

# LA MODERNIZACION DE LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN-ATENCIÓN  
DEL VALLE DE SOLIS POR MEDIO DE GUÍAS DIAGNÓSTICAS  
Y DE TRATAMIENTO CON CONTROL POR MICROCOMPUTADORA



ALFONSO MATA  
HOMERO MARTINEZ  
JOSE ASTE  
MIRNA VARA  
ADOLFO CHAVEZ



PUBLICACION L-69  
INNSZ-DIVISION DE NUTRICION DE COMUNIDAD  
UNIDAD MEDICO SOCIAL DE SOLIS ESTADO DE MEXICO, ENERO DE 1986

Mayo '87

Para el Departamento de  
Educación Nutricional, agradeciendo  
todo el apoyo que nos dieron con  
sus comentarios y su entusiasmo  
durante el desarrollo inicial de  
nuestras "Guías Médicas".

Sinceramente,

Humberto

ÉSTA ES LA PRIMERA PUBLICACIÓN DE UN PROGRAMA QUE INTENTA RELACIONAR LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL PROYECTO "CONSUMO DE ALIMENTOS Y FUNCIONAMIENTO HUMANO" REALIZADO EN COOPERACIÓN - CON LA UNIVERSIDAD DE CONNECTICUT Y EL APOYO FINANCIERO DE AID (CRSP GRANT DAN-1309-G-SS-1070-00), CON EL AVANCE DE SERVICIOS APLICATIVOS EN MATERIA DE SALUD-NUTRICIÓN PRIMARIA. SE AGRADECE EL APOYO INTERNACIONAL PARA UN ÁREA TAN IMPORTANTE Y TAN NECESARIA PARA LA POBLACIÓN DE NUESTROS PAÍSES DE ESCASO DESARROLLO.

LA MODERNIZACION DE LA ATENCION  
MEDICA PRIMARIA

SISTEMA OPERATIVO DEL PROGRAMA DE DETECCION-ATENCION  
DEL VALLE DE SOLIS POR MEDIO DE GUIAS DIAGNOSTICAS  
Y DE TRATAMIENTO CON CONTROL POR MICROCOMPUTADORA



ALFONSO MATA  
HOMERO MARTINEZ  
JOSE ASTE  
MIRNA VARA  
ADOLFO CHAVEZ

PUBLICACION L-69  
INNSZ-DIVISION DE NUTRICION DE COMUNIDAD  
UNIDAD MEDICO SOCIAL DE SOLIS  
ESTADO DE MEXICO, ENERO 1986

"No obtendremos la óptima visión interior  
de las cosas sino cuando efectivamente -  
las veamos crecer desde su inicio"

Aristóteles.

## Agradecimientos:

Los autores del presente trabajo agradecen sinceramente al Dr. Raúl Castillo R., su valiosa ayuda en el trabajo de campo y la motivación que siempre sostuvo para su redacción.

A la Sra. Margarita de Mata, por la misión exhaustiva de la redacción y presentación.

A las autoridades de salud del Estado de México, a su Secretario Dr. Gustavo Baz, por todo el apoyo y la colaboración prestada.

A los médicos, pasantes, enfermeras y otro personal de la Unidad Médico-Social de Solís que participó en el sistema de detección-atención.

Por su paciencia y esmero en el trabajo mecanográfico del presente a la secretaria Concepción Domínguez G.

# LA MODERNIZACION DE LA ATENCION MEDICA PRIMARIA

## - INDICE -

	Pág.
PREFACIO	
I. INTRODUCCION: PROBLEMAS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD.	1
1. Diseño y planificación	
2. Ejecución	
3. Evaluación	
4. Promoción y educación para la salud	
5. Operabilidad	
II. DEFINICION Y PROPOSITOS	11
1. Definición	
2. Propósito general	
3. Objetivo general	
4. Objetivos específicos	
III. DISEÑO, PLANIFICACION Y CONTENIDO DE LA ATENCION MEDICA PRIMARIA.	13
A. Etapa I	
1. Selección de comunidades	
2. Selección del personal del programa	
3. Entrenamiento del personal auxiliar	
4. Estandarización de la atención médica y del programa de vigilancia.	
5. Evaluación de actividades	
B. Etapa II	
Consolidación de la atención y la vigilancia epidemiológica.	

C. Etapa III

Establecimiento de medidas preventivas

D. Etapa IV

Evaluación del impacto del programa

IV. PLAN DE EJECUCION Y USO DE GUIAS DIAGNOSTICAS  
Y DE TRATAMIENTO.

23

A. Entrenamiento al personal

1. Entrenamiento inicial
2. Entrenamiento continuo

B. Formas de recabar información

1. Hoja de actividad semanal
2. Expediente clínico
3. Guías para el manejo de pacientes
4. Hoja de morbilidad

C. Guías para el manejo de pacientes

1. Descripción
2. Objetivos generales
3. Empleo de guías diagnósticas
4. Empleo de guías de tratamiento
5. Presentación de las guías para el manejo y tratamiento de pacientes a nivel de -  
unidad médica por pasante.
  - 5.1. Catarro común
  - 5.2. Faringoamigdalitis
  - 5.3. Infección respiratoria baja
  - 5.4. Diarrea aguda
  - 5.5. Parasitosis intestinal
  - 5.6. Traumatismo
  - 5.7. Desnutrición

6. Presentación de las guías diagnósticas y de tratamiento a nivel de comunidad por auxiliares.

6.1. Catarro común

6.2. Faringoamigdalitis

6.3. Infección respiratoria baja

6.4. Diarrea aguda

6.5. Parasitosis intestinal

6.6. Traumatismo

6.7. Desnutrición

D. Secuencia en el registro de la información recogida en la consulta médica.

E. Hoja de morbilidad individual mensual.

1. Objetivos

2. Forma de registrar información

3. Secuencia en el registro de la información de síntomas y signos.

## V. SISTEMAS DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

75

A. Introducción

B. Identificación de los puntos de evaluación

C. Aspectos de evaluación requerida por las acciones.

D. Evaluación de la calidad de la consulta

1. Objetivos

2. Metodología para evaluar los casos manejados por el auxiliar de salud.

E. Evaluación de la calidad del cuidado de la salud

1. Objetivos

2. Metodología de evaluación de acciones preventivas.

3. Metodología de evaluación de acciones de detección y vigilancia.

F. Evaluación de la calidad de la investigación

1. Método de consulta

2. Cuidado de la salud

G. Evaluación de la educación

H. Evaluación de la administración

I. Cuantificación de la evaluación

J. Formatos e instructivos de llenado de las cartillas de calidad y funcionalidad.

## VI. PROMOCION Y EDUCACION DE LA SALUD

113

A. Introducción

B. Obstáculos en la formación profesional para el trabajo de comunidad.

C. Compenetración con la comunidad

D. Entrenamiento del personal auxiliar

E. Actividades de promoción de la salud

## VII. OPERABILIDAD DEL PROGRAMA POR MEDIO DEL EMPLEO DE UNA MICROCOMPUTADORA

127

A. Características de la metodología a desarrollar.

B. Importancia de la información

C. Sistema de información para la atención primaria.

D. Acciones del sistema de atención médica primaria.

1. Consulta
  - 1.1. Atención a pacientes
  - 1.2. Evaluación operativa
2. Cuidado de la salud
  - 2.1. Prevención
  - 2.2. Detección
3. Investigación
  - 3.1. Consulta procedimiento de investigación para la consulta.
  - 3.2. Cuidado de la salud
  - 3.3. Otros tipos de investigación
4. Educación
  - 4.1. Educación al personal operativo
  - 4.2. Educación a la población
  - 4.3. Educación a personal externo
5. Administración
  - 5.1. Administración de inventarios
  - 5.2. Manejo de fondos
  - 5.3. Nóminas

VIII. COMENTARIOS FINALES 179

IX. ANEXOS 183

1. Hoja de actividad semanal
2. Expediente clínico
3. Guías para el manejo y tratamiento de Catarro común-UMS.
4. Guías para el manejo y tratamiento de Faringoamigdalitis-UMS.
5. Guías para el manejo y tratamiento de Infección respiratoria baja-UMS

6. Guías para el manejo y tratamiento de Diarrea aguda y rehidratación de pacientes oral y parenteral-UMS.
7. Guías para el manejo y tratamiento de Parasitosis intestinal-UMS.
8. Guías para el manejo y tratamiento de Traumatismos-UMS.
9. Guías para el manejo y tratamiento del Estado nutricional-UMS.
10. Guías para el manejo y tratamiento de Catarro común-comunidad.
11. Guías para el manejo y tratamiento de Faringoamigdalitis-comunidad.
12. Guías para el manejo y tratamiento de Infección respiratoria baja-comunidad
13. Guías para el manejo y tratamiento de Diarrea aguda y rehidratación de pacientes oral-comunidad.
14. Guías para el manejo y tratamiento de Parasitosis intestinal-comunidad.
15. Guías para el manejo y tratamiento de Traumatismo -comunidad.
16. Guías para el manejo y tratamiento del Estado nutricional-comunidad.
17. Control de morbilidad individual mensual.
18. Códigos de signos y síntomas.

## PREFACIO

Existe una gran necesidad de encontrar métodos para alcanzar a toda la población con medidas de salud. Las tendencias recientes cada día hacen más patente la desigualdad en la atención médica. Mientras un sector social tiene a su disposición avances tan espectaculares como las tomografías, otros se mueren por enfermedades fácilmente prevenibles como la tos ferina o tratables como las diarreas y las neumonías.

La medicina ha avanzado espectacularmente no sólo en el descubrimiento de aparatos costosos, sino también en sistemas y procedimientos baratos, como pueden ser las vacunas, el suero antidiarréico o los cereales enriquecidos; no sólo ha podido estructurar sistemas de atención magníficos como los grandes y lujosos hospitales sino también ha planteado instrumentos sencillos como la llamada salud primaria.

La existencia de los sistemas de salud primaria hizo que los países miembros de la OMS, en la reunión de Alma Ata, muy entusiastamente declararan que se lograría la "salud mundial para el año 2000". Desafortunadamente se ha avanzado poco en los países de escaso desarrollo y la razón fundamental es que no se ha implementado una verdadera salud primaria.

Después de Alma Ata se sabe que se pueden atender los problemas básicos de salud, pero también se sabe que existen muchas fuerzas políticas y sociales que lo dificultan. Sigue siendo mucho más fácil construir hospitales que organizar comunidades, pagar grandes aparatos que distribuir vacunas, en fin, que es más fácil seguir dentro de la medicina occidental tradicional, que dar un viraje en su conceptualización y en su aplicación social. En esto, el médico y todo el sistema que lo rodea, son en gran medida los causantes. Nos deslumbran los grandes avances tecnológicos de los países desarrollados y los queremos aplicar aquí, donde los problemas son otros y donde los recursos son totalmente diferentes, por lo

que se condiciona una medicina de clases sociales.

El principal problema de salud en los grupos humanos de pocos recursos es el de la desnutrición-infección, que afecta sobre todo a los niños, no sólo limitando sus posibilidades de sobrevivencia sino también su desarrollo físico, mental y social y éste no es un problema difícil de resolver, simplemente no se ha intentado con suficiente interés y tecnología.

La epidemiología de la desnutrición-infección se trabaja básicamente desde los escritorios, analizando el problema teóricamente. Así da la impresión de ser muy compleja y dependiente sólo de la pobreza. Esto ha hecho concluir a la clase médica que es un problema que no le corresponde prevenir y que por lo tanto puede, en consecuencia, seguir sin participar. La verdad es que es relativamente fácil intervenir, con resultados bastante inmediatos, con la condición de intentar medidas sencillas, que tomen en cuenta a la comunidad y que impliquen cierto compromiso con el problema.

No es lo mismo salud primaria que atención médica primaria, la primera es el todo y la segunda es una parte. La salud primaria, como fue definida en la reunión de Alma Ata es "un sistema continuo de atención de la población, foco de la acción y función más importante del sistema de salud, basada en métodos prácticos y tecnología accesible, cuyo costo sea pagado por el país y la misma comunidad. Es fundamental que sea no sólo socialmente aceptable, sino que sea generado por la misma sociedad y por lo tanto en todas sus etapas conlleve un espíritu de autoatención y autodeterminación. Debe iniciarse a nivel del hogar mismo o sitio de trabajo, firmemente integrada a otros programas dirigidos a mejorar la calidad de la vida, el bienestar y el desarrollo socio-económico". Como puede notarse incluye varias medidas que tradicionalmente no se han incluido en el sistema médico tradicional. En la vieja medicina hipocrática, no se hace mucho caso a la higiene cuando está ligada al nivel de vida y a la nutrición y alimentación.

Si la salud primaria no cabe en la medicina, se tiene que cambiar la medicina. Más de 24 siglos de medicina "liberal", - siempre clasista, siempre esperando a que el paciente venga y pida, siempre buscando sólo salvar vida, requieren una reevaluación a fondo.

Nuestro Instituto no es sólo un organismo de salud de tercer nivel, que investiga para la atención moderna muy especializada, también trabaja en el segundo con varias clínicas de corte muy dinámico y también en el tercero, el aparentemente más bajo, pero seguramente el más importante para la sociedad. En este nivel se está trabajando en varios frentes: se buscan sistemas de detección-atención, se investigan paquetes de atención simultáneos de varios tipos y por supuesto, también se trabaja intensamente en la atención médica primaria.

En la ex-hacienda de Solís, conjuntamente con los servicios de salud del Estado, se comenzó en 1981 un proyecto de atención médica primaria. Existe un pequeño hospital rural con casas de salud y sobre esta infraestructura el Instituto Nacional de Nutrición comenzó a atender a la población rural de dos microrregiones sanitarias. La experiencia lograda a lo largo de estos 4 años en materia de planeación y organización es la que se presenta en este volumen. No se incluyen resultados porque la evaluación todavía no está completamente analizada.

Se hizo el esfuerzo de esta publicación porque se considera importante tanto la extensión de cobertura lograda, como sobre todo algo que otros programas de atención médica primaria no han reportado, que es el seguimiento de cada caso hasta su "desactivación". Además también se considera valiosa la tecnología de análisis epidemiológico longitudinal, prácticamente permanente, que permite saber también qué pasa con el grupo, sea comunidad o región.

Esta tecnología de guías diagnósticas y uso de microcomputadora está lista para ser usada a nivel regional. Con gusto nuestro Instituto puede ayudar a implementar un programa semejante en alguna otra región del país.

## I. INTRODUCCION: PROBLEMAS DE LOS PROGRAMAS DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Recientemente en muchos países se han implantado programas de atención primaria de salud, pero los resultados no han sido los esperados. Algunos solamente llegaron a la fase de planificación, otros fracasaron en su ejecución, y otros más sólo vivieron mientras los alimentó el afán de curiosidad de los investigadores. ¿Cuál fue la razón del fracaso de muchos de los programas? La respuesta envuelve varios factores dentro de los que se comentaron cinco de ellos.

### 1. Diseño y planificación

Generalmente son realizados por personal directivo-que no toma en cuenta al personal ejecutante y a los beneficiarios. El resultado es una falta de interés de las comunidades y pérdida de credibilidad por el personal encargado de ejecutarlo.

La falta de interés de los beneficiarios y ejecutantes se debe en gran medida a que la filosofía y concepción de los programas se determina desde afuera, omitiéndose a priori su propia connotación vivencial del concepto salud.

La salud como concepto no puede desligarse de la connotación social que conlleva, de lo contrario se corre el riesgo de caer en una abstracción terminológica. La salud es una vivencia social, luego hay tantas formas de comprenderla e interpretarla como grupos sociales existen. Si lo anterior no se toma en cuenta al planificar, la distorsión que pueden crear lesionará los objetivos y fines del programa.

La falta de interés en ejecutantes y beneficiarios-también obedece a que a veces el diseño y la planificación, son ajenos a las estructuras sociales sobre las

que se aplican. En las comunidades en las que se trabaja el programa, el contenido del diseño y la planificación pueden no desencadenar una acción implícita o específica a la que pensaron los planificadores, dado que las estructuras sociales y organizativas de la comunidad o son diferentes o no existen en la forma requerida para el buen funcionamiento del programa. El personal que por lo general se encarga de ejecutar las acciones pretende y espera que la comunidad responda a las acciones tomadas. Cuando esto no sucede en la forma prevista, el personal carece del conocimiento o posibilidad de análisis para identificar las razones de no aceptación, entendimiento o respuesta debida a sus acciones; lo anterior, es debido, en parte, a que no conocen la intención de las acciones y en parte a que no fueron preparados para modificar o ajustar los programas. Como resultado global, lo ejecutantes imponen conductas a los beneficiarios, los cuales las reciben e interpretan en diferentes formas, transformando el programa en una serie de respuestas y acciones erróneas, que mezclan contenidos con interpretaciones; produciendo al final, un abandono del programa.

## 2. Ejecución

Si bien se ha puesto gran cuidado en la planificación de los sistemas de salud, empleando en ello personal altamente calificado y preparado, el mismo criterio no se ha seguido para ejecutarlos. En nuestra década vivimos el afloramiento de dos tipos bien definidos de medicina:

- a) La institucional, que involucra recursos tecnológicos sofisticados y costosos y que absorben a los mejores cerebros médicos, con coberturas "elitistas", en donde se atiende en función del

recurso político y económico y no en base a la -  
necesidad biosocial y al daño funcional de la co -  
munidad, base de la salud pública.

- b) La comunitaria, que se basa erróneamente en la -  
institucional, en los hallazgos clínicos y pato -  
lógicos "individuales" detectados en los pacien -  
tes que acuden a los grandes centros institucio -  
nales. Hallazgos que luego se extrapolan a los -  
grupos comunitarios, sin tomar en cuenta ni ses -  
gos individuales, ni factores condicionantes y -  
precipitantes, de distinto peso y efecto, en di -  
ferentes ambientes y grupos humanos. En algunas -  
oportunidades, especialmente en aquellas en que -  
el interés ha nacido de la necesidad de comple -  
tar o determinar factores condicionantes de un -  
cuadro patológico, se han montado investigacio -  
nes epidemiológicas a nivel de grupos humanos de -  
finidos y que conllevan resultados extrapolables  
más veraces.

Mientras que la medicina institucional confiere su -  
planificación y ejecución a grupos técnicos y científi -  
cos bien calificados, la comunitaria descansa su ejecu -  
ción en individuos cuya capacidad es por lo general muy  
inferior, tanto para ejecutar, como para interpretar -  
los fenómenos de salud-enfermedad, prevención-récupera -  
ción, etiología-daño.

El método deductivo-inductivo en que descansa la -  
formación del médico, bastón de la medicina institucio -  
nal, dista de ser "la receta" dada al auxiliar de enfer -  
mería para que la aplique a nivel de las comunidades. -  
La tragedia de la medicina comunitaria es que se ha e -  
quivocado la "sencillez" de su ejecución con "capaci -  
dad" para realizarla. Se ha reunido sencillez, con poca

preparación, no sólo de ejecución, sino de interpretación, resultando de ello un sistema malo y decadente de atención para los grupos humanos alejados de la medicina institucional y con mayores necesidades de un buen sistema de salud "preventivo-curativo".

La medicina comunitaria, necesita de personal altamente calificado que accione no con "recetas", sino que sea capaz de identificar, con la comunidad, los problemas de salud, plantear sus acciones curativas y preventivas y caracterizar prioridades. Dado lo distanciado que está esto de la realidad, no nos debe extrañar por qué el público busca los hospitales y grandes centros clínicos.

### 3. Evaluación

A nuestro entender, la evaluación de los programas de salud deben centrarse en tres aspectos:

- a) Desarrollo y cumplimiento del programa.
- b) Impacto de las medidas adoptadas en el mejoramiento de la recuperación de la salud de los individuos.
- c) Evaluación de nuevos métodos y sistemas, para lograr mayores y mejores resultados.

En la actualidad es difícil encontrar algún programa de atención primaria que contemple los tres aspectos de evaluación, por un lado porque no forma parte de los objetivos del programa y por otro por lo costoso de las evaluaciones y la falta de preparación del personal para hacerlo. El aspecto uno, generalmente y en términos prácticos, se trata de llenar obteniendo datos sobre el trabajo desarrollado por las personas responsables de la aplicación del programa (actividades y veces de su aplicación) y esto se combina con datos generales sobre saneamiento ambiental. Este tipo

de información no califica el grado de trabajo de la persona, ya que no se somete el reporte a pruebas de veracidad y confirmación. Tampoco a través de la información así obtenida, podemos definir el impacto y la calidad del programa sobre la población. Por lo tanto, lo que obtenemos es una visión parcial de beneficio. Para dar un ejemplo: una actividad que absorbe gran parte del tiempo de un auxiliar de enfermería, es la "atención" a los enfermos; analizando la morbilidad que se obtiene de esta actividad, no podemos definir ni la incidencia, ni la prevalencia de enfermedades de la comunidad que el auxiliar trabaja, ya que los datos de morbilidad, base del análisis, están fundamentados en demanda y la demanda obedece en gran medida a: la aceptación del auxiliar por las personas de la comunidad, el acceso de las personas a otras fuentes de salud, al límite y criterio de tratamiento, y a la disponibilidad económica del paciente; luego, la evaluación este tipo de datos tiene muchas limitaciones en su interpretación. Los otros dos aspectos de la evaluación, necesitan de diseños epidemiológicos adecuados para poderseles utilizar como evaluadores de beneficios. El diseño epidemiológico, requiere tanto de personal calificado y debidamente entrenado como de una metodología estandarizada, que defina claramente lo que se está midiendo; de la habilidad para identificar y valorizar dentro del modelo los componentes biológicos, ambientales y sociales, que interaccionan en el cuadro morbido. A la fecha, los salubristas han manejado el concepto epidemiológico como "cuantificador" y en pocas oportunidades (la mayoría de ellas en diseños de investigación) se le ha empleado como definidor de la interacción individuo-ambiente y como toma de decisiones ejecutivas. Es la valorización epidemiológica de la infor

mación, como definidor y factor de decisión, la que permite evaluar y alimentar los modelos, para realizar los ajustes necesarios y definir otras medidas de índole no médica pero que sí afectan la salud.

De lo anterior, se puede deducir que la salud pública necesita de personal calificado con entrenamiento en problemas biológicos, estadísticos y sociales, de personal técnico que entienda los procesos de salud-enfermedad no como un efecto que remediar, sino, en cada uno de sus pasos, como una consecuencia que se va derivando de una serie de interacciones físicas, biológicas, sociales, y económicas.

#### 4. Promoción y Educación de la Salud

En los últimos años, el auge que la publicidad ha adquirido ha llegado hasta las comunidades rurales y se ha incorporado a todas las actividades del individuo. Recibir una "dosis" de publicidad absorbe más tiempo que educarse y de esa forma el médico, héroe social, se ve rodeado de un halo de espectacularidad rápida y eficiente: es él, el que decide sobre el binomio salud-enfermedad. Lo anterior ha desencadenado que la salud sea depositada en manos de los médicos y las casas productoras de medicamentos.

En áreas en donde la salud depende de "interacciones" ambientales "individuales" muy fuertes y con poco cambio, el "descansar" la salud en médicos y casas comerciales ha provocado resultados nefastos, que se han ido arraigando. Un ejemplo lo tenemos con el concepto único de medicina de muchas comunidades; sinónimo de "curación", a través de la terapéutica medicamentosa.

Este concepto publicitario ha enriquecido materialmente a algunos y empobrecido bio-socialmente a muchos.

¿Cómo se produce este impacto publicitario?. Mientras que la medicina elitista utiliza los grandes me-

dios de comunicación con técnicas publicitarias de gran impacto psicológico, que hacen atractivos los mensajes a cualquier nivel de comprensión (como la promoción de consumo de alimentos con vitaminas), la promoción de la salud, a través del personal de salud, se realiza en una forma oral muchas veces incomprensible para la persona que transmite el mensaje, sin posibilidad de captación por parte de las comunidades, ya que para ellas ha dejado de ser necesidad, dada la comprensión del concepto curativo que tienen. A lo anterior, se añade el lugar del mensaje: mientras que el mensaje curativo es percibido en lugar tranquilo y rodeado de momentos de entrenamiento, el preventivo se trata de transmitir en momentos en que las personas acuden al personal de salud en busca de "cura", momentos en que la capacidad receptiva está ligada a un sentimiento de necesidad de acciones curativas y no preventivas. Finalmente, el concepto preventivo que se desea inculcar, tan solo para citar un ejemplo, el mensajero de la actividad preventiva (el salubrista), no tiene un papel dentro del contexto social, como el que tiene el clínico. ¿Por qué? Porque el salubrista es un mensajero, mientras que el médico es una persona que toma acciones; luego actúa sobre algo, y ese algo tiene un gran valor: la Vida. Se necesita pues, principiar por identificar al salubrista con una acción, y esa acción es el control de las variables que actúan sobre la salud y la enfermedad. Ello implica inicialmente observación y aprendizaje, para luego poder valorizar los elementos que incidan sobre el proceso de enfermedad y proponer en forma más real las alternativas de control. Un buen salubrista debe ser inicialmente un buen médico epidemiólogo, para identificar y modificar factores condicionantes y precipitantes de la enfermedad; luego,

debe ser un educador y promotor capaz de enseñar causas y efectos a nivel de su comunidad con hechos reales al alcance de comprensión de todos. Sólo así podrá inculcar de nuevo al individuo, que la salud le pertenece.

## 5. Operabilidad

La operabilidad del sistema de atención primaria descansa sobre el concepto mismo de la atención y más que sobre el concepto, sobre su principal actividad: dar atención por parte de un médico o cualquier otro en cargo de la salud, a un episodio de enfermedad claramente definido, en un paciente dado. A nivel operativo, existen en la acción mencionada dos aspectos: el interpersonal y el técnico. Ambos se interrelacionan y son dependientes entre sí.

En su interpretación más común la acción antes enumerada; es hasta cierto punto, considerada trivial en muy pocas ocasiones se le somete a análisis como componente de la atención primaria. De allí que en la mayoría de casos se pierda la oportunidad de considerar la acción de atender a un paciente como un acto técnico y artístico. En el mejor de los casos, los servicios de salud envían al médico y a las enfermeras a que "den tratamiento" y se confía en su buena suerte y sus conocimientos. Ni el tratante, ni el tratado, son convidados a participar en la solución de sus padecimientos y en muchos casos esta forma de ejercer la atención puede motivar la diseminación del problema y una agudización del padecimiento, propiciando mayores gastos al enfermo y pocos beneficios así como muchas erogaciones a los sistemas de salud.

El conceptualizar la atención como sinónimo de "curar" produce con el tiempo en la persona que trata hastío y en la persona que padece, un sentido de resigna -

ción, que lleva al grupo a concebir la enfermedad como un proceso normal en el desarrollo del individuo. De lo anterior se desprende una cadena operativa errónea para atacar el problema: La comunidad y el individuo trasladan sus problemas de salud al médico o encargado y éste a los medicamentos. Tal actitud ha limitado la curación a un mero hecho de prescribir, restando importancia a los demás aspectos de la salud como son: la identificación, la prevención y la evaluación de la evolución de los procesos.

Bajo nuestro punto de vista, operabilizar la atención significa:

a) Control y evaluación de la calidad de la acción de atender (identificar, diagnosticar y tratar) los padecimientos más comunes de una comunidad.

b) Desarrollar un sistema que permita:

1) Identificar y definir a los individuos susceptibles y resistentes a los padecimientos.

2) Ubicar las conductas cronológicas y geográficas de los padecimientos.

3) Conocer y tratar de definir las formas de manifestarse de los padecimientos en los distintos grupos humanos.

4) Identificar y valorizar aquellos factores que inciden y son determinantes en la magnitud que adquieren los padecimientos (incidencia y prevalencia).

5) Priorizar las acciones en que es factible (social y económicamente) actuar sobre los factores determinantes de los padecimientos.

- 6) Desarrollar el material educativo que permita a las comunidades y al personal de salud vigilar y actuar sobre los padecimientos que los aquejan más comúnmente.

Todo lo anterior bajo el control aplicativo e interpretativo del nivel local.

La herramienta fundamental para lograr cumplir con los puntos señalados es la información. Dentro de la mayoría de sistemas de atención, la información se maneja como un sinónimo de informe a terceros. Lamentablemente, esta información no retroalimenta a las actividades locales de salud perdiéndose su utilidad.

El concepto de retroalimentación dentro del sistema que nosotros concebimos, se centra en el concepto cibernético de retroalimentación dado por Norbert Wiener, de tal forma que basados en la "propiedad de ajustar la conducta futura en hechos pasados", podemos no sólo regular movimientos específicos (rutinas), sino determinar un completo plan de conductas (aprendizajes). En la operación, no sólo debemos introducir un propósito, sino buscarlo, mediante un proceso de aprendizaje, que obligue a detectar y corregir faltas y ajustar mecanismos existentes. Sólo de esta manera podremos interesar a los individuos y cambiar su actitud con respecto a la salud.

Con el presente trabajo, queremos aportar a los programas de atención primaria conceptos e ideas para hacer más sistematizado su diseño y planificación, su ejecución y evaluación, su promoción y operabilidad, con el fin de lograr que mejore la calidad de la atención primaria proporcionada al público a través de los servicios de salud.

## II. DEFINICION Y PROPOSITOS

### 1. Definición

La atención médica primaria corresponde a los diferentes medios, procesos y normas mediante los cuales - el personal de salud y la comunidad identifican y modifican los problemas de salud-enfermedad, para lograr - recuperar y mejorar los niveles de salud de los distintos grupos humanos que conforman la comunidad.

### 2. Propósito General del Programa

El propósito central del plan de atención de salud primaria es el de lograr que los aspectos señalados, - relativos a diseño y planificación, ejecución, evalua-ción, promoción y educación de la salud y operabilidad, sean estructurados correctamente, con concepciones universales de salud y particularizadas para los distin-tos grupos humanos en que se aplica.

Se fundamentan las acciones en principios de aten- ción, prevención y recuperación de la salud. En esta - monografía se enfocan los esfuerzos a la atención pri- maria y a los elementos que de ella se derivan, como - un material base para lograr la prevención y recupera- ción de la salud.

### 3. Objetivo General

Promover y mejorar las condiciones de salud de la- comunidad.

### 4. Objetivos Específicos

- a) Conocer la morbi-mortalidad de las poblaciones- en que se trabaja.

- b) Desarrollar las bases médico-científicas de un programa de atención de las principales enfermedades encontradas en las comunidades atendidas.
- c) Desarrollar un programa de vigilancia epidemiológica que permita identificar rápidamente cambios de incidencia de las principales enfermedades en las comunidades seleccionadas, para su tratamiento y control.
- d) Desarrollar métodos evaluativos que permitan al personal auxiliar de salud conocer los logros alcanzados, beneficios y mejorar sus actividades.
- e) Desarrollar metodología evaluativa sobre la cantidad del trabajo del auxiliar de salud.
- f) Desarrollar metodología evaluativa sobre logros del programa.
- g) Desarrollar metodología sobre operabilidad del programa.

### III. DISEÑO, PLANIFICACION Y CONTENIDO DE LA ATENCION MEDICA PRIMARIA

La actividad central del programa de salud a que se refiere el presente trabajo descansa en la atención primaria como el eje y motor de las actividades de salud de una comunidad.

¿Por qué se considera a la atención primaria como centro de la actividad de la salud primaria? porque en la actualidad la promoción de la salud emprendida por médicos y casas comerciales se centra en la "medicalización", herramienta principal de la atención médica.

La medicalización como sinónimo de salud es una idea tan arraigada aún en las poblaciones más remotas que ignorarla ha sido el fracaso de la salud pública; es por ello que se cree que hay que partir de la aceptación de la enfermedad, para inculcarle a los individuos y comunidades la salud; de allí que se tenga que hacer uso de la principal herramienta que existe para combatir al enfermo: la atención médica; para lograr enseñar sus limitaciones y usos adecuados a los individuos y comunidades. Es por tales razones, que se propone hablar sobre el montaje de un programa de atención primaria como el primer escalón para mejorar la salud de una comunidad.

El programa se debe desarrollar por etapas, algunas de ellas en forma simultánea, otras secuenciales.

#### A. ETAPA I

##### 1. Selección de Comunidades

Se selecciona una área rural en donde una vez identificadas las comunidades, a sus líderes se les explica en qué consiste el programa y se deja que ellos, en unión con sus familias, decidan si desean participar en el programa.

## 2. Selección del Personal del Programa

La dirección inicial del programa descansa en personal médico el cual se debe encargar de todo el programa en las comunidades. Cada uno de los médicos debe tener a su cargo un máximo de cuatro comunidades u 8,000 habitantes. En cada comunidad, se deben seleccionar dos auxiliares de salud que ejecutarán el programa bajo la dirección de un médico. Los auxiliares de cada comunidad deben ser seleccionados por la comunidad, en votación popular. El personal escogido debe saber: leer y escribir, haber cursado por lo menos los primeros años de primaria, ser jóvenes y solteros (a). Todos los servicios médicos de los auxiliares deben ser remunerados.

## 3. Entrenamiento del Personal Auxiliar

El personal de salud que trabaja en las comunidades es adiestrado por el médico que dirige el programa en su comunidad. El entrenamiento comprende:

a) Diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades:

- 1) Respiratorias
- 2) Digestivas
- 3) Nutricionales
- 4) Dermatológicas
- 5) Embarazo
- 6) Parto
- 7) Lactancia
- 8) Primeros auxilios y traumatismo

Conforme el programa de vigilancia epidemiológica detecte nuevas entidades, se puede ampliar el contenido del aprendizaje en los siguientes aspectos:

- b) Aspectos administrativos
- c) Inmunizaciones
- d) Vigilancia epidemiológica
- e) Prevención de procesos infecciosos comunes

El entrenamiento básico del auxiliar abarca 2 meses de trabajo diario (lunes-viernes), y se realiza de preferencia en su comunidad.

#### 4. Estandarización de la Atención Médica y del Programa de Vigilancia.

Esta etapa del programa tiene dos aspectos: clínicos y epidemiológicos.

Los estándares clínicos se establecen desde el principio, fundamentándose en la experiencia previa del médico con el fin de poder clasificar adecuadamente los procesos diagnósticos y terapéuticos. Los criterios aceptados deben reunirse en guías diagnósticas y terapéuticas y ser transmitidos al personal auxiliar durante la etapa de su adiestramiento. Cada cierto tiempo, auxiliares y médicos deben evaluar la precisión, sensibilidad y especificidad de las guías, para mejorarlas de acuerdo a las necesidades y niveles de competencia alcanzados. Para poder hacer un análisis adecuado, el tiempo entre evaluaciones depende del volumen de casos vistos. Los estándares epidemiológicos se basan en tres actividades:

- a) Recabación de información de signos y/o síntomas, a nivel de la familia y sus individuos (vigilancia epidemiológica).
- b) Análisis de laboratorio sobre microbiología ambiental y factores etiológicos de enfermedades (investigación epidemiológica).

- c) Observación y evaluación del desarrollo natural de la enfermedad.

Para la obtención de la información de signos y/o síntomas, los encargados de comunidad, deben visitar cada uno 50 familias una vez a la semana, interrogando sobre la morbilidad, (expresada como signos-síntomas) de cada individuo de la familia, el día de la visita. Las familias de cada auxiliar, deben ser seguidas por largos períodos.

Junto con la identificación de la morbilidad, se podrá indagar si ésta provoca:

- a) Suspensión de todas las actividades.
- b) Suspensión de las actividades que requieren de mayor inversión de energía.
- c) Cambio en patrones de actividad y dieta.

En los niños, se debe buscar e interrogar sobre el apareamiento y tenencias de signos y/o síntomas relacionados con procesos infecciosos y nutricionales, su incidencia dentro de la comunidad. En adultos, se suman a lo anterior los dolores que imposibilitan el desarrollo de sus actividades frecuentes. El resto de signos y síntomas inicialmente deben unirse en un solo rubro, bajo el concepto de otros, excepto traumatismo y heridas, que se clasifican como una entidad aparte.

El laboratorio debe ser utilizado como auxiliar para poder identificar microorganismos, en el caso de que se trate de procesos infecciosos o parasitarios y para establecer la severidad del daño bioquímico, en el caso nutricional.

El auxiliar debe ser entrenado para recolectar las muestras biológicas y manejarlas (si es posible contar con laboratorio de campo).

La evaluación del desarrollo natural de la enfermedad resulta de importancia didáctica, así como también-clínica, para establecer sistemas que permitan seguir - la evolución y recuperación de los procesos mórbidos - más frecuentes y de mayor complicación y severidad. Para ello, debe establecerse seguimiento de aquellos ca - sos, que se hayan iniciado en un período de 24 horas - previo a la visita domiciliar del auxiliar a los hoga - res. A partir de ese momento, el caso debe seguirse has - ta su recuperación total y su alta. Es importante ano - tar los resultados del examen clínico practicado cada 3 días al paciente.

Este examen debe llevar:

- a) Un orden secuencial de aparecimiento de signos - y/o síntomas.
- b) Su duración.
- c) Los cambios en el peso del individuo, a lo largo de su vigilancia.
- d) Los cambios y aceptación de los tratamientos.
- e) Los hábitos y conductas que entran en juego en - el manejo de los tratamientos de las enfermeda - des.

## 5. Evaluación de Actividades

Cada una de las actividades del personal, debe ser - evaluada en los siguientes aspectos:

### 5.1 Cumplimiento y constancia

Se debe poner especial cuidado en evaluar sema - nalmente si el auxiliar de salud:

- a) Es constante en la forma en que obtiene la infor - mación.

- b) Cumple siempre con lo programado tanto en fecha como en lugares y personas.
- c) Usa la misma metodología.

Con ello se podrá asegurar la calidad sistematizada del dato, que se manejará posteriormente en los análisis.

El programa de vigilancia epidemiológica de signos y/o síntomas dada su frecuencia, debe permitir que las ondas epidémicas de incidencia y prevalencia sean detectadas y reportadas rápidamente por los auxiliares. Esa información debe ser analizada por el médico y el auxiliar de comunidad, en una forma descriptiva.

Para ayudar en la investigación epidemiológica, se debe contar con un laboratorio mínimo de microbiología ambiental y de identificación de microorganismos, a nivel de especies (bacterias, virus, protozoos y helmintos) en muestras biológicas humanas y en elementos naturales (agua, aire, tierra, utensilios domésticos, etc.). Deben establecerse las rutinas para la actividad del laboratorio de epidemiología. Este laboratorio podrá apoyar el trabajo de varios casas de salud.

## 5.2. Precisión

La evaluación de precisión de la actividad se refiere a que si la persona que realiza la actividad lo hace siempre de la misma forma metodológica, refiriéndose siempre a lo mismo cuando la describe, anota y/o lee. Ello permite disminuir o establecer el error de interpretación que tienen los diferentes auxiliares de salud que trabajan en el programa haciendo la misma actividad, o corregir errores

de actividades cuantitativas utilizando factores de corrección individuales, para evitar en cuanto sea posible sub o sobre-estimaciones.

### 5.3. Exactitud

La evaluación del componente de exactitud permite establecer el cuidado que la persona pone en la actividad que realiza y su capacidad para lograr hacer reproducible lo que hace.

Junto con la precisión, permite conformar una cantidad de datos cuantitativos de buena calidad.- Con la precisión se sabrá si el personal de salud, "lee" y "trabaja" en el rango real esperado.

### 5.4. Confiabilidad

Tanto para evaluar la precisión como la exactitud se hace necesario saber también algo sobre lo que se mide. En el caso de información aportada por sujetos, es necesario saber cuán confiable es lo que nos dicen. Para ello es conveniente hacer cada cierto tiempo estudios de prueba y reprobación sobre la misma información. Cuando lo que se mide es un material, la repetición de la medición para obtener la reproducibilidad de la lectura es lo que procede, y se puede llevar a cabo haciendo que el sujeto repita la prueba (intra-individual) o comparando la lectura entre dos sujetos (inter-individual), uno de los cuales se toma como patrón.- Pruebas de confiabilidad inter o intra-individuales deben hacerse para valorar la precisión exacta.

### 5.5. Sensitividad y especificidad

La sensitividad y especificidad se deben medir usando la metodología tradicional para eso. La forma de establecer tiempo y espacio para la evalua -

ción debe ser longitudinal, con cortes transversales que le den suficiente valor estadístico al análisis posterior de los datos.

## B. ETAPA II

### Consolidación de la Atención y la Vigilancia Epidemiológica.

El objeto de esta etapa es el de consolidar las metas propuestas y de crear un sistema de retroalimentación que permita mantener o modificar cuando sea necesario las normas de detección y curación de las principales enfermedades de la comunidad, así como alertar al personal de salud cuando se detecten brotes que puedan desarrollar picos epidémicos. El sistema de vigilancia permite evaluar cuáles van siendo las metas logradas e ir ajustando las medidas curativas, preventivas y recuperativas, de acuerdo a una realidad de procesos mórbidos existentes en la comunidad.

## C. ETAPA III

### Establecimiento de Medidas Preventivas

Una vez consolidada la atención médica y la vigilancia epidemiológica, debe desarrollarse un proceso operacional de la información que permita:

- a) Identificar y cuantificar los problemas de salud más frecuentes.
- b) Señalar a los sujetos más vulnerables a padecerlos.
- c) Predecir los períodos en que se podrán presentar de acuerdo a las experiencias locales.

Terminado el desarrollo del manejo de la información, el siguiente paso de la prevención, consiste en determinar los factores atribuibles al problema y discutirlos con el personal de salud y la comunidad:

- a) El orden de su importancia.
- b) La forma de atacarlos y/o controlarlos.
- c) La forma de prevenir a los grupos susceptibles.

#### D. ETAPA IV

##### Evaluación del Impacto del Programa

Básicamente la disminución de incidencia de los procesos mórbidos debe ser el patrón base para hablar de beneficios; sin embargo, la contribución de cada una de las actividades del paquete de atención puede ser evaluada si se tiene control de las actividades que realiza el personal y la calidad de las mismas. El impacto del beneficio en la salud debe medirse también a través de "efectos" esperados en otras áreas: crecimiento del niño, reproducción y lactancia con disminución de daño biológico en la madre, mejoramiento de actividad física del individuo y por tanto de su rendimiento y productividad y de otras variables que se juzguen pertinentes.

Todas las etapas descritas llevan un orden secuencial que utiliza la información de la etapa que la precede.

Un sistema como el propuesto se estima que necesita de tres años para que funcione con todos sus componentes. Este tiempo varía dependiendo de la infraestructura física y humana con que se cuenta cuando se principia el programa.

#### IV. PLAN DE EJECUCION Y USO DE GUIAS DIAGNOSTICAS

##### Y DE TRATAMIENTO

El plan de ejecución del programa de atención primaria descansa fundamentalmente en cuatro actividades que debe llenar el personal auxiliar y médico:

- a) Identificación adecuada de un problema.  
(Evaluación del caso)
- b) Documentación y clasificación adecuada de un problema.  
(Diagnóstico)
- c) Manejo del problema.  
(Tratamiento)
- d) Resolución final del problema.  
(Evolución)

Los cuatro aspectos mencionados constituyen la base del entrenamiento inicial en atención primaria del personal de salud. El nivel de dificultad de la enseñanza varía de acuerdo al nivel profesional que se desee. El médico salubrista, por ejemplo, es una persona entrenada de una forma en que asocia elementos proporcionados por el paciente (síntomas) con hallazgos futuros de su exploración al paciente (signos). Su tipo y grado de asociación están en relación a sus experiencias previas, por lo que puede manifestar una inconsistencia y cierta falta de sistematización en su acto de asociación. El médico salubrista necesita ser convencido de que el ejercicio médico requiere de experiencias sistematizadas, para poder evolucionar; experiencias que deben fundamentarse en el riguroso registro y manejo de casos. El auxiliar de salud es una persona a la que se le entrena en asociar información (síntomas) con hallazgos (signos) que le darán la base, para mane -

jar un problema, pero, carece del potencial de interrogar - (más allá de...). Puede estructurar mejor los casos, pero no siempre manejarlos mejor, por lo que puede pasar por alto - problemas que no está entrenado para manejar o permitir que - los que ya maneja, se agraven más.

Por lo tanto, el ejercicio de la atención médica prima - ria requiere de una observación continua de resultados (evo - lución de los casos), al menos en términos tales que permita conocer si el paciente sanó o mejoró después de un período - aceptable de tiempo. Dentro de los programas de salud públi - ca, la atención médica primaria se brinda muchas veces como - una caridad y no se evalúa el resultado de su aplicación. El interés en la evolución del paciente debe exigirse al perso - nal de salud, con miras a lograr su interés en lo que se ha - ce y a que evalúe sus acciones y las modifique, de acuerdo a los resultados que obtiene. Lo anterior requiere que al perso - nal involucrado en salud:

a) Se le dé una técnica.

"Uso de formas sistematizadas para manejar las en - fermedades más comunes de la comunidad",

b) Se le transmita una idea.

"Curar no es únicamente dar un tratamiento para un mal, sino conocer cómo se desarrolla y cómo se de - be combatir de forma mejor, a manera de que dañe - menos a las personas y no represente mayores gas - tos".

c) Se le forme una personalidad.

"El personal de los programas de salud, es un per - sonal que no solamente brinda una atención, sino - que debe buscar y tratar de explicarse todos los - factores que inciden para que una persona se enfer - me y proponer las alternativas mejores, para solu - cionar los problemas de salud que aquejan a su co - munidad".

El plan de ejecución del programa de vigilancia epidemiológica que tiene el personal de salud, debe buscar el conocer cuáles son los principales padecimientos que aquejan a la población bajo su cargo.

El programa de atención primaria es un programa de "servicio", mientras que el de vigilancia es de "conocimiento". Tratar de conocer las enfermedades de una población en función de la demanda es omitir algunas, subestimar otras y sobreestimar las que se solicitan con mayor frecuencia en los servicios. El programa de vigilancia epidemiológica viene a ser el complemento que se requiere para poder precisar los padecimientos que necesitan de la atención y solución por parte del equipo de salud. Es definir los gustos y preferencias que los padecimientos tienen, entre población, lugares y épocas y es tratar de buscar la factibilidad de controlar y atacar causas, antes de que éstas ataquen al individuo. Si bien un programa de vigilancia es una fuente de información, transformar ésta únicamente en material estadístico, es limitar su posibilidad como fuente de toma de medidas. Por otro lado, la vigilancia es el componente que permite ubicar el nivel de servicio a que se está llegando con este programa de atención; coberturas, beneficios, calidad de atención, requieren para medirse del universo en que se mueven los padecimientos que se atienden. Atención y vigilancia son los padres de las acciones de salud,

A continuación, se describirán las técnicas y los instrumentos que se proponen para el manejo de la atención primaria de salud.

## A. ENTRENAMIENTO AL PERSONAL

### 1. Entrenamiento inicial

Los médicos generales que laboran en el programa, reciben una primera fase de adiestramiento clínico, por un período de un mes.

En este período, se cubren los siguientes temas:

- a) Se hace la presentación de los componentes del programa de salud (serán descritos más adelante), mediante exposiciones magisteriales y con participación abierta a dudas y comentarios. Esta presentación se realiza en el curso de una semana.
- b) Una vez presentada la metodología de trabajo, los médicos se incorporan a las actividades de asistencia a pacientes, acompañados por el médico supervisor. Durante esta fase, se le enseña al médico a llenar la documentación respectiva y se seleccionan casos clínicos típicos (manejados por él) y atípicos, para su discusión y ubicación dentro de los documentos que maneja. La duración promedio de esta etapa es de dos semanas.
- c) Durante la cuarta semana, al médico se le capacita en las técnicas de adiestramiento y evaluación a personal auxiliar y el manejo y evaluación de la vigilancia epidemiológica. Se discuten los datos acumulados en algunas semanas previas y que fueron manejados por él. Se simulan modelos, si no se cuenta con la cantidad suficiente de casos y se le enseña a interpretar resultados.
- d) Durante el segundo mes de montaje del programa, el médico establece contactos con su personal auxiliar. Un médico puede manejar cuatro comunidades de no más de 2000 habitantes cada una, siempre que éstas no estén más alejadas de un radio de 20 kilómetros de la sede del médico. Se recomienda por razones de trabajo, que la sede de los médicos pueda hospedar a dos de ellos, los

cuales podrán intercambiar constantemente sus experiencias y compartir responsabilidades en una área de 15,000 habitantes aproximadamente.

El personal paramédico de las unidades de salud recibe su entranamiento a nivel de la comunidad a partir del tercer mes del estudio y durante dos meses son adiestrados en el manejo de casos clínicos y su documentación, así como en la vigilancia epidemiológica; se les estandariza en el manejo de las hojas de registro médico, de acuerdo a los protocolos de su llenado y se les enseña el manejo de las entrevistas y la exploración física de pacientes, así como el manejo de los medicamentos.

Durante el período inicial de su entrenamiento, el auxiliar debe estar en contacto con personas que realizan su mismo trabajo y con ellos entrenarse una y otra vez en el manejo del paciente, bajo la supervisión del médico.

A nivel de comunidad, el médico debe ser el mejor medio de propaganda, para el auxiliar. La comunidad debe saber que el auxiliar es el compañero del médico y que en un futuro cercano, será el encargado de velar por la atención de los pacientes de la comunidad. La comunidad debe participar en el entrenamiento del auxiliar, al igual que lo hace el paciente hospitalizado en la del médico. El médico debe recordar que el reconocimiento de un buen trabajo del auxiliar ante el paciente permite que el paciente adquiera mayor confianza en el auxiliar y la divulgará.

- e) Al finalizar los dos meses de entrenamiento, el auxiliar está en posibilidad de principiar a atender la consulta médica de su comunidad y el médi-

co debe ir cediéndole su lugar en esta actividad e incrementando y sistematizando su actividad de supervisión; de tal suerte que eventualmente el médico podrá dedicar un día a cada comunidad y finalmente un quinto día de la semana a comentar y a revisar el trabajo de la semana, con todo el equipo de salud.

- f) La consolidación del programa de atención y de vigilancia a un nivel óptimo de entrenamiento, requiere de más o menos 6 meses.

A partir de esa fecha, se pasa a la fase de:

## 2. Entrenamiento Continuo

Esta fase tiene como objetivo el mantener la calidad del programa de atención y vigilancia a un nivel alto y constante. Los requerimientos y tópicos de entrenamiento varían de acuerdo a las necesidades y habilidades del personal; sin embargo, debe mantenerse en forma sistemática el control sobre las formas de recolectar, interpretar y anotar las acciones que se tomen; sobre el uso de criterios y conceptos adoptados y sobre la necesidad de ampliar los ya existentes en base al análisis de la información local.

Una vez a la semana, se debe reunir todo el personal que labora en el programa de salud, en una sesión de supervisión, evaluación y adiestramiento. En dicha reunión, se revisa el trabajo desarrollado en la semana, reportado en una hoja de actividad semanal (descrita más adelante). Se revisan así mismo, todos los expedientes de los pacientes que han acudido a consulta por enfermedades infecciosas de vías respiratorias superiores, inferiores, vías digestivas (diarrea, parasitosis), traumatismo y problemas nutricionales. Durante la revisión-

de los casos clínicos, se compara la homogeneidad en el llenado de toda la información y se hacen comentarios respecto al diagnóstico y manejo de los casos, con énfasis especial en los aspectos fisopatológicos y epidemiológicos, que determinan dichos procesos.

En base a los resultados de manejo de casos, se programan actividades de docencia teórica-práctica y se van incrementando las responsabilidades del personal auxiliar, en el manejo del programa.

Después de un año de trabajo y cuando exista ya suficiente información, el auxiliar debe ser adiestrado, en técnicas epidemiológicas y de docencia, mediante las cuales deberá manejar sus problemas de salud y las acciones futuras preventivas, a nivel de comunidad.

## B. FORMAS DE RECABAR INFORMACION

Todas las actividades que se desarrollan en el Programa de Salud requieren de un informe adecuado. Para esto, se cuenta con las siguientes formas:

### 1. Hoja de Actividad Semanal u Hoja Semanal de Control de Pacientes.

La hoja de actividad semanal (ver anexo 1) constituye la forma de registrar la información respecto a las actividades que el médico o el auxiliar de salud desarrolla.

#### a) Objetivos:

- 1) Obtener información respecto al número de pacientes vistos en consulta.
- 2) Obtener información respecto al tipo y número de padecimientos vistos en consulta.
- 3) Obtener información respecto a la recurrencia-

- de un padecimiento dado en un mismo paciente.
- 4) Obtener información respecto a las comunidades de procedencia de los pacientes.
  - 5) Con objeto de lograr una adecuada supervisión del trabajo desarrollado por los auxiliares de salud en la comunidad, identificar los pacientes vistos y las actividades desarrolladas.

b) Forma de registrar la información:

Se detalla a continuación la manera de llenar cada uno de los incisos contemplados en la Hoja Semanal:

- UNIDAD:** Se pondrá el nombre del lugar en donde se está dando la consulta, se anotará el nombre de la comunidad correspondiente.
- FECHA:** Se anotará la fecha del primer lunes de cada semana y la del domingo siguiente, seguido del nombre del mes en cuestión.
- SEMANA N°:** Se anotará el número de la semana que corresponda en el calendario a la fecha anotada anteriormente (semanas 1 a 53).
- N° (Número):** Identifica el orden progresivo de los pacientes vistos.
- FICHA CLINICA:** Se refiere al número del expediente que tiene o que le corresponderá al paciente que se está examinando.
- APELLIDO, NOMBRE:** Se anotará en el espacio correspondiente el apellido paterno, el materno y el nombre usual del paciente. Cuando aparezca un solo apellido, deberá anotarse en la

- columna correspondiente, según que corresponda al paterno o materno.
- EDAD:** Se pondrá con números los años cumplidos, seguido de la abreviatura "a", y luego en el caso de niños menores de cinco años, - los meses con números, seguido de la abreviatura "m".
- SEXO:** Se abreviará: 1 = masculino, si es hombre.  
2 = femenino, si es mujer.
- PROCEDENCIA:** Se anotará el nombre de la población en donde reside el paciente.
- DIAGNOSTICO:** Deben aparecer todos los diagnósticos establecidos, escritos correctamente y sin abreviaturas. En caso requerido, emplear más de un renglón.
- OBSERVACIONES:** Se anotará cualquier observación procedente, como: conducta seguida con el paciente (se hospitalizó, se refirió a otro centro, etc.); si la consulta correspondió a visita domiciliaria; o cualquier otro dato que el médico o auxiliar consideren procedentes.

