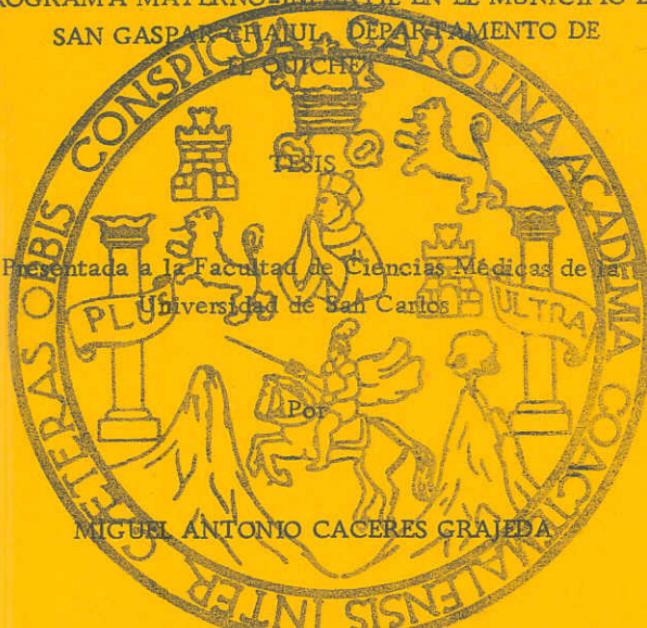


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"PROGRAMA MATERNO-INFANTIL EN EL MUNICIPIO DE
SAN GASPAR CHANIL, DEPARTAMENTO DE
OCOTEPEQUE, GUATEMALA



En el Acto de su Investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Septiembre de 1976.

PLAN DE TESIS

- I - INTRODUCCION
- II - ANTECEDENTES
- III - JUSTIFICACIONES
- IV - OBJETIVOS GENERALES
- V - SITUACION GEOGRAFICA
- VI - RECURSOS
- VII - DIAGNOSTICO DE SALUD
- VIII - PROGRAMA MATERNO-INFANTIL.
 - VIII-1) OBJETIVOS GENERALES
 - VIII-2) OBJETIVOS ESPECIFICOS
 - VIII-3) NORMAS
 - VIII-4) EVALUACION Y EFICACIA DEL PROGRAMA
- IX - COMENTARIO
 - IX - A) CONCLUSIONES
 - IX - B) RECOMENDACIONES
- X - BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo está realizado con el propósito de que sirva como instrumento para iniciar la integración de pueblos como Chajul a los programas de salud general. Sabiendo que son lugares donde hay necesidad de personal capacitado en el ramo de salud, conscientes de la realidad nacional.

La integración debe ser paulatina, tomando en cuenta la ideoocracia, cultura, estado socio-económico del pueblo. Como, repito, personal capacitado y no demagogos, los cuales existen en todo campo social, líderes cerrados que gobiernan al pueblo, por la ignorancia de las comunidades pobres de países del tercer mundo, buscando nada más que supervivencia personal y no bienestar de la comunidad, más si están respaldados por instituciones nada progresistas.

Además, el trabajo debe hacerse como una unidad con centros de salud tipo B, A, Hospital regional, Ministerio de Salud Pública

II. ANTECEDENTES

No existe ningún estudio anterior específico del trabajo que nos ocupa hoy en el municipio. Tan solo un Documento editado al principio de 1975, sobre Normas de Programación Materno-Infantil, para iniciar por distritos en Quiché. Además para el Diagnóstico de Salud se puede tomar como antecedente la Tesis "Estudio preliminar sobre Dx. de Salud del Área de El Quiché" 1974, del Dr. Julio C. Alvarado y la tesis del Dr. Jaime Rios "Estudio inicial de Salud en el Municipio de Nebaj" 1974, que nos sirve por vecindad y pertenecer al Distrito No. 4 Chajul y Cotzal con sede en Santa María Nebaj.

III. JUSTIFICACIONES

La razón que me impulsó a desarrollar el presente programa Materno Infantil, es -- que actualmente no existe ningún Programa en el Municipio. Tampoco se lleva un Programa regido por la Jefatura del Distrito No. 4 al cual pertenece el Municipio. Y tomando en cuenta los porcentajes tan altos de Mortalidad en el municipio, por abandono total en Salud de dicho grupo, que hasta el año 1974 fungía como Puesto de Salud, atendido por un Auxiliar de Enfermería y un Médico U.A.M.A.S. que hacía dos o tres visitas al mes al Puesto, lo cual no daba lugar a desarrollar un programa específico.

IV. OBJETIVOS GENERALES

- 1- Establecer relación estrecha con el grupo Materno-Infantil de el Municipio.
- 2- Integración de este municipio a los programas de salud del país, con el mínimo de recursos disponibles.
- 3- Promover un máximo de seguridad para la madre gestante.
- 4- Establecer una conducta para disminuir las tasas de morbi-mortalidad Materno Infantil.
- 5- Iniciar el plan programa en el área urbana para luego englobar todo el municipio.

V. SITUACION GEOGRAFICA

El municipio de Chajul pertenece al Departamento de El Quiché, municipalidad de tercera categoría, y contaba con un número de 17,680 habitantes en 1974 y se espera que en 1976 aumente a 18,715; mientras que la población urbana para 1976 se espera que llegue a 5,812 habitantes. Estando a una distancia de la ~~carretera~~ carretera departamental de 106 kilómetros, por una carretera de tercera categoría.

El pueblo es eminentemente agrícola, presentando zonas de clima frío-húmedo y zonas templadas. La población es en su mayoría indígena, su dialecto es el Ixil. La pequeña industria consiste en telas típicas y canastas.

El municipio cuenta con un pueblo, nueve aldeas y veinticinco caseríos. La tasa de natalidad para el año 1976 será de 736 y la de nacimientos urbana será de 230. Este municipio presenta el fenómeno de emigración de un número significativo de habitantes hacia las costas de la República, para trabajar como colonos, por lo que solamente en la última quincena de diciembre y para la fiesta titular se puede contar con el total de habitantes. Esta emigración se hace en masa, la mayor parte familias completas. Las zonas a las que se dirigen son Escuintla, Suchitepéquez y Retalhuleu, por un promedio de dos meses para regresar a sus hogares y dejar el lugar a otras familias.

VI. RECURSOS

Los recursos utilizables se dividen en:

1- Recursos Humanos

- a) Médico E.P.S.
- b) Enfermera Auxiliar
- c) Comadrona
- d) Promotor de Salud

2- Recursos Físicos

- a) Edificio
- b) Equipo médico quirúrgico
- c) Equipo de Oficina
- d) Medicina.

