

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA**

Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera.

CMF 16. Municipio Chambas.2016-2018.

Autora: Dra. Maurenys González Marrero.

Residente de Segundo año de Medicina General Integral

**Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral.**

2018

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE AVILA**

Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera.

CMF 16. Municipio Chambas.2016-2018.

Autora: Dra. Maurenys González Marrero.

Residente de Segundo año de Medicina General Integral

Tutor: Dr. Maikel Picayo Delgado.

Especialista Primer Grado en Medicina General Integral.

**Tesis para optar por el Título de Especialista de Primer Grado en Medicina General
Integral.**

2018

PENSAMIENTO

“Prevenir es salvar”

José Martí

DEDICATORIA

A todos los que por su constancia y conocimiento me guiaron por el camino correcto a lo largo de la especialidad.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo de intervención comunitaria en los pacientes del CMF 16 del área de salud del Policlínico «Julio Castillo en el período comprendido de abril del 2016 a abril del 2018, con el objetivo de prevenir y controlar del cólera en el municipio, Chambas.

El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes perteneciente al CMF 16 (N=507) y como muestra se tomó 160 pacientes.

Después de realizar un análisis detallado de los resultados, los mismos arrojaron que la muestra de estudio, obtuvo calificación de inaceptable en el momento de diagnóstico en cuanto a nivel de conocimiento de los pacientes sobre las vías de transmisión de la enfermedad, signos y síntomas, calidad del agua para el consumo humano, medidas higiénicas sanitarias que deben cumplirse para evitar riesgo de contraer la enfermedad y la responsabilidad comunitaria ante un evento de cólera, después de la intervención comunitaria los resultados obtenidos fueron satisfactorios.

Palabras claves: intervención comunitaria, cólera

ÍNDICE

Introducción-----	1
Marco Teórico -----	5
Material y Método-----	14
Resultados y Discusión -----	19
Conclusiones-----	25
Recomendaciones -----	26
Referencias Bibliográficas -----	27
Anexos	

INTRODUCCION

El cólera es una enfermedad infecto contagiosa intestinal aguda, provocada por los serotipos O1 y O139 de la bacteria *Vibrio cholerae*, que produce una diarrea secretoria caracterizada por deposiciones semejantes al agua de arroz, con un marcado olor a pescado, una elevada cantidad de sodio, bicarbonato y potasio, y una escasa cantidad de proteínas.

En su forma grave, se caracteriza por una diarrea acuosa de gran volumen que lleva rápidamente a la deshidratación.

La enfermedad ha recibido varios nombres durante la historia tales como "enfermedad azul", "enfermedad negra", "fiebre algida grave", "pasión colérica", "diarrea colérica", "cholera morbus", "cholera gravis" y, simplemente, cólera. El origen del término es debatido. Puede provenir del griego χολη (bilis o hiel) y ρεω (corriente), es decir, corriente o flujo de bilis; o del griego χοληρα derivado de χηολε, que significa bilis.

Heinrich Häser y Celsus creyeron que el cólera se derivaba de la bilis (por esto se le llamó cholera morbus, enfermedad de la bilis), Alejandro de Tralles que provenía de los intestinos, mientras que Rudolf Kraus y Alexis Littré estaban a favor de su transmisión por medio del agua de los arroyos.

Las primeras descripciones de la enfermedad se pueden ver en los escritos de Hipócrates (460-377 a.C.), Galeno (129-216) y Wang Shuhe (180-270). En la historia de la India antigua, existen escritos que describen la enfermedad en las poblaciones asentadas en la ribera del río Ganges (7). Sin embargo, no es demostrable que dichas descripciones sean producidas específicamente por el *V. cholera*, ni tampoco es claro que se haya presentado en la forma epidémica que actualmente se conoce de la enfermedad.

La primera referencia en la historia documentada occidental de la existencia del cólera en India, se encuentra poco después de la llegada de Vasco de Gama a Calicut el año 1498. Fue en el año 1503 cuando se describe una epidemia de cólera asiática en la armada del soberano de Calicut; y posteriormente en el año 1543 en la población de la ciudad. La primera referencia documentada de un brote de cólera fuera de la India es del año 1629, y ocurrió en Yakarta, de la isla de Java. Desde esa época hasta 1817, hay sesenta y cuatro reportes de brotes relativamente aislados de cólera, primeramente, en la región de Goa, el primer territorio conocido por los europeos en India; y posteriormente en otras localidades de la costa oeste de dicho país, avanzando progresivamente hacia el este y el norte. En la costa de Coroman del se describen epidemias de la enfermedad entre los años 1772 y 1782. En Ganjam el cólera era prevalente en el año 1781. En Uttar Pradesh se desató una epidemia en abril de 1783. Entre 1781 y 1782 la enfermedad se había extendido a Sri Lanka y Birmania. Otros brotes epidémicos en India ocurrieron durante 1787 y 1794 en Arcot y Vellore; en el año 1790 nuevamente en Ganjam; en el año 1814 en Bengala. Fuera de India, destacan brotes en Mauricio y Reunión en 1775, y en Sri Lanka el año 1804. Tras un período de receso de los brotes, se inicia la primera pandemia de cólera el año 1817 (8).

El cólera es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de *Vibrio cholerae*, una bacteria presente en aguas y alimentos contaminados por heces fecales, que suele transmitirse a través de estos, y sigue constituyendo un riesgo permanente en muchos países. En el transcurso de la historia, poblaciones de todo el mundo han sido afectadas esporádicamente por brotes de cólera. Las características de rápida transmisión y alta agresividad del agente patógeno causante de esta enfermedad han determinado la ocurrencia de episodios caracterizados por altas tasas de morbilidad y mortalidad. Durante la mayor parte del siglo XX el cólera estuvo confinado principalmente en Asia, particularmente Indonesia y el Golfo de Bengala (9; 10).

