

**FORTALECIMIENTO DE COMPETENCIAS PARA LA ATENCION INTEGRAL
A LA PRIMERA INFANCIA EN EL MUNICIPIO DE CHIA DURANTE EL
PERIODO 2018-1**

ANGÉLICA MARÍA SALCEDO BEDOYA

**ENFERMERO JIMMY MENDIETA
DOCENTE DE PRÁCTICA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y REHABILITACIÓN
PROFUNDIZACIÓN DE CUIDADO II
CHÍA, CUNDINAMARCA
2018-1**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN	6
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS	9
Objetivo general.....	9
Objetivos específicos	9
MARCO LEGAL.....	10
MARCO TEÓRICO.....	12
Educación en enfermería y referente teórico.....	12
Educación	12
Educación en salud	12
Enfermera Educadora.....	13
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	14
Prevención Primaria	14
Prevención Secundaria.....	14
Prevención Terciaria	14
Enfermería comunitaria	15
Modelo Nola Pender.....	15
La importancia de educar a los cuidadores principales de los niños	16
Educación para la primera infancia.....	17
Estrategias Educativas	17
Estrategias pedagógicas para la primera infancia.	19
Enfermedades prevalentes en la primera infancia.....	20
Infecciones respiratorias agudas.....	20
Enfermedad diarreica aguda.....	22
La lactancia Materna: un factor protector clave.....	23
La importancia de las vacunas	23
Proceso de Atención de Enfermería	24
METODOLOGÍA CICLO PHVA.....	25
1. Planeación	25
2. Hacer	25
3. Verificar	27

4. Actuar.....	27
Resultados.....	27
CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA	27
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA PRIMERA INFANCIA.....	36
ACCIONES INDIVIDUALES	44
Formulación del Proceso De Atención de Enfermería Preventivo.....	44
ACCIONES COLECTIVAS EN LOS JARDINES PUBLICOS Y PRIVADOS DEL MUNICIPIO DE CHIA	45
Implementación de estrategias educativas fundamentadas en bases teóricas.....	45
CONCLUSIONES.....	50
ANEXOS.....	50
Anexo 1. Proceso de atención de enfermería preventivo para EDA y ERA.....	51
ANEXO 2. Rotafolio.....	53
Anexo 3. Encuesta de satisfacción	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Actividades como estrategias educativas en la primera infancia	20
Tabla 2. Factores relacionados al desarrollo de infecciones respiratorias agudas	21
Tabla 3. Signos de alarma ERA	22
Tabla 4. Factores relacionados al desarrollo de enfermedad diarreica aguda.	22
Tabla 5. Etapas del PAE	24
Tabla 6. Distribución de la Población	30
Tabla 7. Pirámide poblacional el municipio o de Chía	31
Tabla 8. Población por ciclo vital	32
Tabla 9. Características de la vivienda.....	34
Tabla 10. Poblacional en condición de Discapacidad.....	34
Tabla 11. Enfermedades prevalentes de la primera infancia a nivel mundial ..	36
Tabla 12. Porcentaje de hospitalización por EDA menores de 5 años	37
Tabla 13. Porcentaje de hospitalización por IRA menores de 5 años.....	38
Tabla 14. Morbilidad atendida Primera infancia	39
Tabla 15. PRIMERA CAUSA DE MORBILIDAD MENORES DE 5 AÑOS	40
Tabla 16. SEGUNDA CAUSA DE MORBILIDAD MENORES DE 5 AÑOS.....	41
Tabla 17. TASA DE MORBILIDAD POR ERA EN MENORES DE 5 AÑOS	42
Tabla 18. TASA DE MORBILIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	42
Tabla 19. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA.....	43
Tabla 20. Mortalidad por infección respiratoria aguda – IRA	44

INTRODUCCIÓN

Como lo establece el consejo internacional de enfermeras la profesión de enfermería presta los servicios de salud a las personas, la familia y la comunidad coordinando sus actividades con otros grupos relacionados [1]. “La acción de la enfermera comunitaria está orientada por principios, fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana” [2]. Así mismo la OMS, considera que la enfermera comunitaria debe tener conocimiento de la comunidad a la cual ofrece sus servicios, las distintas formas de interactuar con los miembros que conforman esta comunidad, y los recursos disponibles con los que puede contar. Entre las funciones más importantes de la enfermera comunitaria esta promover la participación activa de los individuos, familias y comunidades en todos los aspectos de la atención de la salud, y fomentar en ellos el autocuidado incentivando ambientes saludables. En el trabajo comunitario se prioriza la atención por grupos poblacionales destacando entre ellos, la primera infancia [3].

La primera infancia es la etapa comprendida entre el desarrollo prenatal hasta los cinco años de edad según la OMS y la UNICEF, este periodo es crucial para el desarrollo y crecimiento del niño, ya que las experiencias vividas pueden influir en todo el curso de vida del individuo [4]. Desafortunadamente cada año a nivel mundial mueren millones de niños menores de cinco años por el desarrollo de enfermedades prevalentes en este periodo de la vida. Por lo tanto, es vital el rol que enfermería desempeña a través de su participación comunitaria, ya sea por medio de acciones individuales y colectivas, como en la aplicación de la estrategia AIEPI (atención integral de enfermedades prevalentes en la primera infancia), proporcionando atención y cuidados que el niño debe recibir en el hogar y promocionando estilos de vida saludable, esto por medio de la utilización de eficaces herramientas que han permitido lograr avances, como: la reducción de la mortalidad y morbilidad en este grupo etario.

Sin embargo, existen herramientas como el proceso de atención de enfermería, que aunque es propio de la profesión, aun no es consolidado como una de las herramientas fuertes en la atención a la comunidad. El proceso de atención de Enfermería (PAE) es una herramienta que permite al profesional observar e identificar las necesidades individuales, familiares y comunitarias para establecer por medio de diagnósticos de enfermería, los cuidados prioritarios en cada situación de cuidado particular. Cabe destacar que la implementación del PAE va de la mano con la utilización de estrategias educativas acordes a la población sujeto.

Teniendo en cuenta, la observación realizada durante la práctica en la secretaria de salud de Chía, surge la oportunidad de fortalecer las competencias en la atención integral a la primera infancia; esto incluye la implementación del PAE preventivo, por parte de los profesionales de salud, y estrategias educativas, en niños y sus cuidadores, justificadas con sustento pedagógico que responden al pilar fundamental de la enfermera comunitaria: la educación, que promueve la salud y contrarresta los riesgos potenciales para el desarrollo de enfermedades prevalentes, por medio de prácticas saludables en los niños, sus familias y su entorno, tal como lo menciona Nola Pender en su modelo teórico de Enfermería.

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial, cerca de trece millones de niños mueren al año antes de los 5 años, muchos antes de cumplir 1 año de vida. 7 de 10 muertes causadas por neumonía, diarrea, malnutrición, malaria y sarampión. En América, la tasa de mortalidad es de 1 millón de niños en el año siendo la gran mayoría en América Latina, países en los que se ha demostrado según entidades de salud que el motivo de consulta a diario son infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, meningitis y desnutrición entre otras, siendo las responsables del 50% al 70% de las consultas y del 30% al 60% de hospitalizaciones [5]. En Colombia, en el año 2017, se notificaron al SIVIGILA 216 muertes por Infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, evidenciándose una disminución del 28.5% en relación a la presentada en 2016 con 302 muertes para el mismo periodo. Guainía, Chocó y Vichada presentan la mayor mortalidad por IRA hasta la fecha [6]. Además, para el periodo 2009 a 2015, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 5,93% y el 7,25% fueron diagnosticados con EDA [7].

Como se menciona, en la ley 266 de 1996, el ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito promover la salud, prevenir la enfermedad, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona, durante todas las etapas y los procesos de la vida. Por tal motivo, la aplicación del proceso de atención de enfermería es una beneficiosa herramienta para la práctica de la disciplina, “cuyo objetivo principal es el brindar de forma eficiente cuidados holísticos a las personas, familias y comunidades” [8], ya que integra conocimientos y un lenguaje propio de la profesión. Adicional, brinda autonomía y empoderamiento en el rol del profesional, diferenciando a la disciplina de otras disciplinas del área de la salud.

Por medio, de la implementación del Proceso de Atención de Enfermería, el profesional es capaz de establecer necesidades del individuo y construir un plan de cuidado para la atención oportuna. En el área comunitaria, como lo expresa la teoría de Nola Pender, sobre promoción de la salud, los profesionales de enfermería están llamados a reconocer y actuar frente los factores de riesgo para evitar el desarrollo de la enfermedad por medio de conductas saludables que incluyan el ambiente o entorno de la persona. Es decir, que el enfermero/a puede integrar perfectamente el PAE para la identificación de riesgos potenciales y actuar a través de acciones educativas o colectivas para la reducción de la aparición de enfermedades, específicamente en la primera infancia: enfermedades respiratorias y diarreicas.

Por esta razón, nace la importancia de caracterizar a la primera infancia en el municipio de Chía, con el fin de tener conocimiento de las enfermedades prevalentes en esta edad y así trabajar en la intervención de enfermería por medio de la utilización del PAE preventivo que además de promover estilos de vida saludable e influir en la disminución de niños con diagnósticos médicos de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas brinda la oportunidad de educar a la comunidad, padres de familia y profesores a cerca de signos de alarma y prácticas de salud enfocadas a la prevención y posible desarrollo de estas enfermedades, a través de acciones educativas que tengan un soporte teórico-pedagógico, que permita transmitir el mensaje educativo de manera eficiente y acorde a los sujetos de cuidado. Así mismo, esto mejorara la calidad de vida de

los niños, reducirá los costos económicos que deben afrontar los padres por la atención de sus hijos en instituciones de salud y disminuirá el ingreso de infantes a centros de salud.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Durante la práctica Comunitaria realizada en la Secretaría de Salud de Chía fue posible identificar el rol de enfermería en el área comunitaria dentro del grupo de la estrategia AIEPI (atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia) el cual es liderado por enfermeras profesionales. Los objetivos esenciales son: reducir las cifras de morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años, causada por enfermedades prevalentes como neumonía, diarrea entre otras, así como sus complicaciones; garantizar una atención de calidad a esta población en el hogar y la comunidad; así como, fortalecer las actividades encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Para el cumplimiento de estas metas, se desarrollan diferentes actividades, tales como: visitas domiciliarias, visitas saludables en diferentes jardines tanto públicos como privados, en colegios, educación a padres, niños y educadores con diferentes estrategias en los diferentes barrios y veredas de Chía.

Por otro lado, es importante resaltar que según estadísticas del ASIS En Chía, la primera causa de morbilidad en la primera infancia son las enfermedades no transmisibles y la segunda, son patologías transmisibles a nivel respiratorio y nutricional. Con respecto a las infecciones respiratorias agudas en el año 2015 se presentaron 1532 casos de morbilidad, correspondiendo a una tasa de 125 por cada 1000 niños. Por otro lado, en el mismo año se registraron 929 casos de enfermedades diarreicas, por lo cual la Secretaría de Salud destina un porcentaje de rubros con el fin de hacer intervenciones con los proyectos implementados por AIEPI para capacitar a la comunidad en acciones de autocuidado y detección de factores de riesgo, uno de estos es la implementación de estrategias educativas.

Sin embargo, se evidenció que aunque se ejecutan programas educativos para la población, es importante fundamentar estas actividades por medio de teorías pedagógicas que den fortalecimiento al uso de estas y orienten el actuar o la respuesta de los profesionales de la salud y docentes; así brindar una atención integral al infante, su familia y comunidad. Por otro lado, a la fecha no se cuenta con la implementación de un proceso de atención de enfermería para la prevención oportuna de dichas enfermedades. Lo que significa, una oportunidad para trabajar en el mejoramiento de acciones individuales y colectivas encaminadas, a la investigación del uso de distintas pedagogías educativas como estrategia en salud, y a la creación del proceso de atención de enfermería justificado con cuidados y diagnósticos potenciales propios de la profesión, apuntando a la prevención temprana de estas patologías, que disminuyen la calidad de vida de los niños y niñas de la comunidad.

Es importante recalcar, que el PAE es la herramienta precisa y propia del profesional de Enfermería para identificar las necesidades del sujeto de cuidado con una visión holística. Este proceso puede ser planteado en diferentes

contextos, teniendo en cuenta su finalidad. En el caso de este proyecto, se busca plantear un PAE preventivo, como acción individual, que responda a la promoción de la salud mediante la acción educativa de enfermería. Teniendo en cuenta esto, la educación plantea desafíos y argumentos pedagógicos que alimenten las estrategias educativas de Enfermería, o también llamadas acciones colectivas, que complementan el fortalecimiento de las competencias en la atención integral de la primera infancia en el Municipio de Chía.

OBJETIVOS

Objetivo general

Fortalecer las competencias comunitarias del profesional de enfermería para la atención integral a la primera infancia mediante la utilización de estrategias individuales y colectivas en el municipio de Chía durante el periodo 2018-1.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio - demográficamente a la población de 0 a 5 años del municipio de Chía.
- Analizar la situación en salud frente a las enfermedades prevalentes de la primera infancia en el municipio de Chía.
- Formular un Proceso De Atención de Enfermería preventivo para dicha población.
- Implementar estrategias educativas fundamentadas en bases teóricas.

MARCO LEGAL

En el año 1990, Colombia se adhiere a la convención internacional de los derechos del niño, tratándose este como el primer tratado internacional especializado de carácter obligatorio que reconoce los derechos humanos de todos los niños, niñas y adolescentes del mundo [9]. Un año más adelante se incorpora tal convención a la Constitución Política colombiana como lo contemplan los artículos 44 y 45 en los cuales se consagran los derechos fundamentales, la obligación de protección y asistencia en cabeza del Estado, la sociedad y la familia y la prevalencia de los derechos de los niños sobre los derechos de los demás [10]. Igualmente, se dio la creación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PAFI), el cual trabajó en políticas y programas orientados a los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años.

Así mismo, en la ley 100 de 1993 fue instituido El Sistema de Seguridad Social Integral el cual comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y de servicios complementarios.[11] Por otra parte, el documento CONPES 2787 dado en 1995, apoya con la política pública sobre la infancia "El Tiempo de los Niños", teniendo en cuenta el progreso integral de los niños y de las niñas más pobres y vulnerables, creando un vínculo a programas de nutrición, salud y educación[12]. En el año 2000 se genera la RESOLUCION NUMERO 412 en la cual se implantan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública [13]. Ya para el año 2001 se expide la ley 715, donde se contemplan las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) [14].

En el año 2006 se publica la Ley 1098 de 2006 en el cual participa el Código de la Infancia y la Adolescencia, esta ley constituye en su Artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia [15]. Por otra parte, en el año 2009 se promulga la ley 1295, determinada como la ley de atención integral a la primera infancia, admitiendo la reglamentación en la atención niños y niñas de la primera infancia en los sectores 1,2 y 3 de Sisbén, la cual tiene como objetivo promover el desarrollo integral de niños y niñas desde la gestación hasta los seis años de edad [16]. Para el año 2011, se genera el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través la ley 1438, donde se establece la atención preferente y diferencial para la primera infancia y adolescencia como lo dice su artículo 17: "El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes"[16].Para el año 2012 se adopta el plan decenal de salud pública que establece el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes como un componente transversal.

