



PROYECTO DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

“Campaña educativa de prevención y salud en Tharaka y Tangelbei”

Proyecto coordinado por

Doña **Juana Redondo Sánchez** DNI:75701515-M
Colegiada nº: 141403907 del Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.

Doña **M^a Concepción Aranda Parras** DNI:05639611-B
Colegiada nº: 131303167 del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real.

Doña **M^a Trinidad Muñoz Romero** DNI: 24182782-F
Colegiada nº: 211303023 del Colegio Oficial de Médicos de Huelva.

“Campaña educativa de prevención y salud en Tharaka y Tangelbei”

Proyecto paliativo y de prevención de enfermedades endémicas (Tuberculosis, Malaria y VIH) en la Región de Tharaka (Noreste de Kenia) y Tangelbei (Este del Distrito de Pokot, Provincia del Valle del Rift de Kenia).

PAÍS / ÁREA GEOGRAFICA DONDE SE DESARROLLA

- Comunidad de Tharaka y Konyu, al Noreste de Kenia, en la región de MumoniMwingui.
- Comunidad de Tangelbei, en el Este de Distrito Pokot, Provincia del Valle del Rift de Kenia.

SECTOR Salud y educación.

BREVE RESUMEN DEL PROYECTO

Son dos las regiones a intervenir. La primera se encuentra al Noreste de Kenya, Tharaka; es una región aislada sin ningún recurso sanitario y con una estructura médica insuficiente. La primera intervención médica en profundidad se realizó por la Fundación Kirira durante la campaña 2009 en la misma zona (Campaña dirigida por una colegiada médico española voluntaria de Fundación Kirira). Posteriormente, en 2011, la campaña se continuó gracias a otras dos voluntarias médicos que continuaron con la labor que se llevaba a cabo desde 2009 y donde se pudieron extraer los datos en los que se ha basado la identificación de este proyecto. La segunda región, Tangelbei, está en el Este de Distrito Pokot, Provincia del Valle del Rift de Kenia; Kirira, en su campaña contra la MGF (Mutilación Genital Femenina) ha ampliado su radio de acción hacia ésta zona de Kenia, y por lo tanto también su proyecto de salud.

Se pretende dar una atención médica básica a unos 3.000 habitantes de las localidades de Tharaka y Konyu, y de unos 1.000 habitantes de la región de Tangelbei. Los pacientes visitados que contengan una sintomatología que pueda denotar infecciones como el SIDA, TUBERCULOSIS Y MALARIA, se les realizará un diagnóstico y su posterior tratamiento de necesitarlo. Esta acción se acompañará de una prevención conformada por acciones complementarias que se articularán en una línea informativo-educativa y otra de prevención directa. Con estas campañas preventivas se tiene previsto llegar al 90% de la población total (60.000 habitantes).



ANTECEDENTES, CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

ANTECEDENTES

El presente proyecto pretende ser una continuación de las campañas llevada a cabo por la Fundación Kirira en agosto de 2009, 2010 y 2011 en Tharaka, Noreste de Kenia. La campaña, que viene realizándose durante estos últimos años, cada vez es más amplia en área geográfica y ejes de actuación. La coordinación, planificación y ejecución está siempre en conjunto con la contraparte local en terreno, que tiene el reconocimiento de la población, y el apoyo de organismos internacionales como Ayuda en Acción Kenya, ya que una trabajadora de ésta organización es a su vez trabajadora de Kirira NGO Kenya

Dicha campaña se articuló en varios ejes: campaña educativa, construcción de una casa de acogida, puesta en marcha de un huerto para autoabastecimiento de la casa de acogida, y campaña sanitaria; ésta última fue, en sus comienzos dirigida y desarrollada por Juana Redondo, médico cordobesa que de manera voluntaria se sumó a nuestra campaña, acompañada por Steve Kilonzo, médico keniano que aparte de desempeñar tareas médicas, ayudó como intermediario traductor. En campañas posteriores se unieron los médicos Concepción Aranda y Trinidad Muñoz junto a un equipo de una matrona y una enfermera.

El primer año que se realizó una campaña sanitaria, fue en 2009. Desde el 2001 se han aportado año tras año, a nivel sanitario medicinas que se llevan desde España así como material médico cedido por centros médicos castellano-manchegos, estas aportaciones se complementaban con la compra en terreno (en Nairobi) de tratamientos médicos específicos que cubrieran enfermedades endémicas de la zona. Se dotó con paneles solares para tener luz eléctrica en la maternidad.

La campaña sanitaria realizada en agosto de 2009, contó con más recursos económicos, ya que fue apoyada con fondos aportados por la Obra Social de Caja Madrid, con lo que se financiaron la compra de material médico y medicamentos. Y más recursos humanos, al contar con personal especializado médico. A lo largo de la campaña se vieron a más 3.000 pacientes (casi la totalidad de la población de Tharaka) a los que se les hizo una revisión sanitaria básica administrando medicación gratuita, se realizaron acciones como cirugías menores, extracciones dentarias, asistencia a partos y derivación de casos mayores a centros médicos especializados y hospitales (principalmente se derivaron en torno a 30 pacientes por enfermedades relacionadas con la MGF y de malos partos como consecuencia de la MGF).

