Universidad Nacional De Loja

Área de la Salud Humana

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD "HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ"

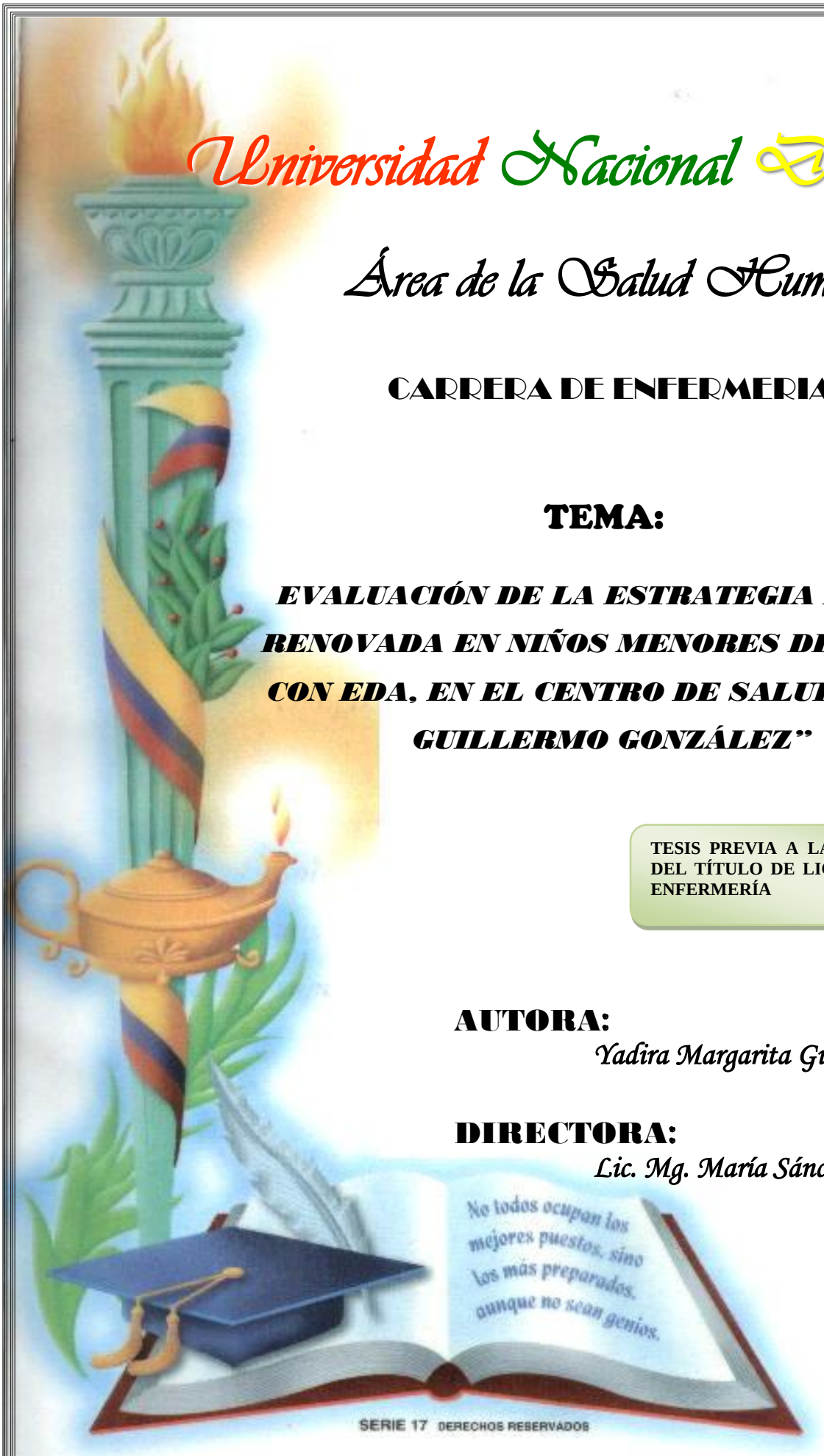
TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

Yadira Margarita Guamo Minga

DIRECTORA:

Lic. Mg. María Sánchez



LOJA ECUADOR

2014

CERTIFICACIÓN

Lic.Mg.Sc: María Sánchez Castillo

DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Que la tesis titulada **"EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD "HUGO GUILLERMO GONZALEZ",** de autoría exclusiva de Yadira Margarita Guamo Minga ha sido dirigida, analizada y revisada detenidamente en todo su contenido y desarrollo bajo mi orientación, por tales razones se autoriza su presentación, sustentación y defensa ante el tribunal de grado designado.

Loja, Octubre del 2014

Atentamente

.....

Lic. Mag. María Sánchez Castillo

DIRECTORA DE TESIS

CARTA DE AUTORIZACION DE LA TESIS POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONCULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo Yadira Margarita Guamo Minga, declaro ser la autora de la tesis titulada **"EVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD "HUGO GUILLERMO GONZALEZ"** como requisito para OPTAR AL GRADO DE Licenciada en Enfermería; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se personaliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 17 días del mes de Septiembre del dos mil catorce, firma el autor.

Firma:

Autor: Yadira Margarita Guamo Minga

Cedula: 1104599061

Dirección: Av Padre Solano Barrio Carigan.

Correo electrónico: yadygua-85@hotmail.es

Teléfono. 0967999977

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Lic. Mg. María Sánchez Castillo

Tribunal :

Lic : Estrellita Arciniega

Lic : Gina Monteros

Lic María del Cisne Agurto

AUTORÍA

La estructura teórica y metodológica, así como la síntesis, procesamiento de la información, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones de la presente investigación denominada: **"EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD "HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ",** son de absoluta responsabilidad de la autora.

Yadira Margarita Guamo Minga

AGRADECIMIENTO

Al culminar mi carrera universitaria le doy gracias a Dios por todas las bondades recibidas y sobre todo por el maravilloso regalo de la vida y la oportunidad de entrar en el mundo del conocimiento.

De igual manera a la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA** principalmente a la **Carrera de Enfermería** por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente, también a toda la planta docente y sus directivos que conforman el área, por impartirme sus conocimientos y sus sabios consejos durante los años de estudio.

De manera particular a mi directora de tesis la Lic. María Sánchez quien con gran esmero y dedicación dirigió responsablemente el presente trabajo investigativo.

A demás extiendo mi sincero agradecimiento al **"Centro de Salud Hugo Guillermo González**", al Director del Área Dr. Javier Ochoa, al departamento de estadística , al departamento de Enfermería por el gran apoyo y colaboración brindada así como también a todas las personas que formaron parte del estudio por contribuir desinteresadamente al desarrollo de la investigación

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por iluminar mi camino y acompañarme a cada instante de mi vida y por regalarme el gran don de la fortaleza en los momentos más duros de mi vida.

De manera especial a mis queridos Padres *Máximo y Esperanza*, por haberme inculcado todos los valores necesarios para ser una persona de bien y enseñarme a superar cada día y no rendirme jamás ante ningún obstáculo.

A mi esposo *Byron,* por su apoyo incondicional en esta ardua tarea de la vida, y por haber llenado mi vida de amor y comprensión durante todo este tiempo.

A mi pequeño hijo *Mateito Sebastián*, por ser la base fundamental y motivo de inspiración para poder culminar mis estudios, gracias por esos maravillosos días de alegría y tristeza que hemos compartido juntos.

A mis hermanos y hermanas que de manera directa o indirectamente estuvieron apoyándome siempre.

TEMA

EVALUACIÒN DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD “HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ”

RESUMEN

RESUMEN

El presente trabajo fue un estudio de tipo descriptivo, realizado en el Centro de Salud Hugo Guillermo González, durante el periodo Enero 2013- Mayo 2014, con el objetivo de Evaluar la estrategia de atención primaria en salud renovada ,en el centro de salud “Hugo Guillermo González”, en el abordaje de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años

La APS-R (Atención Primaria en Salud Renovada) es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, su implementación -como todo proceso social- ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades.

Como técnica de recolección de datos se aplicó una entrevista al equipo de salud que labora en el Centro de Salud, además una revisión de las historias clínicas de los niños menores de 5 años con diagnóstico de EDA y una observación.

Los resultados del estudio señalan que los profesionales de la salud conocen sobre el modelo de abordaje de diarrea en niños menores de 5 años en este servicio de salud, al respecto refieren que primero evalúan el grado de deshidratación según se requiere PLAN A , B o C luego se complementa con exámenes de laboratorio para luego recibir el tratamiento .