En Colombia el Ministerio de Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), lideran diferentes actividades en lo que respecta al tema de infancia y adolescencia, centrándose en la protección integral de la

familia y en especial de la niñez. Su objetivo primordial es plantear e implementar políticas, prestar asesoría técnica y socio legal a las comunidades públicas y privadas del orden nacional y territorial. Con el fin de orientar las acciones de política y su ejecución, el ICBF promueve la elaboración de estudios y lineamientos técnicos [17].

En conclusión, la atención integral para la primera infancia, infancia y adolescencia es un gran reto para la sociedad y las diferentes entidades de salud, lo que por consecuencia ha hecho que las entidades públicas, no gubernamentales, gremios de cooperación internacional, entre otros, cumplan un papel importante para promover la unión en pro de las acciones que benefician a este grupo poblacional.

MARCO TEÓRICO

Educación en enfermería y referente teórico

Educación

“La educación es de uso habitual en la vida cotidiana porque a todos nos afecta de algún modo” [18]. La educación es aquel proceso esencial que contribuye al desarrollo humano. “La educación es tan antigua como el hombre; En efecto, desde su aparición, el hombre se preocupó de criar y cuidar a sus hijos hasta que pudieran valerse por sí mismos, y es con este significado que surge el término «educación»” [18].

La educación es una labor integradora, que abarca al hombre en su totalidad, los fines de la educación son buscar la perfección, libertad y seguridad del ser humano, además, constituir un todo coherente que lleve a la perfección del sujeto. Pero, hay que tener en cuenta, que para llevar acabo la educación se debe emplear la disciplina, sometimiento, conducción, y guía bajo signos de obligatoriedad y a veces de autoritarismo, firmeza y direccionalidad. Educar es formar sujetos y no objetos, tiene el propósito de darle luz al individuo [19].

Como lo menciona Rousseau la acción educativa no debe contrariar los impulsos, la fuerza, los deseos, el lenguaje y los movimientos propios de la infancia, la educación debe seguir un orden natural. “Este orden natural es claro en resaltar las etapas de la vida humana, que cada una sea sustancial en sí misma, no una mera transición ni una suerte de preparación para la posterior. He aquí, pues, uno de los principios filosóficos de su pedagogía naturalista: el respeto a cada etapa vital” [20]. Cada etapa de la vida tiene su propia perfección y madurez. Para Rousseau, la clave habita en conservar el respeto a que sea el propio niño quien desarrolle y satisfaga de forma natural la inquietud y necesidad de conocer un entorno que no deja de solicitarlo, lo que conduce a centrar el proceso educativo en el aprendizaje y no en la enseñanza. Centralizar la educación en el aprendizaje asegura la sólida evolución de sus facultades, la ordenación natural de sus deseos y la finalidad de la educación es la felicidad.

Educación en salud

La Organización Mundial de la Salud, define la educación para la salud como: la disciplina que se ocupa de organizar, orientar e iniciar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo, y de la comunidad con respecto a su salud. “La Educación para la Salud es un campo reciente de reflexión en nuestro medio, que se ha constituido en uno de los mayores intereses en los ámbitos de la promoción de la salud y, como consecuencia, en enfermería” [21].

El objetivo de la educación para la salud es transmitir conocimientos que motiven e incrementen el saber y el saber hacer, el desarrollo de conductas encaminadas

a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables. Su finalidad es lograr que las personas conozcan, analicen las causas sociales, económicas, políticas y ambientales, que influyen negativamente en la salud; además, de desarrollar habilidades que logren que los individuos deseen vivir sanos, sepan cómo lograr la salud, hagan lo que sea, individual y colectivamente, para conservar la salud, y busquen ayuda cuando lo necesiten. Conjuntamente, orienta a los distintos grupos de la población a prevenir, y afrontar de una manera más autónoma, sus propios problemas de salud y los de su entorno. Les ayuda a conocer y entender la necesidad de potenciar actitudes que les permitan adquirir hábitos y comportamientos sanos y seguros, y a afrontar la posible enfermedad en un ambiente de normalidad [22].

“Para realizar la Educación para la Salud se utilizan técnicas educativas, instrumentos y medios que le permiten al profesional de la salud, comunicarse con las personas y lograr su participación para la adquisición del conocimiento, lo cual propicia la toma de conciencia, ya que permite la modificación de hábitos y conductas insanas, y las convierte en conductas saludables” [23]. Para llevar a cabo esta educación se requiere de unos elementos teóricos que sustenten los contenidos que el educador desarrolla durante los encuentros y que constituyen la base para orientar las personas con sustento científico [23].

Para utilizar una técnica se requiere de la imaginación y la creatividad, de ningún modo se debe seguir de forma mecánica el procedimiento establecido para llevar a cabo dicha educación. Las técnicas educativas se clasifican en individuales o grupales. Dentro de las individuales se encuentran la entrevista, la demostración y la charla educativa, y entre las técnicas grupales más destacadas están el panel, la mesa redonda, las técnicas dramáticas y la dinámica de grupo. También existen otras técnicas educativas participativas grupales de gran utilidad para promover la salud por parte del personal de enfermería, las cuales facilitan que el grupo al cual va dirigido reflexione, dialogue, comparta y analice, a partir de su propia realidad y experiencia, de una manera agradable y motivada; estas son: técnicas de presentación, técnicas de animación, técnicas de reflexión [23].

Enfermera Educadora

La enfermera durante su papel de educadora no solo educa, sino que también es educada, ya que durante el proceso sobreviene una inversión de roles como resultado de la interacción entre enfermera/o y el paciente, lo que le da camino al profesional de conocer muy de cerca las percepciones del individuo, aprendiendo de las actitudes del paciente y su familia, y así se diseñe y desarrolle un plan o método que le faciliten proporcionar un cuidado holístico basado en la educación para la salud [24].

“La importancia del rol del educador en salud parte del grado de convicción que este ejerce en el paciente y la familia, aconsejando y orientando para que se obtengan competencias que los lleven a tomar las riendas de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios ambientales y de comportamiento por formas de vida más saludables.” [25].

El enfermero educador debe apropiarse de roles fundamentados en la comunicación por símbolos, comprendiendo y respetando las creencias, formas de ser y pensar del individuo o comunidad a quien va dirigida la educación. Un educador en salud debe tener la competencia de evaluar la capacidad del individuo para participar en actividades de la vida diaria y ayudarlo en cualquier momento proporcionándole los recursos necesarios para que obtenga conocimientos que le lleven a procurar su salud [25].

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

“La Organización Mundial de la Salud considera que la promoción de la salud es una estrategia fundamental para aumentar la salud de la población, concibiéndola como un proceso global que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” [26].

Además, establece que, la prevención son todas aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” [27]. Las actividades que conllevan a la prevención se clasifican en tres niveles:

Prevención Primaria

La OMS, estipula que son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” [27].

Las estrategias que pertenecen a este tipo de prevención están dirigidas a prohibir o disminuir los factores de riesgo de los cuales el individuo está expuesto y de antemano su salud.

Prevención Secundaria

Son todas aquellas actividades destinadas a diagnosticar de forma precoz alguna enfermedad sin manifestaciones clínicas, así mismo el brindar un tratamiento oportuno, igualmente estas actividades son primordiales para evitar o retardar la aparición de secuelas en el individuo, familias, y comunidades [27].

Prevención Terciaria

Actividades correspondientes al control y seguimiento del paciente, en donde se pone en marcha el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. El objetivo principal en la prevención terciaria es el disminuir los sufrimientos a la persona quien ha perdido su salud [27].

Enfermería comunitaria

En la actualidad la enfermería comunitaria, es el reflejo de los cambios que con el transcurso del tiempo ha tenido el concepto de salud, brindando aportes positivos en la salud de la población, distinguiendo de esta manera a la profesión como promotor del desarrollo humano, brindando no solo cuidados, si no también, valores, cualidades que de una y otra manera van hacia el mejoramiento de la salud de las personas. Además, la enfermería comunitaria es entendida como la disciplina que sintetiza conocimientos teóricos respecto a habilidades prácticas de la salud pública, los pone en práctica dentro de una comunidad con el objetivo de promover estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad [28].

“La acción de la enfermera en la comunidad debe ser un proceso cíclico continuo a través de la identificación de nuevas situaciones que afectan la salud y la modificación de factores para el bienestar de los individuos y los grupos que componen la comunidad, la enfermera comunitaria debe caracterizarse por su capacidad de liderazgo, organizar y coordinar los grupos de individuos y sus esfuerzos para lograr el cumplimiento de objetivos” [29].

Modelo Nola Pender

Nola Pender enfermera, se interesó en crear un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Publica por primera vez el modelo original de promoción de la salud (MPS), Health Promotion in Nursing Practice, en el año 1982. Por consiguiente, realiza una segunda publicación en 1987. Para el año 1996, se desarrolla una tercera edición, y en el año 2002, una cuarta edición de Health Promotion in Nursing Practice, tuvieron participación las doctoras Carolyn L. Murdaugh y Mary Ann Parsons. Finalmente, la quinta edición fue en el 2006.

El Modelo de Promoción de la Salud muestra de forma amplia los aspectos principales que intervienen en la transformación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones encaminadas a realizar actividades que promuevan la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura quien postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, además reconoce factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas; y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, quien afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad [30].

El modelo tiene como base la educación que el personal de enfermería debe ejecutar para que las personas comprendan el cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Pender, afirma que. promover la vida saludable es la actividad

primordial de la disciplina de enfermería antes que establecer un plan de cuidado, ya que si enfermería trabaja en un inicio en promover estilos de vida saludables, en el mundo existirían menos personas enfermas, por lo tanto esto traería beneficios a nivel social, político, económico y social, con el hecho de que se reducirían costos de enfermedades o situaciones de discapacidad de las personas, serían independientes respecto al manejo y mantenimiento de su salud mejorando así el futuro de la sociedad. [31]

En el MPS se entiende a la persona como un ser integral no deja a un lado los estilos de vida, fortalezas del individuo, potencialidades, experiencias y cultura, lo que de un manera muy fuerte influye en la práctica de estilos de vida saludable en la primera infancia. Llevándonos a proyectar la idea de que para mantener una población infantil saludable, debemos conocer las características del niño y su familia (**Factores personales: Biológicos y psicológicos**), realizar una valoración completa, identificar sus dudas (**auto eficacia percibida**), sus creencias (**factores personales socioculturales**), sus redes de apoyo y su interdependencia (**influencias interpersonales**) y por consiguiente ejecutar un plan de cuidados positivos sobre enfermedades prevalentes en la primera infancia en el cual se incluya estrategias didácticas educativas asertivas sobre estilos de vida saludables, identificación de factores de riesgo. A través del presente modelo la profesión de enfermería puede utilizar estrategias educativas basadas en la creatividad para transmitir y motivar a los niños menores de 5 años a implementar el autocuidado a través de la implementación de prácticas saludables, además de motivar a los padre o cuidadores principales a ser parte del proceso de mantenimiento de la salud en sus hijos, mostrándoles los beneficios (**beneficios percibidos de acción**) a corto, mediano y largo plazo para la salud de su hijo, lo que generará motivación en el niño y su familia en trabajar por el mantenimiento de la salud, el cual es otro de los pilares del modelo como el factor determinante para adoptar o no una conducta en este caso con respecto a la implementación de prácticas saludables en la primera infancia y su familia.

La importancia de educar a los cuidadores principales de los niños

Vygotsky, afirma que los niños en compañía de los adultos pueden solucionar problemas destinados para niños mayores. Asimismo, establece que la mayor parte del aprendizaje del niño está basado en el ejemplo, ya que las acciones o vocabulario del adulto serán interiorizados por el modelaje. La educación para los adultos que reconocen los valores de sus hijos y así mismo respetan su ciclo de vida constituye un valioso aporte para el logro de mejores ambientes de desarrollo [32].

Es de gran importancia reconocer en el desarrollo temprano del niño un proceso dual, pues los padres, en especial la madre, sufre una gran transformación psicológica y cultural destinada a proveer una organización de vida apropiada y adaptada para hacer frente a la realidad de cuidar a un niño. La madre desempeña un papel cultural de gran importancia para la supervivencia de la especie. *Daniel N. Stern en su libro “La Constelación Maternal”.*

Por lo tanto, un programa educativo desde el sector salud, debe fortalecer una visión de promoción de la salud, como respuesta lógica del sector, ante la crisis

actual de la sociedad. “Una postura centrada en el desarrollo humano demanda que las acciones del programa no se pueden quedar en la enfermedad y en el niño. Se requieren también acciones encaminadas a fortalecer el crecimiento de los adultos” [32]. De esta manera se hace necesario brindar conocimiento en la población adulta, con el fin de que se valore la importancia de los primeros años de la vida de los niños y exija al Estado servicios de calidad, en la atención prenatal y en los menores de 6 años.

Educación para la primera infancia

Comprendiendo que la primera infancia es una etapa primordial del ser humano, las experiencias y aprendizajes que se adquieren durante este periodo dejan una huella importante para toda la vida. De esta manera, las estrategias pedagógicas que se brinden en una educación inicial de calidad deben responder a una perspectiva de acompañamiento, equidad que permita el reconocimiento de la diversidad étnica, cultural y social, las características geográficas y socioeconómicas de los contextos, así como a las necesidades educativas de los niños y las niñas.

Educación en la primera infancia significa plantear acciones adecuadas que logren contribuir en su estructuración como seres sociales que aprendan a convivir con otros, en la medida en que adquieren y hacen propias las reglas y normas de la sociedad, y en tanto cuenten con las condiciones de bienestar que les permitan disfrutar de una vida digna. A pesar de la diferencia entre educación inicial y crianza, es importante recalcar que entre más pequeño sea la niña y el niño, existe la necesidad de integrar actividades que hacen parte directa de la crianza como lo es el cuidado, la alimentación, entre otras actividades de salud con las acciones educativas, como lo son: propiciar experiencias artísticas, de juego, literatura y de exploración del medio, entre otras, para lograr la inclusión social, su proceso de formación como sujetos, su autonomía y su participación activa de acuerdo con el momento de vida en el que se encuentran. De esta forma, se debe comprender que la educación inicial acoge, cuida y promueve el desarrollo de las niñas y los niños en la primera infancia [33,34].

Por otra parte, El Plan Decenal de Educación 2006- 2015, determinó el Desarrollo Infantil y la Educación inicial como uno de los grandes retos para garantizar el cumplimiento pleno del derecho de la educación en Colombia. Además, el Código de la Infancia y la Adolescencia, señalan el derecho a la atención integral de los niños menores de 5 años y busca garantizarles un desarrollo en el marco de sus derechos y sembrar las bases para que todos puedan ser cada vez más competentes, felices y gozar una mejor calidad de vida.[35]

Estrategias Educativas

La educación como estrategia de promoción de la salud ayuda a la población a tomar decisiones acerca de su salud y de la calidad de vida de su comunidad. Para llevar a cabo dicha educación, la información debe ser concisa y presentada en forma comprensible. De tal manera es de gran importancia recalcar el uso de una comunicación eficaz. El personal de enfermería debe tener claro cómo aplicar los métodos educativos a su población objeto, por tal motivo antes de

ejecutarse la actividad se debe tener respuesta a los siguientes interrogantes: ¿cuándo encontrar a la población?, ¿dónde encontrar a la población? ¿Cómo hacer participar a la población? [35].