Gracias a esta campaña sanitaria básica se identificaron la existencia de enfermedades endémicas infecciosas como malaria, tifus, tuberculosis, VIH. La detección de la población total afectada por dichas enfermedades fue muy difícil, ya que no se disponía en su momento de los recursos necesarios para un diagnóstico. Por lo cual a ésta población

no se le pudo dar un tratamiento médico adecuado ni pudo ser derivada a otros centros médicos de la zona. También Se detectaron múltiples casos de parásitos intestinales como amebiasis y lombrices que afectan mayoritariamente a la población infantil.

La campaña 2011 comenzó como una continuación de las campañas anteriores y se identificaron los problemas sanitarios de la población para futuras campañas. Este año se contó con la colaboración del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real y Córdoba. Además prestaron su ayuda el SESCOAM y el SAS permitiendo que las médicos y enfermeras voluntarias, pudieran unirse a nuestra campaña sin coste alguno para nuestra Fundación.

Esta campaña sanitaria tuvo muy buena aceptación, así como la campaña del agua y la campaña de desparasitación masiva en las escuelas visitadas. Se trataron micosis superficiales (tiñas capitis en cuero cabelludo) con fondos de la Fundación.

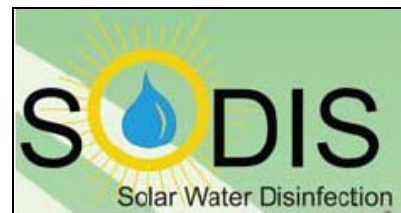


El desarrollo de las actividades se llevó a cabo por medio de 12 voluntarios apoyados por la contraparte de Kirira en Kenia, repartiendo nuestra actividad.

Un grupo de voluntarios eran especialistas en agua y su proyecto principal original era el estudio de viabilidad de un sistema de desinfección del agua abastecida a través del sistema existente, gestionado por una asociación de mujeres:

- Presa subterránea que captaba el agua que corría en el subsuelo en rambla en la época seca.
- Bombeo.
- Depósitos de distribución.
- Kioscos de venta

Incluido en la campaña educativa en los colegios, se ha hecho la difusión del método "SODIS" (Solar desinfección), desinfección del agua en botellas transparentes de plástico por la exposición a los rayos UV del sol, en 6 horas.



Otro grupo se dedicó a realizar campaña educativa en las escuelas, este año se han visitado 23 de ellas, desarrollando charlas educativas para sensibilización de la MGF, juegos, y un teatro realizado por las voluntarias en goma espuma y traducido al inglés y swahili, donde se destacaba la importancia del lavado de manos y del agua hervida para la prevención de infecciones.

El grupo sanitario compuesto por dos médicos de familia, una enfermera de familia y una matrona, se dedicó a la campaña sanitaria en los dos dispensarios de la zona, aunque también colaboraron en la campaña educativa en las escuelas impartiendo el programa de sensibilización en higiene y salubridad para garantizar hábitos de vida sanos y saludables.

CONTEXTO

CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO:

Las ubicaciones de Tharaka y Kanthungu son dos áreas semi-áridas con precipitaciones muy escasas. Se recogen unas precipitaciones de entre 400-500 mm. anuales. Algunos ríos las atraviesan y vierten sus aguas en el río Tana el cual es un recurso natural sin explotar para la comunidad de Tharaka pero que es un hábitat natural para los mosquitos, por lo que esta zona es endémica de malaria.

El nivel general de educación es bajo con un índice de analfabetismo en el 2006 del 72% entre las mujeres y del 46% entre los hombres según estadísticas gubernamentales. Había 14 escuelas primarias, 4 comedores escolares y un instituto en 2006. Estos se consideraban inadecuados para atender al creciente número de niños. Debido al escaso número de escuelas, los niños deben recorrer largas distancias a pie. Hoy en día encontramos 31 escuelas de primaria, 5 feederschool o escuelas de alimentación, 1 escuela politécnica y 1 escuela de secundaria, que es totalmente insuficiente para absorber los alumnos provenientes de los colegios.

Las infraestructuras de comunicación son escasas en la zona, lo cual es vital para las actividades económicas. Solo hay una carretera apta para cualquier condición meteorológica. La ausencia de puentes aísla la zona durante la estación de lluvias. Los servicios de comunicación no están disponibles, no así la telefonía móvil ya que hay alguna cobertura aunque es insuficiente.

