

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

1ra. Edición

www.salud.gob.mx

D.R. © Secretaría de Salud

Av. Benjamin Franklin 132 col. Escandón 2da. Sección

Delegación Miguel Hidalgo

México D.F. 11800

ISBN

Impreso y hecho en México

Coordinación y responsable de la publicación:

CENAPRECE Secretaría de Salud

DIRECTORIO

DR. JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS

Secretario de Salud

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ AVILA

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

DR. MIGUEL ÁNGEL LEZANA FERNÁNDEZ

Director General

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DR. CARLOS H. ÁLVAREZ LUCAS

Director Adjunto de Programas Preventivos

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DR. CUAUHTÉMOC MANCHA MOCTEZUMA

Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano del CENAPRECE

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

DRA. VIRGINIA MOLINA CUEVAS

Coordinación de Gestión Clínica UNEMEs EC

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Fuerza de tarea de Enfermedades Crónicas no Transmisibles:

Dr. Armando Barriguet Meléndez Coordinador Fuerza de tarea de enfermedades Crónicas. Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández Director General del CENAPRECE, Dr. Carlos H. Álvarez Lucas Director de Programas Preventivos, Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano del CENAPRECE, Dra. Virginia Molina Cuevas Coordinación de Gestión Clínica CENAPRECE, Dr. Carlos Aguilar Salinas Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición SZ, Dr. Agustín Lara Esqueda Secretario de salud del Estado de Colima, Dr. Simón Barquera, Dra. Laura Magaña, Instituto Nacional de Salud Pública, Dr. Martín Rosas Peralta Comisión Coordinadora de Institutos de Salud, Dr. Antonio González Chávez Presidente de la Asociación Mexicana de Diabetes.

Autores del Protocolo:

Lic. Enf. y Obs. María Guadalupe Casales Hernández.

Especialista en Enfermería del Anciano.

Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano.

Gestión Clínica de UNEMES EC

CENAPRECE/SSA

Dr. Galileo Pèrez Hernández

Especialista en Medicina Integrada

Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano.

Gestión Clínica de UNEMES EC

CENAPRECE/SSA

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	6
2.JUSTIFICACIÓN	7
3.MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCION COMUNITARIA EN UNEME EC	10
4.OBJETIVOS	19
5.METODOLOGIA	20
6.EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO ORIENTADO A ECNT	22
7.MODULO DE ATENCION COMUNITARIO	26
8.ATENCION EN EL CONTEXTO ESCOLAR Y LABORAL	29
9.GRUPO PREVENTIVO UNEME EC	33
10.EVALUACION DE RESULTADOS	41
11.BIBLIOGRAFIA	43
12.ANEXOS	45

1.INTRODUCCIÓN

La reforma al sistema nacional de salud contempla avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS). En este sentido el Programa Nacional de Salud 2007-2012 plantea la creación de centros de atención especializada para pacientes ambulatorios y propone en el programa de acción específico 2007-2012 la creación de Unidades de Especialidades Médicas. Dentro de la red de servicios del MIDAS, las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMEs), son unidades innovadoras, desarrolladas para dar atención médica ambulatoria especializada con oferta de servicios definidos de acuerdo a las necesidades epidemiológicas, de prevención, de atención y de demandas sentidas de la población en la que se involucra el enfoque de atención integrada.

En el campo específico de la atención a la salud del adulto y el anciano las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel global, nacional y local debido a los altos costos de atención, la discapacidad provocada por las complicaciones y las consecuencias en la dinámica familiar. En este sentido las UNEMEs de Enfermedades Crónicas, son el sitio idóneo para operar la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud donde se señala que es posible reducir la mortalidad consecutiva a la Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT) al combinar la prevención, mediante la identificación y atención de los sujetos en riesgo y el tratamiento eficaz de los casos. Las intervenciones comunitarias para la atención integrada de ECNT incluyen acciones universales, focalizadas y específicas para contribuir a modificar la tendencia de estos padecimientos.

La UNEME EC pretende contribuir a que los individuos, familia y comunidad; adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado y por ende la práctica de estilos de vida saludables. Parte de estas actividades tienen un entorno favorable para su desarrollo en las escuelas, en áreas laborales, en grupos que la misma comunidad organiza para su bienestar, su cuidado se basa en acciones de Atención Primaria a la Salud, brindando Educación para la Salud.

Finalmente, es importante destacar que las medidas de prevención poblacional han demostrado ser una intervención eficaz en términos del costo beneficio en estudios nacionales y comunitarios, es importante considerar que sus beneficios se observan a mediano plazo ya que la aplicación de este tipo de programas representa un

proceso realmente complejo, por lo que todas las acciones sólo pueden llevarse a cabo con el consenso de la comunidad, el equipo de salud y en conjunción con las instancias gubernamentales.

2.JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades no transmisibles son la principal causa de mortalidad y discapacidad adquirida, constituyendo una epidemia global. En el año 2007, 28 millones de las muertes provocadas por enfermedades no transmisibles ocurrieron en países de bajo y medio ingreso, lo que significó el 80% de la carga de mortalidad a nivel mundial; y que en el mismo año, se estimó que el total de muertes en las Américas fue de 5.1 millones, de las cuales 3.9 millones (76%) fueron relacionadas con todo tipo de enfermedades no transmisibles y el 60% con enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

Dentro de este marco mundial las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema nacional de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional.

Las ECNT son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuye a la mortalidad mediante desenlaces específicos (diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedad vascular cerebral). Los decesos son consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Entre ellas se encuentran el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, la dieta inadecuada y el síndrome metabó-

lico. Esta característica introduce oportunidades para la prevención y el desarrollo de herramientas pronósticas. Por ejemplo, al conocer las modificaciones de la prevalencia nacional de estas anomalías es posible pronosticar el daño de las ECNT y evaluar el efecto de las acciones preventivas. En consecuencia, la evolución natural de las ECNT permite la institución de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables a mediano y largo plazo.

Existe la indiscutible evidencia que muestra las variaciones de la prevalencia de la obesidad, el sobrepeso, las dislipidemias, la hipertensión arterial y el síndrome metabólico en el periodo comprendido por las Encuestas Nacionales de Salud (1994-2006). El porcentaje de la población con un peso mayor al deseable (índice de masa corporal [IMC] $>25 \text{ kg/m}^2$) aumentó 13% en el periodo de 1994 a 2000 y el cambio fue mayor (33.5%) entre los años 2000 y 2006. La misma tendencia creciente se observó en la prevalencia del “síndrome metabólico”, concepto que identifica los casos con mayor riesgo de desarrollar diabetes o enfermedad cardiovascular a mediano plazo. El porcentaje de los adultos con síndrome metabólico (definido por los criterios del Programa Nacional de Educación en Colesterol) se incrementó 27.8% entre 1994 y 2000 y 39.7% de los casos correspondió a menores de 40 años. Los datos sugieren que la contribución a la mortalidad de las ECNT aumentará a mediano plazo.

El porcentaje de adultos con diabetes (diagnóstico previo establecido por un médico) creció 25% entre cada encuesta nacional (de 4 a 5.8% en el periodo de 1994 a 2000 y de 5.8 a 7% entre 2000 y 2006). Se ha proyectado que existirán 11.7 millones de mexicanos con diabetes en 2025. La diabetes de tipo 2 es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas. Es una de las 10 causas más frecuentes de hospitalización en adultos.

El último eslabón de la cadena se evalúa por el efecto de las ECNT sobre la mortalidad. El porcentaje de la mortalidad explicado por los desenlaces relacionados con las ECNT ha mostrado un crecimiento continuo. En sólo cuatro años (de 2000 a 2004), la proporción de la mortalidad general explicada por la diabetes y las enfermedades cardiovasculares se elevó de 24.9 a 28.7% en los hombres y de 33.7 a 37.8% en las mujeres. Como

consecuencia, desde 2000 la cardiopatía isquémica y la diabetes son las dos causas de muerte más frecuentes en México.

Las medidas de prevención poblacional han demostrado ser una intervención eficaz en términos del costo en estudios nacionales y comunitarios, si bien sus beneficios se observan a mediano plazo. Son ejemplos, el estudio EPIC Norfolk y las acciones realizadas en la Isla Mauricio. En el primero, un estudio de comunidad efectuado en el Reino Unido, la incidencia de la diabetes se redujo en proporción directa con el número alcanzado de las siguientes metas: IMC <25 kg/m², consumo de grasa <30% de las calorías totales, ingestión de grasa saturada <10% de las calorías totales, consumo de fibra >15 g por cada 1 000 calorías y práctica de actividad física por más de cuatro horas a la semana. El estudio de la Isla Mauricio demostró que las acciones antes mencionadas pueden instituirse en el plano nacional. Empero, la aplicación de este tipo de programas representa un proceso complejo.

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención por una Mejor Salud hace uso de la evidencia disponible, incluye acciones universales, focalizadas y específicas para lograr abatir el efecto de las ECNT. Estas acciones sólo pueden llevarse a cabo con el consenso de la sociedad y en conjunción con las instancias gubernamentales.

El programa UNEME EC en escuelas, áreas laborales y en la comunidad tiene por objeto la búsqueda activa de casos probables de enfermedades crónicas y aquellos individuos con riesgo cardiometabólico, con la intención explícita de fomentar en la población acciones de prevención enfocadas al autocuidado. Este enfoque permitirá la detección del complejo cardiometabólico de forma oportuna, para retardar la aparición de la patología e incidir en la historia natural de la enfermedad.

Para brindar un acceso oportuno a los servicios de salud, se implementa el equipo comunitario brindando atención dentro/fuera de la UNEME EC, incluye servicios de promoción de la salud, prevención y detección, de sobrepeso, obesidad, prediabetes, diabetes, prehipertensión, hipertensión y dislipidemias.

Tomando la experiencia exitosa que han tenido los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en el control de pacientes con enfermedades crónicas, se hace necesario la implementación de intervenciones similares en población de riesgo por lo que será una

prioridad del trabajo de comunidad, la formación de Grupos Preventivos en puntos estratégicos, apoyados por el equipo de la UNEME EC.

Las empresas e instituciones educativas cuentan con población afiliada en las instituciones de salud, pero al contar con jornadas laborales extenuantes o por desinterés esta población no realiza un chequeo periódico de su salud; por lo que es necesario implementar módulos de atención comunitaria para identificar población en riesgo o con alguna patología crónica.

Con esto se pretende fomentar en el paciente, familia, comunidad una mejor actitud y comportamiento hacia el concepto de riesgo cardiometabólico y la prevención de la patología crónica degenerativa, mejorando su calidad de vida, lo que deberá repercutir en años de vida saludable.

