

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

Por:

LIC. FRANCISCA CASTRO DURAN

**Como Requisito Parcial Para Obtener El Grado De
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Administración de Servicios de Enfermería**

DICIEMBRE, 2004



1080091821

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FAULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

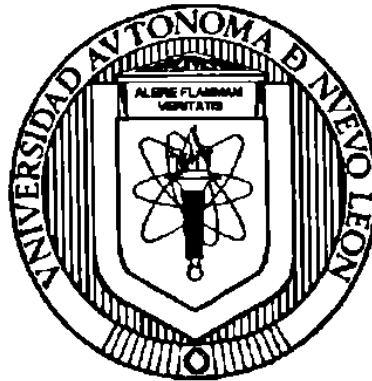
Por:

LIC. FRANCISCA CASTRO DURAN

Como Requisito Parcial Para Obtener El Grado De
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Administración de Servicios de Enfermería

DICIEMBRE, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

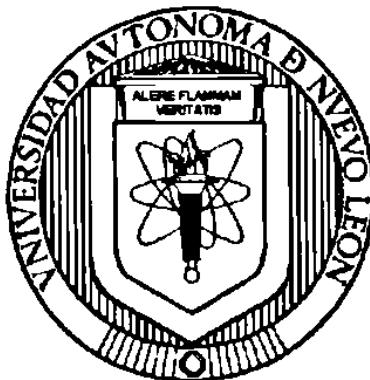
Por

LIC. FRANCISCA CASTRO DURÁN

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios de Enfermería

DICIEMBRE, 2004

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Por

LIC. FRANCISCA CASTRO DURÁN

Director de Tesis

MC. MARÍA EUGENIA GARZA ELIZONDO

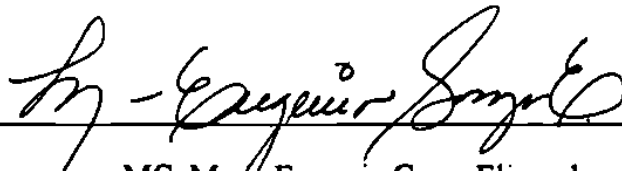
Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Administración de Servicios de Enfermería

DICIEMBRE, 2004



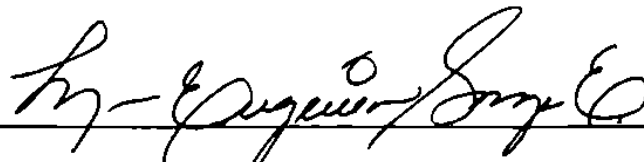
**CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR**

Aprobación de Tesis:



MC. María Eugenia Garza Elizondo

Director de Tesis



MC. María Eugenia Garza Elizondo

Presidente



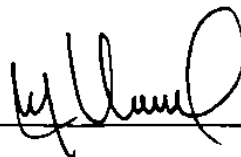
Dra. Yolanda Flores Peña

Secretario



ME. María Guadalupe Moreno Monsiváis

Vocal



MSP. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por darme vida y fortaleza para el logro de mis objetivos y llenarme de satisfacción al llegar al final de esta meta.

Un profundo agradecimiento a mi familia por su comprensión, paciencia y apoyo incondicional a lo largo de este tiempo.

A mi director de tesis por su paciencia, talento y compromiso, lo cual fue muy importante y significativo tanto en lo académico como en lo personal para llegar al término de la tesis.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y su personal académico por su aportación en cada una de las materias y por ser uno de los principales pilares en la mejora y actualización de la Profesión de Enfermería.

DEDICATORIA

A ti hijo, por tu paciencia y madurez para permitir mi superación y actualización académica, por tu apoyo y comprensión a lo largo de todo este tiempo, gracias por compartir los momentos más difíciles y felices de mi vida.

Con mucho cariño a toda mi familia: mis padres, hermanos, cuñados y sobrinos por su apoyo y comprensión.

A mis compañeros y amigos, quienes me brindaron su amistad, cariño y apoyo a lo largo de este tiempo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Referencial	4
Estudios Relacionados	5
Definición de Términos	7
Capítulo II	
Metodología	8
Diseño de Estudio, Población de Estudio, Muestreo y Muestra	8
Instrumento de Recolección de Información	9
Procedimientos de Recolección de Información	10
Indicadores empíricos	10
Estrategias para el Análisis de Datos	11
Consideraciones Éticas	11
Capítulo III	
Resultados	13
Descripción General de la Población de la Zona Médica Estudiada del IMSS en NL	13
Descripción de la Aplicación del PISA en una Zona Médica del IMSS	15
Capítulo IV	
Discusión	19
Conclusiones	22

Contenido	Página
Recomendaciones	23
Referencias	24
Apéndices	
A Cédula de Medición de Atributos del PISA en el Adulto	27
Mayor: Componente de Prevención y Control de Enfermedades	
B Cédula de Medición de Atributos del PISA en el Adulto	29
Mayor: Componente de Detección de Enfermedades	
C Indicadores Empíricos de los Atributos del PISA	32
Componente de prevención y control de enfermedades	32
Componente de detección de enfermedades	32

Lista de Tablas

Tabla		Página
1	Variables sociodemográficas de los adultos mayores de una Zona Médica	13

Lista de Figuras

Figura		Página
1	Personal que participa y registra actividades preventivas del PISA en el adulto mayor de una Zona Médica del IMSS	15
2	Aplicación de la VAN en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	15
3	Aplicación del TTD en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	16
4	Aplicación de la VAI en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	16
5	Aplicación de la DDM en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	17
6	Aplicación de la DHTA en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	17
7	Aplicación de la DCAMA en 202 mujeres del grupo de adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	18
8	Aplicación de la DCACU en 202 mujeres del grupo de adultos mayores de una Zona Médica del IMSS	18

RESUMEN

Francisca Castro Durán

Fecha de Graduación: Diciembre, 2004

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA INTEGRADO
DE SALUD EN EL ADULTO MAYOR

Número de páginas: 33

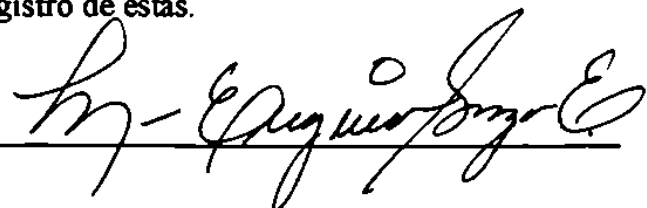
Área de Estudio: Administración de Servicios
de Enfermería

Candidata para el Grado de Maestría
en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Administración de
Servicios de Enfermería

Propósito y método de estudio: se determinó el cumplimiento del Programa Integrado de Salud (PISA) en el adulto mayor. Se diseñó una medición de atributo; la población correspondió a 384 adultos mayores (60 años y más) distribuidos equitativamente en cuatro unidades de medicina familiar en la Zona Médica 4. La unidad de observación correspondió al expediente clínico, los que fueron seleccionados con un muestreo probabilístico: al azar simple. El cumplimiento del PISA fue a través de la frecuencia y periodicidad de las acciones de inmunización y detección. Así se midió la aplicación “correcta”, “más de lo correcto”, “incorrecta” y “no hay registro” de la vacuna antiinfluenza (VAI), antineumocócica (VAN) y del toxoide tetánico diftérico (TTD); así como la detección de diabetes mellitus (DDM), de hipertensión arterial (DHTA), de cáncer mamario (DCAMA) y cáncer cérvico uterino (DCACU). La información se recabó en una ficha de colección de datos diseñada para este fin. El análisis estadístico consistió en frecuencias simples, medidas de tendencia central y de dispersión.

