

00943

UNAM
POSGRADO



**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

**SISTEMA DE ENFERMERÍA DE APOYO EDUCATIVO DIRIGIDO A
FORTALECER LA AGENCIA DE CUIDADO EN EL PERSONAL DE SALUD
PARA INFLUIR EN LOS FACTORES PREDISONENTES DE LAS CAUSAS
DE MORTALIDAD PERINATAL, JUNIO 2002**

ESTUDIO DE CASO:

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

LIC. ENF. Y OBST. A. ROSARIO GARCÍA GARCÍA

ASESOR ACADÉMICO

M.S.P. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA

- 2005 -

M349099



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.

AUTORIDADES ACADÉMICAS

**L.E.O. Y M.S.P. SOFIA DEL CARMEN SANCHEZ PIÑA
COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD**

**DR. Y M.S.P. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN
TUTOR ACADÉMICO**

**LEO Y ESP. GUADALUPE PEREZ HERNANDEZ
TUTOR ACADEMICO**

AUTORIDADES JURISDICCIONALES DE ECATEPEC

M.A.S.S. ROBERTO SERRANO AGÜEROS
JEFE DE JURISDICCIÓN
TUTOR CLÍNICO

DR. JESÚS HENRIQUEZ LUZ Y VALDEZ
JEFE DE PLANEACION E INFORMATICA

DR, EDUARDO VALDEZ QUIROZ.
COORD. MUNICIPAL C. S. U. HANK GONZALEZ

C. D. RODOLFO J. LÓPEZ MARMOLEJO
COORDINADOR NORMATIVO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

ASESORES CLINICOS

DR. MANUEL PÉREZ CUIEL
JEFE DE SERVICIOS DE SALUD

DR. JESÚS ENRIQUEZ LUZ Y VALDEZ
JEFE DE PLANEACIÓN E INFORMÁTICA

DR. EDUARDO VALDEZ QUIROZ
COORD. MPAL. C.S.U. "HANK GONZÁLEZ"

DRA. GABRIELA OSEGUERA ROMANI
EPIDEMIÓLOGA JURISDICCIONAL

DR. ARTURO RIOS VAZQUEZ
COORD. NORMATICO DE MICOBACTERIOSIS

ENF. GUADALUPE GARRIDO
COORD. NORMATIVA DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN

ESP ESTELA LOZANO GONZÁLEZ
COORD NORMATIVO DE ENF. JURISDICCIONAL

DR. RODOLFO J. LÓPEZ MARMOLEJO
COORD. NORMATIVO DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN

DR. ALEJANDRO GARCÍA CARDOSO
COORD. NORMATIVO DE SUPERVISIÓN OPERATIVA

COLABORADORES

NÚCLEO BÁSICO:

DRA. ANGELES LOPEZ MADRID

TAPS. JORGE VÁZQUEZ CHÁVEZ

P.E.S. S. ALICIA BALLESTEROS MOROY

OPERATIVOS INDIRECTOS:

54 PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL

DRA. MA. CARMÉN MOLINA HERRERA

DRA. ANGELES LÓPEZ MADRID

TAPS ENRIQUE CAMARILLO

DR. FRANCISCO CÁRDENAS

DRA. SILVIA MENDOZA

DR. FERNANDO DÍAZ

ENF. ANGÉLICA SUÁREZ

DR. ARTURO RÍOS

ENF. BEATRIZ OLIVO FLORES

AGRADECIMIENTOS

A LAS AUTORIDADES JURISDICCIONALES DE ECATEPEC POR SU COLABORACIÓN Y APOYO A LO LARGO DE LA INVESTIGACIÓN.

AL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD DE LA COMUSA HANK GONZÁLEZ Y DE LA JURISDICCIÓN ECATEPEC, GRACIAS POR SU ENTUSIASMO Y APORTACIÓN DE SU EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS.

AGRADEZCO ESPECIALMENTE POR SU COMPRENSIÓN Y POR SU VALIOSA COLABORACIÓN EN LA PRIMERA ASESORÍA DE ESTE TRABAJO A LA LEO Y ESP. GUADALUPE PÉREZ HERNÁNDEZ, TUTOR ACADÉMICO.

A MI FAMILIA POR ENTENDER MIS AUSENCIAS DURANTE EL TIEMPO QUE DURÓ LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO.

A MI COMPAÑERA Y AMIGA GUILLERMINA MORA POR SU APOYO, ASÍ COMO A SU ESPOSO POR SU COMPRENSIÓN Y COLABORACIÓN MIENTRAS DESARROLLAMOS ESTE TRABAJO.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I OBJETIVOS	3
II FUNDAMENTACIÓN	
2.1 Antecedentes	4
2.2 Marco Teórico Conceptual	
2.2.1 Proceso salud—enfermedad	5
2.2.2 Riesgo	6
2.2.3 Método de Priorización por Hanlon	12
2.2.4 Paradigma	14
2.2.5 Proceso de Atención de enfermería	18
2.2.6 Diagnóstico de Enfermería	19
2.2.7 Respuesta Social Organizada	21
2.3 Consideraciones Éticas	22
III METODOLOGÍA	
3.1 Selección y Descripción Genérica del Caso	25
3.2 Diagnóstico Integral de Salud	27
3.2.1 Valoración Extensa, Resultados	30
3.3 Proceso de Enfermería	
3.3.1 Valoración Focalizada	37
3.3.2 Diagnósticos de Enfermería	41
3.3.3 Plan de Intervención Especializada	42
3.3.4 Intervención en Capacitación de los Recursos Humanos	45
3.3.5 Análisis Estratégico	47
3.3.6 Método de Actividades y Organización Interna	52
3.3.7 Recursos Humanos	53
3.3.8 Recursos Materiales	54

3.3.9 Plan de Evaluación	56
IV CONCLUSIONES	59
V SUGERENCIAS	61
VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
VII BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública lleva el liderazgo para conseguir la intervención de otros sectores para la solución de problemas de salud y elevar la calidad de vida de la población ya sea local o nacional es decir “cuida la salud de la población y no la de un individuo”.

Considerando que la muerte perinatal además de los daños a la salud, implica un impacto emocional que involucra a la madre, su pareja, al médico y a la institución u otras instancias de atención, en un contexto donde la mujer es el eje de la dinámica familiar. Hace necesaria la investigación como herramienta indispensable para el logro de los objetivos y metas fijadas.

El presente estudio de caso desarrolla ésta herramienta que sirve de base para la especialidad de Salud Pública. A través de la integración del método científico (Proceso de Atención de Enfermería de Alfaro y modelo teórico de Orem), método epidemiológico y enfoque de riesgo; que da soporte al estudio.

Para ello se realizó en una primera fase un Diagnóstico Integral de Salud en la microregión La Palma I que pertenece a la Coordinación Municipal de Salud Hank González Jurisdicción Ecatepec, donde resulto como daño a la salud más importante *mortalidad perinatal* con una tasa de 4.7 de cada 100.

característica que se presenta en las poblaciones marginadas del país tanto rural como urbana teniendo como grupos de ataque a los más vulnerables que son mujeres y niños.

En la investigación focalizada hacia las limitaciones de autocuidado vinculadas al daño detectado con la teoría de Orem, se encontró el déficit de autocuidado en las mujeres en edad reproductiva.

Los resultados se hacen evidentes en las restricciones del conocimiento, que marca la pauta para el uso de la metodología que contiene el soporte teórico de las operaciones tecnológico-profesionales de la enfermera en Salud Pública y de la aplicación del modelo de Dorothea Orem, aplicando el proceso enfermero en las unidades multipersonales de estudio que permite establecer un diagnóstico de enfermería y sustenta la intervención en la población de mujeres en edad reproductiva.

Esta intervención se integra con tres estrategias vinculadas: 1ª. Capacitación a los Recursos Humanos de Salud y Educación para la Salud a la Población; 2ª. Promoción y Sensibilización a la Población; 3ª. Detección Oportuna.

Se describe brevemente las dos últimas estrategias; sin embargo la primera estrategia (Capacitación a los Recursos Humanos de Salud) se describe detalladamente debido a que es el tema central de este estudio de caso, la ejecución y la evaluación del proceso se presentan en el apartado de resultados que incluye el análisis del caso, las conclusiones se han elaborado en función de los objetivos y las sugerencias son consideraciones que pueden apoyar trabajos posteriores. Finalmente se presentan los anexos que incluyen croquis, instrumentos, cuadros y gráficas.

I OBJETIVOS

GENERAL

Fortalecer la agencia de cuidado en el personal de salud responsable de la microregión “La Palma I” para que sean capaces de ejecutar intervenciones orientadas hacia el autocuidado de las mujeres en edad reproductiva.

ESPECÍFICOS

Fortalecer e incrementar la agencia de autocuidado de las mujeres en edad reproductiva de la microregión La Palma I a través de la promoción y educación para la salud para incidir en los factores que predisponen a mortalidad perinatal.

Sensibilizar a las mujeres en edad reproductiva de la microregión “La Palma I”, sobre el autocuidado para los factores que influyen en la mortalidad perinatal.

Realizar un Diagnóstico de Salud Integral Comunitario a fin de identificar población vulnerable.

Valorar limitaciones para el autocuidado en población vulnerable y estructurar Diagnostico de Enfermería.

Planear, Ejecutar y Evaluar la intervención de Enfermería de Apoyo educativo

II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ANTECEDENTES

Hasta los años 70's la Organización Mundial de la Salud (OMS) hablaba de la salud como un derecho, posteriormente este concepto evoluciono y se plantea como un deber de cada ciudadano sustentado en el autocuidado, específicamente en 1978 durante la conferencia de Alma ata la OMS declara su política de "salud para todos en el año 2000" ¹, como meta y un reto para los países miembros.

En 1990, Milton Terris define a la **Salud Pública**; **"la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental"** mediante el esfuerzo organizado de la comunidad a través de:

- * Saneamiento básico del medio ambiente
- * Educación para la Salud
- * Control de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, y limite del daño
- * Organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud
- * Esfuerzo organizado de la comunidad (RSO) ²

Para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a "la salud y la longevidad" En este sentido **la Salud—enfermedad** esta constituido por un binomio inseparable y entendido como un proceso dialéctico de equilibrio histórico y socialmente determinado

¹ Blanco Restrepo J. Editores. Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín, Colombia. 1997 cap. 3.

² Boletín ESC. de Medicina, P/Universidad Católica de Chile 1999; 23:3-5 editorial los Desafios de la Salud Pública, Dr. Giaconi Gandolfo Juan. Prof. Adjunto, Departamento de Salud Pública.

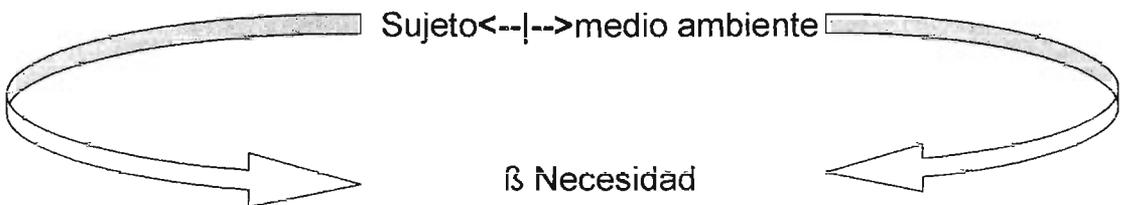
En síntesis la salud–enfermedad, es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto. Entendiéndose como su relación con factores genéticos, sociales, del medio ambiente, de la educación y el estilo de vida de las personas.

Tomando en cuenta este concepto el estado de salud de la población estará en relación con las estructuras socioeconómicas de la sociedad, el sistema de producción–consumo y el nivel y los estilos de vida de las clases sociales. Sin embargo **la Salud Pública** nos proporciona estrategias que permiten elevar la calidad de vida en los individuos siendo tarea fundamental identificar necesidades de salud para la organización de servicios integrales capaces de lograr las metas de salud propuestas.

2.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.2.1 PROCESO SALUD –ENFERMEDAD

Visión Funcional Dinámica Adaptativa



La salud como conflicto; surge del intercambio dinámico del hombre con su medio, así aparece el óptimo vital de salud. Los patrones de salud y enfermedad cambian se da la **Transición Epidemiológica** caracterizada por cuatro procesos fundamentales en la población: 1. Mortalidad y dinámica poblacional, 2. Cambios en los patrones de la enfermedad. 3. Mujeres con mayor esperanza de vida, 4. Cambios en el estilo de vida de una sociedad de consumo.³

2.2.2 RIESGO

“Es una característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido”.⁴

Los factores de riesgo pueden, por lo tanto, ser causa e indicadores, pero su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen, son los que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente y se clasifican en:

- * **RIESGO ABSOLUTO.**- Incidencia del daño en la población; mide el total del daño ocurrido, sin asociar un factor de riesgo.
- * **RIESGO RELATIVO.**- Frecuencia con que ocurre un daño e identifica factores determinantes de la enfermedad.
- * **RIESGO ATRIBUIBLE.**- Mide el impacto de la disminución del daño, cuando se elimina el factor de riesgo.

³ Frenk Julio. “La dinámica de la Salud” en la Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública. México, 1993, SEP. Fondo de Cultura Económica. P. 70-78.

⁴ Moreno. Alejandra. Et al. Principales medidas en epidemiología. Rev. Salud Pública de México, vol. 42. No. 4, julio--agosto de 2000.

En México se presenta una dualidad de circunstancias; por un lado la disminución de la mortalidad materna e infantil relacionada con la distribución geográfica—económica y por otro el aumento de la misma, relacionado con el acelerado y desordenado crecimiento de zonas marginadas, generando altos niveles de pobreza como un factor directo que constituye a enfermar o morir, ciclo económico de la enfermedad: **ignorancia–pobreza=enfermedad**, se inicia desde la gestación, siendo las afecciones perinatales una de las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México que ocupa el 1° lugar con un 7.7% (1998) ⁵

La Mortalidad Perinatal es definida como: **“Las defunciones ocurridas desde la semana 28 de gestación hasta los 7 días de vida extrauterina”**. ⁶ La mortalidad perinatal es uno de los indicadores más importantes de desigualdad social y de inequidad de género en nuestro país que afecta a las poblaciones con mayor rezago socioeconómico.

El riesgo de mortalidad perinatal varía según el lugar donde se produce el nacimiento, en los últimos 30 años se ha observado un descenso muy marcado en los países desarrollados, hecho que se atribuye al desarrollo tecnológico y al mejoramiento de los cuidados neonatales. ⁷

Y dado que son 40 mil niños que fallecen antes del año de edad y cerca del 50% sucede en el periodo perinatal. ⁸ el uso de programas relativos a mejorar la salud reproductiva de la mujer y del niño desde su gestación hasta los 24

⁵ Programa Nacional de Salud 2001-2006, I En donde estamos. P. 34.

⁶ Beischer Mackay. Colditz, Obstetricia y Ginecología, MacGraw-Hill interamericana 2000, 3ª edición. P154.

⁷ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Arranque parejo en la vida. p 90.

⁸ Ibidem. P 34

meses resultan de gran importancia ya que es en este periodo en donde puede romperse éste círculo.

Para este efecto en el Plan Nacional de Salud 2001-2006 se plantea la estrategia N°. 2 que propone reducir rezagos en salud que afectan a los pobres, es decir los daños evitables, con la línea de acción que garantiza un “arranque parejo en la vida, ya que es indispensable garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños”,⁹

Para el logro de estas metas la Salud Pública nos proporciona estrategias de acción como la **Promoción a la salud**, cuyo objetivo es elevar la calidad de vida de la población mediante acciones dirigidas a sistemas múltiples y a procesos socio—políticos que influyan en la calidad de vida de comunidades de tal modo que alcancen la equidad.

A través de información, educación y comunicación para la salud, la promoción de la salud genera condiciones para que individuos y grupos humanos se desarrollen en la toma de decisiones positivas para su salud y bienestar colectivo, detectando con oportunidad signos y síntomas de alarma.

Las afecciones del periodo perinatal ocupan el 7° lugar dentro de la estadística de Mortalidad General en México, con un 2.3%¹⁰ mientras que en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec ocupa el 5° lugar con un 3.14%. Datos que son de llamar la atención y por su magnitud constituyen un problema de salud pública.

