



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD  
PÚBLICA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL AGEB 382-0  
PERTENECIENTE A ECATEPEC DE MORELOS  
ESTADO DE MÉXICO.

ESTUDIO DE CASO:

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

L.E.O. HERNÁNDEZ CONDE KARINA

ASESOR ACADÉMICO:

L.E.O. EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ



MÉXICO, D.F. 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS:**

Gracias por darme la vida, porque ahora se que existo por tu bondad y llegue a esta vida para cumplir con una misión; cuidar al prójimo. Y sobre todo por haberme brindado las fuerzas necesarias para lograr a culminar una meta más en mi vida

### **A MIS PADRES:**

Gracias por darme la vida, sacarme adelante y enseñarme a luchar por mis metas, por sus sabios consejos, por su enseñanza y por educarme a ser una mejor persona y sobre todo por la fortaleza que me dieron durante todos estos años de mi vida.

### **A MIS PROFESORES:**

Gracias por sus conocimientos que me brindaron durante este proceso de enseñanza, por su valioso tiempo y sobre todo por su paciencia en que yo adquiriera ese conocimiento.

### **A MIS COMPAÑERAS (OS)**

Gracias por permitirme conocerlos y ser parte de nuestra enseñanza- aprendizaje, aunque hubo contratiempos pero siempre los supimos superar estuvimos en las buenas y en las malas unidos aunque el tiempo fue muy corto se que esto nos lleva a ser mejores profesionistas y mejores personas en la vida.

## **DEDICATORIAS:**

### **A MI MADRE:**

Gracias mamita, te agradezco el gran esfuerzo que haz hecho por mi, por sacarme adelante tu me enseñaste algo muy valioso; luchar por ser alguien en la vida no importando lo que cueste, este gran esfuerzo hoy se ha visto recompensado, esto es gracias a ti y es tuyo, este triunfo te la debo a ti a tu cariño, comprensión, dedicación, desvelos y al amor de madre, gracias mamita que dios te bendiga.

### **A MI PAPA:**

Gracias por enseñarme a ser fuerte, a no dejarme rendir y saber llegar a la cima con coraje y entereza.

### **A MIS HERMANOS:**

Gracias por sus ánimos, en exhortarme en salir adelante aunque nunca hemos estado juntos este trabajo lleva parte de ustedes, nunca se los he demostrado pero los quiero porque son parte de mi vida y siempre los llevo en mi corazón.

## **A MI AMIGAS (OS)**

Trini, Eli, Aidé, Ines, Gabi, Toni, Fabis, Cinthia gracias por ser parte de esta formación y por el animo que me brindaron para seguir adelante, son un aliento de mi vida de superación, por su amistad incondicional y su apoyo moral para culminar con este trabajo, en las buenas y en las malas me brindaron ese espíritu de progreso y de fortaleza.

## **A MI PROFESOR**

Ezequiel con admiración y respeto por haberme brindado sus conocimientos, asesoría, tiempo y dedicación para la elaboración de este trabajo.

## **A TODOS**

Aquellos que me han deseado el bien y que de alguna manera me han apoyado y han contribuido con su apoyo moral para la culminación de este trabajo.

## ÍNDICE

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTOS	I
DEDICATORIAS	II
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN	4
III.- OBJETIVOS	6
IV.- METODOLOGÍA	7
1.- MARCO TEÓRICO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL	10
1.1.- Municipio de Ecatepec de Morelos	10
1.2.- Proceso Salud – Enfermedad	25
1.3.- Determinantes de Salud	31
1.4.- Respuesta Social Organizada	33
1.5.- Salud Pública y Epidemiología	34
1.6.- Hipertensión Arterial	38
1.6.1.- Antecedentes	38
1.6.2.- Definición	39
1.6.3.- Epidemiología	40
1.6.4.- Manifestaciones clínicas	40
1.6.5.- Factores de riesgo	41
1.6.6.- Criterios y clasificación para diagnosticar Hipertensión Arterial de acuerdo a la normal NOM0302SSA-2000	42
1.7.- Modelo conceptual del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	43
1.7.1.- Teoría del autocuidado	43
1.7.2.- Teoría del déficit de autocuidado	47
1.7.3.- Teoría de los sistemas de enfermería	48
1.8.- Proceso de atención de enfermería	49

1.8.1.- Valoración	50
1.8.2.- Diagnóstico	51
1.8.3.- Planificación	53
1.8.4.- Ejecución	54
1.8.5.- Evaluación	55
2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TEORIAS DE OREM	56
2.1.- Valoración	56
2.2.- Diagnósticos de enfermería	66
2.3.- Planificación	67
2.4.- Intervenciones de enfermería para el control y prevención de la Hipertensión Arterial	69
2.5.- Implementación	77
2.6.- Evaluación	78
3.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	78
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	83

## I.- INTRODUCCIÓN

La enfermera en salud pública promueve y protege la salud de la población a través de su participación en el diagnóstico de salud de la comunidad y en la selección de alternativas programáticas que favorecen la salud y el bienestar, así como el óptimo aprovechamiento de los recursos con los que cuenta la población.

La salud pública es la combinación de ciencias y técnicas dirigidas a proteger, promover, prevenir y restaurar la salud de toda la población por medio de acciones colectivas.

La salud pública cuenta con una herramienta que le permite describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los factores que la componen y comprender las situaciones que la determinan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural; dicha herramienta es la epidemiología.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas degenerativas de mayor prevalencia en México. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así que las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte.

Los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud. Para contener con este importante problema, la norma oficial Mexicana NOM-03-2000 define las acciones preventivas, así como los



procedimientos para la detección, diagnóstico, tratamiento y control de esta enfermedad a ser realizados por los sectores público, social y privado.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública y el personal de enfermería está obligado a trabajar con ímpetu para disminuir y controlar éste padecimiento. El presente estudio comunitario tiene la finalidad de dar a conocer las medidas para la prevención y control de la hipertensión arterial encaminadas a elevar los conocimientos de autocuidado en la comunidad, se inicia con un amplio panorama de los antecedentes históricos de Ecatepec de Morelos estado de México; un marco teórico conceptual que contiene grandes temas como son el proceso salud-enfermedad, de la hipertensión arterial como apartado central del estudio de comunidad en el que se abordan su etiología, manifestaciones clínicas, factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento, posteriormente se aborda el modelo conceptual de la doctora Dorothea Orem, empleando su teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, luego se abarca el Proceso de Atención de Enfermería como eje principal del estudio de comunidad el cual engloba las cinco etapas del mismo (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) encaminadas a elevar las capacidades de autocuidado de las unidades multipersonales dentro de la comunidad para el control y la prevención de la hipertensión arterial; por último la intervención de enfermería sustentada en el proceso de atención de enfermería y el modelo conceptual de Dorothea Orem, la cual es el punto medular del estudio y las acciones de la enfermera especialista en salud pública estuvieron dirigidas a prevenir y controlar la hipertensión arterial.

En la formación académica, estos trabajos ayudan a identificar los factores de riesgo, que llevan las familias en el transcurso de su vida y así aplicar estrategias preventivas para el cambio y control de estilos de vida saludables

que contribuyan a disminuir la hipertensión arterial al mismo tiempo a reducir los riesgos de las complicaciones que conlleva dicha enfermedad.

En la práctica laboral este tipo de padecimientos ha ido en aumento el número de pacientes con secuelas de dicha enfermedad, por lo que se debe prestar mas atención en el primer nivel de salud y trabajar con firmeza en la promoción y prevención de la hipertensión arterial, esto podrá incidir en bajar los índices de morbilidad y mortalidad de la población, así como a disminuir gastos que están destinados a este tipo de programas y desviarlos para mejorar la calidad de la salud de la población en general.

## II.- JUSTIFICACIÓN

Este estudio se justifica por la relevancia que el mismo presenta desde el punto de vista social, económico, político y cultural.

La situación social se presenta por la aportación de la investigación para la solución de un problema de salud de carácter social como es la hipertensión arterial, contribuyendo a prevenir las complicaciones que pudieran derivarse de dicha enfermedad de quien la padece.

La existencia de grupos marginados quienes se ven afectados por los problemas económicos, sociales y culturales, son factores que determinan el estado de salud de la población, los grupos vulnerables son los que necesitan tener al alcance de sus recursos económicos los servicios de atención primaria a la salud, para que con ello logren conservar un estado de salud favorable.

La situación económica y política en nuestro país pone de manifiesto que la prioridad nacional de salud le pertenece a la salud pública, por ser esta una disciplina que previene las enfermedades, prolonga la vida y promueve la salud de la población, apoyándose en la epidemiología que explica y describe la dinámica de la salud-enfermedad de la población, permitiendo así la identificación de problemas de salud comunitarios.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. Alrededor de 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece, y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas

décadas. Es necesario reducir la morbilidad por hipertensión arterial, ya que constituye un problema de salud pública; siendo necesario aplicar estrategias dirigidas a la prevención y control de las secuelas que pudieran desprenderse de un manejo inadecuado de dicha enfermedad.

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

Su aplicación contribuirá a reducir la elevada incidencia de la enfermedad, a evitar o retrasar sus complicaciones, así como disminuir la mortalidad asociada a esta causa.

La enfermera en salud pública es el personal de salud capacitado para ayudar a la población a mejorar y mantener su nivel de vida en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud, basa sus conocimientos en la epidemiología y los lleva a la práctica por medio del proceso enfermero, y para las intervenciones de enfermería en la prevención de la hipertensión arterial se fundamenta en la teoría del déficit de autocuidado y los sistemas de enfermería, en el sistema de apoyo – educación de Orem.

La educación para la salud es una herramienta fundamental de la enfermera especialista en salud pública porque fomenta la participación activa de los líderes comunitarios y así la participación de cada uno de los integrantes de esa comunidad, dicha participación es elemental para la prevención y control de la hipertensión arterial y sus consecuencias.

### **III.- OBJETIVOS**

1. Proponer un plan de intervenciones de enfermería que incidan en las causas de muerte de la población en estudio como es la hipertensión arterial y sus consecuencias que conlleva a padecer enfermedades cerebrovasculares encontradas en los primeros lugares de causa de muerte en Ecatepec de Morelos del AGEB 382-0
2. Planear estrategias para concientizar a la población en relación a la prevención y control de la hipertensión arterial en el AGEB 382-0
3. Plantear intervenciones de enfermería en salud pública dirigidas a la prevención y control de la hipertensión arterial empleando el proceso de atención de enfermería basando su análisis en la teoría del autocuidado de Orem en la población del AGEB 382-0 del centro comunitario Ruiz Cortines.

#### **IV.- METODOLOGÍA**

La presente investigación es un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional.

La selección de la comunidad fue a partir de una urgencia epidemiológica (epizootia) que en ese momento presentaba la población de estudio. Se estudiaron 1230 familias conformadas por 4925 personas que habitan en las colonias, Progreso Guadalupe Victoria, Ampliación progreso Guadalupe Victoria y Luís Donaldo Colosio del Centro Comunitario de Ruiz Cortínez pertenecientes al AGEB 382-0

Los criterios de inclusión fueron: familias residentes de las colonias en estudio y que aceptaron participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: familias renuentes, familias ausentes y familias que no aceptaron participar en la investigación, una vez que fueron informadas sobre el estudio.

Se consideraron como familias renuentes a la población que después de realizar 3 visitas se negaron a colaborar en el estudio. Y familia ausente: a la población que después de realizar 2 visitas durante el estudio no se encontró en sus domicilios.

Otro aspecto que es importante mencionar es que algunos sectores 12A, 15, 16, 31, 41, 46 y 55 del AGEB 382-0 no se realizó el levantamiento de la encuesta por problemas en la localización de los sectores.

La recolección de datos se realizó del 17 al 19 de noviembre del 2005, mediante un cuestionario semiestructurado a fin de obtener datos que

indicaron las necesidades de salud de la comunidad y proponer futuras intervenciones para la solución de los problemas detectados y según el riesgo, se le otorgo una calificación a cada una de las familias, la que sumo un total de 100 puntos, lo que nos dio como resultado la escala de riesgo

Una vez que se asigno la calificación a las familias, de acuerdo a los criterios encontrados, se clasificaron para obtener el riesgo al que pertenece la familia.

Esta clasificación por riesgo familiar nos dio el grado de daño que cada familia tiene, el nivel de salud en que se encuentra la microregión y se podrá identificar las prioridades a trabajar.

