



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
La Universidad Técnica Particular de Loja

**ESCUELA DE CIENCIAS CONTABLES Y AUDITORÍA**

**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**TEMA:” MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES MUJERES DEL HOGAR PERPETUO SOCORRO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, PERIODO 2009-2010”**

Tesis de Grado previo la obtención del título de Magíster en Auditoría de Gestión de la Calidad.

**Autor (es):** Dra. Nimia Betzabeth Álvarez Montalvo

**Director:** Dr. M.Sc. Patricio Agurto Espinoza

**Centro universitario:** Guayaquil

2010



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
La Universidad Técnica Particular de Loja

**ESCUELA DE CIENCIAS CONTABLES Y AUDITORÍA**

**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**TEMA:” MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN A LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES MUJERES DEL HOGAR PERPETUO SOCORRO DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL, PROVINCIA GUAYAS, PERIODO 2009-2010”**

Tesis de Grado previo la obtención del título de Magíster en Auditoría de Gestión de la Calidad.

**Autor (es):** Dra. Nimia Betzabeth Álvarez Montalvo

**Director:** Dr. M.Sc. Patricio Agurto Espinoza

**Centro universitario:** Guayaquil

2010

## Certificación del Director de la Tesis

Dr. M.Sc Patricio Agurto Espinoza

**DIRECTOR DE LA TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante: Nimia Betzabeth Alvarez Montalvo, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Escuela de Contabilidad y Auditoría, Modalidad Abierta y a Distancia de la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Guayaquil, mayo del 2010



.....  
Dr. M.Sc Patricio Agurto Espinoza

## **ACTA DE DECLARACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS**

Yo Nimia Betzabeth Álvarez Montalvo declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

-----  
Dra. Nimia Álvarez Montalvo  
0912884707

## **AUTORÍA**

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

.....  
Dra. Nimia Álvarez Montalvo  
0912884707

## DEDICATORIA

A nuestro Padre Dios y todo su coro celestial, por haberme iluminado y dado las fuerzas necesarias para culminar una de mis metas anheladas.

A mi familia, a las misiones de nuestro padre Dios los Ángeles, especialmente a mi hija porque siempre me apoyó y me alentó a seguir adelante sin permitir que desmayara, a mi hijo que desde el cielo pide muchas bendiciones para mí.

A mi tutor, el Dr.M.Sc. Patricio Agurto E, porque en todo momento me impartió los conocimientos necesarios para la realización de este proyecto

.....  
Dra. Nimia Álvarez Montalvo  
0912884707

## **AGRADECIMIENTO**

Mi eterna gratitud a Dios, mi familia especialmente a mi hija; a La Lcda. Diana Alcívar y al personal Docente y administrativo de la Universidad Técnica Particular de Loja, a mi Director de Tesis, quienes contribuyeron de una u otra manera a la culminación de una de mis metas más anheladas.

.....  
Dra. Nimia Álvarez Montalvo  
0912884707

## INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	PÁGINAS
Hoja preliminar.....	i
Certificación del director.....	ii
Cesión de los derechos.....	iii
Autoría.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Indice.....	vii
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	9
2. INTRODUCCION.....	12
3. PROBLEMATIZACION.....	15
4. JUSTIFICACION.....	18
5. OBJETIVOS.....	21
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	22
5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	22
6. MARCO TEORICO.....	23
6.1. MARCO INSTITUCIONAL.....	24
6.1.1. ASPECTO GEOGRAFICO.....	24
6.1.2. DINAMICA POBLACIONAL.....	24
6.1.3. MISION.....	25
6.1.4. VISION.....	25
6.1.5. ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	26
6.1.6. SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION.....	26
6.1.7. CARACTERISTICAS GEO-FISICAS DE LA INSTITUCION.....	27
6.1.8. POLITICAS DE LA INSTITUCION.....	27
6.2. MARCO CONCEPTUAL.....	28
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	30
7.1. MATRIZ DE INVOLUCRADOS.....	36
7.2. ANALISIS CAUSAL (ARBOL DE PROBLEMAS).....	38
7.3. ANALISIS (ARBOL DE OBJETIVOS).....	39
7.4. MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	40
7.5. PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	46

7.5.1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO.....	47
7.6. MONITOREO Y EVALUACION.....	48
7.6.1 MONITOREO.....	48
7.6.2. EVALUACION.....	48
7.7. SOSTENIBILIDAD.....	55
8. RESULTADOS.....	56
9. CONCLUSIONES.....	65
10. RECOMENDACIONES.....	68
11. BIBLIOGRAFIA.....	70
12. ANEXOS.....	73
ANEXO 1 .....	74
ANEXO 2.....	77
ANEXO 3.....	79
ANEXO 4.....	135
ANEXO 5.....	153
ANEXO 6.....	154

# **1. RESUMEN EJECUTIVO**

En los últimos años y acorde con los grandes cambios ocurridos en las políticas públicas desarrolladas en nuestro país, se ha producido una drástica transformación en la percepción de la infancia y la adolescencia al promoverse la adopción de la Protección Integral (que reconoce a los niños como sujetos de derecho, dotados de capacidad de vivir, tener salud, educación, convivencia familiar, identidad, dignidad y derecho a participar en todos los asuntos que les conciernen).

La pobreza se ha ido "incrementando", se afirma reiteradamente en varios documentos, basándose en la constatación de que la vida en la miseria limita las oportunidades que tienen las personas y condiciona en buena medida las posibilidades futuras de movilidad social para los niños, niñas y adolescentes que nacen y crecen en hogares pobres.

Este proyecto presenta las diferentes manifestaciones que reflejan los problemas que tienen las niñas y adolescentes mujeres de este albergue, la falta de atención y concentración en los estudios, falta de coordinación Institucional, personal no capacitado, falta de falta de autogestión para conseguir recursos para la salud, educación y alimentación, desmotivación familiar y sobretodo la mala calidad de atención que reciben las niñas

El proyecto está dirigido a una población cautiva del Hogar Perpetuo Socorro situado en la Ciudad de Guayaquil, integradas por 54 niñas en edades que van de 6 a 18 años, siendo la de mayor prevalencia entre los 7 – 14 años, seguido de edades que van de 6 – 10 años.

Reciben capacitación las maestras y el personal del voluntariado acerca de los principios básicos de los procedimientos adecuados para aplicarlos en una emergencia o urgencia que presenten las niñas, luego de realizar un diagnóstico situacional de las niñas, padres de familia y Hermanas María Corredoras, voluntariado, utilizando la metodología del marco lógico con todas sus herramientas.

Con los resultados obtenidos se puede concluir que luego de la ejecución del proyecto, se consiguió que disminuyan los problemas del albergue , recibiendo una atención integral con calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad a las niñas y adolescentes mujeres, implementando un manual de normas de atención y aplicándolo en cada ingreso a este albergue.

Se logró capacitar al personal del albergue y concienciar en los mismos las medidas que deben tomar para evitar los grandes problemas que se presentan en el problema por falta de capacitación, desconocimiento, falta de valores, situaciones que se dan en el albergue.

## **2. INTRODUCCIÓN**

## 2. INTRODUCCIÓN

Atender la urgencia social que representa actualmente los niños, niñas y adolescentes, en las diversas situaciones que se presentan como el maltrato, abuso , abandono, implica la puesta en marcha de políticas públicas por parte del Gobierno de nuestro país, capaces de efectivizar los derechos fundamentales de la niñez, como son la vida, libertad, identidad, salud, alimentación, vivienda, deporte, cultura, recreación, respeto, convivencia familiar ,comunitaria y en general un desarrollo integral.

Los esfuerzos realizados hasta el momento por el Gobierno no han logrado los objetivos deseados, la falta de articulación de políticas, la falta de profesionales especializados, falta de recursos no han posibilitado soluciones efectivas a esta grave situación en la que se encuentran los niños, niñas y adolescentes.

En el Ecuador siendo un país Subdesarrollado , sin embargo se han desarrollado varios programas para ayudar a aliviar en algo las necesidades de estos niños , como es el caso a nivel Nacional del plan de colación escolar, almuerzo escolar, fundación Children, Navidad para todos, el programa de muchacho trabajador, entre otros, de ahí la importancia que tienen los albergues, como es el caso del “Hogar Perpetuo Socorro” que tiene la capacidad de alojar a un número considerable de niñas, con múltiples falencias de tipo Bio-Psicosocial .

Consideramos relevante el presente proyecto porque se ha detectado en las niñas que no gozan de las condiciones básicas de la vida diaria como son alimentación, salud, educación, habitaciones confortables, entre otras sin que hasta el momento se halla brindado una atención inmediata y oportuna, es por esto que creo conveniente la capacitación de los talentos humanos que están a cargo de las niñas, mejorar las condiciones de alimentación, atención médica inmediata y oportuna, logrando mejorar las condiciones de vida, brindando calidad de atención.

Al palpar la realidad en que viven las niñas que acuden al albergue y las consecuencias que esto acarrea en nuestra sociedad, me llevó a la motivación de

conseguir los recursos necesarios para poder alcanzar los objetivos propuestos, aprovechando las oportunidades y venciendo los obstáculos que se han presentado en el transcurso de las diversas gestiones realizadas.

### **3. PROBLEMATIZACIÓN**

### **3. PROBLEMATIZACIÓN**

El Talento humano constituye el elemento vital e impulsor de todas las organizaciones inteligentes, ya que hacia ellos va dirigido el producto o servicio final y son la razón de ser de las mismas; por ello desde pequeñas y medianas organizaciones hasta las más importantes corporaciones, el tratamiento efectivo al público ha sido y es una de las herramientas principales para la creación, mantenimiento y crecimiento continuo de los establecimientos de regocijo como este albergue. Por consiguiente la satisfacción de las necesidades de las niñas y adolescentes mujeres que se alojan en el Hogar Perpetuo Socorro comprende absolutamente todas las actividades que se lleven a cabo dentro del la Institución, que implica mucho más que oír sus quejar, cambiar el mecanismo de un servicio o sonreír ante ellos.

La problemática infantil y adolescente presentan varios campos de análisis, interpretación y acción programática en el Ecuador, una de ellas, la referida a la erradicación de las decadentes formas de vida como son aquellos que sufren maltrato físico, psicológico por parte de sus padres o de un familiar, los que son afectados por situaciones de abuso sexual, que hayan sido objeto de abandono, padres privados de libertad, los que no tienen referente familiar estable, situaciones que encontramos en el Hogar Perpetuo Socorro que tratan de darles a las niñas y adolescentes un ambiente familiar, formación integral y una estabilidad emocional.

Otros de los graves problemas que se presentan es la falta de recursos económicos que trae consigo la carencia de aspectos importantes para el normal desenvolvimiento de la Institución como son: falta de colaboración Inter-Institucional, desnutrición, bajo rendimiento escolar, colchones deteriorados, falta de servicios higiénicos, falta de personal capacitado, falta de impulso a la autogestión, desmotivación del personal, falta de unidades de transporte, falta de seguridad en el albergue, escasas computadoras, medios de aprendizaje no apropiados, etc.

Las políticas sociales generales del estado se han caracterizado por el criterio de protección asistencial al niño, sin embargo los diversos ciclos políticos y económicos por los que atraviesa la sociedad ha hecho imposible el cumplimiento del mismo. Estas

limitaciones, se han traducido en el deterioro de los indicadores de calidad de vida de la niñez y a significado el aumento de los niveles de pobreza y la inseguridad en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Para hacer frente a esta problemática se han unido esfuerzos por parte de distintos actores sean públicos, privados e internacionales. De ahí que lugares como los albergue tratan de compensar la realidad de estos niños.

Los niños y adolescentes albergados como medida de protección en instituciones públicas y privadas por encontrarse en presunto abandono material y moral, reflejan la grave crisis que atraviesa la familia en nuestro país, producto de un conjunto de factores económicos, políticos, sociales y culturales que han afectado su normal desarrollo y amenazan su existencia como tal.

Por todo lo expuesto anteriormente, y conociendo la real situación que presentan las niñas y adolescentes del albergue, es preciso mejorar la calidad de vida de las mismas para de esta manera contribuir a tener una sociedad saludable. Para lo cual realizamos un diagnóstico situacional tanto de las niñas y adolescentes mujeres como las gestiones por parte de la directiva que se han realizado en el albergue para solucionar los problemas existentes.

El presente proyecto se llevará a cabo en el “ Hogar Perpetuo Socorro” de la ciudad de Guayaquil, ubicado en el sector sur, en las calles Av. Quito entre El Oro y Bolivia, y está dirigido por la Comunidad de hermanas Misioneras , en el período 2009 – 2010.

## **4. JUSTIFICACIÓN**

#### **4.- JUSTIFICACIÓN**

Conscientes de la situación económica, política y social que atraviesa nuestro país, y que repercute directamente en la población más vulnerable como son los niños y adolescentes de nuestra sociedad y, por ende, a los que albergan en el Hogar Perpetuo Socorro, nos hemos visto en la necesidad de elaborar el presente proyecto para contribuir a mejorar la calidad de vida de las niñas y adolescentes mujeres que habitan en el mismo, en el que se ha encontrado la existencia desde problemas de recursos económicos pasando por inconvenientes en infraestructura, falta de tutoras, hasta llegar a problemas de rendimiento académico, lo que impide un normal proceso evolutivo para una mejor integración de las niñas a la sociedad.

El abandono de los niños, el maltrato infantil, el abuso sexual, la violencia familiar son ítems que viene desintegrando la sociedad ecuatoriana desde hace muchos años atrás, las políticas del estado han tratado de mejorar y resolver esta situación pero su implementación ha sido insuficiente, las niñas que habitan en el albergue son personas que de una u otra manera han sufrido cada una de las situaciones anteriormente citadas, con este proyecto pretendemos mejorar las condiciones bio-psico-social logrando de esta manera una reinserción a la sociedad, potenciando en ellas valores y principios que le servirán de base para su normal desarrollo como ser humano.

Por tal razón, se ha considerado necesario realizar una investigación con el propósito de evaluar la calidad de atención, debido a la importancia que tiene la satisfacción de nuestro cliente interno así como la importancia del mismo porvenir de la organización. Debido a ello, los resultados obtenidos a través de esta investigación permitirán mejorar las políticas referentes al servicio que la institución ofrece a las niñas y adolescentes mujeres, pilares fundamentales para lograr los objetivos y metas de la organización constituyéndolo de esta manera al logro efectivo de la calidad de atención a las mismas.

La posibilidad de realizar la investigación trae sustento en la disposición que ha manifestado las autoridades del albergue de apoyar en todo momento el estudio, puesto que su mayor preocupación es tratar de conseguir mejoras para la organización, que se conviertan en portavoces de la calidad de servicios prestados por la institución, pudiendo contribuir al servicio de la humanidad.

## **5. OBJETIVOS**

## **5.-OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

- ♣ Mejorar la calidad de atención a las niñas y adolescentes mujeres del Hogar perpetuo Socorro.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ♣ Mejorar el área física del albergue, adecuación de habitaciones y baños con pintada de los mismos a fin de brindar un servicio con calidad a las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro.
- ♣ Integrar al equipo Institucional y elaborar protocolos del albergue a fin de mantener procesos de orientación e información.
- ♣ Capacitar a los maestros, personal del voluntariado para concienciar y fomentar el sentido de responsabilidad en los diversos compromisos adquiridos.
- ♣ Coordinar diversas actividades con maestros, personal del voluntariado, para recaudar fondos que servirán para beneficio de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro.

## **6. MARCO TEÓRICO**

## **6.- MARCO TEÒRICO**

### **6.1 MARCO INSTITUCIONAL**

El Hogar perpetuo Socorro fue fundada en la Ciudad de Guayaquil, el 12 de Diciembre de 1.957, por la señoritas Clementina Espinosa Cordero y Rosa Avilés Montoya, con la finalidad de dar posada, estudios, alimentación y cuidado integral a las niñas desamparadas.

Es un instituto de carácter semipúblico, sin finalidades de lucro, al servicio del desarrollo de la formación humana y religiosa, de cuantos lo necesiten, disponible para brindar ayuda a niñas y adolescentes mujeres.

#### **6.1.1 ASPECTO GEOGRÁFICO**

Guayaquil es la ciudad más grande y la capital económica del país, está ubicada en el sur del país sobre la costa del Pacífico. Su puerto y su gran asentamiento industrial atrajeron muchos emigrantes a la ciudad, se estima que el 9 por ciento de la población no tiene hogar.

Las características físicas, ecológicas, climáticas, etc. del país están fuertemente establecidas por su especial ubicación en el globo terráqueo.

#### **6.1.2 DINÁMICA POBLACIONAL**

Población Guayaquil 2'039.789 habitantes.

Población de la parroquia García Moreno: 13.462 habitantes

Población del albergue: 72 niñas y adolescentes mujeres

## Distribución por grupo etáreo en el albergue

Grupo Etáreo	Número	%
0-5 años	0	0.00
6-11 años	45	62.50
12-17 años	25	34.72
18-24 años	2	2.77

Tasa de Educación en Guayaquil: 44%

### 6.1.3 MISIÓN

“Fortalecer los vínculos familiares constructores del lazo social, mediante la creación de dispositivos que:

- † Faciliten la comunicación entre padres-hijos-hermanos
- † Faciliten la integración a un ambiente distinto al de su hogar, con niñas de hogares distintos y de actitudes diferentes.
- † Responsabilicen a la familia en la tarea de ser formadores de mejores personas para el futuro
- † Impedir la deformación de los valores como efecto de la ruptura de los vínculos familiares.
- † Contribuir a la formación de una sociedad mas sana y digna , a la que tiene derecho las niñas y adolescentes.
- † Hacer menos dolorosa la situación de maltrato al niño y adolescente en todos sus aspectos: social, económico, cultural y familiar.”

### 6.1.4 VISIÓN

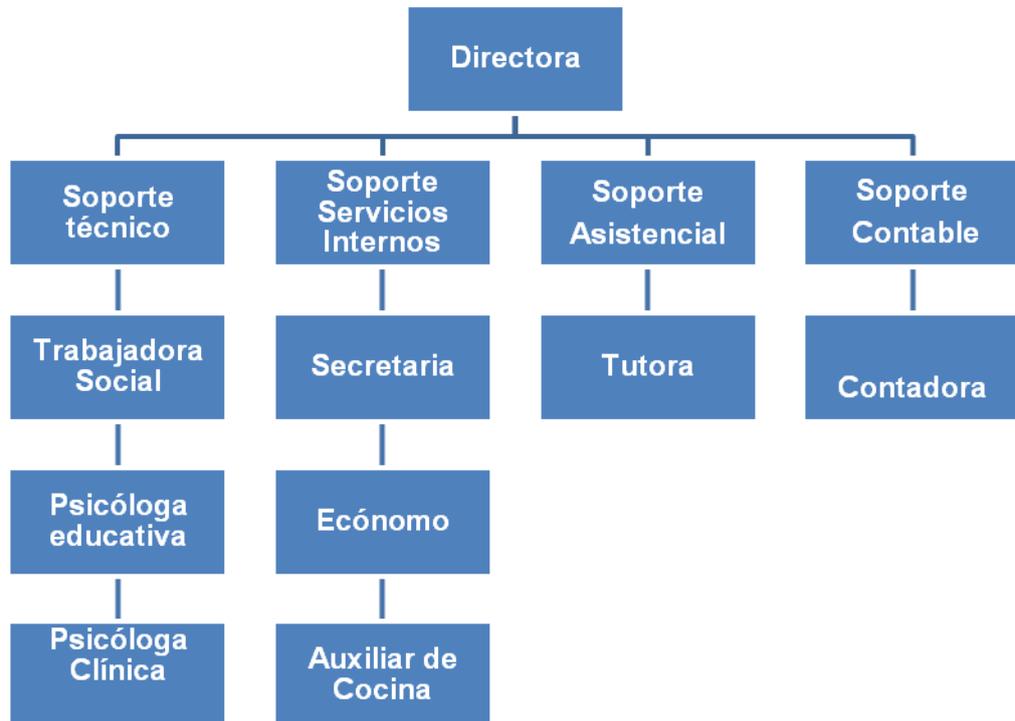
“Reforzar los vínculos familiares y sociales a través de cada uno de los elementos que ofrece el personal que labora dentro de la institución para de esta manera restaurar los vínculos familiares deteriorados, sin discriminación racial, social o económica.

Lograr que las niñas y adolescentes se formen de manera integral en su personalidad, asumiendo todos los valores que construyen la persona, para convivir en un entorno

social digno como agentes constructivos de una nueva sociedad, mas justa humana y más vivible.”

### 6.1.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA:

Organigrama Funcional del Hogar Perpetuo Socorro



### 6.1.6 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN

El Hogar perpetuo Socorro es un albergue encargado de brindar:

- † Protección a las niñas y adolescentes que están sin amparo.
- † Dar apoyo necesario en el proceso educativo de las niñas y adolescentes.
- † Mejorar el estado nutricional de las niñas a través de una alimentación adecuada.
- † Disminuir los problemas emocionales, para lograr la formación integral y fortalecer el proceso de reinserción a la sociedad.
- † Fortalecer la fé y la vida cristiana de las niñas, jóvenes y padres de familia.

### **6.1.7 CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN**

Nombre: Hogar “Perpetuo Socorro “

Localización:  
 Norte: Calle Bolivia  
 Sur: Calle El Oro  
 Este: Avenida Quito  
 Oeste: Avenida Machala

Provincia: Guayas  
 Cantón: Guayaquil  
 Parroquia: García Moreno

Superficie Total de: 10.309,37 mts.2

### **6.1.8 POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN**

Hogar perpetuo Socorro espera cierta postura de sus colaboradores en cuanto a actitud y desempeño laboral por lo que deben estar informados de las diversas organizaciones departamentales, así como también velar por el progreso de la institución, por lo tanto las políticas con las que se conducen la institución son:

- 1) Responsabilidad del colaborador
  - ‡ Asistencia y Puntualidad
  - ‡ Disponibilidad para trabajar horas extraordinarias
  - ‡ Desempeño
  - ‡ Conducta Personal
- 2) Horarios de Trabajo
- 3) Estructura Organizacional
- 4) Presentación personal
- 5) Evaluación de desempeño
  - ‡ Claves para evaluaciones eficaces
  - ‡ Charlas sobre el desempeño
- 6) Comunicaciones Institucionales
- 7) Conflictos de intereses
- 8) Disciplinas del personal

#### 9) Reclamaciones y apelaciones

- ‡ Procedimiento oficioso
- ‡ Procedimiento formal de planteamiento
- ‡ Directrices para las audiencias sobre reclamos

#### 10) Colaboradores Temporales.

#### 11) Trato Equitativo del personal

#### 12) Pasantías de estudiantes de los diversos centros educativos y centros de educación superior.

### **6.2 MARCO CONCEPTUAL.**

El tema de la niñez ha sido campo fértil para el planteamiento de toda clase de situaciones: tomarla como base de puntos programáticos en las campañas políticas, invocar su mala situación frente a la sociedad como bandera demagógica de funcionarios tanto públicos como privados, y también, como negarlo, ha sido punto de partida de diagnósticos y programas serios que quieren ayudarla, convirtiendo al país en lugar mas humano.

