECAUCIONES

Itraconazol oral: precisa ajuste de dosis en IH pero no en IR. Precisa estudio de la función hepática, en caso de terapia continua al mes, y en la terapia intermitente tras 4 ó más ciclos. Precaución en pacientes con alto riesgo de insuficiencia cardiaca (pacientes tratados con itraconazol a dosis altas o en ciclos largos, pacientes mayores y con cardiopatía y terapia conjunta con fármacos inotrópicos negativos como los antagonistas del calcio). Interacciones: los inductores enzimáticos (carbamazepina, isoniazida, rifampicina, fenobarbital, fenitoina...), anti-H2, inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y el zumo de pomelo disminuyen la concentración de itraconazol. Los macrólidos, antiretrovirales y BZD aumentan el efecto de Itraconazol. Itraconazol aumenta el efecto de anticoagulantes, estatinas, antagonistas del calcio, BZD, digoxina, buspirona y ciclosporina; y disminuye el efecto de los anticonceptivos orales.

Fluconazol oral: vigilar función en IH y en IR. Susceptibilidad de que se alargue el periodo QT. Interacciones: las mismas que itraconazol.

VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS

VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS

Enfermedades del aparato genito-urinario

INTRODUCCIÓN

Enfermedad de transmisión sexual producida por *Trichomonas vaginalis;* en un 30% se asocia a otras ETS.

En el hombre puede causar uretritis que con frecuencia es asintomática.

Factores predisponentes: múltiples parejas sexuales, no uso de métodos barrera y embarazo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
VULVOVAGINITIS POR TRICHOMONAS	**Metronidazol oral** 2 g vo, DU	**Metronidazol oral** 500 mg/12h vo, 7 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Metronidazol oral** 500 mg/12h vo, 7 días	Primer trimestre: **Clotrimazol ginecológico** 100 mg/d comp vaginal, 7-14 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Recomendar abstinencia sexual hasta concluir el tratamiento y, hasta que ambos miembros de la pareja estén asintomáticos, investigar otras posibles ETS.
- Los genitales se lavarán sólo con agua. Evitar el uso de desodorantes, perfumes, jabones antisépticos, y si se usan deberán ser de pH ácido para no alterar más la flora vaginal. Aconsejable que la ropa interior sea de algodón, lo que permite mayor ventilación de la zona y evita la humedad. Evitar compresas de fibra sintética.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La infección se diagnostica habitualmente con realización de frotis vaginal y visualización de *Trichomonas* en el examen en fresco.

Tratar a todos los pacientes con *Trichomonas* positivo; la pareja sexual debe tratarse simultáneamente en todos los casos.

El tratamiento de las mujeres embarazadas no ha demostrado, hasta la fecha, disminución de las complicaciones asociadas a la infección por *Trichomonas*, pero sí de los síntomas. Por tanto, sólo se recomienda el tratamiento de las gestantes sintomáticas.

SEGUIMIENTO

Deben investigarse siempre otras posibles ETS asociadas.

SEGURIDAD

Metronidazol oral: su uso en embarazo está catalogado en la categoría B. Aunque los últimos datos disponibles en humanos sugieren bajo riesgo en el feto, se recomienda valorar cuidadosamente los posibles riesgos/beneficios de su utilización, y evitar la terapia de dosis altas (2 g vía oral en dosis única). Metronidazol se excreta en leche materna: si se usa metronidazol 2 g vía oral dosis única, se recomienda suspender la lactancia durante 12-24 horas para permitir la excreción del medicamento.

PRECAUCIONES

Evitar el consumo de alcohol hasta 24 horas después de finalizar el tratamiento con metronidazol oral, por el posible efecto antabús.

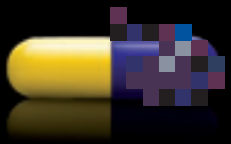
DERIVACIÓN

Valorar derivación a Ginecología/ Tocología de embarazadas con exudado vaginal positivo a *Trichomonas*, ya que esta infección puede ocasionar rotura prematura de membranas, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

OTROS

Si el tratamiento no fuese efectivo, se repetirá la pauta recomendada y se tratará a la pareja si no se ha hecho previamente, ya que lo más frecuente es una reinfección del paciente por ese motivo. Si persiste el fracaso terapéutico, se puede pasar a la pauta alternativa de 7 días.

El tratamiento de elección durante el embarazo después del primer trimestre es metronidazol. Dado que los datos sobre su posible capacidad teratogénica no son concluyentes, algunos autores (aunque no todos) prefieren evitar este fármaco durante el primer trimestre del embarazo. La alternativa propuesta durante este período es el clotrimazol por vía vaginal que, aunque posee una tasa de curación muy baja, proporciona un alivio de los síntomas suficiente como para poder posponer el tratamiento con metronidazol a períodos del embarazo más seguros.



13

Embarazo y anticoncepción

ANTICONCEPCIÓN

INTRODUCCIÓN

No existen diferencias de eficacia entre los diferentes métodos hormonales combinados, cualquiera que sea su vía de administración: oral, transdérmica o vaginal. La decisión de una u otra vía depende de las preferencias de la mujer. A la hora de prescribir un anticonceptivo hormonal combinado a una mujer por vez primera, debe tenerse en cuenta que el incremento de riesgo de tromboembolismo venoso estimado para los que contienen un gestágeno de 3ª generación es mayor durante el primer año de uso. Los preparados con dosis más bajas de estrógenos (15-35 µg) presentan menos efectos adversos estrógeno-dependientes (menorragia, dismenorrea, náuseas, vómitos, retención de fluidos...). Las especialidades bifásicas o trifásicas (comprimido con dosificación secuencial o escalonada de estrógeno y progestágeno) intentan emular el ritmo hormonal fisiológico pero no se han demostrado ventajas clínicas respecto a los monofásicos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANTICONCEPCIÓN	**Levonorgestrel/ Etinilestradiol** 1 comp/d vo, durante 21 días seguido de un descanso de 7 días o, en especialidades diarias sin descanso, 1 comp activo/d durante 21 días, seguido de 1 comp inactivo durante otros 7 días	**Etinilestradiol/Etonogestrel** 15/120 µg/d anillo vaginal, 3 sem seguido de 1 sem de descanso **o** **Etinilestradiol/Norelgestromina** 20/150 µg/d parche transd 1 parche/sem, 3 sem seguido de 1 sem de descanso

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Lactancia materna, fumadoras > 35 años o contraindicación de estrógenos	**Desogestrel** 75 µg/d vo, sin interrupción	Métodos no farmacológicos u otros métodos hormonales con progestágenos solos a largo plazo (**Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel** **o** **Implante subcutáneo liberador de Levonorgestrel** -Ver apartado OTROS-)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Dificultades especiales para el cumplimiento	**Algestona/ Estradiol** 150/10 mg/mes im (1 amp mensual 8 días después del comienzo de la regla) **o** **Medroxiprogesterona** 150 mg/3 meses im (1 iny trimestral en los 5 primeros días del ciclo)	Otros métodos hormonales con progestágenos solos a largo plazo (**Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel** **o** **Implante subcutáneo liberador de Levonorgestrel** -Ver apartado OTROS-)
Interacciones: inductores enzimáticos (fenitoína, fenobarbital, primidona, carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, felbamato; rifampicina; ritonavir...; griseofulvina; modafinil; fenilbutazona; hierba de San Juan). Penicilina, ampicilina, tetraciclinas....	En ciclos cortos: Método no farmacológico adicional durante el tto y 28 días adicionales tras la interrupción del mismo en caso de inductores enzimáticos; con antibióticos (excepto tetraciclina) hasta 7 días después de interrumpir el tto. En ciclos largos: Método no farmacológico o **Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel**.	**Algestona/ Estradiol** 150/10 mg/mes im (1 amp mensual 8 días después del comienzo de la regla) **o** **Medroxiprogesterona** 150 mg/3 meses im (1 iny trimestral en los 5 primeros días del ciclo)
Múltiples parejas sexuales o riesgo de contagio sexual	Preservativo masculino o femenino (asociado o no a otro método)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Métodos de abstención sexual periódica.
- Métodos de barrera:
  - Preservativo masculino (mayor eficacia asociado a espermicida) y preservativo femenino: ofrecen protección frente a las ETS.
  - Diafragma asociado a espermicida: no ofrece protección completa frente a ETS.
  - DIU de cobre.
- Anticoncepción quirúrgica: esterilización por interrupción quirúrgica de las trompas uterinas en las mujeres (ligadura tubárica) o de los conductos deferentes en los varones (vasectomía).

SEGUIMIENTO

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Iniciar el envase el primer día de la menstruación, tomar 1 comp/d durante 21 días, siempre a la misma hora, luego descansar 7 días y al 8º comenzar otro envase. En especialidades diarias sin descanso, 1 comp activo/d durante 21 días, seguido de 1 comp inactivo durante otros 7 días. Advertir a la usuaria que no confunda los comprimidos de placebo con los activos.

Olvidos de toma:

- Retraso menor de 12 h: administrar lo antes posible el comprimido olvidado y seguir tomando los siguientes en el horario habitual.
- Retraso mayor de 12 h: tomar el último comprimido olvidado lo antes posible y seguir tomando los siguientes en el horario habitual, aunque ello implique tomar 2 a la vez o en el mismo día. Puede no estar adecuadamente protegida los 7 días siguientes, por lo que se debe recomendar usar adicionalmente un método barrera. Si el olvido es en la primera semana del envase (días 1-7) considerar anticoncepción de emergencia si tuvo coito desprotegido en la semana de descanso o días previos al olvido. Si el olvido es en la tercera semana, se debe terminar el envase actual y comenzar el nuevo sin dejar intervalo libre entre ambos, o bien interrumpir la toma 7 días y reiniciar con un nuevo envase.

Si hay vómitos o diarrea durante las 2-4 h siguientes a la toma, puede afectar su absorción, por lo que se deben seguir las mismas recomendaciones que en caso de olvido. Si persisten, usar método alternativo hasta tolerancia y reinicio de tratamiento.

Si existen náuseas, tensión mamaria, retención de líquidos, durante los primeros 3 meses, tranquilizar a la usuaria informándola de que suelen ser síntomas transitorios. En caso de intolerancia o persistencia, valorar el cambio por un preparado con dosis más bajas de estrógeno.

Las hemorragias por disrupción son más frecuentes con preparados de baja dosis de estrógenos y al inicio del tratamiento. Suelen ceder espontáneamente en 2-4 meses. Investigar la posibilidad de olvidos, interacciones medicamentosas o situaciones de estrés. Si son muy intensas o no las tolera, dar preparados con mayor dosis de estrógeno, sin aumentar la de gestágeno, o cambiar a anticonceptivo con otro gestágeno. Si persiste el sangrado irregular, descartar patología ginecológica.

La amenorrea suele deberse a acción de los gestágenos. Descartar embarazo. No tiene importancia y no se trata salvo que no la tolere (incertidumbre de embarazo) y en ese caso, tratar igual que la hemorragia por disrupción. Si persiste, realizar estudio complementario.

Parches:

Se aplica 1 parche 1 vez por semana durante 3 semanas, seguido de un periodo sin parche de 7 días. Si la terapia del ciclo 1 comienza después del primer día de la menstruación, deberá usar al mismo tiempo un anticonceptivo no hormonal durante los primeros 7 días. Si hay retraso de más de 48 h de la fecha de cambio o se despega y pasan más de 24 h, suspender ese ciclo y empezar un nuevo ciclo, usando método de barrera los primeros 7 días. Al final del ciclo, si no se ha quitado el parche al comienzo de la semana 4, retirarlo lo antes posible, y el ciclo siguiente debe comenzar el día de cambio habitual.

Anillo vaginal:

El anillo se puede colocar entre los días 1 y 5 del ciclo y debe estar de forma continua en la vagina durante 3 semanas, retirándose durante 7 días. Si no se usaba anticoncepción hormonal en el mes anterior, y se coloca el anillo entre los días 2 y 5, hay que usar un método de barrera adicional durante los 7

primeros días. Cuando hay retraso > 1 semana en insertar un nuevo anillo o se deja fuera de la vagina más de 3 h, se aconseja asociar método de barrera 1 semana. Puede extraerse para el coito, sin que pierda eficacia, siempre que se coloque antes de 3 h.

SEGURIDAD

El uso de anticonceptivos hormonales combinados, incluidos parches y anillo vaginal, conlleva un mayor riesgo de TVP en comparación con el no uso. Están contraindicados en mujeres que padezcan o tengan antecedentes de enfermedad tromboembólica venosa, historia previa o reciente de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. También se deben tener en cuenta los factores de riesgo (antecedentes familiares, obesidad, periodo post-parto, intervención quirúrgica reciente). Deberá valorarse la interrupción del tratamiento en caso de intervención quirúrgica o inmovilización por cualquier causa.

Acetato de medroxiprogesterona: disminución de la densidad ósea con el uso prolongado.

PRECAUCIONES

En viajes que impliquen periodos de inmovilidad prolongada (más de 5 h) puede haber aumento del riesgo de TVP. El riesgo puede disminuir mediante ejercicio adecuado durante el viaje y posiblemente con el uso de medias elásticas.

Suspender anticonceptivos que tengan estrógenos, 4 semanas antes de la cirugía mayor programada y de la cirugía de miembros inferiores que suponga inmovilización prolongada. Se puede ofrecer inyección intramuscular de progestágenos solos.

DERIVACIÓN

Otros sistemas anticonceptivos hormonales cuya prescripción corresponde a Atención Especializada e implican la derivación del paciente:

Sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel: con frecuencia produce amenorrea. Puede ser útil en mujeres nulíparas con menstruaciones abundantes y prolongadas, en las que la posible amenorrea no suponga un rechazo. Dura 5 años, pero con una alta tasa de abandonos en el primer año.

Implantes subcutáneos de progestágenos: son de utilidad en mujeres con dificultades en el cumplimiento. Tienen una duración de 3 a 5 años. Induce trastornos del ciclo menstrual en la mayoría de las usuarias, lo que constituye la principal causa de abandonos. Se inserta en la cara interna del brazo, precisando anestesia local.

OTROS

Mujeres > 40 años: valorar preferiblemente los métodos anticonceptivos no hormonales.

Si existe acné o hirsutismo, el anticonceptivo de elección es Acetato de ciproterona/Etinilestradiol 2/0,035 mg. **(Véase «Acné» e «Hirsutismo»)**

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la autoconcepción hormonal postcoital es evitar el embarazo no deseado después de un coito no protegido (sin utilización de método anticonceptivo o uso incorrecto, accidente o fallo y también en caso de violación). No debe utilizarse como método anticonceptivo regular. Deben recomendarse métodos anticonceptivos convencionales a las mujeres que demandan autoconcepción de emergencia.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ANTICONCEPCIÓN HORMONAL POSTCOITAL	**Levonorgestrel** 1,5 mg vo, DU lo antes posible y siempre antes de las 72 h (3 días) de un coito no protegido.	

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Las pautas de sangrado pueden verse temporalmente alteradas, pero la mayoría de las mujeres tendrán su siguiente periodo menstrual en los 7 días alrededor de la fecha esperada. Si el siguiente periodo menstrual se retrasa más de 5 días, debe descartarse un posible embarazo.

SEGUIMIENTO

Si la paciente vomita antes de que hayan pasado 3 h desde la toma, es necesario tratar los vómitos y volver a administrar el medicamento.

SEGURIDAD

Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, dolor hipogástrico, fatiga, cefalea, mareos, mastalgia, irregularidades menstruales y vómitos.

PRECAUCIONES

Las evidencias epidemiológicas no indican efectos adversos de los progestágenos sobre el feto, pero no debe administrarse a mujeres embarazadas. Valorar test de embarazo previo.

La eficacia disminuye si se toman, o se han tomado en las 4 semanas previas, fármacos inductores enzimáticos como fenitoína, fenobarbital, primidona, carbamazepina, oxcarbazepina, topiramato, felbamato; rifampicina; ritonavir; griseofulvina; modafinil; fenilbutazona; hierba de San Juan.

DERIVACIÓN

Si no se controlan los vómitos, ante posible ineficacia por interacción farmacológica, pasadas 72 h o contraindicación de levonorgestrel, podríamos ofrecer la inserción de DIU de cobre, hasta 120 h (5 días) después del coito no protegido.

OTROS

Cuanto antes se administre mayor es la eficacia; por eso se debe administrar lo más pronto posible después de la relación sexual, preferiblemente en las primeras 12 h, y siempre antes de las 72 h (3 días). No es eficaz una vez que la implantación se ha iniciado y su administración no interrumpe el embarazo.

Informar a la mujer de que:

- El método sólo evita el embarazo en esta relación sexual; después se debe recomendar un método anticonceptivo seguro.
- Puede haber fallos y no siempre evita el embarazo.
- Antes del comienzo de la menstruación puede haber pequeñas pérdidas de sangre y la regla puede tener cantidad y duración diferente, puede adelantarse o retrasarse.

En Castilla y León, la píldora postcoital está disponible en los Centros de Atención Primaria.

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA

INTRODUCCIÓN

En 1994 la FDA desautorizó la indicación de la bromocriptina para la supresión de la lactancia.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INHIBICIÓN DE LA LACTANCIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Fracaso de las medidas no farmacológicas	En caso de supresión de la lactancia de forma inmediata al parto: **Cabergolina** 1 mg vo, DU En caso de supresión de la lactancia ya instaurada: **Cabergolina** 0,25 mg/12h vo, 2 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Uso de sujetador firme y apretado; aplicar frío en las mamas; evitar la succión o el masaje del pezón para no estimular la prolactina.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

En nuestro país, aunque la bromocriptina y la cabergolida están autorizadas para la supresión de la lactación, no se recomienda su uso habitual por el riesgo de efectos secundarios.

La cabergolina frecuentemente produce hipotensión. Precaución en la conducción de vehículos.

OTROS

En 1994, la FDA desautorizó la indicación de la bromocriptina para la supresión de la lactancia, medida que fue imitada en otros países por sus graves efectos secundarios, como síncopes, ictus e infarto de miocardio durante el postparto.

PROFILAXIS DEL DEFECTO DEL TUBO NEURAL

PROFILAXIS DEL DEFECTO DEL TUBO NEURAL

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROFILAXIS DEL DEFECTO DEL TUBO NEURAL	**Fólico ácido** 0,4 mg/d vo, 1 mes antes y durante el primer trimestre de gestación en todas las mujeres que planean embarazo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mujeres con antecedentes de gestación de fetos con defectos del tubo neural	**Fólico ácido** 5 mg/d vo, desde 1-2 meses antes y durante el primer trimestre de la gestación	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se recomienda aumentar el consumo de alimentos ricos en folatos (arroz, legumbres, cereales, espárragos, vegetales de hoja oscura, pasta, naranja, plátano...) durante la gestación.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Todas las mujeres que hayan tenido un feto con defecto del tubo neural, deben recibir información a cerca del riesgo de recurrencia en un embarazo posterior, y deben ser aconsejadas sobre el efecto protector de los suplementos con folato previo a la concepción.

En mujeres con antecedentes de gestación de fetos con defectos del tubo neural: valorar, en función de las características de la paciente, si se prescribe el ácido fólico de forma continuada en función del riesgo de un embarazo no planificado.

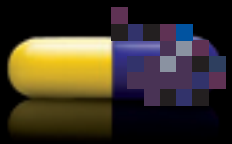
PRECAUCIONES

En anemia perniciosa o megaloblástica por deficiencia de Vit B12 no se puede administrar ácido fólico solo, ya que puede precipitar una degeneración subaguda de cordón espinal.

OTROS

Se recomienda ácido fólico en forma de monofármaco.

Suplementar con ácido folínico y folinato cálcico no ofrece ninguna ventaja frente al ácido fólico, excepto en mujeres que estén en tratamiento con fármacos anti-folatos como metotrexate o trimetroprim-sulfametoxazol y cuando la vía oral sea imposible.



14

Enfermedades infecciosas y parasitarias

ASCARIDIASIS

INTRODUCCIÓN

La infestación por *Ascaris lumbricoides* suele producirse por la ingesta de vegetales crudos sin lavar. Vive en el intestino delgado del hombre; los huevos en heces no aparecen hasta 2 meses tras la contaminación.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ASCARIDIASIS	**Mebendazol** 100 mg/12h vo, 3 días **o** **Pirantel** 11 mg/kg vo (máx. 1 g/d), DU	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Higiene meticulosa de manos y uñas. Lavado de las manos sobre todo después de usar el váter y antes de las comidas.

Evitar el contacto con suelos contaminados con heces humanas; lavado adecuado de verduras.

OBSERVACIONES GENERALES

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Si los parásitos no han desaparecido a las 3 semanas, repetir un segundo ciclo de tratamiento.

SEGURIDAD

El mebendazol está contraindicado en el primer trimestre de embarazo y en niños menores de 2 años.

El pirantel está contraindicado en el embarazo y hepatopatías.

PRECAUCIONES

Pirantel puede producir coloración rojiza de las heces.

Se deben tomar con comida.

OTROS

Albendazol 400 mg/24h vo, DU, es una alternativa recogida en varias guías, ya que tiene una buena absorción intestinal a diferencia de los anteriores, siendo eficaz en la parasitación tisular. Como desventaja, la única presentación disponible es de 60 comprimidos y sólo se necesita 1 comprimido, lo que lo encarece; además no figura la indicación en ficha técnica.

BRUCELOSIS

INTRODUCCIÓN

Zoonosis. Enfermedad profesional o por ingesta de productos lácteos no controlados.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
BRUCELOSIS	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 6 sem + **Estreptomicina** 1 g/24h im, 2 sem	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 6 sem + **Rifampicina** 15 mg/kg/24h vo (máx. 900 mg/d), 6 sem

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a tetraciclinas	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg/12h vo, 6 sem + **Rifampicina** 15 mg/kg/24h vo (máx. 900 mg/d), 6 sem	
Alergia a aminoglucósidos, sordera o vértigo	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 6 sem + **Rifampicina** 15 mg/kg/24h vo (máx. 900 mg/d), 6 sem	
Embarazo	**Rifampicina** 15 mg/kg/24h vo (máx. 900 mg/d), 8 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo e hidratación.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Combatir la infección, aliviar los síntomas, evitar recidivas.

SEGUIMIENTO

Seguimiento clínico del paciente durante dos años. No necesita control serológico. En caso de recidiva, repetir el tratamiento (está demostrado que la bacteria mantiene la sensibilidad antibiótica).

PRECAUCIONES

Durante el tratamiento, vigilar la función hepática, renal, hemograma y ototoxicidad, según los fármacos pautados.

DERIVACIÓN

Si hay afectación del SN, endocarditis y/o afectación ósea localizada.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

CHANCROIDE

INTRODUCCIÓN

Producido por *Haemophilus ducreyi* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
CHANCROIDE	**Azitromicina** 1 g vo, DU	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo y Lactancia	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU	**Eritromicina** 500 mg/8h vo, 7 días
Intolerancia y/o alergia a macrólidos	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU	**Ciprofloxacino** 500 mg/12h vo, 3 días

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar sobre conductas sexuales de riesgo. Fomentar el uso del preservativo.

Las adenopatías fluctuantes o mayores de 5 cm deben ser drenadas mediante incisión o aspiración repetida.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Investigar, evaluar y tratar a las parejas sexuales (incluso en ausencia de síntomas) que el paciente haya tenido durante los 10 días previos al inicio de los síntomas.

SEGUIMIENTO

Los pacientes deben evaluarse a los 3-7 días del inicio del tratamiento y luego cada 2 semanas hasta su curación.

Realizar estudio de VIH y sífilis a los 3 meses.

DERIVACIÓN

Pacientes con VIH. Mala respuesta al tratamiento.

OTROS

Es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

INTRODUCCIÓN

En inmunocompetentes suele curar espontáneamente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO	Cura local + **Paracetamol** 500-1.000 mg/6h vo (máx. 4 g/d) o **Ibuprofeno** 400-600 mg/8h vo	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Linfadenopatías extensas o paciente inmunocomprometido	**Azitromicina** 500 mg/24h vo, 3 días Dosis pediátrica: 10 mg/kg/24h vo, 3 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En ocasiones puede estar indicado el drenaje quirúrgico de los ganglios linfáticos supurativos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Realizar profilaxis antitetánica si es preciso.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Hay menos evidencia pero también pueden utilizarse otros macrólidos, doxiciclina, cotrimoxazol o ciprofloxacino.

PRECAUCIONES

Azitromicina se debe tomar separada de alimentos.

FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA

INTRODUCCIÓN

Enfermedad endémica en España, transmitida por la garrapata del perro, producida por *Rickettsia conorii*. La lesión de inoculación produce la típica "mancha negra" indolora.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FIEBRE BOTONOSA MEDITERRÁNEA	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 5 días	**Ciprofloxacino** 500-750 mg/12h vo, 5 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Josamicina** 1 g/12h vo, 5 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Mantenimiento de la hierba cortada. Evitar la desparasitación animal manual. Autoinspección corporal.
En caso de hallar garrapatas adheridas a la piel, acudir a un centro sanitario para la extracción correcta de la misma.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe iniciar tratamiento temprano sin esperar la confirmación serológica.

No hay evidencia de la utilidad de quimioprofilaxis tras la picadura de una garrapata.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Evitar complicaciones.

SEGURIDAD

Doxiciclina: entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad. Está contraindicada en niños menores de 8 años.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

PRECAUCIONES

Doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañada de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

DERIVACIÓN

Derivar al hospital los pacientes con afectación clínica severa, embarazo, edad avanzada o inmunodeprimidos.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

GIARDIASIS

INTRODUCCIÓN

Giardia lamblia es un protozoo que vive en el intestino delgado del hombre; la transmisión es por vía feco-oral.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GIARDIASIS	**Metronidazol oral** 250 mg/12h vo, 5 días **o** **Tinidazol oral** 2 g vo, DU	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Higiene meticulosa de manos y uñas, lavado de las manos sobre todo después de utilizar el váter y antes de las comidas.

Evaluar el origen de la infección: persona a persona, agua o alimentos contaminados.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Debe realizarse detección activa de casos, incluso en asintomáticos, en guarderías e instituciones cerradas y tratarlos.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Antes de repetir el tratamiento se recomienda repetir el estudio. Puede repetirse el tratamiento después de 8 días.

SEGURIDAD

Los nitroimidazoles tienen efecto antabús, pueden producir coluria y existe el riesgo de leucopenia y trombocitopenia.

No se deben utilizar en el primer trimestre del embarazo.

PRECAUCIONES

Se deben tomar en medio de las comidas.

Controles hematológicos en tratamientos de más de 1 semana.

La aparición de diarrea tras el tratamiento puede ser debida a intolerancia a la lactosa más que a una reinfección.

OTROS

Es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

GRANULOMA INGUINAL

INTRODUCCIÓN

Pápula o nódulo que se ulcera, indolora, con tejido de granulación. Producido por *Calymmatobacterium granulomatis* .

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
GRANULOMA INGUINAL	**Azitromicina** 1 g/sem vo, 3 sem	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 3-4 sem **o** **Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg/12h vo, 3 sem

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo y lactancia	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 3 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Información sobre conductas sexuales de riesgo. Fomentar el uso del preservativo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Deben examinarse los contactos sexuales en los 60 días anteriores al inicio de los síntomas y ofrecerles tratamiento ante sospecha de enfermedad.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

La respuesta clínica aparece generalmente a la semana. El tratamiento debe mantenerse hasta que desaparezcan todas las lesiones.

SEGUIMIENTO

Seguimiento clínico hasta desaparición de signos y síntomas. Pueden producirse recaídas 6-18 meses después del éxito aparente del tratamiento, por lo que debe mantenerse el seguimiento del paciente.

SEGURIDAD

Doxiciclina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad.

Azitromicina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, eosinofilia y hepatotoxicidad.

PRECAUCIONES

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

La doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañada de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

Azitromicina puede aumentar los niveles de digoxina y anticoagulantes orales. Se debe evitar su uso concomitante con derivados ergotamínicos (ergotamina o dihidroergotamina).

DERIVACIÓN

Si las lesiones no responden en los primeros días de tratamiento. Pacientes con VIH.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

La azitromicina puede ser una alternativa al tratamiento con eritromicina en el embarazo, pero no hay datos publicados. La FDA lo considera de categoría B.

HEPATITIS VÍRICA AGUDA

Enfermedades infecciosas y parasitarias

INTRODUCCIÓN

Se considera hepatitis aguda a la alteración de las transaminasas que se ha establecido en menos de 6 meses. Además de las hepatitis víricas, otras causas comunes de hepatitis aguda son la ingesta de alcohol y algunos fármacos.

El riesgo de hepatitis fulminante está en relación con la edad y patología hepática previa. El manejo en la fase aguda es variable en función del tipo de hepatitis.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HEPATITIS VÍRICA AGUDA	**Medidas no farmacológicas** y Ver Observaciones	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dieta equilibrada, reposo relativo en función de la astenia y actividad laboral del paciente. Desaconsejar el alcohol y fármacos potencialmente hepatotóxicos. Seguimiento clínico y analítico semanal los primeros 15 días, posteriormente quincenal y luego mensual hasta normalización. Medidas preventivas de la hepatitis A y B.

- *Hepatitis aguda A:* adecuado manejo de alimentos y bebidas en zonas endémicas.
- *Hepatitis aguda D:* para los sujetos con mayor riesgo de adquirir la hepatitis D (portadores crónicos del VHB) no existe ninguna medida preventiva, a excepción de las medidas higiénicas y evitar la utilización de drogas por vía endovenosa o la práctica de relaciones sexuales promiscuas.
- *Hepatitis aguda E:* la prevención de la hepatitis E se basa en mejorar las condiciones generales de higiene y de potabilización del agua. No se dispone todavía de una vacuna eficaz.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

- *Hepatitis aguda A:* quimioprofilaxis con gammaglobulina (0,02 mg/kg im) a convivientes <35 años y contactos estrechos, antes de que transcurran 2 semanas desde el posible contacto. Se recomienda vacunación si las condiciones higiénico-sanitarias son deficientes. Es habitual el tratamiento con interferón.
- *Hepatitis aguda C:* los pacientes con hepatitis aguda C que no aclaran espontáneamente el VHC antes de los 3 meses de efectuado el diagnóstico deben ser tratados para evitar la progresión de la infección a la cronicidad.

DERIVACIÓN

Urgente: sospecha de hepatitis fulminante, alteración importante del estado general, vómitos incohercibles, signos de encefalopatía hepática, ascitis, hematomas o descenso importante del índice de protrombina.

Normal o preferente: sospecha o diagnóstico confirmado de hepatitis de etiología poco frecuente en AP. En hepatitis C, derivación a especializada (digestivo) para valorar necesidad de tratamiento (interferón alfa).

OTROS

- *Hepatitis aguda B:* un 95% de las hepatitis agudas B en adultos inmunocompetentes se resuelven espontáneamente, por lo que no deben tratarse. La profilaxis postexposición a VHB está indicada en todas aquellas personas no inmunizadas o cuyo estado inmune se desconoce, independientemente de que la exposición sea neonatal, profesional, accidental o por relaciones sexuales de riesgo (en recién nacidos de madre portadora de AgHBs se administran 0,5 ml im en las primeras 12 horas de vida y la primera dosis de vacuna; en la exposición profesional no vacunado accidental la profilaxis debe tener lugar lo antes posible, preferentemente durante la primera semana 0,06 ml/kg im en primeras 24 horas e iniciar la vacunación; en personas con contacto sexual con persona infectada se administra 0,06 ml/kg im lo antes posible y se inicia vacunación). La gammaglobulina se debe administrar en las primeras 12-24 horas tras exposición al VHB. Se ignora si mantiene alguna eficacia transcurrida una semana de la exposición.
- *Hepatitis aguda C:* No se dispone de vacuna para la hepatitis C y tampoco de gammaglobulina que se pueda administrar en circunstancias de postexposición.
- *Hepatitis aguda D:* la prevención de la hepatitis D consiste en la profilaxis de la infección por el VHB. No existe una vacuna específica y la vacuna antihepatitis B previene de la infección por VHD. Para los sujetos con mayor riesgo de adquirir una infección delta como los portadores crónicos del VHB no existe ninguna medida preventiva, a excepción de las medidas higiénicas y evitar la utilización de drogas por vía endovenosa ó la práctica de relaciones sexuales promiscuas.

HERPES GENITAL

INTRODUCCIÓN

El virus del herpes simple tipo 2 causa el 70% de las lesiones primarias del herpes genital y más del 95% del herpes genital recurrente.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
HERPES GENITAL	**Aciclovir** 200 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) ó 400 mg/8h vo, 7-10 días	**Valaciclovir** 500-1.000 mg/12h vo, 7-10 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Recurrencia	**Aciclovir** 200 mg/4h (máx. 5 tomas/d respetando descanso nocturno) ó 400 mg/8h vo, 5 días	**Valaciclovir** 500 mg/12h vo, 5 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Profilaxis recidivas (>6 episodios/año)	**Aciclovir** 400 mg/12h vo, 6-12 meses	**Valaciclovir** 500 mg/24h ó 1 g/24h vo (si >10 episodios/año), 6-12 meses

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Informar al paciente de las características de la enfermedad, evolución a brotes e instruirlo para evitar el contagio. Mientras persista la erupción los pacientes deben mantener la zona afectada seca y limpia para prevenir infecciones secundarias.
- Pueden ser más confortables las prendas de algodón no demasiado ajustadas. Los pacientes deben evitar tocar las lesiones y lavarse las manos después de cualquier contacto con la lesión.
- Pueden ser útiles para aliviar las molestias las bolsas de hielo y se han propuesto la aplicación de soluciones secantes como la aplicación de compresas húmedas con solución de Burow durante 10-15 min, tres o cuatro veces al día o de soluciones astringentes como el agua de Goulard en forma de baños de asiento.
- Cuando las lesiones están secas se puede aplicar povidona yodada para prevenir la sobreinfección bacteriana.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Valaciclovir puede favorecer el cumplimiento y no suponer mucho más coste. Es de especial interés en el tratamiento supresivo (6 meses).

Valorar la administración de analgésicos/antiinflamatorios vo.

La efectividad del tratamiento oral es mayor si se inicia en las primeras 48-72 h.

En la primoinfección está indicada la administración de antivirales hasta 6 días desde el inicio de las lesiones.

También se puede utilizar famciclovir (1er episodio: 250 mg/8h, 7-10 d; recurrencias: 125 mg/12h, 5d; tratamiento supresivo: 250 mg/12h, 6 meses).

PRECAUCIONES

Sospechar abuso sexual en niños prepúberes con infección genital por VHS tipo 2.

OTROS

Todos los antivirales tienen similar eficacia y toxicidad, diferenciándose únicamente en la pauta posológica y coste. Quizás el coste del famciclovir no justifique la mayor conveniencia posológica.

Agua de Boulard: 10 g subacetato de plomo líquido + 22 g Alcohol 90º + 968 g Agua purificada, Suspensión c.s.p. 1 litro.

LINFOGRANULOMA VENÉREO

INTRODUCCIÓN

Pápula que se ulcera, indolora y posteriormente adenopatía inguinal dolorosa. Producido por *Chlamydia trachomatis* L1-2-3.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LINFOGRANULOMA VENÉREO	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 3 sem	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 3 sem

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo y lactancia	**Eritromicina** 500 mg/6h vo, 3 sem	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Información sobre conductas sexuales de riesgo.

Fomentar el uso del preservativo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Investigar, evaluar y tratar a las parejas sexuales hasta 30 días anteriores al inicio de los síntomas.

SEGUIMIENTO

Hasta que los signos y síntomas hayan desaparecido. Realizar serología completa a sífilis, VIH y hepatitis B y C.

SEGURIDAD

Doxiciclina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad.

PRECAUCIONES

Doxiciclina: puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

La doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañada de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

DERIVACIÓN

Mala respuesta al tratamiento o pacientes VIH.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

La exposición rectal en mujeres u hombres homosexuales, puede ocasionar una proctocolitis.

La azitromicina puede ser una alternativa al tratamiento con eritromicina en el embarazo, pero no hay datos publicados. La FDA lo considera de categoría B.

OXIURIASIS

INTRODUCCIÓN

Parasitosis muy contagiosa, sobre todo en niños, producida por *Enterobius vermicularis*. En general no hay eosinofilia.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OXIURIASIS	**Mebendazol** 100 mg vo, DU Dosis pediátrica: igual que adultos en niños ≥ 2 años	**Pirantel** 11 mg/kg vo (máx. 1 g/d), DU Dosis pediátrica: igual que adultos en niños > 6 meses

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Prevención primaria: Higiene meticulosa de manos y uñas. Lavado de las manos sobre todo después de usar el váter y antes de las comidas.
- Evitar el contacto con suelos contaminados con heces humanas.
- Prevención secundaria: Lavado de ropa de cama y personal.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Se debe tratar también a todas las personas convivientes, incluso asintomáticas.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Se puede repetir el tratamiento a las 2-3 semanas dado que la reinfección es frecuente. Los huevos pueden ser viables en la ropa de cama durante semanas.

