

00943

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DEFICIT DE AUTOCUIDADO ASOCIADO A RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL, DE LA COORDINACIÓN MUNICIPAL SANTA MARÍA TULPETLAC, AGEB 018-8. FEBRERO-MAYO 2004.

ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO

PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

QUE PRESENTA:
LIC. ENF. MARICELA MÉNDEZ OLÁN



ABESOR:
MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ



MÉXICO, D. F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES 2005

0349942



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por darme la vida, el don de conocimiento y la fuerza necesaria para poder llegar hasta esta etapa como profesionista y esposa.

A MIS SUEGROS

Por que no es tan fácil adaptarse A un medio desconocido , a una Cultura diferente , y ellos me Brindaron todo el apoyo y confianza Necesaria, para poder salir adelante.

A MIS MAESTROS

Por su apoyo constante y sabio asesoramiento, ya que me ayudaron para crecer como profesional.

AGRADEZCO

A todas a aquellas personas que de alguna forma contribuyeron para concluir este trabajo.

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

NOMBRE: ~~Maricela Méndez Olán~~
Maricela Méndez Olán

FECHA: 19-Nov-2005

FIRMA: P.A. Noel Hernández Ruiz

DEDICATORIA

A MI ESPOSO

Por ser tan comprensivo, por brindarme la confianza necesaria, por su apoyo constante y que en todo momento ha estado conmigo cuando más lo he necesitado, en las buenas y en las malas.

A MIS PADRES

Por los consejos, que me han brindado a lo largo de mi carrera como profesionalista, por apoyarme moralmente cuando más lo he necesitado.

ÍNDICE

CAPITULO 1

Pág.

INTRODUCCIÓN

1

1.1 Objetivo General

3

1.2 Objetivos Específicos

3

1.3 Descripción Genérica del Caso

3

1.3.1 Marco Referencial

3

CAPITULO 2

FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 Marco Teórico

7

2.1.1 Proceso Salud Enfermedad

7

2.1.2 Salud Pública

8

2.1.3 Factores Determinantes

11

2.1.4 Recursos Para la Salud

12

2.1.5 Diagnóstico de Salud Comunitario

12

2.1.6 Mortalidad Materna

12

2.2 Marco Conceptual

14

2.2.1 Paradigma

14

2.2.2 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem

18

2.2.3 Enfoque de Riesgo

25

2.2.4 Consideraciones Ético - Legales

28

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Selección y Descripción Genérica del Caso

31

3.2 Método

33

CAPITULO 4

PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

4.1 Resultado

39

4.1.1 Valoración Extensa

39

4.1.2 Valoración Focalizada

44

4.2 Diagnóstico Integral de Salud

53

4.3 Plan de Intervención

53

4.3.1 Objetivo General

53

4.3.2 Objetivos Específicos

54

4.3.3 Metas

54

4.3.4 Estrategia

54

4.3.5 Recursos

55

4.3.6 Factibilidad	56
4.4 Estrategia Especifica	57
4.4.1 Objetivo General	58
4.4.2 Meta	58
4.4.3 Análisis de Factibilidad	58
4.4.4 Organización	59
4.5 Evaluación de la Intervención	60

CAPITULO 5

CONCLUSIÓN	62
SUGERENCIAS	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	66

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso comunitario es una herramienta aplicada por el profesional de enfermería para profundizar y trabajar en torno a los problemas de salud de la comunidad. Es a través de la investigación en salud pública que se logra la jerarquización de programas que permiten la planificación de las necesidades de salud de la población ¹.

Este estudio de caso comunitario se integra con un estudio de comunidad cuyo propósito es aproximarse a las condiciones de vida de una población, forma parte del proceso de organización comunitaria, eje metodológico del trabajo comunitario. Pretende definir y priorizar los problemas que afectan a la comunidad para proponer alternativas de solución y acción.

Las intervenciones de los profesionales de enfermería se basan en una metodología propia de trabajo denominada Proceso Atención Enfermería (PAE), con el propósito de sistematizar los cuidados de enfermería, por tal motivo el siguiente trabajo se presenta bajo la estructura del mismo; (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación).

Inicialmente se presenta la valoración de los datos del estudio de comunidad y posteriormente se llevó a cabo una valoración focalizada sobre el daño de mortalidad materna.

En el capítulo 1, se enfatiza sobre las condiciones de salud que se refieren a los procesos biológicos, psicológicos y sociales que definen el nivel de salud de un individuo o de una población independientemente de las acciones organizadas que se emprendan para mejorar dicho nivel.

Para dar una respuesta organizada a las demandas planteadas por las condiciones de salud de la población, se creó a principios de los ochenta el Sistema Nacional de Salud, que pretendía integrar funcionalmente a todas las instituciones de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

El Sistema Nacional de Salud opera a través del Programa Nacional de Salud cuyos propósitos son: la atención médica, salud pública y asistencia social.

Dentro del marco conceptual que sirvió de base para la valoración focalizada realizada por los especialistas en enfermería en salud Pública, fue la teoría de déficit de autocuidado de Dorotea Orem, la cual explica la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado. Donde el déficit se interpreta como una relación, no como un trastorno humano. En esta teoría se identifican 3 tipos de requisitos de auto cuidado: Requisitos Universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

En el capítulo 2 como parte de las intervenciones de valoración se realizó la priorización de riesgos de salud de la comunidad en estudio a través del método Hanlon. El equipo de salud, determinó por factibilidad trabajar con el problema de muerte materna y fetal a pesar de que el primer daño priorizado fue Diabetes Mellitus y en segundo lugar Influenza-Neumonía.

En una segunda fase de la valoración se llevó a cabo un segundo taller en donde se determinó en que Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) del municipio de Ecatepec se trabajaría, y por último se realizó un tercer taller para determinar en que Área Geográfica Estadística Básica (AGEB) se realizaría la intervención de enfermería.

Una vez determinado EL AGEB a trabajar, se procedió a realizar la valoración ampliada así como la valoración focalizada del daño priorizado, a fin de definir los diagnósticos de enfermería en los que se plantearía posteriormente una intervención en salud pública.

Por otro lado es importante subrayar que en el presente estudio se consideraron los aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de las mujeres sujetas a estudio (Código Nacional de Enfermeras de México); también se sustentó en la Ley General de Salud.

En el capítulo 4 se menciona la realización de un instrumento de valoración (Cédula basada en la teoría de Dorothea Orem) en donde se tomó una muestra de mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad del Área Geográfica estadística básica (AGEB) 018-8 de la Coordinación Municipal de la Secretaría de Salud (COMUSA) Santa María Tulpetlac. Dando como resultado 100 consultas, 5 pláticas intramuros, 1 plática extramuros y 100 detecciones de Cáncer cervicouterino (CACU) Y Cáncer Mamario (CAMA).

Es importante mencionar que el logro de la meta fue posible gracias a la intervención de enfermería especializada (gestión, capacitación al equipo multidisciplinario, recorrido territorial y visual de la comunidad por el equipo de la intervención, sensibilización a través de promocionales, educación para la salud extramuros e intramuros y atención directa por consultaría), a la participación entusiasta del personal de la jurisdicción de Ecatepec y de la comunidad en estudio.

Para finalizar se espera que con la educación proporcionada a la población estudiada influyan en los índices de morbi-mortalidad materna fetal ya que esta puede ser prevenida si se brindan los cuidados de calidad en el primer nivel de atención, en donde

se pretendió dar una propuesta de interacción para mejorar las condiciones de salud de esta comunidad.

1.1 Objetivo General

Identificar los factores causales que influyen en el déficit de autocuidado, asociados a riesgo reproductivo en mujeres de edad fértil, en la coordinación municipal Santa María Tulpetlac, AGEB 018-8 e implementar un plan de intervenciones, para incidir en la disminución de las tasas de morbi-mortalidad perinatal del 24 de Mayo al 11 de Junio.

1.2 Objetivos Específicos

- Determinar el daño prioritario, factible de ser intervenido dentro de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

- Identificar daños a la salud, factores determinantes, recursos y servicios así como la respuesta social organizada (recursos para salud) de la comunidad en estudio AGEB 018-8 de la COMUSA Santa María Tulpetlac.

- Incidir en la disminución de los índices de morbi-mortalidad con relación a riesgo reproductivo del AGEBS 018-8 de la COMUSA Santa María Tulpetlac con base al modelo operativo de enfermería en salud pública dirigido a la promoción de autocuidado de la salud en la población.

1.3 Descripción Genérica del Caso

1.3.1 Marco Referencial

La historia del municipio de Ecatepec se remonta hacia el año 1165 tiempo en que llegaron a Ecatepec los futuros pobladores de Tenochtitlan que estuvieron subordinados a Xaltocan hacia el año 1228, fecha que fue sometida por los Cuatitlanecos.

La posición geográfica de Ecatepec resultaba privilegiada y estratégica, toda vez que el paraje constituía un paso obligado para acceder a la parte norte de la cuenca de México y por lo tanto dominarla.

Fauna y flora la flora en el municipio ha sufrido una transformación importante, debido al crecimiento urbano; en las sierras hay: pino, encino, cedro blanco, oyamel y zacatona; en los valles: pastizales, vara dulce, nopal, damiana y ocotillo. Asimismo en la Depresión del Balsas: uña de gato, huisache, cacahuatate, sotol, copal y guajes.

La fauna puede considerarse también como parte del medio ambiente que se ha transformado, así tenemos las siguientes especies domésticas: gallina, gallo, guajolote, caballo, burro, mula, macho, vaca, perro, cabra y cerdo.

Especies silvestres: puerco espín, gato montés, coyote, techalote, cacomiztle, zorra, zorrillo, rata, ardilla, gavilán, zopilote, gaviota, pirunero, colibrí, tórtola, cuervo, codorniz, tecolote, lechuza, zenzontle, gorrión, tordo, pato, chichicuilote, garza; tuza, ratón de campo etc.

Ecatepec y desarrollo moderno este periodo empieza en la última década del siglo XIX con la inauguración de las primeras escuelas de corte laico. En el año de 1900 se inaugura el gran canal de desagüe, que pasa por el territorio municipal.

Sin embargo, la actual fisonomía del municipio, que corresponde a una identidad política al insertar en el mundo del desarrollo tecnológico, tiene su origen en la industrialización de la capital Mexicana; entonces de la República Adolfo Ruiz Cortínez inició la descentralización de las industrias en el Distrito Federal del área Metropolitana, misma que se acento en varios municipios aledaños, entre ellos Ecatepec de Morelos; de cuya economía, y el resto de la zona industrial mexiquense del norte del Distrito Federal, constituye pieza fundamental.

Economía la economía de Ecatepec es activada por más de 3 mil empresas, entre grandes, medianas y pequeñas, que incluyen al sector de la micro-industria.

Las empresas de mayor relevancia, tanto por las divisas que generan, como por el número de personas a las que brindan ocupación; además de la actividad industrial se enfrentan a un problema más importante que es el establecimiento de asentamiento humanos en las mediaciones de las factorías, lo que representa un problema latente para esas personas, ya que existen industrias que manejan productos químicos y materias primas de empleo delicado.

El impacto de la conquista siguió la transformación cultural de Ecatepec a través de la introducción de otros modos de concebir al mundo y de otros usos y costumbres que en mayor o menor grado, según la circunstancia, determinaron un cambio en las formas de pensar y de actuar.

En cuanto a la educación en 1972 se inaugura el centro de Bachilleres Tecnológico Industrial y de servicios, en 1990 el Tecnológico de Estudios Superiores de Ecatepec, en el 2000 el UNITEC, 2002, Universidad del Valle de Ecatepec.

Ecatepec tiene un rico pasado histórico y cultural, sus momentos constituyen una parte importante de este acervo; fiel testimonio del valor de los acontecimientos que hicieron posible su confirmación como municipio.

Limites



El Municipio de Ecatepec limita al norte, con el municipio de Tecámac; al sur con el municipio de Nezahualcáyotl y el Distrito Federal; al oriente, con los municipios de Acolman y Atenco, y al poniente, con Tlalnepantla y el Distrito Federal.

Su extensión territorial es de 186.813 K2 y se encuentra a una altura media de 2250 metros sobre el nivel del mar.

Se divide políticamente en una ciudad de seis pueblos, seis ejidos, dos rancherías, 280 colonias, 12 barrios y 102 fraccionamientos.

El municipio de Ecatepec de Morelos es una región donde habitan grupos étnicos de Mazahuas y Otomies.

Localización geográficamente se encuentra referido a los paralelos 19° 19´ 24" latitud norte y a los 99° 19´ 49" longitud oeste del meridiano de Greenwich y una altitud de 2,200 a 2,600 msnm.

Clima es templado, sub-húmedo con lluvias en verano. Se registra una temperatura media anual de 13.8°C y una máxima de 30°C; en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio se tienen cambios muy variables de temperatura, siendo la mínima de 7°C en invierno.

De acuerdo con los datos proporcionados por el Observatorio Meteorológico Nacional de Tacubaya por cuanto hace a la precipitación pluvial, el promedio anual es de 584 mm y en los meses de junio, julio, agosto y septiembre se registra la máxima precipitación.

Religión del total de los habitantes, el 92% de la población profesa la religión católica, el 4% es evangélica, el 2% son protestantes y el otro 2% no son creyentes.

Transporte para la interconexión con otros puntos geográficos se dispone, de una infraestructura vial que se reduce básicamente a la carretera federal de cuota número 85 que corre de México a Pachuca; la carretera federal libre número 136 México-Pachuca-Pirámides; la carretera Lechería-Coacalco-Ecatepec, que entronca con la número 85, y las avenidas Central, Adolfo López Mateos, Insurgentes, López Portillo, Revolución y Vía Morelos.

La población de Ecatepec cuenta, además, con una estación del Ferrocarril que une al Distrito Federal con Ciudad Sahagun así como un servicio similar que conecta al municipio de Texcoco y la Ciudad de México.

A finales del año 2000 se inaugura la línea de metro que corre de Buena vista a Ciudad Azteca, que conecta al Distrito Federal con Ecatepec, favoreciendo así la economía y rápido transporte de ecatepecenses.

Salud por otra parte la salud de Ecatepec es insuficiente por la demanda de una población numerosa y en constante crecimiento, el municipio cuenta con infraestructura en el Sector Salud como son: 39 clínicas del IMSS, ISSSTE, DIF, ISSEMYM, de la Cruz Roja, y 20 particulares, así como consultorios médicos que proporcionan a la población 214,200 consultas médicas promedio al mes².

Durante la priorización del método de Hanlon se encontró que la COMUSA a intervenir fue Santa María Tulpetlac. En donde se obtuvo una tasa de mortalidad perinatal alta de 7.9%.

Una vez focalizado el daño, la población realiza un estudio descriptivo encontrándose que es una población urbana que cuenta con todos los servicios de acondicionamiento básico y que dicha población cuenta con un total de 2698 habitantes de los cuales 879 se encuentran en etapa reproductiva lo que hace un total de 736 familias.

CAPITULO II

FUNDAMENTACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 *Proceso Salud Enfermedad* la noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continua, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. No puede, entonces admitirse que la salud sea la sola ausencia de enfermedad y viceversa: entre los estados de salud y de enfermedad existe una escala de variación, con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

El paso de la salud a la enfermedad comienza con un periodo silencioso válido para todo tipo de enfermedades periodo que puede ser muy corto ó muy largo. Lo que nos permite estructurar un sistema de prevención a diferentes niveles.