Las tradiciones de la zona están profundamente arraigadas y los jóvenes se someten a ellas. Esto ocurre en agosto cada año, con la mutilación genital femenina y las circuncisiones masculinas, dando como resultado el abandono escolar de muchos chicos y chicas al ser considerados ya como adultos. Las jóvenes, después de la circuncisión, se casan con hombres viejos o jóvenes. Estos rituales llevan consigo un alto riesgo de contagio de enfermedades como el VIH, ya que son realizadas bajo condiciones higiénico-sanitarias inexistentes.

Tangulbei es una de las iniciativas de desarrollo (DI) de apadrinamiento con 2313 apadrinados. Empezó en el mes de abril del año 2007. . El equipo de evaluación que visitó el DI en 2007 trabajó con la comunidad para identificar y priorizar sus necesidades. En octubre de 2007 debido a una necesidad evidente de La Mutilación Genital Femenina se llevó a cabo un estudio y en 2008 un estudio intensivo de ARP (Diagnóstico Rural Participativo). Todo esto con el anual PRRPs (Revisión Participativa y Procesos de reflexión) han reportado datos para la planificación de DI y ejecución de proyectos. El DI en los últimos tres años se ha centrado en mejorar el acceso a la educación, mejorar el acceso a la salud y el agua.

Tangulbei está situado en el Este de Distrito Pokot, Provincia del Valle del Rift de Kenia. El DI trabaja en dos divisiones; Tangulbei y Churo, que cubre cerca de 1.313 Km².

Tangulbei División tiene tres ubicaciones administrativas, sus nombres son Tangulbei, Orus y Korossi, mientras que Churo División tiene Kaptuya, Churo y Amaya. En general, Tangulbei División es el más seco, recibiendo la menor cantidad de lluvias y la mayoría de personas practican el pastoreo, mientras que la División de Churo, recibe una cantidad relativamente alta de precipitaciones, con un relativamente alto número de agro-ganaderos. Los suelos son predominantemente arenoso cambisoles, poco profundos y muy poco fértiles.

La población del DI está predominantemente compuesta por la comunidad Pokot (90%). De acuerdo a la Población Nacional de 1999 y el Censo de Vivienda, la División Tangulbei tenía una población total de 19.505 personas en 1999. Con una tasa de crecimiento anual de la población de un 3.5%, se proyecta en 30.000 personas en 2012, esto es muy poco crecimiento. La baja densidad de población se atribuye a las condiciones socio-culturales y ambientales factores. El tamaño del hogar promedio es de entre 7 y 8 personas.

La comunidad es esencialmente pastoril y se dedica a producción ganadera, la cual es la principal fuente de alimentos y para lo que se usa el suelo. Siendo pastores, las comunidades se mueven de un lugar a en busca de agua y pastizales, pero debido a la creciente población, se han iniciado las prácticas agrícolas a pequeña escala, la pesca a lo largo del Lago Baringo y la apicultura.

Estos son los retos de la comunidad que Kirira Child Welfare Association tiene como objetivos.

CONTEXTO SANITARIO:

El país tiene como asistencia sanitaria pública, aunque esta no es suficiente ni del todo gratuita. La asistencia consiste en pequeños dispensarios médicos dotados con una consulta y un limitado botiquín, atendidos por un único enfermera/o, pagado por el estado y que atiende a una población estimada de unos 15.000 habitantes, cuando el enfermero está ausente no hay ningún tipo de sustitución, por ello la desatención de estos dispensarios es continua. La población vive dispersa en un área de más de 15 Km², por lo que en muchos casos cuando hay enfermedades no pueden llegar al dispensario, además el enfermero carece de vehículo para sus desplazamientos. En el botiquín hay escasas medicinas y los pacientes tienen que pagar por ellas. No hay Farmacias en toda la región.

Las estructuras de los cuidados de salud son piramidales en lo que respecta al volumen y la jerarquía. La base comprende los establecimientos rurales de salud y las unidades de salud a nivel de comunidad. En la cúspide están unos pocos centros de salud de cuidados terciarios y los órganos políticos y oficinas centrales del Ministerio de Sanidad. La propiedad de los centros de la salud en los planos nacional, provincial y de distrito corresponde al Gobierno Central, y los gobiernos locales.

Estructura de la prestación de servicios



Las estructuras de la gestión de los cuidados de salud están organizadas en nacional, provincial, de distrito y centros de salud.

Los servicios de salud del nivel 2 son los servicios que se prestan en dispensarios. Son servicios de salud basados en instituciones de menor tamaño, y constituyen la interrelación entre la comunidad y los sistemas físicos de salud. Tienen carácter ambulatorio y hay servicios limitados de asistencia materna.

En la zona de Tharaka sólo se cuenta con la existencia de un dispensario básico en muy malas condiciones de higiene, una maternidad, que fue un logro conjunto de Ayuda en Acción Kenya y la Fundación Kirira, y que fue dotada de unos paneles solares ya que no se disponía ni de electricidad ni de agua corriente; ambos tienen como único personal sanitario a una enfermera. Dentro de la misma zona se encuentra en la localidad de Konyu otro dispensario atendido por otra enfermera. Entre los dos dispensarios, atienden en torno a 25 mil personas. Gracias a las campañas han podido ser atendidos por un médico.