SEGURIDAD

Pirantel puede producir coloración rojiza de las heces.

El mebendazol está contraindicado en el primer trimestre embarazo y en niños menores de 2 años.

El pirantel está contraindicado en el embarazo y hepatopatías.

PRECAUCIONES

Se deben tomar con comida.

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (EN AGRESIONES SEXUALES)

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (EN AGRESIONES SEXUALES)

INTRODUCCIÓN

La agresión sexual se define como el atentado contra la libertad sexual de una persona con el uso de la fuerza o intimidación (abuso sexual: falta de consentimiento, sin uso de la fuerza o intimidación).

Hay que ser escrupulosamente respetuoso con la víctima y no someterla a exploraciones innecesarias o repetidas. La exploración física se debe realizar en presencia de personal sanitario, informando de las exploraciones que se van a realizar y su finalidad, y solicitando el consentimiento para realizarlas.

Es obligatorio realizar el parte de lesiones. El motivo de consulta se debe consignar como denuncia o sospecha de agresión sexual.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (EN AGRESIONES SEXUALES)	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU + **Azitromicina** 1 g vo, DU + **Metronidazol oral** 2 g vo, DU	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU + **Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 7 días + **Metronidazol oral** 2 g vo, DU

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Alergia a cefalosporinas	**Azitromicina** 1 g vo, DU + **Metronidazol oral** 2 g vo, DU	
Embarazo y lactancia	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU + **Eritromicina** 500 mg/6h vo, 7días + **Metronidazol oral** 250 mg/8h vo, 7 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Apoyo psicológico y emocional, e información y asesoramiento. Evitar juicios de valor.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Prevenir las ETS.

SEGUIMIENTO

En agresiones no recientes, que puedan ser atendidas en el centro de salud, solicitar cultivos vaginal, cervical y/o anal y serología a sífilis, hepatitis B y C y VIH (con consentimiento previo), que se repetirán a los 3 y 6 meses. Realizar test de gestación.

SEGURIDAD

Contraindicado el uso de metronidazol durante el 1er trimestre del embarazo, se puede utilizar en el 2º y 3er trimestre.

DERIVACIÓN

Las agresiones sexuales recientes deben valorarse en el hospital. La paciente debe ir acompañada.

OTROS

Si existe riesgo de contraer hepatitis B: Inmunoglobulina antihepatitis B, preferiblemente en las primeras 12-24 horas e iniciar vacunación antes de 1 semana.

Si no han transcurrido mas de 72 horas de la agresión y la paciente lo desea, realizar tratamiento anticonceptivo postcoital.

Únicamente existe recomendación de profilaxis VIH con antirretrovirales en los casos de agresión sexual en que se sabe que el agresor es VIH positivo, informando a la víctima de la posible toxicidad del tratamiento y de que su eficacia no está probada.

QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

Enfermedades infecciosas y parasitarias

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	**Rifampicina** 600 mg/24h vo, 4 días	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Niños > 1 mes	**Rifampicina** 20 mg/kg/24h vo (máx. 600 mg/d), 4 días	
Niños < 1 mes	**Rifampicina** 10 mg/kg/24h vo, 4 días	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La quimioprofilaxis (QP) está indicada en todos los miembros de la familia (niños y adultos, a excepción de las embarazadas), donde existen contactos menores de 4 años de edad, que no han sido inmunizados o que lo están de forma incompleta. No es necesaria cuando los contactos menores de 4 años están correctamente inmunizados.

Cuándo se han producido dos o más casos en un lapso de 60 días en una guardería a la que acuden niños con vacunación incompleta, está indicada QP a todos los niños y al personal. La QP no está indicada en las guarderías ni en las personas que tienen contacto con un caso aislado.

El caso índice, debe ser tratado con rifampicina antes del alta hospitalaria debido a que los agentes antimicrobianos utilizados en el tratamiento de la meningitis no erradican de manera fiable el *Haemophilus influenzae B* de la nasofaringe.

SEGURIDAD

Rifampicina puede teñir la orina y secreciones de rojo, dar hepatotoxicidad, miopatía y leucopenia**.** Contraindicada en las porfirias y con los inhibidores de la proteasa.

PRECAUCIONES

Rifampicina interacciona con inmunosupresores, metiglinidas y anticoagulantes orales. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales ni de simvastatina de forma concomitante.

OTROS

Es una enfermedad de declaración obligatoria urgente telefónica.

La medida preventiva más eficaz es la vacunación. En Castilla y León está recomendada a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad.

QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

INTRODUCCIÓN

La meningitis meningocócica requiere la notificación urgente del caso (sección de Epidemiología de los Servicios Territoriales de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de cada Provincia o a través del 112) por parte del personal sanitario que atiende al enfermo.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
QUIMIOPROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA	**Rifampicina** 600 mg/12h vo, 2 días	**Ciprofloxacino** 500 mg vo, DU **o** **Ceftriaxona** 250 mg im, DU

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Embarazo	**Ceftriaxona** 250 mg im, DU	
Niños < 12 años	> 1 mes: **Rifampicina** 10 mg/kg vo (máx. 600 mg/12h), 2 días < 1 mes: **Rifampicina** 5 mg/kg/12h vo, 2 días	**Ceftriaxona** 125 mg im, DU
Niños >12 años	Igual que adultos	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se aconsejan las medidas preventivas de higiene general, como no compartir objetos personales, de cubertería o alimentos. No son necesarias medidas como la desinfección de locales u objetos que hayan estado en contacto con el enfermo, por la poca resistencia de esta bacteria en el medio ambiente.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Administrar profilaxis antibiótica tan pronto como sea posible a los contactos íntimos del caso (idealmente en las primeras 24 horas siguientes al diagnóstico del caso).

Se consideran contactos: los convivientes en el mismo domicilio, las personas que hayan pernoctado en la misma habitación del paciente o que hayan tenido contacto directo con las secreciones nasofaríngeas del enfermo en los diez días precedentes al inicio de la enfermedad.

Guarderías y centros de preescolar (hasta 5 años de edad): todos los niños y personal del aula. Si tuviesen varias aulas del mismo centro actividades en común, se valorará el considerar contactos a todos, especialmente en guarderías. Si aparece otro caso en otro aula, se considerarán contactos todos los niños y personal del centro.

Centros escolares (primaria y enseñanzas medias): si aparece en la misma clase más de un caso, se considerarán contactos todos los alumnos de la misma. Si aparecen 2 casos en el mismo centro, todos los alumnos de las aulas de donde proceden. Si aparecen 3 ó más casos en el plazo de un mes, en al menos dos aulas, se considerarán como contactos todos los alumnos y personal del centro. En los internados se consideran contactos a los vecinos de cama del enfermo.

Se valorarán los contactos derivados de actividades sociales, recreativas y deportivas.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Impedir la infección de sujetos en contacto estrecho con el caso.

Romper la cadena de transmisión de una cepa virulenta.

SEGURIDAD

Rifampicina: puede teñir la orina y secreciones de rojo, dar hepatotoxicidad, miopatía y leucopenia. Contraindicada en las porfirias y con los inhibidores de la proteasa.

Ciprofloxacino: entre sus posibles efectos secundarios destacan disminución del umbral convulsivo, colitis pseudomembranosa, prurito, fotosensibilización y prolongación del intervalo QT. Contraindicado en embarazo, epilepsia, déficit de glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa y niños o adolescentes en periodo de crecimiento.

PRECAUCIONES

Rifampicina interacciona con inmunosupresores, metiglinidas y anticoagulantes orales. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales ni de simvastatina de forma concomitante.

Ciprofloxacino puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y de la glibenclamida. Puede dar falsos negativos en el cultivo de *Mycobacterium tuberculosis*.

OTROS

La enfermedad meningocócica es de declaración urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos y objeto de vigilancia por la OMS.

SÍFILIS

INTRODUCCIÓN

Úlcera única o múltiple, indurada e indolora, con adenopatías bilaterales inguinales indoloras. Producida por *Treponema pallidum*.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SÍFILIS PRECOZ: PRIMARIA, SECUNDARIA Y PERIODO LATENTE PRECOZ	**Bencilpenicilina benzatínica** 2,4 mill UI im, DU	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 14 días
MÁS DE 1 AÑO DE EVOLUCIÓN DESDE EL CONTACTO: PERIODO LATENTE TARDÍO Y SÍFILIS TARDÍA, O DURACIÓN DESCONOCIDA	**Bencilpenicilina benzatínica** 2,4 mill UI/sem im, 3 sem	**Doxiciclina** 100 mg/12h vo, 28 días

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Gestante alérgica a penicilinas	Desensibilización a Penicilinas	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Recomendar no mantener relaciones sexuales hasta finalizar el tratamiento. Fomentar el uso de preservativo.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Investigar, evaluar y tratar a la pareja/s sexuales que haya tenido durante los 90 días previos a la aparición de la úlcera.

SEGUIMIENTO

Solicitar serología VIH (previo consentimiento) y virus hepatitis B y C. Determinar VDRL a los 3, 6, 12 y 24 meses.

Las mujeres embarazadas cuyos títulos se elevan al cuádruplo o que no descienden cuatro veces a lo largo de un periodo de 3 meses deben someterse a un nuevo tratamiento.

SEGURIDAD

Doxiciclina entre sus posibles efectos secundarios destacan colitis pseudomembranosa, fotosensibilización, esofagitis y hepatotoxicidad.

PRECAUCIONES

Antes de iniciar un tratamiento alternativo por alergia a penicilina, se debe confirmar esta.

En las 24 h siguientes al inicio del tratamiento puede aparecer una reacción de Jarisch-Herxheimer, con más frecuencia en la sífilis precoz.

Doxiciclina puede aumentar el efecto de los anticoagulantes orales y puede disminuir el efecto de los anticonceptivos orales; los fármacos inductores enzimáticos y el alcohol pueden disminuir su efecto.

La doxiciclina se debe tomar en el transcurso de una comida, acompañada de un vaso grande de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

DERIVACIÓN

Derivación hospitalaria en caso de fracaso del tratamiento, síntomas neurológicos, sífilis tardía activa (gomas, aortitis o iritis) o VIH con alergia a penicilinas.

OTROS

Enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

Como tratamiento alternativo se ha utilizado azitromicina en alérgicos y eritromicina en embarazadas, con una elevada tasa de fracasos.

TOXOPLASMOSIS EN EL EMBARAZO

TOXOPLASMOSIS EN EL EMBARAZO

INTRODUCCIÓN

La toxoplasmosis es una enfermedad parasitaria generalmente asintomática. Sin embargo, la primoinfección de las mujeres embarazadas puede causar infección congénita, con malformaciones importantes en el recién nacido. El riesgo de transmisión al feto aumenta con la edad gestacional pero el riesgo de malformación es mayor cuanto más al inicio del embarazo.

En nuestro medio generalmente se ha recomendado la administración de **espiramicina**, que se mantiene a lo largo de todo el embarazo, salvo que se diagnostique infección fetal, en cuyo caso el tratamiento a valorar sería **sulfadiazina y pirimetamina**, con los consiguientes problemas de teratogenia. Un reciente meta-análisis no encontró una clara relación entre el tratamiento temprano y la disminución del riesgo de toxoplasmosis congénita.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TOXOPLASMOSIS EN EL EMBARAZO	Derivar a Atención Especializada	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

La medida más importante es la prevención primaria. Utilizar guantes para trabajar en el jardín, pelar y lavar bien todas las frutas y los vegetales crudos antes de comerlos. Evitar los areneros donde juegan los niños (los gatos pueden utilizarlos para hacer sus necesidades). No ingerir carne cruda, se aconseja congelar la carne a menos de 20º bajo cero o cocinarla suficientemente.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada con datos epidemiológicos básicos.

TUBERCULOSIS. ENFERMEDAD TUBERCULOSA.

TUBERCULOSIS. ENFERMEDAD TUBERCULOSA.

INTRODUCCIÓN

Producida, en general, por *Mycobacterium tuberculosis*. Se contagia por inhalación, en algunos casos por ingestión y excepcionalmente por inoculación cutánea.

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TUBERCULOSIS. ENFERMEDAD TUBERCULOSA.	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 5mg/Kg/24h vo (máx. 300 mg/d), 6 meses + **Rifampicina** 10 mg/kg/24h vo (máx. 600 mg/d, mín. 450 mg/d), 6 meses + **Pirazinamida** 30 mg/kg/24h vo (máx. 2 g/d), 2 meses En función de la pauta posológica se dispone de las siguientes asociaciones: **Rifampicina/ Isoniazida** **Rifampicina/ Isoniazida/ Pirazinamida** **Rifampicina/ Isoniazida/ Piridoxina**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mala adherencia	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 15 mg/kg vo 2 veces/sem (máx. 900 mg/d), 6 meses + **Rifampicina** 10 mg/kg vo 2 veces/sem (máx. 600 mg/d), 6 meses + **Pirazinamida** 40-60 mg/kg vo 2 veces/sem (máx. 4 g/d), 6 meses	
Imposibilidad de utilizar isoniazida	**Rifampicina** 10 mg/kg/24h vo (máx. 600 mg/d, mín. 450 mg/d), 12 meses + **Etambutol** 15-25 mg/kg/24h vo (máx. 2,5 g/d), 12 meses + **Pirazinamida** 30 mg/kg/24h vo (máx. 2 g/d), 2 meses	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Imposibilidad de utilizar rifampicina	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 10 mg/kg/24h vo (máx. 600 mg/d, mín. 450 mg/d), 12 meses **+** **Etambutol** Dosis de isoniazida 15-25 mg/kg/24h vo (máx. 2,5 g/d), 12 meses **+** **Pirazinamida** 30 mg/kg/24h vo (máx. 2 g/d), 2 meses	
Imposibilidad de utilizar pirazinamida	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 5 mg/kg/24h vo (máx. 300 mg/d), 9 meses **+** **Rifampicina** 10 mg/kg/24h vo (máx. 600 mg/d, mín. 450 mg/d), 9 meses **+** **Etambutol** 15-25 mg/kg/24h vo (máx. 2,5 g/d), 12 meses	
Embarazo y lactancia	**(Rifampicina + Isoniazida + Etambutol)** vo, 2 meses **+** **(Rifampicina + Isoniazida)** vo, 7 meses **o** **(Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida)** vo, 2 meses **+** **(Rifampicina + Isoniazida)** vo, 4 meses En función de la pauta posológica se dispone de las siguientes asociaciones: **Rifampicina/ Isoniazida** **Rifampicina/ Isoniazida/ Pirazinamida** **Rifampicina/ Isoniazida/ Piridoxina**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En pacientes con baciloscopia positiva, si no se puede asegurar un aislamiento correcto en domicilio, se aconseja ingreso en hospital durante 3 sem.
- En enfermos con baciloscopia negativa, no requieren medidas de aislamiento físico. Reincorporación progresiva a las actividades diarias.
- En ambos casos mantener normas básicas de higiene: taparse la boca al toser o estornudar, habitación bien ventilada etc.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El diagnóstico de certeza es mediante cultivo positivo para *M. tuberculosis*.

En la práctica es diagnóstica la baciloscopia positiva con un contexto clínico o una radiografía de tórax compatibles.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

El éxito del tratamiento depende fundamentalmente de la adhesión a las pautas prescritas.

Facilita el cumplimiento el uso de asociaciones en un solo fármaco.

SEGUIMIENTO

Repetir cada dos meses función hepática y renal. La elevación de los valores de transaminasas no justifica la retirada del tratamiento si no supera tres veces dicho valor.

Efectuar controles bacteriológicos al final del primer, segundo y tercer mes del tratamiento y al finalizar el mismo.

Hacer una revisión al año de finalizar el tratamiento que incluya anamnesis y radiografía de tórax.

SEGURIDAD

Isoniazida puede producir hepatitis, neuropatía periférica, convulsiones, agranulocitosis, fiebre y fototoxicidad.

Rifampicina puede teñir la orina y secreciones de rojo, dar hepatotoxicidad, miopatía y leucopenia**.** Contraindicada en las porfirias y con los inhibidores de la proteasa. Pirazinamida produce hepatotoxicidad dosis-dependiente e hiperuricemia.

Etambutol puede producir neuritis óptica, discromatopsia, neuropatía periférica e hiperuricemia y está contraindicado en Insuficiencia renal.

Estreptomicina produce nefrotoxicidad dosis-dependiente, toxicidad vestibular y auditiva, fiebre y es el único fármaco que no se debe utilizar durante el embarazo por su potencial ototoxicidad para el feto.

PRECAUCIONES

Previo al inicio del tratamiento, se realizará analítica que incluya: hemograma, VSG, función hepática, función renal y VIH. Repetir a los 30 días.

Rifampicina interacciona con inmunosupresores, metiglinidas y anticoagulantes orales. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales ni de simvastatina de forma concomitante.

Isoniazida interacciona y se desaconseja su asociación con carbamazepina y disulfiram.

La isoniazida puede afectar la capacidad de conducción y trabajo con máquinas. En tratamientos con isoniazida, asociar Vit B6.

Se recomienda la administración materna de fitomenadiona oral (Vit K) durante el último trimestre de embarazo, para contrarrestar la posibilidad de hemorragia materna o neonatal asociada a la rifampicina.

Se recomiendan suplementos de piridoxina (Vit B6) durante el embarazo para paliar los posibles efectos neurotóxicos de la isoniacida sobre el niño.

DERIVACIÓN

Las formas graves, inmunodeprimidos, evolución desfavorable, resistencia al tratamiento, recaídas y cuando el riesgo de incumplimiento sea alto.

OTROS

Es una enfermedad de declaración obligatoria, con notificación por sistemas especiales.

TUBERCULOSIS. QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA.

TUBERCULOSIS. QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TUBERCULOSIS. QUIMIOPROFILAXIS PRIMARIA	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 300 mg/24h vo, 2 meses	**Rifampicina** 600 mg/24h vo, 2 meses

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mala adherencia terapéutica	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 15 mg/kg vo 2 veces/sem (máx. 900 mg/d), 2-3 meses	**Rifampicina** 600 mg vo 2 veces/sem, 2 meses
Posible contacto previo con isoniazida	**Rifampicina** 600 mg/24h vo, 2 meses + **Pirazinamida** 20 mg/kg/24h vo (máx. 2 g/d), 2 meses	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Convivientes y contactos íntimos de enfermos de tuberculosis con baciloscopia positiva, no reactores a la tuberculina (excluidas situaciones de anergia).

En embarazadas se pospondrá hasta después del parto.

SEGURIDAD

Isoniazida puede producir hepatitis, neuropatía periférica, convulsiones, agranulocitosis, fiebre y fototoxicidad.

Rifampicina puede teñir la orina y secreciones de rojo, dar hepatotoxicidad, miopatía y leucopenia. Contraindicada en las porfirias y con los inhibidores de la proteasa.

Pirazinamida produce hepatotoxicidad dosis-dependiente e hiperuricemia.

PRECAUCIONES

En tratamientos con isoniazida, asociar Vit B6.

Isoniazida interacciona y se desaconseja su asociación con carbamazepina y disulfiram.

Rifampicina interacciona con inmunosupresores, metiglinidas y anticoagulantes orales. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales ni de simvastatina de forma concomitante.

TUBERCULOSIS. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA).

TUBERCULOSIS. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA).

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TUBERCULOSIS. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE (QUIMIOPROFILAXIS SECUNDARIA)	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 300 mg/24h vo, 6 meses	**Rifampicina** 600 mg/24h vo, 6 meses

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Mala adherencia terapéutica	**Isoniazida/ Piridoxina** Dosis de isoniazida 15 mg/kg vo 2 veces/sem (máx. 900 mg/d), 6 meses	**Rifampicina** 600 mg vo 2 veces/sem, 6 meses
Posible contacto previo con isoniazida	**Rifampicina** 600 mg/24h vo, 2 meses + **Pirazinamida** 20 mg/kg/24h vo (máx. 2 g/d), 2 meses	

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Aparición de conversión tuberculínica tras la quimioprofilaxis primaria, una vez descartada enfermedad tuberculosa, salvo en mayores de 65 años o antecedentes de vacunación con BCG, a los que se debe repetir la prueba de tuberculina a los siete días para descartar un posible efecto booster. Se valorará individualmente su instauración en pacientes con factores de riesgo individual o riesgo social.

SEGUIMIENTO

Control analítico de función hepática en quimioprofilaxis secundaria.

SEGURIDAD

No hacer quimioprofilaxis si anteriormente ha recibido profilaxis o tratamiento correcto antituberculoso.

Isoniazida puede producir hepatitis, neuropatía periférica, convulsiones, agranulocitosis, fiebre y fototoxicidad.

Rifampicina puede teñir la orina y secreciones de rojo, dar hepatotoxicidad, miopatía y leucopenia. Contraindicada en las porfirias y con los inhibidores de la proteasa.

Pirazinamida produce hepatotoxicidad dosis-dependiente e hiperuricemia.

PRECAUCIONES

En tratamientos con isoniazida, asociar Vit B6.

Isoniazida interacciona y se desaconseja su asociación con carbamazepina y disulfiram.

Rifampicina interacciona con inmunosupresores, metiglinidas y anticoagulantes orales. No se recomienda la utilización de anticonceptivos orales ni de simvastatina de forma concomitante.

VIH Y SIDA: PROFILAXIS DE INFECCIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI (CARINII) Y TOXOPLASMOSIS

Enfermedades infecciosas y parasitarias

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
PROFILAXIS PRIMARIA DE VIH/SIDA PARA NEUMONIA POR P. JIROVECI Y TOXOPLASMOSIS	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg vo, 3 d/sem	
PROFILAXIS SECUNDARIA DE VIH/ SIDA TRAS INFECCIÓN POR P. JIROVECI	**Sulfametoxazol/ Trimetoprima** 800/160 mg/d vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- En pacientes seronegativos a *Toxoplasma,* recomendar evitar comer carne cruda y sonrosada.
- Lavar bien la verdura y la fruta.
- Evitar exposición a heces de gato.
- Revisar vacunaciones.
- Recomendar evitar prácticas que favorezcan la reinfección, consumo de drogas y, si no es posible, minimizar riesgos.
- Informarse sobre prácticas de sexo seguro.
- Informar al paciente y a la familia sobre medidas higiénicas (no compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar o utensilios punzantes de aseo personal).
- Evitar tatuajes y piercings.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Profilaxis primaria del *P. jiroveci*: indicada si CD4 <200 cel/µl, candidiasis orofaríngea, fiebre prolongada de causa no conocida (≥ 20 días) o enfermedad diagnóstico de SIDA.

Profilaxis primaria para el *Toxoplasma gondii*: si IgG(+) y CD4 <100 cel/µl.

Profilaxis secundaria: tratamiento de por vida.

Se puede suspender la profilaxis ante un CD4 >200 cel/µl durante un mínimo de 3 meses y carga viral controlada; se reanudará si CD4 <200 cel/µl.

Se recomienda la pauta discontinua en la profilaxis primaria frente al tratamiento diario, porque la eficacia es la misma y se disminuye el número de dosis, toxicidad, interacción con otros fármacos, resistencias y coste del tratamiento.

PRECAUCIONES

Cotrimoxazol: puede utilizarse durante el embarazo (valorar beneficio/ riesgo y monitorizar en caso de neumonía después de la semana 20 de gestación por riesgo de contracciones).

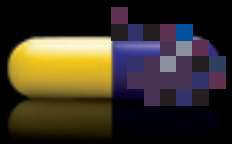
Hipersensibilidad al cotrimoxazol: intentar primero una desensibilización en AE, antes de prescribir fármacos alternativos.

DERIVACIÓN

Valorar la instauración de profilaxis en AE.

OTROS

Los tratamientos alternativos son de uso hospitalario (dapsona, sola o asociada a pirimetamina y/o leucovorín, pentamidina nebulizada, atovaquona).



15

Intoxicaciones, adicciones y conductas de riesgo

ALCOHOL -INTOXICACIÓN Y DEPENDENCIA- GENERALIDADES

GENERALIDADES

Los efectos adversos del alcohol se originan principalmente por la ingestión de bebidas alcohólicas aunque **en jóvenes debe tenerse presente la posibilidad de ingesta de alcohol asociada a otro tipo de drogas.** La concentración de alcohol en sangre que produce un estado de **intoxicación** varía entre las diferentes personas y depende del grado de tolerancia, la cantidad ingerida y la velocidad de absorción, pudiendo dar lugar a diferentes cuadros clínicos que van desde la embriaguez leve hasta la depresión respiratoria y muerte. Se estima que, en general, la concentración media letal de alcohol en sangre es aproximadamente de 400 a 500 mg/dl. Puede producirse la muerte a concentraciones menores, por aspiración del vómito durante un estado de inconsciencia.

El término **"alcoholismo"** puede utilizarse para denotar la **dependencia del alcohol.** Después de períodos prolongados de consumo excesivo de alcohol, el descenso de su concentración en sangre puede precipitar un **síndrome de abstinencia** que se caracteriza por temblores, agitación, sensaciones de pánico, náuseas, vómitos y sudoración; también pueden producirse alucinaciones, convulsiones y *delirium tremens* .

TRATAMIENTO:

Síndrome de abstinencia. En la mayoría de los casos, los síntomas del síndrome de abstinencia pueden remitir espontáneamente a los pocos días, sin necesidad de tratamiento; en los casos más graves, pueden progresar hasta el potencialmente mortal *delirium tremens*, por lo que resulta necesario controlar la retirada para evitar complicaciones.

Habitualmente se emplean BZD como fármacos de primera elección para reducir los síntomas; si se administran enseguida, pueden prevenir la progresión hacia las convulsiones y el delirium tremens. Las de acción más prolongada, como clordiazepóxido o diazepam, pueden ser más eficaces frente a las convulsiones de la abstinencia y consiguen que la retirada sea más suave; las de acción más corta, como lorazepam u oxazepam, tienen menor riesgo de producir una sedación excesiva y son más adecuadas en ancianos y pacientes con hepatopatías. Las benzodiazepinas deben administrarse sólo en períodos cortos con el fin de evitar el desarrollo de dependencia.

Actualmente no se aconseja el uso de barbitúricos, dado que el perfil beneficio-riesgo es claramente desfavorable.

En todos los casos de síndrome de abstinencia del alcohol es esencial corregir la hipoglucemia, la deshidratación, los trastornos electrolíticos y la hipovitaminosis. La administración de Vit B12 y ácido fólico se efectuará sólo en el caso de que se demuestre algún déficit. Suele recomendarse la administración de tiamina a todos los pacientes, pues tienen mayor riesgo de desarrollar una encefalopatía de Wernicke. En pacientes con estados carenciales de tiamina, la administración de soluciones de glucosa intravenosa previa a la tiamina puede precipitar la aparición de una encefalopatía de Wernicke.

Deshabituación. Una vez superado el síndrome de abstinencia inicial del alcohol, puede ser necesario un tratamiento para mantener la abstinencia a largo plazo. La farmacoterapia sólo debe utilizarse como coadyuvante de la psicoterapia y de las medidas de apoyo. Entre los fármacos empleados para disuadir de la ingesta de alcohol, el disulfiram puede ser útil como aversivo en pacientes seleccionados; sin embargo, sus efectos secundarios potencialmente graves (hepatotoxicidad, neurotoxicidad, interacción con alcohol), limitan su uso generalizado.

Entre los fármacos que reducen el deseo de beber alcohol se encuentran el acamprosato y la naltrexona, esta última a dosis de 50 mg/24h durante al menos 3 meses; ambos mejoran la abstinencia y reducen los porcentajes de recaída.

ALCOHOL. DESHABITUACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Véase «Alcohol -Intoxicación y Dependencia-: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ALCOHOL. DESHABITUACIÓN.	**Acamprosato** 666 mg/8h vo, 6-12 meses	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Los fármacos tienen un papel secundario en el tratamiento de la adicción, por lo que son necesarias otras estrategias como:
  - Intervenciones breves que tratan de cambiar las actitudes básicas y manejar los diversos problemas subyacentes de pacientes bebedores de riesgo y que consisten en una evaluación, consejo y asesoramiento, además de cierto seguimiento de dichos pacientes.
  - Entrenamiento en autocontrol y control del estrés.
  - Estrategias de refuerzo social y de habilidades sociales.
- Son de alta eficacia los tratamientos de tipo conductual.
- Considerar también las terapias intensivas en residencias, alcohólicos anónimos y otras terapias grupales. La evidencia sobre la eficacia de estas terapias es escasa.
- La dependencia al alcohol debe tratarse íntegramente en todas las áreas implicadas abarcando los problemas somáticos, psicopatológicos, familiares, sociales y adaptativos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento con acamprosato debe iniciarse cuanto antes una vez alcanzada la abstinencia y mantenerse, aunque el paciente recaiga, durante el periodo recomendado de un año. No obstante, el abuso continuado de alcohol suprime cualquier efecto terapéutico del acamprosato.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Inhibir el deseo de consumir alcohol y los mecanismos involucrados en el síndrome de dependencia.

Mantener abstinencia, prevenir recaída, normalizar el estado psíquico y lograr la readaptación sociolaboral y familiar del individuo.

La meta última del tratamiento debe ser la reinserción social, no sólo dejar de beber alcohol, para lo cual es necesario aunar esfuerzos con los servicios sociales.

SEGUIMIENTO

Controles clínicos periódicos con medidas de apoyo psiquiátrico y social.

SEGURIDAD

Acamprosato: su principal efecto adverso es la diarrea, que depende de la dosis; con menor frecuencia se observan náuseas, vómitos y dolor abdominal. Otros efectos adversos consisten en prurito y, ocasionalmente, exantema maculopapuloso; rara vez se observan reacciones vesiculosas en la piel. También se ha descrito depresión y fluctuaciones de la libido.

Acamprosato está contraindicado en IH, IR grave, embarazo y lactancia.

ALCOHOL. DESINTOXICACIÓN.

ALCOHOL. DESINTOXICACIÓN.

INTRODUCCIÓN

Véase «Alcohol -Intoxicación y Dependencia-: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ALCOHOL. DESINTOXICACIÓN.	**Diazepam** 5-10 mg/8h vo, 7 días en pauta descendente	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente con insuficiencia respiratoria	**Tiaprida** 600-1.200 mg/d vo en 3 tomas, 7 días en pauta descendente	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Paciente con insuficiencia hepática	**Lorazepam** 3-15 mg/d vo en 3 tomas, 7 días en pauta descendente	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Reposo domiciliario, bajo observación de cuidador y seguimiento médico diario por la posibilidad de aparición de cuadros psiquiátricos (brote psicótico, ideación suicida) y/o de un síndrome de abstinencia grave. Recomendar abundante ingesta de líquidos. Considerar el seguimiento especializado del paciente y la familia, así como los grupos de ayuda mutua, aunque no se dispone de evidencia sobre cuál es la eficacia de estos grupos.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Antes de iniciar el tratamiento, evaluar los factores que nos permitan predecir la intensidad de la abstinencia y, si procede, efectuarla en el medio hospitalario.

Tratar el síndrome de abstinencia siempre que: existan antecedentes de sintomatología de abstinencia en ocasiones anteriores; cuando existan ya síntomas de este tipo; cuando el consumo de alcohol en los últimos días haya sido importante (más de 120 g/d).

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Lograr la abstinencia. Eliminar el alcohol minimizando los riesgos (delirium tremens) y las molestias del síndrome de abstinencia (controlar la ansiedad, el insomnio y otros síntomas derivados). Facilitar la recuperación del estado general.

SEGURIDAD

Tiaprida: hay riesgo de síndrome neuroléptico maligno y de otras reacciones graves, lo que limita su eficacia potencial en el tratamiento del alcoholismo.

DERIVACIÓN

Derivación hospitalaria en caso de:

- Patología psiquiátrica coexistente que precise ingreso por sí misma (psicosis aguda, ideación suicida, etc.).
- Aparición de un síndrome de abstinencia aguda grave a pesar del tratamiento farmacológico a dosis plenas.

ALCOHOL. INTOXICACIÓN AGUDA.

INTRODUCCIÓN

Véase «Alcohol -Intoxicación y Dependencia-: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
ALCOHOL. INTOXICACIÓN AGUDA.	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Estado comatoso/ depresión del nivel de consciencia	**Tiamina (Vit B1)** 100 mg im o iv + **Suero glucosado** 50%: 50 ml iv	
Conducta violenta activa	**Haloperidol** 5 mg/30-60 min im, hasta sedación	Si agitación excesiva: **Levomepromazina** 25 mg/4h im

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Evitar que el paciente se enfríe y aportarle tratamiento de apoyo y sintomático.

Mantener las constantes vitales y situar al paciente en un ambiente con poca luz, en silencio y en posición lateral para evitar una posible aspiración.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La mayoría de las intoxicaciones alcohólicas no requieren tratamiento debido a la buena metabolización del alcohol. En general, no suelen requerir tratamiento farmacológico las intoxicaciones que alcanzan alcoholemias inferiores a 200 mg/dl.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Conseguir estado sobrio.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Valoración de la recuperación del paciente a las 24 horas.

SEGUIMIENTO

Es importante el seguimiento posterior del paciente con la ayuda de sus familiares durante 24-48 horas y vigilar la aparición de complicaciones (hipotermia, convulsiones).

DERIVACIÓN

Valorar la derivación hospitalaria en función de la respuesta al tratamiento inicial, de su nivel de conciencia o hipotermia. Derivar al hospital en caso de sospecha de complicaciones o evolución hacia estado de coma.

OTROS

La tiamina debe administrarse antes que la glucosa. Si hay desnutrición severa o sospecha de etilismo crónico, continuar con tiamina 100 mg im y luego 100 mg/d im durante 3 días (previene la encefalopatía de Wernicke).

INTOXICACIONES: GENERALIDADES

INTOXICACIONES: GENERALIDADES

GENERALIDADES

Ante un paciente con sospecha de intoxicación, el objetivo principal es actuar lo más rápida y eficazmente posible: evaluar la situación general y las causas que la han provocado y, en caso necesario, derivar a urgencias hospitalarias, estabilizado y en las mejores condiciones.

Debemos sospechar una intoxicación, si no hay otra causa que lo justifique, ante las siguientes situaciones:

- Enfermos psiquiátricos con síntomas no relacionados con su enfermedad.
- Pacientes con traumatismos con mala evolución, sin otra causa que lo justifique.
- Comas de etiología no esclarecida en personas de 15-45 años.

- Arritmias graves en jóvenes o niños sin enfermedades previas.
- Acidosis metabólica de etiología desconocida.
- Niños con síntomas poco habituales o de presentación súbita.

En caso de intoxicación por drogas (cocaína, LSD...), hay que valorar posibilidad de policonsumo con otras sustancias psicoactivas.

Tratamiento general de las intoxicaciones agudas:

Los síntomas de la intoxicación aguda a menudo son poco específicos, especialmente en las primeras fases. La medida inicial principal consiste en mantener la permeabilidad de las vías respiratorias y la ventilación; pueden añadirse otros tratamientos según necesidad, por ejemplo para tratar los síntomas cardiovasculares o neurológicos.