El instrumento se conformo de 12 apartados en el primero de ellos se abordaron datos de control, en el segundo se incluyen datos de identificación familiar, en el tercero datos específicos de los integrantes donde se incluyen variables relacionadas con factores socioeconómicos. Cuarta y quinta se refieren a las mujeres en edad fértil, inmunizaciones, control prenatal, el apartado seis y siete se menciona la mortalidad y morbilidad dentro del núcleo familiar en los últimos 5 años, con relación al apartado ocho se mencionan los datos del menor de 5 años desde nombre hasta control médico periódico, el apartado nueve describe las medidas preventivas familiares de la familia, en el diez indica las características de la vivienda y los servicios de la familia, el once se refiere a la frecuencia con que consumen los alimentos. El ultimo apartado, doce describe las características de salud de las mascotas familiares, además el reporte de accidentes de mordida de animales.

El procesamiento de los datos se realizó con las herramientas que ofrece el programa estadístico SPSS, versión 11.0, una vez que fueron obtenidos el

total de datos, se calcularon frecuencias simples y porcentajes de las variables cuantitativas y cualitativas.



## 1.- MARCO TEÓRICO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL

### 1.1. MUNICIPIO DE ECATEPEC DE MORELOS

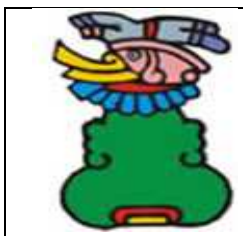
#### NOMENCLATURA

#### ECATEPEC

##### Denominación

Ecatepec es un vocablo de origen náhuatl, compuesto por las palabras EHÉCATL, (viento) y *TÉPETL*, (cerro), la forma original de ésta última palabra se modifica por el sufijo gramatical C que significa “en” o “lugar de”. De ésta manera Ehecatepetl se traduce etimológica y literalmente como “Donde está el cerro del viento” o “En el cerro del viento”

##### Glifo



El glifo de Ecatepec, se encuentra en códices prehispánicos. Se describe como la representación de un cerro de color verde seco, con base en amarillo y rojo, cuya cima está coronada por la imagen del dios del viento Ehécatl – Quetzalcóatl, simbolizado por la cabeza de un ave, de rostro rojo, copete en azul agua, y el joyel del viento o collar llamado ehecacozcaltl, con protuberancias en la boca semejando un pico y con un ojo muerto (símbolo de la estrella) fuera de órbita. La mitología Azteca de la creación, narra que el dos veces dios Ometeotl, tomó el viento divino, Ehécatl para soplar sobre el caos, creando la luz, el movimiento y organizando el universo.

## Escudo



Con fecha 29 de marzo de 1983, el H. Ayuntamiento Constitucional de Ecatepec de Morelos dio a conocer el blasón del municipio. En el mismo se describe a través de símbolos, la toponimia de los pueblos que dieron origen a la comunidad, todo ello con el fin de exaltar los valores culturales e históricos que identifican al municipio. El escudo tiene la leyenda: "autonomía, unión y trabajo", elementos que son la base del desarrollo de Ecatepec.

## ACONTECIMIENTOS HISTÓRICOS

<b>AÑO</b>	<b>ACONTECIMIENTO</b>
1165	Llegaron a Ecatepec los futuros pobladores de Tenochtitlán.
1320	Ecatepec fue integrado al imperio Azteca.
1567	Llegaron a Ecatepec los frailes franciscanos y agustinos con el fin de evangelizar a los pobladores.
1815	El 22 de diciembre, es fusilado el general don José María Morelos y Pavón en la población de San Cristóbal Ecatepec.
1824	El 6 de agosto, el Congreso Constituyente del Estado de México expidió la ley en que se designaba a Ecatepec como distrito Judicial.
1877	El 1° de octubre, la Legislatura del Estado de México decretó que el pueblo de Ecatepec se elevara a la categoría de Villa con el apellido de Morelos.
1974	El 10 de mayo, se inauguró la carretera denominada "Vía Morelos".
1980	A partir de esta fecha se eleva a categoría de ciudad la Villa conocida con el nombre de Ecatepec de Morelos.

Fuente: monografía municipal Ecatepec de Morelos, 1998.

## GEOGRAFÍA

### Localización

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

Sus linderos actuales son los siguientes: al norte, con el municipio de Tecámac; al sur con el municipio de Nezahualcóyotl y el Distrito Federal; al oriente, con los municipios de Acolman y Atenco, y al poniente, con Tlalnepantla y el Distrito Federal.

### EXTENSIÓN

El espacio físico que ocupa este municipio se localiza en el norte del Estado de México y también al norte del valle de México, con una extensión de 155 kilómetros cuadrados y 490 metros.

### OROGRAFÍA

El terreno en que está situado el municipio principalmente es llano, propio para la vegetación secundaria y matorral; pertenece a la parte central de la Cuenca de México y está ubicado sobre la vertiente de la sierra de Guadalupe.

La sierra de Guadalupe es de un perfil accidentado, con alturas muy variables como la de Los Encinos y Coamilpa que, tiene 739 metros y es el

centro de la sierra. De ahí se desprenden los principales contrafuertes como el Cerro de Córdoba con 500 m., El Chiquihuite con 493 m. y El Acetiado con 467m.

## HIDROGRAFÍA

Esta zona del valle de México carece en su totalidad de ríos, a excepción del Gran Canal del Desagüe, que proviene del Distrito Federal, y cruza todo el municipio. Asimismo, en el lado este del municipio se encuentra situado el depósito de evaporación solar “El Caracol”, compuesto por las aguas del lago de Texcoco, actualmente en desuso.

## CLIMA

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

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

## FLORA

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

Se pueden encontrar también: cedro, pirul, mezohuite, magueyes, zacate, pastos, eucaliptos, tepozán, cactáceas, nopales, xoconostle, orégano, abrojo, biznaga, verdolaga, siempreviva, hierba del golpe, mazorquilla, flor de indio, berro, cordoncillo, capulincillo, garambullo, tejocote, retama, raíz de víbora, tronadora, trébol, dama, pata de león, etc. La flora cultivada está constituida por hortalizas, maíz, haba, papa, frijol y ornamentales.

## FAUNA

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

Especies silvestres: puerco espín, gato montés, coyote, techalote, cacomiztle, zorra, zorrillo, rata, ardilla, gavián, zopilote, gaviota, pirunero, colibrí, tórtola, cuervo, codorniz, tecolote, lechuza, cenzone, gorrión, tordo, pato, chichicuilote, garza; tuza, ratón de campo, hormiga, mosco de agua, poshi, gusano de agua, acocil, juil, lagartija, alacrán araña, mosco, mosca, chapulín, pinacate, tábano, avispa, jicote, abeja, mariposa, murciélago, mestizo, sapo, rana, ajolote, charal, cucaracha, cochinilla, tijerilla, tlachalote, culebra de agua, coquita, pájaro carpintero, liebre, víbora de cascabel,

sincuete, alicante, chirrionera, pisocuete, escorpión, camaleón, ciempiés, gusano de maguey blanco y rojo, lombriz, caracol, tlaconete, jicotea, piojo, pulga, tlalaje, tenia, amiba, ascari, garrapata y sanguijuela.

## MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y VÍAS DE COMUNICACIÓN

Una infraestructura amplia y funcional cubre la información masiva de radio, televisión y prensa. Estos son medios de circulación nacional, así como algunos que se producen en el municipio, como la voz de Ecatepec. Por otro lado, se tiene una amplia red telefónica, oficina de correos, telégrafo y fax.

Ecatepec tiene excelentes vías de comunicación, por encontrarse ubicado en los límites con la capital del país, pues lo separa únicamente la línea divisoria en Atzacolco. Cuenta con ferrocarril con sus ramales para las industrias, que va de México a Veracruz.

La carretera federal México-Pachuca, el boulevard Vía Morelos, el boulevard José López Portillo y la Avenida Central, estas vías de comunicación cruzan de norte a sur; de oriente a poniente transitan por la carretera Texcoco-Lechería.

Actualmente, cuenta con una línea del metro, que permite comunicar al municipio con la ciudad de México.

Con esta red de carreteras de intercomunicación se puede tomar para Querétaro, Oaxaca, Tlaxcala, Puebla y Veracruz. El servicio de transporte foráneo de pasajeros y carga es proporcionada por 18 líneas de autobuses que comunican a todo el municipio.

## DEMOGRAFÍA

Según el INEGI (2000), el Municipio de Ecatepec cuenta con una población de un millón 622 mil habitantes, aunque extraoficialmente se habla de tres millones y medio de personas y una densidad de población de 10 mil 436 habitantes por kilómetro cuadrado.

- La población que ha emigrado a Ecatepec, proviene el 64% del Distrito Federal; el 4% de Oaxaca; 4% de Michoacán; 5% de Veracruz; 5% de Puebla y 8% de otras entidades.
- La edad promedio de los ecatepequenses es de 23 años en los hombres y de 24 años en las mujeres.
- La mujer ecatepequense tiene dos hijos en promedio.
- Según el Censo de Población y Vivienda del año 2000, 957,036 personas son mayores de 18 años.

La población discapacitada es de 23,404 personas; 10,832 lo son por algún problema de tipo motriz.

## SOCIOECONÓMICO

### Grupos Étnicos

En el municipio de Ecatepec de Morelos, habitan un total de 19,472 personas que habla alguna lengua indígena, los cuales representan el 1.5% de la población de esta región y pertenecen a los grupos étnicos mazahuas y otomíes.

## Religión

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

## Educación

El municipio tiene 979 escuelas de todos los niveles; que prestan servicios educativos; en educación preescolar, primaria, capacitación para el trabajo, secundaria, secundaria técnica, telesecundaria, educación para los adultos, media técnica, bachillerato, normal preescolar, normal primaria, normal superior, educación complementaria y extraescolar, las cuales son atendidas por un total de 14,784 profesores. La institución de máximo nivel educativo es el tecnológico de estudios superiores de Ecatepec, donde se imparten diversas licenciaturas. Asimismo en el municipio hay 922,408 alfabetos y 40,055 analfabetas, por lo que el analfabetismo en esta entidad es de 4.1% de la población mayor de 15 años.

El 27 de agosto de 1981 fue inaugurada la Casa de Cultura “José María Morelos y Pavón”, que ocupa las instalaciones de la antigua escuela primaria del mismo nombre, donde actualmente se celebra todo género de actos culturales como: teatro, conferencias, mesas redondas y exposiciones. Además que se imparten clases teórico-prácticas sobre labores de costura, danza, música, baile, tejido, corte y confección, entre otras.

## Abasto

Ecatepec cuenta con 56 mercados, 60 tianguis, siete concentraciones como centros de abastecimiento, una central de abasto y tiendas de autoservicio.



En estos lugares, la población logra adquirir los productos básicos para su consumo.

### Deporte

Existen escuelas de karate y box, un gimnasio, un centro deportivo que cuenta con canchas de básquetbol, voleibol y fútbol.

### Vivienda

Según el Censo General de Población y Vivienda, en 1990 existían 238,413 viviendas en el municipio, de las cuales 238,311 son particulares, lo que equivale el 99.96% del total. De acuerdo al Conteo de Población y Vivienda 1995, esta entidad contaba con 307,139 viviendas siendo su mayoría particulares ya que únicamente 21 viviendas son colectivas, en las que habitan en promedio 4.7 personas por vivienda. Cabe señalar, que en el año 2000, de acuerdo a los datos preliminares del Censo General de Población y Vivienda, efectuado por el INEGI, hasta entonces, existían en el municipio 364,741 viviendas en las cuales en promedio habitan 4 a 5 personas en cada una.

### Servicios Públicos

Con relación a los servicios públicos y en lo referente al servicio de agua potable, se han efectuado esfuerzos con el objeto de proporcionar el vital líquido a las colonias que carecen de él. Este servicio falta solamente en las colonias de nueva creación y en aquellos asentamientos clandestinos que

existen en la región. Es reducido el número de comunidades que carecen de servicio de alumbrado público, es el caso de las colonias populares que han surgido y de los fraccionamientos irregulares. El servicio de drenaje constituye uno de los problemas que enfrentan las autoridades locales, sin embargo, se encuentra en vías de subsanarse.

#### Cobertura de Servicios

Agua	93%
Drenaje	94%
Energía eléctrica	99%

Fuente: diagnóstico municipal, 2001.

## PRINCIPALES SECTORES, PRODUCTOS Y SERVICIOS

### Agricultura

El municipio cuenta con 10,609 hectáreas de terrenos cultivables, de las cuales 6,018 son de temporal y 4,591 de riego; se produce principalmente alfalfa, maíz, cebada, remolacha y trigo.

