

Intervención de Enfermería Comunitaria en la atención primaria



Autores:

Flor Espinoza Carrión
Adriana Lam-Vivanco
Jovanny Santos-Luna



Ediciones
Uleam

Intervención de enfermería comunitaria en la atención primaria

Flor María Espinoza Carrión

Universidad Técnica de Machala

Machala, Ecuador;

fmespinoza@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-7886-8051>

Adriana Mercedes Lam-Vivanco

Universidad Técnica de Machala

Machala, Ecuador

alam@utmachala.edu.ec

<http://orcid.org/0000-0003-1779-7469>

Jovanny Angelina Santos-Luna

Universidad Técnica de Machala

Machala, Ecuador

jsantos@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0001-6179-106x>





Texto arbitrado bajo la modalidad doble par ciego

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Ciudadela universitaria vía circunvalación (Manta)
www.uleam.edu.ec

Dr. Marcos Zambrano Zambrano, PhD.

Rector

Dr. Pedro Quijije Anchundia, PhD.

Vicerrector Académico

Dra. Jackeline Terranova Ruiz, PhD.

Vicerrectora de Investigación, Vinculación y Postgrado

Lcdo. Kléver Delgado Mendoza. Mg

Director de Departamento de Investigación, Publicaciones y Servicios Bibliográficos

Intervención de enfermería comunitaria en la atención primaria

Autores: Flor Espinoza Carrión / Adriana Lam-Vivanco / Jovanny Santos-Luna

Primera edición - 19 de junio de 2025 - publicación digital

ISBN: 978-9942-681-45-4

Trabajo de edición y revisión de texto: Mg. Alexis Cuzme Espinales

Diagramación, edición de estilo y diseño de portada: Mg. José Márquez Rodríguez

Una producción de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, registrada en la Cámara Ecuatoriana del Libro.

Sitio Web: uleam.edu.ec

Correo institucional: diist@uleam.edu.ec

Teléfonos: 2 623 026 Ext. 255

Índice

Unidad 1	9
Fundamentos de enfermería	
Unidad 2	26
Promoción de la salud y prevención de enfermedades	
Unidad 3	44
Rol del profesional de enfermería en la comunidad	
Unidad 4	98
Programas de salud pública y estrategias comunitarias	
Unidad 5	134
Atención primaria y cuidado domiciliario	
Unidad 6	147
Evaluación y gestión de programas de enfermería comunitaria	

Prefacio

La atención primaria de salud (APS) constituye el pilar fundamental para garantizar el derecho a la salud y lograr sistemas sanitarios más equitativos, accesibles y sostenibles (World Health Organization [WHO], 2021). En este contexto, la enfermería comunitaria emerge como una disciplina esencial, no solo por su capacidad técnica y científica, sino también por su vínculo estrecho con las personas, las familias y las comunidades. Este libro, titulado *Intervención de Enfermería Comunitaria en la Atención Primaria*, nace de la necesidad de fortalecer el rol del profesional de enfermería en este nivel de atención, proporcionando una guía estructurada, basada en evidencia, y diseñada para la formación académica, el ejercicio profesional y la gestión de programas comunitarios.

La intención de escribir este libro surgió de múltiples reflexiones en el ámbito docente, clínico e investigativo sobre las crecientes demandas sociales y sanitarias en América Latina y otras regiones con sistemas de salud fragmentados. En la práctica, observamos una limitada visibilización del impacto que las intervenciones enfermería pueden tener sobre los determinantes sociales de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción del bienestar colectivo (Marmot, 2020). Este texto se concibe entonces como una herramienta académica que permita consolidar conocimientos, desarrollar habilidades críticas y proyectar acciones que contribuyan al fortalecimiento de la APS desde el enfoque comunitario.

El libro explora el papel esencial de la enfermería comunitaria, una disciplina que trasciende la mera curación de enfermedades para abordar los desafíos de salud desde una perspectiva integral y se compone de seis capítulos, cada uno de los cuales desarrolla temáticas centrales para el ejercicio profesional de la enfermería comunitaria. El primer capítulo aborda los *Fundamentos de la enfermería comunitaria*, estableciendo las bases conceptuales, éticas y legales de la disciplina. El segundo capítulo profundiza en la *Promoción de la salud y prevención de enfermedades*, destacando estrategias sostenibles para mejorar las condiciones de vida. El tercer capítulo se enfoca en el *Rol del profesional de enfermería en la comunidad*, visibilizando su función en entornos interculturales y multidisciplinarios. El cuarto capítulo desarrolla los *Programas de salud pública y estrategias comunitarias*, vinculando políticas nacionales e internacionales con el quehacer local, en este capítulo se analizarán los programas implementados por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, proporcionando una visión detallada de su impacto en la población y el papel crucial de intervención del profesional enfermero en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. El quinto capítulo, *Atención Primaria y cuidado domiciliario*, explora las dinámicas del cuidado en el hogar, especialmente en personas con enfermedades crónicas y dependencias. Finalmente, el sexto capítulo aborda la *Evaluación y gestión de programas de enfermería comunitaria*, ofreciendo herramientas para el análisis de impacto, sostenibilidad e innovación.

El alcance del libro se extiende a estudiantes de enfermería, profesionales en ejercicio, docentes universitarios, gestores de salud pública y equipos interdisciplinarios comprometidos con el bienestar comunitario. Asimismo, se busca fomentar la toma de decisiones informadas y basadas en evidencia científica, integrando marcos conceptuales actuales como el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud y la Estrategia de Atención Primaria Renovada de la OPS (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).



Este libro surge como una herramienta esencial para fortalecer la práctica del enfermero comunitario en el campo, estructurado a partir del análisis detallado de los programas oficiales del Ministerio de Salud Pública (MSP). A través de un enfoque didáctico, práctico y contextualizado, la obra traduce los lineamientos técnicos y normativos en acciones concretas, aplicables y medibles en el entorno comunitario. Por tanto, actúa como puente entre la política sanitaria y la acción en terreno, guiando al profesional de enfermería en la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones efectivas (Chamanga et al., 2020).

Consideramos que este texto es especialmente relevante en el contexto actual, caracterizado por el envejecimiento poblacional, la doble carga de enfermedades y las brechas de acceso en salud. Frente a ello, la enfermería comunitaria ofrece respuestas innovadoras y culturalmente pertinentes, que promueven la equidad, la participación social y la resiliencia comunitaria (Egry et al., 2021).

El objetivo principal de este libro es consolidar una visión integral de la intervención de enfermería comunitaria en el marco de la atención primaria, fortaleciendo el razonamiento clínico, el juicio ético y la capacidad de liderazgo de los profesionales de enfermería. Al mismo tiempo, se pretende promover un pensamiento crítico que permita analizar los contextos sociales y sanitarios en los que se desarrollan las acciones comunitarias, fomentando la autonomía profesional y la corresponsabilidad en la generación de bienestar.

Invitamos a los lectores a recorrer cada capítulo con una mirada analítica y propositiva. Este libro no pretende ser una receta única, sino una guía fundamentada en evidencia, abierta al debate, a la contextualización y a la mejora continua, pilares del pensamiento comunitario en salud.



Unidad 1

Fundamentos de enfermería

Los fundamentos de enfermería comunitaria constituyen el conjunto de principios teóricos, metodológicos, éticos y prácticos que guían la actuación del profesional de enfermería en el ámbito comunitario. Estos fundamentos permiten comprender, planificar e intervenir en la salud de las personas no solo de manera individual, sino en su contexto familiar, social y ambiental, promoviendo el bienestar colectivo.

Objetivos de aprendizaje

1. Comprender el concepto y los principios fundamentales de la enfermería comunitaria.
2. Analizar el papel de los determinantes sociales de la salud en la práctica enfermera comunitaria.
3. Reconocer y comparar distintos modelos de atención en salud comunitaria.
4. Valorar el enfoque preventivo y de promoción como eje de la atención primaria en salud.

Resultados de aprendizaje

1. Define con claridad los elementos esenciales de la enfermería comunitaria y su enfoque preventivo.
2. Reconoce y clasifica los determinantes estructurales, intermedios e individuales, y plantea ejemplos contextualizados.
3. Describe las características clave de los modelos APS, Pender y Leininger, y propone intervenciones basadas en dichos marcos.
4. Utiliza correctamente herramientas como mapas comunitarios, diagnósticos participativos o estudios de caso breves.
5. Elabora un ensayo o responde preguntas de análisis argumentativo sobre su rol en contextos comunitarios reales.



1. Fundamentos de Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria se consolida como una disciplina esencial en el fortalecimiento de la salud pública, ampliando el rol tradicional del profesional de enfermería más allá del entorno clínico. Su acción se orienta hacia la intervención directa sobre los determinantes sociales de la salud que afectan a las comunidades. En un contexto global caracterizado por desigualdades en el acceso a los servicios de salud, transiciones epidemiológicas, cambio climático y movilidad poblacional, el enfermero comunitario se erige como agente de cambio, educador, gestor y defensor de los derechos en salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022).

Este capítulo presenta los fundamentos teóricos de la enfermería comunitaria, resaltando su importancia en la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables y el empoderamiento comunitario. Además, se abordan conceptos clave como los determinantes sociales de la salud (DSS) y los modelos de atención en salud comunitaria que orientan la práctica profesional.

1.1 Definición y principios de la enfermería comunitaria

La enfermería comunitaria es una rama especializada de la enfermería que se centra en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral a personas, familias y comunidades, considerando su contexto social, cultural y ambiental (Stanhope & Lancaster, 2020). Su propósito es prevenir, educar y fortalecer capacidades locales para mantener el bienestar colectivo.

Principios fundamentales de la Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria se rige por un conjunto de principios que orientan la práctica profesional hacia una atención centrada en la comunidad, con enfoque preventivo, participativo y holístico. Estos principios no solo definen la esencia de esta rama de la enfermería, sino que también la distinguen de otras áreas asistenciales por su énfasis en el entorno social, ambiental y cultural.

a) Equidad en salud

La equidad es el principio rector de la enfermería comunitaria. Implica reconocer que no todas las personas parten de las mismas condiciones de vida, por lo que las intervenciones deben ser diferenciadas, adaptadas y justas. El objetivo es reducir las brechas de acceso y eliminar las desigualdades evitables, promoviendo condiciones equitativas para alcanzar el máximo bienestar posible en todas las comunidades (WHO, 2021).

Ejemplo: Priorizar acciones de salud en zonas rurales con acceso limitado.

b) Participación comunitaria

La enfermería comunitaria no concibe a la población como receptora pasiva de cuidados, sino como un actor protagónico en el proceso de salud. Este principio promueve la participación activa de los miembros de la comunidad en el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud. Fomenta el empoderamiento y la corresponsabilidad, facilitando que las soluciones surjan desde la realidad local.

La comunidad es un actor activo en el proceso salud-enfermedad. Se fomenta la corresponsabilidad mediante su participación en diagnóstico, planificación y evaluación de estrategias (Freire, 2005).

Ejemplo: Formación de comités barriales de salud.



c) Intersectorialidad

La salud se determina por múltiples factores. La articulación con sectores como educación, vivienda o ambiente mejora la eficacia de las intervenciones, factores que trascienden el ámbito sanitario (PAHO, 2019). La intersectorialidad implica articular acciones con otros sectores como educación, vivienda, agua potable, agricultura, entre otros. El trabajo conjunto entre instituciones y sectores promueve una respuesta integral a los problemas de salud y mejora la eficacia de las intervenciones.

Ejemplo: campañas de vacunación desarrolladas en coordinación con escuelas y gobiernos locales.

d) Atención Integral y continua

La salud es un proceso que atraviesa el ciclo vital. La enfermería comunitaria contempla acción preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa (Méndez, 2021). Este principio contempla la salud como un proceso dinámico que incluye aspectos físicos, emocionales, sociales, ambientales y culturales. La atención no debe limitarse a episodios agudos, sino extenderse a lo largo del ciclo vital, con acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. La continuidad del cuidado asegura un acompañamiento sostenido y coherente.

Ejemplo: Seguimiento domiciliario a personas con enfermedades crónicas.

e) Promoción de la salud y prevención de enfermedades

La enfermería comunitaria se anticipa al daño, promoviendo entornos saludables y reduciendo factores de riesgo. Este principio otorga prioridad a la promoción de estilos de vida saludables y a la intervención temprana, reforzando la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud (Green & Kreuter, 2005).

Ejemplo: talleres educativos sobre nutrición y actividad física en comunidades vulnerables.

f) Enfoque familiar y comunitario

La persona no se atiende en aislamiento, sino en su contexto familiar y comunitario. La intervención considera las dinámicas familiares, las redes de apoyo y los factores sociales del entorno (McMurray & Clendon, 2016). Esto permite una comprensión más profunda de las causas del problema y facilita estrategias de intervención más eficaces.

Ejemplo: Diseño de planes de cuidado familiarizados para mejorar la adherencia al tratamiento.

g) Respeto por la diversidad cultural

La enfermería comunitaria reconoce y valora la diversidad de saberes, prácticas y creencias presentes en las comunidades (Leininger, 2002). Este principio fomenta un abordaje transcultural del cuidado, que promueve el respeto mutuo, la comunicación efectiva y la adaptación cultural de las intervenciones sanitarias. Ver figura 1.1

Ejemplo: incorporar prácticas tradicionales en programas de salud intercultural.



Principio	Elemento clave	Ejemplo
Equidad	Acceso justo a la salud	Priorizar zonas rurales
Participación	Co-gestión comunitaria	Comités de salud
Intersectorialidad	Acción conjunta	Campañas con escuelas
Integralidad	Atención holística	Visitas domiciliarias
Promoción/Prevención	Estilos de vida saludables	Talleres de nutrición
Enfoque familiar	Cuidado en contexto	Planes familiares
Diversidad cultural	Respeto e inclusión	Prácticas ancestrales

Resumen Gráfico

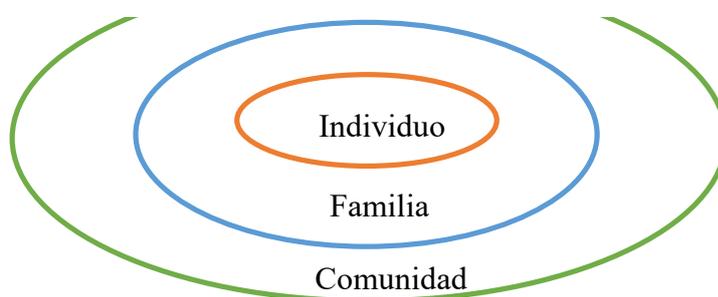


Figura 1.1. Relación entre el individuo, la familia y la comunidad en el modelo de atención enfermero comunitario
Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI).

El modelo de atención enfermero comunitario reconoce que la salud de las personas está profundamente influenciada por su entorno inmediato y colectivo. Esta relación puede visualizarse como círculos concéntricos donde el individuo se sitúa en el centro, rodeado por su familia y, a su vez, por la comunidad.

- El individuo es el sujeto principal del cuidado, con necesidades particulares que requieren atención personalizada, basada en su historia de vida, su biología y sus determinantes sociales inmediatos.
- La familia representa el primer entorno de soporte y cuidado. Su dinámica, cultura, recursos y grado de involucramiento impactan directamente en la salud individual. Por ello, el enfoque familiar permite ampliar la comprensión de los factores que afectan el bienestar de cada persona.
- La comunidad abarca los aspectos más amplios del entorno social, económico, ambiental y cultural. Incluye las redes de apoyo, los servicios disponibles, las condiciones del hábitat y los recursos colectivos. Intervenir en este nivel implica promover entornos saludables, participación social e intersectorialidad.

El diagrama circular concéntrico ilustra esta visión integrada del cuidado, en la cual el profesional de enfermería actúa en los tres niveles de manera complementaria, asegurando una atención holística, contextualizada y sostenible.



1.2 Determinantes sociales de la salud (DSS)

Según la OMS (2022), Los determinantes sociales de la salud son condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre esas condiciones. Estos factores determinan, en gran medida, las oportunidades que tienen las personas para estar sanas, acceder a servicios, desarrollarse y tener una vida digna

La enfermería comunitaria reconoce que la salud no depende exclusivamente del acceso a servicios médicos, sino de múltiples factores sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales. Por ello, comprender y abordar los determinantes sociales de la salud es crucial para diseñar estrategias efectivas que reduzcan desigualdades y mejoren la calidad de vida en las comunidades.

Clasificación de los Determinantes Sociales de la Salud

Los DSS pueden organizarse en tres niveles: Ver gráfico 1.1

A. Determinantes estructurales

Son aquellos que configuran la posición social de las personas y grupos dentro de la sociedad. Estos determinantes estructuran las oportunidades de acceso a bienes, recursos y servicios.

Ejemplos:

- Nivel de educación (analfabetismo, escolaridad incompleta).
- Ingreso económico (pobreza, empleo informal).
- Clase social (marginación, desigualdad).
- Género (brechas de atención en salud para mujeres).
- Etnicidad (discriminación en pueblos indígenas).

B. Determinantes intermedios

Son las condiciones materiales y psicosociales derivadas de los estructurales. Aquí se incluyen las condiciones del entorno y el acceso real a los servicios de salud.

Ejemplos:

- Calidad de vivienda (hacinamiento, falta de agua potable).
- Condiciones laborales (trabajo precario, exposición a riesgos).
- Acceso a servicios de salud (distancia, falta de personal).
- Redes de apoyo (aislamiento social, violencia intrafamiliar).
- Contaminación ambiental (basura, aguas residuales sin tratamiento).

C. Determinantes individuales o conductuales

Se relacionan con los conocimientos, actitudes y prácticas que la persona adopta frente a su salud, muchas veces influenciados por los determinantes anteriores.

Ejemplos:

- Alimentación inadecuada por falta de recursos o información.



- Sedentarismo por barreras físicas o culturales.
- Consumo de alcohol o tabaco por presión social o estrés.
- Escaso conocimiento sobre prevención de enfermedades.

Enfermería comunitaria y DSS

El personal de enfermería comunitaria está en una posición privilegiada para identificar y actuar sobre estos determinantes, mediante actividades como:

- Diagnóstico comunitario participativo.
- Educación sanitaria adaptada al contexto cultural.
- Articulación con programas de inclusión social.
- Promoción de políticas públicas saludables.
- Fortalecimiento del empoderamiento comunitario.

Ejemplo integrador: Caso práctico en zona rural andina

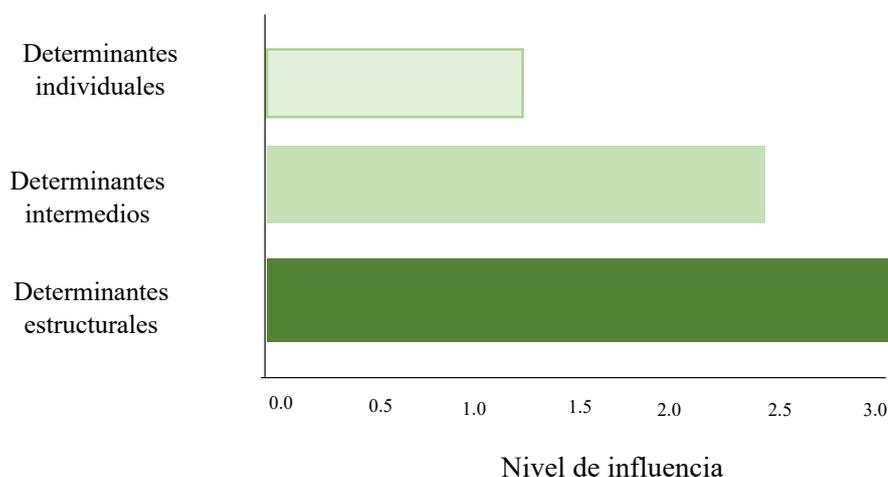
Una comunidad ubicada en una zona rural presenta altos índices de desnutrición infantil. Tras un diagnóstico comunitario realizado por el equipo de salud, se identifican los siguientes DSS:

Nivel	Determinante	Descripción
Estructural	Nivel educativo	La mayoría de las madres no ha concluido la primaria.
Intermedio	Acceso a servicios	Solo hay un puesto de salud a 20 km, sin transporte.
Individual	Hábitos alimentarios	Predominio de carbohidratos y bajo consumo de proteínas.

Intervención enfermería: El equipo de enfermería organiza talleres nutricionales adaptados a la cultura local, gestiona con autoridades transporte para controles médicos y coordina con la escuela local para promover huertos familiares.

Gráfico 1.1:

Pirámide de los determinantes sociales de la salud

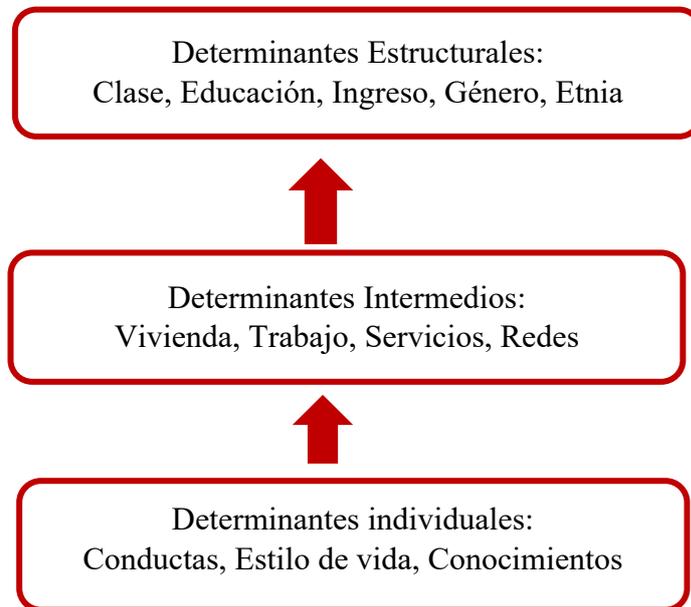


Fuente: Elaboración propia



A continuación, se evidencia un organizador gráfico tipo pirámide invertida para ilustrar cómo los determinantes estructurales condicionan a los intermedios, y estos a su vez influyen en los individuales

Modelo de Determinantes sociales de la salud



Interpretación: Los niveles superiores condicionan fuertemente los niveles inferiores. Para cambiar una conducta (nivel individual), muchas veces es necesario intervenir primero en los factores sociales y económicos que la originan.

NOTA DE INVESTIGACIÓN Atención a personas con sobrepeso y obesidad en la Atención Primaria: aportes de una especialización a distancia en la práctica médica

La obesidad es un problema de salud pública mundial. En Brasil, afecta al 24,3% de la población adulta, mientras que el 61,4% tiene sobrepeso. Tiene un gran impacto económico y en las condiciones de salud de la población. Debe ser el enfoque de las acciones de atención primaria.

OBJETIVO: Analizar la contribución de un curso de especialización a distancia en la capacitación de los médicos de la Atención Primaria de Salud para la prevención y el cuidado de personas con sobrepeso y obesidad.

MÉTODOS: Investigación evaluativa, con enfoque cualitativo y cuantitativo, realizada con 88 médicos que cursaron la especialización en atención a personas con sobrepeso y obesidad, a distancia, de 2020 a 2022, ofrecida por la Universidad de Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC). La investigación se realizó en dos momentos, sobre los resultados de la capacitación en cuanto a conocimientos, prácticas y percepciones sobre el tema, y se compararon los resultados previos y posteriores al curso. Se utilizó estadística descriptiva y analítica, aplicando la prueba de Mann Whitney y análisis de contenido para explorar los resultados cualitativos.

RESULTADOS: Se obtuvo una mejora en los indicadores analizados al comparar el pre y post curso. Con la capacitación, los médicos pudieron mejorar sus conocimientos, calificar sus prácticas profesionales en la atención a los usuarios, además de lograr una mejora en la percepción sobre su capacidad

y la del equipo para intervenir en el cuidado de personas con sobrepeso. Se destacan el aumento del conocimiento sobre la línea de atención, la inclusión de evaluaciones antropométricas en la atención y la calificación de la atención individual a los usuarios, que evolucionó del concepto “regular” a “buena” en el cuestionario final.

CONCLUSIONES: La oferta educativa puesta a disposición logró promover un mayor conocimiento sobre la línea de atención, instrucciones y materiales normativos vigentes para el cuidado del exceso de peso. Se capacitaron prácticas en los territorios de operación, con la incorporación de evaluaciones del estado nutricional y el fortalecimiento del enfoque individual, colectivo e intersectorial. Se amplió la mirada sobre la obesidad, reconociendo la relevancia del abordaje multidisciplinario y la coordinación de equipos para abordar el problema, permeada por múltiples factores y determinantes sociales.

Nota: Tomado de Lindner, Sheila Rubia; Coelho, Elza Berger Salema; Colussi, Claudia Flemming; Warmling, Deise; Araújo, Carolina Abreu Henn de; Faust, Sabrina Blasius; Portes, Virgínia de Menezes; Campos, Dalvan Antonio de. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade (Online)* ; 19(46): e-4362, 20241804. Tab Artículo en portugués | LILACS, Coleciona SUS | ID: biblio-1587512

1.3 Modelos de atención en salud comunitaria

Modelo de Atención Primaria en Salud (APS)

Propuesto en la Conferencia de Alma-Ata (1978) y reafirmado en Astana (2018), este modelo se basa en la atención integral, accesible, continua y con participación comunitaria. Se organiza en torno a las necesidades de las personas a lo largo de su vida, priorizando acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos.

Principios:

- Accesibilidad
- Participación social
- Intersectorialidad
- Prevención y promoción

Ejemplo: Programa de control prenatal en zonas rurales, con visitas domiciliarias de enfermeras, coordinación con parteras comunitarias y talleres de educación en salud materna.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Este modelo se enfoca en los factores que motivan a las personas a adoptar conductas saludables, considerando su contexto sociocultural, experiencias previas y autoeficacia. Propone que las intervenciones de salud deben centrarse en fortalecer el deseo de bienestar, más que en la prevención del riesgo (Pender, 2011).

Componentes clave:

- Percepción de beneficios y barreras



- Influencias interpersonales
- Autoeficacia

Ejemplo: Talleres comunitarios para fomentar la actividad física en adultos mayores, utilizando testimonios de pares, dinámicas motivacionales y seguimiento individualizado.

Modelo de Cuidados Transculturales de Madeleine Leininger

Este modelo parte del reconocimiento de la diversidad cultural en el cuidado de la salud. Propone que las prácticas de enfermería deben respetar los valores, creencias y costumbres de cada grupo humano. El cuidado culturalmente congruente es esencial para lograr resultados efectivos. Ver tabla 1.1 y Figura 1.2

Ejes del modelo:

- Cuidado preservador o mantenedor cultural
- Cuidado adaptador o negociador cultural
- Cuidado reestructurador o transformador cultural

Ejemplo: Adaptación de un programa nutricional para comunidades indígenas, incorporando alimentos locales, rituales tradicionales y respetando los tiempos culturales de alimentación.

Aplicación práctica en enfermería comunitaria

Los profesionales de enfermería pueden combinar elementos de varios modelos según el contexto. Por ejemplo, un programa de prevención de diabetes puede:

- Utilizar APS para garantizar acceso y control periódico,
- Integrar Pender para promover cambios de hábitos mediante educación motivacional,
- Aplicar Leininger para adecuar las recomendaciones dietéticas a las costumbres culturales.

Tabla 1.1. Comparación de Modelos de Atención en Salud Comunitaria

Modelo	Enfoque	Aplicación clave	Participación Comunitaria
APS	Integral y preventivo	Acceso universal a servicios	Alta
Pender	Motivacional	Cambio de conductas	Moderada
Leininger	Cultural	Cuidado adaptado a creencias	Alta

Fuente: Elaboración propia

Intersección de Modelos de Atención Comunitaria

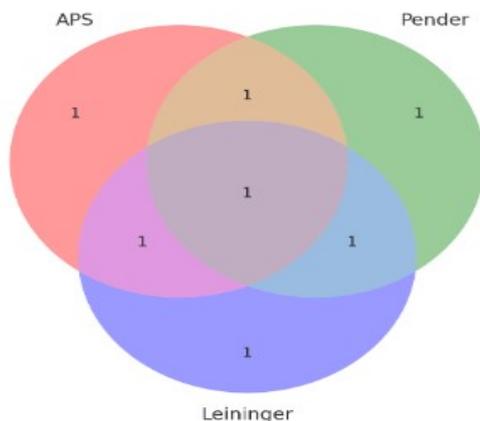


Figura 1.2. Intersección de Modelos de Atención Comunitaria

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e intercultural (MAIS-FCI)

Diagrama tipo Venn: Muestra visualmente las posibles intersecciones entre los tres modelos, destacando cómo pueden complementarse en la práctica enfermera.

Los fundamentos de la enfermería comunitaria no solo estructuran su quehacer, sino que le otorgan sentido a su misión: cuidar la salud desde la raíz, en el lugar donde vive, aprende, trabaja y se desarrolla la gente. El conocimiento de los principios, los determinantes sociales y los modelos de atención permite al profesional no solo intervenir eficazmente, sino también planificar con conciencia crítica y compromiso ético. Este capítulo establece las bases necesarias para comprender los próximos niveles de intervención que se desarrollarán en capítulos posteriores.

CASO DE ESTUDIO: BARRIO LA ESPERANZA

a) Contexto clínico y comunitario

La comunidad de La Esperanza es un barrio periurbano ubicado en una zona de expansión urbana con una población aproximada de 4.500 habitantes. La mayoría de los residentes provienen de zonas rurales, con niveles bajos de escolaridad, acceso limitado a servicios básicos y una situación económica precaria. La zona carece de un centro de salud permanente; una brigada móvil acude dos veces por semana. La cobertura de agua potable es intermitente, el saneamiento es deficiente y se reporta alta tasa de enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedades respiratorias agudas y casos crecientes de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como hipertensión y diabetes tipo 2.

b) Conjunto de datos para análisis

Indicador	Resultado
Cobertura de vacunación infantil (<5 años)	63%
Casos reportados de infecciones respiratorias agudas (IRA) en <12 años	210 en 3 meses
Incidencia de hipertensión arterial en mayores de 40 años	31%
Participación en actividades de promoción de salud	12%
Nivel de conocimiento sobre autocuidado y ECNT (encuesta)	Bajo (promedio 4/10)
Acceso a agua segura	48%
Índice de hacinamiento en viviendas	3.9 personas/habitación



c) Preguntas de evaluación y reflexión

Interpretación de datos:

1. ¿Qué determinantes sociales de la salud están más implicados en esta comunidad? Relacione con los modelos de atención comunitaria.
2. ¿Qué conclusiones puede extraer del bajo nivel de vacunación infantil? ¿Qué estrategias de enfermería comunitaria podrían fortalecer la inmunización?
3. ¿Cómo afecta el acceso limitado al agua segura en el control de enfermedades respiratorias y gastrointestinales?

Aplicación práctica:

4. Diseñe una actividad educativa dirigida a prevenir hipertensión y diabetes tipo 2 en adultos de esta comunidad.
5. Desde el modelo de atención primaria de salud, ¿cómo se organizaría una intervención intersectorial?
6. ¿Qué acciones específicas podría tomar el profesional de enfermería para empoderar a la comunidad en su autocuidado?

Sugerencias de resolución y guía interpretativa

Interpretación de resultados:

- El bajo nivel de vacunación (63%) es preocupante y puede ser consecuencia de barreras geográficas, culturales o de información. Esto requiere una estrategia basada en educación sanitaria, refuerzo comunitario y coordinación con el sistema de salud.
- La alta tasa de IRA podría estar relacionada con el hacinamiento y las malas condiciones sanitarias. Esto exige intervención en vivienda saludable, acceso a servicios básicos y vigilancia epidemiológica.
- La baja participación comunitaria y el desconocimiento sobre ECNT reflejan la necesidad de fortalecer la promoción de la salud mediante métodos participativos como el mapeo comunitario y la educación dialogada (Freire, 2005).

Posibles soluciones:

1. Educación comunitaria participativa, con líderes barriales y uso de materiales adaptados culturalmente.
2. Activación de redes intersectoriales, involucrando autoridades locales, ONG y servicios de salud para asegurar acceso regular a servicios básicos.
3. Seguimiento y evaluación comunitaria de las acciones, con indicadores simples y comprensibles para los habitantes.



Aplicación docente:

Este caso permite que los estudiantes comprendan los fundamentos teóricos (modelo ecológico, atención primaria en salud, determinantes sociales) y los apliquen en un contexto realista. Se puede emplear en simulaciones, talleres o como trabajo grupal con discusión de planes de intervención.

Revisión de contenidos

Puntos clave

1. La enfermería comunitaria es una disciplina esencial de la salud pública, cuyo objetivo es promover el bienestar de individuos, familias y comunidades, actuando sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud.
2. Su enfoque se basa en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la educación sanitaria, priorizando intervenciones integrales, preventivas, participativas y culturalmente sensibles.
3. Los principios de la enfermería comunitaria incluyen equidad en salud, atención centrada en la comunidad, respeto a la diversidad, participación social, intersectorialidad y sostenibilidad de las intervenciones.
4. El modelo de atención de enfermería comunitaria se articula con la Atención Primaria en Salud (APS), lo que implica una mirada integral, continua y coordinada de los cuidados a lo largo del ciclo vital y en todos los niveles de atención.
5. El profesional de enfermería comunitaria actúa como educador, gestor, líder y agente de cambio, fomentando el empoderamiento individual y colectivo para mejorar las condiciones de salud desde un enfoque de justicia social.
6. El trabajo interdisciplinario e intersectorial es clave en la práctica comunitaria, permitiendo abordar problemas de salud complejos y crónicos mediante la colaboración con otros actores del sistema y de la comunidad.
7. El diagnóstico comunitario y la planificación participativa son herramientas fundamentales, que permiten identificar necesidades, prioridades y recursos comunitarios para la intervención basada en evidencias y en el contexto local.
8. Los modelos teóricos aplicados a la enfermería comunitaria, como el Modelo PRECEDE-PROCEED o la Teoría del Autocuidado de Orem, ofrecen marcos conceptuales sólidos para diseñar, ejecutar y evaluar programas de salud comunitaria.
9. La investigación en enfermería comunitaria fortalece la práctica basada en evidencias, permite innovar en estrategias de intervención y visibiliza el impacto del cuidado profesional en el nivel comunitario.
10. El enfoque ético y humanista de la enfermería comunitaria promueve la defensa de los derechos en salud, el respeto a la dignidad humana y la atención con calidad y calidez en todos los contextos de vida.



Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. ¿Cuál de las siguientes definiciones describe mejor la enfermería comunitaria?

- a) Atención centrada en el paciente en el entorno hospitalario.
- b) Cuidado orientado a la prevención, promoción y atención integral en el contexto social y comunitario.
- c) Atención exclusiva a enfermedades infecciosas en poblaciones urbanas.
- d) Cuidado primario limitado a la atención familiar sin involucrar a la comunidad.

Respuesta correcta: b)

2. El principio de participación comunitaria en la enfermería comunitaria implica:

- a) Que la comunidad actúa de manera pasiva ante las intervenciones de salud.
- b) La involucración activa y corresponsabilidad de los miembros de la comunidad en su propio cuidado.
- c) Que el profesional de salud toma todas las decisiones sin consulta.
- d) Realizar intervenciones únicamente en el entorno hospitalario.

Respuesta correcta: b)

3. ¿Qué autor propone el modelo de promoción de la salud basado en la autoeficacia y los factores motivacionales?

4. ¿Cuál de las siguientes características define el Modelo de Atención Primaria en Salud (APS)?

- a) Enfoque exclusivamente curativo y de intervención hospitalaria.
- b) Énfasis en la promoción, prevención, accesibilidad y participación social.
- c) Exclusión del ámbito familiar en la planificación del cuidado.
- d) Intervenciones centradas únicamente en emergencias.

Respuesta correcta: b)

5. El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se centra en:

- a) La intervención exclusiva mediante tratamientos médicos farmacológicos.
- b) La promoción del cambio hacia conductas saludables a través de la autoeficacia y la percepción de beneficios.
- c) La eliminación completa de prácticas culturales tradicionales.
- d) La atención en entornos clínicos sin considerar el contexto social.

Respuesta correcta: b)



6. Relacione correctamente los modelos de atención con su enfoque principal:

Modelo	Enfoque Principal
1. Leininger	A. Promoción motivacional
2. Pender	B. Cultural
3. APS	C. Integral y preventivo

Opciones:

- a) 1-B, 2-A, 3-C
- b) 1-A, 2-C, 3-B
- c) 1-C, 2-B, 3-A
- d) 1-B, 2-C, 3-A

Respuesta correcta: a)

7. Relacione cada nivel de determinantes sociales de la salud con su ejemplo correspondiente:

- 1. Determinantes Estructurales
- 2. Determinantes Intermedios
- 3. Determinantes Individuales

Opciones:

- a) Hacinamiento y condiciones de vivienda.
- b) Educación, ingreso y clase social.
- c) Hábitos alimenticios y actividad física.

Seleccione la opción correcta que relacione cada nivel con su ejemplo.

- a) 1-a, 2-b, 3-c.
- b) 1-b, 2-a, 3-c.
- c) 1-c, 2-a, 3-b.
- d) 1-b, 2-c, 3-a.

Respuesta correcta: b)

8. Una intervención de enfermería comunitaria que utiliza un enfoque intersectorial implica:

- a) Trabajar de forma aislada dentro de los límites del servicio de salud.
- b) Integrar esfuerzos de salud con otros sectores, como educación, vivienda y servicios sociales.
- c) Intervenir exclusivamente en situaciones de emergencia.
- d) Limitar la acción a la consulta médica sin coordinación externa.

Respuesta correcta: b)



9. La atención integral en enfermería comunitaria abarca:

- a) Únicamente el tratamiento de enfermedades agudas.
- b) El cuidado físico, emocional, social, ambiental y cultural de la persona.
- c) Solo la atención en el entorno hospitalario.
- d) Acciones preventivas sin seguimiento de los pacientes.

Respuesta correcta: b)

10. El rol del enfermero comunitario se define principalmente por:

- a) Realizar intervenciones exclusivas en el entorno hospitalario sin tener en cuenta el contexto socio-cultural.
- b) Intervenir en el ámbito comunitario, promoviendo la salud, previniendo enfermedades y garantizando el acceso a cuidados de calidad, integrando a individuos, familias y comunidades.
- c) Centrar su labor únicamente en aspectos técnicos y administrativos.
- d) Trabajar sin considerar los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud.

Respuesta correcta: b)

Glosario de términos

Atención primaria de salud (APS)

Estrategia esencial del sistema sanitario que promueve el acceso equitativo a servicios básicos de salud, con énfasis en prevención, promoción, participación comunitaria y coordinación intersectorial

Determinantes sociales de la salud (DSS)

Factores sociales, económicos, culturales y ambientales que influyen en la salud de las personas y comunidades, como el nivel educativo, ingresos, vivienda o acceso al agua potable.

Promoción de la salud

Conjunto de acciones orientadas a fortalecer las capacidades de los individuos y comunidades para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre los determinantes que la afectan

Prevención de enfermedades

Intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de aparición de enfermedades o a minimizar sus efectos, mediante estrategias como vacunación, educación sanitaria y controles preventivos.

Diagnóstico comunitario

Proceso sistemático mediante el cual se identifican las necesidades, problemas y potencialidades de salud de una comunidad, a partir de datos epidemiológicos, socioculturales y participativos.



Empoderamiento comunitario

Proceso mediante el cual los miembros de una comunidad desarrollan habilidades y adquieren control sobre las decisiones que afectan su salud y bienestar.

Participación comunitaria

Implicación activa y continua de la comunidad en la identificación, planificación, ejecución y evaluación de acciones para el mejoramiento de la salud colectiva.

Modelo de atención en salud comunitaria

Enfoque que guía la práctica enfermera hacia una atención integral, centrada en el individuo, la familia y la comunidad, con base en principios de equidad, accesibilidad, pertinencia cultural y sostenibilidad.

Equidad en salud

Ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de las personas, que son atribuibles a condiciones sociales desiguales.

Agente de cambio

Rol del enfermero comunitario como motor de transformación social, a través de la implementación de intervenciones que impactan positivamente en la salud colectiva.

Vigilancia en salud pública

Proceso de recolección sistemática, análisis e interpretación de datos de salud, con el objetivo de planificar, ejecutar y evaluar políticas y programas sanitarios.

Educación para la salud

Estrategia educativa destinada a mejorar el conocimiento, actitudes y prácticas de las personas y comunidades, con el fin de fomentar comportamientos saludables.

Autocuidado

Conjunto de decisiones y acciones individuales que las personas realizan para mantener su salud y prevenir enfermedades, fomentado activamente por el profesional de enfermería.

Salud comunitaria

Rama de la salud pública que estudia, interviene y promueve el bienestar colectivo, centrada en las necesidades específicas de grupos humanos organizados geográficamente o socialmente.



Referencias bibliográficas

- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach*. McGraw-Hill.
- Leininger, M. (2002). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory*. Jones & Bartlett.
- McMurray, A., & Clendon, J. (2016). *Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice*. Elsevier.
- Méndez, R. (2021). *Atención primaria en salud: teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- OMS. (2022). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/health-topics/social-determinants-of-health>
- PAHO. (2019). *La intersectorialidad en la promoción de la salud*. <https://www.paho.org/es/documentos/intersectorialidad-promocion-salud>
- Pender, N. J. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6.ª ed.) Pearson.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (10.ª ed.). Elsevier.
- World Health Organization. (2021). *Equity and health*. <https://www.who.int/health-topics/health-equity>



Unidad 2

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades en comunidades representa una función esencial de la enfermería comunitaria. Esta área busca empoderar a los individuos y colectivos para mejorar su bienestar mediante la participación activa, la equidad y el fortalecimiento de los entornos saludables

Objetivos de aprendizaje

1. Comprender los fundamentos conceptuales y teóricos de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en el contexto comunitario.
2. Analizar estrategias de promoción de la salud y programas de educación sanitaria en poblaciones vulnerables.
3. Diferenciar las acciones de prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles desde la perspectiva de la enfermería comunitaria.
4. Diseñar intervenciones educativas y preventivas adaptadas a contextos comunitarios reales.

Resultados de aprendizaje

1. Aplica estrategias comunitarias de promoción de la salud de manera contextualizada.
2. Desarrolla programas de educación sanitaria adecuados a las necesidades comunitarias.
3. Diseña e implementar acciones de prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
4. Evalúa intervenciones de enfermería con enfoque preventivo y participativo.



