

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

**SISTEMA DE ENFERMERÍA FOCALIZADA EN LA DETECCIÓN
DE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y ORIENTADO A
DISMINUIR LAS LIMITACIONES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA
SALUD EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA
PALMA 1, ECATEPEC, ESTADO DE MÉXICO, 2002.**

ESTUDIO DE CASO:
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:
LIC. EN ENF. Y OBST. ROSA MARÍA RODRÍGUEZ VELÁZQUEZ

TUTOR ACADÉMICO:
M. S. P. SOFÍA DEL CARMEN SÁNCHEZ PIÑA



MÉXICO, D. F., 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A los asesores por su apoyo y aportaciones al presente trabajo.

M. S. P. Sofía del Carmen Sánchez Piña
Coordinadora de la especialidad

M. S. P. Juan Pablo Villa Barragán
Tutor académico

Lic. en Enfermería Especialista en S.P. Guadalupe Pérez Hernández
Tutora clínica

M. S. P. Gloria María Galván Flores
Tutora académica

Agradezco a todos aquellos que contribuyeron de alguna forma a la conclusión del presente trabajo.

MASS Roberto Serrano Agüeros
Jefe de jurisdicción

Dr. Rodolfo J. López Marmolejo
Coordinador normativo de enseñanza e investigación

Enfermera Especialista Estela Lozano González
Coordinadora normativa de enfermería

Dr. Manuel Pérez Curiel
Jefe de servicios de salud

Dr. Jesús Enríquez Luz y Valdez
Jefe de planeación e informática

Dr. Eduardo Valdez Quiroz
Coordinador municipal de salud Hank González

Dra. Gabriela Oseguera Romaní
Epidemióloga jurisdiccional

Dr. Arturo Ríos Vázquez
Coordinador normativo de micobacteriosis

Enfermera Guadalupe Garrido
Coordinadora normativa de enseñanza, investigación y capacitación

Dr. Alejandro García Cardoso
Coordinador normativo de supervisión operativa

Enfermera Especialista. Estela Lozano González
Coordinadora Normativo de Enfermería Jurisdiccional Ecatepec

Enfermera en Salud Pública. Emma García Aguirre
Jefa de enfermeras de la coordinación municipal de salud José María Morelos

EASE Martha Álvarez Chávez
Jefa de enfermería COMUSA Santa Clara

Al grupo interdisciplinario por su participación en la intervención de salud

Lic. en Enfermería Norma Izquierdo Hernández

T. A. P. S. Jorge Vázquez Chávez

T. A. P. S. Mario Peñaloza

T. A. P. S. Enrique Camarillo

P. S. S. C. Juan Darío Rodríguez Espejel

Dr. Luis Gabriel Rivera Hinojosa

Dra. María del Carmen Marcela Molina Herrera

Dra. Ángeles López Madrid

Dr. Francisco Cárdenas

Dra. Silvia Mendoza

Dr. Fernando Díaz

Al grupo de pasantes de enfermería en servicio social, por su colaboración al presente trabajo.

Alicia Ballesteros Moroy

Èvelyn Méndez Contreras

Jazmín Ríos de la Cruz

Jenny Villa Aranda

Karina Sánchez Martínez

Joana Larios Sierra

Araceli López Silva

Margarita Fernández Martínez

Érika Gabriela García Vega

Norma Janeth Gutiérrez López

Flor Villegas González

Francisco Javier Hernández Salvador

René Ramos Martínez

Victoria Jaqueline Santiago Martínez

Rubí Citlali Lucas Albino

Natalia Karina Sánchez Gutiérrez

Wendy Araceli Cano Pérez
Lorena Díaz del Toro
Marilù Morales Aguilar
Felipe Ramírez Hernández
Diana Michel Masías Zavala
Évelyn Karina Resendiz Pedraza
Rocío Cornejo Segura
Elizabeth Servín García
Rocío Antonio Antonio
Ivonne Mora Pandilla
Karina Nicolás Martínez
Graciela Romero Mariano
Grissel Sánchez López
Martha Sánchez Vázquez
Hortensia Bustos Guzmán
Esthela Cruz Ángeles
Yadira Jazmín Díaz Rodríguez
María Susana Sánchez Solano
Luis Antonio Cuevas Reyes
Xòchitl Durán Villafuerte
Lucía Villa González
Noemí Marlene Falcón Flores
Silvia Esther Fernández Rivera
Fernando Rangel González
Janeth Hilario Flores
Lizbeth Ramírez Celestino
Mariana Sánchez Juárez
Cinthya Tinoco Roa
Cristina Lizbeth Vera Martínez
Deni Altamirano Martínez
Laura Amaro Goiz

Elizabeth Gómez Aceves

Alejandra Gutiérrez Carrillo

Ana Lilia González Valdés

Ana María Resendiz Gutiérrez

INDICE

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	15
2. FUNDAMENTACIÓN	16
2.1 Antecedentes	16
2.2 Marco teórico conceptual	19
2.2.1 Salud Pública	19
2.2.2 Modelo teórico de Orem	38
2.2.3 Proceso enfermero	47
2.2.4 Consideraciones éticas	56
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE CASO	60
3.1 Selección y descripción genérica del caso	60
3.2 Priorización de problemas	63
3.3 Diagnóstico de salud comunitario integral	66
3.4 Estudios relacionados	89
3.5 Valoración focalizada de las limitaciones para el autocuidado	92
3.6 Diagnóstico de enfermería	99
3.7 Plan de intervención de enfermería	102
3.8 Ejecución	122
3.9 Evaluación	136
4. RESULTADOS	138
5. CONCLUSIONES	140
6. SUGERENCIAS	142
7. BIBLIOGRAFÍA	144
8. ANEXOS	155

INTRODUCCIÓN

La finalidad del posgrado en salud pública es conocer las causas que generan problemas de salud en comunidades para intervenir y dar soluciones de impacto.

El estudio de caso inicia con la selección de la comunidad a intervenir, realizándose un taller operativo el 11 de enero del 2002, en el cual participó un grupo multidisciplinario de expertos en las diferentes áreas de salud pública de la Jurisdicción sanitaria de Ecatepec, Estado de México, en donde se utilizó la metodología de Hanlon para seleccionar la población y territorio de estudio en función a sus necesidades, riesgos y daños, dando como resultado problemas relacionados al embarazo, parto y puerperio con base en una alta tasa de mortalidad perinatal de 4.7 en la microrregión La Palma I de la Coordinación municipal de salud Hank González.

Posteriormente se elaboró un protocolo para desarrollar el diagnóstico de salud comunitario integral, realizándose un estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico, aplicando un instrumento que contempló demografía, factores condicionantes, respuesta social organizada y daños a la salud.

Una vez obtenidos los resultados del diagnóstico se identificó al grupo vulnerable de estudio considerando a todas las mujeres en edad reproductiva, se calculó y seleccionó una muestra a la cual se aplicó un instrumento de valoración del déficit de autocuidado previamente diseñado y piloteado.

En los resultados encontrados se manifiestan las restricciones de conocimientos que interfieren en el desarrollo de capacidades de autocuidado en las mujeres en edad reproductiva, incluidos los requisitos de desarrollo y de desviación de la salud. En el análisis estadístico, se identificaron las limitaciones de autocuidado para focalizar el problema específico.

Para lograr nuestro objetivo principal, que es disminuir la alta tasa de mortalidad perinatal, se consideró intervenir en tres diferentes estrategias:

Capacitación a los Recursos Humanos de Salud, Promoción y Empoderamiento de la comunidad y Detección de Factores de Riesgo Reproductivo durante el embarazo, estableciéndose un proyecto de intervención, que es la parte medular de este trabajo.

La evaluación de la intervención fue a corto plazo, realizándose con el equipo multidisciplinario en la Jurisdicción sanitaria de Ecatepec, se propusieron indicadores de evaluación a largo plazo que se verán reflejados en la disminución de la tasa de mortalidad perinatal.

Finalmente se presenta la bibliografía consultada y en el apartado de anexos, los instrumentos correspondientes de las diferentes fases.

1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

- 1.1.1 Fortalecer el desarrollo de capacidades de autocuidado mediante la promoción de salud en las mujeres en edad reproductiva que les permita actuar responsablemente, a fin de disminuir la tasa de mortalidad perinatal en la microrregión La Palma I, de la Coordinación municipal de salud Hank González, perteneciente a la Jurisdicción sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

Objetivos específicos

- 1.2.1 Describir los factores sociodemográficos y epidemiológicos de las mujeres en edad reproductiva que integran la microrregión La Palma I a través de un diagnóstico de salud comunitario.
- 1.2.2 Especificar y priorizar los factores de riesgo asociados con desviación de la salud.
- 1.2.3 Identificar qué factores causales contribuyen en la insatisfacción de requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud en las unidades de estudio.
- 1.2.4 Estructurar un diagnóstico de enfermería con enfoque teórico de la doctora Dorothea E. Orem.
- 1.2.5 Elaborar un proyecto de intervención de enfermería orientado a disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal.
- 1.2.6 Ejercer el proyecto de intervención de enfermería en educación para la salud.
- 1.2.7 Evaluar las estrategias a corto plazo.

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1 Antecedentes

"Las muertes en la etapa perinatal de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se agrupan en dos períodos; el primero, desde que el feto alcanza los 1 000 gramos de peso, ubicado en la semana 28 de gestación hasta el séptimo día de vida extrauterina. Sin embargo, para lograr un conocimiento más preciso sobre el nivel de salud y servicios prestados debe extenderse el análisis al período perinatal II, que va desde que el feto alcanza 500 gramos de peso o la semana 20 de gestación, hasta los 28 días de vida extrauterina".¹

Dentro de las causas importantes de muerte perinatal están: la asfixia neonatal, prematuridad, malformación congénita relacionadas con falta de control prenatal y diagnóstico tardío de embarazo de alto riesgo.

La mortalidad perinatal se considera un indicador confiable del grado de desarrollo de una nación, y es un reflejo fiel de la calidad de los servicios de salud, y puede ser usado a nivel global, nacional, estatal y local, si la población es suficientemente grande.

En las últimas décadas, la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido gradualmente en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo; así pues, el grado de marginación, el bajo nivel de escolaridad, el pobre desarrollo económico, y la inaccesibilidad a los servicios de salud exacerban la brecha en relación a los países industrializados. Austria, Canadá y Estados Unidos, se suman a esta causa con una tasa de 5.8, 4.6 y 5.8 por cada mil nacidos vivos registrados respectivamente.²

1 <http://www.sielo-mx.bus.br/scieloph.&ing>

2 <http://www.siicsalud.com/dato/dato4//4d220>

En el período de 1995 al 2000, en América Latina la tasa más alta de mortalidad perinatal la encontramos en Bolivia, con 55 por cada mil nv (nacidos vivos) y la menor en Chile, con 9 por 1 000 cada nv. Así, Guatemala cuenta con una tasa de 45 por mil nv; en cambio Belice y Costa Rica, su tasa es de 20 por cada mil nv., mientras que en Ecuador se suma con 45 por cada mil nv.^{3, 4, 5}

En México, la mortalidad perinatal ha descendido en los últimos años, como se muestra en el número de defunciones, que para 1990 fue de 29 519 y en 1995 de 28 201 y para el año 1997 la cantidad de 27 135 muertes. (Salud Pública, 1999) En 1990 se ubicó en el cuarto lugar dentro de la tabla general de mortalidad con una tasa de 28 por mil habitantes. No obstante, continúa siendo un problema de salud pública, acentuándose en los estados con menor grado de desarrollo.

En el estado de Chiapas durante el período de 1994 a 1998 se observó un incremento importante que oscila entre el 23.6 y el 27.9 por mil nv, respectivamente.⁶

En el Estado de México, en el período comprendido entre 1998 y 1999 a nivel de estado, municipio y jurisdicción ocupa el 6º lugar; para el año 2000, ocupa el 5º lugar.

3 [http://ops.mx.com/Información en Salud Materno Perinatal - Región de Sudamérica y México.htm](http://ops.mx.com/Información%20en%20Salud%20Materno%20Perinatal%20-%20Región%20de%20Sudamérica%20y%20México.htm)

4 CLAP - Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano.htm

5 <http://www.paho.org/spanish/clap/05mort.htm>

6 <http://www.scielosp.org/sielo.php?pid>

Es importante mencionar que Ecatepec es el municipio más grande del Estado de México y del país, ocupando el primer lugar en cuanto a estadística poblacional a nivel jurisdiccional.⁷

A efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema, en 1984 en la Ley General de Salud en el artículo 62, se dispuso el establecimiento de comités de prevención de mortalidad materna y perinatal. Actualmente, el Programa de Arranque Parejo en la Vida busca incorporar el trabajo de los comités de mortalidad, cuya eficacia está comprobada a nivel internacional, ya que en sus inicios no los consideró entre sus componentes.

Así, el Programa Nacional de Salud 2001-2006, en la estrategia 2 establece "reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres"⁸ cuya finalidad es atender enfermedades evitables relacionadas con la nutrición insuficiente, infecciones comunes y la reproducción, a través de medidas de bajo costo y altamente efectivas.

La obtención de tasas de mortalidad perinatal a partir de sistemas de información continuos y confiables, permite una evaluación más precisa de la calidad de la atención en los países desarrollados. En México no existen aún programas de evaluación en salud que permitan conocer la situación real de la atención médica, siendo el principal obstáculo; los problemas de registro de tasas de mortalidad perinatal, regionales y, por ende nacional; es como consecuencia una utilización subóptima de los recursos, ya insuficientes, destinados a la salud.⁹

De acuerdo con éstos datos estadísticos, la mortalidad perinatal continúa siendo un problema de Salud Pública en México y en el mundo, por lo que es necesario implementar programas de monitoreo para reorientar las estrategias de salud.

7 Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (CIE-10)

8 Programa Nacional de Salud, SSA 2001-2006, pp.89

9 Revista de Ginecología Obstetricia México 2002; Vol. 70(10):510-520

2.2 Marco teórico conceptual

2.2.1 Salud Pública

El fenómeno de la globalización constituye una fuerza poderosa de cambio en la esfera económica, política, social, cultural, etc., nuestro país no puede quedar al margen de estas transformaciones. Así, dentro de la adaptación del nuevo sistema económico se reestructuran los sistemas de salud plasmados en el programa nacional de salud 2001- 2006.

"Al mismo tiempo, dichas reformas tienen que dar respuesta a perfiles de salud y más complejos, que exigen estrategias de intervención audaces dirigidas a modificar las condiciones de vida, las inequidades y los comportamientos individuales y colectivos".¹⁰

Las exigencias actuales de atención de salud orientan la atención al nivel preventivo, de esta manera la enfermera especialista en salud pública juega un papel preponderante de acción en la atención de la salud de las poblaciones, como lo menciona Winslow en su concepto de salud pública.

"El arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida, y fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad; para saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles y la educación de los individuos e higiene personal; la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de las enfermedades; el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud; organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar

¹⁰ OPS 1998, pp. 1

su derecho natural a la salud y longevidad".¹¹ Estos aspectos contribuyen a mejorar los estilos de vida.

Para intervenir a favor de los problemas de salud es conveniente analizar el proceso salud enfermedad, "dos grados extremos en la variación biológica son el resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total".¹² Así pues, el proceso salud enfermedad es un binomio inseparable en constantes cambios, histórica y socialmente influenciado, que tiene relación con factores genéticos, sociales, del medio ambiente, de la educación y el estilo de vida de las personas.

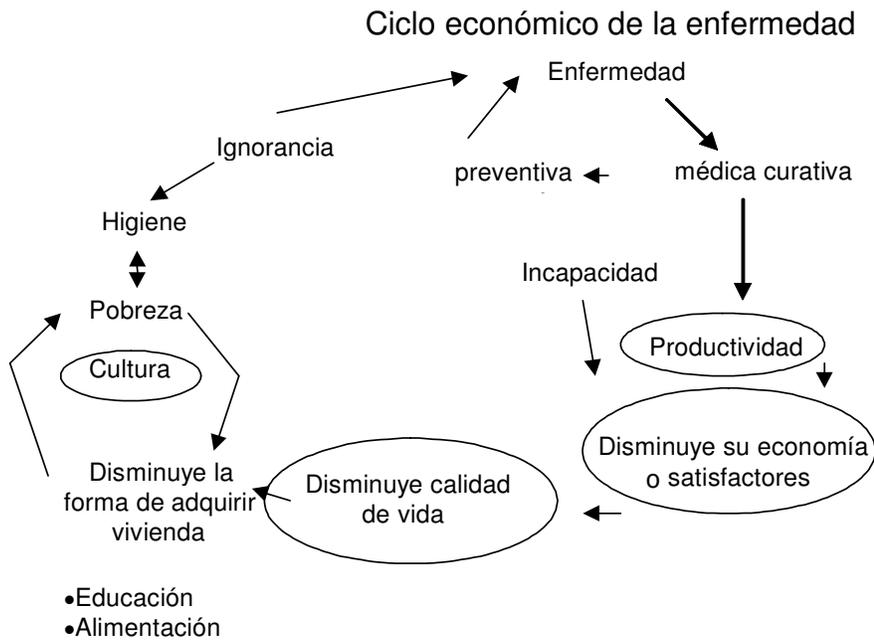


Figura 1

El individuo está inmerso en una relación dialéctica con su medio ambiente que al nacer está influenciado por diferentes factores condicionantes. De la exposición a estos, depende la génesis y desarrollo de una alteración de forma lenta o

¹¹ Álvarez A., Rafael, 2000, pp.19-20

¹² San Martín H., 1986.

inesperada que puede hacerse crónica o dejar secuelas o invalidez que influyen en la productividad, ingreso económico y calidad de vida del individuo.

Para evaluar el nivel de salud de una comunidad se realiza un diagnóstico comunitario que contempla tres aspectos que son: Factores condicionantes, Daños a la salud y Respuesta social organizada con la finalidad de implementar medidas de acción a los problemas identificados.

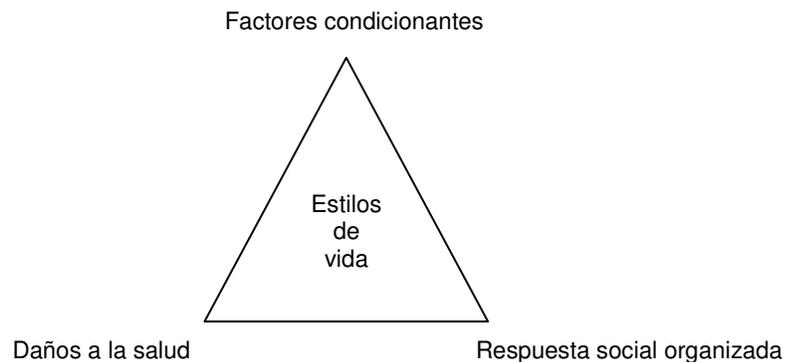


Figura 2

Factores condicionantes

Son todos aquellos factores que contribuyen a desarrollar un proceso mórbido entre los que se encuentran los aspectos sociodemográficos, económicos, biológicos, físicos, químicos, políticos y culturales.¹³

Dentro de este grupo se encuentra siempre un elemento que debemos tener presente porque contribuye a desencadenar un proceso morbido.

"Factor de riesgo: circunstancia asociada o aislada a un riesgo como probabilidad de ocurrencia de daños a la salud en grupos y poblaciones. Los factores pueden estar relacionados de manera potencial a la causa del daño como característica necesaria o suficiente y a quienes es más fácil identificar generalmente como esa

¹³ García D., Elsa, 1996, pp.43

causa inmediata a los daños a la salud, y son atribuidos al efecto de la exposición de uno o múltiples factores de riesgo, los cuales, al ser identificados pueden ser modificados por alguna intervención dependiendo del enfoque ideológico de la salud. Para fines prácticos pueden existir factores de riesgo sociales, económicos, culturales, ambientales, genéticos, biológicos, psicológicos, etc., aislados o relacionados entre sí".¹⁴

Por lo tanto, pueden ser causa o indicadores, su importancia radica en que son observables o identificables antes de la ocurrencia del hecho que predicen, son los que caracterizan al individuo, la familia, el grupo, la comunidad o el ambiente.

Dentro de los tipos de riesgo se encuentran los siguientes:

"Riesgo relativo: es la razón entre el riesgo de que ocurra una enfermedad en la población expuesta y el riesgo entre la no expuesta".¹⁵

Riesgo atribuible: es una medida que da como resultado la proporción en la cual el daño podría ser reducido, si los factores de riesgo desaparecieran en toda la población. Así pues, mide el impacto que produce sobre la disminución en la incidencia de la enfermedad después de haber sido anulado el factor de riesgo causal. De esta forma muestra la extensión del problema en la comunidad. El riesgo atribuible es una medida administrativa que permite implementar acciones sanitarias para intervenir sobre el riesgo como medida preventiva en la comunidad.

"Riesgo absoluto: es el riesgo observado o calculado, de un hecho en la población sometida a un estudio"¹⁶

Los criterios para evaluar el grado de riesgo se califican en relación a la tarjeta de visita familiar. Cuadros 1 y 2

¹⁴ Villa, Juan P., Castro Juan M. 1988.

¹⁵ Beaglehole R. Bonita Ruth, 1994. p.31

¹⁶ Jonh M. Last, 1989, pp. 150

Criterios de riesgo y calificación familiar

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

Cuadro 1

Fuente: Tarjeta de visita familiar ISEM, 1997

Clasificación por riesgo

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

Cuadro 2

Fuente: Ibidem

Demografía

"Es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales".¹⁷

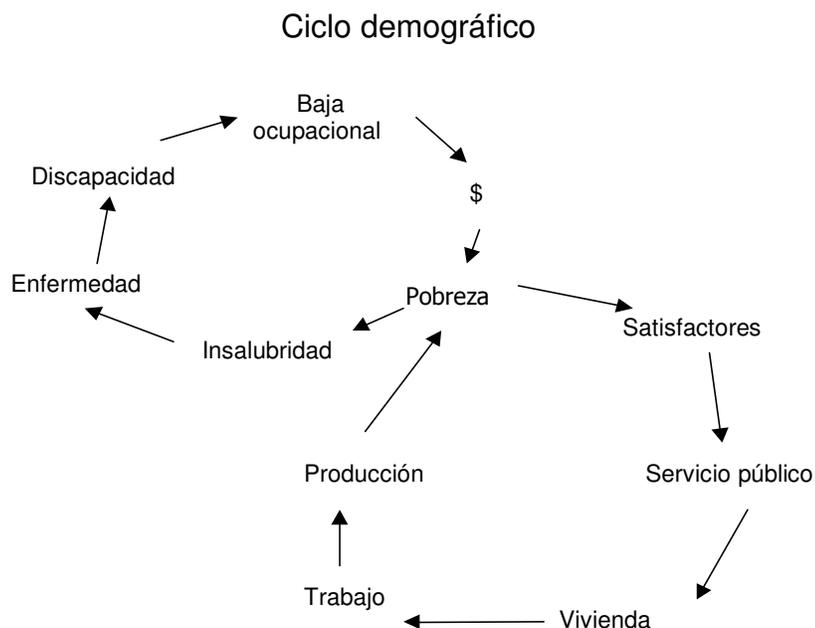


Figura 3

Los indicadores de la demografía son la edad y el sexo, elementos fundamentales para la estructura de una población. Toda población está sujeta a cambios demográficos en el tiempo. Estos dan lugar a la transición demográfica, que "Se refiere al proceso histórico de cambio en los niveles de mortalidad y fecundidad, en un modelo articulado en diversas fases."¹⁸

Así, la transición demográfica es un cambio en la fecundidad y mortalidad, ya que desde el punto de vista histórico es un proceso que repercute en todos los ámbitos del quehacer humano, modificando la vida económica, social, cultural y educativa.

¹⁷ Sánchez M. A., Aparicio Ramón, 2000, pp.119

¹⁸ Sánchez Moreno A., Aparicio Ramón, 2000. / Lasso E, Fernando, 2001. p.48

La demografía en su dinámica cuenta con dos movimientos: el natural y el migratorio.

El movimiento natural está compuesto por dos fenómenos: los nacimientos que se añaden en la base de la pirámide de edad y las muertes que eliminan a los individuos de todas las edades, sobre todo en la cima de la pirámide.

El movimiento migratorio también está constituido por dos movimientos que van en direcciones opuestas: la inmigración y la emigración. La inmigración menos la emigración constituye el excedente migratorio. Estos fenómenos pueden medirse por tasa.

Relación de dependencia

La relación de dependencia es una medida que refleja el peso económico de una sociedad, y que se calcula mediante la composición por edad y sexo. En cuanto a programas sociales, sanitarios, educativos, y económicos hace o hará falta aplicarla para dar respuesta a las necesidades de los más jóvenes y de los más viejos.

Daños a la salud

"Es cualquier alteración a la salud producida por la interacción de factores asociados. El daño en referencia puede a su vez contribuir en factores de riesgo para que otros daños se presenten".¹⁹ Y se manifiesta como un indicador negativo que permite evaluar el nivel de salud de una población, y se mide a través de cuatro variables a saber: morbilidad, invalidez o discapacidad, estado nutricional y mortalidad.

¹⁹ OPS, 1991, pp. 61

Ciclo del consumo o estilo de vida

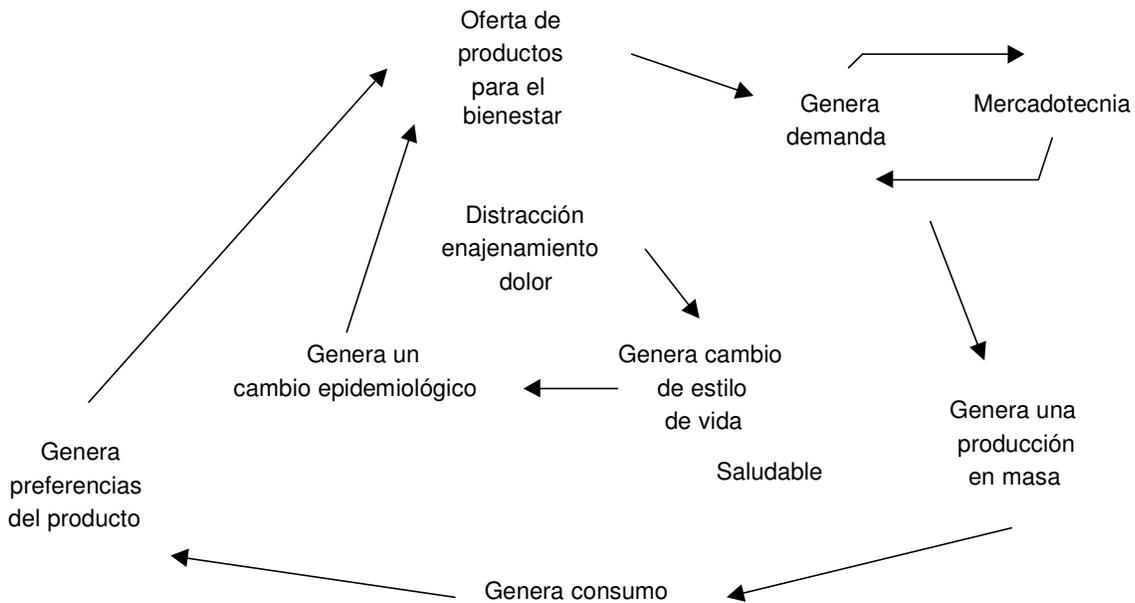


Figura 4

Mortalidad

Es el número proporcional de defunciones en una población y en un tiempo determinado y que se expresa a través de: a) tasa bruta, b) tasa específica, y c) tasa estandarizada.

Tasa Bruta de Mortalidad

Es aquella en la cual el denominador figura el total de la población, y no se consideran características específicas como edad, sexo y otras. Es una medición gruesa o general de la fuerza de ocurrencia de un hecho.

Tasa estandarizada

Es aquella a la cual, cuando se comparan diferentes unidades geográficas, con relación en su tasa bruta, se le neutraliza el efecto de variables confundidas, o concomitantes, tales como la edad, el sexo, nivel socioeconómico, etc. Esto se aplica a la morbilidad y también a la mortalidad. Las tasas estandarizadas son

hipotéticas, pero comparables. Existen dos métodos de estandarización, el directo y el indirecto.²⁰

Estandarización directa

"Consiste en aplicar las tasas específicas de cada una de las poblaciones comparadas a una población de referencia común, eliminando así el efecto de estructura de edad sobre la tasa de mortalidad".²¹

Estandarización indirecta

"Las tasas específicas de mortalidad de una población de referencia se aplican a cada categoría de edad de las poblaciones comparadas".²²

Morbilidad

"Toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico o psicológico."²³

Respuesta social organizada

Es la variable más importante en un diagnóstico porque muestra la respuesta de la comunidad ante los problemas de salud, sus formas de organización y estilos de vida; los recursos para la salud están basados en las políticas establecidas en el Plan Nacional de Salud 2001-2006, a través de los programas prioritarios.