3. MARCO CONCEPTUAL

Complejidad y Enfermedad Crónica

El estado de salud-enfermedad puede ser comprendido como un proceso complejo conformado por varios niveles de representación. Es importante recorrerlos para aproximarse a su entendimiento. Podemos entender el proceso de salud-enfermedad crónica como la base para operar el presente protocolo. Para tal efecto se muestra en la figura los determinantes de la salud donde se esquematizan sus causas básicas, subyacentes e inmediatas. De la comprensión de estos determinantes en el contexto específico de cada población se generará una experiencia única en la implementación del modelo UNEME EC y de la reconstrucción de esta complejidad local emanará una respuesta organizada con objeto de contribuir a desacelerar la tendencia de la ECNT.



Figura 1 Determinantes del estado nutricional y salud. Modificado de Barquera (2008)

El análisis de la situación de salud parte de una concepción ecológica basada en el modelo epidemiológico de la multicausalidad. Ningún problema de salud tiene una causa única. El nivel de salud de una comunidad, como el de una persona, estará determinado por la intervención de diferentes factores que, con distintos grados de intensidad y durante períodos de tiempo variable, ejercen su acción sobre la población. Clásicamente los factores determinantes de la salud se han clasificado en endógenos (hereditarios, congénitos y constitucionales) y exógenos (físicos, químicos, biológicos y sociales); en las últimas décadas se ha preferido clasificarlos como factores ligados a la biología humana, factores relacionados con el entorno, estilos de vida y sistema de asistencia sanitaria. En cualquier caso, lo importante es que en el diagnóstico de la situación de salud de una comunidad, no se pierda la orientación multicausal y que, a través de los indicadores indirectos, se llegue a identificar, con la mayor precisión posible, los factores que condicionan el estado de salud propiamente dicho.

Al reconocer la naturaleza compleja de la enfermedad crónica, se requieren en consecuencia intervenciones con el mismo o mayor grado de complejidad que en última instancia sean capaces de mejorar el estado de salud de un grupo determinado.

Riesgo Cardiometabólico

El Riesgo Cardiometabólico Total (RCMT) en su racional científica y en su aplicación clínica, es un concepto por demás importante en la Medicina de nuestro siglo. En nuestro siglo no debe existir un adulto o anciano, que desconozca su estado y su nivel de riesgo. Ello como una forma de limitar la pandemia de Diabetes Mellitus, Enfermedad aterotrombótica, invalidez y muerte cardiovascular. Es posible reducir 90% el riesgo de un ECV, siempre y cuando seamos capaces de:

- 1.- Diagnosticar y tratar a los factores de riesgo clásicos en forma temprana. A los 22 años de edad, el 75% de los individuos tenemos algún signo anatómico de aterosclerosis.
- 2.- Diagnosticar y tratar a otros factores de riesgo no clásicos, La obesidad predispone a un estado de “nuevas” anormalidades hemodinámico-metabólicas, engendradas en un ambiente inflamatorio y dominadas por disfunción endotelial, hipertensión arterial, dislipidemia mixta y disglucemia.
- 3.- Diagnosticar y tratar a la enfermedad subclínica, “el horizonte clínico puede vislumbrarse 20 años antes de su aparición”. Las observaciones epidemiológicas permiten detectar la aterosclerosis-trombosis, con valor predictivo para un ECV, pueden detectarse precozmente. Su detección y su tratamiento oportuno, permiten abortar la aparición clínica de un ECV.

El concepto de riesgo cardiometabólico permite intervenir de forma precoz en la historia natural de la enfermedad cardiovascular reconociendo las vías comunes que existen desde las modificaciones moleculares, el daño al endotelio, el daño a órgano blanco que provocan los desenlaces fatales de la enfermedad crónica no transmisible. El grado de conocimiento de estos procesos ha permitido reconocer que el proceso de formación de la placa aterosclerosis causante de gran parte de los daños

fisiopatológicos se gesta décadas antes de que clínicamente podamos detectar una alteración. Por este motivo conviene partir de este marco conceptual con objeto de garantizar que toda persona conozca el riesgo que posee de desarrollar eventos cardiovasculares trágicos. El siguiente esquema muestra el continuo fisiopatológico del riesgo cardiometabólico y líneas de intervención.

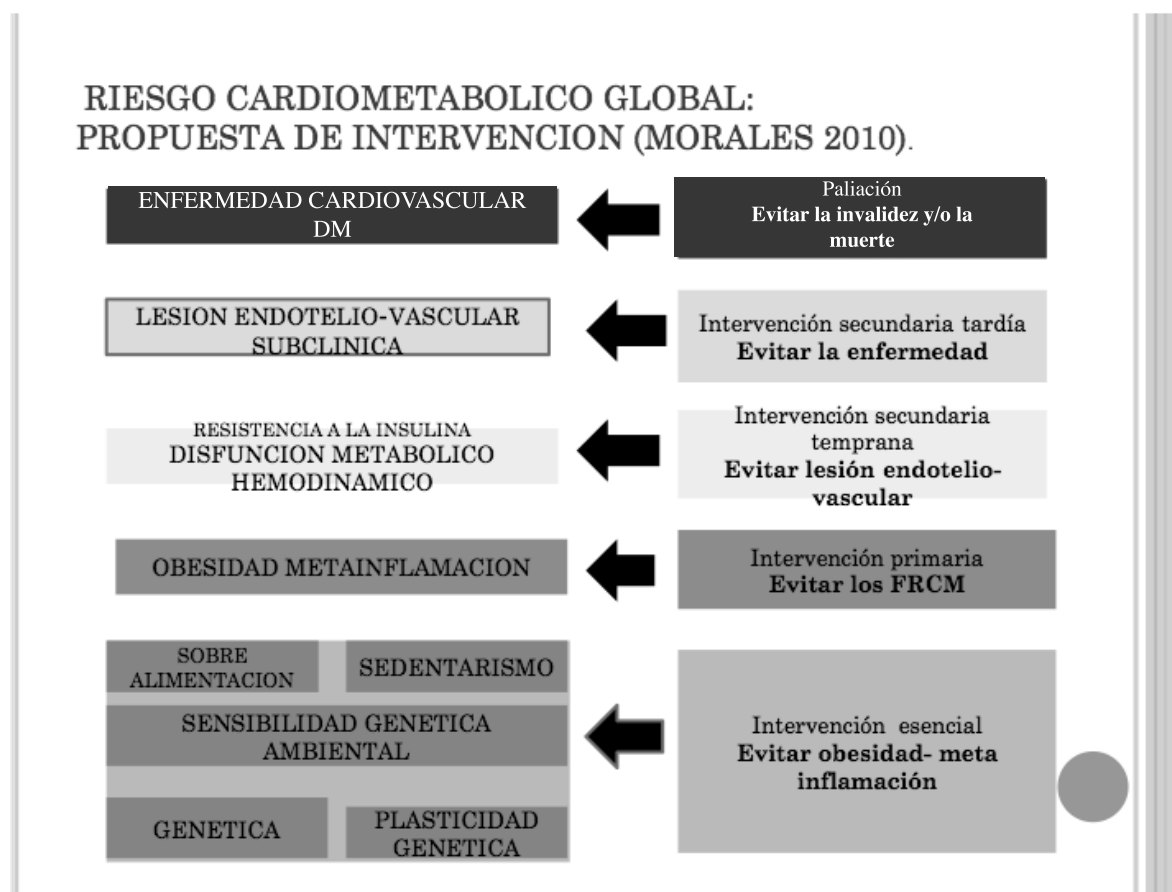


Figura 2. Riesgo cardiometabólico y propuesta de intervención. Modificado de Morales (2010)

La atención integrada

El término atención integrada está desde hace varios años en construcción, sin embargo puede conceptualizarse desde varios puntos de vista que se citan a continuación:

“...La atención integrada es un concepto que reúne a los insumos, la entrega, la gestión y organización de los servicios relacionados con el diagnóstico, tratamiento, atención, rehabilitación y promoción de la salud...” (Grone y Garcia-Barbero: 2001).

Una segunda definición de la atención integral hace hincapié en los diferentes niveles organizativos en el que la integración puede ocurrir.

“..La atención integrada es un conjunto coherente de métodos y modelos en la financiación, administrativos, de organización y prestación de servicios y los niveles clínicos diseñados para crear conectividad, la alineación y la colaboración dentro y entre la cura y la atención...” (Kodner y Spreeuwenberg: 2002)

De acuerdo con Delnoj (2001) los diferentes niveles en los que la integración puede ocurrir se pueden ampliar aún más, como la integración funcional, integración organizacional, integración profesional y clínica.

Algunas de las cualidades de la atención integrada son:

- Para el usuario, significa recibir un proceso de atención planificado del cual se tienen expectativas definidas por un marco cultural.
- Para el equipo de salud significa trabajar con profesionales de distintos campos que implica la coordinación de tareas y servicios más allá de las fronteras interdisciplinarias tradicionales. Lo anterior significa compartir conceptos y lenguaje técnico para resolver problemáticas de salud.
- Para el nivel directivo, significa la coordinación efectiva de los procesos entre distintas instancias del sistema local para alinear su funcionamiento en aras de alcanzar los objetivos institucionales prioritarios como lo es la atención de la enfermedad crónica.

La atención integrada pretende:

- Brindar atención preactiva y basada en las necesidades locales de la población.
- Brindar atención integrada con un énfasis anticipatorio.
- Brindar atención de alta capacidad resolutive.
- Atención integrada y continua.
- Transitar de en una práctica individual a una atención en equipo.
- Brindar atención en de profesionales de la salud que incorpore el auto-cuidado y la corresponsabilidad

En el marco del sistema nacional de salud la atención integrada se incorpora paralela a la construcción de redes de atención a la enfermedad crónica, por lo que ambas estrategias son condiciones indispensables para implementar el modelo de atención comunitaria y contribuir a la organización vertical y horizontal de estas redes en el contexto local.