Contribuciones y conclusiones: el promedio de edad correspondió a 68.9 ± 7.2 años, un 44.3% se dedicaba al hogar y un 36.2% eran jubilados o pensionados. En las actividades del PISA se observó que se aplicaron correctamente la DDM en un 51.0%, la DHTA un 58.3%, la DCAMA en el 10.9% y la DCACU en el 18.0%. En el componente de inmunizaciones la VAI se aplicó correctamente en el 2.6%, la VAN en un 16.1% y el TTD en un 30.2%. Se observó que una cantidad importante de expedientes no contaban con registro de actividades del PISA. Trabajos como este son una fuente importante de datos y ayudan en la medición de programas. Además favorecen la localización de focos de alerta, donde se debe establecer acciones para incrementar la aplicación de las acciones preventivas y evitar la falta de registro de éstas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



Capítulo I

Introducción

Actualmente, México ocupa el décimo primer lugar entre los países más poblados del mundo; lo que se relaciona con un importante descenso de la mortalidad, como resultado del mejoramiento de las condiciones de vida y de los avances logrados en educación, salud, alimentación, infraestructura sanitaria, tecnología médica y control ambiental; y por consecuencia al incremento de la esperanza de vida. Así, la población mexicana se encuentra en la última fase de una transición demográfica dirigiéndose hacia un crecimiento cada vez más reducido y a un perfil más envejecido. El grupo de adultos mayores de 65 años y más, representa aproximadamente el 5% de la población total y se espera que se duplique en los próximos 15 años; lo que conlleva a una reorientación del Sector Salud Mexicano (SSM). Este crecimiento está representado por uno de cada 20 mexicanos (Plan Nacional de Desarrollo [PND], 2001).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el ámbito nacional; el 12.4% de los derechohabientes corresponden este grupo; mientras que en Nuevo León (NL) es del 8.7% (IMSS, 2000, 2002a). Una característica propia de este grupo de riesgo es la presencia de padecimientos crónicos lo que propicia una demanda de servicios de salud (PND, 2001).

Para dar respuesta a esta demanda de servicios de salud es necesario tomar en cuenta el perfil del cliente y considerar los cambios de la población. En la mayoría de los países, el problema del incremento de los costos de los servicios de salud se combina con la necesidad de asistir a un número cada vez mayor de personas de edad avanzada, estos son aspectos que dan máxima prioridad a la planificación de servicios sanitarios y sociales para este grupo de riesgo a fin de hacerlos más accesibles.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto el Programa de Protección de la Salud en las personas de Edad Avanzada; el cual tiene sus bases en la

promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; considerando que las medidas preventivas son igualmente beneficiosas tanto para jóvenes como para personas de mayor edad. Estas actividades están dirigidas a personas expuestas a ciertos riesgos y pueden retrasar el inicio de la enfermedad o reducir la incapacidad resultante (Fung, Maggi & Steel, 1993).

En el SSM estas actividades de promoción y prevención se han efectuado bajo diferentes nomenclaturas en todas las instituciones que lo conforman. En el IMSS durante el año 2001 se emplearon un total de 34198 dosis de vacuna antiinfluenza (VAI); mientras que de la vacuna antineumocócica (VAN) se aplicaron 61234 dosis; para el toxoide tetánico diftérico (TTD) fueron utilizadas 487083 dosis en el mismo año. En el caso de las detecciones en el mismo periodo se reportó que para la detección de diabetes mellitus (DDM) se alcanzó un 98.94%; para la de cáncer cérvico uterino (DCACU) el logro fue de 93.93%; y para el caso de la detección de cáncer mamario (DCAMA) fue un 94.93% (IMSS, 2002a).

Estos informes permiten una visión global del uso de las acciones preventivas; sin embargo, no es factible identificar las acciones realizadas en grupos de riesgo específicos, solo en aquellos casos en los que las acciones sean concretas para algún grupo; un ejemplo en este caso es la VAI y VAN que se aplican solo al grupo de adultos mayores y el resto son acciones que se desarrollan en diferentes grupos.

Así para el año 2002, el IMSS decidió integrar los programas para grupos de población específica y conjuntar estas actividades; tratando de esta manera hacer eficientes los recursos destinados a la salud, a través de la implementación de los Programas Integrados de Salud (PISA). Éstos incluyen actividades dirigidas a promover la salud, prevenir, controlar y detectar oportunamente los riesgos y daños más frecuentes en grupos específicos de edad; mediante la participación colectiva conformada por grupos multidisciplinarios (IMSS, 2002b).

Estos programas son realizados en las unidades médicas de la institución ya sea

intra o extra muros. Participa entre otros, personal de enfermería en la realización de actividades basadas en los problemas de salud y/o enfermedad de la población derechohabiente, así como en la evaluación de programas de atención comunitaria y educativos, con la colaboración de grupos de la comunidad y del personal de salud.

Todas estas actividades proporcionan áreas de oportunidad para la profesión de enfermería, al participar activamente en cada una de ellas. Lo anterior permite al directivo de enfermería medir y evaluar parte de los procesos que el personal operativo realiza en su práctica diaria, tratando de dar propuestas de solución a lo que no se desarrolla en la forma establecida, implantando planes de mejora en éstos; así como tratar de detectar en dónde se tendrá que producir cambios; ya sea en el personal o el grupo de población específica.

Las instituciones deben medir sistemáticamente sus programas, servicios y acciones; lo anterior con el fin de asegurar el cumplimiento de sus compromisos y realizar los ajustes necesarios, así como valorar objetivamente los avances y limitaciones de los factores que intervienen en su realización; además de indicar el desarrollo de la capacidad operativa (Lezana-Fernández, Álvarez- Lucas & Leviz-Cordero, 1993). Además, deben formular recomendaciones acerca de las ventajas de lo que se está realizando y mejorar su calidad (Fung et al., 1993).

Por lo que surge el interés de plantear el presente estudio de investigación con el propósito de identificar el cumplimiento de la aplicación de actividades preventivas de inmunización y detección del PISA en el grupo de adultos mayores en el IMSS, Nuevo León. Para cumplir lo anterior se planteó un estudio de tipo medición de atributo; el cual permite reunir información cuantitativa acerca de las características de un objeto o evento (Feher, Strickland & Lenz, 1991). En este caso de la aplicación de las actividades preventivas de inmunización y detección del PISA para adultos de 60 años y más.

Marco Referencial

La guía técnica del PISA (IMSS, 2002b) para el grupo de adultos mayores incluye cuatro componentes: Promoción de la salud, nutrición, prevención y control de enfermedades y por último el de detección de enfermedades. El presente estudio midió los dos últimos componentes del programa. El tercer componente que corresponde al de prevención y control de enfermedades se realizó solo la revisión de la parte de enfermedades prevenibles por vacunación. En éste se identificó el empleo de la VAI que está indicada anualmente desde los 59 años; la VAN que se utiliza una dosis a partir de los 60 años y refuerzo cada cinco años; y el TTD que se aplica en dos dosis con intervalo de cuatro a ocho semanas.

El cuarto componente se relaciona con las acciones para la detección de enfermedades. En la DCAMA, se indagó acerca de la exploración clínica de las mamas anual o bienal según corresponda hasta los 69 años. Para la DCACU, se exploró acerca de la realización del papanicolaou, que se recomienda hasta los 65 años y cada tres años después de dos años consecutivos de resultado normal; además, la DDM y la DHTA anualmente.

Cada una de las mencionadas actividades preventivas cuentan con un esquema de aplicación y realización y al iniciar el PISA se da continuidad a éstos, o en caso de no haberse aplicado se inicia su empleo.

Para el presente estudio se utilizó una medición de atributo, Feher et al. (1991) mencionan que uno de los principios de la medición es enfocarse en la cantidad de una característica de un objeto y que el atributo puede variar en cantidad o tipo. Así la medición da una interpretación de un atributo poseído por un objeto o un evento, generalmente expresada en números y clasificados por niveles en escalas de medición ya sea nominal, ordinal, de intervalo o de razón. Un indicador para la realización de la medición de atributo es el porcentaje, que es la cantidad de puntos que han sido realizados entre el puntaje máximo posible en la medición.