Variables de la respuesta social organizada:

Accesibilidad, está relacionada con el área geográfica, económica y cultural.

Disponibilidad, en cuanto técnica y cobertura, recursos materiales y humanos.

Productividad, al cumplimiento de los programas.

20 Lasso E. Fernando, 2001, pp. 126

21 Pineault, Raynald, 1995. p.111

22 Ibidem, p.111

23 González Medina, G., Medina Ernesto, 1981. p.43

Participación, el desempeño de la población.

Para que haya progreso en un país es necesario contar con una organización social que atienda las necesidades reales que demanda la población en materia de salud. El programa nacional de salud establece los lineamientos de acción que deben seguir las diferentes instituciones donde el primer nivel de atención es prioridad. Es también recomendable reestructurar los programas prioritarios que vayan acorde a la situación real de cada comunidad, para lo cual propongo que se realice una supervisión y evaluación periódica de los programas.

Epidemiología

La epidemiología es una ciencia que juega un papel importante en la salud pública en la prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Así pues, es "el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios."²⁴

²⁴ Beaglehole. Op. Cit. pp.3

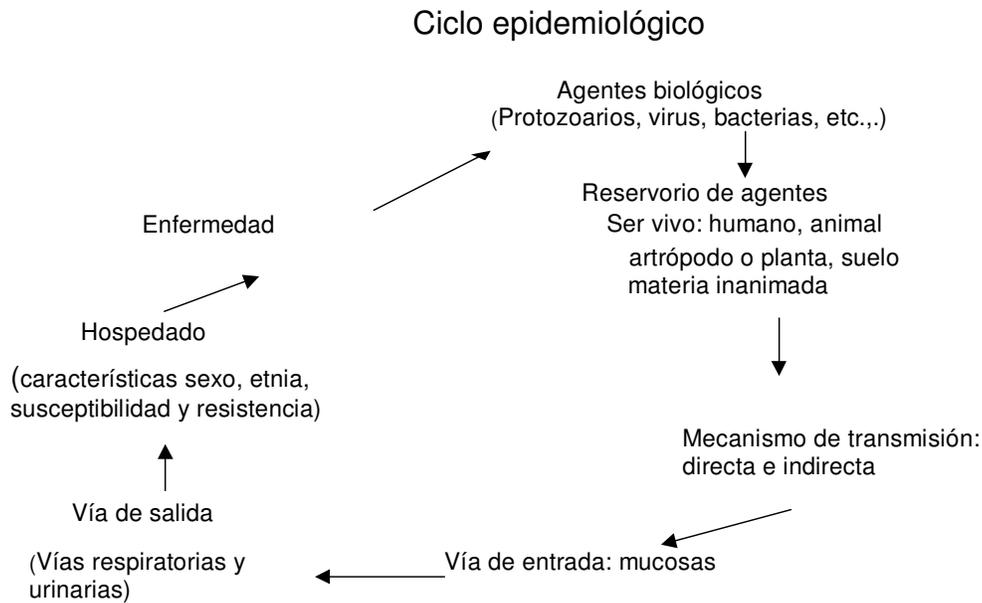


Figura 5

Transición epidemiológica

Es un proceso dinámico en el cual los patrones de salud enfermedad de una sociedad se ven transformados en respuesta a cambios más amplios de índole demográfico, socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico.

La transición epidemiológica representa los cambios que suceden en el proceso salud enfermedad, que causan impacto en las variables.

En nuestro país, esta transición se caracteriza por una disminución de muertes por causas infecciosas y un aumento de aquellas relacionadas con padecimientos degenerativos, metabólicos y neoplásicos, así como de accidentes y violencia.

Actualmente nuestro país atraviesa por cambios importantes en el ámbito económico, político, social y cultural que implican que el cuidado a la salud dirija su atención a la prevención. Para la salud pública, en este momento de transición epidemiológica, se requiere la reivindicación de su papel ante la sociedad y

alcanzar así los retos de equidad, calidad y protección financiera y de esta forma mejorar la calidad de vida de las poblaciones.

El compromiso fundamental es reconocer las necesidades, resolver grandes problemas de salud y sociales con énfasis en la pobreza, desempleo y marginación social, atacando las causas subyacentes y estructurales con el fin de disminuir la inseguridad y colocar al ser humano en el centro del desarrollo.²⁵

Vigilancia epidemiológica: "proceso que consiste en la recolección, clasificación, análisis e interpretación de los resultados de las acciones emprendidas por los servicios de salud, con el objeto de reorientar las estrategias más adecuadas de planeación, decisión, implantación, ejecución y evaluación".²⁶

Sistema Nacional de Salud

Instancia responsable de armonizar los programas y servicios de salud que realizan las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federales como estatales, así como de las personas físicas o morales de los sectores social o privado, con el fin de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, fundamentado por el artículo 4° de la Constitución Política de nuestro país.²⁷ Y tiene dos orientaciones generales:

1. "ampliar la cobertura de los servicios" (actualmente implementados en el Programa de Seguro Popular)
2. "elevar la calidad de los servicios médicos".²⁸

Para ello se requirió un programa de acción para la coordinación de servicios de salud, el cual fue presentado el 14 de diciembre de 1981 por el doctor Guillermo Soberón Acevedo, que incluía: el estudio de los servicios en el país, la posibilidad de coordinarlos e integrarlos a una programación única e institucional, y la mejoría

²⁵ Cumbre mundial sobre desarrollo social, 1996

²⁶ Lasso E., Fernando, 2001, pp. 307

²⁷ Lasso E., Fernando, 2001, pp. 120

²⁸ Álvarez A. Rafael, 2000, pp.135

sustancial de la infraestructura de salud del país; quedando de esta manera constituido el sector salud del gobierno federal para implantar el Sistema Nacional de Salud,²⁹ regulado por la ley de planeación,³⁰ y llevar a cabo un Programa Nacional de Salud.³¹

Para que se lleve a cabo un buen sistema de salud es necesario cumplir con ciertas funciones básicas:

Prestación de servicios

Buen financiamiento

Rectoría del sistema y generación de recursos para la salud

Este sistema está constituido por tres grandes componentes:

1er. Grupo

Organizaciones gubernamentales: Secretaría de Salud (SSA), como autoridad del sector, que presta servicios a más del 40 % de la población total sin seguridad social y que están financiados por completo con recursos del presupuesto federal.

2°. Grupo

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía; Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), atiende a los empleados públicos del nivel federal y local; Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); Secretaría de Marina; Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (DDF).

Todos se financian con las contribuciones de los empleados y del subsidio federal.

29 Ibidem. pp.133

30 Lasso E., Fernando, 2001 pp. 120

31 Op. Cit. pp.133

3er. Grupo

Sector privado, trabaja sobre bases lucrativas en hospitales, clínicas y consultorios, su financiamiento proviene directamente del bolsillo del consumidor y una pequeña parte de seguros médicos voluntarios.³²

Objetivos iniciales del Sector Salud

1. Integrar a las instituciones de salud que estaban tradicionalmente dispersas (coordinación).
2. Promover la programación integral de la salud (salud colectiva).
3. Autonomía técnica y organizativa de los integrantes del sector (políticas y administración propias).
4. Concertar e inducir a los sectores social y privado (la salud es un derecho y a la vez una obligación de quienes la integran).
5. Infraestructura necesaria (conocimiento más completo).³³

Objetivos específicos del Sistema Nacional de Salud

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos.
2. Desarrollo demográfico armónico.
3. Bienestar social para niños, adultos en plenitud y personas con capacidades diferentes y actualmente a las mujeres.
4. Desarrollo de la familia y comunidad.
5. Mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente.
6. Impulsar la formación, administración y desarrollo de recursos humanos.
7. Coadyuvar a la modificación de patrones culturales.

Para que se consolidara el Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Salud ha puesto en práctica tres estrategias:

1. Integración del Sector (dirección y coordinación).

³² Lasso E., Fernando; 2001, pp.120-121 / Álvarez A., Rafael 2000, pp. 133-134

³³ Álvarez A., Rafael, 2000, pp. 134

2. Descentralización de los servicios de salud en 1983 (responsabilidad gubernamental estatal).

Modernización administrativa (servicios de salud al alcance de todos).

Además de coordinarse con diferentes sectores: como el económico, ecológico, demográfico, de investigación técnica y científica, es importante la participación de la comunidad para obtener los resultados positivos esperados.³⁴

Programa Nacional de Salud 2001-2006

El Plan Nacional de Salud es un programa sectorial, forma parte del Plan Nacional de Desarrollo, es un instrumento de concentración de las acciones públicas y privadas del Sector Salud. Está dividido en cuatro capítulos: I. ¿En dónde estamos? La salud y los servicios de salud en México. II. ¿A dónde queremos llegar? El sistema de salud que México merece. III. ¿Qué caminos vamos a seguir? Objetivos, estrategias y líneas de acción. IV. ¿Cómo medimos los avances? La rendición de cuentas como parte del proceso democrático.

A continuación se mencionan las directrices hacia la democratización en México para mejorar la salud:

1. La protección de la salud no puede ser considerada como mercancía u objeto; es un derecho social.
2. Busca estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema (responsabilidad, decisión).
3. Desarrollar un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas del individuo civil y una justa remuneración y oportunidad profesional.

Objetivos:

1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
2. Abatir las desigualdades en salud
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud

³⁴ Álvarez A., Rafael, 2000, pp.136

5. Fortalecer el sistema de salud, en particular sus instituciones públicas

Programa de acción: Arranque Parejo

"Es uno de los programas prioritarios de esta administración pública federal cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina de nuestro país y la salud de niños y niñas, desde su gestación hasta los 24 meses de edad, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud de la población".³⁵

¿En dónde estamos?

En México, como en el resto de los países, desde tiempos ancestrales, ha sido reconocida la importancia del cuidado de la mujer durante el embarazo; ya nuestros antepasados en el México prehispánico daban especial importancia a la descendencia numerosa como un bien preciado, y con ello a la mujer, cuya principal misión era la protección de los hijos.

La Secretaría de Salud del Estado de México fue sede del Taller Arranque Parejo en la Vida, durante los pasados 18 y 19 de septiembre del 2003, en esta reunión se establecieron las bases para desarrollar este programa de carácter federal en el Estado de México, que arrancó ese año en el municipio de Ecatepec, siendo el objetivo del 2004 pintar de Arranque Parejo a todo el estado, teniendo como meta reducir la mortalidad materna e infantil, dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género.

Servicios:

Brinda servicios de salud de calidad a las mujeres durante todo su embarazo, parto y puerperio.

Atiende a los recién nacidos desde su nacimiento hasta los dos años de edad.

Previene la discapacidad y limita el daño.

³⁵ Programa de acción: Arranque Parejo en la Vida, 2002, SSA, pp.17

Integra en sus estrategias, la participación de las instancias de gobierno local, estatal y federal así como de la sociedad civil.

Filosofía

Un recién nacido es un proyecto de vida.

Es prioridad dar atención médica con calidad y sentido humano a las mujeres embarazadas y al recién nacido, así como la prevención de las discapacidades.

¿A dónde queremos llegar?

Misión

Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

Visión

Mujeres que con su pareja toman decisiones responsables y disfrutan el derecho a tener una maternidad saludable, niñas y niños sanos y bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud.

Principales características:

Participación comunitaria

Desarrollo humano

Prevención de la discapacidad

¿Qué camino vamos a seguir?

Para cumplir tales propósitos en Arranque Parejo en la Vida se establece el esquema operativo denominado 4 x 4, el cual incluye acciones en cuatro componentes sustantivos, apoyados por 4 componentes estratégicos.

Componentes sustantivos:

- Embarazo saludable
- Parto y puerperio seguro
- Recién nacido sano
- Niñas y niños bien desarrollados

Componentes estratégicos:

- Desarrollo humano
- Participación comunitaria y red social activa
- Monitoreo y evaluación
- Fortalecimiento de la estructura de los servicios^{36, 37}

Estos componentes deben de conjuntarse con la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.

Arranque Parejo en la Vida opera en 470 municipios de 18 estados del país, con una cobertura hasta 2004 de un millón y medio de mujeres y niños menores de dos años.³⁸

Seguro Popular

Es un programa de seguridad social que ofrece consultas médicas, hospitalización, medicinas, cirugías a la población más pobre, además de un examen preventivo anual a las familias afiliadas.

Este avance es el resultado de las necesidades que demanda la población, teniendo como objetivo la protección de la familia y cumpliendo el reto de la protección financiera que establece el Programa Nacional de Salud.

36 <http://www.google.com>

37 <http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/categoric.php?op=newindex&catid=29>

38 SSA, "SALUD", gaceta informativa # 30, enero 2005

Los requisitos para afiliarse son: ser mexicano, no tener derechohabiencia en ninguna institución de seguridad social, y cubrir la cuota, dependiendo de los ingresos de cada familia, y para las más pobres será gratuito.

Actualmente se han afiliado 653 mil 037 familias rurales, representando el 41.7 % del total en este año. La meta de afiliación es de 3 millones para el año 2005.³⁹

³⁹ Salud, gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, 2005, febrero, número 31. p. 3-5. / México, "Contigo es posible", Donde estamos y hacia donde vamos, 2004

2.2.2 Modelo teórico de la doctora Dorothea E. Orem

En los últimos 15 años, la enfermería en México se ha desarrollado y para ello ha recurrido a los modelos de enfermería ya existentes, integrándolos en el Proceso enfermero. Uno de los modelos teóricos más utilizados, por su enfoque biopsicosocial, es la teoría general de enfermería denominada también Teoría general del déficit del autocuidado, de la doctora Dorothea E. Orem, donde explora los conceptos de autocuidado, explicando la capacidad de acción de cada individuo, las demandas de cuidados de los miembros de la familia que dependen de esos cuidados, con un enfoque directo que opera a través de sistemas que son acciones o elementos relacionados entre sí, que actúan unidos como un todo, y los cambios afectan al todo, dirigidos a grupos determinados que constituyen una unidad de cuidado dependiente para los individuos que demandan cuidados terapéuticos.

La enfermera funge como un agente que da cuidados a las personas que los demandan en base a las limitaciones de la misma, alrededor de los tres requisitos de la doctora Dorothea E. Orem en su teoría de autocuidado y sus tres subteorías: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría de los sistemas de enfermería.

Contempla los conceptos *auto* como la totalidad de un individuo incluyendo las necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y *cuidado* como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la salud y vida, está construido por una serie de proposiciones (premisas) unidas de manera lógica sobre la naturaleza de los seres humanos:

1. Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismos y en su entorno.
2. La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros.

3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de otros, incluyendo la producción de las aportaciones.
4. La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de formas y medios.
5. Los grupos de seres humanos son relaciones estructuradas, agrupan las tareas y asignan responsabilidades.

Por lo tanto, el ser humano tiene el potencial de desarrollar actividades teóricas y prácticas para el cuidado de sí mismo, los dependientes de su familia y otros.

Limitaciones del autocuidado

La persona puede tener limitaciones en cuanto a conocimientos suficientes de sí mismo y quizá no desee adquirirlos, y así tener deficiencia para emitir juicios sobre su salud y saber en qué momento debe solicitar ayuda profesional.

Se refiere a los impedimentos que el individuo expresa para poder autocuidarse en condiciones y circunstancias óptimas y reales e inclusive cambiantes, es decir, que sus habilidades se ven mermadas por varias restricciones que hacen que no realice sus funciones o acciones de autocuidado y son tres clases:

1. Limitaciones del conocimiento en cuanto al funcionamiento de su organismo y de las necesidades de autocuidado.
2. Limitaciones para formular juicios y tomar decisiones que van de acuerdo con la demanda de autocuidado terapéutico; es decir, cómo va a cuidarse, si están presentes varios factores como la cultura, las experiencias vividas por el individuo sobre alguna situación similar, costumbres y hábitos, etcétera, los cuales tiene que analizar para poder decidir qué hacer o no consigo mismo.

3. Limitaciones para ocuparse en curso de acción para el logro de resultados: se refiere a la falta de capacidad por diversos factores ambientales, funcionales o de condición psicológica que le impiden realizar sus actividades. Las personas como agente de autocuidado: es el acto de cuidar de uno mismo, requiere el inicio de una compleja serie de conductas que exigen un enfoque de autocuidado personal e intencionado, y que debe poseer los siguientes requisitos:

1. Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y sobre las condiciones y factores internos y externos significativos para el autocuidado.
2. Controlar la energía física disponible y suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
3. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y la finalización de las operaciones de autocuidado.
4. Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado de referencia.
5. Motivación (es decir, orientación del autocuidado hacia unos objetivos que estén de acuerdo con sus características y su significado para la vida, salud y bienestar).
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo para hacer operativas estas decisiones.
7. Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado de fuentes autorizadas; recordarlos y hacerlos operativos.
8. Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas de comunicación e interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado.
9. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acciones apropiadas en relación a las acciones previas y posteriores, para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.

10. Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad.

Las formas de satisfacer los requisitos tienen elementos culturales y varían en cada individuo y con los grupos sociales, en los que se necesita ayuda de otros. Se requiere de acción intencionada, calculada y condicionada con el conocimiento; habilidad por medio de la cual el individuo decide su autocuidado.

Subteorías

Subteoría del autocuidado

Se enfoca al autocuidado que se logra en medida que las personas maduras o en proceso de maduración realizan acciones y secuencias de acciones aprendidas como la experiencia personal y las normas culturales; deben diseñar un plan de procedimientos definidos para satisfacer las necesidades percibidas, a fin de adoptar conductas de autocuidado en respuesta a una necesidad específica.

Orem plantea que las enfermeras profesionales valoren tres categorías de requisitos de autocuidado: Requisitos universales, Requisitos de desarrollo y Requisitos de desviación de la salud.

Requisitos universales

Son requisitos esenciales para todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, están asociados con los procesos de desarrollo humano independientes de los factores del proceso salud enfermedad:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal.

Requisitos de desarrollo

Están relacionados con la producción y el mantenimiento de los procesos vitales que apoyan el desarrollo y el tránsito humano hacia los niveles más altos de organización, se asocian con etapas específicas de la vida.

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y el desarrollo; esto promueve el progreso hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.
2. Provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo.

Requisitos de desviación de la salud

Estos requisitos surgen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, incapacidad o está recibiendo atención médica y requiere de atención profesional para adquirir conocimientos sobre su autocuidado:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en patologías específicas.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas por el profesional de la salud.
5. Modificación del concepto de autoimagen, aceptándose como un ser con un estado particular de salud.

6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuo.

Subteoría del déficit de autocuidado

Esta subteoría centra su atención en la valoración de factores subjetivos en los individuos que presentan enfermedad reciente o crónica, o experimentan un trauma emocional; pueden requerir nuevas medidas para cuidar de sí mismos o solicitar ayuda de otros (agente de autocuidado), por lo que pueden tener una o más limitaciones para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

La ayuda puede proceder de diferentes fuentes, como: amigos, familiares, profesionales de enfermería o afines.

A continuación se mencionan los principales conceptos y definiciones de la Teoría del déficit del autocuidado:

Déficit del autocuidado. Se refiere a la relación del individuo que demanda atención terapéutica a la agencia de autocuidado, en donde las capacidades del autocuidado se ven limitadas y no satisfacen todos sus componentes que requieren haberse identificado como completos o parciales.

Demanda de cuidado terapéutico. Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado, y a la vez, es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

Agencia de autocuidado. Agente, se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando un individuo realiza su propio cuidado, se le considera agente de autocuidado de la persona que lo demanda, la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

Agente de cuidado dependiente. Es aquel que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado sin que implique directamente cuidados de enfermería; en situaciones en que la enfermera los proporciona, se convierte en la agencia de enfermería. En este caso se requiere que las enfermeras tengan conocimientos y habilidades y que sean capaces de comunicarlos a otros, para satisfacer las necesidades de los pacientes y apoyar a que desarrollen sus propias capacidades de autocuidado para la conservación de su salud y mantener una vida saludable.

Subteoría de los sistemas de enfermería

Son series y secuencias de acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de los mismos y, proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado de los enfermos.

Se formularon específicamente para aquellas personas o familias que tienen ciertas limitaciones de autocuidado y lo demandan debido al déficit del mismo.

Está integrada por tres tipos de sistemas:

1. Sistema de enfermería totalmente compensatorio: el paciente es totalmente incapaz de verse por sí mismo y requiere de ser ayudado por otras personas que lo cuiden para satisfacer sus requisitos universales.
2. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: no requiere de la misma amplitud de la intervención de enfermería, el paciente está implicado en su propio cuidado. Toma juicios y decisiones de acción.
3. Sistema de enfermería de apoyo educación: en este sistema el paciente es capaz de realizar acciones para su cuidado y con la ayuda del agente de autocuidado puede aprender a desarrollar nuevas capacidades y adaptarse a un estilo diferente de vida.

Agencia de enfermería: Organismo formado por enfermeras y enfermeros profesionales que se encargan de capacitar a las personas que lo soliciten para que desarrollen la facultad de resolver sus problemas de salud. Esta agencia funciona dentro del marco de una legítima relación interpersonal, actuar, conocer y ayudar a las personas (familia, grupo y comunidad) a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo o ejercicio de su agencia de autocuidado.

Orem contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras y enfermeros participen en operaciones interpersonales, sociales y operaciones tecnológicas profesionales que son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos, estas últimas continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. El éxito de estas operaciones tecnológicas profesionales dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y otros factores.

Mapa conceptual del modelo teórico de la doctora Dorothea E. Orem

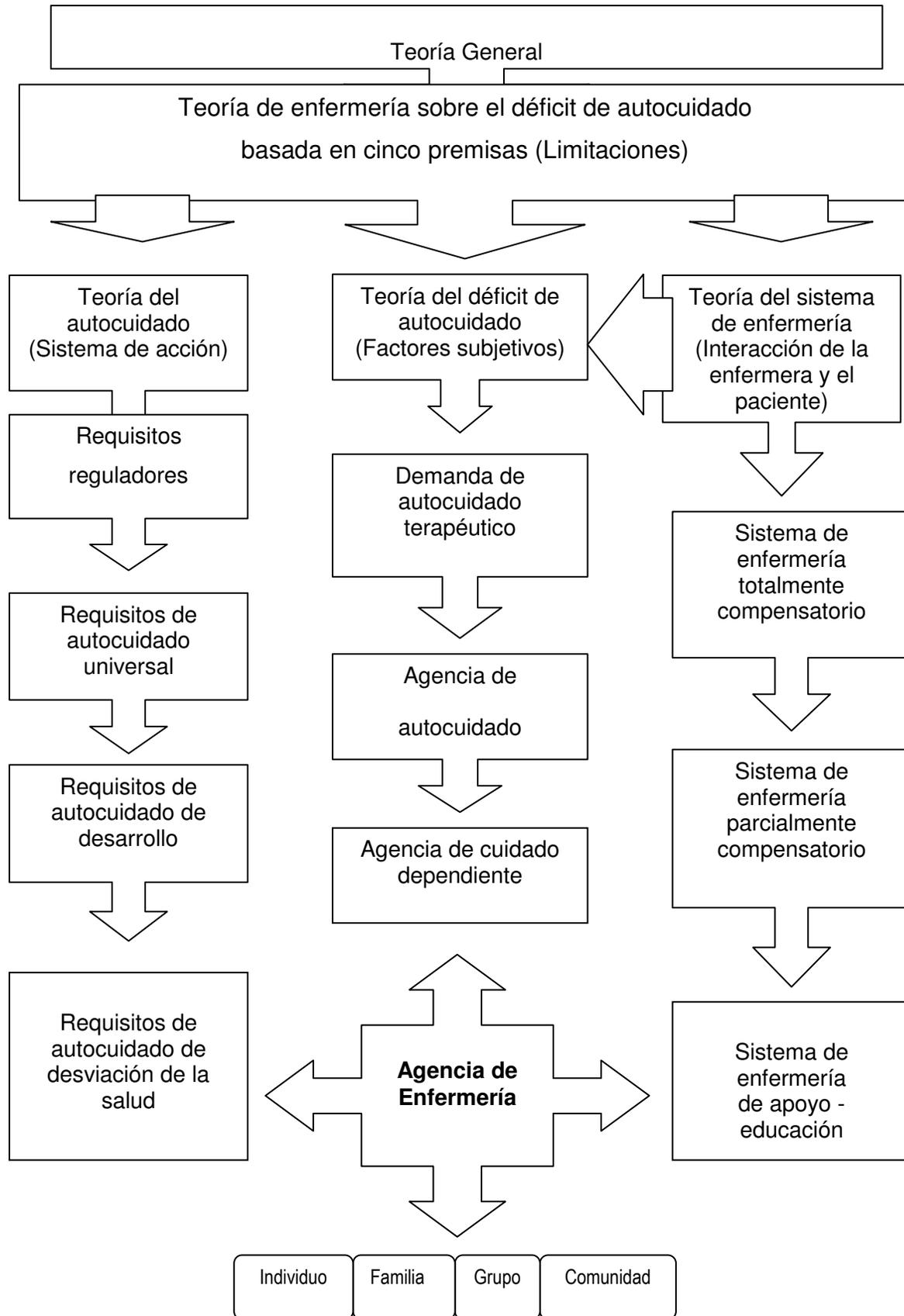


Figura 6

2.2.3 Proceso enfermero

El proceso enfermero es una forma metodológica y sistemática de llevar a cabo actividades o cuidados de enfermería en un individuo sano o enfermo, a través de un modelo conceptual del metaparadigma enfermero, basados en conocimientos teóricos y experiencias así como en ciertas características tanto del paciente como de la enfermera (o) y del medio que los rodea a ambos, con la finalidad de integrarlo a su medio familiar, laboral, económico, cultural y social.

Es así que la enfermería es toda acción, donde las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica, los cuales se logran a través del proceso enfermero que consta de cinco etapas:

Valoración; recogida de datos

Diagnóstico; problema de salud

Planificación; elaboración de estrategias, intervención de enfermería

Ejecución; puesta en marcha el plan de cuidados

Evaluación; como proceso y sistema

Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, consiste en la identificación de las capacidades de la persona para autocuidarse, en donde se obtiene toda la información que se pueda adquirir; existen dos tipos de valoración:

Valoración extensa: es la reunión de los datos sobre todos los aspectos de la salud del individuo.

Valoración focalizada: se orienta a reunir datos de un problema específico que ya ha sido identificado, puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración continua.

Este proceso de recogida de datos incluye las siguientes actividades:

Obtención

¿Qué recursos hay que utilizar para reunir los datos? Las fuentes para recopilar la información son del paciente, familia, allegados, registros médicos y de enfermería así como de otros profesionales de la salud.

¿Cómo deben reunirse los datos? Es a través de la observación, la entrevista y el examen físico que incluye la valoración de datos fundamentales y la valoración focalizada de enfermería.

Validación

Significa que la información que obtuvo debe estar basada en hechos, puede hacerse de la siguiente manera: revisando los propios datos, comprobando que no existan factores transitorios capaces de alterar la precisión de los datos, revisando siempre los datos en que hay dudas o pidiendo ayuda de otras personas para corroborar el dato.

Organización de los datos

Una vez reunidos y validados los datos se agruparán en categorías de información que ayudarán a identificar los problemas de salud reales o potenciales sin perder el objetivo de enfermería. Esta organización va a depender de los conocimientos, habilidades y preferencias del personal.

Identificación de los modelos

Una vez agrupada la información se puede dar una primera impresión acerca del problema, siempre y cuando se detecte si hay más factores de riesgo.

La teoría de la doctora Dorothea E. Orem engloba cuatro aspectos a valorar en individuos o unidades multipersonales:

- Factores de condicionamiento básico

- Requisitos universales

Requisitos de desarrollo

Requisitos de desviación de la salud

Una vez que se ha llevado a cabo la recopilación de datos, se examinan, se analizan y se sintetizan en el diagnóstico de enfermería y se determina el déficit para cada elemento valorado.