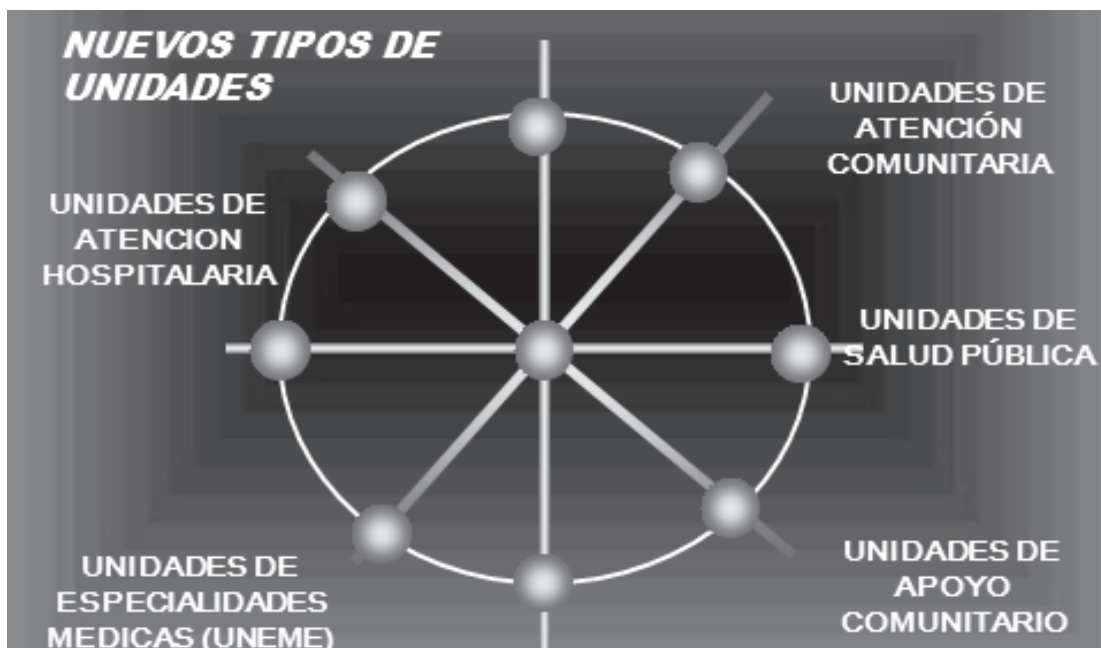


Figura 3. Redes de atención en el sistema de salud. Modificado de Ruelas (2006)

De especial importancia es mencionar la vinculación con los centros de atención primaria y las instituciones de seguridad social con la UNEME EC dado que se buscará incorporar a personas en riesgo y aquellos con patología recién diagnosticada al sistema nacional de salud, sin una vinculación interinstitucional así como al interior de los servicios locales de salud, los distintos programas preventivos no podrán tener el impacto planeado.

Definición del protocolo

El Protocolo para la Atención Integrada del Riesgo Cardiometabólico en comunidad es un proceso continuo en el cual se implementa la atención en un grupo específico en respuesta a la necesidad de prevención, diagnóstico y tratamiento del riesgo cardiometabólico de la población mexicana, mediante la integración planificada de acciones de salud pública y la práctica del modelo clínico preventivo UNEME EC.

La UNEME EC se corresponsabiliza por la salud (y sus determinantes) de todos los miembros de la comunidad, tanto de los que utilizan sus servicios (pacientes) como de los que no los utilizan (familiares, vecinos, comunidad y población en general).

La estructura del modelo UNEME EC comprende varios elementos y condiciones, como:

- a) La selección de una población definida, con base geográfica o con ciertas características comunes —como los alumnos de una escuela, los trabajadores de una fábrica o los afiliados a una clínica o centro de salud—; en todos los casos abarca a todos los miembros de la población.
- b) Un equipo interdisciplinario compuesto por nutriólogo, trabajador social y enfermero.
- c) Asesoría del equipo UNEME EC clínico que conjugará habilidades clínicas, epidemiológicas, de ciencias sociales y del comportamiento.
- d) La movilización del equipo de trabajo fuera de las instalaciones de la unidad para poder evaluar directamente los determinantes físicos y sociales de la salud y los

recursos microambientales y comunitarios.

e) La participación comunitaria (individual y colectiva) en las actividades del cuidado y mejora de la salud; el comportamiento, las actitudes y las creencias están estrechamente relacionados con las decisiones de las personas respecto a su salud.

Este enfoque hace posible que el equipo de salud conozca a los miembros de la comunidad de los que es responsable.

Definición de la comunidad.

Una comunidad, desde la percepción del equipo de salud, debe ser algo más que un conjunto de individuos, más o menos numeroso, asentado en un espacio físico determinado. Una comunidad es un grupo de personas que interactúan con un relativo grado de armonía, que tienen intereses y objetivos comunes, que comparten características sociales, culturales y económicas, que están sometidas a los mismos factores ambientales y a las mismas reglas de convivencia y que tienen similares aspiraciones y problemas, entre ellos, los problemas de salud. Por tanto, ninguno de estos factores puede quedar fuera de un estudio integral de salud comunitaria. Se debe determinar la población en la que la UNEME EC llevará a cabo su intervención. La caracterización de la estructura física, demográfica y social de la comunidad y de los servicios disponibles en ella, así como el estudio de las necesidades de salud, se deben realizar con los datos reales existentes, ya sean cuantitativos o cualitativos.

Sin embargo, uno de los desafíos en esta etapa es la ausencia de datos, su poca actualización o la falta de coincidencia con la población diana, por lo que resulta necesario analizar si los datos existentes son válidos y confiables. La información obtenida en esta etapa se utiliza como base para el análisis de los principales problemas de salud así como el estado de la enfermedad crónica y es insumo para la etapa siguiente.

Planificación del “diagnóstico comunitario”.

La medicina comunitaria debe responder cinco preguntas cardinales que la identifican:

1. ¿Cuál es el estado de salud de la comunidad?
2. ¿Cuáles son los factores responsables de ese estado de salud?
3. ¿Qué se ha hecho por parte de la comunidad y de los servicios de salud?
4. ¿Qué se puede hacer y cuál sería el impacto esperado de esas acciones?
5. ¿Qué medidas se requieren para dar continuidad a la vigilancia sanitaria de la comunidad y para evaluar los cambios en su estado de salud?

Las respuestas a estas preguntas permiten conocer cuáles son los problemas y necesidades de salud de la población y los factores que las determinan”. Una característica del modelo UNEME EC es que para este diagnóstico se analiza a profundidad el problema de la enfermedad crónico degenerativa.

Podemos enunciar las siguientes fases que guíaran la elaboración del diagnóstico:

I. Momento explicativo: es la formulación de inferencias sobre los factores relacionados con los elementos del diagnóstico antes mencionados. Ello implica hacer un análisis estadístico de la información, con objeto de dar sustento a las afirmaciones. Se debe recurrir a las diversas teorías que explican el proceso salud-enfermedad, desde aquellas que enfatizan lo biológico, hasta las que lo consideran como un proceso determinado histórica y socialmente.

II. Pronóstico: el pronóstico se efectúa en relación a un selecto número de eventos o fenómenos que tienen utilidad en la programación, de estrategias de intervención, se recomienda utilizar el análisis de tendencias.

III. Evaluación: con los datos recopilados durante el diagnóstico, se debe construir aquellos indicadores de estructura, proceso y resultados, que permitan formular un juicio acerca de los recursos, programas, servicios e impacto de estos en la población.

IV. Priorización o jerarquización: ordenar los problemas de salud de acuerdo a: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Modificar la tendencia al aumento de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, mediante un modelo de atención comunitaria integrada para la población mexicana.

Objetivos Específicos:

- Detección oportuna de enfermedades crónicas.
- Canalizar de forma oportuna a los centros de atención a la población atendida.
- Generar una cultura de autocuidado en la población para mantener estilos de vida saludables a largo plazo, creando conciencia acerca de la epidemia de enfermedades crónicas.
- Sensibilizar a las familias acerca de la importancia del autocuidado, monitoreo continuo y promover estilos de vida saludables.
- Crear Grupos Preventivos para fomentar el autocuidado incorporando al paciente y familia.
- Crear entornos saludables, especialmente para las poblaciones desfavorecidas.
- Prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables causadas por las principales enfermedades crónicas.

5. METODOLOGÍA

La metodología del trabajo comunitario se divide en tres fases (ver figura 3):

1ra FASE: Diagnóstica y gestión.

En esta etapa se toman en cuenta los elementos físicos, mentales y sociales del problema de salud seleccionado. En lo posible se deben abarcar todas las etapas de la historia natural de la enfermedad y se deben integrar las funciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, trabajando en conjunto con el primer nivel de atención para conformar una red de servicios integrados, mediante las siguientes actividades:

- Diagnóstico comunitario orientado a ECNT. (Equipo interdisciplinario de UNEME EC: Medicina, Enfermería, Nutrición, Trabajo Social y Psicología).
- Selección de escuelas, áreas laborales y lugares estratégicos para instalación de módulo comunitario. (Equipo comunitario de UNEME EC: Enfermería, Nutrición y Trabajo Social).
- Elaboración del programa de visitas para detección y orientación educativa en las escuelas y áreas laborales. (Trabajo Social, Enfermería y Nutrición).
- Dar a conocer a los diferentes centros de salud del primer nivel de atención las actividades de comunidad (detecciones y canalizaciones) que realizará el equipo de la UNEME EC. (Coordinador médico de UNEME EC).

2da FASE: Planeación e implementación.

Esta etapa comprende no solo el monitoreo de las actividades y la vigilancia demográfica para detectar cambios en la población diana, sino también el seguimiento de la evolución del estado de salud de la población durante las acciones del programa, mediante la implementación de actividades de detección y capacitación:

- Solicitud de permisos en escuelas y áreas laborales. (Trabajo Social).
- Acciones de detección integrada: Aplicación de cuestionarios de factores de riesgo dirigido a población de 20 años y más. (Trabajo Social, Nutrición y Enfermería).
- Detecciones positivas: Canalización al primer nivel de atención para confirmación diagnóstica. (Enfermería).
- Detecciones negativas: Invitación para formar el Grupo Preventivo (Enfermería).

-
- Coordina el Grupo Preventivo de UNEME EC, escuela y área laboral (Trabajo Social).
 - Programa sesiones al Grupo Preventivo de la UNEME EC, escuela y área laboral. (Trabajo Social).
 - Otorga sesiones al Grupo Preventivo de la UNEME EC, escuela y área laboral. (Enfermería, Nutrición y Psicología).

3ra FASE: Análisis y Evaluación.