En el manual, educación para la salud: manual sobre la educación sanitaria en atención primaria de salud [38], publicado por la OMS, se establecen algunas de las estrategias recomendadas para brindar educación en salud.

Charlas sobre salud

Durante la práctica de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el profesional de salud tiene oportunidad de hablar con el individuo, familia y comunidad. Las charlas sobre salud han sido, y siguen siendo, la forma más común de compartir conocimientos y datos en lo que se relaciona a la salud. Para que una charla resulte más instructiva, debe combinarse con otros métodos, en especial con material visual auxiliar, como carteles, diapositivas y franelógrafos. Debe suscitarse la interacción y el interés por medio del debate, canciones y quizá improvisaciones teatrales y demostraciones.

Fábulas

Las fábulas son narraciones fantásticas que se cuentan a los niños desde hace generaciones. Los personajes pueden ser animales, súper héroes, niños. Se comprende que las acciones de los personajes de una fábula son enseñar a los niños las formas correctas de comportamiento, además, enseñan también a los adultos qué valores son importantes para la comunidad.

Las fábulas son de gran utilidad cuando se utilizan con el fin de educar a grupos pequeños de niños. También son útiles para la educación sobre la salud dirigida a los padres ya que al implementarla durante la sesión educativa a padres éstos podrán contar la fábula a sus propios hijos. Después de contar una fábula, realice preguntas con el fin de animar a la población a reflexionar y hablar sobre la historieta, les ayudará a aprender. Una fábula utilizada para la educación sanitaria describiría en qué modo el comportamiento afecto a la salud. Mostraría qué tipo de comportamiento promueve la salud y cuál resulta nocivo. La fábula también debe dar razones para elegir un comportamiento saludable. Al final de la fábula, todos deben tener claro cuáles son los tipos de comportamiento que son mejores para la salud.

Cuentos

Los cuentos suelen relatar las aventuras de héroes famosos o de gente que vivió en un lugar reconocido hace mucho tiempo. Estos pueden utilizarse para proporcionar información e ideas, para animar a la población a observar sus actitudes y sus valores, además les da una guía para ayudarles a resolver sus problemas; estos cuentos pueden ser narrados por medio de obras de teatros, escritos textualmente con imágenes que llamen la atención del lector o audiencia.

El cuento debe ser creíble. Los personajes deben tener nombres, deben hacer el tipo de tareas que hace la gente en su comunidad, Sus acciones deben ser normales y no extrañas, debe ser corto, de lo contrario la población se aburrirá;

también pueden olvidar parte del mismo. El cuento debe tener un mensaje claro al final. Debe quedar claro para la audiencia cuál es el proceder correcto y cuál el equivocado.

Carteles

Los carteles pueden utilizarse con el fin de brindar información y asesoramiento, para dar orientaciones e instrucciones, para anunciar acontecimientos y programas importantes. Puede estar dirigido a un individuo o una comunidad, este debe ser grande para que la gente lo vea con claridad.

Rotafolios

Un rotafolio está formado por una serie de carteles que han de mostrarse uno tras otro. Al usar el rotafolio como estrategia de educación en salud Facilita datos e instrucciones, o registrar información. Estos funcionan mejor con grupos pequeños, para captar mejor su atención y lograr el propósito de aprendizaje. El profesional de salud al utilizar esta estrategia debe establecer que cada ilustración muestra una idea aislada y que las ideas siguen un orden lógico, también que las palabras escogidas para los carteles son cortas y sencillas. Las palabras importantes están escritas de modo que destaquen más que las menos importantes.

Material proyectable

El material proyectable es aquel que se muestra a la gente utilizando un proyector. El material proyectado resulta útil para subrayar los puntos más importantes de una charla o una conferencia. El material proyectado resulta útil para grupos de 30 personas si el grupo es demasiado grande, no todo el mundo podrá ver.

Estrategias pedagógicas para la primera infancia.

Los niños y niñas son protagonistas activos del mundo, ellos pueden no entender el significado de lo que ven u oyen, la población infantil absorbe las imágenes que les rodean, y las emociones de las personas en las que confían y de las que reciben amor y seguridad les afectan profundamente. Los padres y los cuidadores, cumplen un papel muy importante al ayudar al niño a afrontar las experiencias traumáticas y tensas, y a reponerse de ellas [39].

Los niños y niñas son curiosos desde el momento en que vienen al mundo. Desean aprender sobre el mundo que les rodea y comprenderlo.” Durante los primeros cinco años de su vida los cerebros de los niños y niñas crecen más rápidamente que en ningún otro momento. Las experiencias tempranas del niño o niña determinan el desarrollo de su cerebro. El aprendizaje temprano de los niños y niñas determina su éxito futuro en la escuela” [39].

Contribuir con unas buenas experiencias tempranas contribuye a un desarrollo óptimo del cerebro infantil. Cuanto más trabajo realiza el cerebro, más es capaz de hacer. Cuando los niños y niñas juegan, sus cerebros trabajan intensamente.

Las siguientes actividades pueden ser implementadas como estrategias educativas en la población infantil. [36]

Tabla 1. Actividades como estrategias educativas en la primera infancia

Actividades con materiales			
	Bebés	De 1 a 3 años	De 4 a 6 años
1. Rompecabezas de encaje plano	*	*	
2. Rompecabezas de cadena	*	*	
3. Libro de cartón	*	*	*
4. Pelotas de espuma	*	*	*
5. Colocar las figuras	*	*	*
6. Papel y lápices de colores	*	*	*
7. Enfilar cuentas	*	*	*
8. Títeres	*	*	*
9. Apilar y clasificar	*	*	*
10. Dominó	*	*	*
11. Bloques de construcción	*	*	*
12. Pasta para modelar		*	*
13. Rompecabezas de bloques		*	*
14. Juego de memoria		*	*
15. Círculo para contar			*
16. Rompecabezas			*

Fuente: Unicef, Conjunto para el desarrollo del niño en la primera infancia: un cofre de tesoros lleno de actividades, 2015.

Enfermedades prevalentes en la primera infancia

Las enfermedades prevalentes de la infancia son un conjunto de enfermedades, la mayoría de ellas leves, muy habituales y típicas de la primera infancia, dentro de las cuales las que se destacan por su frecuencia son las infecciones respiratorias agudas y las gastroenteritis agudas [37].

Infecciones respiratorias agudas

“La Infección Respiratoria Aguda (IRA) es una enfermedad que se produce en el aparato respiratorio y es causada por diferentes microorganismos como virus y bacterias. Las IRA comienzan de forma repentina y duran menos de 2 semanas. Además, es la infección más frecuente en el mundo y representa un importante tema de salud pública en nuestro país. La mayoría de estas infecciones como el resfriado común son leves, pero dependiendo del estado general de la persona pueden complicarse y llegar a amenazar la vida, como en el caso de las neumonías” [38].

“La OPS, señala que la gravedad final de las enfermedades depende de los factores del huésped como edad, estado inmunológico, estado nutricional, presencia de enfermedades previas. Desde el punto de vista del huésped, las IRA son más frecuentes y severas en las edades extremas. La no lactancia

materna y otros trastornos inmunitarios vinculados al huésped son los principales factores asociados a la aparición de IRA. El conocimiento de las causas vinculadas al huésped que conducen a la aparición de las IRA, permite su mejor control, por el personal de salud y la familia” [39].

Tabla 2. Factores relacionados al desarrollo de infecciones respiratorias agudas

FACTORES DE RIESGO PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	Descripción
Factores ambientales:	Contaminación del medio ambiente (atmosférica), tabaquismo pasivo (humo del tabaco), deficiente ventilación de la vivienda, humo de la bio-combustión de la madera (residuos de cosechas), cambios brusco de temperatura, asistencia a lugares de concentración o públicos y contacto con personas enfermas de IRA.
Factores individuales:	edad (la frecuencia y gravedad son mayores en menores de un año), bajo peso al nacimiento, ausencia de lactancia materna, desnutrición, mal nutrición, infecciones previas, esquema incompleto de vacunación, carencia de vitamina A.
Factores sociales:	Hacinamiento, piso de tierra en la vivienda desfavorable, falta de acceso al servicio de salud y a medicamentos, madre con escasa escolaridad, asistencia a guardería y nivel socio económico.

Fuente: Elaboración propia a partir de: otazú f, percepción sobre las infecciones respiratorias agudas que poseen las madres de niños menores de 5 años que consultan en el hospital distrital de horqueta, año 2.012.

Tabla 3. Signos de alarma ERA

SIGNOS DE ALARMA
Aumento en la frecuencia respiratoria o respiración rápida
Se le hundan las costillas al respirar.
Presenta ruidos extraños al respirar o “le silba el pecho”.
No quiere comer o beber y vomita todo.
Fiebre, que no cede con la administración de medicamentos.
Irritabilidad
Decaimiento y somnolencia.
Ataques o convulsiones

Fuente: elaboración propia a partir de: Ministerio de Salud. Infección Respiratoria Aguda (IRA). Año 2016

Enfermedad diarreica aguda

“Consiste en un aumento en el número de deposiciones y/o una disminución en su consistencia, de instauración rápida. Se puede acompañar de signos y síntomas como náuseas, vómitos, fiebre o dolor abdominal. La causa más frecuente es la infección gastrointestinal, que produce una gastroenteritis o inflamación de la mucosa gástrica e intestinal. Debido a ello el término diarrea aguda es prácticamente sinónimo de gastroenteritis aguda de causa infecciosa. La diarrea refleja un aumento en la pérdida a través de las heces de sus principales componentes: agua y electrolitos. El término agudo viene dado de ser habitualmente un proceso de carácter auto limitado, con una duración menor de 2 semanas” [39]

La EDA es muy común en los niños menores de cinco años, al punto que prácticamente todo niño ha sufrido de ella, al menos en una ocasión. La niñez, especialmente, la edad inferior a dos años, es un factor de riesgo para desarrollarla. Pero teniendo en cuenta que la incidencia de diarrea es diferente según la zona analizada, siendo más alta en niños en países en desarrollo, es claro que existen unos factores que predisponen a unos niños más que a otros, que se han relacionado con medidas de higiene, alimentación recibida, y estado nutricional entre otros.

Tabla 4. Factores relacionados al desarrollo de enfermedad diarreica aguda

Factores relacionados al desarrollo de enfermedad diarreica aguda
Ausencia de lactancia materna o suspensión precoz de ésta, en episodios de diarrea previos
Edad del niño entre 6 y 11 meses.
Tabaquismo en el hogar
Uso de agua visiblemente contaminada para consumo y preparaciones de alimentos en el hogar
Anemia o desnutrición en cualquier grado
Contacto cercano con un paciente con diarrea. Viajes a sitios con alta incidencia de diarrea
Ausencia de inodoros o inadecuada eliminación de excretas y basuras en el hogar
Madre menor de 20 años de edad, o que desconoce los factores de riesgo, o que padece de depresión. Presencia de moscas en el hogar del niño

Fuente: Elaboración propia a partir de: Ministerio de Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. 2013

La lactancia Materna: un factor protector clave

“La infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda tienen mayor frecuencia en niños con lactancia artificial y mixta, mientras que cuando esta es exclusivamente materna la frecuencia es muy baja o nula, respectivamente”[40].

La leche materna genera al infante los factores inmunológicos, celulares, hormonales, anticuerpos, proteínas, grasas, minerales, vitaminas y agua. La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y, a partir de ahí, seguir dando el pecho junto con otros alimentos hasta los 2 años, ya que durante este periodo continúa siendo una fuente importante de energía, nutrientes de calidad y anticuerpos.

“Está demostrado que la leche humana asegura un óptimo desarrollo psicológico, nutricional, hormonal e inmunológico, ya que contiene más de 370 componentes específicos y nutrientes que disminuyen los riesgos de contraer ciertas enfermedades o infecciones tales como: síndrome de muerte súbita, obesidad infantil, diabetes, problemas digestivos, deficiencia cognitiva, cáncer, infecciones en las vías urinarias, diarrea, enfermedades respiratorias y cardiovasculares” [41].

“Uno de los anticuerpos más importantes es la inmunoglobulina A, que es sintetizada y almacenada en el pecho. Su función es recubrir las superficies mucosas del aparato digestivo del bebé para impedir la entrada de bacterias patógenas y enterovirus. También brinda protección contra la Escherichia coli, Salmonella, Streptococo, Stafilococo, Neumococo, el Poliovirus y el Rotavirus” [41].

Según un informe de la Sociedad Argentina de Pediatría, la lactancia materna reduce en un 50% el riesgo de hospitalización y muerte por enfermedades respiratorias.

La importancia de las vacunas

“Las vacunas son excelentes herramientas para la salud pública, han demostrado alto impacto en reducción de morbimortalidad para infecciones respiratorias, con un perfil de seguridad adecuado. Para que esto se mantenga se requiere, además de buenas vacunas, altas tasas de cobertura para lograr los efectos de inmunidad comunitaria que le permitan a la población que no ha accedido a la vacuna beneficiarse de la disminución en la circulación de los agentes infecciosos. Por otro lado, se debe mantener la vigilancia epidemiológica de los agentes inmunoprevenibles para conocer su oscilación temporal, serogrupos, sero y/o genotipos, de manera de establecer directrices adecuadas de edad y esquemas de vacunación para la población” [42].

Por otro lado “Rotarix® y RotaTeq® previenen de forma sustancial la aparición de diarrea provocada por rotavirus, siendo especialmente eficaces para prevenir los cuadros más graves y la hospitalización por este motivo. Las dos vacunas han demostrado un elevado grado de eficacia, previniendo entre el 85% y el 90% de los cuadros graves de diarrea provocada por rotavirus” [43,44].

Proceso de Atención de Enfermería

“El Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas”[45].

Tabla 5. Etapas del PAE

Valoración:	Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
Diagnóstico de Enfermería.	Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
Planificación.	Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
Ejecución.	Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
Evaluación.	Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

FUENTE: elaboración propia a partir de: enfermería comunitaria. El Proceso de Atención de Enfermería

METODOLOGÍA CICLO PHVA

1. Planeación

Durante el tiempo de práctica que se ha desarrollado en la Secretaría de Salud de Chía y con la iniciativa de desarrollar un proyecto de gestión basado en las necesidades en salud pública del municipio, lo primero que se tuvo en cuenta fue la caracterización socio demográfica de la primera infancia con el fin de identificar las necesidades que tenía dicha población. Por consiguiente, se analizaron dichas oportunidades de trabajo, junto con el personal de enfermería del grupo AIEPI, concluyendo que la mejor opción es trabajar en el fortalecimiento teórico de las estrategias educativas implementadas para promover la salud de la primera infancia, además la formulación de un Proceso de Atención de Enfermería como metodología, que permita realizar la prevención de infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 5 años. Lo que llevará al fortalecimiento del rol de enfermería en el ámbito comunitario. Se realizará una búsqueda profunda de la literatura, que fundamenta el marco teórico del proyecto.

Con el fin de cumplir con el objetivo del proyecto, fortalecer las competencias comunitarias del profesional de enfermería para la atención integral a la primera infancia mediante la utilización de estrategias individuales y colectivas dirigidas a enfermeras, el infante y su cuidador principal en el municipio de Chía durante el primer periodo del 2018, se plantea un cronograma de trabajo que inicia desde el 19 de febrero y finaliza el 27 de abril del presente año.