1. *Reanimación cardiorrespiratoria y medidas de apoyo a las funciones vitales:*
   Las medidas de apoyo a las funciones vitales (vía aérea libre, ventilación, oxigenación...) son básicas para conseguir una evolución favorable. Conviene recordar que en intoxicaciones por BB, antidepresivos triciclos, dextropropoxifeno y antiarrítmicos, la duración de la reanimación cardiorrespiratoria debe ser muy superior a la habitual.
2. *Exposiciones oculares o tópicas:*
   Si la exposición ha sido ocular, lavar con agua o suero fisiológico durante 20 min (no utilizar neutralizantes). Si la exposición ha sido dérmica realizar el lavado con agua fría durante, al menos, 30 min.
3. *Prevención de la absorción del tóxico:*
   - Carbón activado: Una dosis oral única de carbón activado es eficaz para un gran número de toxinas, especialmente si se administra durante la primera hora después de la ingestión, aunque también puede ser efectivo varias horas después de la intoxicación para aquellos fármacos que retrasan el vaciado gástrico. En general, es un método bien tolerado, aunque el vómito es frecuente y existe el riesgo de aspiración si las vías respiratorias no se encuentran adecuadamente protegidas. Hay que tener precaución en caso de obstrucción intestinal o íleo. No es eficaz en intoxicación por cianuro, etanol, litio, derivados del petróleo, algunos pesticidas, hierro o metales pesados, ácidos o bases fuertes y potasio.
   - Lavado gástrico: No se recomienda para el tratamiento rutinario de los pacientes intoxicados. Debe considerarse sólo si se ha ingerido una cantidad de sustancia tóxica potencialmente mortal y ha transcurrido menos de 1 h desde la ingestión. Requiere sonda nasogástrica gruesa (al menos 10 mm) introducida por boca, con agua tibia o suero hiposalino (300 ml en adultos y 100 ml en niños) y colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo. Está contraindicado si se han ingerido sustancias corrosivas o hidrocarburos y en pacientes con bajo nivel de consciencia (salvo que se proceda a intubación) o con riesgo de perforación gastrointestinal.
   - Emesis forzada: No se recomienda para el tratamiento rutinario de los pacientes intoxicados. Podría considerarse la emesis en pacientes en estado de alerta y conscientes, si la ingestión de una cantidad potencialmente mortal del tóxico se ha producido en la hora precedente, y si se estiman inapropiados el lavado gástrico o la administración de carbón activado. Puede hacerse por estímulo mecánico de la faringe (sobre todo en niños) o con jarabe de ipecacuana (30 ml en 100 ml de agua). La emesis forzada está contraindicada si hay vómito previo, ingesta de cáusticos corrosivos, barnices, pinturas, derivados del petróleo, antieméticos o si el paciente presenta bajo nivel de consciencia o riesgo de convulsiones.
4. *Aumento de la eliminación del tóxico:*
   Otras técnicas indicadas para acelerar la eliminación de agentes tóxicos del organismo, como la hemodiálisis y la hemoperfusión, son útiles sólo para un número limitado de agentes tóxicos y un reducido número de pacientes con intoxicaciones graves; la diuresis forzada ya no se recomienda. Dosis repetidas de carbón activado por vía oral pueden ser tan eficaces como estos métodos más cruentos.
5. *Tratamiento con antídotos, cuando existan:*

Se dispone de antídotos específicos y métodos de eliminación para muy pocas sustancias tóxicas y los principales tratamientos en pacientes con una supuesta intoxicación aguda son, por tanto, de apoyo o sintomáticos; en la mayoría de los casos no es necesario nada más.

Ante una intoxicación NO se debe:

- Dar leche
- Administrar furosemida
- Añadir bicarbonato en el agua de lavado gástrico
- Hacer lavado gástrico en una intoxicación etílica (salvo en niños, que suele ser accidental y solicitan atención médica antes de que se absorba, aproximadamente media hora)
- Hacer lavado gástrico en pacientes inconscientes sin protección de la vía aérea (intubación).

Solicitar información toxicológica más detallada al teléfono del INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA (91.562.04.20), aportando toda la información posible: etiqueta del envase (composición y pH del producto...), vía de entrada, dosis, síntomas y tratamientos instaurados.

INTOXICACIÓN AGUDA POR AGENTE DESCONOCIDO Y CON ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA

INTOXICACIÓN AGUDA POR AGENTE DESCONOCIDO Y CON ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR AGENTE DESCONOCIDO Y CON ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Somnolencia	**Carbón activado** 50 g en 250 ml de agua vo. Puede repetirse cada 4-6 h. Dosis pediátrica: 1 g/kg en 250 ml	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Coma	**Naloxona** 0,2-0,4 mg iv. Repetir cada 2-5 min iv o dar en perfusión iv con glucosa hipertónica (50-100 mg) si el tiempo de traslado es > 60 min (máx. 10 mg). + **Suero glucosado** 50% 50 ml iv + **Tiamina (Vit B1)** 100 mg im	
Falta de respuesta a naloxona o sospecha de intoxicación por benzodiazepinas	**Flumazenilo** 0,3 mg iv. Si falta de respuesta, repetir cada 30-60 sg hasta alcanzar un máx. de 2 mg.	
Convulsiones	**Diazepam** 10 mg iv Si sospecha de intoxicación por isoniazida: **Piridoxina (Vit B6)** 1 g iv en 2-3 tomas con intervalos de 10-15 min	
Sospecha de intoxicación por CO	**Oxígeno** 100%	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Comprobar consciencia: si paciente inconsciente, abrir la vía aérea mediante maniobra frente-mentón, retirar cuerpos extraños si los hubiere, maniobra de tracción mentoniana (si trauma) y empleo de cánula orofaríngea.
- Comprobar ventilación:
  - si ventilación ausente: iniciar ventilación asistida con ambú y oxígeno a flujo máximo
  - si ventilación presente, débil: iniciar oxigenoterapia con ventimask®.
- Comprobar circulación:
  - si circulación ausente: iniciar RCP y mantener hasta 2 h si fuera necesario
  - si circulación presente e hipotensión: perfundir líquidos iv.
- Considerar intubación orotraqueal.
- Si existe sospecha de traumatismo cervical, colocar collarín.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Efectuar siempre derivación hospitalaria, en decúbito lateral izquierdo.

OTROS

El tratamiento con tiamina se realizará preferentemente por vía intramuscular para evitar la aparición de reacciones alérgicas graves. Se recomienda administrar antes la glucosa que la tiamina para evitar desencadenar encefalopatía de Wernicke.

INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOLES

INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOLES

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOLES	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Etanol	**Tiamina (Vit B1)** 100 mg im o iv + **Suero glucosado** 50% 50 ml iv Véase «Alcohol. Intoxicación aguda»	
Metanol (alcohol de quemar)	**Folinato de calcio** 50 mg iv + Bebida alcohólica (whisky) 50 ml vo	Si sospecha de alcoholismo crónico: Asociar **Piridoxina (Vit B6)** 100 mg iv + **Tiamina (Vit B1)** 30 mg im

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Etilenglicol (anticongelante, disolvente de pinturas, limpiaparabrisas).	**Piridoxina (Vit B6)** 100-200 mg iv + **Tiamina (Vit B1)** 30 mg im	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Si hay agitación o somnolencia, véanse los problemas de salud específicos.
- La mayoría de las intoxicaciones alcohólicas no requieren tratamiento. El nivel de intoxicación depende del grado de tolerancia, cantidad ingerida y velocidad de absorción, pudiendo dar lugar a diferentes cuadros clínicos que van desde la embriaguez leve hasta la depresión respiratoria y muerte. En jóvenes debe tenerse presente la ingesta de alcohol asociada a otro tipo de drogas. Valorar la derivación hospitalaria, el riesgo de hipotermia.

OBSERVACIONES GENERALES

SEGUIMIENTO

Es importante el seguimiento posterior del paciente con la ayuda de sus familiares durante 24-48 horas y vigilar la aparición de complicaciones (hipotermia, convulsiones). La tiamina debe administrarse antes que la glucosa.

Seguimiento en AE o por el médico de familia, dependiendo de las circunstancias del paciente. Si es posible, dar los fármacos sin envase en mano, para dificultar la identificación por el paciente.

DERIVACIÓN

Cuadro muy grave: aplicar medidas de soporte vital y derivar siempre a urgencias hospitalarias.

OTROS

El tratamiento con tiamina se realizará preferentemente por vía intramuscular para evitar la aparición de reacciones alérgicas graves.

INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA

Intoxicaciones, Adicciones y Conductas de riesgo

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ansiedad	**Diazepam** 10 mg vo	
Convulsiones	**Diazepam** 10 mg iv	
Broncoespasmo	**Salbutamol inhalado** 400 µg + **Beclometasona inhalada** 200 µg	
Agitación	**Clorpromazina** 25-50 mg/6-8h im	
Dolor precordial (sospecha de síndrome coronario agudo)	**Oxígeno** 100% + **Acetilsalicílico ácido (antiagregante)** 250 mg vo, DU + **Nitroglicerina** 0,4-0,8 mg sl + **Diazepam** 10 mg iv	

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

En el paciente con sospecha de síndrome coronario agudo, el uso de BB en la fase inicial, mientras los efectos de la cocaína están presentes, está contraindicado.

DERIVACIÓN

Efectuar siempre derivación hospitalaria.

OTROS

No existe antídoto específico, por lo que se realiza tratamiento sintomático.

INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN DE PRODUCTOS CÁUSTICOS PELIGROSOS DE USO DOMÉSTICO

INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN DE PRODUCTOS CÁUSTICOS PELIGROSOS DE USO DOMÉSTICO

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN DE PRODUCTOS CÁUSTICOS PELIGROSOS DE USO DOMÉSTICO	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Náuseas y/o vómitos	**Metoclopramida** 10 mg im o iv	
Edema de glotis	**Metilprednisolona** 40-60 mg im o iv Véase «Urticaria Aguda. Anafilaxia»	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Comprobar consciencia, ventilación y circulación. Véase «Intoxicación aguda por agente desconocido y con alteración de la consciencia»

Contraindicada la inducción del vómito, el lavado gástrico, la administración de carbón activado y la utilización de sonda nasogástrica. No recomendada la intubación.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

No recomendada la intubación.

Aguarrás: comporta riesgo si se ingieren más de 2 ml/kg peso.

Lavavajillas: la espuma puede ser aspirada y provocar neumonía.

Fregasuelos: intoxicación muy grave.

DERIVACIÓN

Derivar siempre a urgencias hospitalarias; la ausencia de lesiones visibles en boca no descarta la existencia de lesiones internas graves.

OTROS

Valorar tratamiento del dolor vía parenteral.

INTOXICACIÓN AGUDA POR LSD

INTOXICACIÓN AGUDA POR LSD

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR LSD	Medidas no farmacológicas	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Crisis de angustia	**Diazepam** 10 mg/8h vo	
Agitación y/o agresividad y/o fenómenos psicóticos	**Haloperidol** 10 mg im	
Convulsiones	**Diazepam** 10 mg iv	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Suele ceder espontáneamente en 10-12 h , por lo que requiere ambiente relajado, tranquilizar al paciente. Debe permanecer siempre acompañado, hasta que ceda el cuadro, ya que pueden aparecer reacciones de angustia y ansiedad difíciles de controlar. Informar de la posibilidad de reaparición del episodio psicológico días o meses después de que haya sido resuelto (flashback).
- El paciente agresivo puede precisar contención mecánica.
- Tratar la hipertermia con medidas físicas (baños fríos, sábanas húmedas...).

OBSERVACIONES GENERALES

SEGURIDAD

El consumo crónico de LSD puede conducir a depresión, conducta paranoide y episodios psicóticos.

DERIVACIÓN

Considerar derivación a urgencias hospitalarias.

INTOXICACIÓN AGUDA POR NEUROLÉPTICOS

INTOXICACIÓN AGUDA POR NEUROLÉPTICOS

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA POR NEUROLÉPTICOS	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Distonía aguda	**Biperideno** 2,5-5 mg im o iv lenta; repetir cada 30 min (máx. 8 mg/d) y continuar 2-4 mg/6-8h vo al menos 48 h Dosis pediátrica: 0,05-0,1 mg/kg im o iv lenta (máx. 5 mg)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Vigilancia continua de la vía aérea, ventilación, PA y estado mental. Derivar a hospital si hay empeoramiento. Derivar posteriormente a psiquiatría si hay ingesta voluntaria.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Vigilancia continua de la vía aérea, ventilación, ritmo cardiaco, PA, signos de depresión del SNC y estado mental.

Si hay hipotensión, establecer una perfusión iv. La dopamina está contraindicada.

DERIVACIÓN

Derivación urgente en caso de sintomatología grave (depresión del SNC, arritmia, hipotensión) o empeoramiento.

Derivar con carácter preferente a psiquiatría si la ingesta ha sido voluntaria

OTROS

Si la clínica se limita al cuadro extrapiramidal agudo que se resuelve con biperideno, es aconsejable remitir al paciente al domicilio (biperideno: 2-4 mg/6-8h, 48h vo para evitar las recaídas). El tratamiento sería el mismo cuando los efectos extrapiramidales son producidos por metoclopramida o cleboprida.

INTOXICACIÓN AGUDA SIN ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN AGUDA SIN ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA	**Carbón activado** 50 g en 250 ml de agua vo. Puede repetirse cada 4-6 h. Dosis pediátrica: 1 g/kg en 250 ml Lavado gástrico con suero salino o agua del grifo 300 ml y repetir hasta que esté limpio, 10-20 veces si se precisa	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Sustancias no bien absorbidas por el carbón activado o lavado no indicado	Derivar al hospital para irrigación o lavado intestinal con solución catártica isosmótica.	
Paciente agitado y/o con otras alteraciones de la conducta	**Medidas no farmacológicas**	**Haloperidol** 5-10 mg im; puede repetirse a los 20-30 min **o** **Clorpromazina** 25-50 mg im; puede repetirse a los 20-30 min

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En paciente agitado y/o con otras alteraciones de conducta: contención mecánica si es posible. Intentar no utilizar tratamiento farmacológico para evitar posibles interacciones con el tóxico ingerido.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Vigilancia continua y, si empeoramiento, derivación al hospital.

Valoración posterior por psiquiatría si la ingesta ha sido voluntaria.

INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE GASES

INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE GASES

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN POR INHALACIÓN DE GASES	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Monóxido de carbono	**Oxígeno** 100%	
Humo de incendio	Si existe broncoespasmo: **Oxígeno** 100%	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Cloro y lejía mezclados	Si tos persistente: **Prednisona** 1 mg/kg vo Si existe broncoespasmo: **Oxígeno** 100%	
Butano o gas natural	Si paciente sintomático: **Oxígeno** 100%	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Retirar al paciente de la zona afectada y ventilar.

Considerar la intubación orofaríngea si existe coma o inestabilidad hemodinámica.

OBSERVACIONES GENERALES

PRECAUCIONES

Recordar que, en las intoxicaciones por monóxido de carbono (CO), la pulsioximetría no mide la carboxihemoglobina, por lo que se precisa la utilización de un co-oxímetro.

DERIVACIÓN

Derivar a un servicio de urgencias hospitalarias.

OTROS

Para administrar O_2 a concentraciones elevadas se utilizará una mascarilla ventimask® con O_2 al 50% a la que se le taparán los orificios laterales (se consigue así una saturación de O_2 equivalente al 70%) y se abrirá el flujo al máximo (15-20 l/min). Podría utilizarse también una mascarilla con reservorio.

INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS DE USO AGRÍCOLA-INDUSTRIAL

INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS DE USO AGRÍCOLA-INDUSTRIAL

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
INTOXICACIÓN POR PRODUCTOS DE USO AGRÍCOLA-INDUSTRIAL	Véase Situación Específica	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Insecticidas organofosforados o carbamatos	**Atropina** 1 mg/5 min iv hasta midriasis o frecuencia cardiaca >120 lpm	
Herbicidas (Paraquat)	**Carbón activado** 50 g en 250 ml de agua vo. Puede repetirse cada 4-6 h. Dosis pediátrica: 1 g/kg en 250 ml	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Eliminar el tóxico: retirada de ropa y lavado de ojos, piel, pelo (con agua y jabón) y estómago.

En la asistencia a estos pacientes, autoprotegerse con guantes de goma (no de látex), evitar contacto con la ropa, etc.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

La sospecha se establece por los antecedentes de exposición laboral y la sintomatología colinérgica.

PRECAUCIONES

El tratamiento con O_2 está desaconsejado en la intoxicación por herbicidas.

DERIVACIÓN

Derivar a un servicio de urgencias hospitalario con carácter urgente.

OTROS

Para algunos productos se dispone de antídotos específicos (ej. Vit K como antídoto para raticidas).

LUDOPATÍA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
LUDOPATÍA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Ludopatía con trastorno obsesivo-compulsivo y/o depresión	**Paroxetina** 20-60 mg/24h vo	**Fluvoxamina** 100-200 mg/24h vo **o** **Citalopram** 20-60 mg/24h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Evitar conductas culpabilizadoras. Es importante conseguir que el paciente admita su problema ante su familia y amigos.
- Terapia cognitivo-conductual y control de estímulos.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Abstinencia total del juego.

VALORACIÓN DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO

Disminución o desaparición del "craving", síntomas asociados, episodios de ludopatía y consecuencias (gasto económico).

SEGUIMIENTO

Se debe vigilar la coexistencia de síntomas depresivos, riesgo de suicidio y abuso de sustancias (alcohol). Suelen existir fases de remisión y recaída.

DERIVACIÓN

En función de la gravedad, valorar derivar al paciente a asociaciones de jugadores y/o Salud Mental.

OTROS

Investigar la existencia de comorbilidad ya que puede determinar la evolución e intentos terapéuticos. El diagnóstico precoz mejora el pronóstico.

Véase «Antidepresivos: Generalidades»

OPIÁCEOS. INTOXICACIÓN AGUDA O SOBREDOSIS.

OPIÁCEOS. INTOXICACIÓN AGUDA O SOBREDOSIS.

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OPIÁCEOS. INTOXICACIÓN AGUDA O SOBREDOSIS.	**Naloxona** 0,4-2 mg/2-3 min iv, im o sc, hasta revertir el cuadro o alcanzar un máx. de 10 mg	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Si no responde, sospechar intoxicación por benzodiazepinas	**Flumazenilo** 0,2-0,5 mg/min iv (máx. 2 mg)	
Si no responde, sospechar intoxicación por otros depresores del SNC	**Tiamina (Vit B1)** 100 mg im	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Iniciar ABC. Asegurar vía aérea y una vía venosa. Valorar siempre el riesgo de intoxicación múltiple.

OBSERVACIONES GENERALES

DERIVACIÓN

Derivación hospitalaria en todos los casos. Mientras tanto, mantener en observación al paciente por la posibilidad de reaparición del cuadro comatoso, hipoglucemia, convulsiones, hipotensión o de otras complicaciones como edema agudo de pulmón.

OPIÁCEOS. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

OPIÁCEOS. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

INTRODUCCIÓN

Véase «Intoxicaciones: Generalidades»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
OPIÁCEOS. SÍNDROME DE ABSTINENCIA.	Derivar a AE	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Tratamiento sintomático de la ansiedad*	**Diazepam** 5-15 mg/8h vo, en pauta descendente 10-15 días	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Informar al paciente de la necesidad de derivación a un centro especializado.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

La dependencia a drogas es un proceso recurrente y, aunque el abandono del consumo es la mejor decisión, si el paciente no puede asumirla es mejor pactar objetivos intermedios que ayuden a disminuir los riesgos del paciente y mejoren su integración social como: programas de mantenimiento de metadona para conseguir el abandono de la vía parenteral, informar de técnicas de limpieza, uso de preservativos...

Vacunación contra hepatitis y tétanos.

SEGUIMIENTO

Seguimiento en AE o por el médico de familia, dependiendo de las circunstancias del paciente. Si es posible, dar los fármacos sin envase en mano, para dificultar la identificación por el paciente.

DERIVACIÓN

Derivar a AE: Medicina Interna, Psiquiatría.

Recomendar inicio de desintoxicación en un centro especializado.

OTROS

En centros especializados de desintoxicación con frecuencia se utilizan sustitutivos opiáceos (metadona, buprenorfina) en pauta descendente, lo que evita o disminuye al máximo la aparición de síntomas de abstinencia.

* Para el tratamiento de otros síntomas: **Véase «Náuseas y Vómitos»**, **«Insomnio»**

SEDENTARISMO

INTRODUCCIÓN

El sedentarismo es un factor de riesgo importante en múltiples patologías, mientras que el ejercicio mejora la calidad de vida y la salud física y mental de la persona.

Se recomienda:

1. Preguntar a los pacientes acerca de sus hábitos de actividad física mediante preguntas sencillas y específicas, las que cada profesional sanitario considere oportunas o con algún cuestionario estandarizado.
2. Valorar el hábito de actividad física del paciente: se le clasificará en "activo", si hace ejercicio o deporte; "parcialmente activo", si realiza algún tipo de ejercicio o deporte pero no con los requerimientos mínimos de duración, frecuencia e intensidad; e "inactivo", si no realiza ningún tipo de ejercicio o deporte y su gasto calórico diario es < 3.000 kcal.
3. Revisar con una periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SEDENTARISMO	**Medidas no farmacológicas**	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- Se recomienda que el paciente inicie, aumente o mantenga la práctica de algún ejercicio físico o deporte con los requisitos de duración, frecuencia e intensidad necesarios. El incremento de los niveles de actividad física puede llevarse a cabo de dos formas:
  1. Procurando acumular 30 min o más de actividad física moderada-intensa en la mayoría de los días de la semana, mediante la incorporación de más actividad habitual en la rutina diaria como subir escaleras, realizar trabajos caseros o de jardinería, bailar o caminar parte o todo el trayecto de ida y vuelta al trabajo.
  2. Realizando algún ejercicio o deporte de tipo aeróbico en el tiempo libre, con una frecuencia mínima de tres veces por semana, una duración mínima de cada sesión de 40-60 min, dependiendo del tipo de ejercicio o deporte.
- Los ancianos deben realizar, además, dos o tres sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad y fuerza-resistencia muscular para paliar los progresivos efectos del envejecimiento sobre el aparato locomotor, que conducen a un mayor riesgo de caídas, a la incapacidad para el autocuidado y al encamamiento precoz.
- Para cualquier tipo de actividad física, consideraremos como límite una intensidad que produzca una FC del 60-85% de la máxima teórica (FCM = 220 - edad). Esta FCM es la que puede lograrse sin poner en riesgo la salud, siempre y cuando el paciente se encuentre en adecuadas condiciones físicas.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Promocionar un estilo de vida físicamente activo a cualquier edad.

SEGUIMIENTO

Revisar con una periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años.

TABAQUISMO. USUARIO FUMADOR.

TABAQUISMO. USUARIO FUMADOR.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define como fumador a todo individuo que fume diariamente (uno o más cigarrillos durante el último mes); exfumador al individuo que habiendo sido fumador se mantiene al menos doce meses sin fumar y fumador pasivo es toda persona que, sin fumar voluntariamente, aspira el humo del tabaco al permanecer en ambientes donde fuman otras personas.

El tabaco es la mayor causa aislada de muerte prematura en los países desarrollados. Es una causa conocida de cáncer, enfermedad cardiovascular, complicaciones del embarazo y EPOC entre otros más de 25 problemas de salud.

No hay umbral de consumo por debajo del cual los riesgos para la salud desaparezcan. Cuando se valora el hábito tabáquico y las posibilidades de deshabituación, se debe medir el grado de dependencia del individuo (test de Fagerstrom) y de motivación para dejar de fumar (test de Richmond).

Véase «Anexo 10: Terapia de deshabituación tabáquica»

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
TABAQUISMO. USUARIO FUMADOR	**Medidas no farmacológicas**: terapia conductual	**TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN NICOTÍNICA (En pauta descendente):** Parches de **Nicotina** Valorar pauta posológica en función de la marca comercial elegida, y del consumo de tabaco previo diario. Ver Ficha Técnica. **o** Chicles de **Nicotina** Fumador 10-30 cig/d: 2 mg/90 min (máx. 60 mg/d), 8-12 sem. Fumador > 30 cig/d: 4 mg/60-90 min (máx. 60 mg/d), 8-12 sem. **o** Comprimidos de **Nicotina** Fumador 10-30 cig/d: 1 mg/90 min (máx. 24 mg/d), 8-12 sem . Fumador > 30 cig/d: 1 mg/60-90 min (máx. 24 mg/d), 8-12 sem (máx. 24 mg/d). **o** **Bupropión** Comenzar 1-2 sem antes de dejar de fumar con: 150 mg/d, 6 días y continuar con 150 mg 2 veces/d separados al menos 8 h y el último comprimido al menos 4 h antes de acostarse, 7-9 sem.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Terapias conductuales:

- Intervenciones para prevenir el inicio del hábito tabáquico.
- Consejo antitabaco breve y reiterado a todos los pacientes fumadores.
- Intervenciones con los pacientes fumadores, en función de la fase en que se encuentren: 1.-Precontemplación, 2.-Contemplación, 3.-Determinación o preparación, 4.-Acción, o 5.- Mantenimiento.

- Evaluación y diagnóstico del fumador: Valoración de la Motivación y Dependencia (Test de Richmond y Test de Fagestrom) y diagnóstico biológico (cooximetría).

Medidas complementarias:

a. Prevención de la ganancia de peso.
b. Derivar a unidades especializadas a pacientes de grupos especiales de riesgo.
c. Terapia de grupo.

Ejercicio físico

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

El tratamiento farmacológico, tanto con los sustitutos de nicotina como con el bupropion, ha mostrado ser eficaz en la disminución de la intensidad del síndrome de abstinencia, que es la causa más frecuente de recaídas.

Sustitutos de la Nicotina: Se aconseja su uso en fumadores de más de 10 cigarrillos/día. No fumar durante su utilización.

- Parches: Usar sobre piel lampiña (tórax preferentemente). Iniciar la administración el día que se deja de fumar. Los parches de duración 16 horas deben retirase por la noche. Las dosis se deben ir reduciendo gradualmente, de manera que las 4 primeras semanas se administrará la dosis total de inicio, las 2 siguientes la dosis intermedia, y las 2 últimas semanas, la dosis más baja (duración total del tratamiento 8 semanas).
- Chicles: Masticar lentamente hasta percibir sabor picante. Colocar debajo de la lengua facilita su absorción. Usar cada chicle 30 min. Evitar comer y beber 15 min antes, durante y después de su uso.
- Comprimidos: Se utilizan igual que los chicles, sólo que no se mastican, sino que se chupan.

Bupropión: Se puede iniciar tratamiento con este fármaco, si el paciente lo solicita, independientemente del número de cigarros consumidos y del grado de dependencia.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Abandono permanente del hábito tabáquico.

SEGUIMIENTO

Los chicles y comprimidos de nicotina pueden utilizarse, además de en las dosis pautadas, siempre que se tenga intenso deseo de fumar, sin superar las dosis máximas.

Tras las 12 semanas de tratamiento con vareniclina, si el paciente ha dejado de fumar, se puede valorar la necesidad de un periodo adicional de tratamiento de otras 12 semanas.

PRECAUCIONES

Hay que tener precaución con los sustitutos nicotínicos en embarazo y enfermedad cardiovascular.-

El bupropion está especialmente contraindicado en pacientes con riesgo o en tratamiento por trastornos convulsivos o con trastornos alimentarios.

Se han notificado casos de síntomas depresivos que incluían ideación/comportamiento suicida, en pacientes que recibían tratamiento con vareniclina (Nota informativa AEMPS 2008/01), y por ello se han establecido las siguientes recomendaciones:

- Utilizar exclusivamente bajo prescripción médica.
- Tener especial precaución en pacientes con alteraciones psiquiátricas subyacentes. También existe la posibilidad de que cualquier paciente desarrolle síntomas depresivos y por tanto, todos los pacientes deben ser informados.
- Suspender el tratamiento con vareniclina inmediatamente en caso de que aparezca ideación o comportamiento suicida asociado al tratamiento.

DERIVACIÓN

Si existiera unidad de deshabituación tabáquica, valorar la remisión en pacientes que han fracasado en intentos previos, incluso con soporte farmacológico, y en pacientes con presencia de patología crónica de alto riesgo en los que dejar de fumar es especialmente importante.

OTROS

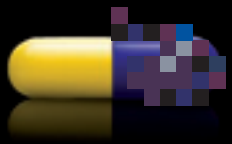
- Parches de nicotina: en la actualidad, en España hay 3 marcas comerciales con diferentes presentaciones de nicotina en parches. Las dosis por parche en cada uno de ellos son diferentes en función de la marca comercial, aunque todos se administran cada 24 horas, en algunos casos el parche se retira a las 16 horas (antes de acostarse) y en otros se mantiene las 24 horas. Por todo ello, se recomienda consultar detalles en ficha técnica antes de prescribir.

- En caso de falta de respuesta a medidas no farmacológicas e intolerancia a terapia de sustitución nicotínica o bupropion se puede valorar el tratamiento con **vareniclina,** fármaco de reciente comercialización (año 2006), siempre teniendo en cuenta las recomendaciones de seguridad establecidas (ver apartado de precauciones). La duración de tratamiento recomendada son 12 semanas con la siguiente posología:
    - Iniciar el tratamiento antes de dejar de fumar (entre 8 y 14 días antes)
    - 0,5 mg/24h (días 1º-3º)
    - 0,5 mg/12h (días 4º-7º)
    - 1 mg/12h (a partir del día 8º hasta la semana 12)

  El paciente debe dejar de fumar durante la segunda semana de tratamiento (días 8º-14º)

  Puede considerarse un tratamiento adicional de 12 semanas con vareniclina a dosis de 1 mg dos veces al día en los pacientes que al final de las 12 semanas hayan conseguido dejar de fumar con éxito.

- No hay evidencias de que técnicas como la acupuntura, hipnosis, terapia con láser o electroestimulación sean efectivas.
- No hay pruebas consistentes de que los ansiolíticos ayuden a dejar de fumar.
- En estudios realizados con diferentes antidepresivos, la nortriptilina se ha mostrado útil para el abandono del hábito tabáquico, a largo plazo.



16

Problemas generales

DOLOR CRÓNICO

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico se define como un dolor que persiste durante meses. Puede no estar claramente relacionado con una lesión o enfermedad o puede persistir tras la curación de la lesión inicial; su localización, carácter y evolución temporal son menos precisos que en el dolor agudo.

Para realizar una correcta valoración del dolor es fundamental determinar la causa, medir la intensidad -escalas de valoración: numérica verbal, analógica visual-, realizar una valoración multidimensional e identificar factores de mal pronóstico.

El dolor crónico puede clasificarse como:

- Dolor nociceptivo: normalmente responde al tratamiento con analgésicos convencionales. Puede ser:
  - Dolor somático (dolor óseo, dolor músculo-esquelético)
  - Dolor visceral (dolor tipo cólico, por infiltración, compresión, isquemia)
- Dolor neuropático (neuralgias, radiculopatías): responde escasamente a los analgésicos convencionales y a veces es de difícil tratamiento.
- Dolor psicógeno: dolor somatoforme.

Generalidades sobre el tratamiento del dolor:

- En el tratamiento del dolor se recomienda seguir la *Escala Analgésica de la OMS:*
  - *Primer escalón:* Analgésico no opioide +/- coadyuvantes.
    - Paracetamol es de elección. Tienen techo analgésico. Indicados en dolor leve-moderado.
  - *Segundo escalón:* Opioide menor +/- analgésico no opioide +/- coadyuvantes.
    - Codeína es de elección. Tienen techo analgésico. Indicados en dolor moderado.
  - *Tercer escalón:* Opioide mayor +/- analgésico no opioide +/- coadyuvantes.
    - Morfina es de elección. No tienen techo analgésico. Indicados en dolor intenso.
  - *Cuarto escalón:* Otras técnicas analgésicas. Indicadas cuando fracasa el tratamiento farmacológico.
- El tratamiento del dolor debe ser individualizado.
- La vía de administración de elección es la vía oral. En las fases terminales, valorar el uso de la vía subcutánea mediante palomilla.
- Utilizar siempre la dosis mínima eficaz del medicamento.
- Prescribir siempre dosis fijas, con intervalos regulares; en caso necesario, pautar dosis de rescate.
- Prevenir siempre la aparición de efectos secundarios (omeprazol para prevenir la gastropatía por AINE en pacientes de riesgo, antieméticos al inicio de opiáceos, laxantes durante todo el tratamiento con opiáceos).

Fármacos coadyuvantes:

Su uso potencia el efecto analgésico de otros fármacos, disminuyen los efectos secundarios (ya que permiten "ahorrar" fármacos) y tienen efecto analgésico independiente en determinados tipos de dolor. Pueden necesitarse en cualquier estadio: antidepresivos y anticonvulsivantes para el dolor neuropático; corticosteroides para la compresión nerviosa y la cefalea resultante del aumento de la presión intracraneal; relajantes musculares para los espasmos musculares.

La terapia coadyuvante debería estudiarse antes de avanzar hacia el siguiente "escalón" de la escala de tratamiento o de incrementar la dosis de un analgésico opioide.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
DOLOR CRÓNICO	**1er Escalón de la OMS:** **Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo o vr (máx. 4.000 mg/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d sin pasar de 4.000 mg/d)	**1er Escalón de la OMS:** **Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo (máx. 2.400 mg/d); fórmula retard: cada 12-24h Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo (máx. 40 mg/kg/d) **o** **Acetilsalicílico ácido** 500-1.000 mg/4-6h vo (máx. 4.000 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
No mejoría	**2º Escalón de la OMS:** **Codeína** 30-60 mg/4-6h vo (máx. 240 mg/d)	**2º Escalón de la OMS:** **Tramadol** 50-100 mg/6-8h vo (máx. 400 mg/d); fórmula retard: 150-200 mg/12h
No mejoría	**3er Escalón de la OMS:** **Morfina** dosis inicial 5-10 mg/4h vo; fórmula retard cada 12-24h	**3er Escalón de la OMS:** **Fentanilo** parche transd 25 µg/h, cada 3 días; incrementar según dolor
Neuralgia postherpética, polineuropatías	Asociar **Amitriptilina** 25-150 mg/24h vo, DU al acostarse	Asociar **Gabapentina** 600-1.800 mg/d vo en 3 tomas; aumentos graduales de 300 mg (máx. 3.600 mg/d)

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Neuralgia del trigémino	Asociar **Carbamazepina** iniciar con 100 mg/12h vo; dosis habitual: 400-800 mg/d vo, en 3-4 tomas (máx.1.200 mg/d)	
Dolor tipo cólico	Asociar **Butilescopolamina** 10-20 mg/6h vo, sc, vr (máx. 100 mg/d)	
Compresión nerviosa, linfedema, hipertensión intracraneal, compresión medular	Asociar **Dexametasona** 2 mg/8-12h vo	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

En función del tipo y causa del dolor: fisioterapia, aplicación de frío o calor, ultrasonidos, uso de férulas, ortesis, TENS, psicoterapia, radioterapia, cirugía ortopédica o bloqueos nerviosos.

OBSERVACIONES GENERALES

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar el dolor, con los mínimos efectos adversos, para restaurar el bienestar físico y psíquico y mejorar la calidad de vida.

SEGURIDAD

Las indicaciones para el tratamiento con ácido acetilsalicílico en niños son muy limitadas debido al riesgo del síndrome de Reye.

La carbamazepina produce frecuentes efectos secundarios que suelen desaparecer en 8-10 días.

PRECAUCIONES

Fentanilo: en pacientes sin tratamiento previo con opioides, deberá iniciarse el tratamiento con dosis que no excedan de 25 µg/h.

DERIVACIÓN

Pacientes con neuralgia del trigémino: derivar a AE a los pacientes menores de 40 años y ante fracaso terapéutico, para descartar causas secundarias.

OTROS

Veánse los capítulos correspondientes para el tratamiento del dolor en problemas de salud específicos.

Los opiodes producen con frecuencia náuseas y vómitos; tratar con haloperidol. **Véase « Náuseas y vómitos »**

FIEBRE

Problemas generales

INTRODUCCIÓN

Se denomina fiebre a la temperatura axilar igual o superior a los 38ºC, y febrícula si está entre 37-37,9ºC. Siempre que sea posible, debe identificarse y tratarse la causa de la fiebre.

Los métodos para disminuir la temperatura corporal en caso de fiebre consisten en el uso de antipiréticos y medios físicos.

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
FIEBRE	**Paracetamol** 500-1.000 mg/4-6h vo o vr (máx. 4 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d; sin pasar de 4 g/d)	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Inflamación asociada	**Ibuprofeno** 400-600 mg/4-6h vo Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/6-8h vo (máx. 40 mg/kg/d)	

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Asegurar hidratación adecuada. Evitar excesiva ropa de abrigo. Ventilar y mantener el ambiente fresco (21-22ºC). No se recomiendan otras medidas destinadas a mejorar la evaporación, como la aplicación tópica con esponjas empapadas en agua tibia, baños fríos ni las friegas con alcohol. No hay evidencia de que las medidas físicas supongan un gran beneficio.

OBSERVACIONES GENERALES

A QUIÉN TRATAR Y CUÁNDO

Tratar si temperatura ≥ 38ºC. En caso de febrícula pueden iniciarse medidas físicas pero no es necesario tratamiento con antitérmicos.

Tratar la inflamación si produce síntomas importantes.

No es necesario tratar la fiebre cuando es bien tolerada.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Aliviar la sintomatología.

SEGUIMIENTO

Valorar en 48-72 horas si persiste la fiebre o si aparecen nuevos síntomas.

Valorar a los 7 días la conveniencia de continuar el tratamiento de la inflamación.

SEGURIDAD

La fiebre es con frecuencia el primer síntoma de procesos víricos. No usar AAS en niños menores de 16 años por la posibilidad de desencadenar un síndrome de Reye.

DERIVACIÓN

Derivación urgente al hospital si hay signos de gravedad.

OTROS

Existe discrepancia entre los autores sobre la conveniencia de tratar alternando paracetamol e ibuprofeno porque no hay estudios concluyentes.

SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

SELECCIÓN DE TRATAMIENTO

PROBLEMA DE SALUD	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA	**Medidas no farmacológicas**	

SITUACIÓN ESPECÍFICA	TRATAMIENTO ELECCIÓN	TRATAMIENTO ALTERNATIVO
Depresión, insomnio	**Amitriptilina** 25-75 mg/24h vo	**Fluoxetina** 20-40 mg/24h vo
Mialgias; cefaleas	**Paracetamol** 500-1.000 mg/8h vo (máx. 4 g/d)	
Mialgias-cefaleas que no responden a paracetamol.	**Ibuprofeno** 400-600 mg/6-8h vo	**Diclofenaco** 50 mg/8-12h vo

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

- El tratamiento fundamental son las medidas no farmacológicas:
- Informar y apoyar. Ejercicio progresivo controlado e individualizado. Terapia cognitivo-conductual durante 4-6 meses.
- Evitar el reposo prolongado, polimedicación, múltiples pruebas diagnósticas y terapias irracionales. Seguimiento multidisciplinar.

OBSERVACIONES GENERALES

OTROS

Prescribir ansiolíticos, sólo transitoriamente y a dosis bajas, si hay ansiedad o insomnio. Relajantes musculares si hay hipertonía o contractura muscular.

Anexos

ANEXO 1. CÁLCULO DEL RIESGO DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

Factores de riesgo personales	Puntos
• HTA, EPOC, artritis, hiperlipemia, hipoxemia, embarazo, uso de anticonceptivos orales o THS	1
• Obesidad, varices, cardiopatía no valvular, policitemia *vera*, trombocitosis, neoplasias	2
• Accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio, cardiopatía trombogénica, trombofilia	3
• Puerperio, edad superior a 40 años	3
• Carcinoma de páncreas, insuficiencia cardíaca congestiva, shock, trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar previos	4
• Carcinoma metastatizante, quemados, parapléjicos, hemipléjicos	6

Factores desencadenantes	Puntos
Inmovilización	
• Encamamiento por enfermedad o período posquirúrgico	2
• Por fracturas de extremidades inferiores	4
Según tipo de intervención quirúrgica	
• Cirugía pélvica, torácica, abdominal o resección transuretral de próstata	2
• Cirugía cardiopulmonar, trasplantes	3
• Resección transvesical de próstata, cirugía del sistema nervioso central	4
• Cirugía mayor de rodilla o de cadera	6
Riesgo acumulable al de la intervención quirúrgica	
• Anestesia epidural. Intervenciones repetidas, sépticas o prolongadas (más de 3h)	2
• Anestesia general	3
Total:	

Riesgo:	**Bajo**	**< 6 puntos**
	Medio	**6-11 puntos**
	Alto	**> 11 puntos**

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
HTA: Hipertensión Arterial
THS: Terapia Hormonal Sustitutiva

Tomado de: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. Barcelona: semFYC ediciones; 2007.

ANEXO 2. CLASIFICACIÓN DE INSULINAS

	TIPO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	INICIO ACCIÓN (horas)	EFECTO MÁXIMO (horas)	DURACIÓN (horas)
RÁPIDA	REGULAR, NORMAL o SOLUBLE	Actrapid®	Vial 10 ml c/1	0,5	1-3	8
		Actrapid Innolet®	Pluma 3 ml c/5			
		Humulina Regular®	Vial 10 ml c/1	0,5	1-3	5-7
	ASPART	Novorapid Flexpen®	Pluma 3 ml c/5	0,15-0,3	1-3	3-5
	LISPRO	Humalog®	Vial 10 ml c/1	0,25	0,5-1,2	2-5
		Humalog Pen®	Pluma 3 ml c/5			
INTERMEDIA	NPH o ISOFÁNICA	Humulina NPH®	Vial 10 ml c/1	1	2-8	18-20
		Humulina NPH Pen®	Pluma 3 ml c/6			
		Insulatard®	Vial 10 ml c/1	1,5	4-12	24*
		Insulatard FlexPen®	Pluma 3 ml c/5			
	LISPRO PROTAMINA	Humalog NPL Pen®	Pluma 3 ml c/5	1-2	4-8	18-24
PROLONGADAS	GLARGINA	Lantus®	Vial 10 ml c/1	4-6	2-20	18-24
		Lantus Optiset®	Pluma 3 ml c/5			
		Lantus Opticlick®	Cart 3 ml c/5			
	DETEMIR	Levemir Flexpen®	Pluma 3 ml c/5	1	6-8	24*
MEZCLAS	REGULAR (30%) / NPH (70%)	Humulina 30:70®	Vial 10 ml c/1	0,5	1-8	14
		Humulina 30:70 Pen®	Pluma 3 ml c/6			
		Mixtard 30®	Vial 10 ml c/1	0,5	2-8	24*
		Mixtard 30 Innolet®	Pluma 3 ml c/5			
	ASPART (30%) / ASPART-PROTAMINA (70%)	Novomix 30 Flexpen®	Pluma 3 ml c/5	0,15-0,3	1-4	24*
	LISPRO (25%) / LISPRO-PROTAMINA (75%)	Humalog Mix 25 Pen®	Pluma 3 ml c/5	0,25	0,5-1,2	2-5*
	LISPRO (50%) / LISPRO-PROTAMINA (50%)	Humalog Mix 50 Pen®	Pluma 3 ml c/5	0,25	0,5-1,2	2-5*

Clasificación de insulinas:

Insulinas humanas **Análogos de insulina**

Los parámetros farmacocinéticos han sido recogidos del Catálogo de Especialidades 2006 y de las Fichas Técnicas de las especialidades.

* Datos que son muy dispares entre diferentes fuentes consultadas.

ANEXO 3. CONTENIDOS DE CALCIO DE LOS ALIMENTOS POR RACIONES HABITUALES

ALIMENTOS	TAMAÑO DE LA RACIÓN	CONTENIDO EN CALCIO (mg)
Leche entera o semidesnatada	1 vaso (200 cc)	250
Leche suplementada con calcio	1 vaso (200 cc)	320
Yogur (normal, bio, frutas, desnatado), cuajada	1 envase	150
Yogur o cuajada con calcio	1 envase	250
Queso manchego, bola	2 lonchas (50 g)	400
Queso de Burgos	1 trozo (100 g)	300
Requesón	1 trozo (100 g)	100
Queso cremoso (Brie, Camembert)	2 lonchas (50 g)	200
Queso Emmental, Edam, Parmesano, Gruyere	2 lonchas (50 g)	550
Queso para sandwich	2 lonchas	125
Quesito	1 porción (20 g)	55
Petit Suisse	1 tarrito	60
Flan, natillas, arroz con leche, otros postres lácteos	1 envase	120
Pan blanco, integral	100 g	30
Bollería (2 magdalenas medianas, 1 croissant, etc)	1 ración	20
1 naranja mediana ó 2 mandarinas medianas	200 g	50
Garbanzos, alubias	1 plato	100
Lentejas	1 plato	75
Acelgas, cardo (aprox 200-250 g)	1 plato	250
Espinacas, grelos	1 plato	150
Lechuga, escarola, endivias	1 plato	40
Judía verde	1 plato	140
Col, repollo	1 plato	75
Sardina fresca, boquerones, arenques (200 g)	1 plato	100
Sardinas en conserva	1 lata	200
Pescadito (con espina, 100 g)	1 plato	80
Calamares, gambas, langostinos (150 g)	1 plato	100
Pulpo (150 g)	1 plato	170
Otros pescados (200 g de merluza, rape, etc)	1 plato	50
Almejas, mejillones, caracoles, percebes	1 plato	40
Carne (1 bistec, ¼ pollo, pavo, pato, etc)	1 plato	30
5 higos secos, 1 puñado de almendras o avellanas	1 ración	100
Aceitunas	1 platillo	50
Huevos	1	30

CORTICOIDES TÓPICOS

En la **SELECCIÓN** de un corticoide tópico deberá tenerse en cuenta:

- Las **características de las lesiones**: localización, superficie afectada, grado de humedad de la zona y gravedad del brote.
- La **edad del paciente:** los niños, los ancianos y los pacientes con enfermedad diseminada son más susceptibles a los efectos locales y sistémicos de los corticoides.
- El **vehículo:**
  - Los vehículos grasos (ungüentos y pomadas) son de elección para el tratamiento de lesiones secas y escamosas por su capacidad oclusiva, que incrementa la penetración del principio activo en las capas más profundas de la piel.
  - Las cremas se deben utilizar en lesiones húmedas o en áreas intertriginosas (axilas, ingles, etc.) en las cuales las pomadas podrían causar maceración y foliculitis.
  - Las emulsiones O/A (fase externa acuosa) se absorben más rápido pero son menos hidratantes que las emulsiones A/O (fase externa oleosa).
  - Los geles y lociones son útiles para aplicar en regiones pilosas. Los aerosoles son prácticos para tratar zonas muy amplias.

Como regla general, a igualdad de principio activo, dosis y concentración, la potencia disminuye en el siguiente orden: unguento, pomada, crema, gel y loción.

FORMULACIONES según la zona de piel y lesión a tratar:

Formulación	Zona sin pelo	Zona con pelo	Palmas-plantas	Zonas infectadas	Zonas intertriginosas
Ungüento	**		**		
Pomada	***		***		
Crema	**	*	**	*	**
Gel		*		*	*
Loción		**		**	**
Solución		***		***	**

* Formulación de utilidad ocasional
** Formulación aceptable
*** Formulación preferente

La absorción del corticoide es mayor cuando la temperatura y la humedad relativa de la piel están aumentadas, cuando se aplican sobre zonas inflamadas, desnudas o de pliegues (párpados, ingles, axilas), así como sobre superficies corporales donde el estrateo córneo es muy fino (escroto, cara). Sin embargo las palmas de las manos, plantas de los pies, y otras zonas con piel más gruesa (rodillas, antebrazos, espalda) son menos permeables.

La aplicación de vendajes oclusivos aumenta la penetración unas 10 veces, pero también puede provocar retención de sudor, aumentar el riesgo de infecciones fúngicas y bacterianas, así como desencadenar reacciones adversas sistémicas, por lo que no se aconseja utilizarlos durante más de 12 horas diarias ni con corticoides muy potentes.

La **POTENCIA** de los preparados tópicos de corticoides depende de 3 factores: las características de la molécula, la concentración a la que se halla y el vehículo utilizado. Se clasifican en cuatro grupos:

GRUPO I.- POTENCIA BAJA
Hidrocortisona: 1 - 2,5%
Hidrocortisona acetato: 0,25 - 2,5%
GRUPO II.- POTENCIA MEDIA
Beclometasona salicilato: 0,025%
Clobetasona butirato: 0,05%
Flumetasona pivalato: 0,02%
Fluocinolona acetónido: 0,01%
Fluocortina: 0,75%
Fluocortolona: 0,25%
Flupamesona: 0,15 y 0,3%
Hidrocortisona aceponato: 0,1%
Prednicarbato: 0,25%
GRUPO III.- POTENCIA ALTA
Beclometasona dipropionato: 0,025%
Betametasona dipropionato: 0,05%
Betametasona valerato: 0,1%
Budesonida: 0,025%
Desoximetasona: 0,25%
Diflorasona diacetato: 0,05%
Diflucortolona valerato: 0,1%
Fluocinolona acetónido: 0,025%
Fluocinonida: 0,05%
Fluprednideno acetato: 0,1%
Hidrocortisona butirato propionato: 0,1%
Metilprednisolona aceponato: 0,1%
Mometasona furoato: 0,1%
GRUPO IV.- POTENCIA MUY ALTA
Clobetasona propionato: 0,05%
Diflucortolona valerato: 0,3%
Fluclorolona acetónido: 0,2%
Flucinolona acetónido: 0,2%
Halcinonida: 0,1%
Halometasona monohidrato: 0,05%

Según las fuentes bibliográfícas, algunos corticoides pueden estar clasificados en grupos diferentes.

Los **EFECTOS ADVERSOS** están directamente relacionados con la potencia de los corticoides, aunque también dependen del área del cuerpo a tratar y duración del tratamiento.

- Los **efectos locales** son muy variados y algunos revierten tras suspender el tratamiento (atrofia epidérmica, hipertricosis, hipopigmentación, fragilidad cutánea), otros como las telangiectasias y estrías son irreversibles. Con frecuencia se produce irritación, picor y sequedad de la zona de aplicación. Con menos frecuencia eritema facial, acné rosácea, dematitis perioral, acné corticoideo, hipertricosis, hiper o hipopigmentación y glaucoma si se aplican en la zona periocular.

- Los **efectos secundarios sistémicos** (supresión del eje hipotálamo-hipofisario, menor crecimiento, Cushing yatrogénico, diabetes mellitus e hipertensión) son raros y dependen de la potencia del corticoide, duración del tratamiento y extensión de la zona a tratar.

Se aconseja utilizar corticoides en regímenes intermitentes o durante periodos cortos de tiempo y superficies de poca extensión. En niños y ancianos utilizar los de baja potencia.

El uso intermitente de corticoides potentes resulta más eficaz y origina menos efectos adversos que la administración continua de corticoides de baja potencia.

Para evitar el efecto rebote la retirada no debe ser brusca, alternando su aplicación y/o sustituyendo progresivamente por corticoides menos potentes.

Bibliografía:

1. Tratamiento de la dermatitis atópica. INFAC 2001; 9(3): 15-9.
2. Corticoesteroides tópicos: ¿Cúal, cuándo y cómo?. Bol Ter ANDAL 1995; 11 (3).
3. Corticoides tópicos. Bit 2001; 9 (2).

SOLUCIONES SECANTES

	Formulación	Acción	Indicaciones	Instrucciones para el paciente	Conservación	Consideraciones
Sulfato de cobre (Fórmula magistral)	Sulfato de cobre 1g para un papelillo: 1/1.000	Astringente, germicida	Lesiones exudativas	Disolver 1 papelina en 1 litro de agua. Aplicar cada 8h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión.	Temperatura ambiente	En mucosa genital, es conveniente rebajar la concentración al 0,5/1.000 (p.ej., diluir en 2 litros de agua)
Sulfato de cinc (Fórmula magistral)	Sulfato de cinc 1g para un papelillo: 1/1.000	Astringente, germicida	Lesiones exudativas, sobre todo por herpes virus	Disolver 1 papelina en 1 litro de agua. Aplicar cada 8h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión.	Temperatura ambiente	En mucosa genital, es conveniente rebajar la concentración al 0,5/1.000 (p.ej., diluir en 2 litros de agua)
Permanganato potásico (Fórmula magistral)	Permanganato potásico: -0,1g para un papelillo: 1/10.000 (concentración más usual) - 0,2 g para un papelillo: 1/5.000 - 0,05 g para un papelillo: 1/20.000	Astringente, germicida y funguicida	Lesiones exudativas. Intertrigo.	Disolver 1 papelina en 1litro de agua. Aplicar cada 8 h durante 10-20 min mediante compresas mojadas sobre la lesión.	Temperatura ambiente. Caducidad: 1-7 días. Proteger de la luz. Envolver la botella en papel de aluminio.	Tiñe de oscuro la piel, uñas y el recipiente
Septomida (Agua de los tres sulfatos)	Potassium alum, sulfato de cinc, sulfato de cobre, silica	Astringente y moderadamente desinfectante	Limpieza y protección de la piel	Disolver el contenido del frasco o sobre en 1litro de agua corriente y aplicar cada 12h sobre la piel. También se puede pulverizar.		Evitar contacto con los ojos. Si se produjera, lavar con abundante agua.
Agua de Burow	Subacetato de aluminio al 10%: 545 ml; ácido acético glacial: 15 ml; agua c.s.p. 1.000 ml	Astringente y antiséptico para la piel	Lesiones exudativas. Intertrigo.	Aplicar cada 8h sobre la lesión compresas mojadas en Agua de Burow durante 20 min.	Temperatura ambiente. Caducidad: 3 meses.	

Inventario de salud sexual para hombres (SHIM, por sus siglas en inglés)

Instrucciones

Cada pregunta tiene 5 respuestas posibles. Encierre en un círculo el número que mejor describa su situación. Seleccione sólo una respuesta para cada pregunta.

En los últimos seis meses:

1. ¿Cómo califica la confianza que tiene en poder mantener una erección?

1	2	3	4	5
Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta

2. Cuando tenía erecciones mediante estimulación sexual, ¿con qué frecuencia tenían sus erecciones la dureza suficiente para la penetración (entrar en su pareja)?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

3. Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia podía mantener su erección después de haber penetrado su pareja?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

4. Durante las relaciones sexuales, ¿qué tan difícil era mantener su erección hasta el final del acto sexual?

1	2	3	4	5
Extremadamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	Nada difícil

5. Cuando trataba de tener relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia eran satisfactorias para usted?

1	2	3	4	5
Casi nunca o nunca	Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)	Algunas veces (casi la mitad de las veces)	La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)	Casi siempre o siempre

Adaptado con permiso de: Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Desarrollo y evaluación de una versión abreviada de 5 puntos del “International Index of Erectile Dysfunction” (IIEF-5) como una herramienta para el diagnóstico de la disfunción eréctil. *Int J Impot Res.* 1999;11:319-326. http://www.nature.com.

Información para médicos

Instrucciones para calcular los resultados

Sume los números que corresponden a las respuestas de las preguntas 1 a 5. Si la puntuación es 21 o menos, se debe tratar como disfunción eréctil (DE). La puntuación obtenida en el SHIM caracteriza la gravedad de la disfunción eréctil de la manera siguiente:

22-25	No hay DE
17-21	DE media
12-16	DE media a moderada
8-11	DE moderada
5-7	DE grave

Puntaje: _____

Propósito del SHIM

- Con el surgimiento de las terapias orales para la DE, se ha hecho más necesario que nunca el diagnóstico preciso.
- El cuestionario SHIM (también conocido como IIEF-5) es una versión abreviada y ligeramente modificada de 5 puntos del "International Index of Erectile Function" (IIEF) de 15 puntos, diseñado para que los médicos lo utilicen fácilmente en el diagnóstico de la presencia y gravedad de la DE en entornos clínicos.
- Esta herramienta de diagnóstico puede disminuir el número de casos diagnosticados en forma incorrecta o diagnosticados en forma deficiente. Su objetivo es complementar el examen físico y el historial del paciente como un medio para detectar DE.

Adaptado con permiso de: Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Peña BM. Desarrollo y evaluación de una versión abreviada de 5 puntos del "International Index of Erectile Dysfunction" (IIEF-5) como una herramienta para el diagnóstico de la disfunción eréctil. *Int J Impot Res.* 1999;11:319-326. http://www.nature.com.

ANEXO 6. ESCALA IPSS

638 El IPSS consta de 7 preguntas sobre diferentes síntomas prostáticos con 6 posibles respuestas que puntúan de 0 a 5. La puntuación máxima es de 35 y, dependiendo de la suma de las diferentes respuestas, se clasifica la sintomatología prostática en tres categorías: leve, moderada y severa, las cuales tienen importancia en la evaluación del paciente y en la toma de decisiones terapéuticas. El baremo sintomático trata de objetivar síntomas subjetivos. Se elaboró para que el propio paciente lo auto conteste.

- **Leve:** 0 a 7.
- **Moderada:** 8 a 19.
- **Severa:** 20 a 35.

Tabla 1 . Baremo internacional de la sintomatología prostática (IPSS)

PREGUNTA	0	1	2	3	4	5	Puntuación
1. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación, al terminar de orinar, de que su vejiga no se vaciaba por completo?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
2. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces ha tenido que orinar más de una vez en menos de dos horas?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
3. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces le ha sucedido que se le interrumpía o cortaba con intermitencia el chorro mientras orinaba?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
4. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces le ha resultado difícil aguantarse las ganas de orinar?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
5. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces ha tenido un chorro de orina flojo?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
6. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces ha tenido que apretar o esforzarse para empezar a orinar?	Ninguna	1 de 5	1 de 3	1 de 2	2 de 3	Casi siempre	
7. Durante el pasado mes, ¿Cuántas veces ha tenido que orinar cada noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 ó más	
Puntuación total del baremo sintomático IPSS (S) =							

Complementando el IPSS al paciente se le debe preguntar sobre la repercusión que tiene la sintomatología sobre su calidad de vida, pasándosele el índice de valoración de calidad de vida, en el que ésta se valora de 0 a 6 puntos (de buena a mala calidad de vida). Este índice no tiene una relación directa con el IPSS y depende de la variable edad y las expectativas del paciente.

Tabla 2. Estimación de la calidad de vida producida por los síntomas urinarios

Si tuviera que pasar el resto de su vida con los problemas urinarios que ahora tiene, ¿Cómo se sentiría?	Encantado	Contento	Aceptable	Indiferente	Inaceptable	Mal	Muy mal
	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO 7. PALUDISMO: PREVENCIÓN Y QUIMIOPROFILAXIS

INTRODUCCIÓN

El paludismo humano está producido por cuatro especies diferentes del parásito protozoario *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malariae*). Se transmite por varias especies de mosquito *Anopheles*, que pica principalmente entre el anochecer y el amanecer.

La forma más grave está causada por *P. falciparum*, que cada vez es más resistente a diversos medicamentos antipalúdicos.

PRECAUCIONES

- Evitar las picaduras de mosquitos, especialmente entre el anochecer y el amanecer: utilizar medidas prácticas de protección individual (reducir las áreas de piel expuestas, repelentes de insectos, insecticidas residuales, mosquiteras...)
- Tomar medicamentos contra el paludismo (quimioprofilaxis) cuando sea necesario, para evitar la progresión de la enfermedad.
- Realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados si aparece fiebre después de estar más de una semana en un área donde hay riesgo de paludismo, y hasta 3 meses después de salir de ella. La aparición de fiebre de origen desconocido en un viajero en el plazo de 2-3 meses después de haber salido de un área endémica constituye una emergencia médica que debe ser investigada urgentemente.

QUIMIOPROFILAXIS

- Es importante incidir en el correcto cumplimiento de los regímenes de medicamentos recomendados. Aunque **ningún régimen profiláctico contra el paludismo proporciona una protección completa**, una buena quimioprofilaxis reduce el riesgo de enfermedad mortal.
- La administración de cloroquina semanal debe iniciarse 1 semana antes de llegar a la zona palúdica.
- La administración de mefloquina semanal debe iniciarse al menos 1 semana antes de salir de viaje, aunque es preferible comenzar 2-3 semanas antes, para detectar los posibles efectos secundarios y cambiar a otra profilaxis alternativa y para que los niveles protectores en sangre sean elevados.
- Los medicamentos antipalúdicos deben ingerirse con la comida y acompañados de agua abundante.
- Las náuseas ligeras, vómitos ocasionales o diarrea no son síntomas suficientes para interrumpir la quimioprofilaxis, aunque el paciente deberá consultar al médico si persisten. Interrumpir el tratamiento en caso de reacciones adversas graves.
- La toma de todos los antipalúdicos debe continuarse hasta 4 semanas después de la última posible exposición a la infección, excepto el régimen con atovaquone/proguanil que puede dejar de tomarse 1 semana después del regreso.
- Dependiendo del tipo de paludismo, se debe advertir al viajero de la posibilidad de manifestación tardía del *P. vivax y P. ovale*.

Los viajeros deben informarse del riesgo de contraer paludismo en las zonas concretas que vayan a visitar para utilizar el régimen quimioprofiláctico adecuado. Consultar en Servicios Territoriales de Sanidad (Sección de Epidemiología).

Dependiendo del riesgo de paludismo en el área visitada, tenemos los siguientes **TIPOS DE RIESGO Y LA PREVENCIÓN ADECUADA:**

Tipo	Riesgo de paludismo	Tipo de prevención
I	Riesgo muy limitado de transmisión de paludismo.	Sólo prevención de las picaduras de mosquitos.
II	Riesgo de paludismo sólo por P. Vivax o por P. Falciparum sensible a la cloroquina.	Prevención de las picaduras de mosquitos. Quimioprofilaxis con cloroquina.
III	Riesgo de transmisión de paludismo y resistencia emergente a la cloroquina.	Prevención de las picaduras de mosquitos. Quimioprofilaxis con cloroquina+proguanil.
IV	Alto riesgo de paludismo por P. Falciparum y resistencia a medicamentos; o Riesgo moderado/bajo de paludismo por P. falciparum, pero con alta resistencia a medicamentos.	Prevención de las picaduras de mosquitos Quimioprofilaxis con mefloquina o doxiciclina o atavaquone/proguanil

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS ANTIPALÚDICOS

Medicamento	Disponibilidad	Posología adultos	Observaciones
Cloroquina *(Resochin® 150mg comp)* 150 mg cloroquina base equivalen a 250 mg de cloroquina fosfato	Dispensación con receta médica	Pauta: 300 mg de cloroquina base/ semana en una toma. Tomar siempre el mismo día de la semana. Iniciar una semana antes de entrar en la zona palúdica, mantener durante el tiempo de estancia y prolongar 4 semanas después de salir de la zona palúdica.	Contraindicado en: psoriasis o historia de epilepsia.
Cloroquina/ Proguanil *(Savarine® 100/200mg comp)*	Medicamento extranjero. Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad, con receta médica e informe de la Sección de Epidemiología.	Pauta: Cloroquina/Proguanil: 100/200 mg//día Iniciar un día antes de entrar en la zona palúdica, mantener durante el tiempo de estancia y prolongar 4 semanas después de salir de la zona palúdica.	Contraindicado en: psoriasis, IH, IR, historia de epilepsia. El proguanil puede interferir con la vacuna antitifoidea oral.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MEDICAMENTOS ANTIPALÚDICOS *(Cont.)*

Medicamento	Disponibilidad	Posología adultos	Observaciones
Mefloquina *(Lariam® 250mg comp)*	Medicamento extranjero. Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad, con receta médica e informe de la Sección de Epidemiología.	Pauta: 250 mg/semana en una toma. Tomar siempre el mismo día de la semana. Iniciar al menos una semana antes del viaje (preferible 2-3 semanas antes), mantener durante el tiempo de estancia y prolongar 4 semanas después de salir de la zona palúdica	Contraindicado en: trastornos psiquiátricos (incluída depresión) o convulsivos. No se recomienda en : primer trimestre del embarazo ni en niños de <5 kg de peso; personas que requieran alto nivel de concentración o en las que el vértigo que produce pueda ser peligroso (pilotos, operadores de maquinaria,…) La administración de vacunas bacterianas vivas (antitifoidea oral, anticolérica) debe haberse completado como mínimo 3 días antes de la primera dosis profiláctica de mefloquina.
Atovaquone/ Proguanil *(Malarone® 250/100mg comp)*	Dispensación con receta médica. No financiado por el Sistema nacional de Salud (EXO).	Pauta: Atovaquone/Proguanil: 250/100 mg/día Iniciar un día antes del viaje, mantener durante el tiempo de estancia y prolongar 7 días después de salir de la zona palúdica.	Contraindicado en: IR grave. No se recomienda su uso en el embarazo ni en niños de <11 kg de peso.
Doxiciclina	Dispensación con receta médica	Pauta: 100 mg/día Iniciar un día antes del viaje, mantener durante el tiempo de estancia y prolongar 4 semanas después de salir de la zona palúdica. Tomar con abundante agua y dejar transcurrir al menos 1h antes de acostarse o tumbarse, para prevenir irritación esofágica.	Contraindicada en: embarazo, lactancia y niños menores de 8 años; disfunción hepática. Puede producir fotosensibilidad: los viajeros deben usar filtro solar con alto índice de protección y evitar la exposición solar directa y prolongada. Puede inactivar la vacuna la vacuna antitifoidea oral atenuada.

Otras fuentes de información de interés:

- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Travelers´ Health. Disponible en: http://www.cdc.gov/travel/destinat.htm
- Organización Mundial de la Salud. International travel and health. Disponible en: http://www.who.int/ith/en/
- Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud también viaja. Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/folleto_2006_lasaludtambienviaja.pdf (Accedido 01/01/2008)

Bibliografía:

1. López-Vélez R. Prevención de la malaria en los viajes internacionales. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003; 21(5):248-60.
2. Llorens MJ, Barro S. Prevención del paludismo: medidas preventivas generales y quimioprofilaxis. Jano 2004; 67:68-72.
3. Díaz G, Ruiz A, Lago M. La profilaxis antipalúdica. FMC 2003; 10(4):277-84.
4. Pereira A, Pérez M. Epidemiología y tratamiento del paludismo. Offarm 2002; 21(6):110-16.
5. Clinical Knowledge Summaries. NHS [homepage en Internet]. Malaria prophylaxis [citado 22 Junio 2007]. Disponible en: http://www.cks.library.nhs.uk/malaria_prophylaxis/in_depth.
6. Paludismo. En: Nuttall R, editor. Viajes Internacionales y Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. p.118-30. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/viajesInter/cap7.htm (Accedido 0 /01/2008)
7. CEVIME. Consejos para viajes internacionales. Infac 2004; 12(4):15-8.
8. Rodríguez A, Méndez-Menéndez N, Puente-Puente S. Recomendaciones al viajero en situaciones especiales. Med Clin (Barc) 2006; 126 (1):25-33.
9. Zardaín E. Profilaxis antipalúdica en viajes internacionales. FarmAs 2006; 15:1-4.

ANEXO 8. PROFILAXIS DE LA ENDOCARDITIS INFECCIOSA (EI): INDICACIONES

1. Situaciones de riesgo elevado

- Portadores de prótesis valvulares cardíacas (incluidas bioprótesis y homoinjertos)
- Endocarditis bacteriana previa
- Cardipatías congénitas cianógenas (ventrículo único, transposición de grandes vasos, tetralogía de Fallot)
- Miocardiopatía hipertrófica
- Insuficiencia y/o estenosis aórticas
- Insuficiencia mitral
- Doble lesión mitral
- Comunicación interventricular
- Coartación aórtica
- Lesiones intracardíacas operadas con anomalías hemodinámicas residuales
- Cortocircuitos sistémicos o pulmonares con corrección quirúrgica

2. Situaciones de riesgo moderado

- Otras malformaciones cardíacas congénitas
- Prolapso de válvula mitral con soplo holosistólico y/o engrosamiento de valvas
- Estenosis mitral pura
- Estenosis pulmonar
- Valvulopatía tricuspídea
- Aorta bicúspide con anomalías hemodinámicas ligeras
- Esclerosis aórtica con anomalías hemodinámicas ligeras
- Lesiones degenerativas valvulares en ancianos

3. Procedimientos dentales en los que se recomienda profilaxis de EI

- Extracciones dentales
- Procedimientos periodontales que incluyan cirugía, raspado, curetajes
- Colocación de implantes y reimplantes de dientes
- Endodoncias quirúrgicas más allá de la raíz dental
- Colocación de fibras o tiras antibióticas subgingivales
- Colocación inicial de bandas de ortodoncia (no aparatos removibles).
- Anestesia local intraligamentaria
- Limpieza profiláctica o manipulación en la que se prevea sangrado

4. Otros procedimientos en los que se recomienda profilaxis de EI

Tracto respiratorio:

- Adenoidectomía y/o tonsilectomía
- Intervenciones quirúrgicas que afectan a la mucosa respiratoria
- Broncoscopia con broncoscopio rígido
- Broncoscopia con broncoscopio flexible con o sin biopsia en pacientes de alto riesgo

Tracto gastrointestinal:

- Escleroterapia de varices esofágicas
- Dilatación esofágica
- Colangiografía retrógada endoscópica con obstrucción biliar
- Cirugía del tracto biliar
- intervenciones que afecten a la mucosa intestinal
- Ecocardiografía transesofágica en pacientes de alto riesgo
- Endoscopia con o sin biopsia gastrointestinal en pacientes de alto riesgo

Tracto genitourinario:

- Cirugía protática
- Cistoscopia
- Dilatación uretral
- Sondaje vesical en presencia de infección urinaria
- Histerectomía vaginal en pacientes de alto riesgo
- Parto vaginal en pacientes de alto riesgo

Tomado de: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. Barcelona: semFYC ediciones; 2007.

ANEXO 9. TABLAS DE RIESGO CARDIOVACULAR

TABLAS REGICOR O FRAMINGHAM CALIBRADAS

Tablas REGICOR, no diabéticos

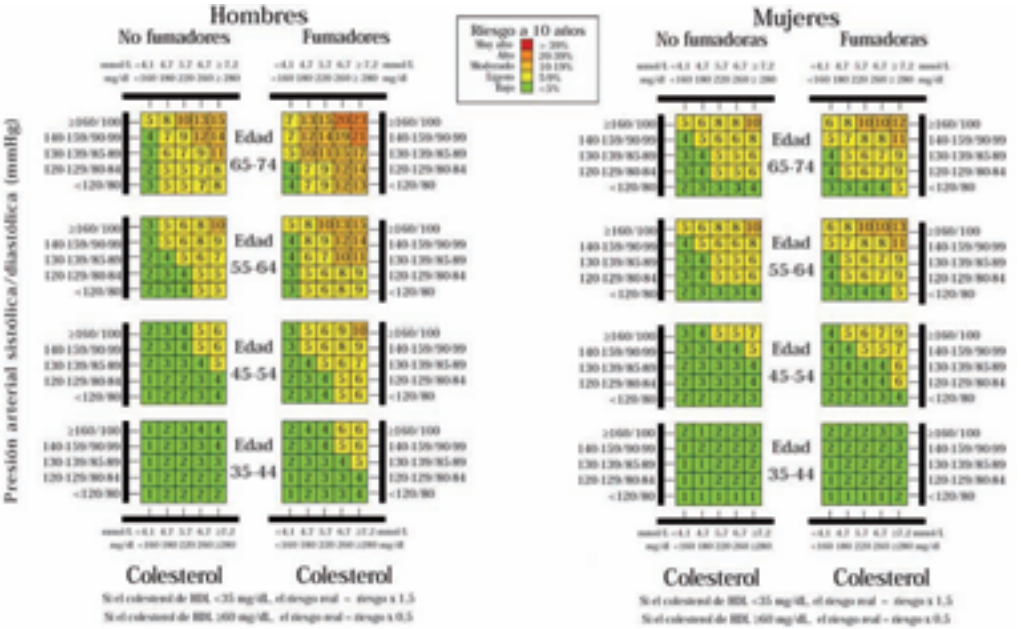
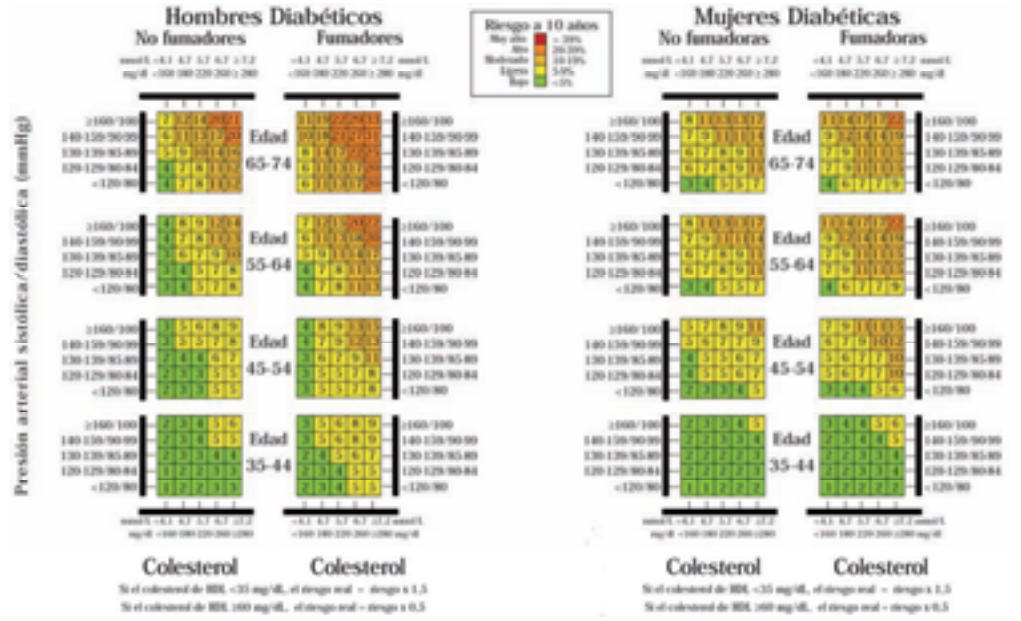


Tabla REGICOR, diabéticos



Las tablas REGICOR son una calibración de las tablas originales de Framingham. Y han sido validadas para la población española. Permiten estimar el riesgo de un acontecimiento coronario (angina, infarto de miocardio silente o con síntomas, mortal o no) a 10 años.

Para estimar el riesgo debe seleccionarse la tabla correspondiente a la presencia o ausencia de diabetes, al sexo y la edad del/la paciente y buscar la intersección de su presión sistólica y diastólica con su colesterol total buscando la columna de valor central ± 20 mg/dL (± 0,5 mmol/L) que incluya el valor deseado. El valor inscrito en la casilla hallada por este procedimiento indica el riesgo a 10 años, y el fondo pertenece al código de colores cuya leyenda se encuentra al pie de las tablas.