Actualmente se han registrado caso de cólera en nuestro país, de la cual no estuvo exenta la provincia de Ciego de Ávila en el año 2013 dónde todos los municipios estuvieron afectados y dentro de ellos Chambas, donde aparecen registrados 18 eventos de cólera, con un total de 74 casos confirmados y 9 eventos con 23 casos confirmados en el 2014, en el área de salud julio Castillo a la que pertenece la muestra de estudio presentó 4 eventos con 10 confirmados. El peligro de introducción es real, si se toma en cuenta que se reciben ómnibus de la capital y de otras provincias como Camaguey y Santa Clara ,manteniendo relaciones además con muchos países donde la enfermedad esta presente, por otro lado existen situaciones de infraestructura higiénico sanitaria que son riesgosas, especialmente aquellas relacionadas con la disposición de excretas y residuales líquidos y con la calidad sanitaria del agua de consumo humano, los cuales pueden facilitar la transmisión de la enfermedad.

Teniendo en cuenta que la comunidad de Biscusia (CMF16) existen las condiciones higiénico-sanitarias y medioambientales propicias ante dicha enfermedad y a pesar de que se ha tomando un serie de medidas encaminadas a reducir al mínimo las posibilidades de aparición de la enfermedad , donde el médico , enfermera y operario de vectores constituyen el primer promotor de salud en la comunidad para prevenir, fomentar estilos de vida saludables y controlar la enfermedad, es indispensable continuar la adecuada educación sanitaria de la población, la cual es fundamental para garantizar la participación de la comunidad .Por todas las consideraciones anteriormente expuestas se propone el siguiente

Problema Científico: Cómo modificar las condiciones medioambientales e higiénico – sanitarias para prevenir una epidemia por cólera.

Pregunta científica: ¿Cómo prevenir y controlar de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas?

Novedad

Crear comisiones de salud con el objetivo de capacitar a los adultos y niños de edad escolar para apoyar las acciones de saneamiento ambiental en la comunidad en

conjunto con el equipo Básico de Salud (EBS).

Hipótesis: Si se implementa una estrategia de intervención comunitaria, rápida participativa, dinámica para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas, se incrementarán sus conocimientos sobre la enfermedad y de esta forma mejoraremos su calidad de vida.

Objetivo General

- ❖ Implementar una estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas. Estudio de un año.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición del cólera en el área de salud de chambas CMF#16
- ❖ Diseñar una estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas.
- ❖ Aplicar la estrategia comunitaria para la prevención y control de cólera.

MARCO TEÒRICO

El cólera es endémico en más de 50 países y ha producido varias epidemias de alcance mundial. Desde 1817, siete pandemias de cólera se han extendido desde Asia al resto del mundo. La última de ellas ocurrió el año 1961 y afectó entre 3 y 5 millones de personas por año, muriendo alrededor de 120.000 personas.

Además del sufrimiento humano que provoca la enfermedad, los brotes de cólera causan reacciones de pánico, desorganizan la estructura social y económica y pueden dificultar el desarrollo de las comunidades afectadas. Durante los últimos 20 años, después de la reemergencia del cólera en las Américas, la incidencia más alta de casos se registra en África. En efecto, durante el 2010, se han presentado varios brotes de cólera en Angola, Etiopía, Somalia, Sudán, norte de Vietnam y Zimbawe. La mayoría de los países afectados registraron una tasa de letalidad inferior al 5%.⁸ Al 31 de octubre de 2010, se diagnosticó cólera en Haití.

En Cuba la primera epidemia documentada de cólera se presentó en el siglo XIX, exactamente en los primeros años de la década del treinta (1833). El cólera es causado por un agente infeccioso. Se trata de un bacilo aerobio, Gram negativo, con un solo flagelo polar que le da gran movilidad, llamado *Vibrio cholerae*, que fue descubierto en el año de 1883 por Robert Koch y sobrevive por periodos hasta de 7 días fuera del organismo.

El vibrión que causa la epidemia del cólera estaba subdividido en dos biotipos: el clásico y "El Tor." debido a que los peregrinos de quienes fue aislado no estaban infectados de cólera, este vibrión hemolítico "El Tor", fue considerado como relativamente insignificante, a excepción de la posible confusión creada con el verdadero vibrión del cólera.

Se ha considerado al hombre como único reservorio del *Vibrio cholerae*, aunque actualmente se sospecha de otros reservorios acuáticos como moluscos, cangrejos

y ostras, que explicarían los casos esporádicos que se han encontrado en las costas del Golfo de México no relacionados con las epidemias.

La vía de entrada de la enfermedad es por la boca, aunque esto no significa que no pueda pasar de forma directa de persona a persona, se transmite por contaminación del agua con heces y vómito de pacientes y portadores y por la ingestión de alimentos contaminados. Aunque se puede dar la transmisión de persona a persona, epidemiológicamente este mecanismo no es importante. Las moscas parecen tener un papel en la transmisión del cólera al contaminar los alimentos, aunque aún no está plenamente confirmado.

Existen factores de riesgo asociados, tales como: hacinamiento, desnutrición, atraso cultural, bajo nivel socioeconómico, saneamiento precario y falta de higiene. Período de transmisibilidad es sin tratamiento, cerca del 50% de los pacientes excretan el bacilo hasta por 5 días; sin embargo, muchos casos leves o asintomáticos pueden eliminarlo en las heces por períodos de hasta dos semanas en el caso de no recibir antibióticos. El portador crónico es raro. Población susceptible está constituida por aquellas comunidades carentes de suministro de agua y disposición adecuada de excretas. La mala higiene personal y ambiental, la desnutrición, otras enfermedades subyacentes y la aclorhidria también favorecen la infección. La tasa de ataque en una epidemia está entre 0.2 y 2% de la población susceptible. Ante una comunidad preparada y con tratamiento oportuno, la letalidad no sobrepasa el 1%. Sin tratamiento, sin campañas educativas se ha llegado a observar una letalidad hasta del 50%.

La inmunidad es específica para los serotipos; sin embargo, pueden observarse ataques secundarios 1 a 5 años después de haber sufrido la enfermedad. La protección es dada principalmente por la colonización bacteriana. Los anticuerpos vibriocidas se correlacionan con la protección relativa que se observa en áreas de endemia.