Subias et al. (2001) han utilizado lo anterior en la evaluación de las acciones del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) en donde el atributo medido fue el uso de las acciones preventivas en diferentes grupos de riesgo; utilizaron los atributos de correcto, más de lo correcto, incorrecto y no hay registro en cada una de las acciones preventivas del PAPPS.

Estudios Relacionados

La evidencia que se presenta en esta sección en su mayoría son reportes de uso de las diferentes acciones preventivas que se realizan en los adultos mayores. Se presentan artículos en los que se realizaron mediciones de uso de acciones preventivas, finalmente en los que se hacen mediciones de actividades de prevención en el marco de un programa.

En el Estado de Nuevo León se realizó un estudio en población abierta a 254 personas de 25 años y más, se indagó acerca del uso de acciones de detección e inmunización, encontrando que para el grupo de personas de 65 años y más ($n = 25$) el 58% de los adultos mayores usó la DDM y la DHTA, mientras que el 43% se aplicó el TTD. En las detecciones de la mujer el 60% se realizaron la DCAMA y la DCACU (Garza, Villarreal, Salinas & Núñez, 2004).

Ives, Lave, Traven, Schultz y Kuller (1996) revisaron la práctica de la mamografía y el papanicolaou en los primeros dos años de recibir servicios de una agencia de mantenimiento de la salud; estudiaron a 2175 mujeres mayores. Reportaron que un 44.6% se había realizado la mamografía, 14.6% el papanicolaou; además encontraron que ser más jóvenes, tener más escolaridad, contar con seguro médico, no necesitar ayuda para el desarrollo de actividades diarias, no tener diabetes o artritis fueron factores que propician el uso de la mamografía; mientras que para el uso del papanicolaou fue ser más joven, tener mayor escolaridad y estar casada.

Gilliland, Mahler, Hunt, y Davis (1999) realizaron un estudio referente a los

cuidados de salud preventivos entre la comunidad Indio-Americana en Nuevo México, con el objetivo de identificar la mortalidad por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes y la utilización de los servicios preventivos característicos para este grupo étnico. Consideraron la edad, la rutina de revisión de la salud, incluyendo la presión arterial, colesterol en sangre, mamografía, examen clínico de mama, las vacunaciones de influenza y la identificación de factores de riesgo para la diabetes. Los hallazgos principales en el grupo de 50 años y más fueron para DHTA un 92.2%, de colesterol el 58.5%, la VAI la encontraron en el 60.3%, mientras que habían aplicado alguna vez la VAN un 30.7%; la DCACU fue de 68.0%, para la DCAMA fue un 69.7%. Además encontraron una prevalencia de DM de 26.4%.

Fernández, Lence, Cabezas, Romero y Camacho (1996) evaluaron el programa de control del cáncer del cuello del útero en Cuba con diferentes indicadores entre los que se encontraba el de cobertura. Los resultados demostraron una cobertura del 54%, siendo mayor en las mujeres de entre 20 y 39 años de edad y muy baja entre los 40 años.

Subias et al. (2001) evaluaron el PAPPS el cual contiene un conjunto de acciones preventivas dirigidas a grupos específicos de edad en 17 comunidades autónomas de España; mediante la verificación del cumplimiento de estas actividades en la población adscrita a 224 centros de salud; encontraron que en el subprograma del adulto las actividades de prevención se aplicaron de forma correcta en la HTA un 43%, en consumo de alcohol 38.5%; vacunación antitetánica 39.1%; detección de hipercolesterolemia 37.9%; citología 20.%; exploración mamaria 6.6%; la mamografía en 12.3%; la vacunación antigripal 48.6%; vacunación antirrubéola 42.2% y un 62.6% de los expedientes cuentan con hoja de registro del PAPPS.

Así, se puede observar que la evidencia que se presenta es referente al uso de las acciones preventivas en encuestas realizadas a la población de riesgo, solo uno de los reportes presentados miden las acciones que se realizan en un programa mediante el uso de los registros clínicos existentes.

Definición de Términos

Se propone el concepto cumplimiento de un programa, lo que implica la verificación de la realización de las acciones incluidas en éste (Subias et al., 2001). Para el caso del PISA, es la aplicación de acciones preventivas de inmunización y detección en los adultos de 60 años y más del IMSS, NL.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el abordaje metodológico para el desarrollo de la presente investigación. Se muestra el diseño del estudio, así como la población y la selección de la muestra. Se mencionan procedimientos efectuados para la realización del proyecto y el manejo de la información; así como los aspectos éticos para el desarrollo del estudio.

Diseño del Estudio, Población de Estudio, Muestreo y Muestra

Se realizó un estudio de medición de atributo, el cual se aplica para reunir información descriptiva acerca de la cantidad en que se presenta dicha característica (Feher et al., 1991). Se revisaron los expedientes de 384 adultos mayores (60 años y más), con mínimo dos años de adscripción en las Unidades de Medicina Familiar (UMF): A, B, C y D, en el IMSS de Nuevo León.

La elección de las UMF se realizó en etapas, primeramente se eligió al azar simple una zona médica de las cinco que hay en la Delegación Nuevo León; posteriormente por conveniencia se seleccionaron las UMF del área metropolitana (A, B, C y D).

En estas UMF la distribución de la muestra ($n = 384$) fue equitativa (96 por UMF), así como para cada turno y consultorio. Los expedientes fueron seleccionados con un muestreo probabilístico mediante la técnica del azar simple, usando el tarjetero de grupos de riesgo.

Para calcular el tamaño de muestra se hicieron proyecciones de la población de 60 años y más de este grupo en la población estatal, ocupando el 7.1% (población de 60 años y más en el estado $\times 100$ /población estatal) (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2001). En las UMF A, B, C y D se estimó la

población que ocupa este porcentaje mediante la fórmula de (proporción de personas en el estado de 60 años y más X total de población usuaria en las UMF A, B, C y D/ 100), correspondiendo un total de 24740 personas de este grupo (IMSS, 2000).

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con base en el supuesto de que “el 48% de la población cuenta con aplicación correcta de la vacuna antiinfluenza” (Subias et al., 2001). Se usó la fórmula para estimar una proporción en una población finita, con un intervalo de confianza (IC) de 95%, un margen de error del 5% y una N de 24740, resultando un tamaño mínimo de muestra de 378 expedientes de personas de 60 años y más a los que se agregaron seis para la representatividad de turno y consultorio; en total la muestra correspondió a 384 adultos mayores.

Instrumento de Recolección de Información

Se elaboraron dos Cédulas de Medición de Atributos del PISA en el Adulto Mayor, uno para el componente de prevención y control de enfermedades aplicado a las prevenibles por vacunación (CMAPISAAM1) (Apéndice A); y otra para el componente de detección de enfermedades (CMAPISAAM2) (Apéndice B). Contienen casillas para registrar las fechas de aplicación de cada acción, una a la derecha para codificar la aplicación del PISA; con cuatro opciones de respuesta: uno cuando corresponda a la aplicación correcta esto es cuando se cumple con la frecuencia y periodicidad establecida; dos para aplicación incorrecta cuando se cumple menos de lo establecido; tres para la aplicación más de lo correcto, esto cuando se cumple más de lo establecido y cuatro cuando no hay registro en el expediente. Además incluye un apartado para anotar el personal que participa en la aplicación y registro de las actividades.

La CMAPISAAM1 cuenta además con datos sociodemográficos como: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación; así como número de consultorio; y la presencia de alguna patología presente en el adulto mayor y tiempo de evolución con ésta.

Procedimientos de Recolección de Información

Se aplicó una cédula previa autorización del Comité de Investigación y de Ética de la Facultad de Enfermería, además del Comité Local de Investigación del IMSS en Nuevo León. Se solicitó la colaboración de los directivos de las UMF A, B, C y D para proporcionar las facilidades en la colecta de la información.

