

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD DEL
GRUPO MATERNO INFANTIL EN EL MUNICIPIO
DE FLORES, COSTA CUCA, QUETZALTENANGO 1975

TESIS

EDUARDO RIGOBERTO GONZALEZ BARRIOS

GUATEMALA, NOVIEMBRE 1976

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) MATERIAL Y METODOS
- III) DESCRIPCION DEL AREA
- IV) EXPOSICION DE LOS DATOS
 - 1. Población
 - 2. Daños
 - a) Mortalidad (1974)
 - b) Morbilidad (Feb.-Jul. 1975)
 - c) Situación Nutricional
 - en Niños
 - en Madres embarazadas
 - 3. Situación Socio-Económica y Cultural
 - 4. Percepción del problema
 - a) por parte de la comunidad
 - b) por parte del personal local de salud
- V) CONCLUSIONES
- VI) RECOMENDACIONES
- VII) BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El médico E.P.S. es un factor importante en el desarrollo de comunidades, que como en el área rural, la mayor parte se encuentra bajo pésimas condiciones sin cubrir sus mínimas necesidades, necesitando verdaderamente de un servicio desinteresado y constante.

Es de esperarse que básicamente sea fomentada la Salud, pero ésta conlleva Educación, Cultura y lo que probablemente siempre se encontrará como barrera para el desarrollo de lo anterior, es el factor Económico-Político de dichas comunidades.

Cuando la Universidad de San Carlos se proyecte al área rural por medio de estudiantes de Facultades que puedan encontrar un campo fértil, se facilitará la actividad del médico E.P.S. y los frutos en conjunto serán mayores; éste último deberá desarrollar una actividad múltiple mientras ello sucede.

Por otra parte, esta práctica permite al estudiante de Medicina, en vísperas de ser profesional, darse cuenta de su capacidad para resolver problemas de Salud y al mismo tiempo, como ciudadano, a luchar con los azotes que mantienen a nuestra patria en el subdesarrollo que es más evidente en el área rural.

La presente Tesis no es más que el reflejo del trabajo desarrollado por vecinos de Flores, C. C. y éste servidor, en afán de sentar bases para el buen desarrollo de programas que beneficien esta comunidad en el futuro.

MATERIAL

1. Archivo Municipal de Flores, Costa Rica
2. Archivo del Puesto de Salud
3. Archivos del Hospital de Coatepeque (Area de Salud)
4. Diagnóstico de la situación de Salud del Municipio de Flores, C. C. (1974)
5. Dirección General de Estadística (población calculada)
6. Publicaciones Universitarias.

METODOS

En base a instrumentos de trabajo proporcionados por la Facultad de C.C.M.M., USAC., en el primer semestre de 1975, se efectuó:

Encuesta de Población del municipio, gracias a la colaboración del Alcalde Municipal, quien enterado del significado del estudio citó a Maestros, Alcaldes Auxiliares, Comadronas y voluntarios para el efecto de ésta. Se investigó a la vez, Escolaridad, Alfabetismo y condiciones de la Vivienda.

De acuerdo al Sistema de muestreo de inicio al azar, se tomó una muestra estadística constituida por el 30% de la población urbana, lo que hacía un total de 72 familias a investigar. Se analizó en ellas, la situación nutricional en menores de 5 años y mujeres embarazadas, así como los factores económico

-culturales que le afectan y forma en que perciben - el problema.

3. Se revisaron los libros del Registro Civil de la Municipalidad de Flores, C. C. para determinar la Natalidad, causas de Mortalidad General y Mortinatalidad en el año de 1974.
4. Análisis y recolección de datos sobre Morbilidad registrada en libros de Consulta Externa y Control Prenatal, correspondiente al primer semestre de 1975 en vista de que los del año anterior eran poco fidedignos e inconstantes.

DESCRIPCION DEL AREA

Para orientarnos al área de trabajo, es imprescindible anotar las generalidades de mayor importancia, las cuales se describen así:

Situación Geográfica:

Flores, Costa Cuca es municipio del departamento de Quetzaltenango y se encuentra situado en la llamada Bocacosta Sur-Occidental del país, a una altura de 540 metros sobre el nivel del mar.

Su topografía es irregular, correspondiéndole una extensión de 36 Kms.² Su clima es cálido y se encuentra bañado por 8 ríos principales. La cabecera municipal se encuentra a una distancia de 215 Kms. de la ciudad Capital de Guatemala, siguiendo la Ruta al Pacífico.

Fronteras:

Al norte y noreste colinda con el municipio de Colimba.

Al sur y sureste colinda con el municipio de Génova.

Al Oeste con Coatepeque. Todos ellos, pertenecen a Quetzaltenango.

Aspectos Jurídicos/Políticos/Administrativos:

Con categoría de Pueblo, según acuerdo del 20-IV-1911, Flores está constituido por la Cabecera Municipal, Aldeas Granados, Gálvez, Barrios, Juárez, Sequivillá, El

Manantial y Caserío Los Paz.

La Cabecera tiene un parque con estatua erigida a Justo Rufino Barrios en el centro de la población. Los edificios principales son: el Palacio Municipal, Escuela Mixta Nacional (2), Centro de Recuperación Nutricional, Mercado Municipal, Rastro de Ganado y el Centro de Salud.

Las calles principales son empedradas y únicamente la entrada a Flores, proveniente de la Ruta al Pacífico y la salida hacia Génova son de asfalto. Tanto la cabecera como el resto del municipio, no cuentan con drenajes y se ven obligados al uso de cunetas.

Recursos

La ruta nacional No. 13, llamada también Justo Rufino Barrios, va de Coatepeque a Flores C. C., con una distancia de 14 Kms. y de allí a Génova, separándolos 5 Kms.; todo lo anterior recientemente asfaltado (1974). Cuenta además, con caminos de herradura y veredas que comunican la cabecera con sus poblados pero que se hacen poco accesibles por vehículos en tiempo de lluvias.

La cabecera Municipal cuenta con agua potable y luz eléctrica. Fincas dispersas cuentan con una planta eléctrica de motor.