Cuando en 1884 el Dr. Robert Koch identificó la bacteria causante del cólera y postuló que ésta ocasionaba diarrea mediante la producción de una toxina, quizá no imaginó que cuarenta y cinco años después, en 1929, se confirmaran sus postulados por el microbiólogo hindú S.N. de, quien al experimentar con conejos le indujo una pérdida de líquidos del intestino delgado, a través de la inoculación de sobrenadantes de un cultivo de *Vibrio cholerae*. De esta forma, las investigaciones en torno al tema avanzaron con más solidez y un tiempo después los norteamericanos Finkelstein y Lo Spalluto por primera vez, aislaron, caracterizaron y determinaron la naturaleza proteica de la enterotoxina del cólera.

La infección con el *V. cholerae* produce una amplia gama de respuestas que van desde las manifestaciones no observadas, a excepción, de la respuesta serológica a un sangramiento agudo (la más clásica y común) la cual tiene que ser tratada a través de la hospitalización y subsiguientemente con un tratamiento de rehidratación. Uno de factores principales para contraer en mayor medida la enfermedad es la experiencia inmunológica precedente del sujeto en riesgo. Un método con frecuencia recomendada para contrarrestar la infección por el *V. cholerae* en los niños es la lactancia materna, ya que aumenta la inmunidad de éstos a la enfermedad, así como también a otros agentes que provocan enfermedades diarreicas.

Las manifestaciones clínicas pueden ser leves, moderadas o graves. Las formas leves y moderadas son similares a cualquier cuadro de gastroenteritis; las formas graves corresponden al cuadro clásico de cólera. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el período de incubación es de 2 a 3 días, pero varía desde 6 horas hasta 5 días. Su principal manifestación es la diarrea, que tiene un comienzo brusco, presentándose inicialmente con deposiciones que generalmente en pocas horas se tornan voluminosas y acuosas con aspecto de agua de arroz. En los niños se ha calculado que pueden presentar un gasto fecaloide 8-10/ml/kg/hora en la mayoría de los casos y en adultos puede ser de 20-30 litros al día. La diarrea generalmente desaparece espontáneamente en 6 días. Como síntomas acompañantes pueden existir: cólico intenso, borborismo, vómitos que generalmente son acuosos,

hipotermia, fiebre y convulsiones. También puede haber alteraciones metabólicas como acidosis, hipokalemia e hipoglucemia. Consecuentemente se pueden presentar complicaciones como alteración de conciencia, debilidad muscular, calambres, pulso débil, arritmias cardíacas, íleo paralítico insuficiencia renal aguda o edema pulmonar iatrogénico.

Definición normalizada de los casos según la OMS. Se debe sospechar un caso de cólera cuando:

1. En una zona donde la enfermedad no haya estado presente se detecte un paciente mayor de 5 años con deshidratación grave o muerte por diarrea acuosa aguda;
2. En una zona donde el cólera sea epidémico, un paciente mayor de 5 años presente diarrea acuosa aguda, con o sin vómitos.

El cólera se confirma cuando se aísla *Vibrio cholerae* O1 u O139 en un paciente con diarrea. Una vez que se haya confirmado la presencia de *Vibrio cholerae*, para diagnosticar los casos basta que cumplan la definición clínica de la OMS. Después son necesarias pruebas de laboratorio para determinar la sensibilidad a los antibióticos y para confirmar el final del brote. Las pruebas diagnósticas rápidas pueden facilitar la detección de los primeros casos y la alerta temprana.

La solicitud de exámenes de laboratorio por una sospecha inicial de cólera basada en el reconocimiento de las características clínicas típicas y el entorno epidemiológico apropiado, es sumamente importante.

Tratamiento de los casos: el tratamiento eficiente radica en la rehidratación rápida mediante la administración de sales de rehidratación oral (SRO) o líquidos intravenosos, dependiendo de la gravedad del caso. La administración de SRO permite tratar adecuadamente hasta un 80% de los casos. Los pacientes con deshidratación muy grave se tratan con líquidos intravenosos, preferiblemente lactato de Ringer. A los casos graves se les pueden administrar antibióticos

apropiados para reducir la duración de la diarrea y el volumen de líquidos de rehidratación necesarios, así como para acortar el periodo de excreción de *Vibrio cholerae*. En los menores de 5 años la administración de suplementos de cinc tiene una eficacia demostrada para acortar la duración de la diarrea y el número de episodios diarreicos sucesivos. Con el fin de garantizar el acceso oportuno al tratamiento, los centros de tratamiento del cólera deben instalarse entre las poblaciones afectadas, siempre que sea posible. Cuando no se puede efectuar la rehidratación intravenosa y el paciente no puede beber, se puede administrar SRO por sonda nasogástrica. Sin embargo, no deben utilizarse sondas nasogástricas en pacientes inconscientes.

Los antibióticos deben administrarse solo en los casos graves, para reducir la duración de los síntomas y la presencia de agentes patógenos. La Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar dosis única de doxiciclina 300 mg oralmente, la tetraciclina 12.5 mg/kg oralmente 4 veces al día durante 3 días y en caso de tratamiento pediátrico la eritromicina líquida 12.5 mg/kg oralmente 4 veces al día durante 3 días. En adultos, una dosis única de azitromicina 1 g es eficaz para el cólera y en niños una dosis única de ciprofloxacino parece ser tan eficaz como 12 dosis de eritromicina, pero menos eficaz para su erradicación de las heces, una dosis única de azitromicina es tan eficaz como 3 días de eritromicina.

La OMS nunca ha recomendado la vacuna parenteral por su escasa eficacia protectora y la alta frecuencia de reacciones adversas graves. La educación sanitaria es crucial para garantizar la participación de la comunidad.

Cambiar el comportamiento de las personas lleva tiempo. Por consiguiente, los mensajes destinados a lograr la aceptación del tratamiento doméstico del agua y la participación comunitaria son cruciales y deben difundirse continuamente, no solo durante el brote.

