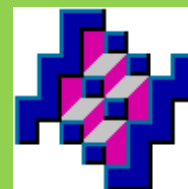


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Escuela de Salud Pública de México

Maestría en Salud Pública en Servicio, concentración en

Administración



Proyecto de Intervención:

Fortalecimiento del nivel de conocimientos y aplicación de la NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y Puerperio y del Recién nacido, en prestadores de servicio de primer nivel de atención en la Jurisdicción sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz en 2009.

*Generación
2006 - 2008*

Presenta:

Dra. Rosa María Ramírez Cerón

Matrícula 2006320072

**Mtra. Ahidé
Guadalupe Leyva
López,**

Directora de Tesis

**Dr. Xavier Enrique
Ibarra Colado,
Asesor de Veracruz**



¿Porque Ocuparnos de la Muerte Materna?

“No simplemente porque estas son mujeres en la plenitud de sus vidas [...]

No simplemente porque morir por causas maternas es una de las formas
más terribles de morir [...]

Pero por encima de todo, porque cada muerte materna es un evento que
podría haberse evitado y que nunca debiera haberse permitido que
ocurriera.”

(Fathalla, M., 1997,

citado en Berer y Ravindran, 1999).



PROYECTO DE INTERVENCION

INDICE		
Capítulo	Contenido	Página
	Resumen	10
1	Introducción	12
2	Antecedentes	14
	2.1 Aspectos Históricos de la Muerte Materna	14
	2.1.1.1 Mundial	14
	2.1.1.2 Nacional	17
	2.2 Aspectos epidemiológicos de la muerte materna	23
	2.2.1.1 Mundial	23
	2.2.1.2 Latinoamerica	23
	2.2.1.3 México	24
	2.2.1.4 Veracruz	25
	2.2.1.5 Orizaba: Jurisdicción Sanitaria N° VII	28
3	Marco Conceptual	36
	3.1 Aspectos conceptuales	37
	3.1.1 Definición de muerte materna	37
	3.1.2 Clasificación	37
	3.1.3 Principales causas	38
	3.1.4 Factores de Riesgo	38
	3.2 Medición de la muerte materna	38
	3.2.1 Razon de muerte materna	39
	3.2.2 Tasa de muerte materna	39
	3.3 Sistemas de información par la medición de la muerte materna.	40



PROYECTO DE INTERVENCION

INDICE

Capítulo	Contenido	Página
4	Planteamiento del problema	41
5	Justificación	44
6	Objetivos	48
	6.1 General	48
	6.2 Específicos	48
7	Metas	50
8	Estrategias	51
9	Límites de espacio y tiempo	53
	9.1 Universo	53
	9.2 Localización, espacio y tiempo del proyecto	54
10	Aspectos Técnicos	59
11	Aspectos Financieros	60
	11.1 Recursos Humanos	60
	11.2 Recursos Materiales	62
	11.3 Recursos Financieros	63
	11.3.1 Gastos de traslado	63
12	Descripción del proyecto	65
	12.1 Diseño del proyecto	66
	12.2 Población en estudio	67
	12.3 Criterios de inclusión y exclusión	68
	12.4 Recolección de datos	69
13	Aspectos políticos, sociales y legales	70
14	Calendario de actividades	72



REPORTE DE EJECUCION Y EVALUACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION

INDICE		
Capítulo	Contenido	Página
15	Producto principal y producto secundario	74
16	Objetivos logrados	78
	16.1 Objetivos Generales	78
	16.2 Objetivos Específicos	79
17	Metas alcanzadas	83
18	Obstáculos y modificaciones en la ejecución	85
19	Condiciones que favorecen la ejecución	88
20	Análisis de Información	89
21	Discusión de resultados	90
22	Limitaciones	105
23	Conclusiones	107
24	Recomendaciones	109
25	Evidencia fotografica	111
26	Anexo 1: Encuesta de pre y pos evaluación sobre la NOM-007 SSA2-1993 atención a la mujer embarazada durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.	115
27	Bibliografía	124
	Agradecimientos	129



SIGLAS Y ABREVIATURAS

SIGLAS Y ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
MM	Muerte Materna
RMM	Razón de Mortalidad Materna
ODM	Objetivos del Milenio
JSVII	Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz
OMS	Organización mundial de la salud
NOM-007	NOM-007 SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del Recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios.
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
APV	Arranque parejo en la vida
AME	Atención a la mujer embarazada
SEP	Secretaría de Educación pública
NVR	Nacidos vivos registrados
IDH	Índice de desarrollo Humano
RNV	Recién nacidos vivos
UMR	Unidad Medico Rural
ONU	Organización de las naciones unidas
HRRB	Hospital regional de Río Blanco

CUADROS, FIGURAS, GRAFICAS

CUADROS

- 1 Objetivos y Metas del milenio
- 2 Estados con Mayor Razón de Mortalidad Materna durante 2008.
- 3 Niveles de Marginación
- 4 Municipios de la Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba, que presentaron Muertes Maternas de 2000 a 2008
- 5 Personal que Colaboran en la realización del “Curso de Redes Rojas”.
- 6 Asistentes al curso de Redes Rojas
- 7 42 Centros de salud incluidos en la Capacitación del Curso de “Redes Rojas” de Enero a Noviembre 2009 en el Hospital Regional de Río Blanco.
- 8 Material proporcionado a los prestadores de servicio que asistieron al curso de “Redes Rojas”.
- 9 Presupuesto Estatal del Programa Redes Rojas
- 10 Gastos de Traslado
- 11 Costo total de la capacitación
- 12 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: Global médicos y enfermeras, pre y pos-evaluación.
- 13 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: médicos pre y pos-evaluación.
- 14 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: enfermeras, pre y pos-evaluación.



FIGURAS

- 1 Mapa de riesgo jurisdiccional para Muertes Maternas por municipio repetidor en 2010
- 2 Demoras que afectan la sobrevivencia materna y neonatal.
- 3 Mapa del Estado de Veracruz con la 11 Jurisdicciones sanitaria y Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba
- 4 Mapa de la Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba Con sus unidades Médicas



GRAFICOS

- 1 Razón de Mortalidad Materna en el mundo por regiones
- 2 Casos de Muertes Maternas Nacional, estatal y jurisdiccional 2000 a 2009
- 3 Razón de Mortalidad Materna Nacional, estatal y jurisdiccional en 2000 a 2009
- 4 Causas de Muertes Maternas de 2000 a 2008 en Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba
- 5 Principales causas de mortalidad comparativa Nacional y Jurisdiccional (%)
- 6 Muertes Maternas por sitio de ocurrencia de 2000 a 2008
- 7 Muertes Maternas por escolaridad y año de 2000 a 2008
- 8 Tendencia de la mortalidad materna en la JSVII, 2000 a 2010, N° de Casos

RESUMEN

Introducción: la NOM-007 SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y Puerperio y del Recién nacido, es una guía para los prestadores de servicio, que propone acciones que favorecen el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y la prevención de la aparición de complicaciones, con la finalidad de mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Objetivo: Conocer y Modificar el nivel de conocimiento de los prestadores de servicio de primer nivel sobre la NOM-007 SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y Puerperio y del Recién nacido; y con ello contribuir a la disminución de la mortalidad materna de la zona de la Jurisdicción sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz.

Material y Métodos: se realizó una evaluación a los 120 prestadores de servicio, del nivel de conocimientos de la NOM-007 SSA2-1993, previa a la capacitación, a través de una encuesta, posteriormente se aplicó la capacitación a través del curso de redes rojas en el hospital regional de Río Blanco durante una semana y finalmente se aplicó una pos evaluación, nuevamente con la encuesta.

Resultados: Se conoció que el nivel de conocimientos de los prestadores de servicio en la pre evaluación fue del 54%, posterior a la capacitación con el curso de Redes Rojas, se elevó el nivel de conocimientos de los 120 prestadores de servicio por arriba del 90%. La capacitación se realizó basada en las competencias y desarrollo de habilidades. Se logró que el



100% de los prestadores de servicio seleccionados asistiera y se capacitaran en el curso.

Conclusiones: Se contribuyo con el presente trabajo en el fortalecimiento de los conocimientos de los prestadores de Servicio de primer nivel de atención de la Jurisdicción sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz; abatiendo con ello uno de los muchos factores que contribuyen con la mortalidad materna, se favoreció a las mujeres embarazadas que al ser atendidas por prestadores de servicio capacitados las pone en igualdad de condiciones que las mujeres de los países desarrollados que son atendidas por personal capacitado. La aportación para el gobierno del estado de Veracruz es una estrategia ensayada, basada en la capacitación y para garantizar a las mujeres embarazadas veracruzanas una atención oportuna y por personal de salud capacitado.

1. INTRODUCCION

En el mundo, cada minuto muere una mujer por complicaciones en el parto; en México, en la actualidad existen altas tasas de muertes maternas como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. La brecha entre el área urbana y rural es muy grande, las mujeres en el área rural, en su mayoría indígenas tienen más probabilidades de morir por complicaciones del proceso gestacional que las mujeres que viven en el área urbana. ⁽¹⁾ El riesgo de muerte materna es hasta nueve veces mayor que en los municipios mejor comunicados. ⁽²⁾

Tanto para México como en muchos otros en desarrollo, constituye un problema de salud pública, por lo que es un motivo de gran preocupación para los gobiernos, las instituciones y la sociedad ⁽³⁾. Con lo anterior nos podemos dar cuenta que la mortalidad materna, es un indicador utilizado que mide el grado de desarrollo económico y social de cada país ⁽⁴⁾.

La mortalidad materna además de reflejar las deficiencias en el acceso y calidad de los servicios de atención a la salud materna genera un impacto desfavorable en el ámbito más esencial de la sociedad, “La Familia”. Incluso se considera una prioridad para los Servicios de Salud en el Estado de Veracruz, por todas aquellas circunstancias familiares, sociales y de tipo institucional que conlleva la defunción de la madre durante el embarazo, el parto o el puerperio ⁽⁴⁾

La mortalidad materna tiene múltiples factores: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica que al sumarse a las condiciones de la madre, a el médico y a la institución, hacen sinergia e

influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: hemorragia obstétrica, preeclampsia - eclampsia, y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos.⁽⁵⁾

Afecta a mujeres en su mayoría Jóvenes, cuya muerte en la mayoría de los casos eran prevenibles. Por otra parte, dada la importancia que tiene la mujer como pilar del núcleo familiar y la estrecha dependencia que guardan los hijos respecto a la madre, hacen que, muchas veces, la pérdida de ella ponga en peligro la integridad de la familia y repercuta negativamente en la salud de los hijos.⁽⁶⁾

Referente a la causalidad de la mortalidad materna, esta debe comprenderse desde dos ángulos: uno clínico y otro social.⁽⁷⁾

Por lo tanto, nuestro trabajo se fundamenta con base en la necesidad que tienen las mujeres embarazadas de atención por personal capacitado en el primer nivel de atención, necesidad que para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos tiene que ver en la mayoría de los casos con: identificación y corrección de la anemia en el embarazo, el manejo activo de la tercera fase del parto, y las acciones inmediatas cuando se presenta una hemorragia entre otros.

Personal capacitado incluye a enfermeros/as o médicos/as a quienes se les capacitará para atender partos normales, reconocer complicaciones, manejar los casos que puedan y referir a las mujeres a niveles de atención médica más especializados si fuera necesario. Lo anterior se realizara mediante el Fortalecimiento en el conocimiento y la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Veracruz en el 2008-2009.

2. ANTECEDENTES

2.1. Aspectos Históricos de la Muerte Materna:

2.1.1. Mundial

A nivel mundial la mortalidad materna es un indicador utilizado para medir el grado de desarrollo y la atención que se proporciona a las mujeres, así como el estado de salud de la población. A pesar de los esfuerzos llevados a cabo para cumplir el quinto objetivo del milenio, dirigido a mejorar la salud materna, la razón de mortalidad materna continua siendo elevada.

En las últimas décadas, muchas conferencias y reuniones internacionales en el área de la salud, han mostrado especial interés para el estudio de los problemas de salud de la mujer, como la mortalidad materna. ^(8,9,10) Sin embargo, al transcurrir el tiempo, se observa que la Razón de mortalidad materna (RMM) no disminuye como era lo esperado, al contrario se ha estancado ⁽¹¹⁾ poniendo en riesgo el objetivo del milenio de “mejorar la salud materna”, el cual se estableció a través de los acuerdos y compromisos mundiales que se detallan a continuación:

- 2.1.1. INICIATIVA POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGO (SMI)
1987: La Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA) organizaron y patrocinaron en Nairobi, Kenia, una conferencia sobre “Maternidad sin Riesgo”, con el propósito de crear conciencia mundial a cerca de la morbilidad y mortalidad

materna, a fin de que para el año 2000 disminuyera la mortalidad materna en un 50% con relación a 1987 ⁽⁸⁾.

2.1.2. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO (CIPD) 1994. Realizada en el Cairo, Egipto, donde se estableció la meta para la reducción significativa de la mortalidad materna para el año 2015, primeramente al 50% de la mortalidad materna para el año 2000, respecto al año 1990.⁽⁹⁾

2.1.3. 4° CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER, 1995. Realizada en Beijing, China, donde se estableció el compromiso de la comunidad internacional de desigualdad de los dos géneros, así como el desarrollo de la paz para todas las mujeres.
(10)

2.1.4. CUMBRE DEL MILENIO DE LAS NACIONES UNIDAD, SEPTIEMBRE 2000. Es la más importante a favor de Salud la Mujeres, para disminuir la mortalidad materna, celebrada en Nueva York, Estados Unidos de ahí germinaron los 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Incluye como se mencionó 8 objetivos y 18 metas cuantificables que serán supervisadas mediante 48 indicadores, en la meta 6 se instituye la reducción de la MM en tres cuartas partes para el 2015, en relación al año 1990. ⁽¹¹⁾. Cuadro 1

Cuadro N° 1: Objetivos y Metas del Milenio. ONU –Septiembre 2000.

(Efectiva a partir de Septiembre de 2003)

OBJETIVOS Y METAS	INDICADORES PARA MEDIR LOS PROGRESOS
Objetivo 5: Mejorar la salud Materna.	
Meta6: Reducir entre 1990 y 2015 la MM al 75%	16. Razón MM (RMM)
18 Metas	48 Indicadores de Resultado

Cabe destacar que a nivel mundial este indicador disminuyó menos del 1% por año entre 1990 y 2005, 4.5 puntos porcentuales menor al objetivo de 5.5% de disminución anual planeada en los ODM. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada día mueren cerca de 1,500 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Sin embargo, la razón de mortalidad no es homogénea en el mundo. Como ocurre con la mortalidad infantil, la desigualdad entre los países industrializados y las regiones en desarrollo evidente. Por ejemplo, el número de muertes de madres y recién nacidos es mucho más elevada en África y Asia. En el 2005, el riesgo de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto que padecen la mujeres de los países menos desarrollados, fue 300 veces mayor que el caso de las mujeres de países industrializados. ^(12, 13, 14)

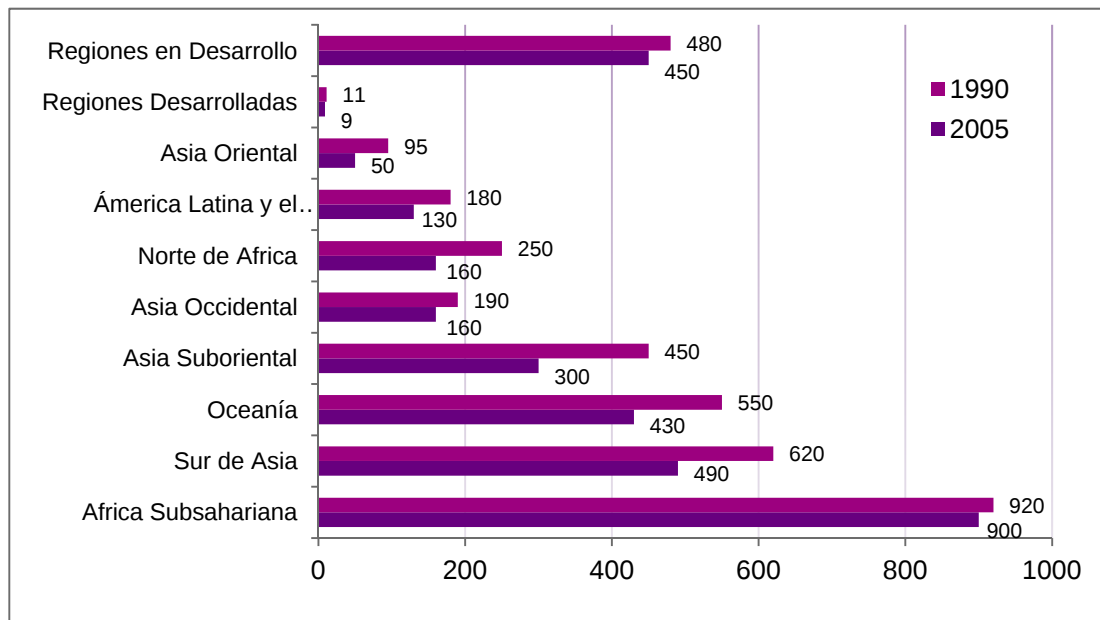
Por otro lado, a pesar que el gobierno mexicano firmó y participó en la declaratoria de los ODM, sin embargo la disminución de la Razón de mortalidad materna es mínima: en 1990 se reportó una Razón de mortalidad materna 89.0 Y 61.1 para el 2005 por cada 100,000 recién nacidos vivos (RNV) ⁽¹⁵⁾. Para el 2010 el objetivo se había reducido a 21.0%, por tanto esta

tendencia demuestra lo poco probable para que México cumpla con el compromiso de disminuir en un 75% la mortalidad para el 2015.⁽¹⁴⁾

Algunas razones para que a nivel mundial los ODM se encuentren muy por debajo de la meta planteada, se debe a que en los países en desarrollo el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención durante el embarazo es del 65% aproximadamente, solo el 40% de los partos ocurren en establecimientos de salud y más del 50% de estos recibieron atención por personal capacitado. Cabe mencionar que en Asia Meridional solo el 35% de los partos, se atendieron por personal capacitado, en África del Sur solo el 41%, en Asia Oriental, América latina y el Caribe solo el 80%.⁽¹⁴⁾

Gráfico N°1: Razón de Mortalidad materna en el mundo por Regiones.