La geografía del municipio está fraccionada por la vía del Ferrocarril, que al tener paso obligado por éste, mantiene tres estaciones de carga y descarga, siendo ellas: Flores, Auyón y Hortensia.

Costumbres:

Del 1o. al 5 de Febrero se celebra la fiesta en honor a la Virgen de Candelaria, patrona del lugar. Del 12 al 14 de Junio se celebra la fiesta de San Antonio, para lo cual organizan actos religiosos, bailes y ventas con el fin de recaudar fondos para la construcción de la Iglesia. Además de la Católica, existe la religión Evangélica.

La lengua indígena predominante es el Mam. El conglomerado indígena subsistente es una comunidad modificada, pues se ha ido separando de su situación tradicional y los dialectos se han abandonado, de tal manera que los emplean sólo en el hogar. Esta situación ha traído consigo el bilingüismo.

POBLACION DE FLORES, C. C. SEGUN CENSO 1975

El total de habitantes con que cuenta esta población es de 7080, de lo cual el área rural aporta 5868 (82.88%) y el área urbana 1212 (17.12%), de tal manera que podríamos aumentar un poco más el promedio del rural si tomamos en cuenta que no se incluyó en el Censo, los datos recabados en el Caserío Los Paz y una finca pequeña por haberse considerado no fiables.

POBLACION POR AREA Y SEXOS DE FLORES C.C. 1975

URBANO			RURAL			TOTAL
Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	
602	610	1212	3100	2768	5868	7080

DENSIDAD DE POBLACION

A medida que los años pasan, la población en general aumenta y el territorio es estático, motivo por el cual en Flores C.C. se encuentra un promedio de 196.67 habitantes/Km.²

Como se sabe, éste es un factor importante a considerar dentro del campo de la Salud, puesto que conlleva promiscuidad y hacinamiento, agravándose ésta situación si consideramos que gran parte de ese pequeño territorio (36 Kms.²) lo constituyen las fincas y haciendas del lugar.

DENSIDAD DE POBLACION DE FLORES C.C. 1975

FLORES	Habitantes	Kms. ²	Densidad
	7080	36	196.67

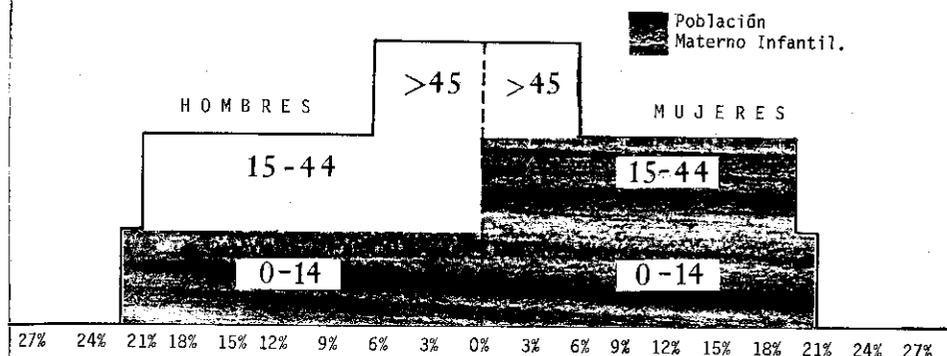
PIRAMIDE DE POBLACION, SEGUN GRUPOS ETAREOS INVESTIGADOS

Por no tener un intervalo constante de edad en esta investigación, la gráfica siguiente sólo representa en grueso la incidencia de la población infantil y adulta, siendo notoria la minoría de población senil.

Llama la atención la poca diferencia entre las primeras mencionadas, interpretándose ésto como buena cantidad de fuerza de trabajo (adultos), pero como analizaremos posteriormente, no se cuenta con fuentes de trabajo suficientes y las ya existentes devengan salarios bajos.

Hay que hacer notar que la gráfica no es representativa debido a la falta de intervalos constantes. Sin embargo, se puede enmarcar y apreciar fácilmente la población Materno-Infantil, que es la que nos interesa en el área de Salud puesto que consulta con mayor frecuencia y hasta la fecha no se hace más que Medicina Paliativa, sin estar encaminado programas para resolver y/o prevenir problemas de dicha población. Precisamente, motivo de esta Tesis es fomentar bases para el desarrollo de programas generales de Salud, según las necesidades del Municipio.

PIRAMIDE DE POBLACION
(SEGUN GRUPOS ETAREOS INVESTIGADOS)



POBLACION POR GRUPOS ETAREOS, FLORES, C.C., 1975

Llama la atención que en edades investigadas con intervalo constante (menores de 1 a los 5 años), en contra de los datos aproximados en los totales, lo que nos indica que en los últimos 5 años se ha mantenido aproximadamente el mismo número de población preescolar por año.

Posteriormente, debido a intervalos tan amplios ú-

nicamente nos interesa detectar a la mujer en edad reproductiva, que comprende el 48%, siendo relativamente menor a la población masculina (52%) en esa misma edad y que también se manifiesta en los demás grupos de edades investigadas.

POBLACION POR GRUPOS ETAREOS, FLORES C. C., 1975

GRUPOS DE EDAD	Hombres	Mujeres	Total
Menores de 1 año	157	119	276
1 - 2 años	126	133	259
2 - 3 años	140	122	262
3 - 4 años	156	117	273
4 - 5 años	149	134	283
5 - 14 años	924	877	1801
15 - 44 años	1529	1432	2961
Mayores de 45 años	521	444	965
TOTAL	3702	3378	7080

POBLACION PORCENTUAL DE GRUPOS ETAREOS, FLORES C. C., 1975

Como era de esperarse, en vista de la extensión territorial del área rural se encontró mayor número en todos los aspectos en ésta. Además, se confirma nuevamente según los porcentajes, la proximidad de la población infantil con la adulta, aunque esta última la sobrepasa poco.