El hospital más cercano al área de intervención está a 110Km, es el hospital de Mwingui. Hasta ahora hemos recibido una buena colaboración del laboratorio de dicho hospital cuando hemos derivado casos allí (El cónyuge de una de las responsables del proyecto trabaja en el mismo, por lo que la relación con éste hospital es buena).



Dispensario de Tharaka



Dispensario de Konyu

En Tangulbei se encuentran el Dispensario “AfricanInlandChurch (AIC)”, donde diariamente son atendidos una media de 20 personas aunque los días de mercado puede llegar hasta 30.

Es un dispensario pequeño y pobre que cuenta con muy pocos medios. Está financiado por el A.I.C.

Se tratan básicamente casos de UTI (UrinaryTracktInfections), malaria, diarreas y problemas del embarazo derivados de la malaria principalmente.

El área acoge a casi 300 personas. Los pacientes tienen que pagar las medicinas aunque en las estaciones de sequía no hay posibilidad de conseguir dinero y se les atiende de igual modo aunque no tengan medios para pagarlo.

Luego se encuentra el Dispensario y Maternidad de Tangulbei. Depende directamente del gobierno. Está bien construido, es espacioso y cuenta con bastante equipamiento, no obstante el técnico de laboratorio que nos atiende comenta la falta de interés del Estado en proporcionar aquel material básico para el buen funcionamiento del centro como por ejemplo lo kits para análisis argumentando que son muy caros.

Actionaid ha contribuido parcialmente proporcionando material.

El centro no puede abarcar a toda la población debido a las grandes distancias. Muchas mujeres dan a luz en el camino al dispensario ya que pueden venir caminando desde 50Km de distancia.

INSTALACIONES Y NECESIDADES DETECTADAS

La sala de maternidad, una habitación con una cama, otra con 3 camas y un despacho-consulta con camilla. Existe un frigorífico, un peso y un pequeño autoclave. Luz por placa solar.



Autoclave



Peso

Laboratorio: Difícil acceso a pruebas diagnósticas, disponiendo de un pequeño laboratorio con un microscopio, test rápidos aportados desde España de malaria y VIH. Fiebre tifoidea, parásitos en heces y VDRL (sífilis), y hemograma realizadas en ocasiones por un profesional técnico.

NARAKA HEALTH C	
LAB SERVICES	
TEST	PRICE
B/S FOR MPS	40/=
STOOL	40/=
UNNALYSIS	60/=
WIDAL	100/=
BLUCELLA	100/=
VDRL	70/=
R.F	100/=
P.T	100/=
BLOOD GROUP	80/=
H.B	70/=
HVS	100/=
BLOOD GLUCOSE	100/=
ANC PROFILE	200/=

Almacén de medicamentos: pésimas condiciones de salubridad e higiene. No hay cristales en las ventanas, hace mucho calor para mantenerlos. Suelo de cemento. La mayoría de los medicamentos se dispensan a granel. Los jarabes se dispensan en pequeños botecitos de plástico y las pastillas en sobre de papel.

Medicinas que poseen: fundamentalmente antiparasitarios, antimaláricos y antifúngicos. No disponen de material de curas, de anestésico local, de linterna, de esfigmomanómetro, de otoscopio, es decir carecen de material básico de exploración.



Lugar de trabajo.

Dos habitaciones: una consulta y otra habitación donde dispensan los medicamentos. Durante la campaña se adaptaron estas instalaciones creando dos consultas (almacén de medicamentos y sala donde se dispensan los medicamentos) y una habitación de curas en la consulta.

En estas consultas donde se desarrolla la actividad asistencial carecen de luz eléctrica y agua.

JUSTIFICACIÓN

Después de la anterior campaña sanitaria se identificó la necesidad de hacer una campaña sanitaria mas completa y profunda que comprendiera de manera particular las 3 siguientes líneas:

- Identificación/ Diagnóstico: La ausencia de estructuras sanitarias competentes en la zona llevan al total abandono sanitario de la población. Se es consciente por parte de la población de que existen enfermedades como el tifus, tuberculosis, malaria, VIH, parásitos intestinales etc., pero la población no sabe con exactitud los síntomas de estas enfermedades ni se diagnostica a la población que las posee, por lo tanto enfermedades infecciosas como el VIH y la tuberculosis se siguen transmitiendo. La falta de diagnóstico y la ausencia de tratamiento provocan el rápido contagio de algunas de estas enfermedades.

- Tratamiento: aquellas personas que sean identificadas como afectados de enfermedades como la malaria, tuberculosis o VIH, serán tratadas ya que son, enfermedades que en principio con la aplicación de un tratamiento adecuado pueden ser en muchos de sus casos superados por la persona, pero en ausencia de estos tratamientos se pueden convertir en mortales o dejar la calidad de vida de la población que las sufre muy mermada.

