



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: MEDARDO VENTURA JIMENEZ

Nombre del tema: UNIDAD III Y IV

Parcial: I

Nombre de la Materia: SALUD PÚBLICA COMUNITARIA

Nombre del profesor: EDUARDO DOMINGUEZ

Nombre de la Licenciatura: TS Y GC

Cuatrimestre: 7°

UNIDAD III. PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD

El proceso salud enfermedad es la resultante de muchas interacciones de factores económicos, sociales, políticos, biológicos, de organización de los servicios, del estilo de vida y de patrones culturales de los pobladores que habitan en un área geográfica. Los factores opositores procedentes de la naturaleza, la sociedad y del propio organismo humano, al interactuar determinan un estado de equilibrio que llamamos salud o de desequilibrio que llamamos enfermedad.

3.1 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Se entiende por historia natural de la enfermedad, a la manera propia de evolución que tiene una enfermedad cuando se deja a su propio curso. Es decir, es el estudio de cualquier enfermedad desde su génesis y su evolución hasta las últimas consecuencias, sin la intervención del hombre. El enfoque epidemiológico para abordar el estudio de una enfermedad mediante la historia natural fue descrito por Level y Clark desde la década de los 60's y a la fecha sigue siendo vigente. El esquema tiene 2 períodos: el prepatogénico y el pospatogénico.

El período prepatogénico es el que ocurre antes de que el agente infecte al huésped; En este período es donde se está llevando a cabo en forma permanente la interacción de los componentes de la triada epidemiológica: el agente, el huésped y el medio ambiente y mientras no se presente algún factor condicionante o desencadenante, la relación en la triada tiende a guardar equilibrio.

El gran reto para la prevención es evitar que este equilibrio se altere y se establezca la infección. Cuando se rompe el equilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente a consecuencia del estímulo, el organismo es invadido por el agente estableciéndose la infección e iniciándose así el período patogénico. Lo primero que ocurre es que el agente pasa por una fase de adaptación y multiplicación en los

tejidos blanco, ocasionando cambios patológicos a nivel celular que tiempo después alterará tejidos y órganos, a este proceso se le denomina infección subclínica la cuál tiene una duración variable dependiendo de factores inherentes al agente, al huésped o al medio ambiente y tiene su término al momento en que aparecen los primeros signos de la enfermedad.

3.2 INTERVENCIONES A LO LARGO DEL PROCESO SALUD ENFERMEDAD.

La salud y la enfermedad son situaciones reales y complejas de personas y grupos en una sociedad. Los saberes, creencias y necesidades conducen a las personas a adoptar las medidas pertinentes para prevenir o curar una enfermedad. A pesar de que en el mundo se originan constantes cambios tecnológicos, sociales, o políticos, el hombre no ha logrado controlar las adversidades sanitarias, por el contrario, cada día se aprecian fenómenos que deterioran aún más la salud. Esta situación es muy compleja, porque en la ecuación no solo suma la presencia o ausencia del daño, sino la capacidad del hombre para prevenir y controlarlo, agregado a ello, la falta de conciencia sanitaria.

El cuidado de la salud, como práctica social, tiene su génesis y se estructura a través del saber cultural, de personas, sociedades e instituciones. En los diferentes grupos sociales de los diversos sistemas de salud existentes, se corresponden con formas particulares de comprender y controlar los fenómenos durante el proceso salud –enfermedad. La enfermera, al brindar el cuidado de enfermería, tiene la obligación de alinear su visión de cuidado no solo al sistema sanitario, sino a la visión de salud de las personas en todo contexto donde se desenvuelve. Es importante reflexionar sobre el rol del profesional de Enfermería en este contexto, su labor ¿es curativa?, ¿que deberá hacer la enfermera frente a una sociedad que ya no es la misma de hace 10 años?, hay que analizar que las enfermedades no solo son físicas sino mentales, y que están incidiendo de manera incontrolada en la salud de las personas, teniendo como consecuencia un país menos productivo, con incremento del gasto e incertidumbre familiar. El cuidado de Enfermería es un proceso complejo que delimita las intervenciones necesarias para resolver o mitigar el problema. Estas intervenciones se encuentran en la categoría de promoción de la salud o prevención y manejo de la enfermedad. Si la persona tiene riesgo de padecer un problema

específico, las intervenciones deberán abordar la prevención del riesgo, y corresponden a la categoría de protección de la salud; cuando la persona es relativamente sana pero se realizan actividades de promoción de la salud, en ámbitos de nutrición, ejercicio, sueño, moderación de los estilos de vida, control del estrés y apoyo social.

3.3 LA PREVENCIÓN, CONCEPTO Y TIPOS DE PREVENCIÓN. INTERVENCIONES POSIBLES A LO LARGO DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

El Sistema de Salud tiene como propósito fundamental el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo. En la unidad anterior se expusieron los aspectos relevantes en relación con la promoción de la salud.

Existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria.

Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a prohibir o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo, hasta niveles no dañinos para la salud.

El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad.

En la prevención secundaria, el diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado, son esenciales para el control de la enfermedad. De allí, la importancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada para evitar o retardar la aparición de las secuelas. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas.

La prevención secundaria pretende reducir la prevalencia de la enfermedad.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad.

3.4. TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

Las técnicas básicas de enfermería son los procedimientos sanitarios y asistenciales de enfermería que se realizan en los pacientes. Los que reciben estos cuidados básicos pueden ser hospitalizados, usuarios de atención primaria o personas dependientes.

Higiene y aseo del paciente

La colocación de la cuña y de la botella, el cambio del pañal y la higiene general de las personas adultas, así como los cuidados básicos de los bebés recién nacidos forman parte de este bloque. Es necesario conocer también la anatomía, fisiología y patologías de la piel, el pelo y las uñas.

Movilización: traslado y deambulación de pacientes

Además de la mecánica corporal, es importante dominar las técnicas de movilización, de traslados de los pacientes y de ayuda a la deambulación. En algunos de ellos pueden aparecer úlceras por presión, por lo que hay que tomar medidas para prevenirlas.

Anatomía, fisiología y patología

Existen diferentes técnicas de exploración y registro para los aparatos del cuerpo humano. Aparte del estudio del sistema nervioso y el endocrino, las técnicas básicas de enfermería incluyen:

- Aparato cardiovascular
- Aparato locomotor
- Aparato respiratorio
- Aparato urinario
- Aparato digestivo
- Aparato reproductor

Alimentación y nutrición

Más allá del aparato digestivo, se estudia el metabolismo, la nutrición y las patologías relacionadas. En enfermería son importantes las técnicas de alimentación del paciente, ya que en ocasiones es necesario hacerlo por sonda (nutrición enteral o parenteral).

Atención a ancianos, pacientes crónicos y a personas en fase terminal

Protocolos y técnicas para atender a distintos tipos de pacientes. Las técnicas básicas de enfermería también incluyen el cuidado de recién nacidos.

Cuidados en el quirófano

Cuidados preoperatorios, postoperatorios y en el servicio de cirugía.

Administración de fármacos

La administración de medicamentos por diferentes vías.