Se localizaron los expedientes clínicos, se realizó su revisión y el registro de la información en el lugar designado por el directivo de la unidad (por lo general en una aula de educación continua del personal de salud), se utilizó tabla clip y lápiz. En el expediente clínico se identificó la hoja de registro de actividades preventivas para transcribir las fechas de aplicación, considerando las realizadas con anterioridad al inicio del PISA; ya que algunas actividades solo se continúa con el esquema de inmunización y detección mientras que en otras se inicia. Para la DCACU y DCAMA se verificó también la hoja de colección de estudios de laboratorio y gabinete. En el caso de la DHTA y DDM se localizó también información en las notas médicas.

Indicadores empíricos.

La construcción de los indicadores se realizó mediante lo propuesto por Feher et al. (1991) quienes mencionan que un indicador para la realización de la medición de atributo es el porcentaje, que es la cantidad de puntos que han sido realizados entre el puntaje máximo posible en la medición. Lo cual se da mediante la fórmula: $(\text{Número de sujetos que presentan el atributo} / \text{Número máximo posible en la medición}) \times 100$; para el caso de las acciones preventivas del PISA este indicador queda representado en la siguiente ecuación: $(\text{frecuencia de la aplicación} / \text{total de personas de 60 años y más}) \times 100$. El total de indicadores propuestos para esta medición de atributos se muestra en el Apéndice C.

Estrategias para el Análisis de Datos

Se elaboró una base de datos en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 10.0. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando promedios y desviación estándar, así como frecuencias de los indicadores mencionados previamente.

Consideraciones Éticas

Este proyecto se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1997) donde se establece que este tipo de investigación es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general. En el Capítulo I de las Disposiciones Comunes; el Artículo 13 establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar. Esta se consideró una investigación sin riesgo ya que no se realizó ninguna intervención con los pacientes, solo se efectuó una revisión de expedientes.

De acuerdo al Título Sexto, y lo dispuesto en el Artículo 113, la realización de éste estudio estuvo dirigida por una investigadora, profesional de la salud, con formación académica y experiencia adecuada para el desarrollo del mismo, además es miembro de la institución de atención a la salud en donde fue desarrollada la investigación.

Para cumplir con el Artículo 115 y 120 este proyecto fue desarrollado de acuerdo al protocolo establecido el cual fue evaluado por el Comité de Investigación y el de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. También fue evaluado y registrado en un Comité Local de Investigación IMSS. Para garantizar el principio de autonomía de las personas, en este estudio se conservó y respetó la confidencialidad del propietario de los datos obtenidos. Para el logro del principio de

beneficencia la aportación de este proyecto fue la identificación de desviaciones en la aplicación del PISA, proponiendo estrategias para su corrección y con esto colaborar con la institución en la protección específica de este grupo de riesgo.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación. Los resultados se exponen de la siguiente manera: primeramente se muestra una descripción general de la población y posteriormente la aplicación del PISA en una Zona Médica del IMSS en NL.

Descripción General de la Población de la Zona Médica Estudiada del IMSS en NL

La población presentó una edad promedio de 68.9 ± 7.27 años. EL 52.6% correspondió al sexo femenino; con primaria o ninguna escolaridad 56.5%; tenía pareja el 73.0% y se dedicaban al hogar un 44.3%. En la tabla 1 se observan las variables sociodemográficas.

Tabla 1

Variables sociodemográficas de los adultos mayores de una Zona Médica

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	182	47.4
Mujer	202	52.6
Estado civil		
Con pareja	206	53.6
Sin pareja	76	19.8
No hay registro	102	26.6

Tabla 1 (continuación)

Variable	<i>f</i>	%
Escolaridad		
Ninguna	128	33.3
Primaria	89	23.2
Secundaria	12	3.1
Preparatoria o técnica	9	2.3
Profesional	3	0.8
No hay registro	143	37.3
Ocupación		
Hogar	170	44.3
Jubilado o pensionado	139	36.2
Empleado	9	2.3
Otra	29	7.6
No hay registro	37	9.6

Fuente: CMAPISAAM1

n = 384

Se observó que presentaban diabetes mellitus un 40.4% de los adultos mayores, con 9.3 ± 7.0 años de evolución. Mientras que la hipertensión arterial se reportó en un 47.4%, los que presentaron un desarrollo de la enfermedad de 9.7 ± 6.7 años. Además, se encontró registrado con síndrome depresivo a un 5.5%, en los cuales se reportó un tiempo de progreso de la enfermedad de 9.6 ± 7.2 años.

En el componente que corresponde al de prevención y control de enfermedades, que incluye entre otros lo que respecta a vacunación se observa en la figura 1 que los médicos y el personal de enfermería son los que mayormente participan en la aplicación y registro de las actividades del PISA en el Adulto Mayor con un 96.4% y 76.8%

respectivamente.

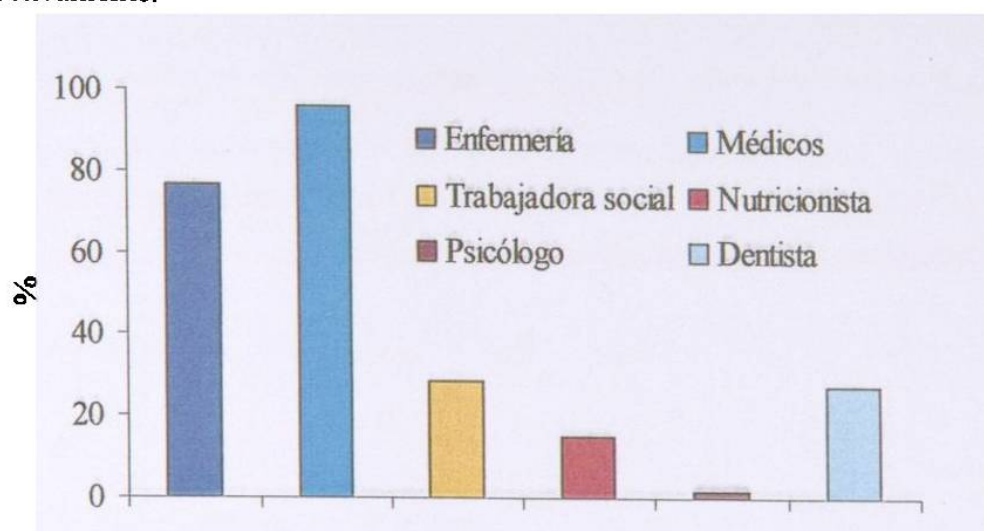


Figura 1. Personal que participa y registra actividades preventivas del PISA en el adulto mayor de una Zona Médica del IMSS

Descripción de la Aplicación del PISA en una Zona Médica del IMSS

En la figura 2 se observa en lo que respecta a las actividades preventivas del PISA que la aplicación correcta para la VAN fue de un 16.1%; mientras que no hay registro en un 66.5% de los expedientes y no existe aplicación más de lo correcto.

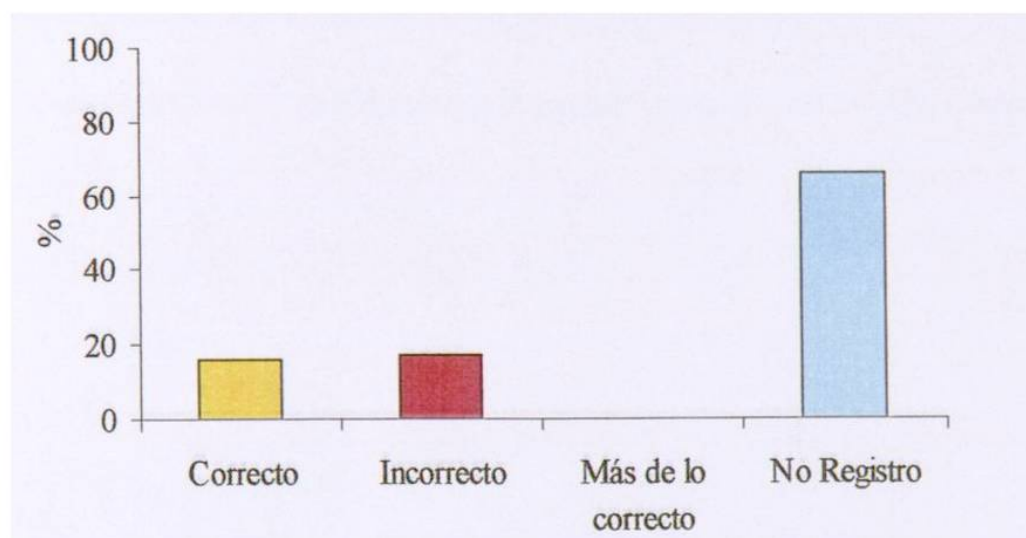


Figura 2. Aplicación de la VAN en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

En lo que respecta a la aplicación del TTD, éste se aplicó correctamente en un 30.2% de los adultos mayores; mientras que en el 38% no se encontró evidencia de su empleo y que no hubo aplicación más de lo correcto. Esto se puede observar en la figura 3.