Del análisis de los datos anteriores se deduce que

dentro de la mayor importancia que se debe dar al área rural en general de Guatemala, subsiste la misma importancia que se debe dar, ya dentro de la propia comunidad.

POBLACION PORCENTUAL DE GRUPOS ETAREOS, FLORES C. C., 1975

GRUPOS DE EDAD	Area Urbana	Area Rural	Total	%
Menores de 1 año	60	216	276	3.90
1 - 2 años	39	220	259	3.66
2 - 3 años	50	212	262	3.70
3 - 4 años	60	213	273	3.85
4 - 5 años	45	238	283	4.00
5 - 14 años	284	1517	1801	25.44
15 - 44 años	492	2469	2961	41.82
Mayores de 45 años	182	783	965	13.63
TOTAL	1212	5868	7080	100 %

MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15 a 44 años)

Constituye el 20.22% de la población total y de esto, que equivale a 1432, únicamente 16.7% se encuentra en el área urbana y el resto, 83.3% en el área rural.

Tiene gran importancia lo anterior, en vista de que el número de Consultas Prenatales se ve afectado en parte, por el factor distancia y a la creencia de que la mujer embarazada debe limitar su actividad.

POBLACION MATERNO-INFANTIL EN FLORES, C. C. (Censo 1975).

El 64.77% de la población total constituye este grupo y es por ello la importancia que tiene bajo el punto de vista socio-médico principalmente. Como se mencionó anteriormente, el 20.22% está representado por mujeres en edad fértil y el resto, 44.55% por niños menores de 1 año a los 14 años inclusive.

Se encontró además, que el número de niños menores de 5 años comprende el 19.11% de la población total y que casi equivale al número de mujeres en edad fértil. Sin embargo, este grupo de niños sobrepasa en gran número con respecto a consultas al Puesto de Salud.

POBLACION MATERNO-INFANTIL EN FLORES, C. C. (Censo 1975)

	#	%
De 0 - 5 años	1353	19.11
De 5 - 14 años	1801	25.44
TOTAL	3154	44.55
Mujeres en edad fértil	1432	20.22
Total del Grupo Materno-Infantil	4586	64.77%

EMBARAZOS Y ABORTOS ESPERADOS, FLORES C.C., 1975

Es importante hacer notar que del número de embarazos esperados (354), aproximadamente un 10% tuvo con-

trol Prenatal en el Puesto de Salud (primer semestre, 1975). Además, la experiencia demostró que estas pocas pacientes esperan se les proporcione tabletas prenatales y/o antianémicos, y al no recibirlas se observaba deserción a las siguientes citas.

Del número de abortos esperados (35), únicamente se presentó la oportunidad de evaluar 1 y que anteriormente había sido evaluado en el Hospital de Coatepeque. Esto se explica a que la generalidad sabe en que consiste un aborto y que no se les ofrece mayor asistencia a nivel de Puesto de Salud, por lo que consultan directamente al Hospital. Me parece difícil confirmar la cifra antes mencionada, en vista de que únicamente los Abortos Fetales son registrados en la Alcaldía Municipal.

PARTOS PROBABLES Y NACIMIENTOS ESPERADOS (1975):

Del número de partos probables (319), al terminar el semestre no tuve oportunidad de atender alguno en el Puesto de Salud; pacientes en control prenatal eran llevadas por sus familiares al Hospital de Coatepeque o bien fueron atendidas por sus comadronas.

Estas últimas juegan papel importante en la comunidad para la evaluación, conducta y tratamiento de la mujer embarazada. Es por ello la importancia de darles instrucción Teórico-Obstétrica por parte del personal Médico y Paramédico del Puesto de Salud, para solicitarles al mismo tiempo, que motiven a la mujer embarazada en su control Prenatal.

Con respecto a nacimientos esperados para ese año, es notable el mayor porcentaje a suceder en el área rural de esa comunidad (87.89%), y cuyas condiciones poco higié-

nicas vienen a demostrar el por qué de muerte neonatal, tal y como se analizará más adelante.

TASAS DE FECUNDIDAD Y NATALIDAD:

Son reflejo de una población joven, con Planificación familiar igual a cero.

TASAS DE FECUNDIDAD Y NATALIDAD, FLORES C. C., 1975

Mujeres de 15-44 a	1974	Tasa de Fecundidad
	Nacidos vivos	
1432	383	267.458
Población		Tasa de Natalidad
7080	383	54.096

MORTINATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL, FLORES C.C. - 1974

La mortinatalidad arrojó una cantidad igual a 11; como en ninguno de los casos se investiga la causa, podemos considerar como importantes la Desnutrición y Anemia que predomina en esta comunidad, al igual que en toda la República.

La mortalidad general fue de 129 y según versiones de la enfermera del Puesto de Salud que desde hace varios años reporta mensualmente sobre ésta, este año había notado una baja atribuible en parte a la función intensa y a-

bierta al área rural por parte del Puesto de Salud.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL Y CRECIMIENTO VEGETATIVO:

La primera equivale a 18.22 x 1000 habitantes para el año 1974 y es casi el doble de la tasa de mortalidad general para la República de Guatemala, esperando bajar ésta cifra mediante buena atención médica.

El Crecimiento Vegetativo es idéntico al dato general que se ha dado para toda la república, pero es a expensas de la tasa de natalidad elevada.

TASA DE MORTALIDAD GRAL. Y CRECIMIENTO VEGETATIVO, FLORES C. C. 1975

Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad	Crecimiento Vegetativo
54.096	18.22	35.876

MORTALIDAD PORCENTUAL DE GRUPOS ETAREOS, 1974

Corresponde a niños menores de 5 años el mayor porcentaje de muertes (67.66%), debido a la falta de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades en esta edad. Sumado a ello, se encuentra la ignorancia y prejuicios de las madres que permiten el desarrollo de éstas y las consultas tardías con personal de Salud.

El Programa de Inmunizaciones desarrollado por Salud Pública y que es lo único que actualmente existe en esta comunidad de prevención, también se ve afectado por lo

anterior, por lo que no cumple con sus metas.