Tasa por 100 mil recién nacidos vivos (RNV), 1990 y 2005



*Fuente: (14)

2.1.2. Nacional

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos estimados (NVE) se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció ODM: reducir en tres cuartas partes la Razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos estimados (NVE) en 2015.^(16,17)

Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna disminuyó a un ritmo de 1.84% anual, que se incrementó a 2.84% entre 2000 y 2006. Para alcanzar la meta de los ODM, los valores de este indicador tendrán que disminuir hasta 2015 a una tasa anual de 6.9%. Los mayores esfuerzos tendrán que hacerse en las poblaciones marginadas, que son las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna. En 2005 se presentaron en el país 1,242 muertes maternas. De este total, 67.7% ocurrieron en mujeres sin seguridad social y 19%, fuera de una unidad médica (hogar, vía pública).⁽¹⁵⁾

En el grafico 2 y 3 se aprecia que en el 2000 la Razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos estimados (NVE) que se presentó a nivel nacional fue de 72.6 con 1,307 casos de defunción por muerte materna, para el 2006 la razón de mortalidad materna presentada a nivel nacional fue de 58.6 con 1,166 casos de defunción por muerte materna, y en el estado de Veracruz se presentó una razón de mortalidad materna de 59.6 con 79 casos de muerte materna, para el 2008 disminuyó a 57.2 la Razón de mortalidad materna a nivel nacional con 1,119 casos de muerte materna,



en el estado de Veracruz la razón de mortalidad materna fue de 75.6 con 93 casos de muerte materna.⁽¹⁶⁾



Gráfico N°2 Mortalidad Materna Nacional, Estatal y Jurisdiccional

De 2000 a 2010, N° de Casos

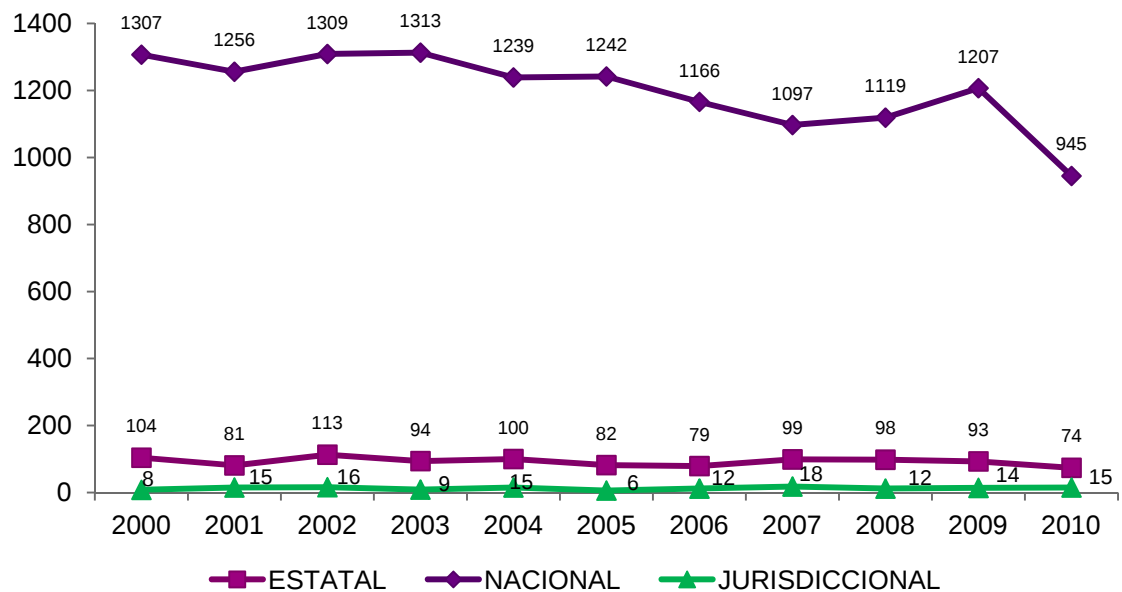
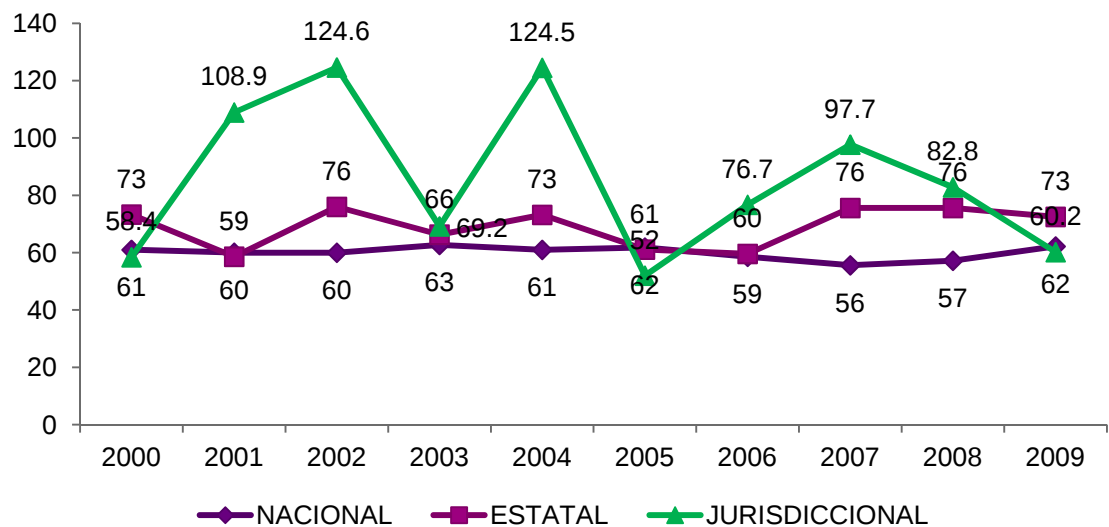


Gráfico N°3: Mortalidad Materna Nacional y Estatal de 2000 a 2009*, Razón Mortalidad.

Razón Mortalidad.



* Razón de mortalidad materna calculada por 100,000 nacidos vivos estimados (NVE), Consejo de población (CONAPO),
Fuente: Dirección general de información en salud (DGIS), SEED, Registros estatales y jurisdiccionales.

*Fuente (16,44)

El gobierno de México ha establecido programas y estrategias para garantizar a las mujeres embarazadas una atención oportuna y de calidad, mediante un embarazo saludable, parto y puerperio seguro y recién nacido sano. Estos programas son ⁽¹⁸⁾:

2.1.1. Programa de Desarrollo Humano (Oportunidades): inicio

Oportunidades

en 1997, con el nombre de PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Alimentación), su objetivo es apoyar a familias en extrema pobreza del país para alcanzar mejores niveles de bienestar mediante mejoras en la educación, salud y alimentación, involucrando a las instituciones como Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Secretaría de Desarrollo social (SEDESOL), Secretaría de Educación Pública (SEP), Gobiernos Estatales y Municipales ⁽¹⁹⁾. Apoya principalmente a grupos vulnerables específicos, provee la atención a las mujeres, embarazadas y niños, con un control efectivo del embarazo, debiendo cumplir con sus consultas como lo establece la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.



2.1.2. Programa de

Protección Social en Salud (Seguro Popular).

Aprobado por el congreso de la Unión, en abril del 2003, con una reforma a la Ley General de Salud, en donde se establece la forma de operar del Seguro Popular, cuyo objetivo es de proporcionar protección social, incluyendo la atención a la mujer embarazada para garantizar atención médica de calidad durante el embarazo, parto y puerperio ⁽²⁰⁾.



2.1.3. Arranque parejo en la vida (APV) Creado en el año 2001, iniciando operaciones en febrero del 2002, cuya finalidad esta encaminada a lograr cumplir con los ODM para el 2015. Este programa atiende a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a los niños de 0 a 2 años de edad, enfocado principalmente a las áreas marginadas y población indígena, considerando el traslado como parte importante y primordial a las zonas donde opera, el programa mejoro la infraestructura de los hospitales de referencia con el módulo Mater, el cuál es la puerta de entrada para la mujer embarazada a los hospitales o unidades. ^(19,20)

El Instituto Nacional de Salud Pública, realizó una evaluación al programa, evidenciando los avances en cuanto a la atención de la mujer embarazada, con el incremento de las consultas prenatales y se mejoro el indicador del n° de Partos atendidos en las instituciones. ⁽²¹⁾

2.2 Aspectos Epidemiológicos de la Muerte Materna:

2.2.1. Mundial

La OMS, estima que durante el 2005 ocurrieron en el mundo 536,000 muertes maternas, de éstas el 99% correspondió a países en desarrollo, analizando las cifras disponibles observamos que en la región de África Subsahariana registró la mayor razón de mortalidad materna (900) seguida de Oceanía (430), Asia (330), América Latina y el Caribe (130), estas cifras contrastan con los países industrializados donde la razón de mortalidad materna son tan solo 9 de cada 100,000 NVE⁽¹³⁾

Es cierto que se han presentado avances, los cuales son en los países desarrollados. Sin embargo, en los países en desarrollo, ha sido mínima la disminución de la mortalidad materna, como lo es un descenso entre 1990 y 2005 en África de solo del 01, ya que se presentaron 270 mil muertes maternas. ⁽¹³⁾.

2.2.2. Latinoamérica

El comportamiento de la mortalidad materna en América latina y el Caribe es similar al resto del mundo, con tendencia descendente aunque esta ha sido en forma por demás baja, en 1990 se presentó una razón de mortalidad materna de 180 (21,000 muertes maternas). Para el 2005 disminuyó a 130 (15,000 muertes maternas) (30) es decir en América Latina y el Caribe la mortalidad se redujo en un 2% anual, sin embargo, Haití presentó una razón de mortalidad materna similar a la de África. ⁽¹³⁾

El comportamiento de la mortalidad materna es diferente entre países en desarrollo e industrializados, incluso, al interior de los países es muy diferente entre sus estados, municipios o regiones, de cualquier manera se presenta más las muertes maternas en países pobres. Por ejemplo, Haití presenta la razón de mortalidad materna más elevada del continente (670), Guatemala (290), Honduras (280), Perú (240), Ecuador (210) los países con mucho menor mortalidad materna es Barbados (16), Puerto Rico (18), Uruguay (20). Se hace mención que México presentando una razón de mortalidad materna de 60 se ubica en un punto intermedio en las Américas. (13, 22)

2.2.3. México

En la República Mexicana la mortalidad materna en el 2004, ocupó el cuarto lugar entre las causas de defunciones en mujeres en edad reproductiva. Lo preocupante al analizar los años anteriores al 2004, es que el 75% de las muertes maternas se presentan en 12 estados de la República Mexicana entre los que se encuentran: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Durango, Veracruz, Hidalgo, Estado de México, D.F. San Luis Potosí, Baja California y Querétaro. ⁽²²⁾ Los estados que siempre permanecen en los primeros lugares son: Oaxaca, Guerrero y Chiapas. ^(20,22).

2.2.4. Veracruz

Veracruz se encuentra dentro de los estados que ocupan los primeros 12 lugares por Razón de Muerte Materna* al 20 de agosto del 2008, de acuerdo al corte emitido por el Centro nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva ocupó el 6º lugar, encontrándose dentro de los estados más vigilados por muerte materna.

Cuadro N° 2, Estados con Mayor Razón de Mortalidad Materna 2008*

No.	ENTIDAD	DEF.	RMM*
1	Durango	16	54.5
2	Oaxaca	35	51.6
3	Zacatecas	9	34.3
4	Querétaro	11	34.2
5	Tabasco	13	33.7
6	Veracruz	43	33.2
7	Chihuahua	19	31.5
8	Guerrero	20	31.1
9	Michoacán	22	29.5
10	Colima	3	29.5
11	Nayarit	5	29.3
12	Hidalgo	13	28.9
	Estado de México	58	12.6
	NACIONAL	462	23.6

Razón Muerte Materna (RMM) calculada por 100,000 Nacidos Vivos Estimados (NVE)
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
*Fecha de corte: 20 de agosto 2008

*Fuente (16)

El plan veracruzano de desarrollo 2011-2016 establece entre sus objetivos, la disminución de la mortalidad materna a niveles inferiores a la media nacional. Sus Estrategias contemplan:

- Promoción de medidas preventivas para evitar la mortalidad materna en medio urbano, rural e indígena, particularmente en zonas de alta marginación y bajo desarrollo humano.
- Capacitar, con enfoque intercultural, al personal de salud de las unidades de primer nivel (fija y móvil) as adecuaciones interculturales a los programas de salud y a la operación de los servicios, para la disminuir las barreras culturales de acceso a los servicios.
- Impulsar el funcionamiento de las comunidades de diálogo entre personal de salud y médicos tradicionales, para fortalecer las redes sociales en el 100 % de los municipios con menor índice de desarrollo humano.
- Fortalecer, los municipios con menor índice de desarrollo humano, los mecanismos comunitarios para la detección y traslado oportuno de embarazadas con riesgo, mediante redes sociales locales. ⁽²⁾

En el estado de Veracruz se han aplicado todas las estrategias emitidas por el nivel nacional, agregandose otras establecidas por el estado, aplicando lo lineamientos del programa APV se logró disminuir para el 2006 la razón de mortalidad materna 59.6 por cada 100,000 nacidos vivos estimados (NVE), colocandonos por encima de la razón de mortalidad materna Nacional que fue de 58.6 por cada 100,000 NVE. La estrategia de Redes Rojas inicia en 2006, sin embargo para el 2007 y 2008 vuelve a aumentar a 75.6, por cada 100,000 NVE (Grafica 2,3) ⁽¹⁶⁾.

El programa de redes rojas a nivel estatal, tiene como objetivos:

- ✓ Garantizar la accesibilidad de los servicios médicos.

- ✓ Garantizar la oportunidad de la atención médica.
- ✓ Efectividad en el tratamiento médico.
- ✓ Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información precisa y atención de calidad.

Sus estrategias consisten en:

- 1) Elevar la competencia técnica del personal de salud.
- 2) Incremento de la competencia técnica de parteras tradicionales para la atención del embarazo, parto y puerperio seguros y recién nacido sano.
- 3) Incrementar la cobertura de Planificación Familiar en el primer nivel de atención.
- 4) Difundir el Plan de Seguridad para el Embarazo, Parto y Puerperio.
- 5) Consolidación del sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención.
- 6) Disponibilidad y acceso permanente de insumos médicos en las unidades médicas y hospitalarias para la atención de las mujeres embarazadas, en parto y puerperio y programa de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos médicos.

Con esta estrategia de Redes Rojas se establece el Plan de Seguridad obstétrica, en el cuál se trata de garantizar la oportunidad y asegurar la calidad de la atención en la emergencia obstétrica, su la meta es: cero rechazo a la mujer embarazada por las unidades de salud y los hospitales, detección y tratamiento oportunos de la complicación obstétrica, garantizar insumos, equipamiento y plantillas de personal completas, apego estrictamente supervisado de las Normas, Procedimientos y las Guías de Práctica Clínica a fin de lograr Cero muertes maternas. ⁽¹⁶⁾.

2.2.4.1. Jurisdiccional

El estado de Veracruz se encuentra dividido en 11 Jurisdicciones sanitarias (JS), dentro de este, la JS VII, se encuentra situada dentro de la Sierra Madre Oriental, su extensión territorial es de 2,163.87 Km² que representa el 2.97 % de la extensión total del estado de Veracruz. Llave es la llamada “La región de las altas montañas”, con 579,924 habitantes distribuidos en 28 municipios (La perla, Mariano Escobedo, Atzacan, Ixhuatlancillo, Aquila, Maltrata, Nogales, Rio Blanco, Cd. Mendoza, Orizaba, Huiluapan, Rafael Delgado, Tlilapan, Tenejapan, Magdalena, Acultzingo, Soledad Atzompan, Tequila, Atlahuilco, Los Reyes, Zongolica, Xoxocotla, Tlaquilpa, Tehuipango, Atzompan, Astacinga Texhuacan, Mixtla de Altamirano), integrados por 833 localidades, de los cuales son 15 municipios de muy alta marginación, 5 de alta marginación, 4 de media marginación, 4 de baja marginación, atiende a población Urbana, rural, indígena de habla náhuatl. ⁽²³⁾

Para la atención de la población por parte de la Secretaría de Salud, se cuenta con 187 médicos, 20 médicos pasantes, 216 enfermeras, y 13 enfermeras pasantes, distribuidos en 59 centros de salud además se cuenta con 1 hospital integral, y 1 hospital regional, por parte del IMSS se cuentan con 43 UMR (Unidades Médicas Rurales), 1 hospital de rural y 1 hospital de especialidades. En toda la zona de la JS se ubican 17 hospitales particulares. ⁽²³⁾

Entre los 21 municipios donde se han presentado muertes maternas se encuentran: La perla, Nogales, Atlahuilco, Astacinga, Tlilapan, Rafael Delgado, Mariano Escobedo, Cd. Mendoza, Tehuipango, Tequila, Zongolica,

Xoxocotla, Mixtla de Altamirano, Tlaquilpa, Acultzingo, Atzacan, Aquila, Orizaba, Maltrata, Río Blanco, Ixtaczoquitlan, Ixhuatlancillo, Soledad Atzompa. ⁽²³⁾

Durante los años del 2000 al 2008 se presentaron 111 muertes maternas, en la JS VII, por ello se incrementaron las acciones de promoción a la comunidad con el fin de incrementar la demanda en las unidades para la atención a las mujeres embarazadas (AME), principalmente sobre el control prenatal desde el primer trimestre, concientizar a las autoridades municipales e involucrarlas en la AME, capacitación continua a las unidades de primer nivel, sobre “Emergencia Obstétrica”; incremento del tiempo de atención y personal del Centro de Salud. Además se estableció la Estrategia del Programa de Redes Rojas, en el que se mejoró el equipamiento de los Centros de Salud y se capacitó al personal, estableciéndose: ⁽²³⁾



UNIDAD DE SALUD.- Atiende programas preventivos incluyendo partos, aunque en algunos casos no cuenta con cobertura de atención las 24 horas, cuenta con censo de embarazadas y de parteras ⁽²³⁾



UNIDAD SI MUJER.- Centro de Salud que otorga atención integral a embarazos, partos, puerperios y recién nacidos de bajo riesgo, contando preferentemente con el recurso humano y físico las 24 hrs. Cuenta con censo parteras, programa planificación familiar postevento obstétrico. ⁽²³⁾



CLINICAS SI MUJER.- Unidad que cuenta con servicio de ginecología y/o cirugía y pediatría los 365 días del año; con recursos materiales y humanos para atender determinados casos de embarazos y partos de riesgo, que no requieran de atención médica o tecnológica de alto grado de especialización. ⁽²³⁾

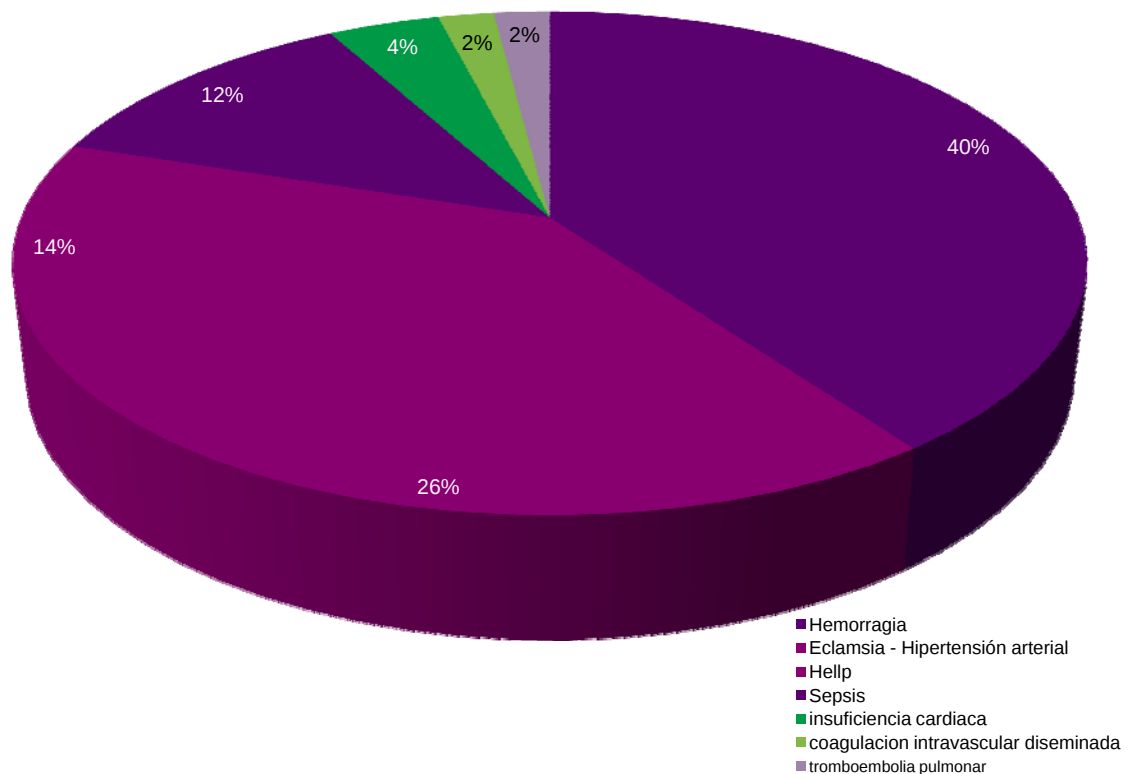


HOSPITAL SI MUJER.- Hospital con alta resolución que integra todas las funciones de las demás unidades y tiene terapia intensiva neonatal y obstétrica. ⁽²³⁾

Con esta estrategia se establecieron las localidades a atender de acuerdo a la dificultad para acceder a ellas, las unidades de referencia para las clínicas y Hospital Si Mujer. ⁽²³⁾

Dentro de las causales de muerte de las 111 muertes maternas que se presentaron fueron: hemorragia obstétrica (40%), eclampsia e hipertensión (26%), síndrome de Hellp (14%), sepsis (12%), insuficiencia cardíaca (4%), coagulación intravascular diseminada (2%), tromboembolia pulmonar (4%). Gráfica N° 4, ^(23,24)