Esta es una parte integral del servicio prestado a la población que puede realizarse mediante una revisión o un ensayo del programa. La revisión (estado “antes y después”) parte del supuesto de que la intervención es beneficiosa, mientras que el ensayo evalúa su posible eficacia, por lo que requiere un grupo de control y mayores recursos, se realiza la medición del impacto de las actividades de comunidad mediante una serie de indicadores, que se implementan en esta fase:

- Registra en el sistema electrónico, los cuestionarios de factores de riesgo que fueron aplicados en comunidad, llevando un control de las personas atendidas durante la jornada. (Trabajo Social con apoyo de nutrición).
- Se lleva un control del número de personas sanas y con riesgo. Ver anexo 1. (Trabajo Social).
- Se realiza seguimiento a las personas canalizadas al centro de salud ya que posiblemente serán los potenciales pacientes de UNEMEs EC. (Trabajo Social y coordinador médico).
- Se brinda seguimiento cada 3 meses a las personas en riesgo (pre-diabetes, pre-hipertensión, y obesidad grado 1) de los Grupos Preventivos de UNEMEs EC, escuelas y áreas laborales, a través de toma de muestras clínicas y somatometría. (Enfermería y Nutrición).
- Se brinda seguimiento cada 6 meses a las personas sanas de los Grupos Preventivos de UNEMEs EC, escuelas y áreas laborales, a través de toma de muestras clínicas y somatometría. (Enfermería y Nutrición).
- Se registran los resultados de la toma de muestras clínicas en el formato de Grupos Preventivos y se archiva. Ver anexo 2 (Trabajo Social).
- Seguimiento y reporte de actividades e indicadores de comunidad al coordinador médico de UNEME EC (Enfermería, Nutrición y Trabajo Social).

- Reporte de actividades e indicadores de comunidad al CENAPRECE y SIS (Coordinador médico).



Figura 4. Fases de la atención integrada de riesgo cardiometabólico en comunidad

6. EL DIAGNOSTICO COMUNITARIO ORIENTADO A ECNT

METODOLOGIA

El diagnostico de salud es un instrumento que permite conocer dentro de un área geográfica determinada las características sociales, demográficas, económicas y epidemiológicas de una comunidad, así como la red de servicios de salud con que cuenta, su forma de gobierno y la situación política de la misma; información que nos permite identificar los principales problemas de salud, así como sus factores condicionantes, a la vez que facilita valorar las posibilidades y recursos de la comunidad para enfrentarlos; esto coadyuva a la planeación y programación de acciones locales de salud y por lo tanto la operación de los servicios.

A continuación se identifican los aspectos que se deben tener en consideración en la elaboración del diagnóstico comunitario, de tal manera que el equipo comunitario tenga un marco de referencia para su desarrollo.

1. Participación del equipo interdisciplinario de la UNEME EC, con el apoyo de la Jurisdicción Sanitaria.

Se debe tener captada la siguiente información de su comunidad:

- V. **Momento Descriptivo:** es la presentación ordenada de los datos del nivel de salud encontrado, factores condicionantes, recursos, servicios y aspectos organizacionales, sin ninguna interpretación y contiene lo siguiente:

- 5.1 **Introducción**

- 5.2 **Características del área de influencia de la unidad de salud.**

- Cartografía
- Superficie territorial (información breve y concreta)
- Caminos y vialidades que permitan a la población trasladarse de los diferentes centros de salud (que refieran pacientes) a la UNEME EC

- 5.3 **Factores condicionantes del nivel de salud de la población.**

- Educación
- Ocupación e ingresos
- Comunicación y transportes que faciliten el traslado de los pacientes a las unidades medicas
- Recreación
- Problemas sociales
- Abastecimiento de agua

5.4 Daños a la salud de la población.

- Perfil epidemiológico sobre ECNT:
 - o Incidencia
 - o Prevalencia
 - o Egresos hospitalarios por Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular
 - o Por unidad; número de pacientes en tratamiento y número de pacientes en control
 - o Mortalidad por enfermedades crónicas (por género y por grupos de edad)

5.5 Recursos y servicios para la salud de la población del área de influencia (Redes de Atención).

- Número de unidades de atención médica:
 - o Primer nivel de atención, especificar por unidad; si existe Grupo de Ayuda Mutua para Enfermos Crónicos, si cuenta con Clínica de Diabetes, desglosar de manera breve como es el proceso de atención para este tipo de pacientes.
 - o Segundo nivel de atención, unidades afines a las ECNT dentro del área y si cuenta con especialidad de; oftalmología, nefrología, medicina interna o con algún servicio especializado para personas con diabetes o alguna atención especializada para pacientes con pie diabético.
 - o Tercer nivel de atención
- Unidades de asistencia social (descripción breve)
- Número de laboratorios clínicos

5.6 Servicios educativos.

- Número y ubicación de escuelas por niveles, más cercanas a la UNEME EC donde sea factible desarrollar las acciones de la unidad y donde no exista otra estrategia preventiva (de ECNT) del sector salud.

5.7 Áreas laborales.

- Identificar centros laborales y seleccionar los más cercanos a la unidad, donde no exista otra estrategia preventiva (de ECNT) del sector salud y que sea factible desarrollar las acciones de la unidad.

NOTA: El Diagnóstico Comunitario no deberá ser una copia del que exista en la Jurisdicción, sino un documento con información específica del área de influencia a la UNEME, haciendo siempre énfasis en las ECNT.

En coordinación con la Jurisdicción Sanitaria, se elaborará un Directorio de Unidades Médicas de atención a personas con enfermedades crónicas y con complicaciones que con estas se presentan; dicho directorio incluirá a las unidades médicas de 1º 2º y 3er nivel de atención que correspondan al programa, dependencias locales, Grupos Preventivos de UNEMEs EC, Grupos de Ayuda Mutua, Organizaciones privadas, y laboratorios, el cual contendrá los nombres de los especialistas y ubicación del lugar en donde laboran, con la finalidad de poder referir a los pacientes en caso necesario.

El directorio deberá concluirse a la par del diagnóstico, y actualizarse igualmente de forma anual

2. Actualización del diagnóstico:

El diagnóstico de salud se tendrá que actualizar cada año por el equipo interdisciplinario de la UNEME EC, anotando aquellos aspectos que han cambiado sin borrar o eliminar cifras anteriores ya que esa evolución de los datos es de gran importancia para la valoración de la perspectiva que guarda la población y su salud.

En términos generales la información del diagnóstico debe ser:

- Lo más actualizada posible
- Abarcar al menos un lapso de cinco años
- Identificar fuentes, fecha de dónde y cuándo se capta la información

3. Metodología para su realización

La captura de la información se debe hacer a través de diversos procedimientos.

La observación directa: aplicación de la cédula de micro-diagnóstico familiar ya sea en una muestra representativa o en su totalidad, revisión de expedientes clínicos y carpetas familiares, datos de fuentes de los sectores público, social y privado, etc.

4. Participación de la comunidad

Se requerirá del apoyo de la población, a la cual se le solicitará la información que se requiera para la integración del diagnóstico de salud, siendo una condición previa que el equipo comunitario notifique a las autoridades locales y agrupaciones representativas en la comunidad respecto a la importancia y utilidad de dicho estudio, para la definición de estrategias que aborden los problemas de salud identificados en el diagnóstico.

El equipo interdisciplinario contará con un plazo máximo de 2 meses para terminar el diagnóstico Comunitario el cual deberá ser enviado por el coordinador médico de UNEME EC al CENAPRECE, a través del correo: unemesec@yahoo.com.mx.

Y la actualización anual deberá realizarse en un lapso máximo de 1 mes.

7. MODULO DE ATENCION COMUNITARIO

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), afectan a una gran cantidad de personas a mediana edad y a menudo reducen gravemente los ingresos y los ahorros de los pacientes y de sus familias. Los ingresos que dejan de percibirse y los gastos en atención médica socavan el desarrollo socioeconómico de las comunidades y de los países.

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro-vascular.

También hay una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Otros determinantes de las ECNT son la pobreza y el estrés.

Es posible reducir el riesgo a padecer este tipo de enfermedades realizando actividades físicas de forma regular; evitando la inhalación activa o pasiva de humo de tabaco; manteniendo una alimentación correcta y un peso corporal saludable.

La forma de prevenir y controlar las ECNT es a través de una acción global e integrada. La acción global requiere la combinación de medidas que traten de reducir los riesgos en la totalidad de la población y de estrategias dirigidas hacia los individuos con alto riesgo o que ya padecen la enfermedad, las políticas globales son ejemplos de intervenciones que permiten reducir las ECNT, las estrategias integradas se centran a disminuir los principales factores de riesgo.

Por lo anterior se requiere la instalación de Módulos de Atención Comunitaria con el fin de detectar casos nuevos (probables) de personas con patología crónica, o de personas susceptibles a padecer estas enfermedades. Los módulos se montarán en puntos estratégicos de la comunidad como en las escuelas, áreas laborales y lugares de mayor afluencia de personas (iglesia, centros comerciales, etc.).

- Criterios de atención
Personas de 20 años y más que no cuenten con diagnóstico de ECNT (diabetes, hipertensión, dislipidemias y síndrome metabólico).

Las actividades a realizarse en los módulos, se encuentran a cargo del equipo comunitario de la UNEME EC (Enfermería, Nutrición y Trabajo Social), realizándose las siguientes actividades:

1. Instalación del Módulo Comunitario en punto estratégico.
2. Aplicación del cuestionario de factores de riesgo de enfermedad crónica (Ver Anexo 3) a las personas que cumplan con los criterios.
 - o Trabajo Social inicia solicitando los datos generales y aplica las pregun

-
- tas de la 3 a la 8.
 - o Nutrición realiza la somatometría (peso, talla, IMC y circunferencia de cintura) y contesta las preguntas 1 y 2.
 - o Enfermería obtiene el puntaje de las preguntas de la 1 a la 8 y únicamente toma glucosa capilar a las personas que obtengan 10 a más puntos en el cuestionario.
 - o La pregunta: ¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?, corre a cargo de enfermería, si la respuesta es “SI”, realizar la toma de glucosa capilar, independientemente de la calificación obtenida en el puntaje del cuestionario.
 - o La toma de presión arterial la realiza el área de enfermería a todas las personas que se les aplique el cuestionario de factores de riesgo.
3. En base a los resultados, enfermería clasifica a las personas derivando al centro de salud a su confirmación diagnóstica a los que se encuentren con glucosa capilar $\geq 126\text{mg/dl}$ en ayuno ó $\geq 140\text{mg/dl}$ casual y una presión arterial $\geq 140/90\text{mm/hg}$.
4. A las personas que resultaron sanas o con riesgo de padecer alguna patología crónica que se encuentren con glucosa en ayuno $\leq 125\text{mg/dl}$ ó $\leq 139\text{mg/dl}$ casual; una presión arterial $\leq 139/89$; con un peso normal, sobrepeso u obesidad grado I, se invita a formar el Grupo Preventivo de UNEME EC.
5. Enfermería explica el último apartado del cuestionario de factores de riesgo “Recuerde que el modo de vida influye en su salud”.
6. Por medio de volantes, trípticos y folletos se proporcionará información general de enfermedades crónicas a quienes se realice la detección.
7. Se conformará un Grupo Preventivo con aquellas personas a las cuales se les realice el Cuestionario de Factores de Riesgo.
8. Nutrición aplica un cuestionario sobre alimentación, con los datos obtenidos evaluará algunos aspectos del estado de nutrición y salud de manera individualizada.

