

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"Programa Materno-Infantil del Municipio de
Santa María Nebaj, Quiché 1976"

Mercedes Noemí Moscoso Galindo de Cáceres

Guatemala, Septiembre de 1976.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. JUSTIFICACION
- IV. ANALISIS DE RECURSOS
- V. DIAGNOSTICO DE SALUD
- VI. PROGRAMA MATERNO-INFANTIL
- VII. CONCLUSIONES
- VIII. RECOMENDACIONES
- IX. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Santa María Nebaj, Municipio de Quiché, es una población que se encuentra entre las más alejadas del departamento, no por la distancia que es de 84 Kms. a la cabecera departamental*, sino por el difícil acceso ya que cuenta con una carretera de tierra, en malas condiciones, siendo además muy estrecha y su topografía bastante irregular.

La población es económica, social y culturalmente pobre en donde, como consecuencia predomina un elevado índice de morbi-mortalidad especialmente dentro de la población infantil.

El presente trabajo tiene como fin y utilizando como canal el Centro de Salud de la misma, brindar un servicio mejor organizado, con un enfoque dirigido hacia la población Materno-Infantil, esperando que en un futuro próximo podamos ver cumplido el propósito de su elaboración.

* = Dato obtenido de el Instituto Geográfico Nacional.

ANTECEDENTES

En relación a investigaciones que se refieren a salud en el municipio de Nebaj, contamos con la Tesis del Dr. Julio César Alvarado y que consiste en "Estudio Preliminar sobre el Diagnóstico de Salud del Area del Quiché, 1974".

La tesis del Dr. Jaime Ríos Herrera con su "Estudio — Inicial de Salud en el Municipio de Nebaj" 1974.

Un programa de "Atención Materno-Infantil y Orientación Familiar" para 5 municipios del Quiché, dentro de los que se encuentra el municipio de Nebaj, fue elaborado por el personal del Area de Salud del Quiché, editado por el Ministerio de Salud Pública en 1975.

JUSTIFICACION

El programa Materno Infantil ha sido elaborado con dos pósitos básicos:

- 1.- Cumplimiento de un requisito de orden curricular;
- 2.- Beneficiar a la población, a mi juicio el más importante que por historia sabemos que la población de Santa María Nebaj se ve bastante afectada, como la mayoría de los pueblos del país, por la morbilidad, mortalidad y probablemente la falta de asistencia (medicina preventiva y curativa). Según encuesta de EPS primer semestre de 1975, Nebaj cuenta además con una tasa de morbilidad infantil de 47 por 1000 nacidos vivos para 1974.

A pesar de haber un programa inicial con miras a cubrir la población afectada, éste no se ha desarrollado en forma satisfactoria por diversas razones, por lo que considero que la ejecución del presente trabajo será de mucho beneficio para la población, por lo que se tratará por todos los medios, de hacer conciencia del mismo, para que sus objetivos sean cumplidos.

ANALISIS DE RECURSOS

Para los fines, la Facultad de Ciencias Médicas proporcionó Instrumentos de trabajo.

Los recursos con que cuenta el Centro de Salud de Nebaj que está catalogado como tipo "B", y que pueden ser utilizados para el programa Materno-Infantil, se dividen en dos grupos:

1. Recursos humanos;

2. Recursos Físicos.

1.- Recursos Humanos: a) Médico Jefe de Distrito

b) Médico EPS

c) Enfermera Graduada

d) Tres Enfermeras Auxiliares

e) Técnico en Salud Rural

f) Inspector de Saneamiento Ambiental.

g) Conductor de Vehículo

h) Conserje.

2. Recursos Físicos: a) Edificio

b) Mobiliario

c) Equipo de oficina (papelería)

d) Equipo médico quirúrgico

e) Equipo de laboratorio

f) Medicinas

g) Equipo de radio y audio

h) Vehículo

i) Presupuesto propio

En lo que a recursos humanos se refiere y para los fines - del programa, se ha dispuesto que:

- a) El médico jefe del Centro de Salud, tenga a su cargo la supervisión del programa a efectuarse, así como la atención de morbilidad general.
- b) Médico EPS, Enfermera graduada, Enfermeras auxiliares, Técnico en Salud Rural, Laboratorista, grupo de comadronas y Conductor de vehículo, serán los responsables de la ejecución del programa Materno Infantil.

CUADRO No. 1

LA DISTRIBUCION DEL TIEMPO PARA LOS RECURSOS HUMANOS EN LA EJECUCION DEL PROGRAMA, SE DETALLA DE LA SIGUIENTE FORMA:

Nominación	Total de hrs. con tratadas al año	% empleado en Prog.M.I.	Horas Totales
1. Med. EPS.	2000	60%	1200
2. Enf. G.	2000	50%	1000
3. Enf. A.	2000	80%	1600
4. T.S.R.	2000	15%	300
5. Conductor V.	2000	15%	300

El resto de horas disponibles, serán utilizadas para las actividades fuera del programa Materno Infantil, podrán ser utilizadas de la siguiente manera:

- a) Médico E.P.S., le quedan 800 horas que podrá emplear en sus actividades curriculares, administración, o consulta por morbilidad general, etc.

- b) Enfermera Graduada, tiene disponibles 1000 horas que podrá utilizar en administración y supervisión del personal a su cargo en relación al total de actividades del Centro de Salud.
- c) Enfermera auxiliar, tiene disponibles 400 horas que podrá utilizar en preparación de pacientes por morbilidad general -- (pre-consulta), post-consulta, hipodermia, curaciones y atención de farmacia, lógicamente este tiempo no es suficiente para cumplir con todas las actividades pero para esto hay dos enfermeras auxiliares más que disponen de todo su tiempo.
- d) Técnico en Salud Rural: Con 1700 horas libres que utilizará en la ejecución de las actividades propias de su nombramiento, es decir, dentro de las comunidades propiamente rurales.
- e) Conductor de vehículo con 1700 horas disponibles que utilizará en las actividades propias de su nombramiento.

1. Recursos Humanos: En lo que a este renglón se refiere, hace falta integrar al grupo de trabajo, el personal de laboratorio, así como un grupo muy importante como es el de Comadronas, se considera que ellas son un buen medio de relación entre las pacientes y el Centro de Salud, actualmente son ellas las que cubren más o menos el 90% de los partos de la población. Este grupo está ejerciendo sin ningún control de parte del Centro, es un grupo numeroso pero cuando se les solicitó su colaboración en la encuesta que se realizó sobre embarazo, parto, puerperio, nutrición y cuidados del niño, solamente 15 se pudo entrevistar, otro grupo de ellas no colaboró por encontrarse trabajando en las fincas de la costa, el resultado de la encuesta nos indica que se hace necesario antes de tomarlas en cuenta, proporcionarles un entrenamiento intensivo ya que se observó que sus conocimientos son escasos por no decir nulos.

