UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"DIAGNOSTICO DE SALUD MATERNO-INFANTIL DEL MUNICIPIO DE PANZOS, ALTA VERAPAZ 1975"

MARIO RAUL CASTRO-CONDE MONZON

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. OBJETIVOS

III. HIPOTESIS

IV. MATERIAL Y METODOS

V. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

VI. RESULTADOS

VII. COMENTARIO

VIII. ANALISIS Y DISCUSION

IX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

X. BIBLIOGRAFIA

XI. APENDICE.

INTRODUCCION

Con el presente trabajo de investigación se estudió al grupo Materno-Infantil que es el más afectado por el elevado porcentaje de Morbi-mortalidad. Principalmente en el área rural en donde son más escasos los recursos de salud, así como otros factores como: mala situación económica, analfabetismo, saneamiento ambiental, mala distribución de tierras etc., factores que contribuyen a que este grupo sea el más afectado especialmente por enfermedades infecto contagiosas y nutricionales. Esta última tiene en Guatemala una prevalencia de 81% en los niños menores de 5 años, siendo esta y las enfermedades infecciosas las que más atacan al grupo investigado. Los cuáles son una conciencia politico-social -- asistencial adecuada pueden ser prevenibles.

Este trabajo tuvo como fuente de información una encuesta rural y urbana de población del municipio de Panzos, A.V., asi como una encuesta socio-económica y nutricional de un sector de población sacado al azar, que constituyó nuestra muestra representativa de la población de la cabecera del municipio. Para poder establecer las condiciones de salud (Dx de salud) en las cuáles se encuentra en este municipio el grupo antes mencionado.

Para su realización del presente trabajo, se contó con la colaboración de Autoridades locales, de maestros de la Escuela local y personal de salud.

OBJETIVOS

1. Determinar los factores que contribuyen a que este grupo sea el más afectado.
2. Contar con un documento inicial sobre las condiciones del grupo Materno-Infantil para estudios ulteriores.
3. Determinar las características del ambiente social, cultural y biológico del grupo estudiado.
4. Detectar el riesgo de enfermar a que está expuesto este grupo.
5. Llevar a cabo programas de Materno-Infantil con bases firmes, al tener diagnósticos definidos sobre su daño y sus posibilidades de mejorarlos.

HIPOTESIS

1. La mayoria de los daños que se presenta en el grupo Materno-Infantil son prevenibles con acciones concretas contra las causas de estos daños, que en su mayoría son de origen infeccioso y nutricional, teniendo éstos como causa determinante, la situación socio-económica de las personas.
2. Que la percepción y la conciencia que se tiene del problema Materno-Infantil, varia significativamente entre la comunidad y el personal de salud local, así como el enfoque de las posibles soluciones.

MATERIAL Y METODOS

1. Recursos Humanos:

   1 Médico infieri E.P.S.
   1 Técnico en salud rural
   1 Auxiliar de enfermería
   Maestros de la Escuela Nacional
   1 Médico supervisor

2. Materiales:

   Archivos de Malaria
   Archivos Municipales
   Archivos del Centro de Salud
   Instrumento de trabajo proporcionado por la Facultad de Ciencias Médicas.

El Municipio de Panzos cuenta con tres aldeas, diez caseríos y 27 fincas. La cabecera municipal tiene el 10.7% de la población total encuestada, el resto de la población se encuentra constituída en el area rural del municipio (aldeas, caseríos y fincas).

Para la encuesta de la población urbana se contó con la colaboración de los maestros de la Escuela de la localidad. En el área rural se contó con la colaboración de los maestros de las escuelas rurales y administradores de fincas.

En el área urbana (cabecera municipal), los encuestadores fueron distribuídos en la población y realizaron la encuesta por medio de entrevistas personales de casa en casa. Al hacer el cómputo nos dió un total de 387 familias, lo que se tomó como el Universo de la población y se seleccionó un porcentaje para muestra, de acuerdo a las normas que para el efecto se encuentran en el protocolo de investigación en la siguiente forma:

30% para cabeceras que tienen de 0 a 299 familias
20% para cabeceras que tienen 300 a 499 familias
15% para cabeceras que tienen 500 a 799 familias
10% para cabeceras que tienen 800 a más de 1000 familias.

Por haber obtenido en la encuesta un total de 387 familias y de acuerdo al criterio expresado anteriormente, se

tomo el 20% del total de familias como muestra repre - sentativa, lo que nos dió una muestra de 76 familias, lo que constituía nuestro Universo teorico.

Se empleó el sistema de muestreo sistemático de inicio al azar y se determinó el Modulo de acuerdo a la formula siguiente:

$$M \quad \frac{\text{Total de familias de la cabecera Munic.}}{\text{Total de familias de la muestra}}$$

o sea: $M = \frac{387}{76} \quad 5$

El inicio de la muestra se determinó de la siguiente forma: se hicieron 5 papelitos numerados del 1 al 5, se introdujeron en una caja y se extrajo uno al azar, este papelito tenía el número 5; este 5 representa la primera familia a estudiar de acuerdo a la lista numerada de las 387 familias urbanas, esto se efectuó después de la -- encuesta. El módulo representaba la frecuencia con -- que se seleccionaría cada una de las familias. Al realizar el cálculo del módulo la muestra de 76 familias que correspondían al 20% del total de 387 familias.

La totalidad del cuestionario se pasaba en la vivienda de la familia en investigación y únicamente se llevaban a los niños menores de 5 años al Puesto de Salud para pesarlos y medirlos.

Para la hemoglobina y hematocrito de las señoras embarazadas se extrajo la muestra en el Puesto de Salud y fué llevada, para análisis, al Laboratorio Clínico de la Exmibal.

Para la investigación de la morbilidad durante el año de 1974, se contó con el cuaderno de registro de 1974, está contenido en dos cuadernos, en el primero están registrados pacientes de los meses de enero a mayo y en el otro de junio a diciembre. Cada hoja de cada cuaderno se divide en siete columnas para el mejor registro de los pacientes. Dichas columnas recogen los datos de la siguiente forma, enumeradas de izquierda a derecha:

Primera:	Número de orden
Segunda:	Nombre
Tercera:	Edad
Cuarta:	Sexo
Quinta:	Dirección
Sexta:	Diagnóstico
Séptima:	Tratamiento.

El número de orden es correlativo y abarca todo un mes de uno en adelante, pues al finalizar el mes, se inicia el próximo con número uno nuevamente. La dirección recoge únicamente el cantón donde vive el paciente -- pues la ciudad aún no tiene una nomenclatura adecuada.

El registro de los casos de mortalidad del año de 1974, se tomó de los informes mensuales que la auxiliar de enfermería rinde a la Oficina de Planificación y Estadística del Ministerio de Salud Pública, datos que son tomados de los certificados de defunción que se archivan en la municipalidad. Los nacimientos fueron tomados de la misma fuente.

La morbilidad y la mortalidad fueron clasificados de a - cuerdo a la lista de los probramas de investigación de mortalidad y morbilidad, que fué facilitada por el supervisor.

Con el método descrito anteriormente y de acuerdo al protocolo de investigación, se investigaron los si -- guientes aspectos:

I. POBLACION:

I.A Población total (piramide de poblacion).
I.B Población rural
I.C Población urbana
ID. Población Materno-Infantil
I.D.1. Niños menores de 1 año
I.D.2. Niños de 1 a 2 años
I.D.3. Niños de 2 a 3 años
I.D.4. Niños de 3 a 4 años
I.D.5. Niños de 4 a 5 años
I.D.6. Niños de 5 a 14 años
I.D.7. Mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años).
I.D.8. Embarazos esperados
I.D.9. Abortos esperados
I.D.10 Partos probables.
IE. Tasa de fecundidad
IF. Tasa de natalidad
IG. Crecimiento vegetativo

II. DAÑOS:

II. A Mortalidad (años 1974)

II.A.1 Mortalidad en menores de 1 año

II.A.1.a Mortalidad Infantil
II.A.1.b Mortalidad Neonatal
II.A.1.c Mortalidad Post-neonatal.
II.A.1.d Principales causas de mortalidad.

II.A.2 Mortalidad en niños de 1 a 4 años.
II.A.2.a Tasa especifica de mortalidad.
II.A.2.b Principales causas de mortalidad.
II.A.3 Mortalidad materna
II.A.3.a Mortalidad durante el embarazo.
II.A.3.b Mortalidad durante el parto.
II.A.3.c Mortalidad por abortos.
II.A.3.d Mortalidad durante el puerperio.
II.A.3.e Principales causas de mortalidad materna.

II.B Morbilidad (año 1974).

