



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**

TEMA:

**“PLAN COMUNITARIO Y PROMOCION DE SALUD PARA COMBATIR
ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS DIRIGIDO AL SECTOR DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL LEON
BECERRA DE MILAGRO EN EL AÑO 2014.”**

AUTORA:

Dra. Sara Riera Chicaiza

TUTORA:

Lic. Karla Game Mendoza MAE.

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2015

I. DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios, a mi madre Juana María Chicaiza una mujer que me ha inculcado desde mi niñez valores como la perseverancia, la constancia y el sacrificio como el mejor camino para alcanzar todo cuanto me proponga ; a mis hijos Pedro Andrès y Arianna Romàn Riera la razón por la cual me esfuerzo día por día para hacer de ellos personas de bien.

Sara

II. AGRADECIMIENTO

Mis imperecederos agradecimientos a la UTB por sembrar en mí el deseo de perfeccionar mis conocimientos en el área de Gerencia en los servicios de salud, al Dr. Francisco Bobadilla Director del Hospital León Becerra, a los compañeros de labores, a mi tutora de proyecto Lic. Karla Game Mendoza por hacer realidad este proyecto en mejora de la calidad de vida de las comunidades aledañas al cantón y procurar así hacer más efectiva la labor del Promotor de Salud.

Sara

III.CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

MAE. Karla Game Mendoza

CERTIFICA

Que la investigación desarrollada por la Dra. Sara Riera Chicaiza en “**PLAN COMUNITARIO Y PROMOCION DE SALUD PARA COMBATIR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DIRIGIDO AL SECTOR DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO EN EL AÑO 2014.**”

Cumpliendo con los aspectos normativos técnicos y reglamentarios establecido conforme queda documentado.

En mi calidad de Directora de Tesis he brindado el asesoramiento requerido por la postulante, quien se ha acogido voluntariamente a cambios y observaciones durante este proceso.

APRUEBA

La presentación de este trabajo para los fines legales pertinentes.

Babahoyo. 2015.

MAE. Karla Game Mendoza

DIRECTORA DE TESIS

IV. AUTORIA NOTORIADA

Las ideas, opiniones y comentarios vertidos en la presente tesis de grado “**PLAN COMUNITARIO Y PROMOCION DE SALUD PARA COMBATIR ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DIRIGIDO AL SECTOR DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO EN EL AÑO 2014.**”

Son de exclusiva responsabilidad de la autora Dra. Sara Riera Chicaiza.

Dra. Sara Riera Chicaiza

CI.0909384802

DOY FE Que la Dra. Sara Riera Chicaiza portadora de la cédula # 0909384802.respectivamente puso su firma y rubrica ante mì en el documento que antecede por lo que doy fe de su autenticidad.

EL NOTARIO

CONTENIDO

1.- INTRODUCCIÒN	9
3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	10
3.3 CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL	13
4. SITUACIÒN PROBLEMÀTICA.	14
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
5.1 Problema General	16
5.2 Problemas Derivados	16
6. DELIMITACIÒN DE LA INVESTIGACIÒN	17
6.1.1. Temporal:	17
6.1.2. Espacial:	17
6.1.3. Unidades de observaciòn:	17
7. JUSTIFICACIÒN	17
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	19
8.1. Objetivo General	19
8.2. Objetivos Específicos	19
9. MARCO TEÒRICO DE LA INVESTIGACIÒN	20
9.1 MARCO CONCEPTUAL	20
9.2 MARCO REFERENCIAL	21
9.2.1 Antecedentes Investigativos	21
Sección cuarta - De la salud	33
9.3 Postura Teórica	34
10. HIPÒTESIS	38
10.1 HIPÒTESIS GENERAL O BASICA	38
10.2 SUBHIPOTESIS O DERIVADAS	38
VARIABLES	39
11.- METODOLOGÌA DE LA INVESTIGACIÒN	41
11.1 Modalidad de la investigaciòn.	41
11.2 TIPO DE INVESTIGACIÒN	41
11.3 POBLACIÒN Y MUESTRA.	42
11.3.1 Poblaciòn	42
3.2 Muestra.	42
11.4 METODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	44
11.4.1 Método Histórico Lógico	44
11.4.2 Técnicas e Instrumentos	45

TABLA # 1. - Lugar Donde Vive	47
GRÀFICO # 1	47
TABLA # 2	48
GRÀFICO # 2	48
TABLA # 3	49
GRÀFICO # 3	49
TABLA # 4	50
GRÀFICO #4	50
TABLA # 5	51
GRÀFICO #5	51
TABLA # 6	52
GRÀFICO # 6	52
TABLA # 7	53
GRÀFICO # 7	53
TABLA # 8	54
GRÀFICO # 8	54
TABLA # 9	56
GRÀFICO # 9	56
TABLA # 10	57
GRÀFICO # 10	57
TABLA # 11	58
GRÀFICO # 11	58
TABLA # 12	59
GRÀFICO # 12	59
TABLA # 13	60
GRÀFICO # 13	60
TABLA # 14	61
GRÀFICO # 14	61
TABLA # 15	62
GRÀFICO # 15	62
TABLA # 16	63
Cantidad Porcentaje	63
GRÀFICO # 16	63
TABLA # 17	64
GRÀFICO # 17	64

TABLA # 18	65
GRÀFICO # 18	65
TABLA # 19	66
GRÀFICO # 19	66
TABLA # 20	67
GRÀFICO # 20	67
TABLA # 21	68
GRÀFICO # 21	68
ENTREVISTA A LA LIC. JENNY MARTINEZ IGLESIAS	69
VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	71
TABLA # 22. Verificación de la hipótesis	71
14.- Propuesta de Aplicación de resultados	75
14.1 Alternativa Obtenida	75
14.2 Alcance de la Alternativa	75
14.3 Aspecto Básico de la Alternativa	76
14.3.1.- Antecedentes	76
14.3.2.- Justificación	77
14.3.3.- Objetivos	77
14.3.4 Estructura General de la Propuesta	78
14.3.5.- Resultados esperados de la alternativa	92
15.- Bibliografía	93

1.- INTRODUCCIÓN

La zona de estudio comprende el hospital León Becerra de Milagro, localizada en el cantón Milagro de la provincia del Guayas en la República del Ecuador en particular comprendido por los habitantes de la ciudad de Milagro y sus alrededores. Dada su naturaleza, la ciudad afronta dos grandes problemas, el primero el abastecimiento de agua potable y el segundo la eliminación de las aguas negras. Las condiciones del suelo en esta región hacen muy costoso el uso de redes de recolección de aguas residuales para su desalojo y depuración en una planta de tratamiento central ubicada fuera del núcleo urbano. Actualmente, las aguas residuales domésticas se infiltran crudas al subsuelo utilizando pozo de absorción o sumideros, fuentes puntuales de contaminación del acuífero.

Según estudios de Alianza por el Agua.org dice que las defunciones en niños menores de 5 años eran debidas a enfermedades de origen hídrico. De acuerdo con la subsecretaría de salud, actualmente se considera que el 90% de las enfermedades diarreicas agudas (EDA's) son de origen hídrico. La materia fecal de huéspedes o portadores infectados puede introducirse de diversas maneras en un sistema de abastecimiento de agua.¹ La más común es por descarga directa de aguas negras sin tratamiento en el cuerpo receptor. Los retretes rurales, fosas sépticas, letrinas, etc., ubicados cerca de un pozo o de un arroyo también pueden ser fuentes de contaminación.

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de 5 años, y ocasionan la muerte de 1,5 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmuno deprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

¹ alianzaporelagua.org/documentos/MONOGRAFICO7.pdf

2. TEMA DE INVESTIGACIÓN

“PLAN COMUNITARIO Y DE PROMOCION DE SALUD PARA COMBATIR LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DIRIGIDO AL SECTOR DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO EN EL AÑO 2014”

3. MARCO CONTEXTUAL DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

Para poder intervenir en un determinado problema de salud, es necesario comprender la realidad social compleja y diversa. Su conocimiento y las acciones de salud deben contextualizarse considerando las historias y experiencias de vida particulares, en contextos y momentos históricos diferentes.

Así, la experiencia cotidiana de las personas, su modo de vivir la vida, de pensarla, su subjetividad, es central en la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). Esto justifica que el conocimiento y las acciones en el campo de la salud, se realicen a partir de un acercamiento, un diálogo que ayude a construir nuevas oportunidades conjuntamente con las personas, familias y comunidades y no solo desde la óptica de los trabajadores de la salud.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) “Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran todavía entre las tres causas principales de mortalidad en la niñez; constituye la primera causa de morbilidad y mortalidad infantil en los niños menores de cinco años de los países en vías de desarrollo y una de las principales causas productoras de malnutrición proteica energética” Ginebra 2006.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud permitieron conocer, que los niños padecen 3.3 episodios de diarrea por año, y que una tercera parte e de los niños menores de cinco años que fallecen en el mundo tienen relación con

las enfermedades diarreicas. Esto significa que anualmente se producen en el mundo en desarrollo, alrededor de 1.5 billones de episodios diarreicos y 4 millones de defunciones entre los niños menores de cinco años; la mayor parte de estas muertes ocurren entre los seis meses y los dos años de edad.

Cada año, se producen unos dos mil millones de casos de diarrea en todo el mundo. Las enfermedades diarreicas son una causa principal de mortalidad y morbilidad en la niñez del mundo, y por lo general son consecuencias de la exposición a alimentos o agua contaminados. En todo el mundo, alrededor de mil millones de personas carecen de acceso a fuentes de agua mejoradas y unos 2500 millones no tienen acceso a instalaciones básicas de saneamiento. La diarrea causada por infecciones es frecuente en países en vías de desarrollo”.

Las enfermedades diarreicas también representan una carga económica para los países en desarrollo, pues en muchos de ellos, más de un tercio de las camas de los hospitales para niños están ocupadas por pacientes con diarreas, recibiendo tratamientos con soluciones intravenosas y medicamentos caros. “Se estima que en los Estados Unidos de América ingresan por diarrea; en hospitales, 14 lactantes menores de un año por cada 1000, y en el Reino Unido 4,6 niños menores de cinco años por cada 1000.

3.2 CONTEXTO NACIONAL

La salud de las personas en general, y la de las niñas/os en particular, es un derecho humano exclusivo, puesto en evidencia en la Convención sobre los Derechos del Niño (Resolución 44/25, Naciones Unidas, Ginebra, noviembre 1989) y ratificado como tal en los instrumentos legales de cada país. Esto supone ser obligatorio y su vigilancia y exigencia constantes. Pero, la realidad muestra que no ocurre de esta manera.

En 2004, las enfermedades diarreicas fueron la tercera mayor causa de muerte en países de ingresos bajos, donde ocasionaron el 6,9% de los fallecimientos. Son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, tras la neumonía. De los 1,5 millones de niños que fallecieron por enfermedades diarreicas en 2004, el 80% tenían menos de dos años; según datos de la Organización Mundial de la Salud.

Se calcula que en los países en desarrollo, los niños presentan entre 3 y 10 episodios de diarrea anuales durante los primeros 5 años de vida, con una duración promedio de estos episodios de 4 a 6 días. En 1992 se informaron aproximadamente 3.3 millones de muertes relacionadas con la diarrea en el mundo y entre 1995 y 2000, esta enfermedad ocasiono 11,8% de las muertes en menores de 5 años.

Si bien es cierto que ya no tiene las repercusiones de antaño, la diarrea, hoy como ayer, sigue siendo una causa importante de mortalidad y de desnutrición infantil.

No solo la deshidratación hace que aumenten los costos de la atención de los enfermos con diarrea. La intolerancia a la lactosa, que se desarrolla como consecuencia de la infección, puede afectar a un considerable número de casos (entre 7,5% y 7,7%) y provocar que se prolongue el cuadro diarreico, que aumente la gravedad de la enfermedad y que se sobrecarguen aún más los servicios de salud. La desnutrición, otra complicación favorecida por las malas prácticas alimentarias de las madres o de los cuidadores de los menores, favorece la sobre infección, aumenta la morbilidad y la mortalidad y eleva los costos de la atención sanitaria.

Entre los factores protectores de la EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) se encuentran la lactancia materna durante los primeros 4 meses de vida, los hábitos higiénicos adecuados (lavarse las manos, así como otras medidas de higiene personal) y la conservación adecuada de los alimentos. Algunos estudios han demostrado que con la aplicación de estas medidas se ha logrado reducir la mortalidad por EDA en 55% y que el saneamiento ambiental puede tener más impacto en la reducción de la prevalencia de la diarrea que otras medidas, como las dirigidas a mejorar el suministro de agua. Igualmente, el lavado de las manos permitió reducir entre 27% y 35% la morbilidad por EDA, mientras que la modificación de otras conductas de riesgo ayudo a disminuir el número de casos en 26%. El conjunto de estos factores, unido a una adaptación adecuada, contribuyeron a reducir la mortalidad por EDA entre 2 y 12%.

3.3 CONTEXTO LOCAL O INSTITUCIONAL

Hospital León Becerra de Milagro perteneciente al área No. 21 del Ministerio de Salud Pública, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de milagro, en la ciudadela del Seguro Social de las calles Carlos Chiriguaya, Eplicachima, Vargas torres y Atahualpa, es un área urbana, cuenta con los servicios básicos tales como: agua entubada, energía eléctrica, alcantarillado, recolección de basura, sus calles son asfaltadas, servicio de transporte urbano con las líneas 6, 2 y 8 en sus alrededores existen farmacias, escuelas: Héctor Lara, Eloy Alfaro; centros comerciales de expendio de víveres y comidas preparadas, consultorios médicos populares y clínicas particulares.

Al hospital León Becerra de Milagro asisten aproximadamente un promedio de 350 pacientes diarios, en las diferentes áreas, provenientes de zonas urbanas, marginales y rurales del cantón y zonas aledañas como Naranjito, Mariscal Sucre, entre otros.

4. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

El agua no apta para el consumo humano, la falta de disponibilidad de agua saludable suficiente para su consumo diario y la higiene personal y la ausencia de servicios de saneamiento son factores que, en conjunto, contribuyen a más o menos el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas, es decir, más de 1,5 millones de los 1,9 millones de niños y niñas menores de cinco años que fallecen todos los años a causa de la diarrea. Esto representa el 18% de todas las defunciones de menores de cinco años, y significa que todos los días mueren más de 5.000 niños por las enfermedades diarreicas.

Los diferentes sectores de influencia de comunidad de Milagro no cuentan con un sistema de alcantarillado, agua potable, y el nivel de pobreza que engloba a nuestra población es grave; si le sumamos la falta de educación de la población en:

- Adecuada alimentación.
- Mejoras en las prácticas de higiene personal y doméstica, con énfasis en el lavado de manos con agua y jabón.
- Higiene en la preparación y almacenamiento de alimentos.
- Disponibilidad de agua limpia y suficiente para beber, cocinar y lavar.
- Disposición higiénica de las excretas.
- El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa.
- Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Tenemos como resultado una alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas, tales como shigellosis, cólera y rotavirus.

De acuerdo a las estadísticas de este semestre del hospital León Becerra de Milagro en lo que va del año 2014 durante el primer semestre de enero a junio se han reportado 112 niños en edades de 1 a 4 años con enfermedades diarreicas; además 65 casos de E.D.A (Enfermedades Diarreicas Agudas) en infantes

menores de 1 años y 2 casos en menores de 1 mes; haciendo un total de 179 casos de niños menores de cinco años de todos los sectores tanto urbanos como marginales; cifras que va en aumento año a año.

El control de las enfermedades diarreicas (CED) se inició en 1978 como respuesta al llamado de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para concertar las acciones alrededor de uno de los mayores problemas de mortalidad, morbilidad y desnutrición de los niños de los países en desarrollo. El CED representa un esfuerzo global para abordar el problema de las diarreas en la Región de las Américas.

La práctica de la Salud Colectiva es un acercamiento con las personas y sus modos de “enfrentar la vida”, principalmente a través de la visitas y de la atención domiciliaría, prácticas importantes de los promotores de salud que actúan junto a la comunidad como un todo; para que se puedan identificar cómo se comportan en familia, las formas de trabajo y vida de los miembros que la componen, cuáles patrones de apoyo se desarrollan en el interior del universo familiar y cómo estos pueden contribuir para el proceso de prevención, curación y recuperación de sus enfermedades.

El tratamiento precoz de la diarrea en el hogar es un elemento crucial en la prevención de la mortalidad por deshidratación. Adicionalmente, la implementación de medidas de prevenciones efectivas y factibles, debe promoverse enérgicamente para reducir la morbilidad y mortalidad a nivel local. Estas medidas incluyen:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y continuación de la misma hasta los 2 años de edad;
- Mejoramiento de las prácticas del destete;
- Uso de agua segura;
- Lavado de manos;
- Uso de letrinas;

- Apropiaada disposición de excretas de los niños pequeños;
- Inmunización contra el sarampión.

Enfoques estratégicos detallados se presentan en el documento Programa ampliado de control de la enfermedad diarreica: un plan coordinado a mediano plazo para eliminar los brotes de cólera y reducir la morbilidad y mortalidad por diarrea en las Américas. CED/OPS/OMS mencionan que “Los líderes comunitarios, los grupos religiosos, las ONGS y los negocios locales, junto con las instituciones del gobierno, deberían participar activamente en la vigilancia y detección de los problemas en forma temprana así como en la prevención de riesgos. Han de contemplarse además, los procesos educativos, la difusión, la comunicación y la educación en salud dirigidas hacia la población”.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

5.1 PROBLEMA GENERAL

¿De qué manera el plan comunitario y de promoción de salud incide en el conocimiento y prácticas de las madres para combatir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014?

5.2 PROBLEMAS DERIVADOS

- ❖ ¿Cómo influyen los hábitos de vida en el incremento de casos de disentería de niños menores de 5 años en las familias de la zona de influencia del Hospital León Becerra?
- ❖ ¿De qué manera inciden los programas de prevención que aplica el hospital León Becerra en la disminución de los casos de enfermedades diarreicas agudas actualmente?

- ❖ ¿De qué manera los conocimientos de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad?

- ❖ ¿Cuál será la incidencia del desarrollo de un programa de prevención y promoción comunitaria para promotores de salud en la disminución de las EDA en los niños y niñas menores de 5 años que habitan en la zona de influencia del Hospital León Becerra?

6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

6.1.1. TEMPORAL:

La investigación se realizará en los meses de enero a Junio del año 2014.

6.1.2. ESPACIAL:

Hospital León Becerra, ciudad de Milagro, Cantón Milagro, Provincia del Guayas.

6.1.3. UNIDADES DE OBSERVACIÓN:

Personal de salud.

124 Madres de familia de pacientes pediátricos menores de 5 años.

1 Promotor de salud.

12 enfermeras (personal de salud).

2 Pediatras.

7. JUSTIFICACIÓN

Siendo las enfermedades diarreicas agudas una enfermedad considerada dentro de las primeras causas de la morbi-mortalidad en nuestro país es de suma importancia que la comunidad conozca la manera de prevenir estas infecciones intestinales, para de esta manera disminuir el número de casos clínicos.

La insalubridad o la inconsciencia de las personas hacia el cuidado e higiene de la ingesta diaria de alimentos contribuye a incrementar este mal, siendo necesario que se establezcan estrategias en función de la mejora en la salud de los niños quienes son más vulnerables a contraer tal enfermedad, charlas constantes e informativas, conferencia ofrecidas a la comunidades y zona de influencia al centro de salud por médicos en las distintas áreas , utilización de los medios de comunicación masiva, entrega de materiales impresos a término de cada proceso informativo fomentaran una cultura de prevención y cuidado; visita puerta a puerta o conferencias en barrios con mayor predisposición a las enfermedades diarreicas.

Los niños serán quienes se beneficiaran de esta investigación puesto que se procurará disminuir los riesgos de enfermedad y muerte que las disenterías causan y que en algunos casos son irreversibles; debido a que el mensaje ira a quienes están al cuidado de ellos elevando su nivel de conocimiento en lo que origina la enfermedad, las consecuencias y condiciones ambientales que la incrementan ; haciendo más armónica y efectiva la labor del área de salud del hospital León Becerra de Milagro, como ente vinculante con la comunidad.

Esta serie de actividades encaminadas a disminuir la incidencia de las enfermedades diarreicas no genera gasto, puesto que la autora del proyecto lo hará utilizando los recursos propios y gestionando a nivel interno la implementación de la propuesta.

El impacto será evaluado en función de la postura gerencial o en la capacidad de liderar cambios significativos en la forma de pensar y actuar de las personas con respecto al cuidado e higiene de la salud, mejorando notablemente su calidad de vida y garantizando el tiempo de duración de la misma.

8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

8.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar en qué medida el plan comunitario y de promoción de salud incide en el conocimiento y practica de las madres para prevenir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.

8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Establecer cómo influyen los hábitos de vida en el incremento de casos de disentería de niños menores de 5 años en las familias de la zona de influencia del Hospital León Becerra.

- ❖ Analizar los programas de prevención que realiza el personal de salud del Hospital León Becerra de Milagro para contrarrestar el impacto de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) actualmente.

- ❖ Establecer los conocimientos de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad.

- ❖ Diseñar un plan comunitario de prevención y promoción como estrategia de prevención para promotores de salud y lograr disminuir las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños menores de 5 años de edad del sector de influencia del Hospital León Becerra de Milagro.

