

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

“UN METODO DE ADIESTRAMIENTO DE PERSONAL  
AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DAR ATENCION MEDICA  
CURATIVA”

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la  
Facultad de Ciencias Médicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

JULIO ENRIQUE CASTELLANOS CALDERON

Por

En el acto de investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

## CONTENIDO,

- I. INTRODUCCION
- II. CONSIDERACIONES GENERALES Y ANTECEDENTES
- III. FORMULACION DEL PROBLEMA
- IV. JUSTIFICACION
- V. HIPOTESIS
- VI. OBJETIVOS
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. RESULTADOS
- IX. DISCUSION
- X. CONCLUSIONES
- XL. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA
- XIII. ANEXOS.

## INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis describe el diseño y la evaluación de un sistema de enseñanza para personal auxiliar de enfermería que trabaja en áreas rurales. Por medio de éste un estudiante de medicina del último año en su práctica de Ejercicio Profesional Supervisado Rural (EPS), capacita a dicho personal en la detección y manejo de los problemas clínicos más comunes que aquejan a la población en demanda de servicios médicos al puesto de salud.

Este trabajo se realizó en la aldea "El Cacahuito" (población de 1087 habitantes y situada dentro de la jurisdicción del municipio de Taxisco) y evalúa la calidad de rendimiento de una enfermera auxiliar, en la prestación de servicios médicos antes y después de ser adiestrada. A la vez este estudio muestra que si se adiestra y utiliza adecuadamente el recurso antes mencionado es posible aumentar la eficiencia del mismo en la prestación de servicios de salud, liberando al médico de gran parte de la atención primaria curativa.

El método de adiestramiento de otros programas similares no ha sido descrito en sus detalles operativos, por lo que, se hace necesario desarrollar, evaluar y comentar un sistema tal como el que ahora se presenta, para que pueda ser usado ampliamente.

Se espera que la consideración de este trabajo por diversas organizaciones y autoridades encargadas de la salud pública, y su posible adopción total o parcial, contribuya efectivamente para elevar el nivel de atención en salud.

## CONSIDERACIONES GENERALES Y ANTECEDENTES

El análisis del estado de salud de la población de Guatemala por medio de sus índices de mortalidad, revela que, éste es deficiente, sobre todo en el área rural, ya que: casi el 50% de todas las muertes ocurren en los diez departamentos de una ruralidad superior al 75%, que solamente tienen el 39.5% de la población total del país. Asimismo, casi el 50% de las defunciones en menores de 5 años de vida también ocurren en esos 10 departamentos, a pesar de contar solo con el 31.6% de los niños de esa edad (1) (ver cuadro No. 1). Por otro lado, las dos principales causas de defunción reportadas para el año de 1975 fueron afecciones gastrointestinales y respiratorias (ver cuadro No. 2).

La desnutrición es, específicamente, un factor subyacente de la mortalidad por otras causas, tanto que se estima que el 80% de los niños menores de 5 años están afectados de alguna deficiencia nutricional (1).

En lo concerniente a morbilidad, la consideración de las 10 primeras causas de consulta a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP y AS), (ver cuadro 3), pone de manifiesto que el 36% del total de consultas solicitadas por el guatemalteco se deben a afecciones de los sistemas respiratorio, reproductor, gastrointestinal y dermatológico, además, que las consultas por aspectos puramente preventivos (prenatales y de niño sano) ascienden solamente a un 10% del total, por lo que la demanda es fundamentalmente por servicios curativos. Surge entonces como una de las necesidades inmediatas de los servicios de nuestro país, la formación de personal capacitado para dar buena atención curativa en los rubros principales de consulta. Esto

Por otro lado El sistema de servicios de salud de Guatemala cuenta con varias dependencias que se encargan del cuidado de la salud de población en varios niveles, así:

**A. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP y AS):**

Es el organismo a quien corresponde la cobertura legal de la población del país. Dentro del mismo existe el Consejo Nacional de salud que tiene como función coordinar todas las actividades del sector en el área de salud; es básicamente asesor, coordinador y evaluador de políticas de salud. Para 1978 el MSP y AS operaba mediante una red de servicios de toda la república que comprendía 467 puestos de salud, 171 centros de salud y 37 hospitales.

**B. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)**

Presta servicios médicos a trabajadores y patronos del país, quienes los financian por medio de cuotas basadas en un porcentaje de los salarios devengados. Concentra sus recursos y actividades en el área de la capital y en las ciudades mayores del interior, donde se encuentra la mayor parte de los beneficiarios. Para 1977 el IGSS operaba mediante una red de servicios que comprendía 35 hospitales, 27 puestos de salud y 14 consultorios.

**C. Municipalidades:**

Contribuyen con los servicios de salud, encargándose del saneamiento ambiental y en algunos casos participan en la construcción de puestos de salud que son posteriormente operados por el MSP y AS. En el caso de la municipalidad metropolitana, ésta opera directamente 13 dispensarios.

**D. Sanidad Militar:**

Básicamente se encarga de la atención de su personal y además realiza jornadas cívicas en las áreas rurales, con programas

de vacunación, letrinización, introducción de agua y atención de pacientes.

**E. Universidad de San Carlos de Guatemala:**

Entidad autónoma que brinda servicios al país por medio de sus diferentes facultades y formando profesionales de la salud.

**F. Organizaciones Voluntarias privadas:**

Existen aproximadamente 15 que proporcionan diversos servicios curativos y preventivos y que reciben la mayoría de sus fondos de otros países. Además el sector privado lucrativo en Guatemala tiene 59 hospitales.

**G. Recurso Humano no calificado:**

Existen practicantes tradicionales de la medicina en todo el país, dentro de los cuales cabe mencionar: el curandero práctico, la comadrona, el brujo, aprendiz de curandero y especialista de curandero. Existen aproximadamente 16000 curanderos y un número similar de comadronas en el país. Los primeros se dedican a labores de atención general en salud y las segundas a la atención de lo relacionado con el embarazo. La mayoría de ellos a su vez mezclan estas actividades con las de tipo agrícola. (1)

**H. Recurso Humano Calificado:**

Según estadísticas del MSP y AS para 1977 aproximadamente 1000 médicos son empleados por esta dependencia y más del 50% de los mismos laboran en el departamento de Guatemala (ver cuadro 4). Por otro lado para 1979 el número de médicos colegiados en Guatemala asciende aproximadamente a 3400 y la población del país según censo de 1978 es de 7,212,030 habitantes lo que teóricamente da una relación de 2121 habitantes por cada médico, pero debe notarse

que hay un alto porcentaje de médicos concentrados en las áreas urbanas y otros residen fuera del país.

Aproximadamente 40% de las enfermeras graduadas que laboran para el MSP y AS lo hacen en el departamento de Guatemala y el resto de ellas en el resto de los departamentos de la república, mientras que la distribución de las enfermeras auxiliares es similar a la de los médicos (ver cuadro 4).

En todos los puestos de salud existe una enfermera auxiliar permanente y en algunos un técnico en salud rural. Aproximadamente en 200 de ellos hay un estudiante de medicina del último año en su práctica de Ejercicio Profesional Supervisado Rural (EPS)

#### Niveles específicos de atención:

El MSP y AS distribuye su atención a tres niveles en el país, el primero de los cuales está compuesto por programas comunales que se dedican a todas aquellas poblaciones tipo aldea o caserío con menos de 2000 habitantes, los cuales tienen la mayor parte de la población. (Ver Cuadro 5).

Como se menciona en párrafos anteriores el recurso humano consta básicamente de una enfermera auxiliar, y en la mayoría de los casos con un estudiante del último año de medicina en E.P.S. que cambia cada 6 meses. Ambos tienen a su cargo el manejo de un puesto de salud. Los dos niveles restantes corresponden al sistema de prestación de servicios de salud por medio de centros de salud y hospitales. No se profundizará en el análisis de los mismos porque el presente estudio está centrado en la atención que brinda el primer nivel descrito.

#### Cobertura:

Para 1977 parte de las poblaciones de menos de 2000 habitantes era cubierta por el MSP y AS por medio de 314 puestos

de salud distribuidos en toda la República (ver Cuadro 6) en los cuales se atendía aproximadamente 5 pacientes por día (ver cuadro 7).

#### Políticas y Estrategias:

El MSP y AS ha establecido cuatro políticas fundamentales para mejorar el nivel de salud y extender la cobertura de los servicios a toda la población, estos son: de calidad ambiental, de nutrición y alimentación, financiera y de aumento de la cobertura.

1. Calidad Ambiental: orientada a crear programas de saneamiento básico en las comunidades rurales más desprotegidas. Sus estrategias se dirigen primordialmente a impulsar la detección de agua potable, alcantarillado y disposición de excretas, control de alimentos y mejoramiento de la vivienda.
2. Nutrición y alimentación: destinada a normalizar y coordinar la producción, comercialización y distribución de los alimentos a los estratos de la población más necesitados así como el desarrollo de la educación nutricional en las comunidades.
3. Política financiera: Orientada a garantizar la disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo la ejecución de los programas integrados de salud.
4. Aumento de la cobertura: Tiene como propósito extender la cobertura de los servicios de salud en los grupos y áreas más vulnerables del país. Para ello sus estrategias están destinadas a: coordinar acciones con las agencias intra y extrasectoriales ligadas a la salud, promover la participación de la comunidad, adecuar los recursos humanos a las necesidades de los servicios de salud, mejorar la eficiencia de los servicios y fortalecer la atención primaria en salud.

## Producción de recursos humanos:

De la Universidad de San Carlos de Guatemala egresan anualmente aproximadamente 300 médicos; de las escuelas de enfermería egresan anualmente 70 enfermeras graduadas y 300 enfermeras auxiliares.

En relación a trabajadores sociales y técnicos en salud rural el promedio anual de graduados es de 45. Es obvio pues la necesidad de aumentar el recurso humano capacitado que permita ampliar el nivel de cobertura de los servicios de salud, hacia poblaciones de menos de 2000 habitantes y a la vez brindar eficientemente la atención médica.

## PROGRAMAS DE ADiestramiento DE PERSONAL AUXILIAR DEL MEDICO EN GUATEMALA

Existen diversos programas de adiestramiento de personal auxiliar del médico, siendo uno de ellos el programa de estudios del auxiliar de enfermería comunitaria creado por la División de Formación de Recursos Humanos del MSP y AS, cuyo contenido está programado para ser desarrollado en 8 meses, con un horario no menor de 7 horas, ni mayor de 8 horas diarias. (2) Dicho programa consta de cuatro unidades que son: Participación comunitaria, epidemiología, atención Materno Infantil y Familiar y aspectos administrativos. A la vez en estas unidades se integran conocimientos de enfermería, atención médica, ética, bioestadística, saneamiento ambiental, nutrición, educación para la salud, relaciones interpersonales, anatomía, fisiología, biología y farmacología.

En relación a métodos de enseñanza no hay ninguno específicamente definido pues "El maestro queda en libertad de emplear los métodos que considere más convenientes". (2)

Estos autores refieren que la evaluación teórica se hace

periódicamente en base a participación en clase, trabajos asignados y pruebas escritas dándosele un valor de promoción del 60% a las evaluaciones parciales y un 40% al examen final.

La práctica se evalúa constantemente y separada de la teoría, en base a aptitudes observadas, desenvolvimiento en actividades asignadas e informes de actividades realizadas.

Tanto la teoría como la práctica se aprueban cada uno con una calificación absoluta de 60 puntos.

Dicho programa recomienda que haya una proporción de 15 a 20 estudiantes por maestro y es llevado a cabo en establecimientos docentes que dependen del MSP y AS. El promedio anual de graduados es de 200.

Por su parte otra sección de la División mencionada, el Instituto de Adiestramiento de Personal en salud (INDAPS) lleva a cabo programas de adiestramiento de personal auxiliar de enfermería y técnicos en salud rural. (3) El primero prepara a una enfermera auxiliar para administrar un puesto de salud, hacer estudios sobre condiciones ambientales y de salud de las comunidades rurales y manejar aproximadamente 50 enfermedades comunes de las que se le proporciona guías de diagnóstico y terapéutica. Este programa dura aproximadamente 10 meses y los alumnos son adiestrados mediante enseñanzas teóricas en la sede del INDAPS y por medio de prácticas en hospitales regionales y puestos de salud.

El programa de formación de técnicos en salud rural dura aproximadamente dos años y hace especial énfasis en estudios comunitarios que básicamente constan de tres unidades de enseñanza integrada que son: Conocer a la comunidad, desarrollo humano y prácticas supervisadas en unidades periféricas.

Dentro de los requisitos de ingreso al establecimiento los principales son:

- a) Ser habitante de un área rural, pues se piensa que esto contribuye a la mejor identificación de los alumnos con las comunidades en donde desempeñarán sus cargos.
- b) Aprobar un examen de admisión que se basa en pruebas psicométricas y entrevistas individuales.
- c) Escolaridad hasta el 3er. año prevocacional para el candidato a T.S.R. y hasta el 6o. año primaria para el (la) candidato (ta) a enfermero (a) auxiliar.

Por otro lado en Guatemala Habicht, Guzmán, Reyna Barrios y colaboradores (4) implementaron sistemas de atención médica en puestos de salud de áreas rurales utilizando personal auxiliar de enfermería, al que daban adiestramiento por 8 a 18 meses. Este personal no tenía experiencia previa en la elaboración de historias, en llegar a diagnóstico, en suministrar tratamientos ni en el manejo en general de pacientes; sin embargo asimilaban bien los nuevos conocimientos, sobre todo cuando estos eran de naturaleza más práctica que teórica.

Estos autores hicieron revisiones de enfermedades tratadas en varios puestos de salud para identificar cuales eran las menos complejas y de más fácil manejo. Luego el personal auxiliar era sometido a un sistema de control de calidad en el cual se utilizaba como parámetro de evaluación, guías de enfermedades y tratamientos a las cuales debía apegarse para el manejo de casos clínicos. Dichas guías contenían descripciones las enfermedades más comunes que aquejaban a la población, las menos complejas de manejar y las indicaciones de su manejo clínico.

Al enfocar el adiestramiento en procesos mórbidos de fácil manejo por parte de los auxiliares de enfermería se mejoró la eficiencia y se logró así una mayor cobertura de la población de demanda espontánea de servicios curativos de salud. Refieren estos

mismos autores que en cuatro comunidades del altiplano en donde se implementaron estos trabajos (5) los 2800 habitantes que se beneficiaban de los servicios de los auxiliares de enfermería visitaban los dispensarios cerca de tres veces al año y que, solo 140 (50%) de estas consultas fueron referidas a un médico y 14 (0.50%) al hospital. De los casos restantes 2514 (89.90%) se catalogaron como bien manejados y 132 (4.70%) como manejados insatisfactoriamente.

Por otro lado hacen un enfoque de los costos del uso de este sistema y afirman que estos reducen en un 50% los costos en la prestación de servicios de salud antes de la implementación del mismo.

En otra sección de estos estudios se menciona que éste tipo de servicios fue implementado con el fin de lograr mayor colaboración de los habitantes del lugar hacia estudios nutricionales que se estaban llevando a cabo, notándose que se logró un mayor impacto de ambos programas cuando estos fueron integrados.

Se pudo observar además que el personal auxiliar de enfermería fue tomando progresivamente mayor conciencia de su papel en la comunidad y de las necesidades de una mayor cobertura en la solución de los problemas de las comunidades rurales mediante los servicios de prevención.

A la vez dicho personal reconocía que la supervisión de la administración de un suplemento nutricional adecuado para la comunidad formaba parte integral del papel que desempeñaba.

DIVERSOS SISTEMAS DE ATENCION EN SALUD POR PERSONAL AUXILIAR DEL MEDICO SURGIDOS DE PROGRAMAS DE ADIESTRAMIENTO IMPLEMENTADOS EN OTROS PAISES DEL MUNDO.

A. Países Desarrollados:

Los primeros establecimientos para la formación de personal en salud de categoría intermedia se fundaron en Rusia en el siglo XVII cuando los hospitales abrieron escuelas de práctica médica y formación de ayudantes de medicina (6).

De este país surge, por primera vez, la formación de ayudantes y suplentes de médicos a quienes se da el nombre de "Feldshers". En la actualidad el personal médico de grado medio se forma en establecimientos docentes especiales de enseñanza secundaria destinados a siete especialidades diferentes: Feldsher, feldsher de sanidad, técnico de laboratorio, partera, enfermera, ayudante de odontología y mecánico dental. El período de formación dura aproximadamente 4 años. Hay en la Unión Soviética más de 650 escuelas de esta clase. 500 de estas tienen departamentos de formación de Feldshers en las diferentes especialidades y más de 120 son escuelas de Salud Pública que se dedican a formar Feldsher de sanidad. En total se forman 30,000 Feldshers al año.

En la URSS buena parte de la asistencia médica que recibe la población urbana y rural está a cargo de personal médico de grado medio. Ese personal, cualquiera su categoría o tipo de trabajo, se considera primordialmente como auxiliar de los médicos de las diversas especialidades, aunque El Feldsher que ocupa el nivel más elevado en el grado medio, puede actuar independientemente bajo la fiscalización general o directa de un médico.

En los Estados Unidos de América (7), en ocasión de diversas conferencias sobre formación de personal auxiliar, se han

descrito varios programas existentes en dicho país y se han hecho breves reseñas históricas de los mismos. En 1966 se creó en la Universidad de Duke el programa para ayudantes médicos (programa P.A.) se decidió reclutar para ese programa hombres procedentes del cuerpo de hospitales militares y otros análogos, los cuales formaron la base del mismo.

No hubo una investigación seria sobre las necesidades, la aceptación, el tipo de adjudicación de tareas, etc. Tampoco se estudió a fondo un plan de estudios ni la manera de adaptarlo a esas necesidades.

Estos estudios duraron dos años, de ellos 9 meses eran dedicados a clases teóricas y 15 meses de trabajos prácticos de asistencia a pacientes en distintos centros médicos.

La enseñanza teórica consistía en una versión simplificada del plan de estudios de la escuela de medicina y comprendía anatomía, fisiología, farmacología, elementos de patología, diagnóstico clínico, exploración física, etc. El ayudante así formado recoge los datos para la historia clínica incluso los de la exploración física y los resultados de laboratorio que se requieren para el diagnóstico; también suele ser la persona que aplica, bajo la dirección del médico, el tratamiento que éste ha prescrito.

En Septiembre de 1972 la asociación médica de los Estados Unidos informó que existían 72 programas de formación primaria o asistencia médica general. Algunos de ellos eran similares al programa de Duke, otros se dedicaban a formación de personal dentro de ciertas especialidades y otros eran programas federales para la formación de ayudantes destinados a los servicios gubernamentales principalmente de tipo militar.

En la república popular de China (8): Los médicos descalzos son agricultores adiestrados para enfrentar las necesidades rurales en saneamiento ambiental, educación en salud,

inmunización, primeros auxilios, atención primaria en salud y rehabilitación. Clases similares de trabajadores en salud incluyen al "Trabajador Doctor", quien provee servicios médicos en su área de trabajo, y el "Doctor de Guardia rojo" que generalmente es un ama de casa que trabaja en centros de salud en los vecindarios de las ciudades.

Estos tipos de trabajadores en salud son capaces de diagnosticar y tratar cerca de 100 enfermedades comunes y en muchas ocasiones llegan a demostrar más habilidad práctica que los propios médicos.

Adicionalmente se han adiestrado grandes cantidades de auxiliares del médico que en su formación son muy similares a los Feldshers.

#### B. Países en Vías de Desarrollo:

Sería ideal que en los países en vías de desarrollo, existiese programas que permitieran lograr, así como los programas antes mencionados, amplias coberturas de población por personal auxiliar del médico, pero esto no es posible aún por la escasez de recurso económico y científico necesario para tal fin, sin embargo intentos de programas similares y a bajos costos han sido llevados a cabo en estos países de los cuales presentamos a continuación algunos ejemplos: En Iran (9) estudios realizados por Hossain y colaboradores describen la metodología empleada en el adiestramiento de grupos de personas nativas del lugar para dar atención médica a sus propias comunidades. Estos autores adiestraron a dichas personas durante 3 años, impariéndoles conocimientos prácticos en los centros de salud más concurridos y centralizados del área, al final del adiestramiento se encargó a cada una de estas personas la atención de un puesto de salud en el área rural.

Los resultados demostraron que disminuyó ostensiblemente

el número de personas de áreas rurales que consultaba a los centros de salud del área urbana y que aumentó la demanda por servicios de salud en sus respectivos lugares de origen. Además se comprobó por encuestas realizadas al azar, que había marcada tendencia de la población a aceptar más fácilmente a aquellos trabajadores en salud que tenían mayor edad.

Nepal (8): un país de 12 millones de habitantes cuya mayoría viven en valles aislados por altas montañas y en donde la comunicación es muy difícil, ha estado adiestrando asistentes de salud desde 1955. Estos, diplomados como trabajadores auxiliares en salud, en áreas rurales, constituyen la espina dorsal de los servicios de salud. Sin embargo el grupo es demasiado pequeño por lo que se crearon otras dos categorías de trabajadores auxiliares en salud; una de más alto nivel que está a cargo de la supervisión y la otra que es principalmente el elemento móvil del equipo de salud, que hace visitas regulares a comunidades aisladas, atendiendo los problemas de salud más simples y comunes, reportando los de más difícil manejo y haciendo reportes generales de salud del área.

Papua (8): Los auxiliares médicos son llamados oficinistas de la extensión de salud. Ellos están a cargo de un centro de salud y practican medicina curativa y preventiva y además tienen obligaciones de tipo administrativo. En ocasiones trabajan en servicios especializados supervisando secciones como la de tuberculosis o la sección de lepra o participan en campañas de campo. También se les deja a cargo del cuidado de pacientes de consulta externa. Después de varios años de experiencia deben ser promovidos a una posición administrativa dentro de la estructura de servicios de salud. Existe además una sub-categoría de auxiliares que brindan los servicios más simples y comunes en puestos auxiliares y que están situados en poblaciones de aproximadamente 1000 habitantes.

Sudan (8): Es un ejemplo donde el adiestramiento de médicos y asistentes médicos tienen una larga tradición. El buen

entendimiento entre ambos tiene como resultado un trabajo eficiente y dan el ejemplo de un desarrollo positivo en esta clase de programas. Los asistentes médicos trabajan como representantes locales del Ministerio de Salud. Son responsables del saneamiento ambiental, inmunización, control de epidemias, registro de nacimientos y defunciones y administración de centros de salud locales. Trabajan con comadronas auxiliares y atienden pacientes, refieren al médico los pacientes que no pueden tratar. En áreas rurales son también responsables por el cuidado de los pacientes en hospitales locales.

Etiopia (8): En 1950 se estableció en Gondar el Haile selassie Public Health College. Aquí son formados tres diferentes tipos de trabajadores en salud que forman "equipos de salud": Oficiales de salud, enfermeras comunitarias y sanitarios. Los primeros considerados asistentes médicos se hacen cargo de los centros de salud y son los líderes del equipo.

Cuando se abrió la escuela médica de Addis Ababa en 1962 y Godar pasó a formar parte de ella, el adiestramiento de los oficiales (asistentes) médicos se volvió más académico y estos empezaron a evitar ir a las áreas más remotas de trabajo. Después de un adiestramiento oficial se les dio la oportunidad de convertirse en doctores en medicina y posteriormente la posición de estos servicios quedó tambaleante hasta el punto que se postuló la seria necesidad de redefinir sus funciones.

Tanzania (8): El auxiliar médico es formado y tiene obligaciones muy similares a la de los trabajadores en salud de Sudán. Es responsable por la salud de un área y está a cargo de un centro de salud con sub-centros y dispensarios.

Senegal (8): En esta región se ha adiestrado a los "Doctores Africanos" desde la primera guerra mundial para servir como asistentes médicos en toda el área de habla francesa en África. Muchos de estos han sido elevados a la categoría de doctores en

medicina después de un adiestramiento complementario. Sus obligaciones han sido asumidas por enfermeras auxiliares que a menudo están inadecuadamente adiestradas.

Kenya (8): Los asistentes médicos están a cargo de centros de salud rurales para ejercer la medicina curativa y preventiva. Ellos trabajan como miembros de un equipo de salud integrado y reciben parte de su adiestramiento juntos en trabajo de grupo. Este adiestramiento se sujeta a revisiones regulares dependiendo de las necesidades cambiantes y de las condiciones existentes del lugar.

Venezuela (8): Se ha incorporado desde 1966 un programa de medicina simplificada. Esta actividad es llevada a cabo por una auxiliar de enfermería que sigue un curso de 4 meses el cual la habilita para dar los primeros pasos en educación en salud, accidentes o enfermedades, vacunación y cuidados materno infantiles. Trabaja bajo la supervisión del médico del centro de salud del área quien debe estar con ella una o dos veces semanalmente.

## FORMULACION DEL PROBLEMA

A. La mayor parte de la población de Guatemala es la que cuenta con la menor cantidad de recursos de atención médica, los cuales brindan casi solamente atención médica curativa y alcanzan muy pobre cobertura, por lo que, dichas poblaciones no pueden ser investigadas, en sus verdaderos fondos epidemiológicos y siguen manteniendo, con ligeras variaciones, las cifras de morbimortalidad del país.

El problema de salud de Guatemala, es el resultado de la interacción de múltiples factores y por lo tanto debe ser objeto de un enfoque multifactorial en la búsqueda de sus soluciones, uno de cuyos aspectos podría ser la creación e implementación de programas de adiestramiento de personal auxiliar del médico, destinado a brindar atención médica a poblaciones de menos de 2000 habitantes.

B. La mayor parte de puestos de salud cuenta únicamente con un auxiliar de enfermería como único recurso permanente para dar atención médica, dicho auxiliar no puede ser suspendido de sus labores habituales (con fines de adiestramiento) por largos períodos de tiempo, pues la población, se quedaría sin recursos de atención médica. Por otro lado este personal, necesita de adiestramiento en servicio para mejorar la atención en el puesto de salud, sin descuidar la continuidad en la prestación de servicios a la población a su cargo.

El problema existente es cómo crear e implementar un método de adiestramiento en servicio del personal auxiliar de enfermería, utilizando eficientemente y a bajo costo el recurso que ya existe en los puestos de salud.

## JUSTIFICACION

El estudiante de medicina en Ejercicio Profesional Supervisado Rural dedica la mayor parte de su tiempo a atender en un puesto de salud a la población en demanda de servicios curativos. Esta situación no permite al EPS investigar y definir los problemas básicos de la salud de la población a su cuidado y mucho menos diseñar y ejecutar programas integrados y continuados tendientes a resolver los problemas previamente definidos y a mejorar así el nivel de salud de la población. Se ha pensado que una forma de mejorar la eficiencia del trabajo del equipo de salud, con base en los antecedentes descritos previamente, es capacitando adecuadamente al personal auxiliar de enfermería para que mantenga un nivel efectivo y permanente en la atención del puesto de salud.

Esto contribuirá a la mejor utilización del EPS como valioso recurso profesional en la Investigación e implementación de mejores soluciones a los problemas de salud del área rural.

## HIPOTESIS

El estudiante de Medicina, durante su Ejercicio Profesional Supervisado E.P.S., está en posición de adiestrar en Atención Médica curativa al personal auxiliar de enfermería de un puesto de salud.

Con este adiestramiento dicho personal auxiliar podría satisfacer adecuadamente las necesidades de la población a su cargo.

## OBJETIVOS

Generales:

1. Desarrollar y evaluar la efectividad de un método de capacitación para personal no formal (paramédico) encargado de la atención en salud de poblaciones rurales de menos de 2000 habitantes.
2. Documentar este método para que pueda ser fácilmente aplicado por el estudiante de medicina en Ejercicio Profesional Supervisado Rural (E.P.S.).

Específicos:

1. Diseñar un sistema de instructivos escritos los cuales pueden ser estudiados por personal auxiliar y reforzados por prácticas supervisadas.
2. Capacitar al auxiliar de enfermería para que pueda tomar la responsabilidad de la atención médica curativa en un puesto de salud.
3. Diseñar un sistema de evaluación de la calidad de la atención médica que brinda un auxiliar de enfermería usando como instrumentos la elaboración de historia clínica, el examen físico, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades comunes, teniendo como patrón los instructivos elaborados para su adiestramiento.

## MATERIAL

1. 569 fichas clínicas elaboradas por la enfermera auxiliar durante un período de 10 meses (Agosto 1978 - Mayo 1979).
  2. 291 fichas clínicas elaboradas por estudiantes de Medicina en Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) (162 y 129 respectivamente para los períodos de evaluación basal y final).
  3. Material de Adiestramiento: (ver anexos).
- A. Guías descriptivas de síntomas, signos y complicaciones más frecuentes de las enfermedades más comunes y/o capaces de ser atendidas adecuadamente por personal paramédico, además de aquellas que necesitan manejo de urgencia por personal más adiestrado.

Estas comprenden:

1. Enfermedades del aparato gastrointestinal.
2. Enfermedades del aparato respiratorio.
3. Enfermedades del aparato reproductor y embarazo.
4. Enfermedades dermatológicas.
5. Enfermedades propias de la infancia.
6. Otras enfermedades generales.

- B. Instructivos sobre el tratamiento y la educación que se debe dar al paciente para la mejor evolución de las enfermedades mencionadas.
- C. Programa de enseñanza de primeros auxilios y procedimientos de enfermería.

## RECURSOS

### 1. Humanos

- a) Enfermera auxiliar del puesto de salud de "El Cacahuito".
- b) Estudiantes de medicina en EPS.
- c) Personas que demandan servicios de salud al puesto de salud.

### 2. Físicos y Bibliográficos

- a) Instalaciones del puesto de salud de "El cacahuito".
- b) Equipo de Oficina.
- c) Biblioteca Facultad de Ciencias Médicas USAC.
- d) Biblioteca Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP).

## METODO

### 1. El programa de seis meses de duración consta de:

- A. Un período de 1 mes de evaluación para determinar el nivel de destrezas de la enfermera en el manejo clínico de pacientes, por medio de la elaboración de una ficha clínica. (período de evaluación basal).
- B. Un período de 4 meses de adiestramiento (período de adiestramiento).
- C. Un período de 1 mes de evaluación del nivel de destrezas alcanzado con el adiestramiento, en la elaboración de fichas clínicas (período de evaluación final).

Después de transcurrido el tiempo previsto para la implementación del presente método (seis meses), se evaluó

(en un período de tiempo de 4 meses), el nivel de destrezas que mantiene la enfermera en el manejo de fichas clínicas después del adiestramiento y del período de evaluación final (período post adiestramiento).

- 2. Los aspectos sobre los que se evalúa a la auxiliar de enfermería son: calidad de historia, síntomas, signos, diagnóstico, tratamiento y plan educacional.

### Evaluación basal:

La evaluación basal se hace para determinar cuales son los niveles de atención, que tiene capacidad de brindar a un paciente una enfermera auxiliar sin adiestramiento especial en atención médica curativa.

Comprende la evaluación del manejo de enfermos, que se presentan como primeras consultas al puesto de salud a lo largo de 1 mes, utilizando para el efecto la metodología siguiente:

- a) La enfermera auxiliar recibe al paciente y lo interroga sobre el problema de salud que motiva la consulta, para obtener la historia clínica y anotarla en la ficha clínica.
- b) Seguidamente procede a realizar el examen físico al paciente y anotarlo en la ficha clínica.
- c) Al haber concluido el examen físico anota el diagnóstico, tratamiento y plan de prevención que corresponde según su criterio, estos no los comunica al paciente si no que se limita únicamente a dejarlos anotados en la ficha clínica.

Al concluir la enfermera los procedimientos indicados anteriormente, el estudiante en E.P.S., procede, él solo con el

paciente, a realizar su interrogatorio y a practicar el examen físico a fin de llegar a un diagnóstico y establecer un plan terapéutico y educacional que comunica a dicho paciente. Al concluir el E.P.S., procede a tabular los resultados obtenidos por la enfermera en:

- a) Historia
- b) Síntomas
- c) Signos
- d) Diagnóstico
- e) Tratamiento
- f) Plan educacional sobre medidas preventivas y curativas que debe tomar el paciente.

Para realizar dicha tabulación el E.P.S., procede a comparar cada uno de estos aspectos anotados por la enfermera, con los anotados por él, los cuales serán el patrón de comparación. Cada uno de estos tiene un valor de 10 puntos como máximo, si los datos anotados por la enfermera son correctos; disminuye de valor en la medida que haya omisiones o cualquier falta, hasta llegar a un mínimo de "0" puntos. (Ver clasificación de errores página No. 38 ).

#### Adiestramiento de la Enfermera:

Fue llevado a cabo por el E.P.S. (autor) en las horas hábiles que más se adecuaron al horario de actividades que tiene el puesto de salud. El período de adiestramiento no excedió 2 horas diarias, 4 días a la semana por 4 meses.