Frecuentemente, las fuentes de agua sin protección están contaminadas. Es preciso proteger las fuentes de agua, como medida importante para reducir el riesgo de

contaminación. El tratamiento de la fuente quizá sea la mejor manera de prevenir la propagación del cólera en la comunidad. En caso de emergencia, es recomendable que la concentración de cloro libre residual sea aproximadamente de 0,5 mg/l. Cuando el agua es demasiado turbia, debe filtrarse antes de proceder a la desinfección. Otra opción es realizar la filtración y la cloración en el domicilio. La población debe tener acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas: conexión con el alcantarillado público, conexión con una fosa séptica, letrinas de sifón, letrinas de pozo sencillas y letrinas mejoradas y ventiladas. Las instalaciones como las letrinas de cubo, las letrinas compartidas o públicas y las zanjas deben sustituirse cuanto antes por instalaciones de saneamiento mejoradas. La comunidad debe intervenir en todas las fases de la ejecución de los proyectos de saneamiento locales. Sin su participación y compromiso, se corre el riesgo de que las instalaciones de saneamiento se utilicen mal o no se usen en absoluto. Conociendo que la bacteria *Vibrio cholerae*, responsable de esta patología, se transmite a través del agua/alimentos contaminados y cuando es capaz de invadir el intestino humano secreta una toxina causante de cuadros de diarrea que pueden llegar a ser muy severos, y, en caso de retraso/ falta de tratamiento, acabar con la vida del afectado. Sus reservorios habituales son la persona contaminada y el agua. El abastecimiento de agua limpia y su correcta depuración, junto con las prácticas higiénicas básicas en el tratamiento de los alimentos, pueden evitar la aparición de la enfermedad. Tristemente, estas condiciones no siempre se cumplen.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo sobre una intervención comunitaria con en los pacientes del CMF 16 del área de salud del Policlínico «Julio Castillo en el período comprendido de abril del 2016 a abril del 2018, con el objetivo de prevenir y controlar el cólera en el municipio, Chambas

El universo de estudio estuvo constituido por el total de pacientes perteneciente al CMF 16 (N=507) y como muestra se tomó 160 pacientes.

Criterios de inclusión.

Presentar nivel medio y bajo de conocimientos sobre el cólera.

Desean participar en la investigación.

Vivir dentro de la población del CMF#16.

Criterios de exclusión

Presentar nivel alto de conocimientos sobre el cólera.

No desear participar en la investigación.

Presentar dos o más ausencia a la estrategia de intervención.

Se ha estructurado en las siguientes Etapas (Anexo 3):

❖ Primera etapa: identificación de los factores de riesgo asociados al cólera.

❖ Segunda etapa: diseño de la estrategia.

Se diseñó con la ayuda de todos los implicados: medico, enfermera, escuela, organizaciones de masas.

❖ Tercera etapa: aplicación de la estrategia.

❖ Cuarta etapa: evaluación de la intervención.

Se realizó la evaluación del programa, se procesaron los datos y redactó el informe final. Se corroboró la factibilidad de la intervención y el valor científico de los resultados de la investigación para su introducción y generalización en el sistema de salud.

Métodos de obtención de información

_ La revisión de documentos: se realizó la revisión de análisis de situación de salud, boletín y encuestas epidemiológicas.

-- La observación: mediante la misma se conoció la situación real, para identificar los factores de riesgo asociados a la aparición del cólera en la comunidad.

-- La encuesta (**Anexo 1**): se utilizó como técnica con el fin de identificar sus necesidades de aprendizaje y así diseñar un programa educativo.

Principales variables de medición de respuesta, su operacionalización y definición de las escalas.

Variable Independiente

Estrategia de intervención comunitaria: sistema de actividades efectivas para lograr cambios de comportamiento específicos y sostenidos en sectores de la población. Debe estar centrado en el sujeto, implicándolo afectivamente, con una correcta comunicación.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Conocimientos de la muestra de estudio en cuanto a:

- Transmisión de la enfermedad.
- Calidad del agua de consumo.
- Medidas higiénico-sanitarias.
- Responsabilidad comunitaria.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

INDICADORES	CLASIFICACIÓN	EVALUACIÓN ÍTEM
Conocimientos sobre el cólera	Aceptable: si identifica 2 incisos correctos Inaceptable: Si identifica uno o no identifica ninguno Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	Ítem 1: (20 puntos) incisos correctos: 1.1, 1.2(10 puntos cada uno)
Conocimientos de la vía de trasmisión.	Aceptable: si identifica inciso correcto Inaceptable: si no identifica	Ítem 2: (5 puntos) incisos correctos: 2.1

	Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	(5 puntos)
Conocimientos relacionados con la calidad del agua para el consumo.	Aceptable: si identifica incisos correcto Inaceptable: si no identifica Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	Ítem 3: (10 puntos) incisos correctos: 3.5
Conocimientos sobre síntomas y signos de la enfermedad	Aceptable: si identifica 4 incisos correctos Inaceptable: si identifica menos de tres o no identifica ninguno Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	Ítem4: (20 puntos) incisos correctos: 4.1, 4.2, 4.6 ,4.7 (5 puntos cada uno)
Conocimientos en cuanto medidas higiénico-sanitarias	Aceptable: si Identifica de 6 a 7 incisos correctos Inaceptable: si identifica menos de tres incisos correctos o no identifica ninguno. Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	Ítem 5: (35puntos) incisos correctos: 5.1, 5.2, 5.4, 5.5,5.6,5.7,5.8) (5 puntos cada uno)
Responsabilidad comunitaria.	Aceptable: si responde inciso correcto. Inaceptable: si no responde	Ítem6: (10 puntos) inciso correcto: 6.1

	el inciso correcto Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	
Nivel de conocimiento general sobre el cólera	- Aceptable - Inaceptable Variable Cualitativa Nominal Dicotómica	Aceptable: si obtiene 90 puntos o más. Inaceptable: Si obtiene menos de 70 puntos.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.

a.) De recolección de la información:

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos confeccionada mediante el programa Excel del Office XP.

b.) Del procesamiento de la información:

El procesamiento de la información incluyó el cálculo de medidas de resumen para variables cualitativas, frecuencias absolutas y porcentajes.

c.) De la elaboración y síntesis de los datos:

Para el análisis estadístico se emplearon tablas de distribución de frecuencia de una y doble entrada utilizando como medida de resumen la frecuencia absoluta (n) y el porcentaje. Posteriormente se procedió a la confección del informe final, partiendo del análisis de dichas tablas, se confrontaron los resultados de esta investigación con la información de otros autores, permitiendo arribar a las respectivas conclusiones y recomendaciones. La elaboración del informe final se realizó utilizando el procesador de texto Microsoft Word del paquete office 2010 auxiliándonos de una computadora personal Core I-3.

METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio de intervención educativa que les permitió elevar su nivel de conocimiento en cuanto al adecuado seguimiento y control del cólera.

Métodos y técnica a emplear.

De nivel teórico:

Histórico-Lógico: Para el estudio y síntesis de la evolución del sistema de salud.

Analítico-Sintético: Durante el estudio de la bibliografía especializada acerca de la temática objeto de investigación.

Hipotético-Deductivo: Durante el planteamiento y seguimiento de la hipótesis de la investigación durante el desarrollo del proyecto.

Inducción-Deducción: Al realizar el tránsito del objeto al campo, así como de lo general a lo particular y viceversa.

De nivel empírico:

Análisis de documentos: Durante el estudio de documentos y normativas del sistema de salud, normas y manuales de procedimientos, etc.

De nivel matemático-Estadístico:

Se aplican procedimientos de la Estadística Descriptiva.

Aspectos éticos.

A todos los pacientes seleccionados para participar en el estudio se les solicitó el consentimiento informado, luego de expuestos los beneficios, importancia y relevancia de la investigación. **(Anexo 2)**, cumpliendo con los principios éticos de Helsinki de: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según conocimientos sobre el cólera, antes y después de la intervención comunitaria.

Conocimientos generales sobre el cólera	Intervención comunitaria			
	Antes		Después	
	N	%	n	%
Aceptable	48	30.0	147	91.87
Inaceptable	112	70.0	13	8.12
Total	160	100.00	160	100.00

Con respecto al conocimiento de la muestra de estudio sobre el cólera, del total de encuestados el 70.00% obtuvo calificación de inaceptable en el momento de diagnóstico, es decir identificaron menos de cinco respuestas correctas. Después de la intervención cuando se aplicó nuevamente el instrumento, la calificación fue aceptable con el 91.87%.

Es importante que todos los pacientes en las comunidades tengan un nivel de conocimientos generales con respecto al cólera, porque en los momentos actuales se esta propenso a contraer la enfermedad, dado por la situación actual del cólera en el mundo (particularmente en Haití), las amplias relaciones de colaboración de Cuba con el mundo, el desarrollo de nuestro turismo y la cercanía geográfica a Haití, hace que el riesgo epidemiológico en Cuba se incremente. Se aprecian resultados similares en otros estudios donde el nivel de conocimientos es deficiente (34).

Tabla 2. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimiento sobre las vías de transmisión del cólera antes y después de la intervención comunitaria.

Conocimientos sobre las vías de transmisión del cólera	Intervención comunitaria			
	Antes		Después	
	N	%	N	%
Aceptable	95	59.40	145	90.60
Inaceptable	65	40.60	15	9.40
Total	160	100.00	160	100.00

En cuanto al nivel de conocimientos de la muestra de estudio sobre las vías de transmisión de la enfermedad; antes de la intervención el 40.60% (65) obtuvo calificación de inaceptable, después de la intervención alcanzó calificación de aceptable con el 90.60 %.

Estos resultados son similares a los obtenidos por González (2), donde se corrobora que el cólera sigue afectando los países en vías de desarrollo, con malas infraestructuras sanitarias, que no pueden frenar su extensión aún conociendo sus vías de transmisión.

Tabla 3. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimientos de síntomas y signos de la enfermedad.

Conocimientos sobre síntomas y signos de la enfermedad.	Intervención Comunitaria			
	Antes		Después	
	N	%	N	%
Aceptable	32	20	142	88,75
Inaceptable	128	80	18	11,25
Total	160	100.0	160	100.00

El 80% de la muestra de estudio con respecto al nivel de conocimientos de síntomas y signos de la enfermedad antes de la intervención comunitaria era inaceptable y después de la intervención el 88,75% es aceptable.

En otros estudios se demuestra que las manifestaciones clínicas pueden ser leves, moderadas o graves. Las formas leves y moderadas son similares a cualquier cuadro de gastroenteritis; las formas graves corresponden al cuadro clásico de cólera. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el período de incubación es de 2 a 3 días, pero varía desde 6 horas hasta 5 días. Su principal manifestación es la diarrea, que tiene un comienzo brusco, presentándose inicialmente con deposiciones que generalmente en pocas horas se tornan voluminosas y acuosas con aspecto de agua de arroz. El impacto social del cólera se traduce en su contagiosidad, severidad del cuadro clínico, alta mortalidad y letalidad. Por tanto, se impone que se adopten energéticas medidas de control en darles solución a las vulnerabilidades identificadas. Por Ello es fundamental que todo aquel paciente que presente síntomas diarreicos tenga la primera diarrea en el hogar y la otra en el cuerpo de guardia de su área de salud para tomar la conducta médica adecuada, así como conocer del caso y realizar las acciones de descontaminación y control de foco en su vivienda y alrededores.

Tabla 4. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimientos relacionados con la calidad del agua para el consumo, antes y después de la intervención comunitaria.

Conocimientos sobre calidad del agua para el consumo humano.	Intervención Comunitaria			
	Antes		Después	
	N	%	n	%
Aceptable	99	61.87	142	88.75
Inaceptable	61	38.12	18	11.25
Total	160	100.00	160	100.00

En cuanto conocimientos relacionados con la calidad del agua para el consumo humano, antes de la intervención el nivel del conocimiento fue del 61.87 % por lo que calificó como aceptable, ya después de la intervención fue del 88.75%. En estudios realizados por Salinas, en los países de América Latina y el Caribe han venido haciendo grandes esfuerzos para aumentar la cobertura de la población con agua potable (5). En estudios realizados Kaper, James B; Morris se señala que las fuentes de agua sin protección están contaminadas. Es preciso proteger las fuentes de agua, como medida importante para reducir el riesgo de contaminación. El tratamiento de la fuente quizá sea la mejor manera de prevenir la propagación del cólera en la comunidad. En caso de emergencia, es recomendable que la concentración de cloro libre residual sea aproximadamente de 0,5 mg/l. Cuando el agua es demasiado turbia, debe filtrarse antes de proceder a la desinfección. Otra opción es realizar la filtración y la cloración en el domicilio.