Existe además, un ambiente propicio para el desarrollo de enfermedades básicamente de origen infeccioso y que juega un papel importante en el ciclo de infestaciones, como el de la Uncinariasis entre las más sobresalientes.

Se encontró una menor mortalidad en niños mayores de 5 años, quizá porque han adquirido una Inmunidad Activa que les permite llegar a la adolescencia, después de haber soportado un sin número de afecciones.

Sumados éstos grupos etáreos a la población materna, constituyen la preocupación de la presente Tesis, por lo que se delinearán soluciones a problemas de Salud y cómo prevenirlos en esta comunidad.

MORTALIDAD PORCENTUAL DE GRUPOS ETAREOS, FLORES

FLORES C. C.	Número	Porcentaje
De 0 - 28 días	27	20.93%
De 1 - 11 meses	21	16.27%
De 1 - 4 años	38	29.46%
De 5 - 14 años	11	8.53%
De 15 años en adelante	32	24.81%
TOTAL	129	100.00%

TASA DE MORTINATALIDAD EN FLORES, C.C. (1974):

La cifra arrojada durante el Censo, cuya fuente principal fue el Archivo Municipal, no puede ser reflejo de la realidad sufrida en dicha comunidad, ya que muchos mortinatos no se hacen del conocimiento en la Municipalidad para evitarse problemas de trámites legales o bien son considerados como abortos. Esto es más frecuente cuando sucede fuera de la Cabecera Municipal.

Programas dirigidos al grupo Materno - Infantil por parte de la Facultad de Ciencias Médicas en conjunto con el Ministerio de Salud Pública y A. S., tendrán necesariamente que considerar que las Tasas de Mortinatalidad sólo se pueden disminuir con atención Prenatal facilitada (sobre todo a mujeres del área rural), y mediante la motivación a través de las comadronas del lugar, puesto que se consideran como causas principales de esto, la Desnutrición y Anemia Severa maternas.

TASA DE MORTINATALIDAD EN FLORES, C. C. (1974)

Nacidos Vivos	Nacidos Muertos	Tasa
383	11	28.72

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL, 1974

Es sorprendente la tasa alcanzada en esta población (70.50) al compararla con el dato que se da para la República en general (29.20).

Los recién nacidos que logran subsistir después del parto, fallecen en su mayoría debido al mal desarrollo in-

trauterino, ambiente externo nada propicio y la falta de medios económico-socio-culturales.

Es muy difícil el control de enfermedades del Neonato en el medio rural, ya que no se cuenta ni con lo mínimo de equipo para la atención de éste. El lugar más próximo para referirlos es el Hospital de Coatepeque, donde aún no se puede manejar casos como de Eritroblastosis fetal, Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Idiopática o Anoxia Perinatal.

MORTALIDAD POST-NEONATAL:

Revisando dicha mortalidad en los 5 años anteriores a 1974, encontramos un aumento en este último mencionado. La tasa por 1000 habitantes del año 1969 al 73 fue de 0.01, 0.04, 0.01, 0.07 y 0.04 respectivamente, mientras que para 1974 fue de 0.057.

Básicamente los problemas pulmonares y gastrointestinales (síndrome diarréico) son la causa de muerte en esta edad.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN FLORES, C.C. (1974):

Si la tasa de mortalidad neonatal y post-neonatal son altas en sí y manifiestan un alza este año analizado, necesariamente se encontrará elevada la tasa de Mortalidad Infantil.

Para los años de 1969 al 73 se encontraron tasas de mortalidad infantil que van de 0.07 a 0.06 respectivamente, mientras que en 1974 existe un aumento llamativo que llega a 0.127 (todo lo anterior relacionado a 1000 habitantes). La diferencia de nacidos vivos de 1973 al 74 fue de 20, por lo

que en realidad no se puede atribuir a un alza de la Natalidad.

La elevación de la tasa de Mortalidad Infantil no es más que reflejo de las malas condiciones sanitarias (agua contaminada, falta de drenajes, mala disposición de excretas, ausencia de calzado y mala higiene personal), hacinamiento, pobreza e ignorancia de la mayor parte de la comunidad, apreciándose esta situación incluso en el área urbana.

TASA DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS; 1974

Corresponde a 47.86 x 1000 habitantes y fue éste uno de los grupos que mayor afluencia tuvo al Puesto de Salud en vista de la preocupación materna por "la falta de crecimiento, anorexia, palidez o dolor de estómago", lo cual conllevaba generalmente un problema de Desnutrición, Anemia o Parasitismo intestinal.

Es en esta edad donde generalmente se inicia o agrava la Desnutrición debido al destete y mal nutrición que comienza al año de edad, favoreciendo de esta manera el número de infecciones e infestaciones que son causa frecuente de muertes.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y PRE-ESCOLAR, FLORES C. C. (1974):

La importancia de conocer estas estriba que sólo así se podrán encaminar programas que directamente tiendan a corregir estos problemas.

Básicamente afectan al grupo de menores de 1 año:
A-) Lesiones al nacer por distocias o congénitas, afeccio-

nes anóxicas y enfermedades pulmonares perinatales; B-) Enfermedades del sistema gastrointestinal, sobresaliendo el Síndrome Diarréico.

El grupo de 1 a 4 años es afectado en gran parte por Desnutrición Protéico Calórica y vuelve a sobresalir enfermedades gastrointestinales.

Los términos arriba mencionados ameritan corrección, puesto que lo que se menciona como causa en realidad es efecto, debido al influjo nefasto que conllevan las pésimas condiciones ambientales, la pobreza, ignorancia y hacinamiento de esta comunidad y que serán corregibles únicamente mediante programas no sólo de Salud, sino de Educación, Economía y Cambio de Política.

Lo que expone el siguiente cuadro, incumbe casi en su totalidad a Salud Pública puesto que mediante la prevención y detección de Embarazos de Alto Riesgo se puede mejorar esta situación.