El tiempo estimado de estudio por parte de la enfermera fue de 1 hora 45 minutos diarios.

Se utilizó un sistema de enseñanza que permitió enfocar alternativamente enfermedades de los diferentes sistemas (respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas, etc.) a lo largo de todo el tiempo de adiestramiento. La escogencia del orden de

temas a tratar a lo largo del tiempo de adiestramiento se hizo de la siguiente manera:

- a) Se elaboró la lista de enfermedades por las que consultaron todos los pacientes que fueron vistos por el E.P.S. y la enfermera a lo largo del período de evaluación basal y en el tiempo que transcurrió en la enseñanza de los dos primeros temas programados (ver anexos).
- b) Se agrupó dichas enfermedades en orden de mayor a menor frecuencia en que fueron consultadas.
- c) Se adiestró a la enfermera en el proceso diagnóstico y manejo de estas enfermedades, principiando con las que fueron consultadas con mayor frecuencia y continuando en orden descendente de frecuencias.
- d) Todas aquellas enfermedades que están codificadas en las guías que se proporcionaron a la enfermera (ver anexo) y que no aparecieron en la lista anteriormente mencionada, se fueron enfocando a medida que fueron apareciendo en la demanda de servicios al puesto de salud.

Las enfermedades que no se presentaron en el tiempo de estudio, se cubrieron de la manera más completa que fue posible, discutiéndolas con la enfermera y utilizando material audiovisual.

- e) Se estableció un mínimo de discusión de dos temas diarios, requiriéndose de la enfermera un pequeño resumen escrito de los temas discutidos el día anterior.

Cuando el tema de estudio era muy complicado y difícil de asimilar por la enfermera, de acuerdo a la opinión conjunta de ésta y el E.P.S., se estudiaba únicamente un tema al día.

### Procedimiento Operativo:

1. La enfermera auxiliar recibe al paciente y lo interroga sobre el problema de salud que padece o el motivo principal de consulta, para obtener la historia y anotarla en la ficha clínica. Seguidamente procede a realizar el examen físico al paciente y lo anota en dicha ficha.
2. A continuación el E.P.S. en presencia de la enfermera realiza su interrogatorio, práctica el examen físico y da su diagnóstico, tratamiento e instrucciones sobre el caso al paciente. Inmediatamente después el médico en ausencia del paciente hace ver a la enfermera los errores que cometió al examinar al mismo.

Después de seis semanas de estar utilizando este sistema se permitió que la enfermera atendiera sola y en días alternos la consulta en el puesto de salud. Posteriormente en una de las horas destinadas al programa de adiestramiento, el E.P.S. y la enfermera discutían los casos atendidos por ésta.

Lo anterior se hizo con el objeto de dar responsabilidad directa a la enfermera en el manejo de los casos más comunes que se presentaban.

### Evaluación Final:

Este período se inició al haber concluido el adiestramiento y aquí la enfermera fue evaluada por el EPS quien utilizó el mismo método de la evaluación basal.

Las únicas diferencias existentes en la metodología seguida para la evaluación final son:

- a) El evaluador fue otro estudiante en EPS.

- b) La enfermera realizó la entrevista al paciente y comunicó al mismo su diagnóstico, tratamiento y métodos de prevención (plan educacional).
- c) Posteriormente, el EPS procedió a elaborar su ficha clínica, únicamente para fines de comparación, no comunicando al paciente su diagnóstico, tratamiento ni plan educacional.
- d) Cuando el EPS consideraba que había algún error en el manejo del caso por la enfermera y que éste era decisivo en la solución del caso, él intervenía directamente en dicho manejo.
- e) En días alternos el EPS se dedicaba a otras labores en salud dentro de la comunidad, dejando a la enfermera brindar toda la atención médica.
- f) En el período de tiempo que la enfermera brindaba atención sola, ésta consultaba al EPS únicamente para solicitarle ayuda en los casos que le eran difíciles de manejar.

### Evaluación Post-adiestramiento:

En éste período se realizó una auditoría médica que evaluó únicamente las fichas elaboradas por la enfermera (cuando estaba sola), en un lapso de tiempo de 4 meses (después del período de evaluación final), usando como patrón de comparación únicamente las guías elaboradas para el adiestramiento. La evaluación se basó al igual que las anteriores, en una nota máxima de 10 puntos y el evaluador fue el EPS (autor).

Posteriormente se buscó un evaluador imparcial, que validara las calificaciones que los EPS habían dado a la enfermera, en la elaboración de fichas clínicas (es decir que confirmara o

rechazara, por medio de sus evaluaciones, los resultados obtenidos por los EPS) y que llenara los siguientes requisitos:

- a) Ser médico graduado.
- b) No estar enterado del proceso que se había seguido para la creación y aplicación del presente método.
- c) No estar enterado del uso que se le daría a sus evaluaciones.

Dicho evaluador calificó todas las fichas clínicas elaboradas por la enfermera y por el EPS en los períodos basal y final y las que la enfermera elaboró sola en el período post-adiestramiento y no se le enteró que calificaría períodos diferentes ni quienes eran las personas que se evaluarían. Todo lo anterior se hizo con el propósito de evitar que el médico, inconscientemente, se viera influenciado con el hecho de saber que estaba calificando fichas elaboradas antes de un proceso de adiestramiento y después del mismo, y que debido a esto, automáticamente, calificara con notas más bajas el período basal y más altas en el período final.

Este evaluador también calificó cada variable de la ficha clínica sobre la base de 10 puntos (ver adelante condiciones en las que evalúo).

Por otro lado debe aclararse que:

- a) A la enfermera auxiliar se le informó que sería evaluada en el manejo de casos clínicos (a través de las fichas elaboradas), a lo largo de los períodos basal y final, no así en los períodos de adiestramiento y post-adiestramiento. Esto se hizo para investigar la repercusión que tendría, en la elaboración de fichas clínicas por ésta, el hecho de saber que sería evaluada.

b) Las primeras cuatro semanas del período de adiestramiento se utilizaron para impartir el curso de procedimientos de enfermería y primeros auxilios. De las 12 semanas restantes, en 8, se impartieron los temas descritos en las guías (ver anexos) y 4 no pudieron ser utilizadas para este fin, por diversas circunstancias (consultas de emergencia, visitas domiciliarias, feriados oficiales, reuniones de médicos del área, reuniones de personal de enfermería del área, seminarios de EPS, etc.).

c) El rubro "otros" está compuesto por las enfermedades descritas en las guías con ese título (ver anexos).

d) Los diagnósticos nutricionales fueron realizados en base a encuestas adicionales de población y para fines de tratamiento y prevención se diseñó un programa aparte, por lo que no se consideran en este trabajo.

#### DURACION DE CADA UNA DE LAS ETAPAS DEL PRESENTE TRABAJO

Evaluación basal	4 semanas
Adiestramiento	16 semanas
Evaluación Final	4 semanas
Evaluación Post-Adiestramiento	16 semanas

## VALIDACION DE LOS PROCESOS EVALUATIVOS:

	SUJETO EVALUADO	EVALUADOR	PROCESO	LIMITACIONES
1.	Enfermera	EPS	Evaluación de fichas período basal y final en presencia de enfermos, en base a instructivos y fichas del E.P.S. en el mismo paciente.	EPS distinto en período basal y final.
2.	Enfermera	Médico	Evaluación de fichas período basal y final en ausencia de enfermos en base a instructivos y fichas del EPS en el mismo paciente.	Toma como base que el EPS está en lo correcto.
3.	Enfermera	EPS y Médico	Evaluación de fichas períodos de adiestramiento y post-adiestramiento.	En ausencia de enfermera y paciente. Solo un EPS evalúa (1o.)
4.	EPS	Médico	Evaluación de fichas períodos basal y final en base a instructivo y criterio del Médico.	En ausencia del paciente.

En los períodos basal y final se comparó a la enfermera auxiliar con el E.P.S. en la elaboración de historia, síntomas, signos y diagnóstico. En tratamiento y plan educacional se comparó tanto a la enfermera como al E.P.S. con las guías que se utilizaron para el adiestramiento.

Las evaluaciones 1 y 2 se llevaron a cabo para conocer si existía cambio entre períodos, tanto si estos eran evaluados por un

EPS, como si eran evaluados por un médico que no participó directamente en los procesos de evaluación y adiestramiento. En lo que se refiera a limitaciones de la evaluación 2, se tomó como base que el EPS estaba en lo correcto, por considerar que en ese momento él tenía una visión más objetiva del caso tratado.

La evaluación No. 3 se hizo para investigar como se comporta la enfermera en el manejo de casos clínicos, cuando su supervisor (médico o EPS), está ausente.

La evaluación No. 4 se hizo para comparar las calificaciones obtenidas por el EPS, con las obtenidas por la enfermera (en evaluación No. 2), en el manejo de los mismos casos (tanto para el período basal como para el final), y para tratar de establecer:

- a) Si había diferencia estadísticamente significativa entre las calificaciones obtenidas por el EPS y las obtenidas por la enfermera.
- b) El nivel de destrezas que había alcanzado la enfermera en la elaboración de fichas clínicas en relación con el EPS.

Finalmente se hicieron las siguientes comparaciones:

- a) Evaluación de la enfermera por el EPS en el período basal

Vrs.

Evaluación de la enfermera por el médico en el período basal

- b) Evaluación de la enfermera por el EPS en el período final

Vrs.

Evaluación de la enfermera por el médico en el período final.

Estas evaluaciones se realizaron para detectar si el criterio del médico y el del EPS diferían entre sí, al evaluar las mismas variables. De esta manera se persigue que un médico tomado como evaluador imparcial y como patrón, demuestre, al comparar estadísticamente sus evaluaciones con las de los EPS, si las evaluaciones de los mismos fueron adecuadas o no.

### CLASIFICACION DE ERRORES

#### Error Tipo 1:

Cuando existe omisión completa de una de las variables calificadas (historia, síntomas, signos, diagnóstico, tratamiento, plan educacional) en la elaboración de la ficha clínica.

#### Error Tipo 2:

Se detecta o falta un dato de importancia que haga que la ficha clínica no esté completa. Este error puede existir en cualquier variable analizada.

#### Error Tipo 3:

- a) Cuando una variable no se adecúa a 4 o menos de las cinco variables restantes, o específicamente a la (s) que debe (n) ser su fuente o fundamento.
- b) Cuando una variable está en parcial desacuerdo con la variable análoga en la ficha patrón.

#### Error Tipo 4:

Cuando en una variable existe total desacuerdo con:

- a) Las guías elaboradas para el adiestramiento.

- b) La ficha patrón de comparación.
- c) Todas las demás (5) variables anotadas en la ficha clínica elaborada.

### METODOLOGIA PARA MANTENER EL ADIESTRAMIENTO DE LA ENFERMERA AUXILIAR A LO LARGO DEL TIEMPO. METODOS DE EVALUACION PERIODICA Y REFORZAMIENTO DE CONOCIMIENTOS DETECTADOS COMO DEFICIENTES.

#### A. Metodología de reforzamiento de conocimientos:

- 1. El E.P.S., dejará a la enfermera a cargo del puesto de salud, para él poderse dedicar a identificar y resolver los problemas de salud de la comunidad fuera del puesto de salud.
- 2. Al finalizar cada semana el E.P.S., y la enfermera discutirán y evaluarán las afecciones de los pacientes que ésta haya atendido y de las cuales ella tenga alguna duda con respecto a la atención médica prestada. Seguidamente el E.P.S., analizará y evaluará las fichas clínicas elaboradas por la enfermera a lo largo de la semana y aclarará errores cuando los encuentre.

#### B. Metodología de evaluación:

Como los E.P.S. rotan cada seis meses cada nuevo E.P.S., evaluará a la enfermera durante los primeros 15 días hábiles de su período de práctica, siguiendo exactamente la misma metodología descrita en la sección de evaluación final.

Dicho EPS debe llevar una gráfica como las que se adjuntan (ver gráficas) para evaluar el cambio mensual en el adiestramiento y reforzar conocimientos cuando la eficiencia de la enfermera empiece a decaer.

## RESULTADOS

Para detectar el cambio de la enfermera auxiliar en la elaboración de fichas clínicas, se compararon las calificaciones obtenidas por ésta en el período de evaluación basal, con las obtenidas en el período final.

Los resultados muestran que: cuando se compararon las evaluaciones hechas por el médico, se detectó cambio estadísticamente significativo en 28 (93.30/o) de las 30 variables analizadas (\*) (Ver cuadro 8), mientras que cuando se compararon las evaluaciones de los EPS, dicho cambio fue detectado en 27 (900/o) de estas, 26 (86.60/o) de las variables que muestran este cambio son las mismas tanto para el médico como para los EPS. (Para evaluación por EPS, Ver cuadro 9).

El análisis por sistemas muestra que: para el sistema respiratorio, el número de variables que muestran cambio significativo para el médico es de 4 (66.60/o) y para los EPS, de 5 (83.30/o); para el sistema gastrointestinal, todas las variables muestran cambio significativo para ambos evaluadores; para el sistema reproductor, 6 (1000/o) muestran cambio significativo entre las evaluaciones efectuadas por el médico y 5 (83.30/o) entre las efectuadas por el EPS.; para el sistema dermatológico todas las variables muestran cambio significativo para ambos evaluadores; y para "otros", 6 (1000/o) para el médico y 5 (83.30/o) para los EPS. Es de hacer notar que tanto los EPS como el médico, detectan cambio estadístico significativo en las variables diagnóstico y tratamiento en todos los sistemas. (ver cuadro 10).

\*) Variables = Historia, síntomas, signos, diagnóstico, tratamiento y plan educ.

Sistemas = Respiratorio, Gastroint, Reproductor, Dermatológico y "otros".

B. Por otro lado cuando se compararon las calificaciones que dio el médico a las fichas clínicas que elaboró la enfermera, con las que les dio el EPS, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- a) En el período basal, de 30 calificaciones, los criterios del médico y del EPS coincidieron en 21 (70%) de éstas.
- b) En el período final coincidieron en 25 (83.3%) de dichas calificaciones (ver cuadro No. 11).
- c) Las evaluaciones en el manejo de casos clínicos, cuando el supervisor (médico o EPS) está ausente, se muestran en el Cuadro No. 12, en donde al comparar las calificaciones de ambos, para los 4 principales sistemas estudiados, se obtiene que: En el menor de los casos, que es el sistema respiratorio, los criterios de ambos evaluadores coinciden en 26 (72%) de todas las variables evaluadas, subiendo a 32 (88.9%) en el sistema dermatológico, en el cual se detecta el menor porcentaje de diferencias significativas entre las calificaciones de ambos. En total de las 126 comparaciones en estos períodos (adiestramiento y postadiest.), en 100 (79.4%) coinciden los criterios del médico y del EPS.

C. Por otro lado, usando las fichas elaboradas por el EPS, como medida de comparación, para valorar el nivel de destrezas alcanzado por la enfermera auxiliar en la elaboración de fichas clínicas (ver cuadros 13 y 14), se observa que, después del adiestramiento dicha enfermera mejoró en el manejo global de pacientes y llegó a reconocer y tratar, muy similarmente al EPS, las enfermedades consultadas, esto se hace evidente al analizar los rangos de calificación

en que el médico evaluador situó al EPS y a la enfermera en los períodos basal y final, dichos rangos son los siguientes:

	DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	
	basal	final	basal	final
EPS	9.1-9.6	9.1-9.9	8.3-8.9	8.6-9.1
ENF	3.9-7.0	8.5-9.8	2.5-6.0	8.2-9.0

Puede notarse también (en los cuadros mencionados) que, mientras en el período basal existe diferencia estadísticamente significativa en 87.5% de las calificaciones obtenidas por el EPS y la enfermera, en el período de evaluación final sucede lo contrario al demostrarse que estas calificaciones son similares en un 83.3% de las variables evaluadas.

D. Despues de haber hecho un enfoque global del efecto del adiestramiento en la elaboración de fichas clínicas por la enfermera, se hace necesario profundizar en el análisis del mismo, para averiguar si existe alguna falla en el aprendizaje y si ésta puede repercutir en la atención médica que brinda la enfermera auxiliar. El resultado de dicho análisis se presenta en los cuadros Nos. 15 – 18, en donde se muestran los diferentes tipos de error cometidos por la enfermera en la elaboración de las mencionadas fichas. En la presente sección se analizan detenidamente los errores tipos 3 y 4, pues estos son los de mayor riesgo en la elaboración de una buena ficha clínica, de tal manera, se observa que:

Del total de fichas clínicas elaboradas en cada período, la enfermera comete el error tipo 3 en, 12 (10.6%), 26 (32.1%) y 39 (40.6%) respectivamente,

distribuyéndose los del período de evaluación basal en: 5 (4.4%) para el sistema reproductor y 7 (6.2%) para el sistema dermatológico; los del período de evaluación final en: 6 (7.4%) para respiratorio, 8 (9.9%) para gastrointestinal, 5 (6.2%) para reproductor y 7 (8.6%) para dermatológico; y los del período de evaluación postadiestramiento en: 11 (11.5%) para respiratorio, 13 (13.5%) para gastrointestinal, 11 (11.5%) para reproductor y 4 (4.2%) para el sistema dermatológico.

Como se puede observar, globalmente, hay un incremento de este tipo de error para cada período, lo contrario (decremento), sucede con el error tipo 4 el cual se observa en, 76 (67.2%), y 7 (8.6%) y 2 (2.1%) del total de fichas clínicas elaboradas respectivamente para cada período, distribuyéndose para el período basal en: 27 (23.9%) para el sistema respiratorio, 7 (6.2%) para gastrointestinal, 9 (8%) para reproductor y 33 (29.2%) para el sistema dermatológico; para el período de evaluación final en 2 (2.5%) para respiratorio, 3 (3.7%) para gastrointestinal, 1 (1.2%) para reproductor y 1 (1.2%) para dermatológico; y para el período de evaluación post-adiestramiento, únicamente en 2 (2.1%) para el sistema respiratorio.

Cuando estos tipos de error son cometidos en diagnóstico y tratamiento que son las variables de las que principalmente depende el buen o mal manejo del paciente, y por lo tanto las de más riesgo respecto a todas las demás, se observa que:

Para la variable diagnóstico en el período basal el error 3 fue cometido en 8 casos (7.1%), en el final en 9 casos (11.1%) y en el período post-adiestramiento en 10 casos (10.4%); el error tipo 4 fue cometido en 19 casos (16.8%) para el período basal, 3 (3.7%) para el final y

2 (2.1%) para el período post-adiestramiento.

Para la variable tratamiento el error tipo 3 fue de 2 casos (1.8%) para el basal, 8 (9.9%) para el final y 10 (10.4%) para post-adiestramiento; y el error tipo 4 fue de 37 casos (32.7%) para el basal, 3 (3.7%) para el final y ninguno en el período post-adiestramiento. Para ver en detalle los sistemas en los cuales se distribuyen estos errores, ver el cuadro No. 19.

Lo anteriormente expuesto reafirma lo mencionado al hacer el análisis global de errores tipos 3 y 4 para los diferentes períodos, es decir, que mientras que el error 3 asciende más en cada período, con el error 4 sucede lo contrario, hasta llegar a desaparecer casi completamente en diagnóstico y completamente en tratamiento para todas las fichas elaboradas en el período post-adiestramiento.

## DISCUSION

En todo proceso educativo se suceden cambios intelectuales, personales y sociales. Interesa en esta ocasión analizar el cambio intelectual en su aspecto de aprendizaje, el cual se refleja a través de la elaboración de fichas clínicas por parte de la enfermera, por lo que la interrogante principal es el saber si la enfermera aprendió o no, a manejar casos clínicos.

Los resultados obtenidos muestran que en las diferentes modalidades de comparación entre los períodos basal y final, en la mayoría de los casos se detectó mejoras estadísticamente significativas y ambos evaluadores coincidieron en confirmar la existencia de un cambio. En lo concerniente a la evaluación de los períodos de adiestramiento y post-adiestramiento, dichos evaluadores coinciden en la determinación de los niveles que alcanza la enfermera en el manejo de fichas clínicas también en la mayor parte de las variables (80%) (lo cual se afirma, tomando como base las diferencias estadísticas detectadas entre sus calificaciones) (ver cuadro No. 12).

Por otro lado, en el período de evaluación final, cuando ésta elaboró fichas clínicas que sabía que serían evaluadas, tanto el médico como el EPS, la calificaron en general con altos promedios y mejor que en los restantes períodos (ver cuadros 8 y 9). Lo anterior confirma que la falta de supervisión directa fue un factor muy influyente para que no se mostrara mejoría progresiva, en el manejo de casos clínicos por la enfermera auxiliar, a lo largo de los períodos de adiestramiento y post-adiestramiento, pues las fichas clínicas eran mejor elaboradas cuando ésta sabía que iba a ser evaluada.

Llama la atención que a pesar de las diferencias existentes entre el médico y el EPS (evalúan en lugares y ocasiones distintas, el EPS sabe todo el proceso que ha seguido el presente trabajo y el médico no, en los períodos basal y final el EPS evalúa en presencia

de la enfermera y el paciente, etc.), ambos coinciden en las calificaciones que dan a las fichas clínicas elaboradas por la enfermera, en la mayor parte de variables de cada una de las modalidades de evaluación, en la detección de cambio estadísticamente significativo entre períodos y en la detección de mejoría de la enfermera, en la elaboración de fichas clínicas, después de ser adiestrada.

Por otra parte, el análisis de los errores cometidos, permite afirmar que si bien, la enfermera logró un cambio positivo con el adiestramiento, éste cambio no fue completamente óptimo, lo cual demuestra, al cometer diferentes tipos de errores en la elaboración de sus fichas clínicas.

Afortunadamente sin embargo, la mayor parte de errores cometidos no influyen lo suficiente en la elaboración de la ficha clínica, para que la enfermera no pueda demostrar que ha reconocido y tratado adecuadamente la enfermedad que se le consulta. Así por ejemplo: en el caso del sistema respiratorio, el número de fichas incompletas disminuye para el período final, pero, cuando la enfermera ha aprendido a seguir el proceso diagnóstico de una enfermedad y lo anota en una ficha clínica, cae en el error de anotar solo los datos que para ella son más importantes con respecto a la misma (error tipo 2), dando como resultado que ella será la única persona que al ver de nuevo la ficha elaborada pueda detectar (posiblemente por memoria, o porque dentro de si misma ya ha elaborado un patrón estandar de elaboración de fichas clínicas) los detalles del caso, pues están descritos en términos que para ella son comprensibles, no así para otras personas (como los evaluadores externos), lo cual se evidencia en la apreciación de los evaluadores al calificar error de omisión (tipo 2) en toma de datos para la historia clínica y sin embargo el diagnóstico para ellos no tiene ningún error, habiendo sido la base para llegar al mismo, la elaboración de un buen examen físico únicamente.

Debe hacerse notar que en el período post-adiestramiento se evidencia la falta de supervisión directa, al observar que, aumenta el número de errores en el llenado de fichas clínicas (tipo 2), y que en dicho período, fue el único en el que la enfermera no sabía que iba a ser evaluada.

De lo anterior se deduce que el hecho de saber que sería evaluada la hacia poner más empeño en la elaboración más completa de sus fichas, pero que, en el período basal (a diferencia del final) no estaba capacitada para elaborar una ficha clínica satisfactoria, lo cual se pone de manifiesto en los resultados obtenidos.

El análisis de la variable tratamiento exige hacer un breve enfoque relacionado con el envío periódico de medicamentos al puesto de salud por parte de la farmacia estatal del Ministerio de Salud Pública, el cual contiene en su mayor parte, medicamentos básicos que están destinados a tratar afecciones respiratorias y gastrointestinales que son las que con más frecuencia afectan a la población rural, y son básicamente, antibióticos sistémicos, expectorantes, antidiarreicos y antiparasitarios.

Los envíos contienen también suplementos vitamínicos y minerales, especialmente destinados a tratamientos prenatales, los que por otro lado, son muy escasos para cubrir los requerimientos de la población consultante.

Los medicamentos para tratar afecciones dermatológicas son aún más escasos que los otros tipos de medicamentos, por lo que, el lector podrá deducir con qué recurso se cuenta para atender a la población en demanda por servicios de salud para éste tipo de afecciones.

Ante esta situación se analiza que la enfermera a pesar de conocer el tratamiento indicado y haber mejorado en el manejo de fichas clínicas, se veía limitada por la escasez de medicamentos y

por lo tanto no podía anotar en sus fichas clínicas, un tratamiento adecuado según las guías terapéuticas, pues éste no existía en el puesto de salud y por lo tanto anotaba la aplicación de un tratamiento que no era completo, lo cual se corrobora con el hecho de que en todos los períodos, en la variable tratamiento, el error que siempre predominó sobre los demás para cada sistema fue el de omisión parcial (tipo 2). De esta manera puede comprenderse porqué en la variable tratamiento, la desviación standar de las calificaciones obtenidas por la enfermera, ha disminuido notablemente en el período final, en relación al basal, para los sistemas respiratorio y gastrointestinal (de 3.3 a 1.5 y de 3.4 a 1.2 respectivamente), no así para los sistemas reproductor y dermatológico (2.9 a 2.7 y 3.7 a 2.5 respectivamente).

En cuanto a la variable, plan educacional, se observa que a criterio del médico, la enfermera fue deficiente en la anotación de la misma, reflejando así, que en esta metodología no se recalcó en éste rubro.

El análisis de los errores tipos 3 y 4, y su aparición a lo largo de los 3 períodos evaluados lleva a hacer una interpretación del papel de la enfermera en la elaboración de fichas clínicas y su relación con el proceso de aprendizaje, de la siguiente manera:

En el inicio, la enfermera es una persona muy receptiva, que anota la totalidad de datos referidos por el paciente (aún cuando existen datos que no tienen relación con la enfermedad consultada), y a la vez, deja de anotar datos que son importantes para estructurar su historia clínica (pues no tiene un concepto claro de la enfermedad que se investiga y por lo tanto no puede investigarlos), por otro lado, carece de conocimientos que le permitan investigar la enfermedad consultada por medio de un examen físico detenido y por eso anota únicamente aquellos hallazgos que son obvios, o bien, cae en el error de anotar datos completamente en desacuerdo con la ficha patrón (error tipo 4).

La falta de conocimientos tiene como consecuencia, en la mayor parte de casos, el hecho de que la enfermera no puede relacionar todo lo que ha escuchado y observado y cae en el error de anotar una impresión clínica equivocada. Sin embargo el proceso seguido por el error tipo 4 muestra uno de los aspectos positivos del aprendizaje de la enfermera, ya que éste al disminuir progresivamente indica que, dentro del número de fichas clínicas que ella elaboraba, había cada vez menos de éstas, que diferían de un patrón establecido, de lo cual se deduce, que progresivamente, su conocimiento le permitió tener un concepto más exacto de la enfermedad que manejaba y situarse dentro de niveles de calificación muy similares a los de los EPS evaluados.

Por otro lado, al proporcionársele nuevos conocimientos e indicarle la manera de elaborar correctamente una ficha clínica, la enfermera, analiza más detenidamente una problemática, pero no siempre centra su atención en la clasificación y ordenamiento de todos los aspectos anotados en la elaboración previa de la ficha clínica y que corresponden a diferentes problemas. De ahí que aparezca el error 3, pues a pesar de que ésta puede investigar detenidamente los problemas clínicos, a veces, tiende a investigar más integralmente los principales motivos de consulta, dando la impresión, de que se olvidara de relacionar en alguno de sus aspectos (una o más variables), la descripción de los problemas secundarios que aquejan al paciente. (error tipo 3).

El riesgo que se corre como consecuencia de cometer un error tipo 3, es reflejado principalmente en diagnóstico y tratamiento, pues, un diagnóstico es deficiente cuando carece de fundamento, y su principal consecuencia, el tratamiento, no parte de un diagnóstico concreto y bien fundamentado, y por lo tanto, es también incorrecto y potencialmente iatrogénico.

Con base en todo lo anteriormente expuesto se afirma que el criterio para decir que la enfermera aprendió con el adiestramiento, obedece a la opinión del médico, quien al comparar

las fichas clínicas de ésta con una ficha patrón, la evalúa en un rango de 8/10 a 9.8/10 puntos en las variables historia, síntomas, signos, diagnóstico y tratamiento, para el período de evaluación final, considerando que globalmente las fichas clínicas están bien manejadas, es decir, que los errores detectados en dicho período, no influyeron grandemente en la opinión del médico en relación al manejo de casos, no así en los períodos basal y post-adiestramiento en los cuales ella obtiene bajas notas con respecto al final.

El aprendizaje también se refleja en el nivel que alcanzó la enfermera en el manejo de casos clínicos, cuando a criterio de un evaluador externo e imparcial, alcanza niveles tan altos como los del EPS en el período final, a diferencia de lo que ha sucedido en el período de evaluación basal (ver cuadros 13 y 14).

Por lo tanto, en el manejo de casos clínicos se reafirma el adelanto alcanzado por la enfermera, cuando ésta al elaborar las fichas clínicas, lo llega a hacer con la misma acusiosidad que el EPS.

CUADRO No. 1  
MORTALIDAD EN GUATEMALA

Proporción de Población rural	Número de Departamentos	Población (o/o)		Defunciones (o/o) Menores de 5 años
		Total	Menores de 5 años	
Menos del 50/o/o	2	26.4	19.9	17.3
50 a 75/o/o	10	34.1	48.5	32.8
75 y más	10	39.5	31.6	49.9
Total en Guatemala	22	<u>100.00</u>	<u>100.00</u>	<u>100.00</u>
				100.00

FUENTE:  
Plan Nacional de Salud 1978 — 1982  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social D.G.S.S.

CUADRO No. 2

**LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE  
REPUBLICA DE GUATEMALA, 1975**

CAUSA DE MUERTE	No.	o/o
Todas las causas	76747	100.0
Enteritis y otras enf. diarréicas	14018	18.3
Influenza y Neumonía	12011	15.7
Sarampión	4857	6.3
Accidentes y violencias	3779	4.9
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	3003	3.9
Enfermedades del Corazón	1895	2.5
Anemias	1837	2.4
Bronquitis y enfisema	1714	2.2
Tumores malignos	1698	2.2
Tos ferina	1460	1.9

FUENTE: O.P.S. OMS Condiciones de Salud en las Américas.

CUADRO No. 3

**NUMERO Y PORCENTAJE DE LAS 10 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA EN SERVICIOS DEL M. DE S.P. Y A.S. REPUBLICA DE GUATEMALA**

**“ 1977 ”**

CAUSA	No.	o/o
Infección Respiratoria Sup;	91,048	10.41
Enteritis	65,230	7.46
Prenatales	62,728	7.17
Causas mal definidas	50,842	5.81
Parasitismo Intestinal	38,766	4.43
Enfermedades Aparato Genitourinario	34,180	3.91
Control Niño Sano	28,016	3.20
Anemia	26,822	3.07
Otras enfermedades de la piel	26,660	3.05
Infecciones de la piel	26,062	2.98
Resto	424,610	48.51
<b>TOTAL</b>	<b>874,964</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Depto. de Estadística D.G.S.S.

DISTRIBUCION DE PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL MINISTERIO DE SALUD  
PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL EN LA REPUBLICA DE GUATEMALA

	Departamento de Guatemala	o/o	Resto de Departamentos	o/o	Total
Médicos	416	50.3	411	49.7	827
Auxiliares de enfermería.	1780	50.5	1744	49.5	3524
Enfermeras graduadas.	363	39.8	547	60.2	910
Técnicos en salud rural.	0	0.0	252	100.0	252

FUENTE: Plan Nacional de Salud 1978-1982  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Dirección General de Servicios de Salud.

## CUADRO No. 5

RESUMEN DEL SISTEMA DE ATENCION MEDICA DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, CON ENFASIS EN SU DISTRIBUCION EN POBLACIONES CON MENOS DE 2000 HABITANTES.

	TOTAL	o/o
Población total de Guatemala hasta 1977	7020044	100.00
Población que abarcan todas las localidades de menos de 2000 habitantes.	4278933	60.95
Total de puestos de salud del MSP y AS hasta 1977.	466	100.00
Total de puestos de salud para localidades de menos de 2000 habitantes.	314	70.40
Total de centros de salud	153	100.00
Total de centros de salud para poblaciones de menos de 2000 habitantes.	28	18.30
Total de hospitales	30	100.00
Total para poblaciones de menos de 2000 habitantes.	1	3.33

FUENTE: Plan Nacional de Salud 1978-1982.  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.  
Dirección General de Servicios de Salud.

