



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO:

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO SOLAMAR ALTO,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

Tesis previa a la
obtención del Título
de Licenciada en
Enfermería

AUTORA:

Srta. Vanessa Johanna Terán Albán

DIRECTORA:

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

LOJA – ECUADOR

2013

CERTIFICACIÓN

Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga

**DOCENTE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DEL ÁREA DE LA
SALUD HUMANA**

DIRECTORA DE TESIS:

CERTIFICO.

Que el trabajo de investigación titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR ALTO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013**” elaborado por la Srta. Vanessa Johanna Terán Albán, egresada de la Carrera de Enfermería, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, ha sido desarrollado, corregido y orientado bajo mi estricta dirección y una vez que se enmarca dentro de las exigencias del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, autorizo su presentación, disertación y defensa.

Loja, Febrero del 2014

Atentamente:



Lic. Mgs. Sonia Caraguay Gonzaga
DIRECTORA DE TESIS



AUTORÍA

Yo, Vanessa Johanna Terán Albán, declaro ser autora del presente trabajo de investigación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente aceptamos y autorizamos a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autora: Vanessa Johanna Terán Albán

Firma: 

Cédula: 1104053986

Fecha: Loja, Febrero del 2014



**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA
PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y
PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo, Vanessa Johanna Terán Albán, declaro ser autora de la tesis titulada: **“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR ALTO, SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DEL 2013”**. Como requisito para optar al grado de Licenciada de Enfermería; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre 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 (Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual), en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, al mes de Febrero del dos mil catorce. Firma la autora.

Firma: 

Autora: Vanessa Johanna Terán Albán

Cédula: 1104053986

Dirección: El Pedestal, Av. Epiclachima y Manuel Samaniego

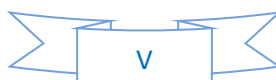
Correo Electrónico: johanna_9019@hotmail.com

Teléfono: 0995796243

DEDICATORIA

Este trabajo le dedico a Dios porque ha sido mi guía y fortaleza, a mi madre Cecilia la persona más importante en mi vida, sin ella jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora, ya que con amor y sacrificio supo motivarme moral y materialmente para la culminación de mis estudios superiores, a mis hermanas Mishell y Carolina porque han estado conmigo a cada paso que doy brindándome su apoyo, a todos y cada una de las personas quienes creyeron en mí y me apoyaron desinteresadamente para finalizar esta etapa de mi vida.

Vanessa Johanna Terán Albán



AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre

Por todo su amor, cariño y comprensión. Gracias por guiarme sobre el camino de la educación y la vida.

A mis hermanas

Por la compañía y el apoyo que me brindan y sé que cuento con ellas siempre.

A mi directora de tesis

Por el apoyo y enseñanza que me impartió durante este proceso de investigación.

Vanessa Johanna Terán Albán

TÍTULO

**“DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD
DEL BARRIO SOLAMAR ALTO,
SEPTIEMBRE – DICIEMBRE DE 2013”**

RESUMEN

El presente estudio titulado “**DIAGNÓSTICO COMUNITARIO DE SALUD DEL BARRIO SOLAMAR ALTO, SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2013**”, está enmarcado en el macro-proyecto titulado **ENFERMERÍA EN LA PARTICIPACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - MAIS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE SEPTIEMBRE-DICIEMBRE DEL 2013**, que busca contribuir con el desarrollo social de la localidad, aportando con datos estadísticos; los mismos que permitirán a los Equipos Básicos de Salud del Hospital Universitario de Motupe, elaborar estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de las personas, familias y comunidades, desde un enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural.

Este estudio es de tipo descriptivo ya que se detalla hechos y características relacionadas con la población y su entorno, el instrumento para la recolección de la información fue la ficha familiar elaborada por el MSP a la cual se le sumo una cartilla contenedora de información necesaria, siendo anexado todo esto para su respectivo análisis y por ende obtener los resultados propios del barrio.

El Barrio Solamar Alto está distribuido de 33 familias y 127 habitantes. El grupo de edad de 20 a 64 años conjuntamente con el sexo masculino predomina en la población. Su educación se mantiene en un nivel básico. La ocupación de los habitantes se basa en la agricultura y quehaceres domésticos. En las 33 familias existe consumo de agua insegura, mala eliminación de basura y excretas, pobreza y por ende malas condiciones de la vivienda, desempleo o empleo informal del jefe de familia y hacinamiento. En cuanto al perfil epidemiológico, la Hipertensión es la patología crónico-degenerativa prevalente en la población seguido de la Diabetes y también se identificó una persona con discapacidad visual y otra con discapacidad física.

Se respalda la investigación con bibliografía y anexos que contempla el desarrollo de la misma.

Palabras Claves: Diagnóstico comunitario de salud del Barrio “Solamar Alto” y sus resultados.

ABSTRACT

The present study titled "**COMMUNITY DIAGNOSIS OF HEALTH DISTRICT SOLAMAR ALTO, SEPTEMBER - DECEMBER 2013**" is framed in the macro-project entitled **NURSING PARTICIPATION MODEL OF COMPREHENSIVE HEALTH CARE - MAIS HOSPITAL UNIVERSITY MOTUPE SEPTEMBER-DECEMBER OF 2013**, which seeks to contribute to the social development of the town, bringing with statistical data that will enable them to basic health teams Motupe University Hospital, develop strategies for maintaining and improving the health of individuals, families and communities, from a biopsychosocial, multidisciplinary and intercultural approach.

This study is descriptive as facts and characteristics related to population and environment is detailed, the instrument for data collection was the family record compiled by the MSP to which I add a container primer necessary information all this being annexed for examination and thus obtain the district's own results.

The Quarter is distributed Solamar Alto 33 families and 127 inhabitants. The age group 20 to 64 years together with the dominant male in the population. His education is maintained at a basic level. The occupation of the inhabitants is based on agriculture and household chores. In 33 families there consumption of unsafe water, poor sewage and garbage disposal, and hence poverty poor housing conditions, unemployment or informal employment of the household head and overcrowding. Regarding the epidemiological profile Hypertension is the chronic degenerative prevalent in the population followed Diabetes pathology and a person with visual disabilities are also identified and over with physical disabilities.

Research bibliography and appendices which involves the development of it is supported.

Keywords: Community Health diagnosis Neighborhood “Solamar Alto” and results.

INTRODUCCIÓN

El sistema actual de educación superior promueve la vinculación con la comunidad como eje transversal en todo proceso educativo y con mayor énfasis en las carreras de carácter social. Las ciencias médicas y afines se insertan al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural en Salud que tiene como desafío trabajar con las familias y con ellas desarrollar nuevas formas relacionales ubicando al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones concretas y eficaces en salud.

Los enfoques del Nuevo Modelo de Salud implementado en el país van orientados hacia resultados de impacto social partiendo 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 e insertando de esta manera al personal de salud a la Red Pública de Salud (RPIS) y la Red Complementaria de los Servicios de Salud.

Como personal de salud en calidad de egresados/as de la carrera de enfermería nos insertamos en el trabajo en salud orientado a fortalecer **LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL** en el área de influencia del Hospital Universitario de Motupe, con la finalidad de aportar con los conocimientos técnicos y científicos en bien de las comunidades del sector y como parte del requisito para la titulación de licenciadas en enfermería con lo que dejamos datos que aportaran a establecer proyectos de intervención viables y efectivos en el **Barrio Solamar Alto** mejorando así la calidad de vida de esta población.

Por ende es importante dar a conocer que este proyecto tiene como objetivos el contribuir al fortalecimiento del **MODELO DE ATENCIÓN**

INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL, mediante el Diagnóstico del Barrio Solamar Alto, actualización del mapa parlante y la línea de base para la formulación del Proyecto de Desarrollo en salud.

REVISIÓN DE LITERATURA

1. DIAGNÓSTICO COMUNITARIO Y MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

1.1. Definiciones

El diagnóstico comunitario consiste en hacer un estudio objetivo del nivel de salud de una comunidad mediante el análisis de los problemas y necesidades de cada población así como los factores que influyen positivamente y negativamente sobre dicho nivel de salud.

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

1.2. Objetivos de Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)

- ④ Reorientar los servicios de salud y fortalecer la vigilancia epidemiológica comunitaria.
- ④ Fortalecer la calidad de atención por el Talento Humano.
- ④ Optimizar la prestación de servicios en los tres niveles de atención.
- ④ Organizar el Sistema Único de Información en Salud
- ④ Fomentar la participación plena de la comunidad y de los colectivos organizados.¹

¹ MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 48-53

1.3. Mapeo de Actores

La Participación Social en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud. La Atención Primaria de Salud renovada está fuertemente ligada a procesos de organización y participación social que se construyan desde las necesidades y demandas más sentidas de los seres humanos.

La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención.

1.4. Mapeo del Sector

1.4.1. Sectorización geo-poblacional y asignación de EAIS (Equipos de Atención Integral de Salud):

La Dirección de Distrito conjuntamente con la Unidad de Conducción del Distrito, serán quienes conformen y designen los Equipos de Atención Integral de Salud. Los criterios para la conformación de los **EAIS** son: un número de población, familia, acceso geográfico, cultural y social.

Las unidades de salud pueden tener varios **EAIS** de acuerdo al número de población que cubren. Para la definición de la ubicación y número de **EAIS** se planifica apoyándose con la información de las cartas censales a nivel de circuitos, analizando criterios como acceso geográfico, vías, medios de transporte y número de población.

Estos equipos estarán constituidos por: médico/a general o especialista en medicina familiar y comunitaria; enfermero/a y técnico/a de atención primaria de salud de acuerdo a los siguientes estándares:

Ⓢ **A nivel urbano:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 **TAPS** (Técnicos de Atención Primaria de Salud) por cada 4000 habitantes.

Ⓢ **A nivel rural:** 1 médico/a y 1 enfermera/a y 1 TAPS por cada 1500 a 2500 habitantes.

Los **EIAS** son parte del equipo de los establecimientos de salud y coordinan con otros actores comunitarios de salud, agentes de las medicinas ancestrales y alternativas.

1.4.2. Fases y herramientas para la Implementación del MAIS a nivel distrital en los establecimientos del Primer Nivel de Atención

Un momento clave de la implementación del **MAIS** en el primer nivel de atención es el diagnóstico con el análisis de la situación social, de salud del territorio y su población.

Este proceso debe realizarse con la participación de los actores locales para lograr mayor integralidad, objetividad y compromisos para la resolución de los problemas y necesidades.

En este componente se presenta las herramientas metodológicas para:

- Ⓢ Conformación y/o fortalecimiento de la organización comunitaria de salud –Comité local de salud
- Ⓢ Diagnóstico Situacional

Ⓢ Diagnóstico Dinámico

1.4.3. Fases y herramientas para la implementación del Modelo de Atención

- Ⓢ Mapa Parlante
- Ⓢ Sala Situacional

Organización de los establecimientos de salud para la provisión de atención según paquete de prestaciones en el escenario individual. La entrega de los servicios a la persona en el contexto de su familia se efectuará considerando las necesidades y paquete de prestaciones según el ciclo de vida.

1.4.4. Diagnóstico integral de la salud de individuos y familias, identificación oportuna de riesgos biológicos, psicológicos, sociales, ambientales e implementación de planes de atención:

Estas acciones se desarrollarán a través de visitas domiciliarias programadas mensualmente dentro del cronograma de actividades de la unidad operativa y de los **EAIS**.

Con el objetivo de garantizar el acceso y la continuidad de la atención se asigna un **EAIS** a un grupo de familias de acuerdo al estándar establecido por la autoridad sanitaria quienes tienen la responsabilidad de implementar la ficha familiar, identificar riesgos y factores protectores,

establecer planes de intervención en conjunto con el resto del equipo de la unidad de salud más cercana.²

2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

La epidemiología se considera una ciencia básica de la medicina preventiva y una fuente de información para salud pública, permitiendo conocer las causas de las enfermedades para de esta manera poder promocionar la salud en comunidad.

En toda circunstancia o situación la posibilidad aumenta en cada persona a contraer una enfermedad por diversos factores de riesgo entre ellos tenemos: factores de servicios de salud, biológicos, psicológicos, sexuales, químicos, físicos, políticos, económicos, del medio ambiente y laboral, por lo tanto si hay una alteración en cualquiera de estos factores trastornaría la salud de la población.

En el Ecuador en el año 2010 y según los indicadores de salud una de las enfermedades más comunes y que ocupan uno de las primeras causas de morbilidad son las Enfermedades Infecciones Respiratorias Agudas con 1.703,083 casos y en segundo lugar constan las Enfermedades Diarreicas Agudas con 516,567 casos; así mismo se encuentran las Enfermedades Crónicas Transmisibles como la Tuberculosis Pulmonar BK- con 480 casos, referente a las enfermedades prevenibles por vacunación tenemos la Hepatitis B con 236 casos, Tosferina con 125 casos y Tétanos 13 casos; siendo estas las principales causas de consulta externa en las unidades operativas del **MSP**.

² MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO E INTERCULTURAL MSP/ MAIS-FCI Ecuador 2013 capítulo IV pág. 60-63

Según el **INEC** (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador) en el 2010 las Infecciones de Vías Urinarias son un problema de salud que se ubica en el octavo puesto con una tasa de 10.3% en las mujeres con relación a las diez principales causas de morbi-mortalidad.

Así mismo la Hipertensión es un problema de salud, que se ubica en el sexto puesto con una tasa de 17.1% en los hombres con relación a las diez principales causas de mortalidad y en el quinto puesto en las mujeres con relación a los datos del **INEC** 2010. Según datos actuales del **INEC**, las Enfermedades Cardiovasculares ocupan las primeras causas de muerte en el país, produciendo más de 15.000 defunciones al año, lo que la define como la epidemia del siglo en el Ecuador.

De igual forma en nuestra provincia de Loja las principales causas de morbilidad son las Enfermedades Respiratorias Agudas con 55,424 casos notificados, seguidamente están las Enfermedades Diarreicas Agudas con 19,492 casos notificados especialmente en los grupos más vulnerables que son los niños menores de 5 años.

Las enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos, se evidencian en aspectos biológicos; se explican, fundamentalmente por el tipo y forma de la actividad productiva, en los porcentajes alarmantes de poblaciones con necesidades básicas insatisfechas, la pobreza de consumo, el acceso a los servicios de salud, las distintas culturas, la forma y consumo de alimentos, el clima y otras más que constituyen un complejo variante (condicionantes-determinantes) que exige superar el enfoque biológico.³

³ Carcavallo RU, Martínez A (1985). Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos, pp. 149-157 en (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS – Ministerio de Salud y Acción Social, Ecuador.

3. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECUATORIANA

En la actualidad, nuestro país tiene un territorio de 283 560 km², cuenta con 14.306.876 habitantes que se hallan distribuidos en las distintas provincias.⁴

En cuanto a la densidad demográfica es de 55,6 habitantes por Km², las provincias con mayor densidad poblacional son Pichincha con 269,5 habitantes por Km² y Guayas con 227,5; mientras que las de menor densidad son Pastaza y Galápagos con 2,8 habitantes por Km² cada una.⁵

Es un país multiétnico destacando las siguientes:

- Ⓢ Mestizos: 65%
- Ⓢ Indígenas: 25%
- Ⓢ Blancos: 7%
- Ⓢ Afro ecuatoriana: 3%
- Ⓢ Etnia Shuar: 9,37%

La distribución de la población de acuerdo a grupos etáreos y al sexo, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**), se distribuye de la siguiente manera:

- Ⓢ 0-14 años: 30,1% (hombres 2.301.840/mujeres 2.209.971).
- Ⓢ 15-64 años: 63,5% (hombres 4.699.548/mujeres 4.831.521).
- Ⓢ 65 años y más: 6,4% (hombres 463.481/mujeres 500.982).⁶

3.1. Distribución poblacional de la Provincia de Loja

De acuerdo al Censo realizado en el año 2010 la provincia de Loja cuenta con una población de 448.966 habitantes, se caracteriza por existir un

⁴ Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, 4^a Edición, Septiembre 2012

⁵ Densidad Demográfica: Instituto Nacional de Estadística y Censo /INEC; Disponible en: <http://www.inec.gob.ec> Consultado: 28/11/2013; Hora: 15h00

⁶ Ecuador Distribución por edad - Población - Mundial; Disponible en: http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html Consultado: 9/12/2013; Hora: 19h00

predominio de la población mestiza con 90,2% seguida de la indígena con un 3,7% y la raza blanca con el 3%, la población afro ecuatoriana, montubios y otros tienen un porcentaje muy bajo.

La distribución de la población con respecto al sexo se encuentra en un 49,2% a los hombres y el 50,8% mujeres. El 31,5% de la población de la provincia es menor de quince años; el 26,5% comprende las edades de 15 a 29 años y un 32,8% está entre los 30 y 64 años. La población adulta mayor representa aproximadamente el 9,1%.⁷

4. NIVEL DE ESCOLARIDAD

La educación es uno de los deberes primordiales del Estado y un derecho de las personas, además forma parte de un objetivo del Plan Nacional del Buen Vivir.

El Ecuador, desde siempre ha cargado con un nivel de educación deficiente. Esto resulta preocupante para una sociedad que se encuentra en vías de desarrollo, ya que la educación es uno de los pilares fundamentales para forjar una nación exitosa y libre.

Entre los principales problemas que tiene la educación pública se encuentran los siguientes indicadores: persistencia del analfabetismo, bajo nivel de escolaridad, tasas de repetición y deserción escolares elevadas, mala calidad de la educación, poca preparación de los docentes, salarios bajos de los profesores y deficiente infraestructura educativa y material didáctico. Los esfuerzos que se realicen para revertir

⁷ Resultados provinciales, Loja; Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/loja.pdf> Consultado: 05/11/2013; Hora: 19h00

esta situación posibilitarán disponer de una población educada que pueda enfrentar adecuadamente los retos que impone la actual sociedad.⁸

4.1. Analfabetismo

En el Ecuador, la noción de analfabetismo se vincula a personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. Las nociones de analfabetismo y alfabetización siguen apegadas a la definición acuñada por el **UNESCO** (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura), "Una persona analfabeta no puede leer entendiendo lo que lee ni escribir una descripción sencilla y breve de su vida cotidiana" (**UNESCO** 1958). "Una persona es funcionalmente analfabeta cuando no puede dedicarse a las actividades en las que hace falta saber leer y escribir para el funcionamiento efectivo del grupo o la comunidad a la que pertenezca la persona, para su desarrollo propio y de la comunidad" (**UNESCO** 1978).

El analfabetismo en Ecuador afecta al 6,8% de la población según el (**INEC** censo 2010). El analfabetismo trae consigo desigualdades en las condiciones sociales y en las oportunidades de alcanzar un mayor bienestar de los habitantes. Las consecuencias del analfabetismo se ven en tres aspectos: económico, social y político.

Una de las principales causas del analfabetismo es la pobreza, debido a que las condiciones de vida en las que se encuentran las familias ecuatorianas ocasionan que no todos los niños y adolescentes tengan la posibilidad de acceder a una educación. Primero se busca satisfacer las necesidades básicas de un hogar, antes que un miembro de la familia asista a una escuela. Los hogares tienen como objetivo generar dinero

⁸ Situación De La Educación En El Ecuador - Eumed.net; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2006/gvd.htm> Consultado: 9/12/2013; Hora: 22h30

por medio del trabajo, incluso infantil, apartándolos del acceso a la educación.⁹

El Gobierno Ecuatoriano ha creado campañas de alfabetización, las más recientes a partir del año 2007 arrojan resultados positivos, pero “mientras más pequeña es la tasa de analfabetismo es más difícil seguirla reduciendo” (UNESCO 2009).

4.2. Deserción escolar

La deserción escolar se considera al abandono de los estudios por parte del alumno/a, se ve influenciada principalmente por factores familiares, personales y pedagógicos. La familia implica un factor fundamental en la formación educativa del niño, ya que es el medio donde se relaciona y desenvuelve. A esta se juntan la migración y la economía de la familia, ya que la desintegración familiar o la falta de recursos económicos perjudica notablemente la estabilidad del niño/a.

A su vez la afectividad juega un papel importante en el niño, ya que de esta dependen las buenas o malas relaciones que tenga en la escuela y su entorno a más de la afectividad en la vida de un niño cuenta su autoestima, pues si presenta una baja autoestima dificulta sus posibilidades de aprendizaje. Otros factores escolares como la pedagogía y metodología, son decisivos, ya que deben desarrollarse metodologías acordes a las necesidades de los alumnos y una pedagogía basada en su formación crítica que despierte el interés del escolar.¹⁰

En la provincia de Loja la deserción escolar constituye un problema, pues la condición económica de algunas familias no permite que sus hijos

⁹ Alfabetización en el Ecuador, Quito Ecuador, Septiembre 2009; Disponible en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf> Consultado: 27-11-2013; Hora: 20h00

¹⁰ La deserción; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/1868/1/teb58.pdf> Consultado: 09/12/2013

continúen sus estudios, limitando sus posibilidades de desarrollo. La deserción en los niños matriculados en primer año de Educación Básica alcanza el 5,8%, sin embargo en los cantones de Olmedo y Chaguarpamba este índice alcanza el 12,2 y 11,1%, lo que evidencia la pobreza existente en estas zonas.¹¹

5. OCUPACIÓN

El trabajador es el principal factor de la producción, al ser el elemento dinámico de las empresas, con su desgaste físico, intelectual y espiritual, accionan los objetos e instrumentos del trabajo, de esta manera generan bienes, servicios, ingresos y por supuesto impulsa el consumo para satisfacer sus necesidades.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33% después están los comerciantes representando el 28,5% y después están los agricultores o jornaleros con el 13%.¹²

“Según el Censo del 2001, la provincia de Loja está dedicada mayoritariamente a la agricultura y ganadería (19%), seguida del comercio (17%) y por el grupo humano que está dedicado a la enseñanza (17%), el resto del porcentaje (30%) de la población económicamente activa (**PEA**) está ubicado en actividades tales como construcción, administración pública, industrias manufactureras, transporte y comunicaciones”.¹³

¹¹Educación en la Provincia de Loja; Disponible en: <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> Consultado: 28/11/2013; Hora: 10h00

¹² Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf Consultado: 09-12-2013

¹³ Loja (Ecuador). Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Provincia_de_Loja Consultado: 09-12-2013

6. FACTORES DE RIESGO

Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.

El Ministerio de Salud Pública ha considerado clasificar los factores de riesgo en grupos y componentes los cuales son los siguientes:

6.1. Riesgos Biológicos

- Ⓢ **Personas con vacunación incompleta:** a nivel mundial, los esquemas de vacunación incompletos representan una cuestión trascendental y están relacionados con múltiples factores; entre los reportados en la literatura se encuentran: pobreza, costo a las familias, a los proveedores, inicio tardío de la vacunación, información deficiente del estado de vacunación, y desconocimiento por parte del personal de salud de las contraindicaciones y edades adecuadas para la aplicación de las vacunas. Se ha documentado en la literatura que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen una cobertura de 4% a 9% inferior a la reportada en niños que no cuentan con este agravante.
- Ⓢ **Personas con mal nutrición (sobrepeso o desnutrición):** el término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término “malnutrición” no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación. En el Ecuador, según la ministra de Inclusión Económica y Social (**MIES**), 14 de cada 100 niños tienen

problemas de obesidad y sobrepeso, además manifestó que entre 2007 y 2010 el porcentaje de desnutrición bajó de 27% a 23,2%.

Ⓜ **Embarazadas con problemas:** según los datos estadísticos en los 6 primeros meses del 2010 se atendieron 748 madres embarazadas; de las que resultó sólo un nacimiento con un niño enfermo. Todas estas mujeres embarazadas estuvieron dentro del Programa de 7 Controles Prenatales, mientras que en el mes de Junio estuvieron dentro del programa 155 mujeres, las que al término del embarazo dieron a luz a niños completamente sanos, lo que habla del éxito de que un buen control prenatal va en directo beneficio del binomio madre - hijo.

Ⓜ **Personas con discapacidad:** es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. En el Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, tras finalizar la primera evaluación de la situación en el país, llegando hasta los lugares más recónditos en los cuales se evidencio que las discapacidades físicas y motoras son mayores 36,76%, seguidas por las intelectuales 24,6% y las múltiples 12,92%.¹⁴

Ⓜ **Personas con problemas mentales:** las enfermedades mentales o trastornos psicológicos son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. En Ecuador un estudio realizado por los médicos Santiago Luna, Flor María

¹⁴ Disponible en: <http://sofnacientenews.blogspot.com/2010/12/en-ecuador-existen-casi-300000-personas.html> 10/12/13

Bazurto, Inés del Pino integrantes de la Misión Solidaria Manuela Espejo, reveló que la discapacidad mental por demencia en el Ecuador es una de las enfermedades que afecta en gran medida a las personas de la tercera edad.¹⁵

6.2. Riesgos Sanitarios

- Ⓢ **Consumo de agua insegura:** según datos derivados del Censo 2010, más del 28% de la población ecuatoriana no tiene acceso al líquido vital por red pública y más del 22% no tiene saneamiento adecuado (alcantarillado o pozo séptico). Más de cuatro millones de personas se proveen de agua a través de pozos, ríos, vertientes, carros repartidores y agua lluvia.¹⁶

- Ⓢ **Mala eliminación de desechos líquidos:** un niño muere cada 20 segundos en el mundo por falta de higiene según informes de la Organización de las Naciones Unidas, además cada año se vierten en todo el planeta más de 200 millones de desechos cloacales sin ser tratados, los cuales perjudican al medioambiente y diseminan enfermedades.

- Ⓢ **Impacto ecológico por industrias:** aunque gran parte del mundo depende de la producción o el comercio de petróleo para alimentar sus economías, estas actividades pueden causar daños graves al medio ambiente ya sea a sabiendas o involuntariamente. La producción de petróleo y/o transporte, pueden alterar la población humana y la vida animal y pesca de la región, residuos de aceite, la contaminación de producción y los derrames pueden causar daños en la fauna y el hábitat circundante.

¹⁵ Disponible en: <http://ecuador.diariocritico.com/2010/Diciembre/notevagustar/242875/discapacidad-mental-en-ecuador.html> 10/12/13

¹⁶ Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/AguapotablesaneamientoenEcuador> 10/12/13, 8:11

Ⓢ **Animales intradomiciliarios:** las mordeduras y las alergias son las amenazas más comunes y dan como resultado infecciones localizadas, sin embargo existen otras infecciones que pueden ser transmitidas por vía cutánea, mucosa, digestiva o respiratoria, por contacto directo con las mascotas o sus excretas. El profesional de salud informe a la familia que tenga en su domicilio mascotas, las posibles enfermedades que pueden provocar, así como la prevención contra las zoonosis y detención oportuna tanto de parasitosis como patologías asociadas a mascotas.

6.3. Riesgos Socio-Económicos

Ⓢ **Pobreza:** la pobreza es una circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimentos, vivienda, ropa y educación. La pobreza rural en el Ecuador bajo 4,23%, en Junio del 2013 se ubicó en 40,73% mientras que en el mismo mes del 2012 registro 44,96% según la última Escuela Nacional de Empleo y Desempleo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).¹⁷

Ⓢ **Desempleo o empleo informal del jefe de familia:** es una de las principales causas de migración, lo que desintegra núcleos familiares, hijos sin la presencias de ambos padres. También hay impacto en lo individual la persona desempleada olvida en la mayoría de los casos la dirección de su propio destino, se invade de frustración y degradación. Según la última Encuesta Nacional de Empleo y Desempleo (ENEMDU) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). El desempleo urbano se ubicó en

¹⁷ Disponible en: <http://www.andes.info.ec/es/economia/2013-ecuador-disminuyo-pobreza-rural-423-puntos-relacion-ano-anterior.html> 10/12/13, 9:25

4,6% en Marzo del 2013 frente al 4,9% del mismo mes del año anterior. Por otro lado el subempleo en el área urbana llegó a 44,7% y la ocupación plena a 48,6% en comparación a 43,5% y 50,2% respectivamente de Marzo del 2012. La encuesta revela que aproximadamente 8 de cada 10 empleos en el área urbana son generados por el sector privado, tendencia que se ha mantenido en los últimos años.¹⁸

- Ⓢ **Analfabetismo del padre o de la madre:** el analfabetismo aumenta la vulnerabilidad socioeconómica presente y futura de los adultos, pero también es un importante agente de reproducción de dicha condición a través de sus hijos, traspasando así su condición entre generaciones. El Ministerio de Educación de Ecuador trabaja para reducir la tasa de analfabetismo del 6,8 según datos entregados por el Instituto de Estadísticas y Censos (**INEC**).¹⁹

- Ⓢ **Desestructuración familiar:** las causas principales de este fenómeno psicosocial son la crisis económica y el creciente desempleo, lo que conlleva además a la emigración de uno o ambos progenitores en busca de mejores fuentes de trabajo que oferten mayores ingresos. En los procesos de desestructuración del núcleo familiar influyen, además; las condiciones que obligan a que ambos cónyuges trabajen fuera del hogar, pues de esta manera el sistema extra familiar puede crear o exacerbar los conflictos entre la pareja.

- Ⓢ **Violencia/Alcoholismo/Drogadicción:** actualmente no hay dudas de que el alcoholismo constituye el problema de drogas más importante; es responsable principal de violencias en todas partes donde ocasionan desintegración familiar y deterioro social,

¹⁸ Disponible http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=584%3ADesempleo-urbano-en-ecuador-seubica-en-46-en-marzo-de-2013&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es 10/12/13, 8:45

¹⁹ Disponible <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-trabaja-reducir-tasa-analfabetismo-68-4.html> 10/12/13, 9:45

caracterizados por desajustes de la personalidad, degradación, así como conductas delictivas y antisociales. Alrededor de la mitad de los homicidios y violaciones se produce bajo el efecto del alcohol. El 70% y 80% de la población joven consumen alcohol: 15% de la población ingiera alcohol en forma anormal; 5% presenta síndrome de dependencia alcohólica y 10% son bebedores excesivos. Alrededor del 20% y el 25% de los jóvenes son abstemios, es decir beben muy ocasionalmente y sin embriagarse.

Ⓢ **Malas condiciones de la vivienda:** el problema de la vivienda constituye en Ecuador uno de los problemas sociales más sensibles y complejos de resolver. En un país de más de 13 millones de habitantes y cerca de 3 millones de hogares, existe más de un millón de viviendas deficitarias y una demanda anual de más de 60.000 viviendas para nuevos hogares, de ellos 25.000 son hogares bajo la línea de la pobreza, es decir con un ingreso familiar por debajo del costo de la canasta básica, estimada en 450 dólares mensuales.