2. Recursos físicos:

- a) Edificio: El Centro de Salud, funciona en un local prestado

por la Municipalidad local, el que ha sido acomodado a las necesidades del Centro, por lo que no llena los requisitos necesarios, además de que se encuentra bastante deteriorado.

Actualmente carece de sala de espera, así como sala para aplicación de tratamientos y sala de conferencias.

b) Mobiliario: Para la demanda del Centro, únicamente haría falta el mobiliario para la sala de conferencias.

c) Equipo Médico-Quirúrgico: También se cuenta con el -- equipo necesario, además de que este renglón se puede ir incrementando con la partida que para el mismo existe.

d) Equipo de Laboratorio: Se puede decir que no existe, lo poco que hay no llena los requerimientos.

e) Medicinas: En este renglón hace falta incrementar lo que corresponde a Antibióticos y Vacunas.

f) Equipo de Oficina: Habrá que incrementar lo que corresponde a fichas y sobres para morbilidad general, para el programa Materno Infantil habrá necesidad de fichas para control pre-natal, control infantil, hojas de peso-talla-edad del -- INCAP, carnets de inscripción y vacunación.

CUADRO No.2

RECURSOS HUMANOS - ACTIVIDAD MATERNA

ACTIVIDADES				INSTRUMENTOS									
ACTIVIDAD	Poblac. Cobertura			CONCEN- TRACION		CONSUL. ESPER. AL AÑO		REND. POR HORA		HORAS AL AÑO		HORAS DISPO- NIBLES	
	Norma	Pobla	Objet.										
	%	ción		M	E	M	E	M	E	M	E	M	E
												1200	1000
CONSULTA PRENATAL	333	80	266	2	4	532	1064	6	6	89	177	1111	823
ATENCION DEL PARTO	300	80	240	1	1	12	12	-	-	36	36	1075	787
ATENCION DEL	240	100	240	1	2	240	480	2	2	120	240	955	547
POST-PART. EDUCACION													
EN SALUD M.I.	240	100	240	-	-	-	-	1h/1.40	48	67	907	480	
ADIELTRA. COMADRO.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	807	380

*. Se asume que el 5% de los partos van a presentar complicación y son los que atenderá médico E.P.S. o serán remitidos al Hospital.

**. 5% estimativo de partos nls. que atenderá enfermera a solicitud de pte.

***. Enf. controlará las dos primeras consultas post-parto de los atendidos en el Centro de salud por médico más el 5% que se le adjudican por la atención de los partos normales que ella atiende.

CUADRO No. 3

RECURSOS HUMANOS - ACTIVIDAD INFANTIL

ACTIVIDADES					INSTRUMENTOS									
POBLACION														
ACTIVIDAD	EDAD	No.	NORMA	POBL. OBJ.	CON- CENT.	CONSUL. ESP.	REND. AÑO	CONS. HORA	HORAS AL AÑO	HORAS DISPONIBLES				
			%		M E ¹	M E	M E	M E	M E	M E				
											807	380		
I. CRECIM. Y DESARR.	0-1a.	277	80	222	3 3	666 666	6 6	111 111	169 6	269				
	1a-2a.	277	80	222	2 2	444 444	6 6	74 74	622	195				
	2a-4a.	554	80	443	2 1	886 443	6 6	148 74	474	121				
INMUNIZACIONES	0-1a.	222	100	222	- 5	- 1110	- 12	- 93	474	28				
	1a-2a.	222	100	222	- 2	- 444	- 16	- 28	474	0				
MORBILIDAD	0-1a.	277	100	277	2 -	554	- 4	- 139	- 335	-				
INFANTIL	1a.-2a	277	100	277	2 -	554	- 4	- 139	- 196	-				
	2a.-4a	554	100	554	1 -	554	- 4	- 139	- 57*					
PROGRAM. CAMPAÑA VACUNAC.	-	-	-	-	- -	-	-	-	46	- 11	-			
EVALUAC. DEL PROG. M-INFANTIL	-	-	-	-	- -	-	-	-	11	0	0	0		

1. La casilla de Enfermera corresponde a Enfermera Graduada.

* Al médico E.P.S. se le asigna un 25% que equivale a 46 horas.

Este 25% es parte del tiempo total de la campaña de vacunación, tiempo que él empleará en programación y preparación de su personal.

RECURSOS HUMANOS - ACTIVIDAD MATERNA

ENFERMERA AUXILIAR

ACTIVIDADES		INSTRUMENTO: Enfermera Auxiliar									
POBLAC. COBERTURA											
ACTIVIDAD	No. NORMA	POBLAC. OBJET.	CONCEN TRAC.	CONSUL. AL AÑO	RENDIM. CONSUL. HORA	HORAS AL AÑO	HORAS DISPO- NIBLES				
		%	EA	EA	EA	EA	EA				EA
CONSULTA											
PRE-NATAL	333	80	266	2	532	6	89				1600
CONSULTA											
PRE-NATAL	333	80	266	2	532	6	89				1511
ASISTEN- CIA E.P.S.											
ATENCION PARTOS	300	80	240	1	12	-	36				1475
VISITAS											
DOM. POR POST- PARTO	240	100	240	2	480	2	240				1235

CUADRO No. 5

RECURSOS HUMANOS - ACTIVIDAD INFANTIL

ENFERMERA AUXILIAR

ACTIVIDAD	POBLACION		COBERTURA		CON CEN TR.	CONS. AL AÑO	REND. POR - CON/H.	HOR. AÑO	HORA DISPO NIBL
	EDADES	No.	NORMA	POB. OBJ.					
			%						123
CRECIM.	0 - 1a.	277	80	222	3	666	6	111	112
Y	1a.- 2a.	277	80	222	2	444	6	74	105
DESARR.	2a.- 4a.	554	80	443	2	886	6	148	90
MORBI-	0 - 1a.	277	100	277	2	554	4	139	763
LIDAD	1a.- 2a.	277	100	277	2	554	4	139	624
INFANTIL	2a.- 4a.	554	100	554	1	54	4	139	485
ALIM.SUP. GRUP.M.I.	-	1152	100	1152	6	2304	6	385	100
VISITAS DOM.	MADRES EDAD RE PRODUC.	1565	100	1565	1	1565	4	100 h	**

* Cifra de pacientes que recibirán alimento en el año por cada enfermera aux. razón por la que es necesario adicionar 2 auxiliares de enfermería para poder cubrir totalmente al grupo M.I.

** Para visitas domiciliarias el tiempo necesario al año es de 391 horas - (para la captación de embarazos), se distribuyó de la siguiente manera:

T.S.R. dedicará 300 h. que es el total del tiempo asignado para el programa M.I.

Enf. Auxiliar: dedicará 100 h.