Primeros auxilios

El bloque de la asistencia sanitaria de urgencia es muy amplio y va desde la intervención en heridas, quemaduras o fracturas, hasta el transporte de accidentados y el soporte vital básico (SVB)

3.5. TOMA DE SIGNOS VITALES. CONCEPTOS Y VALORES DE REFERENCIA.

Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos. Son la cuantificación de acciones fisiológicas, como la frecuencia (FC), la frecuencia respiratoria (FR), la temperatura corporal (TC), la presión arterial (TA) y la oximetría (OXM), que indican que un individuo está vivo y la calidad del funcionamiento orgánico. Cambian de un individuo a otro y en el mismo ser en diferentes momentos del día. Cualquier alteración de los valores normales, orienta hacia un mal funcionamiento orgánico y por ende se debe sospechar de un estado mórbido. Su toma está indicada al ingreso y egreso del paciente al centro asistencial, durante la estancia hospitalaria, de inmediato cuando el paciente manifiesta cambios en su condición funcional y según la prescripción médica. Hoy en día se ha integrado la rutina de la toma de los SV a la tecnología en comunicaciones, computación, sistemas electrónicos digitales para beneficio del paciente, surgiendo así la telemedicina y telemonitoreo. Las principales variables que alteran los signos vitales son la edad, sexo, ejercicio físico, embarazo, estado emocional, hormonas, medicamentos, estado hemodinámico.

PULSO ARTERIAL Y FRECUENCIA CARDIACA

El pulso arterial es la onda pulsátil de la sangre, originada en la contracción del ventrículo izquierdo del corazón y que resulta en la expansión y contracción regular del calibre de las arterias; representa el rendimiento del latido cardiaco y la adaptación de las arterias. La velocidad del pulso, es decir los latidos del corazón

por minuto, corresponde a la frecuencia cardiaca. Las características que se estudian al palpar el pulso arterial son: -Frecuencia: número de ondas percibidas en un minuto. -Ritmo: el ritmo es normal regular.

-Volumen o amplitud: Normal cuando el pulso es fácilmente palpable, desaparece intermitente y todos los pulsos son simétricos, con elevaciones plenas, fuertes y rápidas. -Elasticidad: capacidad de expansión o deformación de pared arterial bajo la onda pulsátil. Una arteria normal, es lisa, suave y recta. • Sitos para tomar el pulso Pulso temporal (arteria temporal), pulso carotideo (arteria carótida), pulso braquial (arteria humeral), pulso radial (arteria radial), pulso femoral (arteria femoral), pulso poplíteo (arteria poplíteo), pulso pedio (arteria pedio), pulso tibial (arteria tibial posterior) y pulso apical (en el ápex cardiaco), Los más utilizados con el pulso carotideo, radial, braquial y femoral.

- Técnica para tomar el pulso arterial (radial). 1. El paciente debe estar cómodo con la extremidad apoyada o sostenida con la palma hacia arriba. 2. Aplique suavemente las yemas de su dedo índice y medio en el punto en que la arteria pasa por el hueso. 3. Cuente los latidos durante 15, 20 ó 30 segundos y multiplique ese valor por 4, 3 ó 2 respectivamente si el pulso es regular. Si el pulso refleja alguna irregularidad, se debe llevar el conteo durante un minuto completo o incluso más. 4. Registre e interprete el hallazgo y tome las decisiones pertinentes.

- Recomendaciones para la valoración del pulso. 1. Manos limpias, secas y en lo posible tibias. 2. Ponga al paciente en reposo al menos unos 10 a 15 minutos antes de controlar el pulso. 3. Verificar si el paciente ha recibido medicamentos que afectan la frecuencia cardiaca. 4. Evitar usar el dedo pulgar, porque el latido de este dedo es muy fuerte y se pueden confundir los pulsos del paciente y del examinador. 5. Oprima suavemente la arteria para no hacer desaparecer totalmente el pulso. 6. Pulso cardiaco apical y los tonos cardiacos se valoran mediante auscultación. Con el estetoscopio y con palpación en el infante. 7. Palpar cada pulso en forma

individual para evaluar sus características y en forma simultánea para detectar cambios en la sincronización y la amplitud. • Técnica para tomar la frecuencia. 1. Colocar al paciente en sedestación o decúbito supino. 2. Colocar el diafragma del estetoscopio en el 5to espacio intercostal, línea medioclavicular izquierda. 3. Contar los latidos en 6, 15 o 30 segundos, y multiplicarlo por 10, 4 o 2 según corresponda, para obtener el número de latidos por minuto

- Alteraciones de la frecuencia cardiaca y el pulso. -Taquicardia sinusal: FC elevada mayor de 100 latidos por minuto, que no sobrepasa los 160. -Bradicardia sinusal: FC entre 40 y 60 latidos por minuto. -Pulso amplio: por grandes presiones diferenciales (insuficiencia aórtica). -Pulso duro: común en el anciano por arteriosclerosis. -Pulso débil: tono muy bajo (estenosis aórtica, deshidratación, hemorragias severas y shock). -Pulso arritmico: arritmias cardiacas. -Pulso filiforme y parvus: debilidad extrema y pulso casi imperceptible (estado agónico y severa falla de bomba cardiaca). -Pulso alternante: característica cambiantes, suele indicar mal pronóstico (miocardiopatía o lesión de la fibra cardiaca).

B. TEMPERATURA CORPORAL Se define como el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo. Factores que afectan la termogénesis: tasa metabólica basal, actividad muscular, adrenalina, noradrenalina, estimulación simpática, producción de tiroxina, otras. Factores que afectan la termólisis: conducción, radiación, convección y evaporación. La temperatura corporal promedio normal de los adultos sanos, medida en la cavidad bucal, es $36.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$. Existen diferencias en los valores, de acuerdo con el territorio anatómico que se emplea en la medición. Así, la temperatura rectal es 0.3°C . superior a la obtenida, en el mismo momento, en la cavidad oral y ésta, a su vez, excede en 0.6°C . a la registrada simultáneamente en la axila. • El termómetro. La temperatura corporal se mide a través de un termómetro clínico. El termómetro convencional de mercurio axilar es de extremo alargado y el rectal es corto y redondeado. Los termómetros digitales poseen una pantalla de

lectura, incorporan un microchip que actúan en un circuito electrónico y es sensible a los cambios de temperatura ofreciendo lectura directa de la misma en más o menos 60 segundos. El termómetro de oído digital electrónico, que trabaja con una pila de litio y tiene pantalla de lectura, mide la temperatura mediante detección en el conducto auditivo de los rayos infrarrojos que emiten los órganos internos. El termómetro de contacto con la piel con tecnología similar a la anterior, estima la temperatura colocándolo en la frente con tiempo de lectura de 5 segundos.