CUADRO No. 6

## NUMERO DE PUESTOS DE SALUD PARA POBLACIONES DE MENOS DE 2000 HABITANTES

No. habitantes	No. Localidades	No. Puestos de Salud	Población Total que cubren	o/o
Menos de 500	15,964	81	2,459,639	57.48
500 a 999	1,272	100	1,115,842	26.07
1000 a 1999	451	133	703,452	16.43
<b>TOTAL</b>	<b>17,687</b>	<b>314</b>	<b>4,278,933</b>	<b>99.88</b>

## FUENTE:

Plan Nacional de Salud 1978-1982.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social D.G.S.S.

CUADRO No. 7

## NUMERO DE CONSULTAS ANUALES A LOS PUESTOS DE SALUD DE LAS DISTINTAS LOCALIDADES DE MENOS DE 2000 HABITANTES.

No. Habitantes	Total Anual	Total Diario	Consulta diaria por cada puesto
Menos de 500 habitantes	131,432	497.8	6.14
500 a 999	166,608	631.1	6.31
1000 a 1999	207,715	786.7	5.91

## FUENTE:

Plan Nacional de Salud 1978 - 1982.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social D.G.S.S.

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA EN EL  
MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, FINAL Y POST  
ADiestramiento. EVALUACION REALIZADA POR MEDICO.

SISTEMA	HISTORIA		SINTOMAS		SIGNOS		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		PLAN EDUCACIONAL	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
<b>RESPIRATORIO</b>												
BASAL	9.0	1.4	9.0	1.3	(*)7.2	2.5	(*)7.0	2.9	(*)6.0	3.3	(*)1.4	2.5
FINAL	9.4	1	9.7	1.2	9.7	0.8	9.3	1.4	9.0	1.5	4.9	2.3
POST-ADIESTRA.	9.7	0.7	9.2	1.6	9.3	2.1	8.8	1.6	6.8	3.6	1.5	2.0
<b>GASTRO INTESTINAL</b>												
BASAL	(*)8.2	1.6	(*)8.0	1.5	(*)6.0	2.6	(*)6.0	2.6	(*)5.3	3.4	(*)2.0	3.4
FINAL	9.7	0.9	9.6	0.9	9.5	1.2	8.5	1.9	8.6	1.2	5.6	2.4
POST-ADIESTRA.	9.8	0.6	8.6	1.8	9.5	1.1	8.8	1.7	6.8	2.7	2.9	3.0
<b>REPRODUCTOR</b>												
BASAL	(*)8.4	1.9	(*)7.9	1.8	(*)5.4	2.3	(*)3.9	2.8	(*)2.5	2.9	(*)1.9	3.2
FINAL	9.0	0.4	9.8	0.6	9.6	1.2	9.7	0.7	8.3	2.7	4.3	2.4
POST-ADIESTRA.	7.9	2.5	6.7	2.8	6.4	1.6	8.8	2.3	7.3	2.5	1.5	2.5
<b>DERMATOLOGICO</b>												
BASAL	(*)8.6	2.0	(*)8.1	2.4	(*)6.9	2.6	(*)4.3	4.2	(*)5.9	3.7	(*)2.4	2.7
FINAL	9.8	0.5	9.5	1.3	8.8	2.2	9.8	0.6	8.2	2.5	4.6	3.7
POST-ADIESTRA.	7.8	4.1	7.5	4.0	8.8	2.6	8.8	1.9	7.5	2.2	3.2	3.5
<b>OTROS</b>												
BASAL	(*)8.9	1.1	(*)8.6	1.3	(*)6.7	2.6	(*)5.4	3.4	(*)4.8	3.4	(*)1.5	2.7
FINAL	9.8	0.9	9.3	1.2	9.2	1.2	8.8	1.9	8.0	2.1	5.1	2.8
POST-ADIESTRA.	8.7	1.7	7.5	2.2	9.1	1.9	8.8	1.9	6.6	2.6	2.9	3.3

CUADRO N°. 8

Respiratorio n basal = 34; final = 18; Postadiestramiento = 35; Dermatológico n basal = 31; Final = 23; PAd = 15  
Gastrointest n basal = 24; final = 21; Postadiestramiento = 29; Otros n basal = 55; Final = 48; PAd. = 57  
Reproductor n basal = 24; final = 19; Postadiestramiento = 17;

(\*) Diferencia estadística significativa entre periodos Basal y Final ( $p < 0.05$ )

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA EN EL  
MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, FINAL Y POST  
ADIESTRAMIENTO EVALUACION REALIZADA POR EPS.

SISTEMA	HISTORIA		SINTOMAS		SIGNOS		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		PLAN EDUCACIONAL	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
<b>RESPIRATORIO</b>												
BASAL	(*)8.0	1.5	8.2	1.3	(*)5.0	3.2	(*)5.3	3.9	(*)3.8	3.6	(*)0.8	2.5
FINAL	9.4	1.3	9.0	1.5	8.9	1.6	8.8	2.8	8.2	1.4	6.4	3.0
POST-ADIESTRA.	8.7	0.8	8.7	0.8	8.7	1.0	9.4	0.6	8.2	3.2	4.3	3.5
<b>GASTROINTESTINAL</b>												
BASAL	(*)7.5	1.9	(*)8.3	1.3	(*)5.5	3.0	(*)5.4	2.9	(*)2.8	3.1	(*)1.5	3.4
FINAL	9.7	0.6	9.5	1.1	9.0	1.3	8.6	3.2	8.1	2.6	6.6	2.9
POST-ADIESTRA.	8.2	1.2	8.2	1.0	7.7	1.0	8.8	1.0	8.2	2.0	5.9	2.9
<b>REPRODUCTOR</b>												
BASAL	(*)7.3	2.5	(*)7.7	1.9	(*)5.8	2.6	(*)2.3	2.7	(*)1.6	2.5	1.8	3.5
FINAL	8.9	1.5	9.1	1.7	9.2	1.2	8.1	1.7	8.0	1.6	4.1	4.2
POST-ADIESTRA.	7.8	1.5	7.6	1.4	8.3	0.7	9.6	0.6	8.7	2.4	6.1	3.6
<b>DERMATOLOGICO</b>												
BASAL	(*)7.5	2.3	(*)7.8	2.0	(*)6.4	3.0	(*)3.0	3.7	(*)4.4	4.3	(*)2.7	4.1
FINAL	9.8	0.7	8.9	1.5	9.3	1.1	9.0	1.4	7.7	3.2	5.9	3.3
POST-ADIESTRA.	7.9	2.4	7.8	2.4	8.3	1.2	8.7	1.0	8.2	2.5	6.1	3.6
<b>OTROS</b>												
BASAL	(*)7.6	1.8	(*)8.1	1.9	(*)5.3	3.0	(*)5.5	2.9	(*)3.2	4.0	2.0	3.0
FINAL	9.5	0.8	9.2	0.7	9.4	1.2	9.0	1.3	8.6	1.9	4.0	3.3
POST-ADIESTRA.	9.2	1.4	9.0	1.7	8.8	1.7	8.3	2.0	7.1	2.3	4.0	3.5

CUADRO N°. 9

Respiratorio n basal = 34; final = 18; Postadiestramiento = 35a Dermatológico n basal = 31; final = 23; PAd. = 15  
Gastrointest n basal = 24; final = 21; Postadiestramiento = 29 Otros n basal = 55; final = 48; PAd. = 57

PROMEDIOS DE PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA PARA LAS VARIABLES  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. PERIODOS DE EVALUACION BASAL Y FINAL.  
EVALUADORES MEDICO Y EPS.

SISTEMA	DIAG.—MEDICO		DIAG.—EPS		TRATAM.—MEDICO		TRATAM.—EPS	
	BASAL	FINAL	BASAL	FINAL	BASAL	FINAL	BASAL	FINAL
RESPIRATORIO	(*)7.0	9.3	(*)5.3	8.8	(*)6.0	9.0	(*)3.8	8.2
GASTRO INTESTINAL	(*)6.0	8.5	(*)5.4	8.6	(*)5.3	8.6	(*)2.8	8.1
REPRODUCTOR	(*)3.9	9.7	(*)2.3	8.1	(*)2.5	8.3	(*)1.6	8.0
DERMATOLOGICO	(*)4.3	9.8	(*)3.0	9.0	(*)5.9	8.2	(*)4.4	7.7
OTROS	(*)5.4	8.8	(*)5.5	9.0	(*)4.8	8.0	(*)3.2	8.6

Sistema respiratorio

n basal = 34; n en el período de evaluación final = 18

Sistema Gastrointest.

n basal = 24; n en el período de evaluación final = 21

Sistema reproductor

n basal = 24; n en el período de evaluación final = 19

Sistema Dermatológico

n basal = 31; n en el período de evaluación final = 23

Otros

n basal = 55; n en el período de evaluación final = 48

(\*) Diferencia estadística significativa entre períodos. ( $t:p < 0.05$ ).

CUADRO No. 11

DIFERENCIA ESTADISTICA DE PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS. COMPARACION ENTRE LA EVALUACION HECHA POR EL MEDICO Y LA HECHA POR EL EPS. EN CADA UNO DE LOS PERIODOS EVALUADOS.

SISTEMA	HISTORIA		SIGNOS		SINTOMAS		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		PLAN EDUC.	
	Ba	Fu	Ba	F	Ba	F	Ba	F	Ba	F	Ba	F
	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M	E—M
RESPIRATORIO	S	NS	S	NS	S	S	NS	S	NS	NS	NS	NS
GASTROINTESTINAL	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS
REPRODUCTOR	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS
DERMATOLOGICO	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS
OTROS	S	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS	S

Ba Período de evaluación Basal  
F período de evaluación Final

E EPS

M Médico

S Diferencia estadística significativa  
( $t:p < 0.05$ ) utilizando pruebas de  
T pareada.NS Diferencia estadística no significativa  
( $t:p > 0.05$ ) utilizando prueba de T pareada.

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.  
EVALUADORES, MEDICO Y EPS (AUTOR)

SISTEMA RESPIRATORIO	HISTORIA				SINTOMAS				SIGNOS				
	E		M		E		M		E		M		
	MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
AGOSTO													
SEPTIEMBRE	8.0(*)	1.5	9.0	1.4	8.2(*)	1.3	9.0	1.3	5.0(*)	3.2	7.2		2.5
OCTUBRE	7.6	1.9	8.6	2.6	7.3	1.8	5.1	4.2	7.2	1.9	7.2		3.3
NOVIEMBRE	8.1(*)	1.4	10.0	0.0	8.7(*)	0.5	10.0	0.0	7.6	3.4	5.4		5.1
DICIEMBRE	9.5	0.6	9.5	1.0	8.8	0.9	10.0	0.0	9.0	0.0	10.0		0.0
ENERO	8.4	1.5	9.5	1.7	7.7	2.6	8.2	3.0	8.2	2.0	7.7		4.0
FEBRERO													
A MAYO	8.7(*)	0.8	9.7	0.7	8.7	0.8	9.2	1.6	8.7	1.0	9.3		2.1

M = Médico

E = EPS

Agosto – Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa  
( $t_p < 0.05$ ). diferencia entre evaluadores

Agosto – Septiembre n = 34

Octubre n = 13

Noviembre n = 7

Diciembre n = 4

Enero n = 16

Febrero a Mayo n = 35

CUADRO No. 12 A

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.

SISTEMA RESPIRATORIO	DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO				PLAN EDUCACIONAL				
	E		M		E		M		E		M		
	MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
AGOSTO													
SEPTIEMBRE	5.3(*)	4.0	7.0	3.0	3.8(*)	3.7	6.0	3.2	0.8	2.5	1.4		2.5
OCTUBRE	7.5	2.9	7.9	3.6	8.2	1.7	7.9	2.4	0.0	0.0	0.0		0.0
NOVIEMBRE	8.3	1.9	6.1	3.5	9.4	0.8	6.0	3.5	0.0	0.0	0.0		0.0
DICIEMBRE	9.5	1.0	8.0	2.3	9.0	1.4	6.5	4.7	0.0	0.0	2.5		2.9
ENERO	8.9	1.3	7.7	3.1	8.9	1.4	7.8	3.0	2.9	3.2	2.3		2.5
FEBRERO A MAYO	9.4	0.6	8.8	1.6	8.2(*)	3.2	6.8	3.6	4.3(*)	3.5	1.5		2.0

M = Médico

E = EPS

Agosto – Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = Período de adiestramiento

Febrero a Mayo = Período postadiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t_p < 0.05$ )

Agosto – Septiembre n = 34

Octubre n = 13

Noviembre n = 7

Diciembre n = 4

Enero n = 16

CUADRO No. 12 B

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.

69

SISTEMA	HISTORIA				SINTOMAS				SIGNOS			
	GASTROINTESTINAL		E	M	E	M	E	M	E	M	E	M
MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
AGOSTO												
SEPTIEMBRE	7.5	1.5	8.3	1.4	8.3	1.3	8.0	1.5	5.5	3.2	6.0	2.5
OCTUBRE												
NOVIEMBRE	8.0(*)	1.2	9.8	0.5	7.3	1.7	9.5	1.0	7.8	1.5	9.8	0.5
DICIEMBRE	8.0	1.7	8.3	2.9	7.0	2.0	7.6	4.0	8.0	1.7	6.7	5.8
ENERO	8.4	1.5	8.9	2.2	7.7	1.8	8.8	2.2	8.0(*)	1.7	8.8	2.1
FEBRERO A MAYO	8.2(*)	1.2	9.8	0.6	8.2	1.0	8.6	1.8	7.7(*)	1.0	9.5	1.1

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t; p < 0.05$ )

Agosto-Septiembre n = 24

Octubre n = 0

Noviembre n = 4

Diciembre n = 3

Enero n = 9

Febrero a Mayo n = 29

CUADRO No. 12 C

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.

SISTEMA	DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO				PLAN EDUCACIONAL			
	GASTROINTESTINAL		E	M	E	M	E	M	E	M	E	M
MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
AGOSTO												
SEPTIEMBRE	5.4	2.9	6.0	2.6	2.8(*)	3.1	5.3	3.4	1.5	3.5	2.0	3.4
OCTUBRE												
NOVIEMBRE	9.3	0.9	6.3	3.8	8.8	1.3	6.5	3.1	0.0	0.0	2.5	2.9
DICIEMBRE	9.1	1.0	8.3	3.0	9.3	0.6	8.7	1.2	4.7	4.5	4.3	4.0
ENERO	9.1	0.9	8.7	2.2	8.6	1.6	7.7	2.3	4.9	4.3	3.3	3.7
FEBRERO A MAYO	8.8	1.0	8.8	1.7	8.2(*)	2.0	6.8	2.7	5.9(*)	2.9	2.9	3.0

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t; p < 0.05$ )

Agosto - Septiembre n = 24

Octubre n = 0

Noviembre n = 4

Diciembre n = 3

Enero n = 9

Febrero a Mayo n = 29

67

**CUADRO 12 D**

**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.**

68

SISTEMA REPRODUCTOR	HISTORIA				SINTOMAS				SIGNOS			
	E		M		E		M		E		M	
MES	$\bar{X}$	DE										
AGOSTO												
SEPTIEMBRE	7.3	2.6	8.5	1.9	7.7	1.9	7.9	1.6	5.8	2.6	5.4	2.3
OCTUBRE												
NOVIEMBRE	8.0	1.4	9.6	0.9	8.6	1.5	7.0	4.4	8.6	1.1	9.6	0.9
DICIEMBRE	8.3(*)	0.6	10.0	0.0	8.3	0.6	9.3	1.2	7.7(*)	0.6	9.3	1.2
ENERO												
FEBRERO A MAYO	7.8	1.5	7.9	2.5	7.6	1.4	6.7	2.8	8.3(*)	0.7	6.4	1.6

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t;p < 0.05$ )

Agosto - Septiembre n = 24

Octubre n = 0

Noviembre n = 5

Diciembre n = 3

Enero n = 0

Febrero a Mayo n = 17

**CUADRO 12 E**

**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.**

SISTEMA REPRODUCTOR	DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO				PLAN EDUCACIONAL			
	E		M		E		M		E		M	
MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
AGOSTO												
SEPTIEMBRE	2.3	2.7	3.9	2.8	1.6	2.5	2.5	2.9	1.8	3.5	1.8	3.2
OCTUBRE												
NOVIEMBRE	8.8	2.1	10.0	0.0	7.6	4.3	6.4	4.9	2.0	4.5	3.2	4.1
DICIEMBRE	9.3	0.6	10.0	0.0	8.7	0.6	6.0	5.3	3.3	2.8	0.0	0.0
ENERO												
FEBRERO A MAYO	9.6	0.6	8.8	2.3	8.7(*)	2.4	7.3	2.7	6.1(*)	3.6	1.5	2.5

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t;p < 0.05$ )

Agosto - Septiembre n = 24

Octubre n = 0

Noviembre n = 5

Diciembre n = 3

Enero n = 0

Febrero a Mayo n = 17

69

CUADRO No. 12 F

70

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.

SISTEMA DERMATOLOGICO	HISTORIA				SINTOMAS				SIGNOS			
	E		M		E		M		E		M	
	MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$
AGOSTO	7.5	2.3	8.6	2.0	7.8	2.0	8.1	2.5	6.5	3.0	6.9	2.6
SEPTIEMBRE												
OCTUBRE	8.0	2.0	8.3	2.9	8.3(*)	1.5	7.5	3.0	8.0	1.7	9.3	1.2
NOVIEMBRE	8.0	1.4	7.5	5.0	7.3	0.5	9.3	1.5	7.0	1.6	9.5	1.0
DICIEMBRE	6.5	2.5	6.5	4.4	7.5	3.1	4.0	4.6	6.5	2.5	7.5	5.0
ENERO	9.2(*)	0.4	10.0	0.0	9.2(*)	0.4	10.0	0.0	9.0	0.6	8.8	2.9
FEBRERO A MAYO	7.9	2.4	7.8	4.1	7.8	2.4	7.5	4.0	8.3	1.2	8.8	2.6

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t;p < 0.05$ ) Febrero a Mayo n = 15

Agosto - Septiembre n = 31

Octubre n = 3

Noviembre n = 6

Diciembre n = 4

Enero n = 6

Febrero a Mayo n = 15

CUADRO 12 G

PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LOS PUNTEOS OBTENIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR EN EL MANEJO DE CASOS CLINICOS DURANTE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DE ADIESTRAMIENTO Y POST ADIESTRAMIENTO.

SISTEMA DERMATOLOGICO	DIAGNOSTICO				TRATAMIENTO				PLAN EDUCACIONAL			
	E		M		E		M		E		M	
	MES	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$
AGOSTO	3.0	3.7	4.3	4.2	4.4	4.3	5.9	3.7	2.7	4.1	2.5	2.7
SEPTIEMBRE												
OCTUBRE	9.0	1.0	10.0	0.0	8.0	3.4	6.0	1.7	2.7	4.6	0.0	0.0
NOVIEMBRE	9.5	1.0	9.5	1.0	8.8	1.5	7.8	3.3	2.3	4.5	0.0	0.0
DICIEMBRE	9.3	0.9	9.5	1.0	7.0	4.7	5.3	3.8	6.5	4.5	4.0	4.7
ENERO	9.0	1.5	9.2	2.0	9.5	0.8	8.8	2.0	4.5	4.9	3.3	4.1
FEBRERO A MAYO	8.7	1.0	8.8	1.9	8.2	2.5	7.5	2.2	6.1(*)	3.6	3.2	3.5

M = Médico

E = EPS

Agosto - Septiembre = período de evaluación basal

Octubre a Enero = período de adiestramiento

Febrero a Mayo = período post adiestramiento

(\*) Diferencia estadística significativa ( $t;p < 0.05$ )

Agosto - Septiembre n = 31

Octubre n = 3

Noviembre n = 6

Diciembre n = 4

Enero n = 6

Febrero a Mayo n = 15

71

## CUADRO No. 13

DIFERENCIAS ESTADISTICAS ENTRE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL EPS Y LAS OBTENIDAS POR LA ENFERMERA DURANTE EL PERIODO DE EVALUACION BASAL.  
EVALUACION HECHA POR EL MEDICO.

72

SISTEMA	HISTORIA		SINTOMAS		SIGNOS		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		PLAN EDUCACIONAL	
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
RESPIRATORIO	*		*		*		*		*		*	
EPS	9.8	0.4	9.8	0.4	9.8	0.4	9.6	0.9	8.6	1.3	2.7	3.6
ENFERMERA	9.0	1.4	9.0	1.3	7.2	2.5	7.0	2.9	6.0	3.3	1.4	2.5
GASTROINTESTINAL	*		*		*		*		*		*	
EPS	9.8	0.5	9.9	0.4	9.6	1.1	9.1	1.5	8.7	1.5	3.0	3.5
ENFERMERA	8.2	1.6	8.1	1.5	6.0	2.6	6.0	2.6	5.3	3.4	2.0	3.4
REPRODUCTOR	*		*		*		*		*		*	
EPS	9.7	0.9	9.8	0.8	9.8	0.7	9.5	1.4	8.9	1.5	3.0	3.0
ENFERMERA	8.4	1.9	7.9	1.8	5.4	2.3	3.9	2.8	2.5	2.9	1.9	3.2
DERMATOLÓGICO	*		*		*		*		*		*	
EPS	10.0	0	10.0	0	9.6	0.7	9.3	1.4	8.3	1.8	3.8	3.3
ENFERMERA	8.6	2.0	8.1	2.4	6.9	2.6	4.3	4.2	5.9	3.7	2.4	2.7

Respiratorio n=34  
Gastrointestinal n=24  
Reproductor n=24  
Dermatológico n=31

(\*) Diferencia estadísticamente significativa ( $T; p < 0.05$ )  
(Prueba de T pareada).

## CUADRO No. 14

DIFERENCIAS ESTADISTICAS ENTRE LAS CALIFICACIONES OBTENIDAS POR EL EPS Y LAS OBTENIDAS POR LA ENFERMERA DURANTE EL PERIODO DE EVALUACION FINAL.  
EVALUACION HECHA POR EL MEDICO.

SISTEMA	HISTORIA		SINTOMAS		SIGNOS		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		PLAN EDUCACIONAL	
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE
RESPIRATORIO			*									
EPS	9.7	0.6	10	0	9.7	0.8	9.6	0.7	9.1	1.2	5.1	2.3
ENFERMERA	9.4	1.0	9.7	1.18	9.7	0.8	9.3	1.4	9.0	1.5	4.9	2.3
GASTROINTESTINAL							*					
EPS	9.3	1.0	9.5	1.1	9.6	0.9	9.3	1.1	8.6	1.3	5.6	2.5
ENFERMERA	9.7	0.9	9.6	0.9	9.5	1.2	8.5	1.9	8.6	1.2	5.6	2.4
REPRODUCTOR											*	
EPS	10.0	0	10	0	9.9	0.4	9.9	0.4	9.1	1.6	6.1	2.6
ENFERMERA	9.9	0.4	9.8	0.6	9.6	1.2	9.7	0.7	8.3	2.7	4.3	2.4
DERMATOLÓGICO											*	
EPS	9.4	0.9	9.6	0.7	9.5	0.7	9.1	2.2	8.8	1.7	7.3	2.9
ENFERMERA	9.8	0.5	9.5	1.3	8.7	2.2	9.8	0.6	8.2	2.5	4.6	3.7

Respiratorio n=18  
Gastrointestinal n=21  
Reproductor n=19  
Dermatológico n=23

(\*) Diferencia estadísticamente significativa ( $T; p < 0.05$ )  
(Prueba de T pareada).

CUADRO No. 15

CLASIFICACION DE LOS ERRORES COMETIDOS POR LA ENFERMERA EN LA ELABORACION DE FICHAS CLINICAS PARA LOS PERIODOS BASAL, FINAL Y POST ADIESTRAMIENTO. SISTEMA = RESPIRATORIO

TIPO DE ERROR	HISTORIA				SINTOMAS							
	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
0	21	61.8	14	77.7	31	88.6	20	58.8	11	61.11	32	91.4
1		2	11.1									
2	12	35.3			4	11.4	13	38.2	7	38.88	2	5.7
3		2	11.1								1	2.9
4	1	2.9					1	2.9				
SIGNOS												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	14	41.2	16	88.9	27	77.1	14	41.2	13	72.2	22
1												
2	15	44.1	1	5.6	7	20	14	41.2	2	11.1	8	22.9
3					1	2.9			2	11.1	3	8.6
4	5	14.7	1	5.6			6	17.6	1	5.6	2	5.7
TRATAMIENTO												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	5	14.7	12	66.6	14	40	3	8.8	1	5.6	1
1	4	11.8			3	8.6	18	52.9	2	11.1	8	22.9
2	13	38.2	4	22.2	16	45.7	11	32.4	15	83.3	22	62.8
3			2	11.1	2	5.7					4	11.4
4	12	35.3					2	5.9				

N basal = 34

N final = 18

N post-adiestramiento = 35

CUADRO No. 16

CLASIFICACION DE LOS ERRORES COMETIDOS POR LA ENFERMERA EN LA ELABORACION DE FICHAS CLINICAS PARA LOS PERIODOS BASAL, FINAL Y POST ADIESTRAMIENTO. SISTEMA = GASTROINTESTINAL.

TIPO DE ERROR	HISTORIA						SINTOMAS					
	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
0	7	29.2	19	90.5	28	96.6	6	25	18	85.7	20	68.9
1			1	4.8								
2	17	70.8			1	3.4	18	75	3	14.3	9	31.1
3			1	4.8								
4												
SIGNOS												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	6	25	17	80.9	23	79.3	4	16.7	11	52.38	19
1									1	4.2		
2	18	75	3	14.3	9	10.3	18	75	4	19	7	24.1
3			1	4.8	3	10.3			4	19	3	10.3
4									1	4.2	2	9.5
DIAGNOSTICO												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	6	25	17	80.9	23	79.3	4	16.7	11	52.38	19
1									1	4.2		
2	18	75	3	14.3	9	10.3	18	75	4	19	7	24.1
3			1	4.8	3	10.3			4	19	3	10.3
4									1	4.2	2	9.5
TRATAMIENTO												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	4	16.7	7	33.3	8	27.6	3	12.5	3	14.3	5
1									15	62.5	1	4.8
2	14	58.3	9	42.9	15	51.7	6	25	17	80.9	16	55.2
3			9	9.5	6	20.7					1	3.4
4	6	25	1	4.8								
PLAN EDUCACIONAL												
TIPO DE ERROR	BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO		BASAL		FINAL		POST-ADIES TRAMIENTO	
	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
	0	4	16.7	7	33.3	8	27.6	3	12.5	3	14.3	5
1									15	62.5	1	4.8
2	14	58.3	9	42.9	15	51.7	6	25	17	80.9	16	55.2
3			9	9.5	6	20.7					1	3.4
4	6	25	1	4.8								

N basal = 24

N final = 21

N post-adiestramiento = 29

### CUADRO No. 17

## CLASIFICACION DE LOS ERRORES COMETIDOS POR LA ENFERMERA EN LA ELABORACION DE FICHAS CLINICAS PARA LOS PERIODOS BASAL, FINAL Y POST ADIESTRAMIENTO. SISTEMA = REPRODUCTOR

N basal = 24

N final = 19

N post-adiestramiento = 17

### CUADRO No. 18

## CLASIFICACION DE LOS ERRORES COMETIDOS POR LA ENFERMERA EN LA ELABORACION DE FICHAS CLINICAS PARA LOS PERIODOS BASAL, FINAL Y POST ADESTRAMIENTO. SISTEMA = DERMATOLOGICO

N basal = 31

$$N_{\text{final}} = 23$$

N post-adiestramiento = 15

CUADRO No. 19

CLASIFICACION DE LOS ERRORES TIPOS 3 Y 4 COMETIDOS POR LA ENFERMERA EN LA ELABORACION DE FICHAS CLINICAS PARA LOS PERIODOS BASAL, FINAL Y POST ADIESTRAMIENTO

SISTEMA	ERRORES	BASAL				FINAL				POST-ADIESTRAMIENTO			
		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO		DIAGNOSTICO		TRATAMIENTO	
		n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o	n	o/o
RESPIRATORIO	3	0		0		2	11	2	11	3	9	2	6
	4	6	18	12	35	1	6	0		2	6	0	
GASTROINTESTINAL	3	0		0		4	19	2	10	3	10	6	20
	4	1	4	6	25	2	10	1	5	0		0	
REPRODUCTOR	3	3	13	0		2	11	1	5	3	18	2	12
	4	2	8	7	29	0		1	5	0		0	
DERMATOLOGICO	3	5	16	2	7	1	4	3	13	1	7	0	
	4	10	32	12	39	0		1	4	0		0	

Respiratorio n basal = 34; final = 18

Gastrointestinal n basal = 24; final = 21

Reproductor n basal = 24; final 19

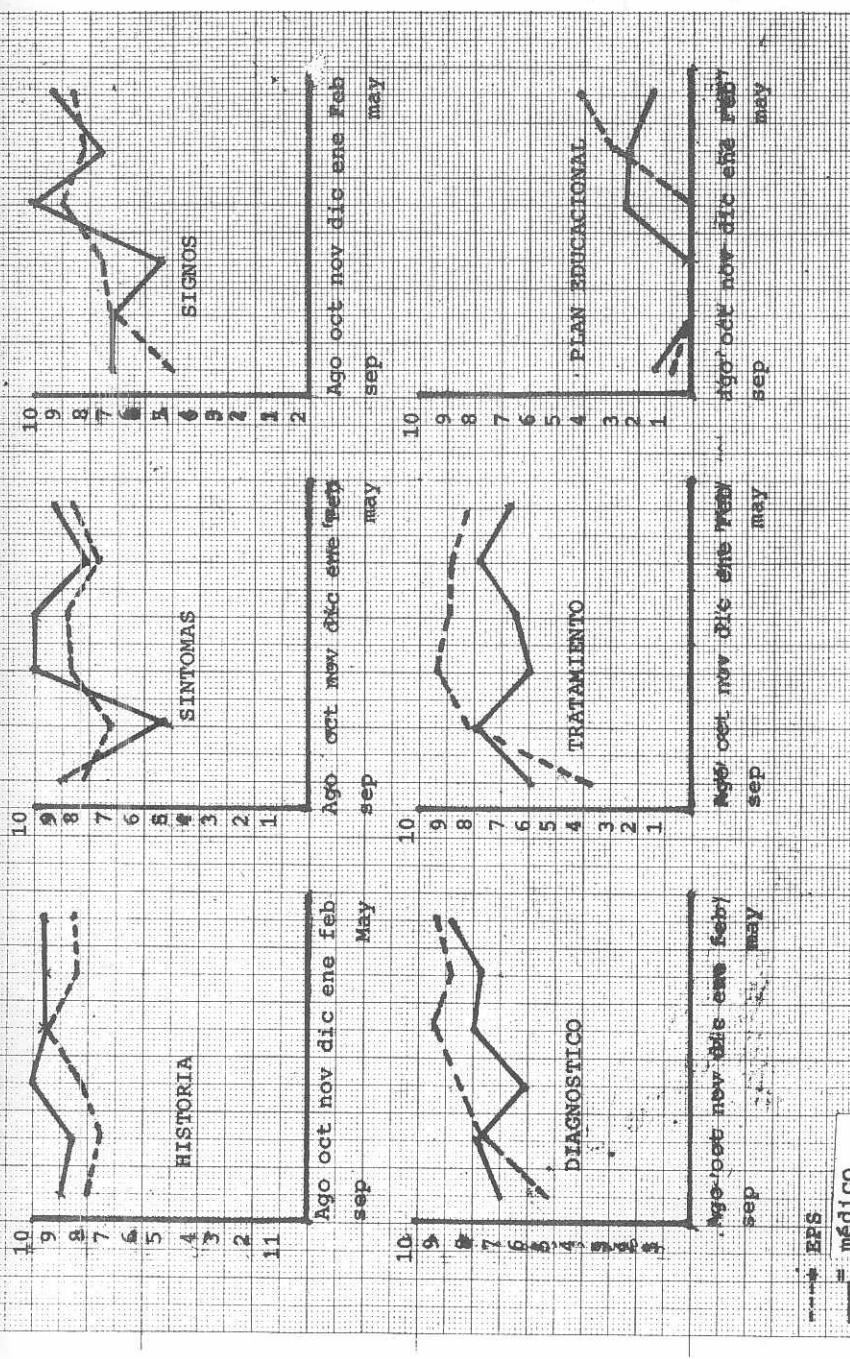
Dermatológico basal = 31; final = 23

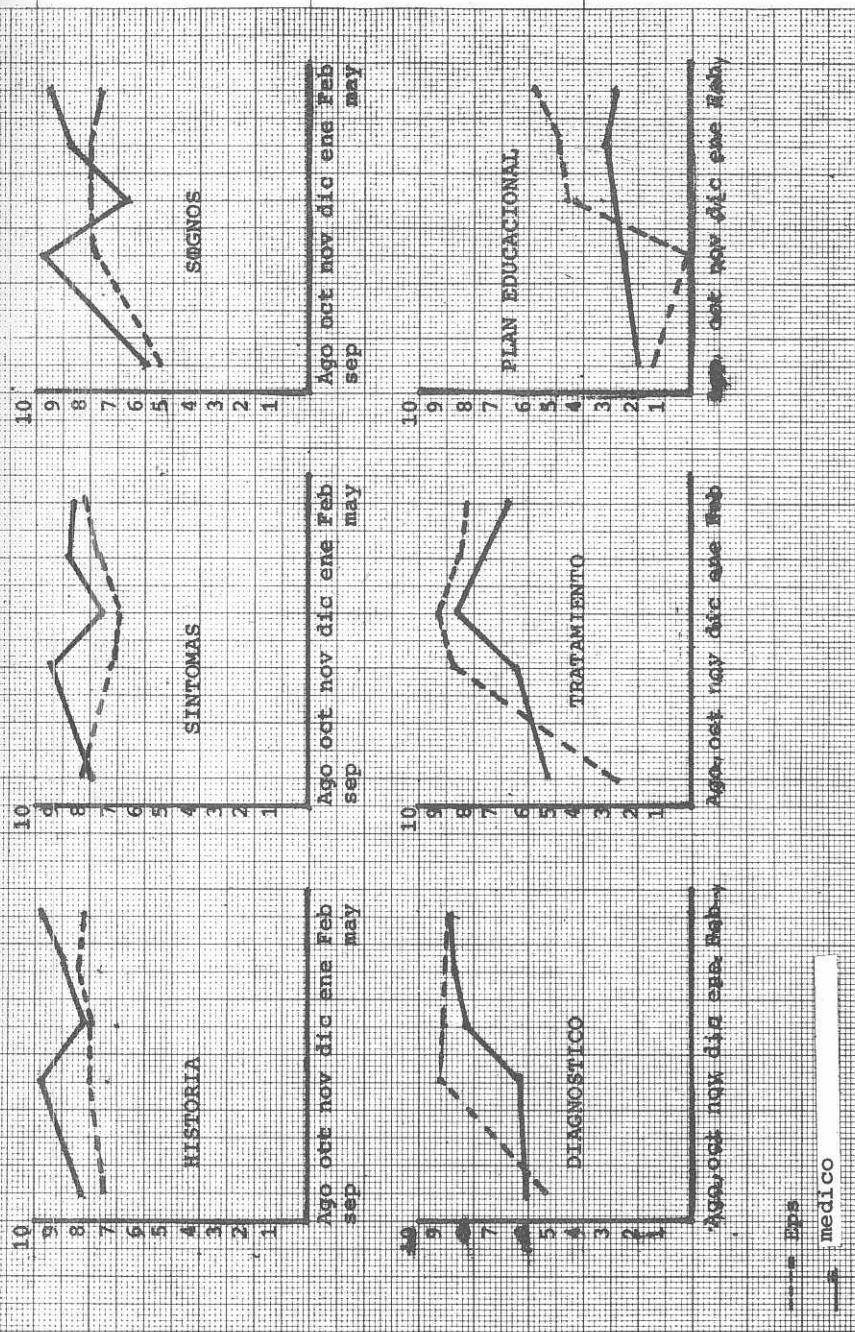
Diferencia estadística significativa entre período. ( $t_p < 0.05$ )