9. MARCO TEÒRICO DE LA INVESTIGACIÒN

9.1 MARCO CONCEPTUAL

9.1.1 Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS)

La diarrea es un signo que revela una alteraci3n fisiopatol3gica de una o varias funciones del intestino (secreci3n, digesti3n, absorci3n o motilidad) y que en 3ltimo t3rmino indica un trastorno del transporte intestinal de agua y electr3litos. La diarrea se define como el aumento de volumen, fluidez o frecuencia de las deposiciones en relaci3n con el h3bito intestinal normal de cada individuo. (Cermeñoa & Isabel, 2008)

Por lo anterior y ateni3ndonos a la sencillez optamos en nuestro ejercicio la definici3n recomendada por la OMS: “Se define la diarrea como la eliminaci3n de tres o m3s evacuaciones intestinales l3quidas o blandas en un per3odo de 24 horas”. (OMS, 2006).

Enfermedades Diarreicas causas de Morbimortalidad.- En pa3ses en desarrollo las enfermedades diarreicas continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad en niños menores de cinco años. En promedio los niños padecen de 3.3 episodios de diarrea por año, pero en algunas 3reas, el promedio pasa de nueve episodios anuales; es com3n que en donde estas enfermedades son frecuentes, los niños pasen el 15% de sus vidas con diarrea. (Monzon, 2006).

Costumbres y Clima causa de enfermedades diarreicas.- El n3mero de deposiciones hechas por una persona en un d3a depende de variadas circunstancias como son las caracter3sticas de la alimentaci3n, la edad del paciente, el momento biol3gico y el momento patol3gico, las costumbres, el clima, para citar algunas. Cuando se dice que una persona tiene diarrea se entiende que sus evacuaciones contienen m3s agua de lo normal. (Corteguera R. 2005).

El agua e higienes principales causas.- La carencia de agua limpia y de conocimientos higi3nicos contribuyen a la contaminaci3n, lo mismo al hacinamiento y las malas condiciones sanitarias, con instalaciones inadecuadas para la preparaci3n y refrigeraci3n de los alimentos. (Wong, 1995).

COMUNICACIÓN.- Es conveniente abordar la comunicación, en tanto estratégica de la promoción de salud, en una doble perspectiva, en tanto estrategia de la promoción de salud, es decir como proceso que facilite el intercambio de información.

CONCERTACIÓN.- Es un mecanismo de reconocimiento y búsqueda de solución de conflictos.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA.- Es la estrategia medular de la promoción de la salud por lo anteriormente enunciado, la promoción de salud parte de sujetos CONSENTES DE GENTE QUE SABE DE SUS DERECHOS Y DE SUS DEBERES, DE SUS RELACIONES con el estado, con la naturaleza y con los diferentes colectivos que es lo que llamamos ciudadanos.

EDUCACIÓN.- Entendida como el conjunto de procesos de apropiación de bienes culturales y sociales que permiten los sujetos enfrentar y resolver creativamente los retos de su cotidianidad y de su historicidad, la educación constituye otra de las grandes estrategias al servicio de opciones saludables y condiciones de bienestar.

9.2 MARCO REFERENCIAL

9.2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según la Revista Cubana de Medicina General Integral, autor es Carlos Coronel Carbajal los resultados de la investigación realizada que “Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal en el Hospital "Armando E. Cardoso", en el período de 1 año (Mayo 98-Febrero 99). Este estudio consistió en encuestar a 256 madres de niños con diarreas agudas con el objetivo de identificar las costumbres inapropiadas que aún persisten en el manejo ambulatorio de las enfermedades diarreicas. Al concluir el estudio se pudo apreciar cómo en el 56,3 % de los pacientes hubo mal manejo alimentario, además solo el 12,1 % de las madres buscaron orientación médica en las primeras 24 horas. En este estudio se pudo conocer que el 100 % de las madres saben que las soluciones de rehidratación oral

(SRO) forman parte del tratamiento de la EDA, pero solo el 42 % conoce que previenen la deshidratación, además solo un 25 % conoce de otros líquidos que reemplazan el uso de las soluciones de rehidratación oral” (2009) versión On-line ISSN 1561-3038.

La Revista Cubana de Enfermería, **autoras Lic. Isidra de la Caridad Cervantes Baute,¹ Lic. Mariela Bosch Govea² y Dra. Graciela Armero Pérez** en el estudio sobre la **Valoración del conocimiento de las madres sobre las diarreas y su prevención** mencionan: “Se realizó un estudio descriptivo y transversal con la finalidad de evaluar el conocimiento sobre la enfermedad diarreica y su prevención en 260 madres de niños menores de 1 año, pertenecientes al Policlínico Docente "Victoria de Girón" de Palma Soriano, durante el período comprendido de enero de 1998 a igual mes de 1999, a éstas se les aplicó una encuesta previamente elaborada al efecto. Entre los principales resultados sobresalieron que la mayor parte de ellas consideraban que el parásito era la causa fundamental de las diarreas y que menos de un cuarto del total la relacionó con la falta de higiene, que ninguna restringió la lactancia materna y que casi todas conocían la forma de preparación, administración y uso de las sales de rehidratación oral. La información al respecto les fue brindada siempre en el nivel primario de atención”. Cuba 1999 versión On-line ISSN 1561-2961.

9.2.2 Referencia Teórica

9.2.2.1 Estrategias de Salud

La estrategia de salud para todos en el siglo XXI deberá ser una continuación del proceso iniciado en 1978 en lo que concierne a los valores de equidad, solidaridad y autodeterminación que la sustentaron y que son irrenunciables y se basara en las lecciones del pasado y en los retos del presente y del futuro, para trazar las nuevas estrategias, dentro de las que se destacan:

- ❖ El desarrollo debe centrarse en los seres humanos.
- ❖ Los objetivos centrales del desarrollo son la erradicación de la pobreza, la satisfacción de las necesidades básicas de todas las personas y la protección de los derechos humanos.

- ❖ La inversión en salud y educación es decisiva e imprescindible para el desarrollo.
- ❖ El mejoramiento de la situación de la mujer, incluida su adquisición de poder efectivo.
- ❖ La desviación de recursos de las prioridades sociales debe evitarse.
- ❖ El marco abierto para el comercio, la inversión y la transferencia de tecnología, en condiciones de equidad, es un factor decisivo para el fomento del crecimiento económico sostenido.
- ❖ Los gobiernos deben regir y controlar la formulación, reglamentación y la vigilancia de las políticas sanitarias, sociales y ambientales.
- ❖ La formación y el perfeccionamiento de los recursos humanos en los sectores sociales y sanitarios constituyen un componente imprescindible para el desarrollo sostenible de la sociedad.

Estos enfoques deben estar incorporados en todas las políticas de salud, y con ello reforzar la necesidad de considerar la salud como una responsabilidad que va mucho más allá de los servicios de salud para hacer una autentica responsabilidad de todos los sectores y en primer lugar del estado.

Esta visión integral de salud se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la equidad, la solidaridad, la autodeterminación, y la sostenibilidad.

- ❖ Lograr equidad requerirá disminuir o eliminar diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además se consideran injustas socialmente. Significa entonces, garantizar igual acceso de los ciudadanos a la información y a los servicios de salud, que el estado y la sociedad puedan mantener económicamente.
- ❖ La solidaridad en su dimensión nacional es expresión de aquellas relaciones a escala individual, familiar, comunitario y social dirigidas a fortalecer las redes de apoyo hacia el bien común, con relación a la salud,

esta incluye modalidades en las que una sociedad comparte y se hace responsable por el mantenimiento de la salud pública y de unidades de atención médica, lo que requiere un espíritu firme de solidaridad que demanda participación social y articulación intersectorial, involucrando a todos los actores de los diversos sectores con interés en salud.

- ❖ La autodeterminación es la expresión del derecho y del deber que tienen los países de definir soberanamente las políticas y estrategias que mejor convengan al desarrollo equitativo de la salud de sus pueblos; afirmando la autorresponsabilidad y dejando de lado los dictados, presiones y condicionamientos externos de cualquier orden.
- ❖ Por otra parte la sostenibilidad implicara poner en práctica estrategias para satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para cubrir sus propias necesidades, así como, garantizar los cambios resultantes de la aplicación de una estrategia renovada de salud que mantenga la vigilancia y flexibilidad de adaptación, a los elementos que tienden a impedirlo.

La viabilidad política de la renovación de SPT dependerá del grado de compromiso político de los gobiernos con el logro de los más altos niveles de salud y bienestar sostenible para la población, del espacio que el personal de salud tenga para articular argumentos de política en todos los niveles de acción y de la capacidad de la gente para exigir el cumplimiento de una agenda de salud que asegure su bienestar hoy y en el futuro.

En la aplicación de la estrategia de salud para todos en el siglo XXI resulta de importancia tener en cuenta determinados elementos esenciales para la transformación de la política en logros concretos.

- Este proceso requiere de una adecuada gestión pública mediante la cual, los asuntos sanitarios se hacen realidades en el contexto de la situación

económica, política, y social de cada país, con la participación y colaboración de los numerosos intereses y factores que influyen en la salud;

- La fijación de prioridades permitirá determinar los límites de acción y la más precisa asignación de los limitados recursos, teniendo en cuenta consideraciones técnicas, en particular la situación sanitaria y las necesidades de la población con un enfoque consultivo y participativo.
- Es necesario que se establezcan lazos de asociación entre múltiples niveles y sectores relacionados, que se conviertan en un componente primordial de la aplicación de la estrategia de SPT.
- Por otro lado se requiere una acción mundial y cooperación entre países que promueva un nivel más elevado de salud para todos y luche por
- La evaluación y seguimiento de los programas establecidos, constituyen un instrumento de gestión decisivo para estimar sus resultados, comparándolos con los objetivos propuestos y deben estar muy asociados con el análisis disminuir las desigualdades políticas y la formulación de recomendaciones. Para concluir dejar reafirmada la tesis de que la estrategia fundamental, desde el interior del sector salud, para asegurar la Salud para todos, lo constituye la atención Primaria de Salud que garantice cobertura y accesibilidad, capacidad resolutoria y pertenencia a un sistema de salud integrado que asegure la satisfacción de las necesidades de salud de nuestras poblaciones.

La comunicación

El aprendizaje de las técnicas de comunicación debe formar parte de la instrucción de todos los profesionales sanitarios, aunque en realidad resultan de gran ayuda para todas las facetas de nuestra vida: tanto familiar como profesional, de pareja o de amistad. Los técnicos de farmacia tratamos en nuestro trabajo con un elevado número de personas, sanas y enfermas, cada una con sus problemas, sus miedos y sus dudas. La forma en que nos comunicamos con ellas puede mejorar nuestros resultados laborales, lo que nos proporcionará una mayor satisfacción personal y profesional.

Hay personas que nacen con el don de la comunicación, personas especialmente dotadas en las habilidades sociales, que saben comunicar. Todos tenemos en

mente a personajes públicos que nos transmiten confianza. Debemos recordar que cualquiera de nosotros puede mejorar sus técnicas de comunicación con los conocimientos y el entrenamiento adecuados. Vamos a verlo.

El proceso de comunicación

La comunicación es el proceso mediante el cual se transmite una información para ser compartida. En educación sanitaria nuestro objetivo principal es transmitir información sobre hábitos preventivos para evitar enfermedades y ofrecer pautas para promover la salud. La intención de este proceso es que la información sea entendida, aceptada y produzca un efecto positivo en la persona que la recibe.

Tipos de comunicación

Podemos comunicarnos con nuestro interlocutor de dos maneras, de forma verbal y no verbal. Ambas son complementarias, y podemos apoyarnos en ellas para conseguir que nuestro mensaje llegue al receptor en óptimas condiciones. Vamos a ver cómo funcionan para utilizarlas adecuadamente.

Comunicación verbal

Es la que transmitimos a través del lenguaje, que puede ser escrito u oral. El lenguaje elaborado es una de las características que nos diferencia de los animales, y es el instrumento más importante que tenemos para expresarnos.

Hablar, escribir, escuchar y leer son formas de comunicación verbal.

- **La comunicación escrita** la encontramos, por ejemplo, en los folletos informativos, son los más efectivos para informar a un determinado grupo de personas sobre algo puntual.

La comunicación oral es la que establecemos a través de la palabra hablada y que, para que sea más efectiva, apoyamos en la comunicación no verbal.

Productos de los equipo de salud

. Los principales productos que se enumeran a continuación deber ser obtenidos por los equipos de salud del primer nivel para alcanzar resultados de impacto institucional e impacto social, por tanto son parámetros para la evaluación de desempeño.

- Organización comunitaria/comité de salud local funcionado y en el que se evidencie planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud para controlar problemas prioritarios de la zona de cobertura.
- Comités de usuarios/as, comités o grupos de adultos mayores, diabéticos, juveniles, personas con discapacidad organizados, funcionando con planes de intervención, estos grupos se conformarán de acuerdo a la realidad y prioridades locales.
- Diagnóstico situacional inicial y diagnósticos dinámicos para la priorización de problemas de salud comunitario, familiar e individual.
- Salas situacionales implementadas y actualizadas de manera periódica con participación de la comunidad.
- Planes de salud local formulados de acuerdo a la normativa y herramientas de planificación establecidas por el MSP, informe de implementación, monitoreo y evaluación de los mismos que permitan evidenciar los resultados institucionales y de impacto social.
- Conjunto de prestaciones integrales dirigidas al individuo, familia y comunidad implementados en la unidad operativa de acuerdo a las normas de atención del MSP. Incluye actividades intra y extramurales.
- Compromisos de gestión.
- Acciones en salud Monitoreadas y Evaluadas por el equipo de promotores de la salud.

9.2.2.2 Las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) según el Ministerio de Salud de Ecuador

Las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición 3 o más veces al día de heces sueltas o líquidas.

Las diarreas son más frecuentes en invierno debido a que el clima favorece la proliferación de bacterias que las provocan. Con las altas temperaturas, aumenta el riesgo de deshidratación. Por eso en caso de diarrea es importante acudir al médico y no automedicarse, y a su vez descartar todo tipo de amenazas como el cólera u otras enfermedades que ocasionan las diarreas.

9.2.2.3 Tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, como en el caso del cólera.
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería;
- y la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

La diarrea suele durar varios días y de acuerdo a su frecuencia puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia. La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos.

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2009) menciona que: “Los niños malnutridos o inmuno deprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales. De hecho, las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa a nivel mundial de muerte de niños menores de cinco años”.

9.2.3 Medios de transmisión

Los variados agentes infecciosos causantes de la diarrea se transmiten habitualmente por la vía fecal-oral (es decir, a través de la ingesta de agua o

alimentos contaminados con materia fecal, o mediante la contaminación directa de las manos u objetos utilizados diariamente.)

Existen diversos aspectos que pueden facilitar la transmisión de las enfermedades que la provocan:

9.2.3.1 Infección: La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, virales y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas son los rotavirus y la bacteria *Escherichiacoli*.

9.2.3.2 Malnutrición: Los niños que la padecen son más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa mundial de malnutrición en niños menores de cinco años.

9.2.3.3 Fuente de agua: El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

9.2.3.4 Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego. También pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco provenientes de aguas contaminadas.

9.2.4 Tratamiento

Entre las medidas básicas existentes para atacar la enfermedades diarreicas cabe indicar las siguientes:

- **Solución de sales de rehidratación oral (SRO):** en caso de no existir deshidratación o de que ésta sea moderada, o **fluidos intravenosos** en caso de deshidratación severa o estado de shock. Las SRO son una mezcla de agua segura, sal y azúcar, que se absorben en el intestino delgado y reponen rápidamente el agua y los electrolitos perdidos en las heces.

- **Complementos de zinc:** los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.

- **Alimentos ricos en nutrientes:** el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos —incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida — durante los episodios de diarrea, y una vez que los niños están sanos.

Acuda inmediatamente al centro de salud más cercano: principalmente cuando se trata de niños menores de 5 años o personas con enfermedades crónicas, ya que la diarrea produce una deshidratación que puede cobrar la vida del infante o del adulto enfermo.

9.2.5 Medios de prevención

Los agentes infecciosos causantes de la diarrea son alrededor de 20 y se transmiten habitualmente por la vía fecal-oral (es decir, a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados con materia fecal, o mediante la contaminación directa de las manos u objetos utilizados diariamente.)

La falta de higiene, la ingestión de agua y alimentos contaminados son las vías por medio de las cuales se adquieren estas infecciones.

1) Consumir sólo agua potable o hervida. Si no se cuenta con agua de red, colocar 2 gotas de cloro por cada litro de agua o hervirla durante 3 minutos, tanto sea agua para beber, lavarse las manos o los dientes, cocinar o lavar las verduras y frutas. La Agencia de Protección Ambiental de EE.UU dice: que el agua hirviendo es la manera más efectiva y exhaustiva para obtener agua limpia. Si estás cerca o al nivel del mar, la agencia aconseja llevar el agua a ebullición durante al menos un minuto.

2) Lavarse cuidadosamente las manos con agua y jabón, o utilizar un desinfectante de manos después de ir al baño, de cambiarle los pañales al bebé, y antes de comer o manejar los alimentos.

3) Lavar frutas y verduras con agua potable. Si se van a consumir crudas, dejarlas en un recipiente en agua con un chorrito de lavandina durante 10 minutos y luego enjuagarlas muy bien con agua segura.

4) Consumir únicamente alimentos bien cocidos o fritos, preparados higiénicamente. No consumir pescados o mariscos crudos, ni alimentos elaborados en la vía pública.

5) Mantener los alimentos bien tapados y refrigerados, ya que los microorganismos pueden ser transportados por insectos o por el polvo, y se multiplican con rapidez, especialmente en épocas de calor.

6) Alimentar al niño con leche materna durante los primeros 6 meses de vida. Entre las múltiples ventajas de la leche materna está la de proporcionar defensas contra las infecciones gastrointestinales.

7) Lavar adecuadamente los biberones. Éstas constituyen un excelente medio de cultivo para las bacterias causantes de la diarrea, por lo que es importante desechar todo resto de alimento que quede en ellas, lavarlas cuidadosamente con agua segura y jabón o detergente. También es recomendable esterilizarlas periódicamente, hirviéndolas durante unos 5 minutos en un recipiente con abundante agua.

8) Utilizar baños, letrinas o cualquier otro medio que garantice el aislamiento de las excretas.

Las principales medidas para prevenir la diarrea en bebés y niños, son:

- Prolongar la lactancia materna al menos durante los 6 primeros meses de vida del infante.
- Mantener las manos limpias (tanto de los niños como de los adultos que los cuidan).
- Lavar y hervir los biberones cada vez que sean utilizados.
- Utilizar baños o letrinas.
- Desechar los pañales descartables en bolsas bien cerradas.
- Desechar la materia fecal de los pañales de tela en baños o letrinas, y lavar bien los pañales con agua y jabón.

9.2.6 Cómo actuar ante la presencia de diarrea

- Consultar al médico o acudir a un centro de salud lo antes posible.
- Administrar líquidos abundantes para prevenir la deshidratación.
- En caso de bebés y niños pequeños, no interrumpir nunca la lactancia.

Parte pertinente a la Constitución Política del Ecuador.

Sección cuarta - De la salud

Art. 42.- El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.

Art. 43.- Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos. Los servicios públicos de atención médica, lo serán para las personas que los necesiten. Por ningún motivo se negará la atención de emergencia en los establecimientos públicos o privados. El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social. Adoptará programas tendientes a eliminar el alcoholismo y otras toxicomanías.

Art. 44.- El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Art. 45.- El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector. Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

Art. 46.- El financiamiento de las entidades públicas del sistema nacional de salud provendrá de aportes obligatorios, suficientes y oportunos del Presupuesto General del Estado, de personas que ocupen sus servicios y que tengan capacidad de contribución económica y de otras fuentes que señale la ley. La asignación fiscal para salud pública se incrementará anualmente en el mismo porcentaje en que aumenten los ingresos corrientes totales del presupuesto del gobierno central. No habrá reducciones presupuestarias en esta materia.

PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2013-2017

Objetivo 3.

Mejorar la calidad de vida de la población.

Política y Lineamiento

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

3.2.1 Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.

9.3 POSTURA TEÓRICA

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Está dirigido al personal de salud de los establecimientos de los centros de salud y en particular del Hospital León Becerra de Milagro; y en esta investigación se ha incorporado las directrices y herramientas, como prioridades para la promoción de la salud.

Prioridades para la promoción de la salud

- Promover la responsabilidad social por la salud pública.
- Aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud.
- Consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud.
- Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo
- Consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Según las prioridades en cuanto a promoción de salud como está especificado anteriormente en cuanto a promover la responsabilidad social por la salud pública; en donde se procura hacer efectiva la labor del promotor y propender a hacer participativo al paciente haciéndolo responsable de su propia condición en cuanto a salud.

La única forma de ampliar las capacidades de las comunidades y empoderar al individuo de ello es mediante la comunicación; y a su vez proveyéndole a los promotores de salud en su función de organizar a la comunidad los esquemas o formularios necesarios; con el fin de mejorar su participación activa en la identificación, priorización de problemas, necesidades de salud y su contribución a la prevención de la enfermedades diarreicas agudas y que establezca una eficiente recolección de información y control de su actividad; con la llenada de diferentes formularios y un manual informativo que haga superflua su actividad de promoción.

ENFOQUES DE LA PROMOCIÓN DE SALUD A TENER EN CUENTA SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.