Por último, se planea realizar la socialización del PAE, para el personal profesional de enfermería. En paralelo, se dará una serie de capacitaciones para los padres de familia, en las cuales se oriente sobre los signos y síntomas de las infecciones respiratorias y enfermedades diarreicas agudas con el fin de darles las herramientas necesarias para saber qué hacer y hacia dónde dirigirse en caso de que su hijo las presente.

2. Hacer

Se iniciará con una búsqueda de la literatura, en diferentes bases de datos, páginas del ministerio de salud y revistas electrónicas acerca de artículos e información correspondiente a la legislación que regula la atención para la primera infancia, educación para la salud y elaboración del proceso de enfermería. Dicha investigación estará orientada desde el Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender, la cual identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, con lo que se obtendrá conductas que favorecen la salud.

Cronograma

FECHAS	ACTIVIDADES
Semana 1 (5 de febrero al 9 de febrero)	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción, conocimiento estrategia AEIPI.
Semana 2 (12 de febrero al 16 de febrero)	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración guía salud pública (lectura de la política de atención integral en salud –PAIS-, modelo integral de atención en salud –MIAS-, plan decenal de salud pública -PDSP-, análisis de situación en salud ASIS Y de la ruta de atención integral a la primera infancia. • Conocimiento plan de intervenciones colectivas (reunión alcaldía de chía)
semana 3 (19 de febrero al 23 de febrero)	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia reunión PIC. • Socialización y retroalimentación guía salud pública. • Acompañamiento y apoyo MÓNICA SANDOVAL. • Caracterización poblacional y territorial (proyecto)
Semana 4 (26 de febrero al 2 de marzo)	<ul style="list-style-type: none"> • Realización fase de diseño*proyecto (identificación del problema, justificación) • Identificación y lectura de intervenciones realizadas anteriormente por estudiantes.
Semana 5 (5 de marzo al 9 de marzo)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo actividades AIEPI • Realización objetivos, marco teórico.
Semana 6 (12 de marzo al 16 de marzo)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo actividades AIEPI • Realización metodología ciclo PHVA
Semana 7 (19 de Marzo al 23 de Marzo)	<ul style="list-style-type: none"> • Corrección proyecto, (continuidad realización marco teórico) • Elaboración propuesta de intervención • Reunión PIC auditorio hospital SAN ANTONIO DE CHIA
Semana 8 (26 de Marzo al 30 de Marzo)	SEMANA SANTA
Semana 9 (2 de Abril al 6 de Abril)	<ul style="list-style-type: none"> • Metodología *proyecto
Semana 11 (16 de Abril al 20 de Abril)	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de recomendaciones • Elaboración de conclusiones
Semana 12 (23 de Abril al 27 de Abril)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de proyecto finalizado • Reunión PIC auditorio HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA
Semana 13 (30 de abril al 4 de Mayo)	<ul style="list-style-type: none"> • Socialización en Universidad de La Sabana
Semana 14 (7 de mayo al 11 de mayo)	<ul style="list-style-type: none"> • Finalización practica

3. Verificar

En esta etapa del ciclo, se espera analizar los resultados obtenidos con el diseño y socialización del proceso de atención de enfermería preventivo de enfermedades respiratorias y diarreicas agudas para la atención integral de la primera infancia en el municipio de Chía, y de esta manera realizar los ajustes correspondientes.

Así mismo, se evaluarán los aspectos positivos y negativos, generados con las actividades educativas a padres de familia, sobre la identificación de factores de riesgo y protección que contribuyen al desarrollo de enfermedades prevalentes en la primera infancia, y el impacto que la implementación del PAE pueda generar frente a la situación actual y a futuro.

4. Actuar

Resultados

CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA

Caracterización de los contextos territorial y demográfico

Contexto territorial

El nombre de Chía proviene del *muysccubun*, lengua de los muiscas. Significa “luz” y en la mitología muisca se encontraba en este municipio el templo de la diosa Luna. El municipio de Chía está situado en el departamento de Cundinamarca, localizado en la Sabana Norte de Bogotá.

Localización:

Cabecera Urbana: está localizada a los 4° 52´ Latitud Norte y 74° 04´ Longitud Oeste, altura sobre el nivel medio del mar de 2.550 metros.

Tipo de comunidad: 75,43% zona urbana.

24,57% zona rural.

(DANE- Censo 2005)

Área rural: El municipio de Chía cuenta con nueve veredas o zonas rurales. Bojacá, Cerca de Piedra, Fagua, Fonquetá, Fusca, La Balsa, Samaria, Tiquiza y Yerbabuena.

Área urbana: A nivel urbano el municipio de Chía está dotado por lugares de entretenimiento, centros sociales y de educación, áreas como: Chilacos, Jardín de los Zipas, Ponylandia, Delicias Norte, El Campín, Fontanar, Delicias Sur,

Bachué, Club Campestre Río Frío, El Cairo, El Centro, Samaria, El Cedro, Bochica, Iraca, El Rosario, Íbaro, Bojacá, El Estadio, Parque Río Frío, La Balsa, Las Acacias, Bosque de Río Frío, La Estancia, La Lorena, Los Sauces, Mercedes de Calahorra, Santa Librada, Santa María, El Refugio, El Refugio de Río Frío, Osorio, Urapanes, Santa Lucía, Tranquilandia, Santa Rita, La Alegría, San Francisco, La Pradera, San Jorge, La Virginia, San Luis, Aleros de La Sabana, Siatá, Santa Helena, 20 de Julio, La Primavera, Villa Olímpica y Los Madereros.

Educativa: Cuenta con 12 Instituciones Educativas y 4 universidades.

Administrativa (alcaldía): 1 alcaldía municipal, 1 departamento administrativo, 11 secretarías.

Hospitalaria (UBA, hospital, clínica): 2 hospitales, 6 clínicas, 26 centros de atención en salud, 7 centros de diagnóstico e imagen, 14 centros odontológicos.

Deportiva y espacio público: Parque principal, 1 coliseo, 1 estadio, 9 polideportivos, 10 canchas multifuncionales, 21 bioparques (Plan de ordenamiento territorial e IMRD)

Limites

Norte: Cajicá.

Oriente: Sopo.

Sur: Distrito Capital Bogotá y con el municipio de Cota.

Occidente: Tenjo y Tabio.

División Político Administrativa

El municipio de Chía está conformado por ocho (8) veredas, que contiene 222 Sectores Rurales; y dos centralidades urbanas, el Sector Urbano Principal con un área aproximada de 5,9 Km² y el sector Urbano de Mercedes de Calahorra, en la vereda de Bojacá con un área aproximada de 0,4 Km². Como organizaciones comunales se han conformado 57 Juntas de Acción Comunal. (Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

División Político Administrativa



(Fuente PDSM 2016-2019)

Extensión geográfica

Chía tiene una extensión total de 80,44 Km² de los cuales 74,45 Km² corresponden al suelo rural y 6,3 Km² al suelo urbano. Comparativamente es un municipio pequeño con relación a los 116 municipios del Departamento, en orden ascendente, es el 22 municipio en relación de área municipal con la total de Cundinamarca. Su extensión ocupa solo el 5% del total del área del Distrito capital. (Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

Clima: El municipio de Chía cuenta con un clima entre templado y frío, siendo su temperatura constantemente 14°C.

Vías de acceso y sus características:

Avenida Pradilla: Tramo conformado por tres kilómetros de longitud, la avenida está enmarcada desde el Parque Ospina hasta el Centro Comercial Centro Chía.

Avenida Chilacos: La avenida permite el acceso a la capital colombiana, además cuenta con un anillo vial del centro comercial Sabana Norte hasta la salida hacia el municipio de Cota en cruce con la avenida variante.

Variante Chía-Cota: La variante consta de un tramo de cinco kilómetros desde el cruce de la Avenida Pradilla y la Carrera Primera hasta la salida al municipio de Cota. Además, permite el acceso a la localidad de Suba en Bogotá.

Autopista Chía-Cajicá-Zipacquirá: Comunica Bogotá con Zipacquirá también pasa por la ciudad de Chía y el municipio de Cajicá.

En límites con la capital colombiana, Chía cuenta con el Aeropuerto de Guaymaral. Por otra parte Chía en la zona de “La caro” cuenta con un acceso ferroviario.

Movilidad: Total de vías: 268 Km

Pavimento: 138,4 Km

Pavimentar: 130 Km

Total ciclorutas: 17 Km

(Dirección de ordenamiento territorial 2016-ASIS 2016)

Fuentes hídricas

El municipio de Chía cuenta con una cuenca y una subcuenca conformados por el río Bogotá y el río Frío, estas fuentes aportan un uso principal a nivel agropecuario. Además, en la vereda Yerbabuena se cuenta con un micro cuenca de la quebrada Honda o Guasa. Así mismo, el municipio tiene aguas subterráneas (pozos), actualmente se identifican 32 pozos en el municipio.

Sitios de turismo

- Santuario de la Balvanera
- Monumento a la Raza Chibcha
- El Castillo Marroquín
- Iglesia de Santa Lucía
- Puente del Cacique
- La Montaña del Oso

Instituciones Comunitarias

- Casa de la cultura
- Biblioteca HogaBiga

Distribución de la Población

Según la distribución geográfica calculada por el DANE, la mayor parte de la población se concentra en el perímetro urbano con un 78% aproximado.

Tabla 6. Distribución de la Población

AÑO	DP	DPNOM	DPMP	MPIO	TOTAL	CABECERA	RESTO
2,005	25	Cundinamarca	25175	Chía	97.907	73.852	24.055
2,015	25	Cundinamarca	25175	Chía	126.647	99.226	27.421

Población proyectada 2015. Fuente censo 2005 DANE

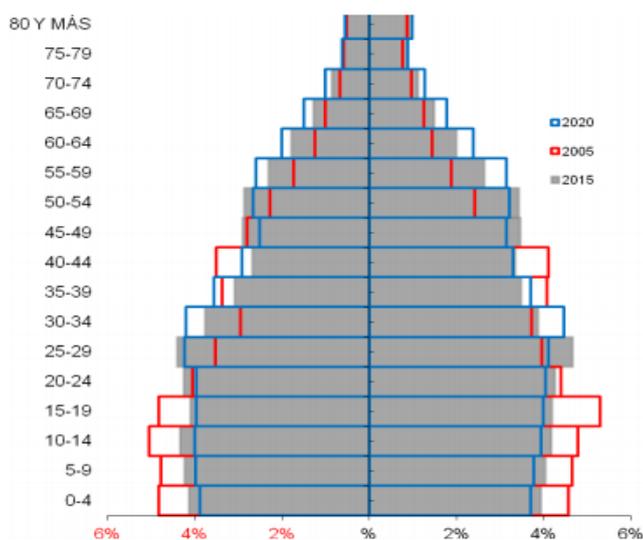
Estructura Poblacional

Pirámide poblacional el municipio o de Chía 2005, 2015, 2020

Población Total: La pirámide da a conocer el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2015 comparado con el año 2005. Se desarrolla una proyección para el año 2020 que la pirámide se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas. (PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016)

Para el año 2015 el municipio de Chía cuenta con una población de 126.647 habitantes, un 22.69% (28.740 habitantes) más poblado que en el 2005 (97.907 habitantes). (DANE 2015)

Tabla 7. Pirámide poblacional el municipio o de Chía



PLAN TERRITORIAL DE SALUD 2016

Estructura poblacional según SISBEN

Del total registrados en la base de datos del Sisbén III de posibles beneficiarios a programas sociales en el municipio se identificaron 71933, en la cual la mayor población se encuentra en el rango de edad entre 11 Y 30 años, en un 37,86% y se destaca que el género femenino conforma el 53% del total registrado. La población de primera infancia está alcanza solo el 6,65%. (Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

Ciclo vital

Primera infancia e infancia: 16%%

Adolescente: 9%

Juventud: 18%

Adulthood: 48%

Población adulta mayor: 9%.

Tabla 8. Población por ciclo vital

Ciclo vital	2015	
	Número absoluto	Porcentaje
Primera infancia (0-5 años)	12289	8%
Infancia (6 a 11 años)	12724	8%
Adolescencia (12 a 18 años)	14849	9%
Juventud (14 a 26 años)	28045	18%
Adultez (17 a 59 años)	76499	48%
Persona mayor (60 años o más)	14458	9%
Total	158864	100%

Fuente: DANE proyección de población 2015.

Fuente: Suarez. E, Fortalecimiento de capacidades para la atención integral a la primera infancia en personal de salud, y educadores en el municipio de chía durante el periodo 2017-1.

Estado civil

Solteros: 60,15%
Unión libre: 15,8%
Familias casadas: 17,99%, el 3,93% son
Separados: 3,93%
Viudos: 2,14%

Características de los Hogares

Los hogares se caracterizan por que tienen entre 3 y 4 miembros y una tercera parte son hogares unifamiliares o de dos miembros; se encuentran hogares muy numerosos, que representan el 5% del total.

Ocupación de la población

Aunque la variable de actividad es muy subjetiva se aprecia que el 7,1% de las personas registradas en edad productiva están buscando trabajo, el 10,72% se encuentran en actividades del hogar; el 24,99% de las personas entre los 18 y 29 años están estudiando, el 36,38% se encuentran trabajando y el 0,15% de las personas están jubiladas, mientras que el 18,54% de las personas se encuentran sin realizar ninguna actividad que les genere ingresos (fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

Actividad Laboral

Agricultura, la floricultura y la ganadería lechera son las principales fuentes económicas en Chía, además la actividad laboral se evidencia en industrias, entre las que destaca la producción de derivados lácteos, manufacturas y artesanías: pintura, escultura en piedra y bronce, ebanistería, carpintería y trabajo con hierro forjado.

- Tasa de ocupación 56,9%.
- El 12% de las personas que habitan el municipio no logran el cubrimiento en gastos básicos.
- El 5,2% no alcanza a cubrir gastos de alimentación.
- 48 de cada 100 habitantes, están laborando o en búsqueda de empleo.
 - Tasa global de participación ascendió a 58,9%, siendo mayor la participación de los hombres en el mercado laboral (67,9%) que las mujeres (51,2%)
- El 24,4% de la población trabaja en el sector servicios.
- El 23,4% de la población trabaja sector comercio.
- El 16,5%; de la población trabaja en Actividades Inmobiliarias.
- El 12,8% de la población laboran en Agricultura, silvicultura, caza y pesca, minas y canteras, suministro de electricidad y sin información.
- El 66,2% de los ocupados son asalariados.
- El 33,8% son trabajadores no asalariados. FUENTE: DANE, ASIS y Secretarías Municipales 2015

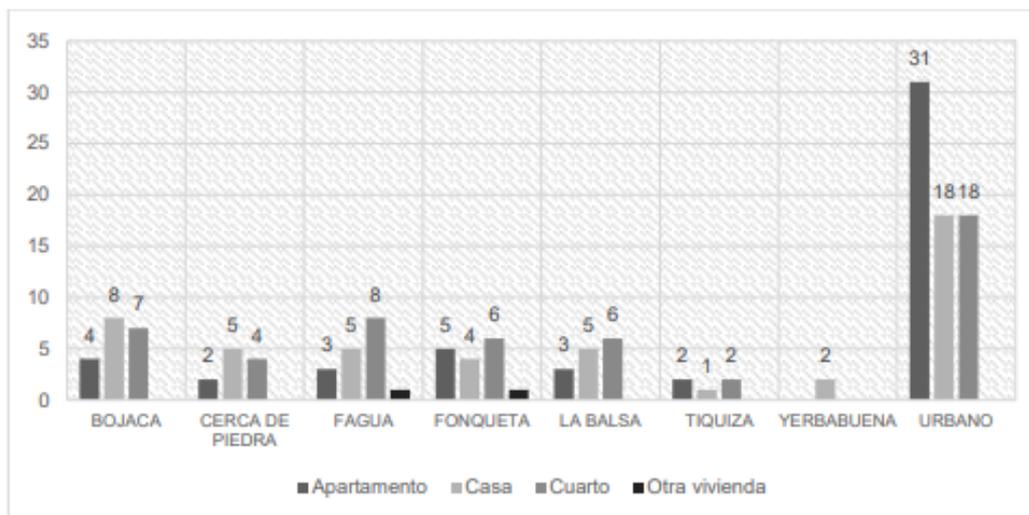
Nivel de Estudios

- 34,51% alcanzó estudios de primaria
- El 20,88% ha cursado o concluido la básica secundaria y la media el 17,52%.
- Sólo el 3,36% informa haber realizado estudios profesionales.
- 80 personas manifestaron no tener ningún estudio.