VI.1 ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS:

Se analizarán a través de los cuadros-
No. 1, 2, 3, 4.

CUADRO No. 1

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS INSTITU-
CIONALES SEGUN TIEMPO CONTRATADO-AÑO,
COSTUMBRES. (CENTRO DE SALUD CHAJUL -
1975).

FUNCION	HORAS CONTRATO	COSTO HORA
E.P.S.	2000	Q.0.99
E.A.	2000	Q.0.54

CUADRO No. 2

HORAS DISPONIBLES INSTRUMENTO PARA PROGRA-
MA (CENTRO SALUD CHAJUL, 1975).

NOMINACION	TOTAL HRS.	% HORA EN CONTRATA.	HORAS PROG. M-I	HORAS PROGRAMA
E.P.S.	2000	60%	1200	
A.E.	2000	55%	1100	

CUADRO No. 3

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS POR DISTRIBUCION
DE TIEMPO ACTIVIDAD MATERNA.

ACTIVIDAD	POBLAC.	COBER TURA	POBLACION	CONCENTRACION	CONSULTAS ESPERADAS	RENDIMIENTO		HRS. REQUE- RIDAS	HORAS DISPO- NIBLES	
						M	E		M	E
OBJETIVO										
CONSULTA PRENATAL	256	80	205	2	4	410	820	6/h	6/h	68 137 1132 963
ATENCION PARTO	230	80	184	1	1	*	**	-	-	18 18 1114 945
ATENCION PACIENTES PUERPERIO	184	100	184	2	1	368	184	2/h	2/h	184 92 930 853
EDUCACION	256	100	256	-	-	-	-	1h/s	1h/s	48 48 882 805
ADIESTRAM. COMADRON.	-	-	-	-	-	-	-	2	2	88 69 794 736
								cursillos año		

NOTA:

- *. Suponiendo que el 5% de los partos son problema.
- **. Suponiendo que de la cobertura un 5% de partos nls. serán atendidos por auxiliar de enfermería
- ***. Asumiendo que se llevan 2 h. promedio de atención por parto
- ****. La auxiliar tiene la obligación de reportar y visitar todas las pacientes de puerperio.

CUADRO No. 4

ANALISIS DE RECURSOS HUMANOS POR DISTRIBUCION
DE TIEMPO ACTIVIDAD INFANTIL

ACTIVIDADES										INSTRUMENTO					
ACTIVIDAD	Grupo	Edad	% Norma ción	POBLACION COBERTURA CONCEN.		Consul. Pobla Anual	Consul. Esper. No.	Rendim. Consul. Hora	Horas Reque ridas	Horas 794	Horas Disponibles 736				
				M	E										
CONSULTA	0-1a	265	80	212	2	4	424	848	6	6	71	141	723	595	
CRECIM.	1a-2a	265	80	212	1	3	212	636	6	6	35	106	688	489	
DESARROLLO	2a-4a	530	80	424	1	2	212	848	6	6	35	141	653	348	
CONSULTA	0-1a	265	100	265	2	-	530	-	4	-	135	-	518	-	
MORBILIDAD	1a2a	265	100	265	2	-	530	-	4	-	135	-	383	-	
	2a-4a	530	100	530	2	-	1060	-	4	-	265	-	118	-	
INMUNIZACION	0-1a	265	80	212	-	5	-	1060	-	12	-	88	-	260	
	1a-2a	265	80	212	-	2	-	424	-	12	-	35	-	225	
EDUCACION	Padres grupo infantil										1h	1h	48	48	70
PROGRAMA															177
Y EJEC.															
CAMPAÑA															
V.															
EVAL. Y															
EFICAC.															
PROGRAMA															

NOTA: Para programación y ejecución de campañas de vacunación se utilizan 15 días por campaña, que nos dan 176 horas utilizables, suponiendo que el médico E.P.S. utiliza un 30% de esas horas, nos daría 53 horas.

La enfermera tiene la obligación de utilizar 17 horas.

Para la evaluación y eficacia del programa el médico debe utilizar más o menos 20 horas.

VI 2. ANALISIS DE LOS RECURSOS FISICOS:

- a) Edificio del Centro de Salud: Actualmente se trabaja en un salón cedido por la Escuela Nacional de Chajul, el cual no llena los requerimientos deseables.
- b) Equipo médico quirúrgico: Me parece los mínimos deseables para uso del programa.
- c) Se necesita incremento de papeleería específica del programa. Debe tomarse en cuenta que actualmente se depende económicamente del Distrito No.4, y se debe solicitar a la sede el incremento, recuperación por deterioro de recursos físicos.
- d) El ingreso de medicina trimestral está regida por una cuota fija de Q.150.00 (Ciento cincuenta Quetzales exactos) con la cual el médico E.P.S. se ve limitado a solicitar número relativamente poco de medicina importante que debería tener siempre en existencia en el Centro de Salud, tal es el caso de Antibióticos distintos de la Penicilina.

VI 2. ANALISIS DE LOS RECURSOS FISICOS:

- a) Edificio del Centro de Salud: Actualmente se trabaja en un salón cedido por la Escuela Nacional de Chajul, el cual no llena los requisitos deseables.
- b) Equipo médico quirúrgico: Me parece los mínimos deseables para uso del programa.
- c) Se necesita incremento de papeleería específica del programa. Debe tomarse en cuenta que actualmente se depende económicamente del Distrito No. 4, y se debe solicitar a la sede el incremento, recuperación por deterioro de recursos físicos.
- d) El ingreso de medicina trimestral está regida por una cuota fija de Q.150.00 (Ciento cincuenta Quetzales exactos) con la cual el médico E.P.S. se vé limitado a solicitar número relativamente poco de medicina importante que debería tener siempre en existencia en el Centro de Salud, tal es el caso de Antibióticos distintos de la Penicilina.

VII DX DE SALUD.

- a) Factores condicionantes y determinantes.
1. Económico. Basado en la agricultura, que por falta de orientación para utilizar los medios apropiados y la apatía de los minifundistas indígenas que prefieren no aprovechar la tierra para otro producto ajeno al maíz, según la estación, emigran a zonas bajas de la República para servir de colonos donde son explotados. Razones por las cuales, la economía del poblado es pobre.
 2. Analfabetismo. La mayor parte de la población es analfabeta.
 3. Vivienda. Está constituida a base de adobe o bajareque, así como caña. Los techos son de paja, pisos de tierra; en general, la vivienda muy mal distribuida, donde muchas veces sólo existe un cuarto que tiene en el centro una cocina rudimentaria, alrededor los camastrones para dormir, por única ventilación una puerta que gran parte del día se mantiene cerrada y en condiciones de higiene deprimentes.
 4. Nutrición. Basada en maíz, café, chile, guisquil, a veces yerbas, y muy raro carnes.
 5. Ausencia de un programa de salud que llene una cobertura aceptable de patología más frecuente en el total de habitantes.