⁹ Programa Nacional de Salud 2001-2006, Arranque parejo en la vida. p 90.

¹⁰ Ibidem. P 34

Desde tiempos inmemoriales, existen numerosas representaciones prehispánicas de deidades que se refieren a la reproducción como *Ixchel* en la cultura maya gran diosa madre, las mujeres para sus partos, acudían a las hechiceras para que les pusiera el ídolo de la diosa debajo del lecho donde iban a dar a luz, ya que se le consideraba como la diosa de hacer criaturas, (Diego de Landa, 1959-58).

La atención del parto se daba a través de ancianas llamadas; comadronas o hechiceras que actuaban empíricamente causando a veces la muerte de la madre o el hijo o de ambos, sin responsabilidad alguna para quien atendía el parto, ya que se consideraba como una enfermedad y como tal cabría la muerte.

Aunque en la actualidad el embarazo es considerado un estado fisiológico, existen factores que ponen en riesgo la vida de la madre y del hijo, se clasifica según el momento del proceso reproductivo en que se presentan sus principales causas se relacionan con factores sociales, económicos, culturales, étnicos y de edad entre otros, causando complicaciones:

De origen materno y fetal, factores ovulares, exposición a teratógenos, hipertensión ("toxemia"), Aborto, parto prolongado, entre otros, las mujeres fallecen por infección (generalmente derivada de una atención del parto no higiénica) o por hemorragia.

Estudios relacionados.- Después de una revisión bibliográfica se encontraron investigaciones relacionadas con Mortalidad Perinatal se documentan algunos de los más recientes:

- * Trastornos hipertensivos del embarazo, asociados a mortalidad perinatal, es un estudio de casos y controles. En donde se demuestra el efecto de los medicamentos antihipertensivos en el neonato relacionado con la Mortalidad Perinatal, esta basado en la evidencia y propone medidas preventivas. ¹¹

- * Valoración del bienestar fetal mediante el perfil flujométrico Doppler modificado. Se trata de un estudio transversal observacional comparativo, el estudio concluye que en las embarazadas de 38 a 42 semanas con factor de riesgo asociado a enfermedades crónico—degenerativas e isoimmunización por Rh, es de gran importancia esta prueba diagnóstica para prevenir complicaciones con respecto a la Mortalidad Perinatal. Basado en evidencias. ¹²

- * Hipertensión gestacional, morbi-mortalidad materna y perinatal. Es un estudio longitudinal retrospectivo, observacional, descriptivo en embarazadas con hipertensión del embarazo: Se comprobó la relación de hipertensión gestacional con recién nacido pretérmino, bajo peso al nacer y óbito. ¹³

- * Factor de necrosis tumoral—alfa e interleucina-1 beta en el comportamiento intravascular materno, fetal y retroplacentario como factor de riesgo. Se trata de un estudio transversal analítico en mujeres embarazadas sin

¹¹ Arango Fernando. Efectos Neonatales de los trastornos Hipertensivos del Embarazo. Instituto Nacional de Perinatología, Ginecología y Obstetricia de México. 2001. 158-168.

¹² Romero Gustavo y cols. Valoración del bienestar fetal mediante el perfil flujométrico Doppler modificado. Ginecología y Obstetricia, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. México 2000; 68:371-378.

¹³ Ruiz Julián y cols. Resultados perinatales en pacientes con Hipertensión arterial sistémica crónica. Instituto Nacional de Perinatología, Ginecología y Obstetricia de México. 2001; 69: 146-149.

complicaciones y se concluye que el producto puede participar activamente en el inicio del trabajo de parto utilizando el sistema inmunológico. ¹⁴

- * Epidemiología de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria en población rural del sur de Veracruz: se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en donde se evidencia la calidad de atención perinatal en el medio hospitalario como factor de riesgo para mortalidad perinatal. ¹⁵
- * Morbilidad y Mortalidad materno fetal en embarazadas de edad avanzada: se trata de un estudio comparativo de casos y controles en mujeres embarazadas > de 35 años y mujeres entre 20-29 años y se demostró que la edad avanzada se relaciona con ruptura prematura de membranas, malformaciones congénitas, óbito. ¹⁶
- * Maternidad sin riesgos; Estudio Transversal Descriptivo, el estudio concluye que la mortalidad materna y perinatal más que un problema de Salud Pública, son manifestaciones indirectas de inequidad y discriminación de la mujer. ¹⁷
- * Estadísticas de mortalidad relacionadas con la salud reproductiva México 1997. Señala la prevalencia de muerte por causa, por grupo de edad y por entidad federativa. ¹⁸

¹⁴ Hernández Guerrero y Col: Factor de necrosis tumoral-alfa e interleucina-1 beta en parto pretérmino. Ginecología y Obstetricia México 2000; 68: 105-112.

¹⁵ Vargas Arturo. Epidemiología de la mortalidad perinatal hospitalaria en población rural del sur de Veracruz. IMSS. Solidaridad Ginecología y Obstetricia, 2001; 84, 20-25 .

¹⁶ Romero Gustavo. Y cols. Morbilidad y mortalidad materno fetal en embarazadas de edad avanzada. Ginecología y Obstetricia, México. 1999; 67: 239-245.

¹⁷ UNICEF, México. Maternidad sin riesgos. UNICEF México, 2001.

¹⁸ Salud Pública de México, Estadística de mortalidad relacionada con la Salud Reproductiva. Salud Pública de México 1999; 138-146.

2.2.3 MÉTODO DE PRIORIZACIÓN POR HANLON

Se trabajo con el método *Hanlon*, tomando como población de estudio a las diferentes comunidades de la misma Jurisdicción, los criterios que se toman en cuenta para decidir prioridades de salud son;

- A) Magnitud del problema
- B) Severidad del problema
- C) Eficacia de la solución
- D) Factibilidad de la intervención

$$\text{INDICE DE HANLON} = (A + B) (C \times D)$$

A) Magnitud del problema.- Debe evidenciar la dimensión del problema, expresado como el número de sujetos afectados en relación con una población en riesgo durante un período de observación determinado. Para lo cual se usa la incidencia y prevalencia de las enfermedades derivadas de la morbilidad o de las causas de demanda en los diferentes servicios de salud, mostrando sus tasas como indicadores de la magnitud del daño.

B) Severidad del problema.- Éste componente tiene carácter cualitativo, pues debe tomarse en cuenta las tasas de mortalidad, morbilidad o de incapacidad, así como los costos asociados al problema, cada factor se valora con una escala de 0 a 10 dando el valor más alto a la situación más severa.

C) Eficacia de la solución o intervención.- En este componente se valora si los recursos y la capacidad técnica existentes pueden ser suficientes

para la solución del problema, por medio de una escala numérica de 0.5 a 1.5 de donde 0.5 = a menor eficacia y 1.5 = mayor eficacia.

D) Factibilidad del programa o intervención.- Está valoración corresponde a un grupo de factores no relacionados con la necesidad actual o con la eficacia pero que determinan si una actividad o un programa pueden ser aplicados. Se describen con las siglas PEARL

P = Pertinencia, ¿es oportuno aplicar el programa?

E = Factibilidad económica, ¿el costo es asequible?

A = Aceptabilidad, ¿cuál es la posibilidad de ser aceptado?

R = Disponibilidad de recursos, ¿se cuenta con los recursos?

L = Legalidad, ¿cuenta con el respaldo legal necesario?

Cada factor se valora con **sí o no** de donde **SÍ = 1 y NO = 0**.¹⁹ La importancia de éste método radica en su gran flexibilidad y que puede estimarse cada componente con datos objetivos o en función de las estimaciones del grupo de trabajo.

¹⁹ Pineault R. La Planificación Sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. Masson. Barcelona 1995, p237-242

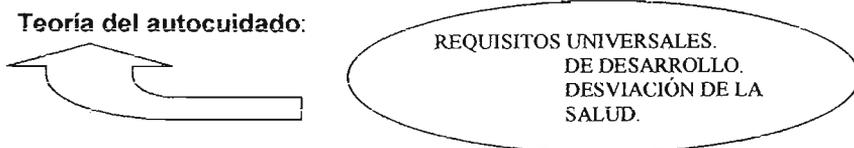
2.2.4 PARADIGMA

El modelo conceptual que se maneja en el presente estudio es: El modelo teórico de Dorothea Orem basado en su **Teoría del Déficit de Autocuidado**; Proceso de enfermería de Alfaro y proceso epidemiológico con enfoque de riesgo.

Entre esta multitud de teorías que surgieron en Europa y Estados Unidos, el modelo que logra tener una construcción propia es el **modelo teórico de Orem**, que permite la localización e identificación de fenómenos propios de enfermería; clasifica la intervención de la enfermera como: Operaciones interpersonales y sociales, operaciones tecnológico-profesionales: diagnósticas, prescriptivas, reguladoras y operaciones de cuidados de casos.

Éste modelo teórico proporciona una estructura y un lenguaje (taxonomía) para el diagnóstico de enfermería como proceso de clasificación, intenta unificar criterios y le da un sentido científico al quehacer de la enfermería.²⁰ El modelo Teórico de Orem y su Teoría General de Enfermería sobre el déficit de autocuidado contempla:

TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA



²⁰ Hernández Con esa J. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. Ed. MacGraw-Hill, interamericana. 1999. p. 59-61.

REQUISITOS UNIVERSALES

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. El mantenimiento de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos
5. El mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo
6. El mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción humana
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, y el deseo humano de ser normal

REQUISITOS DE DESARROLLO

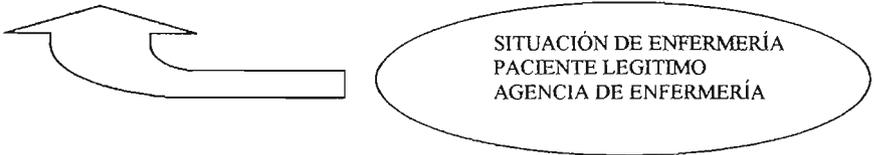
1. Crear y mantener las condiciones idóneas para la maduración de los procesos del desarrollo en las diferentes etapas de la vida.
2. Prevenir, proveer y resolver favorablemente los factores condicionantes que puedan afectar adversamente el desarrollo humano y la conservación de la vida.

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1. Buscar y asegurar ayuda médica cuando se presenten eventos patológicos y psicológicos.
2. Tener conciencia y prestar atención a los estados patológicos y efectos sobre el desarrollo
3. Realizar medidas de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación.
4. Tener conciencia de llevar a cabo los tratamientos médicos
5. Modificar la autoimagen para aceptarse a sí mismo.

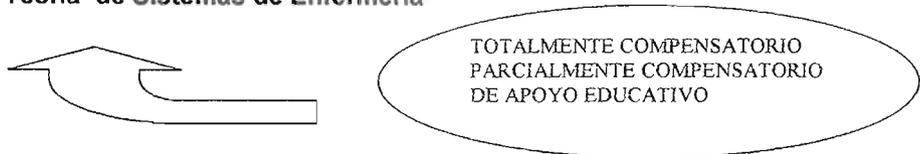
6. Aprender a vivir en las condiciones y estados patológicos así como las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Teoría del Déficit de Autocuidado



Especifica cuando se necesita el cuidado enfermero, proporciona el enfoque de déficit de autocuidado. "¿Qué necesita?" Lo que nos da la **OPORTUNIDAD** de intervenir a través de la *Teoría de Sistemas de Enfermería*.

Teoría de Sistemas de Enfermería



La importancia de este modelo teórico para la comunidad radica en la filosofía de autocuidado para el individuo, ya que establece que *el autocuidado es un acto voluntario e intencionado en donde las actividades que se desarrollan son para mantener la vida, la salud y promover el bienestar.*²¹

²¹ Orem, Dorothea. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la práctica, Ediciones Científicas y Técnicas, Masson. 1993. P. 140-159.

Es decir aquello que la persona necesita saber, que se requiere y que debe estar haciendo o haber hecho por ella misma para regular su propio funcionamiento y desarrollo, en este sentido la enfermera especialista en Salud Pública podrá hacer uso de esta teoría (OREM 1993) con enfoque de **riesgo y autocuidado** para fundamentar su intervención en la comunidad orientada a la prevención y promoción de la salud con base en las necesidades detectadas en la población de estudio.

- * **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**- *“El individuo no es capaz de hacer”*; por alguna razón relacionada con la salud que se encuentra alterada la enfermera se encarga de satisfacer los requisitos de autocuidado.

- * **Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.**- *“El individuo lo hace con ayuda”*; puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado pero necesita a la enfermera como apoyo para colaborar con su propio tratamiento.

- * **Sistema de enfermería de apoyo/educación.**- *“El individuo necesita a la enfermera como consultora y reguladora”*; necesita ayuda para la toma de decisiones, el control de la conducta o la adquisición de habilidades es decir, es capaz de hacerlo pero **necesita aprender**.

De esta manera si la población reconoce su déficit y se cuida, estará realizando acciones deliberadas y llevando a cabo acciones de beneficio a su salud cubriendo los requisitos de salud identificados para el control de factores de riesgo.

2.2.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El proceso de atención de enfermería se deriva del método científico ya que se concibe como un modelo ordenado de ideas y procesos que se rigen por reglas establecidas, con un fin determinado.

“Es el método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.”²² En el supuesto de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una buena calidad de vida y en su caso una muerte digna.

Cuando se hace uso de este método de atención es posible identificar funciones específicas para quienes lo aplican como: reducir la incertidumbre y la ansiedad, una toma de decisiones segura y confiada basada en el conocimiento, ayuda a la formación continua del personal, organiza los tiempos para cubrir los objetivos propuestos, ordena los recursos financieros, permite preparar las estrategias propuestas, Alfaro lo describe así:

“ Es un acto consciente, reflexivo y tangible.” Se divide en cinco etapas, VDPEE.²³

- * **Valoración.**- Recolección de datos (fuente primaria o secundaria).
- * **Diagnóstico.**- Análisis de datos para la identificación de problemas.
- * **Planificación.**- Diseño de estrategias de acción.
- * **Ejecución.**- Implementación del plan.
- * **Evaluación.**- Valoración y realimentación del plan ejecutado.

²² Hernández Conesa J. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. McGraw-Hill, Interamericana. Cap. 7 1999

²³ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería, Barcelona, Doyma ediciones, 1998, p.59.

2.2.6 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería es definido por Alfaro como: “ problemas de salud real o potencial de un individuo familia o grupo que la enfermera puede tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo “ ²⁴

El Diagnóstico de Enfermería es el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado, tal diagnóstico debe emitir juicios de enfermería sobre las personas y debe constituir una de las claves para establecer objetivos para la práctica eficaz de la intervención de enfermería sobre la situación existente.

Gordon identifica tres elementos básicos en todo diagnóstico de enfermería (problema, etiología y signos y síntomas) y sugiere el uso del formato PES que describe de la siguiente manera:

1. “Enuncie el problema (P)
2. Enuncie la etiología (E), utilizando la palabra “en relación a”
3. Enuncie los signos y síntomas (S), utilizando la palabra “manifestado por “ ²⁵

Al respecto Alfaro señala los enunciados y elementos a considerar para la elaboración de un diagnóstico de enfermería; “al analizar los datos es fundamental considerar los diagnósticos de enfermería reales, potenciales y posibles, pues todos ellos desempeñan un papel importante en la planificación de los cuidados integrales de enfermería. Cuando se identifica un diagnóstico

²⁴ ídem , p 63.

²⁵ Idem. p. 70.

real. Siempre debe emplearse un enunciado en tres partes: ("mediante", "con relación a" y "manifestado por") para confirmarlo" ²⁶

B. Taptich considera que el diagnóstico de enfermería establece el problema del Paciente mediante datos obtenidos y que éste puede ser atendido por la enfermera. Por otro lado los diagnósticos de enfermería emitidos por enfermeras profesionales describen problemas reales o posibles para la salud, que ellas por su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratarlos. ²⁷

En este trabajo se retoma la teoría de déficit de autocuidado porque refleja la realidad de los hombres, mujeres y niños, las propiedades específicas en cuanto a requisitos de autocuidado no satisfecho, señala los elementos y características de situaciones concretas de la práctica de autocuidado inherentes a la práctica de enfermería.