Aquí, como en buena parte del mundo subdesarrollado, se observa no pocas veces una gran indiferencia de la sociedad hacia ese grupo de personas, cuyos derechos han sido tradicionalmente desconocidos, basta ver que la situación de maltrato da pié para encabezados de primera página en los diversos medios de comunicación, denotando que aquí, a diferencia de muchos otros lugares, se está construyendo en muchas ocasiones el futuro, sobre la base del sufrimiento de los más indefensos y necesitados del país, circunstancia que hoy a la puerta del siglo XXI es totalmente reprochable y nos obliga a tomar las más decididas acciones.

Observamos como lamentablemente en nuestras ciudades "se juega con el niño", puesto que es tomado como objeto de las más diversas formas de maltrato, hasta el punto que se le niega su individualidad y dignidad, Esta situación se torna preocupante si tenemos en cuenta que un gran porcentaje de la población es menor de edad, lo que indica que nos encontramos frente a un futuro nada alentador, ya que se está conformando una sociedad cuyos miembros serán personas con todo tipo de

problemas, que influirán negativamente tanto en lo individual como en lo colectivo ; es por lo tanto, que debemos actuar de inmediato para evitar la catástrofe social que se avecina.

En el Distrito Metropolitano de Quito funciona el COMPINA (Consejo Metropolitano de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia) que procura el cumplimiento del mandato del Código de la Niñez y Adolescencia para la organización de un Sistema Integral de Protección a la Niñez y Adolescencia el cual debe ser aplicado a través del Sistema Nacional Descentralizado de Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia (SNDPINA). El COMPINA propone ante el Consejo Municipal las políticas de Protección Integral correspondientes a la realidad de los niños, niñas y adolescentes y en conjunto con las instituciones especializadas en Niñez y Adolescencia actúa para mejorar la condición de violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes y es con esta base con que funciona y respalda el Hogar Perpetuo Socorro.

El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda, esto lo sitúa en una posición vulnerable ante un adulto agresivo y/o negligente. Los niños que sufren maltrato tienen múltiples problemas en su desarrollo evolutivo, déficit emocional, conductual y socio-cognitivos que le imposibilitan un desarrollo adecuado de su personalidad. De ahí la importancia de detectar cuanto antes el maltrato y buscar una respuesta adecuada que ayude al niño en su desarrollo evolutivo.

En esta institución el mayor porcentaje de niñas y adolescentes que ingresan es por maltrato infantil que con frecuencia es una combinación tanto de lo físico como lo psicológico por parte de sus padres o de algún familiar, que hayan sido objeto de abandono de sus padres sea por separación o migración de los mismos, niñas que sean afectadas por abuso sexual y que se encuentren en situaciones de riesgo. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales

## **7. DISEÑO METODOLÓGICO**

## 7.- DISEÑO METODOLÒGICO

El albergue “Hogar Perpetuo Socorro” presenta, al igual que muchas otras casas – hogares diferentes problemas que deben ser solucionados, ya que las necesidades que se presentan no pueden ser soslayadas, es por eso que se realizó un diagnóstico participativo en el que intervinieron la directiva conformada por las Hermanas de la Comunidad, el personal Técnico, Administrativo del Colegio Narcisa de Jesús, Voluntariado, padres de familia y en especial las niñas y adolescentes mujeres, en que a través de encuestas se llegó a la conclusión de que los problemas principales son en orden de frecuencia :

Problemas percibidos por las hermanas de la Comunidad:

1. Falta de Capacitación del personal
2. Recursos económicos bajos
3. Falta de integración del personal
4. personal poco capacitado en salud
5. Colchones deteriorados
6. No tienen roperos
7. Servicios higiénicos en mal estado.
8. Baños sin puertas
9. Ventanas con tela metálica deteriorada

Problemas observados por el personal Técnico-Administrativo:

1. Recursos económicos bajos.
2. personal poco capacitado en salud
3. Falta de personal capacitado
4. Falta de impulso a la autogestión
5. Priorización en otras áreas como: alimento y educación

Problemas detectados por el Voluntariado:

1. Falta de personal capacitado
2. Recursos financieros bajos
3. Desmotivación

Problemas vistos por los Padres de familia y allegados

1. No existe personal capacitado
2. No hay dinero
3. Desinterés familiar por las niñas

Problemas observados por las niñas y adolescentes mujeres:

1. No reciben buen trato
2. Personal poco capacitado
3. Falta de ayuda económica
4. Falta de arreglo en las habitaciones asignadas

Para poder identificar y determinar el problema principal del Hogar Perpetuo Socorro vamos a aplicar la Matriz de Priorización considerando la magnitud, la importancia del problema y la vulnerabilidad del mismo para solucionarlo, para lo cual se han incluido las principales causas:

### MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

PROBLEMA	MAGNITUD	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL
Falta de capacitación del personal	4	4	4	12
Falta de Integración del personal	4	4	4	12
Escasa ayuda económica	4	4	4	12
Colchones deteriorados	3	3	4	10
No existen roperos	3	4	4	11
Servicios Higiénicos en mal estado	3	3	4	10
Baños sin puertas	2	4	3	09
Ventanas con tela metálica deteriorada	2	3	3	08
Personal poco capacitado en salud	4	4	3	11

Falta de impulso a la autogestión	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
No reciben buen trato	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>12</b>
Desmotivación	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>09</b>
Falta de arreglo en las habitaciones	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>06</b>

Criterios:

PROBLEMA	MAGNITUD	IMPORTANCIA	VULNERABILIDAD	TOTAL
	1 = 25%	1= no importante	1= no vulnerable	
	2 = 50%	2= poco importante	2= poco vulnerable	
	3 = 75%	3 = importante	3= vulnerable	
	4 = 100%	4= muy importante	4= muy vulnerable	

Después de haber realizado el análisis de datos y evaluación hemos llegado a la conclusión de que el problema principal que aqueja al Hogar Perpetuo Socorro es la falta de capacitación del personal, falta de integración del mismo, mal trato a las niñas y adolescentes, ya que no tienen la suficiente capacitación para poder dirigir el albergue y poder brindar un servicio de calidad a las niñas y adolescentes mujeres que concurren al mismo, por lo tanto el tema del proyecto es mejoramiento en la calidad de atención a las niñas y adolescentes Mujeres del Hogar Perpetuo Socorro en el período 2009-2010, a realizarse a través del método del marco lógico con todas sus herramientas como son: Análisis de Involucrados, Árbol de Problemas, Árbol de Objetivos y Matriz del Marco Lógico.

A través de la Matriz de Análisis de Involucrados, identificamos los cambios en las prácticas o actitudes que son requeridos, deseables factibles desde el punto de vista del grupo beneficiario final del proyecto, que en nuestro caso son las niñas y adolescentes mujeres del Hogar Perpetuo Socorro ubicado en la ciudad de Guayaquil; cuyos cambios radican en brindar calidad de atención integral mejorando así la condiciones de vida.

El árbol de problemas es una técnica que la empleamos para identificar una situación negativa, que en nuestro caso es el aumento de los problemas de salud en las niñas y adolescentes del Hogar perpetuo Socorro, la cual se intenta solucionar mediante la intervención del proyecto utilizando una relación de tipo causa-efecto, de modo que sea lo suficientemente concreto para facilitar la búsqueda de soluciones, pero también lo suficientemente amplio que nos permita contar con una gama de alternativas de solución, en lugar de una solución única.

La relación entre el marco lógico y el árbol de problemas nos presenta los niveles de relación existentes entre la columna de jerarquía de objetivos del marco lógico y el árbol de problemas.

Como se puede observar, cada componente del árbol de problemas tiene su respectivo correlato en la columna de jerarquía de objetivos del marco lógico. De este modo, el propósito u objetivo general del proyecto será aquel que pretende dar solución al problema central identificado en el árbol de problemas, como es el de disminuir los problemas de salud recibiendo una atención médica integral con calidad, eficacia, eficiencia y oportunidad, los objetivos específicos o resultados son los cambios esperados que el proyecto se propone alcanzar para el árbol de problemas y la jerarquía de objetivos del marco lógico garantizar el logro del propósito a través del control de las causas que generan el problema; y, finalmente, el fin u objetivo de desarrollo será aquel al que pretende contribuir con la intervención del proyecto, de modo tal que se reviertan los efectos negativos identificados en el árbol de problemas, que en nuestro proyecto será mejorar la calidad de vida del beneficiario final.



Gráfico tomado del Módulo de Gerencia Social dictado por el Soc. Percy Bobadilla

En nuestro Árbol de Objetivos, describimos la situación futura que será alcanzada mediante la solución de los problemas, como capacitar al personal, integrar al personal, brindar buen trato a las niñas y adolescentes mujeres por parte del personal que labora en el albergue.

Los problemas de desarrollo identificados en el árbol de problemas se convierten, como soluciones, en objetivos del proyecto como parte de la etapa inicial de diseñar una respuesta.

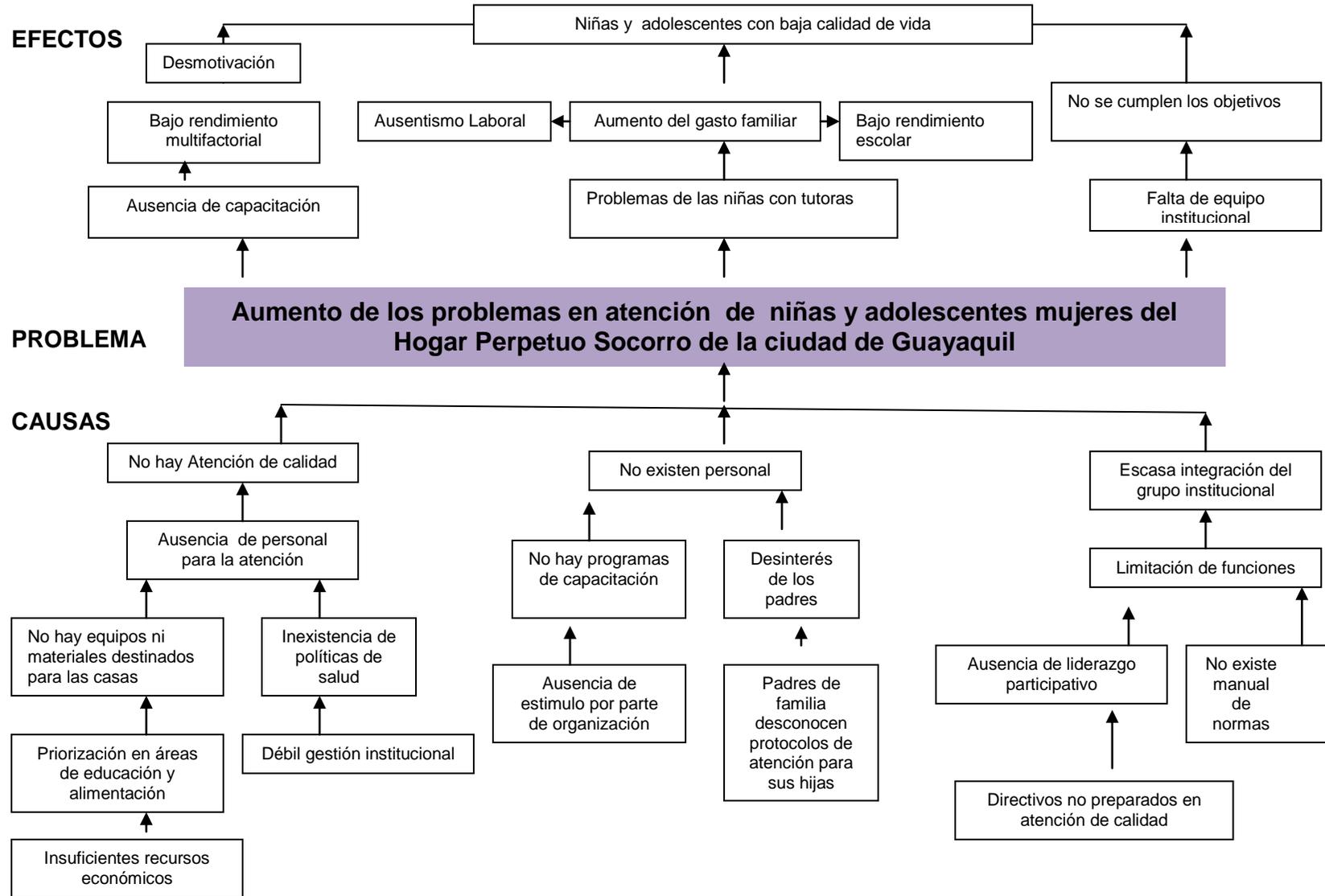
Los objetivos identificados como resultados, componentes o productos de un proyecto se convierten en los medios para encarar el problema de desarrollo identificado y proporcionar un instrumento para determinar su impacto de desarrollo como es la de mejorar la calidad de atención de las niñas y adolescentes mujeres del albergue.

## 7.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

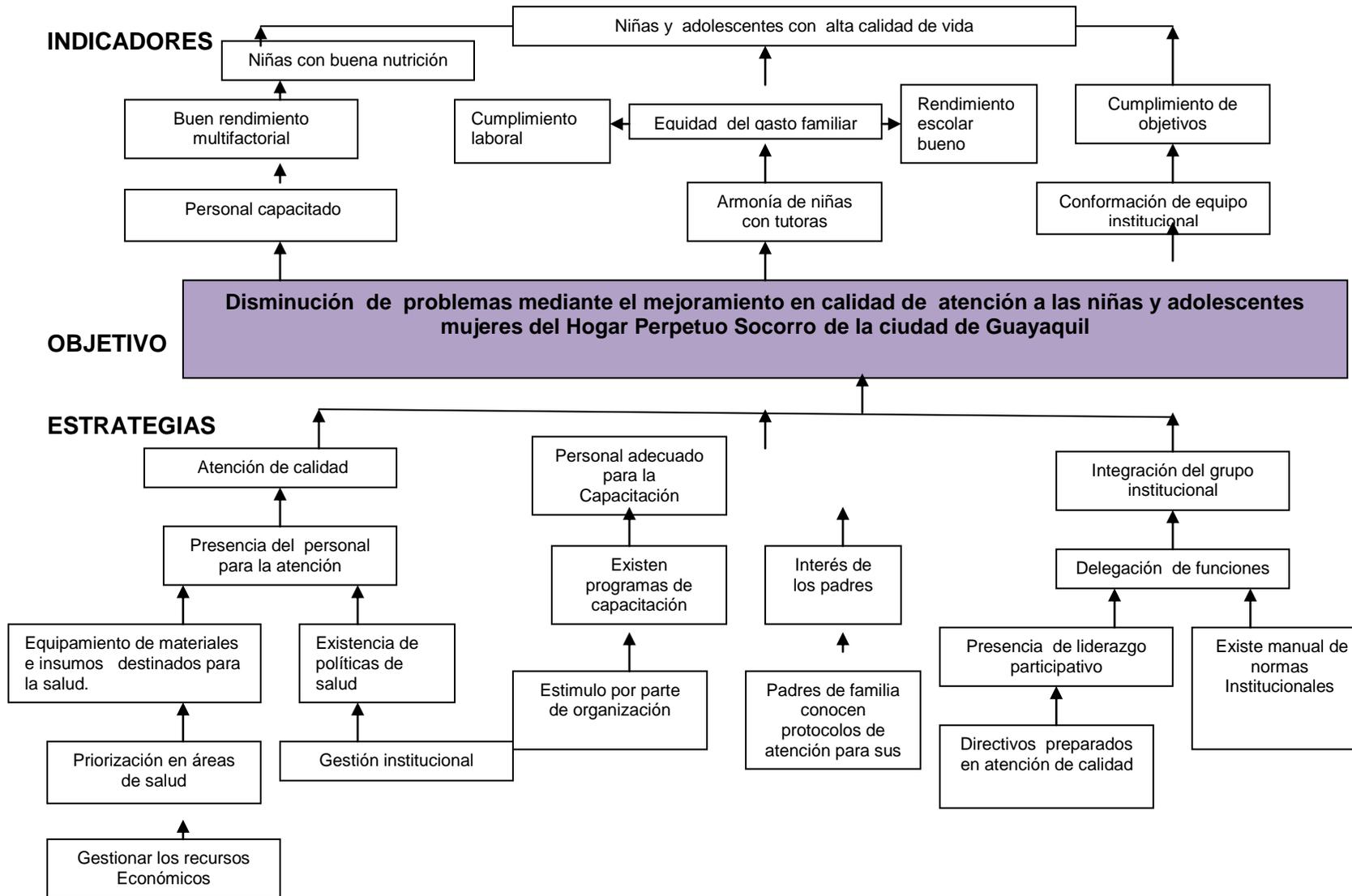
Grupo y/o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Albergue Perpetuo Socorro	Capacitación al personal que labora en el albergue	<p>Recursos Humanos: Psicóloga Clínica y Licenciada en Educación Básica.</p> <p>Recursos Financieros: Ninguno</p> <p>Recurso Material: área física para recibir capacitaciones</p> <p>Mandato: Código de la Niñez y adolescencia, publicado por Ley No. 100. en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003.</p> <p><i>Los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos (comprende desde el artículo 1 al 14) Derechos, Garantías y Deberes (comprende Art. 15 – 19). Derechos de Protección (Art. 50 – 58 )</i></p> <p>Ley de Protección al menor</p>	<p>-Falta de personal capacitado</p> <p>-Escaso personal</p>
		<p>1 al 14) Derechos, Garantías y Deberes (comprende Art. 15 – 19). Derechos de Protección (Art. 50 – 58 )Ley de Protección al menor</p>	
Niñas y Adolescentes	<p>Recibir atención de calidad por parte del Hogar Perpetuo Socorro.</p> <p>-Información adecuada sobre los derechos y obligaciones que tienen las niñas y adolescentes</p>	<p>Recursos:</p> <p>Recurso humano: Ninguno</p> <p>Recurso material: ninguno</p> <p>Recurso financiero: ninguno</p> <p>Mandato: Ley de Protección al</p>	<p>-Manifiestan que no captan la información que reciben en el albergue.</p> <p>- Las maestras guías del albergue no tienen maneras para dirigirse a ellas.</p> <p>- En la mayoría de las ocasiones no son</p>

		menor  Maltrato, Abuso, explotación sexual, tráfico, pérdida de niños, niñas, adolescentes (Art. 67 EL -80)	escuchadas.
Familiares allegados y	Adquirir conocimientos para ayudar a reforzar los conocimientos adquiridos en el albergue	Recursos: Recurso Humano: ninguno Recurso Material: Ninguno Recurso financiero: ninguno	-No hay organización -Personal no capacitado - Desinterés familiar por el buen trato de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro.