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y PREESCOLAR, FLORES C.C., (1974)

ENFERMEDADES (NIÑOS MENORES DE 1 AÑO)	No.de Casos
02 Disentería bacilar y amibiasis	1
03 Enteritis y otras enfermedades diarréicas	15
07 Tos Ferina	1
29 Influenza	2
30 Neumonía	4
31 Bronquitis	1
34 Obstrucción Intestinal	1
41 Lesiones al nacer, distocias, anoxia y Enf. Pulm. al nacer	13
43 Síntomas y estados morbosos mal definidos	9
44 Todas las demás enfermedades	2
TOTAL	49

CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y PREESCOLAR, FLORES C. C. (1974)

ENFERMEDADES (NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS)	No.de Casos
03 Enteritis y otras enfermedades diarréicas	23
07 Tos Ferina	1
34 Obstrucción Intestinal	7
43 Síntomas y estados morbosos mal definidos	5
46 Todas las demás enfermedades	2
TOTAL	38

MORBILIDAD EN FLORES, C.C. (1975): PRIMER SEMESTRE

Durante el E.P.S. rural se pudo comprobar que los problemas más frecuentes de Salud en esta comunidad son exactamente los predominantes en toda la República de Guatemala (área rural) y que son: Infección Respiratoria Superior y Síndrome Diarréico. Dentro de éstos sobresale las Parasitosis que en la mayoría de las veces por tratarse de Uncinariasis conlleva Anemia tipo crónico y sin faltar el problema de Desnutrición, formándose un círculo vicioso que únicamente nos permite resolver parcialmente dicha situación.

MORBILIDAD DE 0 A 11 MESES:

Básicamente los problemas diarréicos a esta edad se pueden atribuir a proceso infeccioso gastrointestinal, en vista de que analizando retrospectivamente dicho problema, el uso de antibióticos demostró solución al mismo en la ma

por parte de casos. Unicamente se presentó un caso cuya causa era la fórmula láctea. Problemas respiratorios únicamente necesitaron tratamiento sintomático.

MORBILIDAD DE 1 A 4 AÑOS:

Fue el Parasitismo Intestinal la causa importante de procesos diarreicos a esta edad. Es en este período en que los niños tienen más contacto con el suelo contaminado y alimentos (dieta libre) mal preparados. Existe incluso al entrar en éste grupo de edad, la costumbre materna de administrar antihelmínticos vía oral, obteniendo en ocasiones fatales resultados. Surge en esta edad, signos llamativos de D.P.C. y Anemia.

MORBILIDAD DE 5 A 14 AÑOS:

Se demostró por exámenes coproparasitológicos la persistencia del problema parasitario en este grupo de edad así también, cuadros de Conjuntivitis secundaria a irritación y producida por un insecto que vulgarmente se le llama "Chelero", fueron vistos. Generalmente esto último es tratado con medicamentos recetados a nivel de farmacia y únicamente consultan cuando el cuadro se vuelve crónico, siendo esta la razón de los pocos casos tratados en el Puesto de Salud.

MORBILIDAD EN MAYORES DE 15 AÑOS; FLORES C.C. 1975:

Aparte de los problemas generales de la población (D.P.C., PARASITISMO INTESTINAL Y ANEMIA), cobra verdadero valor el apareamiento de ENFERMEDAD PEPTICA en este grupo de edad. La única explicación que tiene este problema es el "hambre" que soporta nuestra gente pobre cuando los alimentos a consumir son repartidos a los hijos

prioritariamente.

MORBILIDAD DE 0 A 11 MESES; FLORES C. C. 1975

ENFERMEDAD (NIÑOS DE 0 A 11 MESES)	No.de Casos
Infección Respiratoria Superior	38
Síndrome Diarreico	26
Parasitosis	13
Desnutrición Protéico Calórica	7
Conjuntivitis	5
Moniliasis Oral	4
Fimosis	2
Intolerancia de disacáridos	1

MORBILIDAD DE 1 A 4 AÑOS; FLORES C. C. 1975

ENFERMEDAD (NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS)	No.de Casos
Parasitosis	42
Infección Respiratoria Superior	37
Desnutrición Protéico Calórica	31
Síndrome Diarreico	25
Anemia Secundaria	25
Sarampión	8
Enfermedades Pulmonares Bajas	4
Dermatopatías	3

MORBILIDAD DE 5 A 14 AÑOS; FLORES C.C. 1975

ENFERMEDAD (NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS)	No.de Casos
Parasitismo Intestinal	94
Anemia Secundaria	77
Desnutrición Protéico Calórica	29
Amigalitis Aguda	14
Infección Respiratoria Superior	10
Conjuntivitis	10
Dermatopatías	10
Enfermedad Pulmonar Baja	7
Accidentes varios	4

MORBILIDAD EN MAYORES DE 15 AÑOS; FLORES C.C. 1975

ENFERMEDAD (MAYORES DE 15 AÑOS)	No.de Casos
Anemia Secundaria	48
Enfermedad Péptica	32
Parasitismo Intestinal	32
Influenza	24
Amibiasis Intestinal	18
Infección Urinaria	15
Desnutrición Crónica del Adulto	14
Amigdalitis	12
Tricomoniasis Vaginal	11
Neumopatías	8
Hepatopatías	7
Accidentes varios	7
Dermatopatías	5
Aborto Incompleto	1
Paludismo	1

SITUACION NUTRICIONAL EN FLORES, C.C. (1975):

Este aspecto es de suma importancia su investigación en el área rural y en esta comunidad se hace someramente, ya que únicamente se toman unos cuantos parámetros que permiten tener idea de lo que sucede.

Es así que al analizar los resultados obtenidos, encontramos que el 48.24% de todos los niños de 0 a 5 años de edad, estudiados en el área urbana como parte de la muestra estadística, son clasificados como normales. Sin embargo, ésto es en base a curvas de Peso-Talla porque así se estableció para el presente estudio, lo cual arroja datos halagadores parcialmente, puesto que, si se hubiesen usado este parámetro previo Talla para Edad, se determinarfa mayor desnutrición (el niño detiene primero su desarrollo estatural y posteriormente pondural, si la adquisición de alimentos es deplorable).