Diagnóstico

Es la segunda etapa del proceso de enfermería durante la cual se analizan los datos de la valoración, con relación a los siguientes objetivos:

1. Identificar los problemas diagnósticos de enfermería reales o potenciales.
2. Identificar la causa o etiología de los problemas.
3. Identificar el estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas.
4. Determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren buscar asesoramiento por parte de otros profesionales de la salud.

La profesión de enfermería cuenta con varias taxonomías que benefician a las enfermeras en su orientación administrativa, asistencial, educativa o de investigación, para desarrollar fundamentos científicos sólidos que cumplan con los criterios como profesión que se adecuen al paciente como individuo único, familia y grupo.

“Una Taxonomía es un tipo de clasificación; el estudio teórico de las clasificaciones sistemáticas incluyendo sus fundamentos, principios, procedimientos y normas.”⁴⁰

⁴⁰ Lynda Juall Carpenito, 2002. p. 5

El diagnóstico de enfermería es un problema de salud real y que las enfermeras pueden intervenir de forma legal e independiente, realizando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo.

Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería:

- Reales
- De riesgo
- Posibles
- De bienestar
- De síndrome

Diagnósticos de enfermería reales

Describen un problema que ha sido confirmado por las características principales que lo definen y tienen 4 componentes:

1. Etiqueta, es el significado del diagnóstico.
2. Definición, es la precisión de la etiqueta y debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos.
3. Características definatorias, se refiere a los signos y síntomas y se dividen en:

Principales, en donde los diagnósticos que no han sido investigados, por lo menos debe aparecer una característica principal; pero si son diagnósticos investigados o comprobados, debe tener al menos del 80 % al 100 % de características en los casos.

Secundarias, las cuales proporcionan datos que sustenten al diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

4. Factores relacionados, son todos aquellos factores que intervienen en el cambio del estado de salud y que se dividen en 4 aspectos: fisiopatológicos, de tratamiento, desde el punto de vista ambiental o personal y, de maduración.

Diagnósticos de enfermería de riesgo y de alto riesgo

Significa, según la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), que un juicio clínico de un individuo, familia o comunidad está más predispuesta a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida.

Diagnósticos de enfermería posibles

Son aquellos enunciados que describen un problema con sospecha de..., cuya confirmación necesita nuevos datos, los cuales son relacionados con que conducen a una enfermedad y que al tener suficientes datos se puede confirmar los signos y síntomas para decidir un diagnóstico real, o se pueden confirmar la presencia de los factores de riesgo y establecer un diagnóstico de riesgo o descartar cualquiera de estos dos diagnósticos.

Diagnósticos de enfermería de bienestar

De acuerdo a la NANDA son “un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad, en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Para que sea alcanzado el beneficio se necesitan dos requisitos indispensables: el deseo de conseguir un nivel superior de este bienestar y el estado o función actuales eficaces”.⁴¹

Estos diagnósticos carecen de factores relacionados puesto que se utiliza la etiqueta potencial de favorecer.

Diagnósticos de enfermería de síndrome

Para hablar de éste término hay varias conceptualizaciones de acuerdo al punto de vista que se quiera tomar:

Desde el punto de vista Griego, significa que marchan juntos; para la medicina, es un conjunto de signos y síntomas; o que suelen tener una sola causa o tener un grupo de características que coinciden, pero cuya etiología es desconocida.

⁴¹ Lynda Juall Carpenito, 2003. p. 10

La NANDA ha encontrado varias diferencias entre la medicina y la enfermería puesto que ésta última abarca a un grupo de diagnósticos reales o de alto riesgo, según los acontecimientos o situaciones concretas.

De acuerdo a la NANDA, los enunciados diagnósticos se clasifican en:

Los enunciados de una parte, como los diagnósticos de bienestar y de síndrome, contienen únicamente la etiqueta diagnóstica.

Los enunciados de dos partes contienen la etiqueta y los factores que han contribuido o que podrían contribuir al cambio en el estado de salud y se corresponden con los diagnósticos posibles y de riesgo; están formados por las palabras “*relacionado con*”.⁴²

El 1er. enunciado incluye las necesidades del individuo o comunidad detectados por el profesional de enfermería durante la valoración del proceso de enfermería. Establece los objetivos que determinarán el progreso en la prevención, reducción o alivio del problema de salud del individuo o comunidad.

El 2º. enunciado consiste en factores relacionados o de riesgo que contribuyen las necesidades de la comunidad. Sugiere las intervenciones que pueden estar indicadas para el control de la atención del individuo o comunidad.⁴³

Los enunciados de tres partes están conformados por la etiqueta, los factores relacionados, y los signos y síntomas del diagnóstico; se utiliza en los diagnósticos de enfermería reales.

42 Lynda Juall Carpenito, 2002. pp. 13-14

43 B. J. Taptich, 1995. pp. 134:cap.13

Problema

Etiología

Síntoma

relacionado con

manifestado por

Denominación diagnóstica

Factores relacionados

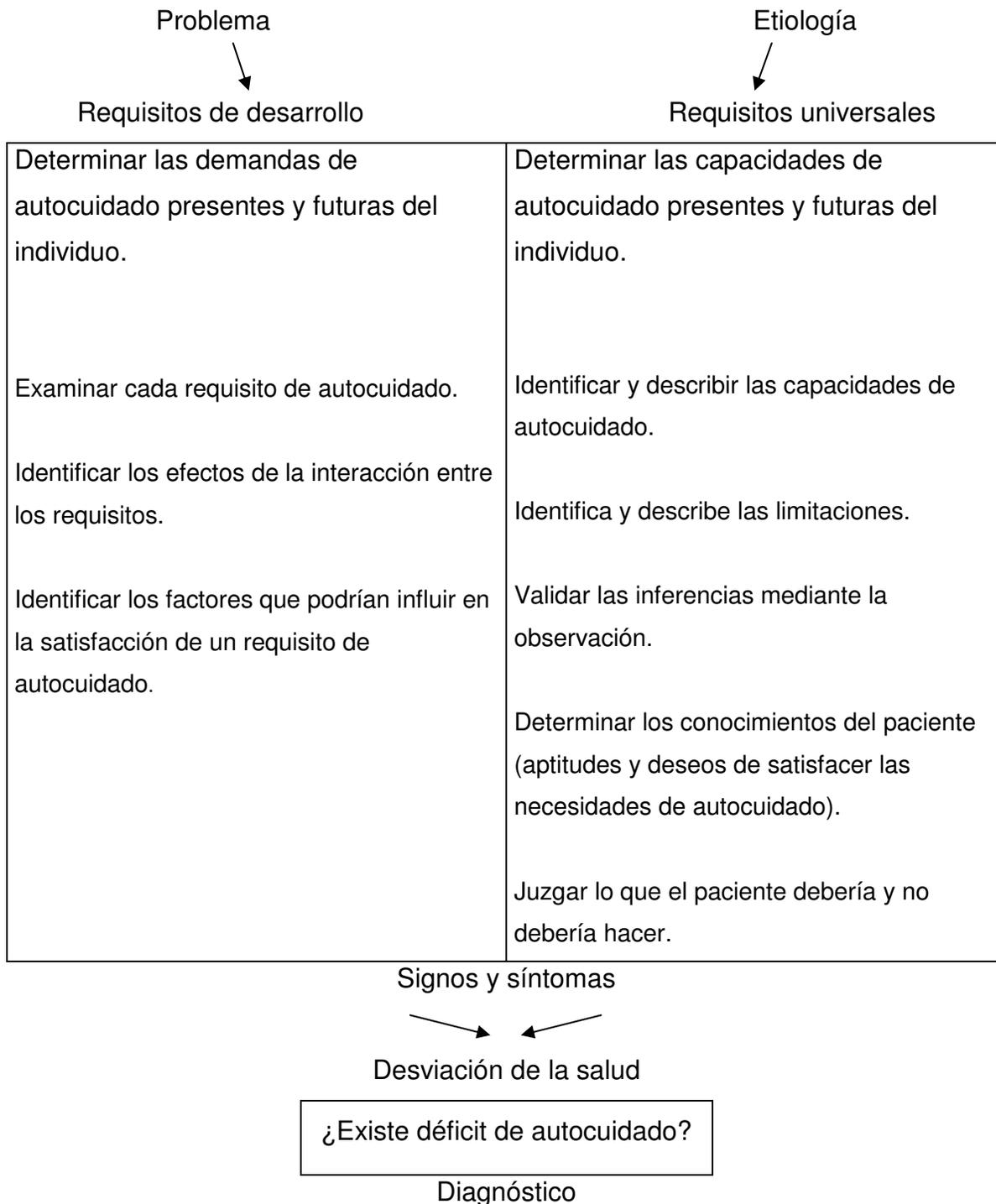
Signos y síntomas

Directrices para la redacción de los diagnósticos de enfermería:

1. Escribir el diagnóstico en términos de las necesidades de la población en lugar de las necesidades del personal de enfermería.
2. Utilizar *relacionado con* en lugar de *debido a* o *causadas por* para unir los dos enunciados del diagnóstico.
3. Escribir el diagnóstico en términos legalmente aconsejables.
4. Escribir el diagnóstico sin hacer juicios de valor.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de los indicios aislados en el primer enunciado.
7. Los dos enunciados no deben tener el mismo significado.
8. Expresar el factor relacionado en términos que puedan ser modificados.
9. No incluir el diagnóstico médico en el diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico de forma clara y concisa.⁴⁴

⁴⁴ Ibidem, p. 144

En el siguiente recuadro se esquematiza cómo construir un diagnóstico de enfermería basado en conceptos centrales del modelo teórico de la doctora Dorothea E. Orem, estos son: la demanda de autocuidado actual y futuro y, la capacidad actual y futura del autocuidado.



Planeación

Se define como un proceso de organizar anticipadamente una serie de actividades para ejecutar una acción determinada, como la seguridad de seleccionar las estrategias y los medios más eficientes, para alcanzar los objetivos planeados, y hacer los cambios que sean necesarios aplicados a un individuo, familia, grupo y comunidad.

Es el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros en una organización temporal, con un propósito bien definido dentro de un tiempo y espacio determinado. Se basa en un diagnóstico situacional orientado a cambios y marco ideológico, el cual construye la misión y visión que debe reflejar la esencia de la organización, lo que hace y a quién dirige sus acciones, con base en valores y filosofía y, en el análisis estratégico interno y externo: (DOFA) debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas; a partir de esto, se deben definir y construir las estrategias del programa sustantivo:

Ejecución

La cuarta etapa del proceso, que es la puesta en práctica del plan de cuidados y sus actividades, consiste en seguir recopilando información, llevando a cabo las actividades y las acciones de enfermería, registrar y comunicar la evolución del proceso, así como la respuesta emitida por el paciente o comunidad y mantener un plan de cuidados actualizado, esto implica una evaluación constante tanto del paciente como de las actividades de enfermería.

Evaluación

Fase de todo proceso que permite la revisión y modificación de las acciones para el logro de los objetivos, permite el control del éxito o del fracaso de proyectos en el sentido de identificar y medir sus resultados. Se revisaron autores al respecto como Donabedian y Lazky para elaborar un plan de evaluación a corto y largo plazo, considerando la estructura, el proceso y resultado, así como algunos indicadores de utilización de servicios y de promoción de la salud.

2.2.4 Consideraciones éticas

Las consideraciones éticas legales están basadas en los valores y principios, como es el respeto a la vida y a la dignidad humana, de estos se derivan los derechos humanos, entre los que figuran los derechos a los pacientes y el derecho a la salud.⁴⁵

Los derechos generales de los pacientes están basados en los derechos humanos, los que se mencionan en la siguiente lista:

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno
3. Información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

La relación ideal del profesional de salud con el paciente debe cumplir con las siguientes características:

Benevolencia: querer el bien del otro

Benedicencia: hablar bien del otro

Beneficencia: hacer el bien al otro

Benefidencia: expansión de ambos

⁴⁵ Códigos de bioética del personal del Hospital General de México, 2003, pp. 1

Ley General de Salud

Uno de los aspectos a considerar es la reglamentación sobre los derechos que tiene el individuo dentro de los programas de salud, basado en la Ley General de Salud, en la que se menciona principalmente el derecho a la protección de la salud en el artículo 1º del capítulo único, como disposición general de este documento, así como la atención materno infantil en el art. 61 del capítulo V y que se expresa en los siguientes términos:

Título primero

Disposiciones generales

Capítulo único

Artículo 1º. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Capítulo V

Atención Materno Infantil

Artículo 61. La atención materno infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Artículo 4º. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del estado, en los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley, el varón y la mujer son iguales ante la ley, ésta, protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa, la ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental, la ley determinará los apoyos a la protección de los menores, a cargo de las instituciones públicas.

Artículo 123. V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud con relación a la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán

dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos.

Bajo este marco ético y legal se desarrollaron las actividades profesionales de la presente investigación. Así pues, el instrumento se aplicó respetando los siguientes principios:

1. El consentimiento de las mujeres en estudio fue por escrito a través de la firma de cada una de ellas, tomando en consideración que ninguna persona tiene la autoridad o derecho de decidir por otro.
2. Dar Información a las mujeres encuestadas acerca del objetivo de la investigación, así como los beneficios deseados por el investigador.
3. La participación fue voluntaria y con apego a la privacidad en el manejo de los datos.
4. Se manejó un lenguaje accesible y claro al entendimiento de las unidades de estudio.
5. Las unidades en estudio tuvieron la libertad de no contestar los ítems que consideraran inconvenientes.

3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO DE CASO

3.1 Selección y descripción genérica del caso

La mortalidad perinatal sigue siendo uno de los principales problemas de salud en los países en vías de desarrollo. Así, la población con mayor exposición a factores de riesgo se localiza en aquellas zonas cuyo grado de marginación es mayor, reflejo de ello se encuentra en la Coordinación municipal de salud Hank González municipio de Ecatepec, Estado de México, donde se registra una tasa alta de mortalidad perinatal.

En respuesta a este fenómeno, para seleccionar el objeto de estudio se realizó una priorización a través del método de Hanlon basado en 4 criterios que son: la magnitud, severidad, eficiencia y factibilidad, debido a que permite seleccionar los daños de forma cuantitativa con la información disponible de modo flexible y objetiva, con la finalidad de planear estrategias emergentes de acción.

La población más vulnerable son los niños, adolescentes y ancianos; de acuerdo a la relación de dependencia sustentada en los indicadores sociodemográficos que se definen "como los indicadores particularmente útiles para la determinación de necesidades de salud y de servicio"⁴⁶

Dentro de los indicadores se encuentra la relación de dependencia que es "una medida que se puede calcular a partir de la composición por edad, refleja el peso económico de una sociedad en términos de programas sociales, sanitarios, educativos y económicos que hace o hará falta poner en marcha para dar respuestas a las necesidades de los mas jóvenes y de los más viejos".⁴⁷

46 Pineault. 1995, pp. 64

47 Ibidem, pp. 65

La relación de dependencia se obtuvo de los datos estadísticos de la pirámide poblacional a nivel jurisdiccional de Ecatepec, Estado de México, 2001.

$$\text{Relación de dependencia} = \frac{\text{población de 0 a 14 años} + \text{población de 65 años y más}}{\text{población de 15 a 65 años}} \times 100$$

$$\text{RD} = \frac{647\,730}{1\,257\,366} = 0.5176 \times 100 = 51.72$$

$$\text{Relación de dependencia de ancianos} = \frac{\text{población de 65 y más años}}{\text{población de 15 - 64 años}} \times 100$$

$$\text{RDA} = \frac{74\,485}{1\,252\,366} \times 100 = 5.94$$

$$\text{Relación de dependencia de jóvenes} = \frac{\text{población de 0 - 14 años}}{\text{población de 15 - 64 años}} \times 100$$

$$\text{RDJ} = \frac{573\,245}{1\,252\,366} \times 100 = 45.77$$

De acuerdo a los resultados en función de la relación de dependencia, al realizar la comparación se concluye que la población más dependiente y vulnerable para este caso son los adolescentes.

El resultado que se obtuvo giró en torno a las enfermedades del embarazo, parto y puerperio con una tasa de 4.7 de cada mil habitantes, dentro de éstas, la mortalidad perinatal obtuvo el primer lugar.

Posteriormente se realiza un segundo taller de priorización para determinar la comunidad objeto de estudio, se hallaron dos microrregiones con la misma tasa de mortalidad perinatal, por lo que se realiza una estandarización de tasas y así, la mayor problemática se localizó en La Palma I; se elaboró un protocolo para diagnóstico de salud integral, entre enero y marzo del 2002, el estudio fue transversal, observacional, descriptivo y analítico, cuyo objetivo fue conocer los factores condicionantes que contribuyen al nivel de salud de las familias.

Se estudiaron a todas las familias, excluyendo a las renuentes, ausentes y a las que llegaron después del cohorte. Se investigaron antecedentes demográficos, factores condicionantes, daños a la salud y respuesta social organizada, por medio de entrevista e interrogatorio con técnica de sondeo. El procesamiento de datos se realizó a través de la verificación, edición, clasificación por riesgo, integración de tarjetero de visita familiar, captura de datos por medio del programa estadístico excel, y se dio prioridad a los problemas.

Una vez más, el resultado arrojó una tasa alta de mortalidad perinatal; por lo tanto, se efectúa una segunda investigación enfocada a buscar las causas que propician este fenómeno. Para sustentar este proceso se ejercitó el marco conceptual de la doctora Dorothea E. Orem.

3.2 Priorización de problemas

Para seleccionar el problema, objeto de estudio, se tomó como referencia las primeras veinte causas de mortalidad general que enseguida se mencionan, y se realizó un taller de priorización con el enfoque del método de Hanlon.

Principales causas de muerte de la Jurisdicción de Ecatepec, 2000

Causa	Tasa (*)
1. Enfermedades del corazón	37.5
2. Diabetes mellitus	34.6
3. Tumores malignos	29.6
4. Enfermedades del hígado	18.2
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	17.3
6. Influenza y neumonía	13.3
7. Accidentes	11.7
8. Enfermedades cerebrovasculares	10.7
9. Agresiones (homicidio)	10.5
10. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	8.2
11. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5.4
12. Insuficiencia renal	5.4
13. Infecciones respiratorias agudas	3.9
14. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.3
15. Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	3.0
16. Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	2.9
17. Enfermedades infecciosas intestinales	2.8
18. Úlcera gástrica y duodenal	1.5
19. Síndrome de dependencia del alcohol	1.4
20. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	1.1

(*) Tasa por 100 000 habitantes

Es importante mencionar que las 3 principales causas de muerte a nivel jurisdiccional son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, así como las infecciones respiratorias agudas y neumonías, que no son consideradas en el taller de priorización, ya que previamente fueron investigadas y están en proceso de evaluación.

Posteriormente se formaron seis equipos de ocho integrantes, en los cuales participó todo el equipo multidisciplinario para la priorización, tomándose como referencia diez de las veinte principales causas de mortalidad general de la Jurisdicción de Ecatepec, que a continuación se mencionan:

1. Enfermedades del hígado
2. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
3. Accidentes
4. Agresiones (homicidio)
5. Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
6. Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma
7. Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)
8. Enfermedades infecciosas intestinales
9. Síndrome de dependencia del alcohol
10. Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)

Tabla de priorización de Hanlon

Padecimiento	A	B	C	D	Total	Prioridad
	Magnitud	Severidad Mortalidad	Eficiencia	Factibilidad Total de D		
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7.4	6.4	1.3	4.8	88.0	1
Enfermedades infecciosas intestinales	5.5	5.6	1.3	4.5	65.9	2
Bronquitis crónica y la no especificada (tuberculosis pulmonar), enfisema y asma	4.5	4.6	1.2	4.3	47.7	3
Enfermedades del hígado	6.6	7.3	.8	2.4	29.0	4
Síndrome de dependencia del alcohol	6.5	6.6	.7	2.5	24.8	5
Accidentes	6.8	5.8	.8	2.6	24.8	6
Enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (SIDA)	5.0	6.2	.8	2.7	24.8	7
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.5	5.2	.8	2.9	24.7	8
Agresiones (homicidios)	6.0	6.8	.6	1.8	14.4	9
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)	4.1	5.4	.7	1.6	11.0	10

Cuadro (3) Fuente:Taller operativo 11 de enero de 2002, Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, Estado de México.

De esta manera se obtuvo, en primer lugar el padecimiento relacionado con ciertas afecciones originadas en el período perinatal, que es nuestro objeto de estudio.

3.3 Diagnóstico de salud comunitario integral

Valoración extensa

La Palma I es una microrregión ubicada en el altiplano de Ecatepec. Fue fundada a principios de los '80s por migrantes del Distrito Federal y estados vecinos. A pesar de ser una zona de alto riesgo para el desarrollo humano es una comunidad densamente poblada por su cercanía con el Distrito Federal y con la zona industrial del Estado de México. Está conformada por trece sectores y éstos a su vez tienen de 2 a 8 manzanas. Sus colindancias son las siguientes:

Al norte con la Col. Tulpetlac y Col. Benito Juárez

Al este con la autopista México-Pachuca

Al sur con la Col. Buenavista

Al oeste con La Palma II.

La población captada en la cédula de visita familiar, es de 4 307 habitantes, de los cuales 2 224 son mujeres, cantidad equivalente al 52 %; en tanto que 2 083 suma la población masculina, lo que equivale a un 48 %. El promedio de integrantes por familia es de 4 personas, en tanto que el grupo etáreo con mayor concentración está conformado por jóvenes de entre 15 y 19 años; en cambio, el de menor concentración lo integran menores de un año.

Dentro del crecimiento y la natalidad se encontró una tasa bruta de natalidad de 24.6 por mil nv, lo que significa que de cada mil habitantes de la microrregión La Palma I hay en promedio 25 nacimientos, cifra similar a la tasa de natalidad a nivel nacional que es de 24 nacimientos (INEGI 1995-2000); así como una tasa de reproducción general de 45.4 por mil nv femeninos. Con respecto a la tasa de fecundidad general se encontró 75.4 por mil nv, lo que significa que de cada mil mujeres de 12 a 49 años, 75 quedan embarazadas.

En cuanto a la situación económica, el ingreso familiar es de dos a tres salarios mínimos, con lo cual no se cubre el gasto de un individuo en sus cuatro ámbitos principales: alimentación, vivienda, salud y educación. En el aspecto religioso, el 80 % de la población, profesa la religión católica, lo que coadyuva en la protección de la salud.

En el ámbito educativo se encuentra que el 6 % de la población es analfabeta; el 2 % se ubica en el nivel de licenciatura y el mayor porcentaje se encuentra en el grado de primaria con el 42 %.

Cuentan con escuelas de nivel básico (preprimaria, primaria y secundaria), un módulo deportivo, una planta abastecedora de agua, un dispensario médico y una Asociación de Alcohólicos Anónimos. Con respecto a los hábitos alimenticios, la gente refiere que hace tres comidas diarias: el desayuno consiste en café, pan y en ocasiones guisados del día anterior; la comida incluye sopa, guisado y tortillas, predominando las leguminosas y esporádicamente, pescado y fruta; y la cena consiste en café, leche y pan o el sobrante de la comida.

Las viviendas cuentan en promedio con 2 o 3 habitaciones, y en su mayoría son construcciones sin acabados. En cuanto a los servicios públicos, se dispone de agua entubada en un 94 %; la pavimentación es precaria, se encuentra al 5 %, paradójicamente con el 100 % de alumbrado público. No hay sistema de drenaje, los desechos van a la calle y existe deficiencia en los servicios de recolección de basura; hay erosión del suelo y el aire se encuentra contaminado por partículas de desechos y las producidas por las fábricas aledañas.

Con respecto a los daños a la salud, el primer lugar lo ocupan las infecciones de vías respiratorias altas con un 61%; en segundo lugar se encuentra la hipertensión con un 12 %; y en tercer lugar la diabetes mellitus con un 9 %

De acuerdo con las principales causas de mortalidad, en general se encontró que la muerte por causas perinatales ocupó el primer lugar con una tasa de 4.7 de cada mil nacidos; enseguida se localizaron las muertes por infarto al miocardio con una tasa de 1.3 por cada mil habitantes; el tercer sitio lo ocupó la mortalidad por broncoaspiración con una tasa de 0.9 por cada mil habitantes.

Así, la morbilidad y la mortalidad en La Palma I indican que esta comunidad atraviesa por una transición epidemiológica, pues aún persisten enfermedades características del subdesarrollo como son las infecciones; pero a la vez existen las enfermedades crónico degenerativas propias de países desarrollados.

Dentro de la respuesta social organizada en cuanto a servicios de salud tienen una cobertura de 32.8 % para el IMSS, 3.57 % para el ISSSTE, 0.26 % para SEDENA, 2.44% para ISEMYM, 53 % queda al margen de la seguridad social, lo que representa una erogación extra importante al gasto familiar cuando aparece un proceso mórbido en alguno de sus integrantes y 7.93% no respondió.

Los habitantes de esta comunidad tienen disponibilidad a los servicios de salud a través del Hospital General José María Rodríguez, correspondiente al segundo nivel de atención, y a la Coordinación Municipal de Salud Hank González, primer nivel de atención; ambos proporcionan servicios a la población abierta, cumpliendo con el paquete básico de salud establecida en el Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El acceso geográfico al Hospital General es aproximadamente de una hora, y a la Coordinación Municipal de Salud de 30 minutos.

Cuentan con una partera capacitada, así como de dos líderes comunales, quienes participan en coordinación con el técnico de atención primaria a la salud (TAPS) responsable de la promoción y difusión de la salud de esta área.

La población masculina y femenina en etapa reproductiva que utiliza algún método de planificación familiar corresponde a 510 habitantes; destaca en primer lugar el dispositivo intrauterino (DIU) con un 44%, en segundo lugar el definitivo con un 30%, en tanto que los inyectables se ubican en un 12%, los orales en un 9% y en menor porcentaje el preservativo con un 4%.

Es fundamental mencionar que de una población de 1 405 mujeres en edad reproductiva, solo el 36 % utilizan método anticonceptivo y el 64 % se encuentran en riesgo de quedar embarazadas.

De las 41 embarazadas detectadas, el 61 % cuentan con esquema de vacunación de toxoide tetánico completo y el 39 % presentan esquema incompleto, lo cual se considera un factor de riesgo en esta población.

De las mujeres identificadas, refieren llevar un control prenatal; sin embargo, no es confiable, por la alta tasa de mortalidad perinatal descrita. Con relación a la atención de embarazos anteriores, las mujeres en estudio refirieron haber cursado el puerperio sin vigilancia médica.

La población de menores de 5 años es de 515, de los cuales se identificó un 72 % con esquema de vacunación completo y un 28 % con esquema incompleto, por lo que se encuentran en alto riesgo.

Otro aspecto importante a considerar es la población canina, que asciende a 1 127, de los cuales el 34 % se encuentran vacunados y el 66 % no cuentan con dicha aplicación, por lo que se considera un factor de riesgo en la comunidad.