- a. **INTERCULTURALIDAD.-** Tomar en cuenta las concepciones en cuanto a sus costumbres.
- b. **EQUIDAD EN LA SALUD.-** Busca la igualdad de oportunidades para todas las personas, para así poder desarrollarse y mantener su salud. (acceso justo a recursos sanitarios).
- c. **COMPLEMENTARIEDAD HOMBRE Y MUJER.-** Formando la igualdad de derechos modificando estrategias en general (que afecta a su desarrollo humano).
- d. **CICLO DE VIDA.-** Reconoce las particularidades que permitir responder en forma integral a las necesidades.
- e. **DESARROLLO DE CIUDADANIA PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO EN SALUD.-** Proceso por el cual los grupos sociales e individuales asumen y expresan sus necesidades de salud y participación en la planificación de estrategias para hacer frente a esto.

Los promotores de salud tiene una misión relevante dentro de los centros de salud y es la de orientar a la comunidad teniendo en cuenta sus costumbres o formas de vida comunitaria; por lo cual deben adaptar sus programas de acuerdo a la infraestructura en cuanto a constitución de viviendas, servicios básicos requeridos por lo que se convierten en intermediarios entre el Gobierno y las comunidades llevándoles sus necesidades en cuanto a infraestructura sanitaria requieran y así juntamente con la comunidad cooperar y generar un desarrollo, participación y empoderamiento en salud; comunicando efectivamente sobre las acciones que requieren emprender para el bien colectivo, haciéndoles hombre y mujeres conscientes de su desarrollo humano.

Programas dirigidos a la población general

Están localizados en los principales ámbitos donde se desarrolla la educación para la salud (como hemos visto en la unidad anterior): familia, escuela, centros de

trabajo, centros de asistencia primaria, hospitales y, de manera muy importante en las comunidades con mayor incidencia de las enfermedades diarreicas agudas,

Los programas pueden estar diseñados para la población general en su conjunto, o bien para colectivos específicos que forman parte de esta población, como por ejemplo niños, mujeres, adolescentes o personas mayores:

- **Infancia:** en los programas infantiles deben participar pedagogos y maestros, que son los que mejor conocen sus conductas y la manera de interactuar con ellos. Los niños constituyen el primer eslabón para comenzar la educación para la salud.

- **Mujeres:** su papel en la maternidad y en la familia les convierte en un colectivo muy importante. La OMS, por ejemplo, se centra en ellas en los programas que lleva a cabo en los países más desfavorecidos, porque allí las mujeres tienen un papel destacado en la promoción de los hábitos de higiene y salud, y es a través de ellas como se consigue llegar al resto de la población.

- **Adolescentes:** después de la escuela se debe seguir la educación de este colectivo, ya que muchas veces se exponen a situaciones de riesgo debido a factores propios de la edad, como la rebeldía o la búsqueda de nuevas experiencias.

- **Personas mayores:** a medida que envejecemos van surgiendo problemas de salud, que pueden prevenirse o mejorar mediante cambios adecuados en la alimentación o realizando ejercicio físico, por ejemplo.

Programas dirigidos a población enferma

Además de las campañas orientadas a la población general, o parte de ella, también existen programas dirigidos a enfermos, en los que participan los promotores de salud, y quienes desempeñan un papel fundamental. También debemos recordar que cada enfermedad genera unas necesidades diferentes. Los

grupos de población enferma con los que trabajamos en el hospital León Becerra de Milagro son:

- Enfermos crónicos: personas con trastornos mentales, diabéticos, hipertensos o celíacos, por ejemplo. Todos necesitan una educación con pautas concretas para su problema que deben seguir, por lo general, a lo largo de su vida.
- Enfermos agudos: sufren males que tienen un tiempo de actuación muy puntual. Ejemplos de este tipo son, por ejemplo, los casos de resfriados y gripe en invierno, disenterías especialmente en niños de sectores suburbanos y rurales.
- Familiares de enfermos: en muchos casos estas personas desempeñan un papel básico (pensemos en los enfermos sin movilidad, demencias seniles o casos de alzhéimer), por lo que la formación de estos familiares es imprescindible para la salud del enfermo.

10. HIPÒTESIS

10.1 HIPÒTESIS GENERAL O BASICA

El plan comunitario y de promoción de salud permitirá incrementar el conocimiento y práctica de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.

10.2 SUBHIPOTESIS O DERIVADAS

- ❖ Los hábitos de vida que tienen las familias afectan directamente al incremento de casos de disentería en niños menores de 5 años de la zona de influencia del Hospital León Becerra.
- ❖ Los programas de prevención que realiza el personal de salud del Hospital no han sido suficientes ni consistentes para contrarrestar el impacto de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) actualmente.

- ❖ El conocimiento de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad no es el adecuado por lo que se requiere implementar estrategias para su correcta comunicación.
- ❖ El diseño de un plan comunitario de prevención y promoción como estrategia de prevención para promotores de salud logrará disminuir las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños menores de 5 años de edad del sector de influencia del Hospital León Becerra de Milagro.

VARIABLES

- ❖ Variable Independiente

Plan comunitario y de promoción de salud

- ❖ Variable Dependiente

Las enfermedades diarreicas agudas

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES O CATEGORIAS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>El plan comunitario y de promoción de salud permitirá incrementar el conocimiento y práctica de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.</p>	<p>Variable Independiente: Plan comunitario y de promoción de salud</p>	<p>Políticas de Salud</p> <p>Promoción de la Salud</p>	<p>Conocimiento Educación Capacitación</p>	<p>Observación.</p> <p>Entrevista.</p> <p>Encuesta.</p>
	<p>Variable Dependiente: Las enfermedades diarreicas agudas</p>	<p>Tratamiento</p> <p>Prevención</p>	<p>Programas de desarrollo comunitario</p>	

11.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

11.1 MODALIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación la considero de carácter cualitativo, porque trata de desarrollar estrategias de salud para adaptarlas al trabajo comunitario para disminuir la incidencia de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años de las familias aledañas a la zona de influencia del Hospital León Becerra de la ciudad de Milagro. Pero podemos considerarla además por sus características como una investigación de campo, porque se trata de obtener información del área de influencia es decir de los pacientes con síntomas de enfermedades diarreicas, así como del personal del área de salud, madres o quienes estén al cuidado de los infantes de entre 0-5 años de edad.

11.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Por el lugar y las fuentes:

Investigación de campo: Porque se realiza en el lugar, teniendo contacto con los gestores del problema, lo que sirvió de fuente de información para obtener los datos.

Bibliográfica: La investigación se basará en consultas de libros, revistas científicas, internet cuyos autores se encuentran inmersos en el desarrollo de los temas necesarios para la elaboración del presente trabajo.

Por el nivel de estudio:

Investigación Descriptiva: porque se analizaran las causas por las cuales los niños menores de 5 años son propensos a enfermedades diarreicas y los factores de riesgos a los que están expuestos, analizando las condiciones de vida en las cuales están, de modo que se determinaran las maneras idóneas de difundir y concienciar a la población a la utilización de estrategias para conservar la salud de los más pequeños y vulnerables a dicha enfermedad.

Factible: Consiste en la elaboración de una propuesta que de un modelo operativo viable o una solución posible a este problema de tipo práctico.

11.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

11.3.1 Población.

La población o universo con el cual se trabajó la conformarán el personal dela salud, las madres de familia o quien este al cuidado de los niños menores de 5 años del sector de influencia del Hospital León Becerra; 12 enfermeras que se encuentran laborando en el área de Salud.

3.2 Muestra.

$$n = \frac{N}{(E)^2 (N - 1) + 1}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra =?

N = población a investigarse = 179

E = índice de error máximo admisible = 0.05

Si se reemplazan los valores en la fórmula tendremos lo siguiente:

DESARROLLO DE LA FORMULA

N

$$n = \frac{N}{(E)^2 (N - 1) + 1}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra = ?

N = población a investigarse = 179

E = índice de error máximo admisible = 0.05

Si se reemplazan los valores en la fórmula tendremos lo siguiente:

$$n = \frac{179}{(0.05)^2 (179 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{179}{0.0025 (179 - 1) + 1}$$

$$n = \frac{179}{1,445}$$

n = 123,88 MUESTRA = 124 madres o representantes de los niños menores de 5 años.

PERSONAS	MUESTRAS
MADRES O REPRESENTANTES	124
ENFERMERAS AREA DE SALUD	12
DIRECTORA DEL Dpto. de Promotores de Salud	1
TOTAL	137

11.4 METODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

11.4.1 Método Histórico Lógico

La aplicación de este método porque permitirá descubrir el desarrollo de un material de cuidados para el desarrollo de las intervenciones centrándome en sus aspectos fundamentales y específicos.

El procedimiento Histórico: Estuvo relacionado con el estudio de las políticas de salud en el control de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del Hospital León Becerra de Milagro para establecer una propuesta alternativa que disminuya la problemática o contribuyan a fortalecer la atención brindada a la comunidad.

Lo lógico y lo histórico se complementaron y se vincularon mutuamente. Para descubrir cuidados e intervenciones específicas, el método lógico se basó en los datos que proporciona el método histórico, de manera que no constituyo un simple razonamiento especulativo. De igual modo lo histórico no se limitó a describir

hechos, también la lógica objetiva del desarrollo histórico del objeto de la investigación.

Método Hipotético-Deductivo

Se aplica este método en la presente investigación, para conocer, que a través de la hipótesis planteada, se demuestre como el desarrollo de programas comunitarios contribuye a mantener una vida saludable en los niños en edad en riesgo. A través de la deducción de los resultados obtenidos.

Método Inductivo- deductivo

La inducción se la utiliza como una forma de razonamiento por medio de la cual pasamos de los conocimientos particulares a un conocimiento más general, que refleje lo que hay de común en los ciudadanos e intervenciones.

La deducción fue la forma de razonamiento, en el cual un conocimiento general a otro de menor generalidad. En este caso, comprender las razones por las cuales sigue en aumento de casos de niños con enfermedades diarreicas agudas.

Método descriptivo

Se usó este método en la investigación para clasificar y ordenar estadísticamente los datos conseguidos facilitando la interpretación de los mismos.

11.4.2 Técnicas e Instrumentos

Para recolectar los datos se aplicaron las siguientes técnicas:

ENCUESTA :

Estuvo orientada a la recolección de información de las madres o responsables del cuidado de los niños menos de 5 años, personal de salud.

ENTREVISTA:

Estuvo dirigida al Directora del Dpto. de Promotores de Salud Lic. Jenny Martínez Iglesias del Hospital.

CUADRO GENERAL DE MUESTRAS UNIFICADAS

N0.	PERSONAL	MUESTRA	%
1	Madres responsables	124	90,51
2	Directora del Dpto. de Promotores de Salud	1	0,73
3	Personal del área de salud	12	8,76
	TOTAL	137	100

12.- RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACIÓN

12.1 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS DIRIGIDAS A MADRES DE FAMILIA RESPONSABLES DEL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

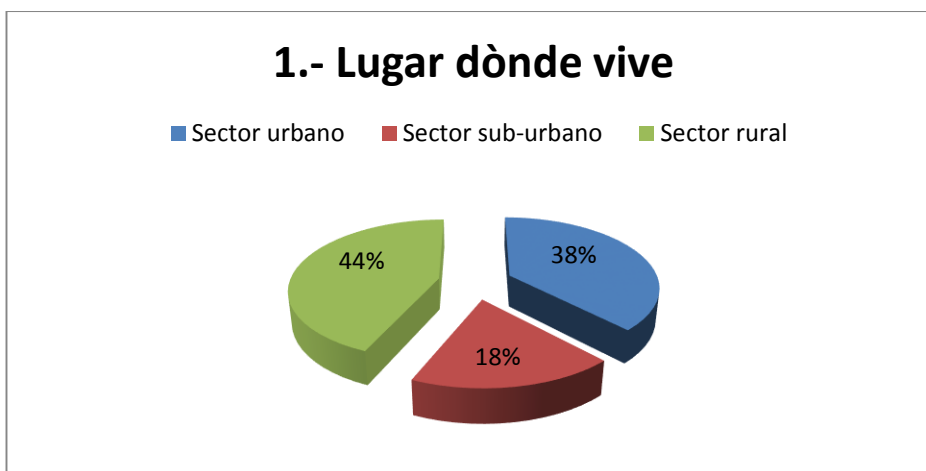
El siguiente cuestionario de preguntas permitirá al personal del área de Salud del Hospital León Becerra de Milagro, obtener información que favorezca el mejoramiento de la atención hospitalaria a niños con enfermedades diarreicas a fin de mejorar la salud y ayudar a prevenirla.

1.- Datos Generales:

TABLA # 1. - LUGAR DONDE VIVE

Sector urbano	47
Sector sub-urbano	23
Sector rural	54

GRÀFICO # 1



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

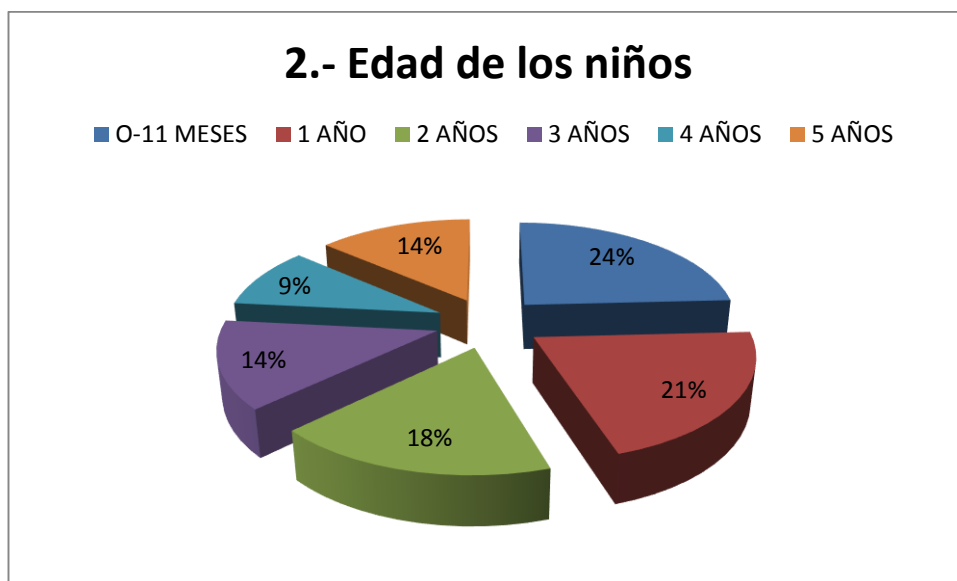
El 44% de las madres o representantes encuestadas son del sector rural, un 38% del sector urbano y un 18% del sector suburbio.

2.- Edad de los niños.

TABLA # 2

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
O-11 MESES	30	24%
1 AÑO	26	21%
2 AÑOS	22	18%
3 AÑOS	17	14%
4 AÑOS	12	9%
5 AÑOS	17	14%
TOTAL	124	100%

GRÀFICO # 2



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación

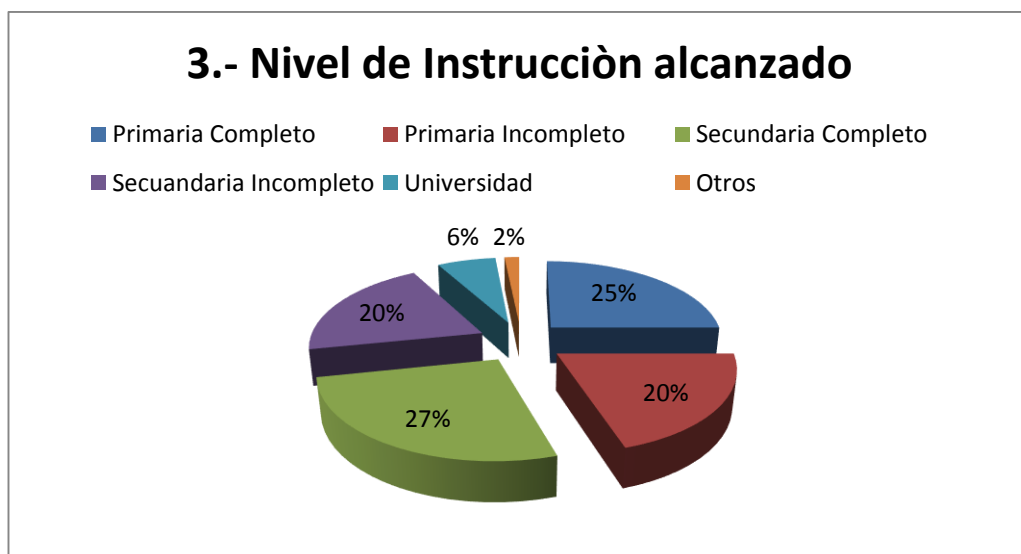
El promedio de edades de los niños atendidos en un 24% tienen de 0 a 11 meses, 21% tienen 1 año, un 18% tienen hasta 2 años de edad, un 28% tienen 3 y 5 años, y el 9% tienen 4 años.

3.-Nivel de instrucción alcanzado:

TABLA # 3

Instrucción	Cantidad	Porcentaje
Primaria Completo	31	25%
Primaria Incompleto	25	20%
Secundaria Completo	33	27%
Secundaria Incompleto	25	20%
Universidad	8	6%
Otros	2	2%
	124	100%

GRÀFICO # 3



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación

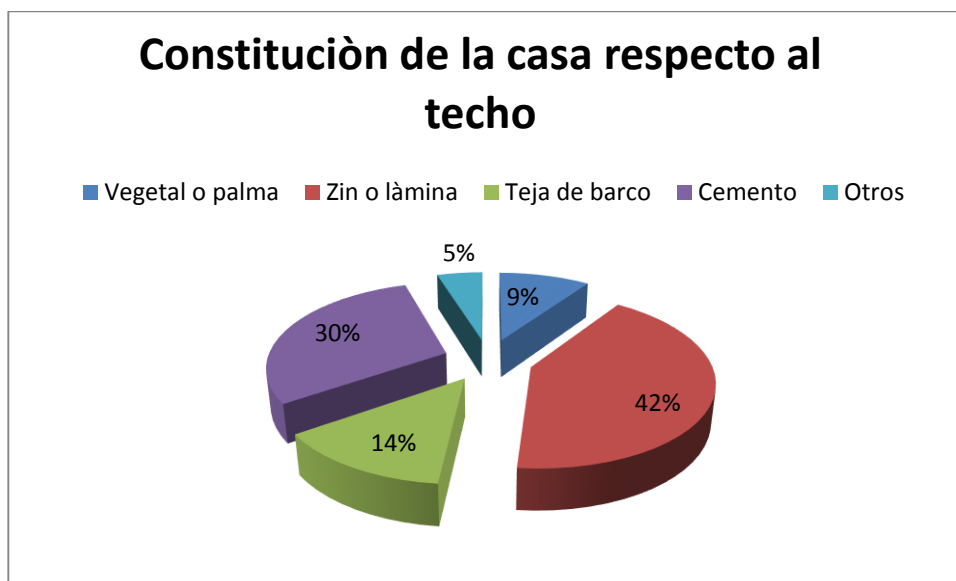
Un 27% de los encuestados tienen la secundaria completa, un 25% han alcanzado la primaria completa, un 20% tienen la primaria incompleta, otro 20% tienen la secundaria incompleta, un 6% cursan la universidad y un 2% tienen otro tipo de estudio; lo que confirma de que existe un alto índice de personas sin estudios básicos lo que dificulta el canal de comunicación o la hace altamente efectiva.

4.- La casa dónde vive tiene:

TABLA # 4

Techo	Cantidad	Porcentaje
Vegetal o palma	12	9%
Zinc o lámina	52	42%
Teja de barco	17	14%
Cemento	37	30%
Otros	6	5%
Total	124	100%

GRÀFICO #4



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

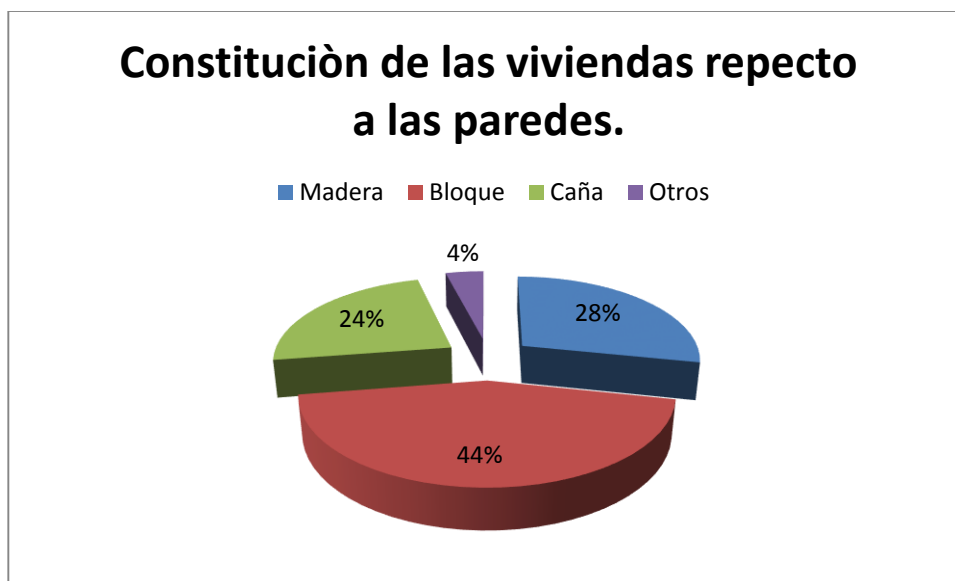
Con respecto a la constitución de las viviendas que representa también uno de los factores de salubridad que agudiza el problema de la enfermedades diarreicas; un 42% de las viviendas tienen techo de zinc, un 30% de cemento, un 14% de teja de barco, un 9% de vegetal, y un 5% de otros materiales.