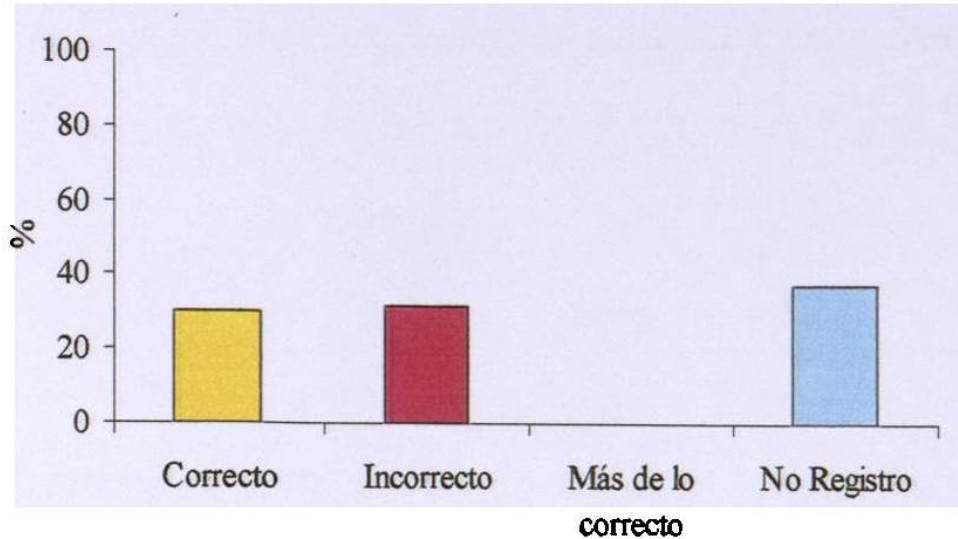


Figura 3. Aplicación del TTD en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

En la figura 4 se muestran los resultados de la aplicación de la VAI, se puede observar que se aplicó correctamente en un 2.6%, mientras que en el 83% no se encontró registro en el expediente clínico acerca de su uso en los adultos mayores.

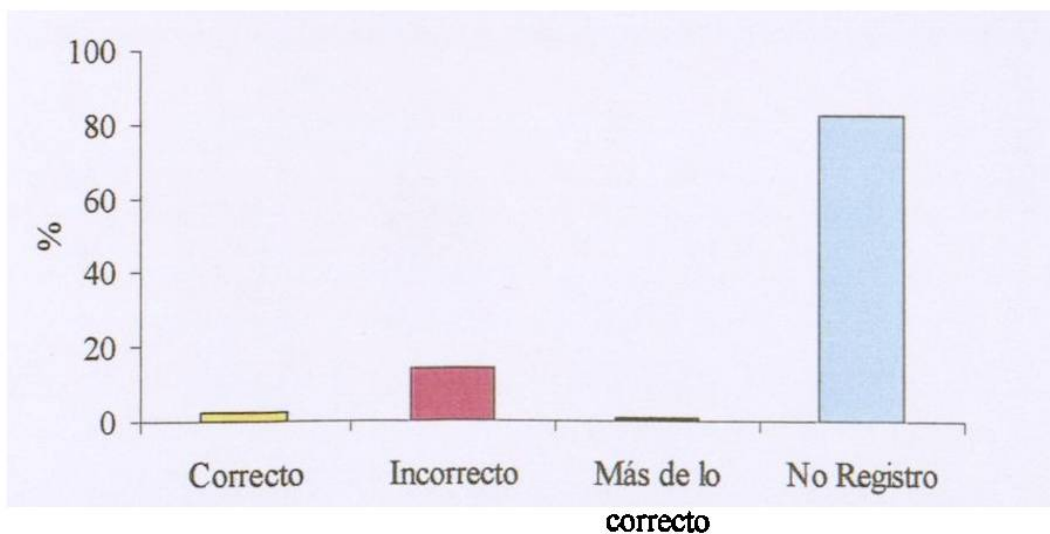


Figura 4. Aplicación de la VAI en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

correctamente, mientras que en un 39.1% no se encontró evidencia de su realización en el expediente clínico.

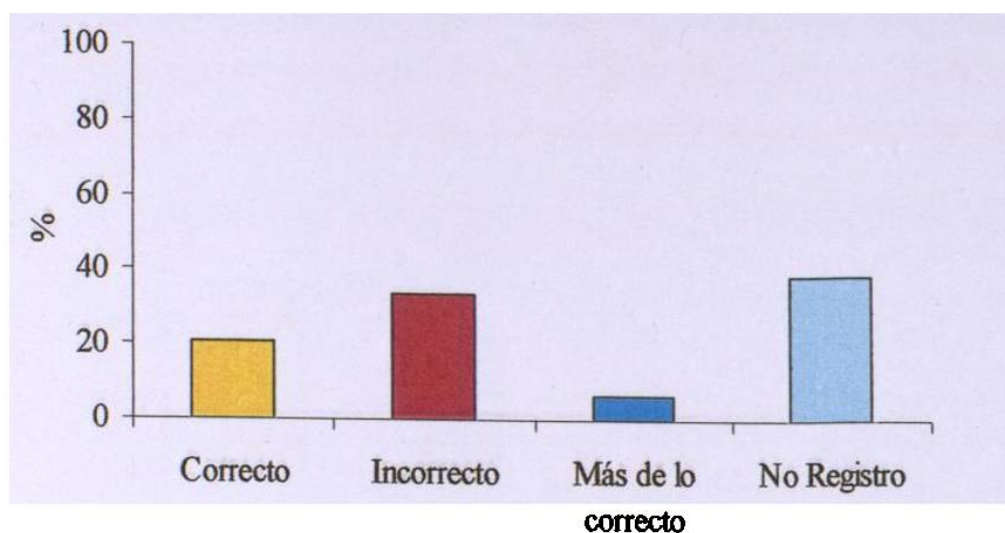


Figura 7. Aplicación de la DCAMA en 202 mujeres del grupo de adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

Finalmente en la figura 8 se observa que la DCACU se aplicó correctamente en un 34.2% de las mujeres, mientras que en el 38.1% se realizó de forma incorrecta.

