

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

“VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, 2008-2009”

**PROYECTO PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO**

AUTORES:

BARRETO LOOR JOSÉ FERNANDO

GARCÍA GARCÍA JOHANA ANNABEL

MALLA VALDIVIEZO LUIS ALBERTO

RODRÍGUEZ CEDEÑO CINDY MARILIN

DIRECTORA: LCDA. MGS. AURIA PINARGOTE MACÍAS

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2009

DEDICATORIA

La culminación de la etapa universitaria representada en la elaboración del presente trabajo de tesis se lo dedico primeramente a Dios quien ha iluminado cada paso en el camino a recorrer y me ha dado fortaleza para alcanzar mis ideales.

A mis padres Genoveva y Rafael cuyo excesivo amor, abnegación incesante, sacrificio constante y apoyo incondicional, me ayudan a no desfallecer frente a los obstáculos y dificultades, y que gracias a ellos soy quien he llegado a ser.

A mis hermanos Bibi, Germano y Agustín que me brindan cada día amor, fuerza de valor, voluntad y ejemplo para lograr la meta anhelada.

A mi esposo José Miguel del que obtuve siempre amistad, amor, respeto, consideración, que me alienta cada día para la consecución de mis objetivos personales.

CINDY

DEDICATORIA

Al culminar esta importante etapa que fue el sueño de mi vida, constituirme en una profesional de la medicina para con ella servir a mis semejantes, hago conciencia de mi trayectoria y llego a la feliz determinación que ha sido el Supremo Creador que me privilegio de inteligencia , espiritualidad y fortaleza para culminar este sueño. Mis padres, Venus y Gonzalo, quienes como pedestades muy firmes me apoyaron en todo momento por eso mi gratitud eterna que la expreso dedicándoles este trabajo de investigación con el que me incorporo como Medico Cirujano.

Dedico también esta monografía a mis abuelitas Laura y Aura, y a mi tía Albita que han sido un apoyo indispensable en todo el largo recorrer de mi carrera, sin su ayuda incondicional no hubiera podido salir adelante.

A mi hermano Gonzalo porque con su cariño y respeto día a día me dio fuerzas para continuar.

A mis tíos Klever, Ivonne, Carlos, Hernán y Pedro que han sido parte fundamental en mi vida, ya que han estado a mi lado en todo momento dándome su mano y nutriéndome con su sabiduría. Y de manera especial quería dedicar este, que es mi mayor logro, a la persona que fue mi inspiración para iniciar este reto, a mi tío Joffre, que desde el cielo, junto a Dios, me supo guiar.

JOHANA

DEDICATORIA

Al llegar a una etapa de la vida tan importante, como es el cumplimiento de una de mis metas planteadas, es para mi motivo de regocijo infinito, por esta razón quiero dedicar este logro a aquellas personas que de una u otra manera estuvieron conmigo en los diferentes momentos de mi formación.

En primer lugar la dedicatoria especial a Dios porque sin el no tendría razón de ser nuestra existencia en la tierra.

A mi madre por todo el sacrificio del día a día que hizo en beneficio mío, por ser la mejor madre del mundo, excelente amiga y ejemplo de mujer, que siempre estuvo a mi lado en los momentos difíciles.

A mi padre por ser ese hombre tan admirable y correcto que en todo momento me enseñó que en la vida todo se debe ganar en base al esfuerzo y sacrificio, por siempre guiarme por el camino del bien, por ser un padre justo y responsable y por toda la fortaleza que me da.

A mis abuelos Herlinda y Maurilio, por estar allí siempre que los he necesitado, en especial a mi abuelo, porque sé que desde el cielo recibí la guía y las bendiciones que necesitaba.

A mis hermanos que me brindaron su apoyo y supieron soportar mis momentos de caprichos.

A mis amigos inseparables Abel y Bosco, que estuvieron conmigo en las buenas y malas y que con sus consejos me daban fuerzas en los momentos de debilidad.

A mis compañeros de tesis, Joha, Cindy y Barretito, con quienes formamos un grupo de buenos amigos, y supimos soportarnos con nuestras virtudes y defectos en el día a día; en fin este logro se lo dedico a todas las personas, familiares y amigos que confiaron en mí, y que siempre desearon éxitos en mi vida.

LUIS

DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecerle a Dios por ser parte de mi existencia.

A mis distinguidos señores docentes, a los compañeros de aula, unos que con su sabia enseñanza me nutrieron de conocimientos, los otros que compartieron hora tras hora durante los años de estudio, y que fueron también partícipes en el logro alcanzado de mi carrera universitaria.

A mi querido padre que mientras estuvo a mi lado fue una guía permanente, apoyándome en todo momento para que pudiera lograr el éxito alcanzado, que por cosas del destino, hizo que él se fuera tan prematuramente, pero desde el cielo se sentirá orgulloso de ver el fruto de esa semilla que sembró.

A mi abnegada madrecita, que tuvo que asumir el reto de ser padre y madre, y que ha sido sostén de mi hogar.

A mi querida tía Rita que con su valiosa ayuda me supo también guiar en tiempos difíciles.

A todas aquellas personas, que en una u otra forma quisieron ver en mí a un destacado profesional.

A todos mil gracias.

FERNANDO

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a la Universidad Técnica de Manabí, la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, por cobijarnos dentro de sus instalaciones y que mediante sus docentes sembraron en nosotros la semilla del conocimiento, que año tras año creció hasta dar frutos y cosecharlos en bien de la sociedad.

Al Tribunal de tesis que de una u otra forma colaboraron con su presencia y guía.

A Dios Todopoderoso, por permitirnos concluir nuestro trabajo de tesis, pudiendo sobrellevar las dificultades y superando los obstáculos que se presentaron en la consecución de la misma y que al término sentimos la satisfacción del deber cumplido y el ánimo de seguir adelante en nuestra nueva vida profesional.

Agradecemos también a nuestros padres que en cada momento estuvieron apoyándonos en todo sentido, extendiendo sus manos siempre para que alcancemos nuestras metas.

A nuestros amigos y compañeros involucrados o no en el macroproyecto, que nos brindaron su apoyo.

LOS INVESTIGADORES

INDICE

PARTE PRINCIPAL

1. DENOMINACIÓN DEL MACROPROYECTO Y LOCALIZACION.....	1
2. FUNDAMENTACION	3
2.1 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD.....	4
2.2 PROBLEMATIZACIÓN.....	7
2.3PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS.....	8
3. JUSTIFICACION.....	9
4. OBJETIVO.....	10
5. MARCO DE REFERENCIA.....	11
6. BENEFICIARIOS.....	29
7. METODOLOGÍA	
7.1 MÉTODO.....	30
7.2 TÉCNICA.....	30
8. RECURSOS UTILIZADOS	
8.1 HUMANOS	30
8.2 INSTITUCIONALES.....	30
8.3 MATERIALES.....	30
8.4 FINANCIEROS.....	30
9. RESULTADOS.....	31
10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
10.1 CONCLUSIONES.....	32
10.2 RECOMENDACIONES.....	33
11. SUSTENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD.....	34

PARTE REFERENCIAL

1. PRESUPUESTO.....	35
2. CRONOGRAMA.....	36
3. BIBLIOGRAFIA.....	37
4. ANEXOS.....	39

RESUMEN

La salud a nivel mundial es un estado de completo bienestar, ya sea físico, psicológico, social y económico, al cual tiene derecho cada ser humano, partiendo de este concepto y teniendo como base la misión y visión de la Universidad Técnica de Manabí, y de la Facultad de Ciencias de la Salud de formar profesionales vinculados al trabajo comunitario, el presente proyecto tiene una importancia fundamental para su aplicación en la provincia de Manabí, ya que debido a los constantes abandonos que sufren nuestras instituciones de salud por parte de los gobiernos seccionales y a la escasa accesibilidad de la población a la atención primaria en salud existen índices elevados de patologías que pueden ser prevenibles, si estas son detectadas a tiempo ya sea, en el ámbito clínico o quirúrgico.

Mediante el desarrollo de este trabajo se fomentó lazos sólidos de vinculación de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con la Comunidad, y al mismo tiempo, actividades académicas mediante la participación activa en el pesquizaje, diagnóstico y tratamiento, de pacientes con algún tipo de patología que ameriten la atención que presta la unidad móvil.

A través del funcionamiento de la unidad móvil se permitió el fácil acceso a la atención en salud a personas de sectores urbano-marginales, así como de comunidades alejadas, con el fin de mejorar la calidad del servicio de salud y fomentarlo en lugares donde no hay acceso al mismo, respecto a la formación de los profesionales de la Salud, tendrán la oportunidad, junto con sus docentes poner en práctica los conocimientos impartidos en el aula y que en la actualidad se ve limitada por el exceso de estudiantes de diferentes universidades. Mediante la metodología investigación-acción-participativa y observación directa se establecieron los problemas, definiendo la necesidad de disponer de una Unidad Móvil con equipamiento básico para vincular la formación académica y la atención comunitaria clínica-quirúrgica, con lo que se pretende mejorar la cobertura de atención médica a las comunidades que necesiten la prestación de servicios de la misma, y para aquellos que requieran hospitalización postquirúrgica se cuenta con un área adecuadamente implementada, la misma que estará dentro de los predios

de la Facultad de Ciencias de la Salud. Para continuar con el buen funcionamiento de la Unidad Móvil se cuenta con un manual de normas y procedimientos clínicos y quirúrgicos, que garantizará que la misma cumpla con la misión para la que ha sido creada. Mediante el apoyo de aliados estratégicos se pretende financiar actividades futuras. Para que el proyecto siga en marcha, su ejecución estará a cargo de la Facultad de Ciencias de la Salud para brindar atención médica y quirúrgica de manera gratuita a sectores rurales y urbano-marginales.

SUMARY

Global health is a state of complete well-being, whether physical, psychological, social and economic, to which every human being has the right, based on this concept and based on the mission and vision of the Technical University of Manabi, and of the Faculty of Health Sciences to train professionals to community work, this project is of fundamental importance to its implementation in the province of Manabi, as due to the constant dropouts suffered our health institutions by governments sectional and poor accessibility of population to primary health care there are high rates of diseases that may be preventable if detected in time these are either in clinical or surgical.

Through the development of this work was fostered strong ties linking the students of the Faculty of Health with the Community and at the same time, academic activities through active participation in the screening, diagnosis and treatment of patients with some type of pathology that warrant the attention paid by the mobile unit.

Through the operation of the mobile unit is allowed easy access to health care to people in suburban areas, as well as remote communities, to improve the quality of health service and promote it in places where there are no access to it, regarding the training of health professionals will have the opportunity, together with their teachers put into practice the skills taught in the classroom and that today is limited by the excess of students from different universities. Through the action research methodology, participatory and direct observation were the problems, defining the need for a mobile unit with basic equipment to link the academic and community care and surgical clinic, which aims to improve coverage medical care to the communities who need the services of the same, and for those requiring postoperative hospitalization have a properly implemented, it will be within the premises of the Faculty of Health Sciences.

To continue the smooth operation of the mobile unit has a manual of standards and clinical and surgical procedures, to ensure that it complies with the mission for which it was created. Through support of strategic partners is proposed to finance future activities. For the project to continue, the execution will be in charge of the Faculty of Health Sciences to provide medical and surgical care free of charge to rural and suburban.

1. DENOMINACIÓN DEL MACROPROYECTO

“VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, PERÍODO 2008-2009”.

Para la realización del macroproyecto, se requieren la intervención de varios microproyectos como:

1. Fortalecimiento de la atención pre y post operatorio.
2. Mejoramiento y adecuación de del ambiente interno.
3. Comunicación externa e interna de la unidad móvil.
4. Sistema de registro.
5. Métodos de desinfección, uso de antisépticos y desinfectantes.
6. Sistematización de la atención quirúrgica.
7. Implementación de instrumental quirúrgico.
8. Mejoramiento del centro de cuidados post anestésicos.
9. Equipamiento de insumos anestésicos.
10. Equipamiento de instrumental quirúrgico de cirugía menor.
11. Métodos de conservación de material y equipos estériles.
12. Implementación de equipos quirúrgicos complementario.
13. Implementación y manejo de lencería quirúrgica.
14. Termorregulación como medio de confort al paciente atendido en la unidad móvil.
15. Equipamiento de la unidad de oxigenoterapia.
16. Equipos básicos para la atención ginecobstetrica.
17. Monitoreo y vigilancia de la vitalidad del paciente.

18. Preparación del material de curación.

19. Instruir en medidas de bioseguridad y manejo de desechos.

20. Medidas de seguridad energética durante los procedimientos quirúrgicos.

21. Métodos de hemostasia aplicable.

22. Implementación de equipos de movilización y transporte.

2. FUNDAMENTACIÓN

Mediante el desarrollo de este trabajo se fomentará lazos sólidos de vinculación de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con la Comunidad, y al mismo tiempo, podrán llevar a cabo sus actividades académicas mediante la participación activa en el pesquizaje, diagnóstico y tratamiento, de pacientes con algún tipo de patología que ameriten la atención que prestará la unidad móvil.

A través del funcionamiento de la misma se permitirá el fácil acceso a la atención en salud a personas de sectores urbano-marginales, así como de comunidades alejadas, con el fin de mejorar la calidad del servicio de salud y fomentarlo en lugares donde no hay acceso al mismo.

Con estos antecedentes se presenta la necesidad indispensable de regular y normatizar el uso y cuidado de todo el material que se pondrá a disposición dentro de la unidad, para que de esta forma se pueda servir por largo tiempo a la comunidad.

Además es importante vincular a los estudiantes al servicio comunitario, para así obtener concordancia de los conocimientos adquiridos previamente en las aulas de clases con la práctica, para que de ésta manera los mismos tengan bases sólidas previo al ingreso a las diferentes unidades operativas de salud, en donde realizarían sus actividades académicas complementarias.

De la misma manera el presente macroproyecto para su correcto funcionamiento, necesita de la aplicación de cada uno de los microproyectos, logrando de esta forma obtener una unidad móvil con el equipamiento adecuado, tanto en su ambiente móvil como estático, para brindar una atención de calidad con calidez, en los habitantes de las diferentes comunidades, que se beneficiarán con la atención médica brindada.

La Facultad de ciencias de la Salud, es una comunidad de autoridades, personal académico, estudiante, empleados y trabajadores, se constituye como persona jurídica de derecho público, autónoma, sin fines de lucro, con domicilio principal en la ciudad de Portoviejo con plenas facultades para organizarse dentro de las disposiciones de la constitución política de la República del Ecuador, la Ley de educación superior, su reglamento, y otras leyes conexas, el Estatuto y los

reglamentos que expidieran para la mejor organización de la institución; imparte enseñanza académica superior de tercero, cuarto nivel y/o postgrado, desarrolla investigación con plena libertad académica, científica y administrativa, cumple acciones de vinculación con la comunidad, difundiendo el conocimiento técnico científico en la solución de los problemas de la comunidad.

Como parte integral de una comunidad y con la misión de hacer vinculación con la clase más desprotegida y mediante crédito con el BEDE, se ve la necesidad de contar con una unidad móvil en la Facultad de Ciencias de la Salud que brinde y satisfaga las necesidades de salud dentro de la provincia.

2.1 DIAGNÓSTICO DE LA COMUNIDAD UNIVERSITARIA

La Universidad Técnica de Manabí, se encuentra ubicado en la provincia de Manabí, al norte del Cantón Portoviejo, dentro de la parroquia 12 de Marzo, en la avenida Urbina entre las calles Che Guevara y Atanacio Santos.

Fué creada mediante decreto ejecutivo publicado en el registro oficial no. 85, de octubre 29 de 1952, inicialmente bajo la asesoría de la autoridades de la Universidad Central del Ecuador.

Constituida en su primera sesión el 22 de Abril de 1952 la Junta Pro-Universidad de Manabí, eligió a sus dignatarios y funcionarios, la cual asumió la tarea que le encomendó la Asamblea del 15 de Abril de 1952, con profunda emoción y gran sentido de responsabilidad. Sus Personeros, todos sin excepción, no desmayaron en su labor y sobre todo su fe y optimismo por el éxito de la causa que perseguían.

Está estructurada por 10 facultades y 32 escuelas, el total de docentes que laboran en la misma son 580 profesores con nombramiento y 300 profesores contratados. El total de estudiantes ingresados son 15.500 alumnos.