5.- Constitución de las viviendas respecto a las paredes.

TABLA # 5

Pared	Cantidad	Porcentaje
Madera	35	28%
Bloque	55	44%
Caña	29	24%
Otros	5	4%
Total	124	100%

GRÀFICO #5



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

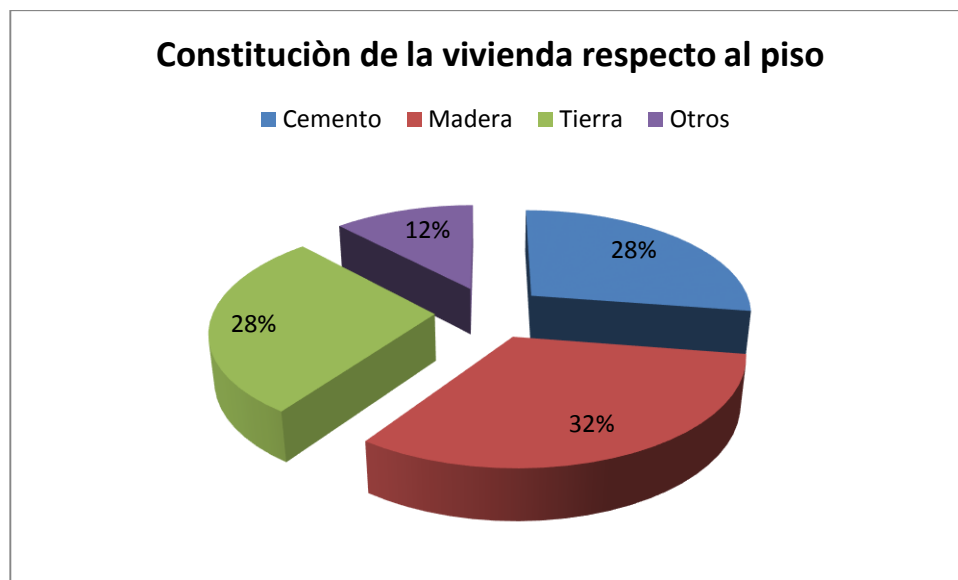
En cuanto a la constitución de las paredes, un 44% son de bloque, un 28% de madera, un 24% de caña, y un 4 % de otro tipo de materiales.

6.- Constitución de la vivienda respecto al piso

TABLA # 6

Piso	Cantidad	Porcentaje
Cemento	34	28%
Madera	40	32%
Tierra	35	28%
Otros	15	12%
Total	124	100%

GRÀFICO # 6



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

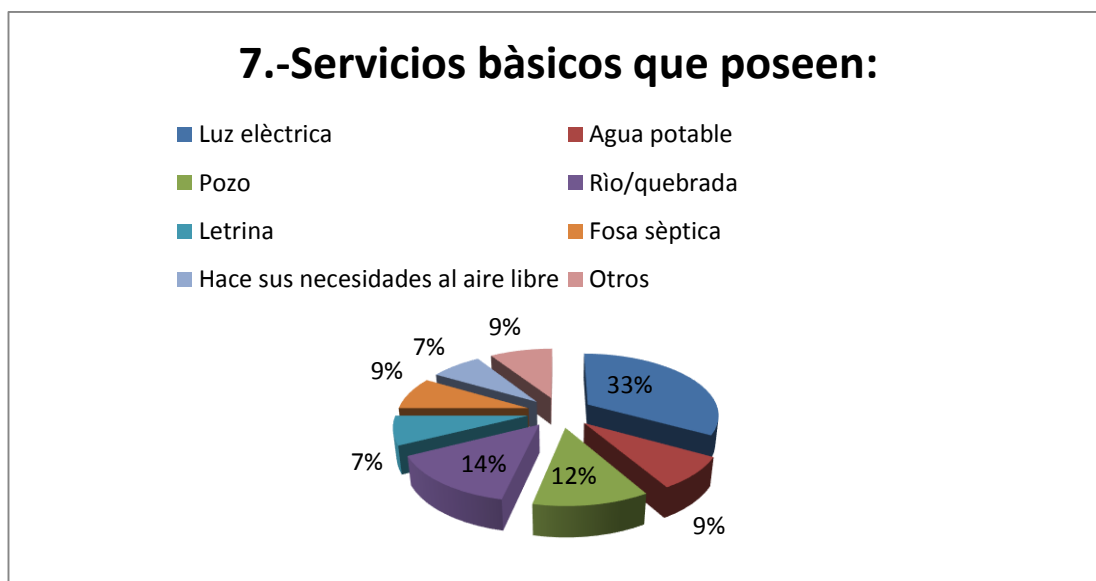
En cuanto al piso el 32% es de madera, un 28% es de cemento y otro 28% es de tierra, y un 12% de otro tipo; en general la constitución de las viviendas no son las más idóneas para conservar la salud y prevenir las enfermedades diarreicas.

7.- Los servicios básicos que posee son:

TABLA # 7

Luz eléctrica	98	33%
Agua potable	25	9%
Pozo	35	12%
Río/quebrada	42	14%
Letrina	22	7%
Fosa séptica	25	9%
Hace sus necesidades al aire libre	22	7%
Otros	27	9%

GRÀFICO # 7



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

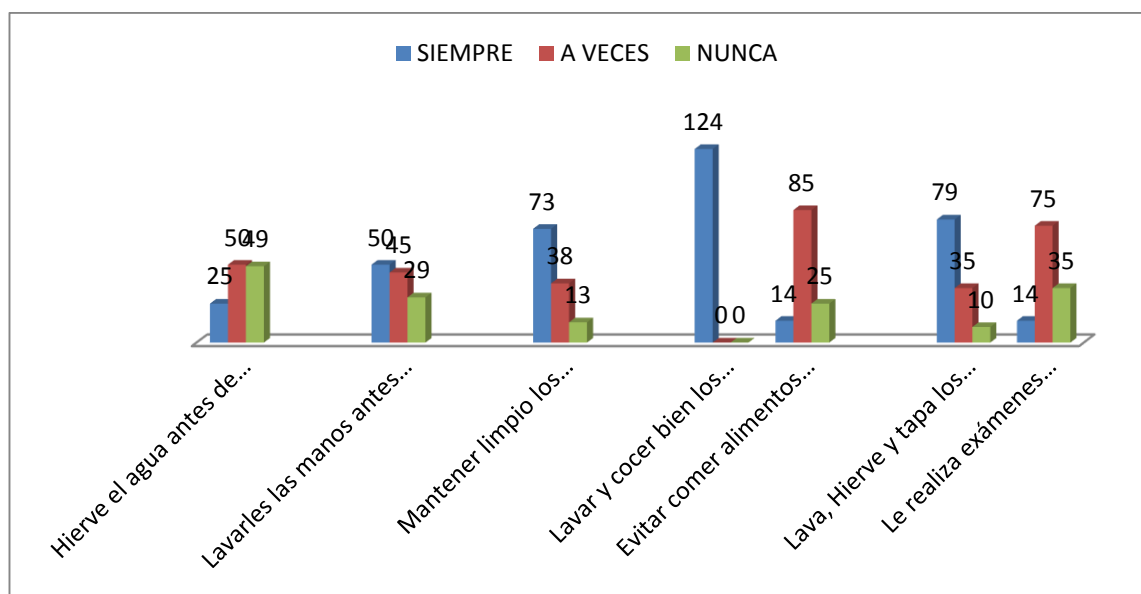
Referente a los servicios básicos que poseen un 33% tiene luz eléctrica, un 9% agua potable, un 12% agua de pozo, un 9% fosa séptica, un 7% letrina, un 7% hace sus necesidades al aire libre y un 14% tiene agua proveniente de ríos o quebradas, lo que confirma que el problemas de las EDAS son por la insuficiencia de servicios básicos como el agua, pozos sépticos y energía eléctrica.

8.- ¿Cómo cuida usted a su hijo o representado para no enfermar de diarrea?

TABLA # 8

ACCIONES DE SALUBRIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Hierve el agua antes de tomarla	25	50	49
Lavarles las manos antes de comer	50	45	29
Mantener limpio los lugares donde frecuentan los niños	73	38	13
Lavar y cocer bien los alimentos antes de ingerirlos	124	0	0
Evitar comer alimentos preparados en la calle	14	85	25
Lava, Hierve y tapa los biberones antes y después de utilizarlos	79	35	10
Le realiza exámenes parasitológicos	14	75	35

GRÁFICO # 8



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

Este cuadro hace referencia a los cuidados que tienen las personas para prevenir contraer enfermedades diarreicas de sus hijos o representados; un 40% de los encuestados nunca hierve el agua, otro 40% lo hace casi siempre y un 20% lo hace siempre; un 40% siempre se lava las manos antes de comer, el 36% lo hace casi siempre y un 24% nunca; con respecto a la limpieza de los lugares donde pasan los niños un 59% lo realizan siempre, un 30% casi siempre, y un 11% nunca; en cuanto a la preparación de alimentos un 100% aducen hacerlo; un 69% casi siempre comen alimentos preparados en la calle, un 20% nunca lo hacen, y un 11% siempre; en cuanto al cuidado de los biberones un 64% siempre lo hace, un 28% casi siempre y un 8% no lo hacen; en cuanto a la realización de exámenes un 60% casi siempre se hacen exámenes parasitológicos, un 28% no lo hacen y un 12% lo hacen siempre.

9.- Conoce usted los servicios de salud que están en su comunidad?

TABLA # 9

	Cantidad	Porcentaje
SI	40	32%
NO	84	68%

GRÀFICO # 9



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

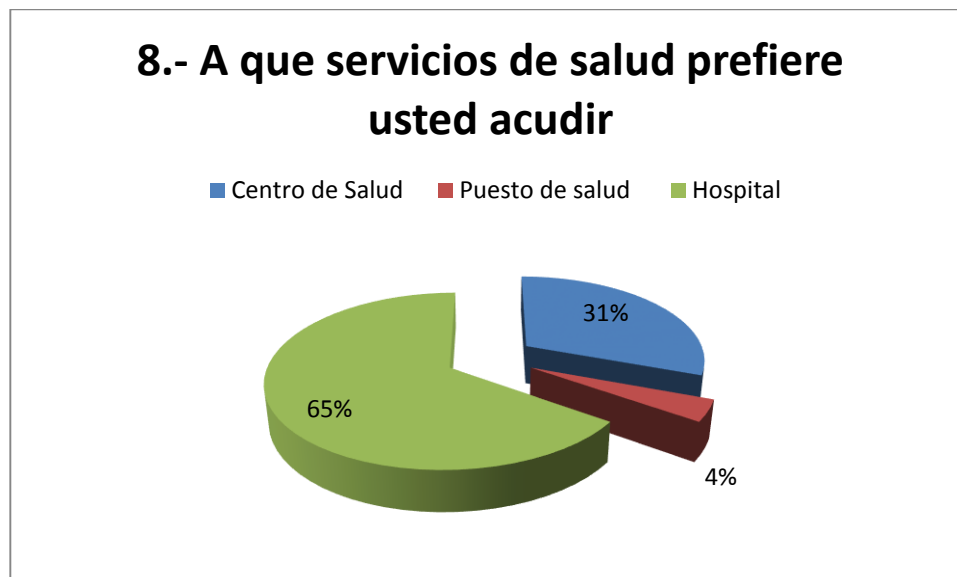
Un 68 % dicen no conocer sobre los servicios de salud que existen en su comunidad, y un 32% si lo conocen; lo que hace notar la poca o nula comunicación con respecto a la promoción de los servicios de salud cercanos.

10.- A qué servicios de salud prefiere usted acudir?

TABLA # 10

	Cantidad	Porcentaje
Centro de Salud	38	31%
Puesto de salud	5	4%
Hospital	81	65%
Total	124	100%

GRÀFICO # 10



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

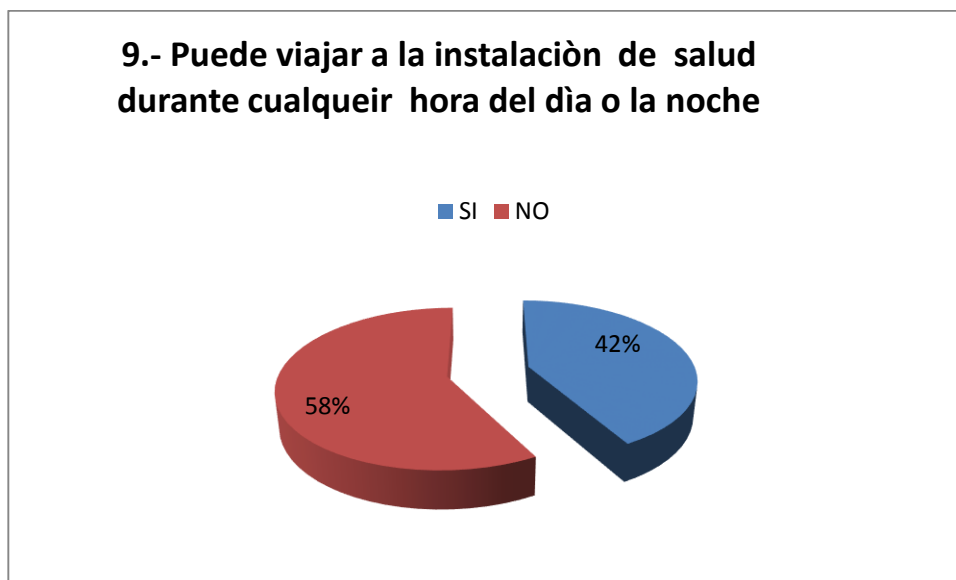
En cuanto a los servicios de salud que los encuestados prefieren acudir tenemos que el 65% tiene preferencia a los Hospitales, un 31% los Centros de Salud cercanos o comunitarios y un 4% los puestos de salud.

11.- Puede viajar a la instalación de salud durante cualquier hora del día o la noche?

TABLA # 11

	Cantidad	Porcentaje
SI	52	42%
NO	72	58%

GRÁFICO # 11



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

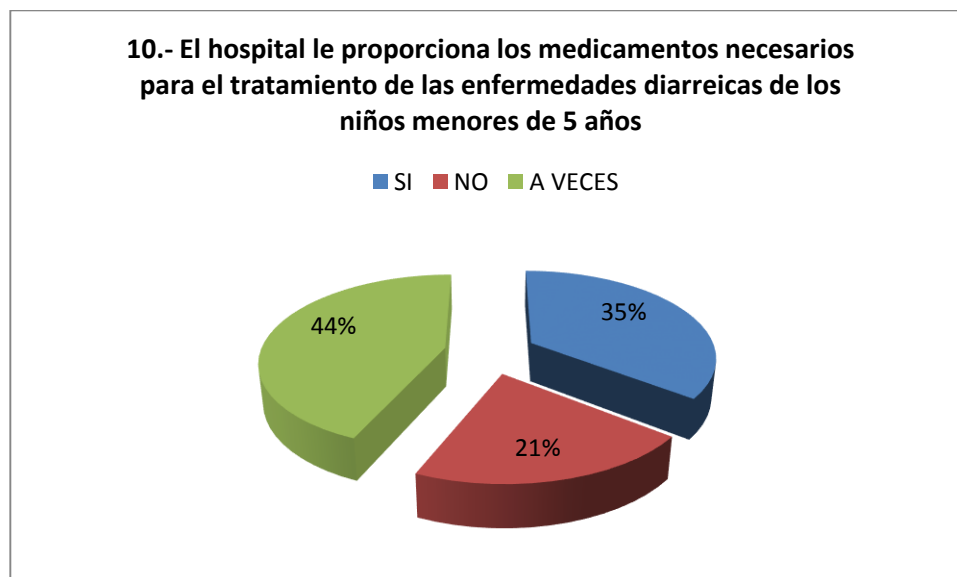
El 58% de los encuestados no puede viajar a cualquier hora del día o noche hacia los centros de salud cuando la situación lo amerite puesto que por ser parte del sector rural la transportación es muy difícil conseguirla; entre tanto que un 42% si tiene acceso.

12.- El hospital proporciona los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades diarreicas de los niños menores de 5 años.

TABLA # 12

	Cantidad	Porcentaje
SI	44	35%
NO	26	21%
A VECES	54	44%
Total	124	100%

GRÀFICO # 12



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

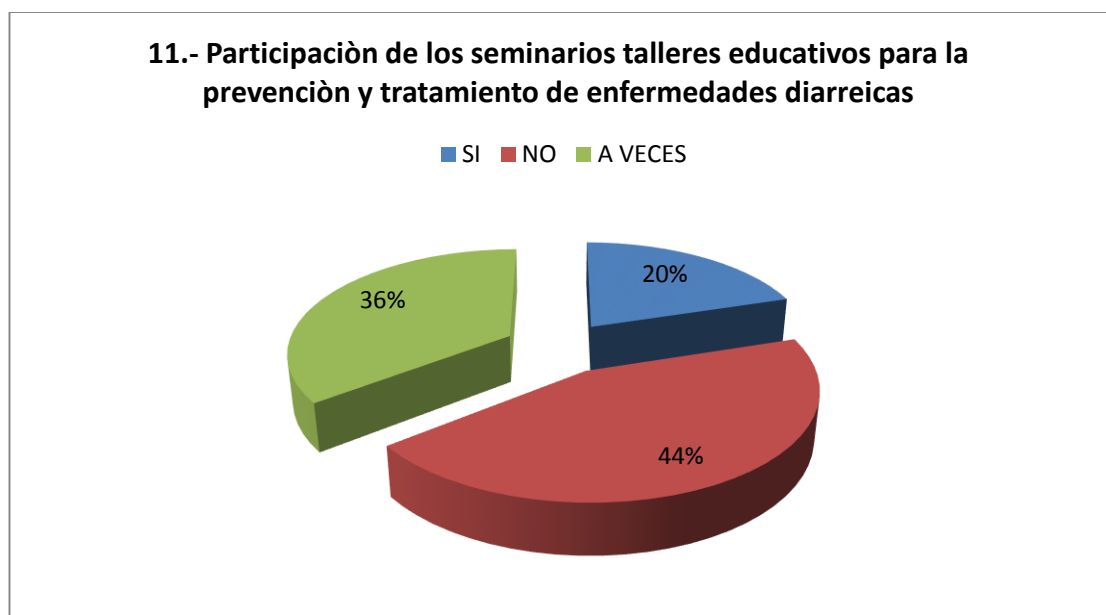
Un 44% de los encuestados aducen que a veces el hospital les proporciona los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades diarreicas, mientras que un 35% dicen hacerlo siempre y un 21% dicen nunca recibir las medicinas correspondientes para dicho tratamiento, lo cual es preocupante debido al incremento de los casos de esa índole.

13.- Ha participado de los seminarios talleres educativos para la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas?

TABLA # 13

	Cantidad	Porcentaje
SI	25	20%
NO	55	44%
A VECES	44	36%
Total	124	100%

GRÀFICO # 13



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretaciòn:

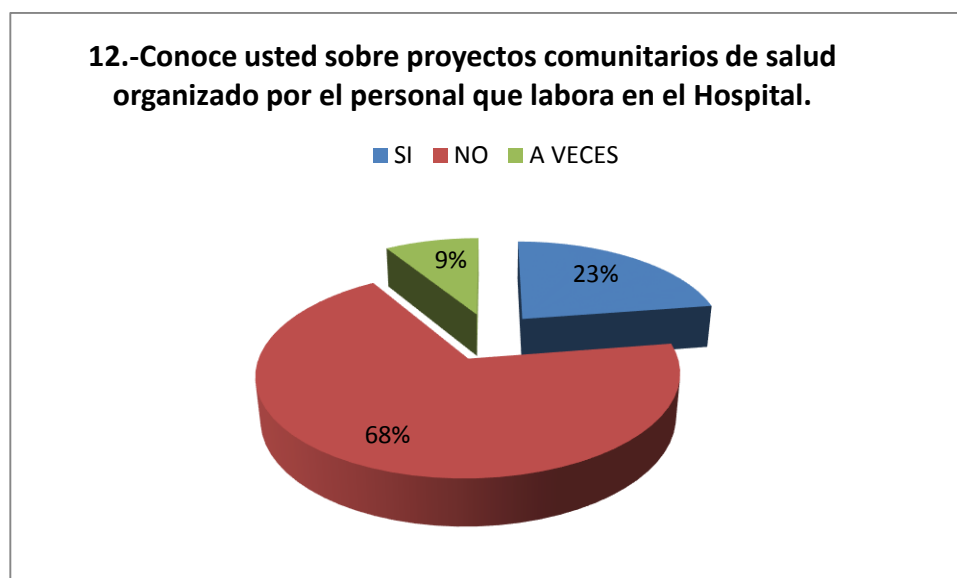
Un 20% considera que Si a participado de seminarios, talleres sobre prevenciòn de las EDAS, sin embargo existe un elevado porcentaje que no lo ha hecho en un 44% y un 36% que lo ha realizado a veces; lo que hace notar que es necesario practicas comunitarias activas y comunicativas para ejercer prevenciòn de tal enfermedad.