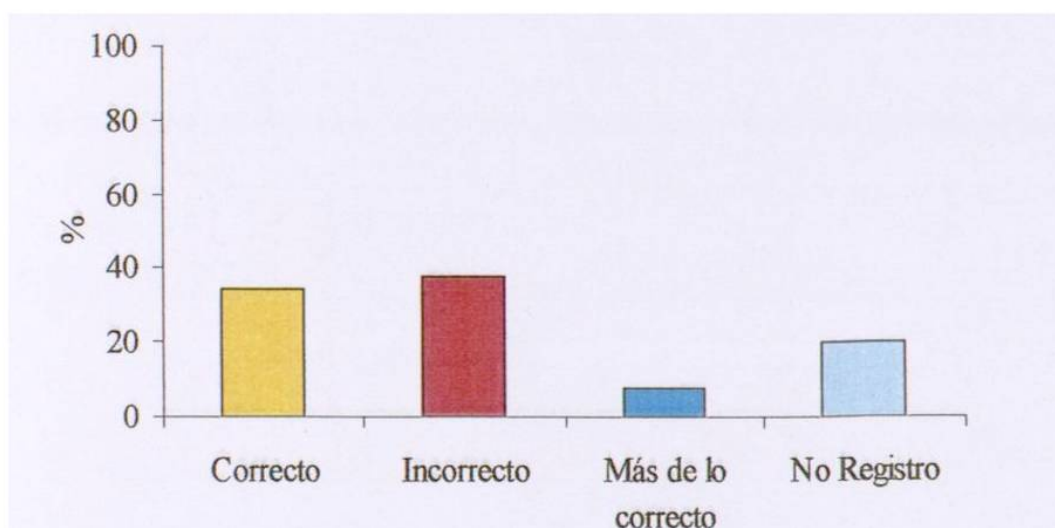


Figura 8. Aplicación de la DCACU en 202 mujeres del grupo de adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

Al revisar lo que se aplicó en el componente de detección de enfermedades; se observa en la figura 5 que en lo que respecta a la DDM, se realizó correctamente en un 51%, mientras que de forma incorrecta se realizó en un 37.2% de los adultos mayores.

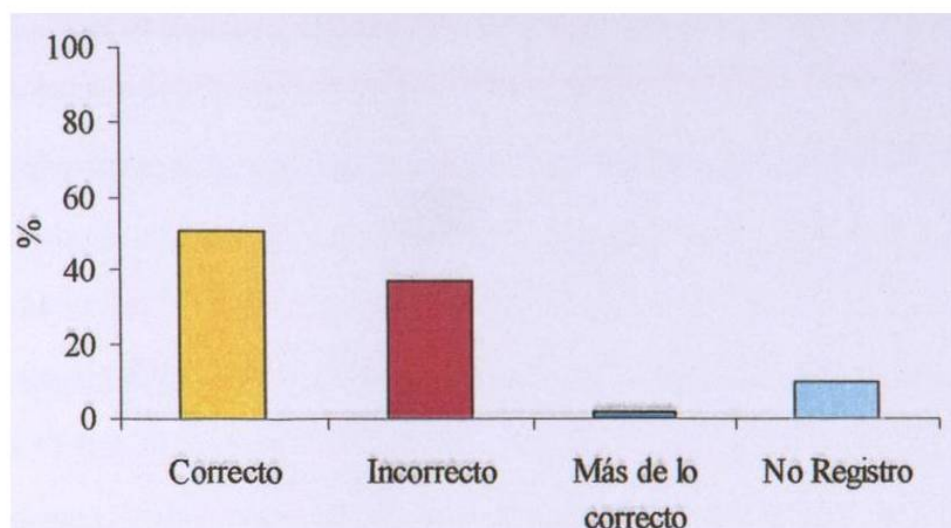


Figura 5. Aplicación de la DDM en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

En la figura 6 se puede observar que la DHTA se efectuó correctamente en el 58.3%, mientras que en un 25.5% de los adultos mayores se realizó de forma incorrecta.

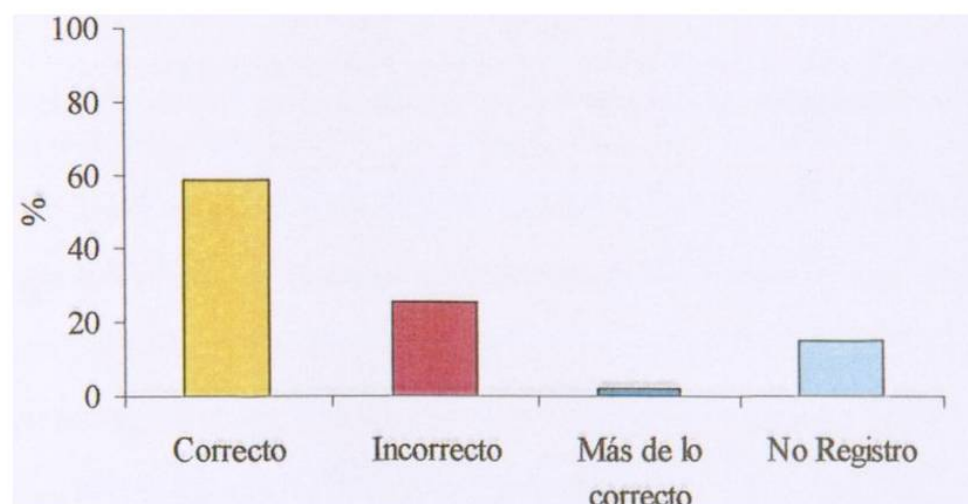


Figura 6. Aplicación de la DHTA en los adultos mayores de una Zona Médica del IMSS

En las detecciones propias de la mujer; en la figura 7 se muestra que respecto a la DCAMA en el 20.8% de las mujeres del grupo de adultos mayores se efectuó

Capítulo IV

Discusión

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta el IMSS es el envejecimiento de la población y esto se ve reflejado en el pago de pensiones y jubilaciones de personas que abandonan el escenario productivo y en la necesidad de servicios curativos, preventivos, asistenciales y de rehabilitación para la atención médica de las personas de edad avanzada. Durante esta edad las personas padecen diversos procesos mórbidos en los que se pueden realizar diversas acciones que pueden incrementar la esperanza de vida y reducir la discapacidad; así, en el PISA se pretende detener el incremento de estas patologías en edad temprana, reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida de los derechohabientes adultos.

La población estudiada presentó un promedio de edad poco menor de siete décadas, similar a lo reportado por Boles, Getchel, Feldman, McBrige y Hart (2000), y menor a la edad encontrada en población de adultos mayores ingresados en un hospital del Reino Unido (Gupta, Makinde, Morris, Thomas & Hasan, 2000).

En lo referente al sexo se observó que casi la mitad de los adultos mayores fueron hombres, esto contrario a lo reportado por VanEsser, Kuyvenhoven y Melker (1997). Mientras que cinco de cada diez presentaron una escolaridad de primaria o menos, esto mayor a lo reportado en mujeres mayores donde el 20.2% presentaron hasta ocho años de escolaridad (Ives et al., 1996). Casi la mitad de la población se dedicaba al hogar esto similar a lo reportado en la última Encuesta Nacional de Salud, (Valdespino et al., 2003) donde el 51% de la población se ocupaba en labores del hogar. Además por tratarse de población adulta mayor casi cuatro de cada diez personas se encontraban en situación de jubilados o pensionados, ya se ha reportado que el 55% de los adultos mayores tienen como fuente de ingreso principal transferencias entre las que se incluyen pensiones (Meléndez & Zarco, 2004).

En el IMSS al igual que el resto de las instituciones del SSM la atención de la salud ha sido con un enfoque curativo y actualmente se fundamenta su función institucional en la prevención. Así, se han implantado programas en el primer nivel de atención fortaleciendo la mejora continua (Gómez, Vázquez, & Fernández- Cantón, 2004.); muestra de esto son los PISA, en los que hay acciones como las de detección oportuna de los principales problemas de salud en grupos de riesgo específicos; esto entre otras acciones.

La prevalencia de enfermedades crónicas en este grupo fue de casi 50% para la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, y menos del 10% con síndrome depresivo. Ya se ha comentado que las enfermedades crónicas son características propias de este grupo de riesgo y que la HTA y la DM se encuentran entre las primeras causas de consulta en medicina familiar (Gómez et al., 2004). Respecto a la depresión; García, Juárez, Gallegos, Durán y Sánchez (2004) comentan que se presenta entre un 40% a 70% en este grupo, es más frecuente e incapacitante en población geriátrica que debe ser tratado como un problema de salud pública.