## 2. Expediente Clínico

El programa de salud ha adoptado el expediente clínico organizado por problemas (E.C.O.P., ver anexo 2), - el cual consta de las siguientes secciones:

### 2.1. Hoja frontal

Constituye la primera hoja que forma parte del expediente clínico.

a) **Objetivos:**

- 1) Reúne toda la información requerida para la identificación geográfica y demográfica del paciente, y del expediente en el archivo clínico.
- 2) Permite conocer a la persona que consulta el expediente, el historial de los problemas que ha presentado el paciente; cuáles problemas permanecen activos (sin resolver) en consultas posteriores; cuáles se han inactivado (resuelto), en qué forma, y qué duración tuvieron.

b) Forma de registrar la información:

**NOMBRE:** Se anotará el apellido paterno del paciente, apellido materno y el nombre usual.

**EDAD:** Se anotará la edad en años cumplidos del paciente. En el caso de menores de 5 años, se anotará la edad en años (a) y meses (m) cumplidos.

**SEXO:** El sexo del paciente se identificará con el 1 = masculino ó 2 = femenino, según sea hombre o mujer, respectivamente.

**LOCALIDAD:** Se refiere a la comunidad en donde radica el paciente.

**MUNICIPIO:** Se refiere al municipio en el cual está ubicada la localidad.

**ESTADO:** Se refiere al estado en que se localizan el municipio y la localidad.

**UNIDAD:** Se refiere a la unidad en donde se imparte la consulta.

NUMERO INDIVIDUO: Se refiere al número que le corresponde a cada individuo según el censo de población realizado.

NUMERO DE EXPEDIENTE: Se refiere al registro del archivo clínico que tiene o que le corresponderá al expediente, preferible darlo en relación al N° de individuo.

IDENTIFICACION EXPEDIENTE: Se refiere a la clave del expediente en el archivo clínico, la cual consta de tres grupos de cifras; la primera corresponde al estado, la segunda, al municipio; y la tercera, a la localidad. Estas claves deberán estar previamente establecidas.

FECHA: Se anota la fecha en que se abre el expediente. Deberá especificarse, en el siguiente orden: día, mes y año, correspondiendo 2 cifras con números arábigos a cada inciso.

TIPO DE DIAGNOSTICADOR: Hace referencia al tipo de personal que efectúa el diagnóstico, así como el sitio en donde éste lo realiza.

CLAVE: Los códigos utilizados para este fin son los siguientes:  
1 = Médico en casa de salud.  
2 = Responsable comunitaria de salud rural en casa de salud.  
3 = Médico en unidad médica de atención.

N°. DE PROBLEMA: Se refiere a la numeración progresiva de los problemas que presenta el paciente, consignados según el orden en que fueron-

identificados en la consulta (no en orden cronológico de aparición). Cuando se presenten varios problemas en una misma consulta, se consignarán dando prioridades según la gravedad del problema. El número que se le dé a cada problema será fijo y permanente para dicho problema.

**PROBLEMA ACTIVO:** Se refiere al problema identificado por el médico o el auxiliar en la consulta. Es requisito que el enunciado del problema sea el mismo cada vez que uno se refiere a dicho problema en las hojas de evolución. También es requisito que el problema sea objetivo; no pueden enunciarse como problemas las probabilidades o las elucubraciones diagnósticas. Así pues, el problema, según el grado de certeza clínica que tenga, puede corresponder con un diagnóstico-sintomático (ejemplo: cefalea), signológico (ejemplo: hepatomegalia), sindromático (ejemplo: diarrea), nosológico (ejemplo: anemia aplástica) o etiológico (ejemplo: meningitis por Haemophilus influenzae).

**CLAVE:** Se refiere al número de clave que le corresponde al problema, según la lista de Signos y Síntomas (ver anexo 18); esto con fines de análisis.

**FECHA DE IDENTIFICACION:** Se anotará la fecha en que por primera vez fue identificado clínicamente el problema (no la fecha de aparición de dicho problema).

**FORMA DE  
INACTIVACION:**

Se anotará la forma en que se inactivó el problema, lo que puede lograrse por tratamiento etiológico (ejemplo: penicilino-terapia), tratamiento sintomático (ejemplo: administración de antihistamínico), o bien ya sea por evolución natural de la enfermedad (ejemplo: un embarazo, resuelto por parto eutócico), o por la mejor identificación de un problema (ejemplo: un problema identificado como dolor abdominal y fiebre, por medio de exploración radiológica, pasa a una colelitiasis); en este caso, se anotará el procedimiento empleado, y el nuevo problema al que hay que referirse (ejemplo: Problema 1: Dolor abdominal y fiebre, por rayos X, - pasa a problema 2. Problema 2: Colelitiasis).

**CLAVE:**

Se refiere a la clave correspondiente con la forma en que se inactivó el problema de acuerdo con la siguiente lista:

A = Evolución natural

B = Por estudios de laboratorio o gabinete

C = Tratamiento sintomático

D = Tratamiento específico

E = Parto eutócico

F = Parto distócico

G = Estado fisiológico

H = Transferencia a otro nivel

I = Fallecimiento

FECHA DE INACTIVACION: Se anotará la fecha en que clínicamente se inactivó el problema.

#### Formato

Un formato de la hoja frontal se encuentra en la sección de anexos correspondiente.

### 2.2. Hoja de evolución

#### a) Objetivos:

- 1) Consignar en el expediente clínico la evolución de cada uno de los problemas que presenta el paciente, según el sistema S.O.A.P. (ver descripción más adelante).
- 2) Consignar en el expediente las órdenes médicas que se dan al paciente (en la consulta externa) o a la enfermera (en hospitalización).
- 3) Integrar un documento que permita el análisis, evolución, conclusiones respecto a la evolución del paciente, así como su manejo y tratamiento, con fines tanto de asistencia como de enseñanza e investigación.

#### b) Forma de registrar la información:

El encabezado de la hoja se llena en la misma forma que los apartados correspondientes en la Hoja Frontal. Los siguientes incisos se detallan a continuación:

HOJA N°.: Se anotará el orden numérico progresivo de las hojas que forman parte del expediente.

FECHA Y HORA: Cada vez que se consigne una nota en el expediente, se iniciará anotando la fecha y la hora de la nota, con el siguiente criterio:

Fecha: Se utilizarán 6 números arábigos, correspondiendo los dos primeros al día (01 - al 31), los segundos al mes (01 al 12) y los últimos al año (las dos últimas cifras del año en cuestión).

Hora: Abajo de la fecha, se anotará la hora con minutos.

Hora: De 00 a 24.

Minutos: De 01 a 59.

S.O.A.P.:

Estas siglas corresponden, respectivamente, a: Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan. A continuación se detalla el criterio aplicable.

En esta columna, al iniciarse cada nota en el expediente clínico, se anotará en primer término el número del problema al que se refiere la nota.

Este número se toma de la Hoja Frontal.

A continuación, se anotará la inicial "S", cuando en la nota clínica se vaya a hacer referencia a los síntomas que refiere el paciente o la persona interrogada. Ejemplo (la madre, en el caso de niños).

Se anotará "O", correspondiente a la descripción en la nota de los hallazgos de exploración, ya sean signos clínicos o datos de laboratorio y/o gabinete.

La inicial "A" se anotará para hacer referencia al análisis que desarrolla la persona que elabora la nota, respecto a los datos recogidos en "S" y "O". El análisis se refiere al proceso de estudio del padecimiento, incluyendo los diagnósticos diferentes

ciales, o las diferentes probabilidades diagnósticas.

A continuación se anotará "P", o sea, el plan de manejo que se piensa seguir, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y las indicaciones de tipo educacional que requiera el paciente. En el caso de indicarse tratamiento con líquidos, electrolitos o medicamentos, se precisa especificar la dosificación por kilogramo y por día (kg/día), o bien por metro cuadrado de superficie corporal y por día ( $M^2/día$ ).

#### EVOLUCION:

En los renglones correspondientes a este inciso se harán las anotaciones clínicas respectivas a los capítulos detallados anteriormente (S.O.A.P.).

La nota inicia enunciando el problema al que se hace referencia, escrito frente al número correspondiente del problema.

Al finalizar la nota, deberá anotarse el nombre del o de los médicos y/o auxiliares que intervinieron en la consulta.

#### ORDENES MEDICAS:

Frente a la fecha y hora a la cual corresponde, se anotarán las órdenes médicas correspondientes al plan de manejo, enumeradas en orden progresivo.

Al finalizar las órdenes médicas, la persona responsable las rubricará con su firma.

#### Formato

En la sección correspondiente se adjunta un formato de la Hoja de Evolución.

### 3. Guías Para el Manejo de Pacientes

Estas guías pueden o no formar parte del expediente clínico, dependiendo de si el padecimiento corresponde a alguna de las enfermedades contempladas en la guía o no. Estas guías se presentarán de manera detallada más adelante.

### 4. Hoja de Morbilidad

Esta hoja, que es otra modalidad para recolectar información, forma parte del programa de vigilancia epidemiológica aplicado en la región. Una descripción amplia se hará páginas adelante.

## C. GUÍAS PARA EL MANEJO DE PACIENTES

### 1. Descripción:

Las guías para el manejo de pacientes se refieren a diagramas de flujo que, partiendo de un síntoma motivo de consulta, llevan en una secuencia ordenada al establecimiento de un diagnóstico signológico, planteando el tratamiento adecuado para cada entidad.

Las guías constan de dos partes: la primera es un diagrama de flujo para establecer el diagnóstico, que puede alcanzar, en orden progresivo, alguno de los siguientes niveles: sintomático, signológico, sindromático, nosológico, o etiológico. La segunda parte de las guías corresponde a normas de tratamiento que especifican el manejo debido para el diagnóstico propuesto. En estas normas se detalla la maniobra y el medicamento que debe prescribirse. En los esquemas de tratamiento que manejan los auxiliares de salud se especifican nombres comerciales de los medicamentos, en base a que ellos sólo tienen acceso a un botiquín de comunidad. Los medicamentos con que está surtido dicho botiquín

son seleccionados en base a contener el principio farmacológico deseado, en la dosis apropiada, y en forma única o en una asociación deseable. También se especifica la dosis apropiada y el tiempo durante el cual deberá recetarse el medicamento.

## 2. Objetivos Generales

El uso de una guía para el diagnóstico y el manejo de pacientes con las afecciones más comúnmente vistas en la consulta externa persigue varios objetivos, a saber:

- a) Permite al clínico o paraclínico tratante, el desarrollo de esquemas mentales ordenados que le lleven, a través de la recopilación sistemática y rutinaria de signos y síntomas clínicos, a establecer con un grado razonable de certeza la etiología probable (o más frecuente) de los padecimientos estudiados.
- b) Permite, con fines tanto de enseñanza como de investigación y de asistencia, el desarrollo de protocolos de manejo uniforme, ante padecimientos similares. Esta uniformidad es básica si se quiere recopilar información que sea comparable. También resulta útil en tanto que permite plantear manejos acordes con el diagnóstico, sujetándose el tratante a un procedimiento sistemático para llegar a dicho diagnóstico.
- c) A nivel de institución, y nuevamente persiguiendo motivos tanto de enseñanza como de asistencia e investigación, permite la creación de una política de acción claramente identificable e incluso reproducible.
- d) En lo referente a las guías diseñadas para manejo por paraclínicos, el ceñirse a las normas estable

cidas permite establecer el nivel de competencia adecuado para dichos trabajadores, especificándole claramente el momento en que debe intervenir el médico para la evaluación y/o manejo del paciente.

- e) Como una consecuencia derivada de todo lo anterior, el manejo adecuado de las guías propuestas redundará en una mejor atención hacia el paciente.

### 3. Empleo de Guías Diagnósticas

Las guías para el manejo de pacientes con una entidad nosológica establecida constan de un diagrama que, partiendo de un síntoma motivo de la consulta, permite al clínico o paraclínico tratante llegar a establecer el grado de compromiso fisiológico que sufre el paciente.

Antes de iniciarse el llenado del diagrama de flujo es necesario recalcar algunos datos de interrogatorio que se anotan en los espacios previstos, y que se refieren a:

- a) Días de evolución: Se anotarán los días de evolución del padecimiento según los refiere el paciente.
- b) Síntomas acompañantes: Se anotarán otros síntomas que el paciente refiera además del síntoma motivo de consulta.
- c) Padecimientos asociados: En caso de que el paciente se presente con dos padecimientos (ejemplo: diarrea y catarro), se anotarán en el espacio correspondiente al padecimiento asociado.

Una vez que se ha completado esto, se inicia la secuencia del diagrama de flujo.

Para esto, es menester seguir la secuencia en el orden indicado por las flechas, según el siguiente procedimiento:

- a) En cada uno de los recuadros investigados deberá-ponerse una indicación (✓) para hacer notar que se buscó el dato especificado.
- b) Cada cuadro plantea una pregunta, que puede responder la investigación del síntoma o signo ahí especificado; la respuesta puede ser positiva (SI) o negativa (NO), según que el dato buscado exista o no.
- c) Al decidir la respuesta, ésta deberá encircularse (O), en tanto que la respuesta descartada se cruzará con una (X).
- d) El camino tomado puede conducir a una nueva pregunta, o bien a la selección de un tratamiento. En el primer caso, se seguirá nuevamente el procedimiento descrito en el punto 2. En el caso de decidir por un tratamiento, el recuadro correspondiente se marcará con una señal (✓), y se indicará el tratamiento según el esquema (guía) al que corresponda.
- e) Cualquiera que sea el tratamiento administrado, deberá citarse al paciente al cabo de 3 días, para buscar la mejoría (no la curación) del cuadro en cuestión. Si el paciente no acude a la consulta, el personal paraclínico realizará una visita domiciliaria para ver si ha habido mejoría del cuadro.  
De existir ésta se encirculará la respuesta afirmativa a la pregunta de si mejoró, y se indicará al paciente que continúe su tratamiento hasta su-

alta. En el recuadro final, marcado como "alta", se anotará la fecha en que se dé alta al paciente por curación de su padecimiento. De no existir mejoría, deberá encircularse la respuesta "NO", y se señalará en el cuadro correspondiente a "revalorar el caso" la razón por la cual no hubo mejoría. En caso de ser una razón distinta a las enunciadas, ésta se anotará a continuación del cuadro. En todo caso la revaloración clínica permitirá plantear el manejo requerido.

- f) En el caso de las guías para manejo por personal paraclínico, existe como alternativa de manejo, la referencia a la unidad médica superior, cuando la evaluación del caso escape a las habilidades de diagnóstico y manejo del personal auxiliar.

#### 4. Empleo de las Guías de Tratamiento

Cada uno de los padecimientos contemplados lleva un esquema o guía para el tratamiento. Los diversos componentes del tratamiento llevan una numeración progresiva (tratamiento 1,2,3, etc.), que se correlaciona con el cuadro correspondiente de la guía de manejo. Ya que la numeración es progresiva, el tratamiento también lo es, en forma acumulativa; esto quiere decir que al seleccionar el tratamiento 3, deberá indicarse también lo anotado como tratamiento 1 y 2.

*NOTA: En la siguiente sección se hará la descripción detallada de cada una de las guías de diagnóstico y tratamiento.*

## 5. Presentación de las Guías Para el Manejo y Tratamiento - de Pacientes por Médicos.

### 5.1. Catarro común

#### a) Guía de manejo

##### Objetivos:

Además de los objetivos generales, ya expuestos, la guía para el manejo de pacientes con catarro común persigue los siguientes particulares:

- 1) Establecer el grado de compromiso de las funciones fisiológicas afectadas del tracto respiratorio superior por el proceso morboso en cuestión.
- 2) Partiendo de lo anterior, plantear el manejo-sintomático más adecuado.
- 3) Poder establecer una vigilancia epidemiológica adecuada en el caso de recaída del padecimiento debida a contagio.
- 4) Identificar la presencia de complicaciones agregadas, para actuar conforme corresponda.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

#### b) Guía de tratamiento

##### Objetivos:

Sabiendo que la gran mayoría de los procesos infecciosos de vías respiratorias altas tienen etiología viral, las diversas etapas del tratamiento propuesto para el catarro común persiguen los siguientes objetivos:

- 1) Ofrecer un manejo sintomático adecuado, de acuerdo con el grado de compromiso fisiológico establecido en la guía de manejo.

- 2) Restringir el uso de medicamentos (antihistamínicos, antipiréticos) a los casos en que exista una clara indicación para su uso. Tales es el caso de una obstrucción al drenaje sinusal, para justificar el empleo de antihistamínicos, o la hipertermia superior a 39°C para justificar el uso de antipiréticos.

Formatos (ver anexo 3)

En la sección correspondiente se anexa un formato tanto de la guía para el diagnóstico como del esquema para el tratamiento de los pacientes con catarro común.

## 5.2. Faringoamigdalitis

### a) Guía de manejo

Ojetivos:

- 1) Diferenciar, sobre una base clínica razonable, las infecciones bacterianas de otras causas - de irritación faringoamigdalina, ya sea infecciones virales o simple irritación por factores físicos del ambiente.
- 2) Evitar el uso indiscriminado e irracional de antibioticoterapia para este tipo de padecimiento, restringiendo el antibiótico a los casos en que exista una fuerte sospecha clínica de infección bacteriana.
- 3) El seguimiento del paciente a las 72 horas de haber iniciado el tratamiento permite identificar a aquéllos que no han respondido en forma satisfactoria, para buscar la causa por la que no hubo la respuesta esperada.

- 4) En el caso de que la causa de recaída se deba a un nuevo contagio, el hecho reviste interés epidemiológico, en tanto que orienta la búsqueda de dicho contagio.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

b) Guía de tratamiento

Objetivos:

Logrando diferenciar, sobre un criterio clínico orientado, las infecciones virales de las bacterias, se busca:

- 1) En el caso de infección viral, ofrecer un manejo sintomático razonado y acorde con los hallazgos clínicos.
- 2) En los casos en que se decide utilizar antibioterapia, prescribir ésta de acuerdo a esquemas que la práctica ha consagrado como útiles en la mayoría de los casos, en que usualmente se encuentra como germen responsable al estreptococo beta-hemolítico.
- 3) Conociendo la gran susceptibilidad del estreptococo a la penicilina, prescribir ésta de acuerdo a un protocolo estandarizado y acorde con la edad del paciente.

Formatos (ver anexo 4)

En la sección correspondiente, se anexa un formato tanto de la guía para el diagnóstico como del esquema para el tratamiento de pacientes con faringoamigdalitis.

### 5.3. Infección respiratoria baja

#### a) Guía de manejo.

##### Aclaraciones:

La secuencia en el diagrama de flujo para el diagnóstico de la patología de las vías aéreas inferiores se basa en la frecuencia de presentación de dichos cuadros a saber: procesos infecciosos, procesos alérgicos, accidentes.

##### Objetivos:

- 1) Identificar desde la consulta externa, en forma precoz, a aquel paciente con problema ventilatorio severo (que ponga en peligro la vida), con el fin de hospitalizarlo a la brevedad posible.
- 2) Diferenciar a la exploración física la patología de vías aéreas superiores de la de vías aéreas inferiores.
- 3) Considerando una alteración fisio-patológica, se plantean varios diagnósticos diferenciales posibles, debiendo elegirse el de mayor probabilidad, sobre una base clínica y radiológica.
- 4) Habiéndose decidido sobre un síndrome respiratorio dado se plantea la posibilidad de manejo al paciente como ambulatorio o como hospitalario, en base al compromiso respiratorio que presente.
- 5) Cualquiera que sea el manejo que se decida dar, se requiere la vigilancia del paciente para valorar su mejoría. De no existir ésta en un lapso razonable, deberá revalorarse el caso.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

b) Guía de tratamiento

Objetivos:

- 1) Establecer el nivel de manejo adecuado al caso, esto es, decidir si el paciente puede ser tratado en forma ambulatoria o requiere de hospitalización para su control.
- 2) De acuerdo con el nivel de manejo elegido (ambulatorio, hospitalario), dar la terapéutica indicada.

Formatos (ver anexo 5)

En la sección correspondiente, se anexa un formato tanto de la guía para el diagnóstico de pacientes con infección respiratoria baja como de los esquemas de tratamiento propuestos.

5.4. Diarrea aguda

a) Guía de manejo

Objetivos:

El diagrama de flujo de esta guía tiene dos secciones, cada una de las cuales abarca diferentes objetivos:

- 1) La parte derecha del diagrama parte de la pregunta "¿Hay vómito?", y su primer objetivo es determinar si puede hidratarse al paciente por vía oral.
- 2) El segundo objetivo se refiere a la identificación de la deshidratación, para decidir el manejo.

- 3) La parte izquierda del diagrama parte de la pregunta "¿Hay fiebre?", y su principal objetivo es orientar el criterio diagnóstico a aplicar, en busca de la etiología de la diarrea.
- 4) La etiología diferencia dos grupos:
- Aquellos en que pueda tratarse de un germen invasor, que se identificará mediante cultivo y/o leucocitos en moco fecal o cualquier otro estudio de laboratorio que se juzgue procedente, tal como reacciones febriles, cuenta leucocitaria diferencial, etc.
  - Las diarreas virales y parasitarias, en que se busca identificar estas últimas para dar el tratamiento etiológico; las diarreas virales se dejan a su evolución (autolimitada).
- 5) Existe planteada la posibilidad de que los exámenes practicados sean negativos; de ser este el caso, puede deberse a que el cuadro se haya autolimitado, en cuyo caso no se justifica dar ningún tratamiento; si el paciente persiste con molestias, amerita una re-evaluación clínica, individualizada según el caso de que se trate.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

b) Guía de tratamiento. -Rehidratación parental

Aclaraciones:

Esta guía se refiere sólo a la rehidratación por vía parental; la hidratación oral será contemplada en las guías de tratamiento para la comunidad.

Objetivos:

- 1) Establecer el grado de deshidratación (severidad) del paciente.
- 2) Establecer, con un criterio clínico, el tipo de deshidratación (hipo, iso o hipernatrémica) que presenta el paciente.

*NOTA: Cuando no se pueda diferenciar entre un tipo de deshidratación y otro, se tomará al paciente como un deshidratado Isonatrémico, con dos salvedades: Desnutridos de III grado y recién nacidos, que deberán manejarse como deshidratados hipernatrémicos (para restringir su aporte de sodio, dadas las dificultades a nivel renal que presentan estos pacientes).*

- 3) Valorar clínicamente la necesidad de administrar otros electrolitos (diferentes al sodio y al potasio) por vía parental, en el proceso de la rehidratación.
- 4) En base a lo anterior, plantear un manejo congruente respecto a la administración de líquidos y electrolitos.
- 5) Lograr una adecuada valoración de la rehidratación, mediante el registro de un balance hídrico y peso seriado del paciente.
- 6) Reducir la mortalidad por deshidratación y de equilibrio electrolítico.
- 7) Reducir la incidencia de complicaciones debidas a iatrogenia en la administración de líquidos y electrolitos.

c) Guía de tratamiento. Identificación de parásitos

Aclaraciones:

La explicación del manejo se dará en la guía para el tratamiento de parasitosis (descrita más adelante).

d) Guía de tratamiento. Identificación de bacterias

Objetivos:

- 1) Ante un paciente con cuadro diarréico febril, -  
cabe la sospecha de que se esté frente a una -  
bacteria invasora del tracto digestivo que pue-  
da eventualmente causar una infección más gra-  
ve (sistémica). En estas condiciones, el reali-  
zar en forma preliminar un estudio de identifi-  
cación y cuantificación de leucocitos en moco  
fecal puede alertar al clínico respecto al pa-  
decimiento al que se enfrenta.
- 2) La práctica de un coprocultivo, tomado antes -  
de iniciar tratamiento antibiótico, permitirá  
cierto margen de seguridad ante el tratamien-  
to. Así, si el coprocultivo es negativo a las  
48-72 horas y la evolución del paciente ha si-  
do favorable, se podrá retirar el antibiótico  
aplicando el criterio clínico requerido en ca-  
da caso. Por el contrario, si el cultivo resul-  
ta positivo, esto permitirá normar el manejo -  
más adecuado al caso.
- 3) La práctica de los exámenes antes mencionados  
siempre deberá estar supeditada al caso en par-  
ticular, pues de la evolución de cada caso de-  
penderá la interpretación que se le dé a los -  
resultados.

Formatos (ver anexo 6)

En la sección correspondiente, se anexan formas de las guías de diagnóstico y manejo de la rehidratación parenteral. El tratamiento de los parásitos-identificados puede verse en el inciso correspondiente. El tratamiento de las diarreas bacterianas-deberá realizarse según el criterio clínico local.

#### 5.5. Parasitosis intestinal

##### a) Guía de manejo

###### Aclaraciones:

Siendo tan grande la incidencia de parasitosis en nuestra área de trabajo, se decidió elaborar una guía específica para esta entidad, separándola de la guía de diarrea aguda. El síntoma inicial es "malestar abdominal", a sabiendas de que éste es muy inespecífico; sin embargo, permite abarcar en su generalidad a la amplia gama de síntomas que refieren los pacientes con parasitosis, tales como: flatulencia, distensión abdominal, dolor tipo cólico, etc.

###### Objetivos:

- 1) Identificar la causa etiológica del padecimiento, cuando éste se deba a parásitos.
- 2) Correlacionar la intensidad de la parasitosis (cuantificada mediante recuento de huevecillos) con los síntomas clínicos presentados.
- 3) Mediante un seguimiento longitudinal de los pacientes, establecer la prevalencia de las diferentes parasitosis en el área.

## b) Guía de tratamiento

### Aclaraciones:

Dentro del cuadro terapéutico, se especifican algunos nombres comerciales de productos. Esto no persigue ningún fin de propaganda. Obedece fundamentalmente a dos razones:

- 1) Se seleccionaron dichos productos por ser los que se utilizan en el cuadro básico de la farmacia de la unidad médica.
- 2) La selección de dichos medicamentos se hizo sobre el criterio de contener una sal pura del principio activo, evitándose en todo momento las asociaciones medicamentosas, para las cuales no encontramos justificación.

### Objetivos:

- 1) Establecer para cada parásito identificado el tratamiento específico, indicándose medicamentos de primera, segunda y aún tercera elección, a los cuales se puede recurrir según criterio de la persona tratante.
- 2) Establecer una dosificación prudente y adecuada, tomando en cuenta (cuando es necesario), el grupo de edad.

### Formatos (ver anexo 7)

En la sección correspondiente, se anexa un formato tanto de la guía para el diagnóstico como de los esquemas de tratamiento para pacientes con parasitosis intestinal.

## 5.6. Traumatismo

### a) Guía de manejo

#### Aclaraciones:

Esta guía se refiere al manejo de pacientes con traumatismos, excluyendo las siguientes situaciones:

- Pérdida de la conciencia
- Herida a cavidad (craneana, torácica o abdominal).
- Traumatismo craneoencefálico
- Paciente politraumatizado

#### Objetivos:

- 1) Identificar las situaciones que puedan complicar el tratamiento de un traumatismo (fractura expuesta o cerrada, herida, luxación, - contractura muscular subsecuente).
- 2) Para cada una de las situaciones enunciadas, señalar la conducta indicada.

### b) Guía de tratamiento

#### Aclaraciones:

Los lineamientos señalados en la guía de tratamiento necesariamente deben individualizarse a cada caso, dependiendo no sólo de la situación clínica encontrada (severidad del traumatismo), sino también de la destreza manual del tratante y de los recursos de que disponga.

#### Objetivos:

- 1) Identificar las situaciones que en forma más frecuente acompañan al traumatismo, priorizando su atención de acuerdo a la gravedad.

- 2) Ofrecer la atención primaria requerida, identificando claramente un nivel de competencia en dicha atención; si el caso lo requiere, deberá referirse al especialista para completar su manejo.
- 3) Mantener una vigilancia de la evolución del caso hasta su recuperación y alta.

Formatos (ver anexo 8)

En la sección correspondiente se anexan formatos de las guías de diagnóstico y manejo.

### 5.7. Desnutrición

#### a) Guía de manejo

##### Aclaraciones:

La presente guía, a diferencia de todas las anteriores, no inicia con Motivo de Consulta, pues se propone que sea elaborada para TODO paciente niño o adolescente que acuda a la consulta en quien se toman medidas antropométricas (que debieran registrarse en todo paciente que acuda a la consulta). Sólo de esta manera podremos darnos cuenta del estado nutricional del paciente, lo cual por un lado, rara vez es el motivo de la consulta del paciente o de sus familiares, y por otro, generalmente se encuentra con un tremendo sub-registro por parte del personal médico y paramédico.

El criterio que se utiliza para decidir el manejo del paciente desnutrido es el de la adecuación del peso para la talla, ya que, según está ampliamente documentado en la literatura relativa a los países en desarrollo, los niños que

han sufrido varios insultos nutricionales a lo largo de su vida rara vez llegan a demostrar la recuperación completa de su ritmo de crecimiento, por lo que a la larga van disminuyendo su talla, adecuándola a su peso. Bajo el aspecto de la atención lo que interesa es recuperar al que ha perdido su adecuación (y que significa que en ese momento padece de desnutrición) y prevenir deterioros marcados; de allí, que la guía inicia la vigilancia del estado nutricional, con cambios en incrementos de peso.

El lector puede escoger entre varias posibilidades de estándares para comparar sus valores antropométricos, pero se recomienda el uso de las tablas de peso y talla editadas por la World Health Organization (W.H.O.), que contiene información de peso y talla y sus relaciones de niños y niñas desde el nacimiento hasta los 18 años, mes por mes.

#### Objetivos:

- 1) Identificar la presencia de desnutrición en todos los pacientes que acudan a la consulta.
- 2) Identificar la presencia de infección y sus consecuencias más graves (deshidratación) en los pacientes desnutridos, para complementar el manejo.
- 3) Establecer el seguimiento del caso para vigilar la recuperación nutricional del paciente, según el grado de severidad inicial de pérdida de adecuación de peso para la talla.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

b) Guía de tratamiento

Aclaraciones:

Los lineamientos de tratamiento que se dan en esta guía son de tipo general; ya que cada paciente representa un caso que debe manejarse en forma particular y su dieta debe de ser calculada calóricamente y protéicamente, de acuerdo a las disponibilidades locales de alimentos.

Objetivos:

- 1) Establecer los lineamientos generales de manejo del niño desnutrido, utilizando como criterio para esto el estado nutricional según su clasificación en moderado (peso para talla entre 80-90% de las referencias estándar) o severo (peso para talla menor del 80% de dichas referencias).

Formatos (ver anexo 9)

En la sección correspondiente se anexan formatos de las guías de diagnóstico y manejo.

6. Presentación de las Guías Para el Manejo y Tratamiento de Pacientes en las Comunidades por el Personal Auxiliar

Aclaraciones:

Las guías para el Manejo de pacientes en las comunidades tienen el mismo patrón general que las guías para la unidad médica. La diferencia fundamental estriba en:

guientes razones:

- Con motivos didácticos, y tomando en cuenta que el personal paramédico al cual van destinadas las guías cuenta en general sólo con la instrucción primaria, es más fácil enseñar a preguntar "dolor de cabeza" en lugar de "cefalea", o "enrojecimiento" y no "hiperhemia".
- Dado que el presente material consiste en una guía, que orienta también la pregunta que se le hará al paciente, es más sencillo hacerle comprender la pregunta al paciente si se emplea lenguaje de uso común y corriente, y no la terminología médica.

2) En todos los casos existe como alternativa final de manejo, la referencia a la Unidad Médica Superior (U.M.S.). La razón se expondrá en los objetivos.

Objetivos:

Los objetivos generales de las guías de manejo de pacientes en las comunidades son fundamentalmente los mismos que los ya expuestos para las guías que se manejan en la unidad médica.

Sin embargo, al implementar las guías para la comunidad, se persigue como objetivo fundamental el poder establecer claramente el nivel de competencia del paramédico. Cuando el caso, ya sea por el diagnóstico establecido, ya sea por la dificultad para establecer éste, o bien por la falta de respuesta al tratamiento, escape a los conocimientos del paramédico, se le indica claramente que DEBE referir al paciente a

la consulta médica.

En las guías para el tratamiento de los pacientes en la comunidad, se excluye intencionalmente el uso de los antibióticos, reservando la prescripción de éstos al médico. Esto se hace inicialmente para disminuir y controlar el uso indiscriminado e irracional de antibióticos. Sin embargo, una vez que estén bien entrenados, los auxiliares de comunidad podrán y deberán usar ciertos antibióticos. Se excluyen así mismo las indicaciones que puedan prestarse a error de manejo, tales como las dosificaciones por kg/día.

Estas son sustituidas por dosificaciones estándar, adecuadas a grupos de edad.

#### 6.1. Catarro común

##### a) Guía de manejo

Objetivos:

Mismos que en el caso de la guía correspondiente a la Unidad Médica Superior.

##### b) Guía de tratamiento

Objetivos:

Mismos que en el caso de la guía correspondiente a la Unidad Médica Superior.

Formatos (ver anexo 10)

En la sección correspondiente a Formas se anexa un ejemplo tanto de la guía para el manejo como de los esquemas de tratamiento propuestos.

#### 6.2. Faringoamigdalitis

##### a) Guía de manejo

## Objetivos

Mismos que en el caso de la guía correspondiente a la Unidad Médica Superior.

### b) Guía de tratamiento

#### Objetivos:

- 1) Ofrecer el tratamiento sintomático adecuado - al compromiso fisiológico encontrado en la - guía de manejo.
- 2) Cuando se sospeche la presencia de infección bacteriana, solicitar al médico que corrobore la impresión diagnóstica, con miras a que él establezca la antibioticoterapia correspondiente.

Esto va encaminado a tratar de limitar el uso indiscriminado de antibióticos en la mayoría - de casos de faringoamigdalitis; asimismo se - propone que sirva como un entrenamiento para - el personal auxiliar, que aprenderá a diferen - ciar sobre el criterio clínico aquellos casos que requieran antibioticoterapia de aquellos - que no lo requieran. Cuando el médico juzgue - que el auxiliar está suficientemente capacita - do, podrá autorizarlo a que emplee él mismo - los antibióticos correspondientes.

#### Formatos (ver anexo II)

En la sección correspondiente se anexa un ejem - plo tanto de la guía para el manejo como de los es - quemas de tratamiento propuestos.

### 6.3. Infección respiratoria aguda

#### a) Guía de manejo

#### Aclaraciones:

Se hará la presentación de esta guía de manejo dado que su objetivo sí difiere sustancialmente de la guía correspondiente aplicada en la unidad médica.

#### Objetivos:

- 1) Permitir que el paraclínico tratante diferencie los casos en que pueda sospecharse la presencia de infección respiratoria baja de aquellos en que existe solamente tos, ya sea productiva o irritativa, a nivel faríngeo.
- 2) Lograr la referencia pronta de pacientes con compromiso ventilatorio o de parénquima pulmonar a la unidad médica.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

#### b) Guía para el tratamiento

##### Objetivos:

- 1) Ofrecer un alivio sintomático a la tos, acorde con el mecanismo fisiológico de su producción.
- 2) Cuando la tos sea provocada por irritación faríngea, se busca que ceda con un medicamento-antitusivo.
- 3) Cuando la tos cumpla una función expectorante, se favorecerá la expectoración con un medicamento fluidificante de secreciones.
- 4) Adecuar la dosis del medicamento a la edad - del paciente.

Formatos (ver anexo 12)

Ver guía de manejo y esquemas de tratamiento anexos.

#### 6.4. Diarrea aguda

##### a) Guía de manejo

###### Aclaraciones:

Aunque la secuencia general de la guía para el manejo de pacientes con diarrea aguda a cargo del auxiliar de comunidad es similar a la que se maneja en la unidad médica, se minimiza la importancia de que el auxiliar logre un diagnóstico bacteriológico preciso, y en cambio, se hace hincapié en la importancia de que logre una adecuada identificación del grado de hidratación del paciente. Así pues, haremos a continuación la descripción de los objetivos relacionados con este punto.

###### Objetivos:

- 1) Lograr la identificación adecuada y temprana de los signos de deshidratación del paciente.
- 2) En base a los datos de la historia clínica identificar el grado de deshidratación del paciente.
- 3) Con base al grado de deshidratación identificado, decidir el manejo adecuado, considerando la referencia a nivel médico cuando así se requiera.

Definiciones y criterios. Ver glosario.

## b) Guía de Tratamiento rehidratación oral

### Aclaraciones:

En base a lo anotado previamente, se diseñó una sección completa que pretende lograr establecer los casos que pueden y deben ser manejados por el auxiliar en forma ambulatoria, y diferenciar estos de los que requieren de la competencia médica. Esta sección se referirá exclusivamente al manejo de la deshidratación leve.

La rehidratación parental se lleva a cabo en medio hospitalario, y ya fue explicada en la sección correspondiente a la guía para el manejo de la deshidratación de la unidad médica.

### Objetivos:

- 1) Revisar con la madre los signos clínicos de deshidratación, de tal manera que ella los sepa identificar.
- 2) Estimular el mantenimiento de una alimentación adecuada durante el proceso diarréico, de manera que no se someta al niño a ayunos prolongados.
- 3) Tratar la deshidratación leve mediante el empleo de soluciones de rehidratación oral de preparación casera adecuadamente administradas.
- 4) Mantener una adecuada vigilancia del niño durante la fase del proceso diarréico para poder asegurar que se le está rehidratando en forma correcta.
- 5) Lograr la referencia adecuada a la unidad mé

dica de aquellos niños con deshidratación - más severa o que no hayan respondido a la - rehidratación oral.

- 6) En todos los casos, revisar con la madre algunas normas generales útiles para prevenir nuevos episodios diarreícos en su niño.

Formatos (ver anexo 13)

En la sección correspondiente se pueden consultar los formatos de las guías para el manejo de la diarrea aguda y de la deshidratación, a cargo del auxiliar de comunidad.

#### 6.5. Parasitosis intestinal

##### a) Guía de manejo

Objetivos:

- 1) Identificar la causa etiológica del padecimiento cuando éste se deba a parásitos.
- 2) Realizar un seguimiento longitudinal de los pacientes tratados, para aseverar la eficacia del tratamiento y para mantener una vigilancia de la prevalencia de las parasitosis en la zona.

##### b) Guía de tratamiento

Objetivos:

- 1) Establecer el tratamiento etiológico de las parasitosis identificadas, utilizando antiparasitarios de amplio espectro con el fin de simplificar el cuadro básico de medicamentos existentes en la comunidad, así como facilitar el aprendizaje del manejo de dichos medicamentos por parte del auxiliar.

Formatos (ver anexo 14).

En la sección correspondiente se anexa un formato tanto de la guía para el diagnóstico como de los esquemas de tratamiento para pacientes con parasitosis intestinal.

#### 6.6. Traumatismo

##### a) Guía de manejo

Objetivos:

- 1) Identificar las situaciones que puedan complicar el traumatismo, y definir aquéllas que pueda manejar el auxiliar de aquéllas que deban ser referidas al médico.
- 2) En el caso de estos últimos, establecer el manejo de primera línea por parte del auxiliar.

##### b) Guía de tratamiento

Objetivos:

Mismos que en el caso de la guía de tratamiento de traumatismo para la Unidad Médica Superior.

Formatos (ver anexo 15)

En la sección correspondiente se anexa una forma tanto de la guía para el manejo de pacientes con traumatismo como de los esquemas de manejo propuestos.

#### 6.7. Desnutrición

##### a) Guía de manejo

Objetivos:

Mismos que en el caso de la guía correspon

diente a la Unidad Médica Superior.

b) Guía de Tratamiento

Objetivos:

Establecer los lineamientos de tratamiento nutricional del niño y el adolescente moderadamente desnutrido, a base de indicaciones dietéticas para su recuperación nutricional, a nivel de comunidad (casos con adecuación de peso/talla por arriba del 80% según estándares).

Formatos (ver anexo 16).

En la sección correspondiente se anexa una forma tanto de la guía para el manejo de pacientes con desnutrición como de los esquemas de manejo propuestos.

D. SECUENCIA EN EL REGISTRO DE LA INFORMACION RECOGIDA EN LA CONSULTA MEDICA.

En base a las formas para recabar información anteriormente descritas, se detallará a continuación la secuencia que se sigue tomando como ejemplo a un paciente que se atiende en la consulta externa:

- a) En el caso de la unidad médica, el auxiliar de enfermería recibe al paciente para elaborar y sacar su expediente clínico del archivo. En el caso de las casas de salud, la responsable de la casa recibe directamente al paciente y saca su expediente anterior, en base a su archivo.
- b) El médico o paramédico que ofrece la consulta llena los datos de registro del paciente en la Hoja de Actividad Semanal y en la Hoja Frontal del Expediente Clínico, así como en la pri-

mera Hoja de Evolución del Expediente.

- c) Se anota, en la hoja de evolución, la fecha y hora de la consulta, iniciándose el interrogatorio del padecimiento para llenar la evolución clínica de éste. A continuación, se anotan los hallazgos exploratorios pertinentes.
- d) Si el padecimiento corresponde a alguna de las enfermedades contempladas en las guías, se procede a llenar ésta en la forma indicada.
- e) A partir del camino trazado en la guía, se procede a anotar en el Expediente Clínico el análisis del padecimiento, y el plan de manejo, de acuerdo a los lineamientos de la Guía para el Tratamiento. Se anotan las órdenes médicas en el expediente, y en la misma forma se llena la receta del paciente.
- f) En base a la historia recogida en el expediente, se establece el diagnóstico. El problema así identificado se anota en la Hoja Frontal, así como en la Hoja de Actividad Semanal.

#### E. HOJA DE MORBILIDAD INDIVIDUAL MENSUAL

Esta hoja forma parte del programa de vigilancia epidemiológica aplicado en la región.

##### 1. Objetivos:

- a) Determinar la prevalencia de problemas específicos en la población estudiada.
- b) Evaluar la duración y severidad del problema, en los distintos grupos de población y en las diferentes épocas del año.

- c) Objetivizar las características más importantes de los síntomas y signos, con el fin de analizarlos.

## 2. Forma de Registrar la Información

NOTA: Este formulario se lleva para cada individuo de la familia.

NOMBRE: Se anota primero el apellido paterno seguido del materno y del nombre.

FECHA: En los espacios  $\frac{\quad}{1} \frac{\quad}{2}$  se pone el día en que se inicia la encuesta. Los días del 1 al 9 del mes van precedidos de un cero, ejemplo:

05 =  $\frac{0}{1} \frac{5}{2}$ , 08 =  $\frac{0}{1} \frac{8}{2}$ . Los espacios  $\frac{\quad}{3} \frac{\quad}{4}$

se llenan con el mes. Los nueve primeros meses del año son precedidos de un cero, ejemplo:  $\frac{0}{3} \frac{5}{4}$ , mayo; septiembre =  $\frac{0}{3} \frac{9}{4}$ .

En los espacios  $\frac{\quad}{5} \frac{\quad}{6}$ , se colocan las dos últimas cifras del año, ejemplo: 1982 =  $\frac{8}{5} \frac{2}{6}$ .

COMUNIDAD 11-12: Se pone el número que identifica a la comunidad donde vive la persona.

NUMERO DE FAMILIA: Se pone el número dado a la familia que corresponde al dado en el censo.

NUMERO DE INDIVIDUO: Se pone el número dado en el censo basal, al individuo en cuestión.

- UBICACION:** Corresponde al número dado (áreas, cuadras, - etc.) al lugar donde queda la familia que se encuentra. Se describe en el mapa o croquis de la comunidad.
- NUMERO DE CASA:** Corresponde al número dado a la casa que se encuentra en el croquis.
- SIGNOS:** En esa columna se anotarán los signos físicos que tiene un individuo por ejemplo: Ronchas o erupciones y cualquier cosa física observada en el individuo (ver glosario).
- SINTOMAS:** Se refiere a lo que él dice que padece, ejemplo: dolores, ardores, picazón, vómito, diarrea, llorón, falta de apetito, (ver glosario).  
Por cada enfermedad sólo se anotarán un máximo de cinco signos y cinco síntomas.
- CODIGO:** No se llena por el encuestador, sino por el médico responsable de la comunidad, utilizando la lista de códigos para signos y síntomas, que aparece en el anexo 18.
- DURACION E INCAPACIDAD:** De cada signo y/o síntoma referido se llevará un control de su duración e incapacidad en las columnas de registro diario.
- GARACTERISTICAS:** De cada signo o síntoma referido, se llevará un control de:
- a) Grado de incapacidad  
El grado de incapacidad que está produciendo la enfermedad el día de la visita, se medirá de la siguiente manera:  
1 = Si no existe cambio en la actividad diaria del individuo enfermo.

2 = Si existe moderado o selectivo cambio en la actividad diaria.

3 = Si existe reposo absoluto en cama.

La alternativa seleccionada del grado de incapacidad se anotará en el renglón de incapacidad de cada signo o síntoma y bajo la columna correspondiente al día del interrogatorio domiciliar a la madre. Igual cosa se hará para estimar cada día la incapacidad de cada signo o síntoma anotándose en cada casilla la clave de incapacidad según duración.

b) Variabilidad de la ingesta

La variabilidad de la ingesta que está produciendo la enfermedad en el individuo se anotará de la siguiente manera:

1 = Sin cambios en el apetito.

2 = Con cambios en el apetito.

La alternativa seleccionada del grado de pérdida del apetito, se anotará en el renglón de variabilidad de ingesta de cada signo o síntoma y bajo la columna correspondiente al día del interrogatorio domiciliar a la madre.

c) Modificación de la dieta

En cada columna a nivel del renglón de variabilidad de la ingesta aparecen dos espacios, el primer espacio se llena con la información sobre el apetito del individuo enfermo, el segundo con relación al cambio en la dieta.

- 1 = Sin cambios en la dieta habitual (lo que come la familia en esos días).
- 2 = No omisión de alimentos y agregación a los mismos de líquidos con contenido calórico.
- 3 = No omisión de alimentos y agregación de líquidos sin contenido calórico.
- 4 = Omisión de alimentos e introducción de líquidos calóricos.
- 5 = Omisión de alimentos e introducción de líquidos no calóricos.

d) Tratamiento

El nivel de tratamiento que se le está aplicando al individuo enfermo se medirá de la siguiente manera:

- 1 = Adecuado
- 2 = No adecuado
- 3 = Contraindicado
- 4 = Sin aparente efecto
- 5 = Sin tratamiento

Es responsabilidad del médico el llenar esto de acuerdo a tratamientos aceptados en las guías médicas.

**REGISTRO DIARIO:** Bajo este título aparecen 31 cuadros, cada uno de ellos representa un día del mes.

La auxiliar de enfermería, tendrá que efectuar dos maniobras:

- a) Anotar el día en que realizó la visita domiciliar a la madre encirculando el número

del día (s) del mes que visitó.

Ejemplo: El entrevistador visitó a la Sra. el 6, 13 y 20, entonces encirculará esos días.

b) Anotar días de incapacidad poniendo el número de clave según el grado de incapacidad ejemplo: el niño x, visitado el 6.

1) Encircular el día de la visita.

2) Anotar el signo o síntoma, ejemplo: diarrea.

3) Anotar cuándo principió con diarrea, en la línea de grado de incapacidad, poniendo la clave del grado de incapacidad.

(1, 2, ó 3), bajo la columna 6.

Para continuar con el ejemplo; principió con diarrea el 4 y ese día no tuvo cambio en la actividad, poner bajo la columna 4 - el número 1; el día 5 presentó ligera incapacidad, poner 2; el 6 igual, poner 2.

c) En la próxima visita, el auxiliar principia la entrevista interrogando a la madre sobre los signos o síntomas que quedaron inconclusos; en nuestro caso, cuándo finalizó la diarrea por ejemplo, el día 7 y esto se anota en la columna 7, con la clave de incapacidad.

Un mismo signo o síntoma puede presentarse dos veces en un mes. Para que uno o un grupo de signos o síntomas sean considerados como un nuevo episodio mórbido, el individuo debe estar 48 horas TOTALMENTE asintomático de ese signo o síntoma o de cual -

quier otro asociado.

3. Secuencia en el Registro de La Información de Síntomas y Signos en la Hoja de Morbilidad.

Cada semana, el auxiliar, visitará una vez a cada familia a su cargo (cada auxiliar tiene 50 familias a su cargo). En esa visita, preguntará a la madre sobre el apareamiento de algún signo o síntoma en cada miembro de la familia, el día de su visita. En el caso en que la madre responda positivamente sobre el apareamiento de algún signo o síntoma en algún miembro de su familia, el auxiliar indagará sobre la duración e incapacidad de los mismos, y los anotará, siguiendo el instructivo respectivo. En algunas oportunidades, en el momento del interrogatorio, el individuo estará aún enfermo, y el auxiliar en su próxima visita (la semana siguiente), deberá de in dagar al respecto para completar la información. Un caso se considera finalizado cuando hayan transcurrido 48 horas sin que el paciente presente el signo o síntoma que se está estudiando.

## V. SISTEMAS DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

### A. INTRODUCCION

La acción de evaluar, más que una actitud de fiscalizar el trabajo, representa dentro del programa una actividad necesaria para:

- a) Calificar el cumplimiento de las acciones que el grupo se fijó como meta.
- b) Mantener los niveles de calidad de las actividades que se seleccionaron.
- c) Identificar las bondades, limitaciones y errores, que el manejo de los procedimientos están produciendo dentro del sistema, con el fin de corregir o ajustar las técnicas y los instrumentos empleados o buscar nuevos.

El concepto académico de evaluar en el presente caso, no interesa más que si es tomado como una necesidad imprescindible para mejorar al propio sistema, y no como concepto básico para eliminar personas o instrumentos.

La evaluación debe ser aceptada por el trabajador de salud no como un instrumento que amenaza su posición, sino como un instrumento que le ayudará a mejorar su trabajo y su programa. Instrumento que él mismo deberá emplear de acuerdo a las responsabilidades que le toque jugar dentro del programa.

La evaluación pues, se caracteriza porque es ejercida por diferentes personas y actúa de diferentes maneras a diferentes niveles. A pesar de esas diferencias, la evaluación se homogeniza en su objetividad, como es; la de permitir ajustes reales al programa y mejorar la calidad de servicio brindado a la comunidad.

Aclarado lo anterior, se describirá el método evaluati-

vo que se propone.

## B. IDENTIFICACION DE LOS PUNTOS DE EVALUACION

Todo programa de salud debe, previo a su implementación, describir su sistematización. En el presente caso, eso se hace en el capítulo VII. Para los fines que acá interesan, basta con señalar que el programa comprende cinco acciones:

1. CONSULTA
2. CUIDADO DE LA SALUD
3. INVESTIGACIONES
4. EDUCACION
5. ADMINISTRACION

Cada una de las cuales se logra a través de actividades programadas, con sus respectivos procedimientos.

## C. ASPECTOS DE EVALUACION REQUERIDOS POR LAS ACCIONES

La labor evaluativa de cada acción requiere de un conocimiento de sus objetivos y de las interrelaciones que establecen las acciones en el proceso de brindar un servicio. De esta forma, existen conceptos generales evaluativos dentro del sistema que se refieren a:

- a) Su impacto tanto biológico, como social y psicológico.
- b) Costo-beneficio.
- c) Sus logros en metas fijadas.

Dentro del campo de la evaluación de la salud, en la actualidad existen grandes controversias, no sólo sobre cómo evaluar cada uno de los puntos señalados, sino que además sobre cómo ubicar e interpretar los resultados de dicha evaluación.

A nuestro entender, el impacto tanto biológico como social y psicológico de la atención, no debe enfocarse a observaciones de disminución de tasas de morbilidad y de mortalidad, sino a los aspectos de mejoría observables en la calidad biológica de los individuos; por ejemplo en los niños, - un mejor incremento de su crecimiento y desarrollo puede ser interpretado como un resultado de mejoras en el control de sus procesos mórbidos más comunes, logrando que estas enfermedades deterioren menos la condición del niño y al reducir su duración, propicien una recuperación más rápida. A nivel de adolescentes y adultos, los deterioros de la salud deben ser cuidadosamente identificados a efecto de reducir su daño y mejorar la recuperación. Tanto en el caso de niños como de adultos, se pueden extraer condiciones de las enfermedades - que fundamentarán la evaluación de la atención. Entre las varias condiciones, destacan las siguientes:

- a) Daño o deterioro que produce en la salud de un individuo.
- b) Tiempo de recuperación que demandan.
- c) Complicaciones que producen.
- d) Secuelas que dejan.

