

00943



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

4/2ej.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SISTEMA DE ENFERMERIA FOCALIZADO A LA
CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS EN
SALUD PARA LA PREVENCION, MANEJO Y
CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS
AGUDAS (ESTUDIO DE CASO)

TRABAJO RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN
S A L U D P U B L I C A

P R E S E N T A
LIC. ENF. E. GUADALUPE PEREZ HERNANDEZ



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26 6867



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Porque nada ocurre si no es su voluntad... gracias.

Agradezco a mi escuela formadora (ENEO-UNAM) el haber incorporado el PUEE ya que me permitió especializarme en lo que más me agrada: LA SALUD PÚBLICA.

Agradezco profundamente al Dr. Rodríguez Leone, mi jefe y tutor clínico, su apoyo y enseñanza ya que con su experiencia y capacidad profesional contribuyó a mi formación como especialista.

Un especial reconocimiento a la MTRA. S.P. Sofía Sánchez Piña, coordinadora de la especialidad, por estimular mi deseo de superación y desarrollo profesional.

De igual forma un agradecimiento especial a la Enf. S.P. Esthela Lozano Glez., Jefe Jurisdiccional de Enfermería en Ecatepec, por su apoyo total e incondicional desde el inicio hasta la culminación de la especialidad.

También agradezco al Dr. Rodolfo J. López Marmolejo, Dr. Eduardo Valdés Quiróz, Dr. Jesús Medrano Adame y demás normativos y administrativos de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, por el apoyo que me proporcionaron.

Finalmente a todos aquellos que de alguna manera colaboraron, contribuyeron o apoyaron el proyecto de Intervención... GRACIAS.

DEDICATORIAS

A mis Hijos:

Luisa, Luis, Dany y Mauricio

*Por el tiempo que les quité,
y que prometo redituaries
con amor y comprensión,
los quiero mucho.*

A mis padres:

TOMAS Y MARIA

*Por su silencioso pero
fortaleciente apoyo en
todo momento, siempre
los llevo, junto a mí
y yo estaré también
siempre junto a ustedes.*

A QUIQUE:

*Por tu apoyo sin límites,
confianza y respeto,
siempre estaré a tu lado.*

A mis suegros:

LUIS Y MARIA

*Por su doble función,
paciencia y comprensión
además de la ayuda
permanente que siempre
me han dado.*

**A mis hermanas:
COCO, ELI y CONY**

*Sin el apoyo de
ustedes simplemente
no lo hubiera logrado.*

A MARTHA:

*Por tu incondicionalidad
disponibilidad, afecto y
apoyo en los momentos
en que más lo requería,
también gracias.*

A CARMEN Y JAQUE:

*Licenciadas...
¡Lo logramos!
Gracias*

**A LAS JEFES DE ENFERMERAS
DE LA JURISDICCION:**

*Por su colaboración y
paciencia, hoy fui yo
mañana serán ustedes.*

A ELIA E IRMA:

*Sin su apoyo y sus tiempos
esta historia no estaría
"escrita", les prometo
que **no** será la última.*

CREDITOS

Para las personas que de alguna forma contribuyeron al logro de los objetivos trazados:

- Dr. Roberto Rodríguez Leone
- E.S.P. Esthela Lozano González
- Dr. Rodolfo J. López Marmolejo
- Dr. Jesús Medrano Adame
- Dr. Eduardo Valdéz Quiróz
- Dra. Jaquellina Bastida
- Tec. Esther Garrido García
- Tec. Ella Cortéz
- E.G. Francisca Cruz Valdéz
- E.G. Juana Francisca Sánchez Córdoba
- E.E. Martha Alvarez Chávez
- E.G. Guadalupe Hernández Paulín
- TAPS. Petra Rodríguez Pérez
- Dr. Mario Rafael Estrada Mtz.
- Dra. Esthela Nateras
- Grupo de TAPS
- Grupo de Enfermería
- Grupo de Médicos
- Grupo Administrativo
- Tec. Gpe. Corona Rojas
- TAPS. Alejandro Alva Alvarez
- Lic. Arinda Cardona
- Grupo de Enfermeras Pasantes
- Sr. Gumerindo N.
- Grupo de Jefes de Enfermeras
- Enf. Emma García Aguirre
- Enf. Esthela Santillán S.
- Tec. Irma Arroyo
- Lic. Carmen Durán Mendoza
- Lic. Jaquellina Pastrana Saldaña
- Jefe de la Jurisdicción Ecatepec
- Jefe de Enfermeras Jurisdiccional
- Jefe de Enseñanza e Investigación
- Epidemiólogo
- Coord. Normativo de PASAN
- Coord. Normativo Planeación
- Programador capturista
- Secretaria
- Supervisora
- Enf. Pasante S.S.
- Jefe de Enf. Unidad Operativa
- Jefe de Enf. C.S. Ampliación Tulpetlac
- Resp. Microrregión Tecuescomac
- COMUSA Amp. Tulpetlac
- Directora Amp. Tulpetlac
- C.S. Amp. Tulpetlac
- C.S. Amp. Tulpetlac
- C.S. Amp. Tulpetlac
- C.S. Amp. Tulpetlac
- Secretaria
- Enfermero C.S. Chamizal
- Enf. P.S.S.
- Servicio Social
- Fotocopiado
- Jurisdicción Ecatepec
- Jefe de Enf. C.S. J. de Morelos
- Jefe de Enf. Sn. Juan
- Capturista
- Especialista en Enfermería en Salud Pública
- Especialista en Enfermería en Salud Pública

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	1
1. SELECCION Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO	3
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	7
3. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	
3.1 MARCO TEORICO	8
3.1.1 La comunidad su estudio y diagnóstico de salud	8
3.1.2 Riesgo, enfoque y mediciones	10
3.1.3 Daños a la salud	22
3.1.4 Modelo de Atención a la Salud	27
3.1.5 Teoría de Orem	32
3.2 MARCO REFERENCIAL	51
3.2.1 Generalidades del Estado de México y Municipio de Ecatepec	51
3.2.2 Descripción de la microrregión de estudio, Tecuescomac	55
3.2.3 Situación epidemiológica nacional en relación al daño	110

4.	ESQUEMA METODOLOGICO	
4.1	VALORACION	121
4.1.1	Selección de la muestra	123
4.1.2	Variables e indicadores	124
4.1.3	Descripción	131
4.1.4	Criterios	133
4.1.5	Definiciones operacionales	133
4.1.6	Plan de análisis	134
4.1.7	Organización	136
4.1.8	Recursos	136
4.1.9	Organización de los datos	138
4.1.10	Instrumentos de apoyo	143
4.2	DIAGNOSTICO	193
4.2.1	Enfoque teórico para el análisis de datos	194
4.2.2	Identificación del diagnóstico	195
4.2.3	Identificación de los problemas y fundamentación teórica	196
4.2.4	Bases de relación Salud Pública teoría de Orem	197
4.3	PLANIFICACION	198
4.3.1	Generalidades	199
4.3.2	Fijación de prioridades (Jerarquización)	199
4.3.3	Establecimiento de objetivos	205
4.3.4	Determinación de actividades	209
4.3.5	Registros y control de operaciones (Instrumentos de Apoyo)	242
4.4	EJECUCION	268
4.4.1	Descripción	269

4.5	EVALUACION	270
4.5.1	Generalidades	271
4.5.2	Resumen y antecedentes	271
4.5.3	Descripción de la evaluación	275
4.5.4	Resultados	277
4.5.5	Conclusiones y recomendaciones	287
5.	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS DEL CASO	319
6.	CRONOGRAMA INTEGRAL DEL PROCESO PARA EL CASO	322
7.	BIBLIOGRAFIA GENERAL	323
8.	ANEXOS Y APENDICES (INDICE ESPECIFICO)	

INDICE DE ANEXOS

	Pág.
No. 1 Tarjeta de Visita familiar (T.V.F.).	108
No. 2 Croquis panorámico de la microrregión de estudio.	109
No. 3 Croquis Sector 1 (Muestreo).	110
No. 4 Promocional del Curso monográfico de I.R.A.	177-178
No. 5 Evaluación del curso monográfico.	179
No. 6 Registro de asistencia y reporte del curso.	180
No. 7 Cobertura por sector (croquis).	191
No. 8 Listado de madres o responsables orientadas e informadas (Barrido casa por casa).	192
No. 9 Tríptico dirigido a madres (Signos de alarma IRA-NEUMONIA)	195-196

INDICE DE APENDICES

	Pág.
No. 1 Cuestionario enfoque de autocuidado (A-C).	111-114
No. 2 Listado para muestreo.	115
No. 3 Base de datos para cuestionario.	116
No. 4 Concentrado de respuestas.	117
No. 5 Tablas de frecuencia simple.	118
No. 6 Asociación por MOMIOS.	119
No. 7 Prueba de Hipótesis (EPI-INFO-6).	120
No. 8 Descripción de Variables e indicadores.	121-126
No. 9 Carta descriptiva de capacitación multidisciplinaria.	181-183
No. 10 Evaluación diagnóstica capacitación multidisciplinaria.	184
No. 11 Posevaluación capacitación.	185-188
No. 12 Sábana Programática.	189
No. 13 Cronograma de supervisión.	190
No. 14 Concentrado de actividades.	193
No. 15 Cédula de verificación.	194
No. 16 Volante promocional del CAPOS.	197
No. 17 Cronograma del proceso para el caso.	222

INTRODUCCION

El estudio de caso representa una modalidad de investigación para enfermeras, donde la definición precisa de la unidad de observación es el primer criterio que justifica su selección; de aquí, la importancia de las intervenciones de la enfermera especialista en Salud Pública en relación al cuidado de la salud de la familia focalizando el problema principal que altera su estabilidad para limitarlo o reducirlo.

En la actualidad las infecciones respiratorias agudas ocupan en el país el primer lugar por causas de morbilidad y demanda de atención médica; de igual manera se ubica dentro de las tres primeras causas de muerte entre los menores de 5 años, razón poderosa por la que el problema ya detectado en la microrregión Tecucomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, Mpio. de Ecatepec, Estado de México; fue sujeto de investigación e intervención por la especialista en enfermería en Salud Pública.

El problema de alta incidencia de morbilidad por IRA y elevada tasa de mortalidad por Neumonías, resultó de la jerarquización aplicada al estudio de comunidad del área indicado, el cual fue corroborado a través de las autopsias verbales de cada uno de los casos reportados como NEUMONIA en menores de 5 años de Tecucomac.

Ya focalizado se procedió a tratarlo con enfoque de riesgo y teoría de Orem, elaborando una hipótesis que incluye la relación de estos daños con un déficit de autocuidado dependiente en la madre o responsable de los menores de 5 años, y estructurando una cédula de 51 Items acorde a los déficits de **autocuidado (A-C)** que se consideraban probables factores de riesgo para los daños mencionados, que en el momento histórico del trabajo estaban afectando fuertemente a la comunidad de estudio, ya que sus altas tasas de morbilidad y mortalidad la colocaban entre las tres primeras del estado, además este fenómeno ya reflejaba el decremento de menores de 5 años en su pirámide poblacional con un total de 467 años de vida potencialmente perdidos debido a siete muertes por neumonía encontrados a través de la investigación inicial por fuente directa.

Es importante comentar que para lograr el impacto esperado fue necesario, actualizar, capacitar y habilitar a los recursos médicos, enfermeras, **Técnicos en atención primaria de la salud (TAPS)** y administrativos que colaboraron en el proyecto, si ésto no se hubiera efectuado la capacitación a madres no operaría adecuadamente fracasando la interven-

ción. Posterior a la intervención y evaluación de la misma, los resultados indican el IMPACTO que se pretendía; ya que se disminuyó la tasa de mortalidad influyendo en la regulación del autocuidado dependiente de las madres o responsables de los menores de 5 años al ser capacitados por los recursos indicados.

El presente estudio de caso se divide para su mejor comprensión en capítulos específicos, los cuales de inicio indican cómo fue seleccionado y descrito el problema, así como sus objetivos.

Un capítulo se dedica a la fundamentación teórica del mismo el cual incluye el marco conceptual y referencial que guiaron las fases del proceso de enfermería.

Posteriormente y con fines de especificar actividades, tareas y operaciones, se presenta el esquema metodológico basado en las cinco fases del proceso de enfermería según Alfaro, las cuales tienen apartados de acuerdo a su orden de aparición: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, las que incorporaron paso a paso el sistema de enfermería operacionalizado para cada uno, así como los principales instrumentos de apoyo requeridos en el proceso.

Finalmente se concluye y sugiere en relación al éxito y los problemas que se enfrentaron en cada fase de la intervención y al final se coloca la bibliografía de apoyo con el fin de que se conozcan las fuentes teóricas requeridas por el caso.

1. SELECCION Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO

1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

La transición en Salud por la que el país atravieza influye directamente en áreas que por sus características son denominadas **MARGINADAS**, éstas por su importancia para la Salud Pública son consideradas como campo fértil para las intervenciones de las enfermeras especialistas en Salud Pública.

Para el caso en particular, se asigna un área geográfica la cual de acuerdo a la organización en Salud del Estado de México, se denomina **MICROREGION**, ésta se encuentra ubicada en las faldas de la Sierra de Guadalupe en Tulpetlac, Ecatepec México; por sus características objetivas y datos referenciales es de reconocer el alto déficit de autocuidado manifiesto.

Aunado al problema indicado, también es de comentar que la población en estudio cuenta con un bajo nivel socioeconómico, la vivienda es deficiente por su construcción y distribución, carecen las familias, en su mayoría, de servicios públicos, la accesibilidad a los servicios de salud tienen grandes dificultades tanto geográficas como limitantes económicas esto da como resultado un nivel disminuido de conocimientos sobre salud, que se complementa con la gran variedad de hábitos y costumbres, ya que un gran porcentaje de familias son inmigrantes de todos los Estados de la República, de aquí su variedad.

Los anteriores, son algunos condicionantes que dan origen a un sinnúmero de riesgos y daños en la población, los cuales se manifiestan por la frecuencia e incidencia de morbilidad específica y más aún por los datos revelados en el panorama de Salud Jurisdiccional el cual señala a esta área como la más alta en tasa de mortalidad por Infección respiratoria aguda (**IRA**) y Enfermedad diarreica aguda (**EDA**).

En suma, el déficit de autocuidado se relaciona con una serie de factores, los cuales son difíciles de abordar por su gran complejidad entre los que se encuentran: el grado de

importancia que la población le da a su autocuidado, el concepto de desviación de salud que tiene y el escaso o nulo conocimiento sobre las medidas preventivas, que a su alcance y factibilidad, podrían apoyarles en el mantenimiento de su salud.

Lo anterior mencionado es resultante de una serie de fenómenos sociales, económicos, geográficos, políticos y demográficos que junto con la deficiente cobertura de la respuesta social organizada dan origen a problemas fuertes de desviación de salud de una comunidad, los cuales se tratarán para este caso, desde el punto de vista y factibilidad de la enfermera especialista en Salud Pública, tomando como parámetros de acción el enfoque de riesgo y el Modelo de la Teoría de Orem.

1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Cuál es el déficit de autocuidado en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación de salud que se manifiesta en la alta incidencia de **MORBILIDAD** por IRA y elevada tasa de **MORTALIDAD** por neumonía en la Microrregión Tecucomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, Ecatepec, Estado de México.

1.3. JUSTIFICACION

El "quehacer" específico de enfermería se centra en la importancia de sus intervenciones, sin embargo, éstas deben estar debidamente fundamentadas para que el impacto esperado redunde en beneficios palpables en la población estudiada y por ende, en la satisfacción profesional de quien interviene.

El problema, por ser trascendente ya que afecta la estabilidad familiar, eleva costos de atención e influye directamente en el equilibrio vida-salud de los menores de 5 años ya que deteriora su crecimiento y desarrollo, requirió ser intervenido de inmediato, por lo que la enfermera especialista en salud pública implementó un plan de intervenciones focalizado a modificar, regular o disminuir los factores de riesgo que por asociación se relacionaron

con el problema inicial, ejecutándolo satisfactoriamente dada la factibilidad que existió para hacerlo.

Por lo anterior mencionado se realiza este estudio, el cual será la proyección escrita de las conductas de una población con la intervención de la enfermera especialista en Salud Pública; posterior al análisis de sus necesidades.

El estructurar un estudio de este tipo beneficia a la disciplina ya que, permitió implementar el **Modelo teórico de Dorothea (OREM)**, que ha sido aplicado sólo individualmente; a una población humana con necesidades manifiestas y encubiertas; de igual forma beneficia a quienes realizaron el estudio ya que la experiencia del trabajo comunitario dejará conocimientos que difícilmente se aprenden en los libros y el aula de clases.

Finalmente los datos obtenidos y analizados así como las intervenciones aportadas son un legado informativo para quien desee conocer aspectos de salud de la población que se estudio o profundizar en la investigación inicial.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo General

Conocer el déficit de autocuidado, en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación de salud manifiesto en alta incidencia de morbilidad por IRA y elevada tasa de mortalidad por neumonía en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tlupetlac Ecatepec, Estado de México, para implementar las intervenciones de enfermería acordes a los problemas detectados.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de déficit de autocuidado en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tlupetlac Ecatepec, Estado de México.
- Detectar características y ubicación de la respuesta social organizada en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tlupetlac Ecatepec, Estado de México.
- Señalar la importancia del enfoque de riesgo potencial en el estudio de la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Tlupetlac Ecatepec, Estado de México.
- Interpretar la relación de factores condicionantes contra riesgos en la Microrregión Tecuescomac de la Coordinación Municipal Ampliación Tlupetlac Ecatepec, Estado de México.
- Posterior al análisis del estudio de comunidad y a la priorización de los daños que han ocasionado desviación de salud, se identificarán y priorizarán los déficits en el autocuidado detectados, para implementar así, intervenciones acordes a ellos.

3. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

3.1. MARCO TEORICO

3.1.1. La comunidad, su estudio y diagnóstico de salud

La precisión y organización de los elementos teóricos sustentan las variables del problema y además sirvieron de herramienta metodológica para la estructura del plan de intervenciones, en la comunidad de estudio en donde por primera vez se implementa la teoría de Déficit de autocuidado de Orem con enfoque comunitario.

El estudio de comunidad se aborda a partir del contexto histórico, colectivo y social, al comprender este proceso se identifican daños a la salud y entonces se pueden predecir comportamientos e implementar medidas de prevención y control oportunas y adecuadas.¹

Este conocimiento científico avanza de lo superficial a lo profundo y de lo descriptivo a lo analítico, lo que facilita el estudio de comunidad caracterizándose por ser una investigación que describe una situación colectiva de salud, reconociendo los recursos de la Respuesta Social Organizada (RSO) existentes en el área de estudio.

En el estudio de comunidad se identifican los siguientes elementos: daños a la salud, condiciones de esos daños o factores de riesgo y los recursos sociales disponibles para enfrentarlos Respuesta Social organizada (RSO), ya sean institucionales o alternativos.

Una vez realizado el estudio de comunidad se tiene la herramienta para mostrar el perfil epidemiológico identificado de una población y confirmar ahora el diagnóstico de salud comunitario profundizando en el conocimiento de los factores condicionantes del mismo.

1. Laura Moreno. *Et. al. Factores de riesgo en la comunidad I*. México, Ed. UNAM. 1990. P. 6.

El diagnóstico de salud es una investigación que genera conocimientos nuevos de salud y su análisis es la evolución que pasa por las etapas descriptiva, explicativa, predictiva y evaluativa.²

Siendo éste el punto de partida para la generación de nuevas investigaciones que permitan sustentar las intervenciones específicas para cada caso.

2. J. Hernández Torres. *Dx. de Salud Integral*. México. INSP. Documento Mimeográfico, 1989. p. 2.

3.1.2. RIESGO ENFOQUE Y MEDICIONES

- Generalidades

Pese a que se ha escrito abundantemente sobre el concepto de riesgo, y se ha aplicado en numerosos estudios, quedan aún ciertas dudas acerca de su significado y aplicaciones.

El concepto de riesgo resulta fascinante, tanto en la forma como en el fondo. En la forma, porque la expresión se asocia al azar y al peligro, dos aspectos de la vida cotidiana que atraen al hombre contemporáneo: quien nada arriesga nada tiene. En el fondo, porque nos ofrece la posibilidad de predecir lo que sucederá observando el comportamiento actual de ciertos indicadores, y también tomar las medidas preventivas adecuadas para proteger a los sujetos con riesgo elevado, lo cual es una política de Salud. Es en este segundo sentido, el de contenido y fondo, en el que se entenderá el concepto de riesgo³.

- Riesgo concepto y estimaciones

• Conceptos de riesgo

"Es la probabilidad de morir, enfermar o sufrir un daño a la Salud". El riesgo representa la mayor o menor vulnerabilidad que tienen ciertos grupos para sufrir determinados daños. El riesgo está en función de un conjunto de factores que incrementan la posibilidad de que el daño ocurra.

Según Lidia Yamamoto Kimura riesgo es... **"una medida que refleja la posibilidad estadística de un suceso futuro..."**⁴, queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la influencia de una o varias características o factores determinantes de esas consecuencias.

3. O.P.S: *Taller Latinoamericano de Epidemiología aplicada a la Salud*. 2a. ed. Lima, Perú; Ed. OCISA. 1991. p. 19 y 60.
4. Laura Moreno. *Et. al. Op. cit.* p. 185.

En términos generales riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la Salud (enfermedad o muerte). Concepto que por su importancia debe incluirse en el vocabulario y base de conocimientos de la enfermera especialista en Salud Pública, esto le permitirá analizar la relación que existe entre este término ya comentado y los daños a la Salud.

- Estimación de riesgo

El riesgo es la probabilidad de que ocurra un fenómeno epidemiológico, por ejemplo la desviación de salud, un accidente o la muerte; de lo que se deriva la importancia del término.

La estimación de riesgo es el cálculo de la determinación de los factores que lo condicionan, para lo que se requiere criterios clínicos (en cuanto a la detección de la enfermedad) y criterios epidemiológicos en cuanto a la cuantificación de su frecuencia en la comunidad.⁵

El riesgo se puede estimar para enfermedades infecciosas, y entonces se tendrá que determinar criterios clínicos y de laboratorio, para precisar su diagnóstico y extensión en la comunidad.

Para el caso de enfermedades no transmisibles también se basa en criterios clínicos y también existe seroepidemiología o tests bioquímicos; en ambas valoraciones se detectan en la comunidad grupos de alto riesgo, como grupos de población que sufren con más probabilidad o con más gravedad la enfermedad o proceso.

- Enfoque de riesgo, aspectos conceptuales

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir las necesidades de atención de grupos específicos en una comunidad.

5. *Definición y propiedades de los factores de riesgo*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Salud Pública. ENEO-UNAM. 1997. p. 69.

También ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.

Intenta a su vez mejorar la atención para todos, presentando mayor atención a aquellos que más lo requieran por lo que es un enfoque no igualitario ya que discrimina en favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

La hipótesis sobre la que se basa el enfoque de riesgo, es que mientras más exacta sea la determinación del riesgo, más adecuadamente se comprenderán las necesidades de atención de la población y esto favorecerá la efectividad de las intervenciones que proponga la enfermera especialista en Salud Pública.

Es importante considerar que antes de que pueda formularse una estrategia basada en enfoque de riesgo se tiene que contar con información básica confiable por lo tanto la recolección y análisis de tal información constituye una parte esencial de la investigación de este enfoque.⁶

- Estudios con enfoque de riesgo

En conclusión este enfoque intenta mejorar los servicios de salud estableciendo prioridad en función de las necesidades de atención específica, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de padecer determinados daños, a continuación se resumen los procesos a seguir en el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

- Revisión sistemática de la información existente sobre los problemas de salud para seleccionar prioridades de intervención.

6. Laura Moreno. *Et. al. Factores de riesgo en la Comunidad II*. México, Ed. UNAM. 1990. p. 60.

- Estudios epidemiológicos del problema de salud seleccionado y de los factores de riesgo asociados, lo cual implica identificar factores de riesgo significativo, cuantificar el riesgo asociado a cada uno de ellos y desarrollar puntajes de riesgo que permitan referir apropiadamente a las familias que necesitan niveles de atención más complejos.
- Estudio de la organización y el funcionamiento del sistema de atención de salud existente, para valorar su capacidad de incorporar una estrategia de intervenciones basada en este enfoque.
- Desarrollo de una nueva estrategia de atención de salud basada en el enfoque de riesgo que emplee, en forma sistemática, los puntajes de riesgo elaborados con la información obtenida en los puntos 1 y 2.
- Evaluación de campo de la nueva estrategia de atención a la salud, (Impacto de intervenciones).

Los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de diferentes maneras de acuerdo al tipo de problemas que trata de resolver. Una forma práctica de evaluar la estrategia basada en el enfoque de riesgo, es comparar sus resultados con los obtenidos en los enfoques tradicionales.⁷

Con base en todo lo mencionado, la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar el cual fue avalado en 1986 bajo asesoría del Dr. Hermes Vallejos, miembro de la Cooperación Técnica Alemana, este documento cuenta con piloteo y es el que se aplicó en el estudio del área asignada para evaluar riesgo familiar y por ende el de la comunidad en general; a continuación se describen criterios y metodología.

7. Axel Kroeger y Ronaldo Luna. *Atención Primaria de Salud*. 2a. ed., México, Ed. Paltex, 1992. p. 131.

**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL**

CALIFICACION CON ENFOQUE DE RIESGO FAMILIAR

De acuerdo a esto, y definida la política del **ISEM** de atender a la población sin seguridad social, deben reestructurarse los criterios de riesgo familiar considerándose bajo el siguiente esquema.

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACION FAMILIAR

No.	CRITERIOS DE RIESGO	CALIFICACION
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil (14-49 años)	15
3	Embarazadas	20
4	Integrante de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etareos	10
6	Inmunización canina y de vivienda deficientes	7
	TOTAL	100

Metodología:

A partir de estos criterios, se otorgará una calificación a cada una de las familias, la que sumará un total de 100 puntos considerando los 6 criterios, lo que nos va a dar como resultado la escala de riesgo familiar.

Una vez que se dá la calificación a las familias de acuerdo a los criterios encontrados se clasifican conforme al siguiente puntaje.

CLASIFICACION POR RIESGO

RIESGO	PUNTAJE
1	De 55 y más
2	De 40 a 54
3	De 25 a 39
4	De 7 a 24

La clasificación por riesgo familiar nos dirá el grado de daño que cada familia tiene; lo que reflejará el nivel de salud en que se encuentra la microrregión.

Permitiendo esto cumplir con uno de los objetivos de identificar las prioridades a trabajar según daño familiar.

- Factor de riesgo (F.R.)

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud. Se debe tener cuidado al definir un factor de riesgo y un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos. Los factores de riesgo pueden ser tanto indicadores de riesgo como causas de daños a la salud.⁸

Para que un factor determinado pueda ser considerado, un factor de riesgo es suficiente que tenga asociación estadística con el daño. Desde este punto de vista no todo factor de riesgo tiene significación causal; también hay que tener en cuenta que no todo factor asociado juega un rol importante en el desarrollo de una patología.

8. O.P.S. *Op. cit.* p. 13.

Algunos factores son características que identifican a un grupo de riesgo pero que no necesariamente determinan una mayor incidencia del daño.

Es por esta razón que se tiene que diferenciar los factores de riesgo en factores de riesgo no causales, factores de riesgo causales y marcadores de riesgo.

- Factor de riesgo no causal

Es todo factor asociado estadísticamente al incremento del riesgo de que un daño se presente, sin que se haya podido demostrar una relación causa efecto. Este factor puede estar relacionado al proceso patogénico o al proceso de difusión del daño en una población. El concepto de causa en epidemiología está más relacionado a las causas de propagación de un daño que a la etiología del daño. Por esto al hablar de factor de riesgo, se debe hablar tanto de factores asociados al proceso patogénico como a aquellos asociados al proceso epidémico.⁹

- Factor de riesgo causal

Está directamente relacionado con el proceso patogénico o con la cadena de hechos que conducen a la enfermedad o la muerte, aun cuando no se comprendan completamente los mecanismos específicos que desatan el efecto, como en el caso del tabaco y el cáncer broncogénico.

- Marcador de riesgo

Cuando los factores de riesgo no son susceptibles de control (edad, sexo, raza). Por lo tanto es toda característica que sin ser una causa específica ni un factor de riesgo está frecuentemente asociada al daño, generalmente no puede modificarse pero permiten identificar grupos y así aplicar oportunamente medidas preventivas¹⁰.

9. *Definición y propiedades de los factores de riesgo. Op. cit. p. 70.*

10. O.P.S. *Op. cit. p. 61.*

- Medición de riesgo

Para aplicar el enfoque de riesgo es fundamental la medición, este procedimiento está en función de los instrumentos de medición, de la confiabilidad de los datos y de la forma en que estos datos han sido recogidos.

- Probabilidad

La expresión matemática de riesgo es la probabilidad objetiva o frecuencia relativa, es decir el número de sucesos que ocurren entre el total de sucesos posibles, y que en realidad sólo es una aproximación a la verdadera noción de probabilidad.

Esta noción es puramente teórica, y significa la posibilidad de que un hecho ocurra entre un conjunto de hechos igualmente posibles, este concepto es lo que impide que una distribución de frecuencia observada sea considerada como una verdadera medida de probabilidad, ya en la práctica cuando se investiga un fenómeno de salud no estamos en condiciones de conocer ni afirmar que cada persona tiene la misma probabilidad de enfermar o morir.¹¹

Para calcular la probabilidad de un suceso se divide el número de resultados que conforman el suceso entre el número de resultados igualmente posibles.

$$P(\text{suceso}) = \frac{\text{No. de resultados que conforman el suceso}}{\text{No. total de resultados igualmente posibles del espacio muestral.}}$$

11. *Ibidem.* p. 62.

– **Donde:**

Suceso: Es algún subconjunto de un espacio muestral.

Espacio muestral: Es el resultado de un experimento.

Experimento: Cualquier condición capaz de repetirse en condiciones estables.

– Por lo tanto:

Suceso: La muerte o la enfermedad.

Espacio Muestral: Total de una población o grupo expuesto al riesgo.

Experimento: Cualquier fenómeno de salud estudiado.

– **Riesgo absoluto**

Es la frecuencia relativa o probabilidad de la incidencia de un determinado daño en la población susceptible de padecerlo.

$$\text{Riesgo absoluto. (Tasa de incidencia)} = \frac{\text{No. de casos nuevos}}{\text{Años persona ó tiempo persona}}$$

El riesgo absoluto, sólo mide la probabilidad de que un daño ocurra en la población sin asociarlo a factor alguno.¹²

12. *Ibidem.* p. 65.

- Riesgo relativo

También llamada razón de riesgos, es la razón entre el riesgo de que ocurra una enfermedad en la población expuesta y el riesgo en la no expuesta.¹³

$$\text{R.R.} = \frac{\text{tasa de incidencia entre expuestos}}{\text{tasa de incidencia entre no expuestos}}$$

- Riesgo Atribuible o fracción etiológica de riesgo

Mide el impacto cuya remoción puede suponer el disminuir la incidencia de la enfermedad ocasionada por el factor de riesgo, por lo tanto nos dá la extensión del problema en la comunidad y expresa la medida administrativa que la acción sanitaria lograría con su actuación en este sentido, la acción preventiva nos mostraría el beneficio hacia la comunidad, que se puede lograr incidiendo sobre el factor de riesgo.¹⁴

Por lo tanto es concebido como la diferencia de los riesgos absolutos (tasa de incidencia) en grupos con diferente grado de exposición a un factor de riesgo.

$$\text{Riesgo Atribuible} = \text{tasa de incidencia entre expuestos} - \text{tasa de incidencia entre no expuestos}$$

13. Ruth Bonita. *Epidemiología Básica*. Washington D.C. Programa de publicaciones. O.P.S. 1994. p. 31.

14. - *Definición y propiedades de los factores de riesgo*. *Op. cit.* p. 73.

• Ruth Bonita. *Op. cit.* p. 31.

• Brian Mac. Mahon. *Principios y métodos de epidemiología*. 2a. ed. México. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1983. p. 216.

Otra forma de expresar el riesgo atribuible es el porcentaje de riesgo atribuible o fracción etiología de riesgo. (FER)

$$FER = \frac{\text{tasa de incidencia en expuestos} - \text{tasa de incidencia en no expuestos}}{\text{tasa de incidencia en expuestos}}$$

- Razón de probabilidad ("odds ratio") u O.R.

Como no siempre es posible hacer estudios de cohortes por el tiempo y costos que demandan, puede aprovecharse los datos proporcionados para obtener estimadores de riesgo, así con los resultados de los estudios de caso/control y de prevalencia o transversales se puede calcular el O.R., que es menos exacto que el riesgo relativo pero que en cambio es una buena aproximación.

OR = razón de productos cruzados

	CASOS	CONTROLES
FR	$\frac{+ a}{- c}$	$\frac{b}{d}$
	$n1$	n

RR OR	$\frac{ad}{bc}$
-------	-----------------

- Aplicación del Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro y fuera del sistema de atención a la salud. La información derivada de él puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención.

La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida del medio ambiente.

Finalmente ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso salud – enfermedad.¹⁵

- Factores de Riesgo y daños a la salud

La diferencia entre daños a la salud y factor de riesgo no siempre es clara, por lo que se tiene que tomar en cuenta lo siguiente:

- En algunas ocasiones lo que se considera un factor de riesgo por parte de algunos autores, puede ser considerado un daño por otros, dependiendo de la hipótesis que se esté explorando.
- Sin embargo una característica puede ser tanto un daño como un factor de riesgo.

15. *El Enfoque de riesgo*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública ENGO-UNAM. 1997. p. 18 y 19.

Por lo tanto los factores de riesgo pueden ser específicos para un daño en particular. Con mayor frecuencia un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios tipos de daños.

La importancia o valor del factor de riesgo para la prevención, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y a las posibilidades de prevenirlo.¹⁶ (se adjunta esquema).

3.1.3. Daños a la Salud

Son considerados como uno de los 4 indicadores negativos para valorar el nivel de salud una población, se expresan en tasas de morbilidad principalmente por enfermedades transmisibles, incapacidad y mortalidad.¹⁷

Se entiende por daño "**... Cualquier alteración a la salud producida por la Interacción de factores asociados. El daño en referencia puede a su vez contribuirse en factor de riesgo para que otros daños se presenten...**"¹⁸

- Morbilidad

Son las que se refieren a la frecuencia de la enfermedad, y ayudan a dilucidar las razones que justifican determinadas tendencias a la mortalidad, esto con el propósito de poder prevenir, tratar y rehabilitar los padecimientos que ocupan un lugar predominante por su magnitud y trascendencia, ya que por medio de estas estadísticas es posible conocer cuantos enferman así como la gravedad con que cursan su afección.¹⁹

16. • Laura Moreno. *Et. al. Op. cit.* II. p. 187.

• *El Enfoque de riesgo. Op. cit.* p. 14.

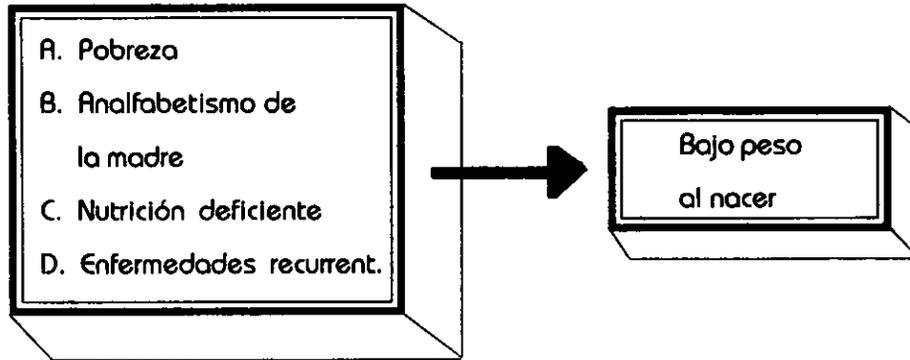
17. Manuel Sánchez. *Elementos de Salud Pública.* México. Ed. Méndez Cervantes. 1983. p. 30.

18. O.P.S. *Op. cit.* p. 61.

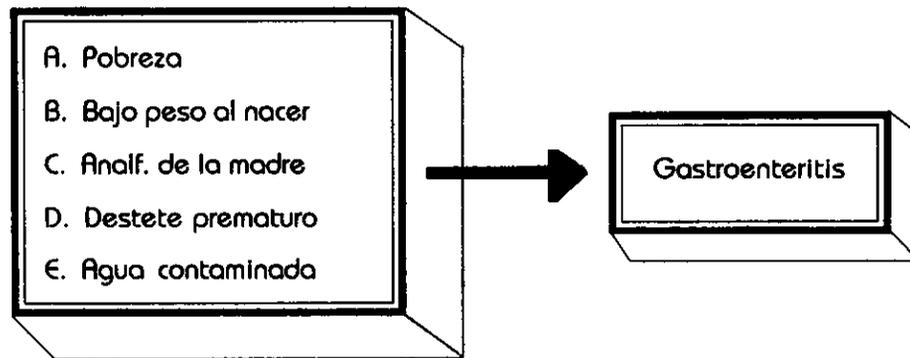
19. Arnulfo L. Gamiz. *Bioestadística, la estadística y su aplicación en el área de la salud.* México. Ed. Méndez Contreras. 1993. p. 184.

FACTORES DE RIESGO Y LOS DAÑOS ASOCIADOS

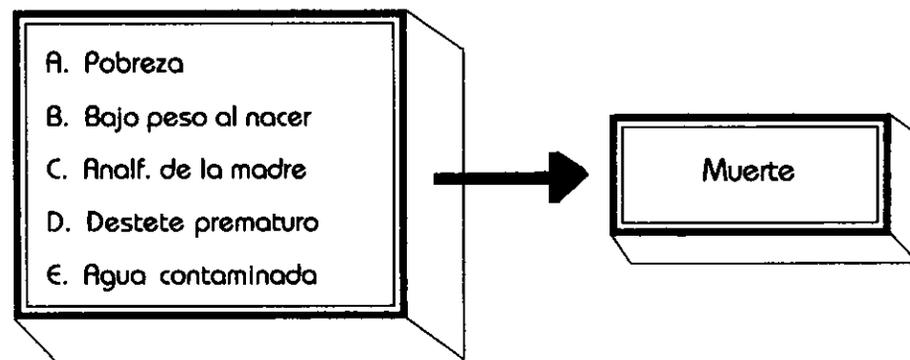
El feto se convierte en un recién nacido de bajo peso



El niño desarrolla gastroenteritis



El niño enfermo muere



Factores de riesgo

Daños

Fuente: *enfoque de riesgo*. Fotocopiado. p. 14.

Tomando en cuenta que existen tasas específicas para calcular la morbilidad por grupo de interés, la disminución en su incidencia es un signo de desarrollo en los países.

$$\text{TASA DE PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD A} = \frac{\text{No. de personas con enfermedad A}}{\text{No. total de personas}} \times \text{Factor (100,1000 ó 10 000)}$$

$$\text{TASA DE INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD B} = \frac{\text{No. de casos nuevos de la enfermedad B en un determinado periodo.}}{\text{No. total de personas}} \times \text{Factor}$$

- Mortalidad

Estos datos estadísticos permiten estudiar enfermedades con letalidad elevada. Pueden tener sesgos pero, desde una perspectiva epidemiológica, con frecuencia proporcionan información valiosa sobre las tendencias del estado de salud de una población.²⁰

La tasa de mortalidad o tasa bruta de mortalidad se calcula con la fórmula siguiente:

$$\text{TASA BRUTA DE MORTALIDAD} = \frac{\text{No. de muertes en un periodo determinado.}}{\text{Población total promedio durante dicho periodo.}} \times 10^n$$

* También se puede calcular por grupos específicos.

²⁰. Auth Bonita. *Op. cit.* p. 22.

- Esperanza de vida

Es otra estadística descriptiva muy utilizada del estado de salud de la población. Se define como el promedio de años que puede esperar viva una persona de una edad determinada si se mantienen las tasas de mortalidad actuales, en México actualmente la esperanza de vida es de 74 años.

- Incapacidad

Cada vez se tiende más a medir no sólo la frecuencia de enfermedades mediante tasas de incidencia y morbilidad, si no también las consecuencias de aquellas: como deficiencia, discapacidades y minusvalías. Las definiciones son las siguientes según la O.M.S. (WHO, 1983).

*** DEFICIENCIA:**

Toda pérdida o alteración de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

*** DISCAPACIDAD:**

Cualquier restricción o carencia (resultante de una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o en los límites considerados como normales para un ser humano.

*** MINUSVALIA:**

Es un inconveniente para una persona determinada, resultante de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de una tarea que son normal (dependiendo de la edad, el sexo y factores sociales y culturales) para el individuo.

Las mediciones de prevalencia y de Incapacidad son problemáticas, incluso más que las de morbilidad, dependen de factores sociales dispares, sin embargo dada su importancia son cada vez más utilizadas ya que la morbilidad aguda y las enfermedades mortales disminuyen y el número de seniles es cada vez mayor.²¹

El conocimiento de este tipo de mediciones estadísticas, permite al especialista en salud pública procesar datos recabados en los estudios para realizar diagnósticos lo más certeros posibles así como realizar las etapas de planeación y ejecución con intervenciones, actuales y enfoque preventivo.

