



Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
Escuela de Enfermería
Con Estudios Incorporados a la
UNAM



DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO Y PROYECTO DE
INTERVENCIONES DEL AGEB 009A DEL CENTRO DE SALUD T. III
“ROMERO RUBIO”

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA.**

PRESENTA:

**HERNÁNDEZ AQUINO ELIZABETH.
SÁNCHEZ SÁNCHEZ ZAIRA NATIELY.**

ASESOR:

E.E.S.P. GLEDY M. OLMOS RIVERA.

MÉXICO, DF.

NOVIEMBRE 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	2
Planteamiento del problema.....	3
Hipótesis.....	3
Ficha de identificación de la comunidad.....	4
Marco teórico.....	5
Metodología.....	32
Resultados.....	37
Priorización de riesgos y daños (“Método Hanlon”).....	90
Plan de cuidados.....	92
Conclusiones.....	105
Cronograma de actividades.....	109
Proyecto de intervención.....	110
Introducción.....	111
Marco teórico.....	112
Metodología.....	129
Desarrollo del proyecto de intervenciones.....	136
Evaluación de proyecto.....	141
Cronograma de actividades.....	148
Bibliografía.....	149
Anexos.....	151

INTRODUCCIÓN

Un diagnóstico de salud es el conocimiento aproximado de las diversas problemáticas de una población objetivo, a partir de la identificación e interpretación de los factores que determinan su situación, un análisis de sus perspectivas y una evaluación de la misma.

Como parte de la labor de enfermería es importante hacer un análisis del estado de salud no solo de una persona, sino también de una población general, actualmente, nuestro país pasa por un estancamiento en transición epidemiológica, mucho se habla de un cambio de enfermedades, de una inversión en la pirámide población y un envejecimiento poblacional lo cual, solo es posible de conocer realizando un estudio analítico, basado en datos obtenidos de la población real.

Como parte del cumplimiento de las funciones esenciales de Salud Pública se realiza el presente trabajo, el cual muestra el estado de salud de una población específica, AGEB 009A ubicado en la delegación Venustiano Carranza, perteneciente al Centro de Salud Urbano T. III "Romero Rubio", el cual fue realizado en un periodo del mes de Octubre 2012 al mes de Enero 2013. Este diagnóstico de salud será el eje principal para desarrollar un programa de intervención, con la finalidad de disminuir los riesgos que presenta la población.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar las problemáticas de salud del AGEB 009A, mediante la aplicación de la metodología epidemiológica, para obtener los elementos necesarios de un programa de intervención dirigido a la prevención y control de amenazas de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Precisar los factores condicionantes y determinantes de los diversos problemas de salud que atañen en la población de estudio, mediante el reconocimiento físico del lugar donde residen.
- Seleccionar diversas fuentes de información que serán utilizadas para recabar los datos de la población.
- Aplicar un instrumento de recolección de información, mediante entrevista directa con diferentes integrantes de la población.
- Analizar y validar la información obtenida en el marco de la metodología del diagnóstico de salud.
- Utilizar datos epidemiológicos de la población para la priorización de riesgos y daños.
- Determinar prioridades de acción e investigación, para establecer la toma de decisiones
- Utilizar el Proceso Atención Enfermería para la planeación de intervenciones de enfermería.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los condicionantes demográficos, socioeconómicos, educativos, ambientales, culturales y epidemiológicos que influyen en la generación de daños y riesgos a la salud, de la población perteneciente al AGEB 009A de responsabilidad del C.S.U TIII “Romero Rubio” en el periodo comprendido de Octubre del 2012 a Enero del 2013?

HIPÓTESIS

Si detectamos los condicionantes demográficos, socioeconómicos, ambientales, culturales, educativos y epidemiológicos de la población perteneciente al AGEB 009A, de correspondencia al C.S.U. TIII “Romero Rubio” entonces, conoceremos los generadores de riesgos y daños a la salud.

HIPÓTESIS NULA

La detección de condicionantes demográficos, socioeconómicos, ambientales, culturales, educativos y epidemiológicos de la población perteneciente al AGEB 009A, de correspondencia al C.S.U. TIII “Romero Rubio” no son datos importantes para conocer los factores de riesgos y daños a la salud

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD

Entidad	Distrito Federal
Delegación	Venustiano Carranza
Jurisdicción	Venustiano Carranza
Municipio	Venustiano Carranza
Localidad	Urbana
Sector	Venustiano Carranza
AGEB	009A
Numero de manzanas	26
Número de viviendas	Casas habitadas: 511 Deshabitadas: 4 Comercios: 121 Construcción: 4 Consultorios médicos: 2 Consultorios dentales:1 Veterinarias: 3 Fabricas: 2 Iglesias:2 Centro de ayuda: 1 Casa hogar: 1
Superficie	156,880 m ²
Densidad	14.39 habitantes/ Km

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO.

Centro de Salud Urbano T. III “Romero Rubio”



Croquis Centro de Salud Urbano “Romero Rubio”

Antecedentes históricos:

Se encuentra ubicado dentro de la Delegación Venustiano Carranza, región que pertenecía al lago de Texcoco.

En julio de 1981 se inicia la construcción del Centro de Salud T-III Romero Rubio y es inaugurado el 27 de Enero de 1984, otorgando formalmente el servicio el 3 de Febrero del mismo año. Siendo entonces director el Dr. José Mancilla Ruiz, como administrador el Lic. Edmundo Galicia García y la Coordinadora de Enfermería Yolanda Garrido Martínez prestando servicio a una población aproximada de 35 000 habitantes de las colonias: Aquiles Serdán. Romero Rubio, Simón Bolívar

Descripción de la comunidad

Fecha de fundación de la comunidad:

Colonia Romero Rubio: 1922

Colonia Simón Bolívar: 1932

Colonia Aquiles Serdán: 1942

División política: Delegados de manzanas, algunos son enviados por la delegación y otros son integrantes de la comunidad, ellos son los encargados de revisar el estado del alumbrado público, drenaje, recolección de basura, seguridad y otros servicios públicos.

Las juntas de vecinos se realizan en la plaza cívica y recreativa Simón Bolívar.

Grupos étnicos: Durante la valoración no se detectaron grupos étnicos.

Aspectos culturales:

Dialectos: Son muy escasos solo hay referencia de algunas familias provenientes del estado de Chiapas que hablan mixteco.

Costumbres y fiestas religiosas:

- Enero: Festejo de día de reyes. El día 15 en una casa realizan la veneración a un Cristo negro.
- Marzo: Representación de crucifixión de Cristo, día 17 fiesta patronal “Señor de los pobres”
- Abril: Día del niño
- Diciembre: Día 8 fiesta patronal “Virgen de la concepción”, realizan 9 posadas organizadas por los grupos pastorales de la iglesia.¹

Iglesias: Católica, iglesia “Inmaculada Concepción”, iglesia cristiana “Iglesia Bautista Emmanuel”

¹ Chambo, Rogelio entrevista realizada el 17 de Diciembre del 2012 en México, Distrito Federal entrevistadores: Elizabeth Hernández y Zaira Sánchez. Transcriptor: Zaira Sánchez.

Ritos: Cada año en una de las casas de las colonias veneran a un Cristo negro. En algunas viviendas veneran a la muerte.

Organizaciones comunitarias.

Centro de Trabajo Social "Casa Mater".

Dirección: Dinares # 51, colonia "Simón Bolívar".

Actividades:

Clases de corte y confección: Lunes y jueves.

Doctrina: Martes, miércoles y viernes.

Consultas médicas: Jueves

Dispensario: Se otorgan medicamentos a un costo muy bajo (voluntario), con esas donaciones se compran más medicamentos, existe un patronato que dona dinero o algunos medicamentos.

Cantidad de personas que acuden: 200-300, acuden de las colonias cercanas y del Estado de México.

Casa hogar

Dirección: Coronas # 109

Comunidad que atiende: Niños de 2-8 años.

Cantidad de niños: 10

Apoyan a madres solteras, en algunos casos (3) los niños viven toda la semana en el lugar y los fines de semana se los llevan sus papas, los 7 niños restantes se quedan solo en el día y por las tardes se los llevan.

Problemas de salud: Enfermedades respiratorias y diarreicas.

Estudio de escuelas.

Jardín de niños "Reino infantil"

Dirección: Cantón #139

Cantidad de alumnos: 275, 137 niños, 138 niñas. 9 grupos, de aproximadamente 30 niños cada uno.

Causas de ausencias: Enfermedades digestivas, enfermedades respiratorias en temporada invernal las ausencias por estas enfermedades son de hasta 10 niños por cada grupo.

Riesgos: Es una escuela privada, no se detectan riesgos para los menores, el sistema de seguridad es muy bueno.

Jardín de niños "Cesáreo Castro"

Dirección: Transval S/N

Cantidad de alumnos: 196, 102 niños, 104 niñas, 7 grupos de aproximadamente 31 niños cada uno.

Causas de ausencias: Enfermedades diarreicas y respiratorias, varicela principalmente en temporada invernal.

Riesgos: En el patio central un área está cercada por mantenimiento, las escaleras son muy amplias, aunque cuentan con barandales el tamaño puede facilitar un accidente

Primaria "Simón Bolívar"

Dirección: Cantón

Cantidad de alumnos: 209, 101 niños, 108 niñas, 7 grupos de 19 a 35 niños cada uno.

Edades: 6-13 años

Causas de ausencias: Enfermedades respiratoria, diarreicas, porque los padres no los envían a la escuela.

Se reportaron durante el año casos de pediculosis.

Riesgos: Esta escuela cuenta con equipo de salud. Las instalaciones son muy buenas, las áreas están limpias, es de dos plantas, los barandales son seguros.

Primaria "Plan de Ayutla"

Dirección: Transval y Damasco S/N

Cantidad de alumnos: 348.183 niños, 165 niñas, 6 grupos de 25-30 niños cada uno.

Causas de ausencias: Enfermedades diarreicas y respiratorias.

Riesgos: Escaleras muy amplias lo cual puede provocar un accidente, la escuela es de tres pisos. En el 2° piso los reflectores están mal adaptados, pueden desprenderse y causar un incidente. Las instalaciones son muy antiguas y están deteriorad

Mercados.

Aquiles Serdán

Romero Rubio

Servicios de salud:

- Consultorios médicos: 2
- Óptica: 1
- Laboratorio: 1
- Ortopedia: 1
- Farmacias: 3
- Podólogo: 1
- Veterinarias: 3
- Laboratorio dental: 1
- Dentista: 1

Proceso atención de enfermería.

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, en la práctica las etapas se superponen.

La base del PAE es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad:

- Identificar necesidades reales y/o potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales o estandarizados.
- Actuar para cubrir y resolver problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Aplicación del método científico a la práctica asistencial, todas las fases son sucesivas y se relacionan entre sí, las etapas desde el punto de vista práctico se superponen, y requiere por parte del profesional una interacción con el individuo además de unos conocimientos básicos que suponen el marco ideal para la valoración de las competencias:

- Capacidad técnica: Capacidad que el profesional tiene para conocer las características específicas del paciente que estamos tratando así como las técnicas terapéuticas para su tratamiento.
- Capacidad intelectual: Capacidad que el profesional tiene para hacer interpretaciones a partir de unos datos aplicando el conocimiento, realizar inferencias y capacidad para marcar objetivos y establecer estrategias terapéuticas desde la individualidad y la colectividad del paciente y comunidad. De la misma manera se introducen elementos de comparación de datos para identificar las áreas de mejora y renovar de forma continua la atención del paciente adecuándola a cada situación.
- Capacidad de relación: Capacidad del profesional para establecer una relación terapéutica y conocer las técnicas de comunicación más adecuada en cada momento: Entrevista, tratamiento y ayuda.

Características del PAE.

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático.
- Dinámico.
- Interactivo.
- Flexible.
- Tiene una base teórica.

Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Valoración:

Recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia o comunidad, es la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

- Recogida de datos.
- Validación.
- Organización.
- Registro.

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, familia o comunidad, que utiliza:

- a) Entrevista clínica
- b) Observación
- c) Exploración física

Tipos de fuentes de datos.

- Fuentes primarias: paciente – historia clínica – familia
- Fuentes secundarias: bibliografía – artículos – otras referencias.

La recogida de datos debe realizarse teniendo en cuenta un punto de vista holístico.

- Datos objetivos: La enfermera ve – observa – mide.
- Datos subjetivos: La persona – familia o amigos refiere.
- Datos históricos: Antecedentes.
- Datos actuales: Datos sobre el problema de salud actual.

Diagnóstico:

Se trata de identificar los problemas y necesidades que el paciente, la familia o comunidad tiene y que son la base del plan de cuidados.

Establecimiento de los diagnósticos de enfermería NANDA y problemas interdependientes.

Además en esta fase el profesional debe identificar asimismo los recursos necesarios para las intervenciones enfermeras.

La finalidad de esta etapa²:

- Reconocer los problemas de salud - Diagnósticos NANDA
- Prevenir las posibles complicaciones
- Iniciar las acciones para asegurar un tratamiento adecuado y a tiempo.

En esta fase se debe diferenciar entre diagnóstico y problemas interdependientes, en relación a que la intervención de enfermería sea autónoma y por tanto la decisión, la acción y los resultados son totalmente responsabilidad del profesional que lo realiza, o es interdependiente, es decir la decisión se deriva del juicio clínico de otro profesional, pero la acción y los resultados son responsabilidad del profesional que lo realiza.

² Alfaro R. Aplicación del proceso de atención enfermero. Springer. España, 2004: Capítulo 3.

Tipos de diagnósticos.

Diagnóstico real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes
- Promover mayor nivel de bienestar
- Controlar del estado de salud.

Diagnóstico de riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo
- Prevenir que se produzca el problema
- Controlar el inicio de problemas.

Diagnóstico de bienestar:

- Ayuda y educación en las conductas que permiten conseguir mayor nivel de bienestar³

Planificación:

Se buscan las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

La planificación es la etapa en la cual se determina qué cuidados específicos que requiere el paciente para cubrir las necesidades y solucionar los problemas que se han detectado en la etapa anterior.

Para ello es necesario determinar qué objetivos se pretenden y cuales son las actividades para su logro. Establecimiento de los NOC (criterios de resultado) para cada objetivo.

Establecimiento de las NIC (intervenciones de enfermería para cada NOC por cada diagnóstico).

La planificación de cuidados exige al profesional de enfermería un gran esfuerzo de síntesis y relación para determinar la gravedad o la afectación del problema, de los recursos de los que dispone y del tiempo necesario para lograr la recuperación del

³ IBID.

paciente o comunidad. En muchas ocasiones, se planificarán actividades que logren varios objetivos a la vez y otras veces varias actividades para el logro de un sólo objetivo.

Esta etapa se compone de varias fases:

1. Priorización.
2. Determinación de objetivos NOC
3. Programación de actividades NIC
4. Registro del plan.⁴

Ejecución/Intervención.

Realización o puesta en práctica de las estrategias terapéuticas NIC.

En esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados. Es el cómo se realizan las actividades.

Fases:

- Valorar situación actual y garantizar la seguridad de todos. (medidas de seguridad del paciente y los profesionales)
- Aplicar los protocolos e intervenciones que se han identificado en la planificación aplicando plan de cuidados estandarizado y/o protocolo de actuación inmediata.
- Registrar.

Todas las actuaciones tienen que estar suficientemente justificadas, y además corresponder a la situación que hemos detectado.

Todas las actuaciones deben quedar perfectamente registradas para que puedan evaluarse y sobre todo contabilizarse.

⁴ IBID

Evaluación:

Se trata de comparar la respuesta de la persona, familia o comunidad y determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Se miden los parámetros establecidos en los NOC – criterios de resultado – parámetro de medición – estándar e indicadores.⁵

⁵ IBID.

Diagnóstico de salud

El Diagnóstico de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad. Representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios (Martínez, 2006)

El Diagnóstico de Salud es el instrumento en el que se plasma el estado de salud de una población o comunidad que ha sido previamente seleccionada, está conformado por tres componentes, en primer lugar el estado de salud, los factores condicionantes relacionados con el estado de salud y la respuesta social organizada.⁶

De acuerdo a Mario Testa existen tres tipos de diagnóstico de salud:

1) Diagnóstico administrativo, su finalidad es el análisis de la productividad de las actividades de servicio que se están prestando a una población, 2) Diagnóstico estratégico, su propósito fundamental es analizar tanto actividades, actitudes, servicios, situación epidemiológica, busca la resolución de conflictos (necesidades y problemas de salud), 3) Diagnóstico ideológico, su propósito principal es la legitimación de las acciones de salud y de los servicios e intervenciones que se realizan.

Tiene como finalidad identificar las interacciones entre múltiples variables, de diversas dimensiones: política, social, económica, demográfica, cultural, ecológica, servicios de salud, entre otros, que actúan en distintos niveles de la sociedad; además de conocer los factores explicativos claves en la producción social de salud, estimar su peso específico en la cadena de producción de malestar en la población, para definir las Intervenciones para su modificación favorable.⁷

El diagnóstico de salud es un proceso de evaluación para medir, comparar y determinar la evolución de las diferentes variables que influyen en la salud enfermedad de la población.

⁶ Dirección: <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf>

⁷ Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T, Reyes I y Talavera J. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Consideraciones conceptuales. Maracay, 2009: 19.

Es un juicio de valor en torno al proceso salud enfermedad para la formulación de políticas y lineamientos de acción en salud ⁸

Principios que rigen al Diagnóstico de salud.

- Objetividad.
- Integralidad.
- Heterogeneidad.
- Sistemática.
- Interdisciplinariedad.
- Participación social.
- Utilidad programática.

⁸ Villa J. Guía Para la Planeación Estratégica de los Servicios de Salud. México, 2010.

Transición epidemiológica

En México a lo largo del periodo que va de los años cincuenta a los setenta, y una parte importante de la década siguiente, se habla de transición epidemiológica, lo cual trata de cambios que acontecen en el marco de transformación de las llamadas sociedades modernas (Zenteno, 1993; Coale, 1977). Se trata, en este sentido, de cambios a partir de los cuales se pretende ofrecer una descripción en sentido evolutivo de aquel perfil de enfermedades características de las sociedades en su camino hacia fases cada vez más evolucionadas y que, por tanto, dejan atrás patrones de enfermedad propios de un inferior grado de desarrollo (Arriaga, 1990; Bronfman y Gómez de León, 1988).

La transición epidemiológica comprende cuatro procesos fundamentales de cambio en la configuración del perfil de salud de una población, esto es, en los patrones de mortalidad, morbilidad e incapacidad. Tales cambios se refieren a:

1. La composición por causa de mortalidad.
2. La estructura por edad de mortalidad.
3. El peso relativo de morbilidad versus mortalidad en el panorama epidemiológico.
4. El significado social de la enfermedad.⁹

En primer lugar, la transición epidemiológica implica un cambio de las principales causas de muerte en un sentido predominante: de las enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones (como el SIDA). El grupo inicial al que, por conveniencia, podemos llamar patología pretransicional, está asociado a carencias primarias (por ejemplo, de nutrición, educación, vivienda y abastecimiento de agua). El grupo emergente, que puede denominarse patología postransicional, está relacionado con factores genéticos, conductas destructivas y carencias secundarias (por ejemplo, de seguridad personal o ambiental, afecto y oportunidades para la plena realización de las potencialidades individuales).¹⁰

El segundo sentido del cambio consiste en que la carga principal de la enfermedad y la

⁹ Verbrugge, LM. "Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons". Washington, 1988; 62: 475-519.

¹⁰ IBID.

muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. Este proceso se debe primordialmente a una serie de factores demográficos. Así, el descenso inicial en la mortalidad que caracteriza a la transición demográfica se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edad más jóvenes, en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Además, la supervivencia más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones propias de la edad adulta. Por su parte, el descenso en la fecundidad que ocurre en estadios posteriores de la transición demográfica afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos.

El tercer sentido del cambio epidemiológico estriba en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la fuerza predominante. A este respecto, el concepto de transición epidemiológica va más allá del de transición demográfica, ya que no sólo intenta explicar los cambios en la mortalidad, sino también en la morbilidad. El aumento en la importancia de esta última obedece a causas complejas. Un factor primordial es el incremento relativo de las enfermedades crónicas, que por definición tienen una mayor duración que los padecimientos agudos característicos de la patología pretransicional. Además, los avances de la ciencia médica han sido menores para la prevención de la patología postransicional. Este hecho se combina con la disponibilidad de medidas paliativas que permiten posponer la muerte, a veces por muchos años. El resultado es un incremento en la prevalencia y la duración de las enfermedades crónicas. En el caso de aquéllas que tienen una base genética, como la diabetes, la mayor sobrevivencia mejora las probabilidades de que los portadores de los genes respectivos tengan descendencia. En consecuencia, las generaciones siguientes tienen una mayor proporción de personas en riesgo de sufrir la enfermedad. Por último, hay que considerar que el aumento en la escolaridad y otros cambios culturales amplían la definición de las experiencias consideradas como enfermedad. Todos estos procesos hacen posible la combinación, aparentemente paradójica, de una mortalidad descendente junto con una morbilidad creciente.¹¹

¹¹ IBID.

Transición epidemiológica en México.

En México, hasta buena parte de los años ochenta se mantiene el énfasis en una discusión que pretende distinguir con claridad las enfermedades de la pobreza frente a las llamadas enfermedades del desarrollo. En cada caso, uno y otro extremo la alusión intenta dar testimonio del proceso de modernización por el que transita el país, y donde se registra el desplazamiento de infecciones, parasitosis, enfermedades cuyo origen se reconoce en problemas de tipo alimenticio, por ese otro gran grupo de enfermedades a las que se identifica como enfermedades del desarrollo, y que aluden a padecimientos de orden crónico-degenerativo como: los diferentes tipos de cáncer, las enfermedades cardiovasculares, los padecimientos de tipo metabólico (Ferrero y Boada, 1988; Lerner y Quesnel, 1986).

A partir de entonces los documentos oficiales, como planes y programas sexenales en salud destacan el interés y la urgencia de dar paso a una organización y administración de la problemática en salud, capaz de enfrentar problemas hasta entonces inéditos en nuestra sociedad, asimismo, se advierte sobre la necesidad de un nuevo perfil de trabajadores de la salud cuya formación profesional pueda insertarse a esos cambios en el panorama epidemiológico del país (SSA, 1999; SSA, 1994; SSA, 1990).

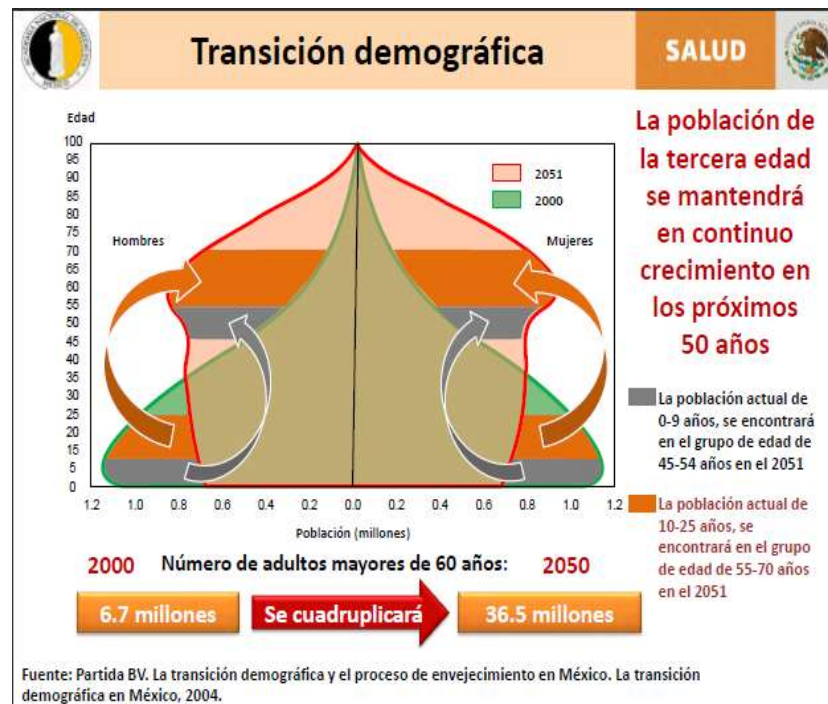
Desde luego, en el centro de todos estos cambios por los que transita el país, hay que destacar la emergencia de padecimiento como el VIH/SIDA, enfermedades con bases psicosociales, entre otros, que hasta antes de los años ochenta no constituían un problema de salud pública, y que a raíz de entonces se suman al espectro de los problemas de salud que demandan una atención pronta y eficaz de parte de las instancias gubernamentales responsables de la salud (De la Cruz, 2004; Londoño y Sánchez, 1999; Garrett, 1996). Hoy en día, el concepto de enfermedad y su significado social ha variado hasta generarse una nueva vivencia a la que atraviesa un sentido ontológico, al igual que la significación de lo que es la salud y la muerte, en su caso las secuelas temporales o definitivas nombradas como discapacidades; se incluyen desde luego, las llamadas complicaciones que suelen acompañar a las enfermedades crónico-degenerativas y en torno a las cuales se teje una lectura médica que proviene de esa interposición.¹²

¹² González N, Constantino M. Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Redalyc* 2009; 12(25), 151-162.

Transición demográfica

En el mundo contemporáneo los países se enfrentan a un cambio vertiginoso en su estructura poblacional, debido a un fenómeno llamado transición demográfica, proceso en el que se ve inmersa la población de un país que pasa de un perfil demográfico con determinadas características a uno diferente.

Hoy nuestro país experimenta un proceso de envejecimiento poblacional derivado de la transición demográfica. En futuras décadas se intensificará el proceso de envejecimiento y tomara relevancia debido a los plazos de tiempo tan cortos en que se dará, así como por las condiciones en que se desarrolla, las cuales se caracterizan por enormes rezagos y profundas diferencias sociales. En nuestro país la pobreza afecta a 60 millones de mexicanos y existe una concentración de la riqueza del 40% en 100 mil familias (Aguayo, 2009:101).



La pobreza en México

Cuadro 1. Incidencia, número de personas y carencias promedio para los indicadores de pobreza, México, 2008-2010.