Una vez identificados estos aspectos de la enfermedad, - el siguiente paso consiste en evaluar si las acciones que se proponen:

1. CONSULTA
2. CUIDADOS DE LA SALUD
3. INVESTIGACION
4. EDUCACION
5. ADMINISTRACION

logran actuar sobre los aspectos señalados.

- a) ¿Es capaz la consulta de modificar el deterioro - de la salud que produce la enfermedad en:

- 1) crecimiento?
  - 2) desarrollo?
  - 3) malestares y limitaciones temporales?
  - 4) incapacidad parcial temporal?
  - 5) incapacidad total temporal?
- b) ¿Es capaz de acortar el tiempo de recuperación - que la enfermedad demanda?
- c) ¿Reduce la consulta las complicaciones que las enfermedades producen?
- d) ¿Previene la consulta las posibles secuelas que - la enfermedad produce en:
- 1) crecimiento?
  - 2) desarrollo?
  - 3) malestares y limitaciones crónicas?
  - 4) incapacidades totales o temporales crónicas?
- e) ¿Es capaz el cuidado de la salud de:
- 1) disminuir el apareamiento dentro de los grupos de riesgo, de manifestaciones de ciertas enfermedades?
  - 2) detectar a tiempo ciertos problemas y poder - actuar sobre ellos, evitando el apareamiento o mayores daños de los aspectos de las enfermedades señalados (daños, complicaciones, secuelas)?
  - 3) mantener controladas las enfermedades más comunes en los distintos grupos de población?
- f) ¿Es capaz la investigación de:
- 1) mejorar el nivel de precisión en la identifi-

- cación de los problemas y quiénes lo padecen?
- 2) identificar el lugar, las características y circunstancias con que se presentan los problemas, en el momento preciso (antes de que se manifiesten y se diseminen en forma significativa)?
  - 3) sugerir los cambios, ajustes o adiciones que requiere el sistema, para poder mejorar la calidad de la atención y cuidados de la salud sugeridos?
  - 4) crear proposiciones alternantes sobre modificaciones para mejorar la calidad de atención y cuidados de la salud, con recursos mejores y más económicos?
- g) ¿Son los contenidos educativos propuestos capaces de:
- 1) mejorar la calidad de la consulta?
  - 2) mejorar el cuidado de la salud?
  - 3) proponer y mantener los niveles de destreza requeridos para cumplir 1) y 2)?
- h) ¿Logran las acciones administrativas:
- 1) regular el flujo y uso de los recursos humanos y materiales en el sentido de adecuar el uso del tiempo y la utilización de productos e instrumentos?
  - 2) mantener en niveles aceptables, los costos de los distintos niveles operativos y la disponibilidad de:  
medicamentos y reactivos?

instrumental?  
equipos?  
gastos de viáticos?  
papelería y equipo de documentación?

Separar el impacto que tiene cada acción en el funcionamiento del sistema resulta difícil, por lo tanto se cree que la base de la evaluación consiste en tomar el funcionamiento global del sistema como una fábrica que está produciendo salud; situarse en cada acción (sección de producción) y evaluar sus actividades (funcionamiento del instrumento productor) y sus procedimientos (uso de los instrumentos).

En base a lo anterior, el objetivo fundamental de la evaluación del sistema de acciones que se propuso debe permitir identificar cuál es la demanda que como producto, tiene cada acción propuesta:

a) En relación a la demanda de consulta:

- 1) ¿A cuántos se brinda consulta, en relación a la población total y padecimientos totales (detectados en la vigilancia epidemiológica)?
- 2) ¿Se incrementa esta relación en el tiempo?

(Nótese que lo importante es el incremento de la relación señalada en 1, ya que las enfermedades pueden estar disminuyendo, como consecuencia natural o por otras medidas y habrá un momento en que la relación se equilibrará).

b) La demanda del cuidado de salud:

- 1) ¿Logra disminuir con acciones específicas la enfermedad y/o ayuda a controlar o a detectarla?

- 2) ¿Logra una acción específica disminuir otros riesgos (biológicos, sociales, psicológicos), que aparecen normalmente con la enfermedad?
- c) La demanda de la investigación:
- 1) ¿Logran los métodos de investigación que se proponen detectar el problema, su población a riesgo y los factores que producen el problema?
  - 2) ¿Logran las recomendaciones emanadas de la comprobación científica disminuir el problema dentro de la población?
- d) La demanda educativa:
- 1) ¿Logran los sistemas recomendados, modificar favorablemente: conocimientos, actitudes y habilidades, en los sujetos que los utilizan?
- e) La demanda administrativa:
- 1) ¿Logran los mecanismos administrativos propuestos el funcionamiento fluido de las acciones anteriores?

Una vez establecida la "necesidad" de cada acción en tiempo y lugar dentro del marco de producción, debe ajustarse la cantidad de trabajo que requiere cada una de éstas y la forma de calificarla. A continuación describiremos para cada acción, la forma y requerimientos evaluativos que demandan.

#### D. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA

La evaluación del estado de salud de un paciente, consta fundamentalmente de los siguientes componentes:

- a) Identificación de síntomas.
- b) Historia clínica.
- c) Descubrimiento de signos.
- d) Diagnóstico.
- e) Tratamiento.

## 1. Objetivos

Son objetivos de la evaluación a este nivel:

- a) Estandarizar entre médicos y auxiliares de salud, - el manejo de cada problema específico, tanto para beneficio del paciente, como para investigar las - características más sobresalientes que presentan - los problemas de salud más comunes de la comuni - dad.
- b) Mejorar la definición de cada problema de salud, - contenido en las guías diagnósticas.
- c) Identificar y corregir a tiempo los componentes de la evaluación de estado de salud que el personal - auxiliar no maneja adecuadamente.

## 2. Metodología para la Evaluación de los Casos Manejados por el Auxiliar.

Para evaluar el manejo de casos que realiza el auxi - liar de salud, se proponen dos procedimientos:

### 2.1. Evaluación directa

Después de cada 10 sujetos vistos por el auxi - liar de salud, el onceavo es visto por el médico y el auxiliar. El médico encargado de la comunidad interro ga y examina inicialmente al sujeto, anotando en las - hojas correspondientes los componentes del caso.

Durante el interrogatorio y exploración del médi - co al sujeto, el auxiliar de salud permanece alejado

del caso, a efecto de que no tenga contacto con la relación médico-sujeto. Al finalizar el trabajo del médico con el individuo, el médico remite al sujeto con el auxiliar de salud, quien realiza la misma operación que el médico hizo al sujeto, anotando la información en las hojas respectivas. Al final, de cada sujeto así manejado, se tendrán dos criterios de cada componente: el del médico se toma como el control, contra el cual se califica el criterio del auxiliar. En el momento de la exploración, el médico debe calificar el procedimiento del auxiliar y le hará las correcciones pertinentes, para que mejore su trabajo clínico. Nunca debe realizar las observaciones, delante del paciente.

a) Objetivos:

- 1) Validar cuantitativamente la contribución de cada componente, en el manejo completo del caso clínico.
- 2) Estandarizar entre los auxiliares el manejo de los componentes, para una enfermedad dada.
- 3) Mantener bajo control la calidad del manejo del problema clínico.

b) Procedimiento:

Cada componente del problema clínico tiene un valor de diez puntos, los cuales se obtienen de la siguiente forma: cada componente (historia clínica, identificación de signos, etc.), está formado por una serie de elementos\*. El valor mínimo de cada elemento, es dado por el resultado

\*Elementos: unidades independientes y fundamentales del componente, que se suman o complementan la información.

de dividir diez entre el número de elementos. La calificación a que se hace acreedor el auxiliar de salud para el componente, está dada por los elementos que el auxiliar de salud identifique correctamente y que aparecen en los informes del médico, multiplicado por el valor de cada elemento (este valor viene dado por el número que resulta de dividir diez entre el número de elementos que el médico identificó.

Ejemplo:

El componente "identificación de síntomas" tiene tres elementos o "síntomas" según la valoración que el médico hizo del sujeto. El valor de cada elemento será  $10/3 = 3.33$ . Si el auxiliar identificó adecuadamente dos síntomas de los tres que identificó el médico; entonces, la calificación del componente "identificación de síntomas", para el auxiliar, será:  $2 \times 3.33 = 6.66$ . Se dice adecuadamente porque puede ser que el auxiliar identifique cuatro elementos, dos de los cuales no se sabe si son ciertos, porque no aparecen en los registros del médico, luego, se asumen como no válidos. Cuando el componente sólo tiene un elemento, su valor es 10.

#### c) Calificación del caso:

El caso es calificado como la suma del puntaje de los componentes: historia clínica, identificación de síntomas, descubrimiento de signos, diagnóstico y tratamiento. El máximo puntaje que puede alcanzar un auxiliar es de 50 puntos y este equivale a 100%.

Se considera que un buen manejo de caso, es a

quél que cae entre 90 y 100% (entre los 45 y 50 puntos) y que además en diagnóstico tiene 10 puntos.

La evaluación anterior permitirá al médico:

- 1) Identificar qué problemas el auxiliar de salud, no maneja adecuadamente.
- 2) La razón por la cual (estudios de componentes), no se maneja bien el caso.
- 3) Dar mejor entrenamiento al auxiliar en los componentes que falla.
- 4) Tener bien caracterizados los cuadros clínicos.

## 2.2. Evaluación indirecta

El cuidado que el auxiliar debe poner en el manejo de sus casos debe ser constante.

El objetivo central de la evaluación indirecta es el de mantener un control, se hará de dos formas:

a) Grabación del manejo de casos:

1) Procedimiento.

Es un estudio del caso en el cual el médico no se encuentra presente y el objetivo es calificar en base a OMISIONES de elementos (no preguntados, explorados o anotados), en las hojas de registro. Al escuchar grabaciones, el médico podrá apreciar omisiones en el interrogatorio y exploración. El médico procurará que cada auxiliar grabe por lo menos dos casos semanales.

2) Puntaje de los componentes.

Cada uno de los componentes deberá apare-

cer en la grabación y en su hoja de registro respectiva. El valor máximo del componente será de 10 puntos que se obtendrán de la siguiente forma:

Cada componente está formado de una serie de elementos. El número total de elementos es la suma de los ANOTADOS en la hoja mas los OMITIDOS (según el criterio médico). El proceso matemático de cuantificación, es el mismo que el empleado en calificar el componente en el método directo.

Ejemplo:

"Componente identificación de síntomas": al oír la grabación, se identifican cuatro elementos; a su criterio fue omitido uno de ellos por ausencia en el interrogatorio del auxiliar. Además en la hoja de registro de síntomas, sólo aparecen anotados tres ya que el auxiliar olvidó anotar uno de los que se escuchan en la grabación. Aquí hay dos errores: - el primero es porque los elementos del componente no están completos y el segundo porque un elemento no fue anotado por el auxiliar, aunque sí interrogado.

El valor en este caso de cada síntoma será de  $10/5 = 2$  y el puntaje logrado por el auxiliar será de  $2 \times 3 = 6$  (4 puntos perdidos: dos por OMISION y dos por error de ANOTACION).

### 3) Calificación del caso.

Tanto en la asignación de valores al puntaje de cada componente, como en la asigna -

ción del manejo total del caso se sigue el criterio usado en la evaluación directa.

En la asignación de valores al puntaje de los componentes y en la cuantificación del caso, existen dos problemas que se deben evaluar, que se relacionan con el EVALUADOR y que pueden afectar la precisión de su evaluación; uno se refiere a la variación INTERINDIVIDUAL y el otro a la variación INTRAINDIVIDUAL.

Para solucionar la primera limitación (variación interindividual), se califica cada caso grabado usando dos médicos y se determina el porcentaje en que ambos coinciden en su calificación. Las fichas clínicas se agrupan en dos: bien manejadas y mal manejadas. Y los grupos resultantes se distribuyen en una tabla diseñada en la siguiente manera:

EVALUADOR 1	EVALUADOR 2	
	BIEN MANEJADAS	MAL MANEJADAS
Bien manejadas		
Mal manejadas		

El grado de acuerdo entre evaluadores después del análisis numérico de las tablas, debe ser mayor o igual al 85%, para hablar de

validez en interpretación por parte de los médicos. La variación intraindividual, debe de validarse de la misma forma, sólo que en lugar de dos evaluadores, un único evaluador valora el mismo caso de nuevo, después de 4 semanas de su primera evaluación.

b) Revisión de registros clínicos:

1) Objetivos.

El objetivo de este tipo de evaluación es determinar con el auxiliar de salud, lo correcto o incorrecto del manejo de los casos de la semana, para mejorar y controlar las habilidades diagnósticas del auxiliar.

2) Procedimiento.

El médico o supervisor en su visita de supervisión semanal al auxiliar, selecciona al azar 10 casos que el auxiliar haya manejado y los discute con él, en cada uno de sus componentes. La forma cuantitativa de valorar esta actividad no es tan importante como lo es la de corregir las fallas y procedimientos del auxiliar.

3) Calificación del caso.

La forma de calificar el buen manejo semanal o mal manejo de casos, es la misma que la de los métodos descritos anteriormente.

## E. EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE LA SALUD

La evaluación de esta acción consta fundamentalmente, de los siguientes componentes:

a) Aplicación de instrumentos (técnicas).

- b) Aplicación de tratamientos a los sujetos de riesgo.
- c) Detección adecuada de la existencia de un problema.
- d) Identificación adecuada del problema y de los sujetos con el problema.
- e) Documentación adecuada del problema.
- f) Vigilancia adecuada del problema.

Los puntos a y b, se refieren más que nada, a la aplicación de medidas no curativas sino preventivas, (campañas de vacunación) y los puntos c, d y e, a dificultades en la detección e identificación de problemas y sujetos con problema.

### 1. Objetivos

- a) Mejorar los niveles de prevención de aquellas enfermedades que pueden serlo.
- b) Mejorar y mantener en un nivel aceptable de calidad y constancia, la aplicación de las medidas del objetivo a).
- c) Mantener en niveles aceptables, la detección, identificación y documentación, de los principales problemas de salud de la población y de los que lo padecen.

### 2. Metodología de Evaluación de Acciones Preventivas

Para evaluar los niveles que se relacionan con actividades preventivas, se pueden utilizar los siguientes métodos:

#### 2.1. Observación directa

La cual permite al médico o encargado darse cuenta del uso o aplicación del instrumento y corregir -

al individuo aplicante. Esta actividad debe manejarla con regularidad el encargado, durante todo el período aplicativo y vigilar las condiciones del instrumento (estado de la vacuna, por ejemplo); su almacenamiento, preparación y manipulación. El objetivo de esta evaluación es más que nada mantener un control sobre el uso y manejo del instrumento, a efecto de que en un momento dado, pueda descartarse de un mal resultado preventivo el hecho de que el material y su técnica de administración no fueran los adecuados.

## 2.2. Observación indirecta

- a) Lo ideal es el interrogatorio a sujetos a quienes iba dirigida la acción, sobre cómo la recibieron. La proporción de sujetos que la recibieron bien, entre el número de entrevistados (todos ellos población a riesgo), puede dar una idea de la calidad de cobertura lograda. Este tipo de evaluación, resulta difícil de realizar al principio del programa dado que podría hacer sospechar a los beneficiarios, sobre la calidad del aplicante. Si se da esa situación, se sugiere que se hagan observaciones directas para evaluar la calidad de cobertura lograda.
- b) Evaluación demográfica del impacto. Es importante conocer en base a los censos de población, el grupo de sujetos en quienes se debería de haber impactado y si se logró el impacto o no. Gran parte del éxito de medidas aplicativas, depende del nivel de cobertura lograda; ello requiere de la identificación de si lo que se quería, llegó a los sujetos que se quería o no y si se llegaron a cubrir las metas que se fijaron.

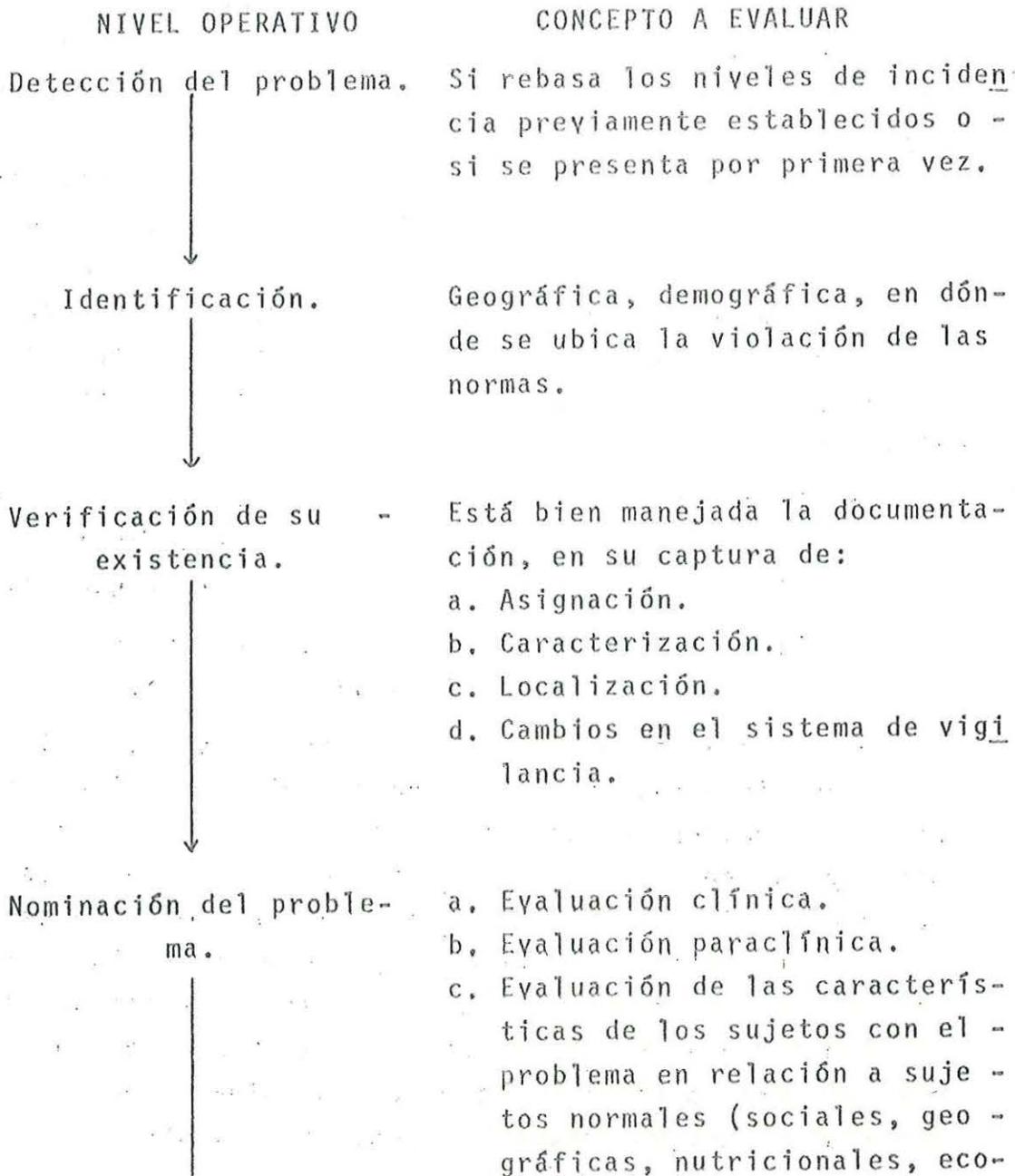
### 3. Metodología de Evaluación de las Acciones de Detección y Vigilancia.

La evaluación sobre detección e identificación de problemas, requiere de mayor habilidad por parte del evaluador y de su curiosidad científica. Por lo general, la dificultad de detección de un problema se deja en manos del personal auxiliar de salud en relación a que, son los datos de la vigilancia y la consulta, los que darán la alarma sobre el incremento o desestabilización de un problema que venía dándose con determinada frecuencia en una población o al apareamiento de algo nuevo. Este informe debe trasladarlo el auxiliar de salud, a la reunión del equipo de salud y a la documentación estadística que se maneja, a efecto de que los miembros del equipo de salud, tomen las medidas necesarias para su identificación y documentación. Para ello, debe evaluarse previamente:

- a) Si no ha habido cambio en el sistema de vigilancia, registro de la información, frecuencia de visitas o cambios en niveles de interrogación.
- b) Si no ha habido errores en la documentación registrada en los archivos de vigilancia.

Si la evaluación muestra que los puntos a) y b) no han sido violados, entonces debe establecerse el proceso de investigación de casos y zonas de procedencia del problema y la identificación de los individuos afectados. Deben clasificarse cuidadosamente las manifestaciones con que se presenta el problema y documentarse las características que tienen, los que padecen el problema. Si las manifestaciones de los signos y síntomas no son suficientes para la identificación del problema, deben buscarse criterios diagnósticos de apoyo (laboratorio).

Finalmente, ya identificado el problema y sus características, deben de sugerirse soluciones para controlarlo y atacarlo, prevenir su evolución y cerrar el caso. El siguiente esquema, ayudará a identificar los puntos y las acciones evaluativas que se deben montar.



NIVEL OPERATIVO



Selección de acciones correctivas, población afectada y a riesgo.



Monitoreo.



Cierre del caso.

CONCEPTO A EVALUAR (económicas y culturales).

Selección de medidas:  
Curativas.  
Preventivas.  
Higiénicas y sanitarias.  
Sociales.  
Culturales.  
Económicas.

Control epidemiológico de incidencia de casos, posterior a la aplicación de medidas.

Obtención de niveles de incidencia previos a la alarma o a los fijados en la toma de medidas.

Como podrá observar el lector, el objetivo central de la evaluación de las acciones de detección y vigilancia se encaminan a: evaluar los pasos (niveles operativos) de un procedimiento desarrollado para detener y combatir un problema de salud. Este tipo de evaluación puede ser seguido en un esquema que califique los pasos de decisión, obteniendo al final como resultado, la posibilidad de calificar el manejo de la situación como: adecuada, no adecuada y ligeramente adecuada, en base al cumplimiento de todos los pasos. El esquema de detección y vigilancia, no sólo se debe aplicar a situaciones agudas de problemas, sino también a aquéllas crónicas y que son de predo-

minio en determinados grupos humanos (ejemplo: desnutrición calórica).

## F. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA INVESTIGACION

A nadie escapa que la curiosidad es el propulsor de la investigación; en programas aplicativos como el presente, parte de la curiosidad debe sacrificarse a favor de la necesidad. La curiosidad debe restringirse para ser usada en la investigación de las siguientes actividades:

### 1. Método de Consulta

Deben evaluarse constantemente los criterios diagnósticos y los tratamientos empleados en la atención; identificándose aquellos elementos que permitan mayor precisión diagnóstica, al igual que aquellos tratamientos que proporcionen mejores resultados.

### 2. Cuidado de la Salud

Deben evaluarse constantemente las formas y los elementos utilizados en la detección, identificación y aplicación de acciones correctivas; especialmente cuando se trata de problemas a repetición, de los cuales sólo se logran beneficios a corto plazo; en estos casos, debe investigarse y evaluarse la posibilidad de utilizar otras medidas, tanto diagnósticas como correctivas y preventivas. La evaluación en el caso de la investigación, está encaminada a lograr que se mejore su utilización y que se le sistematice.

## G. EVALUACION DE LA EDUCACION

El objetivo de la enseñanza dentro del programa, es el de lograr que se mejore la calidad de las acciones de consulta, cuidado de la salud, investigación y administración, a través del aprendizaje, comprensión, memorización, desa -

desarrollo de habilidades y cambios de actitudes, de todos los participantes, en los diferentes niveles de actividades y procedimientos, que se les haya encomendado. Debe cuidarse en este sentido, el definir y calificar cada componente. Para facilitar del lector, se presenta a continuación un esquema de los niveles operativos y de los conceptos a evaluar.

#### NIVEL EVALUATIVO

#### CONCEPTO A EVALUAR

Aprendizaje.

Conocimientos adquiridos.



Comprensión.

Entendimiento, interpretación de conceptos.



Memorización.

Consistencia de conocimientos adquiridos.



Habilidades.

Aplicación y uso de conocimientos.



Actitudes.

Adecuación de lo aprendido a los requerimientos normativos del sistema.

Los conceptos de evaluación deben ser comparados no sólo antes y después de un adiestramiento, sino que también entre tiempos. Resulta claro que al evaluar la educación, no es nuestro objetivo el conocer cuánto aprendió un individuo,

sino también el evaluar la acción de cómo maneja la información que se le dio.

## EVALUACION DE LA ADMINISTRACION

La evaluación de esta acción descansa más que nada, en la posibilidad de controlar el uso de recursos humanos y materiales y su distribución bajo una serie de componentes.

### NIVEL EVALUATIVO

### CONCEPTO A EVALUAR

Programación.

Programado vs. realizado de las distintas actividades.

Manejo de recursos humanos.

Ubicación-cobertura de:  
Consulta.  
Prevención.  
Tratamientos.  
Investigación.  
Educación.  
Administración.

Documentación de tiempos empleados, programados y realizados.

Manejo de recursos humanos.

Ubicación-fondos económicos:  
Personal.  
Mantenimiento.  
Medicamentos y material médico.  
Movilización.  
Viáticos y otros.  
Oficina y documentación.

Cada área operativa (determinada por cada acción, sus actividades y procedimientos), puede ser evaluada de esa forma y responder a la pregunta:

¿ES LA PRODUCCION AFECTADA POR LA CALIDAD?

Si es así, se podrán identificar y corregir los puntos en que el trabajo está fallando. Si no lo es, se necesitará evaluar la producción en función de su importancia dentro del sistema.

Una vez evaluada la funcionalidad y calidad de acciones, estamos en posibilidad de responder; si existe o no, un impacto potencial de nuestras acciones. Sin embargo, esto no responde a nada sobre la magnitud del impacto real esperado a nivel de la comunidad. La evaluación de este nivel de realidad, requiere de tiempo y definición. Tiempo en el sentido de que siendo el principal objetivo del programa el de disminuir el daño biológico producido por la enfermedad, esto dependerá del tiempo, la constancia y las condiciones en que cada individuo utilice el programa (habiéndose ya descartado la posibilidad de que funcionen mal las acciones); este tiempo, puede ser de años o de décadas y aquí interviene el segundo elemento mencionado, definición. Si se espera calificar el programa en términos de utilidad, nadie más indicado para hacerlo, que la propia comunidad; es ella la que puede calificar hasta dónde éste le proporciona beneficios y qué tipo de beneficios; es ella la que podrá complementar, después de un tiempo en que éste funcione, qué otro tipo de acciones se deben incorporar al sistema.

Por otro lado, si se califica el programa en términos de impacto, se cree que después de un tiempo prudencial, esto es factible de hacer en razón de búsqueda de indicadores biológicos, sociales y culturales, que permitan contrastar las bondades del programa en zonas similares cuya única diferencia sea, la aplicación del programa en una de ellas, contra resultados en otra en que no se haya aplicado. Este tipo

de evaluación, pertenece al campo de investigación de la sa lud pública y no al programa, luego, impactos pueden ser me di dos en evaluaciones de contraste pero la misión fundamen- ta l de la evaluación operativa del programa, debe de res- tr in g i r s e a su calidad y funcionalidad. Una vez logrado e- so, es posible evaluar su impacto a nivel comunitario.

## I. CUANTIFICACION DE LA EVALUACION

La cuantificación evaluativa es un punto que inquieta y preocupa mucho a planificadores y asesores. En el presente capítulo, hemos señalado pocas veces, aspectos cuantitativos sobre evaluación, creemos que éstos son imposibles de fijarse por varias razones.

La cuantificación de la evaluación del control de cali dad de la atención y cuidado de la salud, está determinada en gran parte, por los tipos de enfermedades y las formas - en que éstas se manifiestan, en un lugar y a una población dada. Se cree que niveles y metas fijadas, al ser evaluadas con los alcanzados, sólo pueden ser interpretados por los - que operan el programa y comparadas localmente con datos de regiones parecidas. De esta manera, el éxito en el manejo - de un tipo de problema, puede interpretarse como favorable, si disminuye la mortalidad en una región en donde era alta la misma, como consecuencia de ese tipo de problema. En o- tra re g i o n, por el contrario, su éxito puede ser esperado - en función del descenso de su morbilidad y puede existir una tercera, en la cual, el éxito sea referido a reducción - de complicaciones y/o duración. De tal forma, que la cuanti ficación de éxito o fracaso de actividades y procedimientos, dependerá en parte del comportamiento de la enfermedad en determinada zona.

La evaluación de la calidad del programa, también está determinada por los conceptos sociales y culturales que so bre la enfermedad y sus técnicas de enfrentarla posean bene

ficiarios y ejecutantes.

En una comunidad en donde la medicalización, es un concepto arraigado, la implementación de normas terapéuticas - de bajo prestigio, puede llevar a la no aceptación de los - tratamientos o bien a la incorporación de otras medidas terapéuticas, distintas de las prescritas por las normas del programa. Lo anterior, además de que puede subestimar las - bondades de un plan terapéutico, puede propiciar su mala interpretación por su asociación a otros tratamientos no recomendados. De lo anterior, se desprende que: si tenemos un efecto proporcional bajo en una comunidad de este tipo, en - relación a efectos mayores en otras que no enfrentan ese - problema, ello no necesariamente significa, poco efecto del sistema empleado.

Las acciones del cuidado de la salud, también se ven afectadas por aspectos sociales y culturales dado que un mismo problema, puede ser considerado por un grupo humano como enfermedad y por otro no, ello afecta los reportes de impacto y la identificación de procesos con un mismo nivel de severidad y manifestación.

Un tercer problema que dificulta la cuantificación de la evaluación y su comparabilidad de aplicación, es la calidad de los instrumentos (especialmente medicamentos), esto es más serio, precisamente en los países en que con mayor - necesidad se requiere de estos programas.

Resumiendo, se puede decir que: la cuantificación evaluativa y la interpretación de las bondades de un programa como el presente, debe ser regionalizada. Sus metas y lo - gros deben ser fijados tomando en cuenta, todos los problemas que afectan de una manera u otra; procedimientos, instrumentos y aceptación de medidas por la comunidad. De cualquier manera y a cualquier nivel, el principal éxito del - programa lo constituirá el incremento de logros que año con año se vaya teniendo en la aceptación, tratamiento, preven-

ción y vigilancia de las enfermedades de una población dada.

Para finalizar con el presente capítulo, hemos preparado unos esquemas de control evaluativo (cartillas evaluativas anexas) para las diferentes acciones, que ayudarán al lector a calificar: 1- calidad y 2- funcionalidad del sistema; base inicial y fundamental de la evaluación propuesta.

J. ESQUEMAS DE CONTROL EVALUATIVO: FORMATOS E INSTRUCTIVOS DE -  
LLENADO DE LAS CARTILLAS DE CONTROL DE CALIDAD Y DE FUNCIO -  
NALIDAD.

CARTILLA EVALUATIVA DE CALIDAD

NOMBRE DEL EVALUADOR \_\_\_\_\_ ( )

FECHA DE \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

PERSONA EVALUADA \_\_\_\_\_ ( )

N° EVALUACION \_\_\_\_\_

ACCION	COMPONENTES	APRECIACION	IMPRESION FINAL	RECOMENDACION
1. CONSULTA	1. Historia	1. _____ ( )	_____ ( )	_____
	2. Identificación del sujeto	2. _____ ( )		
	3. Descubrimiento de signos	3. _____ ( )		
	4. Diagnóstico	4. _____ ( )		
	5. Tratamiento	5. _____ ( )		
2. CUIDADO DE LA SALUD	PREVENTIVO		_____ ( )	_____
	1. Estado del instrumento	1. _____ ( )		
	2. Aplicación del tratamiento	2. _____ ( )		
	3. Calidad de cobertura	3. _____ ( )		
	4. Cobertura lograda	4. _____ ( )		
	DETECCION DE PROBLEMAS		_____ ( )	_____
	5. Detección del problema	5. _____ ( )		
	6. Identificación	6. _____ ( )		
	7. Verificación de su existencia	7. _____ ( )		
	8. Nominación del problema	8. _____ ( )		
	9. Selección de acciones correctivas	9. _____ ( )		
10. Monitoreo	10. _____ ( )			
11. Cierre del caso	11. _____ ( )			
3. INVESTIGACION	CONSULTA		_____ ( )	_____
	1. Criterios Diagnóstico	1. _____ ( )		
	2. Tratamientos Empleados	2. _____ ( )	_____ ( )	_____
	CUIDADO DE LA SALUD		_____ ( )	_____
	3. Elementos de detección	3. _____ ( )		
4. Elementos de identificación	4. _____ ( )			
5. Aplicación de acciones correctivas	5. _____ ( )	_____ ( )	_____	
4. EDUCACION	1. Aprendizaje	1. _____ ( )	_____ ( )	_____
	2. Comprensión	2. _____ ( )		
	3. Memorización	3. _____ ( )		
	4. Habilidades	4. _____ ( )		
	5. Actitudes	5. _____ ( )		
5. ADMINISTRACION	1. Programación	1. _____ ( )	_____ ( )	_____
	2. Manejo de recursos humanos	2. _____ ( )		
	3. Manejo de recursos materiales	3. _____ ( )		

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS CARTILLAS  
EVALUATIVAS DE CALIDAD

**NOMBRE DEL EVALUADOR:** Se pondrá el nombre de la persona que realiza la evaluación, principiando por apellido paterno y se pondrá en (\_\_\_\_) la clave con que se identifica al evaluador. Se usa el 99, cuando el nombre es todo el sistema.

**FECHA DE: \_\_\_\_ A: \_\_\_\_ :** Se pondrá la fecha; día, mes y año a que pertenece la evaluación: ej.; del 12 de julio de 1986 al 5 de septiembre de 1986, se anota de 1 2 0 7 8 6 a 0 5 0 9 8 6.

**PERSONA EVALUADA:** Se pondrá el nombre de la persona a que se está evaluando principiando por apellido paterno y se pondrá en (\_\_\_\_) la clave con que se identifica al evaluador. Se usa 99, cuando la evaluación la hace todo el equipo de salud.

**Nº EVALUACION:** Se anotará el número correlativo que le corresponde a la evaluación.

**COMPONENTES:** Se refiere a los niveles evaluativos que aparecen descritos a lo largo del capítulo de evaluación para cada acción.

**APRECIACION:**

de cada componente se califica como:

Mala 1

Regular 2

Buena 3

Lo que se califica, son los conceptos a evaluar, que aparecen descritos a lo largo del capítulo de evaluación, para cada acción (ver capítulo de evaluación).

**IMPRESION FINAL:**

Esta se califica como:

Mala 1

Regular 2

Buena 3

de acuerdo al resultado de la suma de las impresiones y el valor que se les haya establecido previamente. Por ejemplo, si para calificar con una impresión final de buena la consulta, se ha establecido que en diagnóstico y tratamiento, se haya calificado la apreciación con tres y los demás componentes con dos, entonces si esto no se cumple, la impresión final, será calificada como 2 ó 1.

**RECOMENDACION:**

En este rubro, se anotan las acciones que se harán, en base a la evaluación que se hizo. Se pueden anotar hasta tres acciones recomendativas.

- 1= Reevaluar la condición.
- 2= Reforzar entrenamiento.
- 3= Documentar procedimientos.
- 4= Investigar nuevas posibilidades.
- 5= Aumentar el nivel de supervisión.
- 6= Necesita consultarse a otro nivel.
- 7= Necesita mayor información para evaluar adecuadamente.
- 8= No necesita recomendación.

**OBSERVACIONES:**

Bajo este rubro, se anotan aquellas - impresiones que el evaluador considere importantes y que no se contemplan en esta cartilla.

CARTILLA EVALUATIVA DE FUNCIONALIDAD

NOMBRE DEL EVALUADOR \_\_\_\_\_ ( )

FECHA DE \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

PERSONA EVALUADA \_\_\_\_\_ ( )

Nº EVALUACION \_\_\_\_\_ TIPO EVALUACION \_\_\_\_\_

ACCION	TIPO ENFERMEDAD	COMPONENTES DE IMPACTO	APRECIACION	IMPRESION FINAL	RECOMENDACION
1. CONSULTA	_____	1. Deterioro de la salud 2. Acortamiento de tiempo de recuperación 3. Reducción complicaciones 4. Prevención de secuelas 5. Nivel de coberturas	1. _____ ( ) 2. _____ ( ) 3. _____ ( ) 4. _____ ( ) 5. _____ ( )	_____ ( )	_____
2. CUIDADO DE LA SALUD	_____	1. Disminución de su apareamiento, en la comunidad. 2. Aumento capacidad detección 3. Limitación daño 4. Control de enfermedades propias de la región.	1. _____ ( ) 2. _____ ( ) 3. _____ ( ) 4. _____ ( )	_____ ( )	_____
3. INVESTIGACION	_____	1. Mejora de nivel de consulta 2. Mejora nivel detección enfermedades. 3. Identificar población a riesgo 4. Sugerir medidas correctivas	1. _____ ( ) 2. _____ ( ) 3. _____ ( ) 4. _____ ( )	_____ ( )	_____
4. EDUCACION	_____	1. Mejora la calidad de atención 2. Mejora la calidad de cuidado de la salud 3. Metodología de investigación 4. Mejora la función administrativa.	1. _____ ( ) 2. _____ ( ) 3. _____ ( ) 4. _____ ( )	_____ ( )	_____
5. ADMINISTRACION	_____	1. Uso recursos humanos 2. Uso recursos materiales 3. Documentación 4. Información	1. _____ ( ) 2. _____ ( ) 3. _____ ( ) 4. _____ ( )	_____ ( )	_____

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LAS CARTILLAS  
EVALUATIVAS DE FUNCIONALIDAD

NOMBRE DEL EVALUADOR: Se llena igual que en la cartilla de control de calidad.

FECHA DE: \_\_\_ A: \_\_\_: Se llena igual que en la cartilla de control de calidad.

PERSONA EVALUADA: Se llena igual que en la cartilla de control de calidad.

Nº DE EVALUACION: Se usa el mismo criterio que para el control de calidad.

TIPO DE EVALUACION: Se anotará si la evaluación es:

1 = Individual

2 = Todo el equipo de salud

TIPO DE ENFERMEDAD: Si se está evaluando todo un sistema (por ejemplo, enfermedades respiratorias en general) se identifica el código del sistema en el instructivo - de códigos de enfermedades y se anota en los dos primeros espacios 0 5 \_\_\_\_\_, en los otros espacios si se van a analizar todos juntos, se pone en los últimos espacios 0 0 y quedaría 0 5 0 0 para enfermedades respiratorias. Si se desea especificar, entonces se pone la clave con -

que se identifica la enfermedad. Por ejemplo: faringoamigdalitis, se identificaría como 0 5           por que es una enfermedad respiratoria y 0 2 por que es la clave que le corresponde. La forma correcta de identificación, sería 0 5 0 2 .

APRECIACION:

Se llena de igual manera que en la guía de calidad.

IMPRESION FINAL:

Se llena de igual manera que en la guía de calidad.

RECOMENDACIONES:

Se llena de igual manera que en la guía de calidad.

OBSERVACIONES:

Bajo este rubro, se anotan todas aquellas impresiones que el evaluador considere importantes y que no se contemplan en esta cartilla.

## VI. PROMOCION Y EDUCACION DE LA SALUD

### A. INTRODUCCION

Uno de los objetivos centrales de todo programa de atención médica primaria es el de lograr que la comunidad se interese por los aspectos de la salud, que se despierte en la gente la inquietud por saber cuáles son los factores que la alteran, qué se puede hacer para combatirlos y motivar que haya una participación activa, consciente y dirigida en el proceso de aplicar las medidas que el programa de atención médica recomienda para recuperar y mantener la salud.

Bajo esta concepción, se parte de la idea de que previo al desarrollo del programa de salud, los miembros de la comunidad no están conscientes de las medidas requeridas para la promoción de la salud, o que, aún si lo están, no manifiestan su participación directa en ello.

Así pues, se requiere de un proceso de comunicación entre los miembros del equipo de salud y los miembros de la comunidad, comunicación orientada a transmitir un mensaje y a inculcar actitudes tendientes a promover la buena salud. En otras palabras, se requiere establecer un proceso de educación de la salud hacia la comunidad.

Sin embargo, antes de poder establecer este proceso se requiere que aquellos que van a enseñar acerca de la salud estén conscientes de qué es lo que quieren enseñar. Esto es, para que los miembros del equipo de salud puedan actuar como agentes de cambio, se requiere primero que ellos hayan logrado el cambio en sí mismos. Por lo tanto, es necesario primero educar al personal que va a trabajar en la promoción de la salud. Dentro de este marco, el papel de primer educador le corresponde al pequeño grupo de profesionistas que pretende implementar el programa de salud. Así, son los médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc., quienes -

habrán de actuar como voz y ejemplo para el personal que en trenen, a saber: trabajadores comunitarios de salud, auxi - liares de enfermería, promotores sociales, etc. A su vez, - este personal intentará transmitir su mensaje de salud ha - cia la comunidad.

Aunque la secuencia que se ha bosquejado es lógica y se antoja evidente, en la práctica se tropieza uno con una serie de obstáculos que vencer, que muchas veces no resultan tan obvios, y que dificultan las actividades de promoción y educación de la salud.

#### B. OBSTACULOS EN LA FORMACION PROFESIONAL PARA EL TRABAJO DE - COMUNIDAD.

Dado que de acuerdo a como se ha planteado nuestro programa, la dirección del mismo descansa inicialmente en personal médico, muchos de los comentarios que se harán en el presente capítulo se refieren a la formación profesional mé dica. Sin embargo, como resultará claro, dichos comentarios son también aplicables a la formación de otros profesionis - tas que trabajan en salud.

Para empezar, es necesario reconocer las deficiencias, - limitaciones y sesgos de la formación universitaria en el á rea de salud, que en muchos casos va dirigida a entrenar a los estudiantes para el desarrollo de labores en áreas que no habrán de practicar, debido a la falta de ofertas de tra - bajo. También hay que reconocer que en muchos aspectos la - formación en el ejercicio de la medicina se ve deformada - por la fuerte influencia que la industria químico-farmacéu - tica ejerce a través de la publicidad para promover la ven - ta de sus productos.

En la mayor parte de las universidades del país, la edu - cación profesional del estudiante de medicina descansa en - gran parte en el entrenamiento intrahospitalario, en el que

se concentra en un espacio físico relativamente pequeño a un gran número de pacientes con diversas enfermedades. Esto permite que el estudiante conozca una amplia variedad de padecimientos en un tiempo relativamente corto. El precio que se paga por ello es que, en general, el médico no tiene tiempo de conocer a su paciente, ya que se encuentra demasiado ocupado en conocer el padecimiento. Si bien este tipo de formación encaminada a que el estudiante aprenda a manejar patología muy variada, puede resultar deseable para el entrenamiento del médico destinado a trabajar en hospital, para los fines del trabajo comunitario, el entrenamiento del personal de salud dentro del ambiente hospitalario tiene muchas deficiencias:

- a) Debido al gran número de médicos a cuyo cargo está un paciente (interno de pregrado, residente de primer año, residente de segundo, de tercero, médico adscrito del servicio, etc.), la atención médica hospitalaria es especialmente favorable para evitar que el estudiante se relacione con el paciente. Es posible, por ejemplo, estar presente en la cirugía que se le efectúa a un individuo, con el fin de ver y aprender la técnica quirúrgica, pero no volver a ver al paciente nunca más, pues no es obligación del estudiante el seguir la evolución del post-operatorio.
- b) Aún cuando el estudiante muestre interés por relacionarse con un paciente, al ver a éste tan aislado de su medio hace prácticamente imposible que el estudiante se percate (ya no se diga que comprenda) las repercusiones que el ambiente social, económico, cultural y geográfico ejercen sobre el paciente. Por lo mismo, llega a ser muy difícil que el médico adecúe sus indicaciones y prescripciones a la reali

dad del paciente. Por ejemplo, no es raro escuchar, incluso dichas en forma rutinaria, algunas de las siguientes instrucciones: "Lávese las manos tres veces al día", o "Viva tranquilo, no se preocupe, y no haga corajes", o bien "Descanse, no haga trabajo pesado". No es difícil imaginar lo inadecuado que pueden ser estas indicaciones cuando no hemos tomado en cuenta cuál es el ambiente del cual proviene el paciente, lo que puede hacer prácticamente imposible la práctica de las mismas.

- c) Otra de las consecuencias que resultan de ver al paciente únicamente en el ambiente hospitalario y desperdirlo con una prescripción que no necesariamente implica que el médico habrá de ver de nuevo a su paciente es que el primero no puede evaluar ni comprender, mucho menos enfrentar, las consecuencias de su prescripción. Una situación muy diferente se le ofrece al médico que trabaja en la comunidad, quien muchas veces, después de haber visto a un paciente en la consulta, lo visita en su domicilio, y puede y debe aceptar el juicio del paciente y su familia respecto a lo adecuado del tratamiento y/o las indicaciones dadas.
- d) Una diferencia bastante clara entre la medicina hospitalaria y la medicina comunitaria es el elitismo que tradicionalmente caracteriza a la primera, en contraposición con la pretensión de la segunda, de alcanzar al mayor número de personas. El médico que trabaja en el hospital se acostumbra a la mecánica de que es el paciente quien acude a él; con esto no sólo se favorece una actitud de arrogancia por parte del profesional, sino que también se tiende a alejar las facilidades del sistema de-

salud de los sectores de la población que están más distantes del hospital, quienes con no poca frecuencia son quienes más requieren de los beneficios de la atención médica.

En cuanto a la influencia de la industria farmacéutica sobre las actitudes terapéuticas de los médicos es importante reconocer que en general la propaganda que las compañías farmacéuticas distribuyen resulta tendenciosa en el sentido de poner un énfasis muchas veces excesivo en las virtudes de los tratamientos que proponen, de tal manera que muchas veces se crea la impresión de que el solo hecho de que el médico recete el medicamento anunciado llevará a la curación al paciente.

Aunque la propaganda impresa, por supuesto, se cuida mucho de aseverar esto, la manera en que ésta se presenta, enfatizando las pretendidas bondades de la farmacopea occidental, obstaculiza el interés que el médico debe dedicar al complejo de indicaciones y actitudes que en conjunto constituyen el tratamiento del paciente. No hay que descuidar la influencia que ejercen el consejo médico, las costumbres, la tradición local, etc., sobre el proceso de la recuperación y mantenimiento de la salud del individuo. Pero ¿Cómo podemos adecuar nuestras indicaciones a las circunstancias socio-culturales del paciente, si se desconocen éstas?

### C. COMPENETRACION CON LA COMUNIDAD

El médico que se ha formado según el esquema anteriormente descrito, generalmente se encuentra poco preparado para trabajar en la comunidad. Por tanto, antes de que inicie sus actividades de atención, promoción y educación de la salud es necesario que aprenda una serie de actitudes que le permitan compenetrarse con los miembros de la

comunidad en la que va a trabajar.

Por principio, el médico debe comprender que cuando hay interés en llevar los servicios de salud a nivel de toda la población no es suficiente el permanecer sentado en el consultorio atendiendo a la consulta por demanda. Los pacientes que acuden al centro de salud generalmente constituyen una muestra seleccionada de la población, pero que rara vez es representativa de la misma, ya que existen varios factores de sesgo que impulsan a dicha población a acudir a las facilidades de salud. Por ejemplo, pueden acudir de preferencia aquellos pacientes que vivan más cerca del centro, o bien aquéllos que tengan la facilidad económica o el concepto cultural de aceptación de la medicina occidental. Para que el médico tenga una idea más clara acerca de la población a la que atiende debe salir del centro de salud y visitar las casas de la comunidad para ver cómo vive la gente. Para esto se recomienda que el médico desarrolle una actividad específica, que le dé un pretexto y una justificación para realizar dicha visita. Un ejemplo de tal actividad puede ser el repartir avisos para una próxima campaña de vacunación.

La visita domiciliaria es uno de los instrumentos más útiles para lograr que el médico se dé cuenta de cuál es el tipo de gente que con más frecuencia ve en el centro de salud y cuál es el tipo de gente que rara vez o nunca acude a la consulta. Es importante que el médico documente, después de sus observaciones acerca de uno y otro grupo, y que ponga atención en las diferencias que hay, ya que lo que observa le será de gran ayuda para planear sus actividades de promoción y educación de la salud.

La visita domiciliaria tiene muchos otros objetivos. Cuando la realiza un observador cuidadoso e interesado, le permite percatarse de los detalles que caracterizan al medio ambiente de los individuos. Así mismo, le hace ver las

dificultades que existen tanto para acudir a las instalaciones de los servicios de salud como para poder llevar a cabo las indicaciones dictadas por dichos servicios. Así mismo, las actitudes de la gente cuando reciben al trabajador de salud en su casa le reflejan claramente cuál es el sentir de dicha gente hacia él mismo y hacia el programa que representa. En no pocos casos, dicha actitud puede ser inicialmente de desconfianza o aún de franco rechazo, pero idealmente, conforme transcurre el tiempo en que el programa de atención médica primaria se aplica en la comunidad, la actitud de la gente irá cambiando, lo cual podrá advertirse por la mejor aceptación hacia el personal de salud.

Una vez que el trabajador de salud ha logrado que algunas familias lo acepten con agrado en su casa se inicia un proceso de interacción con las familias, que para el trabajador de salud representan por un lado la forma de aprender cómo piensa la gente, cuáles son sus prioridades, cuáles sus valores, cómo expresan sus juicios, etc.; por otra parte, esta interacción le dará al trabajador de salud una oportunidad de enviar su mensaje de promoción de la salud, tanto al permitirle llevar en forma verbal el contenido del mensaje como al permitirle expresar en forma no verbal, por medio de sus actitudes, el mismo mensaje.

#### D. ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL AUXILIAR

De acuerdo a la secuencia que inicialmente se ha planteado, una vez que el personal profesional que trabaja en el grupo de salud ha logrado incorporar en su formación las actitudes necesarias para el trabajo en comunidad y una vez que ha logrado captar una imagen de las actitudes, creencias e intereses de las gentes de su comunidad, debe iniciar el entrenamiento del personal auxiliar que habrá de trabajar en la promoción de la salud con la comunidad.

Como se comenta en la sección de Formación del Personal (capítulo IV), se recomienda que el personal auxiliar de salud sea seleccionado de la misma comunidad. Y, de acuerdo con la suposición de que antes del desarrollo del programa de salud los miembros de la comunidad están poco conscientes de los factores que afectan la salud y de las actividades que deben desarrollarse para promover y mantener una buena salud, al contemplar el entrenamiento de los auxiliares se debe considerar que ellos también desconocen en gran parte todos estos factores. Es necesario tener esto en cuenta al planear lo que se va a enseñar a los auxiliares y al mismo tiempo, esta situación nos ofrece la oportunidad de evaluar el impacto de las actividades de educación de la salud sobre un pequeño grupo de miembros de la comunidad, representado por los auxiliares. De esta forma, el adiestramiento de los mismos puede ser contemplado como un ensayo piloto del programa de educación, sirviendo como un espejo en el cual se puede ver reflejada la actitud de la comunidad ante la información proporcionada. Esto debe ayudar al grupo de profesionales de la salud a identificar tanto las deficiencias, para corregirlas, como los aciertos, para reforzarlos.

Como se comentó anteriormente, el contenido de la enseñanza que se intenta transmitir se realiza tanto por medio de métodos verbales o audiovisuales como por medio de mensajes no verbales, consistentes en actitudes (tales como el lavarse las manos antes de comer), gestos (como cuando se expresa aprobación ante una madre que cubre la comida del polvo en tanto se sienta su familia a la mesa, o bien cuando se muestra desaprobación ante otra que, recogiendo un dulce del suelo, se lo vuelve a dar a su niño), apariencia personal (cuidando por ejemplo de mantener nuestras uñas bien recortadas y limpias), y en general con nuestra manera de vivir y comportarnos, que en muchos casos repre-

senta patrones o ejemplos que los demás copian. Durante el entrenamiento del personal auxiliar el médico debe mantenerse alerta para ver cómo son captados el mensaje o mensajes no verbales que se les transmiten a los auxiliares.

Es de ayuda llevar un registro de lo observado y después en una reunión general, comentarlo entre todos. De esta manera se ayuda a ejemplificar esta forma de educación. Para que los auxiliares aprendan a utilizarla es necesario asignarles tareas específicas, tales como pedirles que con ciertas familias que visitan se propongan lograr un cambio en su actitud a través de mensajes no verbales y que registren por escrito el progreso logrado, para comentarlo después con el supervisor.

En tanto que la primera labor de los médicos y otros profesionales que inician el trabajo en el campo consiste en adaptar sus conocimientos a la situación que se les presenta en la comunidad, aprendiendo las costumbres locales para compenetrarse con ellas, el personal de salud local ya conoce a la comunidad, pues es parte de ella. En un sentido, esto es una ventaja; por otro lado sin embargo, significa que al igual que el resto de la comunidad, los trabajadores de salud han estado expuestos a los medios de propaganda, los cuales transmiten con frecuencia una imagen estereotipada de las ventajas y virtudes de la actividad médica. Si la gente del pueblo ha sido manipulada para hacerles creer que con una inyección se cura cualquier dolor, o que las radiografías representan el método para llegar al diagnóstico en cualquier situación en que la exploración física no orienta lo suficiente, los auxiliares que se entrenan para trabajar en el programa de salud muy probablemente también participen de estas ideas.