El abastecimiento de agua limpia y su correcta depuración, junto con las prácticas higiénicas básicas en el tratamiento de los alimentos, pueden evitar la aparición de la enfermedad. Tristemente, estas condiciones no se cumplen siempre.

Tabla 5. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimientos en cuanto a las medidas higiénicas sanitarias que deben cumplirse para evitar riesgo de contraer el cólera, antes y después de la intervención comunitaria.

Conocimientos sobre a las medidas higiénicas sanitarias que deben cumplirse para evitar riesgo de contraer enfermedad.	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	N	%	N	%
Aceptable	68	42.50	159	99.37
Inaceptable	92	57.50	1	0.62
Total	160	100.00	160	100.00

El nivel de conocimiento fue inaceptable en el inicio con un 57.50%. Posterior a la intervención se obtuvo calificación aceptable con el 99.37%.

En estudios realizados por Valenzuela, Chile se han aumentado la cobertura de la población con los recursos básicos tales como el agua potable, recolección y eliminación de excretas, saneamiento alimentario y eliminación de desechos sólidos, y educando a la población en esta terrible enfermedad, la cual es prevenible, y curable con una mortalidad hoy día de menos de 1%. En estudios realizados por Zito, M (7) señalan que el sistema de salud funcionó con mayor efectividad, cuando se tomaron medidas elementales de higiene y aislamiento. En Chile se logró niveles muy bajos de la enfermedad. Sin embargo, sólo se conseguiría erradicar el cólera cuando la población cumpliera regular y constantemente con las medidas propuestas, sobre todo en lo que respecta a hábitos de higiene y alimentación.

Tabla 6. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimientos en cuanto a la participación comunitaria ante un evento de cólera, antes y después de la intervención comunitaria.

Conocimientos sobre participación comunitaria ante un evento de cólera	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	n	%	N	%
Aceptable	56	35.00	156	97.50
Inaceptable	104	65.00	4	2.50
Total	160	100.00	160	100.00

Se aprecia que el 35% de la muestra de estudio posee un nivel de conocimientos deficientes en cuanto a la participación comunitaria ante un evento de cólera. Se considera importante la participación comunitaria ante el enfrentamiento de la enfermedad, porque es allí donde se debe evitar la propagación de la enfermedad.

En estudios realizados se demuestra que Una epidemia de cólera puede controlarse más rápidamente cuando el público sabe cómo ayudar a limitar la propagación. La educación sanitaria es crucial para garantizar la participación de la comunidad.

Tabla 7. Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera. CMF 16. Municipio Chambas. Abril 2016- Abril 2018 según Nivel de conocimientos general de los encuestados antes y después de la intervención educativa.

Nivel de Conocimientos general	Intervención Educativa			
	Antes		Después	
	n	%	N	%
Aceptable	60	37.50	149	93.12
Inaceptable	100	62.50	11	6.87
Total	160	100.00	160	100.00

n=160

$\alpha=0.05$

p=0.0001

Se expone la distribución del nivel de conocimientos general sobre de los encuestados antes y después de la intervención comunitaria, del total de encuestados el 62.50% tenían conocimiento inaceptable antes de la intervención comunitaria y después de la misma el 93.10% (149) se encontraban calificados con conocimiento aceptable, aunque quedaron 11 aún con calificación inaceptable.

Al realizar el análisis estadístico de la comparación de medias y comparando ambos momentos (antes y después de la intervención comunitaria buscando comprobar la efectividad de la intervención aplicada, encontramos los siguientes resultados:

MOMENTOS	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA.	INTERVALO DE CONFIANZA
ANTES	62.32	2.14	(57.89;68.50)
DESPUES	94.21	1.85	(88.69;97.04)

La media para antes de la intervención fue de 62.32 por lo que clasifica a los encuestados en la categoría de nivel Inaceptable, después de la intervención comunitaria, la media es de 94.21 lo que los clasifica en la categoría de nivel aceptable.

CONCLUSIONES

Predominó la calificación de inaceptable en el momento de diagnóstico. Después de la intervención cuando se aplicó nuevamente el instrumento, la calificación fue aceptable en casi su totalidad.

Sobre las vías de transmisión de la enfermedad después de la intervención alcanzaron calificación de aceptable la mayoría.

La mayoría de la muestra obtiene aceptable, sobre los conocimientos relacionados con la calidad del agua para el consumo humano, después de la intervención.

Sobre las medidas higiénicas sanitarias que deben cumplirse para evitar riesgo de contraer la enfermedad casi la totalidad de la muestra las identificó correctamente posterior a la intervención. Comportamiento similar al anterior ocurrió con el nivel de conocimiento en cuanto a la responsabilidad comunitaria ante un evento de cólera después de la intervención.

RECOMENDACIONES

Extender a otras comunidades vulnerables este tipo de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lugones Botel, Miguel; Ramírez Bermúdez, Marieta (mayo 2011). Cólera. La Habana, Cuba: Policlínico Universitario "26 de Julio". Consultado el 20 de junio de 2013.
2. Gonzáles Acosta J A, Pentón Depestre R. Cómo tratar el cólera en las gestantes y puérperas. Acta Médica del Centro. [revista en la Internet]. [citado 2011 Julio 17]; 5(1) 2011. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r1_11/colera.html
3. Harris, JB; La Rocque, RC; Qadri, F; Ryan, ET; Calderwood, SB (junio 2012). «Cholera» (en inglés). Lancet 379 (9835): pp. 2466-76. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60436-X. Consultado el 1 de julio de 2013.
4. Kaper, James B; Morris, J. Glenn; Levine, Myron M (enero 1995). «Cholera» (en inglés). Clin Microbiol Rev (American Society for Microbiology) 8 (1): pp. 48-86. PMID 7704895. Consultado el 19 de junio de 2013.
5. Salinas PJ. Cólera: Una revisión actualizada. Parte 2. Aspectos Epidemiológicos, Vacuna Anticolérica, Modo de Transmisión. Med-ULA. Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.[en línea] 2 (1-2). Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos903/colera-parte-dos/colera-parte-dos.html>
6. Bustamante Montes, Patricia (julio 2000). «Historia del cólera en el mundo y México». Ciencia Ergo Sum (México: Universidad Autónoma del Estado de México) 7 (2): pp. 178-184. ISSN 1405-0269. Consultado el 14 de agosto de 2013.
7. Zito M. Todo contra el cólera. Rev Informativa Cuba Ahora. 2010 ago [citado 13 Ago 2010]; Disponible en: <http://www.cubahora.cu/index.php>.
8. Pollitzer, R (1959). Organización Mundial de la Salud. ed. «Cholera». World Health Organization Monograph Series (Geneva, Suiza) (43). Consultado el 20 de agosto de 2013