Prevención primaria son aquellas medidas preventivas que se llevan acabo en la etapa prepatógena e incluye promoción de la salud (educación sanitaria por ejemplo), y protección específica (inmunizaciones, atención a la higiene personal etc.). Prevención secundaria a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno adecuado (medicina curativa). Prevención terciaria permite limitar las secuelas y rehabilitar al inválido³.

Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación, biológica es, pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

De esta manera la noción de salud es también el reflejo de capacidades orgánicas de tolerancia de compensación y de poder de adaptación, la concepción de la normalidad y de la anormalidad, de la salud y de la enfermedad implica un conjunto complejo de nociones en el que se integran la biología, la fisiología, la ecología, la sociología y las

dimensiones económicas de la noción de salud con la experiencia de cada individuo y el valor que cada uno asigne a la vida humana ⁴.

2.1.2. Salud Pública

La salud pública tiene importancia fundamental en el ámbito de la atención a la salud de la población, por ello es necesario conocer y precisar el significado de esta disciplina así como sus ámbitos de acción y funciones esenciales.

Winslow define la Salud Pública en 1920 como el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles y la educación de los individuos en higiene personal ⁵.

También busca la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

Actualmente se trata de dar un nuevo significado a la salud pública, considerando dos aspectos: 1) el ámbito para la acción y 2), el campo de su investigación; por ello Julio Frenk propone el siguiente concepto:

"...Aplicación de las ciencias biológicas, sociales y de la conducta al estudio de los fenómenos de salud de las poblaciones humanas de ahí que abarque dos objetos principales de análisis: por un lado el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; y el estudio de la respuesta social organizada, en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud" ⁶.

Funciones esenciales de la Salud Pública son los procesos y movimientos de la sociedad que constituyen condiciones para el desarrollo integral de la salud y el logro y el bienestar; como tales orientan y modulan la organización y el comportamiento de los campos, sectores y actores que componen una comunidad dada.

Existen 6 ámbitos sociales de acción como base para abordar las funciones esenciales de la salud pública, cada una de las cuales depende de la historia, la tradición, la cultura, el modo de producción y el tipo de organización sociopolítica que caracteriza a cada sociedad.

A continuación se describen los ámbitos de acción:

1. Construcción de entornos saludables y mejoramiento de las condiciones de vida.

Funciones:

a) Promover un modelo de desarrollo socioeconómico favorable a la salud;
b) Desarrollar ámbitos de vida saludable; c) promover comportamientos y relaciones sociales saludables y d) determinar el balance deseado entre la inversión total en salud y la inversión en otros sectores de actividad con impacto positivo para la salud y el bienestar.

2. Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.

Funciones: a) promover el respeto a la vida, la salud como valor y la equidad de oportunidades y b) promover la participación, el control y la responsabilidad de los individuos, comunidades y organizaciones sobre lo que afecta su salud.

3. Generación de inteligencia en salud.

Funciones: a) fomentar la generación de información socialmente pertinente y basada en evidencia, tanto para ciudadanos como para usuarios, prestadores y administradores de los sistemas públicos; b) promover la generación de la evidencia apropiada para la toma de decisiones y la determinación de orientaciones en salud y c) democratizar el acceso y uso de la información en salud.

4. Atención a las necesidades y demandas en salud.

Funciones: a) asegurar el acceso universal a servicios de salud integrados, continuos y de calidad; b) asegurar una organización integrada, eficiente y responsable del sistema de salud y c) asegurar la infraestructura necesaria.

5. Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados a la salud.

Funciones: a) regular la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud; b) garantizar la equidad, eficacia e idoneidad de insumos y prácticas de salud y c) asegurar la idoneidad y seguridad para la salud de los alimentos, medicamentos, biológicos y otros productos de consumo.

6. Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud y garantía de la seguridad, calidad de bienes y servicios relacionados con la salud.

Funciones: a) Asegurar la protección de la población contra los principales factores de riesgo ambiental y b) actuar frente a situaciones de epidemias y desastres que afectan la salud⁷.

Riesgo

Es la probabilidad de que ocurra un suceso desafortunado. Es una probabilidad, y por lo tanto, su valor debe oscilar entre cero (lo que implica que no existe riesgo de que el suceso ocurra) y uno (que indica que el suceso ocurrirá con seguridad absoluta) ⁸.

Los factores de riesgo son considerados generalmente como los precursores de la aparición de la enfermedad o morbilidad, aunque algunas enfermedades constituyen factores de riesgo para otras enfermedades.

El factor de riesgo se define como la característica de un individuo o de su entorno que hace a este individuo más susceptible de ser alcanzado por una enfermedad particular que otro no posee esta característica.

Los factores de riesgo interesan a la planificación de salud en la medida en que se puede demostrar su relación con la morbilidad y la mortalidad, y también la importancia de su contribución a estos mismos fenómenos ⁹.

Daños a la salud puede definirse como "Cualquier alteración a la salud producida por la interacción de factores asociados. El daño en referencia puede a su vez contribuirse en factor de riesgo para que otros daños se presenten

Los daños a la salud son considerados como uno de los cuatro indicadores negativos para valorar el nivel de salud de una población son conocidos a través de los datos de morbilidad y mortalidad. La mortalidad puede obtenerse por medio del registro civil local o nacional; la mortalidad general se puede adquirir por grupos de edad y causas ¹⁰.

De modo semejante, la morbilidad puede obtenerse asignados por enfermedades transmisibles y no transmisibles también pueden utilizarse como orientación el número de consultas en los servicios de salud, o bien la clasificación internacional de enfermedades.

Morbilidad. Alude a la frecuencia de enfermar, consta de la incidencia y la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado periodo; mientras que la prevalencia tiene que ver con la existencia de casos (nuevos y viejos) de enfermedad en un periodo determinado.

Fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{No. de personas enfermas}}{\text{No. Total de personas}} \times (K)$$

$$\text{Tasa de incidencia} = \frac{\text{No. de casos nuevos}}{\text{No. Total de personas}} \times (K)$$

K= A constante

Mortalidad se refiere a los sujetos que mueren en un determinado lugar a consecuencia de cualquier patología o por una causa específica, durante un periodo dado.

Los datos estadísticos de mortalidad permiten estudiar las enfermedades con letalidad elevada, e menudo proporcionan información valiosa sobre tendencias del estado de salud de una población.

$$\text{Tasa bruta de mortalidad} = \frac{\text{No. De muertes en un periodo determinado}}{\text{Población total promedio durante dicho periodo}} \times 10^n$$

Tasa. Se refiere a una población específica, en un lugar y tiempo determinado. Una tasa relaciona la ocurrencia de un suceso a una población susceptible de sufrir ese suceso, limitado a un área y tiempo concretos. Matemáticamente es una proporción.

Fórmula:

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de sucesos en el lugar "X" y en el tiempo "T"}}{\text{Población susceptible en el mismo lugar y tiempo}}$$

El conocimiento de los elementos estadísticos antes mencionados permite al especialista en Salud Pública procesar datos recabados en los estudios de la comunidad, asimismo orienta el proceso enfermero hacia intervenciones que cubran las necesidades actuales de la población con enfoque preventivo¹¹.

2.1.3 Factores Determinantes

Factores ambientales corresponde todo aquello que puede modificar una conducta y que es externo al individuo. Se trata de los factores que permiten realizar un comportamiento una vez que se ha decidido realizarlo. También son aquellos que nos permiten continuar realizando un comportamiento o modificarlo. Ejemplo: Relaciones interpersonales, Servicios y recursos y Lugar de trabajo.

Factores personales corresponden a todo aquello que pueda influenciar una conducta y que es inherente al individuo. Son los factores que llevan la intencionalidad de realizar un comportamiento. En general son los que permiten **saber** y **querer**. Ejemplo: Fisiológicos. Físicos, Psicológicos y Sociodemográficos¹².

2.1.4 Recursos para la Salud

Se entiende como el conjunto de medios de cualquier naturaleza (humanos, materiales, monetarios u organizativos) de que disponen los sistemas sanitarios y que son utilizados en el proceso de producción de bienes, la prestación de cuidados sanitarios o en la promoción de los estilos de vida saludables ¹³.

2.1.5 Diagnóstico de Salud Comunitario

Es el proceso de recogida de datos y su posterior transformación, que permite conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan.

Básicamente, consiste en una descripción detallada de la propia comunidad y del estado de salud de sus habitantes, así como de los factores responsables de dicho estado de salud, de las características de las prestaciones sanitarias que recibe la población y de los problemas y necesidades sentidos por ésta ⁹.

2.1.6 Mortalidad Materna

En concordancia con el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2001-2006, tiene como objetivo incrementar la información y educación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivo tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de población, en favorecer el acceso, a los servicios de salud reproductiva de los grupos de adolescentes, de la población rural y urbana, así como en proporcionar una mayor participación en el varón en el cuidado de salud reproductiva.

La mortalidad materna aún constituye en nuestro país un importante problema de salud pública y representa una verdadera inequidad social y de género, particularmente si se considera que sus principales causas son totalmente prevenibles. De origen multifactorial las defunciones maternas se asocian al acceso y disponibilidad de información y servicios médicos de calidad, así como al nivel de desarrollos socio-económico, incluidos la condición nutricional, escolaridad de la población y condiciones sanitarias de las localidades ¹⁴.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos ¹⁵.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez ¹⁶.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se compromete junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

Los estudios y la atención sobre mortalidad materna son relativamente recientes; con el movimiento feminista de los años 70 el crecimiento de la población y de la proliferación de grupos en extrema pobreza llama paulatinamente la atención de los investigadores de organizaciones no gubernamentales y posteriormente de las esferas y estructuras estatales.

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio constituye una muerte materna (De la Peña 1989), lo que nos indica que precisamente por ser casada en edad de 15 a 49 años y en función reproductiva embarazo, parto y/o puerperio.

La mortalidad materna de una población se considera como el número de muertes por cada 10,000, la mortalidad materna representa un grave problema de salud pública, ya que sus causas son evitables en la mayoría de los casos y es la máxima expresión de injusticia social ya que en los países de menor desarrollo es donde más se presenta.

En América latina el porcentaje de mujeres que acuden a recibir cuidado prenatal por lo menos una vez es del 73%, además de las 25 mil muertes por causas relacionadas con el embarazo parto y puerperio, el número de mujeres que padece prolongadas secuelas de morbilidad con relación al embarazo es más elevado.

La probabilidad de morir durante el embarazo y el parto es de 1 en 130 durante la vida reproductiva de la mujer. Mientras que en América del norte la probabilidad es de 1 en 3,500 ¹⁷.

Del total de las mujeres que murieron en México a causa de complicaciones durante el embarazo parto y puerperio durante el año 2000 el 65% no estaba asegurada el 26.37% era derechohabiente del IMSS y el 4.6% era del ISSSTE.

La mortalidad materna es un problema de salud en la región latinoamericana y México no es la excepción; la falta de información confiable y bien estimada acrecienta las posibilidades de fracaso al no existir una correcta planeación por falta de indicadores correctos; el ejemplo más claro es la falta de información acerca del aborto y sus consecuencias ¹⁶.

Las defunciones maternas en 2002 presentan patrones de distribución diferentes a los que existían en 1990. Tres de cada cuatro suceden en unidades médicas, 80% recibe atención médica antes de morir y cada vez se concentran más en áreas urbanas y metropolitanas.

Si existe un dato difícil de construir de los registros regulares de mortalidad es el referente a muertes fetales. En México se cuenta con un certificado de muerte fetal que es expedido fundamentalmente en el medio hospitalario y que es capturado y procesado por el INEGI con fines estadísticos.

Las defunciones fetales de edad no especificada han ido disminuyendo de manera importante, quedando alrededor de 22 mil muertes fetales después de 19 semanas de gestación¹⁸.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Paradigma

La enfermería es la ciencia y arte del cuidado humano y comprensivo a la persona, familia y comunidad en su proceso de vida y salud, esta concepción hoy nos parece lógica y razonable porque disponemos de un cúmulo de conocimientos teórico-metodológicos y técnicos que nos explican los fenómenos de la realidad y fundamentan los elementos que están alrededor de dicho concepto.

Hoy en día la enfermería tiene un estatus científico distinto al del siglo pasado, se encuentra en un estado del conocimiento que permite hacer análisis epistemológico de los paradigmas de la ciencia que lo ha caracterizado e influenciado y nos permite entender los procesos históricos que nos antecedieron entorno al cuidado.

En este momento se acepta en general que es el cuidado el objeto de conocimiento de la enfermería, lo que nos permite tener un criterio unificado para la orientación de teoría propia como la investigación y la especificidad de disciplina científica en relación con otras ciencias¹⁹.

La ciencia, la filosofía y la teoría son componentes esenciales de cualquier disciplina científica. El término que se utiliza para expresar la relación entre ciencia filosofía y teoría que se acepta en un cierto campo científico es el de *paradigma*.

El interés que se dedica actualmente a las cuestiones paradigmáticas proviene de los trabajos de Kuhn. Este filósofo de la ciencia definió el concepto de *paradigma* para resaltar su convicción de que este término era sinónimo de comunidad científica o de individuos contemplados en el ámbito de una disciplina. Así, dotó al término de un significado que correspondía al conjunto de electos comunes compartidos por los miembros de una comunidad científica.

En la matriz de los conceptos compartidos por la comunidad científica se encuentran el conocimiento, la filosofía, la teoría, la experiencia educativa, la orientación práctica, la metodología de información y la bibliografía especializada.

La enfermería como disciplina profesional, adicionalmente, se define por su relevancia social y la orientación de sus valores. El núcleo se deriva del sistema de creencias y valores a cerca del compromiso social de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular.

Estos requisitos requieren expresarse de forma nuclear, clara y precisa y parte fundamental del crecimiento de la disciplina radica, entonces, en el crecimiento de las teorías que dan sustento al conocimiento de enfermería pero, mas que todo ha aquel conocimiento que permita ser base de una práctica fundamentada y autónoma. Es decir, un conocimiento que exprese el tipo de conocimientos que maneja enfermería.

La disciplina de enfermería esta compuesta por varios conceptos: perspectiva, dominio, definiciones y conceptos existentes y aceptados por enfermería y patrones de conocimiento de la disciplina.

La perspectiva está definida por cuatro características: la naturaleza de enfermería como una ciencia humanística, los aspectos de la práctica de enfermería, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre los clientes y las enfermeras (os) y la perspectiva de salud y bienestar.

El dominio de enfermería, no solo engloba los resultados de investigación, mas bien engloba el conocimiento de enfermería para la práctica; conocimiento que esta sustentado en la práctica en su filosofía e historia de enfermería, el sentido común, resultado de investigación, teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos que son esenciales para el desarrollo del conocimiento.

A pesar de que la disciplina profesional recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustentan y de su razón social es el núcleo de la disciplina, y su desarrollo, a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines y lo que convierte, entonces, en su marco epistemológico.

Por esta razón podemos decir que el marco epistemológico de enfermería es el conocimiento que se genera a partir del desarrollo del propio núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica profesional.

