

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**“PROGRAMA DE ATENCION MATERNO INFANTIL
PARA EL MUNICIPIO DE SACAPULAS
QUICHE 1975”**

TESIS

PRESENTADA A LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

POR

EDWIN FERNANDO SANTIAGO RODRIGUEZ

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

Contenido:

01. Introducción
02. Objetivos generales
03. Material y métodos
 - a) instrumento 1-B
 - b) instrumento 1-C
04. Exposición de datos
05. Descripción del área urbana del municipio de Sacapulas
06. Costumbres
07. Salud ambiental
08. Grupos étnicos
09. Estado social
10. Población materno infantil
 - a) Tasa de fecundidad
 - b) Tasa de natalidad
 - c) Tasa de mortalidad infantil
11. Morbilidad infantil por grupos etareos
12. Morbilidad materna
13. Programas materno infantil
 - a) Objetivos generales
 - b) Subprograma de atención materna. Cuadro No. 1
 - c) Subprograma de atención infantil. Cuadro No. 2
 - d) Subprograma de atención preescolar. Cuadro No. 3
 - e) Subprograma de atención escolar. Cuadro No. 4
 - f) Subprograma de inmunizaciones. Cuadro No. 5
 - g) Normas generales para la vacunación
 - h) Metas
14. Interpretación de la problemática de salud
15. Conclusiones
16. Recomendaciones
17. Cuadro No. 6 para visitas de promotores de salud.

Para lograr que un plan en beneficio de la salud de una comunidad, puede ponerse en marcha; es necesario conocer, aspectos importantes de dicho lugar, los cuales abarcan desde su situación geográfica, religión, sus costumbres haciendo hincapié en la forma en que se concibe y se practica la salud en dicha comunidad. Acompañando a los reglones anteriores también es importante definir, el estado social así como los grupos étnicos, que conviven en el área urbana de Sacapulas.

Es importante hacer notar que el grupo materno infantil, al cual va dedicado especialmente el presente trabajo, constituye aproximadamente las dos terceras partes de la población urbana del municipio de Sacapulas. Lo cual es una imagen que representa también la población materno infantil de la república de Guatemala.

Al presentar este trabajo, informo que del municipio de Sacapulas va a cubrirse unicamente el área urbana, a la cuál denominaremos también población o cabecera municipal. Al lograr nuestras metas en la población podremos planificar y realizar un estudio similar dirigido al área rural, donde encontramos al mayor número de pobladores.

Es nuestro deseo que con este estudio se mejore la situación de salud general, aunque como ya se apuntó anteriormente, se dirigirá especialmente al binomio madre e hijo. Pretendemos un cambio en un plazo fijo para el grupo materno infantil, deseando para ellos un futuro mas halagador y que se logre controlar los actuales fenomenos de salud-enfermedad, que por diversas causas los afectan y que en algunos casos son mortales o que dejan secuelas que son difíciles de superar y van a convertirse en un lastre, que no dejará vivir a la madre o al hijo, como las normas de salud desearan.

OBJETIVOS GENERALES

- a) Reconocer la realidad en la que se encuentra el grupo materno infantil actualmente en el área urbana de Sacapulas
- b) Poner en práctica y con colaboración de médicos asesores, los conocimientos en cuanto a planificación materno infantil se refiere.
- c) Brindar la oportunidad para que la comunidad pueda colaborar directamente en la realización del presente programa materno infantil.
- d) Realizar conciencia sobre la importancia de estos programas; tanto a autoridades municipales, religiosas, líderes en la comunidad y laborantes del cuerpo de salud.
- e) Estimular a la población y colaborar en la toma de conciencia, de la comunidad sobre la importancia, de las acciones de salud y la necesidad de la participación activa de la misma comunidad en dichas acciones.
- f) Dar incentivos para la formación de promotores de salud, de acuerdo a las necesidades del estado social y grupo étnicos que predominan en la comunidad urbana de Sacapulas.
- g) Lograr un acercamiento con comadronas existentes, curanderos, brujos, y personas relacionadas con la salud de la población; para explicarles de la ayuda que representan el centro de salud y la importancia de las actividades que de ahí emanen para el beneficio colectivo.

MATERIAL Y METODOS

Material

Recursos humanos institucionales (material humano)

1 Estudiante de Medicina (EPS) que rota cada 6 meses. Labora un total de 2000 horas contratadas.

1 Técnico en salud rural, que permanece fijo en el centro de salud con 2000 horas contratadas. El TSR labora el 75o/o de su tiempo en el área rural y el 25o/o en el área urbana.

Para lograr la información sobre recursos humanos institucionales utilizamos el instrumento 1-A

El instrumento 1-B el cual adjuntamos; nos ofreció información sobre edificio, equipo médico quirúrgico y de oficina.

El instrumento 1-C del cual se adjunta su contenido nos ofreció el análisis de medicina y material médico quirúrgico.

Así también utilizamos las diversas formas de papelería enviadas por el ministerio de salud pública, tales como fichas de historia clínica, papelería sobre el control de las consultas realizadas, copias de facturas sobre pedido de medicina, material de escritorio y médico quirúrgico.

Empleamos el pequeño archivo del centro de salud, donde encontramos informes sobre las campañas de vacunación, inventarios anuales avalados por la municipalidad del lugar, datos sobre el personal de salud que labora en el área rural.

Así también se obtuvo información del registro civil del municipio de Sacapulas.

Damos a conocer el material tanto humano como el referente a la diversa papelería; ya que fue parte importante para poder desarrollar el presente trabajo

INSTRUMENTO I-B

Para los fines de este análisis se definen como recursos físicos (Edificios y equipo médico quirúrgico y de oficina) todos aquellos elementos de trabajo, de larga duración, que se deterioran con el uso. Dependiendo del tipo de recurso, tienen distinta duración útil (no dura lo mismo una pinza hemostática que un edificio) y el precio que cada recurso disminuye anualmente y proporcionalmente al tiempo útil que se le asigne.

NORMAS.

Un edificio de madera tiene una duración estimada de 20 años

Un edificio de mixto tiene una duración estimada de 40 años

Un edificio de concreto tiene una duración estimada de 50 años.

El equipo de examen físico tiene una duración estimada de 10 años

El equipo médico quirúrgico (pinzas, mangos de bisturí, recipientes, esterilizadores de mesa, sondas metálicas, etc.) tienen una duración estimada de 10 años.

El mobiliario de madera tiene una duración estimada de 20 años.

El mobiliario de metal tiene una duración estimada de 25 años.

PROCEDIMIENTO:

Para obtener la información debe de hacerse:

- i. Inventario de las existencias

- ii. Determinación del precio de inventario de cada artículo, consultando el inventario del centro de salud a las notas de envío del mismo

- iii. Determinación del tiempo en servicio: proceder igual.

- iv. Determinación del precio actual por depreciación: dividir el precio del inventario entre el número de años de duración estimada y el resultado multiplicarlo por el número de años en servicio. Cuando los años de servicios fuera superior a la duración estimada adjudicarle el precio mínimo (resultado de la división del precio del inventario entre la duración estimada).

La determinación del grado de uso se hará así:

USO MAXIMO: Cuando el recurso es utilizado constantemente y diariamente.

USO MEDIANO: Cuando el recurso es utilizado periódicamente, pero no diariamente.

USO MINIMO: Cuando el recurso es utilizado eventualmente.

DEFICIT ESTIMADO:

Anotar cuantas unidades de cada recurso se necesitan, de acuerdo a su propia experiencia en el centro y por opinión de los otros elementos del equipo (Enfermera auxiliar y TSR) y de acuerdo a las características de la demanda de atención.

Quando se considera necesario cierto tipo de recursos no existente, deberá consignarse en la columna recurso y el número de unidades en la columna Déficit estimado.

REGIMEN DE PROPIEDAD:

Anotar si es del Ministerio de salud pública. Cuando sea propiedad de otra institución consignar el nombre de la misma y en que condición esta préstamos, usufructo vitalicio, donación otras formas.

INSTRUMENTO 1-C

Análisis de medicinas y material médico quirúrgico.

Definiciones:

Se clasificará como medicina todo producto con reconocida acción terapéutica, al aplicarse por vía oral, parenteral u otra. Siempre que se tenga conocimiento aceptable de su acción farmacológica, indicaciones y contraindicaciones.

Material médico Quirúrgico:

Es todo el elemento, de distinta clase y naturaleza, necesario para la administración de medicamentos, realización de procedimientos médicos-quirúrgicos, curaciones etc.

Generalmente es de corta duración o se consume en el momento de su uso ejemplo: jeringas hipodérmicas, gasa, algodón, alcohol, otros antisépticos vendas, campos quirúrgicos, sábanas, toallas, etc.

PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA INFORMACION:

1. Revisión de los últimos cuatro documentos de envío.
2. En la columna "Nombre de medicinas y materiales", enlistar los recursos enviados, clasificados en medicinas y materiales.

3. En las columnas comprendidas en el sector "Cantidad recibida en cada trimestre", anotar según se revise el envío de cada elemento consignado.

Las cantidades se considerarán en unidades, las que se definirán según el siguiente esquema:

- a) Las tabletas, cápsulas, tubos de ungüento, jeringas, agujas etc., Constituirán cada una, una unidad. Ejemplo: las tabletas de aspirina enviada en frascos se anotará el número de tabletas contenidas.

Los frascos de penicilina procaina se anotarán cada uno como una unidad pero hay que diferenciarlos según el número de unidades de medicamento que contengan. Así, se anotarán aparte los frascos de 400,000 y los de 4 Millones. El mismo criterio se usará para cápsulas o medicamentos con distintas concentraciones.

- b) Los medicamentos líquidos, sólidos enviados a granel se consignarán según las cantidades y los envases utilizados así:

Un galón de poción antidarréica es una unidad.

Una libra de algodón es una unidad.

Una pieza de gasa es una unidad.

4. El costo unitario promedio se obtendrá sumando los costos unitarios consignados en cada envío y dividiendo el resultado entre el número de costos unitarios.
5. Las existencias actuales se obtendrán por inventario de las existencias.

METODOLOGIA:

Para lograr la realización de nuestro estudio, tuvimos que hacer una investigación por diversos medios; a saber:

1. Observación
2. Revisión de papelería
3. Encuestas
4. Entrevistas, en especial al personal de salud.

Referente a la observación, la realizamos durante los 6 meses que estuvimos en contacto, con la población urbana como rural. Esta fue constante tanto en la población como en diferentes aldeas.

En la revisión de papelería nos encontramos con el archivo del centro de salud y el registro civil municipal. Esta revisión la hicimos solamente una vez. En vista de que el trabajo a realizar, así nos lo permitió.

Las encuestas que se efectuaron, las hicimos en base a los instrumentos ya descritos y una evaluación cualitativa al personal de salud. La frecuencia con que se efectuó fue constante a causa de la forma en que debía llenarse dichos instrumentos.

Las entrevistas, fueron realizadas en especial al personal de salud y únicamente orales, así también se conto con la colaboración en este rubro de vecinos, maestros y autoridades del lugar. Estas entrevistas no eran planificadas si no eventuales, de acuerdo a las situaciones en que se podía contar con algunas de las personas antes mencionadas. Dichas entrevistas fueron constantes, siendo el método por el cual logramos una información adecuada y realista, de la situación socioeconómica y de salud que se convive en Sacapulas.

EXPOSICION DE DATOS

Definimos el material usado y la metodología que usamos, para contribuir en el presente trabajo. Por lo que damos los datos que encontramos en los siguientes análisis de recursos físicos: edificio, equipo médico quirúrgico y de oficina. Así como la evaluación cualitativa que realizamos al personal natural de salud.

ANALISIS DE RECURSOS FISICOS:

Grado de uso

1 Edificio de Mixto	Máximo
1 Escala de infantes de 16 Kg.	Máximo
1 Pesa con escala métrica de adultos	Máximo
1 Pelvimetro	Mínimo
1 Estetoscopio de Pinar	Mínimo
1 Esterilizador accionado por combustión	Máximo
1 Estufa de Kerosene	Máximo
2 Pinzas de Koher	Mediano
3 Pinzas hemostaticas Kelly	Mediano
1 Pinza dentada recta	Mediano
1 Pinza de Cuello	Mediano
1 Pinza mosquito	Máximo
2 Bandejas de acero	Máximo
1 Irrigador de acero	Mínimo
3 Bandejas para apósitos	Máximo
1 mesa portatil para exámenes clinicos	Máximo
1 porta agujas	Mediano
5 Espéculos de diversos tamaños	Mínimo
1 Lámpara de cuello de ganzo	Mínimo
3 Histerometros graduados	Mínimo
1 Tenáculo de Braun	Mínimo
1 Tijera larga semicurva y 5 tijeras rectas	Mediano
1 Esfigmomanometro de mercurio	Máximo
1 Estetoscopio: Ford y de tres tiempos	Máximo
1 Depósito de basura	Máximo.

Análisis de Medicina:

Respecto a las medicinas, debemos de decir que son las que manda siempre el Ministerio de Salud Pública a diferentes puestos y centros de salud, las cuales en su gran mayoría son:

Aspirinas tanto de adultos y niños

Sulfadiazinas y sulfaguanidinas

Penicilinas Cristalina como Procaínica

Cloramfenicol tabletas de 250 mg.

Adeflor Prenatales, las cuales no son constantes en su envío.

Sulfato Ferroso para adultos y niños, medicamento que no son constantes en sus envíos.

Vitaminas inyectadas: Complejo B, Tiamina y Vitamina B doce

Antihistamínicos los cuales son ocasionales.

Galones de Antidiarréicos

Galones de Expectorantes

Galones de Antihelmínticos

Hay que hacer notar que estos galones son de uso muy frecuente en los centros de salud. La cantidad que se manda es de un galon por medicamento.

Galones de sulfato ferroso su envío no es constante

Galones de Teofilina efedrina.

Tabletas de Diyodohidroxiquinoleina tanto para adultos y niños.

Cantidades abundantes de agua oxigenada

Colirio de Zinc en frasco de 30 C.C.

Salicilato de metilo pomadas

Efedrina nasal de adultos y niños

Tabletas de Antigripales

Tintura de Belladona

Elixir Paregórico

Fenobalbitar en tabletas y en elixir

Pasta Lassar

Estreptomicina

En cada envío trimestral, se encuentra algodón suficiente, esparadrapo Isopos, y suficiente número de jeringas; como termómetros tanto orales como rectales.

Antes de cada trimestre se manda a pedir al Ministerio de Salud Pública la medicina que se necesita de acuerdo a la actividad del médico que está al frente del centro de Salud. Aunque cuando llegan los pedidos y se revisa la medicina, se muestra el médico jefe inconforme ya que no es el pedido que esperaba.

Evaluación cualitativa al personal Natural de Salud:

De acuerdo a nuestra evaluación encontramos a treinta promotores de salud que laboran exclusivamente en el área rural. No existe ningún promotor de salud en el área urbana.

Se encontraron cuatro comadronas, las que no son adiestradas.

Existe 1 farmacéutico o mejor dicho una persona que es propietaria de una tienda donde se expenden medicinas que el mismo receta.

Existe 1 venta de medicinas en la parroquia, la cual es visitada quincenalmente o mensualmente por un Facultativo particular.

Los curanderos existentes en el área urbana no se pudo establecer el numero ni se hizo contacto con ellos.

El cuestionario de evaluación cualitativa, se le pasó a los promotores de salud, ya que fueron los únicos que amablemente colaboraron gustosamente en este estudio. De los 30 promotores existentes, unicamente se logró entrevistar a 20. Ya que los restantes 10 no se encontraban en sus aldeas por múltiples razones. Estos promotores de salud son adiestrados y tienen como mínimo 1 año de servicio.

RESPUESTAS MAS IMPORTANTES EN PORCENTAJES DE LA EVALUACION CUALITATIVA TOMANDO A LOS 20 PROMOTORES DE SALUD ENCUESTADOS COMO EL 100o/o

Conocimientos sobre los problemas de salud:

Grupo materno:

1. ¿Con qué enfermedades se puede complicar el embarazo?

80o/o dieron respuestas equivocadas o dejaron el espacio en blanco

20o/o relacionaron la pregunta con: hemorragias copiosas, flujo vaginal, náuseas, vómitos y cefaleas severas.

2. ¿Complicaciones mas frecuentes en el parto?

75o/o respondió equivocadamente o dejó en blanco la respuesta
25o/o lo relacionó con parto prolongado.

3. ¿De que se enferman más las señoras despues del parto?

85o/o respondió equivocadamente o no respondió
15o/o lo relacionó con loquios mal olientes

4. ¿Por qué nacen niños pequeños?

100o/o dio la respuesta de mal nutrición

5. ¿Que le recomiendan que coma la madre cuando esta embarazada o dando de mamar?

100o/o recomendó una buena alimentación: huevos, leche, vitaminas, carnes maíz y frijol.

6. ¿Que le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño antes de los 28 días?

75o/o respondió aseo diario y leche materna

15o/o respondió equivocadamente o ignoraban la respuesta.

6. ¿Que le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño despues del primer mes hasta el año de vida?

15o/o respondió cuidados constantes, leche materna, administrarle pacha y que ya se le puede dar alimentación limitada.

85o/o respondió que solo se le administrara leche materna y cuidados generales.