II.B.1 Morbilidad niños menores de 1 año.
II.B.2 Morbilidad niños de 1 a 4 años.
II.B.3 Morbilidad niños de 5 a 14 años.
II.B.4 Morbilidad Obstétrica.
II.B.5 Otro tipo morbilidad durante el embarazo.
II.B.6 Diez causas principales de morbilidad en cada grupo de población.

II.C Situación Nutricional: (año 1975).

II.C.1 Desnutrición en niños menores de 5 años.
II.C.1.a Desnutrición proteico calórica.
II.C.1.b Anemia
II.C.1.c Avitaminosis A
II.C.1.d Bocio

II.C.2 Desnutrición en embarazadas
- II.C.1.a Desnutrición proteico-calórica.
- II.C.1.b Anemia.
- II.C.1.c Avitaminosis A
- II.C.1.d Bocio

II.D Mortinatalidad.

III. Situación Social y Económica

III.A. La Familia

- III.A.1 Estado civil
- III.A.2 Rural
- III.A.3 Urbano
- III.A.4 Grupo Etnico
- III.A.5 No. miembros de la familia.
- III.A.6 No. niños menores de 5 años.
- III.A.7 No. niños entre 5 a 14 años.
- III.A.8 Escolaridad de los padres
- III.A.9 Mayores de 15 años alfabetas.
- III.A.10 Miembros de 7 a 14 años que asisten a la Escuela.

III.B. Hábitos y creencias sobre los alimentos:

- III.B.1 Alimentación familiar.
- III.B.2 Alimentación de embarazadas.
- III.B.3 Alimentación del pre-escolar.
- III.B.4 Alimentación del escolar
- III.B.5 Alimentación durante el primer año de vida.

- III.B.5.a Lactancia
- III.B.5.B Alimentación artificial
- III.B.6 Alimentos malos:
  - III.B.6.a Durante el embarazo.
  - III.B.6.b Durante la lactancia.
  - III.B.6.c Para el niño de pecho.

III.C Medios de producción:

III.C.1 Tenencia de la tierra:

- III.C.1.a Propietario
- b Arrendatario
- c Posesión
- d Mediero
- e Usufructo

III.C.2 Tenencia de Instrumentos de trabajo:

- A Propietario
- B Arrendatario

III.D Producción:

- III.D.1 Producción agrícola
- 2 Producción Pecuaria
- 3 Producción Artesanal
- 4 Producción Fabril
- 5 Comercio.

III.E. Fuerza de Trabajo:

- III.E.1 Colono
- 2 Cuadrillero

3 Jornalero
4 Trabajo por su cuenta.

III.F Consumo:

III.F.1 Vende lo que produce
2 Consume lo que produce
3 Ambos

III.G Ingresos:

III.G.1 Ingreso económico familiar anual.
2 Ingreso per cápita
3 Ingreso en especie

IV. Percepción del problema:

I.V.a. Por parte de la Comunidad
I.V.b. Por parte del personal de salud local

Todos estos datos serán investigados con cuatro instrumentos de trabajo que fueron distribuídos por la Facultad y que corresponden a cada uno de los cuatro temas mencionados anteriormente.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO

LOCALIZACION:

PANZOS, Municipio del departamento de Alta Verapaz, cuenta con una Municipalidad de 4a categoría por el número de habitantes, y de 2a. por su importancia comercial. Su extensión aproximada es de 733 Km^2, colinda al Norte con el Municipio de Senahú A.V., al Este con el Municipio de El Estor (Izabal), por el Sur con el Municipio de Río Hondo (Zacapa) y con Purulhá B.V., dista de la Ciudad Capital 268 Kms. y de la cabecera Departamental 120 Kms.

ALTURA:

El Banco de marca establecido por la Dirección General de Caminos en la Cabecera Municipal, está a 17-84 metros sobre el nivel del mar, en este sentido es el Municipio más bajo del Departamento, siguiéndolo Chaal con 22 metros, latitud: 15°26'40', longitud: 89°46'50'.

CLIMA:

Panzós disfruta de un clima cálido húmedo, con una temperatura máxima de 37.5°C.

Las condiciones climatéricas se relacionan a gran medida con la salud de sus habitantes. Las regiones cálidas como ésta, son reconocidas por los Epidemiólogos como áreas de Malaria. Los viejos vecinos de la población refieren que antaño ésta era reconocida como área palúdica temible. Actualmente, gracias a la encomiable labor del Sector del SNEM, se ha reducido grandemente esta entidad patológica.

TOPOGRAFIA:

La característica de los suelos del Departamento de A.V., son de una textura Franco-Arcillosa y Franco-Limosa; el color de los suelos es por general café oscuro. El área de las tierras bajas de Petén Caribe, consiste en suelo casi planos y ondulantes. La región que nos ocupa posee un enorme valle que sirve de cuna al río Polochic y cuyos suelos se mantienen contínuamente húmedos y fértiles, constituyendo el terreno ideal para la siembra del maíz.

FLORA Y FAUNA:

Las plantas que prevalecen en la región, pertenecen a la flora Tropical. Entre ellas predominan la Manaca, la Palma, Cocal, Ceiba y el curioso arcaico Helecho Gigante. Entre los cultivos predomina el maíz y frutas tropicales, se dá en menor medida también el Bálsamo y el Cardamomo.

La fauna regional ha sido modificada sensiblemente por la mano del hombre. Las narraciones históricas de viajeros mencionan una gran legión de micos, lagartos y gran cantidad de variados peces, todos los cuáles van desapareciendo paulatinamente. La pezca por lo tanto, ya no constituye un medio de subsistencia ni mucho menos de comercio.

VIAS DE COMUNICACION:

De la ruta 7-E que de Panzós conduce a El Estor, hay aproximadamente 44 Kms., de Panzós a Tucurú dista 63 Kms., de la Capital a Panzós hay una distancia de 268 Kms., de los cuáles 180 o sea de la Capital a Tactic (San Julián), corresponden a carretera asfaltada,

de reciente inauguración en tanto que el resto es de terracería el cual transcurre siguiendo muy de cerca las riveras del río Polochic, con el consiguiente y siempre esperado peligro de que sus aguas se eleven e invadan al camino. El tramo que corresponde a la jurisdicción del Estor, se mantiene en buenas condiciones para permitir el paso de los vehículos que transportan valiosisimo material minero y que lo dirijen al extranjero.

DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA

Panzós cuenta con 3 aldeas y 11 caseríos.

Aldea La Tinta, con su caserío Papalhá; ahora convertido por el Estado en Hacienda Modelo.

Aldea Telemán, importantísimo centro comercial de granos básicos, con sus caseríos El Rosario, Agua Caliente y Armenia.

Aldea Cahaboncito, con sus caseríos, Santa María, Taquincó y la Colonia Panzós con sus caseríos Soledad, Santa Rosita Panacté y el Porvenir.

El vocablo Panzós, deriva de los términos Kekchíes que significa: "SOBRE LAS AGUAS VERDOSAS", aludiendo a su proximidad con el majestuoso rio Polochic. "La Tinca", deriva de las plantaciones de Jiquilite que había en la aldea hace muchos años. "Telemán", refieren que significa "ESPEJO ABIERTO".

DESARROLLO HISTORICO

La fundación de Panzós parece ser posterior a 1839 años en que se definió la división territorial de la República por departamentos y distritos en el año de 1871 ya apare

ce descrito.

Anexiones: El decreto Gubernativo de Noviembre de 1871, agrego a los pueblos de Panzós y Telemán al departamento de Izabal, volviendo a su anterior de - partamento de Alta Verapaz por Decreto de 1872 que derogó el anterior. Cahaboncito vuelve a Panzós segregado de Izabal en 1887, en 1890 es adscrito nuevamente a Izabal y en 1891 vuelve definitivamente a -- Panzós.

FIESTAS PATRONALES

Panzós celebra su fiesta en honor a Santa Rosa de Lima del 27 al 30 de Agosto, en tanto que la Tinta la celebra del 25 al 29 de Noviembre, en honor a Santa Catalina. Esta aldea dista de Panzós 32 Kms.

FIESTAS

Como comunidad eminentemente indígena, la mayoría de sus habitantes profesan fervorosamente la Religión Católica, de acuerdo a la encuesta corrida a sus habitantes el 80% son católicos y el 10% no tienen religión definida.

COSTUMBRE Y FOLKLORE

La monografía consultada refiere que en Panzós se practica el Baile de la Catalina, Los Moros y los cristianos y los instrumentos autóctonos son la Chirimía y el Tamborón.

El indígena de la región muele el maíz en un rústico molendero levantado del suelo, el "FOGON" en el suelo construido con tres piedras grandes y se conserva en la mayoría de las viviendas; el indígena se resiste a abandonar esta costumbre, de paso, ha ocasionado

a abandonar esta costumbre, de paso, ha ocasionado no pocos accidentes.