Gráfico N 4 : Causas de MM de 2000 al 2008 en la JS VII

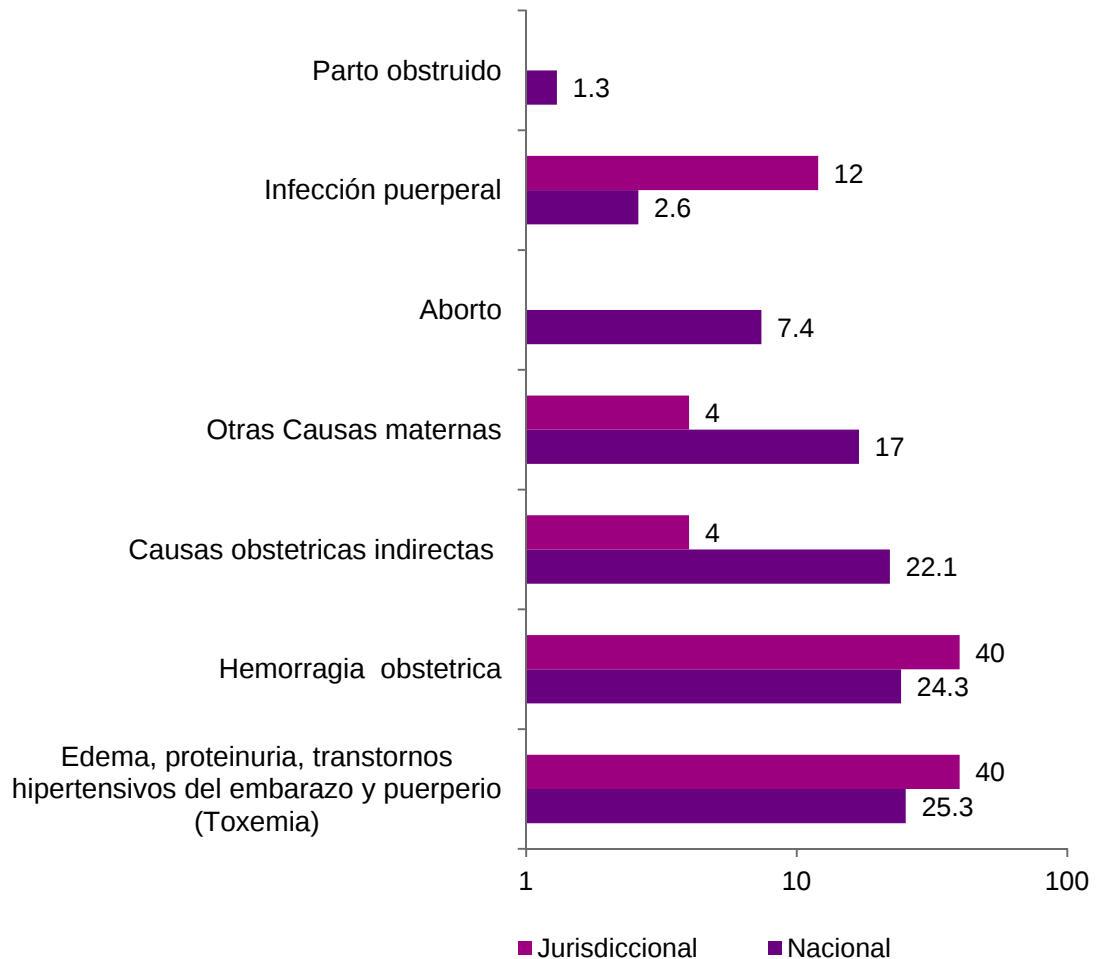


*Fuente (24)

Dentro de las causas de mortalidad que se presentaron a nivel nacional y jurisdiccional se observa gran diferencia en cuanto a que la causa de hemorragia obstétrica, edema, proteinuria, trastornos hipertensivos del embarazo y puerperio se encuentran por arriba de la causa nacional, superándolos en un 14.7%, gráfica N° 5, ^(14, 24)



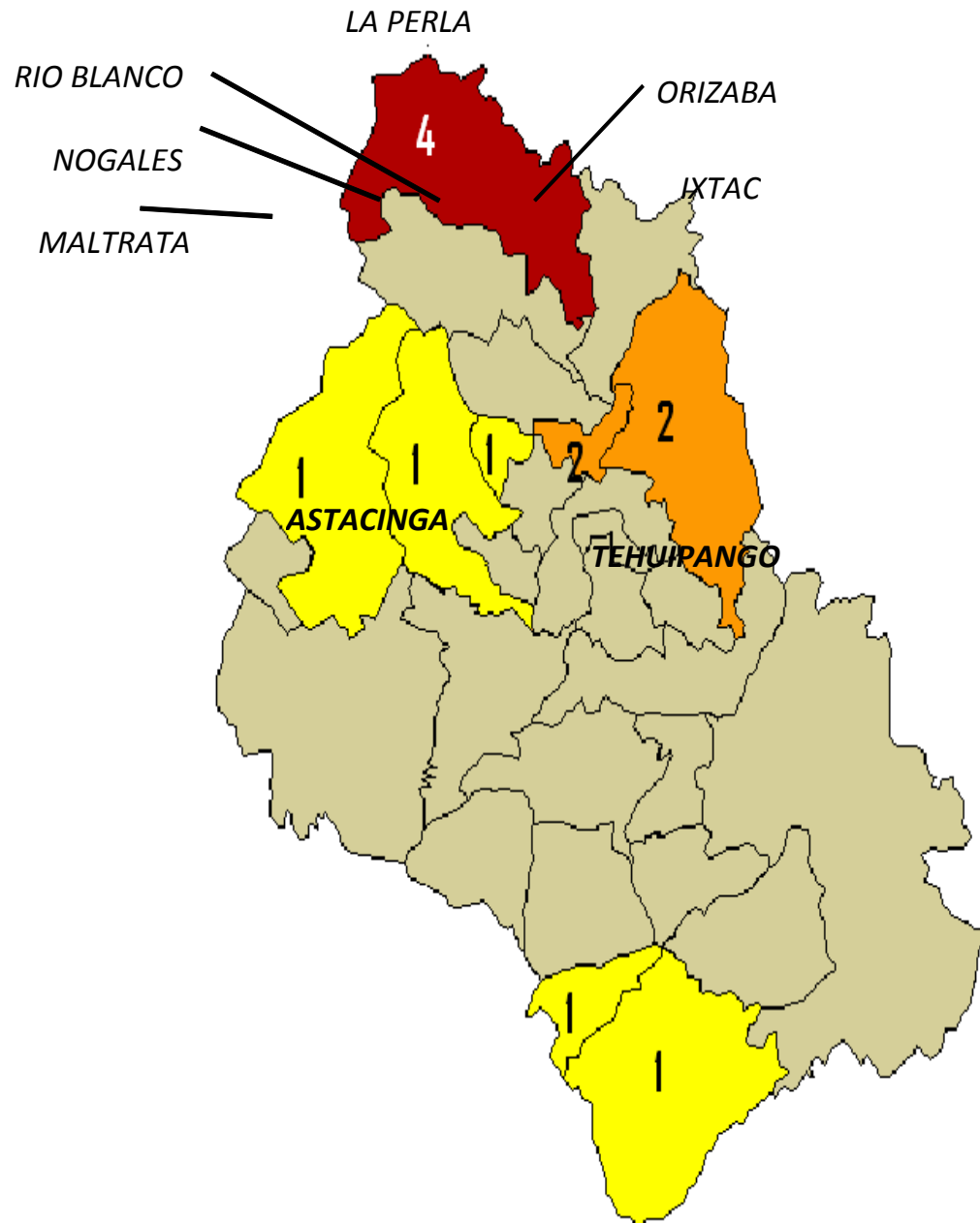
Grafica N° 5: Principales causas de mortalidad comparativa Nacional y Jurisdiccional (%)



*Fuente: (14,24)



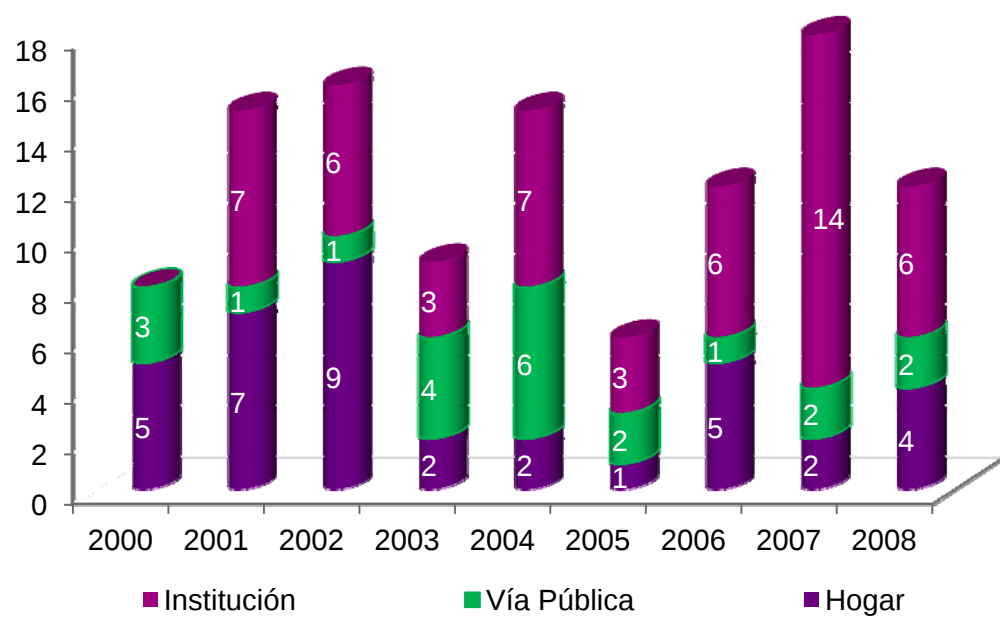
Figura N°1: Mapa de riesgo jurisdiccional para mortalidad materna, según Municipio repetidor en 2010.



Fuente: Archivos, SR 2010.

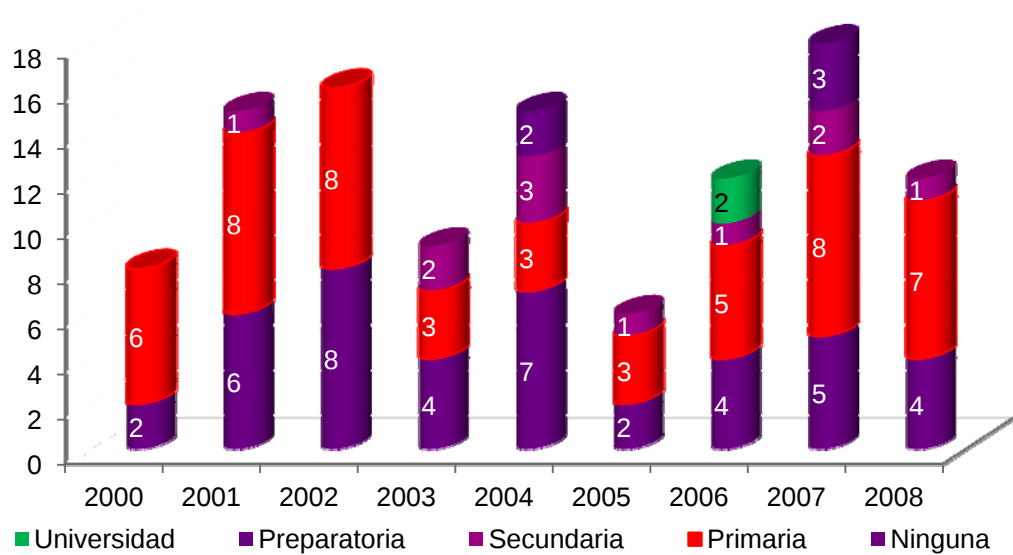


Gráfica 6: Muertes Maternas por sitio de ocurrencia de 2000 a 2008



Fuente: Departamento de Estadística de JS VII

Grafica 7: Muertes Maternas por Escolaridad y Año



Fuente: Departamento de Estadística JS VII

3. MARCO CONCEPTUAL

La mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública, en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, en los que las características de las defunciones en estos países como en México son comunes, en su mayoría por causas obstétricas directas ^(25, 38)

Se calcula que en el mundo cada año mueren aproximadamente 536,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio y el 99 % de estas defunciones ocurren en países pobres. ⁽²⁶⁾ Sin duda, la mortalidad materna preocupa a los gobiernos, a la sociedad ya que este indicador mide tanto el desarrollo y refleja un problema social ⁽²⁷⁾, en el cuál se pone en desventaja a la mujer y los problemas que prestan los servicios de salud ^(25, 11)

La mortalidad materna tiene gran impacto en la familia, la sociedad y la comunidad ⁽¹¹⁾ por ello va mas allá de su magnitud ya que si recordamos en su mayoría las defunciones son evitables, esto nos debe llevar a reflexionar que la eficiencia, la eficacia y la equidad de los Servicios de Salud, no corresponden a las necesidades de la población y en especial de la mujer embarazada ⁽²⁷⁾.

Se plantea una estrategia para conocer el nivel de conocimientos del personal de salud que atiende a las mujeres durante su embarazo, parto y

puerperio, de la zona de la Jurisdicción sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz con la finalidad de distinguir sus debilidades sobre la NOM-007 SSA2-1993, fortalecer sus conocimientos a través de un curso basado en el desarrollo de competencias y habilidades, y examinar al final de la capacitación nuevamente el nivel de conocimientos de los prestadores de servicio.

3.1. Aspectos conceptuales

3.1.1. Definición de Muerte Materna

La MM se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la conclusión del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o a su atención, pero no por causas accidentales o incidentales ⁽²⁹⁾.

3.1.1.1.1. Definición de Muerte Materna Tardía

Es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días siguientes a la culminación del embarazo ⁽²⁹⁾.

3.1.1.1.2. Defunciones relacionadas con el embarazo

Es la muerte de una mujer por mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo independientemente de la causa de la defunción ⁽²⁹⁾.

3.1.2. Clasificación

3.1.2.1.1.1. Defunción Obstétrica directa

Es la defunción que resulta de complicaciones obstétrica del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada e cualquiera de las circunstancias mencionadas ⁽²⁹⁾.

3.1.2.1.2. Defunción Obstétrica Indirecta

Es la muerte de una embarazada, resultado de una enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no por causas obstétricas directas pero se agrava por los efectos fisiológicos del embarazo ⁽²⁹⁾.

3.1.2.2. Principales Causas

Dentro de las principales causas de muerte materna son: Hemorragia, enfermedad hipertensiva, infecciones, abortos practicados en malas condiciones, y obstrucción durante el trabajo de parto ⁽²⁹⁾.

3.1.2.3. Factores de Riesgo

Los principales factores de riesgo son:

- Accesibilidad geográfica y financiera,
- Calidad de la atención,
- Nivel educativo,
- Servicios básicos de la comunidad,
- Factores personales: primigesta o multigesta, edad menor a 18 o mayor de 35 años, desnutrición (baja ingesta de hierro y/ ácido fólico), inestabilidad emocional (estrés, depresión, angustia, mal ambiente familiar, etc.) ⁽³⁰⁾

- Factores inherentes al embarazo: embarazo durante la adolescencia, intervalo intergenésico menor de 2 años, asistencia a pocas o a ninguna consulta prenatal, embarazos múltiples, polihidramnios.⁽³⁰⁾
- Otros: preeclampsia/eclampsia en embarazos anteriores o antecedentes familiares del padecimiento, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus gestacional, enfermedad renal previa o recurrente, enfermedad trofoblástica, enfermedad autoinmune.⁽³⁰⁾

3.2. Medición de la Muerte Materna

Se mide a través de la Razón, (RMM) es un indicador más real. Anteriormente se media con la Tasa.⁽³¹⁾

3.2.1. Razón de la Muerte Materna (RMM)⁽³¹⁾

Numerador: Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo.

Denominador: Número de mujeres en edad fértil en el mismo periodo.

Constante: 100.000 Mujeres en Edad Fértil (MEF)

3.2.2. Tasa de Muerte Materna⁽³¹⁾

Numerador: Número de defunciones maternas durante un periodo de tiempo.

Denominador: Número de mujeres en edad fértil en el mismo periodo.

Constante: 100.000 Mujeres en Edad Fértil (MEF)

3.3. Sistemas de información para la Medición de la Muerte Materna.

- ✓ Sistema de Información en Salud (SIS)
- ✓ Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SED)
- ✓ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las muertes maternas (SINAVE)
- ✓ Certificados defunción
- ✓ Comité Jurisdiccional de Mortalidad Materna (4x4).
- ✓ Metodología de Ramos
- ✓ Registros Hospitalarios
- ✓ Encuestas
- ✓ Estudios de investigación

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los países desarrollados y en el mundo la razón de mortalidad materna ha descendido muy lentamente, arriesgando el cumplimiento al 5° objetivo del milenio, que es mejorar la salud materna para evitar las muertes durante el embarazo, parto y puerperio.⁽¹²⁾

Con la finalidad de cumplir el 5° objetivo del milenio de la cumbre mundial, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) estableció una meta, que es la disminución de la mortalidad materna en un 75 % durante los años 1990 a 2015. Pero los informes de la UNFPA y la OMS demuestran que la mortalidad materna solo ha disminuido menor al 1%. En el 2005 ocurrieron 45 muertes maternas por 100,000 NVE en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo, mientras que en los países desarrollados solo murieron 9 por 100,000 NVE⁽¹⁵⁾

Es importante señalar, sin embargo, que el predominio de ciertas causas de muerte depende del contexto. Las mujeres en México siguen falleciendo en los hospitales (80%) por la referencia a destiempo, por deficiencias en la calidad de la atención, por causas de problemas hipertensivos y hemorragias durante el parto o puerperio.⁽¹⁹⁾

En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se debe a complicaciones del embarazo, dentro de las que destaca la preeclampsia. En las zonas urbanas de los estados más desarrollados, las muertes

maternas se deben a padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, que se ven agravados por la maternidad (causas obstétricas indirectas). Aquí el reto es mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno de estas complicaciones. En las áreas rurales cerca de la mitad de las muertes se debe a hemorragias (causas obstétricas directas).⁽¹⁵⁾

Desde hace casi dos décadas, hemos venido aumentando considerablemente el conocimiento de las causas y circunstancias que provocan morbilidad, discapacidad y muerte a las mujeres, relacionadas con el proceso de vigilancia y atención, del embarazo, el parto y el puerperio. La evidencia nos dice, que la clave para reducir las muertes maternas no reside exclusivamente en el desarrollo socioeconómico general de la población, sino en ofrecer un tratamiento eficaz y accesible a las complicaciones obstétricas, a través de la atención por personal de salud capacitado.⁽³³⁾

Para los Servicios de Salud de Veracruz, la mortalidad materna es un problema de salud pública, anualmente se retoman y revisan las estadísticas. Del 2000 al 2010, se presentaron 1,017 muertes maternas, con una media anual de 92.45 muertes maternas, entre las que destaca la hemorragia. Así mismo en la JS VII se presentaron en mismo periodo de 2000 a 2011, 140 defunciones por muerte materna, con una media anual de 12.72^(23,24)(Grafica 4).

Por lo mismo, se realizó un diagnóstico de salud de la JS VII en el 2008 en el cuál se detectaron serias deficiencias en los prestadores de Servicio que atienden a las mujeres embarazadas, por el desconocimiento y aplicación de la NOM-007 SSA2-1993

Por ello, es imprescindible establecer un programa de capacitación a nivel jurisdiccional. Derivado del programa de Redes Rojas planteamos elaborar y desarrollar un curso al que hemos nombrado “Curso de Redes Rojas” que se enfoca a los prestadores de servicio, iniciando por los que laboran en las unidades médicas de aquellos municipios en los que se ha presentado mortalidad materna. La capacitación se enfoca a los lineamientos que marca la NOM-007 SSA2-1993. El reto de este Proyecto será de fortalecer el nivel de conocimientos de los prestadores de servicio de primer nivel atención, que vigilan a las mujeres durante su embarazo, parto o puerperio, y al Recién nacido, a través de la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, estos prestadores de Servicio laboran en las unidades de Primer nivel de la JS VII.

Ante la necesidad que tiene la JS VII de capacitar al personal que atiende a las mujeres embarazadas, nos planteamos la siguiente hipótesis: ¿los prestadores de servicio de primer nivel de atención de la JS VII Orizaba conocen los criterios que señala la NOM-007 SSA2-1993 para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de primer del Recien Nacido?

5. JUSTIFICACION

Los países en vías de desarrollo, al igual que México, siguen presentando desigualdades sociales y económicas, lo cuál se demuestra con el indicador de mortalidad materna. Indicador que evidencia los serios problemas de salud de la población y en especial de la deficiencia en la atención a la mujer embarazada⁽⁹⁾

La mortalidad materna, es reconocida por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, se puede evitar con la atención oportuna y de calidad, para ello debe optarse por trabajar a favor del bienestar de la mujer, especialmente de las mujeres embarazadas desde los aspectos económico, social y moral, tomando en cuenta el respeto a la interculturalidad, ya que el bienestar de la familia pero sobre todo de los niños, depende en nuestro país y sobre todo en Veracruz de las madres de familia. Se debe luchar a favor de la sobrevivencia de las mujeres, caso contrario el fenómeno de la mortalidad materna aumentará los conflictos sociales en la comunidad por desintegración de la familia, deserción escolar, inicio temprano de actividades propias de los adultos, etc. ⁽²⁷⁾

La reducción de la mortalidad materna es una tarea urgente en la que todos los sectores de la sociedad se deben involucrar, y sobre todo los gobiernos estatales y federales, con la finalidad de cumplir con los objetivos del milenio, ya que han transcurrido los años, y los 189 países afiliados a la ONU ⁽¹³⁾ se comprometieron a cumplir con el 5° objetivo del milenio, sin que esto haya generado una disminución notable de la mortalidad materna como era de esperarse, al contrario las mujeres embarazadas continúan muriendo por causas obstétricas directas. Actualmente cerca del 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo ⁽¹³⁾.