Lo que se ha mencionado son los principales condicionantes identificados que dan origen al gran número de riesgos en la población, y se manifiestan por la frecuencia e incidencia de la morbilidad y mortalidad. Es evidente la gran

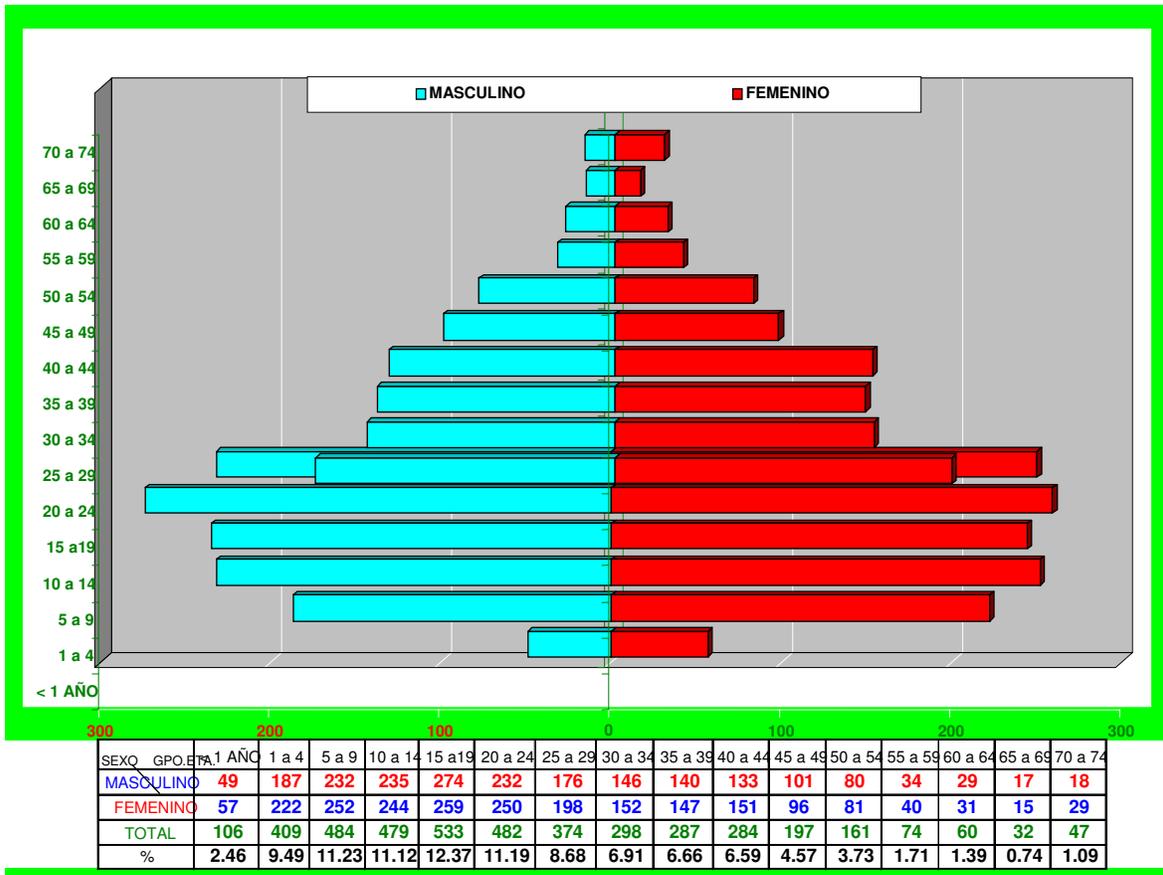
importancia de estos resultados, ya que representan un factor de riesgo en la salud de la mujer, condicionando las altas tasas de mortalidad perinatal.

Factores condicionantes

Pirámide poblacional La Palma I

Total de población: 4 307

Hombres: 2 083
Mujeres: 2 224



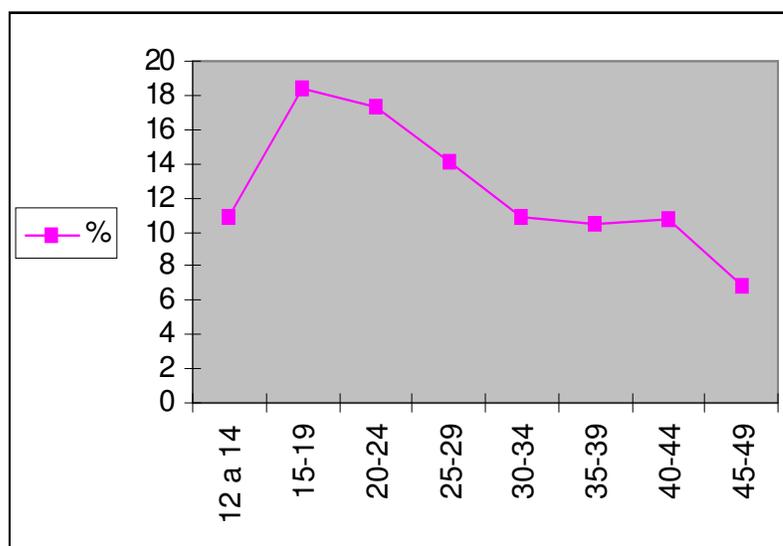
Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

La base de la pirámide poblacional está representada por el grupo etáreo de menores de un año con 106 niños lo que equivale a 2% en contraste con el grupo etáreo de 15 a 19 años con 533 adolescentes con el 12%, siendo el grueso de nuestra población.

Lo que significa que a proyección de unos 25 a 30 años la población menor de un año no podrá sostener económicamente a la población de 15 a 19 años.

Población de mujeres en edad reproductiva

Mujeres en edad reproductiva	Frecuencia	%
12 - 14	152	10.82
15 - 19	259	18.43
20 - 24	250	17.29
25 - 29	198	14.09
30 - 34	152	10.81
35 - 39	147	10.46
40 - 44	151	10.74
45 - 49	96	6.8
Total	1405	100

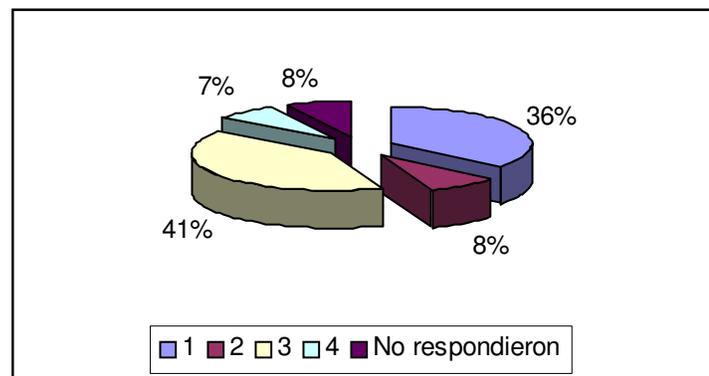


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

De este rango de edad en etapa fértil el grupo etéreo más sobresaliente es el de 15 a 19 años con 259 adolescentes equivalente a un 18 %; es el grupo que tiene un riesgo elevado, por todos los factores condicionantes que giran a su alrededor.

Familias por riesgo

Riesgo	Frecuencia	%
1	432	37.65
2	99	8.62
3	491	38.45
4	89	7.32
No respondieron	91	7.92
Total de familias	1147	100

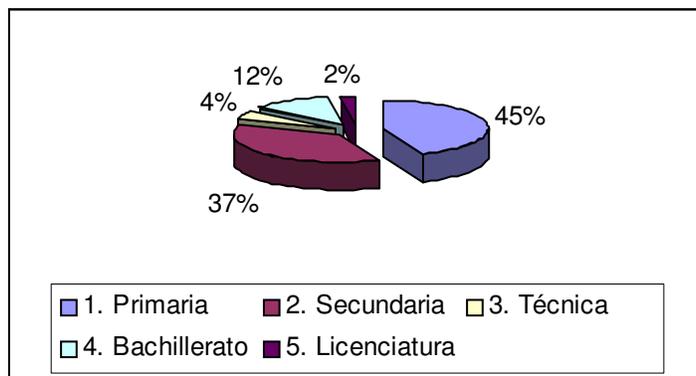


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Del total de las familias encuestadas (1147), se encontró el 38 % en riesgo 1, en la que sus integrantes son niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil; y en el riesgo 3, es equitativo con un 38 %.

Escolaridad en mayores de 15 años

Escolaridad	Frecuencia	%
1. Primaria	1100	43.8
2. Secundaria	932	37.1
3. Técnica	100	3.9
4. Bachillerato	311	12.3
5. Licenciatura	58	2.4
Total	2505	100

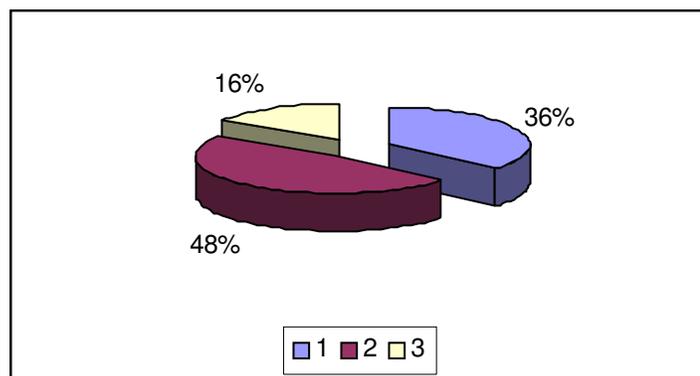


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Del total de la población mayor de 15 años el 2% es de nivel licenciatura, encontrándose el mayor porcentaje para nivel primaria con un 44 %, teniendo en cuenta primero, que la educación es un derecho inalienable de todos los ciudadanos, contenido en el artículo 3 constitucional y después de acceder al sistema educativo, les permite desarrollar habilidades y aptitudes requeridas para su desarrollo individual, familiar, social y su incorporación al mercado de trabajo.

Ingreso por familia

Ingreso diario por familia	Frecuencia	%
1. Un salario mínimo	385	36.2
2. De dos a tres salarios	504	47.7
3. Cuatro y más salarios	167	16
Total	1056	100



Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

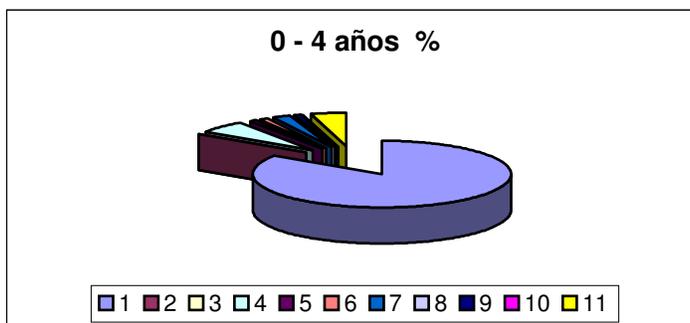
La mayoría de la población, 48 %, percibe de dos a tres salarios mínimos, tomando en cuenta que el índice de integrantes por familia es de 3.7; el ingreso per-cápita predominante es de 23.7 pesos, se considera un ingreso muy bajo que no justifica el gasto del ser humano en sus cuatro ámbitos: alimentación, vivienda, salud y educación.

Daños

Morbilidad por grupos etéreos

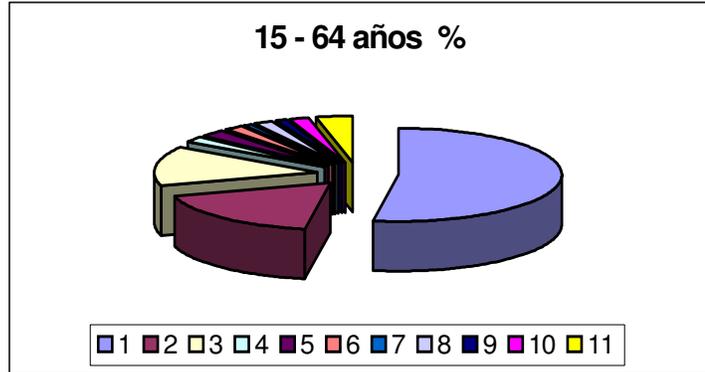
Causas	0 - 4	%	15 - 64	%	65 y mas	%	Total
1. IRAS	189	32.25	171	29.2	0	0	360
2. Hipertensión	0	0	58	9.89	11	1.87	69
3. Diabetes mellitus	0	0	45	7.67	8	1.36	53
4. EDAS *	14	2.38	7	1.19	1	0.17	22
5. Tumores	2	0.34	8	1.36	1	0.17	11
6. Cardiopatías	2	0.34	6	1.02	1	0.17	9
7. Bronconeumonía	5	0.85	3	0.51	0	0	8
8. Artritis	0	0	6	1.02	1	0.17	7
9. Asma	2	0.34	4	0.68	1	0.17	7
10. Renales	0	0	6	1.02	0	0	6
11. Otras	10	1.7	12	2.04	12	2.04	34
Total	224	38.2	326	55.6	36	6.12	586

* Enfermedades diarreicas agudas



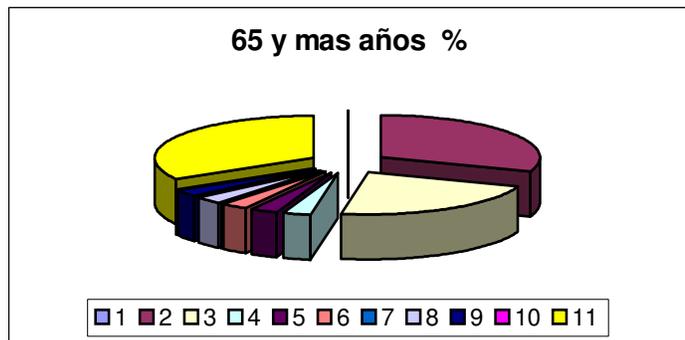
Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

La enfermedad es un factor que bajo ciertas circunstancias influye en la aparición de una enfermedad específica, así observamos que existen enfermedades propias de la niñez. Por lo tanto, encontramos que las infecciones respiratorias agudas (IRAS) predominan más en la infancia que en otras etapas de la vida.



Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

En el grupo de edad que oscila entre los 15 y 64 años se observa una concentración importante de hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatías.



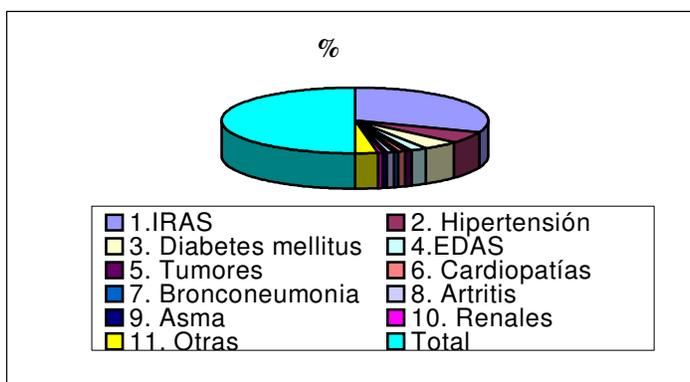
Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

En el grupo de edad de 65 años y más predominan las enfermedades crónico degenerativas.

Morbilidad

Causas	Total de casos		Tasa
	Frecuencia	%	
1. IRAS	360	61.45	83.5
2. Hipertensión	69	11.8	16
3. Diabetes	53	9.0	12.3
4. EDAS *	22	3.75	5.1
5. Tumores	11	1.87	2.5
6. Cardiopatías	9	1.53	2
7. Bronconeumonía	8	1.36	1.8
8. Artritis	7	1.19	1.6
9. Asma	7	1.19	1.6
10. Renales	6	1.02	1.3
11. Otras	34	5.8	7.8
Total	586	100	

* Enfermedades diarreicas agudas



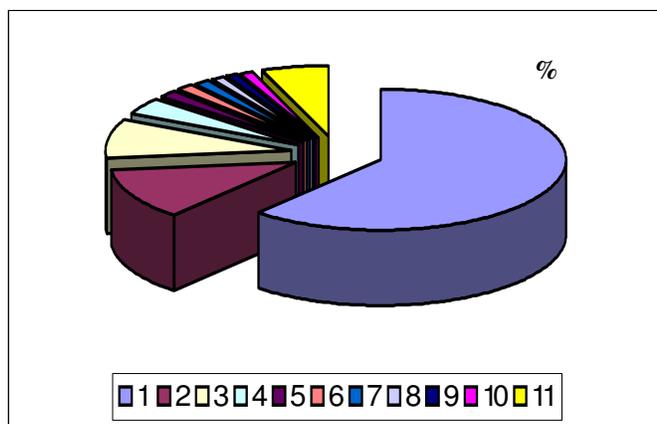
Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

La primera causa de enfermedad la ocupó las infecciones respiratorias agudas (IRAS) con el 61 %, significativamente alto con relación a la morbilidad total de esta localidad, tomando en cuenta que la estación del año contribuye a este proceso. En cuanto a la segunda causa, la hipertensión arterial alcanza el 12 %, a pesar de que existe un programa prioritario para contrarrestarla.

Morbilidad por sexo

Enfermedad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Fe	%	Fe	%	Fe	%
1. IRAS	157	26.79	203	34.64	360	61.45
2. Hipertensión	30	5.11	39	6.65	69	11.8
3. Diabetes mellitus	17	2.9	36	6.14	53	9.04
4. EDAS *	12	2.04	10	1.7	22	3.75
5. Tumores	4	0.68	7	1.19	11	1.87
6. Cardiopatías	4	0.68	5	0.85	9	1.53
7. Bronconeumonía	4	0.68	4	0.68	8	1.36
8. Artritis	1	0.17	6	1.02	7	1.19
9. Asma	4	0.68	3	0.51	7	1.19
10. Renales	3	0.51	3	0.51	6	1.02
11. Otras	15	2.55	19	3.24	34	5.8
Total	251	42.79	335	57.13	586	100

* Enfermedades diarreicas agudas

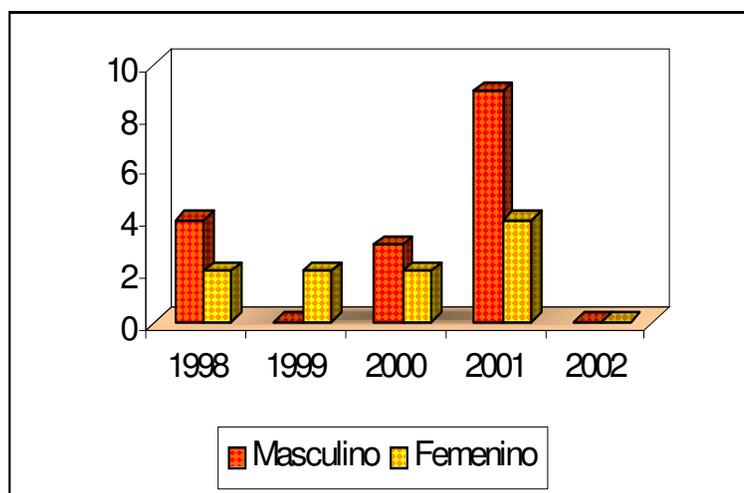


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Las mujeres se enferman más con respecto a los hombres, no obstante los esfuerzos del sector salud por fortalecer programas prioritarios en la prevención y detección oportuna de enfermedades, los cuales están dirigidos a la mujer. Sin embargo, las exigencias de los diferentes roles que juegan influyen en su autocuidado.

Mortalidad por año sexo

Causa	1998		1999		2000		2001		2002		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Frecuencia
1. Infarto	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	6
2. Accidente	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4
3. Diabetes mellitus	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3
4. Neumonía	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3
5. Renal	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
6. Broncoaspiración	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	4
7. Cisticercosis	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8. Epistaxis	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
9. Homicidio	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	4	2	0	2	3	2	9	4	0	0	26



Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Los resultados demuestran que la mortalidad es más elevada en hombres que en mujeres, comparándose a nivel nacional, las defunciones fueron en hombres de 247 833 y en mujeres 195 979; es importante considerar la implementación de programas específicos dirigidos a este género.

Respuesta social organizada

Embarazadas con control prenatal

Embarazadas		
Detectadas	En control prenatal	%
41	41	100



Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

De una población de mujeres en edad reproductiva de 1 405, se identificaron 41 embarazadas, de las cuales el 100 % refieren llevar un control prenatal, lo que no es confiable por la alta tasa de mortalidad perinatal identificada.

Tipo de seguridad social por familia

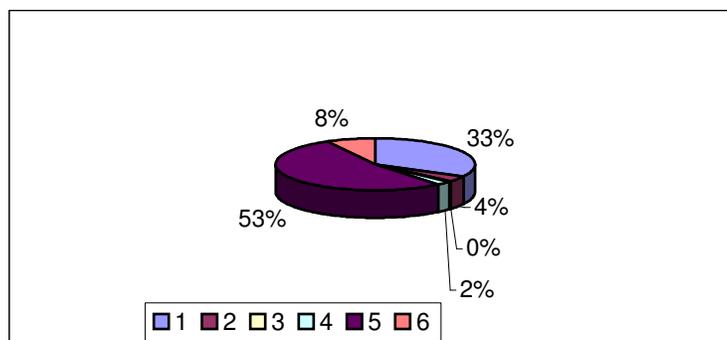
Tipo de seguridad social	No. de familias	%
1. IMSS	376	32.8
2. ISSSTE	41	3.57
3. SEDENA	3	0.26
4. ISSEMYM	28	2.44
5. Ninguno	608	53
6. No respondió	91	7.93
Total	1 149	100

IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado

SEDENA Secretaria de la Defensa Nacional

ISSEMYM Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

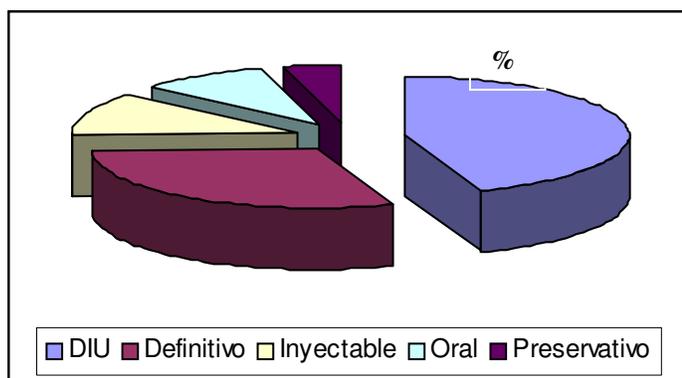


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

En cuanto al tipo de seguridad social, el IMSS tiene una cobertura de 33 % y un 53 % queda al margen de la seguridad social; no obstante, un porcentaje de los derechohabientes del IMSS son empleados eventuales, por lo que en un momento dado se puede incrementar la población desprotegida.

Tipo de planificación familiar

Método	Frecuencia	%
1. DIU	226	44
2. Definitivo	153	30
3. Inyectable	63	12.38
4. Oral	47	9.21
5. Preservativo	21	4.11
Total	510	100

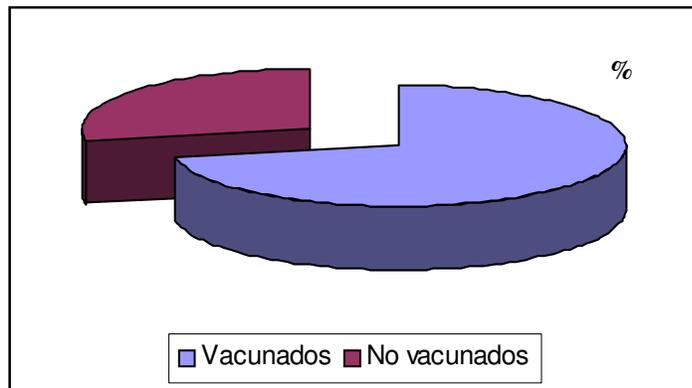


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Es fundamental mencionar que de una población de 1 405 mujeres en edad reproductiva sólo el 36 % (510) utilizan método anticonceptivo y el 64 % (895) se encuentran en riesgo de quedar embarazadas.

Esquema de vacunación en menores de 5 años

Esquema de vacunación	Frecuencia	%
Vacunados	371	72
No vacunados	144	28
Total	515	100

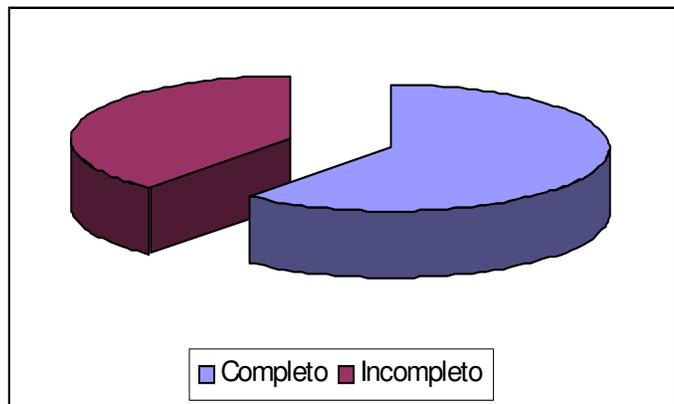


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

La población de menores de cinco años es de 515, de los cuales se identificaron 144 con esquema de vacunación incompleto, por lo que se encuentran desprotegidos y en riesgo.

Aplicación de toxoide tetánico en embarazadas

Aplicación de toxoide tetánico	Frecuencia	%
Completo	25	60.98
Incompleto	16	39.02
Total	41	100

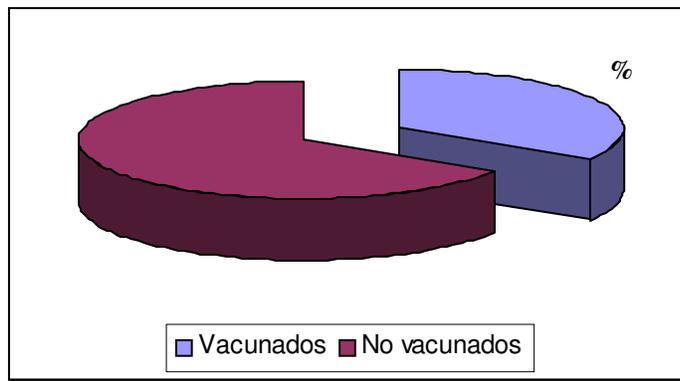


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

De las 41 embarazadas detectadas, el 39 % presentan esquema de vacunación incompleto, siendo un factor que contribuye a la alta tasa de mortalidad perinatal.

Cobertura de vacunación antirrábica en caninos

Caninos	Frecuencia	%
Vacunados	382	33.9
No vacunados	745	66.1
Total	1 127	100

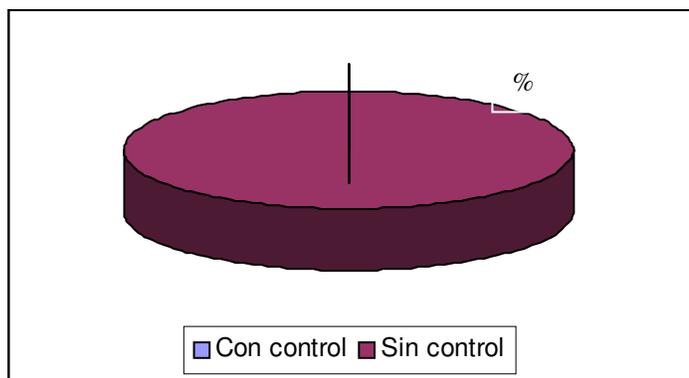


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

El total de población canina es de 1 127 de los cuales el 34 % se encuentran vacunados y el 66 % no cuentan con dicha aplicación, por lo que se considera un factor de riesgo en la comunidad, estos datos no incluyen los perros abandonados acrecentándose el riesgo.

Atención del puerperio

Puerperas detectadas	Frecuencia	%
Con control	0	0
Sin control	41	100
Total	41	100

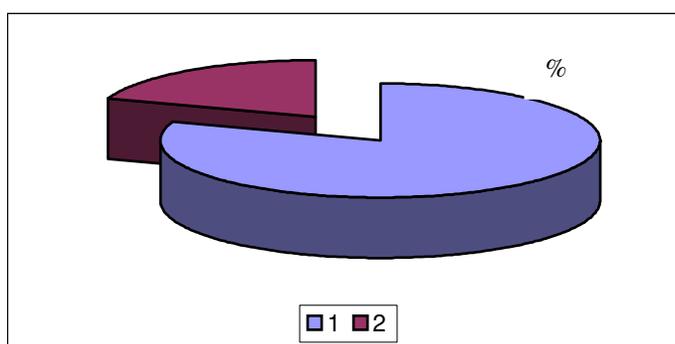


Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

Con relación a la atención del puerperio de las mujeres que cursaron con embarazos anteriores, 41 (100 %) de ellas refirieron haber cursado el puerperio sin vigilancia médica, lo que representa un factor de riesgo en la salud del binomio madre e hijo.

Aplicación de flúor en mayores de un año y menores de 5 años

Flúor	Frecuencia	%
Con aplicación	90	22
Sin aplicación	319	78
Total	409	100



Fuente: Cédula de captación de datos por familia. La Palma 1, enero - marzo de 2002

De la población infantil mayores de un año y menores de 5 años, el 22 % ha recibido protección anticaries y el 78 % no cuenta con dicha protección, constituyendo un factor de riesgo de caries y consecuentemente pérdidas dentales. A pesar de que existe un programa de salud bucal, la cifra es alta.