- Técnica para tomar la temperatura. 1. Asegúrese de que la columna de mercurio marque menos de 35°C. 2. Limpie con una torunda alcoholada el termómetro, para desinfectarlo. 3. Tiempo de coloración: -Bucal: 3 minutos. En pacientes sin alteración de conciencia. -Axila o ingle: previamente secas, colocar el termómetro 3 a 5 minutos. -Rectal: paciente en decúbito lateral con genuflexión de los miembros inferiores, introducir en el recto el termómetro lubricado, esperar 1 minuto. 4. Para todos los casos retire el termómetro y léalo. 5. Interprete y actúe ante evidencia de alteración.
- Recomendaciones y precauciones. 1. Use de manera personalizada el termómetro. 2. El bulo debe estar completamente en contacto con la zona anatómica elegida, que debe estar seca y tener buena irrigación 3. Toma rectal contraindicada en personas con diarrea, procesos inflamatorios anales o rectales, o que no colaboren (problemas mentales). 4. Para toma de temperatura oral basal, no haber fumado, comido o bebido líquidos calientes o fríos 15 minutos antes. Evitar esta toma en niños, pacientes inconscientes, con disnea, tos, hipo, vómito o con lesiones en boca

- Alteraciones de la temperatura. -Hipotermia: temperatura central $\leq 35^{\circ}\text{C}$. -Febrícula: temperatura mayor a la normal y hasta los 38°C . -Fiebre: elevación de la temperatura corporal central por encima de las variaciones diarias normales mayor de 38°C . -Hiperpirexia: temperatura muy elevada mayor a 41°C . El punto de ajuste de la temperatura interna a nivel hipotalámico está elevado, conservándose los mecanismos del control de la temperatura. -Hipertermia: fallan los mecanismos de

control de la temperatura, de manera que la producción de calor excede a la pérdida de éste, estando el punto de ajuste hipotalámico en niveles normotérmicos, presentando temperatura mayor a los 41°C

Según la forma de la curva térmica (tipos de fiebre): -Continua: constantemente alta, oscilación diaria inferior a un grado. -Intermitente: se caracteriza por elevaciones térmicas que retornan a los valores normales, durante cada día de fiebre. -Remitente: no baja a valores normales durante cada día de fiebre. (figura 3) -Reincidente o recurrente: se dan cortos periodos febriles de pocos días intercalados con periodos de 1 a 2 días de temperatura normal

La presión arterial resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. La fuerza de la sangre contra la pared arterial es la presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. Estas dos fuerzas son contrarias y equivalentes. La presión sistólica es la presión de la sangre debida a la contracción de los ventrículos y la presión diastólica es la presión que queda cuando los ventrículos se relajan. La presión arterial está determinada por el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Se cuantifica por medio de un manómetro de columna de mercurio o anaeroide (tensiómetro). Sus valores se registran en milímetros de mercurio (mm/Hg). Características de la presión arterial. El corazón expulsa toda la sangre que fluye hacia a él, sin crear estancamiento sanguíneo excesivo en los vasos, esto ocurre dentro de los límites fisiológicos. Cuanto mayor sea la presión de llegada que obliga a pasar la sangre de las venas al corazón, tanto mayor será el volumen de sangre expulsada; la presión arterial se eleva durante la sístole y disminuye durante la diástole. Esfigmomanómetros. Constan de un manquito con una bolsa de goma comunicada con el sistema de medición, de forma rectangular, que se puede inflar para ejercer presión sobre una arteria susceptible de colapsar y que está forrada con una funda, de mayor longitud, de modo que sea posible rodear el perímetro del brazo y fijarla. Las presiones se registran en una escala que puede ser de mercurio,

un reloj o una pantalla, según el sistema usado. Ya sea de columna de mercurio, aneroide o digital. El brazalete debe ser de un tamaño proporcional a la longitud y grosor de la extremidad ya que se aconseja que la bolsa de goma cubra al menos el 80% de la circunferencia del brazo.

Técnica para la toma de presión arterial con esfigmomanómetro aneroide. 1. Idealmente el paciente debe estar descansado, acostado o sentado. Ubicar el brazo apoyado en su cama ó mesa en posición supina. 2. Colocar el tensiómetro en una mesa cercana, de manera que la escala sea visible. 3. Fijar el brazalete alrededor del brazo, previa selección del manguito de tamaño adecuado (niño, adulto, obesos o extremadamente delgados) con el borde inferior 2.5 cm. Por encima de la articulación del codo, altura que corresponda a la del corazón, evitando excesiva presión del brazo. 4. Palpe la arteria radial, insufla en forma continua y rápida hasta el nivel que deje de percibir el pulso: esto equivale a presión sistólica palpatoria.

3.5. 1. PRACTICAS DE TOMA DE SIGNOS VITALES

Antes de realizar cualquier procedimiento, es nuestro deber informar al paciente lo que le vamos a hacer.

Presión arterial

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra la pared de una arteria mientras los ventrículos cardiacos se contraen y se relajan. Habitualmente se efectúa con un esfigmomanómetro. Los más usados son los de tipo aneroide y de mercurio. Ambos constan de un sistema para ejercer presión alrededor del brazo y una escala que permite conocer la presión medida.

Preparación para medir la presión arterial.

- ✓ La presión arterial conviene medirla en el brazo, estando el paciente sentado o acostado, cómodo y relajado.
- ✓ Debe haber descansado unos 5 minutos y no haber consumido café, bebidas alcohólicas o haber fumado en los 30 minutos anteriores.
- ✓ Verificar que la sala se encuentra en silencio y a una temperatura agradable

- ✓ Asegurarse que el brazo seleccionado no tenga ropa, asegurarse que no haya fistulas arteriovenosas para diálisis, cicatrices por disecciones arteriales braquiales previas. En caso de que vaya a utilizar una pierna, retirar la ropa para evitar que haya presión sobre la extremidad
- ✓ Palpe el pulso braquial o pedio, para verificar la presencia de pulso viable
- ✓ Si el paciente está sentado, coloque el brazo sobre una mesa un poco arriba de su cintura, si está de pie intente apoyar el brazo del sujeto a la altura de la parte media del tórax; si se va a tomar la presión arterial en el tobillo el paciente deberá estar acostado.
- ✓ Habitualmente la medición se efectúa al final del examen físico, momento en el que el paciente debiera estar más relajado.

Si la arteria humeral está mucho más abajo del nivel del corazón, el registro de la presión sanguínea indica resultados altos y falsos.

TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Técnica Braquial:

- ✓ El brazalete se aplica en la mitad del brazo (el borde inferior queda 2 a 3 cm por arriba del pliegue antecubital). Debe quedar bien aplicado y no suelto (esto último favorecería lecturas falsamente elevadas).
- ✓ El brazo debe estar desnudo, sin ropas que interfieran la colocación del brazalete, conviene que el brazo este apoyado sobre una mesa a nivel del corazón o que cuelgue relajado al lado del cuerpo. El esfuerzo del paciente por sostener el brazo, puede elevar la presión sanguínea.
- ✓ La bolsa de goma debe quedar ubicada de tal forma que justo a la mitad de ella esté sobre la arteria braquial. Además el brazalete debe quedar a la altura del corazón. Si se ubica más abajo, se registrarán presiones falsamente elevadas.
- ✓ Se palpa con los dedos índice y medio el pulso braquial y se comienza a inflar el brazalete hasta donde se deja sentir los pulsos y se infla el brazalete 20-30mmHg por arriba de donde se dejó sentir el pulso.

PULSO Y FRECUENCIA CARDIACA

Pulsos

Los pulsos arteriales palpables y visibles, son el resultado de la sístole ventricular. Al examinar los pulsos arteriales se pueden estimar la frecuencia cardiaca.

Características del pulso:

- ✓ Volumen de sangre expulsado (vol./latido)
- ✓ Distensibilidad de la aorta y de las principales arterias
- ✓ Viscosidad de la sangre
- ✓ Frecuencia de eyección (gasto cardiaco)
- ✓ Resistencia arteriolar periférica.