5. DIAGNOSTICO DE SALUD:

Santa María Nebaj, cabecera municipal, perteneciente al departamento del Quiché, se encuentra situado al norte de la misma, contando con una extensión territorial de 608 Km²., con una altitud de 1906.57 mts. sobre el nivel del mar. Su clima es predominantemente frío-húmedo, su población urbana es de 7268 habitantes (según estadística de 1975 de la Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, M.S.P.).

La población es bastante cambiante ya que durante todo el año están emigrando sus habitantes hacia las fincas costeras para trabajar en calidad de colonos. Su tasa de natalidad es de 40 x 1000 habitantes para 1975.

La tasa de morbilidad se explica en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 6

TASA DE MORBILIDAD PARA EL MUNICIPIO DE SANTA MARIA NEBAJ 1974.

(1)

INDICADOR	TOTAL	TASA/1000
Morbilidad general	1.043	50.75
Morbilidad infantil	117	76.52
Morbilidad neo-natal	9	5.88
Morbilidad post-neo-natal	108	70.63
Morbilidad de 1 a 4 años	201	78.99
Morbilidad Obstétrica	1	
Morbilidad proporcional 0-4 a.	318	304.88
Morbilidad proporcional 5-14 a.	200	191.75
Morbilidad proporcional 15-44 a.	296	283.79
Morbilidad proporcional mayores de 44 años	229	219.55

CUADRO No. 7

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL, POR CODIGO Y DIAGNOSTICO, SANTA MARIA NEBAJ, 1974 (1)

CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	%
12	Infecciosas y parasitarias	33	28.20
30	Mal definidas	30	25.64
23	Enteritis, colitis, G.E.C.	28	24.78
15	Desnutrición sin especificar G.	7	5.98
15	Desnutrición G.I.	3	2.56
15	Desnutrición G.II	4	3.41
15	Desnutrición G.III	2	1.62
20	Neumonía y B.N.M.	6	5.12
31	Accidentes y violencias	3	2.56
34	No comprendidas en la clasificación	1	0.85
T O T A L		117	100.72

CUADRO No. 8

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR CODIGO Y DIAGNOSTICO. SANTA MARIA NEBAJ, - 1974 (1)

CODIGO	DIAGNOSTICO	TOTAL	%
12	Infecciosas y parasitarias	234	22.43
30	Mal definidas	221	21.18
15	Desnutrición sin especificar G.	186	17.88
23	Enteritis, colitis G.E.C.	124	11.79
34	No comprendidas en la clasif.	66	6.32
31	Accidentes y violencias	60	5.75
20	Neumonía y B.N.M.	48	4.60
25	Nefritis y Nefrosis	33	3.16
21	Bronquitis	16	1.53
15	Desnutrición G.II	9	0.86
T O T A L		997	95.45

a) Morbilidad: Como puede verse en los cuadros 7 y 8, - la salud del pueblo de Nebaj se ve afectada en su mayor parte, por enfermedades de tipo infeccioso, parasitario y nutricional.

En el grupo infantil se ha investigado que el 25% padecen de síndrome diarreico, 14% malnutrición y 30% - enfermedades infecciosas. (1)

CUADRO No. 9

TASA DE MORTALIDAD PARA EL MUNICIPIO DE SANTA MARIA NEBAJ 1974 (1)

INDICADOR	TOTAL	TASA
Mortalidad general	524	25.50X1000 H.
Mortalidad infantil	72	47.09X1000N.V.
Mortalidad neonatal	27	17.66X1000N.V.
Mort.post-neo-natal	45	29.43X1000N.V.
Mort.específica de 1 a 4 a.	119	42.94X1000 H. de 1 a 4 a.
Mortalidad materna	-	-
Mort.proporc.de 0 a 4 años	191	36.45 %
Mort.proporc.de 5 a 14 años	66	12.59 %
Mort.proporc.de 15 a 44 a.	153	29.20 %
Mort.proporc.mayores 45 a.	114	21.75 %
Mortinatalidad	31	20.27X1000N.V.
Diagnóstico médico	-	-
Diagnóstico empírico	66	12.5 %
Diagnóstico por autoridad	439	83.7 %

b) Comparando las cifras nacionales para 1973 con las de - los cuadros anteriores, se nota, que las tasas correspondientes a Nebaj, son superiores en un 50%, también se nota que el diagnóstico dado por autoridades supera al de las cifras -

nacionales que para 1973 era de 23.7%.

c) Factores condicionantes: Son los responsables de la situación actual del municipio.

i) Economía: Basada en pequeña industria, tal como la elaboración de sacos de maguey, ladrillo y teja de barro. En cuanto a la agricultura podemos decir que es pobre, pues la gente carece de orientación y además poco interés para cultivar, la mayor parte prefiere emigrar para trabajar como colonos.

Según E.P.S. anterior, se sabe que el 58% de la población posee en propiedad tierra para cultivar, básicamente maíz, el - 13% cultiva la tierra propiedad de segundos o terceros y el 27% restante no posee tierra bajo ningún régimen de propiedad, de aquí se infiere que el 75% de la población es minifundista.

La condición socio-económica de la población es precaria y - esto se explica así: 72% de las familias complementan sus ingresos mediante cultivo de tierras, 84% de dichas familias perciben ingresos inferiores a Q.50.00 mensuales. (Datos estadísticos 1974, proporcionados por EPS. primer semestre 1975).

ii). Analfabetismo:

CUADRO No. 10

ALFABETISMO EN MAYORES DE 15 AÑOS DE EDAD, PARA EL MUNICIPIO DE SANTA MARIA NEBAJ. 1975 (1)

ALFABETOS	%	ANALFABETOS	%
Area urbana 462	29.4	1,106	70.5

El cuadro anterior nos hace ver que el índice de analfabetismo es elevado, además se estableció un índice de escolaridad de 23% (datos proporcionados por EPS primer semestre 1975).

iii. Vivienda: La población en general, vive en malas condiciones, en lo que se refiere a tipo de construcción y distribución de la vivienda tenemos los siguientes datos:

Pisos 90% son de tierra
Techos 50% son de paja
Cielo raso 78% no tienen
Paredes 89% son de madera, paja, bajareque o adobe.

iv. Nutrición:

CUADRO No.11

SITUACION NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, MUNICIPIO DE SANTA MARIA NEBAJ. 1975 (1)

TOTAL DE NIÑOS ENCUESTADOS	50	100.00%
Normales	12	24.0 %
Desnutridos G.I	19	38.0 %
Desnutridos G.II	14	28.0 %
Desnutridos G.III	5	10.0 %
TOTAL DE NIÑOS DESNUTRIDOS	38	76.0 %

El ingreso proteico de la población es muy bajo, se substituye por proteínas de origen vegetal, básicamente maíz y frijol .

(1) Son datos reportados por EPS primer semestre 1975.

6. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Elaborado específicamente para el área urbana.