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos					
	Porcentaje		Millones de Personas		Carencias Promedio	
	2008	2010	2008	2010	2008	2010
Pobreza						
Población en situación de pobreza	44.5	46.2	48.8	52	2.7	2.5
Población en situación de pobreza moderada	33.9	35.8	37.2	40.3	2.3	2.1
población en situación de pobreza extrema	10.6	10.4	11.7	11.7	3.9	3.7
Población vulnerable por carencias sociales	33	28.7	36.2	32.3	2	1.9
Población vulnerable por ingresos	4.5	5.8	4.9	6.5	0	0
Población no pobre y no vulnerable	18	19.3	19.7	21.8	0	0
Privación social						
Población con al menos una carencia social	77.5	74.9	85	84.3	2.4	2.3
Población con al menos tres carencias sociales	31.1	26.6	34.1	29.9	3.7	3.6
Indicadores de carencia social						
Rezago educativo	21.9	20.6	24.1	23.2	3.2	3
Carencia por acceso a los servicios de salud	40.8	31.8	44.8	35.8	2.9	2.8
Carencia por acceso a la seguridad social	65	60.7	71.3	68.3	2.6	2.5
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	17.7	15.2	19.4	17.1	3.6	3.5
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	19.2	16.5	21.1	18.5	3.5	3.3
Carencia por acceso a la alimentación	21.7	24.9	23.8	28	3.3	3
Bienestar						
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	16.7	19.4	18.4	21.8	3	2.7
Población con un ingreso inferior a la línea de bienestar	49	52	53.7	58.5	2.5	2.2

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

La población en situación de pobreza ascendió a 46.2 por ciento en 2010, lo que representó 52 millones de personas (cuadro 1). En comparación con 2008, esto significó un aumento de 3.2 millones de personas. No obstante, en este mismo periodo es importante destacar que el número promedio de carencias de la población en pobreza disminuyó de 2.7 a 2.5 y que la pobreza extrema se mantuvo en 11.7 millones de

personas entre 2008 y 2010.

El incremento del número de personas en situación de pobreza fue resultado de los aumentos de personas con carencia en el acceso a la alimentación (4.2 millones) como del de la población con ingresos bajos (la población por debajo de la línea de bienestar aumentó en 4.8 millones y la población por debajo de la línea de bienestar mínimo se incrementó en 3.4 millones de personas entre 2008 y 2010).

A pesar de estos resultados, la pobreza no se expandió en la misma magnitud que la reducción del Producto Interno Bruto en 2009, debido a que en este periodo (2008-2010) se incrementaron las coberturas básicas de educación, acceso a los servicios de salud, calidad y espacios de la vivienda, los servicios básicos en las viviendas y la seguridad social, especialmente la cobertura de adultos mayores, factores que son parte de la medición de la pobreza. Los esfuerzos de la política de desarrollo social han contribuido a que la población cuente con una mayor cobertura de servicios básicos.

El segundo factor es la caída de la tasa de natalidad en la población mexicana 19.2,(INEGI, 2012) pues se registra una menor cantidad de nacimientos. Por ejemplo, en el año 1990 se registraron 2, 735, 312 nacimientos, mientras que en el año 2008 se registraron 2, 636, 110 (INEGI, 2011), lo que se puede traducir en una reducción de niños y posteriormente de jóvenes dentro de la población total. Para que pueda entenderse el fenómeno del envejecimiento poblacional en nuestro país, se debe hacer un análisis del proceso de cambio que ha sufrido la pirámide poblacional en la última mitad del siglo XX. Este proceso se compone de dos fases, en donde las tasas de natalidad y mortalidad atravesaron por cambios sustanciales.

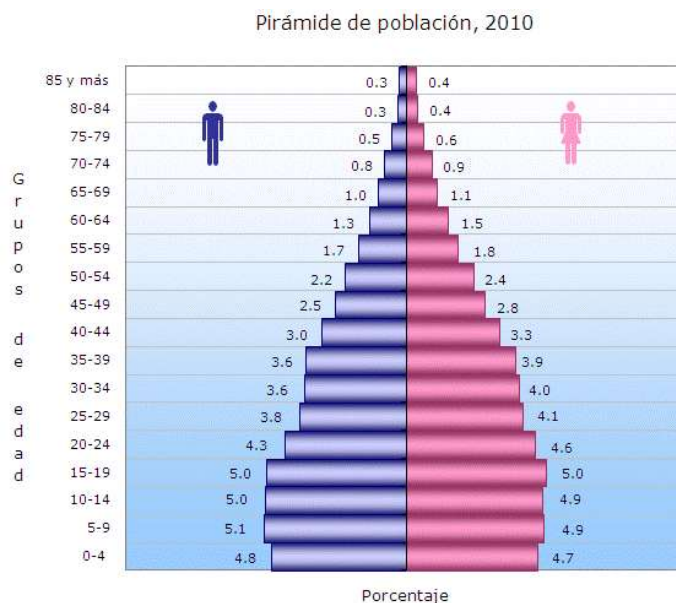
La primera fase de este proceso inició en los años cuarenta del siglo anterior, donde se registró un descenso de la mortalidad y un aumento en los índices de natalidad, produciendo un elevado crecimiento demográfico entre 1950 y 1970.

El 7 de enero de 1974 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de Población, que buscaba incidir en la dinámica de crecimiento poblacional mediante el establecimiento de programas de planificación familiar, la creación de la Comisión

Nacional de Población, la regulación de la migración e inmigración y la disminución de la mortalidad (Ley General de Población, 1974:2-5).

La ley tuvo incidencia en el proceso demográfico, con lo que se inició la segunda etapa de la transición demográfica, que se caracterizó por la disminución de la natalidad consolidando un descenso en la tasa de crecimiento poblacional, lo que ayudó a controlar la explosiva dinámica demográfica y a reducir la presión sobre el desarrollo económico y social.

Es posible argumentar que durante los próximos lustros México experimentará un proceso de envejecimiento poblacional, que ocurrirá en menos de cuatro décadas y en un contexto socioeconómico bastante áspero. Es por ello que se tendrá menos tiempo y menores recursos para diseñar mecanismos que ayuden a asimilar las consecuencias del envejecimiento poblacional, por lo que es imperativo iniciar a la brevedad posible la creación de instrumentos, estrategias, programas, políticas públicas y medidas integrales que permitan afrontar los nuevos desafíos de las realidades cada vez más complejas del país.¹³



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda, 2010.

¹³ Ruiz J. (2011). La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México. Encrucijada 2011; (8): 1-16. Recuperado de <http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijada>.

Salud pública

Es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del ambiente, control de enfermedades infecciosas y traumatismos, educación del individuo en principios de higiene personal, organización de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y para rehabilitación, y el desarrollo de la maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (*Milton Terris, 1992*)

La Salud Pública es definida como los esfuerzos organizados de una sociedad, para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable de sus habitantes. Por tal motivo, los análisis de situación de salud como parte de la Salud Pública, conllevan una intención de intervención, cuya dirección es fortalecer las decisiones y acciones en materia de salud y otros, donde se involucra a la población con un fin único de reducir o disminuir las inequidades sociales (Dávila, Gómez & Hernández, 2009).

En 1920, Winslow definió la salud pública en los siguientes términos: "la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

El concepto de salud pública es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca,

asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria.

Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante.¹⁴

Existen criterios diversos con respecto al significado del término salud pública y su comparación o diferenciación con otros conceptos como el de medicina comunitaria, medicina social preventiva o higiene social. Estos son utilizados con frecuencia de forma intercambiable, práctica que aumenta la confusión.

El término medicina preventiva surge en los Estados Unidos de Norteamérica, en un período donde la salud pública se preocupaba, casi exclusivamente, por prevenir las enfermedades infecciosas y estaba bajo el dominio de la profesión médica.

El término medicina social es un producto de Francia, Alemania, Bélgica y otros países de Europa occidental, firmemente basado en la profesión médica. Representaba una preocupación por el papel de los factores sociales en el origen de la enfermedad, así como la necesidad de la acción gubernamental en las áreas afectadas y sobre la atención médica.

El término medicina comunitaria prevaleció en los Estados Unidos de Norteamérica, como sustituto de medicina social. La utilización de la palabra comunidad implica actividad a escala local más que la acción nacional, que detesta la diligencia conservadora de la profesión médica. En Inglaterra se abandonó el término salud pública por otro más conservador: medicina comunitaria.¹⁵

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, 2002.

¹⁵ Toledo CG. Fundamentos de Salud Pública. Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005: 15.

Funciones esenciales en salud pública.

Las FESP se han definido como las condiciones que permiten un mejor desempeño de la práctica de la salud pública.

A continuación se enlistan las 11 FESP que han sido identificadas como críticas para la práctica de la salud pública en los países de las Américas:

- Función esencial No. 1: monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Función esencial No. 2: vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Función esencial No. 3: promoción de la salud.
- Función esencial No. 4: participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.
- Función esencial No. 5: desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- Función esencial No. 6: regulación y fiscalización en salud pública
- Función esencial No. 7: evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.

- Función esencial No. 8: desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Función esencial No. 9: garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- Función esencial No. 10: investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Función esencial No. 11: reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.¹⁶

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud, Op. Cit.

Priorización de riesgos.

Método de Hanlon.

Permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los resultados obtenidos en la siguiente fórmula:

Puntuación de prioridad: $(A+B) C \times D$

Componentes básicos:

Componente A: magnitud del problema.

Componente B: severidad del problema.

Componente C: eficacia de la solución.

Componente D: factibilidad del programa o de la intervención.

Se debe asignar un valor a cada una de los componentes de la fórmula. Estos valores se establecerán por consenso del grupo encargado de realizar el establecimiento de prioridades y si bien se trata de un ejercicio subjetivo, puede obtenerse cierto rigor científico con una definición precisa de términos, la aplicación exacta de los procedimientos de clasificación ordenada y la utilización de estadísticas para guiar la clasificación.

Antes de calcular, mediante la fórmula arriba expuesta, el valor que se asigna a cada problema, hay que decidir la importancia relativa que va a darse a cada uno de los componentes y asignarles una escala. Además, es posible multiplicar una componente que se considere importante por una cifra que corresponde a un peso acordado.

Componente A o magnitud: número de personas afectadas en relación a la población total.

El componente B o severidad del problema no tiene una definición unívoca. Podemos tener en cuenta las tasas de mortalidad, las tasas de morbilidad y/o las tasas de incapacidad, además de considerar los costes que produce la enfermedad. Se asigna un valor de una escala de 0 a 10, otorgando este valor para el grado máximo de severidad. Se evalúa cada uno de los aspectos señalados (mortalidad, morbilidad e incapacidad) en

cada problema y se obtiene la media.

El componente C o eficacia de la solución se refiere a la posibilidad de modificar el problema con los recursos y tecnologías actuales. Se propone crear una escala que varía entre 0,5 para los problemas difíciles de solucionar y 1,5 para aquellos en los que existiría una solución posible. Este componente multiplica a la suma de los componentes A y B, por lo tanto tiene el efecto de reducir o aumentar el producto obtenido en función de que la solución sea eficaz o no.

Para el componente D o factibilidad del programa o de la intervención, Hanlon propone un grupo de factores que determinan si un programa puede ser aplicado y que resume en las siglas PEARL, donde P es pertinencia, E es factibilidad económica, A es aceptabilidad, R es disponibilidad de recursos y L es legalidad. En este caso, en cada uno de los factores se responderá con un “sí” que se le asignará un valor de 1 o “no” al que le corresponderá el valor 0. Como recordamos, este componente multiplica al resto del producto obtenido en los componentes A, B y C, por lo tanto, un valor de 0 en todos los factores del componente D considera inviable el problema que se está abordando. En este sentido, un valor positivo en la factibilidad es una condición necesaria, aunque no suficiente, para que un problema se considere como prioritario.¹⁷

¹⁷ Dirección: <http://www.galiciasalud.mobi/Docs/xornadasQS/lryss.pdf>

Medio geográfico y físico de la comunidad en estudio.

Ubicación: delegación, Venustiano Carranza, colonias: Romero Rubio, Simón Bolívar y Aquiles Serdán.

Extensión territorial: 156,880 m² aproximadamente.

Límites:

Norte: Calle de Cairo.

Este: Calle de Jerusalén

Sur: Calle de Siberia.

Oeste: Calle de Florines y Esterlinas

Orografía: Se considera lacustre según el Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal, integrado por depósitos de arcilla, altamente compresibles, separados por capas arenosas con contenidos diversos de limo o arcilla. Estas capas arenosas son de consistencia firme a muy dura y de espesor variable, al igual que las cubiertas superficiales conformadas, por suelos aluviales y rellenos artificiales. La excepción de este tipo de suelo está en el Peñón de los Baños que se encuentra constituido por material basáltico.

Clima: semiseco templado.

Temperatura: 16 °C

Localidades que integran el área: Simón Bolívar, Aquiles Serdán y Romero Rubio.

Altitud: 2, 240 metros sobre el nivel del mar y una precipitación pluvial de 600 mm anuales.

Longitud oeste: 99° 02' y 99° 08'

Latitud norte: 19° 24' y 19° 28'

METODOLOGIA

Tipo de estudio

Epidemiológico, descriptivo, transversal, observacional y cualicuantitativo.

- Epidemiológico: El presente trabajo cumple con los dos objetivos fundamentales de este tipo de estudio, describe la distribución de las enfermedades y eventos de salud en una población humanas y contribuye al descubrimiento y caracterización de los factores que las originan.
- Descriptivo: Describe las características de una población
- Transversal: El estudio se realiza en un tiempo definido de corta duración.
- Observacional: Su objetivo es la observación y el registro de los acontecimientos de una población.
- Cualicuantitativo: El estudio constituye datos estadísticos, y al mismo tiempo sus procedimientos no son estandarizados, el investigador es el instrumento de recolección de los datos y el contexto evoluciona con el transcurrir del tiempo.

Universo:

- Población del AGEB 009A que se encuentra ubicado en la Delegación Venustiano Carranza, en un periodo de Octubre del 2012 a Enero de 2013.

Muestra:

- AGEB 009A integrada de 26 manzanas, realizando un recorrido en sentido noroeste.



Diseño de la muestra:

- Por conveniencia

Criterios de inclusión, exclusión, eliminación:

- Criterios de inclusión: Población perteneciente al AGEB 009-A de la delegación Venustiano Carranza.
- Criterios de eliminación: Población que no pertenece al AGEB 009-A.
- Criterios de exclusión: Población ausente, renuentes y casas deshabitadas del AGEB 009-A.

Operacionalización de variables

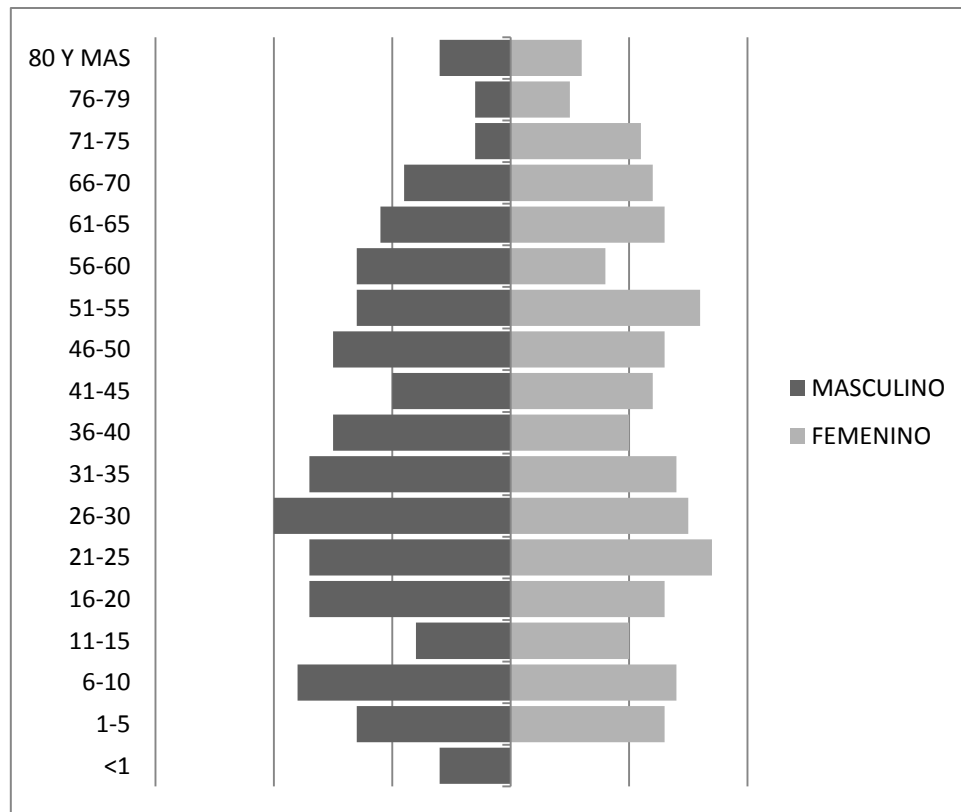
Concepto	Dimensiones	Indicadores
Demografía	Ciencia que tiene por objeto el estudio de la población humana, ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, principalmente desde un punto de vista cuantitativo.	Ciencia Población Estructura Evolución Cuantitativo
Indicadores demográficos	Constituyen una operación estadística que proporciona las series temporales retrospectivas de los indicadores de natalidad, fecundidad, mortalidad, crecimiento y estructura de la población y nupcialidad.	Operación estadística Temporal Retrospectiva Natalidad Fecundidad Mortalidad Crecimiento Estructura Población Nupcialidad
Condicionantes socioeconómicos	Factores de riesgo que provienen de la organización social y afecta negativamente la posición socioeconómica de una persona (pérdida del empleo), y que puede causar una enfermedad o un traumatismo.	Factores Riesgo Organización social Negativamente Socioeconómica Enfermedad Traumatismo
Condicionantes ambientales	Constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.	Ambiente Físico Social Actitudinal Vida
Cultura	Conjunto de valores, costumbres, creencias y prácticas que constituyen la forma de vida de una o varias personas.	Conjunto Valores Costumbres Creencias Forma de vida
Educación	Es la formación del hombre por medio de una influencia exterior consciente o inconsciente (heteroeducación) o por un estímulo, que si bien proviene de algo que no es el individuo mismo, suscita en él una voluntad de desarrollo momo conforme a su propia ley (autoeducación)"	Formación Estimulo Desarrollo
Epidemiología	Estudia los procesos de Salud y Enfermedad que afectan a la población. Se interesa por conocer las características de los grupos que se ven afectados; cómo se	Estudio Procesos Salud Enfermedad Población

	distribuyen geográficamente y en el tiempo los eventos de Salud y Enfermedad; con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento	Grupos afectados Geográficamente Tiempo Frecuencia Causas Factores Asociados
Población	Alude a la cantidad, el crecimiento, la estructura y la localización de las personas y a las variables demográficas que determinan lo anterior (fecundidad, mortalidad y migración).	Cantidad Crecimiento Estructura Localización Personas Variables demográficas Fecundidad Mortalidad Migración
AGEB	Área geoestadística básica, Subdivisión de los municipios o delegaciones que conforman el país Su utilidad radica en permitir la formación de unidades primarias de muestreo y la organización de la información estadística.	Área Geoestadística Municipios Delegaciones País Unidades Muestreo Organización Información Estadística
Riesgo	Constituye una probabilidad de daño o condición de vulnerabilidad, siempre dinámica e individual	Probabilidad Daño Condición Vulnerabilidad Dinámica Individual.
Daño	Se refiere a todo tipo de perjuicio o lesión que se causa a otro, en su persona.	Perjuicio Lesión Persona

RESULTADOS

Demografía

Pirámide poblacional del AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Hoy nuestro país experimenta un proceso de envejecimiento poblacional derivado de la transición demográfica. En futuras décadas se intensificará el proceso de envejecimiento y tomara relevancia debido a los plazos de tiempo tan cortos en que se dará, de acuerdo a la Pirámide poblacional de la ENSANUT 2012 hay una disminución notable en la población menor de 14 años lo que sustenta lo antes mencionado, en cuanto a género, el 48.8% de la población nacional corresponde a hombres y 51.2% a mujeres, de los cuales la mayor población se encuentra entre los 15 y 19 años.

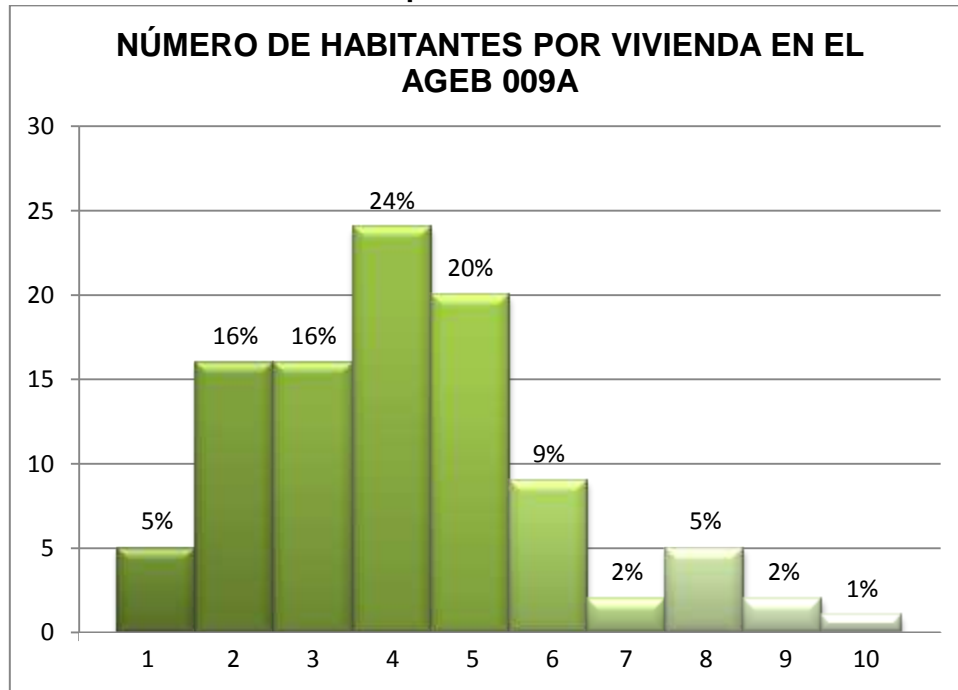
Realizando una comparación de estos datos podemos observar que en el AGEB 009A se exagera más el proceso de transición demográfica, mostrándonos una pirámide romboide donde la mayor concentración de la población se encuentra entre los 21- 30 años. En genero el 51.4 % de población es masculina y 48.6 femenina.

Tabla No.1 Número de habitantes por vivienda en el AGEB 009A

Número de habitantes por vivienda	Fo.	%
1	5	5%
2	16	16%
3	16	16%
4	24	24%
5	20	20%
6	9	9%
7	2	2%
8	5	5%
9	2	2%
10	1	1%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.1 Número de habitantes por vivienda en el AGEB 009A.



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) menciona que en promedio en los hogares habitan 3.89 individuos, cifra similar a la que reportaron

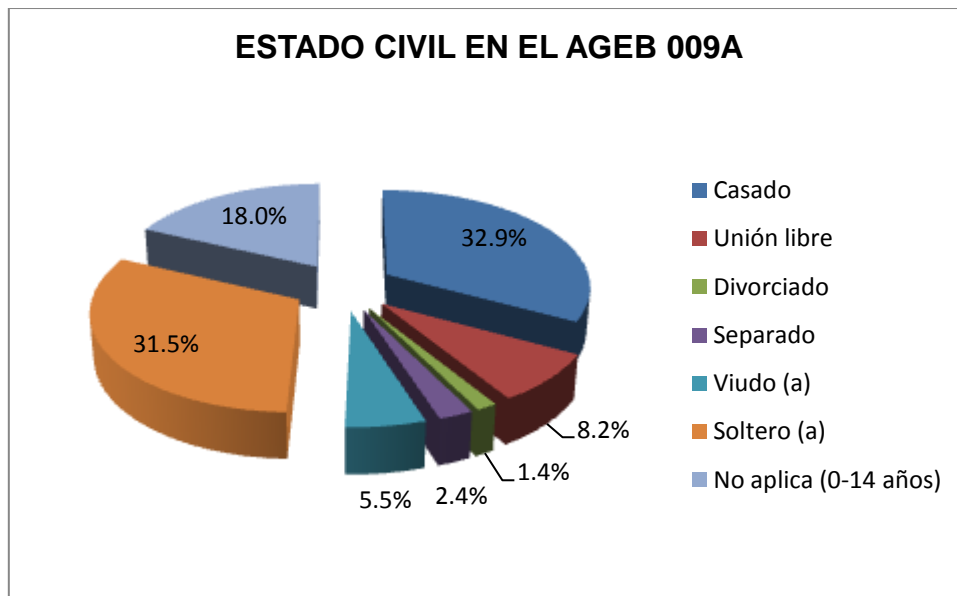
las encuestas aplicadas en el AGEB 009A en el cual se observa una prevalencia mayor de viviendas con 4 habitantes, lo cual de acuerdo a la transición epidemiológica reafirma el descenso de la cantidad de hijos que actualmente las parejas deciden tener y el envejecimiento poblacional que en pocos años se presentara en el país.

Tabla No.2 Estado civil en el AGEB 009A

Estado civil	Fo.	%
Casado	137	32.9%
Unión libre	34	8.2%
Divorciado	6	1.4%
Separado	10	2.4%
Viudo (a)	23	5.5%
Soltero (a)	131	31.5%
No aplica (0-14 años)	75	18.0%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.2 Estado civil en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: En México, según el censo del 2010, existen 84, 927, 000 personas con 12 años o más las cuales, según su situación conyugal son: casados 40.52%, solteros 35.5%, unión libre 14.44%, viudos 4.4%, divorciados 1.46%, separados 1.46%.

En el AGEB 009A se observa que el patrón de estado civil concuerda con el nacional mostrando los siguientes porcentajes; personas casadas 32.93%, solteros 31.49%, unión libre 8.17%, viudos 5.53%, separados 2.40% y divorciados 1.44%.