6. Falta de recursos financieros, humanos y de material que se solucionaron en parte con la presencia del EPS.

b) PATOLOGIA.

Como en casi toda la república, los tres grandes grupos de enfermedad que afectan a la población de Chajul, son de tipo infeccioso, nutricional y parasitario, en el grupo infantil. Ver cuadros No. 5 y 6.

CUADRO No. 5

MORTALIDAD POR EDADES Y TASAS DE MORTALIDAD (SAN GASPAR CHAJUL, 1974).

EDAD	No.	TASAS MORTALIDAD
Neonatal	8	34 x 1000 N.V.
Post-		
Neonatal	26	110 x 1000 N.V.
Específica		
de 1 a 4 a.	65	81 x 1000 Niños de 1-4 a.
0 días 4 a.	99	36 x 100 de 0 - 4 años
5-14 años	38	14 x 100 de 5-14 años
15-44 años	84	30 x 100 de 15-44 años
Mayores de		
44 años	53	19 x 100 de mayores 44 a.

Documento de Estadística del M.S.P.

Según el cuadro anterior, podemos ver que las edades más afectadas son el grupo Materno-Infantil.

CUADRO No. 6

CUADRO DE MORBILIDAD 1974 - POR EDADES
Y POR ENFERMEDAD.

Menores 28 o 1 a. 5 a. 15 a. May.				
CAUSAS 28 días 1 a. 4 a 14a. 44 a. 45 a. Total				
<hr/>				
Atenc.				
Pre-				
natal	4	4		
Dissent.				
basilar	1	1		
Enteritis				
y otras				
enf. dia-				
rreicas	2	1	1	4
Tuberc.				
pulmon.	1	5	1	7
Otras vi-				
rosis (me-				
nos saram				
pión, polio				
encefali-				
tis, hepati				
tis y vi-				
ruela	1		1	
Paludismo	45	42	42	3 132
Otras helmi-				
tiasis	3	2		5
Tumores Be-				
nignos de				
nat. no espe-				
cificada	1		1	

CAU- Men. 28 d 1 a 5 a 15 a. May.
SAS 28 d 1 añ. 4 a 14a 44 a 45 a. Total

Avita				
mino-				
sis y				
otras				
def.-				
nut.	2	2	4	1 2 11
Ane-				
mias	1			1 2 4
Neuro				
sis,				
tras-				
tor. de				
la per				
son.y				
otros				
taast.				
ment.				
no psi				
cóticos				3 3
Meningi				
tis	1			1
Epilep-				
sia				1 1
Otras en				
fer, del-				
sist. ner				
vioso y				
de los -				
sentidos				1 1
Inf. resp.				
aguda	1		3	4
Influen.			1	
Enf. dien.				
y de sus				
estruct.				
de sostén			2	

CAU- Men. 28 d. 1 a 5 a 15 a May.
SAS 28 d. 1 a. 4 a 14 a 44 a 45 a. Total

Obs-		
truc.		
intes		
tin.y		
<u>hernia</u>	1	1
Otras		
enf.-		
apara		
to Di		
gest.		
úlcera,		
péptica		
gastr.,		
duodení		
tis,apen		
dicts,		
cirrosis		
coleli--		
tiosis,-		
colecis-		
<u>titis</u>	2	2
Enf.de -		
la piel		
y tej.ce		
lular --		
<u>subcuta.</u> 1	3	4
Otras en		
fer.de -		
la piel		
y tej.ce		
l.subc.	1	2
<u>Artritis</u>		
y espond.	2	2

CAU- Menores 28 d 1 a 5 a 15 a May.
SAS 28 dias 1 a 4 a 14 a 44 a 45 a. Total

Reum.		
no ar		
ticul.		
y no		
<u>esp.</u>	1	1
Sint.		
y es		
tad.		
morb.		
mal		
def.	1	1
Enven.		
accid.	1	1
Acc.de		
carac.		
princ.		
<u>ind.</u>	1	1
Caus.		
Accd.	1	1
Trans.		
enven.		
fuego,		
ahoga.		
y arma		
<u>fuego</u>	1	1
Enf.ge-		
nitouri		
narias-		
(men.Ne		
fritis		
ag.nefro		
sis,enf.		
del riñón		
cálculos		
y prost.	2	2
	3	5
	52	51
	85	12
	208	6

NOTA: Existen 7 casos de tuberculosis sin especificar edad.

Total de consultas: 215.

En un total de 215 consultas, la parcialidad de la patología, tomando las diez causas más comunes son:

- 1- Paludismo: 65%
- 2- Tuberculosis pulmonar: 7%
- 3- Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales: 5%
- 4- Enf. Genitourinarias: 3%
- 5- Halmintiasis: 2%
- 6- Entemitis y otras enfermedades diarreicas: 2%
- 7- Infecciones respiratorias agudas: 2%
- 8- Anemia: 2%
- 9- Atención prenatal: 2%
- 10- Enfermedad de la piel y del tejido celular subcutáneo: 2%

Lo anterior son resultados de consulta externa llevados a cabo por un médico U.A.M.-A.S. que atendía el Puesto de Salud dos o tres veces por mes.

En el segundo semestre de 1975, durante mi E.P.S., las cinco principales causas de consulta fueron de un total de 330 consultas un porcentaje así:

- 1- Gastroenterocolitis y colitis: 58%
- 2- Influenza: 38%
- 3- Sarampión: 19%
- 4- Avitaminosis y deficiencias nutricionales: 4%
- 5- Tuberculosis pulmonar: 2%

VIII. PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

El programa general se divide en dos grandes Sub-Programas:

1- Sub-Programa Materno:

- i - Atención prenatal
- ii - Atención del parto
- iii - Atención del Puerperio

2- Sub-Programa Infantil:

- i - Atención del niño de 0 a 1 año
- ii - Atención del niño de 1 a 2 años
- iii - Atención del niño de 2 a 4 años.