Cuenta con un Departamento de Bienestar Estudiantil cuya unidad administrativa tiene como función el manejo de créditos educativos, ayudas económicas, becas, convenios y promocionar los servicios asistenciales a la comunidad como: trabajo social, atención médica en un consultorio dentro de las instalaciones, laboratorio clínico, almacén universitario, a fin de impulsar un ambiente de respeto a los valores éticos y a la integridad física, psicológica y sexual de los estudiantes.

Desde 1997, conjuntamente con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se firma convenio de creación y funcionamiento de un Dispensario Médico en la Universidad anexo al IESS, el mismo que atiende a docentes y empleados. Fuera de los predios universitarios tiene una unidad de salud que brinda atención a la comunidad a un bajo costo.

La relación universidad-comunidad, contemplada en la Ley de Educación Superior, motivó para crear esta Unidad a través de la cual la Universidad Técnica de Manabí aplica una auténtica vinculación con los sectores marginales.

Asumiendo que el deterioro de la salud de la gran mayoría de los habitantes de nuestra provincia se debe a factores como: lento desarrollo institucional del sector salud, elevado costo de la atención médica privada, la controvertida atención hospitalaria del Estado y del Seguro Social, los altos costos de los precios de los análisis de laboratorios clínicos particulares, son aspectos que justifican para que la Universidad emprenda con el funcionamiento de este organismo de asistencia médica y legal.

La Facultad de Ciencias de la Salud, se encuentra situada dentro de la Universidad Técnica de Manabí, al norte el Salón de Actos Culturales de la UTM, al sur la Escuela de Música de la Facultad de Filosofía, al oeste la Facultad de Filosofía y Letras, al este la Facultad de Ciencias Matemáticas, Físicas y Químicas.

En la actualidad cuenta con 1982 estudiantes, distribuidos en sus respectivas carreras, Escuela de Medicina: 1.188 alumnos, Enfermería: 370 alumnos, Optometría: 60 alumnos, Laboratorio Clínico: 257 alumnos, y Nutrición: 107 alumnos.

En su afán de servicio a la comunidad y con el ánimo de vincular a sus estudiantes al trabajo comunitario, vió la necesidad imperativa de crear una clínica móvil equipada adecuadamente y que bajo la autogestión emprendida por sus autoridades, esta logrando el proyecto que en su parte estática cuenta con un departamento ubicado en la Facultad de Ciencias de la Salud, en la parte inferior del decanato, la misma que tiene un área de aproximadamente 8 m², en cuyo ambiente, se encuentra el SERPA, y el almacenamiento de medicamentos, insumos y materiales para las jornadas médicas. Los pacientes son atendidos por

profesionales docentes de las diferentes carreras afines, conjuntamente un estudiante de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad técnica-científica.

En su ambiente móvil, el vehículo de 6 llantas; tiene un ámbito de acción de ambulancias de transporte terrestre tipo II (unidad móvil con cabina y furgón sin separación es decir se puede transitar caminando directamente entre la cabina y furgón). Autorizada para transitar a velocidades mayores que las normales y acondicionada con un quirófano, permitiendo garantizar la atención oportuna y eficaz de los pacientes.

Sus dimensiones son: Longitud: 11mts, Anchura: 2.50mts, Altura: 1.90mts, con una Distancia al suelo: la parte más baja del vehículo, cargado con el peso máximo autorizado, no deberá estar a menos de 40 cms del suelo, permitiendo un ángulo de salida anterior y posterior de al menos 15 grados.

Es un modelo: S30 que consta de: Evaporador interno flujo de aire directo 1.487m³/h, condensador de alto rendimiento para montaje en compartimiento inferior, tiene una capacidad nominal 27500BTU/h, ventilador de doble velocidad, sistema eléctrico de 12 voltios accionado por compresor acoplado al motor del vehículo impulsado por bandas, sistema suave aire (no requiere ductos), controlador de termostato y velocidad del motor ubicado en cabina del conductor. Tiene 5 marchas más el retro, 6 cilindros en línea, es un sistema a inyección.

El color principal de la unidad móvil es blanca con dos franjas una de color amarilla que irá en la parte inferior seguida de una verde. La leyenda que lleva es: CLÍNICA MÓVIL, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ. En el comportamiento de paciente llevará la leyenda: NO FUME Y USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD. Son logotipos: Una cruz la misma que estará pintada de rojo, un Escudo del facultad de ciencias de la salud

La unidad Móvil como proyecto cuenta a su vez con infraestructura física en donde se realizarán múltiples labores médicas, el área de esterilización estará ubicada en la planta baja del edificio en donde funciona área administrativa de la Facultad de Ciencias de la Salud. La misma esta compuesta en su parte interna por 5 ambientes: cabina de mando, consultorio, sala de espera, área de vestidor, quirófano.

2.2 PROBLEMATIZACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL.

Buena formación académica, vinculación, y servicio a la comunidad deberían ser las características del estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud, por ello cuando se imparte el conocimiento teórico debe acompañarse sin excepción de horas prácticas para concretar y afianzar los conocimientos.

A su vez todo futuro profesional debería brindar sus conocimientos a la comunidad para tratar de resolver los problemas que a ella le aquejan.

Las políticas gubernamentales de nuestro país no han hecho esfuerzos por resolver los problemas de salud de los habitantes, de este modo gran parte de ella es privada de este derecho. Nuestra provincia no se ve exenta de esta situación, por lo cual la Universidad Técnica de Manabí, consciente de esta problemática adquirió una unidad móvil, pero que por falta de recursos económicos no contaba con material, ni equipamiento básico, indispensable para brindar atención médico-quirúrgica, encontrándose de esta manera fuera de funcionamiento.

Las instituciones públicas o privadas no brindan una apertura para realizar prácticas idóneas, ya que muchas veces el estudiante es maltratado por el personal laboral, o simplemente no se le imparte correctamente la práctica por limitaciones horarias, físicas, o tutoriales.

Se observó además, la ausencia de normas, y métodos de aplicación de técnicas y procedimientos tanto clínicas como quirúrgicas, para delinear las actividades que se deben realizar en beneficio del paciente.

2.3 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Ausencia de registro informático en el cual se almacene información de los pacientes y se elaboren cuadros estadísticos de las labores de la unidad móvil.

Necesidad de un manual de normas y procedimientos, para la utilización de la unidad móvil y sus elementos.

Ausencia de un lugar definido para aplicar de manera práctica lo que se aprende con teoría en las aulas de clases y número excesivo de estudiantes en las unidades docentes de salud.

Inadecuada infraestructura de la Unidad móvil para determinar cuales son los procedimientos clínico-quirúrgicos que se realizaran en a misma.

Necesidades de operatividad técnica, académica, administrativas y de intervención de la unidad médica.

Inadecuado equipamiento de la unidad móvil, para brindar atención adecuada en el área quirúrgica.

3. JUSTIFICACION

La salud a nivel mundial es un estado de completo bienestar, ya sea físico, psicológico, social y económico, al cual tiene derecho cada ser humano, partiendo de este concepto y teniendo como base la misión y visión de la Universidad Técnica de Manabí, y de la Facultad de Ciencias de la Salud de formar profesionales vinculados al trabajo comunitario, el presente proyecto tiene una importancia fundamental para su aplicación en la provincia de Manabí, ya que debido a los constantes abandonos que sufren nuestras instituciones de salud por parte de los gobiernos seccionales y a la escasa accesibilidad que presenta nuestra población a la atención primaria en salud existen índices elevados de patologías que pueden ser prevenibles, si estas son detectadas a tiempo ya sea, en el ámbito clínico o quirúrgico.

La salud, es un derecho con el cual todas las personas deben de contar. Este derecho en nuestro país muchas veces ha sido violentado por diversas razones, una de ellas y muy importante, es la falta de política administrativa, económica y manejo gubernamental de este sector, teniendo como efecto que las casas de salud no cuentan con recursos humanos, materiales y económicos para una óptima y adecuada atención médica y mucho menos quirúrgica. Al no contar las zonas rurales y urbanas marginales de la provincia de Manabí con lo mencionado, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí adquirió la Unidad Móvil con diferentes insumos médicos para brindar atención médica, quirúrgica, odontológica y oftalmológica a las personas de bajos recursos y a las comunidades que no llegan los servicios de salud gubernamentales.

4. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Disponer de una UNIDAD MÓVIL con equipamiento básico para vincular la formación académica y la atención comunitaria clínica-quirúrgica en la FCS, UTM, 2008-2009

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Involucrar a los estudiantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- Definir características y perfil epidemiológico de la población a atender.
- Determinar los procedimientos clínico-quirúrgicos a realizarse en la unidad móvil.
- Determinar las necesidades para la operatividad técnica, académica, administrativas y de intervención de la unidad médica.
- Implementar equipamiento básico para la atención clínico-quirúrgica
- Lograr la normatización de los procedimientos técnicos y administrativos de la unidad móvil.

5. MARCO REFERENCIAL.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

La Vigilancia Epidemiológica es un proceso de investigación continua para la acción y reacción inmediata, que permite profundizar el conocimiento para poder evaluar y tomar medidas de intervención sobre la base del comportamiento de la situación epidemiológica y de sus determinantes de riesgo sociales, ecológicos y biológicos, a través del análisis de indicadores de resultados e impacto. Además, su uso en la administración, permite establecer prioridades para la racionalización de los recursos y mejorar la coordinación de los niveles de prestación de servicios de salud. La Vigilancia Epidemiológica por lo tanto es un componente esencial del Sistema de Salud. Los procesos establecidos en el Ministerio de Salud Pública, obligan a cambios trascendentales en la dinámica de las acciones técnicas desplegadas, en ese sentido la vigilancia epidemiológica, se encuentra en un franco proceso de análisis, cambio y tecnificación informatizada, cuyo resultado final será que los eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, estarán definidos bajo parámetros epidemiológicos que permitirán contribuir en forma sustancial en el control de los problemas de salud.

NORMAS PARA EL DESEMPEÑO DE UNA UNIDAD MÓVIL

A los efectos de la habilitación, cualquiera sea el establecimiento comprendido en la presente, deberá cumplimentar los siguientes requisitos generales:

- a. Solicitud de habilitación dirigida a la Dirección Provincial de Salud del Ministerio de Salud Pública, en un sellado provincial fiscal por el valor vigente en el momento de la presentación, suscripta por el propietario del establecimiento conjuntamente con quien ejercerá la dirección técnica del mismo.
- b. Fotocopia autenticada del título de propiedad o contrato de locación suscripto a favor del solicitante, o cualquier otro título que acredite el uso y goce del inmueble, con un plazo de vigencia no menor a tres (3) años.
- c. Copia del plano actualizado con la distribución, medidas y denominación de los ambientes que componen el establecimiento, aprobado por la autoridad municipal.

d. Tipo de actividad que se realizará y nómina de los servicios profesionales y técnicos.

e. Listado de personal profesional que comprenda: Director Médico, responsable de cada servicio, sección o área y de sus componentes, con nombre y apellido, documento de identidad, domicilio particular, matrícula o registro con certificación del Colegio Profesional emitido por el ente colegiado correspondiente.

f. Libro para registro de ingresos y egresos de pacientes internados y Libro de Responsabilidades para ser rubricados y sellados por la autoridad sanitaria.

g. Cuando se trate de una sociedad deberá acompañarse copia del contrato social autenticado e inscripto en el registro respectivo.

Cuando la sociedad propietaria sea una entidad de bien público, comisión de fomento, mutual, etc., deberá presentar copia autenticada de sus estatutos, con registro e inscripción de los mismos.

Toda modificación a lo declarado en el momento de la habilitación, deberá ser anotada en el Libro de Responsabilidades del Establecimiento y comunicada a las autoridades de aplicación en el término de quince (15) días hábiles.

Deberán inscribirse como generadores de residuos patogénicos. Se adjunta copia.

En la organización asistencial destinada al tratamiento precoz de pacientes que se encuentran en una situación crítica de vida y a su traslado al establecimiento que la urgencia así lo requiera, según la indicación o el elección de los familiares o del paciente.

Dicho equipo estará constituido por médicos especializados, enfermeros, chofer y unidad móvil.¹

a) La base operativa central, independientemente de que esté o no dentro del ámbito de un establecimiento, deberá contar con las siguientes características físicas y/o equipamiento.

¹http://netsalud.sa.cr/normas/norma_habilitacion_servicios_optometria.pdf://habitat.aq.upm.es/bpn/bp374.htm

1. Oficina adecuada para la recepción de llamados y centro de comunicación, provisto como mínimo de dos (2) líneas telefónicas propias.
2. Equipos de radio: receptor con transmisor central de VHF-FM banda para la intercomunicación privada con las unidades móviles.
3. Recepcionista operador de guardia, que recepciones los pedidos de asistencia y establezca comunicación radial con los móviles.
4. Registro de información que asegure el oportuno e inmediato aporte de la misma a la unidad móvil acerca de los antecedentes clínicos del paciente así como respecto del médico de cabecera y establecimiento de internación elegido.
5. Sala para el personal de turno, que incluya vestuario, baños para dicho personal en número y proporción adecuados y como mínimo, un baño con ducha, lavatorio, inodoro y bidet, dado que las guardias deben ser activas. Dicha sala de guardia deberá contar con elementos de confort acordes.
6. Deberá contar con autorización municipal para estacionar las unidades en la puerta de la base o estacionamiento propio.
7. Las Unidades Móviles podrán contar opcionalmente con bases satélites instaladas independientemente de la base operativa central en la cual funcionará uno o más equipos cada uno de los cuales estará constituido por una unidad móvil equipada, profesional médico, enfermero y conductor de ambulancia.²

Dichas bases satélites estarán constituidas por sala para el personal de turno. El sistema deberá asegurar una adecuada modalidad de comunicación entre la base operativa central y la o las bases satélites a fin de poder comunicar el pedido de asistencia y transmitir el registro de la información de acuerdo a lo señalado en el inciso del presente.

²http://netsalud.sa.cr/normas/norma_habilitacion_servicios_optometria.pdf://habitat.aq.upm.es/bpn/bp374.htm

b) Recurso físico:

- Estructura: Móvil tipo furgón cuyas dimensiones exteriores mínimas son: largo 4,80 m.; ancho 1,90 m ; altura del piso de carga al suelo 0,53 m. y altura total 2,50 m. Las dimensiones interiores mínimas son de: 2.60 m de largo, ancho mínimo 2,60 m. y altura 1,70 m.

- Ambiente climatizado para el adecuado confort de los pacientes.

- Mecánica: Cilindrada mínima motor de 1800 cm³. Combustible indistinto: Nafta o Gasoil. Tracción delantera o trasera. Antigüedad del vehículo no mayor de cinco años. Deberá contar con la certificación técnico vehicular correspondiente.³

c) Dotación de personal:

1. Profesionales Médicos: Los mismos deberán acreditar la habilitación de su matrícula profesional por el Colegio de Médicos.

2. Director de Servicio: Con cinco (5) años de antigüedad en la profesión y con título habilitante de especialista en terapia intensiva, cardiología, cirugía general o clínica médica, expedido por el Colegio de Médicos, debiendo tener como mínimo tres (3) años con dedicación exclusiva en la especialidad habilitante. El mismo será el responsable de esta reglamentación.

3. Médicos de guardia: Los médicos de guardia deberán contar con una antigüedad de dos (2) años como mínimo de ejercicio de la profesión y con no menos de dos (2) años de dedicación continuada en las disciplinas de terapia intensiva y/o unidad coronaria, y/o clínica general, y/o quirúrgica y/o servicio de guardia en centros asistenciales reconocidos por el Ministerio de Salud Pública.

4. Enfermeros: deberán ser enfermeros graduados o auxiliares de enfermería graduados con título habilitante, inscriptos en el Ministerio de Salud Pública y con constancia fehaciente de experiencia no menor de dos (2) años de actividad continuada en Servicios de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidad de Neonatología, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y/o Clínica General, según el tipo de prestación que vaya a desarrollar.

³ <http://apuntes.rincondelvago.com/>

5. Conductor de ambulancias: El conductor de ambulancia deberá estar habilitado con registro de conductor categoría profesional y presentar certificado de aptitud psicofísica.

6. Todo el personal antes descrito debe ser reanimador cardiopulmonar básico (RCP).

c) Unidades móviles y equipamiento:

1. Deberá contar con toda la documentación habilitante para su actividad y circulación. Asimismo deberá poseer seguro que cubra al paciente transportado y terceros.

2. Deberán estar registrados en la Dirección Provincial de Salud y llevar una inscripción que individualice el tipo de actividades que desarrollan de acuerdo con la habilitación y empresas a que pertenecen.