Ⓢ **Hacinamiento:** el término hacinamiento hace referencia a la situación lamentable en la cual los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad, ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.²⁰ En el Ecuador el 40% de las viviendas las personas viven hacinadas es decir, no tendrían

²⁰ Disponible en: <http://www.definicionabc.com/social/hacinamiento.php#ixzz2n5m4uHOx> 10/12/2013, 8:20

habitaciones suficientes para el total de personas que residen en tales viviendas.²¹

7. ENFERMEDADES CRÓNICAS

La **OMS** define a las Enfermedades Crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de lenta progresión: por término medio toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica.

Las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (**ECNT**) son enfermedades que pueden tener una determinación congénita, hereditaria y muchas veces son autoinmunes e idiopáticas; la mayoría de enfermedades crónicas se deben a factores de riesgo modificables durante todo el ciclo de vida, como la mala alimentación, el sedentarismo, estrés, hábitos negativos como fumar, tomar alcohol entre otros, sin embargo hay factores de riesgo no modificables como la edad, sexo, etnia, herencia, autoinmunidad que pueden agravar la condición.

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes tenemos:²²

- Ⓢ Accidentes Cerebrovasculares
- Ⓢ Enfermedades Respiratorias Crónicas
- Ⓢ Obesidad
- Ⓢ Diabetes
- Ⓢ Trastornos Neuropsiquiátricos
- Ⓢ Afecciones Digestivas
- Ⓢ Discapacidad Visual y Auditivas

²¹ Disponible en: https://www.google.com.ec/?gws_rd=cr&ei=viynUpOAI8efkQepzoCIAQ#g=hacinamiento+en+el+ecuador 10/12/2013.

²² Centro de nutrición molecular y enfermedades crónicas. Facultad de medicina. Universidad católica de Chile (disponible en: http://www.alimentatesano.cl/que_son_las_enf_cronicas_.php Consultado: 09/12/13)

- Ⓢ Enfermedades Osteoarticulares
- Ⓢ Afecciones Bucodental
- Ⓢ Enfermedad Renal

7.1. Impacto de las Enfermedades Crónicas

En el 2008 las Enfermedades Crónicas (Diabetes Mellitus, Enfermedades Cerebrovasculares, Enfermedades Hipertensivas, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca y Cirrosis) fueron las principales causas de muerte en la población general de Ecuador.

“En el caso del sexo femenino las principales causas de mortalidad eran la Diabetes Mellitus, las Enfermedades Hipertensivas, Cerebro-Vasculares, a Influenza y Neumonía, son responsables del 25% de las muertes totales. A estas causas le siguieron las Enfermedades Isquémicas del corazón, los padecimientos Cerebro-Vasculares, la Influenza y Neumonía, las Enfermedades Hipertensivas y la Diabetes Mellitus, que provocaron alrededor de la cuarta parte de las muertes totales”.²³

A nivel mundial existen más de 347 millones de personas viviendo con Diabetes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (**INEC**) correspondientes al año 2011, esta enfermedad es la primera causa de muerte en el Ecuador.

Los 35 millones de muertes que provocan anualmente las Enfermedades Crónicas equivalen al 60% del número total de defunciones en el mundo, porcentaje que podría escalar a más de un 75% para el 2030.

²³ Lucio R., Sistema de salud de Ecuador, vol.53, México, pág. 4

Según la Encuesta Nacional de Salud 2008, más de la mitad de la población de nuestro país presenta factores de riesgo Cardiovascular alto o muy alto como Hipertensión, sobrepeso u obesidad, considerando que 1 de cada 3 muertes obedecen precisamente a cardiopatías.

Las Enfermedades Crónicas aquejan casi en igual proporción a hombres y mujeres, si bien se las suele asociar principalmente a personas mayores, los estudios indican que un 25% de las muertes causadas por esta epidemia corresponden a personas menores de 60 años. Así mismo, la prevalencia de factores de riesgo entre niños y adolescentes ha experimentado un incremento en los últimos años.

8. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Una Enfermedad Degenerativa es una afección generalmente crónica, en la cual la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo. Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) afirman que en el 2030 a escala mundial aumentarán las defunciones ocasionadas por enfermedades no transmisibles (**ENT**). Las Enfermedades Cardiovasculares aumentarán de 17 millones a 25 millones, mientras que las muertes ocasionadas por el cáncer aumentarán de 7,6 millones a 13 millones.²⁴

Los tipos de enfermedades degenerativas son:

- Ⓢ **Espondilo Artrosis:** degeneración de los cartílagos articulares. Afecta con mayor frecuencia a la columna vertebral, sobre todo a los segmentos cervicales y lumbares.

²⁴ Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles. Disponible en <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html> Consultado el 09/12/13

Ⓢ **Alzheimer:** se caracteriza en su forma típica por una pérdida progresiva de la memoria y de otras capacidades mentales, a medida que las células nerviosas (neuronas) mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian.

Ⓢ **Cáncer:** producción excesiva de células malignas, con rasgos típicos de comportamiento y crecimiento descontrolado (crecimiento y división más allá de los límites normales, invasión del tejido circundante y a veces metástasis).

Ⓢ **Tumores Benignos y Malignos:** es cualquier alteración de los tejidos que produzca un aumento de volumen del órgano afectado independientemente de que sean de carácter benigno o maligno. Generalmente pueden retirarse o extirparse y en la mayoría de los casos no reaparecen”.²⁵

9. ENFERMEDADES DE IMPACTO

También llamadas transmisibles, según la **OMS** es cualquier enfermedad causada por un agente infeccioso específico y se manifiestan por la transmisión de ese agente de una persona o de un reservorio, a un huésped susceptible, directa o indirectamente.

En el 2001 las enfermedades infecciosas causaron el 26% de la mortalidad total en todo el mundo y ocasionaron 15 millones de muertes, muchas de las cuales podrían haberse evitado con medicamentos, vacunas, acceso a agua y alimentos no contaminados.

²⁵ Enfermedades crónicas: Disponible en: http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php consultado el 09/12/13, 10:45

Las muertes por **SIDA**, Tuberculosis, Malaria, Enfermedades Diarreicas y las Infecciones Respiratorias representan una gran parte de la carga de las Enfermedades Infecciosas.²⁶

Entre ellas tenemos:

- Ⓢ **Enfermedades de Transmisión Sexual:** según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), unos 685 mil hombres y mujeres de todo el mundo y aproximadamente unos 40-50 millones en América contraen **ITS** (Infecciones de Trasmisión Sexual) cada día. Más de 340 millones de **ITS** curables y muchas más enfermedades incurables ocurren cada año.²⁷

Entre las ITS más comunes encontramos:

- Ⓢ **VIH – SIDA** (Virus de la Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). El virus de la inmunodeficiencia humana (**VIH**) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (**SIDA**) y ataca a los linfocitos T-4 disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.
- Ⓢ **Hepatitis B:** es una enfermedad infecciosa del hígado causada por un virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación, puede causar un proceso agudo o un proceso crónico, que puede acabar en cirrosis.

²⁶ Enfermedades infecciosas disponibles en: <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/Potenciaci3nDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx> Consultado: 05/12/13

²⁷ Control de enfermedades trasmisibles. Disponible en: <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos> Consultado: 05/12/13

- Ⓢ **Gonorrea:** es causada por la bacteria *Neisseria Gonorrhoeae* y la puede contraer cualquier persona que tenga algún tipo de actividad sexual. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano.

- Ⓢ **Candidiasis:** es un hongo que vive en casi todas partes, la Candidiasis Vulvovaginal, es una infección común que ocurre cuando hay un crecimiento acelerado del hongo llamado *Cándida Albicans*. La *Cándida* siempre está presente en el organismo en pequeñas cantidades.

- Ⓢ **Sífilis:** es una **ETS** causada por una bacteria, infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres.

- Ⓢ **Chancro Blanco:** un chancro es una lesión primaria de la sífilis, indolora, que aparece en el lugar de entrada de la infección, se presenta como una pápula pequeña o como una erosión.

- Ⓢ **Herpes:** el herpes es una infección causada por un virus herpes simple (**VHS**). Puede afectar los genitales, las nalgas o el área del ano.

- Ⓢ **Otras Enfermedades Transmisibles:** algunas enfermedades se propagan por el aire a través de las gotitas que se esparcen cuando la persona infectada estornuda o tose, la mayoría de las Enfermedades Respiratorias se propagan de esta manera. Otras enfermedades pueden propagarse a través de la ingesta de alimentos o agua contaminada, muchas veces estas se convierten en pandemias si la contaminación se produce en gran escala.

Entre ellas destacan:

- Ⓢ **Tuberculosis:** es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones. Se transmite de una persona a otra a través de diminutas gotas generadas en el aparato respiratorio de los pacientes con enfermedad pulmonar activa.

- Ⓢ **Enfermedad Diarreica Aguda:** es una enfermedad intestinal generalmente infecciosa y auto limitada, caracterizada por evacuaciones líquidas o disminuidas de consistencia y frecuentes, casi siempre en número mayor a tres en 24 horas con evolución menor de dos semanas.

- Ⓢ **Infección Respiratoria Aguda:** es una enfermedad causada por una infección aguda de la tracto respiratorio superior: nariz, senos nasales, faringe o laringe, la mayor parte de las infecciones respiratorias altas son causadas por virus, especialmente el rinovirus.

10. DISCAPACIDAD

Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano. Se caracteriza por insuficiencias o excesos en el desempeño y comportamiento en una actividad rutinaria, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos.

En Ecuador existen 294.166 personas con discapacidad, unos 21.000 son críticos y se desenvuelven en un entorno de extrema pobreza. La mayoría

de los casos se concentran en las provincias de Guayas con 74.833 casos y Pichincha con 45.098.

Las disfunciones físicas y motoras son mayoría (36,76%), seguidas por las intelectuales (24,6%) y las múltiples (12,92%). En Ecuador la prevalencia es de 2,43% lo que significa que de cada 100 ecuatorianos, al menos dos tienen alguna discapacidad física o mental.

"Muchas discapacidades se desarrollan por hipoxia, asociada a partos no tradicionales, además producto traumatismos, prematuridad, y eventos postnatales asociados", explicó Gamez al tiempo que destacó el aporte del estudio de 651 muestras en el Centro Nacional de Genética de Cuba.²⁸

Además según los índices, las personas de más de 60 años son las que más tienden a sufrir alguna discapacidad, también los hombres aunque la diferencia respecto a las mujeres cada vez es menor.

10.1. Personas con Discapacidad Carnetizadas

Según datos del **MIES** en la Provincia de Loja hay 5.207 personas. En la zona 7: El Oro, Loja y Zamora Chinchipe, son 12.613 personas.

10.2. Tipos de discapacidad

Ⓒ **Discapacidad Física:** limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectada son los brazos y piernas.

²⁸ LAZARUM, Disponible en: <http://www.lazarum.com/2/web.php?search=datos+estadisticos+ecuador> Citado: 10/12/2013, Hora: 10h25.

Ⓢ **Discapacidad Cognitiva:** presenta dificultades en el nivel de desempeño en una o varias de las funciones cognitivas, en procesos de entrada, elaboración y respuesta que intervienen en el procesamiento de la información y el aprendizaje.

Ⓢ **Discapacidad Sensorial:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Ⓢ **Discapacidad Intelectual:** se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior, que coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.²⁹

11. ESQUEMA DE VACUNAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

El Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI) tiene como finalidad asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del Programa usando vacunas de calidad, gratuitas que satisfagan al usuario, como resultado de una gerencia y vigilancia epidemiológica efectiva y eficiente en todos los niveles, que involucre a los diversos actores del Sistema Nacional de Salud.³⁰

Las coberturas del Programa de Inmunizaciones en el año 2009, superan las alcanzadas en el 2008 en todos los biológicos. La vacuna contra

²⁹ CORPOALEGRIA, Tipos de discapacidad, Disponible en: <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/> Citado: 09/12/13, Hora: 18h30pm.

³⁰ PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones: Disponible en: http://www.opsecu.org/sarampion/Boletines_MSP/Calendario%20Sarampion%202012.pdf. Consultado: 09-12-2013

Rotavirus en el año 2009 alcanza el 97% de cobertura, SRP el 15%, el menor incremento reportado es en BCG 2%.³¹

12. TAMIZAJE NEONATAL

“Con pie derecho, la huella del futuro” es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.³²

Este programa inició en Diciembre del 2011, bajo la supervisión de la Vicepresidencia de la República. El objetivo del proyecto es prevenir el retardo mental y otras discapacidades provocadas por enfermedades metabólicas hereditarias y trastornos relacionados; a través de la detección oportuna y tratamiento temprano, para la consecución del buen vivir de la población.

Estadísticas revelan que hasta el año 2012. “Se realizaron 190.000 tamizajes neonatales durante este año y se han detectado 50 casos positivos”,³³ lo que se puede destacar que la prueba del talón ha sido oportuna en cuanto a la detección temprana de las discapacidades en las que se puede corregir a tiempo estos errores genéticos.

Las cuatro enfermedades detectadas mediante esta prueba son: Hipotiroidismo Congénito, Fenilcetonuria, Hiperplasia Suprarrenal Congénita y Galactosemia.

³¹Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI): Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/programa-ampliado-de-inmunizaciones-pai/> Consultado: 09-12-2013

³² Con Pie Derecho “La Huella del Futuro”. Disponible en: <http://www.conpiederecho.com.ec> Consultado: 09-12-2013.

³³ Programa de Tamizaje Neonatal: proyecto coordinado por el MSP y la Vicepresidencia de la República, disponible en: <http://www.elciudadano.gob.ec/> , Consultado 27-11-2013

- Ⓢ **Hipotiroidismo Congénito:** es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un **RN** (Recién Nacido), es la causa más común de retardo mental prevenible.

- Ⓢ **Fenilcetonuria:** es un desorden del metabolismo debido a que el cuerpo no sintetiza adecuadamente la fenilalanina, por la deficiencia o ausencia de una enzima llamada fenilalanina hidroxilasa. Como consecuencia se acumula y resulta tóxica para el sistema nervioso central, ocasionando daño cerebral. Es una enfermedad autosómica recesiva ambos padres son portadores y el riesgo de recurrencia de la enfermedad es de un 25%.

- Ⓢ **Hiperplasia Suprarrenal Congénita:** se da cuando los recién nacidos carecen de una enzima para producir cortisol y aldosterona, esto produce más andrógenos lo que ocasiona la masculinización de fetos femeninos y una potencial pérdida salina en ambos sexos.³⁴

- Ⓢ **Galactosemia:** se produce cuando el organismo no puede metabolizar la galactosa, un azúcar simple de la lactosa presente en la leche animal y humana. Es una enfermedad hereditaria causada por una deficiencia enzimática y se manifiesta con incapacidad para metabolizar la galactosa en glucosa lo cual provoca una acumulación dentro del organismo produciendo lesiones en el hígado, sistema nervioso central, cerebro, riñones y ojos.

³⁴Tamizaje, pinchazo vital contra la discapacidad, disponible en: <http://www.eldiario.ec/noticias-manabi-ecuador/217936-tamizaje-pinchazo-vital-contra-la-discapacidad/> Consultado 27-11-2013.

13. ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

El estado nutricional es un indicador de calidad de vida de la población, que refleja el desarrollo físico, intelectual y emocional de los individuos, íntimamente relacionados con su estado de salud y factores alimentarios, socioeconómicos, ambientales y culturales. Se ha demostrado que un estado nutricional deteriorado afecta todos los mecanismos de defensa, lo que obliga a plantear el axioma de que toda persona desnutrida es un individuo inmunocomprometido.