En este contexto ha surgido, con claridad, el marco de la disciplina de enfermería, durante los últimos 20 años Se han identificado una serie de conceptos centrales que pueden ser considerados como fundamentales para el estudio de enfermería.

La tetralogía de conceptos: salud, persona, ambiente y cuidados de enfermería, como esencia del meta paradigma de enfermería, sustentando su posición en las premisas relacionadas con las características que debe mantener todo meta paradigma (identificación de campo del conocimiento difieren al de otras disciplinas, abarca los fenómenos de la disciplina de manera para, mantener una disciplina filosófica neutral y

tener proyección internacional (Fawcett, 1992)) y que a su juicio, solamente, son llenadas por los cuatro conceptos antes descritos.

La persona la persona se define de dos maneras. Primero holísticamente, entendiéndose que el todo va más allá que la suma de las partes y que quizá se realiza el todo como un agregado se pierde *algo* de esta totalidad (nolismo).

La salud es un equilibrio altamente deseable, la salud no solo es lo opuesto a la enfermedad, este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”

El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal; esta enfocada hacia los problemas, de los déficit a las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia. Su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a las incapacidades. La enfermera planifica, organiza, coordina y evalúa las acciones.

El entorno es un elemento separado de la persona; el entorno es físico, social y cultural. Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada, permiten a la persona que sufre, movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego estos factores del entorno son validos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad ¹⁹ (tabla 1)

Tabla 1
Unión entre las orientaciones y los conceptos centrales de la disciplina enfermera

Orientaciones				
Conceptos	A la salud pública	A la enfermedad	A la persona	La apertura al mundo
Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención: proporcionar el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud • La enfermera obedece las reglas y consignas aprendidas 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención: <hacer para> • Eliminar los problemas • Cubrir los déficit • Suplir a los incapacitados • La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención <actuar con> • Determinar las necesidades de ayuda teniendo en cuenta las percepciones o la globalidad del otro • La enfermera es la consejera experta que ayuda a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados 	<ul style="list-style-type: none"> • La intervención <estar con> • Acompañar a la persona en sus experiencias de salud • Individualizar los cuidados • La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados
Persona	<ul style="list-style-type: none"> • Posee los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual • Tiene la capacidad y la responsabilidad de cambiar su situación 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un todo formado por la suma de sus partes, cada una de las cuales es reconocible e independiente • No participa en sus cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un todo formado por la suma de sus partes que están relacionadas (ser bio-psico-socio-cultural-espiritual) • Participa en sus cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un todo indivisible mayor que la suma de sus partes y diferente de esta en relación mutua y simultanea con el entorno en continuo cambio • Orienta los cuidados según sus prioridades
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo de utilizar bien cada capacidad que la persona posee 	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de equilibrio y altamente deseable, percibido positivamente • Ausencia de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Salud y enfermedad: distintos pero en interacción dinámica • Ideal que se ha de conseguir según el contexto en que la persona vive 	<ul style="list-style-type: none"> • Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona • Realización del potencial de creación de la persona
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Compuesto por elementos externos a la persona, que puedan ser controlados a fin de que esta pueda movilizar sus energías para la curación o la conservación de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Separado de la persona • Definido en sus aspectos físico, social, cultural • Percibido como factor que debe ser manipulado y controlado 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituido por los contextos histórico, social, político, etc. • Rico en estímulos positivos y negativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte íntegramente • Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible

2.2.2 Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica, dicho proceso ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente un mayor reconocimiento en nuestro país.

De todos los modelos de enfermería, el más utilizado es el de Orem, quizá el que ha tenido mayor influencia ya que ha significado un enfoque estimulante y directo de las situaciones actuales de cuidados tanto en el individuo, como en la comunidad.

El modelo de Orem ha causado un profundo impacto en la práctica educativa y administrativa de enfermería; sus ideas han hecho una importante contribución a la búsqueda, que defina la naturaleza y límites de la enfermería; al tiempo proporciona un marco conceptual para guiar y facilitar dicha práctica. Este modelo es útil para la planificación de los cuidados de todos aquéllos que requieren la ayuda del sistema de cuidados a la salud.

El modelo teórico de Orem y su Teoría General de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado, contempla la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería; la primera parte de que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Nos dice, que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

- Teoría del Autocuidado

Las medidas de autocuidado son una acción intencionada y calculada basada en el conocimiento del individuo y en su repertorio de habilidades. El punto esencial es la libre voluntad del individuo el cual está afectada por:

El autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.

- Los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
- El conocimiento de la salud científicamente derivado que posee la persona.
- La situación en la constelación familiar.
- Los miembros de grupos sociales (amigos, compañeros de trabajo)

Una unidad de servicio de enfermería puede ser una unidad individual o multipersonal.

- ◆ Requisitos de autocuidado

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

◆ Requisitos de Autocuidado Universal

Sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

◆ Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Han sido particularizados para los procesos del desarrollo (por ejemplo el embarazo), o asociados con un acontecimiento (por ejemplo la pérdida del cónyuge o de un pariente) hay dos tipos y el tipo dos tiene dos subtipos.

Etapas específicas del desarrollo.

El tipo uno se refiere a las condiciones que afectan el desarrollo humano. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano.

El tipo dos alude a la provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente al desarrollo humano. Este mismo se subdivide en:

Subtipo 2.1 Se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos en condiciones adversas.

Subtipo 2.2 Se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes.

◆ Requisitos de Desviación de la Salud

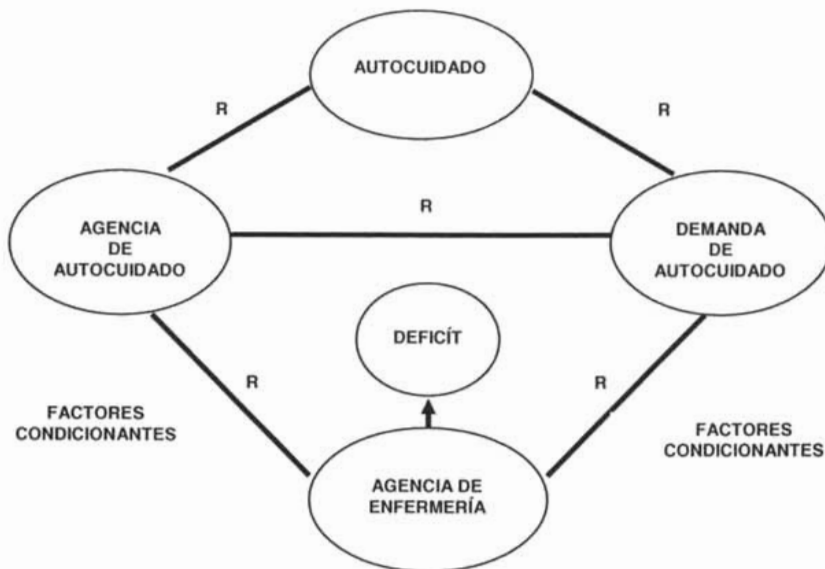
Existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología y están bajo tratamiento médico. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud.

- ❖ Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos.
- ❖ Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- ❖ Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a la prevención o cuidado de la patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado.
- ❖ Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- ❖ Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de las formas específicas de cuidados de la salud.
- ❖ Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

La valoración de los requisitos de autocuidado tanto para los factores de condicionamiento básico los que regulan los procesos del desarrollo humano, como para aquellos que se derivan del deterioro físico y psíquico, se ha realizado estudios en el ámbito individual y familiar por lo que se le ha llamado unidades multipersonales.

Sin embargo se considera que esta teoría es aplicable en la salud pública y por consiguiente al trabajo comunitario ya que permite establecer diagnósticos de requisitos de déficit de autocuidado en una población, los cuales dan pauta para la atención a problemas relacionados con la salud²⁰ (Figura 1).

Figura 1
TEORÍA DE ENFERMERÍA DE AUTOCUIDADO



(R- Relación)

Fuente: Orem, Dorothea. Modelo de Orem. En ediciones científicas y técnicas, S.A España, 1993. Pag. 71

- Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría del Déficit de autocuidado, tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, el ser humano sometido a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Además requiere de cualidades físicas e intelectuales altamente desarrolladas que no todo el mundo posee en todo momento ²⁰.

Los déficit de autocuidado se identifican como completos y parciales; el completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico, y el parcial puede ser extenso o puede limitarse a una incapacidad para satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico.

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

- Falta de ocupación o adecuación continuada en el autocuidado.

- Falta de conciencia o conciencia limitada, del yo y del entorno; excluyendo la debida al sueño natural.
- Incapacidad para recordar experiencias pasadas, en el control de la conducta.
- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y familiaridad con las condiciones internas y externas.
- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades.

Ante este contexto es importante reconocer dos dimensiones de autocuidado: una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionada de autocuidado, ésta es la dimensión personal y voluntaria.

La segunda dimensión se relaciona con los acontecimientos que ocurren en el individuo y su entorno como resultado de las condiciones humanas o ambientales existentes, los cuales se deben de modificar para satisfacer el déficit.

En el desarrollo de la agencia de autocuidado de los individuos deben aprender ambas dimensiones; lo que implica conocer datos para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas para la toma de decisiones. Además de considerar las limitaciones y la falta de validez o efectividad del autocuidado.

En el marco de la teoría del déficit de autocuidado, se contemplan los siguientes términos: cuidado dependiente, agencia de cuidado dependiente y agente de cuidado dependiente.

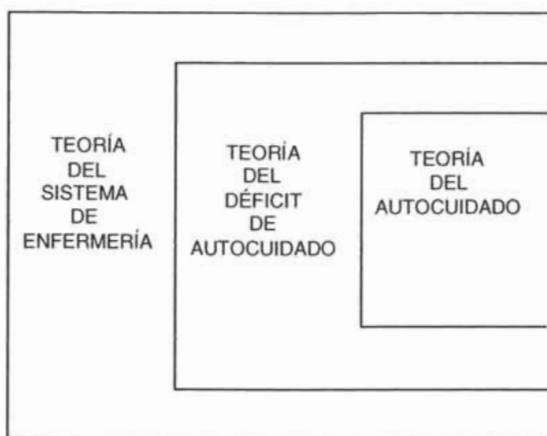
Orem emplea la palabra < agente> para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

El término de agencia de cuidado dependiente, se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros, algunos socialmente dependientes.

Agente de cuidado dependiente, se refiere al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

En síntesis, es importante resaltar que la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado comprende la unión de tres conceptos (Figura 2).

Figura 2
TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO



Fuente: Orem, Dorothea. Modelo de Orem. En ediciones científicas y técnicas, S.A España, 1993. Pag. 73

- Teoría del Sistema de Enfermería

En los sistemas de Enfermería, se marcan las pautas que implementan las formas de intervención en tanto que Orem nos habla de una serie continua de acciones cuando la enfermera vincula sus propias acciones y están dirigidas e identifican las demandas de autocuidado

Debido a que "el AUTOCUIDADO es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo" Orem nos dice que existe deficiencia en las personas para cuidar su salud; creando una relación entre la enfermera (agencia de autocuidado); y las demandas de autocuidado del individuo o comunidad (agente de autocuidado); y que los individuos inician y realizan en su propio beneficio acciones para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

- Mantenimiento del crecimiento. Maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad y lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación y
- Promoción del bienestar.

Por lo tanto, se reitera que el Autocuidado es una actividad aprendida por el individuo y está orientada hacia un objetivo "mantener la salud", exhorta a que las personas sean capaces de usar la razón (conocimiento) para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones; dichas decisiones están condicionadas por varios factores como: edad maduración y cultura.

Para satisfacer los requisitos de autocuidado es necesaria la utilización de métodos y grupo de acciones que se denominan demandas de autocuidado.

La teoría de sistemas de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del usuario y las de la enfermera. Los sistemas que lo conforman son:

Apoyo/educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio ¹⁹.

➤ De apoyo educativo

Se utiliza en las situaciones en que el individuo es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado y que sólo necesita ayuda de enfermería para llevarlo a cabo (Enseñar a)

➤ Parcialmente compensatorio

Sistema en el que la enfermera y el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implican acciones conjuntas para cubrir el requisito de autocuidado (Hacer con el otro)

➤ Totalmente compensatorio

Sistema en donde la persona es total o parcialmente incapaz de ayudarse así misma en el cumplimiento de los cuidados diarios relacionados con la salud por causas de situaciones de salud existente. (Hacer por el otro)

Métodos de ayuda utilizados por enfermería

- Actuar, hacer por,
- Guiar
- Enseñar
- Apoyar
- Estimular el desarrollo

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

El rol de enfermería en Salud Pública es visualizar a la comunidad en las siguientes dimensiones:

- Estimular a las personas de acuerdo a sus necesidades.
- Voluntad de las personas de ayuda a ellas mismas y hacia los demás
- Necesidades de ayuda de la persona (conocer sus limitaciones)
- Sensibilizar y transmitir la necesidad de autocuidado
- Compartir las tareas y responsabilidades de grupo en la comunidad.

A fin de concluir los aspectos planteados expuestos hasta aquí, la enfermera especialista en salud pública, hace uso de esa teoría (OREM), basándose en el autocuidado, enfatizando acciones de prevención, promoción, planificación, organización, intervención y evaluación; de esta forma fundamenta plenamente cada una de sus acciones; pues la finalidad es atender las necesidades detectadas en la población de estudio.

2.2.3 Enfoque de Riesgo

Riesgo, enfoque y medición El concepto de riesgo resulta fascinante; tanto en la forma como en el fondo. En la forma, por que la expresión se asocia al azar y al peligro; dos aspectos de la vida cotidiana que atrae al hombre contemporáneo: quien nada arriesga nada tiene.

Riesgo "El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro". Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Enfoque de riesgo El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud, intenta mejorar la atención para todos.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables. La vulnerabilidad, ya se para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un numero de características interactuantes: Biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud. El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad la cual reemplaza para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

El estudio de poblaciones permite obtener la probabilidad de que un evento o daño (enfermedad o muerte) ocurra en ese número de personas y que se expresa como tasa de incidencia o muerte. La probabilidad para un individuo en particular debe inferirse a partir de la población estudiada.

Estudios con enfoque de riesgo.

A continuación se presenta el diseño de un estudio de intervención utilizando el enfoque de riesgo.

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

Factor de riesgo. Un factor de riesgo se define como cualquier característica y circunstancia detectable en una persona o grupos de personas que se sabe asociada, con un aumento de la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada a una probabilidad incrementada a experimentar un daño a la salud, debe tenerse cuidado al definir en que consiste un factor de riesgo y que es un daño a la salud, ya que algunas características pueden aplicarse a ambos casos.

Los factores de riesgo pueden ser: Biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, sociocultural, económica, laboral, etc. Pueden por lo tanto, ser causas o indicadores; pero su importancia radica en que son observables identificables antes de la ocurrencia del hecho que predice, de tal forma que pueden ser prevenibles.

Un factor de riesgo es causal de un daño a la salud, si reúne los siguientes factores: fuerza de la asociación, especificidad de la asociación, consistencia del conocimiento existente, asociación temporal y credibilidad biológica⁸.

Los factores de riesgo asociados causalmente con daño a la salud, permiten acciones de prevención primaria, mientras que aquellos factores de riesgo no causalmente son utilizados en actividades e prevención secundaria.

