

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD  
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO  
DE ATUNTAQUI” 2006”**

**Tesis previa a la obtención del título de Master en Gerencia Integral de  
Salud para el Desarrollo Local**

**AUTORES:**

**Dra. Seneida Benítez B.  
Dr. Oswaldo Calderón V.**

**DIRECTOR:**

**Dr. Luis Muñoz**

**Ibarra, septiembre 2006**

## AUTORIA

Todas las ideas, afirmaciones, documentación y proyecciones, que constan en el presente trabajo investigativo, mismo que ha sido puesto en ejecución, son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Ibarra, septiembre 2006

f.....

f.....

## CESIÓN DE DERECHOS

Ibarra, 7 de septiembre 2006

Yo, Dra. Seneida Benítez Perugachi y Dr. Oswaldo Calderón Villareal declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 67 de Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que es su parte pertinente, textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad: la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f.....

f.....

## **DEDICATORIA**

Con el sentimiento de nuestro amor dedicamos a nuestras hijas: Daymí y Enith, quienes han sido nuestro sustento y lo más sublime de la existencia.

A nuestros familiares y amigos, que nos han colaborado y han hecho posible que el esfuerzo se transforme en realidad.

A las Autoridades de la Universidad, que contribuyen constantemente en la búsqueda de la formación del ser humano y el cambio de las sociedades hacia el progreso.

**Los autores**

## **AGRADECIMIENTO**

La gratitud es uno de los sentimientos más nobles e importantes, imponiendo respeto a la más profunda sensibilidad humana.

Sé que en la intimidad de las palabras impresas, no conseguiría las letras que unidas expresan nuestra verdadera gratitud. Sé también que es imposible, nombrar a todos quienes, nos ayudaron para culminar con éxito nuestro trabajo de Intervención Institucional.

Gratitud a las autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, quienes nos abrieron las puertas de su Institución; especial gratitud para el Dr. Luis Muñoz, por su estímulo y ayuda, como catedrático y director de tesis, quién con sus valiosos conocimientos supo orientar, nuestro trabajo realizado en la ciudad de Atuntaqui.

Muchas personas han colaborado en este trabajo, gratitud al señor Director, Comité de Protocolos de Atención y en general al personal, que labora en el Hospital Básico Atuntaqui, quienes en forma desinteresada nos han dado apertura y colaboración para la realización de nuestro trabajo.

**Los autores**

# ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
<b>CERTIFICACIÓN</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>v</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>vi</b>
<b>I. RESUMEN / ABSTRACT</b>	<b>1</b>
<b>II. INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>III. PROBLEMATIZACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>IV. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
<b>VI. MARCO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
<b>VII. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>41</b>
<b>VIII. RESULTADOS</b>	<b>52</b>
<b>IX. CONCLUSIONES</b>	<b>61</b>
<b>X. RECOMENDACIONES</b>	<b>63</b>
<b>XI. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>64</b>
<b>XII. ANEXOS</b>	<b>67</b>

## I. RESUMEN

El presente Proyecto de Intervención, se realizó como la respuesta a una serie de problemas sentidos por los usuarios internos del Hospital Básico Atuntaqui (HBA). Estos problemas, tienen un eje determinante central y es la no utilización de Protocolos de atención médica.

Según la opinión de los profesionales médicos del HBA, expresados en una encuesta de opinión realizada por los autores, la no aplicación de Protocolos de atención médica, no permite dar tratamientos ni hacer auditoria médica con fundamentos científicos, impide la optimización de recursos ocasionando de esta manera considerables desperdicios en gastos de medicamentos e insumos. Si esto ocurre en la atención directa, y le sumamos a ello otros factores potencialmente negativos, de orden administrativo gerencial, es posible que los directivos del HBA se encuentren con dificultades para brindar atención médica de base científica, de calidad, con calidez, eficiencia y eficacia a la población que demanda sus servicios.

Durante el proceso de intervención, utilizamos instrumentos como encuestas, entrevistas y talleres muy participativos, que dieron como resultado la elaboración y puesta en práctica de ocho protocolos que se corresponden a las patologías de mayor incidencia en consulta externa.

## **I. ABSTRACT**

The present Project of Intervention, was carried out as the answer to a series of problems felt by the internal users of the Basic Hospital Atuntaqui (HBA). These problems have a central decisive axis and it is not the use of medical care Protocols.

According to the opinion of the medical professionals of the HBA, expressed in an opinion survey carried out by the authors, the not application of medical care Protocols, doesn't allow to give treatments neither to make medical audit with scientific foundations, it impedes the optimization of resources causing this way considerable waste in expenses of medications and inputs. If this happens in the direct attention, and we added it other factors potentially negative, of managerial administrative order, it is possible that the directive of the HBA meet with difficulties to offer medical care of scientific base, of quality, with warmth, efficiency and effectiveness to the population that demands their services.

During the intervention process, we use instruments like surveys, interviews and shops very participativos that gave the elaboration and setting as a result in practice of eight protocols that belong together to the pathologies of more incidence in external consultation

## II. INTRODUCCIÓN

El trabajo de tesis que presentamos a continuación, está académicamente definido como de intervención institucional, que busca cambiar una realidad problemática, expresada en la no utilización de protocolos de atención médica en Consulta Externa del HBA; problema que compete en forma directa a los usuarios internos (personal técnico y administrativo del HBA), y tiene repercusiones directas sobre el buen o mal manejo de los pacientes que llegan al hospital en búsqueda de solución a sus problemas.

En el Hospital Básico de Atuntaqui (HBA), que es la Jefatura del Área N° 2 “Atuntaqui”, se brinda atención de primer nivel con hospitalización y tiene una capacidad de 15 camas disponibles. La atención está diseñada para pacientes ambulatorios y de hospitalización. Del total de atenciones brindadas en el 2005, que fueron 17.591, corresponden a Consulta Externa el **82.3%**, es decir 14.493 atenciones, esto nos indica la importancia de este servicio, razón por la cual escogimos esta Área de trabajo para desarrollar nuestra tesis.

Luego de identificar subjetivamente el problema de la falta de protocolos en Consulta Externa a través de recoger testimonios y opiniones del personal médico, los autores decidimos objetivizar el problema realizando una encuesta.

Los resultados fueron confirmatorios de la existencia del mismo; opiniones como que: **“la falta de protocolos no permite brindar una atención acorde a los estándares actuales de calidad ni unificar criterios, ni respaldarnos con evidencias científicas serias”** o que **“la “experiencia” y el criterio personal no son buenas maneras de brindar una atención óptima”**, nos dicen a las claras que la atención se viene dando en base a la diversidad de criterios de diagnóstico y tratamiento de cada médico, de acuerdo a su experiencia personal.

Esta no utilización de protocolos, y los problemas técnicos que acarrea, de por sí, son justificativos para intervenir en esta realidad y mediante un trabajo conjunto, elaborar y poner en práctica los mismos.

Esta tesis también se justifica, desde nuestro punto de vista, porque de esta manera, normatizando y estandarizando el manejo de los pacientes, se mejora la calidad de atención, se brinda una atención probada y basada en evidencias científicas, y además, tiene un enorme valor humano ya que permite el diálogo y el intercambio de experiencias y conocimientos de los galenos; se da un compartir permanente, ya que los protocolos deben ir actualizándose de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos. Desde la institución, es probable que al tener estandarizados los tratamientos, el promedio días estada

puede disminuir, con la consiguiente disminución de costos para la economía hospitalaria.

Desde un comienzo consideramos que la ejecución de este trabajo era factible, ya que desde el punto de vista político, obtuvimos el apoyo de la alta gerencia del hospital para realizar el Proyecto de **“IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BASICO DE ATUNTAQUI”**, los mismos que serán elaborados acordes con el perfil epidemiológico y con la participación directa de los miembros del equipo de salud del Hospital Básico de Atuntaqui.

Desde lo técnico consideramos, y la práctica nos dio la razón, que el personal médico de Atuntaqui tiene el nivel científico técnico suficiente como para desarrollar los protocolos. Nuestra labor, básicamente fue la de ser facilitadores de este proceso creativo y altamente productivo.

Este trabajo tuvo una alta factibilidad económica, ya que los costos que demandan tanto la preparación de los talleres como su realización y sistematización posterior, son perfectamente aceptables para la economía de un hospital básico como el de Atuntaqui.

Como producto de un intenso trabajo en talleres, con seis Médicos Tratantes y tres Médicos Rurales, se cumplió el objetivo de elaborar ocho protocolos, los mismos que al momento ya están formalmente siendo aplicados con éxito en el HBA y en los cuatro Subcentros de Salud que constituyen la red pública que conforma el Área N° 2.

### **III. PROBLEMATIZACIÓN**

#### **Identificación**

El avance del conocimiento humano como fundamento de acción coherente ha sido el denominador común a lo largo de la historia; sin embargo, es desde el siglo XIX donde el conocimiento científico cobra preeminencia frente al conocimiento empírico. Este desarrollo de las formas de apropiarse de la realidad (teoría) tiene su máxima expresión en el pensamiento y práctica de la ciencia. En un comienzo, el científico era un ser aislado de la sociedad, que encerrado en su laboratorio, generaba descubrimientos científicos y saber para la humanidad. Esta forma de construir el conocimiento, en apenas 200 años, ha pasado a la obsolescencia, dando paso a la conformación de gigantescos equipos de trabajo científico y generadores de tecnología.

El científico de antaño, por más valioso que fue en su momento, ya no tiene cabida en este mundo. Esta es la época de los equipos multidisciplinarios, de la normatización y de la estandarización de procedimientos, que aunque dinámicos en su desarrollo, necesitan de patrones calificados y validados para tener la fuerza de la efectividad.

En el campo de la medicina, al ser esta, no una ciencia, sino una práctica que aplica un conjunto de muchas ciencias, se hace necesario, que su teoría y su práctica se ciña al método científico y sus procedimientos deban ser ajustados al mismo, y evaluados permanentemente.

Las decisiones sobre los procedimientos, deben ser ahora consensuadas y aprobadas por equipos experimentados y muy capaces desde el punto de vista científico (no empírico de experiencia personal).

En el caso específico de la práctica médica hospitalaria, es importante recalcar que la mayoría de las patologías han sido ya estudiadas a fondo y con rigurosidad científica, lo que ha producido la identificación de regularidades fisiopatológicas y de respuestas también predecibles ante fármacotratamientos. Esta constatación ha permitido a la medicina generar esquemas de diagnóstico y tratamiento estandarizados (aunque con muy pequeñas variaciones).

Las sociedades científicas de cada especialidad y subespecialidad han dedicado mucho esfuerzo investigativo en estas líneas y hoy contamos con muchos textos, manuales, vademécum, normas, procedimientos y **protocolos** para el manejo y tratamiento científico consensuado y estandarizado de pacientes y toda la variedad de eventos patológicos posibles.

Luego de haber descrito, muy rápidamente, la evolución de la ciencia y sus consecuencias para la medicina y su práctica hospitalaria, nos parece inaudito que en pleno siglo XXI, en el Ecuador, hace pocos meses, recién, las autoridades estatales hayan dispuesto la elaboración de protocolos para el manejo de pacientes en el ámbito ambulatorio y de hospitalización. En el HBA, como en la mayoría de los hospitales, la perspectiva para el manejo de pacientes en general conserva la “tradicción” de un manejo individual e individualista.

## **Descripción**

Nosotros, como maestrantes del postgrado de Gerencia Integral de Salud para el Desarrollo Local, hemos tenido experiencias y relacionamientos con la práctica hospitalaria en el Hospital Básico de Atuntaqui, donde el problema del manejo de pacientes sin protocolos es algo sentido por la mayoría de los médicos. Es así como, luego de identificar subjetivamente el problema de la falta de protocolos en Consulta Externa a través de recoger testimonios y opiniones del personal médico, los autores decidimos objetivizar el problema realizando una encuesta. Los resultados fueron confirmatorios de la existencia del mismo; opiniones como que: ***“la falta de protocolos no permite brindar una atención acorde a los estándares actuales de calidad ni unificar criterios, ni respaldarnos con evidencias científicas serias”*** o que ***“la***

***“experiencia” y el criterio personal no son buenas maneras de brindar una atención óptima***”, nos dicen a las claras que la atención se viene dando en base a la diversidad de criterios de diagnóstico y tratamiento de cada médico, de acuerdo a su experiencia personal.

El Ministerio de Salud Pública ha entregado a las Direcciones Provinciales de Salud el manual de “100 Protocolos Terapéuticos “para la Buena Práctica de Prescripción; del Convenio Ecuatoriano Belga; el mismo que no ha sido bien difundido en las diferentes unidades de salud, por lo que hay un desconocimiento por parte de los profesionales que conforman el equipo de salud del Hospital Básico de Atuntaqui.

En vista de la no aplicación de éstos Protocolos Terapéuticos hemos presentado al Hospital Básico de Atuntaqui el proyecto de la **“Implantación de Protocolos de Atención”** en las patologías más frecuentes de la consulta externa del mencionado hospital; mismos que fueron elaborados acordes con el perfil epidemiológico y la participación directa de los miembros del equipo de salud del Hospital Básico de Atuntaqui y políticas planteadas por del Ministerio de Salud Pública; instrumento que al ser aplicado en forma reglamentada facilita la evaluación de acciones y procedimientos, permite hacer auditoria médica con fundamentos teóricos científico e institucional, permite la optimización de recursos, evitando de esta manera los considerables

desperdicios en gastos de medicamentos e insumos, así como actividades realizadas por el equipo de salud y cumplir objetivos de la institución, como aquel de brindar atención médica eficiente y eficaz a la población que demanda de sus servicios.

Si esto ocurre en la atención directa, y le sumamos a ello otros factores potencialmente negativos, de orden administrativo gerencial, es posible que los directivos del HBA se encuentren con dificultades para cumplir con los objetivos de la institución como es el de brindar atención médica de base científica, de calidad, con calidez, eficiente y eficaz a la población que demanda sus servicios.

Considerando los datos estadísticos del HBA, se pudo determinar que los usuarios acuden al servicio de consulta externa con mayor frecuencia por: control de embarazo, planificación familiar, control de niño sano, IRA, EDA, desnutrición, micosis, afecciones de la piel, neumonías, enterocolitis, infección de vías urinarias, pielonefritis y caries dental, patologías que son diagnosticadas y tratadas en base al “mejor criterio” de los respectivos profesionales. Cuando investigamos sobre las enfermedades mas frecuentes, el panorama cambia y tenemos las patologías que se indican a continuación en la tabla N° 1

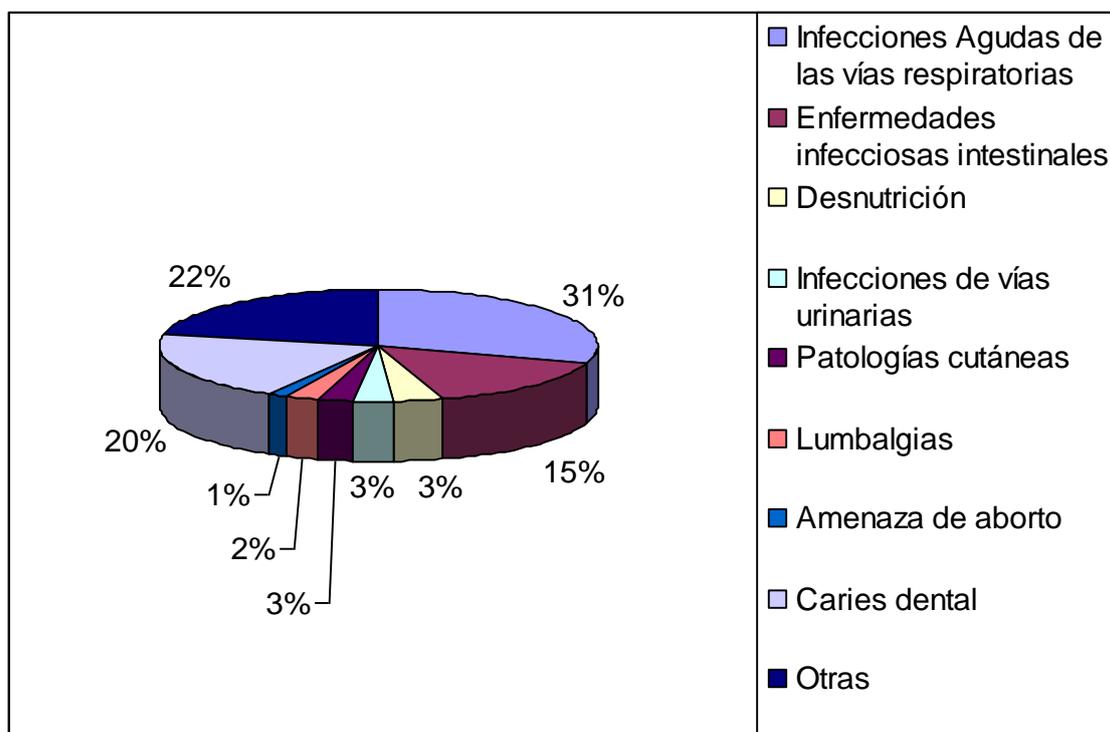
Tabla N° 1

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN EL HOSPITAL BÁSICO ATUNTAQUI. Diciembre 2005**

No	PRINCIPALES MORBILIDADES DEL H.B.A. AÑO 2005	CANTIDAD	%
1	Infecciones Agudas de las vías respiratorias	1763	31
2	Enfermedades infecciosas intestinales	900	15
3	Desnutrición	198	3
4	Infecciones de vías urinarias	181	3
5	Patologías cutáneas	150	3
6	Lumbalgias	144	2
7	Amenaza de aborto	80	1
8	Caries dental	1180	20
9	Otras	1272	22
<b>TOTAL DE MORBILIDAD</b>		<b>5868</b>	<b>100</b>

Fuente: Estadística HBA

Elaboración: Drs. Seneida Benítez y Oswaldo Calderón



Es importante mencionar que dentro del Reglamento a la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud en el Capítulo II De las Normas Aplicables a las Funciones del Sistema Nacional de Salud. Art. 14 “DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN .- La Comisión de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Consejo Nacional de Salud (CONASA), desarrollará los proyectos de cada una de las prestaciones definidas en el Plan integral de Salud” (Marco General de la Reforma Estructural de la Salud en el Ecuador: 2004)

### **Análisis**

El Hospital Básico de Atuntaqui brinda atención a los usuarios en base a los programas del Ministerio de Salud Pública. Estos programas están orientados a enfrentar las patologías mas frecuentes en términos nacionales. No existe una determinación particularizada para tratamientos especiales a realizarse en cada espacio territorial o Unidad Operativa; por lo tanto, se hace imprescindible que aún manteniendo los criterios generales que dicta el programa, estos deban adaptarse a la realidad local sin que esto implique alterar radicalmente el programa y abordar las patologías con un mal entendido “criterio propio” (local o personal).

Los programas nacionales son un ejemplo de búsqueda de estandarización científico técnica para el abordaje de los problemas de salud y enfermedad. Los

programas tienen normas y procedimientos que deben desarrollarse por ley en todas las unidades operativas en sus diversos niveles. Un programa dice qué es lo que se debe hacer con todos los aspectos relacionados con la patología o situación de salud – enfermedad, determinada, en los diferentes niveles de atención.

Un programa nacional normatiza, sintetiza y expone las decisiones consensuadas a nivel nacional, en reuniones de expertos; aborda cuestiones científico técnicas de la situación problema, delinea consideraciones relacionadas a los aspectos operativos, determina la forma de administrar el programa (la gerencia del programa); y además, define qué debe hacer el nivel ambulatorio y el nivel de hospitalización. Un programa articula el funcionamiento de los diferentes niveles del sistema a través de una normativa técnico administrativa.

Los cien protocolos, sin ser norma nacional, apuntan a operativizar ordenadamente las denominadas “Buenas prácticas de prescripción”, buen texto que se aproxima a lo que sería una norma nacional, y que precisamente por no serlo, es probable que no se la cumpla y se la considere como lo que es, “el esfuerzo de un equipo de expertos” que se realiza “con la esperanza” de que “se incorpore como práctica cotidiana en los servicios de salud del país”.  
(100 Protocolos Terapéuticos, cuarta edición 2005)

Esta situación, suele ser la misma por la que atraviesan la mayoría de programas, normas y procedimientos del MSP.

La buena práctica médica se enfrenta al viejo dilema entre lo legal y lo legítimo. Acciones que tienen el sello personal de buena voluntad, que buscan paliar el dolor del paciente, pueden constituirse en un acto tanto ilegal como ilegítimo, o puede ser legítimo, dadas las circunstancias, pero ilegal. La normativa en salud es fundamental para lograr que los actos médicos, en este caso, sean legales y también legítimos.

La ausencia de norma crea un vacío peligroso que deja abierta la posibilidad de cualquier tipo de práctica médica y de tratamientos. La ausencia de norma permite ejercer las profesiones ligadas a la salud, “a ojo de buen cubero”, a la buena experiencia de las personas, al famoso “salvo su mejor criterio doctor”, se cae en una especie de neoempirismo inaceptable.

La normativa a la que nos referimos, para el caso de la salud y de esta tesis, se denomina **PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN MÉDICA**, que, pese a su demostrada importancia, nadie se ha preocupado de elaborarlos y ponerlos en práctica para bien de los pacientes. La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, determinó que el CONASA sea el organismo que defina e implemente los protocolos de atención médica; sin embargo, hasta estos momentos, esta

ley no se viabiliza. Será en el 2005, cuando el MSP mediante Acuerdo Ministerial, disponga a todas las Unidades Operativas del sistema, que funcionen, por obligación, utilizando protocolos de atención. No obstante esta disposición, el proceso es largo y requiere de un cambio de actitud y métodos de trabajo para que se pueda cumplir esta normativa.

Por estas razones, podemos asegurar que la no existencia de protocolos de atención médica en el Hospital Básico Atuntaqui, es el reflejo de lo que sucede en la gran mayoría de unidades operativas del sistema público de salud del MSP.

Nuestra tesis se realiza justamente para tratar de resolver este grave problema en un espacio local como es la Jefatura del Área de Salud #2 y que fuera identificado como la **INEXISTENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL BASICO DE ATUNTAQUI.**

Cuando analizamos este problema, nos percatamos que, a más del componente individual (actitud) que tiene, existe una razón de fondo para que se presente, y es la falta de un adecuado ejercicio de la función control por parte de las autoridades del MSP, para hacer cumplir sus disposiciones.

Esta debilidad manifiesta en el nivel Central del MSP, se refleja en todas las dependencias administrativas como las Direcciones Provinciales, y por tanto también en la Direcciones de los hospitales de todo nivel. Atuntaqui no es la excepción.

Pero, esta debilidad de la gestión pública, también se expresa al interno de cada servicio dentro de los mismos hospitales. Es así como esto ocurre también en Consulta Externa del HBA

Otra de las falencias a nivel nacional es la no existencia de una política de desarrollo de los talentos humanos, en mucho debido a un accionar errático de los engorrosos y diversos regímenes laborales y también al bajo presupuesto con el que cuentan las unidades para este tipo de acciones.

Uno de los pilares del desarrollo de los talentos humanos es la capacitación del personal para un buen desempeño; sin embargo, los Departamentos o Procesos de gestión de los talentos humanos, que son quienes deberían preocuparse de este aspecto, no lo hacen y su trabajo se reduce al control de asistencia, a la elaboración de contratos y a sancionar cuando resulta conveniente. La capacitación no es vista como motor de cambio y desarrollo desde la gerencia. Error mortal de las instituciones y sus directivos. Conocido

es que las empresas públicas o privadas de éxito, invierten hasta 400 horas al año en capacitación de su personal.

El trabajador que no está actualizado en sus competencias, no podrá lograr un desempeño eficiente, no tendrá creatividad, se estanca y su trabajo se torna rutinario al actuar sin sentido crítico de sus funciones. Esto, que para una empresa de cualquier naturaleza es factor de incompetencia, en el ámbito de la salud, es gravísimo porque su trabajo versa sobre los seres humanos, y en este terreno, los defectos señalados pueden tener efectos desastrosos que pueden llevar a complicaciones de los pacientes e incluso a la muerte.

Ahora bien, de la capacitación, que es un ámbito todavía inmenso, queremos referirnos acá, en específico, a la falta de capacitación técnico científica y su ordenada aplicación, que requiere a su vez otro tipo de capacitación que implique el ordenamiento del conocimiento, su sistematización, la aplicación del método científico a la realidad médica. Esto es, capacitación en herramientas que permitan a los profesionales construir flujos lógicos de procedimientos en torno a las distintas patologías. Estamos refiriéndonos a la capacitación que deberían tener los profesionales para elaborar protocolos de acuerdo a su realidad.

## **Delimitación**

Esta tesis se realizó en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Básico de Atuntaqui, aunque su utilidad y aplicación (de los protocolos), está diseñada para los cuatro Subcentros de Salud del Área # 2, y esto por una consideración central, los dos ámbitos de trabajo constituyen la atención de tipo ambulatorio. Este trabajo se limitó a trabajar con el personal profesional médico, de enfermería, de odontología, de obstetricia, el responsable estadístico y la Jefa de Recursos Humanos. Este trabajo de intervención ocurrió desde junio hasta agosto del 2006.

## **Formulación operacional del problema**

En el Área de Salud # 2 Atuntaqui, en el Hospital Básico, en el servicio de Consulta Externa, así como en los cuatro Subcentros de Salud, no se trabaja con protocolos de atención, al proceder de esta manera, no se están cumpliendo las disposiciones legales, y no solo por la actitud reticente de los profesionales para trabajar en equipo, sino por falta de una capacitación para aquello. Esto provoca algunos problemas vinculados a la calidad de atención y al manejo administrativo de insumos y medicamentos. Potencialmente, esta carencia de protocolos puede traer problemas de tipo legal vinculados a la denominada “mala práctica médica”, además la variabilidad de criterios en la

práctica clínica pueden generar una decisión clínica errada, que conlleva a riesgo de desenlaces indeseables o que pueda generar gastos innecesarios al usuario como a la institución.

En este contexto surge la necesidad de establecer criterios metodológicos en la elaboración de los protocolos de atención, los cuales proporcionará al médico los criterios convencionales y vigentes que expresen las alternativas y orienten las decisiones médicas, apoyadas en la mejor evidencia científica.

## **IV. JUSTIFICACIÓN**

### **Interés Personal**

Desde nuestro punto de vista, como estudiantes de la Maestría, realizar esta tesis, significa el aplicar los conocimientos aprendidos durante los dos últimos años en la UTPL y cumplir con un requisito académico para obtener nuestro título de cuarto nivel de formación.

Como profesionales, nos interesa incidir en el mejoramiento del desempeño del personal del Hospital Básico de Atuntaqui y de toda el Área de Salud, ya que en esta se atiende a la población mas necesitada del cantón. Como seres humanos, nos interesa aportar al desarrollo de las instituciones públicas de la salud, para que con una práctica mejorada se pueda combatir con efectividad a las enfermedades y la muerte.