### Ganadería

Es de menor importancia dentro de las actividades económicas. El último censo ganadero registró un total aproximado de 18,954 cabezas de ganado vacuno, porcino, equino y caprino, y se considera que en el lapso transcurrido esta producción representa por lo menos el 15% del valor de los productos corrientes, los que valen aproximadamente 92 millones de pesos.

## Comercio

Se cuenta con una central de abastos, tiendas de autoservicio, mercados, tianguis y concentraciones, así como pequeños comercios tiendas de abarrotes y papelerías.

## Industria

Por el número de industrias (más de 1,550), medianas y pequeñas, el municipio ocupa el 4º lugar de los municipios más industrializados del país; se cuenta principalmente con fábricas de hierro, productos químicos, muebles, textiles, hidroeléctrica y otras de diversa actividad en este ramo.

## ATRATIVOS CULTURALES Y TURÍSTICOS

### Monumentos Históricos

En 1933 se declaran como Monumentos Históricos Nacionales la Casa de Morelos, la Capilla de San Juan, el Parque Histórico en formación, las compuertas y el Puente Colonial, al igual que el dique y los restos del camino México-Veracruz.

### Museos

Se encuentra el museo de Xalostoc.

## Tradiciones

Una de las tradiciones más arraigadas en las comunidades es la colocación de ofrendas a los muertos en todas las casas los días 1º y 2 de noviembre, la publicación de calaveras, conteniendo versos chuscos, refiriéndose a las personas de la comunidad y a los difuntos. En algunos pueblos aún subsiste la costumbre de llevar a sepultar a los difuntos con música, sobre todo a los niños.

## Gastronomía

Los alimentos, dulces y bebidas típicas del municipio son barbacoa y mole; cocadas y jamoncillo de leche, y como bebida el pulque.

## Centros Turísticos

Del patrimonio cultural tangible se conservan vestigios de centros ceremoniales aztecas en San Cristóbal Ecatepec y en algunas comunidades como Santo Tomás y Santa María Chiconautla.

En el cerro de Ehécatl, se localiza una cueva con una pintura rupestre que representa al viento en la figura del Caracol del Viento, el monolito equinoccial a través del cual se iba registrando la rotación del sol.

También se encuentra la iglesia construida en el siglo XVI en Santa María Chiconautla, la casa donde fue fusilado Morelos y la capilla donde fueron inhumados los restos del mismo héroe.

En Ecatepec existe un lugar que muestra los restos de una gran obra hidráulica; se trata del antiguo albarradón o dique-calzada de Ecatepec, aparentemente construido alrededor de 1604, fecha en que ocurrió una grave inundación en la ciudad.

La antigua “Casa de virreyes”, actualmente se conoce como “Casa de Morelos”, pues en ese lugar pasó sus últimas horas el generalísimo antes de ser fusilado en 1815 por las tropas del virrey Félix María Calleja.

## GOBIERNO

### Principales Localidades

Cabecera municipal: Ecatepec de Morelos se localiza, en las siguientes coordenadas geográficas, 19° 36´ 56” latitud norte; 99° 03´ 44” longitud oeste; a una altura de 2, 251 msnm.

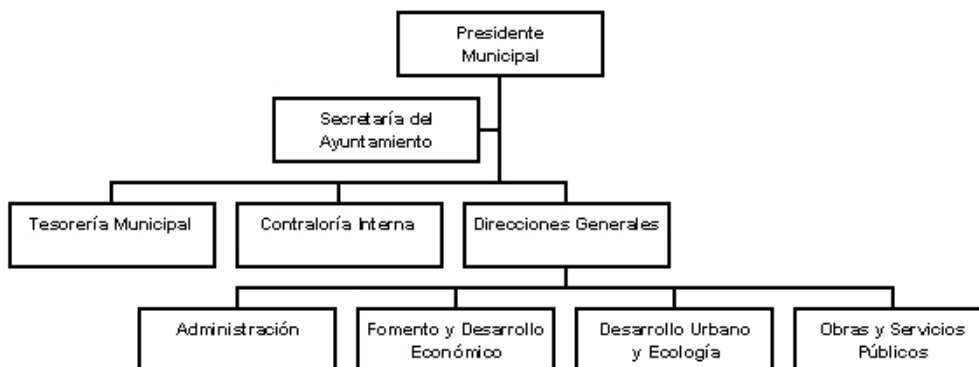
Entre las principales localidades, se encuentran los pueblos de Guadalupe Victoria, San Pedro Xalostoc, Santa Clara Coatitla, Santa María Chiconautla, Santa María Tulpetlac y Santo Tomás Chiconautla.

### Caracterización del Ayuntamiento

- 1 Presidente Municipal.
- 3 Síndicos Procuradores.
- 19 Regidores.

## Organización y Estructura de la Administración Pública Municipal

### Organigrama del H. Ayuntamiento de Ecatepec



Fuente: cabecera municipal de Ecatepec de Morelos, 2005.

### AUTORIDADES AUXILIARES

Cada uno de los poblados cuenta con un delegado municipal y las demás localidades, fraccionamientos, barrios y colonias, con un subdelegado. Estos funcionarios actúan como auxiliares de la policía municipal.

Para su organización territorial interna, el municipio se divide en 337 delegaciones

### SERVICIOS DE SALUD

El municipio cuenta con infraestructura en el Sector Salud como son: 39 clínicas del IMSS, ISSSTE, DIF, ISSEMYM, de la Cruz Roja y 20 particulares, así como consultorios médicos que proporcionan a la población 214,200 consultas médicas promedio al mes.

Por cuanto hace a servicios médicos, sanitarios y asistenciales, se cuenta con las siguientes instituciones:

- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, una unidad.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, una clínica.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, clínica hospital, tres clínicas “B”, tres puestos de fábrica.
- Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, centro de salud tipo “A”, cuatro unidades; centros de salud tipo “C”, tres unidades; unidades asistenciales, ocho unidades.
- Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, un comité municipal, cinco subcomités, dos estancias infantiles, un servicio médico.
- Hospital General de zona No. 76 IMSS.
- Hospital General de zona No. 68 IMSS.
- Hospital General Ecatepec”José María Rodríguez” ISEM.
- Clínica del ISSSTE No. 2 en la cabecera del municipio y en Cerro Gordo.
- Hospital del ISSEMYM No. 1 en Tulpetlac.

## RUIZ CORTÍNEZ

CENTRO COMUNITARIO MUNICIPAL Ruiz Cortinez depende de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Domicilio: Norte tres, esquina oriente tres, colonia Ruiz Cortinez, Ecatepec Estado de México. C. P. 55050. Teléfonos: 58-39-19-70 y 58-3705-96.

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

El Centro Comunitario tiene asignados 15 AGEBS, la población se considera mixta (urbana y suburbana); con un total de 243197 habitantes de los cuales 134503 si cuenta con alguna seguridad social y 108695 no cuenta con alguna seguridad social. (Fuente: CONAPO estimación 2000-2030. POBLACIONES, COMUSAS, AGEBS 2000)

Coordinador Municipal Dra. Gabriela Ocegüera Román  
Director Dr. Sergio Carrillo Gómez

Administrador C. David García Muñoz

Jefe de Enfermeras L.E.O. Rosa María Sustaita Espíndola

(Centro Nacional de Desarrollo Municipal. Gobierno del Estado de México. 2001)

## 1.2. PROCESO SALUD – ENFERMEDAD

La salud y la enfermedad, son lapsos de la vida de las personas que se aprecian indistintamente, en el orden en que se dan las diferentes edades y en la medida en que el sentido personal de cada una de las etapas de la vida se van transformando, al hacerlo las demandas particulares en su interacción con el medio que lo rodea, son las que determinan las modificaciones en los



valores atribuidos a cada estado dentro del proceso bipolar y que se conjugan con la esperanza de vida.

Bajo esta perspectiva, el manejo de la información sobre salud y enfermedad conllevan un gran reto para una definición global, por lo que en el presente trabajo trataremos de dar un concepto integral de salud.

Salud “es la capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y necesidades sociales y de comportarse de tal forma que asegura la supervivencia de su especie también como su propia realización personal” (Méndez R. 2005).

En consecuencia, en el individuo no es viable establecer un estado fijo o situación permanente puesto que es un ser dinámico y cambiante dentro de su entorno biopsicosocial, por lo que también se puede definir la salud como; “el potencial bio-psíquico de la persona en cada circunstancia en que vive, sin limitaciones por enfermedad, lesiones o incapacidades y si éstas ocurren, la pronta recuperación o adecuación funcional en las situaciones irreversibles” (Méndez R. 2005).

La relación entre el hombre y su medio no se han desarrollado siempre igual, cuando existe un desequilibrio entre estos se desarrolla la enfermedad, por lo que se “define a la enfermedad a partir de un proceso dinámico que evoluciona como resultado de múltiples causas que afectan la interacción del huésped, los agentes, la enfermedad y el ambiente” (López, 1993).

Esta circunstancia dinámica es la que hace necesario conceptualizar a la salud y enfermedad como un proceso.

El estado de salud- enfermedad es el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo, de todas las influencias y determinantes ambientales, genéticos y sociales, que se originan en las sociedades (estructura y funcionamiento) en que vivimos y nos socializamos, influencias y determinantes que alteran nuestra ecología social que producen finalmente, en el individuo el trastorno que llamamos enfermedad o en el caso contrario la salud (San Martín, 1986).

Salud y Enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los modos y estilo de vida son influidos y a la vez influyen en la actividad del hombre como ser social, estos influirán positivamente o negativamente como elementos benefactores o perjudiciales (de riesgo). La salud esta pues en dependencia de los hábitos y costumbres que a diario se práctica y son resultado de las acciones y esfuerzos que también durante su vida cada cual hace por cuidarla y mejorarla.

El individuo en su línea de vida requiere una alimentación adecuada, hábitos de higiene personal, en el hogar, laboral y en su comunidad, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, diversión y apego para satisfacer necesidades mentales y espirituales, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles a la salud del individuo.

Por otra parte, las malas condiciones de vida, las condiciones nocivas de trabajo, el alto grado de urbanización, la falta de servicios sanitarios, así como el habito de fumar, los malos hábitos alimenticios, el consumo nocivo de alcohol, el sedentarismo, el bajo nivel escolar, el rechazo a medidas preventivas de salud, el aislamiento de amigos y familiares, representan Factores de Riesgo, que actuando continua y gradualmente influirán

negativamente en el proceso salud-enfermedad y si su influencia negativa supera la acción de los requeridos elementos benefactores, tendremos como resultado nuevas actitudes producidas por transformaciones que expresaran el deterioro continuo del organismo humano.

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad o muerte). El enfoque de riesgo se basa en la medición de la probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o a otros servicios (OMS, 1986).

El riesgo es considerado un precursor de la aparición de morbilidad, aunque algunas enfermedades constituyen factores de riesgo para otras. La característica de un individuo o de su entorno hace a este individuo más susceptible de ser alcanzado por una enfermedad particular que otro que no posee esta característica.

Los factores de riesgo se determinan como:

- Factores biológicos.
- Factores relacionados con el entorno (incluyendo el medio de trabajo).
- Factores relacionados con el estilo de vida (nutrición, tabaquismo, consumo de alcohol entre otros).
- Factores relacionados con el sistema de atención.

La calificación de riesgo familiar total se relaciona con los antecedentes familiares y la morbilidad sentida.

Para calificar el riesgo en cada familia deberán considerarse los siguientes criterios:

Criterios de riesgo y calificación familiar.

<b>Número</b>	<b>Criterios de Riesgo</b>	<b>Calificación</b>
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil de 14 a 49 años	15
3	Embarazadas	20
4	Integrantes de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etéreos	10
6	Inmunización canina y de vivienda deficientes	7
<b>Total</b>		<b>100</b>

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005

A partir de estos conceptos o criterios, se otorgara una calificación a cada una de las familias, la que sumara un total de 100 puntos, lo que nos va a dar como resultado la escala de riesgo familiar.

Una vez que se asigna la calificación a las familias, de acuerdo a los criterios encontrados, se clasifican conforme al siguiente cuadro para obtener el riesgo al que pertenece la familia.

<b>Riesgo</b>	<b>Puntaje</b>
1	De 55 y más
2	De 40 a 54
3	De 25 a 39
4	De 7 a 24

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005

Esta clasificación por riesgo familiar nos dirá el grado de daño que cada familia tiene, el nivel de salud en que se encuentra la microregión y se podrá identificar las prioridades a trabajar.

Los servicios sociales de salud disponibles para el individuo y las familias se comportan como factor de riesgo según el grado de efectividad de la operación.