2. Promoción de la salud y prevención de enfermedades

Promover la salud no es solo prevenir enfermedades, sino potenciar las capacidades humanas para actuar sobre los determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, empleo, alimentación y acceso a servicios básicos (Méndez, 2021). La enfermería comunitaria desempeña un rol central en este proceso al facilitar el diálogo entre la comunidad, los servicios de salud y otros actores sociales. Para lograrlo, se emplean diversas estrategias intersectoriales, participativas y adaptadas a las características culturales y sociales del grupo objetivo (World Health Organization [WHO], 2021).

2.1 Estrategias de promoción de la salud en comunidades

La promoción de la salud implica dotar a las personas y comunidades de herramientas para mejorar su bienestar físico, mental y social. Estrategias como: Incidencia Política y Autonomía comunitaria, Entornos saludables y redes de apoyo, Educación y Participación se consideran fundamentales (OMS, 1986). Ver figura 2.1

Incidencia Política y Autonomía Comunitaria

Es fundamental para empoderar a las comunidades en la toma de decisiones que afectan su salud. Esto implica:

- **Fomentar la participación ciudadana** en la formulación de políticas de salud.
- **Desarrollar capacidades** en los líderes comunitarios para abogar por sus necesidades y derechos.
- **Promover la autonomía** de las comunidades para que puedan gestionar sus propios recursos y programas de salud.

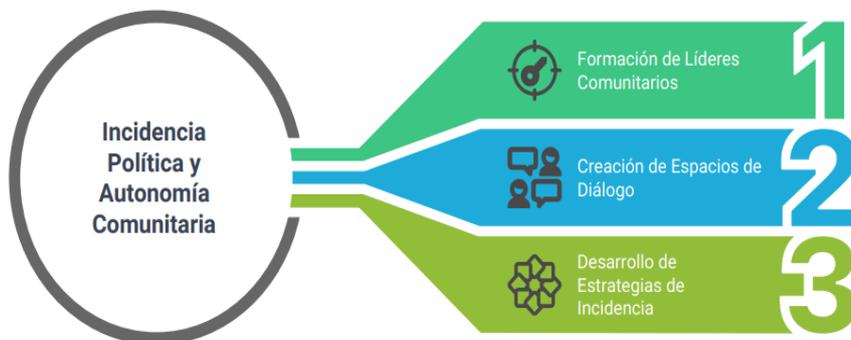


Figura 2.1. Empoderamiento de la Comunidad a través de la incidencia Política

Fuente: Manual para la facilitación de Procesos de Incidencia Política (2005)

Entornos Saludables y Redes de Apoyo

Este componente es crucial para garantizar que las comunidades cuenten con las condiciones necesarias para vivir de manera saludable. Incluye: Ver Figura 2.2

- **Desarrollo de espacios públicos** que fomenten la actividad física y el bienestar.
- **Creación de redes de apoyo** entre los miembros de la comunidad para compartir recursos y experiencias.
- **Implementación de políticas** que promuevan la salud ambiental, como el acceso a agua potable y saneamiento adecuado

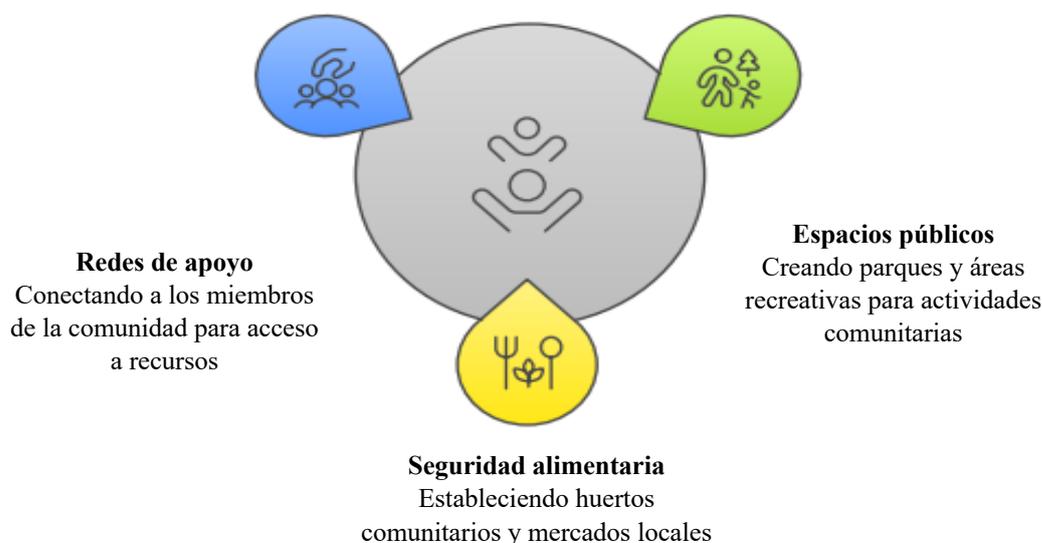


Figura 2.2. Mejorando la salud y el Bienestar Comunitario

Fuente: Plan de Mejora de la Salud Comunitaria de Marion-Polk 2021–2025.

Educación y Participación Comunitaria

En la cúspide de la pirámide se encuentra la educación y participación comunitaria, que son esenciales para fortalecer el conocimiento y la implicación de los ciudadanos en su propia salud. Este nivel abarca: Ver Figura 2.3

- **Programas de educación en salud** que informen a la comunidad sobre prevención de enfermedades y promoción de hábitos saludables.
- **Fomento de la participación activa** de los ciudadanos en actividades comunitarias relacionadas con la salud.
- **Desarrollo de habilidades** para que los miembros de la comunidad puedan ser agentes de cambio en su entorno.

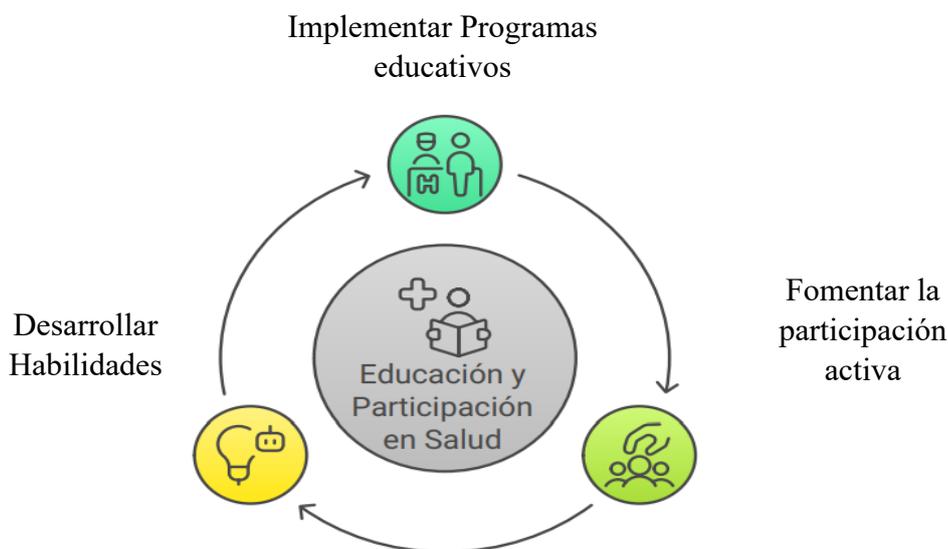


Figura 2.3. Educación y Participación Comunitaria

Fuente: La enseñanza, la gestión y la participación comunitaria en educación



La pirámide de intervención comunitaria en salud es un modelo que busca integrar diferentes elementos para mejorar la salud y el bienestar de las comunidades. Al fortalecer la incidencia política y la autonomía comunitaria, crear entornos saludables y redes de apoyo, y promover la educación y participación comunitaria, se puede lograr un impacto significativo en la salud pública. Este enfoque integral es esencial para construir comunidades más saludables y resilientes.

Rol del personal de enfermería comunitaria en la implementación de estrategias

El personal de enfermería cumple múltiples funciones: **educador/a, facilitador/a, agente de cambio y gestor/a**. Su actuación se basa en diagnósticos participativos, planificación conjunta y evaluación de impacto en salud (McMurray & Clendon, 2016). El uso de metodologías participativas (mapas parlantes, fotovoz, caminatas diagnósticas) permite comprender las realidades locales y diseñar intervenciones culturalmente pertinentes (Freire, 2005; WHO, 2022).

Estudio de caso breve: Barrio “Las Palmeras”

En una comunidad urbana periférica con alta incidencia de enfermedades respiratorias, se diseñó un proyecto de intervención en colaboración con el centro de salud y líderes barriales. Las acciones incluyeron:

- Talleres sobre prevención de infecciones respiratorias.
- Campañas de limpieza comunitaria.
- Promoción de ventilación cruzada en viviendas.
- Incidencia ante el municipio para recolección regular de desechos.

Resultado: Reducción del 30% en atenciones por infecciones respiratorias agudas en un año.

Recomendaciones clave para una estrategia efectiva

- Diagnóstico participativo: Identificar necesidades y recursos locales.
- Adaptación cultural: Ajustar los mensajes y medios al contexto social y lingüístico.
- Trabajo intersectorial: Involucrar actores gubernamentales, comunitarios y privados.
- Evaluación continua: Medir resultados e impactos para reajustar estrategias.

Las estrategias de promoción de la salud en comunidades deben ser integrales, participativas y culturalmente contextualizadas. El rol del personal de enfermería comunitaria es clave para articular conocimientos técnicos con saberes populares, y lograr intervenciones sostenibles. Estas acciones no solo mejoran indicadores sanitarios, sino que también fortalecen el tejido social y la autodeterminación comunitaria.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades representan una de las formas más costo-efectivas de mejorar la salud pública. Al integrar estrategias educativas, comunicativas y estructurales con enfoque participativo, el profesional de enfermería comunitaria actúa como mediador entre la ciencia y la comunidad, generando cambios sostenibles y culturalmente pertinentes.

2.2 Programas de educación sanitaria

La educación sanitaria es una herramienta fundamental en la promoción de la salud, orientada a transformar conocimientos, actitudes y prácticas individuales y colectivas para mejorar el bienestar. Los programas de educación sanitaria permiten una intervención planificada, sistemática y contextualizada, con el fin de fortalecer la autonomía de las personas en el autocuidado, la prevención de enfermedades y el uso adecuado de los servicios de salud (OPS, 2022; McMurray & Clendon, 2016).

Elementos de un programa de educación sanitaria efectivo:

Los programas de educación sanitaria se sustentan en principios de la educación popular, el enfoque de derechos y la promoción de la salud. Sus componentes clave incluyen:

Diagnóstico educativo

El primer paso en el ciclo es realizar un diagnóstico educativo. Esto implica identificar las necesidades de salud de la comunidad, así como las barreras y facilitadores que pueden influir en el aprendizaje. Se pueden utilizar diversas herramientas, como encuestas, entrevistas y grupos focales, para recopilar información relevante. El objetivo es entender el contexto en el que se desarrollará el programa y establecer una línea base sobre la que se pueda medir el impacto Ver figura 2.4

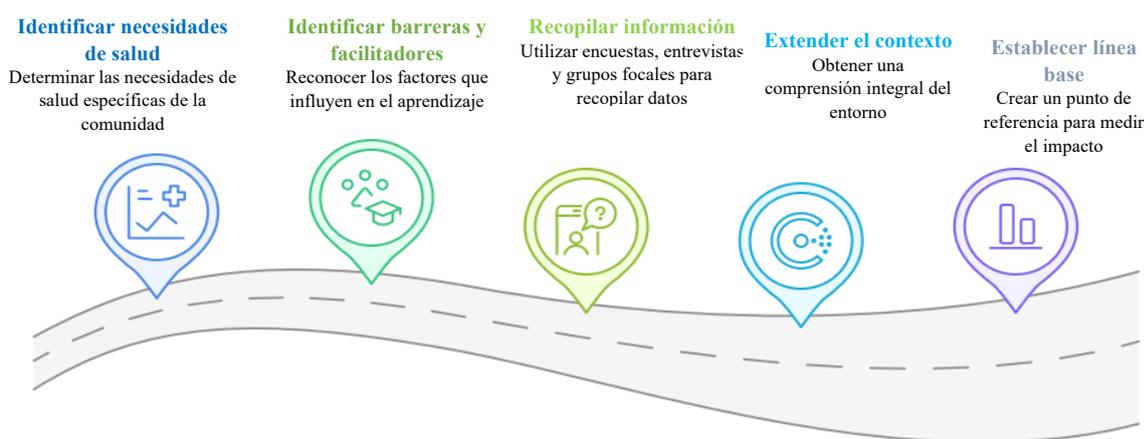


Figura 2.4. Proceso Diagnóstico Educativo
Fuente: Programas de educación para la salud

Planificación

Una vez que se ha realizado el diagnóstico, se procede a la planificación del programa. En esta etapa, se definen los objetivos específicos, el público objetivo y los contenidos que se abordarán. También se deben establecer los recursos necesarios, como materiales educativos, personal y financiamiento. Es fundamental diseñar un cronograma que contemple las diferentes fases del programa y asegure que se cumplan los plazos establecidos. Ver figura 2.5



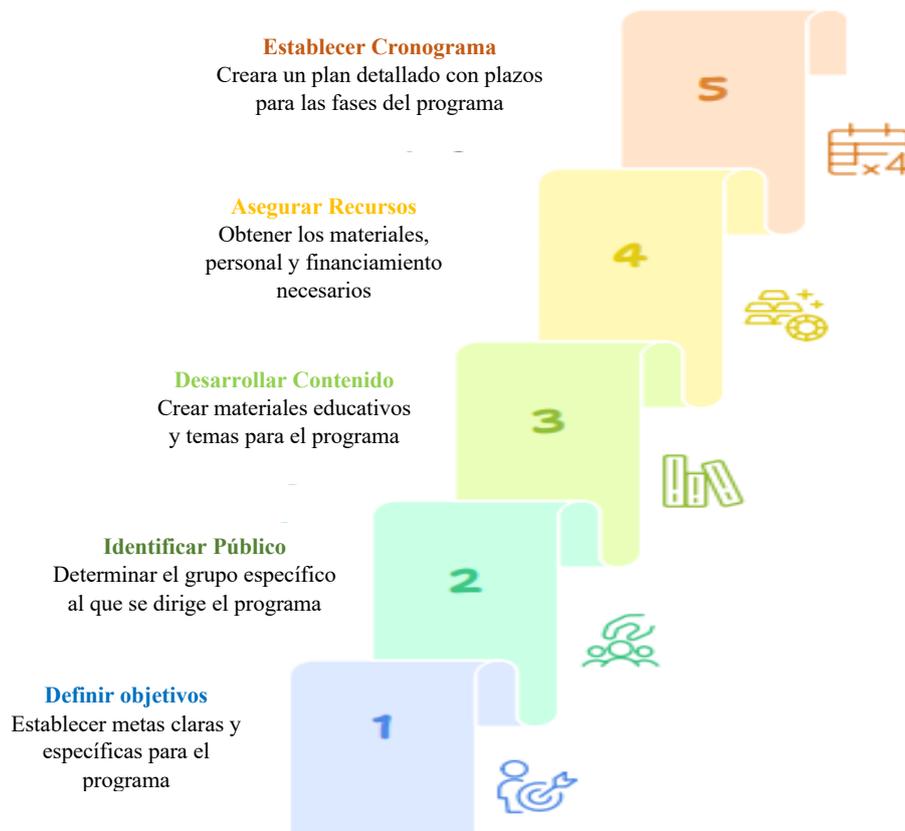


Figura 2.5. Planificación del Programa de Educación Sanitaria
Fuente: Programas de educación para la salud

Ejecución

La ejecución es la fase en la que se implementa el programa de educación sanitaria. Esto puede incluir talleres, charlas, campañas de sensibilización y otras actividades educativas. Es importante que el equipo de trabajo esté capacitado y comprometido con los objetivos del programa. Durante esta etapa, se debe fomentar la participación activa de la comunidad, asegurando que los participantes se sientan involucrados y motivados. Ver figura 2.6



Figura 2.6. Ejecución del programa de Educación Sanitaria
Fuente: Programas de educación para la salud



Metodología Participativa

La metodología participativa es clave para el éxito del programa. Esto implica involucrar a la comunidad en todas las etapas del proceso, desde el diagnóstico hasta la evaluación. Se pueden utilizar técnicas como el aprendizaje basado en problemas, dinámicas de grupo y actividades prácticas que fomenten la interacción y el intercambio de experiencias. La participación activa no solo enriquece el aprendizaje, sino que también empodera a los participantes y promueve un sentido de pertenencia ver Figura 2.7

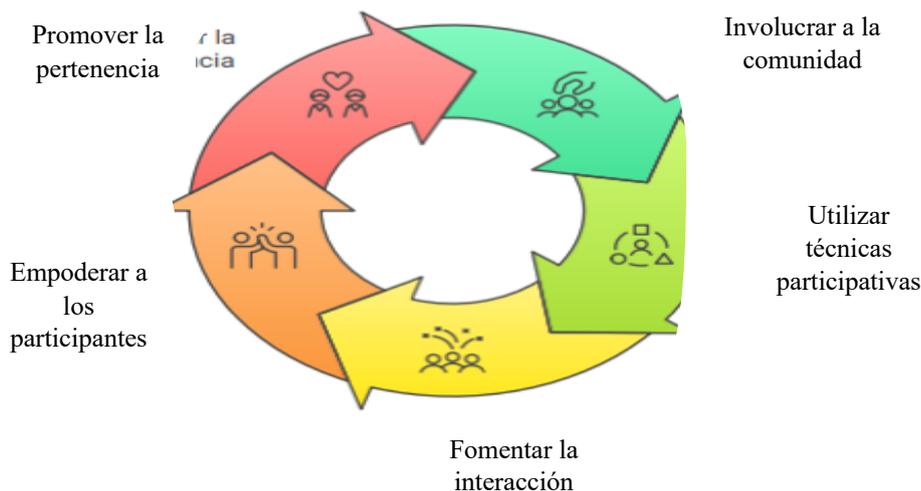


Figura 2.7. Uso de metodologías participativa
Fuente: Programas de educación para la salud

Evaluación

Finalmente, la evaluación es un componente esencial del ciclo de desarrollo. Esta etapa permite medir el impacto del programa y determinar si se han alcanzado los objetivos propuestos. Se pueden utilizar métodos cualitativos y cuantitativos para recopilar datos sobre el aprendizaje y los cambios en el comportamiento de los participantes. La retroalimentación obtenida durante esta fase es invaluable para realizar ajustes en futuras ediciones del programa y mejorar continuamente la calidad de la educación sanitaria ofrecida. Ver Figura 2.8

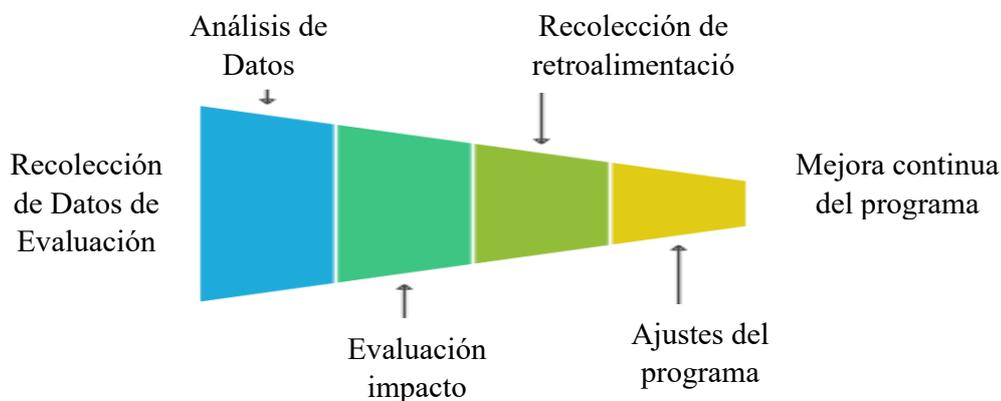


Figura 2.8. Proceso de Evaluación del Programa de Educación Sanitaria
Fuente: Programas de educación para la salud

Este ciclo de desarrollo proporciona un marco estructurado para la creación de programas de educación sanitaria efectivos y adaptados a las necesidades de la comunidad. Al seguir estos pasos, se puede



garantizar que el programa no solo informe, sino que también empodere a los participantes para que tomen decisiones informadas sobre su salud.

Tipos de Programas de Educación Sanitaria

Los programas pueden clasificarse según su enfoque, grupo etario o ámbito de aplicación. Algunos ejemplos: Tabla 2.1

Tabla 2.1. Programas de educación sanitaria

Tipo de programa	Población objetivo	Ejemplo
Prevención de enfermedades infecciosas	Población general	Jornadas de educación sobre lavado de manos
Salud sexual y reproductiva	Adolescentes y jóvenes	Talleres sobre métodos anticonceptivos
Prevención de enfermedades crónicas	Adultos mayores	Escuelas comunitarias para el autocuidado
Promoción de salud ambiental	Comunidades rurales	Educación sobre manejo de residuos y agua segura
Alimentación saludable y nutrición	Familias con niños pequeños	Charlas y demostraciones prácticas de cocina

Rol de la Enfermería Comunitaria

El personal de enfermería comunitaria no solo transmite información, sino que actúa como facilitador del aprendizaje, utilizando enfoques dialogantes y metodologías activas (Freire, 2005). Su rol es clave en: Ver Figura 2.9

- Diagnosticar necesidades educativas en salud.
- Diseñar materiales y metodologías adaptadas al contexto.
- Fortalecer el empoderamiento y participación comunitaria.
- Medir cambios en prácticas de salud a partir de la intervención educativa.

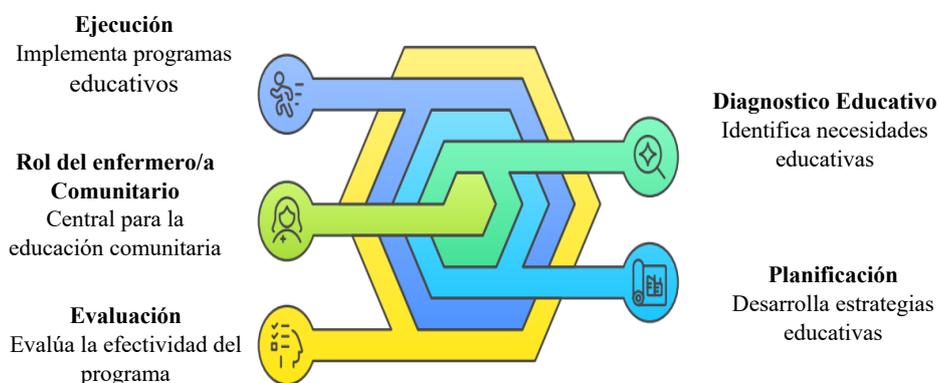


Figura 2.9. Relación entre rol del enfermero/a comunitario y etapas del programa educativo

Fuente: El rol educativo del profesional de enfermería en los programas de promoción, prevención y tratamiento de la salud. (2017)

Buenas Prácticas en programas de Educación Sanitaria

Las siguientes condiciones potencian el éxito de estos programas:

- Uso de lenguaje claro, visual y adaptado culturalmente.
- Inclusión de herramientas como dramatizaciones, mapas parlantes, juegos, audiovisuales.
- Evaluación participativa del impacto (antes, durante y después).
- Trabajo intersectorial con escuelas, gobiernos locales y organizaciones comunitarias.

Caso práctico breve:

En una comunidad andina con alta incidencia de anemia infantil, un programa de educación sanitaria combinó visitas domiciliarias, talleres de cocina con alimentos locales y materiales visuales en lengua indígena. Al cabo de seis meses, la cobertura de suplementación con hierro y el consumo de alimentos ricos en hierro aumentaron significativamente.

Conclusión

Los programas de educación sanitaria son una piedra angular en la acción de la enfermería comunitaria, ya que no solo informan, sino que transforman realidades a través del empoderamiento colectivo. Su diseño debe ser participativo, culturalmente pertinente y evaluado con rigurosidad. Al priorizar el diálogo y la acción comunitaria, estos programas se convierten en herramientas sostenibles para mejorar la salud pública desde la base.

NOTA DE INVESTIGACIÓN Virus del Papiloma Humano: estudio descriptivo sobre conocimiento, prevención y autocuidado entre estudiantes de enfermería

OBJETIVO:

Verificar el conocimiento y las actitudes sobre la prevención y el autocuidado relacionados con el Virus del Papiloma Humano entre estudiantes de enfermería en el estado de Amazonas.

MÉTODOS:

Estudio realizado en la Universidad Federal de Amazonas con 77 estudiantes, quienes respondieron un cuestionario sobre aspectos sociodemográficos, comportamiento sexual, historial médico y hábitos de autocuidado. Los datos fueron compilados en una hoja de cálculo y analizados descriptivamente.

RESULTADOS:

La mayoría eran mujeres, heterosexuales, mestizos y de bajos ingresos, con la edad promedio de 23,9 años. Sabían la forma de transmisión, que asintomáticos pueden transmitir el virus y que causa cáncer de cuello uterino. Muchos desconocían que el preservativo no brinda protección total ni que el virus puede causar otros tipos de cáncer. La mayoría había iniciado su vida sexual y reportó uso inconsistente del preservativo. a los usuarios, que evolucionó del concepto “regular” a “buena” en el cuestionario final.



CONCLUSION:

Los estudiantes tenían mayor conocimiento en preguntas básicas, se necesitando más actividades formativas.

2.3 Prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles

Las enfermedades transmisibles y no transmisibles representan una carga dual para los sistemas de salud pública, especialmente en contextos vulnerables donde convergen determinantes sociales como la pobreza, la baja escolaridad y la exclusión sanitaria. Desde la enfermería comunitaria, la prevención adquiere un rol estratégico, permitiendo intervenir de forma anticipada, sostenida y contextualizada tanto en los factores de riesgo como en la promoción del autocuidado y los entornos saludables (OPS, 2023; WHO, 2022) Ver Tabla 2.2

Tabla 2.2. Enfoque Diferenciado: Transmisibles vs No Transmisibles

Aspecto	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades No Transmisibles (ENT)
Causa	Agentes infecciosos (virus, bacterias, parásitos)	Factores de riesgo conductuales y metabólicos
Modo de transmisión	Persona a persona, agua, alimentos, vectores	No se transmiten, asociadas a estilo de vida
Ejemplos comunes	Tuberculosis, dengue, VIH/SIDA, COVID-19	Diabetes tipo 2, hipertensión, cáncer, EPOC
Enfoque preventivo	Vacunación, saneamiento, control vectorial, educación sobre higiene	Promoción de estilos de vida saludable, detección precoz

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022)

Estrategias de Prevención desde la Enfermería Comunitaria

Las acciones de prevención deben ser integrales, sostenibles y culturalmente pertinentes. A continuación, se presenta un resumen de las estrategias más comunes:

a. Enfermedades Transmisibles

- Vacunación comunitaria (cobertura universal, actualización de esquemas).
- Educación sobre higiene personal y ambiental.
- Control de vectores (mosquitos, roedores, etc.).
- Promoción del diagnóstico temprano y seguimiento (VIH, ITS).
- Aislamiento, bioseguridad y manejo adecuado de residuos. Ver Figura 2.10 – Tabla 2.3

b. Enfermedades No Transmisibles (ENT)

- Educación sobre alimentación saludable y actividad física.
- Tamizaje poblacional (presión arterial, glucosa, IMC).



- Consejería sobre cesación del tabaco y alcohol.
- Acompañamiento comunitario para el autocuidado en enfermedades crónicas.
- Intervenciones psicoeducativas para manejo del estrés y salud mental.

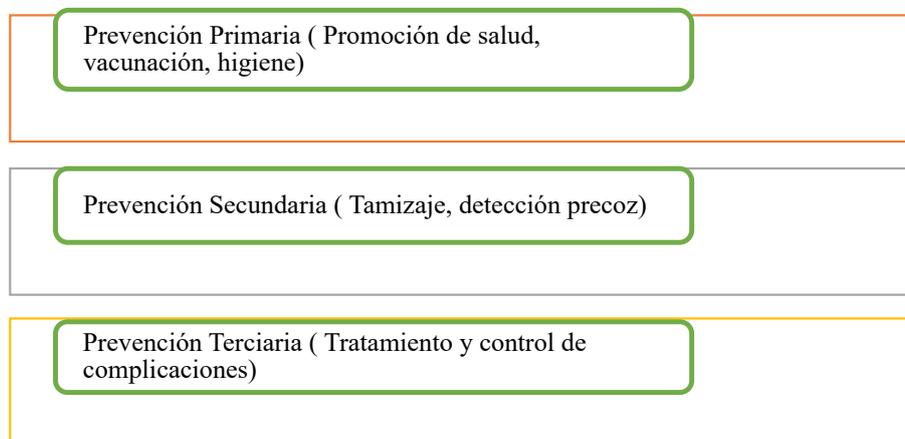


Figura 2.10. Ruta de prevención primaria, secundaria y terciaria en ambas categorías de enfermedades
 Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS)

Rol del Profesional del Enfermería Comunitaria

El personal de enfermería comunitaria es clave en la **educación, vigilancia epidemiológica, articulación intersectorial** y el acompañamiento longitudinal a personas y familias. Su práctica se basa en principios de equidad, participación, territorialidad y enfoque intercultural (Méndez, 2021).

Ejemplo aplicado:

En un barrio urbano con alta incidencia de diabetes tipo 2 y dengue, el equipo de enfermería comunitaria implementó un programa dual de vigilancia epidemiológica y educación nutricional. Se instalaron puntos de tamizaje móvil y brigadas de eliminación de criaderos de mosquitos. Al cabo de 8 meses, se observó una disminución del 40% en casos de dengue y una mejora en el control glucémico de los participantes

Tabla 2.3. Cuadro de Intervenciones Específicas por nivel de prevención

Nivel de Prevención	Enfermedades Transmisibles	Enfermedades No Transmisibles
Primaria	Vacunación, educación en higiene, control ambiental	Promoción de dieta saludable, ejercicio, abandono de tabaco
Secundaria	Tamizaje de tuberculosis, VIH, ITS	Detección temprana de hipertensión, diabetes
Terciaria	Tratamiento oportuno y seguimiento en comunidad	Control clínico y adherencia en enfermedades crónicas

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS)

La prevención efectiva de enfermedades transmisibles y no transmisibles requiere de una visión integral, colaborativa y centrada en la comunidad. Desde la enfermería comunitaria, se promueven inter-



venciones sostenidas que combinan educación, vigilancia y trabajo territorial. Las estrategias deben adaptarse a las realidades locales y potenciar la participación activa de la comunidad como agente de cambio

Caso de Estudio: “Un barrio que despierta a la salud”

Contexto comunitario-clínico

La parroquia de San Vicente, ubicada en una zona periurbana, presenta un crecimiento demográfico acelerado con marcadas desigualdades sociales. El centro de salud local, con un equipo de atención primaria que incluye un profesional de enfermería comunitaria, ha reportado un incremento de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y dengue, así como enfermedades no transmisibles (ENT) como hipertensión y diabetes mellitus tipo 2.

Un diagnóstico participativo reciente reveló:

- Baja cobertura de esquemas de vacunación infantil completos.
- Bajo nivel de actividad física en adultos mayores.
- Consumo elevado de alimentos ultra procesados.
- Escasa participación comunitaria en programas de salud.
- Ausencia de redes de apoyo para personas con enfermedades crónicas.

En este contexto, la profesional de enfermería comunitaria, María, ha sido asignada para liderar un programa de intervención comunitaria basado en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Preguntas de evaluación y reflexión

1. ¿Qué estrategias de promoción de la salud podrían implementarse en esta comunidad? Justifique con base en la Carta de Ottawa.
2. Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, ¿cómo puede fortalecerse la participación activa de la comunidad?
3. ¿Qué intervenciones específicas se deben priorizar para prevenir enfermedades transmisibles y no transmisibles en San Vicente?
4. ¿Qué herramientas de evaluación puede utilizar María para medir el impacto de su intervención?
5. Diseñe una actividad educativa enfocada en fomentar estilos de vida saludables en jóvenes.

Sugerencias de resolución y análisis

Estrategias sugeridas:

De acuerdo con la Carta de Ottawa (OMS, 1986), se deben desarrollar acciones en torno a cinco áreas clave:



- Construcción de políticas públicas saludables.
- Creación de entornos saludables (mejoramiento de áreas verdes, mercados saludables).
- Reforzamiento de la acción comunitaria (comités barriales de salud).
- Desarrollo de habilidades personales (talleres de autocuidado).
- Reorientación de los servicios de salud hacia una atención integral y participativa.

Fortalecimiento de la participación comunitaria:

María puede realizar un mapeo de actores comunitarios, convocar asambleas y utilizar metodologías participativas (ej. fotovoz, círculos de diálogo) para diseñar intervenciones que respondan a los intereses reales de la población.

Intervenciones clave:

- Para enfermedades transmisibles: campañas de vacunación, control vectorial domiciliario, educación sobre medidas preventivas en tuberculosis y dengue.
- Para ENT: tamizajes periódicos, clubes de caminata, ferias saludables, capacitaciones en alimentación equilibrada.

Herramientas de evaluación:

- Indicadores de cobertura (ej. % de vacunación).
- Encuestas pre y post intervención.
- Indicadores clínicos (presión arterial, glucosa capilar).
- Análisis de participación en eventos comunitarios.

Ejemplo de actividad educativa:

‘Reto saludable’ para adolescentes - una campaña de 4 semanas con retos diarios: pasos caminados, consumo de frutas, evitar azúcares añadidos, etc., acompañado de sesiones educativas gamificadas con apoyo de docentes y padres.

REVISION DE CONTENIDOS

PUNTOS CLAVE

1. La promoción de la salud es un proceso que permite a las personas y comunidades ejercer mayor control sobre los determinantes de la salud y mejorarla. Se basa en la participación social, la equidad, el empoderamiento y el enfoque intersectorial (OMS, 1986; WHO, 2021).
2. La prevención de enfermedades se clasifica en tres niveles:
 - Primaria: evita la aparición de enfermedades mediante acciones como la vacunación y la educación en salud.



- Secundaria: detecta tempranamente la enfermedad mediante el tamizaje y diagnóstico precoz.
- Terciaria: reduce complicaciones, discapacidad y mortalidad mediante tratamiento oportuno y rehabilitación.

3. La enfermería comunitaria desempeña un rol central como promotora de salud, educadora, facilitadora del autocuidado y agente de cambio, liderando intervenciones dirigidas a reducir riesgos y fomentar estilos de vida saludables.

4. Los determinantes sociales de la salud (DSS) —como educación, vivienda, empleo, acceso a servicios, género y etnia— influyen significativamente en la aparición y distribución de enfermedades, y deben abordarse en toda estrategia preventiva y promocional.

5. El empoderamiento comunitario es una herramienta clave, ya que permite a la población tomar decisiones informadas, participar activamente en los programas de salud, y desarrollar resiliencia frente a los factores de riesgo (Nutbeam, 2000).

6. Las estrategias de promoción y prevención requieren enfoque diferencial, adaptándose a grupos poblacionales específicos: niños, adolescentes, adultos mayores, personas con enfermedades crónicas o en situación de vulnerabilidad.

7. La participación comunitaria activa fortalece la sostenibilidad de las acciones de salud, genera corresponsabilidad, y contribuye a la identificación de necesidades reales y soluciones culturalmente pertinentes.

8. El uso de modelos teóricos como el Modelo PRECEDE-PROCEED permite planificar, implementar y evaluar programas de promoción y prevención de manera estructurada, basada en diagnóstico participativo, objetivos medibles y evidencias científicas.

9. La evaluación de impacto y resultados en programas de promoción y prevención es fundamental para garantizar la efectividad, eficiencia y pertinencia de las intervenciones comunitarias.

10. La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son pilares de los sistemas de salud sostenibles, reducen costos, mejoran la calidad de vida y favorecen el desarrollo humano en contextos comunitarios.

11. La prevención debe ser integral y continua, y el profesional de enfermería tiene un rol activo en identificación de riesgos, educación, seguimiento y coordinación intersectorial.

Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. ¿Cuál de los siguientes elementos es fundamental en la promoción de la salud según la Carta de Ottawa?

- a. El diagnóstico clínico
- b. La atención especializada
- c. La creación de entornos saludables
- d. La hospitalización temprana

Respuesta correcta: c

2. ¿Cuál es la diferencia principal entre promoción de la salud y prevención de enfermedades?

- a. La promoción solo se da en hospitales
- b. La prevención es exclusiva del médico
- c. La promoción se enfoca en potenciar capacidades, la prevención en evitar enfermedades
- d. No existe ninguna diferencia

Respuesta correcta: c

3. ¿Qué nivel de prevención se aplica al realizar campañas de vacunación masiva?

- a. Prevención primaria
- b. Prevención terciaria
- c. Prevención cuaternaria
- d. Prevención secundaria

Respuesta correcta: a

4. ¿Cuál de las siguientes estrategias corresponde a la prevención secundaria?

- a. Educación nutricional en escuelas
- b. Cribado de cáncer de mama
- c. Rehabilitación post-infarto
- d. Políticas antitabaco

Respuesta correcta: b



5. En la atención primaria de salud, el profesional de enfermería promueve:

- a. La dependencia del paciente
- b. La medicalización de problemas sociales
- c. La autonomía, educación y corresponsabilidad comunitaria
- d. La hospitalización como primera medida

Respuesta correcta: c

6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación con los programas de educación sanitaria?

- a. Deben enfocarse exclusivamente en adultos mayores
- b. Son efectivos solo cuando los imparten médicos
- c. Deben considerar el contexto sociocultural de la comunidad
- d. No requieren evaluación posterior

Respuesta correcta: c

7. Un ejemplo de estrategia intersectorial en promoción de la salud sería:

- a. La apertura de una farmacia
- b. La capacitación del personal médico únicamente
- c. Un programa de actividad física escolar con apoyo de enfermería, escuelas y gobiernos locales
- d. Una jornada de vacunación sin difusión previa

Respuesta correcta: c

8. Relacione el nivel de prevención con su ejemplo correspondiente:

Columna A	Columna B
A. Primaria	1. Control de diabetes
B. Secundaria	2. Rehabilitación post-ACV
C. Terciaria	3. Campaña de vacunación

Respuestas correctas: A - 3 | B - 1 | C - 2

9. Relacione el componente de la Carta de Ottawa con su aplicación práctica:

Columna A	Columna B
A. Reorientar los servicios	1. Talleres de autocuidado en comunidades
B. Crear entornos favorables	2. Atención domiciliaria integral
C. Desarrollar habilidades	3. Áreas verdes en espacios urbanos



Respuestas correctas: A - 2 | B - 3 | C - 1

10. Relacione la acción con su tipo de intervención:

Columna A

Columna B

A. Detección de hipertensión

1. Prevención terciaria

B. Taller de alimentación saludable

2. Prevención secundaria

C. Rehabilitación cardíaca

3. Promoción de la salud

Respuestas correctas: A - 2 | B - 3 | C - 1

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Prevención primaria

Estrategias que se aplican antes de que aparezca la enfermedad, dirigidas a evitar su aparición mediante educación sanitaria, vacunación o promoción de estilos de vida saludables.

Prevención secundaria

Intervenciones enfocadas en la detección temprana y tratamiento oportuno de enfermedades para evitar su progresión o complicaciones (por ejemplo, tamizajes o cribados).

Prevención terciaria

Acciones orientadas a reducir el impacto de enfermedades crónicas o discapacitantes, mediante rehabilitación, control de complicaciones y seguimiento prolongado.

Prevención cuaternaria

Conjunto de acciones destinadas a evitar intervenciones médicas innecesarias o iatrogénicas, y proteger a los pacientes de la sobre medicalización.

Educación sanitaria

Actividad intencionada que busca mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas en relación con su salud, facilitando la toma de decisiones informadas.

Estilos de vida saludables

Conjunto de comportamientos individuales y colectivos que favorecen el bienestar físico, mental y social, como una dieta equilibrada, actividad física regular y manejo del estrés.

Intervención intersectorial

Colaboración entre diversos sectores (salud, educación, medio ambiente, gobiernos locales) para abordar de forma integral los factores que afectan la salud de la población.

Cribado o tamizaje

Pruebas aplicadas a poblaciones aparentemente sanas para detectar de manera precoz enfermedades o factores de riesgo, como el cáncer de cuello uterino o la hipertensión arterial.



Referencias bibliográficas

- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.
- McMurray, A., & Clendon, J. (2016). *Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice*. Elsevier.
- Méndez, R. (2021). *Atención primaria en salud: teoría y práctica*. Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Educación para la salud y promoción de entornos saludables*. <https://www.paho.org/es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Estrategias integradas para la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles*. <https://www.paho.org>
- WHO. (2021). *Health Promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>
- WHO. (2022). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/es/health-topics/social-determinants-of-health>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Unidad 3

Rol del profesional de enfermería en la comunidad

La presente unidad tiene como finalidad introducir al estudiante y al profesional de enfermería en el conocimiento profundo y reflexivo del rol que desempeña en los distintos escenarios comunitarios, destacando sus competencias, funciones, campos de acción y el valor de la colaboración interdisciplinaria. En un mundo marcado por transiciones demográficas, sociales y epidemiológicas, la enfermería comunitaria se consolida como una disciplina fundamental en el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención integral centrada en la persona y su entorno.

El profesional de enfermería en el ámbito comunitario no solo actúa como proveedor de cuidados, sino también como agente de cambio, educador, gestor de redes, promotor del empoderamiento social y defensor del derecho a la salud. Esta unidad ofrece un abordaje estructurado y actualizado que permite comprender los requerimientos éticos, culturales y comunicacionales del ejercicio comunitario, así como la adaptación de las intervenciones a las necesidades específicas de diversos grupos poblacionales, incluyendo la niñez, los adultos mayores y las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, se destaca el valor estratégico del trabajo interdisciplinario en salud, como herramienta clave para garantizar la integralidad y sostenibilidad de las intervenciones. A través de fundamentos teóricos, recursos visuales, casos prácticos y una propuesta de evaluación formativa, se busca no solo el desarrollo de competencias cognitivas, sino también la capacidad crítica y resolutoria ante los desafíos reales que enfrentan las comunidades.

Esta unidad constituye un componente esencial para formar profesionales de enfermería capaces de liderar procesos de transformación social en salud desde una perspectiva humanista, equitativa y participativa.