A. OBJETIVOS GENERALES:

- a) En la madre: Llevar a cabo el control del conjunto - madre-hijo, con objeto de tener un embarazo dentro de límites normales, por lo tanto un parto sin complicaciones y un producto normal y a término.
- b) En el niño: Controlar los riesgos que se presentan - en el niño pre-escolar (0 a 4 años), proporcionar un crecimiento y desarrollo dentro de los parámetros normales de nuestro país y así elevar el potencial de -- rendimiento de la población.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- a) Cubrir el 80% de la población Materno-Infantil.
- b) Detectar tempranamente los problemas de la madre y del niño, para prestarles la atención inmediata según el caso. En la madre se tomará especial interés en: aborto, toxemia, hemorragia del embarazo, infección-urinaría, prematuréz y sífilis. En el parto: hemorragia y complicaciones del mismo.

En el niño: cubrir el 80% de la población pre-escolar. Se tomará especial interés en:

Período neo-natal (0-28 d.): Tétanos, oftalmia del -- R.N., septicemia, eritroblastosis fetal, lúes congénita; en los niños de 1 a 4 años: Desnutrición y cualquier -- otro tipo de patología.

- c) Inmunizar el 100% de la cobertura.
- d) Orientar y educar a las familias con el objeto de promover la salud y prevenir enfermedades así como enseñarles a utilizar los servicios del Centro de Salud.
- e) Capacitación de Comadronas.

Si se cumple con los objetivos anteriormente descritos, podemos decir que:

- a) Disminuirá la tasa de morbi-mortalidad del grupo M-I.
- b) Aumentará la expectativa de vida, mejorando el nivel de salud.

C. SERVICIOS QUE SE PROPORCIONARAN EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL.

I. SUB PROGRAMA MATERNO

- A) Atención pre-natal
- B) Atención del parto
- C) Atención del puerperio
- D) Educación en salud
- E) Suplementos alimenticios (productos CARE)
- F) Visita domiciliaria
- G) Adiestramiento de comadronas.

II. SUB PROGRAMA INFANTIL:

- A) Control de crecimiento y desarrollo
- B) Inmunización
- C) Suplementos alimenticios (productos CARE)
- D) Atención del niño enfermo
- E) Atención del niño desnutrido.

I. Sub Programa Materno:

a) Atención prenatal

- i) Captación precoz de la embarazada (antes del tercer mes)
- ii) Visita domiciliaria
- iii) Consulta pre-natal
- iv) Suplementos alimenticios
- v) Educación en salud.

Número de embarazos esperados para 1976 = 333
Cobertura del 80% = 266

- a) i. Captación precoz de la embarazada: se tratará de incorporar al programa el 80% de los embarazos esperados para 1976 que es de 266, durante el primer trimestre del embarazo, la captación se hará por medio de publicidad, visitas domiciliarias. Para este trabajo se emplearán los servicios de: conductor de vehículo, enfermera auxiliar y T.S.R. o por consulta de la propia interesada.

Ver diagrama No. 1

- a) ii. Visitas domiciliarias:

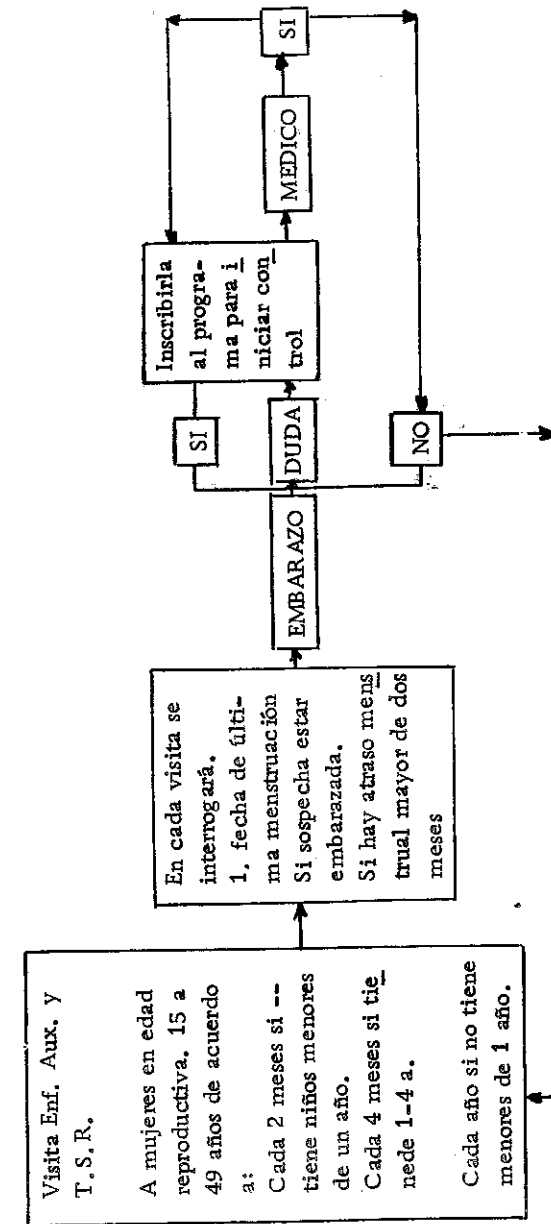
Instrumentos: Enfermera auxiliar y T.S.R.

Para realizar la visita se tomará en cuenta:

1. Captación de embarazos, el 80% de la población total de embarazos, las visitas se harán de acuerdo a:

DIAGRAMA No. 1.

FLUJO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA



Si tiene niño menor de 1 año, cada 2 meses.

Si tiene niño entre 1 y 2 años, cada 4 meses.

Si tiene niño mayor de 4 años, cada año.

En la visita se investigará fecha de la última menstruación, se le preguntará a la paciente si cree estar embarazada, de acuerdo a los datos obtenidos en la entrevista, se considerará la posibilidad de remitir a la paciente al Centro de Salud para diagnóstico y control periódico si se confirma embarazo. Si se descarta, continuará bajo el punto 1.

Ver diagrama 1, 2 y 3.

Si se remite paciente al Centro de Salud, deberá llevar una-papeleta que incluya: datos generales, el motivo de remitirla (por patología o para descartar embarazo), así como cualquier otro dato que el entrevistador considere de importancia.

En todo caso el entrevistador deberá rendir informe de cada visita efectuada para el archivo del Centro.

2. También se hará visita domiciliaria cuando la paciente no asista a sus controles establecidos.

3. Se hará visita en caso de imposibilidad de la paciente para asistir al Centro (solamente en caso de enfermedad que lo amerite). Ver diagrama No. 2.

a) iii. Consulta pre-natal:

Instrumento: Médico EPS, Enfermera Graduada y Enfermera-Auxiliar.