3. Estarán numeradas correlativamente con números bien visibles que coincidirán con el de la habilitación, la cual deberá estar a la vista en la cabina del vehículo.

4. Estarán provistos de señal lumínica y sonora de acuerdo a las leyes en vigencia.

5. Respetarán las normas de tránsito vigentes.

6. Los vehículos deberán ser objeto permanente de atención, limpieza y desinfección. Tal circunstancia deberá ser controlada y certificada por organismo competente .

7. Deberán ser verificadas técnicamente cada seis (6) meses por personal idóneo llevando una ficha que así lo atestigüe.

8. La fecha de fabricación no podrá exceder los diez (10) años.

9. Contarán con camilla articulada, con ruedas y base rígida, sillón de ruedas plegable.

10. Contarán con equipo de comunicaciones de alta frecuencia (VHF-UHF).

11. Dispondrán de fuente de energía suficiente para permitir durante doce (12) horas el funcionamiento de todo su instrumental. Deberá poseer una toma que alimente el móvil con corriente de 220 voltios de línea. Se cubrirá el techo y los costados internos con un tapizado acolchado, efectuado con material lavable, a fin de amortiguar los golpes en caso de accidente. La unidad móvil será un vehículo tipo furgón con caja o habitáculo, cuyas medidas mínimas deben ser: largo 2.40 metros, de ancho 1.50 metros y alto 1.70 metros.

12. Todas las unidades móviles deberán contar con los siguientes elementos:

- a. Dos (2) tubos de oxígeno fijos de un metro cúbico cada uno y tubo de oxígeno móvil con respectivo equipo de administración.
- b. Equipamiento para asistencia ventilatoria mecánica y manual.
- c. Electrocardiógrafo portátil.
- d. Monitor cardiológico.
- e. Desfibrilador con registros incluido que funcione con 220 o 12 voltios indistintamente.
- f. Marcapasos externo, fijo y a demanda, con catéter.
- g. Aspirador gástrico y bronquial.
- h. Instrumental para venoclisis periférico o central.
- i. Laringoscopio.
- j. Tubos endotraqueales.
- k. Catéteres urinarios.
- l. Drogas de urgencia.
- m. Soluciones molares parenterales.
- n. Caja de cirugía menor y mayor.
- o. Caja para traqueotomía.

- p. Caja para punción cardíaca.
- q. Caja para punción subclavia y yugular.
- r. Maletín médico con estetoscopio.
- s. Tensiómetro.
- t. Termómetro clínico.
- u. Linterna.
- v. Elementos para inmovilización de fracturas. ⁴

- Equipamiento de asistencia respiratoria y manejo de la vía aérea:

* Provisión de oxígeno mínimo dos tubos de oxígenos fijos y un tubo de oxígeno portátil mínimo.

- Tubos de oxígeno fijos: Capacidad 3.000 l. flujo de 2 a 15 l por minuto. Deben estar conectados a una central de oxígeno cerca de la cabecera de la camilla. Debe contar con regulador de flujo, humidificador y aspiración central. La central debe tener una salida para conectar un respirador (tipo Diss).

- Tubo de oxígeno portátil: con capacidad de 450 l. Contará con un regulador de flujo de 2 a 25 l. por minuto con dos salidas más donde se pueda conectar un aspirador portátil (con efecto Venturi) y válvula a presión positiva. Este tubo debe estar dentro de un bolso o caja rígida con los siguientes elementos:

* Sets de punción o incisión cricotiroidea, catéter cricotiroideo.

* Máscara de oxígeno de alta concentración.

* Máscara con flujo regulable.

* Cánulas nasales. Tubos orofaríngeos, endotraqueales y nasotraqueales para adultos y niños.

* Sondas de aspiración de distinto tamaños.

* Pinzas de Magill para cuerpos extraños.

⁴ http://med.unne.edu.ar/revista/revista202/34_189.pdf

- * Bolsa resucitadora adulto y pediátrica con reservorio.
- * Laringoscopio con ramas rectas y curvas adultos y pediátricos.
- * Equipo de aspiración portátil, capacidad de succión por lo menos de 30 l. por minuto y presión de vacío con tubo pinzado de 30 cm. H₂O.
- * Respirador portátil, preferentemente volumétrico y de ciclado electrónico para pacientes adultos y pediátricos.
- * Oxímetro de pulso con sensores para adultos y pediátricos.

13) Podrán contar con una o más unidades de repuesto las que reunirán las mismas características que las unidades móviles de uso regular en cuanto a documentación y requerimientos técnicos y podrán intercambiar con ellas el equipamiento cuando circunstancias excepcionales no permitan el uso de las mismas.^{5 6}

MANUAL DE PROCEDIMIENTO

1. Introducción

Un manual de procedimientos es el documento que contiene la descripción de actividades que deben seguirse en la realización de las funciones de una unidad administrativa, o de dos o más de ellas.

El manual incluye además los puestos o unidades administrativas que intervienen precisando su responsabilidad y participación.

Suelen contener información y ejemplos de formularios, autorizaciones o documentos necesarios, máquinas o equipo de oficina a utilizar y cualquier otro dato que pueda auxiliar al correcto desarrollo de las actividades dentro de la empresa.

En el se encuentra registrada y transmitida sin distorsión la información básica referente al funcionamiento de todas las unidades administrativas, facilita las labores de auditoría, la evaluación y control interno y su vigilancia, la conciencia en

⁵ <http://www.ms.gba.gov.ar/habilitaciones/Sistemaemergenciasmedicasmoviles.htm>

⁶ <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia>

los empleados y en sus jefes de que el trabajo se está realizando o no adecuadamente.

2. Utilidad

Permite conocer el funcionamiento interno por lo que respecta a descripción de tareas, ubicación, requerimientos y a los puestos responsables de su ejecución.

Auxilian en la inducción del puesto y al adiestramiento y capacitación del personal ya que describen en forma detallada las actividades de cada puesto.

Sirve para el análisis o revisión de los procedimientos de un sistema.

Interviene en la consulta de todo el personal.

Que se desee emprender tareas de simplificación de trabajo como análisis de tiempos, delegación de autoridad, etc.

Para establecer un sistema de información o bien modificar el ya existente.

Para uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria.

Determina en forma más sencilla las responsabilidades por fallas o errores.

Facilita las labores de auditoria, evaluación del control interno y su evaluación.

Aumenta la eficiencia de los empleados, indicándoles lo que deben hacer y como deben hacerlo.

Ayuda a la coordinación de actividades y evitar duplicidades.

Construye una base para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.

3. Conformación Del Manual

A) IDENTIFICACIÓN

Este documento debe incorporar la siguiente información:

- Logotipo de la organización.
- Nombre oficial de la organización.
- Denominación y extensión. De corresponder a una unidad en particular debe anotarse el nombre de la misma.
- Lugar y fecha de elaboración.
- Número de revisión (en su caso).
- Unidades responsables de su elaboración, revisión y/o autorización.
- Clave de la forma. En primer término, las siglas de la organización, en segundo lugar las siglas de la unidad administrativa donde se utiliza la forma y, por último, el número de la forma. Entre las siglas y el número debe colocarse un guión o diagonal.

B) ÍNDICE O CONTENIDO

Relación de los capítulos y páginas correspondientes que forman parte del documento.

C) PRÒLOGO Y/O INTRODUCCIÓN

Exposición sobre el documento, su contenido, objeto, áreas de aplicación e importancia de su revisión y actualización. Puede incluir un mensaje de la máxima autoridad de las áreas comprendidas en el manual.

D) OBJETIVOS DE LOS PROCEDIMIENTOS

Explicación del propósito que se pretende cumplir con los procedimientos.

Los objetivos son uniformar y controlar el cumplimiento de las rutinas de trabajo y evitar su alteración arbitraria; simplificar la responsabilidad por fallas o errores; facilitar las labores de auditoria; facilitar las labores de auditoria, la evaluación del control interno y su vigilancia; que tanto los empleados como sus jefes conozcan si

el trabajo se está realizando adecuadamente; reducir los costos al aumentar la eficiencia general, además de otras ventajas adicionales.

E) AREAS DE APLICACIÓN Y/O ALCANCE DE LOS PROCEDIMIENTOS

Esfera de acción que cubren los procedimientos.

Dentro de la administración pública federal los procedimientos han sido clasificados, atendiendo al ámbito de aplicación y a sus alcances, en: procedimientos macroadministrativos y procedimientos mesoadministrativos o sectoriales.

F) RESPONSABLES

Unidades administrativas y/o puestos que intervienen en los procedimientos en cualquiera de sus fases

G) POLÍTICAS O NORMAS DE OPERACIÓN

En esta sección se incluyen los criterios o lineamientos generales de acción que se determinan en forma explícita para facilitar la cobertura de responsabilidad de las distintas instancias que participaban en los procedimientos.

Además deberán contemplarse todas las normas de operación que precisan las situaciones alterativas que pudiesen presentarse en la operación de los procedimientos. A continuación se mencionan algunos lineamientos que deben considerarse en su planteamiento:

- Se definirán perfectamente las políticas y/o normas que circunscriben el marco general de actuación del personal, a efecto de que esté no incurra en fallas.
- Los lineamientos se elaboran clara y concisamente, a fin de que sean comprendidos incluso por personas no familiarizadas con los aspectos administrativos o con el procedimiento mismo.
- Deberán ser lo suficientemente explícitas para evitar la continua consulta a los niveles jerárquicos superiores.

H) CONCEPTOS Palabras o términos de carácter técnico que se emplean en el procedimiento, las cuales, por su significado o grado de especialización requieren de mayor información o ampliación de su significado, para hacer más accesible al usuario la consulta del manual.

I) PROCEDIMIENTO (descripción de las operaciones). Presentación por escrito, en forma narrativa y secuencial, de cada una de las operaciones que se realizan en un procedimiento, explicando en qué consisten, cuándo, cómo, dónde, con qué, y cuánto tiempo se hacen, señalando los responsables de llevarlas a cabo. Cuando la descripción del procedimiento es general, y por lo mismo comprende varias áreas, debe anotarse la unidad administrativa que tiene a su cargo cada operación. Si se trata de una descripción detallada dentro de una unidad administrativa, tiene que indicarse el puesto responsable de cada operación. Es conveniente codificar las operaciones para simplificar su comprensión e identificación, aun en los casos de varias opciones en una misma operación.

J) FORMULARIO DE IMPRESOS. Formas impresas que se utilizan en un procedimiento, las cuales se intercalan dentro del mismo o se adjuntan como apéndices. En la descripción de las operaciones que impliquen su uso, debe hacerse referencia específica de éstas, empleando para ello números indicadores que permitan asociarlas en forma concreta. También se pueden adicionar instructivos para su llenado.

K) DIAGRAMAS DE FLUJO. Representación gráfica de la sucesión en que se realizan las operaciones de un procedimiento y/o el recorrido de formas o materiales, en donde se muestran las unidades administrativas (procedimiento general), o los puestos que intervienen (procedimiento detallado), en cada operación descrita. Además, suelen hacer mención del equipo o recursos utilizados en cada caso. Los diagramas representados en forma sencilla y accesible en el manual, brinda una descripción clara de las operaciones, lo que facilita su comprensión. Para este efecto, es aconsejable el empleo de símbolos y/o gráficos simplificados.⁷

⁷ <http://www.monografias.com/trabajos1093/publicaci/manual/shtm#INVEST>

L) GLOSARIO DE TÉRMINOS. Lista de conceptos de carácter técnico relacionados con el contenido y técnicas de elaboración de los manuales de procedimientos, que sirven de apoyo para su uso o consulta. Procedimiento general para la elaboración de manuales administrativos

F) PREPARACIÓN DEL PROYECTO DEL MANUAL

Una vez que se cuenta con toda la información del manual se procederá a integrarlo; para tal actividad se requiere convocar a todos los participantes de la presentación del manual, para revisión del contenido y presentación de cada apartado.

a) Validación

La información verificada de cada área o unidad administrativa deberá presentarse a la persona entrevistada para que firme de conformidad en un espacio específico para este objetivo; debe verificar que la información esté completa y comprensible.

b) ESTRUCTURACIÓN

Una vez que se reúne la información revisada y firmada por cada área, los involucrados en la presentación del manual deben reunirse para compaginar e integrar el proyecto final del manual.

G) FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES

Para seleccionar las recomendaciones más viables, se toma en cuenta su costo, recursos necesarios para aplicarlas y sus ventajas y limitaciones.

a) TIPOS DE RECOMENDACIONES

De mantenimiento: preservación general de la misma estructura orgánica, funciones, sistemas, procedimientos, personal y formas.

De eliminación: supresión de sistemas, reemplazo de formas, registros e informes, eliminación total o parcial de procedimientos, bajas de personal, desaparición de áreas o unidades administrativas, etc.

De adición: introducción de un nuevo sistema, incremento del número de operaciones en determinado procedimiento, aumento de personal o programas, etc.

De combinación: intercalar el orden de aplicación de programas de trabajo, combinar el orden de las operaciones de un procedimiento, compaginar la utilización de formas de uso generalizado con nuevas formas, etc.

De fusión: agrupación de áreas, unidades administrativas o personas bajo un mismo mando, unificación de formas, registros e informes, etc.

De modificación: cambios en los procedimientos o las operaciones, reubicación física de personal, equipo o instalaciones, redistribución de cargas de trabajo, modificación de formas, registros, informes y programas, etc.

De simplificación: reducción de pasos de un procedimiento, introducción de mejoras en los métodos de trabajo, simplificación de formas, reportes, registros, programas, etc.

De intercambio: redireccionamiento de funciones, procedimientos, recursos, personal o flujo del trabajo entre áreas u organizaciones del mismo grupo o sector.

b) ELABORACIÓN DEL INFORME

Para entregar los resultados del estudio es necesario redactar un informe, en el que además de exponer las razones que llevaron a obtenerlos, incorpore la información estratégica del proyecto que le permita a la alta dirección la toma de decisiones oportuna y correcta.

El informe consta de los siguientes elementos, generalmente:

Introducción: es el resumen del propósito, enfoque, limitaciones y el plan de trabajo.

Parte principal o cuerpo: sección donde se anotan los hechos, argumentos y justificaciones.

Conclusiones y recomendaciones.

Apéndices o anexos: inclusión de gráficas, cuadros y demás instrumentos de análisis administrativo que se consideren elementos auxiliares para apoyar la propuesta y recomendaciones.

H) PRESENTACIÓN DEL MANUAL PARA SU APROBACIÓN

Una vez que el manual ha quedado debidamente estructurado, el encargado del proyecto debe someterlo a las instancias procedentes para su aprobación; convocará a su grupo de trabajo para la última revisión de la documentación que se presentará.

a) A los niveles directivos

Es recomendable que esta presentación parta en un documento síntesis derivado del informe, cuya extensión no sea mayor a treinta cuartillas, para que en caso de ser analizado, requiera de un mínimo de tiempo que deje un lapso adicional para explicaciones, así como para intercambio de opiniones.

Si el tiempo de que se dispone es muy breve, el documento síntesis puede ser entregado a las autoridades correspondientes y hacer la presentación del manual exclusivamente con el apoyo de equipos de cómputo, láminas o audiovisuales, donde se destaquen los elementos más relevantes para el proceso de toma de decisiones.

El documento síntesis puede subdividirse en el siguiente capitulado:

- Introducción: breve descripción de las causas que generaron la necesidad de preparar el manual, los mecanismos de coordinación y participación de empleados para su desarrollo, así como los propósitos y explicación general acerca de su contenido.
- Análisis de la estructura organizacional: exposición de la génesis y desarrollo de la organización, es decir los cambios, sucesos y vicisitudes de mayor relevancia que ha afrontado en forma total o parcial y que influyeron en la decisión de preparar el manual.
- Diagnóstico de la situación actual: definición de las causas y/o problemas que originaron el estudio y que justifican los cambios o modificaciones que se proponen en el manual.

- Propuestas de mejoramiento: presentación de alternativas de acción para la organización, ventajas y desventajas que pueden derivarse, implicaciones de los cambios, así como los resultados que se espera obtener con el manual.
- Estrategia de implantación: explicación de los pasos sucesivos o etapas previstas para poner en práctica el manual y las medidas de mejoramiento administrativo derivadas de él. Asimismo, la forma en que se efectuarían los cambios previendo los factores sobresalientes de actuación de las áreas, unidades, mecanismos y funcionarios involucrados en el esfuerzo.
- Seguimiento, control y evaluación: precisión de los mecanismos de información, proceso de control y evaluación, así como los criterios y medidas que podrían tomarse en cada caso.