Los resultados obtenidos constituyeron un elemento básico y de gran ayuda para la elaboración del informe final.

ASTRACT

ASTRACT

ASTRACT

This studywas adescriptive studyconducted at theHealth Centre Hugo Guillermo Gonzalez,during the periodJanuary2013-May 2014, in order toassess theprimary care strategyinrenewed health, thehealth center, "Hugo GuillermoGonzalez"in addressing diarrhealdiseases in children under5 years TheAPS-R (Renewed PrimaryHealthCare) is a strategy thatguides the developmentofhealth systems, theirimplementation, as every processhas been subject tosocialcontradictions andeconomic and political interestsstha shape theforms oforganizationsocieties.

Asdatacollection techniquewas applied tointerviewhealth teamworking inthe health center, plus a review ofthe medical recordsof children under5 yearswitha diagnosis of ADDand observation.

Study resultsindicate thathealth professional sknow about themodel approach todiarrhea inchildren under 5years in thehealth service,referthe matterto firstassess the degree ofdehydrationasrequiredPLANA, B orCthencomplemented bylaboratory testsand thenreceive treatment. The resultswere abasicand helpfulforthe final reportelement.

INTRODUCCION

INTRODUCCIÒN

El cuidado de la salud es un eje estratégico del desarrollo individual y colectivo, un elemento clave para la consecución del buen vivir. Como señala Betancourt Z. (2011) “la salud y la enfermedad son formas de caminar por la vida”

La salud y el enfoque de la Atención Primaria de Salud APS-R están en estrecha relación con la noción de desarrollo humano sustentable, que trasciende el sentido de generación de riqueza económica, pues plantea el desarrollo como el logro de bienestar y generación de oportunidades en el presente y para las generaciones futuras.

La diarrea aguda en niños menores de 5 años es el tercer motivo de consulta en la atención primaria en salud, después de la fiebre y la tos**.** En Ecuador, en el año 2000 se atendieron 911 mil 493 niños con diarrea de los 5 millones 473 mil 660 menores de 5 años atendidos en consulta externa, lo que equivale a un 16.6% y, para el año 2006, el porcentaje de estas consultas disminuyó a un 13.20%, observándose una reducción del 3%.[1]

En todo el mundo, 780 millones de personas carecen de acceso al agua potable y 2500 millones a sistemas de saneamiento apropiado. En países en desarrollo, los niños menores de 3 años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año y cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento[2].

La problemática de salud se refleja en las tasas elevadas de morbi-mortalidad en grupos vulnerables y particularmente infantiles, según encuesta de condiciones de vida 2005-2006, donde se señala que la prevalencia de EDA en menores de cinco años es el 25%. En las tres áreas de Salud del cantón Loja, en al año 2007, se reportaron 144 casos de enfermedades diarreicas agudas de tipo

[1] http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

[2] OMS. Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330. Abril de 2013. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/. Consultado el 30-10-2013.

infeccioso, y poli-parasitario[3]".la alimentación inadecuada, vivienda inapropiada, ausencia de agua potable, falta de educación básica en salud, falta de programas preventivos, creencias tradicionales y religiosas, desorganización comunitaria y escasa participación en los programas de salud"[4].

La demora en la búsqueda de atención de la diarrea aguda, por no reconocer los signos de gravedad del episodio diarreico, es una de las causas que muchas veces contribuyen a empeorar el pronóstico en los menores de edad y puede ser determinante de la muerte.

La mayor parte de morbimortalidad la sufren los niños menores de dos años y se estima que aproximadamente el 80% a 90% de las muertes por diarrea, ocurren en ese grupo de edad. De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF-, las dos principales complicaciones de la EDA son la deshidratación y la desnutrición.[5]

El presente trabajo fue un estudio de tipo descriptivo, realizado en el Centro de Salud Hugo Guillermo González, durante el periodo Mayo 2013- Mayo 2014, con el objetivo Evaluar la estrategia de atención primaria en salud renovada ,en el centro de salud "Hugo Guillermo González", en el abordaje de las enfermedades diarreicas en niños menores de 5 años

Como técnica de recolección de datos se aplicó una entrevista al equipo de salud que labora en esta casa de salud además se revisó las historias clínicas de niños menores de 5 años con EDA y una observación del área.

Los resultados de este estudio, servirán para que las autoridades sanitarias tengan un conocimiento significativo y real de la calidad de vida de su población de referencia, del impacto de sus intervenciones y de la magnitud del problema, pudiendo medir el efecto de cualquier acción y contribuyendo así a subsanar las

[3] Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigaciones de la Mortalidad Materna – Infantil. MSP 2007

[4] MSP. Situación de Salud en el Ecuador.

[5] Evento de vigilancia: mortalidad por EDA INS-Subdirección de Vigilancia y Control. Primer semestre 2007.

desigualdades sanitarias, causa y consecuencia de los indicadores sanitarios actuales.

Por la importancia que en la práctica y en la labor diaria tiene el tema tratado, y teniendo en cuenta que constituye un problema de salud de alta trascendencia, como enfermera, he decidió proyectar y realizar el presente trabajo con el objetivo de

- Evaluar la estrategia de atención primaria que brinda el personal de salud en relación con las Enfermedades Diarreicas en niños de 1 -5 años en el Centro de Salud N^{0} 2 Hugo Guillermo González"
- Identificar conocimientos sobre la estrategia APS en EDA en el personal de salud del Centro de Salud "Hugo Guillermo González
- Evaluar la organización y su cumplimiento de la estrategia APS en EDA .

REVISIÒN DE LITERATURA

REVISIÒN DE LITERATURA

1. LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD RENOVADA (APS-R)

La APS-R es una estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud. Tiene sus raíces en la APS formulada en Alma Ata (1978), donde se recogió el espíritu de una estrategia eficiente, al alcance de todos, con una prestación de servicios continua, adaptada a las necesidades de la población, global y con la participación activa de la comunidad.

A partir de la Declaración de Alma Ata la estrategia de APS toma importancia para los Estados y las políticas nacionales de salud, sin embargo del reconocimiento formal, su aplicación es limitada en la mayoría de países. Su implementación, como todo proceso social, ha estado sujeta a las contradicciones e intereses económicos y políticos que configuran las formas de organización de las sociedades

La OMS (1986) plantea la necesidad de implementar acciones orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población como una condición ineludible para el logro de la salud.

La estrategia de promoción de la salud establece algunos lineamientos como reorientar el modelo de atención hacia un enfoque integral en el que las acciones de prevención y promoción de la salud son los ejes fundamentales, la construcción de políticas públicas saludables, intervenciones intersectoriales, la promoción de estilos de vida y espacios saludables, y la participación activa de la población.

Otro hito importante fue la conferencia de Santa Fe de Bogotá en 1992, en donde se plantea la necesidad de armonizar el desarrollo económico con el mejoramiento de las condiciones de bienestar y equidad social como condiciones indispensables para el logro de salud.

En ese sentido “el desafío de la Promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”.[6]

En la década del 90, el embate del pensamiento y la práctica neoliberal incidieron en que la estrategia de APS se reduzca a intervenciones puntuales, focalizadas, locales y de bajo costo, coartando su potencial transformador y estimulando el crecimiento y consolidación de la salud como una mercancía, impulsando acciones de salud curativas

La evidencia del fracaso del modelo de desarrollo economicista y de las políticas neoliberales, que en el campo de la salud significo profundizar la inequidad en el acceso a condiciones de vida saludables y a los servicios de salud, ha incidido en que se reposicione la estrategia de la APS como eje de los procesos de transformación de los sistemas de salud bajo los siguientes objetivos:

- Facilitar la inclusión social y la equidad en salud
- Promover los sistemas de salud basados en APS
- Potenciar la promoción de la salud y la atención integral e integrada
- Fomentar el trabajo intersectorial y sobre los determinantes sociales
- Orientar hacia la calidad de la atención y seguridad del paciente
- Fortalecer los recursos humanos en materia de salud

Tanto la Constitución Política como el Plan de Desarrollo para el Buen Vivir, establecen que la estrategia de Atención Primaria de Salud debe ser la base de la

[6]Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá: 1992

organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública Integral de Salud**.**

Este mandato implica reorientar el modelo de atención hacia un modelo que fortalezca la promoción y la prevención; implementar estrategias que permitan el acceso equitativo y continuo a servicios integrales de salud, que se adecuen a las necesidades y demandas de la población, reconociendo y dando respuesta a las especificidades que devienen de la diversidad étnica y cultural, del momento del ciclo vital, de género y territorial. Implica también la articulación intersectorial y la participación ciudadana en torno a procesos de desarrollo y mejoramiento de la calidad de vida.