## 7. 2- ANÁLISIS CAUSAL (ÁRBOL DE PROBLEMAS)



### 7. 3- ANÁLISIS (ARBOL DE OBJETIVOS)



## 7.4 MATRIZ DEL MARCO LOGICO

Mejoramiento en la calidad de atención de las niñas y adolescentes mujeres del Hogar perpetuo socorro de la Ciudad de Guayaquil, Provincia del Guayas, en el Periodo 2009-2010

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de atención de las niñas y adolescentes mujeres del Hogar perpetuo Socorro de la ciudad de Guayaquil mediante la disminución de problemas que se presentan en el albergue</p>	<p>80% de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro no presenten problemas de maltrato hasta año 2011</p>	<p>- Registro de encuestas</p> <p>- Informe de trabajo social</p>	<p>Participación activa del personal y de los padres de familia.</p>
<p><b>PROPOSITO</b></p> <p>Que las niñas y adolescentes mujeres del Hogar Perpetuo Socorro disminuyan los problemas de maltrato, recibiendo una atención integral con calidad, eficacia, eficiencia.</p>	<p>-100% de las niñas y adolescentes reciben atención integral permanentemente: Directora, Psicóloga, trabajadora social, maestras del voluntariado y capacitación permanente desde Noviembre 2009</p>	<p>-Registros de atención médica.</p> <p>-Estadísticas del Departamento médico</p> <p>-Informes de actividades de Psicología y de trabajo social</p> <p>Monitoreo de actividades</p> <p>-Evaluaciones de las actividades programadas</p>	<p>Compromiso para trabajar en equipo por parte de los profesionales.</p>
<p><b>COMPONENTES/RESULTADOS</b></p> <p>1. Área física del albergue mejorada, pintada, con sus respectivos baños</p>	<p>El 100% de las casas de Hogar Perpetuo Socorro estarán pintadas, arregladas y funcionando hasta Diciembre 2009</p>	<p>-Fotografías del área física mejorada</p> <p>-Certificación de las instituciones integradas al</p>	<p>Coordinación institucional (Albergue, Instituto Perpetuo Socorro, Voluntariado)</p>

		proyecto	
2..Integración del equipo institucional y elaboración de protocolos de funcionamiento del albergue	<p>-El 100% de normas y procedimientos elaboradas y el personal capacitado y aplicándolas en Hogar perpetuo Socorro hasta</p> <p>- El 100% del personal participe en las actividades que se lleven a cabo hasta Enero 2010</p>	<p>-Manual de protocolos de</p> <p>-Verificación de la asistencia en horarios establecidos de jornadas a realizarse</p> <p>-Agenda de trabajo</p>	<p>-Responsabilizarse al cumplimiento de normas</p> <p>-Compromiso de que se realice la integración del equipo multidisciplinario del Hogar Perpetuo Socorro.</p>
3. Capacitación del personal, maestros y voluntariado.	-El 80% de los maestros integrados a los talleres de capacitación Marzo 2010.	<p>-Nómina de maestros organizados que asisten a los talleres de capacitación</p> <p>-Registro de asistencia de los maestros</p>	<p>Compromiso de los maestros a asistir a los talleres.</p> <p>Confirmación de la asistencia obligatoria de los maestros a los talleres.</p>
4. Coordinación de actividades con maestros, maestros y voluntariado	- El 80% de los maestros y personal del voluntariado integrado a las actividades programadas	-Registro de asistencia de los maestros	Compromiso de los maestros y voluntariado a asistir a las actividades a realizarse

ACTIVIDADES		CRONOGRAMA							RECURSOS			MONITOREO
		Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Material	Económico	Financiero	
<b>COMPONENTE 1</b>												
Actividad 1.1 Evaluación del área física	Dra. Nimia Álvarez								Hojas pluma	0.10 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 1.2 Evaluación de las necesidades del área física	Dra. Nimia Álvarez								Hojas pluma	0.10 0.10	Estudiante de la maestría	Reprogramación para el 6/10/2006
Actividad 1.3 Estudio de equipos, inmobiliarios , pintura para las casas	Dra. Nimia Álvarez								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Estudiante de la maestría	Reprograma- ción para el 6/10/2006
Actividad 1.4 Reunión de los maestranes con la Directiva del Hogar Perpetuo Socorro	Srta. Gumersinda Solís Dra. Nimia Álvarez. Personal Administrativo y Técnico								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Estudiante de la maestría	Reprogramación para el 6/10/2006
Actividad 1.5 Revisión del Reglamento Interno del Hogar	Dra. Nimia Álvarez								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Comunidad	Reprogramación para el 6/10/2006
Actividad 1.6 Gestionar la obtención de recursos económicos interinstitucionales	Dra. Nimia Álvarez								Hojas Fotocopias Computadora Impresora Tinta (B/N)	1,600.00	Estudiante de la maestría	Reprogramación para el 6/10/2006

ACTIVIDADES		CRONOGRAMA							RECURSOS			MONITOREO
		Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Material	Económico	Financiero	
<b>COMPONENTE 1</b>												
Actividad 1.7 Análisis de los factores críticos de riesgo	Dra. Nimia Álvarez								Papel pluma	1,0	Maestrante	Ejecutado
Actividad 1.8 Planteamiento de mejoras a la calidad.	Dra. Nimia Álvarez								Hojas pluma	0.10 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 1.9 Establecer vías de adquisición de recursos.	Dra. Nimia Álvarez								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 1.10 Evaluación de las condiciones de salud de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro	Srta. Gumersinda Solís Dra. Nimia Álvarez. Personal Administrativo y Técnico								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Directora Estudiante de la Maestría	Ejecutado
Actividad 1.11 Coordinar las actividades con Psicóloga clínica y Trabajadora social	Dra. Nimia Álvarez								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Comunidad	Ejecutado
Actividad 1.12 Monitoreo y Evaluación del cronograma de actividades	Dra. Nimia Álvarez								Registro de cada actividad firmada por tutores.	0.50	Directora Estudiante de la Maestría	Ejecutado

ACTIVIDADES		Sept	Oct	CRONOGRAMA					RECURSOS			MONITOREO
				Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Material	Económico	Financiero	
<b>COMPONENTE 2</b>												
Actividad 2.1 Elaboración del manual de normas y procedimientos de prestación de servicios	Dra. Nimia Álvarez								Hojas pluma	0.10 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 2.2 Planteamiento de mejoras a la calidad.	Dra. Nimia Álvarez								Hojas pluma	0.10 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 2.3 Establecer vías de adquisición de recursos.	Dra. Nimia Álvarez								Viáticos Hojas pluma	3.00 0.20 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 2.4 Reunión con la Directiva del Hogar para poner en conocimiento el Manual	Srta. Gumersinda Solís Dra. Nimia Álvarez. Personal Administrativo y Técnico								Transpo rte.	10.00	Directora Estudiante de la Maestría	Ejecutado
Actividad 2.5 Implementación del Manual de Normas y Procedimientos	Srta. Gumersinda Solís Dra. Nimia Álvarez. Personal Administrativo y Técnico								Papel ,pluma	60.00	Estudiante de la maestría	Ejecutado

COMPONENTE 3												
		Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Marz	Material	Económico	Financiero	
Actividad 3.1 Capacitación a maestros y voluntariado	Dra. Nimia Álvarez. Personal								Pizarrón Acrílico Marcador o acrílico	10.00 1.00	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 3.1 Preparación de material para la capacitación a los maestros									Hojas Computadora	2	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 3.2 Elaboración del Test post-capacitación	Dra. Nimia Álvarez								Computadora Hojas	5.50	Estudiante de la maestría	Ejecutado
Actividad 3.4 Evaluar los resultados	Dra. Nimia Álvarez								Hojas de registro pluma	0.05 0.10	Estudiante de la maestría	Ejecutado
									SUB-TOTAL	1,715.00		

## 7.5 PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

RUBRO	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
A. Recursos Humanos.			
<b>Trabajo Social</b>	1	\$ 180,00	\$180,00
<b>Psicóloga</b>	1	\$ 180,00	\$ 180,00
Subtotal \$ 360,00 c/mes			
C. RECURSOS TECNOLÓGICOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
<b>Materiales de Oficina</b>			
➤ Escritorio y silla	1	\$ 150,00	\$ 150,00
➤ CD	10	\$ 1,00	\$ 1,00
➤ Plumas	25	\$ 0,10	\$ 25,00
➤ Hojas	1000	\$ 0.02	\$ 20,00
➤ Pizarrón acrílico	1	\$ 15,00	\$ 15,00
➤ Marcador acrílico	10	\$ 1,50	\$1 5,00
➤ Papelògrafos	10	\$ 0,15	\$ 1,50
➤ Carpetas de archivo	10	\$ 8,00	\$ 80,00
➤ Carpetas Manila	100	\$ 0,10	\$ 10,00
➤ Tinta de Computadora	1	\$ 23,00	\$ 23,00
➤ Computadora	1		\$ 650,00
<b>Otros</b>			
➤ Mantenimiento de aire acondicionado		\$ 10,00	\$ 10,00

➤ Mantenimiento de puerta		\$ 20,00	\$ 20,00
➤ Reparación de ventanas		\$ 10,00	\$ 10,00
➤ Reparación de servicios higiénicos	10	\$50,00	\$ 500,00
➤ Instalación de puertas de aluminio en baños	10	\$70,00	\$ 700,00
➤ Pinturas y brochas		\$ 100,00	\$ 100,00
➤ Agua, luz, teléfono		C / mes	\$ 50,00
			Subtotal \$ 1,760.50
Imprevistos 5% de A+B+C+D			<b>\$ 230.00</b>
TOTAL			\$1,990.50

### 7.5.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Institución/maestrante	Presupuesto
Estudiantes de la maestría	\$ 990.50
Misiones de Nuestro Padre Dios	\$ 1,000.00
<b>Total</b>	<b>\$ 1,990.50</b>

## **7.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN**

### **7.6.1 MONITOREO**

EL proceso de monitoreo nos permitió observar el cumplimiento de las acciones planteadas y programadas en el proyecto, lo que conllevó a asegurar los resultados esperados por lo que se realizó:

- Observación periódica de cada una de las actividades programadas dentro del cronograma establecido, comparando las fechas propuestas con las ejecutadas, lo que permitió buscar mecanismos de corrección dirigidas al logro de los objetivos.
- Se realizó comparación del número de asistentes propuestos a reuniones tanto del personal del Hogar Perpetuo Socorro como personal del voluntariado en relación a la asistencia real, lo que nos permitió medir la motivación de los mismos y con ello reprogramar oportunamente.
- Se revisó periódicamente mediante la Hoja de Registro cada una de las actividades realizadas por el personal del albergue.

### **7.6.2 EVALUACIÓN**

La evaluación del proyecto estuvo determinada en tres fases: antes, durante y después de su ejecución en la que se realizó lo siguiente:

Antes de la ejecución se tomaron en consideración cada uno de los criterios que llevaron al éxito del proyecto, es decir se analizó el grado de conocimientos en calidad, la posibilidad económica, técnica, social del entorno y la vigilancia para su ejecución.

Durante la ejecución, se evaluaron cada uno de los resultados ejecutados, relacionándolos siempre con el cronograma de actividades considerando los recursos humanos, materiales y económicos empleados, de esta manera optimizar los recursos y cumplir los objetivos propuestos.

Después de la ejecución de los talleres se evaluó el impacto de la capacitación, a través de la aplicación de test post-capacitación dirigidos al personal del Hogar Perpetuo Socorro y voluntariado en la que se observó la receptibilidad y aplicación de los conocimientos impartidos.

La eficacia en la consecución de los resultados, así como el impacto producido se evaluó a través de la siguiente matriz:

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

### RESULTADO 1

**OBJETIVO 1:** Implementar el área física a fin de brindar un servicio con calidad, eficacia y eficiencia a las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro.

**RESULTADO 1:** Área física, mejorada e implementada lista para funcionar como casas de las niñas y adolescentes mujeres del Hogar

LÍNEA DE BASE	PLANIFICADO		REALIZADO					RESUMEN	
Área física no acondicionada.	El 100% de lo planificado en adquisiciones materiales se cumplió		Se realiza 7 reuniones que van desde una evaluación del área física, hasta las respectivas adecuaciones					Se consiguió el 80% de lo planificado con excepción del 20% en apoyo tecnológico por incumplimiento del almacén	
ACTIVIDADES RESULTADOS	IVO´s PLANIFICADOS	IVO´s REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
Evaluación del área física	Se realiza una reunión para evaluar área	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado
Evaluación de las necesidades del área física	Se realiza una reunión para evaluar área	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado
Estudio del inmobiliarios e insumos para el departamento médico	Se realiza una reunión para evaluar área	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado

1.- Planificación no realista  
4.- Participación

2.- Capacidad técnica  
5.- Interés personal

3.- Coordinación y relaciones

<b>RESULTADO 1: Área física, mejorada lista para funcionar como casas de las niñas y adolescentes mujeres del Hogar</b>									
<b>ACTIVIDADES RESULTADOS</b>	<b>IVO's PLANIFICADOS</b>	<b>IVO's REALIZADOS</b>	<b>RAZONES DEL CUMPLIMIENTO INCUMPLIMIENTO</b>	<b>CLASIFICACIÓN DE CAUSAS</b>					<b>MECANISMO DE CORRECCIÓN</b>
				<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
Reunión de la maestrante con la Directiva del Hogar Perpetuo Socorro	Se realizan dos reuniones de socialización del proyecto.	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado
Revisión del reglamento Interno del Hogar	Se realiza una reunión para adaptarse al reglamento interno	Reunión no realizada	Incumplimiento por falta de coordinación						Ejecutado
Gestionar la obtención de recursos económicos interinstitucionales	Se realizan seis reuniones para gestionar los recursos.	Reuniones realizadas	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado
Evaluación de las condiciones actuales de salud de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro	Se realizan tres reuniones	Reuniones realizadas	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado
Coordinar actividades con Psicóloga Clínica y Trabajadora social	Se realizan dos reuniones .	Reuniones realizadas	Cumplimiento de acuerdo al cronograma						Ejecutado

1.- Planificación no realista  
4.- Participación

2.- Capacidad técnica  
5.- Interés personal

3.- Coordinación y relaciones

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

### RESULTADO 2

**OBJETIVO 2:** Elaborar e implementar el Manual de Normas de Atención y procedimientos a fin de obtener un servicio oportuno y eficaz.

**RESULTADO 2 :** Manual de Normas y Procedimientos de Atención elaborados e implementados.

LÍNEA DE BASE	PLANIFICADO		REALIZADO					RESUMEN	
No existe Manual de Normas y Procedimientos de Atención.	El 100 % de Normas y Procedimientos elaborados y aplicándolo personal capacitado en la atención a los usuarios externos		Manual de Normas y Procedimientos elaborado e implementado el 100%.					Manual de Normas elaborado e implementado	
ACTIVIDADES RESULTADOS	IVO´s PLANIFICADOS	IVO´s REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
Elaboración del Manual de Normas y Procedimientos	Realizar cuatro reuniones para elaborar el Manual de Normas y Procedimientos.	Tres reuniones realizadas y una no llevada a cabo según cronograma.							Ejecutada

1.- Planificación no realista  
4.- Participación

2.- Capacidad técnica  
5.- Interés personal

3.- Coordinación y relaciones

RESULTADO 2: Manual de Normas y Procedimientos de Atención elaborado e implementados.									
ACTIVIDADES RESULTADOS	IVO's PLANIFICADOS	IVO's REALIZADOS	RAZONES DEL CUMPLIMIENTO INCUMPLIMIENTO	CLASIFICACIÓN DE CAUSAS					MECANISMO DE CORRECCIÓN
				1	2	3	4	5	
Reunión con la Directiva del albergue para poner en conocimiento el Manual de Normas y procedimientos en Atención			Incumplimiento por planificación no realista						Ejecutada
Implementación del Manual de Normas y Procedimientos de atención en salud.	Se realiza una reunión.	Reunión realizada según programación.	Incumplimiento por planificación no realista.						Ejecutada

1.- Planificación no realista  
4.- Participación

2.- Capacidad técnica  
5.- Interés personal.

3.- Coordinación y relaciones

## MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

### RESULTADO 3

**OBJETIVO 3:** Capacitar a los maestros, voluntariado mediante talleres para fomentar el auto cuidado y responsabilidad .

**RESULTADO 3:** Programa de Capacitación en calidad de atención, elaborado y ejecutado.

LÍNEA DE BASE	PLANIFICADO		REALIZADO					RESUMEN
El 71% de maestros y voluntariado no está capacitado para otorgar servicios de calidad	Integrar a los maestros y voluntariado en un 80% a los talleres de capacitación.		-El 52% de los talentos humanos integrados a los talleres de capacitación.					Se logró cumplir un 52% del 80 % de lo planificado. El 28% de maestros no asistieron a capacitación por falta de interés y de tiempo.
Reunión con los maestros para poner en conocimiento lo planificado	Se realiza una reunión para la presentación del proyecto.	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma					Ejecutado
Elaboración del Test pre-capacitación	Realizar reunión para elaborar el test pre-capacitación.	Reunión realizada	Cumplimiento de acuerdo al cronograma					Ejecutado
Elaboración del Test post-capacitación	Realizar una reunión.	Reunión realizada	Cumplimiento de la reunión.					Ejecutado
Evaluación de los maestros y voluntariado post-capacitación.	Realizar una reunión.	Reunión no realizada	Cumplimiento de la reunión.					Ejecutado
Evaluación de los resultados obtenidos post-capacitación a los padres de familia.	Realizar una reunión.	Reunión no realizada	Incumplimiento de la reunión por no realizarse la evaluación.					Ejecutado

1.- Planificación no realista  
4.- Participación

2.- Capacidad técnica  
5.- Interés personal

3.- Coordinación y relaciones

## **7.7 SOSTENIBILIDAD**

Con el Mejoramiento en la calidad de atención en el “Hogar Perpetuo Socorro” conseguimos, mejorar la calidad de vida de las niñas y adolescentes mujeres, mediante la ejecución de las actividades que se desarrollaron de una manera secuencial, efectiva, de acorde con el cronograma establecido.

El compromiso, responsabilidad y el trabajo en equipo de las personas involucradas en el proyecto fue fundamental para que progrese y perdure en un futuro, el cual se lo ha llevado a cabo con seriedad para cumplir con los objetivos propuestos.

El presente proyecto tiene sostenibilidad porque queda institucionalizado en el “Hogar Perpetuo Socorro” y además la Institución lo asume como tal, y es sustentable por que cuenta con el apoyo legal de la Ley y el Código de Atención de la Niñez y Adolescencia, otorgándole un beneficio que por derecho lo merece todo ser humano a vivir de una manera digna y respetable.

## **8. RESULTADOS**

**RESULTADO No.1****ÁREA FÍSICA MEJORADA, LISTA PARA FUNCIONAR COMO HABITACIONES PARA LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES MUJERES DEL HOGAR.**

Se ha realizado la adecuación de las habitaciones del Hogar “Perpetuo Socorro” con los respectivos baños y puertas de cada uno.

Listado de Implementación:

**Área física del Hogar Perpetuo Socorro****ANTES****DESPUES****Interior (Antes)****Interior (Después)**

**Baño Instalado y funcionando**

**ANTES**



**DESPUES**



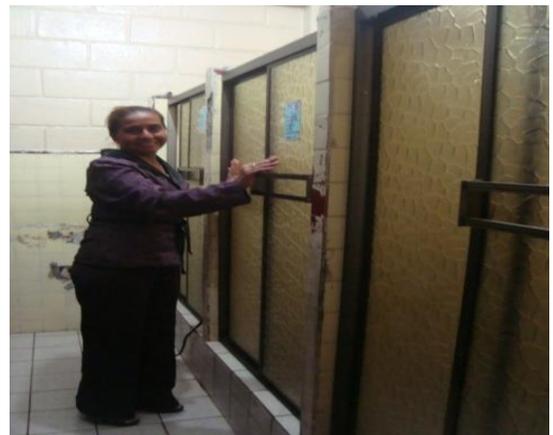
**DUCHAS SIN PUERTAS**

**ANTES**



**DUCHAS CON PUERTAS**

**DESPUES**



## NIÑAS EN HABITACIONES ADECUADAS, ARREGLADAS



## EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA ADECUACIONES DE LAS DIFERENTES HABITACIONES Y BAÑOS

CUADRO ESTADÍSTICO No. 1

	Número	Porcentaje Planificado	Porcentaje Obtenido
Habitaciones	8	100 %	100 %
Baños	8	100 %	90 %
Pintada de habitaciones	8	100 %	100 %

Elaborado por: Dras. Nimia Álvarez M

**RESULTADO No.2****MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN ELABORADO E IMPLEMENTADO**

Manual de Normas en Atención elaborado, el mismo que servirá para aplicar los procedimientos y actuar a favor del bienestar de las niñas y adolescentes del Hogar Perpetuo Socorro.

Listado de las personas que participaron:

<b>Nombre</b>	<b>Cargo que Desempeña</b>
Dra. Nimia Álvarez Montalvo	Maestrante
Srta. Gumersinda Verónica Solís	Directora
Srta. Aída Rodríguez	Presidenta local de la Institución
Psicóloga Maribel Gruezo	Psicóloga
Sra. Raquel Flores	Tutora
Sr. Paúl Sotomayor	Voluntariado
Sra. Verónica Vega	Auxiliar Contable



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**



**HOGAR PERPETUO SOCORRO**

**MANUAL DE NORMAS DE ATENCIÓN A LAS NIÑAS  
DEL “HOGAR PERPETUO SOCORRO”**

**MAESTRANTE:**

**Dra. Nimia Álvarez Montalvo.**

**GUAYAQUIL - ECUADOR**

**2009 - 2010**

**EVALUACIÓN CUANTITATIVA DE LA ASISTENCIA**

### CUADRO ESTADÍSTICO No. 2

	Número	Porcentaje
Planificado	6	100
Realizado	5	80

Fuente: Listado de reuniones  
Elaborado por: : Dras. Nimia Álvarez M

### REPRESENTACION GRÁFICA No. 2



**Análisis e Interpretación:** No tuvo la planificación deseada la elaboración del Manual ya que se programó seis reuniones que representa el 100% y se realizó cinco que es el 80% por planificación no realista.

**RESULTADO No. 3****PROGRAMA DE CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN AL PERSONAL DEL  
HOGAR PERPETUO SOCORRO.**

Se ha capacitado Al personal del Hogar Perpetuo Socorro, al voluntariado con la elaboración del Manual de Atención.

Listado de las personas que se capacitaron:

<b>Nombre</b>	<b>Cargo que Desempeña</b>
Dra. Nimia Álvarez Montalvo	Maestrante
Srta. Gumersinda Verónica Solís	Directora
Srta. Aída Rodríguez	Presidenta local de la Institución
Psicóloga Maribel Gruezo	Psicóloga
Sra. Raquel Flores	Tutora
Sr. Paúl Sotomayor	Voluntariado
Sra. Verónica Vega	Auxiliar Contable

**RESULTADO No.4****COORDINAR DIVERSAS ACTIVIDADES CON MAESTROS, PERSONAL DEL VOLUNTARIADO, PARA RECAUDAR FONDOS.**

Se realizan diversas actividades con Personal del albergue, con el voluntariado Misiones de Nuestro Padre Dios “Los Ángeles” para proceder a realizar los respectivos arreglos en el Hogar Perpetuo Socorro.

**MAESTRANTE CON NIÑA DEL ALBERGUE****COORDINADORA DE MISIONES DE NUESTRO PADRE DIOS LOS ANGELES CON NIÑAS****VOLUNTARIADO EN ACTIVIDADES DEL ALBERGUE**

## **9. CONCLUSIONES**

Por medio de las estrategias que se llevaron a cabo se pudo obtener el logro de los objetivos que se plantearon al inicio del proyecto de Intervención de mejora en la calidad de atención, sin perder de vista nuestro objetivo general a lo largo de la intervención: Crear estrategias para mejorar los servicios del Albergue “ Perpetuo Socorro” por medio de acciones que motiven la integración y el trabajo en equipo de cada uno de los involucrados al programa.

Al inicio del trabajo hubo ciertos inconvenientes debido a la mala comunicación del albergue, pero conforme se avanzó en el proyecto se fueron ordenando ciertos conceptos.

Luego de haberse realizado el presente proyecto se puede sacar las siguientes conclusiones:

**Ventajas:**

- ◆ Las niñas del albergue gozan de habitaciones confortables, camas y servicios higiénicos con puertas, objetivo cumplido en un 100%, mientras que en la adquisición de insumos se ha logrado un 80%.
- ◆ La elaboración del Manual de Normas y Procedimientos de atención, no logró la planificación deseada, sin embargo su elaboración sí se cumplió en un 100%.
- ◆ La capacitación a los maestros y voluntariado en atención se llevó a cabo en un 80%
- ◆ En cuanto a los conocimientos adquiridos se demostró que aumentaron de un 28% a un 71% según las evaluaciones correspondientes.
- ◆ Con el Mejoramiento en la calidad de atención en el Hogar Perpetuo Socorro, se consiguió dar atención integral y especializada a las niñas y adolescentes mujeres en un 100%.
- ◆ Se elaboró un formulario para el registro de actividades mensuales que se realicen en el departamento médico.