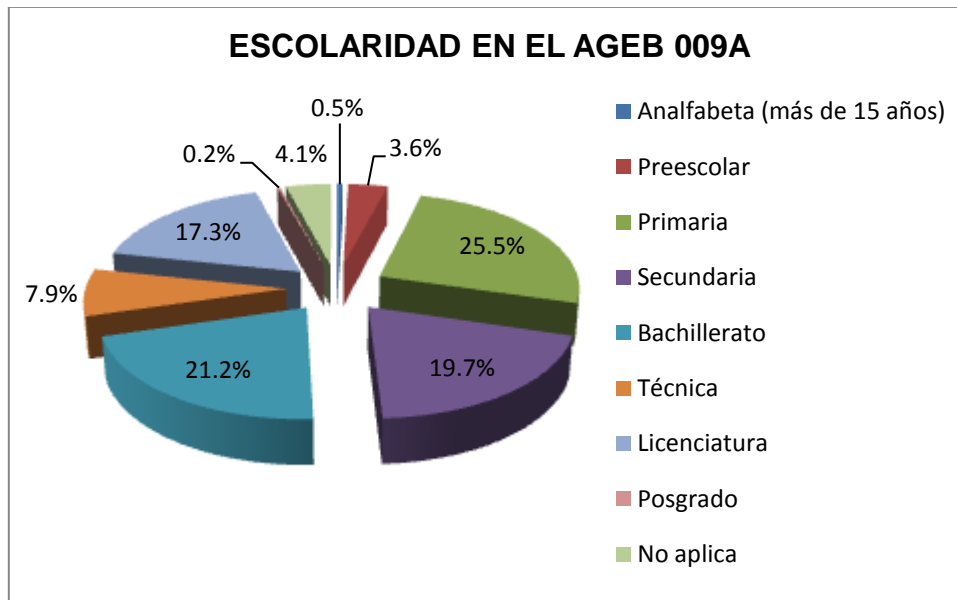
Educación

Tabla No.3 Escolaridad en el AGEB 009A

Escolaridad	Fo.	%
Analfabeta (más de 15 años)	2	0.5%
Preescolar	15	3.6%
Primaria	106	25.5%
Secundaria	82	19.7%
Bachillerato	88	21.2%
Técnica	33	7.9%
Licenciatura	72	17.3%
Posgrado	1	0.2%
No aplica	17	4.1%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.3 Escolaridad en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: La ENSANUT 2012 reportó que el analfabetismo en relación con la población de 15 años o más se ubicó en 7.0%. Para este mismo grupo de edad, los años promedio de escolaridad fueron estimados en 8.4, lo que significa un poco más del segundo año de

secundaria. En el AGEB 009A se observar que la mayor parte de la población cuenta solo con estudios de primaria y como porcentaje mínimo encontramos a las personas con posgrado, así como un 0.48% de analfabetos mayores de 15 años, lo que nos permite reafirmar la información antes mencionada.

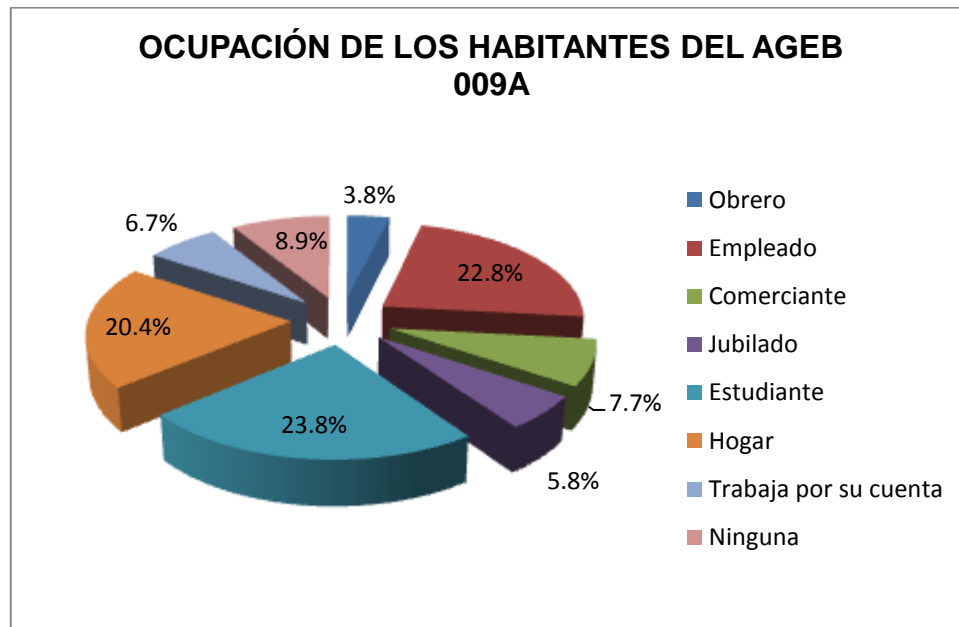
Ocupación e ingresos

Tabla No.4 Ocupación de los habitantes del AGEB 009A

Ocupación	Fo.	%
Obrero	16	3.8%
Empleado	95	22.8%
Comerciante	32	7.7%
Jubilado	24	5.8%
Estudiante	99	23.8%
Hogar	85	20.4%
Trabaja por su cuenta	28	6.7%
Ninguna	37	8.9%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.4 Ocupación de los habitantes del AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) que levanta el INEGI 2011 indica que 59.2% de la población de 14 años y más es económicamente activa (está ocupada o busca estarlo), mientras que 40.8% se dedica al hogar, estudia,

está jubilado o pensionado, tiene impedimentos personales o lleva a cabo otras actividades (población no económicamente activa). Del total de ocupados, el 65.7% opera como trabajador subordinado y remunerado ocupando una plaza o puesto de trabajo, 4.8% son patrones o empleadores, 22.6% trabaja de manera independiente o por su cuenta sin contratar empleados, y finalmente un 6.9% se desempeña en los negocios o en las parcelas familiares, contribuyendo de manera directa a los procesos productivos pero sin un acuerdo de remuneración monetaria.

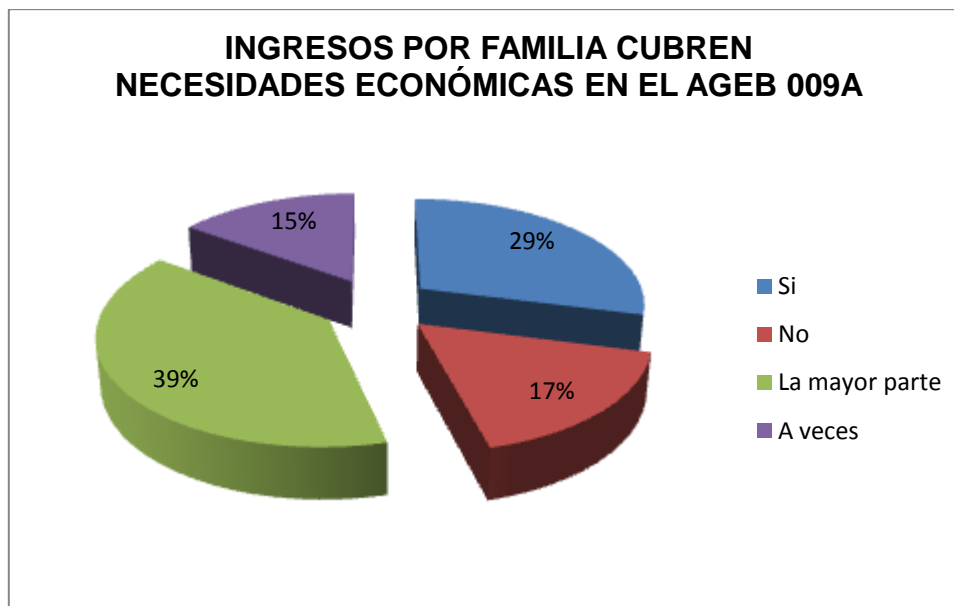
En relación con lo anterior podemos mencionar que en el AGEB 009A el 41.2% de la población es económicamente activa, de los cuales el 22.84% son empleados, 7.69% comerciantes, 6.73% trabajan por su cuenta y 3.85% son obreros, de la población no activamente económica, en su mayoría son estudiantes, seguido de amas de casa.

Tabla No.5 Ingresos por familia cubren necesidades económicas en el AGEB 009A

Ingresos cubren necesidades económicas	Fo.	%
Si	29	29%
No	17	17%
La mayor parte	39	39%
A veces	15	15%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.5 Ingresos por familia cubren necesidades económicas en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo con los resultados arrojados por la ENIGH (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares) de 2010, el promedio de ingreso mensual por familia en México era de 12 mil 163 pesos. Si distribuimos a todas las familias mexicanas en 10 grupos iguales, ordenadas según su ingreso desde las que menos percibieron hasta las que más percibieron -lo que se conoce como "ordenar por deciles"-, tenemos que el 10% más pobre, es decir el primer decil, tuvo una percepción media de 2 mil 149 pesos

mensuales. En el otro extremo, el 10% de las familias más ricas el decil más alto tuvo una percepción promedio de 41 mil 927 pesos mensuales, casi 20 veces más que los más pobres.

Entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), México es el que revela la mayor distancia entre las familias que menos ganan y las que más ganan, por arriba de Chile, Israel, Turquía y Estados Unidos. México es un país muy desigual en materia de ingresos.

En la encuesta aplicada al AGEB 009A no se obtienen cifras monetarias de ingresos pero la mayor parte de los encuestados afirma que los ingresos que tienen cubren la mayor parte de sus necesidades económicas. Del 100% solo el 29% afirma cubrir sus necesidades económicas por completo, por lo tanto de acuerdo a la ENIGH siguen siendo más las personas que no cubren por completo sus necesidades económicas.

Saneamiento del medio

Tabla No.6 Cuadro de contingencia zoonosis nociva por familia en el AGEB 009A

Tipo de zoonosis nociva	Viviendas con zoonosis nociva	Viviendas sin zoonosis nociva	total
Cucarachas	29	71	100
Moscas	40	60	100
Roedores	17	83	100
Animales ponzoñosos	52	48	100

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Existen animales que por sus características, hábitos y forma de vida causan daños a la salud del hombre, Entre ellos se encuentran las ratas, ratones, insectos y animales ponzoñosos, así como algunas aves, gatos y perros callejeros, entre otros. Cuando entran en contacto con basura y excrementos, transportan los microbios que después se depositan en las personas o en los alimentos de estas, provocándoles graves enfermedades que pueden poner en peligro su vida como: diarrea, dengue, tifo o padecimientos mortales como la rabia. En la Ciudad de México existen aproximadamente 180 mil millones de cucarachas y 45 mil millones de ratas, y el tamaño de las plagas es proporcional al número de capitalinos.

Conforme lo anterior observamos que en la mayor parte de las viviendas encuestadas hay presencia de zoonosis nociva, siendo la de mayor prevalencia de animales ponzoñosos, describiendo a hormigas, mosquitos y arañas, con menor prevalencia se encuentran los roedores. En cuanto al manejo de la basura observamos que la mayoría de las familias encuestadas le da un manejo cerrado, siendo una minoría la que menciona dar un manejo abierto a la misma, por lo tanto podemos considerar que en la comunidad encuestada las medidas de manejo a la basura son las adecuadas en su mayoría, lo que evita riesgos para la salud.

Tabla No.7 Cuadro de contingencia zoonosis domestica por familia en el AGEB 009A

Zoonosis domestica			
Tipo de zoonosis domestica	Viviendas con zoonosis domestica	Viviendas sin zoonosis domestica	Total
Perros	62	38	100
Gatos	13	87	100
Acuáticos	7	93	100
Aves	10	90	100

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Según la encuesta nacional en viviendas 2010 en casi 6 de cada 10 viviendas (58%) de México reportan la existencia de al menos una mascota, cualquiera que esta sea. La presencia de mascotas en el hogar parece no correlacionarse con el nivel socioeconómico de la vivienda, ya que los tres niveles poseen una proporción parecida. Por regiones, destaca la presencia de mascotas en el centro del país donde llega al 63%. Por mucho, la mascota más presente en los hogares mexicanos es el perro, 84% de los hogares que tienen mascotas (lo que significa el 48% de todos los hogares) dicen tener un perro, muy por arriba del 30% de gatos y 27% de algún tipo de ave.

La convivencia de perros y gatos en la misma casa no es un caso extraño, el 22% de los hogares que reportan mascota (13% del total de hogares) dicen tener a los dos tipos de mascota. Los estratos económicos altos muestran menos presencia por gatos y aves pero incrementan su relación con perros y peces. La zona rural es más afín a tener tanto perros, gatos, aves e incluso un 6% reporta roedores, en cambio peces y tortugas son más comunes en zonas urbanas.

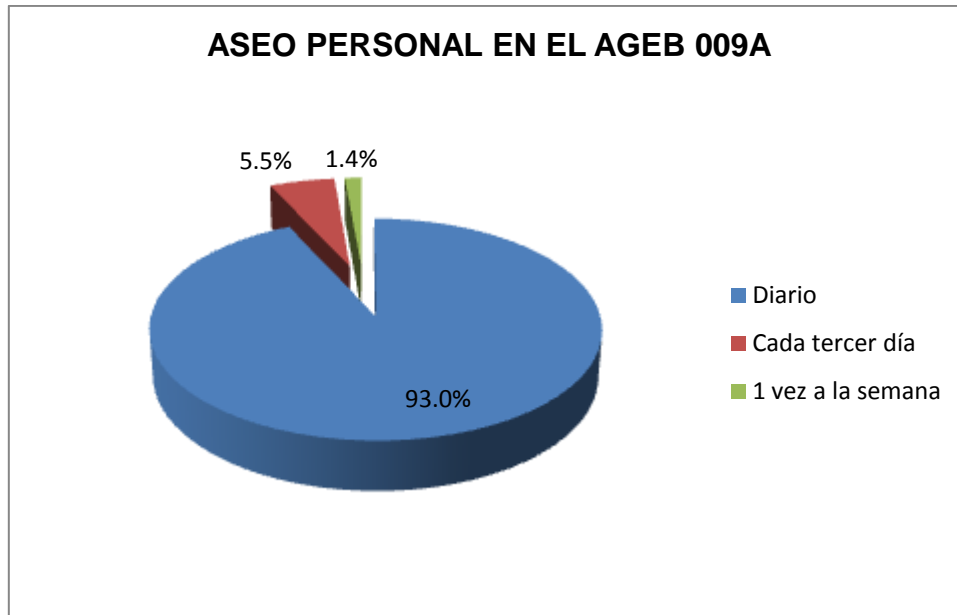
En el AGEB 009A se corroboran los datos obtenidos de la encuesta nacional en viviendas ya que al estar ubicada en la zona centro del país 62 de los hogares tiene por mascota a perros, seguido de 13 hogares con gatos, 10 aves y 7 animales acuáticos. El 93.8% de las casa que tienen mascotas refiere vacunar a las mismas, siendo el 6.2% de los hogares los que no ha realizado dicho procedimiento aunque el porcentaje es mínimo, significa un grave riesgo para la comunidad.

Tabla No.8 Aseo personal en el AGEB 009A

Aseo personal	Fo.	%
Diario	387	93%
Cada tercer día	23	5.50%
1 vez a la semana	6	1.40%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.8 Aseo personal en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de cuerpo. Aunque es una parte importante de la vida cotidiana en la casa, la higiene personal no es sólo acerca de tener el pelo bien peinado y cepillarse los dientes; es importante para la salud y la seguridad de los trabajadores en el sitio de trabajo.

Los trabajadores que prestan atención a su higiene personal pueden prevenir la propagación de gérmenes y enfermedades, reducir su exposición a productos químicos y contaminantes, y evitar el desarrollo de alergias a la piel, trastornos de la piel y sensibilidad a sustancias químicas.

Otro punto importante en la prevención de enfermedades por medio de la higiene es el lavado de manos una adecuada técnica es fundamental para prevenir enfermedades como meningitis, bronquiolitis, hepatitis A y la mayoría de los tipos de diarreas infecciosas que en todo el mundo cobran cada año la vida de más de 3.5 millones de personas menores de 5 años.

En el AGEB 009A el 93% de los habitantes encuestados realiza su aseo personal diario siendo una minoría los que lo realizan una vez a la semana. El 98.8% de los encuestados acostumbra lavarse las manos por razón necesaria lo que incluye: antes de comer, antes/después de ir al baño y demás ocasiones en que es propicio realizar este procedimiento y el 1.2% solo realiza el lavado de manos después de ir al baño, por lo tanto es importante fomentar en esta minoría el lavado de manos en los momentos correctos como medio de prevención de enfermedades.

Estado vacunal

Tabla No.9 Estado vacunal en el AGEB 009A

Esquema vacunal en niños <1 - 5 años			
Vacuna	Vacunados	No vacunados	Total
BCG	31	0	31
Pentavalente	31	0	31
Rotavirus	31	0	31
Neumococo	31	0	31
Influenza	25	5	30
Hepatitis B	31	0	31
SRP 1ra	27	0	27
DPT	11	1	12
Esquema vacunal en niños de 6-12 años			
Vacuna	Vacunados	No vacunados	Total
SRP 2da	35	1	36
TD	4	1	5
Hepatitis B	3	2	5
VPH	0	5	5
Esquema vacunal de 13-59 años			
Vacuna	Vacunados	No vacunados	Total
TD	177	79	256
SR	49	207	256
Influenza	51	205	256
Esquema vacunal de mayores de 60 años			
Vacuna	Vacunados	No vacunados	Total
TD	56	32	88
Influenza	44	44	88
Neumococo	20	68	88

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: En el ámbito nacional, los resultados de la ENSANUT 2012 muestran que la cobertura al año de edad de las vacunas BCG, hepatitis B y pentavalente consiguen niveles superiores a 90.0%.La aplicación de la vacuna SRP en niños de 12 a 23 meses ha aumentado a 81.2%. La cobertura de la vacuna antiinfluenza alcanzó 65.3% para la aplicación de la primera dosis de la vacuna, cifra que descendió a 42.7% para la aplicación de la segunda dosis. En el grupo de niños de 12 a 35 meses de edad, 68.6%

recibió la primera dosis de la vacuna contra influenza, mientras que 48.5% registró ya una segunda dosis de la vacuna.

La cobertura del refuerzo documentado de vacuna DPT en niños de 5 a 6 años y 11 meses de edad, fue de 90.7% y de vacuna SRP fue de 91.0%.

49.0% de la población adulta de 20 a 59 años tenía registrado haber recibido la vacuna contra sarampión y rubéola (SR) y 67.3% ha sido vacunada contra tétanos y difteria (Td). Debido a que el programa de vacunación hace especial énfasis en la prevención del síndrome de rubéola congénita y el tétanos neonatal, las mujeres presentan mayor proporción de vacunación.

La vacunación de adulto mayor comprende la aplicación de tres vacunas: neumocócica polisacárida, Td (tétanos-difteria) y antiinfluenza el porcentaje nacional de las vacunas fue, respectivamente, 52.6, 70.4 y 58.5%.

En el AGEB 009A se observó que los niños de 0-5 años tiene esquema de vacunación completo para la edad, solo exceptuando una minoría a la que no se le aplicado la vacuna de influenza. Del grupo de 6-12 años observamos un déficit en la vacunación contra VPH. Por su parte en el grupo de 13-59 años se observa que la gran mayoría carece de vacuna contra SR e influenza. En los adultos mayores se observa que la mayoría de ellos no se han vacunado contra neumococo, seguido de influenza, siendo la vacuna menos aplicada en esta etapa TD.

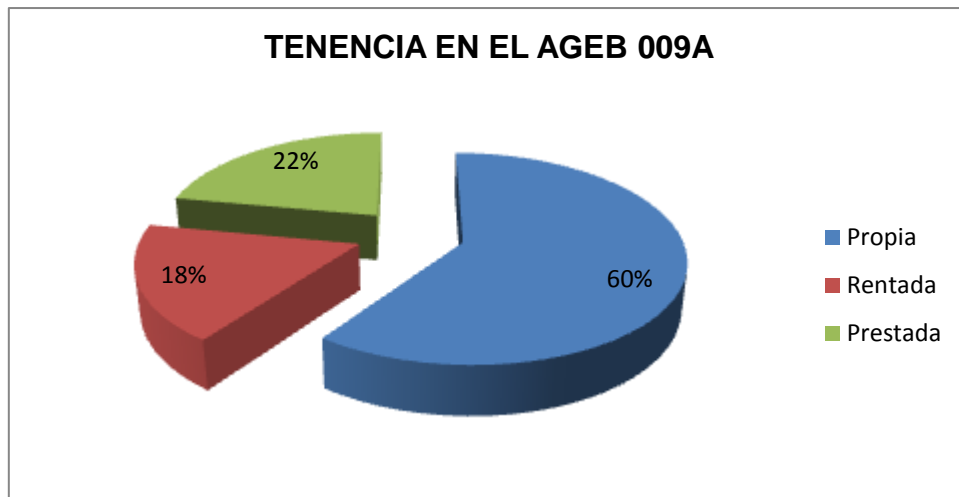
Recursos para la salud

Tabla No.10 Tenencia en el AGEB 009A

Tenencia	Fo.	%
Propia	60	60%
Rentada	18	18%
Prestada	22	22%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.10 Tenencia en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

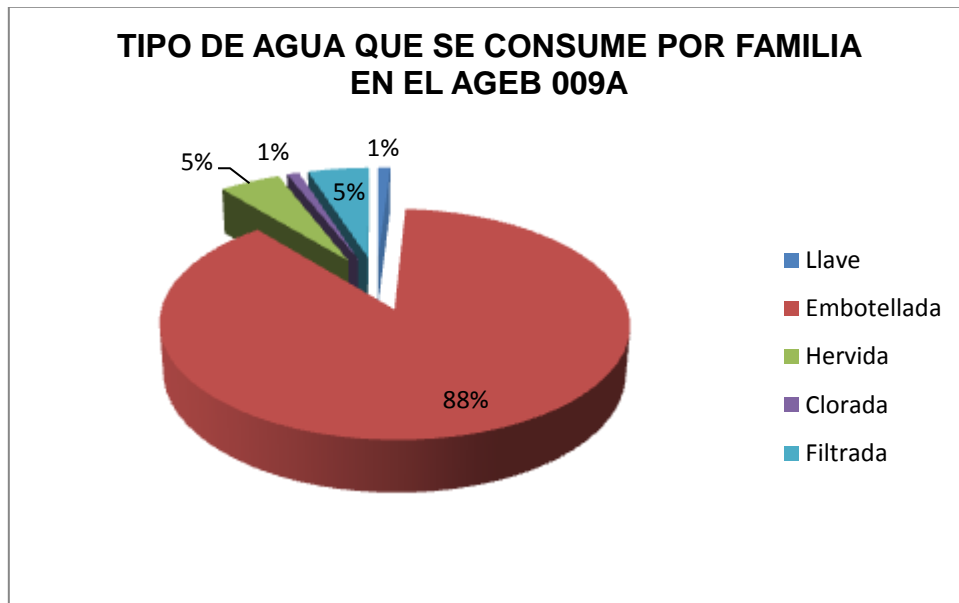
Análisis: De acuerdo con la información obtenida para la ENSANUT 2012, en cuanto a la propiedad de la vivienda, en 70.9% de los hogares se reportó que la vivienda es propiedad de alguno de los integrantes de la misma, 13.5% de viviendas son rentadas y 15.6% se ocupa en alguna otra situación. En concordancia a lo anterior en el AGEB 009A se observó que el 60% de las viviendas son propias 22% prestadas y 18% rentadas.

Tabla No.11 Tipo de agua que se consume por familia en el AGEB 009A

Tipo de agua que se consume	Fo.	%
Llave	1	1%
Embotellada	88	88%
Hervida	5	5%
Clorada	1	1%
Filtrada	5	5%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.11 Tipo de agua que se consume por familia en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: México segundo consumidor mundial de agua embotellada con 169 litros por persona anualmente, después de Italia con 184. México tiene una producción de 1,440 millones de garrafones de 20 litros por año, y unos 690 millones de envases de diversas presentaciones, a pesar de suponer un golpe a la economía familiar según la Beverage Marketing Corporation México ha dejado de consumir agua tratada en casa por preferir la compra de embotellados.

De acuerdo a los datos obtenidos podemos observar que al igual que en el resto del país la mayoría de las familias encuestadas consumen agua embotellada, siendo un mínimo las que refieren consumir agua de la llave o clorada.

Tabla No.12 Alimentación semanal, en el AGEB 009A

Alimentación semanal				
Tipo de alimento	Días de consumo			Total
	1-2 días	3-4 días	5-7 días	
Carne	43	40	17	100
Lácteos	12	18	70	100
Fruta	9	18	73	100
Grasas	12	13	75	100

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública 2010, en México persisten condiciones elevadas de desnutrición, mientras que están en aumento manifestaciones de mala nutrición por exceso. Algunos resultados generales del estudio sugieren que 30% de la población menor de 5 años tiene un déficit de energía y consumos bajos de zinc, hierro y vitamina A, así como ingesta por arriba de las recomendaciones de proteínas y vitamina C.

En los niños de 5 a 11 años existen problemas de mala nutrición tanto por deficiencia como por exceso: 16.1% de los escolares presenta baja talla para su edad y 4.5%, bajo peso; otro grave problema es la anemia, con una tasa nacional de 19.5%; además, uno de cada cinco niños presenta sobrepeso u obesidad. Lo que puede ser atribuible a que en comparación con hace dos décadas, en México ahora la población consume 30% menos verduras y 40% más azúcares y refrescos.

Entre 60 y 70% de los adultos mexicanos tienen sobrepeso u obesidad, y en niños México es el primer lugar en el mundo, incluso se ha detectado un aumento de menores de 10 o 12 años de edad con diabetes, hipertensión e infartos.