3.4 Estudios relacionados

Tema	Resumen
Factores asociados a mortalidad perinatal en el Hospital General de Chiapas, México.	<p>Se realizó un estudio de casos y controles pareado, en el Hospital General de Comitán, Chiapas, México, del 1 de enero al 31 de diciembre de 1999. Se consideró caso a los nacidos vivos o muertos que nacieron y fallecieron entre las 28 semanas de gestación, a los 7 días de vida extrauterina, y control al producto nacido vivo en este período. Los datos se obtuvieron por medio de los expedientes clínicos. Se estudiaron 99 casos y 197 controles.</p> <p>Los resultados de los factores asociados a mortalidad perinatal fueron: ocupación del padre agricultor (RM * ajustada 3.31; IC ** 95 %, 1.26-8.66); índice de riesgo obstétrico alto (RM ajustada 10.57; IC 95 %, 2.82-39.66), antecedente de cesárea (RM ajustada 2.75; IC 95%, 1.37-5.51); cinco y más consultas prenatales (RM ajustada 4.43; IC 95 %, 1.86-10.54); producto pretérmino (RM ajustada 9.20; IC 95 %, 4.39-19.25).</p>

* RM - Razón de Momios

** IC - Intervalo de Confianza

Riesgo de mortalidad neonatal en un centro perinatal regional en Mérida, Yucatán. influencia combinada del peso de nacimiento y la edad gestacional.

Se estudiaron dos cohortes de neonatos en el Centro Médico Nacional (CMN) Ignacio García Téllez, centro perinatal del IMSS para la Península de Yucatán, en los períodos comprendidos entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de octubre de 1999, y entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de diciembre de 2003. Se estudiaron 31 068 neonatos. El riesgo de mortalidad neonatal aumentó a menor edad gestacional y menor peso.

Mortalidad Perinatal Estudio Colaborativo Institucional Hospitales del Sur del Perú - 2000.

Estudio epidemiológico, descriptivo y colaborativo, durante el año 2000, usando el Sistema Informático Perinatal en hospitales del MINSA y el Sistema de Vigilancia Perinatal en hospitales de salud. De 25 940 nacimientos, 690 fueron muertes perinatales de 1 000 gm. a más de peso; 367 óbitos fetales tardíos y 323 neonatales precoces. La tasa global de mortalidad perinatal fue de 23.46 por cada mil nacimientos (Fetal tardío 13.8 y neonatal precoz 9.7, con una relación de 1.5); la posibilidad de morir del perinato en hospitales del Ministerio de Salud que en hospitales de salud, es dos veces mayor si es que nace en altitud que a nivel del mar y guarda relación inversa con el número de controles prenatales.

Mortalidad perinatal atribuible a complicaciones del parto en Matlab, Bangladesh.

El estudio incluyó a todas las mujeres atendidas por una partera antes del parto y durante el mismo entre 1987 y 1993. En el lapso evaluado, 10 464 mujeres embarazadas estuvieron en contacto con la partera durante el período prenatal, el parto o ambos. No hubo diferencia en la mortalidad perinatal entre estas mujeres y las que no habían mantenido contacto con las parteras (60.2 y 58.3 muertes por cada 1 000 nacimientos, respectivamente). En cambio, la mortalidad perinatal fue significativamente mayor entre las mujeres que recibieron atención prenatal e intraparto que entre las que fueron asistidas por la partera en sólo una de esas circunstancias (71.4 y 48.4 muertes por cada 1 000 nacimientos).

3.5 Valoración focalizada de las limitaciones para el autocuidado

Una vez realizado el análisis de los resultados del diagnóstico de salud integral, se identificó como un grupo vulnerable la población femenina en edad reproductiva mediante la técnica de Hanlon.

La valoración focalizada está orientada a reunir más información acerca de un problema específico que ya ha sido identificado.⁴⁸

Para la focalización de los factores relacionados con el déficit de autocuidado, se consideraron los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, así como las limitaciones del autocuidado: a) orden del conocimiento, b) formación de juicio y toma de decisiones, y c) el curso de acción y logro de resultados. Las actividades de enfermería están sustentadas teóricamente en la aplicación del modelo de la doctora Dorothea E. Orem para obtener el nivel de déficit de autocuidado, aplicando el proceso enfermero en las unidades de estudio y estableciendo el diagnóstico de enfermería que permitió intervenir en la población en edad reproductiva para mejorar su bien vivir y bien morir, por lo que se desarrolló la siguiente metodología:

El tipo de estudio fue:

Analítico: "es un estudio diseñado para examinar asociaciones, comúnmente relaciones causales supuestas o hipotéticas. Un estudio analítico suele ir dirigido a identificar o medir los efectos de factores de riesgo."⁴⁹

Transversal: "recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado."⁵⁰

48 Alfaro, R., 1998, pp. 18

49 Last, John M., 1989, pp. 61

50 Hernández S., Roberto. 2001, pp. 186

Se calculó la muestra por la fórmula de población finita, la cual fue de 29 unidades agregando un 20 % de seguridad (5.8) con una aproximación a 35 unidades, así como el 10 % de reserva (3.5) con un total de 39 unidades para evitar sesgo en la información, se encontró un hallazgo (caso de muerte perinatal); finalmente, se aplicó un instrumento a 45 mujeres que fueron seleccionadas por aleatorio simple permitiendo que cada unidad multipersonal tuviera la misma probabilidad de ser seleccionada, a través del tarjetero familiar.

Selección de la muestra:

(Balseiro, Latsy, pp.85 confróntese con Sampieri pp.211)

$$n^2 = \frac{no}{1 + \frac{no}{N}}$$

	Donde	Sustitución
N	es el tamaño del universo	N 2 224
n ²	tamaño de la muestra	n ² X
no	tamaño de la población	no 1 405
1	Constante	

$$n^2 = \frac{1405}{1 + \frac{1405}{2224}} = \frac{1405}{1 + 0.6317} = \frac{1405}{\sqrt{1.6317}} = 29.3$$

Esto se llevó a cabo del 21 de mayo al 17 de junio de 2002, fue piloteado en la microrregión La Palma II ya que es similar a la población en estudio, se instrumentó un cuestionario de 58 ítems en el que se codificó, a respuesta cerrada, dirigido a las unidades de estudio, cuyos criterios de inclusión fueron

mujeres con rango de edad de 12 a 49 años que residían en el área, que aceptaron y decidieron voluntariamente participar, excluyendo a renuentes, ausentes, emigrantes o que contestaron inadecuadamente la cédula.

El instrumento de valoración consideró los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud, así como las limitaciones para el autocuidado, lo que reflejó su déficit.

Proceso de captura

La información obtenida de las cédulas de cada una de las variables, se clasificó por número progresivo y se concentró en una sábana de datos en el paquete estadístico excel; para la captura de las respuestas se codificó de la a a la g, asignando la letra z a las preguntas que no fueron contestadas, para las mujeres ausentes y renuentes no se hizo ninguna clasificación.

Para la validez de la información codificada, se recurrió a números al azar y se comparó los ítems de 5 cédulas del déficit de autocuidado con la sábana de captura en la cual no se identificó ningún error en el sistema, por consiguiente la confiabilidad en la validez fue del 100 %.

Una vez procesada la información con los resultados, Se ponderaron los ítems y se priorizaron a través Método de Hanlon, se analizó la información para conocer si el déficit de autocuidado es un factor que está relacionado con la muerte perinatal. Cuadros 4 y 5

Tabla de priorización de Hanlon

Padecimiento	A Magnitud	B Severidad		C Eficiencia	D Factibilidad					Total de D	Total	Prioridad
		Mortalidad			Pertinencia	Economía	Aceptabilidad	Disponibilidad	Legalidad			
Población femenina en edad reproductiva sin método anticonceptivo	4	4		1.5	1	1	0	0	3	4.5	18	1
Inicio de leche artificial de 0 a 3 meses	2	2		1.5	1	0	1	1	4	6	12	2
Inicio de lactancia materna de 0 a 3 meses	2	2		1.5	1	0	1	1	4	6	12	3
No hay control del puerperio	2	0		1	1	0	1	1	4	4	8	4
No hay control médico en mayores de 5 años	2	2		1	1	1	1	0	4	4	8	5
Esquema de vacunación incompleto	1	2		1	1	0	1	1	4	4	8	6
Morbilidad (diabetes mellitus)	2	2		1	1	1	0	1	4	4	8	7
Morbilidad por infecciones respiratorias agudas superiores	2	2		1	1	0	1	0	3	3	6	8
Mortalidad por padecimientos cardiovasculares	2	4		0.5	1	0	1	0	3	1.5	6	9
Mortalidad en menores de 60 años	2	4		0.5	1	0	1	0	3	1.5	6	10
No le dan tratamiento al agua que consumen	4	4		1	0	1	0	0	1	1	4	11

Cuadro 4

Priorización de factores de riesgos por ítem, de acuerdo al modelo teórico de la doctora Dorothea E. Orem, para muerte perinatal microrregión La Palma 1 mayo 2002

No. progresivo	Ítems	No. de ítem	%	Requisitos**			Limitaciones***											
							C			JD			LR					
				U	D	DS	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G1	G2	G3	G4		
1	Mujeres con hijos que han nacido muertos	50	13	7			4			2								
2	Sí tiene idea de lo que es aborto	11	20	7			2			1	2	6						
3	Multigesta con número mayor a 7 embarazos	10	10	8	1		1			1	5	6	2					
4	Utilizar el mismo método anticonceptivo por un tiempo de 7 a 12 meses	7	5	7	1					1								
4.1	Mujeres que no recibieron atención en su embarazo que terminó en aborto	14	5	6	8	1	2			1	5	6						
4.2	Respuesta social organizada como causa de muerte perinatal	51-D	5	7		2	4						1	3				
4.3	Mujeres en edad reproductiva de 40 a 44 años con D.M. y H.A.	52	5	7	2	2	1											
5	Edad de 40 a 44 años	C. I.**	17.5															
6	Inicio de la menarca antes de los 10 años	1	7.5	6	1		1	2										
6.1	Tener dos cesáreas	17	7.5		1	3	2	4		1			2	4				
6.2	No recordar el tiempo intergenésico posterior a una cesárea	20	7.5	8	1	3				1	2	3						
6.3	Haber tenido un parto	22	7.5	8	2		1	4		1	2							
6.4	Mujeres embarazadas con agresiones físicas	48-A	7.5			2					4	5						
6.5	Cursar embarazo con diabetes mellitus	54	7.5	7	2	2	1	2										
7	Ha iniciado vida sexual activa	2	77.5	6	1		1	2										
7.1	Utilizar método definitivo como anticonceptivo	6	22.5	6	1		1	2		1	2	3						
8	No recibir información sobre los cuidados del puerperio	45	32.5	8	2		3	4			4	5						
9	Edad de 20 a 24 años	C. I.*	10	6	1						6	8						
9.1	Atender su parto en clínica particular	23	10	8	2								3					
10	Sólo tener idea de lo que son los métodos de planificación familiar	5	25	8	1		1	2		1	4							

Cuadro 5

* C. I.: Cédula de identificación

** Requisitos: U - Universales, D - Desarrollo, y DS - Desviación de la salud

*** Limitaciones: C - Conocimiento, JD - Juicios / Decisiones y LR - Logro de resultados

La información que se obtiene de estos cuadros nos indica que las mujeres que han experimentado la muerte de un hijo al nacer, se debe a que no están satisfechos los requisitos de autocuidado indispensables para anticipar los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar del individuo, debido, principalmente, a la falta de conocimiento necesario para llevar a cabo cuidados especiales, pues su acervo cultural es insuficiente para adquirir habilidades y destrezas adecuadas que permitan disminuir los factores de riesgo reproductivo.

Las mujeres que expresaron solamente tener idea de lo que es el aborto tienen más peligro de experimentar el evento de mortalidad perinatal, por no prever el peligro para la vida y el funcionamiento de su organismo. En esta etapa se presentan nuevos requisitos de autocuidado relacionados con cambios funcionales durante la etapa del embarazo; sin embargo, las mujeres en estudio no supieron identificar tales necesidades.

Otro grupo vulnerable para presentar mortalidad perinatal lo conforman las mujeres que han tenido un número de embarazos mayor de 7. Ellas tienen más posibilidad de dar origen a este fenómeno, debido a la falta de conocimientos de autocuidado, de interés para prever el peligro hacia la vida y el funcionamiento del organismo.

Las mujeres entre 40 y 44 años, las que han utilizado el mismo método anticonceptivo por más de 7 meses y las mujeres con diabetes e hipertensión arterial se encuentran en peligro de aunar a este fenómeno. En la misma situación se encuentran las mujeres que no recibieron atención durante el embarazo y que terminaron en aborto, y aquellas a las que se les dificultó el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud, especialmente por falta de los sistemas de apoyo necesarios para atender a los individuos cuando el autocuidado es complejo, así como por no favorecer y crear condiciones óptimas durante el proceso de embarazo y nacimiento para llevar a cabo una vigilancia de los factores internos, externos, existentes y cambiantes.

El análisis mostró que la mortalidad perinatal está en relación con el déficit del autocuidado de las mujeres en edad reproductiva. Se identificó que los requisitos insatisfechos corresponden a los universales del grupo 7 la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos y de desarrollo del grupo 2 provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. En cuanto a las limitaciones, encontramos en mayor grado las del conocimiento.

Sobre la base de estos resultados y en cumplimiento a las políticas nacionales de decrecer la mortalidad perinatal a través de la estrategia de reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres se implementó una intervención educativa y asistencial por el grupo de estudiantes de posgrado en salud pública, mediante los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio, de apoyo y de educación, con la finalidad de sensibilizar y desarrollar las capacidades de autocuidado en las mujeres en edad reproductiva y de esta forma reducir factores de riesgo reproductivo y por ende disminuir la tasa de mortalidad

3.6 Diagnóstico de Enfermería

Los diagnósticos de enfermería que se mencionan a continuación dieron la pauta a las tres estrategias de la intervención en salud. En la literatura actual no se encuentran registros de diagnósticos enfocados a la capacitación del personal de salud; sin embargo, éste se elaboró de acuerdo a los lineamientos establecidos para diagnósticos de enfermería.

Diagnóstico de la primera estrategia: capacitación con respecto a los recursos humanos de salud.

Esta estrategia está enfocada a fortalecer y actualizar los conocimientos del personal de salud, relacionados con el embarazo, parto y puerperio, así como la elaboración de material didáctico, con el objetivo de optimizar el proceso enseñanza aprendizaje (personal de salud-comunidad) para que cada individuo, familia y comunidad, adquiera su responsabilidad de autocuidado y por ende disminuir la tasa de mortalidad perinatal.

Etiología

Desconocimiento de las necesidades de la microrregión La Palma 1

Diagnóstico real

Deseo expreso de buscar información actualizada relacionada con el embarazo, parto y puerperio, manifestado por la alta tasa de mortalidad perinatal.

Diagnóstico de enfermería de la segunda estrategia con el formato PES - NANDA: promoción y empoderamiento de la comunidad.

Déficit del autocuidado

Riesgo de alteración del desarrollo, retraso del 25 % o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, de lenguaje o de las habilidades motoras groseras o finas.

Etiología: Debido a influencias restrictivas en las tres clases: del conocimiento, restricción del juicio y toma de decisiones. Prenatales: edad materna < 15 o >35 años; embarazo no planificado o no deseado; falta de cuidados prenatales o los recibidos han sido tardíos o de mala calidad; nutrición inadecuada; pobreza.

Diagnóstico real

Riesgo de alteración del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes de los efectos del embarazo manifestado por la tasa alta de 4.7 de mortalidad perinatal.

Diagnóstico de la tercera estrategia: detección de factores de riesgo reproductivo.

Déficit del conocimiento

Ausencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. El déficit del conocimiento es la falta de información sobre el cuidado de la salud que repercute en la capacidad de juicio, así como en la toma de decisiones que se verá reflejada en el bien vivir y el bien morir. No representa una respuesta humana, una alteración o una disfunción, sino un factor etiológico o concurrente.

Características definatorias: verbalización del problema; seguimiento inexacto de las instrucciones; realización inadecuada de las pruebas, comportamientos inapropiados o exagerados, por ejemplo, histeria, hostilidad, agitación, apatía.

Etiología: falta de memoria, mala interpretación de la información, limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos para obtener la información”.⁵¹

Signos y síntomas: Manifestados en la alta tasa de mortalidad perinatal.

Diagnóstico real

Alteración del mantenimiento de la salud relacionado *con* la educación sanitaria insuficiente manifestado *por* el desconocimiento de los signos y síntomas del embarazo.

El diagnóstico general de enfermería de la Palma 1 se formuló a través del formato PES-NANDA y se sustentó en la teoría de la doctora Dorothea E. Orem. Así, para valorar el déficit de autocuidado en las mujeres en edad reproductiva se llevó a cabo una ponderación en los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, para ello se aplicó un instrumento de valoración de enfermería, cuyo resultado mostró que el grupo más vulnerable para presentar mortalidad perinatal lo conforman las mujeres que han experimentado la muerte de un hijo al nacer.

De ésta manera se emitió el siguiente diagnóstico de enfermería:

La mujer en edad reproductiva de la microrregión La Palma I de la COMUSA Hank González de la Jurisdicción sanitaria # 17 de Ecatepec, Estado de México, presentan déficit de autocuidado para satisfacer los tres requisitos, con énfasis en los universales, *relacionado con* la existencia de influencias restrictivas en las tres clases, observándose las limitaciones más altas en la del conocimiento, seguida en prioridad por la restricción de juicio y toma de decisiones que es *manifestado por* la alta tasa de mortalidad perinatal, resultado obtenido del análisis de riesgo.

⁵¹ Diagnósticos de enfermería aprobados por NANDA p.92

3.7 Plan de intervención de enfermería

El modelo teórico de la doctora Dorothea E. Orem se ha aplicado en situaciones de déficit de autocuidado en comunidades, por lo que se retoma para plantear una intervención dirigida a la problemática que existe en la Palma 1, donde el déficit de autocuidado tiene su origen en las limitaciones de conocimiento, limitaciones para formular juicios y tomar decisiones que impiden la satisfacción de los requisitos de autocuidado, universales y de desarrollo.

En este plan se retoma el modelo administrativo; planteando el escenario futuro que se pretende alcanzar a corto plazo, mediante un trabajo constante; refiere los resultados específicos del análisis de los procesos de trabajo como debilidades, oportunidades, fortalezas, y amenazas (DOFA); permite darnos cuenta de cómo estamos, cómo deberíamos estar y cómo deseamos estar; estableciendo objetivos factibles de alcanzar; implementándose tres estrategias de intervención que son: 1) Capacitación del personal operativo, 2) Promoción y empoderamiento de la comunidad y 3) **DetECCIÓN de Factores de Riesgo Reproductivo**; cabe destacar que se organizaron tres equipos de trabajo, cada uno intervino en una estrategia, de la cual, la tercera fue nuestro punto de acción.

Misión

Que las mujeres en edad fértil con factores de riesgo reproductivo sean detectadas con oportunidad por personal altamente calificado, responsable y honesto, con gran sentido humanístico, ético y profesional, para su tratamiento y control inmediato a fin de que desarrollen sus capacidades de autocuidado y así disminuir la tasa de mortalidad perinatal.

Visión

Que las mujeres en edad reproductiva posean la agencia de autocuidado y sean capaces de identificar factores de riesgo reproductivo para su atención inmediata.

Valores

Responsabilidad

Honestidad

Humanismo

Ética

Profesionalismo

Análisis estratégico (Análisis interno y externo)

D O F A de la microrregión La Palma I

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p>Base teórica de las alumnas del posgrado Información actualizada Integración grupal Actitud de servicio</p>	<p style="text-align: center;">Estrategia</p> <p style="text-align: center;">Detección de factores de riesgo reproductivo</p>	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p>Tiempo Recursos materiales Recursos humanos</p>
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>Programas prioritarios: riesgo reproductivo y control prenatal Apoyo del personal jurisdiccional y Coordinación Municipal de Salud Hank González Apoyo de 80 pasantes de enfermería en servicio social</p>		<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>Renuencia de la población para participar debido a la situación política que viven Renuencia por parte de las empresas privadas</p>

Objetivos

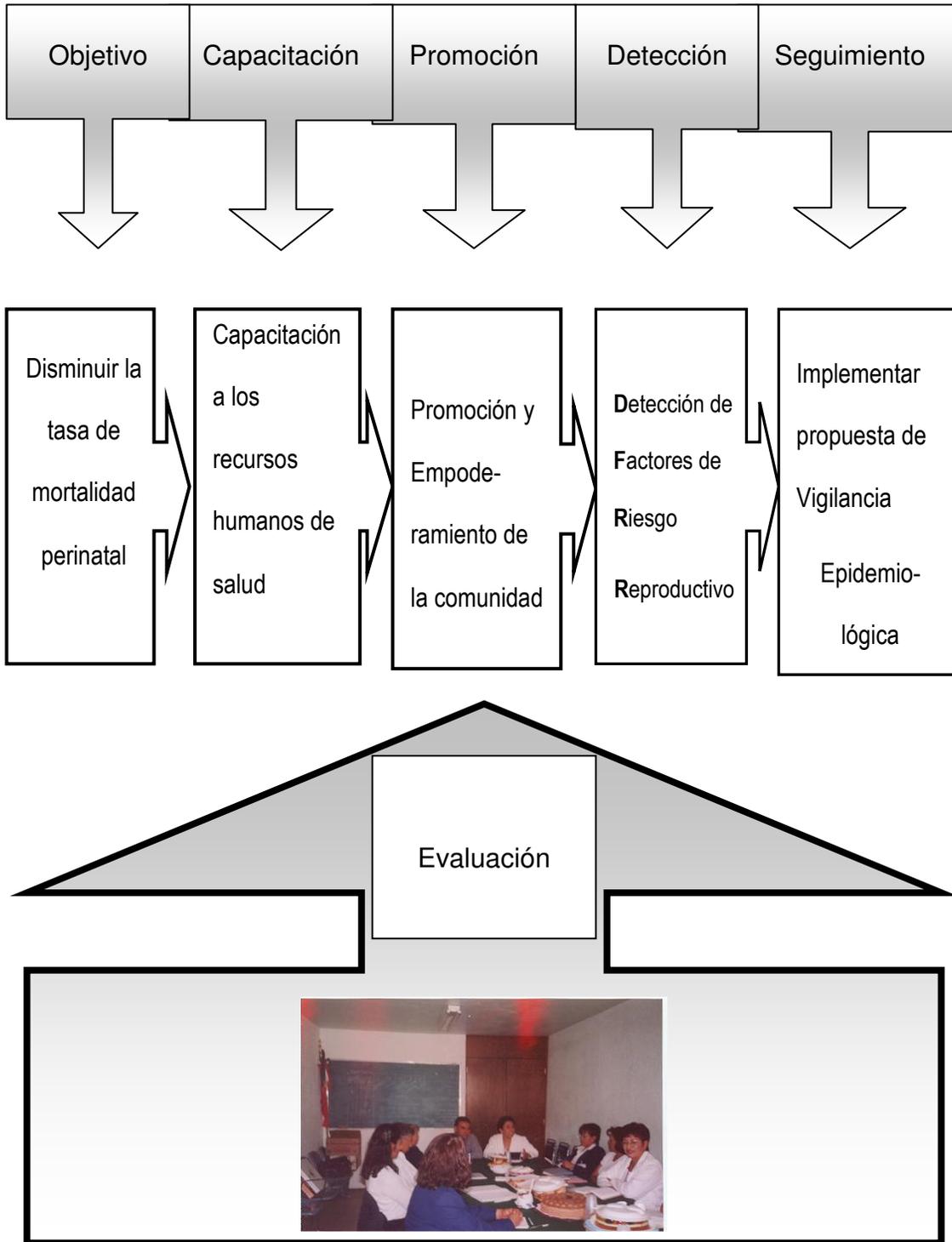
General

Disminuir la tasa de mortalidad perinatal de la microrregión La Palma I, a través del autocuidado de las mujeres de 12 a 49 años para reducir los factores de riesgo reproductivo.

Específicos

1. Identificar a las mujeres en edad fértil con factores de riesgo reproductivo.
2. Referir a las mujeres con riesgo reproductivo a los consultorios establecidos para el tratamiento y seguimiento del caso.
3. Informar y orientar a las unidades en estudio sobre factores de riesgo reproductivo.
4. Realizar consultorías a mujeres en edad fértil sobre factores de riesgo reproductivo.
5. Realizar evaluación a corto plazo.
6. Implementar una propuesta de vigilancia epidemiológica sobre factores de riesgo reproductivo.

Mapa de intervención de enfermería



Metas

Detectar en un 95 % a las mujeres con factores de riesgo reproductivo.

Referir al 100 % a las mujeres detectadas con factores de riesgo reproductivo a las consultas establecidas para control y seguimiento del caso.

Que el 95 % de las unidades en estudio estén informadas y orientadas acerca del riesgo reproductivo.

Que el 95 % de las mujeres detectadas reciban consultorías sobre factores de riesgo reproductivo.

Realizar evaluación a corto plazo en un 95 %.

Para realizar la proyección de metas se tomó en consideración los indicadores establecidos en cuanto a la atención médico paciente, tales como el tiempo para la consulta de primera vez, el cual es de 30 minutos, por lo que se planea un total de 60 consultas para mujeres de 12 a 49 años. Sin embargo, se espera cumplir en un 95 % que corresponde a 57 consultas.

Metas a corto plazo

Metas	Proyectado	Alcanzado	Resultado %
Consultas a mujeres en edad reproductiva	60		
Casos detectados de riesgo reproductivo			
Mujeres embarazadas	41		

Análisis de factibilidad

La factibilidad de una intervención es el conjunto de acciones viables en relación con el contexto en el que operan; por lo tanto, es necesario tener en consideración los elementos que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la presente intervención, que centra sus fundamentos en:

a) Factibilidad política

En cumplimiento a las políticas nacionales de disminuir la mortalidad perinatal, a través de la estrategia del Programa Nacional de Salud 2001-2006 para reducir rezagos en salud que afectan a los pobres, la Jurisdicción Sanitaria Ecatepec tiene la responsabilidad de implementar acciones dirigidas a identificar factores de riesgo en las mujeres de 12 a 49 años y por ende, disminuir la mortalidad perinatal.

b) Factibilidad legal

Las reformas que el sector salud ha sufrido en los últimos años han favorecido el desarrollo de los sistemas locales (SILOS); por lo tanto, cada localidad o municipio es responsable de brindar atención integral a su comunidad conforme al artículo 4º constitucional que legitima el derecho a la salud de todos los mexicanos y el artículo 26 que promulga el sistema de planeación democrática. Este proyecto se sustenta en los artículos mencionados y en los artículos 9, 17, 23, 27 y 32 de la Ley General de Salud.

c) Factibilidad técnica

La asesoría de la Universidad Nacional Autónoma de México en coordinación con la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec fue fundamental para llevar a cabo este proyecto de intervención.

d) Factibilidad económica

Las alumnas del posgrado en salud pública sustentaron los gastos de la investigación.

Estrategia 3 Detección de factores de riesgo reproductivo en mujeres de 12 a 49 años																				
Objetivo	Actividades	Tareas	Tiempo	Responsable	Colaboradoras	Del 3 al 21 de Junio del 2002														
						3	4	5	6	7	8	9	10	15	16	17	18	19	20	21
Informar y orientar a las unidades en estudio sobre factores de riesgo reproductivo	Información y orientación a las unidades de estudio sobre factores de riesgo reproductivo	22	Implementación de técnicas educativas sobre factores de riesgo reproductivo	20	Alumnas de Posgrado	PESS												▲		
		23	Evaluación del aprendizaje	20	Alumnas de Posgrado	PESS													▲	
		24	Registro de mujeres informadas	20	Alumnas de Posgrado	PESS													▲	
Realizar consultorias sobre factores de riesgo reproductivo	Realización de consultorias sobre factores de riesgo reproductivo	25	Atención a mujeres que solicitan información específica	20	Alumnas de Posgrado	PESS												▲		
		26	Registro de consultorías	20	Alumnas de Posgrado	PESS													▲	
Realizar evaluación a corto plazo	Realización de evaluación a corto plazo	27	Clasificar y tabular información	21	Alumnas de Posgrado	PESS													▲	
		28	Concentración de resultados	21	Alumnas de Posgrado	PESS														▲
		29	Valoración a través de frecuencias simples y por porcentajes	21	Alumnas de Posgrado	PESS														▲

Asignación de recursos humanos

Personal	Cantidad	Tiempo en horas
Coordinador normativo de la jurisdicción	1	9
Tutor clínico y académico	4	9
Alumnas de Posgrado en Salud Pública	9	9
Jefa de enfermeras de la jurisdicción	1	9
Jefas de enfermeras y Enfermera especialista materno-infantil (EMI)	3	9
Médicos	5	9
Estomatólogo	1	5
Psicólogo	1	5
Nutrióloga	1	5
Abogado	1	5
Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS)	2	9
Trabajadores Sociales del DIF	1	9
Pasantes de enfermería	63	9
Chofer	1	1
Total	94	102

Funciones de los recursos humanos

Coordinador normativo de la jurisdicción: apoyo en recursos materiales conforme a la existencia y requerimientos de la intervención.