### **Relevancia Científica**

Este trabajo se reviste de importancia científico técnica ya que en esencia, hacer protocolos significa aplicar los últimos avances de la ciencia en el diagnóstico y tratamiento de las patologías. Se constituye en un reto de actualización de conocimientos para los profesionales de la salud.

## **Relevancia Humana**

Las repercusiones de esta tesis son de profunda calidad humana puesto que un manejo responsable de los pacientes, expresa el respeto al ser humano y sus derechos que como paciente tiene en un momento dado de su vida. Es el momento crucial, donde el paciente percibe en carne propia la calidad técnica que se supone deben tener los profesionales de la salud. Desde la Gerencia de Calidad, es lo que se denomina “el momento de la verdad”. Los protocolos se transforman así en un elemento instrumental que expresa en los aparentemente fríos algoritmos, lo mejor de ciencia, pensada con el único fin de aliviar el dolor humano y de salvar la vida de los pacientes.

## **Relevancia Contemporánea**

La época moderna, con su tremendo desarrollo industrial, nos dejó una herencia: una sociedad de consumo, una sociedad mercantilizada, y una visión mercadológica del mundo; donde todos, en algún momento de nuestras vidas, somos proveedores o consumidores. El desarrollo contemporáneo de esta visión del mundo, ha conducido a que, como usuarios consumidores, cada vez mas, tengamos una apreciación diferente de nuestros proveedores; ahora, los usuarios podemos escogerlos, porque conocemos mas de la mercancía que queremos, y al existir múltiples proveedores de la misma mercancía, se abre la

posibilidad de que podamos elegir a quien nos convenga de entre ellos que, además, luchan para ser competitivos y “ganarse” al cliente. Los usuarios seleccionan al más competitivo. En el ámbito de la salud, un factor de competitividad es un manejo de los pacientes con excelencia, es decir con procedimientos probados y estandarizados, en otras palabras, con protocolos. Nuestra tesis apunta en este sentido.

### **Beneficiarios**

Los beneficiarios directos son los profesionales y por extensión el Hospital y los beneficiarios indirectos son los pacientes o clientes externos.

## **V- OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Implementar protocolos de atención médica en el servicio de Consulta Externa del Hospital Básico de Atuntaqui para mejorar la calidad de atención y contribuir al prestigio y fortalecimiento Institucional.

### **ESPECIFICOS**

1. Elaborar protocolos de atención de las patologías más frecuentes en el servicio de Consulta Externa del HBA, mediante la participación comprometida, activa y en equipo, tanto de directivos como del personal médico.
2. Capacitar a los médicos, con metodologías participativas (Aprender haciendo), sobre cómo elaborar protocolos de atención.
3. Hacer cumplir la normativa del MSP en la que dispone la obligatoriedad de que todos los servicios de salud deben brindar atención médica en base a protocolos.

## **VI. MARCO TEÓRICO**

### **Marco Institucional**

El Hospital Básico de Atuntaqui pertenece al Área de Salud No 2 de la Provincia de Imbabura, en el cantón Antonio Ante en la ciudad de Atuntaqui a una altitud de 2450 metros, su área de influencia son las comunidades de: Atuntaqui con una población de 15923 habitantes, Andrade Marín con una población de 5308, San Roque con una población de 9.500, Natabuela con una población de 4737, Chaltura con una población de 3138, Imbaya con una población de 1226; dando atención a una población total de 39832 habitantes, con fáciles vías de acceso, se caracteriza por la industria textil y la agricultura. (Ver anexos 1)

El Hospital Básico de Atuntaqui se creó con la finalidad de proteger la salud de la comunidad; mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud; encaminadas a mejorar el nivel de vida de la población.

Cuando revisamos el Manual de Organización Funcional Interno, que está en vigencia, encontramos la visión y misión elaborada de la siguiente manera:

## MISIÓN

*“Brindar atención, al individuo sano y enfermo en el proceso de prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el bienestar de la población del cantón Antonio Ante”*

## VISIÓN

*“Proporcionar atención integral en forma óptima, con calidad y calidez a toda el área de influencia del cantón Antonio Ante, con énfasis en la atención de los grupos vulnerables, en los aspectos preventivos, con la finalidad de disminuir los índices de morbi mortalidad y mejorar el estilo de vida de la población”.*

El Hospital Básico de Atuntaqui depende jerárquicamente de la Dirección Provincial de Imbabura y se halla constituido por las áreas médica y administrativa bajo la responsabilidad del Director del Hospital. (Ver anexo 2)

**El Área Administrativa** es la responsable de la gestión financiera y el control de los recursos en apoyo a la prestación de la atención médica. Y está constituida por:

- Administración hospitalaria
- Recursos humanos
- Contabilidad
- Mantenimiento
- **Servicios generales:**
  - lavandería
  - ropería
  - costura y
  - transporte
- **Servicios varios:**
  - Vigilancia
  - Conserjería

## **Organismos Asesores**

- Consejo técnico
- Comité de farmacología
- Unidad de Conducción del Área

## **El Área Médica**

El Hospital Básico de Atuntaqui ofrece atención en las especialidades básicas:

- Medicina Interna
- Cirugía
- Ginecobstetricia
- Pediatría
- Odontología.

Medicina Interna.- es la unidad encargada de proporcionar atención de clínicas médicas a los usuarios a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación.

Cirugía.- es la unidad encargada de brindar atención clínico quirúrgica, a través de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación, dichas

acciones se realiza en las áreas de hospitalización, consulta externa, emergencia y centro quirúrgico.

Gineco Obstetricia.- es la unidad encargada de brindar atención clínica quirúrgica a la mujer en condiciones de gestación, parto, post-parto y en situaciones relacionadas con el aparato genital a través de acciones, fomento, recuperación y rehabilitación, acciones que se realizan en áreas de hospitalización, consulta externa, emergencia y centro obstétrico.

Pediatría.- es la unidad encargada de proporcionar atención clínica o quirúrgica al niño desde su nacimiento hasta la adolescencia a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación.

Odontología.- es el servicio encargado de proporcionar atención especializada a través de programas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de salud oral.

Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento a través de sus actividades específicas y procedimientos, especiales ayudan a formular o confirmar el diagnóstico y a prescindir o rectificar el tratamiento de los enfermos.

- Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento son: Rx y Laboratorio Clínico.

- Los servicios técnicos de colaboración médica: son aquellos que con actividades específicas contribuyen a la prestación de atención de salud, a las personas que acuden al hospital.

**Los servicios** que lo conforman son:

- Enfermería
- Alimentación y dietética
- Estadística y reglamentos médicos
- Farmacia
- Saneamiento ambiental

**Lugares de trabajo:**

- a.- Consulta externa
- b.- Hospitalización
- c.- Emergencias médicas.

El Hospital Básico Atuntaqui, actualmente cuenta con 14 talentos humanos que corresponden al personal profesional y administrativo, en los siguientes cargos:

1. Director de Área.
1. Secretaria.
1. Medico tratante.
3. Médicos rurales
2. Residentes.
- 1 Odontólogo
1. Enfermera.
1. Contador.
1. Líder Financiero.
1. Líder de Recursos Humanos
1. Economía.

## **Marco Conceptual**

### **Protocolo de atención**

Es un documento muy utilizado en Medicina, que contiene información que sirve como una guía de tratamiento de situaciones o patologías relevantes.

## **Algoritmo**

Conjunto de reglas o procedimientos lógicos, secuenciales, simples y definidos que conducen a resolver un problema específico

## **Análisis de Información**

Proceso mediante el cuál se interpreta y desglosan con apoyo de la estadística descriptiva e inferencia los diversos datos, cuadros y gráficos estadísticos e información recolectada y organizada.

## **Calidad**

Conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas de los clientes.

## **Equipo de Salud**

Grupo de trabajo interdisciplinario constituido por personal profesional, técnico y auxiliar cuyo objetivo común es generar acciones en el campo de la promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación.

## **Estandarización**

Establecimiento de los procedimientos que determinan los patrones de desempeño, de los componentes de la organización.

## **Guías de práctica clínica**

Recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

## **Indicador**

Expresiones numéricas que cuantifican situaciones, escenarios, cambios en procesos o fenómenos por medio de los cuales en forma práctica, se propicia la detección de las desviaciones, sus posibles causas y sirven de retroalimentación a la programación.

## **Medicina basada en evidencias**

Es el uso concienzudo, juicioso y explícito de la mejor evidencia disponible en la realización de decisiones acerca de la atención en forma individual de los pacientes.

## **Revisión sistemática**

Revisión que utiliza los métodos estadísticos apropiados para el análisis de un conjunto de datos obtenidos de manera cuantitativa y cualitativa(meta-análisis) para proveer un estimado de eficacias y seguridad así como la significancia clínica de los resultados discutidos.

## **Niveles de atención en salud**

La determinación de los niveles de atención permite establecer el rol que compete a los niveles Provinciales y de Jefaturas de Área, definir los lineamientos estratégicos y el proceso de desarrollo de las mismas, normar la capacidad operativa que debe lograr cada nivel de atención y establecer la jurisdicción geográfica poblacional de las Áreas de Salud.

De acuerdo a la regionalización funcional, las unidades del MSP, se ubican en los siguientes niveles:

### **Primer Nivel**

Nivel de Área de Salud, el cual comprende: Puestos de Salud, Subcentros de Salud, Centros de Salud y Hospitales Básicos (de 15 a 30 camas).

### **Segundo Nivel**

Nivel Regional o Provincial. Hospitales Provinciales.

### **Tercer Nivel**

Nivel Nacional. Hospitales de Especialidades y Hospitales Especializados.

### **Capacidad resolutive técnica**

El Área de Salud está implementada para resolver los problemas más frecuentes y trascendentes de salud, que requieren la atención con tecnología de poca complejidad, la cual se brinda de manera integrada a través de los Puestos y Subcentros de Salud en atención básica, y los Centros y Hospitales Básicos de 15 a 30 camas en atención básica y complementaria.

## **Referencia**

Es el proceso estructurado de envío de un paciente con información por escrito de un nivel inferior del sistema de salud a otro superior en tecnología y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no.

## **Contrareferencia**

Es el proceso inverso, es decir, la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.

## **Estructura de un protocolo**

### **Título**

Debe especificar el nombre de la patología, problema (síndrome), procedimiento o atención.

### **Código**

Consignar el código de cuatro dígitos sólo si es aplicable, ya que existen numerosos procedimientos que por no constituir una patología no están descritos adecuadamente.

## **Criterios diagnósticos**

Se incluyen sólo aquellos datos de la anamnesis, síntomas, signos y parámetros bioquímicos o de radiodiagnóstico en forma fehaciente. Los factores de riesgo son parte importante del diagnóstico y manejo por lo que se considerará aquellos de demostrada evidencia del grado de asociación y se incidirá en los que sean susceptibles de modificar.

## **Procedimientos auxiliares**

Incluyen todos aquellos procedimientos o exámenes auxiliares que:

- Confirman el diagnóstico clínico, por exclusión de diagnósticos diferenciales.
- Identifican problemas o patologías concomitantes.
- Definen el estado o severidad de la enfermedad.
- Definen el estado basal o condición del paciente que se va a someter a determinadas intervenciones: riesgo quirúrgico, evaluación psicológica, etc.
- Identifican problemas de salud de los pacientes que lo ponen en riesgo.

- Identifican problemas de salud de los pacientes que ponen en riesgo la integridad del personal de salud.

En los protocolos, las Indicaciones para los procedimientos auxiliares deben estar claramente definidas y no asumidas como rutinas.

### **Medidas generales**

- Incluyen todos aquellos aspectos de educación sobre cambios de estilo de vida, o cuidados a cargo del paciente o sus familiares.
- Son importantes de resaltar aquellos que inciden sobre la salud, la respuesta al tratamiento, la progresión de la enfermedad y el pronóstico del paciente.

### **Terapia específica**

Se refiere al tratamiento capaz de resolver el problema en la mayoría de los casos, o en forma independiente de otras atenciones.

En todos los casos de tratamiento, especialmente farmacológico, se recomienda establecer una alternativa a ser usada en caso de reacciones adversas, falta de efectividad, etc.

Tomando en cuenta los aspectos, se procede a elaborar los protocolos de atención para el servicio de Consulta Externa del Hospital Básico Atuntaqui, los cuales se estructuran con una secuencia lógica, de la siguiente manera:

1. Nombre de la patología.
2. Código CIE - 10.
3. Literatura de la Patología
4. Algoritmo de Atención
5. Tratamiento Ambulatorio
6. Medidas generales

Los protocolos del Hospital Básico Atuntaqui, fueron elaborados considerando la información estadística del 2005; según la cual, las patologías mas frecuentes atendidas en este periodo fueron las siguientes:

- Infecciones Agudas de las vías respiratorias
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Desnutrición
- Infecciones de vías urinarias
- Patologías cutáneas
- Lumbalgias
- Amenaza de aborto
- Caries dental

Es importante aclarar que, en el proceso de elaboración de los protocolos, se procedió a conformar un Comité de protocolos quienes, con los maestrantes dieron paso a la elaboración de protocolos bajo el criterio de frecuencia de las patologías del año 2005.

Quienes asumieron con responsabilidad y garantizaron su participación al firmar un acta de compromiso. Es así, como se realizaron talleres de trabajo, según cronograma, en los cuales, se analizó y discutió, tomando como referencia el esquema estructural inicial de los protocolos.

En la fase de aplicación de los mismos, se realizó el monitoreo y seguimiento, dando paso a cambios y modificaciones, según sugerencia de los miembros del equipo de salud; para posteriormente proceder a la presentación del documento final con las respectivas correcciones, al Director de la Institución y a la Unidad de Conducción del Área ( U.C.A ), y éste a su vez hacer extensivo a los cuatro Subcentros del Área de influencia; pasando posteriormente a ingresar el documento a la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, a fin de que se cumpla el trámite final de aprobación y autorización de los protocolos en el Hospital Básico Atuntaqui, con lo que se da por concluido el proyecto de "Implementación de protocolos de atención en salud en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Básico Atuntaqui".

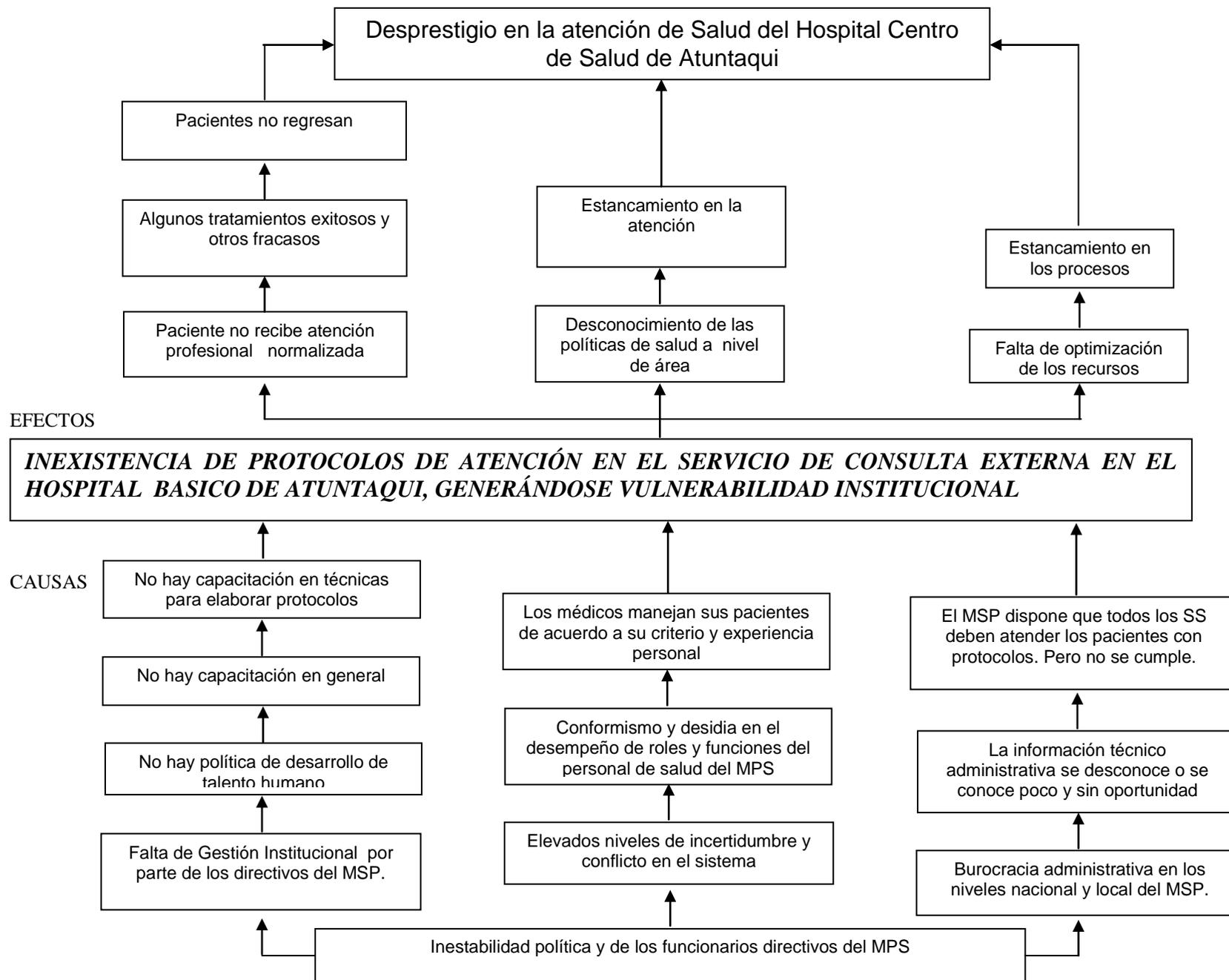
## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

### ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS

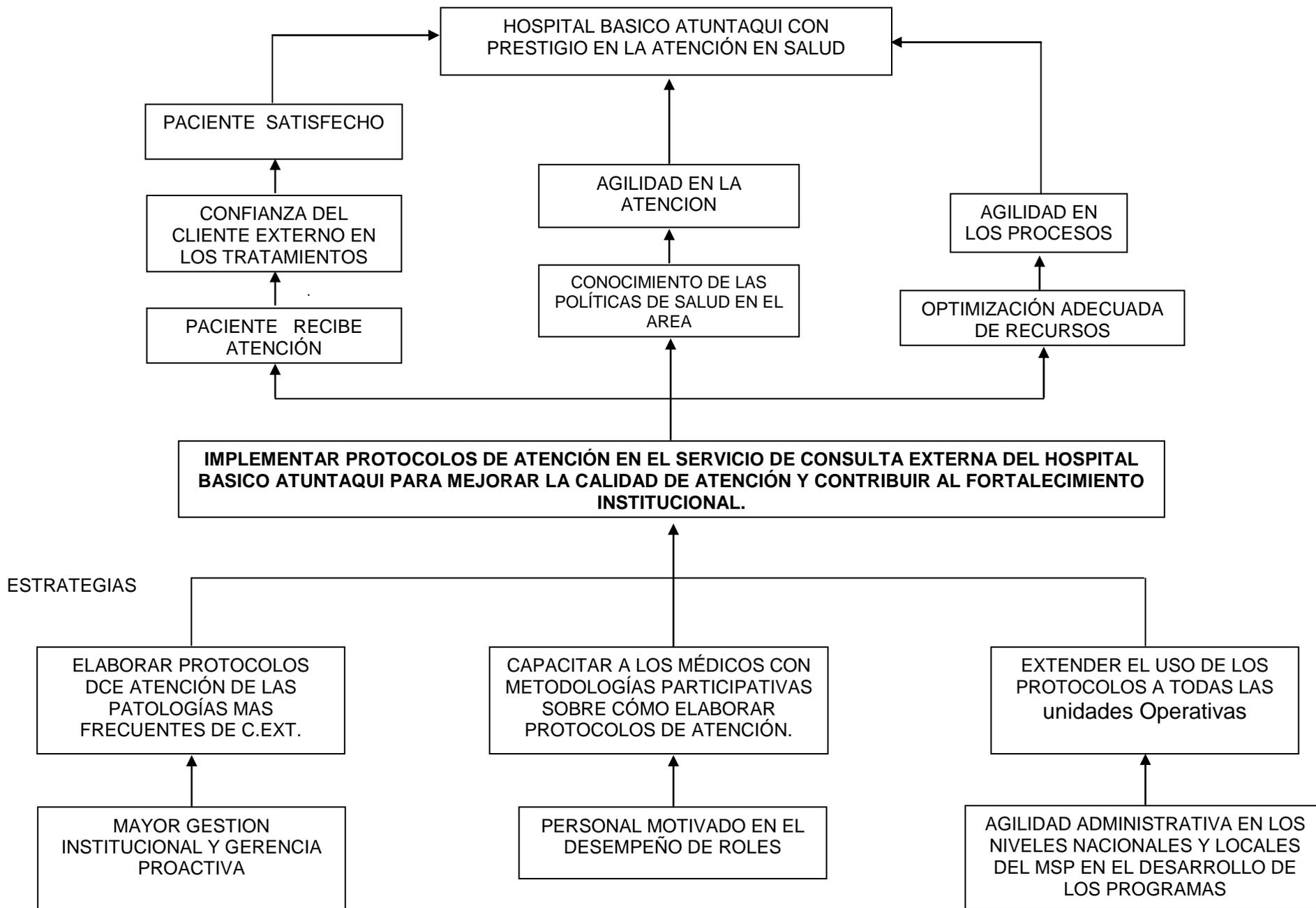
<b>GRUPO Y / O INSTITUCIONES</b>	<b>INTERESES</b>	<b>RECURSOS Y MANDATOS</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>
Dirección Provincial de Salud de Imbabura	Que todas las Unidades Operativas funcionen con calidad y que produzca con eficiencia.	Poder político  Talentos Humanos con capacidad técnica.  Financieros  Hacer cumplir las disposiciones de que todas las U.O. trabajen con Protocolos.	La D.P.S.I. no cumple ni hace cumplir las disposiciones en relación a los protocolos.
Autoridades del Hospital Básico de Atuntaqui UCA	Que el servicio de Consulta Externa funcione con calidad y agilidad, aplicando los protocolos de atención.	Poder político local  Humanos con capacidad técnica.  Infraestructura física.  Financieros  Manual orgánico funcional	No toma decisiones oportunas respecto al uso de protocolos.  Mala calidad de comunicación interna.  Dirección inestable.
Subcentros de Salud del Área # 2	Tener una guía para optimizar su atención.	Capacidad operativa  Documento de Protocolos de atención.	Que el personal médico no aplica los protocolos

Comité de Farmacología	Que los tratamientos sean estandarizados para estandarizar también las adquisiciones.	Talentos humanos. Aplicar el cuadro básico de medicamentos. Velar por que los esquemas Farmacoterapéuticos respondan a los avances de la ciencia y la tecnología	No cumplen con sus funciones
Comité de Usuarias de Maternidad Gratuita	Recibir una atención de calidad	Pobladoras La LMGYAI	No participan en el Comité por no ser convocadas
Médicos, Odontólogos enfermeras de consulta externa del HBA	Brindar una mejor atención para prestigiarse ante la comunidad	Documento de protocolos de atención	Tienen bloqueos operativos por ser medicocentristas
Pacientes que acuden a consulta externa del HBA	Recibir una buen y oportuna atención.	Derechos del Paciente	Ninguno
Maestranteros	Cumplir con los requisitos académicos para graduarse  Ayudar y contribuir en el mejoramiento de la atención	Actitud positiva al cambio. Mandato de la UTP	Ninguno

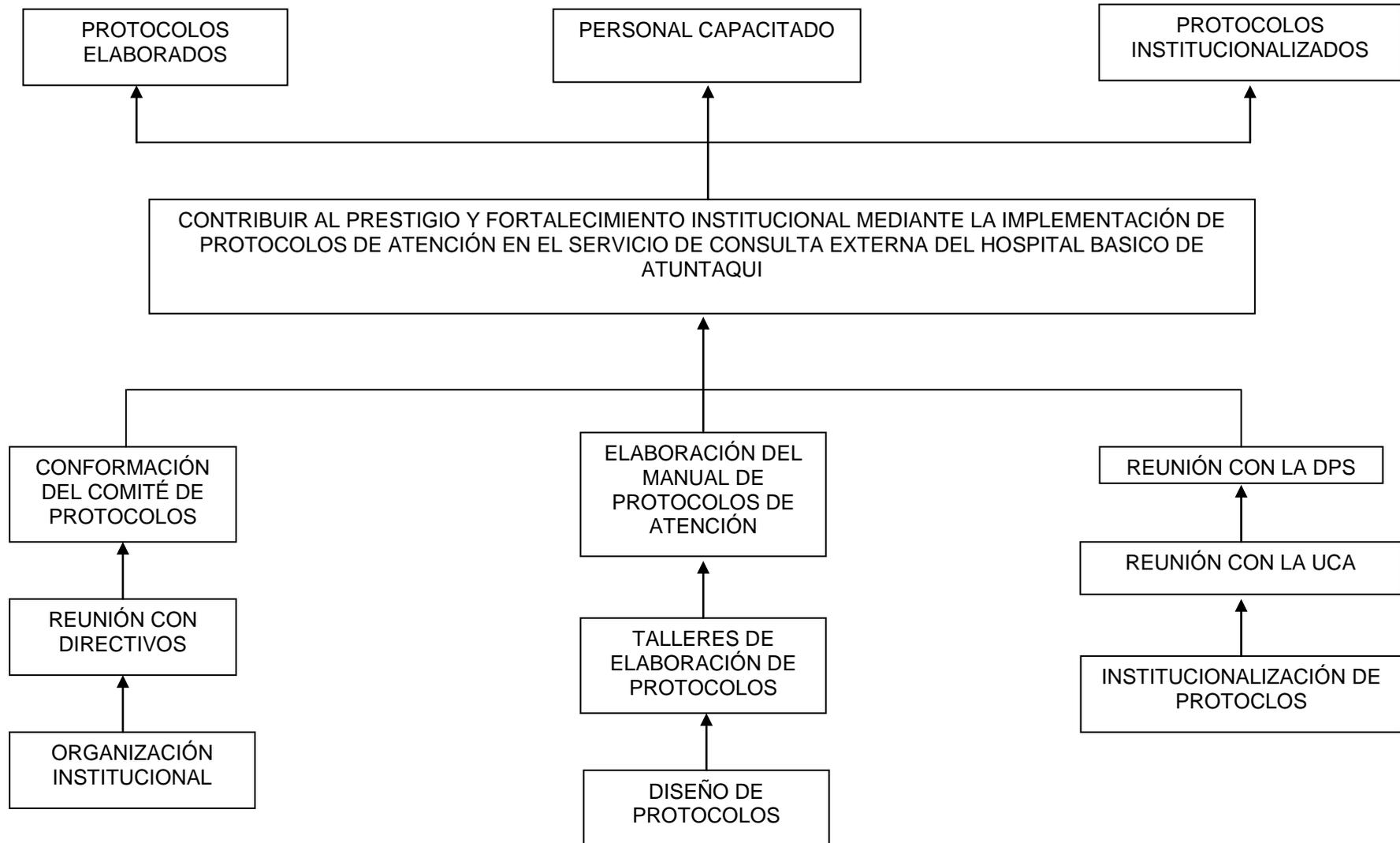
# ARBOL DE PROBLEMAS



## ARBOL DE OBJETIVOS



## ARBOL DE ALTERNATIVAS



## MARCO LÓGICO

	<b>LOGICA DE INTERVENCIÓN</b>	<b>INDICADORES VERIFICABLES</b>	<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN</b>	<b>RIESGOS Y SUPUESTOS</b>
<b>FIN</b>	Implementar protocolos de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Básico Atuntaqui para mejorar la calidad de atención y contribuir tanto al fortalecimiento institucional como al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo de la comunidad.			
<b>PROPÓSITO 1</b>	Capacitar al personal con metodologías participativas sobre cómo elaborar protocolos de atención.	100% del personal está capacitado	Registro de asistentes	Directivos del HBA autorizan asistencia al curso
<b>PROPÓSITO 2</b>	Elaborar protocolos de atención de las patologías mas frecuentes de consulta externa.	Ocho protocolos de atención elaborados	Documento con los protocolos	El comité de protocolos cumple con su trabajo
<b>PROPÓSITO 3</b>	Extender el uso de los protocolos a todas las unidades operativas	4 subcentros disponen de protocolos de atención	Acta de compromiso y entrega de los protocolos	El jefe de área hace suyo el proyecto y lo apoya para su extensión

RESULTADO 1	Clientes internos capacitados sobre como elaborar protocolos y su importancia	100% del personal capacitado	Informes de Talleres de elaboración de los protocolos de atención	Directivos del HBA autorizan asistencia al curso
RESULTADO 2	El servicio de consulta externa del HBA dispone de protocolos de atención, instrumento de protección tanto al cliente interno como al externo	Ocho protocolos disponibles para su aplicación en Consulta Externa	Documento de protocolos de las patologías mas frecuentes	El equipo de trabajo cumple disciplinadamente sus tareas.
RESULTADO 3	El área de influencia del HBA con todos los Subcentros, dispone de protocolos de atención	Cuatro SCS tienen el Documento de protocolos.	Acta de recepción y compromiso	El Jefe de Área autoriza la difusión del documento de protocolos, entre los SCS

PROPÓSITO 1 Capacitar al personal con metodologías participativas sobre cómo elaborar protocolos de atención.