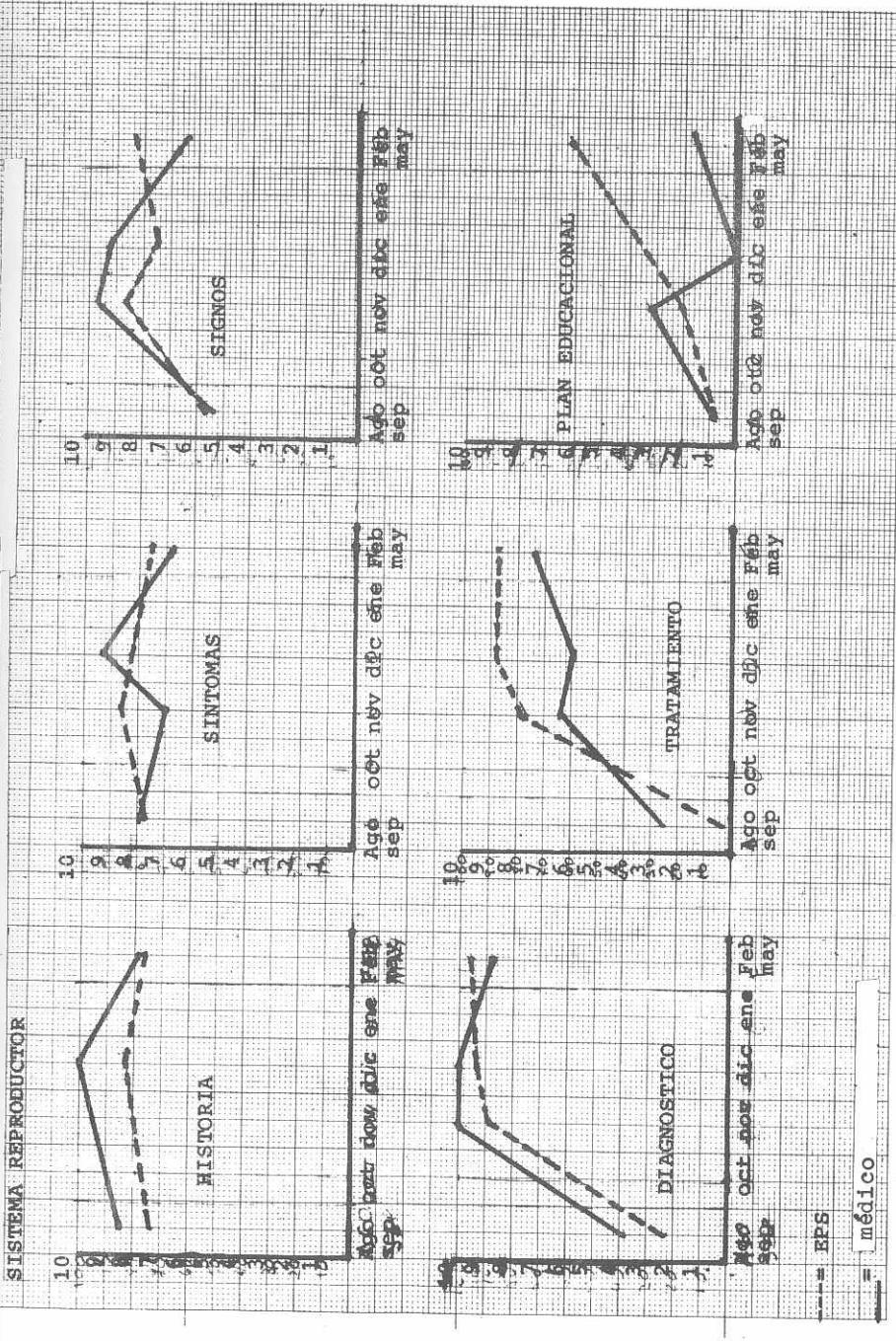
CUADRO No. 20

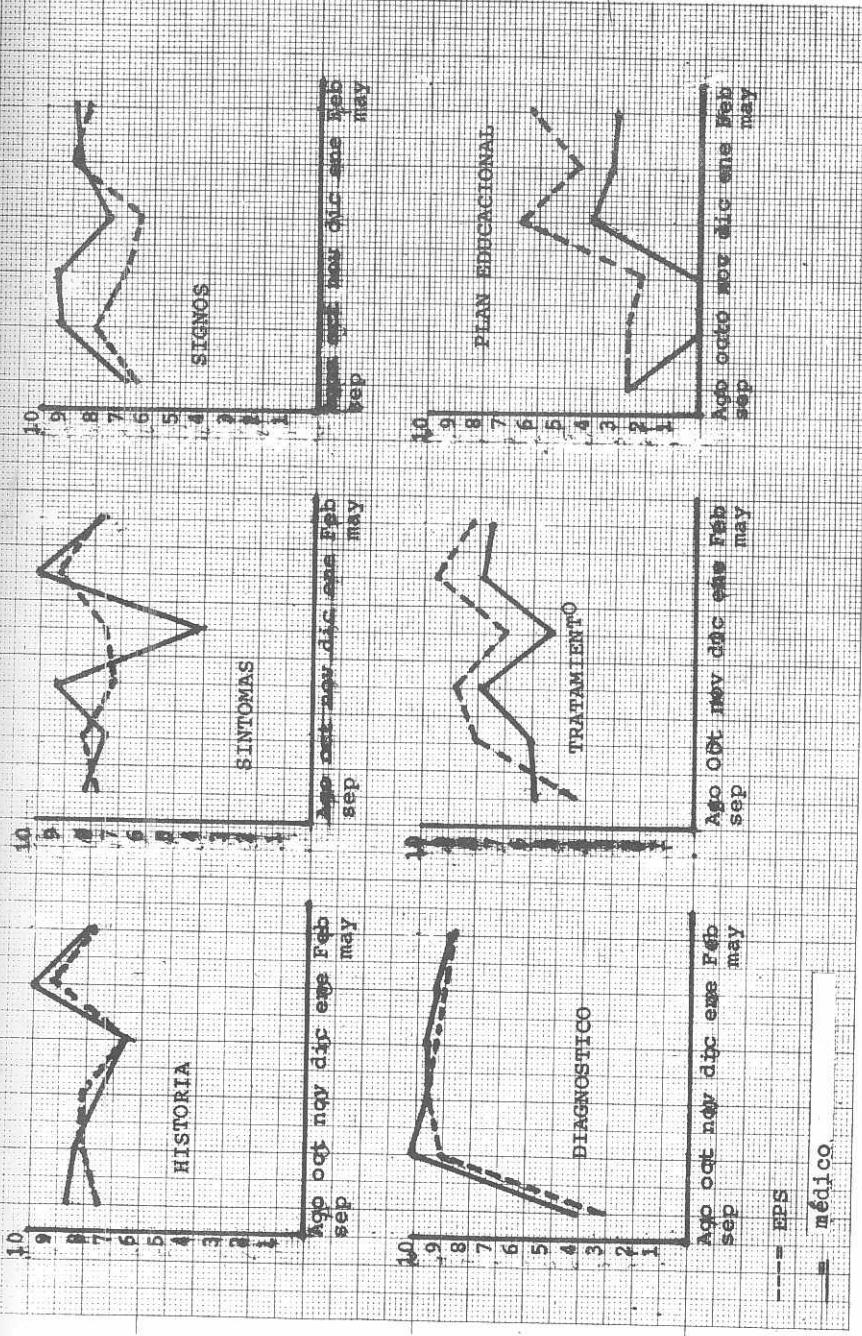
NUMERO DE DIAGNOSTICOS PARA CADA UNO DE LOS SISTEMAS ESTUDIADOS DURANTE EL TRANSCURSO DE LOS PERIODOS DE EVALUACION BASAL, DURANTE EL ADIESTRAMIENTO, FINAL Y POST ADIESTRAMIENTO.

SISTEMA	PERIODO DE EVALUACION BASAL	PERIODO DE ADIESTRAMIENTO	PERIODO DE EVALUACION FINAL	PERIODO POST- ADIESTRAMIENTO	TOTAL TOTAL	o/o					
RESPIRATORIO	34	20	40	34	18	14	35	23	127	22	
GASTROINTESTINAL	24	14	16	13	21	16	29	19	90	16	
REPRODUCTOR	24	14	8	7	19	15	17	11	68	12	
DERMATOLOGICO	31	18	19	16	23	18	15	10	88	15	
OTROS	55	33	36	31	48	37	57	37	196	34	
TOTAL	168	100	119	100	129	100	153	100	569	100	









## CONCLUSIONES

1. La hipótesis propuesta se confirma, al haberse demostrado que:
  - a) En el período de evaluación final (después del adiestramiento), la enfermera, después de haber sido evaluada en estudio de doble ciego, alcanzó un rango de calificaciones de 8/10 a 9.8/10 puntos, en la elaboración de los rubros, historia, síntomas, signos, diagnóstico y tratamiento.
  - b) En el período de evaluación final, la enfermera, es calificada por un evaluador externo, con notas estadísticas similares a las que obtiene el EPS en 83.3% de las variables calificadas, a diferencia del período de evaluación basal, en el cual sus notas difieren (estadísticamente) de las del EPS, en 87.5% de las variables calificadas.
  - c) La mejoría global en el manejo de fichas clínicas por la enfermera (después de que ésta fue adiestrada), es estadísticamente significativa.
  - d) En la emisión de diagnósticos y tratamientos para todos los sistemas evaluados, la mejoría después del adiestramiento es estadísticamente significativa.
2. Para evaluar a la enfermera no es indispensable que lo haga una tercera persona (evaluador externo), ya que, en el presente trabajo, se ha demostrado que el educador (EPS) puede hacerlo con similar objetividad.
3. Cuando se suspende la supervisión de la enfermera, decae su eficiencia en la elaboración de fichas clínicas.

4. A criterio de un evaluador externo, tanto la enfermera como los estudiantes en EPS que intervinieron en éste trabajo, anotan deficientemente, en la ficha clínica, las instrucciones que se le dieron al paciente en el desarrollo del plan educacional.

5. Parte de los errores cometidos por la enfermera, se deben a que no enfocó la elaboración de fichas clínicas, utilizando el método de orientación por problemas.

#### RECOMENDACIONES

**RECOMENDACIONES**

1. Que éste método sea adoptado por la facultad de ciencias médicas, para que se aplique en todas aquellas poblaciones de menos de 2000 habitantes, en donde presten sus servicios, un estudiante de medicina del último año en su ejercicio profesional supervisado (EPS) y una enfermera auxiliar.
2. Que se utilice al EPS como recurso de adiestramiento y evaluación de la enfermera auxiliar.
3. Que se ponga en práctica la metodología propuesta en éste método, para mantener la supervisión y el nivel de conocimientos de la enfermera auxiliar, después de que ésta ha sido adiestrada.
4. Que después que la enfermera haya sido adiestrada, se motive al EPS para que, durante su estancia en la comunidad rural, se dedique a realizar investigaciones y llevar a cabo programas de salud que den resultados positivos, inmediatos y permanentes en la población a su cargo.
5. Que después del adiestramiento, el EPS revise semanalmente las fichas clínicas elaboradas por la enfermera. Para el efecto debe seguir los siguientes pasos:
  - a) Establecer cual es el promedio semanal de pacientes vistos por la enfermera.
  - b) Establecer, por medio de un análisis estadístico de muestreo, el porcentaje de fichas clínicas (del promedio establecido en "a"), que debe evaluar semanalmente y que sea confiable. Esto se hará para

ahorrar tiempo y a la vez hacer un análisis confiable del manejo de fichas clínicas por la enfermera.

6. Que se insista, tanto al EPS como a la enfermera, en que anoten en la ficha clínica, el plan educacional en el que se ha instruido al paciente.
7. Que a lo largo del período de adiestramiento se instruya a la enfermera en la elaboración de fichas clínicas orientadas por problemas (método del Dr. L. Weed).

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

1. Guatemala. Dirección General de Servicios de Salud. Plan Nacional de Salud 1978-1982. Editado por la Dirección General de Servicios de Salud de Guatemala, Guatemala (ciudad), 1979. 3(1): 176pp.
2. Guatemala. División de Formación de Recursos Humanos de la Dirección General de Servicios de Salud. Programa de estudios del auxiliar de enfermería comunitaria. Editado por la Dirección General de Servicios de Salud de Guatemala, Guatemala (ciudad), 1979. 28 p. (1-3).
3. Guatemala. Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud. Boletín de información general. Editado por el INDAPS, Quiriguá, Guatemala, 1975. 30 p.
4. Habitch, J.P.; J.M. Reyna Barrios, G. Guzmán y J.E. Gordon. Servicios de salud en el estudio de campo sobre desnutrición, contenido profesional, conveniencia operativa, consideraciones éticas. Anexo 2 al manual de operaciones de la División de Desarrollo Humano del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1971. 20 p.
5. Habitch, J.P.; G. Guzmán y J.M. Reyna Barrios. Atención médica ambulatoria por personal paramédico: necesidades, factibilidad y control de calidad. Anexo 1 al manual de operaciones de la División de Desarrollo Humano del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá. Guatemala, INCAP, 1971. 16 p.

6. URSS. Ministerio de Sanidad. La formación y los servicios de los Feldshers en la URSS. Ginebra, OMS, 1975. 45 p. (OMS, Cuadernos de Salud Pública, No. 56).
7. Conferencia Internacional sobre el Ayudante de Medicina. Bethesda, Md., Estados Unidos de América, Junio 1973. Personal de Asistencia Sanitaria de grado intermedio. Editores, Donald M. Picairn, Daniel Flahault. Bélgica., Organización Mundial de la Salud, [c1976]. 208 p. (OMS, cuadernos de Salud Pública, No. 60).
8. Flahault, Daniel. "Review of current use of Medical Auxiliaries in Health Delivery Systems". En: Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research. 12th. Washington, D.C., Estados Unidos de América, Junio, 1973. Proceedings. [Washington, D.C., U.S.A., Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization, 1973] pp. 11-20.
9. Ronachy, A.H. "Kavar Village Health Worker Project" Tropical Pediatrics and Environmental Child Health. 24(1): 13-60. 1978 (Monograph, No. 52).
10. Goodman, L.S. y A. Gilman. The pharmacological basis of therapeutics. 5th ed., New York, Mac Millan Publishing, c 1975. 1704 p.
11. Wintrobe, M.M.; G.W. Thorn, R.D. Adams, E. Braunwald, K.J. Isselbacher y R.S. Petesdorf. Harrison's principles of internal medicine. 7th ed., New York, McGraw Hill, c 1974. 2074 p.

12. Cordero, C., F.A. Manual de dermatología. Guatemala, Unión Tipográfica, 1961. 326 p.
13. Beeson, P.B. y W. McDermott. Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. 13a. ed. Traducido por Alberto Folch y Pi. México D.F., Interamericana, c 1972. 2080 p.
14. Sabiston, D.C. Tratado de patología quirúrgica de Davis-Christopher. 10a. ed. Traducido por Alberto Folch y Pi, Roberto Folch Fabre, Santiago Sapiña Renard, Homero Vela Treviño, Fernando Colchero Arrubarrena. México, Interamericana, c1974. 2067 p.
15. Hellman, L.M. y J.A. Pritchard. Williams Obstetricia. 3a. ed., México, D.F., Salvat, 1973. 1076 p.
16. Guatemala, División de Formación de Recursos Humanos de la Dirección General de Servicios de Salud. Procedimientos de enfermería unidad I primera parte. Editado por la Dirección General de Servicios de Salud de Guatemala, Guatemala (ciudad), 1977. 128 p.
17. B. Haller Igel. Primeros Auxilios. Traducido al español por la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C., Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. 116 p.
18. Pierce, N.F. y N. Hirschhorn. "Soluciones orales: un tratamiento sencillo contra la deshidratación en casos de diarrea. Mecanismo de acción y modo de empleo". Crónica de la OMS, 31: 99-106, 1977.

## SISTEMAS EVALUADOS

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

ENFERMEDADES DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL

ENFERMEDADES DEL SISTEMA REPRODUCTOR

ENFERMEDADES DEL SISTEMA DERMATOLOGICO

## “ OTROS ”

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

E N F E R M E D A D E S D E L S I S T E M A  
MUSCULOESQUELETICO

ENFERMEDADES CARENCIALES

ENFERMEDADES DE OJOS, OIDOS y BOCA

ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE LA INFANCIA

TUMORES Y OTROS.

INDICE DE ENFERMEDADES POR ORDEN ALFABETICO Y  
POR NUMERO DE ORDEN QUE LES CORRESPONDE EN LOS  
INSTRUCTIVOS.

“A”

- Absceso dentario (60)
- Abdomen agudo (76)
- Aborto (26)
- Alcoholismo (71)
- Alergia (75)
- Amebiasis (11)
- Amigdalitis (3)
- Anemia nutricional (57)
- Apendicitis (17)
- Artritis (54)
- Asma (6)

“B”

- Bronquitis (4)

“C”

- Calacia del esófago (20)
- Cardiopatía congénita (46)
- Caries dental (59)
- Celulitis (35)
- Cervicitis (24)
- Cirrosis (12)
- Choque (77)
- Colecistitis (18)
- Coma (50)
- Conjuntivitis (62)

“D”

- Deshidratación (70)
- Desnutrición (58)

“E”

- Eclampsia (30)
- Embarazo (22)
- Embarazo Ectópico (31)
- Enfermedades Alérgicas (75)
- Enfermedad péptica (13)
- Epilepsia (47)
- Estenosis pilórica (21)

“F”

- Fiebre reumática (78)
- Fiebre Tifoidea (19)
- Forunculosis (38)
- Fracturas (52)

“G”

- Gastroenteritis (10)
- Glomerulonefritis (56)
- Gonorrea (27)
- Gripe (2)

“H”

- Hemorragia Uterina (25)
- Hepatitis (15)
- Hernia (16)
- Herpes Simple (39)
- Herpes Zoster (40)
- Hiperemesis gravídica (29)
- Hipertensión arterial (42)

“I”

- Impétigo (33)
- Infarto del miocardio (45)
- Infección respiratoria (1)

"I"

Infección urinaria (55)  
 Insuficiencia Cardiaca Congestiva (43)  
 Intoxicación alimenticia (14)

"K"

Kwashiorkor (58)

"L"

Linfadenopatía (74)  
 Lumbago (53)

"M"

Marasmo (58)  
 Mastitis (73)  
 Meningitis (49)  
 Moniliasis cutánea (37)  
 Moniliasis oral (36)

"N"

Neumonía (5)

"O"

Otitis (61)

"P"

Parasitismo intestinal (9)  
 Paludismo (72)  
 Parotiditis (67)

"R"

Rubeola (65)

"S"

Sarampión (63)  
 Sarcoptiosis (22)  
 Sífilis (28)  
 Sinusitis (7)  
 Shigelosis (10)

"T"

Tétano (48)  
 Tiñas (34)  
 Tos ferina (66)  
 Traumatismos (51)  
 Tuberculosis (8)  
 Tumor de la mama (69)  
 Tumores (68)

"V"

Varicela (64)  
 Venas Varicosas (41)  
 Vulvovaginitis (23).

## SINTOMAS Y SIGNOS

## 1. INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR (IRS).

## SINTOMAS.

1. Dolor de garganta.
2. Dolor de cabeza.
3. Trastornos de olfato y audición.

## SIGNOS

1. Exudado en las mucosas faringeas y paredes posteriores de la boca, amigdalas y mucosas nasales.
2. Fiebre
3. Adenopatía en región submaxilar, cervical y/o retroauricular.
4. Orofaringe hiperémica (enrojecimiento de las mucosas faríngeas y de la cavidad oral).

## 2. GRIPE

## SINTOMAS.

1. fiebre
2. tos
3. catarro
4. mialgias y cefaleas, malestar general
5. calofríos
6. dolor garganta y al deglutar

## SIGNOS

1. fiebre
2. congestión faringea y nasal
3. mucosas enrojecidas y edematosas
4. amígdalas inflamadas
5. ganglios cervicales pueden estar inflamados.

## 3. AMIGDALITIS

## SINTOMAS

1. dolor a la deglución.
2. fiebre
3. anorexia
4. malestar general
5. dolor de cabeza

## SIGNOS

1. fiebre
2. enrojecimiento y crecimiento amigdalino, pus y exudado (punteado blanquecino).
3. adenopatia submaxilar y cervical.

## 4. BRONQUITIS

## SINTOMAS

1. malestar general
2. tos con esputo mucopurulento y purulento
3. garraspea
4. ronquera
5. dificultad respiratoria
6. calosfríos
7. alergia a cambios de clima, uso de un tipo determinado de prendas de vestir, cigarrillos, polvo, etc.

## SIGNOS

1. fiebre
2. esputo mucopurulento o purulento
3. roncus
4. dificultad respiratoria
5. respiración ruda.

## 5. NEUMONIA

## SINTOMAS

1. Antecedentes de infección respiratoria reciente.
2. Calofríos y fiebre.
3. Tos con expectoración (floja) (por lo general los niños menores de 3 años no sacan el esputo sino que lo tragan).
4. Dolor torácico que aumenta con movimientos respiratorios.
5. Vómitos.

## SIGNOS

1. Fiebre
2. Esputo con moco que a veces tiene material purulento y/o es rosado o rojizo (color ladrillo).
3. Cuando la afección pulmonar es severa se encuentra tiraje intercostal, taquipnea y cianosis, aleteo nasal.
4. Estertores al final de la inspiración.
5. Hipoventilación en área afectada (detectada a la auscultación).
6. Generalmente están afectados los lóbulos pulmonares basales y hay matidez a la percusión de esas áreas.
7. Hay dolor torácico a la percusión y/o dolor abdominal (a veces).

## 6. ASMA

## Sintomas

1. Dificultad respiratoria.
2. Tos con expectoración.
3. Taquipnea
4. Historia de ataques anteriores.
5. Historia de catarros recurrentes.
6. Historia de hipersensibilidad a polvo de libros, polvo de la calle, a algunas plantas o animales, metales, medicamentos, etc.

## SIGNOS

1. Se ve paciente con marcada dificultad para respirar, especialmente para sacar el aire (a la expiración) y al inspirar se le marcan las costillas (tiraje intercostal). El torax del paciente se ve algo inflado.
  2. Respiración rápida.
  3. A veces el paciente presenta cianosis en dedos de manos y pies y/o en los labios.
  4. Aleteo nasal
  5. Al auscultar pulmones se escuchan sonidos como piídos y sibilancias.
  6. Paciente ansioso y fatigado.
  7. Cuando el paciente tiene historia de padecimiento crónico se encuentra a veces el torax abultado en la región esternal (pecho de paloma) o las costillas horizontalizadas, dando al torax forma cilíndrica (torax en forma de tonel). Todo esto puede ser manifestación clínica de enfisema pulmonar.
7. SINUSITIS AGUDA.

## SINTOMAS

1. Dolor facial y de cabeza, mayor durante el día que por las noches.
2. Rinorrea.
3. Fiebre.
4. Epistaxis.
5. Con episodios repetidos de sinusitis aguda puede haber engrosamiento de la mucosa sinusal, obstrucción parcial continua e inflamación crónica que aumenta con fumar, ingestión de comidas muy condimentadas, ingestión de alcohol o cuando el tiempo es húmedo y frío.
6. Antecedentes de infección respiratoria o de cavidad oral a veces.

## SIGNOS

1. Rinorrea mucopurulenta y/u obstrucción nasal.
2. A veces hay edema de la cara.
3. Fiebre.

## 8. TUBERCULOSIS

### SINTOMAS

1. Tos crónica.
2. Fatigabilidad y malestar asociados a pérdida de peso.
3. Fiebres vespertinas.
4. Dolor pleurítico.
5. Esputo sanguinolento.
6. Sudoración nocturna.

### SIGNOS

1. Caquexia
2. Esputo con sangre
3. A veces estertores persistentes finos en lóbulos pulmonares superiores.
4. Fiebre.

## 9. PARASITISMO INTESTINAL

### SIGNOS

1. Palidez
2. Dolor abdominal difuso.
3. Dolor de cabeza.
4. Malestar general.
5. Fatigabilidad.
6. Prurito anal a veces.
7. Flatulencia.
8. Evacuación de heces de consistencia diarreica.

9. Anorexia
10. Tenesmo.
11. Desgano.

#### SIGNOS

1. A veces se encuentran deposiciones pastosas, fétidas y amarillentas.
2. Pérdida de peso.
3. Anemia
4. Abdomen globoso.
5. Timpanización.
6. Piel pálida.

#### 10. SHIGELOSIS.

#### SINTOMAS.

1. Fiebre y dolor abdominal o retortijon.
2. Diarrea líquida con moco y/o sangre.
3. Nauseas.
4. Vómitos.
5. Anorexia.

#### SIGNOS

1. Fiebre
2. Ruidos intestinales aumentados en intensidad y frecuencia.
3. Deshidratación.
4. Heces con moco y/o sangre.

#### GASTROENTERITIS.

DEFINICION: Este diagnóstico es generalmente aplicado al síndrome caracterizado por diarrea líquida y vómitos frecuentes y que la mayoría de veces es causado por agentes microbiológicos. Puede haber fiebre, dolor abdominal localizado o difuso, deshidratación, etc.

#### 11. AMEBIASIS

#### SINTOMAS

1. Diarrea con moco y/o sangre
2. Dolor en cuadrantes abdominales inferiores.
3. Pujo y tenesmo.
4. Flatulencia
5. Anorexia.

#### SIGNOS

1. Ataques recurrentes de diarrea, heces fétidas, mucosanguinolentas.
2. Pérdida de peso, (se hace evidente en ataques agudos y severos).

#### 12. CIRROSIS

#### SINTOMAS

1. Anorexia, debilidad, astenia y fatigabilidad de pequeños esfuerzos.
2. Dolor referido a cuadrante subcostal derecho.
3. Historia de haber tenido coloración amarilla de la piel (Ictericia).
4. Paciente refiere haber perdido peso (la ropa le queda floja, etc.)
5. Historia de que se le ha estado hinchando el abdomen y miembros inferiores.
6. Antecedentes de hepatitis, alcoholismo o largos períodos de carencia de alimentos que han obligado al paciente a tener dietas muy escasas en nutrientes (carnes, leche, huevos, vegetales, etc.).
7. A veces paciente refiere haber tenido hematemesis.
8. Aparecimiento de red venosa visible en abdomen y torax y venas muy superficiales y visibles en palmas de manos.
9. A veces paciente refiere haber estado sufriendo caída de vello público y/o axilar.

10. Algunas veces el paciente hombre refiere crecimiento de mamas.

#### SIGNOS

1. Caquexia.
2. Ascitis.
3. Hepatomegalia y esplenomegalia (hígado y bazo agrandados de tamaño).
4. Edema de miembros inferiores.
5. Circulación colateral visible en abdomen.
6. Ginecomastía (crecimiento de mamas) a veces.
7. Ictericia.
8. Atrofia testicular.
9. Eritema palmar.
10. Angiomas cutáneos en diferentes partes del cuerpo.

#### 13. ENFERMEDAD PEPTICA.

##### SINTOMAS

1. Dolor quemante, urente en forma de mordidas en el epigastrio (boca del estómago), alivio después de ingerir alimentos o álcalis.
2. Sensación de plenitud o compresión en el epigastrio o parte alta del abdomen, frecuentemente acompañada de una desagradable sensación de hambre.
3. Intolerancia a ciertos alimentos.
4. A veces náuseas y/o vómitos.
5. Pirosis y eructos ácidos.
6. Historia de vómitos con sangre (Hematésis) y/o heces con sangre (melena). (a veces)
7. Síntomas de anemia (ver anemia). (a veces)
8. A veces ha habido pérdida de peso (paciente puede referir que está delgado o que la ropa ya le queda floja, etc.).

##### SIGNOS

1. A veces existe hipersensibilidad a la palpación de epigástrico.

2. Heces negras o color petróleo cuando hay melena.
3. Signos de anemia (ver anemia). (a veces)
4. Paciente puede haber bajado de peso respecto a última toma.

#### 14. INTOXICACION ALIMENTICIA

##### SINTOMAS

1. Anorexia.
2. Dolor abdominal.
3. Vómitos intensos.
4. Antecedentes del mismo cuadro o muy similar, en todos los que comieron los mismos alimentos dentro de las previas 24 horas.
5. Diarrea.
6. Todos los signos comienzan bruscamente.

##### SIGNOS

1. Fiebre
2. Deshidratación.
3. Ruidos intestinales aumentados en intensidad y frecuencia.
4. Nausea y vómitos.
5. Dolor abdominal difuso a la palpación.

#### 15. HEPATITIS

##### SINTOMAS

1. Malestar general.
2. Anorexia
3. Nausea y/o vómitos
4. Diarrea y/o constipación.
5. Coloración amarilla de la piel (ictericia).
6. Antecedente de gripe a veces.
7. Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho.

10. Algunas veces el paciente hombre refiere crecimiento de mamas.

#### SIGNOS

1. Caquexia.
2. Ascitis.
3. Hepatomegalia y esplenomegalia (hígado y bazo agrandados de tamaño).
4. Edema de miembros inferiores.
5. Circulación colateral visible en abdomen.
6. Ginecomastía (crecimiento de mamas) a veces.
7. Ictericia.
8. Atrofia testicular.
9. Eritema palmar.
10. Angiomas cutáneos en diferentes partes del cuerpo.