Los riesgos familiares se asocian y se conjugan con la trayectoria y situación actual de la familia inmersa en un contexto.

Los efectos de los factores pueden contribuir a la salud a través de la prevención. (Amaya, 2000)

El impacto de la enfermedad esta relacionada con los diferentes factores determinantes o de riesgo son; por ejemplo según el tipo de enfermedad, sea aguda o crónica, por principio las variaciones tanto del pronóstico y la evolución, otro de los factores es la edad precisamente se deben principalmente a las diferentes características propias de cada etapa de la vida sean: infantil, adulta o de vejez el impacto de la enfermedad se vivirá de distinta forma. Otro factor determinante es el género, por las diferencias del mismo la experiencia dada por los distintos roles que desempeña tanto el hombre como la mujer dentro del contexto social, cultural y económico.

Durante un evento de enfermedad principalmente las graves, terminales y cuadros agudos la respuesta familiar por lo general se ve seriamente afectada, y la probabilidad de presentar una crisis es muy elevada y si además, existían antecedentes de disfunción familiar, por lo regular dicha situación tiende a agravarse, precisamente se debe a la gran vulnerabilidad familiar.

En los casos de familias disfuncionales y no disfuncionales es muy frecuente la negación de la familia en donde alguno de sus integrantes ha sido diagnosticado con hipertensión arterial ya que es una enfermedad crónica degenerativa. El impacto puede ser tan severo que en la mayoría de los casos viven una crisis, porque llegan a tener un déficit en sus requisitos de desarrollo, en estos momentos es cuando enfermería, ofrecerá sus cuidados implementando el sistema completamente compensatorio.

Por la frecuencia, por los factores condicionantes, predisponentes y causales y por las condiciones de vida del ambiente, la enfermedad es social, su desarrollo tiene una secuencia en el individuo. Se presenta un conjunto de signos y síntomas que sirven para diagnosticar y señalar su pronóstico en el individuo” (Colimon K,H. 1990).

Para prevenir y disminuir los riesgos, es necesario actuar modificando nuestros estilos de vida y conocer el proceso salud –enfermedad para conocer la evolución de la enfermedad y así prevenir secuelas posteriores.

### 1.3. DETERMINANTES DE LA SALUD

Los determinantes de la salud lo conforman la organización social y el genoma. La organización social esta constituida por la estructura económica, instituciones políticas, ciencia, tecnología, cultura e ideología, a través de la cual los seres humanos desarrollan las estructuras y los procesos necesarios para transformar la naturaleza (Frenk, 1995).

El genoma modifica la constitución más profunda de las poblaciones humanas en respuesta a cambios en el ambiente (riesgos biológicos).

Los determinantes de la salud pueden concebirse como factores de riesgo, es decir procesos, atributos o exposiciones que determine probabilidad de que ocurra enfermedad, muerte u otra condición de salud.

La alimentación incluye, entre otros procesos, la nutrición que constituye un factor condicionante para el desarrollo biológico, pues afecta la estructura y la función del cuerpo.

Así las malas condiciones de vivienda se suman a los factores ambientales al constituirse en fuentes de contaminación.

Estrictamente los servicios de seguridad se refieren a las prestaciones que aseguran los niveles mínimos de bienestar económico y social se incluyen dentro de ellos los servicios de seguro social.

Los niveles de salud son el resultado del equilibrio entre la exposición a agentes de enfermedad y la susceptibilidad individual, que resulta de una compleja red de riesgos producto a su vez de un conjunto articulado de determinantes sociales y biológicos.

La salud se considera como una variable dependiente influida por diferentes factores o determinantes:

Factores biológicos endógenos y exógenos

Factores ligados al entorno

Factores ligados al estilo de vida

Factores ligados al sistema sanitario (López, G,H. 2000).

#### 1.4. RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA

La respuesta social organizada surge gracias a la necesidad de satisfacer aspectos de la vida social, que solamente pueden lograr sus objetivos mediante la participación grupal de cada una de las personas que componen la población, de allí la importancia de crear instituciones, que posean determinadas características organizacionales, las cuales ofrezcan servicios públicos encaminados a satisfacer de manera confiable, honesta y desinteresada, las necesidades de las poblaciones.

En México la respuesta social organizada está estructurada por los institutos y sistemas de salud, enfermería como disciplina científica organiza políticas y estrategias con el fin de gestionar alternativas que le permitan solucionar problemas de salud de la comunidad.

El análisis de la respuesta social a las necesidades de salud representa el punto de partida para valorar el desempeño de nuestras instituciones y proponer alternativas de acción (Frenk, 1995).

Los sistemas de salud representan simultáneamente: una fuente de diferenciación institucional en la sociedad, donde se observan funciones antes desempeñadas por el individuo y la familia; un conjunto creciente de organizaciones complejas con estructuras de autoridad; una fuente de empleo e ingresos para un ejército de profesionales, administradores y técnicos, quienes funcionan dentro de una complicada división del trabajo; un canal para movilizar, intercambiar y redistribuir grandes cantidades de dinero, tanto público como privado; un punto focal para la innovación tecnológica; el sitio por excelencia donde el ciudadano común entra en contacto personal con la ciencia; un vigoroso sector de la economía, con importantes efectos



sobre variables socioeconómicas, como la productividad, la inflación, la demanda agregada, el empleo y la competitividad; una arena para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales, una serie de significados culturales, para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia, tales como el nacimiento y la muerte, el dolor y el sufrimiento, la normalidad y la desviación, un espacio donde se formula y a veces se responde varias de las preguntas clave de nuestros tiempos (Frenk, 1995).

El principal obstáculo que enfrenta nuestro sistema de salud en México, es la equidad. Entendemos por equidad dar más y mejores servicios a quien más los necesita de acuerdo a sus necesidades de salud, sin importar nivel socioeconómico y nivel educativo.

## 1.5. SALUD PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

La Salud Pública es una ciencia para prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física por medio de los esfuerzos comunitarios organizados para el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades infecciosas, la educación de los individuos en los principios de higiene personal, en la organización de los servicios médicos y de enfermería, para el diagnóstico oportuno y tratamiento de la enfermedad y el desarrollo social, que asegure que todo individuo en la comunidad tenga estándar de vida adecuado para mantener su salud.

Con la búsqueda de lograr la libertad del individuo, la autoridad del estado y el equilibrio entre los individuos y las responsabilidades colectivas, para prevenir la enfermedad, conservar y mantener la salud.

Las actividades de la Salud Pública son:

1. Proteger la salud, son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, del agua, del aire y de los alimentos; además incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.
2. Promover la salud, son actividades que intentan suscitar la salud de los individuos y de las colectividades, promoviendo la adaptación de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación masiva.
3. Prevenir la enfermedad, se basa en intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.
4. Restaurar la salud, consiste en realizar todas las actividades para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en los tres niveles de atención.

Las funciones y responsabilidades de la Salud Pública dependiendo del momento de la intervención son:

- ❖ Intervención primaria, es la que se produce antes de que la enfermedad aparezca y está encaminada a proteger a las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden generar la enfermedad. Lo más importante de la prevención primaria es ofrecer la mejoría de las

condiciones económicas y sociales de la población, así como los instrumentos necesarios para defender y representar mejor sus intereses, desarrollando su potencial político.

- ❖ Intervención secundaria, está encaminada a intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad y frenar su desarrollo en los momentos iniciales.
- ❖ Intervención terciaria, es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a sus necesidades de reintegración a su entorno. Ésta incluye la medicina curativa, la atención de crónicos y la rehabilitación física, psicológica y social del paciente.

Siendo la salud pública la interacción de la población con el proceso salud – enfermedad. Tiene una herramienta en la cual apoyarse para prevenir y controlar las enfermedades infecciosas y crónicas en las comunidades, la epidemiología (Colimon K,H. 1990).

La epidemiología es la rama de la salud pública que tiene como propósito describir y explicar la dinámica de la salud poblacional, identificar los elementos que la componen y comprender las fuerzas que la gobiernan, a fin de intervenir en el curso de su desarrollo natural.

Actualmente la epidemiología investiga la distribución, frecuencia y determinantes de las condiciones de salud en las poblaciones humanas así como las modalidades y el impacto de las respuestas sociales instauradas para atenderlas.

Para la epidemiología, el término condiciones de salud no se limita a la ocurrencia de enfermedades, por esta razón su estudio incluye todos aquellos eventos relacionados directa e indirectamente con la salud.

La epidemiología investiga bajo una perspectiva poblacional: a) la distribución, frecuencia y determinantes de la enfermedad y sus consecuencias biológicas, psicológicas y sociales; b) la distribución y frecuencia de los marcadores de la enfermedad; c) la distribución, frecuencia y determinantes de los riesgos para la salud; d) las formas de control de las enfermedades, de sus consecuencias y de sus riesgos, y e) las modalidades e impacto de las respuestas adoptadas para atender todos estos eventos. Para su operación la epidemiología combina principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplica metodologías de naturaleza cuantitativa y cualitativa (López, G.H. 2000).

Los propósitos específicos de la epidemiología son: la detección, caracterización y cuantificación de los fenómenos de la salud, de la enfermedad y la determinación de la importancia relativa de los problemas de salud de la comunidad permite considerarlos según su mortalidad, gravedad, frecuencia, costos, disminución del bienestar y de la productividad, para diseñar políticas de salud.

Los principales usos de la epidemiología son:

1. Medir la naturaleza y magnitud de los problemas causados por las enfermedades en la comunidad, lo mismo que la variación de la patología según tiempo y lugar.
2. Aclarar el enfoque clínico de la enfermedad, estudiándola a través de su historia natural y social.

3. Estudiar la etiología de la enfermedad, estimando el riesgo de enfermar de acuerdo con ciertos factores ambientales a los cuales se expone el individuo en la comunidad.
4. Predecir el curso de las enfermedades tanto a nivel comunitario como a nivel individual mediante el enfoque probabilístico.
5. Obtener una comprensión más profunda de los procesos biológicos.
6. Identificar nuevos síndromes.
7. Planear el estudio etiológico de los eventos de la salud.
8. Vigilar la patología de un área y los programas instaurados por los organismos sanitarios y contribuir a los aspectos de planificación en salud para su evaluación.
9. Evaluar los procedimientos diagnósticos clínicos y paraclínicos, lo mismo que los terapéuticos (Colimon K,H. 1990).

## 1.6. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

### 1.6.1. ANTECEDENTES

Durante las tres o cuatro últimas décadas, las llamadas enfermedades crónico degenerativas se han incrementado de la forma que constituyen en la actualidad un problema de salud pública.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en México. En efecto alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce que están enfermos. Esto significa que en nuestro país existen mas de trece millones de personas con está enfermedad, de las cuales un poco más de ocho millones no han sido diagnosticadas (NOM0302SSA-2000).

La hipertensión arterial afecta a uno de cada tres adultos en el mundo, con una prevalencia estimada de 28 a 32% con 140/90 mmHg. Si a ello agregamos que esta enfermedad constituye un factor de riesgo de otras enfermedades graves como accidentes coronarios, cerebrales, renales, entre otros se comprenderá la importancia de prevenir, detectar, clasificar, tratar, controlar y seguir a este grupo de enfermos durante toda su vida.

El personal de salud y la población en general deberán tomar conciencia de que la hipertensión arterial es un problema cada vez más extenso y en constante evolución. Los costos económicos asociados al tratamiento de está enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

#### 1.6.2. DEFINICIÓN

La hipertensión arterial se define como la elevación de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica por encima de los valores considerados como normales (120/80 mmHg).

### 1.6.3. EPIDEMIOLOGÍA

En el mundo existen 600 millones de hipertensos: de éstos 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. Se calcula que 1.5% de los hipertensos muere cada año por causa directamente relacionada con la hipertensión (Tapia, 2006).

En México, en la actualidad existen 17 millones de mexicanos con algún grado de hipertensión y el 60% de ellos lo desconoce (Tapia, 2006).

La hipertensión arterial sistémica se presenta principalmente en el 25% de la población adulta. Su frecuencia es mayor conforme aumenta la edad, el grupo más afectado es de los 45 a 65 años, edad en la que se incrementa el riesgo de padecer y morir por enfermedades crónico degenerativas. En nuestro país se asocia al aumento de la esperanza de vida al nacer.

De acuerdo con estudios nacionales en 1993, la prevalencia de la hipertensión arterial en la población de 20 años y más fue de 26.6%, siete años después aumento a 30%.