"La Atención Primaria no significa exclusivamente servicios en el I nivel de atención, sino que considera que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a los otros tres niveles más complejos deatención, con lafinalidad de dar atención integral y específica a las demandas individuales".[7]

2. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El Modelo **MAIS-FCI (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural)** es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud, para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad – el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.

[7]Manual Modelo Atención Integral Salud Ecuador 2012 Disponible en :http://construyamossalud.grupofaro.org/sites/default/files/documentos/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2012%20Logrado%20ver%20amarillo.pdf . Fecha de consulta:30-10-2013

Tiene unos principios básicos:

• **Garantía de los derechos de las y los ciudadanos**y la corresponsabilidad en el cumplimiento de los deberes hacia los otros, sus comunidades y la sociedad. La garantía de derechos implica generar condiciones para el desarrollo de una vida saludable y el acceso universal a servicios de salud integrales, integrados y de calidad, a través de mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

• **Universalidad:** es la garantía de acceso a iguales oportunidades para el cuidado y atención integral de salud de toda la población que habita en el territorio nacional independientemente de la nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, nivel de educación, ocupación, ingresos. La articulación y funcionamiento de la Red Pública Integral de Salud y red complementaria para garantizar el acceso a servicios de excelencia a toda la población

• **Integralidad:** desde una visión multidimensional y biopsicosocial de la salud individual y colectiva, actuando sobre los riesgos y condiciones que afectan la salud; identificando y potenciando los factores protectores de la salud. Articula acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos de las personas, familias, comunidad y su entorno. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, y los diversos sistemas médicos (medicina formal / medicinas ancestrales / medicinas alternativas).

• **Equidad:**Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

• **Continuidad:** Es el seguimiento al estado de salud de las personas; las familias, el control de los riesgos y factores determinantes para la salud y su

entorno; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o su rehabilitación.

• **Participativo:** Generando mecanismos que contribuyan a la participación activa de las personas y los colectivos en la toma de decisiones sobre las prioridades de intervención, la asignación y el uso de los recursos, y en la generación de una cultura de corresponsabilidad y auto cuidado.

• **Desconcentrado:** Transferencia de competencias de una entidad administrativa del nivel nacional a otra jerárquicamente dependiente (nivel zonal, distrital, local), siendo la primera la que mantiene la rectoría y asegura su calidad y buen cumplimiento.

• **Eficiente, eficaz y de calidad:** Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen el uso adecuado y un mayor rendimiento de los recursos.

• Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la **relación equipo de salud-persona sujeto de derechos o ciudadano.**

• **Que la gestión y atención** busque no solo **resultados institucionales**sino fundamentalmente **resultados de impacto social,** para mejorar la calidad de vida de la población.

3. NORMAS DE DIARREA AGUDA PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÒN

A. DEFINICIÓN

Aumento de la frecuencia, fluidez y/o volumen de las deposiciones, con perdida variable de agua o electrolitos, con una duración menor de 14 días.

B. MANIFESTACIONES CLINICAS

- Deposiciones acuosas, mucosas, pus y/o sangre;
- Dolor abdominal, nauseas, vómitos;
- Fiebre, pujos, tenesmo, alteración de la conciencia;
- Distensión abdominal, meteorismo, deshidratación.

C. ETIOLOGIA

- Viral: Rotavirus (meses fríos)
- Bacteriana: Escherichia coli enterotoxigenica y entero patogénica, Shigella, Salmonella, Campylobacter yeyuni (meses cálidos).
- Parasitaria: Giardia Lamblia

D. EXAMEN FISICO

- Depende del tiempo de evolución
- Magnitud de las pérdidas
- Calidad y cantidad de líquidos administrados

E. INDICACIONES DE ESTUDIOS

Coprocultivo:

- Menores de 3 meses, inmuno-suprimidos, sepsis con diarrea, diarrea con sangre, brote de diarrea en guardería.
- Todo paciente niño que requiera internación por diarrea aguda de cualquier característica.
- Niños desnutridos de 2° o 3° grado con diarrea crónica o con sospecha de colonización alta.
- Niños internados previamente que presenten desmejoramiento de las deposiciones o que se sospeche una diarrea de origen intrahospitalario.

Laboratorio:

No se requiere -en general- ninguno para niños con diarrea aguda, solo se justificarán cuando estén orientados a evaluar el estado de hidratación y la búsqueda etiológica .Así, en niños desnutridos, deshidratados moderados y graves, que requieran internación por fracaso de la terapia de rehidratación oral, se podrá solicitar urea y estado ácido-base.

F. TRATAMIENTO

- ✓ Sales de rehidratación oral (50100ml/ kg en 4 horas) en las formas leves y moderadas con buena tolerancia
- ✓ Ringer Lactato poli-electrolítica o Solución Salina Fisiológica (20 a 50 ml en 1º hora) en graves y referir.
- ✓ Antibióticos (Fosfomicina) (100 mg / kg) furazolidona (5 – 8 mg / kg) cefotaxima(100 mg / kg).

Este tratamiento será aplicado en casos restringidoshay que tener en cuenta que la mayoría de las diarreas son auto-limitadas y no requieren tratamiento específico

G. PREVENCIÓN:

La disminución de la morbilidad y mortalidad por diarrea aguda depende de la prevención:

- **Prevención primaria**: comprende las medidas a implementar con el fin de evitar que se contraiga la enfermedad.
- **Prevención secundaria**: comprende el buen manejo del episodio diarreico en lo referente al sostén o recuperación de la hidratación y la nutrición adecuada.

Prevención y Educación Comunitaria:

Para que un niño enferme intervienen distintos factores, tanto sociales ambientales como biológicos. Por eso debemos tratar de prevenir la enfermedad diarreica por medio de recursos como los siguientes:

1. **Educación para la salud y participación de la comunidad en la instalación de:**

   A. Medidas higiénicas como:

   - Lavado de manos antes de preparar alimentos y después de manipular carne cruda; y luego de ir al baño ocambiar los pañales.
   - No bañar a los niños en aguas contaminadas. Cuidar que las piletas de natación privada y pública tenganagua adecuadamente clorada.
   - Asesorar sobre sistemas de provisión de agua segura.
   - El agua de uso y consumo debe ser potable. Ante la duda, agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla cinco minutos.

   B. Educación alimentaria con énfasis en:

   - ✓ Estimular la práctica del amamantamiento y la higiene en la preparación de alimentos.

- ✓ Lavado de frutas y verduras
- ✓ Cocción de los alimentos: huevos (consistencia dura); carne bien cocida –especialmente la carne picada–:para ser consumidas, las carnes deben perder el color rosado.
- ✓ Constatar que las hamburguesas estén bien cocidas.
- ✓ No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- ✓ Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados.
- ✓ Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera.

2. Cuidados con respecto a la eliminación de las excretas y tratamiento de residuos.

3. Alertar sobre los peligros de la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.

4. Evitar el uso de ATB (antibióticos) y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.
5. Educación a la comunidad y en especial a las madres acerca de cómo prevenir e identificar precozmente la diarrea, la detección temprana de la deshidratación y otros signos de alarma.

1. Capacitación de equipos y medidas de Salud Pública:

A. Capacitación del equipo de salud:

- Capacitación en Atención Primaria de la Salud, tanto en la carrera de grado como en el posgrado.
  - Programa de educación continua para el equipo de salud sobre prevención primaria, que contemple normas de Educación Sanitaria y Alimentaria.

- Capacitación para la detección y asesoramiento sobre manejo de situaciones de riesgo social.

B. Control sanitario y medidas de Salud Pública:

- Control bromatológico de los alimentos y bebidas.
- La vigilancia epidemiológica es la base para la detección temprana de diarrea (Unidades Centinela).
- Difusión de mensajes preventivos a través de campañas de comunicación social, por diferentes medios
- Garantizar el acceso a la atención de la salud, coordinando además los sistemas de referencia y contra-referencia.
- Articulación de las acciones de salud con las políticas sociales.
- Aislamiento de los enfermos en caso de cólera y otras enfermedades contagiosas[8].

4. MODELO DE ABORDAJE DE UN SISTEMA DE SALUD, BASADA EN LA ATENCION PRIMARIA FRENTE A LAS ENFERMEDADES DIARREICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Este Plan pretende contribuir a una atención integral de los pacientes que consultan por diarrea, a través del abordaje de la prevención y la promoción de la salud, contribuyendo así a evitar oportunidades perdidas. Esta propuesta organiza la atención ambulatoria de los pacientes con diarrea y deshidratación brindando herramientas para la organización de los servicios y su tratamiento adecuado.