Si se dispone del valor del colesterol de HDL, puede corregirse el riesgo hallado multiplicándolo por 1 si el valor está entre 35 y 59 mg/dl, por 1,5 si está por debajo de 35 y por 0,5 si está por encima de 59. La lectura es directa si el valor se encuentra entre 35 y 59 mg/dL.

Nota 1: Los pacientes con valores extremos de tensión arterial y de colesterol no precisan de cálculo de riesgo para instaurar tratamiento farmacológico. En los pacientes con hipercolesterolemia familiar, hipertrigliceridemia o con historia familiar de muerte cardiovascular prematura el riesgo es superior al indicado en las tablas.

Nota 2: Es posible utilizar puntos de corte en el riesgo distintos del 20% (como 10% o 15%) para decidir el inicio de tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia (5).

Se considera paciente de alto riesgo cardiovascular:

Estimación del riesgo coronario a 10 años:

- >20%
- Entre 10 y 19% junto a otras condiciones de riesgo especificadas explícitamente: niveles muy altos de otros FRCV clásicos con difícil control, antecedentes familiares de ECV precoz, obesidad mórbida, sedentarismo, extrapolación a 60 años ≥20%, estimaciones cercanas al 20% y otras.

Bibliografía:

1. Wilson PWF, D'Agostino RB, Levy D et al. Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. Circulation 1998; 97:1837-1847.
2. D'Agostino RB, Grundy S, Sullivan LM et al. Validation of the Framingham Coronary Heart Disease Prediction Scores: Results of a Multiple Ethnic Groups Investigation. JAMA 2001; 286: 180-187.
3. Marrugat J, Solanas P, D'Agostino R, Sullivan L, Ordovas J, Cordón F, Ramos R, Sala J, Masià R, Rohlfs I, Elosua R, Kannel WB. Estimación del riesgo coronario en España mediante la ecuación de Framingham calibrada. Rev Esp Cardiol 2003; 56: 253-61.
4. Marrugat J, D'Agostino R, Sullivan L, Elosua R, Wilson P, Ordovas J, et al. An adaptation of the Framingham coronary risk function to southern Europe Mediterranean areas. J Epidemiol Comm Health 2003; 57(8): 634-8.
5. Ramos R, Solanas P, Cordón F, Rohlf I, Elosua R, Sala J, Masiá, Faixedas MT, Marrugat J, comparación de la función de Framingham original y la calibrada del REGICOR en la predicción del riesgo coronario poblacional. Med Clin (Barc) 2003; 121; 521-6.

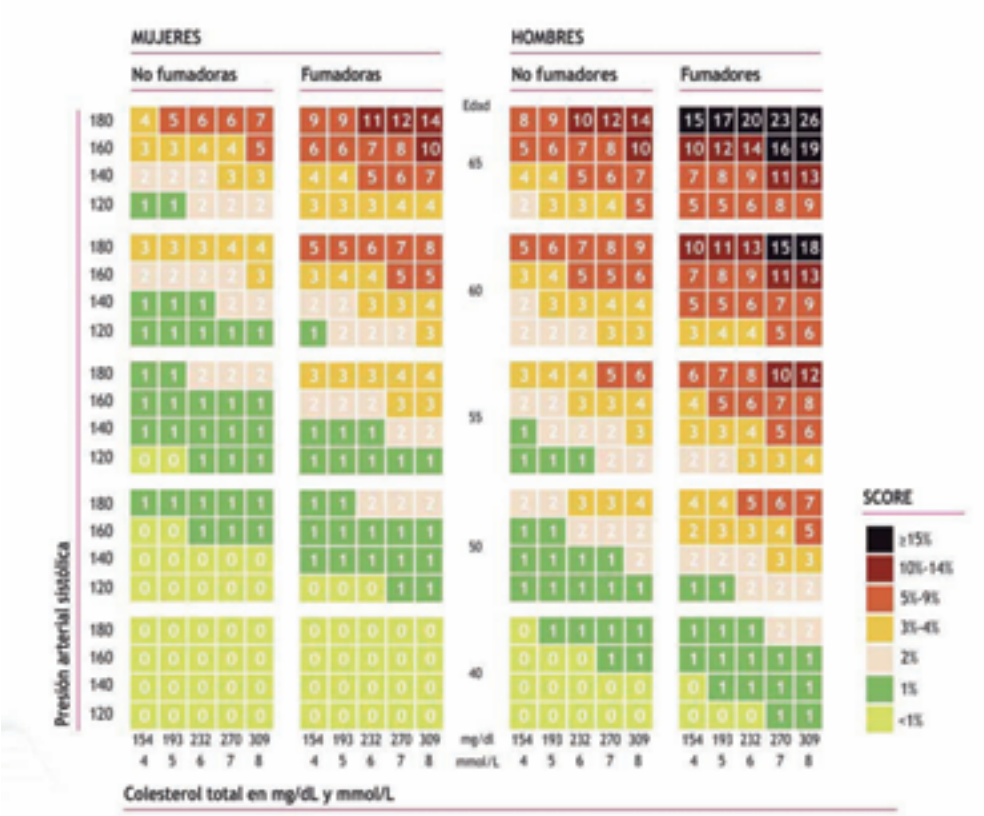


Figura tomada de: Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Gerencia Regional de Salud. 2008.

El sistema SCORE deriva de una base de datos de estudios prospectivos europeos de la que se han extraído las ecuaciones predictoras de la mortalidad por cualquier tipo de evento aterosclerosclerótico. Valoran el riesgo cardiovascular total (absoluto) de mortalidad en 10 años. Es la tabla que ha adoptado la Guía de Valoración y Tratamiento del Riesgo Cardiovascular editada por Sacyl en 2008. Para la población española se utilizan las tablas SCORE para población de bajo riesgo.

La tabla puede utilizarse con carácter informativo y pedagógico para ilustrar el efecto del control de algún factor de riesgo sobre el RCVT, obteniendo el riesgo de la persona en su situación actual con respecto al factor de riesgo que se controla. Se pueden diferenciar las siguientes categorías de riesgo:

- Riesgo bajo (< 3%)
- Riesgo moderado (3-4%)
- Riesgo alto (5-7%)
- Riesgo muy alto (> 7%)

A los individuos de bajo riesgo se les debe ofrecer consejo para mantener su bajo riesgo. Aquellos con un riesgo ≥5% (alto riesgo), deben recibir la máxima atención.

El efecto de la exposición a los factores de riesgo a lo largo de la vida puede apreciarse siguiendo la tabla hacia arriba. Esto puede utilizarse al aconsejar a personas jóvenes.

El riesgo cardiovascular puede ser mayor que el indicado por la tabla en algunas situaciones, las más relevantes son:

Personas que se aproximan a la siguiente categoría de edad, sujetos con antecedentes familiares de ECV prematura (hombres por debajo de 55 años y mujeres por debajo de los 65), diabéticos (el proyecto SCORE aconseja multiplicar el riesgo calculado por 2 en el caso de los varones y por 4 en el caso de las mujeres), sujetos que han sido fumadores durante muchos años pero que en el momento actual no son fumadores(9), cuando se estima el RCV en personas >65 años, sujetos obesos y sedentarios, etc.

En cualquier caso, siempre es el juicio clínico del médico el que establece las decisiones terapéuticas en función del RCV calculado y la presencia de otros factores de riesgo adicionales.

Por último, se considera que algunas patologías como evento cardiovascular previo, trastornos genéticos específicos del metabolismo de los lípidos, diabetes y neuropatía, insuficiencia renal crónica suponen tal riesgo que a dichas personas se las puede etiquetar de RCV establecido o RCV muy alto.

Bibliografía:

1. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC) Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la Práctica Clínica: Adaptación española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
2. Villar-Álvarez F, Maiques-Galán A, Brotons Cuixart C, Torcal-Laguna J, Banegas-Banegas J, Lorenzo-Piqueres A, et al. Grupos de expertos del PAPPS. Recomendaciones preventivas cardiovascuares en atención primaria. Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria. 2005;36:11-26.
3. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2003 Aug;10(4):S1-S10.
4. Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. European heart journal. 2003 Jun;24(11):987-1003.
5. Smith SC, Jr., Jackson R, Pearson TA, Fuster V, Yusuf S, Faergeman O, et al. Principles for national and regional guidelines on cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the World Heart and Stroke Forum. Circulation. 2004 Jun 29;109(25):3112-21.
6. Vega AT ÁR, Lleras S (ed). Observatorio de Salud Pública. Riesgo de enfermedad cardiovascular en Castilla y León. Valladolid: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; 2005.

Tabla 1. Propiedades de la Terapia Sustitutiva con Nicotina (TSN)

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA				
FORMA FARMACÉUTICA	**CARACTERÍSTICAS**	**EFECTOS ADVERSOS [1]**	**CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**	
			ESPECÍFICAS	**COMUNES**
Chicle: Libera nicotina a través de la masticación, dependiendo del vigor, rapidez y duración de la masticación.	• Nicotinemias adecuadas al cabo de 15-30 min. • Las bebidas ácidas (café, vino, zumos, refrescos...) disminuyen la absorción. No se recomienda beber (excepto agua) ni comer 15 min antes ni mientras se mastique el chicle.	• Mal sabor boca • Dolor mandibular • Úlceras lengua • Hipo • Irritación bucofaríngea • Náuseas • Ardor • Cefaleas/Mareos	• Trastornos en la articulación de la mandíbula *Precaución en:* • Problemas faríngeos y gastritis • Problemas dentales • Dentadura postiza • Esofagitis por reflujo	• Hipersensibilidad a nicotina • No fumadores • IAM reciente • Angina de pecho inestable • Arritmias cardiacas graves • ACV en fase aguda • IC avanzada • No fumador o fumador ocasional • Embarazo (2) • Lactancia (3) • Menores de 18 años *Precaución en:* • Enf. cardiovascular estable • HTA • Enf. vascular periférica • Úlcera péptica • Diabetes mellitus • Hipertiroidismo • Feocromocitoma • Insuficiencia renal o hepática
Parche: Liberación controlada y constante de nicotina cuya absorción tiene lugar a través de la piel.	• Nicotinemias adecuadas al cabo de 6-12 h. • De 16 horas: se pone por la mañana y debe ser retirado por la noche. • De 24 horas: debe ser sustituido, siempre que sea posible, a la misma hora.	• Reacciones cutáneas locales (eritema, prurito) • Cefaleas • Mialgias • Vértigo-mareos • Dispepsia • Náuseas • Insomnio	• Enfermedades dermatológicas que dificulten la aplicación del parche.	
Comprimido: Absorción a través de la mucosa bucal tras la disolución completa del comprimido.	• Recomendado en fumadores con baja y moderada dependencia, con problemas dentarios o de la articulación temporo-mandibular. • Evitar bebidas ácidas 15 min antes y durante la toma del comprimido.	• Irritación bucofaríngea • Hipo • Dispepsia o ardor ligeros	*Precaución en:* • Problemas faríngeos y gastritis • Pacientes con fenilcetonuria	

(1) Ciertos síntomas como los mareos, los dolores de cabeza y el insomnio, pueden atribuirse a la sintomatología de supresión en relación con el dejar de fumar y pueden ser resultado de una administración insuficiente de nicotina.
Algunos de los efectos adversos del chicle y de los comprimidos de nicotina suelen ser debidos a una mala utilización. Se solucionan siguiendo las recomendaciones de uso correcto (tabla 2).

(2) Las intervenciones de asesoramiento intensivo aumentan los porcentajes de abandono durante el embarazo. El comprimido es la única presentación de TSN que no contraindica su uso en embarazo. Podría estar justificado su empleo, valorando el beneficio/riesgo, en fumadoras con alta dependencia y motivación, cuando han fracasado otras alternativas, siempre bajo control médico y con consentimiento informado. Usarlo preferentemente antes de 16-18 semanas de gestación.

(3) La toma de comprimidos de nicotina para chupar durante la lactancia sólo debe iniciarse después de haber consultado a un médico. Cuando se utilice, el comprimido deberá tomarse justo después de amamantar y no durante las 2 horas previas.

Tabla 2. Información sobre la correcta utilización de la Terapia Sustitutiva con Nicotina

Chicle:
- El chicle debe masticarse suavemente, con pausas frecuentes, especialmente durante los primeros días. Libera el 90% de nicotina en los primeros 20-30 min.
- Masticarlo vigorosamente produce exceso de salivación, se destruye la nicotina y es desaprovechada. También puede causar indigestión. Al principio, el chicle puede resultar desagradable o irritar la garganta.
- La adaptación suele realizarse al cabo de uno o dos días. Puede alargarse hasta una semana.

Parche:
- Aplicación en zona limpia y seca.
- El parche no debe usarse en zonas con vello porque disminuye la absorción de nicotina; ni en zonas recientemente afeitadas por el riesgo de aumentarla.
- Elegir cada día una zona diferente para su aplicación y dejar transcurrir varios días antes de volver a utilizar ese lugar.

Comprimido para chupar:
- Deberá chuparse un comprimido hasta que el sabor se haga fuerte. Se colocará entonces el comprimido entre la encía y la pared bucal. No masticar ni tragar.
- Al disminuir el sabor, deberá volverse a chupar el comprimido.
- Esta rutina se adaptará de manera individual y debe repetirse hasta la disolución completa del comprimido para chupar (aproximadamente 20-30 minutos).

Tabla 3: Recomendaciones de uso de la Terapia Sustitutiva con Nicotina

TERAPIA SUSTITUTIVA CON NICOTINA					
Nº cigarrillos/día	Test Fagerström	Monóxido de carbono	Opciones terapéuticas		
	Puntos	ppm	Parche de 24 h	Parche de 16 h	Chicle (1)
10-19	≤ 3	< 15	21 mg: 4 sem 14 mg: 4 sem	15 mg: 4-6 sem 10 mg: 2-4 sem	8-10 piezas de 2 mg/día 8-10 sem (2)
20-30	4-6	15-30	21 mg: 4 sem 14 mg: 4 sem 7 mg: 4 sem	15 mg +10 mg: 4 sem 15 mg: 4 sem 10 mg: 4 sem	4 mg / 90 min 12 sem (3)
≥31	≥7	> 30	21 mg: 6 sem 14 mg: 4 sem 7 mg: 2 sem	15 mg+10 mg: 6 sem 15 mg: 4 sem 10 mg: 2 sem	4 mg / 60 min 12 sem (4)
			Terapia combinada: parche más chicle		

Modificada de SEPAR. Normativas. Tratamiento del tabaquismo. [Consultado 2/9/2003]. Disponible en URL: http://www.separ.es/areas/pub23.htm.
(1) Puede pautarse a demanda o a intervalos fijos Aporte máximo de nicotina: 60 mg/día. La reducción de la dosis debe ser gradual para evitar recaídas: cada 5 días reducir 1-2 chicles, hasta tomar 1-2 chicles/día (en 2-3 meses). (2) Reducir progresivamente a partir de la 4ª semana. (3) Reducir progresivamente a partir de la 6ª semana. (4) Reducir progresivamente a partir de la 8ª semana.

La tabla 3 expone recomendaciones del uso de la TSN a título orientativo. Cuando un paciente no cumpla todos los criterios de clasificación en uno u otro tipo de categoría, el criterio que debe ser valorado como mayor peso específico es la puntuación del test de Fagerström.

Tabla 4. Propiedades de la Terapia Sustitutiva con Bupropion (BU)

BUPROPION			
FORMA FARMACÉUTICA	**CARACTERÍSTICAS**	**EFECTOS ADVERSOS**	**CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES**
Comprimidos	• Comenzar el tratamiento mientras el paciente todavía fuma y fijar una fecha "para dejar de fumar" dentro de las 2 primeras semanas de tratamiento, preferiblemente en la segunda. • Deben transcurrir al menos 8h entre dosis sucesivas. • Elevado potencial de interacciones: vigilar la administración concomitante con otros medicamentos.	• Insomnio y boca seca • Convulsiones (<0,1%) • Hipersensibilidad	• Hipersensibilidad a BU o a cualquiera de sus excipientes • Trastorno convulsivo actual o pasado • Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa • Cirrosis hepática • Uso concomitante con inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) • Historia de trastorno bipolar • Embarazo • Lactancia • Menores de 18 años *Precaución en:* • Circunstancias clínicas con un mayor riesgo de convulsiones • Ancianos • Insuficiencia renal o hepática

ANEXO 11. TEST MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT

Apellidos:..... Nombre:..... Profesión:..... Sexo:..... Fecha:.....
Edad:..... Peso (kg):..... Estatura (cm):..... Altura rodilla (cm): .....

Rellenar el formulario. Cuando tenga el número total de puntos, compárelo con la puntuación indicada de desnutrición.

Valoración antropométrica

1. Índice de masa corporal:
   a) IMC < 19 = 0 puntos
   b) IMC 19 a < 21 = 1 punto
   c) IMC 21 a < 23 = 2 puntos
   d) IMC > 23 = 3 puntos
2. Circunferencia antebrazo (cm) (CA):
   a) CA < 21 = 0 puntos
   b) CA 21 a 23 = 0,5 puntos
   c) CA > 22 = 3 puntos
3. Circunferencia de la pantorrilla (cm) (CP):
   a) CP < 31 = 0 puntos
   b) CP > 31 = 1 punto
4. Pérdida de peso durante los últimos 3 meses:
   a) Pérdida de peso mayor de 3 kg = 0 puntos
   b) No sabe = 1 punto
   c) Pérdida de peso entre 1 y 3 kg = 2 puntos
   d) Sin pérdida de peso = 3 puntos

Valoración global

5. Vive independiente (no en residencia u hospital):
   a) No = 0 puntos
   b) Sí = 1 punto
6. Toma más de tres medicamentos al día:
   a) Sí = 0 puntos
   b) No = 1 punto
7. Ha sufrido un estrés psicológico o una enfermedad:
   a) Sí = 0 puntos
   b) No =1 punto
8. Movilidad:
   a) Tiene que estar en la cama o en una silla = 0 puntos
   b) Capaz de levantarse de la cama o silla pero no de salir = 1 punto
   c) Puede salir = 2 puntos
9. Problemas neuropsicológicos:
   a) Demencia o depresión grave = 0 puntos
   b) Demencia leve = 1 punto
   c) Sin problemas psicológicos = 2 puntos
10. Úlceras en la piel o por presión:
    a) Sí = 0 puntos
    b) No = 1 punto

Valoración dietética

11. ¿Cuántas comidas completas toma el paciente al día?:
    a) 1 comida = 0 puntos
    b) 2 comidad = 1 punto
    c) 3 comidas = 3 puntos
12. Indicadores seleccionados de la ingesta de proteínas:
    ¿Al menos un servicio de productos lácteos (leche, queso, yogur) al día? Sí No
    ¿Dos o más servicios de legumbres o huevos a la semana? Sí No
    ¿Carne, pescado o pollo cada día?
    Sí 0 o 1 si = 0 puntos
    Sí 2 sí = 0,5 puntos
    Sí 3 sií = 1 punto
13. ¿Consume dos o más derivados de frutas o verduras al día?:
    a) No = 0 puntos
    b) Sí = 1 punto
14. ¿Ha reducido el consumo alimenticio durante los últimos 3 meses debido a la falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?:
    a) Gran falta de apetito = 0 puntos
    b) Falta de apetito moderada = 1 punto
    c) Sin falta de apetito = 2 puntos
15. ¿Cuánto líquido (agua, zumo, café, té, leche...) consume diariamente? (1 taza = 1/4 de litro):
    a) Menos de 3 tazas = 0 puntos
    b) De 3 a 5 tazas = 0,5 puntos
    c) Más de 5 tazas = 1 punto
16. Manera de alimentarse:
    a) Incapaz de comer sin ayuda = 0 puntos
    b) Se autoalimenta con dificultad = 1 punto
    c) Se autoalimenta sin ningún problema = 2 puntos

Valoración subjetiva

17. ¿Creen que tiene problemas nutricionales?:
    a) Desnutrición importante = 0 puntos
    b) No sabe o desnutrición moderada = 1 punto
    c) Sin problemas nutricionales = 2 puntos
18. Comparándose con gente de su misma edad, ¿cómo consideran su estado de salud?:
    a) No tan bueno = 0 puntos
    b) No sabe = 0,5 puntos
    c) Igual de bueno = 1 punto
    d) Mejor = 2 puntos

Valoración total (máximo 30 puntos)

Puntuación indicadora de desnutrición

> 24 puntos	Bien nutrido
de 17 a 23,5 puntos	a riesgo de desnutrición
< 17 puntos	desnutrido

El presente anexo se ha estructurado en tres apartados:

1. Relación de principios activos más utilizados con las categorías y recomendaciones en embarazo y lactancia.

2. Recomendaciones de tratamiento farmacológico en las situaciones de embarazo y lactancia para una selección de patologías

3. Recomendaciones generales de administración de fármacos en embarazo

Relación de principios activos más utilizados con las categorías y recomendaciones en embarazo y lactancia.

Toda la información incluida en este anexo se ha obtenido del libro de referencia en embarazo y lactancia *Briggs GG, Freeeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005*.

La relación de medicamentos por orden alfabético recoge en columnas la siguiente información:
- Nombre del principio activo, habitualmente denominación ATC.
- Categorías de riesgo, según la clasificación de la FDA, (A, B, C, D, X).
- Recomendaciones en embarazo, clasificadas por el autor en 16 niveles (E1-E16), en función de la evidencia disponible y del riesgo.
- Observaciones para algunos principios activos que tienen diferentes categorías de riesgo según el periodo de gestación en el que se administren, la vía de administración, la indicación para la que se utilicen, la dosis o la duración del tratamiento.
- Recomendaciones durante la lactancia, clasificadas por el autor en 6 niveles (L1-L6), en función de la evidencia disponible y del riesgo.

La ausencia de un principio activo no implica que dicho fármaco pueda administrarse en las situaciones especiales de embarazo y lactancia.

Categorías de Riesgo

Para informar del riesgo potencial de teratogenicidad de los medicamentos cuando se administran durante el embarazo la FDA establece cinco categorías (A, B, C, D, X) (Federal Register 1980;44:37434-67). Esta clasificación no hace referencia al riesgo en la lactancia materna.

CATEGORÍA A:
Estudios adecuados y bien controlados no han logrado demostrar riesgo para el feto en el 1er trimestre de embarazo; no existe evidencia de riesgo en trimestres posteriores y la posibilidad de daño fetal parece remota.

CATEGORÍA B:
No hay evidencia de riesgo en humanos:

- estudios de reproducción en animales no han demostrado riesgo fetal, pero no se han realizado estudios adecuados en mujeres embarazadas, o bien
- los estudios en animales han mostrado un efecto adverso que no ha sido confirmado en estudios controlados en mujeres durante el 1er trimestre y no hay evidencia de riesgo en trimestres posteriores.

CATEGORÍA C:
El riesgo no se puede excluir:

- no se han realizado estudios controlados en humanos y los estudios de reproducción en animales han demostrado efectos adversos en el feto, o bien
- no hay estudios en humanos ni en animales.

El medicamento sólo debe administrarse si los beneficios potenciales justifican los posibles riesgos.

CATEGORÍA D:
Hay evidencia de riesgo fetal pero los beneficios de su uso pueden ser superiores a los riesgos en determinadas condiciones (ej. enfermedades graves para las que no pueden emplearse medicamentos más seguros).

CATEGORÍA X:
Contraindicado en mujeres embarazadas o que planifican un embarazo. Estudios en humanos o animales han demostrado anomalías fetales o hay evidencia de riesgo fetal en humanos. El riesgo de uso del medicamento supera claramente cualquier beneficio posible.

Dado que estas categorías tienden a simplificar demasiado un asunto complejo, se recomienda complementarlas con las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones en el embarazo

E1: COMPATIBLE.

La experiencia en embarazadas, tanto para el medicamento como para medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares, indica que el riesgo embrionario/fetal es muy bajo o inexistente.

E2: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – PROBABLEMENTE COMPATIBLE.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada, pero las características del medicamento sugieren que no representa un riesgo embrionario/fetal significativo. Por ejemplo, otros medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares son compatibles o no alcanzan concentraciones sistémicas significativas.

E3: COMPATIBLE - EL BENEFICIO PARA LA MADRE ES MUY SUPERIOR AL RIESGO EMBRIONARIO/FETAL.

656 No existe experiencia en embarazadas o es limitada, pero el beneficio potencial para la madre es muy superior al posible riesgo embrionario/fetal.

E4: DATOS EN HUMANOS SUGIEREN RIESGO BAJO.

La experiencia limitada en embarazadas, incluido el 1er trimestre, tanto para el medicamento como para medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares, sugiere que no supone un riesgo significativo de toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales, o muerte), defectos congénitos o toxicidad fetal en ningún momento del embarazo.

E5: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – DATOS EN ANIMALES SUGIEREN RIESGO BAJO.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada y las escasas exposiciones al medicamento durante el embarazo no se han asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento no causa toxicidad en el desarrollo (a dosis que no causan toxicidad materna) en las especies animales estudiadas con dosis ≤ 10 veces la dosis humana basada en la superficie corporal (mg/m^2) o el AUC*.

E6: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – DATOS EN ANIMALES SUGIEREN RIESGO MODERADO.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada y las escasas exposiciones al medicamento durante el embarazo no se han asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento causa toxicidad en el desarrollo (a dosis que no causan toxicidad materna) en una especie animal con dosis ≤ 10 veces la dosis humana basada en la superficie corporal (mg/m^2) o el AUC*.

E7: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – DATOS EN ANIMALES SUGIEREN RIESGO.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada y las escasas exposiciones durante el embarazo no se han asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento causa toxicidad en el desarrollo (a dosis que no causan toxicidad materna) en dos especies animales con dosis ≤ 10 veces la dosis humana basada en la superficie corporal (mg/m^2) o el AUC*.

E8: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – DATOS EN ANIMALES SUGIEREN RIESGO ALTO.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada y las escasas exposiciones durante el embarazo no se han asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento causa toxicidad en el desarrollo (a dosis que no causan toxicidad materna) en tres o más especies animales con dosis ≤ 10 veces la dosis humana basada en la superficie corporal (mg/m^2) o el AUC*.

E9: CONTRAINDICADO – PRIMER TRIMESTRE.

La exposición en embarazadas durante el 1er trimestre, tanto al medicamento como a medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares, se ha asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento no debería utilizarse durante el 1er trimestre.

E10: CONTRAINDICADO – SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE.

La exposición en embarazadas durante el 2º y 3er trimestre, tanto al medicamento como a medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares, se ha asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). El medicamento no debería utilizarse durante el 2º y 3er trimestre.

E11: CONTRAINDICADO.

La exposición en embarazadas en cualquier momento del embarazo, tanto al medicamento como a medicamentos de la misma clase o con mecanismos de acción similares, se ha asociado con toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte). Los datos en reproducción animal, cuando existen, confirman el riesgo. El medicamento no debería utilizarse durante el embarazo.

E12: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – DATOS NO RELEVANTES EN ANIMALES.

No existe experiencia en embarazadas o es limitada y puede incluir o no el 1er trimestre de embarazo; no se dispone de datos relevantes en animales. El riesgo en el embarazo no puede valorarse.

E13: DATOS EN HUMANOS SUGIEREN RIESGO EN EL PRIMER Y TERCER TRIMESTRE.

La evidencia para el medicamento o medicamentos similares sugiere que puede haber riesgo de toxicidad en el desarrollo embrionario/fetal (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte) en el 1er y 3er trimestre, pero no en el 2º trimestre.

E14: DATOS EN HUMANOS SUGIEREN RIESGO EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE.

La evidencia para el medicamento o medicamentos similares sugiere que puede haber riesgo de toxicidad en el desarrollo fetal (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte) en el 2º y 3er trimestre, pero no en el 1er trimestre.

E15: DATOS EN HUMANOS SUGIEREN RIESGO EN EL TERCER TRIMESTRE.

La evidencia para el medicamento o medicamentos similares sugiere que puede haber riesgo de toxicidad en el desarrollo fetal (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte) en el 3er trimestre, o próximo al parto, pero no en el 1er y 2º trimestre.

E16: DATOS EN HUMANOS Y EN ANIMALES SUGIEREN RIESGO.

Los datos en humanos para el medicamento o medicamentos de la misma clase o con el mismo mecanismo de acción, y los datos disponibles en animales, sugieren que puede haber riesgo de toxicidad en el desarrollo (retraso en el crecimiento, defectos estructurales, defectos funcionales/conductuales o muerte) durante todo el embarazo. Por lo general, debería evitarse la exposición durante el embarazo, aunque el riesgo puede asumirse si el estado de la madre hace necesario el tratamiento.

**AUC: área bajo la curva de concentración plasmática vs tiempo.*

Observaciones en el embarazo

(1)	Se asume la categoría de riesgo asignada al principio activo por vía sistémica, según se indica en la fuente de referencia
(2)	Se asume la categoría de riesgo asignada al principio activo por vía parenteral, según se indica en la fuente de referencia
(3)	El riesgo se ha asociado fundamentalmente con la utilización de dosis ≥ 400 mg/d. Dicho riesgo puede ser menor con dosis inferiores
(4)	Categoría de riesgo C si se utiliza a dosis superiores a las cantidades diarias recomendadas (CDR)
(5)	Categoría de riesgo D si se utiliza a dosis superiores a las cantidades diarias recomendadas (CDR)
(6)	Categoría de riesgo X si se utiliza a dosis superiores a las cantidades diarias recomendadas (CDR)
(7)	Categoría de riesgo D si se utiliza durante períodos prolongados o a dosis altas en el embarazo a término (últimas semanas)
(8)	Categoría de riesgo D si se utiliza durante el 1er trimestre
(9)	Categoría de riesgo D si se utiliza durante el 2º o 3er trimestre
(10)	Categoría de riesgo D si se utiliza durante el 3er trimestre
(11)	Categoría de riesgo D si se utiliza a dosis completas durante el 3er trimestre
(12)	Categoría de riesgo D si se utiliza en el embarazo a término (últimas semanas)
(13)	Categoría de riesgo D en hipertensión gestacional
(14)	Categoría de riesgo C según fabricante
(15)	Categoría de riesgo D según fabricante
(16)	Categoría de riesgo X según fabricante
(17)	Categoría de riesgo D si se utiliza durante más de 48 horas después de las 34 semanas de gestación o próximo al parto
(18)	Clasificación aplicable a todas las sales a excepción de estolato
(19)	Una reciente comunicación de la AEMPS (Nota Informativa 2008/08) recomienda no utilizar IECA ni ARA-II en cualquier trimestre del embarazo.

Recomendaciones en la lactancia

L1: COMPATIBLE.

El medicamento no se excreta en leche materna humana en cantidades clínicamente significativas o su uso durante la lactancia no produce, o no se espera que produzca, toxicidad en el lactante.

L2: INTERRUMPIR LA LACTANCIA MATERNA.

El medicamento puede ser o no excretado en leche materna, pero el beneficio del tratamiento para la madre es muy superior a los beneficios de la lactancia para el niño. La lactancia materna debería interrumpirse hasta que se complete el tratamiento de la madre y el medicamento haya sido eliminado de su organismo (o alcance una concentración baja).

L3: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – PROBABLEMENTE COMPATIBLE.

No hay datos en humanos o son limitados. Los datos disponibles en animales u otros datos sugieren que el medicamento no supone un riesgo significativo para el lactante.

L4: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – TOXICIDAD POTENCIAL.

No hay datos en humanos o son limitados. Las características del medicamento sugieren que podría suponer un riesgo clínicamente significativo para el lactante. La lactancia materna no está recomendada.

L5: DATOS LIMITADOS EN HUMANOS – TOXICIDAD POTENCIAL PARA LA MADRE.

No hay datos en humanos o son limitados. Las características del medicamento sugieren que la lactancia materna podría suponer un riesgo clínicamente significativo para la madre (pérdida de nutrientes o vitaminas esenciales). La lactancia materna no está recomendada.

L6: CONTRAINDICADA.

Los datos disponibles en humanos y animales, si los hay, sugieren que el medicamento puede causar toxicidad grave en el lactante o bien que la lactancia está contraindicada porque la madre presenta una situación en la que es preciso el medicamento. Las mujeres deberían suspender el tratamiento o, si éste es necesario, interrumpir la lactancia.