21. *Ibidem*. p. 25-29.

3.1.4. Modelo de Atención a la Salud. (Respuesta Social Organizada)

Las normas de los servicios se basan en un modelo asistencial validado por el sistema nacional de salud; las bases del modelo son los niveles de atención y el escalonamiento de las actividades; por lo tanto para el caso de la población abierta se debe contemplar un esquema que permita vencer las dificultades que el mismo sistema impone.

Las crecientes y cambiantes necesidades de salud en México denotan la transición epidemiológica por la que atraviesa la población. Ante esto se evidencia la importancia de las enfermedades infecciosas y la desnutrición que conforman el rezago epidemiológico principal.

De igual forma se encuentran las no transmisibles y lesiones por accidentes, que representan los problemas emergentes de difícil solución a corto plazo.

En la sociedad mexicana imperan notables desigualdades, así como la evidente exposición de la población hacia factores que dañan su salud. Sin embargo estos cambios se relacionan con fenómenos propios de la dinámica poblacional.²²

- Obstáculos de desempeño al sistema de Salud

Ante la serie de cambios económicos, sociales y políticos que se ven actualmente la pregunta es: ¿El sistema de salud actual con los arreglos institucionales surgidos desde hace medio siglo, es capaz de responder a los nuevos retos de la población?

Hasta el momento el sistema de salud enfrenta siete obstáculos para su buen desempeño: la inequidad, insuficiencia, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción, inflación

22. Guillermo Soberón. *La protección de la Salud en México*. México, Ed. Porrúa. 1982. p. 92.

e inseguridad. Por lo tanto es evidente que los actuales esquemas de organización y financiamiento dificulten que los servicios de salud realicen su potencial de progreso social y económico.²³

– Principios y propósitos de la reforma de Salud.

Para renovar la salud no solo es necesario consensar los aspectos negativos, también se debe tomar en cuenta los cambios que pueden llevar al sistema de salud hacia una etapa de desarrollo avanzado.

Ante este esfuerzo se debe reconocer que todo sistema de salud refleja valores sociales y por lo tanto, la reforma es un proceso eminentemente político, dando origen a pensar en qué valores se desea que el sistema de salud promueva.

En México el consenso de la reforma parte de un conjunto de valores que se agrupan conscientemente en cuatro principios: CIUDADANIA, PLURALISMO, SOLIDARIDAD, UNIVERSALIDAD; y tres propósitos: EQUIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA.

Lo anterior comentado son aspectos que la enfermera especialista debe conocer ampliamente ya que le permiten analizar los cambios graduales que se han venido presentando en relación al sistema de salud vigente.

Ya en materia de Respuesta Social Organizada, se comenta también la importancia de la medicina tradicional ya que dentro de la estructura de la atención médica se observa que las áreas más desprotegidas son las que presentan más frecuentes y graves problemas de salud y paralelamente son las que tienen menos servicios de salud organizados, por ende se incrementa su recurrencia hacia las medicinas alternativas las cuales son de bajo costo y fácil accesibilidad debido a que los protagonistas se encuentran entre la población afectada.²⁴

23. FUNSAUD. *Salud, la Sociedad Civil Frente a los desafíos nacionales*. México, Ed. FUNSAUD. 1995. p. 39.

24. FUNSAUD. *Economía y Salud*. México. Fotocopiado para uso docente. 1994. p. 29.

**- Modelo de atención a la Salud en la población abierta
del Estado de México (Una estrategia de la R.S.O.)**

El establecimiento de un modelo que conforme las características de las ciudades y la manera de organizarse, no sólo es un requisito técnico, sino que constituye un paso indispensable para llevar de manera ordenada y sistemática servicios de salud a un mayor número de habitantes, propósito que depende de un racional aprovechamiento de los recursos disponibles.

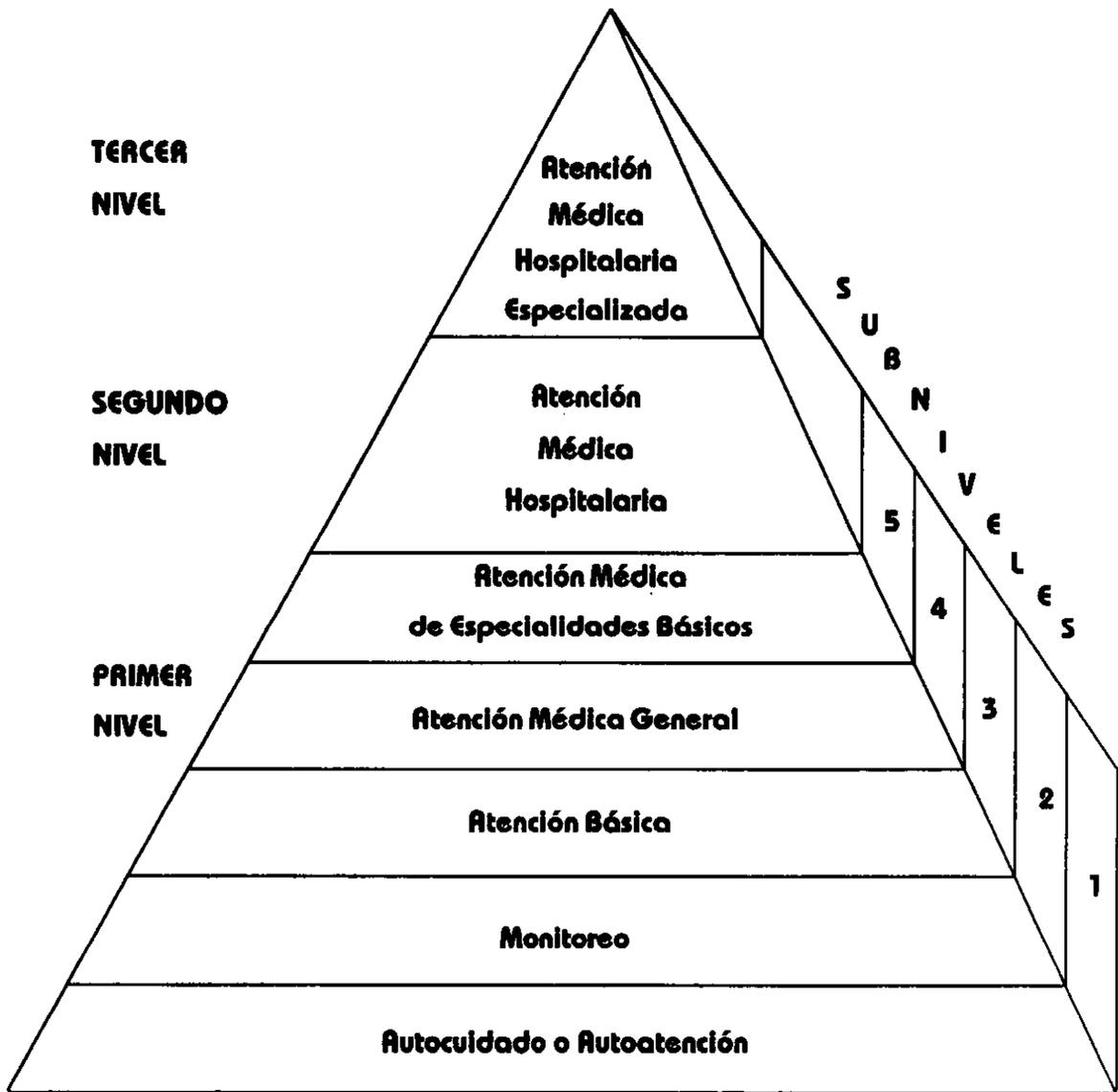
En respuesta a esta necesidad se organizan los servicios de población abierta con las siguientes características: FLEXIBILIDAD, ACCESO UNIVERSAL, CALIDAD Y CALIDEZ, INTEGRIDAD, DINAMISMO, ACCESIBILIDAD ECONOMICA Y EFICIENCIA.

Para lograr estos propósitos se requiere de una adecuada regionalización y sobre todo del escalonamiento por niveles de atención que conlleva a la referencia de pacientes, así como de casos y problemas relacionados con la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria, que incluye y exige la vinculación de los diversos niveles administrativos y operativos.²⁵

Este modelo se caracteriza por tener el primer nivel de atención sólidamente constituido por cinco subniveles que a continuación se muestran y describen.

25. ISEM. *Modelo de atención a la Salud de la población abierta del Estado de México*. México. 1993. p. 15.

NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL MODELO DE ATENCION



FUENTE. ISEM. *Modelo de Atención a la Salud*. p. 18

Estos subniveles, tiene las siguientes características específicas:

SUBNIVEL	CARACTERISTICAS
1. DE AUTOCUIDADO O AUTOATENCIÓN	ACCIONES POR PARTE DE LA PROPIA COMUNIDAD
2. DE MONITOREO	PARTICIPACION COMUNITARIA POR LIDERES EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
3. DE ATENCION BASICA	ACCIONES DE SALUD A TRAVES DE PRODIAPS Y TAPS
4. ATENCION MEDICA GRAL.	RELACION MEDICO PACIENTE A TRAVEZ DE LA CONSULTA C. SALUD
5. ATENCION MEDICA ESPECIALIDADES BASICAS	ATENCION ESPECIALIZADA EN EN UNIDADES DE 2o. NIVEL

Como se observa en la base de la pirámide, el autocuidado caracterizado por las acciones que realiza la propia comunidad, es considerado el principal subnivel, pero también el más descuidado por parte de la respuesta social organizada, ya que la presencia de los daños indican que la población aun carece de elementos de cultura en salud acordes su individual problemática.

Por ende la importancia de implementar una teoría que trate precisamente de corregir a través de sistemas focalizados de enfermería los problemas encontrados en una comunidad, de la que se hablará específicamente en el siguiente apartado.

3.1.5. Teoría de Orem

– Generalidades

Cuando se considera la gama de posibilidades de investigación que cubren ahora las enfermeras, todo es claramente importante para la profesión, pero el conocimiento representado por los problemas y metodologías de la investigación parece ser ambiguo. Sin embargo por definición una disciplina no es ambigua, se caracteriza por una perspectiva única, una manera distinta de ver todos los fenómenos la cual define a final de cuentas los límites y la naturaleza de su indagación.

Este es el problema que invade a la mayoría: la identificación de la esencia de la investigación en enfermería y de los elementos y rutas comunes que le dan coherencia a un cuerpo identificable de conocimientos. Como investigadores de enfermería, parecemos funcionar básicamente con conocimientos tácticos, más bien que explícitos, acerca de las amplias conceptualizaciones características de la enfermería. Se dá por hecho que la perspectiva de enfermería se acepta y comprende en forma general, hasta que requiere una explicación de los aspectos particulares. Además los autores de enfermería tienden a enfatizar formulaciones especulativas y reflexiones teóricas enfocadas a reducir la naturaleza de la enfermería más que a explicar la estructura del cuerpo de conocimientos que constituye esta disciplina.²⁶

De todos los modelos de enfermería que han surgido el de Orem es quizá, el que ha tenido mayor influencia ya que ha significado un enfoque estimulante y directo de las situaciones actuales de cuidados.

Las nociones de autocuidado y de las enfermeras que toman decisiones activas sobre el grado en que deben intervenir con los pacientes o clientes, eligiendo un sistema de enfermería, son de interés actual.

26. Esther Gallegos. *Teorías y Modelos en Enfermería*. Fotocopiado para uso docente. Especialidad de Salud Pública. ENEO-UNAM. México, D.F. 1997. p. 1.

La economía de los cuidados de la salud y el incremento del consumismo en los mismos significa que las enfermeras debemos considerar cuidadosamente qué rol debemos desempeñar con el paciente.

Con frecuencia una intervención drástica como actuar por los pacientes es inadecuada, porque mina su motivación para cuidar de sí mismos, claro está, cuando tienen capacidad para hacerlo. Esto puede ser no sólo un enfoque terapéutico; sino invadir la intimidad personal y amenazar la dignidad del individuo.

Algunos cuidados de enfermería pueden presentarse mejor en forma de educación y de apoyo, enseñanza o guía del paciente o cliente en las medidas de autocuidado proporcionados.

En lo relacionado a los campos ético, legal, y profesional, las enfermeras debemos actuar y reflejar lo que se planifica, se hace y evalúa. El modelo de Orem facilita este proceso, abordando el déficit de auto cuidado a través de la valoración profunda del paciente o cliente.

Este modelo abarca, por lo tanto, no solo las necesidades de autocuidado universales, sino también aquellas necesidades de desarrollo físico, social y psicológico del individuo, de su situación de enfermedad o lesión y de su relación con los profesionales del cuidado de la salud, que para este caso lo denominaremos Enfermero, el cual operará sus intervenciones a través de sistemas, como se señala a continuación.

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la "forma" de enfermería y la relación entre las propiedades de la persona y la enfermera. Los sistemas de enfermería pueden ser formados o producidos para individuos, personas que constituyan una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico con componentes similares o que tienen limitaciones similares para ocuparse

del autocuidado o del cuidado dependiente, para familias, o para otras unidades multipersonales.²⁷

Cabe mencionar que la proyección de este enfoque enfermero, para intervenir desde el punto de vista del Déficit de autocuidado ha sido analizado como: "La percepción de la salud y enfermedad desde el punto de vista de la enfermería ha considerado la valoración de los requisitos de autocuidado tanto para los factores de condicionamiento básico, los que regulan los procesos de desarrollo humano y aquellos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se han realizado estudios a nivel individual y familiar o lo que se le ha llamado unidades multipersonales, pero no se tiene hasta el momento información con respecto a la aplicación de este enfoque en la comunidad. Sin embargo se considera que esta teoría es aplicable en la Salud Pública y el trabajo comunitario de tal manera que establecer un diagnóstico de requisitos de déficit de autocuidado en una comunidad puede dar pauta para la atención a problemas relacionados con la Salud y no sólo con la enfermedad".²⁸

A fin de concluir los aspectos planteados la enfermera especialista en Salud Pública, hará uso de esta teoría (OREM), basándose en el enfoque de riesgo y autocuidado para la proyección de un diagnóstico de salud; enfatizando acciones de prevención, promoción, planificación, organización intervención y evaluación; lo que fundamentará plenamente cada una de las intervenciones que sean requeridas para satisfacer las necesidades detectadas en la comunidad de estudio; tomando en cuenta la capacidad y factibilidad de la enfermera en Salud Pública.

Por su importancia, a continuación se describen las teorías del modelo y los elementos que componen a cada una, señalando que la síntesis es breve ya que es lo que se pretende focalizar en la especialidad, sin embargo si se quiere profundizar es recomendable leer los conceptos en el libro expreso para tal.

27. Dorotea Orem E. *Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica*. España. Ediciones Científicas y Teóricas. S.A. Ed. Masson. 1993. p. 80 y 164.

28. Sofía Sánchez P. *Diagnóstico de requisitos de autocuidado*. México, D.F. Proyecto de Investigación, Agosto 1996. p. 8.

- Autocuidado

El autocuidado según Orem podría considerarse como la capacidad de un individuo para cuidarse a sí mismo para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. El autocuidado marca como propósito una acción que tiene un patrón y una secuencia, contribuyendo al mantenimiento, integridad, y desarrollo humano.

Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- El apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación y
- Promoción del bienestar.

El autocuidado es un fenómeno que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones, las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

Un componente de la Teoría de Orem, son los REQUISITOS DE AUTOCUIDADO. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Los requisitos de autocuidado son expresiones de los objetivos a lograr, de los resultados deseados al ocuparse intencionadamente del autocuidado.²⁹

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, de desarrollo y de desviación de la salud.

29. Dorotea Orem P. *Op. cit.* p. 136.

Para estar acorde con esto, las enfermeras deben desarrollar capacidades para:

- Identificar los requisitos de autocuidado de sus pacientes
- Seleccionar o confirmar los métodos generales a través de los cuales cada requisito identificado puede y deberá ser cubierto
- Identificar las acciones a realizar para satisfacer cada requisito de autocuidado específico.

- Requisitos de Autocuidado Universal

Los requisitos de autocuidado universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales.

Se mencionarán ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humanos.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Utilizando la palabra NORMALIDAD, lo que esta de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.³⁰

30. *Ibidem*, p. 141.

Cuando se proporciona de manera efectiva, el autocuidado o el cuidado dependiente organizado alrededor de los requisitos de autocuidado universal, se refuerza la salud positiva y el bienestar integral de la vida diaria de los individuos y sus grupos sociales.

- Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Inicialmente estos requisitos fueron agrupados bajo los requerimientos de autocuidado universal. Los requisitos de autocuidado del desarrollo, están asociados a los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que puedan afectar adversamente el desarrollo.

Se mencionan a continuación dos tipos de requisitos de autocuidado del desarrollo:

- Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:
 - El estado intrauterino de la vida y el proceso del nacimiento;
 - La etapa de vida neonatal ya sea: nacido a término o prematuramente y nacido con un peso normal o con bajo peso;
 - Infancia;
 - Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta;
 - Las etapas de desarrollo de la edad adulta;
 - El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que puedan afectar adversamente al desarrollo humano:
 - Deprivación educacional

- problemas de adaptación social
- fracaso de una individualización saludable
- pérdida de familiares, amigos, asociados
- pérdida de posiciones, de la seguridad laboral,
- cambio brusco de residencia a un entorno desconocido
- problemas asociados con la posición
- mala salud o incapacidad
- condiciones de vida opresivas
- enfermedad terminal y muerte inminente

Cabe mencionar que en cada una de las etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, así como también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente de desarrollo del individuo.³¹

- **Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud**

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos genéticos y desviaciones humanas estructurales, funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Es de mencionar que los requisitos de autocuidado surgen no sólo de la enfermedad, lesión, desfiguración e incapacidad, sino también de las medidas de cuidados prescritas o realizadas por los médicos, estas medidas pueden modificar la estructura o requerir modificaciones de conducta.

El autocuidado de desviación de la salud ha mostrado que en estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen tanto del estado de enfermedad como de las medidas usadas en su diagnóstico o tratamiento.

31. Stephen. Cavanagh. *Modelo de Orem*. España. Ed. Salvat. 1993. p. 7.

Si las personas con desviaciones del cuidado de la salud tienen que hacerse competentes en el manejo del sistema de autocuidado de desviación de la salud, también deben ser capaces de aplicar a su propio cuidado el conocimiento.

A continuación se mencionarán seis categorías de autocuidado de desviación de la salud:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que producen malestar o deterioro incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.
- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal.³²

32. Dorotea Orem P. *Op. cit.* p. 150-151.

Las acciones de autocuidado a realizar durante un cierto tiempo para satisfacer requisitos de autocuidado conocidos, usando métodos válidos y grupos de acciones y operaciones relacionadas, se denomina DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO.

Los factores internos y externos que afectan a los individuos o sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos, se denominan factores básicos condicionantes los cuales se mencionarán a continuación:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidados, de salud
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Estos factores identificados condicionarán de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico.³³

33. *Ibidem.* p. 153.

- Teoría de Enfermería del autocuidado: una teoría general

- **Generalidades**

El arte de la enfermería inicia con base en su conceptualización, sus características y forma de expresión se manifiestan día a día a través de cuidados especializados dirigidos al individuo, familia o comunidad, con operaciones intra y extramuros bien definidos.

La disciplina de enfermería se ejecuta a través de acciones intencionadas, al interrelacionarse con los pacientes o clientes dando origen a situaciones de demanda de cuidados enfermeros. Eventos que la teoría general describe a través de las relaciones y características de la práctica cotidiana, cuestionándose lo siguiente:

¿A qué prestan atención las enfermeras?

¿Qué hacen las enfermeras cuando dan cuidados?

Como supuestos o premisas en respuesta a estas preguntas la teoría de enfermería proporciona una estructura para la organización de conocimientos enfermeros los cuales se basan en reflexiones sobre características que se repiten en la práctica y sus relaciones situacionales.

En el desarrollo inicial de la enfermería se dijo que "Las enfermeras tenían gran culpa de que los pacientes estuvieran mal cuidados en los hospitales"³⁴.

Hoy en día las enfermeras se esmeran en su práctica para proporcionar cuidados de calidad al individuo o unidad multipersonal en cualquiera de sus contextos y operando por objetivos.

34 *Ibidem.* p. 65.

Más tarde la enfermería se definió como un arte en el cual se proporciona asistencia especializada a personas que se encuentran incapacitadas, de esta manera se llevó a cabo la práctica de enfermería simplemente asistencial.

Actualmente Dorothea Orem en su teoría dice que la enfermería es un sistema en donde personas y acciones están relacionados entre sí, ante la demanda sentida o no, de cuidados específicos de la disciplina.

- El concepto de sistema de enfermería.

Es el resultado de un proceso de relaciones entre personas que pertenecen a grupos diferentes; grupo uno, paciente legítimo y grupo dos enfermera legítima; estos elementos constituyen las entidades del sistema de enfermería; generando la agencia del autocuidado, y la demanda del autocuidado. Este y otros conceptos se describen a continuación.

"...**AUTOUIDADO:** Es una actividad aprendida orientada a un objetivo. Esta conducta existe en situaciones concretas de la vida, dirigida hacia las personas y su entorno para regular los factores de su desarrollo y funcionamiento para beneficio de su vida, salud y bienestar.

CUIDADO DEPENDIENTE: Es una actividad que realiza un adulto responsable cuya característica es su dependencia total.

AGENCIA DE ENFERMERIA: Atributo que tienen las personas educadas y capacitadas para ayudar a otros a conocer sus demandas.

AGENCIA DE AUTOUIDADO: Capacidad que desarrolla un adolescente o adulto permitiéndole discernir los factores que regulan su funcionamiento.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE: Capacidad que desarrollan los adultos responsables del cuidado de las personas que de ellos dependen...³⁵.

El déficit de autocuidado se presenta cuando es mayor la demanda de autocuidado terapéutico en relación a la agencia de autocuidado desarrollada por el individuo o unidad multipersonal.

• TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Es necesario comprender la filosofía del cuidado para entender la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del sistema de enfermería.

Esta teoría hace énfasis en las acciones aprendidas que realizan las personas maduras cubriendo los requisitos que promueven o afectan su funcionamiento y desarrollo favoreciendo el automantenimiento de la salud y bienestar personal. Realiza acciones reguladoras por medio de los requisitos reguladores.

- Requisitos universales para todos los individuos.
- Requisitos reguladores del desarrollo humano.
- Requisitos vinculados al estado y cuidado de la salud (Desviación).

La premisa de esta teoría indica que: los seres humanos tienen condiciones iguales para desarrollar habilidades y prácticas para el autocuidado y autocuidado dependiente y varían de acuerdo a la cultura y contexto socioeconómico.

Al revisar las proposiciones en relación a la esencia de la teoría, éstas aportan lo siguiente: el autocuidado es una función reguladora, una acción intencionada dirigida al conocimiento del funcionamiento humano implicando también el uso de los recursos materiales y se realiza a lo largo del tiempo constituyendo "El sistema de autocuidado"³⁶

35. *Ibidem*, p. 72.

36. *Ibidem*, p. 76.

• TEORIA DEL DEFICIT

Es el desequilibrio que se origina en los seres humanos cuando son sometidos a limitaciones de salud siendo incapaces de conocer los requisitos para el cuidado regulador de sí mismos.

Estas premisas se enfocan desde dos puntos de vista.

Primero: El autocuidado y cuidado dependiente se ve alterado por la valoración de la persona sobre las actividades del cuidado, las cuales se apoyan en la cultura del grupo y en la posibilidad de educar a los miembros del grupo.

Segundo: La sociedad brinda al estado humano de dependencia social, medios para ayudar a las personas de acuerdo a su naturaleza denominándose operación institucionalizada o respuesta social organizada.

Esta teoría en su proposición hace Incaple en la capacidad especializada para las acciones que las personas emprenden para proveer su propio autocuidado, o bien; el cuidado de las personas dependientes.

La habilidad para la ejecución de esta teoría está condicionada por la edad, la etapa de desarrollo, la experiencia y conocimiento cultural. Toda persona con déficit de autocuidado depende de la relación legítima de enfermería.³⁷

• LA TEORIA DEL SISTEMA DE ENFERMERIA

Los sistemas de enfermería son componentes organizativos, cuya idea central enfatiza su desarrollo en el ejercicio deliberado de las capacidades especializadas (AGENCIA DE ENFERMERIA).

37. *Ibidem.* p. 80.

Los sistemas de enfermería están estructurados para todos los individuos que constituyen una unidad de cuidado dependiente (tienen demandas de autocuidado terapéutico), siempre y cuando se establezca una situación legítima.

Reflexionando esta teoría se puede deducir en su premisa que las enfermeras realizan esfuerzos prácticos durante cierto tiempo para ocuparse del autocuidado o cuidado dependiente, en donde se conceptualiza a enfermería como un servicio humano de salud, en donde hay competencia y límites definidos de acuerdo al objetivo focalizado y el tipo de cuidado proporcionado.

Es conveniente mencionar que los esfuerzos se relacionan e interactúan con los pacientes o clientes, en donde estos tienen requisitos de autocuidado; y por lo tanto, las enfermeras determinan los requisitos del autocuidado de los pacientes, seleccionando a su vez el proceso y tecnología para motivar el desarrollo de valores y habilidades del paciente y en esta forma satisfacer sus requisitos de autocuidado.

Es así como las enfermeras y los pacientes o clientes tienen conjuntamente su propio rol en el autocuidado, en donde las acciones de ambos constituyen un SISTEMA DE ENFERMERÍA.³⁸

- Agencia de autocuidado y Agencia de cuidado dependiente

Los términos de agencia de autocuidado dependiente, se refieren a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros.³⁹

De tal forma que las capacidades de las personas para ocuparse en tipos particulares de acciones para el logro de objetivos se denominan AGENCIA.

38. *Ibidem.* p. 84.

39. *Ibidem.* p. 89.

- La agencia de Autocuidado (A-C), una capacidad humana

Orem usa la palabra AGENTE para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.⁴⁰

Cuando los Individuos realizan su propio cuidado se les considera AGENTES DE AUTOCUIDADO, por otro lado, la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

En una persona de edad media-adulta, seria y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Por lo tanto, se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado.

Existen casos en los que la agencia de autocuidado está aún en proceso de desarrollo, o también aquellos cuando el individuo puede tener una agencia de autocuidado desarrollada, que sin embargo no funciona, ésto se evidencia cuando una persona puede darse cuenta que necesita ayuda, ser capaz de buscarla pero preferir NO hacerlo por motivos de temor-ansiedad.

- Cuidar de uno mismo

Este acto requiere el inicio de una compleja serie de conductas que exige un enfoque de autocuidado Intencionado-personal.

Se inicia con la toma de consciencia del propio estado de salud, y requiere en sí mismo el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y conductas aprendidas con el fin de tomar decisiones adecuadas sobre el estado de salud,

40. *Ibidem.* p. 163.

además debe haber el deseo consciente de cuidar de uno mismo, esta es la premisa en la cual se fundamenta Orem para su modelo.⁴¹

Cuando se ha tomado la decisión de autocuidarse se debe diseñar un plan o procedimiento definido a fin de satisfacer las necesidades percibidas y posteriormente debe existir el DESEO y el COMPROMISO de continuar con lo planeado.

Esta capacidad se basa en que el individuo ya ha aprendido sobre sí mismo, comprende la naturaleza de la salud y las expectativas culturales o contexto.

Por lo tanto el individuo, para poder cuidar de sí mismo debe poseer los siguientes requisitos:

- Capacidad de atender y vigilar su autocuidado y los factores del entorno.
- Uso controlado de la energía física para el plan o prescripción.
- Control de su cuerpo para las operaciones de autocuidado.
- Razonar con enfoque de auto cuidado.
- Motivación.
- Capacidad de decidir sobre uno mismo y hacerlo.
- Capacidad de adquirir conocimientos sobre auto cuidado y retenerlos.
- Operacionalizar las acciones de autocuidado con capacidades cognitivas, perceptuales y de comunicación.
- Capacidad para ordenar o priorizar los sistemas de acción de autocuidado.
- Actuar de modo coherente, integrando acciones de autocuidado a la vida personal familiar y comunitaria.⁴²

41. *Ibidem.* p. 189.

42. *Ibidem.* p. 175.

- **Agencia de Cuidado Dependiente**

Es reconocido por Orem que existen situaciones en que las personas cuidan unas de otras, sin que ésto implique directamente cuidados de Enfermería, a esto se le denomina AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.

Es en sí, la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras, como los niños, tienen requisitos de auto cuidado a los que no pueden responder por sí mismos y por lo tanto no los satisfacen ni total ni parcialmente.⁴³

En estas situaciones, el énfasis se encuentra en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado en cualquiera de sus tres tipos: universales, del desarrollo o de la desviación de salud.

De esto se puede inferir que los adultos se ven implicados de manera frecuente en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente proporcionando cuidados parciales o totales, de lo que se desprende su nombre según Orem: AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE, sin embargo en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

- **Limitaciones del Autocuidado**

Retomando los requisitos que un individuo debe poseer para su autocuidado, no obstante, pueden haber barreras o limitaciones para él mismo.

Las personas pueden carecer de conocimientos suficientes sobre sí mismos y además quizá no tenga deseos de adquirirlos. (Operación estimativa).

Puede tener dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuando es el momento de buscar ayuda y el consejo de otros. (Operación transicional).

43. *Ibidem.* p. 196.

Y puede tener dificultades para aprender sobre uno mismo o sobre acciones requeridas para el autocuidado. Puede, también, haber problemas para participar en la planificación y realización de los cuidados, a causa de incapacidades físicas, psicológicas o emocionales. (Operaciones de producción).⁴⁴

- Déficit de Autocuidado

El término se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que sus capacidades no satisfacen sus demandas. El déficit está asociado con el tipo de demanda y las limitaciones de autocuidado.

Los déficits de autocuidado pueden ser completos o parciales, el completo o total significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

En cambio los parciales, pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad, se considera importante y definitivo el conocimiento de las enfermeras para detectar este tipo de déficit.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas constituye una evidencia de un déficit de autocuidado:

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado o clara falta de adecuación para cubrir requisitos de autocuidado.
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la que se debe al sueño natural.
- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
- Limitaciones para juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de formalidad con las condiciones internas y externas.

44. *Ibidem.* p. 189.

- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere de la adquisición de conocimiento y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.⁴⁵

Ante este panorama, es importante reconocer dos dimensiones del Déficit de Autocuidado: Una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionadas de autocuidado, esta es la dimensión personal, voluntaria del autocuidado en el pleno sentido humano y psicológico.

La segunda dimensión del autocuidado se relaciona con el individuo y su entorno como resultado de las condiciones humanas o ambientales existentes, las cuales se deben modificar para satisfacer el Déficit.

En el desarrollo de la Agencia de autocuidado de los individuos deben aprenderse ambas dimensiones, lo que implica, conocer datos para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas para la toma de decisiones sobre lo que se tiene o no que hacer.

De esta forma el desarrollo de la Agencia de autocuidado va más allá de las prácticas de autocuidado aprendidas, culturalmente prescritas. Por lo tanto los Déficit de Autocuidado están asociados no sólo con las limitaciones del individuo para realizar medidas de cuidado, sino también con la falta de validez o efectividad del autocuidado que realizan o dispensan.

45. *Ibidem*, p. 194.

- Demanda de Autocuidado Terapéutico

Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

También puede resumirse como la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen, o que pueden ocurrir en el futuro, y lo que puede o debería de hacerse para satisfacerlos.

La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

Los conceptos revisados sobre la teoría de Orem, motivan la reflexión ya que, aunque complejos, permiten visualizar la importancia de adoptar una teoría, conocerla e implementarla, como se mencionó en párrafos anteriores, en una comunidad de la que a continuación se proporcionan sus principales características.

3.2. MARCO REFERENCIAL

3.2.1. Generalidades del Estado de México y Municipio de Ecatepec

El Estado de México se localiza en el centro-sur de la República Mexicana, políticamente está dividido en 122 municipios, su población total calculada en 1990 fue de 11,829,254 habitantes con base en esto se calculó la densidad de población en 525 hb/km².⁴⁶

El 70% de los habitantes se encuentran instalados en la periferia del área metropolitana de la Ciudad de México, en donde la concentración calculada para Ecatepec es de 9 mil habitantes por km².

46. O.P.S. *Op. cit.* p. 4.

El Estado de México constituye uno de los mayores polos de concentración poblacional originada por fuertes corrientes migratorias hacia el área metropolitana lo que determina una recomposición permanente de la población.

Esta situación y el comportamiento demográfico incrementa considerablemente la magnitud de los problemas sociales, que trae como consecuencia la incapacidad de cobertura del sector público para atender las demandas de servicios de la población.

- Antecedentes históricos del Municipio de Ecatepec

Se tienen antecedentes de que fue fundado en 1165 por Cuatitlanecos que viajaban hacia Tecnochtitlán, Ecatepec alcanzó la categoría de alcaldía mayor, durante el virreynato en cuya jurisdicción estaban los pueblos de San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santo Tomas Chiconautla, Tulpetlac y Zumpango.⁴⁷

Actualmente cuenta con 1729 empresas industriales donde se da ocupación a 146,334 trabajadores.

Además de la actividad industrial se enfrenta al problema de asentamientos humanos, lo que implica demanda de servicios públicos y de salud.

En lo que respecta a tradiciones y costumbres, festejan a sus santos y la mayoría son celebraciones religiosas en cada uno de los pueblos que lo componen.

La palabra Ecatepec procede del Náhuatl y significa "Cerro del viento del aire" y en consecuencia: cerro consagrado a "Ehecatl" Dios del aire.

47. Leonardo Muñoz. *Op. cit.* p. 12.

- Datos Geográficos

Se localiza al oriente del Estado de México, a una altitud de 2500 metros sobre el nivel del mar, limita al norte con el municipio de Tecamac, al Sur con Cd. Nezahualcoyotl, y el Distrito Federal, al oriente con los municipios de Atenco y Acolman y al poniente con el D.F., Tlalnepantla y Coacalco.

El municipio se encuentra situado en la parte central de la cuenca de México, sobre la vertiente de la sierra de Guadalupe, tiene 10 elevaciones orográficas de importancia, carece de ríos, sólo pasa por él, el gran canal de desague y además tiene un depósito de evaporación solar denominado "El Caracol" compuesto por agua del Lago de Texcoco.⁴⁸

El clima predominante es el sub-húmedo, con lluvias en verano, la temperatura promedio anual es de 13.8°C, y una máxima de 30°C en el periodo Marzo-Julio y presenta oscilaciones de 7°C en invierno.

En Ecatepec la vegetación es cambiante por la deforestación y reforestación constante. El tipo de fauna está representado por especies como: gorrión, correcaminos, tecolote, zorrillo, tuza, serpiente y conejo los cuales son afectados por asentamientos humanos.

Actualmente hasta 1994 maneja una población absoluta de 2,612,500 habitantes. Los grupos étnicos que habitan en el municipio son Mazahuas y Otomíes.

En lo que respecta a Instituciones de salud existen en el área: 41 clínicas IMSS, 2 clínicas ISSSTE; 1 clínica DIF, 18 centros de salud del ISEM; 44 consultorios dentales de salud pública municipal, 2 hospitales, una clínica, ISSEMYM. Un hospital de la Cruz Roja, un Hospital del ISEM y 531 consultorios generales de Salud Pública Municipal.

48. H. Ayuntamiento. *Op. cit.* p. 68 y 69.

En el aspecto cultural cuenta con "LA CASA DE LA CULTURA" donde tiene talleres de aprendizaje. Además cuenta con monumentos de la arquitectura de esa época, así como iglesias del Siglo XVI y conventos del mismo siglo.

La comunicación en el Municipio es a través de periódicos y revistas, cuenta también con líneas telefónicas, correo y telégrafos regionales.

El transporte semeja al D.F. con algunas diferencias en cuanto a alternativas de viabilidad, también cuenta con una estación de Ferrocarril y vías férreas que comunican al D.F. y Texcoco; la transportación urbana y rural se realiza regularmente a través de combi's, taxis, minibuses y autobuses de pasajeros que circulan por la zona, así como una línea del metro que pronto se inaugurará. El ayuntamiento ofrece a los habitantes de Ecatepec, servicio de agua potable, drenaje, alumbrado público, recolección y destino final de desechos.

Actualmente existe en el municipio 1729, empresas que emplea a 146 334 personas existe también comercio en pequeño y gran escala.

La vialidad está apoyada con 22 puentes peatonales y siete vehiculares actualmente se están haciendo reformas con las obras del metro y Avenida R1 o López Mateos.

En lo correspondiente a espacios deportivos y de esparcimiento se cuenta con dos parques ecológicos en la cabecera municipal y nueve deportivos.

También tiene tres panteones municipales para servicio popular, y uno en cada pueblo para los nativos con perpetuidad.⁴⁹

La actividad económica es homogénea ya que mientras existen actividades que hacen crecer al municipio con buen nivel de modernización, existen otros que lo mantienen en el rezago, sin embargo prevalece la política agropecuaria y agrícola.

49. *Ibidem.* p. 72 y 74.

3.2.2. Descripción de la microrregión de estudio

Tulpetlac, forma parte de los pueblos más antiguos del municipio; por contigüidad sus antecedentes históricos, étnicos y culturales son semejantes a los del mismo; su historia indica que la tenencia de la tierra en su mayoría es comunal, con un 40% de extensión ejidal de sembradío y el porcentaje restante cerril, este último desde hace aproximadamente 40 años ha sido invadido, vendido o repartido en lotes pequeños por vivienda a gente de escasos recursos.⁵⁰

Este desmedido incremento en áreas de crecimiento urbano ha dado origen a que las necesidades de servicios públicos también se incrementen ocasionando problemas sanitarios, demográficos y de salud importantes, los cuales representan factores de riesgo para la población, no sólo del centro del pueblo sino también para las que ahora son sus áreas marginadas periféricas compuestas por colonias que juntas forman el conglomerado denominado Ampliación Tulpetlac.⁵¹ (Se adjunta croquis)

Es en esta área de crecimiento donde se ubica la zona de estudio denominada Tecuescomac, (se adjunta croquis) nombre que recibe por ser un barrio del poblado que hace apenas 10 años, era pastizal para el ganado (vacas y toros) de la población nativa.

Actualmente se encuentra totalmente cubierta por asentamientos humanos irregulares con todos los problemas de déficit de urbanización ya mencionados y además evidenciando su bajo nivel socioeconómico.⁵²

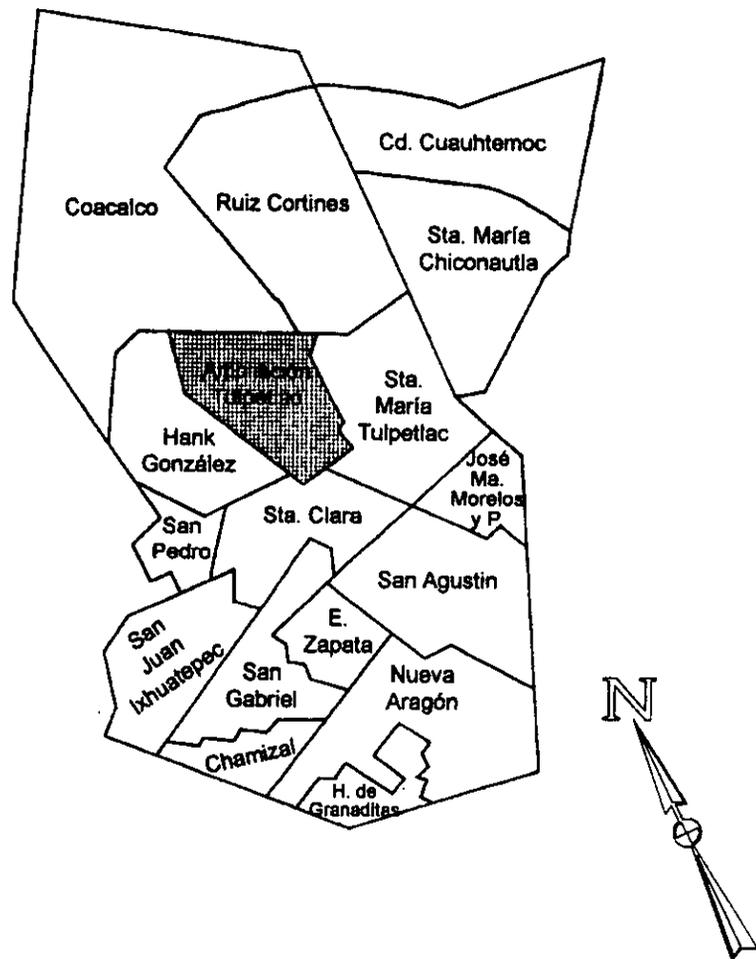
Sin embargo, el pueblo se caracteriza por su trascendencia cultural y legados históricos ya que aquí se encuentra el Santuario de la Sta. aparición Guadalupana, una iglesia o parroquia del siglo XI y siete capillas que datan de la colonia como claves de orientación geográfica.