Localización de los pulsos.

- ✓ Pulso carotídeo. Se busca en el recorrido de las arterias carótidas, medial al borde anterior del musculo esternocleidomastoideo.
- ✓ Pulso Axilar. Se palpa profundo en la fosa de la axila, por detrás del borde posterior del musculo pectoral mayor.
- ✓ Pulso Braquial. Se palpa sobre la cara anterior del pliegue del codo, medialmente. Se conoce también como pulso humeral.
- ✓ Pulso radial. Se palpa en la cara anterior y lateral de las muñecas, entre el tendón del musculo flexor radial del carpo y la apófisis estiloides del radio.

3.6. TOMA DE GLICEMIA CAPILAR. CONCEPTO Y VALORES DE REFERENCIA.

El conocimiento de la técnica adecuada para la toma de muestra capilar podrá permitir la evaluación de los niveles de glucosa de forma inmediata tras la toma, para con ello realizar una interpretación y asignar un reajuste a su tratamiento o modificar las recomendaciones en caso de ser necesario.

Es un método enzimático específico para la determinación de niveles de glucosa en sangre, se realiza para control de glucemias en pacientes diabéticos o para método consultivo de detección de diabetes. La glucemia capilar es una prueba en la que se evalúa el nivel de glucosa del momento por medio de una pequeña gota de sangre y un aparato para la lectura de la concentración de glucosa en la sangre. No se debe utilizar la glucemia capilar para el rastreo de la diabetes en la población sana. Las variaciones en resultados pueden deberse a distintos aspectos como: manos inadecuadamente limpias, almacenamiento inadecuado de las tiras,

suciedad en el aparato, manos muy frías, etc. La glucemia en los capilares de los dedos suele arrojar resultados más altos de los reales.

3.6.1. PRACTICAS DE TOMA DE GLICEMIA CAPILAR.

1. Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Servicio Gallego de Salud. 2. Identificarnos con nombre y apellidos. 3. Respetar la intimidad del enfermo y guardar confidencialidad de sus datos. 4. Informar al paciente y/o el cuidador principal del procedimiento que se va a realizar (Grado C)⁹ y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarle el procedimiento a los padres (Grado B)⁹. 5. Solicitar su consentimiento (Grado C)⁹ de forma verbal, siempre que sea posible. 6. Identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento. 7. Comprobar que las condiciones del paciente se corresponden con el tipo de determinación indicada: basal, preprandial o posprandial. 8. Colocar al paciente confortablemente (sedestación o decúbito). 9. Verificar la limpieza y el funcionamiento correcto del glucómetro, la fecha de caducidad de las tiras reactivas y que estas se correspondan con el modelo del glucómetro a utilizar (Nivel IV)⁹. 10. Higiene de manos (Nivel I)⁹. 11. Colocar los guantes. 12. Seleccionar la zona de punción (evitar las zonas rojizas, deformadas o con cicatrices) zona lateral de la yema de los dedos o lóbulo de la oreja. En lactantes y en neonatos la zona de elección es el talón calentado previamente (Nivel IV)⁹. 13. Asegurarse de que la zona de punción esté limpia y seca. Si es preciso, lavar con agua tibia (Nivel IV)⁹. 14. Cargar el sistema automático de punción. 15. Colocar la tira reactiva en el medidor. 16. Favorecer el flujo sanguíneo en la zona seleccionada, dando un ligero masaje desde la base hasta la punta del dedo (Nivel IV)⁹.

17. Puncionar con una trayectoria recta la zona elegida. El dispositivo de punción y el lateral del dedo formarán un ángulo de 90°. (Anexo I: figura 2). 18. Desechar la

primera gota y cuando tenga una gota suficiente, colocarla sobre el área reactiva de la tira (la absorción es por capilaridad). (Anexo I: figuras 3-4). 19. Presionar con una gasa la zona de punción (Nivel IV)⁹. 20. Esperar el tiempo fijado por cada medidor para obtener el resultado (Anexo I: figura 5). 21. Retirar la tira reactiva y apagar el medidor si es preciso. 22. Desechar el material y limpiar el glucómetro siguiendo las recomendaciones del fabricante. 23. Retirar y desechar los guantes. 24. Higiene de manos. 25. Registrar el resultado.

3.7. TERAPIA INTRAVENOSA

Como procedimiento, la terapia intravenosa tiene por finalidad utilizar una vía de acceso venoso con fines terapéuticos para favorecer en el paciente tanto el máximo rendimiento curativo, capaz de mantener su delicada y comprometida salud ante una situación establecida, como la de conseguir el mayor confort posible y, de forma conjunta, minimizar el dolor en aquellas personas aquejadas de patologías que requieren el uso de medicamentos para paliarlas.

3.7.1. PRACTICAS TERAPIA INTRAVENOSA

En líneas generales, la indicación más común de la terapia intravenosa es la administración de un tratamiento que no puede realizarse por vía oral o digestiva, o cuando es preciso obtener efecto inmediato de un determinado medicamento.

También puede utilizarse la vía intravenosa con fines diagnósticos, yasea para administrar medios de contraste, para monitorizar presiones intravasculares, para obtener muestras sanguíneas o para biopsias. En otras ocasiones, la terapia intravenosa puede utilizarse para depurar sustancias de la sangre o para obtener un efecto curativo directo (colocación de un electrocatéter, flebotomía y exanguinotransfusión, tratamiento de varices, etc

3.8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos es una de las intervenciones de cuidado más frecuentes que realiza el profesional de enfermería en el ámbito clínico y comunitario, su eficiente y efectivo desempeño en este campo es de gran impacto en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación y el buen morir de las personas. Por esta razón, es considerada una de las tareas que demanda más atención y conocimiento, puesto que las decisiones que se tomen y las acciones que se realicen son de gran trascendencia para los resultados en salud y calidad de vida de la población.

3.8.1. PRACTICA EN ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Legalmente para que un medicamento pueda administrarse tiene que respaldarse su prescripción y administración en forma escrita en la ficha clínica. • Nombre del paciente. (especialmente en medicamentos orales, tópicos y/o sublinguales) • Fecha de vencimiento o preparación del medicamento. (jarabe o frascos multidosis) • Nombre del medicamento (Verificar nombre genérico y comercial). • Dosis (Verificar dosis en 24 horas, si corresponden las dosis fraccionadas). • Vía de administración. • Hora de administración y la frecuencia con la que debe administrarse (verificar abreviatura). • Revisar tarjeta de medicamentos concuerde con ficha de enfermería

10 correctos, Lavado de manos. • Trasladar el equipo a la sala del paciente (el medicamento se presenta en un vasito especial para medicamentos, el cual es preparado previamente evitando que al depositarlo en el vasito toque con las manos; en caso de suspensiones se debe agitar antes de preparar la dosis). • Identificarse con el paciente. • Colocar al paciente en posición Fowler (si no existe contraindicación). • Explicar al paciente el objetivo de tomarse el medicamento

prescrito solo en los casos posibles. • Verificar por medio de la tarjeta de registro del horario, si corresponde el medicamento, nombre, número de cama, medicamento prescrito y dosis a administrar. Llamar por su nombre al paciente, chequear brazalete de identificación. • Desechar vasito o recipiente que contenía el medicamento. • Colocar al paciente en posición cómoda una vez ha ingerido el medicamento. • Registrar en ficha de enfermería administración del medicamento

Se debe revisar SNG, se encuentre bien fijada no desplazada y/o aspirar salida de contenido gástrico. • Cada fármaco debe administrarse individualmente. No administrar varios fármacos al mismo tiempo. • No usar la misma jeringa, utilizar una distinta en cada administración para evitar interacciones. • Lavar la sonda con 5 – 10 ml de agua para lavar restos, según calibre de sonda y restricciones del paciente. • Si en el tratamiento del paciente hay fármacos de formas líquidas y sólidas, administrar primero las formas farmacéuticas líquidas y procurar que se haga en el orden de menor a mayor viscosidad para evitar la obstrucción de la sonda.