El diseño permite que la enfermera de manera creativa, ordenada y armónica construya patrones para la práctica y el logro de resultados de enfermería. "La enfermera establece los patrones, límites y especificaciones dentro de los cuales proceden a superar o compensar las limitaciones de acción de sus pacientes, para conocer y cubrir su demanda de autocuidado, protegen y regulan el ejercicio de las capacidades del paciente para ocuparse de su autocuidado" ²⁸

²⁶ *Ídem*, p. 74.

²⁷ Barbara Taptich. Diagnósticos de Enfermería y Planeación de Cuidados. Ed. Interamericana 1992. P. 10.

²⁸ Orem, Dorothea. Modelo de Orem, conceptos de enfermería en la práctica, Barcelona, 1993, p. 112

2.2.7 RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA (R.S.O.)

Es la manera como la sociedad da respuesta a las necesidades manifestadas dentro de una comunidad.

OBSTÁCULOS :

Inseguridad.- La cobertura solo cubre a parte de la población.

Ineficiencia,- La baja productividad de los servicios con relación a las necesidades.

Insuficiencia.- Recursos materiales incompletos.

Inflación.- en el P.I.B. causa gastos catastróficos en salud.

VARIABLES DE LA R.S.O.

Disponibilidad y cobertura

Accesibilidad de los servicios (geográfica, económica, cultural y de información).

Productividad:

- * Uso (Actividad por unidades de población)
- * Utilización (actividad por unidad de recursos disponibles por número de recurso humano)



2.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las normas generales para la realización de investigaciones biomédicas se encuentran en la declaración de **Helsinki**²⁹ y en otros documentos que han sido publicados en el ámbito internacional. Los participantes en los estudios tienen el derecho de estar informados y dar su consentimiento libremente y por escrito, conservando su derecho a retirarse de la investigación en el momento que lo juzguen conveniente.

Los investigadores deben respetar la intimidad y la confidencialidad personal de los participantes, tienen la obligación de informar a las autoridades de su trabajo y objetivos del mismo, transmitirán los resultados y el significado de sus estudios a la comunidad de estudio. Las propuestas de estudios epidemiológicos deben ser examinadas por comités de ética previamente establecidos.

En relación con los resultados, las investigaciones se reservan el derecho de publicación de datos de identificación de todas aquellas mujeres detectadas con **MORTALIDAD PERINATAL**. La investigación no implica riesgos para la población en estudio dado que emplea técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que llevará a las investigadoras a determinar el déficit de autocuidado.

Lo anterior se sustenta en la Ley General de Salud, la cual establece en materia de investigación para la salud lo siguiente:

ART. 28 La investigación referida a la salud humana en comunidades será admisible cuando el beneficio esperado para ésta sea razonablemente

²⁹ Beaglehole R. Et. Al. Epidemiología básica. Organización Panamericana de la Salud, 1999. p56-57.

asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART. 29 En la investigación en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse.
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad.

ART. 30 Cuando los individuos que conforman una comunidad no tenga la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no, que el escrito de consentimiento

informado de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad.

En caso de no autorizarse por la comisión la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier momento del estudio.³⁰

³⁰ Polaino, Lorente A. Manual de Bioética General. Ed. Rialp, Madrid. 1995. p 336.

III METODOLOGÍA

3.1 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO

Para determinar el problema de investigación y la población de estudio se realizó un taller operativo en donde se reunió a los expertos en las diferentes áreas de Salud Pública pertenecientes a los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, se realizó una revisión sobre tasas recientes de mortalidad y morbilidad a las diferentes comunidades.

El taller se trabajó utilizando el método de priorización Hanlon, para identificar las prioridades de investigación así como riesgos y daños, y someterlos a una valoración, medición y comparación, tomándose en cuenta los criterios para este método que permite decidir prioridades de salud:

- A) Magnitud del problema**
- B) Severidad del problema**
- C) Eficacia de la solución**
- D) Factibilidad de la intervención**

Se tomaron en cuenta diez de las veinte principales causas de mortalidad general de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, según su severidad y factibilidad de intervención:

1. Enfermedades del Hígado
2. Agresiones y homicidios
3. Accidentes
4. SIDA
5. Enfermedad pulmonar obstructiva
6. Síndrome de dependencia del alcohol
7. Suicidios
8. Enfermedades infecciosas intestinales
9. Enfermedades del embarazo parto y puerperio
10. Tuberculosis pulmonar

De las comunidades revisadas se encontró que en la Palma I, perteneciente a la Coordinación Municipal de Salud Hank González. (COMUSA) Municipio de Ecatepec Estado de México se registran altas tasas de mortalidad perinatal. Los resultados del procedimiento de priorización giraron en torno a las enfermedades del embarazo, parto y puerperio con una tasa de 4.7, y dentro de estas la mortalidad perinatal obtuvo el primer lugar. (Anexo 1).

RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO DE PRIORIZARON POR EL MÉTODO DE HANLON, 11 ENERO 2002

PADECIMIENTO	PRIORIDAD
Enfermedades del hígado	5
Lesiones por homicidio	9
Accidentes	6
SIDA	7
EPOC	8
Alcoholismo	4
Suicidios	10
Enfermedades intestinales	2
Embarazo, parto y puerperio	1
Tuberculosis pulmonar	3

Fuente: taller operativo 2001-2002, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México. Enero 2002.

En respuesta a este problema de salud se realizan acciones dirigidas a encontrar las causas que están propiciando la presencia de este fenómeno.

3.2 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD

La valoración es la primera etapa del proceso enfermero del resultado se derivan las bases para la toma de decisiones y actividades a realizar con la información recabada. Esta etapa esta dividida en dos fases: valoración extensa y valoración focalizada que dan plena validez a la intervención de enfermería.

Se elaboró un protocolo de investigación para diagnóstico de salud comunitaria, Con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las condiciones socio—demográficas y epidemiológicas que influyen en el proceso Salud—enfermedad de la microregión La Palma I perteneciente al Centro de salud Hank González, de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec?

Características del estudio realizado:

Transversal.- porque se mide la presencia de una enfermedad, la exposición y su efecto que corresponden al mismo momento.

Observacional.- es el estudio epidemiológico en situaciones en las que se permite que la naturaleza siga su curso.

Descriptivo.- Estudio diseñado para describir el estado de salud de una comunidad, basado en los datos disponibles u obtenidos de encuestas específicas.

Universo de trabajo.- Todas las familias que se encuentren radicando en la microregión La Palma 1 determinada por el Taller operativo del protocolo y por ajuste de tasas, que se realizó en la COMUSA Hank González.

METODOLOGÍA

Variables.- Característica observable y medible que puede tener diferentes valores y que representa los conceptos a estudio en la investigación (él termino medición hace referencia al procedimiento de atribuir valores cualitativos o cuantitativos a características de objetos, personas o hechos) ³¹

Se contemplaron las siguientes variables:

Demográficas: Origen, tiempo de residencia, edad, genero, estado civil, escolaridad.

Factores condicionantes: Alimentación, vivienda, religión, aparatos electrodomésticos, características generales de la vivienda y servicios públicos con que cuentan.

Daños a la Salud: Morbilidad, mortalidad y discapacidad.

Respuesta Social Organizada: Escuelas, organizaciones civiles, accesibilidad geográfica, económica, cultural, seguridad social, disponibilidad, coberturas, productividad de los servicios, (uso, utilización).

Método

Entrevista.

³¹ Bonita. Ruth. Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. 1994. P 34.

Procedimiento

Interrogatorio, registro de datos

Técnica

Sondeo dirigido

Instrumento

Cédula de captación de datos por familia, con un total de 73 ítems, en donde a cada uno se le asignó una ponderación obteniéndose así los datos de fuente primaria. **(Anexo2)**

Proceso de captura

Microsoft Excel

El procesamiento de datos se realizó a través de la verificación, edición y clasificación por riesgo, integración de tarjetero de visita familiar, captura de datos, elaboración de gráficos y priorización de problemas.

3.2.1 VALORACIÓN EXTENSA (Resultados)

La Palma I se localiza en una zona cerril, ubicada al Oeste de Ecatepec con límites:

- ❖ La norte Tulpetlac
- ❖ Al Este la autopista México-Pachuca
- ❖ Al Sur la colonia Buenavista
- ❖ Al Oeste la Palma II

La microregión se fundo según los lugareños en 1980 más o menos. Los primeros colonos proceden de las zonas marginadas del D.F, con asentamientos en la falda del cerro. Algunos como premio por participar en campañas políticas, otros por compra a bajo precio. Por sus características geográficas es una zona de alto riesgo, sin embargo es una comunidad densamente poblada debido a su cercanía con el Distrito Federal y con la zona industrial del Estado de México. (Anexo 3)

La población proviene de las zonas marginadas del D.F. y de los estados del interior de la República como: Puebla, Hidalgo, Veracruz, Guerrero y Chiapas principalmente. Por lo tanto es una comunidad de tipo suburbana concentrada.

Para obtener los datos se aplicó una cédula por familia que se calificó según los criterios para la tarjeta de visita familiar CVF- bajo el siguiente esquema:

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

No.	Criterio de riesgo	Calificación
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil (15 a 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 vivienda deficiente	7
	TOTAL	100

De acuerdo con estos criterios se calificó a cada familia para obtener el puntaje y ubicarla en el nivel de riesgo correspondiente al grado de daño que presenta cada familia. La clasificación por riesgo familiar refleja el nivel de salud en que se encuentra la comunidad "La Palma 1" (**Anexo 4**). Se mide con una escala de mayor a menor, en donde a mayor puntaje el riesgo es más alto o riesgo 1:

CLASIFICACIÓN POR RIESGO

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

DEMOGRAFÍA

Esta conformada por trece sectores con 2 a 8 manzanas cada uno. La población real captada fue de 4307 habitantes, los cuales 2224 corresponden al número total de mujeres, con un 52% mientras que la población masculina suma 2083 con un 48%, (**Anexo 5**). El promedio de integrantes por familia es de 3.7 personas. El fenómeno migratorio se presenta bien definido, con una composición étnica de 46.82% que proviene del área metropolitana y 45.24% que proviene de los estados de la República y que llegan en busca de oportunidades para elevar su nivel de vida.

La base de la *pirámide poblacional* esta representada por el grupo etareo < de un año con 106, en un 2.46% mientras que al grupo etareo de 15 a 19 años corresponde el 12.37% con 533. Esto nos habla de una población en proceso de envejecimiento y significa que en 20 años la población menor de una año no podrá sostener económicamente a la población de 15 a 19 años quienes requerirán de servicios de salud especializados y de alto costo teniendo en cuenta que la esperanza de vida es de 73 años en hombres y 77 años en mujeres. El rango de edad de 12 a 49 años representa el 32% con 1405 mujeres en edad reproductiva. (**Anexo 6**).

En escolaridad, el 5.86% de la población mayor de 15 años es analfabeta, el 41.99% cuenta con primaria terminada y solamente el 2.05% cuenta con nivel licenciatura, esta disparidad habla de la pobreza y la ignorancia en que se encuentran y explica el alto riesgo de salud de esta población.

El ingreso familiar es de 2 a 3 salarios mínimos en el 47.7%, lo que representa un ingreso per cápita de 23 pesos con 7 centavos por integrante, esta suma no justifica el gasto de un ser humano en sus cuatro ámbitos 4 ámbitos principales

(alimentación, vivienda, salud y educación). Y si consideramos que el 53% no cuenta con seguridad social, el factor de riesgo para la salud y la calidad de vida se potencializa. **(Anexo 7)**

FACTORES CONDICIONANTES

Las viviendas tienen un promedio de 2 a 3 habitaciones, la mayoría de las construcciones están en obra negra. En cuestión de servicios no cuentan con sistema de drenaje y el 90% de las calles es de terracería; existe erosión del suelo por los escurrimientos de aguas negras, el 94% cuenta con agua entubada, sin embargo el 100% cuenta con alumbrado público, la recolección de basura es deficiente, hay desechos y fauna nociva en las calles y en algunas viviendas.

En alimentación refieren hacer tres comida al día deficientes, desayuno; café y pan o guisado del día anterior. Comida; sopa de pasta, guisado, y tortillas a veces fruta. Cena café, pan o sobrantes de la comida, el 58.41% refiere ingerir agua de garrafón por las sales que contiene el agua entubada.

La religión católica predomina con un 80% lo que garantiza una cohesión en la población y representa un factor protector para la salud. **(Anexo 8)**

DAÑOS A LA SALUD

MORBILIDAD

Las infecciones de vías respiratorias altas se ubicaron en primer lugar con 12.4%, con predominio en el grupo etareo de 0 a 14 años. Hipertensión Arterial en segundo lugar con 8.4% y Diabetes Mellitus con 5.2% en tercer lugar.

MORTALIDAD

Se encontró que la mortalidad perinatal ocupa el primer lugar con 4.7 de cada cien nacimientos, el segundo lugar lo ocupa el infarto al miocardio con una tasa de 1.6 en el grupo de edad 60 a 64 años y en tercer lugar los accidentes con una tasa de 0.67 en el grupo etareo de 30 a 34 años (**Anexo 9**). De acuerdo a la clasificación de riesgo familiar el 76.1% de las familias se encuentra en un riesgo de 1 y 3.

De acuerdo a los datos presentados se observa a una comunidad en plena transición epidemiológica en donde se encuentran enfermedades infecciosas propias de la pobreza y al mismo tiempo enfermedades crónico—degenerativas propias de países desarrollados.

RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

La microregión "La Palma 1" cuenta con atención de primer nivel en el Centro de Salud Urbano Hank González, su accesibilidad en isocronos es de aproximadamente 30 minutos, para atención de segundo nivel cuenta con el Hospital José María Rodríguez con accesibilidad de 90 minutos aproximadamente.

Están organizados con escuelas: preprimaria, primaria y secundaria, dos agrupaciones de alcohólicos anónimos, un modulo de vigilancia, dos farmacias, una planta abastecedora de agua, un mercado municipal, un modulo deportivo y una lechería LICONSA. Además cuenta con transporte pero el acceso es difícil por la composición geográfica.

En seguridad social tiene una cobertura del 47% distribuida con un 32.8% en el IMSS, 2.44% en ISEMYM, esto nos da un 53% de población desprotegida.

(Anexo 10)

Disponen de un dispensario médico, una partera habilitada por el Centro de Salud, un comité de salud y dos líderes comunitarios.

De 1405 mujeres en edad reproductiva se detectaron 41 embarazadas que refieren llevar control prenatal. **(Anexo 11)**

Sin embargo el 39% no cuenta con esquema de vacunación de toxoide tetánico completo representando un factor de riesgo para esta población, el 64% no utiliza método de planificación familiar, con un aumento del riesgo de embarazo, del 36% que planifica, el 44% utiliza el DIU, el 30% el método definitivo, el 12% método inyectable, el 9% métodos orales y el 4% preservativo. **(Anexo 12)**

De los 515 menores de 5 años el 72% tiene esquema de vacunación completo, y el 28% esquema de vacunación incompleto, el 86% no cuentan con aplicación de flúor.

La población canina es de 1127, se encuentran dentro del 48.9% de las familias de la microregión y el 67.5% no cuenta con vacunación antirrábica.

De los datos encontrados en la valoración extensa se identificaron problemas que fueron priorizados por el método de Hanlon, resultando como primer problema a investigar las altas tasas de mortalidad perinatal (4.7 x 100 Hb. por año) afectando al grupo etareo < de 1 año. **(Anexo 13)**

Del análisis de datos se desprende el siguiente **Diagnóstico integral de Salud**:

DAÑOS A LA SALUD EVIDENCIADO POR LA ELEVADA MORTALIDAD PERINATAL REPRESENTADO POR UNA TASA DE 4.7 DE CADA 1000 MENORES DE UN AÑO, CUYOS FACTORES CAUSALES SE DESCONOCEN PERO QUE REPERCUTEN EN LA PIRÁMIDE POBLACIONAL Y AFECTAN LA DINÁMICA FAMILIAR, DETERIORANDO LA SALUD DE LAS MEFRES QUE REPRESENTAN EL 45.18 % DE LA POBLACIÓN FEMENINA

3.3 PROCESO DE ENFERMERÍA

3.3.1 VALORACIÓN FOCALIZADA

Al analizar los resultados del Diagnóstico Integral de Salud de "La Palma 1", se identifico como grupo vulnerable a la población femenina en edad reproductiva. Posteriormente se realiza una valoración focalizada sustentada en la teoría de Dorotea Orem, que se desarrolla a partir del concepto del autocuidado, entendido como las operaciones que un individuo puede y realiza a su favor o a favor de otros para cuidar de sí mismo y/o de otros, para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, que se denomina **agencia de autocuidado**.