50. Luis M. Franco H. *Estudio de Comunidad microrregión Texalpa*. 1995. p. 53.

51. Erika González E. *Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac*. 1996. p. 33.

52. Herlinda Morales. *Crónica de Sta. Ma. Tulpetlac Presencia y Cultura*. p.46.

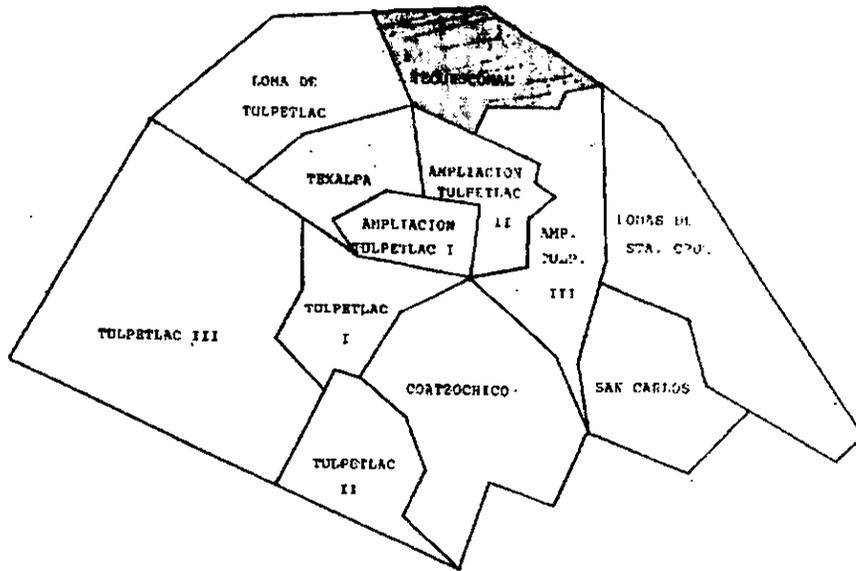
**DIVISION POR COORDINACION MUNICIPAL Y UBICACION
DE LAS UNIDADES DE SALUD EN LA JURISDICCION
DE ECATEPEC**



**COORDINACION MUNICIPAL DE
SALUD
DONDE SE ENCUENTRA LA
MICROREGION DE ESTUDIO.**

FUENTE: *DIRECCION DE LA COMUSA*

**MICRORREGIONES QUE INTEGRAN LA COORDINACION
MUNICIPAL AMPLIACION TULPETLAC**



**MICRORREGION DE ESTUDIO
PARA LA ESPECIALIDAD EN
SALUD PUBLICA 1997**

Dada su influencia fuertemente católica sus fiestas son en su mayoría, de tipo religioso acordes al bajo nivel económico de las familias que favorece la integración de áreas marginadas periféricas al centro del pueblo.

En el corazón del poblado existe la calle que antiguamente se le conocía como Camino Real; por el pasó, por última vez Don José María Morelos y Pavón, cuando era llevado a la Casa de los Virreyes; donde fue fusilado a las 3:00 de la tarde el 22 de diciembre de 1815.

El presidente Porfirio Díaz, dió la concesión a Teodoro Reyes, para que se explotaran las canteras de Tulpetlac; más tarde, Don Nicolás Valdez solicitó al ferrocarril una escuela que introdujo a la cantera del barrio de Los Reyes, de donde según dicen salió gran parte de la piedra para construir las estaciones del ferrocarril de México a Veracruz, así como para la Ciudad de México como la que se utilizó en la fachada de las oficinas del Correo Mayor, no en su totalidad pero se identificó perfectamente por su color. Había de tres colores: azul, rosa y chicle.

En el Camino Real había varios mesones. La única construcción que existe es propiedad del señor José María Reyes, que aún habita. En la parte de afuera quedan dos bramaderos de piedra empotrados en la pared donde se ataban los caballos, mulas y burros de los viajeros que se detenían a descansar en estos lugares.

En el centro del pueblo aún existe la fachada de la primera escuela que se llamó Brígida García de Juárez, en ella ahora se encuentra en la Biblioteca Pública; la delegación y las oficinas del Consejo de Participación Ciudadana.

En la Avenida México y la calle Zacatecas, en la esquina Sur -Oeste, estaba la casa de don José Inés Hernández, que luchó al lado de don Benito Juárez García, hasta que Maximiliano de Austria fue fusilado en el Cerro de las Campanas.

Cuando los franceses salieron del país, él regresó a Tulpetlac, su tierra natal, murió en 1927, su lápida sin laureles permanece silenciosa en el panteón del pueblo, en el Colegio Particular "Guadalupe" que se encuentra donde termina el lado norte de la calle Colima y la Calle California; el pintor surrealista Manuel Bueno Herrera hizo un mural que pasa a enriquecer el acervo cultural de Tulpetlac.

Finalmente en el norte de esta población y a orillas de Vía Morelos se construyó el parque ecológico Siervo de la Nación, lugar que seguramente era un basurero prehispánico porque se encontraron figuras (cerámica) que corresponden a diferentes épocas.⁵³

De acuerdo a los datos referidos, el área de estudio es de reciente integración, formada principalmente por emigrantes de otros estados de la república, los que en común tienen bajo nivel económico y cultural.

Aunado a lo anterior, se observa que existe gran dificultad para accederlo geográficamente, esto es una limitante para acudir en demanda de atención de salud oportuna. Aspectos que se describen a continuación, integrando sólo aquellos resultados que de alguna manera apoyan el estudio de caso, si se requiere mayor profundidad en los datos obtenidos se puede consultar el Estudio de Comunidad realizado para tal fin por la enfermera especialista en Salud Pública.

53. Material de Lectura. *Sta. María Tulpetlac*. H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos. Mex. 1994-1996. p. 8

**- DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA MICRORREGION DE ESTUDIO
(TECUESCOMAC)**

I. DATOS DE IDENTIFICACION

1. Nombre de la microrregión: **TECUESCOMAC** (Se adjunta croquis de ubicación).
2. Responsable por el ISEM: **TAPS Petra Rodríguez Pérez.**
3. Fecha de recopilación de datos: **1996.**
4. Fecha de elaboración del Diagnóstico: **1997.**
5. Límites

- **Norte:** calles Ixtlahuaca, Villa Guerrero y Huehuetoca, con microrregión Lomas de Sta. Cruz y Area nueva.
- **Sur:** calle Bugambilias, Morelos y Av. México y con microrregión Lomas de Tulpetlac.
- **Este:** calle Saltillo, Culiacán, Yucatán y Río Bravo y microrregión Ampliación Tulpetlac II y III.
- **Oeste:** calle Sultepec, Polotlán y Tultepec y con microrregión "Area Nueva" que se encuentra sin recurso TAPS.

6. Superficie: **5152 m²**
7. No. de Sectores: **18**
8. No. de Viviendas: **1284**
9. No. de Familias: **1362**

II. DEMOGRAFIA

10. Población de Coordinación Municipal: **85' 192 Hbs.**
11. Población de la microrregión: **5813 Hb = 6.8%. del total de la Coordinación Municipal.**

- Programada por normatividad: **5 000 Hb.**
- Real captada por Tarjeta de Visita Familiar (T.V.F.) **5813 Hb**
- Porcentaje excedente: **813 Hb = 16.2%**

12. Población con seguridad social: 2 208 Hb = 38%

Población sin seguridad social: 3 605 Hb = 62%

13. Densidad de población: 1.1 Hb x m²

14. Población por grupo etéreo.

- Cuadro 1.

15. Número de familias: 1 362.

16. Promedio de miembros por familia: 4.2.

III. EDUCACION

- Cuadro 2

17. Número de personas de 12 años y más que saben leer y escribir: 3 780 = 65% de la población microrregional.

18. Número de escuelas primarias existentes en la microrregión: NO HAY; la más cercana se encuentra a 15' de ella.

IV. OCUPACION E INGRESO

- Cuadro 3

19. Población de 10 años y más existente: **4 269** que corresponde al **73%** de la población total y es la económicamente activa.

20. Percepción mensual promedio según grupos de ingreso de las familias de la microrregión.

– Cuadro No. 4

21. Ingreso mensual promedio por familia de la microrregión (cantidad en pesos sin centavos): **\$ 1 190.00** por lo tanto el ingreso promedio por día por familia es de **\$ 39.65**.

V. SANEARMIENTO DEL MEDIO

22. Características generales de las viviendas de la microrregión.

– Cuadro No. 5

23. Promedio de habitantes por vivienda: **4.2**

24. Recolección de desechos.

– Cuadro No. 6

25. Principales problemas de contaminación ambiental.

ORIGEN	PROBLEMA
- HECES FECALES	- Drenajes que desembocan en la barranca que atraviesa la microrregión. - fecalismo al aire libre.
- DESECHOS	- Familias que no utilizan el vehículo recolector, la tiran en la calle o en la barranca.
- ANIMALES MUERTOS	- Los animales mueren o los matan y los dejan en la vía pública donde alcanzan niveles de descomposición orgánica.
- AGUA	- Distribución con pipas contaminadas y deficiente almacenamiento en tinacos sucios y sin tapa.

Fuente: Primaria por observación directa.

26. Características del agua de consumo humano.

Un 30% de las familias no cuentan con agua intradomiciliaria, por lo que la adquieren de las pipas y la almacenan en recipientes o tinacos contaminados y además no cuentan con tapadera de protección.

Según el último reporte del gobierno del estado (Mayo-1997) se diagnostica bajo cloro residual en el agua lo que es un factor que favorece la aparición de enfermedades gastrointestinales.

VI. ESTADO VACUNAL

- Cuadro No. 7

27. Otros recursos para la salud existentes en la microrregión.

A) HOSPITALES O CLINICAS

En la microrregión no existen pero dentro de la Jurisdicción se cuenta con:

R.S.O.	ATENCION	ISOCRONO	NO. CAMAS	DIRECCION
1. Centro de Salud Urbano	1er. nivel	15'-30'	-	Texalpa S/N Tulpetlac
2. Hospital General de Zona y Unidad de Med. Familiar No. 68.	1o. y 2o. nivel	45'-60'	160	Vía Morelos y calle Chiapas Tulpetlac
3. Hospital periférico ISSEMYM	1o. y 2o. nivel	45-60'	40	Calle Chiapas y Zacatecas Tulpetlac
4. Hospital J.M. Rodriguez	2o. nivel	60-90'	80	Av. Central y Copérnico Valle de Anáhuac

Fuente: Depto. Epidemiología Jurisdicción Ecatepec, 1996.

B) Médicos

- Dr. Juan Carlos Romero R.

- Dra. Ma. Gpe. Vidal

Av. Chiapas Mz. 1 L. 4

Col. Ampliación Tulpetlac

Horario de 16-20 Hrs.

Isocrono 40'

C) RECURSOS DE ENFERMERIA

Unicamente los del Centro de Salud más cercano: 5 enfermeras, que no realizan actividades extramuros.

D) FARMACIAS

NOMBRE	DIRECCION
- CHARLY	Av. Chiapas y Mazatlán
- SAGRADO CORAZON	Interior del mercado Nueva creación en Av. México y Puebla
- SYN	Av. Chiapas Mz. "C" Lte. 9
- SN. ANDRES	Av. Chiapas Mz. 1 Lte. 4

Fuente: Primaria, por observación directa.

E) CURANDEROS

Conocidos son dos, uno en cada mercado de la microrregión.

- Mercado Nueva Creación Av. México y Puebla
- Mercado Sta. Cruz Av. Chiapas

28. Seguridad Social de las familias de la microrregión Tecucomac.

- Cuadro 8

29. Nutrición

La alimentación de los habitantes de la microrregión Tecucomac, se conforma principalmente por alimentos como tortillas y pan, escasa verdura, cantidades menores de leche, huevo y carnes como pollo o res; el pescado no entra con frecuencia en su alimentación por su alto costo y difícil adquisición.

También es común el consumo de alimentos chatarra como frituras y panecillos envueltos así como bebidas embotelladas y conservas.

30. Proporción de enfoque de riesgo familiar.

– Cuadro 9

31. Tipo de familia y ciclo habitual.

El 90% de las familias son nucleares y el restante 10% corresponden a la clasificación de familia extendida, existe independencia total al separarse del núcleo primario.

32. Tipo de vivienda en la microrregión Tecucomac.

– Cuadro 10

VII. NATALIDAD

Durante 1996 hubieron 68 nacimientos en la microrregión Tecucomac, de los cuales 37 fueron mujeres (55%) y 31 fueron hombres (45%).

Tasa natalidad: 11.6

VIII. MORBILIDAD INFANTIL QUE REPORTA LA COORDINACION MUNICIPAL AMPLIACION TULPETLAC

Cuadro 11

Como se observa las principales causas de demanda de atención médica son por RINOFARINGITIS AGUDA, FARINGITIS AGUDA Y AMIGDALITIS, con el 58.5%, 7.27% y 3.37% respectivamente, lo que denota que las I.R.A. continúan en los primeros lugares de Morbilidad Infantil en el área de estudio.

IX. MORTALIDAD INFANTIL QUE REPORTA LA COMUSA AMP. TULPETLAC

Cuadro 12

Como se observa la primera causa de mortalidad infantil en el área de estudio corresponde a BRONCONEUMONIA con una tasa de 5.3 por 10,000 habitantes menores de 5 años, quedando en cuarto lugar la bronquitis aguda con una tasa de .88 por 10 mil, lo menos frecuente es la Cirrosis hepática y la enfermedad hemorrágica del RN con una tasa de .88.

X. PRIORIZACION DE PROBLEMAS COMUNITARIOS

- Alto Nivel de déficit de Autocuidado.
- Alta incidencia de morbilidad por IRA.
- Elevada tasa de mortalidad por neumonia.
- Problemas con la Tenencia de la tierra.
- Fecalismo por descarga (protodrenajes).
- Tiradero de deshechos a cielo abierto en la barranca.
- Deficientes hábitos higiénico dietéticos.
- Déficit de atención médica durante la tarde y noche.

- Número de recursos TAPS, insuficiente para la cobertura que demanda la microrregión, de acuerdo a la normatividad.
- Deficiente cultura en salud en la familia.
- Contaminación y bajo cloro residual en el agua de consumo humano.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Inadecuada construcción de viviendas.
- Alimentación deficiente en cantidad y calidad.

La microrregión de estudio ocupa el primer lugar a nivel Jurisdicción en mortalidad por neumonía (IRA) y gastroenteritis (EDA).

El diagnóstico situacional de la comunidad en estudio fue realizado por los tres especialistas de enfermería en Salud Pública con sede en Jurisdicción Ecatepec, la información se recuperó de enero a marzo de 1997, con el fin de tener una visión completa del área asignada. La información que se incluyó es aquella que apoya el estudio de caso quedando para consulta el Estudio de Comunidad que se cita en la Bibliografía, si es que se desea profundizar en la información.

Para medir el riesgo en las familias se utilizó la estrategia de criterios por enfoque, la cual se describe en el marco teórico del presente. Para ponderar los problemas que requieren intervención se aplicó Hanlon, quedando como principal problema la alta morbilidad y mortalidad por IRA-NEUMONIA, el que será tratado con profundidad para valorar los déficits de autocuidado que influyen en los daños y así poder intervenir adecuadamente.

Por lo anterior es necesario, previo a la intervención señalar el impacto de estos daños a nivel nacional, situación que se revisará brevemente en el siguiente apartado.

CUADRO No. 1

**PIRAMIDE POBLACIONAL POR GRUPOS DE EDAD Y
SEXO EN LA MICROREGION TECUESCOMAC, 1996**

HOMBRES	AÑOS	MUJERES	TOTAL	%
16	70 - +	16	32	.55
19	65 - 69	15	34	.58
34	60 - 64	33	67	1.15
44	55 - 59	32	76	1.31
95	50 - 54	62	157	2.70
124	45 - 49	135	259	4.45
170	40 - 44	163	333	5.72
180	35 - 39	212	392	6.74
208	30 - 34	194	402	6.91
227	25 - 29	237	464	7.98
298	20 - 24	301	599	10.30
366	15 - 19	340	706	12.14
374	10 - 14	374	748	12.88
394	05 - 09	373	767	13.19
334	01 - 04	305	639	11
73	< - 01	65	138	2.40
2956	TOTALES	2857	5813	100

DESCRIPCION:

Como se observa en el cuadro, los porcentajes más altos de población se encuentran en el grupo etáreo de 5 a 24 años, lo que nos indica una población joven; de interés para el caso es el grupo etáreo de menores de 5 años el cual tiene sólo el 2.4% de la población que corresponde a 777 menores de los cuales 65 son menores de un año.

Fuente: Concentrado de tarjeta de visita familiar, 1996.

CUADRO No. 2**TIPO DE ESCOLARIDAD EN MAYORES DE 12 AÑOS
REGISTRADA EN LA MICORREGION TECUESCOMAC, 1996.**

VARIABLES	F°	%
Analfabetos	210	5.26
Sabe leer y escribir	120	3
Primaria incompleta	735	18.42
Primaria completa	1178	29.54
Secundaria completa	724	18.14
Secundaria incompleta	611	15.31
Media superior	349	8.75
Superior	63	1.58
Total	3990	100

DESCRIPCION:

El nivel escolar que prevalece en la población mayor de 12 años estudiada es la primaria (incompleta y completa) con un 47.9% y sólo el 18% tiene secundaria completa, mostrando un porcentaje muy escaso; el nivel superior 1.5%.

Fuente: Anexo de tarjeta de visita familiar, 1996.

CUADRO No. 3

TIPO DE OCUPACION ENCONTRADA EN LA MICROREGION TECUESCOMAC, 1996

VARIABLE	F°	%
HOGAR	1075	21.35
ESTUDIANTES	1653	32.84
EMPLEADO	562	11.16
OBRAERO	481	9.55
COMERCIANTE	328	6.51
CHOFER	28	0.55
ALBAÑIL	132	2.62
PENSIONADOS	52	1.03
DESEMPLEADOS	189	3.75
OTROS	536	10.64
TOTAL	5036	100

DESCRIPCION:

La ocupación del porcentaje más alto (32.8%) corresponde a estudiantes siguiéndole las amas de casa en el hogar (21.3%), en la media ocupacional se encuentran obreros, comerciantes y desempleados, encontrando 28 habitantes que son choferes con un .55% como el menor porcentaje.

Fuente: Anexo de tarjeta de visita familiar. 1996.

CUADRO No. 4

INGRESO MENSUAL POR FAMILIAS DE LA MICRORREGION TECUESCOMAC, 1996.

Nota: Salario Mínimo = \$ 26.45

VARIABLE	F ^o	%
A - Menos de un salario mínimo	188	13.80
B - De 1 a 2 salarios mínimos	896	65.80
C - De 3 a 5 salarios mínimos	255	18.72
D - De 6 a 8 salarios mínimos	21	1.53
E - (+) de 9 salarios mínimos	2	0.15
Total	1362	100

DESCRIPCION:

El 65.8% de las familias de la microrregión tienen un ingreso de 1 a 2 salarios mínimos, y sólo el 1.68% perciben más de 6 salarios mínimos (23 familias). Quedando sólo un 13.8% de familias con menos de uno, porcentaje que corresponde a 188 familias.

Fuente: Tarjeta de vista familiar, 1996.

CUADRO No. 5

**CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA EN LA
MICRORREGION TECUESCOMAC, 1996.**

CONCEPTO		Núm.	%	
A. Vivienda según el material predominante en los pisos.	Tierra	45	3.4	
	Concreto	1317	96.6	
B. Vivienda según el material predominante en los muros.	Tabique	1342	98.7	
	Adobe	—	—	
	Madera	9	.6	
	Cartón	8	.5	
	Otras	3	.2	
C. Viviendas según el material predominante en los techos.	Concreto o similares	956	70.3	
	Teja o similares	183	13.4	
	Lámina	—	—	
	Madera	—	—	
	Cartón	223	16.3	
	Otros	—	—	
D. Vivienda según el número de cuartos.	De un solo cuarto	245	18.0	
	De dos cuartos	443	32.6	
	De tres y más cuartos	674	49.4	
	Con cocina separada	1108	81.3	
	Con baño separado	1344	99.6	
E. Viviendas según su disponibilidad de agua.	Con agua entubada	Dentro de la Viv.	638	46.8
		Fuera de la Viv.	326	24.0
	Hidrante Público	—	—	
	Sin agua entubada	398	29.2	

Descripción:

Las viviendas de la microrregión de estudio no presentan deficiencias en estructura, aunque sí en disponibilidad de servicios y descuido en higiene ambiental y de la vivienda. Los porcentajes más altos indican lo anterior focalizando como principal el problema de disponibilidad de agua.

Fuente: Anexo de tarjeta de visita familiar, 1996.

CUADRO No. 6

MEDIOS DE RECOLECCION DE DESECHOS QUE UTILIZAN LAS FAMILIAS DE LA MICROREGION TECUESCOMAC, 1996.

MEDIO	F°	%
Camión	15	1.1
Carro de tracción animal	40	3
Tiradero al cielo abierto	1267	93
La entierran	25	1.8
La queman	15	1.1
Total	1362	100

DESCRIPCION:

De acuerdo a los porcentajes de la recolección: el 93%, queda en el macro ambiente familiar y comunitario, el 4.1% que corresponde a recolección por camión y tracción animal llega al tiradero municipal que se encuentra en Chiconautla y sólo un pequeño porcentaje la entierra y/o quema contaminando el ambiente familiar y comunitario.

Fuente: Anexo de la tarjeta de visita familiar (cédula), 1996.

CUADRO No. 7

**ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACION EN MENORES
DE 5 AÑOS, SEGUN TIPO DE BIOLÓGICO Y GRUPOS ETAREOS
CUBIERTOS EN LA MICRORREGION TECUESCOMAC, 1997.**

ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACION SEGUN GRUPOS ETAREOS Y TIPO DE BIOLÓGICO		No. DE ESQUEMAS COMPLETOS	UNIVERSO	COBERTURA ALCANZADA EN RELACION A UNIVERSO
Antipoliomielítica	- 1 año	62	170	47.6
	1-5 años	177	177	100
	suma	239	307	77.8
B.C.G.	- 1 año	120	130	92.3
	1-5 años	177	177	100
	suma	297	307	96.7
D.D.T.	- 1 año	61	130	46.9
	1-5 años	177	177	100
	suma	238	307	77.5
Antisarampionosa	- 1 año	24	130	18.4
	1-5 años	177	177	100
	suma	201	307	65.4

DESCRIPCION:

Como se observa en el cuadro las coberturas de vacunación no son satisfactorias en el grupo de menores de un año, cuestión que afecta a los de 1 a 4 años. En general el biológico de más porcentaje es BCG (96.7%) quedando con un porcentaje de 65.4 la vacuna de sarampión.

Fuente: Concentrado de censo nominal, enero 1977.

CUADRO No. 8

FAMILIAS POR TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL ENCONTRADAS EN LA MICROREGION TECUESCOMAC, 1996.

TIPO DE SEGURIDAD	F°	%
S/S	785	57.64
IMSS	502	36.86
ISSSTE	63	4.62
OTROS	12	.88
Total	1362	100

DESCRIPCION:

El 57.6% de las familias se encuentran sin seguridad social que corresponde a 785 familias siguiéndole las incorporadas al IMSS con un 36.8% y sólo 12 familias reportan otro tipo de asistencia.

Fuente: Tarjeta de visita familiar, 1996.

CUADRO No. 9

TIPO DE RIESGO QUE PRESENTAN LAS FAMILIAS DE LA MICRORREGION TECUESCOMAC, 1996

VARIABLE	F°	%
Riesgo 1	463	33.99
Riesgo 2	224	16.45
Riesgo 3	458	33.63
Riesgo 4	217	15.93
Total	1362	100

DESCRIPCION:

El cuadro presenta a 463 familias con enfoque de riesgo 1 que corresponde al 33.9%, porcentaje parecido al Riesgo 3 quedando el A-4 con el 15.9% de familias. El A-1, o sean las 463 familias son las que cuentan entre sus integrantes con niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil (MEFRE).

Fuente: Tarjeta de visita familiar, 1996.

CUADRO No. 10

**TIPO DE VIVIENDA EN LA MICRORREGION TECUESCOMAC, 1996
(REGIMEN DE PROPIEDAD)**

VARIABLE	F°	%
Propia	1190	87.38
Rentada	14	1.02
Prestada	158	11.60
Total	1362	100

DESCRIPCION:

Como se observa el 87.3% de las familias (1190) cuentan con vivienda propia, fenómeno normal ya que gran parte de ellas invadieron la zona, quedando como propietarios definitivos, aunque sin documentos que amparen su propiedad.

Fuente: Tarjeta de visita familiar, 1996.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO 11

**MORBILIDAD INFANTIL EN LA COORDINACION MUNICIPAL
AMPLIACION TULPETLAC, 1996.**

CAUSAS	F°	%
A - Rinofaringitis aguda (resfrio común)	330	58.51
B - Dermatitis por contacto y otro eczema	81	14.36
C - Faringitis aguda	41	7.27
D - Amigdalitis aguda	19	3.37
E - Parasitosis intestinal, sin otra especificación	17	3.01
F - Infección intestinal mal definida	14	2.48
G - Otras colitis y gastroenteritis no infecciosas	9	1.60
H - Bronquitis y bronquiolitis agudas	9	1.60
I - Trastornos de la conjuntiva	8	1.42
J - Trastornos gástricos funcionales	7	1.24
K - Trastornos digestivos funcionales, no clasificados en otra parte	6	1.06
L - Amibiasis	4	.71
M - Otitis media aguda no supurativa y trastornos de la trompa de eustaquio	3	.53
N - Otras micosis	3	.53
O - Otitis media superativa y la no especificada	2	.35
P - Elongación excesiva del prepucio y fimosis	2	.35
Q - Hernia inguinal	1	.18
R - Varicela	1	.18
S - Otras infecciones locales de la piel y del tejido celular subcutáneo	1	.18
T - Dermatitis atópica y estado patológicos afines	1	.18
U - Las demás causas	5	.89
Total	564	100.00

Fuente: Oficina de informática jurisdiccional.

CUADRO No. 12

**MORTALIDAD INFANTIL EN LA COORDINACION
MUNICIPAL, AMPLIACION TULPETLAC, 1996.**

CAUSA	TASA
A- Bronconeumonía	5.3
B- Septicemia	2.6
C- Prematuros	2.0
D- Bronquitis aguda	0.88
E- Gastro-enteritis	0.88
F- Cardiopatía	0.86
G- Cirrosis hepática	0.88
H- Enf. Hemorr. del N.	0.88

TASA POR MIL HABITANTES.

Fuente: Departamento de Epidemiología. Certificados de Defunción y Muerte fetal.

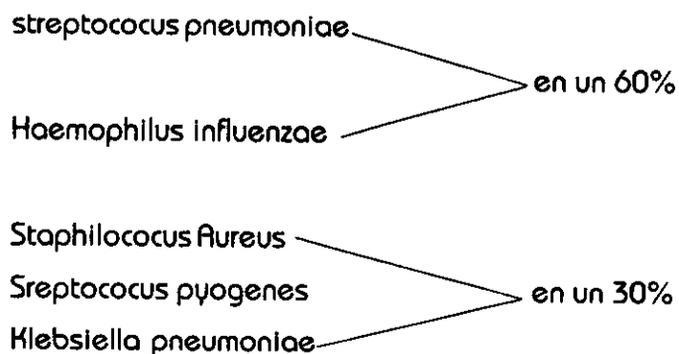
3.2.3. Situación Epidemiológica Nacional en relación a los daños.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) ocupan el primer lugar dentro de las causas de morbilidad y como demanda de atención médica entre los menores de 5 años, causan en promedio entre cuatro y cinco episodios al año respectivamente, situación que afecta de manera directa el crecimiento y desarrollo de los niños, generan del 50 al 80% de la demanda de consulta externa y del 30 al 50% de las hospitalizaciones pediátricas.

Los niños menores de 5 años tienen más riesgo de morir por IRA y los preescolares por EDA.

En México en 1994 las IRA ocuparon el 3er. lugar como causa de muerte en los menores de 1 año y en los de 1 a 4 años. Los virus son los agentes etiológicos predominantes y la mayoría de estas enfermedades son benignas y sin complicaciones.⁵⁴

De las IRA, la NEUMONIA, constituye la forma más grave y es responsable del 80% de los fallecimientos por estos padecimientos. Los agentes bacterianos son los patógenos más frecuentemente identificados, lo cual se explica, porque las infecciones virales primarias alteran el componente inmunológico pulmonar y facilitan el establecimiento de oportunistas como:



54. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO EFECTIVO DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA E INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. Sistema Nacional de Salud. 1997. p. 6 y 9.

Las IRA contribuyeron en 1994 y 95 con el 21.3% del total de defunciones en el grupo infantil y con 27.7% en el de preescolares.

A pesar de la seriedad de ambas enfermedades la mayoría de defunciones que causan pueden evitarse con un Dx. temprano y tratamiento efectivo.

Hasta un 80% de las muertes por neumonía pueden evitarse con la identificación de los signos de alarma o gravedad, atención médica, hospitalización oportuna y la utilización adecuada de antibióticos.

Durante 1996 las IRA ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en los menores de 5 años, y fueron responsables de un 14% de las defunciones registradas en este grupo de edad.

Entre los niños menores de 5 años, los menores de 12 meses tienen mayor riesgo de morir por estos padecimientos. Este grupo etéreo concentra el 80% de las defunciones.

La información de 772 autopsias verbales en 1996, con diagnóstico confirmado, indica que el 79.0% de las defunciones recibieron, por lo menos una atención médica y más del 64% ocurrieron en el hogar.⁵⁵

55. SECRETARÍA DE SALUD. *Programa de Atención a la Salud del niño IRA*. México. 1988 p. 2.

AGENTES ETIOLÓGICOS INVOLUCRADOS EN LOS SÍNDROMES RESPIRATORIOS AGUDOS

SÍNDROME	VIRUS	BACTERIAS	OTROS
Catarro común	Sincicial respiratorio Parainfluenza Rhinovirus Enterovirus Adenovirus	B. pertussis	M. pneumoniae
Otitis media aguda		S. pneumoniae H. influenzae B. catarrhalis S. pyogenes	
Faringo-amigdalitis	Adenovirus Epstein-Bar Coxsackie Herpes	S. pyogenes del grupo A. C. diphtheriae	
Crup	Sarampión Parainfluenza Influenza Adenovirus Sincicial respiratorio	H. influenzae C. diphtheriae	
Bronquiolitis	Sincicial respiratorio Parainfluenza Influenza Adenovirus		M. pneumoniae
Neumonía	Sarampión Sincicial respiratorio Parainfluenza Adenovirus Citomegalovirus	S. pneumoniae H. influenzae K. pneumoniae S. aureus	M. pneumoniae U. ureolyticum C. trachomatis P. carinii

DESCRIPCIÓN:

Como se observa la mayoría de los agentes son virus, los que con CUIDADOS específicos pueden remitir sin complicarse, sin embargo la situación actual denota complicación y muerte por falta de CUIDADOS en el hogar y atención MEDICA oportuna y adecuada.

FUENTE: Manual para la vigilancia epidemiológica de *pronomed-tra*, p. 9.

MORTALIDAD* POR NEUMONIA, MEXICO, 1994

Entidad Federativa	Total	Total Mujeres	Total Hombres	Grupos de edad en años (ambos sexos)				
				0-4	5-14	15-44	45-59	60 y más
Aguascalientes	14.0	10.8	17.3	54.0	0.5	1.1	6.2	107.2
Baja California	18.6	16.1	21.0	73.2	0.9	2.5	8.9	146.7
Baja California Sur	17.4	16.4	18.5	46.2	1.2	2.1	9.2	196.3
Campeche	18.9	17.6	20.1	88.1	2.0	1.8	2.3	108.4
Coahuila	12.7	11.1	14.3	37.2	0.9	1.0	9.0	110.8
Colima	13.1	11.4	14.9	38.2	1.9	1.8	4.8	109.1
Chiapas	48.6	44.2	53.0	238.3	2.6	5.2	23.5	231.6
Chihuahua	21.9	17.8	25.9	71.3	1.8	3.6	11.8	163.0
Distrito Federal	24.9	22.4	27.7	70.0	1.0	4.7	17.8	175.6
Durango	22.8	20.3	25.4	89.4	0.7	2.0	9.5	143.0
Guanajuato	31.9	29.0	34.9	128.8	1.6	3.2	11.5	203.6
Guerrero	30.7	28.5	32.9	161.5	2.0	3.1	7.8	100.8
Hidalgo	37.3	34.7	39.8	179.0	2.1	2.8	17.5	182.3
Jalisco	25.9	24.5	27.3	78.5	1.2	3.1	2.7	197.1
México	34.2	31.2	37.3	159.3	1.8	4.0	18.4	189.0
Michoacán	25.5	23.3	27.8	120.1	1.1	2.7	5.3	112.7
Morelos	18.8	15.8	21.9	60.3	1.6	3.3	9.5	132.5
Nayarit	19.3	13.3	25.4	63.3	2.0	2.4	5.2	134.6
Nuevo León	18.1	14.8	21.4	50.8	1.0	2.7	11.3	158.3
Oaxaca	32.9	32.3	33.5	133.4	3.2	3.6	19.0	159.6
Puebla	43.8	40.7	47.0	185.6	3.5	5.3	21.8	211.2
Querétaro	31.8	29.5	34.1	130.7	2.6	2.5	10.6	219.5
Quintana Roo	16.2	15.8	16.6	84.0	0.0	1.0	9.1	118.9
San Luis Potosí	33.3	29.8	36.9	148.0	2.3	3.3	12.9	160.6
Sinaloa	15.8	15.6	15.9	62.4	1.8	1.9	6.4	110.7
Sonora	15.7	14.9	16.6	47.4	1.2	1.8	8.9	135.9
Tabasco	15.7	14.9	16.4	77.7	1.5	1.5	6.3	93.3
Tamaulipas	12.9	11.4	14.5	49.9	1.0	1.2	7.5	87.9
Tlaxcala	42.0	38.9	45.2	206.1	0.9	3.5	18.2	193.3
Veracruz	17.3	15.9	18.7	77.5	1.7	2.4	7.6	91.2
Yucatán	25.1	21.5	28.9	83.6	1.5	2.5	16.5	164.9
Zacatecas	27.1	23.6	30.7	107.5	0.9	2.1	10.6	154.7
República Mexicana	27.0	24.5	29.5	69.9	17.5	14.1	8.9	16.3

* Tasa x 1 000 habitantes.

Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, Centro de Economía y Salud, 1996
C.I.E. 9a. 480-487.

Como se observa el Estado de México ocupa el tercer lugar nacional de muertes por NEUMONIA, siendo los grupos más afectados de 0-4 y de 60 y más años con una tasa de 159.3 y 189.0 por mil habitantes.

CINCO PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD*
REPORTADA COMO PROBLEMA DE SALUD. MEXICO, 1994**

Entidad Federativa	Vías respiratorias altas	Vías respiratorias bajas	Enfermedades gastrointestinales	Diabetes	Hipertensión
Aguascalientes	16.7	3.7	9.3	1.9	7.4
Baja California	18.6	5.5	13.1	1.1	4.4
Baja California Sur	30.7	4.4	2.2	4.4	6.6
Campeche	21.0	5.3	10.5	5.3	—
Coahuila	21.4	2.7	7.1	3.6	2.7
Colima	64.9	2.2	6.5	4.3	6.5
Chiapas	15.6	1.8	27.0	1.1	1.4
Chihuahua	21.8	2.8	8.5	0.7	6.3
Distrito Federal	25.0	1.6	11.4	2.3	3.3
Durango	31.4	5.2	16.8	1.0	4.2
Estado de México	20.7	1.7	7.7	0.7	2.5
Guanajuato	28.6	3.9	8.9	3.1	2.7
Guerrero	22.8	1.2	14.2	2.8	5.8
Hidalgo	15.4	1.6	11.4	3.3	9.8
Jalisco	26.9	3.4	10.1	6.7	5.0
Michoacán	29.6	0.5	12.6	1.0	2.9
Morelos	16.7	1.0	19.6	—	2.0
Nayarit	26.6	2.2	8.9	2.2	8.9
Nuevo León	27.2	1.9	8.3	1.0	2.9
Oaxaca	26.0	1.4	16.5	0.8	2.8
Puebla	20.1	4.1	13.7	3.7	3.2
Querétaro	58.4	1.4	16.3	2.7	5.4
Quintana Roo	13.9	4.6	13.9	—	—
San Luis Potosí	36.8	5.3	8.4	2.1	2.1
Sinaloa	39.9	4.6	7.9	2.6	7.9
Sonora	51.3	3.4	19.7	—	6.8
Tabasco	43.3	2.7	18.3	2.7	8.8
Tamulipas	16.3	3.9	4.7	2.3	3.1
Tlaxcala	47.5	1.8	7.0	10.5	3.5
Veracruz	21.5	2.4	13.4	2.1	3.3
Yucatán	23.0	1.1	10.3	1.1	6.9
Zacatecas	29.8	2.6	10.5	0.9	5.3
República Mexicana	25.4	2.3	10.8	2.0	3.7

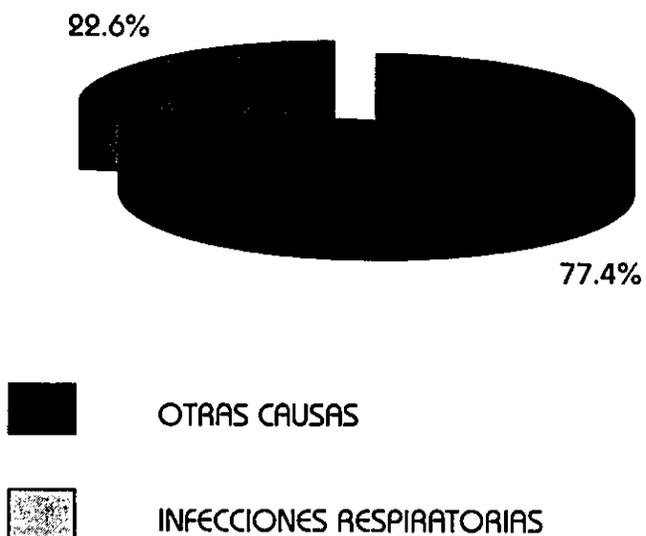
* Tasa x 1 000 habitantes.

** La morbilidad reportada por la población es de los 15 días previos a la encuesta.

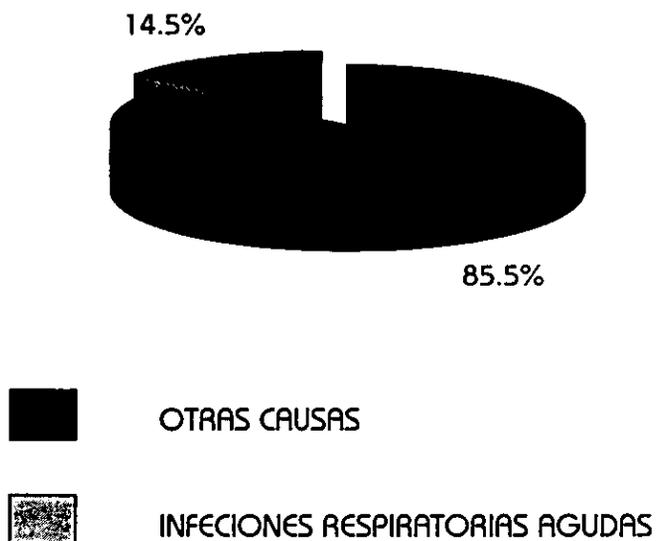
Nota: La ENSA II no es representativa a nivel estatal, sin embargo por la riqueza de la información se decidió presentarla. No se encontraron grandes diferencias con los hallazgos a nivel de región informados en otros documentos publicados por la SSA.

Fuente: Procesamiento propio de los datos de la Encuesta Nacional de Salud II, 1994, SSA.

MOTIVOS DE CONSULTA EN MENORES DE CINCO AÑOS.
MEXICO, 1995



DEFUNCIONES EN MENORES DE CINCO AÑOS
MEXICO, 1995



MORTALIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS*
EN MENORES DE CINCO AÑOS, SEGUN GRUPO DE EDAD
MEXICO 1990-1996

AÑO	< 1 AÑO		1-4 AÑOS		< 5 AÑOS	
	DEF.	TASA ¹	DEF.	TASA ²	DEF.	TASA ²
1990	10,122	370.0	2,785	32.7	12,907	115.7
1991	8,594	311.8	1,651	19.4	10,245	91.8
1992	8,127	290.5	1,470	17.2	9,597	86.0
1993	6,996	246.4	1,614	18.9	8,610	77.2
1994	7,687	264.7	1,669	18.8	9,358	84.0
1995	6,955	252.9	1,694	19.8	8,649	77.8
1996	6,664	245.5	1,497	16.9	8,141	73.4

* Incluye neumonia e influenza.

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. S.S.A.

¹ Tasa por 100,000 nacidos vivos registrados.

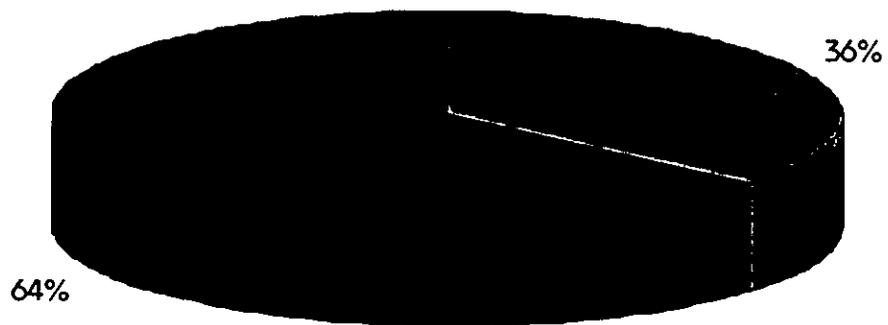
² Tasa por 100,000 habitantes del grupo de edad.

DEFUNCIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
EN MENORES DE CINCO AÑOS, MEXICO 1996

CAUSA	GRUPO DE EDAD					
	< 1 AÑO		1 - 4 AÑOS		< 5 AÑOS	
	No. DEFUN.	%	No. DEFUN.	%	No. DEFUN.	%
NEUMONIA	5,768	87%	1,301	87%	7,069	87%
OTRAS I.R.A	876	13%	196	13%	1,072	13%
TOTAL	6,644	100%	1,497	100%	8,141	100%

Fuente: Dirección General de Estadística e Informática. SSA. Mortalidad. 1996.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE DEFUNCIONES POR ED E IRA
EN MENORES DE CINCO AÑOS MEXICO, 1993



ESTADOS PRIORITARIOS



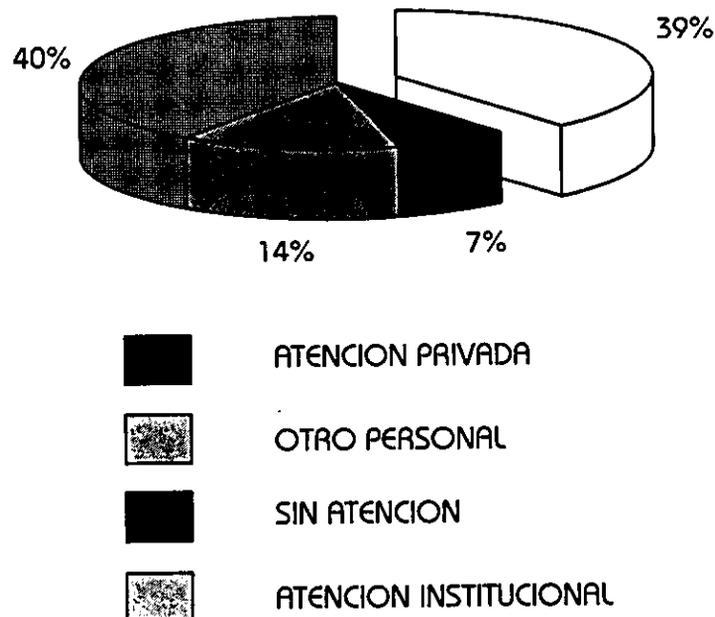
RESTO DEL PAIS

DEFUNCIONES POR INFECCIONES RESPIRATORIAS
 AGUDAS EN MENORES DE CINCO AÑOS
 MEXICO, ENERO-JUNIO, 1997

SITIO DE LA DEFUNCION



TIPO DE ATENCION



FUENTE: Informe de mortalidad por Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas DGAE

4. ESQUEMA METODOLOGICO

4.1. VALORACION

4. ESQUEMA METODOLOGICO

4.1. Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, que precede al Diagnóstico. Se centra en la obtención de Información sobre las entidades multipersonales. De acuerdo con Alfaro esta etapa comprende la obtención de datos tanto de fuentes secundarias como primarias, para tal fin se utilizó la tarjeta de visita familiar (Anexo No. 1) y además se elaboró otro instrumento (Apéndice No. 1) para captar información a través de técnicas de entrevista familiar y observación de la comunidad con lo que se captaron datos objetivos y subjetivos, de la misma, en relación con los daños (IRA-NEUMONIA) priorizados como el principal problema en el área de estudio.

La validación de los datos está dada, por que, las técnicas fueron estandarizadas en el equipo de investigación y se sometieron a criterios de validéz interna y validéz externa; la primera permite concluir que el efecto obtenido se debe realmente a la variable independiente y no a factores o variables de confusión, controlados en el diseño. Y la validez externa que permite generalizar los resultados a una población mayor o a otras situaciones o contextos más amplios (Pineault p. 350)

La organización de los datos obtenidos, se realizó con el diseño de estudio de valoración comunitaria que implica dos fases, la primera: un estudio transversal descriptivo sobre los factores de riesgo familiar previamente clasificados por el Modelo de Atención a la Salud para población abierta (MASPA), y en una segunda etapa, se planteó un estudio retrospectivo analítico de la situación de salud de la población.

Dentro de la valoración de una comunidad es importante establecer los límites de tiempo y lugar, en este caso se determinó lo siguiente:

De lugar: Microrregión Tecucomac, adscrita a la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetlac, del Municipio de Ecatepec, Estado de México. (Anexo No. 2).

De tiempo: Abril y Mayo de 1997.

Dentro de la etapa de valoración de una comunidad se establece una muestra, que mediante su cálculo y selección permitió obtener información.

Universo: 1362 Familias de la microrregión las cuales fueron sometidas a clasificación de riesgos a través de la tarjeta de visita familiar quedando clasificadas 463 como Riesgo I, en las cuales se identificó a las familias con menores de 5 años. Con base a éste último número de familias se calculó la muestra a través de la fórmula:

$$N = \frac{Z^2 (PQ)}{D^2}$$

Donde:

N = tamaño de la muestra

Z = nivel de significancia (1.96)

P = proporción de la población (para el caso de comunidades puede ser el 10%)

Q = P - 1 complemento de la proporción

D = error beta aceptable (5%)

Se agrega el 20% de margen de seguridad.

DATOS PARA EL CALCULO:

Z = 1.96

P = .46

Q = .54

D = .5

UNIVERSO = 463 FAMILIAS DE RIESGO 1

$$N = \frac{1.96^2 (.46 \times .54)}{.5^2}$$

$$N = \frac{3.84 (.248)}{.25}$$

$$N = \frac{.952}{.25} = 3.8$$

N = TAMAÑO DE LA MUESTRA = 3.8 familias

Por considerar pequeña la muestra se decidió elevar el número a 80 cuestionarios que fueron más significativos para la valoración de los resultados.

El número de 80 cuestionarios correspondió, entonces a tomar como base para la muestra, el total de familias; para el caso, 1362 familias y no sólo las de R-1 (463).

4.1.1. Selección de la muestra

Para la selección de viviendas se utilizó el método aleatorio simple, el cual es el más sencillo de los probabilísticos donde cada unidad muestral tiene probabilidades iguales de ser seleccionada; éste consiste en:

- Asignar

Asignar un número de orden a las unidades de la población de la cual se requiere tomar la muestra, que ya fué calculada en el punto anterior.

- Seleccionar

Seleccionar el número requerido de unidades de muestreo para lo cual se utiliza una tabla de números al azar, si no se dispone de este tipo de tablas y el tamaño de la muestra no es muy grande se pueden escribir los números en pequeñas tarjetas, colocarlas en recipiente, mezclarlas y posteriormente sacarlas en secuencia hasta completar la muestra calculada. La mezcla de estas tarjetas ofrece igual probabilidad de selección y asegura la aleatoriedad.

Para el caso en particular una vez obtenidas las viviendas por selección, se procedió a ubicarlas en el croquis (Anexo No. 3), previamente estructurado, considerando su ubicación geográfica. Este método se apoyó con listas (Apéndice No. 2) que se elaboraron precisando apellidos de los menores, sectores, manzana y casa, cuya fuente específica es la tarjeta de visita familiar a través de las cuales se estructuró el diagnóstico de salud del área de estudio y además permitió su clasificación de riesgo familiar.

4.1.2. Variables e indicadores

Se adjuntan tablas que especifican características para cada variable, indicador, parámetro, ponderación, fuente y escala de medición respectivas. (Apéndice No. 8).

Estas tablas conceptualizan términos específicos de la teoría del déficit de auto-cuidado de Orem.

4.1.3. Descripción de variables e indicadores

– Requisitos de Autocuidado

Son el componente esencial del modelo de Orem y constituyen parte esencial en la valoración del cliente o paciente. El término requisito se usa para indicar una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, además se consideran la expresión de los objetivos que se han de alcanzar o resultados que se desean obtener con el autocuidado. Se clasifican en tres tipos:

- Universales
- Del Desarrollo
- De alternativas o desviación de la salud

En relación al objeto del presente trabajo se describen aquellos que se instrumentaron directamente en el mismo.

De los ocho universales:

El No. 7 que enuncia la "Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano".

Y el No. 8 relacionado con la "Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad)".

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida, por lo tanto cada uno de ellos se considera importante para el funcionamiento humano.

Considerados en el trabajo se incluyen también los requisitos de Autocuidado del desarrollo, los cuales se clasifican en dos:

- Etapas específicas del desarrollo y,
- Condiciones que afectan al desarrollo humano.

La primera clasificación presta especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo, específicamente para la operacionalización se retoma la etapa tres y cuatro relacionadas con lactantes e infantes, que son el grupo focalizado de las intervenciones por sistema de enfermería.

Existe, también un tipo de requisitos que aparecen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos, bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados, que especifican para el caso:

"Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos."

Indicada como variable se señala a la Respuesta social organizada (R.S.O.), conceptualizada como el conjunto de recursos institucionales formales e informales que proporcionan atención de salud al individuo, familia o comunidad.

En relación a esta variable, el indicador base es la accesibilidad, para el caso, a la medicina alópata Institucionalizada por parte de madres o responsables del menor de 5 años en determinada área geográfica de influencia.

4.1.4. Criterios

- Criterios de inclusión

Familias cuyo puntaje en enfoque de riesgo reúnan más de 55 puntos, lo que equivale a riesgo alto o primer riesgo (cuentan con menores de 5 años).

Familias que se ajustan a la definición dada.

- Criterios de exclusión

Familias que de acuerdo al puntaje de enfoque de riesgo se clasifican en R.2, R.3 y R.4; debido a que estos riesgos no contemplan dentro de la familia a menores de 5 años.

4.1.5. Definiciones Operacionales

- Definición de familia

Todas las personas que viven bajo el mismo techo, aunque no tengan parentesco, pues todos ellos participan de las mismas condiciones sanitarias, las cuales pueden ser modificadas con su presencia.

-Definición de vivienda

Inmueble donde vive una familia, si vive más de una no existe problema ya que la selección es tan fina que especifica apellidos de la que se entrevistará, y sólo ésa será el blanco de aplicación del instrumento.

- Definición de enfermera

Recurso humano que ha sustentado estudios de enfermería a nivel universitario y que cuenta con título profesional.

- Definición de TAPS

Recurso humano que ha sustentado estudios de técnico-profesional en atención primaria a la salud y que cuenta con constancia de estudios; con experiencia mínima de 10 años en la operatividad y que tenga bajo su responsabilidad la atención a la salud de 3000 individuos o 500 familias.

Para la organización y agrupación de los datos se estableció un:

4.1.6. Plan de Análisis

Posterior a la captación, los datos fueron procesados de la siguiente manera:

- Edición de datos

Revisar los cuestionarios, comprobando exactitud con la finalidad de detectar errores. Se diseñó una base de datos (Apéndice No. 3) para captar la información ítem por ítem por esta razón el cuestionario fué previamente codificado. (Apéndice No. 4). Tentativamente la base se estructuró en el paquete EPI-INFO.

El trabajo fué realizado por la enfermera especialista, colaboradores y equipo normativo jurisdiccional.

- Reducción de datos

Los datos fueron sometidos a revisión, al sumarlos o transformarlos en una forma integrada. Por lo que se diseñaron tablas de salida o contingencia que captaron la frecuencia

de las observaciones de acuerdo a variables e indicadores ya señalados. (Apéndice No. 5).

Las tablas reunieron información para proceder a la estimación del efecto o al análisis de la frecuencia.

- Estimación de efecto

La estimación se realizó con estimadores puntuales: varianza, tendencia central, tasas y proporciones; los resultados se trabajaron con medidas de asociación como razón de productos cruzados o razón de momios. (Apéndice No. 6).

Se procedió a la comprobación de hipótesis con el apoyo de medidas de asociación y pruebas de significancia estadística. (Apéndice No. 7).

Dado que es la primera experiencia de la aplicación de la teoría de autocuidado en la comunidad se obtuvo información interesante a la que además, se sometió a un análisis cuantitativo y cualitativo.

- Control de variables

Los objetivos del estudio se han planteado en forma cualitativa, sin embargo se consideraron los siguientes aspectos:

* **PRECISION:** (Carencia de error aleatorio). Se aclaró mediante fórmula, precisando su selección, este cálculo se planteó con un 95% de confianza.

* **EFICIENCIA:** la eficiencia del estudio está asegurada debido a que la proporción de sujeto-familia que poseen la capacidad de autocuidarse es total y esta capacidad es inherente al ser humano.

* **VALIDEZ:** (Carencia de error sistemático). La validez interna está asegurada porque el sesgo de selección se controló con el muestreo aleatorio y sistemático de los sujetos de estudio (familias).

El sesgo de información se controló con la entrevista que fué realizada por los profesionales mencionados y considerando que todas las familias sujetos poseen la capacidad de autocuidado que se pretende validar.

Cuenta con validéz externa, al considerar el tamaño de la muestra la cual ha sido obtenida aleatoriamente, con un 95% de confianza. Se considera que su significancia (resultados reales) está dada por la prueba de χ^2 cuadrada, la cual dá la validéz de los resultados fundamentando que éstos no se deben al azar.

4.1.7. Organización

Para la realización de la investigación, se trabajó en equipo tomando en cuenta además de los investigadores al personal de la unidad aplicativa Coordinación Municipal de Salud (COMUSA); quienes colaboraron en la aplicación del instrumento a las familias seleccionadas, previa capacitación sobre el instructivo preelaborado para tal fin, su número varió de acuerdo al tiempo de aplicación y accesibilidad geográfica del área de estudio.

Los encuestadores salieron en brigadas y fueron coordinados por la responsable de la microrregión TAPS. Petra Rodríguez Pérez, quien es conocida ampliamente en la comunidad.

Se estableció coordinación con las autoridades sanitarias correspondientes (Epidemiólogo. Administrador Jurisdiccional. COMUSA, Director, Jefe de Enfermeras) con el fin de obtener apoyo en logística informativa, seguridad y transporte.

4.1.8. Recursos

- Materiales

- El correspondiente a material de oficina
- Cuestionarios
- Tarjetas de Visita Familiar (TVF)
- Guías o instructivo de observación
- Diskets
- Tablas de mariposa
- Computadora
- Impresora
- Fotocopias
- Manuales
- Formatos de Concentración
- Hojas tabulares

- Humanos

Investigadores (3)
Encuestadoras (12)
Capturista (1)
Colaboradores técnicos (2)
Responsable del área de estudio (1)

- Financieros

Los gastos que generó la investigación fueron cubiertos por las estudiantes de posgrado, en su totalidad.

Se contó con el apoyo de la Jefatura Jurisdiccional para el fotocopiado, reducción de datos y vehículo de transporte.

4.1.9. Organización de datos

La valoración; entendida como la obtención, validación y organización de los datos, fundamentada para éste caso, con el modelo teórico de Orem requirió de un profundo conocimiento del área geográfica de estudio, así como del marco conceptual que apoyó la metodología del mismo, elementos que integrados a la agencia de enfermería en colaboración con el equipo multidisciplinario permitieron valorar la situación de salud y sus desviaciones en la microrregión **TECUESCOMAC**, y aún más profundizar en uno de los problemas de alto impacto y trascendencia: la mortalidad por neumonía en menores de 5 años.

De acuerdo a lo anterior mencionado, el problema fue valorar el déficit de autocuidado en la microrregión indicada, en relación a la elevada morbilidad y mortalidad por **IRA** y **NEUMONIA** respectivamente, tomando en cuenta como variable independiente la respuesta social organizada; este problema se estudió bajo dos enfoques: el de riesgo que permitió asociar factores en relación a daños; y el de déficit de autocuidado (OREM) que a través de su análisis orientará la fase de intervenciones de enfermería acordes a la problemática encontrada y posterior jerarquización.

Como referencia, en el área de estudio no se han realizado investigaciones, siendo ésta la primera en la que se implementa la **TEORIA DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO**, según el modelo de OREM en una entidad multipersonal, ya que hasta la fecha sólo ha sido aplicada a nivel individual.

Con fines operacionales el marco teórico se dividió en dos partes, la primera o conceptual en la que se describieron y fundamentaron cada una de las variables, y la segunda o referencial que incluye el Diagnóstico de salud de la comunidad, el cual de acuerdo a los objetivos planteados pasó a ser parte del marco teórico de apoyo básico al estudio y no: la conclusión de la investigación.

La hipótesis que se planteó fue la siguiente:

"El déficit de autocuidado en relación a la respuesta social organizada y riesgo potencial de desviación en salud, *influye* en alta incidencia de morbilidad por infecciones respiratorias agudas y elevada tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años de la microrregión **TECUESCOMAC**".

De esta hipótesis se derivaron variables e indicadores que instrumentaron un cuestionario dirigido a las unidades multipersonales de alto riesgo (R.1) cuyo criterio de inclusión fue que tuvieran menores de 5 años en su estructura familiar.

A través de este instrumento se cuestionaron factores de riesgo a los que están expuestos los menores de 5 años y que los predisponen o condicionan a desviaciones de salud cuyo potencial de complicación puede llevarlos a la muerte por neumonía.

Metodológicamente fué un estudio retrospectivo, analítico que se realizó en la microrregión **TECUESCOMAC**, adscrita a la Coordinación Municipal Ampliación Tulpetic del Municipio de Ecatepec, Estado de México en un período de 4 meses (febrero-mayo de 1997).

Para conocer las características sociodemográficas y sanitarias de la comunidad se aplicó la Tarjeta de Visita Familiar (T.V.F.) y su anexo, instrumentos que permitieron estructurar el Diagnóstico de Salud de la misma, así como clasificar por enfoque de riesgo las 1362 familias encontradas.

Partiendo de la clasificación de riesgo familiar, se eligió como universo a 463 familias correspondientes a la clasificación R1 o alto riesgo, de donde la muestra calculada correspondió a 80 familias. Para la realización de las entrevistas se contó con el apoyo de recursos de enfermería (sanitaristas y comunitarias), del centro de salud donde se encuentra adscrita la microrregión de estudio.

Para la captación y procesamiento de datos se diseñó un instrumento (cuestionario), los datos fueron reducidos a una tabla de concentración, que permitió cruzar variables de morbilidad con factores de riesgo, análisis que posibilita la aplicación de la Teoría de enfermería de Déficit de autocuidado.

Posteriormente se realizó asociación por momios (productos cruzados) recurriendo al paquete: EPI - INFO - 6, el cual aportó resultados de probabilidad de riesgo validados por χ^2 , en un total de 47 factores, de los cuales por su alta probabilidad por O.R. para enfermar o morir; o por su potencialización al presentar riesgo bifactorial fueron jerarquizados 27.

Estos resultados permitieron:

- A.** Corroborar la alta incidencia de morbilidad por I.R.A. y factores de riesgo asociados: 54 casos, donde el 69.5% de la población de menores de 5 años padecen infecciones respiratorias agudas en frecuencia de 3 ó más eventos en un año.

Además se están enfermando 7 de cada 100 menores de 5 años en un año, de donde se concluye que el riesgo que tiene un menor de 5 años de enfermar por I.R.A. es de un 7.4% en el mismo periodo.

- B.** Se comprobó la elevada tasa de mortalidad por neumonía y factores de riesgo asociados.

Tomando en cuenta que hubieron 7 casos de mortalidad por el padecimiento la tasa corresponde a 9 muertes por cada mil menores de 5 años, considerada como alta en relación a la del total de la coordinación municipal la cual presenta 5.3 casos por cada mil menores de 5 años.

Este problema incrementa su trascendencia, ya que los 7 casos fueron en menores de un año en donde la tasa indica que 100 de cada 1000 menores de un año mueren por neumonía en el mismo periodo, actualmente estas muertes ya se reflejan en la pirámide poblacional la que ha disminuido su grupo de menores de un año.

Estos datos, referidos a la esperanza de vida que es de 72 años en el área de estudio corresponden a 497 años de vida potencialmente perdidos en la microrregión.

- C. Se identificó por factores de riesgo asociados a la morbimortalidad, el déficit de autocuidado familiar en relación a estos padecimientos ya que de los 27 factores inicialmente jerarquizados por el resultado O.R.; 18 corresponden a deficiencia en el cuidado de los menores antes y posterior a la desviación de salud. Concluyendo, por análisis de resultados, que existe desconocimiento de conceptos básicos y esenciales sobre salud en las madres o responsables de los menores de 5 años que dá origen a un deficiente cuidado con sus complicaciones agregadas, aspectos que se manifiestan en los daños indicados (apartados A y B).
- D. En los que respecta a la respuesta Social Organizada; el área de estudio se encuentra alejada de la unidad de salud, además de que por sus características geográficas es clasificada como de alto riesgo (barranca, cerro, laderas del mismo y en su mayoría sin pavimento y agua); por **ISOCRONOS** son 15 ó más minutos para acceder al Centro de Salud más cercano, ésto aunado a la falta de sensibilidad e interés por su salud, limita la prevención y control de sus desviaciones.

Sin embargo existe **UN** recurso responsable de la prevención y promoción de la salud en el área de estudio, la que, a pesar de su formación académica como **TAPS (TECNICO EN ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD)** no puede efectuar acciones con el total de familias (1362) de la microrregión debido a que de acuerdo a indicadores normativos tendría que visitar 2 veces al año cada familia; al dividir 1362 familias entre 220 días laborables al 100%, tendría posibilidades para visitar 6 familias por día, una sola vez al año y el tiempo dedicado a cada una sólo le permitiría aplicar la Tarjeta de Visita Familiar con fines programáticos, sin proporcionar otro tipo de cuidados u orientación; de este breve análisis se deduce que mínimo se requieren 3 recursos de iguales características para lograr objetivos de impacto con base en la orientación y capacitación que sobre salud deben tener las familias.

La enfermera especialista en Salud Pública cuenta ahora con resultados, que a través del análisis evidencian los problemas que tiene el área de estudio, éstos ameritan intervenciones específicas y en equipo, sin embargo se requiere, para planificar adecuadamente, de la **PRIORIZACION** método, que indicará el problema en el que la especialista podrá intervenir con un alto porcentaje de éxito e impacto.

4.1.10 Instrumentos de apoyo para la Valoración

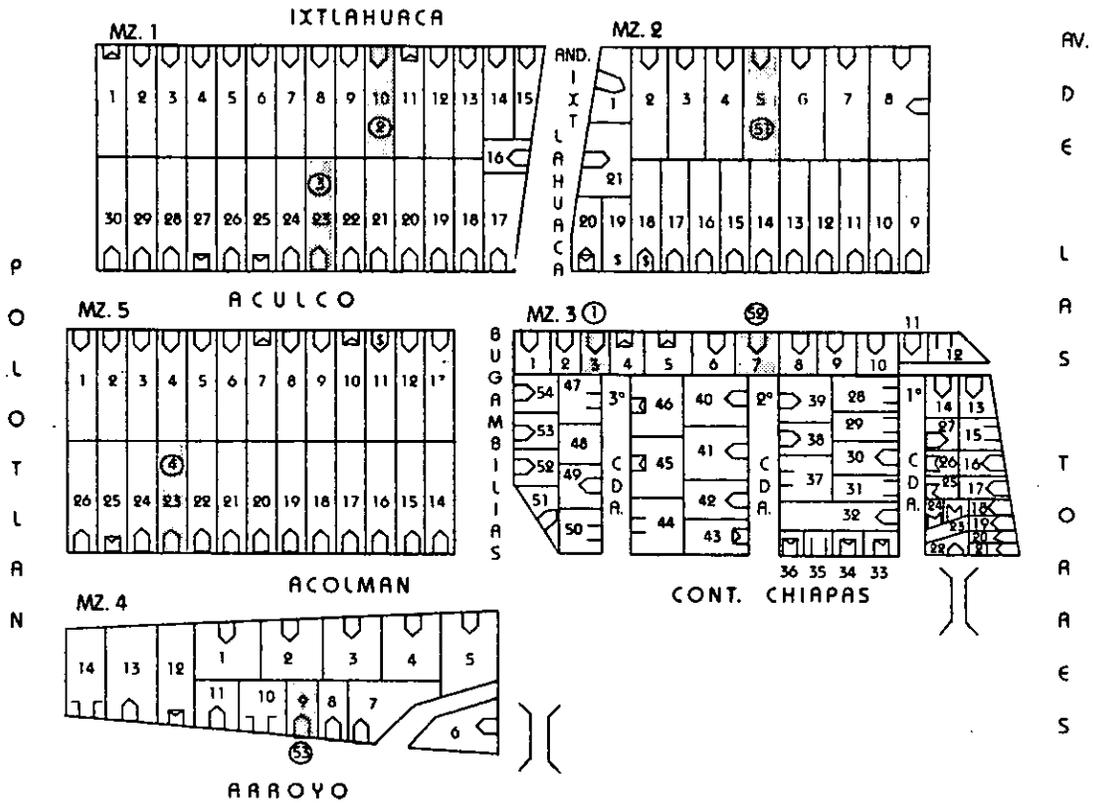
ANEXOS:

- No. 1 Tarjeta de visita familiar (p. 108).
- No. 2 Croquis panorámico de la microrregión de estudio (p. 109).
- No. 3 Croquis Sector -1 (Muestreo) (p. 110).

APENDICES:

- No. 1 Cuestionario enfoque de A-C (p. 111-114).
- No. 2 Listado para muestreo (p. 115).
- No. 3 Base de datos para cuestionario (p.116).
- No. 4 Concentrado de respuestas (p. 117).
- No. 5 Tablas de Frecuencia Simple (p. 118).
- No. 6 Asociación por Momios (p. 119).
- No. 7 Prueba de Hipótesis EPI-INFO-6 (p. 120).
- No. 8 Descripción de Variable e Indicadores (p. 121-126).

**COORDINACION MUNICIPAL AMPLIACION TULPETLAC
MICROREGION TECUESCOMAC 1997
SECTOR 1**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

OBJETIVO: RECABAR DATOS DE LAS FUENTES FIDEDIGNAS, A FIN DE CONFORMAR LA INFORMACION NECESARIA PARA COMPROBAR LAS HIPOTESIS PLANTEADAS.

DIRIGIDO: MADRE O RESPONSABLE DEL CUIDADO DE LOS MENORES DE 5 AÑOS.

INSTRUCCIONES: SELECCIONE SOLO UNA RESPUESTA (X). PREGUNTE Y OBSERVE PARA CONTESTAR

APENDICE No.1 CUESTIONARIO

NUM. - _____

FECHA _____

	CODIFICACION
1.- UBICACION GEOGRAFICA DE LA FAMILIA. S _____ C _____ F _____	
2.- ESTADO CIVIL DE LA MADRE. A)CASADA B)DIVORCIADA C)MADRE SOLTERA D)UNION LIBRE E)VIUDA	<input type="checkbox"/> 2
3.- EDAD DE LA MADRE A)MENOS DE 17 AÑOS B)DE 18 A 25 AÑOS C)DE 26 A 30 AÑOS D)MAS DE 30 AÑOS	<input type="checkbox"/> 3
4.- ESCOLARIDAD DE LA MADRE. A)ANALFABETA B)SABE LEER Y ESCRIBIR C)PRIMARIA D) SECUNDARIA E) PREPARATORIA O MAS	<input type="checkbox"/> 4
5.- OCUPACION DE LA MADRE. A) HOGAR B) TRABAJA EN QUE _____	<input type="checkbox"/> 5
6.- NUMERO DE HIJOS MENORES DE 5 AÑOS. A) 1 B) 2 C) 3 D) MAS DE 3	<input type="checkbox"/> 6
7.- CUANDO SE VA A TRABAJAR. QUIEN CUIDA A SU (S) HIJO (S)? A)UN FAMILIAR B)OTRA PERSONA C)GUARDERIA D) NADIE	<input type="checkbox"/> 7
8.- EDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA AL (LOS) MENOR (ES) A) MENOS DE 17 A B) DE 18 A 30 A C) DE 31 A 50 A D) MAS DE 50 A	<input type="checkbox"/> 8
9.- ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA AL MENOR (ES) A)ANALFABETA B)SABE LEER Y ESCRIBIR C)PRIMARIA D) SECUNDARIA E) PREPARATORIA O MAS	<input type="checkbox"/> 9
10.- MATERIAL DE CONSTRUCCION, PREDOMINANTE DE LA VIVIENDA. A)CONCRETO B)LAMINA C)MADERA D)DESECHOS O MIXTA	<input type="checkbox"/> 10

	CODIFICACION
11.- NUM. DE CUARTOS DE SU VIVIENDA A) UNO B) DOS C) TRES D) 4 O MAS	<input type="checkbox"/> 11
12.- LA QUE USA COMO RECAMARA, TIENE VENTANA? A) SI B) NO	<input type="checkbox"/> 12
13.- ORIENTACION DE LAS VENTANAS. A) NORTE B) SUR C) ORIENTE D) PONIENTE	<input type="checkbox"/> 13
14.- MATERIAL DE LOS PISOS. A) TIERRA B) CEMENTO C) MADERA D) MIXTA	<input type="checkbox"/> 14
15.- SU COCINA ESTA SEPARADA DE SUS DORMITORIO? A) SI B) NO	<input type="checkbox"/> 15
16.- COMBUSTIBLE QUE USA PARA COCINAR? A) GAS B) PETROLEO C) CARBON D) LEÑA	<input type="checkbox"/> 16
17.- FUMA ALGUNA PERSONA EN SU HOGAR? A) SI B) NO	<input type="checkbox"/> 17
18.- TIENEN SEGURIDAD SOCIAL LOS MENORES DE 5 AÑOS? A) SI B) NO CUAL (____) 1) I.M.S.S. 2) I.S.S.S.T.E. 3) I.S.E.M.V.M. 4) OTROS	<input type="checkbox"/> 18
19.- UTILIZA SU SEGURIDAD SOCIAL? (____) PORQUE? A) SI B) NO _____	<input type="checkbox"/> 19
20.- CUANDO SE ENFERMAN SUS HIJOS DE TOS O CATARRO A QUIEN RECORRE? A) MEDICO B) CURANDERO C) FARMACEUTICO D) OTRO	<input type="checkbox"/> 20
21.- DISTANCIA DE SU CASA A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCA A) MENOS DE 500 MTS. B) DE 501 A 1000 MTS. C) MAS DE 1000 MTS.	<input type="checkbox"/> 21
22.- DURACION DEL VIAJE A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA? A) HASTA 15' B) DE 16' A 30' C) DE 31' A 60' D) MAS DE 60'	<input type="checkbox"/> 22
23.- TIPO DE TRANSPORTE QUE UTILIZA? A) AUTOBUS B) BICITAXI C) PESERO D) CAMINANDO	<input type="checkbox"/> 23
24.- GASTO EN TRANSPORTE. A) SIN COSTO B) HASTA \$2.00 C) DE \$2.05 A \$5.00 D) MAS DE \$5.00	<input type="checkbox"/> 24
25.- CUANTO PAGA POR SU CONSULTA? A) SIN COSTO B) HASTA \$5.00 C) DE \$6.00 A \$10.00 D) DE \$11.00 A \$25.00 E) MAS DE \$25.00	<input type="checkbox"/> 25

	CODIFICACION
26.- LES DIO PECHO A SUS HIJOS? A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 26
27.- A QUE EDAD LES DEJO DE DAR PECHO? A)MENOS DE 3 MESES B)DE 4 A 6 MESES C)DE 7 A 12 MESES D)MAS DE 12 MESES	<input type="checkbox"/> 27
28.- QUE LES DA DE COMER A SUS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS? (VALORAR COMENTARIOS) A)ADECUADA B)INADECUADA C)DEFICIENTE	<input type="checkbox"/> 28
29.- NUM. DE VECES EN EL DIA QUE LES DA SUS ALIMENTOS? A)3 O MAS VECES B)2 VECES C)1 VEZ D)NO LES DA	<input type="checkbox"/> 29
30.- ESTANDO SANOS, CADA CUANDO LOS LLEVA AL MEDICO? A)CADA 3 MESES B)CADA 6 MESES C)CADA AÑO D)NO LOS LLEVA	<input type="checkbox"/> 30
31.- EN CASO DE NO LLEVARLOS PORQUE? A)ESTA LEJOS DE LA UNIDAD B)NO TIENE DINERO PARA LLEVARLOS C)NO PUEDE LLEVARLOS D)NO SABIA QUE LOS TIENE QUE LLEVAR	<input type="checkbox"/> 31
32.- CUENTAN SUS HIJOS CON CARTILLA NACIONAL DE VACUNACION? (QUE LA MUESTRE) A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 32
33.- CONDICIONES DEL ESQUEMA VACUNAL DE ACUERDO A LA EDAD. A)ESQ. ADECUADO B)ESQ. INADECUADO C)SIN VACUNACION	<input type="checkbox"/> 33
34.- ACOSTUMBRA SACAR A SUS HIJOS TEMPRANO? A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 34
35.- CONDICIONES DE ABRIGO AL SACARLOS. (DESCRIBA) A)ADECUADA B)INADECUADA	<input type="checkbox"/> 35
36.- DUERMEN CON ROPA SUS HIJOS? A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 36
37.- ACOSTUMBRA DARLES SUS ALIMENTOS FRIOS? A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 37
38.- FRECUENCIA DEL BAÑO CORPORAL? A)DIARIO B)TERCIADO C)SEMANAL	<input type="checkbox"/> 38
39.- HORARIO EN QUE BAÑA A SUS HIJOS? A)MATUTINO B)VESPERTINO C)NOCTURNO	<input type="checkbox"/> 39
40.- CUANDO SE MOJAN O HUMEDECEN DURANTE LA NOCHE, HASTA CUANDO LOS CAMBIA? A)CUANDO DESPIERTAN B)NO LOS CAMBIA C)DE INMEDIATO	<input type="checkbox"/> 40

	CODIFICACION
41.- EN QUE EPOCA DEL AÑO SE LE ENFERMAN SUS HIJOS DE TOS O CATARRO? A)PRIMAVERA B)VERANO C)OTOÑO D)INVIERNO	<input type="checkbox"/> 41
42.- COMO SABE QUE SUS HIJOS ESTAN RESFRIADOS? (DESCRIBA Y VALORAR) A)CONOC. ADECUADO B)CONOCIMIENTO INADECUADO C)DESCONOCE	<input type="checkbox"/> 42
43.- QUE LES HACE CUANDO TIENE TOS O CATARRO? A)SUSPENDER EL PECHO B)SUSPENDER SUS ALIMENTOS C)SUSPENDE ALGUNOS ALIMENTOS D)NADA	<input type="checkbox"/> 43
44.- QUE LES DA PARA CURARLOS DE TOS O CATARRO? A)MEDICAMENTOS B)THE O REMEDIO CASERO C)NADA	<input type="checkbox"/> 44
45.- CUANDO SE ENFERMA DE TOS O CATARRO, HASTA CUANDO LOS LLEVA AL MEDICO? A)INMEDIATAMENTE B)AL OTRO DIA C)CUANDO TIENE TIEMPO D)NO LOS LLEVA	<input type="checkbox"/> 45
46.- TERMINA LOS TRATAMIENTOS QUE LE INDICA EL MEDICO? A)SIEMPRE B)A VECES C)NUNCA	<input type="checkbox"/> 46
47.- SABE QUE ES LA NEUMONIA O PULMONIA? (VALORAR CONOCIMIENTOS Y CALIFICAR) A)CONOC. ADECUADO B)CONOCIMIENTO INADECUADO C)DESCONOCE	<input type="checkbox"/> 47
48.- CONOCE LOS SIGNOS DE ALARMA O GRAVEDAD DE NEUMONIA? (QUE LOS MENCIONE) A)CONOC. ADECUADO B)CONOCIMIENTO INADECUADO C)DESCONOCE	<input type="checkbox"/> 48
49.- SE LE HAN MUERTO MENORES DE 5 AÑOS? A)SI B)NO	<input type="checkbox"/> 49
50.- DE QUE MURIO SU HIJO? A)CORAZON B)PULMON C)ACCIDENTE D)OTRO	<input type="checkbox"/> 50

ANOTAR

CLARAMENTE:

NOMBRE COMPLETO DEL ENCUESTADOR

FIRMA

APENDICE No. 3 LISTADO DE FAMILIAS (MUESTREO)

RELACION DE FAMILIAS DE RIESGO 1 (ALTO) QUE FUERON SELECCIONADAS POR MUESTREO ALEATORIO PARA APLICARLES EL CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION: DEFICIT DE AUTOCUIDADO EN RELACION A LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA Y - RIESGO POTENCIAL DE DESVIACION DE SALUD MANIFIESTA EN ALTA INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR IRA Y ELEVADA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS, EN LA MICRORREGION TECUESCOMAC DE LA COORDINACION MUNICIPAL - AMPLIACION TULPETLAC MUNICIPIO DE ECATEPEC ESTADO DE MEXICO.

No. DE CUESTIO NARIO	SECTOR	MANZANA	CASA	APELLIDOS DE LOS MENORES DE 5 AÑOS	DOMICILIO
2	1	M.1	10	Alvarez Jiménez	Ixtlahuaca Mz.7 Lote 11
3	1	M.1	23	Limón Licea	Aculco Mz.7 Lote 25
51	1	M.2	05	Silva Zayago	Ixtlahuaca Mz.8 Lote 6
1	1	M.3	03	Mata Ramírez	Aculco Mz.4 Lote 10
52	1	M.3	07	Vazquez Sosa	Aculco Mz.4 Lote 9
53	1	M.4	09	Mondragón Vazquez	Arroyo Mz.1 Lote 5
4	1	M.5	23	Escobar Francisco	Acolman Mz.3 Lote 23
5	2	M.7	05	Valdez Oropeza	Cda. Toluca Mz.39 Lote 2
6	2	M.9	09	Barrera Castillo	Av. Toluca Mz.35 Lote 9
7	2	M.6	21	Guerrero Cortéz	Av. Toluca Mz.40 Lote 17
8	2	M.9	14	Rosemberth Rivera	Tequisquiác Mz.35 Lte. 13
9	2	M.3	05	Martínez Huerta	Villa Nicolas R. Mz.11 L. 17
10	2	M.3	15	Jímenez Martínez	Av. Toluca Mz.11 Lote 10
11	2	M.5	8	Aztle Rodríguez	Huehuetoca Mz.34 Lote 6
12	2	M.2	14	Aguilar Jímenez	Av. Toluca Mz.34 Lote 11
13	2	M.6	02	Ramírez Alvarez	Huehuetoca Mz.39 Lote 5

**CONCENTRADO DE RESPUESTAS DE LAS
CEDULAS DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA
TOTALES POR RESPUESTA SEGUN LA OPCION**

1.- UBICACION GEOGRAFICA DE LA FAMILIA		C.-BAJO RIESG.GEOG.			
RIESGO GEOG.	B.-MED.RIESG.GEOG.				
TOTAL	45	18	18		
2.- ESTADO CIVIL DE LA MADRE		C.MAD.SOLTERA	D.UNION LIBRE	E.VIUDA	
A.-CASADA	B.-DIVORCIADA				
TOTAL	81	0	8	20	1
3.- EDAD DE LA MADRE		C.-26 A 30 AÑOS	D.-MAS DE 30 A.		
A.-MENOS DE 17 AÑOS	B.-18 A 25 AÑOS				
TOTAL	2	44	14	17	
4.- ESCOLARIDAD		C.-PRIM.	D.-SEC.	E.-PREP. O MAS	
A.-ANALFABETA	B.-LEE Y ESCRIBE				
TOTAL	1	9	38	26	3
5.- OCUPACION		C.-COMERCIANTE	D.-EMPL.TEC.	E.-PROF.	
A.-HOGAR	B.-TRABAJA				
TOTAL	63	14			
6.- SES CUAL		C.-	D.-	F.-POR SU CUENTA	
A.-OBRERA	B.-EMP.DOMEST.				
A.-	7	1	3	2	1
7.- NUM. DE HIJOS MENORES DE 1 AÑO		C.-3	D.-4 O MAS		
A.-1	B.-2				
TOTAL	41	30	8	0	
8.- CUANDO SE TRABAJA BIEN CUIDA A LOS HIJOS		C.-GUARDERIA	D.-NADIE		
A.-UN FAMILIAR	B.-OTRA PERSONA				
TOTAL	12	0	0	2	
9.- EDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA A LOS HIJOS		C.-31 A 50 AÑOS	D.-MAS DE 50 A		
A.-MENOR DE 17 A	B.-18 A 30 AÑOS				
TOTAL	1	1	5	5	
9.- ESCOLARIDAD DE LA PERSONA RESPONSABLE QUE CUIDA A LOS HIJOS MENOR (ES)		C.-PRIMARIA	D.-SECUNDARIA	E.-PREP. O MAS	
A.-ANALFABETA	B.-LEE Y ESCRIBE				
TOTAL	4	6	2	0	0
10.- MATERIAL DE CONSTRUCCION, PREDOMINANTE DE LA VIVIENDA		C.-MADERA	D.-DESECHOS O MIXTA		
A.-CONCRETO	B.-LAMINA				
TOTAL	52	4	1	20	
11.- NUM. DE CUARTO DE SU VIVIENDA		C.-TRES	D.-4 O MAS		
A.-UNO	B.-DOS				
TOTAL	8	30	30	8	
12.- ¿QUE USA COMO PIZARRA TIENE VENTANA		C.-ORIENTE	D.-PONIENTE		
A.-SI	B.-NO				
TOTAL	71	6	23	14	
13.- ORIENTACION DE LAS VENTANAS		C.-MADERA	D.-MIXTA		
A.-NORTE	B.-SUR				
TOTAL	18	18	0	5	
14.- MATERIAL DE LOS PISOS		C.-MADERA	D.-MIXTA		
A.-TIERRA	B.-CEMENTO				
TOTAL	9	63	0	5	
15.- ¿LA COCINA ESTA SEPARADA DE LOS DORMITORIOS?		C.-CARBON	D.-LERA		
A.-SI	B.-NO				
TOTAL	63	14	1	1	
16.- COMBUSTIBLE QUE USA PARA COCINAR		C.-CARBON	D.-LERA		
A.-GAS	B.-PETROLEO				
TOTAL	75	0	1	1	
17.- ¿HAY ALGUNA PERSONA EN SU HOGAR?		C.-ISEMYM	D.-OTROS		
A.-SI	B.-NO				
TOTAL	31	46	1	1	
18.- TIENEN SEGURIDAD SOCIAL LO MENORES DE 6 AÑOS?		C.-ISEMYM	D.-OTROS		
A.-SI	B.-NO				
TOTAL	36	41	1	1	
18(BIS). ¿CUAL?		C.-ISEMYM	D.-OTROS		
A.-ISS	B.-ISSSTE				
TOTAL	33	1	1	1	
19.- UTILIZA SU SEGURIDAD SOCIAL		C.-ISEMYM	D.-OTROS		
A.-SI	B.-NO				
TOTAL	29	8	1	1	
19(BIS). ¿PORQUE?		C.-ESTA MUY LEJOS	D.-NO LE GUSTA	E.-NO PUEDO TRANSPORTARME (S)	
A.-NO ATIENDEN ADECUA	B.-TARDAN DEMASIADO				
A.-	1	3	0	3	0
20.- CUANDO SE ENFERMAN SUS HIJOS DE TOS O GATARRO A QUIEN RECORRE		C.-FARMACEUTICO	D.-OTRO		
A.-MEDICO	B.-CURANDERO				
TOTAL	60	3	13	1	
21.- DISTANCIA DE SU CASA A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA		C.-MAS DE 1000 MTRS.			
A.-MENOS DE 500 MTRS.	B.-DE 500 A 1000 MTRS.				
TOTAL	20	37	20		

CUADRO 44

CONDUCTA INICIAL DE LA MADRE O RESPONSABLE PARA CURAR DE TOS O CATARRO A LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA MICRORREGION TECUESCOMAC, MAYO 1997.