La medición de la mortalidad materna es difícil, requiere que las autoridades prioricen el problema para alcanzar la meta establecida en los objetivos del milenio. Los gobiernos federales, estatales y municipales deben conjuntar esfuerzos y enfocar la atención a sus programas en salud materna. No se puede esperar la reducción de la mortalidad materna a corto plazo sin la implementación de estrategias y acciones para el logro de los objetivos y metas, así como los procesos que involucren a los actores, indicadores y variables que proporcionen información sobre la problemática que este indicador genera. ^(33,34)

La ruta crítica que atraviesa una mujer durante el embarazo hacia la resolución del mismo, está compuesta por una serie de barreras y limitaciones que demoran la atención de calidad para salvar su vida. Las mujeres embarazadas y sus familias, generalmente no reconocen los signos de peligro que amenazan la vida de las mujeres y de los recién nacidos(as). A esta falta de reconocimiento se le conoce como la primera demora. Aún cuando se reconozcan los signos de peligro, la condición de inequidad de género no le permite a la mujer, asumir su derecho y ejercer una toma de decisión por sí misma en busca de atención adecuada y oportuna. Esto se conoce como la segunda demora. ⁽²⁷⁾ Las mujeres también enfrentan limitaciones por falta de acceso a las vías de comunicación y a medios de transporte para acceder a los servicios de salud, la barrera del lenguaje (Nahuatl), una situación predominante en los municipios de la JS VII, lo que constituye la tercera demora. Finalmente, la cuarta demora consiste en una atención deficiente y retardada, ya sea por la falta de conocimientos de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido, del personal de salud o por la falta de insumos y equipo médico–quirúrgico apropiado. ⁽²³⁾

Figura N°2: Demoras que afectan la sobrevivencia Materna y Neonatal



Fuente: Fuente: Adaptado del modelo de Deborah Maine & Serren Thadeus, Soc,

Sci. Med.38:1091-1110, 1994 y Proyecto Mother Care 1998. ⁽²⁷⁾

Por lo anterior, con este proyecto se pretende colaborar en la prevención y disminución de la mortalidad materna en la zona de la JS VII, a través del fortalecimiento del nivel de conocimientos y aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en los prestadores de Servicio del primer nivel de atención, que son el primer contacto con la mujer embarazada, con la finalidad de que identifiquen los signos de alarma que inician de manera mínima, espontánea y gradual, para evitar las complicaciones del embarazo, trabajo

de parto y/o puerperio: así como por diagnósticos y tratamientos erróneos de aquellas complicaciones que se van presentando durante la gestación.

También se proyecta incidir en la calidad de la atención que se brinde a las mujeres embarazadas de la JS VII, con la finalidad de evitarles una muerte materna, quienes serán atendidas por prestadores de servicios capacitados.

6. OBJETIVOS

6.1. General:

- Conocer y modificar el nivel de conocimientos sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, en los prestadores de Servicios de Salud del 1er. Nivel de atención para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Veracruz en el 2008-2009.

6.2. Específicos:

- 6.2.1. Examinar en los prestadores de servicio el nivel de conocimientos de la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.
- 6.2.2. Distinguir las debilidades y fortalezas en la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, en los prestadores de Servicio.
- 6.2.3. Capacitar a los prestadores de servicio sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.



- 6.2.4. Comparar posterior a la capacitación del curso de Redes Rojas, los conocimientos adquiridos sobre de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.
- 6.2.5. Identificar a los prestadores de servicio que requieren fortalecer los conocimientos de la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.
- 6.2.6. Informar sobre los resultados de la intervención a las autoridades correspondientes de la JS VII Orizaba y del Hospital Regional de Río Blanco.

7. METAS

- 7.1. Lograr que el 100% de los prestadores de servicios seleccionados, a la capacitación, asistan al curso de Redes Rojas en el Hospital Regional de Río Blanco,
- 7.2. Lograr que el 100% de los prestadores de servicios, modifiquen el nivel de conocimientos y obtengan herramientas para dar continuidad en la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.
- 7.3. Lograr que el 100% de los prestadores de servicios aprueben el curso de Redes Rojas donde se evaluará el conocimiento, las destrezas y las habilidades adquiridas sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.
- 7.4. Lograr que el 100% de los prestadores de Servicio apliquen los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en el curso de redes Rojas sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.

8. ESTRATEGIAS

- 8.1. Capacitación de los 120 prestadores de Servicio de las unidades de primer nivel de la Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz a través del Curso de Redes Rojas, en el Hospital Regional del Río Blanco durante el 2009.
- 8.2. Formación de 10 grupos con 12 prestadores de Servicio (incluyendo en el mismo grupo al médico y Enfermera de la misma unidad de Primer nivel)
- 8.3. Proporcionar el material a revisar en el curso de Redes Rojas en archivo electrónico a los Prestadores de Servicio, con 1 mes de anticipación, con la finalidad de que tengan el tiempo suficiente para conocerlo, estudiarlo y aplicarlo en el curso.
- 8.4. Se capacitarán a un grupo de Prestadores de Servicio por mes, durante la primera semana de cada mes. Iniciando en Enero y culminando en Noviembre, en el mes de Noviembre se capacitara a aquellos prestadores de Servicio que no acudieron en la fecha que les correspondía o no aprobaron el curso.
- 8.5. Integración de un grupo de médicos capacitadores en AME a través del Curso de Redes Rojas en el Hospital Regional de Río Blanco (Ginecólogos, Neonatólogos, Pediatras, Médico Responsable de Salud Reproductiva de nivel Jurisdiccional, Personal de Enseñanza del Hospital Regional de Río Blanco), a fin de que el prestador de servicio desarrolle las habilidades y destrezas en la AME y al recién nacido.

8.6. Atención de Partos, por parte de los Prestadores de Servicio en el Hospital Regional de Río Blanco, supervisado personal de Ginecología y Neonatología del Hospital.

8.7. Visita al Hospital Regional de Río Blanco en el momento que lo requiera para la atención del Parto por parte de los Prestadores de Servicio a fin de fortalecer los conocimientos del mismo con Retroalimentación de los Ginecólogos, Pediatras y Neonatólogos.

9. LIMITES DE ESPACIO Y TIEMPO

9.1. Universo

La JS VII, del estado de Veracruz, cuenta con 187 médicos, 20 médicos pasantes, 216 enfermeras, y 13 enfermeras pasantes, distribuidos en 59 centros de salud además se cuenta con 1 hospital integral, y 1 hospital regional, por parte del IMSS se cuentan con 43 UMR, 1 hospital de rural y 1 hospital de Especialidades. En toda la zona de la jurisdicción se ubican 17 hospitales particulares ⁽²³⁾.

Atiende una población de 579,924 habitantes distribuidos en 28 municipios integrados por 833 localidades, sus municipios presentan diferentes niveles de marginación (cuadro 3), la población indígena de habla náhuatl. Para la atención de la población por parte de la Secretaría de Salud, se cuenta con 187 médicos, 20 médicos pasantes, 216 enfermeras, y 13 enfermeras pasantes, distribuidos en 59 centros de salud además se cuenta con 1 hospital integral, y 1 hospital regional, por parte del IMSS se cuentan con 43 UMR, 1 hospital de rural y 1 hospital de Especialidades. En toda la zona de la jurisdicción se ubican 17 hospitales particulares. ⁽²³⁾

Cuadro N° 3 Niveles de Marginación de los Municipios de la JS VII

Nivel de Marginación	N° de Municipios
Muy alta	15
Alta	5
Media	4
Baja	4

*Fuente (23)

Cuadro N° 4: Municipios de la JS VII que presentaron mortalidad materna de 2000 A 2008

Municipios donde se presentó mortalidad materna de 2000 a 2008		
Orizaba	Tlilapan	Tequila
La perla	Rafael delgado	Zongolica
Nogales	Mariano Escobedo	Xoxocotla
Atlahuilco	Cd. Mendoza	Mixtla de Altamirano
Astacinga	Tehuipango	Tlaquilpa
Acultzingo	Aguila	Río Blanco
Atzacan	Maltrata	Ixtaczoquitlan
Ixhuatlancillo	Soledad Atzompa	San Juan Texhuacan

*Fuente (23)

9.2. Localización, espacio y tiempo del proyecto

La realización del proyecto se desarrollará en cuanto a la capacitación en el Hospital regional de Río Blanco, de la SSA.

Capacitando a 120 prestadores de Servicio (médicos y enfermeras), ubicados en las unidades de primer nivel de atención de la JS VII, acudirán durante 1 semana, de lunes a viernes de 08:00 a 18:00, a recibir el curso de teórico-práctico de Redes Rojas. El curso se brindará la primera semana de cada mes, de los meses de Enero a Noviembre del 2009.

El hospital regional de Río blanco, es un hospital de segundo nivel de atención, cuenta con 124 censables y 58 no censables las especialidades de: medicina interna, cirugía general, pediatría, (clínica, oncológica y quirúrgica), ginecología y obstetricia, neonatología,

neurocirugía, dermatología, traumatología y ortopedia, oftalmología, audiología, cardiología, oncología (médica y quirúrgica), anestesiología, hematología, gastroenterología, rehabilitación y odontología. Cuenta con los servicios de terapia intensiva adultos y neonatales, banco de sangre, modulo mater. ^(35, 36,37)

Es un hospital escuela, ofrece la residencia médica para las especialidades de: medicina interna, cirugía general, pediatría, ginecología-obstetricia y anestesiología. ^(35, 36,37)

Atiende anualmente un promedio de 4,000 partos, 10,000 egresos hospitalarios, la productividad se incremento con la instalación del programa de Seguro Popular. ^(35, 36,37)

El Hospital se ha caracterizado por ser líder en la calidad de la atención para los pacientes de la región de Orizaba, Córdoba, de todo el estado de Veracruz, y de los estados de Puebla y Oaxaca, muestra de ello, fue el primer Hospital Certificado del Estado de Veracruz en el 2005, Ganador del Premio Veracruzano de la Calidad en 2007, se encuentra Acreditado por el Seguro Popular en: CAUSES, Gastos Catastróficos (Leucemias, Cataratas, Cacu, VIH/SIDA, Neonatos) ^(35, 36,37)

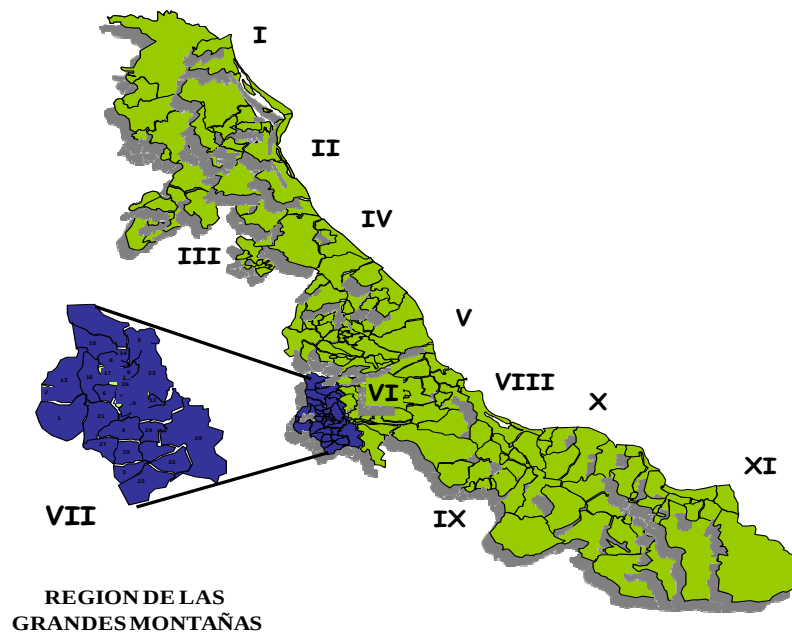


Está ubicado en el Entronque de la Autopista Puebla-Orizaba Km. S/N. Colonia Modelo, Municipio de Río Blanco, Ver. Prácticamente se encuentra geográficamente en el centro de la JSVII. ^(35, 36,37)

Imagen del Hospital Regional de Río Blanco



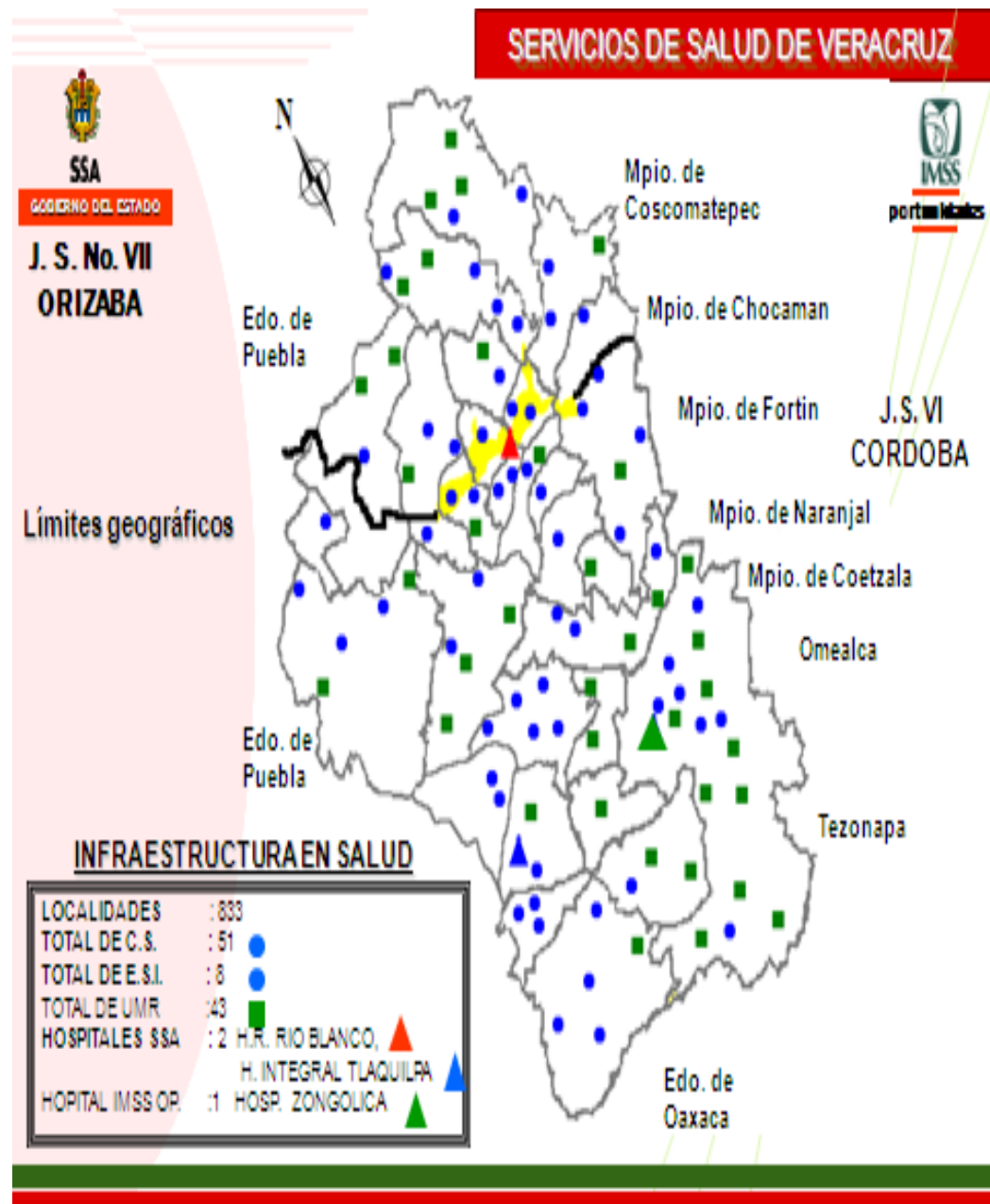
Figura N°3: Mapa del estado de Veracruz dividido en 11 Jurisdicciones Sanitarias,



*Fuente (23)



Figura N° 4: Mapa de la JS VII con Unidades Médicas



*Fuente (23)

10. ASPECTOS TECNICOS

La jefatura de enseñanza de la JS VII fue la encargada de emitir la invitación al Prestador de Servicio a través del Oficio de comisión, para asistir al curso de capacitación de Redes Rojas, este oficio de comisión, fue emitido para la fecha correspondiente a su capacitación, se entregó con 1 mes de anticipación, junto con el material audiovisual (1 Cd) que contenía la guía con los temas del curso, incluyendo la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.^(38,39, 40)

El jefe de enseñanza de la JS VII emitió cada mes un oficio a la Jefatura de Enseñanza del Hospital Regional de Río Blanco para informar los nombres de los prestadores de Servicio comisionados a la capacitación para el mes correspondiente.

El curso de Redes Rojas en el Hospital Regional de Río Blanco, fue coordinado por el jefe de Enseñanza, impartido por 2 gineco-obstetras, y 1 Neonatólogo, se involucraron además 1 médico y 2 enfermeras de la jefatura de enseñanza del hospital, 3 enfermeras del servicio de Gineco-obstetricia, 2 representantes del departamento de salud reproductiva y el jefe de enseñanza de la JS VII.

11. ASPECTOS FINANCIEROS

11.1. Recursos Humanos

Para la realización del curso en el Hospital Regional de Río Blanco se destino al siguiente personal:

Cuadro N° 5: Personal que Colabora en la realización del Curso de Redes Rojas

Personal que apoyo en la realización del curso de Redes Rojas	
Del Hospital Regional de Río Blanco	De la JS VII
• 1 Jefe de Enseñanza • 3 Coordinadores del departamento de Enseñanza: 1 médico, 2 enfermeras • 2 Gineco-obstetras • 1 Neonatologos • 3 enfermeras del servicio de Ginecología	• 1 Jefe de Enseñanza • 2 Médicos del programa de salud reproductiva
	Total: 13

Se designaron a los siguientes prestadores de servicio, personal que laboran en las unidades médicas de primer nivel:

Cuadro N°6 Asistentes al Curso de Redes Rojas

Asistentes al Curso de Redes Rojas en el Hospital Regional de Río Blanco durante 2009		
Total de Asistentes	Médicos	Enfermeras
120	85	35

En la elección de los prestadores de servicio que fueron capacitados, se tomo en cuenta a aquellos que laboran en Unidades Médicas de primer nivel y en sus municipios donde se presentaron mortalidad materna, dando prioridad al personal de mayor antigüedad y de base.

La adscripción del personal comisionado para la capacitación del curso de Redes Rojas fue la siguiente:

Cuadro N° 7: 42 Centros de Salud incluidos en la capacitación del Curso de Redes Rojas de Enero a Noviembre 2009, impartido en el Hospital Regional de Río Blanco.

42 Centros de Salud incluidos en la capacitación del Curso de Redes Rojas		
Chicola*	Zapoapan	Xonamanca
Tuxpanguillo*	Atzacan	Palo Verde
Tuzantla	La Sidra	Mixtlantlakpak
Texmola*	Nogales	Tlanecpaquila
Moyoapan*	Jalapilla	Tzompoaleca
Contla*	Campanario	Atlehuaya
Cuautlapan*	Mariano Escobedo	Laguna Ixpaluca
Ocoxotla*	San Miguel Acultzinapa	Nacaxtla
Comolico	Zomajapa	Xopilapa
San Andres Tenejapan	Tilica	Tlilapan
Atzompa	Xoxocotla	Tequila
Acultzingo	La Concepción	Ixtaczoquitlan
Astacinga	Maltrata	Unión y Progreso
Xonamanca	Ocotitla	Tolapa
*Los prestadores de Servicio de este Centro de salud, No asistieron a la capacitación en la fecha asignada y asistieron en Noviembre 2009.		



11.2. Recursos Materiales

Se proporciono al personal el material audiovisual (1 Cd) con los temas del curso(hemorragia, preeclamsia/eclamsia, atención del parto, atención del recién nacido, complicaciones del puerperio) y NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, Folder, hojas blancas y lapicero.

En total se proporcionaron a los 120 prestadores de servicio, el material del curso con un costo de \$1,200.00 (Mil doscientos pesos 00/m.n.)⁽³⁹⁾

El Hospital Regional de Río Blanco, proporciono sus instalaciones del hospital: Aula, auditorio, equipo de computo (Computadora y cañon), maniquies de Recien nacidos. Sin costo para el curso de Redes Rojas.