El indígena de la región es adicto a las bebidas alcohólicas, especialmente del licor clandestino; ellos no conciben celebración sin este elemento. Por otra parte el ladino parece permitir, apropiar y fomentar esta costumbre con la cual obtienen muy buenas ganancias.

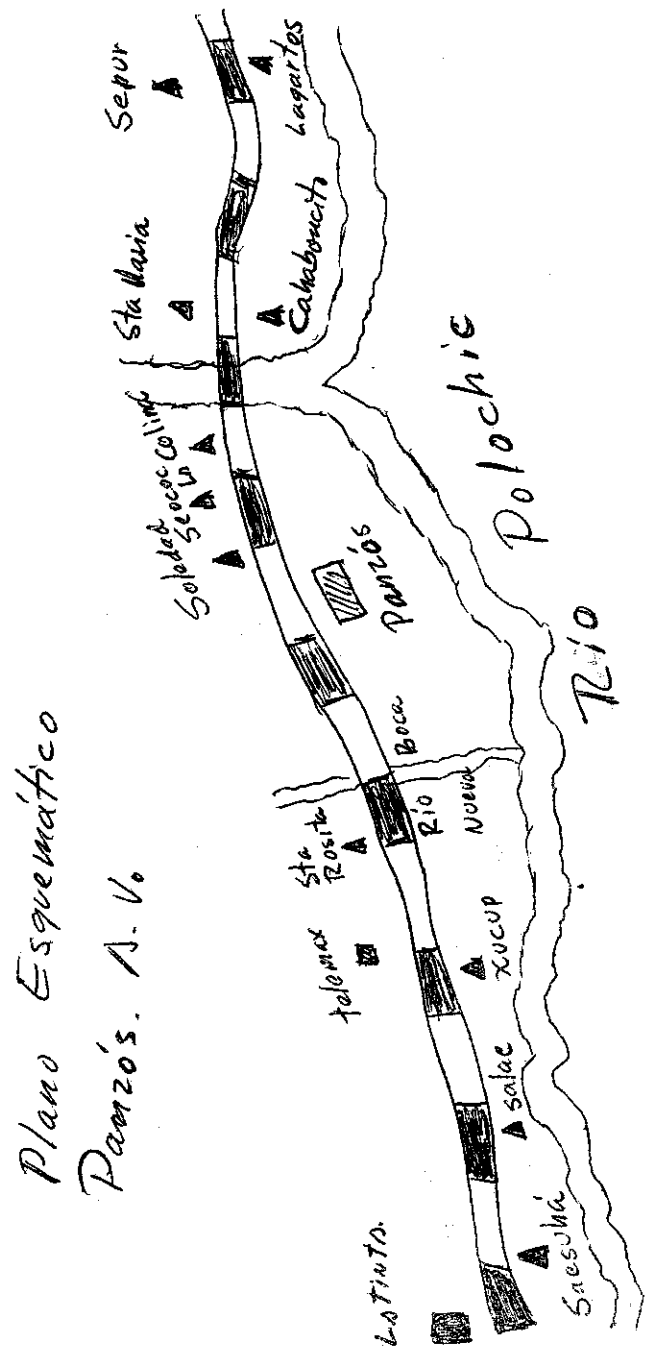
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE PANZOS POR EDAD Y SEXO. AÑO DE 1974

	Masculino			Femenino		
Edad	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total
0-4	211	1905	2116	203	1955	2158
5-9	198	1693	1891	200	1738	1938
10-14	154	1323	1427	141	1210	1351
15-19	96	808	904	104	686	790
20-24	73	615	688	79	648	723
25-29	70	602	672	77	645	722
30-34	73	630	703	73	631	704
35-39	66	565	631	68	581	649
40-44	54	453	507	46	364	410
45-49	38	253	291	35	268	293
50-54	30	248	278	35	283	318
55-59	23	191	214	25	203	228
60-64	20	161	181	22	187	209
65-69	20	161	181	21	179	200
70-74	16	121	137	16	128	144
75-79	7	44	51	7	36	43
80-84	3	21	24	3	22	25
85 ó más	2	14	16	2	13	15

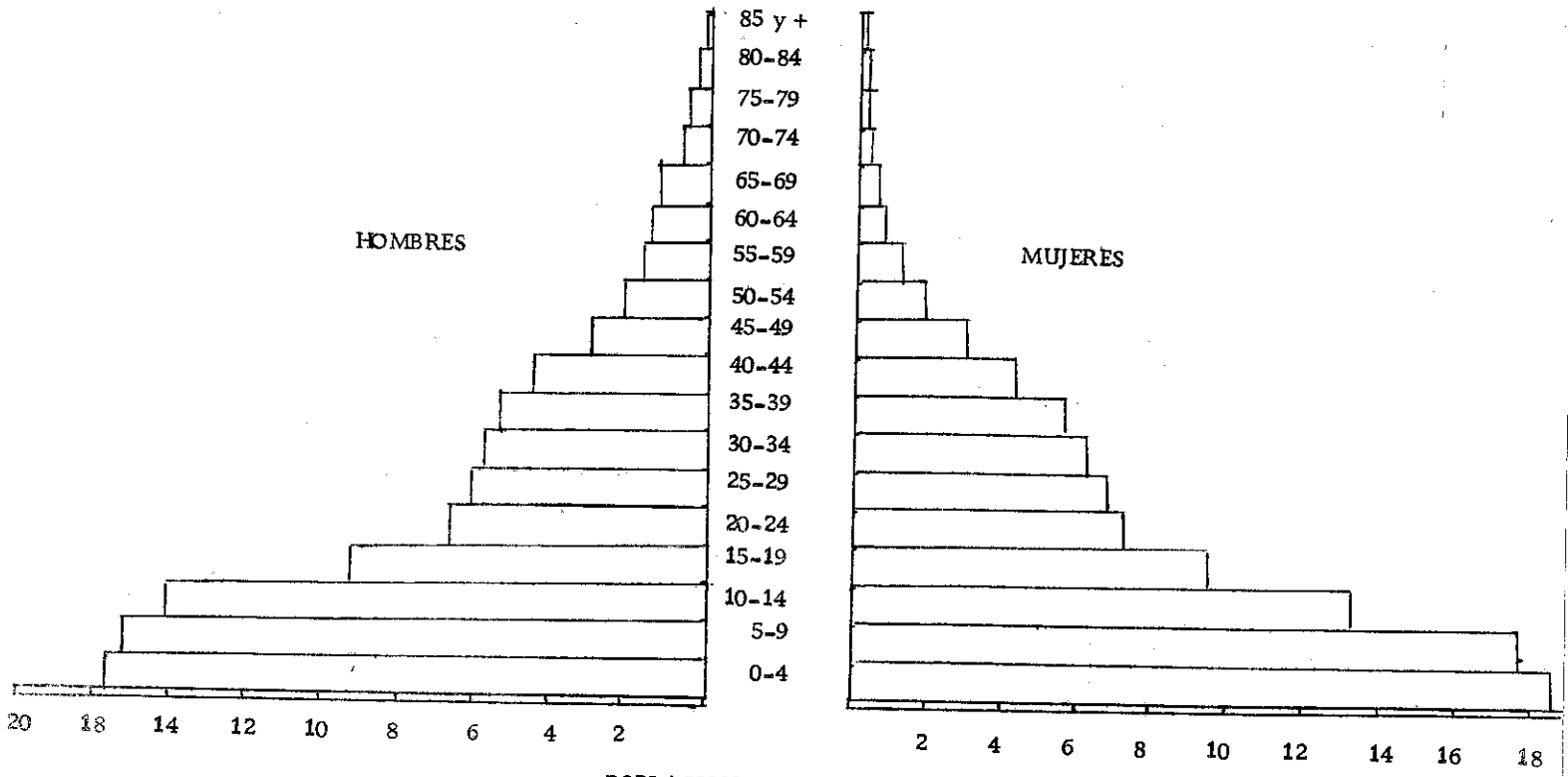
Fuente: Unidad de planificación y Estadística, M.S. P. y A.S.

Población : año 1974

GRAFICA No. 1.



GRAFICA No. 2.