### 1.6.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, por lo que puede evolucionar sin manifestarse por largo tiempo hasta que surja una lesión orgánica que la hace evidente. La mayoría de las veces la detección

constituye un hallazgo durante el examen físico, por lo que la presión arterial debe registrarse sistemáticamente en todos los pacientes, cualquiera que sea la causa de consulta.

El síntoma más común de esta enfermedad es la cefalea especialmente en la parte occipital, el cual puede llegar a ser incapacitante, acompañado de acúfenos y fosfenos.

Otros síntomas son:

- ✓ Náuseas y vómito
- ✓ Sensación de calor
- ✓ Falta de aire
- ✓ Epistaxis
- ✓ Enrojecimiento de la cara
- ✓ Derrames en los ojos
- ✓ Visión doble
- ✓ Sudoración profusa
- ✓ Desmayos

#### 1.6.5 FACTORES DE RIESGO

Modificables

- ✓ Obesidad
- ✓ Sobrepeso
- ✓ Sedentarismo
- ✓ Tabaquismo



- ✓ Consumo excesivo de sal
- ✓ Dieta pobre en potasio
- ✓ Estrés
- ✓ Dislipidemias
- ✓ Hábitos alimenticios inadecuados
- ✓ Alcoholismo

No modificables

- ✓ Edad, es de mayor incidencia en los adultos en plenitud
- ✓ Raza, es mas frecuente en los negros que en los blancos
- ✓ Antecedentes familiares con enfermedades cardiovasculares
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Mujeres con antecedentes de preeclampsia y eclampsia

1.6.6 CRITERIOS Y CLASIFICACIÓN PARA DIAGNÓSTICAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ACUERDO A LA NOM0302SSA-2000:

Clasificación	Tensión Arterial Sistólica(mm Hg)	Tensión Arterial Diastólica (mm Hg)
Óptima	Menos de 120	Menos de 80
Normal	120 - 129	80 – 84
Normal alta	130 - 139	85 – 89
Hipertensión		
Estadio I	150 - 159	90 – 99
Estadio II	160 - 179	100 – 109
Estadio III	Mayor o igual a 180	Mayor o igual a 110

## 1.7. MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

Para describir el modelo conceptual de Elizabeth Dorothea Orem se toman como referencias lo abordado por Cavanagh (1993) y Marriner (1999).

Orem es una destacada teórica norteamericana, nació en Baltimore Maryland. Inició su carrera profesional en la escuela de enfermería de Providence Hospital, de Washington, donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930.

El modelo de Orem del Déficit de Autocuidado está integrado por tres teorías interrelacionadas que describen: 1) el autocuidado (cómo y por qué se cuidan las personas), 2) el déficit de autocuidado (por qué la enfermería puede ayudar a las personas) y 3) los sistemas de enfermería (qué relaciones deben crearse y mantenerse para que exista la enfermería).

### 1.7.1. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

Dentro de la teoría del autocuidado Orem maneja el concepto de autocuidado como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Esenciales en el modelo de Orem son los llamados requisitos de autocuidado, ha identificado ocho actividades que son fundamentales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel

de desarrollo o entorno ambiental de un individuo y define requisito como la actividad que un individuo debe realizar para cuidar de si mismo.

Los requisitos de autocuidado universal son los siguientes:

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

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

Además de los requisitos de autocuidado universal, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano. Tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir, a madurar y prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos. Dichos requisitos son los de desarrollo y los de desviación de la salud.

#### I.- Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Estos requisitos de autocuidado de desarrollo se clasifican en dos:

1. Etapas específicas del desarrollo las cuales incluyen:

- ♣ Vida intrauterina y nacimiento
- ♣ Vida neonatal; ya sea un parto a término o prematuro o un niño con peso normal o con bajo peso.
- ♣ Lactancia
- ♣ Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
- ♣ Etapas de desarrollo de la edad adulta.
- ♣ Embarazo; ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

En estos requisitos hay demandas específicas de salud para cada etapa del desarrollo.

2.- Condiciones que afectan el desarrollo humano.

La provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano, tiene dos subtipos:

- A) Provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.
- B) Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes de un acontecimiento vital.

Los ejemplos incluyen las respuestas o acontecimientos vitales específicos como la paternidad/ maternidad o los cambios en las condiciones económicas y sociales. Las condiciones relevantes incluyen:

- ☞ Derivación educacional.
- ☞ Problemas de adaptación social.
- ☞ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- ☞ Pérdida de posesiones o del trabajo.
- ☞ Cambio súbito en las condiciones de vida.
- ☞ Cambio de posición social o económica.
- ☞ Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
- ☞ Enfermedad terminal o muerte esperada.
- ☞ Peligros ambientales.

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo

## II.- Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Estos requisitos existen cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o esta recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud.

- ♣ Buscar y asegurar ayuda médica apropiada.
- ♣ Ser conciente de los efectos y resultados patológicos.
- ♣ Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.
- ♣ Modificación del autoconcepto.
- ♣ Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos, los efectos de las medidas

diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promuevan el desarrollo personal continuo.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud requiere que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes, cuando él es incapaz de satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo.

#### 1.7.2. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Aparte de la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de si mismo. La enfermedad reciente, crónica o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de si misma o solicitar ayuda de otros.

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hace para el autocuidado, el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. En la demanda de autocuidado terapéutico se encuadra la suma de todas las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer

las necesidades de autocuidado, que dependen en particular de cada enfermedad y las circunstancias que requieren la aplicación de métodos apropiados para controlar factores identificados en las necesidades de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo.

En la teoría del déficit de autocuidado, Orem define el concepto de agente para explicar su teoría como la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Esta teoría se subdivide en tres:

1. Agencia de autocuidado: en esta agencia los individuos realizan su propio cuidado.
2. Agencia de cuidado dependiente: aquí las personas cuidan de otras sin ser enfermeras.
3. Agencia de enfermería: en esta agencia la enfermera brinda los cuidados a la persona.

### 1.7.3. TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

En esta teoría existen tres sistemas de enfermería, los cuales son:

#### 1.- El Sistema Compensatorio.

El paciente no participa activamente en la ejecución de su plan de cuidados. La enfermera realiza todas las actividades cuando el paciente está inconsciente, o totalmente incapacitado.

#### 2.- El Sistema Parcialmente Compensatorio.

El paciente y la enfermera realizan en el cuidado. La responsabilidad en la ejecución de las tareas, varía en función de las aptitudes y limitaciones reales del paciente, así como de su disposición psicológica para participar.

### 3. - El Sistema Apoyo/educación.

El paciente tiene aptitudes para aprender las medidas terapéuticas de autocuidado. La enfermera es la consejera o asesora.

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, es adecuada para aplicarlo en salud pública, orienta hacia el autocuidado de la salud de la persona y de las comunidades, toma en cuenta a la enfermera como la educadora y apoyo de las personas para el cuidado de la salud, no dejando de lado la prevención de la enfermedad dentro de su modelo.

## 1.8. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería, se considera como el método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso –paciente - concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado. (Alfaro, 1992).

El Proceso de Atención de Enfermería, es un método sistemático para brindar cuidados de calidad y eficiencia por parte del profesional de enfermería, centrado en el logro de objetivos de promoción, prevención y/o restauración de la salud en beneficio de la persona.



Las funciones del Proceso de Enfermería para el profesional de enfermería son satisfacer, lograr, ayudar, ordenar, organizar, preparar, facilitar, modificar y cumplir con la persona los cuidados que se le brindan en beneficio de su salud, basando su análisis de intervención en un modelo de enfermería.

La finalidad del Proceso de Enfermería es, mantener el nivel óptimo de bienestar de la persona, contribuyendo a proporcionarle una calidad de vida en las mejores condiciones en el mayor tiempo de vida posible. (Alfaro, 1992).

El proceso de atención de Enfermería se divide en cinco etapas: 1) valoración, 2) diagnóstico, 3) planificación, 4) ejecución y 5) evaluación.

Para la explicación de las fases del Método Enfermero se toma la bibliografía de Iyer (1995).

### 1.8.1. VALORACIÓN

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas detectados en la persona. Es un proceso sistemático y organizado de recopilación de datos procedentes de diversas fuentes (la persona, la familia, otros profesionales de la salud y el expediente clínico), para analizar el estado de salud de la persona.

Supone el establecimiento de prioridades entre los datos obtenidos de acuerdo a las necesidades de la persona.

La valoración de enfermería puede identificar muchas respuestas reales o potenciales de la persona que exigen una intervención de la enfermera. Se utilizan tres técnicas principales para obtener la información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen la entrevista, la observación y la exploración física. Tales técnicas proporcionan a la enfermera un enfoque lógico sistemático y continuo en la recopilación de datos necesarios para brindar los cuidados de enfermería a la persona sana o enferma.

### 1.8.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se considera como la fase final de la valoración y que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado.

El diagnóstico de enfermería jerarquiza las necesidades detectadas en la valoración y las agrupa en diagnóstico real, de riesgo y de bienestar:

1. Diagnóstico real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Se apoya en características definitorias manifestaciones, signos y síntomas que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas, para escribirlos se aconseja un formato en tres partes, donde el problema se une a la causa o causas mediante la fórmula relacionado con (r/c) y esta a los datos objetivos y subjetivos mediante la frase “manifestado por “(m/p).

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos

2. Diagnóstico de riesgo. Describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Se apoya en factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. Al escribirlo debe anteponerse la frase “riesgo de” y se aconseja el formato en dos partes:

Problema r/c factor de riesgo (causa)

3. Diagnóstico de bienestar. Describe respuestas humanas en un individuo, familia o comunidad que presenta un buen nivel de salud pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico solo tiene un componente, la situación de salud a mejorar

En la actualidad, los diagnósticos aprobados por la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) suelen aparecer en una tabla ordenada alfabéticamente o se clasifican según la taxonomía que fue propuesta por el grupo de teóricos de enfermería, convocada por la NANDA en 1978. Existiendo en su forma actual desde 1982, la NANDA ha realizado desde entonces conferencias aproximadamente cada dos años, continuando con el desarrollo y perfeccionamiento de la lista de diagnósticos.

El propósito de los diagnósticos de enfermería es:

- Contribuir a la identidad de la enfermería como profesión.
- Proporcionar un mecanismo de expresión profesional.
- Facilitar la autonomía de las enfermeras en la emisión de juicios acerca del cuidado del paciente.

- Contribuir a la base de conocimientos de la enfermería como ciencia.

El diagnóstico tiene gran relevancia en las siguientes etapas del Proceso Enfermero ya que con base a éste se planean, ejecutan y evalúan las intervenciones de enfermería.

### 1.8.3. PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Durante la fase de planificación se elaboran los objetivos y es un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, para este plan de cuidados debemos tomar en consideración la elección de un modelo teórico adecuado a las directrices de la intervención de enfermería en su momento.

La planificación como componente del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados de acuerdo al modelo teórico elegido y las características de la propia persona.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Sabiendo que éstos dependerán del tiempo que se haya preparado para su logro, por

lo general los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.

3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Éste es uno de los puntos principales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmará la validez y la eficacia del mismo. Las acciones deben de ir orientadas hacia la consecución de los objetivos. Las intervenciones deben ser claras y capaces de realizarse y adaptarse a la problemática específica de la persona.
4. Documentación del plan.

#### 1.8.4. EJECUCIÓN

La ejecución supone la respuesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. La ejecución es la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa en la cual el profesional de enfermería es responsable de la respuesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

Generalmente, la ejecución de la atención de la enfermera se ajusta a una de las siguientes actividades para el cuidado de la persona sana o enferma:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de salud.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados: para cuidar y conseguir los objetivos de la persona.

#### 1.8.5. EVALUACIÓN

La evaluación, como última fase del Proceso de Enfermería, se considera siempre con relación a la respuesta de la persona a la acción planificada. En esta fase el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución del problema de la persona se utilizarán como marco para la evaluación, así pues las consecuencias que producen en la persona todas las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, así como los cambios que se derivan de ellos, constituyen el objeto de la evaluación.

La evaluación nos permite la reorientación de las intervenciones de enfermería, incluso el cambio de algunas, adaptándolas siempre al estado de salud de la persona, en esta etapa se realiza también, la comparación de datos recuperados y los resultados, para así emitir un juicio acerca de la oportunidad de las intervenciones y su retroalimentación si es posible.

El Proceso de Atención de Enfermería, es la herramienta de trabajo que permite al profesional de enfermería, detectar las necesidades de salud de la persona o grupo de personas y en base a esta determinación de

necesidades, intervenir de manera oportuna en la recuperación de su salud, otorgando un ambiente propicio para el restablecimiento de la misma.

