

**UNAM
POSGRADO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA CON SISTEMA DE
APOYO EDUCATIVO QUE PERMITE MODIFICAR ESTILOS DE VIDA,
PREVENIR Y CONTROLAR LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL
AGEB 250-2 UNIDAD HABITACIONAL LLANO DE LOS BAÉZ
ECATEPEC DE MORELOS EDO. DE MÉXICO**

ESTUDIO DE CASO

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

PRESENTA

LIC. ENF. MARIA ELENA TRUJILLO RAMIREZ

TUTOR ACADEMICO

MTRO. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



MÉXICO, D.F. ABRIL 2007.



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.

DEDICATORIA

A MIS PADRES

POR SU AMORY APOYO INCONDICIONAL

COMPAÑEROS DE TRABAJO

POR SUS CONSEJOS Y APOYO EN CADA MOMENTO

COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD

POR SU TIEMPO Y DEDICACIÓN

LEO Carolina Hernández López

LE. Eustolia Cruz Narciso

A MIS MAESTROS

POR SUS ENSEÑANZAS Y EXPERIENCIAS

Mtra. Liliana González Juárez

Mtro. Ezequiel Canela Núñez

Mtra. Gloria Galván

Mtro. Rodolfo Méndez Vargas

Mtra. Verónica Vega

Mtro. Roberto Serrano Agüeros

Mtra. Guadalupe Pérez Hernández.

AGRADECIMIENTO

POR SU APOYO Y CONOCIMIENTOS

Dr. Arturo Ríos Vázquez

Dr. Jesús Henríquez Luz y Valdez.

Ing. José Mateos Rodríguez

Enf. Martha Álvarez Sánchez

POR COLABORACIÓN

- ❖ Amaro Arredondo Ma. Leonor
- ❖ Bautista Mendoza Ana Laura
- ❖ Beltrán Meza Patricia
- ❖ Castillejos Rosas Edgar
- ❖ Cruz Acevedo Beatriz
- ❖ Delgado Bravo Rita
- ❖ Díaz Valdez Claudia
- ❖ Falcón Flores Marlen
- ❖ Ferrano Moreno Guadalupe
- ❖ González Martínez Karina
- ❖ Guerra Patiño Beatriz
- ❖ Gutiérrez Tecalero Nancy
- ❖ Hernández Hernández Rosa
- ❖ López Sánchez Ma. Adoración
- ❖ Mateos Serrano Maria Teresa
- ❖ Miranda Villada Lizbeth
- ❖ Mota Mena Dulce
- ❖ Perdigón Reyes Julieta
- ❖ Ramírez Hinojosa Noemí
- ❖ Razo Pérez Luz Elena
- ❖ Rodríguez Muñoz Cristina
- ❖ Rodríguez Salazar Rosario
- ❖ Rodríguez Sánchez Emma
- ❖ Rosas Martínez Verónica
- ❖ Sacamitzin Herrera Dalía
- ❖ Salcedo Sánchez Elba
- ❖ Sánchez Ortega Verónica
- ❖ Serrano Morales Judith
- ❖ Téllez García Sandra
- ❖ Vázquez Mendoza Yolanda
- ❖ Aguillón Hernández Nayeli A
- ❖ Atenco Corona Oscar
- ❖ Baca Llamas Nelly Miriam
- ❖ Bartolo Colon Andrea
- ❖ Bautista García Juana
- ❖ Bolaños Alcántara Rocio
- ❖ Burgos Ramírez Mónica
- ❖ Cabrera Velasco Heidi
- ❖ Carbajal Garibay Edgar Ivan
- ❖ Cintora Arellano Alma Delia
- ❖ Cruz Muñoz Janet
- ❖ Cruz Ramos Thalia Rocio
- ❖ Delgado Magaña Rosalinda
- ❖ Duarte Ramirez Montserrat
- ❖ Garcer Rodrigues Teresita
- ❖ Hernández Sánchez Naxhieli
- ❖ Linares Hurtado Diana
- ❖ Mejía Serrano Erika
- ❖ Morales Calderón Miriam
- ❖ Loyola Alcántara Emilsen Edith
- ❖ Pérez Castro Juan Ángel
- ❖ Pérez Pérez Elizabeth
- ❖ Presas Patino Claudia
- ❖ Ramírez Ortiz Carolina
- ❖ Ramírez Ortiz Carolina
- ❖ Ruiz Morales Arianna Estefanía
- ❖ Salazar Chávez Nidia Laura
- ❖ Solís Hernández Laura
- ❖ Solís López Oscar
- ❖ Téllez García Maricela

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
JUSTIFICACION	9
OBJETIVO	11
CAPITULO 1	
MARCO REFERENCIAL	12
1.1. Municipio de Ecatepec.	
1.2. Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec de Morelos	
1.3 Coordinación Municipal de Salud Ruiz Cortinez	
1.4. Área Geográfica Bioestadística (AGEB) 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez	
CAPITULO 2	
FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	
2.1. MARCO TEÓRICO.	30
2.1.1 Antecedentes	
▪ Constitución de los Estados Unidos Mexicanos	
▪ Ley General de Salud	
▪ Programa Nacional de Salud	
2.1.2. Salud Pública	
▪ Antecedentes	
▪ Transición Epidemiológica y Demográfica	
▪ Factores de Riesgo	
▪ Enfoque de Riesgo	
▪ Determinantes de Salud	
▪ Redes de Apoyo Organizadas	
▪ Estudio de Comunidad	
▪ Diagnóstico de Salud	
2.2. MARCO CONCEPTUAL	40
2.2.1. Paradigma de Enfermería	
2.2.2. Teoría General del Déficit del autocuidado de Dorotea E. Orem	

2.2.3. Proceso de Enfermería	
2.3. CONSIDERACIONES ETICAS	49
CAPITULO 3	
SELECCIÓN Y DESCRPCIÓN GENERICA DEL CASO	
3.1 PRIORIZACIÓN HANLON	50
3.2 DETERMINACIÓN DE COMUSA Y AGEB	51
3.3. ESTUDIO DE COMUNIDAD	55
3.4. DIAGNOSTICO INTEGRAL DE SALUD	60
3.5. PROBLEMA A INTERVENIR	60
3.6. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	64
3.7. ESTUDIOS RELACIONADOS	65
CAPITULO 4	
PLAN DE INTERVENCIÓN	
4.1. OBJETIVOS	72
4.2. METAS	73
4.3. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	74
4.4. PLANEACIÓN	76
4.5 ORGANIZACIÓN	77
CAPITULO 5	
EJECUCIÓN	
5.1 ESTRATEGIAS	
5.1.1 CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS	78
5.1.2 SENSIBILIZACIÓN	
	85
5.1.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
	91
5.1.4 DETECCIÓN OPORTUNA Y SEGUIMIENTO	101
5.1.5 PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	110

BIBLIOGRAFIA	114
CONCLUSIONES	119
ANEXOS	
1.- CUADERNILLO	
2.-INFORME TALLER DE PRIORIZACIÓN	
3.- BASE DE DATOS DE VIOLENCIA	
4.- INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE CEDULA FAMILIAR	
5.- CROQUIS DEL AGEB 250-2	
6.- TABLAS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD	
7.- MORBILIDAD DEL AGEB POR GENERO Y GRUPO ETAREO	
8.- PARRILLA DE ANALISIS	

INTRODUCCIÓN

La investigación en salud pública sirve como pieza estratégica en la jerarquización de programas que atiendan las necesidades de la población.

A través de los años la enfermería ha sido considerada como un organismo al cual abarca y aborda una síntesis de conceptos de las ciencias sociales, biológicas y del comportamiento, aplicado en el cuidado del individuo, la familia y la comunidad; siendo muy importante mencionar que dentro de este ámbito la investigación en enfermería permite demostrar, comprobar teorías en cada uno de los niveles de atención mediante la propia investigación y el desarrollo de programas y trabajos que influyan directamente dentro de la salud poblacional.

Una de las teorías que sustentan la investigación de Enfermería y que suele ser una de las más apropiadas dentro del primer nivel de atención es la de Dorotea Orem; dentro de la misma se contemplan procesos interpersonales y sociales dentro de la enfermería en salud pública puede establecer medida que le permitan mantener una relación efectiva y afectiva con la comunidad, tomando en cuenta las necesidades de la misma así como también los recursos con los que cuenta, traduciéndolos dentro de la teoría en requisitos y capacidades del individuo que influyen directamente en el proceso de atención que requiera la misma comunidad.

La identificación de dichas capacidades y limitaciones de la comunidad permite identificar de manera específica los puntos más débiles de la población que a su vez serán los que tienen que ser trabajados por el grupo multidisciplinario con la finalidad de propiciar medidas de auto cuidado.

La presente propuesta de intervención se elabora en base al proceso de atención de enfermería, la teoría de Dorotea Orem, y el Modelo Operativo de Enfermería en Salud Pública dirigido a la Promoción del Autocuidado de la

Salud en la Población que se encuentra en la ENEO UNAM; encaminada a elevar las capacidades de auto cuidado de la comunidad para la prevención y control de la Hipertensión Arterial.

JUSTIFICACION

Las actividades desarrolladas durante el estudio de la especialidad permiten obtener todos los elementos teóricos, referenciales, estadísticos y epidemiológicos para elaborar una propuesta de intervención de enfermería.

Para lograrlo también es necesario contar con una teoría de enfermería que sea factible de aplicar en el área de salud pública, por lo que se utilizará a la teórica Dra. Dorotea Orem dado que es la teoría se apega a la metodología del proceso de enfermería, conceptualiza a la familia como; una unidad multipersonal, o bien unidad de cuidado dependiente así mismo incluye en este concepto, aquellas unidades estructuradas menos permanentes como grupos de autoayuda, organizaciones sociales entre otros.

Los sistemas de enfermería que propone son con el propósito de satisfacer los requisitos de autocuidado, desarrollo y de desviación de la salud, así el ejercicio de la agencia de autocuidado de todos los miembros del grupo para mantener o establecer el bienestar de la unidad (familia.), permite identificar las capacidades de autocuidado real y aspectos de análisis y aplicación.

La elaboración de un estudio de caso tomando la metodología establecida reúne todos los elementos aplicación del proceso de enfermería, como eje metodológico, una teoría, en este caso a Orem para elaborar una propuesta de intervención de enfermería especializada.

La hipertensión arterial no es curable pero una orientación y detección oportuna puede modificar el curso de su enfermedad.

Posterior a una sensibilización, detección y diagnóstico es importante, el monitoreo o seguimiento de los casos detectados y probables nuevos casos. Se debe iniciar con el control y disminución de los factores de riesgo y enfermedades concomitantes, así como la presencia de lesión a órganos y la situación personal y social del paciente.

Cuando la hipertensión arterial es ligera o moderada se debe iniciar por modificar el estilo de vida y solamente en caso de no obtener una respuesta satisfactoria iniciar tratamiento farmacológico.

Cada paciente debe ser valorado de forma individualizada, se debe tener especial cuidado con aquellos pacientes que estando bien controlados presentan cifras de presión arterial muy elevadas bruscamente (posibilidad de HTA secundaria sobreañadida).

La adherencia al tratamiento en un 50 por ciento de los pacientes hipertensos son incumplidores con su terapia y ésta es la principal causa del fracaso terapéutico. La solución pasa por una adecuada educación sanitaria, resaltando la importancia de la buena relación entre el paciente y el personal sanitario.

La Salud Pública implica identificar, analizar y dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad, el estado sanitario del ambiente, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, incluyendo la atención médica curativa y la educación para la salud, con apoyo de organizaciones dentro de la sociedad a fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Para lograr cubrir las necesidades de salud de la población se requiere de la participación del personal de salud en donde están inmersos los estudiantes de posgrado.

Por este motivo el Grupo de Posgrado organizó un taller de priorización de riesgos y daños a la salud a nivel jurisdiccional para determinar la población que de acuerdo a sus necesidades en cuanto a riesgos, daños y grupo étareo susceptible a ser intervenida para incidir en el mantenimiento de la salud poblacional.

La determinación de prioridades se realizó a través del Método de priorización de Hanlon, elaboración de sombras epidemiológicas para la determinación de

Coordinación Municipal de Salud (COMUSA) y Área Geográfica Bioestadística (AGEB), un estudio de comunidad, cruce de variables por el programa SPSS versión 10, un análisis de morbilidad por parrillas de análisis. Permitiendo al final la selección de la hipertensión arterial para realizar una propuesta de intervención.

OBJETIVO

Presentar una propuesta de intervención multidisciplinaria que pueda influir en los factores de riesgo de hipertensión arterial con la aplicación de la Teoría de la Dra. Dorotea Orem, utilizando como instrumentos el proceso de atención de enfermería (PAE), el proceso administrativo y el modelo operativo de Enfermería en Salud Pública dirigido a la Promoción del Autocuidado de la Salud en la Población que se encuentra en la ENEO UNAM.

<CAPITULO 1

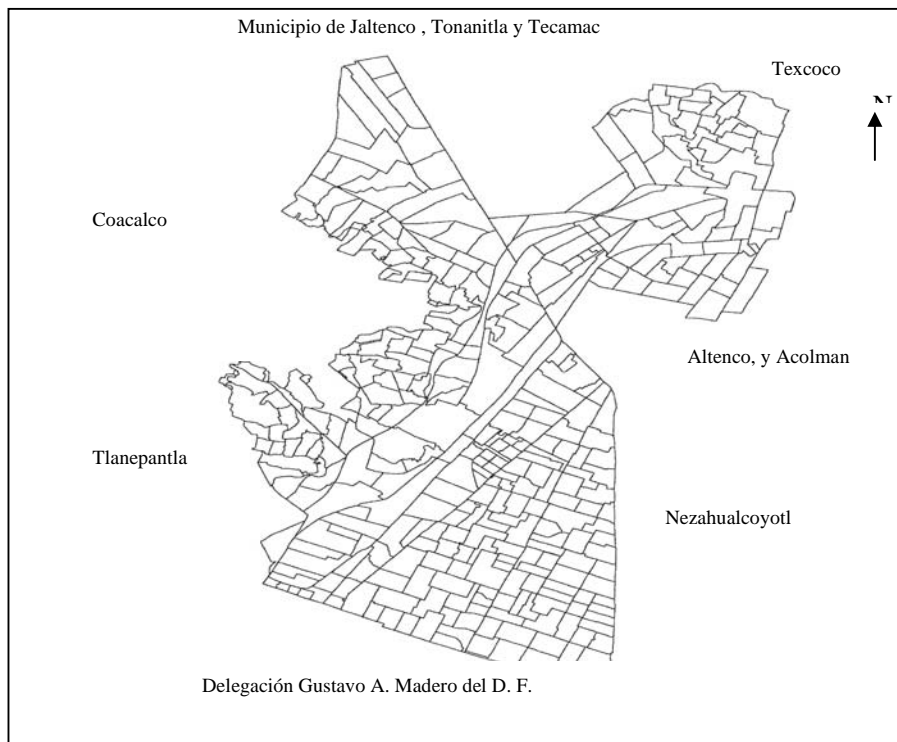
1.1. MARCO REFERENCIAL

En salud pública antes de realizar alguna intervención fue indispensable conocer las delimitaciones geográficas, características comunitarias de la coordinación de salud involucrada, que facilitaron la gestión, comprensión e interacción entre investigadores, autoridades y comunidad.

La obtención de estos datos que a continuación se presentan se realiza mediante la revisión del tercer informe de gobierno del Presidente Municipal Lic. Eruviel Ávila y visitas de campo.

2. Municipio de Ecatepec

Mapa de Ecatepec de Morelos.¹



¹ El Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) elabora el SCINCE2000 (Sistema para la Consulta de Información Censal) con resultados definitivos del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

- Localización Geográfica.

El municipio de Ecatepec de Morelos se ubica en la región nororiental del estado de México, sus colindancias son las siguientes: al norte: los municipios de Jaltenco, Tecámac y Tonanitla, al sur: la Delegación Gustavo A. Madero, D. F. y el municipio de Nezahualcoyotl; al oriente con Atenco, Texcoco y Acolman; al poniente: con los municipios de Coacalco y Tlanepantla.

- Extensión Territorial.

Tiene una extensión de 186.9 kilómetros cuadrados y está integrado por 358 colonias, 163 fraccionamientos, 12 barrios, 7 pueblos, 6 ejidos, 1 ranchería, y una ciudad, San Cristóbal Ecatepec

- Marco Histórico

- *Cultura e identidad*

La cultura prehispánica dejó huella en este territorio enriquecida con el proceso histórico lo cual le permite ostentar manifestaciones culturales, rasgos de identidad que se distinguen y se siguen conservando.

La entidad de los Ecatepequenses se establece con lazos de unión por que siguen conservando en la comunidad los símbolos tradicionales y costumbres.

- Etimología de Ecatepec

La palabra Ecatepec procede de los vocablos Náhuatl, Hexecatli=viento y Tepec= en el cerro; nombre prehispánico que se traduce etimológica y literalmente: el cerro del viento”.



Glifo

El glifo utilizado por los antiguos mexicanos para representar Ecatepec, es un monte en cuya parte superior se descubre la imagen del dios del viento Ehécatl-Quetzalcóatl simbolizado por la cabeza estilizada de un ave.

El detalle del jeroglífico se compone de una cabeza como de pájaro, con rostro rojo, barbado con largas protuberancias en la boca, como pico y con un ojo muerto (símbolo de la estrella,

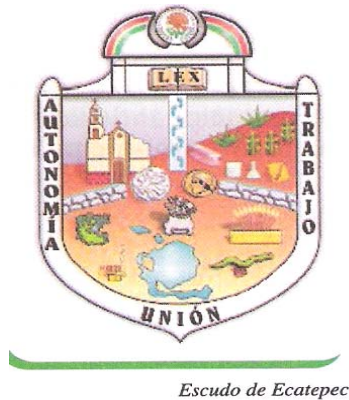
representado fuera de órbita.

Según los mitos aztecas de la creación “el dos veces dios” (ometeotl); utilizo el viento divino (Ehécatl) para soplar sobre el caos y organizar el universo y crear la luz y el movimiento (la serpiente emplumada Quetzalcóatl).

Cabe señalar que por iniciativa del entonces diputado local por el Distrito XLII, Eruviel Ávila Villegas el 19 de Septiembre de 1997 la legislatura realizó en el centro comunitario Museo Casa de Morelos”, convertido en recinto oficial, la sección de legisladores para reformar el artículo 6 de la ley orgánica municipal, efecto de agregar la palabras “de Morelos” al municipio de Ecatepec, y a partir del 30 de septiembre de 1997, se denomina Municipio de Ecatepec de Morelos

➤ El escudo de Ecatepec de Morelos

Los principios de autonomía, trabajo y unión son los elementos que enmarcan cada una de las etapas de la historia en las cuales el municipio tuvo una participación trascendente.



Escudo de Ecatepec

El escudo presenta en su cúspide el escudo nacional flanqueado por un arco que muestra y al mismo tiempo enaltece los colores nacionales-, este trazo da forma a lo que representa la tumba del generalísimo Don José Maria Morelos y Pavón.

El principio de autonomía, es representado por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y hacia ella se dirigen las huellas de unos pies descalzos marcando el camino al municipio hacia los principios de libertad y de justicia.

En parte superior izquierda se aprecia la parroquia de san Cristóbal, monumento colonial que conforma uno de los rasgos característicos de Ecatepec.

En la parte inferior de estos elementos, se encuentra el albarradon, monumento histórico construido en tiempos prehispánicos.

También se ilustra la cuenca del Valle de México, que estaba formado por los lagos de Chalco, Xochimilco, Texcoco, Xaltocan y Zumpango, en cuyo rededor aparecen los topónimos de los pueblos que integran el municipio.

En la parte inferior de estos elementos aparece la palabra Unión, que indica en suma la consolidación de un presente que no deja atrás su herencia histórica.

➤ Hidrografía

Ecatepec carece de ríos y lagos, sin embargo existieron en la época prehispánica dos lagos de importancia: el de Texcoco y el de Xaltocan, de aguas saladas y semi saladas respectivamente.

Actualmente solo hay arroyos de formación fluvial como la Rinconada, el Águila, la Cañada, la Cal y el Calvario.

➤ Orografía

El relieve de Ecatepec es irregular debido a factores que alteran el suelo, tanto de origen natural como provocados por el hombre. A través de los años se ha modificado sustancialmente el relieve del territorio de Ecatepec.

La Sierra de Guadalupe es el macizo de cerros, lomas y montes más importantes de este municipio; integra en su extensión las elevaciones conocidas como: “Pico de tres padres”, “Pico de de los Díaz”, “Pico de Moctezuma”, y el “Cerro Cabeza Blanca” entre otros.

➤ Clima

En el municipio de Ecatepec predomina el clima templado semiseco con lluvias durante el verano.

La temperatura más alta registrada durante las estaciones de primavera y verano es de 30 grados centígrados, en invierno baja hasta los 7 grados centígrados. La temperatura anual promedio es de 14 grados centígrados.

➤ Servicios Públicos

En Ecatepec hay 346,922 viviendas que en su mayoría están compuestas por 4 habitantes, de las cuales el 95% cuentan con servicios públicos y con vialidades con un total 76.60 de kilómetros cuadrados, correo y telégrafo.

➤ Infraestructura Educativa

Cuenta con 897 escuelas de todos los niveles educativos: preescolar, primaria secundaria, preparatoria, bachillerato y con la Universidad de Tecnológica de Ecatepec y el UNITEC.

El 96% de la población mayor de 15 años esta alfabetizado.

➤ Instituciones de Salud

Se cuenta con consultorios, dispensarios, centros de salud, casas de salud y hospitales. De los cuales son 46 unidades Médicas, 1,599 médicos, 2087 enfermeras y 655 camas hospitalarias; se encuentran hospitales del ISSSTE, IMSS, ISSEMYN y SSA.

➤ Instituciones Culturales y Recreativas

- Casa de la mujer, casa del anciano
- Centros sociales, bibliotecas, casas de la cultura, parques, deportivos, teatros y cines.
- Instituciones asistenciales.
- Instituciones políticas y sociales.

➤ infraestructura Económica

Según el primer informe de gobierno del presidente municipal de Ecatepec, el 54.2% tiene un ingreso de hasta dos salarios mínimos y el 45.8% de la población tiene un ingreso mayor a dos salarios mínimos.

Existen un total de 7,571 empresas, de las cuales 5,540 pertenecen al sector comercio, 1,680 al de servicios y 351 al sector industrial. En términos

generales, en el municipio cada una de tres personas trabaja, una estudia y la restante se dedica al hogar.

➤ Demografía

Según el censo del INEGI del año 2000, cuenta con una población de un millón 622,697 habitantes y las estimaciones del municipio indican que la población supera los 3 millones de habitantes en el 2004.

Ecatepec de Morelos ocupa el primer lugar dentro de los 10 municipios más poblados del Valle de Cuautitlan Texcoco y representa el 12.4% de la población estatal.

➤ Gobierno

Actualmente Ecatepec de Morelos su Presidente Municipal es el Licenciado. Eruviel Ávila.²

² 3er informe de Gobierno de Lic. Eruviel Ávila 2003 – 2006.

1.2. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec de Morelos



Foto: Entrada Jefatura Jurisdiccional 2004.

- Domicilio

Calle Copérnico y Neptuno S/N Col. Estrella, Ecatepec Estado de México,
C.P. 55210,

- Teléfono

57-55-00-60, 57-55-01-71, 55-69-56-55.

- Vías de acceso

a) Del metro Indios Verdes acceso "A" abordar micro que diga Col. Estrella y bajar en calle Copérnico.

b) Del metro Moctezuma al metro tecnológico subir el puente abordar micro al metro Indios Verdes y bajarse en la delegación de la estrella (av. Urano esquina Copérnico).

- Área de Responsabilidad

20 Coordinación Municipal de Salud (COMUSAS),
Un Laboratorio Regional de Citologías,
Un Laboratorio Clínico,
Un Hospital General,
Una Clínica Maternidad, y
Un Centro de Regulación Sanitaria.