La valoración del estado nutricional, se relaciona con la medición del crecimiento, el cual está determinado genéticamente para el incremento de masa corporal libre de grasa. Si el niño permanece sano y asegura una fuente adecuada de nutrimentos durante sus etapas críticas de crecimiento físico, lograría cumplir todo su potencial genético.³⁵

La lactancia materna corta o inferior a los 6 meses, determina una desnutrición precoz, de carácter grave y de mayores consecuencias futuras. Ante la disminución de la ingesta de alimentos se ponen en funcionamiento mecanismos compensadores que tienden a restaurar el balance, desencadenando cambios metabólicos, alteración en algunas funciones biológicas y finalmente modificación del tamaño y composición corporal, que en forma muy tardía se manifiesta por una disminución en el peso o en la talla. La medición de este evento se centra en la antropometría nutricional, apoyado en las técnicas antropométricas usuales. Además se ha comprobado en varios estudios, que la probabilidad de tener problemas relacionados con nutrición como es el caso de los déficit de micronutrientes, es mayor en la población que tiene

³⁵ Cortez, Rafael. "El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Septiembre, 2001. <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#ixzz2ly1YIYuZ> Consultado el 12/12/ 2013

déficit del consumo de alimentos (población con máxima vulnerabilidad) y por lo tanto alteraciones del crecimiento.

Es así que el menor tamaño corporal y la disminución de las necesidades nutricionales de niños sometidos a la pobreza urbana no puede considerarse una adaptación saludable, sino la consecuencia epidemiológica de fenómenos sociales complejos como pobreza, marginalidad, mala alimentación temprana, infecciones frecuentes o una combinación de todas ellas.

Una alimentación saludable requiere en muchos casos de una educación nutricional que debe promoverse desde la infancia y en el núcleo familiar ya que los hábitos adquiridos en esa etapa son fundamentales para una correcta alimentación en la adolescencia y prevención de las enfermedades vinculadas a los trastornos alimenticios.

Los efectos positivos o negativos de la alimentación tendrán repercusión tarde o temprano en la salud. Un estado de mal nutrición en los niños ya sea por déficit (desnutrición) o por exceso (obesidad) aumenta los riesgos de enfermedades asociadas a estas condiciones. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta diaria.

14. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños, los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable.

La **OMS** destaca que el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) y la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el recién nacido ya que es una de las maneras más

eficaces para garantizar la salud y la supervivencia infantil, por lo cual se recomienda exclusivamente durante los primeros 6 meses de vida.

A nivel mundial, se estima que solo el 38% de los bebés reciben lactancia materna exclusiva durante sus 6 primeros meses.³⁶

La **OMS** recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses, entre los 12 y 24 meses, deben administrar tres comidas y puede ofrecerles otros dos refrigerios nutritivos si lo desean.

Los alimentos deben ser adecuados, es decir, que proporcionen suficiente energía, proteínas y micronutrientes para cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación. Alimentar a un niño pequeño requiere una atención activa y estimulación para animarlo a comer.³⁷

15. CONTROL DEL NIÑO SANO



La Norma Oficial de la **OMS** establece que durante el primer año, un niño (a) debe revisarse clínicamente al momento del nacimiento, a la semana de vida y al mes de edad y

³⁶ La lactancia materna garantiza salud y supervivencia en el infante según la OMS. Disponible en <http://www.eluniverso.com/vida-estilo/2013/08/01/nota/1232811/lactancia-materna-garantiza-salud-supervivencia-infante-segun> Consultado el 12/12/ 2013

³⁷ Hasta que edad es importante alimentar al bebe solo con leche materna disponible en <http://www.who.int/features/qa/21/es/index.html> Consultado el 12/12/ 2013

posteriormente, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses. Durante el segundo año de vida, debe ser evaluado cada 3 meses; de los 2 a los 5 años por lo menos de 2 a 3 veces al año y a partir de entonces, de 1 a 2 veces al año. La revisión clínica debe ser ajustada a cada paciente.

En cada visita médica se hace una evaluación integral del paciente: peso y talla para la edad, peso para la talla y perímetro cefálico., estas medidas son importantes para determinar si el crecimiento del individuo es armónico o no. Por ejemplo: si el perímetro cefálico está creciendo a un ritmo menor que el de su talla, puede indicarnos la probabilidad de que el cerebro no se está desarrollando adecuadamente o de que las suturas de la cabeza del niño se han cerrado en forma prematura y cada una de estas posibilidades implica un abordaje y tratamiento muy diferentes. También se detecta si el paciente tiene algún grado de desnutrición o si por el contrario, está cursando con sobrepeso y obesidad para tomar las medidas necesarias para mantenerlo en un rango ideal de peso de acuerdo a su edad, talla y sexo.

Ya analizado el crecimiento y desarrollo del niño pasamos al aspecto de las inmunizaciones (vacunas). Por ello los padres deben recibir la información actual acerca de todas las enfermedades que se previenen con el esquema básico que nos ofrece el Sector Salud.³⁸

16. ESCOLARES Y ADOLESCENTES

16.1. Estado Nutricional de los Escolares y Adolescentes:

La nutrición es fundamental para el ser humano desde el momento mismo cuando es concebido. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos los estadios del ciclo de vida se puede

³⁸ Pediatría control del niño sano disponible en: <http://pediatria.org/?p=> Consultado el 12/12/ 2013

observar que déficits o excesos de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo de una persona que provocan consecuencias en su salud a corto y largo plazo.

16.2. Crecimiento del Niño y el Adolescente: el crecimiento en la infancia y adolescencia es el resultado del aumento en el tamaño y número de las células, a causa de cambios en el incremento, en las cantidades de grasa, proteínas, agua y minerales en los distintos tejidos.

En comparación con los adultos, los niños y adolescentes necesitan de una cantidad extra de energía y de otros nutrientes para cubrir las demandas de crecimiento, por lo tanto, las consecuencias de las carencias nutricionales en este periodo de la vida son mayores. El crecimiento se caracteriza por ser lento y uniforme durante los años preescolar y escolar”.

Los hábitos alimentarios durante la infancia pueden afectar las preferencias y prácticas de la alimentación en etapas posteriores como la adolescencia. La interrelación entre el factor nutricional y el potencial genético explican la gran variabilidad de peso, estatura y edad de inicio puberal, en poblaciones de diferentes grupos étnicos o de diferente nivel socioeconómico. La adecuación del peso y de la estatura habla acerca de la calidad del ambiente en que ha vivido una población.

16.3. Valoración del Estado Nutricional

16.3.1. Índice de Masa Corporal: es el mejor indicador del estado nutritivo en adolescentes por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles

más altos y por ser sensible a los cambios en composición corporal con la edad; existen por tanto distintas curvas de IMC para población de 0 a 18 años.

16.4. Datos Estadísticos

En el Ecuador el exceso de peso se caracteriza por bajas tasas durante los primeros años de vida 6,5% en la edad infantil; aumento de la prevalencia a partir de la edad escolar 14% de sobrepeso/obesidad en escolares ecuatorianos de ocho años de edad que habitan en el área urbana incremento sostenido durante la adolescencia en un 22% a nivel nacional.³⁹

Para el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (**MIES**), en Loja “El 26,6 % de niños y niñas presentan desnutrición global, cifra mucho más acentuada en el sector rural”.⁴⁰ El mismo considera que los indicadores más preponderantes para determinar el grado de nutrición y el rendimiento escolar de los niños es la alimentación.

16.5. VACUNACIÓN DT (Difteria y Tétanos)

El tétanos es una enfermedad bacteriana infecciosa causada por *Clostridium tetani*. En condiciones anaerobias favorables como en heridas sucias y necróticas este bacilo ubicuo puede producir tétano- espasmina, una neurotoxina extremadamente potente que bloquea los neurotransmisores inhibidores del sistema nervioso central, provocando rigidez muscular y espasmos característicos

³⁹ MSP. Normas de Nutrición para la prevención secundaria de sobrepeso y la obesidad en niños y niña adolescentes, disponible en: http://www.opsecu.org/MANUALES_NUTRICION/SOBREPESO%20Y%20OBESIDAD/ART.%20PREVENCION%20SECUNDA%20ARIA.pdf Citado el: 12/12/2013

⁴⁰ Reporte Anual de Estadísticas 2010 - INEC <http://www.alimentatecuador.gob.ec> Citado el: 12/12/2013

del tétanos generalizado, ésta enfermedad puede afectar a cualquier grupo de edad.

La protección contra el tétanos es dependiente de anticuerpos y sólo puede lograrse mediante la inmunización activa (vacuna antitetánica) o pasiva (inmunoglobulina antitetánica específica). Las vacunas contra el tétanos se basan en el toxoide tetánico.

16.6. AGUDEZA VISUAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

La agudeza visual es la capacidad del sistema de visión para percibir, detectar o identificar objetos espaciales con unas condiciones de iluminación buenas. Para una distancia al objeto constante, si el paciente ve nítidamente una letra pequeña tiene más agudeza visual que uno que no la ve.

Para valorar la agudeza visual de un paciente se le realiza uno o varios "test" en los que tendrá que superar distintas pruebas visuales, el más usado es:

- ✓ **Test de Snellen:** son los más populares y están formados por filas de letras que van de tamaño más grande a más pequeño conforme bajamos la mirada; cuanto más abajo logre ver nítido el paciente mayor agudeza visual tendrá.⁴¹

⁴¹Agudeza Visual. Disponible en: <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/> Citado el: 12/12/2013

16.6.1. Proyecto de Detección Temprana e Intervención de Discapacidad Visual – Ecuador

El Proyecto busca promocionar la salud, concienciar a la población respecto de conductas de riesgo y detectar en la población pre-escolar y escolar la discapacidad visual, finalmente apoyar los procesos de enseñanza-aprendizaje y autonomía para las personas con discapacidad visual.⁴²

17. ATENCIÓN MATERNA

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el marco del cumplimiento de los objetivos del milenio conjuntamente con los Derechos Sexuales - Reproductivos y la causa de la acelerada Muerte Materna y Neonatal implementaron desde hace tres años un proceso colaborativo de mejora en la calidad de la atención en obstetricia y neonatal esencial.

17.1. CONTROLES MÉDICOS EN EL EMBARAZO

El control prenatal es un conjunto de acciones, procedimientos sistemáticos periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los riesgos y complicaciones del embarazo que amenazan la vida de la madre y el feto, comprende el control de salud tanto de la madre como del niño antes del parto, para prevenir los riesgos que se pueden presentar en esta etapa.⁴³

Los objetivos de los controles médicos son:

- Ⓢ Reducir la morbi-mortalidad perinatal
- Ⓢ Disminuir la incidencia de bajo peso al nacimiento

⁴² Proyecto de detección temprana e intervención de Discapacidad Visual en el Ecuador. Disponible: Estudio de OACDH sobre el derecho de los niños y niñas a la Salud, Defensoría del pueblo ecuatoriano. 7 Septiembre de 2012.

⁴³ Dra. MARTÍNEZ. A. <http://ginecologaobstetrareynosa.blogspot.com/2011/05embarazoz.html> Citado el: 13/12/2013

- ④ Disminuir el número de abortos
- ④ Disminuir la morbi-mortalidad de causa obstétrica
- ④ Promover la lactancia materna
- ④ Proporcionar educación sanitaria básica

Según la Organización Mundial de la Salud (**OMS**), se considera saludable un embarazo si tiene cinco o más controles prenatales.⁴⁴ El control del embarazo en Atención Primaria pretende la preparación global para la maternidad, influyendo en una etapa de especial vulnerabilidad para la salud materno-fetal en la que existe mayor receptividad materna para las actividades de educación de la salud.

17.3. VACUNACIÓN EN MUJERES EMBARAZADAS

La inmunización materna es una intervención potencial para prevenir muchas enfermedades durante el embarazo y protege a la madre como al feto. Se considera que las mujeres embarazadas son especialmente vulnerables a las infecciones.

En el Ecuador el Tétanos Neonatal ha sido eliminado como problema de Salud Pública Nacional y Provincial (**OPS 2008**). El impacto a la fecha, se demuestra con la disminución de la tasa de TNN a 0.02 por 1000 nacidos vivos en el año 2000. A pesar de ser la vacunación un método sencillo y económico para prevenir el tétanos neonatal, aún existen en nuestro país mujeres que no han recibido las dos dosis mínimas de toxoide tetánico”.⁴⁵

⁴⁴ CASINI y col. Guía de Control Prenatal. Embarazo normal. Rev. Hosp Mat Inf. Ramón Sardá 2012.

⁴⁵ Incidencia y Factores de Riesgo asociados al Tétanos Neonatal en el Ecuador: Principales determinantes que influyen en las bajas coberturas de vacunación con DT en las mujeres en edad fértil en el año 2009-2010 disponible: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1030/1/98048.pdf> Citado el: 13/12/2013

“Es más probable que las mujeres embarazadas se enfermen gravemente de influenza que aquellas que no están embarazadas. Los cambios que ocurren durante el embarazo en el sistema inmunitario, el corazón y los pulmones hacen que las mujeres embarazadas sean más propensas a enfermarse gravemente de influenza, lo cual puede llevar a una hospitalización e incluso a la muerte. Una mujer embarazada y que tiene influenza también tiene una probabilidad más alta de que su futuro bebé presente problemas graves, incluido un aborto espontáneo o un parto prematuro. La vacuna contra la influenza puede proteger a las mujeres embarazadas y a sus futuros bebés, antes y después del parto.”⁴⁶

Existen varios tipos de vacunas de las cuales están contraindicadas durante el periodo de gestación aquellas que contienen virus activos en su composición, por los posibles daños que puedan causarle al embrión.

Éstas son:

- Ⓢ Triple viral (sarampión, rubéola y paperas)
- Ⓢ Vacuna contra la varicela
- Ⓢ Vacuna antipoliomielítica
- Ⓢ Vacuna contra las fiebres amarilla y tifoidea
- Ⓢ Vacuna contra la viruela

⁴⁶ Las mujeres embarazadas necesitan la vacuna inyectable contra la influenza; disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/InfluenzaEmbarazo/>

17.4. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL EMBARAZO

Las causas pueden ser afecciones que ya tiene o cuadros que se desarrollan durante el embarazo. También incluye embarazos múltiples, antecedentes de embarazos complicados o tener más de 35 años. Esto puede afectar su salud o la salud del feto.

Otras complicaciones del embarazo:

- Ⓢ **Aborto espontáneo:** es la pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo.

- Ⓢ **Anemia:** es considerada la enfermedad más frecuente del estado grávido puerperal, pues ocurren cambios fisiológicos en la volemia y aumenta el consumo de hierro elemental por las necesidades del feto en desarrollo y la placenta, siendo la más frecuente la anemia por déficit de hierro.

- Ⓢ **Depresión:** la depresión durante el embarazo es una enfermedad mental grave que afecta todo el cuerpo, el humor y el proceso de pensamiento. Aqueja entre el 10 y el 20% de las mujeres embarazadas.

- Ⓢ **Diabetes gestacional:** es una forma de diabetes mellitus inducida por el embarazo, no se conoce una causa específica de este tipo de enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar y responder a la acción de la insulina, el resultado es un alto nivel de glucosa en la sangre (hiperglucemia).