Características de la vivienda

El material constructivo predominante para las paredes de las unidades de vivienda en Chía es el ladrillo o bloque, aun se identifican materiales no convencionales y que deben tener apoyo de la administración para su mejoramiento, dentro de los cuales se encuentran en zinc, tela, cartón, tabla o tablón, caña, esterilla y bahareque. En la zona Urbana se localiza una unidad de vivienda con materiales de sus paredes en zinc, en las veredas de Bojacá, Fagua, Fonquetá y La Balsa se identificaron 7 unidades construidas en madera burda o tablón. (Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

Tabla 9. Características de la vivienda



(Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP) 2 referencia: Fuente registró administrativo caracterización población víctima octubre de 2015

Poblacional según Etnias

Según censo poblacional del año 2005, la población indígena está auto reconocida en un 2%, población Raizal, palanquero, negro, mulato afrocolombiano o afrodescendiente está representada en el 1,1% y menor al 1% población Room.

Tabla 10. Poblacional en condición de Discapacidad

Total			Cabecera municipal			Centro poblado			Rural disperso		
Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
598	300	298	272	125	147	142	76	66	184	99	85

(Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP) 2 referencia: Fuente DANE año 2007

Cobertura servicios públicos

Servicios públicos

- ✓ Energía eléctrica urbana: 100%
- ✓ Energía eléctrica rural: 95.5%
- ✓ Acueducto urbano: 99.9%
- ✓ Acueducto rural: 98.7%
- ✓ Aseo urbano: 99.9%
- ✓ Aseo rural: 98.2%
- ✓ Gas natural urbano: 58.6%
- ✓ Gas natural rural: 32.6%

Saneamiento básico

- ✓ Alcantarillado urbano: 99,7%
- ✓ Alcantarillado rural: 76,1%

Fuente: EMSERCHIA 2015

Religión

- cristianismo (38,7%),
- católica (50%)
- otras (11,3%).

Aseguramiento

Como consecuencia de las estrategias adelantadas por la Secretaría de Salud Municipal para promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se ha logrado mantener una cobertura de afiliación por encima del 90% con un crecimiento constante desde el 2011 pese al incremento en las proyecciones poblacionales anuales realizadas por el DANE. (Fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP)

En el Régimen Contributivo los afiliados en promedio llegan al 78.14% de la población, mientras que en el régimen subsidiado se registra una cobertura promedio del 13% (15067 afiliados) de la población en cada vigencia. En la distribución de la cobertura de la afiliación al SGSSS durante el 2015 por grupo etario y género, con base en la proyección poblacional DANE para la misma vigencia, se tienen los siguientes resultados, resaltando la baja cobertura en la afiliación de menores de 5 años (fuente: Dirección de Sistemas de Información para la Planificación – DIRSIP).

- Durante el proceso de caracterización del municipio de Chía se pudo evidenciar que la zona urbana es más extensa que la rural, lo que es una ventaja para poder llegar a la población, esto permite que el tiempo de desplazamiento para llegar a las personas sea pequeño lo que ayuda en el tiempo de una sesión educativa ya que se puede apreciar más. Por otro lado el ciclo de vida en el que hay mayor cantidad de personas son la primera infancia y la infancia, lo que es una ventaja para realizar promoción de la salud y sobre todo prevención de la enfermedad.
- Chía en su pirámide poblacional en los últimos años ha tenido un comportamiento similar que la del departamento en la cual la pirámide se ensancha en el centro donde se encuentra la población joven y activamente laboral y se va estrangulando en la base aumentando su parte superior. Lo anterior esta soportado con el Índice de dependencia infantil que ha disminuido pasando de 44 en menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el 2005 a 37 en el año 2015. Fuente: (ASIS chía)

ANALISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA PRIMERA INFANCIA

A nivel Mundial

A continuación se puede observar las enfermedades prevalentes y su incidencia en la primera infancia a nivel mundial.

Tabla 11. Enfermedades prevalentes de la primera infancia a nivel mundial

Enfermedad prevalente	Incidencia
ERA	En las Américas se registran más de 100.000 defunciones anuales de menores de un año por procesos respiratorios; siendo la complicación más destacada la neumonía, que causa el mayor número de muertes en los menores de cinco años de edad.
EDA	En todo el mundo se producen unos 1.700 millones de casos de enfermedades diarreicas cada año, siendo la segunda causa de muerte en niños menores de cinco años; en países en desarrollo, los niños menores de tres años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año y cada uno de estos priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento.
DESNUTRICION	En todo el mundo hay cerca de 115 millones de niños con insuficiencia ponderal que contribuye a cerca de un tercio de la mortalidad infantil. El retraso del crecimiento (un indicador de desnutrición crónica) dificulta el desarrollo de 171 millones de niños menores de cinco años.

Fuente: Elaboración propia a partir de: Mortalidad de niños menores de 5 años después de la implementación de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) - Antioquia, Colombia 2002 – 2011.

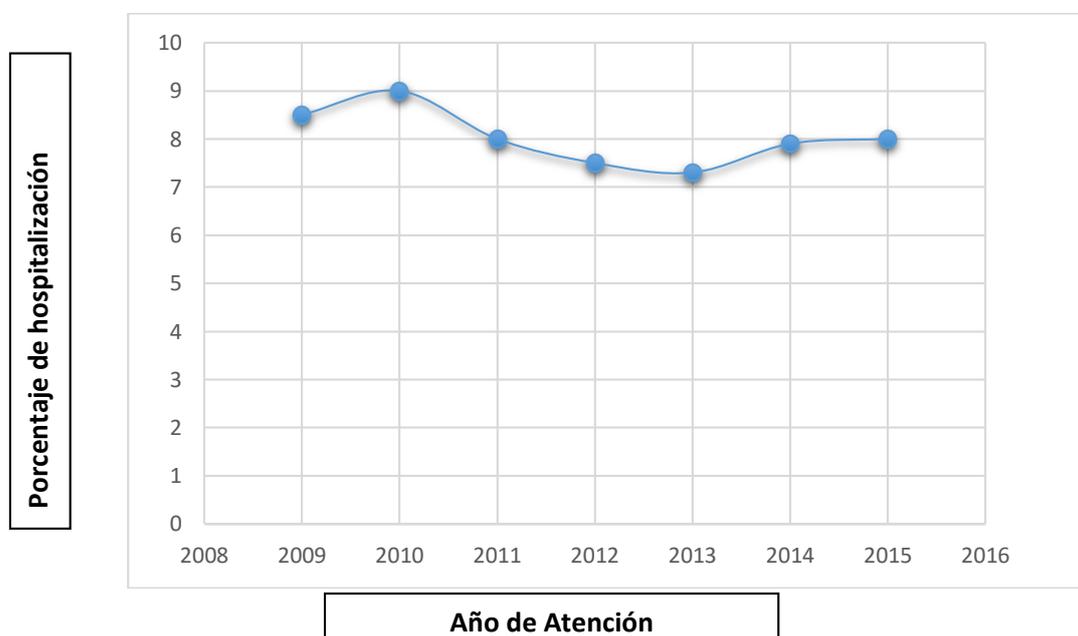
Colombia

Respecto a EDA

En Colombia, para el periodo 2009 a 2015, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 5,93% y el 7,25% fueron diagnosticados con EDA (A09X). Siendo Los rotavirus el principal agente etiológico causante de esta enfermedad en la infancia, afectando a todos los niños en los cuatro primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad.

En la siguiente tabla se puede observar que durante el periodo 2009 al 2015 la hospitalización de niños menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda en Colombia, a pesar de tener un reducción muy mínima se mantienen unas cifras entre el 70% y el 90%, se puede observar que para los años 2011 a 2013 se produjo una reducción pero aumenta para el año 2014 quedando en una cifra similar al 2011; estas cifras indican que hay una falencia respecto a la prevención de dicha enfermedad por tal motivo es de gran importancia que enfermería trabaje desde la prevención primaria para evitar estas cifras o hacer un retroceso respecto al manejo de esta enfermedad.

Tabla 12. Porcentaje de hospitalización por EDA menores de 5 años



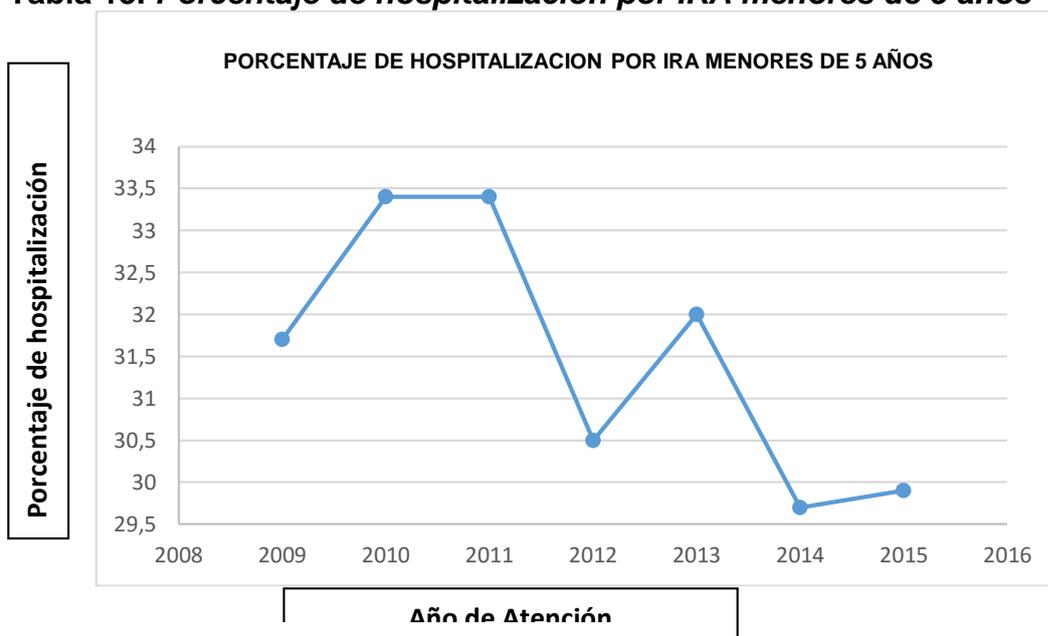
Fuente: Elaboración propia a partir de: ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2016

Respecto a IRA

Durante el periodo 2009-2015, alrededor del 31% de las hospitalizaciones en menores de cinco años en Colombia, se atribuyeron a IRA.

Se puede observar en el grafico un pico de hospitalización que se mantuvo durante los años 2010 a 2011, sin embargo para el año 2012 se produce un descenso el cual vuelve y asciende a un porcentaje no muy elevada al 2010. Ya para el periodo 2014 a 2015 se genera un aumento bajo; se continua recalcando en la atención primaria con el fin de disminuir las cifras alimentadas por niños que atraviesan una IRA.

Tabla 13. Porcentaje de hospitalización por IRA menores de 5 años

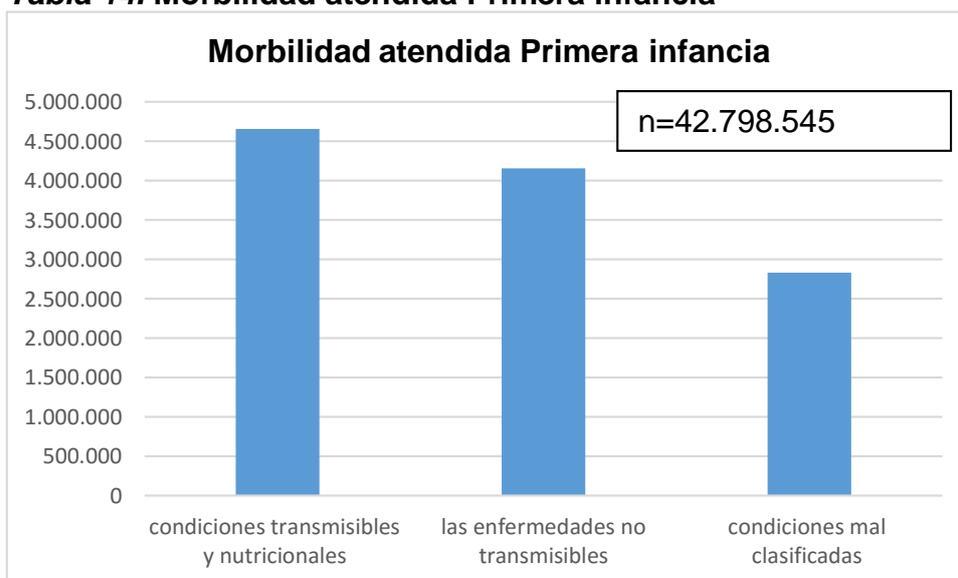


Fuente: Elaboración propia a partir de: ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2016

Morbilidad Primera infancia (0 a 5 años)

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2015 las condiciones transmisibles y nutricionales generaron el 42,36% (24.349.029) de las atenciones, fueron la causa que mayor cantidad demandó en este grupo de edad; en total se atendieron 4.654.746 personas por esta causa, para una razón de 5,23 atenciones por persona. En segundo lugar, las enfermedades no transmisibles causaron el 35,19% (20.230.480) de las atenciones, con un total de 4.155.487 personas y una razón de 4,87 atenciones por persona. En tercer lugar, las condiciones mal clasificadas generaron el 15,56% (8.946.248) de las atenciones, para 2.830.675 personas, y una razón de 3,16 atenciones por persona; aumentaron en 2,08 puntos porcentuales para 2015 con respecto a 2014. No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones según sexos.