- Población que Atiende

Mixta (urbana concentrada y dispersa, así como un 15% de rural concentrada)

- Tabla 1. Total de población

	Sin seguridad	Con seguridad	Total
Mpio. Ecatepec	825,495	838,666	1,664,161
Mpio. Coacalco	98,036	198,812	296,848
Total de habitantes	923,531	1,037,478	1,961,009

* Población año 2004 por COMUSA; Proyección de AGEBS 2000/INEGI

Indicadores del SCINCE 2000

- Personal Directivo

Dr. Roberto Serrano Agüeros

Jefe de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec

Dr. Octavio Jesús Patraca García

Coordinador Normativo de Servicios de Salud

Enf. Ma. Guadalupe Chávez Hervert

Coordinadora de enfermería

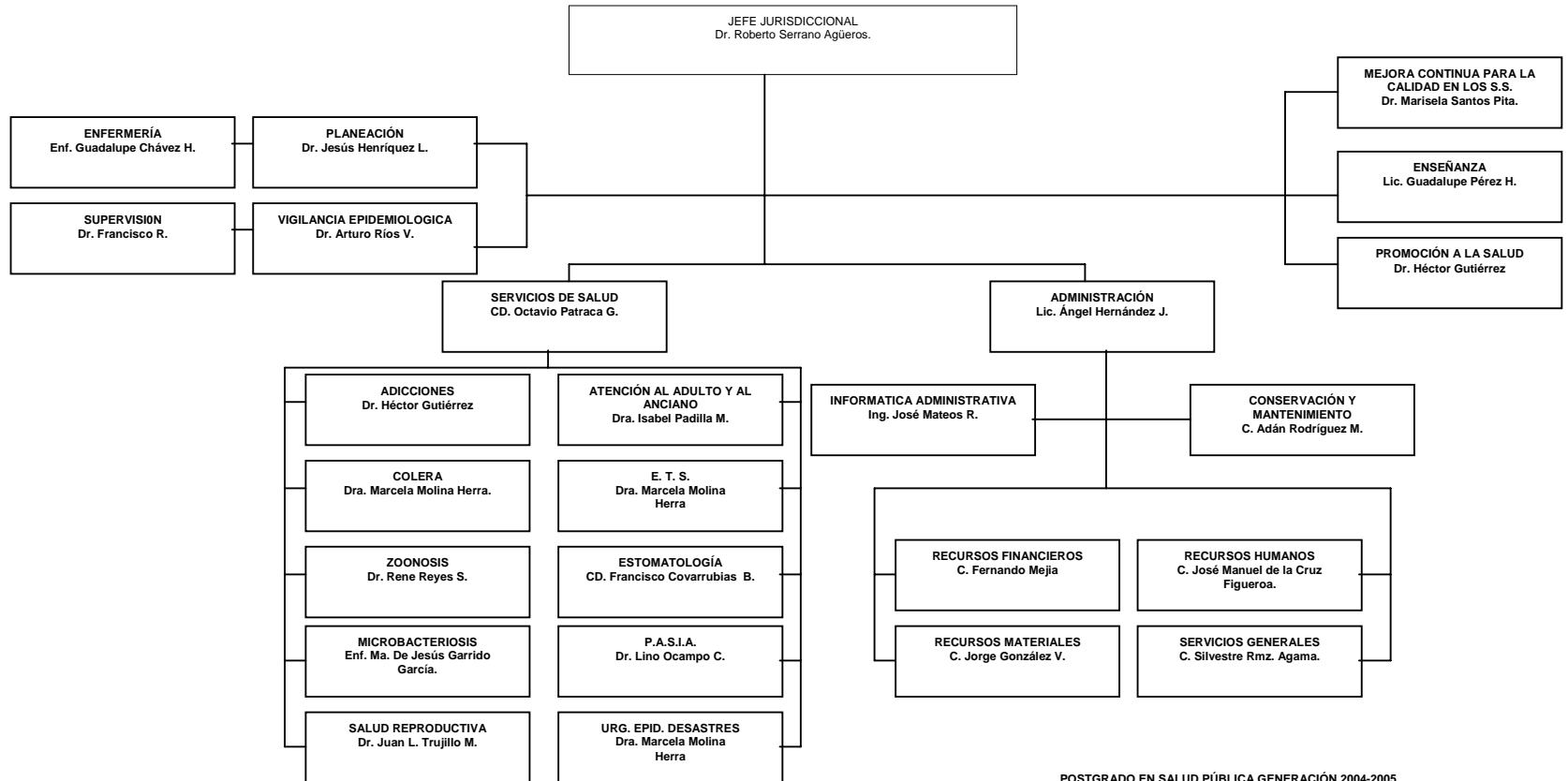
Lic. Guadalupe Pérez Hernández

Coordinadora de Enseñanza, Investigación y Calidad

▪ Tabla 2. Personal Operativo

CATEGORÍA O PUESTO	No
Responsables de programa	1
Apoyos normativos	3
Coordinador de enseñanza en enfermería	1
Secretarias	13
Encargada de sistema de recursos	1
Operador de equipo de informática	6
Responsable de kardex y almacén	1
Mantenimiento de unidades	1
Pasantes de enfermería	7
Asistente de rama médica	1
Coordinador normativo	15
Asistente administrativo	2
Jefe de recursos humanos	1
Jefe de recursos materiales	1
Chofer	4
Encargado de fotocopiado e impresión	1
Comisión mixta de seguridad e higiene	1
Supervisor técnico normativo	8
Asistente epidemiológico	1
Pagador habilitado	1
Responsable de activo fijo	1
Encargado de informática administrativa	1
Jefe de recursos financieros	1
Jefe de estadística	1
Almacenista	1
Encargado de ingresos	1
Encargado de egresos	1
Jefe de transportes	1
Aux. administrativo	1
Asistente de zoonosis	1
Jefe de conservación y mantenimiento	1
Responsable de archivo y correspondencia	1
Asistente de PROVAC	1
Encargado del control de residuos peligrosos, biológicos e infecciosos	1
Total de personal	82

FUNCIOGRAMA 2004 -2005



* FUENTE PRIORIDADES EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES Y PRONASA 2001-2006
 ** EL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES NO ES APLICABLE EN EL ÁREA.

POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA GENERACIÓN 2004-2005

DR. ROBERTO SERRANO ARGÜEROS
 LIC. E. GUADALUPE PÉREZ HERNÁNDEZ
 JEFE DEL DEPTO. DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

- Aspectos Epidemiológicos

Las diez principales causas de morbi mortalidad 2004

Tabla 3. Morbi mortalidad 2004

No	CAUSA
1	Diabetes Mellitus
2	Enfermedades del Corazón
3	Tumores Malignos
4	Enfermedades del Hígado
5	Agresiones,
6	Accidentes
7	Influenza y Neumonía
8	Insuficiencia Renal
9	SIDA
10	Suicidios

Fuente: Datos obtenidos en el Departamento de epidemiología en Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Estado de México

La población registrada es 2004 se puede clasificar de la siguiente manera:

Tabla 4. Población 2004

	Sin Seguridad Social				Población
	Masculino	%	Femenino	%	Total
Municipio ecatepec	408187	25	417308	25	825495
Coacalco	48476	16	49560	17	98036
Total	456663	41	466868	42	923531
Con Seguridad Social					
	Masculino	%	Femenino	%	Total
Municipio ecatepec	414700	25	423966	25	838666

Coacalco	98308	33	100504	34	198812
Total	513008	58	524470	59	1037478
Por Sexo					
	Masculino	%	Femenino	%	Población
Municipio ecatepec	822887	49	841274	51	1664161
Coacalco	146784	49	150064	51	296848
Total	969671		991338		1961009

Fuente: Coordinador del Departamento de Epidemiología Jurisdicción sanitaria Ecatepec Edo de México.

1.3. Coordinación Municipal de Salud (COMUSA)

Ruiz Cortinez



Foto: entrada de la COMUSA Ruiz Cortinez

- Domicilio

Norte tres, esquina Oriente tres, Colonia Ruiz Cortinez Ecatepec Edo. de México.
C.P. 55050

- Vías de acceso

Las vías de acceso son por metro Indios Verdes, microbús San Cristóbal bajar en puente de Fierro o antirrábico municipal y por av. central combis con dirección a puente de Fierro y bajarse en el antirrábico.

- Teléfonos

58-39-19-70 y 58-37-05-96.

- Áreas Geográficas Bioestadística (AGEBS)

La COMUSA tiene asignados 15 AGEBS

La población urbana, y suburbana.

- Población

Tabla 5. Seguridad Social

Sin seguridad	Con seguridad	Total
100,736	124,652	225,388 hab.

* Población año 2004 por COMUSA; Proyección de AGEBS 2000/INEGI

Indicadores del SCINCE 2000

- Personal Directivo

Dra. Gabriela Ocegüera Romani

Coordinadora Municipal

Dr. Sergio Carrillo Gómez

Director

L.E.O. Rosa María Sustaita Espíndola

Jefe de enfermeras

- Área física

No	Área
5	Consultorios médicos
1	Consultorio dental
1	Aula
1	CEYE
1	Farmacia
1	Caja
1	Archivo
1	Inmunizaciones
1	Área de curaciones
1	Área de gobierno
5	Sanitarios
1	Sala de TAPS

- Personal Operativo

Categoría	No
Médicos generales	4
Enfermeras Generales	2
Auxiliar de Enfermería	3
Pasantes de Enfermería	4
Optometrista	1
Odontólogos	2
TAPS	16
Cajero	1
Vigilancia	3
Estadígrafo	2
Secretaria	1
Intendencia	2
Total de personal	41

*Personal hasta septiembre 2004.

- Programas de Salud que manejan³

- ❖ Salud reproductiva
- ❖ Atención a la salud del niño
- ❖ Salud Escolar
- ❖ Atención a la salud del adulto y el anciano
- ❖ Enfermedades transmisibles por vectores
- ❖ Zoonosis
- ❖ Micobacteriosis
- ❖ Cólera
- ❖ Urgencias epidemiológicas y desastres
- ❖ VIH / SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual
- ❖ Adicciones

- Morbi-mortalidad en el 2004⁴

Morbilidad

Infecciones Diarreicas Agudas (EDAS)

Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

Mortalidad

Diabetes Mellitus

Hipertensión Arterial

³ Información proporcionada por el Director de la COMUSA Ruiz Cortinez Dr. Sergio Carrillo Gómez.

⁴ Ibid.

1.4. AGEB 250-2

Unidad Habitacional Llano de los Báez



Foto tomada durante el reconocimiento del AGEB 250-2 por los alumnos de Posgrado en Salud Pública gen. 2004 – 2005.

El AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez se delimita al norte con la Av. Palomas, al sur con Ignacio Zaragoza, al este con la Av. Carmen Serdán y al oriente con Av. Llano de los Báez.

La comunidad se encuentra asentada en un terreno plano, fraccionado en su totalidad, contando con un total de 1958 viviendas edificadas solidamente en forma de condominios de forma horizontales y verticales, organizado en ocho manzanas (**A, B, C, D, E, F, G, H**), de las cuales solo **E, F, G, y H** pertenecen al AGEB 250 -2

Cuenta con una cisterna grande con capacidad de 10,000 m³ localizada al inicio de la manzana **H**.

Cuenta con alcantarillado, alumbrado publico, agua potable, pavimentación, y recolección de basura), sus vías de acceso y transporte son: al centro de San Cristóbal, al paradero de indios verdes a través del Autobús ruta por vía Morelos y al paradero de San Lázaro por Av. Central, también cuenta con taxis, y bici taxis para su uso interno de la unidad.

La accesibilidad a los servicios de salud es aceptable ya que se encuentran cercanas a la unidad de Salud y de fácil acceso tanto para los que cuentan con seguridad social como para aquellos que no tienen.

Se observa completamente habitado con un gran número de fauna doméstica (perros y gatos) dentro y fuera de las viviendas.

Cabe mencionar que dentro de la unidad existe juegos infantiles aunque muy descuidados en su mantenimiento y alrededor de pasto seco sin podar; se cuenta con campos para juego o actividades recreativas, localizadas al límite del AGEB.

Existen comercios establecidos, localizados en los andadores y área de estacionamientos, como son: papelería, tiendas, lavanderías, además otros que son informales como: recaudería y puestos de antojitos.

En las manzanas **E**, **F**, cuentan con condominios, verticales de tres y cinco niveles y en los laterales condominios en forma horizontal, en la manzana **G** se encuentran edificios de tres y cinco niveles, así como horizontales; la manzana **H** únicamente cuenta con edificios de forma vertical de tres a cinco niveles.

En manzana **F** se localizan las dos escuelas (una primaria y una secundaria), un jardín de niños y un pequeño mercado.

<CAPITULO 2

FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Antecedentes

- Constitución de los Estados Unidos Mexicanos

En el artículo 4º. se menciona que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la de esta constitución”.¹

En el artículo 73 fracción VII dice que las medidas que el consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran a la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el Congreso de la Unión en los casos que le competen.²

- Ley General de Salud

El Artículo 1º. de la presente Ley Reglamentaría se refiere al derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en una teoría de salubridad general es de

¹ Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ilustrada y Actualizada. 1917 a 1990. México (1990) p.p. 151.

² Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última referencia del Distrito Federal. 2005 – 2006. p.p. 116.

aplicación en toda la república y sus disposiciones son de orden público e interés social.³

El artículo 2º “El derecho a la protección de la salud”, tiene como finalidades: proporcionar bienestar físico y mental, la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

Otras finalidades son contar con los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; El conocimiento para el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y como último el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.⁴

- Programa Nacional de Salud

El Plan Nacional de Desarrollo 2001- 2006 considera a la salud como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; para lograrlo se establece un Programa Nacional de Salud con cinco objetivos básicos.⁵

- ✚ Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
- ✚ Abatir las desigualdades en salud.
- ✚ Garantizar un trato adecuado en los servicios de salud.
- ✚ Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

³ Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley General de Salud. Última Reforma publicada D.F. 28-06-05, p.p. 131

⁴ Ibid. p. 7

⁵ Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa Nacional de Salud 2001 - 2006. México DF. a 30 de Agosto 2004. File: //A:\SECRETARIA%20DE%20SALUD. htm.

- 🚩 Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.

Estos objetivos habrán de alcanzarse mediante estrategias, sustantivas y instrumentales. Las primeras están directamente relacionadas con los objetivos básicos del sistema, mientras que las segundas inciden directamente en las condiciones de salud, de calidad de la atención y la protección financiera a través del fortalecimiento del sistema de salud. Estas estrategias son las siguientes.

- Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
- Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres.
- Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades
- Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud
- Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población
- Construir un federalismo cooperativo en materia de salud
- Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud
- Avanzar a un modelo integrado de atención a la salud
- Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención
- Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.⁶

En una forma operativa en salud pública se realizan valoraciones de las comunidades para:

- a) identificar y analizar las características de la comunidad.
- b) llevar a cabo la priorización de riesgos, daños y necesidades en salud.

⁶ Ibid., p.p. 81-82.

c) elaboración de diagnósticos de salud, que se reflejarán en la planeación de las intervenciones que tendrán como resultado la reducción, prevención y detección de factores de riesgo y daños para la salud.

2.1.2. Salud Pública

- Antecedentes

La salud pública es un campo del conocimiento en evolución permanente; su dinámica emana de los avances que día con día que suceden en cada una de las disciplinas que la nutren.

La OMS define Salud Pública como la preocupación por los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado sanitario del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios, incluyendo atención médica curativa y la educación para la salud⁷

Según Winslow la Salud pública implica intervención técnica planificada sobre el ambiente ecológico social de vida de la población y sobre la población misma con el objeto de eliminar riesgos para a salud; promover la salud, prevenir la enfermedad, curar la enfermedad cuando, se ha producido, así como sus consecuencias; y hacer educación para la salud.

La Salud Pública como ciencia descriptiva investiga las condiciones sociales y sanitarias de grupos específicos de la población y establece las relaciones causales; como ciencia normativa establece estándares en los grupos de poblaciones estudiados y señala las medidas para mejorar y alcanzar los niveles de salud propuestos en dicha comunidad.

⁷ Hernan San Martín. Salud y Enfermedad 4ta. Ed. México., Ed. La Prensa Médica Mexicana 1988 . p. 5.

Su función práctica de la salud pública abarca la planeación, la organización de las intervenciones en las poblaciones, involucra organizaciones sociales y del estado para establecer políticas sanitarias, organizar instituciones para brindar servicio, con el fin de mejorar la salud y la calidad de vida de la comunidad.

- Transición Epidemiológica

Transición epidemiológica. Se refiere a los cambios en los patrones de salud y enfermedad de una sociedad en periodos más o menos prolongados, normalmente suceden en una secuencia que comprende cuatro procesos fundamentales.

- La composición por causa de la mortalidad.
- La estructura por edad de la mortalidad.
- El peso relativo de la morbilidad vs la mortalidad en el panorama epidemiológico.
- El significado social de la enfermedad.

La transición epidemiológica, como proceso dinámico que ocurre en respuesta a cambios de índole demográfico, económico, tecnológico, político, cultural y biológico reflejando en los niveles de salud de la población

- Transición Demográfica

Transición demográfica. Se puede llamar así a los cambios en la esperanza de vida asociados al declive de la mortalidad y la disminución de la fertilidad originada por la disminución de las enfermedades transmisibles, cambios en la economía,

educación, estilos de vida, cambios sociales y políticas de gobierno asociados a los avances de la tecnología e industria.⁸

Esta transición se refleja en las tasas de mortalidad y natalidad, en las modificaciones de la distribución por edad de la población, así como en el incremento de la longevidad de la población.

- Factores de Riesgo

El factor de riesgo como una condición biológica, de estilo de vida, socioeconómica o de otro tipo, que se halla asociada con un incremento de la probabilidad de enfermar.⁹

También se puede considerar como una característica de un individuo, comunidad y/ o de su entorno que se pueden observar y detectar antes de que esté presente; estos pueden ser biológicos, ambientales, de comportamiento, relacionados con la atención a la salud, sociales, culturales, económicos y genéticos que hace que este individuo sea más susceptible a una enfermedad particular de otro que no posee esta característica.¹⁰

- Enfoque de Riesgo

El enfoque de riesgo es un método de priorización, que sirve para planear, prevenir, y conocer la causalidad; también puede ser una herramienta para organizar, o reorganizar los servicios con los que se cuenta para brindar una atención de salud a una población;

⁸ Gil Piedrota; Medicina Preventiva y Salud 10ª Ed. México Ed. Masson 2001. p.p. 647 y 648.

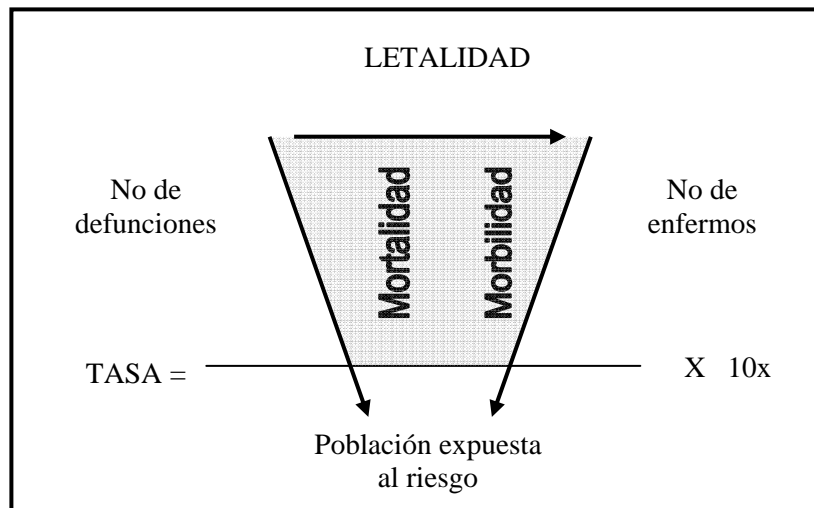
⁹ Ibid. p.p. 654

¹⁰ Reynal Pineault; La Planificación Sanitaria 2da Ed. Trad. Julián García Barcelona España Ed. Masson 1995. p.p. 124

La medición del riesgo es en base mediciones estadísticas de la morbilidad, mortalidad de una población determinada.

Para poder medir de la morbilidad, mortalidad y se tenga un punto de comparación se emplean las tasas.

Tasas es el cociente que resulta de dividir el número de veces que ocurre un evento en un grupo de personas, entre el total de la población expuesta a un riesgo; esta cifra se multiplica por 100, 1000, 10 000, 100 000, etc.



Representación gráfica de la manera en que se integran el numerador y el denominador, en las tasas más usuales

Las tasas más comúnmente usadas en la evaluación de los eventos relacionados con la salud de una comunidad son: ¹¹

Natalidad

- ❖ Tasa de natalidad
- ❖ Tasa específica de natalidad (fertilidad)

¹¹ Franco Vega; Bases Esenciales de la Salud Pública México, Ed. Prensa Medica Mexicana 1976, p.p. 40 – 44.

Morbilidad

- ❖ Tasa de incidencia
- ❖ Tasa de prevalencia

Mortalidad

- ❖ Tasa de mortalidad general
- ❖ Tasa de mortalidad específica por edad
- ❖ Tasa de mortalidad por enfermedad

- Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud pueden concebirse como factores de riesgo, es decir procesos, atributos o exposiciones que determinen probabilidad de que ocurra enfermedad, muerte o discapacidad, estos factores pueden ser:

- Factores biológicos o endógenos.
- Factores ligados al entorno
- Factores ligados al estilo de vida
- Factores ligados al sistema sanitario.

Los niveles de salud son el resultado del equilibrio entre la exposición a estos factores y la susceptibilidad individual, que resulta una compleja si articula con determinantes sociales y biológicos.¹²

- Redes de Apoyo Organizadas

A partir de la pérdida de seguridad y del apoyo que suponía la familia tradicional y su vasto sistema de parentesco, los individuos se han ido aglutinando en

¹² www.omega.com

pequeños grupos, de acuerdo con intereses y/o problemas compartidos estos grupos se puede dividir en:

Grupos de servicios voluntarios

Se caracterizan por proporcionar ayuda a los las personas que por determinadas razones no pueden autocuidarse; no necesariamente son personal de la salud pero existe estrecha relación con ellos.

Sistema de ayuda profesional

Estos grupos que se localizan dentro de la comunidad y cuentan con personal capacitado y material determinado para brindar apoyo y cuidados; sin embargo son consultados solamente si los integrantes de la red familiar (familia, amigos) no dan respuesta a la ayuda esperadas o bien porque no le sea posible.

Grupo de autoayuda y asociaciones voluntarias

Están formadas por individuos con fines comunes, y cuya pertenencia es libre; los intereses de éstos grupos pueden ser para logra fines: sociales, de apoyo y autoayuda, de presión para el logro de objetivos externos, y para la participación en el cambio y desarrollo de la sociedad.¹³

Respetando su origen e intereses de las redes sociales pueden fungir como reguladores y monitores para mantener el equilibrio de los individuos y el medio ambiente.

- Estudio de Comunidad

El estudio de comunidad permite la percepción comunitaria y de la vida social desde sus múltiples facetas.

¹³ Gloria Novel Martí, Ma y Col. Enfermería Psicosocial II Ed. Salvat Editores. Barcelona España, 1991 p.p.84-87.

Se realiza antes de las fases de diagnóstico, planeación y ejecución, e influye en la elaboración de programas de intervención dirigida a una población

El estudio abarca la descripción y análisis de las actitudes, valores, instituciones, grupos económicos, culturales y políticos de una comunidad.

Los aspectos que se deben contemplar en un estudio de comunidad son los siguientes: ubicación geográfica, marco histórico, estructura física, servicios, demografía, aspectos económicos, educación, salud, vivienda, cultura y recreación, formas de organización y problemas comunitarios.¹⁴

- Diagnóstico de Salud.

El diagnóstico de salud se basa en el estudio de comunidad, su utilidad consiste en que permite conocer los problemas, las necesidades de una población y los recursos que se dispone para controlarlos o resolverlos.

“Es el resultado de una investigación que da a conocer las condiciones de salud de una comunidad a través del análisis de los daños a la salud, de los factores que los condicionan o determinan, presentados de tal forma que permitan establecer intervenciones de solución viable”.¹⁵

La finalidad del diagnóstico de salud es contar con información y conocimientos que sirva de base para la planeación de proyectos, programas, estrategias, y acciones en función de las necesidades e intereses de los actores sociales involucrados.

¹⁴ Carlos Arteaga Basurto. Desarrollo Comunitario. México., Ed UNAM, 2001, p.65- 70.

¹⁵ Elsa Fragoso Xolalpa Propuesta de Intervención. México D.F. 1998. Tesis (Posgrado en Enfermería Salud Pública). ENEO UNAM P.D. 10.

2.2. MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Paradigma de Enfermería

La formación del profesional de enfermería bajo un nuevo paradigma, tiene como meta mejorar la práctica; para ello el conocimiento se estructura bajo conceptos de integridad, refiriéndose a la salud humana en continua interrelación con el contexto social y medio ambiente.

Estos conocimientos están basados en teorías y modelos que en la práctica reforzada las competencias y la solución de los principales problemas de salud de los individuos, familias y entorno, el cual enmarca la valoración integral de la salud o enfermedad creando una actuación profesional multidisciplinaria, que al mismo tiempo contribuyen al enriquecimiento del acervo teórico de la profesión.

La práctica de enfermería se enmarca en una filosofía de servicio que es guiada por los valores y principios éticos como son: la responsabilidad, la equidad, la justicia y la honestidad.

2.2.2 Teoría General del Déficit del Autocuidado de la Dra. Dorotea E. Orem

Dorotea Elizabeth Orem nació en Baltimore Meryland, inicio su carrera como enfermera a principios de la década de 1930 en la escuela de enfermería del hospital Washington D.C. En 1939 obtuvo su B.S. y en 1945 su maestría en ciencias en docencia en enfermería, en 1976.

La Universidad de Georgetown le concedió el título de doctora en ciencias y de 1980 a 1985 perfecciona sus ideas para incluir el cuidado en las familias grupos y comunidades; centrando su teoría en los siguientes conceptos:

- Autocuidado

Se pueden considerar el autocuidado como un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, como también actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar, incluyendo no solo las necesidades físicas sino también las psicológicas y espirituales.¹⁶

- Déficit de autocuidado

Es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y demandar que se le hacen para el autocuidado.

- Demandas de autocuidado

Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

- Agencia de autocuidado

Capacidad del individuo para llevar a cabo por las actividades de auto-cuidado; consta de dos agentes: agente de autocuidado (Persona que proporciona el autocuidado) y el agente de cuidado independiente (persona que proporciona cuidado a otros).

¹⁶ Stephen J. Cavanagh, Modelo de Orem Aplicación Práctica. Barcelona España, Ed. Ediciones Científicas y Técnicas S.A., 1993. p. 4-5.