También el Proceso de Atención de Enfermería permite a la disciplina crecer en cuanto a investigación se refiere, si se aplica este instrumento en nuestros centros de trabajo y se publican las intervenciones y evaluación de las mismas, constituiría un acervo teórico para la práctica de enfermería.

## 2.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y TEORÍAS DE OREM

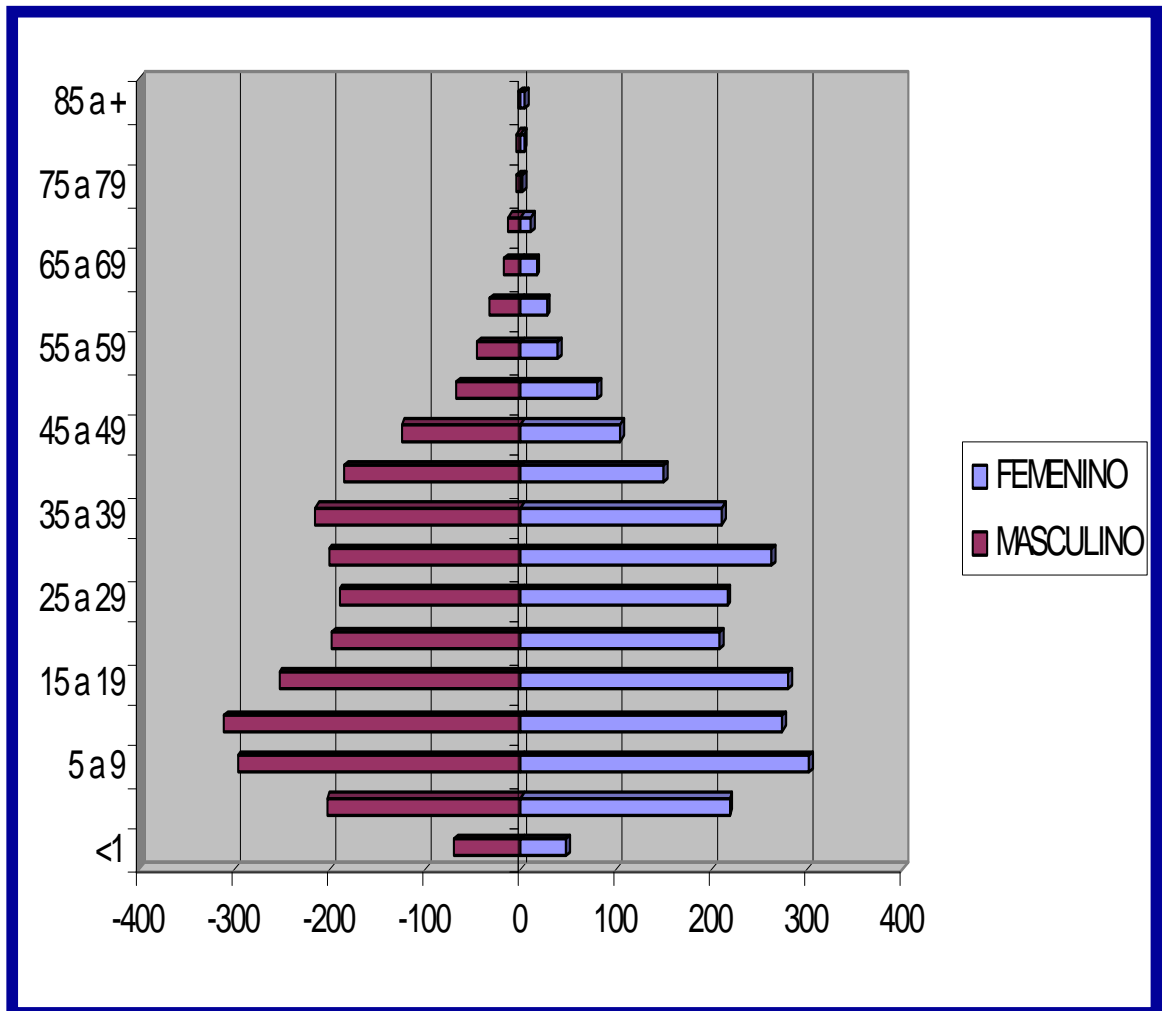
### 2.1 VALORACIÓN

Respecto a los datos obtenidos en el estudio de comunicad relacionado con la Hipertensión Arterial se encontraron:



### GRÁFICA No.1

PIRÁMIDE POBLACIONAL EN EL AÑO 2005 DE LOS HABITANTES DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIO DEL AGEB 382-0.



Fuente: Encuesta Noviembre 2005

### CUADRO No. 1

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO FAMILIAR DE LOS HABITANTES DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIO DEL AGEB 382-0.

<b>FACTOR</b>	<b>Fo.</b>	<b>%</b>
1	387	31.5
2	102	8.3
3	544	44.3
4	196	16.0
<b>TOTAL</b>	<b>1229</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: La mayoría de las familias reencuentran ubicadas en el riesgo 3 y en segundo lugar las de riesgo 1

## CUADRO No. 2

FRECUENCIA DE LAS 20 PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE REPORTADA POR LA POBLACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIO DEL AGEB 382-0

CAUSA DE MUERTE	Fo	%
CARDIOPATÍAS	16	19.75
DIABETES	12	14.81
CÁNCER	10	12.35
MUERTE NATURAL	8	9.88
ACCIDENTES	7	8.64
CIRROSIS HEPÁTICA	5	6.17
ASESINATO	4	4.94
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR	3	3.70
ABORTO	2	2.48*
ALCOHOLISMO	2	2.48*
DEPRESIÓN	2	2.48*
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	2	2.48*
BRONCOASPIRACIÓN	1	1.23
DESNUTRICIÓN	1	1.23
SÍNDROME DOUCHEN	1	1.23
HIPOTERMIA	1	1.23
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	1.23
PARTO	1	1.23
PREECLAMPSIA	1	1.23
SIDA	1	1.23
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

\* Se agrego una centésima para redondear al 100 %.

Descripción: Las causas de muerte encontradas, son un total de 81 defunciones, las Cardiopatías ocupan el primer lugar con 16 casos 19.75%, en segundo lugar la Diabetes Mellitus con 12 casos 14.81%, en tercer lugar el cáncer con 10 casos 12.35%, en cuarto lugar Muerte Natural con 8 casos 9.88%, en quinto lugar los Accidentes con un total de 7 casos 8.64%, en sexto lugar la Cirrosis Hepática con 5 casos 6.17%, en séptimo lugar los Asesinatos con 4 casos 4.94%, en el octavo lugar las Enfermedades Vasculares Cerebrales con 3 casos 3.70%, en el noveno lugar encontramos al Aborto, Alcoholismo, Depresión, Infecciones Respiratorias Agudas, con dos casos cada una respectivamente 2.47%, en décimo lugar la Broncoaspiración, Desnutrición, Síndrome de Douchen, Hipotermia, Hipertensión, Parto, Preeclampsia y SIDA con un caso respectivamente 1.23%. Es importante mencionar que la hipertensión es una de las enfermedades que traen como coadyuvantes otros padecimientos y tienen una vinculación estrecha con la diabetes mellitus y la obesidad, los órganos blancos afectados en este padecimiento son el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones están estrechamente unidos por el mayor esfuerzo que estos realizan en las enfermedades antes mencionadas. En esta tabla la hipertensión arterial desencadena en enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus y como consecuencia nos lleva a cardiopatías encontradas en los primeros lugares de causa de muerte en la población en estudio.

### CUADRO No. 3

FRECUENCIA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD REPORTADA POR LA POBLACIÓN. DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, LUIS DONALDO COLOSIO DEL AGEB 382-0

<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	<b>Fo</b>	<b>%</b>
ENFERMEDADES SISTEMA RESPIRATORIO	249	59
ENFERMEDADES ENDOCRINAS	70	16.6
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOCIRCULATORIO	50	11.8
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	13	3
ENFERMEDADES DE LA PIEL	6	1
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	5	1
NEOPLASIAS	5	1
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO	4	1
ENFERMEDADES CONGÉNITAS MALFORMACIONES Y ALTERACIONES CROMOSOMICAS	3	0.8
ENFERMEDADES DE LOS SENTIDOS	3	0.8
OTRAS ENFERMEDADES	16	4
<b>TOTALES</b>	<b>424</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta Noviembre 2005

Descripción: El presente cuadro presenta la morbilidad reportada por la población encuestada en noviembre del 2005 en el AGEB 382-0. Para la elaboración de dicho cuadro se tomó como referencia la Clasificación Internacional de las Enfermedades, publicada por Mediciclopedia, en la cual quedaron agrupadas las enfermedades según los grupos universalmente establecidos. Se mencionan las principales causas de muerte en orden descendente.

La primera causa de morbilidad son las enfermedades del sistema respiratorio, en dicho grupo, quedaron agrupadas todas las infecciones de vías respiratorias como son el caso de las gripes, faringoamigdalitis, asma, bronquitis, neumonías el cuadro muestra la frecuencia más alta con 249 casos, representa el 59%.

Para el caso de las enfermedades endocrinas quedaron agrupadas todas las enfermedades como son: diabetes, tiroides y pancreatitis. Queda en segundo lugar con una frecuencia de 70, representa el 16.6%.

El siguiente grupo, el cual sería la tercera causa de enfermedad, quedaron agrupadas las enfermedades vasculares cerebrales, hipertensión arterial, angina de pecho, cardiopatía reumática y las cardiopatías degenerativas, arritmias y trombosis venosa con una frecuencia de 50, representa 11.8%.

La cuarta causa de morbilidad es el gran grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias, en el cual quedaron agrupadas las EDAS, hepatitis, infecciones vaginales, cisticercosis, con una frecuencia de 13, representa el 3%.

En el grupo de las enfermedades de la piel quedaron agrupados los casos de varicela y escarlatina con una frecuencia de 6, representan el 1%.

Las enfermedades del aparato digestivo ocupa el sexto lugar, en este grupo quedaron incluidas los casos de gastritis, colitis y apendicitis con una frecuencia de 5, representa el 1%.

Los casos de cáncer cervicouterino, quistes de ovario, quistes de mama, miomatosis se agruparon de acuerdo al grupo de neoplasias, con una frecuencia de 5, representan el 1%.

El octavo lugar le corresponde a las enfermedades de la sangre y del sistema inmunológico, en el cual quedaron agrupadas la distrofia muscular, esclerosis, anemia y lupus, con una frecuencia de 4, representa el 1%.

Las enfermedades congénitas, malformaciones y alteraciones cromosómicas se encuentra en noveno lugar de morbilidad, en este grupo se incluyeron los casos de síndrome de Down, paladar hendido, luxación congénita de cadera con una frecuencia de 3, representa el 0.8%.

En la décima causa de morbilidad se encuentra el grupo de las enfermedades de los sentidos aquí quedaron agrupadas los casos de sordomudos y miopía, con una frecuencia de 3, representa el 0.8%.

En el grupo de otras enfermedades, se agruparon todas la enfermedades que tenían una frecuencia menor, debido a esta causa se tomo la decisión para dicha agrupación, en este grupo quedaron incluidas todos los casos de enfermedad renal, artritis, depresión, conducto lagrimal tapado, fracturas, migraña, parálisis, con una frecuencia de 16, representa el 4

### CUADRO No. 4

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS POR FAMILIA DE LAS COLONIAS PROGRESO GUADALUPE VICTORIA, AMPLIACIÓN PROGRESO GUADALUPE VICTORIA Y LUIS DONALDO COLOSIO EN EL AGEB 382-0

ALIMENTOS	NUMERO DE VECES A LA SEMANA																			
	0		1		2		3		4		5		6		7		SE DESCONOCE		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
CARNE	38	3,09	207	16,83	398	32,357	355	28,86	80	6,504	26	2,113	12	0,975	107	8,7	7	0,57	1230	100
LECHE	48	3,9	54	4,39	95	7,72	98	7,96	22	1,8	17	1,4	13	1,05	877	71,3	6	0,48	1230	100
HUEVO	52	4,22	197	16	315	25,6	309	25,12	50	4,08	26	2,11	23	1,9	248	20,16	10	0,81	1230	100
FRUTA	35	2,87	94	7,64	147	11,95	157	12,76	41	3,33	25	2,03	26	2,11	700	56,91	5	0,4	1230	100
VERDURA	21	1,7	65	5,31	137	11,13	174	14,14	71	5,77	40	3,25	21	1,7	696	56,6	5	0,4	1230	100
PAN	53	4,3	84	6,82	152	12,35	151	12,27	35	2,98	27	2,19	19	1,54	696	56,5	13	1,05	1230	100
TORTILLA	8	0,65	11	0,9	19	1,54	35	2,85	9	0,73	11	0,9	10	0,81	1123	91,3	4	0,32	1230	100
PASTAS	61	4,95	123	10	205	16,66	230	18,69	61	5	27	2,19	18	1,46	493	40,08	12	0,97	1230	100
LEGUMINOSAS	52	4,23	118	9,6	202	16,42	216	17,56	59	4,8	29	2,36	21	1,7	522	42,44	11	0,89	1230	100
CHATARRA	389	31,6	178	14,47	151	12,27	95	7,72	31	2,52	40	3,25	16	1,3	290	23,6	40	3,25	1230	100
OTROS	910	74	26	2,11	18	1,46	8	0,65	1	0,08	1	0,08	1	0,08	8	0,65	257	20,9	1230	100

Fuente: Encuesta Noviembre 2005



Descripción. Con respecto al consumo de alimentos se observa lo siguiente:

La mayor frecuencia en el consumo de carne lo ocupa 2 y 3 veces a la semana con un 32.35% y 28.86% respectivamente, seguido por el de 7 veces a la semana con un 8.7% y un 3.09% que no la consumen.