Al Órgano De Gobierno

De acuerdo con la normatividad vigente y/o a las políticas dictadas por el titular de la organización, una vez que el manual propuesto ha sido revisado y analizado por los niveles superiores, debe presentarse ante el consejo de administración o su equivalente para su aprobación definitiva.

c) A OTROS NIVELES JERÀRQUICOS

La exposición a los niveles departamentales, de oficina o de área también puede basarse en el documento síntesis, pero tratando siempre de hacerlo en la forma más accesible posible para facilitar su comprensión. Asimismo, servirá para fortalecer el compromiso entre todas las partes involucradas, elemento fundamental para el posterior seguimiento y evaluación de las actividades.

I) REPRODUCCIÓN DEL MANUAL

Una vez que el grupo responsable de la elaboración del manual haya recabado e integrado las observaciones surgidas en los diferentes niveles de decisión, debe coordinarse con la unidad o área que maneja los recursos económicos para que éste sea reproducido para su distribución e implantación. Para este efecto, el líder del proyecto debe suministrar los parámetros técnicos para el diseño de la impresión. Aun cuando existen varias opciones para hacerlo, pero las unidades de medida más aceptadas para este tipo de documento son:

- Utilizar formatos intercambiables, a fin de facilitar su revisión y actualización.
- Que los formatos sean de 28x21 cm (tamaño carta).
- Las gráficas o cuadros que por necesidad sobrepasen el tamaño carta, serán dobladas hasta lograr esta dimensión.
- Utilizar el método de reproducción en una sola cara de las hojas.
- Procurar que la división en apartados, capítulos, áreas y/o secciones queden separados por divisiones, las cuales presenten impreso este nombre.
- Que todo el documento quede integrado por carátula, portada, índice o contenido, introducción y cuerpo.

Carátula

Es la cubierta o cara exterior del documento, que tiene como objetivo su identificación a través de los siguientes elementos:

- Nombre oficial de la organización.
- Logotipo oficial.
- Nombre genérico del manual en relación con su contenido.
- Nombre de la unidad administrativa responsable de su elaboración y/o aplicación.⁸

⁸ http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pngcam/normas/1997_794.html

6. BENEFICIARIOS:

DIRECTOS:

- Estudiantes de F.C.S.
- Investigadores.
- Comunidad Universitaria.
- Comunidad en general.

INDIRECTOS:

- Docentes de F.C.S..
- Empleados de F.C.S..

7. METODOLOGÍA

7.1 MÉTODO

El método a utilizar es el no experimental que incluye lo siguiente:

metodología investigación-acción-participativa y observación directa

INVESTIGATIVO para conocer la realidad de la unidad móvil.

PARTICIPATIVO Y DESCRIPTIVO por la interrelación con la comunidad y personal beneficiario para la identificación y valoración del problema, para la proposición de objetivos y posterior solución de los mismos.

BIBLIOGRÁFICO a través de la recopilación documental que fortaleció este estudio.

7.2 TÉCNICA

Se realizó entrevista semiestructurada con informantes claves: Lcda. Aracely Romero, Dr. Bosco Barberan, Lcda. Auria Pinargote, Lcda. Elba Cerón.

8. RECURSOS UTILIZADOS

HUMANOS

- Autoridades de la facultad
- Estudiantes de la facultad de ciencias de la salud.
- Usuarios de la unidad móvil.
- Comunidad Universitaria y comunidad en general.
- Autores de Proyecto
- Director de tesis

INSTITUCIONALES

- Universidad Técnica de Manabí

MATERIALES

Otros:

- Equipo informático.
- Material Didáctico
- Carpetas
- Cartulina
- Fotos
- Cuadernos
- Hojas
- Lápices, bolígrafos, marcadores
- Proyector

Recursos Financieros.

El costo del presente proyecto es de **\$2350.00**

Financiado de la siguiente manera:

Autores del Proyecto: **\$2350.00**

9. RESULTADOS ESPERADOS.

Se pretende con el presente proyecto:

- Contar con una unidad móvil con equipamiento básico para la atención de los pacientes clínicos y quirúrgicos.
- Al final del proyecto los estudiantes de la F.C.S que realicen sus prácticas sus prácticas en la unidad móvil, estén aptos y capacitados en el manejo de pacientes clínicos y quirúrgicos.
- Que la Unidad móvil cuente con personal necesario para dar atención en salud.
- Mejoras en la cobertura de atención médica a los habitantes de las comunidades que necesiten la prestación de servicios de la unidad móvil.
- Que el personal docente de la Facultad se integre a las actividades de la clínica móvil.
- Que la unidad móvil cuente con un manual para normatizar la funcionabilidad de la misma.
- Que la unidad móvil cuente con una base de datos computarizada, que permita el almacenamiento de información de los pacientes.

10. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

10.1 CONCLUSIONES

- La unidad móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud trabajará en las áreas rurales y urbano-marginales de la Provincia de Manabí, trasladándose hacia las mismas, constando con un equipamiento básico para la atención a los paciente clínico-quirúrgicos.
- La unidad móvil contará con un área adecuadamente implementada para recibir a los pacientes que ameriten hospitalización en el acto postquirúrgico, la misma que estará dentro de los predios de la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud tendrán un lugar adicional donde puedan realizar sus actividades académicas prácticas, vinculándose al trabajo comunitario.
- Los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, colaboraran activamente para el buen desarrollo y manejo de la unidad móvil.
- El tipo de cirugía que se realizará en la unidad móvil, serán de tipo ambulatorio, a excepción de los casos que por alguna razón que ameriten hospitalización.
- Se elaboró el manual de procedimientos técnicos y administrativos para correcto desempeño de las actividades de la unidad móvil.
- Se implementó un sistema informático para el registro de historias clínicas de los pacientes atendidos en la unidad móvil.

10.2 RECOMENDACIONES

- A las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí, para que le den todo el apoyo humano, material y económico que requiera la unidad móvil.
- A la Facultad de Ciencias de la Salud, que busque aliados estratégicos y apoyo a diversas organizaciones para ampliar las coberturas de la unidad móvil y los medios para difundir el servicio prestado a la comunidad.
- A los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud que tengan una activa participación con la unidad móvil, para poder vincularse directamente con la comunidad.
- A Los miembros de las comunidades solicitaran la presencia de la unidad móvil en sus diferentes sectores.
- A los responsables de la unidad móvil, que para mantener el orden de la atención quirúrgica realicen evaluaciones preoperatoria.

12. SUSTENTABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Este proyecto se mantendrá en su ejecución a cargo de la Facultad de Ciencias de la Salud para brindar atención médica y quirúrgica de manera gratuita a sectores rurales y urbano-marginales.

Para equipar inicialmente la unidad móvil con medicamentos e insumos necesarios para la atención apropiada de los pacientes se contará con autogestión mediante la colaboración de los estudiantes egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Se contará con la colaboración de aliados estratégicos cantonales, para garantizar el normal funcionamiento y las labores de la unidad móvil.

PARTE REFERENCIAL

1. PRESUPUESTO

Diagnóstico de Comunidad	\$ 100.00
Elaboración De TESIS	\$ 800.00
Elaboración de manual de normas y procedimientos	\$ 500.00
Adquisición y entrega de equipo de informática	\$ 700.00
Sustentación de tesis	\$ 50.00
Imprevistos	\$ 200.00
TOTAL	\$2350.00

3. BIBLIOGRAFÍA

MSP, Guía del funcionamiento de Unidades Móviles de Salud.

MSP-OPS/OMS-UNFPA, “Modelo de atención a la Salud Integral a los/las adolescentes con énfasis en salud Reproductiva”, Quito, 2002.

Fatto Russo, “Vademecum Clínico”, edición 2001, Argentina.

Samaniego Rojas E, Fundamentos de Farmacología Médica” V edición, Quito-Ecuador.

FERRI, Fred. Consultor Clínico diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. Harcourt. Océano. 2005. España.

MOSBY. Diccionario de Medicina. Océano.2001. España.

Departamento de Vicerrectorado Académico de la Universidad Técnica de Manabí.

Subdecanato de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí

http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pngcam/normas/1997_794.html

<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia>

<http://www.ms.gba.gov.ar/habilitaciones/Sistemaemergenciasmedicasmoviles.htm>

<http://www.manabi.gov.ec/paginascan.php?otraspaginas=7&pariente=2&gidm=>

<http://www.utm.edu.ec>

<http://apuntes.rincondelvago.com/>

http://med.unne.edu.ar/revista/revista202/34_189.pdf

<http://www.ms.gba.gov.ar/habilitaciones/Sistemaemergenciasmedicasmoviles.htm>

http://www.guayaquil.gov.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=232:climas-moviles-municipales-atienden-gratuitamente

<http://comunicaciones@msp.gub.uy>

http://netsalud.sa.cr/normas/norma_habilitacion_servicios_optometria.pdf://habitat.aq.upm.es/bpn/bp374.htm

<http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia>

<http://www.monografias.com/trabajos1093/publicacion/manual/shtm#INVEST>

http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pngcam/normas/1997_794.html

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

GUÍA PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD MÓVIL CLÍNICO-QUIRÚRGICA



AUTORES:

**BARRETO LOOR JOSÉ FERNANDO
GARCÍA GARCÍA JOHANA ANNABEL
MALLA VALDIVIEZO LUIS ALBERTO
RODRÍGUEZ CEDEÑO CINDY MARILIN**

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2009

CONTENIDO

Presentación	2
Introducción	4
Fin, propósito, objetivo	8
Estrategia de implementación	10
Normas y procedimientos	12
Atención y tratamiento de la morbilidad intercurrente	27
Detección de casos quirúrgicos	71
Bibliografía	81

PRESENTACIÓN

Uno de los problemas en la atención de salud en el Ecuador es llegar con los servicios a los sectores más necesitados.

Tenemos un número insuficiente de profesionales de la salud en relación con la población y paradójicamente muchos de ellos están desocupados, mientras gran cantidad de ecuatorianos en las zonas rurales y urbano-marginales, no tienen acceso a los servicios médicos.

Además de buscar la excelencia en la atención, es preciso buscar nuevas formas que hagan posible llegar con esta atención a las clases marginales de la población.

La experiencia de la cirugía móvil de la Fundación CINTERANDES ha demostrado que es posible brindar un servicio de excelente calidad en una forma más humana y más económica. Más de 2.700 intervenciones realizadas en algo más de cinco años, en el medio rural o urbano-marginal, sin que el paciente tenga que abandonar su hábitat, con magníficos resultados, con índice muy bajo de complicaciones y costos reducidos, comparados con los de los hospitales, prueba esta afirmación.

Si la cirugía, que requiere de recursos tecnológicos complejos puede desplazarse al nivel local, todas las otras ramas de la medicina pueden hacerlo.

En este manual se presentan las normas para la atención, preventiva y curativa y la atención clínica general y cirugía en unidades móviles diseñadas para el efecto.

El sistema móvil de salud no es un tipo diferente de atención. Efectúa los mismos programas que se realizan en las unidades fijas a las que pretende complementarlas sobre todo desde el punto de vista geográfico: llevando la atención a los lugares más alejados, contribuyendo así a universalizar la atención de la salud.

INTRODUCCIÓN

Según Amartya Sen "el proceso de desarrollo económico debe ser visto como un proceso de expansión de las capacidades de la gente" (Sen, 1988). Las capacidades son las posibilidades de "hacer" que tienen las personas y que resultan, según este autor, del mayor o menor comando que los individuos/as tienen sobre las cosas que poseen y a las que acceden ya sea a través del mercado o no. Bajo este enfoque, al ser la persona el centro del desarrollo, es ésta, con sus "haberes y poderes", la medida del mismo.

La salud, vista desde un enfoque integral, no es solamente la ausencia de enfermedad sino la plena potenciación de las capacidades del ser humano. Por lo tanto, la salud llega a ser la expresión empírica resultante de esa concepción de desarrollo humano, definida por Amartya Sen. La vida de la gente, que es otra forma de decir sus "haberes y poderes", marca su estado de salud-enfermedad, el cual se torna en el indicador más fiable del desarrollo humano.

El incremento y severidad de los problemas de salud relacionados con el ambiente, obligan a desplegar acciones integradas desde los diferentes sectores.

La salud ambiental es una parte de la salud pública que prioriza el trabajo en el campo de la prevención y promoción de la salud, a través del conocimiento de los factores de riesgo ambientales, su mecanismo de acción y efectos en la salud encaminados por un lado a través de la Educación Ambiental, y por otro lado a través de acciones en salud que permitan incorporar y efectivizar un enfoque más allá de los servicios.

De allí que en el presente manual integramos acciones de evaluación del entorno, evaluación médica y componentes en la educación a la población beneficiaria.

Los problemas relacionados con la escasa, incipiente o ineficiente información en educación sexual y reproductiva como embarazo precoz, contagio de ETS y VIH-SIDA, abuso sexual, entre otros están presentes en la población de nuestro país, lo

que les pone en evidente riesgo.

Se calcula que aproximadamente un año antes de embarazarse las adolescentes abandonan el sistema escolar siendo la primera causa de muerte en mujeres de 15a 19 años las complicaciones de embarazo, parto y puerperio (INEC).

Se ha comprobado estadísticamente que nueve meses luego del parto, existe alta posibilidad de que una adolescente vuelva a embarazarse, por lo que la prevención del segundo embarazo en la adolescencia ha adquirido singular énfasis.

Considerando las especificaciones culturales y étnicas de las regiones del Ecuador, hay que aceptar que el embarazo o la unión temprana pueden ser “conductas socialmente esperadas”.

Frente a las situaciones descritas, la Universidad Técnica de Manabí, conjuntamente con la Facultad de Ciencias de la Salud han decidido impulsar un Programa Móvil de Salud clínico y quirúrgico, dirigido a las zonas rurales y urbano marginales más pobres de la provincia. El objetivo de este programa es ampliar las coberturas de atención médica en las diversas comunidades, vinculando a su vez a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud con el trabajo comunitario, dando un enfoque de promoción de la salud, a través de estrategias de colaboración intersectorial con importante participación de la comunidad.

El Programa operará con 1 unidad móvil, que se distribuirá en toda la provincia de Manabí para atender a los cantones más pobres, definidos. Este Programa se efectuará en forma desconcentrada y descentralizada, con la participación de diversos actores locales y de la comunidad.

El presente Manual contiene las normas técnicas y administrativas que se han definido para la puesta en marcha del Programa de Salud. Ha contado con la participación activa de los investigadores del macroproyecto de tesis comunitaria cuyo tema fue “VINCULACIÓN DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA CON LA

ATENCIÓN COMUNITARIA EN LA UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ, PERÍODO 2008-2009” y la colaboración del MSP.

En la primera parte del Manual se detallan el fin, propósito y estrategias de la Unidad Móvil Clínico-Quirúrgica de Salud. Luego se explica, in extenso, las normas técnicas del paquete de prestaciones, que la unidad móviles llevarán a cabo.

Confiamos que los esfuerzos que están realizando tanto la Universidad Técnica de Manabí, la Facultad de Ciencias de la Salud como los investigadores del proyecto de tesis contribuyan a mejorar la situación de salud de la población Manabita como condición básica para lograr su desarrollo integral.



UNIDAD MÓVIL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

FIN:

Contar con una población saludable resultado del pleno desarrollo de sus potencialidades físicas, intelectuales y sociales, que tiene y controla un amplio rango de oportunidades, que se traducen en una actividad cotidiana creadora.

PROPÓSITO:

Contribuir al desarrollo integral de los manabitas, promoviendo: la creación de un entorno saludable en la familia y la comunidad, la práctica de hábitos saludables y la prevención, detección y recuperación de enfermedades clínicas y quirúrgicas de manera oportuna.

OBJETIVOS:

- Brindar al personal que labore en la unidad móvil médico-quirúrgica de la Facultad de Ciencias de la Salud una herramienta guía para el correcto desempeño de las funciones de la misma.

POBLACIÓN BENEFICIARIA:

Habitantes de las comunidades ubicadas en zonas rurales periféricas y urbano marginales pobres de la provincia.

MISIÓN:

Promover políticas de vinculación y pautas para la mejora continua de los procedimientos de cuidado médico prehospitario del estudiante, procurando la excelencia de los servicios ambulatorios, la mejor atención de los pacientes mediante el más alto nivel de servicio médico y de todo el equipo de salud con los más altos estándares de calidad en las organizaciones avocadas a estos servicios, con la colaboración gubernamental y no gubernamental.