Cuadro N° 8: Material proporcionado a los prestadores de servicio que asistieron al curso de Redes Rojas

Material proporcionado los prestadores de servicio			
Concepto	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total
Papeleria y Cd	120	\$100.00	\$1,200.00

11.3. Recursos Financieros

Los recursos financieros para el programa de Redes Rojas a nivel Jurisdiccional contemplo lo siguiente:

Cuadro N°9: Presupuesto Estatal del Programa Redes Rojas

Necesidad	Monto Mensual	Monto Anual
Capacitación		\$1,200,000.00
Médicos Especialistas(nuevas Plazas)	\$5,605,000.00	\$67,260,000.00
Medicamentos e insumos	\$250,000.00	\$3,000,000.00
Equipamiento Médico (Adquisición y mantenimiento)		\$48,000,000.00
Total		\$119,460,000.00

Del Presupuesto Jurisdiccional se cubrió el costo del Curso de Redes Rojas, concerniente a los gastos de camino de los prestadores de servicio a capacitar.⁽⁴⁰⁾

11.3.1. Gastos de Traslado

A los 120 prestadores de servicio se les proporcionaron viáticos o Gastos de camino como se les nombra en la JSVII, se cubriendo 5 días a cada uno de los Prestadores de Servicio que asistieron al curso, el monto total fue de \$95,400.00 ⁽⁴⁰⁾ Cabe mencionar que a el personal que apoyo en la realización de la Capacitación del Curso de Redes Rojas, no les proporcionaron viáticos ya que laboran en la zona del Hospital Regional de Río Blanco y la JS VII.



Cuadro N° 10 Gastos de Traslado

Gastos de Traslado			
Concepto	Días	Costo Mensual	Costo Total
Viaticos	600	\$9,540.00	\$95,400.00

El costo total del Curso de Redes Rojas importo la cantidad de \$ 96,600.00 (noventa y seis mil trescientos pesos 00/M.N.)

Cuadro N° 11: Costo total de la capacitación

Costo total de la Capacitación, Curso Redes Rojas		
Concepto	Costo Mensual	Costo Total
Gastos de Traslado	\$9,540.00	\$95,400.00
Material Didactico	\$120.00	\$1,200.00
Total	\$9,660.00	\$96,600.00

12. DESCRIPCION DEL PROYECTO

El proyecto consistió básicamente en la capacitación a los prestadores de servicio que laboran para los Servicios de Salud de Veracruz en la JS VII. Se impartió durante 1 semana en el Hospital Regional de Río Blanco, contándose con la participación como ponentes de Gineco-obstetras y Neonatologos, de este hospital. La capacitación fue teórica práctica: Por la mañana la teoría se impartió en el Aula 1 de Enseñanza; por la tarde se impartió la práctica, acudieron a la atención de la mujer embarazada en la consulta externa, en la sala de Tocología y Módulo Mater.

Se aplicó una encuesta a los prestadores de servicio al inicio del curso de redes rojas: “pre evaluación” sobre los conocimientos de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, posteriormente se les capacitó durante 1 semana y al final del curso se les aplicó nuevamente la encuesta de pos evaluación sobre la NOM-007 SSA2-1993, cabe mencionar que las evaluaciones de pre y pos evaluación contenían las mismas preguntas.

12.1. Diseño del proyecto

Se desarrollo un estudio transversal, retrospectivo y observacional, utilizando los datos de la mortalidad materna presentada en 43 de las 59 unidades de la JS VII Orizaba de 2000 a 2008. Para determinar la muestra de los prestadores de servicio que debían capacitarse, se diseño un muestreo por conveniencia que genero una muestra representativa de 120 prestadores de servicio que laboran en unidades de primer nivel de la JS VII, ubicadas dentro de los municipios que habían presentado mortalidad materna en los años de 2000 a 2008.⁽²³⁾

La información se recabo mediante una encuesta aplicada a los prestadores de servicio, para medir la Variable dependiente (conocimiento de la NOM-007 SSA2-1993) y la variable independiente (Edad y ocupación).

Los resultados se analizaron con el estudio transversal, para conocer la prevalencia de los conocimientos de los prestadores de servicio sobre la NOM-007 SSA2-1993. Se describirán las fallas en los conocimientos de los prestadores de servicio sobre la NOM-007 SSA2-1993 ^(23, 39,42)

- 12.1.1. 1ª. Etapa: Aplicación de la Encuesta: Pre evolución
- 12.1.2. 2º Etapa: Selección de los Prestadores de Servicio a capacitar,
- 12.1.3. 3ª. Etapa: Gestión de Recursos para el transporte
- 12.1.4. 4ª. Etapa: Entrega de Material audiovisual.
- 12.1.5. 5ª. Etapa: capacitación en el Curso de Redes Rojas en el Hospital regional de Río Blanco.
- 12.1.6. 6ª. Aplicación de la Encuesta: Pos evaluación
- 12.1.7. 7ª. Informe de Resultados a las autoridades del Hospital y de la JS VII.

12.2. Población de estudio

Prestadores de Servicio (Enfermeras y Médicos) que laboran en las 42 unidades de primer nivel de la JS VII, de los 24 municipios donde se presento mortalidad materna en los años de 2000 a 2008

12.3. Criterios de inclusión y exclusión

12.3.1. Inclusión

Prestadores de Servicio que laboran en unidades médicas de primer nivel, de los municipios donde se presentaron muertes maternas de 2000 a 2008. Personal de mayor antigüedad, base u homologado.

12.3.2. Exclusión

Prestadores de Servicio que laboran en unidades médicas de primer nivel, de los municipios donde NO se han presentado muertes maternas de 2000 a 2008, Personal de contrato, pasantes en servicio social.

Se dio prioridad para capacitar al personal donde se han presentado muertes maternas, debido a que no se cuenta con la capacidad financiera para cubrir los gastos de camino de todo el personal de salud de la JS VII Orizaba. Además por la logística y la capacidad del curso no podría capacitarse a todo el personal de la JS VII Orizaba en un año.



12.4. Recolección de datos

Se aplicó una encuesta (Anexo 1) de Pre-evaluación sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer embarazada durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido antes el curso de Redes Rojas y posterior a la capacitación en el Hospital Regional de Río Blanco.



13 .ASPECTOS POLITICOS, SOCIALES Y LEGALES.

La capacitación del Curso de Redes Rojas es fundamentado en:

- ✓ NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- ✓ NOM-005-SSA2-1993 de los Servicios de Planificación Familiar (modificada).
- ✓ NOM-168 –SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- ✓ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
 - o Artículo 4°
- ✓ Ley Federal de Salud:
 - o Artículos 1,2,3(I,II,III,IV,XI), 23 Y 24
 - o Fracciones IV y V
- ✓ Ley Estatal de Salud
 - o Artículo 2,3,29,47,59,65,66,68 y 84
- ✓ Programa Nacional de Salud:
 - o Atención Materno Infantil
 - o Abatir las desigualdades sociales
- ✓ Manual del Programa Arranque Parejo en la Vida
- ✓ Manual de Atención: Embarazo saludable, Parto y Puerperio Seguro y Recién nacido sano.
- ✓ Manual Organización y procedimientos del departamento de Enseñanza del Hospital Regional de Río Blanco,
- ✓ Plan para reducir la muerte materna en el estado de Veracruz
- ✓ Plan veracruzano de desarrollo 2005 – 2010
- ✓ Plan de calidad y seguridad obstétrica, de los servicios de salud de Veracruz
- ✓ Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-103-08.
- ✓ Lineamientos Técnicos para la prevención, Diagnóstico y Manejo de:



- o Preeclamsia/Eclamsia,
- o Infección Puerperal,
- o Periodo Perinatal
- o Urgencias Obstétricas,
- o Hemorragias Obstétricas,
- o Embarazo saludable, parto, puerperio seguro y Recién nacido sano.



14. CALENDARIO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	AÑOS											
	2007				2008				2009			
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Diagnóstico Integral de Salud												
Redacción del Diagnóstico Integral de Salud												
Elaboración del Proyecto de Intervención												
Selección de los Prestadores de Servicio												
Gestión de Recursos												
Aplicación de la Encuesta: Pre evaluación												
Capacitación del Curso de Redes Rojas												
Aplicación de la Encuesta: Post evaluación												
Elaboración del Reporte final												
Entrega del Reporte final a INSP												
Examen de Grado												



REPORTE DE EJECUCION Y EVALUACION DEL cico PROYECTO DE INTERVENCION



Muerte
Materna

15. PRODUCTO PRINCIPAL Y PRODUCTO SECUNDARIO

15.1. PRODUCTO PRINCIPAL

Se logro como producto principal el fortalecimiento de los conocimientos y la aplicación de la NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, en los prestadores de servicio, como estrategia para la disminución de las mortalidad materna en la JS VII.

Como resultado del curso de capacitación de Redes Rojas, se modifico el nivel de conocimientos de los prestadores de servicio sobre los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido, al inicio del curso algunos prestadores de servicio demostraron resistencia a revisar los criterios, que para ellos creían conocer, sin embargo, con el paso de los días y las practicas, constataron la necesidad de fortalecer sus conocimientos para la atención de la mujer embarazada y el reconocimiento de los signos de alarma para evitar que la complicación del embarazo desencadenara la muerte materna.

Cabe señalar que los prestadores de servicio que participaron activamente en los talleres en el aula, y posteriormente con el paso de los días crecía el interés y acudieron al servicio de tocología a atender partos fisiológicos. En el área de tocología observaron el manejo medico y quirúrgico de la mujer embarazada de alto riesgo, distinguiendo los signos de alarma que presenta la mujer embarazada, el tratamiento médico que debían instalar al inicio de

la complicación y las estrategias que podrían llevar a cabo en su centro de Salud para referir oportunamente a la mujer embarazada o recién nacido, revisaron casos clínicos, los cuales analizaron conforme a las guías de práctica clínica, lineamientos y Normas vigentes, presentaron sus casos clínicos al finalizar el curso. Además rotaron por el servicio de urgencias obstétricas (modulo mater), donde conocieron a fondo el manejo de urgencia a la mujer embarazada.

Así mismo el personal médico y de enfermería del Hospital Regional de Río Blanco, que se involucro en la capacitación, conocieron la problemática de las unidades de primer nivel en cuanto a la falta de insumos, ubicación geográfica, medicamentos, equipo médico, falta de vehículos para el transporte oportuno de la paciente e idiosincrasia de la población, factores que repercuten además en la mortalidad materna.

15.2 PRODUCTO SECUNDARIO

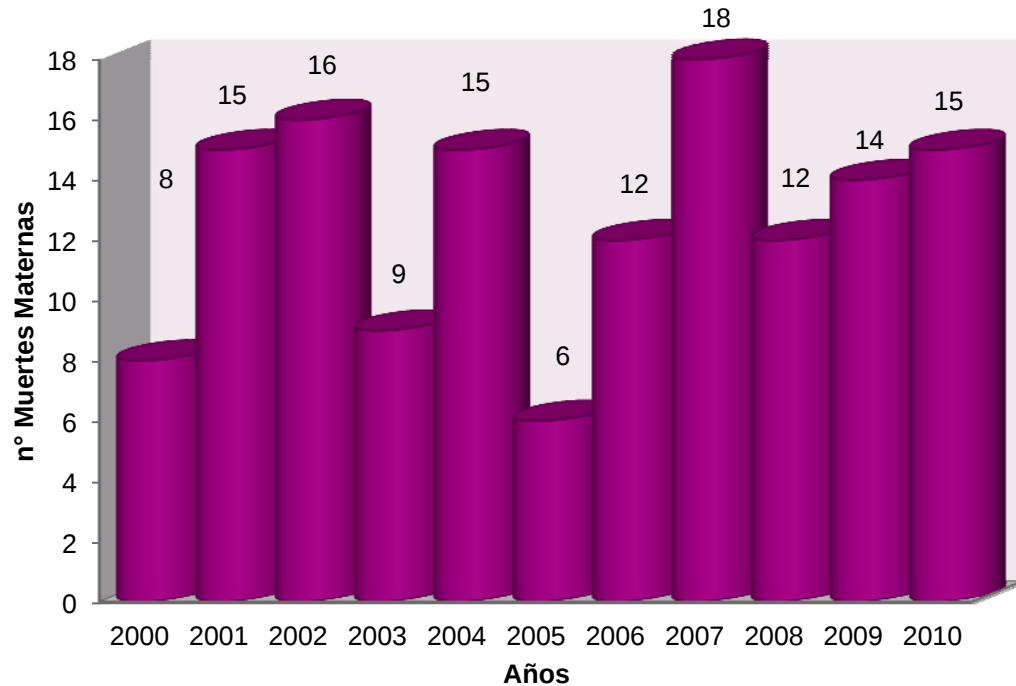
El reflejo del producto secundario fue la modificación de la atención a la mujer embarazada en los centros de salud atendidas por prestadores de servicio capacitados.

Los prestadores de servicio al reconocer tempranamente los signos de alarma en la mujer embarazada, aplicaron los conocimientos obtenidos en el curso de capacitación, instalando el tratamiento médico adecuado para la paciente o en su caso la refirieron a la consulta externa o al módulo mater para su atención de urgencias del Hospital Regional de Río Blanco.

El documento que elaboran para el envío de la paciente embarazada al hospital (Hoja de referencia), mejoro en cuanto a su elaboración, citando los signos de la alarma que presenta la mujer embarazada, los medicamentos administrados, las solicitudes para estudios de laboratorio junto con el análisis de los resultados de los estudios solicitados y los principales motivos de la referencia.

Así mismo los prestadores de servicio lograron transmitir a las mujeres embarazadas, cuales son los signos de alarma por los que debieran acudir a su centro de salud a revisión, inmediatamente al momento de identificarlos o acudir al Hospital más cercano en el caso de que su centro de salud estuviera cerrado.

Grafica N° 8 Tendencia de la mortalidad materna en la JSVII, 2000 a 2010, N° de Casos



Fuente: Departamento de Epidemiología, JS VII (23)

Debido que para el 2010, muchos de los prestadores de servicio capacitados cambiaron de adscripción, ubicándolos en otros centros de salud, no es posible comparar los resultados del número de muertes maternas presentadas en 2009, para evidenciar que posterior a la capacitación debía disminuir la muerte materna, por ello se sugiere dar seguimiento a los resultados presentados exclusivamente en los centros de salud en los que se ubican actualmente.

16. OBJETIVOS LOGRADOS

16.1 Objetivo General

2.1. Conocer y modificar el nivel de conocimientos sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, en los prestadores de Servicios de Salud del 1er. Nivel de atención para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba, Veracruz en el 2008-2009.

Se realizó la evaluación de los conocimientos sobre la NOM-007 SSA2-1993, con la Encuesta de Pre evaluación, aplicándose a los 120 prestadores de servicio antes de su capacitación al curso de Redes Rojas, se logró que todos acudieran a la capacitación y con ello lograron fortalecer sus conocimientos, reflejándose en la Pos evaluación⁽⁴²⁾.

La aplicación de la NOM-007 SSA2-1993, también se logró, reflejo de ello son las referencias oportunas al hospital regional de Río Blanco de las mujeres embarazadas complicadas.

16.2 Objetivos Específicos:

11.2.1. Examinar en los prestadores de servicio el nivel de conocimientos de la Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.

Se logro gracias a la aplicación de la encuesta de pre evaluación, basada en los lineamientos de la NOM-007 SSA2-1993.

11.2.2. Distinguir las debilidades y fortalezas en la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido, en los prestadores de Servicio.

Durante la capacitación teórica en el curso de Redes Rojas, los médicos especialistas que impartieron el curso resolvieron las dudas de los prestadores de servicio e hicieron énfasis en los signos de alarma y tratamientos para su corrección. El curso se baso en las competencias y desarrollo de habilidades.

En las prácticas realizadas en el modulo mater los prestadores de servicio observaron la atención a las embarazadas de alto riesgo, los criterios para la instalación de tratamiento oportuno, criterios para su hospitalización o egreso, junto con las recomendaciones oportunas para los signos de alarma y el manejo del expediente clínico.

En la atención del trabajo de parto en la sala de tocología por médicos especialistas, los prestadores de servicio identificaron el manejo que se da a la embarazada no complicada y la complicada o

alto riesgo, diferenciaron las complicaciones del trabajo de parto y expresaron sus dudas al personal médico o de enfermería, quienes a su vez, resolvieron sus cuestionamientos y les retroalimentaron con la información adecuada o brindaron citas bibliográficas para su consulta.

11.2.3. Capacitación a los prestadores de servicio sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.

Durante el desarrollo del curso de redes rojas se enfatizaron los criterios que maneja la NOM-007 SSA2-1993, en la atención prenatal, principalmente los criterios a considerar en la consulta y atención a las mujeres embarazadas. ^(39, 43)

11.2.4. Comparar posterior a la capacitación del curso de Redes Rojas, los conocimientos adquiridos sobre de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.

Se repitió la misma encuesta como post evaluación, donde se apreció cuales prestadores de servicio, si respondieron correctamente las preguntas realizadas y quienes no.

11.2.5. Identificar a los prestadores de servicio que requieren fortalecer los conocimientos de la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido.

Con los resultados de las calificaciones de la encuesta de pos evaluación, se elaboro un listado con nombre, ocupación, adscripción y calificación obtenida, distinguiendo a los prestadores de servicio que presentaron mayor numero de respuestas incorrectas a la encuesta, así como aquellos prestadores de servicio que fueron identificados por el personal médico o de enfermería del Hospital Regional de Río Blanco que al termino del curso, continuaban presentando deficiencias en la identificación de los signos de alarma, la atención de la embarazada de alto riesgo o en la atención del trabajo de parto .

11.2.6. Informar sobre los resultados a las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba y del Hospital Regional de Río Blanco.

Junto con el personal de enseñanza del HRRB (Hospital Regional de Río Blanco) se elaboro el listado de todos los prestadores de servicio que asistieron al curso de redes rojas, las calificaciones de la pre y pos evaluación,⁽⁴¹⁾ se sugirieron los nombres de aquellos prestadores de servicio que debieran ser considerados para repetir su capacitación, sugiriendo además que esos prestadores de servicio continuaran asistiendo al HRRB al módulo mater o sala de tocología para la atención de la mujer embarazada en trabajo de parto o consulta de urgencia, para reforzar su capacitación.

Esta información fue proporcionada al director del HRRB, a la Jefa de Jurisdicción, y personal del programa de Salud Reproductiva de la JSVII y autoridades estatales del programa de Salud Reproductiva de los servicios de salud del estado de Veracruz, a fin de que



conocieran los objetivos alcanzados, los problemas presentados durante la capacitación y se tomaran las decisiones que favorezcan la disminución de la mortalidad materna en la JS VII.

17. METAS ALCANZADAS

- 17.1. Lograr que el 100% de los prestadores de Servicio Seleccionados, a la capacitación, asistan al curso de redes Rojas en el Hospital Regional de Río Blanco.**

Se logro que los 120 prestadores de servicio seleccionados, acudieran al curso de Redes Rojas, la duración del curso fue de 1 semana de capacitación teórico-práctica en el HRRB. A lo largo del curso se fue identificando al prestador de servicio que no podía asistir en la fecha señalada y se les capacito durante el mes de noviembre 2009.

- 17.2. Lograr que el 100% de los Prestadores de Servicio, modifiquen el nivel de conocimientos y obtengan herramientas para dar continuidad en la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido.**

Esta meta se logro con éxito, gracias a que los prestadores de servicio durante el curso, estuvieron asistidos por personal médico o de enfermería del HRRB, quienes les evaluaban la práctica, de la atención clínica a la mujer embarazada o la atención del trabajo de parto y los asesoraban en la atención oportuna y correcta de las pacientes embarazadas.

- 17.3. Lograr que el 100% de los prestadores de Servicio aprueben el curso de redes Rojas donde se evaluará el conocimiento, las destrezas y las habilidades adquiridas sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido.**

El curso fue aprobado por todos los prestadores de servicio, sin embargo algunos aun demostraban deficiencias en la práctica de las destrezas o habilidades, en la aplicación de los criterios revisados en la NOM-007 SSA2-1993; por ello se sugirió que continuaran en capacitación.

17.4. Lograr que el 100% de los prestadores de Servicio Apliquen los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas en el curso de redes Rojas sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido.

Esta meta se reflejó en la atención de la mujer embarazada, en cuanto a la aplicación de la normatividad para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, mejorando las referencias al hospital.

18. OBSTACULOS Y MODIFICACIONES EN LA EJECUCION

18.1. Obstáculos de la Capacitación

Los prestadores de servicio seleccionados a la capacitación, laboran en sus unidades médicas de lunes a viernes jornadas de 8 horas, sin embargo el curso de Redes Rojas, contempla la jornada de capacitación más larga a 12 hrs. (de 08:00 a 20:00 hrs), por lo que los prestadores de servicio con el transcurso de los días se denotaban cansados y a los de mayor edad, les resultaba más difícil por la tarde aprovechar la capacitación, por lo que se optó por reprogramar los tiempos y brindar un descanso de 1 hr. A medio día para salir a comer o descansar.