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
ABACAVIR	C	E3		L6
ABCIXIMAB	C	E3		L1
ACARBOSA	B	E5		L3
ACENOCUMAROL	D	E9		L1
ACETAZOLAMIDA	C	E1		L1
ACETILCISTEÍNA	B	E3		L3
ACETILCISTEÍNA ANTÍDOTO	B	E3		L3
ACETILCOLINA	C	E12		L3
ACETILSALICÍLICO ÁCIDO (AINE)	C	E13	(11)	L4
ACETILSALICÍLICO ÁCIDO (ANTIAGREGANTE)	C	E1		L4
ACICLOVIR	B	E1		L1
ACICLOVIR OFTÁLMICO	B	E1	(1)	L1
ACICLOVIR TÓPICO	B	E1	(1)	L1
ACITRETINA	X	E11		L4
ADALIMUMAB	B	E5		L3
ADAPALENO	C	E5		L3
ADEFOVIR DIPIVOXIL	C	E5		Hepatitis B: L3 VIH: L6
ADENOSINA	C	E3		L3
ALBENDAZOL	C	E8		L3
ALCOHOL ALCANFORADO	C	E1		L3
ALENDRÓNICO ÁCIDO	C	E7		L3
ALFENTANILO	C	E15	(7)	L3
ALMOTRIPTÁN	C	E5		L3
ALOPURINOL	C	E2		L3
ALPRAZOLAM	D	E16		L4
ALTEPLASA	C	E1		L1
ALTRETAMINA	C	E9		L4
AMFOTERICINA B	B	E1		L3
AMIKACINA	C	E4	(15)	L1
AMILORIDA	B	E5	(13)	L3
AMINOCAPROICO ÁCIDO	C	E12		L2
AMINOGLUTETIMIDA	D	E12		L4

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
AMIODARONA	D	E16		L6
AMITRIPTILINA	C	E4		L4
AMLODIPINO	C	E6		L3
AMONIO, CLORURO	B	E1		L3
AMOXICILINA	B	E1		L1
AMOXICILINA CLAVULÁNICO	B	E1		L3
AMPICILINA	B	E1		L1
AMPRENAVIR	C	E3		L6
ANAGRELIDA	C	E5		L4
ANAKINRA	B	E5		L3
ANTITROMBINA III	B	E5		L3
APROTININA	B	E5		L3
ARIPIPRAZOL	C	E7		L4
ASCÓRBICO ÁCIDO (VIT C)	A	E1		L1
ASPARAGINASA	C	E16		L4
ATAZANAVIR	B	E3		L6
ATENOLOL	D	E14		L4
ATOMOXETINA	C	E7		L4
ATORVASTATINA	X	E11		L6
ATOVACUONA	C	E3		L4
ATRACURIO	C	E2		L3
ATROPINA	C	E4		L3
ATROPINA OFTÁLMICA	C	E4	(1)	L3
AUROTIOMALATO DE SODIO	C	E5		L3
AZATIOPRINA	D	E16		L4
AZELASTINA NASAL	C	E5		L3
AZELASTINA OFTÁLMICA	C	E5		L3
AZITROMICINA	B	E5		L3
AZTREONAM	B	E5		L3
BACAMPICILINA	B	E1		L1
BACLOFENO	C	E5		L3
BECLOMETASONA (MUCOSA INTESTINAL)	C	E1	(1)	L3
BECLOMETASONA ANTIHEMORROIDAL	C	E1	(1)	L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
BECLOMETASONA INHALADA	C	E1		L3
BECLOMETASONA NASAL	C	E1	(1)	L3
BECLOMETASONA TÓPICA	C	E1	(1)	L3
BENAZEPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
BENCILPENICILINA	B	E1		L1
BENCILPENICILINA BENZATÍNICA	B	E1		L1
PENICILINA PROCAÍNA	B	E1		L1
BETAMETASONA	C	E3	(8)	L3
BETAMETASONA TÓPICA	C	E3	(8)	L3
BETAMETASONA NASAL	C	E3	(8)	L3
BETAMETASONA INHALADA	C	E3	(8)	L3
BETAMETASONA OFTÁLMICA	C	E3	(8)	L3
BETANECOL	C	E12		L4
BETAXOLOL	C	E14	(9)	L4
BEXAROTENO	X	E11		L4
BIPERIDENO	C	E12		L3
BISOPROLOL	C	E14	(9)	L4
BIVALIRUDINA	B	E3		L3
BLEOMICINA	D	E16		L4
BOSENTANO	X	E6		L4
BOTULÍNICA, TOXINA	C	E5		L3
BROMOCRIPTINA	B	E1		L6
BUDESONIDA (MUCOSA INTESTINAL)	C	E7		L3
BUDESONIDA INHALADA	B	E3		L3
BUDESONIDA NASAL	B	E3		L3
BUMETANIDA	C	E5	(13)	L3
BUPRENORFINA	C	E5		L4
BUPROPIÓN	B	E5		L4
BUSPIRONA	B	E5		L4
BUSULFANO	D	E9		L6
CABERGOLINA	B	E4		L6
CAFEÍNA	B	E1		L1
CALCIFEDIOL	C	E1	(5)	L1
CALCITONINA (DE SALMÓN, SINTÉTICA)	C	E2		L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
CALCITRIOL (VITAMINA D)	C	E1	(5)	L1
CANDESARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
CAPREOMICINA	C	E12		L3
CAPTOPRIL	C	E14	(9), (19)	L1
CARBAMAZEPINA	D	E3		L1
CARBIMAZOL	D	E16		L1
CARBOPLATINO	D	E9		L6
CARISOPRODOL	C	E12		L4
CARMUSTINA	D	E16		L6
CARTEOLOL	C	E14	(9)	L4
CARTEOLOL OFTÁLMICO	C	E14	(1), (9)	L4
CARVEDILOL	C	E14	(9)	L4
CASPOFUNGINA	C	E7		L3
CEFACLOR	B	E1		L1
CEFADROXIL	B	E1		L1
CEFALEXINA	B	E1		L1
CEFALOTINA	B	E1		L1
CEFAZOLINA	B	E1		L1
CEFDITOREN	B	E1		L1
CEFEPIMA	B	E1		L1
CEFONICID	B	E1		L1
CEFOTAXIMA	B	E1		L1
CEFOXITINA	B	E1		L1
CEFPODOXIMA	B	E1		L1
CEFPROZILO	B	E1		L1
CEFRADINA	B	E1		L1
CEFTAZIDIMA	B	E1		L1
CEFTIBUTENO	B	E1		L1
CEFTRIAXONA	B	E1		L1
CEFUROXIMA	B	E1		L1
CELECOXIB	C	E13	(10)	L4
CELIPROLOL	B	E14	(9)	L4
CETIRIZINA	B	E5		L3
CIANOCOBALAMINA	A	E1	(4)	L1

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
CICLOBENZAPRINA	B	E5		L4
CICLOFOSFAMIDA	D	E9		L6
CICLOPIROX GINECOLÓGICO	B	E2		L3
CICLOPIROX TÓPICO	B	E2		L3
CICLOSERINA	C	E6		L3
CICLOSPORINA	C	E7		L4
CIDOFOVIR	C	E3		L6
CIMETIDINA	B	E1		L1
CIPROFLOXACINO	C	E4		L3
CIPROFLOXACINO OFTÁLMICO	C	E4	(1)	L3
CIPROFLOXACINO ÓTICO	C	E4	(1)	L3
CIPROHEPTADINA	B	E5		L3
CISAPRIDA	C	E5		L3
CISPLATINO	D	E9		L6
CITALOPRAM	C	E15		L4
CITARABINA	D	E16		L6
CLARITROMICINA	C	E8		L3
CLEMASTINA	B	E1		L4
CLINDAMICINA	B	E1		L1
CLINDAMICINA GINECOLÓGICA	B	E1	(1)	L1
CLINDAMICINA TÓPICA	B	E1	(1)	L1
CLOFAZIMINA	C	E5		L4
CLOMIFENO	X	E11		L4
CLOMIPRAMINA	C	E13		L4
CLONAZEPAM	D	E4		L4
CLONIDINA	C	E7		L3
CLONIDINA OFTÁLMICA	C	E7	(1)	L3
CLONIDINA (ANALGÉSICO)	C	E7		L3
CLOPIDOGREL	B	E5		L3
CLORAMBUCILO	D	E9		L6
CLORANFENICOL	C	E1		L4
CLORANFENICOL OFTÁLMICO	C	E1	(1)	L4
CLORAZEPATO DE POTASIO	D	E16		L4
CLORDIAZEPÓXIDO	D	E13		L4

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
CLORHEXIDINA	B	E1		L3
CLORHEXIDINA TÓPICA	B	E1		L3
CLOROQUINA	C	E3		L1
CLORPROMAZINA	C	E1		L4
CLORPROPAMIDA	C	E15		L4
CLORTALIDONA	B	E1	(13)	L1
CLOTRIMAZOL GINECOLÓGICO	B	E1		L1
CLOTRIMAZOL TÓPICO	B	E1		L1
CLOXACILINA	B	E1		L1
CLOZAPINA	B	E5		L4
CODEÍNA	C	E15	(7)	L3
COLCHICINA	D	E7		L3
COLECALCIFEROL	C	E1	(5)	L1
COLESTIPOL	B	E1		L1
COLESTIRAMINA	B	E1		L1
COLISTINA (IV, INHALADA)	C	E6		L3
COLISTINA (ORAL)	C	E6	(2)	L3
CORTISONA	C	E16	(8)	L3
CROMOGLÍCICO ÁCIDO INHALADO	B	E1		L3
CROMOGLÍCICO ÁCIDO NASAL	B	E1		L3
C-UREA (TEST HELICOBACTER)	C	E12		L3
DACARBAZINA	C	E6		L4
DACTINOMICINA	C	E8		L4
DALTEPARINA	B	E1		L1
DANAPAROID	B	E2		L1
DANAZOL	X	E11		L6
DANTROLENO	C	E12		L2
DAPSONA	C	E3		L4
DARBEPOETINA ALFA	C	E3		L3
DAUNORUBICINA	D	E16		L6
DEFEROXAMINA	C	E1		L3
DESFLURANO	B	E5		L3
DESMOPRESINA	B	E5		L1
DEXAMETASONA	C	E3	(8)	L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
DEXAMETASONA OFTÁLMICA	C	E3	(1), (8)	L3
DEXCLORFENIRAMINA	B	E2		L3
DEXTROMETORFANO	C	E1		L1
DIAZEPAM	D	E13		L4
DIAZÓXIDO	C	E15		L4
DIBENZEPINA	C	E4		L4
DICLOFENACO	B	E13	(10)	L3
DICLOFENACO OFTÁLMICO	B	E13	(1), (10)	L3
DICLOFENACO TÓPICO	B	E13	(1), (10)	L3
DICLOFENAMIDA	C	E12		L3
DIDANOSINA	B	E3		L6
DIGOXINA	C	E1		L1
DIHIDROCODEÍNA	B	E15	(7)	L3
DIHIDROERGOTAMINA	X	E11		L6
DIHIDROTAQUISTEROL	A	E1	(5)	L1
DILTIAZEM	C	E8		L3
DIMERCAPROL	C	E3		L6
DIPIRIDAMOL	B	E5		L3
DISOPIRAMIDA	C	E15		L3
DISULFIRAM	C	E12		L4
DOBUTAMINA	B	E5		L3
DOFETILIDA	C	E7		L4
DOMPERIDONA	C	E7		L3
DONEPEZILO	C	E5		L4
DOPAMINA	C	E3		L3
DOXAPRAM	B	E5		L4
DOXAZOSINA	C	E5		L4
DOXEPINA	C	E4		L4
DOXICICLINA	D	E10		L1
DOXORUBICINA	D	E9		L6
DROTRECOGINA ALFA (ACTIVADO)	C	E3		L3
ECONAZOL TÓPICO	C	E1		L3
ECOTIOPATO	C	E2		L3
EDETATOS	B	E3		L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
EDROFONIO	C	E15		L3
EFAVIRENZ	C	E3		L6
ELETRIPTÁN	C	E6		L1
EMTRICITABINA	B	E3		L6
ENALAPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
ENFUVIRTIDA	B	E3		L6
ENOXAPARINA	B	E1		L1
ENTACAPONA	C	E6		L4
EPINEFRINA	C	E16		L4
EPIRUBICINA	D	E9		L6
EPOETINA ALFA	C	E3		L1
EPOPROSTENOL	B	E3		L3
EPROSARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
EPTIFIBATIDA	B	E5		L2
ERITROMICINA	B	E1	(18)	L1
ERITROMICINA OFTÁLMICA	B	E1	(1), (18)	L1
ERITROMICINA TÓPICA	B	E1	(1), (18)	L1
ERTAPENEM	B	E2		L3
ESCITALOPRAM	C	E15		L4
ESCOPOLAMINA	C	E4		L3
ESMOLOL	C	E3		L3
ESPECTINOMICINA	C	E4		L3
ESPIRAMICINA	C	E1		L3
ESPIRONOLACTONA	C	E7	(13)	L3
ESTAVUDINA	C	E3		L6
ESTRADIOL	X	E11		L1
ESTREPTOMICINA	D	E16		L1
ESTREPTOQUINASA	C	E1		L3
ESTREPTOZOCINA	D	E7		L6
ESTRÓGENOS CONJUGADOS	X	E11		L3
ETACRÍNICO ÁCIDO	B	E5	(13)	L3
ETAMBUTOL	B	E1		L3
ETANERCEPT	B	E5		L3
ETOPÓSIDO	D	E16		L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
ETOSUXIMIDA	C	E4		L3
EZETIMIBA	C	E6		L4
FAMCICLOVIR	B	E5		L4
FAMOTIDINA	B	E5		L3
FELBAMATO	C	E6		L4
FELODIPINO	C	E7		L3
FENELZINA	C	E6		L4
FENILBUTAZONA	C	E13	(10)	L3
FENILEFRINA	C	E16		L3
FENITOÍNA	D	E3		L1
FENOBARBITAL	D	E16		L4
FENOFIBRATO	C	E7		L4
FENOXIBENZAMINA	C	E3		L4
FENOXIMETILPENICILINA	B	E1		L1
FENPROCUMÓN	D	E9		L1
FENTANILO	C	E15	(7)	L1
FENTANILO (ANESTESICO)	C	E15		L1
FENTOLAMINA	C	E3		L4
FEXOFENADINA	C	E6		L3
FILGRASTIM	C	E3		L3
FISOSTIGMINA	C	E12		L3
FITOMENADIONA	C	E1		L1
FLAVOXATO	B	E5		L3
FLECAINIDA	C	E6		L3
FLUCITOSINA	C	E9		L4
FLUCONAZOL	C	E16	(3)	L1
FLUFENAZINA	C	E15		L4
FLUMAZENIL	C	E3		L3
FLUNITRAZEPAM	D	E16		L4
FLUORESCEÍNA	B	E5		Tópica: L3 IV: L4
FLUORESCEÍNA (TEST PANCREATICO)	B	E5		Tópica: L3 IV: L4
FLUOROURACILO	D	E9	(16)	L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
FLUOXETINA	C	E15		L4
FLUPENTIXOL	C	E12		L4
FLURAZEPAM	X	E5		L4
FLURBIPROFENO	B	E13	(10)	L1
FLUVASTATINA	X	E11		L6
FLUVOXAMINA	C	E15		L4
FÓLICO ÁCIDO	A	E1	(4)	L1
FOLINATO DE CALCIO	C	E1		L1
FOMEPIZOL	C	E3		L2
FONDAPARINUX	B	E5		L3
FOSAMPRENAVIR	C	E3		L6
FOSCARNET	C	E3		L6
FOSFOMICINA	B	E1		L3
FOSINOPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
FROVATRIPTAN	C	E5		L3
FUROSEMIDA	C	E4	(13)	L3
GABAPENTINA	C	E7		L3
GADOPENTÉTICO ÁCIDO	C	E7		L1
GALANTAMINA	B	E5		L4
GANCICLOVIR	C	E3		L4
GEMFIBROZILO	C	E7		L4
GENTAMICINA PARENTERAL	C	E4		L1
GENTAMICINA OFTÁLMICA	C	E4	(1)	L1
GENTAMICINA TÓPICA	C	E4	(1)	L1
GINKGO BILOBA	C	E5		L4
GLÁNDULA TIRÓIDES, PREPARADOS DE	A	E1		L1
GLATIRÁMERO, ACETATO DE	B	E3		L3
GLICEROL	B	E2		L2
GLICEROL (LAXANTE)	B	E2		L2
GLICOPIRRONIO	B	E12		L3
GLIMEPIRIDA	C	E5		L3
GLIPIZIDA	C	E5		L3
GRANISETRÓN	B	E5		L3
GRISEOFULVINA	C	E7		L4

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
HALOPERIDOL	C	E5		L4
HEMATINA	C	E12		L3
HEPARINA	C	E1		L1
HIDRALAZINA	C	E15		L3
HIDROCLOROTIAZIDA	B	E1	(13)	L1
HIDROCORTISONA	C	E16	(8)	L3
HIDROCORTISONA (ANTIHEMORROIDAL)	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROCORTISONA OFTÁLMICA	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROCORTISONA TÓPICA	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROCORTISONA (ESTOM)	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROCORTISONA, ACEPONATO DE	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROCORTISONA, BUTIRATO DE	C	E16	(1), (8)	L3
HIDROMORFONA	B	E15	(5)	L3
HIDROXICLOROQUINA	C	E2		L3
HIDROXIZINA	C	E4		L3
HOMATROPINA	C	E12		L3
IBUPROFENO	B	E13	(10)	L1
IBUPROFENO TÓPICO	B	E13	(1), (10)	L1
IDARUBICINA	D	E7		L6
IDOXURIDINA	C	E7		L4
IFOSFAMIDA	D	E9		L6
IMIPRAMINA	C	E4		L4
INDAPAMIDA	B	E5	(13)	L3
INDINAVIR	C	E3		L6
INDOMETACINA	B	E13	(17)	L3
INDOMETACINA TÓPICA	B	E13	(1)	L3
INFLIXIMAB	C	E12		L3
INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B	C	E1		L3
INMUNOGLOBULINA ANTIRRÁBICA	C	E1		L3
INMUNOGLOBULINA ANTITETÁNICA	C	E1		L3
INMUNOGLOBULINA ANTI-VARICELA/ZOSTER	C	E1		L3
INMUNOGLOBULINAS HUMANAS NORMALES PARA ADM. INTRAVASCULAR	C	E1		L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
INSULINA (HUMANA) AC. INTERMEDIA	B	E1		L1
INSULINA (HUMANA) AC. RÁPIDA	B	E1		L1
INSULINA (HUMANA) AC. RÁPIDA INHALADA	B	E1		L1
INTERFERON ALFA-2A	C	E2		L3
INTERFERÓN ALFA-2B	C	E2		L3
INTERFERÓN BETA-1B	C	E6		L3
INTERFERÓN GAMMA	C	E5		L3
IODURO DE SODIO (131I)	X	E11		L2
IOHEXOL	D	E14		L3
IOPANOICO ÁCIDO	D	E14		L3
IPRATROPIO BROMURO INHALADO	B	E4		L3
IPRATROPIO BROMURO NASAL	B	E4		L3
IPRONIAZIDA	C	E6		L4
IRBESARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
ISOFLURANO	B	E5		L3
ISONIAZIDA	C	E3		L3
DINITRATO DE ISOSORBIDA	C	E6		L3
MONONITRATO DE ISOSORBIDA	C	E6		L3
ISOTRETINOÍNA	X	E11		L4
ISOTRETINOINA TÓPICA	C	E4		L3
ISRADIPINO	C	E5		L3
ITRACONAZOL	C	E4		L4
IVERMECTINA	C	E4		L3
KANAMICINA	D	E16		L3
KANAMICINA (OFTÁLMICA)	D	E16	(1)	L3
KETAMINA	B	E5		L3
KETOCONAZOL	C	E7		L3
KETOCONAZOL TÓPICO	C	E2		L3
KETOPROFENO	B	E13	(10)	L3
KETOPROFENO TÓPICO	B	E13	(1), (10)	L3
KETOROLACO	C	E13	(10)	L3
KETOROLACO OFTÁLMICO	C	E13	(1), (10)	L3
LABETALOL	C	E4		L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
LACTULOSA	B	E2		L3
LAMIVUDINA	C	E3		L6
LAMOTRIGINA	C	E4		L4
LANSOPRAZOL	B	E5		L4
LEFLUNOMIDA	X	E11		L4
LEPIRUDINA	B	E5		L3
LEVETIRACETAM	C	E7		L3
LEVOFLOXACINO	C	E4		L3
LEVOMEPROMAZINA	C	E12		L4
LEVOTIROXINA SÓDICA	A	E1		L1
LIDOCAÍNA	B	E1		L3
LINCOMICINA	B	E1		L1
LINDANO	B	E5		L3
LINESTREROL	D	E9		L3
LINEZOLID	C	E3		L4
LIOTIRONINA SÓDICA	A	E1		L1
LISINOPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
LITIO	D	E16		L4
LOMEFLOXACINO	C	E4		L3
LOPERAMIDA	B	E5		L3
LORATADINA	B	E5		L3
LORAZEPAM	D	E13		L4
LOSARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
LOVASTATINA	X	E11		L6
LOXAPINA	C	E7		L4
MAGNESIO SULFATO	B	E1		L1
MAGNESIO SULFATO SUPLEMENTO	B	E1		L1
MANITOL	C	E2		L3
MAPROTILINA	B	E5		L4
MEBENDAZOL	C	E4		L3
MECLOFENÁMICO ÁCIDO	B	E13	(10)	L3
MEDROXIPROGESTERONA	X	E11		L1
MEDROXIPROGESTERONA ANTINEOPLÁSICA	X	E11		L1
MEFENÁMICO ÁCIDO	C	E13	(10)	L3
MEFLOQUINA	C	E1		L3
MELFALÁN	D	E9		L6
MELOXICAM	C	E13	(10)	L3
MENADIONA	C	E15		L3
MEPIRAMINA	C	E2		L3
MERCAPTOPURINA	D	E15		L4
MEROPENEM	B	E5		L3
MESALAZINA	B	E1		L4
MESNA (MUCOLÍTICO)	B	E3	(1)	L3
MESNA, ANTÍDOTO	B	E3		L3
METACUALONA	D	E12		L4
METADONA	B	E15	(7)	L3
METFORMINA	B	E5		L1
METILDOPA (LEVÓGIRA)	B	E1		L3
METILERGOMETRINA	C	E11		L1
METILFENIDATO	C	E6		L4
METIROSINA	C	E12		L4
METOCARBAMOL	C	E4		L3
METOCLOPRAMIDA	B	E1		L4
METOLAZONA	B	E2	(13)	L3
METOPROLOL	C	E14	(9)	L4
METOTREXATO ANTINEOPLASICO	X	E11		L6
METOTREXATO INMUNOSUPRESOR	X	E11		L6
METOXSALENO	C	E1		L2
METRONIDAZOL	B	E4		DU: L2 Pautada: L4
METRONIDAZOL GINECOLÓGICO	B	E4	(1)	L4
METRONIDAZOL ORAL	B	E4		DU: L2 Pautada: L4
METRONIDAZOL TÓPICO	B	E4	(1)	L4
MEXILETINA	C	E5		L3
MICOFENÓLICO ÁCIDO	C	E7		L6
MICOFENÓLICO ÁCIDO	C	E7		L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
MICONAZOL (MUCOSA DIGESTIVA)	C	E1		L3
MICONAZOL (MUCOSA ORAL)	C	E1		L3
MICONAZOL GINECOLÓGICO	C	E1		L3
MICONAZOL TÓPICO	C	E1		L3
MIDAZOLAM	D	E5		L4
MIFEPRISTONA	X	E11		L6
MIGLITOL	B	E2		L3
MILRINONA	C	E7		L3
MINOCICLINA	D	E10		L1
MINOXIDIL	C	E6		L3
MINOXIDIL TOPICO	C	E6		L3
MIRTAZAPINA	C	E5		L4
MISOPROSTOL	X	Oral: E11 MCT: E4		L4
MITOXANTRONA	D	E9		L6
MODAFINILO	C	E5		L4
MONTELUKAST	B	E2		L3
MORFINA	C	E15	(7)	L3
MOXIFLOXACINO	C	E4		L3
NABUMETONA	C	E13	(10)	L4
NADOLOL	C	E14	(9)	L4
NADROPARINA	B	E2		L3
NALOXONA	B	E1		L3
NALTREXONA	C	E6		L4
NAPROXENO	B	E13	(10)	L3
NARATRIPTÁN	C	E6		L3
NATEGLINIDA	C	E5		L3
NEDOCROMIL OFTÁLMICO	B	E5		L3
NEDOCROMILO	B	E5		L3
NELFINAVIR	B	E3		L6
NEOMICINA	C	E4		L3
NEOSTIGMINA	C	E12		L3
NEVIRAPINA	C	E3		L6
NICARDIPINO	C	E7		L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
NIFEDIPINO	C	E4		L3
NIMODIPINO	C	E7		L3
NISOLDIPINO	C	E7		L3
NISTATINA	C	E1		L1
NITAZOXANIDA	B	E5		L3
NITROFURANTOÍNA	B	E15		L3
NITROPRUSIATO	C	E16		L4
NIZATIDINA	B	E5		L3
NOREPINEFRINA	C	E16		L4
NORFLOXACINO	C	E4		L3
NORFLOXACINO OFTÁLMICO	C	E4	(1)	L3
NORTRIPTILINA	C	E4		L4
OCTREOTIDA	B	E5		L3
OFLOXACINO	C	E4		L3
OFLOXACINO OFTÁLMICO	C	E4	(1)	L3
OLANZAPINA	C	E4		L4
OLMESARTAN	C	E14	(9), (19)	L3
OLSALAZINA	C	E1		L4
OMEPRAZOL	C	E4		L4
ONDANSETRÓN	B	E5		L3
OXCARBAXEPINA	C	E7		L3
OXIBUTININA	B	E5		L3
OXICODONA	B	E15	(7)	L3
OXIDO NITROSO	C	E16		L1
OXITETRACICLINA	D	E10		L1
OXITETRACICLINA OFTÁLMICA	D	E10	(1)	L1
OXPRENOLOL	C	E14	(9)	L4
PACLITAXEL	D	E7		L6
PANTOPRAZOL	B	E5		L4
PARACETAMOL	B	E1		L1
PAROMOMICINA	C	E2		L3
PAROXETINA	C	E15		L4
PEGFILGRASTIM	C	E5		L3
PEGINTERFERÓN ALFA-2A	C	E2		L3

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
PEGINTERFERÓN ALFA-2B	C	E2		L3
PENICILAMINA (DIMETILCISTEÍNA)	D	E16		L4
PENTAMIDINA, ISETIONANTO DE	C	E3		L6
PENTAZOCINA	C	E15	(7)	L3
PENTOXIFILINA	C	E6		L3
PERFENAZINA	C	E12		L4
PERGOLIDA	B	E5		L6
PERINDOPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
PERMETRINA	B	E1		L1
PETIDINA (MEPERIDINA)	B	E15	(7)	L1
PILOCARPINA	C	E2		L3
PILOCARPINA OFTÁLMICA	C	E2		L3
PIMOZIDA	C	E5		L4
PIOGLITAZONA	C	E6		L3
PIPERAZINA	B	E12		L2
PIRANTEL	C	E5		L3
PIRAZINAMIDA	C	E12		L3
PIRIDOSTIGMINA	C	E5		L3
PIRIDOXINA (VIT B6)	A	E1		L1
PIRIMETAMINA	C	E3		L3
PIROXICAM	C	E13	(10)	L3
PIROXICAM TÓPICO	C	E13	(1), (10)	L3
PIRVINIO	C	E12		L3
POTASIO CITRATO	A	E1		L1
POTASIO, CLORURO (ADITIVO INTRAVENOSO)	A	E1		L1
POTASIO, CLORURO (SUPLEMENTO MINERAL)	A	E1		L1
POTASIO GLUCOHEPTONATO	A	E1		L1
POTASIO IODURO	D	E14		L3
PRALIDOXIMA	C	E3		L2
PRAMIPEXOL	C	E5		L4
PRAVASTATINA	X	E11		L6
PRAZICUANTEL	B	E6		L4

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
PRAZOSINA	C	E5		L4
PREDNISOLONA	C	E16	(8)	L1
PREDNISOLONA OFTÁLMICA	C	E16	(1), (8)	L1
PREDNISONA	C	E16	(8)	L1
PRIMAQUINA	C	E2		L3
PRIMIDONA	D	E16		L4
PROBENECID	C	E12		L4
PROCAINAMIDA	C	E12		L3
PROCARBAZINA	D	E9		L6
PROCICLIDINA	C	E12		L3
PROGUANIL	B	E3		L3
PROMETAZINA	C	E1		L3
PROPAFENONA	C	E6		L3
PROPILTIOURACILO	D	E3		L1
PROPOFOL	B	E5		L3
PROPRANOLOL	C	E14	(9)	L4
PROTAMINA	C	E3		L3
PROTIRELINA	C	E6		L3
QUAZEPAM	X	E13		L4
QUETIAPINA	C	E7		L4
QUINAPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
QUINIDINA	C	E1		L3
RABEPRAZOL	B	E5		L4
RAMIPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
RANITIDINA	B	E1		L3
REMIFENTANILO	C	E15	(7)	L3
REPAGLINIDA	C	E6		L4
RETEPLASA	C	E3		L3
RETINOL (VIT A)	A	E1	(6)	L1
RETINOL TÓPICO	C	E4		L3
RIBAVIRINA	X	E11		L4
RIFABUTINA	B	E5		L4
RIFAMPICINA	C	E1		L1 VIH: L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
RISPERIDONA	C	E6		L4
RITODRINA	B	E1		L3
RITONAVIR	B	E3		L6
RIVASTIGMINA	B	E5		L4
RIZATRIPTÁN	C	E7		L3
ROCURONIO, BROMURO DE	C	E5		L3
ROPINIROL	C	E7		L4
ROPIVACAÍNA	B	E1		L3
ROSIGLITAZONA	C	E7		L3
SALBUTAMOL	C	E1		L3
SALMETEROL	C	E2		L3
SAQUINAVIR	B	E3		L6
SELEGILINA	C	E5		L4
SERTRALINA	C	E15		L4
SEVELÁMERO	C	E5		L3
SEVOFLURANO	C	E5		L3
SIMVASTATINA	X	E11		L6
SOMATOSTATINA	B	E2		L3
SOTALOL	B	E14	(9)	L4
SUCRALFATO	B	E1		L3
SULBACTAM	B	E1		L1
SULFASALAZINA	B	E4	(12)	L4
SULINDACO	B	E13	(10)	L4
SUMATRIPTÁN	C	E6		L3
SUXAMETONIO	C	E1		L3
TACROLIMUS	C	E16		L4
TACROLIMUS TÓPICO	C	E16	(1)	L4
TALIDOMIDA	X	E11		L4
TAMOXIFENO	D	E11		L6
TAZAROTENO	X	E11		L4
TELMISARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
TENECTEPLASA	C	E3		L2
TENIPÓSIDO	D	E9		L4
TENOFOVIR DISOPROXILO	B	E3		L6

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
TERAZOSINA	C	E5		L3
TERBINAFINA	B	E5		L4
TERBINAFINA TÓPICA	B	E5	(1)	L4
TERBUTALINA	B	E5		L3
TERBUTALINA INHALADA	B	E5	(1)	L3
TERFENADINA	C	E1		L3
TERLIPRESINA	C	E1		L1
TESTOSTERONA	X	E11		L6
TETRACICLINA	D	E10		L1
TIAGABINA	C	E7		L3
TIAMAZOL	D	E16		L1
TIAMINA (VIT B1)	A	E1	(4)	L1
TICARCILINA	B	E1		L1
TICLOPIDINA	B	E5		L4
TIMOLOL	C	E14		L4
TINZAPARINA	B	E1		L3
TIOGUANINA	D	E16		L6
TIOTEPA	D	E9		L6
TIOTIXENO	C	E5		L4
TIROTROPINA	C	E1		L1
TIZANIDINA	C	E7		L4
TOBRAMICINA	C	E4	(15)	L1
TOBRAMICINA OFTÁLMICA	C	E4	(1), (15)	L1
TOCOFEROL (VIT E)	A	E1		L1
TOLCAPONA	C	E7		L4
TOLMETINA	C	E13	(10)	L3
TOLTERODINA	C	E5		L4
TOPIRAMATO	C	E7		L4
TRAMADOL	C	E15		L3
TRANDOLAPRIL	C	E14	(9), (19)	L3
TRANEXÁMICO ÁCIDO	B	E5		L3
TRANILCIPROMINA	C	E12		L4
TRASTUZUMAB	B	E5		L4
TRAZODONA	C	E5		L4

PRINCIPIO ACTIVO	EMBARAZO			LACTANCIA
	Categ. de riesgo	Recomen-daciones	Observ	Recomen-daciones
TREPROSTINIL	B	E5		L4
TETRABENAZINA	C	E12		L4
TRETINOÍNA	D	E9		L3
TRETINOINA TÓPICA	C	E4		L3
TRIAMCINOLONA	C	E16	(8)	L3
TRIAMCINOLONA (MUCOSA INTESTINAL)	C	E16	(1), (8)	L3
TRIAMCINOLONA NASAL	C	E16	(1), (8)	L3
TRIAMCINOLONA (ESTOM)	B	E16		L3
TRIAZOLAM	X	E5		L4
TRIENTINA	C	E6		L4
TRIFLUOPERAZINA	C	E5		L4
TRIHEXIFENIDILO	C	E12		L3
TRIMETOPRIMA	C	E16		L1
TRIMETREXATO	D	E7		L4
TRIMIPRAMINA	C	E4		L4
TRINITRATO DE GLICERILO	B	E4	(14)	L3
TRINITRATO DE GLICERILO (RECTAL)	B	E4	(1)	L3
UROQUINASA	B	E5		L3
URSODEOXICÓLICO ÁCIDO	B	E1		L3
VACUNA ANTICOLÉRICA	C	E1		L1
VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA	C	E1		L3
VACUNA ANTINEUMOCÓCICA	C	E1		L3
VACUNA BCG	C	E3		L3
VACUNA FIEBRE AMARILLA	D	E3		L3
VACUNA HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	C	E1		L1
VACUNA HEPATITIS A	C	E2		L3
VACUNA HEPATITIS B	C	E1		L3
VACUNA GRIPE	C	E1		L1
VACUNA PAROTIDITIS	C	E11		L3
VACUNA POLIOMELITIS, VIRUS ATENUADOS (SABIN)	C	E1		L1
VACUNA POLIOMELITIS, VIRUS INACTIVADOS (SALK)	C	E1		L3
VACUNA RABIA	C	E3		L3
VACUNA RUBEOLA	C	E11		L1
VACUNA SARAMPIÓN	C	E11		L3
VACUNA TIFOIDEA	C	E3		L3
VACUNA TUBERCULOSIS	C	E3		L3
VACUNA VARICELA	C	E11		L1
VALACICLOVIR	B	E1		L1
VALGANCICLOVIR	C	E3		L6
VALPROICO ÁCIDO	D	E16		L4
VALSARTÁN	C	E14	(9), (19)	L3
VANCOMICINA	B	E1		L3
VECURONIO	C	E12		L3
VENLAFAXINA	C	E15		L4
VERAPAMILO	C	E1		L3
VINBLASTINA	D	E8		L6
VINCRISTINA	D	E8		L6
VINORELBINA	D	E7		L6
VITAMINAS Y MINERALES	A	E1		L1
VORICONAZOL	D	E7		L4
WARFARINA	D	E9	(16)	L1
ZAFIRLUKAST	B	E5		L4
ZALEPLON	C	E5		L3
ZIDOVUDINA	C	E3		L6
ZOLMITRIPTÁN	C	E5		L3
ZOLPIDEM	B	E5		L3
ZONISAMIDA	C	E8		L4
ZUCLOPENTIXOL	C	E12		L4

Abreviaturas:

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo
DU: Dosis única
ESTOM: Estomatológico
IV: Intravenoso
MCT: Maduración cervical a término
VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana
VIT: Vitamina

Recomendaciones de tratamiento farmacológico en las situaciones de embarazo y lactancia para una selección de patologías

A continuación se muestra un listado que recoge los tratamientos farmacológicos recomendados en las situaciones específicas de embarazo y lactancia para una selección de patologías que se han considerado más frecuentes. En esta tabla no se contemplan las medidas no farmacológicas porque está centrada en tratamiento farmacológico, pero no hay que olvidar que generalmente el tratamiento no farmacológico es un escalón previo al tratamiento farmacológico, más aun en las situaciones específicas de embarazo y lactancia en las que la seguridad del uso de fármacos no está plenamente garantizada. Para interpretar correctamente la siguiente tabla es preciso tener en cuenta algunas consideraciones:

- Las recomendaciones que se muestran son orientaciones de tratamiento farmacológico en base a las categorías de riesgo y recomendaciones en embarazo y lactancia, teniendo en cuenta la eficacia para la patología tratada. No obstante, la **selección de tratamiento** para cada paciente concreto debe hacerse **de forma individualizada** y sopesando el balance beneficio riesgo en cada situación.
- Para cada fármaco se informa de la de la categoría de riesgo en embarazo y de la recomendación tanto en embarazo como en lactancia. **La fuente de consulta ha sido el libro de referencia en embarazo y lactancia** (Briggs, 7th ed. 2005). Los fármacos que no estaban recogidos en dicho libro se han consultado en fuentes alternativas como la ficha técnica u otras publicaciones y en estos casos, las recomendaciones se muestran en letra cursiva.
- En la situación específica de embarazo se informa de la categoría de riesgo y de las recomendaciones. Es necesario **interpretar correctamente ambos códigos**, ya que la categoría de riesgo informa de la evidencia que existe de su uso a nivel general. En algún caso, fármacos con categoría B pueden estar contraindicados en algún trimestre del embarazo, como ocurre con los antiinflamatorios no esteroideos.
- En muchos casos, el tratamiento de elección recomendado para el problema de salud en las situaciones de embarazo y lactancia analizadas no coincide con el tratamiento de elección recomendado en la Guía Terapéutica Sacyl para dicho problema de salud en la población general. **En la selección de tratamiento, se ha primado la seguridad del fármaco** en las situaciones específicas analizadas frente a la eficacia en el problema de salud tratado.
- Para la selección de principios activos dentro de un grupo terapéutico se han tenido en cuenta los **criterios generales seguidos en el resto de la guía y la experiencia de uso** de dichos principios activos en las situaciones específicas de embarazo y lactancia. La selección de un principio activo respecto a otro puede estar basada en la información disponible en estas situaciones, lo que no implica que sea más seguro, sino que es del único del que se dispone de información o es el que más información tiene.