Con respecto a la leche la frecuencia mas alta lo ocupa 7 veces a la semana con un 71.3%, en segundo termino 4 veces a la semana con un 1.8% y un 3.9 que no la consumen.

En lo referente al huevo 2 veces por semana con un 25.6% y 3 veces por semana con un 25.12%, seguido de 6 veces a la semana con un 1.9% y con un 4.22% que no lo consumen.

En lo que concierne a la fruta es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.91%, y en menor consumo 3 veces por semana con un 12.76% y un 2.87% que no la consumen.

En cuanto al consumo de verdura es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.6%, el menor consumo lo ocupa 3 veces por semana con un 14.14% y un 1.7% que no la consumen.

Con respecto al pan es mas frecuente 7 veces a la semana con un 56.5%, y en menor cantidad 6 veces por semana con un 1.54%, no la consumen un 4.3%.

El consumo de tortilla es mas frecuente 7 veces a la semana con un 91.3%, seguido por el menor consumo 6 veces por semana con un 0.81% y un 0.61% que no la consumen.

Son más frecuentemente consumidas las pastas 7 veces por semana 40.08%, seguido por 6 veces por semana con un 1.46% y un 4.95% que no las consumen.

Las leguminosas se consumen frecuentemente 7 veces a la semana con un 42.44%, seguido por el menor consumo 6 veces por semana con un 1.7% y un 4.23% que no las consumen.

La frecuencia de consumo de chatarra 7 veces a la semana con un 23.6%, seguido por 6 veces por semana con un 1.3% y un 31.6% que no las consumen.

Con respecto a la variable otros es una vez a la semana con un 2.11%, seguido por 5 y 6 veces por semana con un 0.08% respectivamente y un 74% que no las consumen.

## 2.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente.

Los diagnósticos de enfermería a los que se llegaron con base a la aplicación de la cedula familiar son:

- ♣ Alto riesgo de sufrir daño a la salud relacionado con riesgo familiar grado 1 y 2 en las familias estudiadas.

- ♣ Alto riesgo de padecer hipertensión arterial relacionada con una dieta rica en carbohidratos en el grupo de población de 15 a 39 años de edad.
- ♣ Riesgo potencial de sufrir presión elevada relacionada con los hábitos alimenticios y la falta de actividad física.
- ♣ Alteración en la nutrición relacionado con baja ingesta de frutas y verduras; por consumo elevado de pan y tortilla manifestada por sobrepeso

### 2.3. PLANIFICACIÓN

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la comunidad en beneficio de su salud.

Objetivo General;

- ✓ Incidir en la prevención y control de la hipertensión arterial en la población en estudio a través de la educación para la salud en la comunidad Ruiz Cortinez perteneciente al AGEB 382-0

Objetivos Específicos;

- ✓ Enseñar a la población a equilibrar su alimentación.
- ✓ Planificar estrategias para el control del estrés de la población

- ✓ Programar un plan de ejercicios para la población hipertensa
  
- ✓ Brindar los conocimientos necesarios al personal de salud de acuerdo a la norma oficial NOM0302SSA-2000 para la prevención y control de la hipertensión arterial teniendo como guía los 8 requisitos de autocuidado de Dorotea Orem.

Al abordar la hipertensión arterial en la población de Ecatepec de Morelos, se tomó como base teórica de enfermería el modelo conceptual de Orem, enfocado al déficit de autocuidado, dirigido a la población. Además se empleo el sistema de apoyo - educación de la agencia de autocuidado de enfermería, para la capacitación del personal de salud.

La enfermera en salud pública diseña, ejecuta y evalúa programas que favorezcan la salud y el bienestar, con el optimo aprovechamiento de los recursos con los que cuenta la comunidad, por tal razón se planearon, ejecutaron, evaluaron y asesoraron las intervenciones de hipertensión arterial de acuerdo a lo establecido por las normas nacionales e internacionales para el control y prevención de la hipertensión arterial, con la colaboración y apoyo del personal de la jurisdicción.

Universo de trabajo

El AGEB 382-0 correspondiente al centro comunitario Ruiz Cortines de la jurisdicción de Ecatepec de Morelos estado de México.

Periodo de trabajo de campo:

7 de octubre al 10 de diciembre de 2009

Recursos necesarios:

Materiales: hojas, tintas de impresoras, plumas, gomas, tablas, mesas, sillas, lonas, etc.

Humanos: profesionales de la salud, estudiantes de la especialidad en salud pública, estudiantes de enfermería, profesores y Trabajadores en Atención Primaria a la Salud (TAPS).

Financieros: Dinero.

Todos estos recursos se utilizarán para las siguientes actividades:

1. Actualización de croquis y visitas domiciliarias (casa por casa). Se estima que una brigada integrada por 2 Técnicos en Atención Primaria a la Salud, podría visitar una manzana/día.

La supervisión tendrá un carácter de apoyo y capacitación en servicio, estará a cargo de los coordinadores municipales responsables y del personal de nivel central estatal.

**2.4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

La factibilidad de una intervención esta en relación con la capacidad operativa en su propio contexto, para ello deberán de considerarse los elementos que pueden frenar o favorecer la implementación del programa.

Para fundamentar esta intervención se tomaron en consideración los siguientes puntos:

1) Factibilidad social

Los integrantes de la sociedad se interesan en cuidar su salud por medio de la colaboración para el seguimiento y control de la hipertensión arterial así como conocer mas sobre esta misma enfermedad (causas, signos y síntomas, complicaciones, etc.) al mismo tiempo las autoridades políticas destinan una cantidad de dinero a los programas de prevención de la hipertensión arterial.

2) Factibilidad política y legal

En particular para prevención y control de la hipertensión arterial, se cuenta con la NOM0302SSA-2000. Para la prevención y control de la hipertensión arterial la cual contiene todos los procedimientos para la prevención, detección, diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial, que permiten disminuir la incidencia de la enfermedad y el establecimiento de programas de atención médica capaces de lograr un control efectivo del padecimiento, así como reducir sus complicaciones y mortalidad.

### 3) Factibilidad técnica

A través del apoyo logístico, asesoría de la ENEO – UNAM, la jurisdicción sanitaria de Ecatepec y los líderes de la comunidad afectada, se cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar un control y prevención de la hipertensión arterial.

### 4) Factibilidad administrativa

No se pone en riesgo el proceso administrativo, ni a nivel dirección o jefaturas de enfermería y no se altera la planeación, ni la organización de la jurisdicción, al implementar las intervenciones para el control la prevención de la hipertensión arterial.

### 5) Factibilidad financiera

Se prevé que las fuentes económicas provengan de la propia institución a través del presupuesto asignado a los programas ya existentes y que es una intervención de trascendencia tanto a nivel local como nacional, por lo anterior se propone que las autoridades jurisdiccionales y estatales realicen las gestiones necesarias para la obtención del financiamiento requerido para llevar a cabo la propuesta de intervención.

**INTERVENCIONES DIRIGIDAS A INDIVIDUOS DE ALTO RIESGO, PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:**

- ⌚ La prevención específica de hipertensión arterial debe formar parte de las actividades de prestación de servicios de salud, así como de los profesionales de la salud, dedicados al cuidado general de las personas.
- ⌚ Las personas identificadas en situación de alto riesgo deben ser informadas de tal situación y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.
- ⌚ La participación de los miembros debidamente capacitados del equipo de salud como nutricionistas, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y profesionales del deporte son de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.
- ⌚ A los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal, alcohol, insuficiente, ingesta de potasio, presión arterial normal alta, antecedentes familiares de Hipertensión Arterial Sistémica y los de 65 años de edad en adelante, integran el grupo con mayor riesgo de llegar a desarrollar hipertensión arterial.

⌚ Medidas higiénico-dietéticas para la prevención:

- ♣ Mantener peso ideal.
- ♣ Reducir el consumo de alcohol a 30 ml de etanol o menor (ejemplo: 720 ml de cerveza, 300 ml de vino o 60 ml de licores fuertes tequila, brandy, ron, etc.)



- ♣ Realizar ejercicio aeróbico (30 o mas minutos la mayoría de los días de la semana)
- ♣ Reducir la ingestión de sodio a 100mmol/día o menos (2.4 de sodio o 6 g de cloruro de sodio)
- ♣ Ingerir una cantidad apropiada de potasio (90 mmol/día)
- ♣ Ingerir una cantidad apropiada de calcio y magnesio.
- ♣ No fumar y reducir la ingestión de grasas saturadas y colesterol.

#### INTERVENCIONES DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL PARA LA DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

- ✓ Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son:

📖 Realizar promoción a la salud mediante la adopción y fortalecimiento de estilos de vida saludable, necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la hipertensión arterial dentro de la población en general.

📖 Promover la adopción de hábitos saludables, como la practica de actividad física y una alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física,

consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta insuficiente de potasio, presión arterial normal alta, y mas de 65 años de edad.

- 📖 La educación para la salud y otras acciones específicas para la prevención de la hipertensión arterial, deberán ser fortalecidas, principalmente en el primer nivel de atención, así como entre los profesionales de la salud dedicados al cuidado general de las personas.
- 📖 La promoción a la salud se llevara a cabo mediante actividades de educación para la salud, de participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.
- 📖 Llevar acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la Hipertensión Arterial
- 📖 Las acciones educativas se intensificaran entre los grupos de alto riesgo, con objeto de fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.
- 📖 Impulsar la participación de las autoridades municipales y comunitarias, así como de grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.
- 📖 Mediante la colaboración con organizaciones públicas y privadas, en particular con la industria alimentaria y organizaciones de establecimientos dedicados a la venta de alimentos, se

establecerán acciones permanentes para ofrecer al público alimentos saludables, que contribuyan a la prevención y al control de la hipertensión arterial.

📖 Mediante la coordinación de acciones con las instituciones y dependencias públicas y privadas así como las asociaciones de profesionales relacionadas con las actividades, el deporte y la educación física, se promoverán estas actividades entre la población en general.

📖 Fortalecer la coordinación con asociaciones de profesionales de la comunicación para planear y ejecutar campañas educativas tendientes a desarrollar estilos de vida saludables.

📖 La población en general habrá de ser adecuada y oportunamente informada mediante los medios de comunicación social sobre los factores de riesgo que deben ser modificados.

📖 En los mensajes al público se hará énfasis que el control de estos factores contribuye a la prevención y control de otras importantes enfermedades crónicas.

📖 Los servicios públicos de salud con el apoyo de los servicios de salud privados, efectuaran campañas para educar a la población sobre la prevención de esta enfermedad.

📖 Promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva.

- 📖 Promover el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, practica de actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de las regiones donde habitan.
  
- 📖 Control de peso, el Índice de Masa Corporal (IMC) recomendable para la población general es  $>18$  y  $< 25$ .
  
- 📖 El control de peso se llevara mediante un plan de alimentación saludable y de actividad física adecuada a las condiciones y estado de salud de las personas por lo que debemos utilizar los criterios específicos en la ley General de Salud y las normas oficiales mexicanas para el uso de medicamentos en el control de peso.
  
- 📖 La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio), tiene un efecto protector contra el aumento de la Presión Arterial
  
- 📖 En el caso de personas con escasa actividad física o vida sedentaria, se recomienda la practica de ejercicio aeróbico durante 30/40 minutos, la mayor parte de los días de la semana o bien el incremento de actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.)
  