Mediciones del riesgo. Existen algunas maneras de medir la relación entre los factores de riesgos y daños a la salud, como:

Riesgo absoluto. Es la incidencia del daño de la población total; solo mide la probabilidad de que un daño ocurra en la población sin asociarlo a un daño alguno.

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

Riesgo relativo. Es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y frecuencia en que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo.

$$\text{RR} = \frac{\text{Tasa de incidencia entre expuestos}}{\text{Tasa de incidencia entre no expuestos.}}$$

Riesgo atribuible el riesgo atribuible, es una medida útil para mostrar la proporción que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.

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

$$\text{Riesgo atribuible} = \frac{\text{Tasa de incidencia}}{\text{Entre expuestos}} - \frac{\text{Tasa de incidencia}}{\text{entre no expuestos.}}$$

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

Razón de probabilidad (O R). Como no siempre es posible hacer estudios de cohorte por el tiempo y costos que demandan, pueden aprovecharse los datos proporcionados para obtener estimadores de riesgos, así como los resultados de los estudios de

casos/controles y de prevalencia o transversales se pueden calcular el OR que es menos exacto que el riesgo relativo; pero en cambio, es una buena aproximación.

$$OR = \frac{a \times d}{c \times b}$$

a	b
c	d

a)=caso

b)=caso no expuesto

c)=expuesto no caso

d)=no expuesto no caso

Razón de momios: es la probabilidad que tienen las personas de enfermar o morir por un factor de riesgo.

Aplicación del enfoque de riesgo. El enfoque de riesgo puede ser utilizado dentro y fuera del sistema de atención a la salud.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia, facilitar el control de los factores de riesgo, de tal suerte que, se produzcan cambios en los estilos y condiciones de vida.

2.2.4 Consideraciones Ético- Legales.

En la investigación se consideran los aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de los sujetos a estudios. Descritos en el Código Nacional de Enfermeras de México.

En enfermería es importante contar con un código de ética para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que así mismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Por tal motivo se enumeran los artículos que fueron tomados en cuenta para el estudio de caso:

Disposiciones generales

Art. Primero.- El presente código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

De los deberes de las enfermeras para con las personas

Art. Quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; a conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento todos los intereses de las personas.

Art. Sexto.- Comunicar a la persona sobre los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala atención o daño a terceros.

Art. Séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Así la dignidad debe entenderse como la suma de los derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee una persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida (Código de ética).

El código debe seguir siendo un instrumento válido y útil que ayude a las enfermeras a tomar decisiones éticas frente a los tremendos avances biomédicos y tecnológicos de hoy²².

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

ART. 13 En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ART. 21 Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó, en su caso su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- 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 pueden obtenerse,
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. 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;
- VII. 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;
- VIII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

- IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;
- X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daño que lo ameriten, directamente causados por la investigación;
- XI. Que si existen gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación;

La seguridad que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad

ART. 28 Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART. 29 En las investigaciones en comunidades, El investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, a obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer el artículo 21 y 22 de este reglamento:

ART.30 Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan 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 ²³.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

3.1 Selección y Descripción Genérica del Caso

El Municipio de Ecatepec limita al norte, con el municipio de Tecámac; al sur con el municipio de Nezahualcóyotl y el Distrito Federal; al oriente, con los municipios de Acolman y Atenco, y al poniente, con Tlalnepantla y el Distrito Federal.

Su extensión territorial es de 186.813 K2 y se encuentra a una altura media de 2250 metros sobre el nivel del mar.

Se divide políticamente en una ciudad de seis pueblos, seis ejidos, dos rancherías, 280 colonias, 12 barrios y 102 fraccionamientos.

Es templado, sub-húmedo con lluvias en verano. Se registra una temperatura media anual de 13.8°C y una máxima de 30°C; en los meses de marzo, abril, mayo, junio y julio se tienen cambios muy variables de temperatura, siendo la mínima de 7°C en invierno ².

El área a trabajar fue el AGEBS 018-8 de la coordinación municipal Santa María Tulpetlac del municipio de Ecatepec; que comprende las siguientes colonias: Arbolito, Unidad Xaxalpa, Bonito Ecatepec y Olímpica. En el cual se tomo una muestra de 879 mujeres en edad fértil de 12 a 49 años de edad en donde se realizó un barrido casa por casa (anexo 1).

Tabla 6
Metodología de valoración ampliada y focalizada

DIAGNÓSTICO DE SALUD Y ESTUDIO DE COMUNIDAD	VALORACION DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO
Diseño: Transversal descriptivo	Diseño: Estudio de caso (Nancy Burno) Investigación en enfermería. P221.
Población: Arbolito, Bonito Ecatepec, U. Xaxalpa y Olímpica del AGEB 018-8. Total de la población en estudio 2698	Población : Total 871 mujeres en edad fértil
Muestra: Se llevo a cabo un barrido casa por casa.	Muestra Probabilística aleatoria simple $n = \frac{Nz}{\alpha^2 pq}$ $E(N-1) + Z \alpha^2 pq$ $n=26$ Con un nivel de confianza del 97%
Criterios de inclusión El total de la población residente en el AGEBS 018-8	Criterios de inclusión - Mujeres en edad fértil de 12 a 49 años residentes del AGEB 018-8.
Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> • Ausentes después de 3 visitas en diferentes horarios. • Renuentes después de 3 visitas de de encuestadores diferentes. 	Criterios de exclusión <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres con Histerectomía • Mujeres con Oclusión Tubaria Bilateral • Mujeres estériles
Criterios de Eliminación <ul style="list-style-type: none"> • Cédulas inconclusas o llenado inadecuado 	Criterios de Eliminación <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres que no aceptaron participar en el estudio • Cédulas de entrevista incompletas

3.2 Método

Para estructurar este estudio de caso se realizaron las siguientes actividades:

1.-Análisis organizacional de la jurisdicción sanitaria de Ecatepec

Se inicia con la presentación del personal normativo, se continúa con el recorrido de las 22 coordinaciones municipales, y se concluye con la elaboración de un funciograma jurisdiccional y un fotograma del personal normativo.

2.-Una vez identificada la estructura organizacional de dicha jurisdicción se organizó un taller de Priorización de riesgos y daños a la salud, el cual es abordado a través del método de Hanlón. En dicho taller se formaron mesas de trabajo de 10 integrantes en los cuales se reviso el panorama epidemiológico de la jurisdicción en donde el daño priorizado fue Embarazo parto y puerperio fetal. Dicho taller contó con la participación del equipo multidisciplinario de expertos en Salud Pública, además de contar con la participación de autoridades del municipio y del D.I.F (anexo 2).

La determinación de prioridades de daños se realizó a través de 2 métodos, el método de Hanlón y la parrilla de análisis, el primero permitió considerar la magnitud del problema, la eficacia, la solución y la factibilidad de la intervención, el segundo método permitió abarcar la importancia del problema así como la relación demostrada entre el factor de riesgo y el problema, la capacidad técnica de la intervención y la factibilidad. Priorizando como problema de salud diabetes mellitus y en segundo lugar embarazo, parto y puerperio.

Se decidió trabajar este último ya que el primero se trabajo en la generación anterior y actualmente se encuentra en evaluación el impacto del mismo.

3.- El segundo taller se llevo acabo para definir donde se llevaría a cabo el estudio de comunidad, se hizo a través de la revisión exhaustiva de los certificados de defunción de la Jurisdicción, con respecto a riesgo reproductivo, encontrándose incongruencias con los datos obtenidos del panorama epidemiológico con las reportadas por salud reproductiva dejando precedente de dicho hallazgo.

El grueso de la mortalidad correspondió a muerte fetal. Por lo cual se utiliza la tasa de muerte perinatal para la realización de la parrilla de análisis y la estandarización de tasas de las 22 COMUSAS. Por lo que se procedió a lo siguiente:

4.- Para la determinación del AGEB se obtuvieron datos del Sistema de Consulta de Información Censal (SCINCE 2000), en donde se analizaron indicadores para muerte perinatal haciendo la proyección de la población 2004, realizándose una parrilla de análisis a través de las tasas de mortalidad perinatal.

Una vez identificados los AGEB's a trabajar se evaluó el riesgo familiar, a través de la tarjeta de visita familiar (TVF), diseñada y validada en 1986, por el Dr. Hermes Vallejos, miembro de la cooperación técnica alemana y utilizada por la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec (anexo 3).

5.-Se conformo el diagnóstico Integral de salud, del AGEB 018-8 COMUSA Santa María Tulpetlac, iniciándose con la modificación de la tarjeta de visita familiar, obteniendo la cédula de captación de datos por familia.

Se realizó un recorrido por el AGEB 018-8 elaborando la cartografía e identificando los líderes de la comunidad. Se programó y realizó el taller de encuestadores para la aplicación de la cédula y prueba piloto.

Se actualizó el censo de la población con técnica de barrido casa por casa, conformándose brigadas para la obtención de los datos, capturándose la información obteniéndose el diagnóstico integral.

6.-La determinación del Déficit de autocuidado se basó en la cédula de datos focalizados dirigida a mujeres en edad fértil con enfoque de riesgo reproductivo con base a la teoría de enfermería del déficit de autocuidado de Dorotea Orem.

Se aplicó una prueba piloto y se modificó la cédula obteniendo un muestreo probabilístico aleatorio simple, se procedió a la encuesta en campo procesando la información y análisis del mismo.

7.-A fin de llevar a cabo la planeación estratégica para la intervención se elaboró una carta descriptiva .Convocando al personal multidisciplinario de la Jurisdicción que participó durante la etapa de intervención el cual se da ha conocer los resultados del diagnóstico integral y el déficit de autocuidado(anexo 4).

Se conformaron mesas de trabajo, con objetivos específicos de acuerdo al modelo de intervención operativa de salud (MIOS).

- Carta descriptiva para la capacitación a pasantes de enfermería.
- Elaboración de promocionales (anexo 5).
- Elaboración de sociodrama, y platicas a población cautiva (escuelas)

- Elaboración de instrumentos de control y evaluación.
- Taller para la elaboración de material educativo para pláticas a población abierta.
- Conformación de expediente clínico y elaboración de instrumentos de valoración de riesgo reproductivo.

Se concluye esta etapa con la entrega de productos de las mesas de trabajo.

8.-Posteriormente se procedió a la capacitación de pasantes en enfermería para la intervención operativa.

Se realizó el taller de capacitación impartido por el personal operativo de acuerdo a la carta descriptiva obtenida en la planeación estratégica.

Se concluyó este taller con la obtención de la estructuración del sociodrama y rotafolios

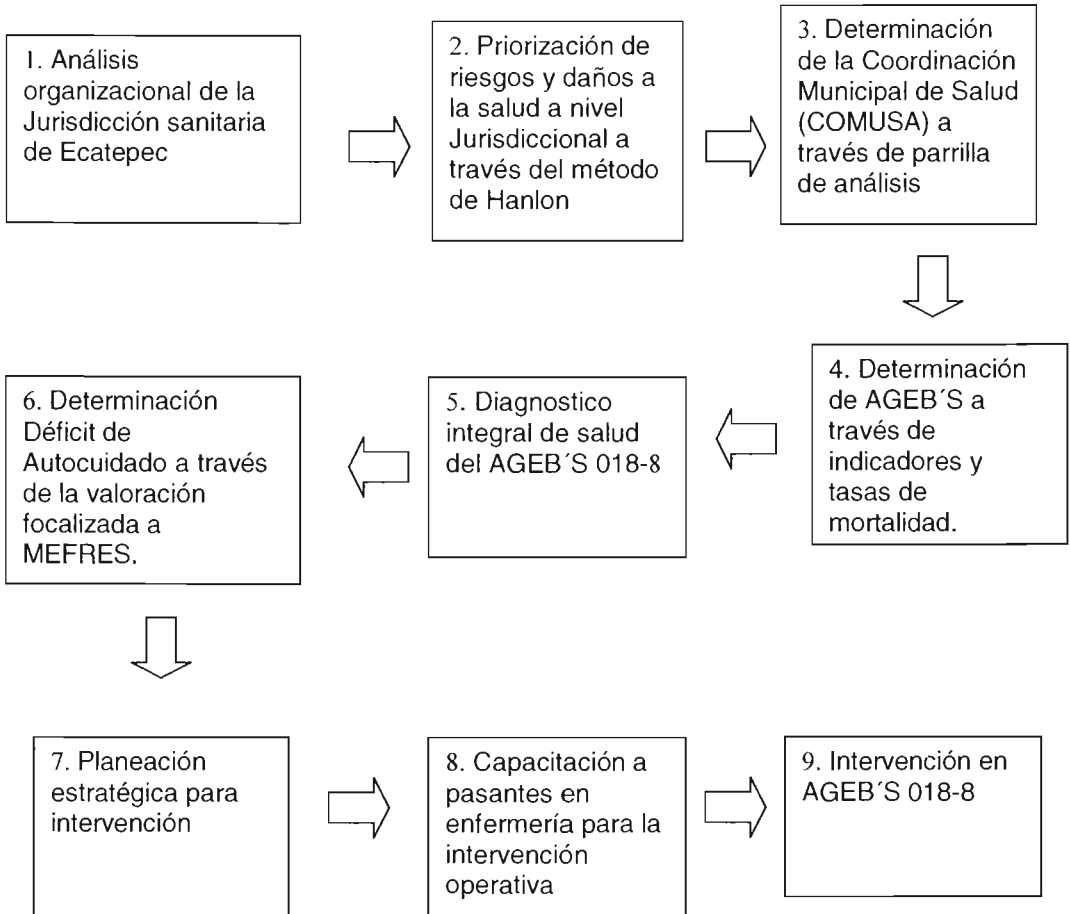
9.-Intervención operativa

De acuerdo al modelo de intervención operativa (MIOS), en salud la intervención se realizó en 6 fases:

- Barrido de territorio y estimulación visual por la comunidad.
- Sensibilización se realiza recorrido en calles transitadas por el personal de salud y autoridades municipales.
- Sensibilización a través de promocionales.
- Educación para la salud extramuros.
- Educación para la salud intramuros.
- Atención directa por consultaría (Figura 3)

FIGURA 3

DIAGRAMA DE FLUJO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL EQUIPO DE TRABAJO



Instrumentos

1. Cédula de captación por familia

El objetivo de este instrumento era conocer las características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas del AGEB 018-8 perteneciente a la jurisdicción sanitaria de Ecatepec.

Los apartados de esta cédula son:

Ficha de identificación En este apartado se incluye; Apellido de la familia encuestada, domicilio, total de familias que residen en ese hogar y lugar de residencia de la familia.

Datos específicos de los integrantes Aquí se anotan nombres y apellidos de cada integrante de la familia así como parentesco, edad, sexo seguridad social, estado civil, ocupación y grado escolar.

Mujeres en edad fértil En este apartado se anota si la mujer cuenta con vida sexual activa cual es el método que utiliza para planificar, si esta embarazada si lleva control prenatal, cuenta con esquema completo de TD Y si esta cursando con algún embarazo.

Mortalidad en los últimos 5 años si en su familia se han presentado muertes, a que edad murió el familiar y las causas.

Morbilidad Si presenta algún integrante de la familia una enfermedad crónica la edad y si recibe atención médica.