RESULTADO 1.- Clientes internos capacitados sobre como elaborar protocolos y su importancia.

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.-Reunión con directivos para exponer la importancia del proyecto.	Maestranes Directivos del HBA	06-02-06	
2.- Aceptación oficial y respaldo político.	Director del HBA	08-02-06	Oficio de aprobación
3.-Reunión del equipo de trabajo de maestrantes para la planificación y construcción de protocolos	Maestranes	18y26-01-06 15y28-02-06 12y24-03-06 10y20-04-06 14y28-05-06 15y26-06-06 8y18-07-06 10y 20-08-06 01-12-09-06	Material bibliográfico, Internet, papelógrafo, Matriz de protocolos
4.- Socialización del proyecto con autoridades y cliente interno.	Grupo de maestrantes y personal del HBA	10-02-06	Material audiovisual, cámara de fotos. Papelógrafo
5.- Capacitación del cliente interno del HBA sobre los principios fundamentales de los protocolos de atención.	Maestranes y personal médico del HBA	03-07-06	Material audiovisual, carpetas, papelería Matriz de PA
6.- Conformación del Comité de protocolos de atención.	Directivos Maestranes	04-07-06	Acta de conformación

PRÓSITO 2.- Elaborar protocolos de atención de las patologías mas frecuentes de consulta externa.

RESULTADO 2.- El servicio de consulta externa del HBA dispone de protocolos de atención, instrumento de protección tanto al cliente interno como al externo

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
1.- Talleres de trabajo con el comité de protocolos	Maestranes, y comité de protocolos HBA	05-07-06 12-07-06 19-07-06 26-07-06 28-06-06 01-08-06	Material impreso retroproyector papelógrafo
2.- Reunión de consolidación con el comité de protocolos	Maestranes y comité de protocolos	17-08-06	Matriz de protocolos con su corrección
3.-Reunión ampliada de socialización del proyecto de implementación de protocolos.	Maestranes y personal del HBA	18-08-06	Documento de protocolos
4.- Entrega oficial de protocolos para el servicio de consulta externa del HBA	Maestranes, Director del HBA.	18-08-06	Oficio gestión Documento de protocolos de atención
5.- Reunión de coordinación para la aplicación de los protocolos de atención en Consulta Externa del HBA.	Maestranes y comité de protocolos	21-08-06	Documento de protocolos

6.- Aplicación de los protocolos de atención en servicio de consulta Externa del HBA.	Personal técnico del HBA	Del 21-08-06 al 08-09-06	Documento de protocolos de atención
9.- Inicio del proceso de evaluación, monitoreo y seguimiento	Maestranteres	Del 21-08-06 al 08-09-06	Fichas de observación, instrumento de monitoreo
10.- Realización del informe final del proyecto.	Maestranteres	Del 18-08-06 al 08-09-06	Matriz de protocolos
11.-Entrega oficial de protocolos de atención del servicio de Consulta Externa del HBA	Maestranteres	09-08-05	Documento final de protocolos de atención para el servicio de Consulta Externa del HBA

PROPÓSITO 3.- Hacer extensiva la aplicación de los protocolos de atención a toda el área de influencia del HBA.

RESULTADO 3.- Los 4 Subcentros del Área 2 disponen de protocolos de atención para brindar un mejor atención y estandarizada.

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
1.- Se hace extensivo la aplicación de los protocolos a los Subcentros del Área 2	Director del HBA Maestranteres	30-08-06	Oficio gestión documento de protocolos de atención

2.-Se entrega el documento de protocolos a la UCA para que sea aprobado.	Jefe de Área	01-09-06	Documento de protocolos
3.-Se gestiona la institucionalización de los protocolos de atención con la DPSI.	Jefe de Área	12- 09 - 06	Mediante oficio y documento de Protocolos

## VIII. RESULTADOS

Este trabajo de tesis se realizó en Consulta Externa del Hospital Básico Atuntaqui y se propuso fortalecer al mismo en la consecución de su Misión y su Visión, para esto, el Objetivo general de nuestro Proyecto se fusionó con aquellas y se elaboró un gran objetivo como un **FIN**, que dice: Implementar protocolos de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Básico Atuntaqui para mejorar la calidad de atención y contribuir tanto al fortalecimiento institucional como al mejoramiento de la calidad de vida y desarrollo de la comunidad. Para coadyuvar a la consecución de este FIN, definimos varios **PROPÓSITOS**, y que fueron tres:

### **Propósito 1:**

Capacitar al personal con metodologías participativas sobre cómo elaborar protocolos de atención.

### **Propósito 2:**

Elaborar protocolos de atención de las patologías mas frecuentes de consulta externa.

### **Propósito 3:**

Hacer extensiva la aplicación de los protocolos de atención a toda el área de influencia del HBA.

Para conseguir estos PROPÓSITOS, se establecieron lo siguientes

## **RESULTADOS:**

### **Para el Propósito 1**

**Se planteó el Resultado 1** que dice: Clientes internos capacitados sobre como elaborar protocolos y su importancia; con su indicador propuesto: “Que el 100% del personal está capacitado para elaborar protocolos”.

### **Para el Propósito 2**

**Se planteó el Resultado 2** que dice: El servicio de consulta externa del HBA dispone de protocolos de atención, que son un instrumento de protección tanto para el cliente interno como para el externo, con su indicador de: “ocho protocolos disponibles para su aplicación en Consulta Externa”

### **Para el Propósito 3**

**Se planteó el Resultado 3** que dice: Hacer extensiva la aplicación de los protocolos de atención a toda el área de influencia del HBA con su indicador que dice: “Cuatro Subcentros de Salud del Área No 2 disponen del Documento Protocolos de Atención”.

Para lograr el Propósito 1 y el Resultado 1, Se realizaron las siguientes actividades:

a) En consideración y respeto a la autoridad se procedió primero con una reunión con el Director del HBA con la finalidad de exponer el Proyecto de implementación de protocolos de atención y su importancia para la institución.

b) Producto de esa reunión, se obtuvo la aceptación oficial y respaldo político. Obtuvimos de esta manera la autorización y el apoyo necesario para que se lleve a cabo el proyecto. (Ver anexo 3)

c) Se realiza una reunión ampliada de “Socialización del proyecto” con autoridades y el personal que labora en el HBA., obteniendo la participación, colaboración y el entusiasmo para llevar a cabo el proyecto. (Ver anexo 4)

d) Reunión del equipo de trabajo de maestrantes para la planificación y construcción de protocolos, en la que se utilizó material de consulta como: libros, Internet, revistas científicas y diálogos directos con médicos.

e) Capacitación del cliente interno del HBA sobre los principios fundamentales para la elaboración de protocolos de atención.

f) Conformación del Comité de protocolos de atención, quedando integrado por un equipo técnico interdisciplinario, donde se verán reflejados todos los

intereses y opiniones de los involucrados en el tema, como: médicos, odontólogo, obstetriz y enfermera

(Ver anexo 5)

Luego de realizadas todas estas actividades, se obtuvo un indicador que nos dice que el 100% del personal está capacitado sobre la importancia de la utilización de protocolos, que comparado con el indicador propuesto, que era el 100% del personal está capacitado, nos permite decir que se logró el resultado propuesto.

### **CONCLUSIÓN:**

Las capacitaciones dirigidas al personal, con la metodología de “aprender haciendo”, despertó el interés en el personal para elaborar protocolos, demostrando ser un buen método para trabajar con adultos y obtener resultados inmediatos.

### **RECOMENDACIÓN:**

Se recomienda al Director del Hospital que implemente un plan de, capacitación al personal.

Para lograr el Propósito 2 y el Resultado 2, se realizaron las siguientes actividades:

a) Una vez conformado el Comité de Protocolos, nos reunimos en siete sesiones con el mismo, para iniciar un proceso de aprendizaje y elaboración de protocolos, identificando y poniendo en práctica los métodos, técnicas y procedimientos para hacerlos.

(Ver anexo 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

b) Luego de ese trabajo de elaboración de protocolos, nos reunimos para consolidar y sistematizar la experiencia con el Comité de Protocolos. Aquí se hicieron todos los ajustes necesarios y los protocolos quedaron listos. ( Ver anexo 13)

c) Con este producto, se realizó una reunión ampliada de socialización del documento elaborado en colectivo y conteniendo ocho Protocolos. (Ver anexo 14)

d) A continuación se hizo la entrega oficial de los protocolos al Director para que disponga su aplicación inmediata en todos los niveles del Área de Salud, iniciando con el Servicio de Consulta Externa, el de Estadística, en preconsulta y postconsulta. (Ver anexo 15)

- e) Con todos estos antecedentes, comenzó la Aplicación de los protocolos de atención en Consulta Externa del Hospital, previo una reunión con la Coordinación y Comité de Protocolos. (Ver anexo 16)
  
- f) Como nosotros consideramos que esto es un proceso, es importante que se haga un seguimiento técnico en base a la evaluación, monitoreo y supervisión. (Ver anexo 17)
  
- g) Con toda la información recolectada en el cumplimiento de los puntos anteriores, realizamos un informe final del proyecto.
  
- h) Finalmente, se realiza la entrega oficial de ocho protocolos de atención para los servicios de Consulta Externa: médico, odontológico, obstetricia, enfermería y coordinaciones. (Ver anexo 18)

Luego de realizadas todas estas actividades, se obtuvo un indicador de resultado de la aplicación de ocho protocolos de atención médica para el servicio de Consulta Externa del Hospital Básico Atuntaqui, que comparado con el indicador propuesto, que era de elaborar ocho protocolos de atención médica disponibles para su aplicación en Consulta Externa, lo que nos permite decir que se logró el resultado propuesto.

## **CONCLUSIÓN**

Se puede asegurar que la construcción colectiva de Protocolos, facilitados por los maestrantes, y utilizando la técnica andragógica correcta, da muy buenos resultados. Desde lo técnico, existen los protocolos, desde lo administrativo, se racionaliza el uso de recursos y desde lo humano, eleva el autoestima, genera confianza entre los profesionales y sobre todo, al ser elaborados tomando en cuenta opiniones y sugerencias de los involucrados (clientes internos) crea mayor interés y motivación para mejorar la atención.

## **RECOMENDACIÓN**

- Se Recomienda al Director del Hospital que implemente un plan de actualización permanente de los protocolos, utilizando como método el Taller.
- Que el Comité de protocolos siga vigilante en la aplicación de los mismos.

Para lograr el Propósito 3 y el Resultado 3, se realizaron las siguientes actividades:

- a) Se mantiene una reunión con el Director del Hospital y se le exhorta para que el manejo de Protocolos se universalice en toda el Área a través de los

Subcentros de salud, efectivamente, el Director se motiva y autoriza que los cuatro SCS tengan los protocolos elaborados y los apliquen. (Ver anexo 19)

b) El señor Director pone en consideración de la UCA , el documento el mismo que es aceptado para su implementación. (Ver anexo 20)

c) Este importante avance técnico, no obstante su obvia utilidad, y la urgente necesidad de aplicarlos, para lo cual el grupo de maestrantes oficia al señor Director del HBA. Para que de el trámite correspondiente ya que se necesita del aval de la DPSI. Así se ha procedido y al momento el trámite se encuentra en la Dirección Provincial. (Ver anexo 21-22)

Luego de realizadas todas estas actividades, se obtuvo un indicador que coincide con el indicador propuesto y es que toda el Área N° 2 se encuentre manejando los protocolos de atención. Esto ya es una realidad que nos permite decir que se logró el resultado propuesto.

## **CONCLUSIÓN**

1. Se ha demostrado que es posible iniciar una transformación que le apuesta al aprovechamiento de la ciencia al servicio del ser humano, los Protocolos son una expresión de ello.

2. Se ha demostrado también que el trabajo colectivo, el interés académico y la autoridad conciente pueden hacer sinergia y cambiar realidades en toda un Área de Salud como es la de Atuntaqui.
  
3. Se puede concluir también que los técnicos de la DPSI no han tenido ni tienen ingerencia técnica en “el mundo” de las Áreas de Salud que son la unidad funcional del sistema nacional de salud..

### **RECOMENDACION**

1. Que el señor Director Provincial de Salud, haga extensiva la utilización de protocolos de Atención en todas las Áreas de la provincia.
  
2. Se recomienda al Jefe de Área que elabore un plan de seguimiento y evaluación permanente del uso de los protocolos.
  
3. Se recomienda también que el Comité de Protocolos actualice los mismos cada seis meses y que elabore más protocolos para cubrir el 100% de las patologías de Consulta Externa.

## **IX. CONCLUSIONES**

1. Las capacitaciones dirigidas al personal, con la metodología de “aprender haciendo”, despertó el interés en el personal para elaborar protocolos, demostrando ser un buen método para trabajar con adultos y obtener resultados inmediatos.
2. Se puede asegurar que la construcción colectiva de Protocolos, facilitados por los maestrantes, y utilizando la técnica andragógica correcta, da muy buenos resultados. Desde lo técnico, existen los protocolos, desde lo administrativo, se racionaliza el uso de recursos y desde lo humano, eleva el autoestima, genera confianza entre los profesionales y sobre todo, al ser elaborados tomando en cuenta opiniones y sugerencias de los involucrados (clientes internos) crea mayor interés y motivación para mejorar la atención.
3. Se ha demostrado que es posible iniciar una transformación que le apuesta al aprovechamiento de la ciencia al servicio del ser humano, los Protocolos son una expresión de ello.

4. Se ha demostrado también que el trabajo colectivo, el interés académico y la autoridad conciente pueden hacer sinergia y cambiar realidades en toda un Área de Salud como es la de Atuntaqui.
  
5. Se puede concluir también que los técnicos de la DPSI no han tenido ni tienen ingerencia técnica en “el mundo” de las Áreas de Salud que son la unidad funcional del sistema nacional de salud.

## **X RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al Director del Hospital que implemente un plan de actualización permanente de los protocolos, utilizando como método el Taller.
2. Que el Comité de protocolos siga vigilante en la aplicación de los mismos
3. Que el señor Director Provincial de Salud, haga extensiva la utilización de protocolos de Atención en todas las Áreas de la provincia.
4. Se recomienda al Jefe de Área que elabore un plan de seguimiento y evaluación permanente del uso de los protocolos.
5. Se recomienda también que el Comité de Protocolos actualice los mismos cada seis meses y que elabore más protocolos para cubrir el 100% de las patologías de Consulta Externa.

## XI. BIBLIOGRAFÍA

- ALMINATI, Kattia (2004). Investigación en Salud. Quito-Ecuador
- BURGUAL. Gerrit y CUELLAR, Juan Carlos. (1999). Planificación Estratégica
- EGG, Ezequiel y AGUILAR, María José. (2004). Como elaborar un proyecto. 16ª edición. Argentina.
- H.B.A. Atuntaqui. (2004). Datos estadísticos
- H.B.A. Atuntaqui. (1984). Manual Orgánico Funcional del Hospital Centro de Salud Atuntaqui.
- MARTINEZ, Emmanuel. (2001) Constitución Política de la República del Ecuador. Legislación Codificada. Quito Ecuador
- M.S.P. MODERSA. (2004). Manual Para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes y Usuarios. Quito – Ecuador.
- M.S.P. (1993) manual de Organización de las Áreas de Salud. Sistema Regionalizado de Servicios. Capacidad Resolutiva de las Unidades y Áreas de Salud. Quito – Ecuador.
- POSSO, Miguel. (2004). Metodología para el Trabajo de Grado. Tesis y proyectos, 1ª edición. Ibarra – Ecuador.
- VELASCO, María de Lourdes. (2005). Planificación Estratégica Aplicada a la Salud. Quito - Ecuador
- FARRERAS, Rozman. (2003). Medicina Interna. Décimo tercera Edición

- GHIRIBOGA, Enrique. Y OTROS. (1980). Pediatría Clínica en la Práctica Médica. U. C. E. Quito – Ecuador.
- J. B. Wyngaarden. Ll. H. Smith. CECIL, (1988). Tratado de Medicina Interna. 17ª Edición. México.
- MSP. ( 1989). Manual de Normas y Procedimientos para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas. Ecuador
- BUSCANDO REMEDIO. Atención básica y uso de medicamentos esenciales. Guía de Aprendizaje. Quito – Ecuador. 1994.
- M. S. P. – (2001) Texto Guía para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). ops/oms - unicef - basics/usaid – afeme. Ecuador
- GHIRIBOGA, Enrique. Y otros. Pediatría Clínica en la Practica Médica. U. C. E. Quito – 1980.
- J. B. Wyngaarden. Ll. H. Smith. CECIL,(1988) Ttratado de Medicina Interna. 17ª Edición México
- MSP. (1989). Manual de Normas y Procedimientos para el control de las Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas. Ecuador.
- MSP - (1993). Manual de Normas y Procedimientos para el Control de las Infecciones Respiratorias Agudas. Ecuador.

- MSP. Control de Infecciones Respiratorias Agudas. Dirección de Fomento y Protección. División de Salud Materno Infantil. UNFPA, OPS, USAID, UNICEF. Ecuador
- BUSCANDO REMEDIO. (1994) Atención básica y uso de medicamentos esenciales. Guía de Aprendizaje. Quito – Ecuador.
- M. S. P. (2001). Texto Guía para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI). OPS/OMS - UNICEF - BASICS/USAID – AFEME. Ecuador.
- El manual MERCK, De Diagnóstico y Terapéutica, Ediciones Dayana, Octava Edición.
- KRUPP Marcus A., CHATTON Milton J. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 12ª Edición.
- BURNETT George W. SCHERP Henry W. SCHUSTER George.(1988) Manual de Microbiología y Enfermedades Infecciosas de la Boca. Segundo tomo. Editorial Limusa. México
- FORREST John O. Odontología Preventiva. Editorial El Manual Moderno S.A. México 1990.

**ANEXOS**

## HOSPITAL BÁSICO DE ATUNTAQUI



## PERSONAL DEL HOSPITAL



**Talleres de análisis de Protocolos con el Comité de Protocolos**





**Talleres de Elaboración de Protocolos**



**Socialización del Proyecto**

**Entrega oficial del documento de Protocolos de Atención de Consulta Externa al Director del Hospital Básico de Atuntaqui**



## Reunión ampliada de Socialización del Proyecto de Protocolos





**Entrega del Documento de Protocolos al Subcentro de Salud de San Roque**



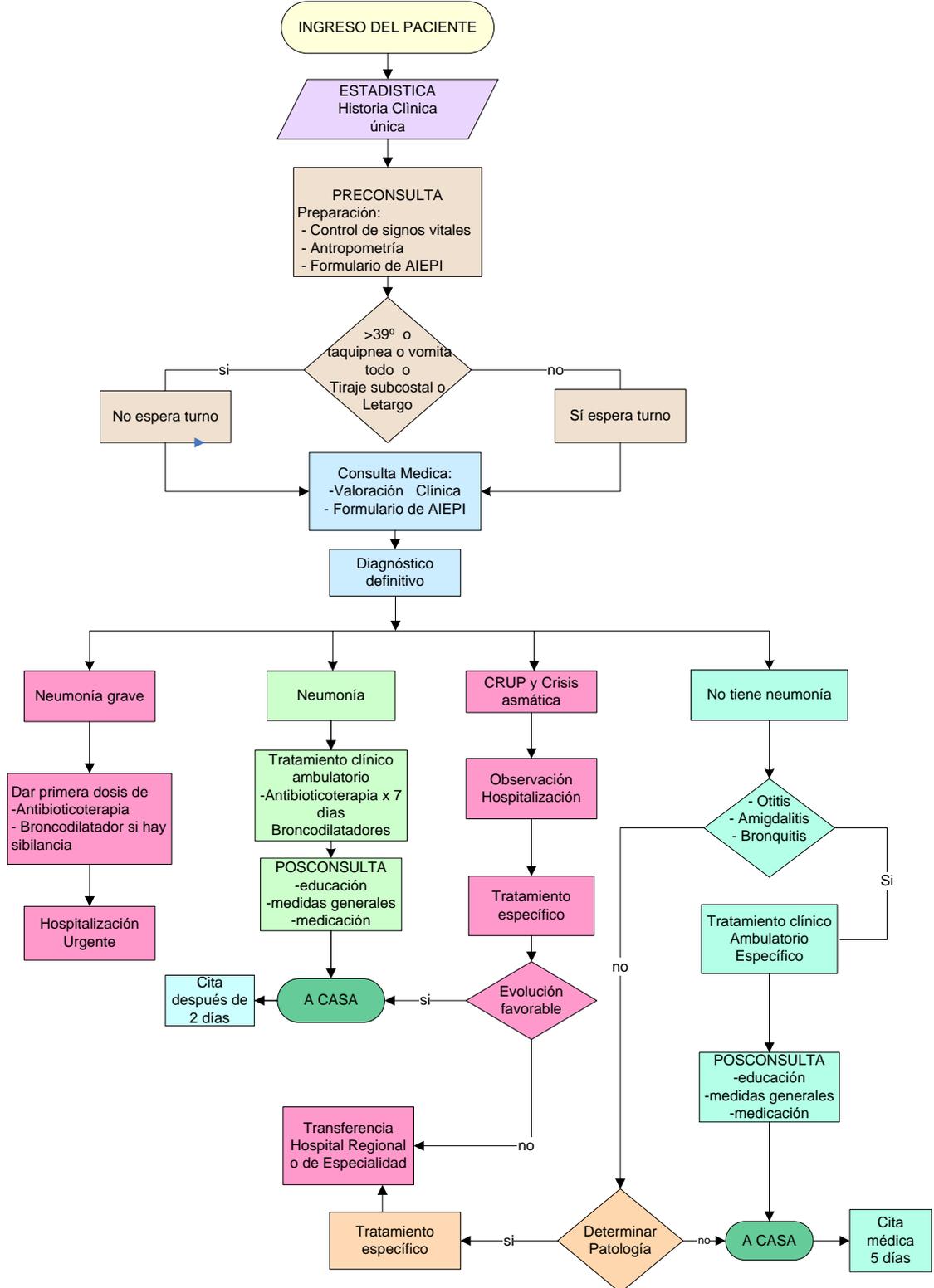
**Personal que labora en el Subcentro de Salud de San Roque**

# ALGORITMOS

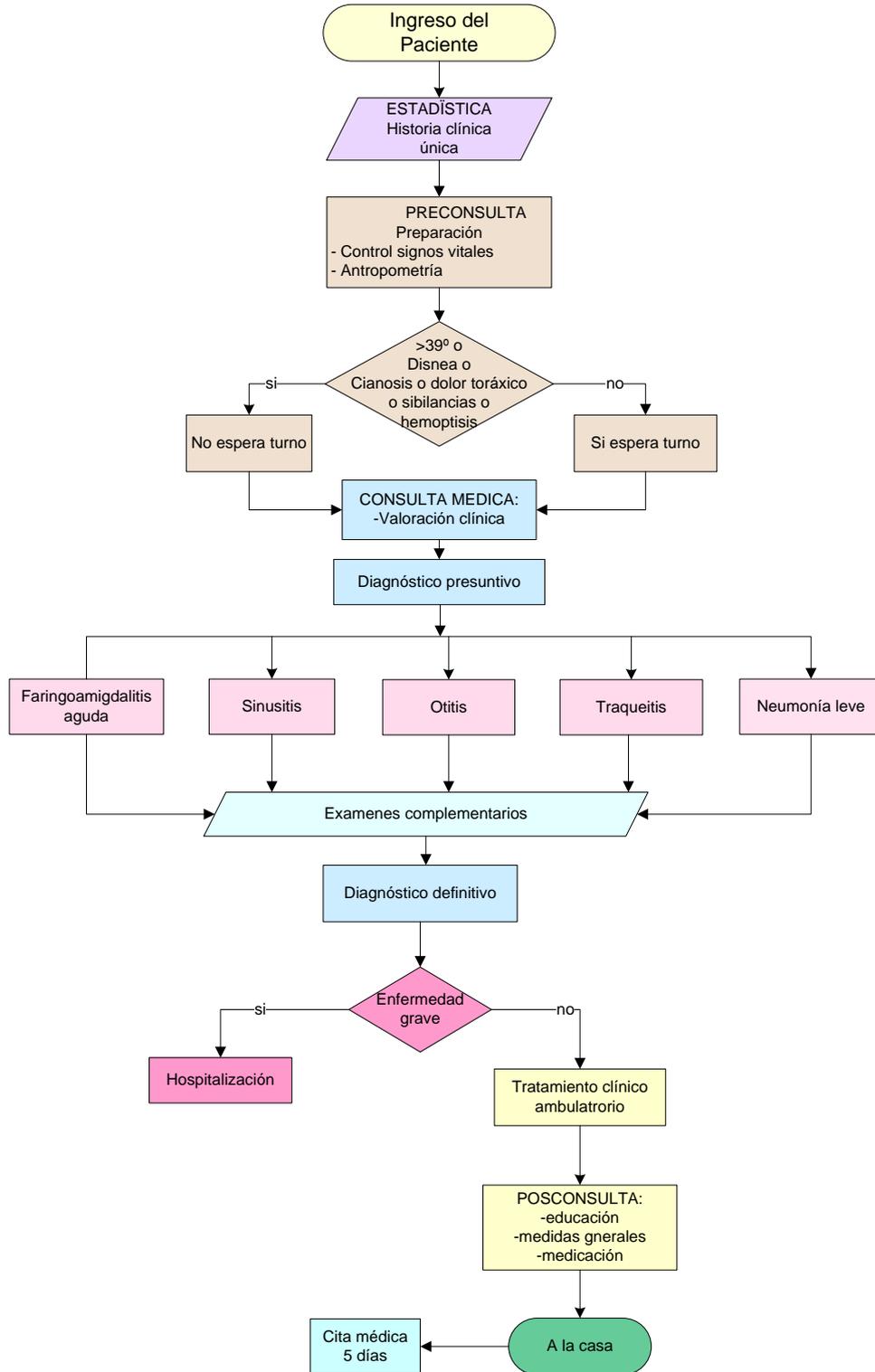
**Algoritmos de las ocho patologías más frecuentes de Consulta Externa del Hospital Básico de Atuntaqui**