Fuente: Unidad de Planificación y Estadística M. S.
P. A. S. 1974

RESULTADOS

Población Urbana y Población Rural:

El municipio de Panzos tiene una población eminentemente considerada como rural. Cuenta con tres aldeas, diez caseríos y veinte y siete fincas. El área urbana le correspondió el 10.7% de la población mientras que el restante 89.3% es del área rural. Se consideró que la totalidad de la población era del grupo indígena como se puede observar en el siguiente cuadro de la encuesta efectuada:

	Población Urbana:		Población Rural:	
Indígenas:	1521	89.5%	14884	94%
Ladinos:	378	10.5%	966	6%
Total:	1889	100 %	15850	100%

Población total del Municipio: 22328 censo de 1974. Unidad de Planificación y Estadística.

Población encuestada: 1975 17749

Población por sexo:

	Area Urbana:		Area Rural:	
Masculino	991	52%	8037	51%
Femenino	908	48%	7813	49%
Total	1899	100%	15840	100%

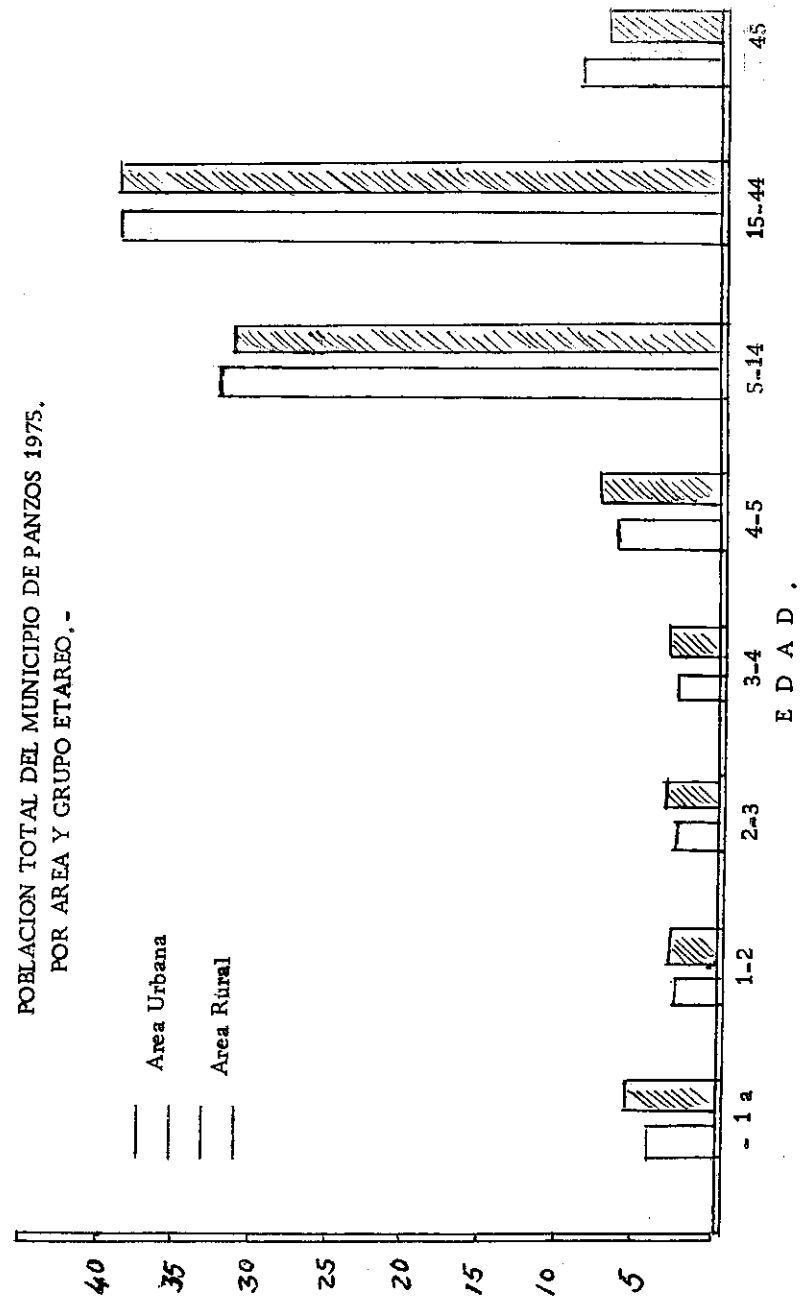
Como se puede observar por los datos anteriormente expuestos la población del sexo masculino está un poco más elevada en comparación con la del sexo femenino.

POBLACION TOTAL POR SEXO. GRUPOS ETARIOS Y AREA. PANZOS, 1975.

	URBANO			RURAL		
Grupo	Masculino.	Femenino.	%	Masculino.	Femenino	%
Menores de 1 año	40	45	4.4	456	389	5.6
1-2 años	38	32	3.1	374	313	4.3
2-3 años	38	32	3.1	346	269	3.9
3-4 años	31	29	3.1	371	228	4.0
4-5 años	58	41	5.4	530	476	6.3
5-14 años	341	234	32.7	2484	2539	31.5
15-44 años	380	414	38.4	3062	3065	38.4
mayores de 45 años	75	81	8.7	514	445	6.0
Total:	1001	906	100	8037	7724	100

GRAFICA No. 2.-

POBLACION TOTAL DEL MUNICIPIO DE PANZOS 1975, POR AREA Y GRUPO ETAREO.-



Mujeres en edad reproductiva:

Según censo: 4078
Según encuesta: 3749

Embarazos esperados:

Según censo: 203.9
Según encuesta: 187.4

Abortos esperados:

Según censo: 20.39
Según encuesta: 18.74

Partos probables:

Según censo: 183.51
Según encuesta: 168.66

Los resultados anteriores nos muestran que estamos trabajando con una población que está creciendo rápidamente, lo que se explica por el alto índice de mujeres en edad reproductiva y la alta fecundidad que presenta, y si a todo esto sumamos el hecho de que los matrimonios son tempranos y las familias generalmente numerosas, nos daremos cuenta que el grupo materno-infantil seguirá siendo el más importante de la población y que justifica cualquier esfuerzo que se haga para darle la mejor protección posible por medio de programas preventivos, por medio de la promoción de salud.

Tasa de fecundidad: 639.81 x 1000
Tasa de Natalidad: 70 x 1000
Crecimiento vegetativo: 60 x 1000

DAÑOS DE SALUD:

Morbilidad:

Para esta parte del estudio se consideró la consulta externa dada por el puesto de salud de la comunidad en el año 1974. Los datos se tomaron del libro de registros de pacientes de dicho Centro y se investigó la morbilidad atendida en cuatro grupos de pacientes que eran los siguientes:

Menores de 1 año
De 1-4 años
De 5-14 años
Obstétrica

Durante el año de 1974 el puesto de salud de Panzos atendió a un total de 524 pacientes menores de 1 año de edad. Todos fueron vistos en consulta externa. - Los diagnósticos más frecuentes encontrados, y que según la clasificación general de enfermedades que se presentan en apéndice, son los siguientes en orden de frecuencia decreciente:

1. EM - 69
2. EM - 8
3. EM - 34
4. EM - 71
5. EM - 91
6. EM- 5
7. EM - 48
8. EM - 13
9. EM - 19
10. EM - 70

Como se puede ver, los sistemas afectados son el respiratorio y el digestivo. Si bien es cierto que esto es lo más frecuente en la infancia también lo es el hecho de que se trata de enfermedades condicionadas por un ambiente que es poco favorable para el huésped y muy favorable para el agente causal.

Se puede ver que las tres primeras causas que provocaron la consulta al puesto de salud son de tipo infecto-contagioso, y todos sabemos la forma de evitar estas condiciones o al menos de disminuírlas, porque enfermedades de este tipo van a existir siempre solo que en menor proporción que la que tenemos a la vista.

Morbilidad en niños de 1-4 años de edad:

Durante el mismo año fueron atendidos un total de 836 niños de 1-4 años de vida en el puesto de salud. Las más frecuentes, siempre en orden frecuencia de mayor a menor y de acuerdo a la clasificación establecida son:

1. EM - 69
2. EM - 8
3. EM - 34
4. EM - 5
5. EM - 71
6. EM - 48
7. EM - 42 - 43 - 44
8. EM - 91
9. EM - 70
10. EM - 68

Los comentarios en este grupo de población son los mismos que para los niños menores de un año de edad, pues la población es la misma, así como las condiciones higiénicas

la pobreza, la explotación y, luego entonces, los problemas que resultarán serán los mismos y las soluciones las mismas.

