

00943
4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SISTEMA DE ENFERMERIA DE APOYO EDUCATIVO
PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS Y NEUMONIA, EN LOS
MENORES DE CINCO AÑOS, DIRIGIDO A DOCENTES
DE JARDINES DE NIÑOS DE LA MICRORREGION
GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV.

(ESTUDIO DE CASO)

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN SALUD PUBLICA
P R E S E N T A :

LIC. ENF. Y OBSTETRICIA

MARIA DEL CARMEN REAL ROSAS

CON LA TUTORIA ACADEMICA DE M.SP. SOFIA SANCHEZ PIÑA.



CIUDAD UNIVERSITARIA

FECHA: 17 DE JULIO DE 2002



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.



**ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA
EN SALUD PUBLICA**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS:

*A mis padres, por darme
la vida, con cariño y respeto*

A Mauricio, gracias por el apoyo y
comprensión durante los días de
ausencia con admiración y amor

A mis compañeros: Jose Luis y Romi.
Gracias por superar los momentos difíciles.

RECONOCIMIENTOS

Al Dr. Roberto Rodríguez Leone
Gracias por su apoyo y enseñanza.

Al M.S.P Juan Pablo Villa Barragán
Gracias por su dedicación y paciencia.

A la MSP: Sofia Sánchez Piña,
Por la enseñanza y grandeza de espíritu.

A.E.S.P. Estela Lozano, jefe de enfermeras a nivel
jurisdiccional, gracias por su paciencia, apoyo y enseñanza.

A la Lic. Guadalupe Pérez Hernandez por su
Apoyo, dedicación y enseñanza.

A la M.S.P Gloria Galvan Flores
Gracias con admiración y respeto

Al doctor Rodolfo López Marmolejo, por
Su apoyo como jefe de investigación en la
jurisdiccional.

Al doctor Eduardo Valdez, como coordinador del programa
De infecciones respiratorias agudas.

Al doctor Francisco Martínez M. Coordinador
Municipal de Chamizal, por su apoyo

A Sanjuana Vazquez Palizada por toda
disponibilidad y tiempo brindado.

A la jefe de enfermeras Martha Alvarez Chavez
Por su apoyo y colaboración

Jefe de enfermeras Guadalupe Paolin
Gracias, por su disponibilidad y apoyo.

Jefe de enfermeras Guadalupe Garrido
Gracias por su enseñanza.

Trabajadora social: Lucía Corano Gomez

A todas las pasantes de enfermería en el
Servicio social, por su colaboración.

INTRODUCCIÓN.

El desarrollo de las profesiones ha incrementado las estrategias de participación social así como las propuestas hacia el mejoramiento de los estilos de vida.

En el campo de la salud cada unas de las profesiones relacionadas hacen proyectos que coadyuvan a mejorar las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

La enfermería como una profesión del cuidado a la vida y a la salud asume un compromiso en el desarrollo de nueva estrategias de atención.

Hoy por hoy se ha reconocido que los mecanismos de prevención pueden redituar mayores beneficios que los curativos remediabiles, por ello la **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO** a través de la Escuela Nacional de Enfermería, implementa el Plan Unico de Especialización de Enfermería, con el propósito de formar profesionales de enfermería que implementen nuevas estrategias de atención.

En este marco el presente estudio de caso plantea, una intervención de enfermería en Salud Pública.

Para su elaboración se requirió de un año de trabajo académico organizado en dos semestres en donde docentes y tutores colaboraron para consolidar esfuerzos con estudiantes del Posgrado.

Su estructura esta basada en la propuesta de Rosalinda Alfaro para el proceso de Enfermería.

En una primera fase se realizo un Diagnóstico de Salud Comunitario en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe, comunidad seleccionada por la trascendencia en su transición epidemiológica.

Los problemas encontrados se priorizaron a través de la metodología de Hanlon, ampliamente utilizada en el campo de la Salud Pública.

Una vez que sé identifico como problema más importante, las Infecciones Respiratorias Agudas y la neumonía en los menores de cinco años, procedieron con la aplicación del método enfermero.

El documento presenta en los antecedentes los resultados más relevantes del Diagnóstico, y posteriormente de manera detallada los datos de la valoración específica en donde se muestra con una nueva priorización de problemas el déficit en la agencia de cuidado dependiente, y su relación con los daños a la salud de los menores de cinco años en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV.

De esta forma se valida la elaboración del estudio de caso de Apoyo Educativo a docentes de los jardines de niños, el cual se diseña con metodología de la planeación en salud.

Se presenta la justificación con un enfoque de enfermería basado en el estudio de los problemas de salud encontrados, así como la necesidad de la intervención para mejorar la cultura en salud, incluyendo el estudio de factibilidad, política, social, administrativa y financiera.

El proyecto de intervención presenta el plan de actividades definidas, con líneas estratégicas, tácticas y operativas, con tareas específicas cada una de ellas, plantea metas alcanzables a corto y largo plazo, y contiene además un plan de evaluación de metas y actividades programadas.

Finalmente presenta el proceso de evaluación que se apoya en la propuesta de Laski para los programas de salud a través del cual se determina el valor de los mismos a corto y largo plazo.

Las conclusiones se describen en términos de la importancia y trascendencia del cuidado de los menores de cinco años, así como el significado del autocuidado en la Salud Pública. Por último se presenta la bibliografía y los anexos.

INDICE

Introducción

Objetivo del estudio de caso	1
Objetivo general	I
1. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO	2
1.1 Marco teórico	3-4
1.1.1. La Comunidad y Diagnostico de Salud	5-6
1.1.2. Enfoque de Riesgo y medición	7-13
1.1.3. Proceso de determinación de prioridades	14-15
1.1.4. Proceso salud enfermedad	16-17
1.1.5. Sistema Nacional de Salud	18-24
1.1.6. Proceso de enfermería	25-26
1.1.7. Teoría de Orem	27-34
1.1.8. Unidades Multipersonales	35
1.1.9. Infecciones respiratorias agudas	36-40
1.2. Marco Referencial	41
1.2.2. Generalidades del Edo. De México, Municipio de Ecatepec.	41
1.2.3. Características de la microrregión en estudio	42
2. Selección genérica del caso	46
2.1. Descripción de la situación problema	47-48
3. Proceso de enfermería	49
3.1 Valoración	49
3.1.1 Diagnostico Integral de Salud	49
3.1.2 Metodología	50
-Diseño	51
-Límite de tiempo y de lugar	51
-Tabla de variables	52-54
-Plan de análisis	55
3.1.3 Resultados	56-67
3.1.4 Priorización	68-69

3.2	Diagnostico de enfermeria	69-71
3.3	Planeación de la intervención de Enfermería	72
3.3. 1.	Justificación	72
3.3.2	Objetivo general	73
3.3.3	Específicos	73
3.3.4	Metas y límites	74
3.3.5	Programa de actividades	75-80
3.3.6	Organización	81
3.3.7	Factibilidad de la intervención	82-85
3.3.8	Ejecución	86
3.4	Diseño de Evaluación	87
3.4.1	Del proceso de desarrollo	87
3.4.2	De metas	88
3.4.3	De eficacia	88
4.	Conclusiones	89-91
5.	Sugerencias	92
6.	Bibliografía	93-98
7.	Anexos, croquis y mapa	99-122

- 1 Guía de observación
- 2 Cedula de entrevista familiar
- 3 Tarjeta de visita familiar
- 4 Monitoreo a escuela
- 5 Carta descriptiva
- 6 Evaluación
- 7 Referencia y contrarreferencia
- 8 Cronograma general de actividades
- 9 Croquis de la microrregión.
- 10 Mapa del Municipio.

Objetivos del estudio de caso

Objetivo general

Disminuir las complicaciones por infecciones respiratorias agudas y mortalidad por neumonía en niños menores de cinco años a través de las intervenciones de enfermería, mejorando el agente autocuidado en los cuidadores no formales en los jardines de niños en Granjas Valle de Guadalupe IV.

Objetivos específicos

Capacitar a los maestros de los jardines de niños, para que identifiquen los signos de alarma en las infecciones respiratorias agudas (IRA), y Neumonía.

Con lo cual se oriente a un cuidado mejor favoreciendo el bienestar del menor de cinco años como un ser socialmente sin capacidad de agencia de autocuidado.

Crear un sistema de referencia de los maestros en los jardines de niños hacia los servicios de salud del Cívico no. 3 y el centro de salud Chamizal para la atención de casos de infección respiratoria aguda o neumonía.

Elaboración de un programa de apoyo educacional, con el propósito de adquirir y mejorar las habilidades de los recursos de salud, dirigido a capacitar a las madres o responsables del cuidado del menor de cinco años, en este caso en particular a los docentes en los jardines de niños ubicados en la Microrregión granjas Valle de Guadalupe IV.

1. FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO

1.1 Marco Teórico

1.1.1. La comunidad Diagnóstico

La comunidad, identificación, y estudio.

La comunidad es una unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual comparten objetivos comunes y cuya pluralidad de personas interacciones más intensamente entre sí que en otro contexto.¹

De acuerdo al Programa Nacional de Desarrollo Urbano y Vivienda, la población se clasifica en tres categorías:

RURAL, que habita localidades de menos de 2,500 habitantes.

RURAL- URBANA, que se asienta en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes, y

URBANA la que reside en localidades de 15,000 y más habitantes.

Se considera como población rural dispersa y población concentrada a las primeras, respectivamente.

La población rural dispersa se caracteriza por su alta dispersión geográfica; carencia de vías de comunicación que dificulta el acceso a los servicios de salud y educativos; su actividad económica se asocia a la agricultura, ganadería o a la pesca,

La población rural concentrada presenta particularidades como: cierto grado de concentración: vías de comunicación deficientes que dificultan el acceso a los servicios de salud y educación: actividades económicas con predominio agropecuario y pesquero con insuficientes servicios públicos con relación a la recolección de desechos sólidos, agua potable, drenaje, energía eléctrica; deficiencias alimentarias y nutricionales, viviendas que originan situaciones de hacinamiento.

La población urbana conserva las siguientes características: marcada concentración poblaciones comunicación: la estructura productivas tiene como base la industria, los servicios con alto nivel de desarrollo, con salarios arriba del nivel nacional y mejores servicios públicos; modernas redes de comunicación; contaminación atmosférica, actividad fabril; formación de

¹ Ochoa Héctor. Salud Comunitaria

áreas marginadas que coexiste con aquellas donde vive la población con mayores beneficios económicos y sociales: Crecientes núcleos que subsisten a expensas de la actividad comercial formal.

El nivel de salud de cada sociedad estará relacionado con el nivel de desarrollo socioeconómico, con el tipo de desarrollo, con la cobertura y orientación del sistema de servicios de salud, y grado de educación sanitaria de la población.²

Organización de la comunidad:

La forma más simple de desarrollo de la comunidad para el bienestar, se da cuando un grupo de ciudadanos reconoce la existencia de una necesidad en su ambiente de vida, y se une para solucionarla organizadamente.³

Es decir en el momento en que la comunidad identifica sus objetivos, los clasifica, ordena, desarrolla confianza y voluntad para trabajar por sí misma, surge la capacidad de la comunidad para funcionar como una unidad integrada, crece a medida que ésta se ocupa de uno o más problemas que le conciernen, esto surge como la interacción entre individuos y grupos de la comunidad, "El esfuerzo organizado de la sociedad".⁴

Estudio de la comunidad

Incluye la investigación de las características, sociológicas, demográficas, económicas, y de las instituciones sociales lo cual se hace a través de encuestas directas.⁵

Al obtener los datos el investigador procede a jerarquizar los problemas encontrados para prioritarios de forma que se determine cuales problemas demandan mayor atención, tomando en cuenta la urgencia de solución.

El profesional de enfermería en salud pública puede encontrar inconvenientes como que los grupos no sientan la gravedad del problema, o se han acostumbrado a él.

En la primera etapa, se analizarán los recursos que existen en la comunidad, así como su historia, nivel de desarrollo actual e información geográfica, demografía, comportamiento sociales, tradiciones y creencias, medio ambiente, costo de vida (economía), perfil epidemiológico, educación, instituciones culturales, escuelas, bibliotecas, museos y cultura en salud.

Con relación a la salud comunitaria, antes de intervenir es necesario reunir la información necesaria para hacer el Diagnóstico de la Situación de Salud – Enfermedad de la comunidad, morbilidad, invalidez, accidentes, mortalidad por sexo, edad, vida media y esperanza de vida por grupo de edad y sexo. Así como los riesgos identificados, grupos de alto riesgo. Y con toda esta información se podrá basándose en prioridades decidir las actividades que se modificaran en la aplicación.

² Hernán San Martín Salud y Enfermedad p.10

³ Hernán San Martín. Salud y Enfermedad. P 51

⁴ López Luna Ma. Concepción Salud Pública p.10

⁵ Ibidem. p12

Es el proceso de tratar con individuos o grupos que están interesados en los servicios u objetivos del bienestar social, con el propósito de aumentar el volumen de tales servicios, mejorar su calidad y distribución, o adelantar en las gestiones para lograr todos los objetivos.

El mejoramiento de las condiciones económicas sociales, culturales y humanas de la colectividad, realizando un trabajo "desde la base".

Diagnóstico de Salud

El Diagnóstico de Salud es una investigación, es la búsqueda de necesidades y/o problemas de salud de la población y los recursos de que se dispone para controlarlos o resolverlos en un tiempo determinado, tomando en cuenta los factores condicionantes y su relación con los daños a la salud. "El estado de salud de la población (descripción epidemiológica del problema), en relación con los servicios de salud que se prestan junto con las normas organizativas.⁶

EL Diagnóstico de Salud debe de tener las siguientes características:

- a) **Objetividad.**- Sus datos deben presentarse, siempre que sea posible, en forma cuantitativa para evitar su subjetividad.
- b) **Precisión.**- Debe referirse a la población en estudio y al medio donde se encuentra.
- c) **Integridad.**- Debe de ser lo más completo posible para permitir conocer y evaluar el estado de salud de la población.
- d) **Temporalidad.**- Se refiere a un tiempo determinado.

El objetivo del diagnóstico de Salud se enfoca en conocer la situación de salud de una población con relación a factores condicionantes y riesgos a la salud, cualquiera que sea la naturaleza de la enfermedad o del estudio epidemiológico, todo el proceso se inicia con el diagnóstico.⁷

- * Factores condicionantes de la salud; los cuales incluyen: la ubicación geográfica, datos demográficos, datos socioeconómicos y saneamiento del medio, lo que ayuda a discernir la situación geográfica de la población, conocer el grupo de edad al que deben dirigirse prioritariamente las intervenciones de enfermería y aspectos de servicios básicos con los que cuenta la comunidad, como son agua potable, así como basureros, industrias contaminantes y drenajes.
- * Daños a la salud, éstos se conocen a través de los datos de mortalidad y morbilidad, obtenidos ya sea del registro civil local, o de los datos nacionales. Pueden utilizarse también como orientación el número de consultas en los servicios de salud.

⁶ Mazzáfero, Vicente E. Administración de Salud Medicina en Salud Pública. P.46

⁷ San Martín Hernán. P.119

- * Recursos para la salud; "son los recursos humanos, materiales y de equipo de salud, así como las actividades que realizan: centros de salud, hospitales y programas respectivos, para beneficio de la salud de la población".⁸

Por otro lado, los tipos de Diagnóstico, existentes y de importancia para la Salud, son los siguientes:

ADMINISTRATIVO

Este tipo de Diagnóstico enfoca su atención a la resolución de problemas de salud desde el centro hospitalario, eliminando el factor social como concepto totalizante. Es básicamente funcional y objetivo, ya que se basa más que nada en una práctica teórica. Es un tipo de Diagnóstico que inmiscuye los ámbitos biológico y ecológico de la enfermedad, desde el punto de vista de defensas del individuo y condiciones ambientales; enmarcado todo ello en la lógica de la programación, cuyo propósito es la obtención de una mayor productividad.

ESTRATÉGICO

Es un Diagnóstico construido a través de la estructura del poder existente en el sector salud, cuyo propósito está guiado por la intención de introducir cambios en la estructura de poder del sector, pero con base al mismo poder. Para su estudio se manejan dos niveles:

- 1) **El nivel de estado de salud.**- "que estudia dos situaciones sociales: las diferencias entre regiones y las diferencias entre grupos, separando lo cuantitativo de lo cualitativo".
- 2) **El nivel epidemiológico.**- proporciona los criterios para elegir las categorías del nivel de estado de salud y explica por qué de la misma.

Todo esto con el fin de lograr la comprensión del proceso salud-enfermedad como parte social. "Se basa en el análisis de los flujos financieros desde el punto de vista social (grupos donde se origina, intermediación y destino de los fondos como condición de estabilidad o, la existencia de heterogeneidades que sean motivo de desviaciones hacia otros usos o conflictos".

IDEOLÓGICO

Trata de implementar propuestas para el mejoramiento de la salud en una totalidad social. Dichas propuestas tienen como propósito la legitimación en sí mismas y a la sociedad que las produce; entendiendo por legitimación al "proceso mediante el cual se logra que la misma sea aceptada como legal y válida para el conjunto de la sociedad".

Para su realización se basa en dos dimensiones: la del sector y la de la sociedad, dentro del proceso de salud-enfermedad.

⁸ S.S. Programa de infraestructura hacia la salud para población abierta. 1996-2000. P.12

El diagnóstico es el resultado de la organización y análisis de datos obtenidos previamente que nos permiten identificar problemas y necesidades de un individuo, familia o comunidad, que orienta a establecer estrategias de acción.

Para el diseño del diagnóstico de salud de la comunidad se manejan tres niveles de variables que son: Riesgos, daños y servicios de salud. Esto dependerá de su temporalidad, Prospectivo o retrospectivo (causa – efecto), Transversal (situación actual), no hay causa ni efecto.

Con variables independientes y dependientes.

Concepto de variable: atributo o característica de los eventos de las personas o de los grupos de estudio que cambian de una situación a otra y que, por lo tanto pueden tomarse diversos valores.⁹ El uso de variables permite a la epidemiología la elaboración de modelos descriptivos, explicativos y predicativos sobre la dinámica de la salud poblacional.¹⁰

En los estudios epidemiológicos evento o enfermedad es la variable dependiente y los factores que determinan su aparición y distribución son las variables independientes. Las escalas de medición para las variables son : Cualitativa de intervalo y de razón, Cuantitativa nominal y ordinal .

⁹ Moreno Altamirano. P. 337

¹⁰ Moreno Altamirano. P. 337

1.1.2 ENFOQUE DE RIESGO Y MEDICIÓN

Concepto de riesgo

El riesgo es la probabilidad de **enfermar o morir**.¹¹ El riesgo esta en función de un conjunto de factores que incremente la posibilidad de que ocurra un evento (enfermedad, complicación y muerte).

Los estudios de enfoque de riesgo pueden diseñarse de manera diferente de acuerdo al tipo de problemas a resolver, además del grado de vulnerabilidad que éstos presenten.

Los factores de riesgo pueden ser de naturaleza, **biológicos**, como la inmadurez propia de los niños nacidos prematuramente; **ambientales**, como los ocasionados por la contaminación de la atmósfera; **económicos**, como tener ingresos limitados; **socioculturales**, como el analfabetismo o escolaridad baja, o bien, práctica religiosas, como aquellas que prohíben el empleo de sangre o medicamentos en personas enfermas¹². Además existen aspectos que condicionan el desarrollo de la enfermedad en el hombre, son la cultura, y los factores genéticos.

Enfoque de riesgo, es un enfoque de atención en salud, que intenta mejorar los servicios estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención de grupos específicos. Las necesidades de atención se estiman en función de la mayor o menor vulnerabilidad de ciertos grupos para sufrir determinados daños.¹³

Estimación del riesgo

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

La probabilidad se define como el número de eventos favorables entre el número total de eventos posibles.¹⁴

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detestable en individuos o en grupos asociados con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

La importancia o valor de un riesgo para la prevención, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y la posibilidad de prevenirlo

¹¹ COLIMAN. P. 11

¹² VEGA. P. 66

¹³ *Ibíd.* P.64

¹⁴ DANIEL. P. 87.

Él Cálculo del riesgo:

Consiste en la medición de la probabilidad de ocurrencia de un evento dado en forma global o específico en función de cierto número de variables.¹⁵ Esta estimación se hace basándose en tasas de incidencia y de mortalidad.

TASAS	NUMERADOR	DENOMINADOR
Incidencia	Número de eventos (como casos nuevos) de una enfermedad, en un lapso determinado.	Población total expuesta a riesgo.
Prevalencia	Número de personas con un atributo o enfermedad en un lapso particular.	Población total expuesta a riesgo.
Ataque	Número de personas que enferman durante un evento o epidemia (incidencia acumulada).	Población a Riesgo.
Ataque secundario	Número de casos que presentaron la enfermedad después del primer paciente diagnosticados en una epidemia	Número de miembros susceptibles (si esto es posible).
Letalidad	Número de muertes causadas por una enfermedad.	Número de pacientes con la misma enfermedad, expuestos a riesgo de morir. ¹⁶

El riesgo se conceptualiza, como la probabilidad de que suceda un fenómeno determinado. Este se expresa como tasa e involucra al supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, y nos permita definir las acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia.

¹⁵ DAWSON, P. 169

¹⁶ VEGA, F. P. 53

Estos factores podrán ser específicos para un daño en particular, detectados en cualquier miembro de la sociedad; pero además se pueden asociar a la probabilidad de que se presente un daño.

Por lo tanto, se considera que un factor de riesgo será toda situación detestable de los miembros de una comunidad, que se vean expuestos. De esta manera podemos considerar a dichos factores como la causa de la enfermedad, o bien como indicadores de la salud, teniendo la ventaja de que se pueden observar y detectar antes de que estén presentes.

Factor causal

Ubica en secuencia lógica los factores que intervienen en el problema de salud y las interrelaciones e interacciones que ocurren entre ellos. Se identifican como una variable o condiciones que aparentemente se relaciona en línea directa a la enfermedad.¹⁷

Factor no causal

La exposición de un factor no siempre produce la enfermedad, al igual que la misma enfermedad puede ser producida por factores distintos a los que se está investigando.¹⁸

El estudio de los riesgos es uno de los puntos de unión entre los trabajos puramente epidemiológicos y los usos administrativos y de planeación de los servicios de atención médica.¹⁹

Las medidas de asociación o efecto son indicadores epidemiológicos que evalúan la fuerza con la que una determinada enfermedad o evento de salud (que se presume como efecto), se asocia con un determinado factor (que se presume como causa).

Para clasificar al factor de riesgo como causal, tiene que estar vinculado al proceso de salud-enfermedad, de tal manera que pueden presentarse como:

- Riesgo absoluto.
- Riesgo relativo y
- Riesgo atribuible.

Riesgo absoluto: es la incidencia de daños en una población (total de evento).

El riesgo relativo (**RR**) traduce el grado de relación entre los factores presuntamente relacionados con la enfermedad. Dependiendo de su magnitud, se dice, según el caso, que hay una mayor o menor fuerza de relación directa entre el factor en estudio y la enfermedad. Cuando el valor de riesgo es menor que 1.0, se considera que los **RR** indican que el factor ejerce un efecto protector en contra.

¹⁷ VEGA, .F. P. 70

¹⁸ COLIMON. P 155

¹⁹ *Ibidem*. P.147

Una guía para la interpretación del valor RR puede ser la siguiente:

- De 0.9 a 1.1 no significativo.
- De 1.2 a 1.6. riesgo débil.
- De 1.7 a 2.5 riesgo moderado.
- Mayor de 2.5 riesgo fuerte.²⁰

Riesgo relativo o razón de incidencia acumulada compara el riesgo de enfermar del grupo de no expuestos (IAi). Es útil si lo que desea es conocer la probabilidad de padecer la enfermedad en función de la exposición, y la medida que mejor refleja su asociación es:

$$RR \frac{IA_i}{IA_o} = \frac{A/N_i}{c/N_o}$$

Dónde

IAi = Incidencia acumulada o riesgo de enfermar entre los expuestos.