Tutor clínico y académico: planea, organiza, asesora, corrige, guía y participa en la intervención.

Alumnas de posgrado en salud pública: planean, organizan, gestionan, dirigen, supervisan y evalúan la intervención.

Jefa de enfermeras de la jurisdicción: asigna personal de base y pasantes de enfermería para apoyo en funciones técnicas, asistenciales y educativas.

Jefas de enfermeras y enfermera especialista materno infantil de las coordinaciones municipales de salud: coordinan las brigadas asignadas durante la intervención.

Médicos de base: colaboran en la capacitación de recursos humanos y en la detección de factores de riesgo reproductivo, a través de la consulta a mujeres en edad reproductiva.

Estomatólogo: realiza promoción, prevención, detección, y protección bucal a las unidades de estudio que lo soliciten.

Psicóloga: realiza dinámicas grupales con el equipo multidisciplinario para contribuir al éxito del proceso enseñanza aprendizaje (equipo de salud-comunidad), da orientación a las mujeres en edad reproductiva que presentan problemas de maltrato físico y emocional.

Nutrióloga: colabora con exposición gastronómica de bajo costo para mejorar el estado nutricional de la comunidad.

Licenciado en derecho: proporciona asesoría legal a las mujeres en edad reproductiva que lo soliciten.

Técnicos de atención primaria a la salud: apoyan, guían y coordinan las actividades durante la detección de factores de riesgo.

Trabajadoras Sociales del DIF: colaboran en los estudios socioeconómicos de las unidades de estudio que requieran atención específica.

Pasantes de enfermería: asisten al taller de capacitación y participan en las actividades de promoción a la salud mediante la distribución de volantes y carteles, elaboran el material didáctico para dar capacitación a las unidades multipersonales y colaboran con el médico en la detección de factores de riesgo durante la consulta.

Chofer: contribuye al traslado del grupo multidisciplinario de salud.

Asignación de recursos materiales y recursos financieros

Material para la habilitación de los consultorios médicos

Artículo	Cantidad	Costo \$	Observaciones
Cintas métricas	4	10.00	Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Contenedores	4	*****	Jurisdicción sanitaria
Anticonceptivos orales	50	*****	Coordinación Municipal de Salud Hank González Jurisdicción sanitaria
Condomes	1 300	*****	Coordinación municipal de salud Hank González Jurisdicción Sanitaria
Gasas estériles	200	*****	Coordinación Municipal de Salud Hank González y Santa María Tulpetlac
Globos	400	200.00	Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Torundas alcoholadas	50	*****	Coordinación Municipal de Salud Hank González y Santa María Tulpetlac
Jeringas	40	*****	Jurisdicción Sanitaria
Torunderas	4	*****	Coordinación Municipal de Salud Hank González
Abatelenguas	200	20.00	Coordinación Municipal de Salud Hank González Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Papel kraft	2 rollos	*****	Jurisdicción Sanitaria
Papel estrasa	50	*****	Jurisdicción Sanitaria Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac
Total		230.00	

Material de consumo para la habilitación de los consultorios médicos

Artículo	Cantidad	Costo	Observaciones
Benzal	1 litro	*****	Jurisdicción Sanitaria
Bolsas negras	4	*****	Coordinación Municipal de Salud Hank González
Bolsas rojas	500	*****	Jurisdicción Sanitaria
Bolsas transparentes	4	*****	Jurisdicción Sanitaria Coordinación Municipal de Salud Hank González
Ácido fólico	600 frascos	*****	Jurisdicción Sanitaria Coordinación Municipal de Salud Hank González
Gasas no estériles	3 paquetes	*****	Jurisdicción Sanitaria

*****Sufragado por ISEM

Papelería utilizada para habilitar un consultorio

Artículo	Cantidad	Costo \$	Observaciones
Fólder	240	39.00	Coordinación Municipal de Salud Hank González Jurisdicción Sanitaria Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Hojas blancas	100	* * * * *	Jurisdicción Sanitaria
Broches	240	12.00	Jurisdicción Sanitaria Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Papelería de expediente clínico	240	* * * * *	Coordinación Municipal de Salud Hank González Jurisdicción Sanitaria
Total		51.00	

Artículos de papelería para la intervención

Artículo	Unidad	Costo \$ unitario	Cantidad	\$ Costo total
Disco de 3 ½	1 pieza	7.00	10 piezas	70.00
Disco compacto	1 pieza	23.50	5 CD	117.50
Trípticos	1 millar	2 600.00	2 millares	5 200.00
Dípticos	1 millar	2 600.00	2 millares	5 200.00
Volantes	1 millar	2 500.00	1 millar	2 500.00
Cartulina	1 pieza	2.50	5 piezas	12.50
Servicio de cómputo (renta)	1 hora	15.00	10 horas	150.00
Marca texto	1 pieza	8.50	3 piezas	25.50
Diurex	1 pieza	6.00	1 pieza	6.00
Maskintape	1 pieza	5.00	1 pieza	5.00
Tinta negra	1 cartucho	319.00	4 cartuchos	1 276.00
Tinta de color	1 cartucho	353.00	3 cartuchos	1 059.00
Papel fotografía	1 paquete	129.00	1 paquete	129.00
Papel para impresión	500 hojas	49.50	2 000 hojas	198.00
Engargolados	1 juego	25.00	11 juegos	275.00
Fotocopias	1 copia	.20	100 copias	20.00
Total		8 643.00	*****	16 243.50

Equipo biomédico para la habilitación de los consultorios

Artículo	Cantidad	Costo \$	Observaciones
Baumanómetro	4	480.00	Coordinación Municipal de Salud Hank González Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Estetoscopios	4	85.00	Coordinación Municipal de Salud Hank González Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Básculas	1	* * * * *	Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac
Estuche de diagnóstico	4	* * * * *	Coordinación Municipal de Salud Santa María Tulpetlac Doctor Arturo Ríos
Glucómetro	1	* * * * *	Coordinación Municipal de Salud Hank González
Termómetros	6	20.00	Coordinación Municipal de Salud Hank González Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Estetoscopio de pinar	3	* * * * *	Coordinación Municipal de Salud Hank González Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Pilas	10	300.00	Rosa María Rodríguez Velázquez Alma Delia Torres Rosa María Torres Martínez
Total		885.00	

Gastos totales de los diferentes recursos durante la intervención

Tipo de recurso	Costo total \$
Humanos *	*
Materiales	17 409.50
Alimentos	1 020.00
Transporte	1 500.00
Total	19 929.50

* Sufragado por ISEM

3.8 Ejecución

Antes de poner en marcha las estrategias emergentes para disminuir la tasa de mortalidad perinatal, contemplamos los desafíos a los que se enfrentaría el grupo multidisciplinario; obstáculos esperados en una comunidad renuente, y con un déficit de autocuidado.

Posteriormente se describe e ilustra cada una de las estrategias realizadas.

Capacitación a los Recursos Humanos de salud

Se planea la capacitación de los recursos de salud con 63 pasantes de enfermería en servicio social, 25 asistentes de diferentes coordinaciones municipales de salud y coordinadora académica de la ENEO-UNAM; se les proporcionaron los elementos necesarios para hacerle frente a la comunidad demandante de conocimientos.

La capacitación se enfocó al proceso de embarazo normal y complicado, riesgo reproductivo y metodología anticonceptiva, contándose con la participación de expertos médicos de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec y el apoyo de una psicóloga para la sensibilización del grupo multidisciplinario.

Las actividades que se realizaron fueron un sociodrama, teatro guiñol y la elaboración de 11 rotafolios, que sirvieron de guía en la fase de promoción.

Se evaluó el nivel de conocimientos, con un instrumento aplicado antes y después de la capacitación, identificando una mayor conciencia en la pos-evaluación, la cual se confirmó en la participación a través del dominio de los temas.



Inauguración de capacitación junio 2002



Capacitación de recursos humanos junio 2002



Evaluación de capacitación junio 2002

Promoción y Empoderamiento de la comunidad

Para pasar de la teoría a la práctica se inició con la inauguración de la intervención por las autoridades de salud de la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec, participando todo el grupo multidisciplinario.

Posteriormente se procedió a hacer un recorrido de la población para la sensibilización comunitaria y sembrar en la población una impresión de alerta, duda e interés del problema para así promover la participación de las personas.

A continuación se organizaron equipos de trabajo que cubrieron cada uno de los sectores de la microrregión para identificar lugares estratégicos donde colocar carteles y mantas, promoviendo la participación de la población para su instalación, asimismo se realizó un recorrido casa por casa para la distribución de trípticos, dípticos e información durante cinco minutos a las unidades multipersonales, también se realizó perifoneo de spots en el área de estudio. Por cada equipo había una alumna del Posgrado en salud pública para verificar y supervisar la realización correcta de las tareas asignadas.



Autoridades académicas y jurisdiccionales en la inauguración junio 2002



Inauguración de la intervención junio 2002



Sensibilización comunitaria junio 2002



Sensibilización comunitaria junio 2002



Reconocimiento del área por sectores junio 2002



Recorrido casa por casa junio 2002



Colocación de carteles junio 2002



Distribución de promocionales y sesiones educativas junio 2002

Detección de Factores de Riesgo Reproductivo

Para desarrollar capacidades de autocuidado, así como prevenir factores de riesgo reproductivo se realizaron las siguientes operaciones técnico profesionales: se llevaron a cabo gestiones en diferentes empresas para solicitar apoyo financiero, pero no se obtuvo respuesta favorable, solo CENSIDA que apoyó con trípticos, folletos, carteles y preservativos. Se gestionó en la Jurisdicción Sanitaria de Ecatepec los recursos materiales y humanos, recibiendo el apoyo inmediato.

Las actividades de intervención en campo fueron: consultas médicas, suministro de ácido fólico, aplicación de vacunas toxoide tetánico y sarampión-rubéola, y distribución de preservativos. Se refirieron pacientes identificadas con factor de riesgo para su control y tratamiento. Se distribuyeron promocionales (volantes, dípticos, trípticos) elaborados por las alumnas del Posgrado de salud pública de la tercera estrategia, así como folletos y carteles; como apoyo a las sesiones educativas, las técnicas didácticas fueron teatro guiñol y sociodrama.

Se dio consultorías a quienes la solicitaron. Se promovió la asistencia y participación de la población por medio de material de apoyo.

Finalmente, la población respondió de forma sorprendente a esta intervención educativa y asistencial.



Módulo de sesiones educativas junio 2002



Consultorio de detección de factores de riesgo y sesiones educativas junio 2002



Sensibilización para la aplicación de vacunas a las mujeres en edad reproductiva junio 2002



Vacunación de diftérica tetánica (TD) y antisarampión antirrubéola (SR) junio 2002



Módulo de Vacunación de diftérica tetánica (TD) y antisarampión antirrubéola (SR) junio 2002



Empoderamiento de las mujeres en edad reproductiva junio 2002



Sesiones educativas en escuela primaria junio 2002



Termino de la intervención trabajo en equipo junio 2002



Rosa María Rodríguez Velázquez en evaluación de intervención junio 2002



Rosa María Rodríguez Velázquez con grupo de alumnas de posgrado de salud pública

3.9 Evaluación

La detección de riesgo reproductivo se basa principalmente en los resultados que se obtuvieron durante la intervención; gracias a la participación de las mujeres en edad reproductiva, el objetivo de este estudio se logró, así como las metas planteadas.

Desde el punto de vista de la eficacia, se logró que la mayoría de las mujeres en esta etapa se dieran cuenta de la importancia del cuidado que se debe tener antes, durante y después del embarazo, así como en los padecimientos crónico degenerativos y otras enfermedades como infecciones de cualquier índole. Otro de los logros, fue que, durante las consultas, las mujeres fueron referidas a la Coordinación Municipal de Salud, con la finalidad de llevar a cabo el seguimiento del caso de acuerdo al riesgo en el que fueron detectadas.

En cuanto a las metas, se alcanzó el 92 % con respecto a la identificación de mujeres con factor de riesgo reproductivo, así como de las unidades de estudio que fueron informadas; el fomento del autocuidado y la referencia de las mujeres abarcó el 100 %, por lo que se puede decir que hubo una eficacia a corto plazo; sin embargo, el seguimiento de los casos se hará a largo plazo para validar este indicador, por medio de una propuesta de vigilancia epidemiológica para la detección de riesgo reproductivo.

Asimismo, la eficiencia se logró adecuadamente, de acuerdo a los recursos con los que se contó.

Metas	Proyectado		Alcanzado	%
Identificar a las mujeres (12 a 49 años) con factores de riesgo reproductivo.	50		46	92
Canalizar a las mujeres detectadas con factores de riesgo reproductivo para control y seguimiento de caso.	Mediano Riesgo*	28	28	100
	Alto Riesgo**	12	12	100
Que las unidades de estudio estén informadas y orientadas sobre riesgo reproductivo.	50		46	92
Que las mujeres reciban consultorías sobre factores de riesgo reproductivo.	46		46	100

*Mediano riesgo = 28

**Alto riesgo embarazadas = 6

**Alto riesgo no embarazadas = 6

4. RESULTADOS

1. En las mujeres de 12 a 49 años con riesgo reproductivo se alcanzó el 92 %; se considera un porcentaje alto con respecto a la cobertura insuficiente de médicos y al límite de tiempo en el que se trabajó.
2. Las mujeres que fueron detectadas con mediano riesgo fueron referidas en un 100% al primer nivel de atención, de acuerdo a los lineamientos normativos que establece el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).
3. Asimismo, las mujeres que se detectaron con alto riesgo reproductivo fueron referidas al 100 % para su control, conforme a la normatividad institucional.
4. A las unidades en estudio programado que se les informó y orientó, el resultado trascendió en un 92 %, esto es significativamente alto, a pesar de que el horario impidió mayor asistencia porque las mujeres en estudio se encontraban en sus centros laborales.
5. Con relación a las consultorías que se llevaron a cabo, el estudio arrojó un 100 % en el cumplimiento de esta meta, lo que se considera un éxito debido a la gran asistencia.
6. En las mujeres a quienes se les fomentó el autocuidado para atender factores de riesgo reproductivo, se obtuvo el 100 %, ya que se contó con suficientes trípticos, dípticos y carteles para su difusión.

7. La respuesta a la evaluación a corto plazo se logró en un 96.8 %. Esta meta se alcanzó en su totalidad; sin embargo, la evaluación a largo plazo será llevada a cabo por la Coordinación Municipal de Salud Hank González, por medio de una propuesta de vigilancia epidemiológica de riesgo reproductivo.

Nota: Se realizaron actividades no programadas con la finalidad de reforzar acciones de detección de factores de riesgo, como sesiones educativas en la población escolar y a madres de familia, dentro de las cuales se distribuyeron promocionales y se suministró ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil; además, se aplicaron vacunas de toxoide tetánico y sarampión-rubéola.

5. CONCLUSIONES

La base del trabajo de salud pública y salud comunitaria es el diagnóstico integral de salud con rigor metodológico de la investigación, permite detectar los grupos en riesgo y sus condiciones de salud enfermedad que presentan, por lo que toda intervención en la comunidad debe partir de un análisis.

Se considera relevante la aplicación de un modelo teórico de enfermería de la doctora Dorothea E. Orem, ya que a través de él se identifican las limitaciones de autocuidado que contribuyen a la insatisfacción de los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud; esta aportación disciplinaria ofrece la oportunidad de profundizar en los elementos que interfieren en la salud de cada individuo, familia y comunidad, como limitaciones para el autocuidado que a su vez podrían constituirse como factor de riesgo.

Se encontró que los requisitos que más frecuentemente están insatisfechos giran alrededor de los universales y de desarrollo número 2, (provisión de cuidados asociados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano),⁵² los cuales permiten enunciar el diagnóstico de enfermería.

La puesta en marcha de la intervención se llevó a cabo conforme a lo planeado, tanto en el cumplimiento de las actividades sustantivas y estratégicas como en la aplicación del tiempo programado. Sin embargo, existieron limitaciones en cuanto a la disponibilidad en el horario y días de la semana establecidos para el desarrollo de este evento, puesto que aproximadamente el 50 % de las mujeres en edad reproductiva estaban cubriendo una jornada laboral remunerada, razón por la cual no asistieron.

Empero, las mujeres presentes respondieron favorablemente a esta intervención asistencial logrando empoderar a la población en edad fértil con conocimientos

⁵² Orem, 1993. pp. 147

básicos sobre los cuidados del embarazo, parto y puerperio que propició el autocuidado, lo cual se reflejará a largo plazo con la disminución de la tasa de mortalidad perinatal, que se conocerá a través de la propuesta de vigilancia epidemiológica para la detección de riesgo reproductivo.

6. SUGERENCIAS

El trabajo en salud pública es arduo, por lo que se sugiere disponibilidad de tiempo completo para este tipo de estudio.

Durante el desarrollo del programa de investigación se requiere contar con el conocimiento en materia de computación, lo que facilitará el desarrollo de las actividades profesionales.

La consulta bibliográfica es nacional e internacional por lo que es pertinente el manejo de traducción de textos en el idioma inglés, para enriquecer el marco teórico y el análisis de los datos.

Una característica del trabajo en salud pública es el trabajo de equipo, considerándose como indispensable para el logro de los objetivos, deberán planearse estrategias de integración de equipo durante todo el proceso de este tipo de trabajo.

La modalidad tutorial que tiene este programa constituye la oportunidad para el intercambio de experiencias profesionales y aportaciones del área de especialidad por parte del personal en servicio; conviene considerar esta posibilidad en los trabajos de salud pública.

El financiamiento de este tipo de intervenciones es un punto sustancial para este caso, ya que fue sostenido por las estudiantes de posgrado; sin embargo, se puede considerar que hay otras fuentes de financiamiento que con la debida anticipación podrán considerarse y con ello reducir costos.

La gestión de apoyo y de recursos materiales realizados en tiempo y forma favorecerán el éxito de las estrategias, por lo tanto, la planeación juega un papel determinante en el éxito de la intervención.

El registro de la consulta bibliográfica requiere de una sistematización desde el inicio y durante todo el proceso, de tal manera que facilite la integración final del documento.

7. BIBLIOGRAFÍA

Aburto G., César '86. 1990. *La investigación científica y la estadística*. En Aburto G, 1980. César *Elementos de Bioestadística*. Editorial Addison-Wesley, Iberoamericana. C 2004 Argentina, México, Venezuela, colbs. 1-12.

Alfaro, Rosalinda. C 1996. *Diagnóstico*. En Alfaro, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería, guía práctica*. Ediciones Doyma, Barcelona, España. 55-85. de la 2da edición. 1992

Álvarez A., Rafael. 2000. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. En Álvarez Alva, Rafael *La Enfermera y la Trabajadora Social en la Salud Pública*. El Manual Moderno. México, pp.145-170.

Álvarez A., Rafael. 1998. *Salud Pública y Medicina Preventiva*, El Manual Moderno, México. D, F.

Alzaga B., M. Teresa. 1985. *La estructura del diagnóstico de enfermería de la teoría de Orem*. En artículo de Susan G. Taylor. ENEO-UNAM. México.

Arroyo de Cordero, Graciela. 1989. *Cuaderno de apoyo a la Investigación*. ENEO-UNAM, México, D. F.

B. Kozier, y et al. 1992. *El proceso de enfermería*. En B. Kozier. *Fundamentos de enfermería: conceptos, práctica*. 5ª edición. Editorial Mc Graw- Hill- Interamericana. Volúmen I-7:117-136. Nueva York, E.E. U.U.

Balseiro A., Lasty, 1991. *Investigación en enfermería*. Editorial Acuario 2ª. Edición México D. F.

Beaglehole, Robert. Bonita, Ruth. © 1994. Reimpresión actualizada 2004 *Causalidad en Epidemiología*. En Bonita, Ruth. *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.E. U.U. 5:75-86.

Burns, Nancy. Kirove, Susan. © 2003

Vadestanding Norsing Research... 3ª Edición. Saunders Philadelphia, EE UU.

Beaglehole, Robert. Bonita, Ruth. 1994. *Epidemiología, servicios de salud y política sanitaria*. En Bonita, Ruth. *Epidemiología básica*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., E.E. U.U. 10:139-150.

Buckman, Robert, noviembre 1995. *¿Qué decir? ¿Cómo decirlo?. Dialogando con el paciente terminal*. 2ª. Edición, libros de la colección Selare, Santafé de Bogotá, Colombia.

Burns, Nancy; Grove, Susan K., 2004. *Investigación en enfermería*. 3ª. Edición, editorial El Sevier Sannders. Madrid, España.

Carpenito, Linda J. 1995. 90,92, 93,94,95. *Diagnóstico de enfermería*. Editorial Interamericana* McGraw-Hill. México.

Centro de Capacitación de la Escuela Cámara de Comercio 2003. *Estilo y redacción, prácticas comerciales especializadas, nivel AF - práctica I, taller de redacción*, 6ª. Edición, Escuela Cámara de Comercio, S. C. México, D. F.

Colimon, Kahl-Martín 1990. *Vigilancia epidemiológica*. En Kahl-Martín Colimon *Fundamentos de Epidemiología*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España, pp. 281-298.

Chacón S. Fernando. 1990. *Planeación de servicios de salud*. Artículo de la ENEO-UNAM. México.

Chin James. 2001. El control de las ant. Transmisible, OPS... 1ra Edic. Washington DC. 2003) E.U.A.

Daniel, Wayne W. 2001. *Bioestadística, base para el análisis de las ciencias de la salud*. Noriega editores. UTEHA. México.

De Llano Señaris, Juan y cols, © 2000. *Gestión Sanitaria Innovaciones a desafíos*. Edit Masson. Barcelona, España de la Edic. de 1998.

Diccionario de la Lengua Española. 2001. Océano grupo editorial, Barcelona, España.

Diccionario de sinónimos y antónimos. 2001. Océano grupo editorial, Barcelona, España.

Diccionario del español usual en México. 1996. El Colegio de México. Centro de estudios lingüísticos y literarios. 1ª edición. México, D. F.

Domínguez F., Reyna, Torres, Alma D. 1993. *Evaluación de la capacidad técnica de las auxiliares de salud de la estrategia de extensión de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria # 5, de Uruapan, Michoacán, 1991*. Tesis para titulación de la carrera de licenciatura de enfermería y obstetricia, ENEO-UNAM. México, D. F.

El manual Merk de diagnóstico y terapéutica. 1994. 9ª edición. Océano grupo editorial, S.A. / Doyma libros, S.A. España.

Frenk Mora, Julio © 2000. *La salud de la Población hacia una nueva salud Púb.* SEP- Fondo de Cultura Económica. 2ª Edic. Mex, D, F. La Ciencia para todos 133.

Fernández M., Begoña. 1999. *Investigación en enfermería*. Navarra, España.

García D., Elsa, 1996. *Elementos fundamentales de enfermería en Salud Pública*. Antología. 1ª. Edición. UNAM-ENEO-SUA. México.

Gómez C., Alfredo, y et al. 2001. *Salud y desarrollo*. Higiene. Revista de salud pública. Sociedad mexicana de salud pública. México, D. F. # 1 enero-abril Vol. III:14-18.

NANDA *Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2003-2004* © 2003 Elsevier, Madrid, España.

NANDA *Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2001-2002*. © 2001 Harcourt Madrid España.

Frías O Antonio © 2000. *Enfermería comunitaria*. Edit Masson. Barcelona, España.

Hernández S., Roberto. 2001. *Análisis de los datos*. En Hernández Sampieri, Roberto *Metodología de la investigación*. Segunda edición. Editorial Mc Graw Hill. México, pp. 345-375.

Hernández-Conesa, Juana M. 1999. *Fundamentos de la enfermería, teoría y método*. Editorial Mc Graw-Hill *Interamericana. Madrid, España.

INEGI 2001. *Salud. En Agenda Estadística*, Estados Unidos Mexicanos.

Kozier, Barbara y et al, 1995. *Conceptos y temas en la práctica de la enfermería*. 2ª edición. Nueva York, E.E.U.U

Laski, Laura y D. Brindis, Claire. 1997. *Evaluación de programas de salud*. 1ª edición. Editorial McGraw-Hill*Interamericana. México.

Lasso E., Fernando. 2001. *Diccionario de salud pública*. México, D. F.

Luis R. M. Teresa, 2000. *Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica*, editorial Masson. Barcelona, España.

M. Last, John, 1989. *Diccionario de Epidemiología*. Editorial Salvat. Serie de Salud Pública. Barcelona, España,

Ma. Teresa Rodrigo Luis. 1998. *Diagnósticos enfermeros*. Un instrumento para la práctica asistencial. 3ª edición. Harcourt Brace. Madrid, España.

Manual para la vigilancia epidemiológica de la poliomielitis y parálisis flácida aguda. 1989. SS. México.

Martin T., Susan, y et al, 1997. *Normas de cuidados del paciente guía de planificación de la práctica asistencial conjunta*. 6ª. Edición, editorial Harcourt Brace. Madrid, España.

McCloskey, Joanne C., Bulechek, Gloria M. 2001. Enero 1999-*Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE)* 3ª. Edición, editorial Harcourt/Mosby. España.

Méndez, R. y et al.1998. *Protocolo de investigación*. Editorial trillas. México.

Moliner, María. 1997. *Diccionario de uso español*. Biblioteca románica hispánica. Editorial Gredos. Madrid, España.

Moreno de Alba, José G. 1995. *Minucias del lenguaje. Lengua y estudios literarios*. Ediciones Fondo de Cultura Económica. México, D. F.

Moreno de Alba, José G. 1996. *Nuevas minucias del lenguaje*. Ediciones Fondo de Cultura Económica. México, D. F.

Nettina, Sandra M., © 1999. *Enfermería práctica de Lippincott*. Vol. 1 y 2. 6ª. Edición, editorial McGraw Hill - Interamericana. México.

Novel Martí. Gloria, Lluch Canut. M. Teresa.© 2000. *Enfermería, Psicosocial y Salud mental*. Edit Masson. Barcelona, España.

Pamela G. Reed; Nelma B. Crawford, © 2004. *Perspectives on Nursing Theory*. 4ª. Edic, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia EE.UU.

Pineault, Raynald. 1995. *La determinación de prioridades*. En Pineault, Raynald. *La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias*. 2ª edición. Editorial Masson, Barcelona, España, pp. 213-226.

Polit, Denise F. 1990. *Investigación Científica en ciencias de la salud*. Segunda edición. Editorial Interamericana. México.

Programa Nacional de Salud 2001-2006, SSA-IMSS-ISSSTE. México.

Programa Nacional de Salud. 2001-2006. Resumen del Programa Nacional de Salud, "La Unidad", Órgano informativo del Hospital General de México, segunda época, año 2, # 16 y 17, julio, agosto y septiembre 2001. México.

Ramírez, Gloria.1995. *Las organizaciones no gubernamentales frente al derecho a la salud*. En Frenk Mora, Julio. *Salud y Derechos Humanos*. Perspectivas en Salud Pública. INSP. Vol. 22:59-68. México.

Rebagliato, Marisa.1996. *Metodología de Investigación en Epidemiología*. Editorial Díaz de Santos, España.

Rodríguez V., Rosa M., Torres, Alma D. 2002. *Apuntes del curso de especialización en enfermería en Salud Pública, generación 2001-2002*, ENEO-UNAM. México, D. F.

Rojas G., Patricio. *El proceso de planificación estratégica: un modelo de aplicación en salud*. En artículo de la Facultad en ciencias de la salud. Santiago de Chile. Recopilación ENEO-UNAM. México.

Rojas S., Raúl, 1997. *Crisis, salud – enfermedad y práctica médica*. Plaza Valdez editores, agosto, 2ª. Edición. México.

Rosales B., Susana. © 2004. *Proceso de atención de enfermería*. En Rosales Barrera, Susana. *Fundamentos de enfermería*, 2ª. Edición. Editorial. El Manual Moderno. México. 6:199-216.

Sainz de Robles, F. C. 78 1992. *Diccionario de español de sinónimos y antónimos*. Editores Aguilar. 3ª reimpresión. México, D.F.