Morbilidad en niños de 5-14 años:

En este grupo de población, que es mucho mayor que los anteriores, la solicitud de atención fué relativamente menor, lo que me hace pensar que este grupo de población se enferma menos o que ya ha pasado por el periodo critico de susceptibilidad que representan los primeros años de existencia. Las causas más frecuentes de consulta son en términos generales las mismas que en los grupos anteriores, lo que confirma que persiste la influencia negativa del ambiente, y únicamente se nota que hay un marcado aumento de las consultas debidas a lesiones por causas externas. Las diez causas más frecuentes son las siguientes siempre en orden de frecuencia de mayor a menor:

1. EM - 34
2. EM - 42, 43, y 44
3. EM - 72
4. EM - 104
5. EM - 3 y 5
6. EM - 8
7. EM - 69
8. EM - 48
9. EM - 71
10. EM - 13

Morbilidad obstétrica:

Se atendió en 1974 un total de 246 embarazadas en el puesto de salud. La patología observada es escasa o no está registrada pues únicamente se encontró enfer-

medad péptica y cefalea. Estos resultados se explican fácilmente ya que la patología obstétrica entre las embarazadas que consultan al puesto de salud es muy baja o no se detecta, ya que la mayoría de partos es atendido por comadronas que no reportan la morbi-mortalidad pre y/o post-parto. En este tiempo en el puesto de salud se reportaron únicamente 2 casos de aborto.

Resumiendo podemos decir que se analizó la consulta que el grupo materno-infantil solicitó en el puesto de salud de Panzos durante el año de 1974. Se atendió un total de 2175 niños menores de 15 años y a 246 embarazadas.

No se puede tomar esto como la totalidad de la morbilidad presentada por la población pues no todas las personas que se enferman buscan el puesto de salud, ya que también van a médico particular, comadrona, farmacéutico, etc., tomamos estos datos para nuestro estudio pues es el único registro que existe en esta comunidad es el del puesto de salud ya que no funciona otra clínica pública o privada.

MORTALIDAD:

Se analiza la mortalidad que dentro del año de 1974 se registró para niños menores de 4 años y para mortalidad materna. El registro de la causa de enfermedad es mala, ya que la totalidad de los casos fueron hechos por personal que tiene una ignorancia absoluta de lo que son las causas de enfermedad. Se pone con mucha frecuencia diagnósticos como "calentura", "gripe", etc.,

Mortalidad infantil:

Fué un total de 80 casos, lo que nos da una tasa de 52 x

1000, las causas más frecuentes son las siguientes:

Influenza:	30 casos	37.5%
Enteritis y otras enfermedades diarréicas:	23 casos	28.7%
D.P.C.	10 casos	10.2%
Bronquitis enfisema y asma:	6 casos	7.5%
Sarampión :	5 casos	6.2%
Demás enfermedades infecciosas y parasitarias:	3 casos	3.7%
Tos ferina	2 casos	2.5%
Anomalías congénitas:	1 caso	1.2%

Se observa que la mayor parte es por causas infecto-contagiosas, enfermedades condicionadas por un ambiente que es poco favorable para el huésped y muy favorable para el agente causal. Se observa, además, una tasa de mortalidad alta que se presenta, puesto que 52 x 1000 es muy alta aquí y en cualquier otra parte y que el incremento vegetativo no sea tan alto con esa tasa de natalidad.

Mortalidad Neonatal: 30 casos Tasa: 19 x 1000

Influenza	12 casos	40%
Enteritis y otras enfermedades diarréicas.	7 casos	23.3%
Neumonía	7 casos	23.3%
Demás enf. infecciosas y parasitarias.	4 casos	13.3%

Mortalidad post-Neonatal: 50 casos Tasa: 33 x 1000

Influenza	23 casos	46%
Enteritis y otras enf. diarreicas.	12 casos	24%

Neumonía	9 casos	18%
Demas enf. infecciosas y parasitarias.	6 casos	12%

Mortalidad en niños de 1 a 4 años: 48 casos Tasa 32x1000

Influenza	21 casos	45.7%
Enteritis y otras enf. diarréicas	13 casos	27.7%
Neumonía	9 casos	18.7%
Demás enf. infecciosas y parasitarias.	5 casos	10.4%

Mortinatalidad: 6 casos Tasa: 3.9 x 1000

Mortalidad Materna: no hay casos reportados.

NUTRICION:

En esta parte de la investigación se estudiaron las señoras embarazadas y todos los niños menores de 5 años. Para realizar la encuesta se contó una hoja mimeografiada y se investigó lo siguiente:

Desnutrición protéico calórica (DPC):

Signos Clínicos
1. Anemia
2. Avitaminosis A
3. Bocio

Se pasó un total de 55 niños y 3 señoras embarazadas. Fueron pesados y medidos en el puesto de salud. Para el registro de los datos se utilizó la siguiente clave:

0 = Signo ausente
1 = Signo presente
2 = Signo dudoso

Nutrición en niños menores de 5 años:

Signo		Casos	%
Cabello:	fácilmente desprendible	0 = 55	100
	cambio en textura	0 = 55	100
	cambio en textura y color	0 = 55	100
Ojos:	Conjuntivitis no purulenta	0 = 55	100
	Queratomalacia	0 = 55	100
Bocio:	G 1, 11 y 111	0 = 55	100
Conjuntivas pálidas		0 = 52	94.4
		1 = 3	5.6
Hiperqueratosis folicular		0 = 55	100
Tejido celular subcutáneo:	edema bilateral de piernas	0 = 55	100
	Edema generalizado	0 = 55	100

Estado nutricional en niños menores de 5 años relativo al déficit de peso:

Déficit de peso	Casos	%
Normal	7	12.7
DPC G-1	23	41.8
DPC G-11	15	27.4
DPC G-111	10	18.1

Talla: el 100% de la muestra presenta talla baja para su edad.

Los resultados anteriormente presentados demuestran claramente que la desnutrición es endémica en la muestra en estudio.

El 87.1% de los niños investigados presentan por lo menos un signo clínico de DPC, si bien se puede considerar que los casos de DPC G-111 son sólo 10 (18.1%); los casos de DPC G-1 y 11 son más frecuentes de encontrar. A pesar de tratarse de una región relativamente rica, se observa en los resultados anteriores, donde en familias con buen ingreso per capita los niños están desnutridos.

De los 7 niños que presentaban peso normal para su edad, 5 eran correspondientes al grupo de menores de 1 año. La razón que tengan un peso normal es debido a la lactancia materna y que al dejar de lactarlos ellos se enfrentan a costumbres alimenticias inadecuadas, lo que los lleva a una pérdida relativa de peso para la edad y hace que la desnutrición se vuelva un problema endémico.

La avitaminosis A es poco frecuente pues no se encontró ningún signo sugestivo de la misma.

Desnutrición en embarazadas:		Casos	%
Cabello:	facilmente desprendible	0 = 3	100
	cambio en color	0 = 3	100
	cambio en color y textura.	0 = 3	100
Ojos:	Conjuntivitis no purulenta	0 = 3	100
	Queratomalacia	0 = 3	100
	Manchas de Bitot	0 = 3	100

Bocio: G-1, II y III	0 = 3	100
Conjuntivas: pálidas	0 = 2	66
	1 = 1	33
Hiperqueratosis folicular:	0 = 3	100

No se presentó ningún caso de edema de miembros inferiores ni con edema generalizado.

La muestra hematológica nos dió un promedio de 10 gr. de hemoglobina, comparándolo con 14 gr., ± 2 (valor normal de hemoglobina) y 39 gr. de hematocrito, comparándolo con 44 ± 2 (valor normal de hematocrito), los resultados están en límites normales.

GRADO DE DESNUTRICION EN RELACION AL INGRESO PER CAPITA ANUAL

No. de familias	Ingreso	DPC G-1	%	DPC G-II	%	DPC G-III	%
38	Q.250.00	18	33.2	12	22.0	8	14.5
1	Q.350.00					1	1.76
1	Q. 1080.00			1	1.76		
1	Q.1200.00					1	1.76
1	Q.1680.00	1	1.76				
1	Q.3000.00			1	1.76		
1	Q.2200.00	1	1.76				
1	Q.4500.00			1	1.76		
1	Q.7200.00	1	1.76				
1	Q.8400.00	1	1.76				
1	Q.9600.00	1	1.76				

Al hacer análisis de los datos anteriores se puede observar que el grado de desnutricion repercute en el ingreso per capita. El más alto porcentaje de DPC G-1, G-II y G-III, está donde el ingreso per capita anual es más bajo, observándose lo contrario, en donde las familias con un ingreso per capita adecuado disminuye el grado de desnutrición. Aunque, siempre existe un grado de desnutrición se debe más que todo a ignorancia.

La muestra examinada no se considera representativa ya que se esperan 1116 embarazos y nuestra muestra fué sólo de 3 señoras embarazadas. No obstante se tratará de hacer un análisis con los resultados obtenidos. El 100% de la muestra no presentó ningún signo sugestivo de desnutrición. Avitaminosis A y Bocio se encontraron ausentes en la muestra. Una tercera parte presentó las conjuntivas pálidas, lo que sugiere cierto grado de anemia, pero los resultados de laboratorio (hemoglobina y hematocrito) se encontraron en límites normales.