IAo = Incidencia acumulada o riesgo de enfermar entre los no expuestos.

La razón de incidencia acumulada o riesgo relativo para identificar la velocidad con la que se pasa del estado de sano al enfermo según se esté o no determinado factor.

Razón de productos cruzados

En los diseños de casos y controles los riesgos se estiman mediante una razón de productos cruzados, conocida también como **razón de momios (RM)**; ésta se calcula de la siguiente manera: $RM = (a/b) / (c/d) = ad/bc$.²¹

	EXPOSICIÓN		TOTAL
	SÍ	NO	
Casos	a	b	n
Controles	c	d	n

Aquí los sujetos son elegidos según la presencia o ausencia de la enfermedad, desconociéndose el volumen de la población de donde provienen El (RR) también puede ser buen estimador del (RR).

²⁰ VEGA, P. 84

²¹ Ibídem. P. 83

Riesgo Atribuible o fracción etiológica de riesgo

Es de las principales medidas de impacto potencial es el riesgo atribuible, que se estima cuando el factor de exposición produce un incremento en el riesgo (RR-1) Refleja el efecto que se podría esperar en el grupo expuesto de la población en estudio si se elimina el factor de riesgo en cuestión, en la población y expresa la medida administrativa que la acción sanitaria logrará con su actuación en ese sentido, la actividad preventiva mostrará el beneficio hacia la comunidad.

El riesgo atribuible se mide con la siguiente formula:

$$Ra = \frac{1 (Rr - 1)}{1 + Pe (Rr - 1)}$$

Fracción previsible esta medida se aplica cuando a partir de asociaciones se obtienen factores o negativos (RR-1), con dos medidas, fracción previsible poblacional y fracción entre expuestos. Es la proporción de casos potenciales que serían realmente previsible o evitados si existiera la exposición entre la población.²²

Cuando el Especialista en Salud Pública conoce las medidas de razón, como el riesgo relativo. De un grupo en estudio bien planeado y ejecutado, el puede establecer inferencia en los grupos expuestos y no expuestos sobre la población en general.

La interpretación de los resultados implica un análisis estadístico correcto, dentro de datos tomados de una fuente de información que se supone insesgada y estandarizada.

²² MORENO. P.348

ELEMENTOS CONSIDERADOS EN EL CALCULO DE ALGUNAS TASAS.²³

TASA	NUMERADOR	DENOMINADOR
Natalidad	Niños nacidos vivos	Población general a la mitad del año.
Fecundidad	Niños nacidos vivos.	Población de mujeres entre 15 y 49 años a la mitad del año.
Mortalidad general (cruda).	Personas fallecidas	Población general a la mitad del año.
Mortalidad infantil	Nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año.	Nacidos vivos durante el año.
Mortalidad neonatal	Fallecidos antes de cumplir un mes de edad.	Nacidos vivos durante el año.
Mortalidad neonatal temprana.	Nacidos vivos que fallecieron antes de 7 días.	Nacidos vivos durante el año.
Mortalidad perinatal	Nacidos muertos (con gestación de 28 semanas) más los fallecidos antes de 7 días.	Nacidos vivos más los nacidos muertos después de la semana 28.
Mortalidad materna	Mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio(antes del día 42).	Número de niños nacidos.
Letalidad.	Pacientes fallecidos por una enfermedad.	Personas enfermas.

Usualmente expresadas por un año y por 10^a

²³ Ibidem. P.46

CLASIFICACIÓN: ENFOQUE DE RIESGO

SEGÚN EL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Población susceptible

La Jurisdicción Sanitaria Ecatepec cuenta con un documento para evaluar riesgo familiar, avalado en 1986 bajo asesoría del Dr. Hermes Vallejo, miembro de la Cooperación Técnica (G.T. Z.), este documento cuenta con piloto y es el que se aplicará en el estudio de comunidad.

La clasificación por riesgo familiar nos dará el grado de supuesto riesgo que cada familia tiene, reflejando el nivel de salud en que se encuentra la población de la microrregión estudiada.

Buscando características como son la edad (familias con niños menores de cinco años), se adjunta parte del documento y su metodología.

Calificación con enfoque de riesgo familiar

No.	Criterios de Riesgo	Calificación Asignada
1	niños menores de cinco años	35
2	Embarazadas	20
3	Mujeres en edad fértil (14- 44)	15
4	Integrantes familiares con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etéreos	10
6	Inmunización canina y condiciones de la vivienda.	7
Total		100

En cada familia se observa la presencia de los criterios de riesgo, los cuales son asociados, en cuanto mayor sea mayor será el riesgo para las familias.

Tabla de puntaje

	Riesgo	Puntaje
1	Mayor riesgo	de 55 y más
2		de 40 a 54
3		de 25 a 39
4	menor riesgo	de 7 a 24

De esta manera se cumplen los objetivos de identificar las prioridades a trabajar según el riesgo familiar.

1.1.3 PROCESO DE DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

En toda investigación epidemiológica, para la obtención del diagnóstico de salud poblacional; se emplean técnicas de priorización, una vez seleccionado los datos relacionados a los factores condicionantes para riesgos y daños, se analizan con métodos de priorización; como:

- Trillaje preselección de problemas.
- Selección del daño método de Hanlon.
- Tablas de riesgos, Razón de momios y riesgo atribuible.

Método de Trillaje: se identifican los problemas, primero dos grupos de los más importantes a los menos importantes.

Método de Hanlon es un método de priorización para el diagnóstico de salud poblacional, basado en el proceso Salud-Enfermedad, que establece prioridades de salud y se fundamenta en cuatro elementos.²⁴

- A- Magnitud número de personas afectadas con relación al problema total (0 - 10).
- B- Severidad, mortalidad, morbilidad, incapacidad y costos (0 - 10).
- C- Eficacia, resolución /vulnerabilidad (0.5 - 1.5).
- D- Factibilidad, PEARL (sí; no), (SÍ = 1) (No = 0).

Se establece puntuación para cada elemento: índice de Hanlon. = (AXB) (CXD).

Magnitud del problema.

Mide la magnitud, el número de personas afectadas con relación al problema total, utiliza la incidencia y prevalencia de las enfermedades, de acuerdo a las demandas de los servicios de salud; a través de tasas, para cada enfermedad, y tiene una asignación de tasas x100,000 habitantes y una puntuación del 0 al 10.

Severidad del problema

Se toman en cuenta las tasas de mortalidad, morbilidad e incapacidad así como la trascendencia social, los costos y tiempo asociados al tratamiento de la enfermedad, con relación a la demanda de servicios de salud.

Eficacia

Se refiere a la capacidad para la solución o vulnerabilidad de los problemas de salud

²⁴ Lic. ENFR. ALONSO, Castillo M.A.P. 1, 2

Con una escala de medición del 0.5 a 1.5 dónde:

- 0.5 existe mayor eficacia de resolver el problema
- 1.5 existe menor eficacias de resolver el problema.

Factibilidad del problema

Elemento del método de Hanlon, descrito por las siglas PEARL. Dónde

- P = Pertinencia (sí; no).
- E = Economía, (sí; no).
- A = Aceptabilidad (sí; no).
- R = Recursos (sí; no).
- L = Legalidad (sí; no)

1.1.4 PROCESO SALUD ENFERMEDAD

Antecedentes.

A través de la historia de la humanidad, la alternancia de la salud con la enfermedad en la condición biológica del hombre, ha estado presente a través de su evolución, desde los homínidos, hasta el actual homo ciberneticus.²⁵

El hombre colectivo ha dejado constancia de enfermedades, contagios, plagas y epidemias, y su salud ha estado sujeta a circunstancias favorables del comercio, de las guerras o de alguna forma de dominio que propicia la salud en el grupo dominante, mientras las enfermedades afectan las clases sociales de menores recursos, causando pérdidas humanas.

Para los historiadores, la etapa moderna de la humanidad empieza con la caída del Imperio Romano de Oriente, con el descubrimiento de otros mundos toma conciencia de la extensión del planeta y con ello nace el deseo de conquistarlos, como consecuencia se dará un intercambio de enfermedades aunque los conquistados son los más afectados por carecer de inmunidad.

Los avances científicos y técnicos logrados por las ciencias médicas son entre el año 1850 y 1950 y el éxito alcanzado en la lucha contra las enfermedades infecciosas y el interés creciente por preservar y fomentar la salud de la población, contribuyeron a modificar el panorama epidemiológico de los países económicamente desarrollados, mientras los que se encuentran actualmente en desarrollo atraviesan por un proceso de transición.²⁶

El ser humano nace y crece en un medio social (familia, amigos, comunidad), compartiendo un medio ambiente favorable o desfavorable para su salud.

Todo esto determina su expectativa de vida, educación, salud. Al evolucionar las ciencias se identificaron las causas de las enfermedades, naciendo la Epidemiología como una rama de la Salud Pública.²⁷ Por que la Epidemiología investiga desde una perspectiva poblacional.

Objeto de estudio:

El carácter histórico del proceso salud enfermedad esta dado por el proceso que se da en la

²⁵ VEGA Franco P.113

²⁶ VEGA Franco P.114

²⁷ Villa, J. Pablo Clase 1998.

colectividad; la naturaleza social de la enfermedad determina el modo de enfermar o morir de las poblaciones humanas.²⁸

Los diferentes perfiles patológicos que representan los grupos humanos a través de su historia se deben a las transformaciones de la sociedad, el acceso real a los servicios médicos, las esperanzas de vida y de que mueren los individuos.

Por lo que cada una de ellas crea su propio perfil, que dependerá de su estilo de vida.

Este proceso salud- enfermedad, está dado por el proceso fisiológico de desgaste y reproducción que se da en el grupo y que dicho proceso biológico en desequilibrio trae como consecuencia la enfermedad.

Por lo tanto el objeto de estudio arrojará tasas de morbilidad y mortalidad, que indiquen la situación del proceso salud.- enfermedad.

Para Frenk²⁹ el estudio de la salud poblacional tiene dos grandes objetivos: las condiciones de salud y la respuesta de dichas condiciones, de acuerdo con esto la transición de la salud puede dividirse en dos grandes componentes.

Primero es la transición epidemiológica, entendida como el proceso de cambio a largo plazo en las condiciones de salud de una determinada, incluyendo cambios en los patrones de enfermar, incapacidad y muerte (distribución y frecuencia) y el segundo componente puede denominarse transición de la atención a la salud, se refiere al proceso de cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud.

En consecuencia la salud representa un punto donde se articulan la política social con sus metas de bienestar y la política económica con sus intereses por la producción, crecimiento y equidad son dos propósitos medulares de la política, que convergen en la salud.³⁰

Se concluye que el proceso salud -enfermedad se establece como el grado de equilibrio dinámico y dialéctico determinado por la sociedad dentro de un momento histórico que se vive, ya que la interacción entre estos elementos prolonga o disminuye la sobrevivencia o la extinción de una población determinada por el carácter social y el desgaste biológico que influye en la forma de enfermar o morir de una colectividad.³¹

Respuesta social organizada:

La respuesta social organizada es la forma en como se organizan los individuos ante problemas comunes de salud. Debiendo tener las siguientes características

La equidad para poder proporcionar los servicios de salud a quienes más lo necesitan.

La igualdad, que es la homogeneidad en la dotación de los servicios de salud.

²⁸ COLOMAN, Karl Martín. Fundamentos de Epidemiología. I

²⁹ FRENK, Mora J. La Salud de la Población P 25 - 69

³⁰ FRENK, Mora J. La Salud de la Población. P. 140.

³¹ Villa, J. Pablo Clase 1998

1.1.5 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Antecedentes.

El México posrevolucionario sufrió epidemias y tuvo que sanear el medio urbano, creando el Departamento de Salubridad 1929, Unidades sanitaria, Cooperativas de Salud en Estado y Municipios esto dio pie a los servicios Coordinados de Salud Publica entre los gobiernos Federales y Estatales.³²

Desde la creación de las instituciones de salud, los mexicanos han sido beneficiados por el continuo avance de la cobertura de vacunación, la esperanza de vida ha aumentado de 44 años en la década de los cuarenta a 72 años en 1994, así como las tasas de mortalidad infantil han disminuido; pero aun existen alrededor de 10 millones de personas sin acceso regular a los servicios de salud.³³

Subsisten grupos de poblaciones marginadas, la pobreza en las zonas rurales, sigue siendo un rezago epidemiológico, llamado patología del subdesarrollo, determinado por los bajos niveles educativos, la subordinación de la mujer, la desnutrición y falta de la vivienda y sin ningún tipo de servicio de salud, drenaje, agua potable.³⁴

En 1934-1940, se crea un nuevo modelo Servicios de Salud gobierno, banca de desarrollo ejidal, en esa época también se intervino para la formación de médicos rurales, de esta manera garantizando la atención del medio rural en 1936 se crea el servicio social humanitario para las comunidades del campo.

En los últimos años México ha logrado avances significativos en el control de las enfermedades transmisibles, con la vigilancia epidemiológica con que refuerza las medidas de control.

Mejorar el rendimiento del esfuerzo social en materia de salud, mediante la definición explícita de prioridades, asegurar el acceso de toda la población a los servicios esenciales de salud.

El Plan Nacional de salud es la integración total de las actividades preventivas y curativas de la medicina y la unificación de la autoridad legal, administrativa y financiera. La seguridad de que los recursos humanos y materiales serán suficientes para satisfacer la mayor demanda de servicios de salud.

Existe un marco jurídico integral, que comprende el artículo 4º Constitucional, donde se

³² Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma Del Sector Salud. 1995-2000. p 95, 96

³³ Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma Del Sector Salud. 1995-2000. p 95, 96

³⁴ Frenk Mora, Julio. Economía y Salud. Cuaderno No.22 México 1997 P.23

establece el derecho de la protección a la salud, la Ley General de salud, con seis reglamentos, las normas técnicas y las leyes estatales de salud.³⁵

El modelo actual nace por la industrialización y urbanización, la alfabetización y el desarrollo del país. La fundación actual del sistema de salud data del año 1943.

La salud es un derecho fundamental del ser humano y como tal forma parte implícita del desarrollo de un país; donde la salud y la educación son los pilares que definen el bienestar de la población.

No obstante aún se requiere de mayores esfuerzos para el mejoramiento de calidad y la eficiencia de la producción de servicios, mediante la definición explícita de prioridades.³⁶ Consolidar los logros, en muchos aspectos, como elevar el nivel de salud de la población de áreas marginada sin acceso a los servicios de salud, ampliando la cobertura, mejorando la calidad de los servicios de salud.

La revisión del Sistema Nacional de Salud se inicia en 1994, y se consolida en 1996. La actualización de los servicios de salud tiene como propósito ampliar la cobertura de forma universal con la optimación de los recursos disponibles, descentralización de los servicios, de salud, extenderla y dirigirla a los grupos más vulnerables, con la participación de la comunidad en los programas de atención a la salud, esto se deberá fomentar con la capacitación del personal de salud, y la participación de los trabajadores de la salud, brindando servicios de calidad y eficiencia.

Asegurando el acceso de toda la población a los servicios esenciales de salud.³⁷

La transformación del Sistema de Salud en México se debe al aumento de las necesidades de la población a las rápidas transformaciones que el país sufre en los ámbitos de economía, política, educación, demografía y la Epidemiología.³⁸

Programa de Salud Infantil y Escolar.

Las acciones orientadas a reducir y controlar la morbimortalidad que afecta a la población infantil, se agrupa en el programa de salud infantil y escolar. El Programa de Educación se lleva a cabo por el DIF, en colaboración con la SEP.³⁹

La elaboración de este programa responde a las características epidemiológicas de este grupo; en los menores de cinco años, el predominio de las enfermedades transmisibles es manifiesto, esta población que aun se encuentra bajo el cuidado de la familia y la escuela donde pueden adoptar hábitos saludables.

Este programa enfatiza la promoción de la salud los aspectos preventivos y la responsabilidad del autocuidado.

³⁵Ley General de Salud p.1

³⁶FRENK, Mora, Julio. Economía y Salud. Cuaderno No.22 México 1997 P.20 y 23

³⁷Ibidem. P.24

³⁸FRENK, Mora. P.349.

³⁹López Luna Ma. Concepción Enfermería Sanitaria. P.180

Se propone fortalecer la reducción y control de las patologías más frecuentes en la población infantil, mejorando las condiciones de salud de este grupo a través de acciones concretas.⁴⁰

La escuela es uno de los entornos en que la casi totalidad de la población infantil pasa gran parte de su tiempo, en el momento evolutivo en que es más fácil asimilar el conocimiento, actitudes y hábitos.

En la escuela tiene lugar una parte importante del proceso de educación y socialización, al mismo tiempo que esta evolución para adaptarse a las demandas de sociales.

Educación y salud tiene como objetivos capacitar a los individuos para incrementar sus posibilidades de decisión al conocer sus alcances y limitaciones; ello les facilita la adopción de decisiones y la capacidad de proyectarse hacia el mundo social de manera constructiva.⁴¹

La escuela como un entorno físico y social desde donde se pueden promover y ofrecer opciones saludables para la población infantil. Como para la comunidad donde esta inmersa.⁴²

Prevención: el niño depende del cuidado de la familia y los docentes en las escuelas, los cuales influyen en la adopción de hábitos saludables.

La comunidad escolar se compone de alumnos, profesores, padres, personal administrativo, el representante Municipal, los consejeros, el personal de limpieza quienes participan en el proceso de desarrollo educativo.

Función de los docentes en la promoción de la salud en la comunidad.⁴³

Formación en conocimiento, actitudes y habilidades saludables de los niños: conciencia e información sobre cuestiones relacionadas con la salud a padres y otros miembros de la comunidad.

Considerar la opinión de los padres y de otros profesionales para planificar y realizar actividades educativas en relación con la salud.

Los padres y la comunidad escolar desempeñan un importante papel en el liderazgo, apoyo y refuerzo de los conceptos de la escuela promotora de salud. La colaboración entre la escuela y los padres, las organizaciones no gubernamentales y los representantes locales de la comunidad representan una fuerza potente para generar un cambio positivo.

Salud en la escuela: objetivo promoción y cuidado de la salud de los niños del Sistema Educativo Nacional para mejorar el desarrollo físico, mental y social de las comunidades.

En México la Atención a la salud está dispuesto los artículos 4ª y 26 de la Carta Magna, en la Ley Orgánica y Ley General de Salud⁴⁴.

⁴⁰ López Luna Ma. Concepción Enfermería Sanitaria P. 181

⁴¹ COLOMER. P. 146.

⁴² *Ibidem*. P. 147

⁴³ *Ibidem*. P. 149

⁴⁴ Ley General de Salud p.1

La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona, art. 4º Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establecer bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, con la finalidad de favorecer el bienestar familiar del individuo.⁴⁵

La promoción para la salud comprende o tiene como objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permiten participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, proteger de los riesgos que pongan en peligro su salud.⁴⁶

Para conseguir una enseñanza efectiva son necesarios objetivos educativos explícitos, lógicos, pertinentes, y apropiados.

La metodología educativa debe estar relacionada con el grado de madurez y la capacidad de aprendizaje de los receptores, y serán necesario las siguientes actividades:⁴⁷

- Hablar a las personas (transmisión de conocimientos).
- Hablar a las personas (escuchando y valorando opiniones, actitudes, etc.).
- Conseguir que las personas hablen entre sí.
- Controlar los cambios conseguidos.
- Lograr que pongan en práctica lo aprendido.

La promoción de la salud suministra un nuevo marco de actuación mediante la elaboración de políticas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el esfuerzo de la acción comunitaria y la reordenación de los servicios hacia la salud.⁴⁸

La salud esta profundamente influida por variables sociales como producto del cambio social; aplica una estrategia global que se dirige a la población en su conjunto.

Según la OMS, para que la promoción de la salud sea posible deberán cumplirse unos prerrequisitos:⁴⁹

- Paz y ausencia de Guerra.
- Igualdad de oportunidades para todos y justicia social.
- Satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, vivienda, seguridad, etc.).
- Compromiso político y apoyo público.

⁴⁵ *Ibidem*. P.2

⁴⁶ *Ibidem* capítulo II Art. 112. P.4

⁴⁷ *Ibidem*. P.71

⁴⁸ COLOMER. P. 44

⁴⁹ *Ibidem*. P.32

REFORMA AL SECTOR SALUD EN MÉXICO.

Puede concebirse como el conjunto de cambios generados por el gobierno o diversos grupos de la sociedad con la intención explícita de transformar las instituciones de salud para su mejoramiento.

En 1981 la Coordinación de Planeación un Programa Modelo específico llamado Sistema de Servicios de Salud y Programa de Atención a la salud a población en áreas marginadas de Grandes Urbes.⁵⁰

En 1985, dentro del plan Nacional de Desarrollo y del programa Nacional de Salud 1990-1994, se rehusó y actualizó el Modelo de Atención a la Salud a población abierta, con la participación de los servicios Estatales de Salud, se crean los Servicios Locales de Salud (SILOS)⁵¹, que tiene bajo su responsabilidad áreas geográficas bien definidas en la periferia.

Aunque actualmente México se enfrenta a problemas de mayor complejidad que en épocas pasadas, en materia de salud, el país atraviesa por una transición epidemiológica, y aún se tienen rezagos que corregir, esto se manifiesta al observar que las enfermedades infecciosas persisten y causas altas tasas de mortalidad infantil, y las no transmisibles aumentan, así como los accidentes.⁵²

El Modelo de Atención a la Salud enfrenta grandes retos como: los cambios económicos, sociales y políticos, las desigualdades, la iniquidad, la ineficiencia, inadecuada calidad de los servicios, y la inflación, la introducción de ciencia y tecnología así como el incremento de la demanda.⁵³

Los SILOS son el nivel clave para la gestión de la Atención Primaria a la Salud (APS), en comunidades rurales o urbanas, se pueden encontrar trabajadores comunitarios de salud, clínicas y centros de salud.

La importancia de los SILOS es producir un perfil de salud útil para la comunidad.

⁵⁰ Paquete Básico de Servicios de Salud. P. 6

⁵¹ Vaughan Patrick. Morrow Richard. Traducción de Ochoa. P.29

⁵² VEGA. P. 119

⁵³ FRENK. P.8

EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LA POBLACIÓN ABIERTA DEL ESTADO DE MÉXICO.

En el Estado de México se regularizan los servicios a población abierto y se trabaja con Sistemas locales de Salud (SILOS),

El Estado de México está constituido por 19 Jurisdicciones Sanitarias, 18 oficinas de regulación sanitaria, 166 Coordinaciones Municipales de Salud, y 2350 Microrregiones, y funciona por niveles de Atención de manera escalafonaria, esto es para que la referencia del paciente sea mejor y la atención se de oportunamente, así como la vigilancia epidemiológica según las necesidades de la población, y también se da la relación entre los niveles de atención.

El escalonamiento por niveles, facilita la ubicación de la atención dependiendo de la necesidad, o situación de salud del individuo y los recursos necesarios para la atención, esto facilita la referencia del usuario para su atención, que puede ser desde una vigilancia epidemiológica hasta una hospitalización.

Características del modelo de atención a población abierta, en el Estado de México es tener primer nivel de Atención solidamente constituido por cinco subniveles.

NIVELES DE COMPLEJIDAD DEL MODELO DE ATENCIÓN A POBLACIÓN ABIERTA DEL ESTADO DE MÉXICO

SUBNIVEL 1. DE AUTOCUIDADO O AUTOATENCIÓN, donde se realizan acciones de prevención, sensibilización, y educación por la enfermera en salud pública, en coordinación con la misma comunidad.⁵⁴

SUBNIVEL 2. DE MONITOREO: que corresponde a la participación de la comunidad, de manera organizada a través de sus líderes formales e informales y se denomina de monitoreo en virtud de la participación de la comunidad en acciones de vigilancia epidemiológica por medio de grupos organizados.