9. OMS. Prevención y control de los brotes de cólera: política y recomendaciones de la OMS 2011. [Citado 2011 julio 17]; Disponible en:

<http://www.who.int/topics/cholera/control/es/index.html>

10. WHO. Epidemiología del Cólera. [citado 2011 julio 17]. Disponible en: <http://www.maph49.galeon.com/colera/colera49.html>

11. Quichua Lleni EE, Noblecía A, Osco Matos IA, et al. Cólera. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos63/colera/colera.html>

12. Valenzuela B M. Teresa, Salinas P Hugo, Cárcamo I Marcela, Cerda L Jaime, Valdivia C Gonzalo. Estrategias para el enfrentamiento del cólera: La experiencia chilena desde una perspectiva de salud pública. Rev. chil. infectol. [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2011 Sep 16]; 27(5): 407-410. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000600005&lng=es.

13. WHO. Epidemias mundiales e impacto del cólera. [citado 2011 julio 17]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cholera/impact/es/index.html>

14. Dirección de Epidemiología de la Provincia de Bs. As. Informe epidemiológico. Cólera. Año2010.[citado 2011 julio 17].Disponible en:

<http://www.colmed6.org.ar/uploads/2010/11/al>

15. Pérez Ortiz Letier, Madrigal Lomba Ramón. El cólera en Cuba. Apuntes históricos. Rev. Med. Electrón. [revista en la Internet]. [citado 2011 Sep 16]. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242010000700002&lng=es

16. Fernández Sandra, ALONSO G. Cólera y Vibrio Cholerae. Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel. [online]. [citado 16 Septiembre 2011] dic. 2009, 40(2): p.50-69. Disponible en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772009000200006&lng=es.

17. Mota Hernández, Felipe. Como prevenir el cólera en los niños. [citado 2011 julio 17]. Disponible en: <http://www.mipediatra.com.mx/colera-pre.html>

18. Finkelstein, Richard A. Cholera, Vibrio cholerae 01 0139, other Pathogenic Vibrios. Disponible en: <http://gsbs.utmb.edu/microbook/ch024.html>

19. PAHO. Cólera. [citado 2011 julio 17]. Disponible en: <http://www.bic.nus.edu.sg/scop/data/scop.1.002.045.001.001.005.html>

20. Epidemiología Hospitalaria. Vibrio Cholerae, Serogrupo 01y 0139. Última Actualización: 01/Febrero/2011. [citado 2011 julio 17]. Disponible en: <http://www.hvil.sld.cu/epidemiologia-hospitalaria/>

21. Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento Enfermedades Transmisibles. Ministerio de Salud de Chile. 2010. Protocolo de atención de pacientes con cólera. [citado 2011 julio 17]. Disponible en:

http://www.sochinf.cl/sitio/templates/sochinf2008/documentos/2011/protocolo_colera.pdf

22. Colectivo de autores Filial Ciencias médicas Manzanillo. El cólera.2011 [citado 2011 julio 18] Disponible en:

http://www.ecured.cu/index.php/EI_C%C3%B3lera

23. Villacrés D; Moreno A; Barroso C, et al. Estudio epidemiológico del cólera en las comunidades de Puerto Arturo. Cunchubamba y Unamuncho. EC1.1- BICME - Banco de Información Científico-Médica. EC1.10; 48: [citado 2011 julio 18]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>

24. Cólera: Una revisión actualizada. Parte 2. Aspectos Epidemiológicos, Vacuna Anticolérica, Modo de Transmisión, Normas de Recolección y envío de Muestras para Investigación del *Vibrio cholerae*. Med-ULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. [revista en la Internet]. [citado 2011 julio 17]; 2 (1-2). Disponible en:

<http://ecotropicos.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/medula/Vol2num1-2/articulo2.pdf>

25. Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory Methods for the Diagnosis of Epidemic Dysentery and Cholera. WHO/CDS/CSR/EDC/99.8. citado 2011 julio 18] Disponible en:

<http://www.who.int/topics/cholera/control/es/index.html>

26. Seas C, Gotuzzo E. *Vibrio cholera*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 214.

27. Pollitzer, R (1959). Organización Mundial de la Salud. ed. «Cholera». World Health Organization Monograph Series (Geneva, Suiza) (43). Consultado el 20 de agosto de 2013.

28. Centers for Disease Control and Prevention. Cómo combatir el cólera: Presentación y manejo clínico para el brote de cólera en Haití de 2010. [citado 2011 julio 18] Disponible en:

<http://www.cdc.gov/healthywater/global/household.html>

29. World Health Organization. First steps for managing an outbreak of acute diarrhea. WHO/CDS/NCS/2003.7.Rev.1. Citado 2011 julio8]. Disponible en: http://www.who.int/topics/cholera/publications/en/first_steps.pdf

30 Guillén Alfredo. Enfermedad diarreica: un problema recurrente de salud pública. Rev Peru Med Exp Salud Pública [serie en Internet]. 2011 Marzo [citado 31 Sep 2011]; 28(1): 7-8. Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000100001&lng=en

33.- Ministerio de Salud (MINSAL). El cólera en Chile. ¿Cómo enfrentó Chile a epidemia? Disponible en: <http://www.minsal.cl/ici/info.asp?id=180>. (accedido 22 de mayo de 2006).

34.- González, LM, Casanova, Cólera: historia y actualidad. 2013 1999, Editorial Ciencias Médicas

35. Seas C, Gotuzzo E. Vibrio cholera. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Churchill Livingstone; 2009: chap 214.

36. Vorvick L J. Cólera. Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000303.htm>

37. Centers for Disease Control and Prevention. Cómo combatir el cólera: Presentación y manejo clínico para el brote de cólera en Haití de 2010. [citado 2011 julio 18] Disponible en:

<http://www.cdc.gov/healthywater/global/household.html>

38. Rodríguez, María A. Técnicas participativas .Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2008

ANEXOS

ANEXO 1

Encuesta

Edad: _____

Sexo: _____

1. Marque con una X los planteamientos correctos.

1.1____El cólera es una enfermedad curable.