10 Correctos , lavado de manos. • Revisar en ficha clínica si paciente es alérgico a medicamentos. • No contaminar el equipo durante su preparación o antes y durante su aplicación. • No aplicar medicamentos sin indicación escrita en ficha clínica del paciente. • Revisar estabilidad de medicamentos con diferentes soluciones para dilución. • Chequear identificación del paciente con el brazalete. • No administrar medicamentos en una zona donde exista edema, flebitis o que se encuentre infectada. • No administrar un medicamento de apariencia dudosa (fecha de caducidad borrosa o sin etiqueta, cambio de color, etc.). • No introducir rápidamente el medicamento (puede ocasionar choque). • Rotular matraces con nombre de medicamentos y fecha de elaboración.

3.9. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.

Se define como el estudio del tamaño, proporción, maduración, forma y composición corporal, y funciones generales del organismo, con el objetivo de describir las características físicas, evaluar y monitorizar el crecimiento, nutrición y los efectos de la actividad física. Se basa en 4 pilares básicos: las medidas corporales, el estudio del somatotipo, el estudio de la proporcionalidad y el estudio de la composición corporal. En la bibliografía científica se encuentra un gran número de estudios que vinculan la capacidad física o el desempeño y rendimiento de las personas en relación con sus características cineantropométricas. En el campo de la salud y seguridad en el trabajo y de la ergonomía, la antropometría permite establecer algunos métodos y variables que unen los objetivos de diferentes campos de aplicación para caracterizar las relaciones espaciales y cómo determinan en la salud y la seguridad. La ergonomía utiliza los datos antropométricos para diseñar espacios de trabajo, herramientas, equipos de seguridad y protección personal, considerando las diferencias entre las características, capacidades y límites físicos del cuerpo humano.

3.9.1. PRACTICAS DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

1. Requisitos generales para realizar mediciones antropométricas. • Debe explicarse los detalles básicos de las mediciones que se realizarán y el objetivo del estudio. • Debe de completarse los procedimientos necesarios relacionados con el consentimiento informado.

Debe de realizarse un examen físico general para determinar algunas condiciones que introduzcan variación en las mediciones como edema o falta de algún segmento corporal. | El lugar donde se realizan las mediciones debe ser un local con privacidad, suficientemente amplio para realizar los movimientos necesarios por la

persona examinada, la que realiza las mediciones y personas de apoyo técnico y con condiciones ambientales comfortable de iluminación, temperatura y ventilación. | Es conveniente poder contar con la colaboración de un ayudante para que anote las medidas en la ficha antropométrica, y que establezca un control de calidad. | Procurar realizar las medidas en ayuno de por lo menos, de 8 horas. | Debe evitarse la espera innecesaria de la persona. | En estudios con mediciones de larga duración, se tendrá en cuenta la hora del día en que se toman las medidas. | Cambios de posición se realizarán sin brusquedades y con la colaboración de la persona examinadora.

2. Requisitos relacionados con la persona a la que se le realizaran las mediciones antropométricas. | Vestir ropa ligera (pantalón corto o bañador de 2 piezas) que no dificulte las posiciones y movimientos necesarios para la realización de las mediciones. | No portar accesorios que entorpezcan o introduzcan variación en las mediciones (monedas, llaves, espejuelos, anillos, relojes, cadenas, pulseras y semejantes). | No portar zapatos ni calcetines (medias, calcetas).

3. Requisitos relacionados con la persona que realizará las mediciones antropométricas. | Poseer los conocimientos teórico y prácticos sobre antropometría en general y sobre las mediciones antropométricas que se realizarán. | Guardar distancia prudencial por respeto a la persona examinada

4. Requisitos relacionados con las mediciones antropométricas. | Por convención internacional, todas las medidas se realizarán en el lado derecho del cuerpo. | Antes de comenzar se marcarán, con lápiz demográfico, los puntos anatómicos que servirán de referencia para la toma posterior de medidas. | En la realización de marcas y medidas antropométricas se seguirá una secuencia (arriba abajo o viceversa). | Las técnicas y anotaciones deben ser homogéneos en todas las personas a las que se realizarán las mediciones, por lo que se recomienda el número menor de personas para realizar las mediciones. 5. Posición anatómica

para la realización de las mediciones antropométricas (Posición “Cineantropométrica”, “de atención antropométrica” o “estándar erecta”). I De pie (bipedestación), postura erguida y vista al frente, con la cabeza y los ojos dirigidos hacia el punto de fijación, las extremidades superiores relajadas a lo largo del cuerpo con los dedos extendidos, apoyando el peso del cuerpo por igual en ambas piernas, los pies con los talones juntos formando un ángulo de 45°. I En esta posición las palmas de las manos se colocan tocando ligeramente la parte lateral de los muslos, a diferencia de la posición anatómica tradicional en que las palmas están colocadas hacia el frente, para procurar la comodidad de la persona.

3.10. CUIDADOS GENERALES, NIÑOS, ADULTOS, EMBARAZADOS Y GERIÁTRICOS.

Los padres, familiares o cuidadores de los **niños** son responsables primarios de la salud de los niños a su cargo. Conocer aspectos relacionados con esta tarea les permite desempeñar este rol con mayor eficiencia y seguridad. En ocasiones, la capacitación de estos cuidadores no es sistemática ni regular; muchas de las conductas se adquieren a partir de lo vivido en el seno de cada familias y se adoptan aquellas que parecen más adecuadas o ajustadas a la propia visión y valor sobre la salud y la enfermedad. Por otro lado, los hábitos y las costumbres de vida que se adquieren durante la niñez perduran en el tiempo y marcan la adquisición de conductas saludables, las cuales impactan directamente en la calidad de vida de las personas, el rendimiento escolar y laboral, el ambiente en el que vivimos y nuestra sociedad en su conjunto. Para alcanzar los objetivos en salud, entendida como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", resulta necesario centrar la atención sobre los riesgos y las conductas precursoras de lesiones y enfermedades futuras, haciendo hincapié en la prevención y la educación para la salud. En este marco, la niñez es un período clave y potencialmente fundacional de buenos hábitos, donde el pediatra puede actuar como educador y consultor.