Enfermedad Diarreica Aguda

La diarrea es un síndrome clínico de comienzo brusco y duración limitada, que en forma secundaria a una alteración en el transporte y absorción de electrolitos y

[8]Normas de diarrea aguda Disponible en :http://www..com.normas de atención ar/artículos/verarticulo.asp?idarticulo=322. Fecha de consulta 03-10-2013

agua, se caracteriza por el incremento en el número de evacuaciones al día y alteración en la consistencia de las heces ,acompañado de otros síntomas como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre.

La OMS estima que, en América Latina, el 70% de los casos de diarrea son secundarios al consumo de alimentos contaminados .La mayor parte de las diarreas, pueden atribuirse al mal manejo de los alimentos durante la preparación y pueden deberse a:

1. Hábitos de higiene deficientes de los manipuladores de alimentos
2. Contaminación de alimentos cocidos con alimentos crudos o superficies contaminadas,
3. Deficiente cocción de los alimentos. Luego de ingresar al tubo digestivo, los microorganismos lo colonizan y se multiplican generando el cuadro clínico por distintos mecanismos: invasivos, toxico-génicoso mixtos.

   Los agentes etiológicos de enfermedades diarreicas agudas más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente Rotavirus) que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas; las bacterias ocasionan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos comola Giardia, son la causa de alrededor del 10%.

<u>Recomendaciones para la organización de los servicios de salud.</u>

La organización de los servicios de salud para la atención de los pacientes con enfermedades diarreicas agudas incluye:

- La planificación de la atención y la utilización adecuada de los espacios para observar y tratara los pacientes.
- La provisión de los insumos como sales de rehidratación oral (SRO) y soluciones endovenosasy de los recursos humanos necesarios.
- La capacitación de los recursos humanos profesionales y técnicos.

- La organización de redes de derivación.

Es fundamental que el personal de todos los servicios de salud esté capacitado en todo lo relativo a la prevención y atención de las diarreas agudas, y en que estas enfermedades, que generalmente evolucionan favorablemente, pueden ocasionar la muerte.

Organización de los servicios de Salud

Los servicios de salud, deben prepararse para el eventual aumento de la demanda por cuadros de diarrea. Por ello se deben generar actividades de preparación, tanto de los equipos de salud, como del ámbito físico.

1. **Con relación a la preparación de los equipos de salud, se debe reforzar:**

    - La información acerca de las diarreas, la detección de casos, como evaluar severidad del cuadro, cuales son las medidas de profilaxis y tratamiento.
    - La información periódica sobre el estado de situación, las medidas de bioseguridad y los circuitos de circulación de pacientes con diarrea.
    - La importancia de la notificación de los casos.
    - El manejo de situaciones de riesgo social.

2. **Con relación a la preparación de la oferta de consultas, se debe:**

    - Destinar recursos humanos a la atención exclusiva de pacientes con diarrea
    - Garantizar y reforzar la distribución de insumos
    - Garantizar el acceso a la atención de la salud, coordinando además los sistemas de referencia y contra-referencia.

- Si el aumento de la demanda lo amerita**:** Reducir el número de consultorios programados e incorporar escalonadamente el recurso humano a la atención de los pacientes con diarrea en la medida que sea necesario.

3. Con relación a la preparación del ámbito físico:

- Definir flujos de atención diferenciada para la atención de pacientes con diarreas colocando alertas visuales en la zona de ingreso de los establecimientos de salud, con dicha información
- Establecer un consultorio de “triage”
- Organizar un “Área de Rehidratación” o “Posta de hidratación”

El objetivo principal del triage es priorizar la atención de los pacientes graves y evitar lo antes posible el contacto de enfermos de diarrea con el resto de enfermos.

En el caso en no sea posible disponer de un acceso diferente para los pacientes con diarrea, el punto de triage debe estar lo más próximo al acceso y se debe derivar a los pacientes con diarrea a salas diferenciadas.

“En las salas que se realiza el triage o evaluación clínica es imprescindible que haya facilidades higiénicas y agua segura, para garantizar la eliminación de excretas, la higiene de manos, y la limpieza del medio ambiente.

En ese consultorio se definirá de acuerdo al estado de hidratación del paciente, si este puede ser tratado en su domicilio, debe realizar el tratamiento en las áreas de rehidratación o debe ser internado "[9]

5. COMPONENTES DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Los componentes del MAIS-FCI hacen viables la operación y desarrollo del mismo y son los siguientes:

A. Componente de provisión de servicios de salud del sistema nacional de salud

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población, a nivel individual, familiar y comunitario.

La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

B. Componente de organización del sistema nacional de salud

La provisión de los servicios de salud en el Sistema Nacional de Salud se organiza por niveles de atención en I, II, III y IV nivel y en la lógica de trabajo interinstitucional en redes y micro redes a nivel territorial. El componente de organización comprende:

[9]Modelos de atención de salud en Ecuador disponible en:http://www.modelos de atención de salud en el ecuador.org/archivos/smi_D211.pdf .Fecha de consulta:30-10-2013

- ✓ Niveles de atención :Homologación y tipología de los establecimientos de salud
- ✓ Organización de los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS)
- ✓ Organización Territorial y funcionamiento de la Red Pública y complementaria

C. Niveles de Atención: Tipología y homologación de establecimientos de salud

El MSP como autoridad Sanitaria Nacional y con el objetivo de articular la Red Pública Integral de Salud y la Red Complementaria, homologa la tipología de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, que rige para todo el sector salud del país.

El nivel de atención es un conjunto de establecimientos de salud que bajo un marco normativo, legal y jurídico, establece niveles de complejidad necesarios para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad, se organizan de acuerdo al tipo de servicios que deben prestar, estándares de calidad en infraestructura, equipamiento, talento humano, nivel tecnológico y articulación para garantizar continuidad y el acceso escalonado de acuerdo a los requerimientos de las personas hasta la resolución de los problemas o necesidades de salud.

El primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través del sistema de referencia-contra referencia se garantiza el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución de la necesidad o problema.

El I Nivel de atención, por su contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad. Los servicios darán atención integral

dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales.

El II Nivel de Atención comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I Nivel de Atención. Se desarrolla nuevas modalidades de atención no basadas exclusivamente en la cama hospitalaria, tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día. (Centro clínico quirúrgico ambulatorio).

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor. El ingreso al II nivel se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno.

Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

El III nivel de Atención

Corresponde a los establecimientos que prestan servicios ambulatorios y hospitalarios de especialidad y especializados, los centros hospitalarios son de referencia nacional; resuelve los problemas de salud de alta complejidad, tiene recursos de tecnología de punta, intervención quirúrgica de alta severidad, realiza trasplantes, cuidados intensivos, cuenta con subespecialidades reconocidas por la ley; se incluyen los siguientes

El IV nivel de Atención

El IV nivel de atención es el que concentra la experimentación clínica, pre registro o de procedimientos, cuya evidencia no es suficiente para poder instaurarlos en una población, pero que han demostrado buenos resultados casuísticamente o por estudios de menor complejidad.

Estos establecimientos solo serán autorizados en los subsistemas públicos de la Red Pública Interinstitucional de Salud (RPIS).

El nivel de Atención Pre-hospitalaria

Es el nivel de atención autónomo e independiente de los servicios de salud, que oferta atención desde que se comunica un evento que amenaza la salud, en cualquier lugar donde éste ocurra, hasta que él o los pacientes sean admitidos en la unidad de emergencia, u otro establecimiento de salud, cuya capacidad resolutiva sea la adecuada.

D. Componente de gestión del sistema nacional de salud

El componente de gestión comprende los procesos gerenciales que brindan un soporte a la provisión y organización de los servicios de salud, para el logro de resultados sanitarios dentro del contexto del Modelo de Atención Integral.

En concordancia con los cambios estructurales planteados por el MSP, la gestión del modelo se orienta a superar el enfoque centralista hacia una gestión integrada, desconcentrada, de base territorial y participativa.

La desconcentración se sustenta en la nueva división político-administrativa del país, dada por SENPLADES, y se orienta a reorganizar y fortalecer la capacidad de gestión de las nuevas unidades administrativas, el traspaso de competencias y recursos de acuerdo a los requerimientos del MAIS-FC.

La nueva visión de la gestión implica generar condiciones para una articulación intersectorial en función del logro del desarrollo integral y el cuidado de la salud a nivel territorial, el reconocimiento de la diversidad y la implementación de herramientas gerenciales.