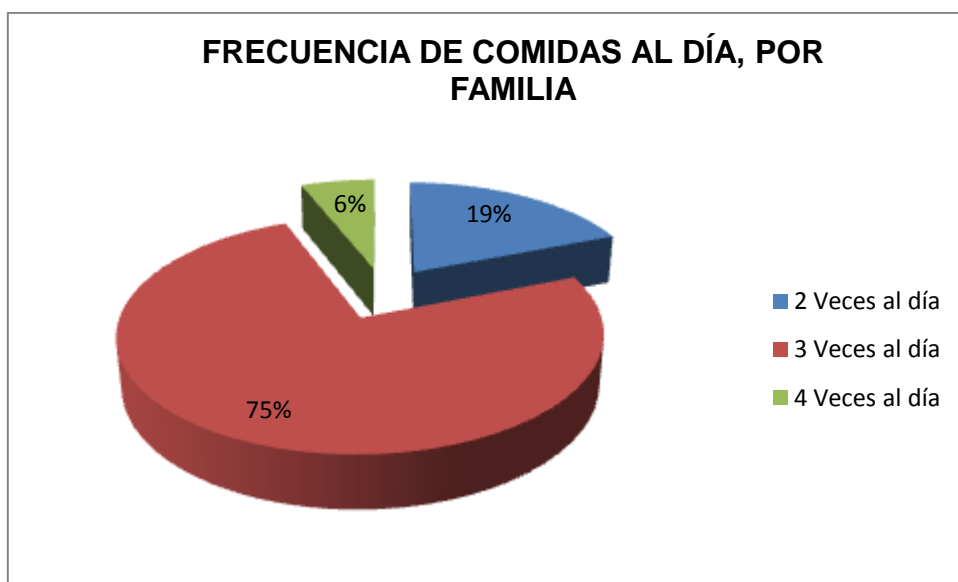
De acuerdo a los datos obtenidos en el AGEB 009A se puede observar que la mayor parte de las familias acostumbra consumir carne de 1 a 2 días, lácteos, fruta y grasas todos los días, información que nos demuestra que no hay un equilibrio nutricional en la población, lo que representa un riesgo para su salud.

Tabla No.13 Frecuencia de comidas al día por familia en el AGEB 009A

Frecuencia de comidas al día, por familia	Fo.	%
2 veces al día	19	19%
3 veces al día	75	75%
4 veces al día	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.13 Frecuencia de comidas por día en el AGEB 009ª



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Los nuevos estilos de vida y la sensación de falta de tiempo, han dado lugar a cambios en el modelo tradicional de distribución de las comidas y han afectado sobre todo al hábito del desayuno con una tendencia a realizar desayunos cada vez más ligeros e incluso a omitirlos.

Este problema se agrava si se tiene en cuenta la también continua tendencia a aligerar las cenas, dando lugar a una distribución horaria de las comidas a veces irracional con repercusiones negativas en el estado nutricional y en la salud.

Aunque el número de comidas y su contenido energético depende de las costumbres, estilo de vida y condiciones de trabajo de cada persona, en general se recomienda que se realicen más de 3-4 comidas/día y que la mayor parte de los alimentos se consuman en las primeras horas del día, es decir se recomienda hacer un buen desayuno y comida y aligerar las cenas. Esta distribución calórica tiene una importante repercusión en el mantenimiento del peso, en la glucemia y en la colesterolemia.

En el AGEB 009A se observa que el 81% de la población mantiene una frecuencia adecuada en el consumo de alimentos siendo solo el 19% los que manifiestan realizar solo dos comidas.

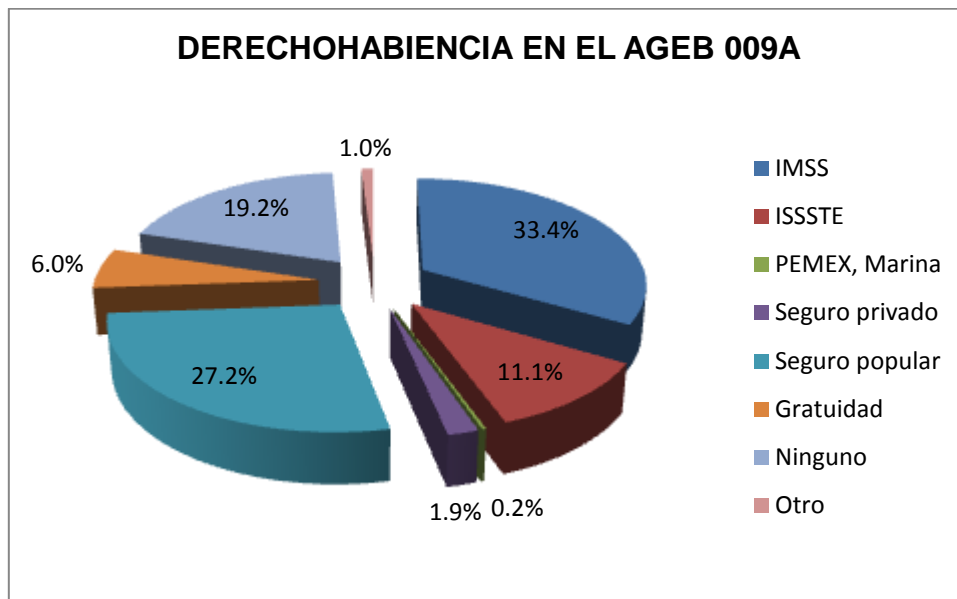
Derechohabiencia

Tabla No.14 Derechohabiencia en el AGEB 009A

Derechohabiencia	Fo.	%
IMSS	139	33.4%
ISSSTE	46	11.1%
PEMEX, Marina	1	0.2%
Seguro privado	8	1.9%
Seguro popular	113	27.2%
Gratuidad	25	6.0%
Ninguno	80	19.2%
Otro	4	1.0%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.14 Derechohabiencia en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo con las cifras reportadas por las instituciones de salud, en México se ha alcanzado la cobertura de protección en salud para prácticamente toda la población del país. De los 115 millones de mexicanos, el Sistema de Protección Social en Salud

(conocido como Seguro Popular y que incluye asimismo al Seguro Médico para una Nueva Generación), reportaba 51.1 millones de afiliados, a los que se suman los 43.4 millones que reportó el IMSS como derechohabientes adscritos a Unidades de Medicina Familiar, 8.3 millones cubiertos por el ISSSTE, 1.2 millones entre Sedena y Semar y 0.8 millones en Pemex. De acuerdo con estas cifras y considerando a los que reportan un seguro privado, habría únicamente alrededor de 9 millones de mexicanos (cerca de 8%) sin protección en salud.

De acuerdo a los datos obtenidos en el AGEB 009A observamos una prevalencia mayor de derechohabientes al IMSS y como minoría los que cuentan con servicio médico por parte de PEMEX o MARINA. Sin embargo casi un 20% de la población aún no cuenta con algún servicio de atención médica en términos prácticos, cuando una persona no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos (condición de aseguramiento) de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, SEDENA O SEMAR) o los servicios médicos privados, no se le está reconociendo el derecho fundamental a la salud de forma adecuada, lo que significa un grave riesgo para su salud y la de su familia.

Daños a la salud

Sombra epidemiológica AGEB 009A

ULTIMO PADECIMIENTO	GRUPO ETAREO																		TOTAL
	<1	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75	76-79	80 Y MAS	
IRAS	0	0	1	1	0	1	0	2	0	1	1	2	0	0	0	1	0	0	10
EDAS	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	0	0	1	2	4	2	0	0	14
CARIES	0	1	2	1	1	2	0	0	0	3	2	3	2	3	0	0	0	0	20
DERMATITIS	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
IVU	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
HAS	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	3	4	4	4	1	3	3	27
DM	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1	1	0	1	2	3	1	1	14
CA	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ENFERMEDADES ARTICULARES CRONICAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
OTRAS	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
NINGUNA	6	24	26	17	28	29	29	27	24	14	22	19	14	14	9	7	4	8	321
TOTAL	6	26	31	19	30	35	34	31	25	22	28	29	21	24	21	14	8	12	416

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Aunque la mayoría de los datos existentes sobre la transición epidemiológica mencionan que las enfermedades conocidas como de pobreza (infecciosas), han disminuido en gran cantidad, de acuerdo a lo obtenido en el análisis de las cédulas son un problema de importancia en los adultos jóvenes y mayores sobre todo en las enfermedades diarreicas, se reafirma lo que diferentes autores comentan, las enfermedades crónico-degenerativas son las que tienen mayor incidencia sobre todo a mayores de 40 años de edad.

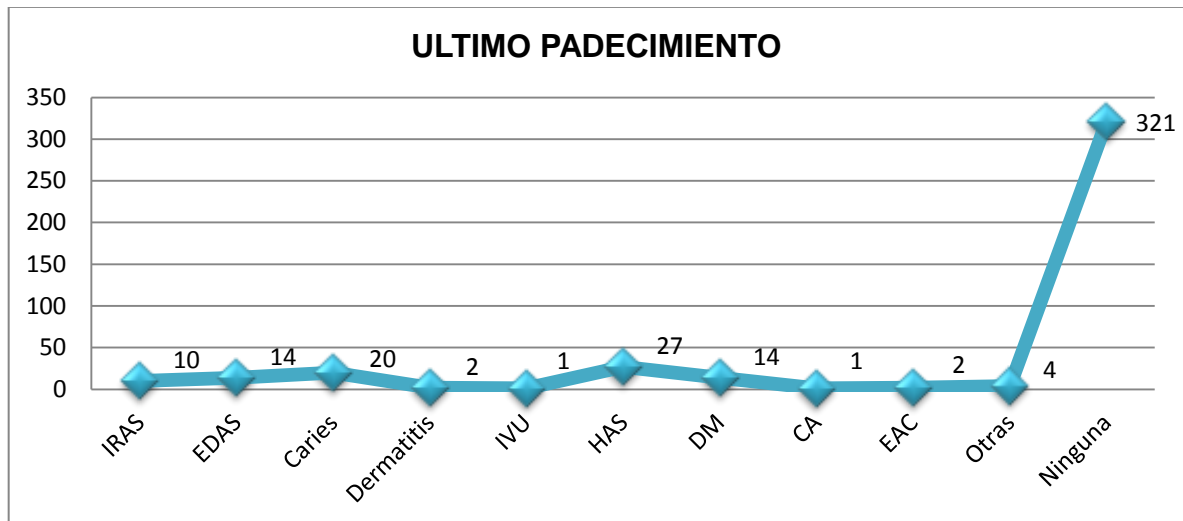
Se dice que para que podamos hablar de transición epidemiológica debe haber un cambio en cuatro fenómenos: la composición por causa de la mortalidad, la estructura por edad de la mortalidad, el peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico y el significado social de la enfermedad. Analizando lo anterior podemos darnos cuenta que la transición epidemiológica en nuestro país está detenida desde hace años, siguen apareciendo muertes por enfermedades infecciosas, desnutrición y sobre todo han aparecido en las listas nuevas enfermedades infecciosas como el VIH.

Tabla No.15 Ultimo padecimiento, en el AGEB 009A

ULTIMO PADECIMIENTO	Fo.	%
IRAS	10	2.4%
EDAS	14	3.4%
Caries	20	4.8%
Dermatitis	2	0.5%
IVU	1	0.2%
HAS	27	6.5%
DM	14	3.4%
CA	1	0.2%
Enfermedades articulares crónicas	2	0.5%
Otras	4	1.0%
Ninguna	321	77.1%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.15 Ultimo padecimiento, en EL AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Aproximadamente el 30% de la población mexicana padece hipertensión arterial (alrededor de 15 millones de mexicanos son hipertensos).

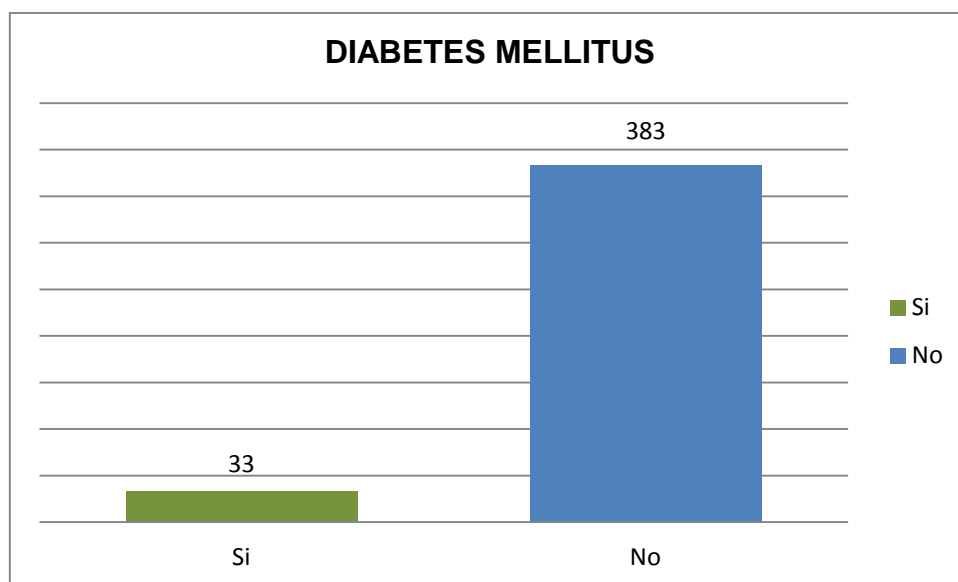
En el AGEB 009A y de acuerdo a los datos recabados por medio de las cédulas, el problema que más prevalece es este con un 6.49 %. El 77.16 % de la población encuestada comenta que no han padecido ninguna enfermedad en el último año, es evidente que eso no es imposible, sin embargo se respetaron las respuestas brindadas por la población. De acuerdo a ello se realizara el plan de intervención que pueda disminuir los índices de hipertensión en la comunidad y sobre todo que ayude a prevenir las múltiples complicaciones de la misma.

Tabla No.16 Diabetes mellitus, en el AGEB 009A

Diabetes mellitus	Fo.	%
Si	33	7.9%
No	383	92.1%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.16 Diabetes mellitus, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: En la ENSANUT 2012, tanto en hombres como en mujeres se observó un incremento importante en la proporción de adultos que refirieron haber sido diagnosticados con diabetes en el grupo de 50 a 59 años de edad, similar en mujeres (19.4%) y en hombres (19.1%). Para los grupos de 60 a 69 años se observó una prevalencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (26.3 y 24.1%, respectivamente) que se acentuó en el grupo de 70 a 79 años (27.4 y 21.5%, respectivamente).

De la población de 20 años de edad o más con diagnóstico médico previo de diabetes, 9.6% se realizó la determinación de hemoglobina glicosilada en los últimos 12 meses, 10% en mujeres y 9.1% en hombres.

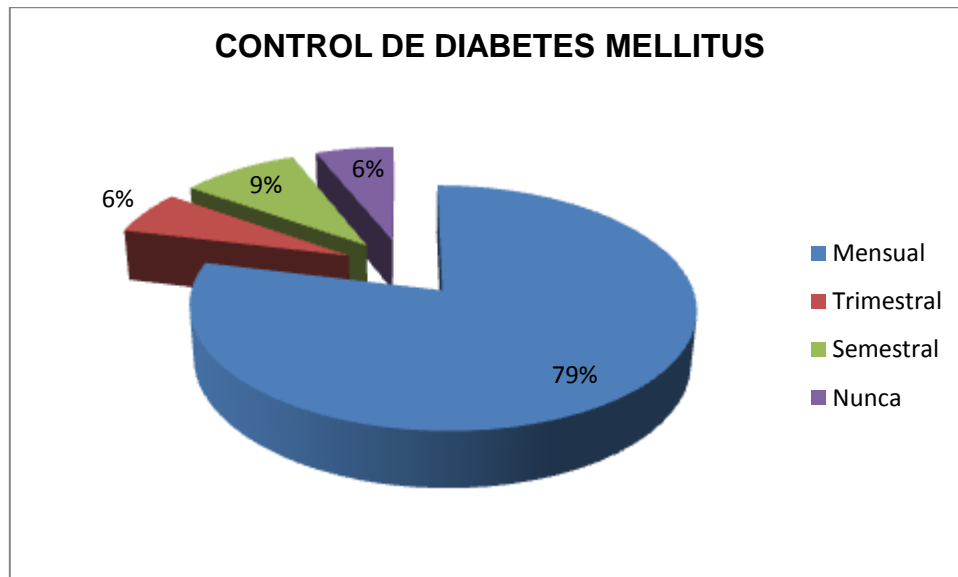
Afortunadamente, según la información procesada solo un 7.93 % de la población encuestada padece esta enfermedad, sin embargo es importante tomar en cuenta las cifras anteriores que muestran el panorama general de todo el país, con la finalidad de no perder de vista la importancia de prevenir esta enfermedades y dar un diagnóstico oportuno que pueda ayudar a disminuir los casos y sobre todo las complicaciones de la misma.

Tabla No.17 Control de diabetes mellitus, en el AGEB 009A

Control de diabetes mellitus	Fo.	%
Mensual	26	78.7%
Trimestral	2	6.1%
Semestral	3	9.1%
Nunca	2	6.1%
Total	33	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.17 Control de diabetes mellitus, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo a la ENSANUT 2012, respecto al porcentaje de personas con diabetes, se observó que un poco más de 80% de las personas con diagnóstico médico previo, recibe tratamiento médico para su control.

En la actualidad dentro de los centro de salud existen diferentes estrategias para un control que permita prevenir las múltiples complicación de la diabetes, cada uno de los pacientes es revisado mensualmente los datos que se recaban en la consulta son registradas en una tarjeta, los tratamientos no solo son farmacológicos, se combinan con

la promoción de estilos de vida saludable, lo es posible con la creación de grupos de auto ayuda.

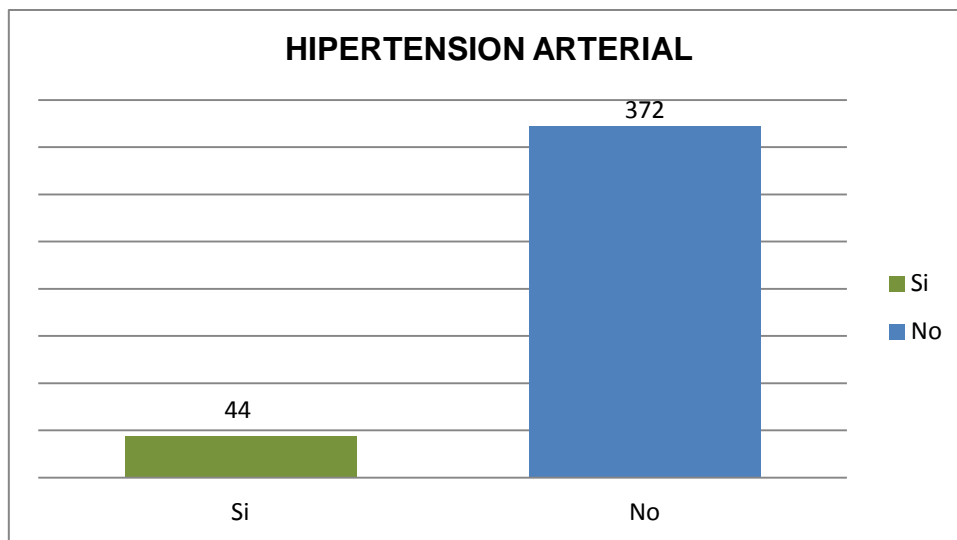
En la población en estudio el 78 .7 % de los pacientes que padecen diabetes están acudiendo mensualmente al médico y solo un 6.06% nunca han acudido al médico aun conociendo su diagnóstico.

Tabla No.18 Hipertensión arterial, en el AGEB 009A

Hipertensión arterial	Fo.	%
Si	44	10.6%
No	372	89.4%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.18 Hipertensión arterial, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

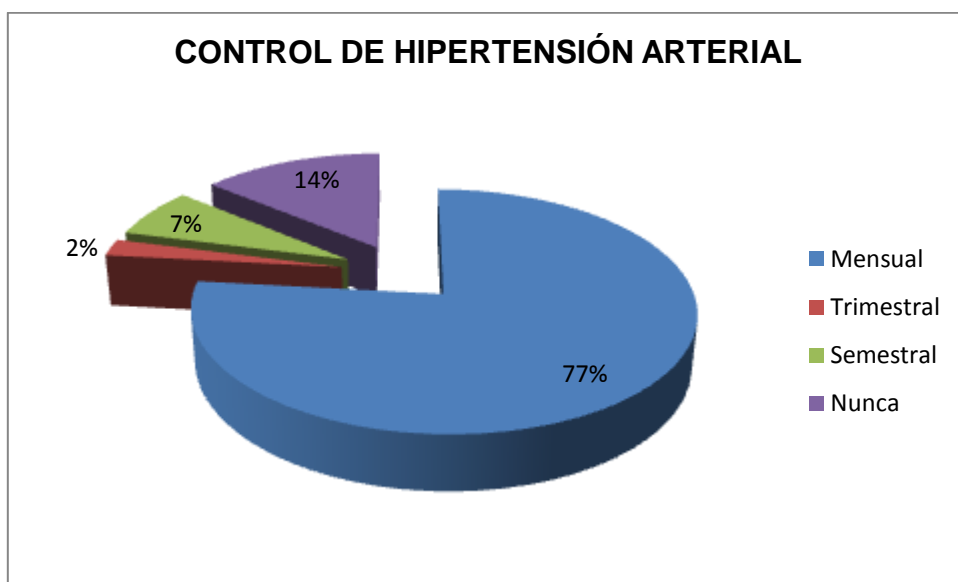
Análisis: De acuerdo a datos de la ENSANUT 2012 en el país 33.3 % de los hombres y 30.8 % de mujeres padece hipertensión arterial. En ambos casos la prevalencia más baja se registró en el grupo de 20 a 29 años de edad y la más alta en el grupo de 80 o más años. Si realizamos una comparación diabetes versus hipertensión, nos daremos cuenta que al igual que en el país, en la comunidad del AGEB 009A existen mayor número de personas afectadas por hipertensión arterial 10.58%, siendo este, el mayor problema de salud de la población en estudio.

Tabla No.19 Control de hipertensión arterial, en el AGEB 009a

Control de hipertensión arterial	Fo.	%
Mensual	33	76.7%
Trimestral	1	2.3%
Semestral	3	7.0%
Nunca	6	14.0%
Total	43	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.19 Control de hipertensión arterial, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo a datos de la ENSANUT 2012 en el país, los individuos con diagnóstico previo de hipertensión, 73% reportó estar en tratamiento farmacológico para la atención de la misma, en tanto que 76% reportó medirse la tensión arterial al menos una vez al mes.

Afortunadamente al igual que para hipertensión existen programas de detección y control para esta enfermedad, lo cual ha permitido disminuir las complicaciones por un mal

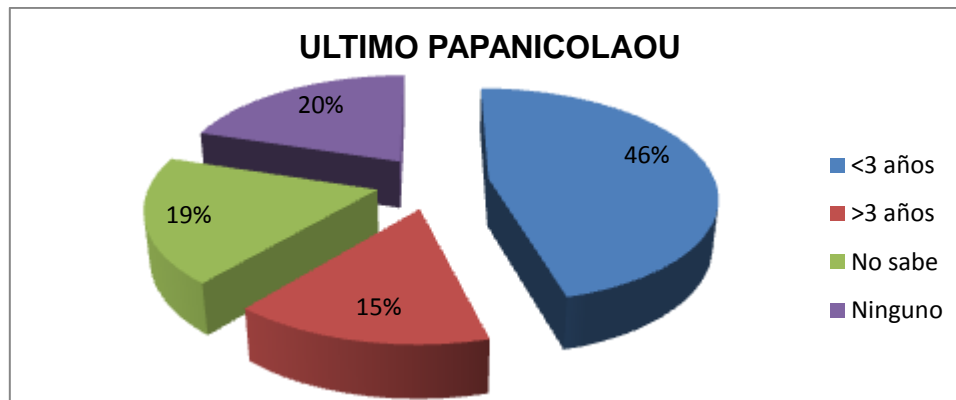
diagnóstico. El 76.74% de la población en estudio que padece esta afección lleva un control mensual, y es preocupante que el 13.95% no lo lleva a cabo, este dato será tomado en cuenta en el momento que se analice la priorización de riesgos y daños utilizando el método de Hanlon.

Tabla No.20 Ultimo Papanicolaou, en el AGEB 009A

Ultimo Papanicolaou	Fo.	%
<3 años	66	45.8%
>3 años	22	15.3%
No sabe	27	18.8%
Ninguno	29	20.1%
Total	144	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.20 Ultimo Papanicolaou, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Aunque de acuerdo a la gráfica el 45.83% de la población femenina con vida sexual activa se realiza la prueba de citología exfoliativa cada 3 años o menos, es preocupante ver que el 20.14% nunca se lo ha realizado, como es de conocimiento este examen es muy importante para la detección oportuna de problemas cervicales, lo cual a su vez ayuda al diagnóstico de cáncer cervicouterino es cual se encuentra dentro de las primeras causas de morbilidad de la población femenina no solo en México si no en el mundo.

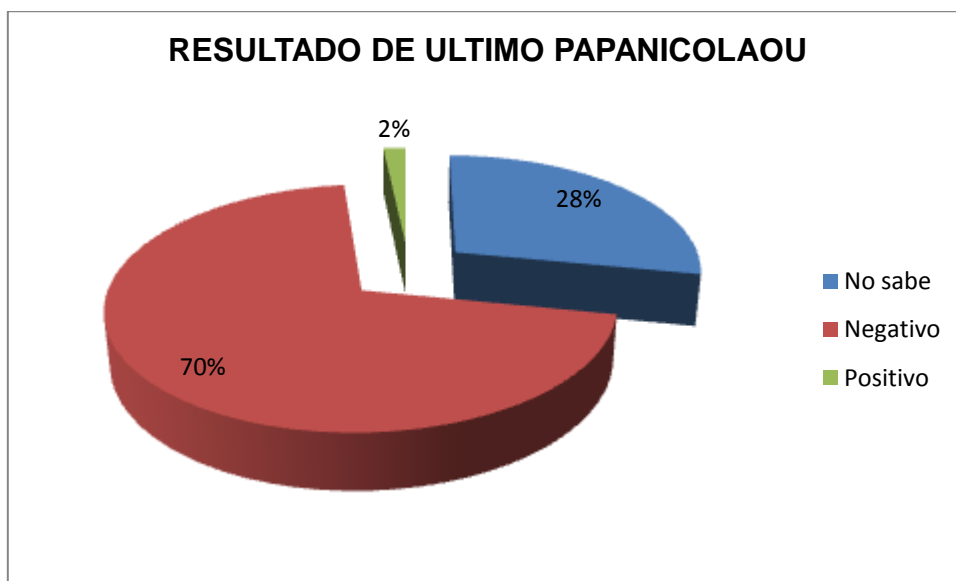
En México cada dos horas muere una mujer a consecuencia del cáncer cervicouterino. Desafortunadamente en la actualidad la mayoría de las mujeres deben trabajar para ayudar en la manutención de su familia, lo cual implica un problema para la realización de esta prueba de detección.