- 1. Infecciones Respiratorias Agudas**
- 2. Enfermedades Diarreicas Agudas**
- 3. Desnutrición**
- 4. Infecciones de Vías Urinarias**
- 5. Patologías Cutáneas**
- 6. Lumbalgias**
- 7. Amenaza de Aborto**
- 8. Caries Dental**

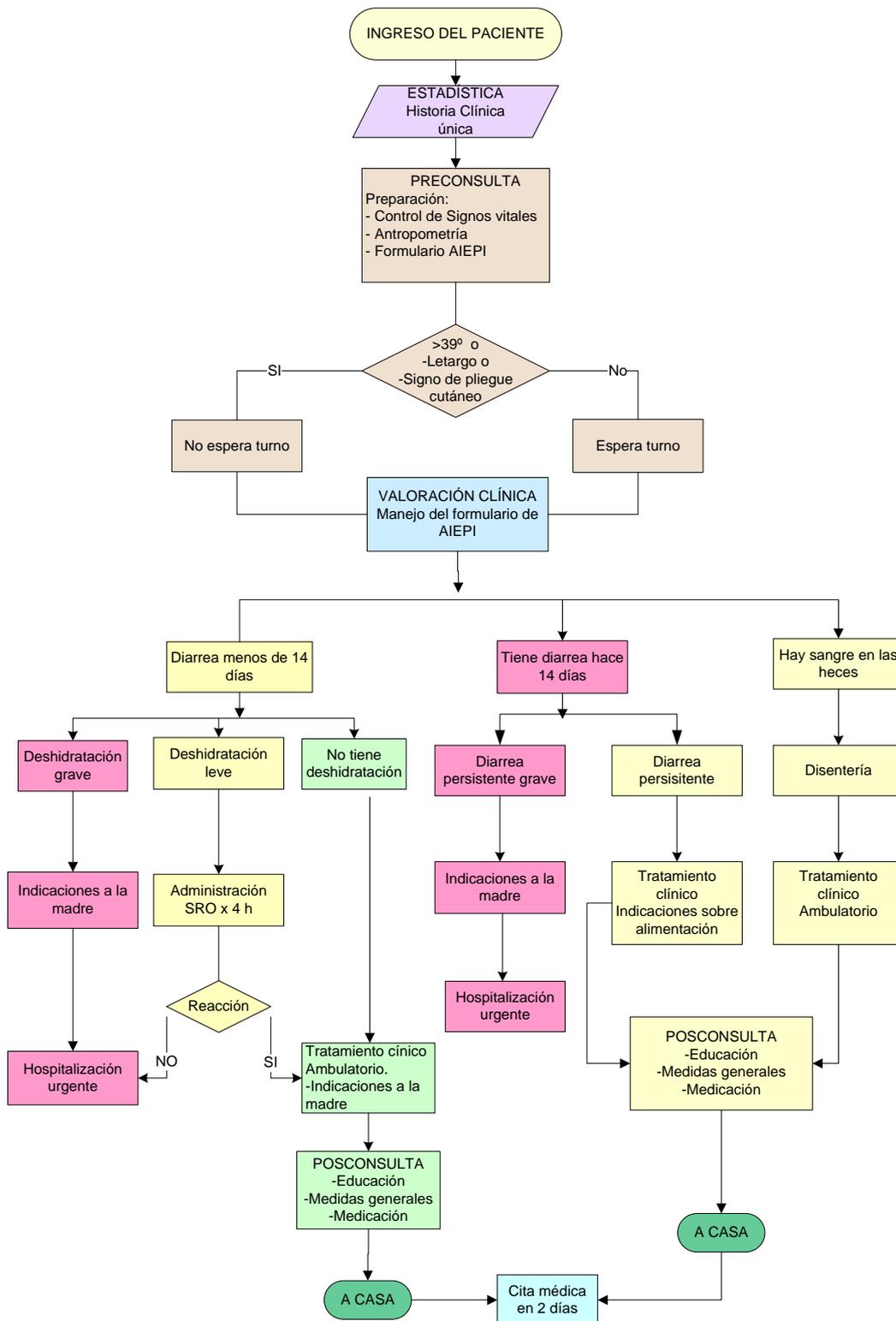
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON  
IRA MENORES DE 5 AÑOS



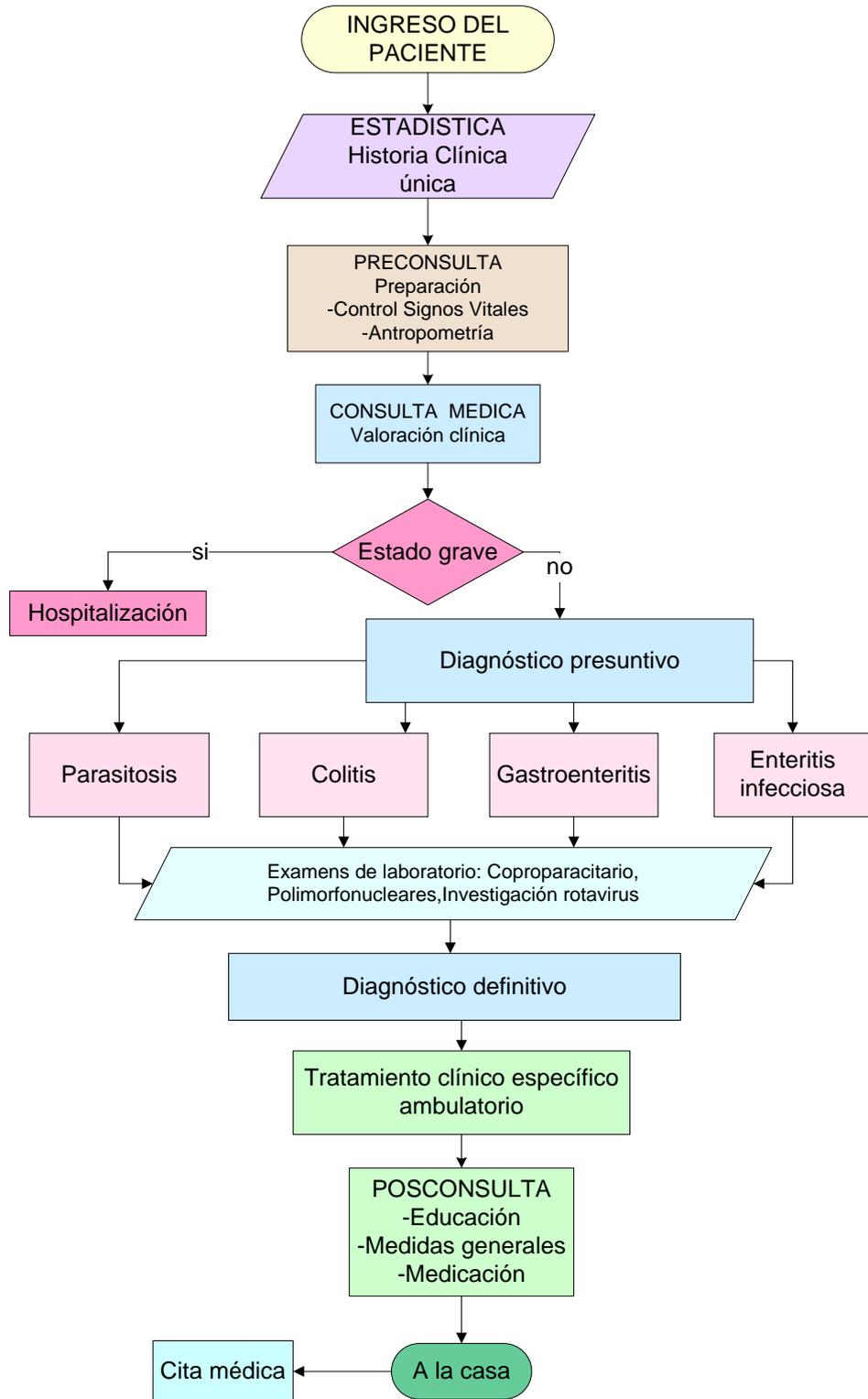
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON  
IRA MAYORES DE 5 AÑOS



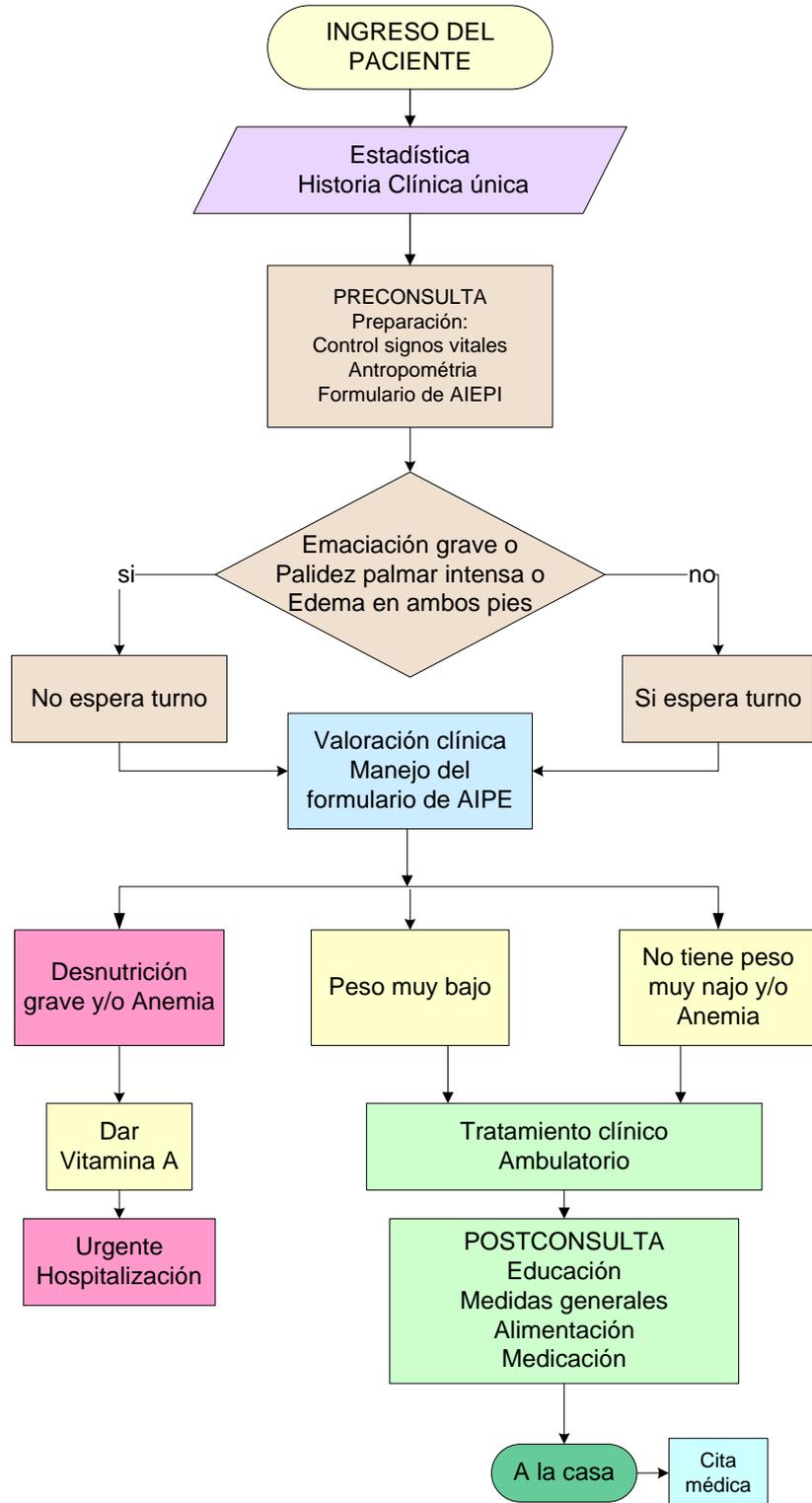
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON EDA MENORES DE CINCO AÑOS



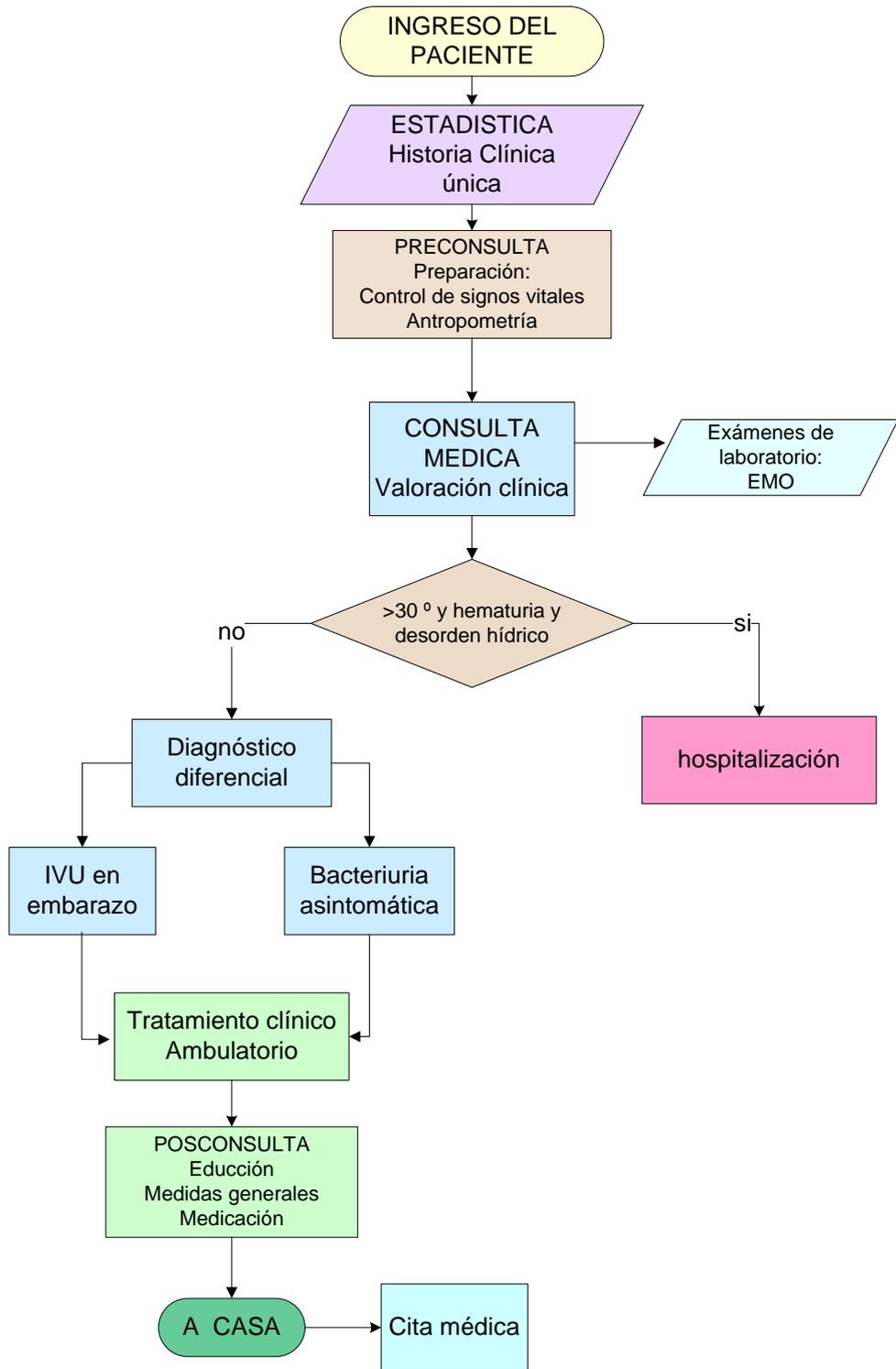
# PROTOCOLO EN ENFERMEDAD INFECCIOSA INTESTINAL



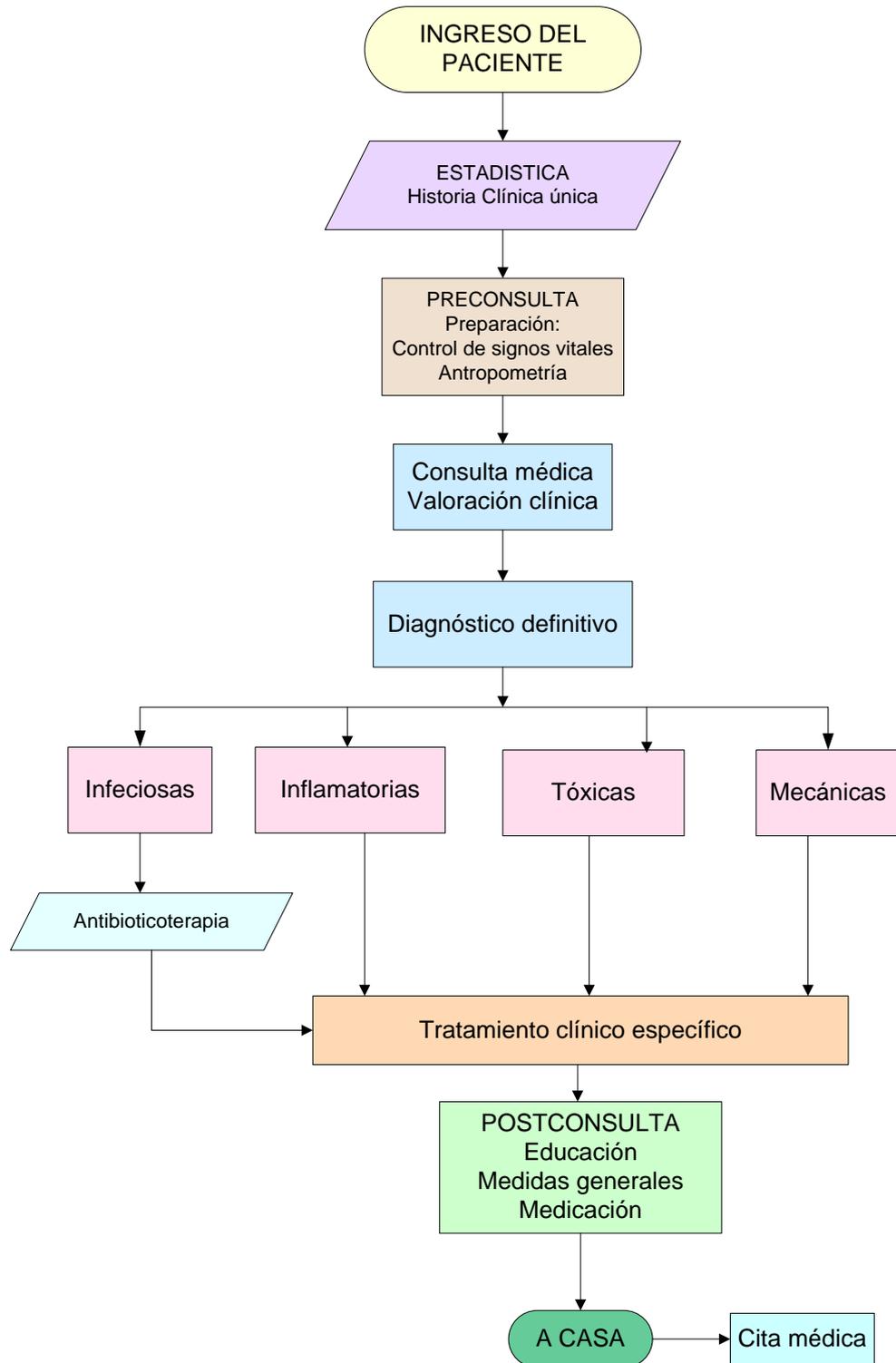
PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON  
DESNUTRICIÓN MENORES DE 5 AÑOS



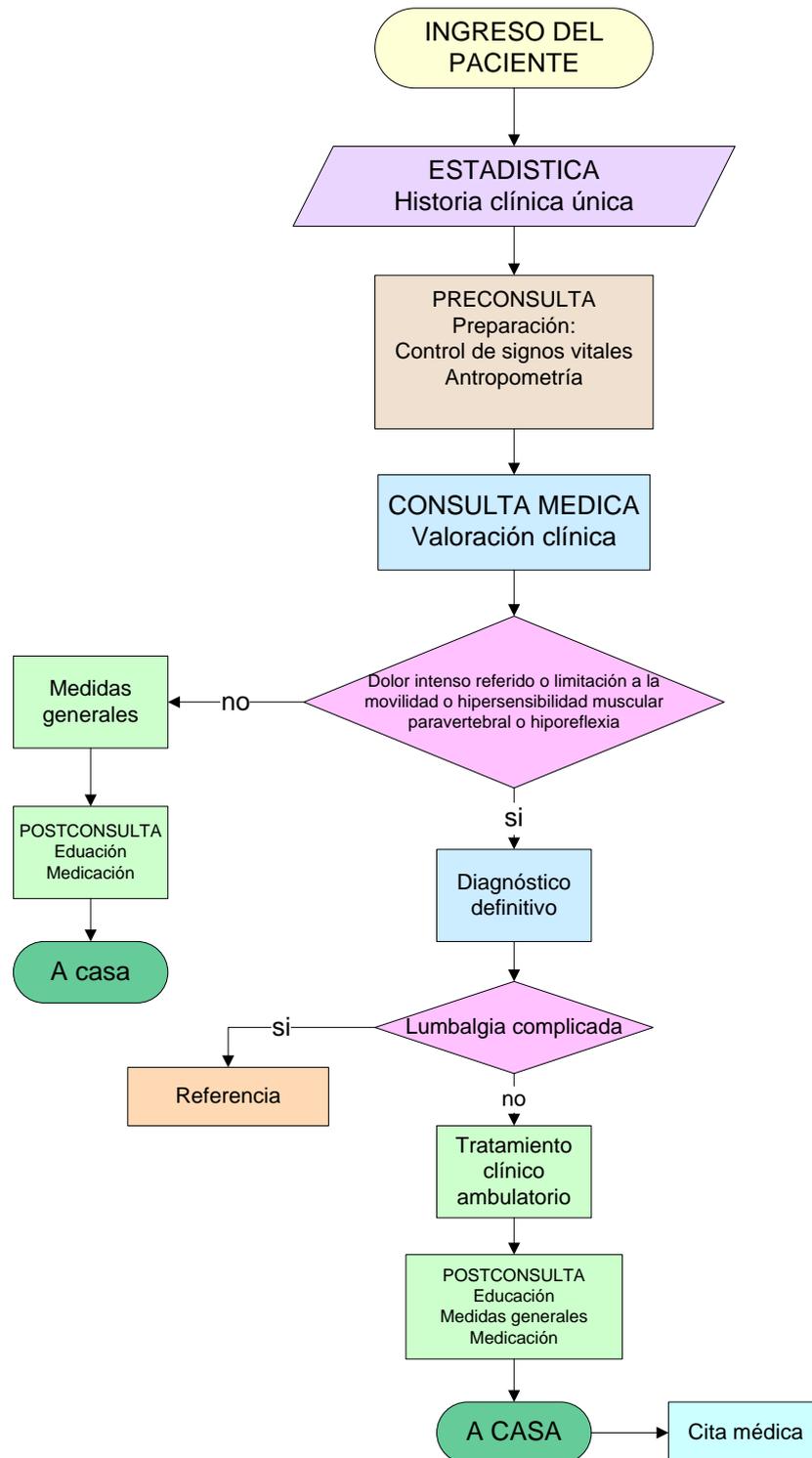
ENFERMEADES INFECCIOSAS DE LAS VIAS URINARIAS