Datos del menor de 5 años Si hay niños nombre y apellidos, somatometría y si cuenta con esquema de vacunación completa.

Medidas preventivas familiares Que tipo de agua consume, si consumen verduras y frutas cada cuanto se cambian de ropa, cada cuanto se lavan los dientes y con que frecuencia cambian la ropa de cama.

Características de la vivienda Si la vivienda es propia ó rentada, cuenta con techo número de cuartos, si cuenta con electricidad, teléfono pavimentación, drenaje, agua entubada, recolección de basura y disposición de excretas.

Alimentos Que acostumbra a desayunar, comer y cenar.

Fauna domestica Si cuenta con perros ó gatos.

2. Cédula de valoración focalizada

En este instrumento se utilizaron los requisitos universales de autocuidado de Dorotea Orem (ver anexo 6).

Requisitos de autocuidado universal son reflexiones formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe o supone que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano continuamente o en condiciones y circunstancias específicas. Orem

A fin de medir el concepto de **requisitos universales** se diseñaron los siguientes ítems: 1,2,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,21,22,25,27,28,29,36,37,38,39,40,41, 42,43,44,45,47,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64, 65,66,67, 69,70.

Requisitos de autocuidado de desarrollo:

1,2,3,4,5,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,19,20,23,24,25,26,27,30,31,33,34,35,36,37,38,39, 40,42,57,60,62,63,64,65,67,68.

Requisitos de desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles mas altos de organización de las estructuran humanas hacia la maduración ²¹.

Requisitos de desviación de la salud existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o esta recibiendo cuidados médicos.

requisitos de desviación de la salud:

22,23,24,28,29,30,31,32,35,36,37,38,39,40,41,43,44,42,47,48,49,58,59,62,63,64,68.

CAPITULO 4

PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.

4.1 Resultado

4.1.1 Valoración Extensa

Los resultados arrojados por el método de priorización Hanlon en el ámbito de la COMUSA se presentan a continuación (Tabla 2).

Tabla 2
TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD PERINATAL POR COMUSA
DEL AGEBS 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC

COMUSA	FRECUENCIA	%	TASA
AMPLIACIÓN TULPETLAC	45	5.0	5.5
CD. CUAHUTEMOC	53	5.9	10.2
CHAMIZAL	32	3.5	6.1
COACALCO	19	2.1	1.4
HANK GONZALEZ	42	4.6	4.3
HEROES DE GRANADITAS	26	2.9	2.0
J. MA. MORELOS	48	5.3	6.90
J. MORELOS	41	4.5	6.8
MIGUEL HIDALGO	12	1.3	5.2
NUEVA ARAGON	62	6.9	6.0
RUIZ CORTINEZ	110	12.2	8.4
SAN AGUSTIN	87	9.6	7.5
SAN GABRIEL	29	3.1	1.8
SAN PEDRO	12	1.3	2.6
SAN RAFAEL	75	8.3	4.9
SANTA CLARA	33	3.7	4.5
SAN J. IXHUATEPEC	21	2.3	2.4
STA MA. CHICONAUTLA	37	4.1	2.5
STA MA. TULPETLAC	57	6.3	7.9
ZAPATA	59	6.5	6.8
TOTAL	904	100	45.36

FUENTE: Listados de certificado de defunción 2003.

Departamento de Epidemiología Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.
 El resultado confirmó que la COMUSA a intervenir fue Santa María Tulpetlac

La tasa de mortalidad perinatal más alta fue de 7.9
 Ubicada en el AGEB 018-8 que comprende el fraccionamiento Bonito Ecatepec, las colonias Unidad Xaxalpa, Olímpica y Arbolito.

Una vez que se determinó la COMUSA se procedió a definir el AGEB en estudio (Tabla 3)

Tabla 3
CÁLCULO DE TASAS MORTALIDAD PERINATAL POR AGEB EN COMUSA SANTA MARÍA TULPETLAC.

AGEB	Población total	Número de casos	Tasa General	Hab. – 1 año 2004	Tasa Especifica	Prioridad
017-3	4439	3	8.7	82	3.52	5
018-8	3368	5	14.8	62	7.46	1
020-5	2442	1	4.0	45	2.16	6
021-A	3913	4	10.2	72	5.26	2
022-4	49	0	0	1	0	8
023-9	3261	0	0	60	0	9
028-1	9614	2	2.07	177	1.11	7
047-4	2808	0	0	52	0	10
368-0	2442	2	8.1	45	4.25	4
369-5	2396	2	8.4	44	4.34	3
046-A	3372	0	0	62	0	11
TOTAL	40104	19	44.06	702	26.3	0

FUENTE: Proyección SCINCE 2000/2004.

Ficha de identificación

Las áreas de estudio fueron: Unidad Jajalpa, Arbolito, Olímpica y Fraccionamiento Bonito Ecatepec correspondiente al AGEB 018-8, la fecha de recopilación de los datos fue del 22 al 26 de Marzo del 2004, la fecha de elaboración de diagnóstico fue el 12 de Abril del mismo año, los sectores a estudiar fueron 6 con un total de 1423 viviendas y 1203 familias aproximadamente, el total de habitantes del AGEB 018-8 es de 2698.

Los habitantes cuentan con todos los servicios de acondicionamiento básico como son, drenaje, energía eléctrica, servicio de agua intradomiciliaria, pavimentación, recolección de basura, etc.

Dicha población cuenta con un total de 2698 habitantes, se encuestaron un total de 736 familias, según los datos arrojados por la tarjeta de visita familiar, se aplicó la valoración por enfoque de riesgo donde el riesgo más alto fue 3 con el 43% de las familias y el riesgo 1 con el 35%. Los sectores con mayor riesgo son el sector A con el 54% familiar con riesgo 1 y el sector C con el 48% (Ver Tabla 4).

Tabla 4
POBLACIÓN POR GRUPO ETÉREO Y GENERO AGEBS 018-8
SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%
0-4	158	5.58	147	5.44	305	11.3
5-9	104	3.85	141	5.22	245	9.07
10-14	128	4.74	128	4.74	256	9.48
15-19	112	4.14	85	3.14	197	7.29
20-24	140	5.18	96	3.55	236	8.74
25-29	138	5.11	118	4.37	256	9.48
30-34	168	6.22	147	5.44	315	11.67
35-39	103	3.81	109	4.03	212	7.85
40-44	96	3.55	83	3.07	179	6.63
45-49	46	1.7	69	2.55	115	4.26
50-54	60	2.22	48	1.81	109	4.03
55-59	52	1.92	36	1.33	88	3.26
60-64	33	1.22	41	1.51	74	2.74
65-69	29	1.07	23	0.85	52	1.94
70-74	16	0.59	11	0.4	27	1
75-79	4	0.14	10	0.37	14	0.51
80-84	8	0.29	8	0.29	16	0.59
85 Y MÁS	3	0.11	0	0	3	0.11
TOTAL	1398	51.8	1301	48.2	2698	100

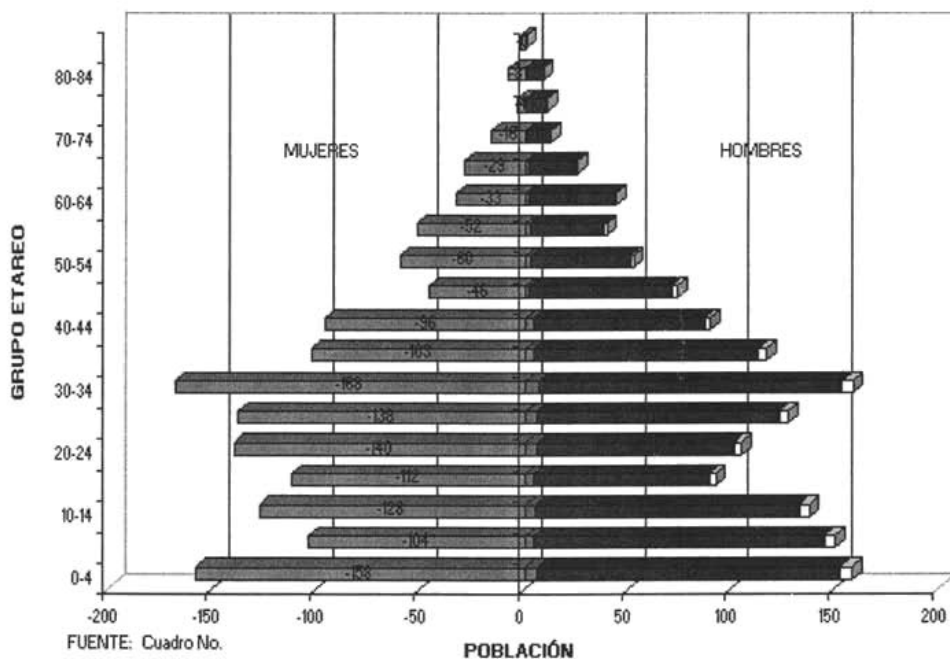
FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM.

El 32% de las familias son originarias del DF. Y el 31% son de origen heterogéneo, el 78% de las familias tienen más de un año de residencia en la comunidad.

La pirámide poblacional tiene la figura de panal y se ensancha en la base lo cual se explica por la presencia de la unidad habitacional de bonito Ecatepec donde las familias son nucleares jóvenes con dos o tres hijos y en donde la zona es de nueva creación y expansión, en el resto del territorio estudiado predominan las parejas de mayores con hijos adolescentes o adultos (Figura 4).

Figura 4

**PIRAMIDE POBLACIONAL
AGEB 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004**



FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

El 60.7% de la población cuenta con servicios de salud, el resto de la población no cuenta con estos servicios por lo que recurren a servicios médicos particulares lo que se traduce en un elevado costo para las familias además de una cultura de salud enfocada solo a la enfermedad, ya que se asiste a estos servicios cuando generalmente existen complicaciones, no hay una cultura de la prevención y cuidado de la salud, como se refleja en los hábitos higiénico-dietéticos y el desconocimiento de los programas preventivos (Tabla 5).

Tabla 5
SEGURIDAD SOCIAL POR GRUPO DE EDAD AGEBS 018-8 SANTA MARÍA
TULPETLAC
MARZO 2004

GRUPO ETAREO	SEGURIDAD SOCIAL											
	IMSS		ISSSTE		ISEMYM		SEDENA		PARTICULAR		OTROS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0-4	127	4.7	40	1.5	14	0.5	2	0.07	56	2.1	27	1
5-9	99	4.7	31	1.1	7	0.3	5	0.2	46	1.7	20	0.7
10-14	106	3.9	34	1.3	10	0.4	3	0.1	43	1.6	26	1
15-19	75	2.8	20	0.7	2	0.07	5	0.2	41	1.5	17	0.7
20-21	93	3.4	20	0.7	2	0.07	1	0.03	41	1.5	48	1.5
25-29	122	4.5	27	1	8	0.3	2	0.07	45	1.6	14	0.5
30-34	142	5.3	44	1.6	13	0.5	1	0.03	56	2.1	20	0.7
35-39	88	3.3	29	1.1	10	0.4	2	0.07	38	1.4	15	0.5
40-44	68	2.5	27	1	4	0.1	0	0	34	1.3	16	0.6
45-49	51	1.9	17	0.6	1	0.03	0	0	20	0.7	12	0.4
50-54	59	2.2	10	0.4	1	0.03	1	0.03	14	0.5	9	0.4
55-59	53	2	8	0.3	1	0.03	0	0	11	0.4	7	0.3
60-64	48	1.8	10	0.4	1	0.03	0	0	6	0.5	3	0.1
65-69	35	1.9	7	0.3	1	0.03	0	0	7	0.3	0	0
70-74	18	0.7	4	0.1	2	0.07	0	0	3	0.1	1	0.03
75-79	8	0.3	2	0.07	0	0	0	0	0	0	1	0.03
80-84	9	0.3	2	0.07	0	0	0	0	2	0.07	0	0
85 Y MAS	2	0.07	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1203	44.6	332	12.3	76	2.08	26	1	463	17.2	229	8.5

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM.

4.1.2 Valoración Focalizada

Para la realización de la valoración focalizada; se realizó mediante la priorización de riesgo y daños a la salud, encontrando en el área de estudio 4 casos de muerte perinatal y uno de muerte materna, encontrándose durante el estudio un caso más de muerte materna (ver Tabla 6).

La población de MEFRE es aproximadamente del 30% del total de la población, siendo el 1.9% embarazadas (Tabla 7).

Tabla 7
MUJERES EN EDAD FÉRTIL AGEBS 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004

EDAD	FEMENINO	
	n	%
12-14	70	8.0
15-19	112	12.8
20-24	139	15.9
25-29	138	15.8
30-34	168	19.4
35-39	103	11.8
40-44	96	11.0
45-49	45	5.3
TOTAL	871	100

FUENTE: Cedula de captación de datos por familia. ISEM.

DESCRIPCIÓN

En el cuadro anterior se muestra que el mayor porcentaje de mujeres en edad fértil pertenece al grupo de 30 a 34 años con un 19.4%, y en segundo lugar el grupo de 20 a 24 años con un porcentaje de 15.9%.

Tabla 8

**MUJERES QUE UTILIZAN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
DEL AGEB 018-8 DE SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR	TOTAL	
	FX	%
SI	333	38.23
NO	534	61.30
DESCONOCE	4	0.46
TOTAL	871	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

DESCRIPCIÓN:

Como se puede observar de 871 MEFRE (12 a 49 años) encuestadas, se encontró que 534, que representa el 61.3% no utiliza ningún método de planificación familiar.

Tabla 9

**EMBARAZADAS EN CONTROL PRENATAL
DEL AGEB 018-8 SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004**

EMBARAZADAS EN CONTROL	TOTAL	
	FX	%
SI	15	93.75
NO	1	6.25
TOTAL	16	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

DESCRIPCIÓN:

Como se puede observar el total de embarazadas, una, no lleva control prenatal que corresponde al 6.25%.

Tabla 10

**CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA
DEL AGEB 018-8 DE SANTA MARÍA TULPETLAC
MARZO 2004**

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA		FX	%
Tenencia para la vivienda	Propia	578	78.5
	Rentada	100	13.5
	Prestada	58	8.0
Tipo de construcción Techo	Loza	674	91.5
	Lamina de asbesto	48	6.6
	Lamina de cartón	14	1.9
Vivienda según disponibilidad de agua	Agua entubada(Dentro)	733	99.5
	Sin agua entubada(Fuera)	3	.5
Vivienda con cisterna	Con cisterna	382	52
	Sin cisterna	354	48

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

DESCRIPCIÓN:

El 78.5% refiere una tenencia para la vivienda propia. El material para la construcción de techo es el 91.5% de los domicilios es loza. Como se puede observar la mayoría el 99.5% de las viviendas cuentan con agua entubada. El 52% tienen vivienda con cisterna.

Tabla 11

**COBERTURA DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 5 AÑOS
DEL AGEB 018-8 DE SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004**

ESQUEMA DE VACUNACIÓN	TOTAL	
	FX	%
COMPLETO	264	86.5
INCOMPLETO	41	13.5
TOTAL	305	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

DESCRIPCIÓN:

Se puede observar que el 13.5 de los niños menores de 5 años no cuentan con esquema completo de Vacunación.