Tabla No.21 Resultado de ultimo Papanicolaou, en el AGEB 009A

Resultado de ultimo Papanicolaou	Fo.	%
No sabe	32	28.1%
Negativo	80	70.2%
Positivo	2	1.7%
Total	114	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.21 Resultado de ultimo Papanicolaou, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: En México, cada dos horas muere una mujer por cáncer cervicouterino. Tristemente nueve de cada 10 de estos fallecimientos ocurren por la falta de un diagnóstico oportuno, pues una parte importante de los casos es detectada en etapas avanzadas, cuando las oportunidades de curación son menores.

Actualmente, en la República Mexicana la prevalencia en la utilización de la citología exfoliativa en mujeres de 20-50 años de edad ha sido relativamente baja: 127 de cada 100 mil mujeres se han practicado la prueba alguna vez, y 145 de cada 100 mil no lo han.

Además, como muestran Lazcano, Nájera, Alonso, Buiatti y Hernández, las mujeres acuden tardíamente a los servicios de detección de cáncer (en 55% de los casos de cáncer cervical porque tenían síntomas ginecológicos).

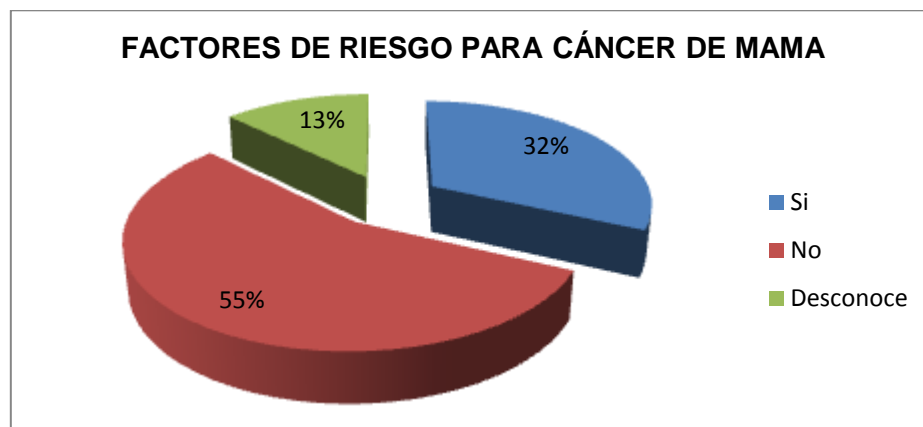
De acuerdo a los datos obtenidos en las cédulas un 70.18 % de las mujeres que se han realizado la prueba han tenido un resultado negativo y es preocupante que 28.07 % no se han realizado la prueba. Lo cual comprueba lo antes mencionado y es algo que en un futuro repercutirá en la salud de diferentes mujeres por un autocuidado inadecuado.

Tabla No.22 Factores de riesgo para cáncer de mama, en el AGEB 009A

Factores de riesgo para cáncer de mama	Fo.	%
Si	50	31.9%
No	87	55.4%
Desconoce	20	12.7%
Total	157	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.22 Factores de riesgo para cáncer de mama, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

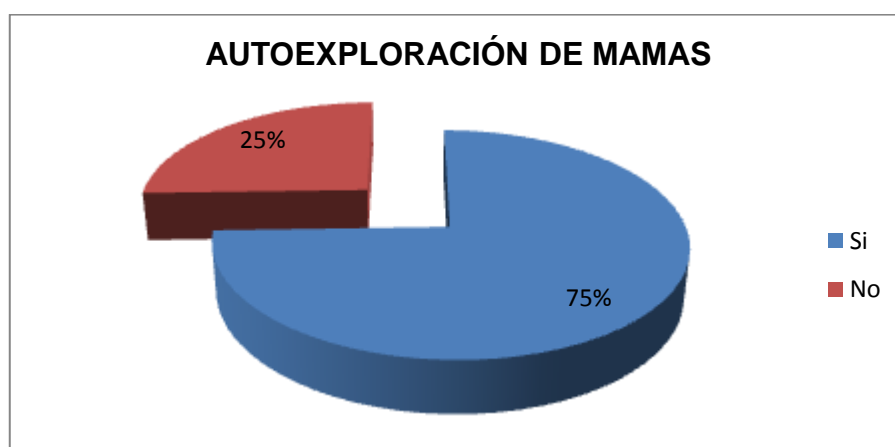
Análisis: Según datos de la guía de práctica clínica existen diversos factores de riesgo para padecer cáncer de mama, los cuales son: cáncer de mama en alguna familiar de primer grado, historia paterna de dos o más familiares que padezcan o hayan padecido cáncer de mama, cáncer de ovario en familiar menor de 50 años, antecedentes de familiares con otros tipos de cáncer como, sarcoma, endometrio, colon y colon, mujer con antecedentes de familiar judío. Según los datos procesados y descritos en la gráfica, el 55.41 % de la población no tiene factores de riesgo de padecer cáncer de mama y el 12.7% lo desconoce.

Tabla No.23 Autoexploración de mamas, en el AGEB 009A

Autoexploración de mamas	Fo.	%
Si	114	74.5%
No	39	25.5%
Total	153	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.23 Autoexploración de mamas, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

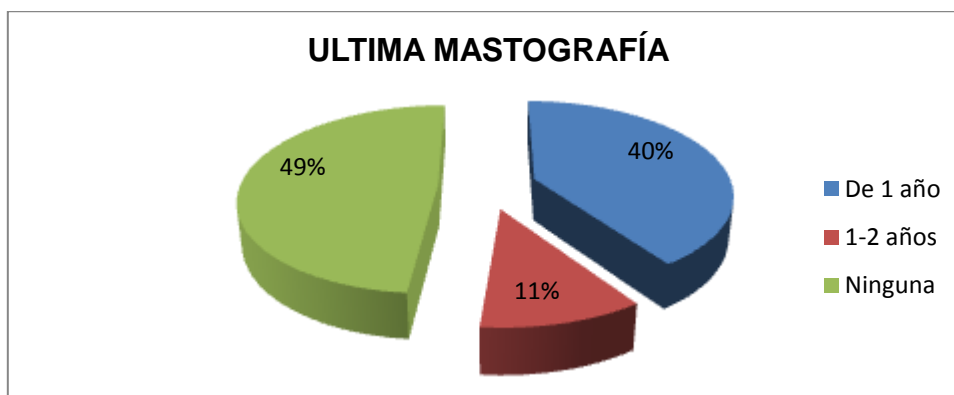
Análisis: La autoexploración de mamas es uno de los procedimientos esenciales que pueden ayudar a una detección oportuna de problemas en las glándulas mamarias y sus anexos, en México según reportes de la ENSANUT 36.31% de las mujeres de 20 años o más acudió a exploración clínica de senos, según el análisis de los datos de la investigación el 74.51 % de las mujeres se realiza autoexploración de mamas y el 25.49% no lo realiza, aunque la mayor parte de las mujeres aplica esta técnica de detección oportuna de cáncer de mama, es preocupante que en esta época exista un alto porcentaje de mujeres que no lo realizan, por diversas causas.

Tabla No.24 Ultima mastografía, en el AGEB 009A

Ultima mastografía	Fx	%
De 1 año	40	40.4%
1-2 años	11	11.1%
Ninguna	48	48.5%
Total	99	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Tabla No.24 Ultima mastografía, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo a la ENSANUT, 15% de las mujeres de 40 a 49 años y 26% de las de 50 a 69 años acudió a realizarse una mastografía en los 12 meses previos al levantamiento de la encuesta.

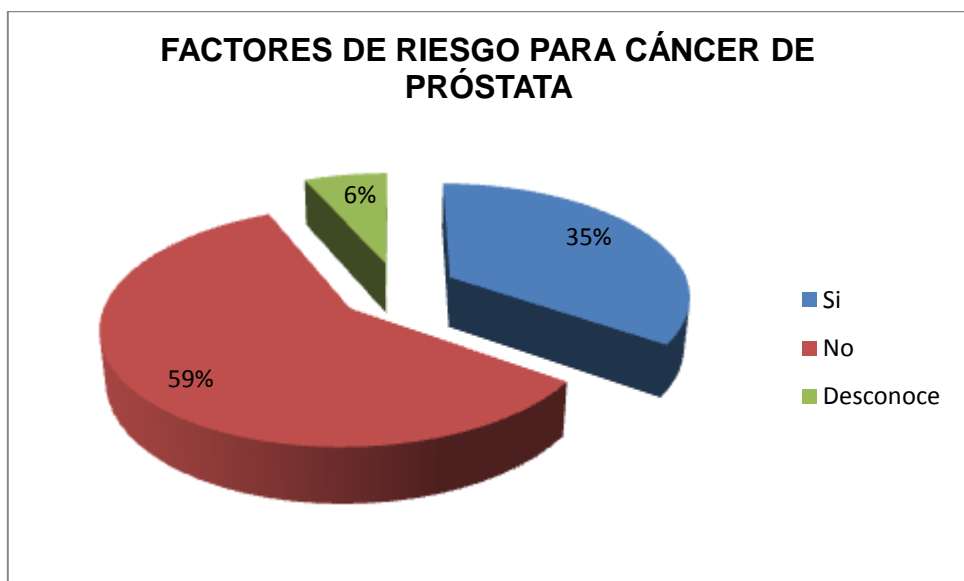
Haciendo una comparación de estos datos y los recabados con ayuda de la cedula de microdiagnóstico, podemos ver que las cifras son similares, ya que la mayor parte de las mujeres 48.48% nunca se han realizado una mastografía, en la actualidad el acceso a estos servicios es mejor que en años anteriores, el gobierno ha brindado medidas que ayuden a la detección oportuna de cáncer de mama, sin embargo en muchas ocasiones la falta de información o la difusión inadecuada de la misma es la primer causa de que las mujeres no utilicen este recurso.

Tabla No.25 Factores de riesgo para cáncer de próstata, en el AGEB 009A

Factores de riesgo para cáncer de próstata	Fo.	%
Si	58	34.7%
No	98	58.7%
Desconoce	11	6.6%
Total	167	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Tabla No.25 Factores de riesgo para cáncer de próstata, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo a la Guía de práctica clínica sobre la prevención y detección temprana de cáncer de próstata en primer nivel de salud, los principales factores de riesgo para la misma son: antecedentes familiares, El cáncer de próstata familiar se presenta en el 9% de los pacientes confirmados; es definido cuando dos o más familiares afectados han desarrollado la enfermedad a edad temprana (antes de los 55 años). Los pacientes con cáncer de próstata hereditario usualmente lo presentan seis a siete años antes que aquellos con cáncer espontáneo ; hombre con factores de riesgo familiar mayor de 40 años y hombres sin factor de riesgo familiar mayor de 50 años; raza negra.

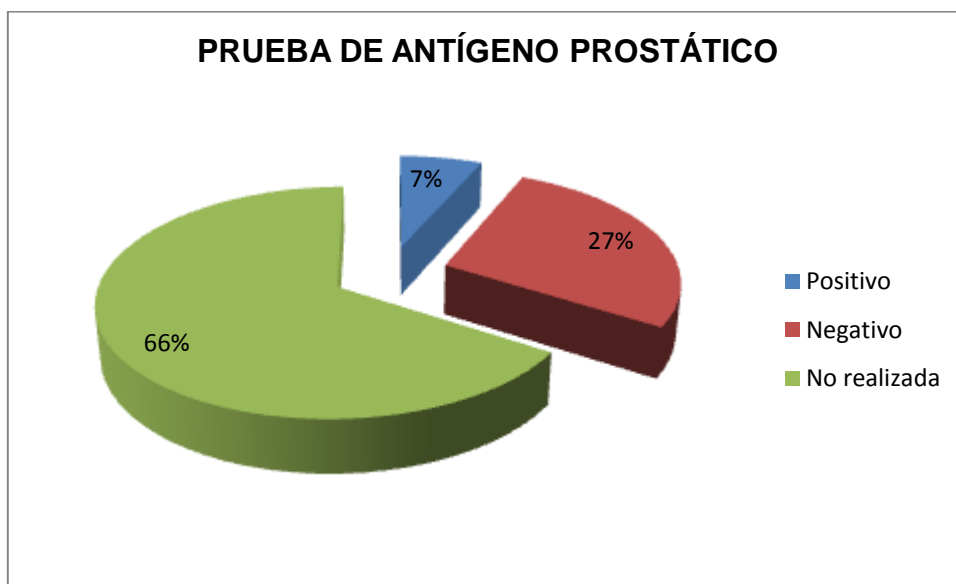
De acuerdo a los datos procesados en la población masculina el 58.68% no tiene factores de riesgo y un 6.59 % desconoce tenerlos. Desafortunadamente los hombres son los que acuden con menor frecuencia a un servicio médico de control, por ello es importante que aquellos que tienen factores de riesgo, principalmente familiares, acudan a solicitar la prueba rápida para la detección de cáncer de próstata.

Tabla No.26 Prueba de antígeno prostático, en el AGEB 009A

Prueba de antígeno prostático	Fo.	%
Positivo	7	6.6%
Negativo	29	27.4%
No realizada	70	66.0%
Total	106	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.26 Prueba de antígeno prostático, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Según datos de la ENSANUT, el porcentaje de hombres adultos de 60 años o más que se realizó la prueba de detección de cáncer de próstata por medio de antígeno prostático se ha mantenido constante entre 2006 y 2012, al ser 10.4% en 2006 y 9.5% en 2012. Además, 2.5% de los hombres de 20 años o más acudió en los 12 meses previos a la encuesta a la prueba de tacto rectal.

Como se puede notar en la gráfica los datos brindados a nivel nacional son muy parecidos a los recabados en la población en estudio, la mayor parte el 66.04% nunca se ha realizado la prueba y solo el 6.60% han tenido un resultado positivo.

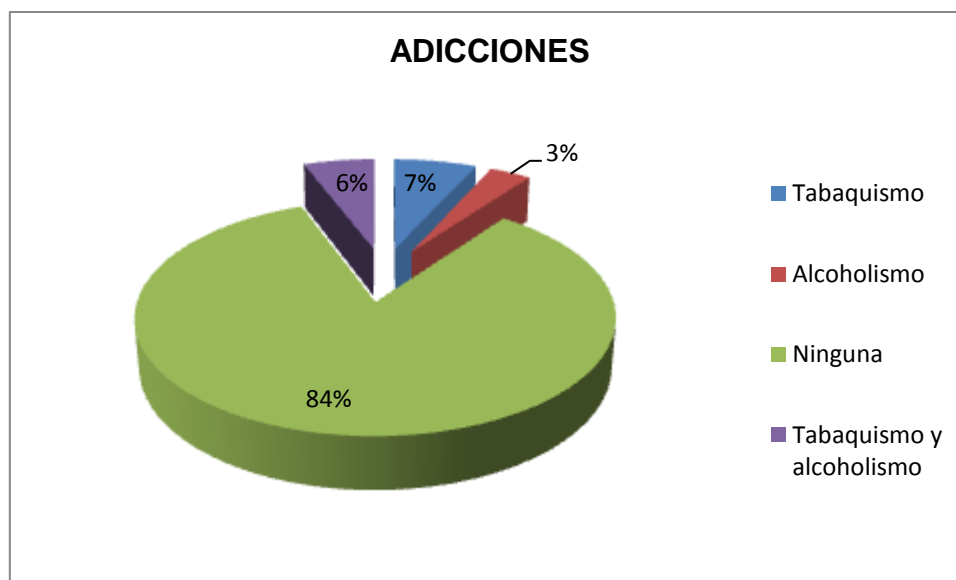
Es importante tomar en cuenta que este dato es útil para conocer las cifras de morbilidad y mortalidad de cáncer prostático, la cual día a día incrementa. Toda esta problemática se da por que los hombres deben trabajar, tienen poco tiempo y son menos interesados para su salud.

Tabla No.27 Adicciones, en el AGEB 009A

Adicciones	Fo.	%
Tabaquismo	28	6.7%
Alcoholismo	14	3.4%
Ninguna	350	84.1%
Tabaquismo y alcoholismo	24	5.8%
Total	416	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.27 Adicciones, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: De acuerdo a la ENSANUT, en el país los datos de adicciones son los siguientes: La prevalencia de consumo diario de tabaco se ha mantenido estable entre los adultos (12.4% en 2000 a 11.8% en 2012). El promedio de cigarrillos consumidos por los fumadores diarios adultos disminuyó de 8.2 cigarrillos/día en 2000 a 6.3 cigarrillos/día en 2012 (diferencia estadísticamente significativa).

En el consumo del alcohol en hombres 7.3% nunca han tomado, 1.6% diariamente, 12.4% semanalmente, 22.2% mensualmente, 25% ocasionalmente y un 31.5% nunca se ha

emborrachado; en el caso de las mujeres 31.7% nunca han tomado, .4% diariamente, 1.6% semanalmente, 4.7% mensualmente, 17.3% ocasionalmente y un 43.9% nunca se ha emborrachado. De acuerdo a los datos recabados en la población el 84.13% no fuma ni toma y el 6.73 % solo fuma, aunque son datos muy alentadores, es importante recordar que la información es subjetiva y dista mucho de la nacional.

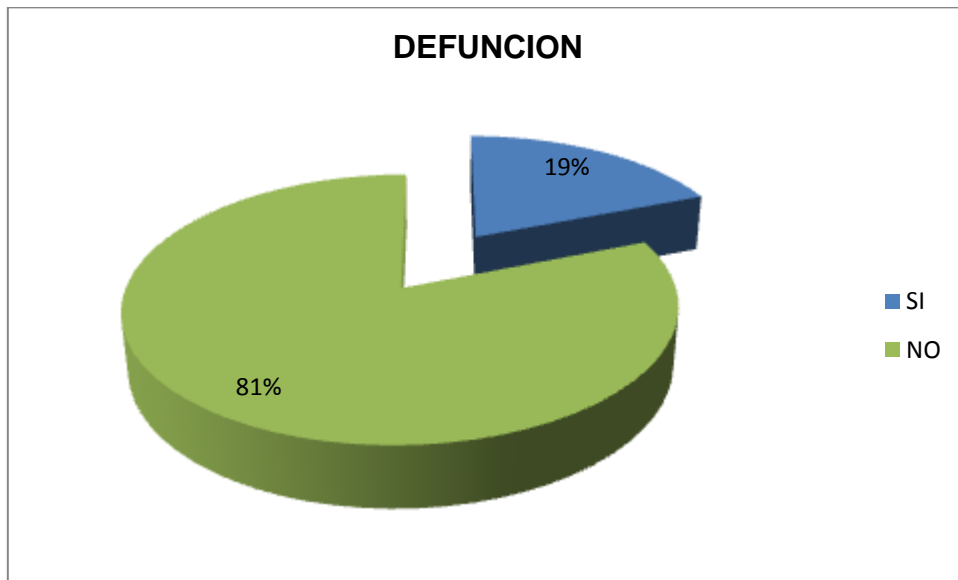
En nuestro país, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública. Los estudios recientes refieren tendencias que apuntan hacia dos vertientes: por un lado, se observa que la edad de inicio en el consumo es cada vez menor; por otro, se registra un aumento en la disponibilidad de drogas lícitas como la venta de cigarrillos por pieza y la obtención de bebidas alcohólicas, incluso adulteradas; así como en la facilidad de conseguir drogas ilícitas entre la población estudiantil, derivado de las nuevas estrategias de comercialización de la delincuencia organizada, conocidas como “narcomenudeo”.

Tabla No.28 Defunciones, en el AGEB 009A

Defunción	Fo.	%
Si	19	19%
No	81	81%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.28 Defunciones, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

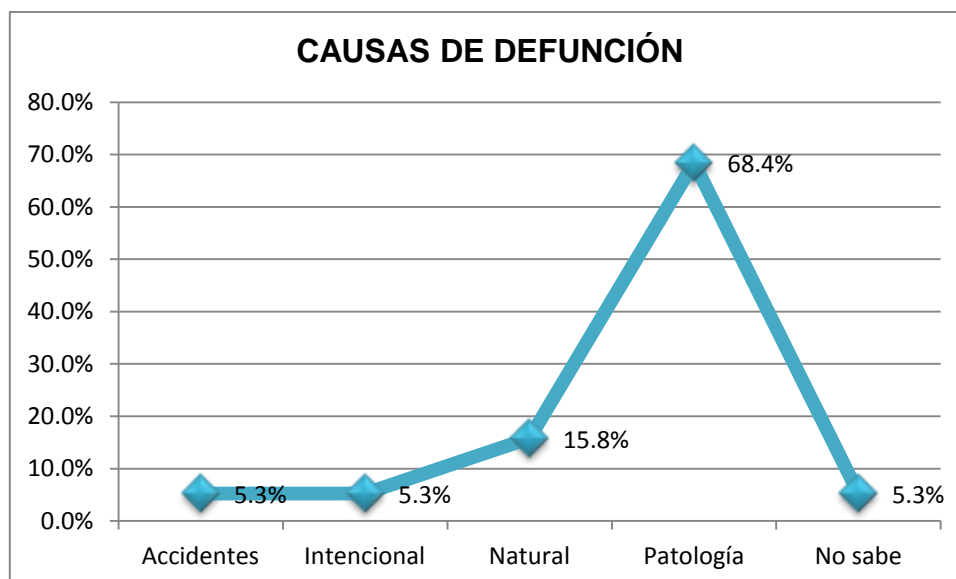
Análisis: Según datos del INEGI la tasa bruta de mortalidad en el 2007 es de 5.7, en el año 2011 en todo el país hubieron 590, 693 personas, 332, 646 eran hombres, 257,468 mujeres y 579 no especificados. En la población encuestada del AGEB 009A la mayoría de las familias no ha tenido la pérdida de algún integrante de la familia que vivía en el hogar.

Tabla No.29 Causas de defunción, en el AGEB 009A

Causas de defunción	Fo.	%
Accidentes	1	5.3%
Intencional	1	5.3%
Natural	3	15.8%
Patología	13	68.4%
No sabe	1	5.3%
Total	19	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.29 Causas de defunción, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: En el país las 5 principales causas de muerte en la población general son las siguientes: enfermedades del corazón, diabetes, tumores malignos, accidentes, enfermedades del hígado y enfermedades cerebrovasculares.

No se especifica por grupo de edad o sexo, porque la recolección de los datos no fue realizada de esa manera. De acuerdo a la información procesada el 68.42% de las muertes dentro de las familias encuestadas fue por patología, no especificando cual, por

razones de análisis. Y un 5.26% comento que ha sido por accidente, de forma intencional y por razones desconocidas.

De acuerdo a los datos de INEGI desde hace algunos años se ha agregado de manera ascendente la causa de muerte de forma intencional, debido al aumento de enfermedades de desorden emocional. Siendo esta una de las principales causas de muerte en adolescente y adultos jóvenes.

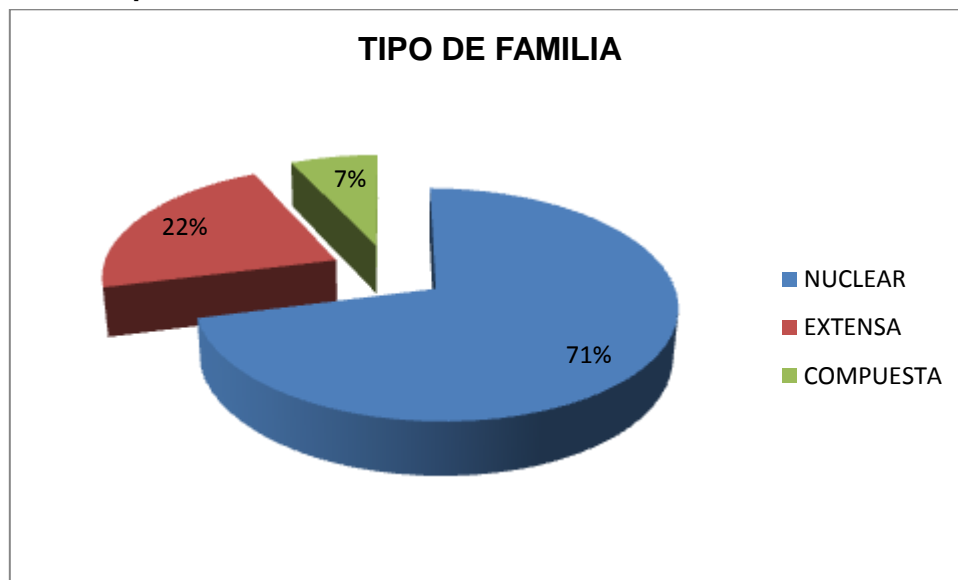
FORMAS DE ORGANIZACIÓN

Tabla No.30 Tipo de familia, en el AGEB 009A

Tipo de familia	Fo.	%
Nuclear	71	71%
Extensa	22	22%
Compuesta	7	7%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Grafica No.30 Tipo de familia, en el AGEB 009A



Fuente: Cedula de microdiagnóstico aplicada a los habitantes del AGEB 009A en el periodo de Octubre- Noviembre de 2012.

Análisis: Según reportes de INEGI en el año 2005 en el país existían 24 803 625 de hogares de los cuales; 16 927 956 eran nucleares, 5 862 232 extensos, 115 109 corresidentes y 1 859 252 unipersonales. Coincidiendo con los datos recabados con ayuda de la cedula de microdiagnóstico, en la cual obtuvimos un 71% de las familias son nucleares y solo un 7 % compuestas. No se muestra un dato más reciente, ya que no se ha procesado esta información estadística.

PRIORIZACIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS MÉTODO DE HANLON

Método de Hanlon.

Problema	Magnitud	Severidad	Eficacia	Factibilidad	Total
Hipertensión arterial	8	6	1.5	1	21
Diabetes mellitus	2	5	1.5	1	10.5
Caries	4	5	1.5	1	16.2
Consulta dental mayor de un año	10	8	.5	0	0
Infecciones respiratorias agudas	2	5	1.5	1	10.5
Enfermedades diarreicas agudas	2	5	1.5	1	10,5
Estado vacunal en adultos	8	8	1.5	0	0

Análisis:

De acuerdo al método de priorización de riesgos y daños "Hanlon", se detectó que el mayor problema de salud es la hipertensión arterial, pudiera ser que el 10.58% de la población en estudio no es de gran importancia, sin embargo es imprescindible tomar en cuenta las cifras que cada día crecen en relación de este padecimiento en nuestro país, el objetivo del primer nivel de salud no es curar enfermedades, si no prevenirlas y reducir la cantidad de personas con este padecimiento. Se considera eficaz abordar este problema, ya que se cuenta con los recursos para realizar diversas actividades preventivas, sin embargo el personal no muestra interés para esta tarea, es factible, las personas se muestran receptivas e interesadas al escuchar información sobre este tema, es pertinente encaminar actividades para abordar este problema, existe factibilidad de recursos educativos, informativos y logísticos con los que cuenta la unidad de salud.

Aunque se haya detectado por medio de este método un problema de salud con mayor importancia, se tomaran en cuenta el problema de caries, diabetes mellitus, enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias, dentro del proyecto.

PLAN DE CUIDADOS



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO 4	CLASE 5	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA DIAGNOSTICA (NANDA) (00182) Disposición para mejorar el autocuidado CARACTERISTICAS DEFINITORIAS Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida , expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar, expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado y expresa deseos de aumentar el autocuidado.		Conocimiento: control de la hipertensión. (1837)	Rango normal de presión arterial sistólica	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso.	Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Rango normal de presión arterial diastólica		Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Complicaciones potenciales de la hipertensión		Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Opciones terapéuticas disponibles		Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Signos y síntomas de exacerbación de la hipertensión.		Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Uso correcto de la medicación prescrita.		Inicial- 2 Propuesto - 4 Obtenido- 4
			Importancia de mantener visitas de seguimiento.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 5



ETIQUETA DIAGNÓSTICA	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA.
<p>Disposición para mejorar el autocuidado</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <p>Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida, expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento del bienestar, expresa deseos de aumentar el conocimiento de estrategias para el autocuidado y expresa deseos de aumentar el autocuidado.</p>	<p>Conocimiento: control de la hipertensión. (1837)</p>	Beneficios de autocontrol continuo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso. 	Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 5
		Programa recomendado para controlar la hipertensión.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 5
		Beneficios de las modificaciones del estilo de vida.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 5
		Estrategias para cambiar los hábitos dietéticos		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
		Estrategias para limitar la ingesta de sodio		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
		Estrategias para potenciar el seguimiento de la dieta.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido-4
		Beneficios de la actividad y ejercicio.		Inicial- 3 Propuesto - 5 Obtenido- 5
		Fuentes acreditadas de información sobre hipertensión.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 5
		Grupos de apoyo disponibles.		Inicial- 4 Propuesto - 5 Obtenido- 5



Secretaría de Salud
Hospital Juárez de México
Escuela de Enfermería
Con Estudios Incorporados a la UNAM



INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
Desarrollo de un programa (8700)	Priorizar las necesidades o los problemas identificados.
	Reunir a un grupo, incluyendo a los miembros adecuados de la comunidad, para examinar la necesidad o el problema prioritario..
	Instruir a los miembros del grupo de planificación de acuerdo con el proceso de planeación, según sea conveniente.
	Identificar las propuestas alternativas para dirigir las necesidades o el problema. Evaluar las propuestas alternativas detallando el coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.
	Elegir la propuesta más adecuada.
	Desarrollar los objetivos para dirigir las necesidades y problemas.
	Describir métodos, actividades y un esquema de plazos para la ejecución.
	Identificar los recursos y las reservas para la realización del programa.
	Planificar la evaluación del programa.
	Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo clave, de los proveedores y de grupos relacionados.
	Conseguir el equipo y los suministros.
	Convencer de las bondades del programa a los participantes a quienes va destinado.
	Facilitar la adopción del programa por parte del grupo o comunidad.
	Observar el progreso de la ejecución del programa.
	Evaluar la relevancia, eficacia y relación coste-eficacia del programa.
Modificar y mejorar el programa.	



INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
Fomentar la salud de la comunidad (8500)	Identificar los intereses efectivos y las prioridades sanitarias con los miembros de la comunidad.
	Proporcionar oportunidades para que participen todos los segmentos de la comunidad.
	Ayudar a los miembros de la comunidad a tomar conciencia de los problemas y los intereses sanitarios.
	Participar en el dialogo para definir los intereses sanitarios de la comunidad y desarrollar planes de acción.
	Facilitar la ejecución y la revisión de los planes de la comunidad.
	Ayudar a los miembros de la comunidad en el desarrollo y la obtención de los recursos.
	Aumentar la red de apoyo a la comunidad.
	Identificar y fomentar los posibles líderes de la comunidad.
	Mantener una comunicación abiertas con los miembros y sus instituciones.
	Proporcionar un entorno en el que se creen situaciones donde los individuos y los grupos se sientan seguros a la hora de expresar sus puntos de vista.
	Desarrollar estrategias para el manejo de conflictos.
Reunión multidisciplinar sobre cuidados. (8020)	Resumir los datos del estado de salud correspondientes a la planificación de cuidados.
	Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica.
	Describir las respuestas de los pacientes y sus familias a las intervenciones de enfermería.
	Buscar las bases de apoyo para la efectividad de las intervenciones de enfermería.
	Debatir el progreso alcanzado en las metas establecidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ELECTRONICAS

- T. HeatherHerdman, PhD, RN. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier España, S. L. Págs.150
- Sue Moorhead, PhD, RN. Marion Johnson PhD, RN. Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN. Elizabeth Swanson, PhD, RN. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.272 y 263
- Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC. Joanne McCloskeyDochterman, PhD, RN, FAAN. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.303, 418, 720 y 552.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO 4	CLASE 2	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA DIAGNOSTICA (NANDA) (00168) Sedentarismo FACTORES RELACIONADOS Falta de motivación, falta de recursos (tiempo, dinero y compañía), falta de entretenimiento para la realización de un ejercicio físico CARACTERISTICAS DEFINITORIAS Elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico, verbalizan preferencia con poca actividad física.		Conducta de fomento de salud. (1602)	Utiliza conductas para evitar los riesgos	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Inicial- 2 Propuesto -5 Obtenido- 4
			Supervisa los riesgos de la conducta personal		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Equilibra actividad y reposo		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Realiza los hábitos sanitarios adecuadamente		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Utiliza recursos físicos y económicos para fomentar la salud.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Utiliza un programa de ejercicios eficaz.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4



INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
Fomento del ejercicio. (0200)	Explorar experiencias deportivas anteriores.
	Determinar la motivación del grupo para iniciar o continuar el programa de ejercicios.
	Explorar las barreras para el ejercicio.
	Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos.
	Animar a los pacientes a empezar o continuar el ejercicio..
	Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios..
	Ayudar al grupo a desarrollar un programa de ejercicios de acuerdo a sus necesidades.
	Ayudar al grupo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
	Ayudar al grupo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
	Realizar ejercicios con el grupo.
	Informar al grupo los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
	Instruir a los pacientes acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico.
	Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa.
	Controlar el cumplimiento del grupo del programa de ejercicios.
	Instruir al grupo acerca de las condiciones que justifiquen el cese o alteración del programa.
	Instruir al grupo en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.
	Enseñar al grupo en técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
Reforzar el programa para potenciar la motivación del grupo.	
Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del grupo.	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ELECTRONICAS

- T. HeatherHerdman, PhD, RN. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier España, S. L. Págs.130
- Sue Moorhead, PhD, RN. Marion Johnson PhD, RN. Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN. Elizabeth Swanson, PhD, RN. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.249
- Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC. Joanne McCloskeyDochterman, PhD, RN, FAAN. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.423.



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA					
DOMINIO 4	CLASE 2	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACIÓN DIANA
ETIQUETA DIAGNOSTICA (NANDA) (00163) Disposición para mejorar la nutrición. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS Ingestas regulares, manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos, manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos, seguridad en el almacenaje de los líquidos y seguridad en el almacenaje de los alimentos.		Conocimiento: dieta. (1802)	Dieta recomendada.	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso.	Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Fundamento de la dieta recomendada.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Ventajas de seguir la dieta recomendada.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Comidas permitidas en la dieta		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Líquidos permitidos en la dieta		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Comidas que deben evitarse		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
			Alimentos que deben evitarse		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4



ETIQUETA DIAGNOSTICA	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	ESCALA LIKERT	PUNTUACION DIANA
Disposición para mejorar la nutrición. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS Ingestas regulares, manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de líquidos, manifestación de conocimientos sobre elecciones saludables de alimentos, seguridad en el almacenaje de los líquidos y seguridad en el almacenaje de los alimentos.	Conocimiento: dieta. (1802)	Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta.	1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso.	Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido- 4
		Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido - 4
		Prácticas nutricionales saludables.		Inicial- 2 Propuesto - 5 Obtenido - 4



INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
Desarrollo de un programa (8700)	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y respeto.
	Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
	Facilita la identificación de las conductas alimentarias del que desea cambiar.
	Proporcionar información de la necesidad de modificar la dieta por cuestiones de salud.
	Brindar información a material informativo y atractivo.
	Determinar el conocimiento por parte del paciente sobre los 4 grupos alimenticios. Comentar los gustos y aversiones alimenticias del paciente.
	Valorar el progreso de metas de modificación dietéticas alimentarias del paciente.
	Valorar el progreso de metas de modificación dietética a intervalos irregulares.
	Ayudar al paciente a expresar inquietudes a cerca de la consecución de metas.
	Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de estado nutricional.
	Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingesta dietética.
	Colocar material informativo atractivo de guía de comidas.
	Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estadio de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, enfermedades, cultura y economía de la planificación de la forma de cumplir con las necesidades nutricionales.
	Discutir las necesidades nutricionales y la percepción de cada paciente de la dieta prescrita.
	Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente.
Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.	
Disponer una consulta a otros miembros del equipo de cuidados.	



INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
Monitorización nutricional (1160)	Pesar a los pacientes a intervalos definidos.
	Vigilar las tendencias y ganancia de peso.
	Controlar el tipo y cantidad de ejercicio habitual.
	Observar preferencias y selección de comidas.
	Vigilar los niveles de energía malestar, fatiga y debilidad.
	Controlar la ingesta calórica y nutricional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS Y ELECTRONICAS

- T. HeatherHerdman, PhD, RN. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. 2010 Elsevier España, S. L. Págs.130
- Sue Moorhead, PhD, RN. Marion Johnson PhD, RN. Meridean L. Maas, PhD, RN, FAAN. Elizabeth Swanson, PhD, RN. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Cuarta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.249
- Gloria M. Bulechek, PhD, RN, FAAN. Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC. Joanne McCloskeyDochterman, PhD, RN, FAAN. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta edición. 2009 Elsevier España, S. L. Págs.423.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES.

La salud pública como campo de trabajo necesita con urgencia mayor atención, pero sobre todo requiere de personal de salud capacitado para llevar a cabo las funciones esenciales de la misma, en la actualidad se necesita brindar atención a la comunidad a nivel biológico, social y emocional por tal motivo resulta esencial que el personal dedicado a esta tarea se comprometa con las necesidades de la población.

El día 13 de Febrero del año 2007 el presidente Felipe Calderón Hinojosa puso en marcha la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud cuyo objetivo principal era disminuir mediante medidas anticipatorias el impacto de las enfermedades y lesiones sobre los individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto, con ello se pretendía a su vez evitar muertes, reducir las tasas de morbilidad, mejorar los indicadores de calidad, bienestar y asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud.

El país se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica condicionado por los cambios importantes en las tasas de natalidad y mortalidad que se observaron en el país durante el siglo XX, en especial en el periodo de tiempo comprendido entre los años de 1950 a 1975. En este periodo se registraron tasas de fecundidad superiores al 3.0% anual, las cuales disminuyeron rápidamente en los años siguientes.

El resultado de este proceso de transición es que hay menos personas dependientes de cada adulto, lo que puede resultar en una oportunidad para el desarrollo nacional. Sin embargo, en el momento actual también se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, que alcanzará su máximo durante la primera mitad de este siglo. Para 2050 se estima que los adultos mayores conformarán cerca de 28.0% de la población.¹⁸

La epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica difiere en México de lo descrito en otras poblaciones. La Transición Epidemiológica de la Hipertensión Arterial Sistémica en México en el entorno de otras Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto de riesgo

¹⁸ Partida, Virgilio. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México, 2005; 45:9-27.

Cardiovascular, ha ido en aumento. El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) del adulto, tales como hipertensión arterial sistémica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemias, Obesidad y aterosclerosis entre otras, han permitido que éstas entidades nosológicas hayan empatado e incluso superado la prevalencia de las enfermedades transmisibles.

A esta transformación que está ocurriendo en muchos países desarrollados y de aquellos en vías de desarrollo, se ha aplicado el término de “Transición Epidemiológica”. Pero tal vez, el mayor valor de este concepto (como problema de salud pública mundial) es que ahora se reconoce a las ECNT como la primera causa mundial de morbimortalidad en el adulto. El impacto económico-social de las ECNT es devastador para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se trata de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes.¹⁹

De acuerdo al análisis de datos y con ayuda del método de priorización de riesgos y daños de Hanlon se detectó que en el AGEB 009-A el problema más factible de controlar y disminuir es la Hipertensión arterial, ya que a pesar de que se cuenta con guías clínicas de tratamiento para esta patología, así como una norma oficial y datos estadísticos que muestran la gravedad del mismo, el 10.58 % de los entrevistados padecen este problema de salud originado por múltiples circunstancias como la limitación en el acceso a los servicios de salud, el estilo de vida y la necesidad de trabajo para la manutención del hogar. Por lo tanto se realizara un proyecto con diversas intervenciones de prevención y control de este padecimiento.

¹⁹ Secretaría de Salud. Protocolo clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica. México, 2008.

RECOMENDACIONES

En la elaboración del diagnóstico de salud se encontraron áreas de oportunidad en las cuales es recomendable trabajar para favorecer en lo futuro la realización de este tipo de trabajos, como primer punto es importante que todo el personal de salud y administrativos involucrados en la atención a la comunidad cree conciencia sobre la importancia de realizar diagnósticos de salud, como medio de prevención y control de enfermedades, dicha conciencia resolverá la incompreensión de otorgar los tiempos indicados para la realización de esta actividad.

Por otra parte es propicio mencionar que la cedula de microdiagnóstico requiere una reestructuración que permita explotar al máximo la información que se puede obtener de la comunidad, ya que, a pesar de que su conformación permite una entrevista rápida, al momento de tabular datos para la priorización de la información no se obtiene en su mayoría información de relevancia que facilite la realización del diagnóstico de salud, en el apartado de daños a la salud la información obtenida no permite un estudio a profundidad.

Se sugiere al personal que labora en el C.S.U.T III Romero Rubio, se acerque y coordine con las instituciones educativas de su correspondencia con la finalidad de conocer y valorar las necesidades de estas sedes y proveer de cuidados de calidad que favorezcan los estilos de vida saludables para la prevención de enfermedades y el control adecuado de los procesos mórbidos ya existentes.

ANEXO

Cronograma de actividades del diagnóstico de salud.

Mes	Octubre				Noviembre							Diciembre							Enero							Febrero							Marzo																		
Días	1	1	1	31	1	2	2	2	2	2	2	2	3	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0	0	0	2	2			
Actividades	6	8	9		3	1	2	3	6	7	8	9	0	3	4	5	9	0	1	4	6	7	8	9	2	3	4	3	4	5	8	9	0	0	1	2	5	6	7												
Aplicación de cedula de microdiagnóstico en el AGEB 009A.	■	■	■		■												■											■																							
Asesorías escolares.			■		■												■											■																							
Elaboración de marco teórico.					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																		
Tabulación de datos					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																		
Elaboración de tablas y gráficas.																	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																							
Priorización de riesgos y daños.																												■	■	■	■																				
Elaboración de plan de cuidados.																																																			
Elaboración de conclusiones y recomendaciones.																																																			
Conclusión.																																																			

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años se han venido desarrollando una serie de cambios en las tendencias y desafíos que debe enfrentar la Salud Pública. Un aumento de las enfermedades no transmisibles tales como problemas de salud mental, enfermedades cardiovasculares y cáncer, obligan a la Salud Pública a replantearse y buscar nuevas estrategias que tienen que ver esencialmente con las dimensiones sociales y culturales asociadas a estos problemas de salud en la sociedad actual.

Se ha comprobado que un mayor control sobre las condicionantes y factores de riesgo derivados de los estilos de vida no saludables se logra sólo a través de cambios conductuales, potenciando los factores protectores de manera de influir positivamente en la salud de la población. La salud como categoría individual y social, puede abordarse con diversas estrategias de intervención, encaminadas al logro de acciones de prevención en los diferentes grupos sociales de la comunidad, con el fin de fomentar modos y estilos de vida saludables para sus miembros.

El presente trabajo muestra un proyecto de intervención realizado en el Centro de Salud Urbano T. III. "Romero Rubio", basado en un diagnóstico de salud elaborado en el AGEB 009A perteneciente a esta institución de salud. El problema detectado en el diagnóstico según el método de priorización de riesgos y daños de Hanlon es Hipertensión. Por lo cual se diseñó el presente, teniendo como eje este problema que no solo atañe a la población en estudio, sino también de acuerdo a datos estadísticos está afectando a nuestro país.

Una de las herramientas fundamentales para lograr cambios en las sociedades tendientes a la disminución de factores de riesgo y el mejoramiento de la calidad de vida es la Promoción, concepto eminentemente social que involucra al individuo, familia, comunidad y sociedad en un proceso de cambio direccionado hacia el mejoramiento de las condicionantes de salud como un componente de la calidad de vida, es por ello que se planearon estrategias que permitan a la población adquirir conocimiento sobre Hipertensión Arterial, y de esta manera promover estilos de vida saludable, no solo para los participantes en el programa, sino también para sus familias. De igual manera se realizaron detección de esta enfermedad en personas mayores de 20 años de edad, para poder prevenir o tratar la enfermedad de forma oportuna.

MARCO TEÓRICO

Teoría del cuidado humano de Jean Watson.

La Teoría del Cuidado Humano, aporta conceptos con la relación transpersonal, la fenomenología y el cuidado como esencia de la práctica de enfermería, que moviliza al paciente hacia la armonía entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador, generando conocimiento, respeto y ayuda mutua, rescatando siempre la dignidad humana en la asistencia de enfermería, dentro de un marco de amor.

El cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies. Desde el siglo XIX, enfermería, tiene una relación con la práctica médica, el cuerpo del ser humano pasó a ser objeto del médico y el ambiente de enfermo a la práctica de enfermería. A partir de allí se desarrollaron los conceptos dominantes de la disciplina: persona, entorno, salud y disciplina de enfermería.²⁰

La doctora Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.²¹

El cuidado lleva a otro a crecer a realizarse y enfrentar dificultades propias de la vida.²² Es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado, pues permite la preservación de la especie en la historia y espacio.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, y Yalom; Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las

²⁰ Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. . Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería. México. 2007: 3.

²¹ Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.

²² Quintero MC. Espiritualidad y efecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2000: 184.

cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961). Watson, considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia es una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. Donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”.

Conceptos de Metaparadigma de Enfermería.

Persona

Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente

Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado).

Salud

Unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado”²³

Enfermería

Para Watson la enfermería es un arte, cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.²⁴

Conceptos de la teoría de Jean Watson.

Interacción enfermera- paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como íntersubjetivo, responde a procesos de salud – enfermedad, interacción persona – medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera- paciente).²⁵

Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos

²³ Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.

²⁴ Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.

²⁵ IBID, p. 899-909.

subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal: El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

El objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.²⁶

²⁶ WALKER, Op. Cit. P. 988-996.

Anatomía del corazón

El corazón es la bomba muscular que proporciona la energía necesaria para mover la sangre a través de los vasos sanguíneos. Tiene aproximadamente el mismo tamaño que el puño, pero no la misma forma. Mide aproximadamente de 12cms de largo, 9 de ancho y 6 de espesor. Tiene un peso promedio de 250g y 300g en mujeres y hombres adultos respectivamente.

Este órgano se localiza en el mediastino, una masa de tejido que se extiende desde el esternón hasta la columna vertebral y entre los pulmones. Descansa sobre el diafragma y dos terceras partes se encuentran a la izquierda de la línea media del cuerpo.

Cámaras Cardiacas

El corazón se divide en cuatro cámaras. Las dos cámaras superiores se llaman aurículas o atrios y las dos cámaras inferiores se llaman ventrículos. Cada una de ellas se llena con sangre en un momento determinado. En la cara anterior de cada aurícula hay una estructura semejante a una bolsa, llamada orejuela. Ellas aumentan levemente la capacidad de las aurículas, permitiendo recibir un volumen de sangre mayor. En la superficie se pueden observar el surco coronario (rodea casi todo el corazón) y los surcos interventricular anterior y posterior que marcan las divisiones entre los ventrículos derecho e izquierdo.

La aurícula o atrio derecho recibe sangre de la vena cava superior, la vena cava inferior y el seno coronario. La pared posterior es lisa mientras que la pared anterior es trabeculada debido a la presencia de los músculos pectíneos, que también se observan en la orejuela derecha. Entre ambas aurículas se encuentra un tabique delgado llamado septum o tabique interauricular. La sangre pasa de la aurícula derecha al ventrículo derecho a través de una válvula que se llama tricúspide. Esta válvula, al igual que las otras que se mencionarán más adelante, está compuesta de tejido conectivo denso cubierto por endocardio.

El ventrículo derecho forma la mayor parte de la cara anterior del corazón. Internamente contiene una serie de relieves formados por haces de fibras musculares cardiacas llamados trabéculas carnosas. La válvula tricúspide se conecta a unas estructuras llamadas cuerdas tendinosas que a su vez se conectan con los músculos papilares. Los ventrículos derecho e izquierdo están separados por el septum o tabique interventricular.

La sangre pasa desde el ventrículo derecho al tronco pulmonar por medio de la válvula pulmonar. Su destino final son los pulmones, donde la sangre será oxigenada para luego dirigirse a la aurícula izquierda por medio de las venas pulmonares.

La aurícula o atrio izquierdo forma la mayor parte de la base del corazón. A diferencia de la aurícula derecha, esta contiene músculos pectíneos solamente en la orejuela. La sangre pasa al ventrículo izquierdo por medio de la válvula mitral o bicúspide.²⁷

El ciclo cardiaco

El ciclo cardiaco se define como el conjunto de hechos que ocurren en el músculo cardiaco entre un latido y otro. Las aurículas y los ventrículos se contraen y relajan alternadamente trasladando la sangre a través de las cámaras o hacia la aorta y el tronco pulmonar.

Se divide en dos fases:

- Diástole o relajación: en la cual la aurícula o el ventrículo se llena de sangre.
- Sístole o contracción: en la cual la aurícula o el ventrículo expulsan la sangre que contienen.

Se dice que la diástole es un proceso pasivo (que no gasta energía) mientras que la sístole es un proceso activo donde las fibras miocárdicas gastan energía.

La sístole auricular se lleva a cabo cuando las aurículas se contraen mientras que los ventrículos están relajados. Como se indicó anteriormente, esta contracción ocurre como resultado del potencial de acción iniciado por el Nodo Sinoauricular. Durante este proceso se mueven 25 ml de sangre que terminan de llenar los ventrículos. Es importante indicar que 105 ml de sangre pasaron de las aurículas a los ventrículos durante una fase de llenado rápido poco antes de la sístole auricular. Ambas válvulas auriculoventriculares (trícuspide y mitral) se encuentran abiertas en este momento. Simultáneamente a este proceso se está dando la diástole ventricular.

La sístole ventricular se lleva a cabo cuando los ventrículos se contraen mientras que los atrios se relajan. Esta contracción ocurre como resultado del potencial de acción que viaja a través del Haz de His y las Fibras de Purkinge. La presión en el interior de los ventrículos sube y las válvulas auriculoventriculares se cierran. Durante aproximadamente 0.05 segundos, tanto las válvulas semilunares como las

³⁴ IBID, p. 703-707.

auriculoventriculares se encuentran cerradas. A esto se le llama contracción isovolumétrica.²⁸

Cuando la presión del ventrículo derecho se eleva sobre la presión del tronco pulmonar (20 mm Hg aproximadamente) y la presión del ventrículo izquierdo se eleva sobre la presión de la arteria aorta (80 mm Hg aproximadamente), las válvulas semilunares se abren y la sangre fluye hacia afuera del corazón. Algunos autores argumentan que las presiones para abrir las válvulas semilunares es de 120 mm Hg para la aortica y 80mm Hg para la pulmonar. Simultáneamente a este proceso se está dando la diástole auricular.

Cuando la mayor parte de la sangre ha sido expulsada, la sangre contenida en la aorta y el tronco pulmonar tiende a retornar y esto produce el cierre de las válvulas semilunares. Durante la contracción isovolumétrica del ventrículo, los atrios comenzaran a llenarse de sangre nuevamente a la espera de la apertura de las válvulas auriculoventriculares. Cuando la cantidad de sangre sobrepasa cierto límite, las válvulas tricúspide y mitral se abren y el llenado rápido ventricular inicia. Este es el inicio del siguiente ciclo.

Anatomía arterial.