SUBNIVEL 3. DE ATENCIÓN BÁSICA: donde se realizan acciones de salud con el apoyo de recursos humanos propios del Instituto denominados PRODIAS (Programa de Desarrollo Integral y Atención Primaria a la Salud), cuya organización corresponde directamente a la estructura de la microrregión, y este personal realiza las siguientes actividades: inmunizaciones, control del niño menor de cinco años, atención materna –infantil, planificación familiar, control y saneamiento del agua, pláticas educativas para la prevención de las enfermedades infectocontagiosas, vigilancia del mejoramiento nutricional, la referencia de paciente a unidades medicas según el nivel requerido.

⁵⁴ PEREZ Hernández Guadalupe Protocolo de investigación para DX de Salud de A pliación Tulpetla Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Edo. De México p.45

SUBNIVEL 4. ATENCIÓN MEDICA GENERAL: constituye el primer contacto entre el medico y la comunidad, brinda servicios de consulta medica general, y odontología y se ubica en unidades medicas de primer nivel como: centros de salud, a población rural dispersa y concentrada así como población urbana.

Este subnivel trabaja basándose en un paquete sustantivo de programas, los cuales son:

Saneamiento básico en el ámbito familiar.

Manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar.

Identificación de signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas, y referencia a unidades de atención médica.

Prevención y control de tuberculosis pulmonar.

Prevención y control de hipertensión arterial y diabetes Mellitus.

Inmunizaciones.

Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño.

Servicios de planificación familiar.

Atención prenatal, del parto y puerperio.

Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.

Participación social.

SUBNIVEL 5. ATENCIÓN MEDICA DE ESPECIALIDADES BASICAS: Consiste en unidades médicas que permiten otorgar atención médica de especialidades básicas como son: ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general, y medicina interna, así como oftalmología, y odontopediatría, se maneja de igual forma con sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes entre las unidades de menor complejidad a unidades medicas de segundo nivel de atención.

1.1.6 PROCESO DE ENFERMERÍA

para proporcionar cuidados de enfermería se organiza en cinco fases distintas: valoración, diagnóstico, planeación, implementación y evaluación.⁵⁵

Valoración objetivo obtener información respecto al individuo, familia y comunidad para identificar necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas. P. 5. utilizando la entrevista o los antecedentes de enfermería.

DIAGNOSTICO: En esta fase se analiza la información obtenida durante la valoración y se interpreta, se sacan conclusiones con respecto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de individuo y los diagnósticos de enfermería se identifican y sirven como objetivo central para las fases restantes, basándose en estos, además constituyen un método eficaz para comunicar los problemas del individuo.

PLANEACION: Aquí se desarrollan estrategias, para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico la fase de planeación consta de varios pasos:

- Establece prioridades entre los problemas para obtener el diagnóstico.
- indica objetivos al individuo, familia y comunidad para corregir o prevenir los problemas.
- Descubrió intervención de enfermería.
- Registra el diagnóstico, resultados e intervenciones de enfermería, de manera organizada en el plan de cuidados.

IMPLEMENTACION: Consiste en iniciar, llevar a cabo las actividades necesarias para alcanzar los objetivos, definidos en la etapa de planeación.

El plan de cuidados se usa como guía, también incluye registrar los cuidados que se proporcionan al individuo en los documentos correctos, se verifica que el plan de cuidados se lleve a cabo y pueda ser empleado como un instrumento para evaluar la eficacia del plan.

EVALUACION: Es la última del proceso de enfermería es la Evaluación es un proceso continuo que determina hasta qué grado se han alcanzado los objetivos de los cuidados.

El proceso de enfermería es utilizado por Orem más coherente con su teoría. Lo contempla como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales y operaciones técnicas profesionales.⁵⁶

⁵⁵ B.J. Taptich P 5

Las operaciones interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. Las enfermeras deben:

Iniciar y mantener una relación afectiva con el paciente, su familia y la comunidad.

Lograr acuerdos con el paciente y familia para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.

Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente la familia y la comunidad.

Las operaciones tecnológicas- profesionales son identificadas como diagnóstico, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de caso.

Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente la familia y la comunidad.

Las operaciones tecnológicas- profesionales son identificadas como diagnóstico, prescriptitas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de caso.

El control del proceso de enfermería implica no sólo la evaluación de los cuidados sino también una auditoria de la utilización de los recursos.

En el proceso de enfermería debe determinar si se requiere la ayuda de enfermería y que este juicio debe de validarse usando la información de tantas fuentes como sean necesarias.

⁵⁶ OREM, P. 300

1.1.7 LA TEORÍA DE OREM.

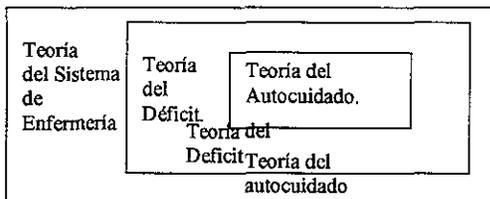
El proceso del establecimiento de la enfermería como una profesión especializada que brinda un servicio de salud organizado en el conocimiento y capacidades de enfermería, siendo una clara contribución de las enfermeras a los cuidados de salud de los individuos, familia y comunidad empezó en diversos países durante los Siglos XVIII y XIX y es aquí donde se hace legítimo el servicio del cuidado enfermero y aun continúa.

La conceptualización de la enfermería, se da con el estudio, la investigación, y la intervención sobre que debería hacerse para producir un sistema de cuidados especializados enfermeros, el desarrollo de la comprensión de las características de la enfermería, como práctica que requiere conocimientos y habilidades profesionales.⁵⁷

La enfermar profesional es una enfermera preparada profesionalmente con conocimiento científico y tecnológicos del campo de la enfermería y ciencias aplicadas que puede especializarse en una o más áreas.⁵⁸

Dorotea Orem inicia su carrera en enfermería en 1930 y en 1958 empezó trabajos sobre la Teoría del Autocuidado, siguiendo con la Teoría del Déficit de Autocuidado, y finaliza con la Teoría General de los Sistemas de Enfermería en 1990⁵⁹.

Consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto se refiere a la Teoría General de la Enfermería de Orem⁶⁰



Según Perse, la ciencia enfermera es una ciencia humana; los cuidados enfermeros están centrados en el ser humano.⁶¹

Se presenta primero la **Teoría del Autocuidado**, donde se identifican tres requisitos, los universales, de Desarrollo y de Desviación a la Salud.

⁵⁷ OREM. P. 6-15

⁵⁸ OREM. P.32

⁵⁹ WESLY.P. 31

⁶⁰ OREM. P. 73

⁶¹ KEROUAC. P. 41

Definición de Autocuidado: son todas las actividades llevadas a cabo de forma consciente y razonada e independiente por un individuo adulto o en etapa de desarrollo (adolescencia), para proporcionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.⁶²

Agencia de Autocuidado: capacidad de un individuo para llevar a cabo actividades de autocuidado. Consta de dos agentes de autocuidado (persona que proporciona el autocuidado), y el agente de cuidado dependiente (persona que proporciona cuidados a otros, como un padre que cuida a su hijo.)⁶³

La conducta positiva de los individuos implica autocuidado y una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de comunicación; sin embargo, esta conducta puede estar influenciada por el autoconcepto, la falta de madurez, por la cultura, el conocimiento, la situación familiar, la influencia de los grupos sociales.

La decisión de cuidarse, los trastornos de salud, la falta de habilidades y los hábitos inadecuados. Todos ellos afectan negativamente el propósito del autocuidado.

Para que las unidades Multipersonales puedan autocuidar deben cumplirse los requisitos de autocuidado. Orem dice que Los requisitos de Autocuidado Universales, representan las acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humanos, que a su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos. Estos requisitos son los siguientes.⁶⁴

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación adecuada de excretas.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos
- La prevención del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos Sociales de acuerdo con el potencial humano, "el conocimiento de las limitaciones y el deseo humano de ser normal".⁶⁵

Estos requisitos representan las acciones del que debe realizar el individuo para producir las condiciones internas y externas.

Cuando se satisfacen los requisitos de autocuidado universales a través del autocuidado o cuidado dependiente, constituye esto una parte integral de la vida diaria de los individuos y

⁶² OREM. P. 71

⁶³ WESLY. P. 82

⁶⁴ OREM. Concepto de enfermería en la práctica

⁶⁵ CAVANAGH. P.6-10

sus grupos. Sociales; sin embargo, pueden predominar ciertas condiciones que separan la estructura de la vida humana. Estas condiciones pueden ser: contaminación del aire, del agua, las actividades laborales, recreativas, educacionales y religiosas y a los patrones de vida diaria de los grupos sociales; y las enfermedades, defectos, patología específica e incapacidad de los miembros del grupo social.

En estas condiciones, los individuos y los grupos sociales como un todo, pondrán atención en el cumplimiento de éstos requisitos de autocuidado y podrán llevar a cabo acciones para producir las condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades de manera efectiva.

Los Requisitos de Autocuidado de Desarrollo son expresiones especializadas de los requisitos de autocuidado universal que han sido particularizados para los procesos de desarrollo, o son nuevos requisitos derivados de una condición... o asociados con un acontecimiento. Hay dos requisitos de autocuidado del desarrollo:

1- Crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo esto es; el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- a) los estados intrauterinos de la vida y el proceso del nacimiento;
- b) la etapa de la vida neonatal ya sea: 1) nacido a término o prematuramente; 2) nacidos con peso normal o con bajo peso;
- c) infancia;
- d) las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada en la edad adulta
- e) las etapas de desarrollo de la edad adulta.

2- Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Por último los Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud existen cuando se observan cambios en la estructura humana, el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria. En estas condiciones el individuo centra su atención en sí mismo. Hay seis categorías de autocuidado de desviación de la salud;

1-Buscar y a asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas; con acontecimientos y estados humanos patológicos o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patología humana.

2- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

3- Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integradora la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidad.

4- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.

5- Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.

6- Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.

El concepto del **Déficit de Autocuidado**, surgió con la necesidad de ubicar en un campo específico de acción, el que hacer de enfermería; demanda de autocuidado terapéutico, que se refiere a aquellas actividades de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado.⁶⁶

Puede producirse un déficit de autocuidado cuando supera a la agencia de autocuidado del paciente.

Teoría del Déficit de Autocuidado:

Es el enfoque central de la teoría general de enfermería de Orem. Aquí se explica cuándo se necesita a la enfermera y la ayuda que prestan a las personas.⁶⁷

El **Déficit de autocuidado** surge cuando la agencia de autocuidado no es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado (cuando un paciente no puede administrarse su propio autocuidado), y necesita la enfermería para satisfacer los requisitos de autocuidado mediante cinco métodos de ayuda: actuar o hacer para guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente la capacidad del paciente para satisfacer sus demandas actuales o las futuras.

Teoría de sistemas de enfermería

Es el componente organizativo esencial de la teoría del déficit de autocuidado por que establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y las de la enfermera.

Las enfermeras como un servicio de salud especializado se puede distinguir de otros servicios porque toma a los seres humanos que tienen algún tipo de incapacidad para cuidarse, como su

⁶⁶ WESLY. P.82

⁶⁷ *Ibidem* P. 82

foco de atención con el fin de proporcionarles cuidados en cantidad y calidad cuando éstos lo demandan.

Las enfermeras trabajan en situaciones vitales con otras personas para originar condiciones, beneficios hacia las personas que cuidan.

Las tres acciones de enfermería requieren que la enfermera forme juicios sobre el plan de cuidados existente y los progresos del paciente en la consecuencia de los objetivos y resultados.⁶⁸

Orem, define al proceso de enfermería como actividades técnico- profesionales de la práctica de enfermería y las operaciones asociadas de planificación y evaluación.⁶⁹

La enfermería es un servicio legítimo cuando las habilidades de cuidado son menores que las requeridas para satisfacer una demanda de autocuidado conocida (una relación de déficit) o de cuidado dependiente exceden o son iguales a los requeridos para satisfacer la demanda de autocuidado actual, pero puede anticipar una futura relación déficit causa de una disminución predecible de las habilidades de cuidados, o en aumento cuantitativo y cualitativo de la demanda de cuidados, o ambas causas.

Las personas con déficit de cuidados actuales o potenciales están o se espera que estén en un estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.⁷⁰

La seguridad de que las enfermeras profesionales sean capaces de representarse a sí mismas, a su trabajo de forma efectiva verbalmente y por escrito a las personas que cuida, a otras enfermeras, a otros profesionales de la salud, tener libertad para practicar la enfermería a la población que sirve.

Ahora bien; después que se ha diagnosticado el Déficit de Autocuidado, en donde se ha valorado la deficiencia de autocontrol para el cuidado de sí mismo; la agencia de enfermería contempla tres sistemas de intervención, guiados por el tipo de demanda de cuidado; éstos son: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educativo, para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente; cada sistema describe la responsabilidades y los roles de la enfermera y del paciente.⁷¹ Siguiendo esquema.

La teoría de Orem y los cuatro conceptos del meta paradigma enfermero:

Persona

La define Orem como el paciente (receptor del cuidado enfermero): un ser que tiene funciones biológicas, simbólicos y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse.

⁶⁸ CAVANAGH. P. 32

⁶⁹ Ibidem. P. 300

⁷⁰ OREM. P. 80

⁷¹ WESLY. P.83

Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para autoconocerse, que puede realizar una acción beneficiosa.

Es un individuo que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado serán otras personas las que les proporcionen los cuidados.

Entorno

Consta de factores ambientales (no definido por Orem, pero interpretados por otros como externos a la persona), elementos ambientales, condiciones ambientales (alrededores psicosociales y físicos externos) y ambiente de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluye la formación (o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico).⁷²

Salud

Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario.

Consta de aspectos físicos, psicológicos y sociales; según Orem, estos aspectos son inseparables, que incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería

Orem la define como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros.

Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado, finalmente proporciona al paciente como agente de autocuidado.

Tiene varios componentes: arte enfermero, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría del rol y tecnologías especiales

Considera al arte enfermero como la base teórica de la enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades.

Describe la prudencia enfermera como la cualidad que permite a la enfermera buscar consejo en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decide actuar de un modo en particular y para actuar.

Contempla el servicio enfermero como un servicio de ayuda; Orem describe la capacidad de la enfermera como la **AGENCIA DE ENFERMERÍA**.

⁷² Ibidem.P85

Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en una situación específica; los roles de la enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado.

Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecidos y mantenimiento de relaciones terapéutica, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento y desarrollo)

Utiliza uno o más de los sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente.

Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería (actuar por o hacer por otro; guiar, apoyar o enseñar a otro; y proporcionar un entorno que fomente el desarrollo personal para satisfacer las demandas actuales o futuras).

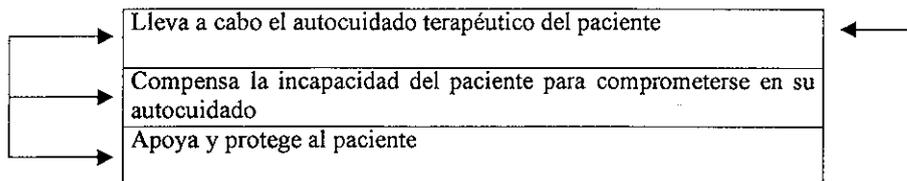
Consta de tres pasos: determinar por qué el paciente necesita cuidados; designar un sistema de enfermería y planificar la administración de los cuidados; e iniciar, condicionar y controlar las acciones enfermeras.⁷³

⁷³ WESLY, P.85-86

SISTEMAS BASICOS DE ENFERMERIA

Actuación

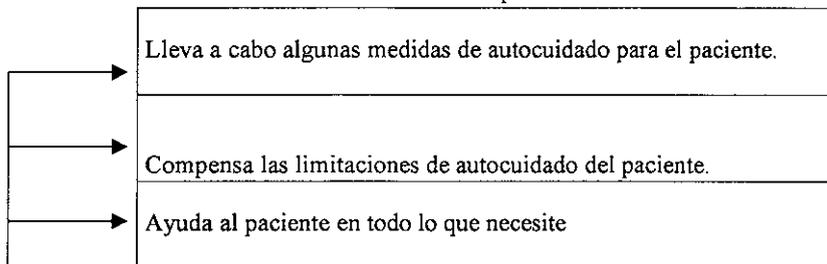
Sistema totalmente compensatorio



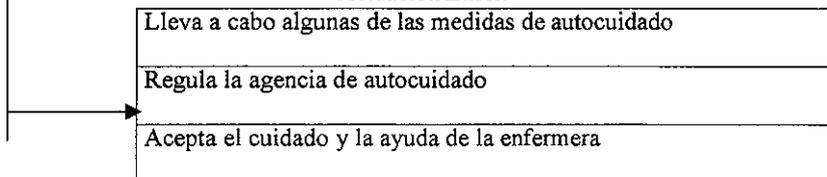
Actuación

Enfer.

Sistema Parcialmente Compensatorio

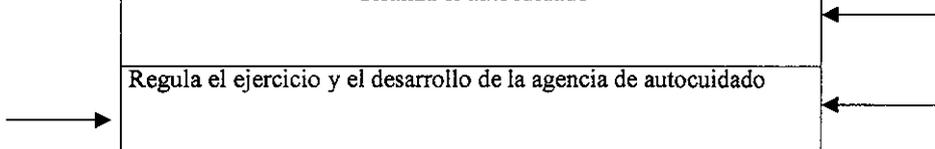


Actuación Enfer.



sistema de apoyo- educativo

Realiza el autocuidado



Actuación

Enfermería

74

⁷⁴ R.L. WESLEY. Teorías y modelos de enfermería
México 1997. P.84

1.1.8 UNIDADES MULTIPERSONALES

Definición:

Una unidad multipersonal está formada por más de una persona y es considerada como un todo como “nosotros” Podemos ser desde dos personas hasta un número indeterminado, se considera como una unidad de servicio, donde se involucran situaciones Multipersonales, cada una de las cuales tiene una demanda de autocuidado terapéutico, hay un requerimiento de esfuerzo organizado y cooperativo para obtener los recursos y satisfacciones comunes a los miembros del grupo.

CLASIFICACION DE LAS UNIDADES MULTIPERSONALES:

Personas que comparten la misma residencia.

Personas que se consideran como grupo.

Comunidades.

Ejemplo:

La familia, los grupos de residentes de una casa.

Los grupos étnicos o socioculturales como los grupos de diabéticos de autoayuda.

Comunidades.

Vecindario.

Familia, se puede definir como un sistema o unidad de personas que intercalan relacionadas por el matrimonio, nacimiento o cualquier otro parentesco estrecho con un compromiso y afinidad entre los miembros de la unidad que incluye obligaciones futuras y cuyo propósito principal es crear, mantener y promover el desarrollo social, mental, físico y emocional de cada uno de los miembros.

El autocuidado se aprende en la familia. Los valores específicos son condicionados en ella.

La familia como un sistema de cuidado dependiente en la atención de los niños menores de cinco años asociados con la desviación de la salud, se considera a la familia como el establecimiento que condiciona y en el que se producen los sistemas de cuidado dependiente, la atención varía de acuerdo con la unidad de cuidado dependiente y la razón de la dependencia, edad, nivel de desarrollo o estado de salud.

Unidades de servicio familiares.

Familias de diferentes estructuras

Familias con adultos enfermos.

Adultos o adolescentes que son atendidos por un pariente adulto.

1.1.9 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Epidemiología

Los niños menores de cinco años presentan de cuatro a ocho episodios de infección respiratoria aguda (IRA) por año. En las áreas rurales la incidencia es discretamente menor (uno a tres), mientras que en las urbanas es mayor (seis a once), situación que puede afectar el crecimiento y desarrollo, por otra parte las (IRA) las infecciones respiratorias agudas, genera el 29.2 % de la consulta externa en los servicios de salud u el 40% de las hospitalizaciones pediátricas, identificándose un incremento durante los meses más fríos.

Entre 1990 y 1996 el número de defunciones por Infecciones respiratorias agudas a nivel Nacional, se redujo en un 37 %, sin embargo todavía en 1996 ocuparon el segundo lugar como causa de muerte en los menores de cinco años y fueron responsables del 14 % de las defunciones registradas en este grupo de edad.

Entre los niños menores de dos meses existe mayor riesgo de morir por estos padecimientos este grupo atareo concentra el 80% de las defunciones.

La información de autopsias verbales en 1996 con diagnóstico confirmado, indica que el 79.0% de las defunciones recibieron por lo menos una atención médica y más del 64 % ocurrieron en el hogar. La neumonía constituye la forma más grave y causa más del 80 % de los fallecimientos.

Etiología⁷⁵

Se considera que más del 90 % de los casos de infecciones respiratorias agudas son de etiología viral, particularmente del aparato respiratorio superior. En las infecciones del aparato respiratorio inferior, los virus también son los más frecuentes (60- 70 %), sin embargo un porcentaje elevado (30-40 %), es de etiología bacteriana lo cual justifica un tratamiento diferente.

⁷⁵ Manual de procedimientos técnicos. Programa de Atención a la Salud del niño. P.33 1998

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS		
Entidades Clínicas más frecuentes	Etiología más frecuente	
	VIRUS	BACTERIAS
Rinofaringitis Faringoamigdalitis Congestiva	Rinovirus Influenza Parainfluenza Adenovirus	
Faringoamigdalitis		S. pyogenes
Otitis media		S. pneumonias H.influenzae M.Catarralis.
Neumonía	Influenza Parainfluenza Adenovirus.	S. pneumonias. T. influenza U. áureas* K. pneumoniae*

*Neumonía intrahospitalaria.

Fuente: Manual de procedimientos técnicos. Programa de atención a la Salud del Niño. 1998.

Factores predisponentes

Ambientales:

- Exposición intra domiciliaria a contaminantes ambientales.
- Hacinamiento
- Clima.

Individuales

- Edad
- Bajo peso al nacer
- Ausencia de lactancia materna
- Desnutrición
- Infecciones previas
- esquema incompleto de vacunación

- carencia de vitamina C.

Prevención

Las actividades que han demostrado ser efectivas en la prevención de las infecciones respiratorias agudas y que el personal de salud debe promover en la comunidad son:

- Dar lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses y Complementaria hasta los dos años.
- Vigilar y corregir en caso necesario el estado nutricional del niño.
- Vacunar contra el sarampión y contra la tosferina de acuerdo a la cartilla de Nacional de vacunación.
- Evitar el habito de fumar cerca de los menores de cinco años.
- Evitar exponer a los menores a los cambios bruscos de temperatura.
- Ventilar las habitaciones donde duermen los menores.
- No medicar a los menores sin receta medica.
- Terminar los tratamientos médicos como este indicado.
- Proporcionar un aporte adecuado de suministro de líquidos, y el consumo de frutas fresca de temporada, racas en vitamina C.
- Acudir al control del niño sano al centro de salud más cercano.

Atención en el Hogar

Las infecciones respiratorias agudas son causadas en su mayor parte por el mecanismo de diseminación dura menos de 15 días y son autolimitadas. El cuadro clínico caracteriza por la presencia de tos, obstrucción y /o secreción nasal.

Las complicaciones más importantes son la Neumonía, la cual debe ser atendida urgentemente en los servicios de salud, ya que la vida del menor podría estar en peligro y morir si no es atendido oportunamente.

Los signos de alarma que la madre debe identificar en un niño menor de infecciones respiratorias agudas e indican que el puede tener neumonía son:

- Respiración rápida
- Dificultad respiratoria
- Dificultad para beber o alimentarse.
- Se ve más enfermo.
- Más de tres días con fiebre
- Pus en la garganta
- Dolor en el oído o salida de pus

- Fiebre o hipotermia en el menor de dos meses de edad.

Ante la presencia de estos signos, el niño deberá ser llevado inmediatamente al servicio de urgencias de la unidad más cercana.

Evaluación clínica

La evaluación debe estar orientada en primera instancia hacia la identificación de la neumonía de acuerdo a las características clínicas. Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en:

Capacitación a la madre o cuidador.