Tabla 12

**FAMILIAS POR RIESGO
DEL AGEB 018-8 DE SANTA MARIA TULPETLAC
MARZO 2004**

RIESGO	TOTAL	
RIESGO 1	259	35%
RIESGO 2	84	11%
RIESGO 3	314	43%
RIESGO 4	79	11%
TOTAL	736	100%

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

Tasa por cada 100 habitantes
Total de población 2698 habitantes

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro anterior se muestra que en primer lugar se encuentra el 43% con un total de 314 familias en riesgo 3 y en segundo lugar corresponden a 35% con un total de 59 familias en riesgo 2.

Tabla 13

**MORTALIDAD GENERAL
SANTA MARÍA TULPETLAC
ENERO 1999-MARZO 2004**

CAUSA	FX	TASA
1. Paro cardiorrespiratorio	17	.63
2. Aborto	11	.40
3. Desconoce	10	.37
4. Diabetes mellitus	5	.18
5. Neoplasias	5	.18
6. Accidentes	4	.14
7. Infarto agudo al miocardio	3	.11
8. Cirrosis	2	.07
9. Derrame cerebral	2	.07
10. Ahogamiento	2	.07
11. Eclampsia	1	.03
12. Prematurez extrema	1	.03
13. Óbito	1	.03
14. Coma hepático	1	.03
15. Enfisema pulmonar	1	.03
16. Hepatitis C	1	.03
17. Homicidio	1	.03
18. Insuficiencia hepático	1	.03
19. Insuficiencia respiratoria	1	.03
20. Neumonía	1	.03
21. Parkinson	1	.03
22. Tromboembolia	1	.03
TOTAL	73	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM
Tasa por cada 100 habitantes
Total de población 2698 habitantes

Tabla 14

**MORBILIDAD GENERAL
SANTA MARIA TULPETLAC
(ENERO 1999-MARZO 2004)**

CAUSA	FX	TASA
1. IRAS	629	23.31
2. DM	47	1.74
3. HTA	42	1.55
4. Enf. Gastrointestinales	16	.59
5. Enf. Febril exantemática	5	.18
6. EPOC	5	.18
7. Bronquitis	13	.48
8. Alergias	7	.25
9. IVU	5	.18
10. Cardiopatías	4	.14
11. Neoplasias	4	.14
12. Prob. Hepático	6	.22
13. Accidentes	4	.14
14. IRC	2	.07
15. Anemia	5	.18
TOTAL	794	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. ISEM

Tasa por cada 100 habitantes

Total de población 2698 habitantes

DESCRIPCION

En el cuadro se observa que las cardiopatías que ocupan los primeros lugares son Diabetes Mellitas e Hipertensión arterial ocupando 2^o y 3^o.

PROBLEMAS DETECTADOS

PROBLEMAS	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	FORTALEZA
<ul style="list-style-type: none"> □ Déficit de autocuidado relacionado con la falta de conocimiento sobre riesgo reproductivo. 	<p>Educación para la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ De 100% de embarazadas solo el 6.25% no asiste a control prenatal.
<ul style="list-style-type: none"> □ Falta de planificación familiar relacionado con deficiente promoción y dificultad de horario para el acceso a los servicios de salud 	<p>Canalizarlo a la Coordinación Municipal correspondiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El 62% de las mujeres en edad fértil cuenta con el esquema completo de Toxoide diftérico.
<ul style="list-style-type: none"> □ Población infantil con esquema incompleto de vacunación relacionado con la falta de captación por parte del sistema PROVAC (Programa de Vacunación). 	<p>Que en cada Semana Nacional de Salud se realice un barrido para completar los esquemas de Vacunación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ Existe un 13.7% de la población que refiere no tener algún servicio de salud.
<ul style="list-style-type: none"> □ Población que enferma por IRAS relacionado a la falta de concientización sobre los cuidados en las diferentes estaciones del año y temor a las reacciones postvacunales 	<p>Canalizarlo al área de Promoción para la Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El 78.5% refiere una tenencia para la vivienda propia.
	<p>Reforzar los grupos vulnerables con la aplicación de vacuna antiinfluenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> □ El material para la construcción de techo en el 95% de los domicilios es de loza. □ El 99% de los habitantes cuentan con agua entubada intradomiciliaria y el 52% tienen vivienda con cisternas.

4.2 Diagnóstico Integral de Salud

Mujeres del AGEB 018-8 (Unidad Jajalpa, Olímpica, Arbolito y Fraccionamiento Bonito Ecatepec) que presentan déficit de autocuidado relacionado: a la falta de conocimiento, deficiente promoción a la salud sobre salud reproductiva, acceso deficiente a los horarios de atención de los servicios de salud y deficiente cobertura de programa de vacunación relacionado con salud reproductiva manifestado por altas tasas de morbilidad y mortalidad perinatal.

4.3 Plan de intervención

Modelo operativo de enfermería en salud pública dirigido a la promoción del autocuidado de la salud en las poblaciones.

El modelo operativo de enfermería en Salud Pública dirigido a la promoción del autocuidado de la salud de las poblaciones, es una propuesta disciplinaria estratégica que coadyuva a mejorar las condiciones de salud de la población mexicana. El diseño del modelo parte del paradigma de la salud pública, población, entorno y salud y se constituye con la metodología de enfermería conocida como proceso enfermero.

Se consideraron todos aquellos aspectos que se relacionaron con la salud de la población, iniciando un diagnóstico comunitario con enfoque de riesgo, donde inicialmente se empleo la priorización con el método de Hanlon y parrilla de análisis, identificándose así un grupo vulnerable con problemática de salud relevante, dicha población fue valorada en sus capacidades de auto cuidado a través de la metodología de enfermería y del modelo teórico del déficit de auto cuidado de Dorotea Orem.

Se elaboraron diagnósticos de enfermería que orientaron el diseño del proyecto de intervención multidisciplinario, su aplicación y evaluación fueron realizadas por enfermería en términos del logro de objetivos y metas alcanzadas.

4.3.1 Objetivo General

Incidir en la disminución del riesgo de mortalidad perinatal en mujeres de 12 a 45 años de edad en el AGEBS 018-8 de la coordinación municipal de Santa María Tulpetlac.

4.3.2 Objetivos Específicos

- Comunicar y orientar a la población sobre riesgo reproductivo y autocuidado a través de la elaboración de promocionales.
- Establecer las consultas como una acción permanente.
- Integrar expedientes clínicos integrales de seguimiento a riesgo reproductivo a las MEFRES.
- Orientar a un 90% de la población en general sobre riesgo reproductivo.
- Evaluar los resultados de la intervención de enfermería a corto y mediano plazo.
- Capacitar al equipo multidisciplinario de salud, para brindar educación para la salud, y prevención sobre el cuidado prenatal en el AGEB 018-8 de Santa María Tulpetlac.

4.3.3 Metas

- Brindar 100% de consultas programadas.
- Integrar 100% de expedientes clínicos integrales.
- Capacitar al 90% del personal convocado a la capacitación.
- Sensibilizar a través de promocionales sobre riesgo reproductivo al 100% de las unidades multipersonales.

4.3.4 Estrategias

De acuerdo al modelo de intervención operativa (MIOS), en salud la intervención se realizó en 5 fases:

- Barrido de territorio y estimulación visual por la comunidad.
- Sensibilización se realiza recorrido en calles transitadas por el personal de salud y autoridades municipales.
- Sensibilización a través de promocionales.
- Educación para la salud extramuros.
- Educación para la salud intramuros.
- Atención directa por consultaría (figura 3)

ACTIVIDADES.

- Gestión integrada de recursos.
- Capacitación a pasantes de enfermería sobre riesgo reproductivo por el personal operativo y apoyo.
- Inducción del área geográfica al personal que participará en la intervención de enfermería.
- Identificación y ubicación de población blanco para orientación sobre riesgo reproductivo.
- Sensibilización a la población a través de información visual sobre riesgo reproductivo.
- Promoción de la salud.
- Otorgamiento de atención médica integral por medio de consultoría gratuita.
- Supervisión de la ejecución de enfermería.
- Solicitar apoyo a autoridades jurisdiccionales, municipales y del DIF.
- Elaboración de oficios con la finalidad de solicitar apoyo humano, material y financiero.
- Elaboración de carta descriptiva.
- Otorgamiento de material bibliográfico y de escritorio.
- Exposición de los diferentes temas y material didáctico.
- Recorrido del área a intervenir mediante silbato para llamar la atención.
- Elaboración de mantas y colocación de las mismas junto con carteles en puntos estratégicos.
- Distribución de volantes, trípticos y dísticos.
- Otorgamiento de pláticas de educación para la salud.

4.3.5 Recursos

HUMANOS.

- Enfermeras, médicos, psicólogos, estadígrafos, TAPS, pasantes de enfermería y un citotecnólogo.

MATERIALES

- Ubicación del espacio físico, vehículos, mobiliario y equipo, computadora, material de oficina, equipo médico, formatos y material de promoción.

4.3.6 Factibilidad

MERCADO.

- Mujeres en edad reproductiva y muerte perinatal.

TÉCNICA

- Que se cuente con los médicos, odontólogos y con material adecuado.
- Contar con la ENEO como institución que apoye con personas capacitadas.

POLÍTICA

- Apoyo de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y el H. Ayuntamiento.

SOCIAL

- Aceptación de la sociedad para realizar esta investigación.

LEGAL.

- Ley estatal del Estado de México.
- Ley General de Salud.
- Constitución Política Mexicana.
- NOM-SSA-007.

Para esta actividad se implementó un equipo de supervisión que visitó a cada uno de los consultorios programados para recolectar la información, dotación de material de consulta del que se careciera en ese momento, verificar de manera personal el cumplimiento de todas las actividades programadas para identificar oportunamente problemas técnicos ó administrativos y dar solución a estos así como vigilar la normatividad técnica de integración del expediente clínico y del programa de Salud Reproductiva.

Los resultados obtenidos en la semana de ejecución fueron los siguientes:

107	Consultas integrales a mujeres en edad fértil
46	Detecciones oportunas de Cáncer Cérvico-Uterino y Mamario
36	Consultas odontológicas

De igual forma se contó con el apoyo del grupo de PROVAC para completar esquemas de vacunación a niños y mujeres en edad fértil.

Para las metas planteadas en la ejecución se tomo en cuenta el número de consultorios y la población de mujeres en edad fértil en el AGEBS 018-8 de la Coordinación Santa María Tulpetlac municipio de Ecatepec.

Cabe mencionar que el impacto se evaluará a largo plazo y esto se verá reflejado en la disminución de la mortalidad materna y fetal en el AGEBS antes mencionado.

4.4 Estrategia específica.

Capacitación.

La capacitación en salud es un conjunto sistematizado de acciones y procedimientos educativos, mediante los cuales es posible orientar eficazmente los recursos disponibles ya sean técnicos, económicos, materiales o humanos, con objeto de lograr que el personal de salud incremente sus conocimientos y habilidades para el mejor desempeño de sus funciones y para su desarrollo personal y laboral.

La capacitación se aboca al estudio y resolución de las necesidades en este campo, a fijar objetivos, a normar la ejecución de acciones educativas, a evaluar los resultados y a desarrollar las relaciones humanas que favorecen la satisfacción y la motivación de sus integrantes ²⁵.

La capacitación al personal de enfermería es importante ya que constantemente hay avances en el ámbito de la salud, es por eso que para este taller se requirió de una capacitación previa a pasantes de enfermería y a todo el personal que participó en la última fase de la planeación estratégica de la especialidad en Salud Pública (Ejecución de enfermería), del AGEBS 018-8 de la comunidad de Santa María Tulpetlac.

Por lo que se llevó a cabo un taller de planeación estratégica con médicos y enfermeras que han participado en talleres de ejecución de enfermería, se formaron 8 equipos de 5 integrantes para seleccionar los temas relacionados a riesgo reproductivo a impartir, se elaboró una carta descriptiva en donde se llegó a un consenso entre los participantes para delimitar cuales fueron los temas de mayor importancia, para impartirlos a los pasantes de enfermería y brindar una mejor atención hacia las mujeres en edad fértil del AGEBS 018-8 ver anexo carta descriptiva.

Posteriormente se realizó un taller de capacitación durante una semana en donde participaron 40 pasantes de enfermería como receptores.

Los pasantes de enfermería son los que trabajaran en forma más directa y frecuente con la población; por ello deben conocer el tema del estudio y, sobre todo, comprender cabalmente las preguntas a las que se desea responder; para este propósito, se recomienda realizar sesiones de capacitación para los pasantes de enfermería, que incluyan:

- a) Objetivo del estudio
- b) Importancia del estudio
- c) Que se espera obtener en la ejecución de enfermería

4.4.1 Objetivo general

Dar a conocer los factores de riesgo reproductivo asociados a morbi-mortalidad encontrados en mujeres en edad fértil del AGEBS 018-8 de la coordinación municipal Santa María Tulpetlac del municipio de Ecatepec.

4.4.2 Meta

Capacitar a médicos, enfermeras, TAPS, trabajadoras sociales, y a pasantes de enfermería sobre riesgo reproductivo para fortalecer posibles debilidades que pudieran presentar al momento de la ejecución.

4.4.3 Análisis de Factibilidad

Factibilidad política

La jurisdicción sanitaria de Ecatepec tiene la responsabilidad de definir y aplicar la política nacional mediante el Programa Nacional de Salud 2001-2006. Considerando que en este programa se habla de salud reproductiva y en donde también la secretaria de salud se rige por la norma oficial de embarazo parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA), y norma de métodos de planificación familiar (NOM-005-SSA).

Factibilidad legal

El presente trabajo se sustenta en la **Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos**

Art. 4 Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Ley General de Salud.

ARTICULO 9o. Los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos de los acuerdos de coordinación que celebren con la Secretaría de Salud a la consolidación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Con tal propósito, los gobiernos de las entidades federativas planearán, organizarán y desarrollarán en sus respectivas circunscripciones territoriales, sistemas estatales de salud, procurando su participación programática en el Sistema Nacional de Salud.

Art. 17 (III). Opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud.

ARTICULO 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

ARTICULO 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención médica;
- II. De salud pública, y
- III. De asistencia social.

ARTICULO 28. Para los efectos del artículo anterior, habrá un Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y un Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, elaborados por el Consejo de Salubridad General a los cuales se ajustarán las dependencias y entidades que presten servicios de salud, y en los cuales se agruparán, caracterizarán y codificarán los insumos para la salud. Para esos efectos, participarán en su elaboración la Secretaría de Salud, las instituciones públicas de seguridad social y las demás entidades de salud que señale el Ejecutivo Federal.

ARTICULO 32. Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

ARTICULO 33. Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalides físicas o mentales²³.

Factibilidad técnica

Fue a través del apoyo logístico y asesoría de la jurisdicción sanitaria de Ecatepec y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma de México.

Factibilidad financiera

El proyecto fue financiado por los alumnos de la especialidad en Salud Pública, la Jurisdicción de Ecatepec y el H. ayuntamiento regiduría 9° y 18° del municipio de Ecatepec.

4.4.4 Organización

La organización es el proceso de combinar el trabajo que los individuos o grupos deban efectuar con los elementos necesarios para su ejecución, de tal manera que las labores

que así se ejecuten sean los mejores medios para la aplicación eficiente, sistemática, positiva y coordinada de los esfuerzos disponibles ²⁵.