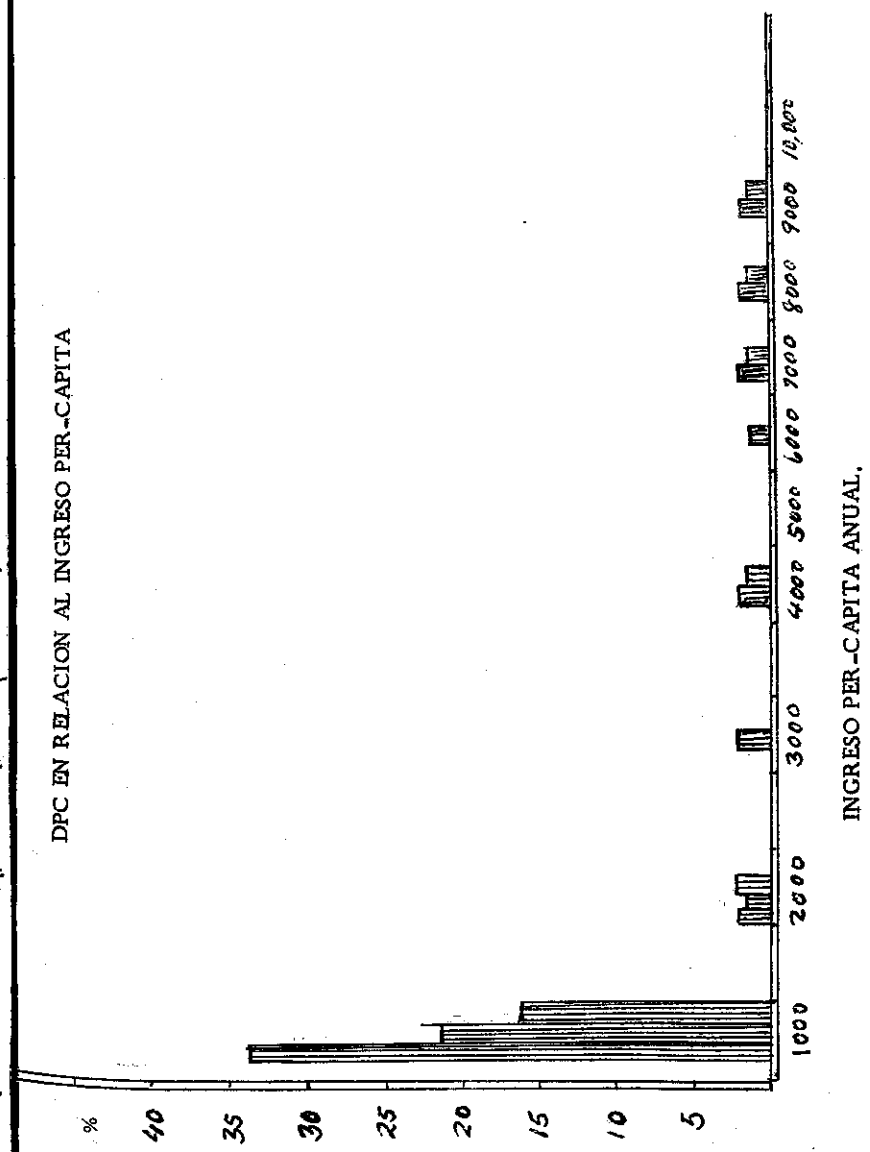
COMENTARIO

En el análisis de daños vemos que existe una tasa de mortalidad general en todo el municipio de 33 x 1000, notándose proporcionalmente que el mayor número de muertos corresponde al grupo materno-infantil, aún habiéndose considerado en la población infantil únicamente a los menores de 5 años.

Puede apreciarse que el grupo más afectado fué el de niños menores de 1 año, tal como lo demuestra el 62.5% del total de muertes, siendo la tasa específica de mortalidad del grupo de 1 a 4 años de 32 x 1000. El mayor número de muertes fueron ocasionados por estados patológicos provocados y/o agravados por condiciones ambientales y nutricionales por demás desfavorables para el curso natural de la enfermedad.

En cuanto a la morbilidad cabe señalar que en los grupos infantiles de población los porcentajes fueron bastante elevados en relación al total de consultas revisadas.

Siendo las principales causas de morbilidad en el grupo infantil: los problemas de origen respiratorio, enferme-



dad diarreica, parasitismo intestinal y desnutrición. La mayor parte de las situaciones anteriores son provocadas o agravadas por condiciones ambientales desfavorables y una alta incidencia de DPC.

El problema nutricional se manifiesta claramente en el grupo infantil y en las embarazadas objeto del estudio; siendo la DPC G-1 la que más alta incidencia presenta con 41.8% de afección.

SITUACION SOCIAL Y ECONOMICA:

Investigamos las condiciones de la vivienda y presentamos los resultados a continuación:

Problema investigado	Urbano	%	Rural	%
Piso: Tierra	328	86.1	3722	93.4
Cemento	41	12.6	210	5.2
Madera	9	2.3	42	1.0
Otro	7	1.8	13	0.4
Techo: Lamina	65	16.8	523	13.2
Palma	320	83.2	3464	86.8
Cielo: Ausente	351	90.9	3828	95.7
Machihembre	34	9.1	159	4.3
Paredes: Tabla	82	21.2	321	8.1
Manaca	294	76.5	3693	90.7
Block	9	2.3	43	1.2
Instalaciones:				
1 cuarto (cocina en el mismo cuarto).	256	67.2	2932	76.5

2 cuartos (cocina separada).	83	21.0	638	16.2
3 cuartos	20	5.1	119	3.2
más de 3 cuartos.	26	6.7	209	4.1
Servicio de agua:				
río	205	53.3	2611	66.8
pozo	80	20.0	1076	23.2
red intradom.	72	18.7	299	7.0
red. extradom.	8	8.0	119	3.0
Iluminación artificial:				
alumbrado eléctrico	72	18.7	404	11.3
Gas	313	81.3	3598	88.7
Deposición de basura:				
Incineran	70	18.4	519	12.8
Tiran	315	81.6	3468	87.2
Instalación sanitaria: (deposición de excretas)				
Letrina sanitaria	28	7.2	163	4.1
Letrina insanitaria	86	22.6	418	10.5
a flor de tierra.	271	70.2	3447	86.4

Los resultados anteriores dan una idea de las condiciones de la vivienda de esta población. Se observó que las condiciones higiénicas de esas viviendas son inadecuadas. En la mayoría de las casas se puede observar mala iluminación y ventilación, el hacinamiento es el dominante, generalmente aunque tengan cocina separada penetra un poco de humo en la casa, etc., todas estas condiciones sumadas a que únicamente el 28.3% de las familias encuestadas

goza de agua potable ya sea por cañería intra o extra domiciliaria (porcentaje más claramente observado en el área urbana). A que la mayoría de las familias depositan sus excretas a flor de tierra; hacen el medio ambiente hostil para la salud.

ESCOLARIDAD DE LA FAMILIA DE LA POBLACION DE PANZOS, 1975.

Población	Alfabetas.	%	Analfabetas	%	Total	%
Urbana	344	38.8	1182	62.2	1586	100
Rural	2082	13.1	13728	86.9	15810	100
Total	2426	25.9	14910	74.5	27396	100

Estos resultados muestran que no hay diferencia significativa de la población urbana a la rural, pero el índice de analfabetismo es muy alto y debe ser mejorado si se desea mejorar las condiciones de vida de los pobladores. El analfabetismo podría ser una de las causas de estas malas condiciones de vida de los pobladores. El analfabetismo podría ser una de las causas de estas malas condiciones de vida, ya que hay familias que a pesar de contar con los recursos económicos adecuados, sus viviendas no son adecuadas para mantener su salud y a una población alfabeta es más fácil de educar también en salud.

Miembros entre 7-14 años que asisten a la escuela:

Urbano	165	40%
Rural	677	56.8%

Lo anteriormente expuesto nos indica que hay un índice de escolaridad bajo, siempre más marcado en el área ru

ral. El municipio cuenta con escuelas en aldeas, caseríos y fincas, pero siempre hay un marcado ausentismo escolar principalmente en época de siembra y cosecha.

HABITOS Y CREENCIAS SOBRE ALIMENTOS:

Se pidió en esta parte de la investigación que la persona entrevistada mencionara los alimentos que la familia consumía frecuentemente y también los que consumía la señara embarazada, el niño escolar, el niño pre-escolar y el niño en el primer año de vida.