Objetivos de aprendizaje

1. Identificar las competencias éticas, culturales y comunicacionales esenciales del profesional de enfermería comunitaria.
2. Describir las funciones del enfermero comunitario en distintos contextos y grupos poblacionales.
3. Identificar las necesidades específicas de salud de los niños, adultos mayores y poblaciones vulnerables en contextos comunitarios.
4. Analizar estrategias de intervención de enfermería comunitaria adaptadas a cada grupo poblacional.
5. Aplicar conocimientos teóricos en situaciones prácticas mediante el análisis de casos reales.
6. Analizar la importancia del trabajo interdisciplinario y la colaboración interprofesional en el ámbito comunitario.
7. Aplicar conocimientos a través de casos prácticos que reflejen situaciones reales en la comunidad.
8. Identificar las funciones y responsabilidades del enfermero comunitario dentro de equipos interdisciplinarios.



9. Analizar estrategias efectivas de colaboración con otros profesionales de la salud para mejorar la atención comunitaria

Resultados de aprendizaje

1. Explica el rol integral del profesional de enfermería en contextos comunitarios diversos.
2. Reconoce y valora las competencias necesarias para la atención centrada en la comunidad.
3. Diseña intervenciones pertinentes para distintos grupos etarios y poblaciones vulnerables.
4. Integrarse efectivamente en equipos de trabajo interdisciplinario en salud comunitaria.

3. Rol del profesional de enfermería en la comunidad

El profesional de enfermería comunitaria se enfrenta a un entorno dinámico y complejo, caracterizado por la diversidad cultural, los determinantes sociales de la salud y los desafíos derivados de inequidades estructurales. Su rol se ha transformado hacia una práctica centrada en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación comunitaria activa (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Este capítulo explora las competencias, funciones e intervenciones del enfermero comunitario, así como su rol en equipos interdisciplinarios, reforzando una visión integral, ética y culturalmente competente del cuidado de salud.

3.1 Competencias y funciones del enfermero comunitario

En el marco de la salud pública contemporánea, el enfermero comunitario desempeña un papel esencial como agente transformador de realidades sociales, educativas y sanitarias. Su actuación se articula desde una perspectiva ética, culturalmente sensible y comunicacionalmente eficaz, que le permite intervenir en los determinantes sociales de la salud y contribuir al bienestar colectivo. Esta unidad profundiza en las **competencias y funciones** que sustentan la labor profesional en la comunidad, reconociendo que el cuidado va más allá del individuo para abarcar familias, grupos y entornos sociales (McMurray & Clendon, 2022).

En el actual paradigma de atención primaria, centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el desarrollo de competencias específicas permite al enfermero/a liderar procesos comunitarios, identificar necesidades emergentes, gestionar recursos y fomentar el empoderamiento de la población (OPS, 2022). El dominio de estas competencias y funciones constituye la base para una intervención profesional ética, efectiva y socialmente comprometida. Ver **tabla 3.1**

Competencias éticas

Se fundamentan en principios como la justicia social, la equidad, la autonomía y la beneficencia. Estas competencias permiten al profesional actuar con integridad frente a dilemas morales, respetar los derechos humanos y velar por la equidad en salud, especialmente en poblaciones marginadas. La ética profesional guía su actuar frente a dilemas sociales, culturales y sanitarios, siendo esencial en contextos vulnerables (Fowler, 2015).

Competencias culturales

Implica reconocer y respetar la diversidad cultural, adaptando las intervenciones al contexto sociocultural de las comunidades. La competencia cultural favorece la adherencia a tratamientos y fortalece el vínculo enfermero-comunidad. Implican un enfoque intercultural en la atención, favoreciendo la inclusión y el respeto por la diversidad (Purnell, 2021).

Competencias comunicacionales

Una comunicación efectiva, empática y bidireccional es clave en la educación sanitaria, resolución de conflictos y fortalecimiento del empoderamiento comunitario

Son esenciales para el diálogo con la comunidad, la resolución de conflictos, la educación para la salud y la promoción del autocuidado. Incluyen la escucha activa, la empatía, la comunicación intercultural y el lenguaje accesible (Arnold & Boggs, 2020).

Tabla 3.1. Competencias clave del enfermero comunitario

Tipo de competencia	Características principales	Impacto en la práctica
Ética	Respeto, justicia, autonomía, beneficencia	Toma de decisiones justas y responsables
Cultural	Reconocimiento de la diversidad, adecuación cultural	Mejora de la adherencia y respeto comunitario
Comunicacional	Escucha activa, empatía, lenguaje accesible	Educación efectiva y vínculo con la comunidad

Fuente: Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables (2021).

Funciones del enfermero Comunitario

a) Función asistencial (Valoración del estado de salud de la comunidad)

Incluye la atención directa a individuos y grupos en el entorno comunitario, valoración de necesidades, monitoreo de condiciones crónicas y aplicación de intervenciones basadas en evidencia. Ver Figura 3.1



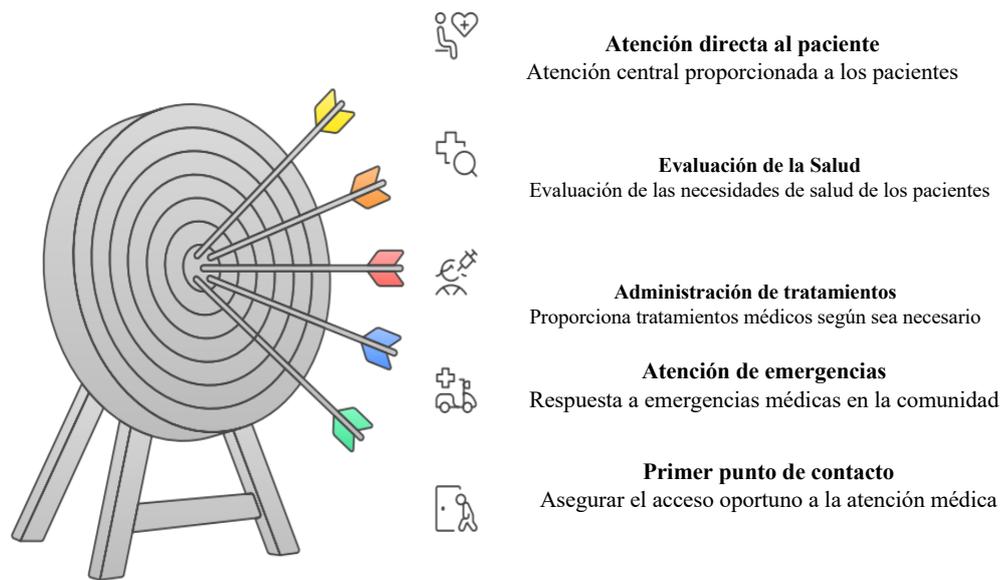


Figura 3.1. Función Asistencial del enfermero

Fuente: Atención Primaria en Salud y Enfermería Comunitaria (2018)

b) Función educativa (Educación sanitaria continua).

Implica la capacitación y sensibilización de la comunidad sobre temas de salud. El enfermero comunitario desempeña un papel crucial en la promoción de hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la gestión de condiciones crónicas. A través de diseñar e implementar programas de educación sanitaria dirigidos a promover hábitos saludables y prevenir enfermedades, ajustados al contexto sociocultural buscando empoderar a la población para que tome decisiones informadas sobre su salud.

Ver figura 3.2

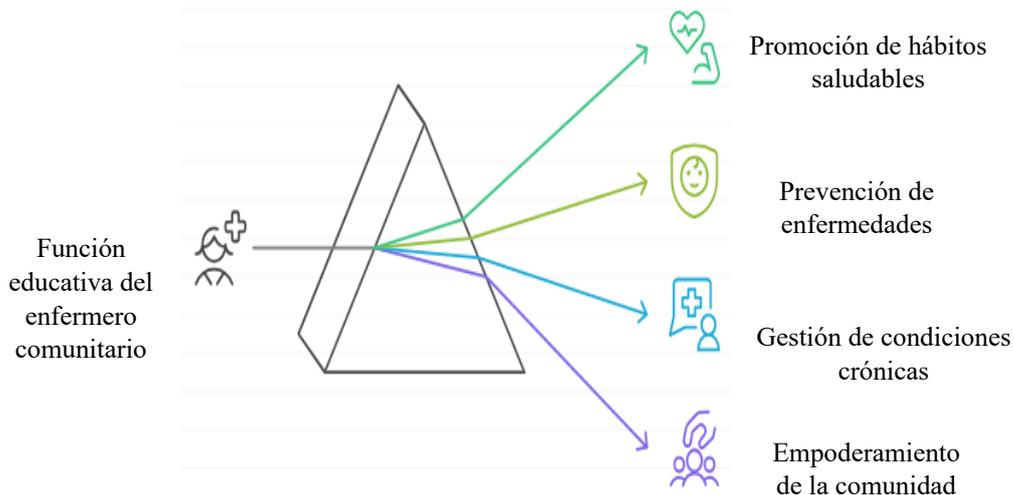


Figura 3.2. Revelando el papel educativo del enfermero Comunitario

Fuente: Atención Primaria en Salud y Enfermería Comunitaria (2018)

c) Función administrativa (Gestión de recursos sanitarios locales)

La función administrativa abarca la planificación, organización y gestión de los recursos de salud en la comunidad. El enfermero comunitario debe coordinar actividades, supervisar el personal y garantizar



que se cumplan las normativas y protocolos establecidos. Esta dimensión es fundamental para asegurar la calidad y eficiencia de los servicios de salud ofrecidos Ver figura 3.3

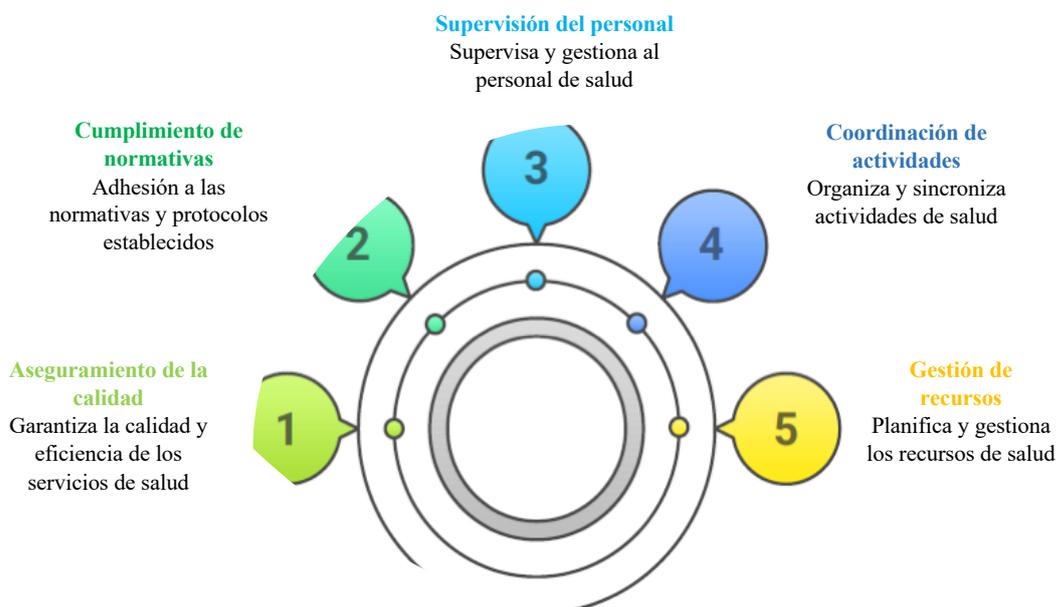


Figura 3.3. Función Administrativa en Enfermería Comunitaria
Fuente: Atención Primaria en Salud y Enfermería Comunitaria (2018)

d) Función investigativa (Planificación e implementación de programas de promoción y prevención).

Se centra en la recolección y análisis de datos relacionados con la salud de la comunidad. El enfermero comunitario participa en estudios y proyectos de investigación que buscan identificar problemas de salud, evaluar intervenciones y contribuir al desarrollo de nuevas estrategias de atención. Esta función es vital para la mejora continua de los servicios de salud. Ver figura 3.4



Figura 3.4. Ciclo de investigación en Enfermería Comunitaria
Fuente: Atención Primaria en Salud y Enfermería Comunitaria (2018)



e) Función de participación comunitaria (Coordinación de redes comunitarias.)

Implica la colaboración activa del enfermero comunitario con otros profesionales de la salud, organizaciones y la comunidad en general. Esto incluye la participación en comités, grupos de trabajo y actividades comunitarias. La colaboración interprofesional y la participación ciudadana son esenciales para abordar de manera integral los desafíos de salud en la comunidad. Fomenta la organización comunitaria, la articulación con líderes locales y la generación de redes de apoyo mutuo. Ver figura 3.5

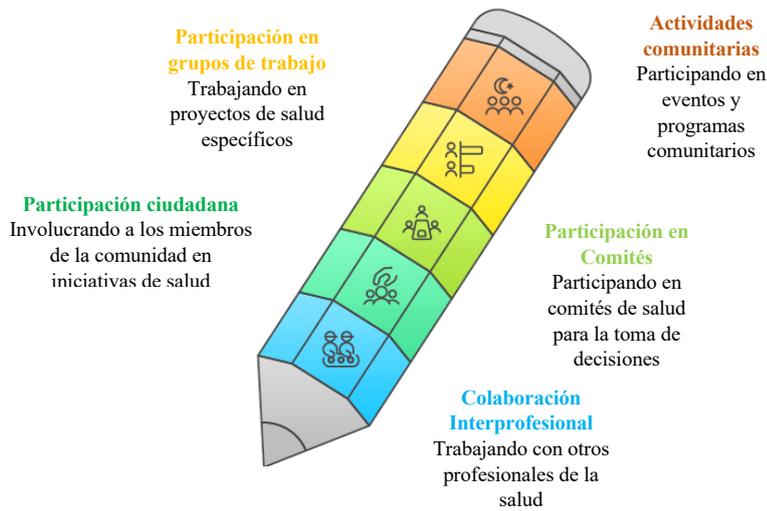


Figura 3.5. Componentes de la Función Participativa

Fuente: MAIS 2012

A continuación, se presenta un pentágono que ilustra las cinco dimensiones funcionales del enfermero comunitario Ver Gráfico 3.1



Gráfico 3.1. Pentágono de las Funciones del enfermero Comunitario

Fuente: Elaboración propia



Sección práctica: Estudio de caso

Caso: Promoción de salud en comunidad urbana marginada

Una comunidad periurbana presenta alta incidencia de enfermedades respiratorias en menores de 5 años, asociada a hacinamiento, uso de combustibles sólidos y baja cobertura de vacunación. El centro de salud más cercano registra baja asistencia y escasa participación comunitaria.

Tareas para el estudiante:

1. Identifique las competencias que el enfermero comunitario debe poner en práctica en esta situación.
2. ¿Qué funciones específicas debe desempeñar el profesional en este escenario?
3. Diseñe una estrategia de intervención educativa para reducir la incidencia de enfermedades respiratorias en la población infantil.
4. Determine posibles aliados intersectoriales en la ejecución del plan.

Las competencias y funciones del profesional de enfermería comunitaria son pilares fundamentales para responder con pertinencia a las necesidades complejas de las comunidades. La combinación de un enfoque ético, culturalmente competente y comunicacionalmente eficaz, junto con funciones estratégicas que integran asistencia, educación, gestión, investigación y participación, posiciona al enfermero/a como protagonista clave en la construcción de salud comunitaria sostenible. Fortalecer estas dimensiones es clave para transformar realidades locales y avanzar hacia sistemas de salud más justos, inclusivos y participativos.

3.2 Intervención del enfermero comunitario en diferentes grupos poblacionales

La enfermería comunitaria desempeña un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en diversos grupos poblacionales. Cada grupo presenta características y necesidades únicas que requieren intervenciones específicas y culturalmente competentes. Este enfoque permite abordar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades existentes en las comunidades. La intervención del enfermero comunitario en niños, adultos mayores y poblaciones vulnerables es esencial para garantizar una atención equitativa y de calidad. Ver Figura 3.6



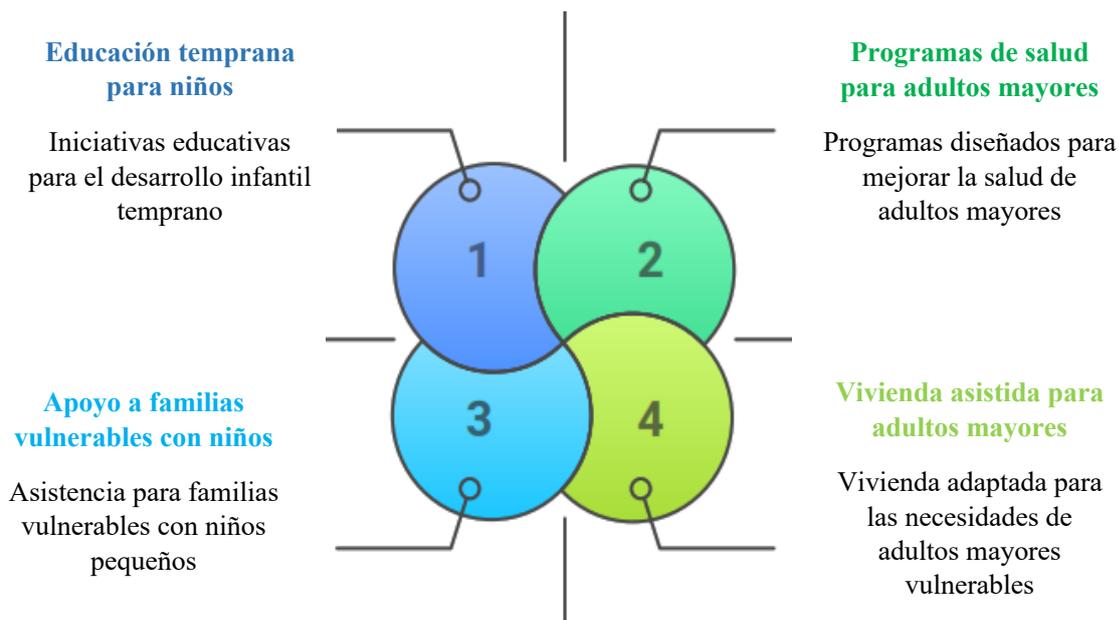


Figura 3.6. Estrategias de Intervención para grupos poblacionales

Fuente: Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables (2021)

Intervención en la niñez

Los niños representan una población en desarrollo que requiere atención especializada para asegurar un crecimiento saludable. Las intervenciones de enfermería comunitaria en este grupo incluyen:

- **Promoción de la salud y prevención de enfermedades:** vacunación, control del crecimiento y desarrollo, educación en hábitos saludables.
- **Detección temprana de problemas de salud:** identificación de signos de malnutrición, retrasos en el desarrollo y enfermedades comunes.
- **Apoyo a las familias:** orientación sobre cuidados infantiles, nutrición y estimulación temprana.

Tabla 3.2. Intervenciones de enfermería comunitaria en la niñez

Intervención	Objetivo
Vacunación	Prevenir enfermedades inmunoprevenibles
Control de crecimiento y desarrollo	Monitorear el desarrollo físico y cognitivo
Educación en hábitos saludables	Fomentar conductas saludables desde la infancia

Fuente: Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables (2021)

Intervención de adultos mayores

El envejecimiento conlleva cambios físicos, psicológicos y sociales que requieren una atención integral. Las intervenciones de enfermería comunitaria en adultos mayores incluyen: **Ver Figura 3.7**

- **Evaluación integral de la salud:** Es el primer paso en la atención comunitaria. Implica un análisis exhaustivo del estado de salud del adulto mayor, considerando factores físicos, mentales y sociales.

El enfermero comunitario realiza valoraciones periódicas para identificar problemas de salud, necesidades y riesgos, lo que permite establecer un plan de atención personalizado.

- **Prevención de enfermedades y promoción del autocuidado:** La prevención es fundamental para evitar enfermedades y complicaciones en la población adulta mayor. Esto incluye la promoción de hábitos saludables, la vacunación y la detección temprana de enfermedades. El enfermero comunitario juega un papel clave en la educación sobre prevención, ayudando a los adultos mayores a adoptar estilos de vida que favorezcan su salud.

La promoción del autocuidado se centra en empoderar a los adultos mayores para que tomen decisiones informadas sobre su salud. Esto incluye la enseñanza de técnicas de manejo de enfermedades crónicas, la importancia de la actividad física y la nutrición adecuada. El enfermero comunitario fomenta la independencia y la autogestión, lo que contribuye a una mejor calidad de vida.

- **Apoyo social y emocional:** El apoyo social es esencial para el bienestar emocional y físico de los adultos mayores. Esto implica la creación de redes de apoyo, tanto familiares como comunitarias. El enfermero comunitario facilita la conexión entre los adultos mayores y los recursos disponibles en la comunidad, promoviendo la interacción social y reduciendo el aislamiento.

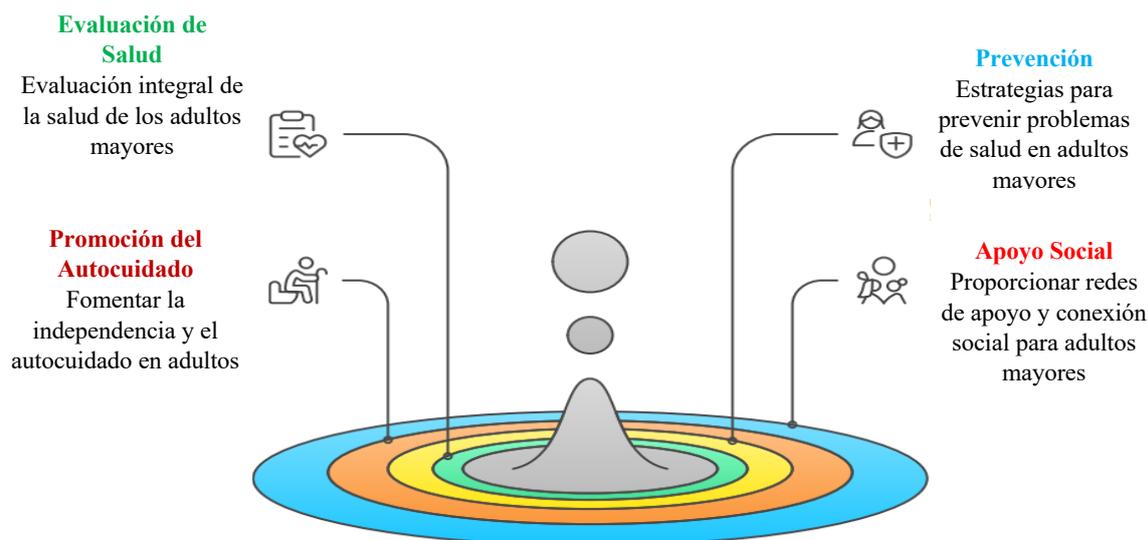


Figura 3.7. Áreas clave en la atención comunitaria al adulto mayor

Fuente: Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables (2021)

Intervención en poblaciones vulnerables

Las poblaciones vulnerables, como personas en situación de pobreza, migrantes, personas con discapacidad y comunidades indígenas, enfrentan barreras significativas para acceder a servicios de salud (OPS, 2022). Las intervenciones de enfermería comunitaria deben ser culturalmente sensibles y centradas en:



- **Acceso a servicios de salud:** facilitar el acceso a atención médica y programas de salud.
- **Educación y empoderamiento:** proporcionar información y recursos para el autocuidado y la toma de decisiones informadas.
- **Abogacía y defensa de derechos:** promover políticas que reduzcan las desigualdades en salud y protejan los derechos de estas poblaciones.

Sección práctica

Estudio de caso

Situación: En una comunidad rural, se ha identificado un aumento en los casos de desnutrición infantil y enfermedades respiratorias en adultos mayores. Además, una población migrante reciente enfrenta barreras para acceder a servicios de salud.

Tareas para el estudiante:

- Identificar las necesidades específicas de cada grupo poblacional en esta comunidad.
- Diseñar intervenciones de enfermería comunitaria adaptadas a cada grupo.
- Proponer estrategias para mejorar el acceso a servicios de salud para la población migrante.

La intervención del enfermero comunitario en diferentes grupos poblacionales es fundamental para promover la equidad en salud y mejorar la calidad de vida en las comunidades. Al adaptar las estrategias de atención a las características y necesidades específicas de cada grupo, se pueden abordar eficazmente los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades existentes.

NOTA DE INVESTIGACIÓN El cuidado emprendedor de enfermería induciendo prácticas saludables en comunidades vulnerables

OBJETIVO:

Comprender el significado del cuidado emprendedor de enfermería como inductor de prácticas saludables en comunidades vulnerables

MÉTODOS:

Teoría fundamentada, cuya recopilación de datos fue de marzo y diciembre de 2019, a partir de entrevistas con 19 participantes de la región central del Rio Grande do Sul, Brasil y análisis comparativo de los datos.

RESULTADOS:

El fenómeno fue delimitado Experimentando pequeñas/grandes transformaciones en la invisibilidad de la vida cotidiana en la promoción de prácticas saludables en comunidades vulnerables.

CONCLUSIONES:

El cuidado emprendedor de enfermería como inductor de prácticas saludables en comunidades vulnerables no se reduce a una teoría científica o la aprehensión descontextualizada de una vida saludable, sino que se extiende al alcance de transformaciones que ocurren en la invisibilidad de la vida cotidiana.



Nota: Tomado de Backes, Dirce Stein; Adames, Nathalia Hoffmann; Weissheimer, Amanda Schneider; Büscher, Andreas; Backes, Marli Terezinha Stein; Erdmann, Alacoque Lorenzini.

Rev. gaúcha enferm. (Online) ; 42(spe): e20200010, 2021. Graf Article en En | LILACS, BDENF | ID: biblio-1149955

3.3 Trabajo interdisciplinario y colaboración con otros profesionales de salud

En el contexto de la atención primaria y la salud comunitaria, el trabajo interdisciplinario se ha convertido en una estrategia esencial para abordar de manera integral las necesidades de salud de las poblaciones. El enfermero comunitario, al colaborar con otros profesionales de la salud, como médicos, trabajadores sociales, nutricionistas y psicólogos, puede ofrecer una atención más completa y centrada en el paciente. Esta colaboración permite la integración de diferentes perspectivas y conocimientos, lo que resulta en intervenciones más efectivas y sostenibles. (Brookline College, 2023).

Fundamentos del trabajo interdisciplinario en enfermería comunitaria

El trabajo interdisciplinario implica la colaboración activa entre profesionales de diferentes disciplinas para alcanzar objetivos comunes en la atención de la salud. En el ámbito comunitario, este enfoque permite abordar los determinantes sociales de la salud y desarrollar estrategias que consideren las complejidades del entorno en el que viven las personas. Ver **Tabla 3.3**

Beneficios del trabajo interdisciplinario:

- Mejora la calidad de la atención al integrar diferentes perspectivas profesionales.
- Promueve la eficiencia en el uso de recursos al evitar duplicaciones de esfuerzos.
- Fomenta la innovación en la solución de problemas de salud comunitarios.
- Fortalece la comunicación y el respeto mutuo entre profesionales.

Desafíos del trabajo interdisciplinario:

- Diferencias en la formación y enfoques de cada disciplina.
- Barreras en la comunicación y coordinación entre profesionales.
- Resistencia al cambio y a la colaboración en algunos contextos

Rol del enfermero comunitario en equipos interdisciplinarios

El enfermero comunitario desempeña un papel clave en los equipos interdisciplinarios, actuando como enlace entre la comunidad y el sistema de salud. Sus funciones incluyen:

- Identificar las necesidades de salud de la comunidad y comunicar estas necesidades al equipo.
- Participar en la planificación y ejecución de intervenciones de salud comunitaria.
- Coordinar servicios y recursos para garantizar una atención integral.
- Evaluar el impacto de las intervenciones y ajustar las estrategias según sea necesario.



Tabla 3.3. Funciones del enfermero comunitario en equipos interdisciplinarios

Función	Descripción
Evaluación de necesidades	Recopilar información sobre la salud de la comunidad.
Planificación de intervenciones	Colaborar en el diseño de programas de salud comunitaria.
Coordinación de servicios	Facilitar el acceso a recursos y servicios de salud.
Educación y promoción de la salud	Proporcionar información y apoyo para fomentar hábitos saludables.
Evaluación de resultados	Medir el impacto de las intervenciones y proponer mejoras.

Fuente: Normas del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) 2012

Estrategias para una colaboración efectiva

Para que el trabajo interdisciplinario sea exitoso, es fundamental implementar estrategias que promuevan la colaboración y el entendimiento mutuo entre los profesionales. Algunas de estas estrategias incluyen:

- Establecer objetivos comunes y claros desde el inicio del trabajo en equipo.
- Fomentar la comunicación abierta y respetuosa entre los miembros del equipo.
- Reconocer y valorar las competencias y aportes de cada disciplina.
- Implementar reuniones regulares para revisar el progreso y ajustar las estrategias.
- Proporcionar formación continua en habilidades de trabajo en equipo y resolución de conflictos.

Sección práctica: Estudio de caso

Ejemplo práctico:

Contexto: En una comunidad rural, se ha identificado un aumento en los casos de enfermedades respiratorias entre los niños. El centro de salud local decide formar un equipo interdisciplinario para abordar esta problemática. El equipo está compuesto por un enfermero comunitario, un médico, un trabajador social y un nutricionista.

Intervención: El equipo realiza una evaluación de las condiciones de vida de las familias, identifica factores de riesgo como el uso de leña para cocinar en espacios cerrados y la falta de ventilación en las viviendas. Se diseñan intervenciones que incluyen educación sobre prácticas saludables, distribución de estufas mejoradas y seguimiento nutricional de los niños afectados.

Resultados: Después de seis meses, se observa una disminución en los casos de enfermedades respiratorias y una mejora en el estado nutricional de los niños. La comunidad expresa satisfacción con las intervenciones y se fortalece la relación entre el centro de salud y la población.

El trabajo interdisciplinario es esencial en la enfermería comunitaria para abordar de manera integral las necesidades de salud de las poblaciones. La colaboración efectiva entre profesionales de diferentes disciplinas permite diseñar e implementar intervenciones más completas y adaptadas al contexto de la comunidad.

Revisión de contenidos

Puntos clave

1. El profesional de enfermería comunitaria cumple una función estratégica en el primer nivel de atención, articulando acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, educación sanitaria y gestión del cuidado en el entorno familiar y comunitario (McMurray & Clendon, 2022).
2. Actúa como agente de cambio social y defensor del derecho a la salud, contribuyendo a reducir inequidades mediante intervenciones centradas en los determinantes sociales de la salud y la participación activa de la comunidad.
3. Su rol es polivalente e interdisciplinario, ya que colabora con médicos, trabajadores sociales, psicólogos, educadores y líderes comunitarios para garantizar una atención integral, culturalmente pertinente y sostenible.
4. Las funciones del profesional de enfermería comunitaria incluyen:
 - Función asistencial.
 - Educativa.
 - Administrativa.
 - Investigativa.
 - Participación comunitaria.
5. El trabajo con grupos poblacionales (niñez, adolescencia, adultos mayores, embarazadas, personas en situación de vulnerabilidad) exige enfoque diferencial, competencias culturales y conocimiento del ciclo vital.
6. El liderazgo comunitario en enfermería implica habilidades para planificar, coordinar y evaluar proyectos de intervención local, fomentando la autonomía, la corresponsabilidad en salud y la resiliencia comunitaria.
7. El profesional de enfermería comunitaria debe estar capacitado en educación para la salud, utilizando métodos activos y participativos que potencien el aprendizaje y el empoderamiento de los individuos y grupos.
8. El rol investigativo es esencial para evaluar el impacto de las intervenciones, generar evidencia local y mejorar la calidad del cuidado comunitario, aplicando metodologías participativas y enfoques cualitativos o mixtos.
9. El compromiso ético, el respeto por la diversidad y la empatía son valores fundamentales que orientan la práctica enfermera en el ámbito comunitario, promoviendo una atención centrada en la dignidad y derechos de las personas.



Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. ¿Cuál de las siguientes competencias permite al enfermero comunitario identificar los principales problemas de salud en una comunidad?

- a) Gestión de recursos físicos
- b) Educación para el autocuidado
- c) Valoración integral comunitaria
- d) Supervisión del personal auxiliar

Respuesta correcta: c

2. ¿Qué función cumple el profesional de enfermería al liderar campañas de vacunación en zonas rurales?

- a) Coordinador de políticas públicas
- b) Gestor de redes interinstitucionales
- c) Educador en salud colectiva
- d) Promotor de la salud y prevención de enfermedades

Respuesta correcta: d

3. En la intervención con adultos mayores, una acción prioritaria del enfermero comunitario es:

- a) Aplicar programas de alfabetización digital
- b) Promover el uso de tecnologías móviles
- c) Realizar valoración geriátrica integral
- d) Brindar terapia ocupacional

Respuesta correcta: c

4. ¿Cuál de los siguientes elementos debe considerarse al diseñar intervenciones para poblaciones vulnerables como personas migrantes o pueblos indígenas?

- a) Uniformidad en los servicios asistenciales
- b) Enfoque intercultural y territorial
- c) Aplicación exclusiva del modelo biomédico
- d) Énfasis en el uso de tecnologías

Respuesta correcta: b

5. Relacione el grupo poblacional con la intervención adecuada del profesional de enfermería comunitaria:

- A. Niños
- 1. Educación sexual y afectiva



- | | |
|--------------------------|--|
| B. Adolescentes | 2. Control de crecimiento y desarrollo |
| C. Adultos mayores | 3. Promoción de salud ocupacional |
| D. Población trabajadora | 4. Valoración geriátrica integral |

Respuesta correcta: A-2, B-1, C-4, D-3

6. Relacione la competencia con su aplicación en el campo comunitario:

- | | |
|---------------------------|---|
| A. Comunicación en salud | 1. Aplica encuestas sobre determinantes de salud |
| B. Ética profesional | 2. Diseña y lidera estrategias de inmunización comunitaria |
| C. Gestión de programas | 3. Facilita talleres educativos sobre prevención de dengue |
| D. Investigación en salud | 4. Defiende el acceso a servicios de salud sin discriminación |

Respuesta correcta: A-3, B-4, C-2, D-1

7. Relacione el nivel de prevención con un ejemplo de intervención del enfermero comunitario:

- | | |
|---------------|--|
| A. Primaria | 1. Rehabilitación de pacientes post-AVC |
| B. Secundaria | 2. Promoción de la alimentación saludable |
| C. Terciaria | 3. Detección precoz de hipertensión arterial |

Respuesta correcta: A-2, B-3, C-1

Glosario de términos

Enfermería comunitaria

Rama de la enfermería que se enfoca en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y cuidado integral de la población en su entorno familiar y social.

Interdisciplinariedad

Articulación de saberes de diferentes disciplinas en un trabajo conjunto para ofrecer soluciones integrales a los problemas de salud en contextos comunitarios.

Gestión en salud comunitaria

Planificación, organización, dirección y control de los recursos y procesos que permiten implementar intervenciones efectivas en salud pública local.



Vigilancia epidemiológica

Conjunto de actividades para recolectar, analizar y difundir información sobre eventos de salud que afectan a la población, con el fin de controlar su impacto

Cuidado centrado en la comunidad

Modelo de atención que prioriza las necesidades, valores y cultura de la comunidad, fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Evaluación comunitaria participativa

Estrategia metodológica que involucra activamente a los miembros de la comunidad en la identificación de problemas, prioridades y soluciones en salud

Mapa comunitario de salud

Representación gráfica que permite visualizar los recursos, riesgos, actores sociales y condiciones sanitarias en un territorio determinado.

Promotor de salud

Agente comunitario capacitado que actúa como mediador entre el sistema de salud y la comunidad, facilitando el acceso, educación y participación en programas de salud

Detección precoz

Identificación oportuna de signos y síntomas en fases iniciales de enfermedades para intervenir antes de que se agraven

Redes comunitarias de apoyo

Conjunto de relaciones organizadas entre actores sociales, comunitarios e institucionales que cooperan para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población



Referencias bibliográficas

- Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2020). *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses* (8th ed.). Elsevier.
- Brookline College. (2023). *El papel de las enfermeras en la salud comunitaria*. Recuperado de <https://www.brooklinecollege.edu/es/blog/the-role-of-nurses-in-community-health/>
- Egry, E. Y., Fornari, L. F., Taminato, M., & Vigeta, S. M. G. (2021). Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3488. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>
- Fowler, M. D. M. (2015). *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. American Nurses Association.
- McMurray, A., & Clendon, J. (2022). *Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice* (6th ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2019-0-02488-9>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Health promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Purnell, L. D. (2021). *Transcultural Health Care: A Population Approach* (5th ed.). Springer Publishing Company. <https://doi.org/10.1891/9780826150081>



Unidad 4

Programas de salud pública y estrategias comunitarias

Los programas de salud pública y las estrategias comunitarias representan pilares fundamentales en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. En esta unidad se exploran los principales programas implementados en los territorios para abordar problemas de salud prioritarios como la tuberculosis, el VIH, las enfermedades crónicas (diabetes- hipertensión) y las enfermedades transmitidas por vectores. A través del análisis de estas estrategias, se resalta el papel activo y transformador de la enfermería comunitaria en la promoción de la salud, el control epidemiológico y la participación social para alcanzar mejores condiciones de vida en las comunidades.

En el contexto actual de transformación de los sistemas sanitarios, los programas de salud pública y las estrategias comunitarias se consolidan como instrumentos esenciales para abordar los desafíos epidemiológicos y sociales que afectan a las poblaciones. Estos programas no solo buscan prevenir enfermedades y promover la salud, sino también reducir las inequidades mediante intervenciones basadas en evidencia y adaptadas a las realidades locales.

La enfermería comunitaria desempeña un papel fundamental en este ámbito, al liderar procesos de promoción de la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento del autocuidado en diversos contextos sociales. Su enfoque integral y participativo permite articular acciones intersectoriales que responden a las necesidades específicas de las comunidades, especialmente en zonas vulnerables donde persisten brechas en el acceso a servicios de salud (Choez et al., 2023).

Diversos estudios han evidenciado la efectividad de la enfermería comunitaria en la mejora de indicadores de salud, la reducción de riesgos y la promoción de estilos de vida saludables. Por ejemplo, Sánchez González (2023) destaca cómo las intervenciones lideradas por enfermeras en entornos comunitarios han contribuido significativamente a la prevención de enfermedades y al empoderamiento de las poblaciones.

Además, la participación activa de las enfermeras en la planificación y ejecución de programas de salud pública ha sido reconocida por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, que subraya su rol clave en la promoción de la equidad y la justicia social en salud (González et al., 2023).

Esta unidad tiene como objetivo proporcionar a los estudiantes y profesionales de enfermería una comprensión profunda de los programas de salud pública y las estrategias comunitarias, enfatizando el rol protagónico de la enfermería en su implementación y evaluación. A través de un enfoque teórico-práctico, se explorarán las metodologías, herramientas y experiencias que sustentan las intervenciones comunitarias exitosas, preparando a los futuros profesionales para enfrentar los desafíos de la salud pública con competencia y compromiso ético



Objetivos de aprendizaje

Al finalizar esta unidad, el estudiante será capaz de:

1. Comprender el marco conceptual, normativo y operativo de los principales programas de salud pública implementados a nivel nacional e internacional.
2. Analizar críticamente el rol del profesional de enfermería comunitaria en el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de programas públicos de salud.
3. Identificar y aplicar estrategias comunitarias basadas en evidencia para la promoción de la salud, prevención de enfermedades y control de factores de riesgo.
4. Integrar herramientas metodológicas en el desarrollo de intervenciones comunitarias contextualizadas a diferentes grupos poblacionales.
5. Desarrollar propuestas de mejora en la gestión local de programas de salud, considerando la intersectorialidad, equidad y participación social.
6. Comprender la situación epidemiológica de la tuberculosis (TB) y sus principales factores de riesgo.
7. Analizar el enfoque diagnóstico, terapéutico y de seguimiento del modelo DOT.
8. Identificar el rol del profesional de enfermería comunitaria en la adherencia y educación sanitaria en pacientes con TB.
9. Aplicar métodos de análisis epidemiológico como el estudio de cohortes y de contactos en el control de la TB.
10. Desarrollar intervenciones prácticas para promover la adherencia terapéutica y prevención domiciliaria.
11. Identificar los fundamentos teóricos relacionados con la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.
12. Analizar los factores de riesgo y su impacto en el desarrollo de enfermedades crónicas.
13. Aplicar estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria en contextos comunitarios.
14. Diseñar y ejecutar intervenciones comunitarias basadas en protocolos de prevención.
15. Evaluar la efectividad de las acciones de enfermería comunitaria en el control de enfermedades crónicas
16. Identificar las principales enfermedades transmitidas por vectores y su impacto en la salud comunitaria.
17. Describir los métodos de vigilancia entomológica y control ambiental.
18. Promover estrategias de participación comunitaria para la prevención y control de enfermedades vectoriales.
19. Diseñar e implementar un plan operativo de intervención frente a brotes epidémicos.



Resultados de aprendizaje

1. Explica los fundamentos teóricos que sustentan los programas de salud pública y su articulación con la práctica de enfermería comunitaria.
2. Interpreta los objetivos, metas, componentes y resultados esperados de programas clave como la Estrategia Nacional de Inmunización, el control de tuberculosis, VIH/SIDA y enfermedades vectoriales.
3. Elabora planes de intervención local en salud, utilizando enfoques comunitarios participativos y adaptados a los determinantes sociales de salud.
4. Evalúa críticamente estudios de caso vinculados a intervenciones comunitarias exitosas y propondrán mejoras basadas en evidencia.
5. Aplica conceptos operativos y metodológicos en simulaciones, prácticas supervisadas y talleres de planificación comunitaria.
6. Interpreta datos epidemiológicos sobre la TB en contextos comunitarios.
7. Aplica el protocolo DOT para la atención y seguimiento de casos de TB.
8. Diseña intervenciones educativas y comunitarias para mejorar la adherencia al tratamiento.
9. Emplea metodologías de análisis de cohortes y estudio de contactos en intervenciones comunitarias.
10. Ejecuta talleres de sensibilización y aplicar listas de verificación para visitas domiciliarias.
11. Aplica protocolos de tamizaje y consejería en estilos de vida saludable.
12. Organiza actividades comunitarias de prevención con base en la evidencia.
13. Reflexiona críticamente sobre el rol de la enfermería comunitaria en la prevención de enfermedades crónicas.
14. Identifica las principales enfermedades transmitidas por vectores y su impacto en la salud comunitaria.
15. Describe los métodos de vigilancia entomológica y control ambiental.
16. Promueve estrategias de participación comunitaria para la prevención y control de enfermedades vectoriales.
17. Diseña e implementar un plan operativo de intervención frente a brotes epidémicos.
18. Reconoce las principales enfermedades vectoriales y su epidemiología en el contexto comunitario.
19. Aplica métodos de vigilancia entomológica y análisis de mapas de riesgo.
20. Propone acciones de control ambiental y de participación comunitaria en zonas endémicas.
21. Elabora un plan operativo efectivo de respuesta a brotes epidémicos.