VIII-1 OBJETIVOS GENERALES

- a) Prestar servicio de salud, tanto curativo como preventivo al grupo estudiado, sin descuidar la morbilidad general.
- b) Programar pláticas educativas sobre salud, higiene y conducta a seguir en la enfermedad del grupo Materno-Infantil.
- c) Adiestrar personal paramédico y/o de la comunidad e integrarlos al programa.
- d) Llenar la cobertura general del 80%, como:
 - a: Captación precoz del embarazo antes del tercer mes.
 - b: Disminución de la morbi-mortalidad materna,
 - c: Educación básica.

VIII-2 Sub-Programa Infantil:

- a: Mejorar el nivel de salud del grupo infantil.
- b: Disminuir la morbi-mortalidad del grupo infantil.
- c: Educación básica.

VIII-2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

a) Sub-Programa materno

i) Atención prenatal

1. Capacitación de la cobertura 80% de los embarazos esperados
2. Detectar patologías precozmente durante el embarazo.

ii) Atención durante el parto

1. Disminución en 10 años del 50% de los daños
2. Control de los riesgos propios del parto
3. Cobertura del 80% de los partos esperados (embarazos menos abortos)

iii) Atención del puerperio

1. Control del curso del puerperio
2. Disminución de la morbi-mortalidad del 50% en 10 años.
3. Cobertura del 100% de los partos detectados.

b) Sub-programa infantil

- i) Vigilancia del crecimiento y desarrollo
 - a) Incremento del crecimiento y desarrollo
 - b) Inmunización
- ii) Atención del paciente con patología.

NORMAS

Para la buena ejecución del Programa, las normas se detallarán de acuerdo a la atención que se dará en cada caso, y además se hará énfasis en tres cosas: metas que se perciben, instrumento y funciones de cada instrumento.

1-i) Atención Prenatal

METAS

- 1) Cobertura del 80%
- 2) Controles sucesivos, no menos de 6 controles
- 3) Suplemento de hierro y prenatales
- 4) Detectar cualquier patología
- 5) Todas las pacientes inscritas deberán tener un historial completo.

Instrumento: Comadrona, Promotor de Salud.

La captación se hará por medio de visitas domiciliarias, así como madres consultantes. En las visitas se interrogará sobre la fecha de la última menstruación, sospecha de embarazo.

Si la paciente sospecha embarazo, se le informará a la madre sobre los Objetivos del programa, interrogándola si desea pertenecer al mismo; en caso afirmativo, se le entregará el-

carnet con cita para primera consulta con el médico E.P.S. Si hay signos o síntomas que ameriten consulta sin previa cita, se remitirá directamente al Centro de Salud, para consulta con E.P.S.

El promotor tomará como norma, una hora - por visita, la comadrona según costumbre; ambos visitarán a cada mujer en edad reproductiva cada tres meses para interrogatorio. Se llevará un control de visitas por mes, que - serán reportadas al Centro de Salud y controladas en un libro de registro, además, se hará un reporte mensual del Centro de Salud -- por primeras consultas.

Tanto la comadrona como el promotor de Salud, instruirán a las madres entrevistadas - sobre la necesidad de asistir al Centro de Salud al detectar cualquier problema de salud durante el transcurso de su embarazo, sin esperar la próxima visita del instrumento, - ni cita al Centro de Salud.

La atención prenatal se llevará a cabo -- por E.P.S., Auxiliar de enfermería. Si es - normal el embarazo, la primera consulta y la última serán por médico E.P.S. y las interme- dias por Auxiliar de Enfermería.

Las comadronas no están sujetas a horario- mientas que los Promotores de Salud tienen - dos horas diarias, haciendo un total de 250 - horas anuales.

El EPS tendrá que basarse exclusivamente - en su diagnóstico clínico, la deficiencia de hierro y vitaminas de la madre gestante y al- hecho de que el 81.4% de la población infan- til padecía DPC, así:

DPC Grado I	49%
DPC Grado II	26.5%
DPC Grado III	5.9%

(Datos de población total proporcionados por el INCAP)

Sabiendo que la desnutrición del niño es básicamente mala nutrición de la madre, lo que - hará el tratamiento impartido por el EPS in- - cluir hierro y suplementos prenatales. En la - patología dudosa no tratable ambulatoriamente- sin un diagnóstico confirmado por laboratorio, remitirá a la paciente al Centro de Salud tipo B del área de salud, para exámenes complementa- rios u hospital de la cabecera departamental. - (Ver cuadro No. 7)

Funciones del médico EPS

1. En la primera consulta:

- a) Detectar posibles problemas en primiges- - tas.
- b) Preparar a multípara con antecedentes pa- - tológicos, para evitar riesgo de muerte- - materna o fetal.
- c) Dar cita a la paciente de próxima consul- - ta y especificar si será atendida por mé- - dico EPS o por auxiliar de enfermería.

2. En la última consulta detectar problemas o - patologías posibles en el parto, y de acuer- - do a esto determinar sitio de atención del - parto (domicilio, centro de salud u hospi- - tal) e instrumento de atención de parto (co- - madrona, auxiliar de enfermería, médico EPS - médico especialista).

3. Elaboración, dirección y ejecución de pro- - gramas de entrenamiento, y teórico práctico - a las comadronas colaboradoras del progra-

4. Elaboración, dirección y ejecución de programas sobre evolución, nutrición e higiene materna dentro del embarazo.
5. Educación en salud. El grupo materno se -
puede citar los días sábados por una hora-
para dar charlas educativas sobre normas -
de higiene, aseo personal, alimentación y-
cuidados del recién nacido, aprovechándose
de todo material didáctico proporcionado -
por el Ministerio, trabajando en conjunto-
personal médico y paramédico del Centro de
Salud. Además, el EPS tiene la obligación
de estar siempre que le sea posible, pre-
sente para quitar toda duda que surja y que
deseen preguntar las madres.

Funciones de la enfermera auxiliar

1. Proporcionar datos generales y signos vita-
les a médico EPS.
2. Auxiliar a médico en la consulta
3. Cumplir tratamiento dictado por EPS
4. Controles intermedios a pacientes, así: --
multíparas sin antecedentes patológicos, -
primigestas sin problemas detectados; al -
menor signo detectado se pedirá evaluación
del médico EPS.
5. Educación en salud e higiene a madres en -
consulta y según horario de educación pro-
gramada.
6. Colaboración con EPS en la elaboración y -
ejecución del programa de educación a ma-
dres embarazadas y comadronas. (Ver hoja -
de flujo No. 1).

CUADRO No. 7

CUADRO IDEAL DE CONSULTA PRENATAL

SEMANAS DE EMBARAZO	C O N T R O L
Menores de 28 semanas	cada 8 semanas
De 28 semanas a 36 se- manas	cada 4 semanas
De 36 semanas a 40 se- manas	cada semana

2. Atención del parto

Metas

- a) Disminuir riesgo de sufrimiento fetal
- b) Atender el 100% de los partos de la -
cobertura establecida
- c) Referir todo caso pertinente, por dis-
tosia que ameriten ser tratados por -
médico especializado en hospital.