Enfermedades como la Malaria afectan casi a la totalidad de la población como mínimo una vez en la vida, ya que la zona es endémica de esta enfermedad, especialmente se agrava en la época de lluvias, es una enfermedad que puede considerarse relativamente leve cuando afecta a mayores, pero que es realmente cruenta en niños llegando incluso a provocar la muerte cuando llega a afectar al cerebro.

No hay vacunación para la malaria, solo se hacen tratamientos paliativos a base de quinina.

- Prevención: La prevención de cada una de estas tres enfermedades estará compuesta por varias acciones, todas tendrán en común el facilitar a la población a la que se le ha revisado, la información acerca de las causas y consecuencias de estas enfermedades, así como una serie de consejos de cómo prevenirlas.

Pero aparte esto, se complementará con una prevención mas concreta ya que consideramos necesario el reforzar la prevención hacia cada una de estas enfermedades:

TUBERCULOSIS: La tuberculosis se transmite por vía respiratoria pero afecta en mayor medida a personas con un sistema inmunitario deprimido o bajo unas condiciones sanitarias deficientes, al ser este el caso de la población a la que se va a atender, es necesario desarrollar una campaña que promueva unos hábitos sanitarios buenos y que ayuden a prevenir la expansión de ésta enfermedad.

Lo ideal para complementar esta prevención sería la vacunación general de la población. Se intentará promover un acuerdo con las autoridades sanitarias de la zona, como mínimo, para la vacunación de los niños en edad escolar.

MALARIA: No hay vacunación para esta enfermedad, sólo se puede paliar y prevenir, por lo que es de gran importancia la prevención; para ello es muy recomendable el concienciar en el uso de mosquiteras. El Paludismo o malaria se transmite por la hembra del mosquito anófeles, mayoritariamente pica al anochecer, durante la noche y al amanecer, por lo que la mosquitera es el método más efectivo para evitar la picadura. Actualmente el gobierno esta únicamente facilitando mosquiteras por un coste de 5€ a mujeres en periodo de embarazo. Con este proyecto se pretende dotar a la población infantil (menores de 7 años) de mosquiteras de manera gratuita.

VIH

La prevención del VIH es muy necesaria ya que se ha percibido un aumento de casos de esta enfermedad en los últimos 10 años debido al desconocimiento de las formas de contagio y por la ausencia de una educación sexual desde el ámbito sanitario. Hay que resaltar que debido a las prácticas de la ablación femenina y de la circuncisión masculina, el uso compartido de los mismos instrumentales de corte y las deficientes condiciones de higiene donde se practican, provocan un riesgo de contagio muy alto.

En la Campaña sanitaria realizada en 2011 se trataron y detectaron las siguientes patologías:

Se atendieron unas 6.500 consultas, principalmente mujeres y niños con:

Atención patología cutánea diagnóstico y tratamiento de:

- Dermatitis, tiñas, muy importantes por su prevalencia sobre todo del cuero cabelludo, impétigos, para ello se administraron cremas Antifúngicas: Clotrimazol y Fórmula magistral (patrón 100grs: urea al 12%, ketoconazol al 2%, propilenglicol al 5%, agua al 12%, BHT al 0.03%, Nipagin 0.1% en base de Beeper c.s.p.) a las escuelas que participan en la campaña educativa en contra de la MGF. En la desparasitación utilizamosabendazol.



- Heridas proporcionando limpieza, desinfección y desbridamiento, suturas o tratamiento de heridas infectadas, fístulas postquirúrgicas y úlceras en miembros inferiores, generalmente de tipo vascular y evolución tórpida. Como casos curiosos, atendimos una mordedura de hipopótamo de 6 días de evolución, con una celulitis grave de toda la pierna y una secreción purulenta, maloliente, con destrozo de partes blandas que afortunadamente evolucionó fenomenal con tratamiento masivo de antibióticos que pudimos darle y que permitió salvar la pierna, así mismo se atendió una mordedura de serpiente en pie derecho que necesitó intervención quirúrgica e injerto con evolución postquirúrgica complicada.



Atención a patologías oculares:

Especial incidencia de conjuntivitis, queratitis, xerosis conjuntivales, cataratas y trastornos de refracción. Entrega de lágrimas artificiales realizadas al 50% con agua y suero fisiológico isotónico y entregadas en jeringas de 10cc. Entrega de pomadas epitelizantes en jeringas de 5cc o 2.5cc. Entrega de gafas de presbicia de distintas graduaciones llevadas desde España.



Atención a la desnutrición sobre todo infantil:

Detectamos este estado en un 30% de la población (aplicando la cinta MUAC) siendo habitual la hinchazón abdominal con la protrusión umbilical por la falta de proteínas y vitaminas incluso en los niños supuestamente alimentados. En mayores es muy frecuente la debilidad, hemos entregado aportes alimentarios infantiles (leche de inicio, continuación y papillas), así como biberones. Explicamos técnicas de preparación con agua hervida.