VISIÓN:

La aspiración de la unidad móvil de la Facultad de Ciencias de la Salud es de garantizar a la población manabita una mejor calidad de atención en salud, brindando acceso oportuno y eficaz en un ambiente agradable y confortable a los usuarios para satisfacer sus necesidades, contando con una nueva infraestructura y con los recursos humanos suficientes para dicho propósito.

ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN

- El proyecto se ejecutará de forma descentralizada y autónoma. La unidad móvil será distribuida a nivel de la Provincia de Manabí bajo la responsabilidad de las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud y en coordinación con los diferentes aliados estratégicos, además de las unidades del MSP como órgano conductor de lineamientos y políticas de salud.
- La Gestión de las Unidades se efectuará a través de Comités de Salud, a nivel local, con la participación del personal de las áreas de Salud, éstos solicitarán la presencia de la unidad móvil en sus diferentes sectores, mediante oficio dirigido a las autoridades de la Facultad de Ciencias de la salud, quienes darán prioridad de acuerdo a las necesidades comunitarias.
- La ejecución del Proyecto estará a cargo de la Facultad de Ciencias de la Salud, conjuntamente con los profesores y alumnos de las diferentes carreras, coordinando las actividades con los aliados estratégicos, líderes comunitarios, personal de las diversas áreas de salud y otras autoridades que se articulen para resolver los problemas de carácter intersectorial.
- Se planificarán rutas que permitan cubrir las comunidades de los cantones que no tienen acceso o acceso difícil a servicios fijos de salud, prioritariamente.
- Previo a la ejecución de la programación se llevará a cabo una campaña de difusión en las comunidades para que conozcan del trabajo que viene desempeñando la FCS y colaboren en el triaje previo a los casos a atender en las unidades móviles.
- Las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí, darán todo el apoyo humano, material y económico que requiera la unidad móvil y la Facultad de

Ciencias de la Salud, tendrá aliados estratégicos y apoyo a diversas organizaciones para ampliar las coberturas de la unidad móvil.

- Los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud tendrán una activa participación con la unidad móvil, vinculándose directamente con la comunidad, mediante la colaboración de los docentes de la FCS que laboran en las diversas escuelas que la componen.
- Los pacientes que ameriten atención clínica serán evaluados el mismo día en que la unidad se desplaza a la comunidad.
- Los procedimientos quirúrgicos que realizará la unidad móvil serán de tipo ambulatorio, y para mantener el orden de la atención quirúrgica, se realizarán evaluaciones preoperatorias con anticipación al acto quirúrgico.

UNIDAD MÓVIL DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

SECUENCIA DE LA ATENCIÓN

Primer Momento

Los líderes comunitarios comunicarán a la comunidad que vendrá una misión de profesionales quienes informaran de cualquier problema de salud que padezcan, y deberán asistir a la visita de la misión (esto dará lugar al primer filtrado o screening).

De la misma manera con anticipación el líder comunitario ha preparado una lista de casos problema, que considere necesaria la atención clínico o quirúrgica (segundo Filtrado o screening).

Se programará una primera visita del equipo de la Unidad Móvil (Médico, optometrista y enfermera) para trabajar conjuntamente con el Médico y Auxiliares locales.

El día de la visita a la comunidad se inicia llenando exclusivamente la Anamnesis de la Historia Clínica de los pacientes que informan problemas (primer filtrado o screening), luego se procede por parte de la Enfermera midiendo, pesando, y tomando los signos vitales, escribiendo estos datos y el diagnóstico del estado nutricional.

El médico visitante examinará a los grupos de pacientes sobre problemas clínicos o quirúrgicos que afecten su salud, y se realizará una preselección de aquellos pacientes que ameriten un tipo de procedimiento quirúrgico que esté dentro de los parámetros de las cirugías que realizará la unidad móvil.(tercer filtrado o screening).

De acuerdo al perfil de casos detectados, se prepara la visita de la unidad móvil, con especialistas para cada caso.

Previamente a la visita de la unidad móvil, los funcionarios de la unidad fija de salud, escribirán la información general de cada uno, de las historias clínicas de los casos seleccionados.

Segundo Momento

Con la unidad móvil, (preferiblemente junto al subcentro o puesto de salud,) en la segunda visita del equipo se realizarán las intervenciones quirúrgicas programadas por la unidad fija y de la misma manera se brindará la atención clínica a pacientes que lo requieran.

Se realizará educación para la salud con el fin de hacer medicina preventiva.

ATENCIÓN CLÍNICA



Responsables: Médicos/as, de la unidad fija y de la unidad móvil y enfermeras(os), optometristas y estudiantes de la FCS, en la unidad móvil.

Momento: Primera visita programada sin la unidad móvil.

1.1.- ANAMNESIS

La información será obtenida y registrada en el formulario de ingreso en el curso de la primera visita programada.

1.2.- EXAMEN FÍSICO GENERAL

Realizar de acuerdo al recordatorio de la historia clínica. En los controles subsecuentes, se deben registrar los parámetros incluidos en el formulario de Historia Clínica.

1.3.- EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL: COMPLEMENTO ALIMENTARIO

Para evaluar el crecimiento y del estado nutricional de los pacientes, se debe proceder a pesar y medir a cada uno de ellos. Se registrarán estos datos en los formularios de la historia clínica única.

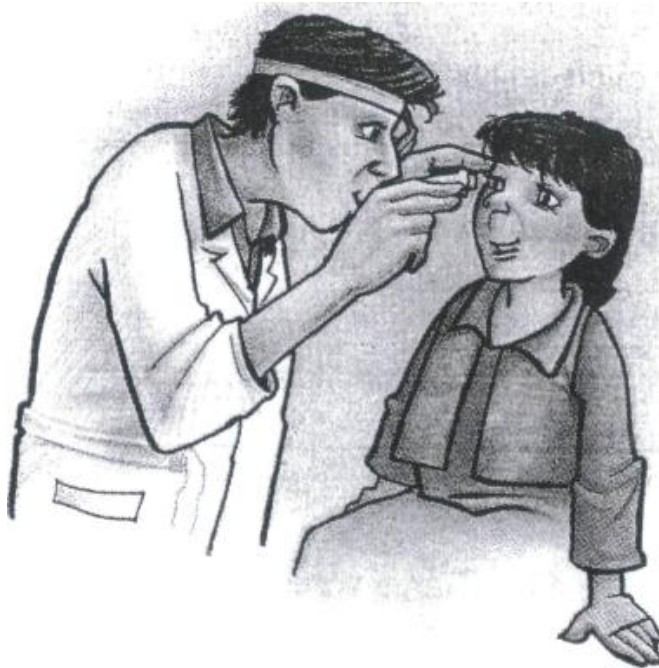
ATENCIÓN DE LA MORBILIDAD ENCONTRADA

Responsable: Médico/a

Momento: Primera visita programada y segunda visita con la unidad móvil.

Se efectuará el tratamiento que sea posible proporcionar en la unidad, en otros casos se efectuará la referencia y en todo caso la notificación al equipo de salud responsable de la unidad de salud a la que le corresponda dicha comunidad.

EXAMEN VISUAL Y OPTOMETRÍA



Responsable: Médicos/as

Momento: Primera visita programada sin la Unidad Móvil

Se contará con la participación del médico(a) de la unidad fija para efectuar un tamizaje inicial de los pacientes con problemas. Posteriormente cuando la unidad móvil llegue, se referirá al médico capacitado y especializado para efectuar los procedimientos precisos a los pacientes que lo requieran.

Norma Técnica:

DETECCIÓN DE ESTRABISMO.

Todo estrabismo sobre los 6 meses de edad es patológico y necesita ser tratado lo más tempranamente posible por el riesgo de ambliopía en el ojo desviado.

El estrabismo lleva al ojo desviado a su falta de función. La desviación como tal, puede ser rectificada a cualquier edad, no así la visión que solo se la puede mejorar hasta los 7 años o menos y mientras más temprano mejor.

Examen del estrabismo:

- Sentar al paciente y pedirle que mantenga los dos ojos abiertos.
- Colocar un objeto llamativo a 6 metros y luego pedir al paciente que fije la mirada en dicho objeto.
- Cubrir alternadamente el ojo derecho e izquierdo (rompiendo la visión binocular).

Posteriormente se cubrirá el ojo derecho y se retirará la oclusión, para repetir luego con el ojo izquierdo.

No existirá estrabismo cuando, con los procedimientos anteriores, el ojo no realiza ningún movimiento de refijación.

En caso de hacer algún movimiento, esto nos indicará que hay algún problema de estrabismo.

DETERMINACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL:

- Los signos que indican dificultad visual, incluyen: parpadeo, estrabismo, frotarse o secarse frecuentemente los párpados, enrojecimiento de los ojos, cansancio visual, visión borrosa.
- Aunque teóricamente pueden acompañar a trastornos de la visión, no tienen especificidad suficiente. A los líderes de la comunidad se les pedirá que

envíen a la Unidad, a los pacientes que presenten estos signos.

En los pacientes se investigará:

- Párpados, pestañas, conjuntivas y córneas, medición de la córnea.
- Movilidad ocular.
- Reacciones pupilares directa o consensual a la luz.
- El reflejo óptico del parpadeo (normalidad del nervio óptico y retina funcionantes)
- Reacción vestibular.
- Nistagmo óptico cinético

Para la medición de la agudeza visual se utilizará la Prueba de Snellen, para ello se deberá:

- Familiarizar al paciente con el examen a realizarse.
- Enséñele a señalar la E en las diferentes direcciones (arriba, abajo, derecha e izquierda) de acuerdo con los dibujos incluidos en el caso de que el paciente sea pediátrico o analfabeto. En el caso de ser adulto deberá leer las letras que se presentan en la cartilla de Snellen.
- El paciente deberá sentarse a 3 metros de distancia del cartel de Snellen.
- La tabla de Snellen debe estar fija en una pared plana sin ventanas, al nivel de la visión del paciente después de sentarle.

- El local debe tener buena iluminación, de preferencia luz natural, o con luz artificial mixta blanca y amarilla, pero con intensidad uniforme.
- La cartilla debe ser siempre de color blanco y negro.
- Los dos ojos deben permanecer abiertos.
- Se debe cubrir el ojo que no se examina con un papel, cartulina o vaso sanitario sin presionarlo, porque puede dar visión errada transitoria.
- El ojo derecho debe ser examinado primero, luego el ojo izquierdo y después ambos.
- Vaya señalando cada letra, comenzando por la más grande y moviéndose hacia abajo hacia las más pequeñas, hasta donde la visión del paciente pueda distinguir o leer.
- Anote la línea más baja de la escala que pueda leer sin dificultad con cada ojo.
- La mayoría de los niños menores de 9 años deben leer 20/40 de la línea o más con cada ojo y después de esta edad, 20/20.
- Los valores corresponden a las cifras colocadas en las áreas laterales de la escala.

Cualquiera de estas condiciones que resulte inferior a la visión normal en uno o en ambos ojos, indicará que la agudeza visual está disminuida y por lo tanto, deberá seleccionarse al paciente para que sea visto por el especialista.

DETERMINACIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA Y AUDIOMETRÍA.



Responsable: Médicos/as

Momento: Primera visita programada

En este caso también se contará con la colaboración de los líderes de la comunidad y los médicos de la unidad fija, quienes detectarán los casos que deberán ser examinados por el médico de la unidad móvil.

Material:

Lista de 12 palabras sustantivas, bisilábicas de uso cotidiano, por ejemplo: cinta, radio, piano, dedo, nido, llave, cama, rueda, niño, mesa, barco, perro.

Lámina de aproximadamente 50x50 cm que contenga dibujos claros que correspondan a la lista de palabras indicadas.

Método:

- Escoger la habitación más grande, silenciosa y aislada que se pueda obtener.
- Evaluar la distancia máxima a la que varias personas adultas con audición normal discriminan señalando correctamente el 100% de palabras enunciadas por el examinador.
- El paciente deber ser situado a la distancia determinada en el paso anterior, colocado de espaldas al examinador.
- El examinador tratará de mantener la misma intensidad de voz en todas las pruebas.
- Se contabilizarán los aciertos obtenidos por el paciente.

Resultados:

- Cualquier resultado por debajo del 70% requerirá valoración especializada, en la visita de la unidad móvil.
- Resultados entre el 70-90% deberán ser repetidos en los siguientes días.

EXAMEN DEL OÍDO

Si vamos a investigar problemas de audición en los niños y adultos, debemos realizar un examen minucioso de oído para establecer las causas y el probable tratamiento.

Será preciso en estos pacientes un interrogatorio más detallado, un examen directo y pruebas especiales, para establecer el diagnóstico.

Interrogatorio

Síntomas:

Dolor:

- Con lesión otológica (otodinia)

- Lesiones externas visibles en pabellón:
 - Afección cutánea
 - Heridas y contusiones
 - Pericondritis
 - Nodulo

Lesiones Otoscópicas:

- a nivel del conducto:
 - Externas o difusas
 - Obstrucciones
 - Otitis Tumores infectados
- a nivel del tímpano:
 - Otitis medias agudas
 - Otitis medias crónicas reagudizadas
- Sin lesión otológica (otalgia)
- Dolores reflejos
- Dolores neuríticos

Zumbidos o Acúfenos:

- Acúfenos intraóticos: Zumbidos en general graves (ruido de mar o de motor)
- Lesiones obstructivas del oído externo

- Lesiones del oído medio (otosclerosis)
- Acúfenos perióticos (debido a lesiones periauriculares)
- Acúfenos nerviosos (de origen central).

Sordera de Transmisión:

- Lesiones del oído externo:
 - Malformaciones
 - Estenosis del conducto
 - Infección del conducto
 - Lesiones obstructivas
- Lesiones del oído medio:
 - Obstrucción tubárica
 - Otitis media y secuelas
 - Tumores
 - Malformaciones de huesecillos

Sordera de percepción:

- Lesiones del oído interno:
 - Malformaciones
 - Intoxicaciones medicamentosas
 - Infecciones
 - Enfermedad de Meniere
 - Traumatismos
 - Tumores
- lesiones retrolaberínticas:
 - Infecciosas
 - Neuríticas
 - Tumoraes

Vértigos:

- Laberínticos
- Radiculares
- Centrales

Supuraciones Óticas:

- Por lesiones de oído externo
- Por lesiones de oído medio

EXAMEN DIRECTO:

- Inspección
- Palpación (del área, especialmente en relación al dolor)
- Otoscopia

EXAMEN FUNCIONAL:

- Acumetría:
 - Percepción aérea
 - Percepción ósea
 - Comparación entre percepción aérea y ósea (Rinne positivo normal, negativo, positivo patológico)
- Audiometría

RECURSOS HUMANOS DE LAS UNIDADES MÓVILES



- Médicos/as general o especialistas en cirugía.
- Enfermeras.
- Chofer.
- Oftalmólogo u optometrista.
- Estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de las distintas Escuelas.

Modalidad de trabajo:

En estrecha coordinación con los líderes comunitarios, aliados estratégicos, unidades operativas del MSP.

ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MORBILIDAD INTERCURRENTE.

PROBLEMAS NUTRICIONALES



DESNUTRICIÓN

Ayudas diagnósticas:

- Presencia de 2 o más de los siguientes factores:
- Más de 4 hijos.
- Analfabetismo materno y/o paterno.
- Familia disfuncional.
- Alcoholismo.
- Alimentación inadecuada
- Diarreas frecuentes.
- Irritabilidad.
- Anorexia.
- Detención de la curva pondoestatural en dos controles mensuales sucesivos.
- Bajas condiciones socioeconómicas.

- Riesgo de desnutrición.

DESTRUCCIÓN CALÓRICA Y PROTEICA

Desnutrición de I grado: Pérdida del 10-24 % de peso según curvas de Referencia a HCL única, por debajo de -2.DE; grado II bajo -3 DE; grado III bajo 4 DE.

Tratamiento:

- Deben ser tratados a nivel I: Los desnutridos de I y II Grado y referidos a la unidad fija para seguimiento.
- Corregir factores de riesgo

Medidas específicas:

Alimentación adecuada en calidad y cantidad de acuerdo a la edad. Suplementos vitamínicos, según necesidad.

OBESIDAD

Ayudas Diagnósticas:

Más del 20% del peso para la edad.

Tratamiento:

- Corregir factores nutricionales y sicoemocionales.
- Ejercicio físico.

Referencia II Nivel: identificar problemas hormonales.

Prevención:

Educación a la comunidad sobre buenos hábitos alimentarios y ejercicio físico adecuado.