Instrumento

EPS, Auxiliar de Enfermería, Comadrona y
Médico Especializado.

Todo parto atendido debe ser reportado al
Centro de Salud y apuntado tanto en un li-
bro de control para estadísticas y agregar-
al expediente de la madre con las caracte-
rísticas del parto (tiempo de trabajo de --
parto, tipo de parto, alumbramiento, produc-
to, sexo y salud del mismo, y peso si es po-
sible).

Los pacientes que el EPS remite al hospital deben ir con hoja de referencia que incluya - resumen de historia, diagnóstico y tratamiento inmediato. (Ver hoja de flujo No. 2).

3. Atención del puerperio

Metas

- a) Cubrir el 100% de la cobertura de partos.
- b) Se darán tres consultas así: A las 24 horas por Enfermera Auxiliar en su casa, luego a los 15 días y los 42 días por EPS en el Centro de Salud.

Instrumento

Comadrona, Auxiliar de Enfermería.

Atención por comadrona

- a) Visitar a la paciente a las 24 horas, y la interrogará y examinará características de loquios, fiebre u otro signo o síntoma de complicación del puerperio.
- b) Recordará higiene personal, lactancia, cuidados del recién nacido y si presenta ra cualquier problema, remitirla al Centro de Salud.
- c) Citar a la paciente en 15 días al Centro de Salud, para evaluación rutinaria por médico EPS.

Atención por enfermera auxiliar

- a) Liberales a), b) y c) de comadronas
- b) Visitar pacientes atendidas por médico EPS, siguiendo los postulados de literales de comadronas, e informar a EPS sobre el resultado.

Atención por Médico EPS

- a) Estar informado sobre el resultado de las visitas de sus pacientes por auxiliar de enfermería, y visitarlas si fuera necesario.
- b) Efectuar exámenes ginecológicos a todas las pacientes en puerperio según sus citas.
- c) Examinar paciente en puerperio que consultan por complicaciones.
- d) Seguimiento de pacientes atendidas en hospital y que son referidas al Centro de Salud, solicitando para información un expediente con nota de evolución dentro del hospital.
- e) Pacientes en puerperio que ameriten tratamiento hospitalario, remitirlas con hoja de referencia que contenga: resumen de historia y tratamiento inmediato administrado.

ADiestramiento de comadronas

A través de programas establecidos dentro y fuera de la República, se ha llegado a la conclusión que la comadrona detectada en el área, es un valioso instrumento, pero eso conlleva iniciar los programas con comadronas sin adiestramiento, cuyo conocimiento empírico fue pasando de generación en generación o por simple experiencia a través de sus mismos partos y de familiares cercanos, muchas veces con mala interpretación de esas experiencias, por lo que es justo actualizar e incrementar esos conocimientos antes de iniciar el programa. Aconsejar a las comadronas que lleven otras personas de la comunidad al programa de adiestramiento para incrementar el número. En el transcurso de mis actividades de EPS rural, comencé a entrevistar comadronas para trabajar con ellas en el programa, encontrando un número de cinco comadronas empíricas, de las que cuatro son la dinas y una indígena. Una de las comadronas es adiestrada, mientras que con la comadrona

empírica indígena fue imposible entenderse - por razones de lengua y costumbres.

En el transcurso de las interrogaciones - encontré que un gran número de madres son -- asistidas en su parto por la madre o la suegra de la paciente.

A las tres comadronas empíricas y a la comadrona adiestrada se les pasó una encuesta sobre embarazo, parto, puerperio y morbi-mortalidad infantil, lo cual reportó un reducido conocimiento sobre embarazo, parto, puerperio y una total ignorancia sobre morbi-mortalidad infantil.

Se deben hacer dos cursos de adiestramiento de comadronas por año de 15 días cada uno, impartidos por el Centro de Salud; el programa debe tener los objetivos siguientes.

1. Anatomía de los órganos genitales
2. Fisiología de la menstruación
3. Fecundación, embarazo, placenta y feto
4. Importancia del control prenatal e - higiene y alimentación de la embarazada
5. Parto y puerperio
6. Técnica de la atención del parto y - cuidados inmediatos del recién nacido, uso y cuidados del equipo de atención del parto.
7. Atención del neonato
8. Complicaciones más frecuentes del embarazo, parto y puerperio
9. Cuidados y alimentación del niño lactante
10. Enfermedades más frecuentes del grupo materno infantil

11. Nociones básicas sobre tuberculosis y desnutrición. (Ver hoja de flujo N°. 3).

2. SUB-PROGRAMA INFANTIL

Metas

1. Cubrir el 80% del grupo infantil de 0 a 4 años
2. Disminuir la morbi-mortalidad infantil
3. Proporcionar el número de consultas necesarias para vigilar el crecimiento y desarrollo estatural
4. Proporcionar el número de consultas por año, necesarias para vigilar crecimiento y desarrollo pondero estatural
5. Cobertura del 80% de la población total comprendida entre 0 a 4 años.

La captación de la cobertura se hará por visitas domiciliarias y consultas al Centro de Salud. Las visitas las llevará a cabo el Promotor de Salud, según el plan materno, pero interrogando:

- a) Cuántos niños menores de un año hay en la familia
- b) Cuántos niños menores de 4 años hay en la familia
- c) Nombre y sexo de los niños
- d) Niños enfermos.

Los resultados serán reportados al Centro de Salud. El promotor explicará la conveniencia del programa y si acepta, entregarle carnet con cita al Centro de Salud para comenzar su control.

Explicar que en caso de enfermedad del niño no deben esperar la próxima visita, sino dirigirse directamente al Centro de Salud.

El plan ideal es que por lo menos la primera y luego una de las consultas por año, sean impartidas por el médico EPS, las demás por la auxiliar de enfermería, consultando cualquier cambio al médico EPS. En la primera consulta el médico EPS hará reconocimiento completo utilizando controles estandar por edades elaboradas por el INCAP, las consultas con la enfermera auxiliar servirán para llenar la hoja de crecimiento y desarrollo del INCAP y para tratar de investigar y detectar patología, en cuyo caso se remitirá a médico EPS. Además, el médico EPS tiene la obligación de atender la morbilidad infantil.