14.- Conoce usted sobre proyectos comunitarios de salud organizado por el personal que labora en el Hospital?

TABLA # 14

	Cantidad	Porcentaje
SI	25	23%
NO	85	9%
A VECES	11	9%
Total	124	100%

GRÀFICO # 14



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

Un 68% de los encuestados no conocen acerca de los proyectos comunitarios que el Hospital realiza con el personal adecuado para ello, un 23% si tienen conocimiento y un 9% dicen a veces haber sido participe de ello; lo que afirma la necesidad de proyectos comunitarios comunicacionales que sirvan para educar y prevenir a la comunidad sobre las afecciones de las EDAS y sus efectos en la salud, en especial de los niños.

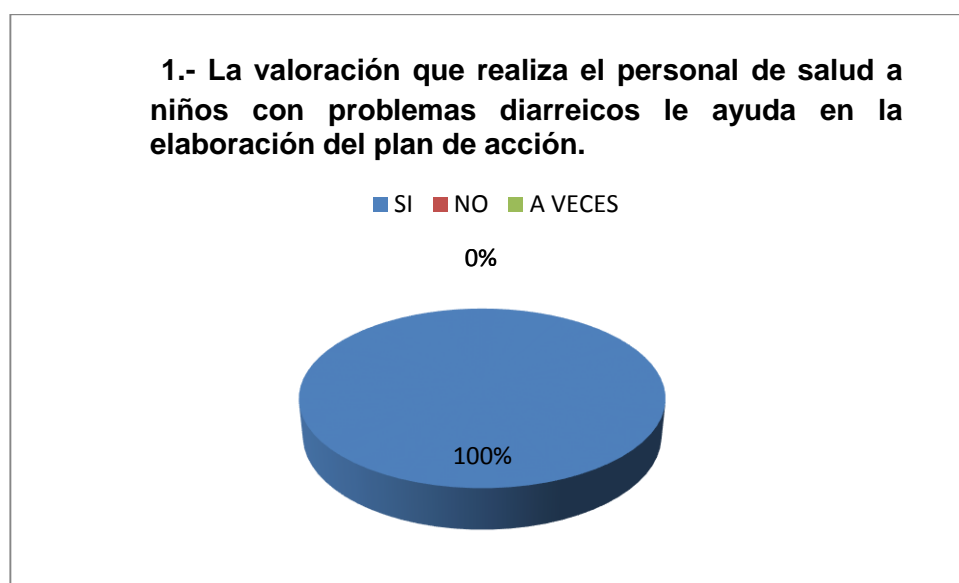
12.2 RESULTADOS OBTENIDOS EN LA INVESTIGACIÓN ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS REALIZADAS AL PERSONAL DEL AREA DE SALUD

1.- La valoración que realiza el personal de salud a niños con problemas diarreicos le ayuda en la elaboración del plan de acción.

TABLA # 15

SI	12	100%
NO	0	0
A VECES	0	0

GRÁFICO # 15



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

El 100% de los encuestados aducen que la valoración que realizan el personal de salud a niños con problemas diarreicos le ayudan notablemente en la elaboración del plan de acción.

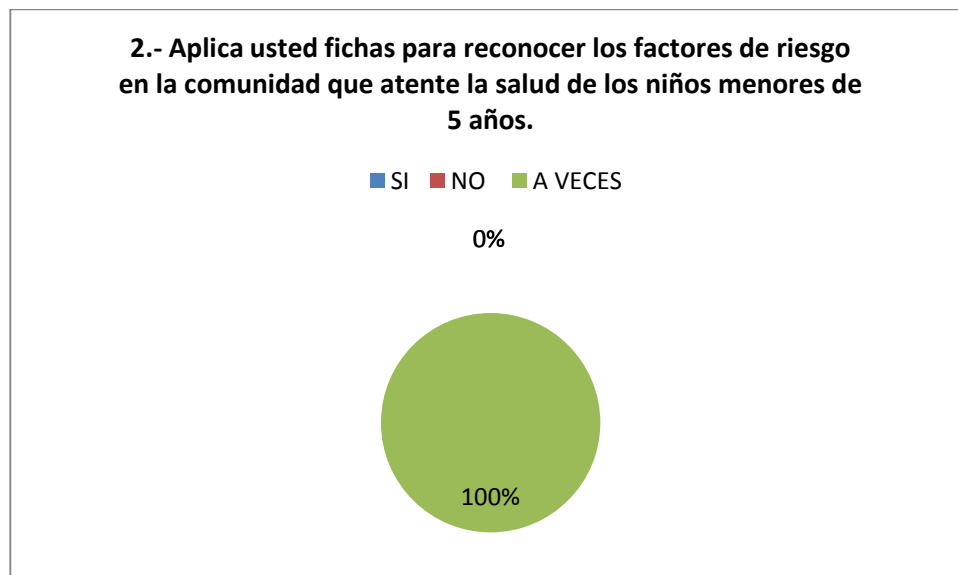
2.- Aplica usted fichas para reconocer los factores de riesgo en la comunidad que atente la salud de los niños menores de 5 años.

TABLA # 16

Cantidad Porcentaje

SI	0	0
NO	0	0
A VECES	12	100%

GRÀFICO # 16



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

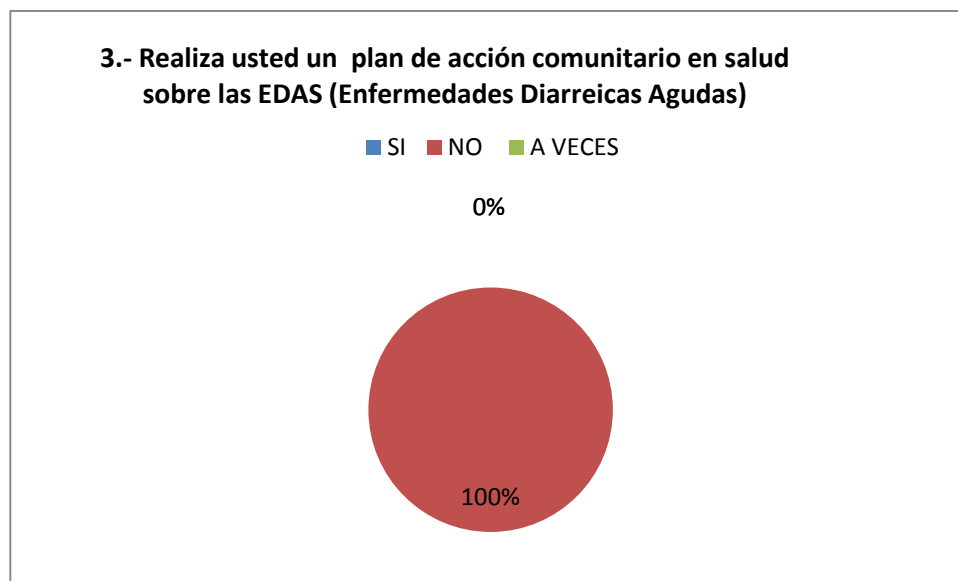
Los encuestados en un 100% dicen a veces utilizar fichas para reconocer los factores de riesgos en la comunidad que atente la salud de los niños menores de 5 años en contraer las EDAS.

3.- Realiza usted un plan de acción comunitario en salud sobre las EDAS (Enfermedades Diarreicas Agudas).

TABLA # 17

SI	0	0
NO	12	100%
A VECES	0	0

GRÀFICO # 17



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza

Interpretación:

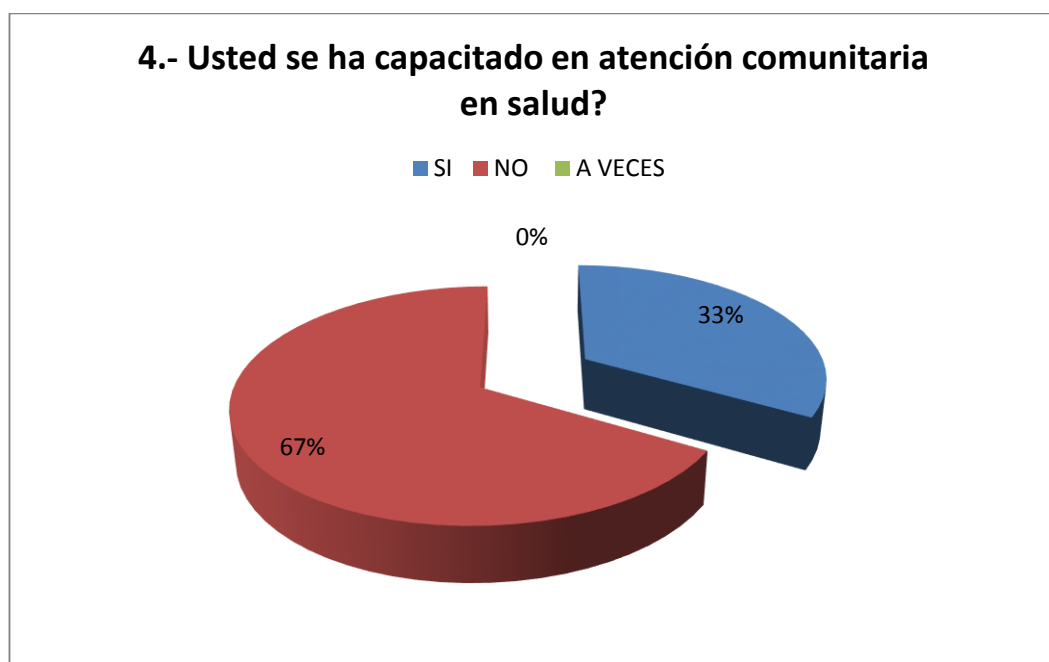
El personal de salud encuestada dice en un 100% no realizar planes de acción comunitaria en salud sobre las EDAS (Enfermedades diarreicas agudas).

4.- Usted se ha capacitado en atención comunitaria en salud?

TABLA # 18

SI	4	33%
NO	8	67%
A VECES	0	0

GRÀFICO # 18



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

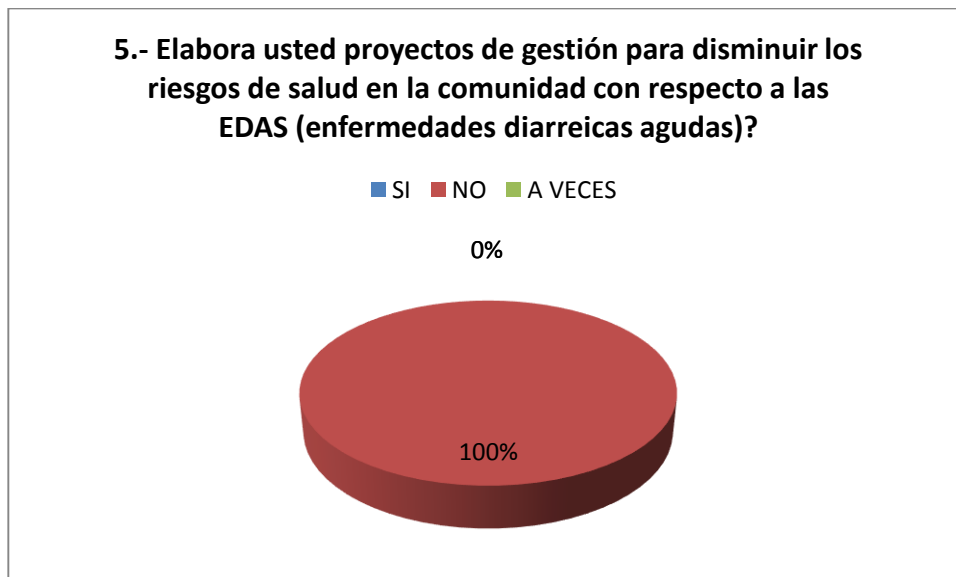
Existen un 33% del personal que han recibido capacitación en atención comunitaria en salud y un 67% no ha realizado ninguna capacitación.

5.- Elabora usted proyectos de gestión para disminuir los riesgos de salud en la comunidad con respecto a las EDAS (enfermedades diarreicas agudas)?

TABLA # 19

SI	0	0
NO	12	100%
A VECES	0	0

GRÀFICO # 19



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

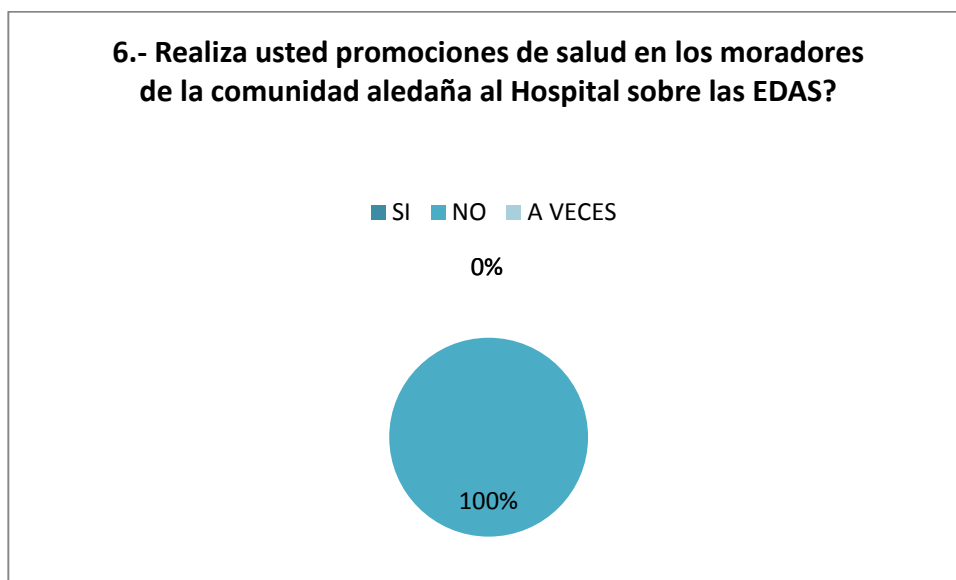
Los encuestados afirman en un 100% no haber gestionado proyectos para disminuir el riesgo de salud por enfermedades diarreicas en las comunidades con mayor riesgo.

6.- Realiza usted promociones de salud en los moradores de la comunidad aledaña al Hospital, sobre las EDAS (enfermedades diarreicas agudas)?

TABLA # 20

SI	0	0
NO	12	100%
A VECES	0	0

GRÀFICO # 20



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

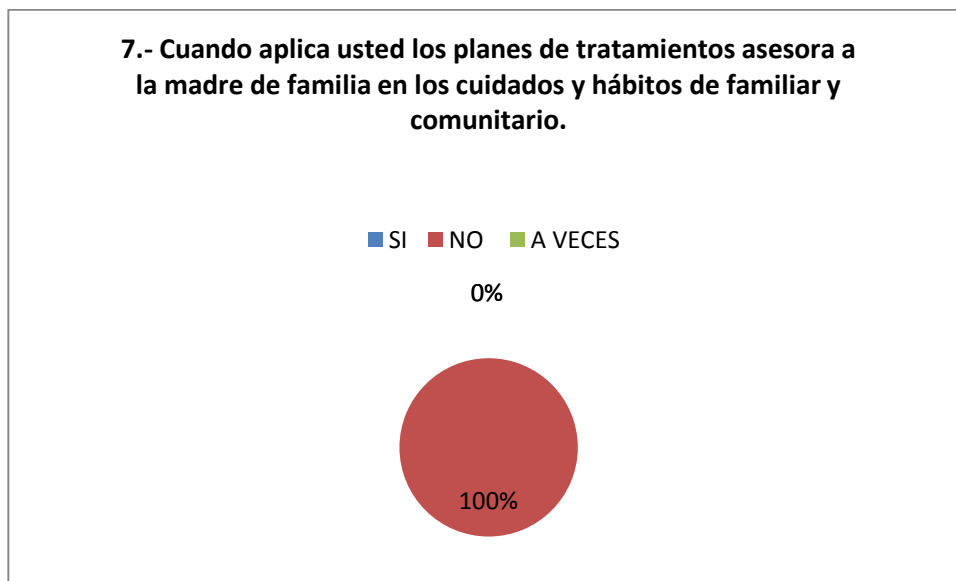
En un 100% los encuestados respondieron no haber realizado promociones de salud a los moradores de las comunidades aledaña al Hospital sobre las EDAS.

7.- Cuando aplica usted los planes de tratamientos asesora a la madre de familia en los cuidados y hábitos familiares y comunitarios.

TABLA # 21

SI	0	0
NO	12	100%
A VECES	0	0

GRÀFICO # 21



Fuente: Elaborado por Dra. Sara Riera Chicaiza.

Interpretación:

En un 100% los encuestados afirman no haber realizado asesorías a las madres sobre cuidados, hábitos familiares y comunitarios para contrarrestar el problema de las EDAS.

**ENTREVISTA A LA LIC. JENNY MARTINEZ IGLESIAS
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE PROMOCION Y
PREVENCION DE SALUD DEL HOSPITAL “LEON BECERRA” DE LA
CIUDAD DE MILAGRO.**

1.- ¿Qué factores contribuyen al exceso de enfermedades diarreicas en los niños de 0-5 años en el último semestre?

Se asume que la principal razón es la no potabilización del agua hacia los sectores urbano marginales y rurales aledaños de nuestro cantón sumado a ello las condiciones precarias de vida y la falta de higiene o normas de salubridad.

2.- ¿Cómo se pueden modificar estos factores?

Bueno con la transmisión del mensaje de voz en voz, educando a la comunidad hacia un nuevo estilo de vida, capacitándoles constantemente.

3.- ¿Qué otros elementos de salud o de protección podrían reducir estos problemas?

Lo mejor sería que estos sectores vulnerables tengan acceso a los servicios básicos vitales como el agua, que es la mayor causa por las cuales se producen las EDAS o enfermedades diarreicas agudas en los menores de 5 años de edad.

4.- ¿Con qué subpoblaciones y con qué calendario debe hacerse el trabajo, para poder resolverse el problema?

La población afectada son los suburbios de nuestro cantón como Chobo, Tomás acuña, la Piñas, etc. y los recintos aledaños empezando desde el Deseo, Cruce Bueno, Vuelta Larga, Buenos Aires, etc. que son quienes generalmente llegan a las instalaciones del Hospital a demandar los servicios de salud y cuyos cuadros clínicos generalmente son enfermedades diarreicas; y en cuando a tiempo siempre son las mañanas en las que se atiende a la comunidad.

5.- ¿Qué estrategias de intervención darán en conjunto con otras áreas?

Bueno del Departamento de Promoción y Prevención es justamente para eso para prevenir y promocionar mediante campañas nuevos hábitos en la población o mejor dicho en determinadas comunidades.

6.- ¿Cree usted que la realización de un Plan de promoción Comunitario ayudara a hacer más llevadera su actual gestión?

Por supuesto será de gran aporte a nuestra actividad ya que permitirá hacer nuestro trabajo más asertivo y eficiente en pro de la mejora de la calidad de vida de las comunidades porque lo especifica el Plan Nacional del Buen Vivir en su objetivo #3.

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

TABLA # 22. Verificación de la hipótesis

	HIPÓTESIS	PROCEDIMIENTO DE COMPROBACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN	VERIFICACIÓN	RESULTADO
GENERAL	El plan comunitario y de promoción de salud permitirá incrementar el conocimiento y práctica de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.	Métodos de análisis: Observación, teórico y encuesta a colaboradores	Personal del Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro.	Esta hipótesis se pudo verificar en todas las preguntas realizadas a los colaboradores y en los cuadros estadísticos.	Verdadero
ESPECÍFICA 1	Los hábitos de vida que tienen las familias afectan directamente al incremento de casos de disentería en niños menores de 5 años de la zona de influencia del Hospital León Becerra	Métodos de análisis: Observación, teórico y encuesta a colaboradores	Personal del Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro	Se pudo verificar en las pregunta 1, 2, 3, 4 y 5 del cuestionario realizada a los pacientes.	Verdadero
ESPECÍFICA 2	Los programas de prevención que realiza el personal de salud del Hospital realiza no han sido suficientes ni consistentes para contrarrestar el impacto de las EDAS actualmente.	Métodos de análisis: teórico y encuesta a colaboradores	Personal del Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro	Se pudo verificar en las preguntas 1a 7 del cuestionario dirigido a los Promotores de Salud del hospital.	Verdadero

ESPECÍFICA 3	El conocimiento de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad no es el adecuado por lo que se requiere implementar estrategias para su correcta comunicación.	Métodos de análisis: teórico y encuesta a colaboradores	Personal del Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro	Esta hipótesis se pudo verificar en las pregunta 5 del cuestionario dirigido a los pacientes del hospital.	Verdadero
ESPECÍFICA 4	La aplicación de programas de prevención y promoción comunitaria, contribuirá a disminuir las EDA en niños menores de 5 años de edad del sector de influencia del Hospital León Becerra de Milagro.	Métodos de análisis: teórico y encuesta a colaboradores	Personal del Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro	Esta hipótesis se pudo verificar en las preguntas 8 a la 12 dirigida a los pacientes que se atienden en el Hospital	Verdadero

Autora: Dra. Sara Riera Chicaiza

13- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS ACERCA DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Conclusiones

Se puede concluir que según el personal de salud el 33% si han recibido capacitación en atención comunitaria en salud y un 67% no ha realizado ninguna capacitación.