- Requisitos de autocuidado

Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado, constituyen una parte importante en la valoración del paciente y se desglosan en tres categorías:¹⁷

- Requisitos universales del autocuidado
- Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo
- Requisitos del autocuidado en la desviación de la salud.

En este último Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de la salud como un componente esencial, donde al satisfacer de manera efectiva los requisitos de autocuidado universal y de desarrollo de los individuos sanos, se responde a la prevención primaria.

Si se cubren los requisitos de desviación a la salud en los primeros estadios previenen efectos adversos y complicaciones de la enfermedad; esta intervención abarca la prevención secundaria y si se brinda atención al individuo posterior a una incapacidad se responde a la prevención terciaria; de acuerdo a la historia natural del proceso salud enfermedad.

- Agencia de Enfermería

Es la capacidad de algunas personas educadas y entrenadas como enfermeras que cuando son solicitadas(os), reconocen y ayudan a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, y apoyar a cubrirlas, con ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado.

¹⁷ Idid. p. 12 - 16

- Sistema de Enfermería

Es la relación interpersonal y contractual de los profesionales de enfermería con personas incapacitadas para cubrir por si mismas sus necesidades de autocuidado; Se identifican tres tipos de sistemas de enfermería:

- ❖ El sistema totalmente compensador.- es cuando el individuo es incapaz de satisfacer por si mismo sus requisitos de autocuidado universales y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado.
- ❖ El sistema parcialmente compensador.- se utiliza cuando el paciente puede satisfacer parte de los requisitos de autocuidado y la enfermera realiza algunas medidas de autocuidado y compensa algunas limitaciones de autocuidado.
- ❖ El sistema de apoyo educativo. Utilizado cuando el paciente puede satisfacer sus requisitos de autocuidado, pero necesita ayuda, apoyo, guía y enseñanza, para la toma de decisiones y la adquisición de nuevas habilidades. En este sistema el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

Este es un sistema de apoyo-desarrollo. Es el único sistema en que los requerimientos de ayuda del paciente están limitados en la toma de decisiones, control de la conducta y adquisición de conocimientos y habilidades.

- Teoría del Déficit de Autocuidado

La teoría tiene origen en la finalidad de la misma profesión; describe como las personas pueden ser ayudadas por medio de la enfermería y explica cuando se necesita la intervención de la misma.

Déficit.- significa la relación entre las acciones que los individuos deberían llevar a cabo (la acción demandada) y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente; se puede interpretar como la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales.

La teoría de déficit de autocuidado.- Se limita en acciones de salud completa o parcial que impiden al ser humano ocuparse de su autocuidado .¹⁸

2.2.3. Proceso de Enfermería

Se puede definir como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente,

También se considera un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados y/o colectivos, con alteraciones de salud reales o potenciales.

El proceso de enfermería se divide en cinco fases o componentes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación

- Valoración

Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para posteriormente ser analizada y ofrecer una base sólida, de manera que favorezca la prestación de una atención dirigida y de calidad.

¹⁸ Stephen J. Cavanagh, Op. cit. p. 27 - 30.

La valoración tiene como propósito emitir un diagnóstico acerca de los problemas del individuo y/o comunidad.

El profesional de enfermería para realizar esta fase debe reunir todos los datos que tenga a su alcance, procedentes de fuentes primarias y secundarias como son: expedientes clínicos, archivos, revistas, libros, entrevistas, estudios previos, observaciones, entre otras.

- Diagnóstico

La etapa de diagnóstico permite entender la situación del individuo o comunidad, los recursos disponibles, los factores de riesgo condicionantes y su asociación a cambios y limitaciones.

Es un proceso intencionado en el que la enfermera analiza hechos, juicios, y actividades de las personas que atiende o va a atender, permitiendo establecer la naturaleza y causas de sus demandas de autocuidado terapéutico, el estado de desarrollo, la operatividad y la adecuación de su agencia de autocuidado, así como la presencia y extensión de los déficit de autocuidado existentes o esperados.¹⁹

Se requiere una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas y emitir juicios reales, viables y factibles, utilizando el formato PES o la Taxonomía de la NANDA.

Para fines del presente trabajo la presente solo se desglosa la elaboración de diagnósticos de enfermería por formato PES.

¹⁹ M.E.R.A.. Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorotea E.Orem Antología IPN, ESEO 2000. p. 56-57.

La formulación diagnósticos por formato PES se requiere contar con la información necesaria para poder identificar el problema (P), la etiología (E) y los signos y síntomas (S), los cuales son interrelacionados por las frases relacionado a y manifestado por.

La estructura de un diagnóstico real es la siguiente:

Diagnóstico de enfermería = P relacionado con + E manifestado por + S

Si se desea enunciar un diagnostico potencial se deberá especificar al inicio del texto (potencial de) y añadir relacionado con

Diagnóstico de enfermería = Riesgo de P relacionado con + E
--

El profesional de enfermería, después de enunciar los diagnósticos debe planear acciones para prevenir, reducir, monitorizar o eliminar los problemas y factores de riesgos para la salud detectados.

- Planificación

Esta etapa comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación del plan de intervención de enfermería. Durante esta etapa se elaboran objetivos capaces de alcanzar por el individuo y el profesional de enfermería.

También es un proceso de toma de decisiones y elaboración de estrategias diseñadas para fortalecer las respuestas de los individuos sanos, enfermos o en

riesgo para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de la enfermería.^{20 21 22}

La planificación como componente del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

- ❖ Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados.
- ❖ Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- ❖ Planeación de intervenciones de enfermería.
- ❖ Plan de cuidados, el cual debe incluir una descripción de los problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

- Ejecución

Esta etapa comprende la ejecución de intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema. Así mismo durante esta fase se debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo de salud que intervienen en el cuidado individuo delegando responsabilidades.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación; durante esta etapa de ejecución, el profesional de enfermería combina sus conocimientos, habilidades, destrezas y valores asociados al trabajo en equipo multidisciplinario desde la planeación hasta el registro de la evolución e intervención brindada, siendo esta una actividad técnica, educativa y operativa; continuando con la siguiente etapa es decir la evaluación de la intervención.

²⁰ ENEO-UNAM. Teorías y Modelos de Enfermería. Base teórica para las especialidades. (antología) México, D.F 2004. p. 269-278.

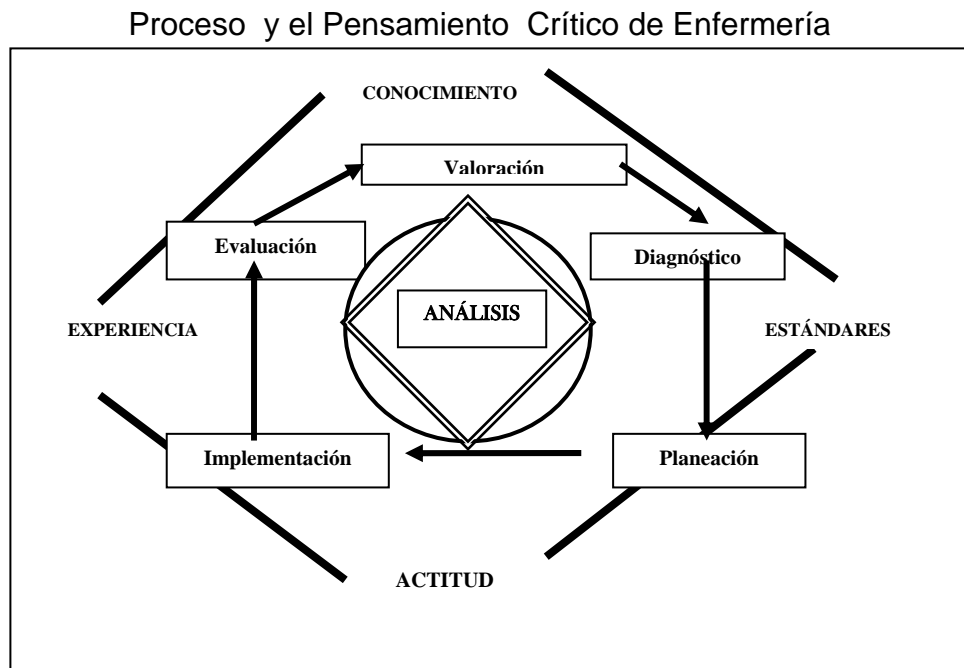
²¹ Lynda Juall Carpenito, R.N., M.S.N Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ta ed. México, D.F 1995. p. 75-83.

²² Fernando Lasso Echeverría. Diccionario de Salud Pública. México, D.F 2001. p.44, 101.

- Evaluación

La evaluación, como última fase del proceso de enfermería, se considera siempre en relación a la respuesta del individuo o comunidad a la intervención realizada. Se realiza en forma integrada a cada componente del proceso de enfermería, comenzando con el logro, metas y objetivos planteados que a su vez sirven para medir los progresos del paciente, permitiendo reorientar, modificar, conservar o cambiar las prioridades de la planeación.²³

Durante la evaluación el personal de enfermería debe aplicar principios del pensamiento crítico, de tal forma que exista una combinación del conocimiento, experiencias y estándares, permitiendo lograr la competencia en el proceso de la evaluación. Como se muestra en la siguiente figura:



Integración del método de enfermería y el pensamiento crítico, para la planeación de las intervenciones individual y colectiva.²⁴

²³ ENEO-UNAM. *Gestión del Cuidado*. (antología). México, D.F. 2004. p. 402-404.

²⁴ *Ibid.* p 400

La profesión de enfermería se caracteriza por tener como eje de acción el proceso de enfermería, metodología que permite valorar e identificar las necesidades, orden de prioridad para la preservación de la vida y la recuperación de la salud, de acuerdo a los parámetros y esferas que contemple cada teórica de enfermería.

2.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

“Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal.

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.

Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.”²⁵

El presente estudio de caso se considera de riesgo mínimo de acuerdo con lo señalado en la Ley General de Salud en materia para la salud, Título II Capítulo I. Artículos 13, 16 y 17. de la Secretaria de Salud.

²⁵ Consejo Internacional de Enfermeras Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería 2006 Ginebra Suiza p. 2.

CAPITULO 3

SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO

3.1 PRIORIZACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS PARA LA SALUD

El programa académico del posgrado en Salud Pública de la ENEO UNAM contempla la realización de actividades que permiten identificar, conocer, gestionar, investigar problemas de salud, características de una población posibles factores de riesgo.

Con objeto de determinar la población con mayor riesgo y daño para la salud en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec; se realiza el primer taller denominado “Taller de Priorización de Riesgos y Daños para la Salud a Nivel Jurisdiccional” por medio del **método de Hanlon** (anexo 1); teniendo como resultado

La población vulnerable a trabajar es el grupo económicamente activo (población de 15 a 64 años).

De causas de mortalidad específica en la población vulnerable a trabajar son: (anexo 2):

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Neumonía e Influenza
3. Enfermedades del corazón
4. Tumores Malignos
5. Accidentes, Agresiones y Suicidios
6. Enfermedades del hígado
7. Insuficiencia Renal
8. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

Las cuatro primeras patologías ya fueron intervenidas y actualmente la jurisdicción de Ecatepec esta realizando el seguimiento y evaluación de las mismas; Por lo

cual se decide por consenso el quinto padecimiento priorizado en el taller “**accidentes, agresiones y suicidios**” (violencia), como problema a intervenir por alumnos de posgrado generación 2004 -2005, en coordinación con la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM y Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Edo de México.

3.2. DETERMINACIÓN DE COMUSA Y AGEB

Posterior a la selección del problema de salud a intervenir “**violencia**”, se realiza la identificación del territorio a intervenir; para lograrlo se inicio la revisión de registros de actas de defunción de las 22 coordinaciones de la jurisdicción, de enero 2003 hasta junio 2004. tomando como indicador de mortalidad, accidentes, suicidio y homicidios, la captura y análisis de los datos se realizan utilizando el paquete de **SPSS** y **Excel**; las variables fueron: folio de acta de defunción, edad, genero, domicilio, ocupación, diagnostico, fecha y seguridad social.

Los resultados de la revisión de base de datos y registros de actas de defunción.

No de casos registrados por violencia	257
No de casos excluidos por no pertenecer a La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec	78
Total de casos registrados en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec	179

De los 179 casos registrados se clasificaron por COMUSA (de acuerdo a domicilio) obteniendo como resultado a la Coordinación Municipal de Salud de Ruíz Cortinez, con mayor número de casos.

Tabla 6. Numero de Casos de Violencia por COMUSA y Genero

COMUSA	Hombre	Mujeres	Total de casos
Ampliación Tulpetlac	8	3	11
Coacalco	10	1	11
Chamizal	8	1	9
Emiliano Zapata	11	1	12
Hank González	8	0	8
Jardines de San Gabriel	8	1	9
Nueva Aragón	9	1	10
Ruiz Cortinez	31	8	39
San Agustín	13	3	16
San Juan Ixhuatepec	1	2	3
San Pedro Xalostoc	3	0	3
Sta Clara	3	0	3
Sta Ma. Chiconautla	4	2	6
Sta. Ma Tulpetlac	2	0	2
Ciudad. Cuahutemoc	9	0	9
Héroes de Granaditas	4	3	7
José Ma. Morelos y Pavón	6	1	7
San Rafael	6	0	6
Miguel Hidalgo	2	1	3
Jardines de Morelos	4	1	5
Total	150	29	179

Fuente: acta de defunción por violencia durante enero 2003 hasta junio 2004.

De los casos registrados en la COMUSA de Ruíz Cortinez las principales causas de muerte son por accidentes automovilísticos y asfixia por ahorcamiento predominio del genero masculino.

Tabla 7. Diagnósticos Específicos de Defunción por Violencia en la COMUSA de Ruiz Cortinez

CLAVE	DIAGNOSTICO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1	TRAUM/CRANEOENC.	2	1	3
2	HERIDA P/ARMA DE F.	9	0	9
3	ASFIXIA P/AHORCAMIENTO	5	2	7
4	HERIDA POR INST. CORT.	3	0	3
5	ATROP P/VEHICULO	4	2	6
6	ASFIXIA POR SUMERCIÓN	4	0	4
7	CHOQUE AUTOMOVILISTICO	2	2	4
8	CAIDA ACCIDENTAL	0	0	0
9	ESTRENGULAMIENTO	0	0	0
10	FRACTURA DE FEMUR	0	1	1
11	VOLCADURA DE AUTOMOVIL	0	0	0
12	SUICIDIO	1	0	1
13	ASFIXIA POR OBSTRUCCIÓN	0	0	0
14	ASFIXIA SEVERA	0	0	0
15	POLITRAUMATIZADO	1	0	1
16	AGRESIONES POR MEDIOS NO ESPECIFICOS	0	0	0
17	AGRESIÓN CON FUERZA CORPORAL	0	0	0
TOTAL DE CASOS		31	8	39

OTROS
DIAGNOSTICOS

ATROPELLADO POR TREN ARROLLADO POR TREN ASFIXIA POR SOFOCACIÓN ELECTROCUTADO ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO

Posteriormente los 39 casos ya identificados en la COMUSA de Ruiz Cortinez se clasifican por AGEB de acuerdo a domicilio; obteniendo que la tasa más alta de daño priorizado es el AGEB 250-2 Unidad Habitacional Unidad habitacional

Tabla 8. Tasa de Mortalidad por Violencia
en Ruiz Cortinez

AGEB	Población 2004	Casos*	Tasa
008-4	1980	1	0.050508792
120	3300	1	0.302985275
137-9	16073	1	0.062217964
138-3	10629	1	0.094081924
139-8	9333	1	0.107150710
141-5	4645	1	0.215267659
146-8	5816	1	0.171936678
199-A	12618	3	0.237761117
210-8	27718	2	0.072155418
211-2	29676	2	0.067395090
250-2	9117	3	0.329070585
251-7	3228	1	0.309814861
258-9	5690	1	0.175733807
269-4	8733	1	0.114508699
298-3	8102	1	0.123420124
299-8	9039	1	0.110626575
300-2	8244	1	0.121307557
301-7	9229	1	0.108353788
324-8	12633	2	0.158313772
325-2	10574	1	0.094572343
371-2	10587	1	0.094454177
411-9	7146	1	0.139947225
416-1	1279	1	0.078201544
No se localizan		9	
	225388	39	1.730349442

*Violencia (accidentes suicidios y homicidios).

Fuente: Base de datos y registros en el Departamento de Epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Edo. de México 2003 y primer semestre 2004

Los casos registrados en el AGEB 250-2 corresponden al genero masculino, en edad reproductiva y con diagnostico de defunción por asfixia por estrangulamiento (anexo 3).

3.3 ESTUDIO DE COMUNIDAD.



Foto recorrido del AGEB 250-2 por los alumnos del posgrado generación 2004-2005.

Posterior a identificar al AGEB 250-2 como territorio a intervenir, se realiza recorrido del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez para identificar las características físicas de la comunidad, la accesibilidad, y la factibilidad de trabajar en ella; se elaboró el croquis del área geográfica dividiendo por manzanas y sectores para la ubicación de las viviendas. Una vez conocido el AGEB, se rediseño la cédula de captación de datos por familiar en la sección III, y sección VII (anexo 4)

Estudio de comunidad realizado por los alumnos de posgrado en Salud Pública de la ENEO- UNAM Gen. 2004 – 2005; del 11 al 16 de marzo del 2005 en Coordinación con la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, la Coordinación Municipal de Salud de Ruiz Cortinez y apoyo del personal PROVAC (Programa de Vacunación), y pasantes de enfermería de la jurisdicción.

Para el levantamiento de cédulas se contó con el apoyo de 28 personas del Programa de Vacunación (PROVAC) y 30 pasantes de enfermería de la

Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, se programa la aplicación de la cédula con un **isócrono** de 10 cédulas por persona, por día.

Con fin de homogenizar los conocimientos y criterios para el llenado de la cédula de datos por familia, la hoja de cotejo, la elaboración de croquis y calificación de riesgo familiar (anexo 5) se organiza antes del levantamiento de cédulas dos talleres de capacitación; uno dirigido a personal de PROVAC; donde se contó con la asistencia de 25 personas de PROVAC, la Jefe Martha Álvarez Sánchez (responsable de PROVAC en la Jurisdicción), la Srita. Beatriz Guerra Patiño, (responsable del AGEB 250-2), Edgar Castillejos Rosas (responsable del personal de PROVAC en la COMUSA), Enf. Elba Salcedo Sánchez y Srita. Rita Delgado Bravo (colaboradoras) y el segundo dirigido a pasantes de enfermería proporcionado por personal de PROVAC, y alumnos del posgrado.

Conjuntamente se realizó un cronograma de actividades el cual permitió la coordinación, supervisión, dirección y control del levantamiento de cédulas de captación de datos por familia en el área de estudio.

La captura de los datos se realiza en forma manual, realizando sabanas de datos por sectores, posteriormente se hace la captura en el programa SPSS, se hace la descripción de los datos obtenidos; se elaboran tablas de frecuencia simple y gráficos con la descripción de los mismos.

- Resultados

A continuación se mencionara los datos más importantes para fines del trabajo, se puede encontrar información complementaria en el anexo 6.

La población del AGEB 250-2 Unidad habitacional Llano de los Báez censada, fue de 2360 habitantes, en 616 familias.

El promedio de miembros por familia es 3.8

Las edades más representativas de la población son: en hombres de 10 a 24 años y de mujeres de 10 a 24 y de 40 a 44 años.

La procedencia de la población es en mayor porcentaje del Distrito Federal y Estado de México así como la mayoría tiene más de un año de residencia en la unidad.

De acuerdo a su distribución hay mayor población en la manzana H con un 35% y la manzana G con un 29.8% respectivamente.

El estado civil de la población corresponde en un 45.5 % a casados, seguido por el 38.6% de solteros, sin embargo es importante resaltar que el 8.4% vive en unión libre, el 3% es divorciada, el 2.6 es madre soltera, y el 1.9% es viudo.

ASPECTOS ECONOMICOS

Únicamente el 28.8% de la población tiene trabajo y el 3% es desempleado y el 19% se dedica al hogar.

De acuerdo al ingreso diario familiar únicamente el 57.3% de los integrantes de las familias perciben de 2 a 3 salarios mínimos, y el 25.9% únicamente percibe un salario mínimo diario.

EDUCACIÓN

Con respecto al último grado escolar el 33.5 % refiere tener secundaria, seguido del 25.2 % con primaria y el 22.7 % tienen preparatoria. Cabe mencionar que un 2.2 % de la población son analfabetas.

El AGEB cuenta con dos escuelas, las cuales en conjunto tienen 1507 alumnos; de los cuales el 13.6 % se encuentran en el jardín de niños, el 28.8% en la primaria y el 57.6% en la secundaria.

SALUD

De acuerdo a las cédulas de datos familiar, en el apartado de salud se obtiene lo siguiente: El nivel de riesgo familiar: el 26.6%, tiene riesgo **uno**, el 25.9% tiene riesgo **dos**, el 39.4%, riesgo **tres** y únicamente el 8.1% riesgo **cuatro**. El 65% cuenta con alguna seguridad social predominando el IMSS con el 53.5% y el 35% no cuentan con seguridad social.

La morbilidad registrada en los integrantes de las familias del AGEB 250-2 predomina enfermedades del sistema respiratorio con el 67.6%, endocrinas con 7.58% y sistema circulatorio con 7.43% con un total de 801 casos; de los cuales el 88.2% recibió atención médica, y un 11.8% no recibió atención médica.

La mortalidad reportada es: en mujeres con siete casos; (dos casos de cirrosis hepática, dos casos de neumonía con un 29% cada uno, uno de cáncer de estómago, uno de mama, y un caso de diabetes mellitus representando el 14 % cada uno respectivamente). En hombre se reportaron 10 casos de las cuales el 30.4% corresponde a infarto agudo al miocardio, 20% causa desconocida, el 10% asfixia por epilepsia, y con el mismo porcentaje diabetes mellitus y encefalitis viral; reportado un total de 17 casos; de estos el 81.2% de los casos recibido atención médica y el 18.7% no.

Del 100% de las mujeres en edad fértil el 61% utiliza algún método de planificación familiar y el 39% no: de los cuales el 39% utiliza método oral, el 42% inyectables, el 12% se realizó la OTB, en relación a las mujeres en edad reproductiva solo el 1.5% se encuentran embarazadas mientras que el 98.5 %

No.; De las mujeres embarazadas el 21.4% si llevan un control prenatal y el 78.6%, no llevan un control prenatal consecutivo.

De los niños menores de 1 año registraron 28 niños de los cuales el 16% son de 2 meses y 9 meses respectivamente, seguidas de un 12% de 6 y 10 meses respectivamente.

En lo referente al tipo de alimentación del menor de 5 años el 13.5% tiene una alimentación especial, y el 86.4% están integrados a la alimentación familiar.

Los esquemas de vacunación de estos niños se observa que el 71.9% de los niños menores de 5 años se encuentran con su esquema completo, mientras que el 28.1% esta incompleto de acuerdo a edad y cartilla de vacunación.

En relación a la aplicación de flúor, se registra que el 51.9% de los niños menores de 5 años si tiene aplicación de flúor, mientras que el 48.1% no.

Dentro de las medidas higiénico se observa que el 91.4% de la población le da algún tipo de tratamiento al agua, el 85.2% realiza desinfección de frutas y verduras mientras que el 14.8 no lo realiza, el 98.2% realiza lavado de manos antes y después de comer y el 99.4% realiza lavado de manos antes y después de ir al baño

En lo referente a la frecuencia del lavado dental se observa que el 65%, de la población estudiada lo realiza una vez al día, el 37.7% lo realiza de 2 a 3 veces al día y el 0.2% no lo realiza. El 54.8% de las familias llevan acabo el baño 2 a 3 veces por semana, el 44.6% lo realizan a diario y el 0.6% mencionan realizarlo cada 4 días.

Los alimentos que consumen las familias referida, se observa que el 46.95 % son en base a carnes y huevo, el 26.55% azúcares y cereales, y en menor proporción

se encuentra el consumo de frutas y verduras con un representando el 17% y el 5% un mínimo porcentaje consumen leguminosas y tubérculos.

La fauna domestica identificada es de 83 perros (75 perros vacunados y cinco sin vacuna, y tres se desconoce información) 105 felinos vacunados, y cinco no

3.4 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD

Para la realización del diagnostico integral de salud se ponderaron los resultados obtenidos en el estudio de comunidad con los requisitos de desarrollo, desviación de la salud y apoyo educativo de la teoría de la Doctora Dorotea Orem, obteniendo el siguiente diagnostico:

Déficit de autocuidado de los habitantes del AGEB 250-2 Unidad Llano de los Báez relacionado a la falta de ponderación de conocimiento en salud manifestado por las altas tasas de los requisitos de desviación a la Salud

3.5. PROBLEMA A INTERVENIR

Por falta de factibilidad social y política no se realiza la intervención en el tema de violencia, por lo cual se retomaron del estudio de comunidad los factores de riesgo y las tasas de morbilidad de la población para la realización de esta propuesta de intervención.

Esto se realizó con los resultados obtenidos del estudio de comunidad se capturaron en el programa estadístico SPSS, de la cual se obtuvo las sombras epidemiológicas de morbilidad así como el cruce de variables y análisis estadístico: por grupo étnico, género, y población en riesgo (anexo 7).

Posteriormente se realiza la parrilla de análisis de las primeras 10 causas de morbilidad; para observar y valorar la prioridad de intervención de acuerdo a tasas (anexo 8).

Se realiza la selección de la Hipertensión Arterial como patología a trabajar la propuesta de intervención.