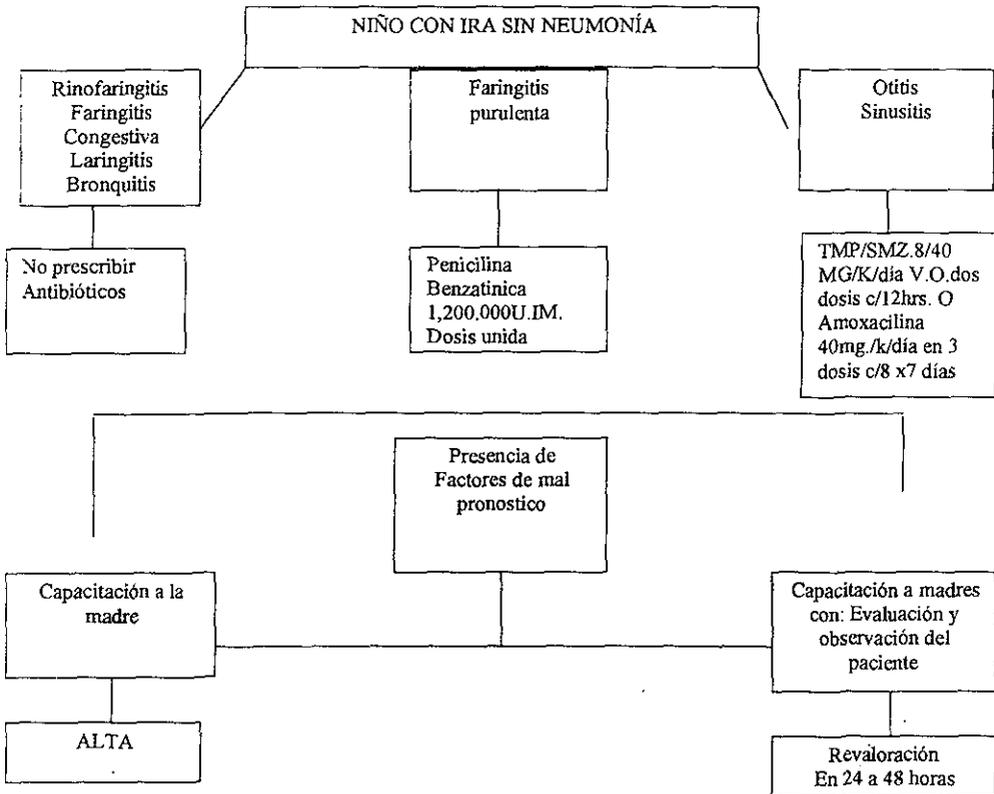
Todo contacto con los servicios de salud es una oportunidad que debe aprovecharse para influir en la adquisición de los conocimientos y prácticas preventivas que permitan a los padres o cuidadores tomar mejores decisiones para evitar las complicaciones como una neumonía.

Control de casos

Todos los casos de infecciones respiratorias que llegarán a complicarse como sería una neumonía o con mal pronóstico deberán ser revalidados dentro de un lapso de 24 a 48 horas, o antes si se presentarán algún signo de alarma ya mencionado. A sí mismo el menor será evaluado nuevamente para decidir el plan de tratamiento a seguir.

Lo anterior se esquematiza en el siguiente cuadro:

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
TRATAMIENTO DE NIÑOS SIN NEUMONÍA



Fuente: Manual de procedimientos técnicos. Programa de Atención a la Salud del Niño. S.S. 1998.

1.2. MARCO REFERENCIAL

1.2.1 Generalidades del Estado de México y Municipio de Ecatepec.

El estado de México se localiza en el centro –sur de la República Mexicana, políticamente está dividido en 122 municipios, su población calculada para 1990 fue de 11,829,254 de habitantes.⁷⁶

El 70% de los habitantes se concentra en la periferia del área metropolitana de la Ciudad de México, donde la densidad de población calculada para Ecatepec es de 9 mil habitantes por Km. Esto origina un flujo migratorio frecuente hacia la Ciudad de México, lo que modifica la dinámica de la población.

Esto causa problemas sociales, y como consecuencia la incapacidad del sector público para proporcionar los servicios de vivienda, drenaje escuela y la demanda de servicios de salud.

La población se encuentra distribuida en diferentes tipos de zonas con características diferentes entre sí. Los problemas de salud en el estado son diversos y están condicionados por diferentes factores que tienen que ver con el estilo de vida, el trabajo, hábitos y costumbres y el medio ambiente que lo rodea. Por lo que la solución de estos problemas está dada por las Instituciones de Salud, los individuos y la población en general.

Esto conforme a la Atención Primaria a la Salud en el estado. La regionalización del estado se ha hecho a partir de la división política y municipal, y se integra en 8 regiones estatales de desarrollo, agrupadas en 4 regiones para la administración de los servicios de salud.

Estos engloban 19 jurisdicciones sanitarias donde Ecatepec se contempla como la número 17. 163 coordinaciones municipales de salud que incluyen los 122 municipios del estado. Las Coordinaciones Municipales a su vez se dividen en 2350 Microrregiones (cada Microrregión comprende 500 familias y cada familia en el área urbana tiene seis integrantes).

El Municipio de Ecatepec se localiza al oriente del Estado de México, entre el paralelo 19° 19' 2'' latitud norte y el meridiano 19°19'49'' de longitud oeste de Greenwich y una

⁷⁶ Lic. En Enfer. PEREZ Hernández G. Trabajo Recepcional para obtener el grado de Especialista En Enfermería EN Salud Pública. P.50

altitud de 2500 metros sobre el nivel del mar, se localiza en la vertiente de la sierra de Guadalupe. (Se adjunta mapa, (anexo 10).

Políticamente el municipio está dividido por 212 colonias, 99 fraccionamientos, seis pueblos, seis ejidos, dos rancherías, 12 barrios y una ciudad.

Geográficamente el Municipio de Ecatepec limita con: al norte con los Municipios de Jaltenco y Tecamac; al sur con la Delegación Gustavo A Madero DF. y con el Municipio de Nezahualcoyotl; al oriente con Atenco, Texcoco y Acolman; al poniente con Tlanepantla Y Coacalco (Anexo no. 10).

Por lo que su tasa anual de crecimiento es de 4.5.% y una población absoluta de 2,612,500 habitantes (Tercer Informe de Gobierno Municipal 1994).

Históricamente el Municipio de Ecatepec se tiene el antecedente de que fue fundado en 1165 por Cuatitlanecos que viajaban hacia Tecnochtitlan, en cuya jurisdicción estaban los pueblos de San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santo Tomas Chiconautla, Tulpetlac y Zumpango⁷⁷.

La palabra Ecatepec procede del Náhuatl y significa "Cerro del Viento del Aire" y en consecuencia cerro consagrado a "Ehecatl" Dios del Aire.⁷⁸

En la Coordinación Municipal Chamizal es fundada en 1966, y los terrenos que hoy ocupan Granjas Valle de Guadalupe, pertenecían al Valle de Texcoco. Actualmente el uso del suelo es urbanizado; y constituye la mayor parte de la superficie ocupada, existen un total de 11,205 viviendas, de las cuales la mayoría de ellas cuentan con servicios públicos.

El estudio de comunidad se efectuará en la COMUSA CHAMIZAL de la jurisdicción Sanitaria Ecatepec.

1.2.2 Características de la microrregión en estudio.

La Microrregión granjas de Guadalupe IV (anexo 9), eran llanos que pertenecían al valle de Texcoco, en ese mismo año se empezó a colonizar la zona por nueve familias que se asentaron en forma irregular; hasta el año de 1971 es cuando se empieza a regularizar y urbanizar esta colonia.

La señora Piedad Hueso Toledano Corro, vendió los predios de 500 y 1000 metros cuadrados a un costo de \$20,000 pesos en 1971.

⁷⁷MUÑOZ López. P.12

⁷⁸PEREZ Hernández. GP .51

Originalmente los predios fueron otorgados a las familias para que los usaran como granjas, pero el proyecto no se lleva a cabo y tan solo dio origen al nombre que lleva la colonia actualmente.

En 1970 se constituye la Escuela Primaria Federal "Carlos Hank González" y en 1971 se inaugura oficialmente con 26 salones.

En el año de 1971, un grupo de colonos formó de modo irregular el mercado y al año siguiente se inauguró oficialmente.

Para el año de 1977 se construyó el Centro Cívico No.3 en donde se encuentra el kinder del DIF, un consultorio del ISEM y salones donde se imparten clases de belleza, corte y confección, etc.

Las características particulares de la microrregión son urbanas de alta densidad contando con cuatro fábricas y varios comercios, así como criadero de puercos y dos establos.

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Geografía.

Localización del municipio.

El municipio de Ecatepec pertenece a la región de Texcoco, se ubica al oriente del Estado de México, entre el paralelo 19°19'24" de latitud norte y el meridiano de Greenwich 19°19'49" de longitud oeste y a una altitud de 2,500 metros sobre el nivel del mar.

Superficie territorial del Municipio

La superficie del territorio municipal tiene una extensión de 155.49 kilómetros cuadrados.

Límite del área de estudio.

Ubicación geográfica.

1.2.3. Características de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV

Al norte colinda con la Avenida Hank González
Al sur con la Avenida Gustavo Baz
Al este con la Avenida Agustín Millán
Al oeste con la Avenida R-1 ó Adolfo López Mateos

Orografía

El territorio de estudio se ubica sobre la vertiente este de la sierra de Guadalupe y pertenece a la cuenca del Valle de México, por lo mismo es terreno plano propicio para el crecimiento demográfico. Es importante comentar que se observa hundimiento constante de la superficie probablemente debido a la consistencia jabonosa del subsuelo.

Hidrografía

En lo que corresponde a ríos, se tiene como referencia el de los Remedios, cuya longitud demarca el límite territorial con el Distrito Federal, además de éste último proviene el Gran Canal de desagüe que se localiza al noreste del área de estudio aproximadamente a 15 minutos isócronos a pie.

Clima y temperatura

Ecatepec tiene un clima templado, subhúmedo, con lluvias en verano, su temperatura media anual es de 13.8°C con una máxima de 30°C en los meses de marzo a julio. En invierno tiene cambios muy variables llegándose a registrar mínimas de 7°C. La precipitación pluvial promedio es de 584 milímetros cúbicos.

Flora y fauna

La vegetación es escasa en todo el Municipio y nula en el área de estudio, sólo en las partes altas y boscosas del Municipio abundan los matorrales.

El crecimiento de la población anárquica y desmedida favorece la aparición constante de la mancha urbana, por esta razón las calles y avenidas se ven medianamente pobladas de eucalipto, Jacaranda, pirul y otras variedades que son las más apropiadas para el suelo y clima existentes.

Dentro de las unidades Multipersonales encontramos como principal flora, plantas de ornato, algunos comestibles y frutales, entre las que se encuentran higueras, duraznos, buganvillas, rosales, margaritas, etc.

En relación con la fauna en donde por los espacios habitacionales, las unidades Multipersonales apenas se dan tiempo y espacio para criar algunas aves, gallinas, guajolotes, canarios, palomas.

Se cuenta con un número (2) mínimo de establos de los que básicamente se aprovechan los lácteos.

En relación con mamíferos se observaron cerdos, perros, gatos, ratas, caballos, conejos, vacas entre otras.

Comunicación.

El área de estudio cuenta con el 100% de sus calles pavimentadas, lo que permite el fácil acceso a través de vehículos automotores.

Prestan sus servicios de transportación foránea aproximadamente seis rutas del Valle de México, además del servicio colectivo por combis y microbús.

Para el transporte rápido en distancias cortas se utiliza el bici taxi.

Cuenta con casetas telefónicas, el servicio de correos y telégrafos más cercano se encuentra a 10 minutos isócronos en vehículo automotor.

Como medio de comunicación masivo cuentan con radio, televisión y periódico y revistas.

Aspectos demográficos

Estructura de la población.

- Población de la Coordinación Municipal: 125,346 habitantes.
- Población de la Microrregión: 3,776 hab.
- Programado por normatividad: 5000 habitantes.

Tradicionalmente la respuesta de la medicina es hacia la enfermedad sin considerar que el objeto de estudio y trabajo debe de ser “la salud de las poblaciones”. Para lograr esto se organizan y desarrollan políticas de salud que son:

- Planificación de los servicios a partir de un diagnóstico de salud.
- Atención dirigida a la familia como núcleo de organización social.
- Dar prioridad a grupos de alto riesgo (madre y el niño).
- Atención integral del individuo, familia y comunidad, con énfasis en las acciones preventivas. Utilización racional y adecuada de recursos y tecnologías.

2. SELECCIÓN GENÉRICA DEL CASO

2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec es un órgano descentrado, del Instituto de Salud del Estado de México, con funciones técnico administrativas, que coordinan y administra los servicios de salud en un área determinada.

La Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, es una de la más grande debido al crecimiento demográfico, que demanda más servicios de salud, comprende los municipios de Ecatepec y Coacalco, con 18 coordinaciones municipales de Salud (anexo 10); y una población absoluta de 2,612,500 habitantes (Tercer Informe de Gobierno Municipal 1994), con una tasa de crecimiento del 4.5% anual.

Los servicios de salud que brinda el Instituto, son de primer nivel (Salud Pública), y atención medica, de acuerdo a sus insumos, estructura física, capacidad de instalación y tecnología.

Las principales causas de demanda de consulta, en el periodo comprendido de 1995 a 1997 son las infecciones respiratorias agudas y las diarreas, parasitosis y padecimientos crónico degenerativos; Reflejando estas como las principales causas de morbilidad en el periodo comprendido de 1992 a 1996.

Esto se confirma con las principales causas de demanda de atención por morbilidad general en el periodo comprendido de enero a diciembre de 1997, donde se encuentran dentro de las primeras diez causas: faringitis aguda, rinofaringitis, amigdalitis, trastornos de la menstruación, enfermedades de los tejidos periciales, parasitosis intestinales, enfermedades inflamatorias del cuello uterino, vagina y vulva, colitis, gastroenteritis no infecciosa, gastritis y duodenitis. En menores de 5 años las causas que más predominan son las enfermedades transmisibles como son la IRA y las EDA.

La mortalidad existente en menores de 1 año se relaciona con desnutrición de la madre la duración corta de la gestación, y bajo peso al nacer, seguido por neumonías, bronconeumonías, septicemia, e infección intestinal.

En menores de 5 años son las bronconeumonías y accidentes las principales causas de mortalidad. De 15 a 24 años la principal causa es el ataque con armas de fuego, explosivos

y accidentes automotrices. En el adulto y senecto son los padecimientos crónico degenerativos como cirrosis hepática, insuficiencia renal e infarto agudo al miocardio.

La principal causa de mortalidad infantil es la bronconeumonía, con una tasa de 262 por 100,000 habitantes, mientras que en Granjas Valle de Guadalupe es de 331 por 100,000, y la tasa Jurisdiccional es de 80.1 y en relación con la nacional que corresponde al 87.3.

En comparación con mortalidad general, el cáncer tiene una tasa de 15.1 por 100,000 habitantes, siguiéndole los accidentes con 14.3 y posteriormente las enfermedades crónico degenerativas e infecciosas con 10.5.

En lo referente a la morbilidad, las enfermedades respiratorias ocupan el 1er lugar de consulta, de los cuales en el primer trimestre de 1998 se reportaron un total de 1740 casos, de los cuales 1162 fueron resfriados, 117 otitis, 636 Faringoamigdalitis, no se detectó neumonía y sólo 499 tuvieron consultas subsecuentes.

Como se puede observar el panorama epidemiológico de los niños continúa sin tener algún cambio, mientras que en los adultos cambia debido a dos aspectos importantes:

- *Las características socioeconómicas y políticas del país.*
- Por el avance en el conocimiento de nuevos tratamientos que prolongan la esperanza de vida del individuo y por lo tanto alargan la cronicidad de las enfermedades.

En relación con su estudio epidemiológico, se identifica que tiene una tasa de mortalidad general de 331 por 100,000 habitantes, situación que es alarmante, ya que la tasa de la jurisdicción es de 80.1 y la de la república mexicana de 87.3, en donde de acuerdo con la autopsia verbal realizada por el Dr. Eduardo Valdés del Programa de Atención de la Salud al Niño, que identificó cuatro muertes confirmadas con el diagnóstico de NEUMONÍA y una de probable bronco- aspiración.

Por lo que al valorar el panorama epidemiológico que presenta la COMUSA CHAMIZAL se considera importante la participación de los estudiantes de Posgrado en Enfermería de Salud Pública, siendo una de las áreas que demandan más atención por los daños que presenta, por lo tanto la colonia Granjas Valle de Guadalupe es representativa dentro de las Microrregiones de Chamizal ya que manifiesta desviación de la salud.

Actualmente cuenta con una población de 125,346 habitantes (1997) estando el mayor grosor de la pirámide poblacional entre las edades de 0 a 14 años, esta población comprende el 7.96% de la población total Municipal. Las 13 Microrregiones cuentan aproximadamente con una media poblacional de nueve a diez mil habitantes cada una; su tasa de natalidad es de 2.39 por mil y la esperanza de vida (1994) 69.9 años.

En ella existen como actividad productiva 920 industrias, 5150 comercios y 3866 prestadores de servicios.

En relación con el número de escuelas en ésta hay ocho jardines de niños, 18 primarias, dos escuelas secundarias, una de educación media superior, con un total de 419 analfabetas y su promedio de escolaridad es de 6° de primaria según el Censo Escolar de 1993.

Por lo anterior y en función del análisis de las principales causas de muerte se selecciono la comunidad Granjas Valle de Guadalupe IV Para estudiar los factores condicionantes para IRA-Neumonía en menores de cinco años relacionados con el déficit de autocuidado.

3. PROCESO DE ENFERMERIA.

3.1. VALORACIÓN.

Considerando la importancia de la primera etapa del proceso de enfermería se estructuró la propuesta de incorporar los aspectos de salud comunitario con elementos para el autocuidado de manera que se plantearon variables de estudio en la búsqueda de conocer el déficit de autocuidado en áreas de riesgo, cabe decir que son incorporados en la cédula de entrevista familiar algunos de estos elementos son tomados de la tarjeta de salud familiar (anexo 3), que es un instrumento sustancial para el trabajo comunitario y que permite hacer el seguimiento de las familias por parte del Técnico en Atención Primaria.

El estudio comunitario luego entonces propone las siguientes inferencias: aspectos del proceso salud enfermedad como factores de riesgo, y elementos que condicionen el déficit de autocuidado.

Se presentan de manera sintetizada el cuadro de variables y las definiciones operacionales. Analizando variables relacionadas con el cuidador, los requisitos de autocuidado, como indicador, desviación de la salud y de desarrollo.

3.1.1 DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD

Para la realización del diagnóstico comunitario de salud, fue necesario elaborar un protocolo de investigación, estableciendo variables, para la identificación de los factores de riesgo en relación con el déficit de autocuidado, guía de observación (anexo 1), y un cuestionario o cédula de entrevista (anexo 2), para la recolección de información, sobre datos específicos.

La cédula cuenta con 88 ítem, con indicadores demográficos como edad, ocupación, escolaridad, ingreso familiar, familia, número de integrantes, calle manzana, lote, sector, número de casa de acuerdo al croquis actualizado, así como factores condicionantes medio ambiente, lugar donde se vive servicios públicos (escuelas, distribución de agua, alimentación, higiene personal, servicios de salud, esquema de vacunación, recreación y descanso), la desviación de la salud y los daños.

Enfocado a los factores de riesgo, dicha cédula se aplica a las unidades multipersonales o familias de la comunidad en estudio, durante la entrevista que se realiza en la visita familiar casa por casa

aquí se visita a todas las familias 914, (el universo); esto se pudo lograr gracias al apoyo logístico de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, con 50 pasantes de enfermería en el servicio social, un ingeniero y dos técnicos en computación, así como la papelería, el fotocopiado y los aparatos para las sesiones clínicas.

3.1.2 - METODOLOGÍA

VARIABLES e indicadores

variable independiente

- Déficit de autocuidado

Indicadores de déficit de autocuidado
Requisitos universales de autocuidado
Requisitos de desarrollo
Desviación de la salud

Variable dependiente

Factores de riesgo
Indicadores de factores de riesgo
Proceso salud enfermedad
Respuesta social organizada

Modelo de relación causal



Definición operacional de las variables

FACTOR DE RIESGO: toda situación de peligro potencial, igual a amenaza externa más la susceptibilidad interna.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Es la relación que existe entre la demanda de autocuidado terapéutico, por lo tanto: a mayor demanda de autocuidado terapéutico, mayor demanda de la agencia de autocuidado igual a déficit.

PROCESO SALUD ENFERMEDAD: se establece como el grado de equilibrio dinámico y dialéctico determinado por la sociedad y el momento histórico en que se vive.

RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA: es la forma en como se organizan los individuos, ante problemas de salud, debiendo tener las siguientes características:

EQUIDAD: poder proporcionar servicios de salud a quien más lo necesite.

Igualdad: la homogeneidad en la dotación de servicios de salud.

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO: son las acciones humanas que producen las condiciones internas y externas que mantiene la estructura y el funcionamiento humano, y a su vez el desarrollo y madurez.

REQUISITOS DE DESARROLLO: secuencia de disposiciones y patrones dinámicos y diferenciados, orientados a la realización de las posibilidades ocultas o latentes dependiendo de la etapa de desarrollo.

DESVIACIÓN DE LA SALUD: Existen cuando se observan cambios en la estructura humana, el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria. En estas condiciones el individuo centra su atención en si mismo.

DAÑOS DE LA SALUD: son los indicadores de enfermedad dados en una comunidad manifestados por la morbilidad, mortalidad y discapacidad.

MORBILIDAD: es la incidencia y prevalencia de una enfermedad adquirida durante un determinado periodo.

MORTALIDAD: se refiere a los sujetos que mueren en un lugar determinado a consecuencia de cualquier patología por una causa durante un periodo dado.

UNIDADES MULTIPERSONALES: está dado por dos o más personas quienes tiene un nexo en común, compartiendo intereses juntos, (familia).

Tipo y diseño de la investigación

Tipo

El diagnóstico integral de salud se considera de tipo estratégico, con enfoque enfermero cuyo propósito está guiado la intención de inducir a un cambio de conducta de la población en su salud, implementación de la Teoría de Dorotea Orem (déficit de autocuidado)

Diseño: Es un estudio descriptivo, analítico dado que se reconocerá la situación de salud de la población

Se han seleccionado variables de tipo cualitativas y cuantitativas, las que serán medidas por frecuencia simple, tasas, y porcentajes.

Limites de lugar: Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, de la Coordinación Municipal Chamizal de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec.

De tiempo: Del 3 de marzo al 6 de julio de 1998.

TABLA DE VARIABLES.

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Ponderación	Índice	Fuente	Tipo de análisis	
Déficit de Autocuidado	Cuantitativa	Numérica	Requisitos Universales					
			1) Suficiente aire	No. De cuartos			Primaria	Descrip.
			2) Suficiente agua	Disponibilidad de agua.				
			3) Suficiente alimento	Consumo de alimentos.			Primaria	Descrip.
			4. Eliminación y el manejo de excretas	Drenaje y ser. Público de recolección basura.				
			5. Actividad y reposo	Deporte y recreación.			Primaria.	Descrip.
			6. Soledad e interacción social	Se comunica con la comunidad.				
			7. Cuidado ante el peligro y el bienestar humano	Disponibilidad de servicios. RSO.			Primaria	Descrip.
8. Normalidad.	Consulta médica periódica.							
			Del Desarrollo	Escolaridad por edad.		Primaria	Descrip.	
			Desviación a la salud.	Morbilidad. Mortalidad.		Primaria y secundaria.	Descrip.	