#### 13. ENFERMEDAD PEPTICA.

##### SINTOMAS

1. Dolor quemante, urente en forma de mordidas en el epigastrio (boca del estómago), alivio después de ingerir alimentos o álcalis.
2. Sensación de plenitud o compresión en el epigastrio o parte alta del abdomen, frecuentemente acompañada de una desagradable sensación de hambre.
3. Intolerancia a ciertos alimentos.
4. A veces nauseas y/o vómitos.
5. Pirósis y eructos ácidos.
6. Historia de vómitos con sangre (Hematésis) y/o heces con sangre (melena). (a veces)
7. Síntomas de anemia (ver anemia). (a veces)
8. A veces ha habido pérdida de peso (paciente puede referir que está delgado o que la ropa ya le queda floja, etc.).

##### SIGNOS

1. A veces existe hipersensibilidad a la palpación de epigastrio.

2. Heces negras o color petróleo cuando hay melena.
3. Signos de anemia (ver anemia). (a veces)
4. Paciente puede haber bajado de peso respecto a última toma.

#### 14. INTOXICACION ALIMENTICIA

##### SINTOMAS

1. Anorexia.
2. Dolor abdominal.
3. Vómitos intensos.
4. Antecedentes del mismo cuadro o muy similar, en todos los que comieron los mismos alimentos dentro de las previas 24 horas.
5. Diarrea.
6. Todos los signos comienzan bruscamente.

##### SIGNOS

1. Fiebre
2. Deshidratación.
3. Ruidos intestinales aumentados en intensidad y frecuencia.
4. Nausea y vómitos.
5. Dolor abdominal difuso a la palpación.

#### 15. HEPATITIS

##### SINTOMAS

1. Malestar general.
2. Anorexia
3. Nausea y/o vómitos
4. Diarrea y/o constipación.
5. Coloración amarilla de la piel (ictericia).
6. Antecedente de gripe a veces.
7. Dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho.

8. Con frecuencia hay color oscuro o color coca-cola en la orina.

#### SIGNOS

1. Fiebre
2. Hepatomegalia y dolor a la palpación de éste órgano.
3. Ictericia. (no siempre).
4. Color coca-cola de la orina.
5. Heces blancas (acólicas). (no siempre).

### 16. HERNIAS

#### SINTOMAS

1. A veces dolor en región de referencia.
2. Aparecimiento de masa en región abdominal, escrotal o inguinal.

#### SIGNOS

1. Masa por lo general localizada en región abdominal, inguinal o escrotal, blanda no adherida, reducible y protruye al pujar o hacer un esfuerzo similar al que se hace al defecar.
2. Masa aumenta de tamaño subitamente con el ejercicio o con el esfuerzo físico que implica presión en la cavidad abdominal

### 17. APENDICITIS AGUDA

#### SINTOMAS

1. Nauseas y/o vómitos.
2. Fiebre y anorexia.
3. Dolor abdominal difuso que posteriormente se localiza en fosa ilíaca derecha.

#### SIGNOS

1. Dolor intenso al flexionar o hiperextender pierna derecha y rotarla.
2. Hipersensibilidad a la palpación en fosa ilíaca derecha y signo de rebote positivo (se presiona la región abdominal que se está palpando y luego se retiran las manos repentinamente, lo cual da como resultado inmediato una respuesta de dolor intenso en el paciente).
3. Ruidos intestinales disminuidos o ausentes.
4. Fiebre y sudoración profusa.
5. Deshidratación.
6. Palidez.
7. Taquicardia.

### 13. COLECISTITIS

#### SINTOMAS

1. Dolor tipo cólico intenso localizado en región subcostal derecha.
2. Nausea y vómitos.
3. Diarrea o estreñimiento.
4. Antecedentes de cuadros similares anteriores.
5. Antecedentes de comida copiosa con anterioridad al dolor.
6. Antecedentes de intolerancia a comidas grasosas (carne de cerdo, huevos fritos, etc.).

#### SIGNOS

1. Dolor intenso a la palpación en región subcostal derecha. A veces es difuso en todo el abdomen.
2. Fiebre a veces.
3. Ictericia a veces.
4. Vesícula palpable a veces.
5. Pueden haber signos de choque.

- Ataca más frecuentemente a mujeres adultas (alrededor de los 40 años de edad), gordas y fértiles.

#### 19. FIEBRE TIFOIDEA

##### SINTOMAS

- Dolor de cabeza severo y persistente. Malestar general.
- Fiebre alta.
- Dolor y retortijón abdominal.
- Diarrea y/o constipación.
- Anorexia
- Fotofobia
- Calofríos

##### SIGNOS

- Fiebre escalonada-mayor en la noche.
- Disociación pulso temperatura.
- Distensión abdominal.
- Máculas rosadas principalmente en abdomen y torax.
- Esplenomegalia y hepatomegalia.

#### 20. CALACIA DEL ESOFAGO.

##### SINTOMAS

- Regurgitación de la leche o alimentos cuando el paciente está acostado y tiene poco tiempo de haber comido (1/2 a 1 1/2 horas).
- Por lo general comienza en la primera semana de nacido.
- En pacientes que no han sido tratados en varias semanas o meses de padecer la enfermedad, los familiares observan pérdida de peso.

##### SIGNOS

- Disminución de peso (respecto a tomas anteriores).
- Paciente menor de 12 meses (es menos frecuente en mayores de 3 meses).
- Regurgitación de restos alimenticios o leche, principalmente cuando el paciente está acostado.

#### 21. ESTENOSIS PILORICA

##### SINTOMAS

- Historia de regurgitación de los alimentos al empezar a notarse la enfermedad y que después empezaron a aparecer vómitos expulsados repentinamente y con fuerza. (vómitos en proyectil).
- Constipación.
- Paciente neonato (por lo general síntomas empiezan entre 2a. y 3a. semana de vida).

##### SIGNOS

- Pérdida de peso (respecto a toma anterior).
- Deshidratación.
- Masa palpable en abdomen.
- Movimiento en forma de ondas que se observa en el abdomen.

#### 22. EMBARAZO.

##### SINTOMAS

- Amenorrea en mujeres en edad fértil sin tratamiento anticonceptivo.
- Nausea y/o vómitos.
- Mareos y/o lipotimias.
- Crecimiento abdominal.

5. Movimientos abdominales.
6. Cambio de pigmentación en pezones.
7. Cambio de consistencia de las mamas.
8. Poliuria.

#### SIGNOS

1. Utero y abdomen aumentados de tamaño.
2. Areolas de mamas oscurecidas y aumentadas de tamaño y secreción de calostro en los últimos meses.
3. Partes fetales palpables y se sienten movimientos en abdomen de madre.
4. Foco fetal audible.
5. Cianosis vaginal y de cuello uterino.

### 23. VULVO VAGINITIS

#### SINTOMAS

1. Flujo vaginal
2. Ardor y prurito vaginal o vulvar.

#### SIGNOS

1. Inflamación o ulceración de superficies vulvovaginales.
2. Leucorrea. Por lo general la afección con tricomonas vaginalis presenta flujo blanco verdoso y fétido. La afección por monilias da un flujo blanco grumoso que semeja leche cortada. (Las afecciones por monilia o tricomona son transmisibles por contacto sexual o por manipulación de genitales por manos sucias o contaminadas).

### 24. CERVICITIS.

#### SINTOMAS.

1. Flujo vaginal.

2. Dolor lumbar y/o hipogástrico ocasional.
3. Hemorragias vaginales leves a severas fuera de fecha de menstruación o en mujeres postmenopausicas.

#### SIGNOS

1. Leucorrea y/o flujo de material verdoso y a veces purulento.
2. Laceraciones y erosiones del cervix.

### 25. HEMORRAGIA UTERINA.

#### SINTOMAS

1. Dolor en el bajo vientre y cintura.
2. Historia de sangrado vaginal antes o después de que ocurra la menstruación (hemorragia vaginal periódica y normal).
3. Al ser muy profusa la hemorragia o haberse instalado una infección severa puede haber síntomas de choque (hipovolémico o séptico).
4. Historia de abortos previos o de irregularidades menstruales más comunes en pacientes de edades comprendidas entre los 17 y 40 años.
5. Sintomatología de anemia.

#### SIGNOS

1. Al examen ginecológico hay presencia de sangre en conducto vaginal y uterino, orificio de cuello uterino abierto.
2. A veces se encuentra dolor a la palpación en bajo vientre (hipogastrio).
3. Puede haber cuadro de choque.
4. Puede existir distensión abdominal.
5. Signos de anemia a veces.

### 26. ABORTO.

#### SINTOMAS.

1. Sangrado vaginal durante el embarazo.

2. Calambres y dolores en cuadrantes inferiores abdominales y cintura.
3. Sensación de dolores de parto y expulsión del feto y/o restos placentarios y coagulos.

#### SIGNOS

1. Hemorragia vaginal rutilante.
2. Antecedentes de embarazo.
3. Hipotensión cuando existe mucha hemorragia.
4. Orificio uterino abierto.
5. Utero aumentado de tamaño.

#### 27. GONORREA.

##### SINTOMAS.

1. Disuria.
2. Poliaquiuria.
3. Antecedentes de contacto sexual con persona promiscua 3-8 días antes.
4. Secreción uretral "lechosa" o purulenta.

##### SIGNOS

1. Salida de material purulento o lechoso por la uretra.
2. Linfadenopatía regional a veces.
3. Vaginitis o cervicitis.
4. El mismo material lechoso o purulento que sale de la uretra puede ser encontrado al exprimir las glándulas de Bartholin situadas a los lados de la entrada de la vagina.

#### 28. SIFILIS.

##### SINTOMAS

1. Antecedentes de contacto sexual con persona promiscua de 3 a 6 semanas antes del aparecimiento de la lesión en región genital, esto es cuando es sifilis primaria o secundaria.

2. La sifilis tardía se presenta dentro de los dos años siguientes a la infección primaria (raramente después). Presenta lesiones como nódulos sólidos subcutáneos de aparecimiento progresivo y lento y a veces el paciente refiere sentir dolores e hinchazón de piernas y gangosidad e irritación nasal.

##### SIGNOS

1. Chancro (grano o roncha) en áreas genitales y/o mucosas. Indoloro y de consistencia sólida.
2. Hay inflamación de ganglios (adenopatía) inguinales o cercanos al área de lesión.
3. En la sifilis secundaria por lo general se encuentran pequeñas manchas rojizas alrededor del tronco y regiones proximales de piernas y adenopatía generalizada (ganglios inguinales, retroauriculares, occipitales, etc.).
4. En la sifilis tardía se encuentran por lo general nódulos subcutáneos duros y cicatrices en donde estos ya han desaparecido, a veces se puede encontrar ligero achatamiento de la nariz por destrucción ósea o dolor a la palpación profunda de las piernas (por afección de los huesos).
5. En recién nacidos hay antecedentes de padres promiscuos, hallazgo de VDRL positivo en madre (examen de laboratorio que ayuda a diagnosticar sifilis), fiebre, anemia, pérdida de peso, inquietud. Los signos se presentan como lesiones húmedas en pliegues de unión de las mucosas, ano y genitales, esplenomegalia y hepatomegalia y falta de movimientos de miembros por dolor debido a afección ósea.

#### 29. HIPEREMESIS GRAVIDICA.

##### SINTOMAS

1. Vómitos abundantes entre la 4a. y 5a. semana del embarazo.

- Nausea y vómitos matutinos y vespertinos después del primer mes de amenorrea.

#### SIGNOS

- Deshidratación.
- Debilidad y malestar generalizado por deficiencia de un buen régimen alimenticio.

### 30. ECLAMPSIA.

#### SINTOMAS

- Nausea y vómitos. Vértigos.
- Dolor en epigastrio.
- Convulsiones.
- Visión borrosa que a veces puede avanzar a ceguera total o parcial.
- Dolor de cabeza intenso.
- Pérdida del conocimiento.
- Oliguria o anuria total.
- Edema.
- Antecedentes de haber presentado algunos de los síntomas anteriores con embarazos previos. Estos síntomas por lo general se presentan en el último trimestre del embarazo.

#### SIGNOS

- Hipertensión.
- Malestar e irritabilidad nerviosa.
- Convulsiones tónico clónicas.
- A veces se presenta edema generalizado. (anasarca).

### 31. EMBARAZO ECTOPICO.

#### SINTOMAS

- Hemorragia vaginal.
- Dolor abdominal que puede iniciarse repentinamente semejando un cuadro de apendicitis.

#### SIGNOS

- Palpación de masa de situación fuera de lo normal (fuera de cavidad uterina) y dolorosa.
- Hemorragia uterina, líquido sanguinolento.
- Dolor pélvico localizado en uno de los cuadrantes inferiores.
- Cuando el embarazo ectópico se rompe se encuentran signos de abdomen agudo.

### 32. SARCOPTEOISIS (SARNA).

#### SINTOMAS.

- Prurito generalmente más exacerbado por las noches.
- Por lo general existen dentro de la familia otras personas con el mismo problema.
- Por lo general no ataca áreas descubiertas.

#### SIGNOS

- Escoriaciones generalizadas con surcos o túneles en forma de zig-zag en área de lesión.
- Se observan lesiones de rascado.

### 33. IMPETIGO

#### SINTOMAS

- Prurito intenso y rascado
- Reacción inflamatoria secundaria a 1.

#### SIGNOS

- Máculas, vesículas, pústulas y costras mielícéricas.
- Areas descubiertas de la piel más frecuentemente afectadas.
- Puede haber fiebre.

## 34. TIÑAS – TIÑAS DE LA CABEZA O TINEA CAPITIS

## SINTOMAS.

1. Por lo general es asintomática o hay prurito ocasional. Es característica en personas que viven hacinadas, en orfelinatos o guarderías y se transmite generalmente por objetos de uso personal (gorras, peines, etc.).

## SIGNOS.

1. Escamas blanco grisaceas atravesadas por cabellos cortos en una o más áreas de la cabeza.

## TIÑA DE LA BARBA

## SINTOMAS

1. Dolor y prurito, sensibilidad local.

## SIGNOS

1. Áreas de enrojecimiento y pérdida de pelo, costras, pústulas, cabellos cortos y fácilmente desprendibles.

## TIÑA DE LOS PIES

## SINTOMAS

1. Prurito más o menos intenso.
2. Secresión líquida de los pliegues de los dedos.
3. Formación de "masas blancas".
4. Algunos pacientes tienen la costumbre de ir a baños públicos o usar calcetines o calzado de otras personas.

## SIGNOS.

1. Tejido epidérmico macerado húmedo y en forma de colgajos pequeños parcialmente adheridos y que al desprenderse dejan superficies ulceradas y grietas.

2. Humedad.
3. Mal olor.
4. Reacción inflamatoria.
5. Generalmente el paciente usa calzado que ofrece poca ventilación o de hule.

## TIÑA DE LAS UÑAS

## SINTOMAS

1. Por lo general la afección es crónica y el paciente consulta porque la uña está perdiendo la simetría de sus bordes, está engrosada y su superficie es irregular.

## SIGNOS

1. Uña ópaca y frágil.
2. Color amarillo grisáceo, aumentada de grosor, separada de la piel en su borde distal.
3. Pérdida parcial de los bordes de la uña.

## TIÑA DEL CUERPO

## SINTOMAS

1. Por lo general hay prurito leve e irritación y malestar del área afectada por aparecimiento de signos inflamatorios.

## SIGNOS

1. Pápulas rodeadas de vesículas pequeñas, costras y escamas.
2. Reacción inflamatoria con edema, eritema e hipertermia.
3. Por lo general su distribución es circular y única.
4. Generalmente la lesión cede espontáneamente.

## 35. CELULITIS

## SINTOMAS

1. Dolor
2. Sensación de calor en área de lesión.
3. Antecedentes de lesión traumática, venas varicosas, compresión o torniquete que eviten buena irrigación de región afectada.

## SIGNOS

1. Eritema, hipertermia.
2. Fiebre a veces.
3. Edema y piel lustrosa.
4. Adenitis regional y dolor.
5. A veces se encuentran áreas de tejido necrótico y secreción purulenta.

## 36. MONILIASIS ORAL

## SINTOMAS

1. Ardor, dolor, dificultad para ingerir alimentos.

## SIGNOS

1. Lesiones en boca que se observan como placas blanquecinas escamosas que recubren parte o la totalidad de mucosa de labios, lengua, encías o boca.
2. Fiebre a veces.
3. Linfadenopatía regional a veces.

## 37. MONILIASIS CUTANEA

## SINTOMAS

1. Prurito intenso en región perineal, perianal, genitales y/o pliegues del cuerpo.

2. Edema, dolor y enrojecimiento.

## SIGNOS

1. Máculas grandes rojas, bien delimitadas.
2. Maceración y fisuras en pliegues.
3. Olor desagradable.

## 38. FORUNCULOSIS

## SINTOMAS

1. Dolor en área de lesión con edema lustroso.
2. Fiebre a veces.
3. Ronchas grandes "nacidos"

## SIGNOS

1. Fiebre ocasional.
2. Abscesos bien delimitados en piel y tejido celular subcutáneo con área de enrojecimiento, al romperse su material esmuco-purulento y necrótico.
3. Predilección por áreas muy vellosas y expuestas a traumatismo mecánico, cara, axilas, cintura, gluteos.

## 39. HERPES SIMPLE

## SINTOMAS

1. Edema y calor local
2. Ardor y sensación de piquetes en zona afectada.

## SIGNOS

1. Producida como vesículas pequeñas agrupadas más frecuentemente en labios, boca y genitales, también puede haber en mucosas y pliegues de piel.
2. Adenopatía regional.
3. Más comúnmente afectadas personas que por su estado

general son débiles y con pocas defensas por ej: los desnutridos.

4. Edema palpebral conjuntiva enrojecida, vesículas alrededor del ojo.

#### 40. HERPES ZOSTER

##### SINTOMAS.

1. Dolor en un trayecto nervioso específico, generalmente dolor intenso.
2. Aparecimiento de vesículas dolorosas.
3. Limitación de movimientos en zona afectada por el dolor.
4. Malestar general, fiebre, cefalea.

##### SIGNOS

1. Dolor en el trayecto nervioso.
2. Lesiones vesiculosa juntas en el trayecto del dolor.
3. Ganglios regionales están afectados.
4. Lesiones unilaterales.
5. Fiebre.
6. Distribución topográfica más frecuente en el torax.

#### 41. VENAS VARICOSAS

##### SINTOMAS

1. Dolor urente en miembros inferiores al estar de pie durante mucho tiempo.
2. Calambres.
3. Dolor que aumenta a medida que transcurre el día y con ejercicio excesivo.
4. Se agudiza con el embarazo.
5. Hemorragias en regiones afectadas.

##### SIGNOS

1. Las venas por debajo de la piel se sienten como cuerdas

tensas con nudos (tortuosidad venosa). Generalmente son más frecuentes en miembros inferiores. En mujeres embarazadas con historia de embarazos múltiples es frecuente encontrar venas varicosas en la vulva.

2. Edema.
3. A veces el paciente que consulta lo hace por ruptura de una de las venas descritas y hemorragia.
4. La piel puede estar reseca, gruesa y con cambios de coloración en las áreas afectadas o bien presentar ulceraciones.

#### 42. HIPERTENSION ARTERIAL

##### SINTOMAS

1. Pesadez de cabeza y aturdimiento.
2. Palpitaciones.
3. Dolor de cabeza localizado en región suboccipital, tipo pulsátil y al levantarse por las mañanas.
4. Zumbido de oídos.
5. Fatigabilidad fácil, a veces hay epistaxis (sangrado de nariz), nicturia (se levanta a orinar varias veces en la noche cuando está acostado).

##### SIGNOS

1. Presión arterial diastólica por arriba de 90 mm Hg. en diferentes tomas (3 tomas en reposo y en diferente ocasión).
2. Presión arterial sistólica arriba de 140 mm Hg. como promedio después de diferentes tomas (3 tomas en reposo y en diferente ocasión).
3. A veces se encuentra edema palpebral y/o de miembros inferiores.
4. En crisis hipertensivas se puede encontrar al paciente agitado, sudoroso, respirando rápida y profundamente, dolor de cabeza intenso, el pulso es fuerte y rápido, se siente latir el corazón con fuerza al palpar la región precordial, puede haber epistaxis, desmayos repentinos y pérdida de la conciencia.

## 43. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

## SINTOMAS

1. Disnea y fatiga de pequeños esfuerzos.
2. Disnea paroxística nocturna o ortopnea (paciente se despierta con sensación de falta de aire, al haberse deslizado de la almohada o almohadas en que estaba recostado, este cuadro se acompaña de tos).
3. Anorexia.
4. Distensión abdominal. (por edema generalmente).
5. Nicturia.
6. Confusión mental progresiva.
7. Historia de edema palpebral por las mañanas y de miembros inferiores el cual aumenta a medida que transcurre el día.
8. Antecedentes de cardiopatía congénita, fiebre reumática, anemia, hipertensión arterial, infarto del miocardio, etc.

## SIGNOS

1. Disnea, tos productiva.
2. Edema frío de miembros inferiores.
3. Estertores subcrepitantes basales que no desaparecen al toser.
4. Hepatomegalia.
5. Ritmo de galope (cuando se ausculta el corazón se oye como el galopar de un caballo), o arritmia cardíaca.
6. A veces los sonidos de sístole y diástole del corazón se mezclan con sonidos que se escuchan como un soprido.
7. Presión arterial baja.

## 44. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

## SINTOMAS

1. Cefalea súbita e intensa.
2. Pérdida progresiva o súbita de la conciencia.

3. Aparecimiento de parálisis en algún miembro.
4. Caída súbita.
5. Dificultad en el lenguaje.
6. Historia de mareos.
7. Puede existir antecedente de hipertensión.

## SIGNOS

1. Pérdida de la conciencia y/o confusión mental.
2. Respiración dificultosa.
3. Pulso lento.
4. Enrojecimiento pasajero de la cara.
5. Brazo y/o pierna flacida.
6. Desviación de la comisura labial.
7. Se observa que el paciente tiene dificultad para articular las palabras y para realizar algunos movimientos.

## 45. INFARTO DEL MIOCARDIO.

## SINTOMAS

1. Dolor agudo y súbito en región precordial, que aumenta en pocos minutos y se irradia generalmente a brazo izquierdo y a veces a brazo derecho y nuca.
2. Sudoración fría.
3. Debilidad generalizada.
4. Sensación de opresión en el pecho.
5. Dificultad para respirar (disnea) y mareos.
6. Paciente se siente muy angustiado.

## SIGNOS

1. Fascies grisacea, azulada.
2. Piel sudorosa, fría y pálida.
3. Cianosis.
4. Pulso débil.
5. Al principio pulso rápido y débil que posteriormente puede volverse más lento. Presión arterial baja.
6. Al escuchar el corazón muchas veces se puede detectar que no tiene un ritmo constante como en un corazón normal (arritmia cardíaca).

## 46. CARDIOPATIA CONGENITA.

## SINTOMAS.

1. Fatigabilidad fácil (con pequeños esfuerzos).
2. Cianosis (labios, cara, extremidades, etc.).
3. Mal estado nutricional y retraso en el crecimiento.
4. Historia de desmayos frecuentes.

## SIGNOS

1. Retraso en crecimiento y desarrollo (hipodesarrollo).
  2. Dificultad respiratoria.
  3. Soplos cardíacos.
  4. Taquicardia.
  5. Cianosis.
- Este cuadro se presenta generalmente en personas preadolescentes.

## 47. EPILEPSIA

## SINTOMAS

1. Historia de ataques o convulsiones periódicamente.
2. Diversidad de sensaciones extrañas (auras) previas al ataque, que pueden ser: Paciente siente como que la mente "se va" de donde está, malestar estomacal, cree oír sonidos diversos como música, etc.
3. Pérdida de la conciencia posterior a las aurás.
4. Por lo general hay algún paciente que padece de la misma afección.
5. Despues de las convulsiones el paciente experimenta dolores musculares, desorientación malestar general y agotamiento.

## SIGNOS

1. Convulsiones que se manifiestan por contracciones musculares tónico clónicas, sacudidas de cabeza, tronco y extremidades.

2. Inconciencia, dificultad respiratoria momentánea, cianosis, sale espuma por la boca y hay pérdida de control de esfínteres. (paciente orina y/o defeca inconscientemente).

## 48. TETANOS.

## SINTOMAS

1. Dolor y hormigueo en sitio de inoculación.
2. Irritabilidad.
3. Rigidez de mandíbula y/o nuca.
4. Disfagia (dificultad para comer o tragar).
5. Niños recién nacidos (por lo general en la primera semana de vida) presentan dificultad para succionar cuando son alimentados.
6. Por lo general el cordón umbilical ha sido cortado en condiciones sépticas manipulado con las manos sucias o cubierto con trapos o pañales sucios.
7. Historia de que con cualquier ruido, cambio de posición o de ambiente oscuro a claro el paciente se altera poniéndose rígido repentinamente y presentando cuadros como ataques o convulsiones.

## SIGNOS

1. Paciente al ser estimulado con ruidos, cambios de posición, hablar recio, etc. Presenta cuadros de espasmo muscular generalizado (al estar acostado y recibir el estímulo, se arquea elevando el abdomen, cierra fuertemente las manos y la boca).
2. Se puede observar herida contaminada (en el caso de los niños se encuentra cordón necrotizado y olor fétido del mismo).
3. Risa sardónica. (descubre los dientes).
4. Pared abdominal en tabla (abdomen rígido).

## 49. MENINGITIS.

## SINTOMAS

1. Fiebre.
2. Dolor de cabeza.
3. Ataques o convulsiones.
4. Paciente ha estado desorientado, irritable, soporoso o ya ha pasado por estas etapas y ha llegado a inconsciencia completa.
5. Dolor de cuello, nuca y/o espalda.
6. Dolor generalizado de abdomen.

## SIGNOS

1. Paciente apático e irritable.
2. Soporoso o estuporoso (casi no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor).
3. Rigidez de nuca.
4. Fiebre.
5. Convulsiones.
6. Vómitos en proyectil.
7. Cuando la afección es muy grave el paciente puede estar descerebrado lo cual se manifiesta cuando el paciente tiene los brazos estirados al lado del cuerpo y con torsión de los mismos hacia adentro.

## 50. COMA.

## SINTOMAS

1. Paciente con historia reciente de haber sufrido golpes en la cabeza y luego haber perdido la conciencia o haber estado teniendo cambios de conducta previos a la pérdida de la conciencia. Puede también tener historia de haber sufrido algunas de las enfermedades que afectan la cabeza

o infecciones generalizadas, alcoholismo, haber tomado alguna medicina en exceso o bien haber estado sufriendo del corazón. (enfermedades descritas en distintas secciones de estas guías).

## SIGNOS

1. Paciente puede estar semiinconsciente, apático, irritable y no se da cuenta muy bien de lo que está pasando a su alrededor. Puede también estar completamente inconsciente.
2. Muy leve respuesta a estímulos dolorosos.
3. Puede haber fiebre (sugiere una infección sistémica severa).
4. Puede haber hipotermia (sugiriendo intoxicación alcohólica o por drogas).
5. Pulso lento o rápido (sugiere anomalías cardíacas).
6. Piel puede estar cianótica.
7. Cara roja e hinchada (puede sugerir alcoholismo).
8. Diseminación de manchas hemorrágicas en el cuerpo (que parecen piquetes de pulga) o moretones.

## 51. TRAUMATISMOS.

## SINTOMAS

1. Dolor en área de lesión.
2. Limitación de movimientos.
3. Antecedentes de accidentes automovilísticos, caídas, peleas o golpes muy fuertes.

## SIGNOS

1. Puede haber choque por hemorragia o dolor, y si los golpes sufridos no son evidentes, el choque se puede deber a hemorragias internas o ruptura de algún órgano interno importante.

2. Si el traumatismo no es severo se encontrará limitación de movimientos del miembro afectado, áreas de inflamación y hematomas o erosiones.

## 52. FRACTURAS

### SINTOMAS

1. Antecedentes de traumatismo.
2. Dolor que evita el movimiento libre de la región afectada.
3. Edema que va aumentando progresivamente.

### SIGNOS

1. Dolor, calor, rubor, hemATOMA, edema, crepitación y deformidad ósea.
2. Limitación de movimientos de grupo óstéo muscular afectado.
3. A veces la fractura es expuesta y se visualizan partes óseas y hay hemorragia.

## 53. LUMBAGO

### SINTOMAS

1. Dolor de espalda o parte posterior del torax al hacer ejercicios o después de un ejercicio violento.

### SIGNOS

1. Limitación de Movimientos normales en área afectada.
2. Espasmo de grupos musculares de región lumbar.
3. Dolor que aumenta con los movimientos de flexión y rotación.

## 54. ARTRITIS

### SINTOMAS.

1. Dolor articular.
2. Calor local.
3. Limitación del miembro afectado para los movimientos y el ejercicio.
4. En la artritis reumatoidea por lo general el paciente es mayor de 35 años de edad, el proceso empeora con el frío, tiene historia de ser crónico y no asociado con algún traumatismo o enfermedad específica y poco a poco ha ido provocando deformidad de las articulaciones afectadas.
5. En la artritis supurativa la afección es de aparecimiento reciente, generalmente se asocia con golpes o heridas en la articulación afectada y ataca a personas de cualquier edad.
6. Puede existir artritis debida a enfermedades específicas como gonorrea, sifilis, tuberculosis, fiebre reumática, etc., para cuyo diagnóstico debe investigarse sintomatología asociada con estas enfermedades.

### SIGNOS

1. Dolor articular evidente y limitación al tratar de movilizar la articulación afectada.
2. Deformidad.
3. Edema, rubor y calor local.

## 55. INFECCION URINARIA

### SINTOMAS

1. Fiebre.
2. Disuria. (dolor o ardor al orinar).
3. Nauseas y vómitos.
4. Dolor hipogástrico.
5. Poliaquiuria (orina por poquitos y a cada rato)

6. Nicturia. Paciente refiere orina de color fuerte y turbia.
7. Diarrea.

#### SIGNOS

1. Fiebre.
2. Dolor hipogástrico a la palpación.
3. Más frecuente en mujeres que en hombres.

### 56. GLOMERULONEFRITIS.

#### SINTOMAS

1. Cefalea, dolores musculares y malestar general.
2. Anorexia y vómitos.
3. Orina oscura.
4. Edema palpebral por la mañana y de miembros inferiores por la tarde.
5. Historia de infección previa de aparato respiratorio superior o piodermitis.
6. Poliuria al principio y luego anuria u oliguria.

#### SIGNOS

1. Fiebre.
2. Hipertensión arterial.
3. Edema de miembros inferiores.
4. Dolor al golpear suavemente con la mano empuñada en parte posterior de la espalda a nivel de fosas renales.
5. Hematuria macroscópica que se caracteriza por dar color coca-cola o rojizo en la orina.

### 57. ANEMIA NUTRICIONAL

#### SINTOMAS

1. Fatigabilidad fácil.
2. Palpitaciones con pequeños esfuerzos.
3. Dolor de cabeza y de cuerpo (malestar general).

4. Bolencia.
5. Anorexia.

#### SIGNOS

1. Peso bajo a veces.
2. Palidez en piel y mucosas.
3. Lengua lisa y despapilada.
4. Paciente puede estar edematizado.
5. Pueden haber soplos cardíacos.
6. Si es muy grave podría presentar cuadro similar a insuficiencia cardíaca congestiva.

### 58. DESNUTRICION

**KWASHIORKOR.** El Kwashiorkor es un síndrome de deficiencia nutricional que habitualmente ocurre en niños destetados (generalmente de dos años de edad o más) pero puede presentarse en niños de cualquier edad e incluso en adultos.

Se caracteriza clínicamente por la detención en el crecimiento, irritabilidad y apatía, cambios cutáneos (descamación, hiperpigmentación o despigmentación, ulceraciones, etc.), lesiones en boca y labios, conjuntivitis, pelo escaso y queradizo y fácilmente desprendible, anorexia, vómitos, diarrea, hepatomegalia, disminución de masas musculares y edema. Anemia.

**MARASMO:** Se caracteriza clínicamente por crecimiento retrasado, atrofia de los tejidos, falta de edema y cambios cutáneos como en el Kwashiorkor. La grasa subcutánea es mínima o se halla ausente.

Pueden encontrarse grados más leves de desnutrición que se caracterizan porque el paciente es pálido, delgado con atrofia de masas musculares, debilidad, fatiga, mareos, "desgano de comer" anemia, resequedad de la piel, pereza, apatía, irritabilidad, etc. Por lo general se puede detectar por medio

del interrogatorio que el paciente tiene dietas muy deficientes en productos lacteos, carnes, huevos, vegetales, etc.

#### 59. CARIOS DENTAL.

##### SINTOMAS

1. Cuando el proceso es muy avanzado el paciente se queja de "dolor de muelas" o dolor localizado en pieza o piezas dentarias afectadas.
2. Paciente refiere tener sensación de mal sabor y/o mal olor en la boca.