Respecto al síndrome depresivo, llama la atención las diferencias en lo reportado en el ámbito nacional y lo encontrado en la población estudiada, estas pudieran estar dadas por que el personal médico se enfoca a tratar otros padecimientos propios de ésta edad o porque lo ve como un proceso propio de este grupo. Este hallazgo debe ser estudiado posteriormente ya que no fue el objetivo del estudio.

En la aplicación del PISA se observó que en el caso de la DHTA y la DDM se realizó correctamente en poco más de la mitad de la población. En el caso de la DHTA se ha reportado en población Indio-Americana se la realiza en un 92.2% (Gilliland et al., 1999) y en población española se reportó una aplicación correcta de 43.0% (Subias et al., 2001). Mientras que en el IMSS la DDM se ha reportado que un 98.9% de la población se la realiza, cabe mencionar que en esta cifra se incluye al total de la población en riesgo para DM y no el grupo específico de adultos mayores (IMSS,

2002a). En relación a estas dos detecciones en Nuevo León ya se han realizado estudios para conocer las prácticas preventivas en población abierta; Garza et al. (2004) reportaron que poco más del 50% del grupo de 65 años y más usaron estas detecciones.

Respecto a la DCAMA se observó que solo una de cada diez mujeres del grupo de adultos mayores contaron con aplicación correcta, similar a lo reportado en población México-Americana del Paso Texas que reportó un 23.3% y 22.2% para el grupo de 60 a 69 años y el de 70 y más respectivamente (Suárez, 1994). Sin embargo, se ha reportado que en población Indio-Americana se practicaron el examen clínico de mamas casi nueve de cada diez mujeres (Gilliland et al., 1999); mientras que en población de mujeres Americanas encontraron que un 44.6% se la practicaron (Ives et al., 1996) y en mujeres de la misma entidad se reportó que casi la mitad de las de 65 años y más se practicaron la detección (Garza et al., 2004). Para el caso del PAPPS se reportó una aplicación correcta de 6.6% (Subias et al., 2001), esto algo mayor que lo reportado en la población que se realizó el estudio pero menor a lo reportado internacionalmente.

Para la DCACU en la población observada se reportó algo menos del 20% con la aplicación correcta, esto contrario a lo reportado por Gilliland et al. (1999) donde encontraron que un 68.0% de la población se practicó el papanicolaou, y Fernández et al. (1996) que reportaron una cobertura de 54% la cual es mayor en el grupo de 20 a 39 años; mientras que en el PAPPS el 20.1% presentó una aplicación correcta (Subias et al., 2001). En tanto que en población abierta de Nuevo León se reportó a casi la mitad de las mujeres del grupo de adultos mayores con esta detección.

Respecto a las inmunizaciones se observó que el TTD fue aplicado correctamente en tres de cada diez adultos mayores poco menos de lo reportado en el PAPPS de un 39.1% (Subias et al., 2001) y a lo reportado por Garza et al. (2004) en donde la aplicación del TTD fue en poco más del 40% de la población de adultos mayores. Por otra parte la VAN se aplicó correctamente en poco menos del 20% de la población contrario a lo reportado en población Indio- Americana donde se aplicó al 30.7%

(Gillilard et al., 1999). Para el caso de la VAI se observó que solo a una mínima cantidad de personas se les había aplicado correctamente, contrario a la población adulta del PAPPS donde casi a la mitad se les aplicó correctamente (Subias et al., 2001), mientras que Gillilard et al. (1999) reportaron un 60.3% de aplicación.

Son notorias las diferencias de resultados encontrados en los adultos mayores estudiados y los reportados en otras poblaciones en donde se deberá considerar la forma de efectuar la medición ya que en este trabajo se tomó la periodicidad y frecuencia de la aplicación ya fuera de la detección o inmunización; lo que permite tener evidencia de las acciones realizadas en este grupo de riesgo y situación que pudiera explicar las discrepancias.

La sobre utilización de acciones de detección o inmunización fue escasa, es decir en muy pocos casos se aplicó más veces de lo requerido la actividad preventiva. Mientras que la aplicación incorrecta varió en todas las acciones aproximadamente del 15% al 35%, situación que deberá ser estudiada posteriormente tomando en cuenta los factores de acceso ya sean organizacionales o de la población.

Un aspecto importante de resaltar es la presencia de no registro en el expediente clínico, lo que se observó en todas las acciones. Lo anterior conduce a un desconocimiento de la aplicación y/o registro de detecciones e inmunizaciones ignorando los factores que lo predisponen. El uso de expediente clínico puede ser una debilidad de este estudio, ya ha sido documentado que para analizar los problemas de salud existen inconvenientes entre los que se encuentran registros inadecuados, incompletos o un subregistro (Gómez-Bravo et al., 2001; Lugo, Álvarez & Rodríguez, 1999).

Conclusiones

Este proyecto aportó evidencia empírica acerca de las actividades desarrolladas en el PISA para adultos mayores; permitió establecer una base de información acerca de

las acciones que se realizan.

La aplicación correcta en las actividades de detección e inmunización fueron bajas, solo en la DDM y DHTA se presentaron en poco más de la mitad de la población.

Se encontró que no se registra en el expediente las acciones preventivas.

Se presentó una prevalencia de DM y de HTA en poco menos de la mitad de la población y el Síndrome Depresivo una pequeña parte de los adultos mayores.

Recomendaciones

Es importante continuar con la realización de mediciones del PISA en todos los grupos de riesgo.

Es preciso efectuar investigaciones que busquen intencionadamente factores predictivos para la aplicación de acciones del PISA tanto en pacientes como en personal responsable, tratando de solucionar la baja aplicación correcta de éstas.

Es necesario realizar estudios en donde se analicen las barreras a las que se enfrentan los adultos mayores para acceder a inmunizaciones y detecciones.

Es imperiosa la necesidad del monitoreo de los expedientes, involucrando al personal que participa en la aplicación del PISA para que registre en los formatos correspondientes las acciones efectuadas en los adultos mayores.

Referencias

- Boles, M., Getchel, W., Feldman, G., McBrige, R. & Hart, R. (2000). Primary prevention studies and the healthy elderly: evaluating barriers to recruitment. *Journal of Community Health, 25*, 279-292.
- Feher, C., Strickland, O. & Lenz, E. (1991). Measurement in nursing research. Philadelphia, EEUU. : F.A. Davis Company.
- Fernández, G. L., Lence, A. J., Cabezas, C. E., Romero, T. & Camacho, R. (1996). Evaluación del programa de control de cáncer del cuello del útero en Cuba. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 121*, 577-581.
- Fung, J., Maggi, S. & Steel, K. (1993). Protección de la salud en la edad avanzada. *Foro Mundial de la Salud, 14*, 143-148.
- García, C., Juárez, T., Gallegos, K., Durán, C. & Sánchez, S. (2004). Depresión en el anciano: una perspectiva general. En O. Muñoz., C. García. & L. Durán. (Eds.), *La salud del adulto mayor. Temas y debates* (pp. 209 –236). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Garza, M.E., Villarreal, E., Salinas A. M. & Núñez, G. M. (2004) Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona Metropolitana (México). *Revista Española de Salud Pública, 78*, 95 – 105.
- Gómez-Bravo, E., Briones, J., Castañón, J. A., Díaz de León, M., Morales, J. G. & Briones, C. G. (2001). Medicina crítica en obstetricia. Impacto de un programa educativo. *Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 15*, 126 – 129.
- Gómez, D. H., Vázquez, J. L & Fernández-Cantón, S. (2004). La salud de los mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En O. Muñoz., C. García. & L. Durán. (Eds.), *La salud del adulto mayor. Temas y debates* (pp. 45 –62). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Gilliland, F. D., Mahler, R., Hunt, C., & Davis, S. M. (1999). Preventive health care

among rural American Indians in New Mexico. *Preventive Medicine*, 28, 194 - 202.