Posterior a la selección de la patología a intervenir se realizó la selección de los 43 casos de hipertensión arterial con las 62 variables (del estudio de comunidad) de la base de datos de SPSS; para inferir indirectamente algunos de los factores predominantes de la población afectada

De este análisis se obtuvo como resultado lo siguiente:

De las enfermedades cardiovasculares detectadas en el estudio de comunidad se predomina la hipertensión arterial con 43 casos (88%).

Tabla 9 Morbilidad Cardiovascular

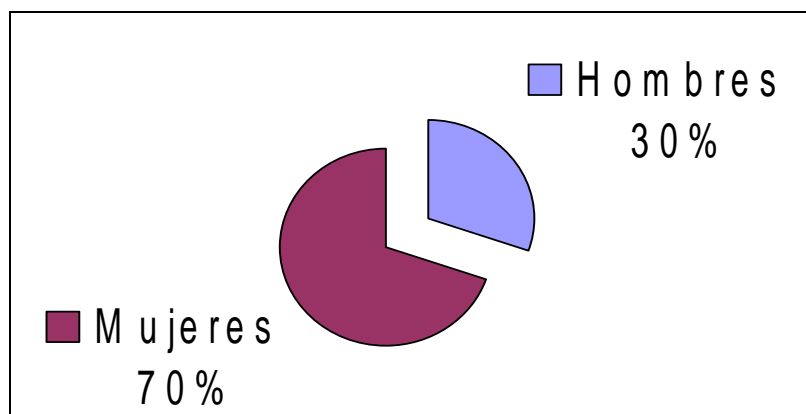
Enfermedad	No	%
Angina De Pecho	1	2
Cardiopatía	4	8.2
Hipertensión*	43	88
Hipotensión	1	2
Total	49	100.0

Fuente: estudio de comunidad realizado en abril 2005

*Un caso es hipertenso y diabético

El 90% de los casos reportados se presenta en población productiva de 25 a 69 años; con énfasis en mujeres en una relación de 2:1.

Gráfico1 Distribución de casos de Hipertensión por Genero.



	Hombre	Mujer	Total
Total	13	30	43

En relación al origen de procedencia de los 43 habitantes con diagnóstico de hipertensión en el momento del estudio de comunidad el Distrito Federal y Estado de México tienen el 35.6% cada uno, representando el 71.2% de la población.

La ubicación de los casos de hipertensión por manzana en el AGEB se observa que predomina la manzana **H** con casos 18 (41.87%) con este diagnóstico y la **E** 16 (37.20 %) casos.

El parentesco dentro del núcleo familiar predominando con el 62.8% las mujeres siendo madres y el 27.9% hombres, padres de familiar;

En la variable de ocupación laboral el 25.5% son empleados, el 21 % están en el hogar, y el 53.5% son, desempleados, jubilados o trabajan por su cuenta.

Es relevante mencionar que el 51.1% de la población con hipertensión arterial no trabaja y solo el 6.7% de la población gana mas de 4 salarios mínimos.

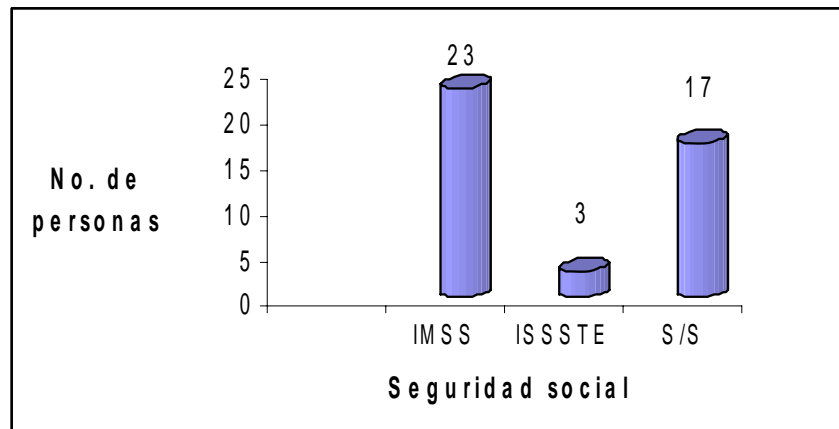
Tabla 10. Ocupación

Ocupación	No	%
Empleado	12	27.9
Obrero	2	4.65
Trabajador por su cuenta	6	14
Hogar	21	48.8
Jubilado	2	4.65
Total	43	100

En la variable de grado académico el 51.1% solo tiene primaria, el 31.1% secundaria y el restante 17.8% tienen preparatoria o nivel profesional preparatoria

En relación a la aseguración social el 53.3% es derechohabiente al IMSS, el 5.7% cuenta con ISSSTE, y el 37.8% No cuenta con Seguridad social.

Gráfico 2 Seguridad Social



En la variable de la cultura y recreación se observó que únicamente el 4.4% realiza deporte, el 95.6% realiza actividades sedentarias.,

El 88.9% de la población practica la religión católica,

En relación a consultorio de atención médica solo se encontró uno consultorio de atención privada dedica a la práctica quiropráctica.

Con los datos obtenidos se identificaron factores de riesgo relacionados con la morbilidad encontrada a través de enunciar diagnósticos por el formato PES y la teoría de D. Orem; .de la hipertensión arterial

3.6. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

a).-Riego elevado de presentar enfermedades cardiovasculares relacionado con casos de hipertensión arterial en 43 individuos del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de os Báez.

b).-Déficit de autocuidado en la función circulatoria **relacionado con** sedentarismo, desequilibrio en la dieta, sobrepeso, ausencia de los actividades recreativas y deficiencia en la respuesta social organizada **manifestada con** 43 individuos que se refieren con cifras altas de tensión arterial, solo el 4.1% de la población realiza deporte, alto consumo de proteínas y bajo en frutas y verduras en la dieta y ausencia de áreas recreativas.

3.7. ESTUDIOS RELACIONADOS

A continuación se presentan estudios relacionados a la Hipertensión Arterial con el fin de mencionar el problema y poder fundamentar teórica y científicamente la intervención.

Tabla 11 Comportamiento de Hipertensión Arterial

Grupo Étareo	HIPERTENSIÓN ARTERIAL Ocupa el octavo lugar en el 2002		
	Nacional	Estado de México	AGEB
-1	45	7	
1 a 4	247	14	
5 a 9	278	14	
10 a 14	225	33	
15 a 19	1029	114	
20 a 24	5571	645	
25 a 29	92,933	11302	1
30 a 34			2
35 a 39			1
40 a 44			2
45 a 49			5
50 a 54	102187	12773	9
55 a 59			8
60 a 64	55091	6527	5
65 a 69	111255	11622	4
70 a 74			
75 a 79			4
80 a 84			2
85 a +			
Desconocido	1942	54	
Total	428730	50199	43
Tasa	418,77	367.95	36.75

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto, alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su

enfermedad. Esto significa que en nuestro país existen más de trece millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contender con este importante problema, esta norma define las acciones preventivas, así como los procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores público, social y privado.¹

- Epidemiología

Se define que un individuo adulto tiene hipertensión arterial (HA) cuando la presión sistólica es mayor a 140 mmHg y la diastólica es mayor a 90 mmHg.

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de incapacidad y muerte prematura en nuestra sociedad. De acuerdo con las estadísticas nacionales (Estadísticas Vitales SSA 1999), la cardiopatía isquémica ocupa el 5º lugar como causa de muerte en personas en la etapa productiva y primer lugar en la etapa post productiva.

¹ NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial

La prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HAS) es del 29% en la población adulta. Entre 20 y 50% de las muertes (dependiendo de la edad) pueden estar relacionadas a HAS, de hecho, el 20% de la población mundial adulta y el 5% de la infantil es hipertensa.

La HAS se conoce como el “asesino silencioso” ya que muchas personas que la padecen ni siquiera lo saben, debido a que la sintomatología es tardía. En México, el 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad.²

La hipertensión arterial en la población adulta es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y uno de los que motiva un mayor número de consultas en Atención Primaria. Por lo que se puede considerar un gran problema de salud pública. Además es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificable.

La prevención primaria de la hipertensión arterial sigue siendo uno de los objetivos principales de la Atención Primaria, tanto a nivel del individuo como de la comunidad³

En el año 2000 en una encuesta nacional a población adulta, con el objetivo de identificar la prevalencia de enfermedades no transmisibles como es el caso de la hipertensión.

Los resultados de esta encuesta fueron los siguientes: El porcentaje de hipertensos tiene una tendencia creciente en 1993 se tenía una prevalencia de 23.8% y en el 2000 se llegó a 30.7%. Antes de los 50 años de edad la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en los hombres, con el 40.7% y, a partir de los

² López Carmen Hipertensión Arterial Sistémica <http://www.cardiologia.org.mx> pag 1

³ MEDICO INTERACTIVO - Capitán Haya, 60 28020 Madrid España, Estrategias frente a los Factores de Riesgo Cardiovascular elmedico@medynet.com pag. 1,2

50 años es mayor en las mujeres, con una prevalencia de 54.6% hasta, hasta de 60.3% para el grupo de 80 y más años de edad.

Por entidad federal la enfermedad fue más frecuente en los estados de Tamaulipas (38.7%), Zacatecas (36.3%) y Coahuila (35.9%). Las prevalencias más bajas se encontraron en los estados de Puebla (24.1%), Oaxaca (23.3%) y Chiapas ((23.0%). Los estados con las razones diagnóstico sobre hallazgo más altas fueron Baja California Sur y el Estado de México, ambos con 1.1; mientras que las entidades con las menores razones diagnóstico sobre hallazgo fueron Nuevo León, Quintana Roo, Tabasco, Tamaulipas y Veracruz, todas con 0.4

En relación a su derechohabiente al IMSS, ISSSTE y de otras instituciones de seguridad social tuvieron una prevalencia de hipertensión arterial de entre 33 y 35%, con una razón de diagnóstico sobre hallazgo de 0.9 en los dos primeros y de 0.5 en el tercero.

La población sin derechohabiente presentó una prevalencia de 28.5%, y una razón diagnóstico sobre hallazgo de 0.6 .

Por grado académico, la hipertensión arterial se presentó en una menor proporción en la población con mayor escolaridad (entre 22 y 25%) y, con mayor frecuencia, en la población con menor escolaridad, en 35.3% de los que tenían educación básica y en 44% de los que no tenían ninguna escolaridad ⁴.

En la población laboral las enfermedades en este segmento a siendo significativo, dada la elevada prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRC).mas allá de la edad., causando un alto numero de ausentismo y disminución de rendimiento laboral y la principal responsable de jubilaciones precoces y licencias prolongadas. Esta situación deriva en perdidas para la empresa no solo directas,

⁴ INSP, SS., Encuesta Nacional a población adulta 2000, Capitulo 2; México 2003 p.p. 1,2.

vinculadas al mantenimiento de los haberes del empleado enfermo inactivo, sino también indirectas, vinculadas a la necesidad de un reemplazante y su entrenamiento (con el consiguiente subnivel de rendimiento y productividad hasta completar dicho periodo), y perdida de la inversión efectuada para la capacitación del enfermo aproximadamente el 25%.

Una intervención oportuna, pone de manifiesto una necesidad de contar con registros epidemiológicos ciertos y confiables que permitirán, no solo dimensionar el problema sino, y fundamentalmente, diseñar las tácticas mas adecuadas y de mayor rendimiento para enfrentarlas.

Hasta el momento la única estrategia que ha logrado disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, es la prevención primaria (individuos “aparentemente sanos”) ejercida mediante el control de los factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo, HAT, dislipidemias diabetes, tabaquismo, exceso de peso y sedentarismo. A través de ellos y mediante el “enfoque global”, única forma de ponderar su “sinergismo por asociación”.⁵

De acuerdo con la información científica disponible, las epidemias por enfermedades no transmisibles son esencialmente prevenibles, en particular con cambios en el estilo de vida. Que debe iniciar desde antes de la concepción, con reforzamiento en la niñez lo cual permitirá la disminución de factores predisponentes de la enfermedad en la edad adulta.⁶

Lo anterior se basa en estudios realizados en recién nacidos por ejemplo El 29 de noviembre El Circulation: Journal Of The American Heart Association publico un estudio realizado en Suecia denominado “Bebés prematuros de sexo masculino

⁵. DR CARPANI RICARDO Programa de Prevención Cardiovascular Primaria en el Ámbito Laboral. Saloc S.A. <http://www.saloc.com.ar/novedades.html> p.p. 1,2.

⁶ INSP,SS., Encuesta Nacional a población adulta 2000, Capítulo 2; México 2003 p.p. 1

en mayor riesgo de hipertensión en la edad adulta” realizado a 330,000 hombres suecos nacidos entre 1973 y 1981, obteniendo como resultado lo siguiente:

- ❖ Los niños nacidos antes de la semana 29, tenían casi el doble del riesgo de desarrollar hipertensión arterial sistólica en la adultez.,
- ❖ Los niños nacidos entre la semana 29 y la 32, tenían un riesgo 45 por ciento superior de hipertensión arterial sistólica, mientras que los nacidos, entre la semana 33 y la 36, tenían un riesgo 24 por ciento mayor.⁷

El estudio corrobora aún más el concepto de que las enfermedades la adultez se relacionan con exposiciones demasiado tempranas a los retos ambientales,

No creen que pueda ser explicado por la historia familiar o la genética. En cambio, creen que los retos ambientales relacionados con los partos prematuros podrían explicar el mayor riesgo de hipertensión arterial posteriormente en la vida adulta

Los trabajos como este nos ayudan a identificar los factores de riesgo anteriormente en la vida y a aplicar estrategias preventivas para el cambio en el estilo de vida que contribuyan a combatir la hipertensión, y disminuir el riesgo de una enfermedad cardíaca y accidente cerebrovascular⁸

Por lo anterior Los factores que se deben tomar en cuenta para la elaboración de estrategias son las siguientes:

Edad y sexo, herencia, raza, aumento del gasto cardíaco, excesiva ingesta de sodio, anomalías en el manejo renal del sodio, sistema renina-angiotensina, aumento de la actividad simpática, aumento de las resistencias periféricas, factores genético, factores ambientales tempranos, alimentación, consumo de sal,

⁷ Centro de Información Resumen Noticiero **Bebés Prematuros de Sexo Masculino en Mayor Riesgo de Hipertensión en la Edad Adulta** <http://www.spacioweb.net/noticias/index.php?op=viewArticleId=72&blogId=1>

25 – NOV – 2005 p. 1,2.

⁸ Idem Centro de Información p. 3

consumo de alcohol: obesidad, estilo de vida , sedentaria, actividad física, factores psicosociales, nivel sociocultural y cifras de presión arterial.⁹¹⁰¹¹

⁹ MEDICO INTERACTIVO - Capitán Haya, 60 28020 Madrid (España) **Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular** elmedico@medynet.com p. 2

¹⁰ López Carmen "Hipertensión Arterial Sistémica" <http://www.cardiologia.org.mx.pag> 2 – 4.

¹¹ DR CARPANI RICARDO **Programa de Prevención Cardiovascular Primaria en el Ámbito Laboral. Saloc S.A.** <http://www.saloc.com.ar/novedades.html> p.p. 1,2.

CAPITULO 4. PLAN DE INTERVENCIÓN

La profesión de enfermería se caracteriza por proporcionar cuidados al individuo, familia o comunidad; estos cuidados se brindan posterior a un proceso de valoración e identificación de problemas o factores que afectan la salud

En salud pública observar la transición demográfica y epidemiológica ha permitido identificar el aumento de la presencia de los padecimientos crónicos degenerativos ocupando hoy los primeros lugares en frecuencia y tasas de morbilidad y mortalidad nacional.

Por lo anterior los alumnos del posgrado en salud pública de la ENEO UNAM dentro de sus objetivos es la planeación de intervenciones multidisciplinaria en una determinada comunidad para disminuir los factores de riesgo modificables.

4.1 OBJETIVOS

General

Elaborar una propuesta de intervención constituidas en cinco estrategias para disminuir los factores de riesgo modificables de la Hipertensión Arterial a través de la aplicación del Modelo Operativo de Enfermería en Salud Pública y Modelo de D. Orem y fortalecer de la agencia de autocuidado de la población adulta del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez en Ecatepec Estado de México;

Específicos

Elaborar una estrategia de capacitación dirigida al equipo multidisciplinario participará en la intervención operativa: sensibilización, educación para la salud, detección oportuna y seguimiento.

Elaborar una estrategia de sensibilización para despertar el interés de la población adulta de la comunidad sobre la importancia de la prevención y detección oportuna, de la hipertensión arterial.

Elaborar una estrategia de educación para la salud que estimule los cambios de estilos de vida y prácticas de autocuidado para la prevención de la hipertensión arterial en la población a intervenir.

Elaborar una estrategia de detección oportuna y seguimiento de: individuos con hipertensión arterial o con factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad.

4.2. METAS

- ❖ Diseñar y un programa de capacitación a los recursos humanos en salud que participaran en la intervención
- ❖ Despertar el interés de la población por el conocimiento acerca de la Hipertensión arterial.
- ❖ Sensibilizar a la población a través de la entrega de promocionales alusivos a la patología mencionada
- ❖ Implementar módulos de educación para la salud en los puntos estratégicos.
- ❖ Proporcionar diez pláticas educativas en cada modulo de atención.

- ❖ Concienciar a la población de la importancia de la detección oportuna de la Hipertensión arterial.
- ❖ Realizar la toma de la presión arterial al 100% de la población que asiste a los módulos de atención.
- ❖ Confirmar los casos de Hipertensión arterial y detectar nuevos casos.
- ❖ Dar seguimiento al total casos de Hipertensión arterial.
- ❖ Lograr una comunicación efectiva entre el equipo de salud y la comunidad.

4.3. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

Para realizar intervenciones multidisciplinarias es necesario evaluar la factibilidad técnica, factibilidad financiera, factibilidad administrativa, política, social y factibilidad legal.

- Factibilidad Técnica

Se puede considerar que si existe la factibilidad por lo siguiente: La hipertensión arterial ocupa a nivel nacional el octavo lugar, con una prevalencia en el año 2000 de 30.7% (15 millones de adultos, aproximadamente), a nivel estatal ocupa el 24vo con una razón de 1:1, y ocupa el tercer lugar de morbilidad es esta comunidad con el registro de 43 casos y una tasa de 36.7 por cada 1000 habitantes, afectando a población adulta en edad productiva, por el estudio de parrilla se detectó que 1170. Habitantes de ambos géneros del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez esta en riesgo de presentar hipertensión arterial.¹

Así como también existe la NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Que su inciso

¹ Sombra epidemiológica de morbilidad del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez Ecatepec Edo de México.

5, 7, 8, 9 y 10 se definen los procedimientos para establecer programas de atención que permitan disminuir la incidencia de la enfermedad y mortalidad mediante la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica²

Dentro de la estructura organizacional para la operación de la intervención se cuenta con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y del Coordinador Municipal de Salud de Ruiz Cortinez, tutores clínicos y académicos de la especialidad de Enfermería en Salud Pública, de la ENEO-UNAM

- Factibilidad Financiera

Los gastos generados para la operacionalización de la intervención serán absorbidos por los alumnos del Posgrado de la Especialidad en Salud Pública con solicitud de apoyos a la jurisdicción de Ecatepec, Municipio, Comunidad, empresas ubicadas en la zona y con apoyos administrativos de la ENEO UNAM.

- Factibilidad Administrativa, Política y Social

Posterior a la aprobación de la propuesta de intervención por los alumnos y coordinadores del Posgrado de la Especialidad en Salud Pública de la ENEO UNAM, autoridades de la Jurisdicción de Ecatepec y Coordinación Municipal de salud Ruiz Cortinez se contará en forma directa con la factibilidad administrativa, política y social.

Se contará con el apoyo y colaboración de autoridades, líderes comunitarios y del comité de salud de la comunidad.

² NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

- Factibilidad Legal.

La presente propuesta de intervención se sustenta en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 4to, y 26 de la ley General de Salud; en el art. 9°, 17°, 22°, 23° 29°, 32° y de las disposiciones generales establecidas en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

4.4. PLANEACIÓN

Es esta propuesta de intervención se planteará en estrategias entrelazadas como son: capacitación de los recursos de salud, sensibilización, educación para la salud, detección oportuna y seguimiento.

Al llevar acabo estas cinco estrategias se puede garantizar un mayor impacto y se da respuesta a los tres niveles de prevención; en la prevención primaria, la intervención actúa en los factores o causas de los problemas de salud; en la prevención secundaria se realiza un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y en la prevención terciaria que se encarga de las recaídas y la rehabilitación

▪ RECURSOS

En cada estrategia se mencionara el recurso humano material y físico necesario, el número real será determinado por los directivos y responsables de la operacionalización de la intervención.

Recursos financieros

- Será autofinanciable.

4.5. ORGANIZACIÓN

Se establecerán un plan de actividades específicas en cada fase de intervención las cuales irán en concordancia con las tareas tecno-profesionales las cuales requerirán solicitar apoyo a diferentes instituciones con son:

- ✚ Jurisdicción Sanitaria Ecatepec
- ✚ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM
- ✚ Presidencia Municipal
- ✚ Comité de Salud
- ✚ Empresas
- ✚ Instituciones educativas
- ✚ Mercado
- ✚ Organizaciones sociales

5. EJECUCIÓN

5.1 ESTRATEGIAS

5.1.1 Estrategia 1

CAPACITACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

INTRODUCCION

El Modelo Operativo de Enfermería en Salud Pública dirigido a la Promoción del Autocuidado de Salud a las Poblaciones, contempla como primera estrategia la capacitación.

La estrategia de capacitación se dirige directamente a los Recursos Humanos de Salud que participarán en la intervención: médicos, jefes de enfermeras, enfermeras, TAPS, psicólogos, trabajadores sociales y pasantes de enfermería.

Con la capacitación se pretende que favorezca la disminución de las altas tasas de morbilidad por hipertensión arterial en un periodo de 3 a 5 años en la población a intervenir.

La capacitación como una actividad planeada debe proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan al personal de salud desarrollar eficientemente sus actividades y resolver los problemas que se presenten.

OBJETIVO

General

Concientizar y sensibilizar al personal de salud, proporcionando elementos teóricos-prácticos necesarios para la participación en las estrategias de: sensibilización, educación, detección y seguimiento de la hipertensión arterial en la población adulta del AGEB 250-2 Unidad habitacional Llano de los Báez en Ecatepec Estado de México

LIMITES

Fecha	Lo establecerán los responsables de la intervención
Espacio.	"Casa de la Mujer Campesina" de Santa María Tulpetlac en Ecatepec de Morelos, Estado de México (propuesta)
Tiempo.	80 hrs.
Horario.	De 8:00 hrs. a 16:00 hrs.
Duración.	10 días con 8 horas diarias

UNIVERSO DE TRABAJO:

Personal multidisciplinario será previamente seleccionado por los coordinadores de la intervención, se debe contemplar la participación de los siguientes profesionales de la salud:

- ✓ Asesores
- ✓ Médicos con puesto directivo y/o operativo.
- ✓ Enfermería con puestos directivos
- ✓ Psicólogos.
- ✓ Técnicos de Atención Primaria a la Salud (T.A.P.S).

- ✓ Personal del Programa de Vacunación. (PROVAC)
- ✓ Pasantes de Trabajo Social.
- ✓ Tutores Académicos.
- ✓ Tutores Clínicos.
- ✓ Pasantes de Enfermería en Servicio Social.
- ✓ Nutriólogos.

ORGANIZACIÓN

Los responsables de la intervención con apoyo y coordinación con autoridades de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec y del ENEO UNAM realizarán la selección del personal a participar en la intervención, la cual estará constituida en personal multidisciplinario (Grupo Experto), Pasantes de enfermería en servicio social y voluntarios.

RECURSOS

Recursos materiales

Papel bond (pliegos)	Acetatos
Marcadores de agua	Películas
Hojas blancas	Proyector de acetatos
Cinta canela	Proyector de diapositivas '
Fotocopias	Pantalla
Equipo de sonido	TV.
Mesas	Video casetera
Sillas	Cámara fotográfica
	Rollo fotográfico.

La cantidad de cada material y equipo quedará en función al número de asistentes al curso de capacitación y propuestas de promocionales.

Recursos financieros

Estará a cargo de los alumnos de posgrado de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública; autoridades, organización sociales y personal que otorgue donativos en especie para esta estrategia.

EJECUCIÓN

Para la realización de la estrategia de capacitación se requiere una semana de planeación y organización, una semana de capacitación del personal de salud quienes fungirán como capacitadores y coordinadores de las brigadas y la tercera será para la capacitación de pasantes de enfermería y colaboradores

Esta primera semana que corresponde a la planeación y organización del curso de capacitación a recursos humanos de salud se deberán realizar de las siguientes actividades

- Revisión de la propuesta de capacitación.
- Investigación bibliográfica.
- Gestionar ante las autoridades correspondientes y con apoyo de asesores clínicos y coordinadores la selección, invitación, autorización y confirmación de asistencia del personal que participara en la intervención.
- elaboración de carta descriptiva de capacitación con apoyo de asesores clínicos y coordinadores.
- Solicitar sede para la capacitación (Casa de la Mujer Campesina).
- Solicitar apoyos audiovisuales.