Cobertura 80% = 266

Se concederá 6 consultas durante el período del embarazo en los casos normales, de los que la primera y última, serán dadas por médico EPS, quien en la primera consulta aprovechará para ordenar exámenes de laboratorio, hará la evaluación ginecológica para determinar el estado de la madre en relación al embarazo. La última consulta la aprovechará para establecer la conducta a seguir durante el parto, o sea dónde se va a atender, tomando en cuenta la evolución del embarazo y la última evaluación practicada.

CUADRO No. 12

CUADRO DE CONSULTA PRENATAL

TIEMPO DE EMBARAZO	CITA	TOTAL CONSUL.
1 A 28 SEMANAS	Cada 8 sem.	3
28 A 36 SEMANAS	Cada 4 sem.	2
36 A 38 SEMANAS	Cada 2 sem.	1

Ver diagrama No. 3

a) iv. Suplementos alimenticios:

Instrumento: Enfermera Auxiliar

El Centro de Salud proporcionará los productos CARE que consisten en leche, harina, cereal y aceite a toda paciente que se encuentre inscrita en el programa materno (pte. embarazada). El producto se le ofrecerá una vez al mes, se sugiere que para facilidad de la entrega se divida el No. total

DIAGRAMA No. 2.

FLUJO DE MUJERES CON SOSPECHA DE EMBARAZO

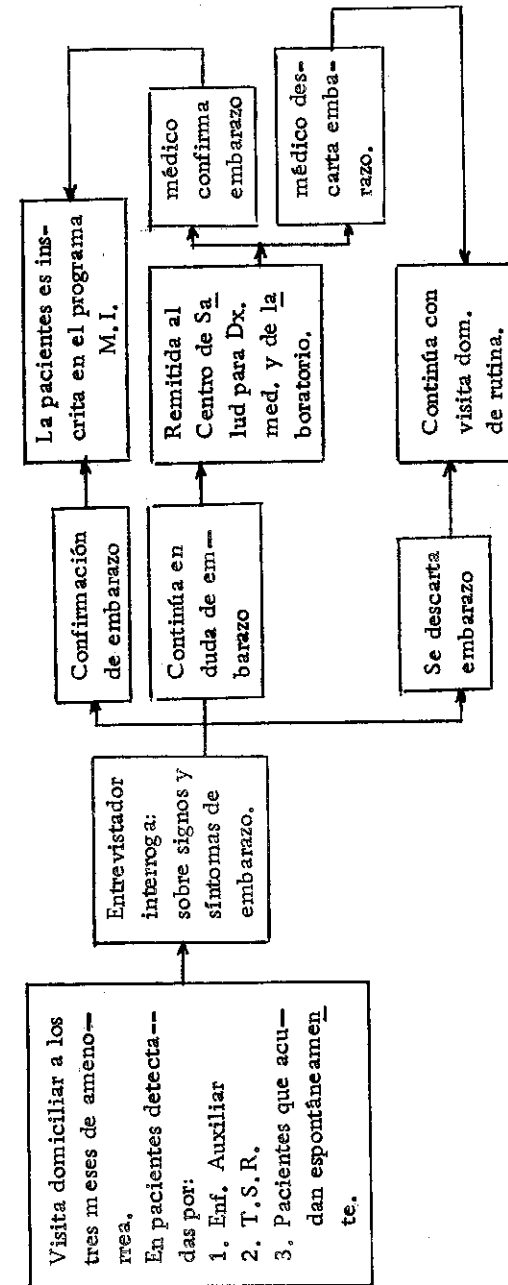
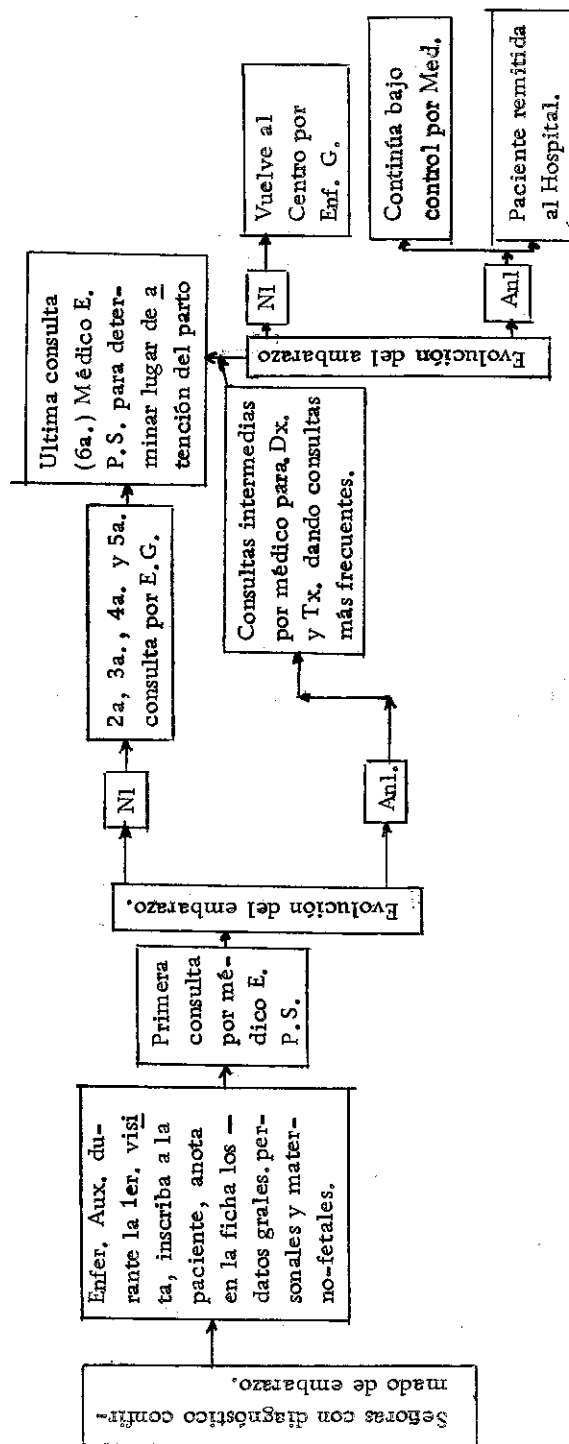


DIAGRAMA No. 3.

FLUJO DE MUJERES EMBARAZADAS



de pacientes en 8 grupos para que cada semana se le entregue a dos grupos y no se recargue el trabajo de la enfermera, de preferencia tomar las tardes de 14 a 18:00 hrs. Ver cuadro-No. 5

a) v. Educación en Salud:

Instrumento: Médico EPS, personal de enfermería y T.S.R.
Para este renglón se sugiere tomar en cuenta lo siguiente:

1. Publicidad por todos los medios con que se cuenta.
2. Educación en paternidad responsable, fisiología de producción: embarazo, parto y puerperio.
3. Cuidados del recién nacido y del niño de 0 a 4 años
4. Higiene, alimentación y preparación de la misma.
5. Inmunizaciones
6. Utilización del Centro de Salud.