- Ⓢ **Embarazo ectópico:** es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado o blastocisto se desarrolla en los

tejidos distintos de la pared uterina, ya sea en la trompa de Falopio (lo más frecuente), en el ovario, en el canal cervical, en la cavidad pélvica o en la abdominal. El embarazo ectópico se produce por un trastorno en la fisiología de la reproducción humana que lleva a la muerte fetal y es la principal causa de morbilidad infantil y materna en el primer trimestre con 2 o 3 semanas del embarazo.

- Ⓢ **Hiperémesis gravídica:** casi todas las mujeres experimentan náuseas o vómitos durante el embarazo particularmente durante el primer trimestre. Se cree que la causa de las náuseas y el vómito durante el embarazo es una elevación rápida de los niveles sanguíneos de la gonadotropina coriónica humana (**GCH**) la cual es secretada por la placenta.

- Ⓢ **Placenta previa:** es una forma anómala de colocación de la placenta. Se habla de placenta previa cuando esta se posiciona cubriendo parcial o completamente el orificio cervical interno o cuello del útero, esta colocación impide un parto normal y es una de las principales causas de sangrado durante el tercer trimestre del embarazo.

- Ⓢ **Pre eclampsia:** también llamada toxemia, es un problema que les ocurre a las mujeres durante el embarazo. Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y cantidades excesivas de proteína en la orina de la madre.

18. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL

Ⓢ **Vacunación en las Mujeres de Edad Fértil:** la inmunización con las vacunas, tanto Toxoide Tetánico (dT), rubeola y sarampión, debe ser ofertada a todas las mujeres en edad fértil desde los 10 hasta los 49 años de edad con el objeto de asegurar que su embarazo termine sin problemas.⁴⁷ El tétanos neonatal es una infección que causa rigidez, espasmo muscular y a menudo la muerte en recién nacidos.

Es muy frecuente en países de bajos ingresos y se produce por la protección insuficiente que pasa de la madre al feto junto con infección que entra en el recién nacido a través del cordón umbilical. La revisión de estudios que evalúan la vacunación de mujeres en edad fértil mostró menos casos de tétanos neonatal al aplicarse dos o tres dosis.⁴⁸

Ⓢ **Regulación de la fecundidad:** actualmente en el contexto de salud integral, estos servicios permiten armonizar la fertilidad humana con las necesidades de bienestar y salud de las mujeres y de sus hijos e hijas, brindando a todas las personas la oportunidad de decidir de manera libre e informada respecto a su reproducción. Por lo tanto se adoptan métodos que se engloban en programas como: la planificación familiar la cual es la utilización de objetos, sustancias y procedimientos naturales o artificiales, que se utilizan de manera voluntaria, tanto temporales como definitivos, para regular la capacidad reproductiva de una persona o una pareja.⁴⁹

⁴⁷ Disponible en: http://www.cd3wd.com/cd3wd_40/HLTHES/APS/APS17S/ES/CH05.HTM#TOPOFPAGE. Fecha: 05/12/2013.

⁴⁸ Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002959> Fecha: 05/12/2013.

⁴⁹ Disponible en: <http://apps.who.int/rhl/fertility/es/> Fecha: 05/12/2013.

Ⓢ **Clasificación de los métodos anticonceptivos:** en general los métodos anticonceptivos se clasifican en definitivos y temporales; como su nombre indica los definitivos son teóricamente irreversibles. Los temporales (que si son reversibles) a su vez se dividen en cuatro categorías: naturales, de barrera, intrauterinos y hormonales; cabe resaltar que la abstinencia es también un método para prevenir el embarazo y la transmisión de ETS.

Ⓢ **Métodos Naturales**

- ✓ Método del Calendario o del Ritmo
- ✓ Método del moco cervical

Ⓢ **Métodos de Barrera**

- ✓ Dispositivo Intrauterino
- ✓ Barrera o preservativos (masculino y femenino).

Ⓢ **Métodos Hormónales:**

- ✓ La Píldora
- ✓ Inyectables
- ✓ Implante

19. PAPANICOLAOU

En nuestro medio este examen se conoce con el nombre de prueba citológica pero su nombre es Papanicolaou. La toma de muestra para extendidos vaginales debe realizarse con precaución y sin manipulaciones intravaginales anteriores. Para ello la paciente no debe haber realizado el coito en las últimas 48 horas ni haber recibido irrigaciones vaginales.

“Según datos estadísticos en Ecuador 4 millones de mujeres están en riesgo de desarrollar cáncer cervical. La tasa cruda de incidencia del cáncer cervical es de 20 casos por cada 100.000 habitantes con

variaciones regionales importantes, así en Quito la incidencia del cáncer del cuello uterino por cada 100.000 habitantes es de 19 y en Loja alcanza cifras aún más alarmantes (32/100.000). En Ecuador el cáncer cérvicouterino es la segunda causa de mortalidad”.⁵⁰

⁵⁰ RIVOIRE Waldemar Augusto. Sociedad de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia “Declaración Sobre la Implementación de la Vacuna contra el HPV en Ecuador”

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología que se utilizó fue la establecida en la Atención Primaria de Salud que incluye estrategias y herramientas para brindar las prestaciones integrales de salud: visita domiciliaria, ficha familiar, criterios de dispensarización.

Como herramienta para obtener datos para elaborar la línea de base se aplicó en el Barrio Solamar Alto la ficha familiar elaborada por el MSP y que es parte de la Historia Clínica del paciente SNS-MSP/HCU-ANEXOS/2008, de igual forma se anexó a esta ficha un formulario de entrevista que permitió completar la información requerida para la línea de base.

En lo referente al levantamiento del mapa del sector, en la sectorización se estableció el criterio técnico de que la numeración de las viviendas se la realice en la forma que sea más fácil de trabajar en base a la realidad de las comunidades.

✓ **Área de estudio**

El Barrio Solamar Alto perteneciente a la comunidad de Motupe de la ciudad de Loja, está ubicado a 40km de la misma, limita al: **Norte:** con el Barrio Pucala, al **Sur:** con el Barrio Masaca, al **Este:** con el Barrio Solamar Bajo y al **Oeste:** con la cordillera de Jillo. Su extremo Norte se encuentra irrigado por la Quebrada Puralta la misma que desemboca en el Rio Zamora.

Las fiestas religiosas inician la primera semana de Mayo a devoción de la Santa Cruz; la segunda semana de julio celebran el Señor de la Agonía; la primera semana de octubre la Virgen del Rosario, finalmente en diciembre celebran el Niño Jesús.

Los habitantes de esta comunidad cuentan con la Cooperativa de transportes “Vinoyacu”, también utilizan transporte particular como camionetas.

La comunidad solamente cuenta con el presidente de lo eclesiástico el Sr. Luis Naula.

✓ **Tipo de estudio**

El tipo de estudio que se aplicó en este trabajo es descriptivo ya que se detalla sistemáticamente hechos y características de la población y su entorno.

✓ **Universo**

El universo estuvo conformado por todas las familias de Barrio Solamar Alto.

✓ **Análisis de la Información**

La tabulación de las fichas familiares y las entrevistas se la realizó con matrices por cada ítem o parámetros de las fichas lo que permitió establecer y consolidar en forma ordenada la información en base a grupos programáticos.

Los resultados obtenidos fueron presentados en tablas y de los datos que se derivan se realizaron los análisis.

Se realizó el levantamiento definitivo del mapa parlante, utilizando el programa de AUTOCAD el cual fue apoyado por el mapa físico que fue elaborado durante toda la jornada laborada en el Barrio Solamar Alto.

✓ **Recursos materiales**

- Ⓢ Computador
- Ⓢ Infocus
- Ⓢ Archivadores
- Ⓢ Fichas familiares
- Ⓢ Material bibliográfico
- Ⓢ Plano geográfico
- Ⓢ Material de escritorio: engrapadora, perforadora, esferográficos, adhesivos, etc.
- Ⓢ Material de consultorio: balanza de pie, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio, etc.

RESULTADOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DEL
BARRIO SOLAMAR ALTO

EIDADES	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Menores de 1 año	2	1,57	1	0,79	3	2,36
Niños 1-4 años	3	2,36	2	1,57	5	3,94
Niños de 5-9 años	5	3,94	9	7,09	14	11,02
Adolescentes 10-19 años	18	14,17	8	6,30	26	20,47
Adultos 20-64 años	37	29,13	33	25,98	70	55,12
Adultos mayores 65 años y más	1	0,79	8	6,30	9	7,09
TOTAL	66	51,97	61	48,03	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL.

ANÁLISIS:

En el Barrio Solamar Alto, el **51,97%** corresponde a la población del sexo masculino y el **48,03%** al sexo femenino, predominando el sexo masculino, resultados que contrastan con el censo realizado en la provincia de Loja en el año 2010, ya que el 50,8% son mujeres y el 49,2% son hombres; el 55,5% pertenece al área urbana y el 44,5% son del área rural.⁵¹ El rango de edad con mayor porcentaje son los adultos de 20 a 64 años con **55,12%** considerada una población económicamente activa.

⁵¹ Diálogo provincial sobre educación, Loja. Disponible en: <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109> Consultado: 01/12/13; Hora: 18:00

TABLA N° 2
NIVEL DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACIÓN
DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

ESCOLARIDAD	f	%
Básica	98	77,20
Bachillerato	14	11
Sin escolaridad	8	6,30
Analfabeto	7	5,50
TOTAL	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL.

Nota: la población de la categoría "Sin escolaridad" corresponde a los niños menores de 3 años. Se eliminan las categorías "Prebásica", "Superior" y "Especialidad" por no presentar casos.

ANÁLISIS:

El nivel de escolaridad que prevalece en esta comunidad, es la educación básica con **77,20%** cabe recalcar que esta cifra está compuesta no solo por escolares, sino también por adultos que culminaron sus estudios hasta este nivel.

Sin embargo, es importante destacar que en la actualidad existe un **5,50%** de analfabetos de los cuales en su mayoría corresponden a jefes de familia (padre o madre), de esta realidad encontrada se evidencia que a pesar del programa de alfabetización impulsada por el gobierno, el nivel de analfabetismo persiste en los pobladores de Solamar Alto. Según datos estadísticos registrados en el censo 2010 se estableció el 6,8% en la tasa de analfabetismo a nivel nacional.⁵²

⁵² Analfabetismo en el Ecuador; Disponible en http://noticiasenlinea.com.ec/actualidad/18895_ecuador-registra-una-tasa-de-analfabetismo-de-68-segun-el-inec.html Consultado: 08/12/13

TABLA N° 3
OCUPACIÓN DE LOS HABITANTES DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

OCUPACIÓN	f	%
Agricultor	51	40,16
Haceres domésticos	32	25,20
Estudiante	27	21,26
Sin ocupación	8	6,30
Desempleado	3	2,36
Artesano	2	1,57
Empleado público	2	1,57
Empleado privado	1	0,79
Albañil	1	0,79
TOTAL	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL.

Nota: la categoría "sin ocupación" corresponde a niños menores de cinco años, considerados como población económicamente pasiva.

ANÁLISIS:

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) realizado en el 2010, señala que los empleados públicos se ubican en el primer lugar a nivel nacional con el 33%, después están los comerciantes representando el 28,5% y luego están los agricultores o jornaleros con el 13%.⁵³

En la presente tabla se puede evidenciar que los agricultores representan el **40,16%** estos son la base para la manutención del hogar lo cual es reflejado en el riesgo socio-económico con un 93,94% de las familias que viven en condiciones de pobreza; seguidamente se encuentran los quehaceres domésticos con el **25,20%** considerando una ocupación principal el trabajo en el hogar como: el cuidado de los hijos, limpieza de la casa, preparación de alimentos y la administración parcial o total del presupuesto familiar, a continuación se encuentran los estudiantes representando el **21,26%**.

⁵³ Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/cpv/descargables/fasciculo_nacional_final.pdf. Consultado: 09-12-2013

TABLA N° 4
RIESGOS BIOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN
DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

RIESGOS BIOLÓGICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Personas con mala nutrición	11	8,66	116	91,34	127	100
Personas con discapacidad	2	1,57	125	98,43	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL.

Nota: se eliminan las categorías "Personas con vacunación incompleta, Personas con enfermedad de impacto, Embarazadas con problemas y Personas con enfermedades mentales" por no existir casos.

ANÁLISIS:

De acuerdo a los riesgos biológicos se puede identificar que gran parte de la población no está expuesta a dichos riesgos ya que el **91,34%** no presentan problemas de nutrición y el **98,43%** no presentan discapacidad.

Sin embargo, es importante mencionar que se identificó el **8,66%** que tienen mala nutrición ubicándose en riesgo bajo y moderado, lo que podría conllevar a condiciones físicas negativas en las personas haciéndolas susceptibles a enfermedades. Además se encontró una persona con discapacidad visual del 90% carnetizada por el CONADIS y otra persona con discapacidad física correspondiendo al **1,57%** de la población total.

TABLA N° 5
RIESGOS SANITARIOS DE LAS FAMILIAS DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

RIESGOS SANITARIOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Consumo de agua insegura	33	100	0	0	33	100
Mala eliminación de basuras y excretas	33	100	0	0	33	100
Mala eliminación de desechos líquidos	33	100	0	0	33	100
Animales Intradomiciliarios	11	33,33	22	66,67	33	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

Nota: Se elimina la categoría "Impacto ecológico" por no existir casos.

ANÁLISIS:

La presente tabla pone en evidencia que el **100%** de las familias no cuentan con servicios básicos, lo que hace que algunos casos se abastezcan de agua entubada y en otros casos de las vertientes, así mismo encontramos que de las familias entrevistadas, la mayoría cuenta con un pozo séptico para la eliminación de excretas y líquidos ya que por la falta de alcantarillado optan por esta alternativa.

El **100%** de las familias no cuentan con la recolección de basura lo que hace que estas familias utilicen la basura orgánica como abono y la inorgánica sea quemada o enterrada causando así contaminación al ambiente.

Otro factor de riesgo sanitario que afecta la salud de la comunidad la presencia de animales intradomiciliarios con el **33,33%**, los cuales exponen a la familia a contraer enfermedades zoonóticas al no tener un lugar adecuado para su crianza.

TABLA N° 6
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS DE LAS FAMILIAS
DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS	CON RIESGO		SIN RIESGO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Pobreza	31	93,94	2	6,06	33	100
Desempleo o empleo informal del jefe de familia	31	93,94	2	6,06	33	100
Hacinamiento	16	48,48	17	51,52	33	100
Violencia/Alcoholismo/Drogadicción	13	39,39	20	60,61	33	100
Malas condiciones de la Vivienda	8	24,24	25	75,76	33	100
Analfabetismo del Padre y de la Madre	5	15,15	28	84,85	33	100
Desestructuración Familiar	3	9,09	30	90,91	33	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En Barrio Solamar Alto, todas las familias se involucran en el riesgo de pobreza en un **93,94%**, esto se relaciona con los jefes de familia que no tiene un empleo estable, aumentado así el nivel de necesidades en el hogar y a consecuencia de la pobreza las condiciones de sus viviendas son malas desencadenando el **48,48%** de hacinamiento.

Es importante dar a conocer que en esta comunidad el **39,39%** de las familias tiene problemas de alcoholismo y en un **15,15%** el padre o la madre son analfabetos.

TABLA N° 7
LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA AL QUE ACUDE LA POBLACIÓN DEL
BARRIO SOLAMAR ALTO

LUGAR DE ATENCIÓN	f	%
IESS	57	44,88
HOSPITAL DE MOTUPE	56	44,09
HOSPITAL ISIDRO AYORA	6	4,72
CENTRO DE SALUD N° 3	1	0,79
OTROS	7	5,51
TOTAL DE LA POBLACIÓN	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

Nota: la categoría "Otros" abarca clínicas y médicos privados.