4.1 Estrategia nacional de inmunización

La inmunización es una de las intervenciones más efectivas y costo-eficientes en salud pública. Ha permitido la reducción drástica de enfermedades transmisibles y la erradicación de algunas patologías, como la viruela (Ward et al., 2017; Molina & Stella, 2004). La Estrategia Nacional de Inmunización (ENI) constituye un componente clave de los sistemas de salud, y su éxito depende en gran parte de la participación activa de los profesionales de enfermería comunitaria, quienes están en la primera línea de implementación, educación y seguimiento de las coberturas vacunales (WHO, 2022).

Historia y marco estratégico global de inmunización

Desde la introducción de la vacuna contra la viruela en el siglo XVIII hasta los programas contemporáneos de inmunización masiva, la historia de las vacunas ha estado marcada por avances científicos y logros sanitarios globales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsa el “Programa Ampliado de Inmunización” (PAI), que ha sido adoptado por países de todo el mundo. La Agenda de Inmunización 2030 (IA2030) plantea el acceso equitativo a vacunas seguras y efectivas como derecho universal (WHO, 2020).

En 1974, la Asamblea Mundial de la Salud instó a los países del mundo a establecer el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con cuatro vacunas contra seis enfermedades prioritarias: tuberculosis (formas severas), poliomielitis, difteria, tos ferina o pertussis, tétanos y sarampión (Villena & Bastías, 2020).

Ecuador implementó el Programa Ampliado de Inmunizaciones en 1976, inicialmente en tres provincias consideradas “piloto” (Carchi, Imbabura y Manabí), incorporando progresivamente el resto de las provincias en los siguientes años. Desde comienzos de la década de los ochenta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ofrece a sus Estados Miembros evaluaciones de los programas nacionales de inmunizaciones como un instrumento de cooperación técnica que permite monitorear sus avances y evaluar el grado de desarrollo y capacidad técnica para enfrentar nuevos retos.

En un inicio, las evaluaciones de inmunización se enfocaban en el sistema de vigilancia epidemiológica del sarampión, pero desde 1997 se evalúan todos los componentes de un programa de inmunizaciones, convirtiendo al documento en evaluaciones multidisciplinarias que buscan fortalecer integralmente los temas de inmunización en un país. A partir de 2010, se agregaron instrumentos específicos para evaluar la introducción de “nuevas vacunas” y la calidad de los datos de inmunización.

Durante el año 2017, de enero a agosto, se alcanzaron coberturas por encima del 50 % de vacunación con esquema completo, cumpliendo el objetivo primordial de la ENI: erradicar seis enfermedades prioritarias (tuberculosis -formas severas-, poliomielitis, difteria, tos ferina o pertussis, tétanos y sarampión). Además, se establecieron estrategias para fortalecer e incrementar la captación de menores de dos años, garantizando la cobertura de vacunas con esquema completo en esta población (Quintero & Manosalvas, 2017).

Luego de casi 47 años de arduo trabajo, la inmunización en Ecuador ha logrado importantes resultados y un gran impacto en la salud pública, entre los cuales se destacan:

Eliminación de enfermedades: poliomielitis, sarampión, rubéola y tétanos neonatal como problema de salud pública, además del control de otras enfermedades prevenibles por vacunación (Healy et al., 2013).



- Ampliación de la población beneficiaria: el programa pasó de proteger exclusivamente a la infancia a ser un recurso de prevención para todos los ciclos de vida, con impacto familiar.
- Incorporación de nuevas vacunas: de cuatro vacunas básicas al inicio, actualmente el programa ofrece 19 vacunas a la población ecuatoriana.
- Ampliación de la capacidad de almacenamiento: mediante la adecuación y construcción de bancos de vacunas en los diferentes niveles, así como la dotación de equipos de refrigeración y congelación.
- Garantía de la vacunación segura: mejoramiento de vacunatorios en los establecimientos de salud.
- Creación de la Ley de Vacunas: esta ley ha asegurado el presupuesto necesario para la adquisición anual de biológicos e insumos en cantidades suficientes y oportunas.
- Talento humano capacitado: sensibilizado, capacitado y empoderado para llevar a cabo la gestión y operativización del programa (Roperó-Álvarez & Danovaro-Holliday, 2021).

En 2016, el Programa Ampliado de Inmunizaciones cambió su nombre a Estrategia Nacional de Inmunización.

A lo largo de los años, se han realizado cambios en el programa de vacunación, como la incorporación de nuevas vacunas, lo cual se evidencia en la Tabla 4.1.1

Tabla 4.1.1. Secuencia histórica de hechos trascendentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones ahora Estrategia Nacional de Inmunización en Ecuador

AÑOS	EVENTOS
1977	Creación del Programa Ampliado de Inmunizaciones con 4 biológicos: BCG, OPV, DPT y S. PAI se inicia en tres provincias. Totalidad de provincias se incorporan en 1978
1982	Desarrollo de fases intensivas de vacunación a nivel nacional para recuperar coberturas de vacunación
1984	PAI es incorporado al Plan de Reducción de Morbimortalidad Infantil (PREMI). Primera Evaluación Externa del PAI.
1985	Ecuador implementa el Plan de Eliminación de la Poliomielitis.
1994	Ecuador certifica en la eliminación de poliomielitis. Campana "Puesta al Día" que inicia el Plan de erradicación del sarampión, dirigido a niños de 9 meses a 14 años de edad.
1997	Se aprueba la Ley de Vacunas
1988	Se expide Reglamento a Ley de Vacunas. Primera campana de seguimiento contra el sarampión.
1999	Incorporación de vacuna triple viral contra el sarampión, rubeola y parotiditis (SRP). Implementación de la vigilancia epidemiológica integrada de sarampión y rubeola y de la vigilancia centinela de meningitis y neumonía bacteriana aguda en hospitales de Guayaquil.
2000	Segunda Evaluación Externa del PAI.



2001	Reforma de Ley de Vacunas en la que se quintuplica el presupuesto del PAI. Evaluación de las zonas de riesgo de circulación del polio virus salvaje o derivado de la vacuna. Ecuador propone la iniciativa de realizar anualmente la Campana de Vacunación de las Américas.
2002	Segunda campana de seguimiento contra sarampión y primera de control acelerado de la rubeola y eliminación de síndrome de rubeola congénita (SRC), dirigida a la población de 6 meses a 14 años.
2003	Incorporación de la vacuna pentavalente, al esquema regular (DPT+HB+Hib) a fin de prevenir la difteria, tétanos, tosferina, hepatitis B; meningitis y neumonías
2004	Campana de vacunación contra sarampión y rubeola a la población de 15 a 39 años Taller Nacional de Vacunación Segura
2006	Se incorpora a la vacunación regular la vacuna contra la influenza
2007	Incorpora la vacuna contra rotavirus, hepatitis B (HB) y neumococo polisacárido en la población del adulto mayor (65 años).
2008	Campana de vacunación con vacuna OPV a menores de 7 años, vacuna SR a menores de 1 a 6 años 11 meses 29 días y suplementación de Vitamina A a los menores
2009	Se incluye en el esquema regular de todo el país la vacuna contra la fiebre amarilla (FA) dirigida a niños de 12 a 23 meses de edad.
2010	Vacunación contra el neumococo heptavalente en niños menores de 2 años. Inicio de vacunación en escolares: SRP, varicela, hepatitis B. Inclusión de la aplicación de vacuna dT a hombres.
2011	Cambio de vacuna neumococo heptavalente por vacuna neumococo decavalente (menores de 2 años). Introducción de la vacuna contra la varicela en los niños de 12 a 23 meses. Inicio de brote de Sarampión (importado) en el país, que continuo hasta el año 2012
2012	Aplicación de vacuna SR a partir de los 6 meses de edad debido a epidemia de sarampión.
2013	Ecuador certifica en el proceso de eliminación de sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.
2014	Se incluye en el esquema nacional la vacuna VPH bivalente.
2014	Actualización manejo vacuna neumococo: aplicación 3 dosis a menores de un año
2015	Se incorpora en el esquema nacional la vacuna antipolio inactivada (IPV).
2016	El país participa en el Switch, o cambio de la vacuna trivalente oral contra la poliomieltis (tOPV) a la vacuna bivalente oral contra la poliomieltis (bOPV), en el marco de la erradicación de la polio debido a la posible generación del poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV). Se introduce la segunda dosis de SRP a los 18 meses de edad.

Fuente: Evaluación de la estrategia Nacional de Inmunizaciones Ecuador 2017 (MSP)



Sustento legal de la estrategia nacional de inmunizaciones en Ecuador

Las bases legales que soportan la existencia y funcionalidad de la ENI en el país son las siguientes:

- Constitución del Ecuador; Arts. 32, 35, 45, 280, 359, 360 al 363, y 366;
- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud; Capítulo I, Art. 4 y 6; Capítulo II, Art. 62, 64, y 66;
- Código de la Niñez y Adolescencia; Art. 25 y 27;
- Ley que garantiza el abastecimiento permanente de vacunas e insumos para el Programa de Inmunizaciones;
- Reglamento a esta Ley.

La Estrategia Nacional de Inmunizaciones se enmarca en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud, y al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FICI), para garantizar: acceso universal y diversidad cultural, responsabilidad compartida y alianzas, gratuidad, eficiencia, eficacia y calidad, oportunidad y sostenibilidad, equidad, participación social y organización funcional.

Vacuna

Una vacuna es una preparación biológica diseñada para estimular el sistema inmunológico de una persona y proporcionarle protección contra una enfermedad específica. Generalmente, las vacunas contienen microorganismos inactivos, atenuados, partes de ellos o productos derivados, que al ser introducidos en el organismo provocan una respuesta inmunitaria sin causar la enfermedad. De esta forma, el sistema inmunológico “aprende” a reconocer y combatir el patógeno en futuras exposiciones (World Health Organization [WHO], 2024).

Las vacunas son una de las herramientas más eficaces de la salud pública moderna, responsables de la disminución significativa de la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas a nivel mundial. Además, contribuyen no solo a la protección individual, sino también a la inmunidad colectiva, reduciendo la circulación de agentes infecciosos en la comunidad.

El desarrollo y la administración de vacunas siguen estrictos estándares científicos y regulatorios para garantizar su seguridad y eficacia, representando uno de los mayores avances en la historia de la medicina preventiva.

Tipos de Vacunas

Existen diversos tipos de vacunas, cada una con una composición y mecanismo de acción específicos frente a agentes patógenos. Estos mecanismos pueden estar diseñados para eliminar los patógenos o prevenir su acción dañina (Giancetti et al., 2022). Ver **Tabla 4.1.2**

Tabla 4.1.2. Clasificación de las vacunas

Tipo de vacuna	Subtipo	Ejemplos
Vacunas vivas atenuadas	Virales	SRP, SR, bOPV, Fiebre Amarilla, Rotavirus
	Bacterianas	BCG



Vacunas inactivas o muertas	Virales	fIPV, Influenza, Hepatitis A, Hepatitis B, HPV, Sinovac
	Bacterianas	DPT, DT, dT, Neumococo, Pentavalente
Otra	ARN Mensajero	PFIZER
	Vector Viral	AstraZeneca, CanSino

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunizaciones (MSP 2021)

Vacunas vivas o atenuadas

Estas vacunas contienen microbios vivos que han sido debilitados en el laboratorio para que no puedan causar la enfermedad. La producción de vacunas atenuadas incluye métodos como el paso del virus a través de una serie de cultivos celulares o embriones animales, como los embriones de pollo. Durante este proceso, el virus se adapta para replicarse mejor en las células del pollo, perdiendo gradualmente la capacidad de replicarse eficazmente en células humanas.

Después de varias generaciones, el virus atenuado conserva la capacidad de ser reconocido por el sistema inmunológico humano, pero ya no puede replicarse de forma eficiente en un huésped humano. Estas vacunas son similares a una infección natural, lo que genera una respuesta inmunitaria robusta y duradera.

Vacunas muertas o inactivadas

Estas vacunas se elaboran mediante la inactivación de un patógeno utilizando calor o productos químicos como el formaldehído. Este proceso destruye la capacidad del patógeno para replicarse, pero mantiene intactas sus estructuras esenciales, lo que permite que el sistema inmune las reconozca.

Aunque no presentan riesgo de revertirse a formas virulentas, estas vacunas suelen ofrecer protección por un tiempo más corto en comparación con las vacunas vivas, lo que puede requerir dosis de refuerzo para mantener una inmunidad prolongada.

Toxoides

Algunas enfermedades no son causadas directamente por una bacteria, sino por las toxinas que esta produce. Un ejemplo es el tétanos, cuyos síntomas son provocados por la neurotoxina tetanospasmina producida por la bacteria *Clostridium tetani*.

Las vacunas de tipo toxoide se elaboran inactivando las toxinas bacterianas mediante sustancias químicas como la formalina o mediante calor. Esto permite al sistema inmune generar anticuerpos específicos contra la toxina, protegiendo al individuo sin causar la enfermedad.

Vacunas subunitarias, conjugadas y recombinantes

Estas vacunas utilizan partes específicas del patógeno, como proteínas, azúcares o cápsulas. Al emplear solo fragmentos clave del germen, se logra una respuesta inmunitaria altamente dirigida y eficaz.

Aunque suelen ser muy seguras, es posible que requieran dosis de refuerzo para garantizar una protección continua.



Políticas De Frasco Abierto

Las vacunas con considerados medicamentos biológicos y están sujetos a las normas de control que por ley les corresponde. El personal de salud de los establecimientos, distritos y coordinaciones zonales deben realizar un seguimiento apropiado de vacunas y jeringas que están en territorio para evitar pérdidas en frascos cerrados y vigilar las pérdidas técnicas esperadas de los frascos abiertos para disminuir permanentemente los desperdicios (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Perdida de vacunas en frascos cerrados

Son aquellas pérdidas de dosis que suceden antes de abrir el frasco para su aplicación o uso, pueden ocurrir en los siguientes casos

- Expiración de la fecha límite de caducidad informada por el productor.
- Ruptura de la cadena de frío (alteración de temperatura por congelamiento o aumento de temperatura).
- Rupturas (accidentes).
- Sustracciones o faltantes.

Pérdidas de vacunas en frascos abiertos- pérdida técnica (evitable)

Son aquellas pérdidas que suceden después de abrir el frasco para su aplicación o uso, pueden ocurrir en los siguientes casos.

- Pobres prácticas de reconstitución.
- Frascos abiertos sumergidos en agua.
- Sospecha de contaminación.
- Mala aplicación o desconocimiento de la política sobre frascos de dosis múltiples

Pérdidas de vacunas en frascos abiertos- pérdida técnica (aceptable)

Son aquellas pérdidas que suceden después de abrir el frasco para su aplicación o uso, pueden ocurrir en los siguientes casos.

- Descarte de dosis sobrantes al finalizar el tiempo de vida útil.
- En las vacunas orales, las dosis devueltas (arrojadas) por los niños y niñas vacunadas.

Tipos de frascos de vacunas

De las vacunas que constan en el esquema de vacunación, el 23% (siete vacunas) corresponden a frascos de unidosis y 67% (12 vacunas) a frascos multidosis. Ver Tabla 4.1.3 y 4.1.4

- Vacunas de frascos unidosis

El término unidosis o monodosi se utiliza para definir todo aquello que ha sido envasado en dosis unitarias, es decir en viales, ampollas o comprimidos. Al hablar de vacunas se indicará que es la presentación con una sola dosis para su aplicación.



Tabla 4.1.3. Vacunas del esquema de vacunación del MSP en frascos unidosos.

Vacuna	Enfermedad prevenida	Duración luego de abierto
Hepatitis B pediátrica	Hepatitis B por transmisión vertical y cáncer hepático	Uso inmediato
Hepatitis B adulto	Hepatitis B aguda y crónica	Uso inmediato
Rotavirus	Diarrea por rotavirus	Uso inmediato
Pentavalente	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B neumonías y meningitis por haemophilus influenzae tipo B	Uso inmediato
Neumococo	Neumonías por neumococo	Uso inmediato
Varicela	Varicela- herpes zoster	Uso inmediato
HPV	Cáncer cérvico uterino por virus del papiloma humano	Uso inmediato

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunizaciones (MSP 2019).

• Vacunas de frascos multidosis

La política de frascos abiertos de la OMS/OPS establece que el tiempo de vida útil de las vacunas multidosis liofilizadas (BCG, FA, SRP, SR) es 6 horas, en cambio, el tiempo de vida de las vacunas multidosis líquidas (bOPV, fIPV, DPT, DT) es de 28 días (4 semanas) Ver Tabla 2-3.

Recomendación:

- Que no haya pasado la fecha de vencimiento.
- Conservación de la temperatura adecuada dentro de la refrigeradora y del termo.
- Usar técnica aséptica para el retiro de la dosis (no dejar agujas en la tapa).
- El frasco debe estar limpio y seco.

Tabla 4.1.4 Vacunas del esquema de vacunación del MSP en frascos multidosis

Vacuna	Numero de dosis en cada frasco	Duración luego de abierto
fIPV	25-50	28 días
BCG	10-20	6 horas
bOPV	20	28 días
DPT	10	28 días
DT	10	28 días
Fiebre amarilla	10	6 horas
SR	5	6 horas
SRP	5	6 horas
Influenza Pediátrica (6-11 meses)	20	28 días
Influenza adulta	10	28 días

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunizaciones (MSP)

NOTA DE INVESTIGACION Cómo el uso de vacunas fuera de la cadena de frío o en la cadena de temperatura controlada contribuye a mejorar la cobertura de inmunización en los países de ingresos bajos y medios: Una revisión al alcance de la literatura.



OBJETIVO:

Esta revisión de alcance tiene como objetivo explorar y sintetizar la evidencia en la literatura sobre cómo el uso de vacunas fuera de la cadena de frío o en una cadena de temperatura controlada aumenta la cobertura de inmunización en los países de ingresos bajos y medianos (PIMB), con un enfoque en los cronogramas del Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (2011-2020).

RESULTADOS:

La mayoría de los estudios se realizaron en África (n = 9), seguida de Asia (n = 3) y la menor cantidad en el Pacífico (n = 1). Los diferentes diseños de estudio capturados incluyeron cuatro ensayos no aleatorios, tres ensayos aleatorios, dos modelos de simulación, dos estudios transversales y un estudio de cohorte. Los beneficios informados incluyeron una mayor cobertura, facilidad logística y ahorro de costos mientras las vacunas siguen siendo potentes.

CONCLUSIONES:

Actualmente, sólo se ha autorizado el almacenamiento de dos vacunas CTC. Es necesario hacer más para obtener vacunas adicionales autorizadas para CTC y difundir orientación operativa para hacer operativo su uso en países de ingresos bajos y medianos.

Nota: Tomado de Dadari IK, Zgibor JC. How the use of vaccines outside the cold chain or in controlled temperature chain contributes to improving immunization coverage in low- and middle-income countries (LMICs): A scoping review of the literature. J Glob Health. 2021 Jan 31;11:04004. doi: 10.7189/jogh.11.04004. PMID: 33692889; PMCID: PMC7915947.

Componentes del esquema Nacional de vacunación

Los esquemas nacionales se adaptan al perfil epidemiológico del país. En el caso de Ecuador, el esquema incluye vacunas vivas atenuadas virales y bacteriana y vacunas inactivas o muertas contra enfermedades como la tuberculosis (BCG), hepatitis B, poliomielitis, rotavirus, neumococo, influenza, sarampión, rubéola, parotiditis, fiebre amarilla, entre otras (Ministerio de Salud Pública, 2023). Se estructura por grupos etarios y grupos de riesgo (gestantes, adultos mayores, población migrante) ver **tabla 4.1.5** y **tabla 4.1.6**



Tabla 4.1.5. Esquema de Vacunación de Ecuador

Grupo de edad	Enfermedades que previene la vacuna	Vacuna	Frecuencia y edad de aplicación
Menores de un año	Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis pulmonar diseminada	BCG	Dosis única: de preferencia dentro de las 24 horas de nacidos (esta vacuna puede aplicarse también hasta los 11 meses 29 días)
	Hepatitis B por transmisión vertical (madre con antecedente de HB)	HB pediátrica cero	Una dosis al Recién Nacido (en las primeras 24 horas de nacido)
	Enfermedad diarreica aguda por rotavirus	Rotavirus	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 3 meses de edad)
	Poliomielitis (Parálisis flácida aguda)	fIPV (Vacuna Inactivada de Polio)	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días) 2da dosis a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días). Intervalo entre dosis fIPV 1 fIPV2 debe tener 8 semanas
		bOPV	3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días)
	Difteria, tosferina, tétanos, hepatitis B, neumonías y meningitis por haemophilus influenzae tipo b	PENTAVALENTE (DP-T+HB+Hib)	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días) 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días) 3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días)
	Neumonías, meningitis, otitis por estreptococo pneumoniae	Neumococo conjugado	1° dosis: a los 2 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días) 2° dosis: a los 4 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días) 3° dosis: a los 6 meses de edad (máximo hasta los 11 meses 29 días)
	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1° dosis: de 6 a 11 meses 0 días 2° dosis: un mes después de la 1° dosis



12 a 23 meses	Difteria, Tosferina, Tétanos	DPT	Primer Refuerzo con DPT: al 1 año de la tercera dosis de Pentavalente (máximo hasta los 23 meses 29 días)
	Poliomielitis	bOPV	4ta. Dosis con b OPV: al 1 año de la tercera dosis de bOPV (máximo hasta los 23 meses 29 días)
	Sarampión, Rubeola y Parotiditis (Paperas)	SRP	1° dosis de SRP a los 12 meses de edad. 2° dosis a los 18 meses de edad; el intervalo mínimo entre dosis es de 6 meses (máximo hasta los 23 meses 29 días)
	Fiebre Amarilla	FA	Dosis única a los 12 meses de edad (máximo hasta 23 meses 29 días)
	Varicela	Varicela	Dosis única a los 15 meses de edad
	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 12 y 23 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad)
24 a 59 meses	Influenza (Gripe Estacional)	Influenza Pediátrica	1 dosis: entre 24 y 35 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad) 1 dosis: entre 36 y 59 meses de edad (dosificación de acuerdo a esta edad)
5 - 15 años	Difteria, Tétanos, Tosferina	DPT (5 años)	5ta. Dosis con toxoide diftérico, pertussis y tétanos. Segunda dosis de Refuerzo DPT. (máximo hasta los 5 años 11 meses 29 días)
	Poliomielitis	bOPV	5ta. Dosis con bOPV: Segundo Refuerzo bOPV (máximo hasta 5 años 11 meses 29 días)
	Cáncer cérvico uterino por virus del papiloma humano	HPV (9 años)	1° dosis: al primer contacto niñas de 9 años 2° dosis: a los 6 meses de la primera dosis (máximo hasta los 10 años 6 meses 0 días)
	Difteria y Tétanos	dT (15 años de edad)	6ta. Dosis: a los 15 años de edad con toxoide diftérico y tetánico para adulto (verificar carnet y debe tener antecedente de 3 dosis con pentavalente, 4ta dosis o primer refuerzo con DPT, 5ta dosis o segundo refuerzo con DPT). (máximo hasta 15 años 11 meses 29 días)

Adultos	Difteria y Tétanos (Mujeres en edad fértil, embarazadas y hombres)	dT (Toxoide Tetánico y Diftérico adulto) de 16 a 49 años	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal proceder a iniciar el esquema: 1° dosis: al primer contacto; 2° dosis: al mes de la 1° dosis; 3° dosis: a los 6 meses de la 2° dosis; 4° dosis al año de la 3ra. dosis; 5° dosis al año de la 4ta. dosis.
	Influenza (Gripe estacional)	Influenza Estacional (Grupos de riesgo)	Embarazadas, pacientes púerperas, personal de Salud, personas con discapacidad, personas privadas de libertad, enfermos Crónicos de 5 a 64 años, adulto mayor (65 años y +)
	Fiebre amarilla	Vacuna Antiamarílica (FA)	1. Viajeros internacionales o nacionales, que acuden a lugares endémicos con riesgo de transmisión de FA. (DOSIS UNICA) siempre y cuando no tenga antecedente vacunal 2. Personas que habitan en zonas de riesgo de transmisión de FA. (DOSIS ÚNICA)
	Hepatitis B	H B (adultos)	1. Personas privadas de libertad 2. Personal de salud 3. trabajadores/as sexuales y otros grupos de riesgo. Administrar 3 dosis conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses. Si tienen esquema incompleto (verificando carné de vacunación) continuar con la dosis respectiva, no iniciar el esquema.
<p>Ante reacción anafiláctica de componente pertussis de la DPT, utilizar DT pediátrica +HB</p> <p>En esquema atrasado siempre y cuando no tenga ninguna reacción alérgica a los componentes de la vacuna pentavalente aplicar DPT+HB conforme al lineamiento</p>			

Fuente: Estrategia Nacional de Vacunación (MSP 2019).




SUBSECRETARIA NACIONAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES
ESQUEMA DE VACUNACIÓN FAMILIAR / ECUADOR 2019



Tabla 4.1.6
Esquema de Vacunación

Ciclo de Vida	Grupos programáticos	Tipos de Vacuna	Total dosis	Dosis* recomendada	Vía de administración	Frecuencia de administración						
						Número de dosis			Refuerzos			
						1 dosis	2 dosis	3 dosis	4ta dosis (1 Refuerzo)	5ta. dosis (2 Refuerzo)	6ta dosis (3 Refuerzo)	
NIÑEZ	Menores de un año	BCG*	1	0,05 ml - 0,1 ml	L.D.	Dosis única RN dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		HB	1	0,5 ml	L.M.	RN dentro de las primeras 24 horas de nacido						
		Rotavirus	2	1,5 ml	V.O.	4m						
		IPV	2	0,1 ml	L.D.	4 m						
		bOPV	1	2 gotas	V.O.	6m						
		Pentavalente (DPT+HB+Hib) ^	3	0,5 ml	L.M.	4m	6m					
		Neumococo conjugado	3	0,5 ml	L.M.	2m	4m	6m				
		Influenza Estac. (HN) Triv. Pediátrica (desde los 6 a 12 meses)	2	0,25 ml	L.M.	Al mes de la primera dosis						
		Difteria, Tétanos, Tosferina (DPT)	1	0,5 ml	L.M.	1 año después de la tercera dosis de Pentavalente (Primer refuerzo DPT)						
		Vacuna bivalente oral contra la Polio (bOPV)	1	2 gotas	V.O.	1 año después de la tercera dosis de antipolio (Primer refuerzo OPV)						
		Sarampión, rubéola, parotiditis (SRP)	2	0,5 ml	S.C	12 meses	18 meses					
		Fiebre Amarilla (FA)	1	0,5 ml	S.C	12 meses						
		Varicela	1	0,5 ml	S. C.	15 meses						
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	L.M.	1 er contacto						
		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,25 ml	L.M.	1 er contacto						
36 a 59 meses		Influenza Estacional Triv. Pediátrica	1	0,5 ml	IM	1er contacto						
5 años		DPT-	1	0,5 ml	L.M.							
		bOPV	1	2 gotas	V.O.							
9 años		HPV	2	0,5 ml	L.M.	1er contacto	6 meses después de la primera dosis				Segundo refuerzo DPT	Segundo refuerzo OPV

ADOLESCENCIA	15 años	dT ^{co}	1	0,5 ml	I. M.	Tercer refuerzo con toxoide diftérico-tetánico
ADULTOS	MEF: Embarazadas Hombres	dT ^m	1	0,5 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal; si no existiera antecedente vacunal, proceder a iniciar el esquema, conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses, 1 año, 1 año hasta completar las 5 dosis que requiere el esquema de adulto
	Personal de Salud, trabajadoras sexuales, privados de la libertad, personas viviendo con VIH	HB	1	20 µg/1 ml	I. M.	Completar esquema según historia vacunal: Conservando los intervalos de 0, 1 mes, 6 meses
	Viajeros	SR	1	0,5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación endémica de sarampión-rubéola y para control de brotes
	Embarazadas, pacientes puérperas, personal de salud, enfermos crónicos desde 6 meses en adelante, adultos de 65 años y más, personas privadas de libertad, personas con discapacidad	FA	1	0,5 ml	S.C	Viajeros a países con circulación en fiebre amarilla (una dosis provee inmunidad para toda la vida)
		Influenza estacional Triv. Adulto	1	0,5 ml	I.M.	1er Contacto

Fuente: Esquema Vacunación. Ministerio Salud Pública (MSP 2019).



Instrumentos Utilizados en la Estrategia ENI

El flujo de información del sistema de coberturas de vacunación consta de una serie de instrumentos en papel y digital, que permiten hacer seguimiento de las coberturas de vacunación por producción con desagregación por nivel de responsabilidad geográfico, por vacuna, dosis y edad. Desde 2016, para su ejecución se aplican los siguientes instrumentos:

- Registro Diario de Actividades de Vacunación de 0 a 15 años de edad Formulario de Captación Temprana Ver Tabla 4.1.7. Fig. 4.1.1
- Registro Diario de Vacunación con captación tardía de 1 a 49 años de edad a Formulario de Esquema Atrasado.
- Registro Diario de Actividades de Vacunación de Grupos de Riesgo a Formulario de Grupos de Riesgos.

Los establecimientos de salud registran cada acto de vacunación, intramural y extramural.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

LIBRETA INTEGRAL DE SALUD

HCU: _____
 Unicódigo: _____
 Nombres: _____
 Apellidos: _____
 Teléfono domicilio: _____
 Teléfono Celular: _____
 Dirección Domiciliaria: _____

 Zona: _____
 Distrito: _____
 Cantón: _____
 Provincia: _____
 Establecimiento de salud: _____

Seguro de salud:
 Seguro de la Policía
 Seguro de las fuerzas Armadas
 IESS. Seguro Social Campesino
 Otros
 Ninguno

Salud infantil/crecimiento y desarrollo niños menores de cinco años
 Esquema de vacunas

Avanzamos Patria!
 MSP | Ministerio de Salud Pública

Figura 4.1.1. Libreta Integral de salud

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (ENI- MSP 2023).

Funciones específicas de enfermería Comunitaria en la Estrategia ENI

Educación y sensibilización comunitaria

- Promoción de la vacunación como derecho y responsabilidad social, a través de actividades educativas dirigidas a toda la comunidad.
- Desarrollo de campañas de información sobre el esquema nacional de vacunación, la importancia de la inmunización oportuna y los riesgos de la no vacunación (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).
- Desmitificación de mitos y creencias erróneas sobre vacunas mediante talleres, charlas, y visitas domiciliarias.

Aplicación segura de vacunas

- Administración correcta de las vacunas, siguiendo los lineamientos de bioseguridad, técnica de inyección apropiada, manejo del dolor y registro adecuado. Ver Figura 4.1.2
- Evaluación previa del usuario, verificando esquemas de vacunación anteriores, contraindicaciones y condiciones clínicas especiales.
- Aseguramiento de la cadena de frío para mantener la potencia y seguridad de las vacunas (WHO, 2023).

Organización y coordinación de jornadas de vacunación

- Planificación de campañas de vacunación intramurales y extramurales, incluyendo brigadas comunitarias, jornadas escolares y visitas a comunidades de difícil acceso.
- Identificación de grupos de riesgo y rezagados, con estrategias de búsqueda activa y vacunación casa por casa si es necesario

Registro, monitoreo y seguimiento

- Actualización de registros de vacunación individuales y comunitarios, utilizando plataformas electrónicas o físicas de información sanitaria.
- Monitoreo de cobertura vacunal, detección de brechas de inmunización y reporte de eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización (ESAVI). (Choez et al., 2023). Ver tabla 4.1.8- 4.1.9 y 4.1.10.

Participación en vigilancia epidemiológica

- Notificación oportuna de eventos adversos posteriores a la vacunación para garantizar la seguridad del usuario.
- Participación en investigaciones de brotes, especialmente de enfermedades prevenibles como sarampión, difteria o polio.

Abogacía y defensa del acceso universal a las vacunas

Promoción del acceso equitativo a la inmunización, abogando por poblaciones vulnerables como indígenas, migrantes, personas con discapacidad o personas en zonas rurales (Lara-Millán et al., 2022; Sánchez, 2023).

Tabla 4.1.8. Eventos Leves Y Comunes

Vacunas	Reacción local (dolor, tumefacción, enrojecimiento)	Fiebre	Irritabilidad, malestar y síntomas no específicos
Hepatitis	Hasta 30% en adultos	De 1% a 6%	Poco frecuente
Hasta 5% en niños	De 1% a 6%	Poco frecuente	Hasta 5%
Antipolio Oral	ninguna	Menos 1%	Menos de 1%
DT	Hasta 10%	Hasta 10%	Hasta 25%
DPT	Hasta 50%	Hasta 50%	Hasta 60%
BCG	Común	-	-

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (MSP)

Tabla 4.1.9. Eventos graves y poco frecuentes

Linfadenitis supurativa	Linfadenitis supurativa	Linfadenitis supurativa
BCG	Linfadenitis supurativa Osteítis supurativa	2 a 6 meses 1 1 12 meses
SRP	Meningitis aséptica Convulsiones febriles Trombocitopenia Anafilaxia	18 a 34 horas 5 a 12 días 15 a 35 días 0 a 1 hora
Antipolio Oral	Poliomielitis asociada con la vacuna	4 a 40 días
DT	Neuritis del plexo braquial Anafilaxia	2 a 28 días 0 a 1 hora
DPT	Llanto persistente que dura más de 3 horas Convulsiones febriles Hipotonía e hiporreactividad Anafilaxia Encefalopatía	0 a 24 horas 0 a 2 días 0 a 24 horas 0 a 1 hora
Fiebre amarilla	Encefalitis Reacción alérgica/ anafilaxia	-7 a 21 días 0 a 1 hora

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (MSP 2019).

Tabla 4.1.10. Errores programáticos que pueden provocar un ESAVI

Error Programático	Error previsto
--------------------	----------------



Inyección no estéril	Absceso localizado, septicemia, síndrome de shock tóxico o muerte
Error de Reconstitución (diluyente incorrecto, reemplazo con un fármaco)	Absceso local, EA de un fármaco, muerte, vacuna ineficaz
Inyección en lugar equivocado	Absceso local, Daño al nervio ciático
Transporte /almacenamiento incorrecto	Reacción local por vacuna congelada, vacuna ineficaz
No respetar las contraindicaciones	Reacción grave previsible

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (MSP 2019).

Figura 4.1.2. Proceso de administración segura de vacunas



Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (MSP 2023).

Logística de cadena de frío y registros nominales

La cadena de frío es el proceso logístico que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas, desde que salen del laboratorio que las produce (nivel nacional) hasta el momento de su aplicación (nivel local). Este sistema está interconectado mediante equipos de refrigeración que permiten conservar las vacunas a las temperaturas recomendadas para mantener su potencia (Dadari & Zgibor, 2012).

Este proceso logístico asegura la conservación de vacunas entre +2 °C y +8 °C. El personal de enfermería se encarga de controlar termómetros digitales, refrigeradores, certificados y hojas de control de temperatura. Los registros nominales (como el Sistema de Registro Único de Vacunación) permiten trazabilidad y monitoreo de coberturas (MSP, 2023).

Niveles de la Cadena de Frío

Los niveles de la “Cadena de Frío” pueden variar y adaptarse a la estructura del sistema de salud en cada país. Generalmente, se distinguen tres niveles de almacenamiento (Ministerio de Salud Pública, 2017): Ver Figura 4.1.3 y 4.1.4

Nivel Central

- Habilitado con cámaras frigoríficas de gran volumen para almacenar vacunas durante largos períodos.
- Equipado con depósitos refrigerados y cámaras frigoríficas para alcanzar temperaturas de refrigeración o congelación.
- Capacidad de almacenamiento: hasta 2 años.
- Funciona como el Banco Nacional de Vacunas

Nivel Zonal-Distrital

- Ubicado en regiones, provincias o distritos.
- Dotado de sitios de almacenamiento masivo o con cámaras frigoríficas.
- Equipado con refrigeradores, congeladores y congeladores de paquetes fríos.
- Capacidad de almacenamiento: 3 meses (bancos regionales y provinciales).

Nivel de Unidades Operativas

- Ubicación: hospitales, centros y puestos de salud.
- Equipos: refrigeradoras, congeladores, termos y conservadoras.
- Capacidad de almacenamiento 1 mes (bancos de áreas y unidades operativas).

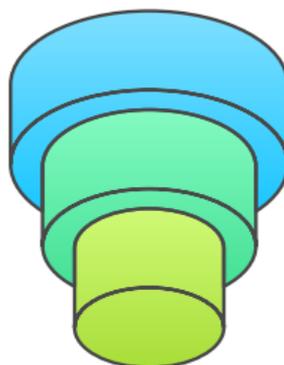
Gestión a nivel Central

Supervisión y coordinación de la cadena de frío



Almacenamiento en unidades operativas

Almacenamiento y mantenimiento de productos



Distribución Zonal-Distrital

Distribución regional y local de productos

Figura 4.1.3. Flujo de cadena de frío desde el nivel central, hasta las comunidades

Fuente: Estrategia Nacional de Inmunización (MSP 2019).



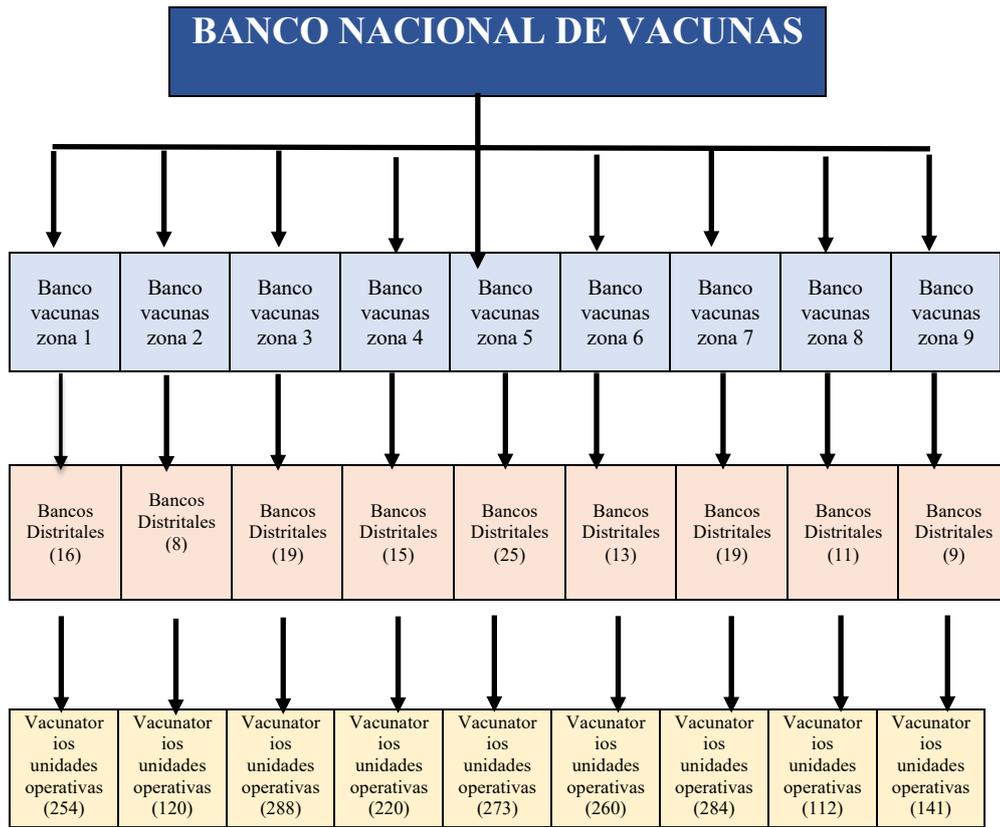


Figura 4.1.4. Funcionamiento de la red de frío de acuerdo a la nueva organización territorial del MSP

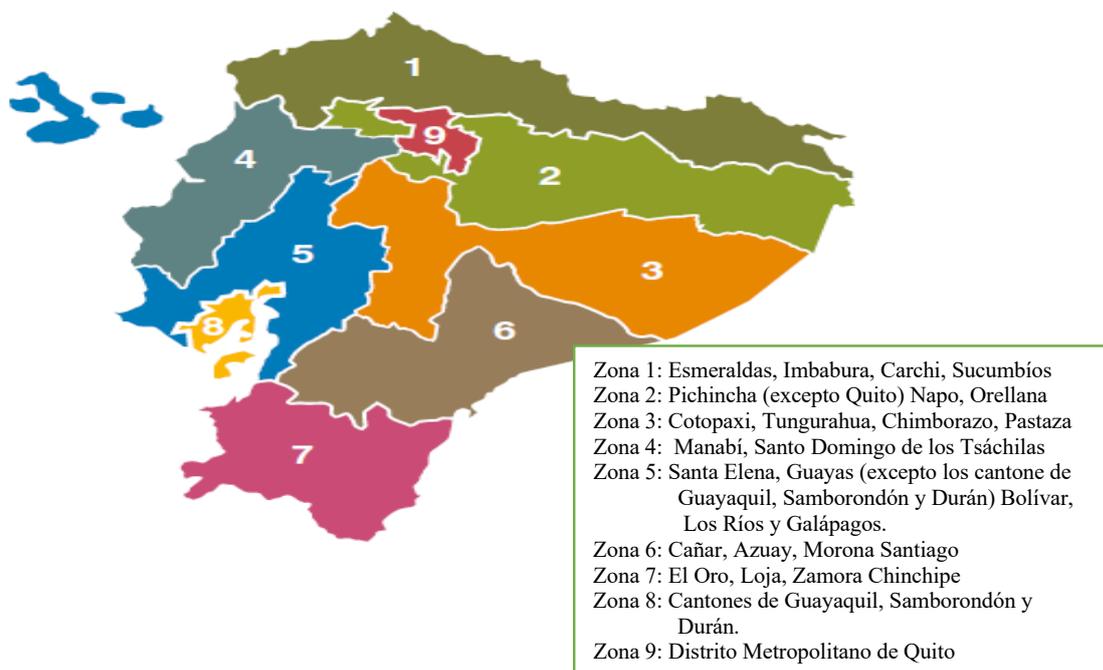
Fuente: Ministerio de Salud pública del Ecuador (MSP 2019).