Se elaboró una carta descriptiva diariamente, mostrándola en una pared a todos los asistentes, y por último se realizó una carpeta con los principales conceptos relacionados con el problema priorizado incluyendo croquis de la localización del AGEBS 018-8 de la comunidad Santa María Tulpetlac del municipio de Ecatepec Estado de México.

En la organización se contó con proyector de acetatos, cañón, diapositivas, libros de consulta, hojas blancas, lápices y papel bond.

Cada ponente entregó su material un día antes de la ponencia que previamente fue revisado.

En la capacitación se realizaron las siguientes actividades:

Control de asistencia de los ponentes y los pasantes de enfermería.

Evaluación previa y posterior a la capacitación (ver anexo 7).

Organización de equipos para discutir los temas sobre riesgo reproductivo.

Elaboración de rotafolios para las pláticas educativas a impartir.

Organización de un sociodrama para ser presentado a los niños de primaria de ese AGEBS.

Recolección de material de curación, medicamentos y papelería para las consultas.

Convivencia de clausura con todos los participantes.

Integración de expedientes clínicos para la consultoría.

4.5 Evaluación de la intervención

Fecha del 31 de mayo al 4 de junio del 2004.

Asistentes a la capacitación

40 pasantes de enfermería de servicio social.

24 trabajadores de salud de la jurisdicción de Ecatepec.

La capacitación fue impartida en el horario de 8 a 14 hrs.

Evaluación de meta

Se realizó un examen pre y postevaluación a todos los pasantes de enfermería de los cuales el 95% obtuvieron los conocimientos sobre riesgo reproductivo.

Con un promedio de 8.7 en la pre-evaluación y un promedio de 9.9 en general en la pos-evaluación.

El objetivo se logró, debido al interés que mostraron los asistentes a la capacitación.

La evaluación de la ejecución de enfermería, se apoyo con la teoría de Dorotea Orem y las normas oficiales de la secretaria de salud.

CAPITULO 5

CONCLUSIÓN

La promoción de la salud tiene que ver con esfuerzos canalizados no solo a la protección específica de ciertas enfermedades, sino también para mantener o mejorar la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades.

Hoy en día, es bien conocido que la mejora en el estado de salud en la población se debe en gran medida a las intervenciones realizadas a nivel de los estilos y medios de vida.

La educación para la salud, constituye una de las vías privilegiadas para ser desarrollada a lo largo de los años e intervenga eficazmente en el primer nivel de atención a la salud.

Por todo lo anterior es importante evitar que se continúe con las altas tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal.

De igual relevancia es mencionar que los objetivos propuestos al principio de la especialidad de enfermería en salud pública fueron cumplidos satisfactoriamente permitiendo conocer los factores de riesgo que se presentaron en las MEFRE del AGEB 018-8.

En esta investigación se tomó de referencia la teoría de autocuidados universales de Dorethea Orem identificando los requisitos no satisfechos por la población estudiada, por lo tanto se llegó a la conclusión de ampliar los conocimientos sobre riesgo reproductivo en dicha población.

Es importante mencionar que el logro de la meta fue posible gracias a la intervención de enfermería especializada (gestión, capacitación al equipo multidisciplinario, recorrido territorial y visual de la comunidad por el equipo de la intervención, sensibilización a través de promocionales, educación para la salud extra e intramuros y atención directa por consultaría), a la participación entusiasta del personal de la jurisdicción de Ecatepec y de la comunidad en estudio.

Para finalizar se espera que la educación proporcionada a la población estudiada influya en los índices de morbi-mortalidad materna fetal ya que esta puede ser prevenida si se brindan los cuidados de calidad en el primer nivel de atención, en donde se pretendió dar una propuesta de interacción para mejorar las condiciones de salud de esta comunidad.

SUGERENCIAS

- ✓ La intervención de enfermería especializada es de suma importancia ya que permite identificar factores de riesgo en la población y poder incidir en ellos.
- ✓ Que la unidad de salud donde se realizó la ejecución de enfermería le de seguimiento a los problemas encontrados.
- ✓ Es muy importante que los tutores clínicos fomenten constantemente las relaciones humanas del equipo de trabajo.
- ✓ Es fundamental la especialización de enfermería para que en futuro brinde una mejor atención de calidad a la población que demande el servicio.
- ✓ Que el personal de primer nivel de atención asista a las capacitaciones de educación continua, es vital para poder brindar una atención integral adecuada al usuario.
- ✓ El estudiante de postgrado deberá realizar su estudio de caso oportunamente durante la especialización, para alcanzar una diplomarse oportunamente.

REFERENCIAS

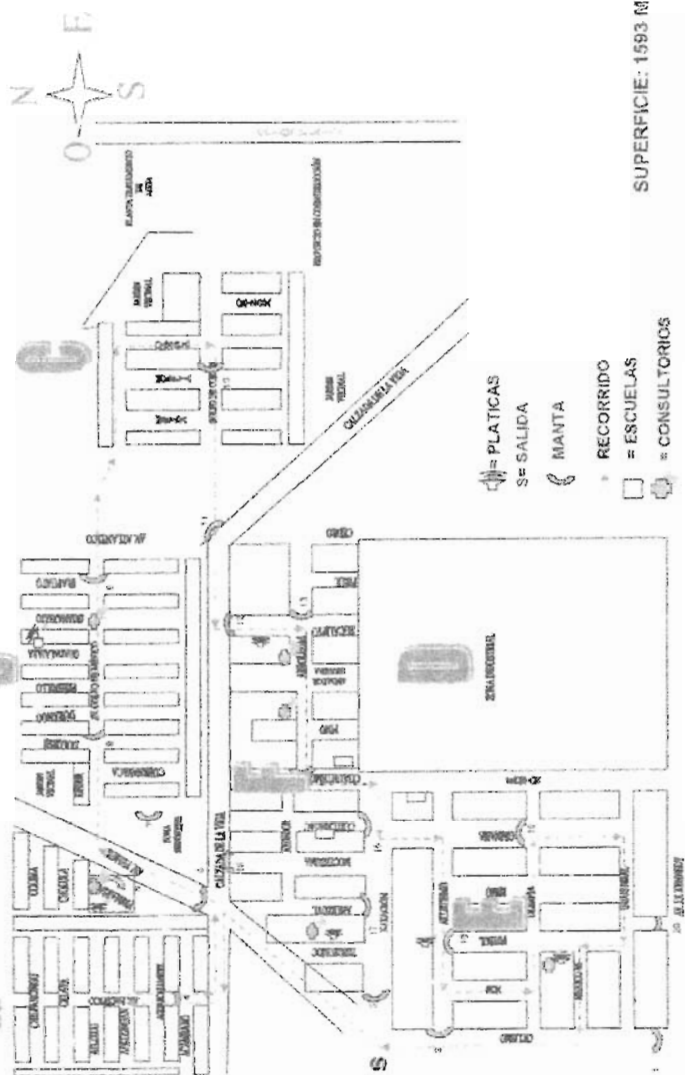
- 1.- Hernández E. et al. Introducción a la salud pública, 2ª edición Villahermosa, Tab. Ed. Compañía editorial impresora y distribuidora, S.A. 1996 ,345 p.
- 2.- Muñoz López Leonardo Monografía Municipal de Ecatepec de Morelos, 1998, los municipios de México.
www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/mexico/mpios/15033.htm
- 3.- Rojas Soriano, Crisis salud enfermedad y práctica médica, Ed. Plaza y Valdés 1997,305, p.
- 4.- San Martín Hernán, Salud y enfermedad, 4ª Ed., México Ed. la prensa mexicana,S.A. 1981, 895 p.
- 5.- Álvarez Cáceres Rafael, El método científico en las ciencias de la salud, edit. Díaz de Santos, Madrid-España, 1996, P.
- 6.- Frenk Julio, La salud de la población hacia una nueva salud pública, 2ª edición, 1993edit. Fondo de cultura económica 2000, p.
- 7.- Berrón de Temez , Luz N. Ramos Peña Esteban G. Revista Salud Pública y Nutrición vol. 1, No. 3 Julio-Sep. 2000.
- 8.- Alvares Manilla J.M Manual de atención programada por enfoque de riesgo, 1998
- 9.- Pineauld R. La planificación sanitaria 2ª edición Barcelona ,España. Ed. Masson, S.A.1995, 382 p.
- 10.- Alvares Alva R. La enfermería y la trabajadora social en la salud pública, 2000 manual moderno
www.unilibro.es/find_buy_es/result_editori_id.asp?editore
- 11.- Collimon Kelh Martín, Fundamentos de Epidemiología, Madrid, España, Ed. Ediciones Díaz de Santos, 1990. 339 p.
- 12.- Rochon Alian, Educación para la salud Barcelona, España, Ed. Masson, S.A., 1992, 381 p.
- 13.- Rubio S. Glosario de economía de la salud Madrid, España,Ed. Díaz de Santos, S.A. 1995, 331 p.
14. Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva,
<http://www.inst.mx/salud/46/461-10.pdf>

- 15.- Programa Nacional de Salud 2001-2006 262 p.
- 16.- NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido, 22,p.
- 17.- OPS, Manual de muestreo poblacional, Ed. Manual moderno, México D.F 1997
- 18., Manual de atención de embarazo parto y puerperio seguro, SSA 2001
Bvs.insp.mx/componen/svirtual/boprime/pdf/v3n9sep2001.pdf
- 19.- Compilación. Introducción a las teorías y modelos de enfermería. México, 2003.fotocopiado para uso docente ENEO-UNAM.
- 20.- Dorothea E. Orem, Conceptos de enfermería en la practica, Ed. Científicas y técnicas 1993
- 21.- Cavanagh, Steohen J. Modelo de Orem. Aplicación práctica. México. Ed. Masson-Salvat. 1993.167 p
- 22.- Código de ética de enfermeras de México, www.uaq.mx/enfermería.doc
- 23.- Ley General de Salud, edit. porrua, México D.F 2002 1163 p.
- 24.- Estudio prospectivo y retrospectivo-monografías.com
<http://www.mografias.com/trabajos5/retropos/retropos.shtml>
- 25.- La formación, capacitación y desarrollo de recursos humanos en la secretaría de salud 1988-1994, México 1994 Secretaría de Salud
- 26.- Reyes Ponce A. Administración moderna, edit. Limusa México, 2000,298,P.
27. Navarro-Beltran E. et al. Diccionario terminológico de ciencias médicas Barcelona, España Ed. Salvat, 1994, 1319 p.
28. Balseiro Almario, Lasty Investigación en Enfermería, Ed. Prado, S.A de C.V, México, D.F, 1991.216 p.

ANEXOS

JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC
 AGEB 018-8 SANTA MARIA TULPETLAC

AGRB369-5



SUPERFICIE: 1593 M²

MARZO 2004

RESULTADO DE PRIORIZACIÓN POR MÉTODO HANLON

DAÑO	A	B	C	D FACTIBILIDAD						RESULTADO DE FORMULA	PRIORIDAD
	MAGNITUD	SEVERIDAD	EFICACIA	PERTINENCIA	ECONOMIA	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD	LEGALIDAD	TOTAL		
Diabetes Mellitus	8.9	9.4	1.3	1	1	1	1	1	5	118.92	1
Tumores Malignos	8	9	1	1	0	1	1	1	4	68	4
Enfermedades del Corazón	8.3	8.5	1	1	0	1	1	1	4	67.2	6
Enfermedades del Hígado	6.4	6.8	0.6	1	0	1	0	1	3	23.7	10
SIDA (VIH)	7.4	8.1	0.8	1	0	1	0	1	3	37.2	9
Influenza-Neumonía	7.1	7	1.2	1	1	0	1	1	4	67.6	5
E.P.O.C.	6.4	6.8	1	1	0	1	1	1	4	52.8	8
Embarazo, Parto y Puerperio	9.1	9.2	1.2	1	1	1	1	1	5	109.8	2
Enf. Infecciosas Intestinales	6.8	6.7	1.3	1	1	1	1	1	4	70.2	3
Tuberculosis Pulmonar	6.3	6.7	1.2	1	0	1	1	1	4	62.4	7

Fuente:

Taller

Operativo

2003-2004

Tecnológico de Estudios

Superiores Ecatepec.

VI. DATOS DEL MENOR DE 5 AÑOS

No	NOMBRE	EDAD SEXO		PESO	TALLA	ALIMENTACION DEL MENOR DE 1 AÑO		ALIMENTACION DEL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS	INMUNIZACIONES		APLICACION DE FLUOR		CONTROL MEDICO PERIODICO	
		FEM	MASC			TIEMPO	TIPO		COMPLETO	INCOMPLETO	1 SI	2 NO	1 SI	2 NO

VII. MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES

MEASURAS HIGIENICO PERSONALES	SI	NO	OBSERV.
1. ¿Da algún tratamiento al agua?			
2. ¿Desinfectar frutas y verduras?			
3. ¿Se lavan las manos antes y después de comer?			
4. ¿Se lavan las manos antes y después de ir al baño?			
5. ¿Cuántas veces al día se lavan los dientes?			
6. ¿Con que frecuencia se bañan?			
7. ¿Con que frecuencia se cambian la ropa?			
8. ¿Con que frecuencia cambian la ropa de cama?			

VIII. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

1. ¿Su casa es?	PROP. A	RENTADA	PRESTADA	OTROS
2. ¿Número de cuartos?				
3. ¿Tipo de construcción?	TECHO ACAPACHOS	PISO	PLURIO	OTRO

¿CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIO?

	SI	NO	PARCIALMENTE	OBSERVACIONES
ELECTRICIDAD				
TELEVISIÓN				
TELÉFONO				
RADIO				
REFRIGERADOR				
CISTERNA				
AGUA ENTUBADA				
PAVIMENTACIÓN				
RECOLECCION DE BASURA				
DRENAJE				
DISPOSICION DE EXCRETAS				

X. FAUNA DOMÉSTICA	¿Tenés?	PERROS	GATOS	OTROS
	VACUNADOS			
	NO VACUNADOS			

IX. ALIMENTOS (GENERALIDADES)

1. ¿Que acostumbra comer en el desayuno?
2. ¿Que acostumbra ingerir en la comida?
3. ¿Que acostumbra comer?
4. ¿Que acostumbra comer los Domingos?