7. ¿Que le recomienda a la madre que haga para el cuidado del niño de 1 a 4 años?

25o/o respondió que debe de darsele una buena alimentación, educarlo, vestirlo y que cuando se enferme llevarlo al médico o al hospital.

75o/o respondió que debe de darsele una buena alimentación y cuidarlo bien.

8. ¿Cuánto tiempo cree usted que debe de dar de mamar la madre?

80o/o respondió que a los dos años

20o/o contestó que al año de edad

9. ¿A que edad se le pueden dar otros alimentos al niño además del pecho?

40o/o respondió que se debería de dar esa alimentación entre los dos meses y cuatro meses de edad.

30o/o respondió que a los 6 meses

30o/o respondió que al año de edad.

10. ¿A que edad el niño puede comer de todo?

75o/o respondió que a los dos años

25o/o respondió que al año de edad.

11. ¿De que se enferman más frecuentemente las mujeres de 15 a 44 años cuando no están embarazadas?

35o/o relacionó la menstruación, con debilidad y anemia

65o/o no respondió dejando el espacio en blanco.

Grupo infantil preescolar y escolar:

12. ¿De que se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 0 a 28 días?

50/o respondió que de pulmonia y calenturas

95o/o no respondió.

13. ¿De que se enferman y se mueren más frecuentemente los niños desde el segundo mes hasta cumplir el primer año?

75o/o contestó que el sarampión

25o/o tos ferina, temperatura

14. ¿De que se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 1 a 4 años?

35o/o lo relacionó con diarreas, calenturas, parasitismo intestinal, por no estar vacunados y mala alimentación.

75o/o lo relacionó con mala alimentación.

15. ¿De que se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 5 a 9 años?

60o/o respondió que no sabían por qué habían muchas enfermedades

40o/o lo relacionó, con tos ferina, sarampión y por no vacunarse.

16. ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los niños de 10 a 14 años?

75o/o respondió por falta de cuidado y alimento en esa edad.

25o/o respondió que eran muchas las enfermedades y no preciso ninguna.

Problemas de salud generales de la población:

17. ¿De qué se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres de 15 a 44 años?

15o/o respondió que no sabían por qué hay muchas enfermedades no precisando ninguna.

85o/o dejó en blanco el espacio.

18. ¿De que se enferman y se mueren más frecuentemente los hombres y las mujeres después de los 45 años?

20o/o respondió que hay muchas enfermedades

80o/o dejó en blanco el espacio.

19. Tuberculosis:

Conoce la tuberculosis, se pega se cura y existe vacuna el 65o/o respondió afirmativamente.

35o/o respondió equivocadamente o no respondió.

¿Que produce la tuberculosis?

5o/o respondió el bacilo de Koch

95o/o no respondió.

20. Malaria: se pega, se cura, hay vacuna el 80o/o respondió que sí y el 15o/o cree que se pega y se cura.

el 5o/o si sabe que se cura pero no sabe como.

¿Como se contrae?

85o/o respondió que se trae de la costa

15o/o que se pega pero ignora como.

¿Como se combate?

25o/o respondió que debe de acudir al medico.

35o/o respondió que la medicina la daban los de malaria

40o/o respondió que con aralen ya se en pastillas o inyecciones.

21. Desnutrición: conoce la desnutrición; se pega; se cura: el 100o/o la conoce y está de acuerdo que es por falta de alimentación adecuada. Insisten en ingerir vitaminas e incaparina.

Como se cura: recomiendan tomar pastillas y buscar trabajo para asegurarse una buena alimentación.

22. Accidentes

35o/o respondió que sí habían accidentes de camionetas, por ebrios y enbarancamientos.

65o/o dejó en blanco la respuesta.

¿Cómo los trata? 100o/o respondió no se.

¿Cómo se evitan? 100o/o respondió equivocadamente o las dejó en blanco.

Otros problemas del área: 100o/o respondió no se.

Ciencia y tecnología que aplica ante los problemas:

23. ¿Como conoce o diagnostica los riesgos de enfermar y morir por grupos etarios?

100o/o respondió no se

24. ¿Como previene o evita que den esos males?

100o/o contestó no se.

25. ¿Como cura esos males?

5o/o respondió que no sabian por que habian muchos males

95o/o respondió no se.

26. ¿Las enfermedades de la embarazada como las conoce o diagnostica?

100o/o respondió no se.

27. ¿Cómo las trata?

100o/o dejó en blanco o respondió no se

28. ¿Cómo las previene?

100o/o respondió no se o no dio ninguna respuesta

29. ¿Los problemas del parto como los conoce o diagnostica?

100o/o dejó en blanco la respuesta o respondió no se

30. ¿Cómo los previene?

100o/o respondió no se

31. ¿Cómo los trata?

100o/o respondió no se

32. ¿Los problemas del parto como los conoce o diagnostica?

100o/o respondió no se o dejó en blanco el espacio

33. ¿Cómo los trata?

100o/o respondió no se

34. ¿Cómo los previene?

100o/o no respondió escribió no se.

DESCRIPCION DEL AREA URBANA DEL MUNICIPIO DE SACAPULAS

Es un municipio perteneciente al departamento de el Quiché; de la cabecera departamental, lo separan 43 Km. La carretera es de terracería y es transitable durante todo el año. De idéntica forma se encuentra unida a los diferentes municipios colindantes. De la cabecera departamental de Huehuetenango lo separan 60 Km. Siendo también la carretera de terracería.

El clima es cálido y presenta dos estaciones marcadas, verano e invierno. Referente a su situación geográfica, el área urbana se encuentra rodeada por diferentes caseríos pertenecientes a diversas aldeas, las que en su mayoría están unidas por carreteras transitables; así tenemos el caserío de San Jorge perteneciente a la aldea de Trapichitos, el caserío Chuchun perteneciente a la aldea de Río Blanco; el caserío de Xecataloj perteneciente a la aldea de Pahuahil y la aldea de Salquil la cual es la única que se comunica a la cabecera municipal por camino de herradura.

Se encuentra a una altura de 1,196.16 metros sobre el nivel del mar. Latitud $15^{\circ} 20' 00''$ y una longitud de $91^{\circ} 04' 00''$. Los datos anteriores fueron tomados del parque de Santa Cruz del Quiché. El municipio de Sacapulas tiene una extensión de 442 caballerías con 52 manzanas 5,611 varas cuadradas; equivalente a 213 kilómetros cuadrados. Presentando la cantidad de 4 kilómetros cuadrados en el área urbana.

La población en el área urbana es predominante indígena con 940 pobladores y 499 ladinos.

COSTUMBRES

Como se apunto anteriormente la población indígena es la que predomina, que a la vez se subdivide en dos grupos, de los cuales se encuentra una rápida diferenciación por su traje y rasgos físicos.

Referente a los trajes existentes encontramos: el propio u original de Sacapulas, el cual consiste: en una banda en el pelo del cual penden tres borlas de diferentes colores, la enagua es tallada de color azul o verde, el güipil es de diversos colores y tallado. El otro grupo indígena que representa al traje originario de Santa María Chiquimula Totonicapán. Que consiste en un güipil rojo con líneas verticales delgadas amarillas y una falda de color azul oscuro, ambas vestimentas son olgadas y no usan ningún distintivo en el pelo.

El grupo ladino usa la vestimenta que nos hemos acostumbrado a observar y a usar nosotros mismos.

Las labores cotidianas, tanto de ladinos como indígenas, es en su mayoría la de dedicarse más que todo al comercio, lo cual es fácil de observar los días de plaza, jueves y domingo. El ladino en pequeña escala se dedica al trabajo de platería, así como a la siembra del maíz y frijol. No así el indígena que en su mayoría se dedica a las labores de agricultura: siembra de maíz y frijol.

En lo que respecta a la religión predominante, en el área urbana es la protestante; no así la católica que es menor en feligreses.

En la población convive 1 cura; mientras que también se encuentran tres misioneros protestantes. Todos de procedencia extranjera.

SALUD AMBIENTAL

En la población urbana encontramos un total de 264 viviendas, de las cuales se investigaron 236. Quedando 28 viviendas sin investigar por diversas causas, más que todo personales, ya que ellos fueron los que se opusieron a que se realizara.

De lo anterior se encontraron los siguientes datos:

Pisos de las viviendas: Tierra 147; cemento 65; otro tipo 20, techo, teja 232, lámina 3; terraza 1

Cielo: Carecen de ello: 174; machimbre 47; tela 2; otro tipo 13.

Paredes: Madera 5; palma 1; bajareque 230.

Alumbrado eléctrico: 114; gas 55; candela 58; ocote 9.

Agua: intradomiciliaria potable 154; extradomiciliaria 75; riachuelo, pozo y otros medios 6.

Basura: patio de la casa 20; Incineración 11; basureros propios 73; servicio municipal 3; diferentes medios 129.