9. Con base en la evaluación realizada a cada persona, se brindará orientación alimentaria de acuerdo a las necesidades individuales con la finalidad de concientizar a la población sobre los factores de riesgo que pudiera presentar e invitarla a mejorar sus hábitos alimentarios y su estilo de vida.

10. Asimismo, se pretende que el nutriólogo fomente entre la población a mejorar el perfil de selección y compra de alimentos en los puntos de venta a través de las siguientes estrategias:

- o Promoviendo la elección de alimentos saludables, concretamente impulsando el consumo de verduras y frutas, así como la disminución en el consumo de alimentos industrializados.
- o Advirtiendo sobre las repercusiones a la salud que conlleva el consumo persistente de alimentos con alto contenido de grasas trans y con alta densidad energética dándoles algunos ejemplos de este tipo de alimentos sin citar marcas comerciales.

8. ATENCION EN EL CONTEXTO ESCOLAR Y LABORAL

En virtud a las necesidades que presenta la población mexicana se implementarán intervenciones dentro de escuelas y áreas laborales que permitan detectar personas con factores de riesgo para enfermedades crónicas, brindar educación para la salud y orientar sobre estilos de vida saludables y de esta manera ayudar a los cambios en sus hábitos de alimentación y actividad física.

8.1 ESCUELAS

Se implementarán las acciones en al menos una escuela primaria por semestre, manejando dos escuelas en un año.

Se considerará a la siguiente población para el trabajo en escuela:

- Criterios de atención:
 - Padres de familia, profesores y personal administrativo de 20 años y más.
 - Padres de familia y profesores y personal administrativo de 20 años y más que se encuentren con diagnóstico de ECNT (diabetes, hipertensión, sobrepeso u obesidad, dislipidemias y síndrome metabólico).

Las actividades a realizarse en las escuelas se encuentra a cargo del equipo comunitario de la UNEME EC (Enfermería, Nutrición y Trabajo Social), realizándose las siguientes actividades:

1. Aplicación del cuestionario de factores de riesgo de enfermedad crónica (Ver Anexo 3) a los profesores, personal administrativo y padres de familia que cumplan con los criterios.
 - o Trabajo Social inicia solicitando los datos generales y aplica las preguntas de la 3 a la 8.
 - o Nutrición realiza la somatometría (peso, talla, IMC y circunferencia de cintura) y contesta las preguntas 1 y 2.
 - o Enfermería obtiene el puntaje de las preguntas de la 1 a la 8 y únicamente toma glucosa capilar a las personas que obtengan 10 o más puntos en el cuestionario.
 - o La pregunta: ¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?, corre a cargo de enfermería, si la respuesta es “SI”, realizar la toma de glucosa capilar, independientemente de la calificación obtenida en el puntaje del cuestionario.
 - o La toma de presión arterial la realiza el área de enfermería a todos los profesores y padres de familia que se les haya aplicado el cuestionario de factores de riesgo.
2. En base a los resultados enfermería clasifica a los profesores y padres de familia derivando al centro de salud del primer nivel de atención a su confirmación diagnóstica a los que se encuentren con glucosa capilar $\geq 126\text{mg/dl}$ en ayuno o

≥ 140 mg/dl casual y una presión arterial $\geq 140/90$ mm/hg.

3. A los padres de familia y profesores sanos o con riesgo de padecer alguna patología crónica que se encuentren con glucosa en ayuno ≤ 125 mg/dl ó ≤ 139 mg/dl casual; una presión arterial $\leq 139/89$; con un peso normal, sobrepeso u obesidad grado I, se invita a formar el Grupo Preventivo que será formado en la escuela.
4. Enfermería explica el último apartado del cuestionario de factores de riesgo “Recuerde que el modo de vida influye en su salud”.
5. Por medio de volantes, trípticos y folletos se proporcionara información general de enfermedades crónicas a quienes se realice la detección.
6. Se conformará un Grupo Preventivo con aquellas personas a las cuales se les realice el Cuestionario de Factores de Riesgo.

Las pláticas proporcionadas tienen la finalidad de sensibilizar a los padres de familia, maestros y personal administrativo sobre la importancia de adquirir buenos hábitos higiénico-dietéticos y sobre las consecuencias del consumo de alimentos con riesgo para la salud, así como de advertir sobre los riesgos del consumo habitual de alimentos ricos en sodio, azúcares grasas saturadas y grasas trans (alimentos con alta densidad energética), normalmente ofrecidos en los diferentes sistemas alimentarios tanto de las escuelas como en su comunidad.

Durante 6 meses se impartirán un total de 12 sesiones con días y horarios ajustados de acuerdo a las actividades programadas en cada escuela. Cada sesión deberá tener una duración máxima de 30 minutos y al finalizar se deberá dejar un espacio para preguntas.

Para los padres y maestros cuyo resultado del cuestionario indique riesgo se realizará un seguimiento adicional de 6 meses.

Los temas se seleccionarán con base en el diagnóstico comunitario y tomando en cuenta las necesidades y propuestas de las autoridades educativas y padres de familia.

8.2 ÁREAS LABORALES

Se implementarán las acciones en al menos 1 área laboral por semestre. De acuerdo a la situación de la comunidad el número de áreas laborales a intervenir puede variar.

Se considerará a la siguiente población para el trabajo en área laboral:

- Criterios de atención:
 - Trabajadores de 20 años y más que no cuenten con diagnóstico de ECNT (diabetes, hipertensión, dislipidemias y síndrome metabólico).

Las actividades a realizarse en el área laboral se encuentra a cargo del equipo comunitario de la UNEME EC (Enfermería, Nutrición y Trabajo Social), realizándose las siguientes actividades:

1. Aplicación del cuestionario de factores de riesgo de enfermedad crónica (Ver Anexo 3) a los trabajadores que cumplan con los criterios.
 - o Trabajo Social inicia solicitando los datos generales y aplica las preguntas de la 3 a la 8.
 - o Nutrición realiza la somatometría (peso, talla, IMC y circunferencia de cintura) y contesta las preguntas 1 y 2.
 - o Enfermería obtiene el puntaje de las preguntas de la 1 a la 8 y únicamente toma glucosa capilar a las personas que obtengan 10 o más puntos en el cuestionario.
 - o La pregunta: ¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?, corre a cargo de enfermería, si la respuesta es “SI”, realizar la toma de glucosa capilar, independientemente de la calificación obtenida en el puntaje del cuestionario.
 - o La toma de presión arterial la realiza el área de enfermería a todos los trabajadores que se les haya aplicado el cuestionario de factores de riesgo.
2. En base a los resultados enfermería clasifica a los trabajadores derivando al centro de salud del primer nivel de atención a su confirmación diagnóstica a los que

se encuentren con glucosa capilar $\geq 126\text{mg/dl}$ en ayuno ó $\geq 140\text{mg/dl}$ casual y una presión arterial $\geq 140/90\text{mm/hg}$.

3. A los trabajadores sanos o con riesgo de padecer alguna patología crónica que se encuentren con glucosa en ayuno $\leq 125\text{mg/dl}$ ó $\leq 139\text{mg/dl}$; una presión arterial $\leq 139/89$; con un peso normal, sobrepeso u obesidad grado I, se invita a formar el Grupo Preventivo que será formado en el área laboral.
4. Enfermería explica el último apartado del cuestionario de factores de riesgo “Recuerde que el modo de vida influye en su salud”.
5. Por medio de volantes, trípticos y folletos se proporcionara información general de enfermedades crónicas a quienes se realice la detección.
6. Se conformará un Grupo Preventivo con aquellas personas a las cuales se les realizo el Cuestionario de Factores de Riesgo.
7. Enfermería, Nutrición y Psicología realizan sesiones dirigidas a los Grupos Preventivos del área laboral sobre estilos de vida saludables, alimentación correcta y motivación al cambio generando una lista de asistencia en cada sesión como evidencia documental. Las actividades se describen a detalle en el siguiente punto.

9. GRUPO PREVENTIVO UNEME EC

De acuerdo con el cuestionario de factores de riesgo aplicado a las personas en los módulos comunitarios, a los trabajadores de las empresas y a los profesores y padres de familia en las escuelas, Enfermería realiza la clasificación canalizando a confirmación diagnóstica a los que se encuentren con cifras alteradas de glucosa, presión arterial e Índice de Masa Corporal y a las personas sanas o con riesgo de padecer alguna patología crónica se invita para integrar los grupos preventivos.

Los Grupos Preventivos se formaran en la UNEME EC, escuela y área laboral, integrados de la siguiente manera:

-
1. Grupos Preventivos de UNEME EC: Se formarán 3 grupos al año, constituidos por personas sanas y en riesgo (pre- Diabetes, pre-Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad Grado 1), que sean familiares de los pacientes que asisten a la unidad, vecinos de la UNEME EC y/o personas detectadas en los módulos comunitarios.
 2. Grupos Preventivos de la Escuela: Se formarán 2 grupos al año constituidos por profesores y/o padres de familia, sanos y en riesgo (pre- Diabetes, pre-Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad Grado 1).
 3. Los Grupos Preventivos del Área Laboral: Se formarán 2 grupos al año constituidos por los trabajadores de la empresa, sanos y en riesgo (pre- Diabetes, pre-Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad Grado 1).

REQUISITOS PARA INTEGRACIÓN DEL GRUPO PREVENTIVO.

- a) Los grupos estarán constituidos por al menos 10 integrantes y máximo 20.
- b) Los integrantes serán de 20 años y más, podrán ser acompañados de personas de cualquier grupo de edad (principalmente niños y adolescentes para el fomento de hábitos sanos), los cuales no se cuentan como integrantes de los grupos.
- c) Del total de los integrantes que conformen el grupo preventivo al menos el 80% deberán ser personas en riesgo (pre- Diabetes, pre-Hipertensión, Sobrepeso y Obesidad Grado 1).
- d) En la primer visita se realizará la detección a través de la aplicación del cuestionario de factores de riesgo
- e) En la segunda visita se deberá formar una mesa directiva (se realiza cuando se asigna un presidente y las actividades específicas a los integrantes de los Grupos Preventivos).
- f) Después de formar la mesa directiva se deberá requisitar el Acta Constitutiva (Ver Anexo 4) en la UNEME EC.
- g) Los grupos se identificarán con número progresivo conforme se vayan integrando.