Orem contempla el autocuidado como la totalidad de un individuo, incluyendo a las necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

Para la FOCALIZACIÓN de los factores relacionados con el Déficit de autocuidado se consideraron los Requisitos universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud, por lo que se llevó a cabo una metodología que sustentara teóricamente las actividades de enfermería en salud pública así como las limitaciones; a) del orden del conocimiento, b) para formar juicios y toma de decisiones, c) para el curso de acción y logro de resultados para obtener el nivel de déficit de autocuidado.

Se elaboro una cédula de evaluación por escala de Likert, para medir variables de actitud con un total de 58 ítems (**Anexo 14**) dirigido a las unidades de estudio cuyos criterios de inclusión fueron mujeres con rango de edad de 12 a 49 años que residían en el área, que acepten y decidan voluntariamente participar.

El instrumento se elaboró de acuerdo a los indicadores estándar de cuidados idóneos durante el proceso de embarazo, parto y puerperio y de cuidados al recién nacido. Cada ítem fue planteado para cuestionar el conocimiento de las mujeres intencionalmente y así detectar las limitaciones de autocuidado, la variable dependiente es el autocuidado. **(Anexo 14-A)**

Se realizó un cálculo de la muestra por la fórmula de población finita con una muestra de 40 mujeres que se seleccionaron por muestreo probabilístico aleatorio simple a través del tarjetero familiar, agregándose los cinco casos de mortalidad perinatal. **(Anexo 15)**

El estudio se aborda desde la metodología para estudios de cohorte en este caso observacional, analítico y retrospectivo.

Los estudios de cohorte permiten un seguimiento en el tiempo y pueden ser prospectivos o retrospectivos.³²

Observacional; el investigador no interviene, permite que la naturaleza siga su curso, mide la relación causa—efecto.³³

Analítico; analiza las variables relacionadas con el estado de salud en forma integral, busca la aproximación a la inferencia causal.³⁴

Retrospectivo; el investigador busca hechos en el pasado.³⁵

El instrumento de valoración fue piloteado previamente en La Palma 2 ya que es un territorio con características similares a la población de interés. La prueba piloto es esencial para identificar las preguntas que no se entienden, o que provocan inquietud al contestarlas, el orden de las preguntas y el tiempo de la encuesta.³⁶

³² Rebagliato.M. Metodología de Investigación en Epidemiología. Ed. Diaz Santos. 1996. p.62-63

³³ *Ibidem.* p. 51.

³⁴ *ibidem.* p 56-57.

³⁵ Hernández Samieri R. Metodología de la Investigación. Ed. McGraw-Hill. 2001. p186.

³⁶ Rebagliato.M. Metodología de Investigación en Epidemiología. Ed. Diaz Santos. 1996. p132.

A través de la cédula se trato de detectar los requisitos de Autocuidado Universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud, ya que se consideraron los factores de riesgo en Salud Reproductiva como predisponentes a la Muerte Perinatal.

Para dar validez y confiabilidad al instrumento, fue aplicado por las nueve alumnas integrantes del grupo de posgrado a las mujeres seleccionadas en forma especifica a través de la muestra. Los datos fueron procesados por paquetería de Excel.

El análisis de los datos mostró que las mujeres que han experimentado la muerte de un hijo al nacer tiene 24 veces más probabilidad de incidencia en la muerte perinatal, debido a que no están satisfechos los requisitos de autocuidado indispensables para prevenir eventos que expongan la vida el bienestar humano, debido a la falta de conocimientos necesarios para llevar a cabo cuidados especiales de destreza adecuados para disminuir factores de riesgo reproductivo.

Las mujeres que expresaron tener sólo idea de los que es el aborto se encuentran con 18.6 veces más probabilidad de experimentar un evento de mortalidad principalmente por no prever el peligro para la vida y el funcionamiento de su organismo; por no haber identificado cambios funcionales durante la etapa del embarazo, parto y puerperio.

La mujer de 40-44 años, que ha utilizado el mismo método anticonceptivo por más de 7 meses y la mujer con Diabetes Mellitus, e hipertensión arterial tiene 11.6 veces más probabilidad de unirse a este fenómeno, en igual circunstancia se encuentran mujeres que no recibieron atención durante el embarazo y que termino en aborto, así como a las que se les dificulto el acceso y la disponibilidad a los servicios de salud, principalmente por falta de sistemas de

apoyo necesarios para atender a los individuos cuando el autocuidado es prolongado y de alta especialidad.

Y por no favorecer la creación de condiciones idóneas durante el proceso de embarazo y nacimiento para vigilar factores internos y externos existentes y cambiantes.

Las mujeres que han tenido un número de embarazos mayor de 7, tienen 17 veces más probabilidad de mortalidad perinatal, debido a la falta de interés y conocimientos para satisfacer los requisitos de autocuidado.

En cuanto a las mujeres que iniciaron su menarca antes de los 10 años, y quienes respondieron tener dos cesáreas o un solo parto, y las embarazadas que han sufrido agresiones físicas o cursaron con diabetes mellitus durante el embarazo se ubicaron en 5.6 veces más de agregarse a la incidencia de mortalidad perinatal por no tener claridad en los cuidados que debe tener durante y después del embarazo especialmente por falta de conocimientos y destrezas para presentar el desarrollo de hábitos de autocuidado.

Otro grupo vulnerable lo conforman las mujeres que no han iniciado vida sexual o han utilizado el método de planificación familiar definitivo tienen 4.6 veces más de caer en la mortalidad perinatal, por manifestar poco interés en adquirir conocimientos y habilidades en los cuidados de la etapa del embarazo y puerperio.

Las mujeres que no recibieron información sobre los cuidados en el puerperio se encuentran en 3.8 más veces la probabilidad de enfrentar mortalidad perinatal principalmente por déficit de autocuidado para prevenir el peligro hacia la vida y funcionamiento. **(Anexo 15-A)**

En conclusión: se encontró que los requisitos que más frecuentemente están insatisfechos en las mujeres en edad reproductiva giran alrededor de los requisitos universales del grupo 7 y de desarrollo del grupo 2, en cuanto a las limitaciones; se presentó en mayor grado las de conocimiento, con base a estas conclusiones se establece el siguiente diagnóstico.

3.3.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería se formuló a través del formato PES y se sustentó en la teoría de la Dra. Dorothea Orem. Al valorar el déficit de autocuidado en mujeres en edad reproductiva se llevó a cabo una ponderación en los Requisitos universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud, mediante la aplicación de un instrumento de valoración de enfermería cuyos resultados nos llevaron a emitir el siguiente diagnóstico:

Las mujeres en edad reproductiva de la microregión La Palma I, de la COMUSA Hank González de la Jurisdicción Sanitaria No. 17 de Ecatepec, Estado de México, presentan déficit de autocuidado para satisfacer los requisitos Universales, de Desarrollo y de Desviación de la salud, observándose las limitaciones más altas en las del conocimiento, seguidas por la restricción de juicio y toma de decisiones, relacionado con la existencia de influencias restrictivas en las limitaciones a) del orden del conocimiento b) para formar juicios y toma de decisiones, manifestado por las altas tasas de mortalidad perinatal.

DIAGNÓSTICO FOCALIZADO

En la microregión La Palma I de la COMUSA Hank González, Ecatepec se presenta una ELEVADA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL en relación a la limitada visión de su responsabilidad como agentes de cuidado del personal de salud, manifestado por desconocimiento específico sobre causas y factores relacionados a mortalidad perinatal.

3.3.3 PLAN DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

La elaboración de estrategias orientadas a reducir el problema identificado en el diagnóstico de enfermería, se basa en la Factibilidad para poner en práctica tres propuestas de intervención interrelacionadas con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad perinatal.



Las poblaciones desfavorecidas tienen menor oportunidad para la atención a la salud, existen zonas marginadas, como es el caso de la Micro región la Palma I lugar de estudio, misma que se encuentra en transición epidemiológica.

Antes de poner en marcha las actividades reguladoras de tratamiento, contemplamos los desafíos a los que se enfrentaría el grupo; obstáculos esperados en una comunidad renuente, y con un déficit de auto cuidado en los requerimientos del cuidado para la salud reproductiva principalmente.

En este proyecto se pretende implementar el modelo teórico de Orem que permita; el desarrollo del autocuidado como forma de conservar la salud, bienestar y modificación de conductas a través de estrategias de **intervención de acciones tecnológico profesionales de enfermería intencionadas a disminuir la tasa de mortalidad perinatal que existe en dicha comunidad.**

Con base en los resultados de Factibilidad, se considera abordar el problema con tres estrategias de intervención:

1ª: intervención.- Se refiere a la capacitación de los recursos humanos en Salud sobre riesgo reproductivo, entendido como "El método de enseñanza–aprendizaje sobre conocimientos para alertar a la población de estudio sobre el grado de peligro que tiene de presentar enfermedad o muerte en caso de presentar un embarazo." ³⁷

2ª: Intervención.- Es la Promoción a la Salud sobre riesgo reproductivo; la promoción a la salud es un proceso mediante el cual los individuos y la comunidad, están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo mejorar su estado de salud. ³⁸

³⁷ Consejo Estatal de Población. Riesgo Reproductivo. 2001. P. 3

³⁸ Restrepo E Elena. Promoción para la Salud. Ed. Panamericana. 2001. p 30

El objetivo de esta intervención es sensibilizar a la población hacia la adquisición de la información acerca del riesgo reproductivo, para lo cual se realizó un recorrido en toda la microregión con la finalidad de invitar a la población para asistir a las pláticas respecto al tema que afecta a su comunidad, especificando; lugar, día y hora por medio de carteles y trípticos informativos de impacto sobre el tema en escuelas, comercios y centros de reunión comunitaria.

3ª: Intervención.- Se trata de la Detección de Factores de Riesgo Reproductivo, en donde se elaboró un proyecto de intervención con la finalidad de apoyar a la población en riesgo que demanden servicios de salud y con ello contribuir a una detección oportuna y una atención inmediata, se instaló consultorios médicos en lugares estratégicos de la microregión, que fueron atendidos por personal de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec para dar tratamiento y seguimiento del caso.

3.3.4 INTERVENCIÓN EN CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

La Capacitación de los Recursos Humanos conforma la primera fase de la intervención de enfermería, objeto del presente estudio.

En donde de acuerdo a los resultados de la investigación focalizada se evidenció el déficit de conocimiento en salud reproductiva, desde esta visión la Salud Pública justifica la presencia de la enfermera en el campo de la educación y promoción para la salud, porque es en este ámbito donde sus intervenciones pueden favorecer estilos de vida saludables a través de la prevención y promoción de la salud con enfoque de autocuidado gestionado por la comunidad.

Para poner en práctica las intervenciones es necesario la organización e implementación de un programa de Salud Reproductiva que fomente la formación y capacitación de los Pasantes de Enfermería en Servicio Social (PESS), asignados a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec cuyo objetivo es:

- * Fortalecer el conocimiento adquirido en su formación académica.
- * Transmitir a la comunidad los conocimientos básicos sobre Salud Reproductiva, y autocuidado para elevar la calidad de vida.
- * Informar a la comunidad acerca de las opciones de atención para la salud de que disponen y a las que tienen derecho.
- * Contribuir a modificar hábitos y costumbres hacia estilos de vida saludable de la comunidad.

La educación para la salud orientada a modificar conductas del individuo, la familia y la comunidad se vale de la comunicación de masas como herramienta de enseñanza—aprendizaje, en este contexto, en la declaración de Alma Atta La meta mundial "salud para todos en el año 2000" la educación para la salud

se constituye en una importante estrategia de la atención primaria que junto con la participación de la comunidad, busca el cumplimiento de los principios de igualdad, equidad, universalidad y eficiencia para el logro de la meta.

La OMSS define a la educación para la Salud como "el proceso que desarrolla en el individuo la capacidad de pensar, comparar, seleccionar y utilizar información y técnicas en salud adecuadas a sus características bio—socio—economicas estructurando en los individuos un máximo de conceptos y actitudes capaces de llevarlas a la autodeterminación eficaz en salud"³⁹

La educación para la salud es una actividad básica en la Salud Pública, ya que se imparten conocimientos, promueven actitudes favorables a la salud y fomentan la autoresponsabilidad de los individuos en el cuidado y atención de su propia salud y como consecuencia mejorar la salud y el bienestar de las comunidades.

³⁹ Restrepo Jorge. Fundamentos de Salud Pública. Medellín, Colombia. Corporaciones de investigaciones biológicas 1997. p. 111-112.

3.3.5 ANALISIS ESTRATÉGICO

El análisis estratégico se retoma con base en las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades (matriz FODA) conque se cuenta para intervenir en este problema.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none">* Conocimientos teóricos dirigidos a la intervención * Disposición de los Pasantes de Enfermería	<ul style="list-style-type: none">* Tiempo* Espacio* Recursos económicos
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none">* Apoyo de la Jurisdicción * Grupo de Pasantes de Enfermería	<ul style="list-style-type: none">* Resistencia de los pasantes a reproducir los conocimientos * Falta de recursos humanos

MISIÓN

Que las mujeres en edad fértil durante esta fase cuenten con información; clara, oportuna y precisa para el autocuidado de su salud reproductiva, haciendo uso pleno de los servicios de salud, los que serán atendidos por personal altamente capacitado, garantizando la nula presencia de mortalidad perinatal.

VISIÓN

Que en la microregión La Palma I no se presenten casos de mortalidad perinatal, ya que las mujeres a través del autocuidado tendrán el control de su Salud Reproductiva con un nivel alto de información, con servicios de salud eficientes, vigilados por ellas y atendidos por personal capacitado, el que se antepondrá a las necesidades de salud de la mujer en edad reproductiva.

VALORES

Compromiso.- Estar siempre dispuestos a dar de cada uno, participando activamente para el logro de los objetivos.

Servicio.- Responder en forma oportuna a las necesidades de salud.

Calidad.- Hacer las cosas bien y a la primera.

Desarrollo.- Fomentar el interés por la capacitación del personal de salud.

Justicia.- Voluntad firme de dar a cada cual lo suyo.

OBJETIVOS

Que los participantes identifiquen la agencia de autocuidado para los factores de riesgo asociados a la Mortalidad Perinatal.

METAS

Lograr el 90% de asistencia a la capacitación.

Capacitar al 100% de los recursos humanos que participan en la estrategia.

El 60% de la población en edad fértil tendrá conocimientos de autocuidado a favor de su salud reproductiva.

LIMITES

Universo de trabajo

Recursos humanos en salud; PESS y equipo multidisciplinario del Centro de Salud, Hank González.

Espacio

Casa de la Mujer Campesina, Tultepec. Estado de México.

Tiempo

Del 10 al 14 de junio 2002.

Duración

6Hrs. Diario (30hrs. a la semana)

En horario de 8.00 a 14.00hrs. (Lunes a viernes).

FACTIBILIDAD

Factibilidad técnica

Se contará con el apoyo logístico de la Coordinadora de la especialidad, el Tutor Clínico de la ENEO, y del personal de base de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Factibilidad financiera

El proyecto de intervención será financiado en su totalidad por las alumnas de posgrado.

Factibilidad legal

El proyecto de intervención esta sustentado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Artículo 3º. Frac II "La educación luchará contra la ignorancia y sus efectos" ⁴⁰ y art. 4º. "toda persona tiene derecho a la protección de la salud", Ley General de Salud, normas y programas de O.P.S. y O.M.S.