Excretas a flor de tierra 151; letrina sanitaria 45; letrina fabricada en casa 132; colector público 8.

De acuerdo a los datos antes expuestos, podemos formarnos la idea de que en lo que respecta a basura y excretas no hay un lugar aceptable para depositarlos, siendo insalubre y representando un foco de infección latente.

GRUPOS ETNICOS

Encontramos tres, a saber:

- a) El grupo ladino, el cual difiere por su vestimenta y su descripción es similar a la de otras poblaciones.

- b) El grupo indígena el cual lo subdividiremos en dos: el nativo propio de Sacapulas y el procedente de Santa María Chiquimula Totonicapán, llamado por el lugar de donde es originario "Chiquimula". En su vestimenta se diferencian. En su descripción son opuestos; ya que el indígena de Sacapulas es el tipo mestizo de indígena y raza blanca; no así los chiquimulas, que representan al típico indígena: ojos rasgados, nariz aguileña, pomulos salientes y baja estatura. La lengua es comun para los dos y es el Quiché.

ESTADO SOCIAL

Es bien sabido que en la mayoría de las poblaciones del occidente encontramos, dos estratos sociales: ladinos e indígenas.

En el caso particular de la población urbana de Sacapulas, presentamos tres estratos sociales:

1. Ladinos
2. Indígenas autóctonos de Sacapulas
4. Indígena procedente de Sta. María Chiquimula Totonicapán.

Como los hemos enumerado es la típica presentación en dicha comunidad. Así es el trato que se le da o mejor dicho ellos se han impuesto ya que el ladino trata despectivamente al indígena y a su vez el indígena de Sacapulas trata despectivamente al indígena de Santa María Chiquimula Totonicapán.

Es interesante apuntar las causas de el por qué de este trato; sobre todo en los dos grupos indígenas: El grupo predominante en el área rural de Sacapulas de indígenas es el de Santa María Chiquimula Totonicapán, dejando a los indígenas de Sacapulas en segundo lugar ya que predominan unicamente en el área urbana, y en algunos caseríos y aldeas circunvecinas. Así tenemos que los Chiquimulas tienen la mayor parte de la tierra, la cual la han consedido en arrendamiento a la municipalidad; por lo tanto representan una fuerza que la podríamos denominar como colonizadora, y teniendo una fuerza de trabajo mayoritaria; también constituyen parte importante para la emigración constante hacia las fincas de la costa sur de Guatemala.

Creemos que ese hecho de la colonización paulatina que realizan los Chiquimulas hacen que sean tratados despectivamente por los Sacapulas.

Así podemos tener una imagen, de como transcurre el estado social imperante en Sacapulas, lo cual influye básicamente en el progreso de la comunidad.

POBLACION MATERNO INFANTIL

De acuerdo a los datos recabados, trabajaremos con una población total del municipio de Sacapulas de 16,458 habitantes. De los cuales 15019 pertenecen al área rural el 91.1o/o y pertenecientes al área urbana 1439 que representan el 8.9o/o.

En el área rural existen 7393 personas del sexo femenino representan el 49.3o/o; y 7626 habitantes del sexo masculino que equivalen al 50.7o/o. Los anteriores porcentajes, se obtuvieron al tomar 15019 habitantes como el 100o/o.

En la cabecera municipal, hay una población de 1439 habitantes que nos representaran el 100o/o. 766 personas del sexo femenino que son el 53.3o/o; y del sexo masculino encontramos 673 equivalentes al 46.7o/o.

No. Habitantes	Masc	Fem.	Rural o/o	Urbana o/o de Pob. Total
Urbano 1439	673	766	-----	8.9
Rural 15019	7626	7393	91.1	---
TOTALES 16458	8299	8159	---	---

GRUPO MATERNO INFANTIL CORRESPONDIENTE AL AREA URBANA:

De acuerdo a los grupos etareos, que corresponden al grupo infantil preescolar y escolar, los dividiremos de la siguiente manera:

Edad	Total	Fem.	Masc.	o/o
0 - menor de 1 año	59	36	23	4.1
1 - 4 años	170	96	74	11.8
5 - 9 años	207	97	110	14.3
10 - 14 años	213	100	113	14.7
Total	649	329	320	45o/o

Grupo Materno:

Edad	Total	o/o
15 - 19 años	95	6.6
20 - 24 años	50	3.5
25 - 29 años	50	3.5
30 - 34 años	33	2.2
35 - 39 años	40	2.7
40 - 44 años	41	2.8
Totales	309	21.3

De acuerdo a los listados anteriores, podemos afirmar que la población materno infantil en el perímetro urbano de Sacapulas corresponde a un total de 958 habitantes que representan el 66.3o/o.

Grupo infantil, preescolar y escolar de 0 a 14 años	45o/o
Grupo materno comprendido entre 15 y 44 años	21.3o/o
Total	66.3o/o

Grupo de mujeres en edad reproductiva es de 309.

NOTA: los datos anteriores fueron tomados de la dirección general de estadística correspondientes al año de 1973. Para poder actualizar nuestra población total urbana hacia el año de 1976 usaremos el llamado índice de crecimiento anual de población, el cual obtenemos de multiplicar por 2.8 el total de la población urbana y dividirlo entre de 100; para cada año.

Por lo que, lo realizaremos de esta manera:

1439 habitantes para 1973 de la población urbana.

1439 x 2.8 dividido entre 100; nos daría un incremento de 30 habitantes por lo que para 1974 habría una cantidad de 1469.

Para el año 1975 se alcanzaría una población de 1510.

Y para el año de 1976 alcanzaríamos una población total urbana de 1552.

Para nuestro programa materno infantil trabajaremos, de hoy en adelante con la cantidad de 1552 habitantes para el área urbana.

EMBARAZOS ESPERADOS:

Es el resultado de obtener el 5o/o de la población total:
 $1552 \times 5 = 78$ embarazos esperados.

100

ABORTOS ESPERADOS:

Se obtiene sacando el 10o/o de los embarazos esperados:
 8 abortos esperados.

PARTOS PROBABLES:

Es el resultado de los embarazos esperados menos los abortos esperados. Y es de 70.

TASA DE FECUNDIDAD:

$1000 \times 766 = 2478.64$

309

TASA DE NATALIDAD:

$1000 \times 766 = 532.31$

1439

MORTALIDAD EN EL AÑO DE 1974

Es importante informar que estos datos se tomaron del registro que lleva la municipalidad de Sacapulas. Los diagnósticos de defunción, como en la mayoría de los municipios, son dados por alcaldes auxiliares; jefes de policía municipal; alcaldes municipales que fungen como jueces de Paz y en este caso se apunta uno solo extendido por facultativo privado.

La mortalidad del año de 1974 fueron de 73 defunciones que corresponden al area urbana y 196 al area rural.

MORTALIDAD DEL AÑO DE 1974

EDAD	SEXO		DIAGNOSTICO
	Masc.	Fem.	
0 - 4 años	75	62	Gripe
5 - 14 años	20	37	Fiebre
15 - 44 años	11	21	Disentería
45 - en adelante	16	27	Paludismo Fiebre Inanición Intoxicación alcohólica

Los diagnósticos son los mas importantes consignados por las autoridades que notifican la defunción.

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL:

Mortalidad infantil:

de 0 - a 28 días:	39
29 - a 364 días:	48
1 - a 4 años:	36

Nota estas tasas incluyen a los niños muertos también en el área rural.

TASA DE MORTALIDAD NEONATAL:

$$1000 \times 39 : 51 = 766$$

TASA DE MORTALIDAD POS NATAL:

$$1000 \times 48 : 64 = 766$$

TASA DE MORTALIDAD TARDIA:

$$1000 \times 36 : 48 = 766$$

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL

morbilidad infantil

Para poder investigar la morbilidad infantil en el año de 1974 y 1975. Se revisaron las correspondientes fichas médicas.

No siendo posible elaborar cantidades en vista de que el archivo del centro de salud se encuentra incompleto. Ya que no existe fichas médicas desde el mes de agosto de 1974 a Enero de 1975; así como de febrero de 1975 a Julio del mismo año. Trabajando solamente con las fichas médicas correspondientes de Febrero a Julio de 1974 y de agosto del 75 a Enero de 1976.

Por lo que se elaboro por grupos etareos los principales diagnósticos.