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	PONDERACIÓN	INDICE	FUENTE	TIPO DE ANALISIS
RIESGO	Cuantitativa	Numérica	Proceso salud enfermedad	Morbilidad	%	Primaria y secundaria	Descrip.
	Cuantitativa	Numérica	Características de la vivienda	Número de habitaciones por integrante familiar.	%	Primaria	Descrip.
	Cuantitativa	Numérica	R.S.O.	SS. social y con seguridad social Accesibilidad a los servicios poder adquisitivo., Salarios.	%	Primaria y secundaria	Descrip
	Cuantitativa	Numérica	Demografía	Edad y sexo Nivel de escolaridad	%	Primaria	Descrip..

TABLA DE VARIABLES DE

Variable	Tipo	Escala de medición	Indicador	Ponderación	Fuente	Tipo de análisis
Respuesta Social Organiza	Cualitativa	Nominal.	Tipo de demanda atención.	Preventiva Curativa Rehabilitación	Primaria. Primaria Primaria Primaria Primaria	Descriptivo
			Accesibilidad a los servicios de salud.	Con seguridad social. Sin seguridad social.	Primaria	
			Distancia hacia servicios de salud. Consultorios. Farmacias.	Isocronos los tiempo de (minutos)	Primaria.	

Falta

pag

55

Plan de análisis:

Posterior a la captación los datos se procesaron de la siguiente manera:

Edición de datos: se revisaron las cédulas comprobando la exactitud de las respuestas para detectar errores. Se diseñó una base de datos para captar la información, por lo que la cédula se codificó previamente. La base de datos se estructuró en el paquete Excel.

El trabajo de revisión se realizó por los responsables (estudiantes del Posgrado en Salud Pública), de la investigación y la captura de la información en la base de datos por un ingeniero en computación y dos apoyos asignados por el tutor clínico.

Los datos se sometieron a análisis, que al sumarlos dieron la frecuencia y porcentaje de las observaciones de acuerdo a las variables cuantitativas y cualitativas así como los indicadores se presentaron en tablas de frecuencia simple diseñadas para ello.

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

En apoyo al análisis del diagnóstico integral de salud se establecieron rangos a través del enfoque de riesgo y marco conceptual del déficit de autocuidado.

3.1.3. RESULTADOS:

El crecimiento natural observado en la microrregión, los nacimientos son de 24%, que corresponde a 24 nacimientos en 1000 habitantes.

Tasa de mortalidad general es de 17.2, que comprende a 17 defunciones en 1000.

La densidad de la población es de 15.1 por habitante por kilómetro cuadrado, la tasa de crecimiento poblacional es descendente comparando con el estudio realizado en 1994 por la T.A.P.S, encargada de mantener la vigilancia epidemiológica del área en estudio, obteniendo una población total de 3784 habitantes para 1994 y en el 1998 dio 3776, nos da una diferencia de 8 habitantes en decremento, esto se debe al movimiento migratorio de la zona.

Con relación a la distribución de la población existen menores de cinco años 2.4 % entre 9 y 29 el 50 % de 30 a 49 años son el 22 % y el resto de las edades entre 50 y 75 años son el 9 %. La población total es de 3776 habitantes, de los que el 51.1. % son hombres y las 48.9 mujeres.

Saneamiento del medio:

El área de estudio cuenta con el 100 % de calles pavimentadas, y servicio de transporte.

La disponibilidad de agua es intra domiciliaria y el consumo es de garrafón en un 66% la compra.

La eliminación de desechos como la basura, en un 97.7 la deposita en el camión recolector.

Drenaje o disposición de excretas la mayoría cuenta con drenaje 98.6 %.

En lo referente al número de habitaciones por unidad multipersonal es de 2 a 2.1 integrantes por habitación.

El 95% de las viviendas cuentan con cocina separada de las habitaciones para dormir, el tipo de construcción es de pisos de cemento 75 % y muros de tabique en un 98. % y techos de concreto con un 67.9 %.

Educación

Nivel escolar sin grado existe el 2.9 % de la población y tienen primaria terminada el 34 %, secundaria o equivalente el 24.4 %, preparatoria el 13. % y licenciatura el 4.3 %.

Recursos para la salud:

La Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV cuenta con un centro de salud llama⁷⁹do centro Cívico No. 3 donde brindan atención de primer nivel dos médicos y una enfermera, además una coordinación de salud en la periferia, donde existen hay más recursos de salud y

⁷⁹ Diagnóstico de Salud de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril 1998.

una enfermera técnica en atención primaria de salud, así como un consultorio médico particular, una veterinaria, tres farmacias, un grupo de AA, y un comité de salud. La unidad de segundo nivel más próxima es el Hospital General de Zona José María Rodríguez a 35 minutos isócronos en microbús.

La población con relación a seguridad social no cuentan en un 58.8%.

La demanda de cuidado terapéutico que se solicita la población en la Microrregión es prevención 24.1 % y el 73.6 % curativa.

Atención materna: existen el 3.4 % embarazadas y de estas el 64 % no cuentan con la primera dosis de toxoide titánico, el 20.5 % tiene la primer dosis, y sólo el 15.2 las dos dosis.

Daños a la salud: la mortalidad considerando la frecuencia de mortalidad en los últimos cinco años es del 9.1 %, por sexo es de femenino de 4.55y en los varones es de más del 4.1 %.

El total de población infantil menor de cinco años es 421 niños.

El estado de inmunizaciones de la población infantil menores de un año el 29.3% no está vacunado y en niños de un año a cinco el 15.2 %.

En relación con la morbilidad general en la Microrregión las principales causas de en primer lugar son las infecciones respiratorias agudas con una tasa de 261.1 en 1000 habitantes y para las infecciones diarreicas el 16.1 %.

En menores de cinco años las principales causas de morbilidad igual están las infecciones respiratorias agudas con el 90.4.5 % y para diarreicas el 5.4. %.

Siguiendo en orden las enfermedades crónico degenerativas, las alteraciones cardiovasculares y las neoplasias son las enfermedades más frecuentes en la Microrregión.

Después siguen los accidentes por violencia de terceras personas y por vehículos automotores.

En relación con los recursos de educación existen dentro de la Microrregión tres jardines de niños dos privados un del DIF, Y una primaria pública.

Alimentación: los alimentos que consumen las unidades Multipersonales los compran en el mercado que está dentro de la Microrregión y el promedio de consumo de alimentos es: leche más de cinco veces a la semana. Carne de una a dos por semana, huevos una a dos veces por semana, verduras, leguminosas y frutas 5 a más veces a la semana.

La fauna nociva que refieren las unidades Multipersonales es ratas, cucarachas, chinches y moscas.

CUADROS

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPO DE EDAD Y POR SEXO EN LA MICRORREGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV, ABRIL DE 1998.

Grupo etéreo Sexo	Hombres		Mujeres		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Menores de 1 año	47	1.2	45	1.2	92	2.4
1 - 4 años	151	4.0	178	4.7	329	8.7
5 - 9 años	217	5.7	209	5.5	426	11.2
10 - 14 años	219	5.8	155	4.1	374	9.9
15 - 19 años	218	5.8	167	4.4	385	10.2
20 - 24 años	222	5.9	194	5.1	412	11.0
25 - 29 años	198	5.2	198	5.2	396	10.4
30 - 34 años	156	4.1	180	4.8	336	8.9
35 - 39 años	138	3.7	112	3.0	250	6.7
40 - 44 años	98	2.6	91	2.4	189	5.0
45 - 49 años	68	1.8	73	2.0	141	3.8
50 - 54 años	63	1.7	63	1.7	126	3.4
55 - 59 años	44	1.2	54	1.4	98	2.6
60 - 64 años	40	1.0	52	1.4	92	2.4
65 - 69 años	33	0.9	27	0.7	60	1.6
70 - 74 años	17	0.5	13	0.3	30	0.8
75 y más años	14	0.4	23	0.6	37	1.0
Total	1943	51.5	1833	48.5	3776	100.0

Fuente Directa: Encuesta aplicada a las Unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

Lo que se observa en el cuadro, los porcentajes más altos de población se encuentran en el grupo atareo de 5 - 29 años, el 52.7% lo que indica una población joven: para el estudio de caso es el grupo atareo de menores de cinco años, tiene el 11.1% de la población que corresponde a 421 menores de cinco años de los cuales 92 son menores de un año.

RECURSOS PARA LA SALUD

LA microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV cuenta con un Centro de Salud Periférico en el cual laboran dos médicos, una enfermera, un administrativo y el responsable TAPS de la microrregión, en dependencia directa del ISEM.

Además, la microrregión cuenta con un consultorio médico particular, tres farmacias, una veterinaria, un grupo de alcohólicos anónimos, así como el comité de salud que es coordinado por la TAPS; éstos son los recursos con los que cuenta la microrregión para atención integral de su salud.

Nivel de atención.

Demanda de salud.

Demanda de cuidado terapéutico que solicitan las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Demanda de cuidado	Fr	%
Prevención	220	24.1
Curación	673	73.6
Rehabilitación	21	2.3
Total	914	100.0

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas. Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

La unidad de segundo nivel que se encuentra más próxima a la microrregión es el Hospital General José María Rodríguez.

Con un isócrono de 35 minutos aproximadamente y de fácil accesibilidad geográfica y de transporte.

Cobertura de Seguridad Social.

Respuesta Social Organizada por derechohabiente de las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

R.S.O.	Fr	%
Con seguridad social	377	41.2
Sin seguridad social	537	58.8
Total	914	100.0

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

ATENCIÓN MATERNA.

Embarazadas existentes en las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

Embarazos	Fr	%
Si	39	3.4
No	1111	96.6
Total *	1150	100.0

* MEFRE (Mujeres en edad fértil con riesgo de embarazo).

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Dosis de toxoide titánico aplicado a mujeres embarazadas de las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Dosis TT aplicadas a embarazadas	Fr	%
0 Aplicaciones	25	64.1
1 Aplicación	8	20.5
2 Aplicaciones	6	15.4
Total	39	100.0

Fuente directa: encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, en abril de 1998.

DAÑOS A LA SALUD.

Mortalidad

Mortalidad. Considerada como la frecuencia y distribución de las defunciones ocurridas en una población, lo que nos indica las condiciones de salud de una determinada comunidad.

Mortalidad existente en los últimos 5 años en las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998. Independientemente del número de muertes en cada una.

Mortalidad en los últimos 5 años	Fr	%
Sí	118	13.0
No	796	87.0
Total	914	100.0

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valles de Guadalupe IV en abril de 1998

- Antecedentes de mortalidad general en la microrregión.

Mortalidad general durante los últimos 5 años en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Años	Fr	%
1993	12	9.1
1994	18	13.6
1995	11	8.3
1996	26	19.7
1997	22	16.7
1998 *	43	32.6
Total	132	100.0

* Primer trimestre.

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Antecedentes de mortalidad por sexo en la microrregión

Mortalidad general por sexo de hace 5 años a la fecha en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Años	Masculino		Femenino		Total	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
1993	6	4.55	6	4.55	12	9.1
1994	9	6.80	9	6.80	18	13.6
1995	6	4.55	5	3.78	11	8.3
1996	14	10.60	12	9.10	26	19.7
1997	12	9.10	10	7.60	22	16.7
1998 *	23	17.40	20	15.20	43	32.6
Total	70	53.0	62	47.0	132	100.0

• Primer trimestre

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

- Principales causas de defunción

Diez principales causas de mortalidad general por sexo de 1993 al primer trimestre de 1998 de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV.

No.	Causa	Número de defunciones				Fr	%
		Masculino		Femenino			
		Fr	%	Fr	%		
1	Cáncer y tumores	7	5.3	10	7.6	17	12.9
2	Paro cardiaco e infartos	10	7.6	6	4.5	16	12.1
3	Diabetes Mellitus	6	4.5	9	6.8	15	11.3
4	Cirrosis Hepática y SIDA	10	7.6	2	1.5	12	9.1
5	IRA	5	3.8	7	5.3	12	9.1
6	Accidente	9	3.8	3	2.3	12	6.1
7	Afecciones del corazón	7	0.8	1	4.5	8	5.3
8	AVC	1	4.5	6	0.8	7	5.3
9	Insuficiencia renal	1	0.7	4	3.1	5	3.8
10	Alcoholismo	3	2.3	0	0.0	3	2.3
	Otras	12	12.1	14	10.6	25	22.7
Total		70	53.0	62	47.0	132	100.0

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

Mortalidad por causa y sexo en menores de 5 años, en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV. (1997-abril de 1998).

Causa	Masculino		Femenino		Total		Tasa
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	X 1000
Neumonía	3	33.3	1	11.1	4	44.4	9.5
Cardiovascular	1	11.1	0	0	1	11.1	2.3
Insuficiencia Renal	0	0	1	11.1	1	11.1	2.3
Leucemia	0	0	1	11.1	1	11.1	2.3
Sepsis	1	11.1	0	0	1	11.1	2.3
Se ignora	1	11.1	0	0	1	11.1	2.3
Total	6	66.6	3	33.3	9	99.9	21

Total de población menor de 5 años: 421

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, en abril de 1998.

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a los porcentajes de mortalidad por causa en menores de cinco años, la neumonía en ambos sexos es del 44.4%, en enfermedad cardiovascular es del 11.1%, igual para la insuficiencia renal, leucemia y sepsis lo que indica que la complicación de infección respiratoria aguda neumonía es la que causa mayor daño en la población infantil de la comunidad en estudio.

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, en abril de 1998.

Principales causas de morbilidad.

Principales causas de morbilidad general en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998

No	Enfermedad	Total de números de caso	
		Fr	Tasa
1	IRA	986	261.1
2	EDA	61	16.1
3	HTA	29	7.6
4	Varicela	29	7.6
5	DM.	27	7.1
6	Migraña	8	2.1
7	Anemias	4	1.0
8	Cardiovascular	4	1.0
9	E.V.C.	2	0.5
10	Desnutrición	2	0.5
11	Alcoholismo	2	0.5
12	Rubéola	2	0.5
13	Ca de Mama	1	0.2
14	Ca Cu	1	0.2
15	Ca de Recto	1	0.2
16	Cirrosis Hepática	1	0.2
17	Sarampión	1	0.2
18	I.V.U.	1	0.2
19	Parotiditis	1	0.2
20	Otras transmisibles	23	6.0
21	Otras no transmisibles	95	25.1
	Total	1281	339.2

Tasa por 1000 habitantes

Total de habitantes 3776

DESCRIPCIÓN:

Según los porcentajes recolectados en las encuestas, las infecciones respiratorias agudas representan una tasa del 261.1, el primer lugar en la tabla general, seguido de las diarreas con una tasa de 16.1.

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

Principales causas de morbilidad en menores de 5 años en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV (1997-abril de 1998).

Enfermedad .Grupo etéreo	Fr	Tasa por 100 menores 5 años
IRA	383	90.9
EDA	23	5.4
Varicela	8	1.9
Total	414	98.3

Total de menores de 5 años 421

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

COBERTURA DE INMUNIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

Cobertura de inmunizaciones en la población de 1 a 4 años de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe I.V, en abril de 1998.

Esquema de vacunación	Fr	%
Adecuado	279	84.8
Inadecuado	50	15.2
Total	329	100.0

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

DESCRIPCIÓN:

La cobertura de vacunación es adecuada en un 84.8 en los menores de 1 a 4 años, lo cual indica que el esquema de vacunación es satisfactorio para este grupo etéreo.

Cobertura de inmunizaciones en menores de cinco años en la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, en abril de 1998.

Esquema de vacunación	Fr	%
Adecuado	344	81.7
Inadecuado	77	18.3
Total	421	100.0

Fuente directa: encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales de la microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV, en abril de 1998.

Principales causas de accidentes y violencias

Las principales causas de accidentes en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV son por automóvil, le siguen lesiones por terceras personas y solo reportaron un accidente por caída de un tercer piso, la violencia intra domiciliaria no es observable.

Alfabetización

Número de alfabetos y analfabetas mayores de 10 años de las unidades Multipersonales de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

Variable	Fr	%
Analfabetas + 10 años	109	3.7
Alfabetos + de 10 años	2817	96.3
Total	2926	100%

Fuente Directa: Encuestas aplicadas a las unidades Multipersonales en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV en abril de 1998.

3.1.4 METODO DE PRIORIZACIÓN POR HANLON

Una vez conocido los problemas que indican el déficit de autocuidado en la unidad de estudio, se eligió el método de Hanlon por ser el más propio para el diagnóstico de salud de la comunidad, por que establece las propiedades que permitan la aplicación del sistema de intervención de enfermería.

El Método de Hanlon, se calcula con los siguientes componentes: Magnitud, severidad, eficacia y factibilidad del problema.

Por magnitud, las tasa de los daños encontrados son indicadores de la amplitud del problema, se obtiene que existe una tasa de morbilidad una frecuencia de 95 de cada 1000 habitantes, para infecciones respiratorias agudas(IRA), y de mortalidad por complicaciones neumonía cuatro de cada 1000, en el primer trimestre del '98 por lo cual se focalizar la morbilidad y mortalidad por IRA- NEUMONIA.

Por severidad, el problema de las infecciones respiratorias agudas (IRA), y la complicación Neumonía es trascendente, ya que tan sólo en el primer trimestre hubo cuatro fallecimientos que corresponde a 264 años de vida potencialmente perdidos, incontables serían sino se realiza una intervención del especialista en Salud Pública en coordinación del equipo multidisciplinario de la coordinación Municipal Chamizal y la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec a priori para prevenir las complicaciones de la (IRA), y por ende la mortalidad en menores de cinco años del área en estudio.

Por eficacia el problema puede ser intervenido desde las capacidades de la agencia de enfermería, ya que se cuenta con el apoyo de la R.S.O. (respuesta social organizada), y del (TAPS) Técnico en Atención Primaria a la Salud, responsable del área de estudio, lo cual permitirá profundizar en el problema hasta encontrar la relación del déficit con los factores de riesgo específicos que lo originan y poder resolverlos.

Por factibilidad, es pertinente la intervención por el déficit encontrado en las unidades Multipersonales de la comunidad en estudio, la intervención del especialista en Salud Pública es económica por que cuentan con el apoyo logístico de la Coordinación Municipal Chamizal y la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Es aceptable por que favorece un cambio de actitudes y sensibilizan a las unidades Multipersonales hacia mejorar el autocuidado en la desviación de la salud. Por medio de acciones de la agencia de enfermería para poder prevenir el problema.

Es importante que los tres problemas sujetos a priorización serán retomados para la intervención de manera simultanea, ya que se consideran factores de riesgo para las infecciones respiratorias agudas- Neumonía, que de acuerdo con la priorización resultó ser el problema sujeto a la intervención específica.

Al análisis de todo los antecedentes se considera que el déficit esta en los cuidados proporcionados por la madre o el cuidador del menor de cinco años, que con los factores de riesgo favorecen la desviación de la salud en la población infantil de esta comunidad.

Tabla de Hanlon

PROBLEMA	A	B	C	FACTIBILIDAD					SU B.	total
	MAGNITUD	SEVERIDAD	VULNERABILIDAD	P	E	A	R	L	total	
A	4	4	1	1	1	1	1	1	5	40
B	6	6	1	1	1	1	1	1	5	60
C	8	8	0.5	1	1	1		1	5	40
D	10	10	1.5	1	1	1	1	1	5	150

- A. Falta de cobertura de T. a embarazadas.
- B. Esquema de vacunación inadecuado a menor de cinco años.
- C. Deficiente cultura en salud con enfoque preventivo.

3.2. DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnostico establece problemas que pueden prevenirse o reducirse mediante actividades independientes de enfermería indica la existencia de un estado de las respuesta humanas a problemas de salud.

El Especialista en Salud Pública debe centrar su atención en lograr que la población tenga una participación activa en la identificación de los problemas de salud. La enfermería en el diagnostico organiza, interpreta y valida los datos del paciente y comunidad⁸⁰

La valoración del déficit de autocuidado se realizó en 86 familias de la comunidad de estudio, encontramos resultados que reflejan déficit en el autocuidado de los agentes de cuidado de los menores de cinco año, en este estudio sé pudieron encontrar las relaciones de los factores de riesgo y el déficit de autocuidado, expresado:

⁸⁰ B.J.Taptich. P.10

La unidad de estudio presenta déficit de autocuidado con relación a la insatisfacción parcial en los requisitos de autocuidado (8 Requisitos Universales, de Desarrollo y de Desviación de la Salud), **MANIFESTADO** por la falta de cobertura con toxoide titánico en las mujeres embarazadas, esquema de vacunación inadecuado en menores de cinco años, deficiente cultura en salud con enfoque preventivo en los cuidados de las madres y cuidadores no formales(docentes de jardines de niños), altas tasas de morbilidad por IRA aunada a la presencia de mortalidad por **NEUMONÍA**.

FUNDAMENTACIÓN PARA EL DIGNÓSTICO

PROBLEMA	FUNDAMENTACIÓN	TIPO DE REQUISITOS NO SATISFECHOS SEGÚN EL MODELO DE OREM
1. falta de cobertura de toxoide titánico en embarazadas.	Del total de mujeres en edad fértil de la unidad de estudio, el 3.4% está embarazada, y de estas un alto porcentaje (64.1%)no cuenta con alguna de las dosis de toxoide titánico y sólo el 15.4% cuenta con esquema completo.	Se enfoca al segundo requisito de desarrollo: previsión de cuidados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Subtipo 21: previsión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones. Pág.147
2. esquema de vacunación inadecuado por no corresponder a la edad de menores de cinco años.	El 18.8% (79) menores de cinco años tiene Inadecuado esquema de vacunación. Por lo tanto, la cobertura de vacunación de la unidad de cuidado es deficiente.	Se enfoca al primer requisito de desarrollo de crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueva los procesos de desarrollo, esto es el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. c) Infancia P. 146-147

FUNDAMENTACIÓN PARA EL DIAGNOSICO

<p>2 Deficiente cultura en salud enfoque preventivo</p> <p>3</p>	<p>Al identificar el tipo de servicio de salud que demandan las unidades Multipersonales, se detectó que el 73.6% de ellas demandan atención curativa, y el 24% preventiva y sólo el 2.3% de rehabilitación, de esto se infiere que no hay sensibilidad para el autocuidado y sólo acuden a la R.S.O. cuando ya existe desviación de salud.</p>	<p>Requisito siete de autocuidado universal en relación a la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.</p>
<p>4. alta tasa de morbilidad por IRA y presencia de mortalidad por Neumonía.</p>	<p>Se detecto que en la unidad de estudio de cada 100 menores de cinco años se enferman de Infecciones respiratorias agudas de seis a diez menores en un año.</p> <p>Con relación a la mortalidad, se observa que cuatro e cada 100 menores murieron por Neumonía durante el primer trimestre del 1998 en la unidad de estudio.</p>	<p>Se considera que los requisitos de desviación de la salud no están satisfechos porque el dependiente está enfermo, sobre lesione, tiene incapacidad o recibe cuidado médico.</p> <p>Pag. 150- 151</p>

3.3. PLAN INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.3.1 Objetivo General.

Disminuir las complicaciones por infecciones respiratorias agudas y mortalidad por NEUMONÍA en niños menores de cinco años a través de las intervenciones de enfermería mejorando al agente de autocuidado en los jardines de niños de Granjas Valle de Guadalupe IV.

3.3.2 - Justificación

Se realizó un diagnóstico de Salud Comunitario en la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV Coordinación sanitaria de Chamizal, encontrando cifras importantes de morbilidad por IRA y de mortalidad por neumonía en menores de cinco años, situación que hace que los profesionales de la Salud Pública atiendan el problema.

Al ser analizados los datos por profesionales de la Enfermería se establecen que ambas causas tienen una estrecha relación con el cuidado de los niños enfermos y sanos, por lo que se procede a hacer una investigación más profunda de este aspecto a partir de la identificación de las familias con menores de cinco años que reportan enfermedad.