- 📖 Debe promoverse reducir el consumo de sal, cuya ingesta no deberá exceder de 6 g/día. (2.4 g de sodio).
  
- 📖 Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados

industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

- 📖 La recomendación general es evitar o moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual, no deberá exceder de 30 ml (dos a tres copas) al día: las mujeres y personas delgadas deberán reducir aun más el consumo.
  
- 📖 Promover un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.
  
- 📖 En relación a la Hipertensión Arterial debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras leguminosas y derivados lácteos desgrasados.
  
- 📖 El tabaquismo es uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia que deberá evitarse.

La participación del equipo interdisciplinario es importante para el logro de los objetivos establecidos.

## 2.5. IMPLEMENTACIÓN

La implementación de la intervención está relacionada con la planificación debido a que las actividades se realizan de inmediato después de la valoración y el diagnóstico para lo cual se promueven procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en materia de la hipertensión arterial, así mismo promover el desarrollo de factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de alguna actividad física y una alimentación saludable de acuerdo a las características de la población.

## 2.6. EVALUACIÓN

Es la última etapa del proceso enfermero, en el cual se determina como ha funcionado el plan de acción, ver si se han logrado los objetivos planteados, permitiendo a la enfermera sanitarista establecer los criterios de modificación para la mejora de las intervenciones de enfermería en las enfermedades crónico degenerativas se evaluara mediante la aplicación de cuestionarios opiniones directas enfermera - paciente y en base a esto afinar las acciones realizadas hasta ese momento, en beneficio de la población.

### 3.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La enfermera en salud pública desempeña un papel primordial, en la prevención y control de la hipertensión arterial apoyándose en el proceso salud – enfermedad, la epidemiología y para sustentar su ejercicio profesional se respalda en teorías y modelos de enfermería, en este caso en particular se ocupó el modelo conceptual de Dorothea E. Orem.

Las intervenciones propuestas se plantearon de acuerdo a lo establecido por la Organización Mundial de la Salud y a la norma NOM0302SSA-2000 para la prevención y control de la hipertensión arterial en nuestro país.

Finalmente concluyo que la misión de la ENEO en mi formación como especialista de enfermería en salud pública, fue educarme de forma integral y analítica con capacidad científica y humanística, comprometida con la sociedad y con los profesionales de la salud.

Se sugiere que la Secretaria de Salud de Ecatepec de Morelos trabaje mas sobre las enfermedades crónicas degenerativas y que promocióne el autocuidado en la población porque las complicaciones de la misma enfermedad crean una crisis emocional, económica tanto personal como en lo familiar y es de mayor costo a largo plazo para la Secretaria de Salud y el gobierno

Considero conveniente que el modelo conceptual de Orem, junto con el proceso de atención de enfermería sea impartido de manera más explicita

para la incorporación de está dentro de la salud pública y a su vez permita la aplicación de la misma en los estudios de caso que se lleven a cabo en la comunidad.



## BIBLIOGRAFÍA

Alfaro, R. (1994). **Aplicación del Proceso de Enfermería, Guía Práctica**, Doyma, España.

Álvarez, R. (1991) **Salud Pública y Medicina Preventiva**, El Manual Moderno, México, D.F.

UNAM-ENEO. (2004). **Antología Teorías y Modelos de Enfermería**. Base Teórica para las especializaciones, México, D.F.

Arteaga, C. (2001).**Desarrollo Comunitario**. UNAM. Facultad de Trabajo Social.

Biblioteca de Consulta Microsoft (2005). **Encarta**, Microsoft Corporación. Reservados todos los derechos.

Boletín semanal del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. **Sistema Único de Información**. N. 17; Vol. 23; Semana 17; del 23 al 29 de abril del 2006.

Carpenito, L. (1989). **Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica**. Interamericana, México.

Cavanagh S. (1993). **Modelo de Orem. Aplicación práctica**. Masson. España.

Colimon K,H. (1990) **Fundamentos de Epidemiología**. Díaz de Santos Madrid.

Colomer, C. (2001). **Promoción de la Salud y Cambio Social**. Masson, España.

Constitución Mexicana de Los Estados Unidos Mexicanos. (2005)

De la Fuente, J. (2002). **La Información en Salud**. Mc Graw Hill-Interamericana. México.

Enciclopedia de los Municipios de México Estado de México (2001). Centro Nacional de Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de México.

Frenk, J. (1993). **La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública**. La Ciencia- 133 desde México. México, D.F.

Frías A, (2000). **Salud Pública y Educación para la Salud**. Masson, España

[Http:// www.dgepi. Salud. gob.mx](http://www.dgepi.Salud.gob.mx)

Iyer (1995). **El proceso de Enfermería**. Interamericana, Madrid.

Marriner A. (1999). **Modelos y Teorías en Enfermería**. Harcourt Brace. España.

Mc Closkey J. (2002). **Clasificación de Cuidados de Enfermería**. Mosby, México.

Monografía municipal de Ecatepec de Morelos 1998. Los Municipios del Estado de México. Bando Municipal 1998. Diagnóstico Municipal 1997. Créditos Leonardo Muñoz López, París Tlacacl Borja García.

NOM-0302-SSA-2000, **Para la prevención y control de la hipertensión arterial.**

Piedrola G. (2001). **Medicina Preventiva y Salud Pública.** Masson. España,

Pineault, R. (1995). **La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos y Estrategias.** Masson. España.

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

López, G.H. (2000) **Salud Pública de México** Vol. 42, Marzo-Abril México

San Martín H. (1988). **Salud Comunitaria Teoría y Práctica.** Ediciones Díaz de Santos, España.

Sánchez, A. (2000). **Enfermería comunitaria.** Actualización en Enfermería Comunitaria Sistemas y Programas de Salud. Mc Graw Hill, España.

Sánchez, R. (1994). **Elementos de Salud Pública.** Méndez Editores, México, D.F.

Tapia, R. (2006). **El Manual de Salud Pública.** Editores Intersistemas. México,

**ANENOS**



**INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO  
 JURISDICCION SANITARIA ECATEPEC  
 COORDINACION DE ENSEANZA EN ENFERMERIA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 ESPECIALIDAD EN SALUD PUBLICA**



**CEDULA DE CAPTACION DE DATOS POR FAMILIA**

**OBJETIVO:** Conocer las características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas de AGEB 382-0 Progreso Guadalupe Victoria perteneciente a la Coordinación Municipal Ruiz Cortínez de la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec. Cuyos resultados permitirán identificar causas, demografía y déficit de autocuidado existente hasta Noviembre del 2005.

**DATOS DE CONTROL**

FOLIO
FECHA
No. BRIGADA
HORA DE INICIO
RIESGO

**II. IDENTIFICACION FAMILIAR**

1. APELLIDO DE LA FAMILIA:		ORIGEN:	AREA METROPOLITANA:	PROVINCIA:
2. DOMICILIO:				
3. SECTOR:		NUMERO DE CASA	NUMERO DE FAMILIA	
4. TIEMPO DE VIVIR EN ESE DOMICILIO		a) MENOS DE UN MES	b) 1 A 12 MESES	c) 1 AÑO A MAS

**III. DATOS ESPECIFICOS DE LOS INTEGRANTES**

No.	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD SEXO	SEGURIDAD SOCIAL												INGRESO SEMANAL				RELIGION	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

**IV. MUJERES EN EDAD FERTIL**

**V. INMUNIZACIONES**

PLANIFICACION FAMILIAR DE LA PAREJA		EMBARAZO (MES)	ATENCION DEL PUERPERIO		ESQUEMA COMPLETO TD
1.SI.2.NO	¿ CUAL ?		1.SI.2.NO	1.SI.2.NO	1.SI.2.NO

**VI. MORTALIDAD EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS**

CAUSA DE MUERTE	EDAD SEXO		ATENCION MEDICA	FECHA DE DEFUNCION
	M	F	1.SI.2.NO	

**VII. MORBILIDAD EN EL ULTIMO AÑO DENTRO DEL NUCLEO FAMILIAR**

EDAD SEXO	ENFERMEDAD Y/O DISCAPACIDAD	FECHA DE INICIO	ATENCION MEDICA	
			1.SI.2.NO	OTROS

1)C-CASADO, S-SOLTERO, D-DIVORCIADO, UL-UNION LIBRE, V-VIUDO

2)E-EMPLEADO, O-OBRAERO, P-PROFESIONISTA, T-TECNICO, OF-OFICIO, ES-ESTUDIANTE, D-DESEMPLEADO, C-COMERCIANTE, PEN-PENSIONADO, H-HOGAR

VIII. DATOS DEL MENOR DE 5 AÑOS																	
No.	NOMBRE	EDAD SEXO		PESO	TALLA	ALIMENTACION DEL MENOR DE UN AÑO				ALIMENTACION DEL NIÑO DE 1 < 5 AÑOS INTEGRACION A LA DIETA FAMILIAR		INMUNIZACIONES		APLICACION DE FLOUR		CONTROL MEDICO PERIODICO	
		FEM	MAS			TIPO	TIEMPO	1.SI 2.NO		COMPLETO	INCOMPLETO	1.SI 2.NO		1.SI 2.NO			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

IX. MEDIDAS PREVENTIVAS FAMILIARES		
MEDIDAS HIGIENICO PERSONALES	1.SI 2.NO	OBSERV.
1.¿DA ALGUN TRATAMIENTO AL AGUA?		
2.¿DESINFECTA FRUTAS Y VERDURAS ?		
3.¿SE LAVAN LAS MANOS ANTES DE COMER ?		
4.¿SE LAVAN LAS MANOS DESPUES DE IR AL BAÑO?		
5.¿SE LAVAN LOS DIENTES ?		
6.¿SE BAÑAN DIARIO ?		
7.¿SE CAMBIAN DE ROPA DIARIO ?		
8.¿CON QUE FRECUENCIA CAMBIAN LA ROPA DE CAMA?		

X. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA											
1.¿SU CASA ES ?		PROPIA	RENTADA	PRESTADA							
2.¿Nº DE CUARTOS?		BAÑO SEPARADO			COCINA SEPARADA						
3.¿TIPO DE CONSTRUCCION?		TECHO	PISO	MURO							
		ACABADOS	1.SI	2.NO							
4.¿CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS?		1.SI 2.NO		OBSERVACIONES							
ELECTRICIDAD											
TELEVISION											
TELEFONO											
RADIO											
REFRIGERADOR											
GAS											
CISTERNA											
AGUA ENTUBADA											
PAVIMENTACION											
REC. DE BASURA											
DRENAJE											
DISPOSICION DE EXCRETAS		LETRINA			FOSA SEPTICA						

XI. ALIMENTOS (GENERALIDADES)	
	Nº DE VECES A LA SEMANA
1. CARNE	
2. LECHE	
3. HUEVO	
4. FRUTA	
5. VERDURAS	
6. PAN	
7. TORTILLAS	
8. PASTAS	
9. LEGUMINOSAS	
10. CHATARRA	
11. OTROS	

OBSERVACIONES

XII. FAUNA DOMESTICA															¿ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA HA SUFRIDO UN ACCIDENTE O HA SIDO MORDIDO POR ALGUN ANIMAL?				
TIPO DE ANIMAL	CACHORROS				HEM.GEST		ANIM.ADULTO				TOTALES				COMPROBANTE			1.SI 2.NO	
	VAC		NO VACUNADO		VAC	NO.VAC	VAC		NOVAC		VAC	NOVAC	S/COM	SSA	OTRO	PARENTESCO		F	M
MACH	HEM	MACH	HEM	VAC	NO.VAC	MACH	HEM	MACH	HEM	MACH	HEM	MACH	HEM						
PERROS																			
GATOS																			
OTROS																			

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ENCUESTADOR      FUNCION      FIRMA

\_\_\_\_\_  
SUPERVISOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ENCUESTADOR      FUNCION      FIRMA

\_\_\_\_\_  
HORA DE TERMINO DE LA ENCUESTA

## CRITERIOS DE RIESGO Y CALIFICACIÓN FAMILIAR

Número	Criterios de Riesgo	Calificación
1	Niños menores de 5 años	35
2	Mujeres en edad fértil 14 a 49 años	15
3	Embarazadas	20
4	Integrantes de la familia que curse con algún padecimiento crónico o transmisible	13
5	Otros grupos etareos	10
6	Inmunización canina y de vivienda deficientes	7
Total		100

Cuadro 1

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005

### Clasificación por riesgo

Riesgo	Puntaje
1	De 55 y más
2	De 40 a 54
3	De 25 a 39
4	De 7 a 24

Cuadro 2

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 2005