**Desventajas:**

- ◆ El albergue no tiene ayuda económica de ninguna Institución Pública.
- ◆ No existe ninguna otra Institución que le otorgue ayuda económica.
- ◆ Reciben la ayuda solo del grupo de voluntariado Misiones de Nuestro Padre Dios “Los Ángeles”, faltando personas voluntarias que colaboran con el albergue.

Este trabajo ha sido de gran ayuda para el Talento humano que labora en el Albergue “Perpetuo Socorro” debido a que se ha logrado mejorar las condiciones en que dormían y realizaban sus actividades diarias, igualmente se logro mejorar las relaciones interpersonales entre el personal del albergue y las niñas, obteniéndose mejor comunicación, buen trato, capacitación continua del personal, y la organización diversos eventos para recaudar fondos que sirvieron para realizar todas las mejoras.

## **10. RECOMENDACIONES**

Dentro de las recomendaciones se puede anotar las siguientes:

- ◆ Que los conocimientos aprendidos por el personal del albergue y voluntariado sean llevados a la práctica.
- ◆ Se debe incentivar a los padres de familia para que se integran a las actividades que se realizan en la institución donde han depositado la confianza al dejar a sus niñas y/o adolescentes.
- ◆ Que se continúe con las gestiones respectivas para el avance del Hogar, llevándose a cabo más actividades que contribuyan al crecimiento Institucional
- ◆ Que las autoridades del albergue apoyen con el mantenimiento y fortalecimiento de la calidad de atención.
- ◆ Incentivar al trabajo multidisciplinario en equipo.

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

ABRIL ALONSO, A.; AMBROSIO FLORES, E.; BLAS CALLEJA, M. R. (2002)  
Fundamentos biológicos de la conducta: Exámenes comentados. Editorial Sanz y  
Torres, S. L.

Ander-Egg Ezequiel (2005). Cómo elaborar un proyecto. 18ª edición . Editorial  
LUMEN/HVMANITAS

ANTUNES, C. A. (2000) El desarrollo de la personalidad y la inteligencia emocional.  
Editorial Gedisa, S. A.

BADOS LOPEZ, A (2001). Fobia social. Editorial Síntesis, S. A.

BENGOECHEA GARIN, P. (1999) Dificultades de aprendizaje escolar en niños con  
necesidades educativas especiales, un enfoque cognitivo. Universidad de Oviedo.  
Servicio de Publicaciones.

CARROBLES, J. A.; PEREZ PAREJA, F. J. (2001) Escuela de padres: Guía práctica  
para evitar problemas de conducta y mejorar el desarrollo infantil. Ediciones Pirámide,  
S. A.

Garrett J Martha (2001). Futuros de la Salud Manual para profesionales, McGraw-Hill  
Interamericana Editores, S.A. de C.V. México, D.F.

HART ROGER A (2002) Participación de los niños en el desarrollo sostenible . Anuario  
de Psicología, volumen 33 No.4

LAMAS ROJAS HECTOR. (2002). Violencia Familiar, Editado por el Consejo Regional  
de Lima, Perú.

PORTOCARRERO DORIS (2004). Situación De los niños y adolescentes en Perú.  
Editado por el Grupo de iniciativa Nacional por los Derechos del niño. Plan Nacional de

acción por la infancia y la adolescencia (2002). Editado por el Ministerio de la mujer y Desarrollo Social.

Psicología Infantil, III tomo, Editorial Prensa Moderna, Apartado 5921 Cali-Colombia Roschke María Alice (2002). Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud. PALTEX para ejecutores de programas de salud.

SAPAG CHAIN Nassir SAPAG CHAIN Reinaldo (2004). Preparación y Evaluación de Proyectos. Cuarta Edición, McGraw-Hill Interamericana

VAUGHAN C. SUSAN. La Psicología del optimismo, Paidós, España.

#### **Referencias de Redes Informáticas:**

<mailto:jcarrascopoo@yahoo.com>

[www.eluniverso.com/especiales/guayaquil/parroqui\\_carbo.asp\\_cached](http://www.eluniverso.com/especiales/guayaquil/parroqui_carbo.asp_cached)

[www.siteal.iipe\\_oei.org/modulos/debatesV1/uti/download\\_attach.asp?](http://www.siteal.iipe_oei.org/modulos/debatesV1/uti/download_attach.asp?)

[www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/quees.htm](http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/quees.htm)

[araneus.um.es/~facpsi/maltrato/malt1.htm](http://araneus.um.es/~facpsi/maltrato/malt1.htm)

[www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/quehacer.htm](http://www.rionet.com.ar/maltratoinfantil/quehacer.htm)

[www.slaq.prw.net/abusos](http://www.slaq.prw.net/abusos)

[www.losqueamamos.es.fortunecity.com/verdulero/15/index.htm](http://www.losqueamamos.es.fortunecity.com/verdulero/15/index.htm)

[www.ebro.unizar.es/rits/Feedback/violenciaArticles/Articulosacercadelmaltrat.htm](http://www.ebro.unizar.es/rits/Feedback/violenciaArticles/Articulosacercadelmaltrat.htm)

[www.-cc.org/educacion1.jsp](http://www.-cc.org/educacion1.jsp) - 3La prevención de la enfermedad, la promoción y educación para la salud y los autocuidados son una propuesta en la resolución de estos problemas y muchos...

[www.uba.ar/extension/salud/prevencion/index.php](http://www.uba.ar/extension/salud/prevencion/index.php) - 11k - 12 Sep 2006 - En caché - Páginas similares La Dirección de Salud y Asistencia Social trabaja en la promoción, protección y prevención de la salud a través de acciones educativas y sociales,

[www.fundamind.org.ar/programas/pes.asp](http://www.fundamind.org.ar/programas/pes.asp) Nombre del programa, Prevención, Educación y Salud. Beneficiarios directos, Niños y preadolescentes -que viven en barrios de emergencia habitacional. [htmlpages](http://htmlpages.com). Portal de salud infantil dirigido a padres y profesionales. Comunidad de salud infantil y pediatría.

## **12. ANEXOS**

**ANEXO 1**

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**La Universidad Católica de Loja**

**MAESTRIA EN AUDITORIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**PROYECTO DE ACCION**

**DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO**

**Encuesta a los integrantes del “HOGAR PERPETUO SOCORRO”**

**1.- ¿Que necesidades tiene la institución que usted representa?**

- Médicos
- Medicinas
- Alimentos
- Educación

**2.- ¿Reciben apoyo de otras instituciones?**

- Pública
- Privados
- Otros

**3.- ¿Con que personal administrativo y técnico cuenta?**

- Secretaria
- Psicóloga
- Médico
- Trabajadora Social
- Odontólogo

**4.- ¿Cumplen a cabalidad sus funciones?**

*Si*

*NO*

*A VECES*

**5.- Las niñas que ingresan en el Hogar “Perpetuo Socorro”, provienen de:**

- Abandonadas
- Maltrato infantil
- Violencia familiar
- Recursos económicos de extrema pobreza
- Otros

**6.- Las niñas que ingresan comprende las edades de:**

- 1-4
- 5-9
- 6-10
- 11-15
- 16-18

**7.- Qué problemas de salud tienen las niñas y mujeres adolescentes?**

- Bajo peso
- Bajo rendimiento escolar
- Enfermedades prevenibles
- Parasitosis
- Otros

**8.- ¿Tienen talleres conformados?**

SI

NO

**9.- Los talleres conformados, de que se tratan?**

- Manualidades
- Computación
- Teología
- Otros

**10.- ¿Reciben colaboración de los padres de familia?**

SI

NO

**11.- Nos permitiría colaborar con ustedes a través de la realización de un proyecto de acción a beneficio de las niñas y adolescentes del Hogar perpetuo Socorro?**

SI

NO

**12.- ¿El personal administrativo y técnico trabajan de manera integral para el beneficio de las niñas?**

SI

NO

**13.- ¿Las niñas reciben buen trato de parte del personal?**

SI

NO

**14.- ¿Reciben sus hijas atención médica adecuada?**

SI NO A VECES

**15.- ¿Colaboran los padres de familia con las Hermanas del Hogar?**

SI NO A VECES

**16.- ¿El personal del voluntariado participa en las actividades que tiene las niñas?**

SI NO A VECES

**17.- ¿Las enfermedades que las niñas presentan son muy frecuentes?**

SI NO A VECES

**18.- ¿Las niñas son atendidas oportunamente?**

SI NO A VECES

**19.- ¿Quién las atendía?**

- Las hermanas
- El médico
- Enfermera
- Otros

**20.- ¿El Colegio Narcisca de Jesús, ayuda a las niñas?**

SI NO A VECES

**21.- ¿En que consiste su ayuda?**

---

---

---

**ANEXO 2****UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
La Universidad Católica de Loja****MAESTRIA EN AUDITORIA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD****PROYECTO DE ACCION****Temas a tratar:**

- ◆ La importancia de la organización en la comunidad.
- ◆ Rol de los padres en el hogar.
- ◆ Rol del personal del hogar en el desarrollo de las niñas.
- ◆ Descripción de las necesidades del refugio desde el punto de vista de los padres e integrantes del albergue.
- ◆ Afección de estas necesidades en el desempeño diario de las niñas.
- ◆ Análisis causa efecto del problema producto de este estudio.
- ◆ Lluvia de ideas que provea estrategias genéricas que solucionen el problema.
- ◆ Participación de los padres en la implantación de estas estrategias.
- ◆ Participación del personal en la implantación de las estrategias.
- ◆ Fuentes de financiamiento externo.
- ◆ Asignación de roles y responsabilidades.
- ◆ Métodos de implantación a utilizarse para solucionar la problemática.
- ◆ Conclusiones.
- ◆ Recomendaciones.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**



**HOGAR PERPETUO SOCORRO**

**MANUAL DE NORMAS DE ATENCIÓN A LAS NIÑAS  
DEL “HOGAR PERPETUO SOCORRO”**

**MAESTRANTE:**

**Dra. Nimia Álvarez Montalvo.**

**GUAYAQUIL - ECUADOR**

**2009 - 2010**

## **Manual de Atención Primaria**

### **Concepto de Atención Primaria**

La Atención Primaria en Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Es un instrumento eficaz, recomendado por la Organización Mundial de la Salud y ya aplicado por los sistemas públicos de salud.

Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad

La Atención Primaria en Salud propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad para resolver problemas mediante prestaciones accesibles, de alta calidad y en forma continua e integral. El primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población abordándolos en forma interdisciplinaria, dentro de la perspectiva familiar y social. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.

Integran este primer nivel de atención centros de salud, centros médicos barriales, consultorios externos entre otros.

La capacitación a realizarse se basará en conocimientos que ayuden al personal del Hogar Perpetuo Socorro a brindar una atención primaria a las niñas y adolescentes mujeres del albergue, otorgándoles conocimientos básicos sobre lo que son los primeros auxilios, urgencias, emergencias, definiciones claras de terminología médica,

síntomas y signos vitales, hidratación parenteral, vías de administración de medicamentos que puedan ayudar hasta recibir la atención específica.

Primeros auxilios son todas aquellas medidas o actuaciones que realiza el auxiliador, en el mismo lugar donde ha ocurrido el accidente y con material prácticamente improvisado, hasta la llegada de personal especializado. Los primeros auxilios no son tratamientos médicos. Son acciones de emergencia para reducir los efectos de las lesiones y estabilizar el estado del accidentado. Y esto último es lo que le concede la importancia a los primeros auxilios, de esta primera actuación va a depender en gran medida el estado general y posterior evolución del herido. Así mismo, son una obligación moral.

Es necesario diferenciar los términos de que es una *urgencia*. y una *emergencia*.

Concepto de Urgencia.- La American Hospital Association define la urgencia como cualquier situación que en opinión del enfermo, los parientes u otra persona que asuma la responsabilidad de llevarlo al hospital, requiere intervención médica inmediata. La situación de urgencia continua hasta que se ha realizado una evaluación y diagnóstico En una urgencia, pueden tener que aplicarse uno de estos dos tipos de primeros auxilios:

- ♦ ***primeros auxilios emergentes o emergencias:*** en los que existe peligro vital para la vida del accidentado, estas son: una parada cardio-respiratoria, la asfixia, el shock, las hemorragias importantes y los envenenamientos graves.
- ♦ ***primeros auxilios no emergentes:*** en los que no existe dicho peligro, por ejemplo: una fractura en un brazo, dolor abdominal, etc.

Por tanto, una emergencia es una urgencia en la que existe una situación de muerte potencial para el individuo sino se actúa de forma inmediata y adecuada.

Antes de estudiar la forma de valorar el estado de un paciente es necesario revisar una serie de conceptos que se van a repetir frecuentemente a lo largo de este curso.

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

**SÍNTOMA:** Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable solamente por el paciente. (Por ejemplo, el dolor).

**SIGNO:** Son los indicadores basales del estado de salud del paciente. Pueden medirse en fases muy tempranas de la exploración física o integrarse en diferentes partes de ésta. Los signos varían de individuo a individuo y en diferentes horas del día en un mismo individuo, pero hay ciertos límites que generalmente se consideran normales.

Estos son: signos, síntomas, pulso, tensión arterial, respiración y coloración del paciente.

Estos dos, los síntomas son subjetivos, mientras los signos son objetivos. Ambos nos van a proporcionar información sobre el estado del herido. Para conocer los síntomas es necesario recurrir al interrogatorio, mientras que para los signos usaremos la exploración, esto es, inspección y palpación. La inspección permite apreciar mediante la observación el estado general del herido, el color de su rostro, la deformidad de un miembro fracturado, la importancia de una quemadura, etc.

## **SIGNOS VITALES**

### **LA RESPIRACIÓN.**

La respiración es el medio por el cual un organismo cambia gases con la atmósfera. La respiración externa es el intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico entre los alvéolos de los pulmones y la sangre, en tanto que la respiración interna es el intercambio de estos gases entre la sangre y las células del cuerpo. Hay dos tipos de movimientos respiratorios: torácico (costal) ocurre por la acción de los músculos costales y el abdominal (diafragmático) se hace a costa de los músculos abdominales, la respiración de la mujer es de hecho torácica y la del hombre abdominal.

La frecuencia respiratoria normal es de 16 a 20 R.P.M. (se cuenta como una respiración la suma de inspiración y espiración).

El aumento de dicha frecuencia, o taquipnea se produce de manera fisiológica tras el ejercicio o la excitación; igualmente, la permanencia en alturas considerables o en grandes profundidades acelera el ritmo respiratorio.

La bradipnea, o disminución de la frecuencia respiratoria, se presenta fisiológicamente durante el sueño. Patológicamente lo hace en intoxicaciones por opio, barbitúricos, alcohol, ácido carbónico, ácido cianhídrico; el estado de shock, etc.

La disnea es la dificultad para respirar. Desde el momento en el que la respiración deja de ser un reflejo inconsciente para convertirse en un acto consciente empieza la disnea.

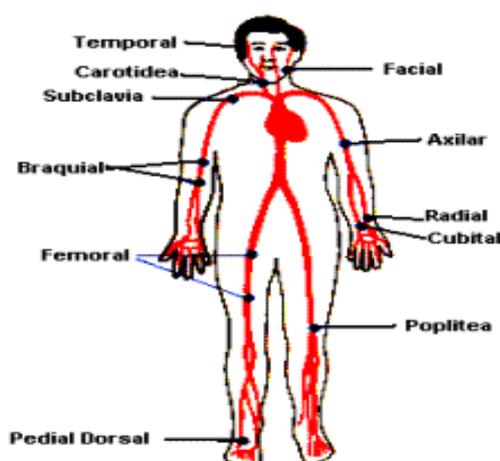
Dado que la respiración normal depende de muchos factores, son muchas también las posibles causas de disnea: la falta de oxígeno en el aire, la falta o escasez de hemoglobina en la sangre, la obstrucción de las vías respiratorias, etc.



### **PULSO: MANERA DE APRECIARLO Y DATOS QUE SUMINISTRA.**

El pulso es la transmisión a todas las arterias del organismo del impulso cardíaco sistólico, esto es, durante la contracción del corazón. Por ello, puede ser apreciado en cualquier parte del cuerpo en que exista una arteria cerca de la superficie de la piel y, mejor aún, si descansa sobre el plano duro de un hueso.

Por lo fácilmente accesible, la arteria que generalmente se escoge para examinar el pulso es la radial de cualquiera de los antebrazos; para ello el examinador toma la muñeca del paciente con una de sus manos colocada en forma de pinza ósea con el pulgar asentado en el dorso de la muñeca y las yemas de los tres dedos (anular, índice y medio) asentados sobre la arteria radial. La razón de no emplear el pulgar para tomar el pulso es que el examinador podría sentir las pulsaciones de su arteria radial propagadas en este dedo. En general, el recuento de los latidos es de 15 o treinta segundos multiplicados por 4 o 2 respectivamente; para obtener las pulsaciones por minuto. Si el pulso es irregular, es aconsejable contar durante todo un minuto. También puede explorarse en la *carótida*, a ambos lados de la garganta. Otros puntos utilizados para valorar el pulso son las arterias *temporales*, sobre las sienes; la *femoral*, sobre las ingles y la *poplítea*, en el hueco de la cara posterior de la rodilla.



Se recomienda que el paciente esté en reposo, para que su pulso pueda compararse con el de observaciones anteriores. Ejercicio y emociones aceleran el pulso hasta el extremo de que no refleja el estado normal en reposo.

Los caracteres que hay que estudiar en el pulso son: frecuencia, ritmo y amplitud.

**Frecuencia:** es el número de pulsaciones en la unidad de tiempo (un minuto); la frecuencia del pulso en circunstancias normales varía con la edad, el sexo, la actividad física y el estado emocional; en los niños oscila entre 90 y 120 pulsaciones por minuto, y en los adultos entre 60 y 90; para una misma edad, la frecuencia es un poco mayor en las mujeres que en los hombres.

#### **Alteraciones de la frecuencia:**

##### **a. Taquicardia: Cuando la frecuencia cardíaca sube por encima de 100**

**Taquicardia sinusal:** Cuya frecuencia no pasa de 160 por minuto, se debe al estímulo del automatismo sinusal generalmente consecutivo a excitación del simpático; se observa en la fiebre, hipertiroidismo, falla cardíaca, el shock y también como consecuencia de esfuerzos y emociones.

**Taquicardia paroxística:** consiste en ataques recurrentes de taquicardia por estimulación de focos ectópicos; estos ataques se inician y terminan en forma súbita; a más de esto, se diferencia de la taquicardia sinusal en que la frecuencia cardíaca está por encima de 160 (puede llegar hasta 250), y en que los fenómenos subjetivos (palpitaciones, opresión precordial, angustia) son más intensos.

##### **b. Bradicardia: Cuando la frecuencia es menor de 60 pulsaciones por minuto.**

**Bradicardia sinusal:** Ocasionada por la depresión del automatismo sinusal, las pulsaciones oscilan entre 40 – 60 al minuto y se aceleran con el ejercicio, se ve en casos de hipertensión endocraneana, impregnación digitalica e ictericia obstructiva, es frecuente en los atletas.

**Bradicardia por bloqueo auriculo ventricular completo:** Se caracteriza por un pulso regular y lento de 30 a 35 al minuto que no se modifica con el ejercicio ni con la administración de atropina (pulso lento permanente).

**RITMO:** Se refiere a la regularidad de los latidos. En estado de salud, el ritmo es regular, o sea que el tiempo entre cada latido es el mismo en esencia. Al pulso irregular se le llama arritmia

**AMPLITUD:** Es la magnitud o fuerza del impulso que perciben los dedos a cada pulsación. El pulso puede ser débil (pequeño) si la amplitud está disminuida, o fuerte (intenso) si la amplitud está aumentada. Un pulso amplio se encuentra en la insuficiencia aórtica (pulso saltón), ateromatosis, hipertiroidismo, anemia, fiebre ansiedad, fístulas arteriovenosas. El pulso de pequeña amplitud, pulso débil o pequeño (pulso parvus) se encuentra en todas las entidades que cursan con hipotensión arterial, falla cardíaca, enfermedad de Addison estenosis mitral, derrames pericárdicos, etc. Cuando la amplitud es tan pequeña que la pulsación se hace apenas perceptible se dice que el pulso es filiforme; se encuentra en los estados de shock y en el pre-morten.

Por la facilidad de su localización y por su importancia, al informarnos sobre la irrigación sanguínea cerebral, el pulso carotideo es el que debemos valorar en una situación de primeros auxilios. Éste se debe buscar a la altura de las arterias carótidas situadas superficialmente a ambos lados de la línea media del cuello. Conviene señalar que NO se deben palpar ambas carótidas a la vez, puesto que si se interrumpe o dificulta el paso de sangre al cerebro, puede ponerse en peligro al herido.

#### **PRESIÓN ARTERIAL:**

La presión arterial, también conocida como tensión arterial, es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Por contracción del ventrículo izquierdo del corazón, la sangre es forzada a salir con fuerza de dicha cavidad, pasa a la aorta y por los grandes vasos arteriales a los de menor calibre a las arteriolas y por fin a los capilares. La pulsación se extiende desde el corazón hasta las arterias de mediano calibre pero desaparece en las arteriolas.

**Presión sistólica:** Es la presión arterial en el punto culminante de la pulsación, suele equivaler a 120 mm de mercurio en el adulto joven normal, se produce cerca del final del latido de expulsión del ventrículo izquierdo del corazón

**Presión diastólica.** Es la correspondiente al punto se produce cerca del final del latido de expulsión del ventrículo izquierdo del corazón más bajo de la pulsación, que equivale al momento de la distensión ventricular. Suele ser de 80 mm de mercurio. La diferencia entre una y otra se llama presión diferencial, es decir diástole ventricular.

En ocasiones no nos va a ser posible medir la presión arterial debido a que se requieren medios materiales de los que se van a carecer. En estas situaciones nos interesará conocer aquellos signos y síntomas que nos van a indicar su alteración en determinadas circunstancias.