Fueron los niños comprendidos de 1 a 3 años de edad en quienes se determinó Desnutrición Protéico Calórica grado I en su mayoría y en el grupo de 3 a 5 años fue menos, pero siempre significativa la cifra.

Unicamente se logró detectar 5 casos de D.P.C. - grado II y que fue lo más severo.

SITUACION NUTRICIONAL EN FLORES, C. C. (1975)

	Normal	Grados de Desnutrición			Total
		I	II	III	
Menores de 1 año	10	2	1	0	13
1 - 2 años	2	13	2	0	17
2 - 3 años	3	8	0	0	11
3 - 4 años	13	7	1	0	21
4 - 5 años	13	9	1	0	23
TOTAL:	41	39	5	0	85
PORCENTAJE:	48.24	45.88	5.88	0	100%

SITUACION SOCIO-ECONOMICA Y CULTURAL

GRUPOS ETNICOS:

En el área urbana 75% de la población es Mestiza, mientras que 25% es Indígena. Por su parte, en el área rural de la misma comunidad, el predominio de mestizos es únicamente un 8%, de tal manera que se definen estos grupos étnicos de la siguiente forma: 61.27% de la población son mestizos y 38.73% son indígenas.

No existe problema de comunicación verbal puesto que todos hablan el Castellano, utilizando el indígena su dialecto únicamente para comunicación entre ellos.

ESCOLARIDAD:

Se investigó en niños de 7 a 14 años de edad, la asistencia afirmativa o negativa a la escuela, encontrarán-

dose que el 63% asiste a la misma. Este dato fue similar en lo que respecta a Escolaridad en la Cabecera Municipal y el área rural, pero desgraciadamente no se pudo investigar si la no asistencia escolar es a expensas de la población indígena, tal y como se cree, por lo difícil de definir este grupo étnico que tiene escasas costumbres como tal.

ALFABETISMO:

Es alfabeto el 50% de la población en general, a expensas de la población Urbana, ya que se encontró mayor analfabetismo en el área rural de dicha comunidad.

Esto último se explica en parte a que el niño es usado como fuerza de trabajo y por la distancia a las escuelas que motiva deserción.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

En base a mayor porcentaje de parámetros investigados, se presenta una idea general de como está constituida la vivienda: piso de tierra, paredes de tabla, techo de lámina, sin cielo, con cocina y 1 cuarto, obteniendo alumbrado por medio de gas y el agua de pozo, la basura es tirada al patio y las excretas depositadas a flor de tierra.

CONDICIONES DE LA VIVIENDA

		Urbano	Rural	Total	Porcentaje
PISO	Tierra	181	904	1085	82.51
	Madera	2	14	16	1.22
	Cemento	53	161	214	16.27
TECHO	Paja, Manaca o Palma	27	192	219	16.65
	Lámina de Zinc	202	864	1066	81.06
	Lámina de Asbesto	5	14	19	1.44
	Teja	3	4	7	0.54
	Terraza	4	0	4	0.31
	CIELO	No tiene	175	947	1122
Machimbre		21	94	115	8.74
Cartón		2	5	7	0.54
Telas		2	15	17	1.29
Otros		30	24	54	4.11
PAREDES		Tabla	191	822	1013
	Paja, Manaca o Palma	43	221	264	20.08
	Bahareque, adobe	1	8	9	0.68
	Block	5	24	29	2.21

		Urbano	Rural	Total	Porcentaje
INSTALACIONES	Cocina	170	889	1059	80.53
	Un cuarto	171	843	1014	77.11
	Dos cuartos	23	373	396	30.11
	Tres cuartos	13	41	54	4.11
	Más de tres cuartos	13	10	23	1.75
ALUMBRADO	Eléctrico	42	92	134	10.19
	Gas	192	957	1149	87.38
	Candela	2	30	32	2.43
AGUA	Riachuelo	34	191	225	17.11
	Pozo con brocal	24	403	427	32.47
	Pozo sin brocal	27	250	277	21.06
	Tubería intra domic.	84	55	139	10.57
	Tubería extra domic.	77	152	229	17.42
	Otro	2	16	18	1.37
BASURAS	Patio	50	527	577	43.88
	Incineración	6	63	69	5.24
	Basurero	166	361	527	40.08
	Otro	19	123	142	10.80
EXCRETAS	A flor de tierra	57	631	688	52.32
	Letrina sanitaria	15	273	288	21.90
	Letrina l. sanitaria	146	103	249	18.93
	Fosa séptica	22	67	89	6.77

ALIMENTACION FAMILIAR, FLORES C. C. (1975):

Se consume aproximadamente 4 libras de maíz y 1 de frijol diariamente, utilizándolos en diferentes formas 2-3 veces al día y durante toda la semana. Se aprovecha muy poco los vegetales verdes que cosechan en el campo, porque prefieren venderlos para adjudicarse dinero, lo cual agrava muchos cuadros de Anemia Ferropriva sobre todo. Alimentos como arroz, carne, leche, huevos, pan, café y azúcar son consumidos por la mayoría pero no como los primeros mencionados.

ALIMENTACION DE LA EMBARAZADA Y DEL NIÑO:

Unicamente el 16% de las embarazadas consumen otros alimentos que el resto de la familia, tales como fideos mosh, incaparina, jugos, vitaminas y frutas.

De los niños, son los escolares los únicos que reciben desayuno en el Centro Nutricional "Dr. Héctor Aragón", localizado a la entrada de la Cabecera Municipal, constituyendo un 3%.

LACTANCIA MATERNA Y ARTIFICIAL:

El niño con la lactancia materna obtiene alimento e inmunidad hasta el primer semestre de vida, pero desgraciadamente la calidad y cantidad de leche materna en esta comunidad no puede cumplir a cabalidad con lo anterior, en vista de la Desnutrición y Anemia que sufre la gran mayoría de madres.