- Gestionar la participación y asistencia de autoridades y ponentes experto en el tema.
- Gestionar la compra, préstamo o donación de los recursos materiales y didácticos necesarios para la fase de capacitación.
- Gestionar si es necesario la contratación de mesas, sillas y manteles para conformar las mesas de trabajo.
- Elaboración de carpetas de trabajo con la información necesaria.
- Elaboración de cédula de estimación de conocimientos y evaluación de la capacitación
- Traslado de materiales y apoyos didácticos a la sede de capacitación

Gestionar ante la ENEO-UNAM

- El registro y firmas de constancias para los ponentes, asistentes,
- Apoyos y recurso materiales.
- Organización de convivencia para el término de la capacitación.

Segunda semana.- se pretende la capacitación, concientización y sensibilización del personal de salud que participara en la intervención, el cual fungirá como capacitador, supervisor y asesor en las posteriores etapas de la intervención.

Actividades:

- ❖ Revisión de bibliografía sobre el tema
- ❖ Revisión de contenido de la carpeta de trabajo
- ❖ Elaboración de carta descriptiva para la semana de capacitación a los pasantes en servicio social, y voluntarios que participaran en la siguientes etapas de intervención.

- ❖ Identificar y mencionar las debilidades presentadas, las fortalezas y oportunidades que se debían aprovechar, así como las amenazas que se debieron evitar durante la fase de intervención
- ❖ Proponer el diseño de los trípticos, dípticos, volantes, carteles, mantas, guión de rotafolio, carta descriptiva, expediente clínico.
- ❖ Establecer propuestas de organización operativa.

Tercera semana.- esta semana se dedica a la capacitación de pasantes de enfermería en servicio social y personal colaborador, dicha capacitación se llevará a cabo en base a la carta descriptiva previamente diseñada.

Los responsables de la capacitación será el mismo personal de salud que participo en la semana de planeación estratégica con apoyo de alumnos del posgrado, tutores clínicos y coordinadores de la especialidad.

Actividades

- Revisó bibliografía relacionada con la educación para la salud,
- Elaboración de lista de conceptos y definiciones relacionados con la educación y promoción para la salud.
- Elaboración de promocionales de difusión de alto impacto
- Organización de brigadas
- Identificación de puntos estratégicos para la difusión y los establecimientos de módulos de educación y atención.
- Elaboración de plan de trabajo para la semana de intervención directa

PLAN DE EVALUACIÓN

La evaluación de esta estrategia se realiza utilizando instrumentos de mediciones, observación y control como son:

- ❖ Hoja de control de asistencia
- ❖ Cédulas de Estimación de Conocimientos (Diagnóstica y Final)
- ❖ Cedula de evaluación al curso de capacitación el cual incluirá el aspecto de sede, ponentes, material y técnicas didácticas y organización general del mismo.

5.1.2. Estrategia 2

SENSIBILIZACIÓN

INTRODUCCIÓN

La estrategia de sensibilización en una comunidad se basa en el proceso comunicativo, que se puede abordar a dos niveles la comunicación social y la comunicación interpersonal; los cuales de manera simplificada se componen de los mismos elementos: un emisor - un mensaje - un contexto - y un receptor.

Este proceso tiene como objetivo transmitir información, sentimientos y experiencias a través de una representación simbólica de la realidad, por medio de diferentes tipos de canales.

En el proceso salud enfermedad es importante tomar en cuenta todos aquellos factores que tienen que ver con la comunicación en salud pública y la comunidad para poder lograr el impacto deseado durante la implementación de un proyecto de salud como lo es la prevención de la hipertensión arterial.

La comunicación es la vía por la cual la especialista en salud pública establecerá contacto con la comunidad hacia donde va dirigido una intervención, motivo por el cual deberá ser la más adecuada para inspirar confianza y simpatía, ya que si la comunidad lo observa prepotente le cerrará las puertas.

Una opción para obtener esta comunicación es integrando a la intervención a los grupos organizadores, a los líderes y quienes manejan información de la comunidad.

La orientación e información dirigida hacia una comunidad debe tomar en cuenta sus características propias y hacer uso de aquellas herramientas que le pueden ser útiles para sensibilizar al individuo y familia logrando su interés, en lo que llama su atención para que conozca, se interese y sienta la necesidad de otra de tomar una decisión con relación a un problema de salud del que se quiera evitar al menos prevenir las complicaciones de tal forma que al final del proceso de aprendizaje adopte una conducta de autocuidado.

OBJETIVOS

General

Sensibilizar y orientar casa por casa a la población del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez para la prevención detención y tratamiento oportuno de la hipertensión arterial y fomentar el autocuidado de la salud, a través del apoyo educativo.

Específicos

- ❖ Despertar el interés de la comunidad a través de un recorrido en el Ageb 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez con el equipo multidisciplinario.
- ❖ Concientizar y sensibilizar a los habitantes sobre la importancia del autocuidado.
- ❖ Promover la prevención de la Hipertensión Arterial mediante la distribución de material grafico.

METAS

- ❖ Que el 95% de la población del territorio en estudio reciba información sobre los riesgos y daños de la gripe a través del material gráfico.
- ❖ Lograr que 95% de la población que acuda a las charlas educativas se concientice y se sensibilice sobre la importancia del autocuidado a través de las imágenes de alto impacto y los reforzadores (tríptico).

LIMITES

Fecha	Será un lunes primer día de intervención en comunidad (los responsables de la intervención lo determinará)
Espacio	AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez, Ecatepec Edo de México
Tiempo	Un día
Horario	de 8:00 a 12:00 hrs.
Duración	Un día con 4 hrs.

ORGANIZACIÓN

En la organización para la sensibilización puede apoyarse de la:

- Jurisdicción sanitaria Ecatepec
- Centro de salud seleccionado previamente
- Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia-UNAM

RECURSOS

Recursos Humanos

Será el personal asistente previamente en la estrategia 1 de capacitación.

Recursos Materiales

Serán los previamente elaborados en la semana de capacitación como son:
Mantas, carteles, dípticos trípticos y volantes

Otros materiales que se necesitan son: cinta canela, lápices plumas y sacapuntas, hojas blancas y hojas de colores

Recursos de Apoyo

Vehículo, equipo de perifoneo, computadora portátil, impresora

Recursos Financieros

El financiamiento de la estrategia de sensibilización e información será en su totalidad responsabilidad de la intervención.

EJECUCIÓN:

Las actividades a realizar en esta estrategia se mencionan a continuación

Formación de equipos multidisciplinarios

- ❖ Organización de equipos multidisciplinarios para trabajar las estrategias
- ❖ Detallar las actividades a realizar para esta estrategia de sensibilización
- ❖ Recorrido del AGEB
- ❖ Organización con el TAPS responsable del área para el recorrido así como la elaboración del croquis
- ❖ Información al equipo multidisciplinario sobre la logística del recorrido
- ❖ Formación de equipos para tal actividad

- ❖ Entrega de croquis de recorrido a los responsables de cada equipo
- ❖ Ubicación del área geográfica (recorrido).
- ❖ Asignación de tareas específicas a cada responsable
- ❖ Elaboración del listón de inauguración
- ❖ Organización en el recorrido por sector

Sensibilización (casa por casa)

- ❖ Recepción del material gráfico reproducido
- ❖ Elaboración de paquetes promocionales para su distribución
- ❖ Informar al equipo multidisciplinario la logística de sensibilización casa por casa
- ❖ Distribución de paquetes de material de control para el barrido casa por casa
- ❖ Dotación de materiales a los responsables de cada equipo
- ❖ Organización y supervisión del recorrido casa por casa
- ❖ Coordinación con los supervisores al finalizar el barrido para conocer logros e inconsistencias de lo planeado
- ❖ Llevar el control de materiales promocionales distribuidos a unidades multipersonales informadas por sector
- ❖ Realizar un recorrido posterior por el área de estudio para monitorear cobertura de promocionales orientados en domicilios.
- ❖ Observar demanda inmediata de consulta en los módulos estratégicos como afecto inmediato de la actividad

PLAN DE EVALUACIÓN

Se llevara durante el proceso del desarrollo y evaluación de metas.

- Proceso de desarrollo.- permitirá identificar barreras existentes para el logro de los objetivos
- De metas.- la evaluación de metas permite determinar si se han alcanzado los objetivos originales del programa.

5.1.3 ESTRATEGIA 3

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

"La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables".¹

En la prevención de los problemas de salud la educación se sitúa en los tres niveles de prevención, permitiendo facilitar el aprendizaje de conductas encaminadas a la prevención de daños a la salud o que permitan recuperarla.²

El objetivo principal de la educación para la salud es mejorar la salud a través de cambios de conducta de forma voluntaria; mediante la promoción de la salud, prevención o disminución de los factores de riesgo.

Para lograr lo anterior es importante considerar que la educación es un proceso continuo que se extiende a lo largo de la vida del individuo, ésta se da de diversas maneras; dentro de la vida familiar y en sociedad

Este proceso implica contar con un método en el que se pretenda alcanzar un cambio social, en donde la población ejerza su derecho a la participación en programas de mejoramiento social y de servicios establecidos por el estado conjuntamente con organizaciones sociales, autoridades y el personal del sector salud.

¹ ROCHON, Alain Educación para la Salud 2da. Ed., Tr Manuel García. Barcelona España, Ed Masson ,1992. p. 6.

²Idid. pp5-21

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea en sus políticas la educación en salud como un elemento importante que contribuye al desarrollo de la comunidad.

Esta política se expresa claramente en el Plan de Acción para la implementación de estrategias regionales, donde se indica la necesidad de preparar y analizar tecnologías y materiales didácticos simplificados orientados a promover el autocuidado y las medidas preventivas, tratando de aprovechar los recursos locales.

En el campo de la salud los profesionales debemos asumir un importante rol educativo como parte de las funciones, esto se debe a que la salud es responsabilidad del individuo mismo pero necesita los medios y conocimientos adecuados para asumir esa responsabilidad.

La educación dirigida a la comunidad tiene como propósito informar de la realización de un programa, insistiendo en la importancia de la participación de todos, sin la cuál los esfuerzos fracasarían.

La educación colectiva debe cumplir con los siguientes pasos:

- Análisis del problema
- Sensibilización de la población
- Publicidad y propaganda
- Motivación
- Educación propiamente dicha

Cuando se cumplen estos pasos se obtiene una participación enterada y consciente de la comunidad, una real movilización social es decir un verdadero interés y un sincero deseo de contribuir a mejorar la salud de la población.

OBJETIVOS

General

Estimular los cambios de conducta y promover la agencia de autocuidado de la población a través de la educación para la salud sobre hipertensión arterial.

Específicos

- ✓ Identificar grupos de apoyo dentro del AGEB 250-2 para establecer canales de comunicación adecuados y favorecer la participación de la comunidad.
- ✓ Sensibilizar a la población sobre la importancia que tiene la toma de la presión arterial periódica
- ✓ Brindar Informar y orientación nutricional baja en grasas a las mujeres de la comunidad
- ✓ Dar a conocer los factores de riesgos para el aumento de la presión arterial. y como disminuirlos

METAS

A la población

- Las metas deben ser precisas, medibles y alcanzables
- El 80% de la población contará con información referente a la hipertensión arterial.
- El 100% de la población conocerá por lo menos dos factores de riesgos para la hipertensión.
- El 100% de la población asistente a los módulos de información instalados se le realizará la medición de presión arterial.
- El 80% de la población mencionará el plato del buen comer.

Al equipo multidisciplinario

- Instalar módulos de educación para la salud en puntos estratégicos.
- En cada sesión educativa sobre hipertensión arterial, entregar un tríptico informativo posterior a la medición de la tensión arterial
- Identificar los casos ya detectados de hipertensión arterial y brindar orientación de seguimiento.
- Realizar una evaluación previa y otra posterior la cada plática para identificar el nivel de conocimientos de la población asistente.

LÍMITES

Universo de trabajo:	616 familias del AGEB 250-2 Unidad habitacional Llano de los Báez
Inclusión	padres de familias (padres 500, padres 589 y 3ra edad 26)
Limites de espacio:	Pasillos y áreas asignadas por los coordinadores dentro del AGEB 250-2 Unidad habitacional Llano de los Báez se delimita al norte con la Av. Palomas, al sur con Ignacio Zaragoza, al éste con la av. Carmen Serdán y al oriente con Av. Llano de los Báez
Límites de tiempo	un día, 8 horas.

RECURSOS

A la Jurisdicción

Apoyo de personal médico, de enfermería, trabajo social, técnicos en atención primaria, psicólogos y pasantes de enfermería adscritos a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec durante la planeación y ejecución de la intervención.

Las pasantes de Enfermería apoyarán con el diseño y elaboración de trípticos, rota folios y material didáctico educativo.

A los líderes de la comunidad

Solicitar a los habitantes del AGEB 250-2 Unidad Habitacional Llano de los Báez autorización de espacio físico para instalar los módulos la educación para la salud. Voluntarios se consideran a personal TAPS participaran en las actividades de educación para la salud.

Para realizar el cálculo de recurso necesarios para la intervención es necesario mencionar:

Población a atender.- 616 familias del AGEB 250-2

Tabla 12. ocupación y distribución de la población por manzana

Ocupación de la población	No de personas	E	F	G	H
Trabajador por su cuenta	198	59	11	59	69
Hogar	434	129	24	129	152
Estudiante	878	260	49	262	307
Desempleado	65	19	4	19	23
Jubilado/pensionado	27	8	2	8	10
Total	1602	474	90	477	561

Calculo

Una platica duración 20 min.

Encuesta 10 min.

Total de pláticas por hora 2

a) Total de platicas por modulo por día 10

b) Total de asistentes por platica 10 personas

c) Total de población 1602

$$\text{No de módulos} = c / b/a$$

$$\text{No de módulos} = 1602 / 10 = 160/10 = 16$$

No de módulos 16 +2 (módulos de concentración)

Recursos humanos

Cada modulo de educación para la salud contará de un coordinador y dos pasantes

Tabla13. Recursos Humanos

Recursos Humano	Cantidad
Pasantes y voluntarios	36
Supervisores de campo	18
Coordinadores de estrategia	1
Asesores clínicos	2
Tutores clínicos	2
Personal TAPS	1
Total	60

Tabla 14. Recursos materiales

Material	Cantidad
Rotafolios	19
Cinta adhesiva	5
Trípticos	1500
Hojas de papel bond	150
Bolsas de plástico	4
Lápices	150
Cédulas de estimación de conocimientos diagnóstica y final	3250
Formatos de registro	50

Recursos físicos

16 sitios seleccionados para cada modulo de educación para la salud
2 módulos para la concentración de material y alimentos.

ORGANIZACIÓN

Los coordinadores generales (alumnos del posgrado en salud pública) gestionarán apoyos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y organizaciones civiles de la comunidad para lograr las diferentes actividades planeadas así como para obtener los recursos materiales, físicos y económicos para estrategia.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y CONTROL

El sistema de información será directo a través de cada supervisor con el responsable de la estrategia.

Cada supervisor informará a los integrantes del equipo los pasos a seguir para lograr el objetivo.

El control se llevará a cabo mediante una serie de formatos establecidos por los coordinadores como son

- Lista de asistencia de pasantes
- Lista de asistencia de supervisores
- Lista de asistencia de personas que acuden a la educación para la salud
- Lista de domicilios para charlas educativas
- Guión de plática educativa
- Lista de integrantes por equipo que participarán en la estrategia
- Croquis de ubicación de domicilios de charlas educativas
- Cadula de estimación de conocimientos diagnóstica y final

FINANCIAMIENTO

La estrategia será financiada principalmente por las estudiantes de posgrado de enfermería en Salud Pública, con apoyo de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

EJECUCIÓN

Las actividades de educación para la salud se realizarán en la comunidad posterior un día posterior a la sensibilización.

Las actividades a realizar en esta estrategia son las siguientes

- Integrar un equipo de planeación para la estrategia
- Establecer objetivos, metodología y organización, de la estrategia de educación
- Entrevista a los líderes de la comunidad para pedir apoyo y coordinación para determinar los sitios para establecer los módulos de educación para las salud
- Integrar equipos de pasantes y supervisores que impartirán la plática.
- Revisión de rotafolios y guiones.
- Elaboración de instrumentos de control y evaluación Como son lista de asistencia y cédula de estimación de conocimientos
- Integrar equipos de pasatiempos para dar las plática
- Preparar paquetes de material, papelería y formatos.
- Exponer la logística de la estrategia
- Distribuir paquetes de material papelería y formatos
- Supervisión y apoyo en las pláticas educativas y demostración
- Distribución de trípticos
- Aplicar evaluación a las asistentes a la plática
- Recopilación de material y formatos utilizados durante la estrategia por equipo
- Análisis de la información obtenida
- Evaluación de la estrategia

Posterior la planeación y obtención de los materiales didácticos para la realización de pláticas educativas se deberá corroborar la participación y apoyo de los diferentes líderes de la comunidad.

Los líderes de la comunidad conjuntamente con los coordinadores de la estrategia determinaran los sitios para colocar los módulos.

Cada supervisor con su equipo de pasantes revisaran los rotafolios y guiones
Se integrarán 16 equipos los cuales impartirán educación para la salud en los sitios seleccionados previamente.

La logística de la educación para la salud será la siguiente:

- Cada equipo será integrado por 3 pasantes de enfermería y 1 supervisor.
- La platica educativa tendrá una duración de 40 minutos distribuidos de la siguiente manera: 5 minutos para registro de asistencia y bienvenida 5 minutos para aplicación de cédula de estimación de conocimientos 20 minutos para la exposición del tema 5 minutos para aclaración de dudas y realimentación 5 minutos par aplicación de cédula de estimación de conocimientos final.

PLAN DE EVALUACIÓN

La evaluación es el proceso a través del cual se determina el logro de los objetivos y metas planteadas

5.1.4 ESTRATEGIA 4

DETECCIÓN OPORTUNA Y SEGUIMIENTO

INTRODUCCION

La hipertensión arterial en la población adulta es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente y uno de los que motiva un mayor número de consultas en Atención Primaria. Por lo que se puede considerar un gran problema de salud pública, además es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular modificable.

La prevención primaria de la hipertensión arterial sigue siendo uno de los objetivos principales de la Atención Primaria, tanto a nivel del individuo como de la comunidad³

Los factores que se deben tomar en cuenta para la realizar una detección oportuna, preventiva y efectiva son los siguientes”:

FACTORES DE RIESGO

No Modificables:

- **Género:** Los hombres tienen una mayor predisposición a la HA que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos.
- **Edad:** Tanto en el hombre (después de los 45 años) como en la mujer (después de los 55 años) el riesgo de desarrollar HA aumenta significativamente. Después de los 75 años 3/4 partes de las mujeres son hipertensas.

³ MEDICO INTERACTIVO - Capitán Haya, 60 28020 Madrid (España) **Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular** elmedico@medynet.com p.p. 1

- **Herencia:** La historia familiar en primer grado aumenta el riesgo de desarrollar HAS, la modificación de otros factores de riesgo puede reducir esta circunstancia, además de prevenir otras enfermedades graves como el infarto agudo del miocardio (IAM) y enfermedades cerebro vascular (embolias y hemorragias).
- **Raza:** Estudios realizados en el ámbito mundial han demostrado una mayor predisposición en la raza negra.
- **Diabetes mellitus:** Esta enfermedad acelera la aterosclerosis e incrementa 3 veces el riesgo de HAS.

Modificables:

- **Tabaquismo:** Los fumadores tienen al menos un riesgo dos veces mayor que los no fumadores de desarrollar enfermedades cardiovasculares y es tres veces mayor en los que fuman más de 2 cajetillas diarias. Aquellos que dejan de fumar antes de los 35 años tienen una expectativa de vida similar a los no fumadores.
- **Hipercolesterolemia:** El colesterol de baja densidad (LDL) mayor a 110 mg/dl se asocia con mayor incidencia de cardiopatía isquemia aterosclerosa. En personas que han tenido un IAM se recomienda mantener cifras menores de 100 mg/dl.
- **Obesidad:** El sobrepeso extremo (índice de masa corporal de 29-39 kg/m²) aumenta 7 veces el riesgo de cardiopatía isquémica y la moderada (índice de masa corporal de 25-29 kg/m²) lo aumenta 3 veces.
- **Dieta:** Constituye un factor de riesgo cuando se consume sal, grasas, productos lácteos y carnes rojas en exceso,

- **Consumo excesivo de alcohol:** eleva la TA, por lo que se recomienda ingerir menos de 30 ml de etanol (60 ml de whiskey, 230 ml de vino de mesa ó 2 cervezas).
- **Sedentarismo:** la actividad física regular es inversamente proporcional a la mortalidad cardiovascular a largo plazo. la realización de ejercicio moderado protege del desarrollo posterior de hipertensión y de la progresión de la misma.
- **Estrés:** Favorece un mayor trabajo cardíaco e incrementa la tensión arterial Se recomienda realizar actividades agradables para el paciente como ejercicio, meditación, lectura o alguna actividad manual.

Por lo anterior es importante planear estrategias de detección dentro de las comunidades para prevenir etapas avanzadas de la hipertensión arterial; cuando ya hay complicaciones en corazón, cerebro, riñones etc., sin embargo pueden presentarse algunos signos y síntomas como son: cefalea, acúfenos (zumbido de oídos) fosfenos (ver manchas oscuras), rubor facial, fatiga, epistaxis (sangrado nasal), mareo y nerviosismo en etapas tempranas.

Una medición de la tensión arterial, somatometría y un interrogatorio directo puede permitir la identificación de factores de riesgo que aceleren el desarrollo de la enfermedad

De acuerdo a los estándares de NOM-030-SSA2-1999, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, se puede clasificar la hipertensión de la siguiente manera.

Tabla 15. Clasificar la hipertensión

Hipertensión	Presión Sistólica	Presión Diastólica	Seguimiento
Leve	140-159 mmHg	90-99 mmHg	2 meses
Moderada	160-179mmhg	100-109 mmHg	2 meses
Severa	180 o mayor	110 o mayor	Diario hasta estabilización y posteriormente de acuerdo a evolución.

Fuente: NOM-030-SSA2-1999

Deben conocerse las cifras de tensión arterial anteriores, la antigüedad de la HAS, variaciones en el peso corporal, hábitos dietéticos (ingesta de alcohol, sal, cafeína, etc.), antecedente de tratamientos previos, eventos adversos y/o colaterales a medicamentos, factores ambientales y psicosociales a los que se encuentra expuesta la persona.

La evaluación básica recomendada para un paciente con hipertensión arterial incluye una historia clínica para identificar factores de riesgo modificables y no modificable.

El examen de fondo de ojo ayuda a determinar la existencia y el grado de retinopatía, examinar las características de los pulsos carotídeos, detectar oportunamente soplos en cuello, plétora yugular, arritmias, soplos cardíacos, frote o galope, cardiomegalia, campos pulmonares y crecimientos tiroideos.

En la región abdominal es importante la búsqueda de visceromegalias (hepato y/o esplenomegalia), soplos abdominales que sugieran aortoesclerosis y enfermedad renovascular.

En miembros inferiores la evaluación de los pulsos, en especial de la región femoral ayudan a descartar la presencia de soplos ocasionados por la coartación aórtica, presencia de edema y de enfermedad arterial periférica.

Se recomienda realizar los siguientes exámenes: electrocardiograma, radiografía de tórax, examen general de orina, química sanguínea que incluya, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, sodio, potasio, colesterol total, colesterol HDL y colesterol LDL, triglicéridos.

En los pacientes jóvenes (menos de 30 años de edad) monitoreo ambulatorio de la tensión arterial, determinación de catecolaminas séricas y urinarias, gammagrama renal y ecocardiograma.^{45 67}

Cada paciente debe ser valorado de forma individualizada, teniendo en cuenta la presencia de factores de riesgo.

OBJETIVOS

General

Realizar detección oportuna factores de riesgo y elevación de la tensión arterial en los módulos instalados en el AGEB 250-2 Unida Habitacional Llano de los Báez por medio del interrogatorio directo, medición de somatometría, medición de la tensión arterial y exploración física, realizados por médicos y pasantes de enfermería.

⁴ LOPEZ Carmen "Hipertensión Arterial Sistémica <http://www.cardiologia.org.mx>.p.p 2 – 4.

⁵ DR CARPANI RICARDO Programa de Prevención Cardiovascular Primaria en el Ámbito Laboral. Saloc S.A. <http://www.saloc.com.ar/novedades.html> p.p. 1,2.

⁶ MEDICO INTERACTIVO - Capitán Haya, 60 28020 Madrid (España) Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular elmedico@medynet.com p. 2

⁷ López Carmen Op. Cit. p. 2

METAS

- Instalar módulos de detección en el AGEB 250-2 Unida Habitacional Llano de los Báez
- Realizar interrogatorio y medición de la tensión arterial al 100% de la población adulta o con factores de riesgos.
- Lograr que todo el equipo de salud se coordine para unificar criterios de evaluación nivel de hipertensión arterial y grado de riesgo.
- Conseguir acciones de prevención oportuna efectivas y de bajo costo.
- Responsabilizar al Centro de Salud Ruiz Cortinez para llevar un seguimiento de los individuos que así lo requieran.
- Evaluar los resultados obtenidos

LIMITES

- Universo de trabajo Habitantes del AGEB 250-2 Unida Habitacional Llano de los Báez que asisten a los módulos de detección
- Espacio: Módulos de detección ubicados en el AGEB 250-2
- Tiempo: dos días con 6 horas c/u
- Detección y seguimiento: 12, 13 y 14 de julio del 2001.