	SIGNOS	SÍNTOMAS
HIPOTENSIÓN	Palidez Vómitos Taquicardia Dificultad para hablar Sudoración fría	Náuseas Mareo Somnolencia Calambres musculares Visión borrosa Sensación de "un vacío en el estómago"
HIPERTENSIÓN		Dolor de cabeza intenso Mareo

## TEMPERATURA

La temperatura corporal es el resultado de un equilibrio entre la generación y la pérdida de calor. El centro termorregulador regula este equilibrio y se halla situado en el hipotálamo. Cuando la temperatura sobrepasa el nivel a que se halla ajustado el termostato entran en acción algunos mecanismos como vasodilatación periférica, hiperventilación y sudoración que promueven la pérdida del calor. Si la temperatura cae por debajo de dicho nivel entran en juego mecanismos que generan calor tales como aumento del metabolismo y contracciones musculares espasmódicas que ocasionan el fenómeno del escalofrío. Además de los anteriores cambios reflejos, el paciente ayuda a equilibrar su temperatura mediante ciertas acciones voluntarias: Si siente frío se abriga o busca un ambiente cálido; si siente calor procede en sentido inverso. Es por eso que pacientes con alteraciones de la conciencia, al no poder realizar esos actos, se hacen más vulnerables a los cambios de temperatura.

### **El aumento de la temperatura corporal puede deberse:**

A elevación del punto de regulación del termostato hipotálamo; en tal caso se habla de fiebre.

A excesiva producción de calor o reducción de pérdida de calor que produzcan alzas térmicas que sobrepasan la capacidad de control del hipotálamo; a estas situaciones se les denominan hipertermias.

La toma y registro de la temperatura del paciente es parte indispensable del examen físico. La temperatura corporal varía con las horas del día. Es más baja hacia la madrugada y sube en las horas de la tarde. Esta diferencia diurna casi nunca es superior a 0.5 grados. La temperatura varía según el lugar donde se tome. Es más elevada en las cavidades y pliegues en donde dos superficies se ponen en contacto porque allí se mantiene la temperatura debido a que es menor la radiación del calor. De ahí que los sitios más apropiados para tomar la temperatura sean los pliegues de la ingle o de la axila y las cavidades bucal y rectal. Siempre que se pueda, la temperatura se debe medir en la boca o en el recto. La temperatura normal del cuerpo es de 37°C. en la boca La temperatura rectal es de 0.5°C más alta y la axilar es 0.5 °C

más baja. Pirexia y fiebre son dos términos usados para referirse a la temperatura elevada. El término hipotermia se refiere a la temperatura inferior a la normal.

Según la intensidad de la temperatura, las fiebres se clasifican en:

**Febrículas** : cuando la temperatura no pasa de 38 °C.

**Fiebre moderada**, cuando la temperatura oscila entre 38 y 39 grados.

**Fiebre alta**, cuando la temperatura sube de 39 grados.

La fiebre generalmente va precedida de una sensación de frío que, si es leve, el paciente se refiere a ella diciendo que tiene "erizamientos", y si es acentuada se acompaña de estremecimientos musculares, dando un cuadro que se denomina escalofrío, el escalofrío puede ser moderado o fuerte cuando se acompaña de castañeteo de dientes y sacudidas musculares. El escalofrío fuerte generalmente es premonitor de marcada elevación térmica, la cual usualmente cae después de cierto tiempo, presentándose en este momento intensa sudoración.

Al conjunto de fuerte escalofrío, elevación térmica acentuada por breve periodo de tiempo y defervescencia con o sin sudoración se le da el nombre de ACCESO FEBRIL.

La temperatura del cuerpo se mide con un termómetro clínico, que es un tubo de cristal alargado calibrado en grados centígrados o Fahrenheit. Dentro del tubo se mueve una columna de mercurio, la cual se dilata como respuesta al calor recibido desde el cuerpo. La escala de los termómetros clínicos suele partir de 35°C hasta llegar a un punto culminante de 43°C.

El lugar más propio para obtener la medida de la temperatura interna es la boca. Los pequeños vasos sanguíneos de la cara inferior de la lengua descansan cerca de la superficie. Cuando el termómetro se coloca bajo la lengua y se cierra la cavidad bucal, es posible obtener una estimación razonablemente exacta de la temperatura corporal interna. El termómetro se limpia, se agita y se coloca sublingualmente durante tres

minutos. El paciente detiene el termómetro con los labios, evitando morderlo. Después que el termómetro se retira y se anota la temperatura, se limpia, se sacude, se enjuaga con agua fría y se seca.

Algunas veces es necesario tomar la temperatura del paciente en el recto, generalmente en los niños. Este método se usa si no hay seguridad ni precisión al tomar la temperatura en la boca, se coloca al paciente de lado después de lubricar el termómetro y teniendo en cuenta que la columna de mercurio esté abajo se introduce 2 cm y se deja por un minuto, al retirarlo se lee la temperatura, se registra se lava y desinfecta, el termómetro.

La temperatura axilar se coloca el termómetro entre la cara interna del brazo del paciente y la parte adyacente del tórax, y se conserva el brazo cruzado sobre el pecho. El termómetro se deja por 3 minutos, se retira se lee la temperatura.

### **Preparación y administración del " Suero Oral"**

El responsable del cuidado del paciente debe aprender a preparar y administrar el " Suero Oral", mediante explicaciones claras, precisas y detalladas, junto con una demostración práctica

Además del aumento de los líquidos recomendados, se ofrece suero oral, a libre demanda o a dosis de media taza (75mL) en menores de un año, o una taza (150mL) en mayores de un año, después de cada evacuación diarreica, con taza y cucharita, con gotero o a sorbos, mientras persista la diarrea.

Se recomienda hidratar al paciente en un servicio de salud (clínica, hospital o consultorio), bajo la supervisión del médico y con la ayuda de la madre o responsable del cuidado del paciente.

Hay que distinguir correctamente entre prevenir y tratar la deshidratación. Los líquidos caseros son útiles únicamente para prevenirla. Para tratar la deshidratación debe usarse el medicamento "Vida Suero Oral" o similar, porque contiene todos los ingredientes .

### **Dosis de suero oral**

El suero oral se administra a dosis de 100 mL por kg de peso en cuatro horas. La dosis total calculada, se fracciona en tomas cada 30 minutos y se ofrece lentamente, con taza y cucharita, para no sobrepasar la capacidad gástrica y así disminuir la posibilidad de vómito.<sup>86</sup> Si no se conoce el peso del paciente, se puede administrar el suero oral lentamente, *ad libitum* hasta que no desee más. El suero oral se da a la temperatura ambiente, ya que frío retrasa el vaciamiento gástrico y caliente puede provocar vómitos.<sup>9</sup>

La dosis de suero oral de 100mL por kg en cuatro horas (25mL/kg/hora), es para reponer las pérdidas previas (50 a 80mL/kg) y las pérdidas actuales (5-20mL/kg/hora), en un paciente con deshidratación de 58% y con evacuaciones diarreicas no muy abundantes

Ejemplo: Si un paciente pesa 6kg, se le ofrecen en cuatro horas 600mL de suero oral, que equivalen a 150mL cada hora (75mL cada 30 minutos). Sin embargo, si después de la primera toma, el paciente terminó todo el suero con avidez, no presentó vómitos ni distensión abdominal, se le ofrece la misma cantidad cada 20 minutos.

En el ejemplo anterior, se ofrecerán en cuatro horas doce tomas de 75 ml cada una (150 ml/kg en cuatro horas). Si la diarrea es abundante y el paciente continúa aceptando bien el suero oral, la valoración horaria permite aumentar la cantidad ofrecida en la hora siguiente.

El resultado final, puede ser la corrección de la deshidratación antes de cuatro horas o utilizar, para corregirla, una cantidad de suero superior a la calculada al inicio.

### **Tiempo de hidratación**

El tiempo de hidratación puede variar de dos a ocho horas, según la intensidad de la deshidratación, las pérdidas por heces, los vómitos o la fiebre, y la aceptación del suero oral por el paciente.

A medida que la hidratación progresa y se corrige el déficit de líquidos, hay disminución progresiva de la sed lo que impide que el paciente ingiera una cantidad mayor de la que necesita. Si a las cuatro horas el paciente persiste deshidratado, se le ofrecerá en las siguientes cuatro horas, una cantidad igual o mayor a la que se administró en las primeras cuatro.

Las primeras cuatro a seis horas deberán estar dedicadas a la hidratación oral e inmediatamente después de que se ha logrado la hidratación, introducir los alimentos que acostumbraba comer el niño, antes de la diarrea. Los periodos de ayuno prolongado, provocan más daño al intestino que la diarrea en sí y aumentan el riesgo de que el cuadro clínico se complique o se prolongue.

### **Problemas durante la hidratación**

Si empeora la deshidratación o no se corrige en ocho horas, deberá valorarse el uso de hidratación intravenosa. La frecuencia de fracasos es casi siempre menor a 5%, ya sea por vómitos persistentes, tasa alta de diarrea o íleo. Sin embargo, en la mayoría de los casos los vómitos desaparecen o disminuyen después de las primeras tomas de suero oral y no impiden la hidratación en más del 1% de los casos. Esto es debido al pH alcalino del suero oral que facilita el vaciamiento gástrico hacia duodeno y disminuye la acidosis, la cual puede ser por sí misma la condicionante o agravante del vómito.

Si aparecen o se incrementan los vómitos, en cantidad abundante y número mayor de dos por hora, se suspende la vía oral durante diez minutos y después se reinicia el suero oral a dosis de 0.5mL por kg de peso, cada cinco minutos. Si el paciente no vomita durante veinte minutos, se aumenta la cantidad de suero, hasta alcanzar la dosis inicial. Nunca utilice antieméticos.

Si el paciente continúa con vómito, presenta rechazo a la administración del suero oral, desarrolla distensión abdominal progresiva o tasa alta de diarrea, se hidrata por sonda nasogástrica con el mismo suero oral, a dosis de 1530mL por kg de peso por hora, hasta tolerar la vía oral. Si a pesar de usar sonda nasogástrica, empeora el estado de hidratación o si persiste el vómito, la distensión abdominal o la tasa alta de diarrea (más de 10g por kilo de peso o más de una evacuación líquida por hora), se valorará aplicar líquidos por vía intravenosa. La distensión abdominal de más de 3cm de aumento del perímetro abdominal en lactantes, que se acompaña de otros signos: vómito, dolor, edema de pared, resistencia abdominal, rechazo a la vía oral o disminución de la peristalsis, es indicación de valoración radiológica con placa simple de abdomen, para descartar complicación abdominal de solución quirúrgica.

## **SOLUCIONES PARENTERALES**

Debe tenerse en cuenta que existen otras condiciones, en las cuales también está indicado el uso de la terapia intravenosa:

1. Pacientes con compromiso del estado de conciencia causado por medicamentos u otras causas.
2. Pacientes con alguna otra complicación que contraindique la vía oral, tales como íleo u oclusión intestinal.
3. Fracaso de la hidratación oral, debido a vómitos abundantes (más de tres en una hora) o muchas evacuaciones líquidas (más de dos por hora) a pesar de gastroclisis o de tratamiento con atole de arroz.
4. Pacientes que presentan convulsiones mientras reciben terapia de hidratación oral.
5. Pacientes con septicemia, infecciones concomitantes graves como meningitis, neumonía y otras.

Si los signos de deshidratación, la diarrea o los vómitos han empeorado, o si se mantienen sin cambios, será una indicación para incrementar la velocidad de administración y la cantidad de suero indicado.

## **Soluciones para hidratación**

### **Intravenosas:**

Dentro de las soluciones intravenosas disponibles , la más apropiada es la solución de lactato de Ringer, también llamada solución de Hartmann. Contiene, en mEq/L: sodio 131, potasio 4, cloro 110, lactato 28 y calcio 3.

Proporciona una concentración adecuada de sodio y cloro. El lactato se convierte en bicarbonato y ayuda a corregir la acidosis. Sin embargo, tiene poco potasio y no tiene glucosa. Por esta razón, se recomienda administrarla en tres horas y tan pronto como el paciente pueda beber, iniciar la administración de suero oral (que contiene glucosa y potasio) para terminar de corregir la deshidratación e iniciar la fase de mantenimiento.

No se recomienda agregar bicarbonato extra al lactato de Ringer, ni corregir la acidosis rápidamente. Aunque el bicarbonato corrige la acidosis, al mismo tiempo hace que el potasio pase al interior de las células al ser intercambiado por ion hidrógeno. Esto provoca la caída brusca del potasio sérico, produciendo hipokalemia que puede causar la muerte del paciente. La forma más segura de corregir la acidosis, es aumentando el volumen sanguíneo con la hidratación oral o intravenosa rápida.<sup>9</sup>

La solución salina normal (también llamada solución salina isotónica al 0.9% o fisiológica), se encuentra disponible en la mayoría de los servicios de salud. No reemplaza las pérdidas de potasio, pero expande el espacio extracelular. Se le puede agregar bicarbonato de sodio y cloruro de potasio, pero esto exige calcular las cantidades con mucho cuidado y hace difícil vigilar la velocidad de administración.

No deben emplearse soluciones glucosadas, ya que sólo proporcionan agua y glucosa, no tienen electrolitos y por lo tanto no corrigen sus pérdidas, ni la acidosis, ni expanden el espacio intravascular.

### **Complicaciones de la hidratación intravenosa**

Dentro de las complicaciones hay que recordar las propias de la venoclisis. En que tenemos las siguientes: flebitis, cuerda residual, infiltración y obstrucción .A esto se agrega la necrosis dérmica y flebitis supurada. Se a observado un incremento de riesgo de flebitis a mayor tiempo de permanencia de la venoclisis, en pacientes infectados, con dermatosis, en las instaladas en el pie .

Además de las complicaciones propias de la venoclisis, el uso inadecuado de la hidratación intravenosa puede ocasionar otras complicaciones: edema agudo pulmonar, insuficiencia renal aguda o sepsis .



### **Vías de aplicación de inyecciones**

Las inyecciones en general son parte importante en el tratamiento médico, el cual logrará su éxito dependiendo del seguimiento indicado para la aplicación, tanto en horario y vía indicada. Una inyección mal dirigida o una técnica mal aplicada puede evitar que el medicamento actúe en forma eficaz, o puede causar lesiones.

Algunas de las razones y ventajas para aplicar el medicamento en inyección (terapia parenteral) son:

- ◆ Para lograr una rápida respuesta al medicamento
- ◆ Garantizar precisión y cantidad del medicamento administrado
- ◆ Obtener una respuesta segura en el paciente
- ◆ Evitar la irritación del aparato digestivo, pérdida del medicamento por expulsión involuntaria, por la destrucción del jugo gástrico

- ◆ Concentrar el medicamento en el área específica
- ◆ Cuando el estado mental o físico del paciente dificulta o hace posible el empleo de otra vía

#### **Las vías son:**

- ◆ **Intramuscular:** la aplicación dentro de los músculos, el músculo absorbe más fácilmente cantidades de algunos medicamentos gradualmente. El objetivo es utilizar una vía rápida y evitar la introducción de sustancias que por otra vía irritan el tejido subcutáneo, mucosa o la pared venosa.
- ◆ **Intravenosa:** es la vía de que nos valemos de las venas superficiales para la aplicación de sueros o medicamentos que por su cantidad o por que se desea una acción más rápida, no se pueden aplicar por otra vía. El medicamento se introduce directamente en el torrente circulatorio.
- ◆ **Subcutánea:** es la vía por la cual se aplican medicamentos en la capa grasa que se encuentra bajo la piel. Su objetivo es introducir sustancias que requieran de una absorción lenta, el tejido graso tiene una absorción lenta.
- ◆ **Intradérmica:** la aplicación se hacen en la capa superficial de la piel, siendo principalmente en brazo y antebrazo, su objetivo es introducir sustancias que induzcan una reacción gradual en el organismo; el medicamento administrado actúa en una parte del cuerpo pero no es absorbido fácilmente por la escasez de vasos sanguíneos en la capa superficial de la piel.

#### **La vía intramuscular**

La vía intramuscular es una de las cuatro vías Parenterales que existen para la administración de medicamentos. A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos:

- ◆ Preparar el material necesario.
- ◆ Preparar el medicamento.

- ◆ Elegir el lugar de inyección.
- ◆ Administrar el medicamento.

El material que se precisa es el siguiente :

- ◆ Antiséptico.
- ◆ Jeringuilla. La cantidad de fármaco que hemos de administrar será la que determinará su capacidad.
- ◆ Agujas. Emplearemos una aguja para cargar la medicación y otra para inyectarla intramuscularmente (longitud de 25-75 mm, calibre de 19-23G y bisel medio).
- ◆ Gasas o algodón.
- ◆ Guantes (no es necesario que sean estériles).

### **Elección del lugar de la inyección para la administración intramuscular de medicamentos**

Las zonas donde se pueden administrar los medicamentos intramuscularmente son la dorso glútea, la deltoidea, la ventroglútea y la cara externa del muslo. A la hora de elegir el lugar de punción tendremos en cuenta la edad del paciente y su masa muscular, la cantidad de medicamento a inyectar, si es una sustancia más o menos oleosa, etc.

**Las características principales de cada una de las áreas** se describen a continuación. En la tabla 1 se ofrece un resumen de ellas.

**Tabla 1. Áreas para aplicar una inyección intramuscular**

Área	Posición del enfermo	Volumen admitido	Precaución	Otros
Dorsoglútea	D. lateral D. prono Bipedestación	Hasta 7 ml	Nervio ciático	Evitarla en < 3 años. De elección en niños > 3 años.

Deltoidea	Prácticamente todas	Hasta 2 ml	Nervio radial	
Ventroglútea	D. lateral D. supino	Hasta 5 ml		De elección en niños > 3 años.
Cara externa del muslo	D. supino Sedestación	Hasta 5 ml		De elección en < 3 años.

- ♦ **Zona dorsoglútea** .- Se localiza en el cuadrante superoexterno de la nalga, pues así es como se evita lesionar el nervio ciático. Es el lugar que más fármaco admite: hasta 7 ml. El paciente puede estar en decúbito lateral, en decúbito prono o en bipedestación (en este último caso, debe de tener cerca una zona de apoyo por si surge cualquier complicación). Debe de evitarse su uso en los menores de tres años.
- ♦ **Zona deltoidea** .- Está ubicada en la cara externa del deltoides, a tres traveses de dedo por debajo del acromion. Se debe de tener en cuenta que el nervio radial pasa cerca de ahí. Admite hasta 2 ml de volumen. El paciente puede estar prácticamente en todas las posiciones: sedestación, decúbito supino, decúbito lateral o bipedestación
- ♦ **Zona ventroglútea** .- Es una de las más seguras, ya que no tiene cerca ningún punto conflictivo. Con el enfermo en decúbito lateral o en decúbito supino, colocaremos nuestra mano en la base del trocánter mayor del fémur del lado elegido. A continuación abriremos los dedos de la mano y pincharemos en el espacio que quede entre los dedos índice y medio. Admite hasta 5 ml. de volumen. Junto con la dorsoglútea es la de elección para los niños mayores de tres años.
- ♦ **Cara externa del muslo** .- Admite hasta 5 ml de volumen. Con el paciente en decúbito supino o en sedestación, delimitaremos una banda imaginaria que vaya, por la cara externa del muslo elegido, desde el trocánter mayor hasta la rótula. La zona óptima de inyección está localizada en esta banda, 5 cm por arriba y 5 cm por debajo de su punto medio. Es la zona de elección para los niños menores de tres años.

Una vez hayamos administrado todo el medicamento, esperaremos unos diez segundos antes de retirar la aguja, pues así evitaremos cualquier pérdida de medicación. A continuación colocaremos la torunda con el antiséptico justo sobre el punto de la inyección -al sujetar la piel minimizaremos en lo posible el dolor- y retiraremos la aguja con suavidad y rapidez. Posteriormente haremos una suave presión mientras friccionamos ligeramente la zona para evitar que el medicamento se acumule y así favorecer su absorción.

### **Vía Intravenosa**

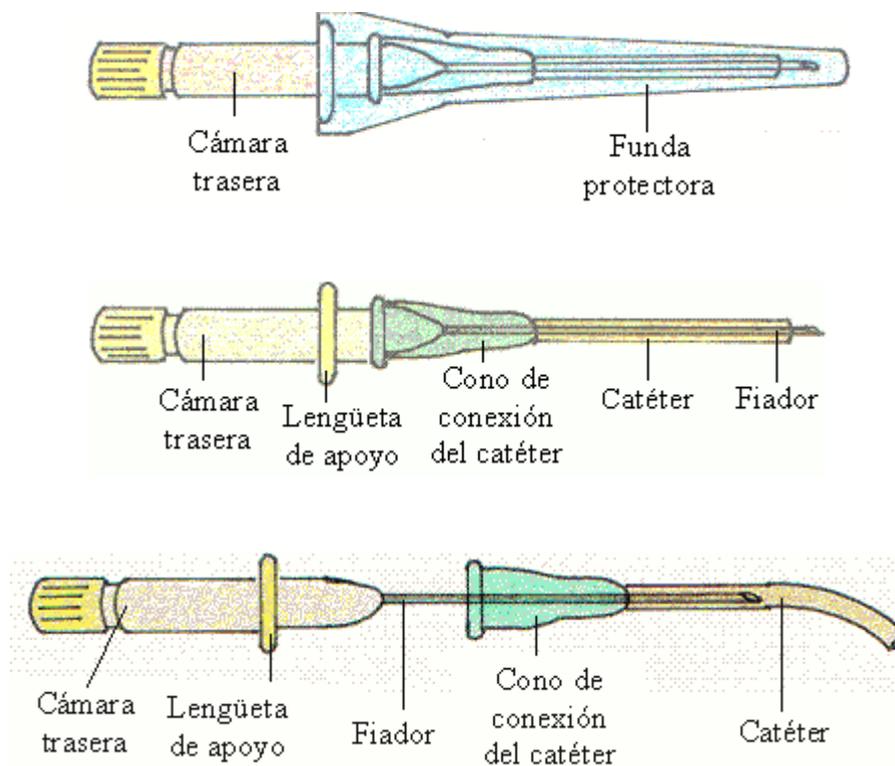
La vía intravenosa es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos lo cual, en atención primaria, se suele llevar a cabo de dos maneras:

- ♦ **Directa.** Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml, la cual contendría la sustancia a inyectar junto con suero fisiológico hasta completar los 10 ml). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento.
- ♦ **Por goteo intravenoso,** canalizando una vía venosa. Es la forma de tratamiento empleada ante determinadas situaciones clínicas (crisis asmática, cólico nefrítico, etc.) o bien para permitir la derivación hospitalaria en unas condiciones adecuadas.