Tabla 14. Morbilidad atendida Primera infancia



Fuente: Elaboración propia a partir de: ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA, 2016

Municipio de Chía

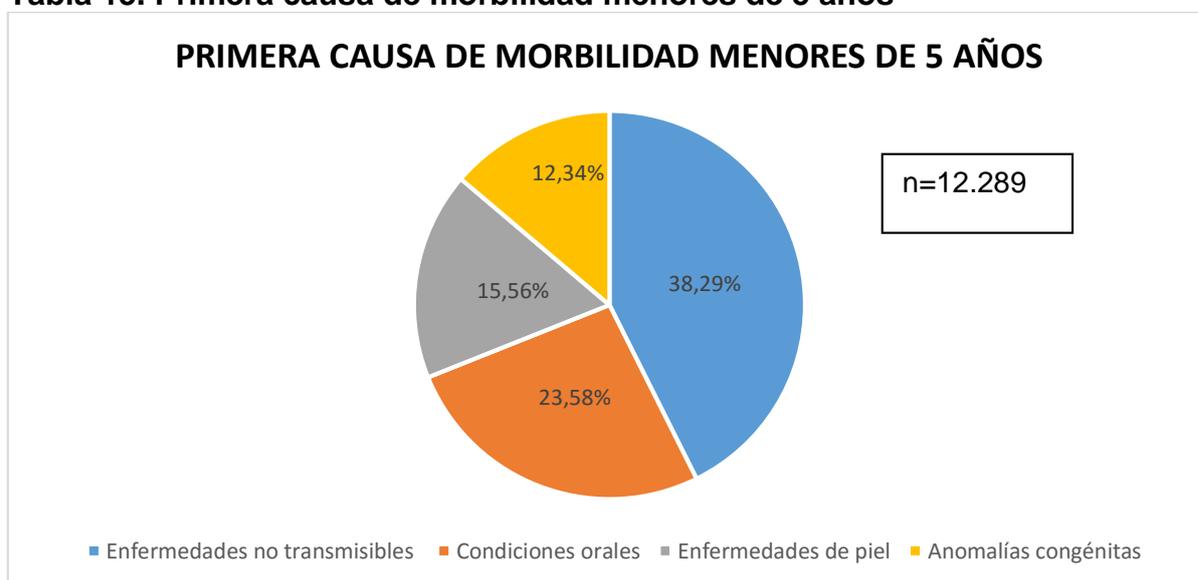
Morbilidad

Las tasas de morbilidad en la primera infancia demuestran que la primera causa son las enfermedades no transmisibles y la segunda son condiciones transmisibles a nivel respiratorio y nutricional. Asimismo, es primordial promover la salud por medio de estrategias educativas dirigidas tanto a menores como a sus cuidadores principales, con el fin de que estas cifras disminuyan y la calidad de vida de los infantes, su familia y comunidad mejoren al reconocer la importancia de establecer estilos de vida saludables.

Morbilidad por grandes causas primera infancia

Se puede observar en las anteriores graficas que dentro de la primera causa de morbilidad en los menores de 5 años se encuentran: Enfermedades no transmisibles con 38,29%, Condiciones orales 23,58%, Enfermedades de piel 15,56%, Anomalías congénitas 12,34%.

Tabla 15. Primera causa de morbilidad menores de 5 años

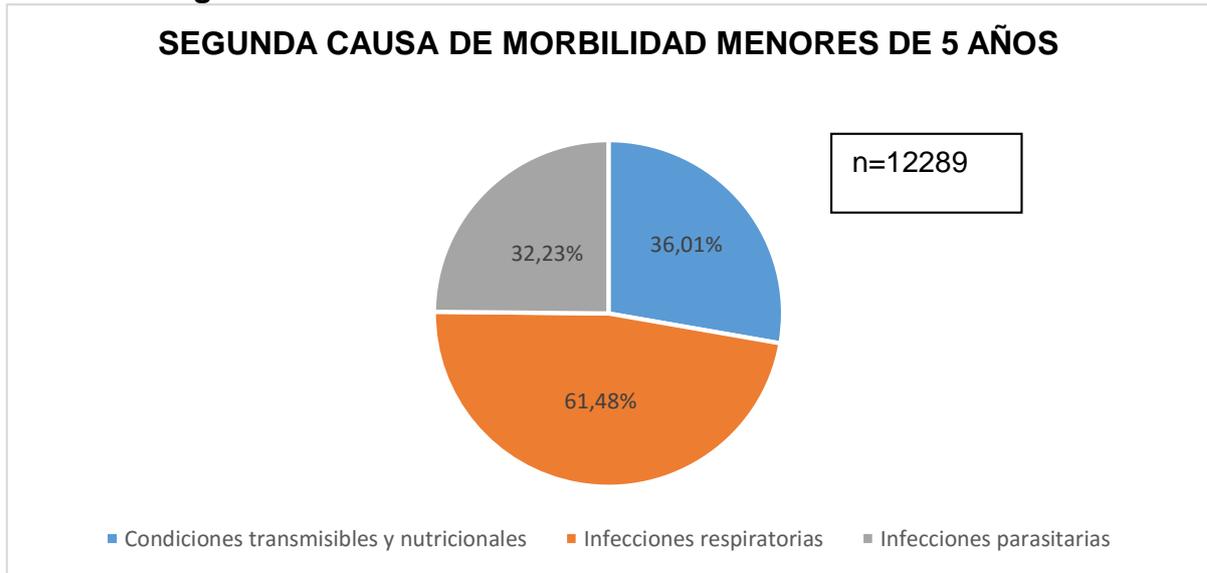


Fuente: elaboración propia a partir de ASIS Chía 2015.

Segunda causa

Dentro de la segunda causa de morbilidad Condiciones transmisibles y nutricionales con el 36,01%, Infecciones respiratorias 61,48%, Infecciones parasitarias 32,23%. Para el lo cual es de gran relevancia las infecciones respiratorias lo cual amerita trabajar conjuntamente para disminuir estas cifras.

Tabla 16. Segunda causa de morbilidad menores de 5 años

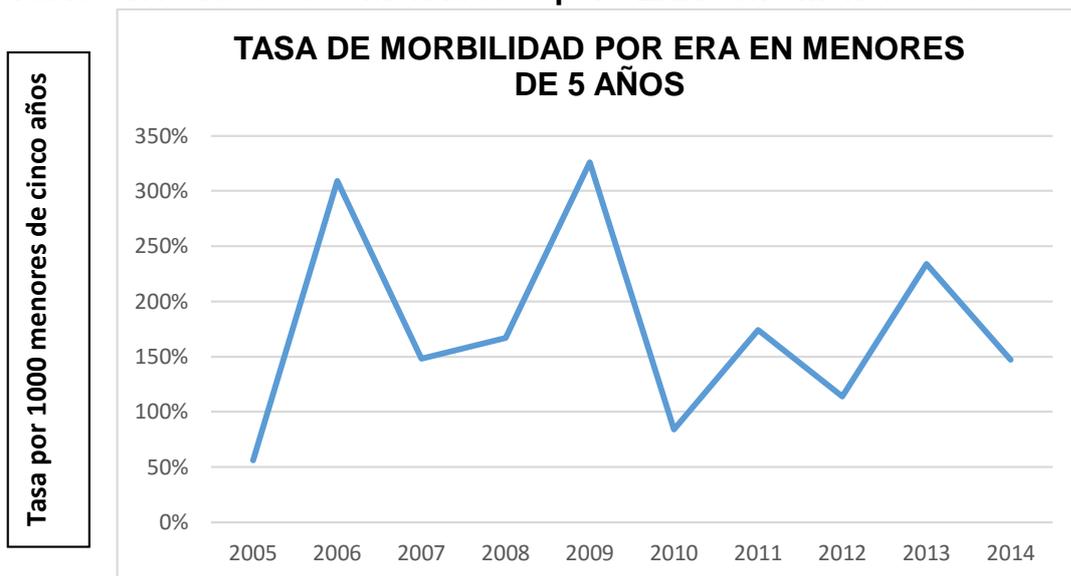


Fuente: Elaboración propia a partir de: ASIS CHIA 2015

Morbilidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en primera infancia.

En el año 2015 se presentaron 1532 Casos de morbilidad en Infección Respiratoria Aguda, correspondiendo a una Tasa de 125 por cada 1000 niños menores de cinco años, en el 2014 se presentaron 1786 casos de enfermedad respiratoria aguda, información suministrada por las IPS municipales. La Secretaria de Salud interviene a través de sus actividades en los proyectos de AIEPI y con las promotoras de salud capacitando a la comunidad en acciones de auto cuidado y detección de factores de riesgo.

Tabla 17. Tasa de morbilidad por ERA en menores de 5 años



FUENTE: Elaboración propia a partir de: Secretaría de Salud de Chía.

Morbilidad por enfermedad diarreica aguda en la primera infancia

En el año 2015 se presentaron 929 casos EDA, en menores de cinco años. La Secretaría de Salud continúa con sus acciones de promoción y prevención de la salud en el Plan de Intervenciones colectivas PIC.

Tabla 18. Tasa de morbilidad por EDA en menores de 5 años



FUENTE: Elaboración propia a partir de: Secretaría De Salud de Chía.

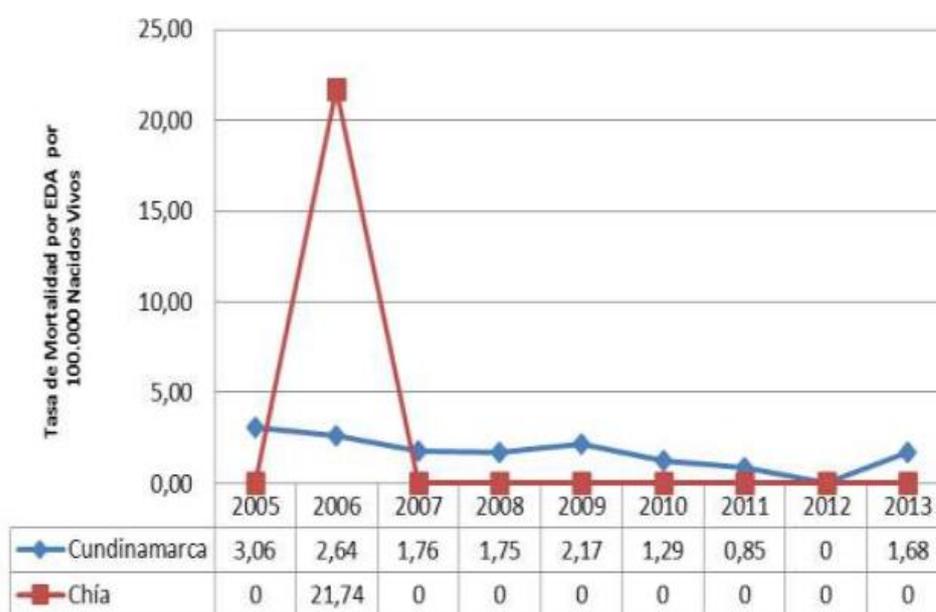
Mortalidad en el municipio de Chía

En relación a la mortalidad infantil durante el período 2005 a 2013, la principal causa de defunciones fueron las enfermedades del sistema respiratorio. Tanto en niño menor de 1 año la primera causa fue por ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; en el grupo de 1 a 4 años la principal causa fue por las enfermedades infecciosas y parasitarias; en niños menores de 5 años la primera causa de defunción fue por enfermedades del sistema respiratorio.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

En Chía solo se presentó un caso de mortalidad por diarrea en el año 2006, situación que ha cambiado en los últimos años, gracias a los programas de salud y proyectos municipales.

Tabla 19. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA

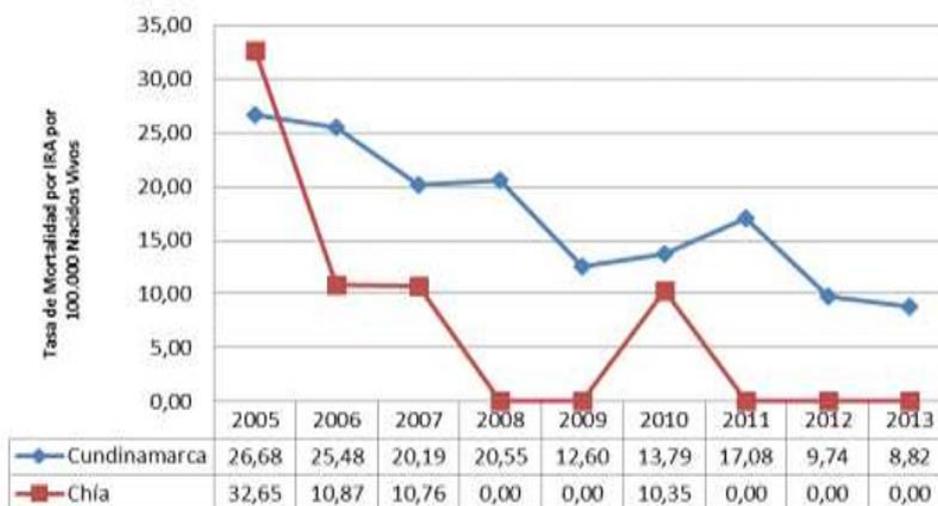


FUENTE: ASIS CHIA 2015.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda – IRA

El indicador de mortalidad por infección respiratoria aguda se ha mantenido los últimos años por debajo comparado con el departamento de Cundinamarca.

Tabla 20. Mortalidad por infección respiratoria aguda – IRA



FUENTE: ASIS CHIA 2015.

ACCIONES INDIVIDUALES

Formulación del Proceso De Atención de Enfermería Preventivo.

Se inició el diseño del proceso de atención de enfermería preventivo para la atención integral de la primera infancia con énfasis en evaluar el nivel de conocimiento de los padres y/o cuidadores principales acerca de los factores de riesgo y factores protectores acerca de ERA, EDA. Esta herramienta está conformada por un objetivo principal el cual debe ser claro para el profesional de enfermería.

Empieza con la valoración y anamnesis; cuenta con una tabla dividida por ítems considerados importantes, mediante la investigación teórica realizada, ya que al ejecutar una intervención frente a estos se podrá evitar el inicio de una EDA o una ERA (anexo 1). La identificación de factores de riesgo se hará por medio de la ficha técnica utilizada por el personal auxiliar de enfermería.

Una vez identificados los factores de riesgo, se profundiza en la evaluación del conocimiento del cuidador por medio de preguntas, y al encontrar falencias en las respuestas dadas, el profesional puede generar un diagnóstico, para luego generar un plan de cuidados basado en la educación por medio de Rotafolios, (previa elaboración), con los temas claves que aborda el PAE (anexo 2), los

cuales se consideran de gran importancia. Finalizando con una evaluación la cual se debe realizar para verificar el aporte positivo de sus intervenciones.

ACCIONES COLECTIVAS EN LOS JARDINES PUBLICOS Y PRIVADOS DEL MUNICIPIO DE CHIA

Implementación de estrategias educativas fundamentadas en bases teóricas.

I. Obra teatral “Peter Pan en la isla de la salud y el bienestar”

La obra teatral es dirigida a diferentes jardines tanto privados como públicos del municipio de Chía, con temáticas a cerca de salud oral, actividad física, nutrición, salud mental, salud sexual y reproductiva, aseo personal o higiene y cambios de estilos de vida saludables; de este modo se brinda educación de manera dinámica, con material didáctico y canciones infantiles, que contribuyen en el desarrollo y descripción de cada temática. Además, cuenta con la participación de profesionales en áreas de Odontología, Psicología, Licenciatura en educación física y Enfermería.

De esta manera, se utiliza una estrategia que las investigaciones pedagógicas recomiendan y es la obra teatral aliada al juego y al canto; así mismo los niños absorben las imágenes que les rodean, aprenden de una manera más divertida, ya que al momento de recordar la canción, el juego o los protagonistas recordaran la enseñanza y la importancia de llevarlo en práctica, esto también permite aprender en familia y con sus amigos.