Factibilidad política

Se contará con la colaboración del Jefe Jurisdiccional, ya que la intervención esta sustentada y contemplada dentro de las normas oficiales sobre Salud Reproductiva, Manual de la atención del Embarazo, Parto y Puerperio, Secretaría de Salud 1991.

⁴⁰ 41 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. SISTA, 2000. p 1-2-

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, Secretaría de Salud 1994, Proyecto de la norma Oficial Mexicana N:O:M: SSP2, 1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido, Programa de Salud Reproductiva 2001 Jurisdicción de Ecatepec, Diario Oficial de la Federación de la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacidos.

3.3.6 MÉTODO DE ACTIVIDADES Y ORGANIZACIÓN INTERNA

El personal de salud capacitado aplicará los aspectos teórico—prácticos de la siguiente forma:

- * Sensibilización a la comunidad
- * Educación para la salud
- * Detección de mujeres con Riesgo Reproductivo

Una vez capacitados los recursos humanos de salud que participarán en las estrategias dirigidas a las mujeres en edad reproductiva, realizarán tareas a través de equipos de trabajo que cubrirán los módulos (carpas) instaladas en forma estratégica en los diferentes sectores.

ORGANIZACIÓN

Operaciones Técnico—profesionales de enfermería. Alumnas responsables directamente de la capacitación. **(Anexo 16)**

Apoyos que se brindarán para favorecer la Capacitación:

- * Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec; transporte de pantalla gigante para la proyección.
- * Tutora Clínica; Transporta apoyos didácticos,(rotafolios, proyector de cuerpos opacos)

3.3.7 RECURSOS HUMANOS

CATEGORÍA	No.
Comusa	1
Tutor Clínico	1
Asesores	6
Jefe de Enfermeras	4
Médicos	4
TAPS *	2
PESS **	65
Alumnas de posgrado	9

* Técnico en Atención Primaria de la Salud

** Pasantes de Enfermería en Servicio Social

3.3.8 RECURSOS MATERIALES

ARTÍCULO	CANTIDAD	COSTO
Papel Bond	10 hojas	20.00
Marcadores de agua	1Pqte.	40.00
Fólder	100 pzas.	50
Lápices	100 pzas.	170.00
Sacapuntas	100 pzas.	50.00
Hojas blancas	1000 pzas.	80
Plumones	1 Caja c/4	25.00
Tarjetas bristol 7.5x5	100 pzas.	15.00
Tarjeta bristol 7.5x10	100 pzas.	15.00
Alfileres de seguridad	100 pzas.	20.00
Masking tape	1 pza.	20.00
Acetatos	50 pzas.	150.00
Cinta Diurex	1 pza.	15.00
Equipo de sonido	1	300.00
Sillas	100 U.	1000
Mesas tablonas	10 pzas.	1000.00
Preservativos	30 Pzas.	90.00
Bolsa de plástico gde.	10pzas.	20.00
Cassette para vídeo	2pza. ---	70.00
Rollo fotográfico	1pza.	35.00
TOTAL	----	3175

GASTOS GENERALES:

Bocadillos para los asistentes	costo	3000.00
Gasolina	costo	400
TOTAL		3400.00

COSTO TOTAL GLOBAL DE LA INTERVENCIÓN: \$ 6,575

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CONTROL

- ✦ Lista de registro de asistencia al curso. **(Anexo 17)**
- ✦ Carta descriptiva **(Anexo 18)**
- ✦ Cédula de estimación de conocimientos diagnóstica y final. **(Anexo 19)**

FINANCIAMIENTO

La Capacitación de los Recursos Humanos será cubierta en su totalidad por las alumnas de posgrado en Salud Pública responsables de esta fase.

EJECUCIÓN

La estrategia de capacitación se ejecutará abordando la programación contemplada en el programa educativo.

3.3.9 PLAN DE EVALUACIÓN

La evaluación se contempla como un proceso de autocrítica y reflexión que revela el logro de los objetivos del programa; las principales funciones de la evaluación son para conocer los resultados del programa de enseñanza y la metodología, de esta manera realimentar los mecanismos de aprendizaje y mantener al alumno consciente de su grado de avance entre otras.

PROCESO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La capacitación se basó en el proceso de Embarazo normal y complicado, Riesgo Reproductivo y Metodología anticonceptiva, contándose con la participación de expertos médicos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y el apoyo de una Psicóloga para sensibilización a los pasantes. La Planeación y coordinación de la capacitación estuvo bajo la responsabilidad de las alumnas del posgrado con la asesoría de tutores Clínicos.

La intervención se evaluó a través **del proceso de desarrollo, metas, efecto y eficacia.**

PROCESO DE DESARROLLO

Diseño.- La información se obtiene antes y después de la capacitación, al comparar los resultados de las mediciones, se puede determinar el nivel de cambio en los asistentes a la capacitación.

Se aplicaran dos cédulas de conocimientos una inicial y otra final de la capacitación, que contendrán los mismos ítems, esto permitirá visualizar un panorama para poder valorar diferencias en los asistentes.

Metas.- Se consideraron los objetivos planeados y de acuerdo con los resultados inmediatos se capacitó al 100% del personal de salud comisionado y

a los Pasantes en Servicio Social, sobre la importancia de la Prevención, Diagnóstico Oportuno de Riesgo Reproductivo. Dicho personal fue capacitado para participar en las estrategias de Sensibilización por promoción, el parcialmente compensatorio por detección de riesgo reproductivo y asistencia médica a susceptibles.

Las actividades que se desarrollaron fueron un socio-drama, un teatro guiñol y la elaboración de 11 rotafolios, uno por equipo que sirvió de guía en la fase de promoción.

Efecto.- Se evaluó el nivel de conocimientos sobre Riesgo Reproductivo y proceso normal del embarazo, con un instrumento aplicado antes y después de la capacitación, identificando una mayor conciencia en la pos—evaluación con un promedio de 9.4, que se confirma en la participación de Promoción a la Salud a través del dominio de los temas.

Por otro lado cabe destacar el compromiso y dedicación de los pasantes, porque los materiales utilizados fueron costeados por ellos mismos. Se observa una búsqueda entusiasta de información adentrándose en la Promoción a la Salud.

Eficacia.- Se cumplió con los objetivos planeados. La eficiente distribución de los recursos permitió realizar la capacitación de acuerdo con lo proyectado.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A través de la Estadística Descriptiva se evaluó la cédula de estimación de conocimientos de la capacitación diagnóstica y final (se aplicó la misma), de esta forma se obtuvo un comparativo observándose resultados positivos relacionados con las metas.

COMPARATIVO DE LA CÉDULA DE ESTIMACIÓN DE CONOCIMIENTOS

DIAGNOSTICA	FINAL
6.4	9.2

Estas cifras reflejan el nivel de conciencia y el compromiso adquirido de los participantes, así como el aprendizaje de los elementos teórico—prácticos necesarios para una eficaz participación en las estrategias de Sensibilización, Promoción, Detección de Riesgo Reproductivo y asistencia médica.

IV. CONCLUSIONES

La presente investigación nos permitió comprobar que la salud—enfermedad es un proceso cíclico, y depende del momento histórico y social en que se presente, ya que el medio ambiente, estilos de vida y variables del huésped intervienen como factores predisponentes para la aparición de riesgos y daños específicos en una población.

En este caso nos permitió explicar las posibles causas de la mortalidad perinatal que se presenta en la microregión La Palma I, en Ecatepec, Estado de México.

El efecto en la disminución de las tasas de mortalidad perinatal se determinará en un periodo de 3 a 5 años.

Por otro lado se cumplió el objetivo de fortalecer la agencia de autocuidado en la población diana, ya que durante la intervención acudieron a las unidades médicas, permitiendo que se les diera la orientación sobre Riesgo Reproductivo y fue posible detectar mujeres sospechosas de presentar riesgo reproductivo que aceptaron una valoración personal, evidenciando los logros de enseñanza—aprendizaje en la capacitación de los recursos humanos que participaron en la intervención.

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta básica en el desarrollo de las intervenciones, ya que la aplicación de las acciones que se describan confirmará la validez y la eficacia de la intervención. La aplicación del proceso nos permitió una toma de decisiones segura y confiada sustentada en el conocimiento para: organizar los tiempos, ordenar los recursos financieros y preparar las estrategias propuestas que culminaron en el éxito del proyecto.

La aplicación de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem en una investigación de Salud Pública, nos permitió identificar los requisitos de autocuidado insatisfechos en esta población, que giraron en torno a la falta de conocimientos, haciendo posible la aplicación del sistema de apoyo educativo obteniendo resultados de impacto positivo.

Se logró sensibilizar al personal de salud responsable de la microregión y a los PESS proporcionándoles elementos teórico—prácticos necesarios, que permitieron el fortalecimiento de la agencia de cuidado.

El trabajo con un grupo multidisciplinario (TAPS, enfermeras, médicos, PESS, autoridades entre otros), nos proporciono la experiencia para consolidar los conocimientos adquiridos y retomar vivencias de la experiencia laboral de cada uno de los participantes, enriqueciendo el trabajo realizado.

La satisfacción del logro obtenido, nos habilita para transmitir nuestra experiencia a las generaciones que nos preceden, con plena conciencia de que el trabajo de campo es la medula espinal para la salud de una población.

V SUGERENCIAS

Considerar la inclusión en el programa temas de sensibilización e integración de grupo impartido por expertos, para elevar el aprovechamiento académico, enriquecer el trabajo en equipo y obtener productos de mayor calidad, toda vez, que “esta se obtiene a través de las personas más que de las técnicas”. (Dr. Joseph M: Juran. 1908).

Fomentar las relaciones humanas positivas en la planeación, organización e implementación del trabajo en equipo.

Utilizar por lo menos cinco días para la ejecución de las estrategias de intervención que se refieran a la comunidad.

El primer contacto con la teoría de Orem propició la necesidad de profundizar en ella como elemento básico de la intervención en la comunidad.

El aspirante a la especialidad debe contar con un fondo alternativo de financiamiento considerando los altos costos de operación del curso y del tiempo requerido para el mismo.

El estudiante de la especialidad debe estar consciente de que el trabajo de campo en Salud Pública es una experiencia única e irrepetible, por lo tanto debe apropiarse de la información necesaria para poder concluir con éxito su trabajo final individual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Blanco Restrepo J.** Editores. Fundamentos de Salud Pública. CIB. Medellín, Colombia. 1997 cap. 3.
2. **Boletín ESC. De Medicina**, P/Universidad Católica de Chile 1999; 23:3- editorial los Desafíos de la Salud Pública, Dr. Giaconi Gandolfo Juan. Prof. Adjunto, Departamento de Salud Pública.
3. **Ferrara, Floreal.** Teoría Social y Salud. Ed.Catálogos.1987.
4. **Frenk Mora Julio.** "La dinámica de la Salud" en la Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública. México, 1995, SEP. Fondo de Cultura Económica. P. 70-78.
5. **Moreno. Alejandra. Et al.** Principales medidas en epidemiología. Rev. Salud Pública de México, vol. 42. No. 4, julio--agosto de 2000.
6. Programa Nacional de Salud 2001-2006, "En donde estamos". P. 34. 90.
7. **Beischer Mackay. Colditz,** Obstetricia y Ginecología, MacGraw-Hill interamericana 2000, 3ª edición. P154.
8. **Arango Fernando.** Efectos Neonatales de los trastornos Hipertensivos del Embarazo. Instituto Nacional de Perinatología, Ginecología y Obstetricia de México. 2001. 158-168.
9. **Romero Gustavo y cols.** Valoración del bienestar fetal mediante el perfil flujométrico Doppler modificado. Ginecología y Obstetricia, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. México 2000; 68:371-378.

10. **Ruiz Julián y cols.** Resultados perinatales en pacientes con Hipertensión arterial sistémica crónica. Instituto Nacional de Perinatología, Ginecología y Obstetricia de México. 2001; 69: 146-149.
11. **Hernández Guerrero y Col:** Factor de necrosis tumoral-alfa e interleucina-1 beta en parto pretérmino. Ginecología y Obstetricia México 2000; 68: 105-112.
12. **Vargas Arturo.** Epidemiología de la mortalidad perinatal hospitalaria en población rural del sur de Veracruz. IMSS. Solidaridad Ginecología y Obstetricia, 2001; 84, 20-25.
13. **Romero Gustavo.** Y cols. Morbilidad y mortalidad materno fetal en embarazadas de edad avanzada. Ginecología y Obstetricia, México. 1999; 67: 239-245.
14. **UNICEF,** México. Maternidad sin riesgos. UNICEF México, 2001.
15. **Salud Pública de México,** Estadística de mortalidad relacionada con la Salud Reproductiva. Salud Pública de México 1999; 138-146.
16. **Pineault R.** La Planificación Sanitaria, conceptos, métodos, estrategias. Masson. Barcelona 1995, p237-242
17. **Hernández Conesa J.** Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. Ed. MacGraw-Hill, interamericana. 1999. p. 59-61. Cap. 7.
18. **Alfaro, Rosalinda.** Aplicación del proceso de enfermería, Barcelona, Doyma ediciones, 1998, p.59. 68-71.

19. **Beaglehole R. Et. Al.** Epidemiología básica. Organización Panamericana de la Salud, 1996 p56-57.
20. **Polaino, Lorente A.** Manual de Bioética General. Ed. Rialp, Madrid. 1994. p 336.
21. **Bonita. Ruth.** Epidemiología Básica. Organización Panamericana de la Salud. 1994. P 34.
22. **Rebagliato.M.** Metodología de Investigación en Epidemiología. Ed. Díaz Santos. 1996. p.62-63. 51. 56-57, 132.
23. **Hernández Samieri R.** Metodología de la Investigación. Ed. McGraw-Hill. 2001. p186.
24. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.** Art. 4to. Constitucional. Ed. Sista. 2000, p. 2.
25. **Instituto de Salud del Estado de México,** Normas y Procedimientos para la Utilización Dinámica de la Tarjeta de Visita Familiar. Concentrado microregional y análisis de Datos, actualización 1996, p 2-20.

VI BIBLIOGRAFÍA

Aburto Galván, César. Elementos de Bioestadística, editorial Addison-Wesley Iberoamericana, Argentina, México, Venezuela, colbs. 1990.

Alfaro, Rosalinda sin fecha Aplicación del Proceso de Enfermería, guía práctica, Tema I: Aproximación al Proceso de Enfermería, ediciones Doyma, Barcelona, España.

Alvarez Alva, Rafael.. La Enfermera y la Trabajadora Social en la Salud Pública. El Manual Moderno. 2000.

Blanco, Jorge, Fundamentos de Salud Pública, Colombia, CIB. 1997

Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile Editorial. los desafíos de la Salud Pública, Dr. Giaconi Gandolfo Juan. Prof. Adjunto, Departamento de salud Pública. 1999.

B. Kozier, G. Erb, K. Blais, Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica, volumen I, Unidad I Práctica contemporánea de la enfermería, Tema: Actividades del Proceso de Enfermería, 5ª. Edición, ed. Mc Graw-Hill* Interamericana.

Cabanagh Stephen, Modelo de Orem. Aplicaciones Prácticas. Barcelona, ed. Masson 1993.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, ed. Siata S:A: de C:V: 1998, México.

Daniel, Wayne W.. Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud. Noriega editores, UTEHA. México. 2001

Diccionario de la Lengua Española. Océano grupo editorial, Barcelona, España.
2001

Diccionario de sinónimos y antónimos, 2001. Océano grupo editorial,
Barcelona, España.

Enciclopedia, Océano de México. 2001 Vol. 2 “ Las actividades primarias y el sector industrial.” Pag. 317, 334, 341, 368 Océano grupo editorial Barcelona, España.

Escuela med. Puc. /pagina/publicaciones/Boletín/html/Salud_Pública/1_1.htm1

Frenk Mora, Julio. Salud y Derechos Humanos, perspectivas en Salud Pública. INSP. Volumen 22. 1995.

Gálvez Toro Alberto, Enfermería Basada en Evidencias. Fundamentación Index, Granada, España 2001.

Hernández Conesa, Juana M. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. Edit. Mc Graw-Hill *interamericana, Madrid, España.* 1999.