MORBILIDAD DE 0 A 364 DIAS:

1. Enterocolitis aguda de etiología no determinada
2. Infección respiratoria superior
3. Gastroenterocolitis aguda
4. Piodermitis
5. Bronconeumonía
6. Otitis media

MORBILIDAD EN NIÑOS DE 1 A 14 AÑOS DE EDAD:

- a. Gastroenterocolitis aguda
- b. Desnutrición proteico calorica de diferentes grados
- c. Enterocolitis aguda
- d. Dermatitis Estafilococicas y Estreptococicas
- e. Bronquitis aguda
- f. Parasitismo intestinal

MORBILIDAD EN NIÑOS DE 5 A 14 AÑOS:

1. Desnutrición en sus diversos grados
2. Parasitismo Intestinal
3. Anemia secundarias a desnutrición

4. Infecciones respiratorias
5. Conjuntivitis bilaterales

MORTALIDAD MATERNA

En el registro de defunciones del archivo municipal, no aparece durante el año de 1974; ninguna defunción que relacione el embarazo parto o puerperio. Por lo que no se cuenta con ningún dato.

MORBILIDAD MATERNA DE FEBRERO DE 1974 A JULIO DE 1974, ASI COMO DE AGOSTO DE 1975 A ENERO DE 1976.

Durante los meses de Febrero a Julio de 1974, aparecen en el archivo del centro de salud 24 historias de embarazos en control. De las 24 pacientes pertenecen unicamente, a la cabecera municipal 2 y el resto son procedentes de diferentes aldeas del Municipio.

Durante el mes de agosto del 75 al mes de enero de 1976. Se realizaron 12 historias de pacientes embarazadas, encontrandose que 5 correspondian a la población y las otras 7 del area rural.

En este lapso, se detecto un obito fetal y un aborto incompleto, procedente de pacientes pertenecientes a la cabecera municipal.

Las pacientes embarazadas llegaban una sola vez y ya no volvian a regresar a control.

COMENTARIO:

Con lo descrito anteriormente, queda en claro que la población infantil, es la mas afectada. Y la que también tiene mayor facilidad de acudir al centro de salud, clinicas de facultativos privados o los hospitales ya sea del Quiché o de Huehuetenango. Aunque cuando los padres deciden llevarlos a una consulta médica, el paciente lo encontramos en condiciones muchas veces pesimas. Por lo que es necesario un plan adecuado para la protección del infante.

Respecto a la madre, es el grupo mas abandonado en lo que respecta a la atención médica brindada por facultativo.

Ya que si son visitadas por comadronas, lo cual considero que es beneficioso. Teniendo en cuenta que las comadronas existentes no son adiestradas y son tradicionales, es necesario tener a la futura madre en control; ya que en los primeros meses dudan sobre el estado de embarazo. Lo cual puede conllevar a problemas, ya que las molestias que produce el estado de embarazo, las puede hacer que ingieran medicinas no controladas por facultativo; que pueden redundar en poco beneficio al producto en formación. En resumen puede decirse que el grupo materno infantil no es controlado, como debería de hacerse en condiciones normales.

HOJA ACLARATORIA

Despues de la exposición de los datos anteriores. A continuación pasamos a la elaboración del programa materno infantil, con sus correspondientes subprogramas.

Desde el subprograma materno; infantil; preescolar y escolar. Así como el correspondiente a el subprograma de inmunizaciones.

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

OBJETIVOS GENERALES:

1. Controlar el daño, que puedan afectar a la madre e hijo. Para que en el periodo del embarazo y puerperio se desarrollen de la manera mas normal posible ,sin ninguna complicación.
2. Controlar los riesgos que puedan afectar el grupo infantil y preescolar. Para que su crecimiento sea normal y su capacidad este adecuada para la vida escolar.
3. Controlar al grupo escolar y evitar daños que puedan afectar su salud, para que su incorporación a la vida adulta sea normal.

SUBPROGRAMA DE ATENCION MATERNA

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Dada las características de la población urbana de Sacapulas y por lo expuesto en la interpretación de la problemática de salud. Se atendera un 70o/o de las mujeres, que puedan ambarazarse, en la cabecera municipal.
2. Detectar lo mas tempranamente posible, a las mujeres embarazadas, preferible desde el primer trimestre.
3. Definir en grupo los embarazos de alto riesgo.
4. Proporcionar atención a toda mujer embarazada que lo solicite.

5. Dar atención de planificación familiar, a las parejas quienes lo soliciten.

SUBPROGRAMA MATERNO:

La población materna que esperamos es de 78 embarazos.

COBERTURA:

De acuerdo a nuestra población materna fijada. Esperamos cubrir el 70o/o de la población estimada. Para lo cual se debiera de dar atención a 55 mujeres embarazadas.

CONCENTRACION:

En este parámetro calculamos el número de actividades a desarrollarse para la población protegida. Así tenemos:

- a) Un mínimo de 7 consultas prenatales repartidas de la siguiente manera:

Primera consulta en el primer trimestre realizada por médico

Segunda consulta en el quinto mes, realizada por enfermera auxiliar.

Tercera consulta al sexto mes, realizada por enfermera auxiliar

Cuarta consulta al séptimo mes, realizada por enfermera auxiliar

Quinta consulta al octavo mes, realizada por médico

Sexta consulta en los primeros quince días del noveno mes realizada por médico.

Septima consulta al finalizar el noveno mes, realizada por médico.

Un control post natal realizado por médico.

Del total de consultas 4 serán hechas por el médico y tres consultas intermedias por la enfermera auxiliar y una consulta post natal realizada por el médico.

- b) Considerando que para el mejor control de pacientes y teniendo en cuenta, las limitaciones del centro de salud, como mínimo se harían tres exámenes de laboratorio, siendo los siguientes:

- 1 examen de orina
- 1 examen de VDRL
- 1 examen de hemoglobina

- c) Efectuar una visita domiciliaria al 100o/o de la población materna de alto riesgo, en caso que presentara una de las afecciones que a continuación se describen:

Historia de diabetes familiar y personal
Epilepsia y trastornos mentales
Enfermedad hipertensiva
Historia de recién nacidos con ictericia y muerte neonatal
Tuberculosis activa
Cesarea anterior
Historia de aborto habitual
Historia de parto prolongado
Patología de los senos

- d) Una vez definido los embarazos de alto riesgo referirlos a donde corresponde en especial a centros hospitalarios con el equipo adecuado.

- e) Proporcionar adiestramiento a las comadronas tradicionales, dicho adiestramiento debe de ser efectuado por médico y enfermera auxiliar.

f) Considerar de acuerdo a la cobertura ya indicada, dar fumarato ferroso a razón de 200 mg. dos veces al día. Actividad realizada por la enfermera auxiliar, en cada consulta que realice la paciente.

RENDIMIENTO:

Se deberán de ofrecer 4 consultas por hora tanto para médico como para enfermera auxiliar.

La auxiliar debe de realizar 1 visita domiciliaria, al 100o/o de la población que se considere de alto riesgo. La visita no debe de ser de mas de una hora por cada visita que se realiza.

HORAS REQUERIDAS:

Por:

Médico	69 horas
Enfermera auxiliar	42 horas

BALANCE:

Partimos del número de horas contratadas tanto para el médico como para la enfermera auxiliar, las cuales son 2000 hrs. para cada uno.

Hora médico disponible	2000
Horas médico ocupado	69
Balance de horas médico	1931
Horas enfermera auxiliar disponible	2000
Horas enfermera auxiliar ocupadas	42
Balance de horas, enfermera auxiliar	1958

CUADRO No. 1

SUBPROGRAMA DE ATENCION MATERNA SACAPULAS

POBLACION MATERNA	CONCENTRACION	COBERTURA	ACTIVIDADES		RENDIMIENTO - TIEMPO NECESARIO		BALANCE
			MED.	AUX.	MED.	AUX.	
78	8	70o/o					
78	440	55	275	165	4/h.	42H.	1931 - 1958 Hrs.

SUBPROGRAMA DE ATENCION INFANTIL Y PREESCOLAR

OBJETIVOS GENERALES:

- a) Disminuir la morbimortalidad infantil, preescolar y escolar
- b) Brindar una cobertura al 80o/o en niños que se encuentren dentro los grupos anteriores residentes del area urbana.
- c) Realizar inmunización al grupo infantil y preescolar hasta la edad maxima de 6 años.

SUBPROGRAMA DE ATENCION INFANTIL MENORES DE 1 AÑO

Población de 59 niños

COBERTURA:

Sera de el 80o/o, que corresponde a 48 niños.

CONCENTRACION:

- A. Dar 5 consultas a cada niño o sea un total de 240 consultas al año
- B. Efectuar 2 visitas domiciliarias al 10o/o de la población infantil.
- C. Referir a centros hospitalarios a pacientes de alto riesgo, teniendo en cuenta los siguiéntes parámetros:

- i. Malformaciones congenitas
- ii. Discrasias sanguineas
- iii. Historia de convulsiones
- iv. Deshidrataciones severas; etc.,

ACTIVIDADES:

De las 5 consultas programadas 3 seran dadas por el medico y dos por la enfermera auxiliar; de la siguiénte manera;

Dos primeras por el médico; las dos subsigüentes por la enfermera auxiliar. Y una ultima por el médico.