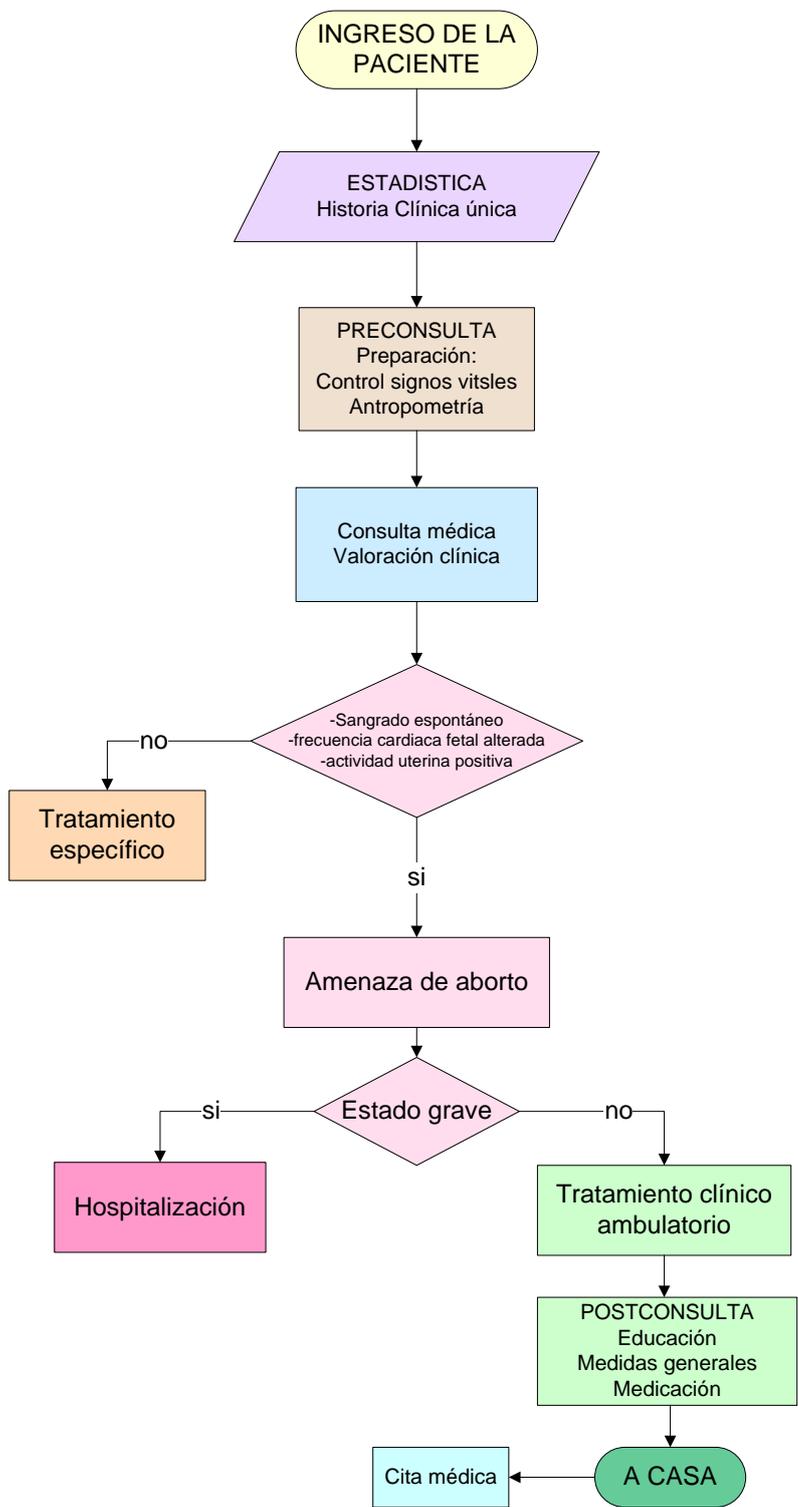
## PROTOCOLOS EN PATOLOGÍAS CUTÁNEAS



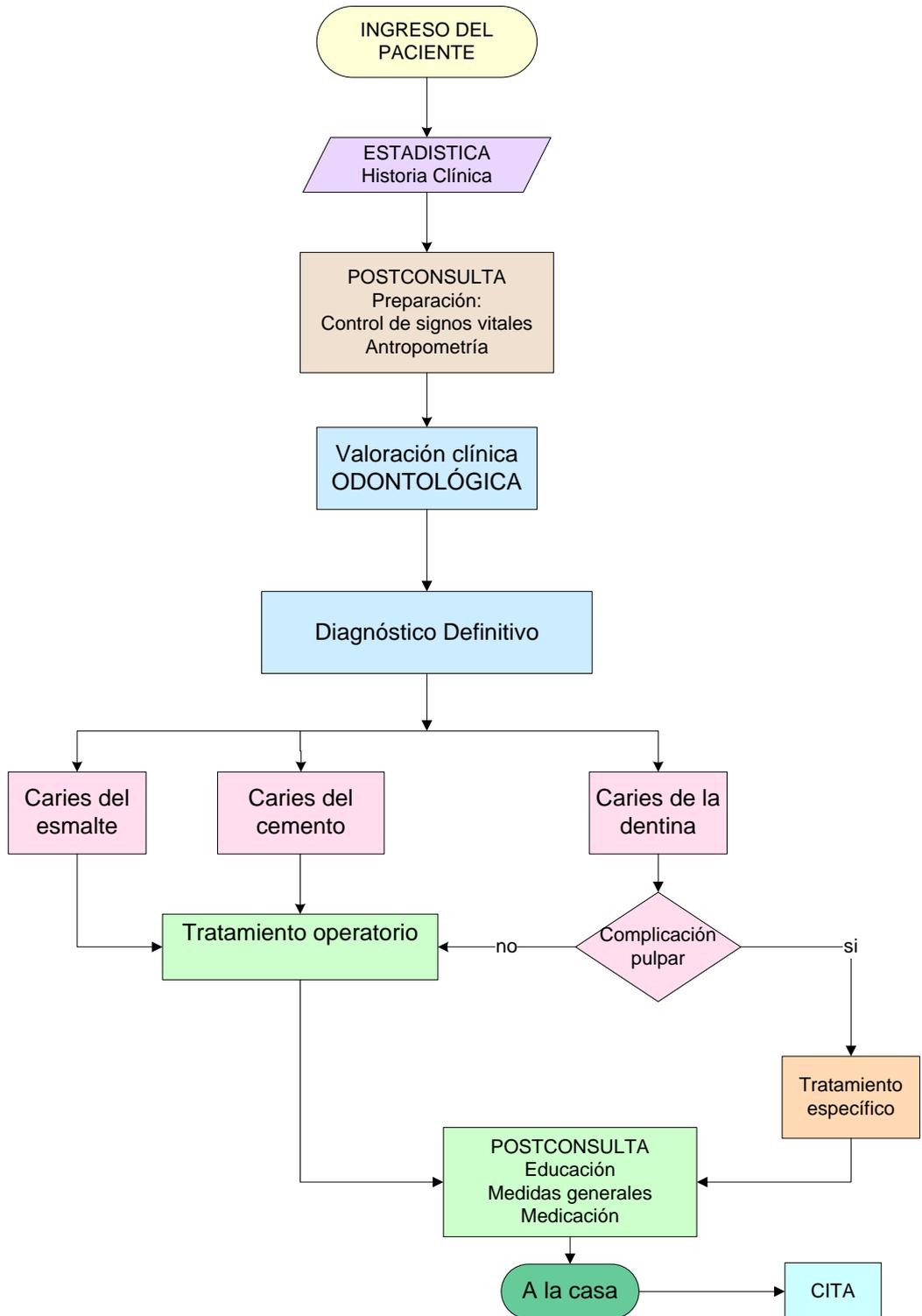
## PROTOCOLO DE LUMBALGIAS



# PROTOCOLO EN AMENAZA DE ABORTO



PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES  
CON CARIES DENTAL



## **I. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

### **II. DEFINICIÓN**

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos.

### **III. ETIOLOGÍA**

El 80 al 90% de los cuadros de IRAS son de etiología viral. Los grupos más importantes corresponden a *rinovirus*, *corono virus*, *adenovirus*, influenza, parainfluenza, *virus sincitial* respiratorio (VRS) y algunos *enterovirus*. Dentro de cada uno de ellos existen, a su vez numerosos serotipos por lo que el número de posibles agentes patógenos para la vía respiratoria haciendo al menos a 150, pudiendo incluso producir reinfección por reexposición. A pesar que todos pueden afectar varios niveles en la vía respiratoria, cada uno tiende a producir un síndrome característico lo que permite diferenciarlos clínicamente. La etiología bacteriana, de mucha menor frecuencia, está relacionada a algunos cuadros específicos de IRA alta, como otitis mediana aguda, sinusitis, adenoiditis y la faringoamigdalitis.

#### **IV. FISIOPATOLOGÍA**

El período de incubación de las IRAS es corto, de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada.

El contagio se realiza por vía aérea, a través de gotas de Pflugger o por vía directa a través de objetos contaminados con secreciones. La infección se propaga por vecindad en la vía respiratoria hacia las regiones colindantes, sin necesidad de pasar a través de la sangre.

#### **V. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

- Variación climática: con aparición epidémica en la época de mayor humedad ambiental.
- Hacinamiento
- Desnutrición
- Contaminación del medio ambiente
- Uso inadecuado de antibióticos y auto formulación
- Factores intrínsecos del huésped
- Sexo y edad: parecen ser más frecuente en los varones
- Falta de alimentación materna

El sistema respiratorio está expuesto a la acción de numerosos agentes infecciosos que pueden ingresar por vía aérea (inhalación o aspiración) o por vía hematológica.

**Factores protectores:**

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición
- Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, Haemophilus influenzae y BCG.

**VI. CUADRO CLINICO**

El periodo de incubación de las IRAS es corto de 1 a 3 días. Esto se debe principalmente a que el órgano blanco de la infección es la misma mucosa respiratoria que sirvió como puerta de entrada.

Las infecciones respiratorias se manifiestan por uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Dificultad respiratoria
- Estridor
- Respiración rápida

- Tiraje subcostal e intercostal
- Tos
- Dolor de garganta o enrojecimiento de ésta
- Otagia
- Otorrea
- Rinorrea
- Obstrucción nasal
- Quejido respiratorio
- Cianosis
- Todos estos síntomas pueden acompañarse con o sin fiebre.

## **CLASIFICACIÓN**

Se clasifican de acuerdo a la ubicación: infecciones a nivel de vías respiratorias bajas e infecciones a nivel de vías respiratorias altas.

### **Infecciones respiratorias de vías respiratorias altas:**

Conocidas como infecciones respiratorias agudas altas que comprenden los siguientes órganos: Boca, Fosas nasales, faringe, Laringe y Tráquea.

Enfermedades más frecuentes:

## **I. RINOFARINGITIS (CATARRO COMÚN)**

### **II. DEFINICIÓN**

Es una enfermedad viral aguda, autolimitada de carácter benigno y transmisible.

### **III. ETIOLOGÍA**

Los virus más implicados son: *rhinovirus*, *adenivirus*, *coronavirus*, *parainfluenza sincicial* respiratoria.

### **IV. CUADRO CLÍNICO**

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.

Se caracteriza por diferentes grados de manifestaciones, dependiendo de la edad del paciente. En los menores de tres meses la coriza es el único síntoma y la fiebre es rara o discreta. En los lactantes mayores de tres meses quienes generalmente tienen fiebre irritabilidad. En los niños mayores al igual que en los adultos, el inicio de la enfermedad se caracteriza, en 80% de las veces, por la presencia de malestar general, cefalea, ardor de garganta, tos, irritación nasal y escurrimiento nasal posterior.

El antecedente epidemiológico actual constituye a establecer el diagnóstico, pero el cuadro clínico que es característico y autolimitado es la base del diagnóstico. En el diagnóstico diferencial hay que tomar en cuenta que algunas enfermedades pueden empezar como resfriado común, entre ellas sarampión, tos ferina, a los síntomas iniciales siguen rápidamente los síntomas propios de cada enfermedad.

## **V. TRATAMIENTO**

No existe tratamiento específico, los antibióticos no afectan el curso de la enfermedad, no disminuye la incidencia de las infecciones bacterianas, generalmente se recomienda reposo en cama.

Es importante recordar que el resfriado común es una enfermedad autolimitada, de pronóstico bueno, por lo cual más que recetar cualquier medicamento, debe explicársele adecuadamente a la familia el curso usual de

la enfermedad y que cualquier alteración en la secuencia habitual tanto en la duración como en la intensidad de los síntomas, sirva para detectar posibles complicaciones.

## **I. FARINGITIS Y FARINGOAMIGDALITIS**

### **II. DEFINICIÓN**

Es la inflamación de las estructuras mucosas y submucosas de la garganta. Clínicamente existen tres entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando.

### **III. ETIOLOGÍA**

Son procesos infecciosos debido a virus y bacterias; los virus causan entre un 80 y un 90% de la faringitis tanto en niños como en adultos.

Dentro de las causas bacterianas se encuentran en *estreptococo beta hemolítico grupo A (EBHA)* *estreptococo beta hemolítico grupo "O"*, *Mycoplasma* y otros estreptococos.

La bacteria más frecuente de faringitis es el *Streptococcus* del grupo A (*Streptococcus pyogenes*). Este microorganismo puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurativas (absceso periamigdalario y retrofaringeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por *Streptococcus*, fiebre reumática y glomerulonefritis poststreptocócica aguda) es responsable de cerca del 15% de los

#### **IV. CUADRO CLINICO**

Presentan, un aumento de tamaño las vegetaciones adenoides, casi siempre habrá obstrucción nasal, respiración bucal y ronquido nocturno.

Los signos clásicos de la faringoamigdalitis estreptocócica son: fiebre, inflamación faríngea, adenopatía cervical dolorosa, hipertrofia y congestión de amígdalas y faringe cubiertas por un exudado purulento; pueden existir también petequias en paladar blando.

Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza. Los pacientes presentan carraspera o dolor de garganta, así como coriza y tos.

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica, puede basarse en las consideraciones clínicas y epidemiológicas, pero es necesario tener presente que aún reuniendo todas las características para ello, la especificidad de diagnóstico clínico es de un 50% - 60%, cifra útil, ante situaciones con dificultad de contar con exámenes confirmatorios y presencia de otros factores de riesgo asociados como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, etc. Y es en si la conducta ampliamente utilizada y recomendada en la práctica diaria de la mayor parte de las condiciones en que se atienden niños en nuestro país.

El único método certero de laboratorio continúa siendo el cultivo faríngeo. Sin embargo hoy se dispone de métodos de aglutinación del látex que permiten una rápida aproximación diagnóstica, con una sensibilidad alrededor del 90% y especificidad sobre el 95%.

## **V. TRATAMIENTO**

Los analgésicos, incluyendo la Aspirina, el Ibuprofeno y el Acetaminofen, pueden ser útiles para la molestia de la garganta y la fiebre. La aspirina, debe evitarse por el riesgo del Síndrome de Reye en relación con enfermedades tipo influenza o varicela. Usualmente se trata con medicaciones sintomáticos, aunque la terapia con agentes tales como el Aciclovir, el Clorhidrato de Amantadita y la Ribavirina puede ser beneficiosa. El manejo del paciente

depende de la factibilidad que tengamos para hacer el diagnóstico bacteriológico. Si no contamos con esta ayuda debemos basarnos en el cuadro clínico

## **I. SINUSITIS**

### **II. DEFINICIÓN**

Es una enfermedad frecuente que se debe a la infección de uno o más de los senos paranasales.

### **III. ETIOLOGÍA**

La causa primaria que conduce a la sinusitis es la obstrucción de los orificios de los senos. Con esta obstrucción, la circulación sanguínea y la ventilación de la cavidad sinusal son menos, lo que da lugar a un descenso de la PO<sub>2</sub> que favorece el crecimiento bacteriano. La infección puede ser aguda, intermitente o crónica. Los causantes más habituales son las bacterias, aunque etiologías víricas y raramente micóticas también producen sinusitis.

#### **IV. CUADRO CLINICO**

Los síntomas más frecuentes de sinusitis aguda son cefalea, secreción muco purulentas y fiebre. Otros síntomas son la epistaxis, malestar general, tos, hiposmia, dolor a la masticación y afonía. En los niños con sinusitis crónica, la tos es la queja más habitual; la fiebre es menos frecuente. Los pacientes con sinusitis crónica presentan por lo general secreción posnasal purulenta, congestión nasal, cefaleas, tos, halitosis y rinorrea crónica.

En el examen clínico, puede visualizarse una mucosa nasal roja, edematosa, con secreción nasal purulenta, asociada con sensibilidad del seno a la presión. Por el contrario, la exploración física en la sinusitis crónica puede ser normal o revelar pólipos nasales o secreción nasal purulenta. Las técnicas radiográficas de imagen, como la RX de senos y la tomografía computarizada, deben reservarse para problemas diagnósticos difíciles y para las sinusitis insensibles a los antibióticos.

#### **V. TRATAMIENTO**

La terapéutica médica actual se dirige a tratar la infección y a lograr el drenaje de los senos.

Los antibióticos de elección, tanto aguda como crónica, son la ampicilina y la amoxicilina, sin embargo, las bacterias productoras de B-lactamasa son un problema constante. Son alternativas válidas la amoxicilina-clavulámico, el cefaclor, el trimetoprim-sulametoxazol, la cefuroxima, la eritromicina-slfizoxal y clindamicina. La duración del tratamiento de la sinusitis aguda es de diez a catorce días y de la crónica de tres a cuatro semanas

## **I. AMIGDALITIS**

### **II. DEFINICIÓN**

Denominada también faringitis aguda o faringoamigdalitis aguda, se trata de una infección de la mucosa faringoamigdalina por *estreptococo* beta hemolítico del grupo A. es muy frecuente, sobre todo en la infancia.

### **III. ETIOLOGÍA**

La amigdalitis es provocada generalmente por el *estreptococo*, bacteria que también provoca otras infecciones frecuentes, pero en la mayoría de los casos son virales.

#### **IV. CUADRO CLINICO**

Comienza bruscamente con fiebre elevada (39°C o más), dolor de garganta al tragar o espontáneamente que suele aparecer unas horas más tarde, quebrantamiento general, a veces cefalea y, en ocasiones en niños, náuseas y dolor abdominal. El dolor de origen faríngeo puede irradiarse hacia los oídos y la nuca de manera que en este último caso los movimientos de rotación de la cabeza resultan molestos.

- Amígdalas enrojecidas e inflamadas
- Exudado blanco o amarillento por encima de las amígdalas
- Voz gutural dolor de garganta
- Dolor o molestia al tragar
- Inflamación de los ganglios linfáticos del cuello
- Fiebre
- Mal aliento

#### **V. TRATAMIENTO**

El tratamiento de primera elección continúa siendo la penicilina y sus derivados: penicilina G benzatínica 1.200.000 U una dosis única por vía intramuscular y 600.000 U en niños con peso menor a 27Kg, o penicilina (fenoximetilpenicilina) 250mg/6 h por vía oral durante 10 días. Como

alternativas pueden utilizarse la amoxicilina de 500mg cada 8 h durante 10 días o amoxicilina-clabulánico 500/125mg cada 8h durante 10 días.

## **Infecciones respiratorias agudas inferiores.**

### **I. NEUMONIA**

### **II. DEFINICIÓN**

Es la llegada de microorganismos árbol respiratorio distal (desde el bronquiolo terminal hasta la pleura visceral) causando un exudado inflamatorio que rellena los alvéolos y difunde al intersticio pulmonar, dando lugar a áreas de condensación alveolar o a focos de inflamación peribronquilar visibles a la radiografía de tórax.

### **III. ETIOLOGÍA**

La distribución y la frecuencia etiológica de las neumonías son muy diversas, según el lugar donde se realiza el estudio y la metodología empleada. Más del 90% de las neumonías identificadas se deben a los siguientes microorganismos: *Streptococcus pneumoniae*, *H. influenzae pneumoniae*, *Legionella*

*pneumophila*, *Chlamydia pneumoniae* y *virus influenza A*. El neumococo es el agente etiológico más frecuente de las neumonías que requiere hospitalización.

#### **IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

La evolución del paciente con neumonía puede variar entre un cuadro infeccioso banal de bajo riesgo de complicaciones hasta uno de extrema gravedad con riesgo vital. La evaluación de la gravedad en el paciente con neumonía permite predecir la evolución de la enfermedad, orientar el lugar de manejo (ambulatorio u hospitalario), la extensión del estudio microbiológico, y el tratamiento empírico.

#### **V. CUADRO CLÍNICO**

La neumonía presenta un cuadro de evolución aguda, caracterizado por compromiso del estado general, fiebre, calofríos, tos, expectoración muco purulenta, dolor torácico y dificultad respiratoria; asociado en el examen físico de alteración de los signos vitales (taquicardia, taquipnea, fiebre) y signos focales en el examen pulmonar (matidez, broncofonía, roncus, crepitaciones).

La probabilidad de un paciente con síntomas respiratorios agudos de tener una neumonía depende de la prevalencia de la enfermedad en el ambiente donde se presenta y de las manifestaciones clínicas del enfermo.

El diagnóstico clínico de neumonía sin confirmación radiográfica carece de precisión ya que el cuadro clínico (historia y examen físico) no permite diferenciar con certeza al paciente con neumonía de otras condiciones respiratorias agudas (infecciones de la vía aérea superior, bronquitis, influenza). El diagnóstico de neumonías es clínico-radiográfico: la historia y examen físico sugieren la presencia de una infección pulmonar, pero el diagnóstico de certeza se establece cuando se confirma la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía del tórax

## **VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

La radiografía del tórax permite confirmar el diagnóstico clínico, establecer su localización, extensión y gravedad; además permite diferenciar la neumonía de otras patologías, detectar posibles complicaciones, y puede ser útil en el seguimiento de los pacientes de alto riesgo. La resolución de los infiltrados radiográficos a menudo ocurre varias semanas o meses después de la mejoría clínica,

## **VII. TRATAMIENTO**

El tratamiento antibiótico. Debe ser precoz y específico para el agente causal, dado que éste rara vez se conoce con certeza, es habitual iniciarlo de forma empírica. Con fines prácticos dadas las diferencias del espectro etiológico de las neumonías entre la población sana y los pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas debilitantes, es útil considerar su tratamiento por separado.

1.- Tratamiento antibiótico de las neumonías en la población sana. Para orientar el tratamiento más frecuente, es recomendable el tratamiento ambulatorio

## **VIII. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS**

Existen muchos factores que favorecen la aparición de enfermedades respiratorias, por ejemplo:

- Desnutrición.
- Prematurez. (bajo peso al nacer)
- Insuficiente lactancia materna.
- Cambios bruscos de temperatura.

- Exposición al humo de la casa y otros irritantes (polvo, solventes de pinturas, hábito de fumar, etc.).
- Contaminación ambiental.
- Por contacto con personas enfermas (de los adultos a los niños).
- Por enfermedades prevenibles por vacunas y que atacan las vías respiratorias.

## **IX. CLASIFICACIÓN**

Se clasifica en: **Leves, Moderados o Graves**. En consulta externa se maneja casos leves y los moderados. Debiéndose referir para su atención hospitalaria los casos que se consideren graves, así como los casos moderados que en la consulta subsecuente no presenten mejoría.

La participación de la madre y las instrucciones dadas por el personal de salud, se considera la parte más importante en la asistencia de un caso de Infección Respiratoria Aguda.

Las IRA se pueden presentar en el tracto respiratorio tanto en la parte superior como en el tracto respiratorio inferior, afectando a nivel de Faringe, Amígdalas, presentarse como una Sinusitis, Otitis, Resfriado Común, Crup Viral, Bronquitis, Asma o Neumonía.

## **X. DIAGNÓSTICO**

Para el diagnóstico se debe obtener información sobre la enfermedad del niño realizando preguntas a su madre, observando y escuchando al niño, signos y síntomas que presente y su variación, averiguar tiempo de evolución, intensidad, medicación recibida, etc. Como también debe tomar la decisión de referir a un establecimiento con capacidad para resolver el caso (Hospitalización).

Observar si presenta:

- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Secreción nasal u obstrucción.
- Catarro.
- Faringe congestiva (roja).
- Disfagia (dolor y dificultad para hablar o tragar los alimentos).
- Ronquera (pecho), o voz ronca.
- Otagia (dolor de oído con presencia de secreción o no y puede ser purulenta debido a la infección).
- Cianosis
- Estridor – Tiraje intercostal.
- Aleteo nasal.
- Fiebre.

## **XI. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA IRA CON NEUMONIA.**

Es un proceso infeccioso de las vías respiratorias que puede provocar la muerte del niño, se debe observar:

- Dificultad respiratoria.
- Aleteo nasal.
- Tiraje intercostal.
- Sibilancias.
- Quejido respiratorio.
- Cianosis o palidez. Coloración azulada de la piel, mucosas, lengua y labios).
- Estertores.
- Poca tolerancia a los líquidos.
- Alteraciones de la conciencia (irritabilidad, somnolencia) o convulsiones (producidas por la fiebre).
- Fiebre (más de 38.5 ° C).

## **XII. OBJETIVO TERAPÉUTICO**

- Alivio sintomático
- Prevenir complicaciones

## CUADRO DE CLASIFICACIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

LEVE	MODERADA	GRAVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tos</li> <li>➤ Obstrucción nasal</li> <li>➤ Dolor de oído</li> <li>➤ Dolor de garganta</li> <li>➤ Rechaza alimentos</li> <li>➤ Ronquera</li> <li>➤ Boca y faringe enrojecidas</li> <li>➤ Frecuencia respiratoria &lt; de 40 x min. En reposo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frecuencia respiratoria de 40 – 60 x min. En reposo</li> <li>➤ Garganta con pus o placas</li> <li>➤ Otorrea (secreción del oído)</li> <li>➤ Ronquera progresiva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frecuencia respiratoria más de 60 x min.</li> <li>➤ Dificultad para respirar                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aleteo nasal</li> <li>- Tiraje intercostal o supra-esternal</li> <li>- Quejido respiratorio</li> <li>- Estridor en reposo</li> </ul> </li> <li>➤ Período de ausencia de la respiración (apnea)</li> <li>➤ Garganta con membrana (difteria)</li> <li>➤ Imposibilidad de alimentarse.</li> </ul>
<p>Si el niño presenta dos o más señales de esta columna, tiene infección respiratoria aguda LEVE.</p>	<p>Si el niño presenta una o más señales de esta columna, tiene infección respiratoria aguda MODERADA.</p>	<p>Si el niño presenta una o más señales de esta columna asociadas o no con otras señales de las columnas I y II, tiene infección respiratoria aguda GRAVE.</p>
<p><b>Use Plan “A”</b></p>	<p><b>Use Plan “B”</b></p>	<p><b>Use Plan “C”</b></p>

## **MEDIDAS GENERALES Y AMBULATORIAS EN PACIENTES CON IRA**

**Fiebre.-** Es un mecanismo de defensa del organismo que aparece en una infección o inflamación. Ante esto se aplican, medios físicos (baño de agua tibia, paños de agua o con una esponja, no exponer a corrientes de aire, mantenerle con ropa liviana). Si no cede se usan antitérmicos.

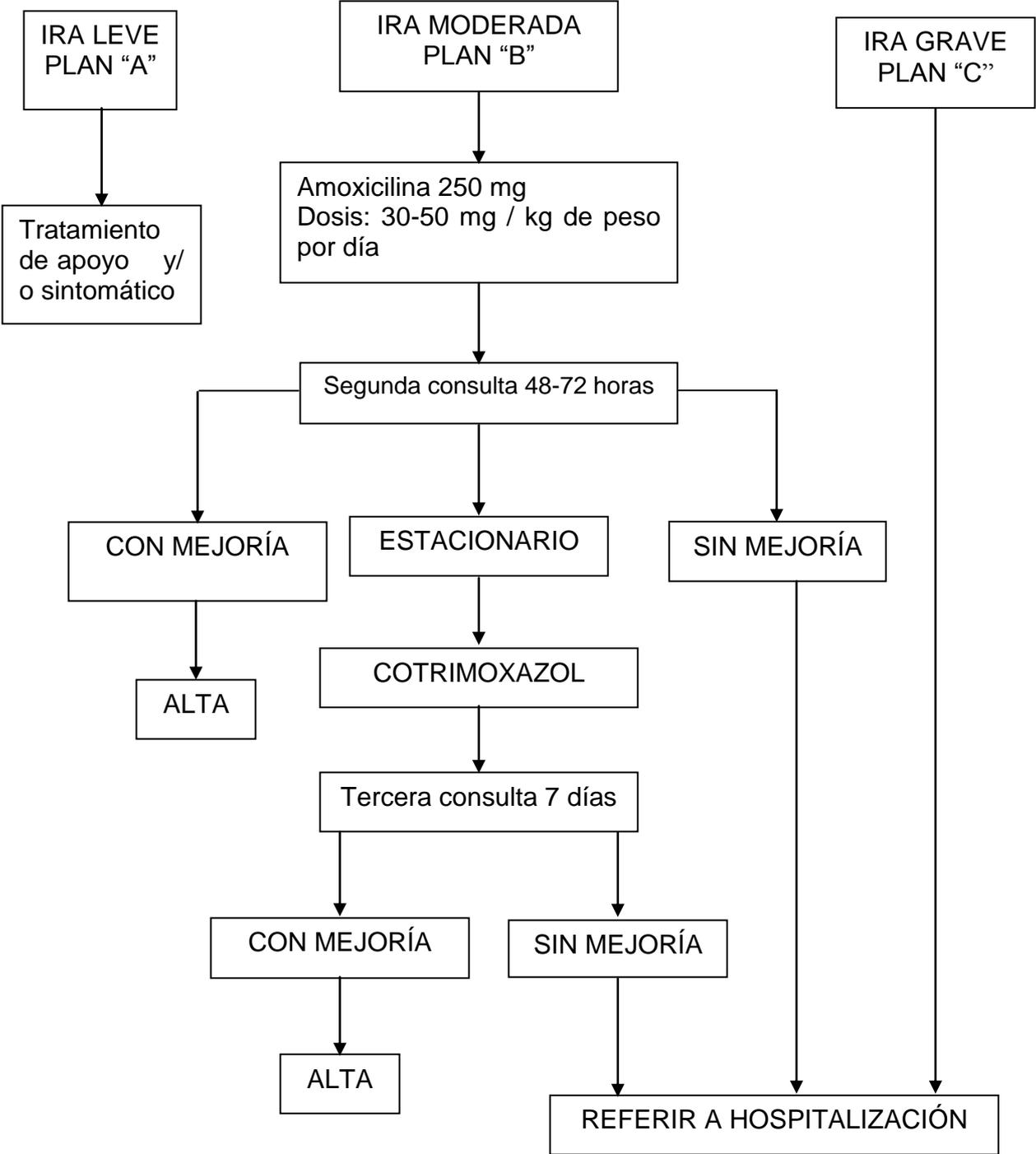
**La alimentación.-** habitual debe ser fraccionada en 5 comidas al día, no suspender el seno materno, aumentar la ingesta de líquidos. (la fiebre hace que el niño se deshidrate y necesite reponer los líquidos perdidos).