En la primera consulta en pacientes con patología que consulten, debe hacerse historia completa, diagnóstico e instituir tratamiento y si fuera necesario mandar a sacar exámenes complementarios a Centro de Salud B con laboratorio u hospital cercano. Si fuera necesario un tratamiento hospitalario, referir con hoja de referencia que contenga resumen de historia, diagnóstico y tratamiento inmediato.

Lo ideal si se tuviera laboratorio cerca es que por lo menos una vez al año se le haga exámenes de rutina al paciente (heces, orina, hemoglobina y hematocrito). (Ver cuadro No. 8 y hoja de flujo No. 4).

- Educación en salud

Es importante tener una hora semanal (sábado) de charlas con grupos de padres de familia para tocar puntos como higiene corporal, alimentación, elaboración de alimentos, con-

ducta del niño enfermo, importancia del programa y vacunación, los que serán elaborados y ejecutados por EPS, ayudado por auxiliar de enfermería.

Inmunización

Metas

- a) Capacitación del 100% de la cobertura establecida
- b) Disminuir el riesgo de morbi-mortalidad de las enfermedades infecto-contagiosas comunes en la niñez, y que puedan ser prevenidas con la vacunación.
- c) En el transcurso del primer año, vacunación según reglas establecidas del Ministerio de Salud Pública, y mientras se educa a la gente, se utilizarán las campañas de vacunación impuestas anualmente por el mismo Ministerio, campañas en las que tiene la obligación de trabajar todo el personal médico y paramédico del Centro de Salud. (Ver cuadro No. 9).

CUADRO No. 8

NORMAS DE CONTROL SUGERIDAS

<u>EDAD</u>	<u>CITAS</u>
0 - 1 a.	Cada 2 meses
1 - 2 a.	Cada 3 meses
2 - 4 a.	Cada 4 meses

CUADRO No. 9

NORMAS DE CONCENTRACION Y FRECUENCIA PARA LA APLICACION DE VACUNAS

TIPO	EDAD DE APLICACION			
	1er	2do.	1a. dosis	2a. dos.
D P T	2 meses	3 meses	4 meses	18 M. 2 años
ANTIPOLIO	2 meses	3 meses	4 meses	---
B C G	A los nueve meses			
SARAMPION	A los doce meses			

VIII-0 EVALUACION Y EFICACIA DEL PROGRAMA.

Se hará de la manera siguiente:

1. Porcentaje de pacientes en seguimiento, en relación a la población materno-infantil, calculada para el año del programa.
2. Porcentaje de niños inscritos en el primer trimestre de vida.
3. Porcentaje de gestantes inscritas antes del 5o. mes de embarazo.
4. Número de consultas cumplidas en el año -- por pacientes en relación a la consulta esperada según concentración.
5. Porcentaje de niños salidos de control, según factor causal:
 - a) Traslado de residencia fuera del casco-urbano.
 - b) Abandono del programa
 - c) Muerte

- d) Cumplimiento de edad por arriba del grupo infantil.
- e) Grado de cumplimiento de las inmunizaciones
- f) Número de secciones educativas individuales y de grupo
- g) Número de visitas domiciliarias para captación.

VIII-1 CONCLUSIONES.

1. Actualmente la tasa morbi-mortalidad materno-infantil es muy alta en el municipio.
2. No existe ningún programa de salud específico para el municipio.
3. El Centro de Salud funciona en un salón cedido por la Escuela Nacional de Chajul, que no llena los requerimientos mínimos de un Centro de Salud.
4. No existe presupuesto propio ni una asignación periódica dentro del presupuesto del Centro de Salud tipo B Nebaj, que es la sede del distrito No. 4.
5. No existe actualización de conocimientos en el personal paramédico.
6. La cuota trimestral de medicina no es suficiente actualmente para llenar los requerimientos de morbilidad en la población.