Se sugiere impartir las charlas los días sábados por la mañana, éstas serán programadas por el EPS y para ser impartidas podrá utilizar a todo su personal capacitado, el tiempo será de una hora por semana, dividiendo la población en 4 grupos al mes.

HORARIO DE ATENCION MATERNA: Lunes a viernes de 8 a 12 horas.

No. de embarazos esperados 1976 = 333
Cobertura del 80% = 266

I. b) Atención del parto:

Instrumento: EPS, Enf. Graduada, comadrona.
No. partos esperados 1976 = 300
Cobertura del 80% = 240

Durante la última consulta pre-natal se decidirá la conducta a seguir con la atención del parto, si de acuerdo a antecedentes materno-fetales y evolución, se espera un parto normal, la paciente podrá ser atendida en su domicilio por su comadrona (ya adiestrada) o enfermera. En caso de esperarse problema, se ordenará la atención del parto en el Centro de Salud y lo atenderá el médico EPS, quien se limitará a atender las complicaciones tomando en cuenta los recursos con que cuenta.

En caso de distosia, la paciente será remitida por el médico (con nota de transferencia) al Hospital que corresponde. Ver diagrama No. 4

i. c) Atención del Puerperio:

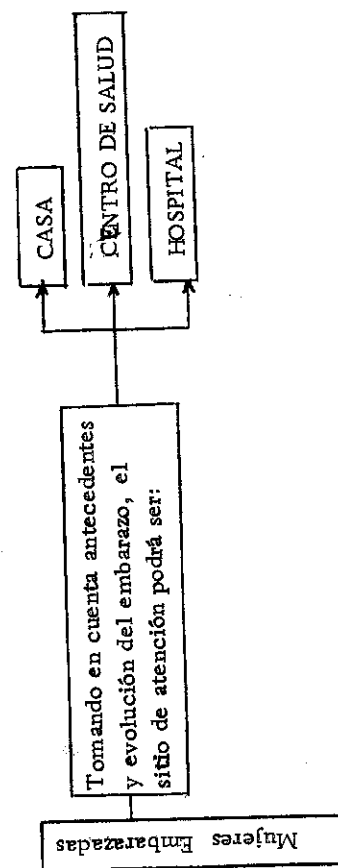
Instrumento: Enfermera graduada, auxiliar.

1. Cubrir el 100% de los partos atendidos = 240
2. Controlar los riesgos propios del puerperio
3. Disminuir la mortalidad materna.

Se efectuarán 3 controles, uno a las 24 h. post-parto, otro a las 48 h., estos dos por el personal que atendió el parto en la casa o por enfermera graduada si fue atendido en el Centro de Salud, durante los dos primeros controles se interrogará sobre estado general, loquis, fiebre, dolor y durante el reconocimiento se dará importancia a situación del útero, característica de los loquis, se verá episiotomía en caso de primípara. También se recordará a la paciente sobre los cuidados relativos a higiene y cuidados en general del puerperio así como alimentación y cuidados del recién nacido. Los resultados de la visita se adjuntarán a la ficha de la paciente, así como en caso de encontrar problema, se consultará el caso al Médico EPS.

DIAGRAMA No. 4

FLUJO DE PACIENTES PARA LA ATENCION DEL PARTO



El tercer control se hará a los 40 días en el Centro de Salud. La paciente será vista por el médico quien hará la última evaluación ginecológica. Los casos de pacientes atendidas en Hospital, se deberá enviar el récord para continuarlo en el Centro de Salud. Ver diagrama No. 5.

i g) Adiestramiento de Comadronas:

Instrumento: personal del Centro de Salud.

En vista de que este personal es elemento importante al servicio de la comunidad y, en virtud de faltarles los conocimientos indispensables, sabiendo además que este grupo goza de completa aceptación aún con sus deficiencias; el programa Materno Infantil se ve obligado a realizar por lo menos dos programas de adiestramiento al año, con una duración de dos semanas cada uno. Los programas serán planeados por médico EPS, quien tomará en cuenta a su personal capacitado para impartir la enseñanza.

FUNCIONES DEL PERSONAL DEL CENTRO EN EL PROGRAMA MATERNO

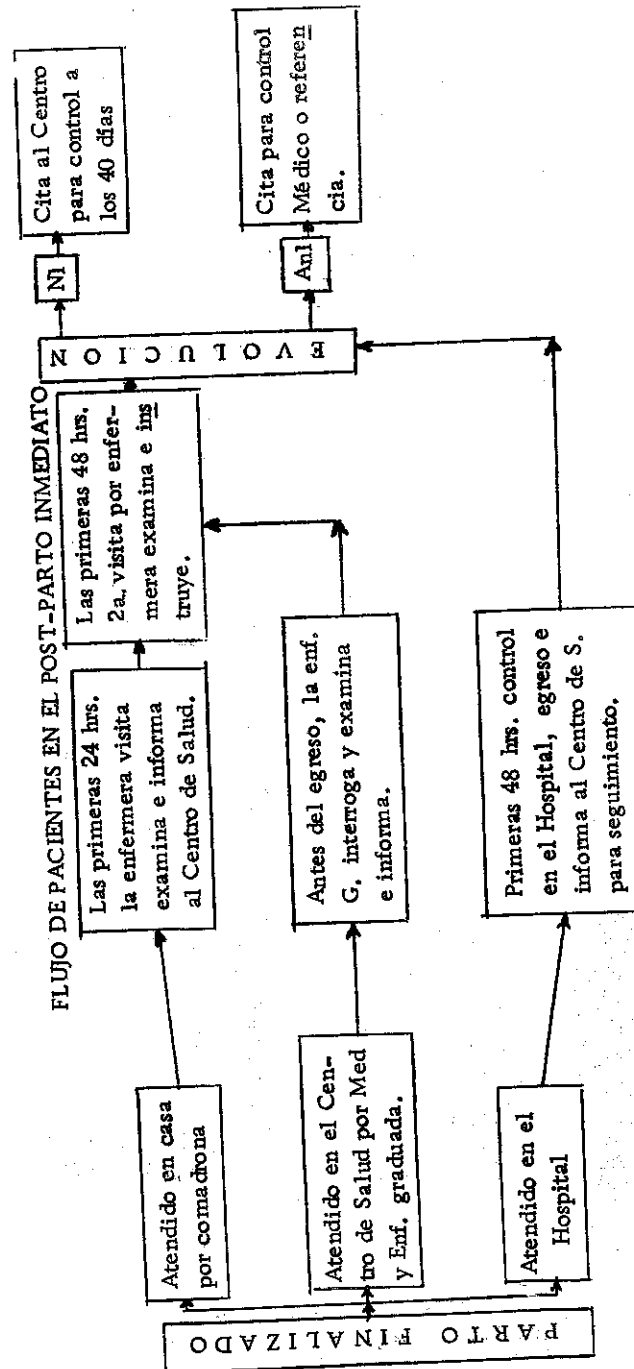
1. Médico EPS:

- Dar la primera y sexta consulta pre-natal en casos normales.
- Control de pacientes con patología, hasta que se considere fuera de peligro.
- Atención de partos que ofrezcan alguna complicación, en el Centro de Salud.
- Remitir pacientes que presenten distosia al hospital o consulta a personal especializado.
- Efectuar el tercer control post-parto
- Programación de charlas educativas a las madres.
- Programación de los dos adiestramientos para comadronas.