PONDERACION	F	%
AUTOMEDICACION	50	64.9
THE O REMEDIOS CASEROS	21	27.2
NO LES DA NADA	6	7.9
T O T A L	77	100

FUENTE: DIRECTA, CUESTIONARIO APLICADO PARA LA VALORACION DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE LA FAMILIA.

DESCRIPCION:

Conocer cual es la conducta inicial inmediata para curar de tos o catarro a sus hijos menores de 5 años es la intención de este ítem.

Por los resultados obtenidos el 64.9% de familias (50 de 70) los automedica, el 27.2%, se apoya con remedios caseros y un 7.9% no les atiende con nada.

De acuerdo a estos resultados se puede concluir que los menores se encuentran permanentemente ante un riesgo potencial que es la automedicación - no sin darle importancia las 6 familias que no los tratan y que también - representan riesgo.

CUADRO N° 44

CONDUCTA INICIAL DE LA MADRE O RESPONSABLE PARA CURAR DE TOS O CATARRO A LOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA MICRORREGION TECUESCOMAC, MAYO DE 1997.

VARIABLE	F°	%
AUTOMEDICACION	50	64.9
THE O REMEDIOS CASEROS	21	27.2
NO LES DA NADA	6	7.9
TOTAL	77	100

FUENTE : DIRECTA, CUESTIONARIO APLICADO PARA LA VALORACION DE DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE LA FAMILIA

FACTOR DE RIESGO : AUTOMEDICACION.

DAÑO : MORTALIDAD.

PROBABILIDAD POR (O.R.): 3.5

INTERPRETACION :

LOS HIJOS MENORES DE 5 AÑOS DE LAS MADRES QUE ACOSTUMBRAN LA AUTOMEDICACION TIENEN 3.5 MAS VECES RIESGO DE MORIR POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS - NEUMONIA, QUE LOS HIJOS DE LAS MADRES QUE NO LA ACOSTUMBRAN.



C43-D NO SE DA NADA CUANDO EL MENOR ENFERMA DE TOS O CATARRO, EN RELACION A MORTALIDAD POR NEUMONIA.

		+ Disease -		
		+-----+	+-----+	
+	n	5	n 57	n 62
		+-----+	+-----+	
-	n	2	n 13	n 15
		+-----+	+-----+	
E		7	70	77

x
p
o
s
u
r
e

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 0.57 (0.08 <OR< 4.81*)
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 *Cornfield not accurate. Exact limits preferred.
 Relative risk = 0.60 (0.13 <RR< 2.82)
 Taylor Series 95% confidence limits for RR
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected :	0.41	0.5241607
Mantel-Haenszel:	0.40	0.5268672
Yates corrected:	0.02	0.8914353
Fisher exact: 1-tailed P-value:	0.4120471	
2-tailed P-value:	0.6165525	

An expected cell value is less than 5.
 Fisher exact results recommended.

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

C44-A AUTOMEDICACION PARA CURAR AL MENOR DE 5 AÑOS DE TOS O CATARRO, EN RELACION A MORTALIDAD POR NEUMONIA

		+ Disease -		
		+-----+	+-----+	
+	n	6	n 44	n 50
		+-----+	+-----+	
-	n	1	n 26	n 27
		+-----+	+-----+	
E		7	70	77

x
p

Analysis of Single Table
 Odds ratio = 3.55 (0.38 <OR< 82.56*)
 Cornfield 95% confidence limits for OR
 *Cornfield not accurate. Exact limits preferred.
 Relative risk = 3.24 (0.41 <RR< 25.54)
 Taylor Series 95% confidence limits for RR
 Ignore relative risk if case control study.

	Chi-Squares	P-values
	-----	-----
Uncorrected :	1.46	0.2269066
Mantel-Haenszel:	1.44	0.2299476
Yates corrected:	0.63	0.4277836
Fisher exact: 1-tailed P-value:	0.2199482	
2-tailed P-value:	0.4106340	

An expected cell value is less than 5.
 Fisher exact results recommended.

F2 More Strata; <Enter> No More Strata; F10 Quit

o
s
u
r
e

DESCRIPCION DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE	INDICADOR	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO	REQUISITOS UNIVERSALES	Edad de la madre o de la responsable.	<ul style="list-style-type: none"> - 17 años - 18-25 años - 26-30 años - + 30 años. 	Directa	Numérica
		Escalaridad de la madre o responsable que cuida al menor (es).	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe leer y escribir - Primaria - Secundaria - Analfabeta - Otros 	Directa	Nominal
		Ocupación de la madre	<ul style="list-style-type: none"> - Hogar - Trabajo - Ambos 	Directa	Nominal
		Atiende o cuida alguien a sus hijos mientras trabaja.	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Directa	Nominal
		Número de hijos menores de 5 años.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - 3 - + de 3 	Directa	Numérica
		Material de construcción predominante de la vivienda.	<ul style="list-style-type: none"> - Concreto - Lámina - Madera - Desechos 	Primaria	Nominal
		Número de cuartos	<ul style="list-style-type: none"> - Uno - Dos - Tres - 4 ó + 	Primaria	Numérica u Ordinal

VARIABLE	INDICADOR	PARA METRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
		La que se usa como recámara tiene ventanas.	- Si - No	Primaria	Nominal
		Orientación de las ventanas.	- Norte - Sur - Este - Oeste	Primaria	Nominal
		Material de los pisos	- Tierra - Cemento - Madera - Otro	Primaria	Nominal
		Combustible que usa para cocinar.	- Gas - petróleo - Carbón - Leña	Directa	Nominal
		Fuma alguna persona en su hogar.	- Si - No	Directa	Nominal
		Su cocina está separada de sus dormitorios.	- Si - No	Directa	Nominal
		Acostumbra sacar a sus hijos temprano	- Si - No	Directa	Nominal
		Condiciones de abrigo al sacarlos (describa).	- Adecuada - Inadecuada	Directa	Nominal
		Duermen con ropa sus hijos.	- Si - No	Directa	Nominal
		Acostumbra darles sus alimentos fríos.	- Si - No	Directa	Nominal
		Cuando se mojan o humedecen durante la noche, hasta cuando los cambia.	- Cuando despiertan - No los cambia - De inmediato	Directa	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARA METRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
REQUISITOS DE RUTO-CUIDADO	REQUISITOS DE DESARROLLO	Les dió pecho a sus hijos	- Si - No	Primaria	Nominal
		A que edad les dejó de dar pecho	- 3 meses - de 4-6 meses - 7 a 12 meses - + de 12 meses	Primaria	Numérica
		Que les da a comer a sus hijos menores de 5 años (valorar):	- Adecuada - Inadecuada - Deficiente	Primaria	Nominal
		Número de veces en el día que les da sus alimentos.	- 3 ó más veces - 2 veces - 1 vez - No les da	Primaria	Numérica
		Estando sanos, cada cuando los lleva al médico.	- Cada 3 meses - Cada 6 meses - Cada año	Directa	Numérica
		En caso de no llevarlos, porqué.	- Esta lejos la unidad asistencial. - No tiene para llevarlos. - No puede llevarlos. - No sabe que tiene que llevarlos.	Directa	Nominal
		Cuentan con cartilla nacional de vacunación.	- Si - No	Directa	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	P A R A M E T R O	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
		Condiciones del esquema vacunal de acuerdo a la edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Esq. adecuado - Esq. inadecuado - Sin vacunación 	Directa	Nominal
		Frecuencia de baño corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Diario - Tercido - Semanal 	Directa	Nominal
		Horario en que baña a sus hijos.	<ul style="list-style-type: none"> - Matutino - Vespertino - Nocturno 	Directa	Nominal
REQUISITOS DE AUTO-CUIDADO	REQUISITOS DE DESVIACION DE SALUD	Cuantas veces al año se le enferman sus hijos de IRA.	<ul style="list-style-type: none"> - 1 a 2 - 3 a 4 - + de 4 	Directa	Numérico
		Como sabe que sus hijos están resfriados.	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce adecuadamente. - Conoce inadecuadamente. - Desconoce 	Directa	Nominal
		Que hace cuando se enferman de tos o catarro.	<ul style="list-style-type: none"> - Suspende el pecho - Suspende todos los alimentos - Suspende algunos alimentos - Nada 	Directa	nominal
		Cuando se enferman de tos o catarro, hasta cuando lleva al médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Inmediatamente - Al otro día - Cuando tiene tiempo. - No los lleva. 	Directa	Nominal
		Termina los tratamientos que le indica el médico.	<ul style="list-style-type: none"> - Siempre - A veces - Nunca 	Directa	Nominal

VARIABLE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	INDICADOR DE DESVIACION DE SALUD	PARAMETRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
		<p>Conoce los signos de alarma o gravedad de neumonía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento adecuado. - Conocimiento inadecuado. - Desconoce 	Directa	Nominal
		<p>En qué época del año se le enferman sus hijos de tos o catarro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primavera - Verano - Otoño - Invierno - Siempre 	Directa	Nominal
		<p>Se le han muerto menores de 5 años.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Directa	Nominal
		<p>De que murió su hijo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Corazón - Pulmón - Accidente - Otro 	Directa	Nominal

VARIABLE	INDICADOR	PARA METRO	PONDERACION	FUENTE	ESCALA DE MEDICION
RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA	Accesibilidad cultural	Quando se enferman sus hijos de tos o catarro a quien recurre.	<ul style="list-style-type: none"> - Médico - Curandero - Farmacéuticos - Otro 	Directa	Nominal
	Accesibilidad geográfica	Distancia de su casa a la unidad de salud más cercana.	<ul style="list-style-type: none"> - 500 m. - de 501 a 1000 metros. - + de 1000 mts. 	Directa	Ordinal o Numérica
		Duración del viaje a la unidad de salud más cercana.	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta 15" - de 16" a 30" - de 31" a 60" - + de 60" 	Directa	Ordinal
		Tipo de transporte que utiliza.	<ul style="list-style-type: none"> - Autobus - Bicitaxi - Pesero - Caminando 	Directa	Nominal
	Accesibilidad Económica	Tienen seguridad los menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No 	Directa	Nominal
		Utilizan su seguridad social (porque)	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Otro 	Directa	Nominal
		Gasto en transporte	<ul style="list-style-type: none"> - Sin costo - Hasta 2.00 - de 2.05 a 5.00 - + de 5.00 	Directa	Numérica
		Cuanto paga por su consulta en pesos mexicanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Sin costo - Hasta 5.00 - de 6.00 a 10.00 - de 11.00 a 25.00 - + de 25.00 	Directa	Numérico u ordinal

4.2. DIAGNOSTICO

4.2. Diagnóstico de Enfermería

4.2.1. Enfoque teórico para el análisis de datos

De acuerdo a la teoría de Orem el proceso de enfermería es descrito en términos de operaciones diagnósticas y prescriptivas.

Las operaciones diagnósticas se manifiestan en las siguientes etapas:

- Calcular la demanda de autocuidado terapéutico.
- Estimar la agencia de autocuidado.
- Determinar déficits reales o potenciales de auto-cuidado.

De tal suerte que la Teoría de los déficits de auto-cuidado, postulan el propósito o enfoque del diagnóstico, por lo tanto conviene aclarar que:

- 1o. La demanda de cuidado puede ser calculada.
- 2o. Las capacidades y limitaciones para proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda calculada pueden ser determinados.
- 3o. La relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada.

Por lo tanto el diagnóstico es una acción de investigación que permite a las enfermeras obtener una base de información y establecer un sistema sobre la situación existente.

La categoría de diagnóstico relacionada con la unidad de servicio en la comunidad evidencian que el centro son las relaciones de los sistemas de autocuidado, de tal manera que a esta unidad se le llama unidad multipersonal.

A continuación se enuncia el Dx. de Enfermería al que se llegó con base en la valoración tratada en el punto anterior referido.

4.2.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

ALTO DEFICIT DE AUTOCUIDADO FAMILIAR **EN RELACION** AL INADECUADO CONOCIMIENTO SOBRE SALUD EN LA POBLACION Y BAJA COBERTURA DE ATENCION MEDICO ASISTENCIAL **MANIFESTADO POR** ALTA INCIDENCIA DE MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y ELEVADA TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN MENORES DE CINCO AÑOS.

4.2.3. Identificación de los problemas y fundamentación teórica.

Esta fase diagnóstica requiere de un fundamento para cada premisa debido a que:

- Es necesario calcular la demanda de cuidado con base en la trascendencia de los problemas (factores de riesgo) encontrados de lo que se infiere una alta demanda de cuidado terapéutico.
- Para determinar las capacidades y limitaciones de la unidad de estudio se tuvo que realizar una investigación con variables específicas de autocuidado por medio de las cuales se focalizaron los déficits, que al asociarse a los daños se convirtieron en factores de riesgo. Los resultados indican que las unidades de estudio tienen más capacidades que limitantes para corregir sus desviaciones de salud y prevenir los condicionantes de ella.
- Por lo tanto la relación entre la demanda de cuidado terapéutico y las capacidades de las unidades multipersonales se consideran aptas para que a través de un sistema de enfermería se puedan regular o corregir los problemas generados por déficit de autocuidado.
- En relación a los factores condicionantes básicos; no fueron representativos como limitantes, a excepción del No. 6 "Factores de sistemas de cuidados de salud, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento". El cual se perfila como déficit en relación a la R.S.O.
- Ver cuadro adjunto.

**4.2.4. BASES DE RELACION PARA EL DIAGNOSTICO
INTEGRAL DE ENFERMERIA Y PROYECCION
DEL SISTEMA DE INTERVENCIONES**

PROBLEMA (ENFOQUE SALUD PUBLICA)	SOPORTE O FUNDAMENTACION	TIPO DE REQUISITO NO SATISFECHO (MODELO OREM)
1. Desconocimiento parcial o total de la madre o responsable de los menores de 5 años sobre signos de alarma de IRA, su prevención y control.	De 27 items dirigidos hacia A-C, 18 (66.6%) fueron jerarquizados como déficit por su alta probabilidad, para enfermar o morir al presentar riesgo bifactorial. (Asociación por momios en EPI-INFO-6, validados por X ²).	De los de A-C Universal. 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos. 8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal. Orem-p. 141.
2. Hábitos de la madre o responsable que favorecen las IRA y sus complicaciones.	Como resultado de la investigación el 64.9% de las madres o responsables de los menores practican la automedicación; ya en asociación por momios. Los menores tienen 3.5 o más veces riesgo de morir por complicaciones. Entre otros resultados.	De los de Desarrollo: 1. En relación a la infancia (cuidado dependiente). 2. Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones. Orem-p. 147
3. ISOCRONOS de más de 15 minutos entre la vivienda y la unidad de salud (limitación de Accesibilidad hacia la R.S.O.)	La unidad de estudio se encuentra clasificada geográficamente como de alto riesgo (barranca, cerro, sin pavimento y agua potable) aunado al deficiente servicio de transporte lo que dificulta la atención oportuna de sus desviaciones de salud, debido a esto un gran % de menores se complican y mueren.	Factor condicionante básico, y de los de desarrollo: 2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Subtipo 2.2, condiciones f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido. l) Condiciones de vida opresiva. Orem-p 147.
4. Morbimortalidad por IRA-NEUMONIA en menores de 5 años.	- El 69.5% de la población de menores de 5 años padecen IRA en frecuencia de 3 ó más eventos en un año. - Se presentaron 7 muertes en la unidad de estudio, la tasa corresponde a 100 de cada 1000; todos menores de 1 año por NEUMONIA. - Con estos datos se corrobora la alta tasa de morbimortalidad así como 497 años de vida potencialmente perdidos.	De los de desviación de la salud: 1. Buscar ayuda médica adecuada. 2. Tener consciencia y prestar atención a los efectos patológicos. 3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas y terapéuticas dirigidas a la prevención. 4. Regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos. Orem-p. 151.

4.3. PLANIFICACION

4.3. PLANIFICACION

4.3.1. Generalidades

Una vez identificado(s) los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes específicos de la unidad de estudio, se está en situación de iniciar la tercera etapa del proceso de enfermería LA PLANIFICACION. (Alfaro p. 91)

Este es el momento en que se determinará cómo proporcionar los cuidados de enfermería de una forma organizada, individualizada y dirigida a conseguir los objetivos a través de las tareas siguientes:

- Fijación de prioridades (Jerarquización).
- Establecimiento de objetivo-resultados esperados en la unidad de estudio.
- Determinación de actividades-acciones de enfermería.
- Registros de las operaciones-tareas planeadas.

4.3.2. Fijación de prioridades (Jerarquización)

El procedimiento de determinación de prioridades permitió identificar, no solamente aquellos problemas que son prioritarios, sino entre éstos aquellos para los cuales deben desarrollarse intervenciones oportunas y aquellos para los que hace falta continuar investigando. La determinación de prioridades es, de esta forma un proceso de toma de decisiones. (Pineault. p. 232).

Posterior a la revisión bibliográfica referente al tema se identificaron y definieron los métodos de priorización acordes a la información aportada por el Diagnóstico de enfermería, para el caso se utilizaron los siguientes:

- Trillaje

Se contó con una lista de 47 problemas, la que por trillaje se redujo a 27 y posteriormente a 10 (tomando en cuenta la probabilidad por O.R.).

FACTORES PRIORIZADOS POR RAZON DE RIESGO

PROBLEMAS	M	S	E	F	TOTAL
- MADRE ANALFABETA O QUE SOLO SABE LEER Y ESCRIBIR.	9	9	.5	1	19.5
- DISTANCIA A MAS DE 500 m. DE LA UNIDAD DE SALUD.	9	10	2	1	22
- MAS DE 15' ENTRE LA VIVIENDA Y LA UNIDAD DE SALUD.	10	10	1.5	1	22.5
- PRACTICA NEGATIVA DE LACTANCIA MATERNA.	9	10	1.5	1	21.5
- DESCONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE EL CONTROL PERIODICO DE SALUD.	10	10	1.5	1	22.5
- SACAR ANTES DE LAS 7 AM A SUS HIJOS.	9	10	1.5	0	19.5
- CONDICIONES INADECUADAS DE ABRIGO AL SACARLOS.	9	10	1.5	1	21.5
- INGERIA ALIMENTOS FRIOS	9	10	1.5	1	21.5
- BAÑO CON AGUA FRIA	10	10	1.5	1	21.5
- BAÑO MATUTINO	8	9	1.5	1	19.5
- INADECUADOS CONOCIMIENTOS SOBRE SIGNOLOGIA DEL RESFRIADO COMUN.	10	10	1	1	22

- Hanlon

A cada uno de estos 10 problemas se le aplicó Hanlon, quedando como sigue:

PROBLEMAS PRIORIZADOS POR HANLON

1. DESCONOCIMIENTO DE LA MADRE O RESPONSABLE DE LOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE CUIDADOS EN I.R.A., PREVENCIÓN Y CONTROL.
 2. ISOCRONOS DE MÁS DE 15' ENTRE LA VIVIENDA Y LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA, QUE LIMITAN SU ACCESIBILIDAD.
 3. HABITOS DE LA MADRE O RESPONSABLE QUE FAVORECEN LAS I.R.A. Y SUS COMPLICACIONES EN LOS MENORES DE 5 AÑOS.
-

Posteriormente se priorizó para daños:

- **Magnitud simple (Nivel Coordinación Municipal)**

132 DEFUNCIONES EN MENORES DE 5 AÑOS.

49 POR NEUMONIAS

31.9% EFECTO EN LA POBLACION INFANTIL.

- **Magnitud Ponderada**

DAÑOS PROBLEMAS PONDERADOS	
- BRONCONEUMONIA	8.5
- SEPTICEMIA	.082
- GASTROENTERITIS	.5
- CARDIOPATIA	.15
- CIRROSIS HEPATICA	.055

Por magnitud ponderada el problema de defunciones por Bronconeumonía en menores de 1 año es el que más afecta a la población con 8.5 de Influencia relativa sobre el total de muertes del grupo de edad indicado.

- **Trascendencia**

Considerada como la importancia del daño en función del impacto social que producen las defunciones sobre las unidades multipersonales.

CAUSA	INDICE DE TRASCENDENCIA
- BRONCONEUMONIA	55
- SEPTICEMIA	14
- GASTROENTERITIS	6
- CARDIOPATIAS	5
- CIRROSIS HEPATICA	4.5
- ENF. HEMORRAGIA DE R.A.N.:	8

- Vulnerabilidad

En relación a la existencia de medios eficaces para combatirlo (I.V. = Índice de vulnerabilidad).

CAUSA	JURISDICCION				%	I.V.
	TASA COMUSA	TASA PATRON	(DESCENSO ESPERADO) DIFERENCIA			
BRONCONEUMONIA	6.18	4.20	1.98	32.0	.32	
SEPTICEMIA	2.6	.60	2.0	76.9	.76	
GASTROENTERITIS	.88	3.80	2.92	.03	3.31	
CARDIOPATIA	.86	.10	.76	88.3	.88	
CIRROSIS HEPATICA	.88	.00	.88	1.0	.01	
ENF. HEM. R.N.	.88	1.30	.42	47.7	.47	

- Priorización de daños

- Combinar los índices de magnitud (simple o ponderada), trascendencia y vulnerabilidad para concluir el índice de priorización.

$$\left(\text{INDICE DE MAGNITUD} \right) \left(\text{INDICE DE TRASCENDENCIA} \right) \left(\text{INDICE DE VULNERABILIDAD} \right) = \text{INDICE DE PRIORIZACION}$$

Los daños se ordenan según sus valores decrecientes (Índice de priorización).

LISTA DE PROBLEMAS POR MEDIO DE PRIORIZACION

CAUSA	INDICE DE MAGNITUD	INDICE DE TRASC.	INDICE DE VULNER.	INDICE DE PRIORIZACION
BRONCONEUMONIA	8.5	55	.32	149.6
GASTROENTERITIS	.5	6	3.31	9.9
SEPTICEMIA	.082	14	.76	.8
CARDIOPATIAS	.15	5	.88	.6
CIRROSIS	.055	4.5	.01	.0001
ENF. HEMORRAG. R.N.	0	8	.47	0

Posterior a la aplicación de ésta metodología se priorizó el siguiente problema como factor condicionante de los eventos estudiados:

"DESCONOCIMIENTO PARCIAL O TOTAL DE LA MADRE O RESPONSABLE DE LOS MENORES DE 5 AÑOS SOBRE CUIDADOS PREVENTIVOS, MANEJO Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS Y NEUMONIA".

Se cuenta ahora con el problema prioritario ya identificado, el cual amerita intervenciones de enfermería inmediatas y específicas. Tomando en cuenta al equipo multidisciplinario de salud, financiamiento y tiempos necesarios para la implementación de un proyecto acorde a los requerimientos de las unidades multipersonales estudiadas.

4.3.3. Establecimiento de Objetivos

– Justificación

Los antecedentes mencionados justificaron ampliamente la intervención de la enfermera especialista en Salud Pública, de esta forma por su importancia y trascendencia se abordó el problema, diseñando un sistema de enfermería acorde a la demanda de autocuidado existente.

Por las características y factores condicionantes de las unidades multipersonales estudiadas el tipo de operación prescriptiva de enfermería se dirigió hacia las maneras o medios de desarrollar las facultades de la agencia de cuidado dependiente en las madres o responsables de los menores de 5 años, o en algunos casos regular su práctica, con el fin de influir en los factores de desviación de salud en el grupo de edad indicado.

Para este caso en particular se diseña un sistema de enfermería de apoyo educación, debido a que en esta situación la unidad de servicio puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado o de cuidado dependientes, ya sea orientado interna o externamente; pero no puede hacerlo sin ayuda.

Por la trascendencia del evento es válido para esta situación la combinación de los roles de apoyo, guía, provisión de entorno favorecedor del desarrollo y enseñanza; por esto el sistema se denominará de **APOYO DESARROLLO**.

Este es el único sistema en el que los requerimientos de ayuda de la unidad de servicio están limitados a su toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades; para lograr finalmente la satisfacción de los requisitos de cuidado dependiente focalizado al menor de 5 años.

La finalidad de las operaciones de regulación de enfermería se encausan hacia las **UNIDADES DE CUIDADO DEPENDIENTE**, como una de las cuatro clasificaciones de las unidades multipersonales, debido a que en éstas se encuentra nuestro foco de acción, el menor de 5 años; que puede representar a uno o más miembros de la familia, esta posición fundamenta la premisa siguiente: cuando la unidad de servicio es la unidad multipersonal, el centro de atención objetivo de la enfermera es la unidad con los individuos dentro de ella sabiendo que la salud y bienestar de éstos contribuirá al bienestar de la unidad. (Orem. p. 196).

Una vez analizadas las bases técnicas de la intervención y diseño del sistema, es importante comentar que, tratándose de un gran número de unidades multipersonales (1362), distribuidas en una área geográfica amplia y de alto riesgo, se requiere de observar las reglas generales de la práctica de enfermería, ya que por la dimensión del daño y el impacto esperado un sólo recurso de salud no podría operar el sistema diseñado, por lo que es necesario establecer relaciones con otros profesionales del cuidado de la salud, para que bajo la prescripción indicada en el diseño se apliquen las intervenciones que correspondan a cada uno de los profesionales mencionados, documentando las operaciones realizadas y los resultados obtenidos.

De esta forma la enfermera especialista de posgrado en Salud Pública pretende limitar los factores condicionantes del entorno, los cuales son predisponentes en un alto porcentaje para la incidencia de las **I.R.A.** y muertes por neumonía.

- Objetivos del Sistema de Enfermería

GENERALES

- DISMINUIR LA MORTALIDAD POR NEUMONIA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS, POR COMPLICACION DE IRA EN EL AREA DE ESTUDIO.
- INFLUIR EN LOS FACTORES DE RIESGO CONDICIONANTES Y PREDISONENTES POR DEFICIT DE AUTOCUIDADO PARA DISMINUIR LA MORBILIDAD POR INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN LOS MENORES DE 5 AÑOS.

ESPECIFICOS

- Diseñar un programa de Apoyo - Educativo multidisciplinario con énfasis en la adquisición de habilidades para capacitar a madres sobre **IRA y NEUMONIA**.
- Realizar una campaña de orientación e información casa por casa, para aportar elementos de conocimiento sobre prevención y signos de alarma de **IRA-NEUMONIA** en menores de 5 años.
- A través del grupo de enfermeras y TAPS habilitados, apoyar la capacitación a madres y/o responsables de los menores de 5 años del área de estudio.
- Gestionar capacitación - actualización sobre **IRA-NEUMONIA**, para recursos médicos de la Jurisdicción, con el fin de sensibilizarlos en la identificación, manejo y control de estos padecimientos.
- Distribuir promocionales alusivos a la prevención, manejo y control de **IRA-NEUMONIA** durante el barrido casa por casa en la microrregión de estudio. Como actividad de orientación e información preventiva.
- Promover el desarrollo o ejercicio de las capacidades esenciales del autocuidado o cuidado dependiente en las madres o responsables de los menores de 5 años en el área de estudio en relación a **IRA-NEUMONIA**.
- Promover el desempeño habitual de medidas esenciales de autocuidado o cuidado dependiente en las condiciones prevalentes, para disminuir los factores de riesgo a éstos padecimientos.
- Promover el desarrollo y mantenimiento de los esfuerzos cooperativos esenciales para el bienestar de la unidad multipersonal, a través del contacto y comunicación con los recursos de salud habilitados.

- Metas

- Diseñar un programa de capacitación multidisciplinario.
- Realizar un barrido casa por casa en la microrregión de estudio.
- Orientar e Informar al 80% de las unidades multipersonales de la microrregión. (1089 familias).
- Habilitar a 53 enfermeras, 10 TAPS, cinco promotoras auxiliares y dos médicos para posterior capacitación a madres.
- Sensibilizar a tres auxiliares administrativos sobre la importancia de las I.A.A.
- Gestionar una actualización - normativa para 76 médicos adscritos a la Jurisdicción Ecatepec.
- Promocionales:
 - Distribuir 1000 trípticos casa por casa.
 - Colocar 1200 carteles en lugares céntricos o que permitan la difusión de la información.
 - Entregar 3500 volantes para difusión del CAPOS.
- Estructurar siete rotafolios para apoyar la capacitación a madres.

- Límites

- UNIVERSO DE TRABAJO

Grupo multidisciplinario de salud y unidades multipersonales de la microrregión **Tecuescomac.**

- ESPACIO

- INSTITUTO TÉCNICO Y BANCARIO SAN CARLOS AULA - BIBLIOTECA, para la capacitación.

- CAPOS. (CASA POPULAR DE SALUD)
- Microrregión **Tecuescomac**, de la COMUSA Ampliación Tulpetlac para operacionización de las Intervenciones.
- Centro de Salud Ampliación Tulpetlac. Promoción y difusión de medidas preventivas.

- **TIEMPO**

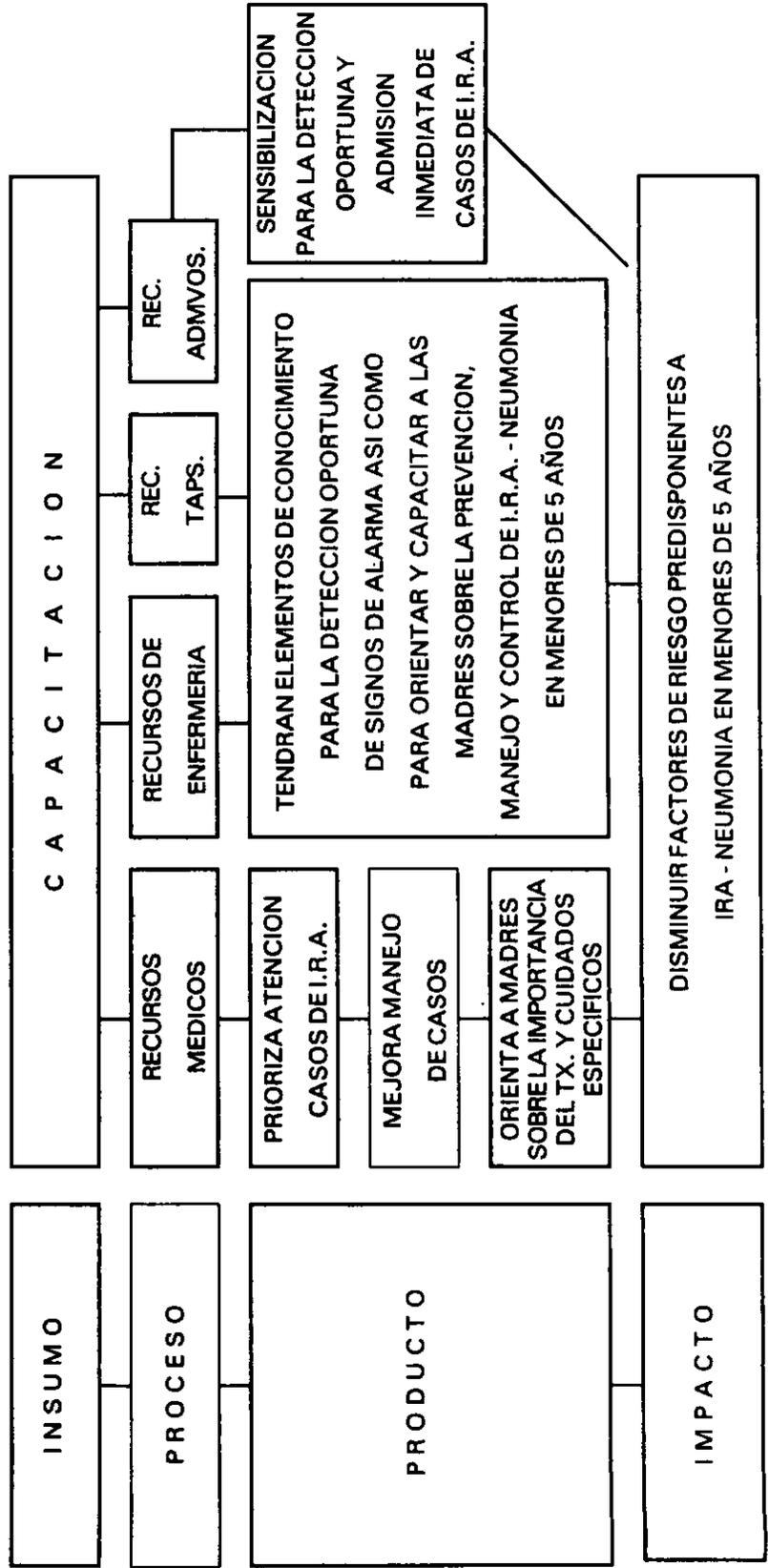
- Actualización Médica: 2 DIAS (18 y 19 SEP 1997) 12 HORAS.
- Capacitación Multidisciplinaria: 3 DIAS (16, 17 y 18 de Oct. 1997) 8 Horas diarias.
- Barrido y Promoción: 3 DIAS (20, 21 y 22 DE OCT. 1997) 24 hrs.

4.3.5. Determinación de Actividades

Con fines de precisión se estructuran tablas de operaciones tecnoprofesionales, específicas para cada actividad proyectada, se adjuntan.

**PLAN DE ACCION
ESTRATEGIA DE APOYO-DESARROLLO**

SISTEMA DE ENFERMERIA FOCALIZADO A CAPACITACION DE RECURSOS



PLAN DE ACCION = ESTRATEGIA DE APOYO - DESARROLLO

ACTIVIDAD TECNO- PROFESIONAL	F E C H A	RECURSOS	RESPONSABLE	PRODUCTO ESPERADO
<p>GESTION DE CURSO MONOGRAFICO DE IRA-NEUMONIA PARA ACTUALIZACION NORMATIVA DE MEDICOS Y JEFES DE ENFERMERIA DE LA JURISDICCION ECATEPEC</p>	<p>18 Y 19 DE SEPTIEMBRE DE 1997.</p>	<p>Sede Transporte de ponentes Materiales Papelería Instructores Apoyos Audiovisuales Laboratorios</p>	<p>L.E.O. GPE. PEREZ I.S.E.M. I.N.E.R.</p>	<p>Sensibilizar a los recursos para la adecuada prevención, manejo y control de IRA-NEUMONIA en menores de 5 años.</p>
<p>CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - MEDICOS - ENFERMERAS Y PASANTES - TAPS - COMITE DE SALUD - VOLUNTARIAS <p>* Se habilitarán recursos para aprovechar el proyecto de capacitación a madres.</p>	<p>16 Y 17 DE OCTUBRE DE 1997.</p>	<p>Sede Transporte de Materiales Papelería y Materiales Instructores Apoyos Audiovisuales</p>	<p>L.E.O. GPE. PEREZ ENF. JEFES COM. JEFE MEDICINA PREVENTIVA.</p>	<p>Los recursos podrán orientar, informar y capacitar a padres, madres y responsables de los menores de 5 años. Elaboración de 7 rotafolios para apoyo de la capacitación. El recurso médico atenderá la demanda que se genere por difusión e información.</p>
<p>BARRIDO CASA POR CASA PARA ORIENTACION, INFORMACION Y DISTRIBUCION DE PROMOCIONALES ALUSIVOS A IRA - NEUMONIA CON ENFOQUE PREVENTIVO Y DE RECONOCIMIENTO DE SIGNOS DE ALARMA.</p>	<p>20, 21 Y 22 DE OCTUBRE DE 1997</p>	<p>Volantes Trípticos Carteles Papelería Materiales Croquis Hojas de Control</p>	<p>L.E.O. GPE. PEREZ = 51 E.P.S.S. = 9 TAPS = 9 ENFERMERAS = 2 JEFE ENF. = 1 COMITE = 1 LEO DE APOYO = 2 VOLUNTARIAS = 9</p>	<p>Que los padres o responsables del cuidado de los menores de 5 años, tengan conocimiento sobre IRA-NEUMONIA, prevención y reconocimiento de signos de alarma para evitar, o en caso acudir a la Unidad de Salud más cercana para atención oportuna</p>

CRONOGRAMA DE OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES CORRESPONDIENTE AL PROYECTO DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA AGOSTO-DICIEMBRE 1997

OPERACIONES.	FASE	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DIC.	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
1. GESTION DE CURSO MONOGRAFICO DE IRA PARA ACTUALIZACION NORMATIVA DE MEDICOS Y JEFES DE ENFERMERIAS.	P																		
	O																		
	I																		
	D																		
	C																		
2. SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO MULTIDISCIPLINARIO CON ENFASIS EN ADQUISICION DE HABILIDADES PARA ORIENTAR, INFORMAR Y CAPACITAR A MADRES, PADRES O RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 8 AÑOS.	P																		
	O																		
	I																		
	D																		
	C																		
3. CAMPAÑA DE ORIENTACION E IMPORTACION CASA POR CASA CON DISTRIBUCION DE PROMOCIONALES ALLUSIVOS, APOYO A CAPACITACION A MADRES.	P																		
	O																		
	I																		
	D																		
	C																		
4. MONITOREO	C																		
5. RESULTADOS	C																		
6. INFORME FINAL	C																		

P - PLANEACION I - INTEGRACION D - DIRECCION PROGRAMADO
 O - ORGANIZACION C - CONTROL VERIFICACION DE AVANCE
 REALIZADO

172

OPERACION No. 1

ACTUALIZACION NORMATIVA

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(1 DE 4)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<p align="center">GESTION DE CURSO MONOGRAFICO DE I.R.A. PARA ACTUALIZACION NORMATIVA DE MEDICOS Y JEFES DE ENFERMERIA DE LA JURISDICCION ECATEPEC</p>	1. Ubicación del Instituto de apoyo para la actualización (INER).	3 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. CARMEN DURAN L.E.O. JAQUELINA PASTRANA TUTOR CLINICO
	2. Comisión de dos recursos con función de Jefe de Enfermeras para apoyo en gestión y organización.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.S. ESTHELA SANTILLAN E.S. EMMA GARCIA A. JEFE DE ENF. JURISD.
	3. Reunión para planeación y organización del curso con los recursos asignados.	3 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN JEFES ASIGNADAS
	4. Fijar fecha para acudir a INER.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN JEFES ASIGNADAS
	5. Solicitar sede para el evento.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. VALDEZ QUIROZ TUTOR CLINICO LABORATORIOS T.J. ORIARD
	6. Se acude al INER para solicitar el curso.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. CARMEN DURAN L.E.O. JAQUELINA PASTRANA DOS JEFES COMISIONADAS DR. CRUZ (INER)
	7. Se diseñan los gafets, folders y manta promocional.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	COMISIONADAS
	8. Se solicita apoyo de laboratorios farmacéuticos para el servicio de café y obsequios en el curso.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	2 JEFES COMISIONADAS SEC. ELIA CORTES

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(2 DE 4)

ACTIVIDAD	T A R E A S	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	9. Ya aprobado el curso se acude al INER por los programas, evaluaciones diagnósticas y evaluaciones de calidad del evento.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	2 JEFES COMISIONADAS
	10. Se solicita apoyo para transporte de ponentes.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE VEHICULOS JESUS SALGADO.
	11. Se solicita apoyo de EPSS para edecanes.	3 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE ENFERMERAS JURISDICCIONAL.
	12. Solicitar aparatos audiovisuales para ponentes.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
	13. Reunión para verificar avances e inconsistencias de la organización.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	2 JEFES COMISIONADAS DR. EDUARDO VALDEZ L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN TUTOR CLINICO
	14. Se ajustan recursos y se mandan a hacer gafetes folders y manta alusivos al curso.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFES COMISIONADAS
	15. Se compran portagafetes, hojas blancas, bandas para edecanes y materiales de escritorio para registro de asistentes.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFES COMISIONADAS Y UNA E.P.S.S.
	16. Se solicita apoyo para requerir maestro de Ceremonias.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. SERGIO CARRILLO DR. EDUARDO VALDEZ
	17. Se avisa a través de los COMUSA para que asistan médicos particulares.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE JURISDICCIONAL JEFE MED. PREVENTIVA COMUSA

M E D I

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(3 DE 4)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	18. Se gira oficio para solicitar la presencia de los médicos de base y pasantes de la Jurisdicción al curso.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES JEFE JURISDICCIONAL JEFE MED. PREVENTIVA COMUSA SEC. GLORIA RABELO
	19. Reunión con E.P.S.S. para organizar sus actividades antes, durante y después del evento.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. (5)
	20. Llevar a las E.P.S.S. a conocer la sede y enseñarles a manejar los apoyos audiovisuales.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. (5)
	21. Se organiza el comité de recepción con tareas específicas.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. (5)
	22. Traslado de materiales y apoyos a la sede.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE VEHICULOS E.P.S.S. (2)
	23. Enlace con el Jefe de medicina preventiva con el fin de formalizar la actualización normativa para el área médica (PONENTE).	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. EDUARDO VALDEZ
	24. Se solicita asistencia a la inauguración de las autoridades correspondientes.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE JURISDICCIONAL JEFA DE ENFERMERAS EPIDEMIOLOGO
	25. Inicio y desarrollo del curso monográfico de acuerdo al programa establecido.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	VER PROGRAMAS

M
E
D
I

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(4 DE 4)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	26. Traslado de ponentes.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE VEHICULOS Y CHOFERES
	27. Elaboración de listado de asistencia.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. (1)
	28. Entrega de reconocimientos a ponentes al finalizar el curso.	30 MIN.	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	MAESTRO DE CEREMONIAS DR. SERGIO CARRILLO
	29. Agradecimiento por escrito a la sede.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES
	30. Agradecimiento por escrito al maestro de ceremonias y edecanes.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES
	31. Agradecimiento a la Institución que apoyo el curso con ponentes INER.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES TUTOR CLINICO JEFE DE JURISDICCION
	32. Agradecimiento a las Jefe de Enfermeras que apoyaron el evento.	30 MIN.	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES JEFE DE ENFERMERAS
	33. Evaluación de asistencia médica y de Jefes de Enfermería.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. (1)
	34. Reporte a Jurisdicción para informe de productividad.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. RODOLFO J. LOPEZ M. JEFE DE ENSEÑANZA
	35. Reunión informativa con el Tutor clínico para evaluar el curso.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	TUTOR CLINICO
	36. Informe a la Coordinadora de la Especialidad.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	MAESTRA SOFIA SANCHEZ PIÑA.