ANÁLISIS:

En lo referente al lugar de atención médica de los habitantes de Solamar Alto, se determinó que el **44,88%** acude al IESS por su afiliación al Seguro Social Campesino así como también que esta casa de salud se encuentra más cercana de sus hogares y un **44,09%** de la población acude al Hospital Universitario de Motupe, mientras que un **5,51%** acuden a otras casas de salud tales como clínicas y médicos privados.

TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

En relación al Tamizaje Neonatal, en los niños del Barrio Solamar Alto, se evidencia que toda la población menor de dos años se les realizó esta prueba, lo que es muy importante ya que existe la posibilidad de detectar cuatro enfermedades: Hipertiroidismo congénito, Galactosemia, Hiperplasia suprarrenal congénita y Fenilcetonuria, las cuales no se pueden identificar al nacimiento del niño ni siquiera con un examen médico minucioso y mediante esta prueba se podría identificar estos padecimientos y al tratarlos oportunamente se pueden evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto de los ecuatorianos del futuro.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, ESCOLARES Y ADOLESCENTES Y MUJERES EN EDAD FÉRTIL DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

El Programa Ampliado de Inmunizaciones es el resultado de una acción conjunta de los países de la Región y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Su interés es apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles.⁵⁴ En el Barrio de Solamar Alto, todos los menores de 5 años, escolares y adolescentes y mujeres en edad fértil cuentan con el esquema completo, lo que demuestra la aceptación de la población en la vacunación y de esta manera contribuyen a la prevención de enfermedades que podrían variar el estilo de vida.

⁵⁴ Disponible en: <http://repositorio.ulead.edu.ec/bitstream/26000/1002/1/T-ULEAM-12-0055.pdf> Fecha de consulta: 13/12/2013

TABLA N° 8
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS Y
ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS		ESCOLARES Y ADOLESCENTES	
	f	%	f	%
Normal	6	75	34	85
Desnutrición leve	2	25	6	15
TOTAL	8	100	40	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

Nota: se elimina las categorías "Desnutrición moderada, desnutrición grave y obesidad" por no existir casos.

ANÁLISIS:

El Estado Nutricional registrado en la tabla fue obtenido a partir de la valoración del Índice de Masa Corporal en los niños/as menores de 5 años dando como resultado que un **75%** de ellos tienen su estado nutricional dentro de la escala normal y el **25%** restante de los niños/as están con desnutrición leve lo que trae como consecuencias el deterioro de su salud y a su vez limita el desarrollo de la comunidad.

En la valoración del estado nutricional de los escolares y adolescentes del barrio Solamar Alto evaluado mediante el índice de masa corporal se encontró que el **85%** tienen estado nutricional normal y el **15%** corresponde a desnutrición leve, lo que se le atribuye directamente a los malos hábitos alimenticios de la población.

LACTANCIA MATERNA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

En el Barrio Solamar Alto todos los niños menores de 5 años han sido alimentados con leche materna durante su primer año de vida. La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.⁵⁵ Se estima que la lactancia materna podría evitar el 13% de muertes, por causas prevenibles en niños menores de 5 años en todo el mundo.

⁵⁵Lactancia materna, disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/index.html Fecha de consulta: 13/12/13

TABLA N° 9
CONTROLES MÉDICOS EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS

NÚMERO DE CONTROLES	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
PRIMERO	8	100	0	0	8	100
SEGUNDO	8	100	0	0	8	100
TERCERO	7	87,50	1	12,50	8	100
CUARTO	4	50	4	50	8	100
QUITO	2	25	6	75	8	100
SEXTO	2	25	6	75	8	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En la presente tabla se observa que el **100%** de los niños menores de 5 años tienen el primer y segundo control médico, los cuales son llevados a cabo con las fechas de inmunizaciones programadas.

El control del Niño Sano es una actividad muy importante, ya que es un espacio idóneo para que los padres puedan adquirir conocimientos sobre varios aspectos del crecimiento infantil que van desde sus necesidades nutricionales, de vacunación, de salud y hasta las emocionales;⁵⁶ por esta razón el control médico constituye el elemento más valioso para la detección precoz de alteraciones nutricionales, lo que permite obtener una evaluación oportuna y adecuada; de esta manera se puede reducir los eventuales riesgos a los que podrían estar expuestos como en el caso de los niños de este barrio debido a que el **25%** de ellos cuentan con cinco y seis controles médicos.

⁵⁶ Para qué sirve el control del niño sano?, disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/media_17790.htm Fecha de consulta: 13/12/13

TABLA N° 10
PROBLEMAS VISUALES EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DEL
BARRIO SOLAMAR ALTO

AGUDEZA VISUAL	f	%
NORMAL	35	87,50
CON PROBLEMAS	5	12,50
TOTAL DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES	40	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

La valoración visual que se realizó en los escolares y adolescentes del Barrio Solamar Alto a través de la cartilla de Snellen, se determinó que el **87,50%** no tienen problemas visuales mientras que el **12,50%** presentan déficit visual. Es importante no ignorar los problemas visuales, ya que con el tiempo pueden ocasionar daño permanente de la visión.

ATENCIÓN MÉDICA Y VACUNACIÓN CON DIFTERIA Y TÉTANOS EN GESTANTES DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

Mediante la recolección de datos se pudo identificar únicamente dos mujeres embarazadas que es una cifra pequeña si tomamos en cuenta el número de mujeres en edad fértil, lo que nos demuestra la eficacia de los métodos anticonceptivos, también se determinó que las mujeres gestantes cuentan con la vacunación completa además de los controles médicos adecuados, siendo beneficioso para la salud de la madre como la del bebé.

TABLA N° 11
MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD EN MUJERES
CON VIDA SEXUAL ACTIVA

MÉTODOS	f	%
Método del Ritmo	14	77,78
Inyectable	2	11,11
Implantes	1	5,56
Orales	1	5,56
TOTAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	18	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

De los datos obtenidos en la investigación, el **77,78%** de las mujeres con vida sexual activa utilizan como método de regulación de la fecundidad el método del ritmo y el **5,56%** utilizan implantes y anticonceptivos orales; es importante señalar que la planificación familiar proporciona a las parejas la oportunidad de determinar tanto el número de hijos como los intervalos entre los nacimientos, resultando esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo apoyar la salud y el desarrollo de la población.

TABLA N° 12
REALIZACIÓN DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES CON VIDA
SEXUAL ACTIVA

PAPANICOLAOU	f	%
SI	10	55,56
NO	8	44,44
TOTAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	18	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En la presente tabla se puede identificar que el **55,56%** de las mujeres con vida sexual activa se han realizado el examen de Papanicolaou mientras que el **44,44%** no se han realizado este examen, lo cual determina un alto riesgo ya que están expuestas a sufrir alteraciones del cuello uterino y por ende estar expuestas a contraer cáncer cervical sino se actúa oportunamente.

TABLA N° 13
ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DISCAPACIDADES DEL BARRIO
SOLAMAR ALTO

INDICADORES	f	%
Enfermedades Crónicas	13	10,24
Discapacitados	2	1,57
Ninguna	112	88,19
TOTAL	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

Nota: Se elimina la categoría "Enfermedades degenerativas y enfermedades de impacto" por no existir casos.

ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos obtenidos se identificó que el **88,19%** de la población no presenta ninguna enfermedad, mientras que el **10.24%** presenta enfermedades crónicas como: diabetes mellitus e hipertensión arterial que forman el perfil epidemiológico del barrio, su identificación permitirá poder dar vigilancia y seguimiento a estas personas con las patologías antes mencionadas.

También se identificó una persona con discapacidad visual del 90% carnetizada por el CONADIS y otra persona con discapacidad física correspondiendo al **1,57%** de la población total.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BARRIO SOLAMAR ALTO

TABLA N° 14
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
SEGÚN RANGO DE EDADES

PATOLOGÍAS	RANGOS DE EDAD								TOTAL	
	0-9 años		10-19 años		20-64 años		65 años y más			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Hipertensión	0	0	0	0	5	3,94	5	3,94	10	7,87
Diabetes	0	0	0	0	3	2,36	0	0	3	2,36
Ninguno	22	17,32	26	20,47	62	48,82	4	3,15	114	89,76
TOTAL	22	17,32	26	20,47	70	55,12	9	7,09	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

Dentro del perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas del Barrio Solamar Alto, el **89,76%** no presenta ninguna enfermedad crónica, mientras que el **7,87%** padecen hipertensión arterial, seguido de la diabetes con **2,36%**, siendo más prevalente en los rangos de 20-64 años de edad.

Estudios indican que uno de cada tres adultos del mundo padece hipertensión, esa proporción aumenta con la edad, una de cada diez personas de 20 a 40 años presentan hipertensión y cinco de cada diez de 50 a 60 años presentan este problema.⁵⁷

⁵⁷ Día Mundial de la hipertensión arterial, disponible en: <http://www.latarde.com.ec/2013/05/17/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/> Fecha de consulta: 16/12/13

TABLA N° 15
DISCAPACITADOS

DISCAPACIDAD	f	%
Física	1	0,79
Visual	1	0,79
Ninguna	125	98,43
TOTAL	127	100

Fuente: fichas familiares del Barrio Solamar Alto

Elaborado por: Terán Albán Vanessa Johanna, Egresada de la Carrera de Enfermería, UNL

ANÁLISIS:

En el Barrio Solamar Alto, el **98,43%** no presenta ninguna discapacidad mientras que el **0,79%** presenta discapacidad física en el rango de edad de mayor de 65 años así como también se encontró otra persona que tiene discapacidad visual de 20 a 64 años representando el **0,79%**.

La discapacidad en nuestro País según la Vicepresidencia de la República informa que existen 294.166 personas con algún tipo de discapacidad de las cuales el CONADIS en la provincia de Loja, dotó el carnet a 13.053 discapacitados.⁵⁸

⁵⁸ Discapacidades en el Ecuador. Disponible en : http://www.conadis.gob.ec/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69 Consultado: 20/12/13

DISCUSIÓN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, 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.

El presente estudio de investigación se realizó en la comunidad de Solamar Alto de la ciudad de Loja, la cual se aplicó la ficha familiar a 33 familias. Obteniéndose los resultados del presente estudio, se cree conveniente indagar información través de otros estudios relacionados al tema en ejecución, por lo que se procede a realizar la siguiente discusión de resultados.

Un estudio realizado en la provincia de Azogues, el 51,2% corresponde al grupo poblacional comprendido entre los 20 a 64 años y en la comunidad de Solamar Alto es el 55,1%, indicación de que la población es joven y concuerda con la pirámide poblacional del país.

En Azogues, el 95% de los niños/as se encuentran con el esquema completo de inmunizaciones de acuerdo a su edad, apenas un 0.5% de los niños no ha recibido ninguna vacuna, por lo que puede catalogarse que el riesgo es mínimo siendo esto similar a nuestra investigación ya que el 100% de los niños/as tienen todo el esquema completo de vacunas.

Al seguir con el Diagnóstico de Salud, conocer los riesgos que posee la comunidad y su núcleo más pequeño que es la familia, es importante el siguiente análisis:

En los Riesgos Biológicos, podemos apreciar que los datos obtenidos en las fichas familiares sobre hipertensión y diabetes, su prevalencia es del 10,24%, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que la prevalencia a nivel mundial de hipertensión es del 18% en la población

adulta de más de 50 años y en países del Caribe y América Latina es la tercera causa de muerte.

En Riesgos Sanitarios, de las familias entrevistadas del barrio Solamar Alto cuentan con pozo séptico para la eliminación de excretas y líquidos ya que por la falta de alcantarillado optan por esta alternativa, en tanto que el 7% del total de familias del estudio antes mencionado tampoco cuentan con una buena disposición de desechos líquidos.

En los Riesgos Socioeconómicos, se estima que la pobreza en el país alcanza porcentajes del 41% y de indigencia del 7,6% según estadísticas del Ministerio de Inclusión Económica Social (MIES), en la provincia de Azogues, el 3,7% de la población en estudio recibe el bono mientras que en Solamar Alto, el 93,94% tienen un empleo informal y no reciben ayuda económica por parte del estado para solventar gastos familiares.⁵⁹

⁵⁹ Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3912/1/doi707.pdf>

CONCLUSIONES

Al culminar el presente trabajo he concluido lo siguiente:

- Se entregó al Hospital Universitario de Motupe la actualización del mapa parlante del Barrio Solamar Alto 2013.
- Se entregó al Hospital Universitario de Motupe la línea de base sustentada en fichas familiares y el diagnóstico comunitario del Barrio Solamar Alto impreso, en formato de Microsoft Word 2013 y Microsoft Excel 2010.
- Se dio a conocer los resultados al Hospital Universitario de Motupe y a un representante del barrio lo que permitió un acercamiento entre el servicio de salud (HUM) y el Barrio Solamar Alto, despertando en forma conjunta la planificación de actividades de salud.
- En el barrio Solamar Alto existe alta contaminación sanitaria ya que no existe agua potable, alcantarillado y la mayoría de la población tiene crianza de animales dentro de su vivienda.
- De los riesgos Socio-Económicos en las familias del Barrio Solamar Alto existe pobreza ya que de los jefes de familia 31 de 33 familias tienen empleo informal y algunos son desempleados existiendo malas condiciones de sus viviendas y por ende hacinamiento y en 13 de las 27 familias existe problemas de alcoholismo.
- Según el perfil epidemiológico del Barrio Solamar Alto, de los 127 habitantes 13 de ellos tienen enfermedades crónicas y se encontró una persona con discapacidad visual del 90% según carnet y otra con discapacidad física.