Gupta, A., Makinde, K., Morris, G., Thomas, P. & Hasan, M. (2000). Influenza immunization coverage in older hospitalized patients during winter 1998-99 in Carmarthenshire, UK. *Age and Ageing*, 29, 211-213.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2000). Anuario Estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados, morbi-mortalidad, gastos y metas en la Delegación Regional Nuevo León, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002a). Anuario Estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados, morbi-mortalidad, gastos y metas en la Delegación Regional Nuevo León, México.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2002b). Programas Integrados de Salud. Guía Técnica. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2001). Anuario Estadístico, Nuevo León. México: Instituto Nacional de Geografía e Informática.

Ives, D., Lave, J., Traven, N., Schultz, R. & Kuller, L. (1996). Mammography and pap smear use by older rural women. *Public Health Reports*, 111, 244-250.

Lezana-Fernández, M. A., Álvarez-Lucas, C. H. & Leviz-Cordero A. (1993). Evaluación del Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud, México–BID. (1991). *Salud Pública de México*, 35, 541-549.

Lugo, A., Álvarez, V. & Rodríguez, A. (1999). Factores epidemiológicos de la hipertensión arterial en el embarazo. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 25, 61 – 65.

Meléndez, J. & Zarco, F. (2004). Ingresos por pensiones y condición de ocupación laboral de los adultos mayores de México. En O. Muñoz., C. García. & L. Durán. (Eds.), *La salud del adulto mayor. Temas y debates* (pp. 255 – 266). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.

Presidencia de la República. (2001). Plan Nacional de Desarrollo 2001 -2006. México.

Presidencia de la República.

Suarez, L. (1994). Pap seamer and mammogram screening in Mexican American women: the effects of acculturation. *American Journal of Public Health*, 84, 742-746..

Subias, P. J., Bauzá, K., Casanovas, E., García, J. R., Iglesias, M. & Jiménez, J. (2001). Evaluación del PAPPS. *Atención Primaria*, 28 (supl 2), 15 - 21.

Secretaría de Salud. (1997). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado en Internet el 28 de marzo de 2004. En: http://www.ssa.gob.mx/marco_juridico/reglamento_ley_gral/conInvestigacion.html

Valdespino, J., Olaiz, G., López, M., Mendoza, L., Palma, O., Tapia, R. & Sepúlveda, J. (2003). Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 1. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

VanEsser, G., Kuyvenhoven, M. & Melker, R. (1997). Why do healthy elderly people fail to comply with influenza vaccination? *Age and Ageing*, 26, 275-279.

Apéndice A

Cédula de Medición de Atributos del PISA en el Adulto Mayor: Componente de Prevención y Control de Enfermedades

Folio # _____ Unidad # _____ Consultorio # _____

Favor de colocar la fecha de aplicación de acuerdo a cada actividad; el cuadro de la derecha no debe de llenarse.

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad	Enfermedades prevenibles por vacunación						No llenar				
				Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha		Fecha	Fecha		
Antineumo Cócica	Neumonía por neumococo	1ª dosis	A partir de 60 años											
		Refuerzo	Cada 5 años											
TD	Tétanos y difteria	2 dosis con intervalo de 4 a 8 semanas												

Anti Influenza	Influenza (gripe)	Una dosis	Anual desde los 59 años						

CLAVE DE APLICACIÓN:

- 1) Aplicación correcta (cuando se cumple con los estándares establecidos)
- 2) Aplicación incorrecta (cuando se cumple menos de lo establecido)
- 3) Aplicación más de lo correcto (cuando se aplica más sin efecto nocivo para el paciente)
- 4) No hay registro (no hay evidencia de la aplicación en el expediente clínico)

Personal que registra y participa: 1) Médico 2) Enfermería 3) Trabajo Social 4) Nutrición 5) Psicología 6) Dental

Edad: _____ Años cumplidos Sexo: 1) Hombre 2) Mujer

Escolaridad: 1) Ninguna 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria / Técnica 5) Profesional

Estado Civil: 1) Con Pareja 2) Sin Pareja

Ocupación: 1) Empleado 2) Ama de casa 3) Jubilado o Pensionado 4) Otra _____

Diagnóstico(s) _____

Tiempo de evolución (Años) _____

Apéndice B

Cédula de Medición de Atributos del PISA en el Adulto Mayor: Componente de Detección de Enfermedades

Folio # _____ Unidad # _____ Consultorio # _____

Favor de colocar la fecha de aplicación de acuerdo a cada actividad; el cuadro de la derecha no debe de llenarse.

		Identificación oportuna de enfermedades						No llenar
Nombre del estudio	Enfermedad que identifica	Frecuencia y edad recomendada	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Aplicación
DCAMA	Cáncer de mama	Mujeres de 60 a 69 años						
Exploración Clínica de Mamas		Anual						
DCACU	Cáncer cérvico uterino	En mujeres de 60 a 65						

Apéndice C

Indicadores Empíricos de los Atributos del PISA

Componente de prevención y control de enfermedades.

Vacuna antineumocócica a los 60 años y refuerzo cada cinco años.

Vacuna antiinfluenza una dosis anual

Toxoide tetánico diftérico dos dosis con intervalo de cuatro a ocho semanas y refuerzo cada cinco o 10 años.

En estas tres actividades de inmunización los indicadores que se usaron fueron:

- 1) Aplicación correcta: cuando se cumple con los estándares establecidos
- 2) Aplicación incorrecta: cuando se cumple menos de lo establecido
- 3) Aplicación más de lo correcto: cuando se cumple más de lo establecido sin consecuencias nocivas para el paciente.
- 4) No hay registro: no hay evidencia de la aplicación en el expediente clínico
(frecuencia / # personas de 60 años y más) X 100

Componente de detección de enfermedades.

Detección de cáncer de mama mediante exploración clínica anual hasta los 69 años.

Detección oportuna de cáncer cérvico uterino mujeres < 65 años cada tres años después de dos resultados consecutivos normales o en ≥ 65 años sin antecedente de papanicolaou anual por dos años.

Detección de diabetes mellitus cada año a partir de los 60 años

Detección de hipertensión arterial cada año a partir de los 60 años

En estas cuatro actividades de detección los indicadores que se usaron fueron:

- 1) Aplicación correcta: cuando se cumple con los estándares establecidos
- 2) Aplicación incorrecta: cuando se cumple menos de lo establecido
- 3) Aplicación más de lo correcto: cuando se cumple más de lo establecido sin

consecuencias nocivas para el paciente.

- 4) No hay registro: no hay evidencia de la aplicación en el expediente clínico
(frecuencia / # personas de 60 años y más) X 100

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Francisca Castro Durán

**Candidata para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Administración de Servicios de Enfermería**

Tesis: Cumplimiento del Programa Integrado de Salud en el Adulto Mayor

Área de Estudio: Administración de los Servicios de Enfermería

Biografía: Nacida en Soledad Diez Gutiérrez, San Luis Potosí, México, el 4 de Octubre de 1959, hija del Sr. Julián Castro Miranda y la Sra. Juana María Durán Pérez.

Educación: Egresada de la carrera de Enfermera General en el ciclo escolar 1975-1979; de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja, en Monterrey Nuevo León. Realizó el curso posbásico de Enfermería, para obtener la especialidad en Pediatría en 1985 en el IMSS. En 1986 realizó el curso postécnico de Administración de los Servicios de Enfermería en el Instituto de Enseñanza Técnica y Administrativa, en Monterrey Nuevo León. Egresada de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en 1998, en la Universidad Autónoma de México.

Experiencia Profesional: en el IMSS se ha desempeñado como Enfermera general de 1980 a 1986; como Enfermera especialista pediatra de 1986-1999 y como Enfermera jefa de piso de 1999 al 2000 y del 2003 a la fecha. Además ha formado parte del cuerpo docente de la Escuela de Enfermería del IMSS de 2000-2003; y de los cursos posbásicos de Salud Pública del IMSS en el 2003 y 2004; así como en la Escuela de Enfermería OCA en el 2004.

Dirección Electrónica: fcdcastro@hotmail.com