**Tos.-** Al igual que la fiebre la tos también es un mecanismo de defensa del organismo (se debe realizar drenaje postural, no usar jarabes para la tos). Se pueden usar mucolíticos.

**Realizar aseo de la nariz.-** Con esto evitamos la obstrucción que provoca dificultad respiratoria (limpiar cada fosa nasal con un hisopo con solución salina o con agua de manzanilla).

- Evitar cambios bruscos de temperatura
- Evitar el humo, polvo, etc.
- Evitar tener animales dentro del hogar
- Cumplir con el esquema de vacunación

DIAGRAMA DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



## **TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y ALTERNATIVO EN IRA**

### **TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE CINCO AÑOS**

#### **A) MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

Amoxicilina 30 a 50 mg /kg de peso

Eritromicina 10-15 mg/kg de peso por día

Eritro-sulfa 30-50 mg por día dividido en cuatro dosis

Trimetropin sulfa 8 a 11 mg BID

#### **B) MEDICAMENTOS ALTERNOS**

Cefalexina

Metoxazol

Eritromicina mayor de 18 años

## **I. ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS**

### **II. DEFINICIÓN**

La diarrea es un signo que revela una alteración fisiopatológica de una o varias funciones del intestino (secreción, digestión, absorción o motilidad) y que en último término indica un trastorno del transporte intestinal de agua y electrolitos. Se la define como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relación con el hábito intestinal normal de cada individuo, generalmente acompañado de vómito, fiebre, disminución del apetito y de la absorción.

### **III. ETIOLOGÍA**

Las Infecciones Diarreicas Agudas tienen origen:

- Infeccioso
- Virus: *rotavirus, adenivirus, entrovirus*.
- Bacterias:
  - Productoras de toxinas ( p.e. *echerichachia coli, Vibrio cholerae, estafilococo, bacillus cereus*)
  - Invasoras (p.e. *E. coli invasiva, Shigella, Salmonella, Yersinia, Campylobacter, Clostridums difficile*).

- Parásitos (p.e. *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Entamoeba histolytica*)
- Hongos (p.e. *Cándida albicans*, *Histoplasma*)
- En el homosexual con SIDA o sin éste (*amebiasis*, *gardiasis*, *shigellosis*)
- Producida por fármacos
- Antibióticos (*C. difficile*) laxantes, antiácidos magnesianos, diuréticos
- Otras causas:
- Colitis isquémica
- Primer brote de enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa
- Impacto fecal (falsa diarrea)
- Enteritis actínica
- Intoxicación por metales pesados (arsénico, plomo, cadmio, mercurio)

### **Principales causas de diarrea crónica**

- Funcional: Síndrome del intestino irritable
- Infecciosas; Parásitos; Hongos  
Producida por fármacos y aditivos dietéticos
- Antibióticos; Endulcolorantes; Enfermedad inflamatoria crónica intestinal; Síndrome de malabsorción; Secundaria o cirugía abdominal

previa; Origen endocrinológico; Cáncer del colon; de origen desconocido; otras causas.

#### **IV. CLASIFICACIÓN CLÍNICA**

Según su patogenia se clasifican como: osmóticas, secretoras o mixtas. Desde el punto de vista clínico, es útil la siguiente agrupación:

- Diarrea simple:
- Es la forma más frecuente de diarrea. No se acompaña de fiebre ni síndrome disentérico. Habitualmente se debe a sobrecargas alimentarias, toxinas bacterianas, etc. La diarrea aguda infantil se incluye en este grupo.
- Diarrea aguda febril:
- Generalmente corresponde a infecciones bacterianas (E. coli enteropatógena, salmonella, campylobacter o virales (Adenovirus, Rotavirus, etc.)
- Diarrea disentérica:  
  
Se caracteriza por deposiciones que contiene sangre, pus y mucosidades; evacuaciones de alta frecuencia y escaso volumen, con pujo y tenesmo, generalmente es febril. Las causas más frecuentes son Shigella, Salmonella, Campylobacter, E. coli.

- Diarreas coleriforme:

Es secretora, de alto volumen que lleva rápidamente a depleción hidrosalina. Es frecuente. Puede ser producida por E. coli enterotexigénica, V. Cholera, virus y causas no infecciosas.

## **V. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

Como factores de riesgo están:

La edad: es más común en menores de un año; situación económica baja; la carencia de servicios básicos; insuficiente lactancia materna; el uso de biberón; consumo de alimentos mal preparados o cocidos y los malos hábitos de higiene.

Es una patología de alta frecuencia, de predominio estacional y se correlaciona con el saneamiento ambiental.

## **VI. CUADRO CLINICO**

En el paciente con diarrea el clínico debe evaluar en primer lugar el estado de hidratación. El paciente con diarrea voluminosa puede presentar signos de hipovolemia grave (hipotensión arterial, taquicardia, sequedad de la piel y mucosas). En estos casos es prioritario el tratamiento de deshidratación, incluso antes de realizar una anamnesis detallada. Si bien la exploración física

no suele ser suficiente para establecer el diagnóstico, en ocasiones aporta datos orientativos y puede sugerir la presencia de una enfermedad sistémica asociada. El examen de la piel puede mostrar palidez importante, secundaria a anemia, hiperqueratosis por déficit de vitamina A o una erupción con vesículas en la superficie de extensión sugestiva de dermatitis herpetiforme.

Los datos clínicos que deben interrogarse de forma dirigida y pueden orientar al diagnóstico en un síndrome diarreico son los siguientes:

- Forma de presentación y curso de la diarrea
- Características de las heces.
- Relación con alimentos.
- Antecedentes de promiscuidad sexual.
- Origen yatrógena
- Sintomatología acompañante
- El dolor abdominal
- La distensión abdominal. La flatulencia y los borborismos.
- La aparición de fiebre.
- La pérdida de peso
- La espondilitis anquilopoyética
- La artropatía residivante.
- La crisis de rubefacción facial
- Enfermedades asociadas.

- Diarrea motora

## **VII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

En casos graves, prolongados o disentéricos, deben considerarse los siguientes exámenes:

### 1.- Leucocitos fecales:

Se encuentran abundantes polinucleares en diarreas por Shigella, Salmonellas, Campylobacter jejuni y en la enfermedad inflamatoria intestinal. En fiebre tifoidea y amebiasis hay frecuente aumento de mononucleares. La investigación de leucocitos fecales es negativa en la intoxicación alimentaria, en la mayoría de las diarreas por E. coli enterotoxigénica y por V. Cholera.

### 2.- Examen bacteriológico de deposiciones:

En los casos justificados debe realizarse en un laboratorio especializado por tratarse de un examen esencialmente impreciso. Debe incluir examen directo y cultivo habitual y en medios especiales.

### 3.- Examen paracitológico

### 4.- Rectosigmoidoscopia:

Tiene alto rendimiento diagnóstico en colitis bacterianas y amebiasis aguda, colitis pseudomembranosa, colitis ulcerosa y enfermedad De Crohn rectal.

## VIII. TRATAMIENTO

Los principios terapéuticos básicos del síndrome diarreico son:

- a) reposición de líquidos y electrolitos en caso de deshidratación.
- b) Tratamiento específico de la causa responsable.
- c) Tratamiento sintomático de la diarrea.

Si el paciente presenta más de 5-6 deposiciones /día se puede prescribir un antiperistáltico, como loperamida o difenoxilato. En los casos de diarrea grave por toxinas, la asociación de subsalicilato de bismuto o loperamida.

Antibióticos: No tiene indicación en los síndromes diarreicos agudos simples. En los pacientes febriles se plantea la posibilidad de usar antimicrobianos si los síntomas persisten por más de 48 horas, en estas circunstancias es deseable el apoyo del laboratorio.

El uso de furazolidona, quinolonas, sulfatrimetroprin u otro cuyo espectro de actividad comprenda Shigella, E.Coli enterotoxigénica, Campylobacter y Giardia lamblia, en dosis fraccionadas por 5-7 días en el adulto, es de utilidad.

Los tratamientos específicos para las etiologías infecciosas más frecuentes son para: amebiasis, metronidazol; salmonella y Shigellas, cotrimoxazol o ampicilina; Campylobacter, eritromicina.

En la prevención y tratamiento de la diarrea del viajero, se han utilizado con buenos resultados el cotrimoxazol, metronidazol y furazolidona.

#### **IX. OBJETIVO TEERAPÉUTICO**

- Compensar la pérdida de líquidos y electrolitos
- Prevenir la desnutrición en los niños

## TRATAMIENTO DEL EDA EN PACIENTES MENORES DE CINCO AÑOS

### **1.-PLAN "A" Para prevenir la Deshidratación en el hogar.**

Aplicar tres reglas básicas para el tratamiento en el hogar del niño con diarrea pero sin deshidratación.

A).- Aumentar los líquidos y seguir con la lactancia materna.
---

B).- Seguir dando los alimentos.
----------------------------------

C).- Observar si el niño tiene signos de deshidratación.
--

#### **A).- Dar al niño más líquido de lo usual:**

La lactancia materna debe darse con mayor frecuencia, los niños destetados que tomen leche de vaca líquida o en polvo pueden seguir tomando en pequeñas cantidades pero más frecuentemente y sin diluir.

Dar al niño mayor cantidad de bebidas o líquidos localmente disponibles y SUERO ORAL, administrando al niño luego de cada deposición.

#### **B).- Seguir alimentando al niño. Continuar con la alimentación habitual (no suspender la lactancia materna).**

Como el apetito esta disminuido en los niños con diarrea, hay que insistir en su alimentación habitual. Después de haber cesado la diarrea, el niño debe recibir

por lo menos una ración extra de comida cada día durante una semana para lograr la recuperación de la pérdida de peso causado por la diarrea.

**C).- Observar si hay signos de deshidratación.**

Enseñar a la madre a reconocer los signos de deshidratación. Utilice el material más adecuado para informarle, demostrarle y, si es posible hacerle practicar en el reconocimiento de los signos de deshidratación.

Si un niño presenta alguno de los signos o síntomas de deshidratación, o si la diarrea se agrava, o si dura dos o tres días más, la madre debe llevar al niño a un establecimiento de salud para que sea examinado y tratado.

**2.-PLAN “B” Para tratar los casos con algún grado de deshidratación con la solución de SRO (Suero Oral).**

PREPARACIÓN DEL SUERO ORAL EN FORMA CASERA: disolver 2 cucharadas soperas de azúcar, 1.2 cucharadas de sal, una de bicarbonato de sodio, en un litro de agua.

Hidratar con solución de SRO. El Suero Oral contiene la fórmula propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tiene como finalidad reponer

los líquidos y electrolitos perdidos por la diarrea. Un sobre de SRO debe ser disuelto en un litro de agua limpia o hervida, enfriada al ambiente.

El proceso de rehidratación por lo general se complementa en 4 ó 6 horas, aunque algunos niños pueden rehidratarse en menos de 4 horas, y otros en más de 6 horas.

**a).- Cálculo de necesidades:**

Cuando se puede pesar al niño, se calcula la cantidad de “Suero Oral” que debe tomar el niño multiplicando el peso del niño por 50\* o 100\* ml.

Ejemplo: Un niño con algún grado de deshidratación que pesa 5 Kg, recibirá entre 250 y 500 ml, en 4 o 6 horas, para lograr su rehidratación.

\* Si tiene deshidratación LEVE.

\*\* Si tiene deshidratación MODERADA.

**b).- Administración del “SUERO ORAL”**

El suero oral debe administrarse con taza y cuchara, durante 4 o 6 horas ofreciéndole frecuentemente.

Si el niño vomita se debe esperar 10 minutos y luego continuar más lentamente la hidratación.

Una o dos horas después de iniciado el tratamiento deberá evaluarse al niño, si la ingesta es mínima y no hay mejoría deberá insistirse en la administración con mayor frecuencia.

Si no tiene éxito en el caso de niños con vómito que no pueden controlarse (4 episodios de vómito en un hora), puede utilizarse sonda nasogástrica si el personal de salud está adiestrado, administrando 5 gotas por kg /minuto. Si no se conoce el peso, administrar entre 20 a 40 gotas por minuto, vigilando el apareamiento de distensión abdominal y los signos de deshidratación. En caso contrario referir a un centro de mayor complejidad de atención.

Si el niño presenta distensión abdominal, suspender el goteo durante 20 minutos, si en ese lapso la distensión cede, puede continuarse con la rehidratación oral utilizando la sonda nasogástrica, caso contrario, el niño debe ser referido a una Unidad Operativa donde pueda ser tratado por vía endovenosa.

Cuando el niño este hidratado, se debe reiniciar la alimentación y administrar el Suero Oral luego de cada deposición diarreica, como se señala en el Plan "A".

Cuando la diarrea haya desaparecido no debe darse más "Suero Oral".

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES MENORES DE CINCO AÑOS**

- Educar a la madre para que en la casa ofrezca al niño la mayor cantidad de líquidos, esto dependerá de la edad del niño, si es menor de seis meses la leche materna no debe interrumpirse.
- Manejo dietético: no hay razón para suspender la alimentación esperando el cese de la diarrea, pero debe modificarse la dieta suprimiendo o disminuyendo los alimentos ricos en residuos, los irritantes y la leche.
- Seguir con la lactancia materna y aumentar la ingesta de líquidos.
- La leche materna es muy importante para que el niño con diarrea pueda resistir mejor la enfermedad. Además, debe aumentarse la ingesta de líquidos para reponer la pérdida por la diarrea o el vómito, como:
  - Agua de arroz, de avena o cebada.
  - Si el niño vomita, dar líquidos con cucharita o con gotero.
  - Dar suero oral casero o solicitarlo en la unidad de salud comunitaria.
  - En una cantidad de:
    - A un niño < de un año dar 100 ml (media taza) después de cada deposición diarreica.
    - Los niños > necesitarán de ½ a una taza grande después de cada deposición diarreica.

- Continuar con la alimentación.
- Manejo dietético: no hay razón para suspender la alimentación esperando el cese de la diarrea, pero debe modificarse la dieta suprimiendo o disminuyendo los alimentos ricos en residuos, los irritantes y la leche.

**TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y ALTERNATIVO EN PACIENTES  
MAYORES DE CINCO AÑOS CON EDA.**

**A) MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

Cotrimoxazol forte 960 mg 1 cp BID

Cefalexina 500 mg 1cp BID

**B) MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS**

Aminopenicilina

Metronidazol

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON EDA (DESHIDRATACIÓN)**

- Reposo en cama
- Ambiente tranquilo y agradable
- Bajar la temperatura por medios físicos
- Administrar medicación prescrita
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio
- Administrar líquidos por vía oral
  - dieta líquida amplia
  - dieta blanda
  - dieta general
- Aseo y lubricación de zona perianal luego de cada deposición
- Baño diario
- Educación y orientación al paciente y familia

## **I. DESNUTRICIÓN**

### **II. DEFINICIÓN**

Consiste en un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inadecuada o por una utilización defectuosa por parte del organismo, y las necesidades de dichos nutrientes. Una vez establecido el desequilibrio, se producen síndromes de deficiencia, toxicidad o dependencia (en el caso de algunas vitaminas). La detección temprana de este desequilibrio plantea problemas considerables, ya que los síntomas (p.e. fatiga, anorexia), cuando existen, son vagos. Aparte de cierto retraso del crecimiento en los niños o una pérdida de peso moderada y ocasional en los adultos, en esta etapa no se aprecian signos clínicos

### **III. ETIOLOGÍA**

Las diversas formas de desnutrición resultan de dos factores principales: una dieta cuantitativa y cualitativamente inadecuada y un estado de alarma sobreañadido, generalmente de origen microbiano. Además se debe a:

- Malabsorción

- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismos importantes o cirugía.
- Psicológica; por ejemplo depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición.

#### **IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

La desnutrición se asocia particularmente a la pobreza y la privación. En todas las comunidades los grupos de alto riesgo comprenden: lactantes y niños pequeños que no crecen; adolescentes en etapas de crecimiento rápido, mujeres gestantes y que alimentan sus hijos al pecho, ancianos, personas sometidas a dietas estrictas o caprichosas o que practican alguna forma de vegetarianismo, pacientes con problemas de alcohol o con otras drogas, personas que reciben tratamientos farmacológicos que pueden alterar la nutrición y pacientes con enfermedades crónicas, hepáticas y renales que pueden interferir en la absorción y el uso de nutrientes.

La gran frecuencia de enfermedades infecciosas es una consecuencia de condiciones ambientales deficientes, conocimiento inadecuado de factores epidemiológicos, mala higiene personal y servicios sanitarios insuficientes.

Si la desnutrición no se trata, puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y posiblemente la muerte.

## **V. CUADRO CLÍNICO**

Un examen físico cuidadoso revelará cualquier enfermedad subyacente. La presencia de signos físicos atribuibles a alteraciones nutricionales indica que ya ha pasado la fase de detección temprana.

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición; sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune.

Signos Universales:

Constantes y siempre está presentes. Alteración del crecimiento y desarrollo con déficit de peso y estatura, atrofia muscular, alteraciones de la maduración ósea y retardo en la pubertad, signos psicológicos, signos bioquímicos: hemodilatación, hipoproteinemia, retención de sodio.

Signos circunstanciales:

Indican evolución más prolongada y ensombrecen el pronóstico. Piel y mucosas:

- Piel: seca, áspera descamativa
  - dermatitis seborreica
  - queilitis angular
  - lesiones pelagroides
  - lesiones purpúricas
  - cianosis
  - frialdad
  - edema.
- Pelo: seco, quebradizo, rojizo o pajizo, fácilmente desprendible,
- Uñas: delgadas atróficas y signos de la bandera.
- Ojos: xeroftalmía con queratitis y úlceras corneanas y ceguera.
- Aparato cardiopulmonar: taquicardia, cardiomegalia y cardiopatía con insuficiencia cardiaca.
- Aparato muscular-esquelético: raquitismo, osteoporosis, escorbuto e hipotonía muscular.
- Sistema hematopoyético: anemia postcarencia de hierro, vitamina B12, ácido fólico o secundaria a infecciones.

## **VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluye una evaluación nutricional y un análisis de sangre.

## **VII. TRATAMIENTO**

Generalmente el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier condición médica subyacente.

El tratamiento nutricional es una dieta armónica de hidratos de carbono, proteínas y grasas; pero con el incremento del porcentaje de proteínas al inicio, se acelera mucho la recuperación en el primer mes.

## **VIII. PRONOSTICO**

El pronóstico depende de la causa de la desnutrición. La mayoría de las deficiencias nutricionales se pueden corregir, sin embargo, si la causa es una condición médica, hay que tratar dicha condición con el fin de contrarrestar las deficiencia nutricional.

## **IX. PREVENCIÓN**

Ingerir una dieta bien balanceada y de buena calidad ayuda a prevenir la mayoría de las formas de desnutrición.

## **X. OBJETIVO TERAPEÚTICO**

- Proveer nutrientes esenciales
- Satisfacer requerimientos calóricos básicos
- Mantener crecimiento ponderal – estatural
- Prevenir enfermedades carenciales

## **MEDIDAS GENERALES Y TRATAMIENTO AMBULATORIO EN PACIENTES MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN**

- Dar el seno con mayor frecuencia y, si es posible, durante más tiempo
- Dar al niño/niña comidas blandas, variadas y apetitosas que más le gusten a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible, y ofrecer porciones pequeñas con frecuencia.
- Limpiar la nariz si la tiene tapada, eso obstaculiza la alimentación.
- Una buena alimentación debe consistir en una cantidad de acuerdo al apetito del niño/niña; conteniendo nutrientes necesarios para el organismo. (por ejemplo cereales espesos con aceite añadido, carne, pescado, huevos, frutas y verduras).
- Evitar hasta el año de edad alimentos guardados, embutidos, colas, caramelos, gelatinas, colorantes, conservas, mariscos, sal y azúcar.
- Tener la seguridad de que el apetito mejorará a medida que el niño/niña se recupera.
- Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación cinco días después.

## **I. INFECCIONES DE VIAS URINARIAS**

### **II. DEFINICIÓN**

Es la presencia de bacterias en la orina acompañada de sintomatología irritativa urinaria. Se la define también como, la presencia de 100 mil o más colonias de bacterias en un cultivo de orina.

### **III. ETIOLOGÍA**

La mayoría de las infecciones urinarias son producidas por bacterias gram negativas.

Los gérmenes gram negativos mas frecuentes son:

*Escherichia coli* (en el 80% a 90% de los casos), *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Aerogenes* y *Pseudomonas aeruginosa*. A excepción del *Staphylococcus saprophyticus*. Siendo también una causa de infección en menor frecuencia,

Los gérmenes gram positivos, como *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus aureus*, el enterococo (*Streptococcus faecalis*), el estreptococo alfa hemolítico y beta hemolítico, que se hallan muchos menos frecuentes como patógenos.

Las infecciones urinarias pueden ser por:

**1.-Primoinfeccion**, significa que es la primera vez que una **persona** tiene infección de vías urinarias.

**2.-Infecciones recidivantes**, pueden ser causadas por:

- Por un tratamiento inadecuado
- Dosis inadecuada
- Medicamento inadecuado, por **tiempo** y con dosis inadecuada.
- Que el Paciente no se tome la medicina

**3.-Nueva infección.**

#### **IV. EPIDEMIOLOGÍA**

Es más común en la mujer, ya que al menos sufre un episodio de IVU a lo largo de su vida. Durante el primer año de vida, las IVU son más frecuentes en el varón, probablemente en relación con la existencia de anomalías congénitas en la uretra. En el niño y en el adulto joven, tanto la bacteriuria como la infección sintomática son muy raras. A partir de los 50 años la prevalencia de IVU en los varones aumenta de forma progresiva, quizá en relación con patología prostática o manipulaciones urológicas. El porcentaje de incidencia del IVU en la mujer, va aumentando de acuerdo a la edad, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales y los embarazos.

## **V. FACTORES DE RIESGO**

La importancia de las IVU radica no solo en su frecuencia, sino también en el riesgo que entrañan de originar bacteriemia, lesión renal progresiva e irreversible y recurrencias, de tratamientos y profilaxis a menudo difíciles. La infección puede localizarse en la uretra (uretritis), la vejiga (cistitis), la próstata (prostatitis) o el riñón (píelo nefritis).

## **VI. CUADRO CLINICO**

La gran mayoría de pacientes tienen síntomas que se denominan irritativos: dolor (disuria), ardor, malestar general, decaimiento, postración, fiebre y dolor lumbar. Síntomas irritativos y dolor lumbar es patognomónico de pielonefritis: una infección que inicia siendo baja, maltratada, asciende y aparecen dolores lumbares severos que se caracterizan por dolor al movimiento. La pielonefritis, bacterias en el parénquima renal haciendo microabscesos, son graves, muy dolorosas y con consecuencias graves a largo plazo, 15 a 20 años es la primera causa de destrucción de los riñones y pacientes que necesitan trasplante renal.

Aunque la sintomatología depende del sitio de afección en la mayoría de los casos se caracteriza por fiebre, dolor lumbar, uretral, vesical o uretral, disuria, polaquiuria y cambios en las características macroscópicas de la orina, habitualmente piuria y ataque al estado general.

## **VII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

El diagnóstico suele confirmarse con el urocultivo con mas de 100 mil colonias sin embargo ante una sintomatología característica cifras aún menores suelen apoyar al diagnostico. En el examen general de la orina la presencia de bacterias y piurias suelen ser fuerte fundamentos si existe sintomatología. La biometría hemática por lo general reporta leucocitosis.

El ultrasonido puede orientar el diagnóstico por las características anatómicas de los riñones, las pelvículas, los ureteros, la vejiga etc. La urografía escretora apoya el diagnóstico de pielonefritis, la pielografía ascendente y la cistoscopia complementan los estudios de utilidad.

## **VIII. TRATAMIENTO**

Depende del tipo de bacteria, si es complicada, primoinfección, si es recidivante (señora que le da cistitis severas 5 ó más veces al año), si es transitoria, si fiebre, postración, hematuria (antibióticos más fuertes). Se puede dar nitrofurantoína, hasta un año: pacientes que tienen 5 años de sufrir infecciones y no se curan. En transitorias se deja nitrofurantoína por corto tiempo, quinolonas, ciprofloxacina 500mg. c/12h x 3v en transitorias y sin síntomas importantes, no complicada.

En general dar medicamentos que sean bactericidas y los bacteriostáticos, antibióticos y antisépticos.

El antibiótico: se toma, se absorbe, pasa a la sangre y su efecto es sistémico.

Antiséptico: activo sólo en vías urinarias o en heces, se toma, se absorbe y se elimina (es aquí donde ejerce su acción local, no sistémica).

El medicamento a escoger debe reunir ciertas características: buen medicamento, efectivo, no tan caro, no tenga reacción cruzada con otros medicamentos, crea poca resistencia y que pueda darse por largo tiempo.

## **IX. PRONÓSTICO**

Las infecciones de vías urinarias no complicadas en adolescentes y adultos pueden ser tratadas en forma ambulatoria y sin necesidad de un elevado número de exámenes de laboratorio, lo que impacta en una reducción del costo de la atención tanto para el paciente como para la institución, su pronóstico es bueno debido a la baja proporción de fallas terapéuticas.