1.2____ Existe el Cólera en Cuba.

1.3____ No se cura, una vez adquirida la enfermedad, el paciente será enfermo durante toda su vida.

2 El cólera se trasmite por:

2.1____ Vía Fecal- oral

2.2____ Vía respiratoria.

3. Marca con una (X) las respuestas correctas acerca de la calidad del agua de consumo.

3.1 ____El agua apta para el consumo humano debe ser de . pozo.

3.2____ El agua apta para el consumo humano debe ser De rio

3.3____ El agua apta para el consumo humano debe ser Clorada.

3.4____ El agua apta para el consumo humano debe ser Hervida.

3.5__ El agua apta para el consumo humano debe ser hervida y clorada.

4. Los síntomas y signos de la enfermedad son:

4.1____ Deposiciones líquidas blanquecinas con olor a marisco.

4.2____ Vómitos

- 4.3___ Fiebre.
- 4.4___ Dolores Articulares.
- 4.5___ Dolores abdominales.
- 4.6___ Decaimiento
- 4.7___ Calambres o adormecimiento de las extremidades.
- 4.8___ Dolor de cabeza
- 4.9___ Intensa falta de aire
- 4.10___ No se

5. Señale las alternativas correctas que correspondan a medidas higiénicas sanitarias para evitar el cólera.

- 5.1__Lavado de las manos después de defecar y antes de manipular y consumir los alimentos.
- 5.2__ Lavar las verduras y otros productos agrícolas antes de consumirlos.
- 5.3__ Consumir verduras hervidas.
- 5.4__Evitar la defecación al aire libre.
- 5.5__Hervir y clorar el agua de consumo
- 5.6__ Correcta disposición de residuales sólidos (recipientes con tapas).
- 5.7__Correcta manipulación, preparación y elaboración de los alimentos de los alimentos de forma higiénica. Protegerlos de los vectores mecánicos.
- 5.8__No facilitar la proliferación de moscas y cucarachas.

6 ¿Considera que existe participación comunitaria?

- 6.1___ Sí
- 6.2___ No
- 6.3___ No sé

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Compañero (a): Por este medio le informamos que realizaremos una intervención educativa con el objetivo de elevar sus conocimientos sobre cólera y necesitamos saber si está de acuerdo o no a participar en dicha investigación.

Estoy de acuerdo. _____

No estoy de acuerdo. _____

Firma del paciente.

Nota: Los resultados de esta investigación solo serán utilizados y divulgados por el autor de la misma con fines científicos.

ANEXO 3

Estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas.

Fundamentación:

En Cuba a partir de la experiencia en la actuación y enfrentamiento del reciente brote de cólera en la provincia Ciego de Ávila y municipio Chambas, se identificaron causas y condiciones asociadas a vulnerabilidades y riesgos que se mantienen, incluida la presencia del *Vibrio* en el medio ambiente y en casos portadores. La experiencia demostró que no fue posible evitar la introducción del cólera en el municipio, sin embargo, fue posible contener su propagación, esta situación nos obliga a reforzar la vigilancia clínico-epidemiológica-microbiológica y ambiental, además de reforzar las medidas de prevención y control.

Objetivo general:

- ❖ Implementar una estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas.

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición del cólera en la comunidad de Las vegas.
- ❖ Diseñar una estrategia de intervención comunitaria para la prevención y control de cólera en el CMF 16 municipio, Chambas.
- ❖ Validar estrategia comunitaria para la prevención y control de cólera.
- ❖ Evaluar la estrategia comunitaria para la prevención y control de cólera.

Duración: se realizaron 5 encuentros de 45 minutos de duración, con una frecuencia quincenal)

Modalidad: Curso

Total de horas: 2.25 horas

Se realizó en la comunidad del consultorio # 16, a 160 pacientes pertenecientes al CMF 16, del área de salud del Policlínico Julio castillo

Programa analítico:

Tema 1: Introducción.

Objetivo: Presentar a los participantes y el programa

Contenidos:

Brindar información a los participantes de los propósitos que se persigue con esta intervención. Crear un ambiente positivo para la reflexión grupal, establecer reglas de trabajo del grupo dentro de los pacientes, del CMF 16 del área de salud Julio Castillo, Chambas.

Tema 2: Concepto de cólera y principales características y manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Objetivo: Que los pacientes identifiquen las principales características y manifestaciones de la enfermedad.

Técnica participativa: lluvia de ideas.

Materiales: Libro de texto de Medicina Interna, pancartas, pizarra, tiza, borrador y sillas.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: Dra. Maurenys González Marrero .

Participantes: 160 pacientes

Cierre: PNI

Tema 3: Complicaciones de la enfermedad y signos que indican la gravedad del paciente y que pueden provocar la muerte.

Objetivo: Lograr que los pacientes identifiquen las complicaciones más frecuentes y cómo prevenirlas.

Materiales: Sillas, Pizarra, tiza, borrador, computadora y power point.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: Dra. Maurenys González Marrero.

Participantes: 160 pacientes

Cierre: PNI

Tema 4: Cólera. Prevención y control.

Objetivo: Lograr que los pacientes identifiquen los factores de riesgos más vulnerables en la comunidad y cómo erradicarlos.

Técnica participativa: Se aplicó una técnica de análisis general. "Juego de roles".

Materiales: Sillas, Pizarra, tiza, borrador, televisor y video de Aedes aegypti

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: Dra. Maurenys González Marrero.

Participantes: 160 pacientes.

Cierre: PNI

Tema 5: Participación comunitaria en las actividades de saneamiento en la comunidad

Objetivo: Que los pacientes valoren la importancia del trabajo conjunto e incrementen las actividades de saneamiento en la comunidad.

Técnica participativa: "El pueblo necesita".

Materiales: Pizarra, tiza, borrador, lápiz, papel.

Tiempo: 45 minutos.

Responsable: Dra. Maurenys González Marrero.

Participantes: 160 pacientes

Cierre: PNI

ANEXO 4