En consecuencia, al planear el entrenamiento que se dará a los auxiliares es importante tomar en cuenta esto y procurar enfocar adecuadamente el papel que han de jugar -

como promotores de la salud.

En cuanto los auxiliares estén capacitados en alguna - de las actividades que van a desarrollar hay que procurar - que desarrollen algo de trabajo con la comunidad. El objeto de esto no es, como en el caso del médico, que aprendan có mo vive la gente en la comunidad; de lo que se trata es, - por un lado de que los auxiliares sean aceptados por la co munidad, que sean vistos como trabajadores del programa de salud; por otro lado, se intenta que los auxiliares aprendan a ver con ojo crítico, usando la nueva visión adquirida a través del entrenamiento en el programa, cuáles son - las prácticas en materia de salud de la gente. Para lograr esto, es conveniente indicar a los auxiliares que, al mismo tiempo que desarrollan una actividad específica, deben - empezar a registrar sus observaciones concernientes a cier tos aspectos de la higiene ambiental, tales como la elimi nación de la basura, la limpieza de los utensilios de coci na, el manejo de los biberones, etc.

Otras áreas que se pueden cubrir en estas visitas son - las observaciones respecto a:

- a) Prácticas de alimentación de grupos en riesgo (como madres embarazadas y lactantes, o niños menores de - 5 años).
- b) Actitudes de la familia ante la enfermedad de uno - de sus miembros.
- c) Opiniones de la gente acerca de las prescripciones - médicas, etc.

Con todo esto se logrará que los auxiliares de campo - tengan una imagen más clara de las actitudes que es necesario modificar en la comunidad, y podrán enfocar mejor las - actividades de promoción que desarrollen.

Se pueden resumir los puntos más importantes en el pro ceso de educación de los miembros del equipo de salud en -

la siguiente forma:

- a) Hay que reconocer cuáles son las actitudes que se desean desarrollar y/o cambiar en quienes han de trabajar en la promoción y educación de la salud.
- b) Desde el inicio del trabajo de campo, hay que procurar que los profesionistas logren compenetrarse con la comunidad y que los auxiliares se integren a las actividades del equipo de salud, sin que pierdan el contacto con su comunidad.
- c) Todos los miembros del grupo deben participar de una retroalimentación constante respecto a sus labores, a base de una adecuada supervisión-evaluación-comentarios.

#### E. ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD

El objetivo de este inciso no es el de hacer una lista de actividades para promover la salud, ya que éstas dependerán de las condiciones particulares que se encuentren en cada comunidad, así como de los objetivos específicos del programa de salud según las condiciones locales. Sin embargo, sí queremos destacar algunos puntos generales que deben tomarse en cuenta para desarrollar las actividades de promoción y educación de la salud en la comunidad.

Como ya se ha mencionado, la primera labor de los profesionistas y del personal auxiliar es la de desarrollar en sí mismos las actitudes necesarias para trabajar en el campo. Asimismo, es importante lograr identificar en el comunidad cuáles son las actitudes y prácticas sobre las que se desea influir. Una vez identificadas éstas, hay que trazar el plan de acción, y ya definido éste, habrá que integrar las actividades específicas planeadas al resto de las labores del programa de salud.

Respecto a las actividades de promoción y educación de la salud, existen muchos métodos para llevar a cabo dichas actividades. Hasta ahora, se han bosquejado en forma global los métodos verbales y los no verbales que se pueden utilizar para transmitir mensajes específicos a las familias. - Cualquiera de estos métodos, o ambos, se pueden utilizar - en el contexto de diversas actividades, tales como:

- a) Aprovechando la reunión de un grupo de madres con - un propósito común, como puede ser la vacunación de sus hijos, darles una pequeña explicación acerca de la importancia de la vacuna, utilizando para esto - alguna ayuda audiovisual que haga más gráfico el - mensaje. Así por ejemplo, se puede utilizar un flanelógrafo, o un rotafolios, en el que con dibujos - simples y dentro de un contexto local se puede ilustrar el concepto sobre el que se está hablando.
- b) Se pueden montar escenificaciones cortas, a manera - de pequeñas obras de teatro, en las cuales pueden - participar como actores ya sea los propios miembros del equipo de salud o bien algunos miembros de la - comunidad, orientadas a resaltar las actividades - que se desea promocionar. Por ejemplo, se puede - ilustrar la importancia de una adecuada eliminación - de la basura. Una variante de lo anterior consiste - en utilizar marionetas en lugar de actores, lo que - a veces resulta más atractivo para los niños.
- c) Los juegos infantiles también son un recurso útil - que puede destinarse a enfatizar el papel que tie - nen algunas actividades dentro de la conservación - de la salud. Un ejemplo puede ser el de un juego ac - tivo realizado en un espacio abierto, que permita a los niños correr, y en el que con una motivación a - decuada, se adapte una pequeña historia a una varian - te de los juegos de corretearse. Así, se puede dar -

el papel de "malo" a la enfermedad que deseamos combatir, y de "bueno", a la actividad que deseamos promover. Con un poco de imaginación podemos motivar juegos de "Caries dental y el cepillado", o de "Diarrea y el lavado de manos", etc.

- d) Las canciones también son un medio efectivo para transmitir mensajes. Tienen la virtud de que, al enseñar a la gente a repetir un estribillo atractivo, le recuerden constantemente el mensaje verbal contenido en la letra de la canción.
- e) Dependiendo de los recursos disponibles, se pueden utilizar métodos más sofisticados, tales como la proyección de diapositivas o de películas, o bien de videocassettes, o aún de imágenes computarizadas, aprovechando la presencia de la microcomputadora que se describirá en el capítulo VII, para el manejo de la información.

En cualquiera de las actividades anteriores es conveniente recordar que la atención del auditorio no permanece fija por mucho tiempo, por lo que se recomienda que la duración total de las sesiones no exceda de 20 ó 30 minutos.

También es conveniente recordar que la participación en estas actividades debe ser voluntaria y resultar atractiva para el auditorio. Si se trata de forzar la asistencia o si el tiempo que la gente dedica a las mismas se contrapone con otras actividades prioritarias, se perderá el impacto del mensaje.

Las actividades de promoción y educación de la salud no sólo deben realizarse con grupos; también es necesario enfocarlas a nivel individual, ya sea cuando el paciente visita al trabajador de salud en la clínica o cuando el trabajador de salud visita al paciente en su casa. Especialmente en esta última situación es que el trabajador de

salud puede por un lado adecuar su consejo a la realidad - del paciente y por otro evaluar hasta qué punto ha surtido efecto el programa, al advertir o no cambios en las actividades y actitudes de la gente.

Nunca está de más el enfatizar acerca de la importan - cia del reforzamiento de los mensajes que se han dado. Aún cuando una actividad específica de promoción de la salud - haya resultado exitosa, es necesario reforzar constantemen - te el mensaje; de otra forma, éste fácilmente se olvida. - También es importante que los mensajes que se transmiten - en una u otra forma sean coherentes entre sí, tanto al utilizar uno u otro método de promoción de la salud como al - considerar lo que uno u otro trabajador de la salud esté - promocionando.

Por último, es conveniente recalcar que la mejor forma de enseñar es con el ejemplo y que la mejor forma de apren - der es haciendo. Así, tiene mucha importancia el que los - miembros del equipo de salud no se limiten a predicar, si - no que cuando se haya logrado sensibilizar a un grupo de - gente de la comunidad lo suficientemente grande y motivado para emprender una acción conjunta, los trabajadores de sa - lud unan sus actividades con las de la comunidad y que no - se conformen con dar a la gente bonitas pláticas y repre - sentaciones, sino que se preocupen por organizar activida - des, por motivar a la gente a que dé ideas y que participe y por mostrarles, mediante la documentación adecuada (por - ejemplo, fotografías), el impacto que vaya teniendo al ca - bo del tiempo el programa de salud.

De esta manera se aspira a que la comunidad sienta el programa como algo útil y a su alcance y que a su vez aspire a hacerlo suyo.

## VII. OPERABILIDAD DEL PROGRAMA POR MEDIO DEL EMPLEO DE UNA MICROCOMPUTADORA.

Como sucede con cualquier sistema orientado a brindar ayuda comunitaria, el éxito de un programa de atención primaria - de salud depende en mucho del desarrollo y cumplimiento de una metodología operativa adecuada.

### A. CARACTERISTICAS DE LA METODOLOGIA A DESARROLLAR

Para asegurar la funcionalidad en las condiciones en - que se llevará a cabo el programa de salud, la metodología operativa deberá ser:

- a) Integral: mostrando todas las acciones a llevarse a cabo en el programa y las interrelaciones - entre ellas. De manera que siempre se ejecute una operación completa y balanceada.
- b) Detallada: definiendo para cada una de las principales actividades a realizar, un procedimiento operativo que describa en forma precisa su ejecución.
- c) Simple: a manera de facilitar su interpretación y operación.

### B. IMPORTANCIA DE LA INFORMACION

Al preparar la metodología de operación del programa - primario de salud, se tiene que considerar la importancia - que tiene para el logro de sus objetivos, la captura y manejo de toda la información generada.

Se considerará por ejemplo una consulta utilizando la - guía médica apropiada y que ha sido previamente diseñada. - Es indudable, que se presenta aquí un caso de COMUNICA - CION entre el CUERPO DEL PACIENTE que está sufriendo algún

PROBLEMA y el AUXILIAR o el MEDICO que deberá de tratar de descubrirlo para darle el tratamiento adecuado.

Se deben recordar antes algunos de los elementos básicos de un proceso de comunicación bilateral:

- a) Se dispone de un EMISOR que desea COMUNICAR un concepto (MENSAJE) conocido por él, a un determinado RECEPTOR.
- b) El concepto a comunicarse deberá ser previamente CODIFICADO por el emisor.
- c) El conjunto de códigos representativos del mensaje, pasará por un FILTRO al MEDIO de comunicación con el receptor.
- d) Durante la transmisión propiamente dicha del conjunto de códigos ya descritos, se presentan RUIDOS que podrán alterar el contenido de lo recibido por el receptor.
- e) De parte del receptor se produce el proceso inverso al del emisor es decir FILTRADO de los elementos recibidos y decodificados o lo que podríamos considerar una RECODIFICACION.
- f) En base a los códigos así formados y recibidos, el receptor tratará de ir INTERPRETANDO el mensaje para lo cual contará también con mensajes de aclaración y recepción al emisor con su correspondiente codificación y filtrado.
- g) El emisor utiliza la RETROALIMENTACION para tratar de asegurar la correcta recepción e interpretación del mensaje por el receptor.

Como se dijo anteriormente, en el caso de la consulta: El EMISOR es el cuerpo del paciente. El concepto o MENSAJE a transmitirse es el problema específico que viene sufriendo

do el paciente. La CODIFICACION del mensaje (problema de sa lud) es realizada por el emisor (cuerpo del paciente) provo cando en la persona condiciones y sensaciones ffsicas anor males y molestas, las que posiblemente en la mayoría de los casos, serán la causa de la solicitud de la consulta.

Conscientemente, el paciente deberá codificar a su vez dichas sensaciones y condiciones anormales utilizando para ello un sistema de códigos definido por el mayor o menor do minio del lenguaje a utilizar frente al receptor (auxiliar o médico). Se presenta adicionalmente un FILTRADO de la in formación emitida debido principalmente a condiciones socio económicas y culturales existentes en la comunidad. Un do lor de espalda, por ejemplo, podría representar un código - diferente en una comunidad de activos agricultores que en o tra de sedentarios comerciantes. Por otro lado, podría por ejemplo ser mal visto por la tradición cultural de determi nada comunidad el que un hombre adulto se quejara de dolo - res leves.

El RECEPTOR, en este caso el médico o el auxiliar, fil tra a su vez la información recibida, la decodifica utili - zando para ello su propio conocimiento del lenguaje común, - los síntomas preestablecidos en la gufa, y el conocimiento que tenga de las condiciones mencionadas y propias de la co munidad y, a través de preguntas, va tratando de interpre - tar el mensaje. Es indudable que le será más fácil el descu brir el verdadero problema conforme mejor acondicione su - propio sistema de códigos al usado por el paciente y su fil trado sea lo más cercano al impuesto por la realidad comuni taria específica.

Dispone también en este caso el receptor de otro medio para interpretar en forma más directa y usando determinados instrumentos algunos de los datos codificados por el cuerpo del paciente (signos). Si bien con este método se evita la interpretación y codificación subjetiva del paciente, se co

... rre siempre el riesgo de que alguno de los datos así toma - dos en lugar de ayudar a discriminar entre los posibles pro - blemas, traiga confusión en el proceso selectivo de la in - terpretación (RUIDO).

De todo esto se puede fácilmente ver la utilidad que - puede tener en la optimización del proceso de consulta (una de las acciones del programa de salud), el disponer en forma sistematizada y accequible de la información producida - en la misma comunidad por consultas anteriores, ya que se - podrá analizar para cada uno de los signos o síntomas obser - vados, tanto su incidencia como su valor discriminativo en los diferentes problemas a encontrar.

### C. SISTEMA DE INFORMACION PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Así como en la consulta, en todas las otras acciones - del programa de salud, la información autogenerada es de - primordial necesidad en su operación y por lo tanto, la me - todología operativa debe considerar todas las actividades - requeridas para la captura, validación, almacenamiento y ma - nejo de los datos conforme se vayan produciendo.

El éxito de un programa para la atención primaria de - salud depende mucho del desarrollo y mantenimiento de un - buen sistema de información propio que satisfaga todos los - requerimientos de las diferentes acciones.

Los principales objetivos que tiene este sistema de in - formación, pueden ser resumidos en los siguientes:

- a) Asegurar la INTEGRIDAD y CONFIABILIDAD en el re - gistro de toda la información necesaria para el programa de salud.
- b) Asegurar la OPORTUNIDAD en la disposición de la información que permita el monitoreo constante - de las condiciones de salud de las comunidades.
- c) Aprovechar los DATOS MEDICO-SOCIALES PROPIOS de

la zona para llevar a cabo investigaciones y estudios que sean realmente relevantes y prácticos y que permitan el aumento continuo de la eficiencia de las diversas acciones.

- d) Proveer de INFORMACION INTEGRADA que permita un entrenamiento práctico con datos reales y propios, a los distintos elementos del programa.
- e) Desarrollar un sistema LOCAL y AUTOSUFICIENTE que pueda ser operado y aprovechado en la misma zona y por el personal del programa.
- f) Utilizar TECNOLOGIA AVANZADA pero cuyo costo no sea tan alto que lo haga impráctico de utilizar.
- g) Asegurar la TRANSPORTABILIDAD del sistema a otras zonas.

Para satisfacer estos objetivos, el sistema de información será llevado a cabo mediante:

- a) Una microcomputadora económica con la capacidad suficiente para manejar los archivos de las bases de datos requeridos. Debido a que se ubicará en el mismo sitio de las comunidades, la microcomputadora deberá ser muy resistente a condiciones difíciles de voltaje, operación, mantenimiento, etc. La microcomputadora estará ubicada en el centro de atención de salud para el grupo de comunidades donde también estarán localizadas las funciones administrativas del programa.
- b) Creación y mantenimiento de un archivo base de datos de censo basal conteniendo información demográfica actualizada de cada uno de los habitantes de las comunidades incluidas en el módulo del programa de salud. Los registros personales de este archivo base de datos estarán organiza -

dos jerárquicamente por comunidad, familia y persona. Para cada familia se mantendrá también la identificación de sector dentro de la comunidad, de residencia y casa.

- c) Creación y mantenimiento de conjuntos satélites de datos para todas las personas registradas en el censo, conteniendo información de expedientes clínicos, esquemas de vacunación, etc. Estos conjuntos serán accesibles a través del acceso por comunidad, sector, familia, persona, condiciones demográficas (edad, sexo, etc.), grupos de enfermedades, enfermedad, etc.
- d) Creación de bases de datos de historias de casos incluyendo fechas, datos personales de pacientes, síntomas, diagnósticos, tratamientos y resultados. Estas bases de datos, tendrán una organización de tipo relacional que facilite su utilización en investigación mediante rápidas selecciones lógicas de casos con condiciones múltiples.
- e) Conjunto de programas para captura, mantenimiento y aprovechamiento de todos los datos de las bases. Estos programas deberán ser de muy fácil operación, para que se facilite así el trabajo con personal de las mismas comunidades. Se deberá prever también la flexibilidad en el acceso a las bases de datos para permitir investigaciones muy variadas.

#### D. ACCIONES DEL SISTEMA DE ATENCION MEDICA PRIMARIA

Las principales acciones de un sistema de atención médica primaria (ver cuadro después del inciso D ), pueden ser agrupadas en:

1. CONSULTA
2. CUIDADO DE LA SALUD
3. INVESTIGACION
4. EDUCACION
5. ADMINISTRACION

Todas estas acciones se interrelacionan entre sí a través del uso de datos comunes que en conjunto, deben formar parte del sistema de información del programa de salud.

Para cada una de estas acciones se designará un médico encargado de su control y ejecución, pudiendo una misma persona encargarse de más de una acción. Es muy recomendable - que dichas responsabilidades se roten continuamente entre - el personal médico, de manera que todos tengan una visión - integral del programa.

A continuación, y para cada una de estas acciones, se indicarán sus objetivos específicos, las principales actividades a desarrollar para satisfacerlos y los procedimientos para cada una de ellas. Para clarificar la exposición de - los procedimientos, se mostrará también un diagrama de flujo que indique la secuencia de sus diferentes pasos.

SISTEMA DE SALUD MEDICA PRIMARIA

- SISTEMA S.M.P.

1. CONSULTA	}	1.1, ATENCION A PACIENTES	}	1.1.a, CONSULTA POR AUXILIAR.
				1.1.c, SEGUIMIENTO DENTRO SISTEMA.
				1.1.d, SEGUIMIENTO FUERA SISTEMA.
				1.1.e, REGISTRO DE DATOS CONSULTA.
	}	1.2, EVALUACION OPERATIVA	}	1.2.a, EVALUACIÓN OPERATIVA CONSULTA COMUNIDAD.
2. CUIDADO DE LA SALUD	}	2.1, PREVENCIÓN	}	2.1.a, VACUNACIÓN
				2.1.c, EVALUACIÓN OPERATIVA VACUNACIÓN.
	}	2.2, DETECCIÓN	}	2.2.a, VIGILANCIA.
3. INVESTIGACION	}	3.1, CONSULTA	}	3.1.a, MÉTODO DE LA CONSULTA.
		3.2, CUIDADO DE LA SALUD	}	3.2.a, POBLACIONES DE RIESGO.
				3.2.b, DEFINICIÓN DE PROBLEMAS.
		3.3, OTROS TIPOS		
4. EDUCACION	}	4.1, PERSONAL OPERATIVO	}	4.1.a, MÉDICOS Y AUXILIARES EXPERIMENTADAS.
		4.2, POBLACION	}	4.2.a, COMUNITARIA.
				4.2.b, INDIVIDUAL.
		4.3, PERSONAL EXTERNO		
5. ADMINISTRACION.	}	5.1, INVENTARIOS	}	5.1.a, FARMACIA.
		5.2, MANEJO DE FONDOS	}	5.2.a, CUOTAS DE RECUPERACIÓN.
				5.2.b, CONTABILIDAD.
		5.3, NOMINAS		

## 1. Consulta

Tiene como objetivos principales:

- a) Curar problemas específicos de enfermedades, especialmente de tipo infecto-contagioso.
- b) Recopilar información de los procesos más comunes en la comunidad.
- c) Evaluar permanentemente el esfuerzo realizado por el programa en sus diferentes niveles y los resultados que se van obteniendo en la ejecución de esta acción.

Dentro de la acción de consulta se ejecutan dos grupos de actividades cuyos procedimientos se describirán a continuación:

### 1.1. Atención a pacientes

- 1.1.a. Procedimiento de la consulta efectuada por el auxiliar de salud.

Es el procedimiento a seguir por el auxiliar de salud, en la atención a pacientes en la casa de salud de su comunidad. Al término de este inciso, se muestra el diagrama de flujo cuyos pasos principales son:

Paso 1: El paciente llega a la casa de salud de su comunidad durante las horas de consulta.

Paso 2: Se presentan aquí dos casos:

-Paciente nuevo. En este caso el auxiliar de salud verifica si la persona está registrada en el listado del censo de la comunidad y prepara la hoja frontal del expediente asignándole el número que le toque y co

piará, los demás datos necesarios de los anotados en el censo.

-Paciente previamente registrado. -  
El auxiliar buscará en su archivo manual de expedientes de la comunidad, el correspondiente al paciente.

Paso 3: Con el expediente del paciente y las condiciones de la consulta, el auxiliar determina si el problema a tratar es nuevo o no.

Si corresponde a un nuevo problema, el auxiliar selecciona la guía en blanco correspondiente a los síntomas presentados en la descripción hecha por el paciente.

Si es un problema ya registrado anteriormente y que aún no ha sido inactivado, el auxiliar dispone, junto con el expediente, de la guía que se llenó cuando se realizó la consulta original.

Paso 4: Con el expediente y la guía, el auxiliar procede a examinar al paciente ayudándose para esto de la propia guía que le irá indicando los signos y síntomas a averiguar y tomar.

Paso 5: Si dentro de esa búsqueda de signos, se requiriera de algún análisis de laboratorio, el paciente será enviado a hacérselo, quedando todo el proceso en espera de los resultados

de dichos análisis antes de continuar con el siguiente paso.

Paso 6: Con todos los datos recabados y registrados en la guía, el auxiliar procederá a emitir el diagnóstico del caso ayudándose también aquí con la guía seleccionada.

Paso 7: El resultado obtenido con el diagnóstico podría mostrar que el paciente presenta un caso que cae fuera de la competencia del auxiliar y que por lo tanto deberá ser tratado por un médico.

En este caso el auxiliar deberá referir el paciente al médico (en el centro de atención médica), y para esto enviará al paciente con el expediente y la guía que le sirvió para hacer el diagnóstico, dejando registrado en su archivo manual de expedientes-guías de la comunidad la referencia hecha.

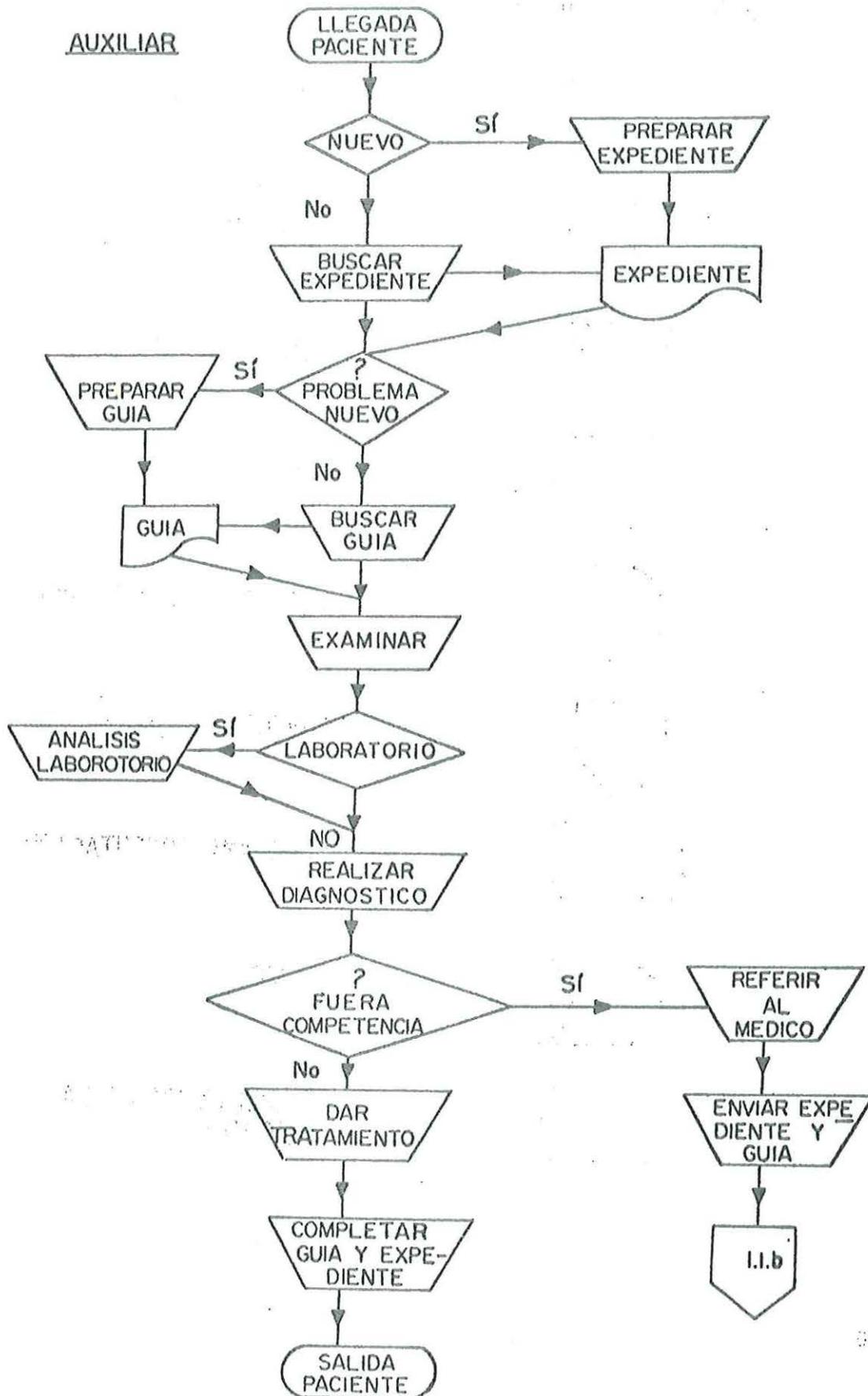
Paso 8: Si el caso es de su competencia, el auxiliar estará ahora en la posibilidad de recetar el tratamiento indicado por la guía y si corresponde, darle los medicamentos adecuados.

Paso 9: En este paso, el auxiliar deberá completar la información escrita a mano en el expediente y en la guía, separándola del archivo manual para ser llevados posteriormente al cen-

tro administrativo en donde se actualizarán los archivos de las bases de datos almacenados en la microcomputadora.

Paso 10: El paciente sale de la casa salud y el procedimiento termina.

I.I.o. CONSULTA EFECTUADA POR LA AUXILIAR DE SALUD.



## CONCEPTUALIZACION DE SIMBOLOS



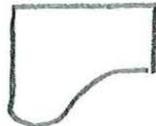
ENTRADA o SALIDA



DECISIONES



OPERACION MANUAL



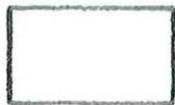
REPORTE



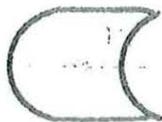
CONECCION DENTRO DEL SISTEMA



CONECCION FUERA



PROGRAMA COMPUTACION



DISCO



CONSULTA EN LINEA  
(MÁQUINA)

1.1.b. Procedimiento de la consulta efectuada por el médico.

Este procedimiento corresponde a la consulta dada por el médico, a pacientes referidos por auxiliares de las diferentes comunidades. Como se vio en el procedimiento anterior, los pacientes referidos llegan con su expediente y la guía que sirvió al auxiliar para referirlos.

En un sistema de atención por niveles como el propuesto, ésta es la principal forma de consulta de los médicos en el programa. En el caso de atención directa, se seguiría el procedimiento como se describió en consulta efectuada por el auxiliar de salud.

Al finalizar este inciso se muestra el diagrama de flujo con los pasos:

Paso 1: A la llegada del paciente al centro de atención, el médico verifica los datos registrados en el expediente y la guía comprobando primero la procedencia de la atención a brindar y si la información tomada en la guía fue completa y la decisión de referir al paciente fue correcta.

Paso 2: El médico completa ahora el examen al paciente utilizando todos sus conocimientos y experiencia profesional, pero tratando dentro de lo posible de seguir la guía en su versión para médicos.

Paso 3: Como en el caso del procedimiento anterior, se puede requerir algún análisis de laboratorio para completar la información necesaria para el diagnóstico.

Paso 4: Con todos los datos examinados, el médico da su diagnóstico.

Paso 5: Si por las condiciones del paciente se requiere de tratamientos o diagnósticos que escapen a la competencia del médico o a los recursos disponibles en el Sistema de Salud, el paciente será referido a otro nivel (hospital regional, instituciones en ciudades más importantes, etc.). La transferencia la realiza el médico enviando con el paciente sus indicaciones, junto con copia del expediente y guía.

Tanto el expediente como la guía de los pacientes transferidos por el médico, quedarán en el centro de atención para realizar su seguimiento (ver el procedimiento para seguimiento de pacientes fuera del sistema).

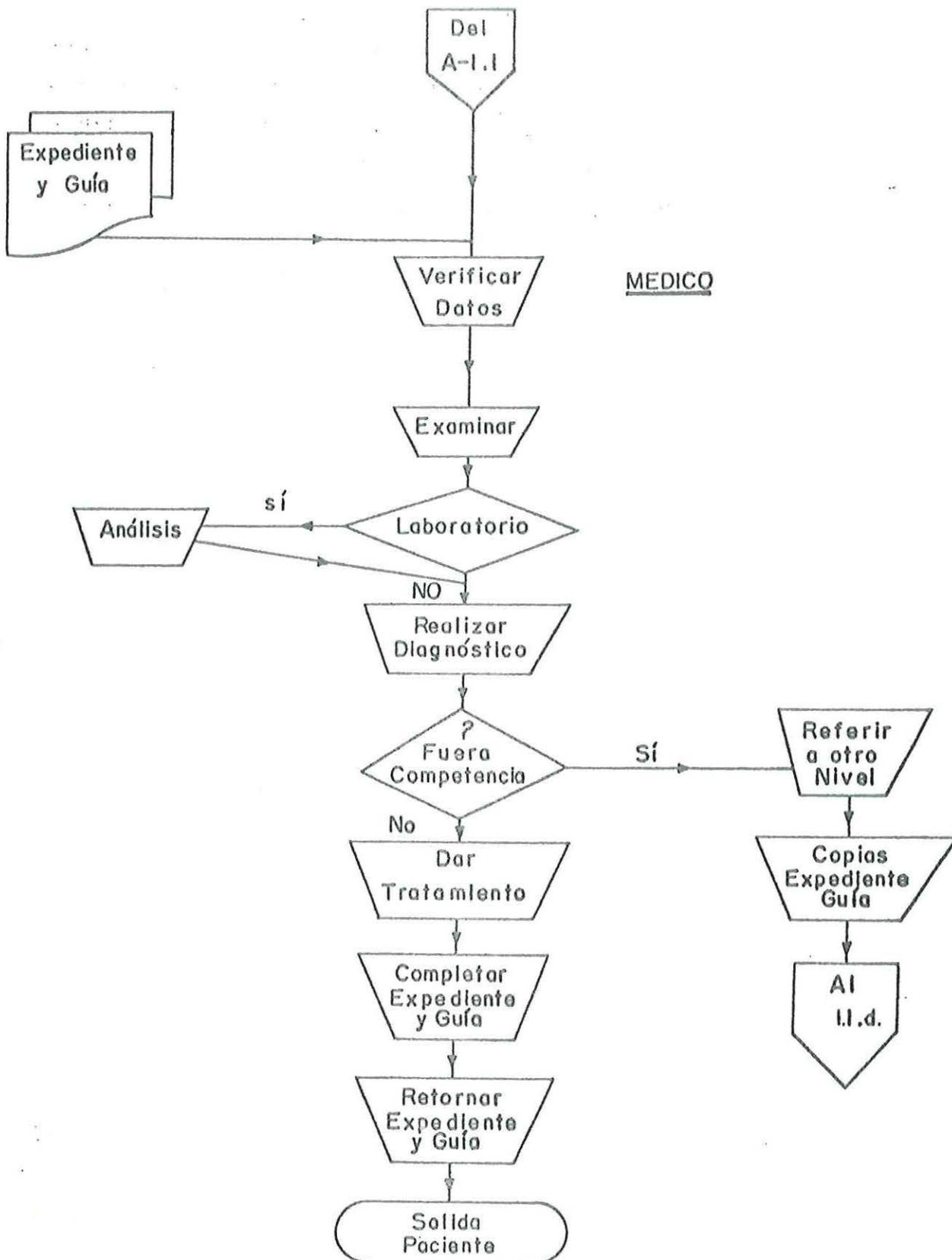
Paso 6: El médico dará el tratamiento adecuado al paciente incluyendo su posible internamiento en el centro de atención.

Paso 7: Se completará la guía y el expediente del paciente con toda la información importante agregada por el médico.

Paso 8: El expediente y las gafas, se devolverán a la casa de salud de la comunidad correspondiente para su posterior seguimiento (ver procedimiento para seguimiento de pacientes dentro del sistema).

Paso 9: El paciente regresa a su casa y el procedimiento termina.

I.I.b. CONSULTA EFECTUADA POR EL MEDICO.



### 1.1.c. Procedimiento de seguimiento de pacientes - dentro del sistema.

En un Sistema de Salud Comunitario como el que se está presentando, es de suma importancia el completar la información de todos los casos tratados y conocer así cuál fue el desenlace de los pacientes a los que se les hizo un examen, se les realizó un diagnóstico y se les dio un tratamiento.

Dado que hay pacientes que se les trata dentro del sistema y otros que son enviados fuera de él, se presenta un procedimiento para cada uno de los dos. El diagrama de flujo para ambos casos aparece al finalizar su descripción.

El procedimiento de seguimiento de pacientes tratados dentro del sistema, lo debe realizar principalmente el auxiliar pero también puede ser ejecutado por un médico.

Paso 1: Periódicamente, todos los expedientes con problemas activos son revisados y de ellos se selecciona un grupo para programar las visitas de seguimiento.

Paso 2: El auxiliar o el médico visitan al paciente seleccionado, con el fin de verificar mejoras a la vez que afinan los criterios de diagnóstico que se están usando.

En esa visita de seguimiento se pueden presentar dos tipos de casos:

Paso 3: En el caso de que se haya resuelto -

el problema del paciente, se completará la guía, se inactivará el problema en el expediente indicando en ambos formularios el motivo de la inactividad y su fecha así como otras condiciones que se presentaron en el proceso.

Tanto la guía como el expediente, quedarán separadas del archivo manual para utilizarse luego en la actualización de los bancos de datos computarizados.

El procedimiento termina aquí para el caso de pacientes con problemas resueltos.

**Paso 4:** En el caso de que el paciente no haya resuelto su problema de salud, se procederá a reevaluar el caso indicándose previamente y anotándose así en la guía y el expediente, las causas probables de su no mejoría.

**Paso 5:** De la reevaluación del problema, podría detectarse la necesidad de referir al paciente a otro nivel en cuyo caso se haría la transferencia adecuada.

**Paso 6:** La reevaluación del caso, traerá un nuevo diagnóstico y tratamiento al paciente. El expediente quedará nuevamente en espera de un próximo seguimiento volviéndose así al paso 1.

1.1.d. Procedimiento de seguimiento de pacientes - fuera del sistema.

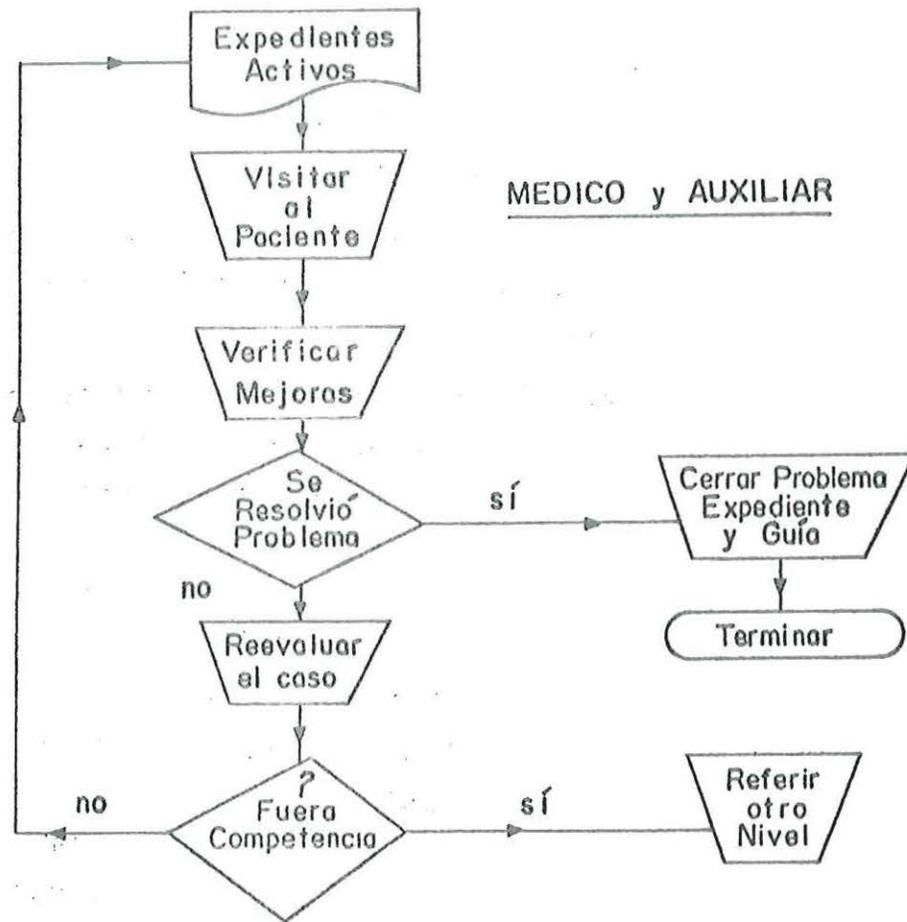
Este tipo de actividad, la realizará só lo un médico y constará de los siguientes - pasos:

Paso 1: En base a los expedientes-guías de- tenidos en el centro de atención de los pacientes referidos fuera del - sistema, el médico deberá tratar pe- riódica y continuamente de conse- guir la información necesaria, para conocer los resultados obtenidos.

Paso 2: Con esta información se completará- tanto el expediente como la guía, - las que quedarán separadas para ser utilizadas en la actualización de - los datos computarizados.

Paso 3: Terminación del procedimiento.

I.I.C. SEGUIMIENTO DE PACIENTES DENTRO DEL SISTEMA.



I.I.d. SEGUIMIENTO DE PACIENTES FUERA DEL SISTEMA.

MEDICO.



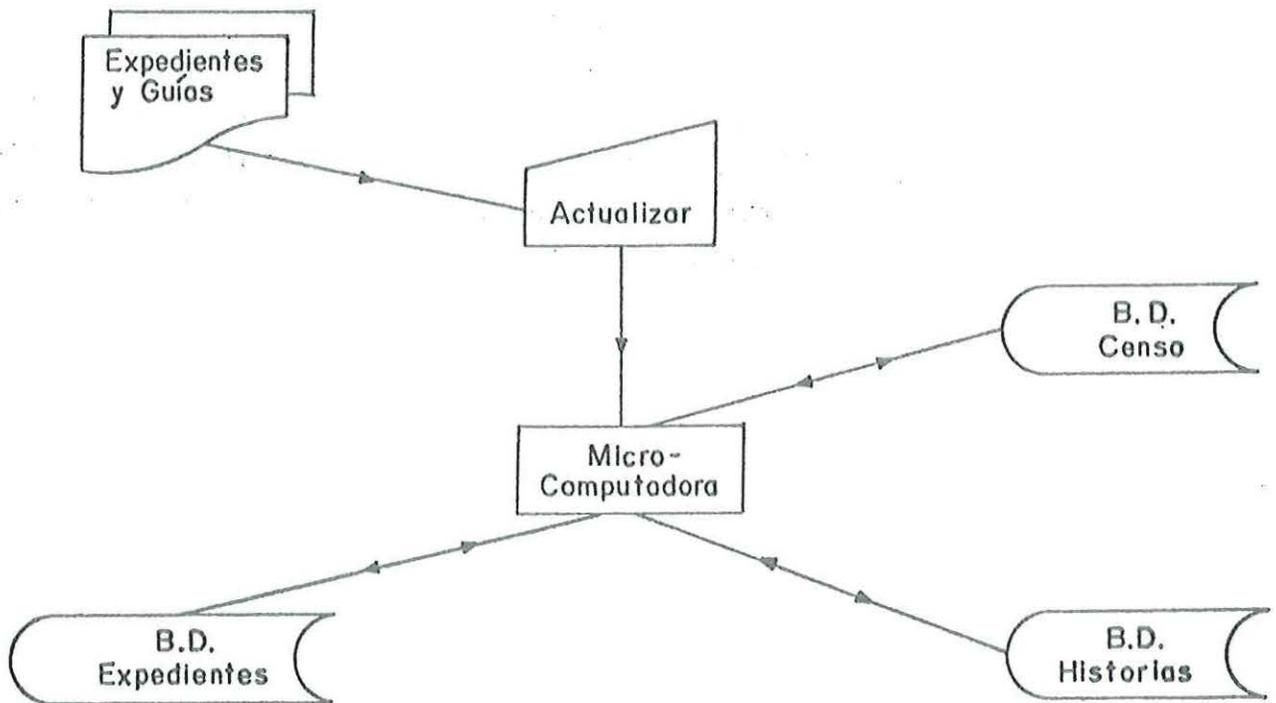
1.1.e. Procedimiento de actualización de datos de -  
consulta en archivos de bases de datos.

Semanalmente y en días diferentes para -  
cada comunidad, los expedientes-guías que su-  
frieron alguna alteración, deberán ser lleva-  
dos al Centro Administrativo del Sistema.

Con los formularios así obtenidos, se -  
procederá a introducir las actualizaciones a  
los archivos de las bases de datos de la mi-  
crocomputadora.

Al finalizar la captura, se producirá un  
listado de las consultas hechas en la última  
semana en la comunidad, listado que servirá  
de comprobación del ingreso de los datos.

I.I.e. ACTUALIZACION BASES DE DATOS POR CONSULTA.



B.D. = Banco de Datos

## 1.2. Procedimiento de evaluación operativa

Estos procedimientos tienen como finalidades:

- a) Evaluar periódicamente y a distintos niveles de agregación, el trabajo que viene realizando el programa de salud en la atención y consulta.
- b) Discutir con los auxiliares y médicos los problemas encontrados, buscar sus posibles soluciones y definir las acciones correctivas a tomar.
- c) Dar indicaciones e informes al responsable de la acción de conservación de la salud de posibles epidemias o casos anormales y sus causas.

Como se puede ver en el diagrama presentado al finalizar este inciso, las actividades de evaluación de la consulta, serán dirigidas y controladas por el médico encargado de la consulta, pero en ellas intervendrán también todos los auxiliares.

Paso 1: Se obtienen listados por la microcomputadora de todas las consultas realizadas en la última semana tanto a nivel de comunidad como del sistema.

Paso 2: Los listados obtenidos en el paso anterior, son revisados por los auxiliares y por el médico responsable de la consulta.

Paso 3: Se realiza una reunión de evaluación en un día fijo de la semana (podría ser el viernes en la tarde), entre el médico encargado y todos los auxiliares.

En esta reunión, se revisará a nivel de:

1.2.a. comunidad por comunidad y,

1.2.b. a nivel global; la cantidad total de

consultas, los casos referidos fuera del sistema, los casos resueltos con éxito y los no inactivados, los problemas vistos por tipo de diagnóstico, etc.

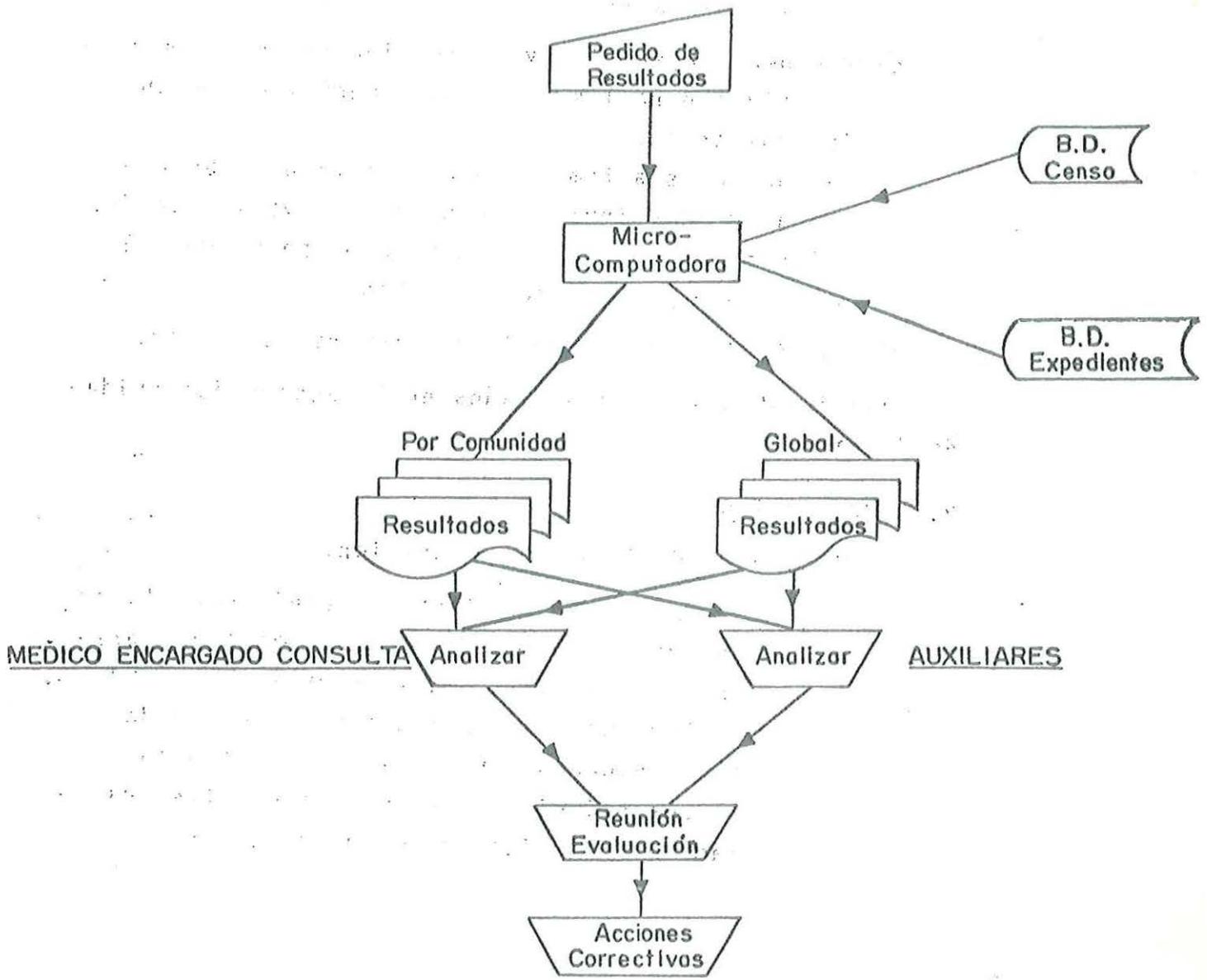
Todos los datos analizados serán comparados tanto con resultados de otros periodos como entre las comunidades.

Al finalizar esta revisión se llegará a algunas conclusiones así como recomendaciones para mejorar la consulta en el futuro.

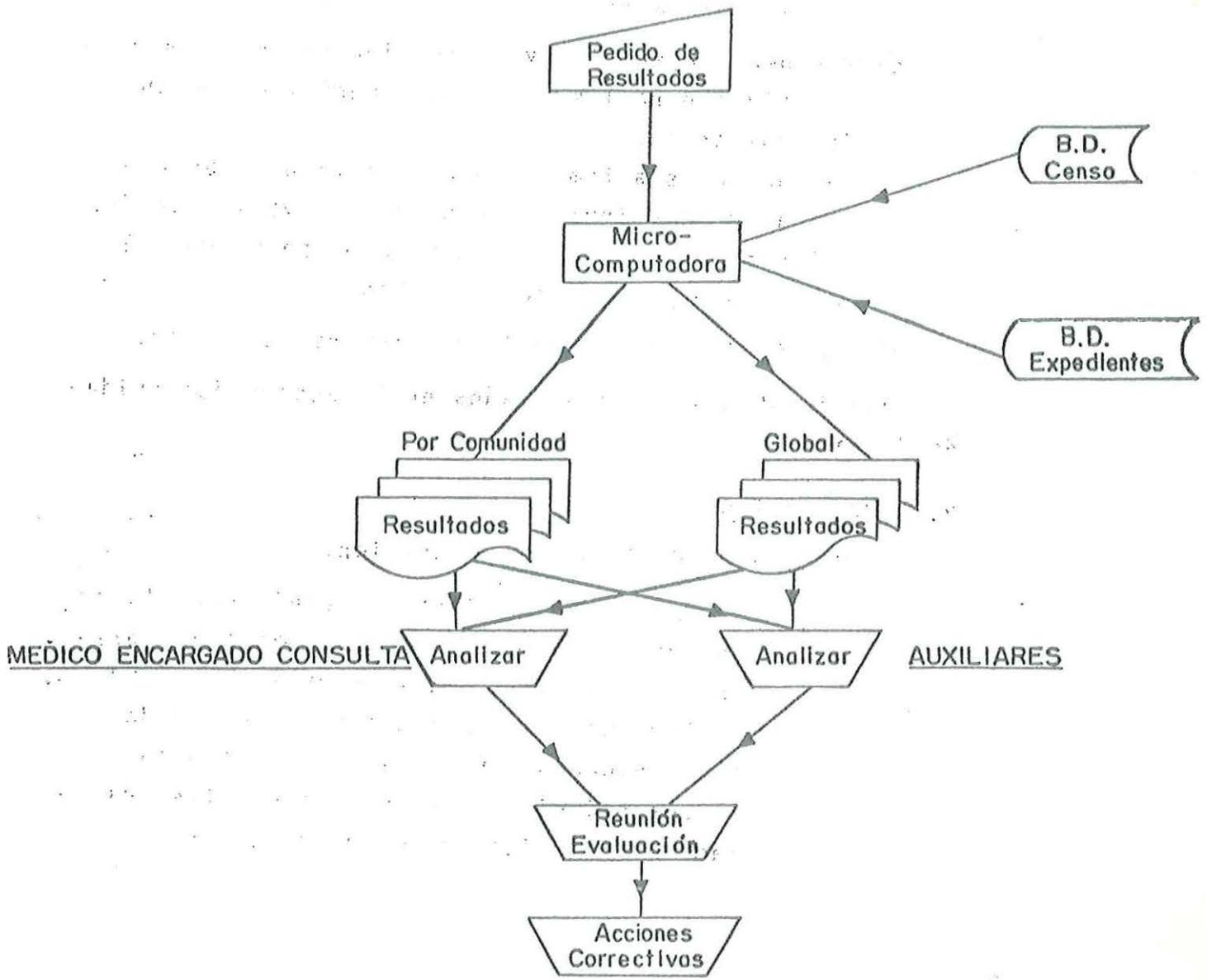
**Paso 4:** De acuerdo a las conclusiones observadas, se podrán tomar algunas posibles acciones correctivas (por ejemplo reasignar temporalmente auxiliares para prestar ayuda a comunidades con problemas, etc.).

Si es necesario también se informará al responsable de la conservación de la salud y de posibles problemas que puedan perjudicar su labor en el futuro.

I.2: EVALUACION OPERATIVA DE LA CONSULTA



I.2: EVALUACION OPERATIVA DE LA CONSULTA



## 2. Cuidado de la Salud

Identifica problemas de salud y poblaciones a riesgo, selecciona medidas, ejecuta acciones y evalúa los resultados de dichas acciones.

### Objetivos:

- a) Disminuir la prevalencia e incidencia de problemas de salud específicos.
- b) Monitorizar el movimiento de problemas de salud dentro de las comunidades e identificar los grupos a quienes afecta.
- c) Búsqueda, ejecución y evaluación de acciones correctivas para los problemas identificados en objetivos anteriores.  
Las acciones a tomar son de dos tipos: las que tratan de disminuir el daño en los ya lesionados y las que tienden a limitar la propagación del problema entre los no afectados.
- d) Identificar las necesidades de investigación.

Hay dos tipos de actividades en la acción del cuidado de la salud:

### 2.1. Prevención

#### 2.1.a. Procedimiento de vacunación.

Es el procedimiento a seguir para la programación y ejecución de las campañas periódicas de vacunación del programa de salud.

Por sus características, corresponde a la actividad de prevención más definida.

Los principales pasos a tomar (ver diagrama al finalizar este inciso), son:

Paso 1: En un período no mayor de 3 meses, el médico encargado de las acciones del cuidado de la salud, solicita listados selectivos para cada una de las comunidades, de los niños en edad de vacunación que aún no hayan completado su programa (población a riesgo).

Paso 2: En base a estos listados de candidatos a vacunar, se programa la campaña a llevarse a cabo para cada sector y comunidad. Se prepara el material, equipo y auxiliares para la campaña con la debida anticipación, y se fijan las fechas en que se procederá a su ejecución avisándosele con tiempo a la población.