ACTIVIDADES CON LOS GRUPOS PREVENTIVOS:

Trabajo Social coordina los diferentes Grupos Preventivos, realizando las siguientes actividades:

-
1. A cada integrante del Grupo Preventivo de UNEME EC, escuela o área laboral, Trabajo Social les aplicara el “Cuestionario de disposición para la actividad física” (Ver Anexo 5) en caso de resultar afirmativo por lo menos uno de los puntos, podrá ser evaluado por el médico de UNEME EC o de su centro de salud correspondiente.
 2. Trabajo Social, enfermería y nutrición se coordinaran para la toma de parámetros clínicos y somatometría de los integrantes de los Grupos Preventivos UNEME EC, escuela y áreas laborales, estas pruebas se realizaran de la siguiente manera:
 - a. Al formarse el grupo y cada 3 meses a las personas en riesgo (pre-diabetes, pre-hipertensión, y obesidad grado 1) en caso de que a la tercera toma (seis meses) no haya un control en estos parámetros clínicos, el área médica de UNEME EC evaluara el inicio del tratamiento farmacológico.
 - b. Al formarse el grupo y cada 6 meses a las personas sanas y con sobrepeso.
 3. En este momento trabajo social llenara el “Formato de Registro y Control de Grupos Preventivos” (Ver anexo 2) Posteriormente lo actualizará cada seis meses.
 4. Trabajo Social en coordinación con las áreas responsables elaborará un cronograma anual de actividades, calendarizando las sesiones, considerando que al año se realicen 12 sesiones educativas necesarias para cumplir con el proceso de capacitación y 1 última sesión de cierre de actividades.

A continuación se da un listado de temas sugeridos que podrán abordarse en la capacitación de los Grupos Preventivos:

- ¿Qué son las enfermedades crónicas no transmisibles?
- Dieta correcta: “Plato de Bien Comer”
- Importancia de comer estar bien
- Consecuencias de una mala alimentación
- ¿Cómo leer las etiquetas de los alimentos?
- Elección de alimentos saludables y alimentos inteligentes
- Influencia de las decisiones alimentarias de los padres sobre los hábitos de

-
- consumo en los hijos: modelaje parental
 - Hábitos alimentarios saludables en la familia
 - Importancia de la actividad física
 - Actividad física en familia
 - Monitoreo de los parámetros clínicos (glucosa, presión arterial e IMC)
 - ¿Qué es un promotor de la salud?

Una vez cubiertos los temas anteriores se podrán abordar temas que sean de interés para los integrantes, además de temas encaminados a la educación para la salud que fomenten aumentar la calidad de vida de la población.

5. El grupo sesionara en la UNEME EC, o en el lugar designado por los integrantes en el caso de los grupos que se formen en escuelas y áreas laborales. Las áreas de Enfermería, Nutrición y Psicología de la UNEME EC son las encargadas de brindar las sesiones, (cada área elaborará sus respectivas cartas descriptivas). En estas sesiones de capacitación se abordará inicialmente los temas de los 5 módulos propuestos donde se cumple con la información básica sobre la prevención de las ECNT.

6. Los días programados para las sesiones educativas al Grupo Preventivo se llevarán a cabo las siguientes actividades:

- Se presentará el trabajador social con la persona que brindará la capacitación, llevando a cabo la actividad en tiempo (30 minutos) y forma, previamente establecidos en la carta descriptiva.
- Al término de la intervención del profesional que brindó la capacitación, trabajo social realizará una pequeña evaluación con el grupo, conociendo su sentir, opinión y progreso de cada uno de los asistentes a la capacitación, aplicando las técnicas que considere pertinentes.
- Se recordará el día y fecha de la siguiente capacitación.
- Posterior a las sesiones se llevará a cabo la pausa para la salud, que tendrá una duración de 20 minutos y será coordinada por Trabajo Social, dicha actividad se efectuará haciendo uso de los medios e instalaciones disponibles para ello, como son: la escuela, el área laboral y en UNEME EC el corredor para la salud, sala de usos múltiples, sala de espera, disco compacto de música, disco compacto de actividad física, etc. Lo anterior tomando en cuenta

las fases de la actividad física: calentamiento, resistencia o fase central y relajación.

7. Los Grupos Preventivos deberán realizar actividad física por lo menos tres veces a la semana, de manera independiente coordinados por el presidente, el cual pasará lista de asistencia.
8. Podrán incorporarse niños y adolescentes a las actividades como acompañantes de los integrantes del Grupo Preventivo, con la finalidad de fomentar hábitos sanos de alimentación y actividad física desde la infancia, sin contabilizarse como integrantes.
9. El equipo interdisciplinario deberá integrar y motivar al Grupo por medio de las técnicas (dinámicas grupales) y actividades que para ello considere necesario.
10. Pasado un mes de trabajo de actividad física, trabajo social asistirá con los integrantes del grupo preventivo con la finalidad de tomar la frecuencia cardiaca de cada uno de los miembros con apoyo del equipo de salud (enfermería, nutrición y coordinador médico), orientando a los miembros sobre el nivel de esfuerzo en la actividad física, acordando aumentar algunos minutos de actividad.
 - Cada 2 semanas se aumentarán 10 minutos a la actividad, hasta que el grupo consiga realizar una hora de actividad física.
 - En caso de encontrar alguna alteración y/o complicación en alguno de los participantes, se referirán al área de enfermería y/o medicina para que se les realicen las pruebas necesarias.
11. Pasado 1 año de trabajo del Grupo Preventivo se realizará una convivencia grupal de manera formal, en donde la trabajadora social entregará constancias a cada uno de los integrantes del grupo, incentivándolos a continuar con el trabajo realizado.
12. Los Grupos Preventivos serán permanentes, el tiempo de capacitación es de un año, pero podrán continuar sesionando de manera independiente y realizando la actividad física en los lugares correspondientes que les fueron asignados (UNEME, Escuela o Área Laboral).