RECURSOS

Recursos humanos

Se contara con el personal que ha participado en las estrategias anteriores, quedando los equipos de la misma forma un coordinador y dos pasantes.

Tabla 15.- Recursos materiales

Material	Cantidad
Baumanometro con estetoscopio	17
Basculas de piso	17
Cintas métricas	17
Estuche de diagnostico	17
Expedientes clínicos.	1500
Tarjeta de identificación	1500
Hojas de papel bond	150
Bolsas de plástico	4
Lápices	150
Formatos de registro	50

Recursos físicos

16 sitios seleccionados para cada modulo de detección
2 módulos para la concentración de material y alimentos.

Financiamiento

Los coordinadores gestionarán apoyos con las autoridades de Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, la Coordinación Municipal de Salud de Ruiz Cortinez y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

Los coordinadores gestionarán el préstamo del equipo necesario y la compra o donación del material de consumo.

EJECUCIÓN

- Se realizará gestiones con la jurisdicción Sanitaria de Ecatepec para el préstamo, la donación de equipos y materiales
- Se localizará los lugares estratégicos para establecer los módulos de detección.
- Se realizará detección personas con elevación de las cifras de tensión arterial
- Cada módulo se conformará de 1 responsable, un médico, dos y dos pasantes de enfermería en servicio social.
- Se dotará del equipo necesario para las detecciones.
- La distribución del personal será en forma aleatoria y deberá permanecer el mismo equipo en el mismo lugar durante los dos días de la detección.
- Se supervisará los módulos de detección durante toda la jornada.
- El material se entregará un día antes de iniciar las detecciones, y en los días siguientes se les entregará el material según sea necesario.
- La detección se realizará en dos fases: la primera que corresponde al interrogatorio de factores de riesgo, medición de somatometría y tensión arterial; la cual será responsabilidad de la enfermera pasante y la segunda fase que corresponde a la exploración física y medicación si es necesario al médico de cada módulo.
- A cada asistente a los módulos, donde se les entregará la cartilla para el registro de la tensión arterial, y se llenará la hoja de los datos de identificación, posteriormente pasarán al consultorio donde se elaborará su historia clínica

PLAN DE EVALUACIÓN

Se realizará en base a logro de las metas y evaluación de los participantes de la estrategia.

5.1.5 ESTRATEGIA 5.-

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

SEGUIMIENTO

La bibliografía y estadísticas mencionan que el 50 por ciento de los pacientes hipertensos son incumplidores con su terapia y ésta es la principal causa del fracaso terapéutico.

Por lo anterior el seguimiento debe estar dirigido a la adherencia al tratamiento con una adecuada educación sanitaria, resaltando la importancia de la buena relación entre el paciente y el personal sanitario.

El objetivo último de la terapia antihipertensiva en salud pública es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular y renal. Aunque la mayoría de los pacientes hipertensos, especialmente los mayores de 50 años, alcanzarán el objetivo mantener una presión arterial de menos de 140/90 mmHg

Modificaciones en Estilos de Vida

La adopción de estilos de vida saludables por todos los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de PA y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos modifiquen sus estilos de vida en forma continua y permanente, incluyendo reducción de peso en obesos y sobrepeso la adopción de la dieta con reducción de sodio en la dieta, actividad física y moderación en consumo de alcohol.

La modificación del estilo de vida reduce la presión arterial, aumenta la eficacia de los fármacos antihipertensivos y disminuye el riesgo cardiovascular

OBJETIVOS.

- Descubrir y tratar la hipertensión arterial en sus etapas tempranas en la población adulta del AGEB 250-2 Unida Habitacional Llano de los Báez
- Incrementar la sobrevida de los casos detectados.
- Notificar y registrar los casos en riesgo y los casos nuevos no registrados.
- Estudiar las tendencias a mediano y largo plazo que permita valorar la necesidad de intervención o evaluar las medidas preventivas.

ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Las actividades de la vigilancia son el resultado que se le dé a la misma y de los objetivos descritos. Se agrupan en:

- recolección de datos
- análisis e interpretación de datos
- difusión de la información y recomendaciones

RECOLECCIÓN DE DATOS

Esta fase del diseño es muy importante porque en ella se establece la forma de recolección de los datos, periodicidad de la enfermedad o del estado de salud de la población, con el fin de poder comparar la información.

La recolección de datos se hará de la siguiente forma:

- Vigilancia activa la cual requiere que los datos sean buscados de forma expresa por la persona responsable del sistema.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los datos deben ser sometidos a un proceso de control de calidad, tanto desde el punto de vista de la validez como de la exhaustividad. La validez hace referencia a la calidad de los datos, confiabilidad, detección de errores, y búsqueda de inconsistencias internas, etc. La exhaustividad hace referencia a la calidad del funcionamiento del sistema que debe ajustarse a los siguientes criterios:

Sensibilidad, valor predictivo positivo, representatividad, simplicidad, flexibilidad, aceptabilidad y oportunidad.

FACTORES DE RIESGO

Los factores que se deben tomar en cuenta el seguimiento epidemiológico son los siguientes.

No Modificables	Modificables:
<ul style="list-style-type: none">➤ Género➤ Edad➤ Herencia➤ Raza➤ Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none">➤ Tabaquismo➤ Hipercolesterolemia➤ Obesidad➤ Dieta➤ Consumo excesivo de alcohol➤ Sedentarismo➤ Estrés

FORMATOS DE REGISTRO

Los formatos de seguimiento y registro serán diseñados en la estrategia 1 de Capacitación, con apoyo de los expertos, autoridades y responsables de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, R. Aplicación del proceso de Enfermería Guía práctica, Madrid España., Ed. Doyma.1992. 625 p
2. ANTOLOGIA, Sociedad, Salud y Enfermería. Ed. ENEO-UNAM. México 2003. 289 p.
3. ANTOLOGIA. Gestión de los Servicios de Enfermería en Salud Pública. Ed. ENEO-UNAM, 2004. 357 p.
4. ANTOLOGIA. Gestión del cuidado. Ed ENEO UNAM México 2004. 534 p.
5. ARTEAGA Basurto Carlos. Desarrollo Comunitario. México., Ed. UNAM, 2001.
6. BALSERIO, Lasty. Investigación en Enfermería, Guía de Elaboración de Procesos de Atención de Enfermería Trabajos Académicos de Titulación. México, Ed. Acuario 225 p.
7. BRINDIS, Claire, D. Laski Laura. Evaluación de Programas de Salud .México, Ed .Mc Graw Hill 1997
8. CAMARA de DIPUTADOS del Honorable Congreso de la Unión Ley General de Salud última reforma publicada; México D.F. el 28 -06-05 131 p
9. CAMARA de DIPUTADOS del Honorable Congreso de la Unión Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ilustrada y Actualizada 1917 a 1990 México. D. F. 1990 151 p
10. CAMARA de Diputados del Honorable Congreso de a Unión Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ultima Referencia del D.F. 2006-2005.
11. CARPENITO Lynda Juall, R.N., M.S.N Diagnostico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ta ed. Ed. Interamericana México, D.F. 1995.1335 p.
12. CAVANAGH, Stephen. Modelo de Orem. Aplicación Práctica_ Ed. Trad. Maria Teresa Rodrigo, Ed. Masson, Salvat. Madrid España1993.167 p.
13. Consejo Internacional de Enfermeras Código Deontológico del CIE para la

Profesión de Enfermería 2006 Ginebra Suiza 12 p.

14. ASAMBLEA LEGISLATURA Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. México Ed. Colección de Ordenamientos Jurídicos. 2002. 120 p.
15. SECREARIA DE SALUD. Reglamento del interior el Consejo de Salubridad General. DIARIO OFICIAL Ed. Secretaría de Salud México D.F. 20-10-2002.
16. Dr. CARPANI Ricardo Programa de Prevención Cardiovascular Primaria en el Ámbito Laboral. Salo S.A. <http://www.saloc.com.ar/novedades.html> 2p
17. Dr.: González, de Jesús. Dinámica de grupos Técnicas y Tácticas. México. Ed. Paz México ,1994. 129 p.
18. ENEO-UNAM. Curso de inducción. Plan de Especialización en Enfermería Material Didáctico México. Ed, División de Estudios de posgrado. 2004. 191p.
19. ENEO-UNAM. Favoreciendo Habilidades en Educador de la Salud Proyecto Papime. Ed. ENEO-UNAM, México 2004 299p.
20. ENEO-UNAM. Teorías y Modelos de Enfermería. Base teórica para las especialidades. (Antología) México, D.F. 2004. 478 p.
21. FRAGOSO Xolalpa Elsa. Propuesta de intervención México D.F.1998 Tesis Posgrado en Enfermería de Salud Publica ENEO- UNAM 78 p.
22. FRANCO Vega "Bases Esenciales de la Salud Publica". México, Ed. Prensa Médica Mexicana 1976.
23. FRENK, Julio. Salud de la Investigación. México. Ed. Biblioteca de la Salud.1990. Copias pág. 24 – 42.
24. FREUK, Julio. La Salud de la Población Hacia una Nueva Salud Pública. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1993. 165 p.
25. FRIAS, Antonio Salud Pública y Educación Para la Salud, capitulo 2, 10 y 11 Ed. Masson. Barcelona España, 2000. 109- 127p.
26. FRIAS, Osuna Antonio. Salud Pública y Educación para la Salud. México., Ed. Masson. 2004.
27. GARCIA Romero, Faure. Metodología de la Investigación en la Salud.

- México. D.F. Ed. Mc Graw-Hill Interamericano 1999, 177p.
28. H. YURA, MB. Walsh El Proceso de Enfermería Valoración, Planificación, Implementación y Evaluación. 3ra Ed. España Ed. Alhambra 1981, 222 p.
 29. HERNANDEZ, Conesa J, M Esteban Albert. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y Fundamento. Madrid España. Ed. MC Graw-Hill Interamericana. 1999, 152 p.
 30. HYPERLINK <http://www.omega.com>
 31. NEGI SCINCE 2000 Ed. INEGI disponible en CD
 32. KUMATE, Jesús, Información en la salud: la salud En cifras. México. Ed. Biblioteca de la salud 2000 156 p.
 33. L. GAMIZ, Matuk Arnulfo. Bioestadística aplicada Al área de la Salud. México., Ed. Méndez Editores. 1982. 152 p.
 34. L. CIBANAL Juan. Técnicos de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencias de la Salud. Madrid España, Ed. Elsevier España, S.A. 2003 Copias del capítulo 6,7.
 35. LASSO Fernando. Diccionario de Salud Pública. Ed. Desconocida, México, 2001. 322 p.
 36. López Carmen "Hipertensión Arterial Sistémica"
<http://www.cardiologia.org.mx>. .. 2 – 4. p
 37. LOPEZ, Luna Ma. Concepción. Salud Publica México Ed. Interamericana (1993) 212 p.
 38. LÓPEZ, Maria Salud Pública. México. Ed. Interamericana. 1993. 209 p.
 39. MEDICO INTERACTIVO Capitán Haya, 60 28020; Estrategias frente a los factores de riesgo cardiovascular ,madrid España
elmedico@medynet.com p. 2
 40. MERCADO, Salvador. Como Hacer una Tesis, Tesina, Informe, Memorias, Seminarios de Investigación y Monografías. 3ra Ed. México. Ed. Limusa Noriega _2002. 359 p.
 41. MUNGUÍA, Irma. Manual de Técnicas de Investigación. Documental. 2da ed., México, Universidad Pedagógica _Nacional, 1995. 233p.

42. MUNICIPIO de Ecatepec."1er Informe de Gobierno de Eruviel Ávila Presidente municipal 2003-2006". Ecatepec Edo de México 2005: 24 p.
43. NANDA. Diagnóstico Enfermero Definiciones Clasificaciones 2001-2002. Ed. Trad. Maria Teresa Luís Rodrigo. Barcelona España. 2002. 263 p.
44. NOVEL Marti, Luch Ma teresa. Enfermería Psico-Social II Ed. Trad. R. M. Blasco. Ed, Barcelona España 1991. 333 p.
45. OPS. La investigación en América Latina de países seleccionados Washington. D.C. OPS 1992, 137 p.
46. ORTIZ, Frida. Metodología de la Investigación el Proceso y sus Técnicas. 2da ed., México, Ed. Masson, 2000. 178 p.
47. PIEDROLA, Gil. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10ª ed., México, Ed. Masson, 2001. 1264 p.
48. PINEAULT, Reynal. La Planificación Sanitaria. 2da. ed. Tr Julián García Barcelona España, Ed Masson, 1995. 378 p
49. POLIT, Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed. Tr. Denise F. Polit. Philadelphia USA., Ed. Mc-Graw Hill S.A. de C.V. 1997. 701 p.
50. REBAGUIATO, Marisa. Metodología de la Investigación en Epidemiología. Valencia España, Ed. Díaz Santos. 1998. 235 p.
51. RIOS, Jorge. Relaciones Públicas su Administración en las Organizaciones. 5ta ed., México, Ed. Trillas. 1982. 134 p.
52. ROCHON, Alain Educación para la Salud 2da. Ed., Tr Manuel García. Barcelona España, Ed Masson ,1992. 280 p.
53. RODRIGUEZ, Usares. Educación Médica. Aprendizaje basado en problemas. México. Ed. Panamericana, 2001, Capitulo 6 y 7
54. ROHWEDER, Normad. Bases científicas de la Enfermería. 2da edición. México. Ed. El Manual M+B32oderno, 1998. 712p.
55. ROSENBLUETH, Arturo. El Método Científico. México, Ed. Ediciones Copilco ,1995. 96 p.
56. SAN MARTIN, Hernán. Salud y enfermedad. 4ta Ed. México., Ed, La Prensa

- Medica Mexicana. 1985. 891 p.
57. SANCHEZ, Antonio. Enfermería Comunitaria 3ra., ed., Madrid España. Ed. Graw-Hill 2000. 465 p.
 58. SECRETARIA de SALUBRIDAD y ASISTENCIA Programa Nacional de Salud México, D.F. a 30 de Agosto 2004 File// A:\SECRETARIA %20DE%20SALUD:htm.
 59. SSA. Código de ética. Para las Enfermeras y Enfermeros en México. México 2002_27 p.
 60. STARFIELD, Bárbara. Atención Primaria Equilibrio entre Necesidades de Salud Servicios Tecnología. Ed. Fundación Jorge Goli Gurins. Barcelona España, 2001. p.p. 98 a 103.
 61. TOMEY Ann Marriner Teorías y Modelos de Enfermería. 2001
 62. UNAM. Desarrollo Comunitario. Ed. Escuela Nacional de Trabajo Social México, 2001. 348 p.
 63. W.GRIFFITH, Janet. Proceso Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Ed. México. Ed. El manual moderno (1993) 405 p.

CONCLUSIONES

Cursar la especialidad en salud pública es conocer como se esta transformando las políticas y prioridades en la atención de la salud a nivel nacional, regional e institucional en una corto y mediano plazo.

Permite el desarrollo de habilidades para gestionar, coordinar y participar con autoridades institucionales y lideres de la comunidad.

Durante la especialidad se adquieren los conocimientos y habilidades para la planeación, gestión, análisis estadístico y ejecución de intervenciones de impacto dentro de las comunidades y como ende en las familias, las cuales se inicia a despertar el interés de un autocuidado.



ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC

CUADERNILLO

TALLER DE
“PRIORIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS A LA
SALUD, A NIVEL JURISDICCIONAL ECATEPEC”
2004-2005

ORGANIZADORES

LEO. ALVARADO GARCÍA RAQUEL
LE. CRUZ NARCISO EUSTOLIA
LEO. HERNANDEZ LOPEZ CAROLINA
LEO. OLMOS RIVERA GLEDY
LE. SANCHEZ FRAGOSO MIRIAM
LEO. SANCHEZ MENDEZ JOSE
LE. TRUJILLO RAMIREZ MARIA ELENA

Diciembre 2004

INSTRUCTORES

DR. ROBERTO SERRANO AGÜEROS
JEFE DE LA JURISDICCION

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

DR. ARTURO RIOS VAZQUEZ
COORD. NORMATIVO DE MICOBACTERIOSIS

DR. EDUARDO VALDEZ QUIROZ
DIRECTOR DE LA COORDINACION MUNICIPAL CIUDAD CUAHUTEMOC

LIC. GUADALUPE PEREZ HERNANDEZ
COORDINADORA NORMATIVA DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

MTRA. LILIANA GONZALEZ JUAREZ
COORDINADORA DE LA ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

LIC. NORMA HERNANDEZ IZQUIERDO
JEFE DE ENFERMERAS COORDINACIÓN MUNICIPAL SANTA CLARA

DR. ALEJANDRO GARCIA CARDOSO
COORDINADOR MUNICIPAL DE AMPLIACION TULPETLAC

DR. MANUEL PEREZ CUIEL
COORDINADOR MUNICIPAL DE JARDINES DE MORELOS

DR. GUMERSINDO MONTAÑO JIMENEZ
COORDINADOR MUNICIPAL CIUDAD CUAHUTEMOC

INTRODUCCION

El propósito de este taller es determinar la población que de acuerdo a sus necesidades en cuanto a riesgos, daños y situación geográfica es susceptible a ser intervenida para incidir en el mantenimiento de la salud.

Inicialmente se analizaran los indicadores sociodemográficos ya que son útiles para la determinación de necesidades de salud y de servicios.

La determinación de prioridades se realizará a través del Método epidemiológico de Hanlon, para identificar las necesidades de investigación y acción, es necesario determinar problemas de salud, someterlos a valoración, medición y comparación.

Para ello exige el uso de 4 criterios establecidos por este método, son los siguientes:

- ❖ Magnitud de problemas
- ❖ Severidad del problema
- ❖ Eficacia de solución
- ❖ Factibilidad de la intervención

Se realizará a través de la participación de expertos en las diferentes áreas de Salud Pública de los diversos Centros de Salud Urbanos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Una vez identificado el problema de salud, la investigación y acción se llevara acabo por los alumnos de Postgrado en coordinación con normativos de la jurisdicción, asesores clínicos y pasantes de enfermería con el objetivo de influir en el problema focalizado en la micro región y COMUSA específicos.

OBJETIVOS

GENERAL

Priorizar daños a la salud factibles de ser intervenidos por el grupo de postgrado en salud pública de la ENEO-UNAM en 2004-2005.

ESPECIFICOS

- ❖ Reunir un grupo interdisciplinario en salud pública con el fin de obtener un producto: la focalización.
- ❖ Aplicar un método (Hanlon) específico de priorización para determinar la población que se pretende estudiar.
- ❖ Determinar con base al taller, el riesgo, el daño y la población a estudiar por los alumnos de postgrado en Salud Pública.

JUSTIFICACION O ENFOQUE DE RIESGO POR INDICADORES

A fin de determinar las necesidades, riesgos y daños es conveniente estudiar las características de una población así como la dinámica y los proyectos de cambio (crecimiento o decremento demográfico), el nivel socioeconómico y los indicadores que están asociados a las poblaciones mas vulnerables.

La composición por edad y sexo de una población es fundamental en la estructura de una población. La importancia de este carácter es crucial para la planificación, puesto que la edad y sexo son variables que influyen a la vez en los indicadores de salud (mortalidad, morbilidad, factores de riesgo e incapacidad), los indicadores demográficos propiamente dichos (tasa de natalidad y fecundidad) y la utilización de servicios de salud.

La estructura de edad de una población en un momento determinado puede representarse por su pirámide de edad. En una población con un crecimiento lento después de un crecimiento rápido, la estructura de edad tomará una estructura de rombo. El perfil de una población que no crece se parece a un nido de abeja. La pirámide de edad es un reflejo de la historia de los diferentes conjuntos que lo componen.

“Una medida que se puede calcular a partir de la composición por edad es la relación de dependencia. La cual refleja el peso económico de una sociedad en términos de programas sociales, sanitarios, educativos y económico que hace o hará falta poner en marcha para dar respuesta a las necesidades de los más jóvenes y de los más viejos”. Se calcula de este modo:

$$\text{Relación de dependencia} = \frac{\text{Población 0-14 años} + \text{Población de 65 años y más}}{\text{Población de 15 a 64 años}} \times 100$$

$$\text{Relación de dependencia de los jóvenes} = \frac{\text{Población de 0-14 años}}{\text{Población de 15 a 64 años}} \times 100$$

$$\text{Relación de dependencia de los ancianos} = \frac{\text{Población de 65 años y más}}{\text{Población de 15 a 64 años}} \times 100$$

DETERMINACION DE PRIORIDADES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD

Proceso para seleccionar problemas epidemiológicos que serán objeto de intervención (prioridades de acción) y problemas que requieren ser estudiados para conocer las prioridades de investigación.

METODO DE HANLON

Es un método de establecimiento de prioridades, basado en 4 componentes:

- a. Magnitud del problema
- b. Severidad del problema
- c. Eficacia de la solución
- d. Factibilidad del problema

Estos componentes corresponden a los principales criterios que permiten decidir prioridades.

INDICE DE HANLON = $(A+B) \times D$

A) MAGNITUD DEL PROBLEMA

La magnitud debe reflejar el tamaño del problema, que a su vez se interprete como el número de afectados en relación con una población en riesgo, durante un periodo de observación determinado.

Para ello se prefiere el uso de la incidencia prevalencia de las enfermedades derivadas de la morbilidad o las causas de demanda en los diversos servicios de salud en una jurisdicción o en el hospital, este volumen representado a través de sus tasas, como indicadores de magnitud del año.

B) SEVERIDAD DEL PROBLEMA

Este componente tiene implicaciones de carácter cualitativos, es decir más allá de la frecuencia del problema ¿qué trascendencia social tiene? ¿Cómo es valorada socialmente su gravedad?

Definirse de varias formas, teniendo en cuenta la mortalidad, morbilidad a través de la aplicación de la siguiente fórmula.

La severidad puede establecerse en función al impacto social, político, económico que el problema tiene sobre su población.

Pueden utilizarse tablas compuestas como índices de años de Vida Perdidos, tasas de letalidad, tasas de mortalidad específicas (o mortalidad por demanda).

Este componente es muy versátil en su aplicación práctica ya que cada uno de estos factores se valora en una escala de cero a diez, dependiendo del lugar que ocupa como causa, en el estadístico del que se obtiene.

C) EFICACIA DE LA INTERVENCION

Se refiere a la capacidad técnica para la solución de problemas. La pregunta que debe plantearse para hacer más difícil esta ponderación es ¿Los recursos y la tecnología existente actualmente pueden ser útiles para enfrentar el problema?

Algunos autores sugieren otorgar a este componente una escala de 0.5 a 1.5.

0.5 correspondería a los problemas difíciles de solucionar, mientras que una puntuación de 1 sería para los de mediana resolución y de 1.5 refleja una posible resolución.

D) FACTIBILIDAD DEL PROGRAMA O DE LA INTERVENCION

La describe con las siglas PEARL que corresponden con un grupo de factores que no están directamente relacionados con la necesidad actual o con la eficiencia pero que determinan si una actividad o un programa puede ser aplicados y son los siguientes:

- P Pertinencia
- E Factibilidad
- A Aceptabilidad
- R Disponibilidad de recursos
- L Legalidad

Contrariamente a los otros factores que han sido valorados en una escala numérica, para los estudios, (factibilidad del programa) debe determinarse si impide o permite la realización del programa o de la intervención.

Se responderá así con un "sí" o con un "no" a la pregunta que se interese sobre si el problema puede ser desarrollado en función de cada uno de estos factores. Un "sí" corresponderá a un punto y el "no" corresponde a ceros puntos.

En resumen, el interés de este método radica en que sus componentes corresponden a los criterios más utilizados en materia de establecimiento de prioridades y necesidades.

Por otra parte permite una gran flexibilidad y puede estimarse cada componente con la ayuda de datos objetivos o en función de las estimaciones del grupo de trabajo.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC



TALLER DE "PRIORIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD,
A NIVEL JURISDICCIONAL ECATEPEC" 2004-2005

TABLA DE PRIORIZACION DE HANLON

PADECIMIENTO	A	B	C	D FACTIBILIDAD						TOTAL	RESULTADO DE FORMULA	PRIORIDAD
	Magnitud	SEVERIDAD	EFICACIA	PERTINENCIA	ECONOMIA	ACEPTABILIDAD	DISPONIBILIDAD	LEGALIDAD	TOTAL D			

PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD: (A + B) C x D

ANEXO 2

INFORME

TALLER

“PRIORIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD, A NIVEL JURISDICCIONAL ECATEPEC” 2004-2005

Se realizó en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec el Taller de Priorización de Riesgos y Daños para Salud a Nivel Jurisdiccional 2004- 2005; el día 13 de Diciembre del 2004 en la Casa de la Mujer Campesina localizada en Cerrada de la Rosal S/N, Col. Santa María Tulpetlac. Ecatepec Edo. de México con la participación de personal multidisciplinario de los diversos Centros de Salud Urbanos correspondientes a la Jurisdicción.

Se contó con la participación y asistencia de 49 personas cuales eran: Coordinadores municipales, directores de las COMUSAS, jefes de enfermeras, enf. generales, pasante de enfermería, médicos cirujanos dentistas, intendentes, médico de base, pasante de medicina, un estadígrafo, personal de PROVAC, TAPS, personal de informática, de apoyo técnico de enseñanza, apoyo a epidemiología además de personal de otras instituciones como; Salud Municipal DIF* CONALEP Nezahualcoyotl.

El taller tuvo como objetivo determinar la población con mayor riesgo y daño para la salud en la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec.