ENFERMEDADES GASTROENTEROLOGICAS



DIARREA

Ayudas diagnósticas

- Presencia de deposiciones líquidas y frecuentes.
- Identificar características de la deposición.
- Identificar presencia o no de vómito.
- Identificar signos de deshidratación.
- Identificación de fuentes de contaminación:
 - Agua

- Alimentos

Tratamiento:

Medidas específicas:

- Aumentar ingestión de Líquidos.
- Dar SRO 90 ml luego de cada deposición diarreica.
- Deshidratación leve: SRO 50-70 ml/Kg. en 4-6 horas.
- Dieta blanda fraccionada.
- Antimicrobianos: en diarrea enteroinvasiva: 1 tab.de trimetropin Sulfametoxazol c/12 horas o Eritromicina. En caso de sospechar cólera se debe prescribir drogas de primera elección: Tetraciclina o Doxiciclina como alternativa Trimetropin Sulfametoxa o Eritromicina
- Tratar parasitosis si existe.
- Tratamiento de las fuentes de contaminación

Referencia: Si se identifica deshidratación moderada o grave o no tolera hidratación oral referir a II Nivel.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS



ESCABIOSIS:

Ayudas diagnósticas:

Erupciones pruriginosas, papulovesiculares en espacios interdigitales, pliegues, codos, axilas, zonaperiumbilical, glúteos.

Tratamiento:

- Cortar uñas.
- Benzoato de Bencilo al 20% luego de baño por la noche, repetir 3 días.
- Lavar, hervir y planchar toda la ropa.

Prevención:

Educación a la comunidad sobre higiene.

PIODERMITIS

Ayudas diagnósticas:

Lesión que se inicia con una mácula inflamatoria roja sobre la que aparece una ampolla que se torna amarilla y se diseca formando una costra (como miel) poco adherente.

Tratamiento:

- Lavado de la zona, con agua y jabón.
- Evitar rascado. Cortar uñas.
- Penicilina Benzatínica 1 200.000 UI M
- Tratar contactos.
- Educar a la población sobre normas higiénicas.

PRURIGO (Estrófulo o urticaria papulosa)

Ayudas Diagnósticas:

Lesiones papulares o pápulo vesiculares duras y pruriginosas por picaduras de insectos o alérgenos ubicadas en cintura pelviana, palmas y plantas y zonas extensas de extremidades. Puede infectarse.

Tratamiento:

Difenhidramina 5mg/kg/día en 4 dosis v.o mientras dura la afección.

Loratadina 0.1-0.2 mg/kg/día dividido en 2 dosis v.o mientras dura la afección.

Prevención:

- Evitar alérgenos.
- Evitar picaduras de insectos.

- Restringir alimentos alergénicos.
- Educar a la comunidad.

TIÑAS

Ayudas Diagnósticas:

- **Cápitis:** zonas circunscritas de alopecia con cabellos quebradizos. Puede haber reacción inflamatoria y a veces supuración folicular.
- **Córporis:** lesiones secas en cuerpo que se aclara en su parte central para dar forma de anillo con moderado halo eritematoso.
- **Unguis:** compromiso de 1 o más uñas de manos y pies. Uñas amarillas, gruesas y quebradizas.

Tratamiento:

- **Cápitis:** Griseofulvina 10mg/kg/dosis diariamente.
- **Córporis:** Aplicación de Miconazol 2 veces al día (tópico) por 2-4 semanas. Si hay lesión externa: Griseofulvina 10mg/Kg/dosis diaria x 2-4 semanas. O Fluconazol en adultos 150mg una vez por semana, por 4-6 semanas.
- **Unguis:** Griseofulvina igual dosis y tiempo.
- Se puede requerir extirpación de la uña afectada.

Prevención:

- Medidas higiénicas.
- Educación a la población.
- Evitar contacto con perros y gatos infectados.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS



FIEBRE REUMÁTICA

Ayudas Diagnósticas:

Antecedentes de infección de garganta. Artritis, carditis, corea, nódulos subcutáneos, eritema marginado, fiebre, dolores articulares migratorios, palidez, fatiga, sudoración, epistaxis. Mal estado general.

Tratamiento:

- Penicilina Benzatínica: 1 200.000 UI IM STAT. Referencia:
Inmediata a II nivel.

Prevención:

- Educación a la comunidad sobre consecuencias de amigdalitis mal tratada.

ESCARLITINA

- Fiebre, amígdalas hiperémicas, edematosas, petequias en paladar, lengua blanca o roja aframbuesada.
- Piel con textura de piel de gallina o lija.
- Rash generalizado puntiforme. No respeta plantas o palmas.
- Palidez peribucal. Hiperpigmentación de pliegues de flexión.

Tratamiento:

- Penicilina procaínica 1'000.000 U.I I.M diaria por 3 días. Al 4to. Día:
Penicilina Benzatínica 1200.000 U.I I.M.
- En alergia a la penicilina: Eritromicina 40.50mg/Kg/día V.O fraccionado c/6 horas x 10 días.

ERISIPELA

Ayudas diagnosticas:

Placa roja en piel, caliente con pequeñas vesículas y pústulas rodeadas de una zona exterior circunscrita, fiebre, dolor.

Tratamiento:

- Reposo en cama
- Acetaminofen 50 mg/Kg/ día V.O. c/6 horas PRN
- Penicilina Benzatínica 1'200.000 U.I I.M o eritromicina 30-50. mg/Kg/día fraccionado c/6 horas V.O.

Referencia: A II nivel por complicaciones digestivas, nerviosas articulares o glomerulonefritis.

Prevención:

Aislamiento durante la fase aguda.

OSTEOMIELITIS**Ayudas Diagnósticas:**

Más frecuente en hombres. Fiebre, anorexia, irritabilidad, dolor y tumefacción en metáfisis de huesos largos.

Tratamiento:

Referencia inmediata a II nivel.

HEPATITIS INFECCIOSA**Ayudas diagnósticas:**

Anorexia, fiebre, astenia, ictericia, coluria, acolia, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia, manifestaciones digestivas, respiratorias.

Tratamiento:

- Medidas generales, reposo en cama durante la fase aguda.
 - Bajar temperatura por medios físicos. Dieta rica en calorías y baja en grasas.

Si hay complicación referir a II Nivel.

PAROTIDITIS**Ayudas diagnósticas:**

Antecedentes epidemiológicos, fiebre, cefalea, dolor de oído picazón y dolor de parótida.

Tratamiento:

Bajar fiebre por medios físicos. Acetaminofen 50mg/Kg/día V.O fraccionado cada 6 horas PRN. Evitar contactos, higiene, aislamiento respiratorio. Referencia al II nivel por orquitis, pancreatitis o meningococemia.

RUBEOLA**Ayuda diagnósticas**

Febrículas, adenopatías suboccipitales y retroauriculares, rash maculo papular que se inicio en cara y se disemina al tronco, de color rosado, no confluyente de 2-4 días de duración.

Tratamiento**Medidas generales.**

Bajar temperatura por medios físicos, Acetaminofen 50mg/kg/día V.O fraccionado c/6horas PRN

Evitar contacto con gestantes de primer trimestre.

SALMONELLOSIS (FIEBRE TIFOIDEA)**Ayudas diagnósticas:**

Condiciones psocio-económicas bajas, fiebre alta con predominio vespertino de más de 7 días de evolución.

Tratamiento:**Medidas generales:**

- Reposo en cama mientras permanece febril.
- Dieta blanda sin residuos, aumentar ingesta de líquidos.
- Bajar temperatura por medios físicos.

Medidas específicas:

- Cloranfenicol 100mg/kg/día fraccionado cada 6 horas por 2 semanas.
- Si hay resistencia al cloranfenicol utilizar trimetoprim/sulfametoxazol 8 mg/kg /2 dosis vo. Por 2 semanas.

Referencia al segundo nivel por fracaso al tratamiento. Perforación interstinal o enterorragia.

Prevención:

- Evitar contactos.
- Normas higiénicas.
- Los portadores asintomáticos no deben manipular alimentos.
- Educación a la comunidad.

VARICELA**Ayuda diagnóstica:**

Febrículas, lesiones máculo-papulosas que evolucionan en vesículas y costras purulentas en 6 horas y que se inician en el tronco, y se diseminan a las extremidades, cuero cabelludo, mucosas orales y genitales.

Tratamiento:**Medidas generales:**

- Baño diario
- Cuidar lesiones para evitar infecciones.
- Acetaminofen 50 mg/kg/día vo. Fraccionado cada 6 horas PRN.

Prevención:

- Aislamiento hasta 7 días luego de la aparición del exantema.

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS



ANEMIA APLÁSICA

Ayudas diagnósticas:

- Contacto con fungicidas o pesticidas.
- Palidez de piel y mucosas (anemia), epistaxis, gingivorragia, púrpura, equimosis, petequias, ulceraciones faríngeas, infecciones resistentes a los antimicrobianos.
- Ausencia de adenopatías y visceromegalias.

Tratamiento:

Inmediata referencia a Nivel III

ANEMIA FERROPÉNICA

Ayudas diagnósticas:

Antecedentes de ingesta deficiente de hierro y/o pérdida crónica de por el tubo digestivo (uncinariasis). Astenia, anorexia, bajo rendimiento escolar, palidez

conjuntival, palidez de mucosas y piel, signos de repercusión cardiorrespiratoria: soplo sistólico funcional, hepatomegalia dolorosa, antecedentes de menstruación abundante y de larga duración.

Tratamiento:

- Corregir desequilibrio dietético
- Educación nutricional
- Tratar uncinariasis.
- Tratar problemas menstruales.

. Sulfato ferroso 20-30mg o hierro elemental 2mg/Kg/día con estómago vacío.

Referencia: en caso de repercusión cardíaca. Para corrección de problemas menstruales.

Prevención:

- Educación nutricional a la comunidad.
- Educación sobre ciclo menstrual

ENFERMEDADES UROLÓGICAS

Ayudas diagnósticas:

Más frecuentes en mujeres: Fiebre, disuria, polaquiuria, enuresis y tenesmo.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Bajar temperatura por medios físicos. Acetaminofen 50mg/kg/día fraccionado c/6 horas
- Aumentar ingesta de líquidos.

Medidas específicas:

- Cotrimoxazol 8mg/kg/día V.O c/12horas x dos semanas.
- Ampicilina 100mg/kg/día V.O c/6horas x 14 días.

Referencia a II nivel: si no mejora en 72 horas

Prevención:

- Impartir normas higiénicas.
- Todo paciente sin considerar edad ni sexo debe realizarse estudio radiográfico.

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS



DESÓRDEN CONVULSIVO

Ayudas diagnósticas:

- Antecedente de epilepsia en familiares próximos.
 - Pérdida de conciencia, convulsiones tónico clónicas generalizadas.
- Incontinencia de esfínteres.

Medidas generales:

- Evitar mordedura de lengua.
- Evitar lesiones traumáticas.

Medidas específicas:

Fenobarbital 10mg/Kg I.V lenta o Diazepam 0.2 - 0.3mg/Kg IV lento controlando frecuencia respiratoria.

- Referencia sí persisten las convulsiones.

ENFERMEDADES PARASITARIAS



AMEBIASIS

Ayudas diagnósticas:

- Fuentes de contaminación ambiental.
- Antecedentes epidemiológicos: aumento del número y fluidez de las deposiciones, acompañados de moco, sangre y tenesmo (disentería amebiana).

Tratamiento:

Medidas generales:

Dieta blanda, fraccionada y sin residuos durante la fase aguda.

Medidas específicas:

Metronidazol 50mg/kg/día en 3 dosis x 10 días V.O.

Referencia:

Si hay síntomas de perforación intestinal. (Abdomen agudo).

Prevención:

- Educación a la comunidad.
- Saneamiento ambiental.
- En zonas endémicas desparasitación cada 6 meses con Metronidazol 35mg/kg/día 2-3 tomas por 5-7 días V.O.

ASCARIDIASIS**Ayudas diagnósticas:**

Antecedentes epidemiológicos, expulsión anal u oral de vermes adultos.

Tratamiento:**Medidas generales:**

Impartir normas generales de alimentación según evaluación del estado nutricional.

Medidas específicas:

Mebendazol 100mg c/12 horas por 3 días. Repetir tratamiento 3 semanas después.

Prevención:

- Detectar contactos y tratarlos.
- Educación a la comunidad sobre normas higiénicas y manejo de alimentos.
- En zonas endémicas tratamiento con Mebendazol c/6 meses.

GIARDIASIS**Ayudas diagnósticas:**

Antecedentes epidemiológicos, cólicos periumbilicales, recidivantes

(episgastralgias) diarreas agudas periódicas, expulsión de gases fétidos, desnutrición o deficiencias inmunológicas.

Tratamiento:

Medidas generales:

Mantener adecuado control nutricional.

Medidas específicas:

- Metronidazol 15mg/kg/5 días c/8horas V.O. No en escolares con desorden neurológicos.

Referencia: a II Nivel. Niños con diarrea crónica.

Prevención:

Educación a la población. Saneamiento ambiental. En zonas endémicas desparasitación c/6 meses con metronidazol 15mg/kg/día c/8 horas por 5 días.

OXIURIASIS

Ayudas Diagnósticas:

Antecedentes epidemiológicos: Punto anal intenso y vulvar de predominio nocturno, presencia de gusanillos en el área interglútea.

Tratamiento:

Medidas generales:

Lavado cuidadoso de manos.

Corte de uñas.

Medidas específicas:

Mebendazol 100mg en dosis única por V.O — Pamoato de pirantel 10mg/kg/día dosis única V.O.

Prevención:

- Educación sanitaria.
- Saneamiento ambiental.
- Lavado, hervido y planchado de ropa interior y de cama.

TENIASIS**Ayudas diagnósticas:**

Antecedentes epidemiológicos: expulsión anal de proglótides.

Tratamiento:**Medidas generales:**

Mantener adecuado control nutricional.

Medidas específicas:

Niclosamida 2 tabletas V.O y repetir igual dosis una hora después. Las tabletas deben ser masticadas.

Referencia: Si presenta convulsiones o síntomas de hipertensión intracraneal.

Prevención:

- Saneamiento ambiental.
- Educación para la salud.

UNCINARIASIS

Ayudas diagnósticas:

- Zona endémicas tropicales y antecedentes de no uso de zapatos.
 - Urticaria en zonas de penetración larvaria (pies, palidez, astenia, apatía, taquicardia, melenas).

Tratamiento:

Medidas generales:

- Mantener adecuado estado nutricional.
 - Sulfato ferroso 20-30mg/kg/día c/8 horas por 2 meses. No usar hierro parenteral.

Medidas específicas:

Mebendazol 100mg V.O c/12 horas por 3 días, o Pamoato de Pirantel 10mg por kg/día por 3 días.

Referencia: A Nivel II si presenta anemia severa. Prevención:

- Educación a la comunidad.
- Saneamiento ambiental.
- Uso de calzado.
- Tratamiento colectivo c/6meses con mebendazol

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES.



MALARIA

Ayudas diagnósticas:

Zona endémica, fiebres frecuentes, intenso frío seguido de fiebre, sudoración, palidez de piel y mucosas.

Tratamiento:

Medidas generales:

Bajar temperatura por medios físicos.

Medidas específicas:

Cloroquina 10mg base/kg (dosis inicial) luego 5mg base/kg (dosis de mantenimiento) a las 6, 24 y 48 horas V.O.

Referencia a II Nivel: vómito persistente, coma, agravamiento neurológico, orina oscura.

Prevención

Recomendar:

Fumigación de aguas estancadas con insecticida, utilización de toldos.

ENFERMEDAD DE CHAGAS

Ayudas diagnósticas:

Zona endémica. Nodulos indurados en cara o brazos, edema palpebral duro, unilateral de color violáceo, hipertrofia ipsolateral de nódulo linfático preauricular, hepatoesplenomegalia. Signos de insuficiencia cardíaca o infección crónica. Hepatoesplenomegalia.

Tratamiento:

Medidas generales:

Mejorar el estado nutricional.

Medidas específicas:

Nifurtimox 5-25mg/kg/día V.O. c/8horas después de las comidas por 90 días en período agudo y 120 días en casos crónicos.

Referencia a nivel: en caso de I.C.C. descompensado.

Prevención:

- Notificar a la unidad fija por riesgo epidemiológico.
- No deben donar sangre.
- Control de vectores con insecticida.
- Educación a la comunidad

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

ASMA BRONQUIAL

Ayudas diagnósticas:

Antecedentes familiares: antecedentes de eczema o rinitis alérgica, tos, respiración sibilante, hipersonoridad pulmonar, espiración prolongada, roncus, sibilancias. En casos graves ansiedad, ortopnea y cianosis.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Reposo en cama.
- Habitación sin alérgenos.
- Aumentar ingesta de líquidos.