Alimentación familiar:

Se pudo determinar que la alimentación familiar es bastante pobre en cantidad y proporción de nutrientes. Consumiéndose alimentos de origen vegetal en un 75%, de origen animal en un 25%.

Alimentos más consumidos:

Maíz	100%	cada día y tres veces al dia
Frijol	100%	cada día y tres veces al día
Carne	100%	1-2 veces por semana.
Huevos	100%	3-4 días a la semana (principalmente los niños).
Pan	100%	3-4 dias a la semana 1 vez al dia.
Incaparina	52.6%	1 vez al dia.

Alimentación de la embarazada:

Unicamente el 5.1% de las madres incrementa su dieta durante el embarazo, principalmente a base de frutas, leche evaporada y verduras. El 94.9% no varía su alimentación respecto del resto de la familia.

Alimentación del escolar:

El 97.5% no recibe ningún tipo de alimentación diferente a la del resto de la familia. El 2.5% restante recibe aunque no con regularidad incaparina.

Alimentación del pre-escolar:

El 100% no consume ningún otro alimento además de lo que consume el resto de la familia. Es de notar que no le dan mucha importancia a la alimentación del niño en esta edad pero, se debe más que todo a razones económicas.

Alimentación durante el primer año de vida:

Unicamente el 3.8% reciben alimentación artificial lo que incluyen: leche evaporada, compotas, y frutas. El 96.2% restante solo le proporcionan lactancia materna.

a. Lactancia:

Recibieron lactancia materna el 96.4%, el 4.6% no la recibieron obedeciendo esto a causas diversas.

b. Destete:

Promedio 12-24 meses de edad.

c. Alimentación artificial:

Promedio 2-4 meses de edad (grupo ladino)
Promedio 9-24 meses de edad (grupo indígena)

Alimentos considerados malos:

a. Durante el embarazo 92.5% consumen toda clase de alimentos, el 7.5% mencionó principalmente: frijoles, chile y cafe (por que les produce hiperclorhidria), huevos y aguacate.
b. Durante la lactancia el 3.8% consideró los siguientes: limon, aguacate, ensaladas, coco y carne de marrano; el 93.3% restante come de todo.
c. Para el niño de pecho el 6.4% refirió los siguientes alimentos: aguacate, queso, fresco, plátanos y harina de maiz (maizena); el 93.6% restante come de todo.

MEDIOS DE PRODUCCION:

Tenencia de la tierra:	No.	%
a. Propietario:	20	37
b. Arrendatario:	35	63

Tenencia de los instrumentos de trabajo:

a. Propietario: No. 55 100%

Instrumentos más usados: machete y asadón.

PRODUCCION AGRICOLA Y CONSUMO:

Producción agrícola:

Maiz 100%

a. 100% de la tierra que poseen o arriendan la cultivan.
b. con un promedio de producción por cuerda, de 25 varas^2, de 2 qq.

c. 100% no utiliza ningún tipo de fertilizante.
d. El 4% utiliza de 10-15 jornaleros al año

Producción pecuaria:

La producción en este renglón es casi exclusivamente para el consumo familiar, comerciable en muy baja escala.

a. Poseen gallinas: 42.3%
b. Poseen chimpipes: 29.4%

Producción artesanal, fabril y comercio: ninguno de los miembros de las familias entrevistadas se dedican a estas actividades.

Fuerza de trabajo:

a. Jornaleros: 98%
b. Trabaja por su cuenta: 2%

Consumo:

a. Consumo y venta: 28%
b. Consume lo que produce: 72%

Ingresos:

a. Ingreso económico familiar anual: Q.360.00
b. Ingreso per capita: Q.1.00

COMENTARIO

Através del análisis de la muestra se pudo comprobar que la situación social y económica es precaria. La mayor parte de los grupos familiares arrenda la tierra para cultivo y consumo propio. Existe un promedio de 5 habitantes

por familia, el grupo familiar se encuentra distribuído en 55 viviendas lo cual hace notable el problema de hacinamiento ya que 76% de las viviendas posee única - mente una habitación. En cuanto a la condición cultural y educativa es mínima, con un grado de escolaridad de los padres bastante bajo, con un índice de ausentismo escolar alto.

La dieta de las familias es el reflejo de una situación socio-económica mala, estando constituídas fundamentalmente por alimentos de origen vegetal; consumidos con irregularidad y en poca cantidad, alimentos con alto valor nutritivo como la carne, huevos etc. El problema se hace notable si consideramos que la dieta durante el embarazo no es incrementada en lo más mínimo por 94.9% de las madres, lo mismo es observado respecto a la alimentación del escolar y pre-escolar.

Un promedio elevado de lactancia materna, hasta 24 meses, sumado a un inicio tardio de la alimentación artificial en el primer año de vida son factores pre-disponentes al aumento de la morbilidad e incremento del porcentaje de DPC infantil.

La actividad agricola es la principal fuente de trabajo y de subsistencia para la familia. Notándose que el 100% de miembros se dedica a esta clase de actividad y principalmente al cultivo de maíz.

PERCEPCION DEL PROBLEMA MATERNO-INFANTIL:

1. Por parte de la comunidad.
2. Por parte del personal local de salud.

Datos obtenidos según estandarización del instrumento de trabajo IV (percepción del problema por la comunidad)

y del instrumento de trabajo V (percepción del problema por el personal local de salud).

Siendo ambos instrumentos de trabajo iguales se desarrollan simultáneamente en forma comparativa.

a. Quien la atendió en el ultimo parto?

	Comunidad	Personal local de salud
1. Medico	2.7%	--
2. Comadrona	51.2%	100%
3. Enf. Auxiliar	17.9%	--
4. Ninguno	28.2%	--

b. El 53.8% de las madres respondieron que en futuros partos les gustaría ser atendidas por comadronas y en su casa.

El personal local de salud 66% respondió también que por comadrona.

Control pre-natal:

a. El 91.1% de las madres ha tenido control pre-natal, en el último o presente embarazo.

   Personal local de salud: 100%

b. El 100% de las madres asistieron al centro de salud local a control pre-natal, asi como el personal local de salud.

c. El 100% de madres consideraron necesario el control pre-natal, al igual que personal local de salud. Coincidiendo en que brinda una mejor atención y existe

menor riesgo.

Embarazo:

a. El 92.4% de las madres prefieren tener su parto en su casa.

El personal local de salud 100% que lo atienda en el Hospital.

b. Entre los problemas que presentan las madres cuando estan embarazadas mencionaron:
dolor de cuerpo, náuseas, cansancio e insomnio.

El personal local de salud mencionó: dolor de cuerpo, inapetencia, náusea y dolor de cabeza.

A la pregunta formulada a las madres de que hacer -- cuando se le enferma un niño 15% le da remedios caseros, un 7% lo lleva donde el farmacéutico y un 48% dijo acudir al centro de salud.

En el total de familias encuestadas se encontró que el 100% de niños menores de 5 años se encuentran vacunados en las últimas campañas de vacunación nacional.

Tanto las madres como la enfermera coincidieron en que las vacunas ayudan a las personas evitando la enfermedad.

El 100% de madres no lleva a control de crecimiento y desarrollo, en contraste con el 100%, del personal local de salud, que sí lo llevan.

El 100% de las madres y del personal local de salud contestaron que era conveniente que lo examinara un médico cuando se enferman los niños.

De qué se enferman más frecuente las madres?

Madres	Personal local de salud
"Calentura" (fiebre etc.)	Diarrea
"Gripe"	Vómitos
Vómitos y/o diarrea	Calambres (dolores articulares).
Dolor de huesos	Anemia
	Desnutrición

De qué se enferman más frecuente los niños?.

Madres	Personal local de salud
Diarreas	Diarrea
Vómitos	Vómitos
"Calentura" (fiebre etc.)	"Gripe"
"Gripe"	B.N.M.
Parásitos	Parásitos

De qué se mueren más frecuente los adultos?.

Madres	Personal local de salud
Vomitos y/o diarrea	Diarreas y/o vomitos
"Calentura" (fiebre etc)	"Calentura" (fiebre etc.)
"Gripe"	"Gripe"
Desnutrición	B.N.M.

De que se mueren más frecuente los niños?.

Madres	Personal local de salud
Vómitos y/o diarrea	Vómitos y/o diarrea

"Calentura" (Fiebre etc.)	B.N.M.
Sarampión	Desnutrición
Parásitos	I

Un total de 48 madres respondieron no saber qué es la desnutrición, 7 respondieron en una forma imprecisa.

En cuanto a los signos de desnutrición la mayoría de las madres lo atribuyó a otras causas menos al mal estado nutricional.