La gestión del Sistema Nacional de Salud Pública no se establece acorde a la división geopolítica del país. Esta se basa en la división administrativa de planificación, que fue instaurada por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (Senplades) en 2010, y se conforma de 9 zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos. Las zonas se componen por la unión de provincias, excepto por los dos distritos metropolitanos de Quito y Guayaquil. Los distritos se componen por un cantón o por la unión de cantones y los circuitos se componen por una parroquia o por la unión de parroquias. (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, 2012) Ver figura 4.1.5

Figura 4.1.5 Zonas administrativas de planificación en Ecuador

Fuente: Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo 2012





Sección práctica: Simulación de jornada de vacunación

Actividad dirigida a estudiantes en la que se simula una jornada de vacunación en comunidad:

- Organizar áreas de recepción, triaje, aplicación, observación.
- Asignar roles: registro, vacunador, educador.
- Evaluar técnicas de comunicación y registros adecuados.

Actividades

Caso clínico: Una madre llega con un niño de 8 meses sin vacunas desde el nacimiento por miedo a efectos adversos. Como profesional de enfermería comunitaria:

- ¿Cómo abordarías sus temores?
- ¿Qué esquema aplicarías para ponerse al día?
- ¿Qué seguimiento propondrías?

Cuestionario de seguridad vacunal:

1. ¿Cuál es la temperatura correcta para almacenar vacunas?
2. Enumere tres eventos adversos frecuentes post-vacunación.
3. ¿Cuál es la función del registro nominal?
4. ¿Cuándo se debe observar al paciente tras aplicar una vacuna?

La Estrategia Nacional de Inmunización es un pilar de la salud pública que requiere la articulación de conocimientos técnicos, habilidades comunicacionales y un compromiso ético por parte del personal de enfermería. Comprender sus componentes, retos logísticos y contextos sociales permite al profesional de enfermería comunitaria desempeñar un rol clave en la construcción de comunidades saludables y resilientes.



4.2 Programas de prevención y control de enfermedades

4.2.1 Estrategia de prevención y control de la tuberculosis

La tuberculosis (TB) continúa siendo un importante problema de salud pública global, especialmente en regiones con altos niveles de pobreza, hacinamiento y acceso limitado a servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2022 se registraron 10,6 millones de nuevos casos de TB en el mundo, y más de 1,3 millones de muertes (World Health Organization [WHO], 2023). En este contexto, el **Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis** representa una estrategia fundamental para reducir la carga de la enfermedad mediante acciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas. La enfermería comunitaria juega un rol clave en este abordaje, fomentando la adherencia al tratamiento y promoviendo la educación sanitaria (Pan American Health Organization, 2022).

Epidemiología y factores de riesgo en la TB

La TB es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que se transmite por vía aérea. Al tratarse de una enfermedad infecciosa causada por un microorganismo, para que se pueda transmitir a otros individuos es obligatorio que el agente causal se ponga en contacto con la población susceptible de enfermar mediante la denominada cadena de infección constituida por el reservorio/fuente de infección y un mecanismo de transmisión (Pan American Health Organization, 2023)

Siendo un microorganismo muy resistente al frío, a la congelación y a la desecación y muy sensible al calor, la luz solar y la luz ultravioleta, tiene ciertas características especiales en su desarrollo que le confieren grandes diferencias con las bacterias convencionales. Así, su lenta capacidad de división y la dependencia en su crecimiento de las condiciones locales donde se desarrolla (como la presencia o ausencia de oxígeno y la dependencia del pH del medio) pueden ocasionar un estado de letargo o lactancia (World Health Organization [WHO], 2022).

El mecanismo más habitual de Transmisión es la vía aerógena, sobre todo con las pequeñas **gotas aerosolizadas** de 1-5 micras de diámetro que son producidas por el paciente enfermo en actividades cotidianas como el habla, la risa y, sobre todo la tos; estas pequeñas gotas cargadas con pocos bacilos (entre 1 y 5 en cada gotita) son las que llegan al alvéolo, lugar donde encuentran las condiciones idóneas para su desarrollo. También la transmisión es por vía digestiva por el *M. bovis*, las vías urogenitales, cutáneo-mucosa, transplacentaria (tuberculosis congénita).

Su prevalencia está asociada con condiciones sociales y sanitarias desfavorables

Factores de riesgo principales:

- Coinfección con VIH
- Diabetes mellitus
- Desnutrición



- Consumo de tabaco o alcohol
- Condiciones de hacinamiento
- Situación de calle o reclusión **Ver Tabla 4.2.1.1**

Tabla 4.2.1.1 Factores de riesgo individuales y sociales asociados a TB

Factores individuales	Factores sociales
VIH/sida	Pobreza
Diabetes mellitus	Hacinamiento
Desnutrición	Acceso limitado a servicios
Uso de sustancias	Exclusión social

Fuente: WHO, 2023

Tamizaje, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento DOT

El modelo DOT (Directly Observed Treatment,) es la estrategia estandarizada y recomendada por la OMS para el tratamiento de la TB (Guía de Práctica Clínica (GPC) Tamizaje y diagnóstico de la tuberculosis 2024). Ver Figura 4.2.1.1

Tamizaje de TB en grupos prioritarios

- Realizar la detección sistemática de la enfermedad entre los contactos de un caso índice
- En niños menores de 5 años contacto de un caso índice de TB se debe descartar la Tb activa
- Realizar detección sistemática de la enfermedad de Tb en entornos penitenciarios
- En niños y adolescentes ≤ 15 años que son contactos cercanos de un caso de TB, se recomienda realizar el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB mediante el examen de síntomas ya sea tos, fiebre o ganancia de peso insuficiente
- Utilizar la radiografía de tórax, en conjunto con las herramientas disponibles en el tamizaje de la enfermedad por TB en niños y adolescentes que son contactos de un caso de TB
- Realizar el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB mediante un examen de síntomas ya sea tos, fiebre, sudoración nocturna o ganancia de peso insuficiente en niños y adolescentes VIH + que son contactos de un caso de TB

Diagnóstico de TB

Los lineamientos de la Estrategia recomiendan:

- Utilizar la prueba cutánea e Tuberculina (PPD o el ensayo de liberación de interferón- gamma (IGRA) en niños, adolescentes y adultos para detectar Infección por Tuberculosis (ITB)
- Entre las pruebas moleculares como prueba inicial para diagnóstico de la Tb tenemos:
 - a) Prueba Xpert MTB/RIF como prueba inicial para el diagnóstico de TB pulmonar y de resistencia a la rifampicina en adultos y niños con signos y síntomas de TB



b) Prueba Xpert MTB/RIF como prueba inicial para el diagnóstico de TB extra pulmonar y de resistencia a la rifampicina en adultos y niños con signos y síntomas de TB extrapulmonar

• Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos para el diagnóstico de la resistencia a medicamentos antituberculosis se recomiendan usar en los siguientes casos:

a) Cuando existe resistencia a la Isoniacida en personas con signos y síntomas de TB (Xpert MTB/XDR)

b) Cuando existe resistencia a Fluoroquinolonas en personas con signos y síntomas de TB (Xpert MTB/XDR)

• La prueba de determinación del Lipoarabinomano en orina mediante inmunocromatografía de flujo lateral (LAM-ICL) se realiza en:

a) Diagnóstico de TB en todos los adultos y niños VIH + con signos y síntomas de TB

b) Diagnóstico de TB en adultos y niños VIH+ con un conteo de CD4 menor a 200 cel/ml independientemente de los signos y síntomas

La baciloscopia y cultivo es una prueba que dentro de la estrategia se la realiza para control y seguimiento de casos

NOTA DE INVESTIGACION: Evaluación Del Conocimiento Sobre la prevención de la Tuberculosis en el personal de enfermería

Introducción:

El personal de la salud tiene mayor probabilidad de contraer la infección con Mycobacterium tuberculosis por su exposición incrementada a pacientes con la enfermedad.

Objetivo:

Evaluar el nivel de conocimientos sobre las medidas para el control y prevención de la tuberculosis en el personal de enfermería y los posibles factores que pudieran incidir en este

Resultados:

Los conocimientos en general fueron evaluados como deficientes en 75,4 % y nadie alcanzó bien. La mejor calificación fue sobre recogida de muestras (86,2 %). El resto fueron mayormente aceptables o deficientes. El tema con mayores deficiencias fue métodos de prevención. El 56,9 % percibe estar en riesgo. Ser técnico de enfermería resultó asociado con deficientes resultados de la evaluación de conocimientos sobre tuberculosis.

Conclusiones:

Los conocimientos sobre medidas de control de infección tuberculosa se consideraron deficientes. La percepción del riesgo varía según la valoración sobre las medidas de control existentes. Los conocimientos deficientes se asociaron fundamentalmente a la categoría de técnico, sino que se extiende al alcance de transformaciones que ocurren en la invisibilidad de la vida cotidiana.



Nota: Tomado de Juliao Da Rocha, Elisabeth, Borroto Gutiérrez, Susana, González Ochoa, Edilberto, Castro Peraza, Marta, & Martínez Hall, Dalila. (2019). Evaluación del conocimiento sobre la prevención de la tuberculosis en el personal de enfermería. Revista Cubana de Medicina Tropical, 71(3), e393. Epub 03 de marzo de 2020. Recuperado en 12 de octubre de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602019000300011&lng=es&tlng=es.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de TB sensible son: Isoniacida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Rifampicina (R).

Tratamiento en Infección por Tuberculosis (ITB)

Para el tratamiento ITB, se recomienda administrar un régimen de 3 meses (12 semanas) de Rifapentina más isoniacida (3HP) una vez por semana. Ver table 4.2.1.2- 4.2.1.3

Tabla 4.2.1.2. Dosis recomendada para los medicamentos del Tratamiento ITB

2-14 años					
Formulación del Fármaco	10-15 Kg	16-23 Kg	24-30 Kg	31-34 Kg	>34 Kg
Isoniacida 100 mg	3	5	6	7	7
Rifapentina 150 mg	2	3	4	5	5
14 años					
Formulación del fármaco	30-35 kg	36-45 Kg	46-55 kg	56-70 kg	>70 Kg
Isoniacida 300 mg	3	3	3	3	3
Rifapentina 150 mg	6	6	6	6	6
Formulación del fármaco	30-35 kg	36-45 Kg	46-55 kg	56-70 kg	>70 Kg
Isoniacida + Rifapentina en dosis fijas coformuladas (300 mg/300 mg)	3	3	3	3	3

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024

Tabla 4.2.1.3 Dosis recomendada para los medicamentos del tratamiento de ITB
Régimen para menores de dos años y alternativos en casos especiales

Régimen	Dosificación por peso
6 a 9 meses de Isoniacida	10 años o mayor: 5mg/Kg/día
	< 10 años: 10 mg/ Kg /día (Rango 7-15 mg)
4 meses de Rifampicina diaria (4R)	10 años o mayor: 10 mg/kg/día
1 mes de Rifapentina e Isoniacida diaria (28 dosis) (1HP)	≥13 años (independientemente del peso)
	Isoniacida, 300 mg/día Rifapentina, 600 mg/día



6 meses de Levofloxacina diaria (tratamiento preventivo para TB-MDR)	<p>>14 años, por peso corporal: < 46 kg, 750 mg/día; >45 kg, 1g/día <15 años (rango, aproximado 15-20 mg/kg/día) por peso corporal: 5-9 kg: 150 mg/día 10-15 kg: 200-300 mg/día 16-23 kg: 300-400 mg/día 24-34 kg: 500-750 mg/día</p>
--	---

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024

Tratamiento de Tuberculosis sensible

- En todos los pacientes con TB pulmonar sensible se administra el esquema 2HRZE/4HR de 6 meses de forma diaria
- Extender la primera fase (Intensiva) del esquema 2HRZE/4HR cuando existe una baciloscopia positiva al final de dicha fase hasta obtener resultados de pruebas de sensibilidad a medicamentos
- En personas con TB pulmonar sensible con coinfección TB/VIH, se administra el esquema 2HRZE/4HR de 6 meses. Además, se recomienda iniciar TARV (Tratamiento anti retro viral) en las dos semanas siguientes al inicio del tratamiento para TB. Excepto en TB meníngea en donde se recomienda iniciar entre 4-8 semanas del inicio del tratamiento para TB
- Administrar corticosteroides (dexametasona o prednisona) como coadyuvantes para el tratamiento de las personas con meningitis tuberculosa y pericarditis tuberculosa. Ver Tabla 4.2.1.4

Tabla 4.2.1.4 Esquema de tratamiento para casos de TB sensible

Esquema de tratamiento	No. dosis	Duración	Tipo de caso TB sensible
2HRZE/4HR	150	6 meses	Nuevo, sin evidencia de presentar TB resistente
2HRZE/4-7 HR	150-225	6-9 meses	TB ósea u osteoarticular
HRZE	225	9 meses	Pérdida en el seguimiento recuperado, recaída con sensibilidad confirmada a rifampicina
HRZE	150	6 meses	Personas privadas de la libertad y expersonas privadas de la libertad
2HRZE/10HR	300	12 meses	Caso nuevo del SNC inclusive en los afectados con Coinfección TB/VIH
2HRZE/4HR	300	12 meses	Caso del mal de Pott (Espondilitis tuberculosa) excepto TB ósea u osteoarticular
HRZE	300	12 meses	Caso extrapulmonar del SNC antes tratado con sensibilidad confirmada a rifampicina

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024



Tratamiento de Tuberculosis Resistente

Para los casos de TB-MDR (tuberculosis Multirresistente), no es eficaz el tratamiento estándar de 6 meses con medicamentos de primera línea que se utiliza en la mayoría de los pacientes con TB. A los pacientes con TB-MDR o TB resistente a la rifampicina se los trata con una combinación de fármacos diferente. En vista de pérdidas en el seguimiento, la OMS ha incentivado el uso de nuevos fármacos, en esquemas más cortos, orales que aumenten la posibilidad de curación, adherencia y tolerancia por parte de los afectados por TB DR (tuberculosis resistente)

Es razonable suponer que los pacientes que reciben tratamiento para la TB-MDR con esquemas más cortos y totalmente orales tendrían una mejor calidad de vida que aquellos que reciben un esquema estándar (ya sea corto o largo) para la TB-MDR. Es de esta manera que el Ecuador se ha sumado a las directrices de la OMS para el manejo del Tb resistente, adoptando los nuevos esquemas recomendados, completamente orales, acortados y ambulatorios, con nuevos fármacos como la Bedaquilina. Ver **Tabla 4.2.1.5**

Entre los tratamientos tenemos:

Esquemas BPaLM y BDLLfx para el tratamiento de tuberculosis resistente

BPaLM: esquema de bedaquilina, pretomanid, linezolid y moxifloxacina

BDLLfx: esquema de bedaquilina, delamanid, linezolid y levofloxacina

BPaL: esquema de bedaquilina, pretomanid y linezolid

BDLC: esquema de bedaquilina, delamanid, linezolid y clofazimina

Bdq: Bedaquilina

Cfz: Clofazimina

Dlm: Delamanid

Lfx: Levofloxacino

Lzd: Linezolid

Mfx: Moxifloxacino

Pa: Pretomanid

Tabla 4.2.1.5 Esquemas de tratamiento TB Resistente

Tipo de caso	Esquema de tratamiento	Población beneficiaria
Casos de TB-RR y TB MDR	BPaLM	Personas mayores de 14 años. Excluye a mujeres embarazadas y en etapa de lactancia
	BDLLfx	Personas menores de 14 años. Incluye a mujeres embarazadas y en etapa de lactancia
Casos de TB pre-XDR	BPaL	Personas mayores de 14 años. Excluye a mujeres embarazadas y en etapa de lactancia
	BDLC	Personas menores de 14 años. Incluye a mujeres embarazadas y en etapa de lactancia



Casos XDR	Individualizado	Incluye a todos los grupos poblacionales. Estos casos serán analizados por el comité Técnico Nacional de tuberculosis
-----------	-----------------	--

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024

Esquema de BPaLM (6 Bdq-Pa-Lzd-Mfx)

El régimen terapéutico es 100% oral, con una duración de 6 meses aproximadamente (24 semanas) y está compuesto por los siguientes fármacos: bedaquilina, pretomanid, linezolid y moxifloxacina. Ver tabla 4.2.1.6

Tabla 4.2.1.6 Esquema de BPaLM (6 Bdq-Pa-Lzd-Mfx)

Medicamento	Presentación del medicamento	Dosis	Total, de tabletas requeridas
Bedaquilina	Comprimidos de 100 mg	400 mg una vez al día por 14 días y después 200 mg tres veces a la semana por 22 semanas	4 comprimidos x 14 días = 56 comprimidos) + (2 comprimidos x3 días x22 semanas: 132 comprimidos) Total 188 comprimidos
Pretomanid	Comprimidos de 200 mg	200 mg una vez al día por 5 días a la semana	(1 comprimido x 14 días = 14 comprimidos) + (1 comprimido x 5 días x 22 semanas: 110 comprimidos) Total 124 comprimidos
Linezolid	Comprimidos de 600 mg	600 mg una vez al día por 5 días a la semana	(1 comprimido x 14 días = 14 comprimidos) + (1 comprimido x 5 días x 22 semanas: 110 comprimidos) Total 124 comprimidos
Moxifloxacina	Comprimidos de 400 mg	400 mg una vez al día por 5 días a la semana	(1 comprimido x 14 días = 14 comprimidos) + (1 comprimido x 5 días x 22 semanas: 110 comprimidos) Total 124 comprimidos

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024

Esquema BDLLfx (6 Bdq - Dlm - Lzd - Lfx)

Este régimen terapéutico 100% oral con una duración de 6 meses aproximadamente (24 semanas) y está compuesto por los siguientes fármacos: bedaquilina, delamanid, linezolid y levofloxacina.



De acuerdo a las recomendaciones técnicas de la OMS emitidas en junio del 2024, a través de una Comunicación Rápida sobre Actualizaciones clave sobre el tratamiento de la tuberculosis farmacorre-sistente, este esquema está indicado para el tratamiento de TB- RR/ TB – MDR en población infantil o adolescente e incluyen condición de embarazo y periodo de lactancia, con una sensibilidad confir-mada a las fluoroquinolonas y que no pueden beneficiarse del 6 BPaLM.

En el caso de no disponer pruebas de sensibilidad a fluoroquinolonas, el esquema deberá incluir a de-más clofazimina, con el fin de no retrasar el inicio del tratamiento, decisión que estará sujeta a criterio de los Comités Técnicos Zonales de TB. Ver Tabla 4.2.1.7

Tabla 4.2.1.7 Esquema BDLLfx (6 Bdq – Dlm – Lzd – Lfx)

Medicamento	Presentación del medicamento	Dosis/Peso				
		16-23 Kg	23.1-29.9 kg	30-33.9 kg	34-50 kg	>50 Kg
Bedaquilina	Comprimidos de 100 mg	200 mg una vez al día durante 2 semanas; seguido de 100 mg tres veces por semana durante las sema-nas 3-24	400 mg una vez al día por 14 días, seguido de 200 mg tres veces por semana			
Delamanid	Comprimidos de 50 mg	25 mg dos veces al día por 24 semanas	50 mg dos veces al día por 24 sema-nas	100 mg dos veces al día por 8 semanas, seguido de 200 mg diario por 16 semanas		
Linezolid	Comprimidos de 600 mg	180-210 mg (tri-turar y mezclar en 10 ml de agua, administrar 33,5 ml, descartar el resto)	300 mg por día	450 mg por día	600 mg por día	
Levofloxacin	Comprimidos de 250 mg	375-500 mg una vez al día	500 mg una vez al día		700 mg una vez al día	1000 mg una vez al día
Clofazimina	Comprimidos de 100 mg	100 mg tres veces por semana o 50 mg al día	100 mg por día			

Fuente: Guía de Práctica clínica (GPC). Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente 2024



Seguimiento del tratamiento.

En todos los casos resistentes se deberán aplicar las siguientes indicaciones previo al inicio del tratamiento y con la frecuencia descrita:

Indicación	Periodicidad
Prueba de embarazo (en mujeres en edad fértil)	Al inicio y según necesidad
Glucosa	Al inicio y según necesidad
VIH (si no se conoce el estado serológico previo)	Al inicio y según necesidad
Biometría hemática	Mensual
Perfil hepático	
Perfil Renal	
Electrocardiograma	
Baciloscopia	
Cultivo	

En todas las oportunidades de atención médica, deberá evaluarse – identificarse posibles reacciones adversas a los medicamentos; y en el caso de las mujeres en edad fértil deberá asegurarse el uso de doble método de anticoncepción con el fin de evitar el embarazo durante el tratamiento antituberculosis para resistencia.

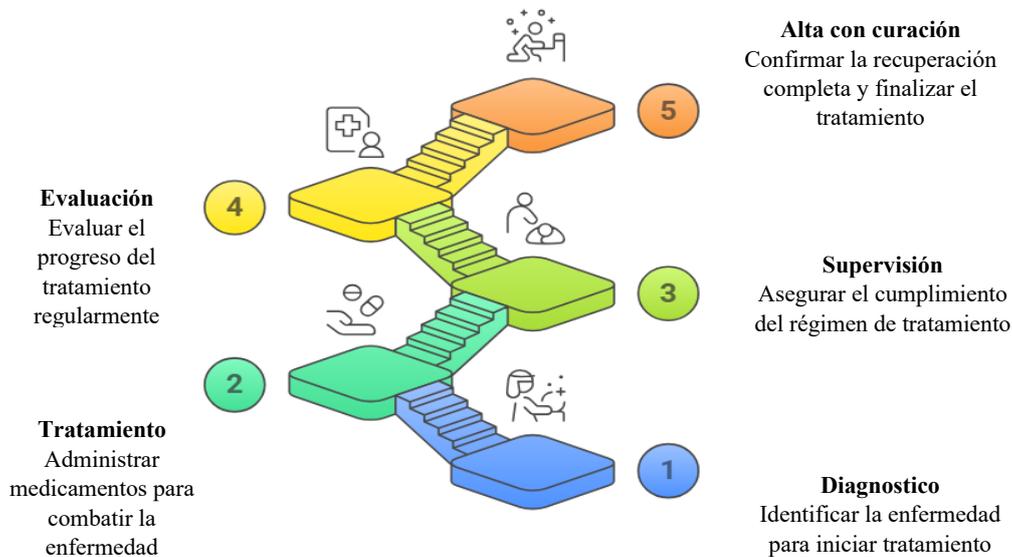


Figura 4.2.1.1 Ciclo de la Estrategia de Prevención y Control de TB

Abordaje desde enfermería Comunitaria: Adherencia y educación

El abordaje desde la enfermería comunitaria dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis es clave para garantizar la eficacia del tratamiento y limitar la propagación comunitaria de la enfermedad. El personal de enfermería no solo administra medicamentos, sino que actúa como agente educativo, de acompañamiento emocional y de articulación intersectorial, promoviendo la equidad y la adherencia terapéutica (Pan American Health Organization [PAHO], 2022).

a) Promoción de la adherencia

La estrategia DOT Tratamiento Estrictamente Supervisado, promueve que el personal sanitario, especialmente de enfermería, supervise activamente la toma diaria de medicamentos y realice seguimiento constante. Desde el primer nivel de atención, la enfermería comunitaria:

- Supervisa la ingesta diaria de medicamentos en el domicilio o en centros comunitarios.
- Detecta signos de efectos adversos y actúa preventivamente.
- Evalúa factores psicosociales que podrían obstaculizar el tratamiento (pobreza, estigmatización, trastornos de salud mental).
- Implementa mecanismos de apoyo emocional, motivacional y familiar, que han demostrado mejorar significativamente la continuidad terapéutica (Martínez-Peña et al., 2022). Ver Figura 4.2.1.2

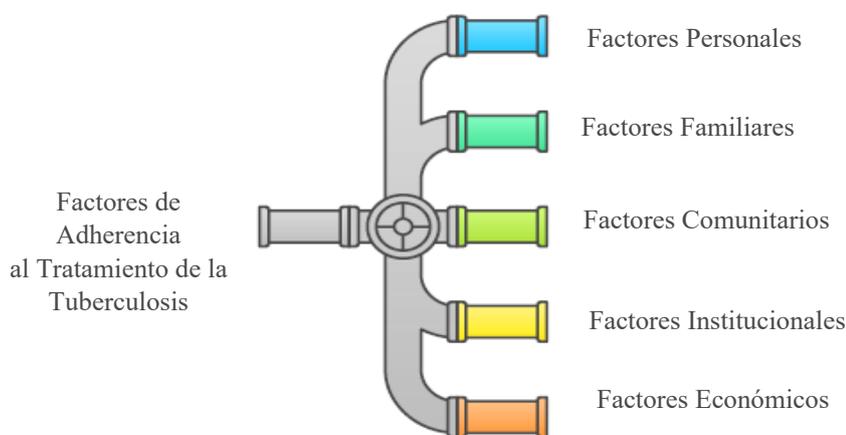


Figura 4.2.1.2 Factores que influyen en la adherencia terapéutica en TB

Fuente: Rol del profesional de enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes con tuberculosis en zonas rurales 2021

b) Educación Sanitaria y comunitaria

El rol del profesional de enfermería como educador sanitario es estratégico en la prevención de nuevos casos y la desestigmatización de la TB. Las intervenciones educativas personalizadas, familiares y grupales permiten mejorar el conocimiento, disminuir el temor al diagnóstico y fomentar comportamientos protectores (Rodríguez et al., 2021).

Las principales acciones educativas desde enfermería incluyen:

- Consejería individual sobre el régimen terapéutico, la importancia de no suspender el tratamiento y las medidas de autocuidado.



- Capacitación a familiares sobre ventilación del hogar, uso de mascarillas, y signos de alerta en contactos.
- Talleres comunitarios participativos, utilizando metodologías lúdicas o visuales, especialmente en poblaciones con baja escolaridad. Ver Tabla 4.2.1.8 – Figura 4.2.1.3

Un estudio realizado en zonas rurales de Ecuador evidenció que la intervención educativa del personal de enfermería aumentó la adherencia al tratamiento en un 30% entre los pacientes con TB, reduciendo el estigma social (Vega & Villacrés, 2021).

Tabla 4.2.1.8 Acciones educativas del profesional de enfermería Comunitaria

Tipo de intervención	Objetivo educativo	Modalidad
Consejería individual	Explicar tratamiento, prevenir abandono	Presencial
Educación familiar	Instruir en medidas preventivas	Domiciliaria
Taller comunitario	Fomentar detección temprana y reducir estigma	Participativa

Fuente: Rol del profesional de enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes con tuberculosis en zonas rurales 2021

c) Vigilancia comunitaria y articulación intersectorial

Además de su rol asistencial y educativo, el personal de enfermería participa activamente en actividades de vigilancia epidemiológica comunitaria, como:

- Detección activa de sintomáticos respiratorios.
- Realización de estudios de contactos para identificar casos secundarios.
- Coordinación con otros actores sociales y de salud para realizar intervenciones integrales.

El trabajo en red con promotores comunitarios, líderes barriales y personal de salud interprofesional refuerza las acciones de control de la TB, especialmente en comunidades rurales y urbanas marginadas

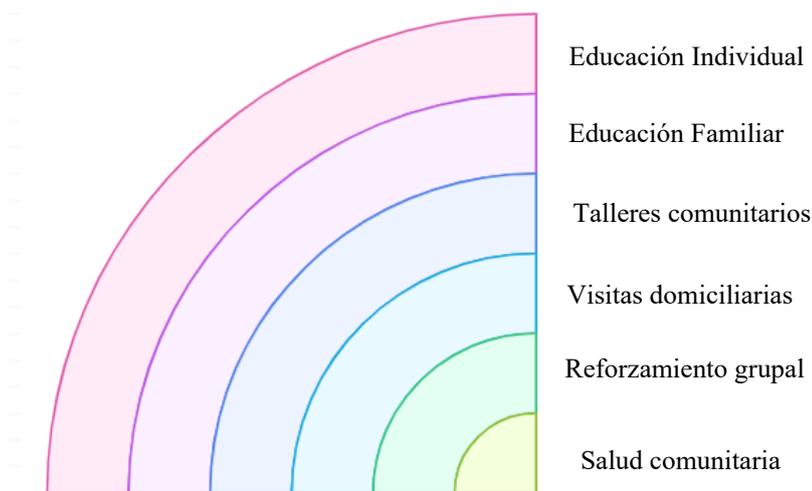


Figura 4.2.1.3 Estrategias educativas del enfermero comunitario en TB

d) Sección metodológica: Análisis de cohortes y estudio de contactos

El análisis de cohortes permite comparar la incidencia de TB en grupos expuestos y no expuestos a un factor de riesgo, mientras que el estudio de contactos busca identificar personas infectadas en el entorno del paciente índice.

Ejemplo de estudio de cohortes:

- Cohorte A: personas con VIH positivo
- Cohorte B: personas VIH negativo
- Variable dependiente: incidencia de TB

Estudio de contactos:

- Identificación de convivientes del caso índice
- Aplicación de pruebas tuberculínicas
- Radiografías de tórax según protocolo

Estos enfoques son fundamentales para implementar acciones focalizadas y romper cadenas de transmisión.

Sección Práctica: Estudio de caso sobre adherencia terapéutica

Caso clínico comunitario:

Don Ernesto, 56 años, diagnosticado con TB pulmonar hace 2 meses, ha interrumpido su tratamiento dos veces. Vive en un barrio periférico con escasos recursos y presenta antecedentes de alcoholismo. Es atendido por el centro de salud comunitario local.

Preguntas de análisis:

1. ¿Qué factores individuales y sociales están afectando la adherencia al tratamiento?
2. ¿Qué estrategias puede aplicar el profesional de enfermería para mejorar la continuidad terapéutica?
3. ¿Cómo se puede involucrar a la familia y comunidad en su cuidado?

Sugerencia de intervención:

- Implementar visitas domiciliarias semanales
- Incluir a un familiar en el proceso educativo
- Realizar consejería individual sobre efectos secundarios

El control de la tuberculosis en contextos comunitarios exige una respuesta integral basada en el diagnóstico oportuno, tratamiento supervisado y abordajes educativos y metodológicos coherentes. El profesional de enfermería comunitaria se posiciona como un actor clave en la detección, acompañamiento terapéutico y prevención. La aplicación de herramientas como el estudio de contactos y cohortes fortalece la vigilancia epidemiológica y mejora los resultados en salud.



4.2 Programa de prevención y control de enfermedades

4.2.2 Programa de prevención y control del VIH/SIDA

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituyen un problema de salud pública global que ha impactado profundamente a comunidades de todo el mundo. A pesar de los avances en prevención, diagnóstico y tratamiento, el VIH sigue afectando de manera desproporcionada a poblaciones vulnerables debido a factores estructurales, sociales y económicos (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2023).

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, abordar el VIH implica más que el control biomédico de la infección; requiere intervenciones educativas, estrategias de prevención combinada, y el fortalecimiento de redes de apoyo que reduzcan el estigma y promuevan el respeto por los derechos humanos (World Health Organization [WHO], 2022). Este capítulo desarrolla los componentes esenciales del programa de prevención del VIH/SIDA, ofreciendo una visión teórico-práctica indispensable para el quehacer del profesional de enfermería comunitaria.

La estrategia de Prevención y Control del VIH/SIDA, es la reducción de la epidemia en mujeres embarazadas y los recién nacidos de madres VIH positivas. Esta estrategia se encuentra alineada al compromiso del Plan de Acción para la Prevención y el Control del VIH y de las Infecciones de Transmisión Sexual (2016-2021) propuesto por la OPS y al Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021.

Progresión:

La infección por VIH sigue tres fases principales:

- **Infección aguda:** Alta carga viral y síntomas inespecíficos similares a la gripe.
- **Latencia clínica:** El virus permanece en el organismo replicándose a niveles bajos, sin síntomas aparentes.
- **SIDA:** Etapa avanzada, caracterizada por inmunosupresión severa y aparición de infecciones oportunistas (WHO, 2022).

Marcadores clínicos relevantes:

Marcador	Descripción
Recuento de linfocitos CD4+	Indica el estado del sistema inmunológico.
Carga viral de VIH	Mide la cantidad de virus en sangre.
Presencia de infecciones oportunistas	Sugerente de progresión a SIDA.

Transmisión:

El VIH se transmite principalmente a través de fluidos corporales como sangre, semen, fluidos vaginales y leche materna. Las principales vías de transmisión son: relaciones sexuales sin protección, uso de agujas contaminadas, transmisión vertical (madre a hijo) y transfusiones de sangre contaminada (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023).



Transmisión materno infantil del VIH.

El riesgo transmisión del VIH de la madre al niño se da durante el embarazo (intrauterino), en el momento del parto y a través de la lactancia materna.

a) Transmisión intrauterina.

En el conjunto de la transmisión materno infantil, la intrauterina representa un 25% como causa de infección en el niño, con evidencia de que puede producirse infección placentaria en cualquier momento de la gestación. Sin embargo, los estudios indican que la transmisión intrauterina se produce en las últimas semanas de gestación.

El factor de riesgo más importante asociado con la transmisión materno infantil es la carga viral, a mayor carga viral de la gestante mayor riesgo de transmisión.

Por esta razón es fundamental disminuir la replicación viral, y lograr, de ser posible, la indetectabilidad de la carga viral; por lo tanto, la administración de antirretrovirales (ARV) debe iniciarse lo más precozmente posible.

b) Transmisión intraparto.

Durante el parto, el riesgo de transmisión es de entre 40% y 45%, pues el recién nacido (RN) está expuesto a sangre y secreciones genitales maternas que contienen el virus de VIH. La transmisión puede darse a través de microtransfusiones sanguíneas que suceden durante las contracciones uterinas, por el ascenso del virus a través de la vagina-cérvix y, en caso de ruptura de membranas, a través del tracto digestivo del niño. Cuando se programa una cesárea, esta deberá realizarse antes del inicio de la labor de parto y con membranas amnióticas intactas.

c) Transmisión a través de la lactancia.

Con la lactancia materna el riesgo de transmisión es entre 14% y 20%. Los factores que se asocian a un mayor riesgo de transmisión son:

- a) Mayor Carga viral plasmática.
- b) Mayor Carga viral en la leche materna.
- c) Mayor deterioro inmunológico de la madre.
- d) Presencia de mastitis.
- e) Lesiones sangrantes en los pezones.
- f) Lactancia mixta.
- g) Erosiones en la mucosa oral del niño o la presencia de candidiasis oral en lactantes.

Diagnóstico.

El diagnóstico de infección por VIH/sida en la gestante es el primer y más importante paso en la prevención de la transmisión materno infantil del VIH; este se realiza mediante las pruebas de tamizaje: pruebas rápidas, ELISA y prueba confirmatoria Western Blot.



En Ecuador, el MSP/PNS ha dispuesto la realización del diagnóstico de la infección por VIH y sífilis en mujeres embarazadas en todas las unidades de salud del sector público que disponen de laboratorio y en algunos autónomos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023).

Para el diagnóstico de la infección por VIH en la gestante se debe realizar lo siguiente

Pruebas de tamizaje.

- Dos pruebas rápidas de 3ra generación o una prueba rápida de 4ta generación (Ag/Ac).
- O una prueba de ELISA para VIH, de ser posible de cuarta generación

En caso de ser reactiva la prueba de tamizaje: Confirmación con prueba de Western Blot.

En caso de resultar no reactiva la primera evaluación, se debe repetir a las 34, 36 semanas y en la labor de parto. Ver Figura 4.2.2.1

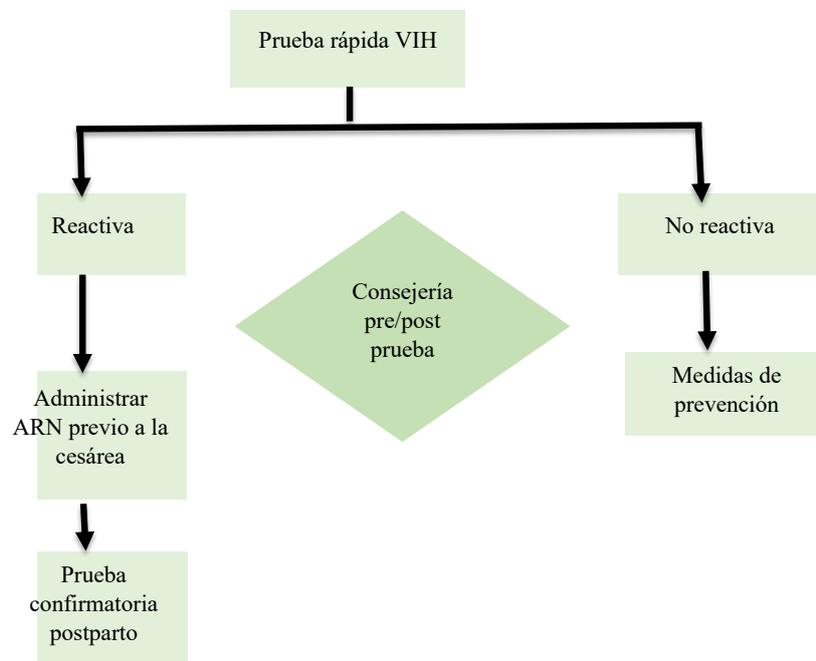


Figura 4.2.2.1 Consejería pre/post prueba

Fuente: MSP/PNS equipo de apoyo en VIH niños/as y FTMI

La prueba de cribado más común es la técnica de Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Actualmente existe la técnica ELISA de cuarta generación, que detecta a la vez la presencia de anticuerpos (anti-VIH-1 y anti-VIH-2) así como del propio virus (de antígeno p24 del VIH-1).

La prueba de confirmación es la denominada Western Blot, que de una manera muy precisa detecta los anticuerpos y que sirve para ratificar un resultado positivo frente al VIH

Funciones específicas de Enfermería Comunitaria en la Estrategia Nacional

Educación y promoción de la salud sexual y reproductiva

- Realización de talleres comunitarios sobre prevención de VIH/SIDA e ITS, dirigidos a poblaciones clave y vulnerables (adolescentes, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgéneros).
- Fomento del uso del condón y promoción de prácticas sexuales seguras mediante campañas educativas accesibles y culturalmente pertinentes (WHO, 2022).
- Difusión de información sobre PrEP (Profilaxis Pre-Exposición) y PEP (Profilaxis Post-Exposición), asegurando que las poblaciones en riesgo conozcan y accedan a estas herramientas de prevención biomédica.

Detección temprana y tamizaje

- Aplicación de pruebas rápidas de VIH e ITS en campañas comunitarias, asegurando la confidencialidad, el consentimiento informado, la entrega de resultado a los 30 minutos, y el acompañamiento post-prueba. Ver figura 4.2.2.2
- Identificación activa de casos en comunidades mediante estrategias de tamizaje extramural (“extramuro”) en eventos, escuelas, ferias de salud y visitas domiciliarias (CDC, 2023).

Consejería pre y post diagnóstico

- Provisión de consejería integral antes y después de la prueba, orientando emocionalmente a los usuarios y facilitando el acceso inmediato a tratamiento antirretroviral en caso de diagnóstico positivo.
- Apoyo psicosocial continuo para mejorar la adherencia al tratamiento y reducir el impacto emocional del diagnóstico (WHO, 2022).

Gestión de redes comunitarias y referencia

- Articulación de redes de apoyo comunitario, involucrando líderes locales, organizaciones de base, ONGs, y centros de atención primaria para fortalecer la respuesta comunitaria.
- Referenciación oportuna a servicios de atención especializada en VIH, salud mental, y asistencia social para garantizar un abordaje integral y centrado en la persona.

Reducción del estigma y promoción de derechos humanos

- Desarrollo de campañas contra la discriminación, visibilizando los derechos de las personas que viven con VIH y combatiendo mitos o percepciones erróneas en la comunidad (UNAIDS, 2023).
- Formación de promotores de salud comunitarios que actúen como multiplicadores del mensaje de inclusión, respeto y apoyo.

Investigación monitoreo y evaluación

- Participación en investigaciones comunitarias para identificar determinantes sociales que favorecen la transmisión del VIH.
- Monitoreo de indicadores comunitarios de salud relacionados con la prevención y control del



VIH/SIDA-ITS, como cobertura de pruebas rápidas, distribución de preservativos, y número de actividades educativas realizadas

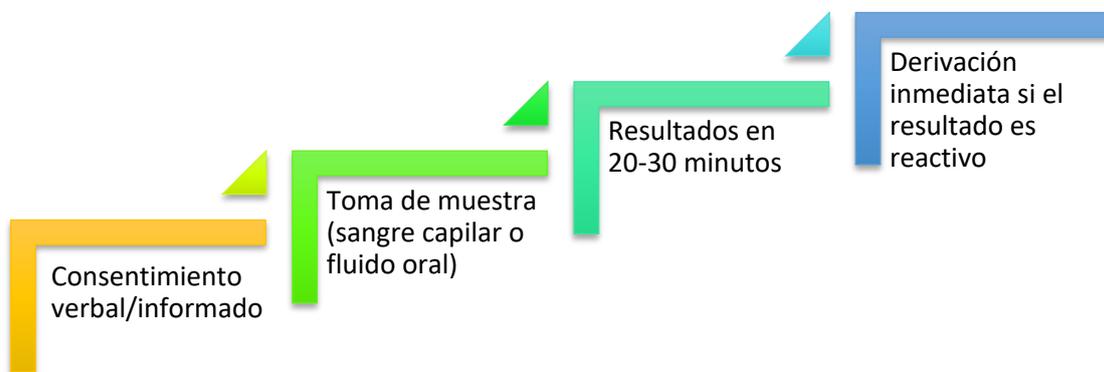


Figura 4.2.2.2. Flujo de prueba rápida de VIH

Fuente: MSP/PNS equipo de apoyo en VIH niños/as y FTMI

Sección práctica: Simulación de atención a usuario con VIH

Caso de Simulación: Una paciente de 32 años acude al centro comunitario tras una exposición sexual de riesgo. Solicita la prueba de VIH. El rol del enfermero comunitario consiste en:

- Realizar consejería pre-prueba.
- Aplicar prueba rápida.
- Gestionar la entrega del resultado y ofrecer acompañamiento emocional.
- Iniciar PEP si es necesario o derivar a consulta especializada.

Reflexión:

¿Cómo adaptaría la consejería si el usuario resulta ser positivo? ¿Qué redes de apoyo comunitario puedo activar?