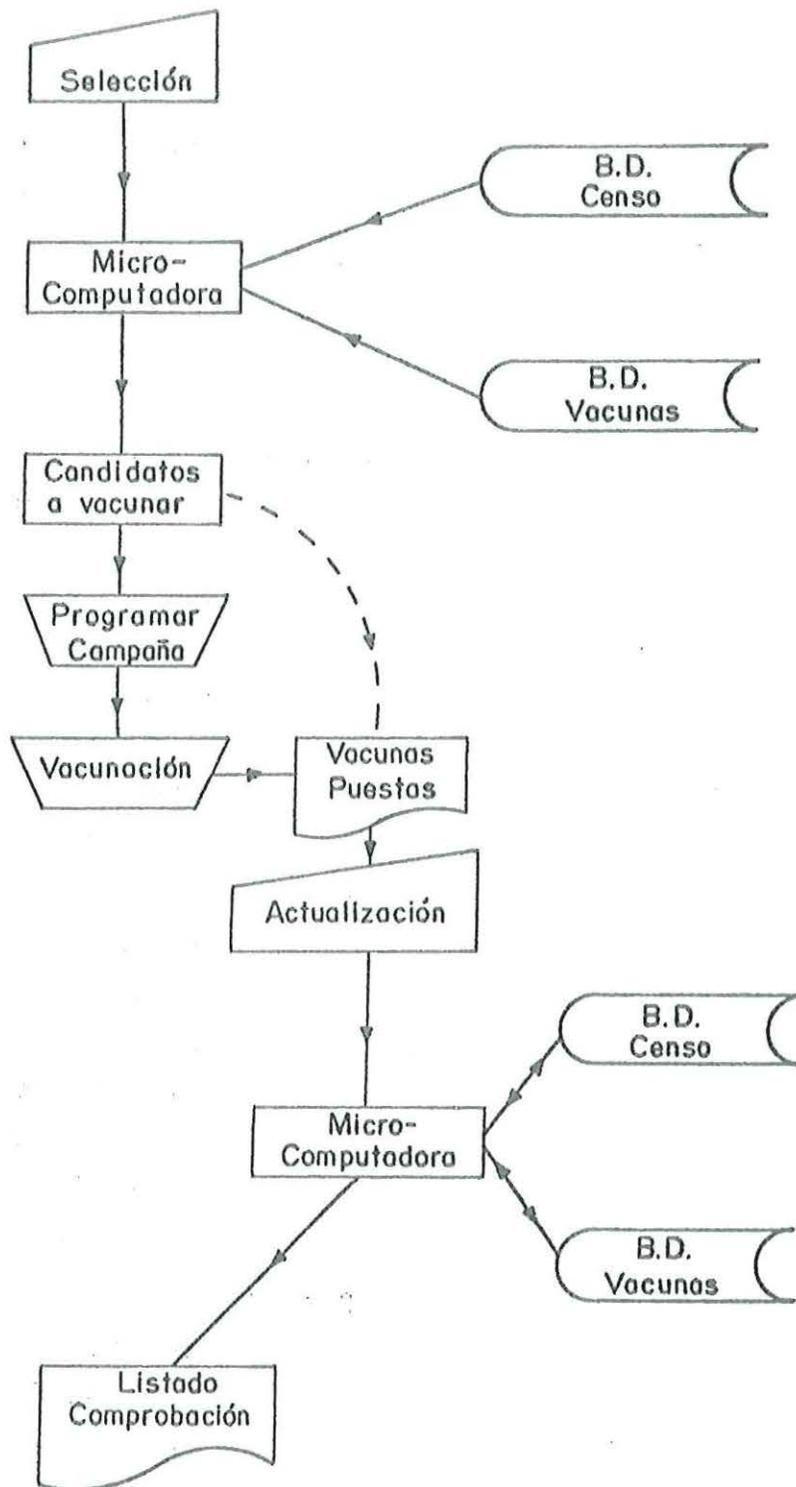
Paso 3: El día correspondiente, y desde muy temprano, el auxiliar procederá a vacunar en sus casas a los niños seleccionados. Ya que, el listado de candidatos está clasificado por sector y casa, el recorrido para la vacunación se simplificará registrándose los datos en el propio reporte.

Paso 4: Con la relación de vacunas puestas anotadas en el listado original, se procederá a actualizar en la microcomputadora el archivo base de datos de vacunación. Obteniéndose simultáneamente listados de comprobación.

2.1.a. PROCEDIMIENTO DE VACUNACION

MEDICO ENCARGADO CUIDADO SALUD

AUXILIAR



### 2.1.b. Procedimiento de prevención de propagación de problemas específicos.

Este tipo de actividades está orientado a prevenir la aparición de determinados problemas de salud, por experiencia en la zona o en otras similares, se conoce que existe el riesgo de que se presenten sin que su pre ven ción pueda ser efectuada a través de vacu nas.

Dada la diversidad de problemas que pueden presentarse, esta actividad requiere de dos sub-actividades para su ejecución comple ta.

#### Definición de criterios y acciones correctivas.

Corresponden a los trabajos de definición de criterios o medidas indicativas del riesgo de la presencia del problema, límites permisibles y las acciones a tomar para mantener dentro de esos límites, los criterios seleccionados.

Según se puede ver al finalizar la descripción del presente procedimiento, los pasos a seguir en esta sub-actividad son:

- Paso 1: El médico encargado del cuidado de la salud conjuntamente con el médico encargado de investigación, se sientan frente a la microcomputadora y van realizando preguntas a los bancos de datos de Guías y Expedientes con el fin de obtener resultados que muestren relaciones de datos pasados con el problema específico a prevenir.

Paso 2: Con los resultados así obtenidos en forma interactiva, se van definiendo el o los criterios cuya medición permitirá en el futuro, mostrarnos por-comparación los límites o umbrales - también a definir, cuán cerca o lejos está una comunidad de sufrir la presencia del problema analizado.

Paso 3: Una vez conocidos los criterios descriptores del problema, se tienen - que definir las acciones que permitan controlarlos manteniéndolos dentro de valores considerados seguros.

#### Toma de acciones y evaluación de resultados

Esta actividad realmente es doble: toma de acciones en el campo y actualización de los valores tomados por el o los criterios seleccionados en la sub-actividad anterior.

Los pasos son:

Paso 1: El auxiliar deberá llevar a cabo las acciones requeridas para la prevención trabajando para esto solo o con quien sea necesario (médicos autoridades, madres de familia, escuelas, etc.).

Paso 2: Después de la toma de acciones y cada cierto tiempo, se deberán medir los valores considerados como criterios definitorios del problema específico a prevenir.

Los nuevos valores serán actualizados en la microcomputadora que produ

cirá como resultado las nuevas cuan-  
tificaciones de los criterios.

Paso 3: Los resultados obtenidos del paso -  
anterior, serán comparados con los-  
límites aceptables de sus valores.  
Si los nuevos valores están dentro-  
de los límites, se termina el proce-  
so.

Si se encontrara que los criterios-  
medidos caen fuera de límites acep-  
tables, se procede al paso 4.

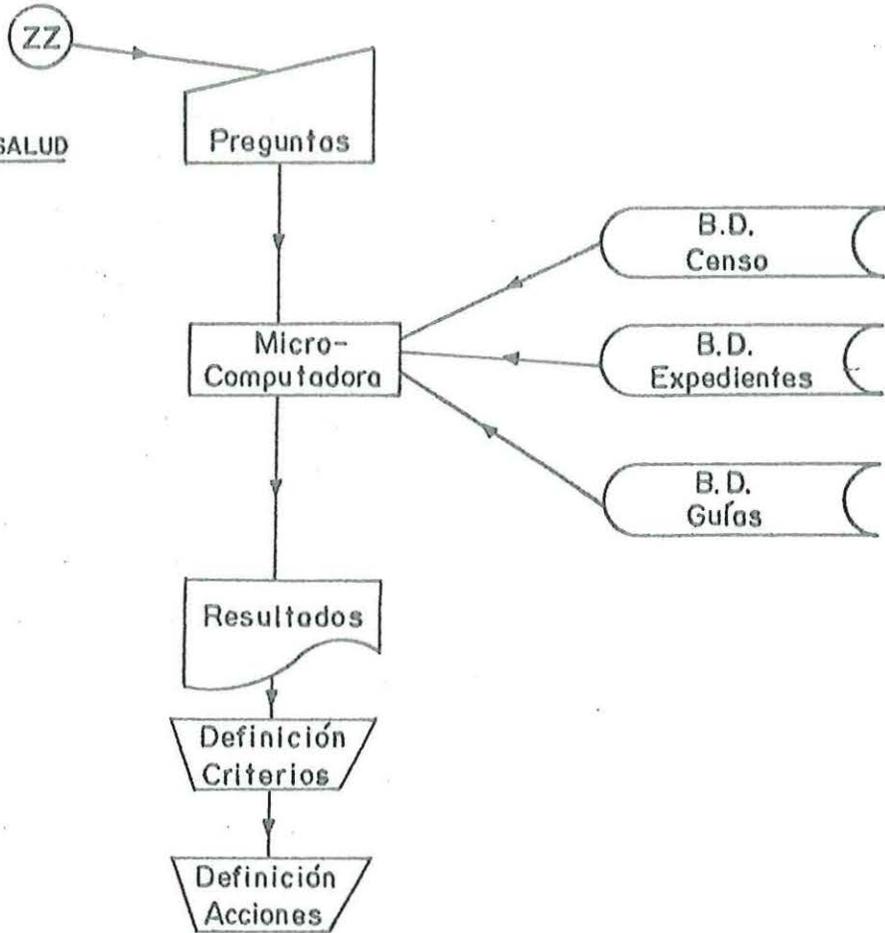
Paso 4: Los valores actualizados de los cri-  
terios son comparados con los obte-  
nidos anteriormente para ver si las  
acciones realizadas mejoraron o no-  
dichos criterios.

- En el caso de notarse mejoría, se  
volverá a empezar la presente -  
sub-actividad (Paso 1 de la sub-  
actividad llamada: Toma de accio-  
nes y evaluación de resultados).
- Si no ha habido mejoría, se debe-  
rá ir a realizar nuevamente la -  
sub-actividad anterior (Paso 1 de  
sub-actividad: Definición de cri-  
terios y acciones correctivas).

2.1.b. PROCEDIMIENTOS PREVENCIÓN PROPAGACIÓN.

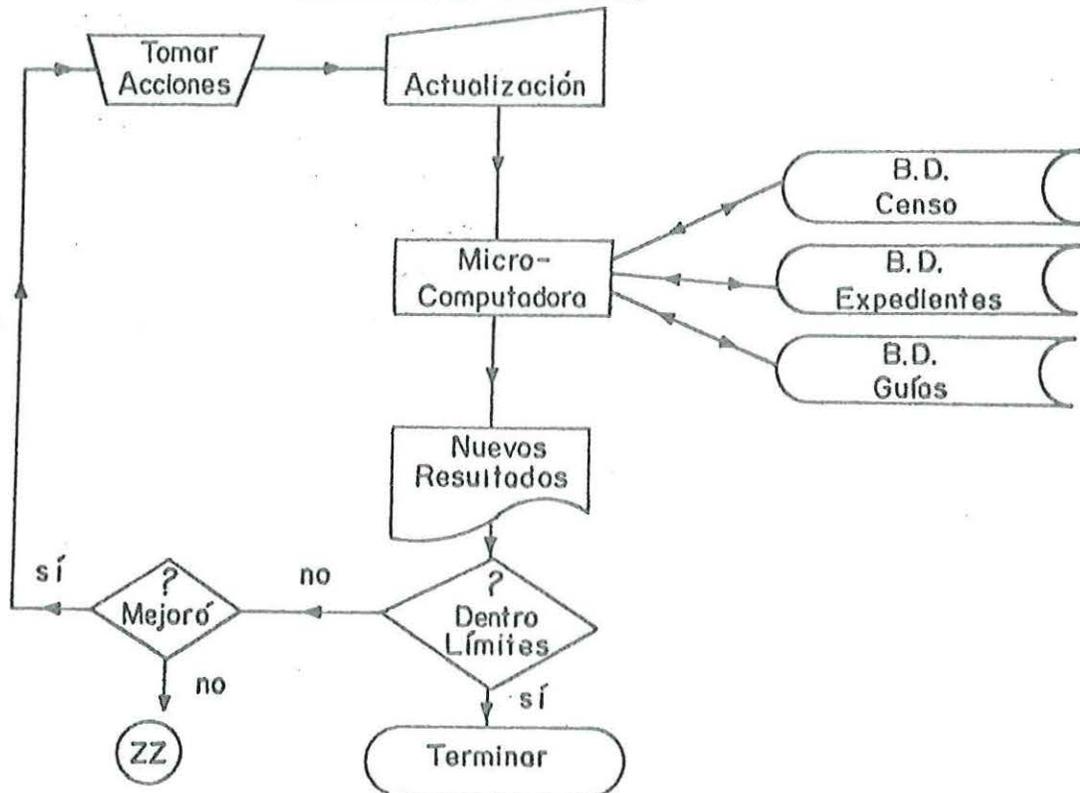
Definición de Criterios y Acciones Correctivas,

MEDICO ENCARGADO CUIDADO SALUD



Evaluación de Resultados.

AUXILIAR

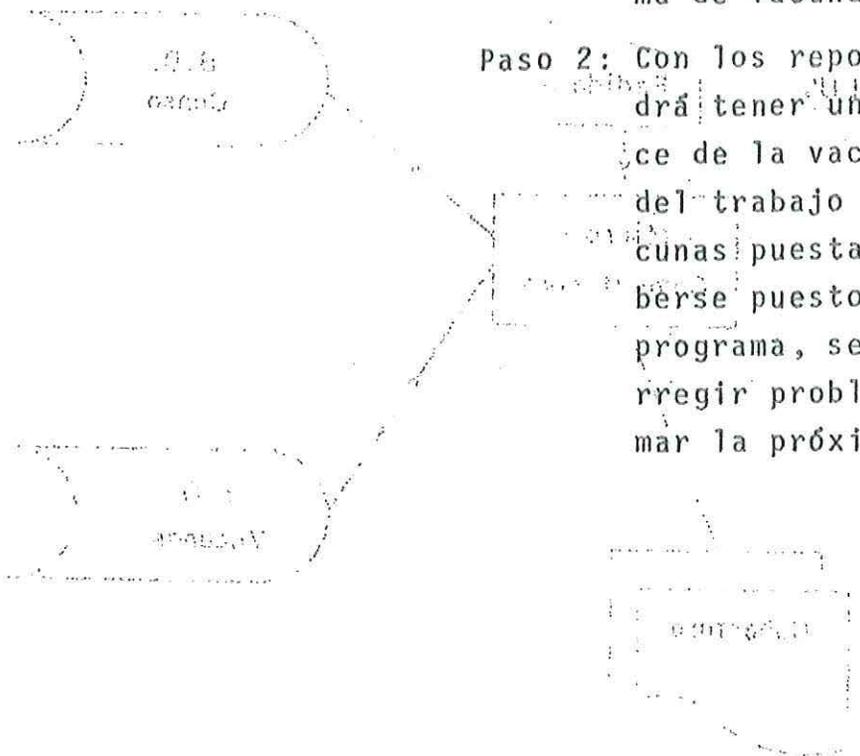


2.1.c. Procedimiento de evaluación operativa de la vacunación.

Esta actividad será dirigida por el médico encargado del cuidado de la salud y consta de los siguientes pasos: (ver diagrama en página siguiente).

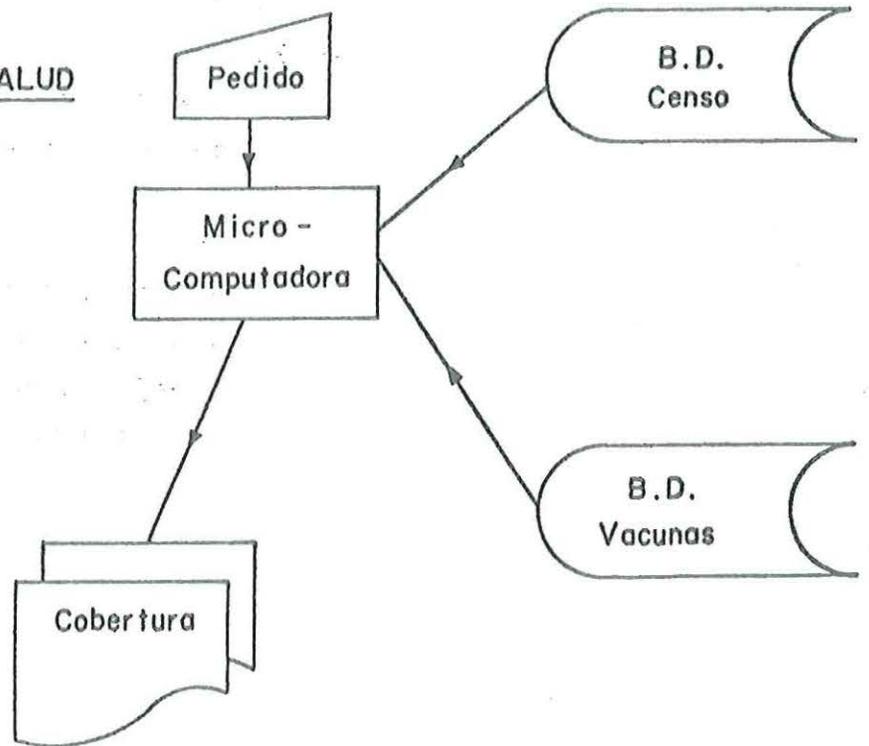
Paso 1: Respondiendo a pedidos específicos, la microcomputadora producirá listados que muestren en detalle la cobertura alcanzada dentro del programa de vacunación.

Paso 2: Con los reportes obtenidos, se podrá tener una visión clara del avance de la vacunación, rendimiento del trabajo de los vacunadores, vacunas puestas sobre lo que debió haberse puesto, etc. Esta visión del programa, servirá de mucho para corregir problemas, planear y programar la próxima campaña, etc.



2.1.c. PROCEDIMIENTO EVALUACION OPERATIVA VACUNACION

MEDICO ENCARGADO CUIDADO SALUD



## 2.2. Detección

### 2.2.a. Procedimiento de vigilancia

La actividad de vigilancia y monitoreo debe ser realizada continuamente por el médico encargado del cuidado de la salud. Es aquí donde el sistema de información mecanizado puede ser de más utilidad al permitir que se detecte con toda oportunidad cualquier problema epidémico que se puede estar formando.

Como se puede observar en los diagramas mostrados más adelante, el procedimiento de vigilancia está muy relacionado con el de toma de acciones correctivas ya que si en el primero se llegara a detectar una epidemia, inmediatamente se deberán aplicar las acciones correctivas necesarias.

Paso 1: Periódicamente (se recomienda cada semana), el médico encargado del cuidado de la salud, obtendrá del computador una serie de listados, mapas, estadísticas, etc. que resuman en forma acumulativa y por comunidades y sectores, los problemas de salud que han sido consultados en el último período (semana).

Estos reportes mostrarán llamadas de atención para aquellos problemas cuya frecuencia y magnitud hayan sobrepasado los límites o umbrales a esperarse en períodos normales. (Estas llamadas podrán ser símbolos en listados o banderas en mapas, etc.).

Paso 2: El médico encargado del cuidado de la salud, teniendo en cuenta los reportes obtenidos en el paso anterior así como posibles advertencias presentadas por informes de los auxiliares (ver procedimiento de evaluación operativa), decidirá si existe el peligro de algún mal epidémico.

Si no lo hubiera, el procedimiento termina.

En el caso de que sí se detecte la posibilidad de existir una epidemia, se tendrá que realizar muy rápidamente la definición específica del problema lo que se ve en los siguientes pasos.

Paso 3: Nuevamente actuando junto con el médico encargado de investigaciones, el encargado del cuidado de salud, procederá a obtener una serie de respuestas a preguntas y selecciones de los archivos de las bases de datos en la computadora. Todas ellas relacionadas con el posible brote epidémico analizándose.

Paso 4: Del estudio de los resultados obtenidos, los dos encargados deberán concordar en:

- La localización de los afectados o por afectar.

- La definición específica del problema epidémico.

- La determinación de sus principales factores causales.

### 2.2.b. Procedimiento de toma de acciones correctivas.

Paso 1: Con ayuda de las definiciones obtenidas en el último paso del procedimiento anterior, se determinarán las acciones necesarias para resolver la situación presentada.

Paso 2: Consiste en la inmediata aplicación de las acciones correctivas definidas en el paso anterior.

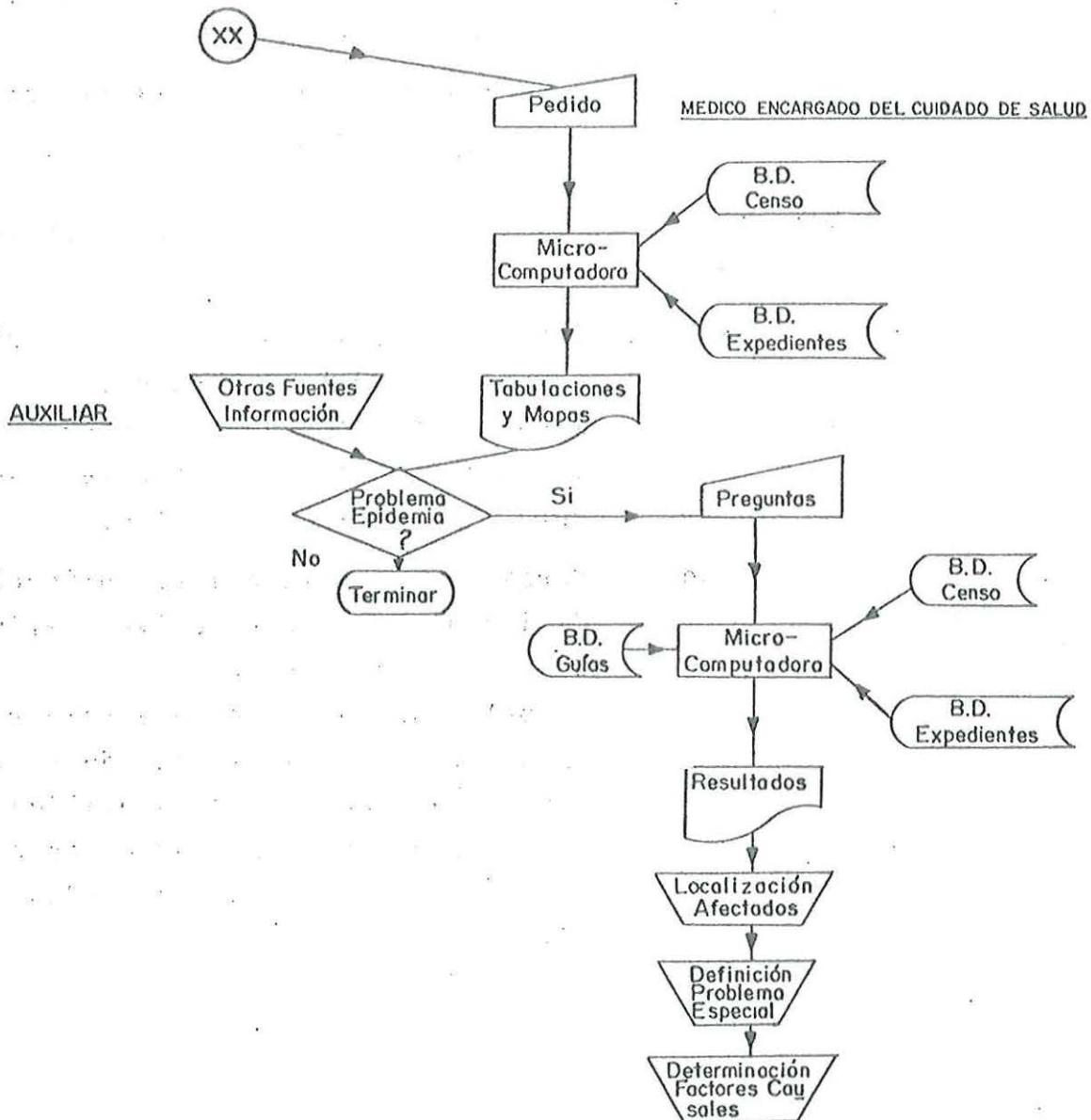
A continuación, se deberá volver a ejecutar el procedimiento de vigilancia para constatar la utilidad de las acciones o buscar otras que proporcionen mejores resultados.

AYUDANTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIONES C.I.S.

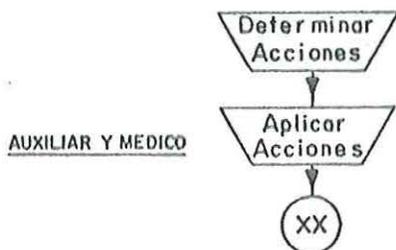
165

165

2.2.a. PROCEDIMIENTO DE VIGILANCIA



2.2.b PROCEDIMIENTO DE TOMA DE ACCIONES CORRECTIVAS.



### 3. Investigación

Es indudable que una de las mayores ventajas que tiene un programa de salud como el que se está presentando, la constituye su capacidad para realizar investigaciones con datos propios y generados por el mismo programa.

La acción de investigar deberá ser llevada a cabo continuamente en el sistema en forma simultánea e integrada con las demás acciones y dándole todo el valor que se merece.

#### Objetivos:

- a) Estandarizar las características de fundamentación de los diagnósticos.
- b) Optimizar el peso de los criterios en diferentes entidades diagnósticas.
- c) Evaluar el impacto de los tratamientos en relación a la resolución del problema de salud y a la presentación de complicaciones.
- d) Identificar los principales problemas de salud en base a los procedimientos de detección del sistema.
- e) Especificar los tipos de problemas más importantes en las comunidades.
- f) Identificar los grupos susceptibles de padecer los principales problemas investigados.
- g) Definir los factores causales de los principales problemas.
- h) Facilitar investigaciones de utilidad práctica para el programa.

Las actividades de investigación se agrupan en tres - clases, dos según la acción principal a la que soportan - y una tercera general:

### 3.1. Procedimiento de investigación para la consulta

En el apoyo a las consultas, se presentan dos - tipos de investigaciones que podríamos considerar - como analíticas y sintéticas.

En el primer caso, se trata de analizar todos - los elementos considerados en el método de la con - sulta. Se busca aquí el mejorar continuamente tanto el examen que lleva al diagnóstico como el diagnós - tico en sí y el tratamiento que mejor solucione los problemas.

El segundo tipo de investigación de la consulta, se orienta a la selección de los problemas de salud más importantes en las comunidades cubiertas por el programa.

Podemos así decir que en el primer caso se tra - ta de mejorar el contenido de las guías mientras - que en el segundo se buscan los tipos de guías a u - tilizar.

Al finalizar la descripción de este tema, se - muestra un diagrama de flujo que sirve a ambos ti - pos de investigación.

Paso 1: Utilizando los archivos de las bases de datos del Censo, Expedientes y - Guías, el médico encargado de la in - vestigación procederá a efectuar en forma interactiva, una serie de pre - guntas a la microcomputadora la que - producirá diferentes selecciones de - casos con características semejantes.

Paso 2: Con el estudio de los resultados que se van viendo, se podrán obtener conclusiones, realizar simulaciones de lo que habría sucedido si se hubierán hecho determinados cambios, etc.

Paso 3: De los pasos anteriores se irán decidiendo posibles cambios que podrán ser implementados en el futuro.

Regresando nuevamente al paso 1 después de haber efectuado los cambios, se podrán evaluar los resultados obtenidos.

Tanto las preguntas como los cambios a considerar, dependerán del tipo de investigación que se esté efectuando en relación a la consulta.

### 3.1.a. Procedimiento de investigación sobre el método de la consulta.

En este caso las preguntas así como las modificaciones que se investigarán, corresponden a elementos de la consulta. Por ejemplo se podría averiguar la eficacia que como discriminador entre dos o más enfermedades tiene un determinado síntoma o la bondad de un tratamiento definido para un problema específico. Los cambios para esos casos podrían consistir en eliminar dicho síntoma de la guía correspondiente, modificar el tratamiento, etc.

### 3.1.b. Procedimiento de investigación sobre enfermedades a considerar.

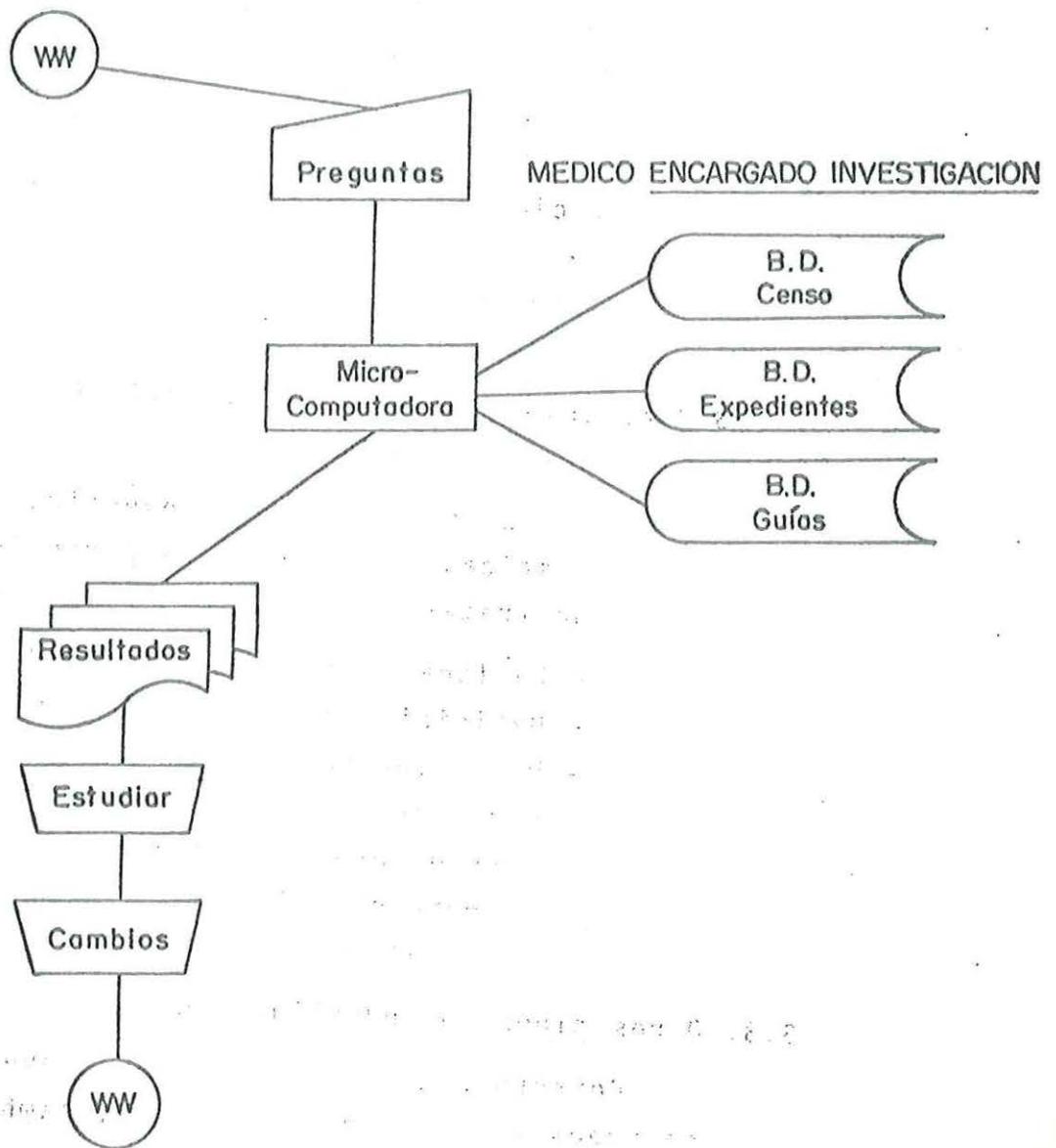
Las preguntas se orientarán aquí, a tratar de agrupar o sintetizar los casos dispo-

nibles en los archivos de las bases de datos a manera de descubrir los tipos de problemas que en conjunto representan la mayoría de casos observados.

De estos estudios podrían resultar cambios en los tipos de guías a utilizar.

En los dos tipos de investigación sobre la consulta, las conclusiones deberán ser discutidas con el médico encargado antes de efectuarse ningún cambio.

3.1. PROCEDIMIENTOS DE INVESTIGACION EN CONSULTA



### 3.2. Procedimiento e investigación para el cuidado de la salud.

Serán realizados por el médico encargado de investigación en coordinación con el encargado del cuidado de salud. Son de dos tipos principales:

#### 3.2.a. Investigación de poblaciones a riesgo

Dada la posibilidad de presentarse en un futuro un problema de salud a nivel poblacional múltiple, esta investigación se orientará a descubrir las características de las personas más susceptibles a contraerlo.

El procedimiento de prevención de propagación de problemas específicos (definición de criterios y acciones correctivas) presentado anteriormente, corresponde a este tipo de investigación.

#### 3.2.b. Investigación para la definición de problemas.

En este caso, se investigan las características de un problema presente con el fin de tratar de definir en forma precisa:

- La localización de los afectados.
- Definición del problema propiamente dicho.
- Determinación de los factores que lo causan, etc.

En el procedimiento de vigilancia anteriormente descrito, se muestra un ejemplo de esta actividad.

### 3.3. Otros tipos de investigación

Corresponde a cualquier otra investigación que se pueda realizar en el sistema. También aquí serán

de mucha utilidad los archivos de las bases de datos actualizados del programa.

#### 4. Educación

Corresponden a las actividades de educación y capacitación de todos los elementos humanos que intervienen en el sistema de salud.

Las actividades a desarrollar dentro de esta acción se pueden orientar al personal operativo del programa, a la población de las comunidades participantes y a personal del exterior que desee adquirir una visión del sistema.

Las actividades principales son:

##### 4.1. Educación al personal operativo

##### 4.1.a. Procedimiento de educación a médicos y auxiliares experimentados.

Aunque lógicamente, el nivel de conocimiento será muy diferente, sumaremos juntos el procedimiento educativo para médicos y auxiliares experimentados, debido a que el uso del computador será muy similar entre ambos diferenciándose sólo en el tipo de análisis y la profundidad con que se estudiarán los conceptos.

En efecto, como se ve en el diagrama que se encuentra al finalizar el inciso referente al "procedimiento de educación a auxiliares nuevos," el entrenamiento se hará a la terminal de la computadora mediante preguntas y selecciones dirigidas a obtener reportes de los diferentes archivos de las bases de datos disponibles en el sistema.

#### 4.1.b. Procedimiento de educación a auxiliares nuevos.

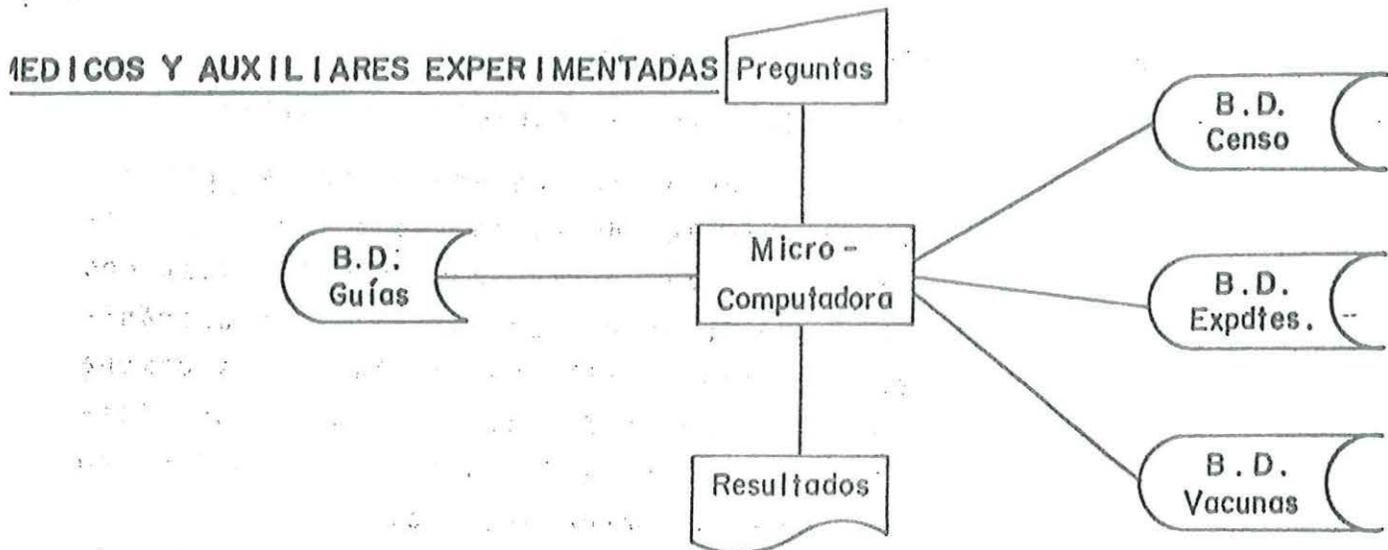
También aquí, (ver diagrama en página siguiente), los archivos de las bases de datos servirán para complementar la capacitación de auxiliares.

Como ejemplo de esta ayuda a la capacitación, mencionaremos la simulación de casos:

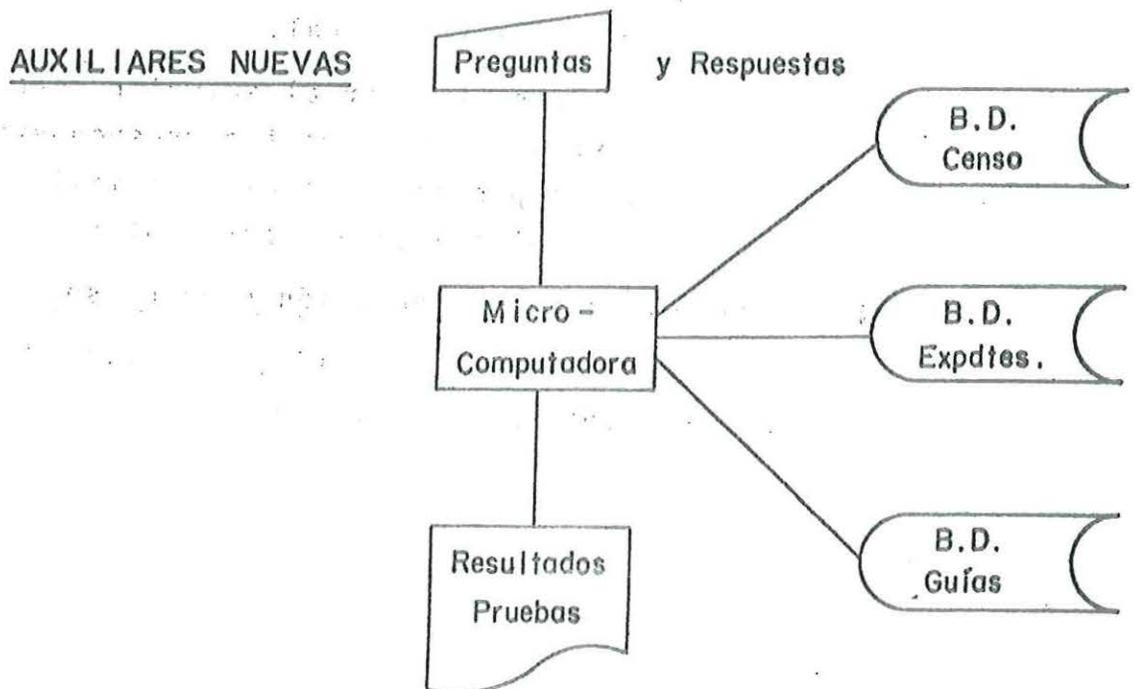
Seleccionando en forma aleatoria de entre los casos reales registrados en los archivos de la base de datos de guías, la computadora presentará en pantalla al auxiliar los síntomas y signos sufridos por el paciente en el momento de la consulta.

El auxiliar es entonces requerido de realizar su seguimiento en la guía correspondiente y producir un diagnóstico y tratamiento.- La computadora comparará esos resultados con los que realmente tiene e irá llevando una cuenta de los aciertos y fallas obtenidos en la prueba.

4.1.a. PROCEDIMIENTO EDUCACION MEDICOS Y AUXILIARES EXPERIMENTADAS



4.1.b. PROCEDIMIENTO EDUCACION AUXILIARES NUEVAS



## 4.2. Educación a la población

### 4.2.a. Procedimiento de educación comunitaria

Para este tipo de educación, se emplearán terminales de video grandes y de preferencia en colores así como también listados de la computadora. Las primeras se usarán en reuniones familiares en las casas comunales o las casas de salud, mientras que los listados se ubicarán en lugares públicos como escuelas, mercados, etc.

Además de mostrar los problemas, trabajos y logros obtenidos por cada comunidad, se le podrá dar más interés buscando la competencia en resultados positivos de salud entre los diferentes sectores o grupos.

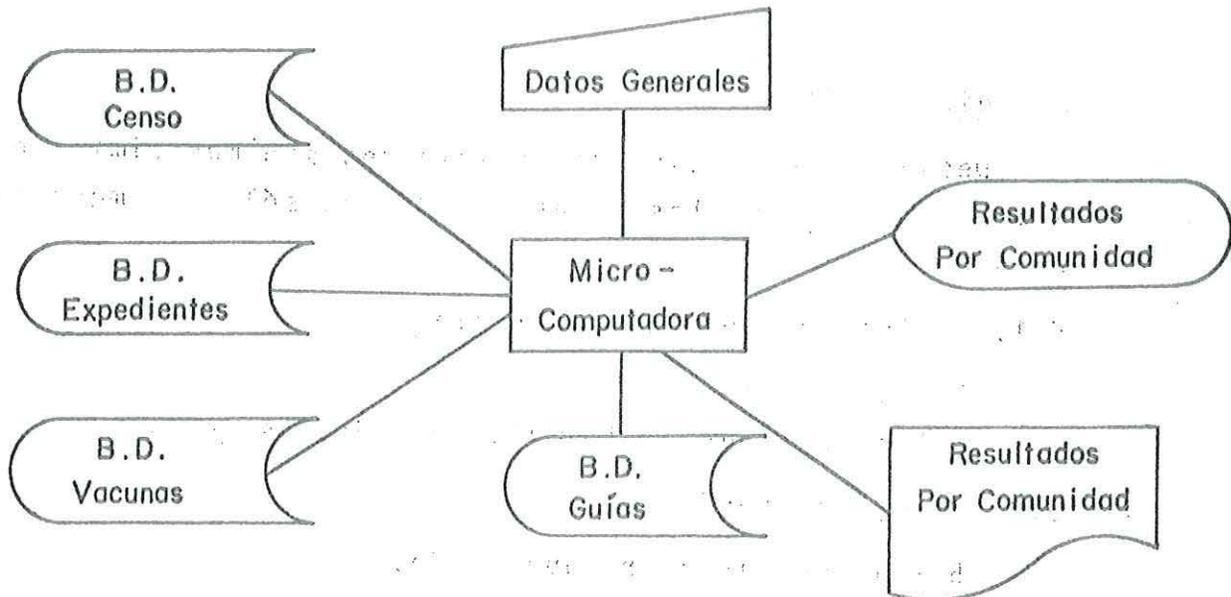
### 4.2.b. Procedimiento de educación a la población en forma individual.

Será similar al anterior pero lo que se mostrará y comparará corresponderá a resultados personales o de la familia contra los promedios y casos representativos.

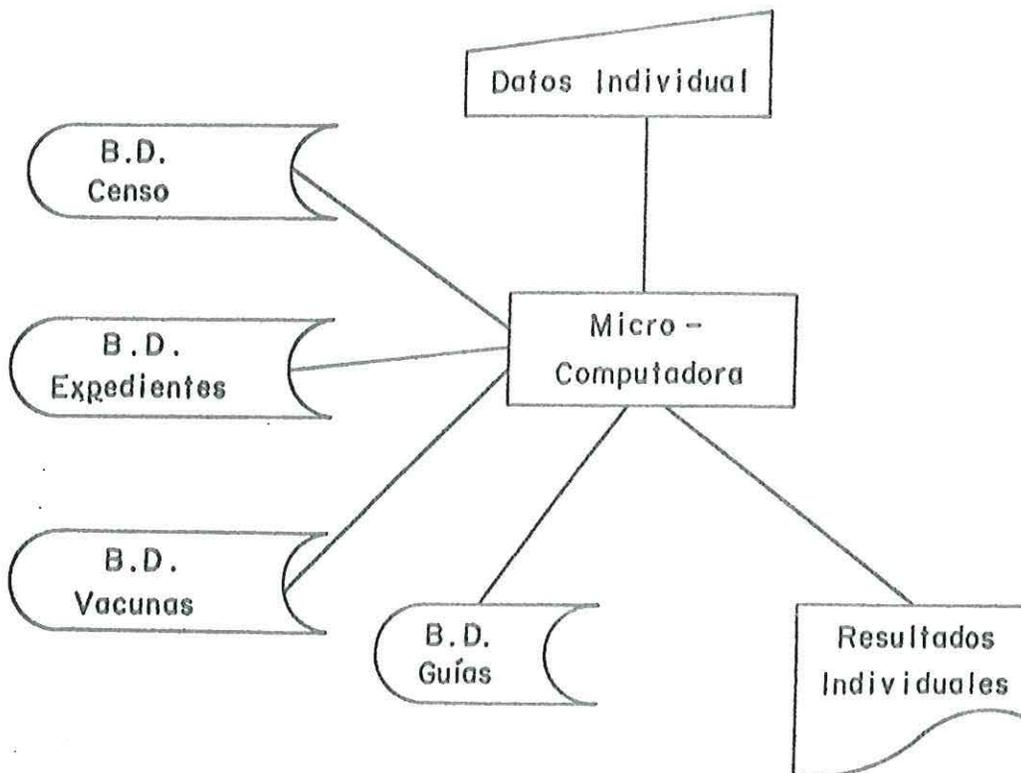
## 4.3. Procedimiento de educación para personal externo

Por su misma condición, este tipo de entrenamiento puede ser muy variado.

4.2.a. PROCEDIMIENTO DE EDUCACION COMUNITARIA



4.2.b. PROCEDIMIENTO DE EDUCACION INDIVIDUAL



## 5. Administración

Desde que este tipo de actividades son muy similares a las usadas en muchas otras entidades, sólo las mencionaremos:

### 5.1. Administración de inventarios

5.1.a. Farmacia.

5.1.b. Papelería, formularios, útiles, etc.

### 5.2. Manejo de fondos

5.2.a. Cuotas de recuperación.

5.2.b. Contabilidad.

### 5.3. Nóminas

## VIII. COMENTARIOS FINALES

Un programa de atención médica bajo los lineamientos aquí descritos tiene varias ventajas, su cobertura puede ser más compleja, sus costos son mucho más bajos y su efectividad, tanto para las personas como para las comunidades, es evidentemente mayor.

Sus posibilidades de cobertura son mayores básicamente porque el sistema usa una infraestructura de auxiliares de comunidad, que se dirige sólo con el sistema de guías diagnósticas y prescribe también de acuerdo a las guías de tratamiento, bajo un control estrictamente computarizados, que facilita la supervisión médica. El mismo segundo nivel, el de la clínica, con médicos, también se norma con guías y se regulan también por la computadora.

Quizá el principal factor que amplía las posibilidades de cobertura es el bajo costo del sistema, que ahorra mucho en médicos, medicinas y otros insumos. Fue posible lograr que la mayoría de las comunidades pagaran la mitad del sueldo del promotor de salud y las guías de tratamiento incluyen pocos medicamentos, no más que los indicados, que es menos de la cuarta parte de lo que prescribe un médico actuando liberalmente. Los gastos en la misma unidad médico-social de Solís son definitivamente muy restringidos, no tanto por un prurito de ahorro, sino porque prácticamente todo se puede manejar dentro del sistema, lo que no se refirió a un nivel más complejo, en la ciudad de Toluca o México.

Su efectividad todavía no ha podido demostrarse con cifras, tanto porque no se han elaborado todas como porque no se tienen criterios de comparación. No se sabe cuánto resuelve realmente la medicina liberal y cuánto la "socializada", para así comparar. Pero en el sistema de Solís se alcanzó un control casi absoluto de la patología más común tanto en lo individual como en lo social. Con la ayuda de la microcomputa

dora se sabía, casi al momento, el número de casos de prácticamente cualquier patología, cómo se desactivaba cada caso y cómo aparecían nuevos.

Otro aspecto, quizá el más interesante es que cada semana se podía hacer un resumen epidemiológico, ya que la máquina estaba programada para hacer un resumen de todos los casos, - por localización geográfica, por edad y sexo, facilitando la - definición si el número era superior al habitual (epidemia), - si estaba circunscrita a ciertas comunidades o áreas (foco) si afectaba a algún grupo étnico y si sufría modificaciones con - el tiempo.

Si el sistema de control descrito no es más efectivo que el de un médico dando consultas y medicinas desde un sitio, - sin una evaluación de sus resultados, simplemente significaría que la atención médica tiene muchas más limitaciones que las - que tradicionalmente se le han atribuido.

¿Son más efectivas las guías en manos de un auxiliar que una consulta médica tradicional?. Esta pregunta se puede responder como se hizo cuando se nos cuestionó directamente, ¿si tu hijo estuviera enfermo usarías las guías o buscarías un médico?, cuando varios de los autores dijeron a coro ¡usaría las guías!, lo dijeron porque sabían que fueron hechas por médicos especialistas de primera línea, que usaron algoritmos médicos bien planteados y que incluyen un buen sistema de control. En cambio un médico rural puede tener muy variables características e intereses, no siempre favorables al paciente. Usando el sistema de control empleado, basado en la concordancia de diagnósticos con tratamientos, en enfermedades comunes, se vio que una auxiliar adiestrada alcanzaba una eficiencia de 80%, mientras que un médico recién llegado, sin adiestramiento especial, nunca lograba un 50%. Es inexplicable porque en la mayor parte de los casos daba una medicina que no correspondía ni siquiera a su propio diagnóstico, ¿será efecto de la publicidad comercial?.

El uso del microprocesador facilita el sistema, simplemente porque actúa como una gran memoria que lleva registro de todo. Hay que convencerse de que cualquiera puede manejar una computadora con sólo un poco de entrenamiento. En el programa los auxiliares mismos metían sus datos un día de la semana y en poco tiempo aprendieron a manejar la máquina para auto-supervisarse, a evaluar su trabajo, determinando en qué proporción de casos había sido congruente o incongruente el diagnóstico con el tratamiento. En esta forma se preparaban para la reunión semanal con el médico que analizaba con ellos las fallas. Lo difícil es la programación, pero ésta ya se presenta solucionada en los discos.

La implementación de un sistema como el aquí presentado ya ha sido sometido a consideración, porque se cree que ya está suficientemente maduro como para llevarse a la práctica, por lo menos en algunas regiones. Se espera poder comenzar a intentarlo a mayor escala.

Básicamente se estableció un sistema de control de morbilidad con microcomputadora, se comenzó a atender médicamente con un sistema de guías de diagnóstico y de tratamiento por medio de auxiliares médicos de la misma comunidad y pagados en parte por ella, se logró un sistema de control de resultados, también computarizados, persona por persona y familia por familia.

Esta monografía presenta básicamente el sistema y lo hace con bastante precisión, aunque, por ejemplo, no describe el programa de la computadora en toda su extensión porque es largo y difícil de describir. Su objetivo es interesar a algunos trabajadores de la salud en su implementación. Si esto se logra, nuestro Instituto puede colaborar en la planeación y en el adiestramiento del personal.

La innovación más importante del sistema es la combinación del sistema de guías con el control computarizado. Las -

guías definen el diagnóstico y el tratamiento y la computadora certifica lo que se hizo, lo registra, lo archiva y permite su manejo epidemiológico. En esta forma se sabe lo que se hizo, - qué resultados se alcanzaron y qué consecuencia tiene para la comunidad.

La atención médica por sí sola, definitivamente sí logra beneficios para la salud, pero a un plazo más largo y con más dificultades que cuando se integra con un sistema de salud primaria más amplio e integral. Es indudable que más se logra con la prevención que con la curación, aunque para las comunidades tenga prioridad la segunda, simplemente por la emergencia que representa estar enfermo y no tener a quién acudir.

Está en preparación la publicación sobre los resultados obtenidos en los dos años de operación del programa en el Valle de Solís. Incluirá datos sobre la cobertura lograda, los resultados en la atención de los diversos padecimientos y el impacto para la salud, medido en base a la modificación del cuadro epidemiológico.

Se espera que la próxima publicación muestre también el impacto en forma comparativa, sobre todo con los de otras regiones, que están menos enfocados a la atención médica y más a la educación nutricional e higiénica y a la organización comunal; para de esta manera poder aproximar más el valor de la atención médica dentro de los sistemas de salud en experimentación.

IX. A N E X O S





SISTEMA DE SALUD SOLIS



HOJA SEMANAL DE CONTROL DE PACIENTES

UNIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

SEMANA No. \_\_\_\_\_

No.	FICHA CLINICA	APELLIDOS		NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
		PATERNO	MATERNO						
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									



UNIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: DE \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

SEMANA No. \_\_\_\_\_

No.	FICHA CLINICA	APELLIDOS		NOMBRE	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES
		PATERNO	MATERNO						
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS  
TEMASCALCO, EDO. DE MEX.

EXPEDIENTE CLINICO ORGANIZADO POR PROBLEMAS  
H O J A F R O N T A L

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ Núm. de Individuo: \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ Núm. de Expediente: \_\_\_\_\_  
ESTADO: \_\_\_\_\_ Identificación Exp: \_\_\_\_\_  
UNIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Clave Dx	No. Prob.	Problema Activo	Clave	Fecha de Identificación	Forma de Inactivación	Clave	Fecha de Inactivación









SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA: \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO: \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CATARRO COMUN-U.M.S



ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CATARRO COMUN  
UNIDAD MEDICO SOCIAL

TRATAMIENTO 1.