POBLACIÓN OBRA DE TEATRO – JARDINES MARZO Y ABRIL

Nombre del jardín	Fecha de la actividad	Niños 0 a 5 años	Niñas 0 a 5 años	Valor total
Talentedos	13/03/18	29	20	49
Semillitas	11/04/18	26	24	50
Casita de los sueños	18/04/18	28	15	43
Aprendiendo a jugar	17/04/18	36	24	60
CDI Fonquetá	03/04/2018	32	25	57
CDI Cafam	04/04/2018	28	35	63
Sol y luna	12/04/2018	21	27	48
Total		200	170	

II. Educación a cuidadores

Actividad en la cual se brinda educación a los maestros de los diferentes jardines del municipio, por medio de ayuda visual acerca de la temática enfermedades inmunoprevenibles, recalcando en ellos la importancia de las vacunas en los niños menores de 5 años; una vez realizada la educación se realiza una evaluación del tema por medio de un concétrese. Esta actividad está sustentada por la teoría dicha previamente, en la que se establece, que el educar al adulto encargado del cuidado del niño, es una importante labor de enfermería dentro del proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Adicional, se da respuesta a la educación en salud en la cual la OMS establece, que garantizar la educación a los cuidadores de los infantes, es contribuir por el bienestar y desarrollo del infante.



POBLACIÓN SESIÓN EDUCATIVA DOCENTES O CUIDADORES MARZO Y ABRIL

Nombre del jardín	Fecha de la actividad	Total de población asistente	19 a 28 años	29 a 59 años
Semillitas	12/03/18	F:6	2	4
Casita de los sueños	03/04/18	F:9	5	4
Talentedos	05/04/18	F:4	3	1
Aprendiendo a jugar	13/04/18	F:5	3	2
Samaria	17/03/17	F: 7	4	3
Total		31	17	21

Durante el proceso de intervenciones colectivas se entrega una encuesta de satisfacción a alguno de los participantes; La encuesta consta de un par de preguntas cerradas y abiertas para llevar a cabo la evaluación de la intervención educativa realizada por el personal de salud. (Anexo 3)

ANALISIS

Por otro lado se realizó un análisis por cada respuesta obtenida de las encuestas de satisfacción, el cual se presenta a continuación.

Encuesta de satisfacción población participante

Se encuestaron 13 personas que asistieron a las distintas actividades educativas en los jardines mencionados anteriormente.

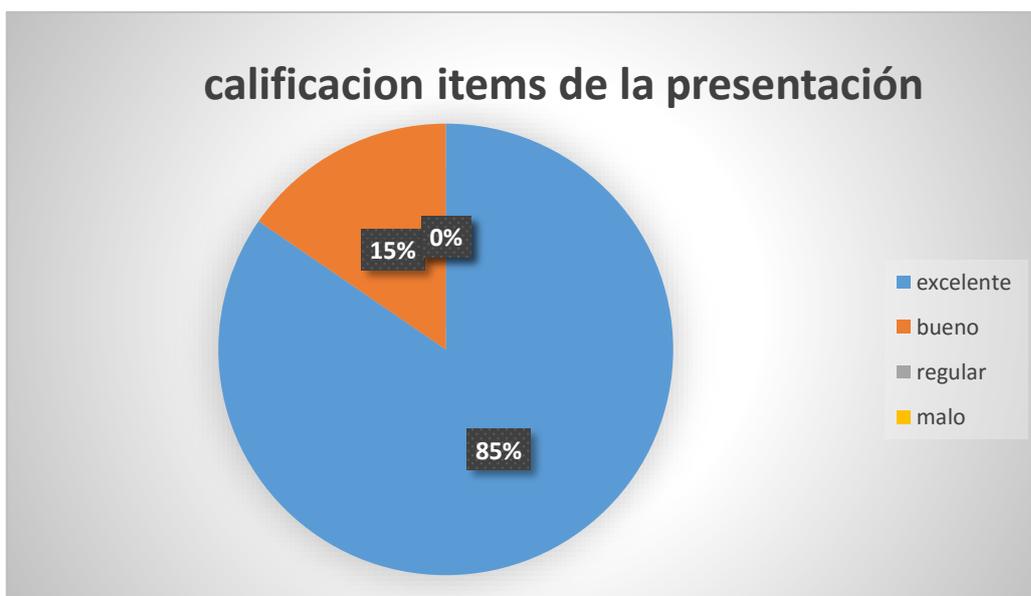
1. Califique los expositores en los siguientes aspectos: (favor marcar con una x) excelente, bueno, regular, malo.

Dentro de los ítems a evaluar se encuentran:

- a. Profundidad en el manejo del tema
- b. Orden de la presentación
- c. Claridad de la exposición
- d. Capacidad para motivar
- e. Material didáctico utilizado
- f. Aclaración de dudas
- g. Puntualidad
- h. Manejo de tiempo

La mayoría de personal (85% =11 personas), califica como excelente todos los ítems anteriores, sigue un grupo de 2 personas que califican como bueno. En ninguna de las encuestas realizadas se pudo encontrar una calificación de

regular o malo, lo que significa que la actividad realizada está causando un impacto positivo en la población.



2. Esta usted satisfecho con el cumplimiento de los objetivos del evento?

El 77 % (10) de las personas encuestadas consideran que el cumplimiento de los objetivos fue bastante y el 23 %, que corresponde a 3 personas, considera que fue suficiente. Respecto a si el cumplimiento de los objetivos fue muy poco cero personas opto por esta respuesta.



Dentro de esta pregunta se hace un interrogante del porque cree que el cumplimiento de los objetivos fue bastante o suficiente o muy poco con el fin de justificar la respuesta. A continuación se describen algunas respuestas textuales de las personas participantes a la pregunta:

Manejan temas que deben ser entendidos por los niños.
Su creatividad motiva a los niños a aprender más.
Integran la didáctica con temas de salud muy importantes.
Los temas son muy entendibles.
Llamativo, alegre, acorde el vocabulario a la edad de los niños.

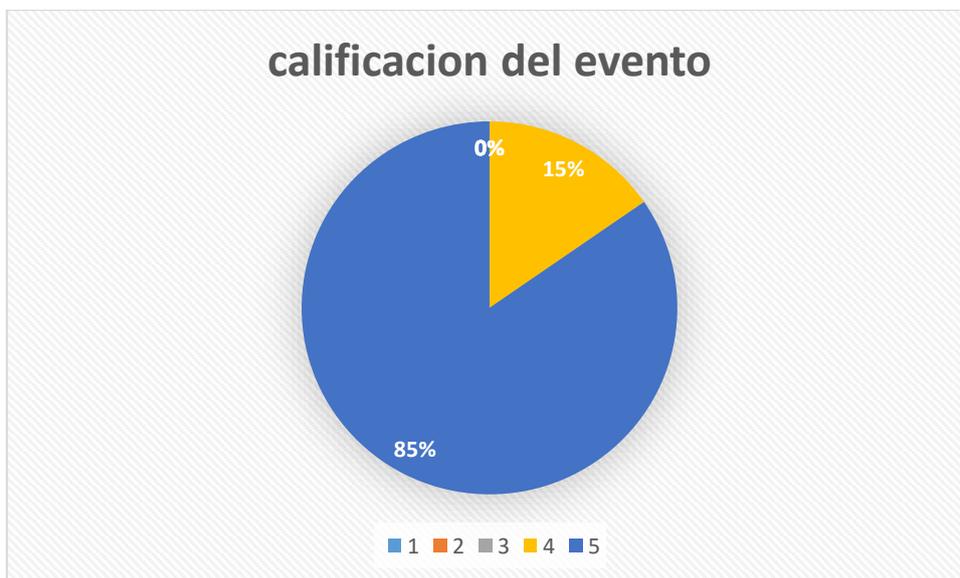
3. como se enteró del evento

Las personas encuestadas responden textualmente.

Programación CDI
El grupo de la secretaria nos informo
Coordinación
Secretaria
Enfermería

4. Que calificación le da al evento?

El 85 %, que corresponde a 11 profesionales, considera que el evento tiene una calificación de 5, mientras que el 15 % (2 personas) consideran que 4.



5. sugerencias.

Las personas encuestadas responden textualmente.

Que continúen trabajando con la primera infancia
Ninguna
Muy buena presentación
Excelente actividad

CONCLUSIONES

- I. Dada la alta carga de morbilidad de la primera infancia por enfermedades prevalentes y el poco impacto que ha tenido la implementación de las diferentes estrategias por el personal del grupo AIEPI, por tal motivo surge una necesidad de fortalecer las competencias individuales y colectivas del personal de enfermería mediante la sustentación teórico-pedagógica de las estrategias educativas para la primera infancia y la formulación de un PAE preventivo
- II. Investigaciones actuales sobre enfermería indican que la herramienta que por excelencia usan los profesionales de Enfermería, para desarrollar un adecuado plan de cuidados según las necesidades individuales y colectivas de una comunidad, es el PAE (proceso de atención de Enfermería), el cual debe ser integrado en el contexto comunitario teniendo en cuenta que permite identificar factores potenciales, a los cuales se les puede dar intervención por medio de educación en Salud.
- III. Las estrategias educativas son de gran utilidad para Enfermería, a la hora de brindar educación a padres, cuidadores principales, docentes, niños y otros espectadores, ya que por medio de estas, se genera promoción de la salud a través de la concienciación de adoptar prácticas saludables. Por ello es importante valerse de referentes teóricos (Nola pender) y pedagógicos para elegir estrategias acordes al grupo etario que se desee educar.
- IV. La población del municipio demanda de programas educativos los cuales brinden temáticas relacionadas con pautas de crianza para padres, además estimule en los menores la importancia de adoptar prácticas saludables, acción que se debe llevar a cabo tanto en jardines como en sus propios hogares.

ANEXOS

Anexo 1. Proceso de atención de enfermería preventivo para EDA y ERA.

<p>ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de alimentos considera son nutritivos y energéticos? • ¿Cada cuánto alimenta al niño? • ¿Cuándo el niño tiene diarrea, cada cuánto lacta al niño o qué tipo de alimentos le da? • ¿Si el niño tiene gripa, que tipo de alimentos le da? • ¿Qué medidas toma en cuanto a la alimentación, si el niño está deshidratado? • ¿Qué remedios caseros utiliza en caso de diarrea? • ¿Qué remedios caseros utiliza en caso de gripa? • ¿Considera bueno darle antipiréticos o jarabes a los niños con gripa? <p>Exposición física:</p> <p>a. Observe con detenimiento la vivienda y el entorno.</p> <p>b. Si es posible, observe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo la madre lacta a su hijo? • Revisión de carne de vacunas. • ¿Cómo es la preparación de los alimentos? • El manejo del tetero del niño y la dispensa de alimentos. • La técnica de lavado de manos <p>c. Valoración física del niño: cepillo de dientes.</p> <p>2. DIAGNÓSTICOS SEGUN LAS NECESIDADES HALLADAS</p> <p>a. Identificación de desconocimiento en alguno de los ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - <p>b. Planteamiento de diagnósticos sugeridos (NANDA)</p> <p>1.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Conocimientos deficientes DEFINICIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico</p> <p>CARACTERÍSTICA 1 Y FACTORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento insuficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento inexacto de las instrucciones <p>2.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Lactancia materna ineficaz DEFINICIÓN: Dificultad en el suministro de leche a un bebé o un niño directamente de los pechos, lo cual puede afectar al estado nutricional del lactante/niño</p> <p>CARACTERÍSTICA 1 Y FACTORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad del lactante de coger correctamente al pecho • Falta de respuesta a otras medidas de confort • Conocimiento insuficiente de los padres acerca de la importancia del amamantamiento • Ansiedad materna <p>3.</p> <p>DIAGNÓSTICO: Contaminación DEFINICIÓN: Exposición a contaminantes ambientales en dosis suficientes para causar efectos adversos para la salud</p> <p>CARACTERÍSTICA 1 Y FACTORES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas inadecuadas de higiene doméstica • Prácticas inadecuadas de higiene personal • Efectos gastrointestinales de la exposición a agentes biológicos • Efectos pulmonares de la exposición a agentes biológicos • Efectos pulmonares de la exposición a la polución <p>3. PLANEACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y METAS DE CUIDADO</p> <p>a. Planeación personal:</p> <p>b. NOC (Criterios de Resultado o Meta propuesta) sugeridos.</p>										
<div style="text-align: center;">  <p>UNIVERSIDAD DE LA SABANA FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION PROYECTO DE GESTION X SEMESTRE</p> </div> <p>PAE PREVENTIVO</p> <p>Objetivo: Identificar desconocimiento por parte de los padres o cuidadores principales de los infantes menores de 5 años, en el cuidado en casa y de esta manera fortalecer la promoción de salud y prevención de la enfermedad por medio de estrategias educativas de Educación</p> <p>1. VALORACION</p> <p>Anamnesis:</p> <p>a. ¿Quién se encarga del cuidado general del niño?</p> <p>b. Nivel de educación del cuidador principal:</p> <p>c. El niño ha estado hospitalizado por EDA o IRA, en alguna ocasión:</p> <p>d. De acuerdo con la ficha de caracterización ESTRATEGIA AIEPI ya diligenciada, resalte que factores de riesgo existen, según el ítem:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">TEMAS CLAVES</th> <th style="width: 50%;">Factores de riesgo existentes o potenciales</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Lactancia y Vacunas</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Problemas ambientales y de higiene</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Presencia de signos de enfermedad en el niño o algún integrante del hogar</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Alimentación</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TEMAS CLAVES	Factores de riesgo existentes o potenciales	Lactancia y Vacunas		Problemas ambientales y de higiene		Presencia de signos de enfermedad en el niño o algún integrante del hogar		Alimentación		<p>e. De acuerdo a la tabla anterior, si encontró factores de riesgo, profundice el conocimiento del entrevistado/a, según el ítem:</p> <p>LACTANCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios y factores protectores de la lactancia materna • ¿Cuánto tiempo de exclusividad debe tener la lactancia y hasta que edad, es aconsejada? • ¿Qué tiene en cuenta para lactar? (signos de agarre y posiciones) • ¿Cómo extrae y almacena la leche materna? <p>VACUNAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Para qué sirven las vacunas? • ¿Qué vacunas recuerda tiene su hijo? • ¿Cómo ayuda la vacuna contra el rotavirus, influenza y neumococo, a su hijo? <p>PROBLEMA AMBIENTALES Y DE HIGIENE</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas personas habitan la vivienda? • ¿Qué utiliza para lavarse las manos y en qué momento considera es importante lavarse las manos? • ¿Qué cuidados considera importantes con el agua y su consumo? • ¿En cuánto tiempo considera se debe dejar el agua para que hierva? • ¿Cómo limpia el biberón, chupo o teta? ¿El biberón es para uso exclusivo de leche? • ¿Por qué considera importante que las mascotas estén desparasitadas? <p>PRESENCIA DE SIGNOS DE ENFERMEDAD EN EL NIÑO O ALGUN INTEGRANTE DEL HOGAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo sabe cuándo el niño está enfermo? • ¿Cuándo considera propicio llevar al niño al centro de salud? • ¿Qué medidas toman cuando se enferma un integrante de la familia de gripa? • ¿Cómo se puede contagiar la gripa? ¿Qué cuidados se debe tener? • ¿Qué medidas toman cuando se enferma un integrante de la familia de diarrea? • ¿Qué puede causar la diarrea? ¿Qué cuidados se debe tener? • ¿Cómo reconoce, si el niño está deshidratado? • ¿Cuánto tiempo se puede usar un tapabocas convencional? • ¿Cómo se realiza un lavado nasal? • ¿Cómo protege al niño ante los cambios de temperatura?
TEMAS CLAVES	Factores de riesgo existentes o potenciales										
Lactancia y Vacunas											
Problemas ambientales y de higiene											
Presencia de signos de enfermedad en el niño o algún integrante del hogar											
Alimentación											