Las visitas domiciliarias se efectuaran en número de 2 al 10o/o de la población infantil.

Actividades por medico consultas	144
Actividades por enfermera auxiliar	96
Visitas domiciliarias por enfermera auxiliar.	8

TIEMPO NECESARIO:

Lo basaremos en el rendimiento, el cual nos hemos fijado en dar 4 consultar por hora, tanto para médico como para enfermera auxiliar. Por lo que el tiempo necesano para brindar 144 consultas por médico le corresponden 36 horas. Y la enfermera auxiliar para brindar 96 consultas necesita de 24 horas; así como de 8 horas para realizar visitas domiciliarias.

BALANCE:

Horas disponibles médico	1931
Horas ocupadas médico, en el subprograma infantil	36
Horas disponibles	1895
Horas disponibles de enfermera auxiliar	1958
Horas ocupadas en subprograma infantil	24
Horas ocupadas en visitas domiciliarias	8
Horas disponibles	1926

CUADRO No. 2

SUBPROGRAMA DE ATENCION INFANTIL, NIÑOS MENORES DE 1 AÑO
SACAPULAS

POBLACION INFANTIL	CONCENTRACION	COBERTURA	ACTIVIDADES		RENDIMIENTO		TIEMPO NECESARIO		BALANCE
			MED.	AUX.	MED.	AUX.	MED.	AUX.	
59	5	800/o							
	Vis. Domic.							8 h.	
59	240	48	144	96	4/h	4/h	36 h.	24 h.	1895 h. 1926

CUESTIONARIO MINIMO POR CONSULTA EN EL
SUBPROGRAMA DE ATENCION INFANTIL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Datos generales: nombre; sexo; edad; fecha de nacimiento.

Antecedentes familiares:

Padre: edad; ocupación; salario.

Madre: edad; ocupación; salario.

Número de embarazos previos: partos; abortos.

Hermanos otros.

Nivel socioeconómico;

Alto; mediano; bajo.

Hogar: integrado, desintegrado.

Antecedentes personales: embarazo (duración complicaciones)

Prenatal: sí o no.

Parto normal: sí o no; peso al nacer; talla.

Enfermedades anteriores:

Inmunizaciones: operaciones; accidentes.

Alimentación: alimento principal; carne huevos, leche; otros, (cereales verduras, frutos) incaparina; atoles.

Desarrollo Psicomotor:

Antropometría: peso; talla; talla sentado; circunferencia cefálica; sutaras; fontanelas; circunferencia torácica; circunferencia abdominal;

Desarrollo dentario.

Desarrollo psicomotor: A que edad se sienta; a que edad gatea; a que edad se para; a que edad camina.

Diagnóstico de crecimiento y desarrollo

Sugerencias.

SUBPROGRAMA DE ATENCION PREESCOLAR

Consideraremos la población entre 1 año y nueve años de edad, tomando en cuenta que los niños empiezan a visitar la escuela a la edad de 8 y 9 años.

Población total de 377.

COBERTURA:

Se cubrira el 80o/o que equivale a 302 niños

CONCENTRACION:

Se concederan 5 consultas por año, divididas así:

Dos consultas para la clinica de niño sano

Tres consultas por morbilidad

Como minimo debe de realizarse un examen de hemoglobina y un examen de heces.

Realizar dos visitas domiciliarias al 10o/o de la población preescolar; que presenten: (10o/o es igual a 30 niños)

Desnutrición severa

Historia de convulsiones

Anemia severa

Parasitismo intestinal severo

Traumas

Ceguera etc.,

Referir a centros hospitalarios o nutricionales a pacientes considerados de alto riesgo.

ACTIVIDADES:

Se brindaran 5 consultas. Dadas 3 por el médico; dos por morbilidad y una de control de niño sano.

La enfermera auxiliar realizara dos visitas domiciliarias de 1 hora cada una.

Actividades de médico por consultas	906
Actividades de Auxiliar por consulta:	604
Actividad de Auxiliar por visita domiciliaria	30
Se realizara 1 hora por visita domiciliaria.	

RENDIMIENTO:

Se dara 4 consultas por hora para médico como enfermera auxiliar.

TIEMPO NECESARIO:

Horas necesarias por consulta de médico	227
horas necesarias por consulta de enfermera auxiliar	151
tiempo ocupado para vistas domiciliarias por auxiliar	30 hrs.
Tiempo total utilizado por enfermera auxiliar	181 hrs.

BALANCE:

Base de horas médico	1895
Horas ocupadas por consulta	227
Horas disponibles	1668
Base de horas enfermera auxiliar	1926
Horas ocupadas en consulta	151
horas coupadas en visita domiciliaria	30
Horas disponibles	1745

CUADRO No. 3

SUBPROGRAMA DE ATENCION PREESCOLAR NIÑOS DE 1

A 9 AÑOS

SACAPULAS

POBLACION PREESCOLAR	CONCENTRACION	COBERTURA	ACTIVIDADES		RENDIMIENTO		TIEMPO NECESARIO		BALANCE	
			MED.	AUX.	MED.	AUX.	MED.	AUX.	MED.	AUX.
377	5	80o/o								
	Vis. Dom.						30 h			
377	1510	302	906	604	4/h.	4/h.	227 h.	181 h	1668 h.	1745 h.

CUESTIONARIO MINIMO POR CUNSLTA DE EL SUBPROGRAMA DE ATENCION PREESCOLAR

Datos generales: sexo, edad, raza y lugar de nacimiento.

Trastorno principal o motivo de consulta:

Historia de enfermedad actual.

Antecedentes personales patológicos: enfermedades de su nacimiento en orden cronológico; inmunizaciones recibidas; hospitalizaciones; traumatismos y operaciones. Historia de alergias e hipersensibilidad.

Antecedentes personales no patológicos: embarazo: duración y complicaciones. Parto complicaciones sí o no. Habitos; que edad se sonrio; a que edad se sento; a que edad camino; a que edad principio a decir sus primeras palabras. Describir las condiciones de vida.

Antecedentes familiares: padre, hermanos, edad y estadode salud o edad al morir y causa de la muerte. Diabetes, hipertensión. tuberculosis, enfermedades mentales, cancer, cardiopatas, asma, alergias etc.,

Revisión por sistemas.

Exploración física: peso, talla, temperatura, etc.,

Diagnóstico

Tratamiento

SUBPROGRAMA DE ATENCION ESCOLAR

Se considera la población comprendida entre 10 y 14 años.

Población total de 213 niños de ambos sexos.

COBERTURA

Se cubrirá un 80o/o que equivale a 171 niños.

CONCENTRACION:

Se concederá 5 consultas por año el grupo escolar, de la siguiente manera:

Dos consultas para control de crecimiento y desarrollo

Tres consultas por morbilidad.

Realizar un examen de hemoglobina y uno de heces

Consideraremos población de alto riesgo a quienes presente:

Desnutrición severa
Anemia severa
Disfunción glandular
Tuberculosis

Se refirirá a centros hospitalarios adecuados para su tratamiento o dichos pacientes que se encuentren dentro del grupo de alto riesgo.

ACTIVIDADES:

Se brindarán 5 consultas. 3 Serán efectuadas por el médico y 2 por la enfermera auxiliar, así también ella realizará 1 visita domiciliaria al 10o/o de la población escolar (18 en nuestro caso) siendo esta de una hora.

Actividades del médico por consulta	513
Actividad de la enfermera auxiliar por consulta	342
Actividad de la enfermera auxiliar por visita domiciliaria	18

RENDIMIENTO:

Se darán 4 consultas por hora tanto para enfermera auxiliar como para médico.

TIEMPO NECESARIO:

Horas necesarias por consulta médica	129
Horas necesarias por consulta de auxiliar enfermera	86
Horas necesarias por visita domiciliaria por auxiliar	18
horas totales de enfermera auxiliar	104

BALANCE:

Balance de horas médico	1668
Horas ocupadas médico	129
Horas disponibles médico	1539
Base de horas enfermera auxiliar	1745
Horas ocupadas por consulta enfermera auxiliar	86
Horas ocupadas en visita domiciliaria por auxiliar	18
Horas disponibles de enfermera auxiliar	1641

CUADRO No. 4

SUBPROGRAMA DE ATENCION ESCOLAR
DE 10 A 14 AÑOS

SACAPULAS

POBLACION ESCOLAR	CONCENTRACION	COBERTURA	ACTIVIDADES		RENDIMIENTO		TIEMPO NECESARIO	BALANCE
			MED.	AUX.	MED.	AUX.		
213	5	80o/o					18 h.	
213	855	171	513	342	4/h	4/h	129 h.	1539 h. 1641 h.

Vis. Dom.