## **X. OBJETIVO TERAPEÚTICO**

- Eliminar el agente patógeno
- Aliviar los síntomas
- Evitar la reinfección y recidivas

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON INFECCIONES DE VIAS URINARIAS**

- Manejo de técnicas de limpieza
- Bajar la temperatura por medios físicos o antitérmicos
- Administrar medicamentos por prescripción médica
- Hidratación: para la rápida dilución y eliminación de las bacterias
- Frecuencia miccional: para evitar el estacionamiento de orina
- Tomar abundantes líquidos sobre los tres litros, salvo contraindicaciones
- Llevar ropa interior de algodón.
- Evite llevar pantalones muy ajustados
- Mantener una buena higiene personal par evitar complicaciones
- Dieta líquida amplia, con restricción de café, té, cola, entre otros
- Educación y orientación al paciente y familia

## **TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y ALTERNATIVO EN INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS**

### **TRATAMIENTOS EN ADULTOS**

#### **A) MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

- Ciprofloxacina 250-500mg por dosis BID
- Nitrofurantoína 50-100mg dividido en cuatro dosis al día
- Ampicilina 50-100 mg / kg de peso
- Paracetamol 325-500 mg q.6 h.

#### **B) MEDICAMENTOS ALTERNATIVOS**

- Trimetropin sulfa

#### **C) MUJERES EMBARAZADAS**

- Ampicilina 50-100 mg/kg de peso
- Nitrofurantoína

## **I. PATOLOGIAS CUTANEAS**

### **II. DEFINICIÓN**

Es la inflamación superficial de la piel, caracterizada por vesículas (cuando es aguda), enrojecimiento, edema, exudación, formación de costras, descamación y habitualmente, prurito. El rascado y el frotamiento pueden provocar liquenificación.

### **III. ETIOLOGÍA**

Puede ser causada por contacto directo de la piel con un irritante químico primario o de otro tipo; como el jabón, la acetona o incluso el agua, estos pueden requerir varios días de exposición para provocar alteraciones reconocibles clínicamente. Los irritantes potentes, como los ácidos, los álcalis o el fenol causan alteraciones visibles al cabo de pocos minutos. A menudo es difícil para los pacientes comprender que se han vuelto alérgicos a sustancias que han utilizado durante años o a medicamentos como: antibióticos, antihistamínicos, anestésicos, antisépticos y estabilizadores como etilendiamina y derivados. Entre otras sustancias se incluyen plantas, muchos sensibilizantes en potencia en la manufactura del calzado y la ropa, compuestos metálicos, tintes y cosméticos.

## **V. CUADRO CLINICO**

Varía desde un enrojecimiento pasajero hasta una tumefacción intensa con formación de ampollas; el prurito y la formación de vesículas son frecuentes. Puede afectarse cualquier zona de la piel que entre en contacto con una sustancia sensibilizante o irritante. Su curso es variable, si se suprime la causa, el eritema simple reaparece al cabo de pocos días y las vesículas se secan.

Los cambios característicos de la piel y el antecedente de exposición facilitan el diagnóstico, pero la identificación del agente responsable requiere de un interrogatorio exhaustivo y una práctica extensa de pruebas cutáneas. Es necesario considerar varios aspectos, como la ocupación, pasatiempos, labores caseras, vacaciones, ropas medicamentos tópicos entre otras.

## **VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

La prueba del parche puede ser de utilidad pero tiene serias limitaciones. En el caso de una reacción positiva, se debe efectuar una prueba testigo en otro individuo para descartar una irritación simple. En algunos casos se debe posponer la realización de las pruebas cutáneas durante la fase aguda de la dermatitis ya que el alérgeno puede empeorar la erupción en un paciente muy sensible.

## **VII. TRATAMIENTO**

En la planeación del tratamiento, es necesario considerar las características individuales de cada paciente; en general las lesiones inflamatorias agudas se tratan más adecuadamente con agentes calmantes que no causen irritación; las lesiones crónicas y engrosadas, con sustancias estimulantes y queratolíticas.

El tratamiento puede resultar ineficaz o puede ocurrir que la dermatitis recidive rápidamente si no se retira la sustancia agresora. Los paciente con dermatitis por contacto fotoalérgica deberían evitar también la exposición a la luz. Es conveniente administrar un corticoide oral por ejemplo prednisona, 40 a 60mg/d. durante 12-16 días en los casos graves o extensos o incluso en los casos limitados cuando hay inflamación. Los corticoides tópicos no son útiles en la fase vesiculosa, pero cuando la dermatitis es menos aguda puede aplicarse un gel con corticoide o un ungüento si la dermatitis es muy seca frotando suavemente 3/d.

## **VIII. PRONOSTICO**

La dermatitis por contacto se circunscribe por sí misma si se evita una nueva exposición. Puede producirse una desensibilización espontánea. El aumento de la desensibilización a irritantes industriales puede obligar a cambiar de actitud.

## **IX. PREVENCIÓN**

Evitar una nueva exposición a los agentes irritantes, fundamentalmente jabones y detergentes. Usar los cosméticos sin esencias o eliminarlos completamente. Pueden utilizar guantes protectores de hule. En tales casos debe emplearse un guante interior de algodón. Las cremas protectoras son prácticamente inútiles. Puede ser necesario cambiar de actividad si es inevitable la exposición ocupacional.

Las zonas de la piel infectadas, inflamadas o peladas son medios adecuados para el desarrollo de microorganismos piógenos, por lo que el paciente debe lavarse frecuentemente las manos y evitar el contacto con las áreas infectadas. Los medicamentos deben conservarse en recipientes cerrados y utilizarse por medio de aplicadores estériles desechables.

## **X. OBJETIVO TERAPEÚTICO**

- Eliminar el agente patógeno
- Aliviar las manifestaciones cutáneas mucosas de la infección

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CUTÁNEAS**

Instruir cuidadosamente al paciente:

- Sobre la manera de aplicar los medicamentos.
- Cuando sea conveniente aplíquese una pequeña cantidad de medicamento en una pequeña área reducida de la piel durante varias horas y observar su sensibilidad.
- El medicamento debe ser suspendido inmediatamente si se produce una reacción desfavorable.
- Buen aseo
- Evitar el contacto con irritantes
- Evitar la exposición al sol

**TRATAMIENTO ESPECIFICO:** según la etiología o agente causal

## **I. LUMBALGIAS**

### **II. DEFINICIÓN**

El dolor lumbar es un síndrome que se presenta en 80 a 90 por ciento de la población adulta en algún momento de su vida y frecuentemente se manifiesta con episodios repetitivos. El dolor agudo o crisis se define como la situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana, por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores, durante un período inferior a los tres meses.

### **III. ETIOLOGIA**

La mayoría de los lumbagos está relacionados con problemas ligamentarios o musculares agudos, los cuales tienden a ser autolimitados, o con artrosis o espondilitis anquilosante del área lumbosacra, que son más crónicas. La incidencia de estas afecciones tiende a aumentar con la edad y llega a ser del 50% en los > 60 años. Otras causas de lumbalgia crónica son:

- Distensión lumbar debido a la mala postura o malas condiciones, agravada por factores mecánicas (p.e. sobrecarga, obesidad o embarazo)
- Rotura traumática de un ligamento
- Frecuentes anomalías congénitas
- Pérdida bilateral de sustancia en el istmo vertebral

- Estrechamiento del canal vertebral
- Dolor no mecánico debido a una enfermedad visceral adyacente.

#### **IV. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

La actividad laboral del paciente debe ser evaluada de acuerdo con las tareas que realiza. Hay que analizar el puesto de trabajo el mismo que comprende el reconocimiento de las tareas que el paciente desempeña en sus actividades laborales, identificando en ella las posturas que debe adoptarse, las características del diseño de la estación de trabajo y las herramientas que utilizan.

Algunos pacientes tienen trastornos en su entorno psicosocial y puede aparecer la somatización, en una personalidad ya predispuesta. La triada neurótica de ansiedad, depresión e hipocondriasis, favorece esta situación. La singular autopercepción del dolor de estos pacientes, puede ser tomada del estilo de vida de sus familias o de su estado cultural.

#### **V. CUADRO CLINICO**

El paciente con dolor no orgánico es quejumbroso, sus dolores son múltiples sin un patrón racional, difícilmente mira a los ojos del médico puede realizar gesticulaciones desproporcionales a su condición patológica. La digitopresión es dolorosa para el paciente en casi toda su espalda.

Durante el examen clínico, el paciente evita o rehúsa activar alguna de sus articulaciones de los miembros inferiores por supuesto dolor y al dejarlas movilizar, expresa sensación dolorosa sin encontrar bases que expliquen este hallazgo. La marcha y la postura del paciente son atípicas, no se encuentra correlación lógica entre la evaluación motora y sensitiva, el doliente puede manifestar entumecimiento, hipoestesia en toda la extremidad inferior sin seguir un dermatoma específico.

El diagnóstico diferencial puede ser difícil. Comienza con una definición minuciosa del carácter y de la localización precisa del dolor, éste puede ser localizado, como en la fibromialgia; difuso como en el lumbago por artrosis crónica de la columna lumbar; radicular como en la ciática; o referido como la pielonefritis u osteomielitis. También son importantes para el diagnóstico los mecanismos que aumentan la intensidad del dolor.

## **VI. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Para la gran mayoría de pacientes con dolor lumbar, con o sin radiculopatías, no son necesarios los estudios de radiología y laboratorio en las primeras cuatro semanas de evolución. La mayoría de las pruebas de laboratorio son inespecíficas y de poca ayuda en las patologías lumbares. A los pacientes cuya evolución es mayor de cuatro semanas, se les solicita un hemograma completo, eritrocimentación citoquímico de orina, antígeno prostático en hombres con más de 50 años de edad.

## **VII. TRATAMIENTO**

El dolor lumbar en ausencia de lesión tumoral u otro proceso de patología severa, se caracteriza por un alivio rápido en un tiempo no mayor a seis semanas. El reposo durante dos a tres días acompañado de analgésicos, anti-inflamatorios no esteroides y mío-relajantes, son suficientes para aliviar el dolor. En muy esporádicas ocasiones se utilizan analgésicos narcóticos. La hospitalización es necesaria sólo en aquellos casos severos o cuando existe compresión de la cola de caballo.

## **VIII. PRONOSTICO**

En la mitad de los casos de lumbago, se observa una recidiva dentro de los cuatro años que siguen al episodio inicial.

## **IX. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS**

- Aliviar el dolor
- Mejorar capacidad funcional
- Prevenir episodios posteriores

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON LUMBALGIAS**

- Reposo en cama dura
- Los pacientes son instruidos sobre ejercicios de estiramiento
- Control de peso
- Evitar el cigarrillo
- Evitar flexiones y rotaciones repentinas del tronco
- No levantar objetos pesados
- Facilitar cambios frecuentes de posición y sentarse en una silla con buen apoyo lumbar.

**TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y ALTERNATIVO EN PACIENTES CON  
LUMBALGIA**

**A) MEDICAMENTOS DE ELECCIÓN**

Clorzoxazona 1 tab Tid

## **I. AMENAZA DE ABORTO**

## **II. DEFINICIÓN**

Se define como cualquier hemorragia o cólico uterino en las primeras 20 semanas de gestación y que sugiere la probabilidad de que se presente un aborto espontáneo.

## **III. CAUSA, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO**

Aproximadamente el 20% de las mujeres embarazadas experimentan algún tipo de sangrado vaginal, con o sin cólicos abdominales durante el primer trimestre del embarazo, sin embargo, la mayoría de estos embarazos llegan a término con o sin tratamiento. El aborto espontáneo ocurre en menos del 30% de las mujeres que experimentan sangrado vaginal durante el embarazo.

En aquellos casos que resultan en abortos espontáneos, la causa usual es la muerte fetal, que generalmente es el resultado de una anomalía cromosómica o del desarrollo del feto. Otras causas potenciales son: infección, defectos anatómicos de la madre, factores endocrinos e inmunológicos y una enfermedad sistémica materna.

Se calcula que el 50% de todos los óvulos fertilizados abortan en forma espontánea generalmente antes de que al mujer sepa que esta embarazada. En los embarazos ya conocidos, el promedio de abortos espontáneos es aproximadamente del 10% y se presentan usualmente entre las 7 y 12 semanas de gestación. El aumento del riesgo de aborto se relaciona con la edad de la madre superior a los 35 años, mujeres con una enfermedad sistémica (como diabetes o la disfunción tiroidea) y aquellas con antecedentes de tres o más abortos espontáneos.

#### **IV. CUADRO CLINICO**

Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo (el último periodo menstrual se presentó hace menos de 20 semanas)

Se pueden o no presentar calambres abdominales con sangrados vaginal

Nota: con el aborto verdadero se presenta, generalmente, dolor en la parte baja de la espalda o dolor abdominal (sordo, constante o intermitente) característico

#### **V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Un examen pélvico revela un cuello uterino que no está ni adelgazado (borrado), ni abierto (dilatado). Cualquiera de las dos situaciones podría sugerir la posibilidad de un aborto inminente.

Una prueba de beta GCH (cuantitativa) durante varios días o semanas para confirmar la continuación del embarazo o la muerte fetal.

Se puede obtener un CSC para determinar el grado de pérdida de sangre.

## **VI. TRATAMIENTO**

Se puede recomendar el reposo en cama o el reposo pélvico (abstenerse de relaciones sexuales, duchas vaginales, uso de tapones), aunque no hay evidencia que muestre que esto realmente reduce la tasa de abortos espontáneos.

El uso de la progesterona es controvertido y su beneficio potencial está relacionado con la relajación de los músculos lisos, incluyendo los músculos del útero. Sin embargo, esto puede aumentar el riesgo de un aborto incompleto o de un embarazo anormal. A menos que haya un defecto de la fase lútera, no se deben usar suplementos de progesterona.

## **VII. PRONÓSTICO**

El resultado probable es bueno cuando el embarazo continúa normalmente y desaparecen todos los síntomas.

## **VIII. COMPLICACIONES**

- Aborto espontáneo

- Pérdida de sangre moderada o leve
- Anemia
- Síndrome de feto muerto
- Infección

## **IX. INDICACIONES**

- Reposo, disminuir la actividad física que aumente la presión intra-abdominal
- Evitar relaciones sexuales
- Aumentar el consumo de frutas y verduras frescas que aportarán mayor cantidad de vitamina C, vitamina K, y fibra, muy necesaria para mejorar el peristaltismo intestinal y evitar el estreñimiento.

**MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES  
CON AMENAZA DE ABORTO**

- Reposo en cama
- Apoyo emocional y psicológico
- Ambiente tranquilo y agradable
- Administración de medicamentos por indicación médica
- Administrar líquidos orales
- Dar consejería , sobre aspectos preventivos para disminuir el riesgo de futuros abortos espontáneos
- Planificación familiar luego de este parto
- Baño diario
- Aseo perineal
- Educar y orientar a la paciente y a los familiares

**TRATAMIENTO DE ELECCIÓN Y ALTERNATIVO EN PACIENTES CON  
AMENAZA DE ABORTO**

Tratamiento específico de acuerdo a etiología

Observación

Valoración médica permanente

## **I. CARIES DENTAL**

### **III. DEFINICIÓN**

La caries es una enfermedad destructiva de los tejidos del diente que ocurre cuando por acción de las bacterias y ácidos generados por estas, se produce la desmineralización de la superficie de los dientes.

### **IV. ETIOLOGÍA**

La caries dental para su instalación necesita la interacción de tres factores básicos: el huésped, la microflora y el substracto, a los cuales Newbrun (1988), agregó el cuarto factor: tiempo. Estos factores, cuando se integran, generan la dolencia que se manifiesta a través de un síntoma (señal ) clínico que es la lesión cariosa o simplemente caries. Su origen microbiano y los cambios que sufren los tejidos resultan de dos fenómenos regresivos concurrentes:

- Disolución y pérdida de sus componentes minerales
- Desorganización y desprendimiento de la materia orgánica

### **V. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS**

En el desarrollo de la caries influyen varios factores, algunos de ellos no se pueden modificar como la susceptibilidad individual, pero sobre otros si se

puede actuar. Tenemos factores biológicos relacionados con el acumulo y maduración de la placa bacteriana.

Son considerados factores de riesgo sociales, el extracto socioeconómico, el estilo de vida y el nivel cultural, que al interrelacionarse con los factores biológicos define el perfil de riesgo de cada individuo.

Otros factores que influyen son el nivel educativo, nutrición balanceada y el exceso de flúor en el agua

## **VI. CUADRO CLINICO**

Inicialmente la lesión se manifiesta como un cambio de color oscuro o blanquecino en el esmalte del diente. Cuando la lesión progresa, aparece pérdida de sustancia y socavación del esmalte, lo cual da un aspecto de mancha grisácea. Finalmente, el esmalte se rompe y la lesión se hace fácilmente detectable.

Cuando la caries afecta sólo al esmalte, no produce dolor, si la lesión avanza y llega al interior del diente, es cuando aparece el dolor, que a veces es intenso y se desencadena el tomar bebidas frías o calientes

## **VII. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

Las radiografías extrabucales e intrabucales como: panorámicas, periapicales, oclusales y de wait wint. Son un instrumento de diagnóstico valioso con que

cuenta el odontólogo para valorar los elementos que no pueden ser vistos por observación clínica. Otra prueba de diagnóstico es el detector de caries (líquido colorante).y las cámaras intraorales.

## **VIII. TRATAMIENTO**

Las estructuras dentales que han sido destruidas no se regeneran, sin embargo, el tratamiento puede detener el progreso de la caries, con el fin de preservar el diente, devolver la funcionalidad, la estética, y evitar complicaciones.

El tratamiento debe ser aplicado en base a tres puntos básicos:

- Control de la infección
- Remineralización de los tejidos
- Tratamiento de las complicaciones

En cualquier caso conviene tener presente que el mejor tratamiento es la prevención, y que ésta debe empezar a aplicarse desde los primeros meses de la vida de los niños.

## **IX. OBJETIVO TERAPÉUTICO**

- Aliviar el dolor
- Devolver la funcionalidad y estética

## **MEDIDAS GENERALES Y CUIDADOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON CARIES DENTAL**

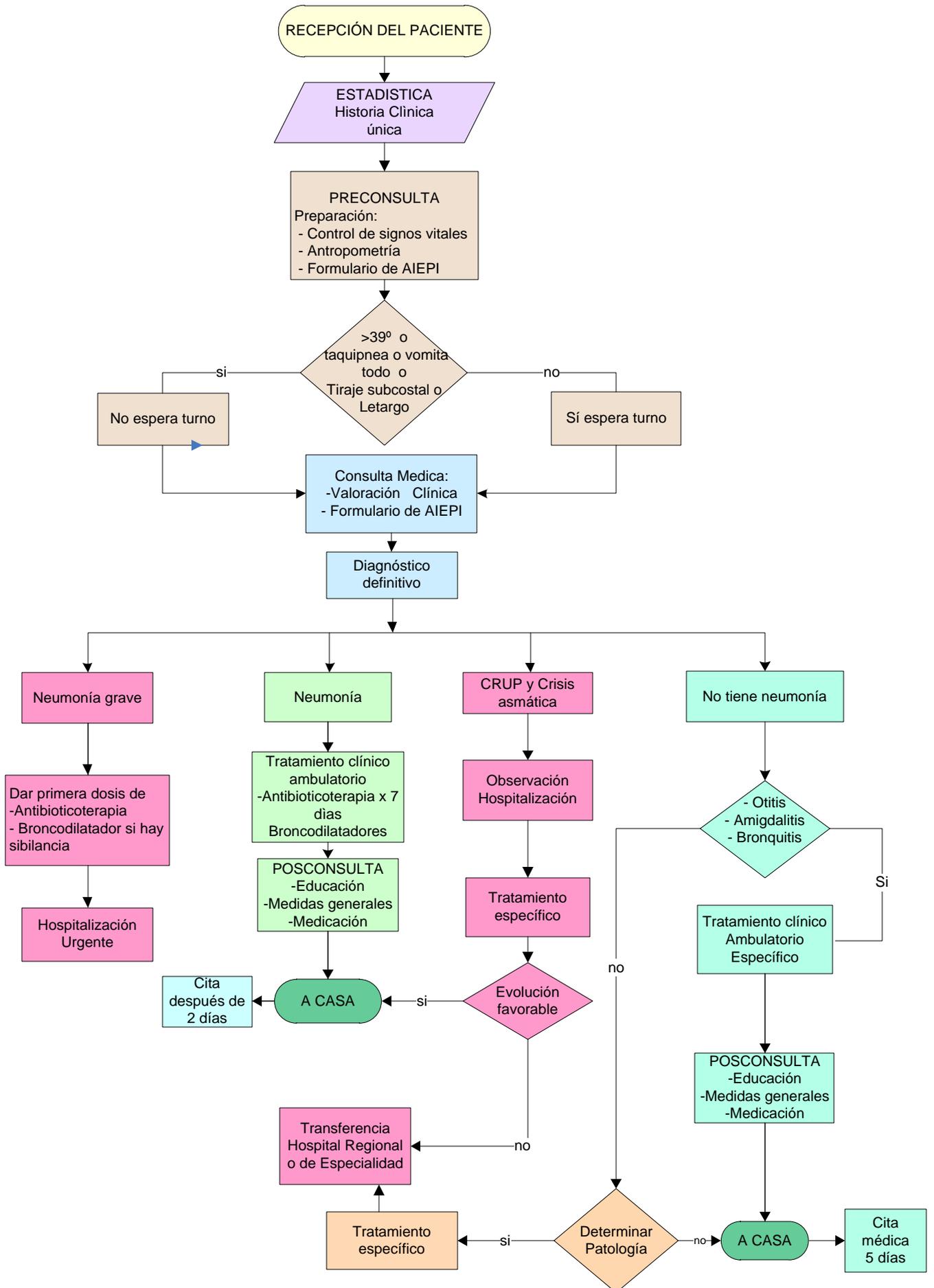
- Educar al paciente mediante charlas y demostraciones sobre la remoción de la placa bacteriana, mediante la práctica de una buena técnica del cepillado dental.
- Vincular a cada paciente en un programa personalizado de mantenimiento, con el fin de preservar su salud oral, y disminuir los factores de riesgo.
- Cepillarse por lo menos dos veces al día y usar la seda dental al menos una vez al día.
- Procedimientos de higiene, específicamente limpiezas profesionales periódicas, encaminadas a inhibir la actividad de las bacterias y evitar así, la progresión de las lesiones.
- Los alimentos masticables y pegajosos, como frutas secas y caramelos, convine comerlos como parte de una comida y no como refrigerio; y de ser posible, la persona debe cepillarse los dientes o enjuagarse la boca con agua luego de ingerir estos alimentos.

## **TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARIES DENTAL**

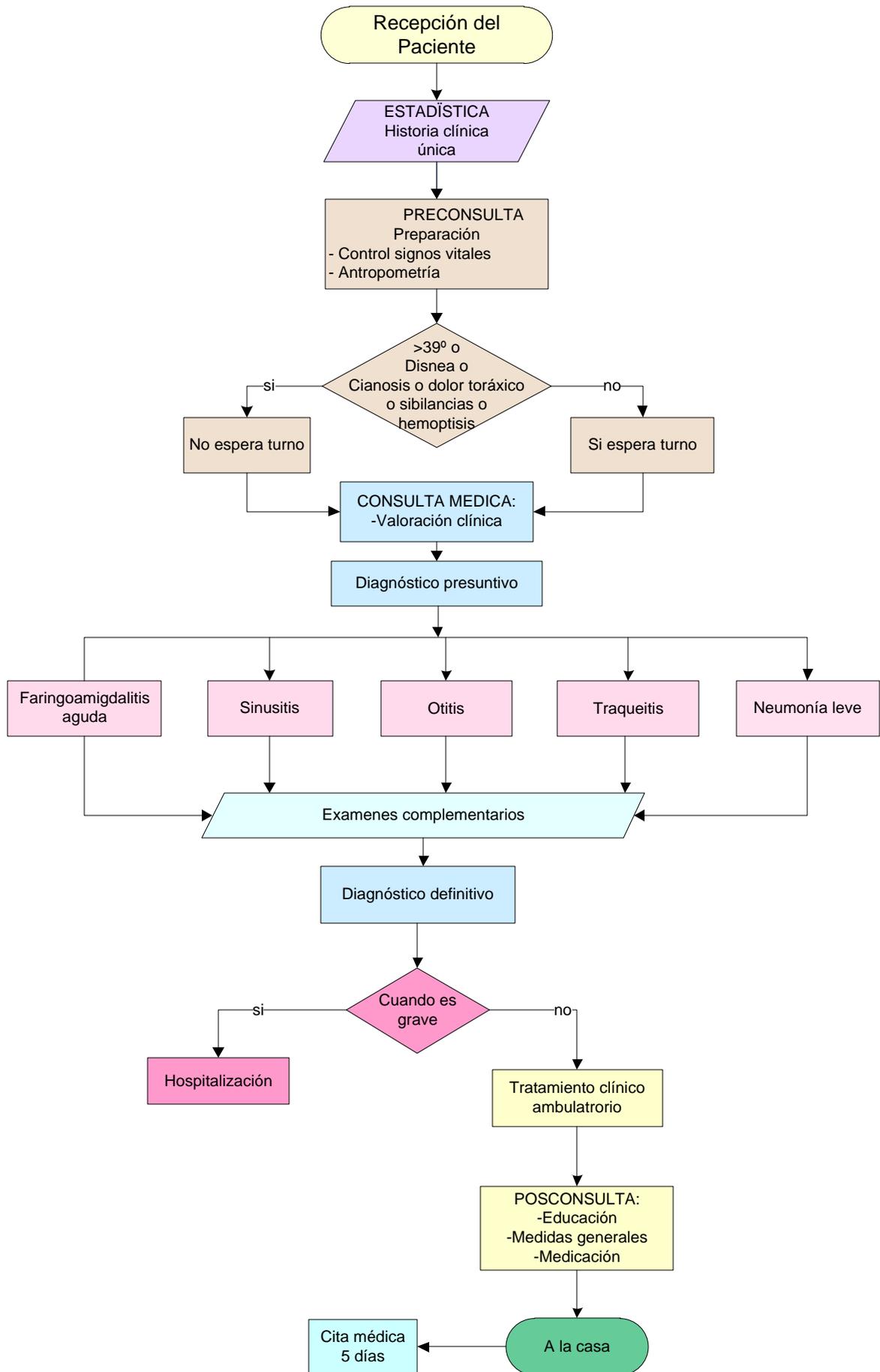
La operatoria dental actual se caracteriza por ser eminentemente conservativa, manteniendo la fisiología y la anatomía de las piezas dentales y conservar la estética en el paciente, siendo este concepto una premisa fundamental para el clínico.