##### SIGNOS

1. Presencia de cambio de color y/o perforación en pieza dentaria.
2. Halitosis (mal aliento).
3. Adenopatía submaxilar cuando el proceso es muy avanzado.

#### 60. ABSCESO DENTARIO

##### SINTOMAS

1. Dolor.
2. Inflamación en regiones de cara próximas al absceso.
3. Anorexia y dificultad para masticar alimentos.

##### SIGNOS

1. Fiebre.
2. Flemon de encía, edema e hiperemia alrededor de la encía de pieza afectada.

#### 61. OTITIS MEDIA.

##### SINTOMAS

1. Dolor de oídos.
2. Sordera ocasional.

3. Fiebre.
4. A veces hay antecedentes de infecciones respiratorias superiores.
5. Diarrea a veces.
6. En niños hay irritabilidad, se toman la cabeza entre las manos cubriendose los oídos, debido a su inquietud hay dificultad para alimentarlos.

##### SIGNOS

1. Fiebre.
2. Tímpano color rosado grisáceo y ópaco a la luz del otoscopio.
3. Presencia ocasional de material purulento, seroso o mucoide.
4. Dolor a la presión del cartílago auricular que está situado tapando parcialmente el conducto auditivo externo.

#### OTITIS EXTERNA

##### SINTOMAS

1. Prurito y dolor en conducto auditivo externo.
2. Exudado a veces.

##### SIGNOS

1. Adenopatía perioricular.
2. Enrojecimiento del conducto auditivo externo o parte del mismo.
3. Ocasionalmente hay dolor al halar la oreja hacia abajo.
4. Cerumen impactado en conducto auditivo.
5. A veces se encuentra secreción serosa o purulenta.
6. Pueden encontrarse también insectos o cuerpos extraños dentro del canal auditivo.

#### 62. CONJUNTIVITIS

##### SINTOMAS

1. Dolor al parpadear

2. Secreción lagrimal.
3. Sensación de quemadura y/o escosor.
4. Enrojecimiento más o menos súbito de los ojos.

#### SIGNOS

1. Edema periocular
2. Enrojecimiento de ojo
3. Material acuoso o lechoso.
4. Tumefacción conjuntival papular y/o vesicular.

### 63. SARAMPION.

#### SINTOMAS

1. Historia de tos seca y catarro leve recientes.
2. Fiebre inicial.
3. Fotofobia (la luz molesta mucho los ojos) y "Cheles".
4. Erupción en piel que por lo general se ha iniciado en cara y avanza a nuca, tronco, extremidades y desaparece en el mismo orden.
5. Se acompaña a veces de vómitos y/o diarrea, dolor de oídos y/o dificultad para respirar.

#### SIGNOS

1. Fiebre
2. Conjuntivitis.
3. Exantema máculo papular que puede ser encontrado en una o todas las regiones descritas.
4. Manchas de Koplik (en forma de cristales de sal de mesa situadas sobre las mucosas de los carrillos o en pliegues conjuntivales).
5. Puede detectarse un estado catarral previo al aparecimiento de la erupción.
6. Descamación de la piel en regiones en las que el rash ha desaparecido.
7. Linfadenopatía mandibular y cervical posterior.

### 64. VARICELA.

#### SINTOMAS

1. Fiebre.
2. Malestar general y anorexia.
3. Erupción en piel que va de mácula a vesícula y pústula, luego costras que se dan en diferentes lugares y no todas evolucionan al mismo tiempo.
4. Picazón de las lesiones.
5. Empiezan en tronco y se diseminan.

#### SIGNOS

1. Fiebre.
2. Mácula-vesícula-pústula costras en diferentes lugares especialmente en áreas de presión en el cuerpo.

### 65. RUBEOLA.

#### SINTOMAS

1. Fiebre, malestar general (dolor de cuerpo, cefálea, etc.).
2. Erupción maculo papular que dura más o menos 3 días y va de la cabeza al cuello y resto del cuerpo.

#### SIGNOS

1. Fiebre leve y muchas veces ausente.
2. Erupción maculopapular sin descamación.
3. El signo más característico es adenopatía retroauricular, cervical posterior y suboccipital. "NINGUNA OTRA ENFERMEDAD CAUSA AGRANDAMIENTO DE ESTOS GANGLIOS COMO LA RUBEOLA".
4. Linfadenopatía se hace evidente al menos 24 horas antes de que aparezca el rash y puede verse por una semana o más.

## 66. TOS FERINA

## SINTOMAS

1. Tos paroxistica.
2. Fiebre
3. Vómitos y aparecimiento de espuma y moco en la boca y nariz después del paroxismo de tos.
4. Enrojecimiento de los ojos.

## SIGNOS

1. Fiebre leve.
2. Tos paroxistica que termina con un estridor inspiratorio.
3. Microhemorragias en ojos.

## 67. PAROTIDITIS.

## SINTOMAS

1. Fiebre.
2. Dolor más agudizado al masticar que al tragar y localizado a nivel de las parótidas.

## SIGNOS

1. Fiebre leve.
2. Glándula parótida hinchada, por lo general unilateral, debajo del lóbulo de la oreja, que levanta un poco hacia adelante el lóbulo.
3. Adenopatía.
4. Prueba del limón positiva. (dolor en el área afectada al probarlo).
5. En la cara interna de las mejillas, a la altura de la 2a. y 3a. muelas de arriba (superiores) se ve enrojecido un plieguecito de mucosa que es por donde sale la saliva de las parótidas. Al levantar la lengua también se puede detectar abajo de ella enrojecimiento de pequeños orificios que son también salidas de glándulas salivares.

## 68. TUMORES

Cualquier masa o masas que se presentan con aumento de tamaño paulatino o súbito que se acompaña de síntomas o no.

## 69. TUMOR DE LA MAMA.

## SINTOMAS

1. Dolor local y sensación de tener una masa en la mama.
2. A veces hay sensación de tener una masa, "chibola" o "hijillo" a nivel axilar.
3. Puede haber anorexia, pérdida de peso, palidez, desgano progresivo.

## SIGNOS

1. Retracción del pezón.
2. Masa en uno o varios cuadrantes de la mama.
3. Puede existir adenopatía axilar.

## 70. DESHIDRATACION.

## SINTOMAS

1. El paciente tiene historia de haber sufrido diarreas frecuentes, fiebres altas y/o vómitos.

## SIGNOS

1. En deshidratación leve:
  - a) Paciente alerta o intranquilo.
  - b) Sediento.
  - c) Ojos y fontanelas (mollera) hundidas levemente.
  - d) Mucosas han perdido ligeramente la humedad normal.
2. En deshidratación grave:
  - a) Paciente abatido o inconsciente.

## SIGNOS

1. A veces fiebre.
2. Puede acompañar otra enfermedad infecciosa.
3. Masa o masas palpables delimitadas o localizadas en planos que corresponden a tejido linfático.
4. Dolor a la palpación.
5. Edema y/o rubor en área afectada.

## 75. ENFERMEDADES ALERGICAS

## SINTOMAS

1. Antecedente de contacto con alguna substancia u objeto que le haya provocado al paciente aparecimiento de prurito que puede estar localizado al área de contacto o ser generalizado, de máculas eritematosas y pápulas que pueden aparecer en uno o varios lugares.
2. Antecedente de ingesta reciente de algún alimento que "le hizo mal" como carne de cerdo, mariscos, etc., o de haber ingerido o haberse inyectado algún medicamento que le haya provocado reacción.

## SIGNOS

1. Máculo papulas (manchas y/o ronchas) eritematosas y pruriginosas diseminadas en cuerpo o localizadas en regiones expuestas a alergenos por contacto directo.
2. Signos de choque anafiláctico cuando la afección es severa.

## 76. ABDOMEN AGUDO.

## SINTOMAS

1. Dolor abdominal tipo cólico, agudo y que se va extendiendo en forma gradual.
2. Vómitos.
3. Distensión abdominal o rigidez marcada.

4. Debilidad y angustia.
5. Sudoración.
6. Inquietud y cambio de posición constantemente.
7. Estreñimiento.
8. Historia de dolor, cólicos abdominales y enfermedades que progresan hasta llegar a producir este cuadro (ver apendicitis, embarazo ectópico hernia, etc.).

## SIGNOS

1. Presión arterial baja.
2. Taquicardia.
3. Deshidratación.
4. Dolor generalizado.
5. Distensión abdominal, abdomen duro e inmóvil a la respiración (mecanismo de defensa del cuerpo para evitar el dolor que le produce el movimiento de los músculos respiratorios), doloroso a la palpación.
6. Ruidos intestinales disminuidos en intensidad y frecuencia o ausentes.
7. Sudoración y palidez y/o cianosis.

## 77. CHOQUE.

## SINTOMAS

1. Debilidad, sudoración fría, confusión mental o inconsciencia, angustia, dificultad para respirar.
2. Cuando el choque es hipovolémico hay antecedentes de hemorragia profusa, cuadros severos de diarrea, sudoración profusa sin ingestión de líquidos, etc.
3. Cuando el choque es séptico hay antecedentes de infecciones severas, (endometritis, apendicitis, bronconeumonía, aborto, etc.).
4. Cuando el choque es anafiláctico hay antecedentes de exposición a algún objeto, sustancia o alimento que haya desencadenado las manifestaciones descritas en (1) y que además provoque aparecimiento de maculo papulas y prurito (picazón) en toda la piel, así como sensación de asfixia, hinchazón de labios, lengua, párpados, etc.

## SIGNOS

1. Piel de gallina, palidez, a veces se encuentra cianosis de pies y manos y/o cara y otras partes del cuerpo, sudoración, etc.
2. Paciente irritable e inquieto.
3. Pulso rápido y débil que se vuelve lento en el estado terminal del choque.
4. Presión arterial baja.
5. Paciente respirando rápido y profundo.
6. Signos de deshidratación.

## 78. FIEBRE REUMATICA

## SINTOMAS

1. Poliartralgias.
2. Poliartritis.
3. Movimientos incoordinados de miembros superiores.
4. Antecedentes de amigdalitis o infección respiratoria superior.
5. Fiebre.
6. Síntomas de insuficiencia cardíaca.

## SIGNOS

1. Nódulos subcutáneos más frecuentemente encontrados a nivel de articulación del codo.
2. A veces se puede observar eritema marginado.
3. Fiebre.
4. Hipertrofia amigdalina, puntos sépticos a veces.
5. Movimientos incoordinados de miembros superiores.
6. Edema de articulaciones.
7. Soplos cardíacos.
8. Cambios de conducta.

## COMPLICACIONES

## COMPLICACIONES

### 1. I.R.S.

1. Infecciones bacterianas sobreagregadas del tracto respiratorio.

### 2. GRIPE

1. Puede dar lugar a infecciones bacterianas sobreagregadas del tracto respiratorio, las que se pueden manifestar como bronquitis, bronconeumonía, neumonía, etc.

### 3. AMIGDALITIS

1. Sinusitis
2. Infección, formación de abscesos y muerte de tejidos próximos a las amigdalas que se manifiestan por intenso dolor, postración, fiebre, mal olor de la cavidad oral, etc.
3. Neumonía.
4. Otitis media
5. Glomerulonefritis.
6. Fiebre reumática.

### 4. BRONQUITIS

1. Neumonía y/o bronconeumonía
2. Obstrucción aérea aguda y atelectasia: esto se manifiesta por dificultad para respirar, el paciente se agota fácilmente y al auscultar los pulmones no se oyen ruidos ventilatorios en el lado afectado.

### 5. NEUMONIA

1. Puede haber colección de pus en el pulmón y en la membrana que lo cubre y así dar insuficiencia progresiva de la función pulmonar, dificultad respiratoria y septicemia.

## 6. ASMA

1. Obstrucción severa de vías respiratorias.
2. Se puede romper parte del tejido del pulmón (como una vejiga), lo cual hace disminuir la eficacia del pulmón para transportar el aire y da dificultad respiratoria severa. (neumotorax).
3. Insuficiencia cardiaca.
4. Infecciones bacterianas sobreagregadas.

## 7. SINUSITIS

1. Puede dar lugar a colecciones de pus en los senos nasales y las partes óseas vecinas, lo cual se puede diseminar al cerebro y dar las complicaciones ya descritas.
2. Meningitis.
3. Comunicación de senos nasales y fosa nasal por fistulas.

## 8. TUBERCULOSIS

1. Además de la pulmonar ya conocida puede diseminarse a todos los órganos del cuerpo.
2. En el riñón y vías urinarias se puede manifestar por dolor en cuadrante abdominales inferiores, sangre escasa o pus en la orina, acompañado de malestar general, pérdida de peso, etc., En el cerebro las manifestaciones son similares a las de meningitis. En los huesos ataca más frecuentemente la columna vertebral produciendo destrucción progresiva de hueso y joroba, además de síntomas generales de tuberculosis (pérdida de peso, debilidad, malestar general, etc.).

## 9. PARASITISMO

1. Trastornos digestivos.
2. Desnutrición y anemia.
3. Puede haber invasión intestinal masiva por parásitos como ascaris y obstrucción, esto puede dar como resultado perforación intestinal y peritonitis.

## 10. GASTROENTEROCOLITIS

1. Deshidratación severa (ver descripción en signos y síntomas).
2. Choque.
3. Septicemia.

## 11. DISENTERIA AMEBIANA (amebiasis).

1. Puede haber absceso hepático caracterizado por fiebre, náusea, dolor en cuadrante abdominal superior derecho, dolor en el hombro o escápula derechos, hígado aumentado de tamaño.
2. Abdomen agudo por perforación intestinal.
3. Puede haber excesivo crecimiento de tejido fibroso en el intestino debido a la infección por amebas y provocar obstrucción intestinal caracterizado por disminución o ausencia de evacuaciones, náuseas, dolor abdominal difuso, distensión abdominal, ausencia o disminución marcada de ruidos intestinales.

## 12. CIRROSIS

1. Venas varicosas en esófago y estómago que pueden romperse y provocar hemorragias gastrointestinales masivas que se manifiestan como vómitos de sangre, heces de coloración negra como petróleo, mal aliento, sintomatología de choque hipovolémico y muerte.

## 13. ENFERMEDAD PEPTICA

1. La constante exposición del tejido gástrico a la acción del ácido secretado, da como resultado, corrosión y

ulceración del mismo, guiando luego a la perforación del estómago, hemorragia e irritación peritoneal. Los síntomas comienzan bruscamente con dolor intenso, en la boca del estómago, que se extiende rápidamente a todo el abdomen, el paciente está pálido y procura no hacer ningún movimiento, por el intenso dolor abdominal que ésto le produce. Si la hemorragia es muy severa, puede haber sintomatología de choque hipovolémico.

#### 14. INTOXICACION ALIMENTICIA

1. Deshidratación
2. Choque.

#### 15. HEPATITIS

1. Cirrosis
2. Insuficiencia cardiaca congestiva.
3. El hígado pierde su función como neutralizador de algunos productos tóxicos para el cuerpo y se manifiesta por irritabilidad, estupor, cambios de conducta, decaimiento general progresivo hasta llegar a pérdida de la conciencia, (Coma hepático).

#### 16. HERNIA

1. Llega un momento en que una porción del intestino se ha insertado en el orificio herniario sin poder regresar a su lugar, el orificio no permite que haya buena irrigación del intestino pues lo aprieta demasiado y sobreviene la muerte del tejido intestinal debido a falta de irrigación, esto lleva a perforación del intestino y salida de material necrótico y fecal a la cavidad abdominal, lo cual da como consecuencia peritonitis, abdomen agudo y sus complicaciones.

#### 17. APENDICITIS AGUDA

1. Perforación del apéndice, salida de materias fecales y

material purulento a cavidad abdominal, peritonitis, deshidratación, septicemia y muerte.

#### 18. COLECISTITIS AGUDA.

1. Peritonitis.
2. Choque.

#### 19. FIEBRE TIFOIDEA

1. Afecta al intestino de tal manera que éste se rompe y deja salir materias fecales a la cavidad abdominal produciendo peritonitis y cuadro de abdomen agudo.
2. Muerte.

#### 20. CALASIA DEL ESOFAGO

1. Neumonías por aspiración.
2. Desnutrición.
3. Cuando el niño está acostado y vomita es posible que el material vomitado no salga de la boca y se introduzca en la traquea y vías aéreas lo cual da como resultado paro respiratorio y luego paro cardiaco.

#### 21. ESTENOSIS PILORICA

1. Deshidratación severa.
2. Neumonías por aspiración de jugo gástrico o restos alimenticios.
3. Desnutrición.
4. Igual al inciso No. 3 de calasia del esofago.

#### 22. EMBARAZO

1. Hiperemesis gravídica.
2. Preeclampsia y Eclampsia
3. Aborto
4. Embarazo ectópico.
5. Várices.

6. La placenta que normalmente está unida al útero hasta que el niño nace, puede desprenderse antes de tiempo y provocar hemorragias severas y muerte del feto y/o materna
7. En los momentos de trabajo de parto el útero puede contraerse con demasiada fuerza y romperse provocando hemorragias y choque en la madre y muerte fetal.

#### 23. VULVOVAGINITIS.

1. Puede dar lugar a infecciones uterinas severas (endometritis) que luego pueden avanzar hasta las trompas uterinas y ovarios y producir infecciones generalizadas de la cavidad pélvica. Este cuadro se caracteriza por producir fiebre elevada, respiración agitada, dolor abdominal intenso, postración del paciente, irritabilidad, obnubilación, pérdida progresiva de la conciencia hasta llegar a coma, cuadro de septicemia, etc.
2. Esterilidad temporal o permanente.

#### 24. CERVICITIS

1. Igual al anterior.

#### 25. HEMORRAGIA UTERINA.

1. Puede haber entrada y proliferación de microbios en el útero que predispongan a una infección severa del mismo (endometritis). Posteriormente esta infección puede diseminarse por vía sanguínea y producir infección generalizada en el cuerpo (septicemia) que puede llevar a insuficiencia en el funcionamiento de otros órganos y tejidos y muerte (choque séptico).
2. Las pérdidas sanguíneas pueden provocar disminuciones severas del volumen de líquido que el corazón maneja y por lo tanto mala irrigación de los tejidos, agotamiento del corazón y muerte.

#### 26. ABORTO

1. Hemorragia abundante y choque hipovolémico.

2. Infección pélvica, septicemia y choque séptico.
3. Cuando ha sido provocado puede haber ruptura uterina, peritonitis, choque hipovolémico o séptico y muerte.

#### 27. GONORREA

1. Tanto en el hombre como en la mujer puede afectar una parte o todo el aparato reproductor, lo cual da como resultado complicaciones tales como: infección de toda la cavidad pélvica, septicemia y/o esterilidad permanente o temporal.
2. El microbio de la gonorrea también puede migrar a las articulaciones produciendo infecciones de las mismas.

#### 28. SIFILIS

1. Puede atacar los ojos y los oídos, produciendo ceguera y sordera permanente. Puede atacar también el cerebro y las membranas que lo cubren (meninges) provocando diversidad de trastornos neurológicos, (meningitis, encefalitis, etc.).
2. Nefritis (infección renal).
3. Infecciones de los huesos largos del cuerpo las cuales provocan dolor intenso que hace que el paciente limite sus movimientos y aparezca la llamada seudoparálisis.
4. En los niños puede haber nariz achatada (por destrucción de los huesos de la misma) y dificultad respiratoria.

#### 29. HIPEREMESIS GRAVIDICA

1. Muerte fetal.
2. Deshidratación (descrita en signos y síntomas).
3. Desnutrición cuando debido a los vómitos las comidas no son bien toleradas.

#### 30. ECLAMPSIA

1. La hipertensión en la madre puede provocar complicaciones ya descritas, y llegar a insuficiencia renal.

Como resultado de lo anterior, hay falta de irrigación de tejidos y también de la placenta que es por donde pasa la sangre de la madre al niño. Además la falla del riñón de la madre para sacar los tóxicos del cuerpo hace que estos se eleven en la sangre materna produciendo progresivamente sintomatología de coma.

La falta de irrigación como el transporte de productos tóxicos por la sangre materna al feto hacen que éste muera.

### 31. EMBARAZO ECTOPICO.

1. Ruptura de la cavidad en donde se aloja el producto, irritación peritoneal y abdomen agudo.
2. Puede haber pérdidas masivas de sangre al romperse la cavidad lo cual lleva a choque hipovolémico.
3. Muerte.

### 32. SARCOPTEOSIS (SARNA)

1. Infección bacteriana secundaria de la piel (piodermitis).

### 33. IMPETIGO

1. Glomerulonefritis.
2. Septicemia: O sea que la infección se puede diseminar a otros órganos del cuerpo, así como al riñón y provocar fiebre alta, convulsiones, dificultad respiratoria, postración e incluso la muerte.

### 34. TIÑAS

1. Tiña del cuerpo: generalmente es de buen pronóstico pero podría complicarse con piodermitis secundaria.
2. Tiña de la cabeza o tiña capitis: áreas de calvicie cicatrizal y diseminación a cara, cuello y piodermitis secundaria.
3. Tiña de la barba: igual al anterior.

4. Tiña de los pies: diseminación a manos u otras partes del cuerpo por auto diseminación y también infecciones secundarias de la piel.
5. Tiña de las uñas: diseminación a otras uñas, contaminación a otras personas, perdida de la función de las uñas.

### 35. CELULITIS

1. Progresivamente puede ir provocando infección y muerte de tejido del miembro afectado lo cual hace necesaria la amputación del mismo o bien puede producir septicemia.

### 36. MONILIASIS ORAL

1. Infección bacteriana secundaria.

### 37. MONILIASIS CUTANEA

1. Infección bacteriana secundaria.

### 38. FORUNCULOSIS

1. Glomerulonefritis.
2. Si es en cara puede llegar a invadir el cerebro y producir: agitación, cambios de conducta, dolor de cabeza, malestar general, parálisis y/o debilidad muscular, convulsiones, dificultad para respirar, pérdida de la conciencia, e incluso la muerte.

### 39. HERPES SIMPLE

1. Piodermitis.
2. Presencia de abundantes vesículas alrededor del ojo enfermo, disminuye la visión y pueden provocar úlceras del tejido ocular.
3. Encefalitis.

## 40. HERPES ZOSTER

1. Dolor persistente después de la desaparición de lesiones.
2. Parálisis nerviosa.
3. Infección bacteriana secundaria.
4. Presencia de abundantes vesículas alrededor del ojo enfermo disminuye la visión y pueden provocar úlceras del tejido ocular.

## 41. VENAS VARICOSAS

1. Ruptura y hemorragia.
2. La acumulación de coágulos de sangre o trombos en las venas puede dar lugar a que se adhieran a ellos microbios que pueden desencadenar infección local o de la vena afectada la cual puede progresar hasta producir infección y muerte de los tejidos vecinos.

## 42. HIPERTENSION ARTERIAL

1. Accidentes cerebro-vasculares.
2. La elevada presión que hay en las arterias que irrigan el riñón puede hacer que estas se cierren completamente dando como resultado falta de irrigación del riñón y sintomatología de insuficiencia renal.
3. Muerte.

## 43. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.

1. Muerte por falla del corazón al bombear la sangre.

## 44. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

1. Dificultad para el habla, la marcha, incoordinación de movimientos, fascies transfigurada, etc.

## 45. INFARTO DEL MIOCARDIO.

1. La muerte del tejido cardiaco puede causar

incoordinación del corazón para recibir y mandar sangre y por lo tanto fallo del corazón como bomba. Las manifestaciones pueden ser arritmias, (o trastornos del ritmo normal), sintomatología de insuficiencia cardiaca congestiva o muerte inmediata.

## 46. CARDIOPATIA CONGENITA.

1. Fallo del corazón como bomba y falta de irrigación adecuada a todo el cuerpo lo cual da como resultado falla o inclusive muerte de órganos que son importantes como el riñón, células nerviosas, el mismo corazón, etc., lo cual se puede manifestar como insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, coma y muerte.
2. Infecciones agregadas.

## 47. EPILEPSIA

1. Traumatismos severos.
2. Daño cerebral irreversible.
3. Retraso mental.

## 48. TETANOS

1. Obstrucción aérea.
2. Fractura de columna vertebral.
3. Paro cardiorespiratorio.

## 49. MENINGITIS

1. Septicemia.
2. Puede haber muerte de tejido cerebral que se acompaña de síntomas como parálisis o debilidad muscular, pérdida permanente de la conciencia lo cual hace vivir al paciente como un vegetal.

## 50. COMA

1. Daño neurológico irreversible (incoordinación de movimientos dificultad para el habla, decerebración, etc.).
2. Muerte.

## 51. TRAUMATISMO

1. Infecciones sobreagregadas.
2. Deformaciones permanentes.
3. Limitación permanente de movimientos de grupos osteomusculares afectados.
4. Hemorragias internas y choque hipovolémico.
5. Si es en la cabeza puede llegar a producir coma.

## 52. FRACTURAS.

1. Igual al anterior.

## 53. LUMBAGO

1. Lesiones vertebrales por espasmo muscular severo.

## 54. ARTRITIS

1. Deformidades permanentes que limitan la utilización de miembros afectados.
2. Infecciones generalizadas.

## 55. INFECCION URINARIA.

1. Diseminación de la infección a vías urinarias superiores (ureteres y riñón).
2. Pielonefritis.
3. Insuficiencia renal.

## 56. GLOMERULONEFRITIS.

1. Infección de todo el tejido renal quedando como resultado incapacidad del riñón para liberar a la sangre de productos tóxicos lo cual lleva a que se produzca sintomatología de insuficiencia renal y coma.
2. Insuficiencia cardiaca.
3. Muerte.

## 57. ANEMIA

1. Debido a falta de glóbulos rojos (que transportan oxígeno) puede haber dificultad respiratoria.
2. Al asociarse con falta de vitaminas y otros nutrientes puede provocarse daños en órganos importantes del cuerpo como hígado, corazón, intestinos, etc., como resultado el paciente se encuentra caquético (delgado y pálido) con sintomatología variada (insuficiencia cardiaca, gastroenteritis, otras infecciones, etc.).

## 58. DESNUTRICION.

1. La falta de nutrientes para el cuerpo da como resultado falta de desarrollo normal y buen funcionamiento de todos y cada uno de los órganos y tejidos del cuerpo, retardo en el crecimiento, retraso mental, baja de defensas del cuerpo y predisposición a enfermedades (que aunque no afecten gravemente a una persona bien nutrida, en el desnutrido pueden ser tan severas que lleven a muerte). También se puede complicar con anemia, cirrosis, insuficiencia cardíaca, infecciones generalizadas, (septicemia), insuficiencia renal, etc.

## 59. CARIOS DENTAL.

1. Pérdida de la función de piezas afectadas.
2. Abscesos dentarios.
3. Pueden infectarse los huesos maxilares creándose abscesos que posteriormente pueden invadir el cerebro dando síntomas de meningitis y/o encefalitis, o pueden diseminarse los microbios que producen la enfermedad por vía de la sangre y producir infecciones generalizadas (septicemia).

## 60. ABSCESO DENTARIO

1. Osteomielitis.
2. Septicemia.

## 61. OTITIS AGUDA MEDIA

1. Se puede romper el tímpano y así brindar una vía de entrada más fácil y rápida a los microbios que posteriormente van a infectar los huesos del cráneo próximos al oído (apófisis mastoides y temporal), produciendo en ellos colecciones de pus y necrosis. Posteriormente la infección avanza hasta el cerebro. Las manifestaciones que se encuentran son: dolor e hinchazón de la región afectada, malestar general, irritabilidad, vómitos y demás anotadas en inciso 2 de forunculosis.

## OTITIS EXTERNA

1. Otitis media.
2. Complicaciones de otitis media.

## 62. CONJUNTIVITIS.

1. Infección o necrosis de tejidos oculares o perioculares.
2. Ceguera parcial o total.

## 63. SARAMPION.

1. Otitis media
2. Neumonía
3. Pensar en encefalitis cuando hay:
  1. Estupor progresivo o somnolencia.
  2. Coma, agitación.
  3. Cambios de conducta.
  4. Parálisis y debilidad muscular.
  5. Dolor de cabeza.
  6. Convulsiones.
  7. Vómitos.

## 64. VARICELA

1. Infección bacteriana de las lesiones (celulitis) piodermitis.

2. Neumonía.
3. Encefalitis.
4. Convulsiones.

## 65. RUBEOLA

1. Encefalitis
2. Infecciones bacterianas secundarias en la piel que presentan cuadro similar a impétigo. (ver descripción impétigo).

## 66. TOS FERINA

1. Asfixia.
2. Neumonía.
3. Con el esfuerzo al toser pueden reventarse los pequeños vasos del cuerpo, lo que especialmente en el cerebro da problemas de irrigación sanguínea e irritación del tejido por la misma sangre pudiendo dar afecciones similares a encefalitis y meningitis.
4. Convulsiones.
5. Epistaxis.
6. Desnutrición secundaria a vómitos frecuentes.

## 67. PAROTIDITIS.

1. Puede haber infección de 1 o de los 2 testículos que se manifiesta por inflamación y dolor. Puede haber infección de los ovarios que se manifiesta por dolor persistente en cuadrantes inferiores del abdomen y fiebre. También pueden haber infecciones del páncreas, manifestándose por dolor abdominal difuso diarreas, y síntomas muy similares a los de gastroenteritis.
2. Las complicaciones más frecuentes son meningitis y encefalitis e incluso muerte.

## 68. TUMORES

1. Crecimiento progresivo que abarca los tejidos y órganos vecinos (haciéndolos perder su función), hasta que llegan

a afectar grandes extensiones del cuerpo u órganos vitales y provocar la muerte.

2. Pueden diseminarse por vía sanguínea y así afectar órganos distantes.

#### 69. TUMOR DE MAMA

1. Si es maligno puede haber diseminación o metástasis a otras regiones del cuerpo y posteriormente muerte.

#### 70. DESHIDRATACION.

1. Choque por falta de líquidos.
2. El corazón se debilita y falla para bombear sangre a todo el cuerpo.

El riñón cuando deja de recibir sangre puede taparse permanentemente y ya no excreta los tóxicos que hay en la sangre y cuando estos están muy elevados, el paciente se pone irritable, aliento como manzanas fermentadas, estuporoso, débil y pierde la conciencia progresivamente, convulsiona, etc. UREMIA AGUDA.

3. Muerte.

#### 71. ALCOHOLISMO.

1. Alteraciones permanentes de conducta y enfermedades mentales.
2. Cirrosis.
3. Hemorragia gastrointestinal.

#### 72. PALUDISMO.

1. Anemia.
2. Deshidratación.
3. Fiebre muy alta que puede llegar a afectar el sistema, nervioso provocando convulsiones, debilidad, y/o parálisis muscular, etc.
4. Choque.

5. Insuficiencia renal que se manifiesta por disminución marcada o ausencia total de la micción (orina muy poca o nada), irritabilidad, apatía, convulsiones, estupor, coma y muerte (la insuficiencia renal ocurre muy raras veces).

#### 73. MASTITIS

1. Diseminación de la infección a toda la mama.
2. Necrosis de tejidos.
3. Septicemia.

#### 74. LIFADENOPATIA

1. Complicaciones dependientes de la enfermedad que las origina.
2. Los ganglios afectados pueden romperse y producir material purulento que contamine todos los órganos y tejidos a su alrededor y progresivamente infección generalizada.

#### 75. ENFERMEDADES ALERGICAS

1. Todos los vasos del cuerpo pueden dilatarse de tal manera que la sangre se encharque (se quede estancada) y provoque falta de irrigación de órganos vitales incluso el corazón. Posteriormente el corazón se a gota al no recibir irrigación sanguínea adecuada y estar tratando de impulsar la sangre estancada. Todo lo anterior da como consecuencia fallo del corazón para hacer su trabajo normal dentro del cuerpo y sintomatología de insuficiencia cardíaca y choque.
2. Puede haber espasmo de las vías aéreas (tráquea, bronquios, etc.), e impedir el paso de aire y por lo tanto provocar asfixia.

#### 76. ABDOMEN AGUDO.

1. Perforación intestinal y diseminación de la infección a toda la cavidad abdominal (peritonitis).

2. Infección generalizada a todo el cuerpo lo que da incapacidad de todo el organismo para funcionar adecuadamente y se manifiesta por temperatura alta, irritabilidad, convulsiones, estupor, aparecimiento de moretes en la piel o pequeñas manchas que semejan piquetes de pulga y muerte.  
(septicemia y choque séptico).