- A) REPOSO MODERADO (DISMINUIR EL RITMO Y EL NUMERO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS).
- B) LIQUIDOS A LIBRE DEMANDA.

TRATAMIENTO 2.

SEGUN LA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS, PUEDE PRESCRIBIRSE:

- A) DESCONGESTIVOS, TALES COMO TE DE MANZANILLA O SOLUCION FISIOLOGICA EN IRRIGACION NASAL, 4 VECES POR DIA, MIENTRAS PERSISTA LA RINORREA.
- B) ANTIHISTAMINICOS, TALES COMO:
  - CLOROFENIRAMINA V.O.
  - PARABROMODILAMINA V.O. (1 - 2 GOTAS / K / DOSIS, EN 4 DOSIS / DIA).

TRATAMIENTO 3.

EN CASO DE HIPERTERMIA SUPERIOR A 39° C, PUEDE RECURRIRSE A:

- A) MENORES DE 5 AROS, ACETAMINOFEN A RAZON DE 50 MG / K / DIA, EN 4-6 DOSIS / DIA.
- B) MAYORES DE 5 AROS; ACIDO ACETIL-SALICILICO, A RAZON DE 50 MG / K / DIA.



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

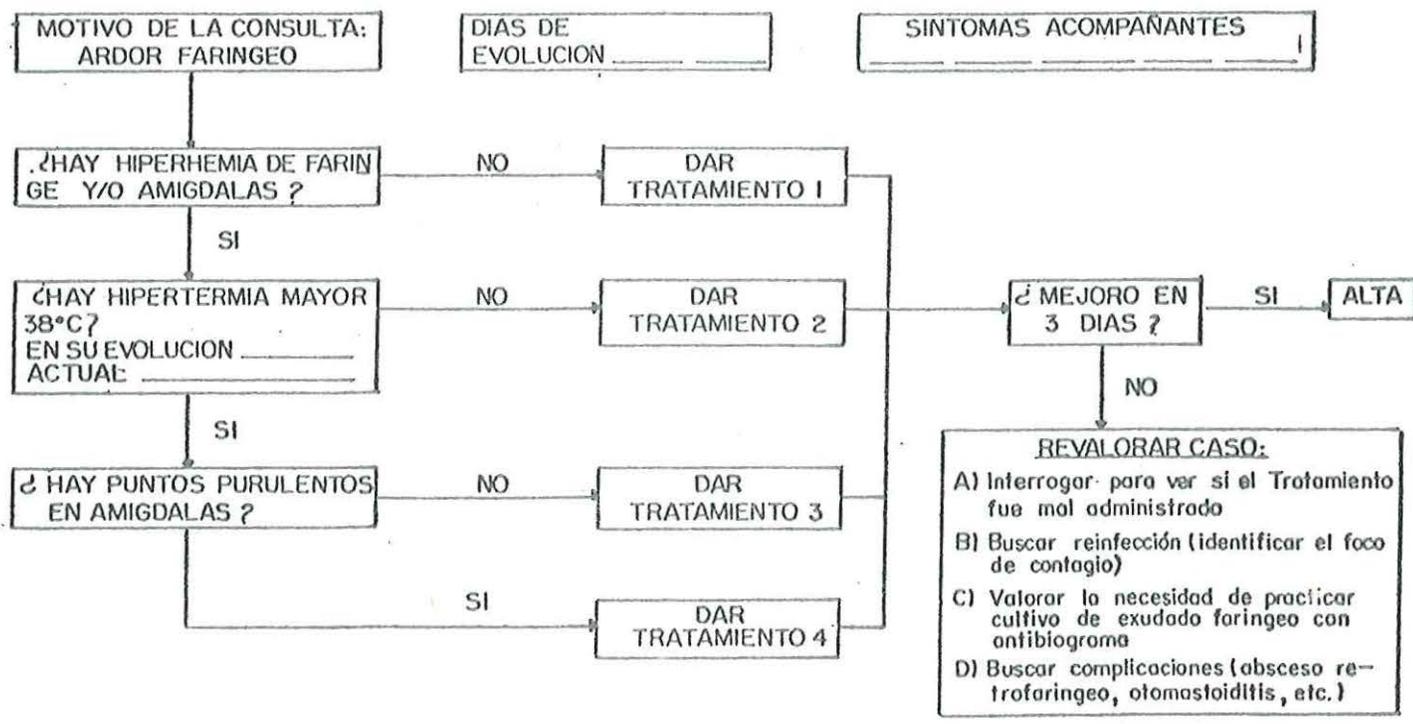
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS—U.M.S.





## ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FARINGOMIGDALITIS

### UNIDAD MEDICO SOCIAL

#### SINTOMATICO

##### TRATAMIENTO 1.

- A) EVITAR LA EXPOSICION A IRRITANTES FISICOS, TALES COMO:
  - TABACO, CORRIENTES DE AIRE, POLVO, CAMBIOS DE TEMPERATURA, ETC.
- B) DIETA A TOLERANCIA, EVITANDO ALIMENTOS IRRITANTES LOCALES COMO:
  - CHILE, ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS O MUY CALIENTES.
- C) LIQUIDOS POR VIA ORAL, A LIBRE DEMANDA.

##### TRATAMIENTO 2.

LA MOLESTIA FARINGEA PUEDE TRATARSE PRESCRIBIENDO GARGARISMOS REPETIDOS 6 VECES EN EL DIA, CON SOLUCIONES DE TIPO:

- ELECTROLITICO (SALINA, BICARBONATADA),
- ASTRINGENTE.

##### TRATAMIENTO 3.

- A) EN CASO DE HIPERTERMIA, CONTROLAR POR MEDIOS FISICOS, TALES COMO:
  - ABRIGAR AL PACIENTE SOLO CON ROPA LIGERA, EN UN CUARTO CUBIERTO DE -  
CORRIENTES DE AIRE,
  - PROCURAR MANTENER LA TEMPERATURA AMBIENTE FRESCA.
- B) ANTIPIRETICO P,R,H. (POR RAZON NECESARIA), VGR., SI HAY FIEBRE SUPERIOR A 39°C O EN PACIENTES LABILES A PRESENTAR CUADRO DE CONVULSIONES FEBRI -  
LES.
  - EN MENORES DE 5 AROS, EMPLEAR ACETAMINOFEN, A RAZON DE 50/MG/K/DIA,-  
EN 4-6 DOSIS/DIA.
  - EN MAYORES DE 5 AROS, EMPLEAR ACIDO ACETILSALICILICO, A RAZON DE -  
50/MG//K/DIA, EN CUATRO DOSIS.

## ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON FARINGOMIGDALITIS

### UNIDAD MEDICO SOCIAL

#### E S P E C I F I C O

#### TRATAMIENTO 4.

- A) EN MENORES DE 3 MESES; PENICILINA SODICA CRISTALINA, A RAZON DE 100,000 UI/K/D, EN CUATRO DOSIS, DURANTE 5 DIAS VIA I.M.
- B) EN NIROS DE 4 MESES A 5 AROS; PENICILINA PROCAINA, A RAZON DE 400,000 - UI/DIA, EN 1 DOSIS, POR TRES DIAS, VIA I.M., SEGUIDA DE PENICILINA BENZATINICA, 600,000 UI, EN DOSIS UNICA, VIA I.M.
- C) EN NIROS MAYORES DE 5 AROS Y ADULTOS; PENICILINA PROCAINA, EN DOSIS DE 800,000 UI/DIA, EN 1 DOSIS, VIA I.M., DURANTE 3 DIAS SEGUIDOS, AL DIA SIGUIENTE PENICILINA BENZATINICA, 1,200,000 UI, EN DOSIS UNICA, VIA I.M.
- D) EN PACIENTES ALERGICOS A LA PENICILINA, EMPLEAR ERITROMICINA A RAZON DE 50 MG/K/D, FRACCIONADA EN 4 DOSIS, DURANTE 10 DIAS, POR CUALQUIERA DE LAS DOS VIAS: I.M. O V.O.



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

NO. DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

NO. DE INDIVIDUO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_

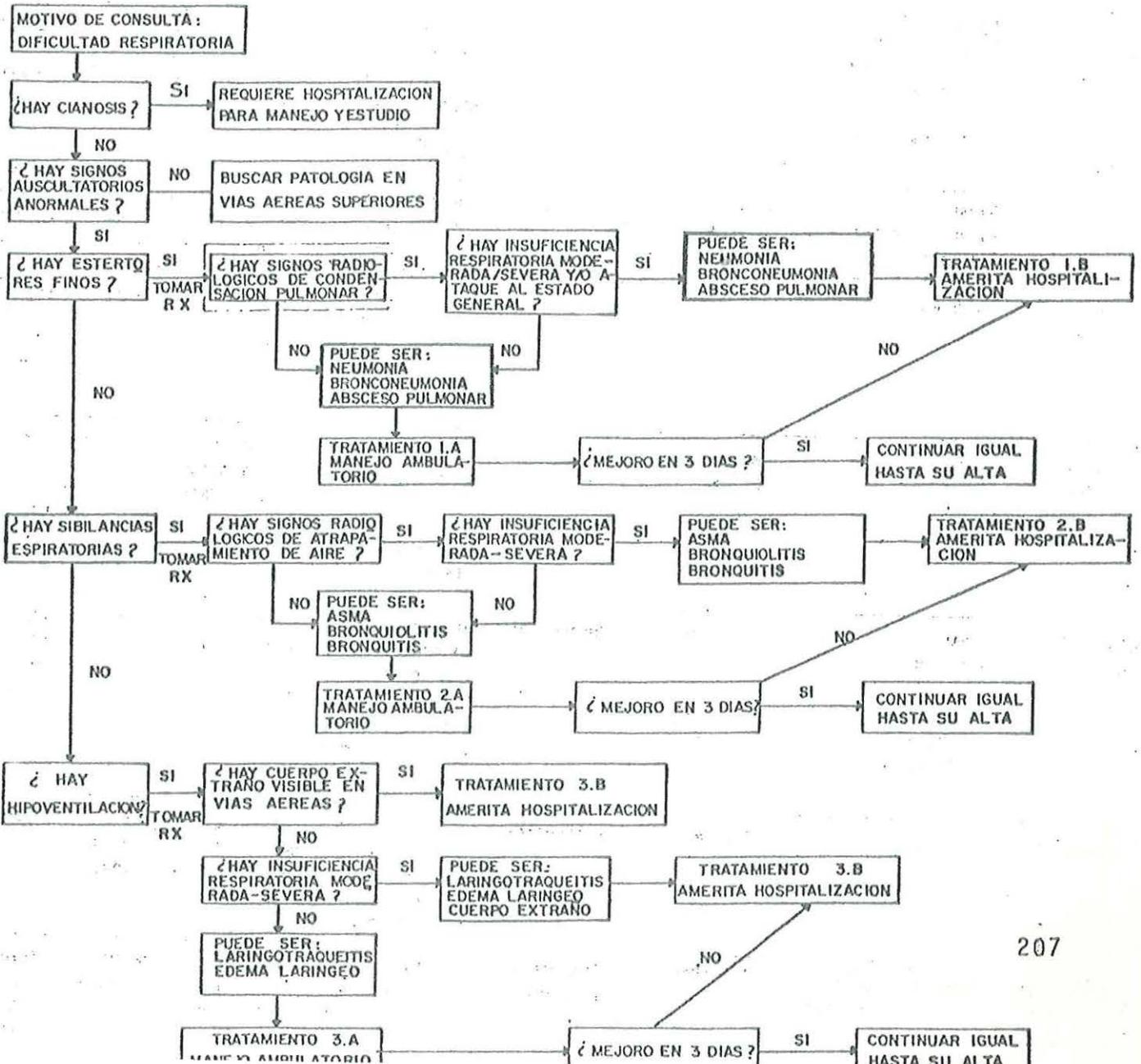
NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_

IDENTIF. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA BAJA-UMS



MANEJO DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA BAJA - UMS  
DATOS CLINICOS DE AYUDA PARA ESTABLECER EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

CUADRO NOSOLOGICO	ETIOLOGIA	EDAD DE MAYOR FRECUENCIA	LOCALIZACION ANATOMICA	ANTECEDENTES	SIGNOS Y SINTOMAS	EVALUACION
NEUMONIA	<u>BACTERIANA</u> (NEUMOCO- CO, <u>KLEBSIELLA SP.</u> , <u>HAEMOPHILUS INFLUEN- ZAE</u> ), <u>VIRALES</u> (MIXOVIRUS - SINCITIALES RESPIRA- TORIOS, SARAMPIÓN - VARICELA).	TODAS LAS - EIDADES,	LOBAR	GRIPE O CORIZA	PIEBRE Y CALORFRO, TOS PRODUCTIVA, ESPUTO PU- RULENTO A VECES HEMOP- TOICO, DOLOR PLEURITI- CO, CONSOLIDACIÓN, ES- TERTORES CREPITANTES, SOPLO TUBÓRICO.	SATISFACTORIA
BRONCONEUMO- NIA	<u>BACTERIANA:</u> ESTAFILOCOCO, NEUMOCO- VIRAL.	NIÑOS Y ANCIANOS.	DISEMINADA EN TODO EL CAMPO PUL- MONAR,	ENFERMEDADES - CRÓNICAS CON - SUNTIVAS, NEO- PLASICAS Y DES- NUTRICIÓN.	TOS, DISNEA MARCADA, - ESTERTORES DISEMINA - DOS, TIRAJE INTERCOS- TAL, TAQUIPNEA,	AÚN CON TRATAMIENTO ES POCO SATISFACTO- RIA.
ABCESO PULMONAR	<u>BACTERIANA</u> (ESTAFILOCOCO AUREUS, <u>KLEBSIELLA SP.</u> , MICO- BACTERIA), <u>HONGOS.</u> <u>PARÁSITOS</u>	ADULTOS	LOBAR	NEUMONIA PRE - VIA, CARIES, GIN- GIVITIS, PERIO- DONTITIS, ALCO- HOLISMO, ASPIRA CIÓN (CUERPO - EXTRAÑO),...	TOS PRODUCTIVA, ESPUTO ABUNDANTE PURULENTO Y FÉTIDO, FIEBRE, DOLOR - TORÁCICO, CONSOLIDA - CIÓN, ESTERTORES, SOPLO ANFÓRICO.	CON TRATAMIENTO EN- EL ABCESO AGUDO, ES- SATISFACTORIO AUNQUE TARDADO.
BRONQUIOLI- TIS,	<u>VIRAL</u> -VIRUS SINCITIAL RES- PIRATORIO, -PARAINFLUENZA -ADENOVIRUS.	0-2 AÑOS	BRONQUIO - LOS	CONTACTO INTRA- FAMILIAR CON IN- FECCIÓN RESPIRA TORIA VIRAL. CUADRO PREVIO - (ALGUNOS DÍAS - DE EVOLUCIÓN) - DE ESTORNUDOS, - RINORREA Y TOS,	INSUFICIENCIA RESPIRA TORIA MODERADA, CON DA TOS DE OBSTRUCCIÓN A LA SALIDA DEL AIRE EN ALVEOLOS (SIBILANCIAS)	EN FORMA SÚBITA APA- RECE LA INSUFICIEN- CIA RESPIRATORIA. EVO- LUCIÓN CRÍTICA LAS PRIMERAS 48-72 HORAS CON MEJORÍA ESPON- TÁNEA Y RÁPIDA AL - CABO.
ASMA BRONQUIAL	<u>ALERGIA</u> -POLEN -HENO	MAYOR DE 2 AÑOS	BRONQUIOS BRONQUIOLOS	ANTECEDENTES DE ALERGIA (INDIVI DUAL O FAMILIAR), Y/O INFECCIÓN - PREVIA (DESENCA DENANTE).	SI ES CUADRO DE -NO HAY ATAQUE AL ES- TADO GENERAL. SI HAY INFECCIÓN -FIEBRE, MODERADO ATA- QUE AL ESTADO GENERAL.	ALERGIA PURA:  DESENCADENANTE: -EVOLUCIÓN TÓRPIDA.
LARINGOTRA- QUEITIS	<u>VIRAL</u> -PARAINFLUENZA (1 Y 2) -ADENOVIRUS, -VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL.	1-2 AÑOS	SUBGLOTICA	INFECCIÓN RESPI RATORIA ALTA - 1-3 DÍAS PRE - VIOS, PUEDE HA- BER CUADRO SIMI LAR EN LA FAMI- LIA.	FIEBRE LEVE O AUSENTE, - LEVE ATAQUE AL ESTADO - GENERAL. NO HAY ESTADO- TOXIINFECCIOSO.	LENTAMENTE EVOLUTIVO CON TOS, DISFONIA, AFQ NIA, ESTRIDOR, INSUFI CIENCIA RESPIRATO - RIA.
EPIGLOTITIS	<u>BACTERIANA</u>	3-5 AÑOS	EPIGLOTICA	NO HAY ANTECE - DENTE DE INFECC- IÓN RESPIRATO- RIA PREVIA, NI - DE CONTACTO.	FIEBRE ELEVADA, MARCA- DO ATAQUE AL ESTADO GE NERAL, TOXIINFECCIÓN.	EVOLUCIÓN RÁPIDA (EN HORAS).
CUERPO EXTRA ÑO EN VIAS - SUPERIORES.	CUERPOS EXTRAÑOS DE DIVERSA NATURALEZA.	1-3 AÑOS.	TRAQUEA - BRONQUIOS	EL NIÑO ESTABA- JUGANDO, O SE - ENCONTRABA SANO	SÓLO EXISTE GRADO VA - RIABLE DE DIFICULTAD - VENTILATORIA.	INICIO BRUSCO, SI EL CUERPO EXTRAÑO CAM - BIA DE SITIO, PUEDE VARIAR EL CUADRO.

## ESQUEMA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA BAJA.

U.M.S.

### TRATAMIENTO AMBULATORIO.

#### MANEJO DE NEUMONIA, BRONCONEUMONIA Y ABSCESO PULMONAR.

1. EN MENORES DE CINCO AÑOS: PENPROCILINA A DOSIS DE 25 A 50,000 UI/KG/DÍA, DADAS EN 2 DOSIS AL DÍA DURANTE 48 Ó 72 HORAS VÍA IM. CONTINUAR CON PENPROCILINA - 400,000 UI/DÍA HASTA COMPLETAR 10 DÍAS, VÍA IM.
2. EN MAYORES DE CINCO AÑOS: PENPROCILINA 800,000 UI/DÍA, APLICAR CADA 12 HORAS, DURANTE 48 Ó 72 HORAS, VÍA IM. CONTINUAR CON LA MISMA DOSIS EN UNA SOLA APLICACIÓN HASTA COMPLETAR 10 DÍAS.
3. SI HAY HIPERTERMIA, CONTROLAR POR MEDIOS FÍSICOS TALES COMO: ABRIGAR AL PACIENTE SÓLO CON ROPA LIGERA, EN UN CUARTO SIN CORRIENTES DE AIRE. PROCURAR MANTENER LA TEMPERATURA AMBIENTE FRESCA. EN CASO NECESARIO PUEDE RECURRIRSE A UN BAÑO DE AGUA TIBIA, REPETIDO CUANTAS VECES SEA NECESARIO.
4. EN CASO DE REQUERIRSE UN ANTIPIRÉTICO, UTILIZAR:  
EN MENORES DE CINCO AÑOS, ACETAMINOFÉN A DOSIS DE 50 MG/KG/DÍA, DIVIDIDO EN CUATRO DOSIS POR DÍA.  
EN MAYORES DE CINCO AÑOS, ÁCIDO ACETILSALICÍLICO A DOSIS DE 50 MG/KG/DÍA, DIVIDIDO EN CUATRO DOSIS POR DÍA.
5. PUEDE RECURRIRSE A UN EXPECTORANTE DEL TIPO DEL GUAYACOLATO DE GLICERILO, 5 - ML CADA 4 - 6 HORAS POR VO.

#### MANEJO DE ASMA, BRONQUIOLITIS Y BRONQUITIS.

1. HIDRATACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE.
2. AMBIENTE HÚMEDO (DE PREFERENCIA FRÍO).
3. PALMOPERCUSIÓN DORSAL Y DRENAJE POSTURAL DE SECRECIONES.
4. SI EL PACIENTE ES ASMÁTICO, CONTINUAR CON MEDICACIÓN AMBULATORIA INDICADA ANTERIORMENTE.
5. NO ESTÁN INDICADOS LOS SEDANTES, BRONCODILADORES, NI LOS ESTEROIDES.

#### MANEJO DE LA LARINGOTRAQUEÍTIS-EPIGLOTITIS.

1. MANTENER PERMEABLES LAS VÍAS AÉREAS.
2. HIDRATACIÓN ADECUADA.
3. PUEDE RECURRIRSE A UN EXPECTORANTE DEL TIPO DEL GUAYACOLATO DE GLICERILO, A DOSIS DE 5 ML, CADA SEIS HORAS.
4. NO USAR ANTIHISTAMÍNICOS (POR SU EFECTO SECANTE).

### TRATAMIENTO HOSPITALARIO.

#### MANEJO DE NEUMONÍA, BRONCONEUMONÍA Y ABSCESO PULMONAR.

1. PENICILINA G SÓDICA CRISTALINA, 100,000 A 200,000 UI/KG/DÍA, DIVIDIDA EN CUATRO A SEIS DOSIS, POR VÍA IV.
2. SEGÚN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA, SE CAMBIARÁ A PENPROCILINA IM DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO.
3. CUANDO SE SOSPECHE ETIOLOGÍA ESTAFILOCÓCCICA, UTILIZAR DICLOXACILINA 50 A 100 MG/KG/DÍA, DIVIDIR LA DOSIS TOTAL Y APLICAR CADA 6 HORAS POR VÍA IV.
4. TERAPIA VENTILATORIA CONSISTENTE EN: HIDRATACIÓN ADECUADA, PALMOPERCUSIÓN TORÁCICA ACOMPAÑADA DE DRENAJE POSTURAL DE SECRECIONES Y ASPIRACIÓN DE LAS MISMAS.
5. EN CASO DE FIEBRE, USAR LOS MISMOS CRITERIOS DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO.
6. PUEDE RECURRIRSE A UN EXPECTORANTE DEL TIPO DEL GUAYACOLATO DE GLICERILO, 5-ML CADA 4 - 6 HORAS POR V0.

#### MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA.

1. ADRENALINA EN SOLUCIÓN AL 1% 1,000, A DOSIS DE 0,01 ML/KG POR VÍA SUBCUTÁNEA EN 3 DOSIS REPETIDAS CON INTERVALOS DE 15 A 30' (MINUTOS).
2. SI NO HAY RESPUESTA A LO ANTERIOR, USAR AMINOFILINA A DOSIS DE 5 MG/KG, POR VÍA IV, DILUYENDO LA CANTIDAD A ADMINISTRARSE EN 30-50 ML DE SOLUCIÓN GLUCOSA AL 5% Y GOTEANDO ÉSTA EN 20-30'. REPETIR CADA 6 HORAS.
3. HIDRATACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE (IV O V0).
4. EN EL CUADRO DE MAL ASMÁTICO, PUEDE RECURRIRSE A HIDROCORTISONA A DOSIS DE 5-7 MG/KG/DOSIS, VÍA IV, REPETIDA CADA 6 HORAS.
5. SI HAY INFECCIÓN AGREGADA, DAR UN ANTIBIÓTICO DE MEDIANO ESPECTRO.
6. NO USAR ANTIHISTAMÍNICOS (POR SU EFECTO SECANTE DE LAS MUCOSAS).

#### MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS Y BRONQUITIS.

1. SEGUIR LOS PASOS ANOTADOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO.
2. SI HAY HIPOXIA LEVE, PUEDE RECURRIRSE AL USO DE OXÍGENO EN CROUPETTE.
3. SI HAY HIPERCAPNEA (POR ATRAPAMIENTO DE AIRE EN EL ALVEOLO) CON HIPOXIA, DEBE OFRECERSE ASISTENCIA VENTILATORIA: INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL, VENTILACIÓN ASISTIDA CON PRESIÓN POSITIVA Y ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO.

#### MANEJO DE CUERPO EXTRAÑO.

1. MANTENER LA VÍA AÉREA PERMEABLE.
2. LA EXTRACCIÓN DEL CUERPO EXTRAÑO LA DEBE HACER UN ESPECIALISTA.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO. (CONTINUACIÓN...)

MANEJO DE LA LARINGOTRAQUEÍTIS-EPIGLOTITIS.

1. SEGUIR LOS MISMOS PASOS ANOTADOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO.
2. USAR CÁMARA DE AMBIENTE HÚMEDO, DE PREFERENCIA FRÍO, A LA CUAL PUEDE SER ÚTIL AGREGARLE OXÍGENO.
3. PARA MANTENER VÍAS AÉREAS PERMEABLES PUEDE SER NECESARIA LA INTUBACIÓN ENDO - TRAQUEAL O LA TRAQUEOSTOMÍA.
4. SI SE DECIDE UTILIZAR ESTEROIDES, USAR:  
HIDROCORTISONA A DOSIS DE 100 MG CADA 2 HORAS, POR VÍA IM,  
DEXAMETASONA A DOSIS DE 1 MG CADA 3 HORAS POR VÍA IM.
5. SI SE DECIDE EMPLEAR ANTIBIÓTICOS (EN CASOS DE ETIOLOGÍA BACTERIANA), USAR:  
AMPICILINA DE 200 MG/KG/DÍA, POR VÍA IV O IM, DIVIDIDOS EN DOSIS CADA 4 A 6 HORAS,  
CLORANFENICOL DE 100 MG/KG/DÍA, POR VÍA IM, DIVIDIDOS EN DOSIS CADA 8 HORAS.





SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

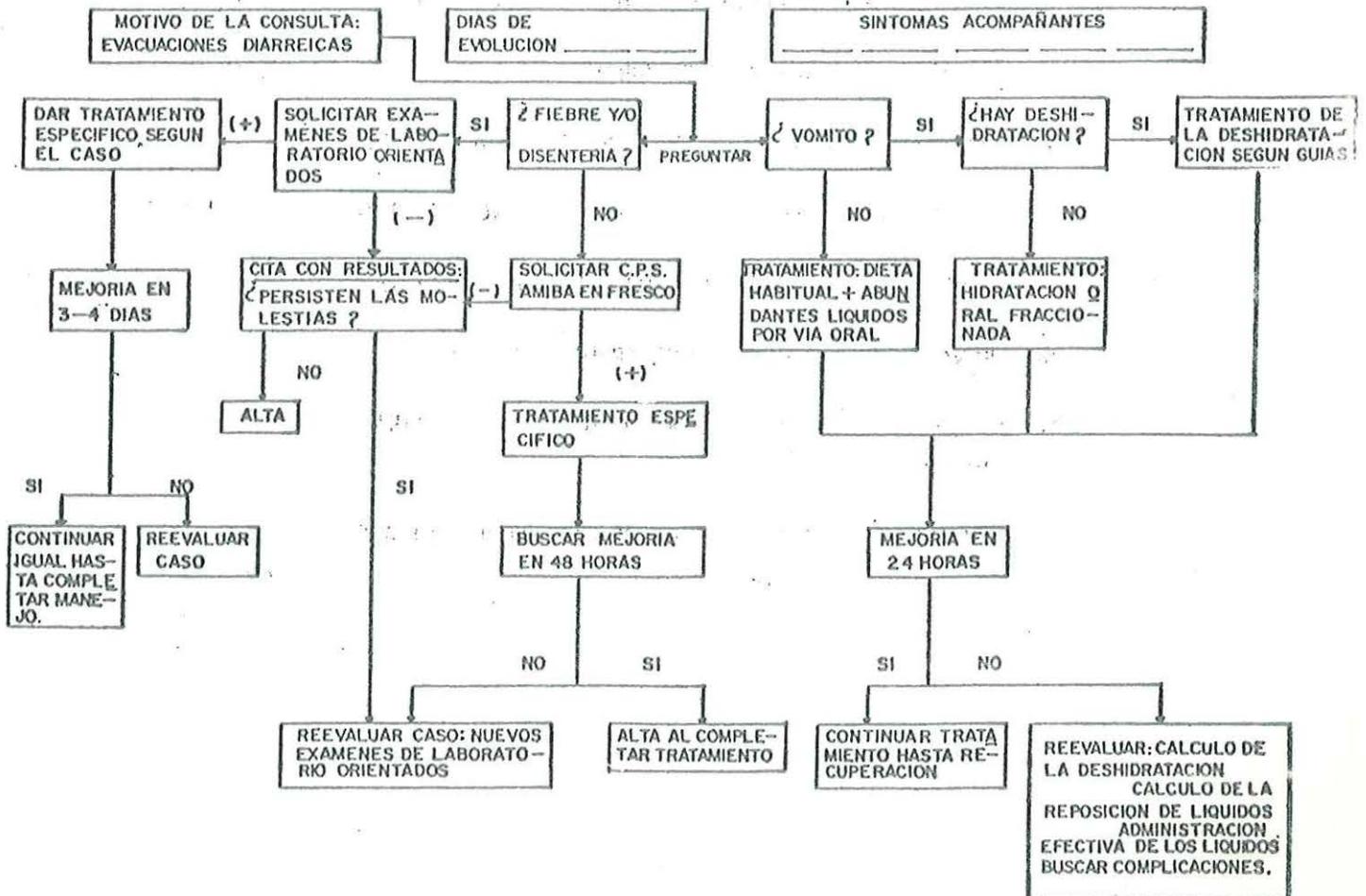
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DIARREA AGUDA<sup>1</sup>-U.M.S.



**PASOS A SEGUIR EN EL MANEJO DE LA REHIDRATACION PARENTERAL EN PACIENTES DESHIDRATADOS:**

	<u>REFERENCIA</u>
1. ESTABLECER EL GRADO DE DESHIDRATACION (SEVERIDAD)	CUADRO 1
2. ESTABLECER EL TIPO DE DESHIDRATACION (NATREMIA)	CUADRO 2
3. REGISTRO DE PESO Y SUPERFICIE CORPORAL DEL PACIENTE	NOMOGRAMA
4. CONSIDERAR LA NECESIDAD DE ADMINISTRAR CARGA RAPIDA	PUNTO 1
5. CONSIDERAR LA NECESIDAD DE ADMINISTRAR BICARBONATO	PUNTO 1
6. CALCULAR LIQUIDOS PARA 24 HORAS	CUADRO 3
7. CALCULAR ELECTROLITOS (SODIO, POTASIO) PARA 24 HRS.	CUADRO 4
8. INICIAR SOLUCIONES PARENTERALES Y BALANCE HIDRICO	BALANCE H.
9. CIERRE DE BALANCES CADA 6 HORAS Y A LAS 24 HORAS	
10. NUEVO REGISTRO DE PESO Y SUPERFICIE CORPORAL	
11. PLANTEAR EL MANEJO DE AGUA, SODIO Y POTASIO PARA LAS SIGUIENTES 24 HORAS	
12. CONSIDERAR LA NECESIDAD DE AGREGAR CALCIO Y/O MAGNESIO A LAS SOLUCIONES	CUADRO 4

PERDIDAS HIDRICAS POR DESHIDRATACION AGUDA

	LACTANTE ( < 12 KG. ) ML/KG/DIA	NIÑOS MAYORES ( > 12 KG. ) ML/M <sup>2</sup> /DIA	RECIEN NACIDO	
			0 - 7 DIAS	7 - 30 DIAS
			ML/KG/DIA	ML/M <sup>2</sup> /DIA
<b>1. PERDIDAS BASALES:</b>				
<b>A. PERDIDAS INSENSIBLES</b>				
	45	600		
-RESPIRACION	15	200		
-SUDOR	30	400		
<b>B. AGUA OBLIGATORIA RENAL</b>				
	50 - 85	600 - 1200	75 - 80	80 - 100
<u>PROMEDIO</u>	100 - 130	1200 - 1800	1000 - 1200	1200 - 1800
<b>2. PERDIDAS POR DIARREA:</b>				
	I <sup>a</sup> = 50	700		
PERDIDAS PREVIAS (HECES, VOMITO, FIEBRE)	II <sup>a</sup> = 50 - 100	1300		
	III <sup>a</sup> = 100 - 150	2000		
<b>3. PERDIDAS ACTUALES:</b>				
ORINA	ESTABLECERLAS SEGUN LAS PERDIDAS ANOTADAS EN EL BALANCE HIDRICO			
HECES				
VOMITO				
FIEBRE	AGREGAR 10% A LAS P.I. POR CADA °C SUPERIOR A 36°C (AXILAR)			
HIPERPNEA	AGREGAR 10 - 15% A LAS P.I. POR AUMENTO DE F..			
<u>OTROS:</u> (INCUBADORA, FOTO- TERAPIA)	AGREGAR 10 - 15% A LAS P.I. SEGUN TEMPERATURA AMBIENTE			

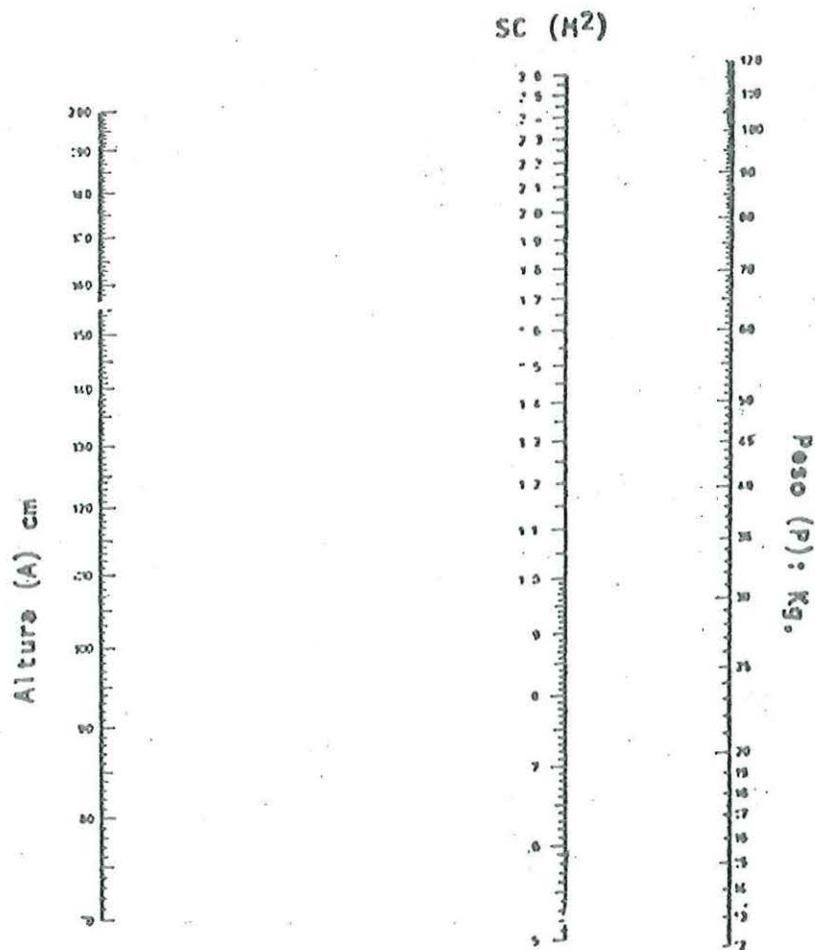
**CUADRO 1: DIAGNOSTICO CLINICO DEL GRADO DE DESHIDRATACION (SEVERIDAD) EN EL LACTANTE DESHIDRATADO**

GRADO DE DESHIDRATACION SIGNOS CLINICOS	1o. LEVE	2o. MODERADA	3o. GRAVE
FONTANELA DEPRIMIDA	+	++	+++
GLOBOS OCULARES HIPOTONICOS	- 0' +	++	+++
LABIOS Y MUCOSAS ORALES SECAS	+	++	+++
SIGNO DEL PLIEGUE	- 0' +	+ A ++	+++
PIEL	PALIDA	PALIDA, FRIA	GRISACEA, MUY FRIA
LLENADO CAPILAR	NORMAL	LENTO	MUY LENTO
FRECUENCIA CARDIACA	NORMAL O ELEVADA (+)	ELEVADA (++)	ELEVADA (+++)
PRESION ARTERIAL	NORMAL	NORMAL O BAJA (+)	BAJA (++)
OLIGURIA	±	++	+++
HIPERPNEA (ACIDOSIS METABOLICA)	-	+ A ++	++ A +++
CHOQUE HIPOVOLEMICO	(-)	(-)	(+)
CORRESPONDE A PERDIDA DE PESO (EN RELACION AL PESO PREVIO) DE APROXIMADAMENTE:	5%	10%	15%

CUADRO 2: DATOS CLINICOS DE UTILIDAD PARA EL DIAGNOSTICO DEL TIPO DE DESHIDRATACION.

NOTA: NINGUNO DE LOS DATOS CLINICOS ANOTADOS RESULTA PATOGNOMONICO DE UN TIPO DETERMINADO. DE DESHIDRATACION.

SINTOMAS Y SIGNOS	DESHIDRATACION ISONATREMICA	DESHIDRATACION HIPONATREMICA	DESHIDRATACION HIPERNATREMICA
FRECUENCIA EN MEXICO)	63 %	22 %	15 %
ALIMENTACION	SENO MATERNO LECHE MATERNIZADA O DE VA CA.	LECHE DILUIDA. ATOLES, TES.	LECHE ENTERA O SEMIDESCRE MADA. SOLUCIONES ELECTRO- LITICAS ORALES.
ESTADO NUTRICIONAL	EUTRÓFICO	EUTRÓFICO O DESNUTRICION MARGINAL	EUTROFICO U OBESO.
EVOLUCION DE LA DIARRÉA	POCOS DIAS	DIAS O SEMANAS	POCOS DIAS
SED	(+) A (++)	(++)	(++)
OTROS SINTOMAS	NO CARACTERISTICOS	EL VOMITO ES RARO	FIEBRE ELEVADA
ESTADO DE LA CONCIEN CIA	DEPRIMIDO (+)	LETARGICO (++)	IRRITABLE (++) ALTERNANDO CON SOMNOLENCIA (++)
FONTANELA	DEPRIMIDA (++)	DEPRIMIDA (++)	DEPRIMIDA (+)
GLOBOS OCULARES	HIPOTÓNICOS, HUN- DIDOS (+) A (++)	HIPOTÓNICOS, HUNDIDOS (++) A (++)	HUNDIDOS (+)
MEMBRANAS MUCOSAS	SECAS	SECAS	MUY SECAS
PIEL: COLOR	GRISACEO	GRISACEO / MARMOREA	GRISACEO
TEMPERATURA	FRIA	FRIA	FRIA O CALIENTE (FIEBRE)
TURGENCIA (LIENZO HUMEDO)	DISMINUIDA (+) A (++)	MUY DISMINUIDA (++)	CONSERVADA O DISMINUIDA (=) (+)
LLENADO CAPILAR	NORMAL O LENTO (+)	LENTO (++) A (++)	NORMAL O LENTO (+)
PULSO (F.C.)	AUMENTADO (++)	AUMENTADO (++)	AUMENTADO (++)
TENSION ARTERIAL Y/O P.V.C.	BAJA (+)	BAJA ( )	NORMAL O BAJA ( )
CHOQUE HIPOVOLEMICO	EVENTUAL	FRECUENTE	RARO
DETERMINACION DE Na <sup>(+)</sup> SERICO (NATREMIA)	130 - 150 MEQ/LT	MENOS DE 130 MEQ/LT	MAS DE 150 MEQ/KG



$$\text{Superficie Corporal} = P^{.5378} \times A^{.3964} \times .024265$$

FIG. 3. Nomograma para determinar la superficie corporal en niños y adultos.

PUNTO 1. CARGA RAPIDA.

CUADRO "3"

CALCULO DE LIQUIDOS PARA REHIDRATAACION ENDOVENOSA

GRADO DE DESHIDRATAACION	LIQUIDOS PARA 1 HORA	LIQUIDOS PARA 24 HORAS	
		DESHIDRATAACION HIPO O ISONATREMICA	DESHIDRATAACION HIPERNATREMICA
I°	- - -	- - -	- - -
II° LACTANTES	20 ML/KG	160 - 200 ML/KG	160 - 180 ML/KG
NIÑOS MAYORES	300 ML/M <sup>2</sup>	2500 - 3000 ML/M <sup>2</sup>	2500 - 2700 ML/M <sup>2</sup>
III° LACTANTES	30 - 40 ML/KG	200 - 240 ML/KG	200 - 220 ML/KG
NIÑOS MAYORES	400 - 500 ML/M <sup>2</sup>	3000 - 3600 ML/M <sup>2</sup>	3000 - 3200 ML/M <sup>2</sup>

PUNTO 1.

\*HCO<sub>3</sub> - : SOLO EN ACIDOS METABOLICA GRAVE

---

CARGA RAPIDA                      1 mEq/KG

SOLUCION PARA 6  
HORAS                                1 - 3 mEq/KG

---

(\*) HCO<sub>3</sub> = BICARBONATO.

CUADRO "4"

CALCULO DE ELECTROLITOS EN LAS SOLUCIONES ENDOVENOSAS

Na+

TIPO DE DESHIDRATACION	LIQUIDOS EN CARGA RAPIDA			LIQUIDOS PARA COMPLETAR 24 HRS.		
	mEq/KG	CONCENTRACION DE SOLUCION GLUCOSA: SALINA	VELOCIDAD DE INFUSION	mEq/KG	CONCENTRACION DE SOLUCION GLUCOSA: SALINA	VELOCIDAD DE INFUSION
HIPONATREMICA (NA SERICO ↓ 130 mEq/LT)	12 - 17	1 : 1	1 HORA	12 - 17	1 : 1	1/2 = 6 HORAS 1/2 = 17 Y 18 HRS.
ISONATREMICA (NA SERICO 130 - 150 mEq/LT)	12 - 17	1 : 1	1 HORA	8 - 12	2 : 1	1/2 = 6 HORAS 1/2 = 17 - 18 HRS.
HIPERNATREMICA (NA SERICO ↑ 150 mEq/LT)	12 - 17	1 : 1	4-5 HORAS	5 - 8	3 : 1	1/1 = 19 - 20 HRS.

CUADRO "4" (CONT.)

CALCULOS DE ELECTROLITOS EN LAS SOLUCIONES  
ENDOVENOSAS

---

\*K<sup>++</sup>: INICIAR HASTA EVIDENCIAR DIURESIS.

---

	Á RAZON DE	CONCENTRACION MAX EN LA SOLUCIÓN
LACTANTE	3 - 6 mEq/KG/DIA	
NIÑO MAYOR	50 -70 mEq/M <sup>2</sup> /DIA	60 mEq/LT ( 6% )

---

(\*) K<sup>++</sup> = ION POTASIO

CUADRO "4" (CONT.)

CALCULOS DE ELETROLITOS EN LAS SOLUCIONES  
ENDOVENOSAS

\*Ca++: MONOTORIZAR F.C.\* EN BUSCA DE BRADICARDIA  
NO AGREGAR A LA SOLUCION CON BICARBONATO DE SODIO

	DOSIS	VELOCIDAD DE INFUSION
TRATAMIENTO	100 - 200 MG/KG (1 - 2 ML/KG)	5 - 10 MIN.
MANTENIMIENTO	100 - 200 MG/KG	24 HORAS
PROFILAXIS	10 ML/1000 ML SOLUCION	24 HORAS
	100 MG/K (1 ML/KG)	

\*Mg++

	DOSIS	VELOCIDAD DE INFUSION
TRATAMIENTO	1 ML/KG/DOSIS (0.7 mEq/K)	5 MIN.
MANTENIMIENTO	1 mEq/KG/DIA	24 HORAS

(\*) Ca++ = ION CALCIO

(\*) F.C. = FRECUENCIA CARDIACA

(\*) Mg++ = ION MAGNESIO



# UNIDAD MEDICO SOCIAL

SOLIS, TEMASCALCO, MEXICO

## HOJA DE BALANCE HIDRICO

PACIENTE: \_\_\_\_\_

Nº. EXP. \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

HORA	I N G R E S O S		E G R E S O S		
	VIA ORAL LIQUIDO	CANTIDAD	VIA PARENTERAL SOLUCION Y CANTIDAD	ORINA	EVACUACION
7:					
8:					
9:					
10:					
11:					
12:					
13:					
14:					
15:					
16:					
17:					
18:					
19:					
20:					
21:					
22:					
23:					
24:					
1:					
2:					
3:					
4:					
5:					
6:					

HORA	(V.O. + V.P.)	-	(ORINA + EVACUACION + VOMITO + P.I.)	=	TOTAL
6-12					
12-18					
18-24					
24-6					
TOTAL:					



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_

No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_

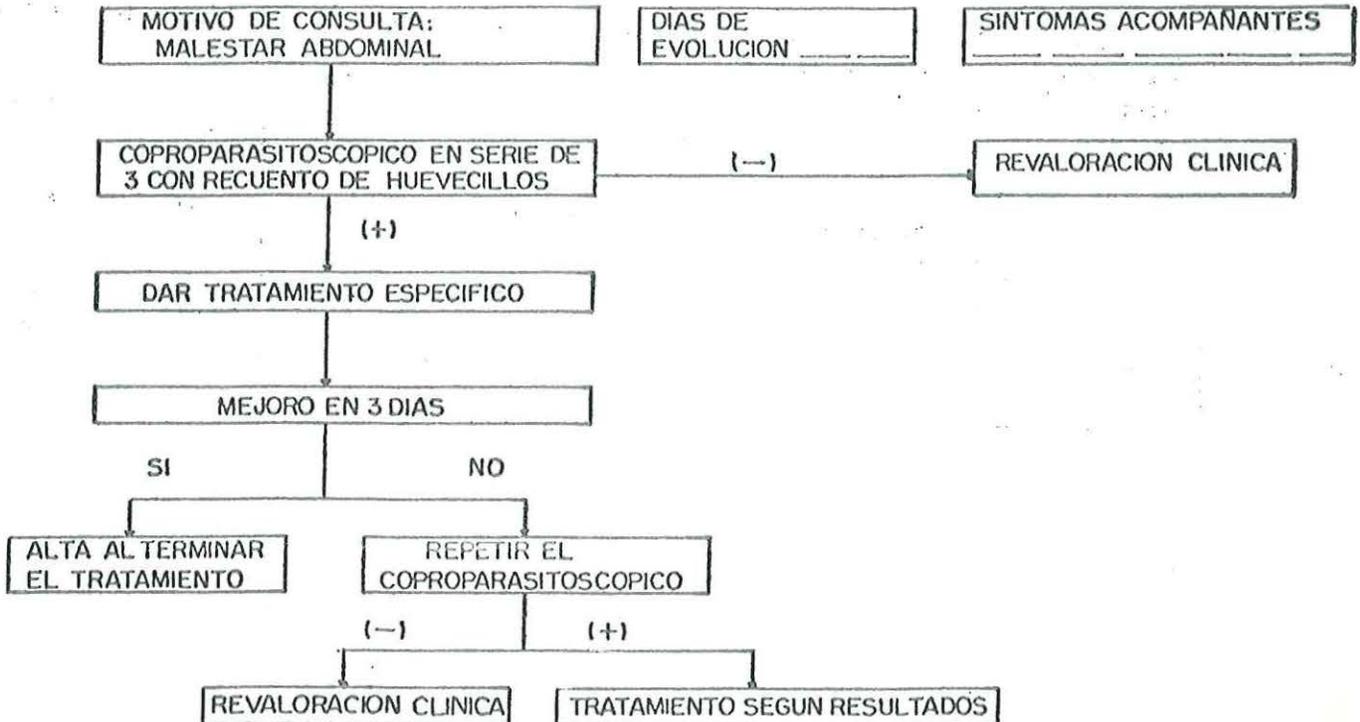
No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_

IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON PARASITOSIS INTESTINAL U.M.S.



ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON PARASITOSIS

INTESTINAL - U.M.S.

PARASITOSIS	MEDICAMENTO	DOSIFICACION	PRESENTACION
AMIBIASIS ( <i>ENTAMOBA HISTOLYTICA</i> )	1A. ELECCION: TINIDAZOL	40 - 50 MG/KG/DIA DURANTE DOS DIAS.  DOSIS DIARIA DIVIDIDA EN 3 TOMAS	TRINIGYN <sup>R</sup> TABS. 500 MG FASIGYN <sup>R</sup>
	2A. ELECCION: METRONIDAZOL	40 - 50 MG/KG/DIA DURANTE 10 DIAS  DOSIS DIARIA DIVIDIDA EN 3 TOMAS (DESPUES DE LOS ALI- MENTOS)	FLAGYL <sup>R</sup> COMP. 250 MG METRONIDAZOL SUSP. 125 MG/ VALDECASAS <sup>R</sup> 5 ML
GIARDIASIS ( <i>GIARDIA LAMBLIA</i> )	1A. ELECCION: METRONIDAZOL	30 - 40 MG/KG/DIA DURANTE 10 DIAS.  DOSIS DIARIA DIVIDIDA EN 3 TOMAS (DESPUES DE LOS ALI- MENTOS)	FLAGYL <sup>R</sup> COMP. 250 MG METRONIDAZOL SUSP. 125 MG/ VALDECASAS <sup>R</sup> 5 ML
OXIURIASIS ( <i>ENTEROBIUS VERMICULARIS</i> )	1A. ELECCION: PIRANTEL (PAMOATO DE)	10 MG/KG, DOSIS UNICA	COMBANTRIN <sup>R</sup> TABS. 250 MG SUSP. 250 MG/ 5 ML
	2A. ELECCION: PIRVINIO (PAMOATO DE)	5 MG/KG, DOSIS UNICA	PAMAPIN <sup>R</sup> TABS. 125 MG AGUIPIRAN <sup>R</sup> SUSP. 250 MG/ 5 ML  VANQUIN <sup>R</sup> GRAG. 50 MG SUSP. 250 MG/ 5 ML  BROTDOS <sup>R</sup> CAPS. 75 MG SUSP. 75 MG/ 5 ML

PARASITOSIS	MEDICAMENTO	DOSIFICACION	PRESENTACION
UNCINARIAS (ANCHYLOSTOMA DUODENALE, NECA- TOR AMERICANUS)	1A. ELECCION: PIRANTEL (PAMOATO DE)	10 mg/kg, DOSIS UNICA	COMBANTRIN <sup>®</sup> TABS. 250 MG SUSP. 250 MG/ 5 ML.
	2A. ELECCION: MEBENZOLE	100 MG C/12 HORAS, DURANTE TRES DIAS	PAMAPIN <sup>®</sup> TABS. 125 MG AGUIPIRAN <sup>®</sup> SUSP. 250 MG/ 5 ML
	3A. ELECCION: BEFENIO (HIDROXINAF- TOATO DE)	MAYORES DE 2 AÑOS: 5 GR/DIA DURANTE 3 DIAS, EN UNA O DOS DOSIS  MENORES DE 2 AÑOS: 2.5 GR/ DIA DURANTE 3 DIAS	MEBENDAZOL <sup>®</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML  LECIBIS <sup>®</sup> COMP. 500 MG CAPS. 500 MG
ASCARIASIS (ASCARIS LUMBRICOIDES)	1A. ELECCION: PIRANTEL (PAMOATO DE)	10 MG/KG, DOSIS UNICA	COMBANTRIN <sup>®</sup> TABS. 250 MG SUSP. 250 MG/ 5 ML.
	2A. ELECCION: MEBENZOLE	100 MG C/12 HORAS, DURANTE 3 DIAS	PAMAPIN <sup>®</sup> TABS. 125 MG SUSP. 250 MG/ 5 ML
	3A. ELECCION: PIPERAZINA	MAYORES DE 12 AÑOS: 50 MG/ DIA, DURANTE 7 DIAS	MEBENDAZOL <sup>®</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML  PIPERAZINA VALDECASAS <sup>®</sup> PIPEREX <sup>®</sup> SUSP. 50 MG/ 5 ML.
TENTIASIS (TENTIA SOLIUM, TENTIA SAGINATA)	1A. ELECCION: NICLOSAHIDA	MENORES DE 10 AÑOS: 40 MG/ KG, DOSIS UNICA MAYORES DE 10 AÑOS: 2 GR/DIA DOSIS UNICA	YOMESAN <sup>®</sup> TABS. 500 MG
	2A. ELECCION: MEBENZOLE	100 MG C/12 HORAS, DURANTE 3 DIAS	MEBENDAZOL <sup>®</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML
HIMENOLEPIASIS (HIMENOLEPIS NANA)	1A. ELECCION: NICLOSAHIDA  2A. ELECCION: MEBENZOLE	20 MG/KG/DIA, DURANTE 6 DIAS  100 MG C/12 HORAS, DURANTE 3 DIAS	YOMESAN <sup>®</sup> TABS. 500 MG  MEBENDAZOL <sup>®</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML
TRICOCEFALOSIS (TRICHIURIS TRI- CHIURA)	1A. ELECCION: MEBENZOLE	100 MG C/12 HORAS, DURANTE 3 DIAS	MEBENDAZOL <sup>®</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML

PARASITOSIS	MEDICAMENTO	DOSIFICACION	PRESENTACION
ESTRONGILOIDIASIS (STRONGILOIDES STERCULARIS)	1A. ELECCION: TIABENDAZOL	25 MG/KG/DIA, DURANTE 2-5 DIAS, DIVIDIDO EN 2 A 3 DOSIS DIARIAS, DESPUES DE LOS ALIMENTOS	EPROFIL <sup>R</sup> TABS. 500 MG SUSP. 125 MG/ ML
PARASITOSIS MOL- TIPLE	1A. ELECCION: TIABENDAZOL  2A. ELECCION: MEBENZOLE	50 MG/KG/DIA, DURANTE 3 DIAS, DIVIDIDO EN 2-3 TO- MAS, DESPUES DE LOS ALI- MENTOS  100 MG C/12 HORAS, DURANTE 3 DIAS	EPROFIL <sup>R</sup> TABS. 500 MG SUSP. 125 MG/ ML  MEBENDAZOL <sup>R</sup> COMP. 100 MG SUSP. 100 MG/ 5 ML
AMIBIASIS EXTRA INTESTINAL	1A. ELECCION: METRONIDAZOL  2A. ELECCION: DEHIDROEMETINA	20 - 30 MG/KG/DIA, I.V., DIVIDIDO EN 3 DOSIS, A 60 TEO LENTO (2 - 3 HORAS) EN SOLUCION GLUCOSADA AL 5%, DURANTE LOS PRIMEROS 3 - 5 DIAS. CONTINUAR CON 40 - 50 MG/KG/DIA, V.O., DIVIDIDO EN 3 DOSIS, HASTA COMPLETAR 10 DIAS  1 - 2 MG/KG/DIA (SIN PASAR DE 60 MG/DIA), I.V., DURAN- TE 10 DIAS	METRONIDAZOL I.V. <sup>R</sup> AMP. 100 MG  DEHIDROEMETINA <sup>R</sup> AMP. 30 MG AMP. 60 MG



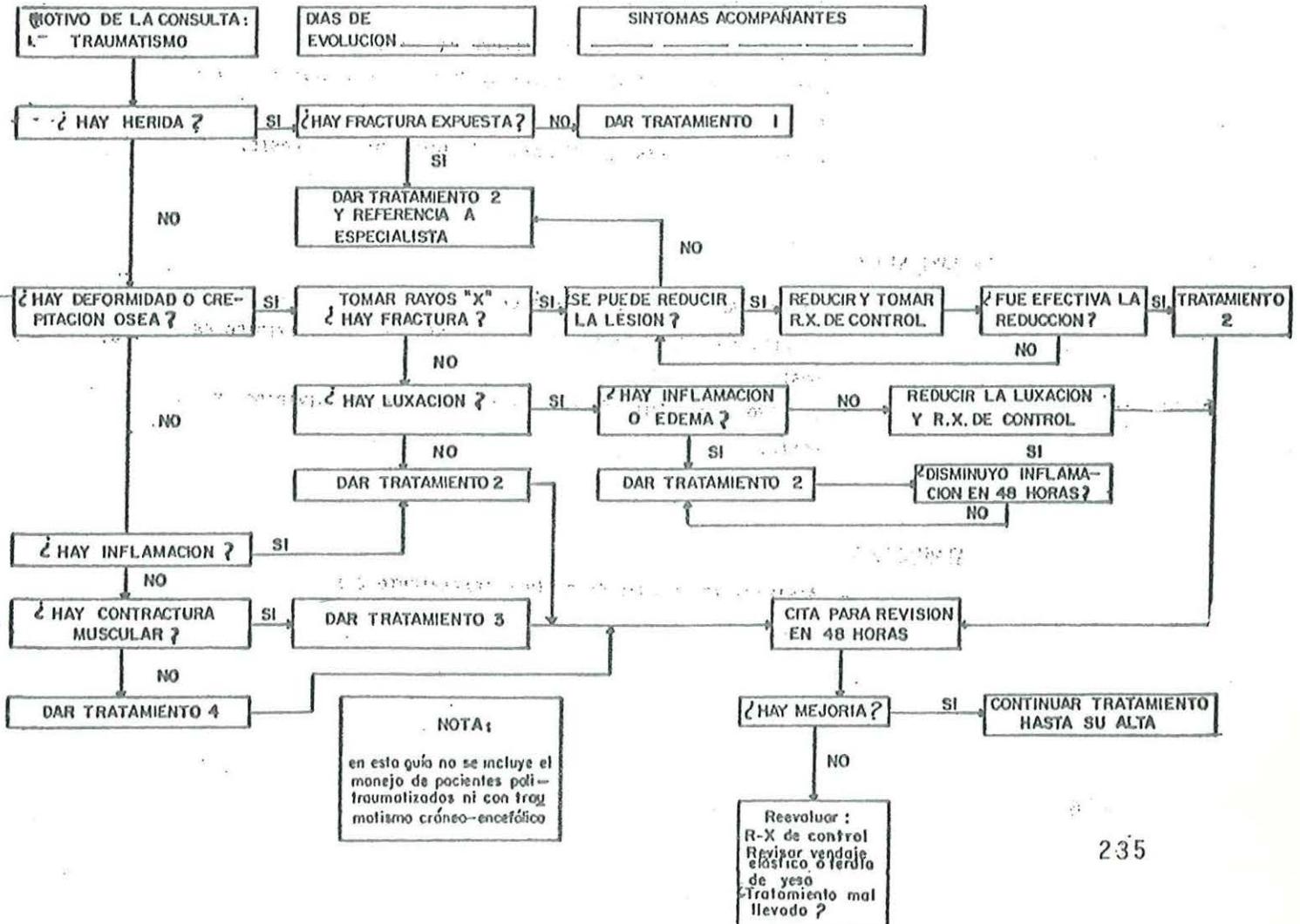
SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_  
 UNIDAD \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_  
 No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_  
 No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_  
 No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
 IDENTIF EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO - U.M.S.