Medidas específicas:

- Adrenalina 0.01 ml/kg/ S.C/dosis máxima 0.3 ml. Si es necesario repetir igual dosis cada 20 minutos hasta por dos veces.
- Superado el ataque agudo: Teofilina 4-5mg por kg/dosis V.O c/6-8 horas o Salbutamol 1 tab. c/8 horas (2mg).

Referencia: II Nivel si no hay respuesta a la adrenalina.

BRONQUITIS AGUDA

Ayudas diagnósticas:

Antecedentes de IRA, tos, rara vez fiebre.

Examen pulmonar normal.

Al progresar la enfermedad pueden auscultarse roncus y rales.

Tratamiento:**Medidas generales:**

- Reposo, abrigo, aumentar ingesta de líquidos, drenaje postural.
- Acetaminofen 50mg/kg /día V.O fraccionado c/6 horas PRN.

Medidas específicas:

Ninguna.

Prevención:

Evitar IRA.

FARINGITIS ESTREPTOCOCICA**Ayudas diagnósticas:**

Frecuente entre 4-12 años. Fiebre, odinofagia, enrojecimiento y edema de faringe y amígdalas y/o exudado, petequias en paladar blando, hipertrofia ganglionar cervical anterior y superior. No se acompaña de catarro, tos o disfonía ganglionar cervical. •

Tratamiento:**Medidas generales:**

Bajar temperatura por medios físicos. Acetaminofen 50mg/kg/día V.O fraccionado c/6 horas PRN. Aumentar ingesta de líquidos.

Medidas específicas:

- Penicilina Benzatínica (dosis única) 1'200.000 U.I I.M STAT
- En alergia a la penicilina dar: eritromicina 50 mg/kg/día V.O c/6 horas por 10 días.

Referencia: Inmediata a II Nivel si hay membranas (descartar difteria).

Prevención:

Evitar hacinamiento.

RESFRIADO COMÚN / INFLUENZA-GRIPE**Ayudas diagnósticas:**

Congestión y secreción nasal, dolor de garganta. Fiebre que rara vez es mayor de 38°C. Inflamación de mucosa nasal y laringe. Escasos síntomas generales.

Tratamiento:**Medidas generales:**

- Reposo, líquidos.
- Acetaminofen 50mg/kg/día V.O c/6 horas.

Prevención:

Evitar hacinamiento en épocas de epidemia.

NEUMONÍA

Ayudas diagnósticas:

Fiebre, tos, taquirrea, submatidez o matidez, rales. En casos graves cianosis distal. Signos de distrés respiratorio. Cuando hay condensación lobar puede haber dolor torácico en punta de costado y soplo tubárico.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Reposo en cama
- Bajar temperatura por medios físicos.
- Acetaminofen 50mg/kg c/4 horas V.O. PRN.
- Aumentar ingesta de líquidos.
- Alimentación normal.
- Aumentar líquidos.

Medidas específicas:

Ampicilina 100mg/kg/día c/6 horas V.O por 10 días. Si el cuadro clínico sugiere neumonía neumocócica: Penicilina Procaínica 100.000 U.I/kg/día I.M por 3 días. Al cuarto día Penicilina Benzatínica 1.200.000 U.I en dosis única I.M.

Referencia: III Nivel en casos de cianosis grave, o neumonía estafilocócica con derrame pleural.

OTITIS MEDIA AGUDA

Ayudas diagnósticas:

Antecedentes de IRA: fiebre, otalgia, opacidad y/o abombamiento de la membrana timpánica.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Bajar temperatura por medios físicos o acetaminofén 50mg/kg/día V.O c/6 horas.
- En caso de perforación: limpieza externa.

Medidas específicas:

- Amoxicilina 50-80 mg/kg/día V.O fraccionado c/8 horas por 10 días o
- en casos de alergia a la penicilina, utilizar eritromicina 50 mg/kg/día VO fraccionado cada 8 horas.
 - No usar gotas óticas, vasoconstrictores ni antihistamínicos.

Referencia a II Nivel por falta de respuesta al tratamiento. Otitis recidivante.

TUBERCULOSIS PULMONAR

Ayudas diagnosticas:

Antecedentes epidemiológicos: desnutrición, hacinamiento, tos crónica (más de dos semanas), febrícula, sudores nocturnos, pérdida de peso. Pobreza extrema.

Referencia: Ante sospecha referir a II Nivel.

URGENCIAS



En: Diagnóstico de violación.

- Abdomen agudo.
- Traumatismo cráneo encefálico.
- Fracturas
- Intoxicaciones.
- Otros accidentes.

Tratamiento:

Referencia a III Nivel

PATOLOGIA LABORAL

- Problemas osteomusculares
- Hipoacusias laborales
- Problemas Neurotóxicos
- Dermatitis ocupacional
- Enfermedades de vías respiratorias

SALUD REPRODUCTIVA

TRASTORNOS DEL CICLO MENSTRUAL

DISMENORREA

Ayudas Diagnósticas:

Dolor tipo cólico en abdomen (Hipogastrio y pelvis) irradiado a región dorsal o lumbar, acompañado de vómito, diarrea, cefalea, irritabilidad, estado de ánimo depresivo.

Tratamiento:

Medidas Generales:

- Reposo si es necesario.
- Elaborar calendario menstrual.
- Tranquilizar a la paciente y familiares.
- Examen ginecológico si es posible.

Medidas específicas:

Aspirina 500mg V.O de inicio y 250 mg c/6 horas desde 2 días antes de iniciado el ciclo hasta el primer día del sangrado inclusive.

Referencia: A II Nivel cuando es dismenorrea moderada o grave

Prevención:

- Educación sexual adecuada y sobre el ciclo menstrual.
- Ejercicio físico.

IRREGULARIDAD MENSTRUAL

Ayudas Diagnósticas:

Irregularidad del ciclo en intervalos, duración y cantidad.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Elaboración de calendario menstrual.
- Investigar posibilidad de embarazo, hábitos alimentarios, ejercicios, pérdida de peso, viajes, migración o conflictos emocionales.

Medidas específicas:

Referir a II Nivel.

CONTRACEPCIÓN EN ADOLESCENTES

Ayudas Diagnósticas:

- Deseo de evitar el embarazo.
- Ausencia de contraindicaciones para el uso de contracepción.

Tratamiento:

Medidas generales:

Educación sexual.

Medidas específicas:

Estrógenos más progestágenos.

Referir: A II Nivel para descartar patología que contraindique el tratamiento.

PROBLEMAS ANDROLOGICOS (Dolor testicular)

Ayudas Diagnósticas:

Escolar varón con dolor agudo de uno o los dos testículos, dificultad para orinar, vómito, irradiación a escroto e ingles. Dolor intenso a la palpación.

Tratamiento:

Referencia inmediata a II Nivel.

MASAS TESTICULARES

Ayudas Diagnosticas:

Masa palpable en uno o ambos testículos.

Tratamiento:

Medidas generales:

Tranquilizar al adolescente y familiares.

Medidas específicas:

Referir a II Nivel para diagnóstico preciso.

ABUSO SEXUAL Y/O INCESTO

Ayudas Diagnósticas:

- Antecedentes de agresión, drogadicción, amenazas.
- Antecedente de descenso brusco del rendimiento escolar, falta de comunicación, síntomas depresivos, agresividad, insomnio, secreción vaginal, sangrado genital, laceraciones, equimosis, desgarros, sangrado.
- Angustia y estupor.
- Antecedentes de estar al cuidado de familiar o amigo de la familia o antecedentes de este problema en la escuela.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Intervención biopsicosocial.
- Denuncia.
- Investigar embarazo.
- Investigar ETS.

Medidas específicas:

- Limpieza de la región. Sutura de pequeñas heridas.
- Tratamiento de secreción vaginal.
- Tratamiento de ETS si existe.

Referir: a otro nivel para detección de ETS.

Prevención:

- Educación a la comunidad.
- Educación Sexual y Reproductiva.

SECRECIÓN VAGINAL Gardnerella vaginalis, candidiasis, moniliasis.

Ayudas Diagnósticas:

Ropa interior manchada por secreción blanca-adherente grumosa, amarilla o grisácea, líquida o espumosa de olor a pescado que produce prurito en genitales femeninos. Antecedentes de deficiente higiene o contacto sexual previo.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Investigar causa
- Medidas higiénicas: lavado de genitales con vinagre (2 tp en 2 litros de agua) 2 veces al día.
- Elaborar calendario menstrual

Medidas específicas:

- Metronidazol 30-50mg/kg/día V.O c/8 horas por 7-10 días.
- Aplicación de crema vaginal u óvulos vaginales que contenga: antibiótico, antimicótico y metronidazol.

Referir: A II Nivel si no cede con el tratamiento.

Prevención:

- De abuso o incesto.
- De contacto con personas infectadas por ETS.
- Educar a la comunidad sobre normas higiénicas.
- Educación sexual

AUSENCIA DE PRIMERA MENSTRUACIÓN O MENARQUIA

Ayudas Diagnósticas:

- Ausencia de caracteres sexuales, secundarios a los 13 años
- Ausencia de menarquía a los 16 años.
- Ausencia de menarquía luego de 5 años de la telarquia (botón mamario).
- Estados de tensión emocional, desnutrición severa.
- Embarazo.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Examen físico minucioso.
- Si tiene caracteres sexuales secundarios: hay que descartar con discreción la posibilidad de embarazo.

Medidas específicas:

- Tranquilizar a la paciente y familiares.

Referir a II Nivel para realizar exámenes

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL SANGRADO VAGINAL EXCESIVO Y/O FRECUENCIA IRREGULAR

Ayudas Diagnósticas:

- Hemorragia indolora, historia de polimenorrea o hipermenorrea,
- Antecedentes de relaciones sexuales, anemia o de patología orgánica ginecológica, infección neoplasia o embarazo.
- La mayoría de veces el examen pélvico es normal. Es un desorden

hormonal que ocurre durante el ciclo menstrual.

Tratamiento:

Medidas generales:

- Investigar causa. (Antecedentes de relaciones sexuales. Investigar aborto).
- Reposo en cama mientras dure el sangrado.
- Líquidos abundantes.
- Analgésicos anti-inflamatorios: Aspirina 500mg c/6 horas V.O.
- Sulfato ferroso 600 mg 1 tableta bisemanal (1 hora antes de los alimentos).

Medidas específicas:

- Si es moderada o grave referir a II – III Nivel

Prevención

- Elaboración de calendario menstrual
- Educación sobre el ciclo menstrual y su normalidad.
- Educación sexual-reproductiva y sobre el ciclo menstrual.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SÍNDROME ULCERA GENITAL

Ayuda Diagnóstica:

Úlcera genital, tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales.

Etiología más común:

Sífilis, Chancro/Chancroide, Herpes genital **Tratamiento:**

- Sífilis: Penicilina Benzatínica G, 2.4 millones de unidades IM en dos inyecciones en dos lugares diferentes.
- Chancro Blando: Eritromicina 500mg. Oral cuatro veces al día por siete días.

Medidas Preventivas:

- Educación sexual y reproductiva
- Medidas higiénicas

SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL INFERIOR. - ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EPI)

Ayuda Diagnóstica:

Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales

Secreción Vaginal, temperatura de más de 38 grados centígrados.

Etiología más común.

Gonorrea, Clamidia, Anaerobios, Mixtos.

Tratamiento:

Ciprofloxacina 500mg. Dosis única oral.

Doxiciclina 100 mg dos veces al día por 14 días

Metronidazol 500mg. Oral dos veces al día por 14 días

Medidas Preventivas:

- Educación sexual y reproductiva
- Medidas higiénicas

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL**Ayuda diagnóstica:**

Secreción uretral, Disuria Polaquiuria

Etiología más Común:

Gonorrea y Clamidia.

Tratamiento:

Ciprofloxacina 500 mg. Oral dosis única

Doxiciclina: 100 mg. Oral dos veces al día por 7 días

Medidas Preventivas:

Orientar, educar, entregar condones

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL**Ayuda Diagnóstica:**

Secreción Vaginal, Prurito vaginal, disuria, dispareunia

Etiología más común:

Vaginitis: Tricomoniasis, Candidiasis

Cervicitis: Gonorrea y Clamidia.

Tratamiento:

Vaginitis: Metronidazol o secnidazol 2gr. Dosis única

Nistatina 100.000 unidades (óvulo vaginal) cada día por 14 días. Cervicitis:

Ciprofloxacina 500mg. Dosis única

Doxiciclina 100mg. Dos veces al día por 7 días

Medidas Preventivas:

Educar, Orientar, promover y entregar condones

ENURESIS**Ayudas Diagnósticas:**

- Averiguar antecedentes familiares.
- Problemas psicoemocionales y afectivos.
- Descartar infección de vías urinarias.
- Problemas neurológicos.
- Pueden ser diversos y/o nocturnos.

Tratamiento:

- Descartar problema orgánico.
- Fortalecer autoestima y unidad familiar.
- Fortalecer autoconfianza y confianza en la escuela.
- Enseñarle a tolerar frustraciones.
- Evitar estigmatización.

DETECCIÓN DE CASOS QUIRÚRGICOS EN LA UNIDAD MOVIL

FIMOSIS

DEFINICIÓN:

Es una estrechez de la abertura prepucial que impide su retracción sobre el glande.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Con adherencias balanoprepuciales.
- Con prepucio redundante.

CLASIFICACIÓN:

TIPO I: prepucio estrecho que impide su retracción sobre el glande.

TIPO II: Con historia de infección prepucial.

TIPO III: Fimosis puntiforme, con cuadros de retención urinaria.

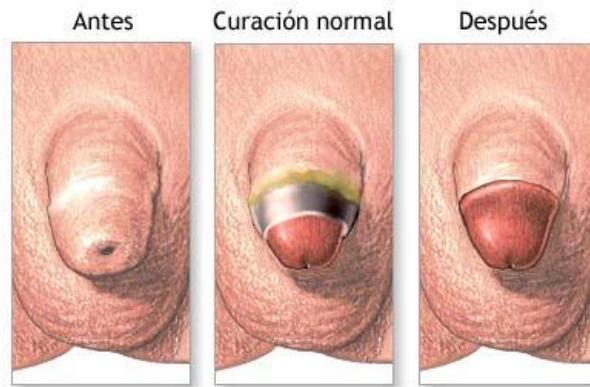
También serán indicaciones para cirugía: Prepucio redundante con historia de infección, y Prepucio con anillo fibroso.

INTERROGATORIO:

Preguntar sobre cuadros de enrojecimiento prepucial, secreción purulenta, prurito localizado, retención urinaria, infección urinaria.

EXAMEN FÍSICO:

- Paciente en decúbito supino; investigador a la derecha de la mesa de examen.
- Con los dedos índice y pulgar de ambas manos intentar firme pero delicadamente retraer el prepucio sobre el glande.



ADAM.

CRÍPTORQUIDIA:

DEFINICIÓN:

Es una falla del descenso testicular. El testículo se localiza finalmente en forma permanente en algún punto a lo largo de su vía normal de descenso a través del conducto inguinal.

CLASIFICACIÓN:

LOCALIZACIÓN:

TIPO I: Testículo a nivel del anillo inguinal superficial.

TIPO II: Testículo en el tercio medio del conducto inguinal

TIPO III: Testículo en el anillo inguinal profundo.

TIPO IV: Testículo intrabdominal.

TAMAÑO:

En relación con el otro testículo.

NORMAL

ESTADO: 10% menos

ESTADO B: 50% menos

ESTADO C: Atrófico

Cuando es bilateral no se indicará el estado.

También será indicación para cirugía el testículo en ascenso, es decir el que puede ser llevado al escroto con maniobras pero vuelve a una situación más alta inmediatamente y pasa la mayor parte del tiempo fuera del escroto.

INTERROGATORIO:

- Preguntar a los padres sobre la constatación de la presencia de los testículos en bolsa escrotal.
- Preguntar sobre controles pediátricos previos
- Preguntar sobre uso de ganodotropinas.

EXAMEN FÍSICO

- Paciente en decúbito supino, investigador a la derecha de la mesa de examen.
- Observar la presencia o ausencia de testículos en la bolsa escrotal. En caso de ausencia palparlos en el conductor inguinal e intentar llevar los digitalmente hacia el escroto.
- Luego el paciente de pie sobre una gradilla; investigador al frente del examinado.