Se realizó una encuesta para identificar los elementos del cuidado de los niños que constituyen un déficit: se encontró que existe deficiencia en los cuidadores de los niños, principalmente en las madres y abuelos, pero también se reconoce la relación que éstos tienen con los docentes de los jardines de niños en los cuidados de los mismos durante la estancia escolar.

Se analizaron los datos bajo el enfoque de la teoría del déficit de autocuidado, los niños son considerados como demandantes de cuidado en edad de desarrollo ya que carecen de agencia de autocuidado.

A partir de esta reflexión se plantea la importancia del trabajo de enfermería con los cuidadores de los niños para disminuir el problema de daños y fortalecer el desarrollo de los niños, definiendo tres líneas estratégicas que son:

- 1- Capacitación y actualización de recursos en salud del área en estudio.
- 2- Capacitación a las madres o cuidadores responsable del menor
- 3- Capacitación a cuidadores no formales (docentes de los jardines de niños), de la comunidad.

Al formar parte de tres estrategias la intervención aquí planteada abordará los diferentes aspectos antes mencionados, y que por factibilidad se dirige hacia un problema y coadyuva al proyecto en general.

Con el propósito de fortalecer la agencia en los cuidadores se diseña una intervención de enfermería que se dirija principalmente a desarrollar al grupos de docentes de Jardín de niños, como una estrategia de apoyo para los padres.

Al realizar esta intervención se busca promover la cultura del autocuidado en los docentes, como agentes de cuidado, se pretende mejorar el cuidado de los niños y detectar problemas potenciales en ellos haciendo la referencia el docente hacia el médico.

Lo anterior se basa en la propuesta Internacional de promover la salud, y de fomentar una cultura de prevención de enfermedades.

La importancia de esta intervención radica en que los casos de morbilidad por IRA y de mortalidad por neumonía son previsibles y que tienen una estrecha relación con los cuidados, por lo que compete a la profesión de Enfermería abordar el problema.

3.3.3 Objetivo general

Elaboración de un programa de Apoyo Educativo multidisciplinario, con el propósito de adquirir y mejora las habilidades de los recursos de salud, dirigido a capacitar a las madres y docentes de los jardines de niños responsables del cuidado de los menores de cinco años.

3.3.4 Objetivos específicos:

1-Capacitación a los maestros de los jardines de niños (anexo 5), para que identifiquen los signos de alarma de las infecciones respiratorias agudas (IRA),y neumonía que oriente a un cuidado mejor y con ello favorecer el bienestar del menor de cinco años como un ser socialmente sin capacidad de agencia de autocuidado.

2- Crear un sistema de referencia (anexo 7), de los maestros de los jardines de niños con los servicios de salud del Centro Cívico y Centro de salud Chamizal para la atención de casos, de IRA – Neumonía.

3.3.5 Metas.

Disminuir en un 100% las complicaciones por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), y abolir las tasas de mortalidad por neumonía en el área de estudio a corto y a largo plazo.

.se colocarán 5 carteles en cada jardín de niños de promoción sobre signos de alarma para IRA-NEUMONÍA.

Repartirán 150 trípticos, y 150 volantes en los tres jardines de niños para los docentes y las madres que recojan a sus niños.

Elaboración de dos rotafolios para las sesiones.

Elabora un formato de referencia y contrarreferencia(anexo 8),del docente adscrito a los jardines de niños hacia el médico del C. Cívico.

Sensibilizar en un 100 %al personal docente sobre la prevención e identificación de signos de alarma para IRA Neumonía autocuidado para que puedan a su vez dar un cuidado dependiente mejor en beneficio del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años.

LIMITES.

Todo el universo tres jardines de niños, y todos los docentes numero total: 12

Las estancias de los jardines de niños.

Dentro de la Microrregión Granjas Valle de Guadalupe IV (anexo10), de la C.O.M.U.S.A. Chamizal Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Estado de México.

3.3.6 PLAN DE ACCION = APOYO DESARROLLO PARA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.

ACTIVIDA	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	Gestión ante el jefe <i>Jurisdiccional</i> para autorización de recursos humanos	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas	Lic.Ramona alamillo García Lic. José Luis Galicia Ortega.
	Gestionar el apoyo de las trabajadoras sociales	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic.Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Gestión con las autoridades Municipales para la autorización	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic.Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Gestión con los directivos de los jardines de niños	2 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	T.APS. Sanjuana Vázquez Palizada Responsable del área
	Selección de técnicas didácticas	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales
	Redactar guión para rotafolios.	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
	Comprar material	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic.Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Elaboración de volantes y carteles	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic.Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Elaborar rotafolios	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic.Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega

ACTIVIDA	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	Revisión de Bibliografía		Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández Dr. Eduardo Valdez
	Solicitud de apoyos audiovisuales	1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández Dr. Rodríguez Leone.
	Ubicación de las sedes para capacitación	1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Elaboración de los oficios para gestión de sedes	2 horas	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández
	Solicitud de apoyo de recurso: médicos, jefes de enfermería, TAPS y trabajo social	2 horas		Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega ESP. Guadalupe Pérez Hernández
	Solicitud de autorización a la jefe de enfermeras para capacitar a las pasantes en servicio social.	1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas. Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández
	Solicitar la colaboración de jefes de enfermería para impartir la capacitación.	1 hora	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández Enf. E Estela Lozano Jefe enfermería Jurisdiccional.

ACTIVIDA	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	Gestión con los líderes de la comunidad	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas	Lic. Ramona alamillo García Lic. José Luis Galicia Ortega. T. APS. Sanjuana Vázquez Palizada
	Gestión con las familias para conseguir espacios.	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Establecer las áreas de capacitación	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez. Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Fotocopiado de formatos a utilizar para la capacitación.	2 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez. Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Traslado del material.	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Integración de equipos de trabajo.	6 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
	asignación de tareas específicas para el equipo.	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Determinar las estrategias a seguir	4 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	supervisar los equipos	2 horas.	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega

ACTIVIDA	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	Revisión del Programa de Infecciones Respiratorias Agudas		Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández Dr. Eduardo Valdez
	Toma de decisiones para la elección de materiales.	1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández Dr. Rodríguez Leone.
	Delimitar funciones y actividades	1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Despertar la motivación e interés en los participantes.	2 horas	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández
	Solicitud de apoyo de recurso: pasantes de enfermería en el servicio social.	2 horas	Lic. Maria del Carmen Real Rosas	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega ESP. Guadalupe Pérez Hernández
		1 día	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández
	Impartir la capacitación.	3 días	Lic. Maria del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez. Pasantes de enfermería en servicio social

ACTIVIDA

TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
Gestión con los líderes de la comunidad	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas	Lic. Ramona alamillo García Lic. José Luis Galicia Ortega. T.APS. Sanjuana Vázquez Palizada
Gestión con las familias para conseguir espacios.	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Establecer las áreas de capacitación	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez. Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Fotocopiado del cuestionario.	2 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez. Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Colaboración en la intervención de apoyo educativo multidisciplinario del personal de salud.	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Integración de equipos de trabajo.	6 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
asignación de tareas específicas para el equipo.	1 día	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Determinar las estrategias a seguir	4 horas	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
Elaborar carta descriptiva	2 horas.	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega

PLAN DE ACCION =APOYO DESARROLLO

ACTIVIDAD	TAREAS	TIEMPO	RESPONSABLE	COLABORADORES
	Preparación de paquetes para promocionales.	2 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Distribución de paquetes.		Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Dotación de material TAPS.	30 MIN.	Lic. María del Carmen Real Rosas.	T.APS. Sanjuana Vázquez Palizada
	Entrega de información de los equipos al supervisor.		Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
	Recorrido para supervisar la cobertura del área.		Lic. María del Carmen Real Rosas.	Lic. Ramona alamillo García Lic. Jose Luis Galicia Ortega
	Distribuir volantes, carteles y trípticos en áreas Descubiertas.		Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
	Sesiones educativas	3 días	Lic. María del Carmen Real Rosas.	Trabajadoras sociales y pasantes de enfermería en servicio social.
	Aplicación de PRE y posevaluación		Lic. María del Carmen Real Rosas.	T.APS. Sanjuana Vázquez Palizada
	Crear un sistema de referencia, docente-medico.		Lic. María del Carmen Real Rosas.	ESP. Guadalupe Pérez Hernández

Falta

pag

81

3. 3.7 - ORGANIZACIÓN

La organización de las acciones técnico profesionales de enfermería se realizaron de acuerdo al plan de intervenciones, donde se indicaron los objetivos específicos así como tareas definidas por función para cada grupo de apoyo.

El orden fue primero las estrategias de trabajo multidisciplinario, las gestiones para la solicitud del área de estudio a las autoridades Municipales, el TAPS que son los encargados de vigilar la salud, y la colaboración de la comunidad para obtener las sedes para las sesiones. Esto se solicitó con anterioridad, por escrito.

Se realizó la formación de grupos con los recursos humanos de apoyo, estos equipos se prepararon con funciones específicas, sobre la Teoría conceptual del déficit de autocuidado, Orem, uniendo los criterios de enfermería.

El curso fue sobre la Teoría del Déficit de autocuidado, conceptos básicos para unificar el lenguaje de enfermería.

Se organizaron brigadas de 6 personas por 12 por sectores, para el barrido casa por casa colocando promocionales en lugares estratégicos, y una para cada jardín de niños; estableciendo un día para cada uno de los jardines de niños ubicados en la microrregión.

En los jardines de niños se solicitó la autorización de la dirección por escrito para la capacitación a los docentes

La conducción de los equipos que dieron las sesiones sobre prevención de signos de alarma para IRA-NEUMONÍA en los jardines de niños estuvo a cargo la trabajadora social, la TAPS, y estudiante de Posgrado en Salud Pública.

Al realizar el recorrido de supervisión el área de estudio se verificó la colocación de los carteles de impacto, sobre identificación de signos de **Alarma para IRA NEUMONÍA**, en lugares estratégicos y donde faltaban, se colocaron .

Al final de cada jornada de trabajo los equipos se reunieron con el estudiante de enfermería en Salud Pública para hacer entrega de las hojas de registro.

La supervisión de todo el trabajo, fue del estudiante de Salud Pública, así como la recolección de información que posteriormente fue procesada y analizada, por el mismo, para llevar una evaluación continua.

3.3.8 FACTIBILIDAD DE LA INTERVENCIÓN

POLITICA

Se cuenta con la autorización de las Instituciones, como la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, y la Coordinación Municipal Chamiza encargadas de la atención de salud de la comunidad en estudio.

Existe un Marco Jurídico Integral, que comprenden al artículo 4º Constitucional donde se establece el derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Salud con sus reglamentos: 1 – Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permita la prevención de enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en salud, 2- proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades los daños provocados, y 3- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental y bucal, educación sexual, planificación familiar, riego de automedicación, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades⁸¹.

La Normas Técnicas y las Leyes Estatales de Salud.

Programas de Salud Pública y Vigilancia Sanitaria.

La carta de Ottawa dice que la promoción a la salud es “el proceso de capacitación del conjunto de individuos para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud y así puedan mejorarla “, disminuyendo de esta manera la morbilidad y la mortalidad. La promoción a la salud ha puesto un mayor énfasis en la implementación e políticas de salud y cambios del entorno en el que vive el individuo, dejando a la educación para la salud un área de concentración mayor en dos aspectos que son el desarrollo de habilidades y el fortalecimiento de la acción comunitaria.⁸²

La formación y desarrollo de recursos humanos, formación en pregrado y Posgrado en la vigilancia Sanitaria para el profesional de enfermería al servicio del país.

Las Instituciones de Salud juegan un papel importante en la formación de recursos humanos para la salud, en pregrado y Posgrado al proporcionar el campo clínico necesario para un entrenamiento de excelencia. Esto coadyuva al mejoramiento de los servicios de salud, a

⁸¹ Ley General de Salud p 4,5, y 6 México 1990.

⁸²

través de los programas de capacitación continua para el personal prestador de servicios en comunidades rurales dispersas y urbanas marginadas.⁸³

SOCIAL

La factibilidad social se fundamenta con el Diagnóstico de Salud realizado en abril del año en curso donde se identificó a la comunidad y sus déficit en salud.

Con la intervención de enfermería se busca actuar directamente sobre la población para producir un mejoramiento en su salud.

La comunidad acepta este tipo de proyecto porque tiene la necesidad de que sus niños no enfermen al desarrollar el autocuidado, y tiene un impacto social al buscar mejorar el desarrollo y crecimiento de la población infantil, con ello el bienestar, y estabilidad familiar.

ECONOMICA

Si es posible porque los docentes de los jardines de niños no tendrán que pagar nada por el curso de capacitación e orientación del cuidado de los niños menores de cinco años, además al proporcionar mejores cuidados a los niños desarrollarán hábilmente sus capacidades de enseñanza.

La disponibilidad del recurso de trabajo social, y pasantes de enfermería es de manea gratuita, son apoyos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec al proyecto de enfermería.

La participación de las jefes de enfermería en colaboración del proyecto de enfermería, son apoyos logísticos de la Jefatura de enfermería al nivel de Jurisdicción, sin ningún costo.

FINANCIERA

Las instalaciones (aulas), son prestadas sin costo por utilización para impartir las sesiones de capacitación en cada jardín de niños.

Los materiales de apoyo didáctico como algunos carteles, lápices, y papelería son gratuitos, proporcionados por la jefatura de Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec.

Los demás gastos necesarios serán cubiertos por el responsable de la intervención.

ADMINISTRATIVA

Elementos que apoyen el proyecto

1 Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma Del Sector Salud. 1995-2000.p 112

UNAM a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, la División de Estudios de Posgrado, apoyo técnico y didáctico con maestros especialista en Salud Pública, para la elaboración de programas de capacitación, y orientación, para el buen desarrollo de la fase de implementación del sistema de enfermería.

La Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec Estado de México.

Con el apoyo logístico de recursos humanos y materiales, así como el transporte de Ellos

Recursos materiales para la capacitación a docentes

Artículo	Unidad	Costo por unidad	Costo total
Cartulina	30	\$1.00	\$30
Papel Bonn	20	\$1.00	\$ 20
Marcadores	1 paquete.	\$ 40.	\$ 40.00
Reglas	2	\$1.00	\$2.00
Lápices	40	\$1.30	\$52.00
Hojas blancas	500	\$34	\$34.0
Fólderes	10	\$10.	\$10.00
Carteles	25	\$5	\$125

3.9 EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería según Alfaro.
En esta etapa se llevo a cabo el plan de intervenciones de enfermería,

Se realizo la promoción durante 2 días casa por casa, en la escuela primaria y los jardines de niños de la microrregión.

Colocaron carteles volantes (identificación de signos de alarma para IRA- Neumonía, en lugares estratégicos, como el mercado, la escuela, el centro de salud y el Cívico No. 3 así como en los jardines de niños, también sé repartieron trípticos y volantes casa por casa.

Sé reunieron a las familias en las sedes y a los docentes en los jardines de niños dentro de su horario de trabajo.

Las sesiones se llevaron a cabo conforme a los objetivos planeados, carta descriptiva (anexo 6). Se realizó dentro del marco social, dando apoyo educacional a los docentes de los jardines de niños, del área de estudio.

En una de las sesiones estuvieron presentes los padres de los menores, quienes manifestaron un amplio interés por los temas a tratar, comentaron que era una asesoría muy pertinente dado que las enfermedades respiratorias agudas son frecuentes en los menores de cinco año y para evitar las complicaciones, ellos requieren de la colaboración de los profesores de los jardines de niños para prevenir y atender oportunamente las enfermedades infecciosas.

Se estableció un sistema de referencia (anexo 8) de los maestros de los jardines de niños con los servicios de salud del Centro Cívico No 3, localizado dentro del área de estudio.

3.4 Diseño de evaluación.

La evaluación de programas de salud, es el proceso a través del cual se determina el valor de los mismos³.

Esto permite conocer las partes del programa que están funcionando y cual no para determinar que aspectos se deberán cambiar para obtener el impacto deseado.

El sistema de evaluación de Laski, se adecua para medir los efectos del programa de intervenciones de enfermería, por su manejo en etapas, que son:

- Del proceso de desarrollo.
- De metas.
- Del efecto.
- Y de la eficacia

Evaluación del proceso de desarrollo:

En esta etapa se efectuaron reuniones con las autoridades Municipales y con los otros investigadores para dialogar y acordar en conjunto las estrategias de trabajo, la asignación de tareas, el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales disponibles.

Durante esta fase se debe estar muy pendiente de que los promocionales y las fotocopias estén a tiempo para elaborar los paquetes para cada grupo de apoyo.

Aquí se examina el programa hasta el mínimo detalle del diseño, para determinar si se estarían efectuando los objetivos planeados identificando las interferencias presentadas para corregir y de esta manera obtener el impacto deseado.

Otro aspecto concierne al consentimiento informado, es que cada familia de la comunidad en estudio fue informada acerca de los objetivos del plan y dio su consentimiento para la intervención de enfermería

Las actividades del pasante en Salud Pública fueron de coordinación con las Autoridades Municipales de salud y supervisión de los equipos de apoyo.

³ Laski Laura. Brindis Claire. Evaluación de Programas de Salud

Evaluación de Metas:

Se logro el 100% de las metas de la capacitación a los recursos así como los docentes de los jardines de niños.

Se cubrieron los tres días planeados de capacitación a los recursos y los docentes de los jardines de niños.

Evaluación de la eficacia

El propósito principal del trabajo educativo es lograr la participación activa de las madres o cuidadores no formales como los docentes en los jardines de niños aquí se busca promover la conciencia sobre sus problemas de salud, con la promoción y prevención de las enfermedades respiratorias agudas.

Esto permite conocer si los objetivos se alcanzaron optimizando los recursos disponibles.

Los cambios en las estrategias para lograr que las madres y los cuidadores no formales como los docentes de los jardines de niños adquieran habilidades para mejorar su autocuidado les darán elementos y confianza para establecer acciones de prevención en el cuidado de los menores a su cargo.

Se despertó el interés de la población en toda la comunidad en estudio sobre todo con los volantes, los carteles y los trípticos repartidos en la misma, demostraron comprender el propósito del mensaje así como la participación activa de parte de los docentes al enviar a los niños con signos de infecciones respiratorias agudas con la referencia al medico del C.C.No. 3 además las madres de familia que acudieron a las sesiones de capacitación en los jardines de niños, para identificación de signos de alarma y prevención para Infecciones respiratorias Agudas y Neumonía. Pidieron más información relacionada con el tema de la actividad realizada y solicitaron otras actividades similares y se recibieron peticiones de otras comunidades para operar el mismo programa en las mismas.

Para el control de las sesiones de capacitación se usaron cuestionarios simples con una preevaluación y posevaluación y el control de los materiales con una lista, de los carteles, trípticos y volantes se hizo una distribución de acuerdo a la población de cada sector y donde hubo falta se cubrió oportunamente contando con el equipo de supervisión.

Trípticos	300	\$1.00	\$300.00
Volantes	300	\$1.00	\$300.00
TOTAL	1125.103		\$ 911.

4. CONCLUSIONES: DE LA ESPECIALIDAD

La especialidad en salud pública ofrece perspectivas diferentes al estudiante del Posgrado, opciones en la docencia, y en trabajo independiente, esto se obtiene por la calidad de los tutores, los maestros, la bibliografía consultada, conferencias y cursos actualizados sobre evaluación de los servicios de salud y acciones para implementar la vigilancia epidemiológica así como el conocimiento de los programas prioritarios de salud y su manejo.

Con lo anterior se obtiene la capacidad de identificar los problemas de salud mediante la realización del diagnóstico de salud de la comunidad, basándose en la metodología epidemiológica, así como generar estrategias toma de decisiones para la elaboración de un plan de intervención con enfoque enfermero, donde se plasman tareas dirigidas a mejorar los cuidados de las familias en la comunidad orientadas hacia la prevención de las enfermedades.

Fue una experiencia enriquecedora, que llevo esfuerzo en la primera etapa con la elaboración del protocolo y los instrumentos de recolección de la información, debiendo cuidar las imprecisiones desde del diseño hasta el mínimo detalle implicado, la capacitación del personal de enfermería y la búsqueda de apoyo logístico para la realización de la entrevista a familiares.

Durante el desarrollo del trabajo aprendimos a dirigir y coordinar a los grupos de apoyo, y a la vez delegar funciones hacia los representantes de grupo, así como la realización de gestiones con las autoridades Municipales. para solicitar la autorización del área de estudio y el apoyo de la T.A.PS.

Sé realizaron estrategias para seleccionar los materiales didácticos, sé organizaron las tareas de rutina, la revisión de los instrumentos. Sé discutieron las opiniones basándose en los objetivos planeados, en la organización del trabajo, así como en las estrategias realizando los cambios necesarios durante las acciones, precisando quien realice las actividades, y sobre todo aprovechando las capacidades individuales y de grupo de los recursos humanos de apoyo, para obtener el éxito deseado.

El diagnóstico de salud comunitario, dio otra manera de entender los fenómenos de salud-enfermedad.

La búsqueda de información y lecturas así como los cursos de actualización, y la cercanía con los tutores hace que el trabajo sea más fácil, aunque existe un compromiso mayor. El contacto con la comunidad es algo difícil de describir, desde que las familias permitan el

acceso a sus viviendas hasta que contesten las preguntas del cuestionario es importante ser respetuoso, amable y presentarse correctamente, exponiendo los motivos del estudio, los objetivos planteados, lo que se busca identificar y como se va a intervenir.

En esta instancia el estudio de caso presenta a la enfermería especializada como una profesión que busca mejorar los cuidados proporcionados por la familia a los menores de cinco años, los cuales deberán ser reforzados hacia la agencia del autocuidado en el cuidador y de esta manera proteger la salud del menor.

El agente de enfermería proporcionó elementos básicos al docente (cuidador informal), para que pueda identificar factores de riesgo o signos de alarma para las infecciones respiratorias agudas en los menores a su cargo, con lo cual podrán prevenir alguna complicación, canalizando al niño con los padres para el cuidado o también enviarlo a la consulta médica.

La promoción de la salud mediante la enseñanza del autocuidado busca despertar la sensibilidad en el individuo y la familia para que mejore su salud con la prevención de las enfermedades.

La aplicación de los elementos de un modelo teórico en el estudio de caso aportó la base en el desarrollo de la práctica, permite comprender que en Salud Pública el trabajo de la enfermería es hacia la conservación de la Salud a través de la promoción para llegar al autocuidado.

Realizar el trabajo dentro de un marco conceptual, permite en mi opinión una dirección precisa de las acciones y en consecuencia un mejor resultado tanto al usuario como al profesional de enfermería.

El modelo teórico déficit del autocuidado da margen para que el profesional en Salud Pública, enlace el déficit de autocuidado con los factores de riesgo de forma que puedan coadyuvar en la investigación de la comunidad.

La realización de un Posgrado en enfermería da al estudiante en Salud Pública capacidades de tolerancia, respeto y admiración hacia el equipo multidisciplinario, en el cual deberá trabajar en cualquier investigación.

El recibir los conocimientos, trae consigo un cambio en la vida personal, de trabajo y sobre todo profesional.

Profesionalmente:

La convivencia con un equipo multidisciplinario hace ver que existen diferentes profesionales que buscan mejorar las acciones hacia el cuidado de la salud en la familia, se obtiene capacidad para estructurar estrategias con énfasis a implementar acciones focalizadas a la promoción y educación del autocuidado en el individuo sano para desarrollar una cultura de salud, así como la realización de un diagnóstico de salud para relacionar los factores de riesgo con el autocuidado, la elaboración de programas o intervenciones de enfermería, se aprende a escuchar las opiniones diversas a entender que con la unión de especialistas en Salud Pública se podrá mejorar el autocuidado en la comunidad.

Se aprenden técnicas educativas, se realizan discusiones con lluvia de ideas, se modifica el lenguaje, con el intercambio de información se aprende a tomar decisiones, a participar en la promoción de la salud, en la vida laboral se dan cambios de actitud se favorece la colaboración y ayuda mutua para brindar cuidados de calidad al individuo que atraviesa por una experiencia de enfermedad en los procesos de salud-enfermedad.