El embarazo es una etapa maravillosa tanto para la madre como para toda la familia y para vivirla a plenitud es importante tener en cuenta algunas recomendaciones de cuidado que favorezcan el crecimiento del bebé de forma saludable. Durante su embarazo tenga en cuenta los siguientes cuidados:

- Concertar citas periódicas con el ginecólogo para asegurarse que todo marcha bien.
- Comer de forma saludable, llevar una dieta balanceada y asegurarse de que el bebé y su propio organismo estarán recibiendo los nutrientes necesarios, como el Ácido fólico, el hierro y las vitaminas.
- Se deberá evitar hacer dietas para bajar de peso. El embarazo no es el momento adecuado para seguir una dieta y deberás esperar hasta después de haber dado a luz para bajar de peso.
- Tomar precauciones con el tipo de ejercicio físico o con las actividades que se realicen. Evitar hacer movimientos muy bruscos, o hacer algún deporte o actividad en la que se corra el riesgo de golpes o caídas.
- Evitar permanecer demasiadas horas parada, sobre todo cuando el embarazo ya se encuentra avanzado y la barriga ha aumentado considerablemente su tamaño.
- consultar con el médico antes de empezar cualquier tratamiento o de usar algún medicamento, ya que esto podría ser perjudicial para el bebé.
- Evitar el consumo de alcohol, de drogas y de tabaco. Evitar también estar en lugares en los que haya gente fumando ya que el humo también podrá afectar al bebé.

- Evitar estar en contacto con gatos u otros animales que puedan transmitir enfermedades, tales como la toxoplasmosis.
- Evitar acudir a lugares donde estén personas enfermas como hospitales en los que exista una mayor probabilidad de contraer algún virus.
- Se deberá evitar exponerse a altas temperaturas. Tampoco se recomienda permanecer en agua muy caliente como por ejemplo en un jacuzzi.
- Es importante tomarse un tiempo para relajarse y estar tranquila y estar en contacto con el bebé a través de su barriga. Después de un tiempo, el bebé podrá reconocer la voz de la madre, por eso se recomienda hablarle al bebé. También es bueno ponerle música al bebé. Los bebés pueden oírla aun desde dentro del seno materno, lo cual estimulará su desarrollo.
- Es importante consultar con el médico ante cualquier síntoma extraño o dolor para evitar posibles situaciones de riesgo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera **adulto mayor** a cualquier persona mayor de 60 años. Algunos de ellos se consideran adultos mayores disfuncionales debido a que, a causa de los problemas naturales que conlleva el envejecimiento, necesitan ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Además, las personas de la tercera edad son más vulnerables a diversas enfermedades y por lo tanto requieren una constante observación y atención médica. Por otra parte, debido al aumento en la esperanza de vida, al proceso natural de envejecimiento y a la vulnerabilidad física, social y psicológica se ha incrementado el número de padecimientos y sus complicaciones, con predominio de las enfermedades crónicas degenerativas, aunado a una vida más prolongada se presenta un detrimento de la calidad de la misma. Es importante considerar que es posible ser un adulto mayor saludable, ya que el envejecimiento es un proceso de cambios que tiene el organismo a través del tiempo y puede ser negativo o positivo, según nuestro estilo de vida.

UNIDAD IV. SALUD PÚBLICA

4.1 CONCEPTO DE SALUD PÚBLICA, EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

Las grandes epidemias acaecidas durante el siglo XVIII de enfermedades como la viruela (hasta el descubrimiento y la expansión de la vacuna por Edward Jenner [1749- 1823]), el tifus, el cólera y la malaria llevaron a reflexionar sobre la gravedad del problema por contagio, debido a la movilización de personas (principalmente de ejércitos). La mala alimentación era otra causa de enfermedad, evidente en la tuberculosis y el raquitismo; se encontraba también la peste (aparecida en 1720), que siguió siendo endémica en el Mediterráneo occidental. Además, el crecimiento de las ciudades fomentó la acumulación de personas en espacios reducidos, desechos fecales, vísceras de animales, sangre y demás perecederos, que

generaban basura, mal aspecto y malos olores, lo cual acrecentó el interés de diversas personas en el tema. «El invento de la cuestión urbana, el triunfo del concepto funcional de la ciudad-máquina, incitan al aseo topográfico, inseparable del aseo social que manifiestan la limpieza de la calle y el aseo de los sitios de relegación»⁴. A este respecto, los diversos descubrimientos y reflexiones en torno a las distintas ramas del conocimiento científico, en especial la física y, ya adelantado el siglo XVIII, la química, aportaron instrumentos y herramientas para aplicarlos en los diversos medios de desarrollo humano; es decir, se generaron fundamentos con bases científicas. Por ejemplo, objetos como el termómetro y la mejora en los lentes para microscopios podían generar resultados de manera cuantitativa sobre las investigaciones.

En este contexto, los grandes proyectos de los monarcas absolutistas⁵ tenían evidentemente repercusiones de hondo calado, tanto en la vida pública como en la privada. Un ejemplo claro fueron los hospitales, que tenían que ver con la idea de bienestar y progreso: «La joya de los hospitales fue el Allgemeine Krankenhaus (Hospital General) de Viena, que tenía dos mil camas, y fue reconstruido en 1784 por el emperador José II. Este hospital era la expresión manifiesta de la determinación de los dirigentes absolutistas ilustrados.

de centralizar la administración»⁶. En otros países, como Inglaterra, los hospitales se instalaron por iniciativa privada, especialmente gracias a las donaciones de personas con recursos económicos bastante considerables, debido a tres factores: la caridad, que estaba ligada a la idea de la redención; el afán de derrochar para demostrar cierto poder, y la idea ilustrada del mejoramiento de la calidad de vida de las personas. El aumento del número de hospitales en las ciudades, acompañado de una lenta mejora de la ciencia médica y su enseñanza, contribuyó al desarrollo de la medicina. En aquella época los estudiantes tenían que recorrer los pasillos de los hospitales y estudiar las enfermedades no sólo en los libros, sino también en el cuerpo humano. Se abrió el camino a la clínica mediante la cual Xavier Bichat (1771-

1802) había perfeccionado el método anatomopatológico. También la Ilustración, como movimiento intelectual, trajo consigo una serie de repercusiones en la vida social de las personas, tanto pública como privada. Debido a las ideas que se formaron en ese contexto sobre la educación, algunos filósofos consideraban la razón no como algo ejercido en solitario, sino como un proceso mental dirigido al estudio de la vida que nos rodea, con el objetivo de mejorarla. Dicha concepción se vio confirmada por los juristas de la escuela de derecho natural: «La razón es el único medio por el cual los hombres pueden buscar la felicidad». Pronto la razón se tuvo que atemperar mediante el sentimiento o la sensibilidad ante las impresiones del mundo exterior que constituían una alternativa a los dictados de la razón lógica. «En la alternancia entre la razón y el sentimiento reside gran parte del encanto del siglo XVIII»

En 1841 se instituyó en México el Consejo Superior de Salubridad, compuesto sólo por seis miembros¹⁰, y perteneciente al ramo de la beneficencia pública¹¹. Durante esa época, hubo una gran gama de instituciones dedicadas al cuidado de la salud, con sede en la Ciudad de México, entre las cuales podemos destacar «la Academia Nacional de Medicina (desde 1842), la Escuela Nacional de Medicina (mismo año) y el Consejo Superior de Salubridad (desde 1841)»¹². Estas instituciones cumplían a medias sus funciones, pues no efectuaban aspectos fundamentales, vigentes en esa época, referidos a la salud pública. Aspectos que, dicho sea de paso, estaban muy ligados a la idea de modernidad. Un claro ejemplo fue el del Consejo. El establecimiento de dicha institución dice mucho de las preocupaciones gubernamentales por mantener el buen estado de salud entre la población mexicana, aunque, como señala Hiram Félix Rosas, «en términos generales, entre 1841 y 1880, las tareas del Consejo eran un listado de buenas intenciones. Su desempeño intermitente estuvo marcado por conflictos políticos, carencia de recursos y la relativa desorganización del país. A la luz de las acciones emprendidas, es posible afirmar que la consolidación de este organismo técnico, consultivo, normativo y ejecutivo de la salud pública mexicana comenzó en