Se optó también por disminuir la Jornada a 10 hrs. (de 08:00 a 16:00 hrs), dejando como opcional que pudieran continuar hasta las 20:00 hrs. Los prestadores de servicio que así lo desearan.

Debido a que la capacitación fue impartida por personal del programa de salud reproductiva de la JSVII y el personal médico del HRRB, que durante los días del curso, continua atendiendo sus labores en el HRRB o JS VII, ocasionalmente se presentaron retrasos al impartir la teoría (clases) debido a que el ponente estaba ocupado, por lo que se adelantaban otros temas de acuerdo a la carta programática o se adelantaba la práctica que se había programado para la tarde.

Durante los primeros meses que se impartía el curso se detectó que algunos prestadores de servicio, laboran además por las tardes, por lo que impedía que permanecieran hasta las 20:00 hrs. Por tal motivo se planteó a la Jefatura de Enseñanza de la JSVII, que informara a todos los prestadores de servicio pendientes de capacitarse que el requisito indispensable para aprobar el curso sería la asistencia y permanencia del 100% para aprobar el curso.

Al iniciar el programa de Redes Rojas en la zona de la JS VII, se invitó al IMSS a participar en conjunto para capacitar a su personal en el curso de Redes Rojas, sin embargo los primeros cursos sí fueron interinstitucionales (IMSS Oportunidades, SSA) pero posteriormente el curso se replicó en el Hospital IMSS oportunidades de Zongolica y ya no acudió el personal de IMSS al curso en el Hospital Regional de Río Blanco. Cabe mencionar que algunas de sus UMR, se ubican en los municipios que han presentado mortalidad materna, como es el caso del municipio de la Perla.

La finalidad del curso de Redes Rojas, tiene como objetivo de enriquecer los conocimientos y fortalecer las competencias del personal de primer nivel para la detección temprana de riesgos de emergencia obstétrica, su parte fundamental son los contenidos y su práctica hospitalaria; su parte débil es la relación de primer y segundo nivel de atención, el programa de referencia y contrarreferencia por saturar al 2º nivel (Hospitales).

18.2. Obstáculos financieros

A pesar de que se contempló un presupuesto desde nivel estatal, para viáticos de los prestadores de servicio comisionados al curso, se le informó con anticipación al departamento de recursos financieros de la JV II sobre los nombres de los comisionados, con la finalidad de elaborar previo al curso, los pliegos de comisión y el cheque del importe de sus viáticos, para evitar retrasos en la entrega del recurso a cada comisionado.

Se presentaban mes a mes retraso en la firma del cheque y a su vez en la elaboración del pliego de comisión o en ocasiones el departamento de recursos financieros, no contaban con el recurso económico para generar los cheques, por lo que se debía gestionar con la jefa de la JSV II, su intervención para resolver esta situación y evitar que los prestadores de servicio tuvieran que ausentarse del curso de Redes Rojas para salir al banco a cambiar el cheque o por no contar con sus gastos para su traslado, se negaran a presentarse al curso.

18.3. Otros

Al curso de Redes Rojas del HRRB, asistieron otros prestadores de servicio del Hospital de la Comunidad de Tlaquilpa, de la JS VI Córdoba, o de otras JS del estado, quienes quedaron excluidos del presupuesto y de este proyecto.

19. CONDICIONES QUE FAVORECIERON LA EJECUCION

La participación de la Jefa de la JS VII Orizaba, la Dra. Eva Campos Solano, fue decisiva en la realización de este proyecto, así como del responsable del programa de Salud Reproductiva, de la coordinadora de Atención Médica, y el Subjefe de la jurisdicción de la JS VII, quienes intervinieron a nivel estatal para la gestión de los recursos.

La aceptación de las autoridades y personal directivo del HRRB para colaborar en la realización del curso, permitió al utilizar las instalaciones del hospital, que el curso se llevara a cabo en un solo lugar.

La disponibilidad del personal médico, de enfermería y administrativo, del HRRB y la JS VII, permitió a los prestadores de servicio, lograr el éxito del curso.

20. ANALISIS DE LA INFORMACION

Mensualmente el departamento de enseñanza del HRRB, informaba sobre el nombre de los prestadores de servicio que acudían al curso, sus resultados y la problemática que se suscitaba. A su vez el departamento de la JS VII, cotejaba el listado de los asistentes con los comisionados, a fin de ir detectando a los prestadores de servicio que no asistían y reprogramarlos para el mes de noviembre.

Mensualmente se lleva a cabo la reunión del comité jurisdiccional de Referencias y Contrarreferencias, donde se analiza la problemática para la referencia de pacientes, en especial de las mujeres embarazadas de alto riesgo. Posterior a la realización de este proyecto de capacitación se apreció en el análisis de las referencias de las mujeres embarazadas, que en especial las referencias de mujeres embarazadas provenientes de centros de salud donde laboran prestadores de servicio que se capacitaron en el curso de Redes Rojas en el 2009 habían mejorado en cuanto a la clasificación y distinción de los embarazos de alto riesgo, en la redacción de la hoja de referencia describían los signos de la alarma que presenta la mujer embarazada, los medicamentos administrados, los resultados de laboratorio y los principales motivos de la referencia.

Así mismo en los registros de las cédulas de supervisión realizadas por el equipo zonal, posterior a la supervisión del Centro de Salud de primer nivel, se apreció un cambio en los registros de los expedientes clínicos. Las notas de los médicos demostraban la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido y la NOM-168 –SSA1-1998 del Expediente Clínico.

21. DISCUSION DE RESULTADOS

La mortalidad materna continúa siendo un problema de salud pública, relacionada con el nivel de desarrollo de cada país y la importancia que la sociedad da a la mujer. Innegablemente al reconocer este problema en los gobiernos federal, estatal y municipal, se conjugan acciones a favor de la población Veracruzana y los Servicios de Salud de Veracruz para implementar estrategias con la finalidad de disminuir y abatir la mortalidad materna. ^{(1, 2,3).}

Es indudable que las cifras de la mortalidad materna, estatal y jurisdiccional aun son elevadas, pero se observa un compromiso de los Servicios de Salud de Veracruz y la JS VII, para la reducción de la mortalidad materna y razón de mortalidad materna en todos sus municipios. La aplicabilidad y factibilidad del presente proyecto de intervención se puede considerar como una de las acciones de la JS VII que realiza para cumplir con el 5° ODM, de disminuir la cifra de mortalidad materna y razón de mortalidad materna.

Por otro lado, se logro instalar un curso de capacitación a prestadores de servicio que atiende a la mujer embarazada durante embarazo, parto y puerperio y al recién nacido, basado en la normatividad de la NOM-007 SSA2-1993, este curso es un modelo a aplicar en otros hospitales o jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz.

Así mismo se cumplió de manera exitosa conjuntar esfuerzos para alcanzar la meta de capacitar a los 120 prestadores de servicio de las unidades de primer nivel de atención de la JS VII, sobre la NOM-007 SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.⁽³⁹⁾ a través del curso de redes rojas.

Se cumple la hipótesis planteada en que la capacitación de los prestadores de servicio contribuye para que los prestadores de servicio de primer nivel de atención de la JS VII Orizaba conozcan los criterios que señala la NOM-007 SSA2-1993 para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de primer del Recien Nacido, debido a que el reflejo de la pre evaluación de la encuesta sobre la NOM-007 SSA2-1993, demostro NO la conocian.

- La edad promedio en general de los prestadores de servicio capacitados fue de 38.4 años, de los médicos la edad promedio fue de 40.9 años y de las enfermeras la edad promedio 31.6 años promedio, a mayor edad de los prestadores de servicio, se observaba mayor resistencia para modificar sus conocimientos, participar y permanecer durante todo el curso.
- El 51% había leído la NOM-007 SSA2-1993 1 año atrás de haberse capacitado, solo el 45% había leído la NOM-007 SSA2-1993 1 mes antes de la capacitación y el 15% tenía más de 1 años de haberla leído (pregunta 2). Lo cual se vio reflejado en el nivel de conocimientos sobre la NOM-007 SSA2-1993, que en la pre



evaluación reflejaban un nivel de conocimientos del 53.8% global de la médicos y enfermeras, cabe mencionar que las enfermeras conocían mejor la NOM-007 SSA2-1993, reflejaron un nivel de conocimientos del 58.7%, y lo médicos del 51.8%.

- En cuanto al número de prestadores de servicios capacitados que acudieron al curso de redes rojas, el 71% fueron (85) y el 29% fueron Enfermeras (35).
- Referente a los resultados de la Encuesta de pre-evaluación aplicada a los prestadores de servicio antes del curso fue la siguiente:
 - o El nivel de conocimientos general en la pre evaluación fue del 53.8%, lo que refleja que mucho de los prestadores de servicio no habían leído la NOM-007 SSA2-1993 y deben de reforzar sus conocimientos
 - o Solo el 75.8% conocía el nombre correcto de la NOM-007 SSA2-1993, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. (pregunta 1)
 - o El 55.8% respondió correctamente la definición de muerte materna, (pregunta 3)
 - o El 39.2% respondió correctamente la definición de emergencia obstétrica,(pregunta 4), lo que se refleja en la tardanza para la referencia oportuna de sus pacientes embarazadas.
 - o El 75.8 % respondió correctamente la definición de embarazo de alto riesgo,(pregunta 5)
 - o El 79.2% respondió correctamente la definición de embarazo normal,(pregunta 6)
 - o El 79.2 % respondió correctamente la definición de parto con producto a término, (pregunta 7)

- o El 45.8% respondió correctamente la definición de parto con producto inmaduro. (pregunta 8)
- o El 45.8% respondió correctamente la definición de parto, (pregunta 9)
- o El 69.2% respondió correctamente la definición de fases del trabajo de parto (pregunta 10)
- o El 82.5 % respondió correctamente la definición de puerperio normal (pregunta 11)
- o El 65.8 % respondió correctamente la definición de signos y síntomas de alarma de la mujer embarazada, (pregunta 12)
- o El 69.2% respondió correctamente la definición de actividades a realizar durante el control prenatal (pregunta 13)
- o El 42.5% respondió correctamente sobre los datos que debe contener el carnet prenatal (pregunta 14). Es tal vez esta la razón de que muchos de los documentos de las mujeres embarazadas no están correctamente llenados
- o El 55.8% respondió correctamente sobre la definición la finalidad del control prenatal (pregunta 15). por desconocimiento de este lineamiento no llevan a cabo las acciones correspondientes.
- o El 75.8 % respondió correctamente sobre el número de consultas a otorgar a la embarazada de bajo riesgo, (pregunta 16)
- o El 55.8 % seleccionó correctamente las semanas en las que la embarazada debe recibir su consultas (pregunta 17)
- o El 65.8 % respondió correctamente la forma de medir la altura uterina (pregunta 18).Una de las habilidades a desarrollarse en el curso, debe enfocarse al desarrollo de esta habilidad.
- o El 0% respondió correctamente los estudios de laboratorio que deben realizarse durante el embarazo (pregunta 19) lo que

explica que mucha de las mujeres embarazadas no se realiza sus estudios oportunamente.

- o El 26.7% respondió correctamente la semanas en que debe realizarse el examen general de orina (pregunta 20)
- o El 45.8 % respondió correctamente que nunca debe indicarse una placa simple de abdomen a la mujer embarazada(pregunta 21)
- o El 49.2% respondió correctamente lo que incluye el trabajo de parto normal. (pregunta 22)
- o El 23.3% respondió correctamente como se atiende el alumbramiento normal (pregunta 23)
- o El 53.3% respondió correctamente sobre los datos a registrar del trabajo de parto en el expediente clínico (pregunta 24)
- o El 40% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre el tiempo en el posparto en que se vigilan los signos vitales, el sangrado, tono y tamaño del útero y la micción (pregunta 25), cuando rotaron por el servicio de Tocología, se reforzó la habilidad de lo que debían realizar correctamente.
- o El 36.7% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre las horas posteriores al parto en que se favorece la de ambulación, alimentación normal, hidratación y se informa sobre complicaciones (pregunta 26)
- o El 75.8% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre el número de visitas de control durante el puerperio mediato (pregunta 27)
- o El 46.7% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los días que incluye al puerperio mediato (pregunta 28)



- o El 60% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los días que incluye al puerperio tardío (pregunta 29)
- o El 23.3% de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los signos y síntomas a vigilar en la consulta del puerperio (pregunta 30). Por este resultado se reforzó la habilidad en el servicio de tocología la práctica de los signos vitales a las pacientes.
- o Este nivel de conocimientos general del 53.8% demuestra que los prestadores de servicio no conocen los criterios que señala la NOM-007 SSA2-1993, en la atención de las mujeres embarazadas a pesar de que diariamente atienden mujeres embarazadas, no se dan a la tarea fin de revisar periódicamente los casos clínicos que van atendiendo.
- o Se tomaron en cuenta los resultados de los reactivos en los que los prestadores de servicio salieron con menor resultado para desarrollar las habilidades y competencias correspondientes, como la toma de signos vitales, medición de la altura uterina, control prenatal, signos de alarma, emergencia obstétrica, vigilancia del trabajo de parto, puerperio, etc.

Posteriormente se llevo a cabo la capacitación a los 120 prestadores de servicio con el curso de redes rojas, durante 1 semana en el hospital regional de Río Blanco y se les aplico al final de la capacitación nuevamente la encuesta de pos-evaluación que contenía las mismas preguntas realizadas en la pre-evaluación y los resultados mejoraron considerablemente, el 100% de los prestadores de servicio aprobaron el curso.

Referente a los resultados de la Encuesta de pos-evaluación aplicada a los prestadores de servicio al final del curso fue la siguiente:

- ✓ El nivel de conocimientos de los prestadores de servicio en la pos evaluación se modificó al 94.2 %, como lo reflejan las tablas 13,14 y 15, demuestran lo aprendido en el curso de redes roja, el esfuerzo de los prestadores de servicio por capacitarse y mejorar tanto sus competencias como habilidades.
- ✓ Dado que en el curso de redes rojas se les demostró a los prestadores de servicio que mostraron más bajo nivel de conocimientos sobre la NOM-007 SSA2-1993, que debían leer continuamente dicha norma y brindó la oportunidad de discutir los casos clínicos de sus pacientes, ofertando el acercamiento con los médicos especialistas del hospital regional de Río Blanco para resolver las dudas sobre las pacientes que atienden los prestadores de servicio en sus comunidades, en el momento que ellos lo soliciten. Así mismo se demostró la importancia de la lectura de los lineamientos del curso, previo a la capacitación en el hospital.
- ✓ El 100 % reconoció el nombre correcto de la NOM-007 SSA2-1993, sobre la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. (pregunta 1)
- ✓ El 90 % respondió correctamente la definición de muerte materna, (pregunta 3)
- ✓ El 90.8 % respondió correctamente la definición de emergencia obstétrica,(pregunta 4)
- ✓ El 90.8 % respondió correctamente la definición de embarazo de alto riesgo,(pregunta 5)

- ✓ El 92.5 % respondió correctamente la definición de embarazo normal,(pregunta 6)
- ✓ El 99.2 % respondió correctamente la definición de parto con producto a término, (pregunta 7)
- ✓ El 90 % respondió correctamente la definición de parto con producto inmaduro. (pregunta 8)
- ✓ El 93.3 % respondió correctamente la definición de parto, (pregunta 9)
- ✓ El 100 % respondió correctamente la definición de fases del trabajo de parto (pregunta 10)
- ✓ El 95 % respondió correctamente la definición de puerperio normal (pregunta 11)
- ✓ El 95.8 % respondió correctamente la definición de signos y síntomas de alarma de la mujer embarazada, (pregunta 12)
- ✓ El 97.5 % respondió correctamente la definición de actividades a realizar durante el control prenatal (pregunta 13)
- ✓ El 90.8 % respondió correctamente sobre los datos que debe contener el carnet prenatal (pregunta 14).
- ✓ El 93.3 % respondió correctamente sobre a definición la finalidad del control prenatal (pregunta 15)
- ✓ El 90.8 % respondió correctamente sobre el número de consultas a otorgar a la embarazada de bajo riesgo, (pregunta 16)
- ✓ El 92.5 % seleccionó correctamente las semanas en las que la embarazada debe recibir su consultas (pregunta 17)
- ✓ El 97.5 % respondió correctamente la forma de medir la altura uterina (pregunta 18)
- ✓ El 100 % respondió correctamente los estudios de laboratorio que deben realizarse durante el embarazo (pregunta 19)

- ✓ El 91.7 % respondió correctamente la semanas en que debe realizarse el examen general de orina (pregunta 20)
- ✓ El 92.5 % respondió correctamente que nunca debe indicarse una placa simple de abdomen a la mujer embarazada (pregunta 21)
- ✓ El 94.2 % respondió correctamente lo que incluye el trabajo de parto normal. (pregunta 22)
- ✓ El 94.2 % respondió correctamente como se atiende el alumbramiento normal (pregunta 23)
- ✓ El 92.5 % respondió correctamente sobre los datos a registrar del trabajo de parto en el expediente clínico (pregunta 24)
- ✓ El 94.2 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre el tiempo en el posparto en que se vigilan los signos vitales, el sangrado, tono y tamaño del útero y la micción (pregunta 25)
- ✓ El 96.7 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre las horas posteriores al parto en que se favorece la de ambulación, alimentación normal, hidratación y se informa sobre complicaciones (pregunta 26)
- ✓ El 91.7 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre el número de visitas de control durante el puerperio mediato (pregunta 27)
- ✓ El 95 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los días que incluye al puerperio mediato (pregunta 28)
- ✓ El 94.2 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los días que incluye al puerperio tardío (pregunta 29)



- ✓ El 95 % de los prestadores de servicio respondió correctamente sobre los signos y síntomas a vigilar en la consulta del puerperio (pregunta 30).

RESPUESTA DE LA ENCUESTA POR PRESTADORES DE SERVICIO

GLOBAL MEDICOS Y ENFERMERAS PRE Y POS-EVALUACION

N° pregunta	Referente a:	Correcta	%	Incorrecta	%	Correcta	%	Incorrecta	%
		PRE				POS			
1	NOM-007 SSA2-1993	91	75,8%	29	24,2%	120	100,0%	0	0,0%
2	Lectura de NOM-007 SSA2-1993								
3	Muerte materna	67	55,8%	53	44,2%	108	90,0%	12	10,0%
4	Emergencia obstetrica	47	39,2%	73	60,8%	109	90,8%	11	9,2%
5	Embarazo de alto riesgo	91	75,8%	29	24,2%	109	90,8%	11	9,2%
6	Embarazo normal	95	79,2%	25	20,8%	111	92,5%	9	7,5%
7	Parto con producto a término	95	79,2%	25	20,8%	119	99,2%	1	0,8%
8	parto con producto inmaduro	55	45,8%	65	54,2%	108	90,0%	12	10,0%
9	parto	55	45,8%	65	54,2%	112	93,3%	8	6,7%
10	Fases del trabajo de parto	83	69,2%	37	30,8%	120	100,0%	0	0,0%
11	Puerperio normal	99	82,5%	21	17,5%	114	95,0%	6	5,0%
12	signos y sintomas de alarma en la embarazada	79	65,8%	41	34,2%	115	95,8%	5	4,2%
13	Control prenatal	83	69,2%	37	30,8%	117	97,5%	3	2,5%
14	Carnet prenatal	51	42,5%	69	57,5%	109	90,8%	11	9,2%
15	Finalidad del control prenatal	67	55,8%	53	44,2%	112	93,3%	8	6,7%
16	Nº de Consultas a la mujer embarazada de bajo riesgo	91	75,8%	29	24,2%	109	90,8%	11	9,2%
17	Consultas por semana de embarazo	67	55,8%	53	44,2%	111	92,5%	9	7,5%
18	Medición del fondo uterino	79	65,8%	41	34,2%	117	97,5%	3	2,5%
19	Estudios de laboratorio	0	0,0%	120	100,0%	120	100,0%	0	0,0%
20	Examen general de orina	32	26,7%	88	73,3%	110	91,7%	10	8,3%
21	Placa simple de abdomen	55	45,8%	65	54,2%	111	92,5%	9	7,5%
22	Vigilancia del trabajo de parto	59	49,2%	61	50,8%	113	94,2%	7	5,8%
23	Alumbramiento normal	28	23,3%	92	76,7%	113	94,2%	7	5,8%
24	Trabajo de parto y expediente clínico	64	53,3%	56	46,7%	111	92,5%	9	7,5%
25	Vigilancia de Signos vitales, sangrado, útero y micción	48	40,0%	72	60,0%	113	94,2%	7	5,8%
26	Deambulaciòn, alimentaciòn, hidrataciòn y signos de alarma	44	36,7%	76	63,3%	116	96,7%	4	3,3%
27	Visitas de control en el puerperio	91	75,8%	29	24,2%	110	91,7%	10	8,3%
28	Puerperio mediato	56	46,7%	64	53,3%	114	95,0%	6	5,0%
29	Puerperio tardio	72	60,0%	48	40,0%	113	94,2%	7	5,8%
30	Consulta en el puerperio	28	23,3%	92	76,7%	114	95,0%	6	5,0%
	% DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS		53,8%				94,2%		

Cuadro N°12 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: Médicos y enfermeras, pre y pos-evaluación.