CUESTIONARIO MINIMO POR CONSULTA DE EL
SUBPROGRAMA DE ATENCION ESCOLAR

Datos generales: sexo, edad, raza y lugar de nacimiento.

Trastorno principal o motivo de consulta:

Historia de enfermedad actual:

Antecedentes personales patológicos: enfermedades desde su nacimiento en orden cronológico; inmunizaciones recibidas; hospitalizaciones; traumatismos y operaciones. Historia de alergias e hipersensibilidad.

Antecedentes personales no patológicos: Embarazo duración y complicaciones. Parto complicaciones sí o no, si fue atendido por comadrona o facultativo. Hábitos; a que edad se sentó; a que edad caminó; a que edad principio a decir sus primeras palabras. Actitudes y rendimientos en escuela.

Describir las condiciones de vida.

Antecedentes familiares: integración familiar. Padre, hermanos, edad y estado de salud o edad al morir y causa de la muerte. Diabetes, hipertensión, tuberculosis, enfermedades mentales, cáncer, cardiopatías, asma alergias etc.,

Revisión por distemas.

Exploración física lo mas completo posible:

Crecimiento y desarrollo: peso y talla.

Genitales

Pares craneales

Higiene oral

Diagnóstico

Tratamiento

SUBPROGRAMA DE INMUNIZACIONES

OBJETIVOS:

a. Proteger con un programa de vacunación adecuado al 80o/o de la población que residen en el área urbana y se encuentran comprendidos entre 0 y 6 años.

b. Promover y hacer conciencia dentro de la población de la importancia que representa la vacunación, borrando la falsa imagen que se tiene al respecto de la vacunaciones, explicar que los efectos post vacunación son normales, ya que a causa de ello varias personas han desacreditado estas campañas motivo por las cuales han sido negativas y no se ha llegado a cubrir a la población que las necesita.

POBLACION:

Comprendida entre 0 y 6 años, a la que corresponden 299 niños

COBERTURA:

Se inmunizara a un 80o/o que corresponden a 239 niños.

CONCENTRACION:

Se considera la administración de 10 vacunas para cada niño del área urbana en la siguiente forma:

- 3 dosis de DPT y un refuerzo al año
- 3 dosis de Polio y un refuerzo a anual
- 1 dosis de BCG
- 1 dosis de Antisarampionosa

De esta forma se tendrían que aplicar 2390 dosis. De las cuales el 33o/o de actividades deben de ser desarrolladas por el médico y el 66o/o por la enfermera auxiliar.

ACTIVIDADES:

Dosis aplicadas por el médico	788
Dosis aplicadas por enfermera auxiliar	1502

RENDIMIENTO:

Se estima un rendimiento que incluye tanto al médico como a la enfermera auxiliar de administrar 15 vacunas por hora.

TIEMPO NECESARIO:

Para el médico en vacunación	53 Hrs.
Para enfermera auxiliar en vacunación	101 Hrs.

BALANCE:

Horas base médico	1539 horas
Horas ocupadas en vacunación	53 horas
Horas disponibles	1486
Horas base de enfermera auxiliar	1641
Horas ocupadas en vacunación	101
Horas disponibles	1540

CUADRO No. 5

SUBPROGRAMA DE INMUNIZACIONES DE 0 A 6 AÑOS

SACAPULAS

POBLACION DE 0 - 6 As.	COBERTURA	CONCENTRACION	ACTIVIDADES		RENDIMIENTO		TIEMPO NECESARIO		BALANCE
			MED.	AUX.	MED.	AUX.	MED.	AUX.	
299	80o/o	10 V/niño							
299	239	2390 dosis	788	1502	15 V/hr.	53 h.	101 h.	1486 h. 1540 h.	

BASES GENERALES PARA LA VACUNACION

B.C.G.:

Tipo de vacuna: Liofilizado o fresca

Edad se aplica a recién nacidos en los primeros 15 días de vida sin previa prueba de tuberculina.

Dosis: un cuarentavo de Mlgr. baciolo vacuna contenido en 0.1 CC se administra intradérmica, en el hombro derecho.

Aumenta la resistencia biológica contra la tuberculosis.

Contraindicación no existe, puede diferirse en casos especiales.

Especial cuidado en recién nacidos, en algunos casos (1.5o/o) se presenta adenopatias tumorales.

DIFTERIA PERTRUSIS TETANOS:

DPT:

Se aplica a partir de los dos meses de edad, hasta los 6 años

Dosis: 3 de 0.5 CC con intervalos de 1 mes

Se administra subcutáneamente o intramuscular. Indicada entre todo niño sano a partir de los dos meses de edad.

Su revacunación a los doce meses después de la primoinmunización.

Contraindicaciones existentes: Cualquier proceso febril, lesiones cutáneas graves, antecedentes neurológicos graves.

A partir de los 6 años de edad no debe de administrarse la DPT ya que puede causar encefalitis.

ANTIPOLIOMIELITICA:

Se administra de los 2 meses de vida en adelante; se dan 3 dosis con intervalo de 1 mes, con gotero graduado. Via de administración es oral evitando que el gotero entre en contacto con la lengua, dientes o labios.

Su revacunación despues de 1 año de la primera dosis.

Contraindicaciones existentes: procesos agudos febriles en especial los de infecciones respiratorias superiores, vomitos y diarrares profusas. No administrarse con otras vacunas de virus vivos. Esperar cuando menos dos semas entre la aplicación de virus vivos. Su conservación es licuada de 4 a 6 grados centigrados.

Aplicarla simultaneamente con la DPT.

VACUNA ANTISARAMPIONOSA (virus vivo REATENUADA AS)

Edad de aplicación de 1 año en adelante

Dosis unica de 0.5 CC previa dilución de la vacuna en el diluyente correspondiente, subcutanea e intramuscular.

Indicada en todo niño por arriba de 1 año de edad, así como en los que padecen fibrosis quística del pancreas, TB, cardiopatías, asma y otras afecciones pulmonares crónicas.

No es necesario la revacunación.

Contraindicaciones existentes: Linfomas, leucemias, proceso febriles agudo y otras neoplasias generalizadas. Niños en tratamiento con esteroides, radiaciones, antimetabolitos, lactante distrofosicos, discrasias sanguíneas y agamaglobulinemia.

Se conserva de 0 a 10 grados centigrados en refrigeración corriente.

Reacción entre el 3o. y 10o. día; generalmente al septimo día hay temperatura, rash ocasional. Se presenta alguna coriza, manchas de koplic. Se debe de dar tratamiento sintomatico.

OBSERVACION:

Para todas las vacunas que se aplican por inyección; se recomienda la absoluta esterilización de la jeringa y agujas, cuando menos durante 15 minutos en abullición. A fin de evitar los peligros de serohepatitis.

METAS

Dada las características especiales que representan, los pobladores del área urbana de Sacapulas.

Asi como los grupos étnicos dominantes y existentes en dicha comunidad y no alvidando el estado social en que se desenvuelven. Y de acuerdo a las coberturas en los diferentes subprogramas de atención materna, infantil, preescolar y escolar.

Creemos que en 3 años, lograremos cubrir dicha población; destinandolos de la siguiénte manera:

Año de 1976, Promover en la comunidad la salud en general haciendo énfasis en el grupo materno infantil. Adiestrar personal adecuado para que ocupen los cargos de promotores de salud en el área urbana. Adiestrar a comadronas tradicionales, organizandolas y acercandolas al centro de salud para favorecer los subprogramas de atención materno infantil.

Año de 1977: Que los subprogramas ya descritos sean puestos en plena ejecución.

Año de 1978: Que las metas del 70o/o para el subprograma materno y el 80o/o para los subgrupos infantil, preescolar y escolar sean una realidad y en caso lograrse lo anterior poder extender nuestra cobertura, con un reajuste de la

subprogramación total; al lograr nuestro objetivo de brindar un mejor futuro a la población urbana de Sacapulas. Podremos planear servir al área rural, donde se encuentra el grueso de la población.

Tenemos la firme convicción de que todo lo descrito anteriormente se pueda llevar a un termino satisfactorio, ya que tenemos tiempo suficiente para realizarlo. Ya que para el médico contamos con 1486 horas disponibles y para la enfermera auxiliar 1540 horas. Las cuales si se usan adecuadamente se lograra cubrir adecuadamente lo que nos corresponde realizar.

INTERPRETACION DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD

Respecto a como se concibe la salud, en su mayoría la población urbana esta conciente de la importancia de visitar el médico, cuando se siente mal, lo anterior lo practican tanto ladinos como indigenas. En pequeña proporción existe todavia la tendencia de visitar primero al curandero o brujo, quien a la postre es el que decide, si se visita al médico o no.

Lo anterior sucede cuando existen enfermedades comunes.