Personal:

Con la integración del conocimiento y la experiencia humana de salud hubo un cambio de actitud, y lenguaje hacia el cuidado enfermero, se vio claramente que el autocuidado es esencial para el desarrollo y crecimiento del individuo, y como enfermera en Salud Pública se adquiere un compromiso para favorecer el potencial del individuo desarrollando habilidades para autocuidarse así como el reforzamiento del cuidado dependiente que proporcionará a los menores bajo su responsabilidad.

Todo esto manteniendo siempre la dignidad humana, con respeto, comprensión y tolerancia hacia la aceptación de los valores individuales y culturales, del individuo, familia y comunidad dependiendo de su estilo de vida.

5. SUGERENCIAS.

Para tener una opinión clara sobre el Modelo Conceptual de la Teoría de Orem es necesario la revisión de bibliografía, así como también la revisión de los trabajos realizados con el enfoque de la misma; posteriormente analizar e interpretar los conceptos, realizar discusiones en equipo sobre el tema, para obtener ideas y perspectivas nuevas, y experimentar un cambio de mentalidad, en donde la enfermera se enfrenta a ser honesta consigo misma y los cuidados que brinda. Al cambio de actitud y lenguaje realiza un juicio razonado.

Metodológicamente.

El Modelo Conceptual de Orem para la intervención no propone ponderaciones para medir el déficit de autocuidado. Esto represento una dificultad para el estudiante de Posgrado de Enfermería en Salud Publica, sería adecuado considerase la posibilidad de elaborar instrumentos que de manera especifica valoren las limitaciones del autocuidado, se pueden utilizar como los ejemplos dados por Likerd Mth.

La estructura del presente trabajo así como sus condiciones se llevo aproximadamente tres años lo cual permitió la reflexión de lo que se pudo haber precisado en un momento , de manera que este documento es una premisa para quienes deseen incorporar el Modelo Teórico de Orem un trabajo profesional y especializado en Salud Pública.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. Editorial Dogma Barcelona España. 1992.
- ALVAREZ, Alva Rafael. Salud Pública y MÉDICA Preventiva cap. 9. En "Administración y Salud Pública." Editorial El Manual Moderno. México. 1991
- ALVAREZ, Manilla J. M. Atención Primaria a la Salud. Revista Salud Pública de México Vol. 30. No. 5, septiembre – octubre. México. 1996
- ASA, Laurel, C. Revista Latinoamericana de Salud, en "La salud-enfermedad como proceso social" Editorial Nueva Imagen. México. 1992. Vol.2.
- ALAMILLA. García R. GALICIA, Ortega, J.L. REAL, Rosas M.C. Diagnostico situacional, déficit de autocuidado en las unidades multipersonales de la comunidad Granjas Valle de Guadalupe IV.
- BALSEIRO, Almario Lasty. Investigación en Enfermería. México, Ed. Prado, 1991.
- BAENA, Paz, G. Instrumentos de Investigación. Editores Mexicanos Unidos, S.A. edición, 12 México, D.F. 1996.
- BENENSON, Abram S. Manual para el Control de las Enfermedades transmisibles. Edit. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1997.
- BONITA, Ruth. Epidemiología Básica. Washington D.C. Programa de Publicaciones Organización Panamericana de la Salud 1994.
- CABRERA, G, Eligio, Vázquez Palizada Sanjuana. ad: Microrregión de Estudio de Comunidad Granjas de Guadalupe IV, Coordinación Municipal Chamizal, Jurisdicción Sanitaria Ecatepec Valle CONALEP, México 1994.
- CAVANAGH, Stephen J. Modelo de Orem Aplicación Práctica. Tr. De Ma. Teresa
- CONSEJO NACIONAL DE VACUNACIÓN. Programa de Atención a la Salud del niño. Edit. Manual de Procedimientos técnicos Actualizados 1998. México.
- COLIMON, Kahl- Martín Fundamentos de Epidemiología. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 1996.
- DANIEL Wayne W. Bioestadística. Edit. Noriega Editores, México 1997.

- DAWSON- SAUNDERS, B. Y Trapp Robert G. Bioestadística. 2ª. Ed. México Edit. El Manual Moderno, 1994. 371 p.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. Secretaría de Salud, marzo, 1996.
- ECONOMIA Y SALUD. Propuesta para el avance de salud en México. Visión de Conjunto. Fundación Mexicana para la salud. México, 1991.
- EDITORES MEXICANOS. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México, 1997.
- ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO, Departamento de Epidemiología. Estadísticas Vitales Calculo de Tasas usuales. Instituto Nacional de Salud Pública. Documento proporcionado por la jefatura de enseñanza en enfermería. LIC. Pérez. Marzo. 1998.
- FRENK, Julio y Col. Economía y salud Informe Final. Fundación Mexicana para la salud, A. C. 1994.
- FRENK, Julio. La Salud de la Población. Edit. Fondo de Cultura Económica, México 1993.
- FIGUEROA, Zúñiga, Javier. E. Principios básicos en Salud Pública. Universidad Nacional del Estado de México. México, 1991.
- FOX. J. P. Et al. Epidemiología El Hombre y la Enfermedad. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1975.
- FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD. El Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud. México, 1994.
- FUNSALUD. La Sociedad Civil Frente a los Desafíos Nacionales. México 1995.
- GARCIA, Pérez Andrés. Elementos del Método Estadístico. Texto Universitario, México 1990.
- GARCIA, Romero, J. Taller de Introducción a la Metodología de Investigación Médica Interdisciplinaria. U.N.A.M. 1991.
- GREEBERG, R. S. Et al. Epidemiología Médica. México, De El Manual Moderno, 1995.

- GOMEZJARA, F. Y Ávila Rosalía Salud Comunitaria Teorías y Técnicas. 2ª. Edit. México Edit. Porrúa, 1992.
- GONZALEZ, Carbajal Eleuterio. Diagnóstico de la Salud en México ed.2ª. Edit. Trillas. México. 1990.
- GOBIERNO DE SERVICIOS COORDINADOS DEL ESTADO DE MEXICO. Manejo del Croquis. Proporcionado por la jefatura de jurisdicción de Ecatepec. Dr. Roberto Rodríguez Leone. Marzo 1998.
- HALL, Joanne E. Redding Weaver Bárbara. Enfermería en Salud Comunitaria. Un Enfoque de Sistemas. Ed. 1ª. Edit. Organización Panamericana de Salud. 1990.
- HANCHETT, Effie. Salud de la Comunidad, Concepto y Evaluación. Ed. 1ª. Tr. Luz Elena Zavala Gresí. Edit. Limusa. México, 1994.
- H AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE ECATEPEC DE MORELOS. Plan De Desarrollo Municipal. 1994- 1996. Ecatepec de Morelos. Estado de México.
- HAWARD, J.A. Historia de la Medicina. Ed. 4ª. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1990.
- HEINZ, Dieterich. Nueva Guía para la Investigación Científica. Ed. 2ª. Edit. Ariel México, 1997.
- HERNAN, San Martín. Salud y Enfermedad. Ed.4ª. México. Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1996.
- INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO. Tarjeta de control de la visita Familiar e instructivo de llenado. Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. Marzo 1998.
- INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO. Diagnóstico Epidemiológico de la Coordinación Municipal Chamizal Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. Marzo 1998.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. Métodos cualitativos para la Investigación en Salud Pública. Edit. Nigenda Gustavo, Langer Ana. 1995

- INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO. PRODIAS. Servicios Estatales en Salud Pública en el Estado de México, Septiembre 1998. Documento Normativo.
- KEROVAC, Suzanne. Pepin Jacinth. El Pensamiento Enfermero. Edit. Masson. Barcelona 1996.
- LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud, número 2, México, Edit. Nueva Imagen, 1992.
- LANDES, J.H. Nociones Prácticas de Epidemiología. Edit. 7ª. Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1993.
- LASKI, Laura. Evaluación de Programas de Salud. México, Edit: Interamericana 1997.
- LEYES Y CODIGOS DE MÉXICO. Ley General de Salud. Porrúa, México 1996
- LUIS, Rodrigo. España, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 1993.
- PEREZ, Hernandez Guadalupe. Sistema de Enfermería Focalizado a la Capacitación de Recursos Humanos en Salud para la Prevención, Manejo y Control de Infecciones Respiratorias Agudas. Trabajo Recepcional para obtener el grado de especialista en Salud Pública.
- LÓPEZ, Luna María Concepción. Salud Pública. Ed. 1ª. Edit. Interamericana. México, 1995.
- LÓPEZ, Acuña Daniel. La Salud Desigual en México. Ed. 5ª. Edit. Siglo Veintiuno. MÉXICO, 1994. 247 p.
- MARRINER, A. Modelos y Teorías de Enfermería de Orem. Edit. Rol, S.A. Barcelona España. 1990.
- MAZZAFERO, Vicente, et al. Medicina en Salud Pública. Edit. Ateneo, Buenos Aires Argentina 1994.
- MENDEZ, Ramírez, Ignacio. Y cols. El Protocolo de Investigación Lineamientos para su Elaboración y Análisis. Edit. Trillas. México, DF.. 1997.
- MORA, Fernando. Introducción a la medicina social y a la Salud Pública. Ed. 2ª. Edit. Trillas. 1990.
- MORTON, Hebel Mc Carter. Bioestadística y Epidemiología. Ed. 3ª. Edit. Interamericana-Mc Graw- Hill. 1992

- MUÑOZ, López Leonardo. Monografía Municipal. Estado de México, 1998.
- NAVARRO, Fierro, Ricardo. Introducción a la Bioestadística. Edit. Interamericana. México. 1997.
- OREM, E. Dorotea y Savannah.G.A. Modelo de Orem. Concepto de Enfermería en la Práctica Edit. 4ª. Tr. De María Teresa Luis Rodrigo. España, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. 1993.
- OCHOA, Héctor. Salud Comunitaria. Manual de Epidemiología para la gestión de servicios locales de salud SILOS. Edit. PAX. México 1997.
- OCTAVIO, A Rascón. Introducción a la estadística descriptiva. Edit. Textos Programados. México DF. 1997.
- OPS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Washington,D.C OPS. 1990.
- PARDO DE Vélez Graciela. Investigación en Epidemiología. Factores Sociales. Edit. MC Graw- Hill, Interamericana, Colombia, 1997.
- PINEAULT, Raynald. La Planificación Sanitaria. 2ª Edit. Edit. Masson, Barcelona España,1995.
- POLIT, F. Denise y Hungler, P.Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud 3ª. Edit. Tr. Del Dr. Carlos Casacuberta Zaffaroni, Lic. Guillermo Feher. México Edit. Interamericana, 1991.
- PROGRAMA DE ATENCION A LA SALUD DEL NIÑO. Infecciones Respiratorias Agudas. Edit. Consejo Nacional de Vacunación. México 1998.
- REBAGLIATO, M., et al. Metodología de Investigación en Epidemiología. Edit. Díaz de Santos, Madrid –España, 1996.
- SÁNCHEZ, Piña Sofia del C. Diagnóstico de Requisitos de Autocuidado. México, Proyecto de Investigación. 1996.
- S.S. Sistema Nacional de Salud. Autopsia Verbal de Enfermedades Diarreicas e Infecciones Respiratorias Agudas, 1998.
- SECRETARIA DE SALUD. Subsecretaria de Regulación Sanitaria y Desarrollo, Dirección General de Enseñanza. Modelo de Atención Programada. Metodología para la Programación de la Atención a la Salud a través del Enfoque de Riesgo. México Noviembre 1994.

- SECRETARIA DE SALUD. Paquete Básico de servicios de salud. Acciones, agentes, lugar y frecuencia por intervención. Proporcionado por la Lic. Guadalupe Pérez jefe de enseñanza jurisdiccional de Ecatepec. Estado de México. 6 de marzo 1998.
- SECRETARIA DE SALUD. NORMA OFICIAL MEXICANA .NOM-024-SSA2 1994 Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas En la Atención Primaria a la salud.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Control de las infecciones respiratorias agudas. Manual de procedimientos para la capacitación a madres, México 1995.

- SECRETARIA DE SALUD. Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA). México. 1995.

SSA. Manual de Normas de Educación para la Salud. México, DF . 1980.

- Servicios de Salud (TLEA). 2ª. Edit.. Limas, 8S.E.), 1991.
- TAYLON, Susana G. La Practica de Enfermería en situaciones Multipersonales, de Familia y Comunidad. Documento proporcionado, por la maestra Sofía Sánchez Piña. Marzo 1998.
- TAPTICH.B.J. Traducción L. Q. Ma. Teresa Aguilar Ortega Diagnóstico de Enfermería y Planeación de Cuidados. Edit. Interamericana. 1994
- TESTA, Mario. Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación. Colecciones Salud Colectiva Argentina, Edit. Lugar, 1992.
- TURABIAN, José Luis. Apuntes, Esquemas, y Ejemplos de Participación Comunitaria en Salud. Madrid, Ediciones Díaz DE Santos, 1992.

VILLA Barragán Juan Pablo. Fotocopias ENEO- UNAM. 1998

- WESLEY, R.L. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª Edit. Interamericana, México, 1997.

ANEXOS

- 1- GUÍA DE OBSERVACIÓN
- 2-CEDULA DE ENTREVISTA FAMILIAR
- 3 -TARJETA DE VISITA FAMILIAR.
- 4- MONITOREO A ESCUELAS.
- 5-CARTA DESCRIPTIVA.
- 6- PREEVALUACIÓN.
- 7 – REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.
- 8- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.
- 9- CROQUIS DE LA MICRORREGIÓN.
- 10- MAPA DEL ESTADO.

ANEXO NO.1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD: SALUD PÚBLICA**

GUÍA DE OBSERVACIÓN
De la comunidad Granjas Valle de Guadalupe IV.
Coordinación Municipal de salud Chamizal
Jurisdicción Sanitaria Ecatepec, Estado de México.

1. - Vista de impacto (anotar primeras impresiones de la comunidad: observación, escuchar, oler, sentir).

2. - Características de la comunidad.

2.1.- Condiciones de vivienda:

2.2.--Habitantes que se encuentran en la calle.

2.3. - Fauna.

2.4. - Flora

2.5. - Higiene.

3. - Actividad organizada (alcohólicos anónimos, neuróticos anónimos).

4. - Lugares de esparcimiento y recreación.

5. - Seguridad: policía y bomberos.

6. - Servicios públicos:

alumbrado _____

pavimentación, _____

agua _____

servicio de limpia _____

drenaje _____

7. - Vías de comunicación: caminos y carreteras.

8. - Medios de comunicación: teléfonos y equipo de sonido.

9. - Transporte.

10. – Industrias.

11– Cultura étnica: iglesias, mercados, centros ceremoniales, escuelas públicas y privadas.

12. – Actividad política.: presencia de partido, carteles de campaña.

3. – Centros de reunión social: restaurantes y salones de baile.

14. – Recursos para la salud: consultorios médicos, centros de salud, dispensario y farmacias

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA ENCUESTA.

La entrevista es una serie de preguntas que se hacen a una o varias personas para obtener información sobre un tema determinado, estas preguntas se ordenan en forma coherente o se planean por anticipado. A las preguntas impresas se les denomina cuestionario y es el método más usado en la entrevista.

El entrevistador es la persona encargada de plantear las preguntas y registrarlas, su actividad es fundamental, pues de su trabajo depende que la información este completa y sea de calidad.

El éxito de una buena entrevista consiste en que el entrevistador:

- 1- identifique los objetivos de la encuesta.
- 2- Conozca bien el cuestionario y con dinamismo aplique la entrevista en el menor tiempo.
- 3- Contar con habilidades y sensibilidad para con el trato hacia la gente, creando un ambiente favorable para la entrevista.
- 4- Ganar la confianza y cooperación de la familia, con una adecuada presentación, e identificación de la institución que representa; explicando a la persona que los datos se manejarán bajo estricto anonimato

Indicaciones generales

Esta cedula será contestada por la madre o cuidador (adulto), marcar con una X, o Sin Datos (SD), la edad en años en los menores de cinco años, en los menores de un año en meses.

Datos Específicos:

Apellidos, no de integrantes, , calle ,manzana, lote, colonia, sector, y numero de casa de acuerdo con el croquis. Así como el tiempo de residencia en la localidad.

Factores condicionantes:

Medio ambiente, lugar donde se vive (área geográfica), el clima, la urbanización que implica a los servicios públicos como son: pavimentación ,drenaje, alumbrado publico, escuelas, distribución de agua, recolección de basuras y manejo de fauna nociva. Así como el tratamiento de agua, alimentación, lavado de manos, aseo personal, esquema de vacunación, recreación Y descanso.

Demografía.

Características demográficas y socioeconómicas de las causas y como son: tiempo de residencia integrantes de la familia, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, ingreso familiar y servicios de salud.

Daños y desviación a la salud.

Indican de que enferman y mueren los seres humanos.

Para la morbilidad se vera la frecuencia de los eventos en la familia.

En la mortalidad la frecuencia, la causa , edad, en un periodo de cinco años.

ANEXO No. 2

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

OBJETIVO:

IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO QUE SE RELACIONAN A LA MORBILIDAD POR IRA Y LA MORTALIDAD POR NEUMONÍA, EN LA POBLACIÓN MENOR DE CINCO AÑOS DE LAS UNIDADES MULTIPERSONALES DE LA MICRO REGIÓN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV, DE LA COMUSA CHAMIZAL, EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA ECATEPEC, AGOSTO DE 1998.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

APELLIDOS DE LA U.M.P. _____ No. DE INTEGRANTES _____
 DIRECCIÓN _____ SECTOR _____ No. DE CASA _____
 No. TOTAL DE HIJOS _____ MENORES DE CINCO AÑOS _____
 EDAD DE LOS MENORES DE UN AÑO _____
 EDAD DE LOS MENORES DE CINCO AÑOS _____

1. LOS MENORES DE CINCO AÑOS, ¿CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL? A)SI B)NO	1
2. SI CUENTAN CON SEGURIDAD SOCIAL, ¿UTILIZAN EL SERVICIO? A)SI B)NO	2
3. QUE INSTITUCIÓN LES PROPORCIONA EL SERVICIO MEDICO? A)IMSS B)ISSTE C)MÉDICO PARTICULAR D)ISEMYN B)MILITAR F)OTRA	3
4. INGRESO ECONÓMICO SEMANAL A) - DE UN SALARIO B)UN SALARIO C) 2 SALARIOS D)3 Y + SALARIOS.	4
5. ¿QUIÉN CUIDA A LOS MENORES DE CINCO AÑOS? A) MADRE B) PADRE C) ABUELOS D) HERMANOS E) TÍOS F) VECINOS G) NANA H) OTRO	5
6. ¿LLEVA SU NIÑO A LA GUARDERÍA? A) SI B) NO	6
7. EN QUE TURNO: A)MATUTINO B)VESPERTINO C)MIXTO	7
8. EDAD DEL CUIDADOR: _____ AÑOS	8

9. SEXO BIOLÓGICO DEL CUIDADOR A) MASCULINO B) FEMENINO	9
10. ESTADO CIVIL DEL CUIDADOR: A) CASADO B) SOLTERO C) VIUDO D) DIVORCIADO E) U. LIBRE F) MADRE SOLTERA	10
11. NIVEL ESCOLAR DEL CUIDADOR: A) ANALFABETA B) ALFABETA C) PRIMARIA D) SECUNDARIA E) PREPARATORIA O TÉCNICA F) LICENCIATURA G) MÁS	11
12. OCUPACIÓN DEL CUIDADOR: A) AMA DE CASA B) TRABAJA EN EL HOGAR C) TRABAJA FUERA DEL HOGAR D) PENSIONADO E) NO TRABAJA	12
13. ¿DURANTE EL EMBARAZO LLEVÓ A CABO CONTROL PRENATAL? A) SI B) NO	13
14. ¿A CUANTAS CONSULTAS ACUDIOS DURANTE EL EMBARAZO? A) 1 A 3 B) 4-6 C) MAS DE 6	14
15. ¿SE APLICÓ TOXOIDE TETÁNICO DURANTE EL EMBARAZO? A) SI B) NO	15
16. ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL MISMO? A) SI B) NO	16
17. ¿SUFRIÓ ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE LA CUARENTENA? A) SI B) NO	17
18. ¿CUÁNTOS MESES DURÓ EL EMBARAZO? A) -7 MESES B) 7-8 MESES C) 9 MESES D) +DE 10 MESES	18
19. ¿CUÁNTO PESÓ SU NIÑO AL NACER? A) MENOS DE 2500 GRs B) MÁS DE 2500 GRs	19
20. ¿LE DIO PECHO AL NIÑO? A) SI B) NO	20
21. ¿CUÁNTO TIEMPO LO AMAMANTÓ? A) 1 A 3 MESES B) 4 A 6 MESES C) 7 O MÁS	21

22. ¿CUÁL LECHE ES MEJOR? A) LECHE MATERNA B) LECHE INDUSTRIALIZADA C) NINGUNA D) AMBAS LECHE S	22
23. ¿QUÉ ALIMENTO LE DA AL MENOR DE UN AÑO? A) LECHE MATERNA + COMP. B) LECHE INDUSTRIALIZADA + COMPLEMENTARIA C) SOLAMENTE LECHE D) SOLAMENTE COMPLEMENTARIA E) NINGÚN ALIMENTO	23
24. ¿EDAD EN QUE INICIA OTRA ALIMENTACIÓN DIFERENTE A LA LECHE? A) MENOS DE 6 MESES B) 6 MESES A UN AÑO C) NO HA INICIADO	24
25. ESQUEMA DE VACUNACIÓN (REGISTRAR EN CENSO NOMINAL) A) ADECUADO B) INADECUADO	25
26. CUÁNDO EL MENOR DE CINCO AÑOS ESTÁ SANO, ¿LO LLEVA AL MÉDICO? A) SÍ B) NO	26
27. EN CASO	27
DE QUE RESPUESTA SEA NEGATIVA, ¿POR QUÉ NO LO LLEVA? A) NO ES NECESARIO B) NO TENGO TIEMPO C) NO TENGO \$	
28. ¿LE HAN APLICADO VITAMINA AL MENOR? A) SÍ B) NO C) LO IGNORA D) LO DESCONOCE	28
29. ¿EN QUÉ ÉPOCA DEL AÑO EL NIÑO SE ENFERMA MÁS GRIPE O CATARRO? A) PRIMAVERA B) VERANO C) OTOÑO D) INVIERNO E) TODO EL AÑO	29
30. ¿CUÁNTAS VECES EN EL AÑO SE HA ENFERMADO EL MENOR DE CINCO AÑOS DE CATARRO O GRIPE: A) DE 1 A 3 VECES B) 4 A 7 VECES C) 8 A 10 VECES D) MÁS DE 10 VECES	30
31. ¿A QUÉ TEMPERATURA OFRECE LOS LÍQUIDOS REGULARMENTE? A) TEMP. AMBIENTE B) CALIENTES C) FRÍOS D) TIBIOS	31
32. ¿A QUÉ TEMPERATURA OFRECE LÍQUIDOS AL MENOR DE CINCO AÑOS, EN ÉPOCA DE FRÍO? A) TEMP. AMBIENTE B) CALIENTES C) FRÍOS D) TIBIOS	32
33. ¿A QUÉ TEMPERATURA OFRECE LÍQUIDOS AL MENOR DE CINCO AÑOS, EN ÉPOCA DE CALOR? A) TEMP. AMBIENTE B) CALIENTES C) FRÍOS D) TIBIOS	33