Salinas Martínez, Ana M. y Colbs. © 2001. *La Investigación en ciencias de la salud* 2ª Edic. Edit. Mc Graw – Mill Interamericana. México, D. F.

Salud gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, número 28. Noviembre, 2004. México.

Salud gaceta de comunicación interna de la Secretaría de Salud, número 30. Enero, 2005. México.

San Martín, Hernán, A. C. Martil, J. L. Carrasco. 1986. *Epidemiología: Teoría, Investigación, Práctica*. Editorial Díaz de Santos. Madrid, España.

San Martín, Hernán. 1988. *Salud Comunitaria: Teoría, Investigación Práctica*. Editorial. Díaz de Santos. Madrid, España.

San Martín, Hernán. 1986. *Salud y Enfermedad*. 4ª. Edición. La Prensa Médica Mexicana S. A. de C. V. México.

San Martín, Hernán. 1998. *La vigilancia epidemiológica de la comunidad*. En San Martín, Hernán. *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. Tomo 1. Ediciones La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V. México, D. F. 14:224-232.

Sánchez E., Teresa 2001. *Metodología para elaborar estudio de caso*. División de estudios de posgrado, Plan único de especialización de enfermería, ENEO-UNAM, México, D. F.

Sánchez M. Antonio., y Colbs. © 2000. *Enfermería Comunitaria, 3 Actuación en Enfermería Comunitaria. Los sistemas y programas de salud*. Mc Graw Mill. Interamericana. Madrid, España.

Sánchez P., Sofía. 2002. *Planeación de los servicios de salud*. Artículo ENEO-UNAM. México.

Sánchez M. Antonio © 2000. *Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan*. Mc Graw Mill. Interamericana. Madrid, España.

Seco, Manuel. 1992. *Diccionario de dudas y dificultades de la lengua española*. Editorial Espasa, Calpe S.A. 4º Reimpresión. Madrid, España.

Smith, Sandra F., Duell Donna J. 1996. *Derechos de los pacientes*. En Smith*Duell *Enfermería básica y clínica*. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. 1:6-8 y 2:28-31. México.

Tamayo y Tamayo, Mario. 2001. *El Proceso de la Investigación Científica*. 4ª edición. Editorial Limusa. Noriega editores. México.

Taptich, B. J. 1994. *Diagnóstico de enfermería y planeación de cuidados*. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México.

Tinajero E., Magda 2005. *Temas para examen del módulo de bioética*. Curso postécnico de enfermería en salud pública, IMSS. Puebla, México.

Vargas C., Marisela y colbs. 2001. *Utilidad de la Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervico-Uterino en México*. Higiene. Revista de Salud Pública. Enero-abril. Sociedad Mexicana de Salud Pública / A. C. México, D.F. Vol. III. Número 1:14-18

Villa B. Juan P., Castro A., Juan M. 1998. *Guía para determinar prioridades en el diagnóstico situacional, riesgos y daños a la salud*. Instituto de servicios de salud del Distrito Federal. México, D. F.

Villa, B., Juan P. 2001. *Tareas para evaluar un sistema de vigilancia epidemiología*. Mimeógrafo. México, D. F.

Vocabulario técnico-científico. 2001. Océano grupo editorial, Barcelona, España.

7.1. Referencias bibliográficas consultadas en Internet

[http://www.Mortalidadmaterna-Perinatal-Infantil\(AméricaLatinayCaribe\).htm](http://www.Mortalidadmaterna-Perinatal-Infantil(AméricaLatinayCaribe).htm)

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/04jun/S04062101.html>

<http://www.conggro.gob.mx/Federal/fed00.htm>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Título 1º Capítulo 1 de las Garantías Individuales y Título 6º Del Trabajo y de la Previsión Social

<http://www.derechos.org/koaga/viii/staff.html>

<http://www.derechos.org/Koaga/viii/staff.html>

Mujer y derechos humanos.

<http://www.derechos.org/koaga/viii/staff.html>

1-32 Koaga Rone'eta. 2002. Mujer y Derechos Humanos.

<http://www.economia.gob.mx/pics/p/p1376/PLAN1.pdf>

<http://www.ejournal.unam.mx/rms/2003-3RMS03304.pdf>

<http://www.imagenmedica.com.mx/datos/modules.php?name=Section&op=viewarticle&artid=195>

<http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D5F8E6>

<http://www.insp.mx/xcongreso/ponencias/TL080.ppt>

<http://www.minsa.gob.ni/vigepi/html/boletin/2003/semana34/Editorial34.pdf>

http://www.miss.gob.mx/NR/rdonlyres/D5F8E6CF-20FH49CZ-98114-03982a2U9B9/0/inf_general.pdf

<http://www.rolac.unep.mx/mujer98/mjhis-e>
1-32 Koaga Rone'eta. 2002. Mujer y derechos humanos

<http://www.rolac.unep.mx/mujer98/mjhis-e>
1-18. Koaga Rone'eta. 2002. Derechos Humanos de las Mujeres.

<http://www.salud.edomexico.gob.mx/html/categorie.php?op=newindex&catid=2q>

<http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/metaspns/metaspns.htm>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/pacts/pacts050203.html>

[http://www.sistema.itesas.mx/va/Planes2000/Sinteticos/sin00.md.html-24\(Sinmd.html\)](http://www.sistema.itesas.mx/va/Planes2000/Sinteticos/sin00.md.html-24(Sinmd.html))

http://www.sociales,reduaz.mx/revista/mortalida_materna.htm

<http://www.sociales.reduaz.mx/revista/mortalidad>

<http://www.spp.org.py/300207.htm>

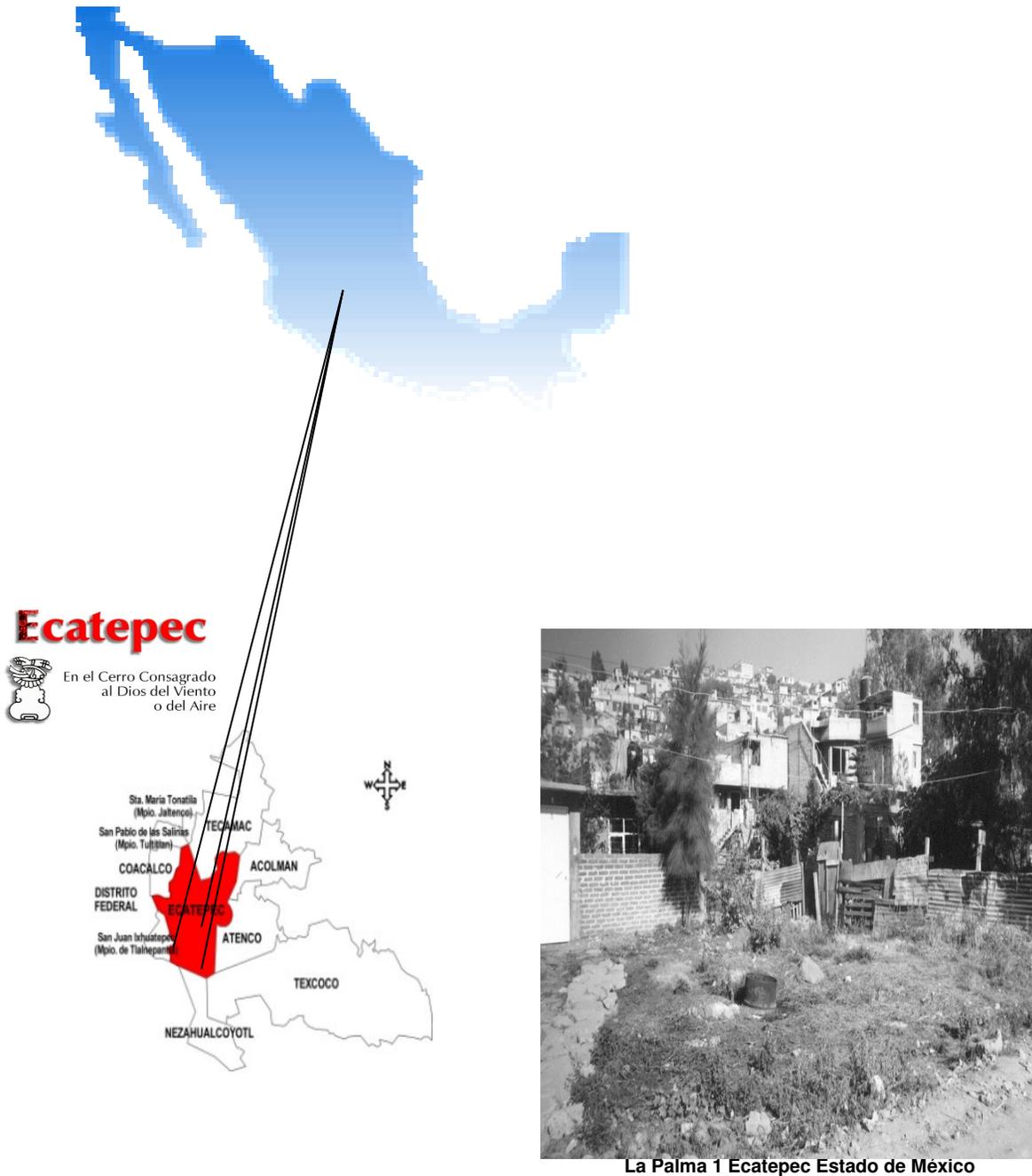
<http://www.ssa.gob.mx/marco-jurídico/ley-gral/ley-gral-indice.htm>
Ley General de Salud. 2002. Atención materno infantil. 5:14-15.

<http://www.umn.edu/humanrts/instree/women/span-wmn.html>
Derechos Humanos de la mujer.

<http://www.xoc.uam.mx/uam/publicaciones/boletines7tips/octubre96/dos,html-37k>

8. ANEXOS

Mapa de ubicación



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

Lista de precisión de la muestra

No	Nombre	No Alea- torio	Edad	Sector	Manzana	Casa	Familia	Dirección	Riesgo	Observación
1	(Arteaga Pérez) Carolina Ranzi	42	16	1	2	9	2	Aliso M-122 L-17	3	
2	(Montoya Olivares) Claudia Montoya	55	20	1	4	27	1	Av. Torres M- 124 L-25	3	
3	(Rodríguez Ibarra) Sandra Rodríguez	60	19	1	4	12	1	Av. Acueducto M-124 L-13	3	
4	(Rodríguez Ríos) Anita Ríos Guzmán	67	39	1	3	8	2	Av. Las Torres M-123 L-9	3	
5	(Marqués Garduño) Gabriela Garduño Hernández	69	24	1	3	3	1	Aliso M-114 L-4	3	
6	(Galiote Nava) Roxana Galiote	70	19	1	3	12	1	Abedul M-123 L-13	3	
7	(Pérez Carral) Mercedes Paula Carral	116	25	2	5	20	1	Acueducto M-112 L-24	1	
8	(Ponce Velázquez) Guadalupe Ponce	132	15	2	5	24	1	Acueducto M-112 L-27	2	
9	(Roblero Arteaga) Ma. De Jesús Arteaga	146	18	2	4	9	3	Abedul M-113 L-10	3	
10	(Arteaga Peña) Ma. Del Carmen Peña	147	45	2	4	9	2	Abedul M-113 L-10	3	

() Nombre de la familia

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

Lista de precisión de la muestra

No	Nombre	No Alea- torio	Edad	Sector	Manzana	Casa	Familia	Dirección	Riesgo	Observación
11	(Ramírez Martínez) Berta Martínez Cruz	153	29	2	3	14	4	Aliso M-114 L-16	3	
12	(Sánchez Arenas) Reyna Arenas	181	34	3	2	19	3	Platanal M-104 L-2 "A"	1	
13	(Ramírez Flores) Alicia Flores Zarco	185	31	3	3	7	1	Platanal M-105 L-8	1	
14	(Zavala Díaz) Carmen Díaz Leal	191	30	3	4	1	1	Calos Salinas de Mortari M-107 L-7	1	
15	(Martínez Cruz) Ramona Cruz López	208	40	3	2	8	1	Alcornoque M-104 L-10	2	
16	(Vargas Arellano) San Juan Arellano	224	41	3	2	1	2	Alcornoque M-104 L-3	3	
17	(Ramírez Mendoza) Angélica Mendoza Segura	243	38	3	4	9	1	Aliso M-107 L-7	3	
18	(Gallozo Lira) Juana Lira	271	37	4	2	20	2	Papiro M-87 L-20	1	
19	(Galvan Ramírez) Rosalba Ruiz	291	28	4	7	6	2	Abeto M-86 L-16	1	
20	(García Martínez) Marta Martínez Trujillo	382	43	5	2	14	1	Abeto M-77 L-4	3	

() Nombre de la familia

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

Lista de precisión de la muestra

No	Nombre	No Alea- torio	Edad	Sector	Manzana	Casa	Familia	Dirección	Riesgo	Observación
21	(Salazar Martínez) Cacilda Martínez	422	26	6	7	8	1	Eucalipto M-27 L-14	1	
22	(Hernández Martínez) Lucia Martínez	423	37	6	7	8	2	Cda. Eucalipto M-27 L-14	1	
23	(Hernández Espinosa) Sixta Espinosa Morales	453	40	6	7	24	2	Cda. Alcornoque M-32 L-6	1	CASO
24	(Morachen Torres) Ma. De los Ángeles Torres Rodríguez	459	38	6	7	3	1	Ahuehuate M-33 L-4	2	
25	(Carbajal Macedo) Malleli Macedo Celestina	550	19	13	2	16	2	Acacia M-37 L-16	1	
26	(Hernández Herrera) Magdalena Herrera	578	24	13	4	7	4	Bambú M-117 L-8	1	
27	(Alatorre Alvarado) Alejandra Alvarado	589	37	13	4	14	1	Acacia M-17 L-15	1	
28	(Chino Martínez) Laura Chino	590	18	13	4	16	1	Acacia M-17 L-17	3	
29	(Sánchez Guzmán) Refugio Sánchez Guzmán	637	31	14	1	8	1	Cda. de Cedro M-93 L-8	1	
30	(Palma Ramírez) Anselma Ramírez Sánchez	640	44	14	3	2	2	Bambú M-72 L-3	2	

() Nombre de la familia

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

Lista de precisión de la muestra

No	Nombre	No Alea- torio	Edad	Sector	Manzana	Casa	Familia	Dirección	Riesgo	Observación
31	(Arriaga Soria) Rosario Arriaga	650	18	14	1	3	2	Cerrada de Cedro M-93 L-3	3	
32	(Pérez Guzmán) Genoveva Pérez	652	18	14	2	8	1	Acacia M-92 L-4	3	
33	(Morales Martínez) María del Carmen Morales	670	17	15	1	12	1	Acacia M- 102 L-12	1	
34	(Martínez Villa) Mónica Patricia Villa	700	27	16	3	11	1	Ahuehuate M-102 L-12	1	
35	(Carranza Pérez) Concepción Pérez	814	37	19	4	15	3	Almendras M-18 L-16	1	
36	(Gonzaga Vázquez) Carmen Vázquez	838	35	19	3	7	1	Acacia M-18 I-8	3	
37	(Rebolla Esquivel) Ma., Luisa Esquivel Camargo	855	31	19	2	19	1	Algarrobo M-35 L19	3	
38	(Torres Campos) Marcelina Campos	881	30	20	2	6	1	Almendra M-90 L-7	1	
39	(Hernández Juárez) Alejandra Juárez	891	39	20	4	13	1	Algarrobo M-74 L-13	2	
40	(Ibarra Salguero) Rosalinda Salguero Jordán	892	31	20	3	10	1	Acacia M-73 L-10	2	

() Nombre de la familia

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

Lista de precisión de la muestra

No	Nombre	No Alea- torio	Edad	Sector	Manzana	Casa	Familia	Dirección	Riesgo	Observación
41	(Rojas Damián) Victoriana Damián Merino		40	3		8	1	Ahuehuate M- 103 L-9	3	CASO
42	(Fermín Espinosa)		19	6		11	1	Cda. de Higuera M-22 L-17	3	CASO
43	(Cruz Benavides) Ma. Lucia Cruz Benavides		19	6		2	1	Olivo M-25 L-2	3	CASO
44	Máxima Laredo Callejas		33					Ahuehuate M-88 L-5		CASO
45	Aída Paulin Zavaleta		30					Ahuehuate No 1		CASO

() Nombre de la familia

Total de Unidades Multipersonales = 1147

Total de Unidades Multipersonales con mujeres en edad reproductiva (12-49 años) = 941 = 82 %.

De estas se seleccionaron por muestreo 40 que corresponde al 4.25 % de la población de mujeres en edad reproductiva, se agregaron 6 casos de los cuales se excluye uno por no corresponder al domicilio registrado y se identifica un hallazgo.

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

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Obtener datos de fuentes primarias con el fin de integrar información sobre los factores causales que influyen o limitan el auto cuidado en relación a Mortalidad Perinatal.

DIRIGIDO: A unidades multipersonales que cuenten con mujeres en edad reproductiva que estén dentro del territorio de estudio.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Fecha _____ Hora de inicio _____ Folio _____
Nombre _____ Edad _____ Sector _____
Manzana _____ Casa _____ Familia _____
Apellidos de la familia _____
Dirección _____
Ocupación _____ Escolaridad _____
Estado civil _____ Tipo de seguridad social _____

LEA DETENIDAMENTE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, COMPLETE Y/O CIRCULE LO QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA.

Manejo exclusivo
del investigador

1.-¿A qué edad empezó a menstruar? _____
a) <10 años b) 10 a 14 años c) 15 a 19 años
d) otra edad e) no contestó

1. U6
D1

2.-¿Tiene usted vida sexual activa o no ha tenido?
a) sí b) no c) no contestó

2. U6
D1

3.-¿A qué edad inició su vida sexual?_____

- a) < 10 años b) 10 a 14 años c) 15 a 19 años
d) otra edad e) no contestó

3.

U6
D1

4.-¿Cuántos compañeros sexuales has tenido?_____

- a) 1 b) 2 c) 3 y más d) no contestó

4.-

U6
D2

5.-¿Conoce los métodos anticonceptivos ?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contestó

5.

U8
D1

6.-¿Menciona que método anticonceptivo utiliza o utilizó?

- a) hormonales b) barrera c) naturales d) definitivos
e) no utilizó f) no contestó

6.

U6
D1

7.-¿Cuánto tiempo lleva utilizando el anticonceptivo actual?

- a) 1 a 6 meses b) 7 a 12 meses c) 1 a 2 años
d) más de 3 años e) no contestó

7.

U7
D1

8.-¿Quién se lo recomendó?

- a) médico b) enfermera c) partera d) usted misma
e) otros f) no contestó

8.

U7
D1

9.-¿Tiene vigilancia y control sobre su método de planificación familiar?

- a) sí b) no c) a veces d) no contestó

9.

U7
D1

10.-¿Cuántas veces ha estado embarazada ?_____

- a) 1 - 2 b) 3 - 4 c) 5 - 6 d) 7 y más
e) no contestó

10.

U8
D1

11.-¿Sabe qué es aborto?

- a) sí b) no c) tiene idea d) no contestó

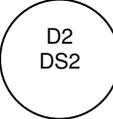
11.

U7

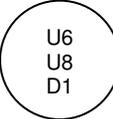
12.-¿Ha tenido abortos?
a) sí b) no c) no contestó

12. 

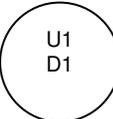
13.-¿Cuántos ha tenido? _____
a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no contestó

13. 

14.-¿Recibió atención durante esos embarazos que terminaron en aborto?
a) sí b) no c) no contestó

14. 

15.-¿Quién le proporciono atención en esos abortos?
a) médico b) enfermera c) partera d) usted misma
e) otros _____ f) no contestó

15. 

16.-¿Ha tenido alguna cesárea?
a) sí b) no c) no contestó

16. 

17.-¿Cuántas cesáreas ha tenido? _____
a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no ha tenido e) no contestó

17. 

18.-¿ En qué institucion de salud le realizaron la cesárea?

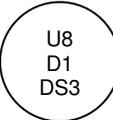
a) Pública b) privada c) no se acuerda d)no contestó

18. 

19.-¿Conoce la causa de la cesárea? _____
a) Materna b) fetales c) otras d) desconoce e) no contestó

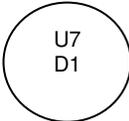
19. 

20.-¿Cuánto tiempo debe esperar para el siguiente embarazo después de la cesárea?
a) 1 a 2 años b) 3 a 4 años c) no me acuerdo d) no contestó

20. 

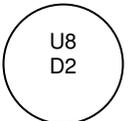
21.-¿Quién le informo?

- a) médico c) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguno f) no contestó

21. 

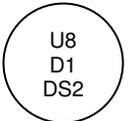
22.-¿Cuántos partos ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 o más d) no he tenido e) no contestó

22. 

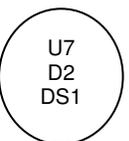
23.-¿Dónde le atendieron su último parto? _____

- a) Institución pública b) Institución privada c) partera
d) Hogar e) otros f) no contestó

23. 

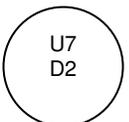
24.-¿Mencione quién atendió su parto?

- a) médico b) partera c) familiar d) usted misma
e) otros f) no contestó

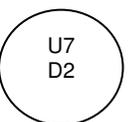
24. 

25.-¿Considera necesario que se le de información sobre el cuidado del recién nacido?

- a) sí b) no c) no contestó

25. 

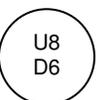
26.-¿Menciona las condiciones óptimas para embarazarse?

26. 

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2
d) no sabe e) no contestó

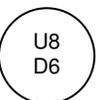
27.-¿Actualmente esta embarazada?

- a) sí b) no c) desconoce d) no contestó

27. 

28.-¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____

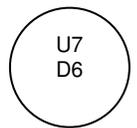
- a) 1 a 3 meses b) de 4 a 6 meses c) de 7 a 9 meses
d) desconoce e) no contestó

28. 

29.-¿Su embarazo actual fue planeado?

- a) sí b) no c) dudó d) no contestó

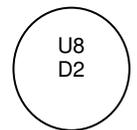
29.



30.-¿Mencione algunos signos y síntomas del embarazo?

- a) 5 y más b) 3 a 4 c) 1 a 2

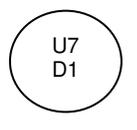
30.



31.-¿Quién le está llevando el control de su embarazo?

- a) médico b) enfermera c) partera d) otros _____
e) ninguno f) no contestó

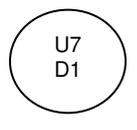
31.



32.-¿Dónde piensa atenderse su parto?

- a) Institución pública b) Institución privada c) Partera
d) otros _____ e) no lo sé f) no contestó

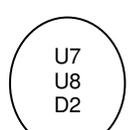
32.



33.-¿Durante su embarazo ha presentado alguna complicación?

- a) sí, cuáles _____ b) no
c) no sé d) no contestó

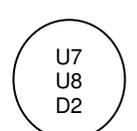
33.



34.-¿Sabe usted, que tiene acceso a los diferentes Centros de Salud a bajo costo ?

- a) sí b) no c) no sé d) no contestó
observaciones _____

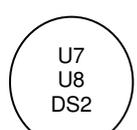
34.



35.-¿A qué centro de salud acude?

- a) al que me corresponde b) al más cercano c) no acudo
d) no contestó

35.



36.-¿Cuál es el hospital que le queda más cercano a su domicilio? 36.

- _____ a) público b) privado c) no contestó



37.-¿Ha tenido hijos con peso menor de 2. 500 Kg.?

- a) sí _____ b) no
c) no sé _____ d) no contestó

37.

U7
D1
DS2

38.-¿Ha tenido hijos con un peso mayor de 4.000 Kg.?

- a) sí _____ b) no
c) no sé _____ d) no contestó

38.

U7
D1
DS2

39.-¿Ha tenido hijos que nazcan antes o después de los 9 meses? 39.

- a) sí b) no c) no sé d) no contestó

U7
D1
DS2

40.-¿ Ha presentado algún problema sobre sus partos?

- a) sí b) no c) desconoce d) no contestó
e) otros

40.

U7
DS2

41.-¿ Mencione que tipo de problema? _____

- a) materno b) perinatal c) institución d) otros

41.

U7
D2

42.-¿ Tiene hijos con algún problema físico?.

- a) sí b) no c) desconoce d) no contestó

42.

U8
DS2

43.-¿Mencione qué tipo de problema físico tiene su hijo?

- a) capacidades diferentes b) convulsiones c) otros
d) no contestó

43.

U8
DS2

44.-¿Durante los 7 días del parto recibió atención?

- a) sí b) no c) no contestó

44.

U8
DS2

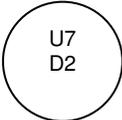
45.-¿Recibió información acerca de los cuidados del puerperio?

- a) sí b) no c) no contestó

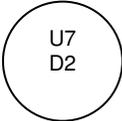
45.

U8
D2

46.- ¿De quién recibió esta información?
a) médico b) enfermera c) partera
d) otros _____ e) ninguno f) no contestó

46. 

47.- ¿Ha sufrido agresiones durante el embarazo?
a) sí b) no c) no contestó

47. 

48.- ¿De qué tipo?
a) físicas b) verbales c) psicológicas

48. 

49.- ¿Desea información sobre el embarazo y los posibles riesgos que corre durante el mismo?
a) sí b) no c) duda d) no contestó

49. 

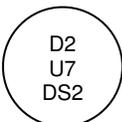
50.- ¿Algunos de sus hijos ha nacido muerto?
a) sí b) no c) no sé d) no contestó

50. 

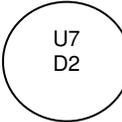
51.- ¿Cuál fue el motivo? _____
a) desconoce b) maternas c) fetales
d) perinatales e) no contestó

51. 

52.- ¿Padece algunas de las siguientes enfermedades?
a) diabetes b) hipertensión c) epilepsia
d) enfermedades pulmonares e) otros _____
f) ninguna g) no contestó

52. 

53.- ¿Si tiene una de las enfermedades mencionadas ha recibido atención médica?
a) sí b) si pero lo suspendí c) desconoce
d) no contestó

53. 

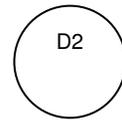
54.- ¿Ha cursado algún embarazo con diabetes?
a) sí b) no c) no sé

54. 

55.-¿Sabe qué es epilepsia?

- a) sí
- b) no
- c) no contestó

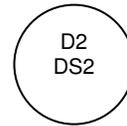
55.



56.-¿ Cuándo usted orina tiene alguna molestia?

- a) sí
- b) no
- c) cuál _____
- d) no contestó

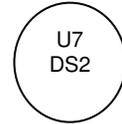
56.



57.-¿Durante el embarazo ha presentado hipertensión arterial?

- a) sí _____
- b) no
- c) no contestó

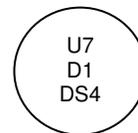
57.



58.-¿ El cursar con hipertensión arterial ha generado complicaciones al producto?

- a) sí
- b) no
- c) no sabe
- d) no contestó

58.



Observaciones: _____

Hora de termino _____

Nombre y firma de la encuestada _____

Nombre y firma del encuestador _____

Nombre y firma del supervisor

Firmas de control de calidad

PROPUESTA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica del riesgo reproductivo es un proceso continuo de la observación realizado en forma sistemática y permanente, a través de la investigación de los principales factores o características que aparecen e influyen en la mujer en edad reproductiva de 12 a 49 años y en la mujer en la etapa de la gestación.

1. Bases legales para la aplicación de la vigilancia epidemiológica

1. NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
2. NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
3. NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
4. NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y Adolescente.
5. NOM-014-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de Cáncer del Útero y de la Mama en la Atención Primera.
6. NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primera.
7. NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico. Ley General de Salud.

Este sistema de vigilancia deberá cubrir los siguientes aspectos:

1. Capacitar a todo el personal de salud del primer nivel de atención con la finalidad de crear conciencia de cuán importante es disminuir la tasa de muerte perinatal y el aumento de la esperanza de vida al nacer.
2. Detectar a toda mujer en edad reproductiva que forme parte del riesgo reproductivo.
3. Sensibilizar a este grupo etáreo de la gran importancia de autocuidarse y de hacer uso de los servicios de salud.

4. Llevar un seguimiento de los casos detectados, así como el tratamiento oportuno de padecimientos exógenos o endógenos del embarazo.
5. Evaluar el monitoreo de los casos detectados.

Y así lograr disminuir la tasa de incidencia de muerte perinatal.