Las arterias son vasos por los que circula la sangre del corazón a los tejidos con el oxígeno y los nutrientes requeridos para estos. Las arterias elásticas de gran calibre nacen en el corazón y se ramifican (dividen) en arterias musculares de diámetro intermedio. Estas arterias musculares se dividen a su vez en otras más pequeñas, las arteriolas. Cuando estas entran en los tejidos se ramifican en incontables vasos microscópicos, conocidos como capilares.

La pared de las arterias tiene tres capas o túnica:

- 1) Túnica o Capa Interna,
- 2) Túnica o Capa Intermedia.
- 3) Túnica o Capa Externa.

Las paredes de algunas de las arterias y arteriolas poseen, además de su túnica elástica, una túnica muscular. La nutrición de estas túnica corre a cargo de los vasa vasorum; su inervación, al de los nervi vasorum (fenómenos vasomotores) Dada su abundancia de

³⁵ Dirección: <http://www.bluejaygallery.com/download/Corazon.pdf>. html.

fibras elásticas, las arterias suelen tener alta distensibilidad, lo cual quiere decir que su pared se estira o expande sin desgarrarse en respuesta a pequeños incrementos de presión.²⁹

Presión arterial.

Fuerza con la que la sangre golpea a la pared arterial, como resultado del latido cardiaco.

Regulación fisiológica de la tensión arterial.

Las dos fuerzas fisiológicas que determinan la tensión arterial son el gasto cardiaco y la resistencia vascular al flujo de sangre (resistencias periféricas). El gasto cardiaco, (cantidad de sangre que impulsa el corazón), depende del volumen sistólico del ventrículo izquierdo y de la frecuencia cardiaca.

La resistencia vascular al flujo de la sangre depende sobre todo del diámetro interior del vaso, y son precisamente las pequeñas arterias y arteriolas (diámetro inferior a 1mm) las que ofrecen mayor resistencia.

La vasoconstricción periférica depende del tono basal (actividad intrínseca del musculo liso vascular), de los metabolitos locales, (Ácido láctico, potasio, CO₂, etc.) que modifican el flujo sanguíneo según la necesidad metabólica, sistemas hormonales locales propios de la pared vascular (prostaglandinas, sistema renina-angiotensina-aldosterona, histamina y serotonina.) hormonas sistémicas circulantes (sistema renina-angiotensina-aldosterona, catecolaminas, vasopresina y prostaglandinas). Y el sistema nervioso autónomo, tanto el adrenérgico (vasoconstrictor y vasodilatador) como el colinérgico.

De entre los múltiples sistemas de control, cuatro son los que desempeñan un papel fundamental en el mantenimiento de la tensión arterial: los baroreceptores arteriales, el metabolismo hidrosalino, el sistema renina-angiotensina-aldosterona y la autorregulación vascular. Estos sistemas no funcionan solos, si uno de ellos no está activado con productos o no de cambios en la tensión arterial, motiva importantes repercusiones en los otros sistemas.

³⁶ TORTORA, Op.cit. p. 741.

Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona.

Como respuesta a la reducción de la tensión arterial o disminución de sodio de los túbulos renales, el aparato yuxtaglomerular del riñón producen renina y la descarga en el torrente sanguíneo, la renina es una enzima producida por las células granulares de las paredes de las arterias aferentes en el glomérulo del riñón.

Una vez en sangre la renina actúa sobre el angiotensinogeno (sustrato de la renina del hígado), produciendo angiotensina I, esta no posee un efecto fisiológico aparente, pero al pasar a través del pulmón, la enzima de conversión de la angiotensina ECA transforma, la angiotensina I en angiotensina II, la cual es un potente vasoconstrictor y regulador de la presencia de sodio, como también el estímulo primario para la producción de aldosterona en la corteza suprarrenal.

La aldosterona es un mineral corticoide que produce la reabsorción de agua y sodio por los túbulos renales. De esa manera se eleva el volumen intravascular y el volumen minuto (cantidad de sangre que bombea el corazón en dicho termino de tiempo).³⁰

Hipertensión arterial

Hipertensión arterial sistémica es un síndrome de múltiple etiología, caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial > 140/90 mmHg (NOM 030 SSA2 1999). Producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico, es considerada como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares: cerebrovasculares, infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Es considerada la 3° causa de discapacidad.

Clasificación:

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

³⁰ IBID, p. 756.

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg

Etapa 3: $\geq 180 / \geq 110$ mm de Hg ³¹

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica ≥ 140 mm de Hg y una presión diastólica < 90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.

Factores de riesgo:

- Hombres mayores a 55 años
- Mujeres mayores a 65 años
- Tabaquismo
- Colesterol total mayor a 240 mg/dl persistente.
- Obesidad
- Sedentarismo
- Antecedentes de enfermedad coronaria en familiares directos menores de 50 años.
- Es más frecuente en las personas de raza negra.

Factores ambientales:

- Estrés
- Hacinamiento
- Ocupación
- Ansiedad
- Depresión
- Agresividad
- Susplicacia
- Tensión contenida

³¹ Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

Factores dietéticos

- Sobrepeso
- Alto consumo de cloruro sódico
- Café
- Alcohol ³²

Cuadro clínico

- Cefalea localizada principalmente en la región occipital, con frecuencia se siente al despertar.
- Sensación de mareo generalmente en pacientes no controlados.
- Visión borrosa (fosfenos)
- Acufenos
- Fatiga muscular
- Debilidad
- Nicturia
- Epistaxis.

Detección

El objetivo de la detección es identificar a todo individuo adulto que esté en riesgo de presentar PA fronteriza o HAS.

Aspectos generales

- La medición se efectuará después de por lo menos, cinco minutos en reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Equipo y características

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial o, en caso contrario, un esfigmomanómetro anerode recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita

³² Farreras-Rozman. Medicina interna. España: Editorial, 2008: 337.

abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.

- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

Técnica

- El observador se sitúa de modo que su vista quede a nivel del menisco de la columna de mercurio.
- Se asegurará que el menisco coincida con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
- Se colocará el brazalete situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
- Mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
- Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
- Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 ó 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinflará a una velocidad de aproximadamente 2 mmHg/seg.
- La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y, el quinto, la presión diastólica.
- Los valores se expresarán en números pares.
- Si las dos lecturas difieren por más de cinco mmHg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá su promedio.

El valor de la presión arterial sistólica y diastólica que se registre corresponderá al promedio de por lo menos dos mediciones hechas con un intervalo mínimo de dos minutos. A los individuos con presión arterial óptima o con presión normal y sin factores de riesgo se les invitará a practicarse la detección cada tres años y se les orientará en el sentido de adoptar o reforzar estilos de vida que contribuyan a prevenir la HAS. Si por algún motivo acuden a los servicios de salud o si su médico lo considera pertinente, se les podrá tomar la PA con intervalos más breves.

Los factores de riesgo no modificables que incrementan la probabilidad de presentar hipertensión arterial son tener padres hipertensos y edad mayor de 50 años; los factores modificables son sobrepeso, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de sal y de

alcohol y estrés psicológico. A los individuos con PA normal, con factores de riesgo o fronteriza, se les invitará a seguir un tratamiento conductual adecuado a fin de reducir la PA. Los individuos que en el momento de la detección muestren una PA > 140 mm de Hg y/o > 90 mm de Hg invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica. A los individuos de 65 años de edad en adelante se les medirá dos veces al año la PA.³³

Diagnostico

El paciente con sospecha de HAS en el examen de detección deberá acudir a confirmación diagnóstica sin medicación antihipertensiva y sin cursar alguna enfermedad aguda. El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial, con cifras igual o superior a las consideradas en la definición de Hipertensión Arterial Sistémica. Cuando la PA sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS se utilizará el valor más alto para clasificarlo. Los individuos con PA óptima o normal serán estimulados para mantener estilos de vida saludables. Aquellos pacientes con PA fronteriza serán enviados a recibir tratamiento conductual con el fin de reducir los niveles de PA al óptimo.

Tratamiento

Recomendaciones generales

1. Recomendar siempre el tratamiento conductual (estilo de vida saludable).
2. El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, bajo la valoración directa de su médico tratante.
3. Descartar inicialmente los medicamentos que estén contraindicados o haya antecedente de efectos adversos o no efectividad.
4. Prescribir el antihipertensivo que por sus efectos además de reducir la presión arterial, beneficie a cada paciente en particular.
5. Reducir la presión arterial (PA) lo más pronto posible, hasta alcanzar la meta.
6. Utilizar las dosis de los distintos fármacos que logren el efecto óptimo, sin o mínimos efectos adversos.
7. Esperar un mínimo de cuatro semanas para evaluar la respuesta terapéutica antes de modificar el esquema.

⁴¹ NOM- 030, Op. cit.

8. Si no se logra la meta, pero sí hay respuesta, combinar con otro fármaco.
9. Si no hay respuesta con determinado fármaco o no fue tolerado, cambiar a otro grupo farmacológico.
10. Si con dos medicamentos no se logra el control, agregar un tercero, considerar inicialmente un natriurético a dosis bajas.
11. Utilizar medicamentos de acción prolongada, con efectos cercanos o mayores a 24 h.
12. Hay que considerar siempre el tratamiento combinado, en cualquier tipo de hipertensión, preferentemente en la misma tableta, a fin de lograr el efecto antihipertensivo lo más pronto posible y favorecer la adherencia.
13. Si se logra el adecuado control durante un año, el médico evaluará la conveniencia de reducir paulatinamente la dosis; incluso hasta suprimir el medicamento, si el tratamiento conductual es suficiente para controlar la PA.
14. En caso de que se logre suspender el tratamiento farmacológico después de un periodo de prueba sin medicamentos, deberá advertirse al paciente continuar bajo estrecha vigilancia médica, debido al riesgo de que vuelva a elevarse la PA por arriba de los niveles normales.³⁴

Tratamiento conductual

1. Control de peso corporal. La obesidad es el principal factor determinante de la HAS. Se presenta beneficio con la reducción cuando menos del 10% del sobrepeso.
2. Actividad física. Se recomienda la práctica de ejercicio dinámico (ejem.: caminata, natación, bicicleta) durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana, o bien incrementar el ejercicio en sus actividades diarias. Siempre iniciar el ejercicio con valoración médica. En caso de ser sedentarios, tener obesidad mórbida o estar en los estadios de hipertensión 2 y 3, se puede iniciar con cinco minutos tres veces al día e incrementar otros cinco en una semana, para llegar a 10 minutos tres veces al día.
3. Consumo de sal. Su ingestión no deberá exceder de 6 g/día de NaCl, esto se logra evitando en lo posible el consumo de alimentos procesados industrialmente que incluyen a los refrescos y limitando la sal de mesa como condimento.
4. Consumo de alcohol. Evitar o, en su caso disminuir el consumo a no más de 30 mL de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla menor de 1.60 m deberán reducir este consumo, a la mitad.

³⁴ Rev Mex Car. Resumen integrado de la NOM-030-SSA2-2009 y Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la HAS. 23 (1): 4A-38^a.

5. Dieta recomendable. Promover el hábito de una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.

6. Tabaquismo. Deberá suprimirse o evitarse.

Metas

- Meta general < 140/90 mmHg
- Personas con diabetes < 130/80 mmHg
- En presencia de proteinuria mayor de 1.0 g e insuficiencia renal < 125/75 mmHg

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un índice de masa corporal < 25; colesterol total < 200 mg/dL; evitar o suprimir el tabaquismo y disminuir el consumo excesivo de sodio y de alcohol.³⁵

Antihipertensivos

Los medicamentos recomendables para el tratamiento inicial, son los natriuréticos, los calcioantagonistas, los IECA y los ARA II.

1. Natriuréticos.
2. Betabloqueadores.
3. Calcioantagonistas (CaA).
4. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).
5. Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARAI).
6. Inhibidores directos de la renina (IDR).³⁶

Complicaciones

Los cambios vasculares, tanto hemodinámicos como estructurales, adquieren especial importancia en el riñón, el corazón y el SNC.

Complicaciones renales.

El riñón puede ser la causa de la hipertensión arterial pero también sufrir sus consecuencias.

1. Flujo sanguíneo renal y filtración glomerular.
2. Natriuresis de presión y diuresis.

³⁵ IBID.

³⁶ IBID, p. 18.

3. Secreción de renina.

4. Hiperuricemia.

Complicaciones cardíacas.

El corazón, sometido a una sobrecarga de trabajo por el aumento de la presión arterial, se hipertrofia. En la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardíaco se mantiene a pesar del aumento de las resistencias periféricas y de la presión arterial sistémica. En ausencia de fracaso ventricular, la frecuencia cardíaca y el volumen de eyección son iguales a los observados en individuos normotensos. En el mantenimiento del gasto cardíaco interviene el aumento del tono simpático. Además, ante un aumento del volumen diastólico, el corazón se dilata y la fuerza de contracción ventricular aumenta (curva de Frank-Starling). Las secuelas cardíacas de la hipertensión son:

1. Hipertrofia del ventrículo izquierdo.
2. Fracaso del ventrículo izquierdo.
3. Insuficiencia cardíaca congestiva.
4. Infarto de miocardio.

Complicaciones del SNC.

1. Encefalopatía hipertensiva.
2. Infarto cerebral.
3. Aneurismas de Charcot-Bouchard.
4. Infartos lacunares.³⁷

³⁷ Dirección: <http://www.bluejaygallery.com/download/Corazon.pdf>. html.

METODOLOGIA

JUSTIFICACIÓN

En México, aproximadamente el 30 % de la población padece hipertensión arterial, de acuerdo a los datos recabados durante el diagnóstico de salud del AGEB 009-A se detectó que el 10.58% de la población encuestada padece esta enfermedad, siendo este el problema principal de salud. Esta enfermedad tiene múltiples complicaciones y para su detección oportuna es necesario un control de la presión arterial, la mayor parte de la población acude al médico solo cuando enferma, esto complica la detección de la misma y aumenta la posibilidad de complicaciones. Es por ello que consideramos importante realizar un programa de intervención que ayude a la detección oportuna de la enfermedad, por medio del conocimiento de factores de riesgo; así como la prevención de complicaciones, fomentando estilos de vida saludables.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En base al diagnóstico de salud realizado en el AGEB 009-A, se detectaron los siguientes problemas de salud: hipertensión arterial, diabetes mellitus, caries, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y estado vacunal incompleto, con ayuda del método de priorización de riesgos y daños de Hanlon, el problema con mayor magnitud, severidad, eficacia y factibilidad es el de Hipertensión Arterial, por lo cual realizamos la siguiente pregunta:

¿Proporcionar información a la población de responsabilidad del Centro de Salud Urbano T. III “Romero Rubio”, sobre hipertensión arterial, favorece la prevención de esta enfermedad y sus complicaciones?

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa de salud dirigido a la población de responsabilidad del C.S.U TIII “Romero Rubio”, sobre hipertensión arterial, por medio de diversas actividades encaminadas al fomento de estilos de vida saludables, teniendo como eje principal el proceso enfermero.

Brindar información a la comunidad de correspondencia del C.S.U TIII “Romero Rubio”, sobre hipertensión arterial, por medio de un módulo de detecciones y un curso-taller, teniendo como eje principal el proceso enfermero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Utilizar el Proceso Atención Enfermería para la planeación de intervenciones.
- Establecer un módulo de detección oportuna de hipertensión arterial.
- Evaluar el grado de conocimientos de la comunidad sobre hipertensión arterial, antes, durante y después de la intervención.
- Fomentar conductas saludables para la prevención de hipertensión arterial.
- Brindar sesiones educativas por medio de un curso-taller, con la finalidad de promover el autocuidado, en pacientes hipertensos.

METAS

- Impartir un curso-taller sobre hipertensión arterial conformado por 5 sesiones de educación para la salud a la población de responsabilidad del C.S.U. T III “Romero Rubio”.
- Realizar 50 detecciones de hipertensión arterial a la población mayor de 20 años de edad, que acuda a solicitar servicio de atención médica en el Centro de Salud Urbano T. III. Romero Rubio, en un periodo del 22-26 de abril del 2013.
- Elaborar y distribuir 300 volantes para promoción del curso en el área de responsabilidad del C.S.U. T III “Romero Rubio”.
- Elaborar y colocar 12 carteles de promoción del curso-taller de hipertensión arterial en lugares estratégicos para invitar a la población.
- Que el 50% de los asistentes al curso taller de hipertensión arterial acudan a mínimo 3 sesiones del mismo.
- Que el 100% de los pacientes que participen en la evaluación final obtenga una calificación aprobatoria en su cuestionario.

ESTRATEGIAS

Detección:

- Modulo temporal de detección oportuna de hipertensión arterial.
- Toma, registro y valoración de tensión arterial, peso, talla e índice de masa corporal en sala de espera, consultorio e inmunizaciones.
- Detección de factores de riesgo por medio de entrevista directa.
- Proporcionar asesoramiento sobre estilos de vida que favorezcan el estado de salud de los asistentes al módulo de detecciones.

Promoción de programa:

- Distribución de volantes de promoción del curso taller en el área de responsabilidad del C.S.U.TIII "Romero Rubio".
- Vistas domiciliarias en el AGEB 009A para invitar a la población al curso taller.
- Colocación de carteles en Centro de Salud Romero Rubio y AGEB 009A
- Invitar a los pacientes que se les realice detección de hipertensión arterial, así como a las personas que acudan a consulta externa.

Educación para la salud:

- Brindar información a la comunidad sobre hipertensión arterial durante las detecciones.
- Planear y ejecutar un curso-taller sobre hipertensión arterial conformado de 5 sesiones educativas.
- Concientizar a la población sobre la importancia de un tratamiento adecuado de la enfermedad.
- Orientación durante el curso-taller sobre el adecuado control de la hipertensión arterial, dar a conocer los servicios y grupos de ayuda con los que cuenta el centro de salud.
- Invitar y facilitar a la población información para que puedan tramitar seguridad social dentro del centro de salud.

Metodología

Área de estudio: Epidemiológica

Diseño de estudio: Experimental.

Universo: Población de responsabilidad del C.SU. TIII “Romero Rubio”, ubicado en la delegación Venustiano Carranza, en un periodo de marzo a julio del 2013.

Criterios:

- **Criterio de inclusión:** Población de responsabilidad del C.SU. TIII “Romero Rubio”, mayor de 20 años de edad.
- **Criterio de exclusión:** Población de responsabilidad del C.SU. TIII “Romero Rubio”, menor de 20 años de edad.
- **Criterios de eliminación:** Población que no pertenezca al área de responsabilidad del C.SU. TIII “Romero Rubio”.

Tipo de muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Recursos humanos:

- Encargadas del proyecto de intervención PSSEO. Hernández Aquino Elizabeth, PSSEO. Sánchez Sánchez Zaira Natiely y población de pertenencia al C.S.U.TIII Romero Rubio que asistan a las detecciones y curso taller.

Recursos materiales:

- Baumanometro, estetoscopio, báscula con estadiómetro, calculadora, silla, mesa, computadora, cañón, impresora, cartuchos de tinta, foliador.
- Papel craft, hojas blancas, plumas, tela, semillas de linaza, tela, hilo, globos, harina, estambre, calcomanías.

Recursos financieros:

- Seiscientos pesos

**DESARROLLO
DEL
PROYECTO DE
INTERVENCIONES.**

ACTIVIDADES DE ACUERDO AL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Desarrollo de un programa

- Priorizar las necesidades o los problemas identificados.
- Identificar las propuestas alternativas para dirigir las necesidades o el problema.
- Evaluar las propuestas alternativas detallando el coste, los recursos necesarios, la viabilidad y las actividades necesarias.
- Elegir la propuesta más adecuada.
- Desarrollar los objetivos para dirigir las necesidades y problemas.
- Describir métodos, actividades y un esquema de plazos para la ejecución.
- Identificar los recursos y las reservas para la realización del programa.
- Planificar la evaluación del programa.
- Conseguir la aceptación del programa por parte del grupo clave, de los proveedores y de grupos relacionados.
- Conseguir el equipo y los suministros.
- Convencer de las bondades del programa a los participantes a quienes va destinado y a individuos o grupos de apoyo.
- Facilitar la adopción del programa por parte del grupo o comunidad.
- Observar el progreso de la ejecución del programa.
- Evaluar la relevancia, eficacia y relación coste-eficacia del programa.
- Modificar y mejorar el programa.

Reunión multidisciplinar sobre cuidados.

- Resumir los datos del estado de salud correspondientes a la planificación de cuidados.
- Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica.
- Describir las respuestas de los pacientes y sus familias a las intervenciones de enfermería.
- Buscar las bases de apoyo para la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Fomento del ejercicio.

- Explorar experiencias deportivas anteriores.
- Determinar la motivación del grupo para iniciar o continuar el programa de

ejercicios.

- Explorar las barreras para el ejercicio.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos acerca de los ejercicios o la necesidad de los mismos
- Animar a los pacientes a empezar o continuar el ejercicio.
- Ayudar al grupo a desarrollar un programa de ejercicios de acuerdo a sus necesidades.
- Ayudar al grupo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Informar al grupo los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Instruir a los pacientes acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico.

Monitorización nutricional

- Pesar a los pacientes a intervalos definidos.
- Vigilar las tendencias y ganancia de peso.
- Observar preferencias y selección de comidas.
- Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad.
- Elaborar dietas adecuadas, tomando en cuenta, etapa de la vida, y estado de salud de cada uno de los asistentes al curso taller de hipertensión arterial.

Carta descriptiva del curso – taller de Hipertensión Arterial

Tema	Objetivos	Recursos didácticos	Fecha	Ponentes.	Lugar.
<p>Evaluación inicial</p> <p>¿Qué es la hipertensión?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo?</p> <p>¿Cómo detectar la enfermedad?</p>	<p>Tener el primer acercamiento con la comunidad y empalzar con los mismos.</p> <p>Realizar una evaluación diagnóstica sobre conocimientos básicos de hipertensión arterial.</p> <p>Brindar información a la comunidad asistente sobre hipertensión arterial, factores de riesgo y método de detección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora ✓ Separadores. 	02 de Mayo del 2013	PSSEO. Zaira Natiely Sánchez Sánchez.	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII “Romero Rubio.
<p>Tratamiento de Hipertensión Arterial</p> <p>Importancia y uso adecuado de fármacos</p>	Otorgar información sobre tratamiento conductual, así como importancia de tratamiento farmacológico para hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora ✓ Etiquetas de información nutrimental de diversos alimentos. ✓ Báscula y estadimetro. 	16 de Mayo del 2013	PSSEO. Elizabeth Hernández Aquino.	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII “Romero Rubio.
¿Cómo prevenir la enfermedad?	Fomentar por medio de educación para la salud, algunos cambios en estilo de vida que ayuden a la prevención de padecer hipertensión arterial.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora. ✓ Globos. ✓ Harina. ✓ Impresiones. 	23 de Mayo del 2013	PSSEO. Zaira Natiely Sánchez Sánchez	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII “Romero Rubio.

Complicaciones más frecuentes ¿Cómo afiliarme a un servicio de salud y recibir un control mensual?	Brindar información a la comunidad sobre las diversas complicaciones que puede desencadenar la hipertensión arterial, así como la forma adecuada de afiliarse a un servicio de salud gratuito.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora ✓ Vasos 	30 de Mayo del 2013	PSSEO. Elizabeth Hernández Aquino.	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII "Romero Rubio.
Hipertensión arterial y otras enfermedades. Evaluación final.	<p>Informar a la comunidad sobre algunas enfermedades secundarias o desencadenantes de hipertensión arterial.</p> <p>Valorar el impacto que el curso taller tuvo dentro de la comunidad asistente al mismo, por medio de un cuestionario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora. ✓ Almohadillas de linaza. ✓ Impresiones. 	06 de Junio del 2013	PSSEO. Zaira Natiely Sánchez Sánchez	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII "Romero Rubio.
Temas adicionales	Objetivos	Recursos didácticos	Fecha	Ponente.	Lugar.
Osteoporosis	Brindar información a los asistentes sobre el tema de osteoporosis, detección, tratamiento, complicaciones y diversas recomendaciones para prevenir este padecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cañón. ✓ Computadora. ✓ Impresiones. 	13 de Junio del 2013	PSSEO. Zaira Natiely Sánchez Sánchez	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII "Romero Rubio.
Osteoartritis	Informar a los asistentes sobre el tema de osteoartritis, detección, tratamiento, complicaciones y diversas recomendaciones para prevenir este padecimiento		27 de Junio del 2013	PSSEO. Elizabeth Hernández Aquino.	Aula de usos múltiples del Centro de atención primaria en adicciones, ubicado en el Centro de Salud TIII "Romero Rubio.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Aplicación de la Teoría de Jean Watson en el proyecto.

Evaluación de premisas:

Premisa	Aplicación / actividades
<p>Combinar la orientación humanística con los aspectos científicos de enfermería.</p>	<p>Actualmente la mayoría de los trabajadores de la salud, ven al paciente como una meta, una cifra numérica, se ha perdido la esencia de la persona, el significado de la misma. Es importante tomar en cuenta todos los aspectos biopsicosociales de cada uno de los pacientes, dejar de ver a un conjunto para ver a cada paciente de forma individual. Durante la aplicación del proyecto se realizó lo siguiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigirse con respeto y amabilidad a cada uno de los pacientes, invitándolos a realizarse una detección de hipertensión. • Se buscó un espacio específico e íntimo para realizar las detecciones. • Cada una de las actividades realizadas dentro del curso taller fueron planeadas para la participación activa de todos los pacientes, no importando edad, sexo, condición física, etc. • Durante las sesiones, se permitió que cada paciente expresara su sentir, sus emociones, inquietudes, preocupaciones y demás situaciones que pudieran impedir el aprendizaje, se buscaba por medio de escucha activa, así como emisión de algún consejo eliminar dichas barreras o por lo menos aminorarla. • Para combinar esta parte humanística con lo científico, las actividades fueron planeadas de acuerdo al uso de taxonomía NIC. • Uso de proceso enfermero para la elaboración del proyecto. • Los temas tenían siempre un aspecto psicológico, subjetivo, y al mismo tiempo se exponían temas totalmente científicos.