#### 77. CHOQUE

1. Muerte.
2. Daño permanente en cualquiera de los órganos vitales del cuerpo por falta de oxigenación adecuada.

#### 78. FIEBRE REUMATICA

1. Lesiones cardíacas permanentes que den como resultado fallo del corazón como bomba y las consecuencias mencionadas en el inciso No. 1 de cardiopatía congénita.
2. Recurrencias.
3. Trastornos de la conducta.

#### TRATAMIENTO

## TRATAMIENTO

## 1. I.R.S.

1. Reposo
2. Aspirina por 5 días.
3. Líquidos abundantes.
4. Vigilar por complicaciones.

## 2. GRIPE

1. Aspirina (dosis adultos y niños según guía de medicamentos) por 5 días.
2. Reposo
3. Líquidos abundantes.

## 3. AMIGDALITIS

1. Reposo
2. Aspirina (dosis según edad).
3. Penicilina procaina.
4. Gargaras de agua tibia con sal y/o inhalación de vapor de agua.

## 4. BRONQUITIS

1. Reposo
2. Penicilina procaina (para niños y embarazadas).
3. Tetraciclina (para adultos).
4. Antihistmínicos cuando hay historia de hipersensibilidad a algún alergeno.
5. Líquidos abundantes (para liquidificar secreciones bronquiales).

## 5. NEUMONIA

1. Reposo.
2. Aspirina.
3. Penicilina procaina 600,000 UI c/12 horas en adultos y 50,000 UI/Kg/día en niños por 10 días.

4. Abundantes líquidos.
5. En lactantes ampicilina por 10 días.
6. ASMA (TERAPEUTICA DE ATAQUE AGUDO).
  1. Llamar médico o referencia inmediata a hospital.
  2. Mientras sucede lo anterior: adrenalina 1:1,000, 0.5 ml vía subcutánea cada 20 minutos por 3 dosis.
7. SINUSITIS AGUDA
  1. Ampicilina (uso en niños por 7 días).
  2. Penicilina (uso en adultos por 7 a 10 días).
  3. Descongestionante nasal (neosinefrina al 0.50%) 2 gotas en cada fosa nasal tres veces al día por 3 a 5 días.
  4. Antihistamínicos (dosis según guía de medicamentos).
8. TUBERCULOSIS
  1. Isoniacida en niños 10 a 20 mg/k/día por 1 año 6 meses, oral.  
En adultos 5 mg/k/día por 1 año 6 meses, oral.
  2. Estreptomicina: En niños 20 a 40 mg/k/día por 1 a 2 meses y luego 2 a 4 veces semanalmente por 3 a 6 meses vía intramuscular.  
En adultos 1 gramo diario por 2 meses y luego 2 veces a la semana por 2 a 4 meses más.  
Vía intramuscular.
9. PARASITISMO INTESTINAL
  1. Corregir anemia cuando se presente asociada.
  2. Ascaris. Piperazina dosis según guías terapéuticas.
  3. Uncinaria. Combantrin dosis según guías terapéuticas.
  4. Mixtas. Mebenzole dosis según guías.
10. SHIGELOSIS
  1. Hidratación.

2. Antiespasmódicos.
3. Sulfametoxasole trimetroprim por 5 días.
11. AMEBIASIS
  1. Metronidazol dosis según guía terapéutica.
  2. Hidratación según estado del paciente.
  3. Antiespasmódicos.
12. CIRROSIS
  1. Referir a médico u hospital.
13. ENFERMEDAD PEPTICA
  1. Dieta sin irritantes (alcohol, café, cigarros).
  2. Consultar médico.
  3. Dar antiácidos (gel hidróxido de aluminio y magnesio (maalox) 2 a 4 cucharaditas entre períodos de comida y al acostarse).
14. INTOXICACION ALIMENTICIA
  1. Hidratación.
  2. Antiespasmódicos.
  3. Consultar al médico.
15. HEPATITIS
  1. Reposo e hidratación.
  2. Dieta a tolerar.
  3. Consultar con médico.
16. HERNIA
  1. Referencia al hospital.

## 17. APENDICITIS AGUDA

1. Referirlo lo más pronto posible al hospital.
2. Iniciar tratamiento de choque. (si el caso lo amerita).

## 18. COLECISTITIS

1. Hidratación.
2. Lisalgil: dosis según guía terapéutica.
3. Referir caso a hospital.

## 19. FIEBRE TIFOIDEA

1. Hidratación.
2. Cloranfenicol (dosis según edad por 2 a 4 semanas).
3. Antipiréticos (acetaminofen dosis según edad).
4. Si el dolor es muy intenso dar antiespasmódicos (ver guía de medicamentos).

## 20. CALASIA DEL ESOFAGO

1. Dar comidas semisólidas, en pequeñas cantidades y más frecuentemente. (ver plan educacional).
2. Dar de mamar sentado o parado.
3. Consultar con médico.

## 21. ESTENOSIS PILORICA

1. 1 gota de tintura de belladona depositada en la lengua inmediatamente antes de cada comida. Este tratamiento es para controlar los vómitos debidos a la ingestión de alimentos.
2. Referir a hospital.
3. Ver plan educacional.

## 22. EMBARAZO

1. Seguimiento y control del embarazo c/mes por 7 meses, en el 8o. mes c/ 15 días, y en el 9o. mes c/semana.

2. Multivitaminas prenatales, 2 grageas diarias.
3. Sulfato ferroso. 1 tableta 3 veces al día.

## 23. VULVOVAGINITIS

1. Para tricomoniasis: metronidazol 250 mg c/12 horas y un ovulo vaginal de 500 mg en la noche durante 10 días y noches. No usar óvulos en embarazadas.
2. En estas enfermedades también deben ser tratados los hombres conyuges de las mujeres afectadas ya que son transmisibles por contacto sexual; dosis para hombres 250 mg c/12 horas de metronidazol. (vía oral y tambien en mujeres).
3. Para moniliasis: mujeres 1 ovulo vaginal de 100,000 U.I. durante 6 noches.  
Hombres 1 tableta de micostatin de 500,000 U.I. po tid.

## 24. CERVICITIS

1. Referencia al médico.

## 25. HEMORRAGIA UTERINA

1. Referencia al médico y/u hospital.
2. Tratamiento de choque hipovolémico. (según el caso lo amerite).
3. Reposo

## 26. ABORTO

1. Tratamiento de choque hipovolémico si el caso lo amerita.
2. Referencia inmediata al hospital.

## 27. GONORREA

1. Penicilina procaina 4 millones inyectados en 2 sitios diferentes en una sola dosis.
2. Si tiene a la mano probenecid (benemid) dar 2 tabletas (1 gramo) P.O. media hora antes de la inyección.
3. Tratar conyuge con iguales dosis.

## 28. SIFILIS DEL ADULTO

1. Penicilina procaina 800,000 U.I. cada 24 horas por 10 días.
2. En niños penicilina benzatínica 50,000 U.I. kg/dosis semanalmente por 3 dosis.
3. Referir a centro de salud u hospital para examen de V.D.R.L. a los 15 días de finalizado el tratamiento.

## 29. HIPEREMESIS GRAVIDICA

1. Referencia al médico y/u hospital.
2. Hidratación y dieta blanda con comidas como pures de verduras, geltinas, incaparina, etc., frecuentes y en poca cantidad de manera que puedan ser fácilmente absorbidas.

## 30. ECLAMPSIA

1. Referencia al hospital.

## 31. EMBARAZO ECTOPICO

1. Tratamiento de choque si el caso lo amerita.
2. Referencia al hospital.

## 32. SARCOPOTEOSIS

1. baño diario.
2. loción benzán (benzoato de bencilo) aplicar en regiones afectadas (menos la cara) dos o tres veces diarias y/o después del baño.
3. Asolear ropa de cama y lavarla.
4. Búsqueda y tratamiento de contactos familiares que padeczan la misma afección.

## 33. IMPETIGO

1. Limpieza de áreas afectadas con agua y jabón (diario y suavemente).

2. Eritromicina o penicilina (dosis de acuerdo a adultos o niños según guía de medicamentos) de preferencia usar eritromicina.
3. Asociada al anterior tratamiento se puede usar pomada de antibióticos de acción local (bacitracina, neomicina, etc.), o pomada de vioformo.

## 34. TIÑAS

1. a) tiña de la cabeza o tiña capitis:
  - lavar cuidadosamente el área afectada.
  - Aplicación de compresas con agua caliente para suavizar las escamas.
  - Lavar diariamente con agua y jabón.
  - Pomada de aplicación tópica de whitfield aplicación después de la remoción de las placas escamosas.
- b) Tiña de la barba:
  - Igual al anterior.
- c) Tiña de los pies:
  - Limpieza diaria con agua y jabón
  - Baño de pies con agua de permanganato de potasio (diluir 1 o 2 sobrecitos de permanganato de potasio al 1 x 4000 en una cubeta o palangana grande llena de agua).
  - Se puede escoger también la aplicación diaria de pomada de whitfield.
- d) Tiña de las Uñas:
  - Se debe cortar la uña enferma hasta donde sea posible sin hacer daño a la piel, al crecer nuevamente se vuelve a cortar y de esta manera se sigue el mismo procedimiento hasta que la uña que sale ya no es uña afectada por micosis.
- e) Tiña del cuerpo:
  - Limpieza diaria con agua y jabón.
  - Aplicación tópica de pomada de whitfield o de tintura de yodo al 20/0.

2. Cuando la afección es recurrente y no cede a un buen régimen de limpieza corporal y al tratamiento indicado se debe tratar con: griseofulvina 250 mg c/6 horas en adultos y 20 mg/kilo/día divididos en 4 a 6 dosis para niños.  
El promedio de duración del tratamiento es en micosis superficiales de piel lampiña 2 semanas.  
En micosis superficiales de pies 3 a 4 semanas.  
En micosis superficiales de uñas 3 a 4 meses.  
En cuero cabelludo y barba 4 a 5 semanas.
3. Pomada de Whitfield (para crurales o corporales) aplicar 3 veces al día.
4. Tolnaftate (tinaderm) para tiña de los pies aplicar 3 veces diarias.

#### 35. CELULITIS

1. Eritromicina o penicilina procaina.
2. Aspirina.
3. Lavado y debridamiento diario de área lesionada.
4. Reposo.

#### 36. MONILIASIS ORAL

1. Micostatín, instilar 1 ml. (1 gotero de 100,000 U.I.) en áreas afectadas 3 o 4 veces al día (nistatina).
2. La aplicación tópica de violeta de genciana acuosa al 10/0 también es efectiva. Debe aplicarse en las lesiones y se debe tener cuidado de evitar aplicarla en exceso pues puede ser irritante gástrico cuando se traga. (si es niño debe ponerse boca abajo cuando se le aplique).

#### 37. MONILIASIS CUTANEA

1. Micostatín ungüento. Aplicación tópica 3 o 4 veces al día.
2. Limpieza de áreas afectadas.
3. Violeta de genciana.

#### 38. FORUNCULOSIS.

1. Deben drenarse los abscesos existentes cuando están "maduros" (cuando se presiona la piel que cubre al absceso da la sensación de estar apachando una vejiga llena de agua).
2. Eritromicina o penicilina (dosis de acuerdo a edad según guía de medicamentos).
3. Limpieza y debridamiento diario de áreas afectadas (preferentemente de 2 a 3 veces al día).
4. Aspirina por fiebre y/o dolor.
5. Pomadas con antibióticos de acción local (bacitracina, neomicina etc.), y usar compresas empapadas de solución antiséptica como zephirán.

#### 39. HERPES SIMPLES

1. Mantener limpia el área afectada mediante aplicaciones de antisépticos locales como agua y jabón zephirán.
2. Para el dolor debe darse aspirina o bien pueden usarse anestésicos de acción local como benzocaina o lidocaina.
3. Loción de calamina aplicación tópica 2 a 3 veces al día.
4. Líquidos y dieta blanda para no provocar dolor en las lesiones orales y para aquellos pacientes en quienes la deshidratación e infección diseminada son componentes de su padecimiento.

#### 40. HERPES ZOSTER.

1. Mantener limpia el área afectada mediante aplicaciones de antisépticos locales como agua y jabón o zephirán.
2. Contra el dolor se pueden usar anestésicos de aplicación tópica como lidocaina y benzocaina.
3. Loción de calamina aplicación tópica 2 a 3 veces al día.

#### 41. VENAS VARICOSAS

1. Si existe hemorragia
  - a) Reposo con miembro afectado en alto.

- b) Si presenta sintomatología de choque hipovolémico, iniciar tratamiento indicado.
- c) En caso necesario comprensión en área afectada de acuerdo a guía de primeros auxilios.

#### 42. HIPERTENSION

- 1. Si la presión diastólica o mínima fuese de: 95-115: lasix 40 mg IV y 40 mg IM y referirlo a médico.
- 2. Si la presión diastólica o mínima fuese de 115 o más: lasix 80 mg IV y 50 mg IM y referirlo a médico.
- 3. Diazepam 10 mg IM y reposo.

#### 43. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

- 1. Referir al paciente a un médico para que este inicie el tratamiento adecuado.

#### 44. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

- 1. Referir caso a hospital.
- 2. En caso de paro cardiorespiratorio: iniciar medidas de respiración artificial y masaje cardíaco.

#### 45. INFARTO DEL MIOCARDIO

- 1. Reposo.
- 2. Referencia inmediata a hospital.
- 3. Demerol por dolor 75 a 100 mg vía IM.
- 4. En caso de paro respiratorio, apoyar los hombros del paciente (acostado) sobre un rollo de tela, de tal manera que la cabeza caiga hacia atrás. Acto seguido abra completamente la boca (después de una profunda inspiración) y aplique los labios sobre los del paciente colocándose al lado de éste, de tal manera que su nariz quede en dirección de la oreja del mismo. Apriete la nariz del paciente e insuflale aire en la boca. Debe insuflarle aire 12 veces por minuto.

- 5. En caso de paro cardíaco, otra persona debe dar masaje cardíaco de la siguiente manera: apoye la palma de su mano izquierda sobre la tetilla izquierda del paciente, luego sobre esa mano apoye la mano derecha, seguidamente oprima el torax del paciente una vez por segundo o sea 60 veces por minuto.
- 6. Si tiene a mano bicarbonato inyectable, poner 50cc. vía I.V. lentamente cada 10 minutos.

#### 46. CARDIOPATIA CONGENITA

- 1. Referirlo al hospital.

#### 47. EPILEPSIA — TRATAMIENTO DE LA CRISIS CONVULSIVA

- 1. Mantener vías respiratorias libres.
- 2. Cuando los ataques son continuos o muy prolongados debe administrarse 10 mg. de valium vía IV y si no se puede cuando el paciente está convulsionando, administrarlo vía I.M.

#### TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO

- 1. Fenobarbital dosis según guías terapéuticas.
- 2. Epamin según guías terapéuticas.

#### 48. TETANOS

- 1. Enviarlo al hospital inmediatamente.
- 2. Valium 20 mg I.V. stat y cada 6 horas si rigidez e irritabilidad son muy marcadas.
- 3. Si existe paro cardiorespiratorio iniciar medidas de urgencia respiración artificial y masaje cardíaco.
- 4. Aspiración frecuente de flemas.

#### 49. MENINGITIS

- 1. Referir caso al hospital.

## 50. COMA

1. Mantener vías respiratorias libres, extrayendo todo cuerpo extraño de cavidad oral del paciente (prótesis dentarias, restos de comida, etc.) y aspirar flemas o saliva acumulada.
2. Si el paciente entra en paro cardiorespiratorio aplicar respiración artificial y masaje cardíaco. (como explicado en No. 45).
3. Enviar el caso lo más pronto posible a hospital.

## 51. TRAUMATISMO

1. Si existe estado de choque, tratamiento indicado y enviarlo al hospital.
2. Cuidados y limpieza de laceraciones.
3. Aspirina.
4. Si existe fractura enviarlo al hospital.
5. Si la herida fue provocada por objeto sucio iniciar tx. con penicilina procaina antes de enviarlo al hospital.
6. Debe lavarse cuidadosamente la herida con agua y jabón hasta quitar todo el sucio que tenga.

## 52. FRACTURAS

1. Inmovilización y entabillado de acuerdo a técnicas de primeros auxilios.
2. Analgésicos intramusculares o aspirina dosis según guía terapéutica.
3. Referencia al hospital.

## 53. LUMBAGO

1. Reposo.
2. Meprobamato unido a algún analgésico (meprogésico) 1-2 tabletas TID.
3. Consulta con médico.

## 54. ARTRITIS REUMATOIDEA

1. Referir al médico.

## 55. INFECCION URINARIA

1. Ampicilina o sulfas: dosis según guía terapéutica.
2. Aspirina.
3. Forzar líquidos p.o.
4. Reposo.

## 56. GLOMERULONEFRITIS

1. Iniciar tratamiento con penicilina procaina de acuerdo a dosis de niños o adultos y referirlo a médico para que éste lo controle por posibles complicaciones.

## 57. ANEMIA NUTRICIONAL

1. Hierro, dosis según guías.
2. Mejoras en su ingesta alimenticia (huevos, gallina, carne, hígado, vegetales, leche, pescado).

## 58. DESNUTRICION

1. Si el paciente está en muy mal estado general, referir a médico u hospital.
2. Ver plan educacional e insistir en el mismo a paciente y/o familiares.

## 59. CARIOS DENTAL

1. Enviarlo con odontólogo.
2. Cuidados higiénicos orales (lavado de boca por lo menos 3 veces al día).
3. ASA

## 60. ABSCESO DENTARIO

1. ASA dosis según guías terapéuticas.

2. Penicilina procaina.
3. Hielo local.
4. Consulta con odontólogo por posibles complicaciones.

#### 61. OTITIS MEDIA

1. Ampicilina en niños menores de 3 años (dosis según guía de medicamentos).
2. Penicilina procaina en adultos y niños mayores de 3 años.
3. Gotas nasales de neosinefrina (0.25o/o) o iliadin, 2-3 gotas en cada fosa nasal, 2 veces diarias.
4. Aspirina (dosis según guías).
5. Si no hay perforación timpánica, aplicar gotitas de agua congelada en oído externo.

#### OTITIS EXTERNA

1. Antiséptico y/o antibiótico local (gotas óticas) pueden utilizarse los siguientes preparados:
  - a) Domeboro ótico  
Instilar en oído afectado 3 a 4 veces al día.
  - b) Furacin ótico.  
Instilar la tercera parte del gotero 3 o 4 veces al día en oído afectado.
  - c) Otosporin  
Instilar 3 gotas 3 a 4 veces al día en oído afectado.  
El tratamiento debe ser aplicado por 1 semana.
2. Aspirina.
3. Penicilina procaina.
4. Extraer cuerpo extraño. Si este es muy poco visible o es muy difícil extraerlo referir paciente a médico.

#### 62. CONJUNTIVITIS

1. Apóritos de hielo o agua fría local para reducir la reacción inflamatoria.
2. Colirio oftálmico refrescante y antiséptico 2-3 gotas en ojo afectado cada 4 a 6 horas. Puede utilizarse eyemo, oculos antiséptico, etc.

3. Aspirina para reducir la inflamación y dolor.
4. Si tratamiento no logra mejoría en plazo de 24-48 horas referir a médico.

#### 63. SARAMPION

1. Reposo
2. Si hay fiebre elevada y deshidratación dar líquidos abundantes.
3. Aspirina por fiebre.
4. Si hay prurito y/o irritación de la piel, calamina para aplicación tópica dos a tres veces al día (loción de calamina).
5. Limpieza corporal diaria con agua y jabón.
6. Proteger al paciente de exposición a luz fuerte.

#### 64. VARICELA

1. Reposo
2. Si hay fiebre elevada y deshidratación dar líquidos abundantes.
3. Si hay prurito y/o irritación de la piel, calamina para aplicación tópica dos a tres veces al día.
4. Limpieza corporal diaria con agua y jabón.
5. Antisepsia de regiones afectadas mediante el uso de zephirán o tintura de yodo al 2o/o.
6. Cortar las uñas del paciente y si es posible que use guantes de alguna tela suave para evitar lesionarse con rascado.
7. Cambio diario de ropa de cama y personal del paciente.

#### 65. RUBEOLA

1. Igual al anterior.

#### 66. TOS FERINA

1. Eritromicina o ampicilina por 7 a 10 días.
2. Aspirina.

3. Referencia a centro hospitalario si el caso es en menores de 1 año y el cuadro clínico es severo.
4. Reposo

#### 67. PAROTIDITIS

1. Reposo en cama.
2. Aspirina dosis según edad y guía de medicamentos.
3. Vigilar estrechamente por complicaciones.

#### 68. TUMORES

1. Si se detecta masa con las características mencionadas y su origen no puede ser bien determinado, referirla lo más pronto posible a médico u hospital.

#### 69. TUMOR DE MAMA

1. Referencia al médico y hacer énfasis en el plan educacional.

#### 70. DESHIDRATACION

1. Cuando el paciente es capaz de beber debe hidratarse por vía oral con la siguiente solución.
  - sal de mesa 1 cucharadita.
  - bicarbonato de sodio 1/2 cucharadita.
  - azúcar 4 cucharaditas.

Todo esto disuelto en 1 litro de agua hervida, además puede dar coca cola, caldo de res o pollo.

2. El adulto puede necesitar hasta 1 litro de solución oral por hora. En el tratamiento del niño se puede enseñar a la madre a darle a cada ratito (más o menos una cucharadita por minuto) y que debe seguir amamantandolo.

3. La rehidratación se consigue generalmente permitiendo que el enfermo beba tanto como desee, pero los pacientes con pérdidas muy rápidas por las heces pueden necesitar que se les anime a beber. Si beben con exceso es

possible que se les hinchen los párpados (es signo de sobrehidratación pero no es peligroso), en éste caso hay que interrumpir la hidratación hasta que el edema desaparezca (debe tenerse cuidado de no preparar la solución con más sal de la indicada, pues ésto también contribuye a producir edema).

4. El volumen de solución administrado por vía oral para el mantenimiento después de la rehidratación debe igualar al de las pérdidas en las deposiciones. En el caso de los niños se puede aproximar al máximo observando y pesando con frecuencia los pañales.
5. Si es posible los enfermos que sufren diarrea deben seguir comiendo y bebiendo para conservar su estado de nutrición, pueden beber la solución y alternativamente tomar alimentos (cereales, bananos, papas, etc).
6. Cuando el paciente no es capaz de beber, lo ideal es referirlo a un hospital en donde existe el personal y equipo más adecuado para éste tratamiento. Si esto no es posible inmediatamente, el tratamiento debe ser endovenoso de la siguiente manera:
  - a) Cuando las pérdidas son debidas a diarrea y la deshidratación es grave:
    1. Hartmann o solución salina normal, 100 mililitros por kilogramo de peso corporal en 6 horas.
    2. Referirlo al hospital en cuanto sea posible.
  - b) Cuando las pérdidas de líquidos son debidas a fiebre y sudoración intensas, puede dar:
    1. Hartmann o solución dextrosa al 5% 100 ml/kg de peso, para 6 horas.
    2. Referirlo al hospital en cuanto sea posible.

#### 71. ALCOHOLISMO

1. Omitir ingesta de alcohol.
2. Largactil uso I.M. una ampolla.
3. Librium 5 mg P.O. 3 veces al día hasta que desaparezcan síntomas
4. Tiamina 50 a 200 mg I.M. cada 24 horas.

5. Tratar deshidratación.
6. Antiácidos igual que enfermedad péptica.
7. Puede utilizarse también meprobamato 400 mg c/12 horas.

#### 72. PALUDISMO

1. Cloroquina dosis según guías terapéuticas.
2. Primaquina dosis según guías terapéuticas.

#### 73. MASTITIS

1. Penicilina procaina
2. Aspirina
3. Lienzos de agua caliente.
4. Dejar de dar de mamar si es lactante.

#### 74. LINFADENOPATIA

1. Determinar causa y dar tratamiento, si no se encuentra causa consultar con médico.

#### 75. MANIFESTACIONES ALERGICAS

1. Antihistamínicos, dosis según guía terapéutica.
2. Consultar con médico.

#### 76. ABDOMEN AGUDO

1. Enviarlo al hospital lo más pronto posible.
2. Tratamiento de choque.

#### 77. CHOQUE

1. Reposo
2. Mantener temperatura corporal adecuada.
3. Mantener vías aéreas libres.
4. Si hay evidencia de choque hipovolémico y la pérdida sanguínea es muy intensa o la deshidratación es severa, se

debe de pasar rápidamente por vía I.V. una solución de Hartmann (una de las principales manifestaciones cuando existen éstas pérdidas es la hipotensión intensa).

5. Si existe evidencia de shock anafiláctico.
  - a) Fenergan dosis según edad.
  - b) Adrenalina dosis según edad.
  - c) Solucortef dosis según edad.
6. Enviar al paciente inmediatamente a un hospital.
7. No dar nada por vía oral ni parenteral además de lo indicado.
8. Si existe traumatismo previo; lisalgil uso IV dosis según guía terapéutica (por dolor).
9. Si el choque es séptico.
  - a) Mantener temperatura corporal.
  - b) Debe iniciarse el tratamiento con 3 millones de penicilina cristalina por vía IV. y 500 mg de cloranfenicol también por vía IV.
10. En todos los casos de choque la conducta inmediata después de iniciado el tratamiento debe ser referencia a hospital.

#### 78. FIEBRE REUMATICA

1. Reposo
2. ASA 60 mg/libra/día no debe exceder 10 gramos diarios.
3. Penicilina benzatínica 1.200,000 U.I. IM.
4. Referirla a médico para que este considere si es necesario un tratamiento adicional.

#### NOTA:

Las enfermedades referidas al hospital son aquellas para cuyo tratamiento se hace necesaria la intervención de especialistas, equipo médico especial, tratamientos intensivos, etc.

Las enfermedades referidas al médico son aquellas que por su naturaleza pueden dar complicaciones severas o aquellas cuyo tratamiento y cuidado deben ser muy específicos para cada

tipo de paciente. Debe consultarse también al médico aquellas enfermedades de cuyo diagnóstico no esté segura la enfermera.

## MEDICAMENTOS CUYAS POSOLOGIAS NO ESTAN ESPECIFICADAS EN LAS GUIAS TERAPEUTICAS

1. Acetaminofen Menores de 3 años 120 mg c/4-6 horas P.O.  
Mayores de 3 años 120-240 mg c/4-6 horas P.O.  
Adultos 0.3 - 0.6 gramos c/8 horas.
2. Acido Acetil Salicilico (Aspirina) Niños: 30-60 mg/kilo de peso/día, dividido en 4-6 dosis (c/4 o c/6 horas).  
Adultos: por lo general se dosifican con una tableta de 500 mg c/6 horas.
3. Adrenalina Niños: 0.1 mg/kilo/dosis cada 20 minutos por 3 dosis, vía subcutánea.  
Adultos: 0.5 mg c/20' por 3 dosis vía subcutánea.
4. Ampicilina Niños: 75 - 200 mg/ kilo de peso/día dividido c/6 a c/8 horas. (Consultar médico para utilizar dosis mayores).  
Adultos: de 2-4 g. divididos en dosis c/6 - c/8 hrs vía P.O. por 7 - 15 días.
5. Antiespasmódicos La tintura de belladona se puede dar en dosis de 1/2 a 1 ml. diluido en agua por vía oral para adultos.  
En niños mayores de 3 años se puede usar parepectolin (paregórico) 2 cucharaditas en dosis c/6 horas (solo si el dolor es intenso y/o la diarrea es muy abundante).  
Menores de 3 años consultar con médico.
6. Cloranfenicol Para fiebre tifoidea en adultos 2 g. iniciales seguidos de 1 g c/6 horas durante 4 semanas.  
Niños: 50-75 mg/kilo de peso por día dividido en 4 dosis (c/6 horas) por 2 semanas preferible vía I.V. Necesario que tratamiento sea supervisado por médico.

7. Cloroquina  
(aralen)  
Adultos 4 tabletas iniciales (1 g) seguidas de 2 tabletas a las 8 horas (1/2 g), 2 tabletas a las 24 horas, y 2 tabletas a las 48 horas.  
(total 10 tabletas).  
Niños 10 mg/kilo/día divididos en 2 dosis por 3 días.
8. Combantrin  
11 mg/kilo/peso en una sola dosis para áscaris, enterobius vermicularis y ancylostoma duodenale. Cuando hay afección por Necator americanus, se da la misma dosis durante 3 días consecutivos.
9. Epamin  
3 - 4 mg/kilo/día puede darse en una sola toma para adultos y en dos tomas para niños.
10. Eritromicina  
Niños: 30 - 50 mg/kilo de peso/día dividido c/4-c/6 h. si es oral; y c/8 - c/12 h. si es parenteral por 7 a 10 días.  
Adultos se dosifican con 1-2 g. diarios (250 - 500 mg c/6 h.) por 10 días.
11. Fenergan  
0.1 mg/kilo/dosis cada 6 horas o 0.5 mg/kilo/al acostarse, vía P.O. o I.M.
12. Fenobarbital  
Adultos 1-3 mg/kilo/día dividido en 2 dosis.  
Niños 2-3 mg/kilo/día dividido en 2 dosis.
13. Hierro  
Adultos: 1 tableta de sulfato ferroso tres veces al día.  
Niños: jarabe de sulfato ferroso 1 cucharadita 2 a 3 veces al día.
14. Lisalgil  
1 ampolla por vía I.V. o I.M. según intensidad de dolor, cada 8 a 12 horas.
15. Mebenzole  
2 cucharaditas (200 mg) cada 24 horas por 3 días. o 2 tabletas (200 mg) c/24 horas por 3 días.

16. Metronidazol  
Adultos 250 mg c/12 horas por 10 días.  
Niños 125 mg c/12 horas por 10 días.
17. Penicilina  
Procaina  
Niños: 30,000 a 50,000 U.I. / kilo de peso/día.  
(No usar en recién nacidos).  
Adultos: 800,000 U.I. c/24 horas por 7 a 10 días vía intramuscular.
18. Piperazina  
75 mg/kilo/día por 2 días.
19. Primaquina  
Niños de 1-3 años 2.5 mg diarios.  
Niños de 4-6 años 5 mg diarios.  
Niños de 7 años en adelante 15 mg diarios tratamiento durante 14 días.  
Adultos 15 mg diarios por 14 días.
20. Solucortef  
50 mg/kilo dosis. Dosis máxima 500 mg IV.
21. Sulfametoxasole 2 tabletas c/12 horas. No usar en niños menores de 12 años.  
Trimetoprim (bactrin)
22. Tetraciclina  
Tabletas o cápsulas de 250 y 500 mg.  
Adultos 1-2 gramos divididos en 3 o 4 dosis diarias. (c/6 o c/8 horas).  
No recetar a niños.
23. Valium  
5 - 10 mg I.V. para las crisis convulsivas en adultos.  
0.1 a 1 mg/kilo en niños.

## PLAN EDUCACIONAL

## 1. I.R.S. (Infección respiratoria superior).

1. Recomendar a paciente que siga tratamiento indicado y que evite contacto con personas que tengan enfermedades infecciosas, pues puede contraer una infección sobreagregada.
2. Aislar a paciente para evitar contagio a personas sanas o propensas a contraer esta enfermedad, por sufrir estados nutricionales deficientes u otras enfermedades que disminuyen las defensas del organismo.
3. Evitar contacto oral con otras personas y no usar los mismos utensilios del comedor, para evitar su contagio.
4. Hacer ver al paciente las posibles complicaciones y enfatizar que son prevenibles si se sigue el tratamiento indicado.
5. Evitar consumo de cigarrillos, contacto directo y constante con medios polvorientos como construcciones de edificios, trabajos de minería, carreteras no asfaltadas, el campo, potreros, libros que han estado guardados mucho tiempo, muebles con polvo, Etc.
6. Evitar contacto con medios cuya atmósfera esté cargada de humo como el de las camionetas y demás automóviles, humo en la casa, etc.  
Recomendaciones en las que se debe hacer énfasis principalmente en pacientes ancianos y mal nutridos.

## 2. GRIPE

1. Recomendar a paciente que siga tratamiento indicado y que evite contacto con personas que tengan enfermedades infecciosas, pues puede contraer una infección sobreagregada.
2. Aislar a paciente para evitar contagio a personas sanas o propensas a contraer esta enfermedad por sufrir

estados nutricionales deficientes u otras enfermedades que disminuyan las defensas del organismo.

### 3. AMIGDALITIS

1. Evitar contacto oral con otras personas y no usar los mismos utensilios del comedor para evitar su contagio.
2. Hacer ver al paciente las posibles complicaciones y enfatizar que son prevenibles si se sigue el tratamiento indicado.

### 4. BRONQUITIS

1. Evitar consumo de cigarrillos, contacto directo y constante con medios polvorientos como construcciones de edificios, trabajos de minería, carreteras no asfaltadas, libros que han estado guardados durante mucho tiempo, muebles con polvo, etc.