La gestión debe sustentarse en el Sistema Único de Información que permita la toma de decisiones de manera oportuna y basada en evidencias.

E. Componente de financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El componente de Financiamiento permite asegurar la obtención de los recursos necesarios para el cumplimiento de:

- Planes Estratégicos nacionales, zonales, distritales, provinciales y en circuitos.
- Proyectos en salud de las organizaciones que forman el SNS.
- Conjunto de prestaciones
- Plan Nacional de Inversión en Infraestructura y Equipamiento del sector público.

6. ELEMENTOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

El modelo de atención desarrolla en el primer nivel de atención un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos: la **demanda** en salud de la comunidad, la **experiencia** y el **conocimiento** de la realidad del área geográfica – poblacional, epidemiológica que poseen los equipos de salud, las **normas** de atención y los **programas sociales** impulsados por las instituciones gubernamentales, GADS (**Gobiernos Autónomos Descentralizados)** y organizaciones no gubernamentales y de la comunidad.

El primer nivel de atención es definido como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud. Éste se ubica en los Distritos de Salud y es el centro de la red integral y la puerta de entrada al sistema de salud. En consecuencia, la implementación del MAIS requiere de un conjunto de acciones específicas, procesos e instrumentos que al operar coherentemente mejoren la calidad de los servicios, promuevan la

participación efectiva de la población sobre las decisiones y acciones que afecten su salud.

Es así que **en los Distritos de Salud, los planes locales a ejecutarse por los equipos de salud, deben centrarse en destrezas estratégicas (gestión) y operativas (atención), que se requieren para mantener la coherencia y correspondencia entre la Gestión y Atención del Modelo de Salud**, por tanto los planes deben ser concebidos como un proceso continuo que se retroalimenta a sí mismo y se reajusta permanentemente para abordar los problemas que se vayan presentando.

7. SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD RENOVADA

Un Sistema de Salud basado en la APS r, tiene dos funciones fundamentales

A. <u>Ser la puerta de entrada al sistema de salud</u>:

Es decir, ser el primer contacto que tiene la población con los servicios. Y para ello se procederá con la adscripción de la población a las unidades de salud más cercana al lugar de vivienda.

La Unidad de Gestión Distrital procederá a asignar una población al establecimiento de salud, considerando los siguientes criterios:

a) Tipología de la unidad
b) Población de acuerdo al censo 2011 y proyecciones del INEC, de acuerdo al territorio.
c) Accesibilidad geográfica, económica, cultural, funcional.
d) Se aplicará el principio de equidad

La unidad de gestión ajustará periódicamente la población asignada con la población real para fines de gestión y atención. En caso de urgencia o emergencia todas las unidades de salud públicas y privadas independientes del nivel de atención están en la obligación de atender al usuario que demande la atención.

Tomando en cuenta que por contacto se refiere a la interacción entre el servicio de salud y la comunidad, es muy importante dinamizar la participación mediante la articulación con los diferentes actores comunitarios, e instituciones de diferentes sectores.

B. <u>Modalidades de atención</u>.

Los equipos de atención integral de primer nivel brindarán su atención bajo dos modalidades:

- Atención extramural o comunitaria.
- Atención intra-mural o en el establecimiento

Actividades de organización comunitaria involucrando a los actores sociales de la zona de cobertura para identificar, planificar y trabajar sobre los problemas y necesidades prioritarios de la población:

- Identificación y mapeo de actores
- Formación y/o fortalecimiento de organizaciones locales de salud
- Diagnóstico Situacional Participativo
- Intervenciones sobre los problemas y necesidades de salud.

8. SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA APS Y DESARROLLO HUMANO

Un Sistema de Salud Basado en la APS crea sinergias con otros sectores para ayudar a orientar los procesos de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS tiene un enorme papel que jugar (aunque no exclusivo) para promover un desarrollo humano sostenible y equitativo.

Es importante plantear la distinción anterior porque ella nos permite **establecer responsabilidades claras entre los distintos actores con miras a contribuir a los objetivos del desarrollo socioeconómico**; olvidar esta aclaración podría llevar a los sistemas de salud a tomar para sí mismos, con varias consecuencias indeseables, responsabilidades que son de otros sectores.

Las principales entre esas consecuencias serían el abandono potencial de las funciones centrales del sistema de salud; la implementación deficiente de funciones del desarrollo muy amplias debido a la falta de especialización (por ejemplo, alfabetización, generación de ingresos, dotación de vivienda, etc.); y la generación de disputas entre los actores y agencias responsables (guerras de vecinos), lo que produce redundancias, pérdida de recursos y energías, así como daños potenciales a la salud y al bienestar general de la población

METODOLOGÌA

METODOLOGÌA

METODOLOGÌA

TIPO DE ESTUDIO

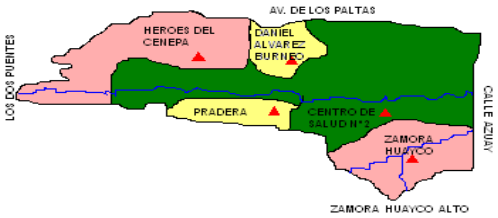
El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo, que se realizó en el Centro de Salud Hugo Guillermo González, durante el periodo Mayo 2013 – Mayo 2014, con el propósito de "**Evaluar Estrategias de Atención Primaria de Salud en el centro de salud Hugo Guillermo González**"

CARACTERIZACION DEL LUGAR DE ESTUDIO

El Área de Salud N° 2, consta de una extensión territorial de 14 km^2, la jefatura de área es el Centro de Salud N° 2 "Hugo Guillermo González", el mismo que se encuentra ubicado en las calles Juan José Peña y Andrés Bello, dentro de la jurisdicción de la parroquia San Sebastián.

El Área Nº 2, está ubicada en el sector Suroriental de la provincia de Loja, se extiende por el norte desde la acera sur de la calle Azuay, en su prolongación al barrio "Las Peñas", por la calle Nicolasa Jurado, por el sur hasta "Los Dos Puentes" en el nudo de Cajanuma, por el oriente hasta el kilómetro dos, en la vía antigua a la provincia de Zamora, a la altura de los barrios "Buena Esperanza" y "El Calvario"; y por el oeste, hasta la avenida de "Los Paltas"

AREA DE SALUD Nº 2



N->

UNIVERSO:

Estuvo conformado por **equipo de salud que labora en el Centro de Salud nº 2 "Hugo Guillermo González", frente a casos de Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años**.

MUESTRA:

Estuvo conformado por el **equipo de salud (enfermeras y médicos) que labora en Centro de Salud nº 2 "Hugo Guillermo González", frente a casos de Enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años, durante el periodo Mayo 2013-Mayo 2014.**

DISEÑO

El Abordaje de un caso de "Enfermedad diarreica aguda" desde un Sistema de Salud que ha incorporado la APS r, debe incluir:

1. **Nivel de formación del personal en el Modelo:**
2. **Recursos disponibles**
3. **Estructura administrativa**

INSTRUMENTO

1. **Observación**
2. **Encuesta a miembros del equipo**

PRESENTACIÒN Y ANALISIS DE RESULTADOS

PRESENTACIÒN Y ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA # 1

CONOCIMIENTOS DEL EQUIPO EN RELACION CON APS DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ 2014

CONCEPTOS	SI		NO		TOTAL	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
CONCEPTO RELACIONADO AL SISTEMA DE SALUD	**8**	**80%**	**2**	**20%**	**1O**	**100%**
CONCEPTO RELACIONADO AL SISTEMA DE SALUD BASADO EN APS	**8**	**80%**	**2**	**20%**		
CONCEPTO RELACIONADO AL EDA	**9**	**90%**	**1**	**10%**		
CONOCIMIENTO SOBRE LA HISTORIA NATURAL	**9**	**90%**	**1**	**10%**		
CONOCIMIENTO SOBRE LOS FACTORES DETERMINANTES DE EDA	**10**	**100%**	**O**	**0%**		

FUENTE: Entrevista al Equipo de Salud
AUTORA: La Investigadora

La atención primaria se la denomina como la estrategia de atención reconocida como la puerta de entrada al Sistema y que debe ser eficiente, universal, accesible y esencial, según la Declaración de Alma-Ata.

El Sistema de Salud es un conjunto de elementos, integrados y coordinados, destinados a ofertar un servicio de salud.

En el grupo estudiado, se observa que un importante porcentaje los profesionales de la salud representados en un 80% conocen sobre el concepto de **Sistema de Salud** mientras que en un 20% se relaciona poco o se desvía del concepto real .