El propósito fue determinar la población que de acuerdo a sus necesidades en cuanto a riesgos y daños y situación geográfica es susceptible a ser intervenida para incidir en el mantenimiento de la salud, por los alumnos de Posgrado en Salud Pública y el equipo multidisciplinario de la Jurisdicción.

EJECUCIÓN

Las actividades del taller iniciaron a las 10:00 hrs del 13 de Diciembre del 2004. con el registro y presentación de los asistentes.

Posterior a la bienvenida e inauguración del taller por la L.E.O E.S.P Guadalupe Pérez Hernández. Se continuó con la lectura y descripción del material a utilizar para el desarrollo del taller; se establece que el método a utilizar para la priorización de riesgos y daños será el método de Hanlon; se define la importancia de la utilización de dicho método por sus componentes como la magnitud, severidad, eficacia y factibilidad.

Con la formación de equipos multidisciplinarios de 8 personas se da el panorama epidemiológico de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, se abordaron las 8 primeras causas de morbilidad – mortalidad y la pirámide población 2003-2004; presentado por Dr. Arturo Ríos Vázquez; (Coordinador Normativo de Micobacteriosis)

Cada equipo analizo la pirámide poblacional, identificando la relación de la población por grupos de edad utilizando formulas e información proporcionada en el cuadernillo del taller (anexo 1).

Obteniendo los siguientes resultados

Relación dependencia

$$\frac{565,197 + 82,375}{1,313,437} = \frac{647,572}{1,313,437} \times 100 = 49.3$$

Relación dependencia de los jóvenes

$$\frac{565,197}{1,313,437} \times 100 = 43.03$$

Relación dependencia de los ancianos

$$\frac{82,375}{1,313,437} \times 100 = 6.27$$

Por lo anterior la población vulnerables a trabajar es el grupo económicamente activo (población de 15 a 64 años).

Una vez seleccionado el grupo vulnerable a trabajar se tomo como referencia las 10 de las 20 causas principales causas de Mortalidad Especifica (del grupo etareo)

1. Diabetes Mellitus tipo 2
2. Enfermedades del corazón
3. Tumores malignos
4. *Enfermedades del hígado*
5. Agresiones (homicidios), accidentes y suicidios*
6. Influenza y Neumonía
7. Insuficiencia Renal
8. SIDA

El la causa 5 de agrega la causa 6 accidentes y la causa 10 suicidios).

Cada equipo trabajo de acuerdo al Método de Hanlon calificando individualmente cada uno de los componentes del Método, (magnitud, severidad, eficacia y factibilidad).

Los datos obtenidos de conjuntan por equipo y posteriormente por grupo realizando en concentrado y presentación de resultados siguientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC



TALLER DE "PRIORIZACION DE RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD,
A NIVEL JURISDICCIONAL ECATEPEC" 2004-2005

TABLA DE CONCETRADO FINAL

PADECIMIENTO	No de equipo						Total	M	Prioridad
	1	2	3	4	5	6			
Diabetes Mellitas	90	65	90	135	76	95	551	92	1
Enf. Corazón	60	55	80	90	68	85	438	73	3
Tumores	64	55	80	64	64	80	407	68	4
Enfermedades del hígado	39	57	15	56	39	70	276	46	6
Agresiones	76	52	32	51	68	85	364	61	5
Neumonía	90	68	83	98	48	60	447	75	2
Insuficiencia renal	4.5	53	30	24	48	56	215.5	36	8
SIDA	7.5	47	42	34	54	64	248.5	41	7

PUNTUACIÓN DE PRIORIDAD: (A + B) C x D

Fuente: Datos obtenidos del taller "Priorización de Riesgos y Daños a la Salud, a Nivel Jurisdiccional Ecatepec" 2004-2005
Realizado el 13 de diciembre 2004, con la asistencia de personal multidisciplinario de la jurisdicción.



BASE DE DATOS DE CASOS DE VIOLENCIA DE LA COMUSA DE RUIZ CORTINEZ
DE ENERO 2003 HASTA JUNIO 2004.

ISEM

No								
1	3189195	47	HOMBRE	Naranjos	Buenavis	ALBANIL	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
2	3189142	33	HOMBRE	Sauz 14	Gpe. Vic	ALBANIL	ATROP. POR VEHICULO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
3	3189133	51	MUJER	2da. cer	El calva	HOGAR	ATROP. POR VEHICULO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
4	3188936	22	MUJER	Bulv. To	5ta secc	HOGAR	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
5	3188991	35	HOMBRE	Pto Made	Tierra B	ALBANIL	ASFIXIA POR SUMERSION	SIN SEGURIDAD SOCIAL
6	3188932	17	HOMBRE	2cda. Mo	La joya	ESTUDIANTE	HERIDA / ARMA DE FUEGO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
7	9.82E+08	87	MUJER	Av. Ecat	Sn. Cris	HOGAR	ASFIXIA POR AHORCAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
8	9.82E+08	46	HOMBRE	Fco Vill	El Salad	EMPLEADO	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
9	9.82E+08	31	HOMBRE	Atizapan	Ecatepec	EMPLEADO	CHOQUE AUTOMOVILISTICO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
10	9.82E+08	40	HOMBRE	Calle 4	El tejoc	EMPLEADO	HERIDA / INSTRUMENTO CORTANTE	SIN SEGURIDAD SOCIAL
11	3189127	22	HOMBRE	Alondras	Parque R	OBrero	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
12	3188908	16	HOMBRE	Alondra	Parque	ESTUDIANTE	ATROP. POR VEHICULO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
13	9.82E+08	35	HOMBRE	Sierra P	Parque	DESEMPLEADO	HERIDA / ARMA DE FUEGO	OTRO
14	9.82E+08	22	HOMBRE	Cedros s	San Cris	COMERCIANTE	ATROP. POR VEHICULO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
15	9.82E+08	19	HOMBRE	Manzanil	Ecatepec	EMPLEADO	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
16	9.82E+08	39	HOMBRE	Oaxaca 8	Jardines	EMPLEADO	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
17	9.82E+08	22	HOMBRE	Mza. A	llano de	ESTUDIANTE	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
18	9.82E+08	19	MUJER	16 Sept.	Residen	ESTUDIANTE	HERIDA / ARMA DE FUEGO	IMSS
19	9.82E+08	30	HOMBRE	Morelos	Llano de	CHOFER	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
20	9.82E+08	47	HOMBRE	Armada 5	Col. Vis	HOGAR	ATROP. POR VEHICULO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
21	3189053	51	MUJER	Matamor	Los Hero	HOGAR	ATROP. POR VEHICULO	IMSS
22	9.82E+08	23	HOMBRE	A. Mezqu	B. Vist	HOGAR	HERIDA / ARMA DE FUEGO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
23	9.82E+08	33	HOMBRE	Madero #	Sn Porre	CHOFER	SIN REDISTRO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
24	9.82E+08	52	HOMBRE	Pino #3	Ejidal	EMPLEADO	CHOQUE AUTOMOVILISTICO	IMSS
25	9.82E+08	24	HOMBRE	Roble #1	Vista He	COMERCIANTE	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
26	9.82E+08	34	HOMBRE	Lima #27	Vista He	ALBANIL	HERIDA / ARMA DE FUEGO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
27	3188930	29	MUJER	Venustia	Ecatepec	HOGAR	CHOQUE AUTOMOVILISTICO	IMSS
28	9.82E+08	23	MUJER	1a de ma	San Mart	COMERCIANTE	HERIDA / ARMA DE FUEGO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
29	3189040	50	HOMBRE	General	La joya	HOGAR	HERIDA / INSTRUMENTO CORTANTE	SIN SEGURIDAD SOCIAL
30	3188981	29	HOMBRE	Calle 5	La joya	SIN DATOS	ARROLLADO POR EL TREN	SIN SEGURIDAD SOCIAL
31	9.82E+08	16	HOMBRE	Guadalup	Independ	HOGAR	HERIDA / INSTRUMENTO CORTANTE	SIN SEGURIDAD SOCIAL
32	9.82E+08	32	HOMBRE	SIERRA M	BOSQUES	DIBUJANTE	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
33	3188965	44	HOMBRE	CANARIOS	BOSQUES	DIBUJANTE	HERIDA / INSTRUMENTO CORTANTE	SIN SEGURIDAD SOCIAL
34	3189063	33	HOMBRE	BETUNIAS	VISTA HE	ESTUDIANTE	HERIDA / ARMA DE FUEGO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
35	9.82E+08	44	HOMBRE	CTO. PAR	JARDIN D	EMPLEADO	ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
36	9.82E+08	27	HOMBRE	HERMOSIL	JARDINES	COMERCIANTE	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
37	9.82E+08	35	HOMBRE	N-VL-5 C	LLANO DE	DESEMPLEADO	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
38	9.82E+08	39	HOMBRE	Oaxaca 8	Jardines	PENSIONADO	ASFIXIA POR ESTRANGULAMIENTO	SIN SEGURIDAD SOCIAL
39	9.82E+08	26	MUJER	ANDEN PI	FOVISSTE	HOGAR	TRAUMA CRANEOENCEFALICO	SIN SEGURIDAD SOCIAL

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC



ANEXO 4

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE
LA CÉDULA DE CAPTACIÓN DE
DATOS POR FAMILIAR

CEDULA FAMILIAR

ELABORADO POR

L.E.O. RAQUEL ALVARADO GARCÍA*
LIC. ENF. EUSTOLIA CRUZ NARCISO*
L.E.O. CAROLINA HERNÁNDEZ LÓPEZ*
L.E.O. GLEDY OLMOS RIVERA*
LIC. ENF. MIRIAM SÁNCHEZ FRAGOSO*
L.E.O. JOSÉ SÁNCHEZ MÉNDEZ*
LIC. ENF. MARIA ELENA TRUJILLO RAMÍREZ*
L.E.O. IRMA VALVERDE MÁRTINEZ

* ESTUDIANTES DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA GEN. 2004 – 2005 ENEO
UNAM

CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA

OBJETIVO

Conocer las características socioeconómicas, demográficas, y epidemiológicas del **AGEB 250-2** perteneciente a la COMUSA Ruiz Cortines, cuyos resultados permitirá identificar el nivel de déficit de autocuidado de las familias existentes hasta abril del 2005.

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DE LA CÉDULA DE CAPTACIÓN DE DATOS POR FAMILIA

La cédula de captación de datos por familia esta estructurada con 11 secciones:

En parte superior izquierdo se localiza un recuadro de **DATOS DE CONTROL**, son los espacios más importantes que identifican a los sujetos de estudio y nunca se debe olvidar el llenado. Los datos a transcribir son: **Folio** es cual es en número progresivo, **fecha**, **No. de brigada**, **hora de inicio** de la entrevista y **Ponderación de riesgo familiar** es cual es asignado de acuerdo ha una calificación riego familiar.

En la **sección I. IDENTIFICACIÓN FAMILIAR**, se deben registrar **apellido de la familia** (ambos apellidos), **origen** se escribirá el estado de origen de los jefes de familia, **domicilio completo**, **sector** (pre-establecidos)al que pertenece, **tiempo que tiene viviendo en el domicilio**, numero de casa, número de familias en el mismo domicilio

En la **sección II DATOS ESPECIFICOS DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA** la cédula se muestra l se debe llenar todos los recuadros utilizando

las claves ya señaladas en el formato, se registrarás a todos los integrantes de la familia iniciando con el jefe de familia hasta llegar al integrante más pequeño.

En la **sección III MUJER EN EDAD FÉRTIL** (SI o NO) utiliza algún método de planificación familiar, si la respuesta es si cual, en caso de embarazo señalar si lleva un control prenatal.

En la **sección IV. MORTALIDAD EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS** .Se indicará la causa de muerte , en el recuadro de sexo se anotara la edad, y si recibió atención médica y la fecha de defunción.

Sección V. MORBILIDAD EN EL ÚLTIMO AÑO DENTRO DEL NÚCLEO FAMILIAR. Se registra la morbilidad en el último dentro el núcleo familiar indicando nombre, edad, sexo, la enfermedad o discapacidad (si existe) la fecha de inicio y si recibió atención médica.

Sección VI. DATOS DEL MENOR DE 5 AÑOS se anotara en numero progresivo de acuerdo a la edad, sexo, tipo de alimentación, esquema completo e incompleto de vacunación, aplicación e flúor y control médico.

En la **sección VII MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES** se anotaran de acuerdo al rubro correspondiente en el formato

En la **sección VIII. CARACTERISTICAS CON LA VIVIENDA,** se anotaran de acuerdo al rubro correspondiente del formato.

En la **sección IX ALIMENTOS** (generalidades) se registrarán de acuerdo a la información obtenida del encuestado.

En la última **sección X FAUNA DOMESTICA,** será registrado el tipo de fauna domestica como también el control de la misma.

En rubro de observaciones anotar algún tipo de problemática que se haya presentado durante el desarrollo de la aplicación de la cédula, como: distractores, niños pequeños, problemas en el lugar de la aplicación etc.

NOTA.- Al término de la encuesta anotar el nombre completo de la persona que realiza la encuesta, su función dentro de la jurisdicción y firma.

VI. DATOS DEL MENOR DE 5 AÑOS

No	NOMBRE	PESO TALLA	ALIMENTACION DEL NIÑO DE 1 A < 5 AÑOS		INMUNIZACION		APLICACION DE FLOUR		CONTROL MEDICO PERIODICO	
					SI	NO	SI	NO	SI	NO

VIII CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

1. SU CASA ES		(1) PROPIA		(2) RENTADA		(3) PRESTADA		(4) OTROS			
2. NUMERO DE CUARTOS		COCINA SEPARADA		(1) SI		(2) NO					
3. TIPO DE CONSTRUCCION		TECHO:		LAMINA	()	CARTON	()	CONCRETO	()	MIXTO	()
		PISO:		TIERRA	()	CEMENTO	()	OTRO	()		
		MURO:		MADERA	()	TABIQUE	()	LAMINA	()		
		ACABADOS:									
4. CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS				SERVICIO							
SERVICIO		SI	NO	Observaciones		SI	NO	Observaciones			
AGUA POTABLE				REFRIGERADOR							
DRENAJE				TELEVISION							
ELECTRICIDAD				PAVIMENTO							
TELÉFONO				DISPOSICION DE BASURA							
RADIO				DISPOSICION DE EXCRETAS							

MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES
VII. MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES

	SI	NO	FRECUENCIA
1. DA ALGUN TRATAMIENTO AL AGUA			
2. DESINFECTAR FRUTAS Y VERDURAS			
3. SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE Y DESPUES DE COMER			
4. SE LAVAN LAS MANOS ANTES Y DESPUES DE IR AL BAÑO			
5. CUANTAS VECES AL DIA SE LAVAN LOS DIENTES			
6. CON QUE FRECUENCIA SE BAÑAN (C/ QUE FRECUENCIA)			
7. CON QUE FRECUENCIA SE CAMBIAN DE ROPA			
8. CON QUE FRECUENCIA CAMBIAN LA ROPA DE CAMA			

IX. ALIMENTOS (GENERALIDADES)

- ¿Qué acostumbra comer en el desayuno?
- ¿Qué acostumbra Injerir en la comida?
- ¿Qué acostumbra cenar?
- ¿que acostumbra comer los domingos?

X. FAUNA DOMESTICA	Tiene	PERROS	GATOS	AVES	OTROS
	VACUNADOS NO VACUNADOS				

OBSERVACIONES

FIRMA DEL ENCUESTADOR _____ FIRMA DEL ENCUESTADO _____

FIRMA DEL VERIFICADOR _____

ANEXO 5

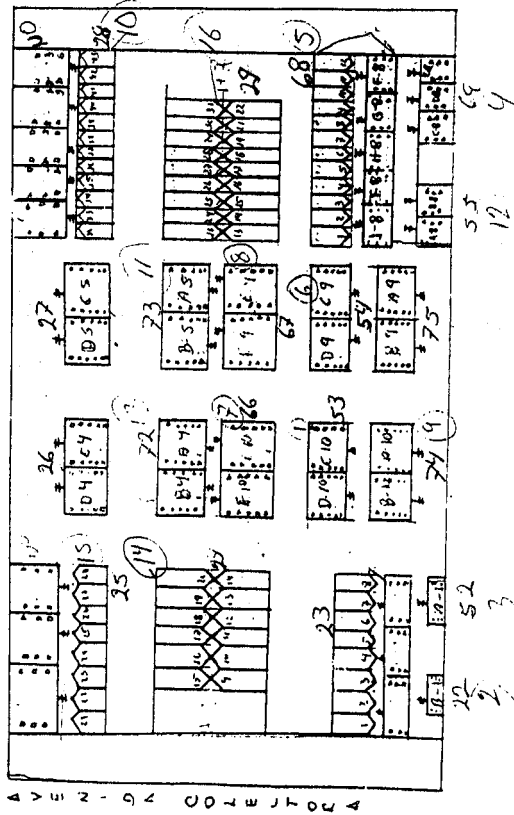
CROQUIS DEL AGEB 250-2
POR MANZANZS.

MICROREGION: AQUILES SERDAN
 COL. UNIDAD LLANO DE BIEZ




CARMEN SERDAN

MANZANA E

N



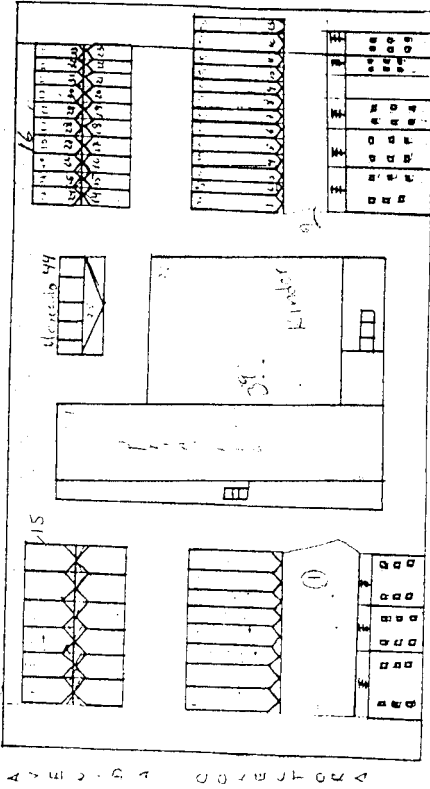
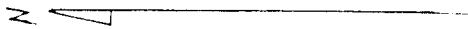
SIMBOLOGIA

-  CASA HABITACION
-  CASA NEGOCIO
-  EDIFICIO

Handwritten notes and scribbles on the right side of the page, including the name 'CARMEN SERDAN' and other illegible markings.

C.S. KUIZ CORTINES
 MICROREGIÓN : AQUILES SERDAN
 COL. UNIDAD LLANO DE BAEZ




SECTOR 4
 H.0202006.C



C A R M E N
 S E R D A N

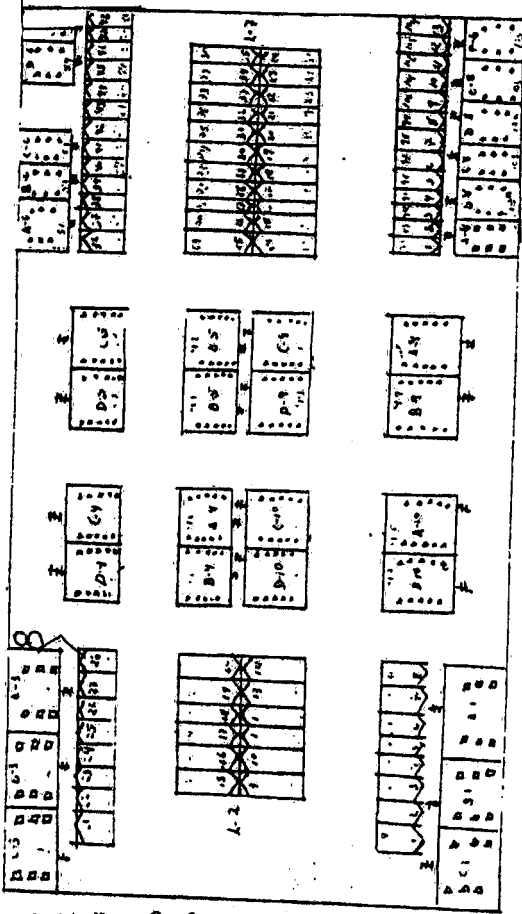
MURRAS F

Simbología

-  CASA HABITACION
-  EDIFICIO
-  MERCADO

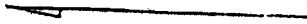
AV. WINDOLLO DE BEE

REPLANT





AVENIDA CONSTRUCTORA

N



SIMBLOGIA

 CASA HABITACION

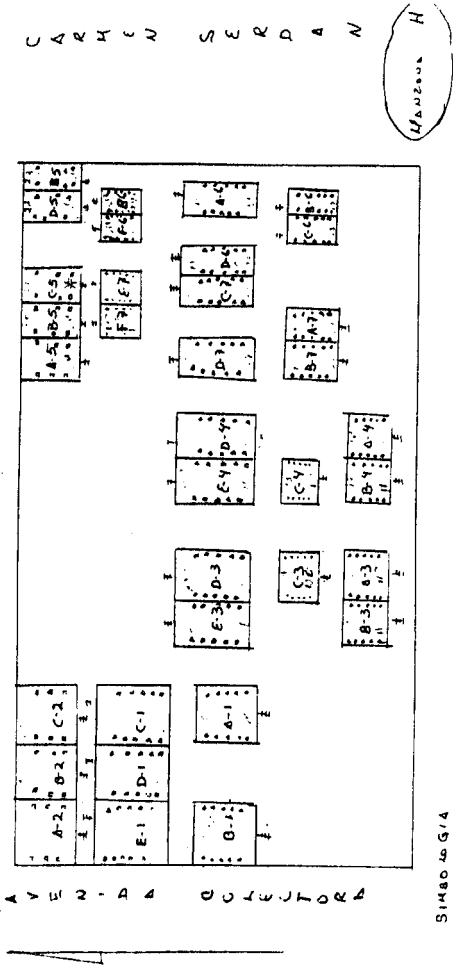
 CONCEPTO

CARMEN SERRA N

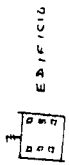
MADEIRA 9

C.S. RUIZ CORTINES
 MICROREGION: AGUILAS SERDAN
 COL D. LLANO DE SAEZ

SECTOR 4
 MANZANA - 8



SI 480 46 G/4



TERRAZA CORTINES

ANEXO 6
TABLAS DEL ESTUDIO DE COMUNIDAD DEL
AGEB 250-2 UNIDAD HABITACIONAL LLANO DE LOS BAEZ

DEMOGRAFIA

Tabla 1
Población por grupo etáreo y género

Grup.etareo	Hombres	%	Mujeres	%
>1	14	1.2	11	0.9
1 a 4	79	6.9	81	6.6
5 a 9	87	7.6	96	7.8
10 a 14	116	10.1	140	11.8
15 - 19	176	15.4	148	12.7
20 - 24	127	11.1	130	10.8
25 - 29	85	7.4	92	7.5
30 - 34	54	4.7	63	5.1
35 -39	75	6.5	113	9.2
40 . 44	107	9.3	126	10.3
45 - 49	92	8.6	104	8.5
50 - 54	62	5.4	44	3.6
55 - 59	35	3.0	23	1.8
60 - 64	16	1.4	12	0.9
65 - 69	10	0.8	18	1.4
70 - 74	5	0.4	8	0.6
75 - 79	1	0.09	3	0.2
80 - 84	1	0.09	4	0.3
85 y +	2	0.1	0	00
Total	1144	100	1216	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005

En la tabla de observa que la población en estudio es joven, los porcentajes más altos en hombre se encuentra en las edades de 10 a 24 años y en mujeres de 10 a 24 años y de 40 a 44 años respectivamente; y en lo que corresponde a menores de 5 años los porcentajes son de 6.6% y 6.7% y de 0.8 % a 0 .09% para personas de la tercera edad.

Tabla 2
Estado de procedencia de los integrantes de las familias

Estado de procedencia	Fo.	%
Distrito Federal	1204	51.0
Esta de de México	859	36.4
Michoacán	50	2.1
Chiapas	11	0.5
Veracruz	37	1.6
Hidalgo	31	1.3
Tlaxcala	8	0.3
Puebla	41	1.7
Zacatecas	13	0.6
Guerrero	9	0.4
San Luis Potosí	5	0.2
Nayarit	3	0.1
Jalisco	10	0.4
Oaxaca	43	1.8
Guanajuato	33	1.4
Tijuana	3	1.8
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005

El origen de procedencia de las familias, es el 51.0% son del Distrito Federal, seguido con el 36.4% del Estado de México y el 12.6 % procede de otros estados.

Tabla 3
Distribución de los habitantes por manzanas

Manzana	Fo.	%
E	700	29.6
F	131	5.6
G	703	29.8
H	826	35.0
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En cuanto a la distribución de los habitantes, la manzana "H" fue la más densamente poblada con 35.0%, siguiéndole la manzana "G" con 29.8% y la manzana "E" con 29.6%, en la manzana "F" con un mínimo porcentaje.

Tabla 4
Parentesco de los integrantes de las familias

Parentesco	Fo.	%
Padre	500	21.1
Madre	589	25.0
Hijo (a)	1203	51.0
Abuelo	5	0.2
Abuela	21	0.9
Otro	42	1.8
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En cuanto al parentesco de los integrantes de las familias el de mayor porcentaje corresponde a los hijos con el 51.0%, las madres con el 25.0% y los padres con el 21.1% .