2. Enfermera Graduada:

- Supervisar al personal auxiliar en la visita domiciliaria.
- Supervisar al personal auxiliar en la entrega de suplementos alimenticios.
- Elaborar la información mensual correspondiente a CARE.
- Control de embarazos normales en 2a. 3a. 4a. y 5a. consultas.
- Efectuar las dos consultas post-parto cuando haya sido atendido el parto por ella o por médico en el Centro de Salud.
- Participar en programas de educación en salud.
- Participar en adiestramiento de comadronas.

DIAGRAMA No. 5.



3. Enfermera auxiliar:

- i. Efectuar visitas domiciliarias
- ii. Efectuar las dos primeras visitas post-parto cuando ese haya sido atendido por comadrona
- iii. Entrega de suplementos alimenticios
- iv. Preparación de pacientes para la consulta
- v. Cumplir órdenes post-consulta
- vi. Asistir al médico en los procedimientos ginecológicos, curaciones y atención de partos.

4. Técnico en Salud Rural:

- i. Efectuar visitas domiciliarias
- ii. Participar en programa de adiestramiento de comadronas.

5. Conductor de vehículo:

- i. Encargarse de hacer propaganda utilizando todos los medios con que cuenta.
- ii. Transportar al personal del Centro en los casos que amerite.

6. II SUB-PROGRAMA INFANTIL

Actividades:

1. Control de Crecimiento y desarrollo, determinación de pacientes con D.P.C. u otra patología.
2. Inmunización
3. Visita domiciliaria
4. Educación en salud
5. Alimentación suplementaria

CUADRO No.13

Población infantil por edades, Santa María Nebaj 1976

EDAD	POBLACION	NORMA	POBL.OBJETIV.
0 - 1a.	277	80 %	222
1a.-2a.	277	80 %	222
2a.-4a.	554	80 %	443

Los datos anteriores se obtuvieron de la población total infantil de 0 a 4 años, asignándose el 25% del total a las edades de 0 a 1a., 25% a la población de 1a.-2a. y 50% del total a la población de 2a. a 4a.

II. 1. Control de Crecimiento y desarrollo:

Instrumentos: Médico E.P.S., Enfermera G. y - Enf.Aux. Para este fin se establece el siguiente sistema de consultas:

CUADRO No. 14

CITAS PARA CONSULTA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

EDAD	CONSULTAS MEDICO	CONSULTAS ENF. G.	TOTAL CONSULTAS AL AÑO
0 - 1a.	1er. mes	4o. mes	6
	6o. mes	7o. mes	
	12vo. mes	10o. mes	
1a.-2a.	15 meses	18 meses	4
	24 meses	21 meses	
2a.-4a.	28 meses	32 meses	3
	36 meses	-	

En el primer control, será el médico quien realice un reconocimiento completo, utilizando también la hoja de peso, talla-edad del INCAP; cuando el niño se encuentre dentro de los límites normales en cuanto a crecimiento y desarrollo, las siguientes consultas serán atendidas, según distribución del cuadro No.14, por enfermera graduada quien se concretará a llenar la hoja de crecimiento y desarrollo del INCAP, también tratará de detectar patología en cuyo caso el paciente deberá ser remitido para consulta por médico quien decidirá según el estado del paciente cuándo será la siguiente cita y quién lo va a ver, hasta que el niño esté en buenas condiciones generales y continuará su control establecido según su edad.

Los casos que se encuentren clasificados en los diferentes grados de desnutrición serán tratados de la siguiente manera:

Paciente clasificado dentro de límites normales, únicamente se instruirá a la madre en la forma de mantener una alimentación que le permita mantener o mejorar su nivel nutricional. Se tomará como normal el niño comprendido entre 0 y 10 % de déficit según la clasificación de Goomez.

El niño que se encuentre clasificado con DPC G.I o sea con un déficit de 10 a 25%, se estudiará la dieta y se hará énfasis en la utilización de sus propios recursos de alimentación.

El niño clasificado con DPC G.II con déficit de 25 a -- 40%, se procederá como en el caso anterior solamente que sus controles serán llevados por médico.

El niño clasificado con DPC G.III con déficit en peso de 40% en adelante, el médico se encargará del caso para -- instituir tratamiento, así como en caso de patología asociada, evaluar su traslado al hospital que corresponde.

II.2. Inmunización:

Instrumento: Personal de enfermería u otro en caso de campañas, y enfermera auxiliar en caso de administración en el Centro de Salud.

Objetivos: Disminuir el riesgo de enfermar o morir a consecuencia de enfermedades infecto contagiosas.

Cubrir el 100% de la población objetivo = 444 infantil de 0 a 2 años.

La inmunización permanente o sea la que se va a realizar en el Centro de Salud, se hará a través del control de crecimiento y desarrollo, para este fin se utilizarán las siguientes vacunas:

- Poliomielitis
- Tos Ferina
- Tétanos
- Difteria
- B.C.G.
- Sarampión

CUADRO No 15

INMUNIZACIONES Y REFUERZOS

1a. dosis	edad -	2a. dosis	edad -	3a. dosis	edad
1.D.P.T.	2do.mes-	3er.mes-	4o. mes		
2.ANTIPO					
LIO	2do.mes-	3er.mes-	4o. mes		
3.B.C.G.	al cumplir 9 meses				
4.SARAMPION	al cumplir 12 meses.				
REFUERZOS:					
	primer ref.	Edad	Segundo ref.	-	Edad
D.P.T.		18 meses			2 años.

Para el control de esta actividad se elaborarán carnets - que contemplarán: nombre del niño, edad, sexo, fecha de nacimiento, nombre de la vacuna, fecha de administración y dosis aplicada.

II. 3. Visita domiciliaria:

Instrumento: Enfermera auxiliar y T.S.R.

Objetivos: Detectar tempranamente cualquier patología y referirla al Centro de Salud. Control del tratamiento en los casos de D.P.C.

Control en el uso de alimentación suplementaria.

La captación del niño se hará a través de la actividad de suplementos alimenticios (productos CARE) ya que se ha notado que con la oferta de este plan acude la mayor parte - de los niños, al inscribirse en esta actividad, se le tomarán datos generales, peso, talla, se les dará un carnet para sus citas de consulta y se les indicará cuándo asistir a la primera.