Atención a patologías digestivas:

Dolores abdominales, diarreas, náuseas, vómitos, hinchazón, dispepsias, parásitos intestinales (de muy diferentes gravedades, desde lombrices hasta amebas también de diversos grados, desde flatulencia con anorexia y estrías de sangre en heces hasta cuadros de disentería amebiana con MEG, cefalea, sangre en heces, náuseas, vómitos e intenso dolor al defecar con pérdida importante de peso).



Atención a patologías gineco/obstétricas:

Así como a la salud sexual y reproductiva (métodos anticonceptivos) en la mujer y atención a patologías genitourinarias, principalmente ITUs, vaginitis, la mayoría por candidas, dismenorrea. Administramos clotrimazol crema vaginal en vaginitis. Se atendieron 2 partos, uno en la maternidad y otro en aldea, asimismo atendimos un caso de

consulta por dismenorrea, palpando cabeza fetal y posterior aborto espontaneo. Repartimos 100 preservativos masculinos y 50 femeninos en charlas y educación individual en los dispensarios, a pesar de la importancia que dimos a los anticonceptivos, la mujer es reacia a su uso, quizá presionada por el hombre.

Atención a patologías otorrinolaringológicas:

Principalmente otitis externas y medias, tapones de cerumen, faringitis y CVA.C

Atención a patologías del sistema nervioso:

Como cefaleas inespecíficas y síndromes vertiginosos, encontramos 3 epilepsias generalizadas, descompensadas y en crisis, a pesar de estar ya diagnosticadas, debido a la interrupción del medicamento por falta de recursos.

Atención a patologías osteoarticulares (axial y de extremidades):

Mecánicas por sobrecarga de peso en actividades de su vida diaria, así como patologías degenerativas e inflamatorias como artritis reumatoide y artritis de rodilla.

Patologías endémicas de la zona:

- Detectaron 4 casos de malaria y 3 de fiebre tifoidea que se pudieron confirmar gracias al pequeño laboratorio que allí tienen y a los test de diagnóstico rápido que se aportaron en la campaña. También se contaba con test rápidos de VIH, pero sólo se pudieron hacer dos porque la población no quiere ser marcada al saberse VIH.

- Patologías del tiroides muy avanzadas con tumoraciones visibles gigantes por falta de yodo y que se derivaron al hospital para estudio y tratamiento con los fondos sanitarios de Kirira.



- Tumores en estado muy avanzado del proceso, varios carcinomas de mama con metástasis visibles, con diagnóstico de hospital pero que sólo se le pudo dar analgésicos para paliar los síntomas. Otro en una chica joven de maxilar superior con gran destrucción del hueso y un niño con una tumoración cefálica (posiblemente de liquido cefalorraquídeo) que sí derivamos a hospital por pate de Kirira.



Campaña Educativa Sanitaria que se va a realizar al total de la comunidad

Campaña anti-FGM: esta campaña ya viene realizándose desde hace años entre los escolares, familias y comunidad educativa, y se viene avisando desde entonces de los riesgos de la transmisión del VIH por la práctica de la MGF, se seguirá con esta campaña como en años anteriores reforzando así las otras dos campañas, se hará especial hincapié a la información sobre el modo de posibles contagios. Es una campaña de sensibilización por escuelas y en las barazas (reuniones de toda la población). Estas charlas acompañarán la campaña antiablación.

Además se realizará una campaña de sensibilización específica a favor de la circuncisión masculina SEGURA. Para ello se reunirán a los chicos de todas las escuelas de primaria de la zona y se les informará sobre los riesgos que conlleva una mala circuncisión y los beneficios de practicarla en el dispensario en buenas condiciones higiénico-sanitarias, incluyendo, anestesia local y adecuada desinfección del material quirúrgico por medio de autoclave etc. Debemos decir que en Kenia la circuncisión masculina se hace al 100% de los chicos en edades entre los 10 y 14 años. Además ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya que parece ser que se han hecho estudios en los que se evidencia que los hombres circuncidados tienen menor riesgo de contagio de determinadas enfermedades. En este proyecto se incluirá una partida para la circuncisión masculina segura.

Se harán seminarios de SENSIBILIZACIÓN con toda la población sobre el riesgo de contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, estos seminarios se complementarán con pequeñas charlas explicativas con grupos más reducidos en la maternidad sobre el uso del preservativo. Se aprovechará la circunstancia para dar a los asistentes preservativos e iniciarles en su uso para prevenir enfermedades y como modo de control de natalidad.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Precampaña sanitaria:

A partir de Junio las dos enfermeras que trabajan permanentemente en los dispensarios en donde se va a llevar a cabo la campaña van a ir detectando los posibles casos de estas enfermedades; irán citando a los pacientes y haciendo una evaluación previa de manera que la campaña se vea agilizada desde su inicio con un diagnóstico previo. Durante este mes se comenzará la planificación y organización de lo que será la campaña de

diagnóstico en sí misma. La Fundación Kirira adecuará los dispensarios implicados en la campaña y la maternidad de la zona con una revisión previa a la campaña y la reparación de lo que se considere necesario de la instalación eléctrica, que consta de paneles solares y baterías. Es aconsejable su revisión cada año para el correcto funcionamiento de la campaña. Se complementará la instalación eléctrica actual con la compra de un generador que alimente en caso de emergencia la instalación solar-eléctrica. Además se realizará una adecuación de las instalaciones con la desinfección profunda del espacio y pintura del mismo.