COMENTARIO

Tal y como puede apreciarse, existe un alto grado de ignorancia en la comunidad sobre aspectos básicos del grupo materno-infantil. Se observa que la mayoría de los partos es atendido por comadrona, si consideramos que la mayor parte de estas no tiene una preparación adecuada es claro que el riesgo de enfermedad y muerte por parto y puerperio es elevado. El 100% de las madres de la cabecera, asiste por lo menos una vez a control pre-natal, durante el embarazo y en algunas ocasiones son llevadas por la comadrona tratante, y es de observar, también, la importancia que ya le dan al control pre-natal no solo las madres como las comadronas. Aunque pocas madres tienen problemas durante el embarazo, el 77% restante respondió no saber qué problemas le puede dar el embarazo, o enumeró algunos de sintomatología poco precisa. Se pudo apreciar al interrogar sobre las principales causas de enfermedad y mortalidad en niños y adultos, la mayor parte de las madres tiene una idea poco clara sobre las causas reales, respondieron enumerando en promedio como principales causas: diarreas, fiebres, infecciones respiratorias, parasitismo y desnutrición. La mayoría de las madres tiene vacunados a sus niños

ya que consideran que sí ayuda a los niños a no contraer enfermedades.

El 90% de las madres ignora que es desnutrición así como los signos de la misma. La percepción que el personal local de salud varía considerablemente de la comunidad pues el adiestramiento y preparación lo determina. En algunas preguntas se obtuvieron respuestas similares, principalmente en lo que respecta a causas de morbilidad y mortalidad ello debido en parte a que el grado de conocimiento clínico del personal local de salud no permite definir con exactitud un número determinado de causas.

ANALISIS Y DISCUSION

El municipio de Panzos consta con una población de 17749 habitantes según encuesta llevada a cabo, 4000 habitantes menos que la población calculada por la Unidad Sectorial de planificación y estadística (población calculada para 1974 M.S.P) esto debido a que la aldea La Tinta y sus caseríos no fué censada. Predominando el grupo indígena tanto en el area urbana como rural (91%), predominando de igual forma la población masculina (51%). Encontrándose que la mayor concentración de habitantes se encuentra en el área rural (89.3%).

Al igual que en la población del resto del país, el grupo materno-infantil constituye la mayoría de población, lo cual se aprecia en la pirámide de población con base ancha y vértice triangular. Se trata de una población creciente con una tasa de natalidad elevada (70 x 1000). El grado de analfabetismo de la población constituye un problema que repercute en todos los niveles de esta, aumentando año con año detectada por un índice de ausentismo escolar alto. Esto se debe a que la mayor parte de la población se dedica netamente a la agricultura, donde

los niños inician a muy temprana edad sus labores al lado de sus padres.

El grado de mortalidad existente en el municipio, y en especial del grupo materno-infantil en el cual se registro el porcentaje más alto de muertes en el año de 1974, nos permite intuir la precaria condición de salud en que se encuentra este grupo, considerado por sus caracteristicas el más susceptible. La mayor morbilidad detectada en este grupo obedece fundamentalmente ante un medio ambiente adverso, en el que predomina el hacinamiento, la falta de agua, deposición de escretas inadecuada, mala condición de vivienda, e ingreso per capita bajo, factores condicionantes y determinantes, de la mayoría de las principales causas de morbilidad detectada, que obedecen principalmente a problemas de origen diarreico, respiratorio, parasitario y nutricional. El problema de salud es aumentado y provocado por una pobre situación socio-económica y cultural de las familias muy pobre, que determina principalmente un mal estado nutricional más patente en el grupo infantil el cual incide claramente al alto porcentaje de morbi-mortalidad encontrados en este grupo. Considerando que la dieta es básicamente de subsistencia de la familia, el problema de desnutrición se hace palpable. Ya que la condición económica y cultural de la familia no le permiten mantener una dieta adecuada para el mantenimiento de las condiciones ideales del individuo, principalmente en la etapa de crecimiento y desarrollo, que les permitan un balance favorable en relación al medio ambiente y agentes causales.

La producción agrícola, básicamente de consumo es

resultado de la mala distribución de tierras, falta de orientación y tecnificación del trabajo, todo lo cual determina que la agricultura no alcance el nivel necesario para el sostenimiento y alimentación adecuada de la familia, sumado a una producción pecuaria prácticamente insignificante.

El ingreso per capita diario de Q.1.00 o menos indica la gravedad y magnitud del problema socio-económico, haciendo la subsistencia bastante dificil y más aún el mantenimiento de la salud.

La ignorancia respecto a los cuidados indispensables durante el embarazo, puerperio y del niño, pudo manifestarse en cuanto, aunque la mayoria de las señoras embarazadas asiste a control pre-natal, ninguna lleva a sus niños a control de crecimiento y desarrollo, teniendo una orientación y conocimiento prácticamente nulos sobre como procurar un mejor estado de salud, a través del incremento de la alimentación y control del grupo en el nivel de prevención.

La percepción que del problema de salud tiene el personal de salud local del municipio varía considerablemente de la comunidad, por razones obvias anteriormente expuestas.

La población del municipio, en la mayoría niños y mujeres en edad reproductiva, se encuentra sujetos a innumerables daños, aumentados considerablemente por el bajo nivel cultural y las condiciones de una economía precaria. Lo cual determina a que la población del municipio sea altamente susceptible a la enfermedad y en consecuencia a un estado de pésimas condiciones de salud.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

1. El grupo materno-infantil se encuentra sometido a innumerables daños, que en su mayoría son de orígen infeccioso y nutricional, teniendo estos como causa determinante la situación socio-económica de las personas.

2. Los agentes causales de enfermedad en este grupo son favorecidos por la influencia negativa del medio ambiente, factor predisponente de enfermedad que puede ser prevenible con acciones concretas contra las causas de estos daños.

3. La comunidad carece de conocimiento de la situación real del grupo materno-infantil y sus problemas.

4. En su mayoría los daños se ven influenciados por un bajo nivel cultural y educativo.

5. La percepción y conciencia que se tiene del problema materno-infantil, entre el personal local de salud y la comunidad, varía considerablemente debido principalmente al nivel cultural y grado de preparación.

Recomendaciones:

1. Que la politica de atención del grupo materno-infantil en esta área sea más dinámica.

2. Creación e incremento de programas de saneamiento ambiental con objetivos bien definidos y bases concretas, que permitan mejorar el mantenimiento de salud en esta área.

3. Adaptar programas de adiestramiento de comadronas, promotores de salud y demás personal de salud, a las necesidades reales del municipio. Para disminuír el riego obstétrico durante el embarazo, parto y puerperio, así como la morbi-mortalidad neonatal.

4. Que el Ministerio de Salud Publica programe y distribuya mejor los recursos disponibles, para lograr así una mejor atención, en especial, en el área rural donde el daño es más grave.

5. Tratar de hacer conciencia tanto al personal de salud como a la comunidad sobre la situación real del problema materno-infantil y sus posibles soluciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Leiva Girón, José Vicente. Consideraciones sobre las condiciones de salud del Municipio de Panzos, A.V., 1974.

2. Libro de defunciones del registro civil, Alcaldia del Municipio. Año 1974.

3. Archivo de la Municipalidad de Panzós, A.V.

4. Archivo del Centro de Salud. Panzós, A.V.

5. Protocolo de investigación F.F.C.C.M.M., U.S. A.C. año 1975.

6. Unidad sectorial de planificación Población calculada años 1972-1980. M.S.P. y A.S.

APENDICE

LISTA DE CAUSAS DE DEFUNCION POR GRUPO PROGRAMA DE INVESTIGACION DE MORTALIDAD

GRUPOS DE CAUSAS:

CODIGO:	GRUPOS DE CAUSAS.
02	Disenteria baciliar y amebiasis.
03	Enteritis y otras enfermedades diarréicas
07	Tos Ferina
08	Angina estrecptocócica y Escarlatina
20	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales.
21	Anemias
29	Influenza
30	Neumonía
31	Bronquitis enfisema y asma
37	DPC
44	Todas las demás enfermedades
48	Las demás causas externas
3	Disentería bacilar
5	Amebiasis
7	Enteritis debida a escherichia coli.
8	Otras enteritis y enfermedades diarreicas
13	Tos ferina
34	Helmintiasis
48	Otras anemias por deficiencia

BR. MARIO RAUL CASTRO-CONDE MONZON

DR. CLEMENTINO CASTILLO SANDOVAL
Asesor.

DR. JORGE PALMA MOYA
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. MARIANO GUERRERO ROJAS
Secretario General

Vo. Bo.

DR. CARLOS ARMANDO SOTO G.
Decano.