La visita domiciliaria se hará en los siguientes casos:

- a) Inasistencia del niño a sus controles establecidos.
- b) Disminución o ausencia de progreso en su crecimiento y desarrollo.

El objeto de la visita será investigar la causa de la inasistencia a sus controles, se hará conciencia a los padres de familia sobre las ventajas que para los niños representa estar activos en el programa. Cuando en la consulta se observa poco o ningún progreso nutricional se investigará el plan de alimentación familiar, cómo preparan los alimentos,

y cómo están utilizando el alimento suplementario. Cuando en la visita se encuentren niños enfermos, se hará una nota de referencia para el Centro de Salud.

De cada visita realizada se rendirá informe escrito el que se adjuntará a la ficha del paciente.

II. 4. Educación en salud:

Instrumento: El personal capacitado del Centro.

Se elaborarán programas educativos, utilizando si es posible todos los medios didácticos, a fin de que los padres puedan captar el objeto que se persigue. Para el horario de las charlas, se tomará en cuenta el programa de educación en salud materna.

Para las pláticas se sugiere hacer énfasis en:

- a) Cuidados del R.N. y del niño hasta 4 años.
- b) Higiene
- c) Preparación y utilización de alimentos
- d) Inmunización
- e) Cuidados del niño enfermo
- f) Utilización del Centro de Salud.

II. 5. Alimentación suplementaria:

Instrumento: Enfermera graduada y Enf. Auxiliar. Igual que para el programa materno, al grupo infantil se le proporcionará este servicio, siempre que el niño se encuentre inscrito en el programa. En el caso de los niños que nacen dentro del programa, la alimentación se continuará dando a la madre y al cumplir 4 meses el niño, se le omite a la madre y se continúa con el niño. La entrega del -

suplemento se hará de acuerdo al cuadro No. 4

EVALUACION DEL PROGRAMA:

Se hará anualmente, tomando como base los indicadores siguientes:

1. Porcentaje de niños inscritos y en seguimiento, com
parando con la población objetiva de 0 a 4 años.
2. Porcentaje de niños inscritos en el primer trimestre-
de la vida, de acuerdo al número de nacimientos en -
el año.
3. Número de consultas por niño al año, comparado con
el número de concentración establecida según la edad.
4. Porcentaje de niños desertores, según causas:
 1. Cumplimiento de 4 años
 2. Emigración
 3. Abandono
 4. Muerte
5. Grado de cumplimiento de inmunizaciones, tomando -
en cuenta el número de vacunas y dosis que le corres
ponden según la edad.
6. Total de suplemento alimenticio distribuido y número
de beneficiarios
7. Número de sesiones educativas de grupo
8. Número de visitas domiciliarias
9. Porcentaje de desnutrición en relación con la cifra -
inicial. (Anual).

7. CONCLUSIONES:

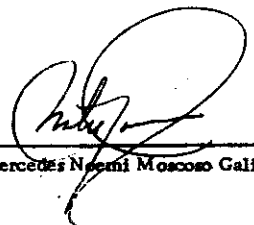
1. El Centro de Salud funciona en un edificio prestado, en
malas condiciones, careciendo de servicios necesarios -
para el buen funcionamiento del mismo.
2. Carece de papelería necesaria para el programa M.I.
3. Hacen falta medicinas tales como: antibióticos y vacunas.
4. No cuenta con laboratorio
5. No tiene grupo de comadronas adiestradas
6. No existe supervisión regular para el personal del Centro -
de Salud.

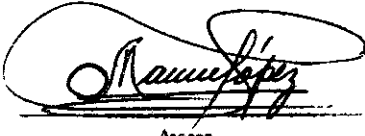
8. RECOMENDACIONES:

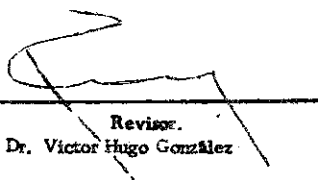
1. Insistir en la construcción inmediata del edificio del Centro de Salud (que ya ha sido programado y diseñado).
2. Incrementar el material de oficina que, para el buen funcionamiento del programa M.I. necesita: carnets para control M.I., carnets de inmunizaciones, fichas para el control de los pacientes, sobres para archivo, hojas de control de Crecimiento y Desarrollo del INCAP.
3. Como está establecido por el M.S.P., el abastecimiento de medicinas para el Centro se hace cada trimestre, se ruega a las autoridades a donde corresponde, atender estrictamente a los pedidos de medicina estipulados en los formularios, pues el pedido se hace tomando en cuenta la demanda de la población y actualmente no se cumple, pues envían medicinas que no se consumen regularmente, ocasionando déficit en la medicina de mayor demanda.
4. Implementar el laboratorio incluyendo a su personal.
5. Adiestrar al grupo de comadronas e incorporarlas al programa M.I.
6. Se recomienda efectuar supervisión, evaluación y actualización de parte de la Facultad de Ciencias Médicas para sus estudiantes y de la Jefatura de área para el personal paramédico, a fin de prestar un servicio cada vez más efectivo, que redunde en bien de la comunidad.

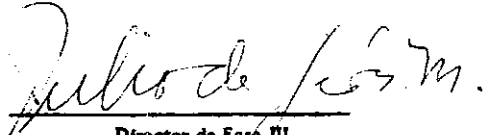
BIBLIOGRAFIA

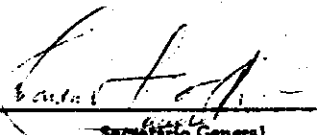
1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual práctico para comadronas adiestradas. 1963 25 p. (mimeografiado).
2. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Salud. Normas generales de la División de Salud Materno-Infantil y Familiar. Guatemala, 1975. 150 p.
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programas de atención materno-infantil y orientación familiar, -- área de salud de El Quiché. Guatemala, 1975. 150 p.
4. Colombia. Universidad del Valle. División de salud. Programa de atención médica, subprograma materno-infantil. - Cali, 1972. 43 p. (mimeografiado).
5. Poitevin Paz, G.R. República de Guatemala. Departamento de "El Quiché". Cálculo de población año 1972-1980. Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Unidad de Planificación de la Salud. pp. 13-14, - 82, 152, 209, 233.
6. Sánchez, José Rómulo. Planificación de la Salud. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias - Médicas, 1975. 16 p. (mimeografiado).

BR. 
Mercedes Neemi Moscoso Galindo de Cáceres

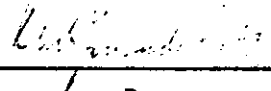

Asesor.
Dr. Victor Manuel López Vásquez


Revisor.
Dr. Victor Hugo González


Director de Fase III.
Dr. Julio de León Méndez


Secretario General
Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.


Decano
Dr. Carlos Armando Soto G.