Una de la principales causas por las cuales se ha incrementado el número de caso de las EDAS en los infantes de hasta 5 años es por la contaminación del agua.

Los encuestados dicen no haber recibido promociones de salud sobre las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Establecen además los promotores de salud no haber realizado asesorías a las madres sobre cuidados, hábitos familiares y comunitarios para contrarrestar el problema de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS).

Los promotores de salud también aducen utilizar algún tipo de llenado de fichas para documentar la incidencia de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en las comunidades aledañas del hospital.

Recomendaciones

El Hospital León Becerra de Milagro debe desarrollar un Plan Comunitario y de Promoción de Salud con el área de Promotores de Salud.

Aprovechar los comités ya existentes, y crear nuevos equipos para distribuirse el trabajo, si es necesario.

Desarrollar programas de capacitación a los diferentes comités encargados de la ejecución de las actividades.

Verificar en el terreno la ejecución de las actividades para identificar limitantes y oportunidades de mejora, definiendo oportunamente los ajustes a realizar. Para dejar constancia de los hallazgos encontrados puede usar un diario de campo u otro tipo de ayuda memoria.

Estimular a la comunidad para el trabajo en equipo, la participación activa en la planificación, ejecución y evaluación del plan de intervenciones comunitario y la resolución de conflictos.

14.- PROPUESTA DE APLICACIÓN DE RESULTADOS

14.1 ALTERNATIVA OBTENIDA

Tema: Diseñar un Plan Comunitario y de Promoción de Salud para combatir las enfermedades diarreicas agudas (EDAS).

En el informe «La Atención Primaria, más necesaria que nunca» (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2008), se define al Equipo de Atención Primaria como mediador entre la comunidad y los demás niveles del sistema de salud, que ayuda a las personas a orientarse en el laberinto de los sistemas de salud y moviliza el apoyo de otros centros (sanitarios, organizaciones, asociaciones de autoayuda y apoyo a crónicos y discapacitados).

De modo que una de las posibles soluciones o alternativa es la de la creación de un Plan Comunitario de Prevención y cuyo propósito será dar continuidad asistencial y como elemento clave para una promoción de la salud eficaz será la elaboración y el desarrollo de la planificación de las actividades y marcos organizativos del promotor de salud que faciliten los procesos de capacitación de grupos, agentes y personas de la comunidad y además de la tarea de recolección de información sobre casos especiales de enfermedades diarreicas en infantes de hasta 5 años de edad.

14.2 ALCANCE DE LA ALTERNATIVA

Reforzar la acción comunitaria implica crear un contexto comunitario en salud que facilite una mayor responsabilidad y participación de los individuos, las familias y la comunidad, en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos.

La herramienta que en mayor medida se ha desarrollado en nuestra área para dar cabida a la participación de la comunidad ha sido el consejo de salud.

Este tipo de acciones tomadas como estrategias básicamente fundamentado por los distintos consejos de salud para lograr concienciar a la comunidad a cambios de conductas con respecto a la higiene, a tomar como un hábito el hervir el agua, los biberones; realizar prácticas sencillas para prevenir y dar el tratamiento adecuado para hacer frente a las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) que han sido uno de las principales causas de muerte y desnutrición en los infantes de 0 a 5 años.

14.3 ASPECTO BÁSICO DE LA ALTERNATIVA

14.3.1.- ANTECEDENTES

Se hace referencia a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), realizada en Alma-Ata, Kazajistán, en 1978, que preconizaba la implementación de la salud de los pueblos mediante el desarrollo de la promoción de salud y prevención de enfermedad a través de la participación comunitaria, así como la asistencia en la enfermedad y la rehabilitación, cuando las anteriores han fracasado. En nuestro país, este marco conceptual se ha visto ratificado por el Plan Nacional del Buen Vivir periodo 2013-2014 en su Objetivo #3 que dice: Mejorar la calidad de vida de la población y específicamente la política y lineamiento 3.2 que dice: “Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas” y finalmente en su lineamiento 3.2.i el cual menciona: “Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables”.

Después del trigésimo aniversario de aquel histórico evento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en periódicas conferencias mundiales, ha instado al desarrollo de la APS (Atención Primaria de Salud), ponderando la necesaria reorientación de ésta hacia la promoción de salud y las acciones comunitarias para la salud.

En todas ellas se contempla la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y se ratifica que la participación de la comunidad es esencial para sostener la acción en materia

de promoción de la salud, haciendo referencia al concepto de empoderamiento para la salud.

14.3.2.- JUSTIFICACIÓN

Con el Plan Comunitario y de Promoción de Salud para combatir las EDAS, se determina qué cambios se quiere lograr y cuáles son las acciones necesarias para alcanzarlos.

Hacer un Plan Comunitario, en conjunto con la comunidad, asegurará la mejor utilización del Diagnóstico Comunitario de Salud. De este modo las soluciones a los problemas quedarán organizadas en actividades concretas a realizar, los tiempos para desarrollarlas y las fechas de cumplimiento; los recursos disponibles o por conseguir y las personas o grupos responsables de su cumplimiento; dejando claro los compromisos que adquieren las personas o grupos organizados que participan.

La ejecución tiene como propósito poner en marcha las actividades del Plan Comunitario para lograr alcanzar los objetivos, en el tiempo establecido, con los recursos existentes, la participación de las personas, los comités, los equipos de salud y los organismos o instituciones.

14.3.3.- OBJETIVOS

General

Fortalecer a los Promotores de salud en su función de organizar a su comunidad y motivar su empoderamiento, con el fin de la mejora de su participación activa en la identificación, priorización de problemas y necesidades de salud y su contribución a la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños de 0-5 años de edad.

Específicos

- ❖ Orientar al Promotor de Salud y las comunidades hacia el uso óptimo de los recursos disponibles, en función del mejoramiento de su salud.

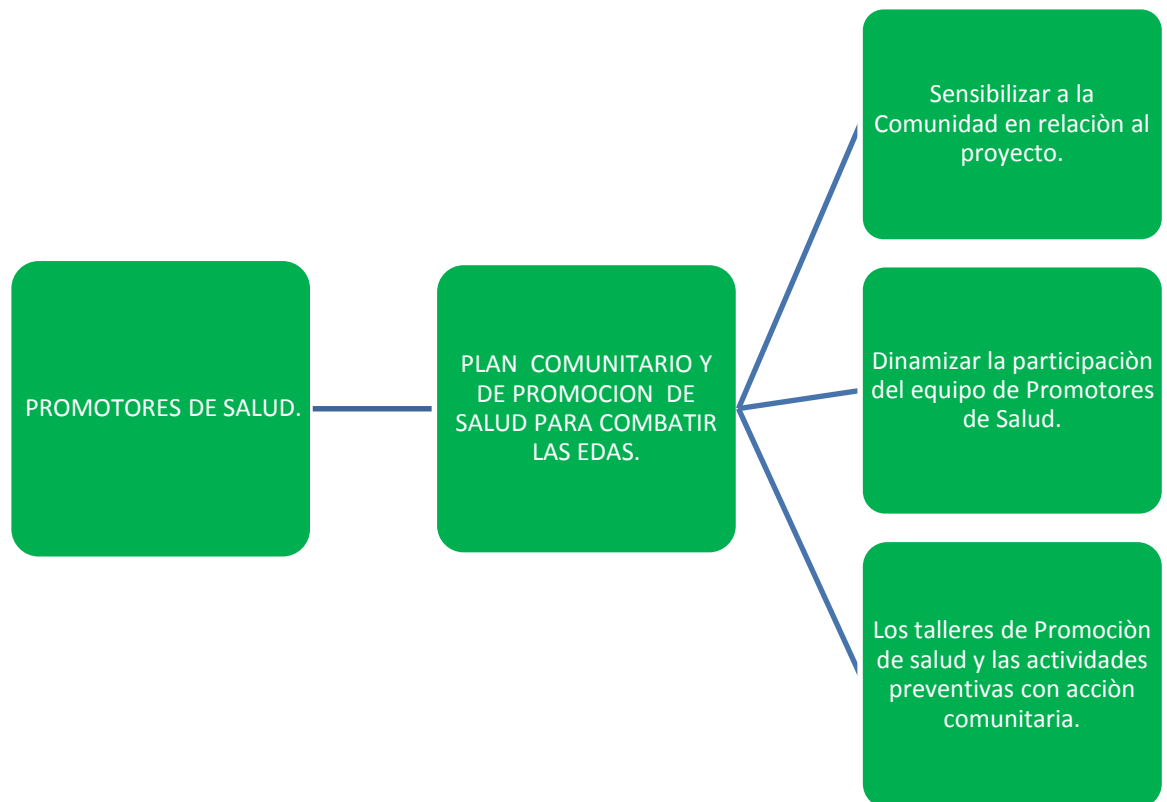
- ❖ Desarrollar en las comunidades la capacidad de análisis e interpretación de la situación de salud, mediante el uso de herramientas sencillas y prácticas.

14.3.4 ESTRUCTURA GENERAL DE LA PROPUESTA

Título

Plan Comunitario y de Promoción de Salud para combatir las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS).

Estructura o Componentes



Aplicabilidad

PROPÓSITO DEL PLAN COMUNITARIO Y DE PROMOCIÓN DE SALUD PARA PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAS).

Este Plan pretende resolver dos aspectos básicos: Poner atención de la salud y el grado de responsabilidad al alcance de cada familia y comprometer a la comunidad organizada en el esfuerzo de buscar el bienestar.

ETAPAS DEL PLAN

Las etapas del Plan en el trabajo comunitario incluyen: La Planificación y la correspondiente inducción para llenar los formularios.

LA PLANIFICACIÓN

Esta etapa tiene como propósito determinar que se quiere lograr y cuál es la forma más adecuada para alcanzarlo, lo que nos permite racionalizar el análisis de los problemas y las acciones en materia de salud; ahorrar tiempo, recursos y facilitar el alcance de los objetivos, ya que representa una guía para la evaluación periódica de las metas.

Dentro de la planificación en general, se pueden distinguir tres elementos básicos a tomar en cuenta:

1.- Levantamiento de un Diagnostico Comunitario de Salud

La gestión de la salud comunitaria debe iniciar siempre con la elaboración de un diagnostico situacional, que se define como el proceso mediante el cual el Promotor de Salud y la comunidad, recolectan, procesan analizan y comparten información específica sobre su situación de salud.

La información que se recogerá es la siguiente:

Situación del Grupo Familiar	Total de personas en cada familia, total de población por grupos de edad y sexo, por nivel educativo, por presencia de enfermedades crónicas y discapacidades, total de defunciones.
Situación de las Viviendas	Total de viviendas que tienen acceso al agua apta para consumo humano, proporción de las que tienen letrina y las usan adecuadamente, situación de la higiene, disposición final de la basura.

Situación de la Salud de niños y niñas menores de 5 años.	Proporción de niños que tienen esquema de vacunación completo para su edad, estado nutricional, incidencia de las enfermedades diarreicas.
--	--

1 a. Pasos para el levantamiento del Diagnóstico Comunitario de Salud.

- Cuando un Promotor de Salud llegue por primera vez a una comunidad, deberá contactar a los líderes comunales para darles a conocer cuál será su área de trabajo y sus funciones.
- También les explicará que comenzará a levantar un Registro Familiar (**Anexo 1**) en cada una de las viviendas de la comunidad, por lo que visitará a todas las familias de la comunidad para recoger los datos requeridos en el Registro Familiar.
- Diariamente el Promotor de Salud consolidará la información del Registro Familiar en el consolidado de Diagnostico Comunitario de Salud (**Anexo 2**).

1b. Preparación de los Resultados del Diagnostico Comunitario de Salud.

Se procederá a elaborar la presentación del diagnostico comunitario en lo que se presentarán los resultados de las variables de salud, población y saneamiento básico y medio ambiente, según los cuadros del (**anexo 3**) y las preguntas del (**Anexo 4**).

Simultáneamente, y con el apoyo de voluntarios con habilidades para dibujar, elaboraran un croquis de la comunidad en el que se dibujen las viviendas, se identifiquen los riesgos familiares y los recursos con los que cuentan la comunidad, por ejemplo: viviendas de líderes y voluntarios, iglesias, casa comunal, vías de acceso, canchas, fuentes de agua, etc., así como lugares que

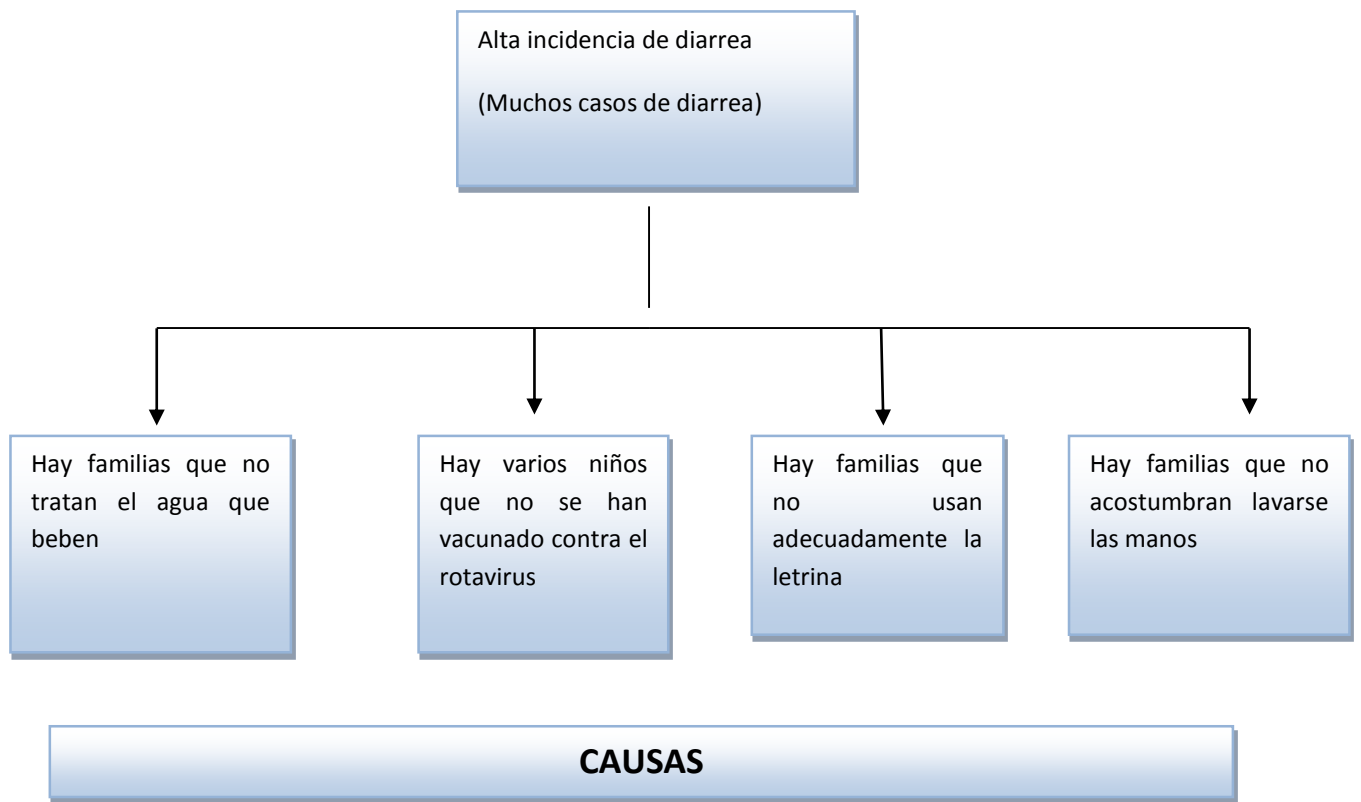
representen riesgos tales como criaderos de moscas y zancudos, basureros, quebradas, industrias, granjas, ingenios azucareros, etc. (**Anexo 4**).

2.- Priorización de problemas y necesidades

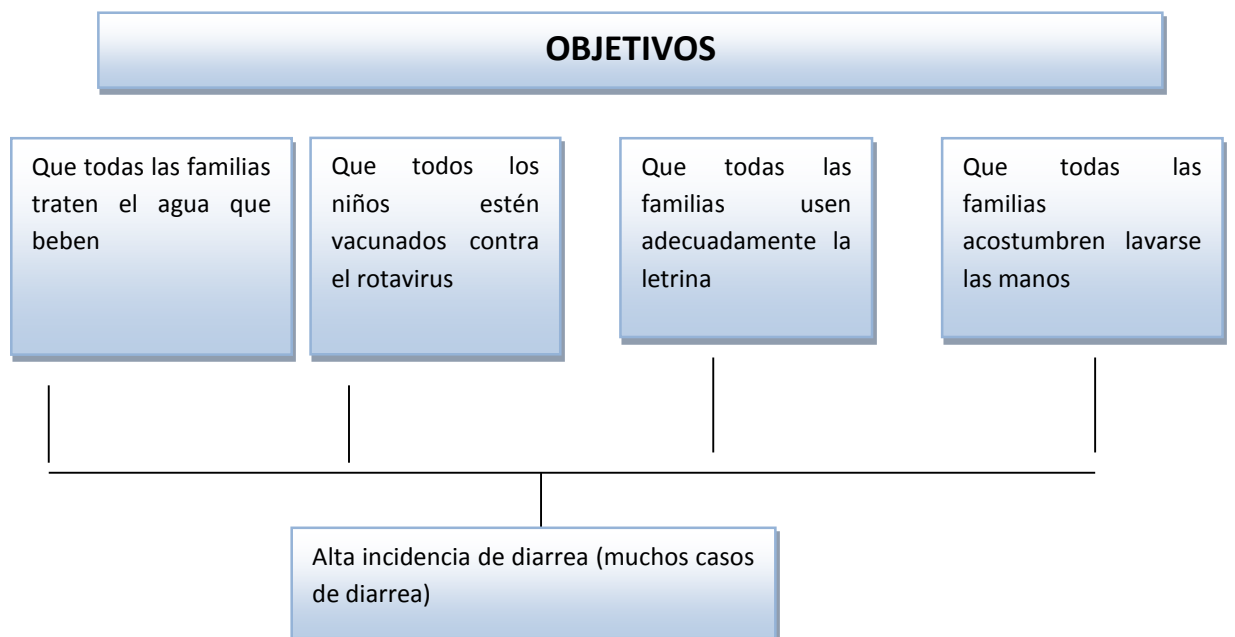
Luego de haber preparado la presentación de diagnóstico comunitario, los miembros del Comité de Salud de la Comunidad analizarán y presentarán las conclusiones de los principales problemas y determinarán provisionalmente un listado de problemas a presentar a la comunidad en una Asamblea Comunal.

A este listado de problemas y necesidades de salud se aplicará un proceso de priorización para llegar a un listado pequeño que contenga no más de tres problemas o necesidades de salud importantes para la comunidad. Para esto se utilizará el modelo según (**Anexo 6**).

Lo ideal es centrarse en 3 problemas como máximo. Con el Comité de Salud de la Comunidad se definirán las posibles soluciones a los problemas identificados y priorizados, utilizando un formulario como el del (**Anexo 7**). Por ejemplo, los problemas es que ocurre un gran número de casos de diarrea en niños menores de 5 años. Entonces, mediante una lluvia de ideas sacará las principales causas que podrían estar relacionadas con la diarrea: 1) las familias hacen uso del agua no apta para el consumo humano: 2) varios niños no se han vacunado contra el rotavirus; 3) muchas familias no usan la letrina adecuadamente y 4) muchas familias no practican el lavado de manos.



Así a partir de este análisis se determinarán las conductas que se pretenden conseguir, las que se convierten en los objetivos a lograr; por ejemplos, que a todas las familias (100%) de la comunidad traten el agua para beber.



3.- Devolución del Diagnostico Comunitario de Salud

Finalmente, y en conjunto con los líderes de la comunidad y el Comité de Salud, se deberá planificar una asamblea comunitaria para realizar la Devolución del Diagnostico Comunitario de Salud, los problemas que se han priorizado y los objetivos que han resultado del análisis. Es importante que los miembros del equipo local de salud y los otros actores sociales asistan a la actividad para apoyar al Promotor de Salud y a los líderes para determinar en que se pueden comprometer para ayudar a resolver la problemática de salud encontrada.

Sin embargo, hay que advertir que la Devolución del Diagnostico Comunitario de Salud debe ser una reunión conducida principalmente por los líderes comunales y los miembros del Comité de Salud y el Promotor de Salud. Se recomienda utilizar un modelo de agenda (Anexo 8) y los pasos para la conducción efectiva de la reunión (Anexo 9). Durante la reunión se deberá propiciar un ambiente democrático de Asamblea General, en la que todos tengan acceso a los resultados de diagnostico Comunitario de Salud, es decir, a los datos de población y otros hallazgos encontrados, a las conclusiones a las que el grupo de trabajo llegó y los tres problemas priorizados más importantes y sus medidas de solución.