DIAGRAMA DE FLUJO N° 1.
SUB-PROGRAMA MATERNO. ATENCIÓN PRENATAL

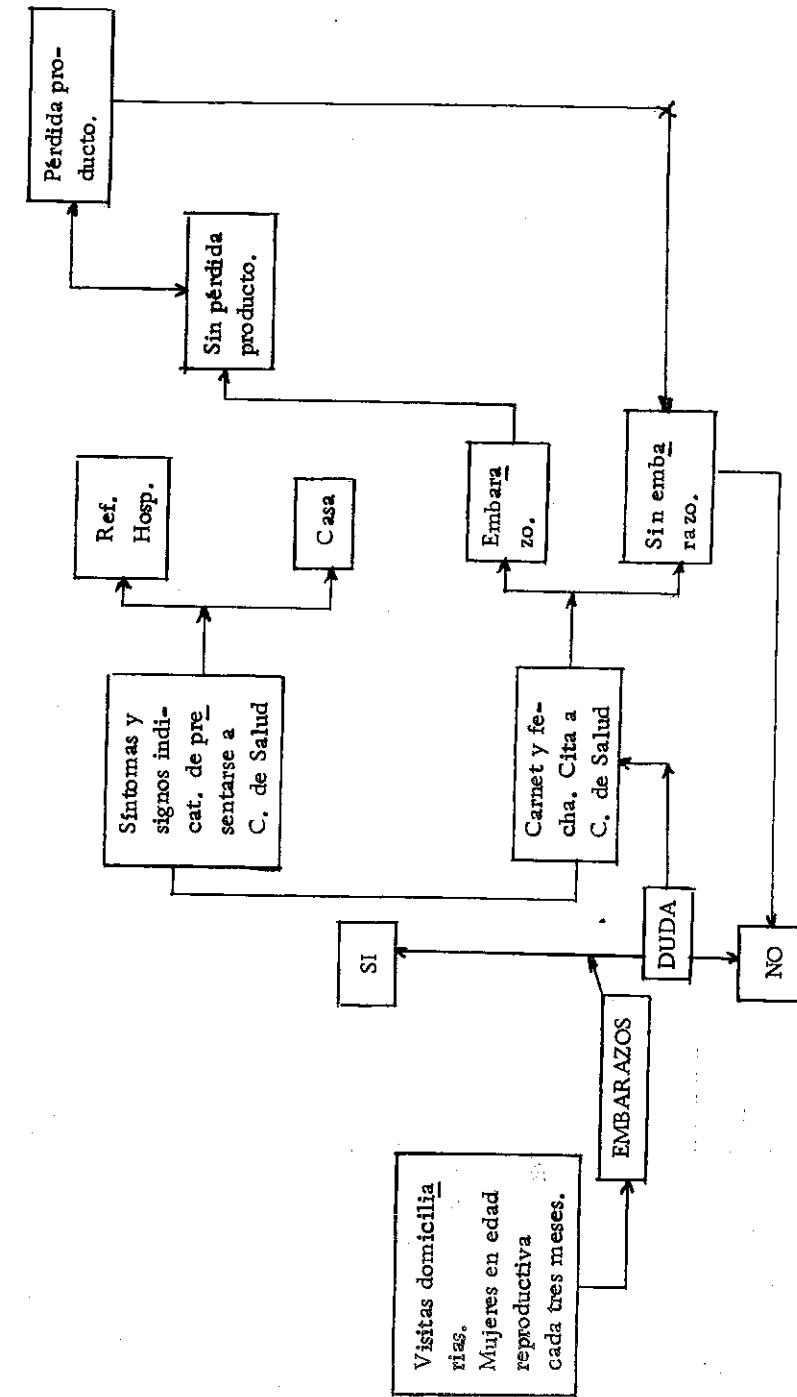


DIAGRAMA DE FLUJO No. 2.
SUB-PROGRAMA MATERNO. ATENCION DEL PARTO

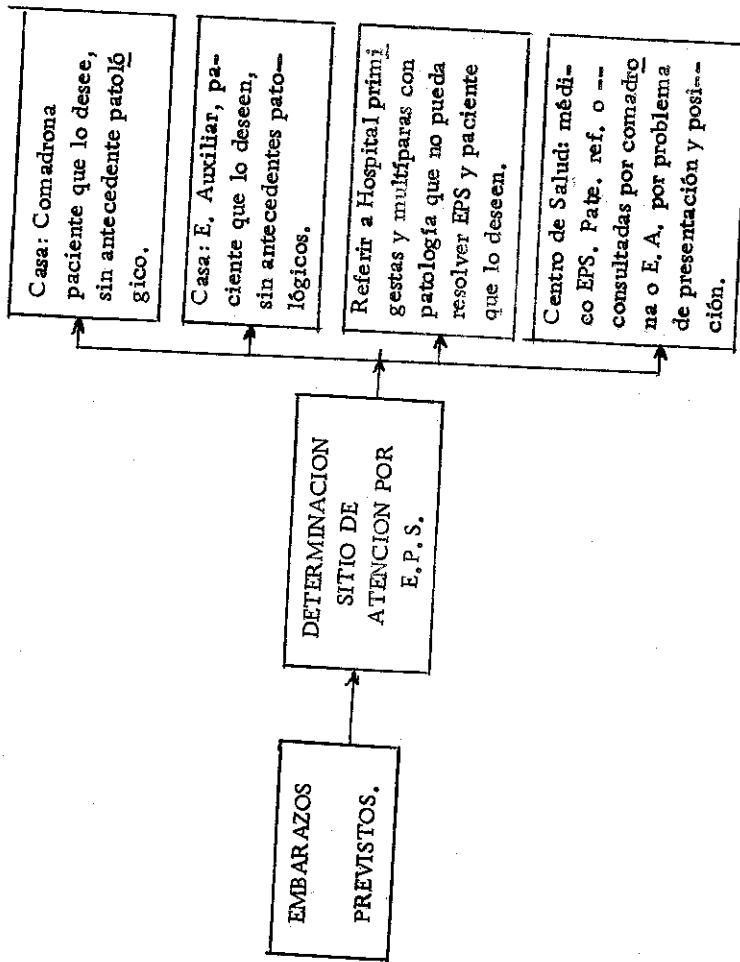


DIAGRAMA DE FLUJO No. 3.

SUB-PROGRAMA MATERNO.