1. Importancia del riesgo reproductivo y de la mortalidad perinatal

a) Magnitud y severidad

Dentro de la epidemiología no hay un seguimiento exhaustivo de casos de mujeres en edad reproductiva en riesgo; sin embargo, se ha detectado que el riesgo de mortalidad perinatal varía según el lugar donde ocurren los nacimientos, pues se ha considerado como uno de los indicadores sociodemográficos de mayor importancia con relación a la esperanza de vida al nacer. Las primeras fuentes indirectas de esta información son los registros o certificados de defunción establecidos en 1860 por el Estado, pero fue hasta 1956 cuando aparecieron de manera oficial dos tipos de certificado: uno para muerte fetal y otro para muerte general.

En el caso de la microrregión La Palma I se obtuvieron 5 casos en el año 2001 y para esclarecer este dato se realizó primeramente un diagnóstico de salud integral, del que se obtuvo un resultado de gran importancia: de cada mil nacidos hay 4.7 muertes; y una segunda investigación que fue la valoración focalizada en la que nuevamente aparece la mortalidad perinatal relacionada con diversos factores de riesgo, como las mujeres con hijos que han nacido muertos, las que sólo tienen idea de lo que es un aborto, la mujer multigesta de más de 7 embarazos, las que utilizaron el mismo método anticonceptivo por un tiempo de 7 a 12 meses, y las mujeres que no han recibido atención en su embarazo que terminó en aborto, entre otras.

Hay causas multifactoriales que afectan el desarrollo adecuado intrauterino o extrauterino (cuadros 1 y 2). El embarazo normal causa un efecto de estrés muy

importante en la mujer sana, altera considerablemente los aspectos biopsicosocial y espiritual, más aún en la mujer con un embarazo de alto riesgo, por lo que todos los embarazos se deben evaluar para valorar si existen o existirán factores que pongan en peligro la salud y la vida.

Una vez recabada la información se deriva a un programa de evaluación de control prenatal para tratar de disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad.

En México, esta problemática está muy acentuada en las mujeres de las áreas rurales, conurbanas y marginadas debido a la deficiencia de atención prenatal, por un lado; y por otro, a la falta de conocimientos en cuanto a la necesidad de autocuidarse antes, durante y después del embarazo. Hechos que se manifiestan en las estadísticas a nivel estado, municipio y jurisdicción, ocupando el sexto lugar en 1998, 1999 y en el 2000, pasaron al quinto lugar.

* Contreras L., Javier. 2000. Propuesta de un certificado de defunción para mejorar el registro y reporte de la muerte en el período perinatal. pag. 218.

Origen / etapa	Morbilidad y mortalidad
Recién nacido	<p>Asfixia postnatal Atelectasia postnatal Enfermedades o infecciones definidas Fibroplastia retrolental Enfermedad hemolítica aguda Neumonía Diarrea epidémica del recién nacido Insuficiencia respiratoria</p> <p>Causas puerperales Parto Complicaciones del embarazo, nacimiento y puerperio</p> <p>Causas socioeconómicas Ilegitimidad Abandono Problemas económicos Problemas alimenticios durante el embarazo</p> <p>Infecciones respiratorias agudas y crónicas Bronquitis Bronconeumonía Resfrío común</p> <p>Enfermedades exantémicas Difteria Escarlatina Tos ferina TB Sarampión</p> <p>Otros padecimientos Diarreas infecciosas Desnutrición Sífilis congénita Trastornos nutritivos Muerte súbita TORCH SALAM Enterocolitis necrosante Broncoaspiración Cardiopatía Trastornos congénitos Alteración en relación con el embarazo y parto Prematurez Tumores malignos Meningitis no meningocócica Traumatismos craneoencefálicos</p>

Cuadro1. Principales causas de morbilidad y mortalidad en el recién nacido

Origen / etapa	Morbilidad y mortalidad
Perinatal	Malformaciones congénitas Sistema Nervioso Central Órganos de los sentidos Aparato Cardiovascular Causas obstétricas Ruptura prematura de membrana Desproporción céfalo pélvica Anomalías de placenta y cordón Distocias Placenta previa Cesárea Parto múltiple Analgesia Anestesia Lesiones traumáticas Parto pretérmino Parto postérmino
Materna	Enfermedad crónica de los aparatos circulatorio y genitourinario Sífilis Tuberculosis Diabetes mellitus Rubéola Toxoplasmosis Desnutrición Envenenamientos Accidentes Fatiga Caídas Suicidio Hemorragias Toxemias Discrasia sanguínea Infección puerperal Enfermedades hepáticas, pulmonares y metabólicas Asfixia postnatal Atelectasia postnatal Peso bajo al nacer Accidentes Envenenamientos Traumatismos
Fetal o del recién nacido	Enfermedades o infecciones definidas Enfermedad hemofílica aguda Neumonía Diarrea epidémica del recién nacido Estados mal definidos Feto macerado Macrosomía

Cuadro 2. Principales causas de morbilidad y mortalidad en la etapa perinatal

Factores de riesgo

Dentro de los padecimientos del embarazo, parto y puerperio existen diversos factores causales como los aspectos sociales, económicos, culturales y étnicos, entre otros. De acuerdo a las investigaciones, cabe mencionar que las causas de muerte se encuentran en función de “una mala atención prenatal, un parto no atendido profesionalmente o un déficit nutricional en los primeros años de la vida. Es indispensable garantizar una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos, y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños de nuestro país, lo que significa garantizar el Arranque Parejo en la Vida” del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Factores de riesgo inherentes

1. Demografía:

- Edad materna
- Estado nutricional
- Estatura

2. Antecedentes obstétricos:

- Aborto habitual
- Mortinato o muerte neonatal previa
- Recién nacido anterior prematuro o con retraso de crecimiento
- Multiparidad
- Recién nacido con eritroblastosis neonatal
- Recién nacido previo con una alteración genética o malformación congénita
- Traumatismo obstétrico previo

3. Alteraciones del sistema reproductor:

Anomalías de las vías genitales

Patologías asociadas

Historia familiar

Factores de riesgo anteparto

1. Exposición a teratógenos:

Fármacos

Infecciones

Tabaquismo

Alcoholismo

Abuso de sustancias tóxicas

2. Complicaciones médicas:

Hipertensión, (preeclampsia y eclampsia)

Pielonefritis

Fiebre

Problemas quirúrgicos

3. Complicaciones de la gestación:

Isoinmunización

Hemorragias en el tercer trimestre

Polhidramnios y oligoamnios

Parto pretérmino

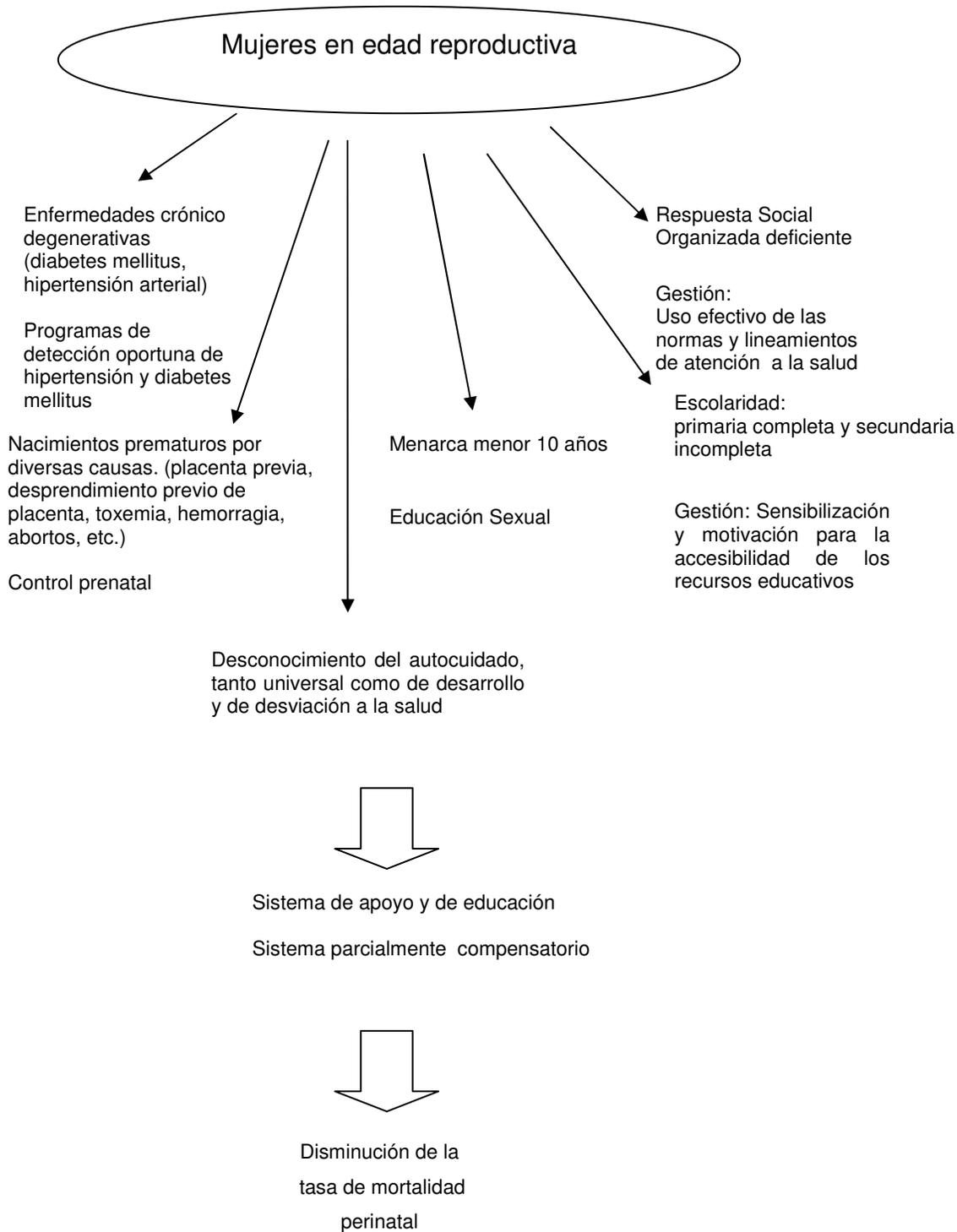
Embarazo múltiple

Embarazo

Embarazo prolongado

Embarazo postérmino

2. Niveles de prevención y red causal



3. Descripción del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

a) Objetivos

General

Implementar un sistema de control y vigilancia de manera funcional que forme parte del Sistema Nacional de Salud para detectar a tiempo a las mujeres en edad reproductiva que presenten factores de riesgo reproductivo y por ende, disminuir la tasa de mortalidad perinatal de la microrregión La Palma I.

Específicos

1. Valorar los principales problemas que afectan a la mujer en esta etapa, ya sea de forma directa o indirecta.
2. Emitir un juicio clínico con base en la detección oportuna de los casos de riesgo reproductivo, así como de los conocimientos y experiencias del agente de salud de la agencia del primer nivel de atención.
3. Planear las actividades de acuerdo a la prioridad de los problemas detectados, tanto de los casos como de los controles.
4. Ejecutar dichas actividades en tiempo y espacio adecuados y factibles de acuerdo a los programas de salud reproductiva.
5. Evaluar las medidas de control que se llevan a cabo en el primer nivel de atención, así como de la emisión de los resultados obtenidos.

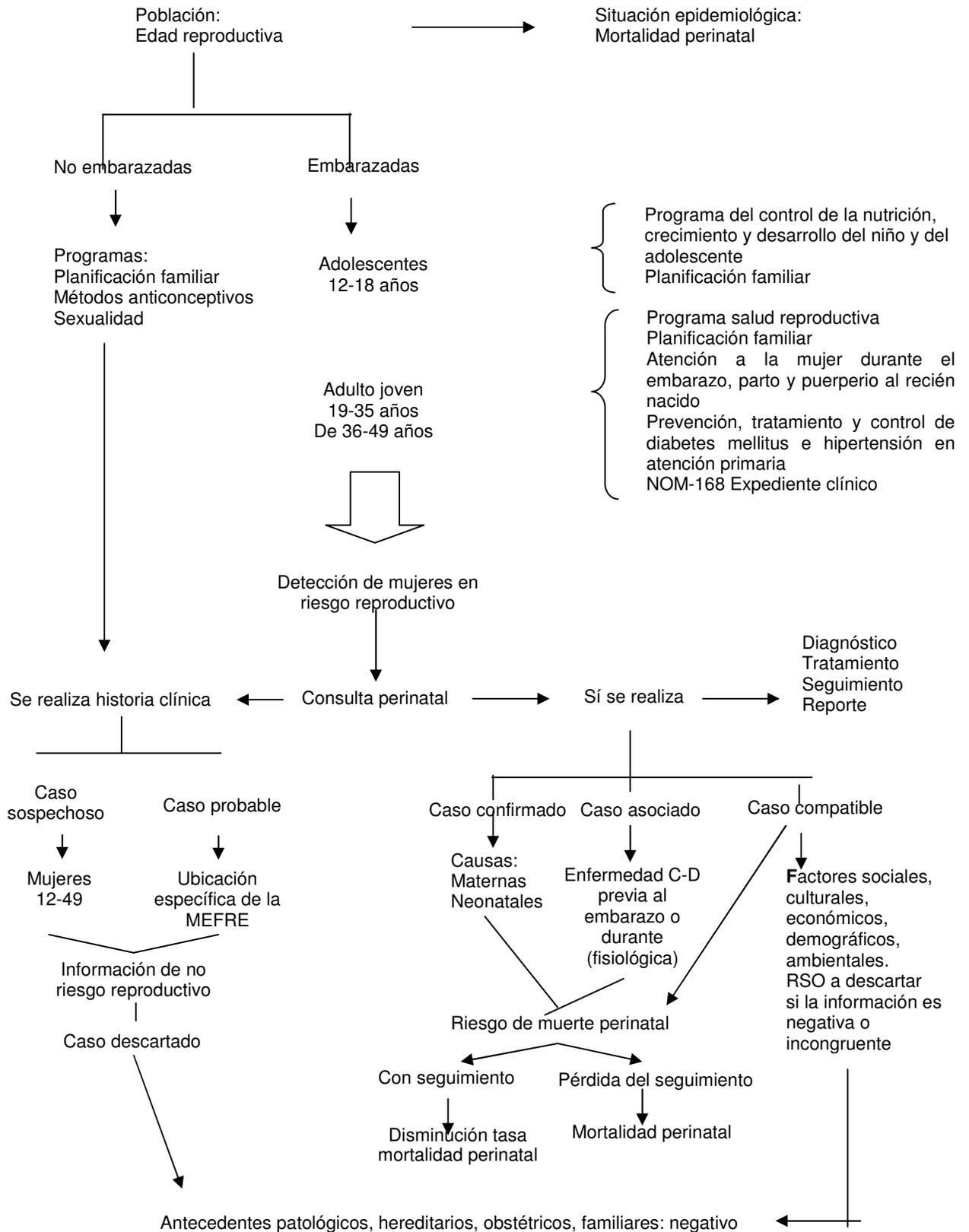
b) Problemas de salud que afectan a las mujeres en edad reproductiva

Los problemas se obtuvieron con base en la prioridad de los factores de riesgo por ítem, de acuerdo a OR (razón de momios) para muerte perinatal de la microrregión La Palma I, en mayo de 2002.

1. Mujeres con hijos que han nacido muertos

2. Mujeres que sólo tienen idea de lo que es el aborto
3. Multigesta de más de 7 embarazos
4. Utilización del mismo método anticonceptivo por un tiempo de 7 a 12 meses
5. Mujeres que no han recibido atención en su embarazo que terminó en aborto
6. Respuesta Social Organizada como causa de muerte perinatal
7. Mujeres en edad reproductiva de 40 a 44 años con diabetes mellitus e hipertensión arterial
8. Inicio de la menarca antes de los 10 años de edad
9. Mujeres con dos cesáreas o más
10. Mujeres que no recuerdan el tiempo intergenésico posterior a una cesárea
11. Mujeres que han tenido un solo parto
12. Mujeres embarazadas que han sufrido agresiones físicas
13. Cursar el embarazo con diabetes mellitus
14. Mujeres que no han iniciado vida sexual activa
15. Mujeres que utilizan el método anticonceptivo definitivo
16. Mujeres que no han recibido información sobre los cuidados del puerperio
17. Mujeres en etapa reproductiva de 20 a 24 años en mayor proporción
18. Mujeres con escolaridad de secundaria incompleta
19. Mujeres que se atendieron su parto en clínica particular
20. Mujeres que sólo tienen idea de lo que son los métodos de planificación familiar

c) Diagrama de flujo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica para la detección de riesgo reproductivo



d) Componentes y modo de operación del sistema

Son aquellos que por medio del Sistema de Vigilancia Epidemiológica se mencionan en este documento, con base en el expediente clínico, bajo la Norma 168-SSA1-1998.

Generalidades:

- Atención médica
- Expediente clínico
- Establecimiento para la atención médica
- Paciente
- Usuario

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado están obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la norma.

Integración del expediente clínico:

- Historia clínica
- Exploración física
- Auxiliares en el diagnóstico

En el caso de embarazadas, niños sanos, diabéticos e hipertensos, las notas deberán integrarse conforme a las normas respectivas.

Actividades del control prenatal:

- Historia clínica
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edema, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginal)
- Medición y registro de peso y talla
- Medición y registro de presión arterial
- Valoración del riesgo obstétrico

Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
Biometría hemática completa
Grupo sanguíneo ABO y Rh_o
Examen general de orina
Detección del VIH-SIDA en mujeres de alto riesgo
Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
Prescripción de medicamentos
Aplicación de dos dosis de toxoide
Orientación nutricional
Promoción de la lactancia materna exclusiva y planificación familiar
Autocuidado de la salud
Establecimiento del diagnóstico integral
Consulta prenatal: 5 consultas, mínimo

Clasificación de los casos

Características de personas en riesgo:
Estatura menos de 150 cm
Peso previo al embarazo de menos de 45 k o más de 80
Con tres hijos o más
Edad, menos de 18 años y mayor de 35
Período intergenésico de menos de año y medio
Hijos con antecedentes de malformación o muertos
Hijos muertos durante el primer mes de vida
Abortos recurrentes
Cesáreas previas
Edema y convulsiones
Sangrado antes del parto
Hijos con peso menor de 2 500 gm o más de 4 000 gm
Ser diabética e hipertensa

Casos probables:

Antecedentes de diabetes, cardiopatías, enfermedades renales, hepáticas y de malformación congénita

Antecedentes de Infección de vías urinarias o de transmisión sexual

Antecedentes de toxicomanías

Antecedentes de cirugías previas de otra índole

Presencia de hipertensión en dos o más ocasiones previas

Acúfenos y fosfenos

Anemia o desnutrición

Casos comprobables:

Presencia de hipertensión en dos o más tomas durante la consulta (mayor de 90 mg Hg diastólica y mayor de 140, sistólica)

Glucemia de más de 140 mg/dl en ayunas

Ruptura prematura de membranas

Dolor tipo cólico irradiado a la región lumbar y extremidades inferiores

Disminución de movimientos fetales

4. Nivel de utilidad del sistema de vigilancia epidemiológica

a) Sistema de Información

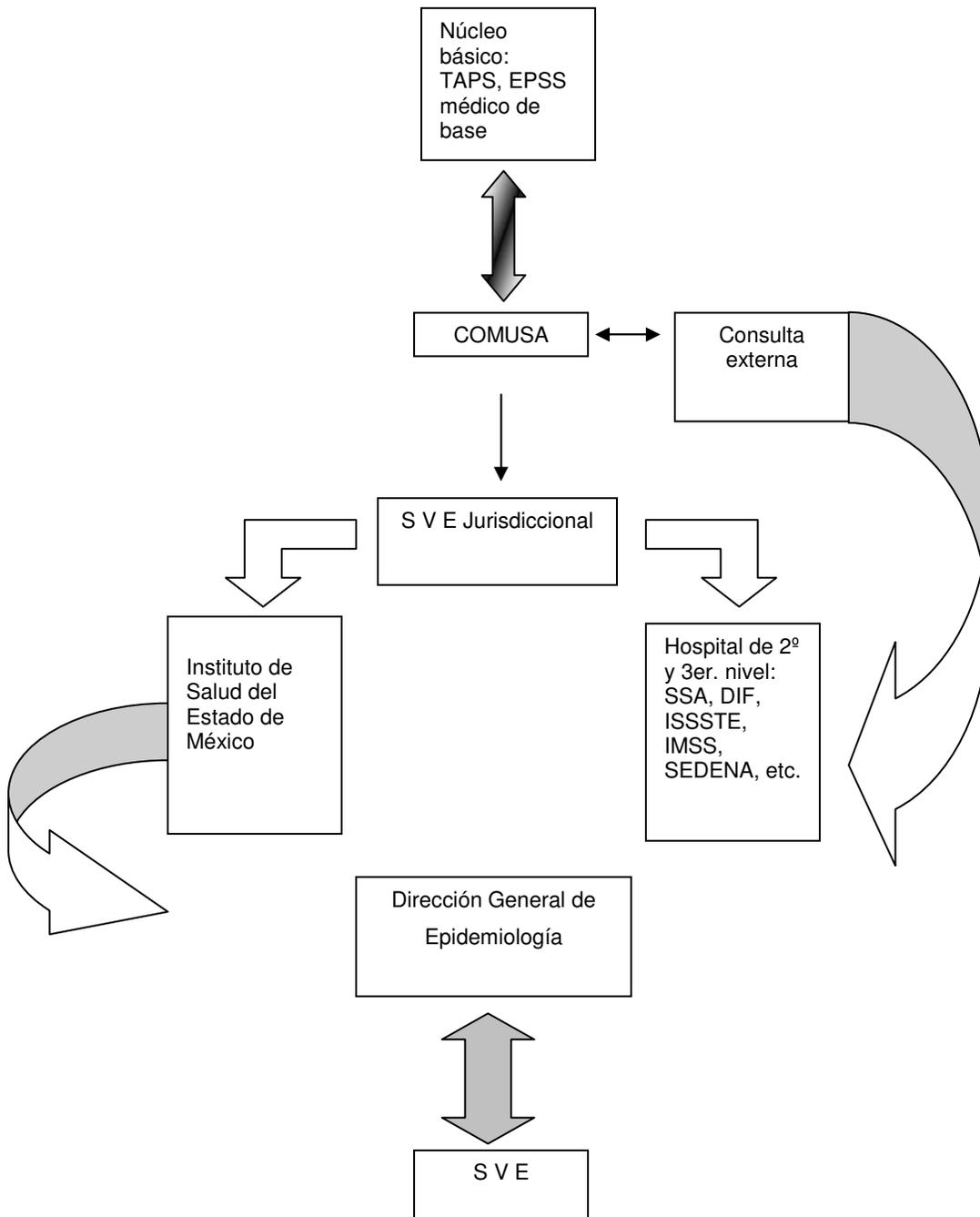
La información se genera a partir del técnico en atención primaria a la salud realizando la detección oportuna de mujeres en edad reproductiva, en especial embarazadas, a través de visitas domiciliarias, campañas de vacunación y por medio de los registros de censo nominal, con el objetivo de prevenir y fomentar la educación del autocuidado. Estas pacientes se referirán al centro de salud más cercano para llevar un control prenatal y continuar su seguimiento hasta el puerperio inmediato y mediato. En caso de ser de alto riesgo (sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas, ausencia de movimientos fetales, no presencia de trabajo de parto y distocias de partes óseas) se referirán a un segundo o tercer

nivel para atención especializada, con la finalidad de corregir las complicaciones, a través de una referencia y contrarreferencia de la misma.

Esta información pasa de la COMUSA (nivel local), donde se concentra el número de pacientes que están en riesgo y de ahí pasa a escala jurisdiccional (nivel regional) que a su vez recolecta toda la información de las diferentes coordinaciones municipales de salud que están a su cargo para analizar dicha información y poder asesorar en las diferentes formas, medios o métodos de resolución. En el nivel estatal se condensan todos los datos recolectados, se procesan y se evalúan en forma general con el objetivo de visualizar qué tan grande es el problema, qué factores están influyendo de acuerdo a los indicadores establecidos (sociodemográficos, económicos, etcétera) y señalar prioridades, tendencias y proyecciones a futuro, acerca de la situación en la que se encuentra; es decir, si se trata de una transición demográfica o epidemiológica.

Cabe destacar que las actividades de cada nivel tienen una relación interinstitucional con otras dependencias gubernamentales y no gubernamentales, como es el caso del DIF, CONASIDA, IMSS e ISSSTE.

b) Organización de un sistema de información interinstitucional de vigilancia epidemiológica



5. Evaluación de los atributos del sistema de vigilancia epidemiológica de riesgo reproductivo

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Riesgo Reproductivo (SVERR) es un medio de concentración de información, por medio del cual se analiza y se establecen estrategias y líneas de acción para la promoción y fomento de la educación de los habitantes de la microrregión La Palma I; y a su vez, esta información se retroalimenta a través de la evaluación sistemática y continua, en lo que se refiere a la detección de riesgo reproductivo, destacándose por:

Simple: debido a que el manejo de la información es sencillo para quien lo requiera.

Flexible: por ser manejable de acuerdo a las estrategias y líneas de acción establecidas.

Aceptable: es aprobada por la implementación del Programa de salud reproductiva, que es prioritario.

Sensible: debido a que se puede medir con eficacia y eficiencia las líneas de acción.

Predictivo: porque al analizar la información se evalúan los resultados y se establecen nuevas estrategias para un futuro.

Representativo: porque en ella se esquematizan las diferentes fuentes de información de la vigilancia epidemiológica (ver esquema anterior).

Oportuno: porque en ella se captura, procesa y analizan todos los datos registrados y son enviados con rapidez a los diferentes niveles del sistema de información.

Este proceso del SVE facilita que la información fluya adecuadamente por medio de las tareas adecuadas a la situación presente; sus registros son confidenciales y los datos obtenidos se confrontarán con los expedientes médicos, formatos, y autopsias verbales, supervisando directa e indirectamente la calidad de la misma.

6. Recursos para el sistema de vigilancia epidemiológica de riesgo reproductivo

Técnico en atención primaria a la salud (TAPS)

1. Organización y planeación de las actividades comunitarias en coordinación con el equipo interdisciplinario.
2. Detección de casos en riesgo reproductivo.
3. Registro de los casos semanal y mensual y reportando ante las autoridades de la COMUSA.
4. Revisar adecuadamente la información obtenida de la comunidad.
5. Transferencia de los casos reportados a las unidades de atención médica, según lo requiera (COMUSA - segundo nivel y tercer nivel).
6. Seguimiento de casos a través de visitas domiciliarias.

Pasantes de enfermería en servicio social (PESS)

1. Colabora interdisciplinariamente con el TAPS y el médico de base para la detección de riesgo reproductivo.
2. Toma de signos vitales y somatometría de la paciente.
3. Registro de los datos obtenidos en la hoja de consulta externa.
4. Sesiones educativas sobre factores de riesgo reproductivo a las mujeres de 12 a 49 años por medio de rotafolio, sociodrama, teatro guiñol y periódico mural, entre otros.
5. Proporcionarse la información a través de los dípticos, trípticos, volantes, folletos, carteles, por mencionar algunos.

Médico de base

1. Asiste a la organización y planeación del proyecto de intervención.
2. Apoyó, a través de consultas, a las mujeres en edad reproductiva, durante las visitas domiciliarias.
3. Colabora en el centro de salud para la detección de riesgo reproductivo.
4. Confirma los casos existentes dándoles un seguimiento de la misma.

5. Realiza la referencia del caso que requiera atención médica especializada y de urgencia al segundo y tercer nivel; cuando se trata de un caso legal se canaliza al DIF.
6. Continúa monitoreando los casos de mayor riesgo que fueron referidos a otras unidades de atención médica.

7. Sinopsis de la vigilancia epidemiológica del riesgo reproductivo

De acuerdo con la trascendencia de la mortalidad perinatal y con base en las estadísticas y factores de riesgo, es un problema de salud pública que se ha descuidado por no llevar un seguimiento adecuado y eficaz de todos los casos, bajo un programa específico de vigilancia epidemiológica. Debido a que no es una enfermedad transmisible, los indicadores tienen gran relevancia en el desarrollo social, cultural y económico del país. Por lo tanto, se requiere, imprescindiblemente, de un sistema que vigile continuamente a todas las mujeres en etapa reproductiva.