OPERACION No. 2

CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(1 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
C A P A C I T A C I O N E S	1. Recopilación bibliográfica de apoyo.	3 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA
	2. Búsqueda de apoyos audiovisuales.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. PASTRANA
	3. Gestión para adquisición de materiales de promoción oficinas Nacionales.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA
	4. Gestión para ubicar sede de capacitación con espacios adecuados (INST. SAN CARLOS).	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.G. GUADALUPE GARRIDO
	5. Informar y solicitar oficio de solicitud para sede de capacitación a Jefe de Jurisdicción.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION SECRETARIA: GLORIA RABELO
	6. Solicitar apoyo del Recurso médico. Jefe de Medicina Preventiva.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. VALDEZ JEFE DE MED. PREVENTIVA
	7. Solicitar autorización a la jefe de Enfermeras para habilitar al grupo de 51 E.P.S.S. activas.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	EESP. ESTHELA LOZANO 51 REC. E.P.S.S.
	8. Solicitar al Jefe de Jurisdicción oficio de apoyo para reclutar al personal médico TAPS y de Enfermería para capacitación.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION SECRETARIA
	9. Invitación al Comité de Salud del área de estudio para capacitarlo, a través del COMUSA.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SECRETARIA COMUSA DR. ESTRADA

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(2 DE 5)

ACTIVIDAD	T A R E A S	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	10. Se solicita apoyo de 2 Jefes de enfermería para impartir capacitación.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	EESP. ESTHELA LOZANO JEFE DE JURISDICCION
	11. Se solicita oficio para comisión de Jefes de Enfermeras.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION SECRETARIA
	12. Solicitud de materiales didácticos de apoyo.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA JEFE OF. PROMOCION
	13. Estructura de evaluación diagnóstica y sumativa.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E. GRAL. GUADALUPE GARRIDO SECRETARIA ELIA CORTES
	14. Solicitud al Jefe de Jurisdicción para la inauguración de la capacitación.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION JEFE DE ENFERMERAS
	15. Elaboración de carta descriptiva y selección de técnicas didácticas.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.G. GUADALUPE GARRIDO SEC. ELIA CORTES
	16. Traslado de materiales y apoyos didácticos.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JESUS SALGADO JEFE DE CONTROL DE VEHICULOS L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA
	17. Reunión con las Jefes Comisionadas para coordinar actividades del curso de acuerdo a la Carta Descriptiva.	5 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.G. GUADALUPE GARRIDO E.G. GUADALUPE HERNANDEZ PAULIN

M E D I

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(3 DE 5)

ACTIVIDAD	T A R E A S	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	18. Contratar al fotógrafo para el evento.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SR. ALEJANDRO HERNANDEZ
	19. Fotocopiado de instructivos, EVALUACIONES Y APOYOS.	5 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JERGE VALTIERRA SR. GUMERCINDO N.
	20. Compra de materiales requeridos y papelería.	5 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. PASTRANA L.E.O. DURAN JEFE DE JURISDICCION
Z	21. Elaboración de paquetes para capacitación.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. TERESA FRIAS L.E.O. PASTRANA L.E.O. DURAN RECURSOS COMUNITARIOS
U	22. Organización de papelería y materiales para rotafolio.	5 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. PASTRANA L.E.O. DURAN
D	23. Preparación de contenidos de temas específicos.	8 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. PASTRANA L.E.O. DURAN DR. EDUARDO VALDEZ E.G. GUADALUPE VALDEZ E.G. GUADALUPE GARRIDO E.G. GPE. HERNANDEZ P.
I	24. Elaboración de acetatos y carteles.	3 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. PASTRANA L.E.O. DURAN E.G. GUADALUPE GARRIDO E.G. GPE. HERNANDEZ P.
	25. INAUGURACION	30 MINUTOS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. ROBERTO RODRIGUEZ JEFE DE LA JURISDICCION

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(4 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	26. Desarrollo de contenidos de la Carta descriptiva.	3 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	VER CARTA DESCRIPTIVA
	27. Cierre de la capacitación.	30 MIN.	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. EDUARDO VALDEZ
	28. Análisis de documentos de control para verificar faltantes.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.G. GUADALUPE GARRIDO L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA
	29. Valoración de productos de la capacitación (rotafolios).	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DRA. NATERAS (DIRECTORA) MTRA. SOFIA SANCHEZ P. L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA E.G. GPE. HERNANDEZ P.
	30. Calificación de pre y pos-evaluación.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. DURAN E.G. GUADALUPE GARRIDO
	31. Elaboración de reporte de capacitación para jurisdicción.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.G. GUADALUPE GARRIDO E.G. GPE. HERNANDEZ P.
	32. Agradecimiento a la institución que facilitó la sede (oficio por Jurisdicción).	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. ROBERTO RODRIGUEZ DR. RODOLFO J. LOPEZ M. JEFE DE ENSEÑANZA SEC. ELIA CORTES
	33. Solicitud de agradecimiento por apoyo a las Jefes que colaboraron y al curso médico normativo.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	COORD. ENSEÑANZA EN ENFERMERIA JEFE DE ENFERMERAS JEFE DE JURISDICCION

S
u
o
-

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(5 DE 5)

ACTIVIDAD	T A R E A S	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	34. Entrega de agradecimiento a colaboradores del proyecto de capacitación en sus adscripciones.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. DURAN L.E.O. PASTRANA
	35. EVALUACION GENERAL DE LA CAPACITACION.	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	DR. ROBERTO RODRIGUEZ MTRA. SOFIA SANCHEZ P.

I
D
E
N

OPERACION No. 3

**BARRIDO CASA POR CASA
Y
DISTRIBUCION DE PROMOCIONALES**

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(1 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<p style="text-align: center;">CAMPAÑA DE ORIENTACION E INFORMACION (CASA POR CASA) PARA APORTAR ELEMENTOS DE CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN Y SIGNOS DE ALARMA DE IRA-NEUMONIA EN MENORES DE 5 AÑOS (DISTRIBUCION DE PROMOCIONES)</p>	1. Ubicación del área geográfica por sectores y panorámica (recorrido por la comunidad)	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	TAPS. PETRA RODRIGUEZ JEFE DE ENFERMERAS C. SALUD GUADALUPE HERNANDEZ
	2. Sacar fotocopias de los croquis (panorámico y por sectores) del área de estudio.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. CARMEN DURAN
	3. Abasto promocionales alusivos a la prevención de IRA-NEUMONIA (TRASLADO).	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. CARMEN DURAN L.E.O. JAQUELINA PASTRANA JESUS SALGADO
	4. Acuerdos con COMUSA para solicitar apoyo del grupo de TAPS de enfermería y voluntarios del Centro de Salud.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	COMUSA: DR. MARIO R. ESTRADA DRA. ESTHELA NATERAS U.
	5. Solicitar oficio a Jurisdicción para que los recursos del Centro de Salud apoyen el proyecto, sin problemas de productividad.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION SEC. GLORIA RABELO COMUSA: DR. MARIO R. ESTRADA
	6. Confirmar con Jefe de enfermeras Jurisdiccional el apoyo de los 51 recursos pasantes de enfermería habilitados para tal fin.	3 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE ENFERMERAS JURISDICCIONAL
	7. Diseño y reproducción de instrumentos de registro de madres, padres o responsables de las unidades multipersonales orientados.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	SEC. ELIA CORTES L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN CENTRO DE FOTOCOPIADO

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(2 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	8. Compra de materiales para apoyo de la actividad final (lápices, masking-tape etc.) se solicita apoyo Jurisdiccional.	4 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFES COMISIONADAS DR. EDUARDO VALDEZ
	9. Capacitación de los recursos participantes para habilitarlos en el desempeño de la actividad. (Capacitación programada).	2 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE ENFERMERAS GUADALUPE HERNANDEZ PAULIN
	10. Información de la logística de la estrategia casa por casa.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
Z	11. Formación de equipos de trabajo.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
W	12. Asignación de tareas específicas.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN E.P.S.S. TERESA FRIAS VOLUNTARIA: ELENA MARTINEZ
Q	13. Elaboración de pequeños de promocionales para su distribución y fijación en el área dotación de apoyos.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
-	14. Distribución de paquetes y croquis de barrido casa por casa.	30 MIN.	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE ENFERMERAS GUADALUPE HERNANDEZ PAULIN
	15. Dotación de materiales a los TAPS, para su reporte de supervisión.	30 MIN.	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE JURISDICCION SECRETARIA

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(2 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	16. Durante el barrido el TAPS localizará, solicitará y ubicará sede para capacitaciones programadas.	5 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	TAPS DE LA COMUSA
	17. Se solicita apoyo del COMITE de Salud y de la responsable de la microrregión para ubicación de equipos de trabajo y supervisión de la actividad.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	COMITE DE SALUD COMUSA: DR. MARIO R. ESTRADA TAPS: PETRA RAMIREZ
	18. Se efectúa el barrido:	1 ½ DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. = 51 TAPS = 9 ENFERMERAS = 2 VOLUNTARIAS = 9 COMITE = 1 JEFE DE ENF. = 1
	19. Colocar carteles preventivos por toda el área de estudio y en lugares públicos.	1 ½ DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. = 51 TAPS = 9 ENFERMERAS = 2 VOLUNTARIAS = 9 COMITE = 1 JEFE DE ENF. = 1
	20. Entregar trípticos casa por casa.	1 ½ DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. = 51 TAPS = 9 ENFERMERAS = 2 VOLUNTARIAS = 9 COMITE = 1 JEFE DE ENF. = 1
	21. Entrevista de 5 minutos casa por casa para dar información y orientación sobre el padecimiento.	1 ½ DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. = 51 COMITE = 1 VOLUNTARIO = 9 ENFERMERAS = 2

I
D
E
M

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(4 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	22. Entregar volantes de difusión del CAPOS casa por casa y colocar en lugares públicos.	1 ½ DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	E.P.S.S. = 51 TAPS = 9 ENFERMERAS = 2 VOLUNTARIAS = 9 COMITE = 1 JEFE DE ENF. = 1
	23. Al finalizar el barrido los supervisores (TAPS) informarán inconsistencias y/o limitantes así como logros de lo planeado.	2 HORAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	TAPS (9) L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
	24. Cada equipo entregará las listas de padres, madres o responsables de menores de 5 años orientados e informados.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	EQUIPO L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
	25. Se llevará un control de materiales promocionales distribuidos, y unidades de servicio informadas por sector.	1 HORA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	EQUIPO L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
	26. Evaluar tareas y actividad.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	TUTUR CLINICO
	27. Realizar recorrido posterior por la área de estudio para monitorear cobertura de promocionales y orientación en domicilios.	1 DIA	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	JEFE DE ENF. GPE. HERNANDEZ RESPONSABLE TAPS. PETRA RODRIGUEZ L.E.O. JAQUELINA PASTRANA L.E.O. CARMEN DURAN
	28. Observar demanda inmediata de consultas en el Centro de Salud como efecto inmediato de la actividad.	3 DIAS	L.E.O. GUADALUPE PEREZ	COMUSA: DR. MARIO R. ESTRADA JEFE DE ENF. GPE. HERNANDEZ PAULIN ADMINISTRATIVA DE APOYO

M E D

OPERACIONES TECNO - PROFESIONALES DE ENFERMERIA

(5 DE 5)

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
<p style="text-align: center;">I D E M</p>	<p>29. Programar correcciones en áreas no cubiertas de promocionales y orientación.</p>	<p>1 DIA</p>	<p>L.E.O. GUADALUPE PEREZ</p>	<p>VOLUNTARIAS (9) COMITE (UNO) TAPS: PETRA RODRIGUEZ JEFE DE ENF. GUADALUPE HERNANDEZ PAULIN</p>

- Organización

• Método de actividades

La organización del proceso de operaciones de enfermería se realizó de acuerdo a cada una de las tareas indicadas en el plan de actividades específico por operación.

El curso de actualización programado, además de cubrir el objetivo específico, permitió que la demanda de consulta que se generó por la estrategia de difusión a signos de alarma para neumonías fuera cubierta por los recursos médicos con que cuenta la unidad de atención, tomando en cuenta la normatividad revisada; y la prioridad de los daños.

De la misma forma el recurso con funciones de jefe de enfermeras facilitó el flujo de trámite para acceso a consulta por parte del usuario, verificando que, su personal cumpliera con la toma y registro adecuados de signos vitales y la impartición de charlas educativas con fines de orientación e información a los usuarios en sala de espera sobre signos de alarma para neumonías.

En este flujo quedó incluido el recepcionista (fichas) como recurso clave para la atención oportuna de casos y oportunidades perdidas.

Posterior al curso de actualización (Anexo No. 4) se programó la capacitación multidisciplinaria (Apéndice No. 9, 10 y 11), donde además se informó la logística para realizar el barrido casa por casa, distribución de promocionales, difusión del CAPOS y la capacitación a madres, siguiendo paso a paso cada tarea especificada en la tabla de operaciones respectiva.

Una vez capacitados los recursos que participaron en la actividad con unidades multipersonales, se organizaron equipos de trabajo que cubrieron los sectores que componen la microrregión, con la estrategia indicada, distribuyendo en cada unidad multipersonal

trípticos y volantes, además de informar brevemente la importancia y signos de alarma para **IRA** y **NEUMONIA**. (Apéndice No. 12).

Por cada equipo hubo un supervisor o dos (Apéndice No. 13) TAPS o ENFERMERA, ellos verificaron que las tareas asignadas se cumplieran, vigilando la cobertura por sector. (Anexo No. 7). Además durante el recorrido de control colocaron carteles en lugares públicos frecuentemente visitados por las unidades de servicio identificadas.

Estos recursos de apoyo para el control; se reunieron al final de la jornada con su equipo el cual les entrega las hojas de registro (Anexo No. 8) de madres, padres o responsables orientados e informados por sector, así como el número de promocionales distribuidos y colocados en su área de responsabilidad.

Finalmente cada equipo entregó los productos y resultados a la especialista en salud pública quien realizó el proceso de análisis de resultados, control y evaluación. (Apéndice No. 14).

Posteriormente a esta actividad se monitorea el impacto inicial y la cobertura, acudiendo a la microrregión; muestreando algunas unidades multipersonales para verificar información recibida y observando existencia de promocionales en los lugares indicados. (Apéndice No. 15).

Como actividad de apoyo los recursos de salud capacitados en el curso multidisciplinario, participaron en el proyecto de "Capacitación a madres" en el cual deberán mostrar las habilidades y conocimientos adquiridos en el evento indicado, además utilizó el rotafolio que fue elaborado para tal fin por cada uno de los equipos formados.

La difusión y distribución de promocionales se realizó, además de cubrir la microrregión de estudio; en los siguientes lugares: (Anexo No. 9) (Apéndice No. 16).

- Centro de Salud Ampliación Tulpetlac
- Clínica I.M.S.S. 68
- Clínica ISSEMYM
- Clínica I.M.S.S. 93
- Autobuses locales
- Peseros locales
- Microrregiones adyacentes a la de estudio
- Área nueva o descubierta sin seguridad social
- Mercados y escuelas

Esto con el fin de saturar de información objetiva la unidad de servicio focalizada.

Además se dotó de carteles a todos los Centros de Salud de la Jurisdicción como material informativo preventivo de **IRA - NEUMONIA** como actividad extra de control y medida anticipatoria ante desviaciones futuras de salud por los daños comentados.

• **Organismos que cooperaron en la intervención**

INER (INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS)

Aportó ponentes y extendió las constancias de asistencia al curso monográfico de I.R.A.

CEDA ED - IRA NACIONAL

Programa sustantivo de atención a la salud del niño, se le solicitó promocionales alusivos a **IRA - NEUMONIA**.

LABORATORIOS DR. T.J. ORIARD. Sede para curso monográfico de IRA.

INSTITUTO TECNICO Y BANCARIO SAN CARLOS. Sede para la capacitación multidisciplinaria.

LABORATORIOS FARMACEUTICOS. Servicio de café, galletas, botanas y obsequios durante el curso monográfico.

ISEM - JURISDICCION ECATEPEC. Materiales, papelería, transporte y reproducción de algunos promocionales.

• Recursos

• Humanos

RECURSO	CANTIDAD	TIEMPO	COSTO	
			POR DIA	COSTO TOTAL
COMUSA	1	2 DIAS	\$ 156.76	\$ 313.52
JEFE DE ENFERMERAS	2	5 DIAS	123.82	1238.20
ENFERMERAS	2	5 DIAS	57.35	573.50
T.A.P.S.	9	5 DIAS	84.16	3787.20
VOLUNTARIAS	9	5 DIAS	-	-
ENF. PASANTES S.S.	51	5 DIAS	3.33	850.00
JEFE ENF. JURISD.	1	1 DIA	183.78	183.78
MEDICOS	2	5 DIAS	110.96	1109.60
ADMINISTRADOR	1	1 DIA	91.95	91.95
SECRETARIA	1	2 DIAS	57.57	115.15
CHOFER	1	2 DIAS	52.54	105.08
INTENDENCIA	1	5 DIAS	44.91	224.58
ADMINISTRATIVO (FICHAS)	1	5 DIAS	47.98	239.91
LIC. ENFERMERIA	1	5 DIAS	-	-
TOTAL	84	-	-	\$ 8'956.29

• **Materiales**

OPERACION 1. ACTUALIZACION NORMATIVA

ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL
GAFETES	PZA.	100	\$ 1.00	\$ 100.00
PORTA GAFETES	PZA.	100	2.50	250.00
MANTA	PZA.	1	75.00	75.00
FOLDERS	PZA.	100	3.00	300.00
ARRREGLOS	PZA.	2	15.00	30.00
IMPRESIONES	PZA.	36	8.00	288.00
HOJAS BLANCAS	CIENTO	2	26.00	52.00
RECONOCIMIENTO	PZA.	10	7.00	70.00
TOTAL	-	-	-	\$ 1'165.00

OPERACION 2. CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA

ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
PLIEGO BOND	PLIEGO	30	\$ 2.50	\$ 75.00
CARTULINAS	PLIEGO	70	2.30	161.00
MARCADORES DE AGUA	PQTE.CU	8	56.00	448.00
TIJERAS	PIEZA	8	5.60	44.80
BROCHES BACCO	CAJA	1	12.80	12.80
REGLA	PIEZA	8	1.80	14.40
LAPIZ	PIEZA	10	1.30	13.00
RESISTOL	FCO.	8	5.30	42.40
GISSES	CAJA	8	2.80	22.40
HOJAS BLANCAS	CIENTO	1	26.50	26.50
FOLDERS	PIEZA	10	2.00	20.00
MASKING TAPE	ROLLO 1'	3	6.30	18.90
SACAPUNTAS	PIEZA	10	1.50	15.00
GOMA P/BORRARA	PIEZA	10	1.00	10.00
TOTAL	-	-	-	\$ 924.20

OPERACION 3. BARRIDO CASA POR CASA INFORMACION Y ORIENTACION

ARTICULO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
TRIPTICOS	PIEZA	1000	\$ 1.00	\$ 1000.00
CARTELES	PIEZA	1200	1.35	1620.00
VOLANTES	PIEZA	3500	.15	525.00
MASKING TAPE	ROLLO 1'	30	6.30	189.00
HOJAS BLANCAS	CIENTO	1	26.00	26.00
LAPICES	PIEZA	10	1.30	13.00
TOTAL	-	-	-	\$ 3373.00

COSTOS ACUMULADOS RECURSOS MATERIALES

OPERACION	1	\$ 1,165.00
OPERACION	2	924.20
OPERACION	3	3,373.00
TOTAL		\$ 5,462.20

TOTAL COSTOS:	RECURSOS HUMANOS	\$ 8,956.29
	RECURSOS MATERIALES	5,462.20
	TOTAL	\$ 14,418.49

**ESTIMACION DE COSTOS FINALES
POR OPERACION - UNIDAD DE SERVICIO**

OPERACION	COSTO TOTAL	UNIDAD DE SERVICIO BENEFICIADA	COSTO FINAL POR UNIDAD DE SERVICIO
ACTUALIZACION NORMATIVA	\$ 1,165.00	95 RECURSOS DE SALUD	\$ 12.26 POR RECURSO ACTUALIZADO
CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA	924.20	75 RECURSOS DE SALUD	\$ 12.32 POR RECURSO CAPACITADO.
BARRIDO CASA POR CASA	\$ 3,373.00	1089 UNIDADES MULTIPERSONALES	\$ 3.10 POR UNIDAD MULTIPERSONAL ORIENTADA E INFORMADA

– **Determinación de funciones factibles.**

- **JEFE DE JURISDICCION.** Apoyo total a la Intervención, emisión de oficios que se requieran para formalizar gestiones.
- **JEFE DE ENFERMERAS JURISDICCIONAL.** Apoya la Intervención, autoriza recursos pasantes de enfermería a colaborar en la misma. Comisiona Jefes de Unidad para apoyo de capacitación multidisciplinaria, supervisa eventos.
- **TUTOR CLINICO.** Asesora, supervisa, corrige, guía, apoya y gestiona durante toda la intervención.
- **COMUSA.** Apoya en el área de estudio, asesora en la realización de procedimientos específicos. Verifica avances.
- **JEFES DE ENFERMERAS EN CENTRO DE SALUD.** Apoyo total en supervisión de operaciones a realizar, verifica avances, apoya en capacitación y asiste a actualización normativa.
- **RECURSOS MEDICOS DE BASE.** Asistir a actualización normativo, y capacitación multidisciplinaria. Colaborar en el Centro de Salud atendiendo toda la demanda que surja por la difusión de signos de alarma, colaborar en el reporte para evaluación.
- **RECURSOS DE ENFERMERIA.** Asiste a capacitación normativa participar en el barrido casa por casa para Información y orientación. Capacitar a madres en **IRA - NEUMONIA.** Realizar adecuadamente toma y registro de signos vitales para detección oportuna de signos de alarma para **IRA - NEUMONIA** en la demanda espontánea de consulta de menores de 5 años.
Realizar actividades de supervisión durante el barrido.

- **T.R.P.S.** Asisten a capacitación normativa, supervisan actividades de barrido casa por casa, buscan sedes para capacitación en el área de estudio, capacitan madres, padres o responsables de menores de 5 años colaborar en registros y controlar actividades realizadas.
- **ENFERMERAS PASANTES.** Sujetos de capacitación y habilitación para informar, orientar y capacitar directamente a las unidades multipersonales del área de estudio, elaborar rotafolio de apoyo, distribuyen promocionales y volantes. Organizan grupos para capacitar y colocar carteles en lugares públicos.
Los pasantes son el grupo fuerte de las actividades de la intervención.
- **VOLUNTARIOS.** Asistir a capacitación, avisar a líderes de la misma la ejecución del plan colaborar en actividades de las pasantes, apoyo en la implementación del CAPOS.
- **OTROS RECURSOS DE APOYO.** Colaborar en todas las actividades intermedias para efectuar los finales del plan.
- **ENFERMERA ESP. SALUD PUBLICA.** Responsable de planear, organizar, integrar, dirigir y controlar el plan de intervención.

– **Reclutamiento de recursos**

A través de las líneas de autoridad indicadas siguiendo la logística de cada operación.

– **Capacitación de recursos**

POR CARTAS DESCRIPTIVAS, PROGRAMAS DE EVENTOS EN LOCALES SELECCIONADOS Y FECHAS PROPUESTAS EN EL PLAN DE ACCION POR TIPO DE OPERACION.

- **Financiamiento**

El presupuesto será elaborado de acuerdo a las normas establecidas por cada operación.

- **Obtención de fondos**

- Se solicitó apoyo de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec para multiplicación de promocionales y materiales de apoyo didácticos y audiovisuales así como transportación de ponentes y recursos materiales.
- Se solicitó apoyo de nivel nacional (CEDA ED IRA) para abasto de trípticos y carteles de clasificación de **IRA - NEUMONIA**.
- Se solicitó apoyo de laboratorios farmacéuticos para obsequios, café y galletas en el curso.
- El resto del financiamiento corrió por cuenta de la responsable del proyecto.

- **Ejecución y evaluación**

El presente plan fué puesto en práctica siguiendo el cronograma general de operaciones, se menciona que es un proceso dinámico y flexible de acuerdo a las necesidades que se presentaron durante su ejecución. La evaluación se realizó en dos etapas durante la ejecución y al final de ella, los resultados se presentan en la fase respectiva del proceso.

4.3.5. Registros y Control de Operaciones (Instrumentos de Apoyo)

ANEXOS:

- No. 4 Promocional del Curso Monográfico de I.R.A. (p. 177-178).
- No. 5 Evaluación del Curso Monográfico (p. 179).
- No. 6 Registro de Asistencia y Reporte del Curso (p. 180).
- No. 7 Cobertura por Sector (Croquis) (p. 191).
- No. 8 Listado de madres o responsables orientados e informados (p. 192).
- No. 9 Tríptico dirigido a Madres (Signos de Alarma IRA-NEUMONIA) (p. 195-196).

APENDICES:

- No. 9 Carta Descriptiva Capacitación Multidisciplinaria (p. 181-183).
- No. 10 Evaluación Diagnóstica Capacitación Multidisciplinaria (p. 184)
- No. 11 Posevaluación Capacitación Multidisciplinaria (p. 185-188)
- No. 12 Sábana Programática (p. 189).
- No. 13 Cronograma de Supervisión (p. 190).
- No. 14 Concentrado de Actividades (p. 193).
- No. 15 Cédula de Verificación (p. 194).
- No. 16 Volante promocional del CAPOS (p. 197).

DIRECTORIO

DR. JAIME VILLALBA CALOCA
Director General, INER

DR. ROBERTO RODRIGUEZ LEONE
Director de la Sanitaria Núm. XVII
San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. de México

DRA. ROCIO CHAPELA MENDOZA
Subdirectora General de Enseñanza, INER.

DR. RODOLFO J. LOPEZ MARMOLEJO
Jefe de Enseñanza, Jurisdicción Sanitaria Núm. XVII,
San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. México

DRA. MARGARITA SALAZAR FLORES
Jefe de la Div. de Educación Médica Continua, INER

DR. ANDRES CRUZ CHAVEZ
Jefe del Depto. Educación Médica Extramuros, INER

DR. EDUARDO VALDEZ QUIROZ
Coordinador de Medicina Preventiva, Jurisdicción Sanitaria
Núm. XVII San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. de Mex.

ENF. ESP. ESTELA LOZANO GONZALEZ
Jefe de Enfermeras, Jurisdicción Sanitaria Núm. XVII
San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. de México

LIC. ENF. GUADALUPE PEREZ HERNANDEZ
Coordinadora de Enseñanza en Enfermería, Jurisdicción Sanitaria
Núm. XVII San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. México

ENF. ESTELA SANTILLAN SANCHEZ
Jefe del Depto. Enfermería Centro de Salud San Juan Ichuastepec,
Jurisdicción Sanitaria Núm. XVII San Cristóbal Ecatepec de
Morelos, Edo. México

ENF. EMMA GARCIA AGUIRRE
Jefe del Depto. Enfermería del Centro de Salud "José Ma. Morelos y Pavón",
Jurisdicción Sanitaria Núm. XVII San Cristóbal Ecatepec de
Morelos, Edo. México

Profesores Asociados:

DRA. MARTHA ANGELICA GARCIA AVILES (CONAVA)

DRA. SOCORRO GUADARRAMA G. (EDO. MEXICO)

DRA. MA. DE LOURDES HERNANDEZ ULTRERAS (INER)

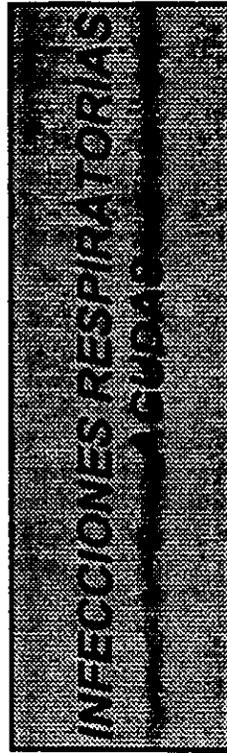
DR. GUSTAVO ADOLFO CASTRO HERRERA (INER)

INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO

JURISDICCION SANITARIA NUM. XVII
SAN CRISTOBAL ECATEPEC DE MORELOS,
EDO. DE MEXICO

Curso Monográfico:



18 y 19 de septiembre de 1997

Profesor Titular:
DR. ALEJANDRO ALEJANDRE GARCIA
Médico adscrito al Servicio de Pediatría, INER

Profesor Adjunto:
DR. EDUARDO VALDEZ QUIROZ
Coordinador de Medicina Preventiva, Jurisdicción Sanitaria Núm.
XVII San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Edo. de México

Curso Monográfico:

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

18 y 19 de septiembre de 1997

Dirigido a Médicos Generales de la Jurisdicción Sanitaria
Núm. XVII, San Cristóbal Ecatepec de Morelos, Estado de México

18 de septiembre

18 de septiembre:

09:00 a 09:15 Hrs. **INAUGURACION**

09:15 a 09:45 Hrs. **EVALUACION INICIAL**

09:45 a 10:45 Hrs. **IRA EN EL EDO. DE MEXICO**
Dra. Socorro Guadarrama G.

**IRA EN LA JURISDICCION SANITARIA
NUM. XVII DE SAN CRISTOBAL ECATEPEC
DE MORELOS EDO. DE MEXICO**
Dr. Eduardo Valdéz Quiróz

10:45 a 11:45 Hrs. **EPIDEMIOLOGIA Y ETIOLOGIA DE LAS
IRA EN LOS MENORES DE 5 AÑOS**
Dr. Gustavo Adolfo Castro Herrera

11:45 a 12:15 Hrs. **R E C E S O**

12:15 a 13:15 Hrs. **NEUMONIAS EN NIÑOS**
Dr. Alejandro Alejandro García

19 de septiembre:

09:00 a 10:00 Hrs. **FIBROSIS QUISTICA**

Dr. Alejandro Alejandro García

10:00 a 11:00 Hrs. **INFECCIONES DE VIAS
AEREAS SUPERIORES**

Dra. Ma. de Lourdes Hernández Ultreras

11:00 a 11:30 Hrs. **R E C E S O**

11:30 a 12:30 Hrs. **BRONQUITIS CRONICA Y
AGUDA**

Dr. Alejandro Alejandro García

12:30 a 13:30 Hrs. **ESTRATEGIA ACTUAL PARA LA
PREVENCIÓN Y CONTROL DE
LAS INFECCIONES RESPIRATO-
RIAS EN EL PAIS**
(Objetivos, políticas, estrategias
y criterios de clasificación)

Dra. Martha Angélica García Avilés

13:30 a 14:00 Hrs **EVALUACION FINAL**

14:00 Hrs. **CLAUSURA**

**INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
SUBDIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA
DIVISION DE EDUCACION MEDICA CONTINUA
DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA EXTRAMUROS**

Evaluación del curso monográfico: INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Nombre: _____ Fecha: _____

Indique: Evaluación Inicial () Evaluación Final: ()

1. EL PRINCIPAL AGENTE ETIOLOGICO DE NEUMONIA EXTRAHOSPITALARIA ES:

- a) Neumococo b) Estafilococo
c) Pseudomona c) T B P
d) Ninguno de los anteriores

2. LOS NEUMATOCELES ESTAN ORIGINADOS POR:

- a) Neumococo b) Estafilococo
c) Klebsiella d) T B P
e) Ninguno de los anteriores

3. EL TRATAMIENTO DE ELECCION PARA LA NEUMONIA POR NEUMOCOCCO ES:

- a) Clindamicina b) Eritromicina
c) Penicilina d) Ciprofloxacina
d) Tetraciclina

4. EL TRATAMIENTO DE ELECCION PARA LA NEUMONIA POR ESTAFILOCOCCO ES:

- a) Amoxicilina b) Cefalotina
c) Oxacilina d) Tetraciclina
e) Cloranfenicol

5. LA PRINCIPAL NEUMONIA QUE SE OBSERVA EN PACIENTES ALCOHOLICOS ES POR:

- a) Klebsiella b) Neumococo
c) Salmonella d) Herpes
e) No hace neumonías

6. EN CUAL DE LAS NEUMONIAS CAUSADAS POR ESTOS MICRO-ORGANISMOS ES MAS FRECUENTE EN EL DERRAME PLEURAL:

- a) K. Pneumonias b) S. Pneumonise
c) H Influenza d) Ps. Aeruginosa

7. CUAL DE LOS SIGUIENTES GERMESES ES MAS FRECUENTE EN LA ETIOLOGIA DE LAS NEUMONIAS NOSOCOMIALES:

- a) Klebsiella b) Aureus
c) M. Tuberculosis d) C. Albicans

8. CUAL DE LAS SIGUIENTES COMPLICACIONES ES MAS FRECUENTE APARICION EN EL CURSO DE UNA NEUMONIA NEUMOCOCCICA:

- a) Derrame Pleural b) Empiema
c) Meningitis d) Artritis séptica

9. LA AMPICILINA ES UN MEDICAMENTO EFICAZ PARA TRATAR NEUMONIA CAUSADA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE:

- a) Cierto _____ b) Falso _____

10. EN EL TRATAMIENTO DE LA RINITIS AGUDA NO COMPLICADA, TODO ESTA INDICADO EXCEPTO:

- a) Reposo b) Antibióticos
c) Vasoconstrictores locales y sistémicos
d) Antihistamínicos e) Analgésicos

11. ES LA MAS FRECUENTE DE LAS NEUMONIAS BACTERIANAS:

- a) Streptococcica
b) Por neumonia aeruginosa
c) Por klebsiella d) Neumococcica
e) Estafilococcica

12. PRODUCTOR DE NEUMONIA POR ASPIRACION EXOGENA, RELACIONADO CON NEBULIZACIONES Y RESPIRACIONES:

- a) Klebsiella b) Hemophilos c) E. Coli
d) Pseudomona aeruginosa e) Proteus

13. CUALES SON LOS SENOS QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES AL NACIMIENTO

- a) Esfenoidal y frontales
b) Frontales y etmoidales
c) Maxilares y frontales
d) Estenoidales y etmoidales
e) Maxilares y etmoidales

14. A LA "ANGINA ROJA" TAMBIEN SE LE CONOCE COMO:

- a) Lacunar b) Vesiculosas
c) Purulenta d) Congestiva
e) Turnefacta

15. LA DESCRIPCION DE LAS AMIGDALAS PALATINAS QUE CONTACTAN EN LA LINEA MEDIA SOLO CUANDO SE PROVOCA EL REFLUJO NAUSEOSO SON:

- a) Intravélicas b) Grado I c) Grado II
d) Grado III e) Grado IV

16. EN LA SINUSITIS ESFENOIDAL EL DOLOR SE LOCALIZA EN:

- a) Región frontal b) Mejillas, cara y arcada
c) Vértex y región occipital dentaria
d) Porción nasal media y región retroorbitaria
e) Ninguna de las anteriores

17. EL PRIMER ESTUDIO QUE DEBE EFECTUARSE EN PACIENTES CON DISFONIA ES:

- a) RX de cuello b) Laringoscopia abierta
c) Laringoscopia indirecta
d) Faringografía
e) Cultivo de secreción faríngea

18. LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS CORRESPONDEN A UN ORGANO DIFUSO DE TEJIDO LINFOIDE, REVESTIDO POR EPITELIO CILINDRICO CON PLEGUES PROMINENTES Y NO DE CRIPTAS:

- a) Amígdala palatina b) Amígdala faríngea
c) Papilas gustativas d) Seno periforme
e) Ventrículo laríngeo

19. EL EPITELIO TRAQUEO-BRONQUIAL ES DE TIPO:

- a) Cilíndrico pseudoestratificado ciliado con células ciliadas
b) Escamoso plano c) Cilíndrico simple
d) Membran basal e) Transicional

20. LA COMPLICACION MAS FRECUENTE DE LA AMIGDALITIS AGUDA ES:

- a) Neumonía lobar b) Sinusitis maxilar
c) Otitis media d) Rinitis
e) Absceso periamigdalino

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE TEXCOCO
JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC

CARTA DESCRIPTIVA PARA ACTIVIDADES DE CAPACITACION

ATENCION, MANEJO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.

TEMA : PROCEDIMIENTO PARA CAPACITAR A LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE DIRIGIDO A : PERSONAL MEDICO, PARAMEDICO Y ADMINISTRATIVO

TIPO DE EVENTO : CINCO AÑOS. CAPACITACION / TALLER DURAN/GPE, PEREZ HDEZ SEDE : 14 HORAS FECHA : 16 Y 17-OCT-97

RESPONSABLE DE LA CAPACITACION : LIC. ENF. JACKELINE PASTRANA : AULA DEL INSTITUTO BANCARIO SAN CARLOS

RESPONSAB. DELEGADA EN : ENF. GPE. PILAR GARRIDO G./ DR. EDUARDO VALDEZ

OBJETIVO GENERAL : PROPORCIONAR AL PERSONAL PARTICIPANTE LOS LINEAMIENTOS ESPECIFICOS PARA CAPACITAR A LAS MADRES QUE TENGAN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON PROBLEMAS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, ENFATIZANDO EN EL RECONOCIMIENTO DE LAS SEÑALES DE GRAVEDAD Y QUE AL TERMINO DE ESTE CURSO, EL RECURSO SEA CAPAZ DE APLICAR LOS PARAMETROS DE CAPACITACION Y DE TRANSMITIR LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS CON LA PARTICIPACION DEL PERSONAL FARMACEUTICO EN EL PROCESO Y TX. DE ESTA ENFERMEDAD.