Actividades didácticas

Foro de debate:

- Tema: “El impacto del estigma en la prevención del VIH: ¿Cómo puede actuar la enfermería comunitaria?”
- Modalidad: Participación escrita en 250 palabras mínimo.
- Moderación basada en preguntas orientadoras.

Preguntas de análisis crítico:

1. ¿Por qué el acceso a PrEP no está aún universalizado?
2. ¿Qué barreras culturales dificultan el uso de condones en ciertas comunidades?
3. ¿Cómo influye la violencia de género en la transmisión del VIH?

4. ¿Qué estrategias son más efectivas para reducir el estigma en entornos rurales?

El VIH/SIDA sigue representando un desafío para la salud pública mundial, pero las herramientas de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento han demostrado ser altamente efectivas cuando se implementan de manera accesible y equitativa. El rol del enfermero comunitario es fundamental para impulsar la prevención primaria, ofrecer acompañamiento digno y humano a las personas viviendo con VIH, y luchar contra el estigma que aún persiste en muchas comunidades. Con un enfoque integral y basado en derechos humanos, la enfermería comunitaria puede transformar vidas y comunidades.



4.2.3 Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial (HTA), representan actualmente las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Su desarrollo progresivo, ligado a estilos de vida poco saludables y factores socioambientales, impone un desafío a los sistemas de salud (World Health Organization [WHO], 2023).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las enfermedades no transmisibles (ECNT), en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de muerte y ocasionan aproximadamente 5,5 millones de las defunciones en la Región de las Américas (Comisión Interamericana de derechos humanos, 2023). En cuanto al impacto de estas enfermedades, un análisis del 2010, reveló que del cálculo de años perdidos por muertes prematuras y años vividos con discapacidad correspondió a las ECNT (Málaga, 2014).

La mayor parte de muertes son en personas menores de 70 años. Abordar el tratamiento de las enfermedades crónicas representa hoy en día uno de los desafíos más significativos para los sistemas de salud en todo el mundo. Esto se debe a que estas enfermedades impactan a personas de todas las edades y en todas las regiones y países (Landrove et al., 2018).

La hipertensión arterial (HTA) es considerada, a nivel mundial, un problema de salud pública; es una situación de salud que rara vez se produce sola, y más bien tiende agruparse con otros factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, la inactividad física, la dislipidemia y la intolerancia a la glucosa, cuya asociación produce un efecto multiplicador para el riesgo cardiovascular; es decir, el incremento de la probabilidad que una persona sufra una complicación cardiovascular en un periodo de tiempo determinado (Al Ghorani et al., 2022).

En respuesta a esta problemática, el país, a través del Ministerio de Salud Pública, ha decidido adherirse a la Iniciativa HEARTS, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud junto al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC). La finalidad de la Iniciativa HEARTS es promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV), mejorando el desempeño de los servicios de atención primaria en salud y fortaleciendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el control de la hipertensión (Egry et al., 2021).

La enfermería comunitaria desempeña un rol fundamental en la implementación de la estrategia HEARTS del Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, la cual busca mejorar la prevención y el control de la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares en el primer nivel de atención (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2023). Esta estrategia, respaldada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se estructura en seis componentes: (Campbell et al., 2022).

- H: Hábitos y estilos de vida saludables.
- E: Evidencia en protocolo de tratamiento.
- A: Acceso a medicinas esenciales y tecnología.
- R: Riesgo cardiovascular. Manejo de las enfermedades cardiovasculares con base en la estratificación del riesgo.



- T: Atención basada en trabajo con equipo multidisciplinario.
- S: Sistema de monitoreo.

La iniciativa HEARTS tiene como objetivo fortalecer la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, poniendo un énfasis especial en el control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria. En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública lidera su implementación, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la Academia y las Sociedades Científicas (Ministerio de Salud Pública, 2022)

Rol de la enfermería comunitaria en la estrategia HEARTS

a) Hábitos y estilos de vida saludables.

Los orígenes de muchas enfermedades, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y la mayoría de los cánceres, están significativamente relacionados con las elecciones de estilo de vida en cuanto a alimentación, nivel de actividad, riesgos ambientales, hábitos y comportamientos.

Los profesionales de enfermería lideran en la Estrategia actividades educativas para educar y fomentar estilos de vida saludables, como una alimentación balanceada, actividad física regular y reducción del consumo de sal y alcohol. Estas acciones son esenciales para prevenir la aparición de hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares. (Ordoñez et al., 2022) Ver Tabla 4.2.3.1



Tabla 4.2.3.1 Hábitos de vida saludable

Categoría	Grupo	Indicaciones y recomendaciones
Hábitos alimentarios	Agua	Consumir al menos 2 litros diarios de agua.
	Frutas y verduras	Consumir al menos 400 g (5 porciones) de frutas y verduras al día
		Comer frutas frescas y verduras crudas como aperitivos.
	Sal	Limitar al máximo 5 g de sal (aprox. 1 cucharadita) por día y usar sal yodada
	Azúcar	Limitar al máximo 25 g de azúcares (o alrededor de 6 cucharadas).
	Grasa	Consumir grasas insaturadas (por ejemplo, se encuentran en el pescado, el aguacate, las nueces, el girasol, la canola y los aceites de oliva)
		Eliminar la parte grasa de la carne; Utilizar aceite vegetal (no aceite animal); Hervir o cocinar al vapor en lugar de freír
Carbohidratos	Consumir más legumbres, son una excelente fuente de hidratos de carbono de digestión lenta.	
Proteínas	Consumir preferiblemente carnes blancas como pescados, pollo. Consumir huevos y lácteos ya que son complementos que contienen una cantidad adecuada de proteínas	
Actividad Física	Aeróbicos	75 minutos semanales actividad aeróbica moderada
		75 minutos semanales actividad aeróbica vigorosa.
	Refuerzo muscular	2 veces a la semana actividad de refuerzo muscular
	Tercera edad	Actividad física periódica, con un mínimo de 3 veces por semana
Mantener físicamente activo en la medida que permita su estado.		
Drogas, tabaco y alcohol	Tabaco	Suprimir el consumo de tabaco
		Evitar el consumo de tabaco.
	Alcohol	Suprimir el consumo de bebidas alcohólicas.
		Evitar el consumo de bebidas alcohólicas.

Fuente: Lineamientos operativos para la implementación de la iniciativa HEARTS en Ecuador 2021

b) Evidencia en protocolos de tratamiento

Captación y tamizaje

La enfermería comunitaria realiza mediciones precisas de la presión arterial y evalúa el riesgo cardiovascular de los pacientes, permitiendo la identificación temprana de casos de hipertensión y la implementación oportuna de intervenciones como las que se detallan a continuación (Campbell et al., 2022).

- La toma de la tensión arterial será responsabilidad del personal capacitado de los establecimientos de salud (médicos, obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos de atención primaria en salud).
- Se registrará los valores obtenidos de tensión arterial en el módulo de tamizaje de tensión arterial



disponible en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) y la cartilla de tamizaje. Ver Tablas 4.2.3.2 y 4.2.3.3

- Una vez que se pesquiza la tensión arterial y se identifica a un usuario con valores normales altos, se entrega la cartilla de tamizaje de tensión arterial, se informa el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y se indica que debe asistir por 7 días seguidos al centro de salud para la toma de tensión arterial con el fin de descartar la hipertensión arterial o en confirmarla
- En caso de detectar por lo menos 3 de las 7 tomas valores arteriales elevados, el personal de salud debe gestionar la atención en medicina general en un tiempo no mayor a 5 días.
- El personal de salud entregará la orden de pedido de exámenes de laboratorio (Hemoglobina, Hematocrito, Glucosa en ayunas, Examen de orina completo, Creatinina Sérica, Colesterol Total, LDL, HDL, Triglicéridos en ayunas, Albúmina, Electrolitos, Proteína C Reactiva, HbA1C en pacientes diabéticos), estándar de tórax y electrocardiograma

Tabla 4.2.3.2 Cartilla de registro de tamizaje de Tensión arterial (Anverso)

CARTILLA DE TAMIZAJE DE TENSION ARTERIAL

DIA	FECHA	HORA	TAS	TAD	PULSO	CLASIFICACION
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

POSICION CORRECTA DE TOMA DE TENSION ARTERIAL

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

EL GOBIERNO DE TODOS

CLASIFICACION HIPERTENSION

←

OPTIMA

< 120/80
mmHg

←

NORMAL

< 120/80
129/84

←

NORMAL ALTA

< 130/85
139/89

←

HTA Grado I

< 140/90
159/99

←

HTA Grado II

< 160/100
179/109

←

HTA Grado III

> 180/100

>140/<90
Hipertensión Sistólica Aislada

Fuente: Lineamientos operativos para la implementación de la iniciativa HEARTS en Ecuador 2021



Tabla 4.2.3.3. Cartilla de registro de tamizaje de Tensión Arterial (Reverso)

¿QUE PASOS DEBO SEGUIR PARA QUE ME TOMEN LA TENSION ARTERIAL?

No haber comido, ingerido cafeína, fumado, ni haber realizado actividad física al menos 30 minutos antes de la medición de la presión



1 Coloque el manguito a la altura del corazón y uno o dos centímetros del codo

2 Mantenga el brazo inmóvil sobre la mesa

3 No cruce las piernas durante la medición de la tensión arterial

4 Permanezca en una posición cómoda apoyando la espalda sobre el respaldo de la silla

5 Utilice ropa que no le aprete el brazo

6 Permanezca quieto y no hable durante la medición



HABITOS DE VIDA SALUDABLES



Incrementar el consumo de alimentos naturales como frutas y verduras y reducir el consumo de sal



Actividad física 30 minutos diarios



Evitar el consumo de tabaco

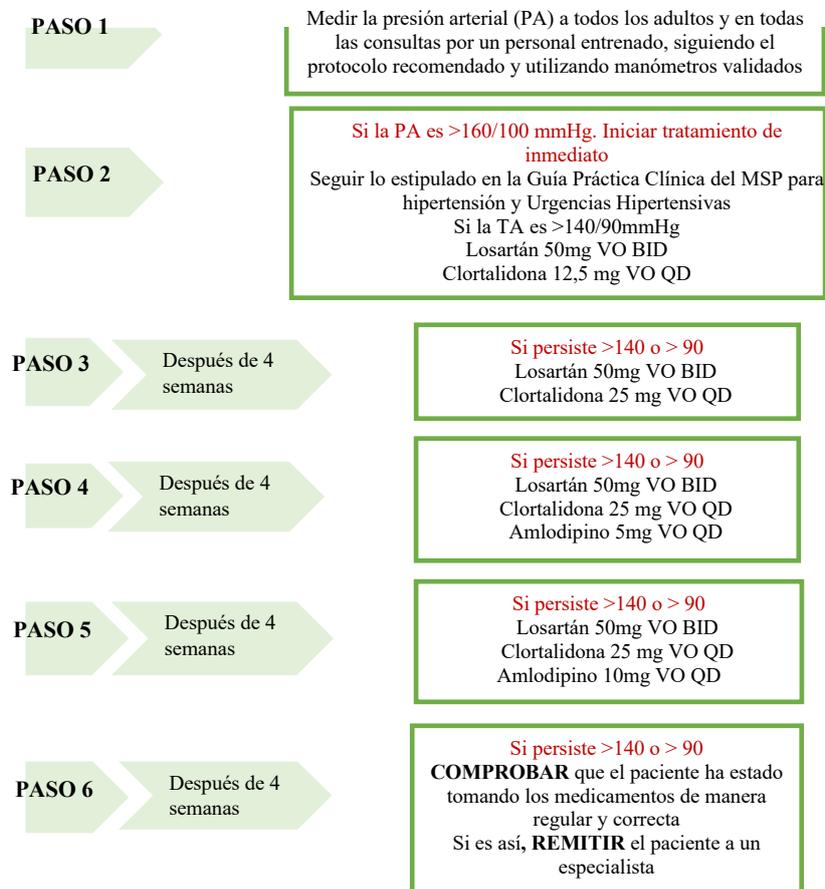


Evitar el consumo de alcohol

Fuente: Lineamientos operativos para la implementación de la iniciativa HEARTS en Ecuador 2021

c) Protocolo de tratamiento

El protocolo de tratamiento a ser aplicado en pacientes diagnosticados por primera vez de Hipertensión Arterial será el siguiente:



Este protocolo está contraindicado en:

- Mujeres embarazadas.
- Menores de 15 años.
- Mayores de 80 años.
- Reacciones adversas al medicamento.
- Insuficiencia hepática severa.

d) Riesgo cardiovascular. Manejo de las enfermedades cardiovasculares con base en la estratificación del riesgo.

Evaluar el riesgo cardiovascular en todos los pacientes >40 años de edad sin factores de riesgo conocidos.

Se recomienda realizar la estimación de riesgo cardiovascular a personas de 20 a 40 años, en caso de que tenga los siguientes antecedentes:

- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
- Hiperlipidemia familia (ECV).
- Factores de riesgo cardiovascular importantes (como tabaquismo, tensión arterial elevada, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica o niveles elevados de lípidos).
- Comorbilidades que incrementen el riesgo CV

e) Atención basada en trabajo con equipo multidisciplinario

La enfermería comunitaria actúa como parte esencial de equipos interdisciplinarios que incluyen médicos, nutricionistas, psicólogos y promotores de salud. Este enfoque integral permite abordar tanto los factores de riesgo individuales como los determinantes sociales que impactan la hipertensión (Ordóñez et al., 2022). Ver Tabla 4.2.3.4



Tabla 4.2.3.4 Actividades a realizar por el personal de salud que labora dentro de los establecimientos de salud

Tareas	Médico	MGV MFC	Psicología	Enfermera	Farmacéutico	Nutricionista	Trabajador social	TAPS	Personal administrativo
Apertura de HC paciente									x
Diagnóstico	x	x							
Evaluación periódica para determinar posibles causas secundarias, FR adicionales y lesiones de órganos diana.	x	x							
Pacientes complejos o con comorbilidades		x							
Determinación de nudos críticos para la atención			x	x	x	x		x	
Medición de la tensión arterial	x	x		x				x	
Asesoramiento de estilos de vida saludables	x	x	x	x	x	x	x	x	
Reposición de medicación				x	x				
Ajuste de los medicamentos	x	x							
Seguimiento de los pacientes			x	x		x	x	x	
Programación de consultas				x			x	x	x
Recordatorio de las consultas programadas				x			x	x	x

Fuente: Lineamientos operativos para la implementación de la iniciativa HEARTS en Ecuador 2021

f) Sistema de monitoreo y Evaluación

La estrategia HEARTS promueve que los equipos de salud, incluyendo a la enfermería, registren sistemáticamente indicadores de control de presión arterial, adherencia terapéutica y factores de riesgo, utilizando estos datos para retroalimentar la calidad de la atención y desarrollar mejoras continuas, manteniendo actualizados los datos para el reporte de los indicadores propios de la Iniciativa HEARTS, mismos que son: (Campbell et al., 2022).

- Presión arterial controlada entre aquellos hipertensos bajo tratamiento por hipertensión en un periodo de 6 meses.
- Presión arterial controlada entre las personas con hipertensión dentro del programa
- Disponibilidad de medicamentos básicos para enfermedad cardiovascular/ diabetes
- Control de hipertensión en la población.
- Proporción de personas elegibles para recibir terapia farmacológica y consejería (incluyendo control glicémico para prevenir ataques de corazón y accidentes cerebro-vasculares).
- Cobertura del registro de hipertensos



- Monitoreo de tamizaje de tensión arteria

NOTA DE INVESTIGACIÓN: Factores de riesgo relacionados con la retinopatía diabética en pacientes vietnamitas con diabetes mellitus tipo 2

Introducción:

Junto con la creciente incidencia de diabetes, la prevalencia de la retinopatía diabética (RD) está creciendo rápidamente en todo el mundo. La incidencia de complicaciones de la RD es alta y muchas personas no se detectan hasta que tienen complicaciones y discapacidad visual, lo que provoca muchas dificultades en el proceso de tratamiento

Objetivo:

El objetivo de este estudio transversal fue investigar las características clínicas y subclínicas de los pacientes vietnamitas con retinopatía diabética.

Resultados:

La investigación inscribió a 140 pacientes diabéticos tipo 2 (70 en cada grupo: DR y no DR). Los pacientes con RD tenían niveles de edad, glóbulos rojos, Hb, TFGe, ácido úrico y creatinina en sangre significativamente más altos que los pacientes sin RD. Una duración de la diabetes mellitus de más de 15 años se asoció con un riesgo 8,319 veces mayor de RD

Conclusiones:

la edad, los glóbulos rojos, la Hb, la TFGe, el ácido úrico, los niveles de creatinina en sangre y la duración de la diabetes mellitus durante más de 15 años son factores de riesgo para la RD.

Nota: Vu Van Nga y d, Nguyen Thi Binh Minh bien Thi Mi Estiércol b, Nguyen Thi Lan Anh b, Nguyen Cong Huu b, Bui Thi Van Anh a c, Nguyen Xuan Hiep a c, Hoang Thi Thu Ha c, Tran Van Khanh d, Vu Thi Thom a, Le Ngoc Thanh a b.. Rev. Ciencia endocrina y metabólica ; 13(2023):

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico crónico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre debido a defectos en la secreción o en la acción de la insulina, o en ambos mecanismos. Se clasifica principalmente en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos asociados a condiciones genéticas, enfermedades pancreáticas o medicamentos (American Diabetes Association [ADA], 2024).

La fisiopatología de la diabetes tipo 2, que constituye la forma más prevalente a nivel mundial, implica una combinación de resistencia a la insulina en los tejidos periféricos y disfunción progresiva de las células beta pancreáticas. Este proceso resulta en hiperglucemia crónica, la cual, si no se controla adecuadamente, conduce al desarrollo de complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y macrovasculares (enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular) (WHO, 2023).

A nivel de salud pública, la diabetes representa un desafío creciente, afectando a más de 537 millones de personas a nivel global y siendo responsable de aproximadamente 6.7 millones de muertes en 2021,



muchas de ellas prevenibles mediante intervenciones de promoción de la salud, diagnóstico temprano y manejo integral (International Diabetes Federation [IDF], 2021).

La prevención primaria de la diabetes tipo 2 se centra en la modificación de factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados, mientras que la prevención secundaria y terciaria buscan controlar la hiperglucemia y prevenir complicaciones a través de la educación en autocuidado, el tratamiento farmacológico y la vigilancia continua (Hill-Briggs et al., 2021).

Modelos de Promoción de la Salud Aplicados a la Prevención de la Diabetes en los cuales interviene la Enfermería Comunitaria

La prevención de la diabetes mellitus, en particular la de tipo 2, requiere estrategias basadas en marcos teóricos sólidos que orienten tanto la planificación de intervenciones como el fortalecimiento del autocuidado individual y comunitario. Dos modelos relevantes en este contexto son el Modelo PRECEDE-PROCEED y la Teoría del Autocuidado de Orem.

Modelo PRECEDE-PROCEED

El Modelo PRECEDE-PROCEED, desarrollado por Green y Kreuter (2005), es un enfoque estructurado de planificación de programas de promoción de la salud basado en la evaluación de necesidades y la definición de resultados deseados. Se compone de dos fases principales:

- PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation) centra su atención en la evaluación de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores que afectan la conducta relacionada con la salud.
- PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) orienta la implementación de intervenciones y la evaluación de sus resultados.

En la prevención de la diabetes, el modelo permite identificar factores sociales, conductuales y ambientales que inciden en la aparición de la enfermedad, facilitando el diseño de intervenciones educativas específicas, políticas de salud pública y cambios en el entorno que promuevan estilos de vida saludables (Green & Kreuter, 2005). Por ejemplo, el uso de PRECEDE-PROCEED permite desarrollar programas comunitarios de modificación de dieta y actividad física dirigidos a poblaciones en riesgo de diabetes.

Teoría del Autocuidado de Orem

La Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem postula que el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades dependen en gran medida de la capacidad del individuo para llevar a cabo acciones de autocuidado de manera autónoma (Orem, 2001). Según esta teoría, cuando los individuos identifican déficits en su autocuidado, por ejemplo, falta de conocimientos sobre nutrición saludable o dificultades para realizar actividad física, los profesionales de la salud deben intervenir para apoyarlos en el desarrollo de esas capacidades.

Aplicada a la prevención de la diabetes, la teoría de Orem enfatiza la enseñanza de habilidades de autocuidado, como la automonitorización de la glucemia, la planificación de dietas equilibradas, el establecimiento de rutinas de ejercicio y la identificación precoz de signos de riesgo. Este enfoque promueve la autonomía y el empoderamiento de las personas para que adopten conductas saludables sostenibles a lo largo del tiempo (Sousa et al., 2019).

Integración de ambos modelos

La combinación del modelo PRECEDE-PROCEED para la planificación comunitaria y la teoría del autocuidado de Orem para el fortalecimiento individual constituye una estrategia integral en la prevención de la diabetes, abordando tanto los factores estructurales como los personales que influyen en la salud.

El rol de la enfermería comunitaria en la prevención de la diabetes es amplio y multidimensional, abarcando desde la educación en salud y el tamizaje hasta la implementación de programas de prevención y la promoción de cambios estructurales en los determinantes sociales. Su accionar basado en la evidencia científica contribuye significativamente a la disminución de la incidencia de diabetes y a la mejora del bienestar poblacional.

Sección Práctica: Aplicaciones Clínicas

Simulación de Jornada Comunitaria

- Formar equipos de 5-7 personas
- Crear estaciones de educación, tamizaje y orientación

Talleres de Educación

- Contenidos adaptados por grupos etarios.
- Métodos: dramatizaciones, juegos de rol, videos.

Actividades Didácticas

Foro de Debate

Tema: Desafíos actuales en la prevención de enfermedades crónicas

Actividades Experimentales

- Taller de medición de glicemia.
- Simulación de consejería nutricional.



4.3 Vigilancia epidemiológica y control de vectores

La vigilancia epidemiológica y el control de vectores constituyen componentes esenciales de las estrategias de salud pública orientadas a la prevención y control de enfermedades transmisibles. Particularmente en regiones tropicales y subtropicales, los vectores, organismos vivos capaces de transmitir agentes infecciosos entre humanos o de animales a humanos representan una amenaza constante para la salud comunitaria, siendo responsables de patologías como el dengue, zika, chikungunya, malaria y leishmaniasis, entre otras (World Health Organization [WHO], 2023).

Desde la perspectiva de la enfermería comunitaria, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica implica no solo la detección temprana de casos y la caracterización de brotes, sino también la participación activa en estrategias de intervención basadas en evidencia, el fomento de la educación sanitaria y la movilización social para la reducción del riesgo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Así, el profesional de enfermería no se limita a acciones clínicas, sino que actúa como un agente clave en el análisis de riesgos, en la implementación de sistemas de alerta temprana y en el liderazgo de campañas de control ambiental.

El control de vectores, por su parte, requiere enfoques integrales que combinen técnicas de vigilancia entomológica, intervención ambiental, control químico, y principalmente, acciones sostenibles de participación comunitaria (Achee et al., 2019).

En este contexto, la vigilancia epidemiológica y el control de vectores no solo constituyen respuestas reactivas frente a brotes, sino que representan un enfoque preventivo fundamental para proteger la salud de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud locales. El presente capítulo ofrece una revisión actualizada de los conceptos, métodos y estrategias prácticas que sustentan estas actividades, destacando el rol estratégico de la enfermería comunitaria en su ejecución.

Este capítulo aborda de manera integral las principales patologías de origen vectorial, los métodos de vigilancia y control, así como la importancia de la participación comunitaria en estrategias sostenibles para la prevención y mitigación de brotes.

Principales enfermedades transmitidas por vectores (dengue, Zika, Chikungunya)

Los vectores son organismos, generalmente insectos o artrópodos, que transmiten agentes infecciosos entre personas o de animales a personas (World Health Organization [WHO], 2023). Entre las enfermedades de mayor relevancia se destacan: **Ver Tabla 4.3.1**

- **Dengue:** enfermedad viral causada por el virus dengue (DENV 1-4), transmitida por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Se caracteriza por fiebre alta, cefalea, mialgias y, en casos graves, hemorragias y choque (WHO, 2023).
- **Zika:** infección causada por el virus Zika, también transmitido por *Aedes*. Puede producir fiebre leve, erupciones y, en embarazadas, microcefalia en el feto (Campos et al., 2015).
- **Chikungunya:** virus transmitido por *Aedes* que causa fiebre repentina y severa artralgia que puede persistir por meses (Powers, 2018).



Tabla 4.3.1 Comparativo de enfermedades transmitidas por Aedes

Enfermedad	Agente etiológico	Principal vector	Manifestaciones clínicas	Complicaciones
Dengue	Virus DENV	Aedes aegypti	Fiebre alta, hemorragias	Shock, muerte
Zika	Virus Zika	Aedes aegypti	Fiebre leve, exantema	Microcefalia
Chikungunya	Virus CHIKV	Aedes albopictus	Artralgias severas	Artritis crónica

Fuente: elaboración propia con datos de WHO, 2023

Vigilancia entomológica y Control ambiental

La **vigilancia entomológica** permite monitorear poblaciones de vectores, identificar criaderos y evaluar la eficacia de las intervenciones de control (García-Betancourt et al., 2022). Para realizar las actividades de vigilancia entomológica se necesita un delegado o responsable, un supervisor y cinco brigadistas por cada distrito de salud, quienes conformarán el equipo de vigilancia, el cual deberá operar bajo una programación y cronograma previamente establecidos. Ver figura 4.3.1 y 4.3.2

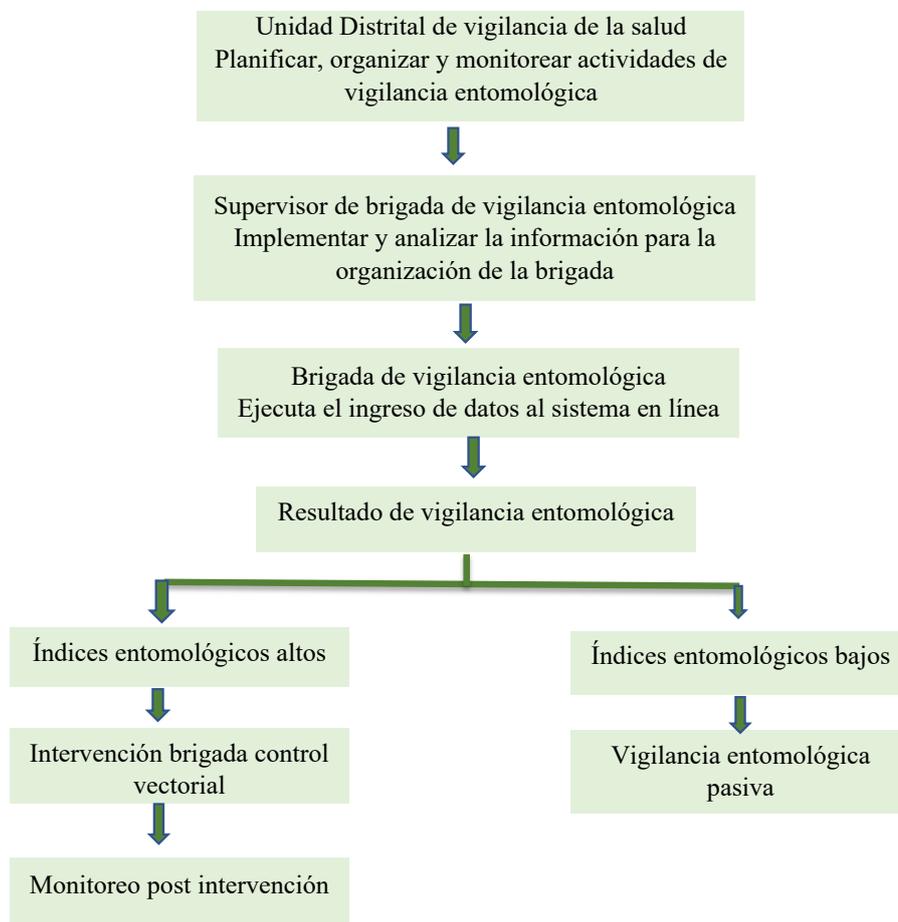


Figura 4.3.1 Organigrama de actividades de vigilancia entomológica

Fuente: Centro de Referencia Nacional de Vectores<_INSPI 2019

Métodos principales de vigilancia:

En la tabla 4.3.2 se presenta un resumen de los vectores y las metodologías recomendada para la vigilancia entomológica con importancia en salud pública



Tabla 4-3.2 Metodología de vigilancia entomológica en vectores artrópodos

Estadio	Método	Aedes aegypti	Aedes albopictus	Anopheles spp	Iutzomyia	Triatomino	Simulium spp	sifonápteros
Huevo	Ovitrapa	X	X					
Larva	Búsqueda activa de criaderos	X	X				X	
Ninfa	Búsqueda activa/pasiva	X				X		
Adulto	Captura manual	X	X	X	X	X	X	X
	Cebo humano protegido	X	X	X			X	
	Trampa CDC	X	X	X			X	
	Trampa Shannon	X	X	X				

Fuente: Centro de Referencia Nacional de Vectores-INSPI 2019

Vigilancia de vectores de arbovirus

Aedes aegypti y *Aedes albopictus* (*Aedes*) transmiten virus altamente patógenos como el dengue, chikungunya, fiebre amarilla y Zika, que pueden causar enfermedades potencialmente mortales en humanos. Su capacidad vectorial (CV) es muy compleja debido principalmente a la interacción entre factores bióticos y abióticos que varían en el tiempo y el espacio (Ahebwa et al., 2023)

Se realiza la vigilancia del vector en etapa de huevo utilizando la **Ovitrapa**, que es una herramienta que puede integrar las acciones de un programa de monitoreo y control de *Aedes* (Torres y Rodiles, 2013)

Vigilancia del vector de la malaria

Mosquitos del género **Anopheles** presentan un desarrollo larvario acuático en el cual las hembras buscan alimentarse de sangre para desarrollar sus huevos. Cada especie muestra preferencias con respecto a su hábitat acuático; por ejemplo, algunos prefieren las acumulaciones de agua dulce superficial, como los charcos y las huellas dejadas por los cascos de los animales, que se encuentran en abundancia durante la temporada de lluvias en los países tropicales

Se utiliza la trampa de Shannon que consiste originalmente de una estructura de tejido de color blanco para la captura de mosquitos al aire libre. Este método usa el mismo principio del cebo humano como atrayente y una fuente luminosa en su interior. Los insectos capturados son mayormente hembras y algunos machos. Los mosquitos que vuelan en el interior de la trampa son colectados con capturadores manuales

Control de vectores

El control vectorial consiste en disminuir o evitar el contacto vector- humano, mediante la aplicación de diferentes metodologías dirigidas al control y reducción de las poblaciones de vectores presentes en un área determinada, logrando la prevención o disminución del riesgo de transmisión de ETVs. Entre estas metodologías tenemos:



a) Control Físico

El control físico de criaderos, coordinado entre la comunidad y las autoridades, permite eliminar estos focos y ordenar el ambiente, evitando el acúmulo de objetos que podrían convertirse en criaderos de vectores.

b) Control Biológico

El control biológico de vectores se basa en la introducción de organismos vivos que depredan o parasitan las poblaciones de vectores, ofreciendo una alternativa a los insecticidas y reduciendo el impacto ambiental. En el caso de los mosquitos, se han utilizado eficazmente varias especies de peces larvivoros, predadores invertebrados y bacterias contra las fases inmaduras de estos vectores

c) Control Genético

El control genético de mosquitos, incluye técnicas como la esterilización de insectos para la liberación de machos estériles y la manipulación genética de mosquitos.

d) Control Químico

El uso de plaguicidas en salud pública para reducir la densidad de larvas y mosquitos adultos se emplea principalmente para el control oportuno de epidemias detectadas tempranamente o en curso. Este método ofrece un control rápido de las poblaciones de insectos, es eficaz si los insectos son susceptibles, tiene un costo razonable y proporciona resultados inmediatos.



Figura 4.3.2 Pasos consecutivos e interrelacionados del tratamiento focal

Rol de la Enfermería Comunitaria en el Programa de Vigilancia Epidemiológica y control Vectorial

La enfermería comunitaria desempeña un rol estratégico y multifacético en los programas de vigilancia epidemiológica y control vectorial, siendo un eslabón fundamental entre los sistemas de salud y las comunidades. Su intervención va más allá de la atención clínica, abarcando actividades de promoción



de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia activa, control ambiental y fortalecimiento de la participación social, todo ello con un enfoque intersectorial y comunitario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Sus roles incluyen:

A) Vigilancia Epidemiológica activa

El personal de enfermería comunitaria participa en la identificación precoz de casos sospechosos de enfermedades vectoriales (como dengue, zika, chikungunya y malaria), mediante estrategias de búsqueda activa de febriles, realización de encuestas de salud, y reporte inmediato de casos al sistema de vigilancia epidemiológica. Además, contribuye al análisis de tendencias, identifica zonas de riesgo y colabora en la generación de alertas tempranas (World Health Organization [WHO], 2023).

B) Educación y Promoción de la salud

Uno de los pilares del rol enfermero es la educación, la enfermería comunitaria sensibiliza a la población sobre la prevención de criaderos de vectores, el reconocimiento temprano de síntomas y la importancia de acudir oportunamente a los servicios de salud. Esta función educativa fortalece la capacidad de respuesta comunitaria y fomenta comportamientos saludables (Cano-Pérez et al., 2023).

La participación activa de la comunidad también es fundamental para asegurar la sostenibilidad de las acciones de control (Al-Muhandis & Hunter, 2011). Las estrategias realizadas incluyen:

Educación para la salud: Charlas, talleres y campañas visuales, campañas puerta a puerta y ferias de salud. Ver tabla 4.3.3

Comités comunitarios de salud: Liderados por promotores de salud.

Acciones colectivas: Jornadas de limpieza, eliminación de criaderos, participación en simulacros.

Tabla 4.3.3 Actividades comunitarias sugeridas para control vectorial

Actividad	Objetivo	Frecuencia recomendada
Jornada de limpieza	Eliminar criaderos	Mensual
Taller de educación sanitaria	Promover hábitos preventivos	Trimestral
Simulacro de control ante brote	Mejorar la respuesta comunitaria	Anual

Fuente: Centro de Referencia Nacional de Vectores<_INSPI 2019

C) Control vectorial ambiental

El profesional de enfermería comunitaria lidera o apoya acciones de control ambiental, coordinando jornadas de eliminación de criaderos, inspecciones domiciliarias, promoción del uso adecuado de larvicidas, y supervisión del cumplimiento de medidas preventivas en instituciones públicas y privadas. Además, participa en campañas de fumigación espacial, especialmente durante brotes epidémicos.

D) Fortalecimiento de la participación comunitaria

La enfermería comunitaria fomenta la organización social mediante la creación y fortalecimiento de comités locales de salud o brigadas comunitarias de control vectorial. Este trabajo comunitario busca empoderar a los líderes locales y fortalecer las redes de colaboración para una respuesta sostenible y autogestionada ante las amenazas vectoriales (Achee et al., 2019).



E) Monitoreo y evaluación de intervenciones

El enfermero comunitario contribuye al seguimiento y evaluación de las actividades de control vectorial, utilizando indicadores como la reducción de criaderos activos, disminución de índices larvarios y control de casos sospechosos. Además, participa en la elaboración de informes epidemiológicos y en la retroalimentación de estrategias basadas en la evidencia recolectada en el campo (García-Betancourt et al., 2022).

F) Trabajo interdisciplinario e intersectorial

La enfermería comunitaria actúa como un puente de articulación entre los distintos actores del sistema de salud, las autoridades locales, el sector educativo y la sociedad civil, promoviendo estrategias integrales que combinen acciones sanitarias, educativas, ambientales y de gestión de riesgos (Pan American Health Organization, 2022).

Sección metodológica:

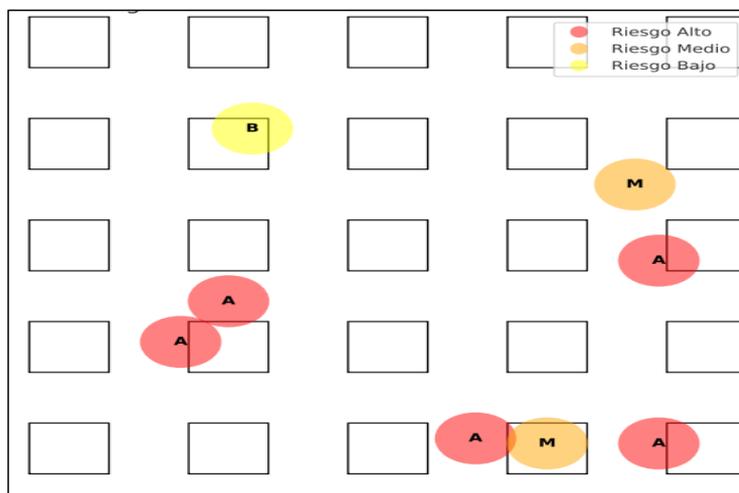
- **Métodos de vigilancia:** Inspección domiciliar, capturas de mosquitos adultos, encuestas de percepción de riesgo.
- **Elaboración de mapas de riesgo:** Ver figura 4.3.3

Recolección de datos georreferenciados.

Uso de Sistemas de Información Geográfica (SIG).

Análisis de concentración de casos y densidad vectorial.

Figura 4.3.3 Ejemplo de mapa de riesgo de enfermedades vectoriales en área urbana



Fuente: Centro de Referencia Nacional de Vectores<_INSPI 2019

Sección Práctica: Plan operativo de intervención en brote epidémico

Un plan operativo típico incluye:

- Activación de brigadas comunitarias.



- Diagnóstico rápido: Detección de casos febriles sospechosos.
- Intervención en foco: Fumigación, control de criaderos, distribución de repelentes.
- Comunicación de riesgos: Mensajes claros y accesibles.
- Monitoreo post-intervención: Evaluación del impacto.

Caso práctico:

“En la comunidad El Progreso, tras reportarse cinco casos de dengue, se organiza una brigada comunitaria que inspecciona 300 viviendas, detecta 40 criaderos activos y realiza una fumigación intensiva en 48 horas.”

Actividades

Simulación de brigada comunitaria

Objetivo: Planificar y ejecutar un operativo de control vectorial simulado en una zona urbana.

Pasos:

1. Organización de roles: coordinadores, brigadistas, educadores.
2. Inspección de áreas simuladas.
3. Registro de criaderos encontrados.
4. Elaboración de informe final.

El control de enfermedades transmitidas por vectores representa un desafío constante para la salud pública. La enfermería comunitaria desempeña un papel crucial en la vigilancia epidemiológica, la educación sanitaria, y la movilización social para la prevención de brotes. Solo a través de estrategias intersectoriales y participación activa de la comunidad

Revision de contenidos

Puntos claves

1. La inmunización es el proceso por el que una persona se hace resistente a una enfermedad, tanto por el contacto con ciertas enfermedades, o mediante la administración de una vacuna
2. Las vías de administración de las vacunas son: oral, Intradérmica, Subcutánea e intramuscular, no están dirigidas solo a la población materno infantil, sino a toda la población, en todas las edades
3. Un ESAVI es un cuadro clínico que tiene lugar después de la administración de una vacuna, que podría o no estar relacionado con esta y que causa gran preocupación en la población
4. La ENI se enmarca en la Constitución de la República, Ley Orgánica de Salud, y al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS/FCI), para garantizar asegurar la inmunización universal y equitativa de la población objeto del programa usando vacunas de calidad, gratuitas, que satisfagan al usuario.



5. La cadena de frío Es el proceso logístico que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas, desde que salen del laboratorio que las produce (Nivel Nacional) hasta el momento de su aplicación (Nivel local)
6. La gestión del Sistema Nacional de Salud Pública no se establece acorde a la división geopolítica del país. Esta se basa en la división administrativa de planificación, que fue instaurada por Senplades en 2010, y se conforma de 9 zonas, 140 distritos y 1.134 circuitos.
7. Todas las vacunas deben mantenerse entre +2 ° c y +8 ° c en todos los establecimientos de salud
8. Los Instrumentos utilizados en la ENI garantizan la calidad de los datos mediante mecanismos de seguimiento en la recolección, tabulación y procesamiento de información y proporción información oportuna para la construcción de indicadores de cobertura y cumplimiento
9. La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública, según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 1993 fue declara por la OMS como una emergencia mundial y se cambió el tratamiento que existía por un tratamiento directamente supervisado o (DOT).
10. Caso Tb pulmonar es persona con Tb pulmonar TB confirmada bacteriológicamente o diagnosticada clínicamente de TB, que implica afectación del parénquima pulmonar o árbol traqueo-bronquial
11. Caso de Tb extrapulmonar es Persona que presenta TB bacteriológicamente confirmada o clínicamente diagnosticada en otros órganos que no son los pulmones (ej. pleura, ganglios linfáticos, abdomen)
12. Los fármacos de primera línea son: Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol, Isoniazida
13. El tratamiento para casos nuevos Con TB pulmonar y extrapulmonar sensible es 2HRZE/4HR
14. El esquema 2HRZE/10HR se utiliza para los casos de TB del SNC, inclusive en los afectados con coinfección TB/VIH
15. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de muerte y ocasionan aproximadamente 5,5 millones de las defunciones en la Región de las Américas, que representan el 81% de muertes en total
16. La hipertensión arterial (HTA) es considerada, a nivel mundial, un problema de salud pública; es una situación de salud que rara vez se produce sola, y más bien tiende agruparse con otros factores de riesgo como el sobrepeso, la obesidad, la inactividad física, la dislipemia y la intolerancia a la glucosa, cuya asociación produce un efecto multiplicador para el riesgo cardiovascular; es decir, el incremento de la probabilidad que una persona sufra una complicación cardiovascular en un periodo de tiempo determinado.
17. Significado de las siglas HEARTS
 - a. H: Hábitos y estilos de vida saludables.
 - b. E: Evidencia en protocolo de tratamiento.
 - c. A: Acceso a medicinas esenciales y tecnología.
 - d. R: Riesgo cardiovascular. Manejo de las enfermedades cardiovasculares con base en la estratificación del riesgo.



e. T: Atención basada en trabajo con equipo multidisciplinario.

f. S: Sistema de monitoreo.