1880»¹³. Debemos resaltar que algunas medidas de higiene pública existían ya desde épocas tan antiguas como la colonia. La recolección de la basura, el entierro de los difuntos y las cañerías dan cuenta de destellos de modernidad (venidos desde la España ilustrada). Estas medidas, en general, no eran completadas en su totalidad, debido a la falta de fondos o porque algunas eran encomendadas a civiles, que debían correr con los gastos, es decir, que se pretendía que se realizasen con fondos privados y contribuciones mediante una suerte de rifas. «Fue el Virrey Revillagigedo, quien ordenó el traslado de las basuras hacia fuera de las garitas»¹⁴, con el fin de mantener la limpieza en las calles y así fomentar las buenas costumbres, aunque esta medida tuvo que ser cancelada por falta de fondos. Se tenía la idea, mas esto no quiere decir que se llevase a cabo en su totalidad.

En 1876, Porfirio Díaz, quien duraría 30 años en el poder, se declaraba presidente de México, y con esto se abría una nueva etapa en la historia de México, algo confusa, algo marginada por la historiografía posrevolucionaria y, valga decirlo, la historia oficial. Desde su ascenso al poder, Díaz logró lo que nadie había conseguido hasta el momento: generar estabilidad política en el país. Esto daba pie a que el gobierno pudiera concentrar los recursos económicos en distintos aspectos de orden público de mejoramiento y modernización. Acerca de esto, los «viajeros podrían atestiguar la sólida infraestructura que don Porfirio –como (casi) todo México reverencialmente le decía– había dado al país desde [...] su ascenso al poder en 1876: obras portuarias, excelentes vías férreas, teléfonos, telégrafos, correos»¹⁵. El proyecto modernizador porfiriano buscaba que la capital se convirtiera en una ciudad limpia, ordenada e higiénica, en donde las enfermedades epidémicas y no epidémicas estuviesen controladas. Si bien el ideal del gobierno de Díaz era modernizar todo México, el efecto fue paulatino; al tratarse de un gobierno centralista, la capital fue la primera en recibir los efectos. Uno de los logros del gobierno del general fue destinar el dinero que se recaudaba de los impuestos a los juegos de azar y las multas a la beneficencia pública a cargo del Consejo Superior de Salubridad. Además, se emitió un reglamento durante 1881 donde se señalaba

que «en el Hospicio de Pobres se atenderían 600 internos, y en el Tecpam de Santiago 250 alumnos»¹⁶. A partir de 1880, el Consejo, que también se encargaba de la asistencia, empezó a publicar un boletín (el primero apareció el 15 de julio de ese mismo año) donde se hacían públicos todos los planes y acciones que el Consejo había realizado a lo largo y ancho del territorio mexicano; además, se crearon 15 sociedades científicas y el 21 de enero de 1882 se celebró el Congreso Higiénico Pedagógico, en el cual se abordaron temáticas relacionadas con la salud y la higiene en las escuelas¹⁷. Este modelo ideal buscaba enseñar a los mexicanos, desde corta edad, a mantenerse limpios y sanos, y lo que era más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Era el ideal de progreso reflejado en la sociedad. Una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna. No es casual que a muchos de nosotros nos haya tocado vivir inspecciones higiénicas realizadas por compañeros de los grados superiores durante la primaria, incluso a finales del siglo XX. Al término de la década de 1980 se fundaron dos de los primeros institutos dedicados a la investigación (1888): el Instituto Médico Nacional y el Instituto Geológico (1891). En este sentido, es importante señalar que los hospitales no fueron la excepción: en 1895 el médico Eduardo Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad, y el ingeniero Roberto Gayol comenzaron el proyecto de construcción del Hospital General, que abrió sus puertas en 1905. Esto se debía principalmente a la falta de hospitales en higiénicos y ventilados, en condiciones propicias para el tratamiento de los enfermos. Proliferaban hospitales que habían sido fundados a finales del siglo XVIII y principios del XIX, que carecían de las condiciones necesarias para ser considerados higiénicos¹⁸. Durante la última década del siglo XIX proliferaron en la capital las instituciones de corte científico. La fundación y el desarrollo de centros científicos se debieron al Estado, pero también a los hombres de ciencia. En 1870 surgió entre los médicos mexicanos un interés por las enfermedades hereditarias; prueba de ello son las distintas tesis y artículos publicados en el transcurso de los últimos 30 años del siglo XIX¹⁹. Incluso enfermedades de nacimiento como la ceguera eran ya tratadas en la época con la

gran variedad de oftalmoscopios que se importaban desde Europa; tal es así que en 1876, poco después del Plan de Tuxtepec, se fundó el Instituto Oftalmológico Valdivieso²⁰. El papel que jugaron los médicos fue fundamental para la conciliación de las reglamentaciones sanitarias dentro del país, pues consiguieron aportar científicidad a través de formas de control de la charlatanería, aproximadamente desde la tercera década del siglo XVII, y ello se hizo con medidas expedidas por organismos legisladores regulados por médicos, y no, como antes, por la Iglesia. Las acciones reguladoras de los organismos coordinados por médicos fueron decisivas en el rumbo que tomaría el país respecto a las políticas sanitarias. En 1887 Eduardo Liceaga visitó el laboratorio de Louis Pasteur en París y «recibió ahí el virus atenuado de la rabia en el cerebro de un conejo. Lo trasladó a México y reprodujo el virus según la técnica aconsejada para fijarlo, y el 23 de abril de 1888 vacunó al niño Isidro Delgadillo»²¹.

4.2 LA NUEVA SALUD PÚBLICA: ÁMBITOS DE ACTUACIÓN. LOS MÉTODOS DE LA SALUD PÚBLICA.

Como mencionamos al principio, para la mayoría de los expertos y especialistas existe el consenso de considerar a la SP, cuya esencia es la salud de la población, como ciencia integradora de diferentes disciplinas afines y de otras como la Economía, la Administración, las Ciencias Sociales y de la conducta (Sociología, Antropología, Psicología Social).

Esta amplia concepción integradora de múltiples ciencias de la SP, es uno de sus aspectos importantes donde se incluyen: Epidemiología; Bioestadística; las Ciencias Biológicas; Ingeniería de SP; Sociología; Economía y Economía de la SP; las Ciencias Sociales, incluyendo de la conducta, Ciencias Políticas; de Administración y otras.

En la categoría de SP se debe analizar tanto el significado de "salud" como el de "pública". La palabra "pública" no se relaciona con el tipo de servicios (estatal,

privado, mixto o no lucrativo), sino con el criterio de que la SP alcanza a toda la comunidad y al individuo sin distinciones, con equidad.