FECHA / HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	TECNICA DIDACT.	AUX. DIDACTICO	FONENTE/RESPONS	BIBLIOG.
16-OCT-97 9:00 - 9:15	Conocer el número de asistentes al curso.	Inauguración Oficial. Registro de asistencia		Hojas de registro.	Dr. Roberto Rguez. Enf. Gpe. Hdez. P. Enf. Gpe. Pilar G.	
9:15 - 9:30	Dar a conocer la importancia de la capacitación.	Introducción Objetivo.	Expositiva.		Lic. Enf. Gpe. Pérez Enf. Gpe. Pilar G.	
9:30 - 10:00	Identificar el nivel de conocimientos que tiene el grupo.	Evaluación inicial.	Individual	Formato impreso.	Lic. Enf. Carmen D. Lic. Enf. Jackeline Pastrana.	
10:00 - 10:45	El participante analizará la importancia y la necesidad de ejecutar acciones preventivas en las infecciones respiratorias agudas, como un problema de salud pública.	Panorama epidemiológico - Mortalidad - Morbilidad	Expositiva.	Retroproyector de acetatos	Dr. Eduardo Valdez.	
10:45 - 11:30	El participante diferenciará entre infección respiratoria aguda y neumonía como la complicación más grave de las vías respiratorias.	Concepto. Signos Síntomas Evaluación del paciente.	Tormenta de ideas Expositiva.	Láminas Bond. Marcadores. Esquema del aparato respiratorio.	Enf. Gpe. Hdez. P. Lic. Enf. Carmen D. Lic. Enf. Jackeline Pastrana.	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA. NON 1-021-854-1994.

FECHA / HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	TECNICA DIDACT.	AUX. DIDACTICO	PONENTE/RESPONS	BIBLIOT.
11:30 - 12:30	El participante identificará como se clasifican las I.R.A	Clasificación de la Neumonía.	Expositiva.	Retroproyector de Diapositiv.	Dr. Eduardo Valdéz	
12:30 - 13:00		R E C E S O	R E C E S O			
13:00 - 14:00	El participante reconocerá cual es el manejo que se da al paciente y cuáles son los medicamentos de primera elección.	Manejo del paciente Tratamiento. Flujograma de la atención del niño menor de cinco años con neumonía.	Expositiva	Diapositivas	Dr. Eduardo Valdéz	
14:00 - 15:00	El participante reafirmará los conocimientos adquiridos durante el día.	Proyección " Entrada Libre al Aire "	Audiovisual	Acetatos T.V. Videocassetera Videocassete.	Enf. Gpe. Pilar G. Lic. Enf. Gpe. Pérez Enf. Gpe. Pilar G.	
17/OCTUBRE/97						
9:00 - 9:30	El participante reconocerá el Módulo CEDA-ED-IRA. Y sus componentes.	Concepto e importancia Equipo y material	Demostrativa. Expositiva. Tormenta de ideas	Láminas Bond. Acetatos.	Enf. Gpe. Pilar G. Lic. Gpe. Pérez H.	
9:30- 10:45	Que el personal conozca bien cuales son los parámetros de capacitación a las madres que tengan niños menores de cinco años.	Objetivo y organización. Metodología. Evaluación. Criterios y registro Informes.	Corrillos y exposición por equipos. Maskingtape.	Láminas Bond. Marcadores. Maskingtape.	IDEM	
10:45 - 11:30	Que el participante sea capaz de describir las medidas generales en el manejo ambulatorio del paciente.	Recomendaciones Generales. - Hogar - Medidas prev.	Tormenta de Ideas	IDEM.	IDEM.	
11:30 - 12:00		R E C E S O	R E C E S O			
12:00 - 12:45	Que los participantes se integren en una experiencia grupal y perciban la	Aplicación de contenidos temáticos del curso para la capacitación	Sociodrama.		Enf. Gpe. Hdez. P. Lic. Enf. Carmen D. Lic. Enf. Jackeline	

CONTROL DE INFECC. RESPIRAT. AGUDAS
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA LA
CAPACITACION A MADRES * 1996.

FECHA / HORA	OBJETIVO ESPECIFICO	CONTENIDO	TECNICA DIDACT.	AUX. DIDACTICO	FONENTE/RESPONS	BIBL.O
12:45 - 13:45	<p>Calidad de la atención y capacitación a madres de niños con problemas de infecciones respiratorias agudas.</p> <p>Que el participante analice los elementos fundamentales para la atención, manejo y Tx. de los pacientes menores de cinco años con problemas de I.R.A</p> <p>Reconocer el impacto que tuvo la capacitación en el personal asistente al curso</p>	<p>-ción.</p> <p>-Casos clínicos. (4)</p> <p>-Evaluación final.</p>	<p>Debate.</p> <p>Individual</p>	<p>Formatos impresos.</p> <p>Formato impresos</p>	<p>Dr. Eduardo Valdez Lic. Enf. Gpe. Pérez</p> <p>Enf. Gpe. Pilar G. Enf. Gpe. Hdez. F. Lic. Enf. Gpe. Pérez Lic. Enf. Carmen D. Lic. Enf. Jackeline Pastrana.</p>	
13:45 - 14:00	<p>Al término del curso los participantes analizarán los componentes y la metodología para integrar y aplicar un programa de capacitación.</p>	<p>Elaboración de Rotafolio y carta descriptiva para capacitación a las madres que tienen niños menores de cinco años.</p> <p>Organización para impartir capacitación en comunidad a grupos organizados farmacéuticos y líderes de las localidades en estudio.</p>	<p>Equipos asignados</p>	<p>Cartulinas Marcadores Colores Resistol Tijeras Gises de color Broches Baco.</p>	<p>Lic. Enf. Carmen D. Lic. Jackeline P. Lic. Gpe. Pérez H.</p>	
14:00 - 15:00						

POSGRADO EN SALUD PUBLICA

EVALUACION DIAGNOSTICA CORRESPONDIENTE A LA CAPACITACION MULTIDIS-
CIPLINARIA SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

NOMBRE: _____ FECHA _____ CALIF. _____

ADSCRIPCION: _____ FUNCION: _____

- 1.- MENCIONE QUE ENTIENDE POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA.
- 2.- QUE GRUPO DE EDAD CONSIDERA EL MAS AFECTADO POR ESTA ENFERMEDAD.
- 3.- QUE SIGNIFICAN LAS SIGUIENTES SIGLAS : CEDA - ED - IRA .
- 4.- MENCIONE LOS SIGNOS DE GRAVEDAD DE UNA NEUMONIA .
- 5.- SEÑALE COMO SE CLASIFICAN LAS NEUMONIAS.
- 6.- COMO EVALUARIA A UN MENOR DE 5 AÑOS CON PROBLEMAS DE IRA.
- 7.- MENCIONE TRES FACTORES PREDISONENTES A IRA.
- 8.- INDIQUE EL SIGNIFICADO DE :
POLIPNEA. _____ ESTRIDOR. _____
CIANOSIS. _____ SIBILANCIA. _____
TIRAJE. _____ ANOREXIA. _____
- 9.- CUALES SON LOS CRITERIOS DE VERIFICACION EN LA CAPACITACION A MADRES SOBRE IRA.
- 10.- CUALES SON LOS MATERIALES QUE SE REQUIEREN PARA CAPACITAR A MADRES EN I.R.A.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
 JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
 POSGRADO EN SALUD PUBLICA

POSEVALUACION CORRESPONDIENTE A LA CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA DE SALUD SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS .

I. RELACIONE AMBAS COLUMNAS

- | | |
|---------------|--|
| 1. POLIPNEA | () Color azulado o gris de la piel debido a hipoxia. |
| 2. CIANOSIS | |
| 3. TIRAJE | () Ruido aspero cuando espira - el niño, ocurre cuando se <u>es</u> trecha la laringe, traquea o epiglotis. |
| 4. ESTRIDOR | |
| 5. SIBILANCIA | () Respiración rápida |
| 6. ANOREXIA | () Sonido musical suave que <u>pro</u> duce el niño al espirar. |
| | () Cuando la pared inferior del torax se retrae al inspirar. |
| | () Sin apetito. |

II. INDIQUE SI LA ASEVERACION ES VERDADERA O FALSA (V) (F).

7. La IRA es un padecimiento infeccioso como evolución mayor de 15 - días. _____
8. Son signos y sintomas de IRA: TOS - RINORREA - POLIPNEA - OTALGIA y ODINO FAGIA. _____
9. El interrogatorio dirigido se realiza para identificar principal^{mente} la NEUMONIA. _____
10. En la evaluación clínica debe identificarse prioritariamente al - menor de 2 meses porque tiene mayor riesgo de padecer o morir por neumonia. _____

11. La POLIPNEA es un signo tardío de neumonía . _____
12. La mayoría de los casos de neumonía son complicaciones de —
IRA. _____
13. La neumonía en el menor de 5 años con Kwashiorkor o marasmo no —
presenta manifestaciones clínicas evidentes, por lo que siempre —
deberá hospitalizarse. _____
14. Todos los casos de neumonía requieren tratamiento con antibióti-
co. _____
15. Todo niño mayor de 2 meses con neumonía en fase temprana puede —
tratarse en su domicilio. _____
16. En cualquier caso de Neumonía, la primera dosis de antibiótico se
debe aplicar en la Unidad de Salud. _____

III. INDIQUE CUALES SIGNOS DE GRAVEDAD CORRESPONDEN A CADA GRUPO. (PUEDE -
MARCAR AMBAS).

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| 17. Rechazo a la ingesta _____ | A) menor de 2 meses de edad. |
| 18. Somnolencia _____ | B) De 2 meses a 4 años. |
| 19. Fiebre o hipotermia _____ | |
| 20. Convulsiones _____ | |
| 21. Cianosis _____ | |
| 22. Palidez _____ | |
| 23. Tiraje marcado _____ | |
| 24. Polipnea _____ | |
| 25. Sibilancias _____ | |
| 26. Estridor en reposo _____ | |
| 27. Desnutrición grave _____ | |

IV. SEÑALE CUALES SON MEDIDAS PREVENTIVAS Y CUALES CUIDADOS GENERALES EN
EL HOGAR. (MP) (C.G.) DE ACUERDO A EL MANUAL NORMATIVO DE PROCEDI -
MIENTOS.

28. Mantener permeables las fosas nasales _____

29. Esquema completo de vacunación. _____
30. No suspender la lactancia materna. _____
31. Alimentación al seno materno a los lactantes por un periodo minimo de 6 meses y de preferencia hasta un año. _____
32. Evitar enfriamientos. _____
33. Educar a la madre en la identificación de los signos de gravedad

34. Evitar cambios bruscos de temperatura _____
35. Proporcionar alimentos y bebidas que contengan vitamina A y C ____

36. Evitar el hábito de fumar cerca de los niños _____
37. Proporcionar líquidos no fríos y abundantes. _____

V. TODOS SON CRITERIOS DE MADRE CAPACITADA EN IRA (MENOS DOS) INDIQUE CUALES NO SON .

Madre capacitada es aquella que después de un proceso educativo demuestra que reconoce :

38. Que la neumonía puede matar a su hijo. _____
39. Las señales de gravedad que identifican la NEUMONIA _____
40. Cuales son los cuidados en el hogar e identificar las medidas pre-ventivas de IRA. _____
41. Que puede iniciar antibióticos inmediatamente _____
42. Que debe dejar en ayuno a su hijo cuando tenga IRA _____

VI COORDINE LA RESPUESTA ADECUADA PARA POLIPNEA POR EDAD. (UNA CON LI - NEAS).

- | | |
|----------------------|---------------------|
| 43. Menor de 2 meses | 40 por minuto o más |
| 44. 2 a 11 meses | 50 por minuto o más |
| 45. de 1 a 4 años | 60 por minuto o más |

VII. ORDENE CRONOLOGICAMENTE DE ACUERDO A LA NORMA (EVALUACION CLINICA)

46. _____ INTERROGATORIO DIRIGIDO
47. _____ INSPECCION (SIGNOS DE GRAVEDAD)
48. _____ IDENTIFICACION INICIAL DE NEUMONIA (DESCARTAR)
49. _____ DIAGNOSTICO POR EDAD Y FASES
50. _____ TRATAMIENTO y/O DERIVACION (CON CUIDADOS GENERALES
Y MEDIDAS PREVENTIVAS).

NOMBRE: _____ FECHA: _____ CALIF.: _____

ADSCRIPCION: _____ CATEGORIA: _____

DISTRIBUCION DE RECURSOS PARA LA OPERACION 3. BARRIDO CASA POR CASA

EQUIPO	SECTORES	RECURSOS HUMANOS	TRIPTICOS	VOLANTES	CARTELES	MASKING TAPE	HOJAS DE REPORTE	CROQUIS	HOJAS DE CONCENTRADO
1	1, 14, 15	A = 7 B = 2 D = 2	160	550	180	5	14	3	2
2	2, 10, 17	A = 7 B = 2 D = 2	160	550	180	5	14	3	2
3	3, 12, 13	A = 8 C = 2 D = 2	160	550	180	5	14	3	2
4	4, 5, 11, 18	A = 10 B = 2 D = 2	200	750	300	6	16	4	2
5	6, 16	A = 10 B = 2 D = 2	160	550	180	4	12	2	2
6	7, 8, 9	A = 9 B = 2 D = 2	160	550	180	5	14	3	2
TOTAL	18	A = 51 B = 10 C = 2 D = 12	1000	3500	1200	30	84	18	12

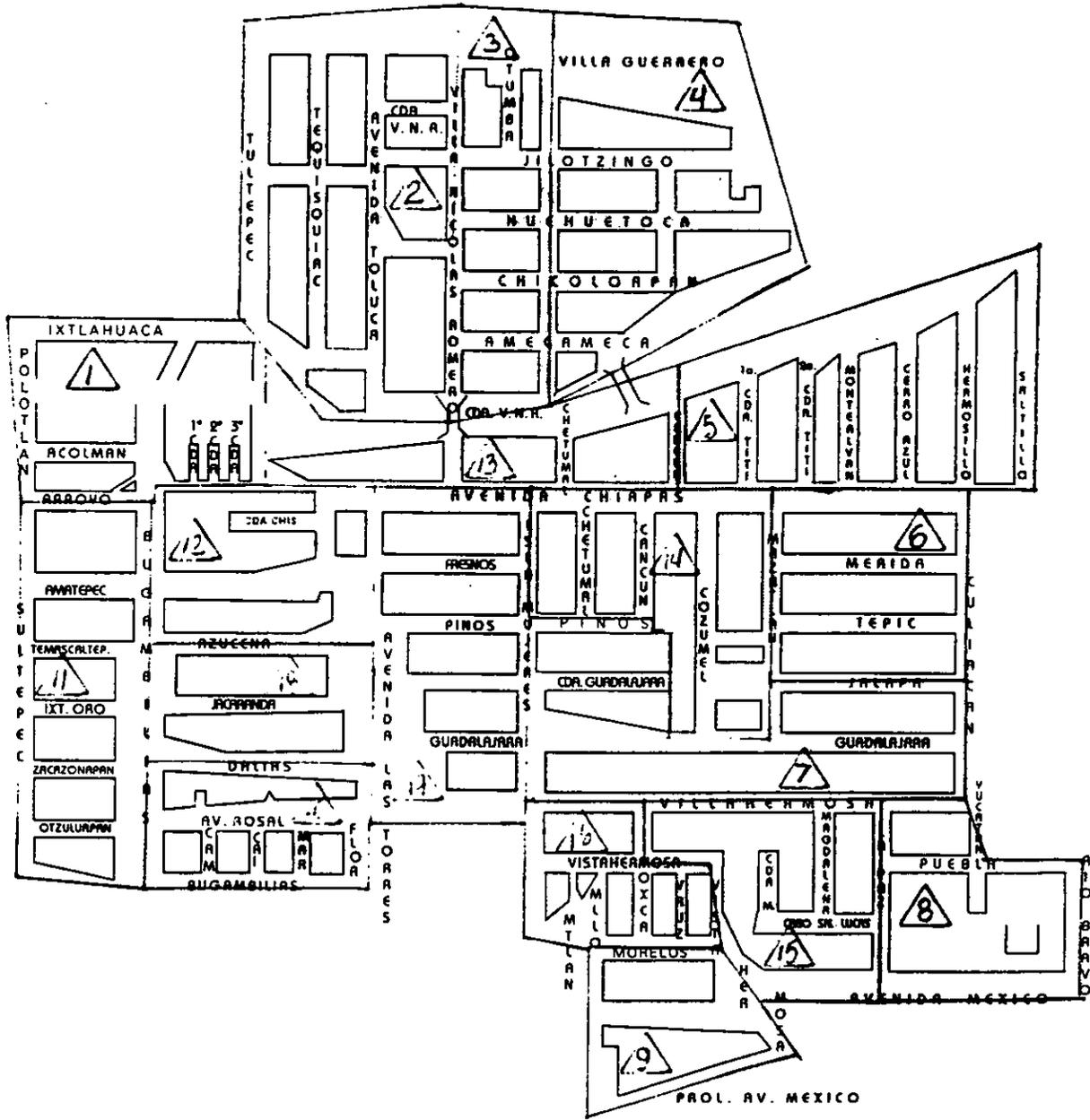
A = ENF- PASANTES B = TAPS C = ENFERMERAS DE BASE D = VOLUNTARIOS COMITE

CRONOGRAMA DE SUPERVISION

OPERACION 3. BARRIDO CASA POR CASA 20 y 21 OCTUBRE 1997.

RECURSOS SUPERVISORES	SECTORES
▲ L.E.O. GUADALUPE PEREZ L.E.O. CARMEN DURAN	1, 14, 15, 2, 10, 17, 3, 12 y 13
▲ L.E.O. JAQUELINA PASTRANA J.ENF.HERNANDEZ PAULIN	4, 5, 11, 18 6, 16, 7, 8 y 9

COORDINACION MUNICIPAL AMPLIACION TULPETLAC
 MICROREGION TECUESCOMAC
 CROQUIS PANORAMICO 1997



CONCENTRADO DE ACTIVIDADES

OPERACION 3. BARRIDO CASA POR CASA

VARIABLE	SECTORES				TOTAL
	No.	No.	No.	No.	
No. de Unidades de servicio orientados e informados:					
- Madres					
- Padres					
- Responsables					
No. de volantes distribuidos.					
No. de carteles colocados.					
No. de Trípticos distribuidos.					

Fecha : _____

Hora salida _____ hora regreso: _____

No. Equipo: _____

Supervisor: _____

Observaciones _____

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
POSGRADO EN SALUD PUBLICA

PREGUNTAS DE VERIFICACION SOBRE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
DIRIGIDO A MADRES.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ ESCOLARIDAD: _____

DOMICILIO: _____ FECHA: _____ CALIF.: _____

- 1.- Digame ¿ Como sabe usted que su niño tiene una Infección Respiratoria Aguda ?
- 2.- Digame ¿ Como es para usted la neumonía o pulmonía ?
- 3.- ¿ Como sabe que su niño tiene Neumonía o Pulmonía ?
- 4.- Digame como se da cuenta cuando su niño se enferma del oído o de la garganta ?
5. Digame ¿ A donde lleva a su hijo cuando presenta tos y catarro, dolor de garganta ó dolor y secreción de oído ?
- 6.- ¿ Que alimentos le daría a su niño si tiene tos y catarro ?
- 7.- ¿ Cual es la complicación mas grave que puede tener un niño con tos y catarro ?
- 8.- ¿ Como sabria usted que su niño con tos y catarro se esta agravando ?
- 9.- ¿ Que cuidados le debe proporcionar a su niño cuando tiene tos y catarro para evitar que se agrave ?
- 10.- ¿ Cuales son los cuidados que le debe proporcionar a su niño para que no le de una Infección Respiratoria Aguda ?

¿CÓMO ME PUEDE CUENTAR???

Tu hijo está en peligro de muerte si tiene alguno de estos signos:

- ✓ Respira MAS RAPIDO que de costumbre.
- ✓ Tiene dificultad para respirar.
- ✓ Se le hunde la piel entre o por debajo de las costillas al respirar.
- ✓ Le silba o ronca el pecho cuando respira.
- ✓ Tiene dificultad para tomar líquidos o no puede beberlos.
- ✓ Come menos de la mitad de lo que acostumbra y es menor de dos meses.
- ✓ Está adormilado y no responde.
- ✓ Se pone frío, con los labios y uñas azuladas.
- ✓ Se ve más enfermo y no mejora.

SI TU HIJO PRESENTA CUALQUIERA DE ESTOS SIGNOS DE GRAVEDAD, LLEVALO RAPIDO A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA.

¿QUE PUEDE HACER...???

Los siguientes consejos son útiles para evitar la Neumonía:

-  VACUNALO
-  AMAMANTALO
-  ALIMENTALO BIEN
-  ABRIGALO
-  LLEVALO AL MEDICO SI TIENE TOS O CATARRO
-  NO LO EXPONGAS A HUMOS
-  PROTEGELO DE LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA
-  NO FUMES JUNTO A EL
-  ALEJALO DE ENFERMOS

SI RESPIRA RAPIDO...
¡RAPIDO A LA UNIDAD DE SALUD!



SECRETARÍA DE SALUD
<http://www.ssa.gob.mx>

Mamá, protégeme contra la NEUMONIA estoy en peligro!



La Neumonía es una de las principales causas de muerte infantil. El peligro es mayor en niños menores de un año.



SECRETARÍA DE SALUD

NEUMONIA DETECCION Y TRATAMIENTO

¿Cuidas a los cuidados en el hogar?

- Mantener permeables las fosas nasales.
- Continuar con la alimentación habitual.
- No suspender la lactancia materna.
- Aumentar el consumo de líquidos.
- Evitar enfriamientos.
- Incrementar la ingesta de alimentos y bebidas que contengan vitaminas "A" y "C".

- PACIENTE MENOR DE 2 MESES CON NEUMONIA EN CUALQUIER FASE.
- DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD CON NEUMONIA EN FASE AGUDA O AVANZADA.

MANEJO AMBULATORIO**

- Niño de 2 meses a 4 años de edad con Neumonía en fase temprana
1. TRIMETOPRIM / SULFAMETOXAZOL 8-10 MG/KG/DIA CON BASE EN EL TRIMETOPRIM, PARA ADMINISTRAR C/12 HRS. O AMPICILINA 100 MG/KG/DIA, PARA ADMINISTRAR C/8 HRS. O AMOXICILINA 40 MG/KG/DIA, PARA ADMINISTRAR C/8 HRS. POR 7 DIAS. VIA ORAL.
 2. TRATAR FIEBRE O DOLOR CON ACETAMINOFEN 40 A 60 MG/KG/DIA. PARA ADMINISTRAR CADA 4 A 6 HRS. SIN PASAR DE 5 DOSIS AL DIA. LA PRESENTACION EN SOLUCION CONTIENE 5 MG EN CADA GOTTA. POR LO QUE SU ADMINISTRACION SE PUEDE CALCULAR CON BASE EN GOTAS: 2 GOTAS POR KG. PESO POR DOSIS.
 3. CITAR EN 24 HORAS PARA REEVALUACION.
 4. ENSEÑAR SIGNOS DE COMPLICACION Y GRAVEDAD AL RESPONSABLE DEL NIÑO.
 5. ENSEÑAR CUIDADOS DEL NIÑO EN EL HOGAR.
 6. ENSEÑAR MEDIDAS PREVENTIVAS.

MEDIDAS PREVENTIVAS

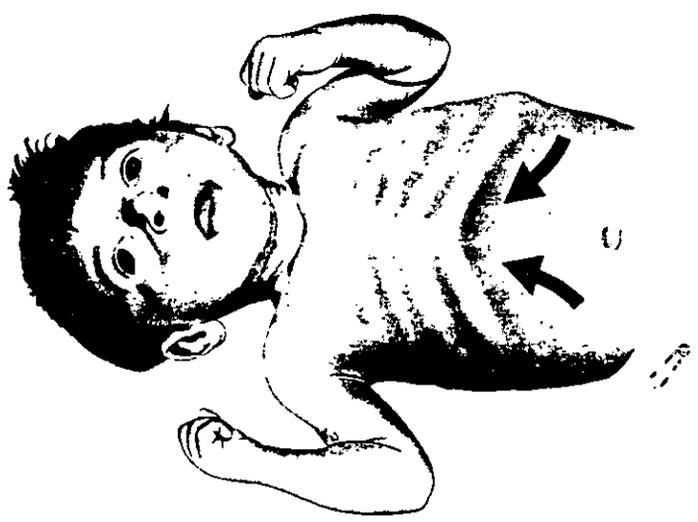
SIGNOS DE GRAVEDAD	CUIDADOS GENERALES EN EL HOGAR	MEDIDAS PREVENTIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ● Polipnea ● Tiraje ● Sibilancia ● Cianosis ● Palidez ● Rechazo a la ingesta ● Somnolencia ● Convulsiones ● Fiebre o Hipotermia 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mantener permeables las fosas nasales. ● Mantener alimentación habitual. ● No suspender la lactancia materna. ● Aumentar la ingesta de líquidos. ● Evitar enfriamientos. ● Proporcionar alimentos y bebidas que contengan vitaminas "A" y "C". 	<ul style="list-style-type: none"> ● Esquema completo de vacunación. ● Fomentar la lactancia materna. ● Evitar el hábito de fumar en el domicilio y cerca de los niños. ● Evitar la quema de leña y el uso de braseros en habitaciones cerradas. ● Evitar el contacto con personas enfermas de IRA.

** TODOS LOS CASOS DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DEBERAN SER REEVALUADOS A LAS 24 HORAS Y EN CUALQUIER MOMENTO SI PRESENTAN SIGNOS DE GRAVEDAD.
LA MAYORIA DE LAS INFECCIONES DE VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES EN EL MENOR DE 5 AÑOS SON DE ETIOLOGIA VIRAL Y NO REQUIEREN ANTIMICROBIANOS EN SU TRATAMIENTO.

TRATAMIENTO HOSPITALARIO
TRATAMIENTO AMBULATORIO
MEDIDAS PREVENTIVAS

¿Cómo se previenen?

-  Completar el esquema de vacunación.
-  Fomentar la lactancia materna.
-  Evitar fumar en el hogar o cerca de los niños.
-  No exponer a humos.
-  Alejarse de personas enfermas de tos y catarro.



¡SI RESPIRA RAPIDO,
RAPIDA ATENCION!





**MAMA PROTEGEME CONTRA
LA NEUMONIA
 ESTOY EN PELIGRO
 DE MORIR!**

**LLEVAME A LA CAPOS
 (CASA POPULAR DE SALUD)**

SI SU HIJO TIENE:

**TOS, CATARRO, FIEBRE O SE SIENTE MUY FRIO,
 ACUDA A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA
 O AL CAPOS, DONDE LE INFORMARAN COMO
 CUIDARLO PARA EVITAR QUE MUERA POR
 NEUMONIA**

UBICACION DEL CAPOS



RESPONSABLE:

**ENFERMERA BEATRIZ ADRIANA
 VEGA GONZALEZ**

**HORARIO: CENTRO DE SALUD
 "AMPLIACION TULPETLAC"
 DE 8:00 A 15:30 HRS.**

**DIRECCION:
 CALLE AMATEPEC MZ-6 L-11
 COL. ALMARCIGO
 AMPLIACION TULPETLAC
 (AREA NUEVA)**

**CAPOS: DE 16:30 HRS. EN
 ADELANTE**

4.4. EJECUCION

4.4. EJECUCION

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería, es durante esta fase cuando se llevará realmente a la práctica el plan de intervenciones proyectado, en otras palabras se pondrá en acción. (Alfaro-p.134).

Implica las siguientes actividades:

ACTIVIDAD	EJECUTADA	MEDIOS
- Continuar recogida y valoración de datos.	Sí	A través de Registros y Control de operaciones continuadas.
- Realizar las actividades de enfermería	Sí	Interrelación directa con la unidad de estudio.
- Realizar registros de los cuidados proporcionados	Sí	En formatos establecidos
- Comunicar (informes verbales)	Sí	Hacia el tutor clínico y asesora de la especialidad (evaluación continuada durante la ejecución)
- Mantener el plan actualizado.	Sí	En relación a las evaluaciones constantes corrigiendo desviaciones oportunamente. (Retroalimentación).

Los resultados específicos por cada operación serán presentados en la fase de **EVALUACION** del plan de intervenciones, que corresponde a la 5a. etapa del proceso de Enfermería.

4.5. EVALUACION

4.5. EVALUACION

4.5.1. Generalidades

Es la quinta etapa del proceso de enfermería, es en esta fase cuando se determinará cómo ha funcionado el sistema de intervenciones de enfermería. Es decir, se establecerá si la unidad de cuidado ha alcanzado los objetivos del plan, aunque se ha evaluado continuamente cada etapa del proceso, es en ésta cuando se efectúa una valoración exhaustiva de todo el sistema de intervenciones. (Alfaro p. 152).

La evaluación implica las siguientes actividades:

- Establecimiento de criterios de evaluación.
- Evaluación de la consecución de objetivos.
- Valorar variables que afectan la consecución de objetivos.
- Modificación o conclusión del sistema de enfermería.

4.5.2. Resumen y Antecedentes

La transición en salud por la que el país atravieza influye directamente en áreas que por sus características son denominadas MARGINADAS, éstas por su importancia para la Salud Pública son consideradas como campo fértil para las Intervenciones de las especialistas de posgrado en Salud Pública.

Para el caso en particular, se asignó un área geográfica la cual de acuerdo a la organización en Salud del Estado de México, se denomina MICRORREGION, ésta se encuentra ubicada en las faldas de la Sierra de Guadalupe en Tulpetlac, Ecatepec México; por sus características objetivas y datos referenciales es de reconocer el alto déficit de autocuidado manifiesto.

Aunado al problema indicado, también es de comentar que la población que se estudió cuenta con un bajo Nivel Socioeconómico, la vivienda es deficiente por su construcción y distribución, carecen las familias en su mayoría, de servicios públicos y la accesibilidad a los servicios de salud presenta grandes dificultades tanto geográficas como limitantes económicas, ésto dá como resultado un nivel disminuido de conocimientos sobre salud, influidos por la gran variedad de hábitos y costumbres, ya que un gran porcentaje de UMP = Unidades Multipersonales son inmigrantes de todos los Estados de la República.

Los anteriores, son algunos condicionantes que dieron origen a un sinnúmero de riesgos y daños en la población, los cuales se manifestaron por la frecuencia e incidencia de morbilidad específica y más aún por los datos revelados en el panorama de Salud Jurisdiccional el cual señaló a esta área como la más alta en tasa de mortalidad por Neumonías, lo que fue confirmado en el análisis estadístico de la investigación realizada.

En suma, el déficit de autocuidado se relacionó con una serie de factores complejos, los cuales son difíciles de abordar por su abstracción entre los que se encuentran: el grado de importancia que la población le dá a su autocuidado, el concepto de desviación de salud, que tiene y el escaso o nulo conocimiento sobre las medidas preventivas, que a su alcance y factibilidad, podrían apoyarles en el mantenimiento de su salud, y limitación de daños.

Lo anterior mencionado es la resultante de una serie de fenómenos sociales, económicos, geográficos, políticos y demográficos que junto con la deficiente cobertura de la respuesta social organizada y déficit de autocuidado dependiente dieron origen a problemas fuertes de desviación de salud de una comunidad, los cuales se trataron para este caso, desde el punto de vista y factibilidad de la enfermera especialista en Salud Pública, tomando como parámetros de intervención el enfoque de riesgo y el Modelo de la Teoría de Orem.

El método utilizado para asociar factores de riesgo en relación a morbilidad y mortalidad fue productos cruzados (o momios), en cuyo resultado se encontró fuerte influencia entre déficits de autocuidado (riesgos) y la morbimortalidad estudiada.

Posterior al análisis de resultados y priorización de problemas condicionantes del evento, se pudo identificar aquel en el que se debería intervenir desde el enfoque y capacidades de la enfermera especialista en Salud Pública.

Lo anterior mencionado motivó la estructuración de un programa de intervenciones acorde al tipo de déficit encontrado, con el fin de influir en aquellos requisitos no satisfechos que dieron origen a la desviación de salud y por ende a la alta mortalidad en los menores de 5 años.

El proyecto de intervenciones se basó en los siguientes objetivos, los cuales fueron convertidos en operaciones prescriptivas que se ejecutaron en su totalidad.

- Se influyó indirectamente en los factores de riesgo condicionantes y predisponentes para I.R.A. y así entonces se pudo disminuir la alta tasa de mortalidad por NEUMONIA, como su principal complicación.
- Este objetivo general se pudo lograr a través de los siguientes específicos:
 - Se efectuó un programa de Apoyo-Educativo multidisciplinario con énfasis en la adquisición de habilidades para capacitar a madres o responsables de los menores de 5 años sobre signos de alarma para IRA-NEUMONIA dirigido a todos los recursos en salud que participaron en la atención, sensibilización y capacitación del grupo focalizado.
 - Una vez capacitados se realizó una campaña de orientación e información casa por casa, abarcando el área total de estudio con el fin de aportar elementos básicos sobre prevención y signos de alarma para IRA y NEUMONIA, aprovechando esta oportunidad para proporcionar promocionales preparados específicamente para este contacto.

- Se apoyó con estos recursos capacitados (Enfermeras y técnicos en Salud Comunitaria) la capacitación a madres o responsables de los menores de 5 años, formando grupos a los que se les impartió apoyo educativo-preventivo sobre el problema focalizado, se abarcó con esta operación el 90% de las unidades multipersonales del área de estudio.

Los objetivos de cada operación prescrita fueron determinados con base en los resultados obtenidos a través de asociación de riesgos con la desviación de salud mencionada, los que fueron jerarquizados y priorizados por Hanlon, retomando por su importancia el caso siguiente para su intervención específica con enfoque OREM:

"Déficit de autocuidado dependiente en relación al desconocimiento parcial o total sobre cuidados preventivos, manejo y control de infecciones respiratorias agudas y neumonía manifiesto por la alta morbimortalidad en los menores de 5 años, en la microrregión de estudio".

Es importante comentar que, aunque el foco de intervención son las madres o responsables de los menores, durante la fase de valoración se pudo detectar que los recursos en Salud responsables del área de estudio no contaban con una agencia adecuada y actualizada sobre prevención de la problemática, de lo que surge la importancia de capacitarlos antes del contacto con el grupo focalizado para garantizar así el impacto.

El sistema de enfermería de apoyo-educativo, contó con la colaboración de recursos, médicos, enfermeras, técnicos en salud comunitaria, pasantes de enfermería, voluntarios, líderes comunitarios, farmacéuticos, administrativos del Centro de Salud y Coordinadores normativos de los programas inherentes al problema.

Las tareas por operación prescriptiva de cada uno de los recursos mencionados, se apegó a lo planeado, logrando los objetivos que se fijaron en el plan de intervención.

4.5.3. Descripción de la evaluación

Considerada como la apreciación de los resultados en función de los objetivos generales y específicos planteados en el proyecto, permitió identificar obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la ejecución y el impacto de las intervenciones, con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar problemas de responsabilidad encontrados y promover la comprensión de los fenómenos implicados.

El diseño que se empleó para evaluar el proyecto es el MÉTODO DE CONTROL ESTADÍSTICO DE PROGRAMAS DE EDUCACION ya que es retrospectivo e implica examinar los resultados que un proyecto ya ha producido, y puedan ser observados. El objetivo del estudio es determinar en qué medida fue responsable el proyecto de los resultados observados y permitió no solamente conocer el impacto, sino que nos proporcionó información para mejorarlo y ajustarlo.

Se realizaron los tres tipos de evaluación, para examinar los diferentes componentes del proyecto. (Laski, p. 60).

- Evaluación del proceso de desarrollo.

Para determinar en qué medida se desarrollaron las operaciones prescriptivas propuestas al inicio del mismo, lo que permitió identificar las limitantes que existieron para el logro de los objetivos.

- Evaluación de las metas.

Permitió determinar si se alcanzaron los objetivos específicos del proyecto, el énfasis de esta evaluación recaé en los resultados inmediatos de la ejecución del proyecto.

- Evaluación del Efecto.

Determina si mediante el proyecto de intervenciones se obtuvieron los efectos deseados a mediano y largo plazo, se centra en los cambios logrados en las condiciones de salud de la comunidad, para este caso morbimortalidad por IRA-NEUMONIA.

- Evaluación de la Eficacia.

Permitió conocer si los objetivos se alcanzaron con el mejor uso de los recursos (OPTIMIZACION).

Los métodos utilizados para recabar la información fueron cédulas de evaluación, cuestionarios, entrevistas, formatos de control de tareas, guías de supervisión y cuadros de concentración, estos datos fueron obtenidos y codificados durante la ejecución de cada una de las operaciones prescriptivas planeadas, quedando pendiente la evaluación del efecto, la cual se realizó a los 3 y 6 meses posteriores a la ejecución del proyecto, dando resultados satisfactorios en relación al objetivo principal del plan de intervenciones (Reducir la mortalidad por Neumonía).

Es importante indicar que el análisis de la información permitió organizar y resumir los datos obtenidos, éste se efectuó por estadísticas descriptivas que a través de medidas representativas como el promedio y porcentaje permitieron interpretar y evaluar el logro de las metas del proyecto.

Sin embargo también es de comentar que se tuvieron limitantes en relación al número de recursos por categoría invitados a participar; específicamente las auxiliares de enfermería del Centro de Salud que cubre la microrregión de estudio, porque al no ser capacitadas no participarían en la operación de barrido y orientación a madres, esto se solucionó organizando una capacitación emergente sobre el tema para colocarlas al mismo nivel del resto de colaboradores, finalmente participaron en lo que les correspondía realizar.

Otra limitante fue que el tiempo programado para la formación de grupos de madres a capacitar, se tuvo que ampliar debido a que madres, padres y responsables de los menores de 5 años que viven en áreas cercanas a la de trabajo solicitaron capacitación sobre el tema, por lo que programó un día más para concluir esa operación y satisfacer el requisito de déficit de autocuidado dependiente en relación a falta de conocimientos preventivos sobre el evento focalizado.

4.5.4. Resultados

– EVALUACION DEL PROCESO DE DESARROLLO DEL PROYECTO

TIPO DE OPERACION	EFECTUADO %		NO EFECTUADO %
	EN TIEMPO	DESTIEMPO	
1. ACTUALIZACION NORMATIVA	100%	–	–
2. CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA	100%	–	–
3. BARRIDO CASA POR CASA Y DISTRIBUCION DE PROMOCIONES	75%	25%	–

FUENTE: Directa fase de ejecución de la intervención.

• Descripción:

De las operaciones del proyecto, se pudieron cumplir en tiempo sólo la actualización normativa y capacitación multidisciplinaria, observándose cierta problemática en el barrido del cual se cubrió el 75% en el tiempo programado el 25% restante se alcanzó

fuera de tiempo; debido a que se requirió abarcar una área anexa a la de estudio pero de prioridad importante, sin embargo los resultados fueron satisfactorios en relación a los tiempos planeados.

- EVALUACION DE LAS METAS

METAS	PROYECTADO	ALCANZADO	%
UNIDADES MULTIPERSONALES ORIENTADAS E INFORMADAS.	1089	1195	109.7
RECURSOS DE SALUD HABILITADOS PARA ORIENTAR, INFORMAR Y CAPACITAR SOBRE IRA-NEUMONIA	75	64	85
TRIPTICOS DISTRIBUIDOS	1000	1000	100
CARTELES COLOCADOS	1200	1200	100
VOLANTES DISTRIBUIDOS	3500	3500	100
SECTORES CUBIERTOS	18	22	122.2
ROTAFOLIOS ELABORADOS	6	7	116.6

FUENTE: Formatos de control y supervisión durante la fase de ejecución.

• Descripción

De acuerdo con las metas programadas, éstas se cumplieron con éxito en relación a unidades multipersonales orientadas e informadas con el 109.7%, distribución de trípticos con un 100%; carteles colocados y volantes distribuidos también al 100%.

En referencia a sectores cubiertos y rotafolios elaborados se incrementó el porcentaje programado debido a que se cubrió una área más amplia por la cantidad de casos de IAA que se presentaron durante la ejecución del proyecto.

A pesar de que sólo el 85% de los recursos en salud programados fueron capacitados, habilitados, se pudieron efectuar las operaciones y tareas programadas optimizando recursos y tiempos, tratando de apegarse a la planificación proyectada.

En relación a esto, sólo se vió afectado el número de recursos programados por grupo para capacitar a madres, lo que no sesgó la logística de mensaje-apoyo-educactivo, lográndose el objetivo del proyecto que simultáneamente se efectuó en el área de estudio.

– EVALUACION DEL EFECTO DE LA ACTUALIZACION NORMATIVA SOBRE I.R.A. Y ENUMONIA.

TIPO DE RECURSO	PROG.	ALCANZADO	%	EVALUACION DE AGENCIA	
				M DIAGNOSTICA	M FINAL
JEFES DE ENFERMERAS DE CENTROS DE SALUD.	19	17	89.4	4.1	9.1
MEDICOS (ATENCION CURATIVA DIRECTA EN CENTROS DE SALUD)	76	63	82.8	5.2	9.4
T O T A L	95	80	84.2	4.6	9.2

FUENTE: Cédulas de evaluación y práctica en capacitación.

- **Descripción:**

La actualización sobre normas oficiales vigentes dirigida a los recursos responsables de la atención manejo y prevención de casos fue positiva observándose que los médicos, responsables del tratamiento oportuno y adecuado presentaron un promedio de 5.2 en la evaluación diagnóstica de conocimientos y en la final un promedio de 9.4, lo que indica incremento de un 44.6% en relación al conocimiento inicial de normas sobre I.R.A.

En referencia a Jefes de enfermeras se encontró el 4.1 de promedio en la agencia diagnóstica, y un 9.1 como promedio en la evaluación final de la agencia sobre la normatividad citada, lo que indica incremento de un 54.9% en relación al conocimiento inicial.