En cuanto al conocimiento sobre Sistema de salud basado en APS Renovada encontramos que un 80% los profesionales de la salud conocen sobre el concepto de Salud basada en la Atención Primaria de la Salud Renovada y en un 20% se relaciona poco .

En el grupo estudiado encontramos que 100% de equipo de salud, tienen el concepto claro de lo que es diarrea

Según referencias bibliográficas la diarrea es un cambio en las evacuaciones intestinales que causa heces más blandas que lo normal. Las heces son lo que queda una vez que el sistema digestivo absorbe los nutrientes y líquidos .

El 90% del equipo de salud conocen sobre la Historia Natural de la Diarrea en niños menores de 5 años y en un 10% se relaciona poco

En un 100% del personal de salud conoce sobre los factores de riesgo determinantes de diarrea en niños menores de 5 años refieren que la falta de lactancia materna durante los primeros 6 meses de edad es uno de los principales factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedades diarreicas agudas (EDA) así como infecciones bacterianas asociadas a la deficiencia de higiene.

TABLA # 2

MODELO DE ABORDAJE DE DIARREA EN <5 AÑOS QUE TIENE EL EQUIPO DE SALUD HUGO GUILLERMO GONZÁLEZ 2014

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	F	**%**	**F**	**%**	**F**	**%**
Modelo de abordaje en el centro de salud	**1o**	**100%**	**O**	**O%**	**10**	**100%**
Identificación de focos de contagio	**10**	**100%**	**0**	**0%**		
Programa de detección de casos	**10**	**100%**	**0**	**0%**		
Disponibilidad de área de triaje	**10**	**100%**	**0**	**0%**		

FUENTE: Entrevista al Equipo de Salud
AUTORA: La Investigadora

Se refiere al modelo de atención curativa, de emergencia y preventiva, a través de la integración de equipos, en los casos de EDA en < 5 años, a nivel de la Unidad Operativa (Subcentro).

En el grupo estudiado se evidencia que un 100% los profesionales de la salud conocen sobre el modelo de abordaje de diarrea en niños menores de 5 años en este servicio de salud refieren que el modelo que abordan es primero evaluar el grado de deshidratación según se requiere PLAN A, B o C luego lo complementan con exámenes de laboratorio para luego dar el tratamiento

En cuanto a la detección de focos de contagio se refiere a los procedimientos para identificar estos eslabones de la cadena epidemiológica, a fin de llevar a cabo un abordaje integral de los casos de EDA en < 5 años, en la Unidad Operativa.

En este indicador nos podemos dar cuenta que el 100% del Personal de Salud manifiestan que en la unidad existe un plan para identificar los focos de contagio y fuentes de infección manifiestan que lo hacen a través de la visita domiciliaria y luego de identificar los focos de infección proceden a dar educación a la familia . Como se puede apreciar en la presente tabla en el centro de salud Hugo Guillermo González en un 100% si cuentan con un programa de detección de casos a través de las visitas domiciliaria que el personal realizan a los moradores que pertenecen al área de cobertura y de esta manera realizan el modelo de abordaje según el caso .

En esta área de salud si cuentan en un 100% con una área de triage manifiestan que todo paciente con EDA es tratado como emergencia por lo que es atendido inmediatamente y referido al pediatra para su debido tratamiento

Según la bibliografía área de triage es una área del servicio de emergencia destinado a la evaluación inicial del paciente de observación diferenciada según edad , sexo y especialidad.

TABLA # 3

RESULTADOS DE LA OBSERVACION DE LA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA Y RECURSOS MATERIALES DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD HUGO GUILLERMO GONZALEZ 2014

OBSERVACIÓN	SI	NO	TOTAL
Disponibilidad de recursos	**70%**	**30%**	**100%**
La accesibilidad a la Unidad de Salud	**100%**	**0%**	
Nivel de organización de servicios	**100%**	**0%**	
Nivel de articulación inter-sectorial	**100%**	**0%**	
Programa de Control de Manipuladores	**100%**	**0%**	
Disponibilidad de espacios para pacientes	**100%**	**0%**	
Plan de Bioseguridad	**100%**	**0%**	
Diseño de circuitos de circulación de pacientes	**100%**	**0%**	
Notificación Institucionalizada de Casos	**100%**	**0%**	
Disponibilidad de consultorios de Triage	**100%**	**0%**	
Facilidades higiénico-sanitarias	**100%**	**0%**	

De acuerdo a la observación que se hizo en el Centro de Salud Hugo Guillermo González se pudo constatar que en cuanto a la **Disponibilidad de recursos (insumos farmacéuticos)** cuentan con insumos mínimos (soluciones endovenosas, medicación, para casos de EDA en < 5 años,) pero si cuentan con SRO asi como una área de hidratación para los niños con EDA .

La accesibilidad a la Unidad de Salud si es buena para las personas que se encuentran bajo la cobertura de la misma

Nivel de organización de servicios en el Centro de Salud Si disponen de atención de casos, establecimiento de niveles de liderazgo, disponibilidad de cartera de servicios, estandarización de la atención, diferenciación de características de la atención (en consulta, ambulatoria y de emergencia)

Nivel de articulación inter-sectorial: en cuento a la derivación de pacientes, niveles de comunicación con los sectores locales y organizaciones es bueno ya que la mayoría de niños son referidos al segundo nivel de atención .

Programa de Control de Manipuladores: en el Centro de salud la capacidad de intervención para el control de manipuladores, ubicación e integración de los mismos en programas de vigilancia y educación sanitaria es buena ya que se lleva un adecuado manejo de normas de bioseguridad

Disponibilidad de espacios para pacientes: la señalización y disposición de área-s para observación es muy buena ya que cuentan con carteleras y afiches donde el usuario se puede informar

Plan de Bioseguridad: Si disponen con un Plan de Manejo de Desechos biológicos, biodegradables y peligrosos.

Diseño de circuitos de circulación de pacientes: en esta área de salud si disponen señalización de áreas y circuitos de circulación de pacientes.

Notificación Institucionalizada de Casos: Se implementa un Plan institucionalizado y normatizado de Sistema de Información Sanitario (Formularios, Notificaciones, Vigilancia de casos) de acuerdo a las normas del MSP

Organización de Situaciones de Alarma: Se refiere a la sistematización de situaciones de alarma, elementos de soporte y mecanismos de abordaje es muy bueno porque si cuentan con un modelo de abordaje para los pacientes con EDA.

Disponibilidad de consultorios de Triage: Si disponen con áreas para el Triage o control previo de casos, antes de su distribución para atención oportuna o de emergencia.

Facilidades higiénico-sanitarias: si disponen de áreas de lavado de manos, desinfección concurrente y terminal, servicios de recolección de desechos bio-peligrosos, sistemas de alcantarillado, luz, recolección de basuras.

DISCUSIÒN

DISCUSIÒN

DISCUSIÒN

La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS. La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios[10]el estudio realizado en el Centro de Salud Hugo Guillermo González ,un importante porcentaje de 80% los profesionales de la salud conocen sobre el concepto de **Sistema de Salud** mientras que en un 10% se relaciona poco o se desvía del concepto real .

Estadísticas de Venezuela señalan que los grupos de edad más afectados son los menores de cinco años, que en el año 2003, del 80 % de niños que murieron por EDA, recibieron por lo menos una atención médica y más del 61% de las defunciones ocurrieron en el hogar. [11]En el 2003 se registraron 617.509 casos de EDA en niños menores de un año y 982.111 en el grupo de 1 a 4 años. [12]De acuerdo con estudios efectuados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en la Región de las Américas, más de una de cada tres muertes de niños de esta edad son ocasionadas por estas enfermedades, fundamentalmente infecciosas y trastornos nutricionales; en este mismo orden.

---

[10]Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Julio 2005

[11] OPS/OMS, CESNI, Fundación Cavendes. Nutrición y alimentación del niño, en los primeros 6 años de vida. Washington: OPS/OMS; 2003.p. 49-130.

La estrategia de Atención Primaria de Salud se define como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, poniéndola al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Alma-Ata 1978).En esta perspectiva y basados en la política de acceso a la salud, el Sistema de Atención Primaria de Salud debe ser una “estrategia necesaria para reducir las inequidades sociales y de salud. Esta estrategia incluya la promoción, la prevención, la participación comunitaria y la acción intersectorial como componentes para el trabajo en salud”(Cueva y Costales, 2004)

La orientación a la reducción de las inequidades se propone una visión institucional “El Ministerio de Salud Pública asegurará el acceso universal y solidario a servicios de salud con atención integral de calidad para todas las personas, familias y comunidades, especialmente a las de condiciones mas vulnerables,……”. Adicionalmente, el3 Lineamientos Estratégicos del ministerio de Salud Pública, 2007-2001derecho a la salud está consagrado en el artículo 42 de la Constitución Política de Ecuador.