<p>La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona</p>	<p>Durante el curso taller que se realizó de hipertensión arterial, la mayoría de los pacientes que acudían comentaba estar cursando momentos difíciles en la vida por diversas razones, duelo por muerte, por separación, problemas con hijos o familia, miedos por enfermedad y sus complicaciones. Permitimos que cada uno expresara lo que sentía en cada momento, realizando una valoración de todo esto, se realizaron las siguientes actividades durante las sesiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Momentos de relajación. • Uso de música de relajación. • Lectura de frases célebres de diversos autores, con un enfoque humanista, y de superación personal. • Escucha activa de forma individual. • Se invitó a acudir a ayuda psicológica dentro del centro de salud. • Recomendación de lectura de diversos libros sobre estas temáticas.
<p>“El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”</p>	<p>Para la elaboración de las diferentes sesiones educativas, se buscaba información que pudieran entender todos los asistentes, tuvimos la oportunidad de tener como oyente a un joven con retraso mental, se buscaron alternativas para que el también pudiera adquirir el conocimiento con dificultad.</p> <p>Logramos que los pacientes se acercaran sin miedo, a realizar preguntas de forma individual y grupal.</p> <p>Escuchamos activamente y nos dimos la oportunidad de conocer a todos los asistentes, no solo en el aspecto biológico, si no en el psicológico.</p> <p>La respuesta de los pacientes fue favorable, de tal forma que solicitaron más ponencias, para conocer de otras patologías diferentes a hipertensión arterial.</p> <p>Con diversas frases, buscamos y en algunos casos conseguimos que los pacientes conocieran habilidades que tenían factores curativos y nunca había notado.</p>

Logramos llevar a la práctica algunos factores curativos de la ciencia del cuidado, que menciona Jean Watson en su teoría:

- Formación de un sistema humanístico- altruista
- Inculcación de fe y esperanza en cada uno de ellos de tal forma que se crean capaces de aplicar sin ningún problema el autocuidado, mediante el conocimiento de habilidades y debilidades.
- Desarrollo de una relación de ayuda y confianza.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.
- Promoción de la enseñanza- aprendizaje interpersonal.
- Provisión de un entorno de apoyo y protección.

PRE Y POST-TEST

El cuestionario se escogió a partir de la búsqueda bibliográfica encontrando como más indicado el “cuestionario para el paciente hipertenso, de la guía para pacientes con Hipertensión arterial, de la Secretaria de Salud y UNEMES.

Se realizó una prueba piloto del mismo a cinco pacientes escogidos al azar, para poder valorar la comprensión de las preguntas y finalmente se decidió conservar todas las preguntas del cuestionario original. La encuesta fue individual, anónima y auto administrada.

El cuestionario se conforma de doce preguntas cerradas con tres posibilidades (verdadero, falso, no lo sé) todas hacían referencia al conocimiento general sobre hipertensión arterial, dos preguntas de opción múltiple sobre actitudes hipotéticas que puede realizar para cuidar su salud, y cuatro preguntas para elegir las conductas que conllevan a una vida más saludable. En el post-test se agrega una pregunta cerrada con dos posibilidades (si, no) que hace referencia al impacto del curso taller en la vida de cada paciente.

RESULTADOS

Porcentaje de alumnos que responden correctamente cada pregunta en el pre y post-test				
ITEMS	Test	Porcentaje de aciertos	Porcentaje en cambio de preguntas correctas	Valoración de la efectividad
Conocimiento general sobre hipertensión arterial				
No se puede hacer nada para prevenir la hipertensión arterial.	Pre	50%	50%	Mejoría
	Post	100%		
Si alguno de sus padres tiene la presión alta, usted también tendrá la presión elevada.	Pre	66%	34%	Mejoría
	Post	100%		
Los adultos jóvenes no padecen de presión alta.	Pre	33%	67%	Mejoría
	Post	100%		
La hipertensión no presenta síntomas.	Pre	33%	67%	Mejoría
	Post	100%		
El estrés o tensión emocional es la causa de la presión alta.	Pre	0%	100%	Mejoría
	Post	100%		
La hipertensión arterial no pone en riesgo la vida.	Pre	100%	0%	Mejoría
	Post	100%		
Existe hipertensión arterial cuando los valores de presión arterial son iguales o mayores a 140/90 mm de Hg.	Pre	50%	50%	Mejoría
	Post	100%		
Si usted tiene sobrepeso, la probabilidad de llegar a tener hipertensión arterial es de dos a seis más.	Pre	50%	50%	Mejoría
	Post	100%		
Debemos hacer ejercicio intenso todos los días para	Pre	0%	100%	Mejoría
	Post	100%		

mejorar la presión sanguínea y la salud del corazón.				
La mayoría de las personas consumen de dos a tres veces más sal de la que requiere el organismo.	Pre Post	66% 100%	34%	Mejoría
Tomar bebidas alcohólicas disminuye la presión arterial.	Pre Post	83% 100%	17%	Mejoría
La presión alta no tiene curación.	Pre Post	50% 100%	50%	Mejoría
Actitudes hipotéticas para cuidar la salud				
Consejos que pondría en práctica para comer menos grasa.	Pre Post	100% 100%	0%	Se mantiene
Cosas que hará para comer menos sal.	Pre Post	100% 100%	0%	Se mantiene
Conductas que conllevan a una vida más saludable				
Actividades que sirven para bajar de peso.	Pre Post	66% 100%	34%	Mejoría
Pasos que debe realizar para evitar o disminuir sus niveles de colesterol.	Pre Post	100% 100%	0%	Se mantiene
Opciones que crea usted importantes para dejar de fumar.	Pre Post	83% 100%	17%	Mejoría
Tres beneficios que proporciona el realizar una actividad física.	Pre Post	66% 100%	34%	Mejoría
Impacto del curso taller en la vida de cada paciente.				
El curso-taller que se impartió tendrá un aporte positivo a su vida.	Post		100%	Mejoría

EVALUACIÓN

El proyecto de intervención de hipertensión arterial realizado en el Centro de Salud Urbano TIII “Romero Rubio” se llevó a cabo a partir del mes de abril realizando 50 detecciones de hipertensión arterial a la población mayor de 20 años que acudía a solicitar atención médica a la unidad, se proporcionó información y asesoramiento de acuerdo a etapa de la vida y estado de salud, se distribuyó la propaganda del programa diseñado de acuerdo a las metas.

Se inició el curso taller, con 6 asistentes aumentando en cada sesión siendo el máximo 15 personas, en la tercera sesión se logró que el 55% de los asistentes fueran consecutivos, logrando al final que el 92% fuera consecutivo, durante las sesiones del curso taller se obtuvo una respuesta favorable de los asistentes, mostrando interés e iniciativa para llevar a cabo el autocuidado, se brindó asesoría nutricional por medio de la creación de planes alimentarios completamente personalizados, se asesoró en rutinas de ejercicio acordes a etapa de la vida y estado de salud, al finalizar el curso se agregaron dos sesiones más con temas de interés para los asistentes del curso, en la última sesión con el grupo se recibieron comentarios favorables sobre el taller.

Con lo anterior se puede concluir que se alcanzó el objetivo planteado en el presente proyecto al brindar información a la comunidad de correspondencia del C.S.U TIII “Romero Rubio”, sobre hipertensión arterial, por medio de un curso-taller, teniendo como eje principal el proceso enfermero.

Cronograma de actividades
Programa de intervención
Curso taller “Hipertensión Arterial”
“Gánale la batalla al asesino silencioso”

Mes	Abril					Mayo							Junio			
Días	22	24	26	29	30	03	14	17	21	24	28	31	04	07	11	14
Actividades																
Detecciones	■	■	■	■	■											
Solicitud de área física para curso		■														
Promoción de curso dentro del Centro de Salud	■	■	■	■	■											
Invitaciones domiciliarias a la población que habita en el AGEB 009A					■											
Preparación de temas					■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Apertura de curso						■										
Primera sesión						■										
Segunda sesión								■								
Tercera sesión										■						
Cuarta sesión												■				
Quinta sesión														■		
Cierre de curso														■		
Evaluación de programa de intervención.															■	
Informe final de actividades.															■	■
Conclusión de trabajo.																■

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud pública. Washington, 2000.
- Chambo, Rogelio entrevista realizada el 17 de Diciembre del 2012 en México, Distrito Federal entrevistadores: Elizabeth Hernández y Zaira Sánchez. Transcriptor: Zaira Sánchez.
- González J. Introducción al proceso de atención de enfermería. Escuela universitaria virgen de los desamparados. Valencia, 2009: 201-289.
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/docs%20nut/diagnostico%20de%20salud.pdf> Añez E, Dávila F, Gómez W, Hernández T, Reyes I y Talavera J. Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud. Consideraciones conceptuales. Maracay, 2009: 19.
- Villa J. Guía Para la Planeación Estratégica de los Servicios de Salud. México, 2010. Verbrugge, LM. "Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-Aged and Older Persons". Washington, 1988; 62: 475-519. González N, Constantino M. Apuntes para repensar la "teoría de la transición epidemiológica" y su importancia para el diseño de políticas públicas. Redalyc 2009; 12(25), 151-162.
- Ruiz J. (2011). La transición demográfica y el envejecimiento poblacional: futuros retos para la política de salud en México. Encrucijada 2011; (8): 1-16. Recuperado de <http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijada>.
- Organización Panamericana de la Salud. Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, 2002.
- Toledo CG. Fundamentos de Salud Pública. Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005: 15.
- Dirección: <http://www.galiciasalud.mobi/Docs/xornadasQS/Iryss.pdf>
- Partida, Virgilio. La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México. Papeles de Población. Universidad Autónoma del Estado de México, 2005; 45:9-27.
- Secretaría de Salud. Protocolo clínico para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica. México, 2008.

- Universidad Nacional de Colombia: El arte la ciencia del cuidado. Colombia: Unibiblos, 2002.
- Universidad Autónoma de Chihuahua. Facultad de Enfermería y Nutriología. El arte del cuidado de Enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Chihuahua. 2008: 2.
- Rivera L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica. . Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería. México. 2007: 3.
- Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson.
- Quintero MC. Espiritualidad y efecto en el cuidado de enfermería. En: Cuidado y práctica de enfermería. Grupo de cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2000: 184. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. Journal of Advanced Nursing, 1996; 24: 988-996.
- Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. Journal of Advanced Nursing 1991; 16:899-909.
- Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. México: Editorial Médica Panamericana, 2008: 700.
- Dirección: <http://www.bluejaygallery.com/download/Corazon.pdf>. html. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html> Farreras-Rozman. Medicina interna. España: Editorial, 2008: 337. Rev Mex Car. Resumen integrado de la NOM-030-SSA2-2009 y Guía de Tratamiento Farmacológico y Control de la HAS. 23 (1): 4A-38^a.

ANEXOS

Anexo 1. Cedula de microdiagnóstico

FOLIO: _____ CENTRO DE SALUD: _____ COLONIA: _____ AGEB: _____
 FAMILIA: _____ DOMICILIO: _____

PROCEDENCIA: _____ HABITANTES POR VIVIENDA: _____ ¿CUANTAS FAMILIAS HABITAN?: _____ ¿CUANTAS PERSONAS HABITAN EN ESTA FAMILIA?: _____ ¿CUANTAS HABITACIONES TIENE SU VIVIENDA?: _____

C. DATOS DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA									ESQUEMA DE VACUNACION				
NO	NOMBRE	EDAD	COMPLEJION	SEXO	OCCUPACION	EDO CIVIL	ESCOLARIDAD	DERECHOHABIENTIA	<1A- 5A	6a-12a	13 a - 39A	70 y +	
			1. DELGADA. 2. MEDIANA. 3. ROBUSTA. 4. OBESA.	1. FEMENINO. 2. MASCULINO	1. OBRERO. 2. EMPLEADO. 3. COMERCIANTE. 4. JUBILADO. 5. ESTUDIANTE. 6. HOGAR. 7. DESEMPLEADO MENOR DE 18 A 8. TRABAJA POR SU CUENTA. 9. TRABAJO INFANTIL > 6 <DE 12 A. 10. TRABAJADOR >12 A 11. NINGUNA.	1. CASADO. 2. UNIÓN LIBRE. 3. DIVORCIADO. 4. SEPARADO. 5. VIUDO (A) 6. SOLTERO (A). 7. NO APLICA (0-14 años)	1. ANALFABETA (MAS 15 a.) 2. SABE LEER Y ESCRIBIR. 3. PREESCOLAR. 4. PRIMARIA 5. SECUNDARIA. 6. BACHILLERATO. 7. TECNICA. 8. LICENCIATURA. 9. POSGRADO. 10. NO APLICA.	1. IMSS. 2. ISSSTE 3. PEMEX MARINA SEDENA. 4. SEGURO PRIVADO. 5. SEGURO POPULAR 6. GRATUIDAD. 7. NINGUNO	1. BCG. 3. PENTA VALENTE 4. ROTAVIRUS 5. NEUMOCOCCICA 6. INFLUENZA 7. HEPATITIS B 8. TRIPLE VIRAL (S.R.P.) 9. DPT. 10. TDP.A	11. TRIPLE VIRAL SRP2. 12. TD. 13. HEPATITIS B 14. VPH	15. TD REFI. 16. SR (DOBLE VIRAL).	17. INFLUENZA. 18. NEUMO 19. TD	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

NO	ADICIONES	PERTENENCIA A ORGANIZACIONES (>15A)	DISCAPACIDAD	ULTIMO PADECI MIENTO	DM	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	CA CU	CA DE MAMA	CA DE PROSTA	ANTICION VIDA SEXUAL ACTIVA	EMBARAZO	TRIMESTRE	CONTROL PRENATAL	ÚLTIMA CONSULTA DENTAL	CEPILLADO DENTAL AL DÍA	UTILIZA ENJUAGUE DENTAL	JUEGO Y RECREACIÓN	HIGIENE			
																		LAVADO DE MANOS	ASEO PERSONAL	CAMBIO DE ROPA	
	1. TABAQUISMO 2. ALCOHOLISMO 3. OTRAS DROGAS 4. NINGUNA.	1. AA. 2. NEURÓTICOS ANÓNIMOS 3. RELIGIOSA 4. DE COLONOS 5. DE AUTO AYUDA. 6. OTROS 7. EN SERVICIO 8. OTROS 9. EN SERVICIO 10. NINGUNA	1. VER. 2. OIR 3. HABLAR 4. MOVERSEY 5. CAMINAR 6. MENTAL 7. NINGUNA	1. RAAS 2. EDAS. 3. CARIES 4. DERMATITIS 5. IUV 6. HAS 7 DM 8. 9. CA 10. ENF ARTICULARES CRÓN. 11. OTROS 12. NINGUNA	1. SI 2. NO 3. NO SABE	CONTROL METABOLICO 1. MENSUAL 2. SEMESTRAL 3. NUNCA.	1. SI 2. NO 3. NO SABE CONTROL: 1. MENSUAL 2. TRIMESTRAL 3. SEMESTRAL 4. NUNCA.	1. NO SABE 2. NEGATIVO 3. POSITIVO FACTORES DE RIESGO: 1. SI 2. NO 3. DESCONOCE	1. SI 2. NO 3. DESCONOCE	1. SI 2. NO 3. NUNCA ANTIGENO PROSTATICO. 1. SI 2. NO 3. NUNCA	1. SI 2. NO	1. 1º 2. 2º 3. 3º	1. SI 2. NO	1. <6M. 2. 6" 3. >1"	1. NUNCA 2. 2 VECES 3. DESPUES DE CADA ALIMENTO 4. NUNCA	1. SI 2. NO 3. A VECES	2. CONVIVENCIA 3. FAMILIAR 4. ACTIVIDADES 5. CULTURALES 6. ACTIVIDADES DEPORTIVAS 7. JUEGOS DE MESA 8. CINE 9. TECNOLOGIA 10. OTROS	1. ANTES COMER 2. ANTES IR/BAÑO 3. DESPUES BAÑO 4. POR RAZON NECESARIA.	1. DIARIO 2. CADA TERCER DÍA 3. IVES 4. NINGUNA	1. PARCIAL 2. TOTAL 3. DIARIO 4. CADA 3 DÍAS	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					

DINÁMICA FAMILIAR			INGRESO FAMILIAR			RELIGIÓN	SERVICIOS DE SALUD	
TIPO DE FAMILIA	INTEGRACIÓN FAMILIAR	VIOLENCIA	TRABAJO REMUNERADO	TIPO DE TRABAJO	CUBREN SUS NECESIDADES	1.- CATOLICA 2.- CRISTIANA 3.- TESTIGOS DE JEHOVA 4.- ATEOS 5.- OTROS	ASISTENCIA	SATISFACCIÓN
1. NUCLEAR 2. EXTENSA 3. COMPUESTA	1. INTEGRADA 2. DESINTEGRADA	1. MUJER 2. NIÑOS 3. ANCIANOS 4. HOMBRES 5. NINGUNO	1. SI 2. NO	1. EVENTUAL 2. PERMANENTE 3. JUBILADO 4. NINGUNO	1. SI 2. NO 3. LA MAYOR PARTE 4. A VECES			1. 1 VEZ AL M 2. 2-3 VEZ AL M 3. 1 VEZ AL AÑO 4. X ENFERMEDAD 5. NUNCA

VIVIENDA												
TENENCIA	TIPO	VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN	TIPO /SUELO	MATERIAL/CONST RUCCIÓN	COMBUSTIBLES	MANEJO DE BASURA	ELIMINACIÓN DE BASURA.	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	AGUA	ALMACENAMIENTO/AGUA	CONSERVACIÓN/AGUA	CONSUMO/AGUA
1. PROPIA 2. RENTADA 3. PRESTADA.	1. CASA SOLA 2. DEPARTAMENTO 3. VECINDAD	1. SI 2. NO.	1. TIERRA. 2. CEMENTO.	1. TEMPORAL 2. DEFINITIVOS 3. MIXTOS.	1. GAS 2. PARRILLA 3. LEÑA 4. CARBÓN	1. ABIERTO 2. CERRADO 3. SUELO	1. CAMIÓN 2. CALLE O BALDÍO 3. CANAL O RÍO 4. QUEMA 5. ENTIERRA	1. BAÑO 2. LETRINA. 3. FOSA 4. LIBRE/SUELO	1. LLAVE 2. HIDRANTE PÚBLICO 3. PIPA	1. BOTE Y RECIPIENTE MÓVIL 2. CISTERNA Y TINACO.	1. ABIERTO. 2. CERRADO	1. LLAVE 2. EMBOTELLADA 3. HERVIDA. 4. CLORADA 5. FILTRADA 6. NINGUNA

ALIMENTACIÓN						
ALIMENTO	1-2 DÍAS	3-4 DÍAS	5-7 DÍAS	FRECUENCIA DE COMIDAS POR DÍA	CONSERVACIÓN	HIDRATACIÓN
CARNES				1. 1VEZ AL DÍA	1. REFRIGERADOR	1.- CORRECTA
LACTEOS				2. 2VECES AL DÍA	2. HIELERA	2.- INCORRECTA
FRUTAS				3. 3VECES AL DÍA	3. MEDIO AMBIENTE	
GRASAS				4. 4VECES AL DÍA	4. NINGUNO	

ZONOSIS		PREVENCIÓN
NOCIVA	DOMESTICA	1. C/V 2. S/V
1. CUCARACHAS 2. MOSCAS 3. ROEDORES 4. ANIMALES PONZOÑOSOS	1. PERROS 2. GATOS 3. ACUÁTICOS 4. CERDOS 5. ROEDORES	

COMUNIDAD
1. ESTABLOS 2. BASUREROS 3. AGUAS/ESTANCADAS 4. FABRICAS 5. TALLERES

DEFUNCIÓN	
1. SI 2. NO	1. ACCIDENTES. 2. INTENCIONAL. 3. NATURAL. 4. PATOLOGIA 5. NO SABE.

OBSERVACIONES: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENCUESTADOR

FECHA DE APLICACIÓN.

Anexo 2. Instrumento utilizado para Detecciones.

¿Tiene usted hipertensión arterial y no lo sabe?

Fecha	Detección	Confirmación	Confirmación	Confirmación	Confirmación
1ª Toma					
2ª Toma					
Promedio					

La hipertensión arterial es una de las principales causas muerte en nuestro país, si presentas:

- Dolor de cabeza intenso y constante.
- Zumbido en los oídos
- Y trastornos en la visión.

Acude a tu unidad de salud para solicitar una consulta médica oportuna.

Si no presentas estos signos, debes acudir por lo menos una vez al año para la toma de la tensión arterial, de acuerdo a tus resultados se te dará la próxima cita.

Recuerda: "Tu salud está en tus manos"

< 120 / <80 Óptima	120-129 / 80-84 Normal	130-139 / 85-89 Fronteriza	140-159 / 90-99 Etapa 1	160-179 / 100-109 Etapa 2	>180 / >110 Etapa
- Vigilar su peso - Realizar ejercicio 30 min de 5-7v por semana - Alimentación balanceada - Detección cada 3 años		- Acudir a grupos de ayuda mutua - Realizar ejercicio 30 min de 5-7v por semana - Alimentación balanceada - Detección semestral	- Confirmación diagnosticada - Acudir a grupos de ayuda mutua - Dieta balanceada - Tratamiento integral		

Clasificación de peso por I.M.C

Peso (kg)	
Estatura (mts)	
I.M.C (kg/m ²)	
Cintura (cm)	

Normal	Sobrepeso	Grados de obesidad
18.5-24.9	25-29.9	I 30-34.9 II 35-39.9 III ≥ 40
- Vigilar su peso - Realice ejercicio: 30 min 5-7v por semana - Alimentación balanceada	- Acuda a su médico - Acuda a grupos de ayuda mutua. - Realice ejercicio: 30 min 5-7v por semana. - Alimentación balanceada	- Además de lo anterior acuda a su médico requiere intervenciones inmediatas.



Fuente. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>

Anexo 3. Volante de promoción para curso taller.

DETECCION FACTORES DE RIESGO

CURSO-TALLER

HIPERTENSION ARTERIAL.

¿QUE ES LA HIPERTENSION?

FECHAS:

- 03 DE MAYO 2013
- 17 DE MAYO 2013
- 24 DE MAYO 2013
- 31 DE MAYO 2013
- 07 DE JUNIO 2013

PREVENCIÓN

EJERCICIO

TRATAMIENTO

COMPLICACIONES

HORARIO: 10:00-11:30 HORAS

ALIMENTACION

LUGAR: C.E.T. II. "HOMERO RUÍDO"

INFORMES: ENF. ELIZABETH HERNANDEZ AQUINO
ENF. ZAIRA NATIELY SANCHEZ SANCHEZ

¡ NO FALTES!

Anexo 4. Cuestionario para curso taller de hipertensión arterial.

Marque una de las tres opciones: falso (F), verdadero (V) o no sé (NS), en cada uno de los siguientes conceptos:

1. No se puede hacer nada para prevenir la hipertensión arterial.
F V NS
2. Si alguno de sus padres tiene la presión alta, usted también tendrá la presión elevada.
F V NS
3. Los adultos jóvenes no padecen de presión alta.
F V NS
4. La hipertensión no presenta síntomas.
F V NS
5. El estrés o tensión emocional es la causa de la presión alta.
F V NS
6. La hipertensión arterial no pone en riesgo la vida.
F V NS
7. Existe hipertensión arterial cuando los valores de presión arterial son iguales o mayores a 140/90 mm de Hg.
F V NS
8. Si usted tiene sobrepeso, la probabilidad de llegar a tener hipertensión arterial es de dos a seis más.
F V NS
9. Debemos hacer ejercicio intenso todos los días para mejorar la presión sanguínea y la salud del corazón.
F V NS
10. La mayoría de las personas consumen de dos a tres veces más sal de la que requiere el organismo.
F V NS
11. Tomar bebidas alcohólicas disminuye la presión arterial.
F V NS
12. La presión alta no tiene curación.
F V NS
13. Marque los consejos que pondría en práctica para comer menos grasa.
 - a. Comer frutas en vez de postres altos en grasa como el flan, el helado de leche o pan de dulce.
 - b. Tomar leche descremada.
 - c. Comprar quesos bajos en grasa o sin grasa.
 - d. Hornear, asar o guisar la carne de res, el pollo, el pavo y el pescado en vez de freírlos.
 - e. Quitar el pellejo al pollo y al pavo.
14. Escoja dos o tres cosas que hará para comer menos sal.
 - a. Preparar sopas caseras con poca sal.
 - b. Leer las etiquetas de los alimentos y comprar aquellos que estén marcados como “bajo en sodio”, “reducido en sodio” o “sin sodio”.
 - c. Sazonar las comidas con especias en vez de condimentos con sal y cubos para caldos.
 - d. Quitar el salero de la mesa.
 - e. Comer frutas como el mango y la naranja sin sal.
16. Marque las actividades que sirven para bajar de peso.

- a. Comer menos grasas.
 - b. Cocinar con manteca o mantequilla.
 - c. Comer el pollo con todo y pellejo.
 - d. Hornear, asar o hervir los alimentos en vez de freírlos.
 - e. Realizar ejercicio físico por lo menos 30 minutos al día.
17. Marque los pasos que debe realizar para evitar o disminuir sus niveles de colesterol.
- a. Medirse el nivel de colesterol en la sangre.
 - b. Aprender el significado del resultado de la medición del colesterol.
 - c. Comer menos alimentos con alto contenido de grasa saturada y colesterol.
 - d. Comer más fruta, vegetales y cereales.
 - e. Mantenerse activo físicamente.
18. Marque las opciones que crea usted importantes para dejar de fumar.
- a. El fumar aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares y cáncer.
 - b. El fumar disminuye el riesgo de ataque al corazón.
 - c. El fumar pone en peligro su salud y la de su familia.
 - d. El fumar no provoca adicción.
19. Marque de las siguientes opciones tres beneficios que proporciona el realizar una actividad física.
- a. Menos energía y capacidad para trabajar y divertirse.
 - b. Mayor resistencia al estrés, ansiedad, a la fatiga y una mejor forma de ver la vida.
 - c. Mejora la eficiencia del corazón y pulmones.
 - d. Aumenta de peso.
 - e. Reduce el riesgo de un ataque cardiaco.
20. Considera que el curso taller que se impartió tendrá un aporte positivo a su vida
- I. Si
 - II. No