34. ¿CANDO EL MENOR ESTÁ RESFRIADO, LE DA LÍQUIDOS? A) SI B) NO	34
35. EN CASO DE QUE LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, ¿A QUE TEMPERATURA SE LOS DA? A) TEMP. AMBIENTE B) CALIENTES C) FRÍOS D) TIBIOS	35
36. ¿CUÁNTAS HORAS DUERME REGULARMENTE EL MENOR? A) MENOS DE 8 HRS B) 8 HRS C) MÁS DE 8 HRS	36
37. ¿DUERMEN CON ROPA LOS MENORES DE CINCO AÑOS? A) SI B) NO	37
38. ¿CADA CUANDO LE CAMBIA EL PAÑAL DURANTE LA NOCHE? A) NO LO CAMBIA B) CADA QUE SE ORINA C) HASTA LA MAÑANA SIGUIENTE D) YA NO ES NECESARIO	38
39. ¿EN QUÉ HORARIO BAÑA AL NIÑO? A) MAÑANA B) TARDE C) NOCHE	39
40. ¿A QUÉ TEMPERATURA TIENE EL AGUA PARA BAÑARLO? A) TIBIA B) CALIENTE C) FRÍA	40
41. ¿EL LUGAR DONDE LO BAÑA SE ENCUENTRA: A) DENTRO DE LA VIVIENDA B) FUERA DE LA VIVIENDA	41
42. ¿CUÁNDO EL MENOR TIENE CATARRO, QUÉ HACE? A) NADA B) LO LLEVA AL FARMACÉUTICO C) LE DA MEDICAMENTOS D) LO LLEVA AL MÉDICO E) SOLO LO CUIDA	42
43. CUANDO ESTÁ RESFRIADO ¿QUÉ LE DA PARA CURARLO? A) REMEDIOS CASEROS B) LO QUE INDICA EL MÉDICO C) LE DA MEDICAMENTOS D) HOMEOPATÍA E) NADA	43
44. ¿SABE CUANDO SU NIÑO TIENE FIEBRE? A) SI B) NO	44
45. ¿TIENE TERMÓMETRO EN CASA? A) SI B) NO	45
46. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿SABE COMO USARLO? (QUÉ EXPLIQUE CÓMO) A) SI B) NO	46
47. SI DENTRO DEL HOGAR ALGÚN FAMILIAR TIENE GRIPE ¿CÓMO PROTEGE A LOS MENORES DE CINCO AÑOS? A) NO PERMITE QUE LO BESEN B) LOS SEPARA DEL ENFERMO C) NO LES AFECTA D) A Y B SON CORRECTOS	47

48. ¿CUÁNDO LOS LLEVA AL MÉDICO, TERMINA EL TRATAMIENTO QUE LE INDICA? A) SI B) NO C) A VECES	48
49. ¿LE AYUDARON LOS MEDICAMENTOS A SU MEJORÍA? A) SI B) NO	49
50. ¿CUANDO MEJORÓ SU HIJO, ¿LO LLEVÓ OTRA VEZ A CONSULTA? A) SI B) NO	50
51. ¿CUÁNDO EL NIÑO TIENE CATARRO, LO BAÑA? A) SI B) NO	51
52. SI LO BAÑA, ¿A QUÉ TEMPERATURA SE ENCUENTRA EL AGUA? A) TEMP. AMBIENTE B) CALIENTE C) TIBIA D) FRÍA	52
53. ¿CUÁNDO EL NIÑO TIENE FIEBRE CONSIDERA IMPORTANTE QUE TOMÉ LÍQUIDOS? A) SI B) NO	53
54. SI EL MENOR TIENE GRIPE, ¿QUÉ LE DA DE COMER? A) SOLO LE DA ALIMENTOS DE SU AGRADO B) SOLO JUGOS Y FRUTAS C) SOLO EL PECHO D) A IGUAL E) LE DISMINUYE UN POCO EL ALIMENTO	54
55. ¿CONSIDERA QUE LA MIEL CON LIMÓN CURA LA TOS? A) SI B) NO	55
56. ¿CUÁNDO SABE QUE SU HIJO ESTÁ RESPIRANDO RÁPIDO? A) CONOCE B) NO CONOCE	56
57. ¿QUÉ LE INDICA A USTED LA RESPIRACIÓN RÁPIDA? A) LA ENFERMEDAD ESTÁ COMPLICADA B) ES NORMAL, TIENE GRIPE C) QUE DEBO LLEVARLO AL MÉDICO D) NADA, NO ES IMPORTANTE	57
58. ¿QUÉ LE INDICA A USTED, LA PRESENCIA DE DOLOR O PUS EN EL OÍDO DE SU HIJO? A) LA ENFERMEDAD ESTÁ COMPLICADA B) ES NORMAL, TIENE GRIPE C) QUE DEBO LLEVARLO AL MÉDICO D) NADA, NO ES IMPORTANTE	58
59. CUANDO EL NIÑO PRESENTA MÁS DE TRES DÍAS CON FIEBRE, ¿QUÉ HACE? A) CONTROLA LA TEMPERATURA POR MEDIOS FÍSICOS B) LE DA MEDICAMENTOS C) LO LLEVA AL MÉDICO D) MEDICINA TRADICIONAL	59

60. ¿SACA SU HIJO CUANDO ESTÁ AGRIPADO? A) SI B) NO	60
61. ¿SI LO TIENE QUE SACAR, LO ABRIGA? A) SI B) NO	61
62. ¿SE LE HA MUERTO UN MENOR DE CINCO AÑOS? A) SI B) NO	62
63. ¿HACE CUANTO TIEMPO? A) - DE UN AÑO B) 1 A 5 AÑOS C) MÁS DE CINCO AÑOS	63
64. MENCIONE LA CAUSA DEL FALLECIMIENTO: A) ENF. PULMONAR B) NEUMONÍA O PULMONÍA C) BRONQUITIS D) OTRA ENF. E) ACCIDENTE	64
65. ¿NUMERO DE CUARTOS SIN LA COCINA? A)1 B) 2 C)3 D)MAS DE 3 E)CUARTO REDONDO	65
66. ¿EL CUARTO DONDE DUERME EL MENOR TIENE VENTANAS? A)SI B)NO	66
67. ¿HACIA DONDE ESTÁN ORIENTADAS? A)NORTE B)SUR C)ESTE D)OESTE	67
68. ¿?CUANTAS PERSONAS DUERMEN EN LA MISMA HABITACIÓN DEL MENOR? A)1 B)2 C)3 D)MAS DE 3 E)SOLO EL MENOR	68
69. ¿CUÁNTAS PERSONAS FUMAN EN LA U.M.P.? A) 1 B) 2 C) 3 D) MÁS DE TRES E) NINGUNA	69
70. ¿FUMAN CERCA DEL MENOR? A) SI B) NO	70
71. ¿LA HABITACIÓN DEL MENOR ESTA UBICADA CERCA DE LA COCINA? A)SI B)NO	71

72. ¿QUÉ ENERGÉTICO USA PARA COCINAR?	72
A) GAS B) ELECTRICIDAD C) PETRÓLEO D) LEÑA E) CARBÓN.	
73. ¿CÓMO SE ENCUENTRA LA HIGIENE DE LA VIVIENDA? (VALORAR)	73
A) LIMPIA B) SUCIA	
74. TIPO DE CONSTRUCCIÓN DEL TECHO:	74
A) CONCRETO B) LAMINA GALVANIZADA C) L. DE ASBESTO B) L. DE CARTÓN E) OTRO	
75. LAS PAREDES SON DE:	75
A) TABIQUE B) MADERA C) OTRO MATERIAL	
76. ¿CONVIVE CON ANIMALES DENTRO DE LA CASA?	76
A) SI B) NO	
77. SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MENCIONE EL TIPO DE ANIMAL:	77
A) PERROS B) GATOS C) AVES D) VACA E) OTRO	
78. ¿CUENTA CON SERVICIOS DE URBANIZACIÓN?	78
A) SI B) NO	
79. ¿QUÉ DISTANCIA HAY DE SU DOMICILIO A LA UNIDAD DE SALUD MAS CERCANA? (ISÓCRONOS A PIE)	79
A) - 5 MINUTOS B) 6-15 MINUTOS C) 16-30 MINUTOS D) + DE 30 MINUTOS	
80. ¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE USA PARA ASISTIR AL CENTRO CÍVICO?	80
A) AUTOMÓVIL B) MICROBÚS C) BICI TAXI D) A PIE E) NO ASISTO	
81. ¿A DONDE ACUDE CUANDO EL MENOR SE ENFERMA?	81
A) CENTRO DE SALUD CHAMIZAL B) CENTRO CÍVICO C) MÉDICO PARTICULAR D) HOSPITAL GENERAL E) FARMACIA F) MEDICINA ALTERNATIVA G) A SU CLÍNICA	

82. ¿CUÁNTO PAGA POR LA CONSULTA? A) SÍN COSTO B) -10 PESOS C)11 - 20 PESOS D) 21-30 PESOS E) +DE 30 PESOS	82
83. ¿A QUÉ ACUDE: AL CENTRO CÍVICO O A SU CLÍNICA? A) NO HA SOLICITADO B) A. PREVENTIVA C) A. CURATIVA D) EDUCACIÓN PARA LA SALUD E) OTRO F) B, C Y D	83
84. ¿? CONOCE EL HORARIO DE ATENCIÓN DEL CENTRO CÍVICO? A)SI B)NO	84
85. ¿CÓMO CONSIDERA USTED LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DEL CENTRO CÍVICO? A)BUENA B)REGULAR C)MALA	85
86. ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESPERADO EN EL CENTRO CÍVICO PARA SER ATENDIDA? A) - DE 15 MINUTOS B)15 A 30 MINUTOS C)DE 30 MIN A 1 HORA D)MAS DE 1 HORA.	86
87.¿PARTICIPA EN EL COMITÉ DE SALUD? A)SI B)NO C)LO DESCONOCE	87
88. ¿CÓMO PARTICIPA? A)COMO PROMOTOR B)INTEGRANTE C)COLABORADOR	88

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

FECHA

ANEXO No. 3

CEDULA DE ENTREVISTA FAMILIAR.

OBJETIVO:

Identificar los factores de riesgo que influyen en el proceso salud enfermedad de las familias localizadas en la microrregión correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec Edo. de México.

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

FAMILIA _____, No DE CASA _____, SECTOR _____,

LOCALIDAD _____, RESIDENCIA _____,

SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE TIENE ACCESO:

1ª _____, Y 2ª _____ INST.

DEMANDA DE SERVICIOS MAS FRECUENTES:

PREVENCIÓN _____, CURACIÓN _____, REHABILITACIÓN _____

	III.- INGRESO FAMILIAR			
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">MENOS DE 1 SAL.</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1 SALARIO</div>			
	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> <tr><td style="height: 15px;"></td></tr> </table>			

IV.- SOCIO CULTURAL

FAMILIA	ESCOLARIDAD											TRABAJA INT. SOCIAL								
	C	I	C	I	C	P	S	C	E	P	T	S/O	S	L	Nº					Po.

ANEXO 4

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA

CEDULA DE MONITOREO A ESCUELAS.

1 Nombre de la escuela: _____

2. Nivel Gobierno Privado

3. - Turno matutino vespertino mixto.

4.- Nombre del director o directores por turno

plantilla de docentes por turno

6.- Número de alumnos por grupo y grado.

No. aula	GRADO	TURNO	No. Alumno	Sexo	
				masculino	femenino.

7.- características físicas del inmueble

CARTA DESCRIPTIVA PARA CAPACITACION A DOCENTES.
PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES PARA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS-NEUMONIA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO
JURISDICCION SANITARIA DE ECATEPEC
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA DE ENFERMERIA

CONTENIDO TEMATICO	OBJETIVO	TECNICA DIDACTICA	AUX. DIDACTICA	FECHA / HORA	EVALUACION	BIBLIOGRAFIA
PRESENTACIÓN DEL EQUIPO	CON LOS DOCENTES	ROTA FOLIO	HOJAS DE REGISTRO	21,22Y23 DE OCTUBRE 1998 10 A 13 HORAS	FORMATO DE PREEVALUACION	MANUAL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS
BIENVENIDA	CONOCER EL NUMERO DE ASISTENTES E PREVENCIÓN E IDENTIFICACION DE COMPLICACIONES PARA IRA.					
INTRODUCCIÓN AL TEMA						
EVALUACIÓN						

DIRIGIDO A : DOCENTES DE LOS JARDINES DE NIÑOS EN GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV.

RESPONSABLE DEL CURSO: LIC. MARIA DEL CARMEN REAL ROSAS.

ANEXO No.6

ENEQ ISEM
UNAM PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PREVENCIÓN SOBRE
SIGNOS DE ALARMA PARA IRA NEUMONIA
POSGRADO EN SALUD PUBLICA

REFERENCIA

FICHA PARA EL JARDIN DE NIÑOS

PREESCOLAR

Nombre del alumno _____ Fecha _____

Nombre del jardín de niños _____ sexo: _____

Localidad: _____ edad. _____

Grado. _____ Municipio _____ sector.. _____

CANALIZADO POR PROBLEMAS:

CUANDO EL ALUMNO REGRESE

Asistió a consulta	Si	No	_____
Recibió atención	Si	No	_____
Se resolvió el problema	Si	No	_____

MOTIVO. _____

PARA SER LLENADO POR EL PROFESOR

CONTRAREFERENCIA

PARA DEVOLVER AL PROFESOR POR EL ALUMNO

PREESCOLAR

Nombre del docente _____ Fecha _____

Nombre del jardín de niños _____

Localidad: _____

Sé atendió al alumno _____

Problemas encontrados: _____

Observaciones y recomendaciones _____

UNIDAD DE SALUD

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

Para ser llenado por el medico

ENEO
UNAM

ISEM

PROGRAMA DE INTERVENCIONES PREVENCIÓN SOBRE
SIGNOS DE ALARMA PARA IRA NEUMONIA
POSGRADO EN SALUD PUBLICA

FICHA PARA EL MÉDICO

Se conserva en la unidad de salud.

Fecha:

Jefe de la unidad de salud en el convenio SSA. -SEP Y UNAM, se envía a ese servicio

para su atención al alumno:

POR HABER ENCONTRADO PROBLEMAS

ATENTAMENTE

Nombre y firma del profesor:

Nombre de la escuela:

Localidad

Municipio:

ANEXO No 7

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA

Y EL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA EN LA JURISDICCION SANITARIA DE
ECATEPEC ESTADO DE MEXICO

EVALUACIÓN DE DIAGNOSTICA A LOS DOCENTES DE LOS JARDINES DE NIÑOS EN
GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV, OCTUBRE 1998

Nombre _____ Fecha. _____ Calificación _____

A) infección bacteriana B) infección grave de vías respiratorias C) infección grave causada al tragar algo.

1- Mencione las complicaciones de una gripe.

A) catarro amarillo B) dolor de garganta c) salida de pus y dolor del oído.

3- Sabe cuando un niño tiene dificultad para respirar.

A) Sí B) no.

4 - Ha visto las siglas IRA, sabe que significan:

A) enojo B) Ir. Regularmente A. C) infección de vías respiratorias agudas.

5 - Mencione tres factores que pueden favorecer a las infecciones de vías respiratorias.

6 - Considera que las madres saben que hacer cuando un niño tiene gripe para que no se compliquen. A) Sí B) No.

7 - Considera que es adecuado que un niño con gripe asista al jardín de niños.

8 - sabe lo que significan los siguientes términos: Anorexia SÍ) NO)

Cianosis SÍ) NO)

2- Mencione que sabe sobre infección de vías respiratorias agudas.

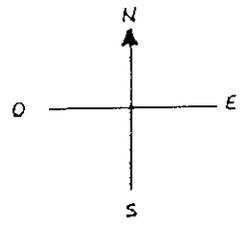
ANEXO No. 8

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

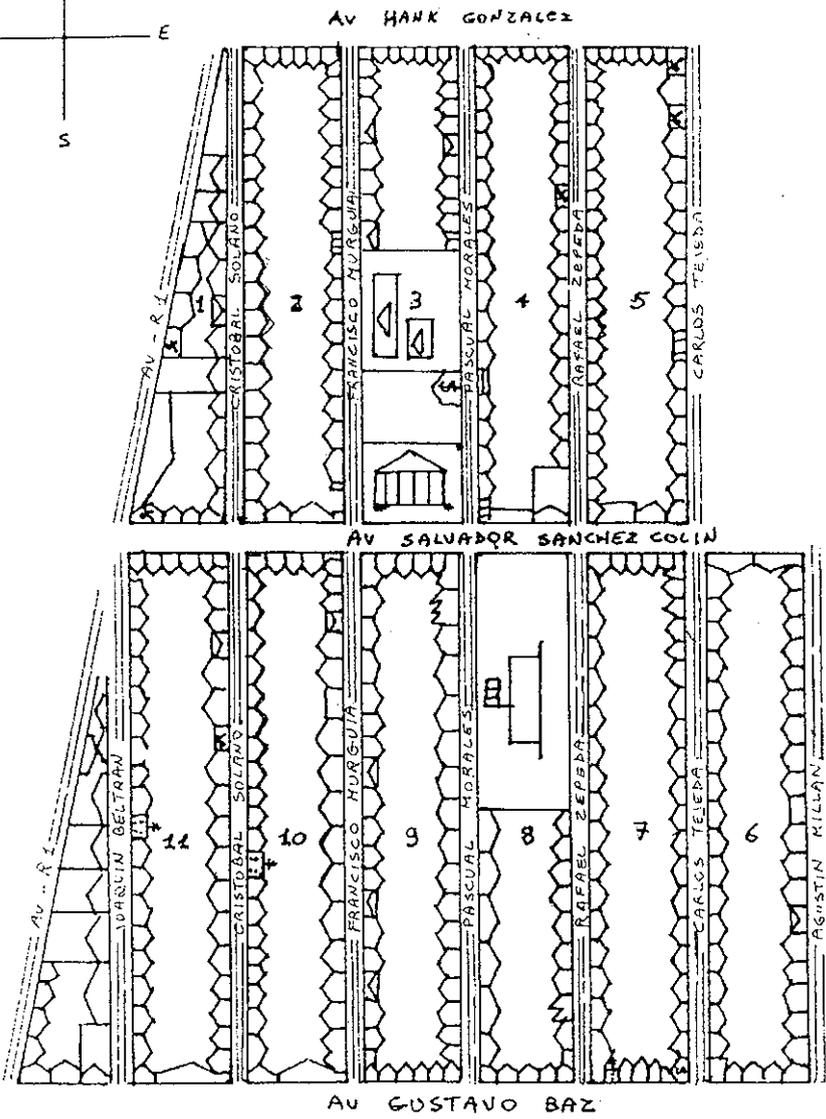
ACTIVIDADES	Agosto				Sept.				Oct.				Nov.				Dic.			
	SEMANAS																			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
- Consulta bibliográfica	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
- Conclusión del proyecto								✓												
- Elaboración de oficios p/ gestión								✓												
- Gestión ante autoridades responsables del área para a intervención de enfermería											✓									
- Presentación del proyecto a la Jurisdicción								✓												
- Solicitud de apoyo de recursos humanos al Jefe e Jurisdicción para la intervención											✓									
- Gestión para conseguir amenidades											✓									
- Gestión ante las autoridades de los jardines de niños											✓									
- Coordinación y capacitación con las T.S. y los asantes de enfermería.											✓									
0- Gestión para adquirir termómetros											✓									
1- Elaboración del material didáctico											✓									
2- Realización de programas								✓			✓									
3- Visita domiciliaria para promoción											✓									
4- Preevaluación a docentes											✓									
5- Intervención en los jardines de niños											✓									
6- Pos- evaluación a docentes											✓									
esultados																			✓	
8- Presentación del informe																			✓	

GRANJAS VALLE DE GUADALUPE IV
 COORDINACION MUNICIPAL DE SALUD
 "CHAMIZAL" CORRESPONDIENTE A LA
 JURISDICCION SANITARIA BCATEPEC-EDO. DE MEXICO

SIMBOLOGIA

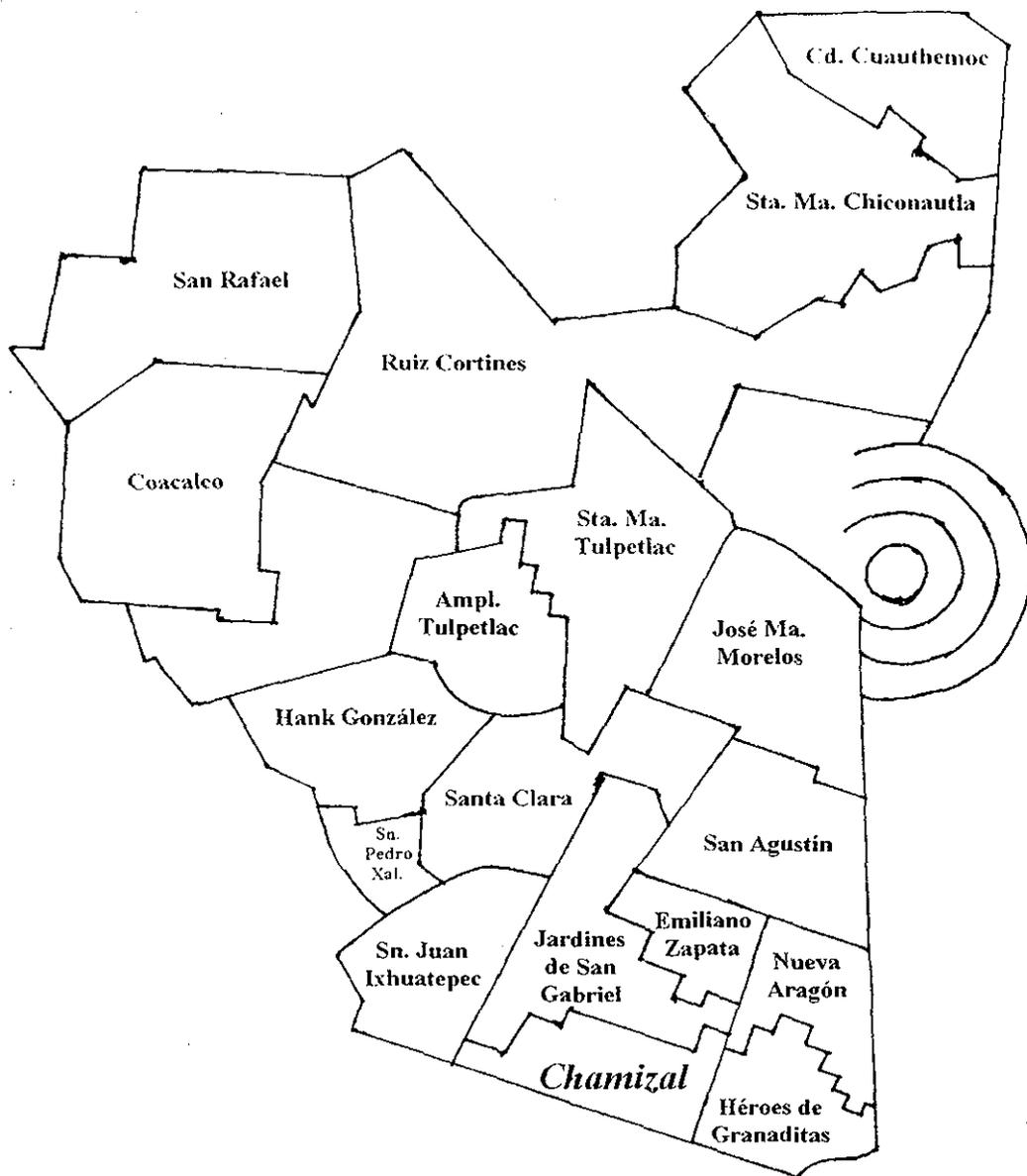


- MERCADO
- UNIDAD S.S.A.
- DIF
- EDIFICIO
- CASA MAS BARR.
- CASA
- COMERCIO
- CASA DESHABITADA
- CASA EN CONSTRUCCION
- TALLOR
- ESTABLO
- ESCUELA
- PAVIMENTO



**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

Instituto de Salud del Edo. de México
Jurisdicción Sanitaria Ecatepec



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**