Con estos antecedentes en el Ecuador el Sistema de Atención Primaria de Salud, se ve por otro lado limitado en su accionar por la diversidad cultural, de género, geográficas etc., lo que dificulta el acceso universal, sin embargo de lo cual “la Política Nacional de Salud del Ecuador se fundamenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, pluralidad, participación, eficiencia, ética e integridad” (SNS)

La atención primaria se ubica principalmente en las unidades de mayor cercanía a la comunidad como son los centros de salud, los subcentros, puestos de salud y las unidades móviles incluyendo las fluviales. Esto no quiere decir que todos los recursos de salud no estén dispuestos a tal fin si es necesario de acuerdo a la cercanía de la comunidad, de hecho todos las unidades de salud tiene la obligatoriedad de brindar atención primaria.

En el grupo estudiado se evidencia que un 100% los profesionales de la salud conocen sobre el modelo de abordaje de diarrea en niños menores de 5 años en

este servicio de salud refieren que el modelo que abordan es primero evaluar el grado de deshidratación según se requiere PLANA, B o C luego lo complementan con exámenes de laboratorio para luego dar el tratamiento

En cuanto a la detección de focos de contagio se refiere a los procedimientos para identificar estos eslabones de la cadena epidemiológica, a fin de llevar a cabo un abordaje integral de los casos de EDA en < 5 años, en la Unidad Operativa

Numerosas investigaciones revelan que en los niños alimentados exclusivamente con leche materna, son menos propensos a estas enfermedades. La principal contribución de la lactancia materna en la prevención o limitación de la severidad de enfermedades infecciosas, está dada por el alto nivel de defensas inmunológicas que se transfieren a través de la leche materna. La encuesta realizada por la Dirección General de Estadísticas y Censos en Venezuela señaló que el 94 % de madres dan de amamantar a sus hijos y que la duración promedio de la lactancia fue de 11 meses, sin embargo, la lactancia materna exclusiva fue del 6 %. [13]. Según los resultados del presente estudio en el Centro de salud señalan los resultados así, según la entrevista realizada al equipo de salud sobre los factores de riesgo mencionan que la falta de lactancia materna durante los primeros 6 meses de edad es uno de los principales factores de riesgo que influyen en el incremento de enfermedades diarreicas agudas (EDA) así como infecciones bacterianas asociadas a la deficiencia de higiene.

Los resultados del presente estudio hacen evidencia la necesidad de desarrollar programas encaminados a enfrentar los factores de riesgo asociados a enfermedad diarreica aguda.

[13]Prado Jiménez V, Basalto W, Arellano H, Martínez C, Levine J. Susceptibilidad in vitro de Escherichia coli entero hemorrágica frente a 11 microbianos: relación entre resistencia antibiótica y genotipo toxigénico. Rev Med Chile 2005; 123(9):1085-90.

Es necesario que todos los sectores participen activamente (educación, salud, sector privado, organismos no gubernamentales, etc.), para lograr prevenir o revertir la situación actual.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Culminado el estudio se concluye que, de acuerdo a la investigación realizada en el Centro de Salud “Hugo Guillermo González ” de la ciudad de Loja, se destaca lo siguiente:

- En el Centro de salud “Hugo Guillermo González” los profesionales de la salud cuentan con un protocolo para la atención de diarrea en niños menores de 5 años en este servicio de salud refieren que el modelo que abordan es primero evaluar el grado de deshidratación según se requiere PLANA, B o C luego lo complementan con exámenes de laboratorio para luego aplicar el tratamiento. Además el 100% del Personal de Salud manifiestan que en la unidad existe un plan para identificar los focos de contagio y fuentes de infección manifiestan que lo hacen a través de la visita domiciliaria y luego de identificar los focos de infección proceden a dar educación a la familia .
- En el Centro de Salud “Hugo Guillermo González” el grupo estudiado, se observa que un importante porcentaje los profesionales de la salud representados en un 80% conocen sobre el concepto de **Sistema de Salud** mientras que en un 20% se relaciona poco o se desvía del concepto real .En el grupo estudiado encontramos que 100% de equipo de salud, tienen el concepto claro de lo que es diarrea
- En cuanto a la Estructura Administrativa y recursos materiales en el centro de salud se pudo constatar que cuentan con insumos mínimos (soluciones endovenosas, medicación, para casos de EDA en < 5 años,) pero si cuentan con SRO así como una área de hidratación para los niños con EDA . Así como también disponen de atención de casos, establecimiento de niveles de liderazgo, disponibilidad de cartera de servicios, estandarización de la atención, diferenciación de características de la atención (en consulta, ambulatoria y de emergencia)

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

AL EQUIPO DE SALUD DEL CENTRO HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ:

- Incrementar acciones de prevención relacionadas con la EDA; desarrollando actividades educativas orientadas a mejorar el saneamiento básico para contribuir a reducir los factores de riesgo.

- Que la adquisición de medicamentos e insumos sea continua para evitar complicaciones e incomodidades a los usuarios que acuden a nuestro centro.

- Orientar a las comunidades sobre las complicaciones que ocasiona esta enfermedad en menores de 5 años de edad como herramienta en el auto cuidado.

A LA CARRERA DE ENFERMERIA

- Incrementar en el plan de formación tiempo dedicado a promover la salud y prevenir la enfermedad seleccionando y priorizando grupos comunitarios expuestos a mayor riesgo de enfermar por procesos infecciosos prevenibles.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez C., Claudia; Mota H., Felipe; Cabrales M., Rosa y Orozco P. Francisco. Antimicrobianos en diarrea aguda. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1997; Volumen 54 (10): 499-505.
- ADAPTADO DE URGENCIAS PEDIATRA. Los controles de Salud (Fecha de consulta : 22 de Octubre del 2013)
- Manual de tratamiento de Diarrea. Serie Paltex N° 13 OPS 1987 P-85. Rendición de Cuentas 2007. México Secretaría de Salud.(Fecha de consulta : 22 de Octubre del 2013)
- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmitidas por alimentos (veta) y la investigación de brotes de toxico en infecciones alimentarias "GUIA VETA". 2001.(Fecha de consulta : 22 de Octubre del 2013)
- Lineamientos Estratégicos del ministerio de Salud Pública, 2007-2001. (Fecha de consulta : 3 de Noviembre del 2013)
- Manual Modelo Atención Integral Salud Ecuador 2012(Fecha de consulta : 3 de Noviembre del 2013)
- MSP. Situación de Salud en el Ecuador(Fecha de consulta : 3 de Noviembre del 2013)
- Subsistema de Vigilancia Epidemiológica e Investigaciones de la Mortalidad Materna – Infantil. MSP 2007 (Fecha de consulta : 17 de Noviembre del 2013)
- Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Bogotá: 1992(Fecha de consulta : 17 de Noviembre del 2013)

PAGINAS DE INTERNET

- http://www.imbiomed.com.mx/index3.html

- OMS.Enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N°330. Abril de 2013. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/. Consultado el 30-10-2013.
- **http://www..com.normas de atención ar/artículos/verarticulo.asp?idarticulo=322**
- http://www.modelos de atención de salud en el Ecuador.org/archivos/smi_D211.pdf
- EDAmortalidaddisponibleenhttp://www.ssm.gob.mx/documentos_noticias_principales/mortalidad/DIA6/MANUAL_EDAS_2009_140109.pdf
- Normas de diarrea aguda Disponible en :http://www..com.normas de atención ar/artículos/verarticulo.asp?idarticulo=322. Fecha de consulta 03-10-2013

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

OFICIO AL DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD HUGO GUILLERMO GONZALEZ

COORDINACION DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

Of. Nº 1124-CcE-ASH-UNL
Loja, 13 de diciembre de 2013

Señor Doctor
Javier Ochoa
DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD "HUGO GUILLERMO GONZALEZ"
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Con atento saludo me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente su autorización para que la estudiante de la Carrera de Enfermería Señora **YADIRA MARGARITA GUAMO MINGA** realice la revisión de Historias Clínicas y Encuestas al Equipo de Salud (Médicos y Enfermeras) para la obtención de datos para la elaboración de su tesis; **EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DIAGNOSTICO EDA.**

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted los sentimientos de mi consideración y estima.

Atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA,
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA.

Mg. Sara Benigna Vicente Ramón
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA

c.c. Archivo

Elaborado por:
Lic. Alfredo Vicente Castillo Poma

RECIBIDO
AREA DE SALUD # 2-LOJA
23 DIC 2013
08:27
SECRETARÍA

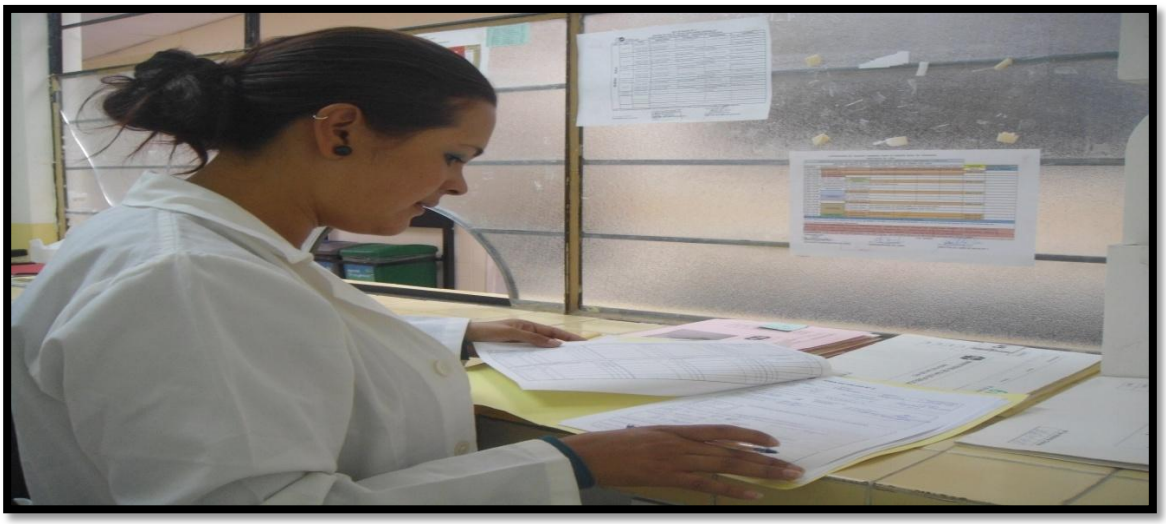
ANEXO 2

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

OBSERVACION DE LA FARMACIA

OBSERVACION SI CUENTAN CON LOS MEDICAMENTOS PARA EDA

REVICION DE HISTORIAS CLINICAS



ENTREVISTA AL EQUIPO DE SALUD

OBSERVACION DE DISEÑO DE CIRCUITOS DE CIRCULACIÓN DE PACIENTES

ANEXO 3

GUÍA DE OBSERVACIÓN

La presente guía de observación será aplicada en la unidad de salud N°2 “HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ” con la finalidad de estudiar la capacidad de atención de casos de diarrea en < 5 años, a partir de la estrategia de Atención Primaria en Salud, que tiene la Unidad Operativa para completar la información de la investigación: “**EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD “HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ”**

1. **Farmacéuticos Disponibilidad de recursos (insumos):**

	0	1	2
Soluciones endovenosas			
SRO			
Medicación para casos de EDA en < 5 años			

2. **Disponibilidad de recursos humanos para atención:**

	0	1	2
Personal médico disponible acorde a la población			
Personal de enfermería disponible acorde a la población			
Personal auxiliar disponible			

3. **Accesibilidad al centro**

	0	1	2
Posibilidades de acceso al Centro de Salud			

4. **Nivel de organización de servicios en el centro de salud**

	0	1	2
Capacidad de atención de casos			
Niveles de liderazgo			
Disponibilidad de cartera de servicios			
Estandarización de la atención			
Diferenciación de las características de la atención			

5. **Nivel de articulación inter-sectorial**

	0	1	2
Capacidad de derivación de pacientes			
Niveles de comunicación con los sectores locales y organizaciones			

6. **Programa de control de manipuladores**

	0	1	2
Capacidad para intervenir para controlar manipuladores			
Capacidad para ubicar a los manipuladores			
Integración de manipuladores en programas de vigilancia			

7. **Disponibilidad de espacios para pacientes**

	0	1	2
Existe señalización en el servicio			
Hay áreas para observación y tratamiento			

8. **Disponibilidad de áreas de aislamiento para hidratar**

	0	1	2
Disponibilidad de área para aislamiento de pacientes			
Disponibilidad de área para hidratación oportuna para paciente con EDA en < 5 años			

9. **Plan de bioseguridad**

	0	1	2
Plan de manejo de desechos biológicos			
Plan de manejo de desechos biodegradables			
Plan de manejo de desechos peligrosos			

10. Diseño de circuitos de circulación de pacientes

	0	1	2
Hay áreas señalizadas			
Hay circuitos de circulación de pacientes			

11. Notificación institucionalizada de casos

	0	1	2
Hay un Plan institucionalizado para manejos de casos			
Incorporación en un Sistema de Información Sanitaria			

12. Organización de situaciones de alarma

	0	1	2
Sistematización de situaciones de alarma			
Hay elementos de soporte para situaciones de alarma			
Se tienen establecidos mecanismos de abordaje en alarmas			

13. Disponibilidad de consultorios de Triage

	0	1	2
Hay disponibles consultorios			
Se implementan áreas de Triage para manejo de casos			

14. Facilidades higiénico-sanitarias

	0	1	2
Disponibilidad de áreas de lavado de manos			
Desinfección concurrente y terminal			
Disponibilidad de servicios de recolección de bio-peligrosos			
Sistema de alcantarillado			
Servicio de luz			
Servicio de recolección de basuras			

15. Programa de control de manipuladores

	0	1	2
Capacidad para intervenir para controlar manipuladores			
Capacidad para ubicar a los manipuladores			
Integración de manipuladores en programas de vigilancia			

ANEXO N 4

ENCUESTA A MIEMBROS DEL EQUIPO

La presente encuesta será aplicada en la unidad de salud N°2 “HUGO GUILLERMO GONZALEZ“con la finalidad de estudiar el nivel de conocimientos de los miembros del equipo en la atención de casos de diarrea en < 5 años, a partir de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para completar la información de la investigación: “**EVALUACION DE LA ESTRATEGIA DE APS RENOVADA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EDA, EN EL CENTRO DE SALUD “HUGO GUILLERMO GONZÀLEZ”**

1.- ¿Cuál es el concepto de Atención Primaria en Salud?

.....

.....

2.- ¿Cuál es el concepto de Sistema de Salud?

.....

.....

3.- ¿Cuáles considera como factores determinantes de diarrea en niños < de 5 años?

.....

.....

4.- ¿Cuál es el concepto de Salud basado en la APS renovada?

.....

.....

5.- ¿Cuál es el modelo de abordaje de diarrea en < 5 años en este servicio de salud?

.....

.....

6.- ¿Hacen la identificación de focos de contagio y fuentes de infección para identificar la cadena Epidemiológica de EDA en menores de 5 años?

.....

.....

6.- ¿Hacen la identificación de focos de contagio y fuentes de infección para identificar la cadena Epidemiológica de EDA en menores de 5 años?

.....

.....

7.- ¿Existe en esta institución un programa de detección de casos con EDA en menores de 5 años?

.....

.....

8.- ¿Cuál es el procedimiento para el triage de pacientes con EDA?

.....

.....,.

.....

9.- ¿Cuál es el concepto de diarrea aguda?

.....

.....

10.- ¿Qué considera como Historia Natural de la Diarrea Aguda en < 6 años?

.....

.....,.

.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÒN

ANEXO 5

REVISIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

HCL:

Edad:

	1	2	3
ANAMNESIS			
EXPLORACION FISICA			
DIAGNOSTICO			
TRATAMIENTO			
EVALUACION DE LA SEVERIDAD DEL CASO			
EDUCACION POST-CONSULTA Y SANITARIA COMPLEMENTARIA			
EDUACACION DE CASOS POR EL EQUIPO			

INDICE

Portada…….. I

Certificación…….. II

Carta de Autorización…… III

Autoría…… ……. IV

Agradecimiento…….. V

Dedicatoria…… VI

Titulo…… 2

Resumen……. 4

Summary…… 6

Introducción…… 8

Revisión de Literatura…… 11

Metodología…….. 33

Presentación de los resultados…… 36

Discusión……. 44

Conclusiones…….. 49

Recomendaciones…….. 51

Bibliografía……... 53

Anexos……. 56

Índice……. 71