Hernández Sampieri, Roberto. 2001. Metodología de la investigación, segunda edición, edit. Mc Graw Hill. México.

Hernández, Mauricio, 2000, Diseño de estudios epidemiológicos, Salud Pública de México, vol. 42 No. 2 marzo–abril.

INEGI 2001. Tema: Salud. Agenda Estadística, Estados Unidos Mexicanos.

Instituto de Salud del Estado de México, Normas y Procedimientos para la Utilización Dinámica de la Tarjeta de Visita Familiar. Concentrado microregional y análisis de Datos, actualización 1996, p 2-20.

Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Programa de Salud Reproductiva 2000.

La Cocharane C. A. Hospitalización y reposo en cama en el embarazo múltiple. Library Plus. 2002, Up-date Sofwar.

Lasso Echeverría, Fernando. 2001. Diccionario de Salud Pública. México, D.F.

Laski, Laura, 1997, Evaluación de Programas de Salud, México, McGraw-Hill.

Lastra Lucio. El parto pretermino como problema de Salud Pública, Perinatología 2001.

Leis Teresa. Efectos de la nutrición materna sobre el desarrollo del feto y la salud de la gestante, Ginecología y Obstetricia de México. 1999.

Moreno, Altamirano 2000, Principales medidas en epidemiología, Salud Pública de México, Vol. 42 No. 4 julio-agosto.

Orem, Dorothea, 1993, Conceptos de Enfermería en la Práctica, Barcelona, Masson.

Organización Panamericana de la Salud, Hablemos de la Salud Sexual, Manual para Profesionales de Atención Primaria de la Salud.

Pineault, Raynald. 1995. La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias. 2°. Edic. Edit. Masson, Barcelona.

Polit, Denise F. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Segunda edición. Interamericana. México. 1990.

Programa Nacional de Salud. 2001-2006. Resumen del Programa Nacional de Salud, "La Unidad", Órgano informativo del Hospital General de México, segunda época, año 2, # 16 y 17, julio, agosto y septiembre, 2001.

Rebagliato, M. Metodología de Investigación en Epidemiología. Edit. Díaz de Santos, España. 1996.

Restrepo, Helena. Promoción de la Salud: como construir vida saludable, Bogotá, Panamericana. 2001.

Rivera Antonieta. Tendencias de la Mortalidad Perinatal en el Instituto Nacional de Perinatología, Ginecología y Obstetricia de México 1999.

Rosales Barrera, Susana. Fundamentos de enfermería, Capítulo 6: Proceso de Atención de Enfermería, 2ª. Edición, edit. Manual Moderno. México 1999.

Rojas Soriano, Raúl. Crisis, Salud—enfermedad y práctica médica. Plaza Valdés editores, agosto, 2ª. Edición. 1997.

Ruiz Julian, Cartelazo Ernesto. Resultados Perinatales en pacientes con hipertension arterial Sistémica Crónica en el Instituto Nacional de Perinatología y Obstetricia de México. 1999.

Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, D.F. Salud y desarrollo. Higiene. Revista de Salud Pública. Vol. III, No. 1 Enero – Abril. 2001.

San Martín, Hernán, A.C. Martil, J.L. Carrasco, Epidemiología: Teoría, Investigación, Práctica. Editorial Díaz de Santos, Madrid, España. 1986

Secretaría de Salud, Norma Oficial para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente. 1994.

Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación, Atención de la mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido. 1994.

Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Mayo 1994.

Secretaría de Salud. Manual de la partera tradicional, 1994.

Stright R. Barbara. Enfermería Materno-Neonatal, ed. Mc. Graw—Hill. Interamericana. España. 1999.

UNICEF. México. Maternidad sin riesgos; UNICEF, México 2001.

Vargas Arturo. Epidemiología de la Mortalidad Perinatal Hospitalaria en la población rural del sur de Veracruz. IMSS. Solidaridad Ginecología y Obstetricia, 2001.

Wesley L Ruby. Teorías y modelos de Enfermería. Madrid. McGraw—Hill, Interamericana. 1995.

Wayne W. Daniel. Bioestadística, Base para el análisis de las ciencias de la salud. Noriega editores, UTEHA, 2001.

Anexos

- No. 1 Tabla de priorización por Hanlon.
- No. 2 Cédula de captación de datos por Familia.
- No. 3 Croquis panorámico de la Palma I.
- No. 4 Familias por Riesgo.
- No. 5 Pirámide poblacional de la microregión La Palma I.
- No. 6 Población de mujeres en edad reproductiva.
- No. 7 Ingreso diario por familia.
- No. 8 Tipo de Religión.
- No. 9 Mortalidad General 2001–2002, de La Palma I.
- No. 10 Tipo de seguridad social por familia.
- No. 11 Embarazadas detectadas, La Palma I.
- No. 12 Métodos de Planificación Familiar.
- No. 13 Problemas identificados por Valoración Extensa.
- No. 14 Instrumento de Valoración Focalizada.
- No. 15 Lista de precisión de la muestra.
- No. 15-A Priorización de factores de riesgo por ítem.
- No. 16 Operaciones Técnico–profesionales.
- No. 17 Lista de asistencia al curso de capacitación.
- No. 18 Carta descriptiva.
- No. 19 Instrumento de evaluación sobre Salud Reproductiva.

ANEXOS

ANEXO No. 1

TABLA DE PRIORIZACIÓN POR HANLON

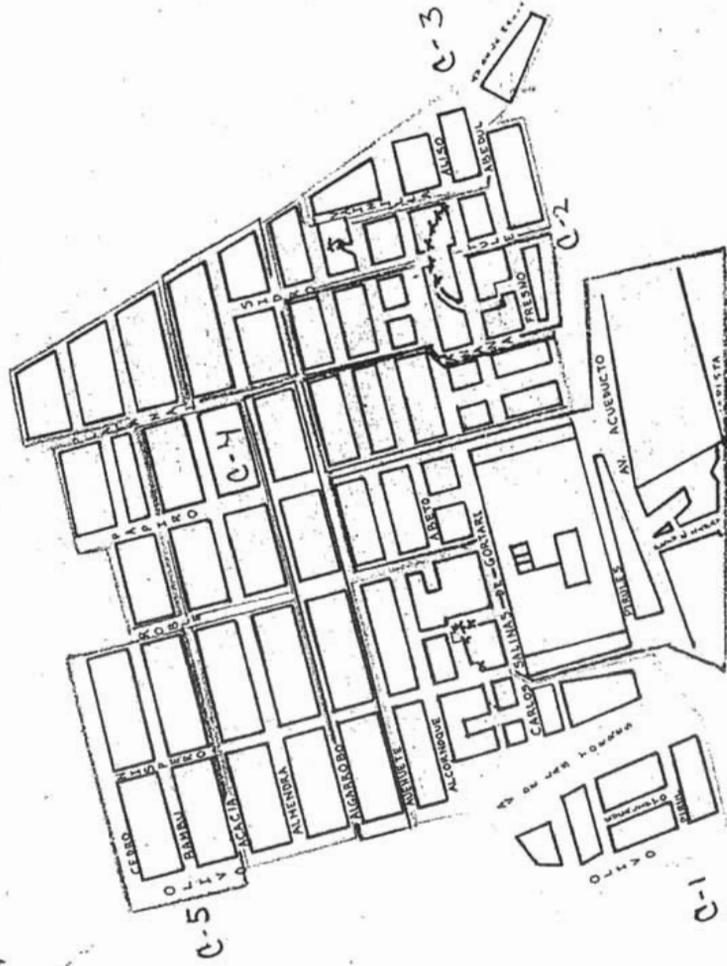
PADECIMIENTO	A	B	C	D FACTIBILIDAD					TOTAL	PRIORIDAD	
	MAGNITUD	SEVERIDAD MORTALIDAD		EFICIENCIA	PERTINENCIA	ECONOMIA	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD			LEGALIDAD
E. DEL HÍGADO	6.5	6.6	.76							24.89	5
HOMICIDIO	6.5	6.8	.63							14.46	9
ACCIDENTES	6.8	5.8	.89							24.8	6
SIDA	5.0	6.2	.82							24.8	7
EPOC	4.5	5.2	.88							24.73	8
ALCOHOLISMO	6.6	7.3	.88							29.0	4
SUICIDIOS	4.1	5.4	.73							11.09	10
ENF. INTESTINALES	5.5	5.6	1.32							65.93	2
EMB. PARTO Y PUERPERIO	7.4	6.4	1.33							88.0	1
T. B. PULMONAR	4.5	4.6	1.22							47.7	3

Fuente: 10 causas que se priorizarán a través del método de Hanlon. Taller operativo 2001-2002, Jurisdicción sanitaria de Ecatepec, Estado de México. Enero 2002.

ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC
 COMUSA HANK GONZALEZ
 MICRORREGION LA PALMA I

- SECTOR 1
- SECTOR 2
- SECTOR 3
- SECTOR 4
- SECTOR 5
- SECTOR 6
- SECTOR 13
- SECTOR 14
- SECTOR 15
- SECTOR 16
- SECTOR 17
- SECTOR 19
- SECTOR 20



ANEXO No. 4

FAMILIAS POR RIESGO
LA PALMA I, FEBRERO 2002

RIESGO *	FRECUENCIA	%
1	432	37.65
2	99	8.62
3	491	38.45
4	89	7.32
Clasificadas, no respondieron	91	7.92
TOTAL	1056	92.04
Total de familias	1147	100

CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR **	
Criterio de riesgo	Calificación
Menores de 5 años	35
Mujeres en edad fértil (12 a 49 años)	15
Embarazadas	20
Morbilidad Crónica	13
Otros grupos etareos	10
Condiciones de la vivienda	7

* Fuente: Cédula de captación de datos por familia

** Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 1997.

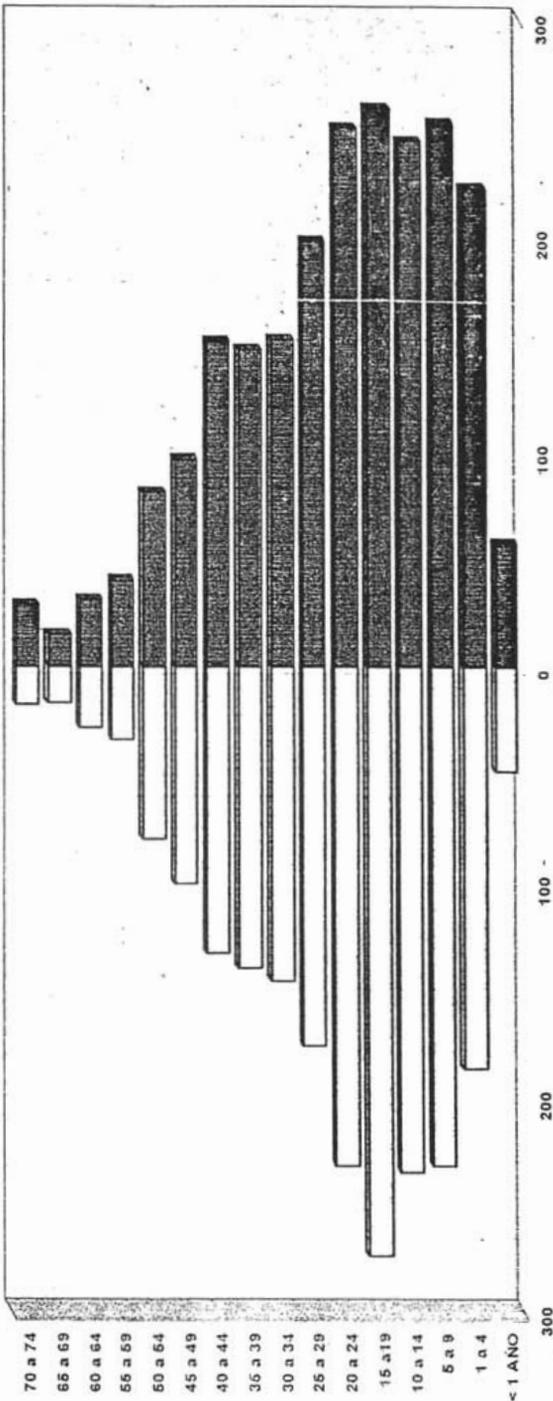
ANEXO No. 5

PIRAMIDE POBLACIONAL
 MICRORREGION "LA PALMA I"
 PROYECCIÓN DE POBLACIÓN FEBRERO 2002
 POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

HOMBRES 2.083
 MUJERES 2.224

TOTAL POBLACION 4.307

□ MASCULINO
 ■ FEMENINO



SEXO	GRUPO ETARIO	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74
MASCULINO		49	187	232	274	232	176	146	140	133	101	80	34	29	17	18
FEMENINO		57	222	252	244	260	198	152	147	151	96	81	40	31	15	29
TOTAL		106	409	484	479	482	374	298	287	284	197	161	74	60	32	47
%		2,46	9,49	11,23	11,12	12,37	11,19	8,68	6,91	6,66	4,67	3,73	1,71	1,39	0,74	1,09

ANEXO No. 6

POBLACIÓN DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

LA PALMA I, FEBRERO 2002

MEFRES	FRECUENCIA	%
12 a 14	152	10.82
15 a 19	259	18.43
20 a 24	250	17.29
25 a 29	198	14.09
30 a 39	152	10.81
35 a 39	147	10.46
40 a 44	151	10.74
45 a 49	96	6.8
TOTAL	1405	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 7
INGRESO DIARIO POR FAMILIA
LA PALMA I, FEBRERO 2002

INGRESO DIARIO	FRECUENCIA	%
1 Salario mínimo	382	36.2
2 a 3 salarios mínimos	504	47.7
4 y más salarios mínimos	167	16
TOTAL	1056	92.9
no informaron	91	7.1
TOTAL DE FAMILIAS	1147	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 8

TIPO DE RELIGIÓN POR FAMILIA

LA PALMA I, FEBRERO 2002

RELIGIÓN	FRECUENCIA	%
Católico	957	83.43
Testigo de Jehova	21	1.83
Evangélico	16	1.39
Ninguno	27	2.35
Otros: Cristiano	35	3.05
No respondió	91	7.93
TOTAL	1147	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 9
MORTALIDAD GENERAL 2001—2002
LA PALMA I. FEBRERO 2002

No.	CAUSA	TASA X 100	GRUPO ETAREO
1	Perinatales	4.7	< 1 año
2	Infarto	1.6	60 a 64 años
3	Accidentes	00.67	50 a 54 años
4	Diabetes Mellitus	0.62	
5	Neumonía	0.38	< de 5 años
6	Insuficiencia renal	0.33	19 años y 60 a 64 años
7	Broncoaspiración	0.3	29 años y 30 a 34 años
8	Homicidio	0.18	15 a 19 años

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 10

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL POR FAMILIA
LA PALMA I. FEBRERO 2002

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	No. DE FAMILIAS	%
IMSS	376	32.78
ISSSTE	41	3.57
SEDENA	3	0.26
ISSEMYM	28	2.44
NINGUNO	609	53.11
NO RESPONDIO	91	7.93
TOTAL	1147	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.
ISSSTE: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado.
SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.
ISSEMYM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.

ANEXO No. 11
EMBARAZADAS DETECTADAS
 LA PALMA I, FEBRERO 2002

EMBARAZADAS DETECTADAS	EN CONTROL PRENATAL		APLICACIÓN DE TOXOIDE			CONTROL PUERPERAL		
	NO	SI	0	1	2	R	NO	SI
41	0	41	0	6	17	8	41	0

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 12

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
USADO POR LAS MUJERES EN EDAD FÉRTIL (12 A 49 AÑOS)

LA PALMA I, FEBRERO 2002

MÉTODO	FRECUENCIA	%
Oral	47	9.22
Injectable	63	12.35
DIU	226	44.32
Salpingoclasia	150	29.41
Vasectomía	3	0.58
Preservativo	21	4.12
TOTAL	510	100

Fuente: Cédula de captación de datos por familia.