Un 43.86% del total de niños investigados maman hasta los 12 meses y un 26.32% lo hacen hasta los 18 meses, habiéndose encontrado 3 casos que llegaron a los 3

años aún con lactancia materna.

La lactancia artificial se inició a los 6 meses en un 28.07% y a los 9 meses en un 33.33% de los niños investigados, acompañada siempre de lactancia materna.

ALIMENTOS MALOS DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:

El 15% de las embarazadas consideran como tal, el caldo de res, carne de marrano, leche, agua fría, chile, perejil y aguacate. Durante la lactancia materna un 20% cree que el agua fría "corta o ralea la leche", mientras que un 65% refirió que la leche de vaca es mala para el niño de pecho.

TENENCIA DE LA TIERRA EN FLORES, C. C. (1975):

La razón e importancia de este análisis en el presente trabajo, lo demuestran sus resultados: 61.11% de las familias no disponen de tierra, subsistiendo éstas a expensas del jefe de casa como jornalero en las fincas de café o hule. La situación se agrava al encontrarse que del 38.39% que dispone de tierra, más de una tercera parte es arrendatario y que va desde 1 cuerda en su mayoría, hasta 100 cuerdas la minoría.

FUERZA DE TRABAJO Y ECONOMIA FAMILIAR:

En vista del predominio de fincas en Flores, C.C., son los jornaleros y el trabajo por cuenta personal los que constituyen un 75% de la forma de trabajo usual. El otro 25% es un grupo difícil de definir por la variedad que se encontró.

Básicamente los instrumentos de trabajo usados son

el machete y el azadón, utilizándose maquinaria agrícola esporádicamente en fincas para la siembra de maíz o uso de abono en plantaciones de café o hule.

Por todo lo anterior, más del 85% de familias tienen un ingreso mensual que oscila entre 12 a 60 quetzales, mientras que únicamente un 12% presenta un ingreso mayor de Q 140.00.

El ingreso promedio anual por familia es de Q545.83 de donde se deduce un ingreso familiar mensual igual a Q45.48 y un ingreso promedio anual per cápita de Q109.16 (considerándose 5 miembros por familia).

La desigualdad que se da desde todo punto de vista constituye lo que se llama latifundio y Minifundio, situación que es alarmante para este último debido a la pobreza y condiciones de vida infrahumana en que se encuentra y como consecuencia, constantemente se arriesga la vida en este grupo, debido a tanta morbilidad.

Aunque todo este problema muchas veces salta a la vista rápidamente la presente Tesis detecta y constata la realidad de Flores, C. C. y que actualmente no se hace más que mitigar los problemas que le afligen, tal y como sucede en el ramo de salud que por razones humanísticas se trata de la mejor manera de resolverlos a este nivel, sin lograrlo.

PERCEPCION DEL PROBLEMA

ATENCION DEL PARTO Y CONTROL PRENATAL EN FLORES, C. C. (1975):

El papel que juega la Comadrona empírica para la atención del parto en esta comunidad es importante, según lo demuestra el siguiente dato: 71.43% tuvieron su último parto atendido por comadrona y solamente el 19% lo fue por médico, básicamente a nivel hospitalario.

Sin embargo, de las madres entrevistadas un 59.32% desea que su próximo parto sea atendido por facultativo, lo que viene a garantizar la aceptación que tiene el médico dentro de la comunidad. Siempre persiste el deseo que el parto sea atendido en su casa, lo cual es imposible ofrecer a nivel de Servicios de Salud por factor económico.

Únicamente el 42.62% tuvo control prenatal, de las cuales el 80.77% fue con el médico a nivel de Puesto de Salud. Sin embargo, es bastante halagador que el 94.83% considere necesario el control prenatal, de tal manera que se cuenta con un buen número de consultas prenatales dependiendo de la promoción que se le da.

Esta sería la única manera de detectar embarazos de alto riesgo y además porque el 55% manifestó que el embarazo le da problemas.

CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD DEL NIÑO Y LAS INMUNIZACIONES:

Es normal dentro de nuestra población en general, que las madres traten con remedios caseros al niño cuando se inicia la enfermedad y que posteriormente al no ver me-

lorja, lo hagan según indicaciones del farmacéutico o de la consulta al médico. Se detectó que el 66.13% reciben tratamientos caseros y un 19.35% consulta al Puesto de Salud. Solamente un 2% es llevado con el médico particular.

Gracias a la labor desempeñada por el Dispensario Antituberculoso del Hospital de Coatepeque y "Dr. Rodolfo Robles" se ha controlado y a la vez disminuído el número de casos de Tuberculosis en esta comunidad. Actualmente se inició la campaña de vacunación con BCG en menores de 5 años. Aproximadamente un 72% de los niños estudiados recibieron las vacunas contra el Sarampión, Poliomiélitis y Difteria-Tétano-Pertusis, de acuerdo al Plan Nacional de Vacunación de Servicios de Salud.

CRITERIO DE LA COMUNIDAD SOBRE LA MORBIMORTALIDAD

Consideran que durante el embarazo son frecuentes: anemia, "dolor de cabeza" y de "estómago", "dolor de cintura" y "calenturas".

En los niños, la gripe, "lombrices", "asientos", "calenturas", "mal de ojo" y sarampión.

En los adultos, ha tomado auge en la mentalidad de las personas el Cáncer, quizá por el pronóstico de esta Patología a nivel rural, en donde se consulta ya avanzado el proceso. Es importante que consideren en 2o. lugar lo que llaman Hidropesía, que no es más que sinónimo de Desnutrición Crónica del Adulto. La Gastritis (Enfermedad Péptica) se ha convertido en un proceso generalizado en vista de que dolor epigástrico que se alivia con la ingesta de Yoghur (producto de fermentación láctea a través de gusanos) se considera como tal.

La Mortalidad Infantil lo atribuyen al "ataque de lombrices" y la "infección intestinal", mientras que la Mortalidad en Adultos y Senil, lo es el Cáncer y la "vejez".