## GUIA DE MANEJO PARA PACIENTES CON TRAUMATISMO

### UNIDAD MEDICO SOCIAL

#### TRATAMIENTO 1.

- REALIZAR CURACIÓN ANTISÉPTICA.
- SI AMERITA, REALIZAR SUTURA.
- CUBRIR CON VENDAJE ASÉPTICO.
- VALORAR LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.
- VALORAR LA APLICACIÓN DE TOXOIDE TETÁNICO.

#### TRATAMIENTO 2.

- LAVADO ANTISÉPTICO DEL ÁREA.
- REDUCIR TRAUMATISMO.
- INMOVILIZAR CON VENDA DE YESO.
- ADMINISTRAR UN ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATORIO:  
ACIDO ACETILSALICÍLICO A DOSIS DE 50 MG/KG/DÍA DIVIDIDO EN 4 DOSIS.  
PIRAZOLONA A DOSIS DE 100 MG/KG/DÍA DIVIDIDA EN 4 DOSIS.

#### TRATAMIENTO 3.

ADMINISTRAR UN RELAJANTE MUSCULAR:  
EN ADULTOS, METOCARBAHOL A DOSIS DE 60 MG/KG/DÍA DIVIDIDO EN 3 DOSIS.  
EN NIÑOS, ACETAMINOFÉN A DOSIS DE 50 MG/KG/DÍA DIVIDIDO EN 4 DOSIS.

#### TRATAMIENTO 4.

- ADMINISTRAR UN ANALGÉSICO (VER TRATAMIENTO 2.).



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_.

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ NO. DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

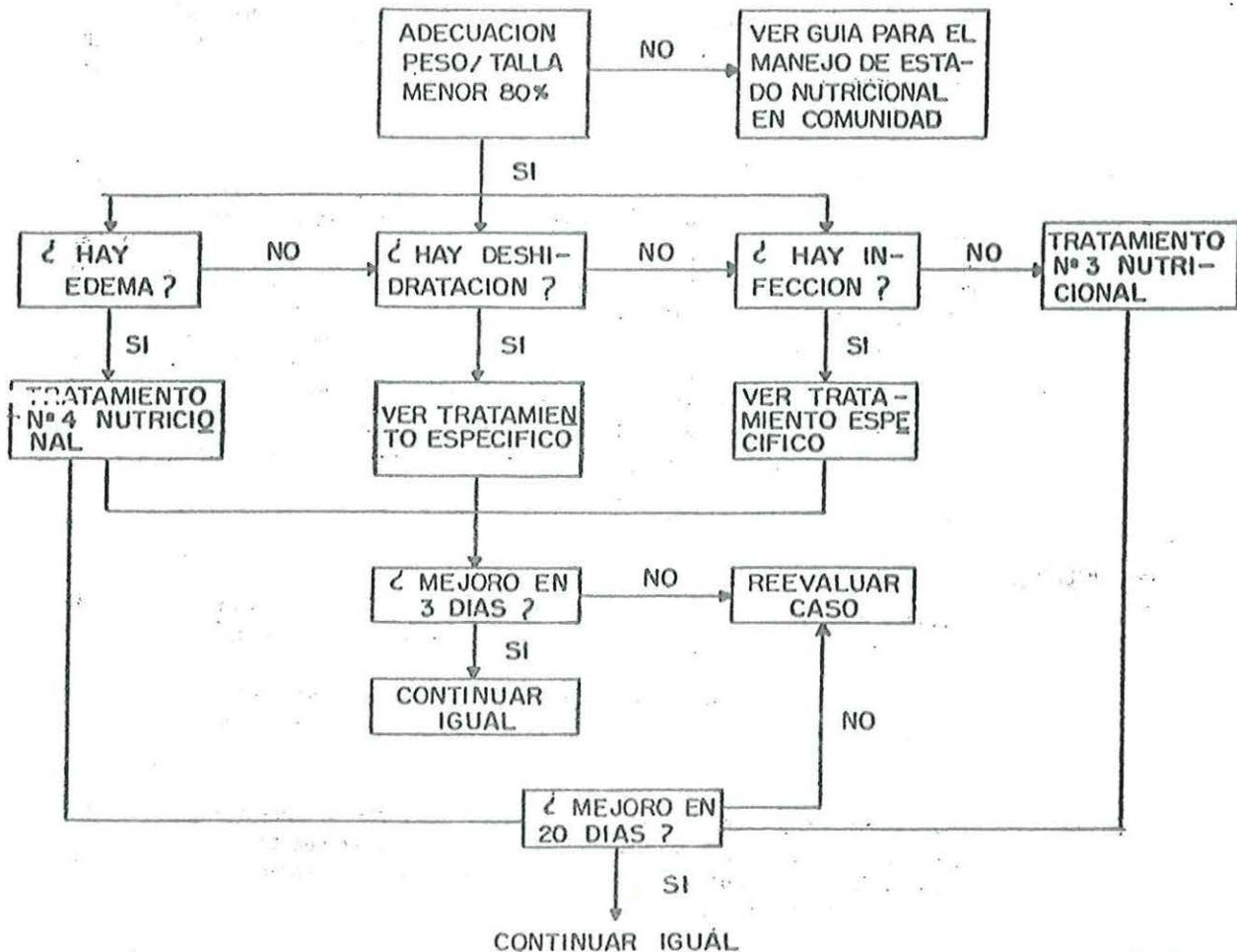
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ NO. DE INDIVIDUO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO-UMS



## MANEJO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

"EL NIÑO NORMAL, GANA PESO ENTRE MEDICIONES, ESA GANANCIA EN PESO, VARÍA SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE MEDICIONES".

### TRATAMIENTO 1.

- A. EL NIÑO REQUIERE INGERIR MAYOR CANTIDAD DE CALORÍAS. EXPLIQUE A LA MADRE CUÁL SERÍA UNA BUENA DIETA PARA EL NIÑO, DESPUÉS DE HABER OÍDO LO QUE ELLA LE DA. USE PARA ELLO LAS GUÍAS DE RECETAS Y PREPARACIONES YA EXISTENTES EN PUBLICACIONES AL RESPECTO Y ACONSEJE DENTRO DE MARCOS DE REALIDAD Y POSIBILIDAD, A LA MADRE.
- B. INTERROGUE A LA MADRE SOBRE POSIBLES EPISODIOS INFECCIOSOS QUE HAYAN EXISTIDO ENTRE LA ÚLTIMA MEDICIÓN Y LA ACTUAL, ESO PUEDE EXPLICAR LA FALTA DE INCREMENTO DE PESO, ADEMÁS NECESITA EXPLICAR A LA MADRE SOBRE LA NECESIDAD DE RECUPERAR AL NIÑO NUTRICIONALMENTE, LO MÁS RÁPIDO POSIBLE. SI HAY INFECCIÓN ACTUAL, TRÁTELA DE LA MANERA MÁS ADECUADA.

### TRATAMIENTO 2.

"CUANDO EL NIÑO HA BAJADO LOS NIVELES DE ADECUACIÓN DE SU PESO PARA LA TALLA, RECUERDE QUE ESTÁ USANDO SUS PROPIOS TEJIDOS COMO ENERGÍA Y ESO DETERIORA SU CRECIMIENTO Y SU DESARROLLO".

- A. TRATE EL PROBLEMA INFECCIOSO, SI ES QUE EXISTE, LO MÁS ADECUADA Y RÁPIDAMENTE, SI NO LOGRA IDENTIFICARLO O ESTÁ FUERA DE SU CAPACIDAD, REFIERALO AL MÉDICO, RECUERDE QUE EL CUADRO INFECCIOSO AGRAVA LA SITUACIÓN NUTRICIONAL Y ÉSTA, EL CUADRO INFECCIOSO.
- B. LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE SE REQUIERE PARA TRATAR AL NIÑO, PUEDE VARIAR EN RELACIÓN AL GRADO DE DESNUTRICIÓN ALCANZADO Y A LA EDAD DEL NIÑO. POR LO GENERAL, EL NIÑO REQUIERE 2 VECES MÁS PROTEÍNAS DE LA RECOMENDADA PARA SU EDAD Y 1.5 VECES MÁS CALORÍAS, POR LO TANTO, PARA NIÑOS MAYORES VEA LAS TABLAS DE RECOMENDACIONES QUE EXISTEN Y PARA NIÑOS PEQUEÑOS PREESCOLARES, PUEDE DAR ENTRE 2,0 A 2,5 GRAMOS DE PROTEÍNA DE ALTA CALIDAD Y 120 A 150 KILOCALORÍAS POR KILOGRAMO DE PESO, POR DÍA. PARA NIÑOS POR DEBAJO DE UN AÑO PUEDE DAR 3,5 GRAMOS DE PROTEÍNA Y 120 KILOCALORÍAS POR KILOGRAMO DE PESO POR DÍA. PARA LOGRAR ESOS VALORES, CONSULTE LAS GUÍAS NUTRICIONALES EXISTENTES EN SU PAÍS Y RECUERDE QUE ES MEJOR SACRIFICAR VOLUMEN DE ALIMENTOS, POR CALIDAD Y MAYOR DENSIDAD ENERGÉTICA, EL ALIMENTO QUE SE INDIQUE DEBE SER DE FÁCIL DIGESTIBILIDAD Y QUE CONTENGA PROTÉINAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO.

### TRATAMIENTO 3 y 4.

RECUERDE QUE PACIENTES CON DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA SIN OTRAS COMPLICACIONES, ES MEJOR TRATARLOS FUERA DE HOSPITALES Y CASAS DE SALUD.

"EL NIÑO SE ESTÁ AUTOCONSUMIENDO Y USTED CON EL TRATAMIENTO NECESITA PROTEGERLO PARA QUE NO SE DETERIORE MÁS Y PARA QUE PUEDA DEFENDERSE MEJOR EN SU MEDIO".

- A. SI EXISTE INFECCIÓN:  
TRATE ADECUADAMENTE EL PROCESO INFECCIOSO DE ACUERDO AL PROBLEMA QUE SE TRATE. LOS ANTIBIÓTICOS NO DEBEN USARSE PROFILÁCTICAMENTE YA QUE LAS ALTERACIONES DE ALGUNOS ÓRGANOS EN LOS GRADOS SEVEROS DE DESNUTRICIÓN, POTENCIALIZAN EL EFECTO TÓXICO DE LAS DROGAS.

**B. SI HAY DESHIDRATACIÓN:**

PARA EL MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN, EL VOLUMEN DE LOS FLUIDOS, DEPENDE DE LA DIURESIS Y DE LOS SIGNOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACIÓN, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, USE LA VÍA ORAL, USE LAS GUÍAS DE HIDRATACIÓN PARA MANEJAR AL PACIENTE.

AL PREPARAR SU ESQUEMA DE HIDRATACIÓN, TENGA EN CUENTA QUE ÉSTE DIFIERE UN POCO DEL APLICABLE A SUJETOS BIEN NUTRIDOS, PERO DESHIDRATADOS, DADAS LAS PECULIARIDADES HIDROELECTROLÍTICAS DEL NIÑO DESNUTRIDO:

- 1) HIPO-OSMOLARIDAD CON MODERADA HIPONATREMIA Y FRECUENTEMENTE CON EXCESO DE SODIO INTRACELULAR.
- 2) DEPLECIÓN DEL POTASIO INTRACELULAR USUALMENTE SIN HIPOCALEMIA.
- 3) ACIDOSIS METABÓLICA MEDIA O MODERADA QUE DISMINUYE O DESAPARECE CUANDO EL PACIENTE RECIBE ENERGÍA Y EL BALANCE ELECTROLÍTICO ES ESTABLECIDO.
- 4) ALTA TOLERANCIA A LA HIPOKALEMIA Y A LA HIPOPROTEINEMIA.
- 5) DISMINUCIÓN DEL MAGNESIO CON O SIN HIPOMAGNESEMIA.

A PACIENTES CON SEVERA HIPOPROTEINEMIA (MENOS DE 3G/DL), ANURIA Y SIGNOS DE HIPOVOLEMIA O COLAPSO CIRCULATORIO, SE LES DEBE ADMINISTRAR 10 ML. DE PLASMA POR KILOGRAMO EN 1 O 2 HORAS SEGUIDO DE 20 ML. (KG.HORA) DE UNA MEZCLA DE DOS PARTES DE DEXTROSA AL 5% Y UNA PARTE DE SOLUCIÓN SALINA, POR UNA O DOS HORAS. SI LA DIURESIS NO SE DESENCADENA, LA DOSIS DE PLASMA DEBE REPETIRSE 2 HORAS DESPUÉS.

- C) PACIENTES CON ALTERACIONES HEMODINÁMICAS SECUNDARIAS O DESARROLLADAS DURANTE O DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS, DEBEN SER TRASLADADOS PARA SU MANEJO A UN NIVEL SUPERIOR. LOS CASOS DE ANEMIA SEVERA Y DE HIPOGLICEMIA, FALLO CARDIACO Y TÉRMICO, TAMBIÉN DEBEN DE TRASLADARSE PARA SU MANEJO A UN NIVEL DE ATENCIÓN SUPERIOR.**

HASTA ESTE MOMENTO, USTED HA TRABAJADO PARA SACAR AL PACIENTE DE SU PROBLEMA AGUDO DE DESNUTRICIÓN Y SUS COMPLICACIONES, A CONTINUACIÓN DEBE USTED PENSAR EN LA TERAPIA PARA SU RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, PARA ESTO RECUERDE QUE, DADO QUE EL PACIENTE ESTÁ ADAPTADO AL ESTADO DE DESNUTRICIÓN, EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SE DEBE PRINCIPIAR LENTAMENTE, LOS PRIMEROS DÍAS LA DIETA DEBE CUBRIR LAS NECESIDADES DE MANTENIMIENTO DIARIO, SEGUIDO DE UN INCREMENTO GRADUAL DE NUTRIMENTOS.

LOS PACIENTES CON MARASMO, SUELEN REQUERIR DE MAYORES CANTIDADES DE ENERGÍA Y ENTRE MAYOR ES EL GRADO DE SEVERIDAD DEL NIÑO, MÁS LENTAMENTE DEBE INSTAURARSE LA TERAPIA ALIMENTARIA, ES BUENO PRINCIPIAR CON FÓRMULAS LÍQUIDAS Y DIVIDIRLAS EN VARIAS TOMAS, ASÍ SE EVITA EL VÓMITO, LA HIPOGLICEMIA Y LA HIPONATREMIA.

DADO QUE EN VARIOS PAÍSES SE HAN DESARROLLADO VARIOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO, SUGERIMOS AL LECTOR PONERSE EN CONTACTO CON ESOS ESQUEMAS Y APLICARLOS CON NORMAS, UNA VEZ SELECCIONADO EL QUE SE DESEE USAR.

LA RESPUESTA INICIAL A LA DIETA NO ES OBSERVABLE COMO UN INCREMENTO DE PESO. EN NIÑOS CON KWASHIORKOR UNA DISMINUCIÓN DEBIDA A PÉRDIDA DE EDEMA, PUEDE PRESENTARSE, DESPUÉS DE 15 DÍAS, HAY UNA RÁPIDA GANANCIA DE PESO, ÉSTA ES MÁS LENTA EN SUJETOS CON MARASMO QUE CON KWASHIORKOR.

FINALMENTE RECUERDE QUE EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL NIÑO DESNUTRIDO, DEBE ACOMPAÑARSE DE ESTIMULACIÓN EMOCIONAL Y FÍSICA. EL TIEMPO, LA PACIENCIA Y LA CONSTANCIA SON CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LOGRAR UNA BUENA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL.

UTILIZACION DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS EN LA INTERPRETACION  
DE ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

MEDIDA ANTROPOMETRICA	RELACION	INTERPRETACION	OBSERVACION
PESO	EDAD	GRADO DE DESNUTRICIÓN PRESENTE INEXACTO PARA LA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	NO DISCRIMINA UN NIÑO DE BAJO PESO DE UN NIÑO PEQUEÑO CON PESO PROPORCIONADO A SU TALLA. PUEDE DAR MUCHO ERROR, EN CASOS EN QUE LA EDAD DEL NIÑO NO SEA LA REAL.
PESO	INCREMENTO ENTRE MEDIDAS	LIMITACIÓN EN CRECIMIENTO ACTUAL.	EL NO CAMBIO DE PESO ENTRE DOS PERÍODOS, PUEDE INDICAR LIMITACIONES EN INGESTA, CUANDO EL PESO NO SE INCREMENTA A LO ESPERADO, A PESAR DE QUE NO HAY EVIDENCIA DE DAÑO CLÍNICO.
TALLA	EDAD	SUFIMIENTO NUTRICIONAL PASADO O DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	VALORES DE TALLA POR DEBAJO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA UNA EDAD DADA, SE INTERPRETAN COMO FALLAS PASADAS EN CRECIMIENTO.
PESO	TALLA	ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL, POCO VALIOSO EN NIÑOS CON EDEMA.	LA DESADECUACIÓN DEL PESO PARA LA TALLA ACTUAL ALCANZADA, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES, INDICA FALLAS Y LIMITACIONES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL MOMENTO, JUNTO CON VALORES BAJOS DE TALLA EDAD, PUEDEN ATTESTIGUAR UN CASO DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

CARACTERÍSTICAS DE NIVELES DE DESNUTRICIÓN

INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	CLASIFICACION NUTRICIONAL	PRINCIPAL MANIFESTACION CLINICA
PESO/TALLA	90-110	NORMAL	NINGUNA
	80-89	MARGINAL	RETARDO EN CRECIMIENTO, NO INCREMENTO DE TALLA Y/O PESO, SE PIERDE LA - RELACIÓN DE TALLA/EDAD TAMBIÉN.
	70-79	MODERADA	
	< 70	SEVERA	<p align="center"><u>MARASMO</u></p> <p>AUSENCIA DE MASAS ADIPOSAS, NIÑO APARENTA SER "PIEL Y HUESO", APARIENCIA DE APATIA. POR LO GENERAL, TIENEN MENOS DEL 60% DEL PESO/TALLA ESPERADO.</p> <p align="center"><u>KWASHIORKOR</u></p> <p>EDEMA EN MIEMBROS Y CARA. EL DÉFICIT EN PESO, NO ES TAN SEVERO Y LA TALLA PUEDE SER NORMAL O RETARDADA. LA - PIEL PRESENTA LESIONES.</p>

IMPACTO EN LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS QUE CABE ESPERAR CON ADECUADO  
TRATAMIENTO NUTRICIONAL

MEDIDA ANTROPOMETRICA	RELACION	INTERPRETACION
PESO	EDAD	PROMOCIÓN A UN NIVEL PERCENTILAR MÁS ALTO DEL NIÑO DESNUTRIDO EN RELACIÓN A SU MEDICIÓN ANTERIOR. ES DE ESPERARSE QUE SUCEDA ANTES QUE LA TALLA, CUANDO EL NIÑO EN LA MEDICIÓN PREVIA SE ENCONTRABA CON DESADECUACIÓN DE PESO PARA LA TALLA.
TALLA	EDAD	SOBRE TODO EN NIÑOS MAYORES, SERÁ DIFÍCIL DE NOTAR PROMOCIONES A NIVELES PERCENTILARES MAYORES, NO ASÍ EN NIÑOS POR DEBAJO DE 24 MESES DE EDAD.
PESO	TALLA	ES LA MEDIDA ÓPTIMA PARA EVALUAR LOS LOGROS DE LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES. NIÑOS POR DEBAJO DE 90% DE LOS ESTÁNDARES DE ADECUACIÓN DE P/T QUE LOGRAN LLEGAR A ESTE NIVEL, HAN PROGRESADO EXITOSAMENTE DE ACUERDO A LO ESPERADO. MIENTRAS QUE EL INCREMENTO DE PESO, ES UNA SEÑAL TEMPRANA DE ÉXITO, LA ADAPTACIÓN DE UN P/T POR ARRIBA DE 90%, ES EL VERDADERO OBJETIVO.

IMPACTO EN LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS QUE CABE ESPERAR CON ADECUADO  
TRATAMIENTO NUTRICIONAL

MEDIDA ANTROPOMETRICA	RELACION	INTERPRETACION
PESO	EDAD	PROMOCIÓN A UN NIVEL PERCENTILAR MÁS ALTO DEL NIÑO DESNUTRIDO EN RELACIÓN A SU MEDICIÓN ANTERIOR. ES DE ESPERARSE QUE SUCEDA ANTES QUE LA TALLA, - CUANDO EL NIÑO EN LA MEDICIÓN PREVIA SE ENCONTRABA CON DESADECUACIÓN DE PESO PARA LA TALLA.
TALLA	EDAD	SOBRE TODO EN NIÑOS MAYORES, SERÁ DIFÍCIL DE NOTAR PROMOCIONES A NIVELES PERCENTILARES MAYORES, NO ASÍ EN NIÑOS POR DEBAJO DE 24 MESES DE EDAD.
PESO	TALLA	ES LA MEDIDA ÓPTIMA PARA EVALUAR LOS LOGROS DE LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES. NIÑOS POR DEBAJO DE 90% DE LOS ESTÁNDARES DE ADECUACIÓN DE P/T QUE LOGRAN LLEGAR A ESTE NIVEL, - HAN PROGRESADO EXITOSAMENTE DE ACUERDO A LO ESPERADO. MIENTRAS QUE EL INCREMENTO DE PESO, ES UNA SEÑAL TEMPRANA DE ÉXITO, LA ADAPTACIÓN DE UN P/T POR ARRIBA DE 90%, ES EL VERDADERO OBJETIVO.

Handwritten text at the top of the page, possibly a title or header.

Handwritten text in the upper middle section.

Handwritten text in the middle section.

Handwritten text in the lower middle section.

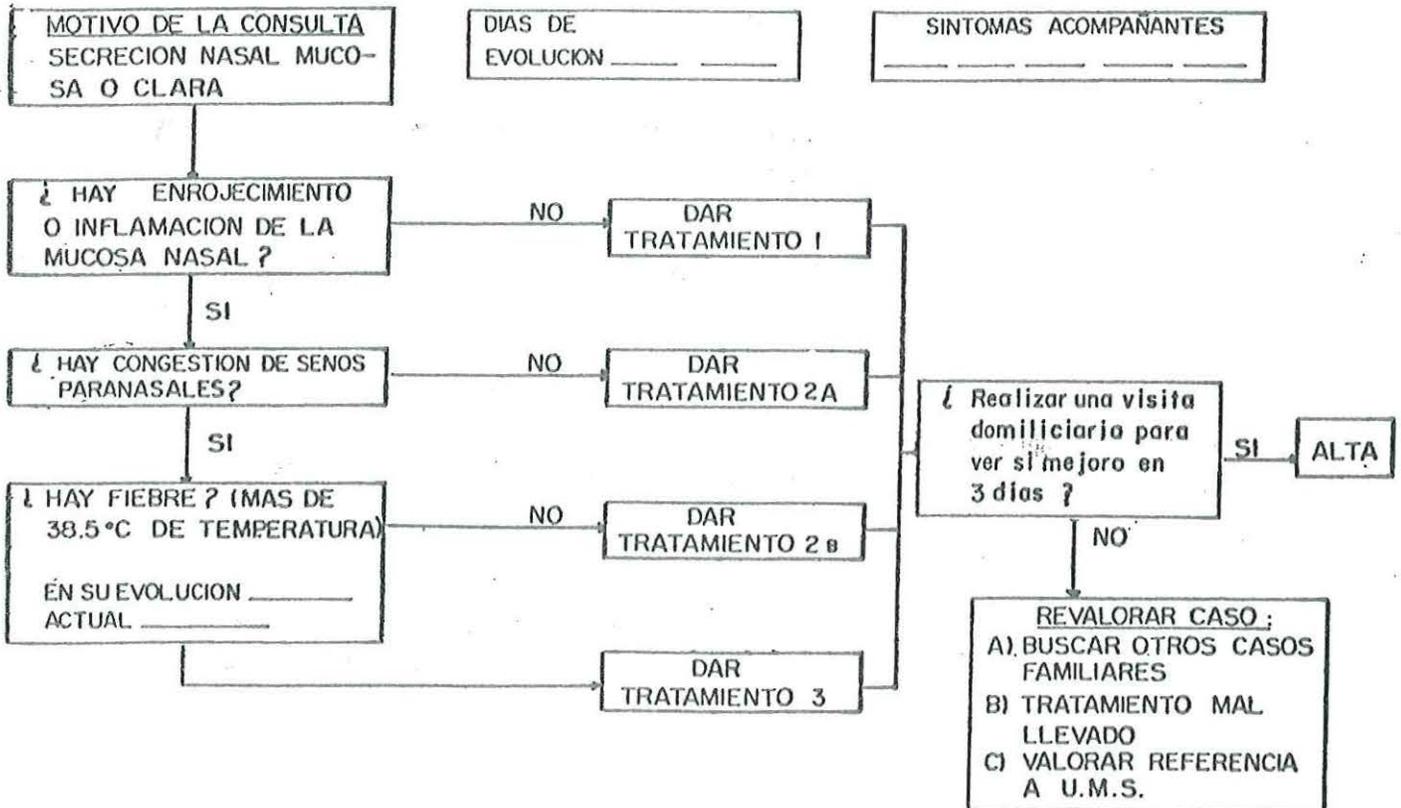


SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON CATARRO COMUN - COMUNIDAD



ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CATARRO COMUN  
COMUNIDAD

TRATAMIENTO 1.

- A) REPOSO MODERADO (DISMINUIR EL RITMO Y EL NUMERO DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS),
- B) LIQUIDOS, A LIBRE DEMANDA,

TRATAMIENTO 2.

SEGUN LA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS, PUEDE PRESCRIBIRSE:

- A) DESCONGESTIVOS, TALES COMO TE DE MANZANILLA O SOLUCION FISIOLOGICA, EN IRRIGACION NASAL, 4 VECES POR DIA, MIENTRAS SIGA CON MOLESTIAS,
- B) ANTIHISTAMINICOS, TALES COMO: CLOROFENIRAMINA (CORICIDIN, CORILIN) A DOSIS DE:

NIROS: 1 GOTERO CADA 6 HORAS

ADULTOS: 1 PASTILLA CADA 6 HORAS.

TRATAMIENTO 3.

EN CASO DE FIEBRE SUPERIOR A 39°C, PUEDE PRESCRIBIRSE:

NIROS: ACETAMINOFEN (TEMPRA, NOTEM): -  
1 GOTERO 4 VECES AL DIA,

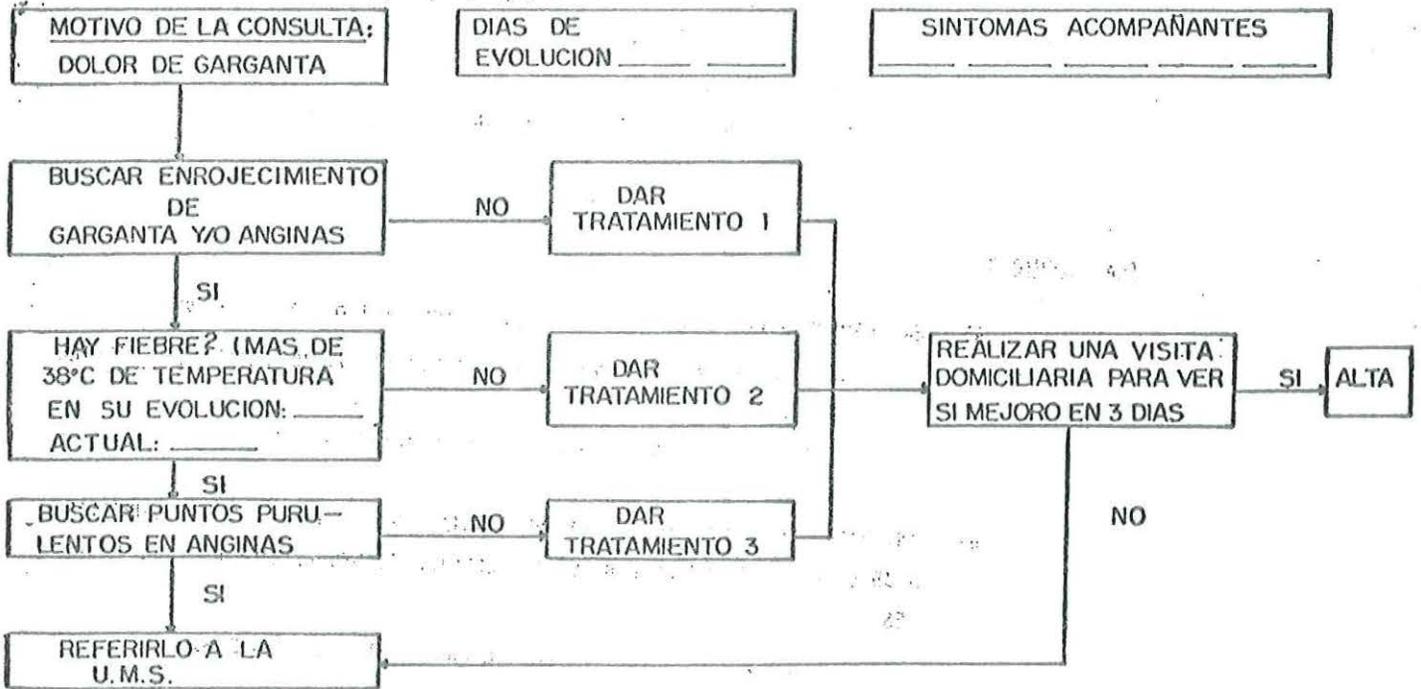
ADULTOS: ACIDO ACETILSALICILICO (ASPIRINA, DISPRINA): 1 TABLETA, 4 VECES AL DIA.



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE SOLIS  
 TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_  
 MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_  
 ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
 UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
 FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FARINGOAMIGDALITIS—R.C.S.R.



## ESQUEMA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON FARINGOMIGDALITIS

### COMUNIDAD

#### TRATAMIENTO 1.

- A) EVITAR LA EXPOSICION A IRRITANTES FISICOS, TALES COMO:
- TABACO
  - CORRIENTES DE AIRE
  - POLVO
  - CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA
- B) DIETA LIBRE, EVITANDO ALIMENTOS IRRITANTES PARA LA GARGANTA, TALES COMO:
- CHILE
  - ALIMENTOS MUY CONDIMENTADOS
  - ALIMENTOS MUY CALIENTES
- C) LIQUIDOS ABUNDANTES POR VIA ORAL.

#### TRATAMIENTO 2.

LA MOLESTIA FARINGEA PUEDE TRATARSE PRESCRIBIENDO GARGARISMOS REPETIDOS 6 VECES EN EL DIA, CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SOLUCIONES:

- AGUA CON BICARBONATO
- AGUA CON UN POCO DE SAL.
- AGUA CON UN ASTRINGENTE (ASTRINGOSOL, CEPACOL).

#### TRATAMIENTO 3.

- A) EN CASO DE HIPERTERMIA, CONTROL POR MEDIOS FISICOS, TALES COMO:
- ABRIGAR AL PACIENTE SOLO CON ROPA LIGERA, EN UN CUARTO SIN CORRIENTES DE AIRE.
  - PROCURAR MANTENER LA TEMPERATURA AMBIENTE FRESCA.
- B) ANTIPIRETICO P.R.N. (POR RAZON NECESARIA), VGR., SI HAY FIEBRE SUPERIOR A 39°C O EN PACIENTES LABILES A PRESENTAR CUADRO DE CONVULSIONES FEBRILES,
- EN NIROS DE 0 - 2 AROS, DAR TEMPRA, 1 SUPOSITORIO O GOTERO, 3 - 4 VECES AL DIA,
  - EN NIROS DE 2 - 5 AROS, DAR TEMPRA, 1 CUCHARADITA 4 - 5 VECES AL DIA,
  - EN MAYORES DE 5 AROS, DAR ASPIRINA O DISPRINA, 1 TABLETA 4 - 5 VECES AL DIA.



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

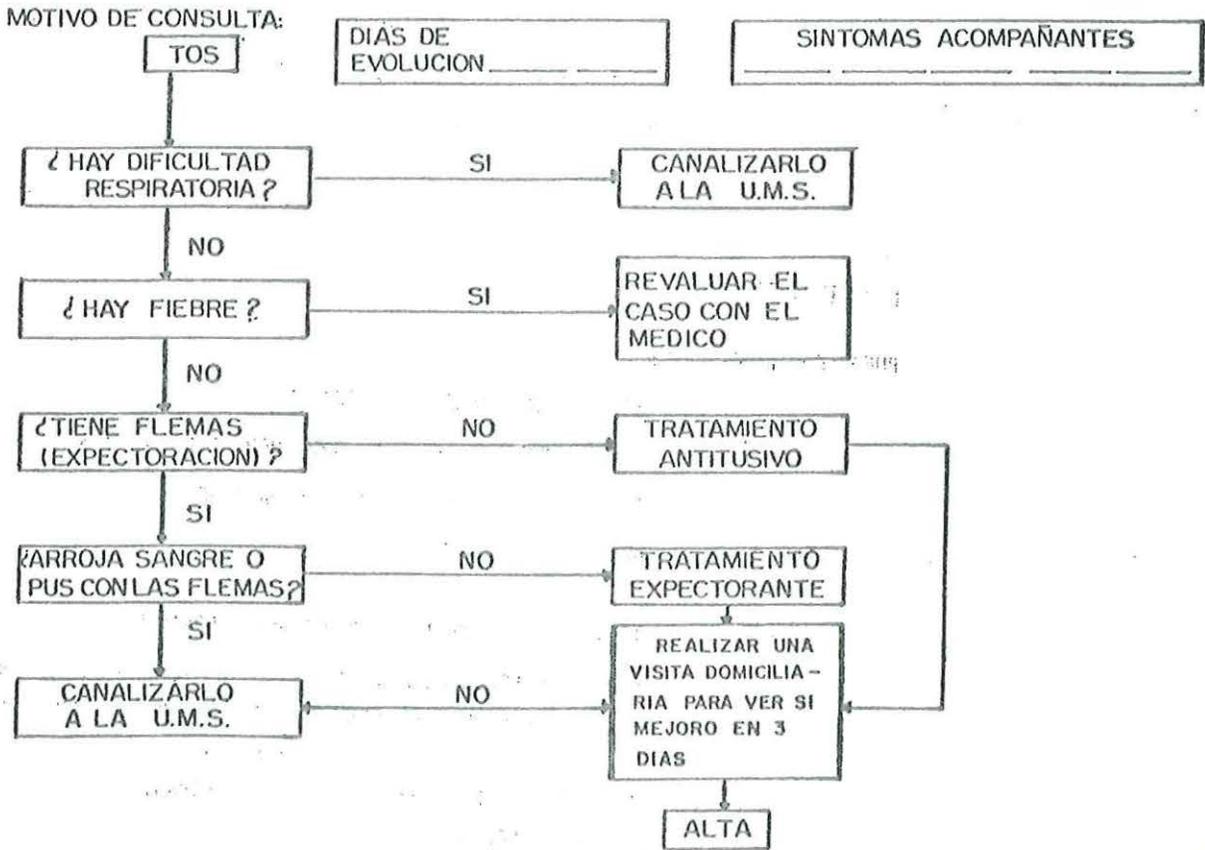
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA BAJA — COMUNIDAD



ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCION RESPIRATORIA BAJA

CÓMUNIDAD

ANTITUSSIVO:

PUEDE ELEGIRSE ENTRE:

TOA (JARABE O CAPSULAS) A DOSIS DE:  
NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS; 1/2 CUCHARADITA CADA 6 HORAS.  
ADULTOS; 1 CAPSULA O CUCHARADITA CADA 6 HORAS  
DURANTE CINCO DIAS,

TESALON (SUPOSITARIOS O PERLAS) A DOSIS DE:  
NIÑOS MENORES DE 8 AÑOS; 1 SUPOSITARIO CADA 8 HORAS.  
ADULTOS; 1 - 2 PERLAS CADA 8 HORAS.  
DURANTE CINCO DIAS,

EXPECTORANTE:

PUEDE ELEGIRSE ENTRE:

ROBITUSSIN (JARABE) A DOSIS DE:  
NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS; 1/2 CUCHARADITA CADA 6 HORAS.  
ADULTOS; 1 - 2 CUCHARADITAS CADA 6 HORAS.  
DURANTE CINCO DIAS,

TASAMIN (JARABE O SUPOSITARIOS) A DOSIS DE:  
NIÑOS (MENORES DE 2 AÑOS); 1 SUPOSITARIO CADA 12 HORAS.  
(ENTRE 2 Y 10 AÑOS); 1 SUPOSITARIO O CUCHARADITA CADA  
8 HORAS.  
ADULTOS; 1 - 2 CUCHARADITAS CADA 6 HORAS.  
DURANTE CINCO DIAS,



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DIARREA AGUDA—COMUNIDAD

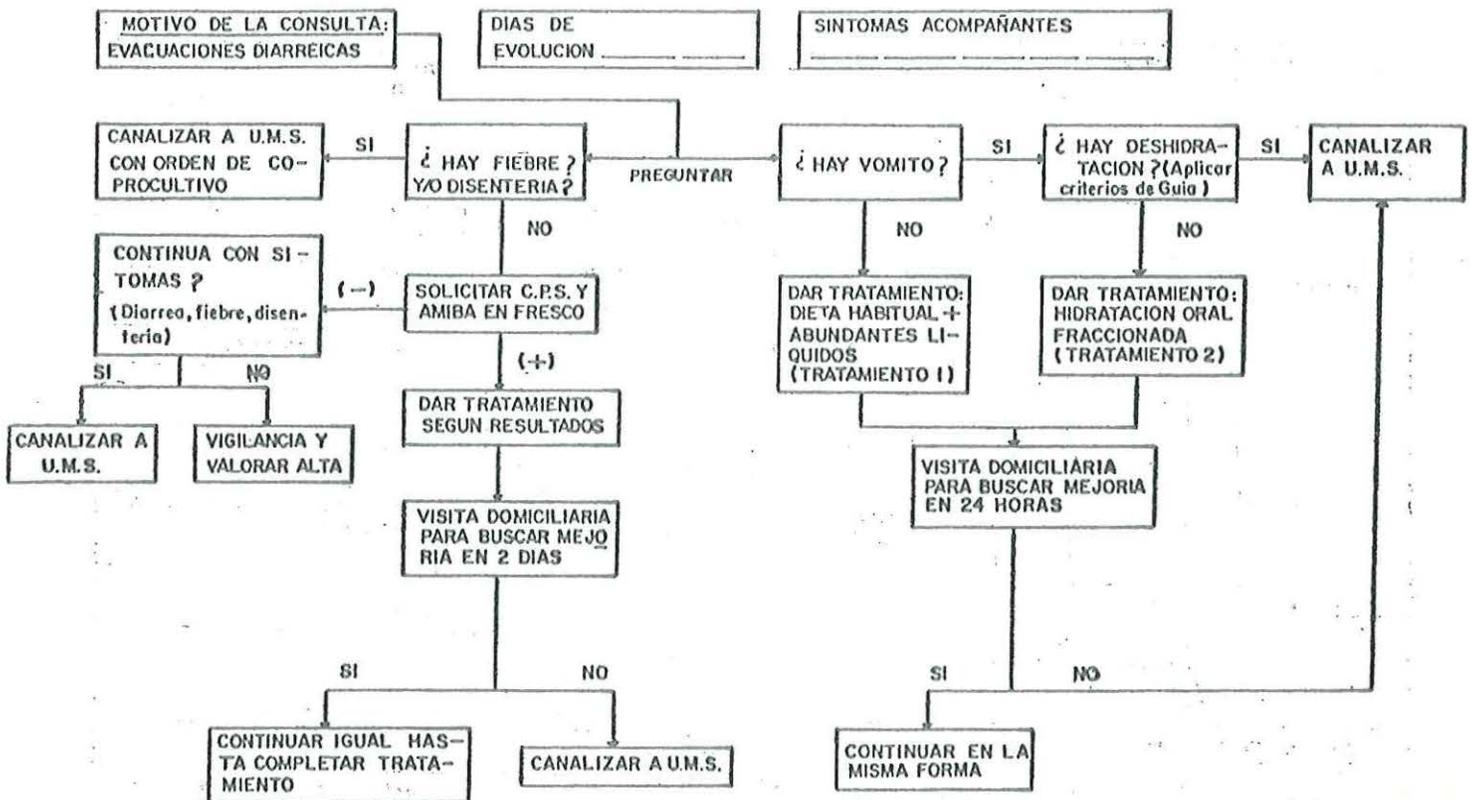
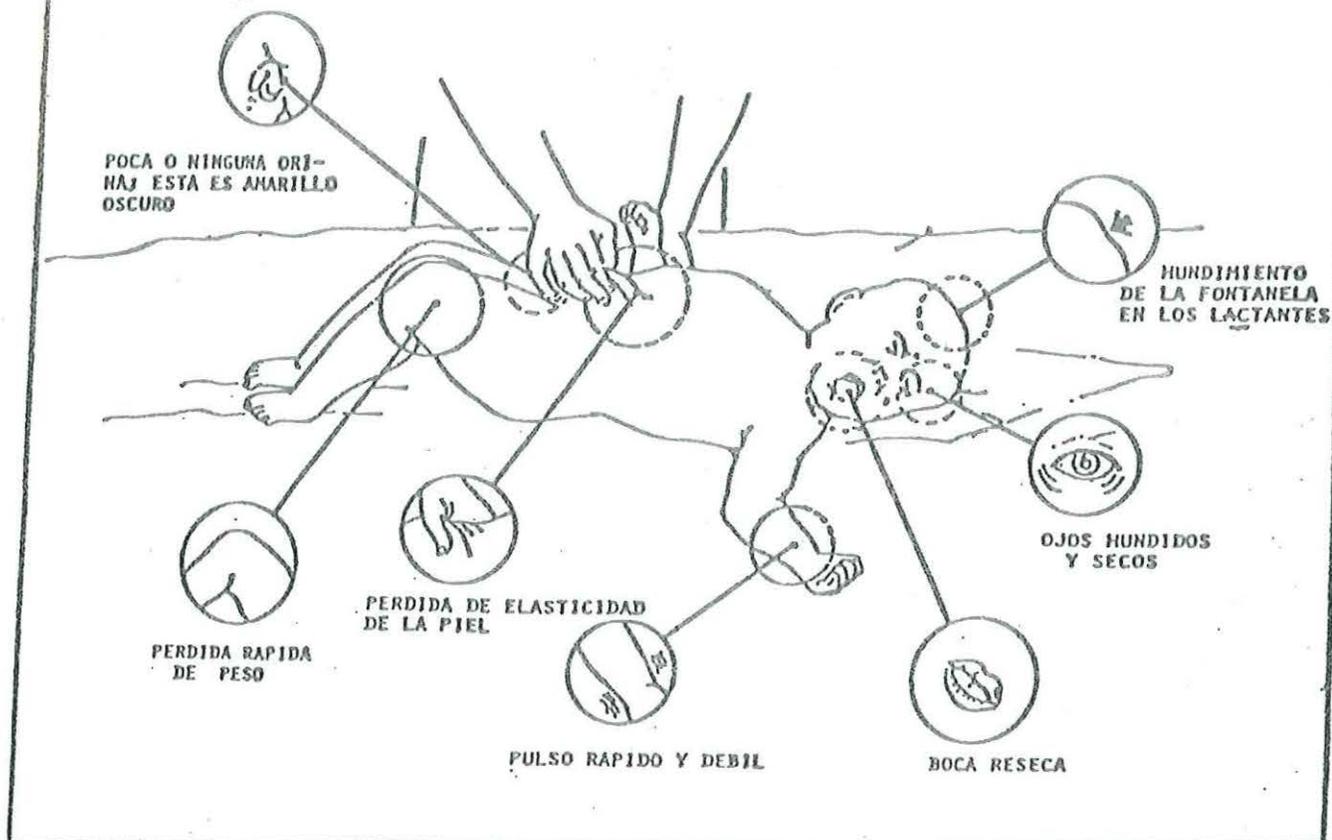


FIGURA 1: SIGNOS DE DESHIDRATACION AL EXAMEN FISICO.



CUADRO 1. EL PACIENTE PADECE DE DIARREA: ¿HAY DESHIDRATACION? ¿SON LOS SINTOMAS GRAVES?

1. PREGUNTE	DIARREA	MEHOS DE CUATRO DEPOSICIONES FLOJAS AL DIA.	4 A 10 DEPOSICIONES FLOJAS AL DIA.	MAS DE 10 DEPOSICIONES FLOJAS POR DIA O ABUNDANTE PRESENCIA DE SANGRE Y MUCOSIDAD.
2. OBSERVE	VOMITOS	NADA O CASI NADA.	UY POCO.	MUY FRECUENTES.
	SED	NORMAL.	MAS DE LO NORMAL.	IMPOSIBILIDAD DE BEBER.
	ORINA	NORMAL.	PEQUERA CANTIDAD; OSCURA.	AUSENCIA DE ORINA DURANTE 6 HORAS.
	ASPECTO	BUEN ESTADO, ALERTA.	NO BUENO, SOROLIENTO O IRRITABLE.	MUY SOROLIENTO, DEBIL, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, CON CONVULSIONES.
	OJOS	NORMALES.	HUNDIDOS.	MUY SECOS Y HUNDIDOS.
	BOCA Y LENGUA	MOVEDAS.	SECAS.	MUY SECAS.
	RESPIRACION	NORMAL.	MAS RAPIDA DE LO NORMAL.	MUY RAPIDA Y PROFUNDA.
3. EXAMINE	PIEL	PELLIZQUE, REGRESA A SU LUGAR RAPIDAMENTE.	PELLIZQUE, REGRESA A SU LUGAR LENTAMENTE.	PELLIZQUE, REGRESA A SU LUGAR MUY LENTAMENTE.
	PULSO	NORMAL.	MAS ACCELERADO DE LO NORMAL.	MUY VELOZ, DEBIL, DIFICIL DE LOCALIZAR.
	FONTANELA (EN LACTANTES)	NORMAL.	HUNDIDA.	MUY HUNDIDA.
4. TOME LA TEMPERATURA DE SER POSIBLE			TEMPERATURA NORMAL O ELEVADA.	FIEBRE ALTA (MAS DE 39°C)
5. DECIDA		SI EL NIÑO O ADULTO CON DIARREA TIENE ESTOS SINTOMAS, NO EXISTE DESHIDRATACION. TRATAMIENTO 1	SI EL NIÑO O ADULTO CON DIARREA TIENE 2 O MAS SINTOMAS ARRIBA MENCIONADOS. HAY DESHIDRATACION LEVE TRATAMIENTO 2	SI EL NIÑO O ADULTO CON DIARREA TIENE 2 O MAS SINTOMAS SERIOS ARRIBA MENCIONADOS. HAY DESHIDRATACION GRAVE. REFERIR A U.M.S.
6. PESE AL NIÑO EN TODOS LOS CASOS.				

PLAN DE TRATAMIENTO 1: EL NIÑO NO TIENE DESHIDRATACION A PESAR DE LA DIARREA,  
DEBE CONTINUAR CON SU DIETA HABITUAL Y ADEMÁS RECIBIR ABUNDANTES LIQUIDOS.,

1. DIGALE A LA MADRE:

QUE HA HECHO BIEN EN TRAER AL NIÑO ANTES DE QUE ESTUVIERA GRAVE,

QUE SIGA DÁNDOLE AL NIÑO:

- LECHE MATERNA Y LIQUIDOS (AGUA DE ARROZ, ZUMOS, TE LIGERO, AGUA DE COCO, ETC.) EN MAYOR CANTIDAD DE LO NORMAL.
- SI EL NIÑO NO ES AMAMANTADO, LECHE MEZCLADA A PARTES IGUALES CON AGUA-HASTA QUE CESE LA DIARREA,
- SI EL NIÑO YA COME OTROS ALIMENTOS, ADEMÁS DARLE OTROS COMO: PAPANAS-DE MANZANA O PERA, CALDO DE FRIJOL, CONSOME DE POLLO, TORTILLA DURA (CON SAL),
- SI EL NIÑO YA COME DE TODO, OFRECERLES PEQUERAS Y FRECUENTES TOMAS DE LIQUIDO ADEMÁS DE SU DIETA HABITUAL (CON ALIMENTOS FÁCILES DE DIGERIR),

QUE ESTE ATENTA A LOS SIGNOS DE DESHIDRATACION QUE USTED HA PREGUNTADO, O TRATADO DE LOCALIZAR,

REPÍTALE LA MANERA DE PROCEDER, PÍDALE QUE LO HAGA ELLA MISMA PARA CERCORAR SE DE QUE HA COMPRENDIDO, SI LOS SIGNOS SE MANIFIESTAN, LA MADRE DEBERA VOLVER RAPIDAMENTE A LA CONSULTA.