ANEXO No. 13

PROBLEMAS IDENTIFICADOS POR VALORACIÓN EXTENSA
LA PALMA I
FEBRERO 2002

ORDEN	PROBLEMA	PRIORIZACIÓN POR HANLON	ACTIVIDAD
1	ALTO PORCENTAJE DE FAMILIAS R1 Y R2 (MUEJES EMBARAZADAS Y < 5 AÑOS 82.6%)	4	INTERVENCIÓN
2	PORCENTAJE ALTO DE POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL (53.11%)	10	GESTIÓN
3	INGRESO PER CÁPITA DE \$ 47. 07 (2 A 3 SALARIOS MÍNIMOS)	11	NINGUNA
4	ANALFABETISMO EN EL 8.7% DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS	5	GESTIÓN
5	ALTO PORCENTAJE DE MUJERES CON RIESGO DE EMBARAZO SIN CONTROL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (63.7%)	3	INTERVENCIÓN
6	EMBARAZADAS SIN CONTROL POSPARTO (100%)	9	INTERVENCIÓN
7	ALTO PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 1 A 5 A 5 AÑO, SIN APLICACIÓN DE FLUJOR (88.7%)	7	GESTIÓN
8	FALTA DE COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA (67.5%)	8	GESTIÓN
9	DEFICIENTE PAVIMENTACIÓN Y FALTA DE DRENAJE (100%)	6	GESTIÓN
10	ALTA TASA DE MORBILIDAD POR IRA. EON ENFASIS EN GRUPO ETAREO DE 0 A 14 AÑOS	2	INTERVENCIÓN
11	ALTA TASA DE MORTALIDAD PERINATAL (4.7 X 100 HB. EN UN AÑO) AFECTANDO AL GRUPO ETAREO < 1 AÑO	1	INVESTIGACIÓN

5. - ¿Sabe que son los métodos anticonceptivos?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contesto

5.

U8
D1

6. - ¿Mencione que método anticonceptivo utiliza o utilizó?

- a) hormonales b) barrera c) naturales d) definitivos
e) no utiliza f) no contesto

6.

U6
D1

7. - ¿Cuánto tiempo lleva usando el método anticonceptivo actual?

- a) 1 a 6 meses b) 7 a 12 meses c) 1 a 2 años
d) más de 3 años e) no contesto

7.

U7
D1

8. - ¿Quién se lo recomendó ?

- a) médico b) enfermera c) Partera d) usted misma
e) otros f) no contesto

8.

U7
D1

9. - ¿Tiene vigilancia y control sobre su método de planificación familiar ?

- a) sí b) no c) a veces d) no contesto

9.

U7
D1

10. - ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

- a) 1-2 b) 3-4 c) 5-6 d) 7 y más
e) no contesto

10.

U8
D1

11. - ¿ Sabe que es aborto?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contexto

11.

U7

12. - ¿ Ha tenido abortos?

- a) sí b) no c) no contexto

12.

D2
DS2

13. - ¿ Cuántos ha tenido? _____

- a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no contexto

13.

D2
DS2

14. - ¿Recibió atención durante esos embarazos que terminaron en aborto?

- a) sí b) no c) no contexto

14.

U6
U8
D1

15. - ¿Quién le proporcione atención en esos abortos?

- a) médico b) enfermera c) partera d) usted misma
e) otros _____ f) no contexto

15

U1
D1

16. - ¿Ha tenido alguna cesárea?

- a) sí b) no c) no contesto

16.



17.- ¿ Cuántas cesáreas ha tenidos? _____

- a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no ha tenido e) no contesto

17.



18.- ¿ En qué Institución de Salud le realizaron la cesárea?

- a) pública b) privada c) no se acuerda d) no contesto

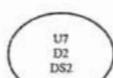
18.



19.- ¿Conoce la causa de la cesárea? _____

- a) Materna b) fetales c) otras
d) desconoce e) no contesto

19.



20.- ¿ Cuánto tiempo debe esperar para el siguiente embarazo después de la cesárea?

- a) 1 a 2 años b) 3a 4 años c) no me acuerdo d) no contesto

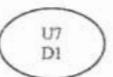
20.



21.- ¿ Quién le informó?

- a) médico b) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguno f) no contesto

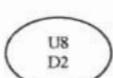
21.



22.- ¿Cuántos partos ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) tres o más d) no he tenido e) no contesto

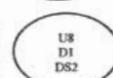
22.



23.- ¿ Dónde le atendieron su último parto? _____

- a) Institución pública b) Institución privada c) partera
d) hogar e) otro f) no contesto

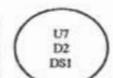
23.



24.- ¿ Mencione quién atendió su parto?

- a) médico b) partera c) familiar d) usted misma
e) Otro f) no contesto

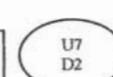
24.



25.- ¿Considera necesario que se le de información sobre el cuidado de recién nacido?

- a) sí b) no c) no contesto

25.



26.-¿ Mencione las condiciones óptimas para embarazarse?

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2
d) no sabe e) no contestó.

26. U7
D2

27.- ¿ Actualmente esta embarazada?

- a) si b) no c) desconoce d) no contestó

27. U8
D6

28.- ¿Cuantos meses de embarazo tiene? _____

- a) 1 a 3 meses b) de 4 a 6 meses c) de 7 a 9 meses
d) desconoce e) no contestó.

28. U8
D6

29.- ¿Su embarazo actual fue planeado?

- a) si b)no c) dudó d) no contesto

29. U7
D6

30.- ¿ Mencione algunos signos síntomas del embarazo?

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2

30. U8
D2

31.- ¿ Quién le esta llevando el control de su embarazo?

- a)médico b) enfermera c) partera d) otros _____
e)ninguno f) no contesto

31. U7
D1

32.- ¿ Dónde piensa atenderse su parto?

- a)Institución pública b)Institución privada c) partera
d)otros _____ e) no lo se f) no contesto

32. U7
D1

33.- ¿ Durante su embarazo ha presentado alguna complicación?

- a) si, cuáles _____ b) no
c) no se d) no contestó

33. U7
U8
D2

34.- ¿Sabe usted, que tiene acceso a los diferentes Centros de Salud a bajo Costo?

- a) si b) no c) no sé d) no contesto
observaciones _____

34. U7
U8
D2

35.- ¿A qué centro de Salud, acude?

- a) al que me corresponde b) al más cercano c) no acude
d) no contesto
observaciones _____

35.

U7
U8
DS2

36.- Cuál es el hospital que le queda más cercano a su domicilio? *

- a) público b) privado c) no contesto d) no sé e) seguridad social

36

U7
D2

37.- ¿Ha tenido hijos con un peso menor de 2,500 kg.?

- a) si _____ b) no
c) no se _____ d) no contesto

37

U7
D1
DS2

38.- ¿Ha tenido hijos con un peso mayor a 4,000 kg. ?

- a) si _____ b) no
c) no sé d) no contesto

38

U7
D1
DS2

39.- ¿Ha tenido hijos que nazcan antes o después de los 9 meses?

- a) si b) no c) no se d) no contesto

39

U7
D1
DS2

40.- ¿Ha presentado algún problema durante sus partos?

- a) si b) no c) desconoce d) no contesto
e) otros

40

U7
DS2

41.- ¿Mencione que tipo de problema? _____

- a) materno b) perinatal c) Institución d) otros

41

U7
D2

42.- ¿Tiene hijos con algún problema físico?

- a) si b) no c) desconoce d) no contesto

42

U8
DS2

43.- ¿Mencione que tipo de problema físico tiene su hijo?

- _____
- a) capacidades diferentes b) convulsiones c) otros
d) no contesto e) no tiene.

43

U8
DS2

44.- ¿Durante los 7 días después del parto recibió atención?

- a) si b) no c) no contesto

44

U8
DS2

45.-¿Recibió información acerca de los cuidados del puerperio?

- a) si b) no c) no contesto

45

U8
D2

46.- ¿De quien recibió esta información?

- a) médico b) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguna f) no contesto.

46

U7
D2

47.- ¿ Ha sufrido agresiones durante el embarazo?

- a) si b)no c) no contesto

47

U7
D2

48.- ¿ De qué tipo?

- a) fisicas b)verbales c) psicológicas

48

DS2

49.- ¿Desea información sobre el embarazo y los posibles riesgos que corre durante durante el mismo.

- a)si b) no c)duda d)no contesto

49

U7

50.- ¿ Alguno de sus hijos ha nacido muerto?

- a) si b) no c) no se d) no contesto

50

U7
DS2

51.- ¿Cuál fue el motivo? _____

- a) desconoce b) maternas c) fetales
d) perinatales e) no contesto f) R.S.O.

51

U7
DS2

52.- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- a)diabetes b)hipertensión c) epilepsia
d)enfermedades pulmonares e) otros _____
f)ninguna g) no contesto

52

D2
U7
DS2

53.-¿ Si tiene una delas enfermedades mencionadas ha recibido atención médica?

- a) si b) si pero lo suspendio c) desconoce
d) no contesto e) no

53

U7
D2

54.- ¿ Ha cursado algún embarazo con diabetes?

- a) si b) no c) no se

54

U2
Ds2

55.-¿ Sabe que es epilepsia?

- a) si b) no c) no contesto

55

D2

56.-¿Cuándo usted orina tiene alguna molestia?
a) si b) no c) cuál _____
d) no contesto

56

U7
DS2

57.- ¿ durante el embarazo ha presentado hipertensión arterial?
a) si _____ b) no d) no contesto

57

U7
DS2

58.- ¿ El cursar con hipertensión arterial ha generado complicaciones al producto?
a) no b) si c) no sabe d) no contesto

58

U7
DS4

OBSERVACIONES: _____

Hora de termino _____

NOMBRE Y FIRMA DE LA ENCUESTADA

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

FIRMAS DE CONTROL DE CALIDAD

ANEXO No. 15

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

Nº	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MANZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIESGO	OBSERVACIÓN
1	(Arteaga Pérez) Carolina Ranzi	42	16	1	2	9	2	Aliso M-122 L-17	3	
2	(Montoya Olivares) Claudia Montoya	55	20	1	4	27	1	Av. Torres M- 124 L-25	3	
3	(Rodríguez Ibarra) Sandra Rodríguez	60	19	1	4	12	1	Av. Acueducto M-124 L-13	3	
4	(Rodríguez Ríos) Anita Ríos Guzmán	67	39	1	3	8	2	Av. Las Torres M-123 L-9	3	
5	(Marqués Garduño) Gabriela Garduño Hernández	69	24	1	3	3	1	Aliso M-114 L-4	3	
6	(Galiote Nava) Roxana Galiote	70	19	1	3	12	1	Abedul M-123 L-13	3	
7	(Pérez Carral) Mercedes Paula Carral	116	25	2	5	20	1	Acueducto M-112 L-24	1	
8	(Ponce Velázquez) Guadalupe Ponce	132	15	2	5	24	1	Acueducto M-112 L-27	2	
9	Ma. De Jesús Arteaga	146	18	2	4	9	3	Abedul M-113 L-10	3	
10	(Arteaga Peña) Ma. Del Carmen Peña	147	45	2	4	9	2	Abedul M-113 L-10	3	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MAN- ZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIFESGO	OBSERVACIÓN
11	(Ramirez Martinez) Berta Martinez Cruz	153	29	2	3	14	4	Aliso M-114 L-16	3	
12	(Sánchez Arenas) Reyna Arenas	181	34	3	2	19	3	Platanal M-104 L-2 "A"	1	
13	(Ramirez Flores) Alicia Flores Zarco	185	31	3	3	7	1	Platanal M-105 L-8	1	
14	(Zavala Diaz) Carmen Diaz Leal	191	30	3	4	1	1	Carlos Salinas de Gortari M-107 L-7	1	
15	(Martinez Cruz) Ramona Cruz López	208	40	3	2	8	1	Alcornoque M-104 L-10	2	
16	(Vargas Arellano) San Juan Arellano	224	41	3	2	1	2	Alcornoque M-104 L-3	3	
17	(Ramirez Mendoza) Angélica Mendoza Segura	243	38	3	4	9	1	Aliso M-107 L-7	3	
18	(Gallozo Lira) Juana Lira	271	37	4	2	20	2	Papiro M-87 L-20	1	
19	(Galvan Ramirez) Rosalba Ruiz	291	28	4	7	6	2	Abeto M-86 L-16	1	
20	(García Martinez) Marta Martinez Trujillo	382	43	5	2	14	1	Abeto M-77 L-4	3	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEA- TORIO	EDAD	SECTOR	MAN - ZANA	CASA	FA MI LI A	DIRECCIÓN	R I E S G O	OBSERVACIÓN
21	(Salazar Martínez) Cacilda Martínez	422	26	6	7	8	1	Eucalipto M-27 L-14	1	
22	(Hernandez Martínez) Lucia Martínez	423	37	6	7	8	2	Cda. Eucalipto M-27 L-14	1	
23	(Hernandez Espinosa) Sixta Espinosa Morales	453	40	6	7	24	2	Cda. Alcornoque M-32 L-6	1	CASO
24	(Morachen Torres) Ma. De los Angeles Torres Rodríguez	459	38	6	7	3	1	Ahuehuete M-33 L-4	2	
25	(Carbajal Macedo) Malleli Macedo Celestina	550	19	13	2	16	2	Acacia M-37 L-16	1	
26	(Hernandez Herrera) Magdalena Herrera	578	24	13	4	7	4	Bambú M-117 L-8	1	
27	(Alatorre Alvarado) Alejandra Alvarado	589	37	13	4	14	1	Acacia M-17 L-15	1	
28	(Chino Martínez) Laura Chino	590	18	13	4	16	1	Acacia M-17 L-17	3	
29	(Sánchez Guzmán) Refugio Sánchez Guzmán	637	31	14	1	8	1	Cda. de Cedro M-93 L-8	1	
30	(Palma Ramirez) Anselma Ramirez Sánchez	640	44	14	3	2	2	Bambú M-72 L-3	2	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MAN - ZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIESGO	OBSERVACIÓN
31	(Arriaga Soria) Amalia Soria	650	38	14	1	3	2	Cerrada de Cedro M-93 L-3	3	
32	(Pérez Guzmán) Genoveva Pérez	652	18	14	2	8	1	Acacia M-92 L-4	3	
33	(Mc rales Martínez) Elovia Martínez	670	41	15	1	12	1	Acacia M- 99 L-12	1	
34	(Martínez Villa) Mónica Patricia Villa	700	27	16	3	11	1	Ahuehuete M-102 L-12	1	
35	(Carranza Pérez) Concepción Pérez	814	37	19	4	15	3	Almendras M-18 L-16	1	
36	(Gonzaga Vázquez) Carmen Vázquez	838	35	19	3	7	1	Acacia M-18 L-8	3	
37	(Rebolla Esquivel) Ma. Luisa Esquivel Camargo	855	31	19	2	19	1	Algarrobo M-35 L19	3	
38	(Torres Campos) Marcelina Campos	881	30	20	2	6	1	Almendra M-90 L-7	1	
39	(Hernández Juárez) Alejandra Juárez	891	39	20	4	13	1	Algarrobo M-74 L-13	2	
40	(Ibarra Salguero) Rosalinda Salguero Jordán	892	31	20	3	10	1	Acacia M-73 L-10	2	

LISTA DE PRECISIÓN DE LA MUESTRA

No	NOMBRE	No ALEATORIO	EDAD	SECTOR	MANZANA	CASA	FAMILIA	DIRECCIÓN	RIESGO	OBSERVACIÓN
41	(Rojas Damián) Victoriana Damián Merino		40	3	1	8	1	Ahuehuate M- 103 L-9	3	CASO
42	(Fermin Espinosa)		19	6	4	11	1	Cda. de Higuera M-22 L-17	3	CASO
43	(Cruz Benavides) Ma. Lucía Cruz Benavides		19	6	10	2	1	Olivo M-25 L-2	3	CASO
44	Máxima Laredo Callejas		33					Ahuehuate M-88 L-5		CASO
45	Aida Paulin Zavaleta		30					Ahuehuate No 1		CASO

Total de Unidades Multipersonales = 1147

Total de Unidades Multipersonales con mujeres en edad reproductiva (12-49 años) = 941 = 82 %.

De estas se seleccionaron por muestreo 40 que corresponde al 4.25 % de la población MEFRE, se agregaron 6 casos de los cuales se excluye uno por no corresponder al domicilio registrado y se identifica un hallazgo.