Problema de salud	EMBARAZO		LACTANCIA	
	Fármaco de elección (Categoría riesgo y recomendación)	Fármaco alternativa (Categoría riesgo y recomendación)	Fármaco de elección (recomendación)	Fármacos alternativa (recomendación)
APARATO DIGESTIVO				
Náuseas y vómitos	Doxilamina en asociación con piridoxina (*B*)	Metoclopramina (B) (E1) Clorpromazina (C) (E1)	Domperidona (L3)	
Estreñimiento	Plantago ovata Metilcelulosa (*B*)	Lactulosa (B) (E2)	Plantago ovata Metilcelulosa	Lactulosa (L3)
Diarrea	Loperamida (B) (E5)		Loperamida (L3)	
Pirosis	Almagato (*B*) Ranitidina (B) (E1)	Omeprazol (C) (E4)	Almagato Ranitidina (L3)	Omeprazol (L4)
Úlcera	Sucralfato (B) (E1) Ranitidina (B) (E1)	Omeprazol (C) (E4)	Sucralfato (L3) Ranitidina (L3)	Omeprazol (L4)
Hemorroides	Tratamientos tópicos: protectores o cremas suavizantes (extracto hammamelis). Evitar corticoides y anestésicos locales.			
ENDOCRINO				
Diabetes	Insulina (B) (E1)	Metformina (B) (E5) **	Metformina (L1) Insulina (L1)	Glimepirida (L3) Glipizida (L3)
Hipotiroidismo	Levotiroxina sódica (A) (E1)		Levotiroxina (L1)	
Hipertiroidismo	Propiltiouracilo (D) (E3)*	Tiamazol (D) (E16)*	Tiamazol (L1)	
CARDIOVASCULAR				
Hipertensión arterial	Metildopa (B) (E1)	Labetalol (C) (E4)	Hidroclorotiazida (L1)	Labetalol (L3) Atenolol (L4)
INFECCIONES				
Infección respiratoria (Neumonía)	Amoxicilina (B) (E1)	Amoxicilina-Clavulánico (B) (E1)	Amoxicilina (L1)	Amoxicilina-Ac Clavulánico (L3)
Resfriado común	Paracetamol (B) (E1)		Paracetamol (L1)	
Infección urinaria sintomática (cistitis aguda)	Amoxicilina-clavulánico (B) (E1) Fosfomicina (B) (E1)	Nitrofurantoina (B) (E15) Cefuroxima (B) (E1)	Amoxicilina-clavulánico (L3)	Nitrofurantoina (L3)
Vaginosis bacteriana	Metronidazol oral (B) (E4) Dosis bajas pautadas	Clindamicina oral (B) (E1) (Primer trimestre)	Clindamicina ginecológica (L1)	
Candidiasis vaginal (vulvovaginitis por cándida)	Clotrimazol ginecológico (B) (E1)	Nistatina ginecológica (C) (E1)	Clotrimazol ginecológico (L1)	
ALTERACIONES SNC				
Insomnio	Difenhidramina (*B*)	Zolpidem (B) (E5)	Zolpidem (L3)	Lorazepam (L4)
Depresión	Nortriptilina (C) (E4) Fluoxetina (C) (E15)		Clomipramina (L4)	Fluoxetina (L4)

VARIOS				
Asma	Salbutamol (C) (E1) Terbutalina (B) (E5) Budesonida (B) (E3) Beclometasona (C) (E1)		Salbutamol (L3) Terbutalina (L3) Budesonida (L3) Beclometasona (L3)	Montelukast (L3)
Dolor, fiebre, inflamación	Paracetamol (B) (E1)	Ibuprofeno (B) (E13)	Paracetamol (L1)	Ibuprofeno (L1)
Migrañas /Cefaleas	Paracetamol (B) (E1) Ibuprofeno (B) (E13) Naproxeno (B) (E13)	Acetil salicílico ácido (C) (E1) Sumatriptan (C) (E6)	Ibuprofeno (L1) Paracetamol (L1)	Sumatriptan (L3) Naproxeno (L3)
Enfermedad tromboembólica	Enoxaparina (B) (E1) Dalteparina (B) (E1) Nadroparina (B) (E2)		Enoxaparina (L1) Dalteparina (L1) Acenocumarol (L1)	
Tos	Dextrometorfano (C) (E1)	Codeína (C) (E15) (7)	Dextrometorfano (L1)	Codeína (L3)
Problemas musculoesqueléticos	Paracetamol (B) (E1)	Ibuprofeno (B) (E13)	Paracetamol (L1)	Ibuprofeno (L1)
Anticoncepción	-	-	Desogestrel	

* El uso de preparados antitiroideos puede producir bocio e hipotiroidismo. No obstante, se acepta inevitablemente su uso para prevenir hipertiroidismo fetal, de mayor peligro que los propios medicamentos antitiroideos. Durante el embarazo puede ser necesaria la reducción de la dosis e incluso la interrupción del tratamiento 2-3 semanas antes del parto. Valorar la derivación a atención especializada para ajustar dosificación.

** La administración de antidiabéticos orales a mujeres embarazadas ha estado durante muchos años proscrito por los posibles efectos nocivos en el feto así como por la falta de eficacia. En la actualidad se dispone de más información y los estudios realizados no han observado daños en el feto asociados al uso tanto de metformina como de sulfonilureas (gliburida). Además, recientemente, un ensayo clínico (N Engl J Med. 2008;358:2003-15) ha comparado la eficacia y seguridad de metformina con insulina en el tratamiento de la diabetes gestacional en 751 mujeres y concluye que la administración de metformina durante el embarazo es segura.

- Considerar que en principio ningún medicamento es totalmente inocuo, ni siquiera los preparados tópicos.

- Utilizar preferentemente aquellos medicamentos sobre los que se disponga de mayor experiencia clínica, evitando los teratógenos e intentando evitar en lo posible los fármacos de reciente comercialización.

- Evitar la prescripción de preparados con múltiples principios activos en su composición, ya que es difícil valorar la posible potenciación de efectos teratógenos.

- Valorar la relación beneficio/riesgo estableciendo claramente la necesidad de tratar la enfermedad, ya que algunas enfermedades no tratadas (p. ej., diabetes) pueden ser tan peligrosas para el feto como la administración de ciertos medicamentos.

- Valorar el tratamiento no farmacológico, como primera opción antes de iniciar una terapia con fármacos.

- En el caso de pacientes que estén con un tratamiento previo antes del embarazo y este sea eficaz, valorar la continuación del mismo, siempre que no suponga un riesgo importante para el feto o que no tenga alternativas más seguras.

- Utilizar las dosis mínimas eficaces y durante el menor tiempo posible.

- En las pacientes con enfermedad crónica y en edad fértil, anticiparse dando información preconcepcional y si es posible planificar el embarazo.

SERVICIO DE INFORMACION TELEFÓNICA SOBRE TERATÓGENOS ESPAÑOL (SITTE)
Miembro del European Network of Teratology Information Services (ENTIS)
Tfno: 91 387 75 34
http://iier.isciii.es/er/html/er_sitte.htm

Bibliografía:

- August P. Management of hypertension in pregnancy. UpToDate. 2008.
- Briggs GG, Freeeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
- CADIME. Medicamentos y Lactancia. Monografía del Boletín Terapéutico Andalud. Escuela Andaluza de Salud Publica.Ed. 2001.Nº 19.
- Candás MA. Uso de medicamentos durante el embarazo. Boletín de información Terapéutica de Asturias. 2002;4.
- Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Adaptación española del BNF. Pharma Editores. S.L. 2006.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas Técnicas. Disponible en: http://www.agemed.es/
- Guía Terapéutica en Atención Primaria Basada en la Evidencia. 2ª edición. Semfyc ediciones. 2004.
- Gómez Marcos MA., Garcia Rabanal D., Ramos Delgado E. Orobon Martinez Mª L. Gómez Miguel E. y otros. SCLMFyC Editora. Guía de seguimiento y control del embarazo en Atención Primaria. 2004.
- Jovanovic L. Glycemic control in women with type 1 and type 2 diabetes mellitus during pregnancy. UpToDate. 2008.
- Micromedex. DrugDex. 2008.
- Montero MJ, De Marino MA. Medicamentos y Embarazo. Boletín de Información Farmacoterapéutico. 1999;26.
- Servicio Vasco de Salud. Utilización de fármacos en la lactancia. INFAC. 2000; 8.

ANEXO 13. USO DE MEDICAMENTOS EN INSUFICIENCIA RENAL (IR)

El uso de fármacos en pacientes con disminución de la función renal puede plantear problemas por varias razones:

- La incapacidad para excretar un fármaco o sus metabolitos entraña a veces toxicidad. Las alteraciones en la farmacocinética de algunos fármacos conllevan una mayor acumulación de estos en el organismo.
- La sensibilidad a ciertos fármacos aumenta, incluso aunque no se altere su eliminación
- La tolerancia a los efectos adversos puede estar alterada.
- La eficacia de algunos fármacos puede desaparecer cuando disminuye la función renal.

Por todo ello, hay más posibilidades de que aparezcan efectos tóxicos y esto hace que sea necesario individualizar la terapia en estos pacientes según el grado de función renal.

Se utilizan dos métodos de ajuste:

1) Alargar el intervalo entre dosis (I)
2) Reducir la dosis (D): muy utilizado en fármacos con un estrecho margen terapéutico.

En la práctica, es común utilizar una combinación de ambos métodos.

Las recomendaciones posológicas dependen de la intensidad de la insuficiencia renal, que se expresa según la tasa de filtración glomerular (TFG), medida habitualmente por el **aclaramiento de creatinina (CLcr)**. Si no es posible determinarlo directamente (*es necesaria una recogida estricta de orina de 24 horas*), puede estimarse conociendo la creatinina plasmática mediante la fórmula de Cockfroft y Gault:

$$\text{Aclaramiento de creatinina (CLcr)} = \frac{(140 - \text{edad (años)}) \times \text{peso ideal (kg)}}{72 \times \text{Cr sérica (mg/dl)}} \quad \text{Para hombres x 0,85 para mujeres*}$$

** En mujeres, el resultado hay que multiplicarlo por 0,85 para ajustarlo a la masa muscular*

Clasificación de la Insuficiencia renal en función del filtrado glomerular

Insuficiencia Renal	Filtrado glomerular (ml/min)
Leve	50 - 90
Moderada	10 – 50
Grave	<10

La función renal disminuye con la edad. Muchas personas de edad avanzada muestran un filtrado glomerular inferior a 50 ml/min, que debido a la disminución de la masa muscular, puede no reflejarse en una elevación de la creatinina sérica. Parece prudente asumir al menos un grado leve de alteración de la función renal en personas de edad avanzada a la hora de prescribir.
Si clínicamente se sospecha una IR aunque sea leve, se debe valorar la función renal antes de prescribir cualquier fármaco que pueda requerir modificación de dosis.

Se puede utilizar la tabla siguiente como guía para fármacos que requieran un ajuste posológico, teniendo siempre presente que esta es una selección de fármacos, pero que la ausencia de un fármaco no garantiza que no requiera ajuste posológico en IR.

Bibliografía:

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Guía de prescripción Terapéutica. Barcelona: Pharma Editores; 2006.
  Disponible en: http://www.agemed.es/profHumana/gpt/home.htm
- American Society of Health-System Pharmacist. AHFS Drug Information 2006. American Society of Health – System Pharmacists. Bethesda: Editorial Staff; 2006.
- Aronoff GR, Bennett WM, Berns JS, Brier ME, Golper TA, Morrison G et al. Drug Prescribing in renal failure: dosing guidelines for adults. 4 ed. Philadelphia, Pennsylvania; 1999.
- Micromedex. DrugDex Evaluations. 2007 (versión electrónica).
- Rodríguez MA. Ajuste de la dosificación de fármacos en la insuficiencia renal crónica. En: Blanco A, Cea L, García ME, Menasssa A, Moreno VJ, Muñoz G, Olalla J, Varona JF, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 5ª Edición. Madrid: Hospital Universitario 12 de Octubre; 2003. p. 1025-8.

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos)

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
		50-90	10 -50	< 10	
ANALGÉSICOS y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)					
Ác. acetil salicílico	I	4h	4-6 h	Evitar(*)	(*) Por posible deterioro de la función renal. Riesgo aumentado de hemorragia digestiva.
Paracetamol	I	4h	6h	8h	Una sobredosis puede ser nefrotóxica
AINE: ibuprofeno, indometacina, ketoprofeno, flurbiprofeno, fenilbutazona, naproxeno, ácido mefenámico , piroxicam, sulindaco, tolmetina		No modificar			Pueden producir deterioro de la función renal. Administrar la dosis mínima eficaz y controlar la función renal (hiperpotasemia y retención de sodio y agua).
AINE: diclofenaco	D	50-100%	25-50%	25%	
AINE: diflunisal, nabumetona	D	100%	50%	50%	
Analgésicos narcóticos u opiaceos: codeína, meperidina, morfina, pentazocina	D	100%	75%	50%	Efecto aumentado y prolongado; aumento de la sensibilidad cerebral.
Analgésicos narcóticos u opiaceos: Dextropropoxifeno	D	100%	100%	Evitar	
ANTIHIPERTENSIVOS Y AGENTES CARDIOVASCULARES					
Moduladores Adrenérgicos					
Clonidina		No modificar			Hipertensión de rebote si el medicamento se retira bruscamente. Potencia los efectos depresores del SNC.
Metildopa	I	8 h	8 -12 h	12 -24 h	Hipotensión ortostática. Fibrosis retroperitoneal.

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) ***(Cont.)***

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Inhibidores de la enzima convertidora de Angiotensina (IECA)					
Benazepril	D	100%	50– 75%	25 – 50%	Utilizar con prudencia y vigilar la respuesta. Aumenta la frecuencia de hiperpotasemia y efectos secundarios. **Fosinoprilo es el IECA con menos probabilidad de acumularse en caso de fallo renal** (apenas necesita ajuste).
Captopril	D, I	100% cada 8-12 h	75% cada 12-18 h	50% cada 24h	
Cilazapril	D, I	75% cada 24h	50% cada 24-48h	10-25% cada 72h	
Enalapril	D	100%	75-100%	50%	
Fosinopril	D	100%	100%	75-100%	
Lisinopril	D	100%	50-75%	25-50%	
Perindopril	D	100%	75%	50%	
Quinapril	D	100%	75-100%	75%	
Ramipril	D	100%	50-75%	25-50%	
Antagonistas de los receptores de Angiotensina (ARA II)					
Losartan		No modificar			En IR moderada o grave se recomienda comenzar con 25 mg una vez al día. Puede causar hiperpotasemia.
Beta Bloqueantes					
Atenolol	D, I	100% cada 24h	50% cada 48h	30-50% cada 96h	
Bisoprolol	D	100%	75%	50%	
Carteolol	D	100%	50%	25%	
Celiprolol	D	100%	100%	75%	
Nadolol	D	100%	50%	25%	
Propranolol		No modificar			La biodisponibilidad puede incrementarse en IR grave. Hipoglucemia en enfermedad renal terminal.
Sotalol	D	100%	30%	15-30%	
Vasodilatadores					
Hidralazina	I	8h	8h	8-16h	

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Bloqueantes de los Canales del Calcio					
Diltiazem		No modificar			Iniciar con una dosis más baja. Puede exacerbar la hiperpotasemia.
Nicardipino		No modificar			Comenzar con dosis bajas
Verapamilo		No modificar			Los metabolitos activos se acumulan particularmente con las formas de liberación sostenida.
Diuréticos					
Acetazolamida	I	6h	12h	Evitar	Acidosis metabólica
Bumetanida, Furosemida, Torasemida, Piretanida		No modificar			Pueden requerir dosis altas. Ototoxicidad
Clortalidona	I	24h	24h	Evitar	Inefectivas con bajo filtrado glomerular (GFR < 30 ml/min)
Indapamida	D	100%	100%	Evitar	
Hidroclorotiazida	D	100%	100%	Evitar	
Amiloride	D	100%	50%	Evitar	*Diuréticos ahorradores de potasio*: alto riesgo de hiperpotasemia (controlar el potasio en plasma).
Espironolactona	I	6-12h	12-24h	Evitar	
Triamtereno	I	12h	12h	Evitar	
Agentes antiarrítmicos					
Disopiramida	I	8h	12-24h	24-48h	Retención urinaria. Las especialidades de liberación sostenida no siempre resultan adecuadas (controlar la concentración plasmática)
Flecainida	D	100%	100%	50-75%	
Procainamida	I	4h	6-12h	8-24h	
Quinidina	D	100%	100%	75%	
Cardiotónicos					
Digoxina	D, I	100% cada 24h	25-75% cada 36h	10-25% cada 48h	La toxicidad aumenta con los trastornos electrolíticos: hipopotasemia, hipomagnesemia
Nitratos					
Isosorbida, Nitroglicerina		No modificar			Usar con precaución en IR grave.

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
AGENTES ANTIMICROBIANOS					
Antibióticos: Aminoglucósidos					
Amikacina	D, I	60-90% cada 12h	30-70% cada 12-18h	20-30% cada 24-48h	Nefrotóxicos, ototóxicos. Monitorizar los niveles plasmáticos.
Gentamicina	D, I	60-90% cada 8-12h	30-70% cada 12h	20-30% cada 24-48h	
Tobramicina	D, I	60-90% cada 8-12h	30-70% cada 12h	20-30% cada 24-48h	
Estreptomicina	I	24h	24-72h	72-96h	Puede ser el menor nefrotóxico del grupo.
Antibióticos: cefalosporinas					
Cefaclor	D	100%	50-100%	50%	
Cefadroxilo	I	12h	12-24h	24-48h	
Cefalexina	I	8h	12h	12h	
Cefradina	D	100%	50%	25%	
Cefalotina	I	6h	6-8h	12h	
Cefazolina	I	8h	12h	24-48h	
Cefepima	I	12h	16-24h	24-48h	
Cefixima	D	100%	75%	50%	
Cefonicid	D, I	0,5 g cada 24 h	0,1-0,5 g cada 24h	0,1 g cada 24 h	
Cefotaxima	I	6h	8-12h	24h	Reducir dosis si coexiste fallo renal y hepático.
Cefoxitina	I	8h	8-12h	24-48h	Puede producir falso incremento en la creatinina sérica.
Cefpodoxima	I	12h	16h	24-48h	
Cefprozilo	D, I	250 mg cada 12h	250 mg cada 12-16 h	250 mg cada 24h	
Ceftazidima	I	8-12 h	24-48 h	48h	
Ceftibuteno	D	100%	50%	25%	
Cefuroxima axetilo		No modificar			Mejor absorción con alimentos

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) ***(Cont.)***

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Cefuroxima (sodio)	I	8h	8-12h	12-24h	
Ceftriaxona		No modificar			Controlar la concentración plasmática si coexisten IR grave e Insuficiencia hepática.
Antibióticos: Macrólidos					
Eritromicina	D	100%	100%	50-75%	Ototoxicidad con altas dosis en IR terminal
Claritromicina	D	100%	75%	50-75%	
Antibióticos: Penicilinas					
Amoxicilina	I	8h	8-12h	24h	
Ampicilina	I	6h	6-12h	12-24h	
Penicilina G o Bencilpenicilina	D	100%	75%	20-50%	Neurotoxicidad: las dosis altas pueden causar convulsiones.
Ac clavulánico (asociado con amoxicilina)	D	100%	100%	50-75%	
Antibióticos: Quinolonas					
Ciprofloxacino	D	100%	50-75%	50%	
Levofloxacino	D	100%	250 mg cada 24-48h (500 mg dosis inicio)	250 mg cada 48h (500 mg dosis inicio)	
Norfloxacino	I	12h	12-24h	400 mg cada 24h	
Ofloxacino	D	100%	200-400 mg cada 24h	200 mg cada 24h	
Antibióticos: Tetraciclinas					
Tetraciclina	I	8-12h	12-24h	Evitar	Evitar en insuficiencia renal terminal. Doxiciclina se puede usar en IR.
Otros antibióticos					
Aztreonam	D	100%	50-75%	25%	
Metronidazol	D	100%	100%	50%	
Nitrofurantoina	D	100%	Evitar(*)	Evitar(*)	(*) riesgo de neuropatía periférica
Sulfametoxazol	I	12h	18h	24h	

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Trimetoprim	I	12h	18h	24h	Trimetoprim puede causar hiperpotasemia.
Sulfametoxazol+Trimetoprim					Uso no recomendado si Clcr < 15
Antituberculosos					
Etambutol	I	24h	24-36h	48h	Decrece la actividad visual, lesión del nervio óptico.
Isoniazida		No modificar			Suplementar con piridoxina para prevenir la neurotoxicidad. No necesita ajuste de dosis excepto en acetiladores lentos con Cl cr <10.
Pirazinamida	D	100%	100%	50-100%	Inhibe la excreción de uratos. Puede aparecer gota.
Rifampicina	D	100%	50-100%	50-100%	
Antifúngicos					
Fluconazol	D	100%	50%	50%	
Itraconazol	D	100%	100%	50%	
Antiparasitarios					
Cloroquina	D	100%	100%	50%	
Antivirales					
Aciclovir	D, I	5 mg/kg cada 8h	5 mg/kg cada 12-24h	2,5 mg/kg cada 24h	Neurotoxicidad en IR terminal.
Famciclovir	D, I	100%	12-48h	50% cada 48h	
Ribavirina	D	100%	100%	50%	
Valaciclovir	D, I	100%	100% cada 12-24h	0,5 g cada 24h	
FÁRMACOS DEL SNC					
Benzodiazepinas					
Clordiazepósido	D	100%	100%	50%	Todas las benzodiazepinas pueden causar excesiva sedación y encefalopatía en IR terminal.
Midazolam	D	100%	100%	50%	

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Antidepresivos					
Venlafaxina	D	75%	50%	50%	
Paroxetina	D	100%	50-75%	50%	En IR grave reducir al límite inferior del rango de dosificación (20-60 mg/24h).
Antidepresivos tricíclicos		No modificar dosis			Los efectos adversos anticolinérgicos causan retención urinaria e hipotensión ortostática. Pueden ocasionar confusión y excesiva sedación.
Antiepilépticos					
Fenobarbital	I	8-12h	8-12h	12-16h	En IR grave evitar dosis altas
Gabapentina	D, I	400 mg cada 8h	300mg cada 12-24h	300mg cada 24h	
Primidona	I	8h	8-12h	12-24h	Se convierte parcialmente en fenobarbital y otros metabolitos de vida media larga. Excesiva sedación. Nistagmus
Topiramato	D	100%	50%	25%	
Vigabatrina	D	100%	50%	25%	
Antiparkinsonianos					
Levodopa	D	100%	50-100%	50-100%	
Antipsicóticos					Comenzar con dosis bajas. Aumento de la sensibilidad cerebral.
Litio, carbonato	D	100%	50-75%	25-50%	Nefrotóxico. Control de la concentración plasmática. Toxicidad aumentada por la depleción de volumen, AINES y diuréticos.
OTROS GRUPOS FARMACOLÓGICOS					
Anticoagulantes					
Heparinas de bajo peso molecular	D	100%	100%	50%	
Acido tranexámico	D	50%	25%	10%	
Warfarina, Acenocumarol		No modificar			Hacer seguimiento del tiempo de protrombina (INR)
Antigotosos y agentes para la artritis					
Alopurinol	D	75%	50%	25%	Nefritis intersticial
Auranofina	D	50%	Evitar	Evitar	Proteinuria, síndrome nefrótico

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Aurotiomalato Sódico	D	50%	Evitar	Evitar	Proteinuria, síndrome nefrótico, nefritis membranosa.
Colchicina	D	100%	50-100%	25%	Evitar el uso prolongado si CLcr< 50 ml/min
Penicilamina	D	100%	Evitar	Evitar	Síndrome nefrótico.
Antihistamínicos					
Cetirizina	D	100%	50%	25%	
Fexofenadina	I	12h	12-24h	24h	
Hidroxizina	D	100%	50%	50%	Se acumula en IR terminal
Aparato digestivo					
Cimetidina	D	100%	50%	25%	Confusión mental. Fallo renal agudo
Famotidina	D	50%	25%	10%	
Nizatidina	D	75%	50%	25%	
Ranitidina	D	75%	50%	25%	
Metoclopramida	D	100%	75%	50%	Incremento de los efectos adversos extrapiramidales en IR grave.
Bisfosfonatos					
Clodronato sódico	D	100%	25-50%	Evitar	Acidosis hiperclorémica.
Alendronato, Etidronato, Risedronato			Evitar (*)	Evitar (*)	(*) Contraindicado su uso en IR moderada – grave (CLcr < 30 ml/min)
Broncodilatadores					
Salbutamol	D	100%	75%	50%	
Terbutalina	D	100%	50%	Evitar	
Corticosteroides		No modificar			Pueden agravar la azotemia, retención de sodio, intolerancia a la glucosa e hipertensión
Hipoglucemiantes orales					
Acarbosa	D	50-100%	Evitar	Evitar	
Clorpropamida	D	50%	Evitar	Evitar	
Glibenclamida	D	No datos	Evitar	Evitar	
Gliclazida	D	50-100%	Evitar	Evitar	
Glipizida	D	100%	50%	50%	
Metformina	D	50%	25%	Evitar	Acidosis láctica

Tabla. Ajuste de dosificación de fármacos en insuficiencia renal (por grupos farmacológicos) *(Cont.)*

FÁRMACO	MÉTODO DE AJUSTE	FILTRADO GLOMERULAR (ml/min)			OBSERVACIONES
Hipoglucemiantes parenterales					
Insulina	D	100%	75%	50%	La dosis se ajustará de acuerdo a los niveles de glucosa en sangre.
Lispro Insulina	D	100%	75%	50%	
Hipolipemiantes					
Simvastatina		No modificar			Clcr < 30: administrar con prudencia dosis superiores a 10 mg /día
Pravastatina		No modificar			Iniciar con la menor dosis posible en IR moderada o grave
Bezafibrato	D	50-100%	25-50%	Evitar	
Vasodilatadores periféricos					
Pentoxifilina	I	8-12 h	12-24h	24h	
Agentes antineoplásicos (presentación vía oral)					
Azatioprina	D	100%	75%	50%	
Ciclofosfamida	D	100%	75%-100%	50-75%	
Etoposido	D	100%	75%	50%	
Fludarabina	D	100%	75%	50%	
Hidroxiurea	D	100%	50%	20%	
Metotrexato	D	100%	50%	Evitar	Nefrotóxico
Inmunosupresores					
Ciclosporina		No modificar			Nefrotóxico. Hipertensión. Ataques y tremor. Monitorizar niveles plasmáticos.

ANEXO 14. VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y EN LA MUJER

La vacunación de las mujeres embarazadas debe considerarse comparando los riesgos y los beneficios. El beneficio de la vacunación en las mujeres embarazadas normalmente sobrepasa el riesgo potencial cuando: 1) el riesgo de exposición a la enfermedad es alto, 2) la infección causaría un riesgo especial para la madre o el feto y 3) es poco probable que la vacuna cause daño.

En general, las vacunas en el embarazo deben evitarse durante las primeras 14 semanas. Normalmente, las vacunas que utilizan virus o bacterias muertos o inactivados se consideran seguras. Las vacunas de virus vivos están contraindicadas en las mujeres embarazadas. Sólo se tienen pruebas de que cause daño al feto la vacuna de la viruela. **Se recomienda evitar** quedarse embarazada durante las primeras 4 semanas después de haberse vacunado con las vacunas de virus vivos (triple vírica -antirubeola antisarampión, antiparotiditis-, antivariólica y BCG). Si una vacuna de virus vivo se administra inadvertidamente a una mujer embarazada, o si una mujer vacunada queda embarazada dentro de las 4 semanas después de la vacunación, debe ser informada sobre los efectos potenciales que pueden producir en el feto, pero normalmente no es una indicación para terminar el embarazo. No hay indicación para realizar un test de gestación previo a la administración de vacunas con virus vivos a mujeres en edad fértil. Es razonable preguntarles previamente si creen estar embarazadas o esperan estarlo en las cuatro semanas siguientes.

Tabla 1. Vacunación en la mujer

Situación	Vacuna
Mujeres en edad fértil	- Tétanos-difteria (Td) - Triple vírica (sarampión, rubéola, parotiditis)
En el embarazo	**Indicadas (administrar durante el 2º o 3er trimestre):** - Tétanos-difteria (Td) - Gripe **Durante la gestación, en caso de alto riesgo de exposición (administrar durante el 2º o 3er trimestre):** - Vacunas de virus vivos inactivados: Hepatitis A y B, Polio inactivada o Salk. - Bacterianas: Meningocócica, Neumocócica. - Toxoides - Fiebre amarilla: es de virus vivos, pero puede ser necesaria su vacunación en zonas endémicas. **Contraindicadas:** - Triple vírica - Varicela - BCG
Después del parto	**En mujeres no inmunes vacunar frente a:** - Rubéola con triple vírica - Varicela
Durante la lactancia	Las vacunas inactivadas, recombinantes, fraccionadas, de polisacáridos, conjugadas o los toxoides no tienen riesgos para la madre o para el niño si se administran durante la lactancia.

Tabla 2. Recomendaciones de las principales vacunas

Vacuna	Recomendación	Consideraciones
Tétanos-Difteria	I	Se recomienda rutinariamente para las mujeres embarazadas susceptibles. La primera dosis entre el 4º-6º mes de gestación, la segunda un mes después y la tercera al año.
Gripe	I	Se aconseja la vacunación de las embarazadas que en el período de campaña vacunal se encuentran ya en el 2º-3er trimestre de gestación. En el caso de gestantes con factores de riesgo de complicaciones por la gripe, se aconseja vacunar también en el primer trimestre de gestación.
Hepatitis A	P	
Hepatitis B	P	Se recomienda vacunar al inicio del embarazo a las gestantes con riesgo de una infección por el virus de la hepatitis B.
Polio inactivada o Salk	P	
Meningococo	P	Se ha demostrado que la vacuna es segura y eficaz cuando se administra a las mujeres embarazadas. En caso necesario no se deben alterar las recomendaciones de la vacunación antimeningocócica durante el embarazo.
Neumococo	P	
Fiebre Amarilla	P	Los viajes a regiones endémicas de la fiebre amarilla deben posponerse hasta después del parto pero, en el caso de tener que desplazarse inevitablemente a zonas endémicas, debe aconsejarse la vacunación ya que el riesgo teórico de la vacunación es mucho menor que el de infección de la fiebre amarilla.
Rubéola	C	Estas vacunas no deben administrarse a las mujeres embarazadas. El riesgo de afectación fetal no puede excluirse. Hay que aconsejar a las mujeres evitar el embarazo 4 semanas después de recibir la vacunas. Las vacunas pueden administrarse, si están indicadas, a los convivientes con mujeres gestantes ya que la transmisión de los virus vacunales a los contactos es extremadamente rara. Las mujeres embarazadas susceptibles a estas enfermedades deben de vacunarse inmediatamente después del parto.
Sarampión	C	
Parotiditis	C	
Varicela	C	
Tuberculosis	C	

I: Debe considerarse cuando esta indicada.
C: Contraindicada durante el embarazo.
P: Pueden administrarse en caso de riesgo muy alto de adquirir una infección prevenible potencialmente grave para la madre o el feto.

Bibliografía:

1. Arribas l, Bailón E, Marcos B, Ortega A. Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo de la semFYC de Atención a la mujer. FMC en Atención Primaria. Protocolo 2000/4. Barcelona: DOYMA, 2000.
2. Babilon Muñoz E, Coutado Méndez A, Del Cura González J, Fuentes Pujol M et al. GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS. Actividades Preventivas de la mujer. Aten Primaria 2001. Vol. 28. Supl.2 Noviembre.
3. U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. October 1998 (updated May 2007). [Accedido: 16/03/08]. Disponible en: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.htm
4. More AR, Wiffen PJ, Lipsky BA. Are the pneumococcal polysaccharide vaccine effective? Meta-analysis of the prospective trials. Family Practice 2000; 1: 1. http://biomedcentral.com/1471-2296/1/1.
5. López M . Uso de fármacos durante el embarazo. Evid actual.práct.ambul. 9(4);113-15.Jul-Ag.2006
6. Freifer S.,García martí S. Control prenatal en embarazadas. Evd. Actual.práct. ambl. 2004;7:173-177
7. http://www.fisterra.com/guias2/embarazo.asp#contenidos
8. CDC.General Recommendations on Immunization :Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices and the academy of Family Practices .December 1,2006.vol 551(RR15);1-49.
9. Farjas MP, Zubizarreta R. Manual de vacunaciones del adulto. Disponible en: http://www.fisterra.com/vacunas. (Accedido 010/01/2008).
10. Comité asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Vacunas a colectivos especiales: estados fisiológicos. Mujeres embarazadas. Disponible en: http://www.aeped.es/vacunas/index.htm (Accedido 10/01/2008).

Tabla 1. Vacunación en el adulto

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Tétanos-Difteria (Td) Diftavax® Anatoxal TeDi® Td Adultos ® Ditanrix adulto® **Tétanos-Difteria-Tosferina (Tdpa)** Boostrix®	▪ Toda la **población sin vacunar**, en especial: - Adultos > 65 años, ofertando la vacunación junto a la gripe - Personas que ingresan en instituciones geriátricas, socio-sanitarias, psiquiátricas, penitenciarias, etc. - Personas que viven en ambiente rural - Personas cuyo trabajo supone un mayor riesgo de infección - Personas con hábitos de riesgo (usuarios de drogas por vía parenteral, receptores de piercings, tatuajes, etc.) - Enfermos de alto riesgo: VIH, diabetes, cirugía,… - Viajeros internacionales - Población inmigrante	▪ Primovacunación (en adultos sin vacunar): 3 dosis de 0,5 ml vía im, con un intervalo de 1-2 meses entre las dos primeras dosis (mínimo 4 semanas) y de 6-12 meses entre la 2ª y 3ª. ▪ En personas con primovacunación incompleta: no es necesario reiniciar la pauta de vacunación, basta completar el número de dosis pendientes hasta las 3 dosis recomendadas, independientemente del tiempo transcurrido tras la última dosis. ▪ Dosis de recuerdo: - Personas que han recibido vacunación completa según el calendario infantil actual (6 dosis): no son necesarias dosis de recuerdo. - Personas que han recibido primovacunación en edad adulta (3 dosis): una dosis de recuerdo cada 10 años o una dosis de recuerdo única a partir de los 65 años a todo aquél que no la haya recibido en los últimos 10 años. - Se puede sustituir un recuerdo de Td por Tdpa en personal sanitario que atiende a prematuros y/o recién nacidos que precisen hospitalización. ▪ Profilaxis antitetánica postexposición (Ver tabla).	▪ Puede administrarse con cualquier otra vacuna de uso habitual, aunque siempre en jeringas y lugares diferentes. ▪ La lactancia y el embarazo no suponen contraindicación. Evitar en el primer trimestre de embarazo. ▪ En heridas de inmunodeficientes, administrar vacuna antitetánica, no Td. ▪ Retrasar la vacunación en caso de enfermedad aguda moderada o severa (salvo en caso de indicación por profilaxis postexposición). ▪ Pueden presentarse reacciones de hipersensibilidad con reacción local importante, por haber recibido múltiples dosis de recuerdo previas. ▪ La vacuna de la tos ferina no se recomienda, en general, después de los 7 años. ▪ En Castilla y León, está incluida la vacunación en el calendario infantil: con Tdpa a los 2, 4, 6, 18 meses y 6 años; con Td a los 14 años.

Tabla 1. Vacunación en el adulto *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Gripe	▪ **Grupos con alto riesgo de padecer complicaciones gripales:** - Personas ≥ 60 años de edad. - Personas que residen en instituciones cerradas (centros de asistencia a enfermos crónicos, disminuidos psíquicos, etc.), especialmente aquellas que residen en centros o instituciones geriátricas. - Personas entre 6 meses y 59 años, con condiciones clínicas especiales (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, congénitas...) - Grupos que pueden transmitir la gripe a personas con alto riesgo de complicaciones gripales (personal sanitario, cuidadores o convivientes de personas de alto riesgo o que prestan servicios comunitarios esenciales). ▪ **Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:** - Personas con infección VIH - Viajeros internacionales	▪ En adultos se recomienda la administración de una dosis única anual de 0,5 ml vía im o sc.	▪ Contraindicada en alérgicos al huevo o a aminoglucósidos. ▪ Puede utilizarse en el embarazo (administrar en el 2ª-3er trimestre) y durante la lactancia.
Neumococo Pneumo 23®	- Personas > 2 años y < 60 años que presenten riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones, tanto I**nmunocompetentes** (enfermedades cardiovasculares, respiratorias...) como **inmunocomprometidos** (asplenia, tumores, IR...) incluyendo personas con infección por VIH sintomática o asintomática. - Personas ≥ 60 años no vacunados anteriormente.	Una única dosis de 0,5 ml vía im. ▪ Revacunación: no recomendada de forma rutinaria. Sólo se administrará en personas vacunadas hace más de 5 años y en las siguientes circunstancias: - Personas con alto riesgo de infección neumocócica grave (asplenia, fallo renal crónico, síndrome nefrótico u otras condiciones asociadas con inmunosupresión). - Personas > 65 años que recibieron la primera dosis antes de los 65 años.	▪ Aunque en España se encuentran comercializadas dos tipos de vacunas (conjugadas y de polisacáridos), en adultos sólo se utilizan las de polisacáridos. ▪ En caso de riesgo puede administrase en el embarazo (2º-3er trimestre) y durante la lactancia. ▪ En Castilla y León se recomienda la vacunación antineumocócica conjuntamente con la vacunación antigripal, para las personas mayores de 60 años que no hayan recibido esta vacuna previamente.

Tabla 1. Vacunación en el adulto *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Hepatitis A Havrix 1440® Vaqta 50U® Epaxal®	▪ **Profilaxis pre-exposición en:** - Viajeros no inmunes (que son fundamentalmente los nacidos a partir de 1966) que se desplacen a zonas de alta o moderada endemia, principalmente si se dirigen a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes. - Personas que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C (por tener > riesgo de hepatitis fulminante). - Pacientes hemofílicos que reciben hemoderivados y pacientes candidatos a transplante de órganos. - Familiares o cuidadores que tengan contacto directo con pacientes con hepatitis A. - Personas con infección por VIH. - Personas con estilos de vida que conllevan mayor riesgo de infección: varones homosexuales con contactos sexuales múltiples y usuarios de drogas por vía parenteral. - Personas con mayor riesgo ocupacional. - Situaciones especiales: manipuladores de alimentos, personal de guarderías infantiles y personal médico y paramédico de hospitales e instituciones asistenciales. **Profilaxis post-exposición:** para prevenir la infección en los contactos.	▪ Vacuna: - Profilaxis pre-exposición: Dos dosis vía im: 1ª dosis en la fecha elegida y la 2ª dosis a los 6-18 meses de la primera. - Profilaxis post-exposición: 1 dosis vía im en la primera semana de la exposición. ▪ Inmunoglobulina inespecífica: (0,02-0,06 ml/Kg peso): - Profilaxis postexposición en: niños <1 año, personas inmunocomprometidas, falta de respuesta o contraindicación. - Administrar tan pronto como sea posible, preferiblemente dentro de las 72h tras la exposición y nunca después de 2 semanas.	▪ Se recomienda la realización de marcadores previos de infección en aquellas personas que tienen una alta probabilidad de no tener inmunidad. ▪ En caso de riesgo puede administrase en el embarazo (2º-3er trimestre) y durante la lactancia. ▪ La vacuna de la hepatitis A no está recomendada para uso rutinario en población general. ▪ Se recomendará la administración de la vacuna combinada de hepatitis A y B en aquellos casos en los que ambas estén recomendadas.