**El recipiente con la solución a perfundir** suele ser una botella de plástico o de cristal, la cual posee un tapón de caucho que, a su vez, está protegido por un capuchón metálico o de plástico. La capacidad del recipiente es variable (100ml, 250ml, 500ml, 1000 ml) y elegiremos una u otra según la situación en la que nos encontremos. Para colgar el recipiente en el pie de suero emplearemos el sistema que traiga incorporado el cual suele ser, o bien una argolla, o bien una redcilla plástica (canasta).

**La aguja de venopunción puede ser una palomilla o un catéter.** La palomilla por su pequeño calibre, se emplea muy raramente en las venopunciones. El catéter es un dispositivo que consta de las siguientes partes:

- ◆ Una funda protectora.
- ◆ El catéter propiamente dicho, que es un tubo flexible que acaba en un cono de conexión.
- ◆ Un fiador metálico que va introducido en el catéter y que sobresale por su punta, lo cual nos permite puncionar la vena. El fiador, en su otro extremo, posee unas pequeñas lengüetas de apoyo para los dedos y una cámara trasera, la cual nos permite observar si refluye la sangre en el momento que realizamos la punción.



El fiador, como todas las agujas endovenosas, posee un bisel largo. Los diferentes calibres y longitudes que puede presentar quedan reflejados en la tabla 1 (el color del

cono de conexión que se indica es el más frecuente, pero puede variar según la casa comercial):

<b>Tabla 1. Tipos de catéteres endovenosos</b>		
<b>Longitud</b>	<b>Calibre</b>	<b>Color del cono</b>
<b>25 mm</b>	<b>22G (0,9 mm)</b>	<b>Azul</b>
<b>32 mm</b>	<b>20G (1,1 mm)</b>	<b>Rosa</b>
<b>45 mm</b>	<b>18G (1,3 mm)</b>	<b>Verde</b>
<b>45 mm</b>	<b>14G (2,0 mm)</b>	<b>Naranja</b>

**El sistema de perfusión** es el dispositivo que conecta el frasco que contiene la solución a perfundir con el catéter. Consta de las siguientes partes:

- ◆ **Punzón.** Con él se perfora el tapón de caucho del frasco. Para conservar su esterilidad tiene una capucha protectora.
- ◆ **Toma de aire con filtro.** Para que la solución fluya, es necesario que vaya entrando aire a la botella. La toma de aire permite que esto suceda sin que dicho gas pase al resto del sistema. El filtro, por su parte, impide la entrada de gérmenes.
- ◆ **Cámara de goteo o cuentagotas.** Es un recipiente en el cual va cayendo la solución gota a gota. Nos permite contar el número de gotas que caen por minuto, para así poder regular la velocidad con la que queremos pasar la perfusión. Hay cámaras de goteo que en su parte superior presentan una pequeña barrita vertical o microgotero. Con él



obtendremos, en vez de gotas, microgotas, lo cual es útil cuando se desea ajustar con mucha precisión el ritmo de perfusión de la solución (medio hospitalario).

- ◆ Alargadera. Es un tubo flexible que parte del cuentagotas y que acaba con una conexión para el dispositivo de punción.
- ◆ Llave o pinza reguladora. Se encuentra en la alargadera y, como su nombre indica, nos permite regular el ritmo de perfusión de la solución

Puerto de inyección. Lo poseen algunos sistemas de perfusión. A través de ellos se puede inyectar medicación sin tener que desconectar el sistema (lo cual favorece la asepsia).

### **Preparación del medicamento a administrar intravenosamente**

Antes de realizar cualquier procedimiento hay que lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que en este caso no es preciso que sean estériles. A continuación haremos las siguientes actividades:

-Cargar en la jeringuilla el medicamento que luego vamos a introducir en el suero.

-Introducir el medicamento en el suero. Para ello retiraremos el capuchón protector, desinfectaremos con el antiséptico el tapón de caucho e inyectaremos el medicamento que previamente habíamos cargado en la jeringuilla. En todo momento se ha de conservar la asepsia de las zonas estériles (en este caso el tapón de caucho y la aguja de la jeringuilla).

-Conectar el sistema de perfusión con la botella:

- ◆ Abrir la toma de aire y cerrar la llave tipo roller del sistema de perfusión. Para facilitar su posterior manejo y control, la llave debe de estar a unos 2-4 cm de la cámara de goteo.
- ◆ Retirar la capucha protectora del punzón. No tocar el punzón en ningún momento.

- ◆ Insertar el puzón en el tapón de caucho de la botella que contiene el suero.
- ◆ Invertir el frasco y colocarlo en el pie de suero.
- ◆ Presionar la cámara de goteo con los dedos para que se llene hasta 1/3-1/2 de su capacidad. Si no hacemos esa presión y dejamos que se rellene por gravedad, lo que entrará en el sistema será la solución a profundir junto con aire.
- ◆ Abrir la llave tipo roller más o menos hasta la mitad para purgar de aire la alargadera (la capacidad volumétrica de ésta es de 10 cc).
- ◆ Una vez que la alargadera está llena de líquido, cerrar la llave tipo roller.

En la aplicación de medicación por goteo intravenoso, además de preparar la sustancia a administrar, hay que calcular la velocidad de perfusión. Para ello se debe de tener en cuenta que:

$$1 \text{ ml} = 1 \text{ cc} = 20 \text{ gotas} = 60 \text{ microgotas}$$

A partir de aquí podemos hacer el cálculo de la velocidad de perfusión mediante reglas de tres o aplicando directamente la siguiente fórmula:

$$\text{Número de gotas por minuto} = \frac{\text{volumen a administrar en cc} \times 20 \text{ gotas}}{\text{tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.}}$$

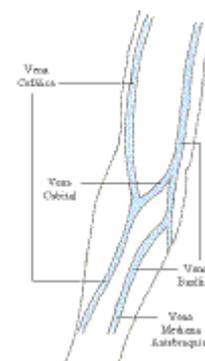
$$\text{Número de microgotas por minuto} = \frac{\text{volumen a administrar en cc} \times 60 \text{ microgotas}}{\text{tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.}}$$

**Elección del lugar de la inyección para la administración intravenosa de medicamentos**

A la hora de elegir el lugar para la venopunción hay que tener en cuenta una serie de factores previos

- ♣ **La duración del tratamiento.** Si se prevé que va a ser menor de 6 horas, se escogerá el dorso de la mano. Si se estima que la duración va a ser mayor, se preferirá el antebrazo.
- ♣ **El tipo de solución.** Si es fleboirritante (soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas, de uso poco frecuente en atención primaria), se aconsejan las venas gruesas.
- ♣ **El tamaño de la aguja.** Para venas de pequeño calibre, agujas de pequeño calibre y para venas de mayor calibre, agujas de mayor diámetro. En los adultos los calibres que mas se emplean son el de 20G (color del cono rosa) y el de 18G (color del cono verde). En los niños y en los adultos en los que hay que elegir una vena de pequeño calibre, se utiliza el catéter de 22G (color del cono azul).
- ♣ **El tipo de vena.** Son de preferencia las venas que sean flexibles y rectas. Está contraindicado pinchar cualquier trayecto venoso que esté inflamado.
- ♣ **La edad del individuo.** En los recién nacidos y los lactantes hasta el año de edad se escogen las venas epicraneales. En los adolescentes y los adultos, las de la mano y el antebrazo. En los ancianos se prefieren las venas del antebrazo ya que las de la mano, además de tener un trayecto bastante tortuoso, son difíciles de fijar a la hora de pincharlas (se mueven o “bailan”).

Visión ventral del Brazo derecho



Visión dorsal de mano derecha



Visión dorsal mano derecha

**Las zonas donde se pueden administrar los medicamentos se localizan en las extremidades, prefiriéndose siempre la extremidad superior a la inferior:**

- ✦ **Red venosa dorsal de la mano:** venas cefálicas y basílica.
- ✦ **Antebrazo:** venas cefálicas y ante braquiales.
- ✦ **Fosa antecubital:** vena basílica (la de elección), vena cubital (es la de elección para las extracciones de sangre periférica, pero no para canalizar una vena, ya que su trayecto es corto) y vena cefálica (es difícil de canalizar porque no es recta y “se mueve” bastante).
- ✦ **Brazo:** venas basílica y cefálica.
- ✦ **Red venosa dorsal del pie.**
- ✦ **Zona inguinal:** venas safena interna y femoral.

Se debe proceder de la siguiente manera:

- ✦ Coloque el torniquete entre 10-15 cm por encima de la zona que va a observar.
- ✦ Espere unos segundos a que se rellenen los trayectos venosos. Se puede favorecer la dilatación del vaso con varias maniobras: friccionando la extremidad desde la región distal hacia la proximal (por debajo del torniquete); abriendo y cerrando el puño; dando golpecitos con el dedo; y aplicando calor (con una compresa caliente o friccionando la zona con alcohol).
- ✦ Observe y palpe los trayectos venosos una vez bien dilatados y rellenos.
- ✦ Elija el lugar de punción.

### ***Inserción del catéter y aplicación intravenosa del medicamento***

Los pasos a seguir son los siguientes:

*Desinfectar el lugar de punción.* Para ello aplicaremos una torunda impregnada de antiséptico en el centro de la zona elegida. Posteriormente y con un movimiento que dibuje una espiral hacia fuera, abarcaremos un diámetro de unos 5 cm. Con ello “barreremos” hacia el exterior los gérmenes de esa zona de la piel, cosa que no

conseguiremos si el movimiento que le imprimimos a la torunda es de derecha a izquierda o de arriba abajo.

*Preparar el catéter.* Retiraremos la funda protectora con la mano no dominante. Con la mano dominante sostendremos el catéter de la siguiente manera: los dedos índice y medio se apoyarán en las lengüetas, mientras que el pulgar lo hará en la cámara trasera.

*Inmovilizar la vena a puncionar.* Colocaremos la mano no dominante unos 5 cm por debajo del lugar de punción y tiraremos de la piel en este sentido, así conseguiremos “aplastar” la vena contra el músculo subyacente, el cual actuará de plano duro.

*Realizar la venopunción.* La punción de la vena se puede hacer mediante dos métodos: el directo (se punciona directamente sobre la vena) y el indirecto (se punciona la zona cercana al vaso y luego dirigimos la aguja hacia el trayecto venoso). Insertaremos la aguja con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de 30-40 grados con la piel. Observaremos si retorna sangre hacia la cámara trasera del catéter, lo cual nos indica que la aguja ha entrado en la vena. A continuación, disminuirémos el ángulo de la aguja, dejándola casi paralela a la superficie cutánea. Finalmente y con un movimiento coordinado de ambas manos, canalizaremos la vena: la mano no dominante va introduciendo el catéter mientras que la mano dominante va retirando el fiador.

*Conectar el catéter al sistema de perfusión.* Primero estabilizaremos el catéter con la mano no dominante, haciendo presión sobre la vena justo por encima del punto de inserción (así también evitaremos la salida de sangre). Al mismo tiempo que estamos estabilizando el catéter con una mano, con la otra retiraremos el torniquete y conectaremos rápidamente el sistema de perfusión.

*Asegurar el catéter a la piel.* Emplearemos el sistema de fijación de que dispongamos: esparadrapo, apósitos de las diferentes casas comerciales, etc.

Abrir la llave del sistema de perfusión y ajustar con ella la velocidad a la que queremos que pase la solución.

## **La vía subcutánea**

La vía subcutánea es una de las cuatro vías Parenterales que existen para la inyección de medicamentos. Clásicamente, esta vía estaba representada por la administración de insulina, heparina y vacunas. Sin embargo, con la incorporación del cuidado del enfermo terminal, las utilidades del acceso subcutáneo se han ampliado considerablemente en la atención primaria (al final de este documento se dedica un apartado a este asunto).

A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos:

- ◆ Preparar el material necesario.
- ◆ Preparar el medicamento.
- ◆ Elegir el lugar de inyección.

Administrar el medicamento.

### **Preparación del material necesario para la administración subcutánea de medicamentos**

El material que se precisa es el siguiente:

- ◆ Antiséptico. Algodón
- ◆ Jeringuilla. Se emplean normalmente las de 1 ml, pues el volumen de sustancia que hay que inyectar no suele superar esta cantidad. Aguja. Emplearemos una aguja para cargar la medicación y otra para inyectarla subcutáneamente (longitud de 16-22 mm, calibre de 24-27G y bisel medio).

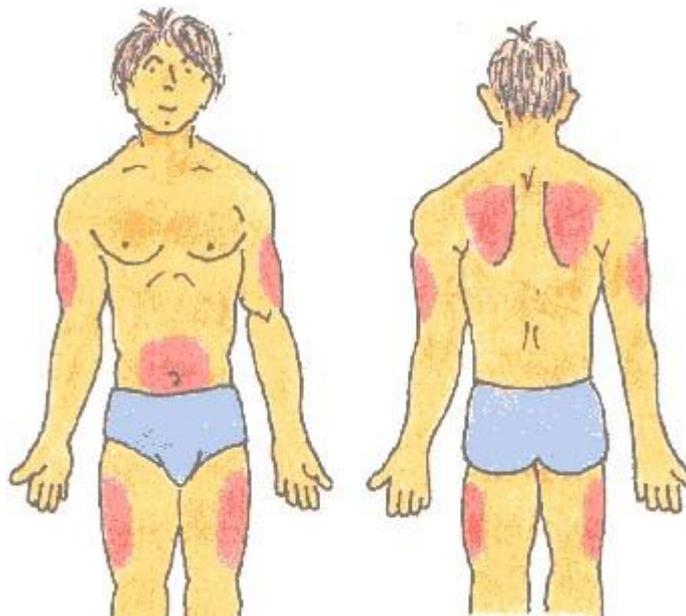
### **Preparación de la sustancia a administrar subcutáneamente**

Antes de realizar cualquier procedimiento hay que lavarse las manos y enfundarse unos guantes, que en este caso no es preciso que sean estériles. Muchos de los medicamentos que se administran subcutáneamente ya vienen precargados.

### **Elección del lugar de la inyección para la administración intradérmica de sustancias**

Las zonas donde se pueden administrar subcutáneamente los medicamentos son las siguientes:

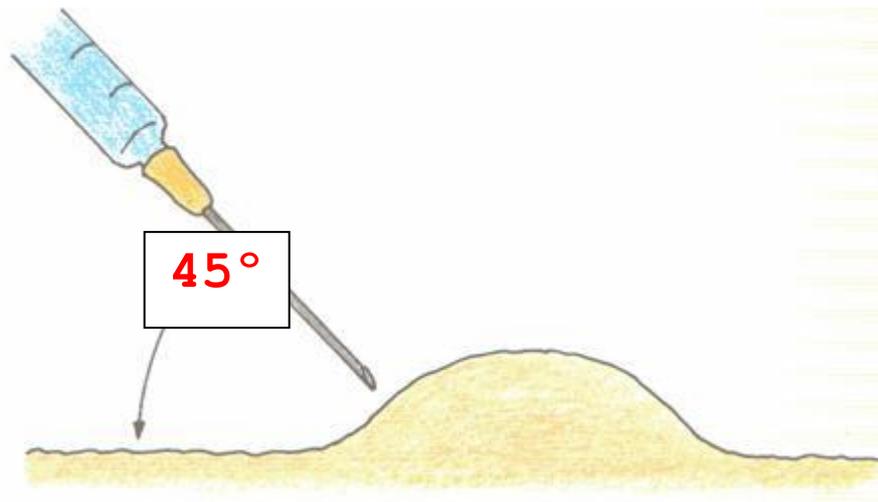
- ◆ Tercio medio de la cara externa del muslo.
  - ◆ Tercio medio de la cara externa del brazo.
  - ◆ Cara anterior del abdomen.
  - ◆ Zona superior de la espalda (escapular).
- ◆ Otros lugares que también se contemplan, según la bibliografía consultada, son: el flanco del abdomen, la cresta iliaca y la zona superior y lateral de la nalga.



### Aplicación subcutánea del medicamento

Los pasos a seguir a la hora de ejecutar la inyección subcutánea son los siguientes:

- ◆ Antes de inyectar el medicamento hay que desinfectar la piel. Para ello se aplica una torunda impregnada de antiséptico en el centro de la zona elegida. Posteriormente y con un movimiento que dibuje una espiral hacia fuera, se abarca un diámetro de unos 5 cm. Con ello “se barren” hacia el exterior los gérmenes de esa zona de la piel, cosa que no se consigue si el movimiento que le imprimimos a la torunda es de derecha a izquierda o de arriba abajo.
- ◆ Con la mano no dominante, pellizcar la piel del paciente, formando un pliegue de unos 2 cm. Coger la jeringa con el pulgar y el índice de la otra mano.
- ◆ Colocar la aguja formando un ángulo de 45 grados con la base del pliegue que hemos formado. El bisel debe de mirar hacia arriba.



- ◆ Clavar la aguja en la base del pliegue e introducirla unos 3-4 mm. Aspirar, para ver si hemos conectado con un vaso. En caso afirmativo, debemos extraer la aguja y pinchar nuevamente en otro lugar.
- ◆ Soltar el pliegue e introducir lentamente el medicamento. El fundamento de estas dos acciones es que con ellas se disminuye el dolor que causa el procedimiento.
- ◆ Una vez inyectada toda la sustancia, retirar la aguja. No se debe masajear la zona. Se puede dejar una gasa en el lugar de punción, por si refluye algo de líquido. Para evitar ese posible reflujo, a la hora de cargar la medicación en la jeringuilla podemos añadir 0,1 ml de aire y asegurarnos de que éste queda posterior al líquido a administrar. Así, a la hora de realizar la inyección, el aire forma una burbuja-tapón que impide que salga el medicamento.

A estas indicaciones generales, se deben de añadir algunas advertencias particulares:

- ◆ En el caso de los diabéticos, dado que se inyectan insulina al menos una vez al día, se debe de rotar la zona de punción, para así evitar las lesiones cutáneas. Por otro lado, con las jeringuillas precargadas no se puede formar un ángulo de 45 grados al clavar la aguja en la piel. El ángulo que se emplea es de 90 grados.
- ◆ En el caso de las heparinas de bajo peso molecular, la zona de punción es la cintura abdominal antero y posterolateral, siempre por debajo del ombligo y alternando el lado con cada pinchazo. El ángulo que se emplea para clavar la aguja también es de 90 grados. Por último, tras introducir la aguja, no se debe de aspirar, ya que se ha visto que esta maniobra favorece la aparición de los hematomas.

## **OTRAS VIAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.**

### **La vía rectal: el supositorio**

El supositorio es una preparación medicamentosa de forma cónica u ovoidea alargada y de consistencia sólida, capaz de fundirse a la temperatura fisiológica del recto o de solubilizarse en los líquidos orgánicos. Se administra con la intención de ejercer una acción local o sistémica (por absorción a la circulación general).

En algunas farmacopeas el término supositorio se hace extensivo a formas de aplicación vaginal y/o uretral. En la Farmacopea Española, este término se refiere exclusivamente a la forma de administración rectal, denominándose óvulos a la vaginal y candelillas o bujías uretrales a la uretral.

La vía rectal es especialmente útil en las siguientes situaciones:

- ◆ Paciente incapaz de ingerir la medicación por vía oral.
- ◆ Medicamentos que irritan la mucosa gástrica.
- ◆ Medicamentos que son destruidos por el jugo gástrico o por los enzimas digestivos.
- ◆ Medicamentos que por su sabor o su olor son intolerables por vía oral.
- ◆ El principal inconveniente de la vía rectal reside en que la absorción del medicamento es errática, menos fiable y a veces nula.

Existen muchos ejemplos de medicamentos que se pueden administrar como supositorios: analgésicos (opioides y no opioides), antitérmicos, antieméticos, laxantes, etc.

### **Preparación del material necesario**

Antes de realizar cualquier procedimiento debemos de preparar el material necesario, que en este caso consta de:

- ◆ Guantes, que no es preciso que sean estériles.
- ◆ Medicación (supositorio).
- ◆ Lubricante, que ha de ser compatible con el medicamento (conviene leer el prospecto).
- ◆ Gasas.
- ◆ Una sábana.

Con respecto a la preparación del supositorio en sí, se deben de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ◆ Un supositorio blando se adhiere al envoltorio y es más difícil de introducir en el ano. Para aumentar la consistencia del medicamento podemos colocarlo unos minutos en el frigorífico o bajo el chorro de agua fría.
- ◆ En caso de que haya que administrar medio supositorio, éste se partirá siempre en sentido longitudinal. Los supositorios tienen una forma cónica u ovoidea alargada, de tal modo que si se partieran transversalmente, no se estaría introduciendo el 50% de la dosis.

### **Procedimiento**

A la hora de administrar un supositorio se actuará de la siguiente manera:

- ◆ Lávese las manos y enfúndese los guantes.
- ◆ Informe al paciente del procedimiento que va a realizar y solicite su colaboración.
- ◆ Pregunte al paciente si tiene ganas de defecar, para que lo haga en este momento.
- ◆ Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha flexionada por encima de la izquierda, hacia delante. Con esta postura el

ano se expone más fácilmente y se favorece la relajación del esfínter externo.

- ◆ Cubra al paciente con la sábana, de tal modo que solo queden expuestas las nalgas.
- ◆ Separe la nalga que no se apoya en la cama y observe el ano. Compruebe que la zona está limpia.
- ◆ Verifique la consistencia del supositorio. Si es correcta, retírele el envoltorio.
- ◆ Lubrique el extremo cónico del supositorio y el dedo índice de su mano dominante.
- ◆ Indique al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas por la boca. Con ello se favorece la relajación del esfínter anal y se disminuye la ansiedad del enfermo.
- ◆ Separe la nalga que no se apoya en la cama con la mano no dominante. Con el dedo índice de la mano dominante introduzca el supositorio por su parte cónica, imprimiéndole una dirección hacia el ombligo. El dedo índice debe de sobrepasar el esfínter anal interno (se introducen unos 7 cm del dedo en el adulto y unos 5 cm en los niños).
- ◆ Retire el dedo índice. Mantenga apretadas las nalgas del paciente hasta que ceda el tenesmo rectal (dos o tres minutos).
- ◆ Pídale al paciente que permanezca acostado en decúbito lateral o supino durante unos diez o quince minutos, que es el tiempo que tarda en absorberse el medicamento. Estas posturas favorecen la retención del supositorio.