DIAGRAMA DE FLUJO: ATENCIÓN EN MÓDULO COMUNITARIO

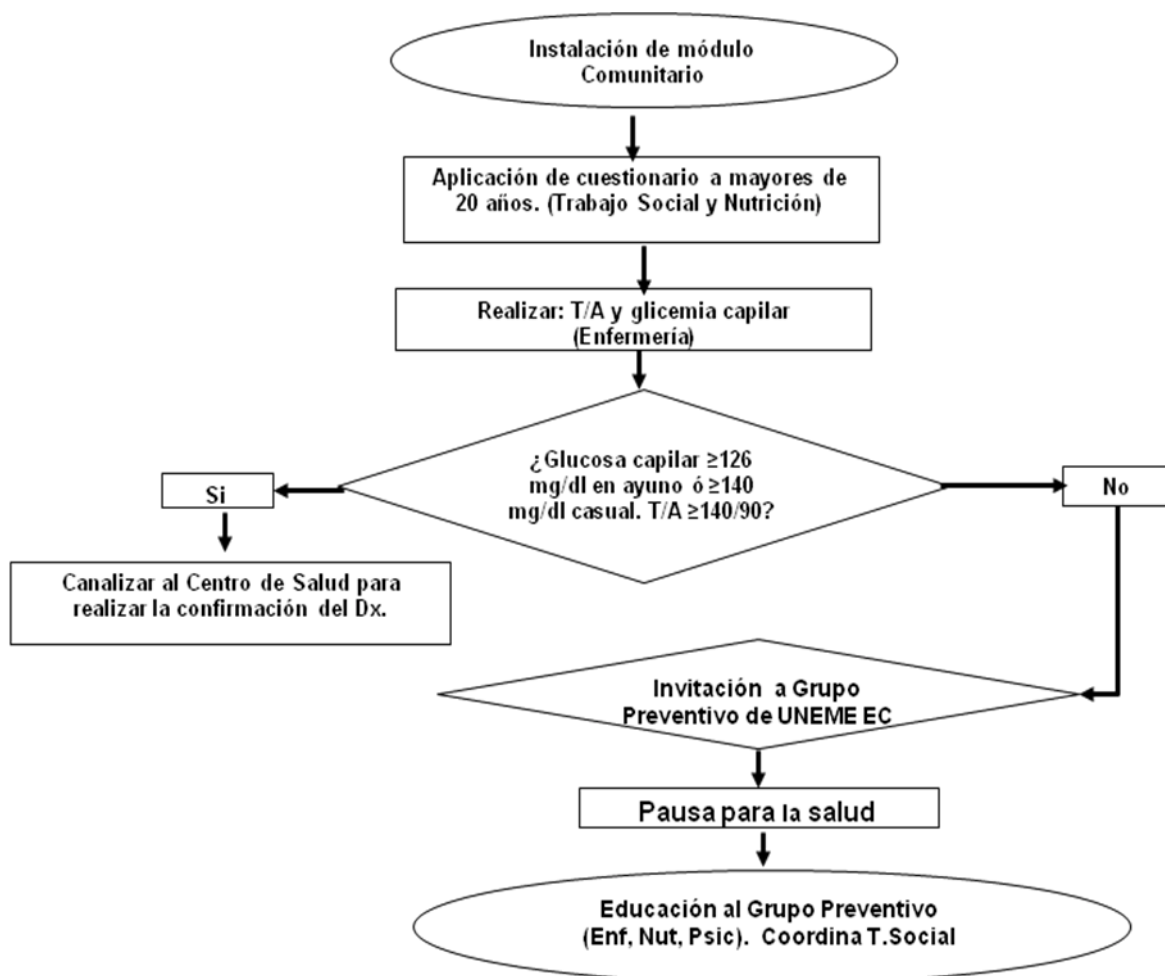


DIAGRAMA DE FLUJO: ATENCION EN ESCUELAS

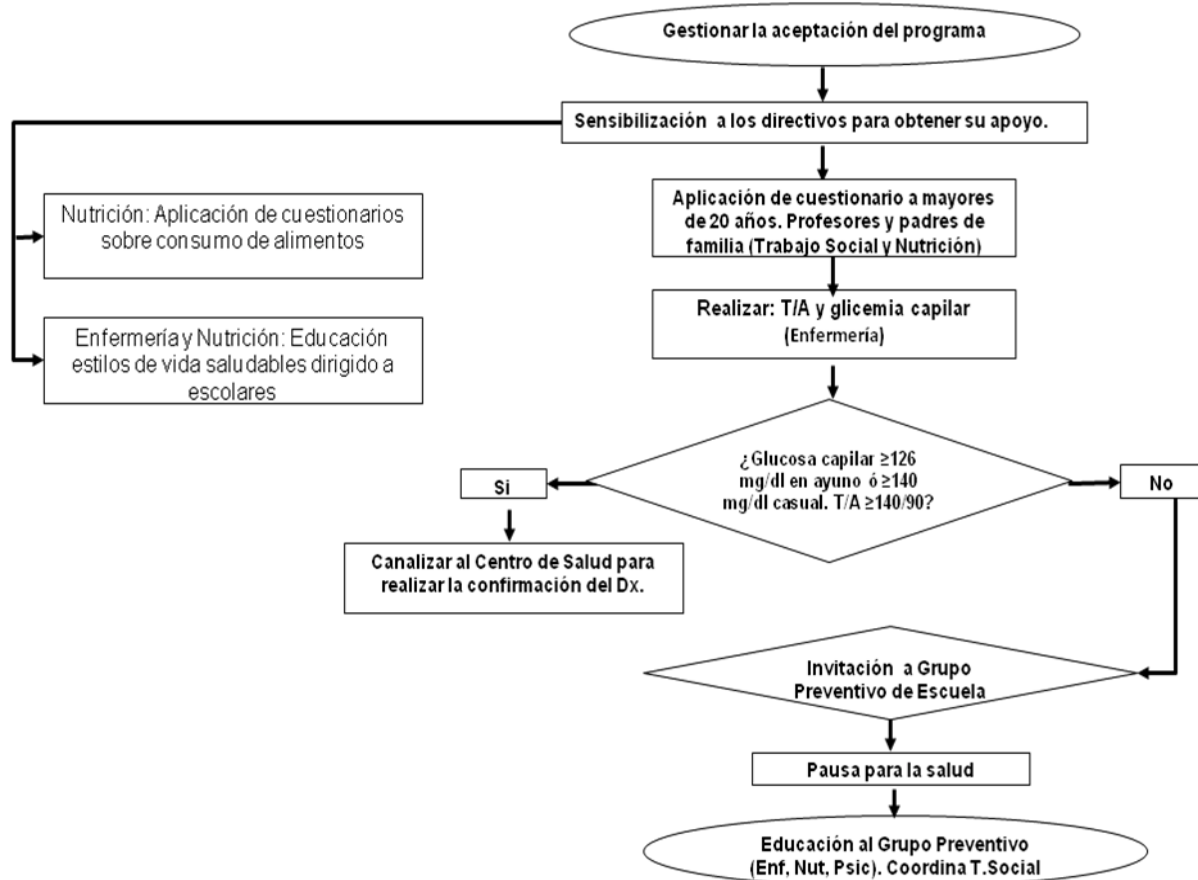
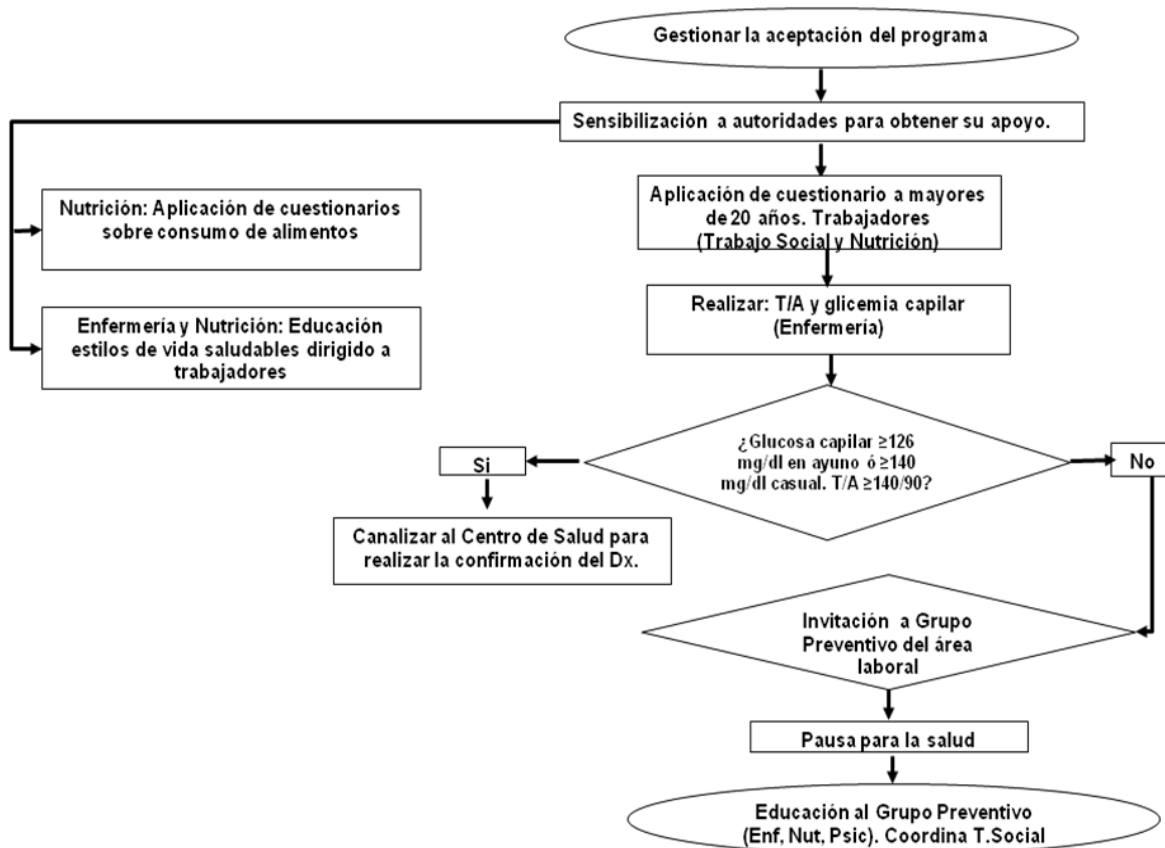


DIAGRAMA DE FLUJO: ATENCIÓN EN ÁREAS LABORALES



10. EVALUACION

METAS

Descripción

- El diagnostico comunitario deberá estar terminado en el segundo mes de inicio de funciones de la UNEME EC
- Que el 100 % de la población mayor de 20 años de la comunidad seleccionada (escuelas, áreas laborales y grupos preventivos de la UNEME EC) se le realice cuestionario de factores de riesgo.
- Que el 100% de la población mayor de 20 años de la comunidad seleccionada (escuelas, áreas laborales y grupos preventivos de la UNEME EC) reciba medidas de promoción y prevención de factores de riesgo a través material educativo.
- Que el 90% de la población mayores de 20 años de edad de la comunidad seleccionada (escuelas, áreas laborales y grupos preventivos de la UNEME EC) conozcan las enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y cómo prevenirlos.
- Que por lo menos el 30 % de las personas sanas de la comunidad seleccionada sean incluidos a los Grupos Preventivos.
- Que por lo menos el 30 % de las personas con factor de riesgo de la comunidad seleccionada sean incluidos a los Grupos Preventivos.
- Que por lo menos el 30 % de las personas detectadas con enfermedades crónicas de la comunidad en estudio reciban atención médica integral y sean derivadas adecuada y oportunamente a su centro de salud para su tratamiento oportuno.
- Que al menos el 60% de las personas con confirmación diagnostica y tratadas en el centro de salud sean referidas a la UNEME EC.
- Que por año se integren al menos 3 Grupos Preventivos en la UNEME EC en base a las detecciones realizadas en los módulos y con los familiares de los pacientes.

- Que por año se integren al menos 2 Grupos Preventivos en las Escuelas en base a las detecciones realizadas a los profesores y padres de familia mayores de 20 años.
- Que por año se integren al menos 2 Grupos Preventivos en el área laboral en base a las detecciones realizadas a los trabajadores mayores de 20 años.
- Que el 100% de las personas sanas que integran los Grupos Preventivos tengan una medición en sus parámetros clínicos cada 6 meses.
- Que el 100% de las personas en riesgo que integran los Grupos Preventivos tengan una medición en sus parámetros clínicos cada 3 meses.

Indicadores			
Nombre del indicador	Método de Calculo	Unidad de medida	Cuantificación de la meta
Diagnóstico comunitario	Diagnóstico comunitario realizado/ Diagnóstico comunitario Programado	Unidad	1
Cuestionario de Factores de Riesgo	Cuestionario de factores de riesgo aplicados/ Cuestionario de factores de riesgo programados X 100	Porcentaje	100%
Detecciones Positivas	Personas con confirmación diagnóstica/ personas programadas para confirmación diagnóstica X 100	Porcentaje	80%
Detecciones Negativas	Personas incluidas al grupo preventivo/ personas programadas para incluir al grupo preventivo X 100	Porcentaje	80%
Grupos Preventivos de UNEME EC	Grupos preventivos formados en UNEME EC al año/ Grupos Preventivos programados en UNEME EC al año X 100	Unidad	3
Grupos Preventivos de escuela	Grupos preventivos formados en escuela al año/ Grupos Preventivos programados en escuela al año X 100	Unidad	2
Grupos Preventivos de área laboral	Grupos preventivos formados en área laboral al año/ Grupos Preventivos programados en área laboral al año X 100	Unidad	2

Pacientes preferidos	Pacientes ingresados a UNEME EC/ Pacientes programados a ingresar a UNEME EC X 100	Porcentaje	60%
Sesiones a los Grupos Preventivos	Sesiones realizadas/ Sesiones Programadas X 100	Porcentaje	100%
Parámetros clínicos a personas sanas de los Grupos Preventivos	Mediciones realizadas cada seis meses /medidas programadas cada año X100.	Porcentaje	100%
Parámetros clínicos a personas en riesgo de los Grupos Preventivos	Mediciones realizadas cada tres meses /medidas programadas cada año X100.	Porcentaje	100%

11. BIBLIOGRAFIA

1. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. 2007-2012. Secretaría de Salud.http://www.alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_comp_etc.pdf
2. Olaiz-Fernández G, Rojas R, Barquera S, Shamah T, Aguilar C, Cravioto P, López M, Hernández M, Tapia R, Sepúlveda J, ENSA 2000, Cuernavaca México: INSP, 2000.
3. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: INSP, 2006.
4. Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud, DGIS. Secretaría de Salud.
5. Manual de implementación UNEMES. Secretaria de Salud 2010.
6. Manual de organización para la atención de pacientes en UNEME enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes.
7. Programa de acción específico 2007-2012 Riesgo Cardiovascular.Secretaría de Salud. 2008.
8. Programa de acción específico 2007-2012 Diabetes Mellitus. Secretaría de Salud
9. Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud. Secre-

taria de Salud 2007.

10. Enrique Ramos Calero "Enfermería comunitaria Métodos y Técnicas", Editorial Difusión Avances de Enfermería, 2000, pp. 456.
11. Carlos D'hiver y Luis Miguel Gutiérrez, "Geriatría", Editorial Manual Moderno, México D.F 2006, pp. 666.
12. Barquera S, Tolentino L, Rivera J, Sobrepeso y Obesidad: Epidemiología, Evaluación y Tratamiento, Instituto Nacional de Salud Publica, Cuernavaca Morelos 2006, pp. 326.
13. Organización Mundial de la Salud. Medición del nivel de salud. Informe de un Grupo de Estudio. Ginebra: OMS
14. Pineault, R.; Daveluy, C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, 1987.
15. Ander-Egg, E. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. México: Ed. Ateneo, 1986.
16. Rojas, A.; Fernández, J.S.; Pérez, C. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Ed. Síntesis, 1998.
17. Sánchez, A.M.; Merelles, T. Análisis de la situación de salud en una comunidad: una propuesta de investigación acción participativa. En: Mazarrasa, L. Salud pública y Enfermería comunitaria. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana, 1996; 161-226.
18. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS.