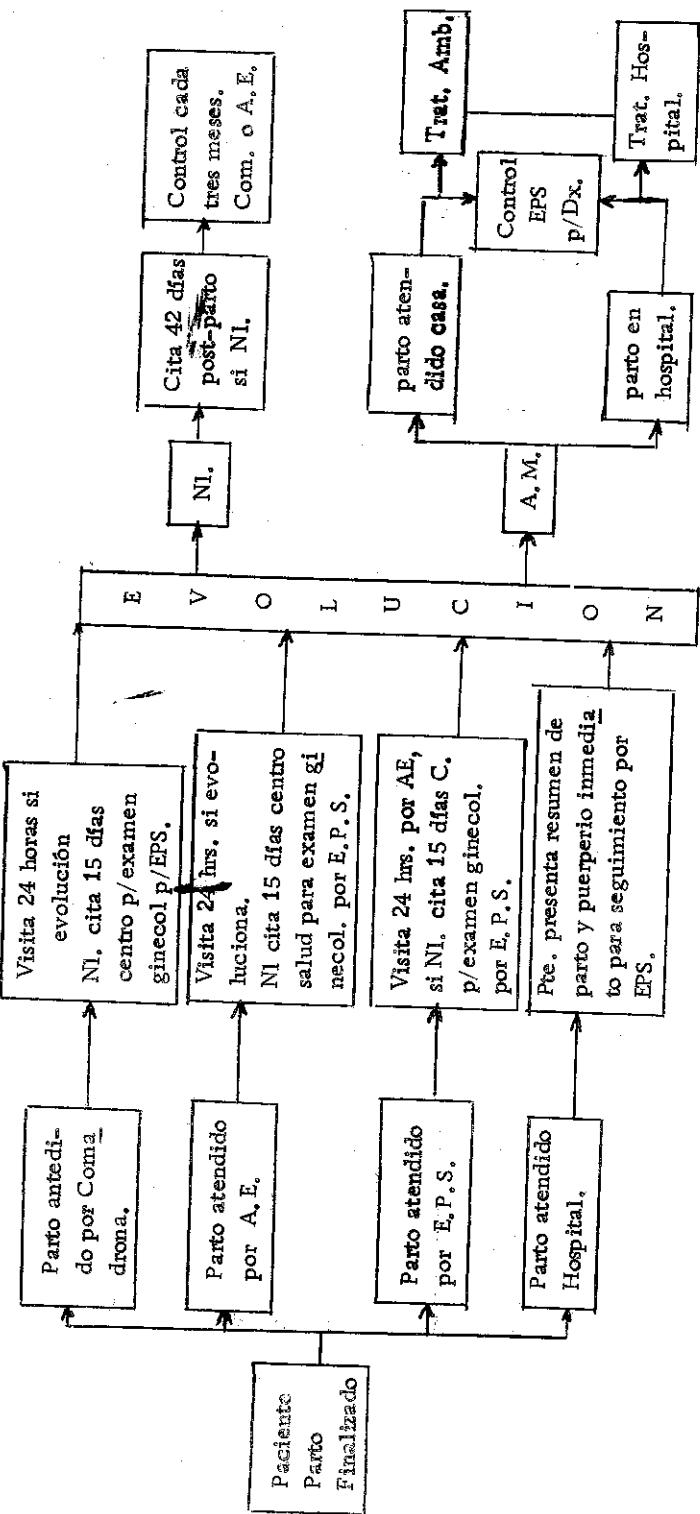
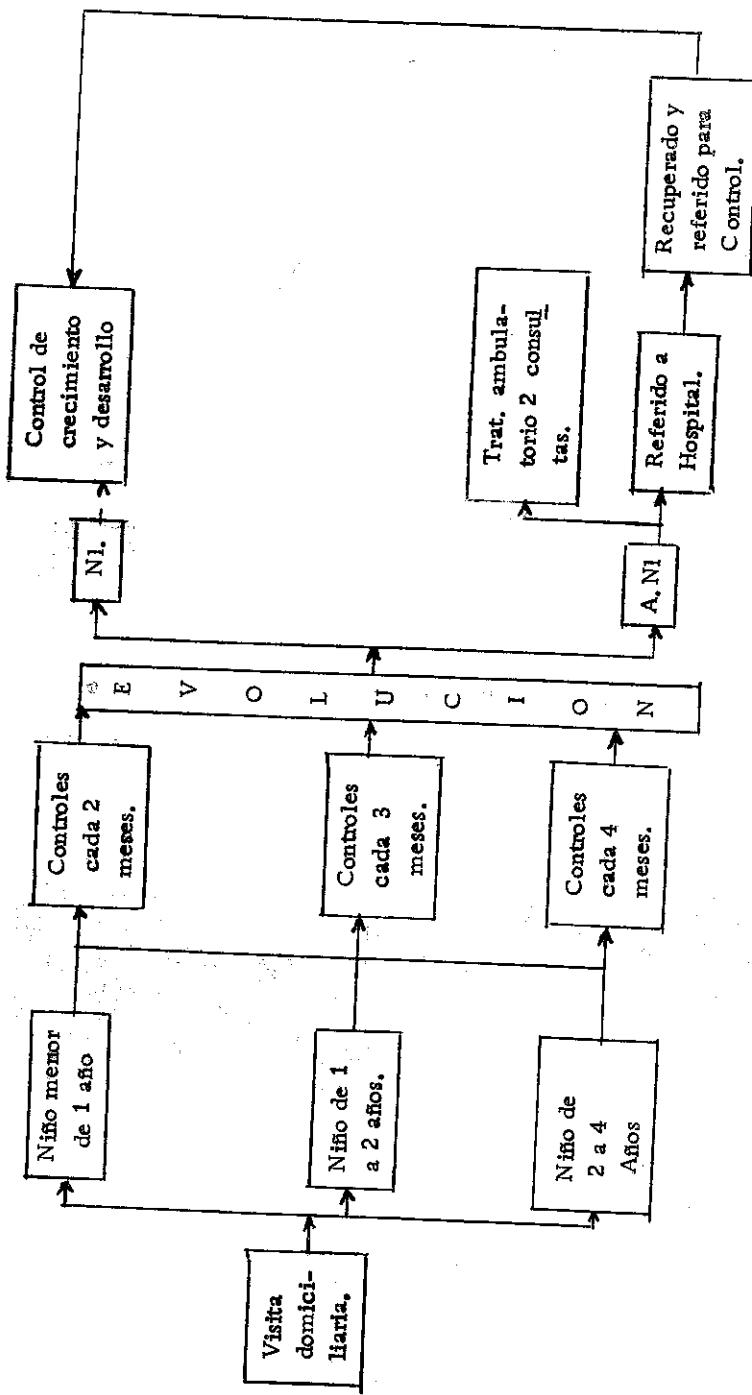


DIAGRAMA DE FLUJO N°. 4.

SUB-PROGRAMA INFANTIL.-



VIII-2 RECOMENDACIONES:

1. Solicitar al Ministerio de Salud Pública, - un edificio acorde a las necesidades de salud.
2. Proponer al M.S.P. o a la región de salud, - que se asigne un presupuesto propio anual a los Centros de Salud tipo C, o que se le asigne una ayuda económica fija dentro del presupuesto de los Centros de Salud tipo B, ya que para la magnitud del programa, no se rá suficiente el ingreso mensual por concepto de consulta a razón de Q.0.25 por paciente, cuota estandar establecida.
3. Con presupuesto podremos pensar en la organización de adiestramiento de comadronas, - así como incrementar el recurso físico médico quirúrgico y de oficina.
4. Solicitar aumento de la cuota trimestral de medicina.
5. Solicitar al M.S.P. o área, supervisión más estricta del personal paramédico, con el objeto de renovar periódicamente conocimientos para el buen funcionamiento del programa y en actividades del Centro de Salud.
6. Solicito mejor supervisión al E.P.S., con - objeto de que el rendimiento del mismo sea óptimo, lo que dará continuidad para que el programa logre así las metas trazadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual práctico para comadronas adiestradas. 1963. 25 p. (mimeografiado).
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Salud. Normas generales de la División de Salud Materno Infantil y Familiar. Guatemala, 1975. 150 p.
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programas de atención materno-infantil y orientación familiar, área de salud del Quiché. Guatemala, 1975. 150 p.
4. Colombia. Universidad del Valle. División de Salud. Programa de atención médica, subprograma materno-infantil. Cali, 1972. 43 p. (mimeografiado).
5. Poitevin Paz, G.R. República de Guatemala. Departamento del Quiché. Cálculo de población año 1972-1980. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Planificación de la Salud. pp. 6, 87, 157, 214, 239.
6. Sánchez, José Rómulo. Planificación de la Salud. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1975. 16 p. (mimeografiado).

BR.


Miguel Antonio Cáceres Grajeda


Manuel López

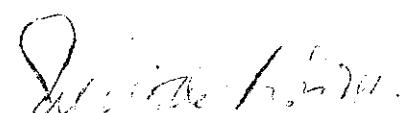
Asesor.

Dr. Víctor Manuel López Vásquez


Francisco Ochaeta

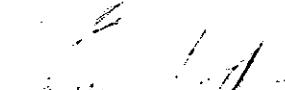
Revisor.

Dr. Francisco Ochaeta


Julio de León Méndez

Director de Fase III.

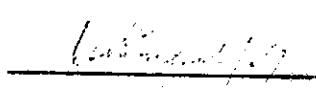
Dr. Julio de León Méndez


Mariano Guerrero Rojas

Secretario General

Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.


Carlos Armando Soto G.

Decano

Dr. Carlos Armando Soto G.