<p>1.</p> <p>RESULTADO: CONOCIMIENTO: FOMENTO DE LA SALUD DEFINICIÓN: Grado de conocimiento transmitido sobre la información necesaria para conseguir y mantener una salud óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conductas que promueven la salud. • Inmunizaciones recomendadas. • Estrategias para evitar la exposición a riesgos ambientales. • Fuentes acreditadas de información sobre promoción de la salud. • Prácticas nutricionales saludables. <p>2.</p> <p>RESULTADO: CONOCIMIENTO: LACTANCIA MATERNA DEFINICIÓN: Grado de conocimiento transmitido sobre la lactancia y la alimentación del lactante durante la lactancia materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la lactancia materna. • Técnica adecuada para amamantar al bebé • Técnicas adecuadas de extracción y almacenamiento de la leche materna. <p>3.</p> <p>RESULTADO: CONDUCTA \$ DE SEGURIDAD PERSONAL DEFINICIÓN: Acciones personales para prevenir lesiones físicas no intencionadas a uno mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza estrategias para prevenir enfermedades transmisibles. • Utiliza estrategias para evitar los contaminantes ambientales. <p>4. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)</p> <p>a. Intervenciones autónomas del Enfermero:</p> <p>D. NIC sugeridos</p> <p>1.</p>	<p>INTERVENCIÓN: Educación para la salud DEFINICIÓN: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diario. • Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta <p>2.</p> <p>INTERVENCIÓN: Asesoramiento en la lactancia DEFINICIÓN: Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar los materiales educativos que sean necesarios. (Londrillo) • Informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna (Educación) <p>3.</p> <p>INTERVENCIÓN: Manejo ambiental: seguridad DEFINICIÓN: Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos) • Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales. <p>5. EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA</p> <p>a. Se debe realizar antes y después de las intervenciones</p> <p>CONOCIMIENTOS DEFICIENTES</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntaje</th> <th>Item</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Ningún conocimiento</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Conocimiento escaso</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Conocimiento moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Conocimiento sustancial</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Conocimiento extenso</td> </tr> </tbody> </table>	Puntaje	Item	1	Ningún conocimiento	2	Conocimiento escaso	3	Conocimiento moderado	4	Conocimiento sustancial	5	Conocimiento extenso
Puntaje	Item												
1	Ningún conocimiento												
2	Conocimiento escaso												
3	Conocimiento moderado												
4	Conocimiento sustancial												
5	Conocimiento extenso												

<p>LACTANCIA INEFICAZ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntaje</th> <th>Item</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Ningún conocimiento</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Conocimiento escaso</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Conocimiento moderado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Conocimiento sustancial</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Conocimiento extenso</td> </tr> </tbody> </table> <p>CONTAMINACIÓN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Puntaje</th> <th>Item</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Nunca demostrado</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Raramente demostrado</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Frecuentemente demostrado</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Siempre demostrado</td> </tr> </tbody> </table>	Puntaje	Item	1	Ningún conocimiento	2	Conocimiento escaso	3	Conocimiento moderado	4	Conocimiento sustancial	5	Conocimiento extenso	Puntaje	Item	1	Nunca demostrado	2	Raramente demostrado	3	A veces demostrado	4	Frecuentemente demostrado	5	Siempre demostrado	<p>BIBLIOGRAFIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. OMS. Enfermedades diarreicas. [Internet]. Ginebra, Suiza. 2018 [actualizado 2018; citado 08 Abril 2018] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/ 2. Ministerio de Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) para prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de 5 años. [Internet]. Bogotá. 2013 [citado 08 de Abril de 2018] Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sitios/Repositorio/Conv_500/GPC_diarrea/gpc_diarrea_completa.aspx 3. Ministerio de Protección Social. Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). [Internet]. Bogotá. 2018 [citado 08 de Abril de 2018] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Infecciones-Respiratorias-Agudas-(IRA).aspx 4. Jijang M, Huertas E, Oliva H. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. Rev. peruana panacea [Internet]. 2014 [citado 08 de Abril de 2018]; 4(2): 51-55. Disponible en: http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/142/115 5. Londrillo A, Mejía S, Gómez J. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calica, Colombia. Scielo [Internet]. 2008 [citado 08 de Abril de 2018]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/sap/2009.v11n1/72-81/es/
Puntaje	Item																								
1	Ningún conocimiento																								
2	Conocimiento escaso																								
3	Conocimiento moderado																								
4	Conocimiento sustancial																								
5	Conocimiento extenso																								
Puntaje	Item																								
1	Nunca demostrado																								
2	Raramente demostrado																								
3	A veces demostrado																								
4	Frecuentemente demostrado																								
5	Siempre demostrado																								

Anexo 2. Rotafolio

1 ROTAFOLIO PREVENCIÓN EDA Y ERA

2 ¿QUE ES LA LACTANCIA MATERNA?

3 Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para su crecimiento y desarrollo saludable.

4 ¿Por qué es el momento de la lactancia de los niños? ¿Cómo se realiza?

5 ¿Cómo se realiza la lactancia materna?

COLOMBIA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

ROTAFOLIO PREVENCIÓN EDA Y ERA

Anexo 3. Encuesta de satisfacción

**INFORME ENCUESTAS DE SATISFACCION AL USUARIO
SECRETARIA DE SALUD**

INFORMACION BASICA

NOMBRE APELLIDO: _____

DIRECCION _____ TELEFONO _____

Señor usuario para nosotros es muy importante conocer el concepto que tiene acerca del servicio de de la Secretaría de Salud, por esta razón queremos solicitarle que diligencie la presente encuesta. Gracias por ayudarnos a mejorar el servicio.

1. Califique las exposiciones en los siguientes aspectos: (Favor marcar con una x)

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
Profundidad en el manejo del tema				
Orden de la presentación				
Claridad de la exposición				
Capacidad para motivar				
Material didáctico utilizado				
Aclaración de dudas				
Puntualidad				
Manejo del tiempo				

3. Está usted satisfecho con el cumplimiento de los objetivos del evento?

Muy poco Suficiente Bastante

Por qué? _____

4. ¿Cómo se enteró del evento?

5. Qué calificación general le merece a usted el evento? De 1 a 5

6. Para nosotros, sus comentarios son muy importantes, por favor háganos sus sugerencias, estamos mejorando para usted.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



SECRETARIA DE SALUD

Secretaría de Salud, Sede Cto 11 #17-58, Colonia: BNAHUA Del.

3001, Telefax 8635199.
 Página Web www.cdmx.salud.gob.mx email: secretariadesalud@salud.gob.mx
 Dirección responsable: Carrera 11 No. 11-39

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Código Internacional de Enfermería. Código deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. Ginebra, SZ. 2006.[citado 04 de marzo de 2018] Disponible en: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
2. Sanchez A. Enfermería comunitaria. Manuales de enfermería. Vol N° 9, 11 Junio del 2014. 60 pag. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=D23IAwAAQBAJ&hl=es&source=gbs_navlinks_s
3. OMS. El ejercicio de la enfermería. [Internet]. Ginebra. 1996 [citado 04 de Marzo de 2018] Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41914/9243208608_spa.pdf?sequence=1
4. Organización Mundial de La Salud, Unicef. El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: Un documento de debate. Ediciones de la OMS, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78590/1/9789243504063_spa.pdf
5. Arango, M. La atención integrada de las Enfermedades Revalentes de la Infancia y la Enseñanza en las ciencias de la salud. Act. Pediátricas. Vol 12 N° 2. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/act-pediatricas/volap-122/actualiza-pediat12202editorial/>
6. Ministerio de salud y protección social. Acciones en salud pública para la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda – IRA. Circular N° 000023 DEL 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-23-de-2017.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (asis). Bogotá D.C., Colombia, 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
8. Parra D, Gonzales D, Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Elseiver [Internet].2016 [citado 04 de marzo de 2018]. Disponible en:https://ac.els-cdn.com/S1665706316300665/1s2.0S1665706316300665main.pdf?tid=7e4e4630-0cea-4731-a41fd2af86b0b36e&acdnat=1523735521_2c75fd7fa107fa22bfa84d2eae8cf51a
9. Constitución Política de Colombia 1991. Edición especial preparada por la Corte Constitucional Consejo Superior de la

- Judicatura. Actualizada con los Actos Legislativos a 2016.
Disponible en:
<http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>
10. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Gobierno de Colombia: [actualizado 25 Julio 2014; citado 28 Feb 2018] Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/infancia-y-adolescencia.aspx>
 11. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Gobierno de Colombia: [actualizado 23 Sept 2015; citado 04 Mar Feb 2018] Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>
 12. Ministerio de Educación Nacional [Internet]. MinEducación. Colombia: [actualizado 30 Jun 2015; citado 03 Mar Feb 2018] Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/article-177829.html>
 13. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. (febrero 25) Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
 14. Constitución Política, Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001 (diciembre 21). Disponible en: http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty?jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4lGZ8wI0wPRjrgitLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=%2FOCS%2FMIG_5817363.PDF%2F%2FIdcPrimaryFile&revision=latestreleased
 15. Constitución Política. Decreto N°4875 de 2011. Se crea la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia (AIEPI) y la Comisión Especial de Seguimiento para la Atención Integral para la Primera Infancia Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-177829_archivo_pdf_decreto4875.pdf
 16. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Se reforma el sistema general de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
 17. Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Gobierno de Colombia: [actualizado 23 Sept 2015; citado 04 Mar Feb 2018] Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/pol%C3%ADticas-sociales-transversales/Paginas/infancia-y-adolescencia.aspx>

18. Castro, A. Ezquerro, M. Argos, J. Fundamentos teóricos de la Educación Infantil.[Internet].Vol. 25. Ed. Universidad de Cantabria; 2017. [Citado 07 de abril de 2018];Disponible en: <https://www.google.com.co/search?hl=es&tbo=p&tbm=bks&q=isbn:8481028231>
19. Sarramona, J. Concepto de Educación. Fundamentos de educación. CEAC, España, Pag 27 – 29. Disponible en: <https://www.uv.mx/personal/rdegasperin/files/2011/07/Antologia.Comunicacion-Unidad1.pdf>
20. León, A. Qué es la educación. Educere, vol. 11, núm. 39, octubre-diciembre, 2007, pp. 595-604, Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>
21. Vilafranca, I. La filosofía de la educación de Rousseau: el naturalismo eudamonista. d'Història de l'Educació. Núm. 19 (gener-juny, 2012), pág. 35-53. Disponible en: <file:///C:/Users/asus/Downloads/Dialnet-LaFilosofiaDeLaEducacionDeRousseau-4172907.pdf>
22. Ocampo, D, Arango M.La educación para la salud: “Concepto abstracto, práctica intangible”. Rev Univ. Salud. 2016;18(1):24-33. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v18n1/v18n1a04.pdf>
23. Diaz Y, Perez J, Baez F, Conde M. Generalidades sobre promoción y educación para la salud. Scielo. 2012; 28(3): 299-308. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2012/cmi123i.pdf>
24. Martínez M, Olivos M, Gomez D, Cruz P. Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. Enfermería Universitaria. 2016;13(3):142-150. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000196>
25. Islas P, Pérez A, Hernández G. Rol de enfermería en educación para la salud de los menonitas desde el interaccionismo simbólico. Enfermería Universitaria 2015;12(1):28-35 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358741842005.pdf>
26. Cofiño R, Aviño D, Belen C, Botello B, Cubillo J, Morgan J, et all. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016;30(S1):93–98. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300316>
27. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna 2011; XXXIII (1):11-14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

28. Torres M, Dandicourt T, Rodriguez A. Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr v.21 n.3-4 Ciudad de La Habana may.-ago. 2005. 31. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300007&lng=es
29. García L. Modelo de enfermería comunitaria. Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria. Vol. 9 - nº 1 enero-junio 2016. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27123/>
30. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. ENEO-UNAM. Vol 8. Año.8. No. 4. Octubre-Diciembre 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
31. Peñaranda C. La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv [Internet]. 2003 June [cited 2018 Apr 16]; 1(1): 207-230. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100008&lng=en
32. Ministerio de Educación. Desarrollo infantil y Educación Inicial. Altablero No. 49, febrero – Abril 2009. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-192419.html>
33. Cardenas A, Gómez C. Sentido de la educación inicial. Bogotá, Colombia 2014. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Documento-N20-sentido-educacion-inicial.pdf>
34. Revolución Educativa Colombia Aprende. Desarrollo Infantil y Competencias en la primera infancia. Bogotá, Colombia, Noviembre 2009. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf
35. World Health Organization. (1989). Educación para la salud: manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/iris/handle/10665/38660>
36. Unicef. Conjunto para el desarrollo del niño en la primera infancia: un cofre de tesoros lleno de actividades. New York. Disponible en: http://files.unicef.org/supply/Activity_Guide_Spanishv1pdf.pdf
37. Faros Sant Joan de Déu [Internet]. Enfermedades prevalentes de la infancia. ¿Es normal que mi hijo siempre esté enfermo? [Actualizado 14 Sep 2015; citado 10 Mar 2018]. Disponible en: <http://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/enfermedades-prevalentes-infancia-normal-mi-hijo-siempre-este-enfermo>
38. Ministerio de Salud. Infección Respiratoria Aguda (IRA). Año 2016. Disponible en:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/infeccion-respiratoria-aguda-ira-2016-.pdf>
39. Paredes M. Factores de Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas en Niños Menores de 1 año. C.S. Santa Fe - Callao. 2014. Rev. Peru. Obstet. Enferm. 11 (1) 2015 Disponible en: <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/viewFile/735/574>
 40. Injante M, Huertas E, Oliva H. Lactancia materna exclusiva como factor de protección para infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda, en niños de 6 a 11 meses en un hospital general de Ica, Perú. Rev. med panacea [Internet]. 2014 [citado 08 de Abril de 2018]; 4(2); 51-55. Disponible en: <http://www.revpanacea.unica.edu.pe/index.php/RMP/article/view/142/11>
 41. La Nación [Internet]. La lactancia materna, clave para reducir el riesgo de enfermedades crónicas. [Actualizado 04 Agosto de 2016; citado 15 Mar 2018] Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1924463-la-lactancia-materna-clave-para-disminuir-el-riesgo-de-enfermedades-cronicas>
 42. Pinto R, González R. Vacunas e infecciones respiratorias. [Rev. Med. Clin. Condes - 2017; 28(1) 5-6]. Rev. Med. Clin. Condes - 2017; 28(1) 5-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300160>
 43. Vacunas frente a rotavirus. Panorama Actual del Medicamento 2017; 41 (403): 404-409 Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/vacunacion/Informacion-vacunacion/Documents/2017-ArticulosPAM-Sanitaria-Rotavirus.pdf>
 44. OMS. Enfermedades diarreicas. [Internet]. Ginebra, Suiza. 2018 [actualizado 2018; citado 08 Abril 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>
 45. Reina N. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico, núm. 17, diciembre, 2010, pp. 18-23. <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>