Gracias a la identificación de necesidades obtenidas en la campaña del 2009 sabemos de la urgencia en la compra de dos lámparas alógenas que mejoren la tarea medica. Será necesaria también la compra de vitrinas y muebles estancos para evitar la suciedad y el polvo con los materiales médicos y medicamentos. Es esencial el buen equipamiento de los habitáculos donde se realizará la campaña para el éxito de la misma.

Diagnóstico:

Durante los meses de julio y agosto se desarrollará una campaña de revisión médica en las comunidades de Tharaka – Konyu y Tangulbei a lo largo de 4 semanas a cargo de dos médicos expatriados y un médico local, apoyados éstos por voluntarios de la Fundación Kirira y el personal sanitario encargado habitualmente de la zona (enfermeras y ayudantes). Además se contará con la colaboración de un enfermero voluntario de Mwingui y de dos técnicos de laboratorio de Mwingui.

A lo largo de las revisiones se realizarán a los pacientes con indicios de padecer Malaria, VIH y Tuberculosis una analítica a través de los kits de diagnóstico importados, para verificar su contagio, y en el caso de ser positivo se dará el tratamiento adecuado, y en el caso de no poder ser asumido desde esta campaña se derivará al hospital más cercano con competencias para el correcto tratamiento de la enfermedad detectada, en caso de que fuera necesario.

A la vez que se realice la revisión médica los pacientes y sus familias serán informados sanitariamente de las causas y consecuencias de las principales enfermedades endémicas de las que pueden ser afectados, así como de buenos hábitos y prácticas para prevenirlas.

Tratamiento:

Se dará el tratamiento médico necesario para cubrir de manera paliativa los efectos de dichas enfermedades. Y se dará seguimiento de los casos atendidos a lo largo de esas tres semanas por el equipo médico encargado, y una vez terminada la campaña sanitaria, se dará un seguimiento inicial de los casos tratados a través de la contraparte local en colaboración con el dispensario y la maternidad de la zona. A los pacientes a los que se les haya detectado otro tipo de dolencia para lo que se tenga tratamiento en el dispensario, será tratado de manera gratuita igualmente.

Los tratamientos administrados para dichas enfermedades concretas como son VIH, Tuberculosis y malaria, serán supervisados por los enfermeros de la zona y el médico de Nairobi que haya participado en la campaña. Este seguimiento del tratamiento comprenderá desde julio a abril 2012.

Prevención: Se realizarán varias acciones a nivel preventivo dentro de esta actividad.

Prevención Informativo-Educativa

a) Campañas informativas: se hará una primera prevención inicial de tipo informativo, con carteles y material divulgativo sanitario traducido al kitharaka, suahili y al inglés, esta primera parte de la campaña preventiva será de carácter mas individual, ya que esta información será expuesta en el entorno de la maternidad, los dispensarios y en las escuelas, al igual que en edificios oficiales de la región, a su vez, los médicos que desarrollen la campaña, advertirán de estas enfermedades y facilitarán el material divulgativo sanitario a los pacientes durante su revisión.

b) Campaña Educativa sanitaria global: se realizarán un mínimo de dos charlas, una en Tharaka, una en Konyu y otra en Tangelbei, dirigidas al total de la población en materia de buenas prácticas higiénico-sanitarias, que se centre en la explicación de las causas y consecuencias de las enfermedades endémicas e infecciosas. Estas campañas serán programadas y planificadas antes de julio y serán desarrolladas a la par que la campaña sanitaria, es decir en los meses de julio y agosto.

Se realizarán también seminarios reducidos con adultos en la maternidad para la explicación de las causas y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual (principalmente VIH, contagio y prevención)

c) Campaña de sensibilización en Centros educativos; esta campaña comprenderá varias acciones. Una campaña de Circuncisión Masculina Segura, otra de educación sexual-reproductiva, y la campaña contra MGF, ésta última se viene desarrollando desde la Fundación Kirira en Tharaka y comunidades colindantes desde hace ocho años.

Prevención Directa

MALARIA: Durante la Fase diagnóstico cuando se realice la revisión médica de la población, se hará entrega de Mosquiteras a menores de 7 años y madres lactantes para complementar la parte preventiva en relación a la malaria.

VIH: Durante la Campaña Educativa sanitaria global se hará entrega en los seminarios de preservativos a los asistentes, reforzando así la prevención directa en VIH.