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL ENCUESTADOR	FUNCIÓN	OTROS
NOMBRE DEL ENCUESTADOR	FUNCIÓN	OTROS

SUPERVISOR
HORA DE TÉRMINO DE LA ENCUESTA



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTA SANITARIO
 DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
 DIRECCIÓN DE CAPACITACION

ISEM

NOMBRE DEL CURSO Actualización

TIPO DE EVENTO Curso - taller

RESPONSABLE DEL CURSO Dr. Serrano Agüeros, L.E.O. Guadalupe Pérez

Mtra. Lilitana González Juárez

OBJETIVO GENERAL Dar a conocer los factores de riesgo asociados a morbi-
 Mortalidad encontrados en las MEFRES de la AGEB018-8 en la COMUSA

OBJETIVO ESPECIFICO Unificar las estrategias y criterios para intervención en la
 Temática antes señalada

DIRIGIDO A Enfermeros pasantes en servicio social

DURACIÓN 31 a 4 MES Mayo DIA 31 HORAS 8

NOMBRE DE LA UNIDAD COMUSA Santa María Tlupetlac

SEDE Casa de la mujer campesina Santa María Tlupetlac

FECHA DE INICIO DEL CURSO 31 de Mayo 2004

ORGANIZADORES: Dra. María López Madrid

Lic. Maricela Méndez Olán

Odont. Silvia Toledano Granados

Dr. Honorio Velasco Cadena

HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:00 A 8:30	Registro	Registrar la asistencia de los participantes.	Sondeo	Lista de Asistencia	L.E.O Catalina González L.E.O Esther Ordóñez	
8:30 A 9:30	Bienvenida e introducción a la capacitación	Dar a conocer la metodología que se llevo a cabo en este proceso para llegar a un diagnóstico comunitario para intervención.	Exposición directa	Cañón	L.E.O E.P.S Guadalupe Pérez	NOM.005 SSA 1993 Raynald P. M. Planificación sanitaria 1995.
9:30 A 10:30	Integración y factores motivacionales	Mencionar a los asistentes la importancia de la sensibilización	Exposición directa	Tarjetas	PS. Darío Rodríguez	Aguilar J.M. Como animar al grupo 1991.
10:30 A 11:00	Pre-evaluación	Identificar el nivel de conocimientos tiene sobre R.R	Instrucciones	Cuestionario	Equipo 3	
11:00 A 11:30	RECESO					
11:30 A 12:30	Organización de equipos para trabajo y materiales, elaboración de socio drama.	Actualización de procedimientos en la elaboración de Mat. Didáctico.	Exposición Directa	Rotafolio, Cañón	Enf. Olga Martínez Enf. Eva Cruz P.S Annando Avenidaño	Fomento en salud 1996 Enrique Galindo UNAM
12:30 A 14:30	Detección de enfoque de riesgo	Identificar el riesgo de padecimiento en población MEFRE	Exposición, taller	Glucómetro. Baunanometro Cuestionario de F.R	Enf. Emma Garcia	Guía de detección integrada de obesidad SSA
14:30 A 15:30	Sesión de preguntas y resp.	Conocer limitantes y despejar dudas	Febat	Comentados	Dr. Eduardo Valdez	



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTA SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACION

ISEM

NOMBRE DEL CURSO Actualización
TIPO DE EVENTO Curso - taller
RESPONSABLE DEL CURSO Dr. Serrano Agüeros, L.E.O. Guadalupe Pérez
Mtra. Liliana González Juárez
OBJETIVO GENERAL Dar a conocer los factores de riesgo asociados a morbi-
Mortalidad encontrados en las MEFRES de la AGEB018-8 de la COMUSA
OBJETIVO ESPECÍFICO Unificar las estrategias y criterios para intervención el a
Temática antes señalada

DIRIGIDO A Enfermeros pasantes de servicio social.
DURACIÓN 31 a 4 MES Junio DIA 1 HORAS 8
NOMBRE DE LA UNIDAD COMUSA Santa María Tulpetlac

SEDE Casa de la mujer campesina Santa María Tulpetlac
FECHA DE INICIO DEL CURSO 31 de Mayo 2004
ORGANIZADORES: Dra. María López Madrid
Lic. Maricela Méndez Olán
Odont. Silvia Toledano Granados
Dr. Honorio Velasco Cadena

HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:00 A 8:30	Registro	Registrar la asistencia de los participantes	Sondeo	Lista de asistencia	L.E.O Beatriz Hernández	
8:30 A 10:00	Educación para la salud sexual reproductiva. -Adolescencia -Adulto	Mejorar la salud de la mujer en edad reproductiva a través de su autocuidado.	Exposición.	Acetatos y laminas	Dr. Honorio Velasco	La salud sexual y reproductiva SSA 2002
10:00 A 11:00	Historia clínica del adolescente.	Dar a conocer los componentes del formato.	Exposición directa	Cedula	Dr. Ricardo Acevedo	NOM 168 Expediente clínico. Norma técnica 52 Elaboración de expediente clínico.
11:00 A 11:30	R	E	C	E	S	O
11:30 A 12:30	Rol que desempeña el equipo de salud (cartillas)	Actividades que realizara la enfermera.	Exposición	Cañón	Enf. Lucia Hernández Taps. Cristina Santa María	Manual de vacunación 2003 SSA
12:30 A 13:30	Riesgo reproductivo y clasificación (Bajo, Medio, Alto)	Conocer la definición y criterios para la clasificación.	Exposición Directa	Cañón	Dr. Salvador Romero Dr. Miguel Galván Rodríguez	Obstetricia I ENEO-UNAM 2001
13:30 A 14:30	Método anticonceptivos en riesgo reproductivo	Actualizar al personal multidisciplinario sobre los métodos anticonceptivos	Exposición	Cañón	Dra. María de los Ángeles López	La salud sexual y reproductiva SSA 2002.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACION

ISEM

NOMBRE DEL CURSO Actualización
DIRIGIDO A Enfermeros pasantes en servicio Social.
TIPO DE EVENTO Curso - taller
RESPONSABLE DEL CURSO Dr. Serrano Agüeros, L.E.O. Guadalupe Pérez
Mtra. Liliانا González Juárez
OBJETIVO GENERAL Dar a conocer los factores de riesgo asociado a morbi-
Mortalidad en las MEFRES del AGEB 018-8 en la COMUSA
OBJETIVO ESPECIFICO Unificar las estrategias y criterios para la
Intervención de la temática antes señalada.

DURACIÓN 31 a 4_MES Junio_DIA 2_HORAS 8
NOMBRE DE LA UNIDAD COMUSA Santa María Tulpetlac

SEDE Casa de la mujer campesina Santa María Tulpetlac
FECHA DE INICIO DEL CURSO 31 de Mayo 2004
ORGANIZADORES: Dra. María López Madrid
Lic. Maricela Méndez Olán
Odont. Silvia Toledano Granados
Dr. Honorio Velasco Cadena

HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:00 A 8:30	Registro	Registrar la asistencia de los participantes	Sondeo	Lista de asistencia	L.E.O Javier López	_____
8:30 A 9:30	Historia clínica prenatal	Dar conocer los riesgos prenatales	Exposición		Dr. Ricardo Acevedo	NOM 168 Expediente clínico.
9:30 A 10:30	Embarazo saludable	Actualizar estrategias y acciones definidas a la vigilancia del embarazo	Exposición	Cañón	Dra. Maria de los Angeles López	Manual de atención Embarazo saludable 2001, NOM 007 Embarazo Parto y Puerperio.
10:30 A 11:30	Atención prenatal con enfoque de riesgo(NOM 007)	Identificar oportunamente riesgo obstétrico y perinatal		Cañón	Dr. Francisco Cárdenas	NOM 007 Embarazo parto y puerperio. Manual de embarazo saludable 201.
11:30 A 12:00	RECESO					
12:00 A 13:00	Papel que desempeña el personal de salud en control prenatal	Mencionar cual es el papel que juega la enfermera en área operativa.	Exposición	Cañón	Enf. Olga Martínez	Obstetricia ENEO-UNAM 2001.
13:00 A 14:00	Embarazo de alto riesgo	Identificar los factores de riesgo contribuyentes para disminuir morbi-mortalidad	Exposición	Cañón	Dra. Silvia Mendoza	Manual de obstetricia 2000.



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTA SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACION



NOMBRE DEL CURSO Actualización

TIPO DE EVENTO Curso - taller

RESPONSABLE DEL CURSO Dr. Serrano Agüeros, L.E.O. Guadalupe Pérez
Mtra. Liliانا González Juárez

OBJETIVO GENERAL Dar a Conocer los factores de riesgo asociados a morbi-
Mortalidad encontrados en las MEFRES de la AGEB 018-8 de la COMUSA

OBJETIVO ESPECIFICO Unificar las estrategias y criterios para intervención de la
Temática antes señalada.

DIRIGIDO A Enfermeros en Servicio Social

DURACIÓN 31 a 4 MES Junio DIA 3 HORAS 8

NOMBRE DE LA UNIDAD COMUSA Santa María Tlalpetlac

SEDE Casa de la mujer campesina Santa María Tlalpetlac

FECHA DE INICIO DEL CURSO 31 de Mayo 2004

ORGANIZADORES: Dra. María López Madrid
Lic. Maricela Méndez Olán
Odont. Silvia Toledano Granados
Dr. Honorio Velasco Cadena

HORARIO	CONTENIDO TEMÁTICO	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:00 A 8:30	Registro	Registrar la asistencia de los participantes	Sondeo	Lista de asistencia	L.E.O Beatriz Valencia	_____
8:30 A 9:00	Importancia del Calcio	Conocer la importancia del Calcio	Exposición.		Dr. Eduardo Váldez	_____
9:00 A 10:00	Importancia de ácido fólico en la mujer y tamiz neonatal	Conocer las indicaciones y beneficios de calcio y tamiz neonatal	Exposición Directa	Cañón	Dr. Gumersindo Montaño	_____
10:00 A 11:00	Apoyo odontológico a pacientes con riesgo reproductivo	Conocer los beneficios y riesgos odontológicas	Exposición	Acetatos	Dra. Silvia Toledano Espejel	Guía de estomatología 1999, NOM 0013 1999
11:00 A 11:30	RECESO					
11:30 A 12:30	Apoyo Psicológico a pacientes con riesgo reproductivo	Importancia del apoyo Psicológico a pacientes con riesgo reproductivo	Exposición	Acetatos	PS. Dario Rodriguez	_____
12:30 A 13:30	D.O.C e interpretación	Detectar alteración en cerviz y glándulas mamarias	Exposición Directa	Acetatos, diapositivas y cartcl.	Cito tecnólogo Victor Villarmuel y Enf. Esther Garcia	Laminas de salud reproductiva ISEM, Citologías de displasias 2003.

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
DIRECCIÓN DE CAPACITACION

ISEM

NOMBRE DEL CURSO Actualización

TIPO DE EVENTO Curso - taller

RESPONSABLE DEL CURSO Dr. Serrano Aguileros, L.E.O. Guadalupe Pérez
Mtra. Liliana González Juárez

OBJETIVO GENERAL Dar a Conocer los factores de riesgo asociados a morbi-
Mortalidad encontrados en las MEFRES de la AGEB 018-8 de la COMUSA

OBJETIVO ESPECIFICO Unificar las estrategias y criterios para intervención de la
Temática antes señalada.

DIRIGIDO A Enfermeros en Servicio Social

DURACIÓN 31 a 4 MES Junio DIA 4 HORAS 8

NOMBRE DE LA UNIDAD COMUSA Santa Maria Tulpetlac

SEDE Casa de la mujer campesina Santa Maria Tulpetlac

FECHA DE INICIO DEL CURSO 31 de Mayo 2004

ORGANIZADORES: Dra. María López Madrid
Lic. Maricela Méndez Olán
Odont. Silvia Toledano Granados
Dr. Honorio Velasco Cadena

HORARIO	CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA DIDACTICA	AUXILIARES DIDACTICOS	RESPONSABLE	BIBLIOGRAFIA
8:00 A 8:30	Registro	Registrar la asistencia de los participantes	Sondeo	Lista de asistencia	L.E.O Judith Espinosa	
8:30 A 9:30	Socio drama	Indicar la importancia de un socio drama	Actuación	Recurso humano	Enf. Eva Cruz	
9:00 A 11:00	Conclusión	Conocer la actualización de los conocimientos adquiridos en la capacitación a pasantes de enfermería.	Preguntas y respuestas		L.E.O E.S.P Guadalupe Pérez	
11:30 A 12:00	Pos-evaluación	Evaluar los conocimientos adquiridos durante la capacitación.	Instrucciones	Cédula	Equipo 3	Obstetricia ENFO-UNAM 2001.
12:30 A 14:30	Convivencia	Lograr una mejor integración grupal			Todos los integrantes	

CUIDADO

LAS MUJERES DE TU COLONIA
ESTAN EN...

RIESGO REPRODUCTIVO

CABALLERO:

¿TE GUSTARÍA...?

¿ESTAR SOLO?

¿IR AL MERCADO?

¿LAVAR Y PLANCHAR?

¿CUIDAR A TUS HIJOS?

CUIDA A LA MUJER QUE MÁS QUIERES...

ELLA PUEDE MORIR SI NO LA CUIDAS...

ENVIALA AL MÉDICO MÁS CERCANO

**NOSOTROS LE INFORMAMOS Y ORIENTAMOS
GRATUITAMENTE**



¡CUIDATE MUJER!



TU COLONIA ESTA EN:

“RIESGO REPRODUCTIVO”

SI TIENES ENTRE 12 Y 49 AÑOS CONOCE CUAL ES TU RIESGO REPRODUCTIVO.

SI ESTAS EMBARAZADA ¡TU RIESGO ES MAYOR!

DAREMOS PLATICAS... ¡INFORMATE; CONSULTA GRATIS... ¡ACUDE!

ESTAREMOS CONTIGO DEL 07 AL 11 DE JUNIO DEL 2004.
BUSCANOS

ISEM. ENEO-UNAM



CABALLEROS

PARA

SOLO



ISEM

C. S. U. SANTA MARÍA TULPETLAC

POSGRADO ENEO-UNAM 2003-2004



CUIDATE MUJER!

TU COLONIA ESTA EN :
“RIESGO REPRODUCTIVO”

INFORMATE SI TIENES ENTRE 12 Y 49 AÑOS

**DAREMOS PLÁTICAS EL 09 DE JUNIO DEL 2004. DE 9:30 A 11:
30 A.M.**

**CONSULTA EL 11 DE JUNIO DEL 2004. DE 9:00 A.M.
A 13:00 P.M.**

EN: _____

NO FALTES ES GRATUITO

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

EVALUACIÓN SOBRE RIESGO REPRODUCTIVO

PRE _____ POST _____

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INDICACIONES: Conteste las siguientes aseveraciones falso ó verdadero según corresponda la pregunta.

1.- Riesgo reproductivo comprende características, sociales, ambientales ó patológicas que indican aumento en la probabilidad de sufrir daño a la salud en la mujer en etapa reproductiva. _____.

2.- La salud sexual reproductiva comprende un estado compensatorio de bienestar, físico, mental y social. _____.

3.- La salud reproductiva comprende al estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo. _____.

4.- La cartilla de vacunación del niño comprende de 0 a 19 años. _____.

5.- La cartilla de la mujer comprende desde los 15 años a los 49 años. _____.

6.- Los métodos anticonceptivos más usados son la vasectomía y salpingoclasia. _____.

7.- El embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina al momento del alumbramiento. _____.

8.- La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada dirigido a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y prenatal. _____.

9.- La vacuna que se indica a la mujer embarazada es la doble viral y se aplica en el tercer trimestre. _____.

10.- El nivel socioeconómico está considerado como riesgo reproductivo. _____.

11.- La cefalea continua y constante se considera un signo de alarma durante el embarazo. _____.

12.- La mujer embarazada aumenta un promedio de 10 Kg. en los 9 meses de gestación. _____.

13. Automedicarse en caso de molestia ligera durante el embarazo es recomendable. _____.

14.- El TAPS puede orientar a la embarazada sobre aspectos específicos durante el embarazo. _____.

15.-La enfermera toma, registra e interpreta los signos vitales. _____.