ANEXO No. 15 - A

PRIORIZACIÓN DE FACTORES DE RIESGOS POR ÍTEM, DE ACUERDO A O. R. PARA MUERTE PERINATAL
MICROREGIÓN "LA PALMA I" MAYO 2002

No. PROG.	POSICIONES DE DEFICIT	No. DE ÍTEM	REQUISITOS			ESTIMACIÓN O. R.	LIMITANTES												
			U	D	D S		C			J			L. R.						
							G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G4			
1	Mujeres con hijos que han nacido muertos	50	7			24	4			2									
2	Si solo tiene idea de lo que es aborto	11	7			18.6	4			2	2	6							
3	Multigesta en número mayor a 7 embarazos	10	8	1		17	1	2		1	5	6	2						
4	Utilizar el mismo método anticonceptivo por un tiempo de 7 a 12 meses	7	7	1		11.6				1	2								
4.1	Mujeres que no recibieron atención en su embarazo que terminó en aborto	14	6	1		11.6	2			1	5	6							
4.2	Respuesta Social Organizada como causa de muerte perinatal	51-D	7		2	11.6	4											1	3
4.3	Mujeres en edad reproductiva de 40 a 44 años con D.M. y H.A.	52	7	2	2	11.6	1												
5	Edad (40-44 años)	Ced Iden.				6.2													
6	Inicio de la menarca antes de los 10 años edad	1	6	1		5.6	1			2									
6.1	Tener 2 cesáreas	17		1	3	5.6	2	2	4		1							2	4
6.2	No recordar el tiempo intergenésico Posterior a una cesárea	20	8	1	3	5.6				1	2	3							
6.3	Tener solo un parto	22	8	2		5.6	1	4			1	2							
6.4	Mujeres embarazadas con agresiones físicas	48-A			2	5.6							4	5					
6.5	Cursar con Embarazo con D.M.	54	7	2	2	5.6	1	2											
7	No inicio de vida sexual	2	6	1		4.1	1	2											
7.1	Utilizar método definitivo como anticonceptivo	6	6	1		4.1	1	2			1	2	3						

8	No recibir información sobre los cuidados del puerperio	45	8	2		3.8	3			4		
9	Edad 20-24 años	Ced Ident	6	1		3.6	4			5		
9.1	Escolaridad	Ced Ident		2		3.6						6
9.2	Atender su parto en clínica particular	23	8	2		3.6						8
10	Solo tener idea de lo que son métodos de planificación familiar	5	8	1		3.5	1		1			
							2		4			3

ITEM	DÉFICIT A VALORAR EN RIESGO	ESTIMACIÓN O.R.	REQUISITO NO SATISECHO			LIMITANTES														
			UNIVERSAL	DESARROLLO	D.S.	C			J			L.R.								
						G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G4					
52A	Mujeres en edad reproductiva que padecen epilepsia	5.6	7	2	2	1														
53	Mujeres en edad reproductiva que abandonan el tratamiento	5.6				1						1								1
54	Cursar un embarazo con diabetes mellitus	5.6	2		2	1														
58	Hipertensión arterial como complicación del embarazo	11.6	7	1	4	2														

49	TOTAL ITEMS	FRECUENCIA	44	33	19
		PORCENTAJE	45%	34%	19%

ANEXO No. 16

OPERACIONES TECNO-PROFESIONALES DE ENFERMERIA

Actividad: Capacitación a Recursos Humanos de Salud		
Responsables: Lic. Teodora Cervantes Cabello Lic. Rosario Garcia Garcia Lic. Guillermina Mora Romero		
ACTIVIDADES	TIEMPO	COLABORADORES
Investigación Bibliográfica de: Riesgo Reproductivo, Embarazo Normal y Complicado, Metodología Anticonceptiva, Cuidados al Recién Nacido en los primeros 7 días de vida.	3 días	Lic. Teodora Cervantes Cabello Lic. Rosario Garcia Garcia Lic. Guillermina Mora Romero
Gestión para: * Solicitar sede para la capacitación (Casa de la mujer Campesina)	2 Horas	Lic. Rosario Garcia Garcia Tutor Clínico Guadalupe Pérez
* Solicitar apoyos audiovisuales	3 Horas	Lic. Guillermina Mora Romero Lic. Rosario Garcia Garcia
Elaboración de Carta Descriptiva, Cédula de estimación de conocimientos.	1Día	Lic. Teodora Cervantes Cabello
Traslado de materiales de apoyo y didáctico a la sede de la capacitación	3 Horas	Alumnas del posgrado, Tutor Clínico Guadalupe Pérez H.
Fotocopiado de formatos: Carta Descriptiva. Evaluación, Material Impreso, (para trabajo en Taller).	4 Horas	Lic. Teodora Cervantes Cabello Lic. Guillermina Mora Romero
Gestión para alquiler de mesas, sillas, manteles, sonido.	4 Horas	Lic. Rosario Garcia Garcia
Gestión para solicitar abastecimiento del agua	1 Día	Tutora Clinica Guadalupe Pérez Lic. Guillermina Mora Romero.

Reunión con el equipo de planeación para coordinar actividades de la carta descriptiva.	2 Horas	Tutor Clínico. Guadalupe Pérez Asesor. Dr. Eduardo Valdez Q. Dra. Ma. de los Angeles López Dra. Ma. Del Carmen Molina. J. E. Martha Álvarez Alumnas del posgrado.
Compra de papelería	5 Horas	Lic. Teodora Cervantes Cabello
Compra de artículos desechables, Refrescos para ofrecer diariamente un pequeño lonch.	5 Horas	Lic. Guillermina Mora Romero
Asistencia al evento Inauguración de la capacitación Desarrollo de la información contemplada en la carta descriptiva	5 Dias	De acuerdo a la carta descriptiva
Revisión de formato de control de asistencia.	5 Dias	PSSE. Magali Sarai Márquez Vega
Aplicación y calificación de formato de Evaluación de la capacitación.(Diagnóstica y Final)	2 Dias	Lic. Teodora Cervantes Cabello Lic. Rosario García García
Organización de convivencia con asistentes a la capacitación	1 Hora	Alumnas responsables de la capacitación
Clausura de la capacitación	30 Min.	Dra. Ma. De los Angeles López
Gestión para: Solicitar a la ENEO-UNAM constancias para ponentes, asistentes, apoyos recurso médico normativo.	1 Hora	MSP Sofia Sánchez Piña. Alumnas del posgrado.
Valoración de productos terminados (Rotafolios un total de 11)	1 Hora	Alumnas Responsables de la Capacitación

ANEXO No. 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

CARTA DESCRIPTIVA DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN COMO PARTE DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN EN LA MICROREGIÓN LA PALMA I DE LA COMUSA HANK GONZALEZ, PERTENECIENTE A LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE ECATEPEC. ESTADO DE MÉXICO. CON EL OBJETIVO DE DISMINUIR LA MORTALIDAD PERINATAL.

EVENTO: REVISIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGO REPRODUCTIVO, METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA, EMBARAZO NORMAL Y COMPLICADO.

OBJETIVO: QUE LOS PARTICIPANTES IDENTIFIQUEN LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A DAÑO MATERNO Y PERINATAL.

DIRIGIDO: PASANTES DE ENFERMERÍA EN SERVICIO SOCIAL Y PERSONAL DE BASE ASIGNADO A LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD, CORRESPONDIENTE A LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE ECATEPEC.

TIPO DE EVENTO: CURSO TALLER CON DURACIÓN DE CUATRO DÍAS.

FECHA: 10 AL 14 DE Junio 2002

HORA: 8.30 A 14.00 hrs.

CEDE: CASA DE LA MUJER CAMPESINA*

FECHA HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVOS	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIAR DIDÁCTICO	RESPONSABLE
10-06-02 8:00 – 8:30	Registro y asistencia	Verificar el número de asistentes	Registro individual	Formato de registro -	P.S.S.E. Magali Sarai Marquez Vega
8:30 – 9:00	Inauguración e introducción al curso	Dar inicio a los trabajos Analizar el alcance y fundamento del curso	Exposición	Carta descriptiva	Dr. Roberto Serrano Agüeros Dr. Eduardo Valdez Quiroz Lic. Guadalupe Pérez Hernández
9:00--9:30	Cédula de estimación de conocimientos	Identificar el nivel de conocimiento del grupo al inicio de la capacitación.	Sondeo	Cédula	Lic. Rosario García
9:30—10:00	Exposición del estudio de investigación y resultados	Describir el proceso de investigación focalizada y resultados	Exposición	Proyector Acetatos	Lic. Guillermina Mora
10:00—10:30		RECESO			

FECHA HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIAR DIDÁCTICO	RESPONSABLE
13:00—14:00	Panorama Epidemiológico y Normatividad de Salud Pública en Muerte Perinatal en el país.	Identificar la importancia de la muerte perinatal como problema de Salud Pública y analizar las normas.	Exposición	Acetatos	Dr. Juan Luis Trujillo
10:00-13:00	Como elaborar material didáctico	Conocer los lineamientos generales para la elaboración de rotafolios.	Exposición y demostración	Acetatos y Rotafolios	Lic. Teodora Cervantes

FECHA HORA	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDÁCTICA	AUXILIAR DIDÁCTICO	RESPONSABLE
11-06-02					
8:00-8:30	Registro de asistencia	Verificar número de asistentes	Registro individual	Formato de registro -	P.S.S.E: Magali Sarai Marquez Vega
8:30 - 9:00	Retroalimentación de temas revisados el día anterior	Reafirmar los conocimientos revisados previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Guillermina Mora
9:00 - 10:00	Sexualidad y reproducción	Analizar las características generales de sexualidad y reproducción	Foro	Proyector Acetatos Gis y pizarrón	Dra. Carmen Rodríguez Bahena Dr. Eduardo Valdez Quiroz Psicóloga Alicia Ríos Flores Lic. Guillermina Mora
10:00-11:00	Riesgo Reproductivo	Identificar los factores de Riesgo Reproductivo y antecedentes generales	Acetatos Lluvia de ideas	Proyector Acetatos	Dra. Maria de los Angeles López Madrid
11:00-11:30		RECESO			
11:30-12:30	Riesgo Reproductivo y antecedentes patológicos personales	Identificar las diversas patologías como factores de riesgo	Acetatos Lluvia de ideas	Proyector Acetatos	Dr. Eduardo Valdez Quiroz
13:30-14:00	Derechos Reproductivos de la pareja	Describir los derechos reproductivos de la pareja	Acetatos, discusión	Proyector de acetatos	Lic. Rosario García

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLE
12 Junio 8.00-8.30	Registro de asistencia	Verificar No de asistencia	Registro individual	Formato oficial de registro	P.E.S.S- Magali Rosas Pérez.
8.30-9.00	Retroalimentación de temas desarrollados día anterior.	Reafirmar los conocimientos revisados previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarron	Lic. Rosario García García
9.00-10.00	Generalidades de la Metodología Anticonceptiva	Analizar los aspectos generales de la metodología anticonceptiva	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. Del Carmen Marcela Molina H.
10.00-11.00	Métodos Anticonceptivos Temporales indicaciones y contraindicaciones	Reafirmar los conocimientos de métodos anticonceptivos temporales	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. Del Carmen Marcela Molina H
11.00-11.30		RECESO			
11.30-12.30	Métodos Definitivos Indicaciones y contraindicaciones	Reafirmar los conocimientos de los métodos definitivos	Expositiva Acetatos	Proyector de Cuerpos opacos	Dra. Ma. del Carmen Marcela Molina H.
12.30-13.30	Técnica de reafirmación sobre la metodología anticonceptiva	Reafirmar el conocimiento	Técnica análisis animación	cartas	Lic. Teodora Cervantes Lic. Guillermina Mora

FECHA HORA	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TÉCNICA DIDACTICA	AUXILIAR DIDACTICO	RESPONSABLE
13-Junio-02 8.00-8.30	Registro de Asistencia	Verificar No de asistentes	Registro Individual	Formato oficial de registro	P.E.S.S. Magali Rosas Pérez
8.30-9.00	Retroalimentación de temas vistos día anterior	Reafirmar los conocimientos revisados previamente	Lluvia de ideas	Gis y pizarrón	Lic. Guillermina Mora
9.00-10.00	Fecundación y aspectos biofísicos de embarazo	Analizar que es la fecundación y las características biofísicas del embarazo.	Expositiva Acetatos	Proyector de acetatos	Dr. Francisco Cárdenas Caballero
10.00-11.00	Aspectos Generales Desarrollo Embrionario	Explicar los aspectos generales del desarrollo embrionario	Expositiva	Proyector de acetatos	Dr. Francisco Cárdenas Caballero
11.00-11.30		RECESO			
11.30-13.00	Complicaciones del embarazo en cada uno de los trimestres, Así como identificación de signos y síntomas de alarma (aborto)	Identificar las principales complicaciones del embarazo por trimestre. Así como los signos y síntomas de alarma	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	Dra. Ma. De los Angeles Madrid.
13.00-14.00	Cuidados del R. N. En los primeros 7 días de vida.	Identificar la importancia de los cuidados del R.N en los primeros días de vida	Expositiva Acetatos	Proyector de cuerpos opacos	

ANEXO No. 19

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

NOMBRE-----FECHA-----

ACIERTOS-----CALIFICACIÓN-----

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ANOTE DENTRO DEL PARÉNTESIS LA LETRA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA CORRECTA

- () ¿Qué elementos integran la sexualidad?
 - El reproductivo y el género
 - El erótico
 - El vínculo afectivo
 - Todas las anteriores
- () Los cambios hormonales que inician entre los 9 y los 15 años de edad se conocen como.
 - Pubertad
 - Adolescencia
 - Desarrollo
 - Crecimiento
- () Es la probabilidad o grado de peligro que tanto la mujer en edad fértil como su producto de experimentar enfermedades, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo.
 - Riesgo potencial
 - Riesgo real
 - Riesgo reproductivo
 - Ninguna de las anteriores
- () Se trata de enfermedades crónico degenerativas con una relación directa de la mortalidad materna y perinatal.
 - Riesgo por antecedentes generales
 - Riesgo por antecedentes patológicos personales
 - Riesgo por antecedentes patológicos obstétricos
 - Ninguna de las anteriores

- () Son algunos aspectos de los derechos reproductivos de la pareja.
- a) Derecho a la libertad
- b) Derecho a la atención
- c) Derecho a la información
- e) Todas las anteriores

LEA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES Y COLOQUE EL PARÉNTESIS DE LA DERECHA LA LETRA "V" SI ES VERDADERA Y "F" SI ES FALSA

- 6.- () La planificación familiar es un proceso consciente e informado mediante el cual una pareja decide sobre el número e intervalo del nacimiento de sus hijos.
- 7.- () Las pastillas anticonceptivas son el método más apropiado durante el periodo de lactancia.
- 8.- () El implante subdérmico esta asociado a la infección y perforación uterina.
- 9.- () La fecundación se lleva a cabo en el tercio externo de la Trompa de Falopio.

RELACIONE AMBAS COLUMNAS ANOTANDO EN EL PARÉNTESIS EL NUMERO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA CORRECTA

- 10.- A los cuantos meses la madre percibe los movimientos fetales. () ácido Fólico
- 11.- Favorece el desarrollo embrionario del S.N.C. del feto () Certeza
- 12.- El S.N.C. fetal esta formado por un estrato germinal conocido como () Normal
- 13.- Ritmo cardiaco audible, movimiento fetales presentes son signos de... un embarazo () Ectodermo
- 14.- Contracciones uterina irregulares, intermitentes y no dolorosas () 5 meses
- 15.- El aumento de peso de 10 a 12 kilos durante el embarazo es considerado () Braxton Hicks

CONTESTE EN FORMA BREVE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

16.- ¿ Qué es aborto espontáneo?

17.- Defina que es placenta previa.



8.- Describe brevemente que es ruptura prematura de membranas

9.- Mencione 5 signos de alarma durante el embarazo

10.- Anote las indicaciones reales de una cesárea

FIRMA DEL ALUMNO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Antonia Rosario
García García

FECHA: 20-09-05

FIRMA: [Firma]

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**