En cuanto a "salud" se refiere tanto a la salud o enfermedad individual como a la colectiva. Tiene además la consideración de que la definición de salud y de enfermedad no se enfocan como 2 categorías opuestas ni de forma estática, sino como un proceso: el proceso salud o enfermedad, que puede ser definido como "Un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, que es individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos".

4.3 SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA COMUNITARIA

La educación para la salud (EPS) es un instrumento cuyo fin es conseguir que la población tenga la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones sobre la salud o la enfermedad. Esto significa esto una superación del papel tradicional que se le ha atribuido, limitado fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo, poniendo énfasis en la modificación de conductas individuales y en los estilos de vida. Hoy día hablamos de EPS, imbricada en la promoción de la salud, como un instrumento que pone en marcha procesos de enseñanza- aprendizaje coordinados con procesos sociales dirigidos a crear ambientes favorables a la salud, donde los cambios de comportamiento y su mantenimiento resulten opciones fáciles y realizables en el contexto social en el que se encuentran las personas. La EPS actualmente está orientada a conseguir que la población posea conocimientos y capacidad para intervenir en las decisiones que tienen efectos sobre la salud, desde una perspectiva comunitaria y no sólo individual. Para ello es necesario que su contenido incluya posibilidades de cambio en las decisiones de las políticas que repercuten en la salud y el bienestar, lo que significa que también tiene que ocuparse de la capacidad organizativa de la población para conseguir estos cambios. Al ser el proceso de salud-enfermedad el resultado de la relación que la

sociedad establece con el ambiente material y social, va a estar íntimamente relacionado con el tipo de desarrollo económico y social de cada momento histórico, lo que significa que la EPS tiene que ocuparse de que la gente analice críticamente los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud. En la estrategia de salud para todos se busca dar a las personas un sentido positivo de la salud, de forma que puedan hacer uso pleno de sus capacidades físicas, mentales, emocionales y sociales. Para ello resulta esencial contar con una población informada, motivada y participativa, lo que supone que la EPS tiene que servir para proporcionar conocimientos que permitan el análisis crítico de la situación de salud-enfermedad, para crear actitudes y desarrollar aptitudes personales y sociales que permitan tomar decisiones que muevan a las personas a cambiar y también a intervenir en los asuntos de salud y bienestar. De todo esto puede desprenderse que la EPS debe ocuparse de: Proporcionar información elaborada, crítica y accesible sobre la situación de salud, ya sea referida a los problemas generales que tiene una población determinada, o a un problema específico o concreto. Esta información incluirá: a) La identificación de los determinantes de salud y los factores de riesgo, ya sean ambientales o relacionados con prácticas o comportamientos de riesgo. b) Las posibilidades de protección, ya sean ambientales o personales. c) Las posibilidades de prevención primaria, secundaria o terciaria. Todo ello junto con información sobre los servicios y programas sanitarios y sociales disponibles para la protección y la prevención. Capacitar a la gente para tomar decisiones respecto a los problemas de salud tanto individuales como colectivos

4.3.1. ABORDAJE MULTISECTORIAL

La salud comunitaria se caracteriza principalmente por cinco pilares: enfocada a la comunidad, abordaje multisectorial, participación comunitaria, modelos integrados y equipos multidisciplinarios.

- Enfocada a la comunidad: Dentro del marco de salud comunitaria se debe enfatizar que los proyectos destinados a cualquier comunidad deben ser para los mismos habitantes además de asignarles un grado de participación dentro del mismo(1).
- Abordaje multisectorial: Es imprescindible para la salud comunitaria que las instituciones gubernamentales, privadas y la misma sociedad en general sean participantes activos de cualquier propuesta destinada a las comunidades.
- Participación comunitaria: En similitud con el primer pilar de la salud comunitaria, la participación de los habitantes de la comunidad debe ser diseñada, planificada y dosificada de tal modo que los mismos ciudadanos sean quienes efectúen cada una de las actividades de salud(1).
- Modelos integrados para la atención: Las acciones de participación comunitaria deben estar integradas con las redes de atención institucionales para poder identificar y ejecutar actividades que permitan la prevención, promoción y atención de las necesidades comunitarias en materia de salud de manera equitativa, eficiente y de calidad(4).
- Trabajo basado en equipos multidisciplinarios: Cada proyecto a implementar debe ser un esfuerzo de diversos agentes profesionales involucrados; en la que se compartan responsabilidades y se distribuya de manera adecuada la carga de actividades “como un todo articulado” para que se garantice la prestación de servicios de salud de manera organizada(5). Para que una problemática sea atendida desde un modelo de salud comunitaria es necesario que las acciones a implementar consideren dichos pilares, de lo contrario no será posible afirmar que se trata de este tipo de modelo.

4.3.2 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Los enfoques de la salud comunitaria son importantes para comprender, explicar y formular intervenciones que impacten en el proceso salud-enfermedad-atención; y deben ser considerados durante el proceso de toma de decisiones, según las condiciones y circunstancias particulares de cada comunidad. Entre los enfoques más influyentes que pueden ser utilizados por la salud comunitaria se encuentran:

el enfoque de determinantes de salud, el enfoque de competencia y el enfoque conductual (estilo de vida).

4.3.3. MODELOS INTEGRADOS

- Enfoque de determinantes de salud: Habla de los determinantes como un conjunto de condiciones en las que una persona nace, crece, trabaja, vive, envejece y que afectan/determinan de alguna manera su salud, funcionamiento y calidad de vida. Estas condiciones incluyen a las estructuras y sistemas en materia política, social, ambiental, laboral, seguridad, alimentaria, religiosa, educativa, económica, cultural, legislativa, entre otras. Dentro de este enfoque podemos visualizar en el modelo planteado por Dahlgren & Whitehead en 1991(6-7), y que ha tenido una gran influencia, desde su creación, en la formulación de políticas públicas en el ramo de la salud en diversos gobiernos.

- Enfoque de competencias: De acuerdo con Guilbert, Grau & Prendes(8), este modelo sugiere la adopción de estrategias basadas en la transmisión de información; el objetivo es socializar el conocimiento científico y promover el desarrollo de habilidades que le permitan a las personas vigilar y cuidar de su propia salud. Destaca la redefinición de roles en la comunidad, en donde deben existir personas que se desempeñen dos roles: a) técnicos (definidos como los facilitadores del proceso y b) usuarios (aquellos a quienes están dirigidas las acciones).

Enfoque Conductual/Estilo de Vida: De acuerdo con Flórez-Alarcón(10), el estilo de vida hace referencia a los hábitos (o patrones comportamentales) que son capaces de fungir como factores de riesgo para la enfermedad o de protección para la salud. En otras palabras, es la manera general en cómo es que las personas viven (en términos de salud) y esta depende a su vez de factores socioculturales e

individuales (rasgos de personalidad, por ejemplo); por lo que al mismo tiempo es uno de los cuatro factores relacionados con los determinantes de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Antología UDS proporcionada por el Lic. Eduardo Domínguez

Foz G., Gofin G., Montaner I. Atención primaria orientada a la comunidad (APOC): una visión actual. En: Martín Zurro A., Cano Pérez J., editores. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 6ta ed. Barcelona: Elsevier; 2008

Terry M. Diferenciación entre Salud Pública y la Medicina Comunitaria-Social-Preventiva Temas de Epidemiología y Salud Pública. La Habana. Edit. Ciencias Médicas. 1988: 1-5.