Se complementará esta prevención directa con una campaña de circuncisión segura invitando a la población masculina por circuncidar a hacerlo en condiciones sin riesgo en la maternidad durante los meses de julio y agosto. Es importante mencionar que la circuncisión masculina se realiza ritualmente durante el mes de agosto, por lo que esta campaña puede ser muy efectiva.

IMPACTO DEL PROYECTO

Descripción de la población beneficiaria y selección de términos de priorización de necesidades humanitarias.

La población beneficiaria sería a priori toda la población de la región de Tharaka y la localidad de Konyu, que ascendería a un total de 25.000 personas, y 40.000 personas muy diseminadas en la región de Tangulbei.

Se priorizarán los niños y niñas, así como las mujeres en gestación o lactantes.

Identificación de beneficiarios

Los Beneficiarios directos pertenecen a familias de una media de 7 miembros, con ingresos muy reducidos (1€al día), con un alto índice de pobreza.

Los núcleos familiares tienen un perfil de padres desocupados o que se dedican en su mayoría a una agricultura o ganadería de subsistencia, dependientes de las lluvias anuales; madres que llevan en su mayoría las tareas productivas del núcleo familiar, casi siempre

el cuidado del escaso ganado y la agricultura; y que además llevan adelante las duras tareas domésticas como moler el grano, portear el agua desde largas distancias etc.

Perfil religioso: En su mayoría son practicantes animistas y/o cristianos protestantes de la iglesia del “full gospel”.

La comunidad a la que pertenecen los beneficiarios está formada: En la región de Tharaka por la tribu de los Tharaka, esta tribu (o pueblo) se divide en dos localidades principales (Konyu y Ciampiu) denominadas locations, cada location es de unos 50km² de término y engloba a su vez sublocations, pequeños núcleos de población alrededor de las escuelas. Viven en general dispersos en todo el terreno. Carecen de agua, saneamientos y luz eléctrica.

En la región de Tangulbei, por la comunidad Pokot (90%). Tangulbei tiene dos divisiones, Tangulbei y Churo, que cubre cerca de 1.313 Km². Tangulbei División tiene tres ubicaciones administrativas, sus nombres son Tangulbei, Orus y Korossi, mientras que Churo División tiene Kaptuya, Churo y Amaya.

Impacto asistencial.

La población beneficiaria está desatendida sanitariamente de manera permanente, por lo tanto la asistencia médica básica que les proporcionará esta campaña es de vital importancia para el desarrollo de esta comunidad, ya que ataja directamente los males más endémicos de la región. Males que impiden el desarrollo a otros niveles como el educativo.

Resaltamos que el SIDA actualmente afecta a un 70% del total de los núcleos familiares (en casi todas las familias hay o ha habido un enfermo por esta afección). Por ello esta campaña será un método muy eficaz para paliar esta pandemia.

Viabilidad social, técnica y económica de la intervención.

Gracias a las anteriores campañas realizadas en la zona y el trabajo diario que la contraparte local desarrolla en la región la viabilidad es bastante positiva, contando con la colaboración plena de la población, así como los líderes y autoridades locales., y de distrito (educativas, sanitarias, etc.)

El apoyo de la población beneficiaria y del tejido social general es total hacia la NGO Kirira Kenya y la Fundación Kirira.

La viabilidad técnica está supervisada por las voluntarias médicas que realizaron las anteriores campañas y que han ayudado a la identificación y planificación del proyecto. Gracias a esta identificación previa en terreno se conoce la situación de la población y el funcionamiento médico existente en la zona. Se ha desarrollado este proyecto teniendo en cuenta los factores tanto técnicos como económicos y sociales que se vienen percibiendo en terreno.

Se cuenta además con la colaboración de las autoridades sanitarias, por lo que la consistencia del proyecto es bastante alta.

Factores de riesgo; condiciones generales de seguridad, acceso e implementación.

Hasta el momento no se han observado dificultades a priori para la implementación del proyecto.

Las condiciones de seguridad son fiables y hasta el momento no se ha tenido referencia de situaciones que puedan poner en riesgo la campaña prevista. Contamos con un contacto directo y fluido con la comunidad gracias al trabajo conjunto con nuestra contraparte en terreno.

La ONG Ayuda Acción Kenya colaborará en facilitar el acceso con la aportación del vehículo y sus infraestructuras en la capital (Nairobi). Hay que resaltar que la NGO Kirira Kenya parte de un grupo CBO creado por Ayuda en Acción Kenya en el año 2000, por lo que se tiene un vínculo profundo y permanente de colaboración.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO

El seguimiento correrá al cargo de la Fundación Kirira en colaboración con la contraparte. Se elaborará un informe de seguimiento intermedio a la mitad de ejecución del proyecto.

La evaluación se realizará a la finalización del proyecto con la presentación de un informe final tanto técnico como económico

No se pone ningún impedimento a la realización por parte del financiador de una evaluación externa de la intervención.