El efecto de la actualización fue satisfactoria, reconociendo la importancia de que estos recursos se mantengan constantemente capacitados ya que de esto depende la calidad de atención que proporcionan y sobre todo el éxito del manejo adecuado de los casos así como su prevención.

En relación a las Jefes de enfermería es importante comentar que por su responsabilidad al supervisar recursos operativos deben mantenerse actualizadas no sólo en normas sino también en estrategias que les permitan integrarse a las familias para fomentar su autocuidado personal y dependiente.

En cuanto a la cobertura de recursos actualizados no se alcanzó la meta programada, ya que en relación a médicos se cubrió sólo el 83% y de Jefes de Enfermeras el 89%, a pesar de éstos porcentajes se pudo lograr el impacto de las operaciones en que participaron y en las tareas que cada recurso realizó, ya que el cambio de conductas esperado en relación a los objetivos del proyecto se presentaron gradual y voluntariamente lo que evidenció la motivación generada por el proceso de actualización.

- EVALUACION DEL EFECTO DE LA CAPACITACION Y HABILITACION MULTIDISCIPLINARIA SOBRE PREVENCION Y DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA DE IRA Y NEUMONIA.

RECURSOS	PROG.	ALCANZADO	%	EVALUACION DE AGENCIA	
				M DIAGNOSTICA	M FINAL
ENFERMERAS	3	2	66.6	4.6	8.3
PASANTES DE ENFAIA	50	44	88.0	3.6	8.2
T.A.P.S.	10	10	100	4.5	7.9
VOLUNTARIOS COMUNITARIOS	5	6	120	1.6	7.1
MEDICOS	2	2	100	6.0	8.1
T O T A L	70	64	91.4	4.0	7.9

FUENTE: Cédulas de Evaluación y práctica durante la capacitación.

• Descripción:

La cobertura de la capacitación fue adecuada, con excepción de los recursos de enfermería donde sólo se cubrió el 66.6% de lo programado, considerando que con los dos recursos capacitados fue suficiente para las operaciones planeadas. En relación al resto de los recursos los porcentajes fueron satisfactorios permitiendo así asegurar el número programado para cada operación del proyecto, el cual se efectuó sin irregularidades, aportando resultados positivos en la intervención.

En la capacitación multidisciplinaria se observó a través de la evaluación diagnóstica que los recursos con conocimientos más deficientes en promedio fueron los voluntarios

comunitarios con 1.6, evidenciando su déficit en relación a la problemática de IRA-NEUMONIA. De la misma forma es sorprendente que los pasantes de enfermería presentaran un promedio diagnóstico de 3.6, mostrando con ésto que los programas académicos en las escuelas formadoras siguen orientando sus contenidos hacia aspectos curativos, restándole importancia a la prevención la cual actualmente es la estrategia básica en la atención primaria de salud y por ende soporte del autocuidado. Sin embargo la evaluación final reporta un incremento satisfactorio en los conocimientos y habilidades adquiridos por la enfermera pasante.

En cuanto al recursos TAPS (técnico en atención primaria de salud) y enfermeras de base, denotan un antecedente de conocimientos también deficiente con un promedio de 4.6 y 4.5 respectivamente, pero aun más sobresaliente resulta el promedio diagnóstico del recurso médico que es de 6.0, ésto los ubica en un nivel no congruente con su actividad diaria frente al paciente de IRA, evidenciando así una dudosa calidad en el manejo de casos.

Sin embargo en la evaluación final se observan efectos significativos lo que indica que la capacitación fue positiva al cubrir los objetivos cognitivos programados.

Los cambios en conocimientos y habilidades más significativos fueron en los voluntarios comunitarios y pasantes de enfermería, los primeros incrementaron en un 77.4% su nivel y los segundos en un 56%.

El recurso TAPS incrementó en un 43%, la enfermera de base en un 44.5% y los médicos en un 25.9%, lo más trascendente de estos resultados es que se pudo llevar a todos los recursos, a pesar de su diversidad, a un nivel mas o menos uniforme de conocimientos y habilidades requeridos para fomentar el autocuidado dependiente en las madres o responsables de los menores de 5 años.

El efecto en la comunidad, evaluado a través del impacto de estas operaciones fue el mejor indicador que respalda el hecho de que: todo recurso que intente modificar

conductas en la comunidad a través del apoyo educativo deberá estar adecuadamente capacitado, actualizado, habilitado y convencido de lo que pretende realizar para asegurar, como en este caso, el impacto de la intervención.

- EVALUACION DEL EFECTO DE LA INTERVENCION (EFICACIA) EN LA DEMANDA DE ATENCION MANIFESTA POR LAS UNIDADES MULTIPERSONALES DE LA MICRORREGION DE ESTUDIO. (MORBILIDAD)

MES	No. DE CASOS	
	1996 (SIN INTERVENCION)	1997 (CON INTERVENCION)
AGOSTO	64	43
SEPTIEMBRE	70	39
* OCTUBRE	68	101
* NOVIEMBRE	94	153
* DICIEMBRE (SOLO 15 DIAS)	42	64
TOTAL	338	400

* Meses en los que se presentaron cambios.

FUENTE: SISPA, COMUSA Ampliación Tulpetlac, Informe diario del médico.

La morbilidad de agosto a diciembre de 1996 muestra un comportamiento de demanda irregular observándose un total de 338 casos, se hace notar que en el mes de diciembre sólo se laboran 15 días.

Para 1997 se observa el mismo comportamiento hasta el mes en que se realizó la intervención posteriormente se manifiesta un incremento del 15.5 en la demanda de consulta por IRA, haciendo un total de 400 casos en el periodo comparado.

Lo significativo del efecto de la intervención es que al capacitar a las madres o responsables de los menores de 5 años, se inició una necesidad sentida en la comunidad con base en la importancia que tiene la atención oportuna de una IRA, para evitar complicaciones o NEUMONIA, información que fue transmitida por el grupo multidisciplinario durante la operación de apoyo-educación.

Al crear una necesidad en la solicitud de consulta para corregir una desviación de salud se ha incrementado la demanda oportuna de atención lo que redundará en un Dx y tx adecuado asegurando que posterior al plan de intervención los médicos y paramédicos responsables de su atención, manejo y prevención se encuentran actualizados y capacitados lo que deberá influir en la incidencia y disminución de mortalidad por neumonía como principal complicación de las I.R.A. y objetivo rector de las operaciones implementadas a través de la intervención de la enfermera especialista en Salud Pública.

– EVALUACION DE IMPACTO-EFECTO DE LA CAPACITACION A MADRES O RESPONSABLES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA MICROREGION DE ESTUDIO, EN RELACION A MODIFICACION DE CONOCIMIENTOS, CONDUCTAS Y HABILIDADES POSTERIOR A LA INTERVENCION.

MODIFICACION EN RELACION A:	Fº	%
A. CONOCIMIENTOS	8	16
B. CONDUCTAS Y HABILIDADES	12	24
C. AMBAS (A Y B)	27	54
D. SIN MODIFICACION ALGUNA	3	6
T O T A L	50	100

FUENTE: Entrevistas y cuestionario aplicado aleatoriamente en los 22 sectores barridos con orientación información y capacitación grupal.

Se realiza el presente análisis con el fin de evaluar el impacto de la operación "barrido casa por casa" y "capacitación a madres"; donde se observa como resultado positivo la modificación de conductas y habilidades con un 78% (B y C); de las unidades focalizadas, sólo 2 décimas por abajo de los estándares mínimos ideales que corresponden al 80%. Sin embargo esta cobertura se puede incrementar si se realizan estrategias de sensibilización por el recurso TAPS, responsable de la microrregión, ya que se encuentra capacitado para hacerlo de manera continua.

- EVALUACION DEL IMPACTO-EFECTO DE LA INTERVENCION EN LA MORTALIDAD POR NEUMONIA.

PERIODO	CASOS	TASA*
AÑO 1996	7	9.0
ANTES DE LA INTERVENCION (ENERO-SEP. 97) (9 MESES)	3	3.8
POSTERIOR A LA INTERVENCION (OCTUBRE 97-JUNIO 98) (9 MESES)	1	1.2

POA 1000 HABITANTES

FUENTE: PASAN JURISDICCIONAL
COMUSA
MONITORIO AREA DE ESTUDIO

Como se puede observar en relación a las tasas de mortalidad por neumonía de la microrregión, éstas han disminuido notablemente posterior a la intervención, aunque también se observa disminución en el resto de las microrregiones de la COMUSA, lo que se debe a que los TAPS responsables de cada una, al colaborar en el proyecto específico fueron capacitados y habilitados en relación al autocuidado familiar por lo que al aplicar la misma estrategia en sus áreas se vé el impacto global de la COMUSA.

Estos datos permiten calificar la intervención como exitosa ya que el IMPACTO es evidente por número de muertes evitadas y las tasas reducidas.

– EVALUACION DE LA INTERVENCION POR TIPO DE OPERACION CON EL MEJOR USO DE RECURSOS.

(EFICACIA)

OPERACION	COSTO POR UNIDAD DE SERVICIO		
	PROYECTADO	REAL	UNIDAD
1. ACTUALIZACION NORMATIVA	\$ 12.26	\$ 15.56	RECURSO DE SALUD
2. CAPACITACION MULTIDISCIPLINARIA	\$ 12.32	\$ 13.2	RECURSO DE SALUD
3. BARRIDO CASA POR CASA	\$ 3.10	\$ 2.82	FAMILIAS

FUENTE: Formatos de registro de ingresos y egresos de costos específicos de los recursos involucrados. Evaluaciones de proceso de desarrollo y capacitación.

La optimización de recursos rebasó lo esperado; en la actualización normativa presentó un incremento del 18.7% y en capacitación multidisciplinaria un 7.1%; lo que no se presentó en el Barrido casa por casa en el que se observó un ahorro del 9%. Como explicación a los

resultados iniciales además de la continua devaluación del peso; se conjunta con la inasistencia de los recursos programados, ya que al no cubrir el porcentaje programado (100%); se incrementan los costos. En relación al barrido casa por casa el ahorro se debe a que se rebazó el número de visitas programadas, lo que dio como resultado mayor productividad, menor costo y adecuada optimización por lo que es considerado como proyecto eficiente.

4.5.5. Conclusiones y recomendaciones

Una vez concluida la evaluación del proyecto se puede confirmar que el sistema de intervenciones estructurado por la enfermera especialista en Salud Pública funcionó ya que la unidad de servicio focalizada alcanzó los objetivos planteados para cada operación prescriptiva, generando impacto al disminuir la MORTALIDAD por neumonía en los menores de 5 años de la microrregión de estudio.

Lo anterior se logró cuando posterior al estudio de comunidad, identificación de problemas, investigación del déficit de autocuidado que generó el problema prioritario; relación y asociación con riesgos, se elaboró el plan de Intervenciones el cual fue específicamente dirigido a influir en los déficits que pasaron a ser factores de riesgo para IRA-NEUMONIA en los menores de 5 años.

Se demuestra con esto que para incidir en una problemática de salud; con visión futura de prevención para los expuestos y susceptibles, es necesario conocer con profundidad y de acuerdo a la teoría de enfermería adoptada, para el caso de la Orem, el déficit de autocuidado dependiente y así tener los elementos suficientes de abordaje que garantizan éxito en el impacto, como aconteció en el presente caso.

Cada operación prescriptiva resultó positiva en sus resultados lo que favoreció el logro de los objetivos generales de la intervención, ya que una dependía directamente del éxito de la anterior, por lo que se sugiere mantener y fomentar la vigilancia epidemiológica de estos eventos. Además se sugiere realizar monitoreos continuos para valorar el nivel de

capacitación de los recursos de salud y así seguir garantizando calidad en el manejo de casos de IRA y evitar complicaciones por inadecuado manejo que podrían llegar nuevamente a muertes por NEUMONIA.

Sin embargo, cabe hacer notar que en cuanto al aspecto preventivo faltó levantar una encuesta de prevalencia de casos de I.R.A., así como cuantificar la frecuencia de estos eventos en cada menor, en un determinado periodo, para verificar si se mantiene el cambio conductual de las madres o responsables de los menores de 5 años y si este repercute en el número de casos (morbilidad).

De igual manera se sugiere continuar trabajando esa microrregión, así como monitorear el nivel de conocimientos y habilidades de las madres o responsables de los menores de 5 años y habilitar a las que faltan, de esta estrategia depende mantener el éxito del programa, ya que se demostró que al regular la agencia de cuidado dependiente en relación a los signos de alarma para IRA-NEUMONIA, se influyó fuertemente en la disminución de éstos daños. Finalmente, si no se hubiera intervenido con este sistema de enfermería, en colaboración con los otros dos implementados simultáneamente, los daños se hubieran duplicado de acuerdo al pronóstico y tendencia esperados, lo que repercutiría directamente en la productividad del país en relación a los años de vida potencialmente perdidos y en la estabilidad familiar de las Unidades multipersonales del área estudiada.

5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS DEL CASO

El estudio de caso como metodología para incorporar métodos, técnicas e instrumentos epidemiológicos y científicos, resulta funcional, ya que es la columna vertebral que permite describir un fenómeno en un tiempo determinado así como el planteamiento de las causales que explican su origen y permiten su intervención.

Lo anterior se especifica en cada una de las fases del proceso de enfermería que para este caso en especial se pudo llegar hasta la etapa de evaluación, por lo que el trabajo recepcional de acuerdo a las fases de Alfaro y la teoría de Orem, está concluido.

En relación a las variables de estudio, fueron respaldadas totalmente con el marco teórico conceptual y referencial del área de estudio, sin embargo cabe mencionar que, el tratar de incorporar las bases teóricas de Orem a la Salud Pública representó un reto ya que requiere de un análisis profundo de la teoría así como de la identificación plena de la filosofía del cuidado, sin embargo para tratarse de un intento inicial, considero que los resultados obtenidos al planificar intervenciones con este enfoque fueron más que satisfactorios, podría decirse que existosos, dado el impacto de las mismas en la unidad de observación trabajada, al cumplirse los objetivos del plan de intervenciones al 100%, como lo indica la evaluación.

En lo referente a las variables retomadas, el déficit de autocuidado fue valorado, el enfoque de riesgo se pudo clasificar y la probabilidad con factores predisponentes y condicionantes se identificó por asociación, todo esto con enfoque de autocuidado, lo que permitió estructurar un plan de intervenciones acorde a los déficits encontrados focalizando específicamente los requisitos no satisfechos en la agencia dependiente y logrando influir en ellos para corregir sus desviaciones de salud; que en este caso estaba afectando directamente al grupo de menores de 5 años ocasionándoles la muerte por neumonía.

Actualmente este fenómeno se logró disminuir hecho que es atribuible totalmente al sistema de enfermería implementado, el cual es avalado por las autoridades sanitarias responsables del área de estudio, debido a sus bajos costos (prevención) en comparación con los costos de hospitalización (curación).

Esto permite ahora, asegurar que un problema tratado con rigor metodológico es susceptible de ser modificado con éxito por la enfermera especialista en S.P. y más aún, para este caso, se demostró que el origen de los factores condicionantes, era el déficit de A-C dependiente, que al ser regulado a través de un sistema de apoyo educativo, influyó totalmente disminuyendo los daños comentados.

Finalmente es de comentar lo siguiente:

La organización para la realización del estudio, fue avalada por el tutor clínico de la sede de prácticas, siempre con la asesoría y el apoyo de la coordinadora de la especialidad, este tipo de enlace y comunicación continua permitió eliminar limitantes que pudieran obstaculizar los objetivos de la especialidad, además colaboraron el Epidemiólogo y Jefe normativo de IRA de la Jurisdicción.

En relación al presupuesto, aunque se especifica en el plan de intervenciones, es oportuno comentar que se contó con el total apoyo de recursos materiales y humanos por parte de la Jurisdicción, quedando una proporción de costos bajo la responsabilidad de la enfermera especialista de Salud Pública.

En relación al tiempo que indica la especialidad para efectuar las fases del proceso, sólo se alcanzaría a intervenir, sin embargo para este caso sí se alcanzó a evaluar el impacto debido a que el tipo de proyecto así lo permitió. (Se adjunta cronograma).

En lo referente a la autorización para estudiar una comunidad, se contó con ella en los diferentes niveles de autoridades comunitarias, fue aprobado por el Jefe de Jurisdicción, Coordinador Municipal y además se contó con el apoyo directo del Jefe de Enfermería del

Centro de Salud que cubre del área de estudio y con la TAPS responsable de la microrregión.

Por considerarlo funcional en relación a cada fase del proceso y requerirlo la guía para estudio de caso, los instrumentos de apoyo utilizados se colocan al final de cada una, facilitando su consulta y utilidad antes de pasar a otra fase.

Como sugerencias, es importante definir desde el inicio de la especialidad los momentos de cada fase del estudio de caso y proceso de enfermería, tal vez, una ruta crítica específica que permita visualizar el todo por sus partes, ésto definirá la secuencia de cada operación, que en lo particular me causó confusión al inicio de la estructura de "caso" con la metodología indicada por la división de estudios de posgrado, aunque esto fue superado con el apoyo de la coordinadora de rama, considero importante comentarlo.

De la misma forma, sugiero que se estandarice la metodología para incorporar la teoría de Orem a la Salud Pública, en las sedes de práctica que se elijan, ésto permitirá la congruencia y niveles iguales de conocimiento en los egresados, así como la comprensión y aplicación de la teoría en el área comunitaria, lo que en lo particular considero factible y acorde en el primer nivel de atención a la salud.

En relación a la coordinación de la especialidad, y tutoría clínica-académica, considero que no sólo cumplieron con sus objetivos, sino que motivaron la sensibilidad de las especialistas para responder al reto y facilitaron con su experiencia y conocimientos la introducción a la comunidad legitimando así el sistema propuesto y además enriqueciendo la agencia de enfermería al incrementar la confianza para intervenir con bases, de acuerdo a las capacidades y factibilidad de la especialista en Salud Pública.

6. CRONOGRAMA DEL PROCESO DE ENFERMERIA PARA EL ESTUDIO DE CASO "TECUSCOMAC" OPERACIONALIZADO DE ENERO A DICIEMBRE DE 1997.

FASE DE PROCESO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1. IDENTIFICACION DEL AREA DE ESTUDIO.	■	■										
2. GESTION Y AUTORIZACION CON AUTORIDADES SANITARIAS.		■	■									
3. FASE 1. VALORACION.			■	■	■							
4. FASE 2. DIAGNOSTICO.						■	■					
5. FASE 3. PLANIFICACION.								■	■			
6. FASE 4. EJECUCION.									■	■		
7. FASE 5. EVALUACION*.												
8. ASESORIA TECNICA PARA ESTRUCTURA DE ESTUDIO DE CASO.												
9. TERMINO ACADEMICO DE ESTUDIO DE CASO. (PRESENTACION).												

* La evaluación de impacto se realizará en Marzo y Junio de 1998. (COMPLEMENTARIA).

7. BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ALATORRE, P. Roberto. *ÉTICA. Manual*. 7a. ed., México, Ed. Porrúa, 1983. 365 p.
- ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. México, Ed. Doyma, 1993. 167 p.
- ALONSO, C. Magdalena. *Líneas para la Atención Primaria Avanzada: Un Modelo de atención de Enfermería Comunitaria*. XIII Reunión Nacional de Lic. en Enfermería organizada por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U.N.A.M., Universidad Autónoma de Nuevo León México, Agosto 1992. 31 p.
- ALVAREZ, Rafael. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. México, Manual Moderno, 1991. 391 p.
- ANDER EGG, Ezequiel. *Desarrollo de la Comunidad Metodología y Práctica*. 10a. ed. Ed. Humanitas, 1982. 190 p.
- . *Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad*. 10a. ed. México, Ed. El Ateneo, 1982. 342 p.
- ANTOLOGÍAS, *Bioética para enfermería*. II Reunión Internacional. México 1997. 6 antologías. 83 p.
- ANTON, N. Ma. Victoria. *Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Fotocopiado. Madrid 1989. Ed. Díaz de Santos. 5 p.
- . *Enfermería y Atención Primaria de Salud*. Madrid, Ed. Díaz de Santos 1989. 168 p.
- ARANDA, J. Manuel A. *Nuevas Perspectivas en Atención Primaria de Salud*. Madrid, 1993. Ed. Díaz de Santos. 149 p.
- BAENA, Guillermina. *Instrumentos de Investigación*, 12a. ed. México, Ed. Editores Mexicanos Unidos, S.A. 1984. 134 p.
- BALSEIRO, Lasty. *Investigación de Enfermería*. México, Ed. Actuario, 1991 225 p.
- . *Principios de Administración*. 2a. ed. México, Ed. Aztlán S.A. de C.V. 1996. 196 p.
- BARQUIN, Manuel. *Medicina Social*. 2a. ed. México. Ed. Méndez Oteo, 1981 437 p.
- BOLETIN, Latinoamericano. *Ética y Enfermería*. Colombia, Vol. 1, No. 1 Diciembre 1996. 12 p.

- BONITA, Ruth. ***Epidemiología Básica***. Washington D.C. Programa. de Publicaciones Organización Panamericana de la Salud. 1994. 186 p.
- BUSTOS, René. et. al. ***Administración en Salud***. 2a. ed. México. Ed. Francisco Méndez. 1981 324 p.
- BRINGAS. E. Salvador. ***Opusculos Éticos***. México. Ed. UAEM, 1983. 32 p.
- CANALES, Francisca H. ***Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud***. México, Ed. Limusa, S.A. 1986, 327 p.
- GANAVAGH, Stephen, J. ***Modelo de Orem***. España Ed. Salvat, 1993. 167 p.
- COMISION AMBIENTAL METROPOLITANA. ***Fideicomiso Ambiental***. México. Banobras S.N.I. 1996. 35 p.
- CONALEP. ***Bioestadística***. México. Ed. Apoyos y Prototipos Didácticos, 1988. 203 p.
- CONAVA. ***Reflexiones sobre Participación y Movilización Social en torno a la Salud***. Serie Manuales. México. 1992. 40 p.
- Consejo Nacional C.E.D. ***Guía del Promotor y del Facilitador Responsable de la Instalación de las Capos de Hidratación Oral y Saneamiento***. México. 1994. 30 p.
- . ***Manual del Voluntario Responsable de la Casa Popular de Hidratación Oral y Saneamiento (CAPOS)***. México. 1994. 35 p.
- CHACON, S. Fernando. ***Planeación y Programación***. Fotocopiado para uso docente. México, 1997. 19 p.
- . ***Planeación de Servicios de Salud***. Fotocopiado para uso docente. México, 1997. 18 p.
- CHAPELA, Cony. ***Glosario de Terminos***. Diplomado en Promoción de la Salud. VAMX. 1994. 15 p.
- CHINOY. Eli, ***La Sociedad una Introducción a la Sociología***. 13a. ed. México, Ed. Fondo de la Cultura Económica, 1984. 423 p.
- DAVINI, Ma. Cristina. ***Educación permanente en Salud***. Washington, D.C. Ed. O.P.S. 1995. 120 p.
- DEFINICION Y PROPIEDADES DE LOS FACTORES DE RIESGO. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. E.N.E.O., U.N.A.M. 1997. 18 p.
- DEIMAN, Patricia. ***Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud***. OPS. Washington D.C. 1994. 73 p.

- DEVER, G.E. Alan. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**. 1ra. ed. E.U.A., Ed. OPS, 1991. 417 p.
- DONABEDIAN, Avedis, **La Calidad de la atención Médica**, ed. La Prensa Médica Mexicana. 1984, 194 p.
- DURAN, M. Carmen. *et. al.* **Microrregión Tecucomac 1996**. Estudio de comunidad y Dx situacional. México, 1997. 174 p.
- EDWARDS, Richard. **Conflicto y Control en lugar de trabajo**. Nueva York Ed. Basic Books. 1979. 155 p.
- ENFOQUE DE RIESGO I**. Especialidad en Salud Pública E.N.E.O., U.N.A.M., 1997. 25 p.
- ENFOQUE DE RIESGO II**. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. E.N.E.O., U.N.A.M. 1997. 5 p.
- FOX, John. **Epidemiología el hombre y la Enfermedad**. México, Ed. Prensa Médica Mexicana. 1981. 371. p.
- FRANCO, Hernández, Luis Mauricio. **Estudio de Comunidad Microrregión de Texalpa**. 1995. 113 p. (Informe final de Servicio Social) U.N.A.M. Iztacala.
- FRENK, Julio. **Observatorio de la Salud**, México. Ed. Fundación Mexicana para la Salud. 1997. 487 p.
- Fundación Mexicana para la salud. **Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud**. México, 1994. 95 p.
- FUNSAUD**. La sociedad civil frente a los desafíos Nacionales. México Ed. FUNSAUD. 1995. 125 p.
- . **Economía y Salud**. México, Fotocopiado para uso docente. 1994. 54 p.
- GOLDSMITH, Arthur. *et. al.* **Organización Comunitaria**. Wisconsin, EE.UU., Ed. Prico., 1986. 78 p.
- GONZALEZ, Estrada, Erika. **Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac**. 1996. 66 p. (Informe final de Servicio Social). Centro Cultural Universitario Justo Sierra.
- GALLEGOS, C. Esther. **Teorías y Modelos de Enfermería**. Fotocopiado para uso docente. Especialidad en Salud Pública. U.N.A.M. México, D.F. 1997. 272 p.
- GOMEZJARA, Francisco. **Salud Comunitaria Teoría y Técnica**. 2a. ed., México Ed. Porrúa, S.A., 1992. 729. p.

- . **Técnicas de Desarrollo Comunitario**. 3a. ed. México, Ed. Nueva Sociología, 1981. 374 p.
- . **Sociología**. 10a. ed. México, Ed. Porrúa, S.A. 1993, 470 p.
- GRADOS, Daniel. et. al. **Las Intervenciones Sanitaria Selectivas una Trampa para la Política de Salud del Tercer Mundo**. Fotocopiado. Diciembre, 1998. 8 p.
- GUTIERREZ, S. Raúl. **Introducción a la Ética**. 15a. ed. México Ed. Esfinge, 1982. 253 p.
- HALL, E. Joanne, et. al. **Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas**. Washington, D.C. O.P.S. 1990, 764 p.
- HANCHETT, Effie. **Salud de la Comunidad**, México; Ed. Limusa, 1981. 199 p.
- H. AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE ECATEPEC DE MORELOS MEXICO. **Bando Municipal de Policía y Buen Gobierno**. 1994, 91 p.
- . **Plan de desarrollo Municipal**. 1994-1996. 110 p.
- HERNAN, Torres J. **Diagnóstico de Salud Integral**. México. I.N.S.P. documento mimeográfico. 1989. 26 p.
- HERNANDEZ, C. Juana. **Historia de la Enfermería**. México, Ed. Interamericana, 1995. 195 p.
- HERNANDEZ, López. M. Verónica. **Estudio de Comunidad Ampliación Tulpetlac I**. 1975. 93 p. (Informe Final de Servicio Social) U.N.A.M.-Iztacala.
- HERNANDEZ, Mauricio. et. al. **Salud Ambiental**. Cuadernos de Salud. México Ed. Secretaria de Salud. 1994. 101 p.
- IBARRA, Eduardo. et. al. **Hacia una reinterpretación social del poder en las organizaciones**. Ponencia presentada en el Seminario Cultura y poder. UAEM. noviembre 1984. México.
- I.M.S.S. **Revista de Enfermería**. No. 2-3 Vol. 4 México, Mayo-Diciembre 1991. 11 p.
- ISEM. **Agenda Básica**. Instrumento de trabajo comunitario. Gobierno del Estado de México. 1997. 17 p.
- . **Concentrado Microrregional de Datos de la Tarjeta de Visita Familiar**. 13 p.
- . Departamento de Servicios de Salud de primer Nivel. **Normas y Procedimientos para la Utilización Dinámica de la T.V.F. Concentrado Microrregional y Análisis de datos**. 1989. 14 p.

- . Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Enseñanza e Investigación. **Agenda Básica de Prodlaps**. Marzo 1996. 5 p.
- . Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. Coordinación Municipal de Salud. Una **Estrategia de Cambio**. 1984. 20 p.
- . **Diagnóstico de Salud Jurisdiccional**. 1996. Ecatepec, 106 p.
- . **Diagnóstico Epidemiológico**. Ampliación Tulpetlac, 1996. México, 1997. 38 p.
- . **Gaceta Médica**. Vol. 1 Número 4. Octubre 1991. 64 p.
- . **Manual de Enseñanza Simplificada de croquis**. 1996.
- . **Modelo de atención a la Salud de la Población abierta del Estado de México**, 1993. 75 p.
- . **Tarjeta de Visita Familiar**. Instrumento de trabajo comunitaria. Gobierno del Estado de México. 1997. 2 p.
- . **Instructivo de llenado de los cuadros de Concentración de la Visita Familiar por Microrregión**. 1986. 11 p.
- Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. **Instructivo del llenado de la Tarjeta de Control de la Visita Familiar**. Marzo. 1996. 5 p.
- KAHL, Martín C. **Fundamentos de Epidemiología**. Madrid. Ed. Díaz de Santos 1990. 339 p.
- KROEGER, Axel y Ronaldo Luna. **Atención Primaria de Salud**. 2a. ed., México Ed. Paltex, 1992. 639 p.
- LASKI, Laura. **Evaluación de programas de Salud**. México, Ed. Interamericana. 1997. 74 p.
- L'GAMIZ, Arnulfo. **Bioestadística, La Estadística y su aplicación en el área de la Salud**. México. Ed. Méndez Contreras, 1983. 250 p.
- LEY GENERAL DE SALUD**. 13 ed., México Ed. Porrúa, 1996. 1161 p.
- LILIENTFELD, Abraham. **Fundamentos de Epidemiología**. Venezuela, Ed. Fondo Educativo Interamericano, 1983. 341 p.
- LOPEZ, C. Malaquias. et. al. **Diccionario de Términos Epidemiológicos**. Fotocopiado. 28 p.

- LOPEZ, Daniel. *La Salud Desigual en México*. 5a. ed., México, Ed. Siglo Veintiuno editores, 1984, 247 p.
- LOPEZ, Ma. Concepción. *Enfermería Sanitaria*. México, Ed. Interamericana, 1987, 237 p.
- LLANOS, Guillermo. et al. *Promoción de la Salud y Prevención y Control de las Afecciones no Trasmisibles*, Washington, D.C. 1992. 21 p.
- MAC MAHN, Brian. *Principios y Métodos de Epidemiología*, 2a. ed. México Ed. Prensa Médica Mexicana. 1983. 339 p.
- MACHUCANUÑEZ, Julián, *Estudio de Comunidad de la Microrregión, Ampliación Tlupetlac III*. 1992. 61 p. (Informe de Servicio Social) U.N.A.M. Iztacala.
- Manual de Procedimientos para el manejo adecuado de los niños menores de cinco años con enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda*. Sistema Nacional de Salud. 1997. 51 p.
- MATERIAL DE LECTURA. *Santa María Tlupetlac*, H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos, México. 1994-1996. 4 p.
- McMahon, Rosemary, et al. *Administración de la Atención Primaria de Salud*. México. Ed. Paz. 1989 (1980). 317 p.
- MEDRANO. A. Jesús. *Riesgo: Enfoque y Mediciones*. Curso de Epidemiología Aplicada. Febrero 1997. Fotocopiado para uso docente 11 p.
- MENDEZ, Rodolfo. *Aplicación de Métodos de Priorización Taller I y II para uso docente*. México, 1997, 8 p.
- MORENO, Laura. et al. *Factores de Riesgo en la Comunidad*. México, Ed. U.N.A.M. 1990. 306 p.
- . *Factores de Riesgo en la Comunidad I*. México, Ed. U.N.A.M. 1990. 235 p.
- MORALES R. Herlinda. *Crónica de Santa María Tlupetlac Presencia y Cultura*. Estado de México, Folleto de la Academia de Historia y Cultura Ecatepec. 1992. 62 p.
- MORTON, et al. *Bioestadística y Epidemiología*. 3a. ed. México. Ed. Interamericana. 1992. 184 p.
- MORRIS, Schaefer. *Trabajadores Comunitarios de Salud*. Wisconsin, EE.UU., Ed. Pricor. 1986. 78 p.
- MUNGUÍA, Zafrafrain Irma y Salcedo Aquino. *Redacción e Investigación documental I*. 2a. ed. México, Ed. U.P.N. 1988, 233 p.

- MUÑOZ, L. Leonardo. *Monografía Municipal*. México. 1968. 50 p.
- NUEVA ENCICLOPEDIA TEMÁTICA. *Arte y Filosofía*. México. Ed. Nauta, S.A. 1992. 341 p.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *La Promoción de la Salud*. Carta de Ottawa. Boletín Oiaif 1987. 6 p.
- OLIVERA. García, et. al. *Sesenta años de Salud Pública en México*. México, Ed. Talleres Gráficos de Cultura, S.A. 1993, 249 p.
- O.M.S. *Agua y Salud Humana: Una Visión General*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el agua 1977 Fotocopiado para uso docente de Riesgos y Daños. 12 p.
- . *Efectividad del tratamiento del agua en la Salud Pública*. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el agua 1977. Fotocopiado para uso docente de Riesgos y Daños. 16 p.
- O.P.S. *Análisis de la Organizaciones de Salud*. Washington, D.C. 1989. 253 p.
- . *Atención del Niño con Infección Respiratoria Aguda*, Washington, D.C. 1992. Manual 116 p.
- . *Bases Técnicas para las recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento de la neumonía en niños en el primer nivel de atención*. Washington, D.C. 1992, 27 p.
- . *Enseñanza de las Ciencias de la Salud en América Latina*, Washington 1990. Ed. O.P.A. 188 p.
- . *Evaluación para el planeamiento de programas de Educación para la Salud*. Washington, D.C. Ed. Oficina Sanitaria Panamericana. 1990. 95 p.
- . *Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud*. 1ra. ed. Washington. Serie Paltex, 1990. 106 p.
- . *Grupo de trabajo sobre lineamientos Generales de Investigación y Proyecto de Estudios de la Práctica de Enfermería. Informe Final*. Washington, D.C. 1985. 54 p.
- . *Principios de Epidemiología para el control de Enfermedades*. México Ed. Limusa, S.A. 1989. 230 p.
- . *Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades*, 3a. ed. México, Ed. Oficina Sanitaria Panamericana. 1981. 310 p.

- . **Promoción de la Salud y equidad.** Declaración de la Conferencia Internacional de promoción a la salud. Noviembre. 1992. 6 p.
- . **Taller Latinoamericano de Epidemiología Aplicada a la Salud.** 2a. ed. Lima, Perú. Ed. Ocisa. 1991. 145 p.
- OREM, Dorothea E. **Teoría del Autocuidado.** Fotocopiado para uso docente, México, 1997. 14 p.
- . **Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica.** Ediciones Científicas y Técnicas, S.A., Ed. Masson. 1993. 423 p.
- PABON, L. Hipólito. **Evaluación de los Servicios de Salud.** Departamento de Medicina Social. México 1985. 265 p.
- PEÑALOZA, V. Raquel. et.al. **Estudio de Comunidad de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe II.** Ecatepec, 1994. 262 p.
- PEREZ, Sierra Rosalía. **Estudio de Comunidad de la Microrregión Ampliación Tulpetlac II.** 1995. 73 p. (Informe Final de Servicio Social) U.N.A.M.-Iztacala.
- PINEAULT, Raynal. **La planificación Sanitaria.** México. Ed. Ciencia y Cultura Latinoamericana, S.A. de C.V. 1995. 382 p.
- Poder Ejecutivo Federal. **Plan Nacional de Desarrollo.** 1995. 200-177 p.
- POLIT, D. y B. Hungler. **Investigación Científica en Ciencia de la Salud,** 4a. ed. México, Ed. Interamericana. 1994. 701 p.
- Pronaced-IRA. **Diarrea Guía Educativa.** 1995. 10 p.
- Pronaced-IRA. **Infecciones Respiratorias Agudas-Guía Educativa,** 1995. 7 p.
- Revista de Enfermería,** I.M.S.S., No. 2-3 Vol. 3 México, Mayo-Diciembre. 1990. 77 p.
- ROCHON, Alain. **Educación para la salud,** 2a. ed. España, Ed. Masson, S.A. 1992. 380 p.
- ROCKWELL, Elsie. et.al. **Manual del Instructor Comunitario.** 2a. ed. México, Ed. Fernández Editores, 286 p.
- ROEL, R. Santiago. **Estrategias para un Gobierno Competitivo.** 1ra. ed. México. Ed. Castillo, S.A. de C.V. 1996. 131 p.
- ROJAS, Soriano Raúl, **Guía para realizar Investigaciones Sociales.** 7a. ed. México. Ed. U.N.A.M. 1982. 274 p.
- ROSAS, Raúl. **Sociología Médica.** 2a. ed. México. Ed. Folios Ediciones. 1985. 108 p.

- ROVERE, Mario. **Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. (PEAHUS)** Lima, Perú. Ed. OPS. 1995. 37 p.
- RUIZ, A. L. Enrique. **Ética Profesional para la Enfermera.** 10a. ed., México, Ed. ECA. 1982. 311 p.
- SALUD PUBLICA DE MEXICO. **El Cambio Estructural en la Salud.** Vol. 29, No. 2 Marzo-Abril 1987. 179 p.
- SANCHEZ, Manuel. **Elementos de Salud Pública.** México. Ed. Méndez Cervantes, 1983. 311 p.
- SANCHEZ, P. Sofía del C. **Diagnóstico de requisitos de Autocuidado.** México D.F. Proyecto de Investigación. Agosto 1996. 40 p.
- . **Priorización.** Fotocopiado para uso docente, México, 1997, 36 p.
- SAN MARTIN, et. al. **Epidemiología.** Teoría e Investigación, Madrid Ed. Díaz de Pantos. 1990. 524 p.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Subsecretaría de los Servicios de Salud. **Modelo de Atención a la Salud para la Población, Abierta.** 1995, 44 p.
- . **Guía para elaborar el Diagnóstico de la Situación de Salud a Nivel de Módulo.** México, Ed. Talleres Gráficos de la Nación. 85 p.
- SECRETARIA DE SALUD. **Programa de Atención a la Salud del Niño. I.R.A.** México. 1988. 54 p.
- . **La Salud empieza en casa.** Guía para la Capacitación de agentes y procuradoras de la Salud. 1992. 158 p.
- . **Programa de Reconstrucción y reordenamiento de los Servicios de Salud.** México, Ed. Fundación Mexicana para la Salud, 1996. 152 p.
- SECRETARIA DE SALUD. **Norma Oficial Mexicana. NOM-024-SSA2-1994.**
Medicina Preventiva para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la Atención Primaria a la Salud. 8 p.
- . **Programa de la Reforma del Sector Salud, 1995-2000.** Diario Oficial de la Federación. Marzo 1996. 152 p.
- . **Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.** Poder Ejecutivo Federal 1995. 81 p.

- SECRETARIA DEL MEDIO AMBIENTE. **Red Automática de Monitoreo Atmosférico.** México, Ed. Grupo Impresor ARMA; 1996. 36 p.
- SEMAANAP. **Respuestas sobre Contaminación.** México. Ed. Secretaría del Medio Ambiente Recursos Naturales y Pesca. 1996. 38 p.
- SILICEO, Alfonso. **Capacitación y Desarrollo de Personal.** 2a. ed. México Ed. Limusa, 1982. 152 p.
- Sistema Nacional de Salud. **Control de Infecciones Respiratorias Agudas.** México, 1995, 16 p.
- . **Manual de Procedimientos para el manejo efectivo del niño menor de 5 años con enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda.** México. 1995. 47 p.
- . Pronaced-IRA. **Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas.** Ed. S.N.S. 1995. 62 p.
- Sociedad Mexicana de Salud Pública, **Higiene,** No. 1 Vol. 1 México Enero-Marzo 1993. 49 p.
- SOTELO, J. Manuel. **Salud desde el Municipio: Una estrategia para el desarrollo.** Artículo, abril 1994. 8 p.
- S.S.A. Sistema Nacional de Salud. **Autopsia Verbal de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas.** 1995. 4 p.
- STEPHEN, J. Cavanagh. **Modelo de OREM. Aplicación práctico.** Barcelona 1993. 167 p.
- TAYLOR, Susan G. et. al. **La Práctica de la Enfermería en Situaciones Multipersonales, de Familia y Comunidad.** Fotocopiado para uso docente México, 1997. 33 p.
- . **La práctica de Enfermería en Situaciones Multipersonales de familia y comunidad.** Fotocopiado para uso docente ENCO-UNAM. 1997. 33 p.
- UGARTE, J. Manuel. **Bases Estadísticas de la Investigación Médica.** Santiago Chile, Ed. Stanley 1968. 144 p.
- VALDES, O. Cuauhtémoc. **Memoria de una Gestión Sistema Nacional de Salud Orígenes Definiciones y Avances.** México. Secretaría de Salud, 1986. 48 p.
- VARGAS, T. Fortunato. **Atención Primaria de Salud: Estrategia para extender los servicios a población marginada.** Tema de Seminario. Perú, 1980. 9 p.

WEATHER Y DAVIS. *Administración de Personal y Recursos Humanos*. 4a. ed. México, Mc Graw Hill. 1990. 25 p.

WIK. Kellogg. *Manual de Evaluación para Subvencionados de la Fundación*. Fotocopiado para uso docente. 1997. ENEO-UNAM. 25 p.