Evitar contacto con medios cuya atmósfera esté cargada de humo como el de las camionetas y demás automóviles, humo en la casa, etc. (recomendaciones en las que se debe hacer énfasis principalmente en pacientes ancianos).

2. Investigar por medio de interrogatorio detenido qué alergenos afectan al paciente e instruirlo para que los evite.

### 5. NEUMONIA

1. Hidratación por vía oral.
2. Cuando el proceso agudo haya pasado, recomendar a paciente hacer ejercicios respiratorios, utilizando para el efecto un frasco limpio (de suero o similar) destapado el cual se llena con agua limpia y se le introduce después un pedazo de manguera de más o menos 40 centímetros de largo o un tubo similar. El paciente soplará el tubo haciendo burbujas en el agua durante 5 a 15 minutos tres veces al día.

3. Explicar a paciente cuales son las complicaciones que puede tener y hacer énfasis en que estas pueden llegar inclusive a producir la muerte si el tratamiento no se cumple.

### 6. ASMA

1. Evitar consumo de cigarrillos, contacto directo y constante con medios polvorientos, polvo de objetos que han estado almacenados durante mucho tiempo, humo negro de buses y automóviles.
2. Investigar por medio de interrogatorio detenido qué alergenos afectan al paciente e instruirlo para que los evite.
3. Si la dificultad respiratoria es muy marcada y el paciente no puede ser atendido inmediatamente por un médico, debe recomendarse que ingiera abundantes líquidos y que tome bicarbonato de sodio (1 cucharadita en un vaso de agua tres veces al día) para poder evitar una acidosis respiratoria.
4. Recomendar a paciente que ingiera diariamente la mayor cantidad de líquidos que pueda para mantener húmedas sus vías aéreas y evitar ressequedad e irritación de las mucosas, asimismo, indicar a pacientes que el mejor fluidificante de moco es el agua.

### 7. SINUSITIS

1. Ayudar al paciente mediante un interrogatorio detenido a detectar cuales son los alergenos predisponentes e instruirlo para que estos sean evitados.
2. Si la afección es crónica con historia de múltiples recurrencias agudas se debe referir a médico u hospital.
3. Recomendar a paciente que siga tratamiento indicado.

## 8. TUBERCULOSIS

1. Que el paciente coma sus tres tiempos de comida y de preferencia que incluya huevos, leche, carne, vegetales, cereales, pescado, etc.
2. Hacer ejercicios respiratorios diariamente (ver neumonía).
3. Que el dormitorio del paciente sea separado del de las demás personas que viven en la casa del paciente o que se relacionan muy estrecha y constantemente con él ya que se debe descartar la posibilidad de contagio.
5. Todos los niños que han estado en contacto con pacientes que se sabe están infectados y padecen tuberculosis activa, deben ser tratados profilácticamente con isoniazida en dosis de 10 a 20 mg/Kg de peso/cada 24 horas, por un año.

## 9. PARASITISMO.

1. Lavado de manos antes de cada comida y antes y después de defecar y/u orinar.
2. Cocer alimentos y hervir agua de consumo.
3. Evitar proliferación de moscas e insectos transmisores de enfermedades, evitando construcción de letrinas, excusados o basureros a distancias menores de 15 metros de la casa de habitación y haciendo limpieza periódica de los mismos.
4. Buscar colaboración de autoridades de salud a efecto de lograr implantar programas de letrinización, potabilización de agua, educación en prácticas higiénicas a la comunidad, etc.
5. Recomendar a paciente que use zapatos cuando camine en lugares que estén contaminados con heces fecales (el campo, charcos, potreros, etc), después de lluvias fuertes (las aguas arrastran parásitos de otros lugares), etc.

## 10. SHIGELOSIS Y GASTROENTERITIS.

1. Potabilización de agua. (ver - 3- de fiebre tifoidea).
2. Se recomienda el lavado de manos antes de ir a defecar u orinar pues habrá manipulación de genitales con las manos

sucias o contaminadas lo cual puede predisponer al aparecimiento de infección urinaria. Se recomienda el lavado de manos después de ir a defecar u orinar pues las bacterias o microbios fecales se adhieren a las manos y luego son transmitidas a los alimentos y a la boca, infectando a otras personas y reinfectándose el mismo paciente. Así también se recomienda tapar el lugar en donde se depositan las heces fecales pues las moscas se contaminan con éstas y luego transmiten con sus patas los microbios a los alimentos y personas.

3. Hacer mucho énfasis en lo anterior a personas que manejan alimentos (por ejemplo amas de casa).
4. Lavar, cocer y tapar todos aquellos alimentos que van a ser ingeridos.
5. El ácido acético (vinagre) puede matar muchos microbios y puede ser utilizado para los alimentos que se van a comer crudos como las ensaladas y aunque a veces deja un sabor desagradable en los mismos se recomienda que estos sean sumergidos en vinagre durante 15 a 20 minutos antes de ser ingeridos (esta medida debe ser tomada muy en cuenta principalmente en aquellas regiones en donde no existe agua potable).

## 11. AMEBIASIS

1. Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de defecar y antes de comer.
2. Cocer los alimentos. Los vegetales que se ingieren crudos deben lavarse previamente con agua y jabón o ser inmersos en una solución de vinagre durante 15 a 20 minutos.
3. Hervir agua utilizada para preparar los alimentos.
4. En la medida de lo posible potabilizar el agua de uso de la comunidad, usando cloro (recurrir a autoridades sanitarias municipales o del MSP y AS para asesoría).

## 12. CIRROSIS

1. Visitar al médico lo más pronto posible para establecer un plan adecuado de control de la enfermedad.

2. Evitar al máximo la ingesta de alcohol, exposición a tóxicos como olores de gasolina, tinner, pesticidas, etc.
3. Evitar todo contacto con personas que puedan ser transmisoras de alguna enfermedad.
4. Tratar de alimentarse bien comiendo carnes, huevos, leche, cereales, pescado, etc. y si es posible tomar suplementos vitamínicos. Someterse a control médico periódicamente.

Se insiste en que debe visitarse al médico incluso antes de adoptar la dieta indicada, pues él la aprobará o desaprobará dependiendo de la evolución del caso.

#### 13. ENFERMEDAD PEPTICA.

1. Seguir tratamiento indicado y sobre todo recomendar dieta blanda, comidas pequeñas y frecuentes aunadas a la acción de los antiácidos para poder establecer un plan de neutralización práctico, continuo y eficaz.

#### 14. INTOXICACION ALIMENTICIA.

1. Higiene en manejo de alimentos.
2. Prevenir a vecinos sobre lugar y día en que compró alimentos causales.
3. Sobre todo evitar crema y leche y carnes que no sean frescas y que no estén higienicamente preparadas.
4. Seguir tratamiento indicado.

#### 15. HEPATITIS

1. Aislamiento de casos para evitar complicaciones por infecciones sobreagregadas o contagio a otras personas.
2. Si el paciente presenta mal estado general progresivo, cambios de conducta, apatía, irritabilidad, desorientación, le aparecen moretones y sangra fácilmente, referirlo inmediatamente a hospital.

#### 16. HERNIA

1. Insistir en consulta a hospital pues si se complica el

cuadro puede llegar a ser tan severo que provoque la muerte.

2. No hacer esfuerzos físicos que tengan como consecuencia la protrusión de la hernia.

#### 17. APENDICITIS AGUDA

1. Indicar a paciente cuales pueden ser las complicaciones y que es muy necesario que sea llevado inmediatamente a un centro hospitalario.
2. Referencia inmediata a hospital y preferentemente asistirlo durante el viaje hacia el mismo.

#### 18. COLECISTITIS

1. Referir a médico u hospital.
2. Si el ataque no es agudo y tiene historia de recurrencias, indicar a paciente que debe evitar tomar alimentos ricos en grasas, huevos, chocolates, alimentos fritos, productos de cerdo, platos muy condimentados y comidas copiosas y que es muy necesario que sea examinado por un médico pues su enfermedad puede requerir una operación para evitar molestias digestivas o posibles complicaciones.

#### 19. FIEBRE TIFOIDEA

1. Paciente debe ser reportado a las autoridades del centro de salud u hospital más próximo.
2. A los pacientes que sean catalogados como "portadores" por las autoridades de salud se les debe instruir para que no intervengan en el manejo de alimentos (cocinándolos, comerciandolos, etc.).
3. Insistir a paciente y autoridades locales que se tomen medidas inmediatas de potabilización de agua.
4. Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de defecar y/u orinar.

#### 20. CALACIA DEL ESOFAGO

1. Dar de comer al niño sentado o parado, procurar que no

se agite demasiado y evitar acostarlo, al menos durante una hora, para tratar de evitar que expulse los alimentos ingeridos.

2. Dar líquidos por aparte de las comidas y en pequeñas cantidades.
3. Dar comidas pequeñas (en poca cantidad) y frecuentes.
4. Es mejor dar comidas semisolidas y que sean bien masticadas.

#### 21. ESTENOSIS PILORICA

1. Referir al médico lo más pronto posible.
2. Resto igual al anterior (20).

#### 22. EMBARAZO

1. Insistir a paciente que es muy importante el seguimiento de su control prenatal y que de eso depende en gran parte que su embarazo llegue a feliz término.
2. Que se alimente con carne, huevos, leche, cereales, pescado, etc.
3. Que camine y que repose con piernas en alto para evitar el recargo de sus piernas.
4. Que tome sus grageas de multivitaminas prenatales.
5. Que se bañe diariamente con agua y jabón, que conserve buena higiene general y en especial de la región genital.

#### 23. VULVOVAGINITIS

1. Si la afección es por monilia o tricomonias insistir en tratamiento a compañero de hogar para que éste no le vuelva pasar la enfermedad a la paciente cuando ésta ya esté curada.
2. Recomendar evitar contacto sexual mientras dure el tratamiento.

#### 24. CERVICITIS

1. Reportar a médico e indicarle al paciente que es muy importante que se investigue la enfermedad que padece,

pues podría ser un tumor maligno que sino se trata oportunamente puede traer graves consecuencias.

#### 25. HEMORRAGIA UTERINA

1. Referir a médico u hospital lo más pronto posible.
2. Indicar a paciente que no toque sus genitales con las manos sucias y que no use ropa interior sucia o trapos sucios para recibir la sangre que le está saliendo pues esto puede ayudar la entrada de microbios al útero y crear infecciones severas.

#### 26. ABORTO

1. Referencia inmediata a hospital.
2. Que no toque ni cubra región genital con ropa sucia pues puede desencadenar una infección o endometritis severa.

#### 27 y 38. GONORREA Y SIFILIS

1. Seguir estrictamente tratamientos indicados.
2. Insistir en tratamiento de cónyuges.
3. Insistir a personas afectadas que no deben tener contacto sexual con otras personas pues les transmitirán la enfermedad padecida.
4. Recomendar que no exista promiscuidad sexual pues esto conlleva transmisión de muchas enfermedades.

#### 29. HIPEREMESIS GRAVIDICA

1. Referencia al médico.
2. Indicar a paciente que no debe tomar cualquier medicamento contra la nausea y que espere a ser tratada por médico ya que algunos antieméticos pueden producir daños fetales.

#### 30. ECLAMPSIA

1. Referencia inmediata a hospital.
2. Por lo general algunos síntomas como nauseas, vómitos, dolor de cabeza y edema son de presentación lenta, por lo que al detectarlos en una paciente embarazada debe

recomendársele reposo, ingerir poca sal, y controles periódicos de peso y presión arterial en el puesto de salud.

### 31. EMBARAZO ECTOPICO

1. Referencia inmediata al hospital.
2. Explicar a la paciente y familiares las complicaciones de esta afección y que si no consultan a hospital puede morir la paciente.

### 32. SARCOPTEOSIS (SARNA)

1. Tratamiento de contactos.
2. Cambio de hábitos higiénicos (baño diario, lavado de ropa de uso diario, evitar el hacinamiento en lo posible).

### 33. IMPETIGO

1. Recomendar baño diario, cortado de uñas para evitar complicaciones por rascado, limpieza diaria de lesiones con agua y jabón o alguna solución antiséptica, higiene personal en el vestir.
2. Hacer ver al paciente las posibles complicaciones y que por eso es muy importante seguir el tratamiento indicado.

### 34. TIÑAS

1. Mantener ventiladas y secas las áreas afectadas.
2. Baño diario.
3. Cortarse las uñas y no tocarse áreas afectadas con manos sucias.
4. No utilizar objetos de uso diario de otras personas (peine, ropa interior, zapatos, etc.).
5. Para la tiña de los pies se debe recomendar el uso de zapatos ventilados, evitar frecuentar baños públicos y el uso de zapatos y/o calcetines de otras personas.
6. Para todas las tiñas pero sobre todo para la de las uñas debe recomendarse a paciente que siga el tratamiento con mucha constancia para que la infección pueda ser anulada.

### 35. CELULITIS

1. Recomendar mejorar hábitos higiénicos (anteriormente recomendados).

2. Seguir tratamiento indicado, con constancia (como ha sido recomendado por el médico o la enfermera).

### 36. MONILIASIS ORAL

1. En niños y lactantes sobre todo es importante la corrección de las enfermedades subyacentes, (desnutrición, diabetes, caquexia, etc.).

### 37. MONILIASIS CUTANEA

1. Igual al anterior.

### 38. FORUNCULOSIS

1. Recomendar mejorar hábitos higiénicos (anteriormente recomendados).
2. Seguir tratamiento indicado con constancia (como ha sido recomendado por el médico o la enfermera).

### 39. HERPES SIMPLE

1. Evitar al paciente todo esfuerzo o ejercicio físico agotador pues esto lo puede predisponer o hacer más susceptible a la infección.
2. Hacer énfasis en limpieza de áreas afectadas para evitar infección secundaria.

### 40. HERPES ZOSTER

1. Igual al anterior.

### 41. VENAS VARICOSAS

1. Evitar estar de pie inmóvil.
2. Evitar sentarse con las piernas cruzadas.
3. Evitar traumatismos.
4. Utilizar medias elásticas o vendajes elásticos desde los pies hasta los muslos.
5. Para favorecer la circulación sanguínea de los miembros afectados descansar acostado con los pies sobre una almohada (especialmente después de períodos largos de estar parado y/o los pies se han hinchado).

## 42. HIPERTENSION ARTERIAL

1. El tratamiento de sosten debe ser instituido por un médico y se debe indicar al paciente que acuda al puesto de salud para que presión y peso sean tomados al menos una vez por semana.
2. Recomendar a paciente que no se agite, que no ingiera mucha sal, que evite las impresiones fuertes hasta donde sea posible.
3. Que consulte en cualquier momento si presenta mareos, cefaleas, náuseas, vómitos, debilidad, palpitaciones, fatiga, etc.

## 43. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

1. Tratamiento debe ser instituido por un médico.
2. Vigilar semanalmente la evolución del paciente poniendo especial énfasis en vigilar por aumento muy rápido de peso (en muy poco tiempo), edema, nicturia, fatiga de pequeños esfuerzos, fatiga y tos al sentarse, sensación de rápido llenado gástrico con las comidas o bien sensación constante de tener el estómago lleno, etc.

## 44. ACIDENTE CEREBROVASCULAR.

1. Referencia inmediata a hospital.
2. Pacientes insuficientes cardíacos e hipertensos deben ser referidos a médico para evitar éste tipo de accidentes.
3. Consultar inmediatamente si presentan caídas repentinas, mareos, dolores intensos de cabeza, etc.
4. Cuando paciente regresa del hospital debe indicarsele que haga ejercicio progresivo con los miembros imposibilitados, debe hacersele examen físico al menos cada semana para controlar presión, peso, progresión en ejercicios, etc.

## 45. INFARTO DEL MIOCARDIO

1. Dieta que debe seguir el paciente en los primeros días posteriores al infarto debe ser líquida, blanda, con bajo contenido de sal.
2. Debe guardar reposo durante 10 a 14 días, movilizándose solo de su cama a un lugar en donde esté sentado o al

- lugar donde defeca. A partir de los 14 días debe empezar a tener actividad ambulatoria y progresivamente irse incorporando a sus actividades diarias acostumbradas. Si el trabajo es agrícola, de albañilería o cualquier otro que necesite esfuerzos grandes (como cargar objetos pesados, cortar leña, chapear, etc.), debe recomendársele hacer otro tipo de trabajo que no requiera tales esfuerzos.
3. Al existir manifestaciones como mareos, dolor abdominal dolor en cuello y hombros o dolor opresivo retrosternal, consultar inmediatamente al médico, o personal de asistencia médica más cercano.
  4. Insistir en controles médicos periódicos.

## 46. CARDIOPATIAS CONGENITAS

1. Referir paciente a médico u hospital y advertirle que esta enfermedad puede traer a corto plazo complicaciones tan severas como la muerte, si no es tratada oportunamente.

## 47. EPILEPSIA

1. Evitar que el paciente tenga trabajos en donde peligre su vida al perder el conocimiento.
2. Recordarle al paciente que cada ataque convulsivo produce daño cerebral irreversible (permanente), por lo que tiene que seguir estrictamente su tratamiento.
3. Hacer ver a paciente, familia y comunidad que él (o ella) pueden vivir exactamente igual que cualquier otro miembro de la sociedad y que esa enfermedad no lo hace un ser extraño para las demás personas.

## 48. TETANOS

1. Referencia inmediata a hospital.
2. Recomendar medidas higiénicas y de saneamiento ambiental.
3. Recomendar inmunización a preescolares, madres embarazadas y personas que se sabe que por sus trabajos o quehaceres diarios están expuestas a heridas y contaminación de las mismas.

4. En pacientes con heridas contaminadas debe inyectarse de 3000 a 5000 unidades de antitoxina tetánica por vía intramuscular (previa prueba). Se puede inyectar toxoide tetánico al mismo tiempo en otro sitio y en jeringa separada.

#### 49. MENINGITIS.

1. Referencia inmediata a hospital.
2. Recomendar a familiares que todas las personas que hayan estado en contacto con el paciente sean vistas por un médico.

#### 50. COMA

1. Referir paciente inmediatamente a hospital.
2. Si el coma ocurrió después de una infección generalizada y menitis debe recomendarse a los familiares del paciente que todas las personas que estuvieron en contacto con él sean vistas por un médico.

#### 51. TRAUMATISMOS

1. Recomendar a paciente que reporte cualquier signo de infección local.
2. Si traumatismo fue en la cabeza vigilar a paciente por cambios de conducta o pérdidas pasajeras de conciencia; si esto sucediera referirlo inmediatamente a un médico u hospital.

#### 52. FRACTURAS

1. Seguir tratamiento indicado.
2. Referir lo más pronto posible a un hospital.
3. Tener especial cuidado de no movilizar al paciente si hay fracturas costales, de columna o pélvis. En estos casos transportarlo con sumo cuidado y acompañarlo por medidas de emergencia necesarias.

#### 53. LUMBAGO

1. Indicar a paciente que debe ser muy colaborador en su tratamiento y reposar en cama dura para evitar movimiento excesivo de grupos musculares afectados.
2. Si la afección es recurrente y si el dolor es referido a cadera y parte posterior del muslo e impide el movimiento (caminar) o hay sensación de quemadura u hormigueo en región afectada consultar a médico.

#### 54. ARTRITIS

1. Insistir con paciente en que consulte a un médico e informarle que su enfermedad puede aliviarse o curarse con tratamientos adecuados y así evitar deformidades óseas que imposibiliten su vida activa.

#### 55. INFECCION URINARIA

1. Si paciente es mujer explicarle que uno de los factores predisponentes a la infección de vías urinarias, es la proximidad del ano con la vagina y que, los gérmenes patógenos (microbios) son fácilmente diseminados hacia ésta debido a técnicas inadecuadas de limpieza vaginal o anal. Esto consiste en llevar el papel higiénico repetidas veces de atrás hacia adelante al efectuar el limpiado anal o vaginal. Idealmente se debe limpiar de adelante hacia atrás utilizando cada vez un distinto pedazo de papel.
2. Recomendar a paciente que mantenga las uñas cortas y que se lave las manos antes y después de defecar y/u orinar.
3. En los hombres además de recomendar lavado de manos y otras medidas de higiene debe recomendarse que eviten tener contacto sexual genito anal con otras personas, pues, esta es una medida directa de contaminación fecal de las vías urinarias.

## 56. GLOMERULONEFRITIS

1. Iniciar tratamiento e insistir a paciente en que debe ser controlado por un médico por posibles complicaciones.

## 57. ANEMIA

1. Tomar en cuenta que el cuadro puede ser secundario a parasitismo, malaria, embarazos repetidos, hemorragias vaginales, ulceras gástricas, úlceras intestinales sangrantes, etc. Por lo tanto de acuerdo a posibles diagnósticos se debe recurrir a exámenes complementarios (heces, gota gruesa, examen ginecológico, etc.) o referencia a médico u hospital e iniciar tratamientos a su alcance.
2. Instruir a paciente sobre los múltiples orígenes posibles de su enfermedad y la importancia de su detección para tratamiento y prevención de complicaciones.

## 58. DESNUTRICION

1. Durante los 6 primeros meses de vida la leche de pecho es la mejor arma para evitar la desnutrición y es el alimento más completo y más limpio que existe. Al dar leche de pecho durante los primeros 6 meses de vida se protege al niño contra la diarrea y otras enfermedades infantiles. De 0-3 meses debe dársele predominantemente lactancia materna, de 3-12 meses debe dársele lactancia materna más, todo alimento de consumo del adulto (tortillas, leche y sus derivados, carnes, huevos, pescado, frijoles, ejotes, habas, platano, arroz, papas, fideos, etc.), primero en sopitas, coladitos y papillas y progresivamente debe dársele cada vez más sólidos y en trocitos cuando ya pueda masticar. Al año debe comer de todo igual que el adulto (más leche materna si aún es posible). Debe dársele comidas con aceite vegetal y por lo menos 5 comidas al día (desayuno, almuerzo, cena y refacciones).
2. Si la madre no produce suficiente leche debe tratar de mejorar su régimen alimenticio comiendo carne, huevos, leche, frijol, tortillas, etc. y si es posible debe seguirle dando leche de pecho al niño al menos durante un año.

3. Debe tomarse en cuenta que PARA LA MAYORIA DE LAS ENFERMEDADES NO SE DEBEN EVITAR LAS COMIDAS y al contrario las comidas que las personas siempre evitan comer son las que tienen las proteínas y vitaminas necesarias para el buen funcionamiento del cuerpo humano.
4. Hacer énfasis en tratamiento y plan educacional en personas alcohólicas crónicas que generalmente padecen también de desnutrición.
5. Cuando se presenta un paciente con todas las características de Kwashiorkor o marasmo debe ser referido inmediatamente a un médico u hospital pues estos niños generalmente presentan complicaciones muy severas.
6. En todo paciente que padezca de desnutrición debe insistirse que más que comprar inyecciones o pastillas debe mejorar su ingesta alimenticia pues así mejorará su ingesta de vitaminas, proteínas, etc.

## 59. CARIOS DENTAL

1. Hacer ver al paciente que es muy importante que el odontólogo trate sus caries, pues la proximidad de las piezas cariadas con las que se conservan en buen estado estimula al aparecimiento de complicaciones posteriores en todas las demás piezas dentarias, éste proceso progresará más rápidamente cuando se tienen malos hábitos de limpieza oral.
2. Recomendar cepillado de dientes por lo menos 3 veces al día.

## 60. ABSCESO DENTARIO

1. Seguir tratamiento indicado.
2. Educación en higiene oral.
3. Igual al anterior.

## 61. OTITIS MEDIA Y EXTERNA

1. Principal recomendación al paciente debe ser que no se

introduzca ningún objeto al oído para rascarse o limpiarse, pues puede favorecer la diseminación de la infección y el aparecimiento de complicaciones.

#### 62. CONJUNTIVITIS

1. Seguir tratamiento indicado e indicarle a paciente que no debe manipular sus ojos con las manos sucias, pues esto puede dar lugar a una infección severa y pérdida temporal o permanente de la visión.

#### 63. SARAMPION

1. Niños que se sabe han sido expuestos al contacto con enfermos en etapa de contagio pueden dejarse que jueguen libremente por una semana, pero luego deben tenerse bajo estricto aislamiento por 8 días. Se debe hacer lo posible por aislar a los que ya tienen la enfermedad para que no adquieran infecciones secundarias.
2. Recomendar vacunación en personas que no han padecido la enfermedad.
3. No vacunar a mujeres embarazadas, pacientes en quienes se sospechan tumores malignos, tuberculosis activa o pacientes que estén siendo tratados con esteroides.

#### 64. VARICELA

1. Aislamiento de casos durante una semana después del aparecimiento de las lesiones.
2. Cortar las uñas para evitar contaminación por rascado.
3. Limpieza corporal diaria.

#### 65. RUBEOLA

1. Vigilar estrechamente a enfermos a efecto de que no sufran infecciones secundarias y evitar su contacto con mujeres embarazadas.

2. Recomendar a madres embarazadas que eviten todo contacto con personas que padecan rubeola, sobre todo con niños que han padecido rubeola congénita quienes pueden ser contagiosos hasta por un período de 18 meses.
3. Recomendar vacunación contra la rubeola a toda mujer que no tenga hijos y no haya padecido la enfermedad o sido vacunada.

#### 66. TOS FERINA

1. Aislar al niño para evitarle infecciones secundarias, sobre todo de tracto respiratorio.
2. Alimentarlo y darle líquidos en los períodos de calma para que pueda mantener o ganar peso.
3. Vacunación a todo niño menor de 7 años de edad.

#### 67. PAROTIDITIS

1. Recomendar a paciente reposo en cama para evitar complicaciones.
2. Recomendar dietas a base de líquidos y/o semisólidos ajustadas a la capacidad del paciente para masticar.

#### 68. TUMORES

1. Hacer ver a paciente que debe consultar inmediatamente a un médico pues su afección puede ser la manifestación de una enfermedad severa.
2. Debe dársele indicaciones estrictas de no manipularlo pues ello puede predisponer a diseminación del mismo (del tumor).

#### 69. TUMOR NO IDENTIFICADO DE MAMA

1. Indicar a paciente que no lo manipule pues si es un tumor maligno podría hacer que éste se diseminara a los tejidos vecinos o a otras partes del cuerpo por vía sanguínea.

## 70. DESHIDRATACION

1. Describir detalladamente al paciente o a la madre del paciente como se hace la preparación de las soluciones orales para el tratamiento de la deshidratación e indicarle cuales son y como debe seguir los pasos para aplicar dicho tratamiento.  
Para lograr una instrucción satisfactoria a la madre es preferible que ella esté a su lado (de la enfermera o médico) cuando trate al paciente.
2. Hacer énfasis en el plan educacional de la enfermedad que haya causado la deshidratación.
3. Indicar al paciente o a la madre del mismo, que el valor de la hidratación es mejor mientras más pronto se inicie ésta.

## 71. ALCOHOLISMO

1. Tratar de evitar ingesta de alcohol logrando involucrar al alcohólico en actividades productivas, recreativas, de grupo, etc.

## 72. PALUDISMO

1. Recomendar relleno de terrenos, drenajes, uso de mosquiteros, consulta con las autoridades sanitarias para fumigar.
2. A las personas que residen en una región palúdica se les puede proteger administrándoles una dosis de cloroquina de 300 mg semanalmente y para niños 10 mg/Kg/en una sola dosis semanalmente. Para aquellos que residen temporalmente en el área palúdica el tratamiento se debe prolongar hasta 4 semanas después de su salida.

## 73. MASTITIS

1. Seguir tratamiento indicado.
2. No manipular las mamas con las manos sucias.

3. Lavar pezones con agua y jabón y tener buen cuidado general de los mismos.
4. Si se producen grietas que sangran en una madre lactante o si los pezones se vuelven muy sensibles hasta el punto de impedir que el recién nacido mame directamente puede exprimirse la mama o utilizar un extractor de leche. Si hay absceso o supuración debe suspenderse la lactancia con ese pecho hasta que la afección haya sido curada pues de lo contrario el niño se infectará con los microbios que provocan la infección de la mama.  
Siempre se debe tratar de vaciar el pecho afectado.

## 74. LINFADENOPATIA

1. Si no es posible determinar la causa de esta afección, referir paciente inmediatamente al médico y recomendarle que consulte pues ésto podría ser la consecuencia de una enfermedad muy severa.

## 75. ENFERMEDADES ALERGICAS

1. Si la causa de la afección no fue un medicamento recién administrado o un alimento recién ingerido, ayudar al paciente (mediante interrogatorio detenido) a determinar las causas o los alergenos que provocaron la afección.
2. Recomendar al paciente llevar siempre consigo una nota que contenga la lista de cosas, alimentos o sustancias que le provocan reacciones alérgicas y explicarle que en caso pierda la conciencia éste sería un indicio de gran ayuda para él y los médicos que lo traten.
3. Si la manifestación alérgica es localizada y por contacto, debe de investigarse qué lo produjo y evitar contacto con éste agente.

## 76. ABDOMEN AGUDO y APENDICITIS AGUDA

1. Indicar a paciente cuales pueden ser las complicaciones y que es muy necesario que sea llevado inmediatamente a un centro hospitalario.

2. Referencia inmediata a hospital y preferentemente asistirlo durante el viaje al hospital.

#### 77. CHOQUE

1. Referencia inmediata al hospital y de una vez empezar tratamiento de urgencia.

#### 78. FIEBRE REUMATICA

1. Debido a que el paciente que padece esta enfermedad suele volverse irritable e inestable emocionalmente debe evitarse estímulos que puedan tranquilizarlo, como, exposición repentina a ruidos o luz fuerte.
2. Debido a que el paciente a veces tiene mucha dificultad para ejecutar movimientos voluntarios o pronunciar palabras y controlar los movimientos de su boca y lengua, las personas que lo cuidan deben estar a la expectativa y cuidar de que no se muerda la lengua o se haga daño a sí mismo.
3. El paciente debe ser constantemente controlado de manera que no se exponga a infecciones secundarias que contribuyan a complicar su enfermedad dando diseminación e infecciones generalizadas, por lo tanto debe tener buena higiene oral y corporal y evitar traumatismos, heridas o contacto con otras personas que tengan alguna enfermedad contagiosa.

#### ANEXO 2

TEMAS DISCUTIDOS A LO LARGO DE LAS CUATRO PRIMERAS SEMANAS DE ADIESTRAMIENTO. CURSOS DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA Y PRIMEROS AUXILIOS.

Procedimientos de enfermería:

1. Lavado simple de manos.
2. Limpieza y Cuidado de las distintas clases de equipo.
3. Esterilización.
4. Preparación de Material.
5. Uso de la Pinza de Anillos.
6. Manejo del material estéril y preparación del área de trabajo.
7. Como organizar un botiquín.
8. El maletín.
9. Uso y cuidados del maletín.
10. Conceptos de signos vitales y respiración.
11. Temperatura.
12. Control de la temperatura.
13. Cuidado de los termómetros.
14. Pulso.
15. Presión Arterial.
16. El Estetoscopio.
17. El Esfigmomanómetro.
18. Control de la Presión Arterial.
19. Medicamentos por la vía oral.

Primeros Auxilios:

1. Hemorragias
  - a) presión directa
  - b) puntos de presión
  - c) torniquete
2. Shock.
3. Mordedura de serpientes.
4. Ahogamientos.
5. Respiración artificial.
6. Fracturas.
7. Esguinces y luxaciones.

8. Congelación.
9. Insolación y acaloramiento.
10. Agotamiento por el calor.
11. Quemaduras.
12. Intoxicaciones.
13. Choque eléctrico.
14. Inconsciencia.
15. Desvanecimiento.
16. Convulsiones.
17. Pequeñas heridas.
18. Mordeduras de animales.
19. Astillas o espinas y ampollas.
20. Magulladuras.
21. Hemorragia nasal.
22. Lesiones oculares.

### ANEXO 3

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente:

**Motivo de la consulta:**

Fecha nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Kilogramos \_\_\_\_\_ °Centígrados \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_  
 Talla \_\_\_\_\_ Centímetros \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ P. Arterial \_\_\_\_\_

### **Tratamiento:**

### Instrucciones al Paciente

## Evolución

Referido a:

### Antecedentes Médicos

Instrucciones al Paciente \_\_\_\_\_

lución \_\_\_\_\_  
erido a: \_\_\_\_\_

Antecedentes Médicos

Br. Br. Julio Enrique Castellanos Calderón

Dr. Fernando Gallardo

Asesor  
10 F. Hernandez Gallardo

Dr. Guillermo Muñoz Meza  
Revisor.  
Dra. Lesbia Consuelo Muñoz Meza

Dr. Julio de Leon M.  
Director de Fase III

Br. ~~secretario~~  
Dn. Raúl A. Castillo Rodas

  
Dr. Rolando Castillo Montalvo