RESPUESTA DE LA ENCUESTA POR PRESTADORES DE SERVICIO

GLOBAL MEDICOS PRE Y POS-EVALUACION

N° pregunta	Referente a:	Correcta	%	Incorrecta	%	Correcta	%	Incorrecta	%
		PRE				POS			
1	NOM-007 SSA2-1993	56	65,9%	29	34,1%	85	100,0%	0	0,0%
2	Lectura de NOM-007 SSA2-1993								
3	Muerte materna	48	56,5%	37	43,5%	77	90,6%	8	9,4%
4	Emergencia obstetrica	44	51,8%	41	48,2%	80	94,1%	5	5,9%
5	Embarazo de alto riesgo	64	75,3%	21	24,7%	77	90,6%	8	9,4%
6	Embarazo normal	68	80,0%	17	20,0%	77	90,6%	8	9,4%
7	Parto con producto a término	60	70,6%	25	29,4%	84	98,8%	1	1,2%
8	parto con producto inmaduro	40	47,1%	45	52,9%	78	91,8%	7	8,2%
9	parto	44	51,8%	41	48,2%	78	91,8%	7	8,2%
10	Fases del trabajo de parto	52	61,2%	33	38,8%	85	100,0%	0	0,0%
11	Perperio normal	64	75,3%	21	24,7%	79	92,9%	6	7,1%
12	signos y síntomas de alarma en la embarazada	48	56,5%	37	43,5%	81	95,3%	4	4,7%
13	Control prenatal	60	70,6%	25	29,4%	84	98,8%	1	1,2%
14	Carnet prenatal	36	42,4%	49	57,6%	77	90,6%	8	9,4%
15	Finalidad del control prenatal	56	65,9%	29	34,1%	80	94,1%	5	5,9%
16	Nº de Consultas a la mujer embarazada de bajo riesgo	56	65,9%	29	34,1%	77	90,6%	8	9,4%
17	Consultas por semana de embarazo	48	56,5%	37	43,5%	79	92,9%	6	7,1%
18	Medición del fondo uterino	60	70,6%	25	29,4%	85	100,0%	0	0,0%
19	Estudios de laboratorio	0	0,0%	85	100,0%	85	100,0%	0	0,0%
20	Examen general de orina	24	28,2%	61	71,8%	78	91,8%	7	8,2%
21	Placa simple de abdomen	48	56,5%	37	43,5%	79	92,9%	6	7,1%
22	Vigilancia del trabajo de parto	48	56,5%	37	43,5%	81	95,3%	4	4,7%
23	Alumbramiento normal	16	18,8%	69	81,2%	81	95,3%	4	4,7%
24	Trabajo de parto y expediente clínico	40	47,1%	45	52,9%	78	91,8%	7	8,2%
25	Vigilancia de Signos vitales, sangrado, utero y micción	24	28,2%	61	71,8%	80	94,1%	5	5,9%
26	Deambulaciòn, alimentaciòn, hidrataciòn y signos de alarma	16	18,8%	69	81,2%	84	98,8%	1	1,2%
27	Visitas de control en el puerperio	60	70,6%	25	29,4%	78	91,8%	7	8,2%
28	Puerperio mediato	36	42,4%	49	57,6%	81	95,3%	4	4,7%
29	Puerperio tardio	48	56,5%	37	43,5%	80	94,1%	5	5,9%
30	Consulta en el puerperio	12	14,1%	73	85,9%	80	94,1%	5	5,9%
	% DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS		51,8%				94,4%		

Cuadro N°13 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: Médicos pre y pos-evaluación.

RESPUESTA DE LA ENCUESTA POR PRESTADORES DE SERVICIO

GLOBAL ENFERMERAS PRE Y POS-EVALUACION

N° pregunta	Referente a:	Correcta	%	Incorrecta	%	Correcta	%	Incorrecta	%
		PRE		PRE		POS		POS	
1	NOM-007 SSA2-1993	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%	0	0,0%
2	Lectura de NOM-007 SSA2-1993								
3	Muerte materna	19	54,3%	16	45,7%	31	88,6%	4	11,4%
4	Emergencia obstetrica	3	8,6%	32	91,4%	29	82,9%	6	17,1%
5	Embarazo de alto riesgo	27	77,1%	8	22,9%	32	91,4%	3	8,6%
6	Embarazo normal	27	77,1%	8	22,9%	34	97,1%	1	2,9%
7	Parto con producto a término	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%	0	0,0%
8	parto con producto inmaduro	15	42,9%	20	57,1%	30	85,7%	5	14,3%
9	parto	11	31,4%	24	68,6%	34	97,1%	1	2,9%
10	Fases del trabajo de parto	31	88,6%	4	11,4%	35	100,0%	0	0,0%
11	Perperio normal	35	100,0%	0	0,0%	35	100,0%	0	0,0%
12	signos y sintomas de alarma en la embarazada	31	88,6%	4	11,4%	34	97,1%	1	2,9%
13	Control prenatal	23	65,7%	12	34,3%	33	94,3%	2	5,7%
14	Carnet prenatal	15	42,9%	20	57,1%	32	91,4%	3	8,6%
15	Finalidad del control prenatal	11	31,4%	24	68,6%	32	91,4%	3	8,6%
16	N° de Consultas a la mujer embarazada de bajo riesgo	35	100,0%	0	0,0%	32	91,4%	3	8,6%
17	Consultas por semana de embarazo	19	54,3%	16	45,7%	32	91,4%	3	8,6%
18	Medición del fondo uterino	19	54,3%	16	45,7%	32	91,4%	3	8,6%
19	Estudios de laboratorio	0	0,0%	35	100,0%	35	100,0%	0	0,0%
20	Examen general de orina	8	22,9%	27	77,1%	32	91,4%	3	8,6%
21	Placa simple de abdomen	7	20,0%	28	80,0%	32	91,4%	3	8,6%
22	Vigilancia del trabajo de parto	11	31,4%	24	68,6%	32	91,4%	3	8,6%
23	Alumbramiento normal	12	34,3%	23	65,7%	32	91,4%	3	8,6%
24	Trabajo de parto y expediente clínico	24	68,6%	11	31,4%	33	94,3%	2	5,7%
25	Vigilancia de Signos vitales, sangrado, útero y micción	24	68,6%	11	31,4%	33	94,3%	2	5,7%
26	Deambulaciòn, alimentaciòn, hidrataciòn y signos de alarma	28	80,0%	7	20,0%	32	91,4%	3	8,6%
27	Visitas de control en el puerperio	31	88,6%	4	11,4%	34	97,1%	1	2,9%
28	Puerperio mediato	20	57,1%	15	42,9%	33	94,3%	2	5,7%
29	Puerperio tardio	24	68,6%	11	31,4%	33	94,3%	2	5,7%
30	Consulta en el puerperio	16	45,7%	19	54,3%	34	97,1%	1	2,9%
	% DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS		58,7%				93,8%		

Cuadro N°14 Respuesta de la encuesta por prestadores de servicio: Enfermeras pre y pos-evaluaciòn

El presente trabajo se compara con un estudio realizado a través del análisis de los casos de muerte materna del grupo AIDEM se encontró que de los casos de muerte por eclampsia, 70% tuvieron manifestaciones clínicas para el diagnóstico temprano y no se realizó ni fueron referidas, y que 83% solicitaron atención médica con oportunidad y fueron rechazadas, haciéndose el diagnóstico y proporcionando la atención hasta que el cuadro clínico se complicó. Existe amplia evidencia científica de cuáles son las intervenciones útiles para lograr un impacto en la morbi-mortalidad materna; sin embargo, de acuerdo con expertos en la materia, persisten acciones inerciales sustentadas en presunciones o premisas equivocadas como son: 1) La salud de la madre no puede separarse de la del bebé; 2) si se ofrece una adecuada atención de la mujer embarazada, muy pocas desarrollarán complicaciones; a través del tamizaje prenatal podemos identificar a las mujeres que necesitarán atención especial. Como resultado de estas premisas, la mayor parte de los programas para abatir la muerte materna se han centrado en la atención de la mujer embarazada, promoviendo acciones comunitarias y dejando en un segundo término la atención de calidad de las emergencias obstétricas. En México, aún se utiliza la atención prenatal y el enfoque de detección de riesgo como una de las principales intervenciones para combatir la muerte materna, a pesar de que está demostrado que no contribuyen a un uso eficiente de los recursos del sistema de salud ni previenen muertes maternas. No cabe duda que la atención prenatal es importante para lograr impacto en la mortalidad infantil y permite identificar riesgos individuales de la mujer embarazada. Sin embargo, se ha documentado que no tiene un impacto directo en la mortalidad materna y que la mayor parte de mujeres que mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio estaban catalogadas como de "bajo riesgo", con más de dos consultas prenatales previas a su muerte. Por lo anterior, es fundamental revisar los alcances del "enfoque de riesgo" durante el embarazo como guía para la atención prenatal y del parto. El mayor impacto

logrado en la mortalidad materna ha sido con intervenciones que garanticen el acceso y calidad de la atención de emergencias obstétricas para cualquier mujer embarazada y la atención por personal calificado.⁽⁴⁴⁾

Otro ensayo sobre la reducción de la mortalidad materna en Perú, explica sobre la atención calificada del parto versus atención de la emergencia obstétrica: la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004^a; WHO, 2004b) ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal del embarazo, parto y postparto por personal profesional o calificado. Se argumenta que la atención profesionalizada del parto asegurará la detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.^{1, 2} Este enfoque considera que todas las mujeres embarazadas pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la muerte materna. Ambas propuestas están siendo impulsadas por dos instancias internacionales involucradas en la promoción de una maternidad segura (Freyermuth, 2004). Family Care International ha respaldado la iniciativa que se centra en promover la atención profesional del parto y se basa fundamentalmente en la experiencia de los países desarrollados en el abatimiento de la mortalidad materna. La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas, así como de sus partos y pospartos⁴, hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado (FCI; 2003), lo que lleva a que todas las mujeres embarazadas sean atendidas por médicos, enfermeras u obstetras profesionales capacitados para identificar las emergencias obstétricas, canalizándolas a la instancia hospitalaria de manera oportuna.⁽⁴⁵⁾

22. LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones para la realización del proyecto de intervención a través del curso de Redes Rojas, fue la falta de recurso económico para cubrir a tiempo los gastos de traslado o viáticos, que a pesar de que a nivel estatal ya se tenía considerado un rubro para capacitación, se retrasó la llegada de lo presupuestado.

Un hecho notable es la alta rotación del personal, prestadores de servicio que laboran en las unidades de primer nivel y los cambian de adscripción. Lo que repercute en la atención que se brindan a la mujer embarazada y la interrupción de la continuidad de los programas establecidos para la unidad médica. Al cambiar al prestador de servicio, es volver a empezar a capacitar al que llega, si no ha sido capacitado en el curso de redes rojas, hay que gestionar que se capacite. Esta alta rotación de personal no permite evaluar y comparar resultados durante 2009 y 2010, para reflejar cambios en las cifras de mortalidad materna, podrán compararse cuando el 100% de los prestadores de servicio de primer nivel de la JS VII Orizaba sean capacitados, al igual que el personal del resto de las unidades de primer nivel de IMSS Oportunidades e Issste.

Los cambios de adscripción de los prestadores de servicio, son generados por el departamento de recursos humanos, atención médica, equipos zonales, enfermería, subjefatura, jefatura o a sugerencia del líder sindical. Por tanto el departamento de Salud Reproductiva y enseñanza, son los últimos en enterarse del cambio, lo que complica identificar cuales unidades medicas cuentan en su totalidad con personal capacitado en el curso de

Redes Rojas o que prestador de servicio falta por capacitar y su unidad de adscripción.

Al cumplir con la meta propuesta sobre el fortalecimiento del nivel de conocimiento y la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, compromete a las autoridades de la JS VII y del estado en gestionar y proporcionar el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para la atención de la mujer embarazada y gestionar recursos para gastos de camino o viáticos del personal que falta por capacitar. A las autoridades estatales de proporcionar físicamente el recurso económico para que los prestadores de servicio cuenten con lo mínimo indispensable para la atención de la mujer embarazada, ya que durante la realización del proyecto no le fue proporcionado a la JS VII los insumos y el equipamiento requerido.

Otra limitante fue la falta de integración del 100% de los prestadores de servicio del IMSS, en el curso de capacitación de Redes Rojas, ya que muchas de sus UMR se ubican en municipios repetidores de mortalidad materna, como es el caso de la Perla.

Se observó que el tiempo establecido para la práctica en el curso de Redes Rojas, es corto por lo que en ocasiones el prestador de servicio no disponía de más tiempo para continuar su práctica, por cumplir con sus ocupaciones personales y se limitaba al tiempo establecido.

23. CONCLUSIONES

Se demostró con este proyecto que la falta de conocimientos de los prestadores de servicio, sobre la NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recien Nacido repercute directamente en la atención a la mujer embarazada, y contribuye en sus complicaciones. Se conocio durante la pre evaluaciòn que el nivel de conocimientos de los 120 prestadores de servicio de primer nivel de atenciòn de la zona de la JS VII, era en general del 53.8% (mèdicos y enfermeras) se logro capacitar a los 120 prestadores de servicio durante el 2009 y se demostro con la pos evaluaciòn, que se modifico el nivel de conocimiento de los prestadores de servicio al 94.2% en general, este logro se debio a la dedicaciòn de los prestadores de servicio, y el personal que colaboro en la realizaciòn del curso de redes rojas del Hospital Regional de Rìo Blanco y la JS VII Orizaba.

Al modificar y fortalecer sus conocimientos, el prestador de servicio, atiende de manera segura y capaz a la mujer embarazada, genera la confianza para acudir a solicitar el control del embarazo, parto y puerperio, asi mismo empodera al prestador de servicio en su comunidad y estrecha los lazos de confianza y credibilidad. Se brindan elementos a los prestadores de servicio que les permite referir oportunamente a la mujer embarazada al 2º nivel para su atenciòn ante las evidencias de su complicaciòn. Se abate uno de los muchos factores que contribuyen con la mortalidad materna y razòn de mortalidad materna, como apoyo para el cumplir el 5º ODM, pone a las mujeres embarazadas de la zona de a JS VII en igualdad de condiciones que las mujeres de los paìses desarrollados que son atendidas por personal capacitado.

Con este proyecto se demuestra además, que para abatir la mortalidad materna se necesita además, saber reconocer a tiempo los signos de alarma, y se cambia el concepto en los prestadores de servicio que las mujeres embarazadas, fallecen por falta de insumos, por no acudir a tiempo a solicitar los servicios médicos del control del embarazo o parto, no solo son recursos o insumos, los que salvan la vida a las mujeres embarazadas, son la aplicación de los conocimientos y la identificación oportuna de las complicaciones del embarazo, la que detiene una mortalidad materna que se va anunciando a lo largo su complicación.

Por último, es necesario reforzar las plantillas de los hospitales, en todos los turnos, con médicos gineco-obstetras capacitados en la atención a la mujer embarazada, a fin de contribuir a la disminución de la mortalidad materna, ya que los tres hospitales de la región de la JS VII, aun carecen de Gineco-obstetras en algunos turnos y están sobre saturados en el servicio de Gineco-obstetricia.

Con la realización de este proyecto en la zona de la JS VII, se demuestra a las autoridades estatales que al replicar el curso de redes rojas basado en los criterios que señala la NOM-007 SSA2-1993 (lo que hace la diferencia con los cursos que se imparten en otras jurisdicciones), se garantiza el fortalecimiento de los conocimientos, desarrollo de competencias y habilidades, de los prestadores de servicio que atienden a las mujeres embarazadas en los centros de salud o unidades de primer nivel, quienes en muchas de las ocasiones son el primer o único contacto con los servicios de salud del estado, antes de su fatal desenlace por muerte materna. Por lo que se sugiere que esta estrategia se incluya en las 11 jurisdicciones sanitarias del estado de Veracruz como parte del plan Veracruzano desarrollo 2011-2016.

24. RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe capacitarse continuamente para reconocer sus debilidades y fortalecer sus conocimientos a favor de la salud de la población.
- Al rotar al personal de salud, debe tomarse en consideración que el personal que lo sustituya, esté capacitado en la aplicación de la NOM-007 SSA2-1993, a fin de garantizar a las mujeres embarazadas de las unidades de primer nivel de aquellos municipios donde se ha presentado mortalidad materna, la atención por personal capacitado.
- Capacitar sobre la NOM-007 SSA2-1993 a todos los prestadores de servicio de la JS VII faltantes, incluyendo al personal de servicio social.
- Se recomienda que durante el tiempo que el prestador de servicio está en la capacitación del curso de Redes Rojas, su ausencia en la unidad médica sea cubierta por otro prestador de servicio capacitado, a fin de que se continúe atendiendo a la población y sobre todo a la mujer embarazada.
- Continuar con la evaluación de los expedientes el apego a la NOM-007 SSA2-1993, sobre todo en las unidades médicas donde laboran prestadores de servicio que ya se capacitaron en el curso de redes rojas, por parte de los equipos zonales de supervisión de la JS VII Orizaba..

- Un hecho fundamental es que abatirá la mortalidad materna, es mejorar la efectividad del programa de planificación familiar, evitar el embarazo no planeado, evitar que mujeres en edad fértil se embaracen a temprana edad, que las mujeres multigestas acepten un método de planificación familiar (pos evento obstétrico) y sobre todo que la mujer prepare su cuerpo antes del embarazo, en el embarazo reciba atención por personal capacitado y en el momento del parto, sean asistidos tanto la madre como su producto por personal calificado y en instituciones que cuenten con los insumos necesarios para resolver sus complicaciones.
- Dar seguimiento a este proyecto de intervención con la finalidad de conocer sus alcances a los 2 años de su aplicación. Se sugiere que el curso de redes rojas en el hospital regional de Río Blanco se realice en forma de tutoría, es decir que las clases no sean en las aulas, sino en el servicios, que los prestadores de servicio, roten con los médicos del modulo mater, consulta externa, tocología y piso de gineco-obstetricia y Neonatos, observando y tratando directamente a la mujer embarazada que acude al hospital, a fin de adquirir las habilidades y desarrollo de competencias, resolviendo directamente sus dudas y asesorados por los médicos ginecólogos del hospital y recibiendo el taller de reanimación neonatal el último día del curso. Para ello previamente debería entregarse el material del curso de redes rojas en el hospital regional de Río Blanco y se les explicaría la dinámica, a fin de concientizar y comprometer a los prestadores de servicio que acudirán al curso.



25. EVIDENCIA FOTOGRAFICA: CAPACITACION APRESTADORES DE SERVICIO









26. ANEXO 1: ENCUESTA DE PRE Y POS EVALUACION SOBRE LA NOM-007-SSA2-1993

PRE Y POST EVALUACION DEL CURSO DE REDES ROJAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DEL RIO BLANCO SOBRE LA NOM-007 SSA2-1993 ATENCIÓN A LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO.

FECHA: _____

Nombre:		Edad:
Adscripción:		
Fecha en que tomo el curso en el Hospital Regional de Río Blanco:		
Marque con X su ocupación:	Enfermera	Médico

A continuación se enlista una serie de preguntas, lea cuidadosamente cada pregunta y respuesta, Marcando sinceramente en la hoja anexa de RESPUESTA con X la opción correcta: (NO raye esta hoja)

1. ¿cuál es el número de la NOM que establece los Criterios y procedimientos para la prestación del servicio de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido?
 - a. NOM 168
 - b. NOM 085
 - c. NOM 007
 - d. NOM 003
 - e. No se

2. ¿Hace cuanto tiempo leyó la NOM?
 - a. 1 semana
 - b. 1 mes
 - c. 1 año
 - d. + de 1 año
 - e. Nunca la he leído

3. Se define como el evento que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y del lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales:
 - a. Edad Gestacional
 - b. Muerte materna
 - c. Parto con producto inmaduro
 - d. Embarazo de alto riesgo
 - e. Emergencia obstétrica

4. Se define como la complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o mortalidad materno-perinatal:
 - a. Edad Gestacional
 - b. Muerte materna
 - c. Parto con producto inmaduro
 - d. Embarazo de alto riesgo
 - e. Emergencia obstétrica

5. Evento en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario:
 - a. Edad Gestacional
 - b. Muerte materna
 - c. Parto con producto inmaduro
 - d. Embarazo de alto riesgo
 - e. Emergencia obstétrica

6. A el estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término, ¿ se le conoce cómo? :
 - a. Edad Gestacional
 - b. Muerte materna
 - c. Parto con producto inmaduro
 - d. Embarazo normal
 - e. Emergencia obstétrica



7. Se define como la expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación:
 - a. Parto pretérmino
 - b. Parto con producto inmaduro
 - c. Parto con producto prematuro
 - d. Parto con producto a término
 - e. Parto con producto a postérmino

8. Se define como la expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas de gestación:
 - a. Parto pretérmino
 - b. Parto con producto inmaduro
 - c. Parto con producto prematuro
 - d. Parto con producto a término
 - e. Parto con producto a postérmino

9. Se define como el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal:
 - a. Parto pretérmino
 - b. Parto con producto inmaduro
 - c. Parto
 - d. Parto con producto a término
 - e. Parto normal.