1. Eliminación de placa y cálculo dentinario
2. Apertura de la cavidad
3. Eliminación del tejido dentario cariado
4. Biselado de los bordes de la cavidad
5. Aislamiento absoluto o relativo
6. Protección pulpar (en caso de ser necesario)
7. Técnica adhesiva
  - a. gravado
  - b. lavado
  - c. secado
8. Colocación del sistema adhesivo
9. Colocación del sistema de matriz
10. Colocación, adaptación y modelado de la resina
11. Alisado y pulido
12. Controlar la oclusión (en casos que amerite)
13. Fluorización

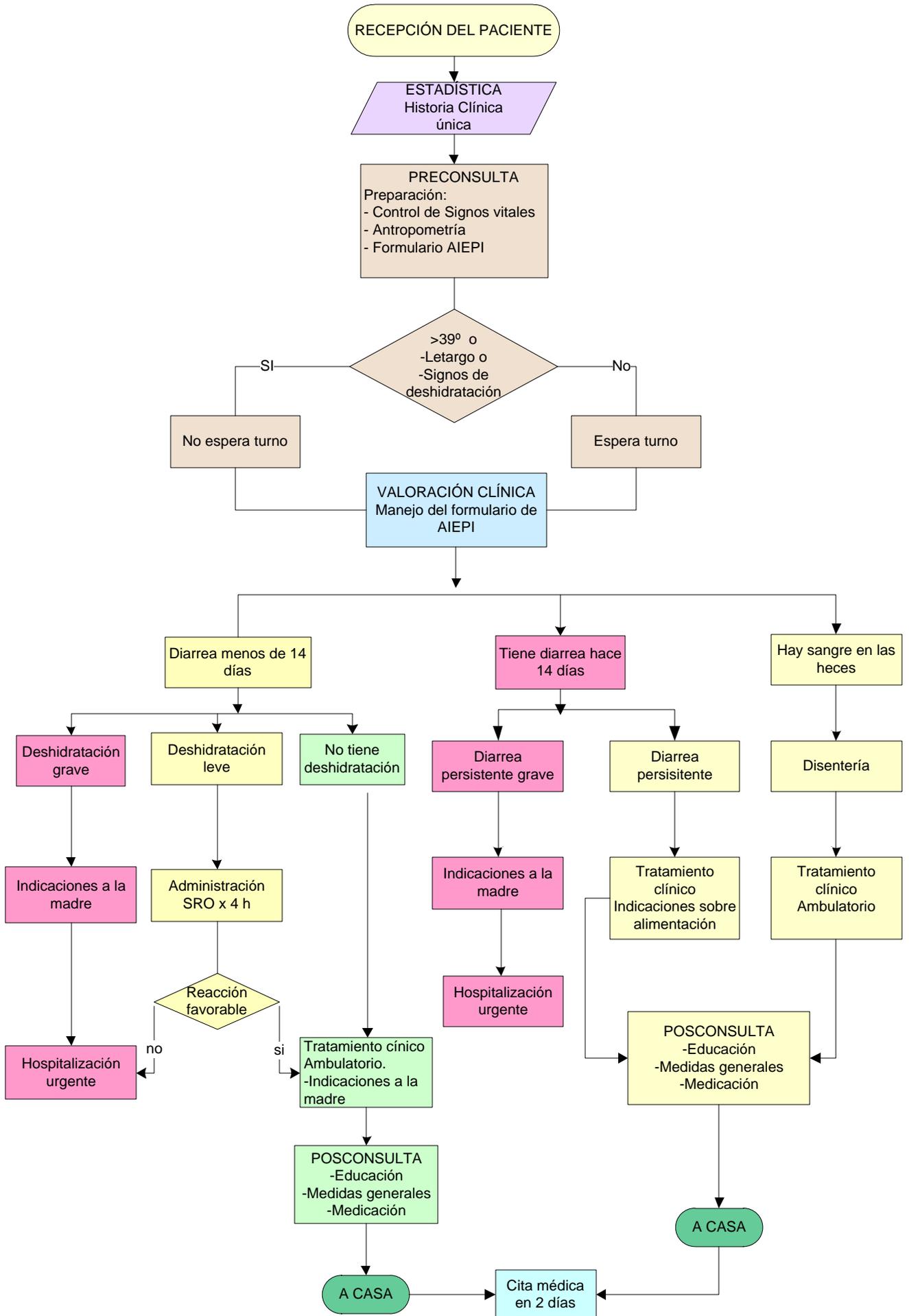
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON  
IRA MENORES DE 5 AÑOS**



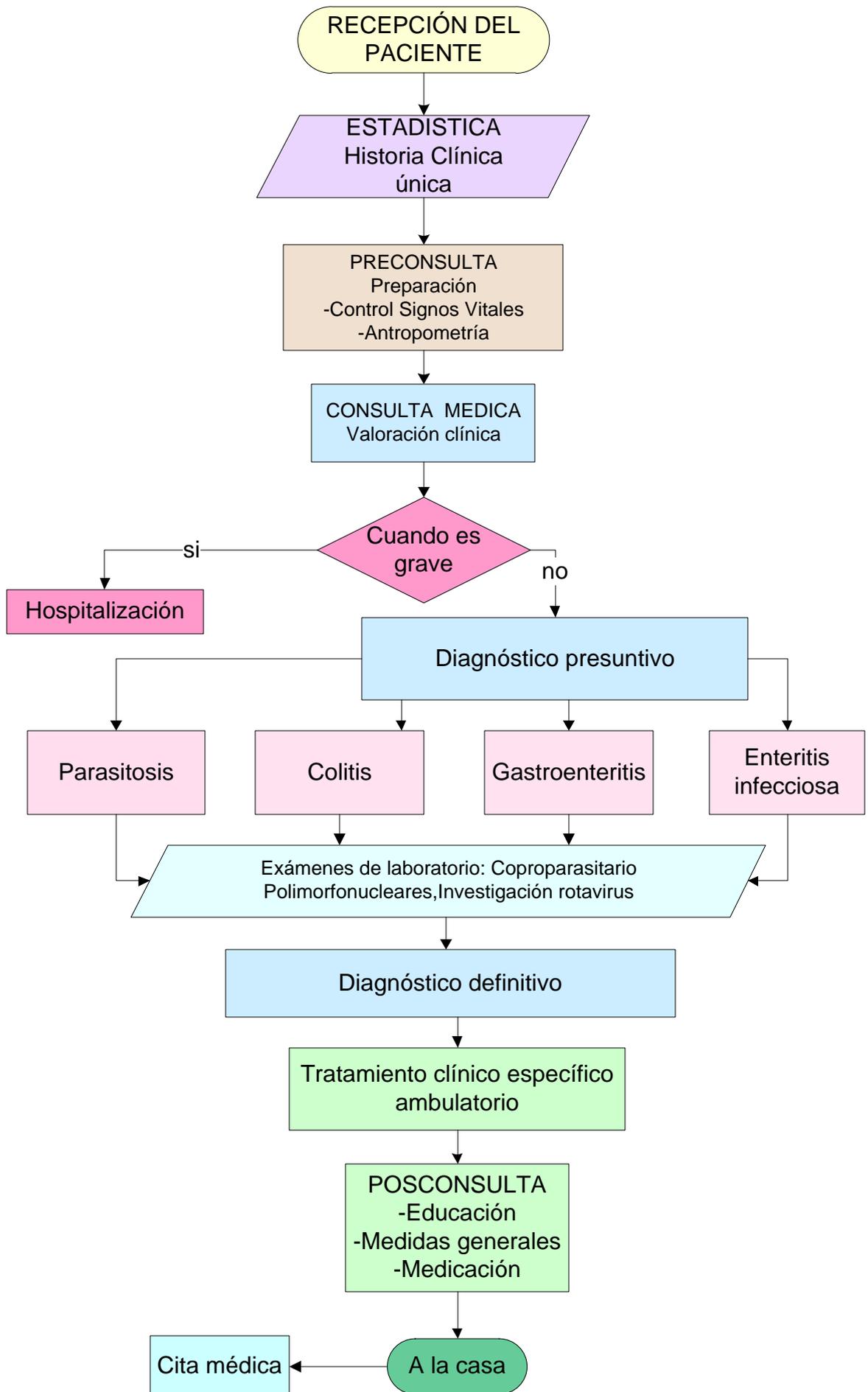
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES  
CON IRA MAYORES DE 5 AÑOS**



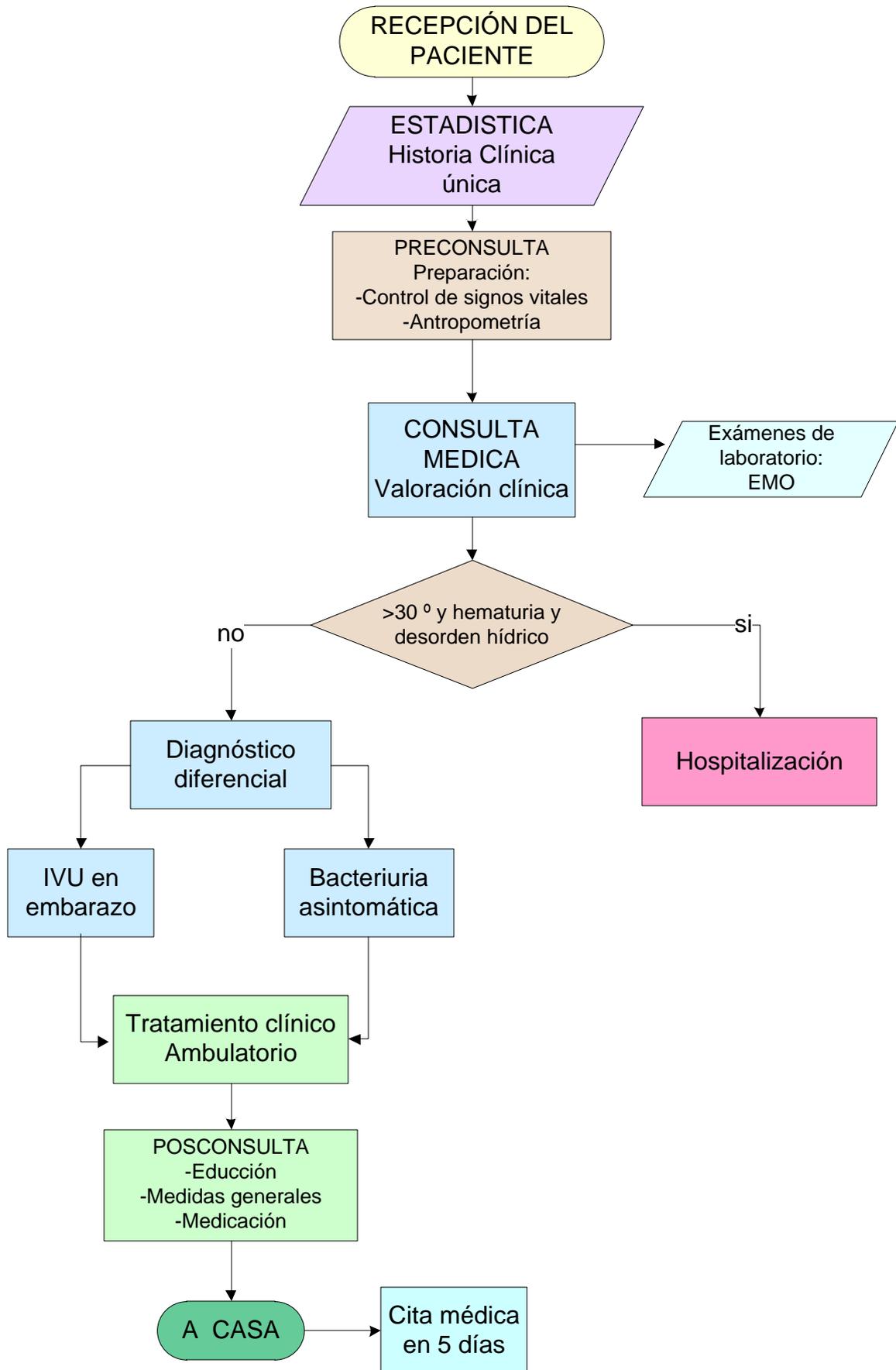
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON EDA MENORES DE CINCO AÑOS**



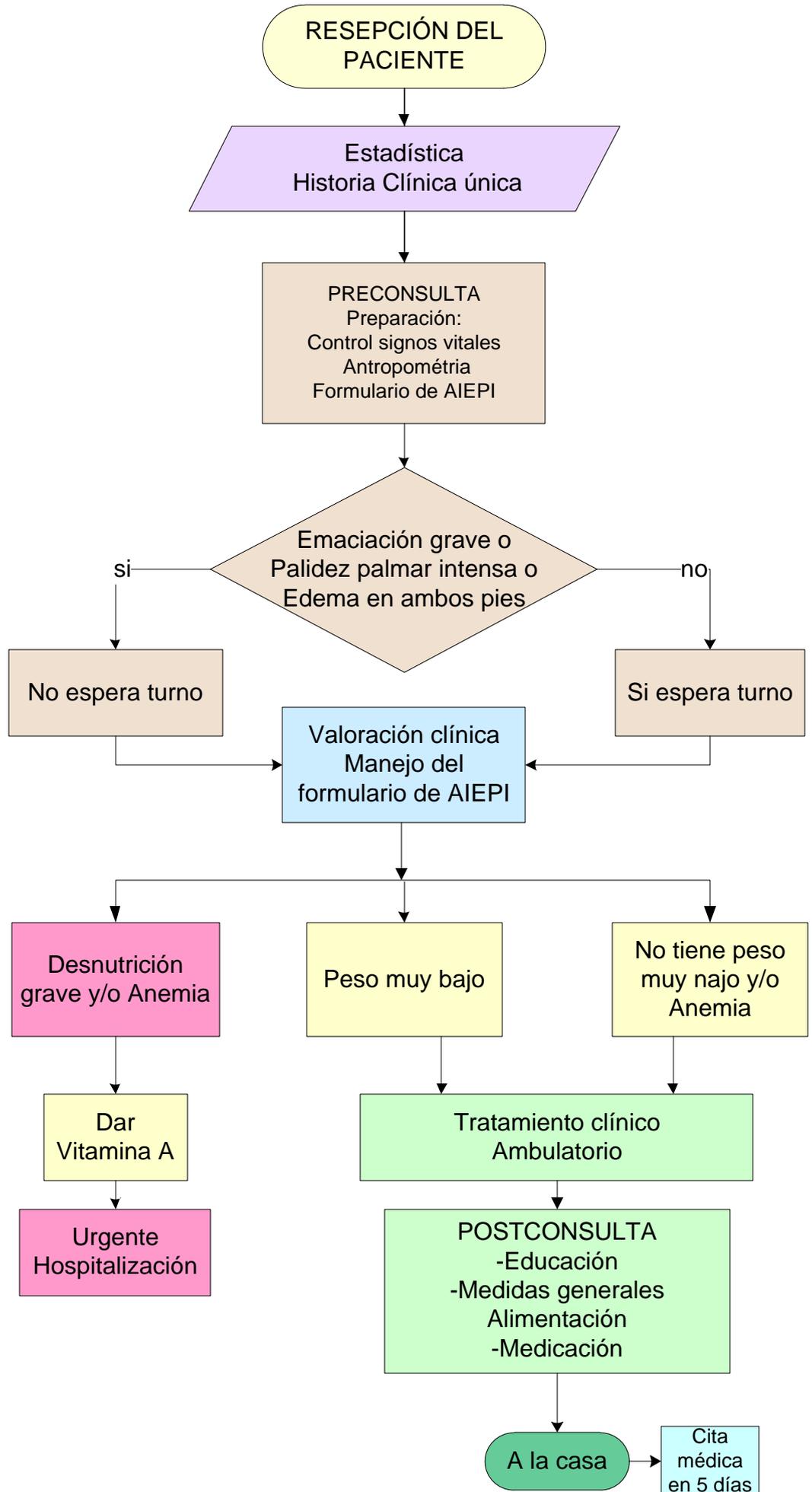
# PROTOCOLO EN ENFERMEDAD INFECCIOSA INTESTINAL



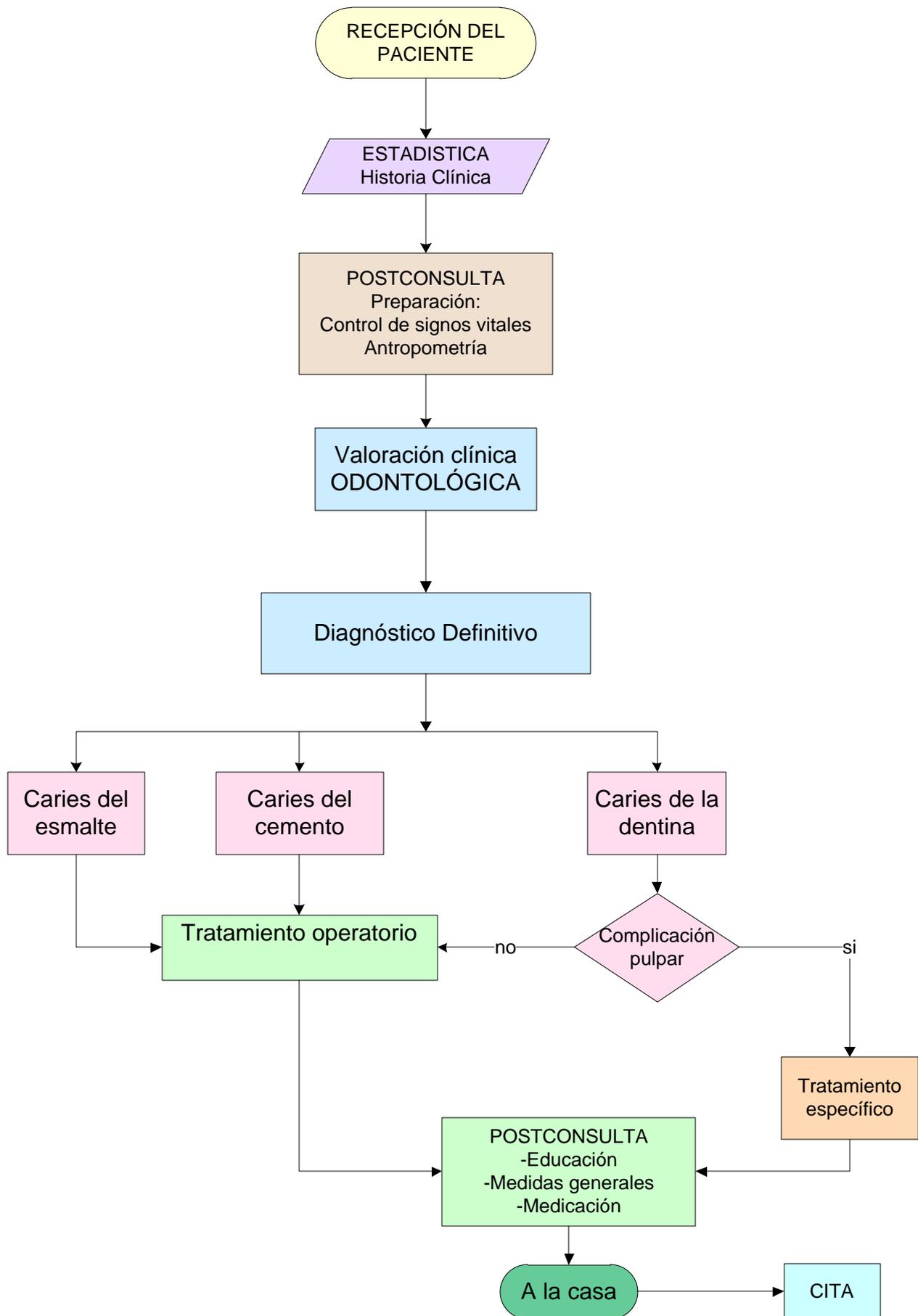
# ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LAS VÍAS URINARIAS



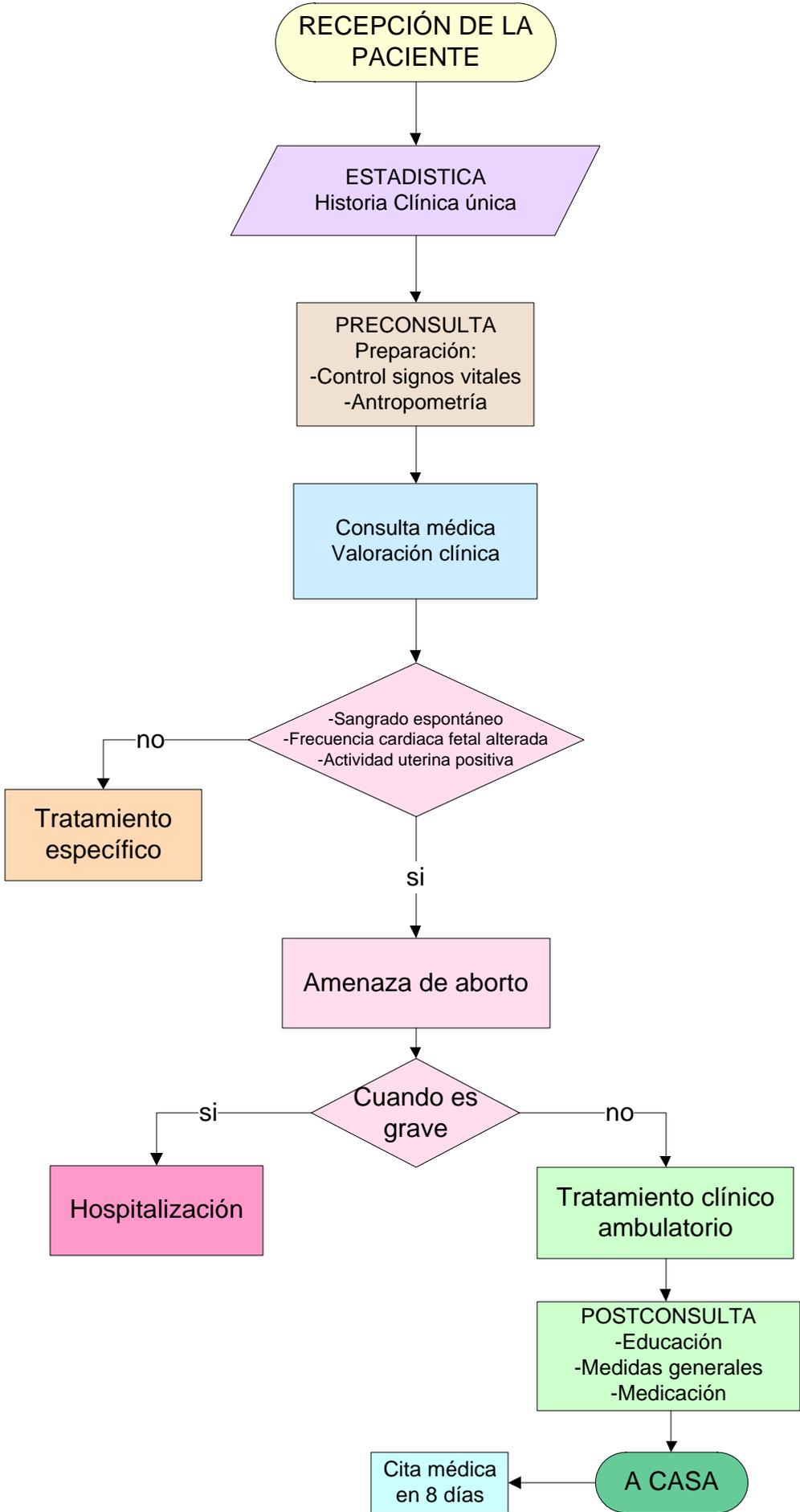
# PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON DESNUTRICIÓN MENORES DE 5 AÑOS



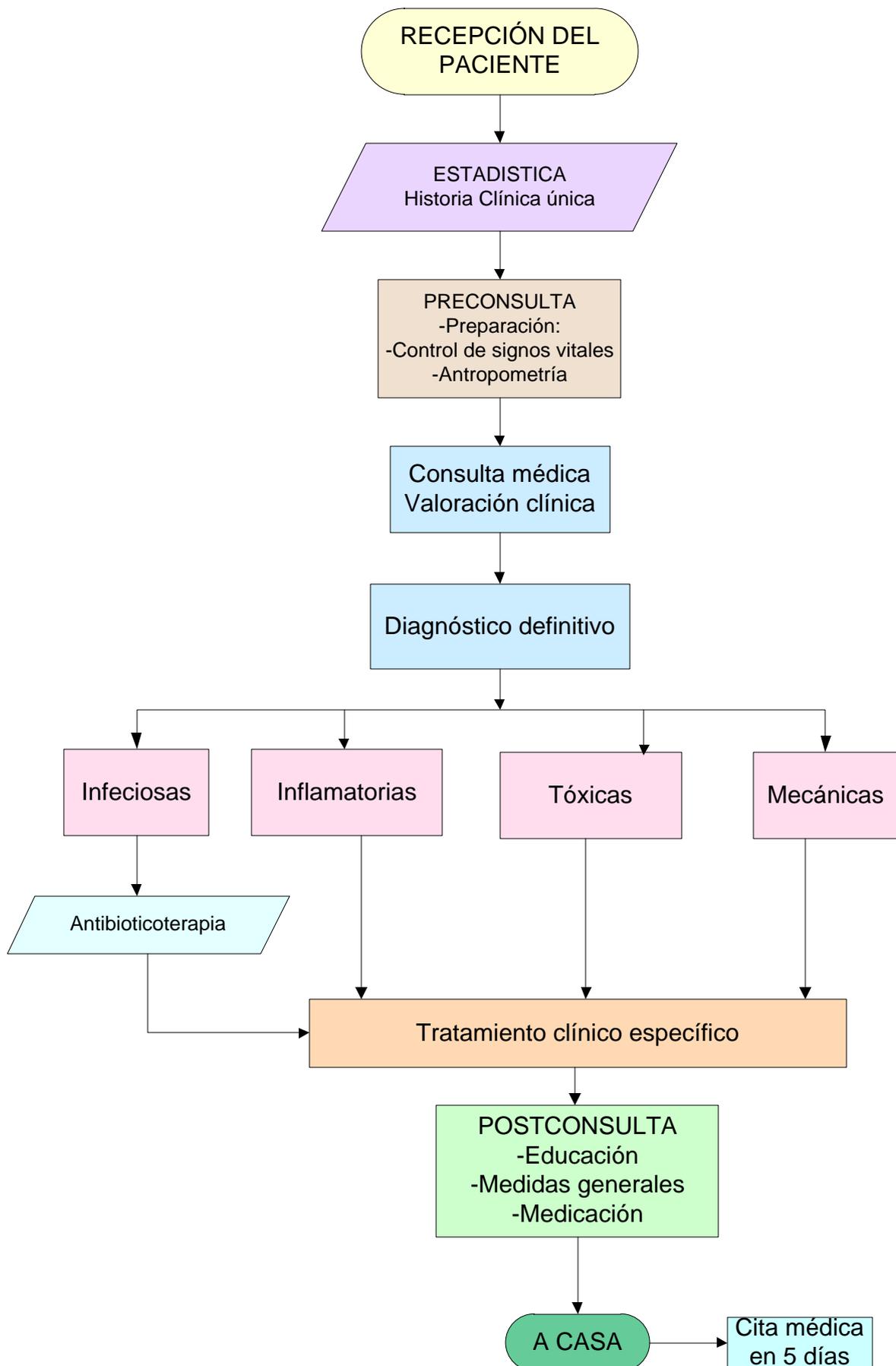
# PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES CON CARIES DENTAL



# PROTOCOLO EN AMENAZA DE ABORTO



# PROTOCOLOS EN PATOLOGÍAS CUTÁNEAS



# PROTOCOLO DE LUMBALGIAS