46

SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES
PROGRAMA DEL ADULTO Y DEL ANCIANO
UNIDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
FORMATO DE REGISTRO Y CONTROL DE GRUPOS PREVENTIVOS UNEMES EC

FORMATO DE REGISTRO Y CONTROL DE GRUPOS PREVENTIVOS UNEMES EC																					
UNIDADES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS																					
UNIDAD: _____																					
JURISDICCIÓN: _____																					
LOCALIDAD: _____																					
ENTIDAD FEDERATIVA: _____																					
FECHA: _____																					
CONTROL																					
No.	NOMBRE	EDAD	SEXO	PESO (kg)	TALLA (m)	IMC	CC (cm)	TENSION ARTERIAL (SISTOLICA/DIASTOLICA)	GLUCE- MIA (mg/dl)	Hb A1c %	COLESTEROL			TRIGLÍ- CER- DOS	I	II	III	ACTIVIDAD FÍSICA	SESIONES EMERGEN- CIA PSICO- LOGIA	DIAGNOSTIC O VII	OBSERVACIONES
											TOTAL	LDL	HDL								
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					

1. 1. Enf. Cardiovascular. 2. HTA. 3. Diabetes. 4. Enf. Cereb. Vascular. 5. Dislipidemias
II. EN: 1. Abuelos 2. Padres 3. Tíos 4. Hermanos 5. Otros
III. 1. Tabaquismo 2. Post menopausia 3. Terapia de reemplazo hormonal
IV. 1. Realizo 2. No realizo
V. 1. Menos de tres veces por semana 2. Tres a cuatro veces por semana 3. Cinco veces por semana o más.
VI. Colocar el número de Sesiones recibidos por cada área.
VII. CLASIFICACION DE DIAGNOSTICO: 1. Sinó. 2. Subropego 3. Cantidad Grado 1 4. Prediabete 5. Prehipertension

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO

SALUD

GOBIERNO FEDERAL

MÉXICO 2010

Nombre:

Domicilio:

Cuenta con Seguridad Social? SI ☐ NO ☐ IMSS ☐ ISSSTE ☐ OTRO:

¿Tiene Diabetes y no lo sabe?

Para encontrar si está en riesgo de padecer diabetes, hipertensión u obesidad, marque con una cruz la respuesta que se adapte a usted o a su paciente.

	SI	NO
1. Su IMC se ubica en: Normal=0, Sobrepeso=5, Obeso=10	10	5
2. Cintura: Mujer ≥ 80 cm Hombre ≥ 90 cm	10	0
3. Normalmente hace poco o nada de ejercicio (Solo para menores de 65 años)	5	0
4. Tiene entre 45 a 64 años de edad	5	0
5. Tiene 65 o más años de edad	9	0
6. Alguno de sus hermanos padece o padeció diabetes mellitus	1	0
7. Alguno de sus padres padece o padeció diabetes mellitus	1	0
8. Si es mujer y ha tenido algún bebé con más de 4 kgs de peso al nacer	1	0

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__
PESO (kg)					
ESTATURA (mts)					
I.M.C. (kg/m ²)					
CINTURA (cm)					

Riesgo	0		5		10				
Peso	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad				
					I		II		III
IMC*	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9	≥40
Estatura	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Min.	Máx.	Más de:
1.44	38.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9
1.46	39.4	53.0	53.3	63.7	63.9	74.4	74.6	85.1	85.3
1.48	40.5	54.5	54.8	65.5	65.7	76.4	76.7	87.4	87.6
1.50	41.6	56.0	56.3	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0
1.52	42.7	57.5	57.8	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4
1.54	43.9	59.1	59.3	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9
1.56	45.0	60.6	60.8	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3
1.58	46.2	62.2	62.4	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9
1.60	47.4	63.7	64.0	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4
1.62	48.6	65.3	65.6	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0
1.64	49.8	67.0	67.2	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6
1.66	51.0	68.6	68.9	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2
1.68	52.2	70.3	70.6	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9
1.70	53.5	72.0	72.3	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6
1.72	54.7	73.7	74.0	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3
1.74	56.0	75.4	75.7	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1
1.76	57.3	77.1	77.4	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9
1.78	58.6	78.9	79.2	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7
1.80	59.9	80.7	81.0	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6
1.82	61.3	82.5	82.8	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5
1.84	62.6	84.3	84.6	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4

MES/AÑO __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__ __/__/__

TOTAL

Si obtuvo menos de 10 puntos de calificación: está en bajo riesgo de tener diabetes. Pero no olvide que en el futuro puede estar en riesgo mayor. Se le recomienda adoptar un estilo de vida saludable y aplicar nuevamente el cuestionario en 3 años.

Si obtuvo 10 o más puntos de calificación: está en alto riesgo de padecer diabetes. Haga la determinación de azúcar en sangre y aún si el resultado fuera negativo, practique estilos de vida saludable y repita la determinación en un año.

¿Presenta mucha sed, orina mucho o tiene mucha hambre?
SI ☐ NO ☐

Si la respuesta es sí, realice la determinación de azúcar en sangre, independientemente de la calificación obtenida.

GLUCEMIA

AÑO	20__	20__	20__	20__	20__
AYUNO					
CASUAL					

POSITIVA: Si su prueba de Glucemia Capilar fue mayor o igual a 100 mg/dl en ayunas, o más de 140 mg/dl casual. Tendrá que acudir al médico para que le practique otra prueba en ayunas.

NEGATIVO: Si la prueba de Glucemia es menor de 100 mg/dl.

*Fuente: World Health Organization. Report of a WHO Consultation Obesity. Preventing and Managing The Global Epidemic. Ginebra, WHO 1997

18.5 - 24.9	25 - 29.9	≥ 30
-Vigile su peso -Realice ejercicio (30 min. de 5 a 7 veces por semana) -Alimentación balanceada	-Acuda a su médico -Acuda a grupos de ayuda mutua -Realice ejercicio (30 min. de 5 a 7 veces por semana) -Alimentación balanceada	Además de lo anterior acuda a su médico requiere intervenciones inmediatas

¿Tiene usted hipertensión arterial y no lo sabe?

AÑO	20__		20__		20__		20__		20__	
	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación	Detección	Confirmación
1° Toma	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast
2° Toma	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast
Promedio	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast	Sist Diast

Detección Población ≥ 20 años

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

Recuerde que el modo de vida influye en la salud

Las enfermedades son resultado de estilos de vida inadecuados, como cada factor de riesgo (por ejemplo, el tabaco) puede ser la causa subyacente de diversas enfermedades.



Dieta Inadecuada



Abuso del alcohol



Tabaco



Falta de ejercicio



Estrés



Contaminación

Enfermedades cardiovasculares							
	Cardiopatías	● ●	●	● ●	● ●	● ●	● ●
	Embolias	● ●	● ●	●	● ●	● ●	● ●
	Hipertensión	● ●	● ●	●	● ●	● ●	● ●
Cáncer							
	Colorectal	● ●					
	Pulmonar			● ●			●
	Bucal		●	● ●			
	Gástrico	●					
Cirrosis			● ●				
Diabetes		● ●	● ●		● ●	● ●	
Osteoporosis		● ●	● ●	●	● ●		

● = Riesgo ●● = Alto Riesgo

Si en algún aspecto su estilo de vida no es saludable, acuda a su médico y al Grupo de Ayuda Mutua de su unidad de salud, para hacer los cambios necesarios.

Si no se identificó ningún factor de riesgo repita el cuestionario en 3 años de lo contrario se dará seguimiento en 1 año.

Agradecimiento a la Jurisdicción Sanitaria No.2 del Gobierno de Quintana Roo por las modificaciones sugeridas



ACTA CONSTITUTIVA DE LA INSTALACIÓN DEL GRUPO PREVENTIVO.

En la Unidad de _____ Municipio de _____ de la Jurisdicción de _____ del Estado de _____, siendo las _____ horas del día _____ del mes de _____ del año _____.

Se reúnen los CC. _____

—

Con el propósito de instalar y/o integrar el Grupo Preventivo que tiene como fin la organización de personas con algún factor de riesgo para las ECNT o personas sanas, el cual tendrá como función realizar reuniones periódicas, en las cuales recibirán capacitación a través de sesiones educativas, para la adquisición de estilos de vida saludables y el autocuidado de su salud, así como actividad física bajo la coordinación y supervisión del personal Médico y Paramédico de la Unidad de Salud, se levanta la presente acta, teniendo como ubicación y nombre el siguiente:

Ubicación Domicilio _____,

Nombre del Grupo Preventivo _____,

Quedando integrado como sigue:

Responsables

Nombre y firma
Jefe Jurisdiccional.

Nombre y firma
Responsable del Grupo
Preventivo

Nombre y firma
Responsable de la
Unidad de Salud
correspondiente.

Mesa Directiva

Presidente

Tesorero

Secretario

Vocal 1

Vocal 2

ANEXO 5: FORMATO DE DISPOSICION PARA LA ACTIVIDAD FISICA

Cuestionario de disposición para la actividad física

- Le ha dicho su médico alguna vez que tiene una afección cardíaca y le ha recomendado solo realizar actividad física bajo supervisión médica?
SI _____ NO _____
- ¿Le causa dolor en el pecho la actividad física?
SI _____ NO _____
- ¿Ha tenido dolor en el pecho en el último mes?
SI _____ NO _____
- ¿Suele perder el conocimiento o caerse por causa del mareo?
SI _____ NO _____
- ¿Tiene algún problema de los huesos O las articulaciones que podría agravarse con la actividad física propuesta?
SI _____ NO _____
- ¿Le ha recomendado su médico algún medicamento para tratar la hipertensión arterial o alguna afección cardíaca?
SI _____ NO _____
- ¿Sabe usted por experiencia propia o consejo del médico si hay alguna razón física por la cual no deba hacer ejercicio físico sin supervisión médica?
SI _____ NO _____

Organización Mundial de la Salud

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA _____

UNEME _____

TRABAJADORA SOCIAL _____

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Se terminó de imprimir y encuadernar en 2011
en Pressprinting S.A. de C.V.

La edición consta de 1,000 ejemplares