En alguna medida, esta reunión es una validación del proceso de Diagnostico Comunitario de Salud y la priorización de los problemas, realizado por el Promotor de Salud y el grupo de líderes y voluntarios. Es importante que se someta a votación si la Asamblea comunal está de acuerdo con lo presentado. Siempre se debe dejar constancia de lo sucedido, por medio de un acta (**Anexo 5**).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LOS FORMULARIOS DEL PLAN COMUNITARIO Y DE PROMOCION DE SALUD PARA COMBATIR LAS EDAS

Por la Naturaleza de su trabajo, el Promotor de Salud hace acciones en dos ambientes muy importantes familiar, vigilando la salud de cada uno de los miembros de los hogares de la Comunidad; y el ambiente comunitario, fomentando en los pobladores de la Comunidad la responsabilidad por su propia salud, por medio de la organización y realización de acciones para mantener o mejorar la salud de la población, evitar enfermedades y problemas de salud en general y fomentar el desarrollo comunitario.

Por eso se puede afirmar que los Promotores de Salud, en esencia, son administradores del estado de sus Comunidades, y esta a su vez están abajo la responsabilidad de un establecimiento de salud del MSP. Los Promotores de Salud, entonces, son los representantes comunitarios de la institución, y juegan un papel importante en la atención en salud de las personas porque generalmente son ellos el primer en ese proceso de atención.

Esto hace necesario disponer de una serie de formularios para registrar, organizar, monitorear y evaluar las actividades que los Promotores de Salud hacen como parte de sus funciones. Los formularios son :

- Plan Mensual de Actividades de Promotor de Salud.
- Registro Diario de Actividades realizadas por Promotor de Salud.
- Tarjeta de Referencia Comunitaria.

Todos los formularios se describen a continuación.



PLAN MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA **Muy Alta**

FRECUENCIA DE USO **Elaboración mensual, revisión diaria**

El Plan Mensual de Actividades debe elaborarse todos los meses, el mismo día en que se entrega la información al establecimiento de Salud.

Es una guía de las acciones preventivas a realizarse en los hogares y la comunidad durante el mes. Dichas acciones pueden ser: la vigilancia comunitaria de la tendencia del crecimiento, del estado nutricional y las prácticas alimentarias de los niños menores de 5 años.

También es una ayuda para programar las campañas y otras actividades de promoción y prevención que haya que realizar en la comunidad bajo la coordinación del Promotor de Salud.

Primero, identifique los días feriados, si es que los hubiese y márquelos. Luego en una hoja aparte, determine el número de los hogares que visitará para desarrollar las actividades preventivas (de vigilancia comunitaria) agrupándolos por rutas geográficas o sectores, según el mapa o croquis de su comunidad. En cada día del formato del Plan Mensual se debe escribir el nombre del caserío o sector que se va a visitar, el tipo de actividad principal a realizar ese día, por ejemplo, visitas domiciliarias o vacunación, y a continuación escribir cada uno de los números de las viviendas que se visitarán. Si se hace de esta manera, no habrá necesidad de dejar una Ruta Diaria de trabajo, ya que el Plan Mensual de Actividades

determinará lo que se realizará a diario. Recuerde que en el Plan Anual de Actividades Preventivas del Promotor de Salud se adquiere el compromiso de llevar a cabo ese tipo de actividades.

Se debe dejar copia del Plan Mensual de Actividades del Promotor de salud en la Unidad de salud sede del Supervisor Específico o, en su defecto, en la Dirección del establecimiento sede del Supervisor Específico o, en su defecto, en la Dirección del establecimiento sede. El Director o Directora del establecimiento de salud firmará y sellará el Plan Mensual de Actividades de cada promotor y será responsable que se respete dicha programación mensual a fin de que los Promotores de Salud puedan cumplir efectivamente con lo estipulado en el Manual de Funciones Técnicas del Promotor de Salud. **(Anexo 6)**

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PROMOTOR DE SALUD

IMPORTANCIA **Muy Alta**

FRECUENCIA DE USO **Diariamente y de inmediato después de realizar cada actividad.**

Este formulario es el más importante de todos porque en él se registran todas las actividades que el Promotor de Salud realiza durante cada día de trabajo. Esto quiere decir que deberán anotarse a cada una de las personas en una vivienda; las reuniones con el Comité de Salud; y en fin, cualquier actividad relacionada con el trabajo que se haga durante el día. Incluso, si acompaña a una embarazada o un niño grave en el hospital, esa actividad debe anotarla. Tiene que anotar todas y cada una de las actividades realizadas.

El formulario se llenara luego de realizar cada actividad ya sea en la vivienda de la familia, la sede de trabajo u otro lugar, complementando cada fila con la información que se requiera para cada columna.

Generalmente, el Promotor de Salud realiza casi todas las actividades preventivas y de promoción durante la mañana. Por la tarde, durante la labor administrativa diaria o al final del día, debe convertir a datos numéricos las actividades del Registro Diario. Una buena parte de estos datos le servirán para llenar el tabulador diario de actividades.

Este formato contendrá las siguientes columnas:

Columna de hallazgos: se tiene que escribir todos los hallazgos importantes que puedan servir para tomar la decisión sobre el clasificar el caso y qué se hará. Esto es esencialmente valedero cuando se da una atención a la persona o al medio. Por ejemplo se visita una vivienda donde hay un niño o niña menor de cinco años para pesarlo y encuentra que el niño tiene una adecuada ganancia de peso, entonces se escribe niño sano y se continúa el proceso.

Columna de Clasificación: En esta casilla se debe registrar la clasificación de la atención brindada.

Columna de Acciones ejecutadas: Se debe registrar en forma concreta lo que se hizo o recomendó ante la situación de la que se trató. Por ejemplo, si durante una visita domiciliar se atendió a una señora embarazada y por la presencia de algún signo de peligro se realizó una referencia a un establecimiento de salud, en esta casilla debe escribirse: Referencia a _____(escribir el nombre del establecimiento de salud). Escriba la palabra Consejería si solo se necesitó negociar las acciones a realizar en el hogar para mantener o mejorar la situación encontrada.

Si el promotor da un medicamento, de los que está autorizado a distribuir, por ejemplo Sulfato Ferroso en jarabe tiene que anotar el nombre del medicamento y la cantidad entregada. Este dato le servirá para llenar más adelante la hoja de entrada y salida de medicamentos.**(Anexo 7).**

TARJETA DE REFERENCIA COMUNTARIA

IMPORTANCIA	Muy Alta
FRECUENCIA DE USO	Cada vez que sea necesario

Es el documento donde se anotan los datos de una persona y del motivo por el cual se le envía a un establecimiento de salud.

Debe ser llenada con bolígrafo, complementado todos los datos según lo pide el formato de la tarjeta, escribiendo de manera clara y resumida la acción realizada por el promotor a la persona al momento de ser referida.

Al recibir la nota de retorno debe archivarla ordenándolas por meses, para tener evidencias de la coordinación de su trabajo con el nivel local.**(Anexo 8).**

Evaluación

Un modelo participado de salud comunitaria es la única garantía para una progresiva reconversión de las actuales demandas asistenciales ciudadanas, que permita caminar hacia una autonomía más crítica, que contribuya a un sistema de salud sostenible desde la coparticipación responsable de la comunidad.

Los talleres de Promoción de salud y las actividades preventivas con acción comunitaria habrán de generar nuevos grupos de ayuda mutua y fortalecer el tejido asociativo existente.

Es preciso garantizar el desarrollo de programas de salud y/o protocolos de actuación que den respuestas a los problemas/necesidades priorizados a corto, medio y largo plazo, de forma no sólo medicalizada.

Es necesario ir implementando la cantidad y calidad de las intervenciones priorizadas en cuanto a las EDAS, pasando de considerarlo un proyecto innovador a ser un modelo de trabajo asumido íntegramente por el Dpto. de Promoción y Prevención de Salud del Hospital León Becerra de Milagro.

14.3.5.- RESULTADOS ESPERADOS DE LA ALTERNATIVA

- Dinamizar la implicación ciudadana en las intervenciones comunitarias de promoción de la salud.
- Planificar, el desarrollo y la documentación de todo lo que supone el Plan.
- Generar un mejor desempeño de las actividades comunitarias del equipo de promotores de salud del Hospital.
- Agilizar las actividades concernientes a la promoción y prevención de los promotores de salud del Hospital.

15.- BIBLIOGRAFÍA

Bernal A. César (2012). Metodología de la Investigación. Pearson Colombia.

Cantoni, F., (2008). El Factor Humano en la Organización. Intermedio. Colombia.

Declaración de Alma-Ata. Ginebra. OMS: 1978. Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra. OMS. 1978.

Jaramillo, C., (1992) "Dirección Estratégica". Segunda Edición Mc Graw-Hill de Management.

Koontz, H., (2010) Administración una Perspectiva Global. (10ma. Ed.) México: MCGraw-Hill Interamericana de México, S. A.

La salud en la Américas. Washington. OPS. 1998. Publicación Científica No. 569.

Libaert, Thierry (2000) El plan de comunicación organizacional: Cómo definir y organizar la estrategia de comunicación. Editorial: LIMUSA.

Maslow, A., Motivación y personalidad. Sagitario S.A. www.unemi.edu.com

OMS. «La Atención Primaria, más necesaria que nunca», 2008. Disponible en: http://www.faecap.com/Documentos.nueva/Documentos_noticias/Informe-OMS-A.P.-2008.pdf.

Rovere, M., Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Washington: OPS, 1993.

Sánchez, Y., et al. Metodología de Planificación estratégica para Instituciones de Salud a través de Valores compartidos. La Habana, Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(3).

Situación de las Actividades Comunitarias en Atención Primaria. Informe de resultados AC-PACAP-semFYC. Barcelona: semFYC ediciones; 2008.

Toledo Muñoz Ma. Isabel (2007). Estadística. Addison. Wesley Longman.

ANEXOS

REGISTRO FAMILIAR



ANEXO # 1

Vivienda: _____ No.: _____ Familia/Hogar No. _____ Teléfono: _____ Región: _____ Departamento: _____

Fecha de Llenado: _____

Municipio: _____

Cantón: _____

Caserío/Colonia: _____

CARÁCTERÍSTICAS DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

No.	Nombre	Sexo		Fecha de nacimiento	Edad	Cód. lugar de nacimiento	Sabe leer		Último grado de estudios	Está enamorado(a)		¿Qué enfermedad padece?	Discapacitado		Tipo de discapacidad
		M	F				S	N		S	N		S	N	

ANEXO # 2



CONSOLIDADO DIAGNOSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTORES DE SALUD

No.	No. De Corre lativo vivia da	Características de los miembros del hogar																			
		Grupos de edad en Años														TOT AL	TOTA L POR FAMI LIA	Jefe de Hogar			
		<1 año	1 a 2 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	>60 años	M	F	M			F			
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		

CONSOLIDADO DIAGNOSTICO DE LAS COMUNIDADES ATENDIDAS POR PROMOTORES DE SALUD



No.	Características de los miembros del hogar																				Fuente de Ingreso Económico									
	Sabe leer		Personas con estudios de séptimo a noveno grado		Personas con estudios de 1ro. A 3er. Año de Bachillerato		Personas con estudios técnicos o universitarios		Personas con enfermedad crónica		Personas con discapacidad		Se sabe si al menos un miembro de la familia consume:		Se percibe violencia intrafamiliar		Participan en grupos sociales		Empleo formal (fábrica, almacén, gobierno)		Empleo informal		La familia tiene:							
					Año de Bachillerato								Alcohol		Tabaco								Cultivo Agrícola		Aves de corral		Ganado vacuno/porcino		Negocio (tienda, otros)	
	Si	No	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		

No. Corre ativo	Aspectos relacionados a la vivienda																						
	Cocina adentr o de la casa o muy cerca	Fuente de abastecimiento de agua					A más de 300 mts.	Trata el agua para beber	Material del techo					Servicio sanitario									
		Bañería intradomiciliar	Fronia	Cantarera	Cozo protegido	Vertiente/Río			Otra	Hierro	Otro	Duralit	Teja	Otro	Tiene		Inod	Letrina (Tipo)				Mantenimien to	
															Si	No		osca	Abonera	Lava	Otro	Adecu ado	Inadec uado

ANEXO 3. CUADRO DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS.



CUADRO DE PRIORIZACION DE PROBLEMAS

No.	LISTAS DE PROBLEMAS	Medición: Poco+;Medio++;Bastante+++				
		¿Qué tan seguido ocurre	¿Qué tan graves es ?	¿Qué tanto preocupa a la comunidad?	¿Cuánto podríamos hacer en la comunidad para solucionarlo?	No. Total de cruces

ANEXO 4.



CUADRO DE POSIBLES SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS

No.	LISTA DE PROBLEMAS PRIORIZADOS	LISTA DE POSIBLES SOLUCIONES

ANEXO 5. MODELO DE AGENDA



MODELO DE AGENDA

Objetivo de la reunión: _____

LUGAR: _____ **FECHA:** _____

No.	PUNTO DE AGENDA	RESPONSABLE	TIEMPO
1	Asistencia de los participantes y saludo de bienvenida	Secretario	30 minutos
2	Presentar el censo de la comunidad	Presidente	10 minutos
3	Presentar la situación de los servicios de salud (a las embarazadas, recién nacidos, menores de año y la situación de las enfermedades y muerte de las madres y los niños menores de años).	Promotor de Salud	30 minutos
4	Discusión de los problemas relacionados con los datos del censo, y las causas de los problemas identificados sobre los servicios, las enfermedades y las muertes ocurridas.	Promotor de Salud y participantes	20 minutos
5	Proponer soluciones a los problemas identificados en la comunidad, programación de los siguientes pasos y de próxima reunión.	Promotor de Salud y participantes	20 minutos
6	Acuerdos y compromisos.	Presidente Promotor de Salud y participantes	15 minutos

ANEXO 6. PLAN MENSUAL DE ACTIVIDADES PROMOTOR DE SALUD



NOMBRE DEL PROMOTOR DE SALUD: _____ **MES:** _____ **AÑO:** _____

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO

ANEXO # 8

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Fecha _____ **Hora:** _____

Cantón: _____

Nombre: _____ **Edad:** _____

Referido(a): _____

Motivo: _____

Acción realizada por Promotor: _____

Promotor de Salud: _____

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Referencia Comunitaria



Fecha _____ **Hora:** _____

Establecimiento: _____

Atendió: _____

Reseña de la atención: _____

Recomendación al: _____

ANEXO #9

ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES DE FAMILIA O RESPONSABLES DEL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

El siguiente cuestionario de preguntas permitirá al personal del área de Salud del Hospital León Becerra de Milagro, obtener información que favorezca el mejoramiento de la atención hospitalaria a niños con enfermedades diarreicas a fin de mejorar la salud y ayudar a prevenirla.

DATOS GENERALES

1.- Lugar donde vive

Sector Urbano

Sector Suburbano

Sector Rural

Escriba el nombre del recinto _____

2.- Cual es la edad de su hijo o representado?

0 meses

1 año

2 años

3 años

4 años

5 años

3.- Nivel de Instrucción que alcanzó?

1. Primario completo
2. Primaria incompleto
3. Secundaria completo
4. Secundaria incompleto
5. Universidad
6. Otros _____

4.- La casa donde vive tiene:

- | Techo | | Pared | | Piso | |
|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| 1. Vegetal o palma | <input type="checkbox"/> | 1. Madera | <input type="checkbox"/> | 1. Cemento | <input type="checkbox"/> |
| 2. Zinc o lámina | <input type="checkbox"/> | 2. Bloque | <input type="checkbox"/> | 2. Madera | <input type="checkbox"/> |
| 3. Teja de barco | <input type="checkbox"/> | 3. Caña | <input type="checkbox"/> | 3. Tierra | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cemento | <input type="checkbox"/> | 4. Otros _____ | | 4. Otros _____ | |
| 5. Otros _____ | | | | | |

5.- Los servicios básicos que posee son:

- | | | | | |
|---------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1.-Luz eléctrica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 2.-Agua potable | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 3.-Pozo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 4.-Rio/quebrada | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 5.-Letrina | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 6.-Fosa séptica | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 7.-Hace sus necesidades al aire libre | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| 8.-Otros _____ | | | | |

PRÁCTICAS DE HIGIENE EN EL HOGAR

6.- Como cuida usted a sus hijos o representado para no enfermar de diarrea?

ACCIONES DE SALUBRIDAD	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
Hierve el agua antes de tomarla			
Lavarles las manos antes de comer			
Mantener limpio los lugares donde frecuentan los niños dentro de la casa			
Lavar y cocer bien los alimentos antes de ingerirlos			
Evitar comer alimentos preparados en la calle			
Lava, Hierve y tapa los biberones antes y después de utilizarlos			
Le realiza exámenes parasitológicos			

ACCESO A LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

7.- Conoce usted los servicios de salud que están disponible en su comunidad?

SI

NO

8.- A qué servicio de salud prefiere usted acudir?

1.-Centro de salud

2.-Puesto de salud

3.-Hospital

9.- Puede viajar a la instalación de salud durante cualquier hora del día o la noche?

SI NO

Porque _____

PARTICIPACION COMUNITARIA

10.-El hospital le proporciona los medicamentos necesarios para el tratamiento del niño menor de 5 años contra las enfermedades diarreicas?

SI NO A VECES

11.- Ha participado usted en los seminarios talleres educativos para la prevención y tratamiento de enfermedades diarreicas en los niños menores de 5 años?

SI NO A VECES

12.- Conoce usted sobre proyectos comunitarios de salud organizado por el personal que labora en el Hospital?

SI NO A VECES

ANEXO #10

**FORMATO DE ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL DE SALUD QUE
LABORA EN EL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO**

**1.- La valoración que realiza el personal de salud a niños con problemas
diarreicos le ayuda en la elaboración del plan de acción.**

SI () NO () A VECES ()

**2.- Aplica usted fichas para reconocer los factores de riesgo en la comunidad
que atente la salud de los niños menores de 5 años.**

SI () NO () A VECES ()

3.- Realiza usted plan de acción comunitario en salud.

SI () NO () A VECES ()

4.- Usted se ha capacitado en atención comunitaria en salud?

SI () NO () A VECES ()

**5.- Elabora usted proyectos de gestión para disminuir los riesgos de salud en
la comunidad con respecto a las EDAS (enfermedades diarreicas agudas)?**

SI () NO () A VECES ()

**6.- Realiza usted promociones de salud en los moradores de la comunidad
aledaña al Hospital?**

SI () NO () A VECES ()

7.- Cuando aplica usted los planes de tratamientos asesora a la madre de familia en los cuidados y hábitos de familiar y comunitario.

SI ()

NO ()

A VECES ()

ANEXO # 11



La Lic. Jenny Martinez Iglesias Directora del Departamento de Promoción de Salud del Hospital; momentos en que daba Charlas a las madres de los infantes que asisten a consultas en el área de pediatría.