Tabla 1. Vacunación en el adulto *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Hepatitis B HBVaxpro® Engerix-B®	▪ **Profilaxis pre-exposición en:** La vacunación universal de todos los recién nacidos y adolescentes es la medida más eficaz para luchar contra la infección por el VHB. La vacunación selectiva, en adultos, está indicada en los siguientes grupos de riesgo: - Personas expuestas frecuentemente a sangre, productos sanguíneos o fluídos corporales que puedan contener virus. - Población de Instituciones Penitenciarias y personal que trabaja en contacto con ellas. - Deficientes mentales acogidos en instituciones y personal que trabaja en contacto con ellos. - Convivientes y contactos sexuales de personas con infección aguda o crónica por virus de la Hepatitis B. - Hemofílicos y otros receptores habituales de transfusiones de sangre u otros hemoderivados - Pacientes en prediálisis y hemodiálisis - Pacientes en programas de transplantes - Personas con infección por VIH - Personas con hepatopatías crónicas - Personas que practican punciones cutáneas frecuentes, no controladas (usuarios de drogas vía parenteral, etc.) - Población que cambie frecuentemente de pareja sexual (homo y heterosexuales) - Viajeros desde zonas de baja incidencia a regiones hiperendémicas y para quienes tienen alto riesgo. ▪ **Profilaxis post-exposición:** Sólo en personas que no responden correctamente a la vacunación y hay: - Exposición percutánea (heridas contaminadas con sangre o fluidos). - Exposición de los ojos o membranas mucosas.	▪ **Profilaxis pre-exposición:** - Tres dosis de 1 ml vía im: 0/1mes/6 meses. - No están recomendadas dosis de recuerdo en personas inmunocompetentes. - En situaciones en que se precise inmunización rápida (hemodializados, postexposición, viajeros internacionales): pauta rápida 0/1mes/2 meses y una 4ª dosis de recuerdo a los 6-12 meses de la primera. - No es necesario reiniciar la vacunación si se ha interrumpido la vacunación, sea cual sea el tiempo transcurrido. - Se considera respuesta inmune protectora cuando los vacunados alcanzan títulos ≥10mUI/ml de anti-HBs. - Administrar una segunda serie de vacunación si, al cabo de 1-2 meses tras la última dosis, la titulación de anti-HBs es <10mUI/ml. Tras dos series completas de vacunación, no se consideran necesarias dosis de recuerdo de vacuna. Extremar precauciones para prevenir la infección y administrar inmunoglobulina de forma profiláctica ante cada posible exposición de riesgo. ▪ **Profilaxis post-exposición:** - Vacuna + inmunoglobulina antihepatitis B vía im (0,06ml/Kg peso). Administrar lo antes posible, preferiblemente durante las primeras 24h y hasta los 7 días posteriores.	▪ No se recomienda la determinación sistemática de marcadores postvacunales, salvo en los siguientes casos (al cabo de 1-2 meses tras la 3ª dosis): - Pacientes en hemodiálisis - Usuarios de drogas por vía parenteral - Personas con infección por VIH - Personas con riesgo ocupacional (contacto con sangre) - Pacientes inmunocomprometidos con riesgo de exposición al VHB - Contactos sexuales habituales - Contactos familiares con personas Ag HBs positivo ▪ En caso de riesgo puede administrase en el embarazo (2º-3er trimestre) y durante la lactancia. ▪ Se recomendará la administración de la vacuna combinada de hepatitis A y B en aquellos casos en los que ambas estén recomendadas. ▪ En Castilla y León, está incluida en el calendario infantil: se aplican 3 dosis (al nacimiento, 2 y 6 meses), o a los 12 años si no ha sido vacunado anteriormente (0/ 1 mes/ 6 meses)

Tabla 1. Vacunación en el adulto *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Sarampión-Rubeola-Parotiditis (Triple vírica) Priorix® Vacuna triple MSD®	▪ Adultos no vacunados o sin historia documentada previa, ofertar aprovechando los contactos que realicen con los servicios sanitarios. Con carácter general, se puede delimitar la recomendación de administrar la vacuna a los nacidos a partir de 1971. ▪ Personal sanitario o que trabaje en instituciones educativas, sin antecedentes de enfermedad ni de vacunación. ▪ Población inmigrante, principalmente, adolescentes y mujeres en edad fértil, procedentes de países con uso limitado de la vacuna. ▪ Personas que viajen a países con programas de vacunación deficientes o alta incidencia de estas enfermedades. ▪ Si se produce un caso confirmado o brote, especialmente de sarampión.	Vacuna: ▪ En general: una sola dosis de 0,5 ml vía sc. ▪ En personal sanitario, viajeros internacionales, personal de educación..., se recomienda una 2ª dosis al cabo de 4 semanas. Inmunoglobulina: cuando la vacuna del sarampión esté contraindicada. Administrar en los primeros 6 días tras la exposición.	▪ No administrar en embarazadas; en embarazadas susceptibles de rubeola, vacunar inmediatamente después del parto. Evitar el embarazo en las 4 semanas posteriores a la vacunación. ▪ No administrar en personas inmunocomprometidas (leucemia, tumores...); sin embargo, las personas con leucemia en remisión y que no hayan recibido quimioterapia en los últimos 3 meses así como las personas infectadas por el VIH sin inmunodepresión grave, pueden ser vacunadas si se consideran susceptibles. ▪ Contraindicada si: alergia al huevo, neomicina o gelatina hidrolizada. ▪ La vacuna frente al sarampión puede dar falsos negativos en la prueba de la tuberculina. ▪ En Castilla y León, está incluida la vacunación en el calendario infantil: 1ª dosis a los 15 meses y 2ª dosis a los 6 años.
Varicela Varilrix®	▪ Prevención primaria en: adultos y adolescentes sanos > 13 años seronegativos. ▪ Pacientes con alto riesgo de complicaciones (leucemia aguda, enfermedades crónicas...) y sus contactos inmediatos susceptibles sanos. ▪ Contactos próximos sanos seronegativos de los pacientes que tienen riesgo de padecer una varicela grave (mayores de 1 año y personal sanitario).	▪ Mayores de 13 años: **2 dosis** de 0,5 ml vía sc con un intervalo mínimo de 1 mes.	▪ No debe administrarse en los siguientes casos: - Alergia a la gelatina o a la neomicina o aminoglucósidos. - Niños con sistema inmunológico deprimido (cáncer, VIH...): realizar una evaluación médica antes de administrar esta vacuna. - Haber recibido recientemente una transfusión o algún producto sanguíneo: esperar varios meses antes de recibir la vacuna. - Sufrir una enfermedad aguda moderada o severa: posponer la administración hasta que se haya recuperado. - Embarazo: administrar después del parto en mujeres no inmunes. ▪ En Castilla y León la vacuna está incluida en el calendario infantil: 1 dosis para niños de 11 años susceptibles (que no han pasado la enfermedad y no han sido previamente vacunados).

En los hemofílicos, en lugar de la administración im de la vacuna se utiliza la vía sc.

Tabla 2. Profilaxis antitetánica postexposición

Antecedentes de vacunación	Herida limpia		Herida potencialmente tetanígena: heridas mayores o sucias (contaminadas con tierra, polvo, saliva, heces, pérdida de tejidos, quemaduras, etc.) [1]	
	Vacuna Td	Inmunoglobulina antitetánica	Vacuna Td	Inmunoglobulina antitetánica
No vacunado, vacunación incompleta (<3dosis), o desconocida	Comenzar o completar la vacunación	No	Comenzar o completar la vacunación	Sí [2]
≥ 3 dosis	Administrar 1 dosis de vacuna si hace más de 10 años desde la última dosis documentada	No	Administrar 1 dosis de vacuna si hace más de 5 años desde la última dosis documentada	No

1. Ante una herida de alto riesgo, además de la profilaxis antitetánica, conviene evaluar la necesidad de limpieza quirúrgica y de antibióticos (en caso de mordeduras humanas y de animales). En personas inmunodeprimidas y con herida potencialmente tetanígena deberá administrarse inmunoglobulina independientemente del estado de vacunación; en este caso, utilizar sólo la vacuna antitetánica (no Td).
2. La inmunoglobulina antitetánica se administra en lugar separado de la vacuna. Dosis: en general 250 UI; si han transcurrido más de 24 h de la herida, el riesgo de contaminación es alto y en quemaduras: 500 UI.

OBSERVACIONES

- Uno de los mayores problemas en la población adulta son las bajas coberturas vacunales alcanzadas, de ahí que las estrategias desde el nivel de Atención Primaria sean básicas.
- Existen recomendaciones específicas de vacunación en el medio laboral, pacientes inmunocomprometidos, viajeros internacionales, población inmigrante y personas con infección por VIH
- En el caso de población adulta inmigrante, si no está vacunada o no presenta documento que acredite la vacunación, deberá recibir las vacunaciones que sean necesarias con el fin de asegurar un estado inmunitario similar al que pueda tener la población española. Se deberá aprovechar cualquier contacto con el sistema sanitario de algún miembro de la unidad familiar para revisar la situación inmunitaria del sujeto y de sus contactos más próximos.

Bibliografía:

1. Grupo de trabajo de vacunación de adultos de la ponencia de programas y registro de vacunaciones. Vacunas recomendadas en adultos. Recomendaciones año 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf (Accedido 10/01/2008)
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Varicela. Recomendaciones de vacunación y sus implicaciones en salud pública. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
3. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Instrucción: Recomendaciones de la vacuna triple vírica en adultos. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2004.
4. Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Información sobre la Campaña de vacunación contra la Gripe y el neumococo año 2007. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2007.
5. Arribas JL, Hernández-Navarrete MJ, Solano VM. Actualización en la vacunación del adulto. Enferm Infecc Microbiol Clin 2004; 22: 342-54.
6. Pachón I. Calendario de vacunación infantil y recomendaciones de vacunación en adultos. Inf Ter Sist Nac Salud 2004; 28 (4):81-8.
7. Farjas MP, Zubizarreta R. Manual de vacunaciones del adulto. Disponible en: http://www.fisterra.com/vacunas. (Accedido 010/01/2008).

ANEXO 16. VACUNACIÓN EN EL VIAJERO

GENERALIDADES

- **Importante: Los viajeros deben informarse de las necesidades de vacunación en las zonas concretas que vayan a visitar. Consultar en Servicios Territoriales de Sanidad (Unidad de Vacunas y Atención a Viajeros Internacionales), como mínimo 4-6 semanas antes de iniciar el viaje.** Se debe hacer una valoración individualizada en función de la edad, destino, enfermedades de base y exposiciones de riesgo.

- La relación de Centros de Vacunación Internacional actualmente autorizados en España se puede consultar en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/salud/centrosvacu.htm

- La relación de Centros de Vacunación Internacional actualmente autorizados en Castilla y León se puede consultar en: http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/sanidad

- Confirmar que todos los viajeros internacionales han recibido la vacunación sistemática del adulto (difteria/tétanos, hepatitis B y triple vírica), con independencia del incremento de riesgo que pueda ir asociado al viaje a realizar.

- Ni un plan de vacunación correcto ni una quimioprofilaxis bien hecha en los casos en que sea necesario pueden sustituir a las medidas higiénico-dietéticas. Para las enfermedades infecciosas más comunes en el viajero (diarrea del viajero, malaria, enfermedades de transmisión sexual, parasitosis) no existe vacuna efectiva.

CENTROS DE VACUNACIÓN DE VIAJEROS DE CASTILLA Y LEÓN

ÁVILA
Servicio Territorial de Sanidad
C/ San Juan de la Cruz, 28
05001 AVILA
Tfno.: 920 35 50 78

BURGOS
Centro de Vacunación Internacional
Servicio Territorial de Sanidad
Pº Sierra de Atapuerca ,4
09002 BURGOS
Tfno.: 947 28 01 07 / 947 28 01 37

LEÓN
Centro de Vacunación Internacional
Edificio de Usos Múltiples (Junta de Castilla y León)
Avda. Peregrinos, s/n 2ª planta
24008.- LEÓN
Tfno.: 987 29 69 36 / 987 29 61 00

PALENCIA
Servicio Territorial de Sanidad
Avda. Casado del Alisal, 46
34001 PALENCIA
Tfno. 979 71 54 43

SALAMANCA
Centro de Vacunación Internacional
Servicio Territorial de Sanidad
Avda. de Portugal, 83-89º 4
37071 SALAMANCA
Tfno.: 923 42 49 41 / 943 29 67 25

SEGOVIA
Servicio Territorial de Sanidad
Avda. Juan Carlos I, 3
40005 SEGOVIA
Tfno.: 921 41 71 55

SORIA
Servicio Territorial de Sanidad
C/ Nicolás Rabal, 7
42003 SORIA
975 23 65 89

ZAMORA
Servicio Territorial de Sanidad
Plaza de Alemania, 1
49004 ZAMOARA
Tfno.: 980 54 74 41

VALLADOLID
Centro de Vacunación Internacional
Servicio Territorial de Sanidad
Avda. Ramón y Cajal, 6
47001.- VALLADOLID
Tfno.: 983-413760/983-413783

Fuentes de información de interés:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo (Información para el ciudadano). Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm
2. Ministerio de Sanidad y Consumo (Información para el profesional). Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/home.htm
3. Nacional Center for Infections Diseases. Disponible en: http://www.cdc.gov/travel/destinat.htm
4. International Travel and Health (OMS). Disponible en: http://www.who.int/ith

Bibliografía:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. La Salud también viaja. Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/folleto_2006_lasaludtambienviaja.pdf (Accedido 01/01/2008).
2. Vacunas recomendadas en viajeros internacionales. En: Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Vacunación en adultos. Recomendaciones año 2004. Madrid: 2004; p. 75-102.
3. Farjas MP, Zubizarreta R. Vacunaciones en el viajero internacional. Disponible en: http://www.fisterra.com/vacunas/pdf/Viajes.pdf (Accedido 01/01/2008).
4. CADIME. Viajes internacionales a países exóticos: algunos consejos. Bol Ter Andal 2000;16 (3):10-11.
5. CEVIME. Consejos para viajes internacionales. Infac 2004; 12 (4): 15-18.
6. Immunizations-travel vaccinations. Clinical Knowledge Summaries. NHS [homepage en Internet]. [Citado 3 Julio 2007]. Disponible en: http://www.cks.library.nhs.uk/immunization_travel/in_depth

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Cólera Dukoral® (R)	▪ Grupos de riesgo: visitantes y trabajadores de ayuda humanitaria en situaciones de desastre o campamentos de refugiados en áreas endémicas o epidémicas. ▪ Es una enfermedad cuarentenable de declaración obligatoria internacional.	▪ Vacuna oral: Vial de 3 ml (vacuna)+ granulado de bicarbonato sódico. Mezclar en un vaso con agua (150 ml adultos, 75 ml niños). Administrar **dos dosis** con un intervalo de al menos **1 semana** (**en adultos y niños > 6 años**). En niños de 2-6 años, 3 dosis con el mismo intervalo. ▪ Dosis de recuerdo: una dosis única al cabo de 2 años para adultos y en niños >6 años (a los 6 meses en niños de 2-6 años). Sólo si mantenimiento de la exposición	▪ Evitar la ingesta de alimentos y bebidas 2 h antes y 1h después de la vacunación. ▪ La vacuna no proporciona una protección completa (eficacia protectora de aproximadamente el 60 al 70%) por lo que es muy importante seguir las medidas estándar para evitar el cólera: la mejor prevención son las medidas higiénicas con alimentos y bebidas durante el viaje. ▪ La vacuna protege también parcialmente (60%) frente a *E. coli* enterotoxigénica (causante de diarrea del viajero) durante unos 3 meses. ▪ La vacuna inyectable inactivada está desaconsejada debido a que confiere una protección incompleta y no evita el estado d portador. ▪ Los reglamentos sanitarios internacionales de la OMS no exigen la vacunación contra el cólera para los viajeros. ▪ El riesgo de los viajeros para el cólera es muy bajo.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Encefalitis japonesa Je-Vax® Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad y en los Centros de Vacunación Internacional con receta médica.	▪ Personas que pasen un mes o más en áreas epidémicas o endémicas durante la estación de transmisión (época de los monzones, entre junio y octubre aproximadamente), especialmente si el viaje incluye áreas rurales.	▪ 3 dosis de 1 ml vía sc en mayores de 3 años (la mitad de la dosis entre 1-3 años): administrar los días 0, 7 y 30. La última dosis se administrará por lo menos 10-14 días antes del inicio del viaje. ▪ Si no se puede aplicar la pauta anterior por problemas de tiempo: pauta acelerada (0/ 7días/14 días). Eficacia menor. ▪ Se puede administrar dosis de recuerdo cada 2 años (en caso de mantenerse el riesgo).	▪ Aunque la vacuna es reactogénica, las tasas de reacciones alérgicas graves (urticaria generalizada y/o angioedema) son bajas. ▪ Administrar a mujeres embarazadas sólo si es claramente necesario. ▪ Recomendar a los viajeros adoptar precauciones personales para reducir la exposición a las picaduras de mosquitos, utilizando ropa protectora y repelentes de insectos.
Encefalitis por garrapatas o Centro-Europea Encepur® FSME-INMUN® Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad y en los Centros de Vacunación Internacional con receta médica	▪ Los viajeros con riesgo incluyen a los excursionistas y campistas en zonas boscosas de regiones infestadas por garrapatas (de primavera a principios de otoño). ▪ Además de recomendar la vacuna, se aconseja reducir la exposición a las garrapatas usando pantalones largos y calzado cerrado. ▪ La enfermedad se presenta en zonas rurales y boscosas, en zonas de Europa, especialmente en Alemania, Austria, Bielorrusia, Eslovaquia, Estados Bálticos, Rusia, Hungría, Polonia, República checa, Suiza, Ucrania...	▪ 3 dosis de 0,5 ml vía im a los 0/ 1-3 meses/ 9-12 meses. Administrar la 2ª dosis dos semanas antes del viaje. ▪ Revacunación: 3 años después de la última dosis. ▪ Pauta rápida: 3 dosis a los 0/7 días/21 días. ▪ Revacunación: a los 12-18 meses de la 3ª dosis, en caso de riesgo continuado de exposición.	▪ Contraindicada en personas que desarrollan reacciones alérgicas graves a los constituyentes de la vacuna.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Fiebre amarilla Stamaril® Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad y en los Centros de Vacunación Internacional con receta médica	▪ La inmunización debe recomendarse en aquellos viajeros (≥ 9 meses de edad) que se dirijan a áreas endémicas o epidémicas, aunque la vacuna no sea exigida, debido a la gravedad de la enfermedad. ▪ Se deben adoptar medidas preventivas para evitar las picaduras de mosquitos.	▪ Una dosis única de 0,5 ml vía sc. Administrar 10 días antes del viaje. ▪ Revacunación cada 10 años.	▪ Vacuna de virus vivos atenuados. Otras vacunas de virus vivos (ej. triple vírica) han de administrarse simultáneamente o después de 4 semanas. ▪ Eficacia cercana al 100%. ▪ Hay que tener en cuenta las contraindicaciones generales de las vacunas de virus vivos atenuados. ▪ No deben ser vacunadas las personas con una historia de alergia a proteínas del huevo ni a personas inmunocomprometidas. ▪ Es incompatible la administración concomitante con la vacuna de fiebre tifoidea de célula entera. Se recomienda que transcurra un período de 3 semanas entre la vacunación de fiebre amarilla y estas otras vacunaciones. ▪ Actualmente, la fiebre amarilla es la única vacuna especificada en el Reglamento Sanitario Internacional exigible por las autoridades sanitarias para entrar en determinados países. Tras la administración de la vacuna, se expide un **Certificado Internacional de Vacunación.** Este certificado tiene una validez de **10 años** a partir del 10º día de su administración. ▪ En caso de embarazo, evitar viajar a zonas endémicas; vacuna contraindicada, sobre todo durante el 1er trimestre del embarazo.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Fiebre tifoidea Vivotif® (R) Typhim Vi® (R)	▪ Viajeros que se dirijan a zonas endémicas (ej. Subcontinente Indio) y en aquellos destinos donde pueden existir microorganismos resistentes a antibióticos, sobre todo en viajes fuera de los circuitos turísticos, en condiciones higiénico-sanitarias difíciles o en estancias prolongadas (> 1 mes). ▪ La eficacia de la vacuna no es completa, por lo que debe recalcarse la importancia de mantener las medidas de higiene y evitar el consumo de alimentos y agua potencialmente contaminados. ▪ La vacuna oral protege frente al riesgo de infección relacionado con la Salmonella Typhy, pero no frente a otras especies de Salmonella.	▪ Vía oral (Vivotif®:vacuna viva atenuada): 3 cápsulas ingeridas a días alternos; administrar 10 días antes del viaje. Revacunación cada 3- 5 años. ▪ Vía im o sc (Typhim Vi®): 0,5 ml en dosis única, 15 días antes del viaje. Revacunación cada 3 años.	▪ No se recomienda la vacunación en niños menores de 2 años. ▪ La vacuna inyectable se puede administrar a pacientes con alteraciones del sistema inmunológico. ▪ La vacuna parenteral está recomendada si el tiempo antes de la partida es insuficiente para utilizar la oral. ▪ La mayoría de los antibióticos, sulfamidas y los medicamentos antipalúdicos, son activos contra las salmonellas, por lo que se debe evitar tomar estos preparados conjuntamente desde 1 semana antes de comenzar la administración de la vacuna oral, hasta 1 semana después. ▪ Evitar el consumo de agua y alimentos potencialmente contaminados.
Hepatitis A Avaxim® (CPD: Visado) Epaxal® (CPD: Visado) Havrix® (CPD: Visado)	▪ Viajeros no inmunes (que son fundamentalmente los nacidos a partir de 1966) que se desplacen a zonas de alta o moderada endemia, principalmente si se dirigen a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.	▪ Se recomienda iniciar la vacunación al menos 2-4 semanas antes del viaje. ▪ Dos dosis vía im: 0/ 6-12 meses. ▪ Dosis de recuerdo cada 10 años (puede no ser necesaria). ▪ Inmunoglobulina inespecífica para profilaxis post-exposición en niños <1año, inmunocomprometidos o si vacuna está contraindicada. Administrar preferiblemente en las 72h tras la exposición, y nunca después de 2 semanas. Dosis: 0,02-0,06 ml/kg de peso.	▪ Se recomienda la realización de marcadores previos de infección en aquellas personas que tienen una alta probabilidad de no tener inmunidad. ▪ Existe vacuna combinada de hepatitis A y B (Twinrix®) para viajeros que se desplacen a zonas endémicas de hepatitis A y B o que vayan a residir en ellas durante más de 6 meses y que se encuentren en riesgo frente a ambas enfermedades. Pauta de 3 dosis de 1 ml vía im: 0/1 mes/ 6 meses. ▪ Evitar el consumo de agua y alimentos potencialmente contaminados.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Hepatitis B Engerix B® (CPD: Visado) HB Vax Pro 10® HB (CPD: Visado) Fendrix® (EXO)	▪ Todos los viajeros no inmunes que se desplacen a áreas con riesgo de infección de moderado a alto.	▪ Pauta habitual de tres dosis de 1 ml (en >15 años) vía im: 0/ 1 mes/ 6-12 meses. ▪ La segunda dosis al menos 2 semanas antes de la partida. ▪ Pauta acelerada: 0/1 mes/2 meses. Se recomienda una 4ª dosis a los 6-12 meses de la primera. ▪ No son necesarias dosis de recuerdo.	
Enfermedad meningocócica Mencevax ACWY® Disponible a través de Servicios Territoriales de Sanidad y en los Centros de Vacunación Internacional con receta médica	Viajeros que se dirigen a países donde ocurren brotes de meningitis meningocócica: - países industrializados con aglomeraciones de adolescentes y adultos jóvenes; - países del "cinturón subsahariano de la meningitis", durante la estación seca (noviembre-junio), que vayan a estar en contacto próximo con la población autóctona; - viajeros que se dirijan a la Meca en peregrinación en Arabia Saudita.	▪ 1 dosis de 0,5 ml (25mcg) vía im o sc profunda (para ≥2 años); administrar 2 semanas antes del viaje. ▪ Revacunación sólo en personas que vuelvan a estar en situación de alto riesgo pasados **3-5 años** de la aplicación de la primera dosis de vacuna.	▪ Algunos países establecen la obligatoriedad del Certificado Internacional de Vacunación meningocócica para entrar en el país.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Haemophilus Influenzae B	- Todos los niños no protegidos tienen riesgo hasta por lo menos los 5 años, y el riesgo aumenta si se viaja desde un país con una baja incidencia a otro donde la incidencia sea alta. - Se debe recomendar a todos los niños que no estén inmunizados completamente.	▪ Conjugada ▪ Tres o cuatro dosis, dependiendo del tipo de vacuna, vía im. ▪ Pauta completa actualizada antes del viaje.	▪ La vacuna Hib todavía no se utiliza rutinariamente en muchos países en desarrollo, donde se mantiene una alta prevalencia de la enfermedad. ▪ La vacuna a menudo es administrada como preparación combinada con la vacuna DTP o la vacuna de la poliomielitis. ▪ No se conoce ninguna contraindicación, a excepción de hipersensibilidad ocasional a una dosis anterior de la vacuna. ▪ En Castilla y León, está incluida la vacunación en el calendario infantil a los 2,4,6 y 18 meses. En niños < 18 meses de edad una dosis es suficiente para la protección.
Poliomielitis **Vacuna Polio** Sabin GSK® (R) **Vacuna poliomielítica** Berna® (R)	▪ Personas no inmunizadas que viajen a zonas endémicas o epidémicas: pauta completa. ▪ Personas inmunizadas que hayan recibido tres o más dosis de vacuna oral frente a la poliomielitis en el pasado y que permanezcan en alto riesgo: una dosis única oral.	▪ Vacuna oral con virus vivos (VPO)- Vacuna Polio Sabin GSK®- o parenteral con virus inactivados (VPI) - Vacuna poliomielítica Berna®*-. ▪ Primovacunación (con VPI): 2 dosis de 1 ml vía sc (en ocasiones vía im) separadas entre sí 4-8 semanas y una 3ª dosis a los 6-12 meses después de la segunda. ▪ Pauta rápida: 3 dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas entre las dosis.	▪ No administrar la VPI en caso de alergia a la estreptomicina, polimixina B o neomicina. ▪ La VPI es la vacuna de elección para los viajeros sin historia de uso de la VPO, y para individuos inmunocomprometidos, sus contactos y miembros de su familia. ▪ En embarazo, administrar sólo si el riesgo de exposición es muy elevado.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Rabia Vacuna Antirrábica Merieux® (H)	▪ Viajeros con alta probabilidad de exposición a la rabia (especialmente niños, que pueden tener contacto con animales sin informar del incidente sospechoso): viajes a zonas rurales de países donde la rabia es endémica, turismo de mochila o viajes en camping, tiendas de campaña o casas rurales, actividades especiales (cazadores, escaladores,…) ▪ Personas que trabajen en calles de barrios marginales de zonas endémicas. ▪ Zoólogos, naturistas, veterinarios, geólogos, espeleólogos, etc., que trabajen en zonas de rabia. ▪ Personal de laboratorio que trabaje con el virus rábico. ▪ Viajeros a zonas enzoóticas y que no manipulen animales.	▪ La vacunación contra la rabia se aplica en dos situaciones diferentes: - Para proteger a personas con probabilidad de exponerse a la rabia, **vacunación preexposición.** - Para prevenir el establecimiento de la enfermedad, tras una exposición, generalmente después de la mordedura de un animal sospechoso, **vacunación postexposición**. ▪ Profilaxis pre-exposición (para ≥1 año): - Previamente vacunados: 2 dosis de 1 ml vía im a los 0 y 3 días. - No vacunados: 3 dosis de 1ml vía im los días 0, 7 y 21- 28. Dosis de recuerdo al año y luego, cada 5-10 años, dependiendo del riesgo de exposición. ▪ Vacunación post-exposición (si hay mordedura por animal sospechoso): - Previamente vacunados: 2 dosis de 1 ml vía im a los 0 y 3 días - No vacunados: 5 dosis de 1 ml vía im a los 0, 3, 7, 14 y 28-30 días + inmunoglobulina antirrábica 20UI/Kg peso (día 0; infiltración alrededor de la zona lesionada).	▪ La profilaxis preexposición no elimina la necesidad de tratamiento adicional si hay exposición al virus de la rabia: únicamente disminuye el número de dosis que se precisan y suprime la necesidad de administrar inmunoglobulina. ▪ Nunca administrar la inmunoglobulina después del 8º día de iniciarse el tratamiento.

Tabla 1. Características de las vacunas para viajeros *(Cont.)*

Vacuna	Población diana	Pauta de administración	Observaciones
Sarampión, Rubeola, Parotiditis (Triple vírica) Vacuna MSD Triple vírica® (R) M-M-RVAXPRO® (R)	Viajeros que no han sido inmunizado previamente ni han padecido la enfermedad, que viajan a zonas de riesgo, especialmente: ▪ mujeres susceptibles, en edad fértil, que no están embarazadas y van a realizar un viaje a determinados países ▪ viajeros que van a tener contacto con niños en escuelas, orfanatos, hospitales o en centros de salud y en campos de refugiados ▪ También a los cooperantes sanitarios que vayan a trabajar en un ámbito sanitario.	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Triple vírica.»**	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Triple vírica.»**
Difteria-Tétanos-Tos ferina (DTP) DTP Merieux® (R)	▪ Viajeros no inmunizados: administrar pauta de primovacunación como vacuna triple DTP (Difteria/Tétanos/Tos ferina). ▪ Viajeros no vacunados correctamente: completar la pauta siguiendo las recomendaciones de la población adulta.	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Tétanos-Difteria-Tos ferina.»**	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Tétanos-Difteria-Tos ferina.»**
Gripe	▪ Los viajeros están expuestos a esta patología en cualquier país (especialmente del hemisferio opuesto), durante la estación de la gripe.	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Gripe.»**	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Gripe.»**

Tabla 2. Resumen de vacunas para viajeros

Categoría	Vacuna
1.- Vacunación rutinaria	• Difteria/tétanos/tos ferina (DTP) • *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) • Hepatitis B (VHB) • Poliomielitis (VPO o VPI) • Sarampión (Triple vírica)
2.- Uso selectivo para viajeros	• Cólera • Encefalitis por garrapatas • Encefalitis japonesa • Enfermedad de Lyme • Enfermedad meningocócica • Enfermedad neumocócica • Fiebre tifoidea • Gripe • Hepatitis A (VHA) • Rabia • Tuberculosis (BCG)
3.- Vacunación obligatoria	• Fiebre amarilla • Enfermedad meningocócica (exigida en Arabia Saudí a los peregrinos que visitan la Meca)

En los hemofílicos, en lugar de la administración im de la vacuna se utiliza la vía sc.

Preguntar posibles alergias a los componentes de la vacuna (pueden contener trazas de antibióticos, pollo, conservantes, huevo...). Consultar ficha técnica.

ANEXO 17. VACUNACIÓN EN PACIENTES CON VIH/SIDA

GENERALIDADES

- Debe comprobarse que toda persona infectada por el VIH ha recibido las vacunas recomendadas para su edad.
- Si el recuento de linfocitos CD4 es <200/mm^3 o la carga viral es elevada, se retrasará la vacunación hasta que el sistema inmune se haya restablecido mediante la administración de terapia antirretroviral.
- No se deben administrar vacunas vivas (víricas o bacterianas) salvo que haya evidencias que apoyen su uso o el riesgo de la enfermedad natural sea mayor que el de la vacunación (ej. vacuna triple vírica). Debe tenerse en cuenta, además, el riesgo de vacunar a los convivientes con vacunas vivas, como la polio o la varicela.
- Debe hacerse un seguimiento cercano de los pacientes vacunados y revacunar activamente (pues la magnitud y la duración de la inmunidad vacunal suelen estar reducidas).
- En algunos casos puede producirse un aumento transitorio de la carga viral, lo que no contraindica completar la vacunación. No está recomendado medir la carga viral hasta un mes después de la vacunación.
- La administración de vacuna BCG no está indicada en ningún caso. Realizar la prueba de la tuberculina y, en caso de ser negativa, repetirla cada año.

Bibliografía:

1. Faraldo MJ, Jato M, Suárez B, Delgado ZE, Ledesma F y cols. Vacunación en adultos portadores del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Vacunas 2002; 3:150-53.

2. Grupo de trabajo de vacunación de adultos de la ponencia de programas y registro de vacunaciones. Vacunas recomendadas en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH. En: Vacunas recomendadas en adultos. Recomendaciones año 2004. p.71-73. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/recoVacunasAdultos.pdf (Accedido 10/01/2008)

3. Farjas MP, Zubizarreta R. Vacunas recomendables en adultos portadores del VIH. Manual de vacunaciones del adulto 2005. Disponible en: http://www.fisterra.com/vacunas/vih.asp (Accedido 02/07/07).

Tabla 1. Vacunas recomendadas en paciente con VIH

Vacuna	Pauta de administración	Recomendaciones de vacunación
Tétanos y difteria	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Tétanos y difteria.»**	La OMS recomienda esta vacuna a todo paciente VIH+.
Gripe	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Gripe.»**	Vacunar anualmente a todos los adultos infectados por el VIH, incluidas las mujeres embarazadas y a sus contactos próximos (salvo contraindicación). En los que la enfermedad está avanzada, la vacuna no induce una respuesta inmunológica adecuada. No se han observado aumentos de la carga viral ni descenso en el recuento de linfocitos CD4 posteriores a la vacunación.
Neumococo	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Neumococo.»**	Vacunar a todos los adultos infectados con CD4 ≥200/mm^3. Se recomienda revacunar una vez a los 5 años. Se recomienda esta vacuna por la elevada incidencia de neumonía y bacteriemia neumocócicas en estos pacientes.
Hepatitis A	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Hepatitis A.»**	Vacunar a grupos de alto riesgo: usuarios de drogas por vía parenteral, varones homosexuales, viajeros a zonas endémicas y personas con hepatitis C crónica, y aquellas con enfermedad hepática crónica.
Hepatitis B	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Hepatitis B.»** Medir el nivel de anticuerpos entre 1-6 meses tras la última dosis: en caso de no respuesta, administrar una nueva dosis.	Vacunar a todos los adultos infectados, con especial indicación en los grupos de alto riesgo: usuarios de drogas por vía parenteral, varones homosexuales, personas con enfermedades de transmisión sexual, personas que ejercen la prostitución y contactos familiares con portadores del antígeno Hbe.
Triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis)	**Véase «Anexo: Vacunación en el adulto. Triple vírica.»**	En caso de exposición a un enfermo de sarampión: - Si la persona infectada por el VIH es asintomática y sin evidencias de inmunosupresión grave (en >12 años, CD4<200 CD4/mm^3), puede ser vacunada. - Si la persona infectada por el VIH es sintomática e inmunocomprometida, debe recibir profilaxis con inmunoglobulina, independientemente de sus antecedentes de vacunación.

Tabla 2. Otras vacunas recomendadas en pacientes con VIH en situaciones especiales

Vacuna	Pauta de administración	Recomendaciones de vacunación
Varicela		Vacunar a los contactos próximos de pacientes VIH positivos, que sean susceptibles.
Otras vacunas	▪ **Fiebre tifoidea:** - Usar la vacuna inactivada parenteral en lugar de la preparación oral viva atenuada ▪ **Fiebre amarilla:** - Ofrecer a los viajeros VIH+ asintomáticos que no puedan evitar la exposición (seguridad y eficacia inciertas). Contraindicada si CD4<200/mm^3 ▪ **Poliomielitis:** - Vacuna oral contraindicada tanto en los viajeros VIH+ como en sus convivientes. Utilizar la vacuna parenteral.	De uso no rutinario. Están indicadas especialmente para viajeros u otras circunstancias especiales. Consultar siempre en Servicios Territoriales de Sanidad o en departamentos de sanidad exterior para conocer las recomendaciones de vacunación específicas dependiendo de la zona concreta que se vaya a visitar**.**

Junta de
Castilla y León