### **Anotaciones al procedimiento**

A la hora de introducir el supositorio por el ano la bibliografía discrepa. En algunas citas se describe como se ha explicado más arriba: el supositorio se introduce por su parte cónica. En otras citas indican lo contrario: el supositorio se introduce por el extremo opuesto al cono y es esa parte cónica la que actúa como una especie de tapón para evitar la salida del medicamento una vez puesto.

## La vía oftálmica

Las formas farmacéuticas oftálmicas son productos preparados mediante métodos que aseguran su *esterilidad*, lo cual evita tanto la introducción de contaminantes como el crecimiento de microorganismos en el interior del envase. Por ello es conveniente *respetar de forma muy estricta las normas de conservación y caducidad establecidas por el fabricante*. Existen tres tipos de formas farmacéuticas oftálmicas:

- ◆ Las pomadas oftálmicas. Son preparaciones semisólidas destinadas a su aplicación sobre la conjuntiva.
- ◆ Los colirios. Son soluciones o suspensiones acuosas u oleosas destinadas a la instilación ocular.
- ◆ Los baños oculares. Son soluciones acuosas destinadas a ser instiladas o aplicadas en el ojo, habitualmente para el lavado ocular.

Con respecto a los colirios es conveniente señalar que:

- ◆ Su periodo de caducidad una vez abiertos es de un mes.
- ◆ Cada gota de colirio posee un volumen de 25-50 microl. mientras que, dependiendo del parpadeo, el volumen que puede retener el ojo es de 10 microl. Por lo tanto, la instilación de dosis de más de una gota en cada ojo es de dudosa eficacia. De hecho, cuando se prescribe más de una gota, es cuando se quiere asegurar una correcta administración (alteración de la destreza motora, ancianos, discapacitados, etc.).
- ◆ Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos.

### **Preparación del material necesario**

Antes de realizar cualquier procedimiento hay que tener preparado el material que se va a emplear, que en este caso consta de:

- ◆ Medicamento.
- ◆ Gasas estériles.
- ◆ Guantes.
- ◆ Batea.
- ◆ Suero fisiológico.

### **Procedimiento**

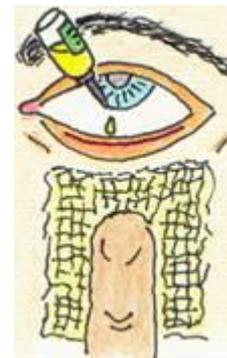
Para administrar la medicación por vía oftálmica se deben de seguir los siguientes pasos:

- ◆ Lávese las manos y enfúndese los guantes.
- ◆ Explíquelo al paciente el procedimiento que va a realizar.
- ◆ Coloque al paciente sentado o en decúbito supino, con el cuello en leve hiperextensión. De esta manera, además de acceder fácilmente al ojo, se reduce el drenaje del medicamento a través del conducto lacrimal.
- ◆ Si hay costras o secreciones en los anejos oculares, límpielas suavemente con una gasa impregnada en suero fisiológico. Limpie siempre desde el canto interno al canto externo del ojo, para no introducir microorganismos en el conducto lacrimal. Utilice una gasa nueva para cada pasada.
- ◆ Abra el recipiente que contiene el medicamento y deje la tapa boca arriba, para evitar la contaminación de los bordes.
- ◆ Coja una gasa limpia y colóquela sobre el pómulo del paciente (si parte del medicamento se rebosa, lo absorberemos con la gasa).
- ◆ Con el dedo índice de su mano no dominante apoyado en la gasa presione suavemente hacia abajo, de tal manera que quede expuesto el saco conjuntival (la retracción contra el pómulo previene la presión y el traumatismo del globo ocular e impide que los dedos toquen el ojo).

- ◆ Pídale al paciente que mire hacia arriba (con ello se reduce el parpadeo).

#### **Instile las gotas oftálmicas:**

- ◆ Con la mano dominante descansando sobre la frente del paciente, sostenga el cuentagotas o el frasco con el medicamento 1-2 cm. por encima del saco conjuntival. Al tener la mano apoyada y el recipiente a esa distancia, se previenen tanto los traumatismos como las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
- ◆ ¡Instile el medicamento en el centro del fondo del saco conjuntival.
- ◆ Con una gasa apriete firmemente sobre el conducto lacrimal durante 1-2 minutos. Con ello se previene el rebosamiento hacia las vías nasales y la faringe y la absorción a la circulación sistémica.



#### **Administre la pomada oftálmica:**

- ◆ Deseche la primera porción de la pomada.
- ◆ Con la mano dominante aplique una tira fina y uniforme de pomada en el saco conjuntival, yendo desde el canto interno al canto externo del ojo.
- ◆ Mantenga una distancia de 1-2 cm. entre el tubo y el saco conjuntival, con el fin de evitar los traumatismos y las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
- ◆ Al llegar al canto externo, gire levemente el tubo en sentido contrario. Con ello se facilita el desprendimiento de la pomada.
- ◆ Pídale al paciente que cierre los párpados con suavidad, sin apretarlos. Así el medicamento se distribuirá uniformemente por el ojo.
- ◆ Si se rebosa medicamento, límpielo con la gasa que tenía en la mano no dominante (yendo siempre desde el canto interno al canto externo del ojo).

- ◆ Cierre el recipiente que contiene el medicamento.

### MEDIDAS TERAPÉUTICAS URGENTES

Las medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado. El propósito de los primeros auxilios es aliviar el dolor, la ansiedad del herido o enfermo, evitar el agravamiento de su estado, favorecer su recuperación y asegurar su traslado. En casos extremos estas primeras medidas son necesarias para evitar la muerte hasta que se consigue asistencia médica.

Normas Generales para dar primeros auxilios:

- ◆ No mueva innecesariamente al paciente.
- ◆ No administre medicamentos
- ◆ No dé líquidos por vía oral a pacientes con alteraciones de conciencia
- ◆ No haga comentarios innecesarios sobre el estado del paciente aunque esté inconsciente.

En una situación de emergencia se debe valorar al paciente, para lo cual debemos realizar un diagnóstico sobre las condiciones en que se encuentra :

*-Exploración primaria:* Identificar la existencia de una amenaza inmediata para la vida:  
**Conciencia** ( Preguntar al paciente si escucha, se siente bien, si no responde pellizcar, observar gemidos, señas )

*Respiración* .- Ver movimientos torácicos, oír la respiración y sentir el aliento.



Observar, escuchar y sentir la respiración y el pulso

#ADAM



#ADAM

*Pulso.*- El pulso se explora siempre en una arteria carótida. En los RN y obesos se localiza en la arteria humeral. Debemos observar si el pulso es rítmico, regular, frecuencia, etc

- *Exploración secundaria* .Si la víctima respira y tiene pulso exploramos:

- ◆ Nivel de conciencia.
- ◆ Reacción pupilar.
- ◆ Tipo de respiración.
- ◆ Tipo de pulso.

Existen varias posiciones en que debe colocarse al paciente ante una situación emergente:

1. Posición lateral de seguridad.- en pacientes inconscientes no traumáticos y debemos comprobar la inconsciencia, existencia de respiración y la de pulso.
2. Decúbito Supino.- posible lesión de columna y de extremidades
3. Trendelenburg .- si se sospecha de hemorragias, shock, lipotimias
4. Piernas flexionadas.- si se sospecha de lesiones en abdomen
5. Semisentado.- lesiones en tórax, problemas respiratorios

## **OBSTRUCCIÓN DE VÍAS AÉREAS**

Se produce generalmente cuando se impide que el oxígeno llegue a los pulmones provocando la pérdida de conciencia. Generalmente está causada por la existencia de un cuerpo extraño en las vías respiratorias

Actuar rápidamente:

1. Colocarse detrás de la víctima rodeándola con los brazos.
2. Cerrar una mano y colocarla entre ombligo y esternón.
3. Cogerse el puño con la otra mano.

4. Realizar una fuerte presión hacia adentro y hacia arriba, repitiendo de 6 a 8 veces.



## RESUCITACION CARDIOPULMONAR

La Parada cardiorrespiratoria se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.

La Resucitación cardiopulmonar comprende un conjunto de maniobras encaminadas a revertir el estado de parada cardiorespiratoria, sustituyendo primero, para intentar reinstaurar después, la respiración y circulación espontáneas, lo que ha permitido disponer de un recurso terapéutico relativamente eficaz, que aplicado en forma y tiempo adecuados, ha ampliado el concepto de "muerte previsible o sanitariamente evitable.

La iniciación de medidas de RCP deben comenzar lo antes posible tras la parada cardíaca. La RCP básica sustituye, de forma precaria, las funciones vitales, por lo que se debe examinar la respiración, pulso y conciencia, permitiendo ganar algunos minutos, para que así pueda aplicarse el tratamiento definitivo con mayores posibilidades de éxito.



### Técnicas de Resucitación Cardiopulmonar Básica : RCP :

- ◆ Apertura de la vía aérea
- ◆ Inmovilización:  
Posición lateral de seguridad
- ◆ La ventilación sin equipo.- se realiza mediante la insuflación de aire espirado, que contiene un 16-18% de  $O_2$ , a través de los procedimientos boca-boca, boca-nariz o boca-estoma de traqueostomía y tapando el orificio por el que no se insufla. Entre cada insuflación se dejan unos 3-4 segundos, hasta que ha descendido totalmente el tórax.
- ◆ El masaje cardíaco externo .- o soporte circulatorio es el siguiente paso en la secuencia de actuación . Un aspecto controvertido es el mecanismo por el que se genera el flujo circulatorio durante la RCP.



El masaje debe realizarse con el paciente en decúbito supino y sobre una superficie dura. Se aplica en línea media esternal, en su parte inferior, a unos 3-5 cm por encima del xífoides. El reanimador se sitúa a un lado de la víctima, coloca dos dedos (índice y medio) sobre dicha apófisis y el talón de la otra mano justo por encima de estos. Una

vez localizado el sitio, la otra mano se posiciona encima entrelazando los dedos para evitar que se apoyen fuera del esternón y puedan provocar lesiones torácicas o abdominales. Los brazos se colocan extendidos y perpendiculares al esternón, y con el cuerpo erguido se carga el peso sobre aquellos para conseguir, con el menor esfuerzo físico, la mayor eficacia posible. La posición es de pie si el paciente está encamado o de rodillas si se encuentra en el suelo. La depresión esternal óptima es de 4-5 cm.

La relación del tiempo compresión/descompresión debe ser 1:1 (50%), y la cadencia de aproximadamente 80 compresiones/minuto (60-100). La sincronización Ventilación-Masaje es obligada cuando no se dispone de aislamiento de la vía aérea, mediante intubación endotraqueal. La RCP básica debe efectuarla un solo reanimador con una secuencia de compresiones.

Si existen varios reanimadores, estos se alternarán para evitar la fatiga. La RCP Avanzada se realiza con al menos 2 reanimadores, uno de ellos se encarga de las compresiones y el otro de la ventilación, con una secuencia 5:1. No debe olvidarse que con el masaje solo se consigue un soporte circulatorio precario, de forma que se ha observado experimentalmente que el pH intramiocárdico sigue descendiendo a pesar de una óptima RCP Básica.

Se debe instalar inmediatamente una vía de primera elección para administración de fluidos y fármacos, de preferencia la vía venosa periférica. La canalización venosa periférica es de elección porque no interfiere con el resto de maniobras de RCP, es más fácil su acceso y tiene escasas complicaciones. Suelen usarse las venas antecubitales. Solo debe recurrirse al abordaje de vías centrales cuando la canalización de las periféricas conlleven dificultades técnicas.

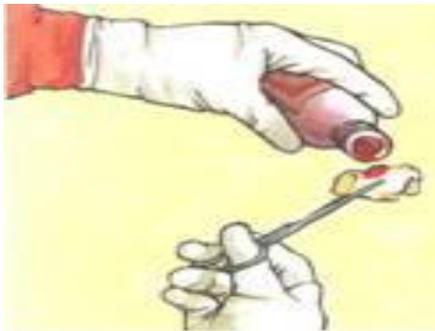
Si la persona comienza a respirar de nuevo, colocarla en la posición de recuperación. Verificar periódicamente si está respirando y buscar señales de circulación hasta que llegue la ayuda.

Se debe tener en cuenta para no hacerlo:

- ♦ Si se sospecha de una lesión en la columna , NO inclinar la cabeza hacia atrás cuando se intenta abrir la vía respiratoria. En cambio, colocar los dedos a ambos lados de la mandíbula y levántarla hacia adelante. Esto previene que la cabeza y el cuello se muevan.
- ♦ Si la persona presenta señales de circulación (respiración normal, tos o movimiento), NO iniciar compresiones de pecho. Al hacer esto se puede provocar que el corazón cese de latir.
- ♦ A menos que sea un profesional de la salud, NO revise el pulso. Solo un profesional de la salud está entrenado apropiadamente para tomar el pulso.

### HERIDAS.

Es la pérdida de continuidad de piel o mucosas consecuencia de un traumatismo. Los primeros auxilios van a ir dirigidos a PREVENIR la infección.



Se pueden presentar dos tipos de heridas: las cerradas o contusiones y las abiertas, en las que existe rotura de la piel.

Las heridas se van a caracterizar por la aparición de dolor, que dependerá fundamentalmente de la zona afectada y de la extensión de la herida; o de hemorragia.

Actuación:

- ◆ lavarse las manos,
- ◆ cortar la hemorragia (como veremos posteriormente),
- ◆ limpiar la herida con agua y jabón o con agua oxigenada, intentando extraer todos los cuerpos extraños que puedan hallarse en la herida,
- ◆ vendar la herida, mediante vendas, apósitos, y si no se dispone de ellos, con trozos de toallas, sábanas, procurando que estén lo más limpios posible,
- ◆ dependiendo de la gravedad de la herida así como del grado de suciedad, se le trasladará o no al centro médico.

### HEMORRAGIAS

Una hemorragia proviene de la laceración de una o varias venas o arterias. Pérdida de sangre por éstas heridas puede causar la muerte, y en casos de accidentados en 3 a 5 minutos.

*No pierda tiempo...ponga su mano directamente sobre la herida y mantenga una presión constante.*

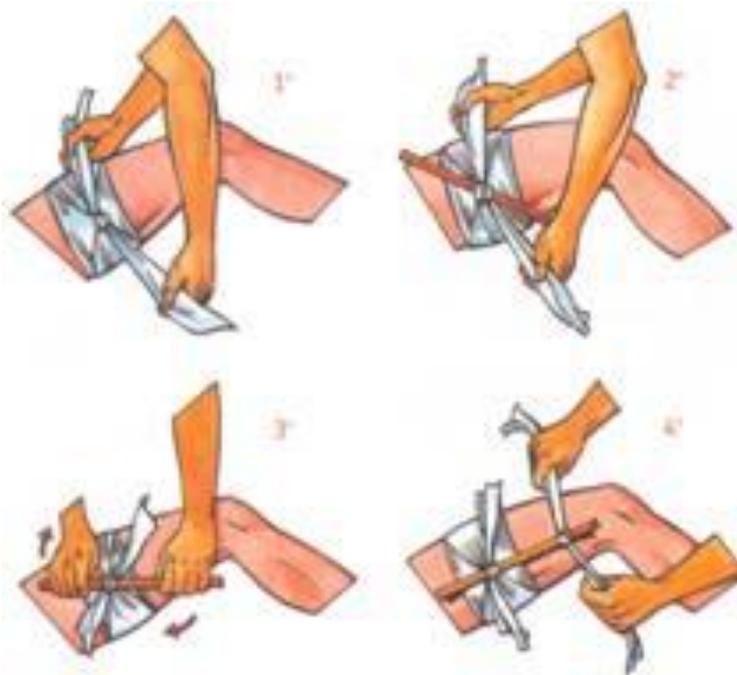


- ◆ Ponga un pañuelo o pedazo de tela limpia sobre la herida y presione firmemente con la mano. Si no tiene pañuelo o un pedazo de tela, trate de cerrar la herida con sus dedos y cúbrala con la mano.
- ◆ Aplique presión directamente sobre la herida, mantenga firmemente el pañuelo o pedazo de tela sobre la herida, con un vendaje hecho de pedazos de trapo o una corbata.
- ◆ Levante la parte afectada a un nivel más alto del cuerpo, si no hay fractura.
- ◆ Mantenga a la víctima acostada.
- ◆ Llame al médico.

Trate de parar la hemorragia o sangrado y mantener la respiración. Haga lo siguiente:

- ◆ Mantenga a la víctima abrigada. Cúbrala con sábanas u otra cubierta y ponga algo por debajo de él, para que el accidentado no esté sobre superficie mojada, fría o húmeda.
- ◆ Si el accidentado está consciente y puede pasar líquidos, dele un poco de té, café o agua.

Use un torniquete en el caso que no pueda controlar una hemorragia debido a trituración, amputación o laceración accidental de un brazo o una pierna.



Como torniquete, use un pedazo ancho y resistente de cualquier tela. Nunca use alambre, sogas u otro material parecido. Aplique el torniquete alrededor de la parte superior del miembro y por encima de la herida. Amarre un medio nudo, ponga un pedazo de palo o rama encima y haga otro nudo, y déle vueltas hasta que ajuste lo suficientemente para parar la hemorragia. Marque la frente del paciente con las letras "TQ" que significa Torniquete. No cubra el torniquete.

En el caso que el doctor se demore en llegar, afloje el torniquete cada 20 minutos. Si la hemorragia ha parado, deje el torniquete ligeramente suelto y listo para volverlo a ajustar en caso de que el sangrado se presente nuevamente. Vigile el torniquete constantemente hasta que la víctima sea hospitalizada.

### **QUEMADURAS.**

La quemadura es el resultado clínico del contacto o exposición del organismo con el calor, obedecen a múltiples causas, siendo comúnmente de origen accidental, laboral o domestico, especialmente en niños.

Los principales orígenes son:

Fuego, Líquidos, Químicos, Eléctricos, Radiaciones.

Una rápida y acertada actuación ante un quemado puede salvarle la vida y, en otros casos, mejorar el pronóstico y tiempo de curación del traumatismo térmico. Conociendo adecuadamente la etiología y la fisiopatología del quemado podremos estar en capacidad de hacer un tratamiento preventivo de las múltiples complicaciones y secuelas que pueden presentarse en estos pacientes.

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, con un espesor que varía entre 1-3 milímetros y es una barrera impermeable que también contribuye a la termorregulación. Se compone de dos capas: epidermis y dermis. La primera es la más externa; la segunda contienen tejido conjuntivo, vasos sanguíneos que aportan los nutrientes para la epidermis, folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas y fibras nerviosas periféricas transmisoras del dolor. Precisamente estas fibras son las que se estimulan en las quemaduras superficiales, transmitiendo al cerebro la sensación dolorosa intensa que se produce y las que se destruyen cuando la quemadura es profunda, desapareciendo por tanto dicha sensación dolorosa.

En pacientes traumatizados, las prioridades son mantener la permeabilidad de la vía aérea, asegurar el intercambio de gases y restaurar el volumen intravascular. Una

prioridad adicional en pacientes con lesiones térmicas evidentes es detener el proceso de la quemadura, representada por la eliminación de los vestidos, en particular los de fibras sintéticas, que pueden continuar ardiendo durante prolongados períodos de tiempo después de haberse extinguido las llamas.

#### VALORACIÓN:

Se realiza en base a dos parámetros:

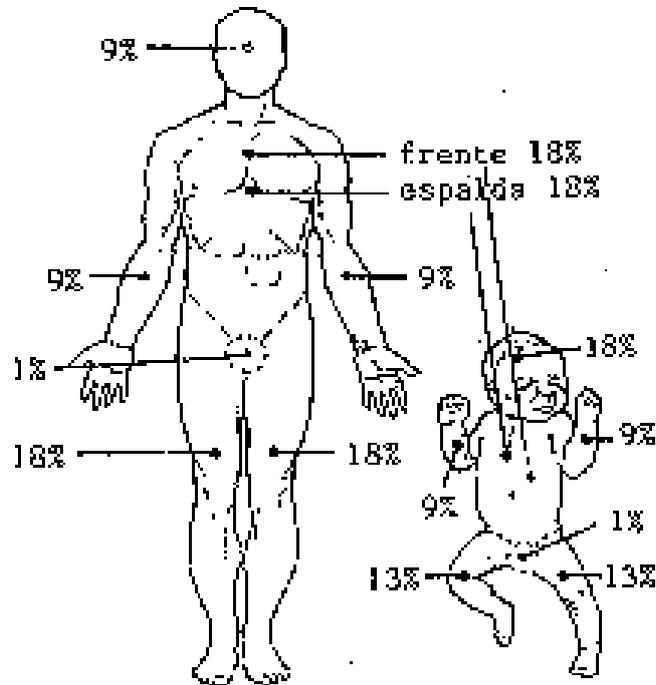
- ◆ Extensión de la superficie corporal quemada y
- ◆ Grado de profundidad de la quemadura.

*EXTENSION:* Es el primer factor a considerar en la valoración de la severidad de una quemadura. Para calcularla, se utiliza como método más sencillo la regla de los nueve de Wallace, según la cual se divide la superficie corporal del adulto en 11 áreas, cada una de las cuales supone el 9%, o un porcentaje múltiplo de nueve, con relación a la superficie corporal total. De esta forma se estima que:

- ◆ Cabeza y cuello: son, aproximadamente, un 9%
- ◆ Cada extremidad superior: 9%
- ◆ Cara anterior de tórax y abdomen: 18%
- ◆ Espalda y nalgas: 18%
- ◆ Cada extremidad inferior: 18%
- ◆ Genitales: 1%

En el niño la proporción es distinta y se le otorga a la cabeza un 18% y a cada extremidad inferior un 13%, siendo el resto igual.

Puede ayudar, en determinados momentos, saber que la palma de la mano supone un 1% de la superficie corporal total.



**PROFUNDIDAD:** Directamente relacionada con la temperatura del agente y el tiempo de duración del contacto. Se clasifican generalmente, en primer, segundo o tercer grado, de acuerdo con la profundidad de tejido destruido.