10. El parto se divide en 3 fases, ¿Qué son?:
 - a. Dilatación, expulsión y alumbramiento,
 - b. Contracciones, expulsión y alumbramiento,
 - c. Inmediato, mediato y tardío
 - d. Dilatación, encajamiento y expulsión
 - e. Ninguna de las anteriores



11. Se define como el periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días
 - a. Recién nacido vivo
 - b. Recién nacido muerto
 - c. Mortinato
 - d. Nacimiento
 - e. Puerperio normal

12. ¿Cuáles son signos y síntomas de alarma en la mujer embarazada?:
 - a. Cefalea, edema, sangrados, infección de vías urinarias y vaginales
 - b. Infección gastrointestinal, Cefalea, edema, sangrados, infección de vías urinarias
 - c. Otitis, cefalea, edema, infección de vías urinarias y vaginales
 - d. Faringoamigdalitis, Cefalea, edema, sangrados, infección vaginal
 - e. Disminución de peso, Cefalea, edema, sangrados, infecciones.

13. ¿Cuáles son actividades que se deben realizar durante el control prenatal?:
 - a. Elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso y talla,
 - b. Medición y registro de presión arterial, valoración de riesgo obstétrico, valoración de crecimiento uterino y estado de salud del feto, estudios de laboratorio
 - c. Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, orientación nutricional, promoción de la lactancia materna, promoción y orientación sobre planificación familiar.
 - d. a y b
 - e. todas las anteriores
 - f. b y c

14. El Carnet prenatal debe contener:
 - a. Datos de identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio,
 - b. estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo
 - c. Planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo, se utiliza como documento de referencia y Contrarreferencia institucional.
 - d. Ninguna de las anteriores
 - e. Todas las anteriores.



15. El control prenatal está dirigido a:
- a. La detección de factores de riesgo obstétrico, a la prevención detección y tratamiento de la anemia, Preeclamsia,
 - b. Infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo,
 - c. Retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes en el embarazo.
 - d. Todas las anteriores
 - e. Todas las anteriores, excepto c
16. Seleccione el Número de consultas mínimas que debe recibir la mujer embarazada de bajo riesgo
- a. 4
 - b. 5
 - c. 6
 - d. 7
 - e. 8
17. Seleccione las semanas en las que idealmente debe recibir las consultas prenatales la mujer embarazada:
- a. Durante las primeras 12 semanas, y posteriormente entre las semanas 22-24,27-29,33-35,38-40
 - b. Durante las primeras 10 semanas, entre las semanas 22-24,25-26,27-29,33-35,38-40
 - c. Durante las primeras 12 semanas, entre las semanas 22-28,27-29,33-35,38-40
 - d. Durante las primeras 15 semanas, entre las semanas 22-24,27-29,33-35,36-37,38-42
 - e. Durante las primeras 8 semanas, entre las semanas 12-14,15-17,18-21,22-24,27-29,33-35,38-40
18. La forma correcta para medir la altura del fondo uterino, ¿es?
- a. Del borde superior de la sínfisis del pubis hasta alcanzar el fondo uterino
 - b. Del borde superior de la sínfisis del pubis hasta la apéndice xifoides
 - c. Del borde superior de la sínfisis del pubis hasta la cicatriz umbilical
 - d. Es igual a el perímetro abdominal
 - e. Del borde superior de la sínfisis del pubis hasta 5 cm arriba de la cicatriz umbilical.

19. Seleccione los estudios de laboratorio que se deben realizar durante el embarazo:



- a. BH completa, glucemia, VDRL, V.I.H, Gpo y Rh
 - b. BH completa, glucemia, VDRL, V.I.H (a mujeres de alto riesgo), Gpo y Rh
 - c. BH completa, Química sanguínea completa, V.I.H. VDRL, Gpo y Rh
 - d. BH completa, glucemia, VDRL, V.I.H, perfil de lípidos, Gpo y Rh
 - e. BH completa, glucemia, VDRL, V.I.H, cultivo de Orina, Gpo y Rh
20. ¿En qué semanas se debe realizar el examen general de orina?
- a. En primer consulta, y a las semanas 24,28,32 y 36
 - b. En las semanas 24,28,32 y 36
 - c. En primer consulta, y a las semanas 28,30,32 y 36
 - d. En primer consulta, y a las semanas 12,18, 24, 32 y 36
 - e. En primer consulta, y a las semanas 24, 32 y 36
21. ¿En qué semanas se deben realizar la placa simple de abdomen?
- a. En primer consulta, y a las semanas 24,28,32 y 36
 - b. Nunca
 - c. En las semanas 24,28,32 y 36
 - d. En primer consulta, y a las semanas 28,30,32 y 36
 - e. En primer consulta, y a las semanas 12,18, 24, 32 y 36
22. El control del trabajo de parto normal debe incluir:
- a. Verificación y registro de la contractilidad uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos.
 - b. Verificación y registro del progreso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales racionales, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y criterio médico.
 - c. Registro del pulso, tensión arterial y temperatura mínimo cada 4 hrs. Registro de medicamentos utilizados.
 - d. Mantener la hidratación adecuada de la paciente
 - e. A y c
 - f. B y d
 - g. Todas las anteriores



23. Para la atención del alumbramiento normal, se debe:
- a. Hacer espontáneo, evitar la retracción del cordón umbilical, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal,
 - b. FC Y TA Normales, útero contraído, y sangrado transvaginal escaso.
 - c. Tracción del cordón umbilical, presionar el útero y verificar la normalidad de la placenta
 - d. Ninguna de las anteriores
 - e. Todas las anteriores
 - f. A y b
24. Son datos del trabajo de parto que deben registrarse en el expediente clínico:
- a. Tipo de parto, fecha y hora de nacimiento, condiciones del recién nacido (peso, talla, sexo, perímetro cefálico, Apgar al minuto y a los 5 min. Edad Gestacional, diagnóstico de salud del RN, administración de vacunas
 - b. Método de Planificación familiar
 - c. Inicio de la alimentación del seno materno
 - d. A y b
 - e. Todas las anteriores
25. Cuanto tiempo posterior al parto se debe verificar la normalidad del pulso, TA, Temperatura, sangrado trasvaginal, tono y tamaño del útero y la micción:
- a. 10 minutos, y posteriormente a las 2 hrs. Con registro en el expediente
 - b. 30 minutos y posteriormente a las 8 hrs. Con registro en el expediente
 - c. 60 minutos y posteriormente a las 4 hrs. Con registro en el expediente
 - d. 30 minutos y posteriormente a las 4 hrs. Con registro en el expediente
 - e. 10 minutos y posteriormente a las 8 hrs. Con registro en el expediente
26. A las cuantas horas posteriores al parto se debe favorecer la deambulaci3n, alimentaci3n normal, hidrataci3n e informar a la paciente sobre signos y sntomas de complicaci3n:
- a. En las primeras 4 hrs.
 - b. En las primeras 2 hrs.
 - c. En las primeras 8 hrs.
 - d. En las primeras 12 hrs.
 - e. En las primeras 6 hrs.

27. ¿Cuántas visitas de control se deben brindar durante el puerperio mediato?
- a. 3
 - b. 4
 - c. 5
 - d. 6
 - e. 7
28. ¿Se considera puerperio mediato?
- a. Entre los días 2 y 7
 - b. Entre los días 1 y 7
 - c. Entre los días 3 y 7
 - d. Entre los días 4 y 7
 - e. Entre los días 2 y 14
29. ¿Se considera puerperio tardío?
- a. Entre los días 4 y 29
 - b. Entre los días 8 y 42
 - c. Entre los días 14 y 30
 - d. Entre los días 9 y 42
 - e. Entre los días 7 y 32
30. Durante la consulta en el puerperio se debe vigilar:
- a. Involución uterina, loquios, TA, FC y temperatura.
 - b. Involución uterina, Peso, loquios, TA, FC y temperatura.
 - c. Involución uterina, Talla, loquios, TA, FC y temperatura.
 - d. Involución uterina, lactancia materna, loquios, TA, FC y temperatura.

Fuente:

- NOM-007-SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos.

NOTA: Agradecemos su participación para la aplicación del presente instrumento, las aportaciones que brinden los resultados, serán tomadas en cuenta exclusivamente, para realizar acciones de mejoras en el curso de redes rojas del Hospital Regional de Río blanco y el programa de Redes Rojas, para evitar las muertes maternas en la Jurisdicción sanitaria N° VII Orizaba.



Nombre:		Edad:
Adscripción:		
Fecha en que tomo el curso en el Hospital Regional de Río Blanco:		
Marque con X su ocupación:	Enfermera	Médico

HOJA DE RESPUESTA Marque con X su respuesta, sinceramente:

FECHA: _____

1	a	b	c	d	e	f	g
2	a	b	c	d	e	f	g
3	a	b	c	d	e	f	g
4	a	b	c	d	e	f	g
5	a	b	c	d	e	f	g
6	a	b	c	d	e	f	g
7	a	b	c	d	e	f	g
8	a	b	c	d	e	f	g
9	a	b	c	d	e	f	g
10	a	b	c	d	e	f	g
11	a	b	c	d	e	f	g
12	a	b	c	d	e	f	g
13	a	b	c	d	e	f	g
14	a	b	c	d	e	f	g
15	a	b	c	d	e	f	g
16	a	b	c	d	e	f	g
17	a	b	c	d	e	f	g
18	a	b	c	d	e	f	g
19	a	b	c	d	e	f	g
20	a	b	c	d	e	f	g
21	a	b	c	d	e	f	g
22	a	b	c	d	e	f	g
23	a	b	c	d	e	f	g
24	a	b	c	d	e	f	g
25	a	b	c	d	e	f	g
26	a	b	c	d	e	f	g
27	a	b	c	d	e	f	g
28	a	b	c	d	e	f	g
29	a	b	c	d	e	f	g
30	a	b	c	d	e	f	g

FIRMA: _____

27. BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Veracruzano de Desarrollo:
 - 2005 – 2010. Pag.111 a 115
www.lib.utexas.edu/benson/lagovdocs/mexico/veracruz/plan-2005-2010.pdf
2. Plan Veracruzano de Desarrollo 2011-2016
 - Pag.30,31,38,41,79
www.veracruz.gob.mx/oficinadelgobernador/files/2011/09/pvd_2011_2016.pdf
3. World Health Organization. Beyond the numbers, Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. WHO library, 2004, ISBN 924159838
4. Berrio RL, Díaz ED, Elu MC, Santos Pe, García A, Sánchez ML, et al. Retos legislativos, las mujeres.
5. Lineamiento técnico: “Prevención, diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia/Eclampsia, Centro nacional de Equidad de género y salud reproductiva. Pag 9.
6. Bobadilla Fernández JL. Salud de la Mujer y el niño. Importancia, avances y prioridades de investigación. Segundas Jornadas académicas del Instituto Nacional de Salud Pública. México, D.F. INSP 1990: 13-16.
7. María del Carmen Elú, “iniciativa para una maternidad sin riesgo en México”, en Graciela Freyermuth y María Manca, Luna golpeada. Morir durante la maternidad: Investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas otras experiencias en torno a la Muerte Materna, comité promotor por una maternidad sin riesgo en México, México 2000, pag 14.
8. Abouzarhr C, Wardiaw T aternal mortality at the end of a decade: signs of progress? Bull word Health Organ, 2001:79(6):561-573.ISSN 0042-9686.

9. Organización de las Naciones Unidas. Cuarta conferencia mundial sobre la mujer, Beijing, 1995. www.cinu.org.mx/biblioteca/documentos/dh/confbeijing1995.htm
10. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. www.objetivosdelmilenio.org.mx
11. Berrio RL, Díaz ED, Elu MC, Santos PE, García A, Sánchez ML, et al. Retos legislativos de las mujeres y reproductiva en salud. Coalición por la salud de las mujeres. México 2007.
12. Castañeda M. Díaz D., De la Torre C., Espinoza G., Freyermuth G., Sánchez – Hidalgo D., La muerte materna en México. Cuatro visiones críticas, pag 18. México 2004.
13. MM 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, UNICEF UNFPA y Banco mundial. Organización Mundial de la salud 2008.
14. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género, estimación 2008 y comparativo 2003 – 2008. I.N.S.P – Gobierno federal. P 19 – 23.
15. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República Programa nacional de Salud 2007-2012. Capítulo IV, Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas. 1ª. Edición 2007. pag. 131-151.
16. Plan de calidad y seguridad obstétrica, de los Servicios de Salud de Veracruz 2010.
17. Naciones Unidas 2004. Examen y evaluación del progreso logrado para alcanzar las metas y objetivos del programa de acción de la conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2004/3).2004. New York: comisión de población y desarrollo, consejo económico social, Naciones Unidas
18. Núñez U Rosa María., Tejeda Canseco Lorena, Morales Carmona Evangelina, Centro de información para decisiones en salud

Pública del Instituto Nacional de Salud Pública. Los retos para evitar la mortalidad materna en México. Año 2, N°6. Pag 28-32,

19. Secretaría de Salud, programa de desarrollo humano oportunidades, www.oportunidades.gob.mx
20. Díaz Daniela, Castañeda Martha, Meléndez David y Meneses Sergio. Muerte materna y seguro popular. FUNDAR centro de análisis e investigación A.C., México 2007
21. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Arranque pareja en la vida: Evaluación externa del programa de acción 2001-2005, INSP 2006 ISBN1970-9874-08X
22. MM en México. Monitoreo Ciudadano de la Política Pública Federal para Reducir la Morbilidad de la Muerte Materna en México. Capítulo Distrito Federal. Marzo 2005 – mayo
23. Diagnósticos de salud de la JS VII Orizaba de 2000 a 2009, Departamento de Epidemiología, salud reproductiva, estadísticas internas de los sistemas de información.
24. Plan para reducir la muerte materna en la Jurisdicción Sanitaria N° VII Orizaba, Veracruz.2005,2006,2007,2008
25. Lozano R, Hernández B, Langer A. Factores sociales y económicos de la MM en México.
26. Elu MC, Langer A. Editores. Maternidad sin riesgos en México 1994, p 43-52.
27. Langer Ana. “ la Muerte Materna en México: la contribución del aborto inducido”, en Ortiz A, (ed), Razones y pasiones en torno al aborto, México, Edamex/populación Council, 1994, pag 149 – 153.
28. Aristizábal AM, Vásquez ML. MM en Cali ¿Una década sin cambios? Rev Colombia Médica 1996, 27:117-124

29. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE 10), 10° revisión. Ginebra.. Organización Mundial de la Salud, 1992
30. Manual de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel. Secretaria de salud, dirección general de salud reproductiva. P. 12
31. Wayne W. Daniel, Bioestadística, bases para el análisis de las ciencias de la salud. Noriega limusa p. 563-580
32. Plan Estratégico para la reducción de la Mortalidad Materna, ministerio de salud Pública y Asistencia Social, 2004-2008. Guatemala.
33. Hernández B. Chirinos J. Romero L. Langer A. Estimating maternal mortality in rural areas of México: the application of an indirect demographic method internacional Journal of. Gynecology and Obstetric, 1994-Sep; 46(3): p. 285-289
34. PAHO HQ Biblioteca Catalogación en Publicación, Grupo de trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la MM, Reducción de la Mortalidad y la Morbilidad Maternas. Consejo Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe, p. 4, 2003
35. Ficha breve de diagnóstico del Hospital Regional de Río Blanco, Departamento de Estadística. 2004- 2010
36. Memoria sexenal del Hospital Regional de Río Blanco, Departamento de Estadística. 2004- 2010
37. Informe ejecutivo del Hospital Regional de Río Blanco, Departamento de Estadística. 2004- 2010
38. Guía de Práctica Clínica: Prevención y manejo de la Hemorragia Posparto en el primer y segundo nivel de atención.

39. NOM-007 SSA2-1993 Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido. Criterios y procedimientos en la prestación del servicio.
40. Departamento de Recursos Financieros de JS VII, Presupuesto 2009.
41. H de canales Francisca, De Alvarado Eva Luz, Pineda Elia Beatriz, Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud.
42. Registros del departamento de enseñanza del Hospital Regional de Río Blanco.
43. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-103-08.
44. Freyermuth Graciela, Sesia Paola. La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura. 2. Serie, evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva, mujeres y hombres en el siglo XXI. P..62-64
- http://74.6.147.41/search/srptcache?ei=UTF-8&p=estudios+sobre+muerte+materna&fr=moz35&u=http://cc.bingj.com/cache.aspx?q=estudios+sobre+muerte+materna&d=4758398921737944&mkt=es-ES&setlang=es-ES&w=15f2ce76,7c76b593&icp=1&.intl=es&sig=4xvar8k9AEyd8HM_dQIQGg--
45. Reduciendo la mortalidad materna en Perú.
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Reduciendo-La-Mortalidad-Materna-En-El/3059208.html>

AGRADECIMIENTOS

“A todas las mujeres embarazadas que han fallecido,

Su pérdida y el desamparo de sus hijos,

Fue el principal motivo que me llevo a realizar este proyecto”...

- ❖ Al gobierno del estado de Veracruz, por el apoyo con los recursos para el estudio de la presente maestría.
- ❖ Al personal que participo en la realización y capacitación del curso de Redes Rojas, y autoridades de la Jurisdicción Sanitaria VII Orizaba, del Hospital Regional de Río Blanco, Jefes de enseñanza (2): los actuales y los pasados, que colaboraron en la realización del curso de Redes Rojas, gracias a ustedes se hizo posible la realización de este proyecto.
- ❖ Mi directora de Tesis Mtra. Ahidéé Guadalupe Leyva López, por su dedicación, tiempo, apoyo y creer, en mí sin conocerme ni haber sido mi profesora.
- ❖ Al Mtro. Rodolfo Méndez Vargas, por su dedicación al grupo de Veracruz y a la asesoría de mi tesis.
- ❖ Mtra. Rosaura Atrisco y profesores de la Maestría en salud pública en servicio, por su dedicación para nuestro aprendizaje.
- ❖ A mi asesor de Veracruz: Dr. Xavier Enrique Ibarra Colado, por su colaboración para la elaboración de la tesis.

- ❖ A Mis padres, y hermano, quienes han apoyado siempre mis proyectos, soportado mi ausencia, por mi formación profesional y fomentan día con día mi superación personal.
- ❖ A Jorge, mi esposo, por su apoyo, tiempo, desvelos y amor, que impulsaron la culminación de mi posgrado. “con quien hice una apuesta: Quien se titule primero se gana unas vacaciones”.
- ❖ A ti mi pequeño Emiliano, que desde mi vientre me acompañaste a trabajar en mi proyecto, por quien suspendí mi estudio y de quien me tuve que separar unos días para terminarlo: Gracias por tus alegrías y sonrisas.
- ❖ Muy especialmente a mis amigos de la JS VII, (Bernardo, Memo, José Carlos, José Alberto, Ma. De Jesús) y a usted Dra. Eva Campos Solano que nos motivo y gestiono la beca para el estudio de la Maestría. Amigos juntos iniciamos este proyecto, a ustedes que un día el destino nos llevo a Cuernavaca y hoy las circunstancias laborales de la JS VII han separado nuestros caminos, todos continuamos en el campo de la salud pública, ya no en la misma sala de trabajo pero si todos trabajando a favor de la salud de Veracruz. Gracias por su cariño, apoyo, tiempo y sobre todo su amistad.
- ❖ ***“A ti Diosito, a quien siempre dejo al final, y eres el primero en confiarme tus proyectos, gracias por hacer realidad el milagro de mi titulación, por que cuando ya me había rendido, me diste sabiduría para plasmar lo que en tanto tiempo no logre hacer, pusiste a tus ángeles a mi cuidado para guiarme y permitir el cierre de este ciclo de vida”.***