CRITERIO DE LA COMUNIDAD SOBRE LA DESNUTRICION:

Previo al estudio efectuado en esta comunidad el criterio que las madres tenían sobre la desnutrición era muy variado, de tal manera que consideraban este problema como consecuencia a que "les habían hecho ojo", "se les había caído la moyera" o el "cuajo", "que se habían mojado", etc. Siempre se trató durante las consultas al Puesto de Salud de orientar con respecto a este problema y quizá ello ayudó en parte a que los resultados obtenidos al final del estudio, fuese de partes iguales (conocimiento y desconocimiento).

Sin embargo, el problema es serio puesto que aún sabiendo a que se debe, se encuentran en la imposibilidad de poder resolverlo parcial o totalmente, ya que la adquisición de alimentos de alto valor protéico-calórico es mínimo, y se complica frecuentemente con Patología Gastrointestinal.

La función del Centro Nutricional no es de recuperación: básicamente se limita a dar alimentación a escolares de la finca del fundador de la institución, que llegan a estudiar a la cabecera municipal, y no tiene ninguna relación con el Puesto de Salud como para referencia de pacientes.

CONCLUSIONES

El grupo Materno-Infantil en Flores, C. C. constituye el 64.77% de su población total, similar al dato para todo el país (65%), lo que hace imprescindible encaminar programas de atención médica y prevención de enfermedades de este grupo.

El 80.30% de este grupo se encuentra fuera de la Cabecera Municipal, lugar donde se encuentra ubicado el Puesto de Salud, afectando el factor distancia y accesibilidad limitada en el número de consultas, pero que bien se compensa al prestar atención médica constante y programada.

Es innegable la presencia del Médico E.P.S. en esta comunidad, pero también lo es la creación de programas de atención médica para no sufrir variantes al llegar el sucesor semestralmente, puesto que ello provoca inasistencia al Puesto de Salud por parte del paciente y otros programas benéficos quedan hasta olvidados. Es necesario también, la presencia de E.P.S. de otras facultades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, para una labor integral.

La tasa de natalidad es de 54.09/1000 nacidos vivos, superior a la del país en general (44.40) y los programas de Planificación Familiar, por falta de divulgación, personal especializado y/u orientación al Médico E.P.S., no han cumplido con sus objetivos. El tiempo entre embarazos es corto, lo que va en detrimento del estado nutricional y salud en general de la madre.

5. Las principales causas de Morbi-Mortalidad siguen siendo enfermedades prevenibles por Salud Pública y actualmente, por falta de personal médico (sólo el E.P.S.) y paramédico (una enfermera auxiliar) únicamente se ofrece tratamiento curativo o paliativo.
6. La disponibilidad de tierras y medios de producción, reflejan una deficiente economía familiar que conlleva Desnutrición, Analfabetismo, Ignorancia, Enfermedad, etc., características del Subdesarrollo.

RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a las necesidades de atención médica que presenta la comunidad y al reciente local del Puesto de Salud, éste sea elevado de categoría para obtener un médico director y mayor asignación de medicamentos, ofreciendo de esta manera un mejor servicio desde el punto de vista curativo. El médico E.P.S. podría disponer de tiempo, para programas de medicina preventiva y proyección al área rural que bien puede extenderse al municipio de Génova, gracias a vía de acceso asfaltada y lo cercano que es. De esta manera, a expensas de 2 puestos de salud tipo C, se obtendría atención médica constante y de mayor cobertura, si fuese posible - contar con vehículo.
2. Promover a iniciativa del Puesto de Salud, la formación de comité en el área urbana y subcomité en lo rural, para desarrollar programas de Saneamiento Ambiental (potabilización del agua, letrinización, drenajes, distribución de basuras y control de vectores), sobre el Uso de Calzado (alta incidencia de Uncinariasis) y actividades benéficas para la comunidad.
3. Crear programas de atención médica al grupo Materno-Infantil, mediante el adiestramiento de Comadronas, ya que juegan papel importante en el control Prenatal y atención del parto, así como en programas de vacunación y referencia de pacientes al Puesto de Salud.

4. Considerar la consulta al Grupo Materno - Infantil en aldeas lejanas al Puesto de Salud, de acuerdo a programación con comadrona del lugar, utilizando su casa como consultorio.
5. En vista de que la Situación de Salud y en general - de Guatemala es mala, el problema no debe ser considerado únicamente desde este punto de vista, sino también Económico, Político y Social para tratar de resolverlo. La Universidad de San Carlos juega un papel importante para propiciar esto y así terminar con los azotes que mantienen a nuestra patria en el subdesarrollo.

BIBLIOGRAFIA

1. De la Roca, Julio César.
"Biografía de un Pueblo". Síntesis monográfica de Quetzaltenango: interpretación de su destino.
2. Soto, Carlos Enrique.
"Salud Materno-Infantil", en Profesores de - Ciencia de la Conducta. Editorial de Fac. C. C. M. M. de Guatemala; 1975.
3. Miranda, Julio César.
"Diagnóstico de la situación de Salud del Municipio de Flores, Costa Cuca"; 1974. Trabajo de Ejercicio Profesional Supervisado, Primer Semestre.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
"Unidad de Planificación y Estadística: población calculada del año 1972 a 1980 para el Depto. de Quetzaltenango"; pág. 130.
5. Dirección General de Estadística
Ministerio de Economía: "Características generales, concentración y tenencia de la tierra". Guatemala; 1964.
6. Archivos del Hospital Regional de Coatepeque, Quetzaltenango.
"Saneamiento Ambiental", 1974. Centro de Salud Tipo "A".

BR

Eduardo R. Gonzalez B.
EDUARDO R. GONZALEZ B.

Otto Perez
Asesor
Dr. OTTO PEREZ

Fernando Rendon
Revisor.
Dr. FERNANDO RENDON

Julio de Leon
Director de Fase III.
Dr. JULIO DE LEON

Mariano Guerrero Rojas
Secretario General
Dr. MARIANO GUERRERO ROJAS

Vo. Bo.

Carlos Armandc Soto
Decano
Dr. CARLOS ARMANDC SOTO