HERNIA UMBILICAL

DEFINICIÓN:

Es la presencia de una tumoración a nivel del ombligo debida a un defecto en la cicatrización del anillo umbilical, lo cual permite la formación de un saco peritoneal que puede contener vísceras abdominales. Esta tumoración es blanda, generalmente aparece o se incrementa con el esfuerzo o disminuye o desaparece con el reposo (salvo caso de incarceration), permitiendo la identificación del anillo.

CLASIFICACIÓN:

TIPO I: Cuando el saco protruye no se identifican vísceras en él.

TIPO II: Cuando el saco protruye se identifican vísceras en él.

TIPO III: No es posible reducir el contenido del saco.

INTERROGATORIO:

Preguntar sobre presencia o no de tumoración umbilical al hacer esfuerzo.

EXAMEN FÍSICO:

- Paciente de pie.
- Inspección:

Investigar presencia de tumoración en reposo y poniendo tensos los músculos abdominales, mientras sostiene el aire, luego de una inspiración profunda.

- Palpación:

Palpar con el índice la cicatriz umbilical para buscar si hay defecto. En caso de encontrarse tumoración, examinar su consistencia y reductibilidad.

- En caso positivo, repetir el examen con el paciente recostado.

HERNIA INGUINAL

DEFINICIÓN:

Es la presencia de una tumoración a nivel de la Región Inguinal. En el niño se debe generalmente a la persistencia del Conducto Peritoneo-vaginal, lo cual permite la salida de las vísceras abdominales a través del orificio profundo del conducto inguinal (hernia indirecta). La tumoración es blanda, generalmente aparece o se incrementa con el esfuerzo y disminuye o desaparece con el reposo.

CLASIFICACIÓN:

ESTADO I: Se extiende desde el anillo inguinal profundo hasta el superficial.

ESTADO II: Se extiende más allá del anillo superficial pero no desciende hasta el Escroto o Labio Mayor.

ESTADO III: Desciende hasta el Escroto o Labio Mayor.

INTERROGATORIO:

Preguntar sobre la presencia o no de tumoración en la región inguinal al hacer esfuerzo.

EXAMEN FÍSICO:

- Paciente de pie.
- Investigador sentado al frente.

Observar si hay presencia de tumoración en la región inguinal en reposo y cuando el paciente pone tensos sus músculos abdominales mientras sostiene el aire luego de una inspiración profunda.

- Repetir el mismo procedimiento invaginado el Escroto o Labio Mayor con el índice o el meñique e introducirlo a través del orificio superficial para palpar el orificio profundo y buscar el choque que las vísceras producen contra el dedo al salir con el saco herniario.
- Repetir las maniobras anteriores con el paciente en decúbito supino.

HERNIA EPIGÁSTRICA

Tumoración que se presenta en la línea media supraumbilical debido a la protrusión de grasa preperitoneal (a veces también saco peritoneal y visceral) por un orificio vascular o nervioso aumentado de tamaño, localizado en la Línea alba.

CLASIFICACIÓN:

TIPO I: Formada solamente por grasa preperitoneal

TIPO II: Formada por grasa preperitoneal y saco peritoneal

TIPO III: Presencia de intestino o Epiplón en el saco

INTERROGATORIO:

Preguntar sobre la presencia o no tumoración en la región media supraumbilical.

EXAMEN FÍSICO:

- Paciente de pie.
- Investigador sentado al frente.

Observar si hay presencia de tumoración a nivel de la Línea Alba, en reposo y cuando el paciente pone tensos sus músculos abdominales mientras sostiene el aire luego de una respiración profunda.

- Palpar con el dedo índice todo el trayecto de la Línea Alba, buscando la presencia de una tumoración o un anillo hemiario. En caso de encontrar tumoración tratar de determinar:

-Si es solamente de grasa (Tipo I). Entonces es elástica y generalmente no se reduce.

-Si hay un saco hemiario (Tipo II). Entonces aumenta con el esfuerzo y se reduce con el reposo.

-Si hay vísceras en el saco (Tipo III). Entonces aumenta con el esfuerzo, se reduce con el reposo y puede percibirse gorgoteo al momento de la reducción o salida. Además su tamaño es mayor.

SALPINGOCLASIA

DEFINICIÓN:

Es un método de esterilización femenina irreversible, en el cual se cortan y sellan las trompas uterinas para evitar el encuentro del espermatozoide con el óvulo, impidiendo así la fecundación.

Cabe destacar que este método no provoca efectos adversos a la salud o alteraciones a la sexualidad, tampoco interfiere en absoluto con la producción hormonal de la mujer.

Principalmente las mujeres que ya tuvieron el número de hijos deseado recurren a esta intervención quirúrgica.

INTERROGATORIO:

Preguntar la cantidad de hijos vivos que tiene la paciente

Consultar la paciente está de acuerdo a realizarse la salpingoclasia.

PROCEDIMIENTO:

Consiste en realizar una minilaparatomía en la que se hace una pequeña incisión en abdomen para localizar las trompas, posteriormente se extrae una porción de ellas y se sellan sus extremos.

PTERIGIÓN**DEFINICIÓN:**

Consiste en un crecimiento anormal de tejido sobre la córnea en la superficie anterior del ojo que normalmente es transparente y sin vasos sanguíneos.

INTERROGATORIO:

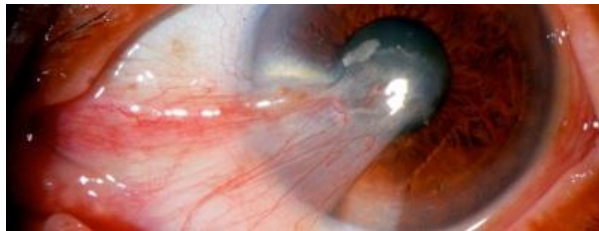
Preguntar si el paciente siente que la superficie anterior del ojo se inflama con facilidad ante la exposición solar, el viento o cualquier otro agente irritante. Quien lo padece tiene la sensación de tener un cuerpo extraño en el ojo y éste tiene una apariencia congestiva (ojo rojo).

PROCEDIMIENTO:

No existe tratamiento médico, local o general, que haga desaparecer dicho tejido. Cuando el pterigion produce molestias al paciente o es evidente que va evolucionando, de manera que amenaza con ocupar la zona pupilar, impidiendo la visión, es necesario recurrir a la cirugía.

Se utiliza anestesia local. El ojo es abierto con un separador. Se coloca bajo un

microscopio y se le pide que dirija la visión hacia un punto en específico. Se le protegerá con un campo estéril, pero podrá respirar y hablar normalmente. El autograft significa que una pequeña porción de su conjuntiva será colocada en el sitio en donde se realiza la excisión del pterigión. Se colocarán suturas absorbibles o se retirarán las mismas al cabo de dos semanas. Después de la cirugía se le colocará un parche, que a los pocos días se le quitará. El ojo estará rojo, tardará unas pocas semanas en recobrase. Deberá consumir los medicamentos prescritos y utilizar gafas oscuras durante un tiempo.



CHALAZIUM

DEFINICIÓN:

Pequeño tumor granulomatoso de los párpados por inflamación crónica de una glándula de Meibomio del tarso.

EXAMEN FÍSICO:

A la palpación el chalazium es móvil bajo la piel del párpado. Es frecuente la conjuntivitis adyacente.

TRATAMIENTO

Ablación quirúrgica; posibilidad de recidivas.

LIPOMAS

DEFINICIÓN:

Son tumores benignos constituidos por la proliferación de tejido celular subcutáneo.

Derivan del tejido conectivo y se observan con frecuencia en adultos, pero son raros en los niños. Constituyen el 6 por ciento de la totalidad de los tumores de partes blandas en pediatría.

EXAMEN FÍSICO:

Pueden ser únicos o múltiples (lipomatosis), y su localización predominante es en el dorso del tórax, en las extremidades, en las zonas frontales del cuerpo y en la zona occipital. Son suaves al tacto, suelen ser fáciles de extraer, y por lo general no provocan dolor. Muchos lipomas son pequeños (de menos de un centímetro de diámetro), pero pueden agrandarse hasta alcanzar más de 6 centímetros. Suelen observarse en adultos de entre 40 y 60 años de edad, pero también pueden aparecer en la infancia. Aproximadamente un 1 por ciento de la población general tienen un lipoma. Su transformación en tumores malignos es muy rara.

TRATAMIENTO

Excéresis de lipoma.

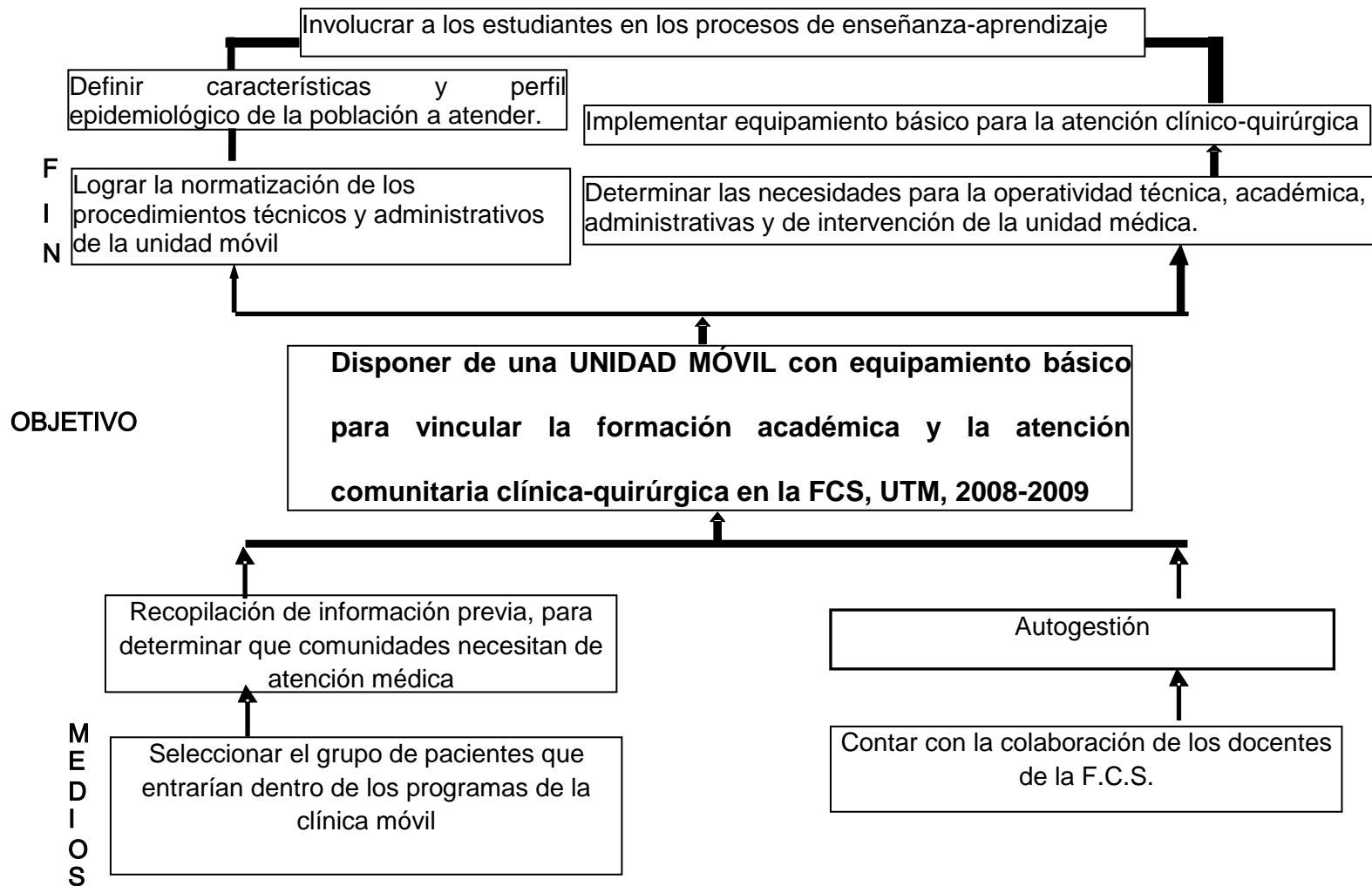


HAIRBOS

MATRÍZ DE INVOLUCRADOS

Grupos o Instituciones	Intereses	Problemas percibidos	Recursos de Mandato	Intereses del Proyecto	Conflictos Potenciales
<i>Autoridad de la U.T.M.</i>	Vincular la formación académica de los estudiantes de la FCS con el trabajo comunitario.	Falta de equipamiento de la unidad móvil.	-humano -poder del voto	-alto	Falta de presupuesto universitario
<i>Estudiantes de la FCS</i>	Afianzar los conocimientos teóricos obtenidos en las aulas en el campo de trabajo bajo la supervisión de los docentes.	Falta de infraestructura adecuada para las prácticas del aprendizaje	-humano	-alto	Falta de autogestión
<i>Comunidad</i>	Acceso a la atención médica adecuada y oportuna	Inapropiada cobertura de atención médica por parte de organismos seccionales	-humano - material	-alto	Falta de recursos económicos
<i>Investigadores</i>	-Obtención de nuestro Título. -Poner en práctica nuestros conocimientos	-Deficiente cobertura de atención medica -Déficit de materiales médicos	- humanos - materiales	- alto	- Limitación de tiempo.

ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVOS	INDICADORES DE IMPACTO	VERIFICADORES	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vincular la formación académica con el trabajo comunitario. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El 60% de la población estudiantil de la FCS podrá vincularse al trabajo comunitario mediante la unidad móvil. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observación 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Universidad asigna presupuesto y situación socioeconómica mejor en el país.
<p>PROPÓSITOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relacionar la teoría con la practica de los estudiantes de la facultad de ciencias de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ El 100% de la población estudiantil de la FCS tendrá una unidad operativa en la cual realizaran sus prácticas académicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Observación ○ Evaluación de conocimiento. ○ Registro de asistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Autoridades de la UTM y FCS apoyan el proyecto.
<p>PRODUCTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mejorar la cobertura de atención medica en las comunidades donde la misma es insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Al final del proyecto el 100% de los estudiantes actos y capacitados en el mane Jo adecuado del paciente clínico y quirúrgico. ○ Al final del proyecto se 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sondeo de opinión ○ Observación ○ Entrevistas ○ Estadísticas 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Instrumentos de buena calidad y mantenimiento adecuado.

	<p>contara con un 100% con una unidad móvil básicamente equipada para brindar una atención de calidad a los sectores de la comunidad donde la cobertura de atención sea deficiente.</p>		
<p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Reuniones con las autoridades ○ Reuniones con el personal que laborará en la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gasto de movilización ○ Gasto de implementación. ○ Documentos ○ Requisitos ○ Materiales para elaborar el manual de normas y procedimientos de la unidad móvil. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oficios ○ Proyectoros ○ Fotos ○ Filmaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo al buen funcionamiento de la unidad móvil

EJECUCION DEL PROYECTO

MATRIZ DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO

ACTIVIDADES	INSUMOS		FECHAS DE EJECUCION		FUENTES DE VERIFICACION	RESULTADOS			
	MATERIALES	HUMANOS	PREVISTA	LIMITES		CUANTITATIVO Y CUALITATIVO			
						25%	50%	75%	100%
						R	B	MB	E
Diagnóstico de la Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Cámara Fotográfica • Cuaderno • Esferos 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades y estudiantes de la F.C.S. 	12/11/08	30/11/08	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos 				X
Elaboración del Proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Esferos • Hojas • Computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades y estudiantes de la F.C.S. 	12/11/08	12/03/09	<ul style="list-style-type: none"> • Fotos • Proyecto 			X	

Adquisición y entrega de informática	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales didácticos • Hojas • Cámara fotográfica • Filmadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Autoridades y estudiantes de la F.C.S. 	12/03/09	12/04/09	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de Inventario • Facturas • Fotos • Video • Título de propiedad 				X
Elaboración y Sustentación de Tesis.	<ul style="list-style-type: none"> • Tesis de • Pago de aranceles 	<ul style="list-style-type: none"> • Autores • Director de tesis • Tribunal • Autoridades 	12/05/09		<ul style="list-style-type: none"> • Documento de Tesis 				X



INVESTIGADORES EN REUNIÓN CON INFORMANTES CLAVES



VALORACIÓN PREQUIRÚRGICA DE LA UNIDAD MÓVIL



CLÍNICA MÓVIL



ADQUISICIÓN DE EQUIPO INFORMATICO



TRABAJANDO EN LA TESIS