18. La diabetes es una enfermedad crónica que lo acompañará al paciente durante todo el curso de la vida, con sintomatología muy variada o constante, que comúnmente la clínica aparecerá luego de algunos años de padecerla, si el paciente no toma las debidas precauciones de control y conciencia en el hacer de su vida cotidiana

19. La hipertensión arterial es una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial. Ya que la fuerza ejercida contra las paredes de las arterias aumenta, a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo

20. Las enfermedades transmitidas por vectores están vinculadas a cambios estructurales y a la presencia de determinantes sociales económicos y ambientales, como el cambio climático y fenómeno El Niño

21. La vigilancia entomológica comprende serie de métodos de observación e investigación operativa, para conocer y determinar los cambios en la distribución geográfica y bio-ecología de los vectores

22. Se realiza la vigilancia del vector (*Aedes aegypti*) en etapa de huevo utilizando la Ovitrapa

23. El control de vectores se lo realiza utilizando los métodos: físico, biológico, genético, químico y la participación de la comunidad

24. El vector que trasmite el dengue es el mosquito hembra *Aedes Aegypti*

25. El paludismo es causado por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos infectados del género *Anopheles*

Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. Marque la opción que contiene la vía, dosis, y frecuencia de la administración de la vacuna Influenza a niños menores de 1 año

- a) IM; 0.5; 6 meses - 1mes después de la primera dosis
- b) SC; 0.25; 6 meses - 1mes después de la primera dosis
- c) IM; 0.25; 6 meses- 1 mes después de la primera dosis
- d) IM; 0.25; 6 meses

Respuesta correcta: c

2. Relacione correctamente:

- a) BCG () Prevención de polio
- b) Pentavalente () Prevención de tétanos, tos ferina, hepatitis
- c) Polio () Prevención de tuberculosis

Respuesta correcta: c,b,a



3. Relacione con una línea los elementos de la columna vacunas con los elementos de la columna presentación

Vacunas	Presentación
fIPV	Frasco Monodosis
Varicela	Frasco Multidosis
Neumococo	
DPT	

Respuesta correcta: Monodosis (Varicela, neumococo) multidosis (fIPV, DPT)

4. Relacione los elementos de la columna vacunas con los elementos de la columna frecuencia de administración

Vacunas	Frecuencia De Administración
a) SRP	1. 2m - 4m
b) HPV	2. Recién Nacido
c) HB pediátrica	3. 12 meses - 18 meses
d) Rotavirus	4. Hombre 9-10 años mujeres 9-15 años
e) bOPV	5. 15 meses
f) Varicela	6. 6m

Respuesta Correcta: a-3 b-4 c-2 d-1 e-6 f-5

5. Escriba el esquema de Tratamiento en adultos

Mal de Pott.....

Tb Osea u osteoarticular excluyendo mal de Pott.....

Respuesta correcta: Mal de Pott 2HRZE/ 10 HR

Ósea u osteoarticular excluyendo mal de Pott 2HRZE/ 4-7 HR



6. ¿Cuál NO es una vía de transmisión del VIH?

- a) Sangre
- b) Leche materna
- c) Tos o estornudos
- d) Fluidos vaginales

Respuesta correcta: c

7. ¿Cuál es un objetivo principal de la prueba rápida?

- a) Confirmar el diagnóstico final
- b) Brindar resultados inmediatos para iniciar intervención temprana
- c) Reemplazar completamente las pruebas de laboratorio
- d) Determinar resistencia a antirretrovirales

Respuesta correcta: b

8. ¿Qué tipo de diabetes es más frecuente en adolescentes?

Respuesta correcta: diabetes tipo 2

9. Escriba un factor de riesgo modificable para HTA.

Respuesta Correcta: Hábitos alimenticios

10. ¿Qué teoría sustenta la autonomía en autocuidado?

Respuesta Correcta: Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

11. ¿Qué complicación previene el control estricto de la diabetes?

Respuesta Correcta: enfermedades cardiovasculares

12. ¿Cuál es el rol de los promotores de salud en el control de vectores?

Respuesta Correcta: Educación comunitaria, Identificación de riesgos, apoyo en la vigilancia entomológica

13 ¿Por qué es importante el control ambiental en zonas endémicas?



Respuesta Correcta: Rompe el ciclo de vida de vectores, Previene brotes epidémicos, reduce costos en salud pública

Glosario de terminos

Vacuna bopv

contiene los serotipos 1 y 3 y por consiguiente seguirá protegiendo contra la transmisión del poliovirus salvaje de estos tipos.

Vacuna bcg

Vacuna bacteriana que previene las formas graves de tuberculosis

Vacuna rotavirus

es muy segura, y es eficaz para prevenir la enfermedad por rotavirus.

Vacuna fipv

Elaborada con el virus inactivado de la polio y protege contra la enfermedad

Vacuna srp

La vacuna triple viral está hecha de virus vivos atenuados (debilitados). Protege contra el Sarampión, rubeola y parotiditis

Vacuna de la varicela

Vacuna viral que protege de la Varicela y se aplica a los 15 meses de edad

Vacuna fiebre amarilla

vacuna de virus atenuado de fiebre amarilla, cepa 17D, que se considera eficaz y segura

Vacuna pentavalente

es una vacuna combinada que protege contra 5 enfermedades: difteria, tos convulsa, tétanos, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B.

Vacuna neumococo

Vacuna bacteriana que protege de enfermedades neumocócicas

Vacuna hb

La vacuna contra la hepatitis B ofrece una protección del 95-100% contra la hepatitis B

Programa ampliado de inmunización pai

Programa cuyo objetivo es lograr coberturas universales de vacunación y en la actualidad de llama Estrategia ENI

Ley orgánica del sistema nacional de salud

Ley que tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional.



Vigilancia epidemiológica

Es uno de los instrumentos de la Salud Pública para registrar sistemáticamente la ocurrencia de enfermedades y sus determinantes en un área geográfica determinada

Senplades

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) es “administrar y coordinar el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa (SNDPP) para la planificación del desarrollo del país

sns

Sistema Nacional de Salud

Política de frasco abierto

Estable el tiempo de vida útil de las vacunas una vez abiertas

Vacunas unidosis- monodosis

Frascos de vacunas que tienen una sola dosis de vacuna

Vacunas multidosis

El frasco de vacunas tiene más de una dosis

Haemophilus influenzae tipo b

Es un tipo de bacteria, puede causar muchos tipos de infecciones diferentes. Estas infecciones varían de leves, como las infecciones de oído, a graves, como las infecciones de la sangre.

Vacunación intramural

Vacunación realizada en las instalaciones de una Institución Prestadora de Servicios de Salud o en puntos de vacunación aledaños a la misma.

Vacunación extramural

aplicación de vacunas fuera de un recinto de salud establecido

Enfermedades inmunoprevenibles

aquellas que pueden prevenirse con el uso de las vacunas. Actualmente se ha logrado disminuir la carga de estas enfermedades y la mortalidad en la infancia por la introducción de las vacunas.

BCG

Bacilo de Calmette-Guérin es una vacuna contra la enfermedad de tuberculosis (TB).

Pertusis

A la Tosferina se llama también así ya que su agente etiológico es la Bordetella Pertussis

Tuberculosis resistente a la isoniácida (TB-HR)

Cepas de M. tuberculosis resistentes a la isoniácida y sensibles a la rifampicina



Tuberculosis resistente a la rifampicina (TB-RR)

Cepas de *M. tuberculosis* resistentes a la rifampicina. Estas cepas pueden ser sensibles o resistentes a la isoniacida (es decir, TB-MDR), o bien resistentes a otros medicamentos de primera o de segunda línea contra la TB

Tuberculosis multirresistente (TB MDR)

Cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que son resistentes al menos a la isoniacida y a la rifampicina

Tuberculosis resistente a la rifampicina o multirresistente (TB-RR/MDR)

Es el término que se utiliza para agrupar los casos de TB MDR y TB RR pueden tratarse con esquemas para la TB MDR.

Tuberculosis extensamente resistente (TB XDR)

Tuberculosis que es resistente a rifampicina (y puede ser también resistente a isoniacida), y también resistente al menos a una fluoroquinolona (levofloxacin o moxifloxacin) y al menos a otra droga del “Grupo A” (bedaquilina o linezolid)

PrEP: Profilaxis pre-exposición

Se refiere al uso diario de medicamentos antirretrovirales por parte de personas VIH-negativas para reducir significativamente su riesgo de adquirir el VIH antes de una posible exposición (CDC, 2023).

PEP: Profilaxis post-exposición

Es un tratamiento de emergencia que consiste en tomar medicamentos antirretrovirales después de una posible exposición al VIH (por ejemplo, tras una relación sexual sin protección o una exposición laboral), y debe iniciarse idealmente en las primeras 72 horas (WHO, 2022).

ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles)

Las ECNT comprenden un grupo de enfermedades de larga duración y progresión lenta, entre las que se incluyen la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas. Son responsables de aproximadamente el 71% de todas las muertes a nivel mundial, y están fuertemente asociadas a factores de riesgo modificables como el tabaquismo, la alimentación inadecuada, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Dislipidemia

La dislipidemia se refiere a una alteración en los niveles séricos de lípidos, incluyendo colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL), lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos. Esta condición constituye un factor de riesgo mayor para el desarrollo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, y su manejo incluye cambios en el estilo de vida y, en algunos casos, tratamiento farmacológico (Grundy et al., 2019).

Iniciativa hearts

La iniciativa HEARTS es una estrategia impulsada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud que busca mejorar la prevención y el control de las enfermedades



cardiovasculares a través de intervenciones en la atención primaria de salud. Sus componentes principales son: estilos de vida saludables, acceso a medicamentos esenciales, control de la hipertensión, evaluación del riesgo cardiovascular y fortalecimiento de los sistemas de salud (PAHO, 2023).

Riesgo cardiovascular

El riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene un individuo de presentar un evento cardiovascular, como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular, en un período determinado (generalmente 10 años). Este riesgo se calcula considerando factores como edad, sexo, presión arterial, niveles de lípidos, diabetes y hábito tabáquico, entre otros

Hipertensión

La hipertensión arterial es una condición clínica caracterizada por niveles persistentemente elevados de la presión arterial, generalmente definidos como una presión sistólica ≥ 140 mmHg y/o diastólica ≥ 90 mmHg. Es uno de los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, insuficiencia renal y muerte prematura

Tamizaje de tensión arterial

El tamizaje de tensión arterial consiste en la medición sistemática de la presión arterial en población asintomática, con el objetivo de identificar tempranamente casos de hipertensión. Es una estrategia fundamental de prevención secundaria en el primer nivel de atención, recomendada a partir de los 18 años de edad en controles periódicos

PRAS

Plataforma de Registro de atención en salud

HbA1c (Hemoglobina glucosilada)

La HbA1c es un biomarcador que refleja el promedio de los niveles de glucosa en sangre durante los últimos dos a tres meses. Es utilizada en el diagnóstico y seguimiento de la diabetes mellitus, siendo un valor igual o superior al 6,5% indicativo de diabetes

Comorbilidades

El término comorbilidades se refiere a la presencia de dos o más enfermedades o condiciones médicas crónicas en un mismo individuo. En el contexto de las ECNT, la coexistencia de hipertensión, diabetes, dislipidemia u obesidad agrava el pronóstico y aumenta la complejidad de la atención (Boyd et al., 2022).

Modelo precede-proceed

El modelo PRECEDE-PROCEED es una estructura de planificación de programas de salud que combina fases de diagnóstico social, epidemiológico y conductual (PRECEDE) con fases de implementación y evaluación (PROCEED). Este modelo permite diseñar intervenciones basadas en un análisis riguroso de necesidades y en la evaluación continua de los resultados

Cambios estructurales

Fuerza que sostiene el crecimiento en el largo plazo y que está por detrás de los casos exitosos de re-



ducción de brechas tecnológicas entre las economías desarrolladas y en desarrollo

Vigilancia entomologica

Conjunto de actividades organizadas, programadas y orientadas a la recolección y registro sistemático de información sobre las poblaciones de insectos vectores (inmaduros y adultos), otros artrópodos

Vectores arbovirus

Los arbovirus (virus transmitidos por artrópodos) son todos los virus que se transmiten al ser humano o a otros vertebrados por ciertas especies de artrópodos hematófagos, especialmente insectos (moscas y mosquitos) y arácnidos (garrapatas)

Ovitrapa

Dispositivo hecho de un bote plástico de color negro de 1 L. de capacidad, el cual es llenado a partes de volumen y recubierto sobre el borde de agua con una papeleta de pellón o papel filtro. Se usa para coleccionar huevos de vectores de dengue como *Aedes. aegypti*

Mosquito anopheles

Es un género de mosquito de la familia Culicidae que habita en prácticamente todo el mundo . atraviesan cuatro fases: huevo, larva, pupa y adulto

Etapas larvarias

Estadio de desarrollo en el que los seres presentan forma similar a un gusano o lombriz, que sigue a la del huevo en el ciclo de vida de los insectos, lombrices y otros animales que sufren metamorfosis.

Referencias bibliográficas

- Achee, N. L., Gould, F., Perkins, T. A., Reiner, R. C., Morrison, A. C., Ritchie, S. A., ... & Vontas, J. (2019). A critical assessment of vector control for dengue prevention. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 13(5), e0007382. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007382>
- Ahebwa, A., Hii, J., Neoh, K. B., & Chareonviriyaphap, T. (2023). *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* (Diptera: Culicidae) ecology, biology, behaviour, and implications on arbovirus transmission in Thailand: Review. *One health (Amsterdam, Netherlands)*, 16, 100555. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2023.100555>
- Al Ghorani, H., Götzinger, F., Böhm, M., & Mahfoud, F. (2022). Arterial hypertension - Clinical trials update 2021. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD*, 32(1), 21–31. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.09.007>
- Al-Muhandis, N., & Hunter, P. R. (2011). The value of educational messages embedded in a community-based approach to combat dengue fever: a systematic review and meta regression analysis. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 5(8), e1278. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001278>



- American Diabetes Association. (2024). *Standards of Medical Care in Diabetes—2024*. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S1-S300. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>
- Campbell, N. R. C., Ordúñez, P., Giraldo, G. P., Rodríguez Morales, Y. A., Lombardi, C., & Khan, T., et al. (2022). HEARTS en las Américas: innovaciones para mejorar el manejo de la hipertensión y del riesgo cardiovascular en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e197. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.197>
- Campos, G. S., Bandeira, A. C., & Sardi, S. I. (2015). Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. *Emerging Infectious Diseases*, 21(10), 1885–1886. <https://doi.org/10.3201/eid2110.150847>
- Cano-Pérez, E., Hernández-Suárez, C. M., Rodríguez-Díaz, F., & Comach, G. (2023). Participación comunitaria en la prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.20>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *HIV Basics*. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/index.html>
- Choez, S., Solís, M., Padilla, M., Torres, G., & Niño, Y. (2023). *Promoción de salud y prevención de enfermedades desde la enfermería comunitaria*. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(5), 1139–1154. <https://doi.org/10.56712/latam.v4i5.1383Dialnet>
- CIDH Comisión Interamericana de derechos humanos. (2023) Informe Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas. ISBN 978-0-8270-7712-6. Disponible. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA_enfermedades_NoTransmisibles_DDHH_SPA.pdf
- Dadari, IK., Zgibor, JC (2012). How the use of vaccines outside the cold chain or in controlled temperature chain contributes to improving immunization coverage in low- and middle-income countries (LMICs): A scoping review of the literature. *J Glob Health*.31;11:04004. doi: 10.7189/jogh.11.04004. PMID: 33692889; PMCID: PMC7915947
- Egry, E. Y., Fornari, L. F., Taminato, M., & Viçeta, S. M. G. (2021). Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3488. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>
- García-Betancourt, T., Higuera-Mendieta, D. R., González-Uribe, C., et al. (2022). Understanding the drivers of *Aedes aegypti* infestation: A participatory and integrated vector management approach in urban settings. *PLoS ONE*, 17(4), e0266912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266912> https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v55n5/v55n5a8.pdf
- Giancetti, E., Cianchi, V., Torelli, A., Montomoli, E (2022) Yellow Fever: Origin, Epidemiology, Preventive Strategies and Future Prospects. *Vaccines (Basel)*. 27;10(3):372. doi: 10.3390/vaccines10030372. PMID: 35335004; PMCID: PMC8955180.



- González, R., López, M., & Pérez, A. (2023). *El rol de la enfermería en el ámbito de la salud pública. Gaceta Sanitaria*, 37(1), 58–64. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.07.003>
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). McGraw-Hill.
- Healy, CM., Rench, MA., Baker, CJ. (2013) Importance of timing of maternal combined tetanus, diphtheria, and acellular pertussis (Tdap) immunization and protection of young infants. *Clin Infect Dis.*56(4):539-44. doi: 10.1093/cid/cis923. Epub 2012 Oct 24. PMID: 23097585.
- Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., Thornton, P. L., & Haire-Joshu, D. (2021). Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review. *Diabetes Care*, 44(1), 258-279. <https://doi.org/10.2337/dci20-0053>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2023). *Global AIDS Update 2023*. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/2023-global-aids-update>
- Landrove, O., Morejón, A., Venero, S., Suárez, R., Almaguer, M., Pallarols, E., et al. Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Rev. Panamá Salud Publica*. 2018;42: e23. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.23>
- Lara-Millán, A., Zárate-Cuellar, J., & Ramírez-Torres, M. (2022). Buenas prácticas en la administración de vacunas en el primer nivel de atención. *Revista de Salud Pública*, 24(3), 325-334. <https://doi.org/10.7705/rsap.2022.24.3.1234>
- Málaga, Germán. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 06-08. Recuperado en 14 de junio de 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000100001&lng=es&tlng=es
- Martínez-Peña, E., Camacho-González, G., López-Fernández, M., & Rodríguez-Pérez, M. (2022). Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.45>
- Ministerio de Salud Pública (2017) Evaluación de la Estrategia Nacional de inmunizaciones Ecuador 2017 Disponible en: https://www3.paho.org/ecu/dmdocuments/pub_est_nac_imun.pdf
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019) Factor de pérdida (desperdicio) de vacunas en frascos multidosis. Norma Técnica 2019 Disponible en https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00096_2019%20DIC%2027.pdf
- Ministerio de salud Pública del Ecuador (2021) Lineamientos de la Campaña de Vacunación y recuperación del esquema regular. Disponible en https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/04/Lineamiento_plan_recuperacion_de_vacunacion_version_30_09_2021-signed-signed-signed.pdf



- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *Estrategia Nacional de Prevención y Control de VIH/ SIDA-ITS 2023-2027*. <https://www.salud.gob.ec/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2023). *La iniciativa HEARTS: una realidad en los establecimientos de salud del Ecuador*. <https://www.salud.gob.ec/la-iniciativa-hearts-una-realidad-en-los-establecimientos-de-salud-del-ecuador/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *GPC: Tamizaje y diagnóstico de la tuberculosis*. Studocu. <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-central-del-ecuador/epidemiologia-y-salud-publica/gpc-tamizaje-y-diagnostico-de-la-tuberculosis-2024/97547021>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024). *Guía de práctica clínica (GPC): Tratamiento de la infección por tuberculosis, tuberculosis sensible y resistente*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2024/06/GPC-Tamizaje-y-diagnostico-de-la-tuberculosis-2024.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/* chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/GUIA%20DE%20PREVENCION%20C3%93N%20Y%20CONTROL%20DE%20LA%20TRANSMISION%20C3%93N%20MATERNO%20INFANTIL%20DEL%20VIH%20Y%20S%20C3%8DFILIS%20CONG%20C3%89NITA%20Y%20DE%20.pdf>
- Ministerio de salud Pública. (2019). Vacunas para enfermedades inmunoprevenibles. Manual. Recuperado el 09 de 06 de 2024, de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/AC_00063_2019%20OCT%2031.PDF
- Ministerio de Salud Pública. (2023). Esquema Nacional de Vacunación 2023. <https://www.guiainfantil.com/salud/vacunas/el-calendario-de-vacunas-para-ninos-en-ecuador-de-0-a-15-anos/>
- Ministerio Salud Pública (2022) Lineamientos operativos para la implementación de la Iniciativa HEARTS en Ecuador. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56502/9789275325285_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Molina, R., Stella, N. (2004) Principios de inmunidad pasiva y activa: usos y aplicabilidad. LILACS. Universitas Odontológicas. Volumen 24(54-55) 107-113
- Ordúñez, P., Campbell, N. R. C., Giraldo, G. P., Rodríguez Morales, Y. A., Lombardi, C., & DiPette, D. J., et al. (2022). HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión y reducir el riesgo cardiovascular. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e197. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.197>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>



- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Enfermedades transmitidas por vectores*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-transmitidas-por-vectores>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *HEARTS en las Américas: un ejemplo mundial del uso de tecnologías sanitarias para mejorar el control de la hipertensión*. <https://www.paho.org/es/documentos/heart-america-ejemplo-mundial-del-uso-tecnologias-sanitarias-para-mejorar-control>
- Pan American Health Organization. (2022). *Tuberculosis*. <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>
- Pan American Health Organization. (2023). *Tuberculosis*. <https://www.paho.org/en/topics/tuberculosis>
- Powers, A. M. (2018). Chikungunya. *Clinical Laboratory Medicine*, 38(2), 311-323. <https://doi.org/10.1016/j.cll.2018.01.004>
- Quintero, A., & Manosalvas, E. (Enero – diciembre 2017). Implementación de la estrategia nacional de inmunización en población de los cantones san pedro de Huaca – Tulcán de la provincia del Carchi. *Horizontes de Enfermería* (7), 149-161. <https://doi.org/10.32645/13906984.165>
- Rodríguez, S., Ramos, J. M., & Villanueva, J. (2021). Factores psicosociales asociados a la adherencia terapéutica en tuberculosis. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(2), 101-110. <https://doi.org/10.22463/17949831.2920>
- Ropero-Álvarez, A. M., Kurtis, H. J., & Danovaro-Holliday, M. C. (2021). Estrategias de comunicación para mejorar la aceptación de las vacunas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e28. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.28>
- Sánchez González, J. (2023). *La enfermería comunitaria: Una estrategia efectiva para la prevención de enfermedades*. *Salud y Medio Ambiente*, 3(1), 122-130. <https://doi.org/10.59801/sma.v3i1.97>
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., Price Lea, P. J., & Davis, S. A. (2019). Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Research and Theory for Nursing Practice*, 26(3), 172-186. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.26.3.172>
- Torres, JL., Rodiles, NC. (2013). Design and evaluation of an ovitrap for the monitoring and control of *Aedes aegypti*, dengue fever vector. *Salud Publica Mex* 55:505-511. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342013000700008&script=sci_abstract&tlng=en
- Vega, M., & Villacrés, A. (2021). Rol del profesional de enfermería en la adherencia terapéutica de pacientes con tuberculosis en zonas rurales. *Revista Enfermería Comunitaria*, 9(1), 45-52. <https://doi.org/10.23854/rec.v9i1.204>
- Villena, R., Bastías, M. Priorización de nuevas vacunas e innovación al servicio de estrategias de vacunación. *Revista Médica Clínica Las Condes Volumen 31, Issue 3, May–August 2020, Pages 343-351*. doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.03.006 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300419>



- Ward, EM., Flowers, CR., Gansler, T., Omer, SB., Bednarczyk, RA (2017) The importance of immunization in cancer prevention, treatment, and survivorship. *CA Cancer J Clin.* 67(5):398-410. doi: 10.3322/caac.21407. Epub 28. PMID: 28753241. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21407>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind*. <https://www.who.int/publications/i/item/immunization-agenda-2030>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Vaccines and immunization*. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Vector-borne diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>
- World Health Organization. (2022). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- World Health Organization. (2022). *Implementing the end TB strategy: the essentials*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065093>
- World Health Organization. (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization. (2023). *Global tuberculosis report 2023*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076713>
- World Health Organization. (2024). *Vaccines and immunization*. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>

Unidad 5

Atención primaria y cuidado domiciliario

La atención primaria de salud (APS) constituye el primer nivel de contacto entre el individuo, la familia y el sistema de salud. En este marco, el cuidado domiciliario representa una estrategia clave para garantizar continuidad del cuidado, fomentar la autonomía del paciente y disminuir hospitalizaciones evitables. Este capítulo aborda la atención domiciliaria como componente esencial de la enfermería comunitaria, explorando su vínculo con el manejo de enfermedades crónicas, la aplicación de tecnologías y los retos metodológicos que conlleva.

Objetivos de aprendizaje

1. Analizar el concepto y alcance de la atención domiciliaria en el marco de la atención primaria de salud.
2. Identificar estrategias de manejo de enfermedades crónicas en el entorno comunitario.
3. Explorar el uso de herramientas de telemedicina y nuevas tecnologías aplicadas al cuidado comunitario.
4. Diseñar intervenciones de enfermería comunitaria orientadas al entorno domiciliario.
5. Valorar el rol del profesional de enfermería en el seguimiento integral y continuo del paciente en el hogar.

Resultados de aprendizaje

1. Explica la importancia del cuidado domiciliario como parte del modelo de atención primaria.
2. Propone intervenciones para el manejo de enfermedades crónicas desde el enfoque comunitario.
3. Utiliza recursos de telemedicina para fortalecer el seguimiento del paciente en casa.
4. Aplica principios metodológicos para planificar cuidados domiciliarios.
5. Simula escenarios de intervención comunitaria en el domicilio con base en casos clínicos reales.

5. Atención primaria y cuidado domiciliario

Surge como respuesta a la necesidad de brindar servicios de salud centrados en el paciente, accesibles y personalizados. En el contexto de la atención primaria, este modelo permite la intervención directa del equipo de salud en el hogar, respetando el entorno, la cultura y las dinámicas familiares (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). El rol del enfermero comunitario en este escenario se ve fortalecido, al liderar acciones de cuidado, educación, monitoreo y coordinación con otros actores del sistema sanitario.



5.1 Atención domiciliaria y cuidado del paciente en el hogar

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial que se brinda en el entorno del paciente, orientada a satisfacer sus necesidades de salud física, emocional y social, garantizando continuidad del cuidado, autonomía y una mejor calidad de vida. Esta estrategia forma parte del modelo de Atención Primaria de Salud (APS) y se fundamenta en principios de integralidad, accesibilidad, participación y equidad (World Health Organization [WHO], 2021).

La atención domiciliaria comprende un conjunto de servicios orientados a personas con movilidad reducida, enfermedades crónicas o que requieren recuperación posthospitalaria. Su propósito es mejorar la calidad de vida y fomentar la permanencia del paciente en su entorno habitual (González-Gil et al., 2020).

La prestación de cuidados en el hogar no solo favorece la recuperación en un ambiente familiar y emocionalmente significativo, sino que también reduce la institucionalización innecesaria, evita hospitalizaciones repetidas y permite un uso más eficiente de los recursos del sistema sanitario (González-Gil et al., 2020). En este contexto, la enfermería comunitaria cumple un rol esencial como eje articulador del cuidado: planifica, ejecuta y evalúa intervenciones clínicas y educativas, y coordina con redes de apoyo formal e informal.

El proceso de atención domiciliaria implica varias fases interrelacionadas:

1. **Valoración integral en el domicilio**, que incluye el estado de salud del paciente, condiciones del entorno físico, red de apoyo familiar y necesidades psicosociales. Para ello, se utilizan instrumentos como el índice de Barthel (para medir la autonomía en actividades básicas) o la escala de Lawton-Brody (para actividades instrumentales). Ver tabla 5.1
2. **Elaboración del plan de cuidados**, adaptado a la situación del paciente y basado en diagnósticos de enfermería. Las intervenciones pueden abarcar desde curaciones y administración de medicamentos hasta orientación sobre autocuidado y manejo del duelo anticipado en cuidados paliativos.
3. **Ejecución de cuidados clínicos y psicoeducativos**, que incluye control de signos vitales, educación sobre la enfermedad, técnicas de prevención de úlceras por presión, entrenamiento al cuidador principal y evaluación del entorno domiciliario en función de la seguridad del paciente.
4. **Seguimiento y evaluación continua**, mediante visitas periódicas y, en muchos casos, mediante recursos de telemonitoreo, para ajustar los cuidados según la evolución del paciente (Caldón-Margalit et al., 2021).

Un componente fundamental del cuidado domiciliario es el enfoque familiar, ya que muchas decisiones relacionadas con el tratamiento, alimentación, higiene o adherencia terapéutica se toman en el seno del hogar. La enfermería comunitaria no solo cuida al paciente, sino que capacita y acompaña a los cuidadores, promueve entornos seguros y empodera a la familia como unidad de cuidado (Hernández-Lemus & Saldívar-Garduño, 2022).

Además, la atención domiciliaria cobra especial relevancia en el contexto del envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. En América Latina, por ejemplo, la



proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente, lo que exige una reestructuración de los sistemas de salud para integrar efectivamente los servicios domiciliarios (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2023).

Tabla 5.1 Beneficios de la atención domiciliaria

Beneficio	Explicación
Autonomía del paciente	Permite mantener independencia en actividades cotidianas
Reducción de reingresos hospitalarios	Disminuye complicaciones y visitas a urgencias
Enfoque centrado en la persona	Atención adaptada a necesidades, cultura y contexto del paciente
Fortalecimiento del rol del cuidador	Capacitación e involucramiento activo de la familia
Optimización de recursos	Reduce costos asociados a la hospitalización prolongada

Fuente: Organización y gestión de la atención domiciliaria en las Américas 2002

5.2 Manejo de enfermedades crónicas en la comunidad

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC), enfermedades cardiovasculares y cáncer representan una de las principales causas de morbilidad, discapacidad y muerte prematura a nivel global y requieren un enfoque continuo, multidisciplinario y centrado en el paciente (World Health Organization [WHO], 2023).

En respuesta a esta carga creciente, el rol de la enfermería comunitaria se ha transformado en una pieza clave para el abordaje integral, continuo y contextualizado de estas patologías en el ámbito comunitario, para la detección precoz, educación en autocuidado, adherencia terapéutica y seguimiento domiciliario (Egry et al., 2021). El enfoque basado en la persona y su contexto social es esencial para diseñar intervenciones efectivas.

Enfoque Integral centrado en la persona

El cuidado de las ECNT en la comunidad requiere una visión integral que considere no solo los aspectos clínicos de la enfermedad, sino también los determinantes sociales, conductuales y ambientales que influyen en su aparición, control y progresión. La enfermería comunitaria actúa como promotora del autocuidado, educadora, gestora de casos y facilitadora del acceso a los servicios de salud (Egry et al., 2021).

Además, el enfoque de atención centrada en la persona recomendado por la OPS implica que el profesional de enfermería trabaje en conjunto con el usuario y su familia, valorando sus preferencias, creencias culturales, capacidades y entornos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Ver Figura 5.1



Funciones específicas de Enfermería Comunitaria en ECNT

Función	Actividades específicas
Valoración comunitaria	Identificación de casos mediante tamizajes, visitas domiciliarias y diagnóstico temprano.
Educación en salud	Promoción de estilos de vida saludables: alimentación, ejercicio, adherencia al tratamiento.
Plan de cuidados individualizado	Elaborado con base en diagnósticos de enfermería (NANDA-I), priorizando objetivos medibles (metas SMART).
Seguimiento clínico y telemonitoreo	Control de signos vitales, revisión de metas terapéuticas, ajuste de intervenciones.
Coordinación interdisciplinaria	Trabajo conjunto con médicos, nutricionistas, trabajadores sociales, entre otros.

Intervenciones prioritarias en enfermedades específicas

- **Diabetes mellitus tipo 2:** control de glucemia capilar, revisión de pies, educación sobre dieta y signos de hipoglucemia.
- **Hipertensión arterial:** monitoreo de presión arterial, fomento de la actividad física, manejo del estrés y adherencia farmacológica.
- **EPOC:** evaluación de disnea, entrenamiento respiratorio, educación en el uso del inhalador y prevención de exacerbaciones.
- **Enfermedades cardiovasculares:** evaluación de factores de riesgo, seguimiento post-infarto, modificación de hábitos nocivos como el tabaquismo

Promoción del autocuidado y empoderamiento del paciente

Uno de los pilares del manejo comunitario es fomentar el autocuidado. Para ello, enfermería utiliza herramientas educativas y estrategias de cambio de conducta, como el modelo de Prochaska y DiClemente (teorías de etapas del cambio), entrevistas motivacionales y planificación participativa (Orem, 2001). El empoderamiento del paciente reduce la dependencia del sistema de salud, mejora la adherencia terapéutica y contribuye a mejores resultados clínicos.

Evaluación de resultados e indicadores

El impacto de las intervenciones de enfermería puede medirse mediante:

- Reducción en cifras de presión arterial, niveles de HbA1c o peso corporal.
- Mejora en la calidad de vida percibida.
- Disminución de hospitalizaciones y eventos agudos.
- Incremento en la adherencia a tratamientos y visitas programadas



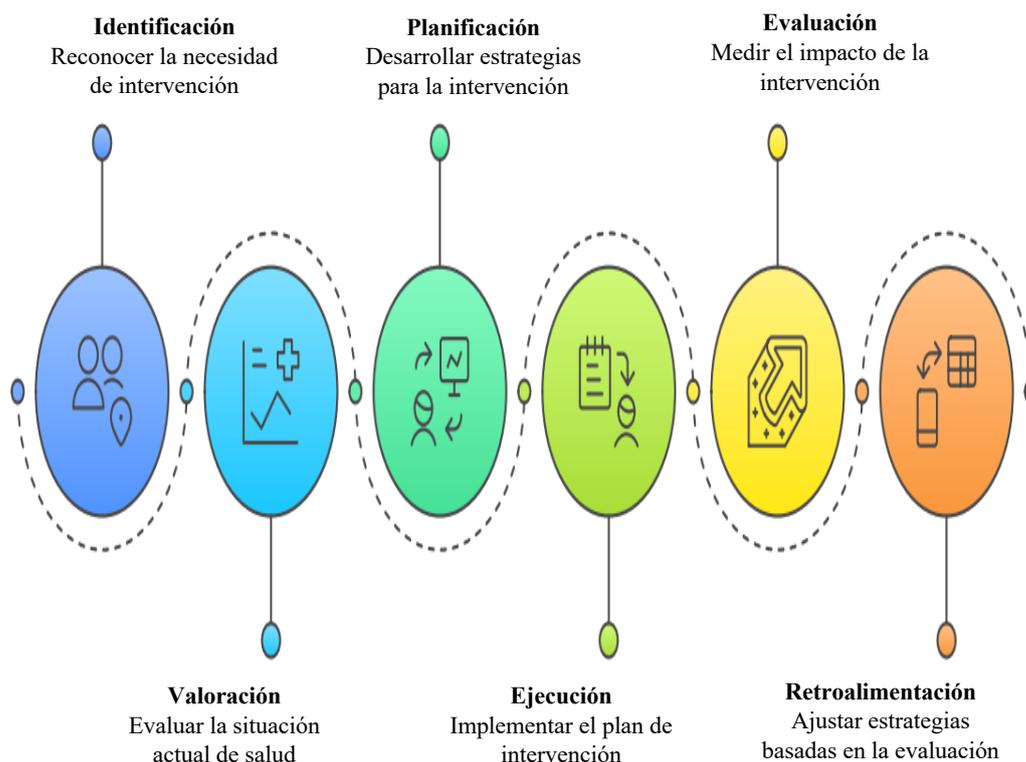


Figura 5.1 Ciclo de intervención comunitaria para ECNT

NOTA DE INVESTIGACIÓN Cuidados paliativos en la atención primaria de la salud: consideraciones éticas

Los cuidados paliativos (CP) se presentan como un problema de salud pública, debido al sustancial aumento del número de ancianos y de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles. Se evidencia la importancia de la reorganización de los servicios de la atención primaria de la salud (APS) para asegurar la oferta de estos cuidados. El objetivo fue identificar casos de usuarios, a fin de enumerar los problemas éticos que el equipo vivencia. Estudio de caso con abordaje cualitativo, a través del análisis temático. Se identificaron dos casos que revelaron, como problemas éticos, la “responsabilidad de la APS para con los cuidadores y familias” y la “dificultad de comunicación franca y honesta entre el equipo y la familia”. Los resultados indican que la formación de recursos humanos con competencia técnica y que la continuidad de la asistencia en la transición del tratamiento curativo hacia el paliativo son factores propicios para la integridad y la obtención de respuestas más adecuadas a los desafíos éticos que los equipos vivencian.

Nota: Tomado de Hieda Ludugério de Souza, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Cássia Regina de Paula Paz, Mariana Cabral Schweitzer, Karine Generoso Hohl, Juliana Dias Reis Pessalacia Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (2): 355-65 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232074>

5.3 Herramientas de telemedicina y nuevas tecnologías en enfermería comunitaria

El avance acelerado de la tecnología digital ha impulsado nuevas formas de atención sanitaria, entre ellas la telemedicina y el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) aplicadas al



cuidado comunitario. En este nuevo paradigma, el profesional de enfermería comunitaria desempeña un papel clave al integrar estas herramientas para brindar una atención más oportuna, accesible, continua y centrada en el paciente (Peine et al., 2020).

La incorporación de la telemedicina ha transformado la atención comunitaria, permitiendo realizar consultas virtuales, monitoreo remoto y educación a distancia. El uso de aplicaciones móviles, plataformas de telesalud y dispositivos portátiles de monitoreo (como glucómetros conectados o tensiómetros digitales) facilita la gestión de condiciones crónicas y mejora el acceso en zonas rurales (Peine et al., 2020). Ver tabla 5.2

Tabla 5.2 Ejemplos de herramientas tecnológicas aplicadas

Tecnología	Aplicación en enfermería comunitaria
Video consultas	Permiten realizar evaluaciones clínicas, seguimiento de síntomas, educación sobre tratamiento y control de adherencia
Apps móviles de salud	Registro de signos vitales y recordatorios de medicación
Wearables (pulseras inteligentes)	Registran signos vitales, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno o actividad física.
Plataformas de telemonitoreo o Sistemas de alerta temprana	Algoritmos que identifican signos de descompensación en pacientes crónicos y notifican a los profesionales de salud.

Telemedicina y telesalud: Conceptos clave

La **telemedicina** es la prestación de servicios clínicos a distancia mediante el uso de tecnologías de la comunicación (audio, video, mensajería segura), mientras que la **telesalud** amplía este concepto incluyendo actividades de promoción de la salud, educación al paciente, monitoreo remoto y gestión de la atención (World Health Organization [WHO], 2022).

Estas modalidades resultan especialmente útiles en entornos rurales, de difícil acceso o con población vulnerable, donde el personal de salud no siempre está disponible de forma presencial. La enfermería comunitaria, al ser el primer contacto con muchas familias, puede utilizar estas herramientas para ampliar su capacidad de respuesta sin comprometer la calidad del cuidado.

Funciones de enfermería comunitaria apoyadas en TIC

Área de intervención	Herramienta utilizada	Ejemplo práctico
Monitoreo remoto	Dispositivos conectados (glucómetros, tensiómetros, oxímetros)	Seguimiento domiciliario de pacientes hipertensos o diabéticos
Educación en salud	Plataformas virtuales, apps móviles	Talleres virtuales sobre autocuidado en EPOC o diabetes
Consulta y seguimiento	Videollamadas, chats seguros	Evaluación del estado de salud y ajustes de tratamiento
Gestión de casos	Historia clínica electrónica interoperable	Coordinación entre niveles de atención
Promoción comunitaria	Redes sociales, SMS, radio comunitaria	Campañas de prevención digitalizadas

Competencias digitales del personal de enfermería

La incorporación efectiva de la telemedicina exige el desarrollo de competencias digitales en el personal de enfermería. Estas incluyen:

- Manejo de plataformas tecnológicas.
- Interpretación de datos provenientes de dispositivos remotos.
- Comunicación empática y efectiva a través de medios digitales.
- Protección de datos personales y confidencialidad (cumplimiento de normas éticas y legales como el consentimiento informado digital).

Ejemplo de experiencia:

En Ecuador, durante la pandemia por COVID-19, varios centros de salud utilizaron sistemas de teleasistencia donde enfermeras comunitarias realizaban seguimientos a pacientes positivos mediante llamadas y formularios virtuales, entregando orientación sobre aislamiento, signos de alarma y necesidades de derivación (MSP, 2021).

Ventajas y desafíos del uso de tecnologías en el ámbito comunitario

Ventajas	Desafíos
Mayor cobertura geográfica	Brechas digitales en zonas rurales
Accesibilidad para personas con movilidad reducida	Limitaciones en conectividad y electricidad
Reducción de costos en desplazamientos	Necesidad de capacitación continua del personal
Mejora en adherencia terapéutica	Protección de la privacidad y ciberseguridad

Caso de estudio: Atención a paciente con enfermedad crónica y riesgo social

Contexto Clínico y comunitario

Nombre del caso: “María, cuidar en casa con dignidad”

Escenario:

María G., mujer de 76 años, viuda, vive sola en una zona periurbana del cantón Durán, Ecuador. Tiene diagnóstico de hipertensión arterial desde hace 10 años y diabetes tipo 2 desde hace 5 años. Presenta dificultad para moverse debido a una artrosis avanzada en ambas rodillas y ha tenido dos hospitalizaciones por crisis hipertensivas en el último año. Su vivienda es de construcción mixta (madera y cemento), con acceso intermitente al agua potable y sin red de alcantarillado.

María recibe atención médica en el subcentro de salud del sector, pero su asistencia es irregular por dificultades de movilidad. Su hijo vive en otra ciudad y la visita ocasionalmente. En la última visita domiciliar, la enfermera comunitaria encontró medicación vencida, glucómetro sin baterías y signos de desnutrición leve. María manifestó sentimientos de soledad y miedo a enfermarse gravemente sin que nadie lo note.

El equipo de salud identificó riesgos sociales, baja adherencia al tratamiento, y necesidad urgente de intervención domiciliar en el marco del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria.



Preguntas de evaluación y reflexión

1. Identifique los principales problemas de salud de María y clasifíquelos en orden de prioridad. Justifique su respuesta.
2. ¿Qué factores sociales y ambientales podrían estar influyendo negativamente en la salud de María?
3. Desde la Atención Primaria en Salud, ¿qué intervenciones puede implementar el profesional de enfermería comunitaria en este caso?
4. ¿Cómo podría utilizarse la telemedicina o herramientas tecnológicas para mejorar el seguimiento del estado de salud de María?
5. Plantee una estrategia de atención domiciliar que incluya: valoración integral, educación en salud, y participación comunitaria.
6. ¿Qué actores del equipo interdisciplinario deberían involucrarse en el plan de atención de María? Fundamente su elección.