RECOMENDACIONES

Habiendo finalizado la investigación considero que es de suma importancia plantear las recomendaciones que están basadas en los hallazgos de este estudio, las mismas que servirán para próximos trabajos investigativos, así como también para la toma de decisiones de trabajo en salud en esta comunidad y me permito sugerir:

- A los habitantes del Barrio Solamar Alto que organicen una Directiva estable comprometida al desarrollo de la comunidad, para que de esta manera realicen convenios con instituciones que puedan ayudar al avance y resolución de los riesgos encontrados en la comunidad.
- Al Hospital Universitario de Motupe hacer hincapié en la población adulta mayor del Barrio Solamar Alto ya que es un grupo de mayor riesgo en la comunidad.
- Al Hospital Universitario de Motupe dar a conocer a la población de Solamar Alto los servicios con los que cuenta para que acudan a esta casa de salud para su atención.
- Al Hospital Universitario de Motupe trabajar con los grupos vulnerables encontrados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas y discapacitados.
- Al Hospital Universitario de Motupe, a través del internado Rotativo de Enfermería impartir conocimientos a las mujeres y hombres con vida sexual activa del Barrio Solamar Alto sobre métodos de regulación de la fecundidad.
- A la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Enfermería, dar importancia y apoyar a los estudiantes

para la realización de este tipo de proyectos ya que sirven de mucho para la formación profesional de los estudiantes, para la carrera y el beneficio de las comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- ✚ Agudeza Visual. Recuperado de <http://preventiva.wordpress.com/2007/03/22/tamizacion-de-agudeza-visual-en-ninos-menores-de-cinco-anos/>
- ✚ *Alfabetización en el Ecuador.* (2009). Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001851/185161s.pdf>.
- ✚ *Análisis, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC.* (2012) 4^{ta} Edición, Pág. 32
- ✚ APS. (2010) *Guía de Intervenciones en el Primer Nivel de Atención.* Recuperado de www.dem.fmed.edu.uy/.../Control%20Periodico%20del%20Nino%20
- ✚ *Bajo rendimiento escolar.* Recuperado de <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/bajorendimientoescolar>
- ✚ Carcavallo RU, Martínez A (1985). *Biología, ecología, distribución geográfica de los triatominos americanos*, pp. 149-157 (Carcavallo RU, Rabinovich JE, Tonn RJ eds.) *Factores biológicos y ecológicos en enfermedades Prevalentes*, Vol. II. Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud OPS/OMS
- ✚ *Conducta en adolescentes.* Recuperado de <http://www.slideshare.net/ELYCEPEDARAMOS/la-conducta-de-los-adolescentes-y-su#btnLast>

- ✚ *Control de enfermedades transmisibles.* Recuperado de <http://www.spherehandbook.org/es/servicios-de-salud-esenciales-norma-2-sobre-control-de-enfermedades-transmisibles-diagnostico-y-tratamiento-de-casos>
- ✚ Con Pie Derecho "*La Huella del Futuro*". Recuperado de <http://www.conpiederecho.com.ec>
- ✚ CORPOALEGRIA. *Tipos de discapacidad.* Recuperado de <http://corpoalegria-rehabilitacionintegral.blogspot.com/>
- ✚ Cortez, R. (2001). "*El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil*". Documento de Trabajo No. 38. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos82/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela/evaluacion-estado-nutricional-ninos-escuela2.shtml#1757#ixzz2ly1YIYuZ>
- ✚ *Depresión.* Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html
- ✚ *Discapacidad en Loja.* Recuperado de http://www.elmercurio.com.ec/234834-loja-es-la-segunda-provincia-que-registra-mayor-indice-de-personas-con-discapacidad/#.Unrn_HCUcpo
- ✚ *Ecuador distribución por edad.* (2010). Recuperado de http://www.indexmundi.com/es/ecuador/distribucion_por_edad.html

- ✚ *Ecuador logra universalidad en educación.* Recuperado de <http://www.agencianoticiasandes.com/es/actualidad/2760.html>

- ✚ Ecuador. (2013). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural MSP/ MAIS-FCI*, capítulo IV pág. 48-53

- ✚ *Ecuador y las enfermedades no Trasmisibles.* (2010). Recuperado de <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-6-cada-10-muertes-corresponden-enfermedades-no-transmisibles.html>

- ✚ *Educación en la Provincia de Loja.* Recuperado de <http://www.educacionsinfronteras.org/files/871109>

- ✚ *Enfermedades crónicas.* Recuperado de http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php

- ✚ *Enfermedades degenerativas.* Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/tag/enfermedades-cronicas>

- ✚ *Enfermedades degenerativas.* Recuperado de <http://www.discapacidadonline.com/enfermedadesdegenerativas.html>

- ✚ *Enfermedades infecciosas.* (2012). Recuperado de <http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2004/PotenciacionDeLasComunidadesParaReducirElImpactoDeLasEnfermedadesInfecciosas.aspx>

- ✚ *Estado nutricional del niño y adolescente.* Recuperado de http://www.sepeap.org/secciones/documentos/pdf/Valoracion_nutricional_ninos_adolescentes.pdf

- ✚ *Estado Nutricional de los niños menores de 5 años.* Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S156130032009000100003&script=sci_arttext

- ✚ Federación Médica Ecuatoriana. (2011). *Enfermedades crónicas degenerativas.* Recuperado de <http://federacionmedicaecuadoriana.info/index.php/2013-01-10-04-24-32/nacionales/8-nacionales/67-en-ecuador-6-de-cada-10-muertes-corresponden-a-enfermedades-no-transmisibles>

- ✚ INEC. (2010). *Densidad Demográfica.* Recuperado de <http://www.inec.gob.ec>

ANEXOS

CERTIFICADO DEL PRESIDENTE DEL BARRIO SOLAMAR ALTO



MSP-UNL

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

AREA DE SALUD N° 3 LOJA

Loja, 04 Octubre 2013

Sr. Luis Eduardo Ovalo Ovalo

Presidente del Barrio Solamar Alto

CERTIFICO:

Habernos reunido con los/as egresadas de la Carrera de Enfermería y haber acordado brindar el apoyo para el trabajo que van a realizar en la Comunidad Solamar Alto

[Signature]

PRESIDENTE DEL BARRIO

Ci: 1702265673 073263859 / 10147349-1

Veronica Puentes [Signature] 0919822525

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci:

[Signature]

EGRESADO/A RESPONSABLE DE LA COMUNIDAD

Ci: 1104053986

FICHA FAMILIAR (LADO A)



Ministerio de Salud Pública

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD N° 3 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE

FICHA FAMILIAR DE SALUD N°

APELLIDOS PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA _____

1 INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN	
LACTANTE	ACTIVO

MUESTRA CASARIO AL REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN

GRUPO	NOMBRES DE LA FAMILIA POR GRUPOS DE EDAD	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACIÓN	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ESTADO DE SALUD			N° DE VISITAS CLÍNICAS	N° DE DÍAS DE INCAPACIDAD LABORAL		
							ACTIVO	ENFERMO	DEFUNTO				
001 - 002													
003 - 1 años													
1 - 5 años													
6 - 10 años													
10 - 14 años													
15 - 19 años													
20 años y más													
TOTAL													

GRUPO	APellidos y nombres	FORMA ÚLTIMA DE IDENTIFICACIÓN	FORMA FORMAL DEL NOMBRE DEL PARTO	DOMICILIO DE DESTINO	DÍAS DE VACACIONES	ANTERIORES CASOS DE ENFERMEDADES			ANTERIORES ENFERMEDADES OBTENIDAS
						ENFERMEDADES	OTRAS	OTRAS	
001 - 002									
003 - 1 años									
1 - 5 años									
6 - 10 años									
10 - 14 años									
15 - 19 años									
20 años y más									

3 INFORMACIÓN FAMILIAR	
NOMBRE	FECHA
PARENTESCO	CATEGORÍA
4 RESPONSABLE DEL LLENADO	
NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA

FICHA FAMILIAR - SEPARADOR

FICHA FAMILIAR (LADO B)

5 CALIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR		FECHAS DE CALIFICACIÓN															
GRUPOS DE RIESGO Y COMPONENTES																	
		CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO POR COMPONENTE: 0 = SIN RIESGO 1 = RIESGO MUY BAJO 2 = RIESGO BAJO 3 = RIESGO MODERADO 4 = RIESGO ALTO															
A	PERSONAS CON NUTRICIÓN INCOMPLETA																
B	PERSONAS CON MALA NUTRICIÓN (CONSUMO DE ALIMENTOS)																
C	PERSONAS CON ENFERMEDAD DE IMPACTO																
	EMBARAZADAS CON PROBLEMAS																
	PERSONAS CON DISCAPACIDAD																
	PERSONAS CON PROBLEMAS MENTALES																
	CONSUMO DE AGUA INSEGURA																
	MALA ELIMINACIÓN DE BASURA Y EXCRETAS																
	MALA ELIMINACIÓN DE RESIDUOS LÍQUIDOS																
	IMPACTO ECOLÓGICO POR INDUSTRIAS																
	ANIMALES INTRA DOMICILIARIOS																
	POBREZA																
	DESEMPLEO O EMPLEO INFORMAL DEL JEFE DE FAMILIA																
	ANALFABETISMO DEL PADRE O LA MADRE																
	DESTRUCTURACIÓN FAMILIAR																
	VIOLENCIA / ALCOHOLISMO / DROGADICCIÓN																
	MALAS CONDICIONES DE LA VIVIENDA																
	HACIENDA																
RIESGOS SOCIO-ECONÓMICOS		TOTAL			TOTAL			TOTAL			TOTAL						
		00-RISGO	01-RISGO	02-RISGO	03-RISGO	04-RISGO	05-RISGO	06-RISGO	07-RISGO	08-RISGO	09-RISGO	10-RISGO	11-RISGO	12-RISGO	13-RISGO	14-RISGO	15-RISGO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
		NIVEL DE RIESGO TOTAL															
		CALIFICACIÓN GLOBAL: sea el mayor riesgo de los componentes de la tabla de "riesgo" y añada "e" en la última columna (ejemplo: 01-RISGO e)															
		CALIFICACIÓN DEL RIESGO - RANGO TOTAL: 0 = SIN RIESGO 1 = 10-RIESGO BAJO 15 = 34-RIESGO MEDIO 36 = 72-RIESGO ALTO															
		RESPONSABLE DE LA CALIFICACIÓN															
		FICHA FAMILIAR - RIESGOS															

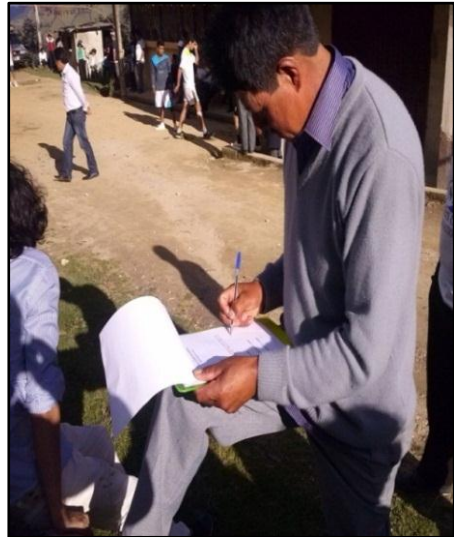
ANEXO A LA FICHA FAMILIAR

ANEXO A LA FICHA FAMILIAR																		
BARRIO:				N° DE FICHA FAMILIAR.....														
APELLIDO PATERNO Y MATERNO DE LA FAMILIA.....																		
PROTECCION DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS																		
1. VACUNACION																		
NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	MENOR < 1 AÑO							12 A 23 MESES				1 A 4 AÑOS				
			TAMIZAJE NEONATAL		ROTAVIRUS	O.P.V. Y PENTAVALENTE	NEUMOCOCCO CONJUGADA	SR	SRP	NEUMOCOCCO CONJUGADA	VARICELA	FA	O.P.V.	D.P.T.	O.P.V. Y PENTAVALENTE	HB		
			B.C.G.	H.B.													1	2
2. CONTROL DEL NIÑO SANO																		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	LACTANCIA MATERNA			CONTROLES MEDICOS												
			SI	TIEMPO	NO	1°	2°	3°	4°	5°	6°							
ATENCIÓN INTEGRAL DEL ESCOLAR Y ADOLESCENTE																		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESTADO NUTRICIONAL (IMC)	VACUNACION		AGUDEZA VISUAL		ESTUDIA		REDIMIENTO ESCOLAR		PROBLEMA DE CONDUCTA							
			DT	OD	OI	SI	NO	BUENO	MALO	SI	NO							
PROTECCION DE LA MUJER																		
1. ATENCIÓN MATERNA																		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	FUM	FPP	ANTEC. PATOL. OBST.	VACUNA		CONTROLES					PARTO	PUERPERO					
					DT	NO	1°	2°	3	4	5		1°	2°				
2. ATENCIÓN A MUJERES EN EDAD FÉRTIL																		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	METODO DE REGULACION DE FECUNDIDAD				VACUNACION				PAPANICOLAOU								
		INYECCION	ORAL	IMPLANTE	TE DE COBRE	METODO DEL ANILLO	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta dosis	Quinta dosis	Refuerzo (Cada 10 años)	SI	NO	FECHA	DIAGNOSTICO		
PROBLEMAS DE SALUD CRONICOS																		
NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ENFERMEDAD CRONICA	CONTROLES															
			1°	2°	3°	4°	5°											