LAS FORMAS DE PREVENIR LA DIARREA (VEASE ANEXO 2).

- KAOPECTATE 1 CUCHARADITA CADA 6 HORAS,

PLAN DE TRATAMIENTO 2: HAY DESHIDRATACION LEVE, PERO EL NIÑO TOLERA LA VIA ORAL. HAY QUE EVITAR EL VOMITO Y REPONER EL LIQUIDO Y LAS SALES QUE HA PERDIDO.

1. EXPLIQUE A LA MADRE:

- LOS SIGNOS DE DESHIDRATACION QUE ENCONTRO EN EL NIÑO AL EXAMEN FISICO.
- EL OBJETIVO DE REPONER AGUA Y SAL AL ORGANISMO.
- EL PROCEDIMIENTO QUE SE PIENSA EMPLEAR:

TIEMPO	CANTIDAD	TIPO DE SOLUCION (O ALIMENTACION)
PRIMERAS 4-6 HRS. DE REHIDRATACION	10-15 ML/KG/HR.	SOLUCION PARA REHIDRATACION ORAL (ANEXO 1) (ALTERNANDO 2 TOMAS DE SOLUCION CON 1 TOMA DE AGUA SIMPLE).
PARA COMPLETAR LAS PRIMERAS 24 HRS. DE TRATAMIENTO.	IGUAL CANTIDAD AL TOTAL CALCULADO PARA LAS PRIMERAS 4-6 HRS.	INTERCALAR LA SOLUCION DE HIDRATACION ORAL CON: - LECHE MATERNA (SI EL NIÑO SE ALIMENTA AL PECHO). - LECHE DE VACA DILUIDA A PARTES IGUALES CON AGUA PURIFICADA (SI EL NIÑO NO RECIBE PECHO). - OTROS ALIMENTOS BLANDOS TALES COMO: PAPANAS DE FRUTA (PERA, MANZANA) CALDOS (DE FRIJOL, DE POLLO) GELATINA, FLAN (SI EL NIÑO YA RECIBE ALIMENTACION COMPLETA).
HASTA COMPLETAR LA HIDRATACION DEL PACIENTE.	5-7 TOMAS DE ALIMENTO AL DIA.	EL MISMO ESQUEMA QUE EL ANTERIOR.

2. REVISE AL NIÑO A LAS: 6-8 HRS. DE INICIADO EL TRATAMIENTO PARA VER:

- SI LA MADRE ESTA DANDO LOS LIQUIDOS EN LA FORMA ADECUADA.
- SI EL NIÑO TOLERA LA V.O.

REVISE AL NIÑO A LAS 24 HRS. DE INICIADO EL TRATAMIENTO PARA VER:

- SI HA MEJORADO LA HIDRATACION.
- SI HA AUMENTADO DE PESO (PESE Y REGISTRE).

3. PESE NUEVAMENTE AL NIÑO Y REGISTRE EL PESO, EN LA REVISION A LAS 24 HRS.

4. REVISE CON LA MADRE LAS MANERAS DE PREVENIR LA DIARREA (ANEXO 1).

**ANEXO 1: PREPARACION DE LA SOLUCION PARA  
REHIDRATACION ORAL,**

**1. LAVESE LAS MANOS**

**2. EN UN RECIPIENTE LIMPIO, PONGA 1 LITRO  
DE AGUA PURA,**

**3. AGREGUE DOS GOTAS DE PURIFICADOR (CLORO)  
Y/O HIERVA EL AGUA POR 10 MINUTOS,**

**4. AGREGUE UNA PIZCA DE SAL.**

**5. AGREGUE CUATRO CUCHARADITAS DE AZUCAR.**

**6. AGITE BIEN.**

ANEXO 2: FORMAS PARA PREVENIR LA DIARREA.

1. PROCURAR ALIMENTAR AL NIÑO AL SENO MATERNO POR LO MENOS HASTA EL AÑO DE EDAD.
2. A PARTIR DE LOS 3 - 4 MESES EMPEZAR A DARLE OTROS ALIMENTOS.
3. REVISAR QUE EL NIÑO COMA LO SUFICIENTE Y QUE SU PESO AUMENTE CADA MES.
4. DARLE ALIMENTOS LIMPIOS Y FRESCOS, PREPARADOS INMEDIATAMENTE ANTES DE CADA COMIDA.
5. LAVARSE LAS MANOS ANTES DE PREPARAR LOS ALIMENTOS, Y ANTES DE DARSELOS AL NIÑO.
6. LAVARSE LAS MANOS DESPUES DE IR A EVACUAR, Y DESPUES DE CAMBIARLE LOS PAÑALES AL NIÑO.
7. UTILIZAR PARA LA ALIMENTACION AGUA POTABLE.
8. EVITAR QUE EL NIÑO SE LLEVE OBJETOS SUCIOS A LA BOCA.
9. SI EVACUA AL AIRE LIBRE, HACERLO LEJOS DE LA CASA (Y DE LA COCINA).

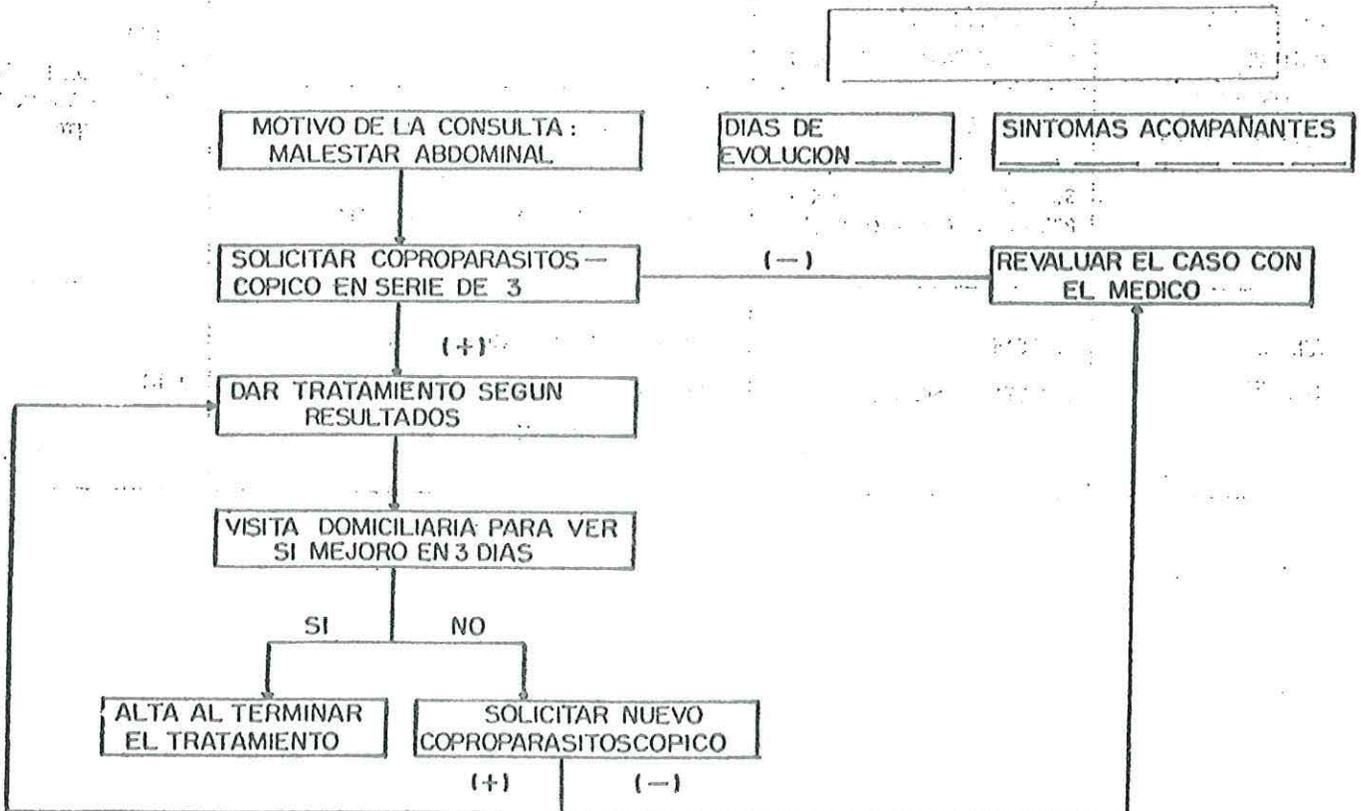


SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_  
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_  
ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON PARASITOSIS INTESTINAL — COMUNIDAD



ESQUEMA PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PARASITOSIS INTESTINAL

COMUNIDAD

SI SE TRATA DE:	D A R :	A DOSIS DE:	DURANTE:
<p>AMIBA GIARDIA</p>	<p>METRONIDAZOL O FLAGYL TABLETAS - 250 MG, SUSPENSION -125 MG, POR CUCHARADITA (5 ML.)</p>	<p>NIROS: DE 40 A 50 MG/KG/DIA REPARTIRLO EN 3 DOSIS, UNA DESPUES DE CADA COMIDA. ADULTOS: 500 MG, 3 VECES AL DIA, DESPUES DE LOS ALIMENTOS.</p>	<p>10 DIAS PRECAUCION: NO TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS- DURANTE EL TRATAMIE NTO.</p>
<p>ASCARIS UNCINARIAS OXIURUS TRICOCEFALOS ESTRONGILOIDES</p>	<p>EPROFIL TABLETAS - 500 MG, SUSPENSION - 625 MG, POR CUCHARADITA (5 ML.)</p>	<p>50 MG/KG/DIA, DIVIDIDO EN 2 DOSIS (1 EN LA MAÑANA Y 1 EN LA NOCHE).</p>	<p>3 DIAS NOTA: TODA LA FAMI LIA DEBE TOMAR EL - TRATAMIENTO.</p>
<p>TENIAS H. MANA</p>	<p>YOMESAN TABLETAS - 500 MG,</p>	<p>NIROS: 40 MG/K (0 - 10 AROS) ADULTOS: 4 TABLETAS JUNTAS (MAS DE 10 AROS).</p>	<p>1 DIA,</p>



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ No. DE FAMILIA \_\_\_\_\_

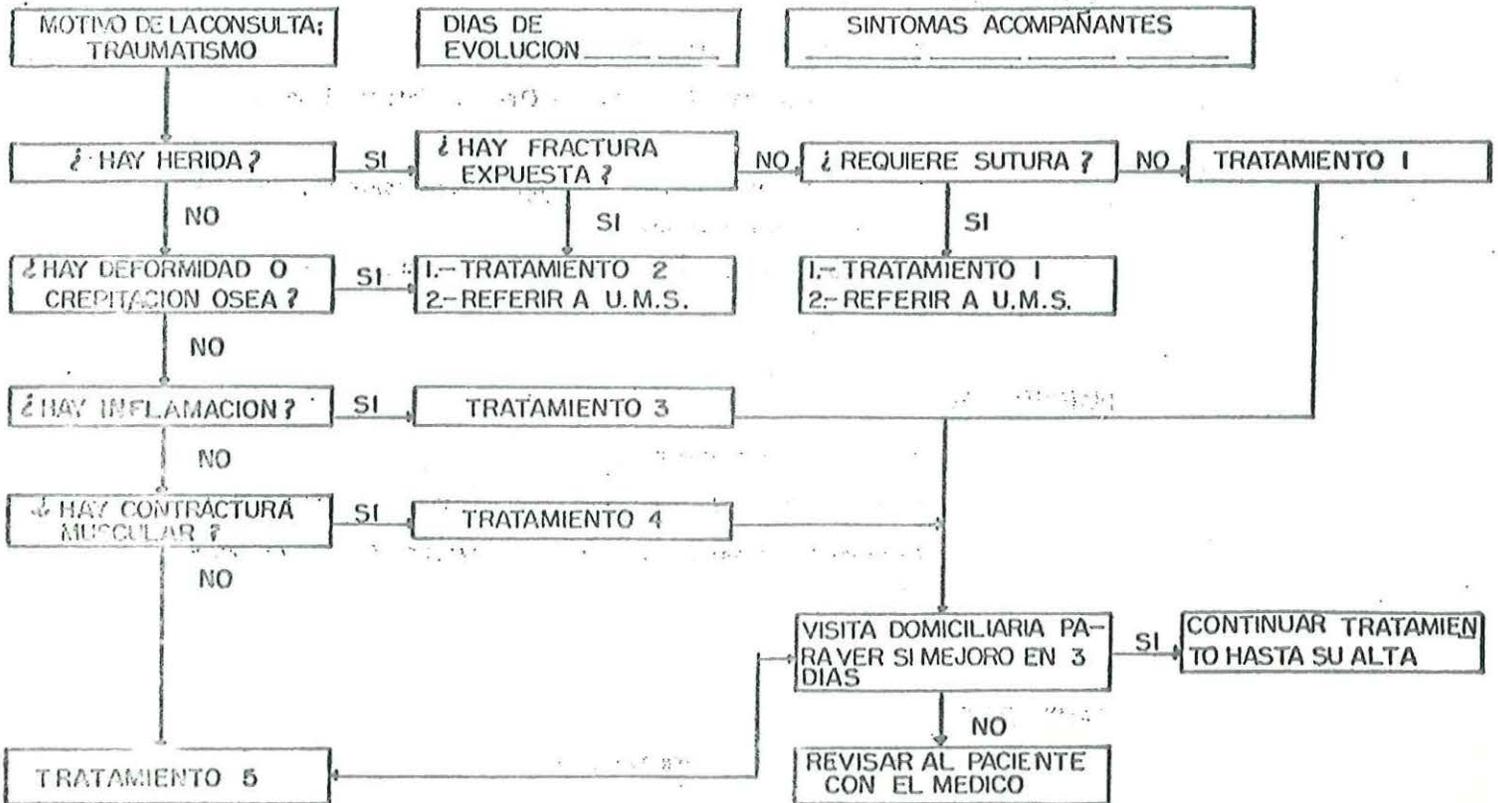
MUNICIPIO \_\_\_\_\_ No. DE INDIVIDUO \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_ No. DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

UNIDAD \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO--COMUNIDAD



ESQUEMA DE MANEJO PARA PACIENTES CON TRAUMATISMO

COMUNIDAD

TRATAMIENTO 1.

- REALIZAR CURACIÓN ANTISÉPTICA.
- CUBRIR CON GASA ESTÉRIL.
- VALORAR CON EL MÉDICO SI REQUIERE APLICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y/O TOXOIDE TETÁNICO.

TRATAMIENTO 2.

- CUBRIR HERIDA CON VENDAJE ASÉPTICO.
- INMOVILIZAR CON FÉRULA DE YESO.
- REFERIR A LA U.M.S.

TRATAMIENTO 3.

- DAR UN ANTIINFLAMATORIO/ANALGÉSICO:  
MENORES DE 5 AÑOS: ACETAMINOFÉN (TEMPRA, NOTEN) 1 GOTERO 4 -  
VECES AL DÍA.  
MAYORES DE 5 AÑOS: ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (ASPIRINA, DISPRINA),  
1 TABLETA 4 VECES AL DÍA,  
PIRAZOLONA (NEOMELUBRINA), 1 GOTERO Ó 1 TABLETA 4 VECES AL DÍA.

TRATAMIENTO 4.

- DAR UN RELAJANTE MUSCULAR,  
NIÑOS: ACETAMINOFÉN (TEMPRA, NOTEN), 1 GOTERO 4 VECES AL DÍA.  
ADULTOS: METOCARBAMOL (ROBAXISAL), 1 TABLETA 3 - 4 VECES AL -  
DÍA.

TRATAMIENTO 5.

- DAR UN ANALGÉSICO (VER TRATAMIENTO 3).



SISTEMA DE SALUD DEL VALLE DE SOLIS

TEMASCALCINGO, EDO. DE MEX.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_ m. SEXO: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ NO. DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

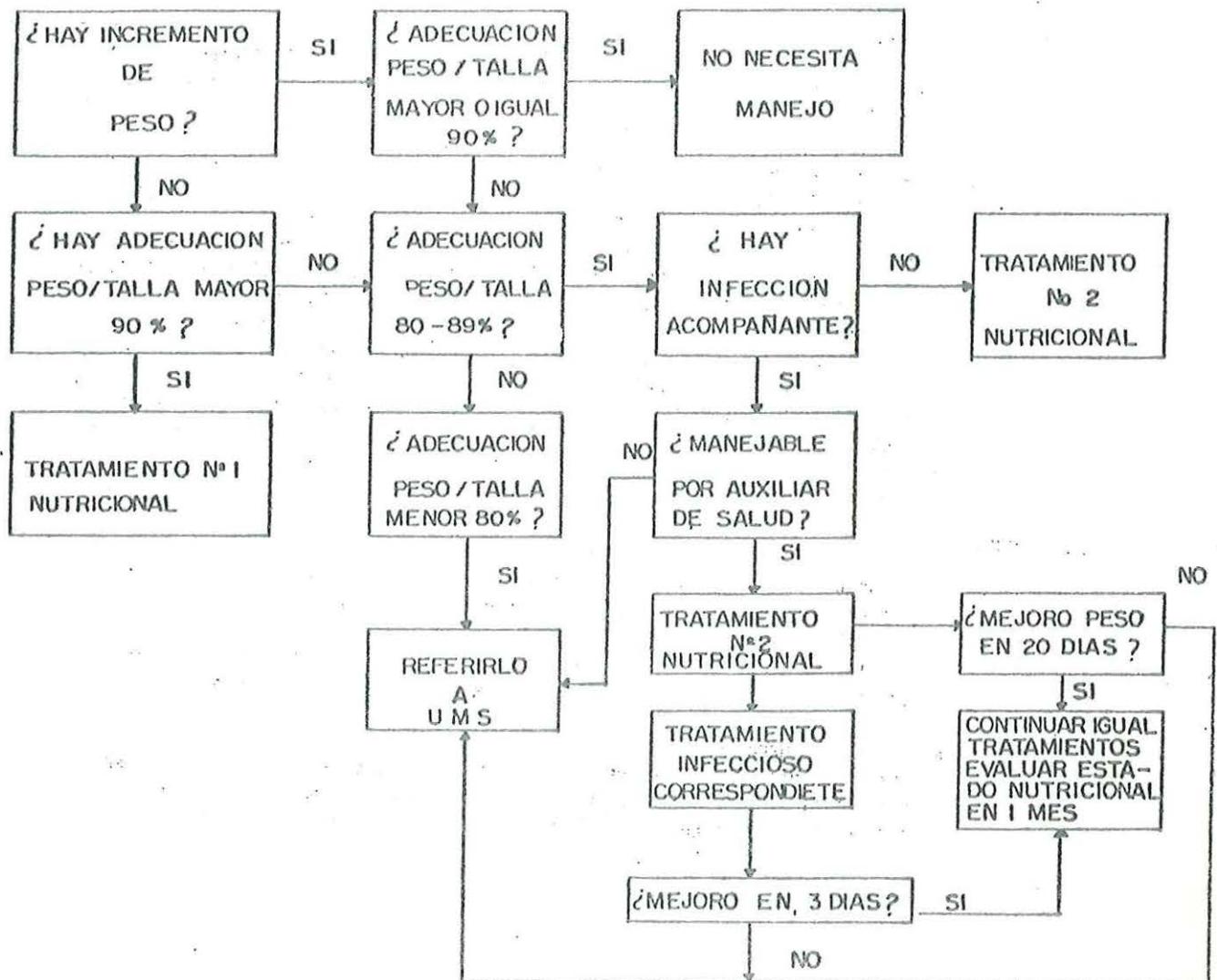
MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ NO. DE INDIVIDUO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_ IDENTIF. EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

GUIA PARA EL MANEJO DE ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS EN LA COMUNIDAD



## MANEJO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

"EL NIÑO NORMAL, GANA PESO ENTRE MEDICIONES, ESA GANANCIA EN PESO, VARÍA SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE MEDICIONES".

### TRATAMIENTO 1.

- A. EL NIÑO REQUIERE INGERIR MAYOR CANTIDAD DE CALORÍAS. EXPLIQUE A LA MADRE CUÁL SERÍA UNA BUENA DIETA PARA EL NIÑO, DESPUÉS DE HABER OÍDO LO QUE ELLA LE DA. USE PARA ELLO LAS GUÍAS DE RECETAS Y PREPARACIONES YA EXISTENTES EN PUBLICACIONES AL RESPECTO Y ACONSEJE DENTRO DE MARCOS DE REALIDAD Y POSIBILIDAD, A LA MADRE.
- B. INTERROGUE A LA MADRE SOBRE POSIBLES EPISODIOS INFECCIOSOS QUE HAYAN EXISTIDO ENTRE LA ÚLTIMA MEDICIÓN Y LA ACTUAL, ESO PUEDE EXPLICAR LA FALTA DE INCREMENTO DE PESO, ADEMÁS NECESITA EXPLICAR A LA MADRE SOBRE LA NECESIDAD DE RECUPERAR AL NIÑO NUTRICIONALMENTE, LO MÁS RÁPIDO POSIBLE, SI HAY INFECCIÓN ACTUAL, TRÁTELA DE LA MANERA MÁS ADECUADA.

### TRATAMIENTO 2.

"CUANDO EL NIÑO HA BAJADO LOS NIVELES DE ADECUACIÓN DE SU PESO PARA LA TALLA, RECUERDE QUE ESTÁ USANDO SUS PROPIOS TEJIDOS COMO ENERGÍA Y ESO DETERIORA SU CRECIMIENTO Y SU DESARROLLO".

- A. TRATE EL PROBLEMA INFECCIOSO, SI ES QUE EXISTE, LO MÁS ADECUADA Y RÁPIDAMENTE, SI NO LOGRA IDENTIFICARLO O ESTÁ FUERA DE SU CAPACIDAD, REFÍERALO AL MÉDICO, RECUERDE QUE EL CUADRO INFECCIOSO AGRAVA LA SITUACIÓN NUTRICIONAL Y ÉSTA, EL CUADRO INFECCIOSO.
- B. LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE SE REQUIERE PARA TRATAR AL NIÑO, PUEDE VARIAR EN RELACIÓN AL GRADO DE DESNUTRICIÓN ALCANZADO Y A LA EDAD DEL NIÑO, POR LO GENERAL, EL NIÑO REQUIERE 2 VECES MÁS PROTEÍNAS DE LA RECOMENDADA PARA SU EDAD Y 1.5 VECES MÁS CALORÍAS, POR LO TANTO, PARA NIÑOS MAYORES VEA LAS TABLAS DE RECOMENDACIONES QUE EXISTEN Y PARA NIÑOS PEQUEÑOS PREESCOLARES, PUEDE DAR ENTRE 2,0 A 2,5 GRAMOS DE PROTEÍNA DE ALTA CALIDAD Y 120 A 150 KILOCALORÍAS POR KILOGRAMO DE PESO, POR DÍA. PARA NIÑOS POR DEBAJO DE UN AÑO PUEDE DAR 3,5 GRAMOS DE PROTEÍNA Y 120 KILOCALORÍAS POR KILOGRAMO DE PESO POR DÍA. PARA LOGRAR ESOS VALORES, CONSULTE LAS GUÍAS NUTRICIONALES EXISTENTES EN SU PAÍS Y RECUERDE QUE ES MEJOR SACRIFICAR VOLUMEN DE ALIMENTOS, POR CALIDAD Y MAYOR DENSIDAD ENERGÉTICA, EL ALIMENTO QUE SE INDIQUE DEBE SER DE FÁCIL DIGESTIBILIDAD Y QUE CONTENGA PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO.

### TRATAMIENTO 3 y 4.

RECUERDE QUE PACIENTES CON DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA SIN OTRAS COMPLICACIONES, ES MEJOR TRATARLOS FUERA DE HOSPITALES Y CASAS DE SALUD.

EL NIÑO SE ESTÁ AUTOCONSUMIENDO Y USTED CON EL TRATAMIENTO NECESITA PROTEGERLO PARA QUE NO SE DETERIORE MÁS Y PARA QUE PUEDA DEFENDERSE MEJOR EN SU MEDIO".

- A. SI EXISTE INFECCIÓN:  
TRATE ADECUADAMENTE EL PROCESO INFECCIOSO DE ACUERDO AL PROBLEMA QUE SE TRATE. LOS ANTIBIÓTICOS NO DEBEN USARSE PROFILÁCTICAMENTE YA QUE LAS ALTERACIONES DE ALGUNOS ÓRGANOS EN LOS GRADOS SEVEROS DE DESNUTRICIÓN, POTENCIALIZAN EL EFECTO TÓXICO DE LAS DROGAS.

**B. SI HAY DESHIDRATACIÓN:**

PARA EL MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN, EL VOLUMEN DE LOS FLUIDOS, DEPENDE DE LA DIURESIS Y DE LOS SIGNOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACIÓN, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, USE LA VÍA ORAL, USE LAS GUÍAS DE HIDRATACIÓN PARA MANEJAR AL PACIENTE. AL PREPARAR SU ESQUEMA DE HIDRATACIÓN, TENGA EN CUENTA QUE ÉSTE DIFIERE UN POCO DEL APLICABLE A SUJETOS BIEN NUTRIDOS, PERO DESHIDRATADOS, DADAS LAS PECULIARIDADES HIDROELECTROLÍTICAS DEL NIÑO DESNUTRIDO:

- 1) HIPO-OSMOLARIDAD CON MODERADA HIPONATREMIA Y FRECUENTEMENTE CON EXCESO DE SODIO INTRACELULAR,
- 2) DEPLECIÓN DEL POTASIO INTRACELULAR USUALMENTE SIN HIPOCALEMIA,
- 3) ACIDOSIS METABÓLICA MEDIA O MODERADA QUE DISMINUYE O DESAPARECE CUANDO EL PACIENTE RECIBE ENERGÍA Y EL BALANCE ELECTROLÍTICO ES ESTABLECIDO,
- 4) ALTA TOLERANCIA A LA HIPOKALEMIA Y A LA HIPOPROTEINEMIA,
- 5) DISMINUCIÓN DEL MAGNESIO CON O SIN HIPOMAGNESEMIA.

A PACIENTES CON SEVERA HIPOPROTEINEMIA (MENOS DE 3G/DL), ANURIA Y SIGNOS DE HIPOVOLEMIA O COLAPSO CIRCULATORIO, SE LES DEBE ADMINISTRAR 10 ML. DE PLASMA POR KILOGRAMO EN 1 Ó 2 HORAS SEGUIDO DE 20 ML. (Kg.HORA) DE UNA MEZCLA DE DOS PARTES DE DEXTROSA AL 5% Y UNA PARTE DE SOLUCIÓN SALINA, POR UNA O DOS HORAS, SI LA DIURESIS NO SE DESARROLLA, LA DOSIS DE PLASMA DEBE REPETIRSE 2 HORAS DESPUÉS.

- C) PACIENTES CON ALTERACIONES HEMODINÁMICAS SECUNDARIAS O DESARROLLADAS DURANTE O DESPUÉS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LÍQUIDOS, DEBEN SER TRASLADADOS PARA SU MANEJO A UN NIVEL SUPERIOR, LOS CASOS DE ANEMIA SEVERA Y DE HIPOGLICEMIA, FALLO CARDIACO Y TÉRMICO, TAMBIÉN DEBEN DE TRASLADARSE PARA SU MANEJO A UN NIVEL DE ATENCIÓN SUPERIOR,**

HASTA ESTE MOMENTO, USTED HA TRABAJADO PARA SACAR AL PACIENTE DE SU PROBLEMA AGUDO DE DESNUTRICIÓN Y SUS COMPLICACIONES, A CONTINUACIÓN DEBE USTED PENSAR EN LA TERAPIA PARA SU RECUPERACIÓN NUTRICIONAL, PARA ESTO RECUERDE QUE, DADO QUE EL PACIENTE ESTÁ ADAPTADO AL ESTADO DE DESNUTRICIÓN, EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SE DEBE PRINCIPIAR LENTAMENTE, LOS PRIMEROS DÍAS LA DIETA DEBE CUBRIR LAS NECESIDADES DE MANTENIMIENTO DIARIO, SEGUIDO DE UN INCREMENTO GRADUAL DE NUTRIMENTOS.

LOS PACIENTES CON MARASMO, SUELEN REQUERIR DE MAYORES CANTIDADES DE ENERGÍA Y ENTRE MAYOR ES EL GRADO DE SEVERIDAD DEL NIÑO, MÁS LENTAMENTE DEBE INSTAURARSE LA TERAPIA ALIMENTARIA, ES BUENO PRINCIPIAR CON FÓRMULAS LÍQUIDAS Y DIVIDIRLAS EN VARIAS TOMAS, ASÍ SE EVITA EL VÓMITO, LA HIPOGLICEMIA Y LA HIPONATREMIA.

DADO QUE EN VARIOS PAÍSES SE HAN DESARROLLADO VARIOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO, SUGERIMOS AL LECTOR PONERSE EN CONTACTO CON ESOS ESQUEMAS Y APLICARLOS CON NORMAS, UNA VEZ SELECCIONADO EL QUE SE DESEE USAR.

LA RESPUESTA INICIAL A LA DIETA NO ES OBSERVABLE COMO UN INCREMENTO DE PESO. EN NIÑOS CON KWASHIORKOR UNA DISMINUCIÓN DEBIDA A PÉRDIDA DE EDEMA, PUEDE PRESENTARSE, DESPUÉS DE 15 DÍAS, HAY UNA RÁPIDA GANANCIA DE PESO, ÉSTA ES MÁS LENTA EN SUJETOS CON MARASMO QUE CON KWASHIORKOR.

FINALMENTE RECUERDE QUE EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEL NIÑO DESNUTRIDO, DEBE ACOMPAÑARSE DE ESTIMULACIÓN EMOCIONAL Y FÍSICA, EL TIEMPO, LA PACIENCIA Y LA CONSTANCIA SON CONDICIONES INDISPENSABLES PARA LOGRAR UNA BUENA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL.

UTILIZACION DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS EN LA INTERPRETACION  
DE ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

MEDIDA ANTROPOMETRICA	RELACION	INTERPRETACION	OBSERVACION
PESO	EDAD	GRADO DE DESNUTRICIÓN PRESENTE INEXACTO PARA LA ESTIMACIÓN DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	NO DISCRIMINA UN NIÑO DE BAJO PESO DE UN NIÑO PEQUEÑO CON PESO PROPORCIONADO A SU TALLA. PUEDE DAR MUCHO ERROR, EN CASOS EN QUE LA EDAD DEL NIÑO NO SEA LA REAL.
PESO	INCREMENTO ENTRE MEDIDAS	LIMITACIÓN EN CRECIMIENTO ACTUAL.	EL NO CAMBIO DE PESO ENTRE DOS PERÍODOS, PUEDE INDICAR LIMITACIONES EN INGESTA, CUANDO EL PESO NO SE INCREMENTA A LO ESPERADO, A PESAR DE QUE NO HAY EVIDENCIA DE DAÑO CLÍNICO.
TALLA	EDAD	SUFIMIENTO NUTRICIONAL PASADO O DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	VALORES DE TALLA POR DEBAJO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS PARA UNA EDAD DADA, SE INTERPRETAN COMO FALLAS PASADAS EN CRECIMIENTO.
PESO	TALLA	ESTADO NUTRICIONAL ACTUAL. POCO VALIOSO EN NIÑOS CON EDEMA.	LA DESADECUACIÓN DEL PESO PARA LA TALLA ACTUAL ALCANZADA, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES, INDICAFALLAS Y LIMITACIONES EN EL ESTADO NUTRICIONAL DEL MOMENTO, JUNTO CON VALORES BAJOS DE TALLA EDAD, PUEDEN ATESTIGUAR UN CASO DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

CARACTERÍSTICAS DE NIVELES DE DESNUTRICION

INDICADOR	VALOR DEL INDICADOR	CLASIFICACION NUTRICIONAL	PRINCIPAL MANIFESTACION CLINICA
PESO/TALLA	90-110	NORMAL	NINGUNA
	80-89	MARGINAL	RETARDO EN CRECIMIENTO. NO INCREMENTO DE TALLA Y/O PESO, SE PIERDE LA - RELACION DE TALLA/EDAD TAMBIÉN.
	70-79	MODERADA	
	< 70	SEVERA	<p align="center"><u>MARASMO</u></p> <p>AUSENCIA DE MASAS ADIPOSAS, NIÑO APARENTA SER "PIEL Y HUESO", APARIENCIA DE APATIA. POR LO GENERAL, TIENEN MENOS DEL 60% DEL PESO/TALLA ESPERADO.</p> <p align="center"><u>KWASHIORKOR</u></p> <p>EDEMA EN MIEMBROS Y CARA. EL DÉFICIT EN PESO, NO ES TAN SEVERO Y LA TALLA PUEDE SER NORMAL O RETARDADA. LA - PIEL PRESENTA LESIONES.</p>

IMPACTO EN LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS QUE CABE ESPERAR CON ADECUADO

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

MEDIDA ANTROPOMETRICA	RELACION	INTERPRETACION
PESO	EDAD	PROMOCIÓN A UN NIVEL PERCENTILAR MÁS ALTO DEL NIÑO DESNUTRIDO EN RELACIÓN A SU MEDICIÓN ANTERIOR. ES DE ESPERARSE QUE SUCEDA ANTES QUE LA TALLA, CUANDO EL NIÑO EN LA MEDICIÓN PREVIA SE ENCONTRABA CON DESADECUACIÓN DE PESO PARA LA TALLA.
TALLA	EDAD	SOBRE TODO EN NIÑOS MAYORES, SERÁ DIFÍCIL DE NOTAR PROMOCIONES A NIVELES PERCENTILARES MAYORES, NO ASÍ EN NIÑOS POR DEBAJO DE 24 MESES DE EDAD.
PESO	TALLA	ES LA MEDIDA ÓPTIMA PARA EVALUAR LOS LOGROS DE LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES. NIÑOS POR DEBAJO DE 90% DE LOS ESTÁNDARES DE ADECUACIÓN DE P/T QUE LOGRAN LLEGAR A ESTE NIVEL, HAN PROGRESADO EXITOSAMENTE DE ACUERDO A LO ESPERADO. MIENTRAS QUE EL INCREMENTO DE PESO, ES UNA SEÑAL TEMPRANA DE ÉXITO, LA ADAPTACIÓN DE UN P/T POR ARRIBA DE 90%, ES EL VERDADERO OBJETIVO.

ANEXO 17:

CONTROL DE MORBILIDAD INDIVIDUAL MENSUAL





**INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION**  
**"SALVADOR ZUBIRAN"**  
**DIVISION DE NUTRICION DE COMUNIDAD**

CONTROL DE MORTALIDAD INDIVIDUAL MENSUAL

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: 1   2   3   4   5

ESTUDIO	ESTADO	COMUNIDAD	AREA DEL PERIODO FORNAL DATOS ESTADISTICO	NUMERO DE FAMILIA	UBICACION	NUMERO DE CASA INFORMANTE
7 - 8	9 - 10	11 - 12	13   14   15	16 - 18	19 - 22	23 - 26
4 5	0 2		B   3   2			27

SIGNOS Y SINTOMAS	CODIGO	REGISTRO DIARIO																													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
SIGNOS	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
SINTOMAS	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														
	GRADO DE INCAPACIDAD																														
	VARIABILIDAD DE LA INGESTA																														
	MODIFICACION DE LA DIETA																														

Fecha: \_\_\_ - \_\_\_ - 8

Comunidad: \_\_\_

Familia: \_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

<u>FECHA</u>	<u>SIGNO O SINTOMA</u>	<u>TRATAMIENTO</u>
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	61 62
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	63 64
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	65 66
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	67 68
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	69 70
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	71 72
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	73 74
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	75 76
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	77 78
___ - ___ - ___	( )	( )
___ - ___ - ___	( )	79 80

ANEXO 18:

CODIGOS DE SIGNOS Y SINTOMAS



## CODIGOS DE SIGNOS Y SINTOMAS

- 01.- Rinorrea = gripa = catarro
- 02.- Coriza = conjuntivitis = ojos rojos; lagañas
- 03.- Angina = amigdalitis = faringoamigdalitis = amígdalas = inflamación garganta
- 04.- Dolor de cabeza = cefalea = dolor cefálico = punzada en la cabeza = dolor cerebro
- 05.- Fosfenos
- 06.- Acúfenos
- 07.- Náuseas
- 08.- Mareos
- 09.- Dolor Abdominal = dolor en hipogastrio = dolor flanco - derecho = dolor epigastrio = dolor cólico = gastritis
- 10.- Boca amarga
- 11.- Dolor de garganta = dolor faríngeo = dolor anginas
- 12.- Irritabilidad
- 13.- Tos seca o húmeda = tos con flemas
- 14.- Fiebre = calentura = hipertermia
- 15.- Ardor de garganta = ardor faríngeo
- 16.- Punza en ojo = dolor de ojos
- 17.- Diarrea
- 18.- Traumatismo (diferentes)
- 19.- Orina fétida
- 20.- Vómito
- 21.- Lumbalgia = dolor cintura = dolor cadera = dolor de cuadril
- 22.- Disuria
- 23.- Precordialgia = punzada precordial = inflamación del corazón
- 24.- Malestar general = dolor de cuerpo y decaimiento = astenia, adinamia
- 25.- Edema facial
- 26.- Ruptura de membranas

- 27.- Disfonía = ronco del pecho = ronquera
- 28.- Disfagia
- 29.- Piquete de insecto = piquete abeja
- 30.- Fogazo en boca = fuegos en boca = aftas en boca
- 31.- Congestión nasal = mormado = nariz tapada
- 32.- Exantema = ronchas en cuerpo = granos = alergia
- 33.- Expectorcación
- 34.- Hiporexia = anorexia = pérdida del apetito
- 35.- Agruras
- 36.- Garraspera
- 37.- Epistaxis = sangre por la nariz
- 38.- Dolor oídos
- 39.- Dolor espalda
- 40.- Escalofríos = descalofrío
- 41.- Hemorragia vaginal
- 42.- Dolor costilla = dolor torácico = dolor pecho = piquetes en el tórax
- 43.- Pies hinchados = edema miembros inferiores
- 44.- Abotigamiento = distensión abdominal
- 45.- Estreñimiento = constipación
- 46.- Vista nublada
- 47.- Dolor huesos = artralgias = artralgia rodilla = dolor pierna
- 48.- Ardor de pecho
- 49.- Secreción oídos = otitis
- 50.- Edema miembros superiores = manos hinchadas
- 51.- Paperas
- 52.- Dolor muscular mialgias
- 53.- Bolas peribucales = fuegos
- 54.- Dificultad para respirar = respiración agitada
- 55.- Desmayo
- 56.- Ojos enrojecidos
- 57.- Bronquitis
- 58.- Dolor de muela = dolor de dientes

- 59.- Expulsión de parásitos
- 60.- Odinofagia = dolor al tragar
- 61.- Rechazo al alimento
- 62.- Disenteria
- 63.- Hiperemia faríngea = enrojecimiento de garganta
- 64.- Pujo y tenesmo
- 65.- Prurito anal
- 66.- Hiperemia de amígdalas = enrojecimiento de anginas
- 67.- Puntos purulentos amígdalas
- 68.- Deshidratación
- 69.- Crecimiento de ganglios
- 70.- Hernia
- 71.- Hervor de pecho
- 72.- Leucorrea
- 73.- Rinorrea clara
- 74.- Rinorrea mucosa
- 75.- Tos seca
- 76.- Tos húmeda
- 77.- Enrojecimiento e inflamación de mucosa nasal
- 78.- Puntos purulentos en amígdalas
- 79.- Signos auscultatorios pulmonares anormales
- 80.- Estertores
- 81.- Malestar abdominal
- 82.- Signos Rx.
- 83.- Parásitos laboratorio
- 84.- Picazón cuerpo = comezón
- 85.- Reacción alérgica
- 86.- Congestión de áreas oculares
- 87.- Dolor abdominal a la palpación
- 88.- Timpanismo
- 89.- Dificultad para tragar
- 90.- Hiperperistaltismo

- 91.- Alcoholismo
- 92.- Hipertensión
- 93.- Trastornos auscultatorios cardíacos
- 94.- Hiperemia en tímpano (s)
- 95.- Hipertrofia amigdalina
- 96.- Conjuntivas pálidas
- 97.- Viceromegalias a la palpación
- 98.- Datos de insuficiencia respiratoria
- 99.- No se sabe

X. GLOSARIO  
DE TERMINOS MEDICOS



GLOSARIO MEDICO DE TERMINOLOGIA CLINICA:  
DESCRIPCION SUBJETIVA Y OBJETIVA Y  
TERMINOLOGIA EQUIVALENTE.

ADENITIS.

Subjetivo: Sensación de aumento de volumen local generalmente referido a nivel cervical.

Objetivo: Crecimiento de ganglios linfáticos. Se cuantifica en:

1 = Tamaño del dedo meñique (aprox. 1 cm. de diámetro)

2 = Más de 1 cm. de diámetro, menos que una canica.

3 = Mayor que una canica.

Equivalentes: Crecimiento de bolitas en el cuello.

ADINAMIA.

Subjetivo: No existe.

Objetivo: Postración en las fuerzas del organismo para realizar movimientos.

AFONIA.

Subjetivo: Imposibilidad para emitir la voz.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: No sale la voz.

### AFTAS.

**Subjetivo:** Sensación dolorosa en la cavidad bucal generalmente referida a lengua o a la cara interior de las mejillas y/o labios, relacionada con la sensación de la presencia de pequeñas vesículas.

**Objetivo:** Presencia de vesículas dolorosas en la cavidad bucal, que rápidamente forman úlceras blancas superficiales pudiendo ser únicas o múltiples (llegando a afectar toda la cavidad bucal y lengua).

**Equivalentes:** Fuegos (en la boca o labios).

### AGRURAS.

**Subjetivo:** Sensación de dolor urente en región retroexterna frecuentemente acompañada de la percepción de reflujo gástrico.

**Objetivo:** No se describe.

**Equivalentes:** Boca amarga, acedías, pirosis.

AMIGDALITIS. Ver hipertrofia amigdalina.

### ANOREXIA.

**Subjetivo:** Sensación de pérdida del apetito por los alimentos.

**Objetivo:** Observación del cuadro subjetivo.

**Equivalentes:** Falta de apetito.

ANURIA.

Subjetivo: Ausencia de emisión de orina.

Objetivo: Ausencia en la emisión de orina por más de 24 - horas.

ARTRALGIAS.

Subjetivo: Sensación de dolor en una o más articulaciones.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: Dolor de articulaciones, dolor en las coyunturas.

ASTENIA.

Subjetivo: Sensación de decaimiento o debilidad para realizar actividad física.

Objetivo: No existe.

Equivalentes: Desgano, sensación de desmayo.

AUMENTO DEL PERISTALTISMO INTESTINAL.

Subjetivo: Sensación de movimiento intestinal intrabdominal.

Objetivo: Aumento de la frecuencia e intensidad de los ruidos abdominales en número mayor de 5 por minuto.

Equivalentes: Gruñido de tripas, movimiento de tripas, hiperperistaltismo.

AUSENCIA DE RUIDOS ABDOMINALES.

Subjetivo: No existe.

Objetivo: Ausencia de ruidos abdominales durante 3 minutos.

tos de auscultación.

#### CEFALEA.

Subjetivo: Dolor de cabeza.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: Dolor de cerebro, dolor de cabeza.

#### CIANOSIS.

Subjetivo: Referencia del cuadro objetivo.

Objetivo: Coloración morada o violácea de la piel, que traduce hipoxia tisular.

Equivalentes: Estar morado.

#### CONGESTION NASAL.

Subjetivo: Sensación de dificultad para el paso del aire - por las narinas, generalmente asociado a la sensación de inflamación local.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo y/u observa - ción de edema e hiperemia de la mucosa nasal, - con o sin secreción nasal.

Equivalentes: Nariz cargada, nariz tapada, obstrucción nasal, constipación nasal.

#### CONJUNTIVITIS.

Subjetivo: Sensación de ardor y/o dolor de ojos, con o sin lagrimeo.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo y del enrojeci - miento de la conjuntiva; puede o no acompañarse de secreción purulenta que llegue a provocar -

### ANURIA.

Subjetivo: Ausencia de emisión de orina.

Objetivo: Ausencia en la emisión de orina por más de 24 - horas.

### ARTRALGIAS.

Subjetivo: Sensación de dolor en una o más articulaciones.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: Dolor de articulaciones, dolor en las coyunturas.

### ASTENIA.

Subjetivo: Sensación de decaimiento o debilidad para realizar actividad física.

Objetivo: No existe.

Equivalentes: Desgano, sensación de desmayo.

### AUMENTO DEL PERISTALTISMO INTESTINAL.

Subjetivo: Sensación de movimiento intestinal intrabdomi - nal.

Objetivo: Aumento de la frecuencia e intensidad de los ruidos abdominales en número mayor de 5 por minuto.

Equivalentes: Gruñido de tripas, movimiento de tripas, hiperperistaltismo.

### AUSENCIA DE RUIDOS ABDOMINALES.

Subjetivo: No existe.

Objetivo: Ausencia de ruidos abdominales durante 3 minu -

tos de auscultación.

### CEFALEA.

Subjetivo: Dolor de cabeza.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: Dolor de cerebro, dolor de cabeza.

### CIANOSIS.

Subjetivo: Referencia del cuadro objetivo.

Objetivo: Coloración morada o violácea de la piel, que traduce hipoxia tisular.

Equivalentes: Estar morado.

### CONGESTION NASAL.

Subjetivo: Sensación de dificultad para el paso del aire - por las narinas, generalmente asociado a la sensación de inflamación local.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo y/u observa - ción de edema e hiperemia de la mucosa nasal, - con o sin secreción nasal.

Equivalentes: Nariz cargada, nariz tapada, obstrucción nasal, constipación nasal.

### CONJUNTIVITIS.

Subjetivo: Sensación de ardor y/o dolor de ojos, con o sin lagrimeo.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo y del enrojeci miento de la conjuntiva; puede o no acompañarse de secreción purulenta que llegue a provocar -

adherencia de los párpados.

Equivalentes: Ver Subjetivo.

### DIARREA.

Subjetivo: Referencia del cuadro objetivo.

Referencia de aumento sobre lo que es usual para el sujeto del número de las evacuaciones acompañado o no de disminución en la consistencia.

Objetivo: Evacuaciones disminuídas de consistencia en número mayor de 3/día.

Se deben anotar:

- Número de evacuaciones emitidas en las últimas 24 horas.

- Consistencia, de acuerdo a las siguientes claves:

1 = Líquida.

2 = Semilíquida

3 = Pastosa

4 = Mixta

9 = No se sabe, no se observó

- Coloración, de acuerdo a las siguientes claves:

1 = Sin cambio

2 = Amarilla (anormal)

3 = Verde (anormal)

4 = Café oscuro, ó negro (anormal)

5 = Roja

6 = Mixta

9 = No se sabe, no se observó.

Equivalentes: Suelto del estómago, chorrillo.

### DISFAGIA.

Subjetivo: Sensación de dificultad al deglutir los alimentos y/o líquidos.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo.

Equivalentes: Ardor al tragar, garganta cerrada al tragar, dificultad para tragar.

### DISFONIA.

Subjetivo: Percepción del cuadro objetivo.

Objetivo: Emisión de la voz con un timbre bajo, ronco y poco sonoro.

Equivalentes: Ronquera, ronco del pecho.

### DIFICULTAD RESPIRATORIA.

Subjetivo: Sensación de dificultad al paso del aire, que frecuentemente obliga a realizar movimientos respiratorios deliberados y forzados.

Objetivo: Observación del cuadro subjetivo, acompañándose según la severidad de uno o más de los signos de insuficiencia respiratoria.

Equivalentes: Insuficiencia respiratoria, respiración agitada.

### DISTENSION ABDOMINAL.

Subjetivo: Sensación de aumento del volumen abdominal en un período agudo, acompañándose o no de dolor y/o de aumento en la presencia de líquidos o gas intraintestinal.

**Objetivo:** Aumento en la circunferencia abdominal con resistencia dolorosa o no a la palpación, frecuentemente acompañada de timpanismo a la percusión con o sin aumento del peristaltismo a la auscultación.

**Equivalentes:** Se esponja la panza, se infla la panza, se hincha la panza, abotigado.

#### DOLOR ABDOMINAL.

**Subjetivo:** Percepción de dolor en la región abdominal, generalmente de tipo cólico y con carácter intermitente, aunque puede incluir cualquier otra manifestación de dolor en esa zona.

**Objetivo:** Observación del cuadro subjetivo, ya sea en forma espontánea o bien provocado por las maniobras de exploración.

**Equivalentes:** Cólicos, retortijones, calambres en la panza.

#### DOLOR DE CUERPO.

**Subjetivo:** Sensación difusa de dolor generalizado que abarca articulaciones y tronco, frecuentemente acompañándose de astenia y adinamia.

**Objetivo:** No se describe.

**Equivalentes:** Malestar general, cuerpo cortado. Mialgias generalizadas.

#### DOLOR DE GARGANTA.

**Subjetivo:** Sensación de ardor o dolor en la orofaringe, ya sea constante o desencadenante por el habla y/o la ingesta de alimentos/bebidas.

y/o calofríos.

**Objetivo:** Elevación de la temperatura corporal con termómetro mercurial, por arriba de los límites mencionados a continuación siempre que la técnica empleada sea la correcta.

Temperatura oral: 37,7°C

Temperatura rectal: 38,2°C

**Equivalentes:** Calentura, temperatura, escalofríos.

### FLATULENCIA.

**Subjetivo:** Sensación de llenura a plenitud abdominal causada por gas en la cavidad abdominal, que generalmente se acompaña de distensión abdominal y/o cólico abdominal y/o aumento en expulsión de gases por el ano.

**Objetivo:** Observación del cuadro subjetivo.

**Equivalentes:** Gases en la panza.

### FRACTURA OSEA.

**Subjetivo:** Referencia del cuadro objetivo.

**Objetivo:** Solución de continuidad en el hueso.

**Equivalentes:** Hueso roto, hueso quebrado (o bien, se refiere afectada la extremidad en la que se localiza el hueso, vgr. brazo roto).

### HERIDA.

**Subjetivo:** Referencia del cuadro objetivo.

**Objetivo:** Pérdida de sustancia de la piel; solución de continuidad en piel.

Equivalentes: No.

HIPERHEMIA FARINGEA.

Subjetivo: No se describe.

Objetivo: Aumento de la coloración rojiza de las mucosas de la orofaringe que se evidencia al contrastarla con la coloración normal de la mucosa circundante.

Equivalentes: Enrojecimiento de la garganta.

HIPERTROFIA AMIGDALINA.

Subjetivo: Sensación de aumento de tamaño de las amígdalas palatinas frecuentemente acompañada de disfagia.

Objetivo: Aumento de tamaño de las amígdalas palatinas, graduado de acuerdo a la siguiente clasificación:

Grado I  
II  
III  
IV

Equivalentes: Tener anginas; anginas crecidas, inflamación de garganta, faringoamigdalitis, amigdalitis.

HIPOREXIA.

Subjetivo: Disminución del apetito.

Objetivo: No se describe.

Equivalentes: Pérdida del apetito, desano al comer.

PROLAPSO RECTAL.

Subjetivo: Referencia al cuadro objetivo.  
Objetivo: Protrusión de mucosa rectal por ano.

PUJO.

Subjetivo: Sensación de deseo imperioso de defecar acompañado de dificultad para efectuar la evacuación.  
Objetivo: Movimientos forzados deliberados de defecación.

RINORREA.

Subjetivo: Sensación de escurrimiento de líquido por la nariz.  
Objetivo: Escurrimiento nasal hialino o mucoso de coloración variable.  
Equivalentes: Catarro, gripa, escurrimiento de la nariz, moquera.

TENESMO.

Subjetivo: Sensación de ocupación del ámpula rectal que no cede con la evacuación.  
Objetivo: No se describe.

TRAUMATISMO.

Subjetivo: Golpe.  
Objetivo: Presencia del cuadro subjetivo.  
Equivalentes: Ver subjetivo.

### TOS PRODUCTIVA.

- Subjetivo: Referencia del cuadro objetivo.
- Objetivo: Tos con expulsión de secreciones de las vías respiratorias.
- Equivalentes: Tos húmeda, tos con flemas, desgarrar con la tos, tos y garraspera.

### TOS SECA.

- Subjetivo: Referencia al cuadro objetivo.
- Objetivo: Tos sin expectoración, producida por irritación local de las vías aéreas superiores.
- Equivalentes: Tos, tos faríngea, tos de perro.

### VOMITO.

- Subjetivo: Referencia al cuadro objetivo.
- Objetivo: Expulsión brusca del contenido gástrico por la boca, acompañada de arqueo y que puede o no ir precedida de náuseas.
- Equivalentes: Devolver el estómago.