DR. FRANCISCO BOBADILLA

DIRECTOR DEL HOSPITAL LEON BECERRA DE MILAGRO



DR. GALO ESPINOZA

**DIRECTOR DEL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL LEON
BECERRA DE MILAGRO**





**Momentos en el cual se realizaban las encuestas a los pacientes en el Area de
Pediatria del Hospital**

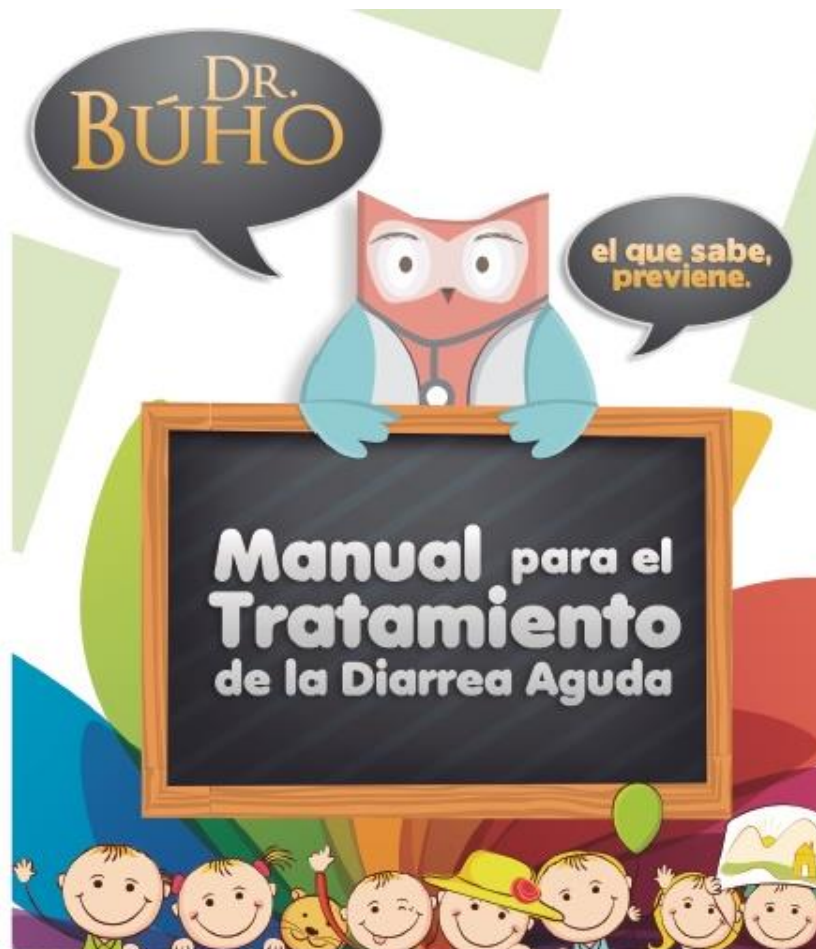


MATRIZ LÒGICA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿De qué manera el plan comunitario y de promoción de salud incide en el conocimiento y prácticas de las madres para combatir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014?	Determinar en qué medida el plan comunitario y de promoción de salud incide en el conocimiento y practica de las madres para prevenir las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.	El plan comunitario y de promoción de salud permitirá incrementar el conocimiento y práctica de las madres en la prevención de las enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años dirigido al sector de influencia del hospital León Becerra de Milagro en el año 2014.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPOTESIS PARTICULARES
¿Cómo influyen los hábitos de vida en el incremento de casos de disentería de niños menores de 5 años en las familias de la zona de influencia del Hospital León Becerra?	Establecer cómo influyen los hábitos de vida en el incremento de casos de disentería de niños menores de 5 años en las familias de la zona de influencia del Hospital León Becerra.	Los hábitos de vida que tienen las familias afectan directamente al incremento de casos de disentería en niños menores de 5 años de la zona de influencia del Hospital León Becerra.
¿De qué manera inciden los programas de prevención que aplica el	Analizar los programas de prevención que realiza	Los programas de prevención que realiza el personal de salud del

<p>hospital León Becerra en la disminución de los casos de enfermedades diarreicas agudas actualmente?</p> <p>¿De qué manera los conocimientos de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad?</p> <p>¿Cuál será la incidencia del desarrollo de un programa de prevención y promoción comunitaria para promotores de salud en la disminución de las EDA en los niños y niñas menores de 5 años que habitan en la zona de influencia del Hospital León Becerra?</p>	<p>el personal de salud del Hospital León Becerra de Milagro para contrarrestar el impacto de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) actualmente.</p> <p>Establecer los conocimientos de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad.</p> <p>Diseñar un plan de prevención y promoción comunitario de prevención y promoción como estrategia de prevención para promotores de salud y lograr disminuir las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños menores de 5 años de edad del sector de influencia del Hospital</p>	<p>Hospital no han sido suficientes ni consistentes para contrarrestar el impacto de las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) actualmente.</p> <p>El conocimiento de las madres de familia sobre los factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedad de síndrome diarreico agudo en menores de 5 años de edad no es el adecuado por lo que se requiere implementar estrategias para su correcta comunicación.</p> <p>El diseño de un plan de prevención y promoción comunitario de prevención y promoción como estrategia de prevención para promotores de salud logrará disminuir las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) en niños menores de 5 años de edad del sector de</p>
---	--	---

	León Becerra de Milagro.	influencia del Hospital León Becerra de Milagro.
--	--------------------------	---



ÍNDICE

PLAN A: TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA (SIN SANGRE)	3
Tratamiento en el hogar para prevenir la deshidratación y la desnutrición.....	3
Primera regla: dar al niño más líquido que habitualmente para prevenir la deshidratación.....	3
Líquidos adecuados.....	4
Líquidos inadecuados.....	5
¿Cuánto líquido se administrará?.....	5
Segunda regla: administrar suplementos de cinc (10 a 20 mg) al niño todos los días durante 10 a 14 días.....	5
Tercera regla: seguir dando alimentos al niño para prevenir la desnutrición.....	6
¿Qué alimentos hay que dar?.....	6
Leche.....	7
Otros alimentos.....	7
Qué cantidad de alimentos y con qué frecuencia.....	8
Cuarta regla: llevar al niño a la consulta de un profesional sanitario si hay signos de deshidratación u otros problemas.....	8
PLAN B: TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL PARA NIÑOS CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN	9
Cantidad de solución de SRO necesaria.....	9
Cómo administrar la solución de SRO.....	10
Seguimiento del tratamiento de rehidratación oral.....	11
Satisfacer las necesidades normales de líquido.....	12
Qué hacer si el tratamiento de rehidratación oral debe interrumpirse.....	12
Ineficacia o fracaso de la rehidratación oral.....	13
Administración de cinc.....	14
Alimentación.....	14





ADMINISTRACIÓN DE CINC

Se administrarán los suplementos de cinc, como en el plan A, tan pronto como el niño pueda comer después del período inicial de rehidratación de cuatro horas.

ALIMENTACIÓN

Los alimentos no deben darse durante el período de rehidratación inicial de cuatro horas, excepto la leche materna. Sin embargo, los niños que siguen el plan B durante más de cuatro horas deben recibir alguna alimentación cada tres o cuatro horas según se describe en el plan A. Todos los niños mayores de 6 meses deben recibir algún alimento antes de enviarlos de nuevo a casa. Esto ayuda a recalcarle a las madres la importancia de la alimentación constante durante la diarrea.



PLAN A TRATAMIENTO DE LA DIARREA AGUDA (SIN SANGRE)



LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO SON:



- Prevenir la deshidratación, si no hay ningún signo de deshidratación;
- Tratar la deshidratación, cuando está presente;
- Prevenir el daño nutricional, mediante la alimentación del niño durante y después de la diarrea; y
- Reducir la duración y gravedad de la diarrea y la aparición de episodios futuros, mediante la administración de suplementos de cinc.

TRATAMIENTO EN EL HOGAR PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN Y LA DESNUTRICIÓN



Los niños con diarrea aunque no presenten signos de deshidratación necesitan una cantidad de líquidos y sales superior a la normal para reemplazar las pérdidas de agua y electrolitos. Si no se les dan, pueden aparecer signos de deshidratación.

Se debe enseñar a las madres cómo prevenir la deshidratación en el hogar dando al niño más líquido que habitualmente, cómo prevenir la desnutrición continuando con la alimentación del niño, y explicarles la importancia de estas medidas. Las madres también deben conocer qué signos indican que debe llevar al niño a la consulta de un profesional sanitario.



PRIMERA REGLA: DAR AL NIÑO MÁS LÍQUIDO QUE HABITUALMENTE PARA PREVENIR LA DESHIDRATACIÓN





QUÉ LÍQUIDOS HAY QUE DAR ?



- Líquidos que deba incluir al menos uno que contenga sal normalmente.
- También debe darse agua potable.
- Deben recomendarse otros líquidos que los niños toman con frecuencia en esa zona.



LÍQUIDOS ADECUADOS



Podrán darse la mayoría de los líquidos que normalmente toma un niño. Resulta práctico dividir estos líquidos en dos grupos:



Líquidos que normalmente contienen sal, como:

- Solución de SRO;
- Bebidas saludables (por ejemplo, agua de arroz salada o yogur al que se le ha añadido sal);
- Sopas de verduras y hortalizas o de pollo con sal.



También se puede enseñar a las madres a que agreguen sal (aproximadamente 3 g/l) a una bebida o sopa sin sal durante los episodios de diarrea, pero esto requiere un esfuerzo educativo continuado.



Líquidos que No contienen sal, como por ejemplo:

- Agua simple;
- Agua en la que se han cocido cereales (por ejemplo, agua de arroz sin sal);
- Sopa o caldo sin sal;
- Bebidas a base de yogur, sin sal;
- Agua de coco;
- Té ligero (no endulzado);
- Jugos de fruta fresca no endulzados.



- Mostrarle cómo preparar la solución de SRO;
- Explicarle las cuatro reglas del plan A para tratar a su hijo en casa.

INEFICACIA O FRACASO DE LA REHIDRATACIÓN ORAL



Con la fórmula anterior de SRO los signos de deshidratación persistían o reaparecían durante el tratamiento de rehidratación oral en aproximadamente el 5% de los niños. Con la nueva fórmula de SRO de osmolaridad reducida, se calcula que los "fracasos" en el tratamiento se reducirán a un 3% o incluso menos. Las causas más corrientes de estos "fracasos" son:

- las pérdidas rápidas y continuas en las heces (más de 15 a 20 ml/kg por hora), como ocurre en algunos niños con cólera;
- La ingestión insuficiente de solución de SRO debido a la fatiga o a la letargia;
- Los vómitos frecuentes e intensos.



Estos niños deben recibir la solución de SRO por sonda nasogástrica o la solución de lactato de Ringer (solución de lactato sódico compuesta) por vía intravenosa (75 ml/kg en cuatro horas), generalmente en un hospital. Se podrá reanudar el tratamiento de rehidratación oral una vez confirmada la mejoría con los signos de deshidratación.

Son raras las veces en las que no esté indicado el tratamiento de rehidratación oral. Pero puede ocurrir en niños con:

- Distensión abdominal con íleo paralítico, que puede ser causado por medicamentos opiáceos (por ejemplo, codeína, loperamida) e hipopotasio;
- Malabsorción de glucosa, que se reconoce por un aumento marcado del volumen y la frecuencia de las deposiciones al administrar la solución de SRO y ninguna mejoría del estado de deshidratación; además aparece una gran cantidad de glucosa en las heces cuando se administra la solución de SRO.



En estas situaciones, debe administrarse la rehidratación por vía intravenosa hasta que ceda la diarrea; el tratamiento por vía nasogástrica no debe usarse.



Enseñar a la madre cómo tratar a su hijo en casa con la solución de SRO y alimentos siguiendo el plan A. Darle suficientes sobres de SRO para dos días. Enseñarle también qué signos indican que debe regresar con su hijo a la consulta.



SATISFACER LAS NECESIDADES NORMALES DE LÍQUIDO

Al tiempo que está en curso el tratamiento para reponer el déficit existente de agua y electrolitos, se deben también satisfacer las necesidades diarias normales de líquido del niño. Esto se consigue de la siguiente manera:

- Lactantes amamantados: seguir amamantando tanto y tan a menudo como quiera el lactante, incluso durante la rehidratación oral.

- Lactantes no amamantados menores de 8 meses: si se usa la solución original de SRO de la OMS que contiene 90 mmol/L de sodio habrá que darles también de 100 a 200 ml de agua potable durante este período. Sin embargo, esto no será necesario si se usa la nueva solución de SRO de osmolaridad reducida que contiene 75 mmol/L de sodio. Una vez terminada la rehidratación, reanudar las tomas lácteas sin diluir (o la leche maternizada). Dar agua y otros líquidos que generalmente toma el lactante.



- Niños mayores y adultos: durante el tratamiento de rehidratación y de mantenimiento, dar tanta agua como deseen, además de la solución de SRO.



QUÉ HACER SI EL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL DEBE INTERRUMPIRSE

Si la madre y el niño deben irse antes de completar la rehidratación con la solución de SRO:

- Enseñar a la madre cuánto solución de SRO debe administrar al niño para terminar el tratamiento de cuatro horas en casa;
- Proporcionarle suficientes sobres de SRO para finalizar el tratamiento de cuatro horas y para seguir la rehidratación oral durante dos días más, según se indica en el plan A;



LÍQUIDOS INADECUADOS

Algunos líquidos son potencialmente peligrosos y deben evitarse durante la diarrea. Concretamente, las bebidas endulzadas con azúcar, que puede causar diarrea osmótica e hipernatremia. Algunos ejemplos son:



- Bebidas gaseosas comerciales;
- Jugos de fruta comerciales;
- Té endulzado.

Otros líquidos que también deben evitarse son los que tienen un efecto estimulante, diurético o purgante, por ejemplo:
- Café
- Algunos tipos de té o infusiones medicinales.



CUÁNTO LÍQUIDO SE ADMINISTRARÁ

La regla general es dar tanto líquido como el niño o el adulto quiera tomar hasta que desaparezca la diarrea.



A modo de orientación, después de cada deposición de heces sueltas, dar:

- A los niños menores de 2 años: de 50 a 100 ml (de un cuarto a media taza grande) de líquidos;
- A los niños de 2 a 10 años: de 100 a 200 ml (de media a una taza grande);
- A los niños mayores y adultos: tanto líquido como quieran tomar.



SEGUNDA REGLA: ADMINISTRAR SUPLEMENTOS DE CINC (10 A 20 MG) AL NIÑO TODOS LOS DÍAS DURANTE 10 A 14 DÍAS





El cino puede presentarse en forma de jarabe o de comprimidos dispersables; se administrará la presentación que sea más fácil de conseguir y más económica. La administración de cino al comienzo de la diarrea reduce la duración y gravedad del episodio así como el riesgo de deshidratación. Si se continúan administrando los suplementos de cino durante 10 a 14 días, se recupera completamente el cino perdido durante la diarrea y el riesgo de que el niño sufra nuevos episodios en los 2 o 3 meses siguientes disminuye.



TERCERA REGLA: SEGUIR DANDO ALIMENTOS AL NIÑO PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN

No debe interrumpirse la alimentación habitual del lactante durante la diarrea y, una vez finalizada esta, debe aumentarse. Nunca debe retirarse la alimentación y no deben diluirse los alimentos que el niño toma normalmente. Siempre se debe continuar la lactancia materna.



El objetivo es dar tantos alimentos ricos en nutrientes como el niño acepta. La mayoría de los niños con diarrea acuosa recuperan el apetito una vez corregida la deshidratación, mientras que los que presentan diarrea sanguinolenta a menudo comen mal hasta que desaparece la enfermedad. Se debe alertar a estos niños a que resaruden la alimentación normal cuanto antes.



QUÉ ALIMENTOS HAY QUE DAR ?



Depende de la edad del niño, de sus preferencias y del tipo de alimentación antes de la enfermedad; los hábitos culturales son también importantes. En general, los alimentos apropiados para un niño con diarrea son los mismos que los que habría que dar a un niño sano. A continuación se expone una serie de recomendaciones específicas.



Los vómitos son frecuentes durante la primera o las dos primeras horas de tratamiento, sobre todo si el niño bebe la solución demasiado rápido, pero esto rara vez impide una buena rehidratación ya que la mayor parte del líquido se absorbe. Pasadas las primeras horas los vómitos generalmente desaparecen. Si el niño vomita, esperar unos 5 o 10 minutos y volver a darle la solución de SRO otra vez, pero más lentamente (por ejemplo, una cucharada cada 2 o 3 minutos).



SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL



Examinar al niño de vez en cuando durante el proceso de rehidratación para comprobar que toma bien la solución de SRO y que los signos de deshidratación no empeoran. Si aparecen signos de deshidratación grave en el niño, cámbiese al plan C de tratamiento de la diarrea.

A las cuatro horas se debe hacer una evaluación completa del niño siguiendo las indicaciones del cuadro 1. Luego se decide qué tratamiento se le dará a continuación:



Si han aparecido signos de deshidratación grave, deberá comenzarse el tratamiento intravenoso (IV) siguiendo el plan C. No obstante, es muy raro que esto suceda, sólo se producirá en niños que beban mal la solución de SRO y evacuen grandes cantidades de heces líquidas frecuentemente durante el período de rehidratación.

Si el niño sigue teniendo signos de algún grado de deshidratación, continuar con el tratamiento de rehidratación oral aplicando de nuevo el plan B. Al mismo tiempo comenzar a ofrecerle alimentos, leche y otros líquidos, según se describe en el plan A, y seguir examinando al niño con frecuencia.



Si no hay ningún signo de deshidratación, se considerará que el niño está totalmente rehidratado. Cuando la rehidratación se ha completado:

- el signo del pliegue cutáneo es normal;
- la sed cede;
- orina normalmente;
- el niño se tranquiliza, no está ya irritable y a menudo se queda dormido.



Cuadro 2: Directrices para el tratamiento de niños y adultos con algún grado de deshidratación

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS

Edad*	Menos de 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 años	5-14 años	15 años o más
Peso	Menos de 5 kg	5-7,9 kg	8-10,9 kg	11-15,9 kg	16-29,9kg	30 kg o más
Mililitros	200-400	400-600	600-800	800-1200	1200-2200	2200-4000
En medida local						

* Use la edad del paciente sólo cuando no conozca el peso. La cantidad aproximada de SRO requerida (en mililitros) también puede calcularse multiplicando por 75 el peso del paciente expresado en kilogramos.

- Si el paciente quiere más solución de SRO de la indicada, darle más.
- Alentar a la madre a que siga amamantando a su hijo.
- En los lactantes menores de 6 meses que no se amamantan, si se usa la solución original de SRO de la OMS que contiene 90 mmol/L de sodio habrá que darle también 100 a 200 ml de agua potable durante este periodo. Sin embargo, no será necesario si se usa la nueva solución de SRO de osmolaridad reducida que contiene 75 mmol/L de sodio.

NOTA: Durante la fase inicial del tratamiento, cuando todavía están deshidratados, los adultos pueden beber hasta 750 ml por hora, si es necesario, y los niños hasta 20 ml por kilogramo de peso corporal cada hora.



CÓMO ADMINISTRAR LA SOLUCIÓN DE SRO ?

Se debe enseñar a un miembro de la familia cómo preparar y administrar la solución de SRO. A los lactantes y niños pequeños se les dará con una cucharita limpia o una taza. Los biberones no deben usarse. Para los recién nacidos se usará un cuentagotas o una jeringa (sin la aguja) para poner pequeñas cantidades de solución directamente en la boca. A los niños menores de 2 años se les debe dar una cucharadita cada 1 o 2 minutos; los niños mayores (y los adultos) tomarán sorbos frecuentes directamente de una taza.



LECHE

Los lactantes de cualquier edad que se amamantan deben poder mamar tanto y tan a menudo como deseen. Debe favorecerse la tendencia natural a mamar más de lo habitual.



Los lactantes que no son amamantados deben recibir su toma láctea usual (o leche maternizada) al menos cada tres horas, si fuera posible en taza. Las leches maternizadas comerciales especiales anunciadas para usar en caso de diarrea son caras e innecesarias; no deben darse sistemáticamente. La intolerancia láctea considerada clínicamente importante rara vez representa un problema.



Los lactantes menores de 6 meses que toman leche materna y otros alimentos deben amamantarse con más frecuencia. A medida que el niño se recupera y aumenta el suministro de leche materna, deben reducirse los otros alimentos. (Si se dan otros líquidos además de la leche materna, se debe usar una taza en lugar del biberón.) La recuperación dura generalmente una semana.

OTROS ALIMENTOS



Si el niño tiene al menos 6 meses o ya está tomando alimentos blandos, se le deben dar cereales, verduras, hortalizas y otros alimentos, además de la leche. Si el niño tiene más de 6 meses y todavía no recibe estos alimentos, se empezarán durante el episodio de diarrea o poco después de su desaparición.

Los alimentos recomendados deben ser culturalmente aceptables, fáciles de conseguir, tener un alto contenido energético y proporcionar la cantidad suficiente de micronutrientes esenciales. Deben estar bien cocidos, triturados y molidos para que sean más fáciles de digerir; los alimentos fermentados son también fáciles de digerir. La leche debe mezclarse con un cereal. Siempre que sea posible, se agregarán de 5 a 10 ml de aceite vegetal a cada ración de cereales⁷. Si se tiene carne, pescado o huevos, también deben darse. Los alimentos ricos en potasio, como los plátanos, el agua de coco y el jugo de fruta recién hecho resultan beneficiosos.





¿QUÉ CANTIDAD DE ALIMENTOS Y CON QUÉ FRECUENCIA?

6
AL DÍA

Ofrezca comida al niño cada tres o cuatro horas (seis veces al día). Las tomas pequeñas y frecuentes se toleran mejor que las grandes y más espaciadas.

3h - 4h

Una vez detenida la diarrea, siga dando los mismos alimentos ricos en energía y sirva una comida más de lo acostumbrado cada día durante al menos dos semanas. Si el niño está desnutrido, las comidas extra deben darse hasta que haya recuperado el peso normal con relación a la talla.

SEMANA
2

CUARTA REGLA: LLEVAR AL NIÑO A LA CONSULTA DE UN PROFESIONAL SANITARIO SI HAY SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN U OTROS PROBLEMAS

La madre debe llevar a su hijo ante un trabajador de salud si:



- comienzan las deposiciones líquidas con mucha frecuencia;
- vomita repetidamente;
- tiene mucha sed;
- no come ni bebe normalmente;
- tiene fiebre;
- hay sangre en las heces;
- el niño no experimenta mejoría al tercer día.



PLAN B TRATAMIENTO DE REHIDRATACIÓN ORAL PARA NIÑOS CON ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN



Los niños con algún grado de deshidratación deben recibir un tratamiento de rehidratación oral con solución SRO en un establecimiento de salud siguiendo el plan B, según se describe más adelante. En estos casos también se les debe administrar los suplementos de zinc como se ha descrito anteriormente.

CANTIDAD DE SOLUCIÓN DE SRO NECESARIA

Utilice el cuadro 2 para calcular la cantidad de solución de SRO que se necesita para la rehidratación. Si se conoce el peso del niño, se usará para determinar la cantidad aproximada de solución necesaria. La cantidad también puede calcularse multiplicando el peso del niño en kilogramos por 75 mililitros. Si no se conoce el peso del niño, se tomará la cantidad aproximada que corresponda a la edad del niño.

La cantidad exacta de solución requerida dependerá del estado de deshidratación del niño. Los niños con signos de deshidratación más marcados o que continúan con deposiciones líquidas frecuentes, necesitarán más solución que aquellos con signos menos marcados o con deposiciones menos frecuentes. Si un niño desea más solución de SRO que la cantidad calculada y no hay ningún signo de sobrehidratación, se le dará más.



Los párpados edematosos (hinchados) son un signo de sobrehidratación. Si esto ocurre, suspenda la administración de la solución de SRO, pero continúe dando leche materna o agua y los alimentos. No administre diuréticos. Una vez que desaparece el edema, se reanuda la administración de la solución de SRO o los líquidos caseros según se indica en el plan A de tratamiento de la diarrea.