Sugerencias de resolución

1. Identificación de problemas prioritarios:

- Problemas clínicos: control deficiente de HTA y DM2, desnutrición, movilidad reducida.
- Problemas sociales: soledad, aislamiento, acceso limitado a servicios básicos y de salud.
- Prioridad: Riesgo de descompensación aguda por mal manejo de enfermedades crónicas.

2. Factores sociales y ambientales relevantes:

- Falta de red de apoyo social cercana.
- Vivienda en condiciones precarias.
- Dificultad para acceder a servicios de salud presenciales.
- Barreras económicas y culturales que pueden limitar la adherencia.

3. Intervenciones de enfermería comunitaria:

- Valoración integral con énfasis en factores biopsicosociales.
- Educación en autocuidado, uso correcto de medicamentos y monitoreo de signos de alarma.
- Coordinación de visitas periódicas domiciliarias.
- Referencia al trabajo social para evaluación de soporte comunitario o inclusión en programas sociales.



4. Uso de telemedicina:

- Contacto regular vía telefónica o videollamada con la enfermera.
- Recordatorios digitales para medicación y citas.
- Envío de resultados de presión y glucemia a través de plataformas comunitarias seguras.

5. Estrategia de atención domiciliaria:

- Plan de cuidados individualizado.
- Talleres comunitarios para vecinos sobre redes de apoyo para adultos mayores.
- Coordinación con voluntarios comunitarios y promotores de salud.
- Evaluación nutricional con apoyo de nutricionista.

6. Actores del equipo interdisciplinario:

- Médico familiar, nutricionista, trabajador social, psicólogo comunitario, y promotor de salud.
- Cada uno aporta desde su rol al enfoque integral: desde la salud física hasta el soporte emocional y social.

Este caso permite aplicar los principios fundamentales de la atención primaria en salud, el enfoque biopsicosocial y el rol proactivo de la enfermería comunitaria en el cuidado domiciliario. Refuerza la importancia del trabajo en red, el uso racional de tecnologías accesibles, y la necesidad de desarrollar competencias para el abordaje integral de pacientes vulnerables desde una perspectiva ética, científica y humanista.

La atención domiciliaria integrada en la atención primaria permite fortalecer el cuidado centrado en el paciente, optimizar recursos del sistema y humanizar los servicios de salud. El profesional de enfermería comunitaria, mediante estrategias como la educación en autocuidado, la tecnología y el seguimiento domiciliario, tiene la capacidad de transformar realidades comunitarias y mejorar indicadores de salud pública.

Revisión de contenidos

Puntos clave

1. La Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia esencial del sistema sanitario, centrada en la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque integral, continuo, accesible y participativo (OPS, 2021).
2. El cuidado domiciliario constituye una modalidad efectiva de APS que permite la atención de pacientes en su entorno familiar y comunitario, favoreciendo el seguimiento de enfermedades crónicas, la recuperación posthospitalaria y el acompañamiento de pacientes en situación de dependencia o vulnerabilidad.



3. El rol del profesional de enfermería comunitaria en el domicilio incluye valoración integral del paciente, planificación de cuidados individualizados, educación en salud, apoyo al autocuidado, control de signos vitales, y articulación con el equipo interdisciplinario.
4. El manejo de enfermedades crónicas en el entorno comunitario requiere estrategias centradas en la continuidad del cuidado, adherencia terapéutica, educación sobre estilos de vida saludables, y seguimiento domiciliario para evitar complicaciones y hospitalizaciones evitables.
5. Las nuevas tecnologías y herramientas de telemedicina potencian la atención domiciliaria permitiendo el monitoreo remoto de pacientes, la comunicación directa entre usuarios y profesionales, y la optimización de recursos, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso.
6. La atención domiciliaria implica un enfoque biopsicosocial, que considera no solo la condición clínica del paciente, sino también sus determinantes sociales de la salud, sus redes de apoyo, y las condiciones del entorno donde vive.
7. El trabajo interdisciplinario en el cuidado domiciliario es fundamental e involucra enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas y promotores de salud, entre otros, para garantizar una atención integral.
8. El cuidado centrado en la persona y su familia es un principio fundamental de la APS y del cuidado domiciliario, asegurando el respeto por la autonomía, la dignidad y las preferencias del paciente.
9. Los registros clínicos domiciliarios y la planificación del seguimiento son elementos esenciales para garantizar la continuidad del cuidado, la evaluación de resultados y la coordinación efectiva entre niveles de atención.
10. El cuidado domiciliario contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud, al reducir ingresos hospitalarios innecesarios, fortalecer la prevención, y promover la corresponsabilidad del usuario y su comunidad en la gestión de la salud.

Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. ¿Cuál de las siguientes no es una función del cuidado domiciliario?

- a) Hospitalización intensiva
- b) Educación al cuidador
- c) Evaluación del entorno
- d) Coordinación con otros servicios

Respuesta correcta: a

2. El índice de Barthel se utiliza para:

- a) Diagnosticar enfermedades infecciosas
- b) Medir dependencia en actividades básicas



c) Evaluar riesgo cardiovascular

d) Calcular masa corporal

Respuesta correcta: b

3. Una herramienta de monitoreo remoto es:

a) Fonendoscopio

b) Termómetro de mercurio

c) Plataforma de telemedicina

d) Gasómetro portátil

Respuesta Correcta: c

4. Relacione la herramienta con su función:

Índice de Barthel →

App de glucosa →

Videoconsulta →

a) Medición de autonomía

b) Seguimiento virtual

c) Control metabólico

Respuesta Correcta: Barthel-a, App-c, Videoconsulta-b

Glosario de términos

Atención primaria en salud (aps):

Estrategia organizadora del sistema de salud que proporciona atención integral, accesible, continua y centrada en la persona y su comunidad, con énfasis en la prevención, la promoción y la participación social (OPS, 2021).

Cuidado domiciliario:

Modalidad de atención que brinda servicios de salud en el hogar del paciente, orientada al mantenimiento o mejora de su salud, evitando hospitalizaciones innecesarias y respetando su entorno social y familiar.

Enfermería Comunitaria:

Rama de la enfermería centrada en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y cuidado integral de individuos, familias y comunidades, con base en los determinantes sociales de la salud.



Valoración domiciliaria:

Proceso sistemático mediante el cual el profesional de enfermería evalúa el estado de salud del paciente en su entorno doméstico, considerando factores físicos, psicosociales y ambientales.

Seguimiento clínico comunitario:

Acciones planificadas y periódicas realizadas por el personal de salud para monitorear la evolución de la condición de salud del paciente en su contexto comunitario o domiciliario.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ecnt):

Condiciones de salud de larga duración y progresión lenta, como la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, que requieren seguimiento continuo y educación para el autocuidado.

Telemedicina:

Uso de tecnologías de la información y la comunicación para proporcionar servicios clínicos a distancia, facilitando el monitoreo, consulta y educación del paciente, especialmente útil en el cuidado domiciliario.

Plan de cuidados domiciliarios:

Documento técnico en el que se estructuran las intervenciones de enfermería requeridas por un paciente en su domicilio, basado en el juicio clínico, las necesidades identificadas y los objetivos terapéuticos.

Empoderamiento del paciente:

Proceso mediante el cual las personas adquieren conocimiento, habilidades y autonomía para tomar decisiones informadas sobre su salud y participar activamente en su cuidado.

Equipo interdisciplinario de salud:

Conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que trabajan de forma coordinada para brindar atención integral al paciente, compartiendo objetivos comunes y respetando los saberes de cada área.

Determinantes sociales de la salud:

Condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales que influyen en la salud de las personas y comunidades, como el acceso a servicios básicos, educación, empleo y vivienda.

Continuidad del cuidado:

Principio de la atención en salud que implica el seguimiento permanente del paciente a lo largo del tiempo, garantizando la coherencia entre los distintos niveles y servicios de atención.



Referencias bibliográficas

- Calderón-Margalit, R., Sela, T., & Shadmi, E. (2021). Comprehensive community care: A health system model for delivering care at home. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 1–10. <https://doi.org/10.5334/ijic.5787>
- Egry, E. Y., Fornari, L. F., Taminato, M., & Vigeta, S. M. G. (2021). Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3488. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>
- González-Gil, M. T., Martín-Rodríguez, L., & Alonso-Renedo, J. (2020). Atención domiciliaria: Retos y oportunidades para la enfermería. *Enfermería Clínica*, 30(2), 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.012>
- Hernández-Lemus, E., & Saldívar-Garduño, D. (2022). Modelo de atención domiciliaria desde la perspectiva comunitaria. *Revista de Enfermería del IMSS*, 30(3), 235–242. <https://revistaenfermeria.imss.gob.mx>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). *Evaluación de los servicios de telemedicina durante la pandemia por COVID-19*. <https://www.salud.gob.ec>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cuidados domiciliarios integrales centrados en la persona*. <https://www.who.int>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Marco de atención integral para enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/documentos/marco-atencion-integral-ecnt>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). *Transformación de los servicios de salud para el envejecimiento saludable*. <https://www.paho.org/es>
- Peine, A., Paffenholz, P., Martin, L., Dohmen, S., Marx, G., & Loosen, S. H. (2020). Telemedicine in the COVID-19 pandemic: A new normal in healthcare delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e21161. <https://doi.org/10.2196/21161>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Noncommunicable diseases: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2022). *Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029927>



Unidad 6

Evaluación y gestión de programas de enfermería comunitaria

La gestión y evaluación de programas en enfermería comunitaria representan un componente esencial para garantizar que las intervenciones tengan un impacto real, medible y sostenible en la salud de las poblaciones. Esta unidad ofrece un marco teórico-práctico para que los profesionales de enfermería desarrollen habilidades en la planificación, monitoreo y mejora de programas comunitarios, con un enfoque basado en la evidencia, la equidad y la participación social.

Objetivos de aprendizaje

1. Comprender el proceso de diseño, implementación y evaluación de programas comunitarios en el ámbito de la enfermería.
2. Identificar y aplicar indicadores de calidad y mejora continua en intervenciones comunitarias.
3. Analizar el rol de la investigación en la mejora de la práctica enfermera comunitaria.
4. Aplicar herramientas metodológicas para la evaluación de programas en salud comunitaria.

Resultados de aprendizaje

1. Diseña propuestas de intervención comunitaria fundamentadas en evidencia científica.
2. Evalúa programas comunitarios utilizando indicadores de calidad y mejora continua.
3. Aplica metodologías de investigación participativa en contextos comunitarios.
4. Integra el pensamiento crítico en la planificación, ejecución y evaluación de programas de enfermería comunitaria.



6. Evaluación y gestión de programas de enfermería comunitaria.

6.1 Diseño y evaluación de intervenciones comunitarias

El diseño y la evaluación de intervenciones comunitarias constituyen pilares fundamentales en la práctica de la enfermería comunitaria. Estos procesos aseguran que las acciones implementadas respondan a las necesidades reales de la población, sean culturalmente pertinentes y permitan medir su efectividad para lograr una mejora sostenida en los indicadores de salud. El rol de la enfermera comunitaria es clave, tanto en la planificación participativa como en el monitoreo y ajuste de las intervenciones, utilizando enfoques basados en evidencia y herramientas de gestión.

Fundamento del diseño de intervenciones comunitarias

El diseño de una intervención comunitaria debe partir de un diagnóstico situacional que identifique los principales problemas de salud, los factores determinantes y los recursos disponibles. Este proceso debe involucrar a la comunidad de forma activa para garantizar pertinencia cultural, sostenibilidad y empoderamiento (Freire, 2005; WHO, 2021).

Enfoques utilizados

- **Modelo PRECEDE-PROCEED:** Es uno de los marcos más utilizados para planificar intervenciones de promoción y prevención. Se divide en fases diagnósticas (social, epidemiológica, conductual y ambiental, educativa y organizacional) y fases de implementación y evaluación (Green & Kreuter, 2005).
- **Planificación estratégica situacional (PES):** Propone un enfoque dinámico y participativo centrado en problemas sentidos y capacidades locales.
- **Teoría del Empoderamiento Comunitario:** Enfatiza la coproducción de soluciones, donde la comunidad no es solo receptora sino generadora de propuestas (Wallerstein et al., 2017).

Pasos del diseño

1. Diagnóstico participativo (mediante entrevistas, mapeos comunitarios, FODA)
2. Priorización de problemas y análisis causal (árbol de problemas)
3. Definición de objetivos SMART: específicos, medibles, alcanzables, relevantes, temporales
4. Selección de estrategias basadas en evidencia
5. Elaboración del plan operativo: cronograma, responsables, presupuesto
6. Diseño del sistema de monitoreo y evaluación. Ver Figura 6.1

“Diseñar con la comunidad y no para la comunidad es un principio esencial de las intervenciones efectivas en salud pública” (Wallerstein et al., 2017).



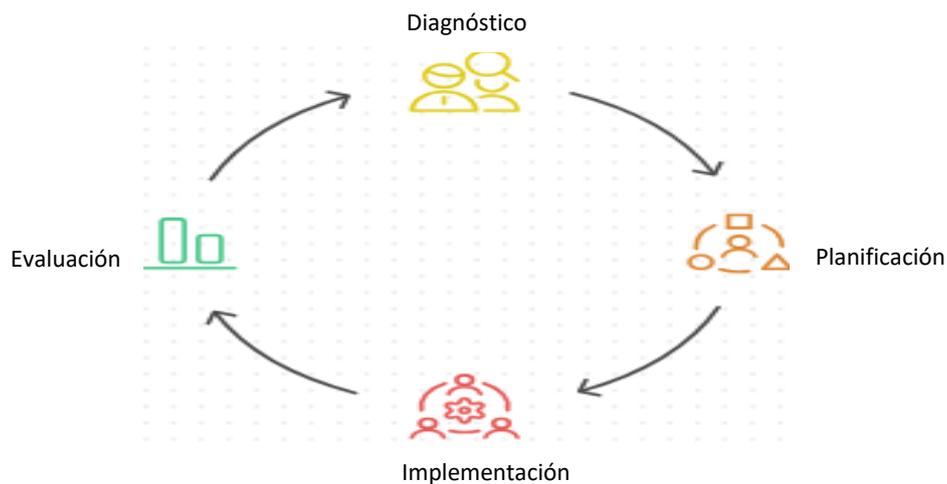


Figura 6.1 Ciclo de diseño y evaluación de programas comunitarios

Fuente: Manual de Evaluación Participativa del Programa 2020

Según la OPS (2022), la evaluación debe incluir tanto componentes cuantitativos (encuestas, indicadores epidemiológicos) como cualitativos (grupos focales, entrevistas), fomentando un enfoque holístico.

“La participación activa de la comunidad en todas las fases del diseño y evaluación promueve la sostenibilidad y pertinencia cultural de las intervenciones” (WHO, 2021).

Evaluación de intervenciones comunitarias

La evaluación es el proceso sistemático de recopilación, análisis e interpretación de información para determinar la efectividad, eficiencia y sostenibilidad de una intervención.

Tipos de evaluación

- **Evaluación de proceso:** examina si las actividades se ejecutaron como estaban previstas.
- **Evaluación de impacto:** mide los cambios inmediatos en conocimientos, actitudes o comportamientos.
- **Evaluación de resultados (outcomes):** mide los efectos a mediano o largo plazo en indicadores de salud.
- **Evaluación económica:** analiza la relación costo-beneficio o costo-efectividad.

Herramientas para la evaluación

- Indicadores estructurados (ver sección de indicadores en el capítulo)
- Encuestas pre y post intervención
- Grupos focales y entrevistas en profundidad
- Matrices de marco lógico y teoría del cambio

Participación en la evaluación

La participación activa de los actores comunitarios en la evaluación permite validar los hallazgos desde la perspectiva de quienes viven la realidad del contexto, lo que mejora la aceptabilidad de las conclusiones y fomenta la apropiación de los resultados (OPS, 2022).

Ejemplo práctico aplicado a enfermería comunitaria

Caso: Programa de tamizaje de hipertensión en población urbana marginal

- **Diagnóstico:** Alta prevalencia de hipertensión no diagnosticada en adultos >40 años.
- **Objetivo SMART:** Aumentar en 40% el tamizaje comunitario de PA en adultos >40 años en 6 meses.
- **Intervención:** Capacitación de promotores, ferias de salud, visitas domiciliarias.
- **Evaluación:**

Proceso: % de personas alcanzadas en cada barrio.

Impacto: % de nuevos diagnósticos realizados.

Resultado: Reducción en cifras tensionales promedio al mes 6.

El diseño y evaluación de intervenciones comunitarias son procesos dinámicos que requieren rigor técnico, sensibilidad social y compromiso ético. Los enfermeros comunitarios tienen la responsabilidad de liderar estos procesos, asegurando que las intervenciones respondan a las realidades locales, estén basadas en evidencia y sean evaluadas con criterios de calidad, impacto y sostenibilidad.

6.2 Indicadores de calidad y mejora continua

La garantía de calidad en los programas de salud comunitaria es un elemento esencial para asegurar que las intervenciones respondan a los estándares profesionales, logren los objetivos planteados y generen mejoras sostenibles en la salud de la población. Para lograrlo, se emplean indicadores de calidad, los cuales permiten evaluar, comparar y mejorar el desempeño de los servicios. Estos indicadores, acompañados de una estrategia de mejora continua, permiten a Enfermería comunitaria tomar decisiones informadas, retroalimentar los procesos y adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes del entorno.

Que son los indicadores de calidad

Son herramientas cuantificables que permiten medir el grado de cumplimiento de las metas, identificar áreas de mejora, y facilitar la rendición de cuentas. Según Donabedian (1988), la calidad de la atención puede medirse en tres dimensiones interrelacionadas:

- **Estructura:** condiciones organizativas y materiales (infraestructura, equipamiento, personal).
- **Proceso:** actividades realizadas en la prestación de servicios (consultas, controles, educación en salud).
- **Resultado:** efectos finales en el estado de salud de la población (prevalencia, mortalidad, satisfacción). Ver tabla 6.1



“Los indicadores son esenciales no solo para documentar lo que se hace, sino para demostrar que lo que se hace tiene valor y mejora la vida de las personas” (Donabedian, 1988).

Clasificación de indicadores en programas comunitarios

Tipo de indicador	Descripción	Ejemplo en programa comunitario
Estructura	Mide los recursos físicos, humanos y organizativos disponibles	% de centros de salud con balanzas calibradas
Proceso	Evalúa si las actividades planificadas se están cumpliendo	% de talleres educativos ejecutados
Resultado	Mide el impacto en la salud o comportamiento de la comunidad	% de reducción de la HbA1c en pacientes diabéticos
Satisfacción del usuario	Evalúa la percepción de calidad desde el punto de vista del usuario	Nivel de satisfacción en encuestas comunitarias

Mejora continua de la calidad

La **mejora continua** es un enfoque sistemático para evaluar, analizar y perfeccionar continuamente los servicios, integrando los hallazgos de los indicadores en un ciclo de retroalimentación.

Uno de los modelos más conocidos es el Ciclo de Deming o PDCA (Plan-Do-Check-Act) (Deming, 1986). Ver figura 6.2

- **Planificar:** Identificar problemas y establecer objetivos.
- **Hacer:** Implementar las mejoras propuestas.
- **Verificar:** Medir los resultados con indicadores.
- **Actuar:** Ajustar el plan según los hallazgos.

Este ciclo promueve intervenciones dinámicas y adaptativas que evolucionan a medida que se obtienen nuevos datos (Silva-Castro et al., 2022).

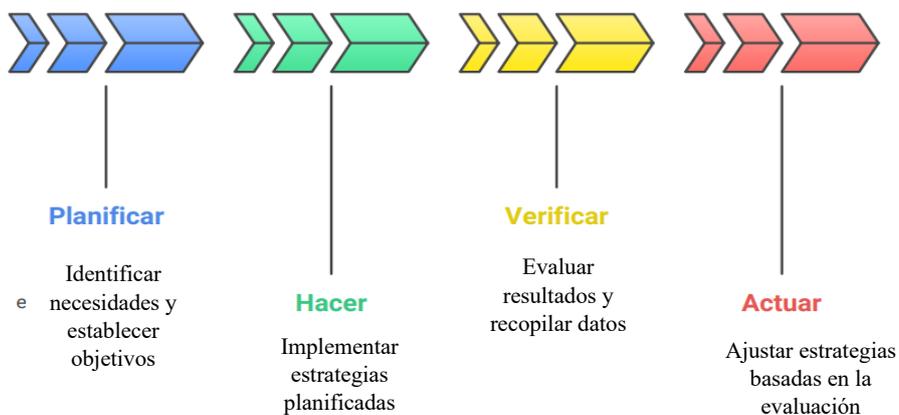


Figura 6.2. Ciclo PDCA aplicado a programas comunitarios

Fuente: Manual de Estándares de Servicios Sociales Comunitarios 2016

Tabla 6.1 Ejemplo de indicadores aplicados a un programa de control de Hipertensión arterial

Tipo de indicador	Ejemplo	Fuente de verificación
Estructura	% de centros con tensiómetros calibrados	Inventario mensual
Proceso	% de pacientes tamizados mensualmente	Registro clínico
Resultado	Reducción promedio de presión arterial	Historia clínica, entrevistas

Uso de estándares e indicadores en enfermería comunitaria

Los programas de enfermería comunitaria deben alinearse con estándares nacionales e internacionales de calidad, tales como:

- Normas ISO en salud.
- Lineamientos de la OPS/OMS para atención primaria.
- Indicadores del Ministerio de Salud Pública para programas específicos (vacunación, diabetes, VIH, tuberculosis, etc.).

La enfermería comunitaria, como gestora de cuidados, participa activamente en:

- La definición de indicadores adecuados al contexto.
- La recolección y análisis de datos.
- La comunicación de resultados a equipos interdisciplinarios.
- La implementación de acciones correctivas.

Ejemplo aplicado

Caso: Programa de control de hipertensión en población adulta mayor

Indicador	Tipo	Meta	Resultado esperado
% de personas tamizadas	Proceso	80%	200 adultos mayores tamizados en 3 meses
% con PA controlada	Resultado	60%	120 con PA < 140/90 mmHg
% de visitas domiciliarias realizadas	Proceso	90%	Seguimiento efectivo en comunidad
Satisfacción del usuario	Percepción	85% satisfacción	Evaluación mediante encuestas

Limitaciones y desafíos

- Falta de formación del personal en gestión por indicadores.
- Baja calidad en la recolección de datos comunitarios.
- Resistencia institucional al cambio o mejora continua.
- Dificultades para integrar la perspectiva del usuario en la evaluación.



Por ello, es necesario fortalecer las competencias en **gestión y análisis de datos en enfermería comunitaria**, promoviendo también la cultura organizacional de evaluación.

Los indicadores de calidad constituyen herramientas clave para medir y mejorar los programas comunitarios de salud. Su integración en ciclos de mejora continua como el PDCA garantiza intervenciones efectivas, eficientes y centradas en la comunidad. La enfermería comunitaria tiene un rol protagónico no solo en la implementación de actividades, sino también en el análisis crítico de resultados, la toma de decisiones y la garantía de la calidad de la atención.

6.3 Investigación en enfermería comunitaria

Constituye una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de las poblaciones, reducir inequidades en salud y sustentar la toma de decisiones en políticas públicas. Esta área de estudio se enfoca en la generación de conocimiento sobre determinantes sociales de la salud, prácticas de autocuidado, efectividad de intervenciones comunitarias, y modelos de atención adaptados al contexto sociocultural. La enfermera comunitaria, además de brindar cuidado directo, debe asumir un rol activo como generadora y usuaria de evidencia científica.

La investigación es un pilar fundamental para validar la efectividad de las intervenciones comunitarias. En este ámbito, destacan metodologías como la investigación-acción participativa (IAP), que involucra a los actores sociales en todo el proceso investigativo

Fundamentos de la investigación en Enfermería Comunitaria

La investigación en este campo se basa en los principios de salud colectiva, equidad, participación social y cuidado centrado en la comunidad. Se diferencia de otras ramas de la enfermería por su énfasis en los contextos comunitarios y la participación activa de las personas como sujetos de cambio, más que como meros receptores de servicios (Egry et al., 2021).

Los problemas investigados comúnmente incluyen:

- Determinantes sociales de la salud.
- Barreras de acceso a los servicios de salud.
- Evaluación de programas preventivos.
- Salud mental comunitaria.
- Enfermedades crónicas y autocuidado.
- Violencia de género y salud comunitaria.

“La enfermería comunitaria debe investigar no solo para comprender las condiciones de salud, sino para transformarlas desde un enfoque crítico y emancipador” (Wallerstein et al., 2017).



Enfoques metodológicos utilizados

1. Investigación- acción participativa (IAP)

Es una metodología cualitativa y transformadora que busca generar conocimiento desde la práctica, con la participación activa de la comunidad. Permite investigar y actuar de forma simultánea para resolver problemas sociales y de salud.

Características:

- Participación activa de la comunidad en todas las etapas.
- Diagnóstico, acción y reflexión en ciclos continuos.
- Enfoque educativo y emancipador.

2. Estudios cuantitativos y mixtos

Los diseños descriptivos, transversales y cuasi-experimentales son útiles para medir prevalencia, evaluar intervenciones, o establecer relaciones entre variables. Los enfoques mixtos permiten integrar lo cuantitativo y lo cualitativo, ampliando la comprensión del fenómeno investigado (Creswell & Plano Clark, 2018).

3. Investigación basada en la comunidad (Community-Based Participatory Research-CBPR)

Este modelo, similar a la IAP, promueve alianzas equitativas entre investigadores, líderes comunitarios y miembros de la comunidad para coproducir conocimiento y soluciones contextualizadas (Israel et al., 2013).

Etapas del proceso investigativo aplicado a la enfermería comunitaria

Etapa	Descripción aplicada al contexto comunitario
Identificación del problema	Se realiza desde el contacto directo con la comunidad, con métodos participativos
Revisión de literatura	Fundamentación teórica con enfoque en salud pública y determinantes sociales
Diseño metodológico	Selección del enfoque (cualitativo, cuantitativo, mixto) y técnicas apropiadas
Recolección de datos	Aplicación de entrevistas, encuestas, grupos focales, observación participante
Análisis e interpretación	Inclusión de perspectivas comunitarias, uso de software (SPSS)
Socialización de resultados	Devolución a la comunidad y presentación ante autoridades locales o académicas

Ejemplos de investigaciones aplicadas

- Evaluación de la efectividad de talleres de autocuidado en adultos mayores en zonas periurbanas.
- Estudio de barreras culturales en el acceso a servicios de salud sexual en adolescentes rurales.



- Investigación participativa sobre el impacto del acompañamiento domiciliario en personas con diabetes tipo 2.

Desafíos y oportunidades en la investigación comunitaria

Desafíos:

- Escaso financiamiento específico para investigación comunitaria.
- Limitaciones en formación en métodos cualitativos participativos.
- Dificultades para articular con actores institucionales y políticos.

Oportunidades:

- Generación de evidencia local adaptada al contexto.
- Fortalecimiento del liderazgo enfermero.
- Incidencia en políticas públicas con enfoque en equidad.

Rol de Enfermería como investigadora comunitaria

La enfermería comunitaria investiga para:

- Identificar necesidades emergentes.
- Validar estrategias de intervención.
- Innovar modelos de atención.
- Promover el empoderamiento y participación comunitaria.

Este rol requiere formación continua, colaboración interdisciplinaria, pensamiento crítico y compromiso ético.

La investigación en enfermería comunitaria es una herramienta indispensable para lograr transformaciones reales en salud colectiva. A través de enfoques participativos, éticos y rigurosos, la enfermería se convierte en generadora de conocimiento y promotora de cambios sociales. Fomentar la investigación desde la base comunitaria fortalece la disciplina, democratiza el conocimiento y potencia el impacto de las intervenciones.

“La enfermería comunitaria debe asumir un rol activo en la producción de evidencia local que sustente decisiones clínicas y políticas” (Egry et al., 2021).

La evaluación y gestión de programas en enfermería comunitaria constituyen procesos esenciales para garantizar su eficacia, sostenibilidad y pertinencia social. A través del diseño estructurado, el uso de indicadores y la incorporación de investigación, los profesionales pueden liderar procesos transformadores en salud pública. La combinación de enfoques metodológicos rigurosos con la participación comunitaria es clave para lograr mejoras significativas y duraderas en la calidad de vida de las poblaciones atendidas.



Sección Práctica:

Caso de Estudio: Evaluación del Programa Comunitario “Vida Sana” para la Prevención de Enfermedades crónicas.

1. Contexto del caso

La parroquia rural de San Miguel de Colay, ubicada en la región interandina del Ecuador, cuenta con una población aproximada de 7,500 habitantes, en su mayoría adultos mayores y agricultores. En los últimos cinco años, los registros del subcentro de salud local revelaron un aumento sostenido en la incidencia de hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), asociadas al sedentarismo, el consumo de alimentos ultraprocesados y la falta de educación en salud.

Ante esta problemática, el equipo de enfermería comunitaria, en coordinación con el distrito de salud, implementó el Programa “Vida Sana”, con los siguientes componentes:

- Tamizaje de factores de riesgo cardiovascular en adultos ≥ 40 años.
- Talleres educativos sobre nutrición saludable y actividad física.
- Caminatas comunitarias y grupos de apoyo liderados por promotores.
- Seguimiento domiciliario para personas con diagnóstico de HTA o DM2.

A los 12 meses de ejecución, se planificó la evaluación del programa, debido a que los registros sugerían baja asistencia a los talleres y bajo control de los niveles de presión arterial y glicemia en los pacientes identificados.

2. Actividades realizadas por el equipo de enfermería

- Aplicación de una encuesta de satisfacción a los usuarios del programa.
- Revisión de historias clínicas comunitarias.
- Observación de sesiones educativas en campo.
- Entrevistas semiestructuradas con promotores de salud.

Los principales hallazgos fueron:

- El 55% de la población objetivo asistió al tamizaje inicial, pero solo el 22% completó el seguimiento.
- El 40% de los encuestados manifestó que los horarios de los talleres no eran accesibles por sus labores agrícolas.
- Solo el 18% de las personas hipertensas alcanzaron control tensional al año.
- La satisfacción general con el programa fue de 3.1/5 según encuesta (bajo compromiso comunitario, baja percepción de efectividad).



- Se identificó falta de monitoreo periódico y escasa retroalimentación desde el equipo de salud hacia la comunidad.

3. Preguntas de evaluación y reflexión

a. Análisis crítico:

- ¿Qué indicadores podrían haberse utilizado desde el inicio del programa para evaluar mejor su proceso y resultados?
- ¿Cómo podría haberse integrado la comunidad en la fase de planificación y seguimiento del programa?

b. Aplicación práctica:

- Propón tres indicadores SMART que puedan implementarse para la segunda fase del programa.
 - ¿Qué elementos del ciclo PDCA podrían aplicarse para rediseñar esta intervención?
5. ¿Qué estrategias específicas puede implementar el equipo de enfermería para mejorar la adherencia al programa?

c. Integración teórico-práctica:

- ¿Cómo se aplica en este caso el modelo PRECEDE-PROCEED para analizar la situación y reorientar la estrategia?
 - ¿Qué rol tiene la investigación en la toma de decisiones en programas como “Vida Sana”?
8. ¿Cómo puede fortalecerse el liderazgo de enfermería comunitaria para garantizar la mejora continua del programa?

4. Sugerencias de resolución y análisis

a. Evaluación de indicadores

El programa debió incluir indicadores de proceso como “% de participantes en talleres por mes”, y de resultado como “% de pacientes con glicemia controlada después de 6 meses”. Esto habría permitido detectar a tiempo el bajo seguimiento.

b. Aplicación del ciclo PDCA

- Planificar: Rediseñar el programa con horarios flexibles y mayor participación de líderes comunitarios.
- Hacer: Implementar las nuevas estrategias (por ejemplo, talleres móviles y visitas grupales).
- Verificar: Medir la asistencia y adherencia mensualmente.
- Actuar: Ajustar dinámicamente según datos y retroalimentación comunitaria.

c. Propuesta de mejora



- Establecer convenios con organizaciones locales para ampliar el alcance educativo.
- Fortalecer la comunicación social (radio comunitaria, afiches en espacios públicos).
- Capacitar a promotores comunitarios para liderar el componente educativo con mayor autonomía.
- Implementar grupos de autocuidado y seguimiento entre pares.

d. integración de la comunidad e investigación

La falta de corresponsabilidad social pudo haberse evitado mediante una investigación-acción participativa, involucrando desde el inicio a representantes comunitarios en el diseño y evaluación del programa. Además, el análisis cualitativo de barreras (horarios, pertinencia cultural) puede guiar nuevas estrategias más adaptadas.

Conclusión del caso

Este estudio evidencia la importancia de la evaluación continua, la planificación participativa y el uso riguroso de indicadores en la gestión de programas de enfermería comunitaria. La enfermera comunitaria no solo coordina actividades, sino que lidera procesos de mejora continua, utiliza la investigación como herramienta de cambio y fortalece el vínculo entre la salud institucional y la comunidad.

Revisión de contenidos

Puntos clave

1. La evaluación no es una etapa aislada, sino un proceso continuo e integrado en la gestión de programas comunitarios. Permite valorar la efectividad, eficiencia, equidad y sostenibilidad de las intervenciones, y fundamenta decisiones clínicas, administrativas y políticas.
2. Todo programa debe surgir de un diagnóstico comunitario participativo. Herramientas como el Modelo PRECEDE-PROCEED y la Planificación Estratégica Situacional orientan el diseño estructurado de intervenciones que respondan a las necesidades reales de la población
3. Los tipos de evaluación aplicables en enfermería comunitaria son:
 - Evaluación de proceso: mide la ejecución de las actividades planificadas.
 - Evaluación de impacto: analiza cambios inmediatos en conocimientos, actitudes o prácticas.
 - Evaluación de resultados: valora efectos a largo plazo en indicadores de salud y calidad de vida.
4. Los indicadores de calidad permiten medir con objetividad el desempeño de un programa. Se clasifican en:
 - Estructura: disponibilidad de recursos humanos, técnicos o financieros.
 - Proceso: cumplimiento de actividades programadas.
 - Resultado: impacto observado en el estado de salud o satisfacción del usuario. El uso de indica-



dores SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazo definido) es fundamental para una gestión basada en resultados.

5. El ciclo **Planificar – Hacer – Verificar – Actuar (PDCA)** permite aplicar ajustes graduales y sistemáticos en función de los datos recolectados, promoviendo una cultura institucional de innovación y responsabilidad.
6. La enfermería comunitaria debe generar y aplicar evidencia científica a través de enfoques como la **investigación-acción participativa (IAP)** y la **investigación basada en la comunidad (CBPR)**, con metodologías mixtas que integren lo cuantitativo y lo cualitativo (Wallerstein et al., 2017; Creswell & Plano Clark, 2018).
7. El enfermero comunitario actúa como líder gestora, educadora, investigadora y facilitadora del cambio social. Su rol implica la planificación, implementación, monitoreo, y evaluación crítica de los programas, así como la movilización de recursos y actores clave en la comunidad.
8. La participación activa de la comunidad fortalece la pertinencia cultural de las intervenciones, mejora la adherencia y sostenibilidad de los programas, y potencia el empoderamiento colectivo.
9. Entre los **Desafíos comunes en la gestión de programas comunitarios** incluyen la limitada disponibilidad de datos, escasa formación en gestión y evaluación, fragmentación institucional y poca articulación intersectorial. Superarlos requiere fortalecer las capacidades técnicas y de liderazgo del personal de enfermería.
10. El análisis de casos reales y el trabajo conjunto con otros profesionales de la salud favorecen la comprensión de los procesos de gestión y evaluación, así como la aplicación contextualizada de herramientas metodológicas.

Preguntas de repaso

Compruebe sus conocimientos

1. ¿Cuál de los siguientes modelos orienta el diseño y evaluación de programas de salud comunitaria?

- a) Modelo de Dorothea Orem
- b) Modelo PRECEDE-PROCEED
- c) Modelo de Leininger
- d) Teoría del Cuidado Transcultural

Respuesta correcta: b

2. ¿Qué tipo de indicador evalúa la disponibilidad de recursos en un programa?

- a) De proceso
- b) De impacto



- c) De estructura
- d) De resultado

Respuesta correcta: c

3. El ciclo PDCA se refiere a:

- a) Diagnóstico, planificación, comunicación, acción
- b) Participación, desarrollo, control, ajuste
- c) Planificar, hacer, verificar, actuar
- d) Promoción, difusión, capacitación, análisis

Respuesta correcta: c

4. ¿Cuál es una ventaja de la investigación-acción participativa?

- a) Mayor rapidez en la recolección de datos
- b) Minimiza el rol de la comunidad
- c) Involucra activamente a los actores locales
- d) Evita sesgos cualitativos

Respuesta correcta: c

5. Relacione los tipos de indicadores con su descripción:

- | A. Indicador de proceso | 1. Cambios en la condición de salud |
- | B. Indicador de estructura | 2. Número de talleres ejecutados |
- | C. Indicador de resultado | 3. Cantidad de equipos disponibles |

Respuestas correctas: A-2, B-3, C-1

6. Un objetivo SMART debe cumplir con todas excepto:

- a) Ser medible
- b) Ser ambiguo
- c) Ser alcanzable
- d) Tener plazo

Respuesta correcta: b

7. ¿Cuál es un instrumento común para diagnóstico participativo comunitario?

- a) ECG
- b) Árbol de problemas
- c) Prueba de Mantoux



d) Escala de Barthel

Respuesta correcta: b

8. ¿Qué fase del Modelo PRECEDE-PROCEED se enfoca en la implementación?

- a) Fase diagnóstica
- b) Fase de intervención
- c) Fase epidemiológica
- d) Fase de evaluación

Respuesta correcta: b

9. En la mejora continua, ¿cuál es la etapa donde se evalúan los resultados?

- a) Planificar
- b) Hacer
- c) Verificar
- d) Actuar

Respuesta correcta: c

10. ¿Cuál de las siguientes no es una función del enfermero comunitario en la gestión de programas?

- a) Evaluar resultados
- b) Redactar diagnósticos médicos
- c) Diseñar intervenciones
- d) Monitorear indicadores

Respuesta correcta: b

Glosario de términos

Evaluación de programas

Proceso sistemático para determinar la efectividad, eficiencia, pertinencia y sostenibilidad de un programa, con el fin de mejorar su desempeño o justificar su continuidad.

Gestión en salud comunitaria

Conjunto de acciones administrativas, técnicas y organizativas destinadas a planificar, ejecutar, supervisar y evaluar intervenciones de salud pública desde el enfoque comunitario.

Indicadores de salud

Medidas cuantificables que permiten evaluar el estado de salud de una población o el desempeño de los servicios. Se clasifican en indicadores de estructura, proceso y resultado.



Indicadores smart

Acrónimo que describe objetivos o indicadores que son Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y con un Tiempo definido.

Modelo precede-proceed

Marco de planificación de programas de salud basado en el diagnóstico de factores sociales, epidemiológicos, conductuales y ambientales, seguido de fases de ejecución y evaluación.

Ciclo pdca (deming)

Herramienta de mejora continua que consta de cuatro fases: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar. Aplicado en la gestión de calidad en servicios y programas de salud.

Evaluación de proceso

Tipo de evaluación que analiza la implementación de un programa, verificando si las actividades planificadas se han llevado a cabo según lo previsto.

Evaluación de impacto

Medición de los efectos inmediatos de un programa sobre el conocimiento, actitudes o comportamientos de la población destinataria.

Evaluación de resultados

Análisis de los cambios sostenibles en indicadores de salud o condiciones de vida de la población luego de una intervención.

Participación comunitaria

Proceso mediante el cual los miembros de una comunidad se involucran activamente en la identificación de problemas, toma de decisiones, implementación y evaluación de soluciones.

Investigación-acción participativa (iap)

Enfoque metodológico cualitativo en el que los miembros de la comunidad colaboran con los investigadores para identificar problemas, implementar soluciones y evaluar cambios desde una lógica de empoderamiento.

Gestión basada en resultados

Modelo de gestión que se centra en el logro de objetivos verificables mediante el uso sistemático de indicadores y mecanismos de evaluación.

Satisfacción del usuario

Percepción que tienen los beneficiarios de los servicios de salud sobre la calidad, accesibilidad y eficacia de las intervenciones recibidas.

Empoderamiento comunitario

Proceso mediante el cual las comunidades desarrollan capacidades para participar activamente en la toma de decisiones que afectan su salud y bienestar.



Marco lógico

Herramienta de planificación y evaluación que resume los objetivos, actividades, indicadores, medios de verificación y supuestos de un programa o proyecto.

Referencias bibliográficas

- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.)*. SAGE Publications. <https://us.sagepub.com/en-us/nam/designing-and-conducting-mixed-methods-research/book241842>
- Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press. <https://mitpress.mit.edu/9780262541152/out-of-the-crisis/>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Egry, E. Y., Fornari, L. F., Taminato, M., & Vigeta, S. M. G. (2021). Indicadores de Buenas Prácticas de Enfermería para grupos sociales vulnerables. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3488. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5203.3488>
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido (30ª ed.)*. Siglo XXI Editores. https://www.sigloxxieditores.com/libro/pedagogia-del-oprimido_53586/
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.)*. McGraw-Hill. <https://www.mheducation.com/highered/product/health-program-planning-educational-ecological-approach-green-kreuter/M9780072556834.html>
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2013). *Methods for Community-Based Participatory Research for Health (2nd ed.)*. Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/en-us/Methods+for+Community+Based+Participatory+Research+for+Health%2C+2nd+Edition-p-9781118021866>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Evaluación de programas de salud comunitaria*. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Gestión de la calidad en los servicios de salud*. <https://www.paho.org>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Mejoramiento de la calidad en salud pública*. <https://www.paho.org>



Silva-Castro, S., Álvarez, C. A., & Gómez-Ceballos, D. (2022). Evaluación de la calidad en programas comunitarios: aplicación del modelo PDCA en atención primaria. *Revista Salud Pública*, 24(1), 10–18. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.90562>

Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (2017). *Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity* (3rd ed.). Jossey-Bass. <https://www.wiley.com/en-us/Community%2BBased%2BParticipatory%2BResearch%2Bfor%2BHealth%3A%2BAdvancing%2BSocial%2Band%2BHealth%2BEquity%2C%2B3rd%2BEdition-p-9781119258858>

WHO. (2021). *Health Promotion*. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>

World Health Organization (WHO). (2021). *Community engagement: a health promotion guide*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038341>

World Health Organization. (2021). *Quality of care in primary health care: the unfinished agenda*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036484>



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

ISBN: 978-9942-681-45-4



9789942681454