MAPA PARLANTE DE SOLAMAR ALTO



COMUNIDAD DE SOLAMAR ALTO

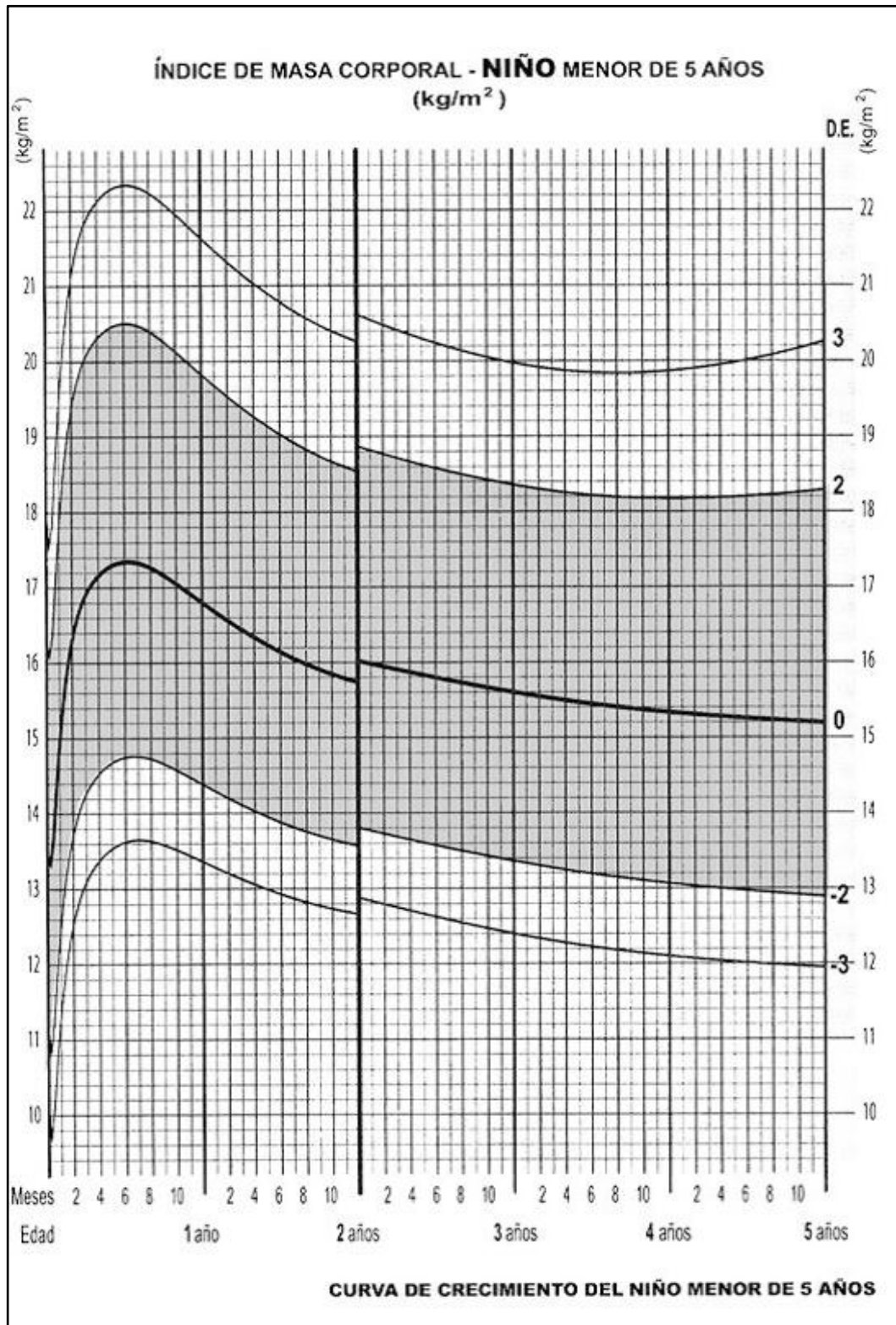


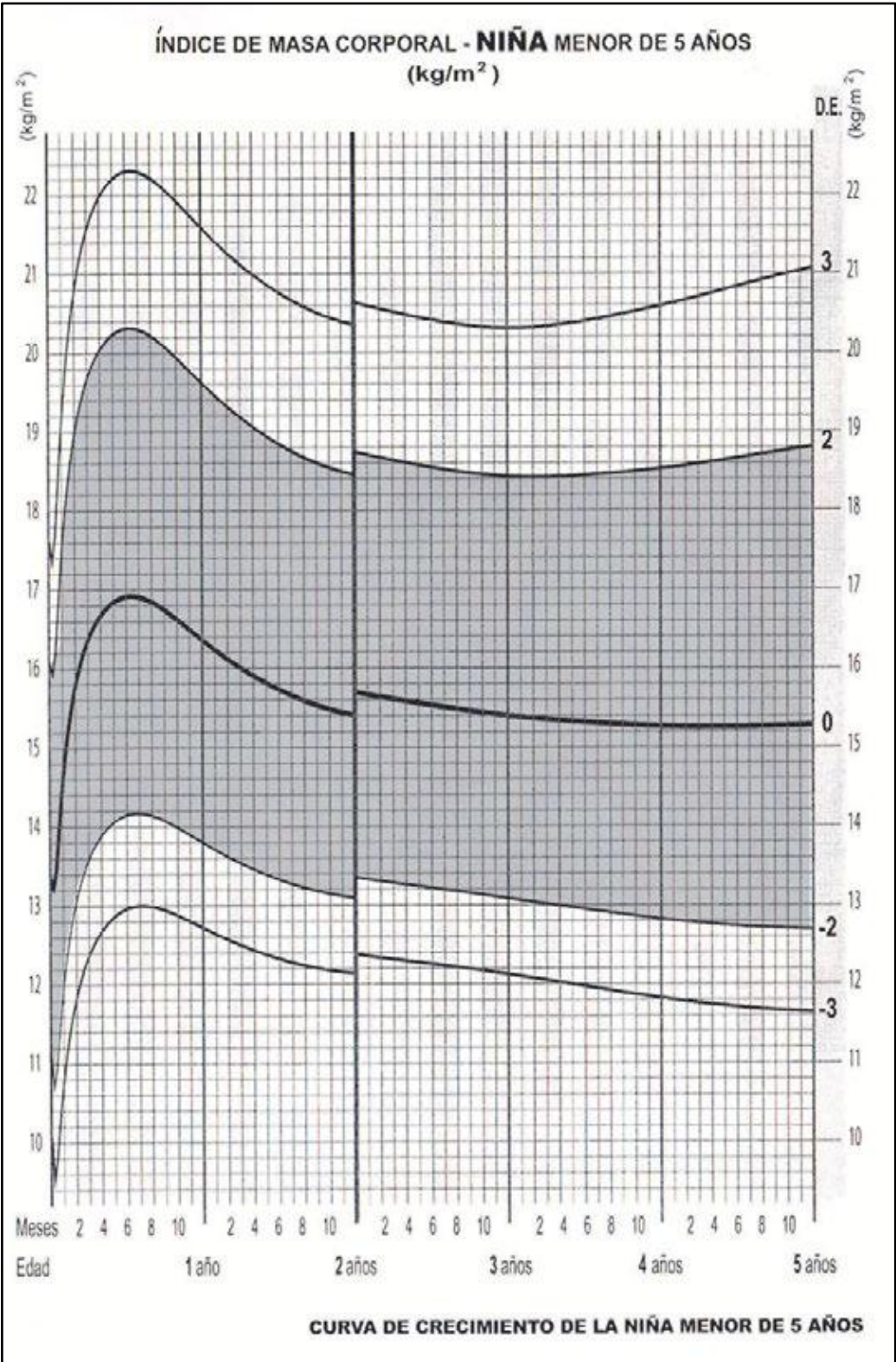
Entrevista con el presidente del barrio



Recolección de la información y toma de medida antropométrica.

INSTRUMENTO DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS





INSTRUMENTO DE INDICE DE MASA CORPORAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES

Peso

	45	48	50	53	55	58	60	63	65	68	70	73	75	78	80	82.5	85	87.5	90
145.0	21.4	22.6	23.8	25.0	26.2	27.3	28.5	29.7	30.9	32.1	33.3	34.5	35.7	36.9	38.0	39.2	40.4	41.6	42.8
147.5	20.7	21.8	23.0	24.1	25.3	26.4	27.6	28.7	29.9	31.0	32.2	33.3	34.5	35.6	36.8	37.9	39.1	40.2	41.4
150.0	20.0	21.1	22.2	23.3	24.4	25.6	26.7	27.8	28.9	30.0	31.1	32.2	33.3	34.4	35.6	36.7	37.8	38.9	40.0
152.5	19.3	20.4	21.5	22.6	23.6	24.7	25.8	26.9	27.9	29.0	30.1	31.2	32.2	33.3	34.4	35.5	36.6	37.6	38.7
155.0	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.1	30.2	31.2	32.3	33.3	34.3	35.4	36.4	37.5
157.5	18.1	19.1	20.2	21.2	22.2	23.2	24.2	25.2	26.2	27.2	28.2	29.2	30.2	31.2	32.2	33.3	34.3	35.3	36.3
160.0	17.6	18.6	19.5	20.5	21.5	22.5	23.4	24.4	25.4	26.4	27.3	28.3	29.3	30.3	31.3	32.2	33.2	34.2	35.2
162.5	17.0	18.0	18.9	19.9	20.8	21.8	22.7	23.7	24.6	25.6	26.5	27.5	28.4	29.3	30.3	31.2	32.2	33.1	34.1
165.0	16.5	17.4	18.4	19.3	20.2	21.1	22.0	23.0	23.9	24.8	25.7	26.6	27.5	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1	33.1
167.5	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.3	23.2	24.1	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.2	32.1
170.0	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	23.4	24.2	25.1	26.0	26.8	27.7	28.5	29.4	30.3	31.1
172.5	15.1	16.0	16.8	17.6	18.5	19.3	20.2	21.0	21.8	22.7	23.5	24.4	25.2	26.0	26.9	27.7	28.6	29.4	30.2
175.0	14.7	15.5	16.3	17.1	18.0	18.8	19.6	20.4	21.2	22.0	22.9	23.7	24.5	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.4
177.5	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.0	19.8	20.6	21.4	22.2	23.0	23.8	24.6	25.4	26.2	27.0	27.8	28.6
180.0	13.9	14.7	15.4	16.2	17.0	17.7	18.5	19.3	20.1	20.8	21.6	22.4	23.1	23.9	24.7	25.5	26.2	27.0	27.8
182.5	13.5	14.3	15.0	15.8	16.5	17.3	18.0	18.8	19.5	20.3	21.0	21.8	22.5	23.3	24.0	24.8	25.5	26.3	27.0
185.0	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3
187.5	12.8	13.5	14.2	14.9	15.6	16.4	17.1	17.8	18.5	19.2	19.9	20.6	21.3	22.0	22.8	23.5	24.2	24.9	25.6
190.0	12.5	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.5	24.2	24.9

Altura

Desnutrición

Normal

Sobrepeso

Obeso

CLASIFICACIÓN DE LA OMS DEL ESTADO NUTRICIONAL DE ACUERDO AL IMC	
Clasificación	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición	<18,50
Desnutrición grave	<16,00
Desnutrición moderada	16,00 - 16,99
Desnutrición leve	17,00 – 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Obeso	≥30,00

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL (SNELLEN)

$\frac{20}{200}$	E	$\frac{200 \text{ FT}}{61 \text{ M}}$	1
$\frac{20}{100}$	F P	$\frac{100 \text{ FT}}{30.5 \text{ M}}$	2
$\frac{20}{70}$	T O Z	$\frac{70 \text{ FT}}{21.3 \text{ M}}$	3
$\frac{20}{50}$	L P E D	$\frac{50 \text{ FT}}{15.2 \text{ M}}$	4
$\frac{20}{40}$	P E C F D	$\frac{40 \text{ FT}}{12.2 \text{ M}}$	5
$\frac{20}{30}$	<u>E D F C Z P</u>	$\frac{30 \text{ FT}}{9.14 \text{ M}}$	6
$\frac{20}{25}$	F E L O P Z D	$\frac{25 \text{ FT}}{7.62 \text{ M}}$	7
$\frac{20}{20}$	<u>D E F P O T E C</u>	$\frac{20 \text{ FT}}{6.10 \text{ M}}$	8
$\frac{20}{15}$	L E F O D P C T	$\frac{15 \text{ FT}}{4.57 \text{ M}}$	9
$\frac{20}{13}$	F D P L T C E O	$\frac{13 \text{ FT}}{3.96 \text{ M}}$	10
$\frac{20}{10}$	F N E O L C F T O	$\frac{10 \text{ FT}}{3.05 \text{ M}}$	11

TABLA DE TAMIZAJE VISUAL SNELLEN (NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS)



LISTA DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DIRECCIÓN	PATOLOGÍA
Rosa Elena Pacheco	49 años	Sector I, ficha familiar #2, antes de llegar a la capilla	HTA
Elva Catalina Pacheco Puglla	55 años	Sector I, ficha familiar #3, vía a canal Salapa, cerca de la capilla	HTA
Adelaida Morocho Puglla	82 años	Sector I, ficha familiar # 16, sendero pequeño, vía a canal Salapa	HTA
María Delia Chacón Quezada	77 años	Sector I, ficha familiar #17, vía a canal Salapa, por sendero pequeño	HTA/Diabetes
Luis Alfredo Macas Chacón	46 años	Sector I, ficha familiar #18, aproximadamente a 100 m de la capilla	HTA
Rosario Mercedes Vélez Tapia	81 años	Sector I, ficha familiar #20, vía a canal Salapa, a lado de la capilla	HTA
Enma Teodolinda Pacheco Armijos	49 años	Sector I, ficha familiar #22 cerca de la escuela, por sendero pequeño	Diabetes
Rosa Aurelia Puglla Armijos	57 años	Sector II, ficha familiar #1 entrada a Solamar Alto a lado derecho	Diabetes, HTA
Mariana Cabrera	76 años	Sector II, ficha familiar # 2 entrada a Solamar Alto a lado derecho	HTA
Dolores Chalco Macas	53 años	Sector II, ficha familiar # 3 entrada a Solamar Alto a lado izquierdo	Diabetes, HTA
Esteban Benítez Marino	49 años	Sector II, ficha familiar # 4 sendero a Solamar Bajo antes de llegar a la escuela de Solamar bajo	HTA
Rosa Imelda Armijos Andrade	67 años	Sector II, Ficha familiar # 6 sendero a Solamar bajo antes de llegar a la escuela de Solamar bajo	HTA
Adriana Morocho Puglla	35 años	Sector II, Ficha familiar # 10 vía a Solamar alto casa al filo de la carretera casa de adobe	HTA

LISTA DE PERSONAS CON DISCAPACIDADES

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DISCAPACIDAD	DIRECCIÓN
Gladys María Naula Naula	53 años	Visual 90%	Sector I, ficha familiar #22, frente de la escuela
Rosa Imelda Armijos Andrade	67 años	Física	Sector II, Ficha familiar #6 sendero a Solamar Bajo antes de llegar a la escuela de Solamar Bajo

LISTA DE EMBARAZADAS

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SECTOR	DIRECCIÓN
Alba Mercedes Naula Pacheco	26 años	Sector I	Ficha familiar #23, cerca de la escuela
Mayra Isabel Pacheco Puglla	24 años	Sector II	Ficha familiar # 8 Sendero a Solamar bajo antes de llegar a unas vertientes.

LISTA DE ANALFABETOS

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	SECTOR	DIRECCIÓN
Rosa Esperanza Veintimilla Naula	57 años	Sector I	Sendero a Solamar Alto, cerca de la quebrada, ficha familiar #6
Delfilia Puglla Morocho	88 años	Sector I	Sendero a Solamar Alto(detrás de la escuela), cerca de casa en construcción, ficha familiar #14
María Delia Chacón Quezada	77 años	Sector I	Sendero a Solamar Alto (detrás de la escuela) cerca de dos casas en construcción, ficha familiar #17
Rosa Aurelia Puglla Armijos	56 años	Sector II	Entrada a Solamar Alto, ficha familiar #1
Mariana Cabrera	76 años	Sector II	Entrada a Solamar Alto
Víctor Manuel Veintimilla Pacheco	93 años	Sector II	Entrada a Solamar Alto ficha familiar #8
Manuela Naula Naula	75 años	Sector II	Sendero a Solamar Alto, ficha familiar #9

LISTA DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DIRECCION	VACUNAS
Rn Benítez Cabrera	1 m	Sector II, ficha familiar # 4 sendero a Solamar Bajo antes de llegar a la escuela de Solamar bajo	BCG, HB, Tamizaje
Rn Naula Pacheco	3m	Sector II, ficha familiar # 11C carretera a Solamar Alto pasando hacienda Jaramillo.	TAMIZAJE NEONATAL, BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO (1 dosis)
Edgar Raúl Montaño Naula	5m	Sector II, ficha familiar # 11B carretera a Solamar Alto pasando hacienda Jaramillo.	TAMIZAJE NEONATAL, BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO(2 Dosis)

LISTA DE NIÑOS DE 12 A 23 AÑOS

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNAS
Luis Efrén Veintimilla Pacheco	1a 4m	Sector II, ficha familiar # 2, entrada a Solamar Alto a lado derecho	BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SR, 3 ^a DE NEUMOCOCO, SRP, VARICELA, FIEBRE AMARILLA
Andy Joel Pacheco Medina	1a 8m	Sector II, ficha familiar # 3 entrada a Solamar Alto a lado izquierdo	BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SR, 3 ^a DE NEUMOCOCO, SRP, VARICELA, FIEBRE AMARILLA, REFUERZOS OPV Y DPT

LISTA DE NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	DIRECCIÓN	VACUNAS
Gloria Maribel Pacheco Veintimilla	2 años	Sector II, ficha familiar # 17, entrada a Solamar Alto a lado derecho	BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SR, 3ª DE NEUMOCOCO, SRP, VARICELA, FIEBRE AMARILLA, REFUERZOS OPV Y DPT
Lady Aurora Pacheco Puglla	2a 8m	Sector II, ficha familiar # 1, entrada a Solamar Alto a lado derecho	BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SR, 3ª DE NEUMOCOCO, SRP, VARICELA, FIEBRE AMARILLA, REFUERZOS OPV Y DPT
Miller Damián Díaz Pacheco	2a 11m	Sector II, ficha familiar # 12 sendero a Solamar bajo, casa de tablas, pasando vertientes	BCG, ROTAVIRUS, OPV Y PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SR, 3ª DE NEUMOCOCO, SRP, VARICELA, FIEBRE AMARILLA, REFUERZOS OPV Y DPT

ÍNDICE

APARTADO	PÁGINAS
CARÁTULA	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI

PRELIMINAR	PÁGINAS
1. TÍTULO	2
2. RESUMEN	4
3. INTRODUCCIÓN	9
4. REVISIÓN DE LITERATURA	12
5. MATERIALES Y MÉTODOS	56
6. RESULTADOS	60
7. DISCUSIÓN	80
8. CONCLUSIONES	83
9. RECOMENDACIONES	85
10. BIBLIOGRAFÍA	87
11. ANEXOS	92
12. ÍNDICE	110