**Primer grado:** destruye solamente la epidermis y se expresa, típicamente, por un eritema que palidece a la presión, es dolorosa y no se asocia con evidencia de desgarro de la piel ni formación de ampollas.

**Segundo grado:** destruye la epidermis y un espesor mayor o menor de la dermis; se subdividen en dos grados, superficial o profundo. Su aspecto es rosado o rojo, con presencia de vesiculación de contenido plasmático y tienden a una epitelización espontánea. Son dolorosas.

**Tercer grado:** destruyen todo el espesor de la piel y, salvo que sean muy pequeñas, no tienen posibilidad de epitelización espontánea. Su aspecto es pálido y se aprecian pequeños vasos coagulados. Son indoloras y no palidecen por la presión.

Actuación en quemaduras de:

### Primer grado

- ◆ Refrescar inmediatamente la quemadura con agua a una temperatura de entre 10 y 20 grados centígrados.
- ◆ Beber abundantes líquidos si esta es muy extensa, caso de las producidas por el sol durante el verano.

### Segundo grado

Existe peligro de infección si la ampolla revienta al convertirse en una puerta de entrada para los microorganismos. Siempre se ha de lavar la zona afectada con abundante agua durante al menos 5 minutos, posteriormente, según el estado de las ampollas se actuará de una u otra manera.

***Ampolla intacta:*** poner antiséptico sobre ella y cubrir con paño limpio o compresa estéril.

***Ampolla rota:*** tratar como una herida. Lavarse las manos, aplicar antiséptico, recortar con una tijera limpia (a ser posible estéril) la piel muerta e impregnar nuevamente con antiséptico. Colocar una cinta adhesiva o tirita para evitar el dolor y la infección.

### Tercer grado

- ◆ Apagar las llamas al accidentado, con lo que se tenga a mano: mantas, tierra, o tirándose al suelo y revolcarse,
- ◆ lavar la zona afectada con abundante agua durante al menos 5 minutos,
- ◆ NO retirar los restos de ropa,
- ◆ NO se deben reventar las ampollas que aparezcan,
- ◆ NO dar pomadas de ningún tipo,

- ◆ envolver la parte afectada con un paño limpio, toallas o sábanas, humedecidos en suero, agua,
- ◆ trasladar al paciente con urgencia hasta un centro hospitalario

En caso de duda entre el 2 y 3 grado, en las primeras existe dolor intenso y en las otras anestesia local, por destrucción de las fibras sensitivas.

Para la evaluación de una quemadura también entran en juego otros factores como la edad, el agente causante o zonas especiales, entre ellas la cara, los pliegues, las manos y los genitales.

Dependiendo de la localización, profundidad y extensión se hace el pronóstico:

- Quemadura grave:

- Quemaduras pequeñas con: lesiones por inhalación, lesiones significativas preexistentes, enfermedades previas significativas, quemaduras profundas que afecten a cara, ojos, periné, mano y pie.

- Quemadura moderada:

Una vez calculada la extensión, profundidad, localización, zonas especiales y algunos aspectos importantes dentro de la localización; como quemaduras circulares de las extremidades, quemaduras faciales con compromiso de mucosa nasal u oral, se llega al diagnóstico definitivo de la lesión anotando:

- ◆ quemadura grado II o grado III.
- ◆ agente causante.
- ◆ localización: cara, cuello, tórax, extremidades.
- ◆ zonas especiales.
- ◆ riesgo de quemaduras respiratorias.
- ◆ lesiones asociadas como fracturas, trauma, etc.

El pronóstico vital de un quemado se refiere a la posibilidad de supervivencia y está directamente relacionado con la extensión y profundidad de la quemadura. El

pronóstico de secuelas está principalmente relacionado con la localización de las quemaduras, por ejemplo, secuelas en cara, manos y pliegues, son más incapacitantes que retracciones o bridas localizadas en otras zonas corporales.

### SOPORTE VITAL

El tratamiento inmediato del quemado es muy similar al que se realiza con el paciente politraumático, aunque con algunas peculiaridades que es importante conocer ya que son totalmente específicas de este tipo de pacientes. Lo primero que tenemos que hacer es parar el proceso de la quemadura, se evacuará al paciente del lugar del siniestro, controlando todos los restos de llamas que existan en sus ropas, procediendo inmediatamente a desvestirlo. Aplicaremos agua sobre la superficie quemada, limitándose al empleo de agua fría a pequeñas áreas durante periodos de tiempo no superiores a 5 o 10 minutos para evitar la hipotermia. A continuación manejaremos al paciente como cualquier otro politraumatizado, evaluaremos la vía aérea y su estatus ventilatorio.

Buscaremos signos clínicos de obstrucción de la vía aérea y/o de quemadura inhalatoria, ya que el retraso en su detección hace que el manejo de la vía aérea sea muy difícil o, a veces, imposible. A todo paciente con quemaduras extensas o que se asuma que haya inhalado "humos" se le administrará FiO<sub>2</sub> 45%. Si el paciente presenta pérdida de vello nasal, quemaduras faciales, de la úvula, orofaríngeas, de la vía aérea superior y ha sido encontrado en área cerrada se entenderá que ha sufrido inhalación.

En cualquier persona con quemaduras extensas, que interesen el 30% de su superficie corporal total, se establecerán inmediatamente medidas de soporte hemodinámico. Se elegirán venas periféricas de calibre grueso en las extremidades superiores, incluso si están afectados. Una medida prudente es la colocación de una sonda vesical para medir la diuresis horaria y detectar la presencia de mioglobina o hemoglobina en la orina.

La fluido terapia se basa en la administración de solución Ringer-Lactato a ritmo rápido, puesto que la pérdida de la cubierta cutánea desequilibra el medio interno produciendo una gran pérdida de plasma, agua y electrolitos.

Otro aspecto fundamental es la analgesia y en ocasiones sedación según la valoración inicial. Se administra generalmente Meperidina o Morfina siempre por vía parenteral, utilizando de 1-3 mg de Morfina I.V, que generalmente produce analgesia y sedación. Si es necesaria una mayor sedación se puede administrar Diazepam 2-3 mg I.V. en pacientes muy ansiosos.

En conclusión:

- ◆ Evacuación del foco térmico
- ◆ Parar el proceso de la quemadura
- ◆ Desvestirlo
- ◆ Agua fría durante 5-10 min. (apósitos húmedos)
- ◆ Ringer-lactato a perfusión rápida
- ◆ Oxígeno 45% si precisa
- ◆ Analgesia / sedación si es necesario
- ◆ En quemados con afectación de más del 20% de su extensión corporal debe prevenirse la presencia del shock.

### **ESGUINCES O TORCEDURAS.**

Se produce un esguince o torcedura cuando los ligamentos que unen una articulación se rompen o alargan, debido a un movimiento anormal.

Como consecuencia la articulación se hincha y los movimientos son muy dolorosos.

Actuación:

- ◆ elevar el miembro afecto y aplicar hielo,
- ◆ vendaje para reducir la movilidad de la articulación y reposo

- ◆ acudir a un centro sanitario para estudio radiológico

### LUXACIÓN O DISLOCACIÓN.

Se produce una luxación cuando los huesos que forman una articulación se desplazan de su posición normal.

Como consecuencia se produce dolor, inflamación y deformación en la parte afectada, quedando la movilidad de la articulación reducida y anormal.

#### Actuación:

- ◆ inmovilizar la zona afectada, con ayuda de ramas de árboles, pañuelos, trozos de tela,
- ◆ NUNCA intentar colocar los huesos en su posición normal,
- ◆ Frío local
- ◆ traslado urgente a un centro hospitalario.

### FRACTURAS.

Una fractura es la rotura de un hueso, pudiendo ser:

**Abiertas:** cuando existe una herida porque el hueso roto ha rasgado la piel,

**Cerradas:** cuando no existe herida.

**Con desplazamiento** son las que los extremos fracturados pierden su alineación original

**Sin desplazamiento** los extremos fracturados del hueso no tienen ninguna desviación y continúan alineados uno enfrente del otro.



Las fracturas se reconocen por presencia de dolor intenso, imposibilidad de mover el miembro afectado, deformidad de la forma y hematoma en la zona afectada. Cuando se sospecha que puede haber fractura, debe actuarse como si se tuviera la seguridad de que dicha fractura existe.

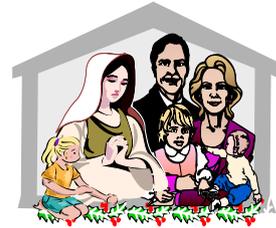
**Actuación:**

- ◆ Inmovilizar el miembro afectado (abarcando las articulaciones superior e inferior a la fractura producida), usando tablillas, cartones, pañuelos, vendas, etc NO mover la región afectada porque podemos producir complicaciones.
- ◆ NO intentar colocar correctamente los huesos, ya que los fragmentos óseos podrían provocar desgarros.
- ◆ NO colocar las inmovilizaciones demasiado apretadas.
- ◆ además en *fracturas abiertas*:
  1. si existe hemorragia, intentar cortarla (como se explicó en el apartado referente a las hemorragias).
  2. colocar un apósito sobre la herida, lo más limpio posible, teniendo presente que la herida se debe manipular lo menos posible.
  3. NUNCA se deben aplicar sobre la herida productos desinfectantes, ya que podrían dañar el hueso.

**ANEXO 3**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA  
PARTICULAR DE LOJA**



**HOGAR PERPETUO SOCORRO**

**PROGRAMA DE CAPACITACION EN ATENCION AL  
PERSONAL DEL HOGAR PERPETUO SOCORRO**

**MAESTRANTE:**

**Dra. Nimia Álvarez Montalvo.**

**GUAYAQUIL - ECUADOR**

**2009 - 2010**

## **PROGRAMA DE CAPACITACION EN ATENCION AL PERSONAL DEL HOGAR PERPETUO SOCORRO**

### **Promoción de salud**

La Promoción en Salud es un bien social de carácter universal. Confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorgan mayor protección y bienestar, entonces capacita a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables.



La promoción como una estrategia que involucra individuos, familia, comunidad y sociedad, en un proceso de cambio de las condicionantes y determinantes en salud. Esto se lleva a la práctica mediante acciones de educación, información y comunicación social, trabajo comunitario y abogacía, atención en salud, investigación.

Ayuda al individuo a identificar factores de riesgo y tener conciencia de sus hábitos de vida, fomenta el autocuidado, ayuda a ampliar el conocimiento sobre los determinantes de algunas enfermedades, a tener una actitud favorable sobre los factores protectores y unas prácticas positivas que se relacionan con la autoestima, una alimentación

equilibrada, ejercicio moderado, sexualidad sana y responsable y una resolución adecuada de los conflictos.

La familia determina de un modo u otro el comportamiento de los individuos es por esto, que un gran porcentaje de los factores protectores o de riesgo con relación a los problemas de salud y la curación o rehabilitación de alguno de sus miembros depende en gran medida de su familia.

### **Componentes fundamentales de la Promoción de la Salud:**

Participación e intersectorialidad

Comunicación

Educación

Medio ambiente saludable

### **Promoción de ambientes escolares saludables y seguros**

- Vigilar la higiene y calidad nutritiva de los alimentos que se comercializan en la escuela y su entorno
- Alimentación y Nutrición.
- Adolescencia
- Tabaquismo, drogas y alcohol
- Consumir agua potable y vigilar la limpieza de piletas y tinacos
- Control adecuado de excretas: fosa séptica, limpieza de sanitarios, desechos sanitarios, etc.
- Manejo adecuado de la basura y control de fauna nociva
- Cuidado de las áreas de recreación y deporte

## Calidad de Vida

La **calidad de vida** es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Según la **OMS**, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

## Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

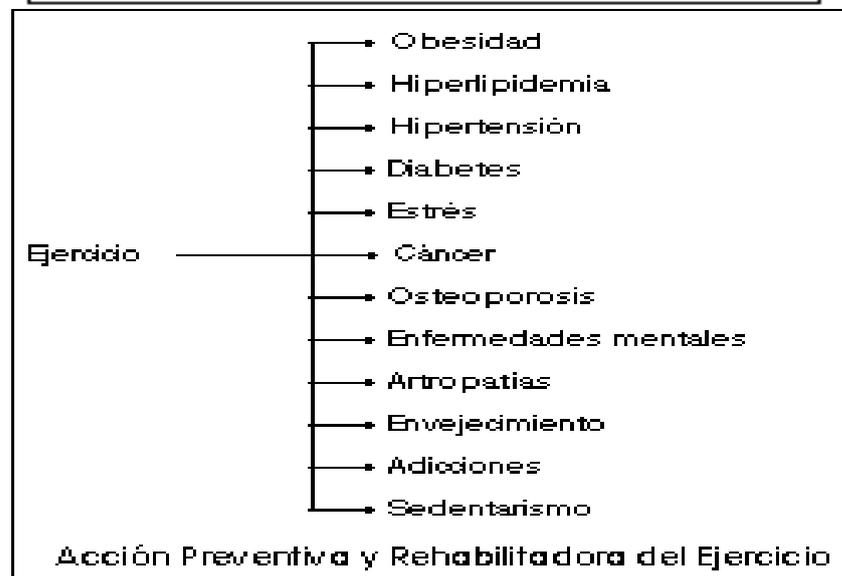
**Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de **enfermedad**, los **síntomas** producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del **tratamiento**. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

**Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

**Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: "Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica).

#### Elementos Determinantes del Estilo de Vida



### La Adolescencia

**La adolescencia** La raíz de la palabra adolescencia viene de adolecer (carecer o no tener suficiente). En esta etapa se adolece de experiencias, madurez y otras

facultades para pensar y actuar de la manera responsable que lo haría un adulto con experiencia. Al enfrentarse a los retos de la vida, carece en esta etapa de: seguridad, serenidad, estabilidad, claridad, autocontrol, madurez y objetividad. En la adolescencia los hijos dependen menos de los padres en el aspecto socio-emocional. Es aquí donde inician su camino a la vida adulta.

*Cambios en la adolescencia:*

- ◆ Físicos
  - crecimiento acelerado
  - aumento de peso
  - cambio de voz, entre otros...
  
- ◆ Desarrollo sexual
  - cambios en el cuerpo
  - sensaciones que no conocen
  - interés por conocer su cuerpo y el del sexo opuesto
  
- ◆ Sicoemocionales
  - ocurre una crisis de identidad (según el psicoanalista alemán Eric Erikson)
  - búsqueda para definir su identidad y personalidad
  - están centrados en sí mismos
  - piensan que todo el mundo los está mirando y hablando de ellos
  - cambios continuos de estados de ánimo; se vuelven irritables, tensos, ansiosos y sensibles
  - su comportamiento es difícil de entender
  
- ◆ Sociales
  - los padres dejan de ser los personajes principales en sus vidas

- buscan la aprobación de sus pares
- se esfuerzan por ser atractivos para el sexo opuesto
- los amigos se convierten en las personas más importantes

◆ Intelectuales

- comienzan a pensar de forma más abstracta y reflexiva
- decae el rendimiento académico, pues hay reducción en el interés por el aprendizaje y aumento por las actividades sociales

◆ Otras características

- son impulsivos
- temen “hacer el ridículo”, por lo que evitan sobresalir frente a los demás, (principalmente frente a los adultos)
- son desordenados
- les gustan las experiencias excitantes y peligrosas (son temerarios)
- les gusta llamar la atención frente a sus amigos



***Necesidades de los adolescentes***

Necesidades del adolescente	Recomendaciones para los adultos
Sentirse amado y apreciado	Muéstrole respeto, afecto e interés en sus cosas.
Sentirse seguro y libre de amenazas	Viva de acuerdo a los valores que predica y evite amenazas de castigos que no se cumplirán. Asegúrele que siempre lo amará no importa lo que pase.
Sentirse aceptado y competente	Respete sus sentimientos, emociones y percepciones; refuércele sus cualidades.
Sentirse importante y que pertenece a un núcleo familiar	Ayúdelo a sentirse importante y que tiene un lugar en la familia y en la sociedad.
Sentirse autónomo	Enséñele a ser responsable y a tomar buenas decisiones. Respete sus ideas.

Aunque la adolescencia puede ser percibido como una época difícil, el proceso de maduración que implica puede dar lugar a cambios positivos en la persona que faciliten la superación de los problemas del pasado.

La preocupación de los padres se suele asociar con los períodos de incertidumbre, confusión e infelicidad experimentados por los adolescentes. Pero, a pesar de todo esto, es importante no olvidar que, aunque pueden venir tiempos difíciles, la mayoría de los adolescentes no desarrollará problemas graves.

La mayoría de las dificultades en la adolescencia, por tanto, no son ni graves ni duraderas, aunque esto es de poco consuelo para aquellos que tienen que afrontarlas. Los padres pueden llegar a sentir que han fallado. Sin embargo, aunque pueda decirse cualquier cosa en el calor del momento, los padres todavía juegan un papel crucial en la vida de sus hijos.

Una de sus tareas es la de suministrar una base segura para que sus hijos vuelvan. Para que esto ocurra, los padres tienen que estar de acuerdo entre sí sobre como están manejando las cosas y apoyarse el uno al otro. Generalmente es muy perjudicial cuando un padre se alía con su hijo contra el otro padre.

El siguiente requerimiento son reglas. Aunque los adolescentes crezcan rápidamente, los padres todavía son sus mantenedores y es razonable que sean ellos quienes decidan cuales son las reglas del juego, aunque algunas de estas puedan ser negociadas. A pesar de que los adolescentes puedan protestar, unas reglas sensibles pueden ser la base para la seguridad y pueden realmente reducir las discusiones. Las normas deben ser claras de forma que todo el mundo pueda saber en qué situación se encuentra, y deben ser aplicadas con justicia y de forma consistente. Las reglas también deben ser razonables y menos restrictivas según el adolescente madura y se hace más responsable. Los padres necesitan diferenciar que es importante y qué no lo es, ya que no pueden existir reglas para todo. Mientras que algunas cosas no serán negociables, debería existir un margen para la discusión en otras. Las sanciones o castigos del tipo de no poder salir o quedarse sin paga funcionarán mejor si son establecidas con anterioridad a la infracción, y no deberá nunca amenazarse con las mismas si no se van a llevar a cabo.

Otra tarea para los adultos es el ser una fuente de consejo, simpatía y confort. Los chicos sólo acudirán a sus padres si saben que éstos no los avasallarán, sermonearán o criticarán. Escucharlos es lo fundamental.

Finalmente, los padres no deberían esperar que sus hijos se lo agradecieran - hasta que ellos no tengan hijos probablemente no se darán cuenta de lo agotadora que resulta la tarea de educarlos.



En ocasiones, la familia o el adolescente se verán desbordados y precisarán de ayuda externa a la familia.

Las preocupaciones sobre problemas con el desarrollo físico pueden ser discutidas con el médico de cabecera, quien también podrá ayudarle con los problemas emocionales.

Cuando los problemas surjan en el colegio, los padres necesitarán hablar con los maestros o profesores de sus hijos. Si existieran dificultades con el aprendizaje, el colegio puede solicitar la valoración y ayuda de los psicólogos y pedagogos de la Consejería de Educación. Estos profesionales pueden ayudarle con los problemas de aprendizaje así como ofrecerle consejo y ayuda con los problemas de relación que puedan existir.

Los adolescentes que se sientan confundidos o alterados emocionalmente por períodos de tiempo superiores a unos pocos meses - depresión persistente, ansiedad, problemas con la alimentación o conductas difíciles - generalmente precisan de ayuda extra. Este tipo de ayuda la pueden obtener de los profesionales pertenecientes a su Unidad de Salud Mental correspondiente, quienes le podrán ofertar tratamiento a nivel ambulatorio. A estos profesionales podrá acceder a través de su médico de cabecera o de los equipos específicos de la Consejería de Educación.

Según se hacen mayores, los adolescentes desean una mayor privacidad e independencia lo cual hará que puedan querer ver a su médico por sí mismos. La ley les permite el poder cuestionar sus tratamientos desde la edad de los 16 años, o incluso antes bajo ciertas circunstancias.

**Factores Relacionados al Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Ilícitas.**

- ◆ Normas de Higiene
- ◆ Eliminación de Basura
- ◆ Manipulación de Alimentos
  
- ◆ Prevención de Salud
- ◆ Prevención de Enfermedades Respiratorias
- ◆ Prevención de Enfermedades Intestinales
- ◆ Educación Sexual

**ANEXO 4**

**FOTOS DEL “HOGAR PERPETUO SOCORRO”**



**NIÑAS DEL HOGAR PERPETUO SOCORRO**

**VISITA DE AUTORIDADES DEL CONSEJO PROVINCIAL DEL GUAYAS**



**PRIMERA REUNIÓN CON LOS INTEGRANTES DEL HOGAR PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE-CAPACITACIÓN.**



**PADRES DE FAMILIA RECIBIENDO CAPACITACIÓN**



**MEDICO INVITADO PARA DICTAR CHARLA DE CAPACITACIÓN**



**INAUGURACIÓN DEL DEPARTAMENTO MÉDICO CON LA DELEGADA DEL CONSEJO PROVINCIAL DEL GUAYAS**



**PUBLICACIÓN DE LA INAUGURACIÓN DEL DEPARTAMENTO MÉDICO EN  
MEDIOS DE COMUNICACIÓN**



### **Equipan dispensario médico**

Importantes implementos médicos fueron entregados al hogar Perpetuo socorro, dirigido por la hermana Emma Montero, por intermedio de la consejera provincial, Lic. Geoconda Lipari de Icaza (der.), en representación del Consejo Provincial del Guayas. La funcionaria indicó que estos implementos servirán para brindar una mejor atención a las niñas que allí se educan y al personal administrativo. Atestiguaron la entrega las doctoras Dolores Giler Manzano y Nimia Alvarez Montalvo.

**PRIMERA REUNIÓN CON LOS PADRES DE FAMILIA PARA EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS PRE-CAPACITACIÓN.**



**CAPACITACIÓN A PADRES**



**SOCIALIZACIÓN CON PADRES**

**ANEXO 5**

**FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCION**

**NOMBRES Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Centro Universitario:** \_\_\_\_\_

**Título del proyecto:** \_\_\_\_\_

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA (% DEL AVANCE)					OBSERVACIONES
		Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	