Tabla 5
Estado civil de los habitantes de las familias

Estado Civil	Fo.	%
Soltero	715	38.6
Casado	842	45.5
Unión Libre	156	8.4
Divorciado	55	3.0
Viudo (a)	35	1.9
Madre Soltera	48	2.6
Total	1851	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Con respecto al estado civil los casados corresponde al 45.5 %, seguido por los solteros con el 38.6%, unión libre representa el 8.4%, divorciados el 3%,., madres solteras y viudos con el 2.6% y 1.9 respectivamente.

Tabla 6
Tiempo de residencia de las familias

Tiempo de residencia	Fo.	%
Menos de un mes	22	3.6
De 1 a 11 meses	59	9.8
Mayor de 1 año	535	86.6
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Con respecto al tiempo de residencia que las familias, se observa que el 86.6% tiene más de un año.

ASPECTOS ECONÓMICOS

Tabla 7
Ocupación de los integrantes de las familias

Ocupación	Fo.	%
Empleado	560	24.9
Obrero	87	3.9
Patrón	4	0.2
Trabajador por su cuenta	198	8.8
Hogar	434	19.0
Estudiante	878	39.0
Desempleado	65	3.0
Jubilado/pensionado	27	1.2
Total	2253	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Del total de la población el 39 % son estudiantes, el 24.9 % son empleados, el 19 % se dedican al hogar y un 3% corresponde a los desempleados.

Tabla 8
Ingreso diario de los integrantes de las familias

Ingreso Diario	Fo.	%
Un salario mínimo	230	25.9
2 a 3 Salarios mínimos	509	57.3
4 o más salarios Mínimos	149	16.8
Total	888	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Respecto al ingreso diario familiar el 57.3 % perciben de 2 a 3 salarios mínimos diarios, el 25.9% percibe un salario mínimo y el 16.8 % tiene un ingreso de 4 o más salarios mínimos diarios.

Tabla 9
Ingreso económico familiar

Ingreso Familiar	Fo.	%
\$ 48	232	26.1
\$ 96	508	57.2
\$ 196	148	16.7
Total	888	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

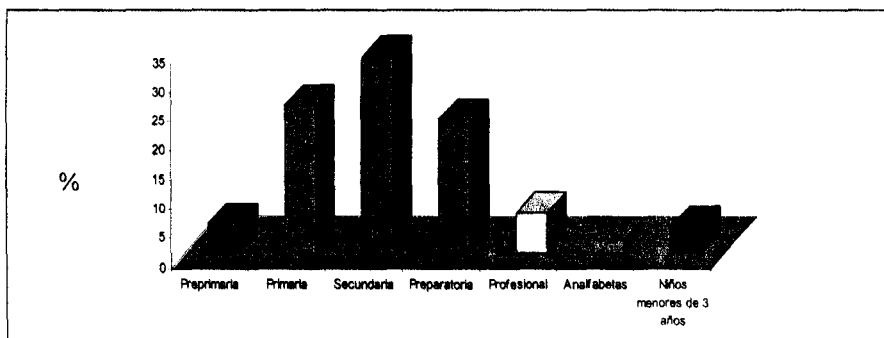
El ingreso económico familiar es 57.2 % tienen un ingreso diario de \$96.00, el 26,1% tiene un ingreso de \$ 48.00 y solo el 16.7% tienen un ingreso de \$ 148.00 diarios.

EDUCACIÓN

Tabla 10
Último grado escolar de los integrantes de las familias

Último Grado Escolar	Fo.	%
Preprimaria	119	5
Primaria	594	25.2
Secundaria	790	33.5
Preparatoria	535	22.7
Profesional	163	6.9
Analfabetas	52	2.2
Niños menores de 3 años	107	4.5
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.



FUENTE: Tabla 10

Con respecto al último grado escolar el 33.5 % refiere tener secundaria, seguido del 25.2 % con primaria y el 22.7 % tienen preparatoria. Cabe mencionar que un 2.2 % de la población son analfabetas.

Tabla 11
Escuelas educativas localizadas AGEB 250-2

Escuelas	Grados	Grupos	No de alumnos por grupo	Total de alumnos	%	Personal de la escuela
JARDÍN de NIÑOS, Manuel Doblado	Primero	2	34	204	13.6	un director y ocho docentes
	Segundo	2	34			
	Tercero	2	34			
ESCUELA PRIMARIA Tenochtitlan	Primero	A y B	36	435	28.8	un director y doce docentes
	Segundo	A y B	36			
	Tercero	A y B	36			
	Cuarto	A y B	36			
	Quinto	A y B	36			
	Sexto	A y B	36			
ESCUELA SECUNDARI A Zamna *	Primero	6	56	868	57.6	un director, un subdirector, 25 Maestros, 6 administrativos, una trabajadora social,
	Segundo	6	52			
	Tercero	6	50			
		36 Grupos		1507 alumnos	100 %	

* Se localiza en el AGEB 249-1

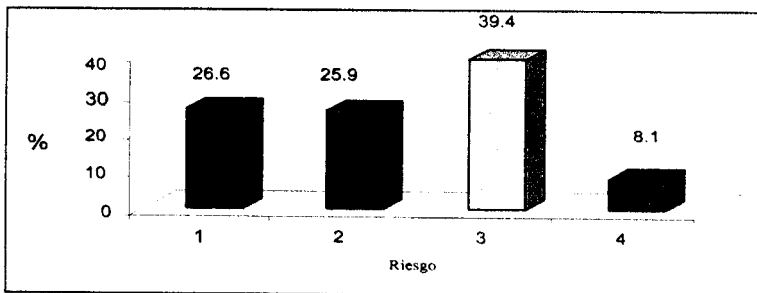
El AGEB cuenta con dos escuelas, las cuales en conjunto tienen 1507 alumnos; de los cuales el 13.6 % se encuentran en el Jardín de niños, el 28.8% en la Primaria y el 57.6% en la secundaria.

SALUD

Tabla 12
Nivel de riesgo de las familias

Riesgo	Puntaje	Fo	%
1	55 y más	164	26.6
2	40 a 54	160	25.9
3	25-39	242	39.4
4	7-24	50	8.1
Total	Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005



FUENTE: Tabla 12

Con respecto al nivel de riesgo de las familias el 26.6%, tiene riesgo **uno**, el 25.9% tiene riesgo **dos**, el 39.4%. riesgo **tres** y únicamente el 8.1% riesgo **cuatro**.

Tabla 13
Seguridad social de los integrantes de las

Tipo de Seguridad Social	Fo.	%
IMSS	1265	53.5
ISSSTE	92	3.9
ISEMYN	23	1.0
SEDENA	11	0.5
Particular	71	3.0
Otro	72	3.1
Sin seguridad social	826	35.0
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En cuanto a la seguridad social de los integrantes de las familias, el 65% **si** cuenta con alguna seguridad social y el 35% **no** cuenta con ninguna seguridad social.

Tabla 14
Las 10 principales causas de morbilidad de los integrantes de las familias

Causa de Morbilidad	Fo.	%
Gripe	516	64
Diabetes	47	5.9
Hipertensión	43	5.5
IRA	16	2
Amigdalitis	14	1.7
Estafilococos	14	1.7
Gastritis	14	1.7
EDAS	10	1.2
Asma	9	1.1
Anemia	6	0.7
Otras causas	111	14
Total	801	100

Las principales enfermedades registradas son las afecciones del sistema respiratorio con el 67.6%, las enfermedades endocrinas con 7.58% y las enfermedades del sistema circulatorio en un 7.43%.

Tabla 15
Atención médica de morbilidad de los integrantes de las

Atención Médica de Morbilidad	Fo.	%
SI	707	88.2
NO	94	11.8
Total	801	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

La atención médica en un población de 801 el 88.2% recibió atención médica, y un 11.8% no recibió atención médica.

Tabla 16
Causa de mortalidad en mujeres habitantes del AGEB 250-2

Causa de Mortalidad	Fo	%
Cáncer de estómago	1	14
Cáncer de mama	1	14
Cirrosis Hepática	2	29
Diabetes Mellitus	1	14
Neumonía	2	29
TOTAL	7	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Las muertes registradas de 1999 al 16 de abril del 2005 en mujeres fue de 7 de las cuales el 29% corresponde cirrosis hepática, con igual porcentaje neumonía y tres casos con 14% que corresponden a cáncer de estomago, de mama, y diabetes mellitus respectivamente.

Tabla 17
Causa de mortalidad en hombres habitantes del AGEB 250-2

Causa de Mortalidad	Fo	%
Accidente	2	20
Asfixia por epilepsia	1	10
Causa desconocida	2	20
Diabetes Mellitus	1	10
Encefalitis viral	1	10
Infarto Agudo al Miocardio	3	30
TOTAL	10	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Las muertes registradas de 1999 al 16 de abril del 2005 en hombre fueron 10 de las cuales el 30.4% corresponde a infarto agudo al miocardio, 20.% causa desconocida, el 10% asfixia por epilepsia, y con el mismo porcentaje diabetes mellitus y encefalitis viral.

Tabla 18
Atención médica de mortalidad de los integrantes de las familias

Atención Médica de Mortalidad	Fo.	%
SI	14	82.2
NO	3	17.8
Total	17	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Lo que respecta a la atención médica el 81.2% si recibido y el 18.7% no.

Tabla 19
Mujeres en edad fértil de las familias del AGEB 250-2

Mujeres en Edad Fértil	Fo.	%
12 a 19 años	237	26.2
20 a 29 años	222	24.5
30 a 39 años	176	19.5
40 a 49 años	270	29.8
Total	905	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

De las mujeres en edad fértil mayor se centra en las mujeres de 40 a 49 con un porcentaje de 29.8 %, en seguida están las mujeres de 12 a 19 años con un porcentaje de 26.2 % y de las mujeres de 20 a 29 años corresponde al 24.5 %.

Tabla 20
Planificación familiar de las MEFRES

Planificación Familiar	Fo.	%
SI	551	61.0
NO	354	39.0
Total	905	100%

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

De las mujeres en edad fértil el 61% si utiliza algún método de planificación familiar y el 39% no utiliza ningún método.

Tabla 21
Método de planificación familiar de las MEFRES

Tipo de Método	Fo	%
Oral	212	39.0
Inyectable	232	42.0
OTB	68	12.0
DIU	25	5.0
Otro	14	2.0
Total	905	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

De las mujeres que utilizan método de planificación familiar el 39% utiliza métodos orales, el 42% inyectables, el 12% se realizó la OTB, y el 2% utiliza otro método.

Tabla 22
Embarazo de las MEFRES del AGEB 250-2

	Fo.	%
SI	14	1.5
NO	891	98.5
Total	905	100.0

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En relación a las mujeres en edad reproductiva solo el 1.5% se encuentran embarazadas mientras que el 98.5 % no.

Tabla 23
Control prenatal de las MEFRES

Control Prenatal	Fo.	%
SI	3	21.4
NO	11	78.6
Total	14	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

De las mujeres embarazadas el 21.4% si llevan un control prenatal y el 78.6%, no llevan un control prenatal consecutivo.

Tabla 24
Edad y género de los niños menores de cinco años

Edad del Menor de cinco años	Hombres		Mujeres	
	Fo.	%	Fo.	%
-1 año	14	15.0	11	11.9
1 año	26	26.8	13	14.1
2 años	19	21.5	24	26.0
3 años	21	22.5	25	27.1
4 años	13	13.9	19	20.6
Total	93	100	92	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En relación a la edad y género de la población menor de 5 años se encontró que el mayor porcentaje de hombre se ubica en la edad de un año con 26.8 % y el género femenino se ubica en la edad de 2 y 3 años con el 26 % y 27.1 % respectivamente.

Tabla 25
Edad de los niños menor de un año

Edad del Menor de un año	Fo	%
-1 mes	1	4.0
1 mes	2	8.0
2 meses	4	16.0
3 meses	0	0
4 meses	2	8.0
5 meses	1	4.0
6 meses	3	12.0
7 meses	1	4.0
8 meses	2	8.0
9 meses	4	16.0
10 meses	3	12.0
11 meses	2	8.0
Total	25	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

De los niños menores de 1 año registro que el mayor porcentaje es 16% en las edades de 2 mese y 9 meses respectivamente, seguidas de un 12% en las edades de 6 y 10 meses respectivamente.

Tabla 26
Tipo de alimentación de los niños menores de cinco años

Tipo de alimentación	Fo.	%
Especial	25	13.6
Misma de la familia	160	86.4
Total	185	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En lo referente al tipo de alimentación el 13.5% tiene una alimentación especial, mientras que el 86.4% tiene la misma alimentación de la familia.

Tabla 27
Esquema de vacunación de los niños menores de cinco años

Esquema de Vacunación	Fo.	%
Completo	133	71.9
Incompleto	52	28.1
Total	185	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En lo que respecta al esquema de vacunación se observa que el 71.9% de los niños menores de 5 años se encuentran con su esquema completo, mientras que el 28.1% esta incompleto de acuerdo a edad y cartilla de vacunación.

Tabla 28
Aplicación del flúor de niños menores de cinco años

Aplicación de Flúor	Fo.	%
SI	96	51.9
NO	89	48.1
TOTAL	185	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En relación a la aplicación de flúor, se registra que el 51.9% de los niños menores de 5 años si tiene aplicación de flúor, mientras que el 48.1% no.

Tabla 29
Control médico periódico de niños menores de cinco años

Control Médico Periódico	Fo.	%
SI	55	29.7
NO	130	70.3
Total	185	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Con lo referente a la frecuencia registrada sobre el control médico periódico de niños menores de 5 años fue del 70.3% de niños que no llevan un control periódico y el 29.3% si.

Tabla 30
Medidas higiénicas de los integrantes de las familias

Tipo de medida	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Tratamiento al agua	563	91.4	53	8.6	616	100
Desinfección de frutas y verduras	525	85.2	91	14.8	616	100
Lavado de manos antes y después de comer	605	98.2	11	1.8	616	100
Lavado de manos antes y después de ir al baño	612	99.4	4	0.6	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Dentro de las medidas higiénico se observa que el 91.4% de la población le da algún tipo de tratamiento al agua.

El 85.2% realiza desinfección de frutas y verduras mientras que el 14.8 no lo realiza.

El 98.2% realiza lavado de manos antes y después de comer y el 99.4% realiza lavado de manos antes y después de ir al baño

Tabla 31
Frecuencia del lavado de dientes de los integrantes de las familias

Frecuencia del lavado de dientes	Fo.	%
Una vez al día	401	65.1
2 a 3 veces al día	214	34.7
Ninguna vez	1	0.2
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En lo referente a la frecuencia del lavado dental se observa que el 65%, de la población estudiada lo realiza una vez al día, el 37.7% lo realiza de 2 a 3 veces al día y el 0.2% no lo realiza.

Tabla 32
Frecuencia de baño de los integrantes por familias

Frecuencia de baño	Fo.	%
Diario	275	44.6
2 a 3 veces por semana	337	54.8
Cada 4 días	4	0.6
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 54.8% de las familias llevan acabo el baño 2 a 3 veces por semana, el 44.6% lo realizan a diario y el 0.6% mencionan realizarlo cada 4 días.

Tabla 33
Frecuencia de cambio de ropa de los integrantes por familia

Frecuencia de Cambio de Ropa	Fo.	%
Diario	275	44.6
2 a 3 veces por día	337	54.7
Cada 2 días o más	4	0.7
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 54.7%, de las familias realizan cambio de ropa de cama de 2 a 3 veces al día, el 44.6% lo realiza diario y el 0.7% lo realiza cada dos días o más.

Tabla 34
Frecuencia de cambio de ropa de cama de las familias

Frecuencia de cambio de ropa de cama	Fo.	%
1 a 8 días	600	97.4
9 a 15 días	12	1.9
Más de 16 días	4	0.6
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Con respecto al cambio de ropa de cama por familia el 97.4% lo realiza de 1 a 8 días, el 1.9% contestó que lo realizan de 9 a 15 días.

Tabla 35
Grupos de alimentos de mayor consumo en las familias

	Azúcares y cereales	Carne y huevo	Leguminosas y tubérculos	Frutas y Verduras	Otro (Café)
Desayuno	178	317	11	85	52
Comida	144	277	22	179	9
Cena	151	209	60	60	36
Domingo	58	136	4	25	24
Frecuencia	531	939	97	349	121
Porcentaje	26	46	5	17	6

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En relación al grupo de alimentos que consumen las familias se observa que el 46.95 % son en base a carnes y huevo.

El 26.55% azúcares y cereales, y en menor proporción se encuentra el consumo de frutas y verduras con un representando el 17% y el 5% un mínimo porcentaje consumen leguminosas y tubérculos.

Tabla 36
Vacunación de perros de las familias

Estado de vacunación	Fo	%
Vacunados	75	90
No vacunados	5	6
Desconoce	3	4
Total	83	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En la tabla como primer punto se encuentran 75 perros vacunados y cinco vacuna, en los otros tres se desconoce, dando un total de 83 perros.

Tabla 37
Vacunación de gatos de las familias

Estado de vacunación	Fo.	%
Vacunados	101	95.28
No vacunados	5	54.71
Total	106	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En esta tabla se detectan 105 felinos vacunados, y cinco no en las otras dos variables se encuentran en cero.

VIVIENDA

Tabla 38
Tipo de propiedad de vivienda de las Familias

Propiedad de la vivienda	Fo	%
Propia	545	88.5
Rentada	45	7.3
Prestada	25	4.1
Otros	1	0.2
Total	616	100.0%

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 88.5% de las familias tienen vivienda propia, el 7.3% es rentada, y el 4.1 % prestada.

Tabla 39
Familias con espacio de cocina separada

Cocina Separada	Fo.	%
SI	601	97.6
NO	15	2.4
Total	616	100.0%

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 97.6% de las familias refiere con una cocina separada y solo el 2.4% menciona no cuenta con ello.

Tabla 40
Tipo de techo de las viviendas de las familias

Tipo de Techo	Fo.	%
Concreto	592	96.1
Mixto	24	3.9
Total	616	100.0%

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

En relación al tipo de techo de las viviendas el 96.1% refirió tener techo de concreto y el 3.9% es mixto.

Tabla 41
Número de cuartos de las familias

Número de Cuartos	Fo.	%
1 a 2	28	4.6
3 a 4	521	84.6
5 y más	67	10.8
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 84.6% de las viviendas cuentan con 3 a 4 cuartos, el 10.8% con 5 y más, y un mínimo porcentaje 4.6% con 1 a 2 cuartos por vivienda

Tabla 42
Material de construcción de los pisos de las viviendas

Tipo de Piso	Fo.	%
Loseta	23	3.7
Cemento	593	96.3
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 96.3% de las viviendas tienen piso de cemento., el 3.7% cuenta con loseta.

Tabla 43
Material utilizado en la construcción de los muros de las viviendas

Tipo de Muros	Fo.	%
Madera	25	4.1
Tabique	574	93.2
Lamina	17	2.8
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 93.2%, de los muros esta construido de tabique, un 4.1% de madera y el 2.8% de lámina, estos últimos se refiere a los patios y zotehuelas.

Tabla 44
Terminados o acabado de las viviendas de las familias

Tipo de Acabado	Fo.	%
Yeso	27	4.4
Aplanado	552	89.6
Mosaico	5	0.8
Otro	32	5.2
Total	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

El 89.6% de las viviendas cuentan con aplanado y el 10.4% con otro tipo de terminado.

Tabla 45
Servicios sanitarios de las familias

Servicios sanitarios	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	%	
Agua potable	311	50.5	305	49.5	100	
Drenaje	610	99.0	6	0.1	100	
Disposición de excretas	616	100	0	0	100	

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Con lo que respecta al servicio de agua potable un 50.5 % de las familias si cuenta con este servicio y el 49.5% no cuenta, (el suministro de agua es por medio de la cisterna general que cuenta el AGEB); el 99 % cuenta con drenaje y el 100% cuenta con disposición de excretas.

Tabla 46
Aparatos electrodomésticos de las familias

Aparatos electrodomésticos	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Teléfono	590	95.8	26	4.2	616	100
Radio	562	91.2	54	8.8	616	100
Refrigerador	601	97.6	15	2.4	616	100
Televisión	601	97.6	15	2.4	616	100
Electricidad	616	100	0	0	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Observamos que la mayoría de las familias cuenta con los aparatos electrodomésticos necesarios para el hogar, como el servicio de teléfono en un 95.8%, radio 91.2 %, refrigerador 97.6%, televisión 97.6% y electricidad en un 100%.

Tabla 47
Servicios públicos de las familias

Servicios Públicos	SI		NO		TOTAL	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Pavimentación	613	99.5	3	0.5	616	100
Disposición de Basuras	616	100	0	0	616	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

Las calles de esta comunidad se encuentran pavimentadas en un 99.5 %, y el 0.5% corresponde a área verdes.

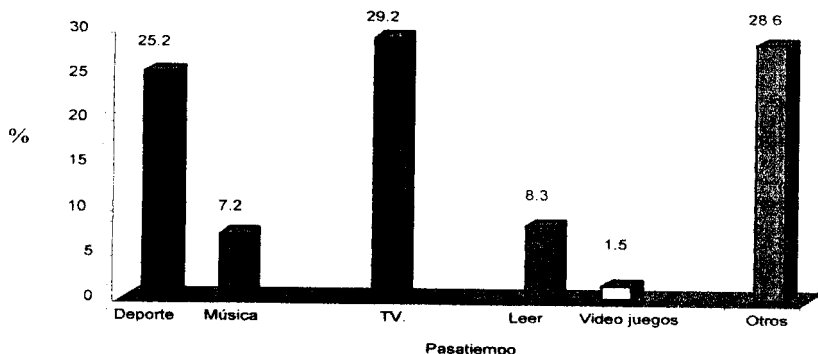
La unidad habitacional cuenta con servicio de recolección de basura una vez por semana.

CULTURA Y RECREACION

Tabla 48
Pasatiempo de los integrantes de las familias

Pasatiempo	Fo.	%
Deporte	594	25.2
Escucha música	170	7.2
Ver televisión	689	29.2
Leer	195	8.3
Videos Juegos	35	1.5
Otros	677	28.6
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.



FUENTE: Tabla 58

Con respecto a pasatiempo el 29.2 % de la población dedica su tiempo libre a ver televisión, el 28.6 % lo dedica a Otros pasatiempos (jugar, bailar, compras, pasear etc.), el 25.2 % realiza deporte (futbol, nadar, correr, voleibol, etc.) y un minimo de porcentaje lo dedican a escuchar música y videojuegos.

FORMAS DE ORGANIZACIÓN

Tabla 49
Religión de los integrantes de las familias

Religión	Fo.	%
Católica	2110	89.4
Creyente	85	3.6
Testigo de Jehová	75	3.2
Evangelista	8	0.3
Mormón	10	0.4
Otra	39	1.7
Ninguno	33	1.4
Total	2360	100

FUENTE: Cédula de captación de datos por familia. Abril 2005.

La población en estudio el 84.9 % un profesa la religión católica, el 3.6 % son creyentes, el 5.6 % practican otras religiones y el 1.4 % no practican ninguna religión.

Tabla 50
Respuesta social organizada

VARIABLE	Fo
Consultorio Médico	0
Consultorio Odontológico	0
Consultorio Podológico	0
Consultorio Homeopático	0
Farmacia (apoyo a la respuesta social organizada)	0
Consultorio de Quiropráctico	1
Total	1

Fuente: Listas de verificación del AGEB 250-2 por sector.

Únicamente se localiza en el área de estudio un consultorio llamado quiropráctico.

PARRILLA DE ANÁLISIS

De las 10 principales causas de MORBILIDAD de los habitantes del AGEB 250-2
 Unidad habitacional Llano de los Baez Ecatepec Estado de México de abril 2004 a abril 2005

Enfermedad	Numero de casos	Pob. GEB 2360 %	Población Expuesta	Tasa Global	Prioridad por tasa	Tipo de Intervención (Salud Publica)	Objetivo de la intervención (modelo Orem)	Responsable
Gripe IRA, Amigdalitis y estafilococos	560	23.72	2360	23.73	1	Proyecto de intervención para influir en factores de riesgo. asociados a los daños	Fortalecer las capacidades de autocuidado de la población expuesta	L.E.O. Carolina Hernández López
Anemia	6	0.25	147	4.08	2	Directa Gradual - Inmediata	Prevención y control de casos	Núcleo Básico de salud
Hipertensión Arterial	44	1.82	1170	3.68	3	Proyecto de intervención para influir en factores de riesgo asociado al daño	Fortalecer las capacidades de autocuidado de la población expuesta.	L.E. Maria Elena Trujillo Ramirez.
Diabetes Mellitus	47	1.99	1431	3.28	4	Proyecto de intervención para influir en factores de riesgo asociado al daño	Fortalecer las capacidades de autocuidado de la población expuesta.	L.E.O. Eustolia Cruz Narciso
Diarrea	10	0.42	845	1.18	5	Directa Gradual - Inmediata	Prevención y control de casos	Núcleo Básico de salud
Gastritis	14	0.59	1469	0.95	6	Directa Gradual - Inmediata	Prevención y control de casos	Núcleo Básico de salud
Asma	9	0.38	1493	0.60	7	Directa Gradual - Inmediata	Prevención y control de casos	Núcleo Básico de salud
Total	689	29.19						

Fuente: Sombra epidemiológica de morbilidad de Abril 2004 -2005 del AGEB 250-2
 Base de datos del SPSS del estudio de comunidad Abril 2005 del AGEB 250-2.