Cuando se trata de un embarazo ya sea una persona ladina o indígena, la comadrona no adiestrada es quien exclusivamente lleva el caso. En los ultimos 6 meses se quiso adiestrar a las comadronas se les invito a llegar al centro de salud, pero solo dos asistieron y por pocos días. Logrando cuando menos que una de ellas hiciera visitas al centro de salud con sus pacientes. Es importante hacer notar que cuando las comadronas, tienen problemas con el embarazo y durante la atención de el parto, acuden a la enfermera auxiliar, quien ha sabido ganarse su confianza y se ha identificado con ellas, por el largo tiempo que ha convivido en Sacapulas.

A pesar de que existe la conciencia de visitar al médico, la población urbana asiste muy poco al centro de salud. Por mi experiencia de 6 meses dentro de dicha comunidad, logre detectar una serie de razones para que la población urbana rehuse visitar el centro de salud.

- a) Desconfianza hacia el nuevo médico que llega por 6 meses, lo cual evita que la identificación de la población de parte con el médico sea lenta y se logre ya pasados cuando menos tres meses.
- b) Opiniones de diferentes personas residentes en el área urbana, a quienes les es muy importante saber, si el médico que llega es graduado o practicante del ultimo año de medicina. Referente a lo anterior, esa opinión deja de ser importante si el nuevo médico, tiene existo en personas a quienes trate, pero como lo apunte anteriormente se necesita cuando menos de 1 año para lograrlo.

c) La creencia, en la población de que por el servicio que se presta, se paga una cantidad mínima Q 00.25, y que la medicina que se obsequia, es mala. Esta comunidad, compara los precios con la medicina y consulta, de otros lugares, especialmente de Huehuetenango y Quiché.

d) Opinión generalizada de que el centro de salud preste servicios a los indígenas, por lo que la población ladina prefiere sea visitada en sus casas, aunque se le cobre mucho más de los Q 00.25 que deben de pagar al centro de salud.

e) Visitas quincenales, o mensuales, que realiza a la comunidad de Sacapulas un prestigiado profesional del departamento de el Quiché (cabecera) Lo cual presenta un valladar para el nuevo medico que se encuentre al frente del centro de salud. Ya que tiene enfrente de si a una persona muy respetada y querida, y lo mas importante la confianza que depositan en dicho prestigiado profesional.

f) Acceso facil a las cabeceras departamentales de Quiché y Huehuetenango, donde pueden visitar, el centro hospitalario o alguno de los profesionales que residen en esos lugares.

Estas razones considero que son importantes, para poder explicar la ausencia marcada de la población urbana hacia el centro de salud.

CONCLUSIONES

1. Que el grupo materno e infantil, preescolar y escolar ocupan en el área urbana de Sacapulas el 66.30/o
2. Existe un predominio de indígenas sobre el ladino, en el área urbana el 64o/o pertenece al grupo indígena y el 36o/o al grupo ladino.
3. Existencia de 3 grupos bien definidos: ladinos, indígenas de Sacapulas e indígenas procedentes de Santa María Cuiquimula Totonicapan. Diferenciación del nivel social; hay existencia de barreras entre cada grupo.
4. Ausencia de la población urbana a el centro de salud, ya que hay resistencia hacia ello. Razones ya explicadas anteriormente.
5. El grupo materno infantil no tiene ningun control de salud, por las autoridades de salud laborantes en ese lugar. Por lo que se puede afirmar que ignoramos la realidad en que se encuentra actualmente.
6. A la fecha no existe ninguna organización comunal ya sea social, deportiva; ni de parte de autoridades municipales, ni religiosas, para la formación de grupos organizados, que promueven el bienestar y el progreso de la población.
7. Falta de equipo medico como fetoscopio, 1 de otorrinolaringoscopia; que son necesarios para poder llevar a cabo el plan materno infantil.
8. El personal de salud con que se cuenta es eficiente, sugiriendo unicamente; que se les brinde una prepración adecuada para poder realizar las muestras de laboratorio que pedimos en lo subprogramas o en su defecto dar mayor facilidad para enviarlas al centro hospitalario del Quiché.

9. Con respecto a las medicinas, son insuficientes, existen una serie de medicinas que se usan a menudo; el sulfato de hierro y las pastillas prenatales, sus envíos no son constantes por lo que el número es insuficiente para cubrir el área urbana y a no digamos el área rural.
10. No existe un archivo adecuado en el centro de salud, lo cual impide tener cifras exactas y se hace necesario realizar censos, cada vez que se realiza un trabajo, tal como sucede en las campañas de vacunación.
11. El rechazo de las comadronas a ser orientadas en sus conocimientos.
12. No se realiza por falta de equipo así como de personal técnico, ningún examen que se exige como mínimo en los subprogramas.
13. Inexistencia de promotores de salud en el área urbana.
14. Falta de incentivos por parte de las autoridades de salud, para los colaboradores del centro de salud.
15. Las condiciones de basura y excreta siguen siendo precarias.

RECOMENDACIONES

1. Que representando los grupos materno e infantil, preescolar y escolar el 66.30/o; siendo susceptibles de enfermar y tener una alta mortalidad. Es necesario poner en práctica los subprogramas de atención materna, infantil, preescolar, escolar y de inmunizaciones. Los cuales solo requieren de 514 horas para el médico y de 460 horas para la enfermera auxiliar.
 - a. Informar a las autoridades sobre las programaciones a seguir, logrando su colaboración para con dichos planes.
 - b. Promover reuniones con autoridades locales; organizar grupos que puedan fungir como clubs sociales, clubs de madre, clubs deportivos, grupos escolares y la formación de un comité de salud. Es importante que con cada grupo mencionado pueda tenerse como mínimo dos reuniones por mes. Esta actividad estará a cargo de todo el equipo de salud.
 - c. La formación importante de promotores de salud, tanto masculinos como femeninos y de los diferentes grupos étnicos; ladinos e indígenas. Es importante que a este grupo pertenezcan personas que de preferencia hayan cursado el 6to. año de educación primaria o más. En esta formación de promotores hacer énfasis en que cada uno participe en la problemática del área, en detectar pacientes embarazadas o por lo menos sospecharlo, para así poder referirlas al centro de salud. Esta detección se logrará por medio de la educación que se les brinde. Realizar tres visitas anuales a cada casa donde existan

personas que probablemente puedan quedar embarazadas. Así también puede realizarse para la detención infantil y para pacientes que presenten un alto riesgo.

Los promotores deben de estar de acuerdo al número de casas, que son de 264 para poder realizar las 3 visitas anuales; de la siguiente forma: Número de promotores 20; número de casas en área urbana 264; visitas anuales a cada casa 3; forma en que se realizarían las visitas: Primera durante los meses de enero febrero, marzo y abril. Segunda: mayo, junio, julio y agosto. Tercera: septiembre, octubre, noviembre y diciembre. Cada promotor realizara anualmente 34 visitas por lo que se realizarían por cada promotor 3 visitas al mes.

En caso fuera necesario hacer una visita a cualquier casa, después de las 3 asignadas, esta será realizada por la enfermera auxiliar.

Estos promotores para el grupo materno deberán de ser preferentemente del sexo femenino, para lograr una mayor confianza de las embarazadas hacia ellas.

Los promotores de salud deberán de estar en constante contacto con el centro de salud cuando menos dos veces por semana.

Nota: Ver cuadro No. 5 el cual se encuentra adjunto.

d. Realizar un acercamiento entre las comadronas y el centro de salud, para poder ayudarse mutuamente y que esto sea beneficioso para el grupo materno infantil. Como primer paso, debemos de ganarnos la confianza de dicho grupo lo cual es muy importante y así poder tenerlas en contacto por lo menos dos veces por semana.

3. Si existen líderes detectarlos y propiciar su adiestramiento como promotor de salud.

4. Para que el médico, director que estará a cargo de la ejecución de este trabajo. Recomendamos que la estancia sea como mínimo de 1 año en la comunidad, para que la población y él logren identificarse y poder ganarse la confianza de ellos.

5. El técnico en salud rural, dado su adiestramiento, cuando la enfermera auxiliar falte por diversos motivos: enfermedad, vacaciones, permisos.

Puede tomar su puesto ya que está capacitado para estas labores y de acuerdo a ello, debe de tener conocimiento y conciencia de lo que estos planes desean realizar en la comunidad.

6. Completar el adiestramiento para la enfermera auxiliar o el TSR para la elaboración de exámenes de laboratorio o en su defecto pedir mayor colaboración del hospital departamental. Para enviar las muestras y así poder contar con el mínimo de exámenes requeridos en los subprogramas.

7. Mejorar la calidad y la cantidad de medicinas que envía el ministerio de salud pública, en base a la morbilidad de la comunidad.

8. A sabiendas que contamos con 1486 horas disponibles del médico y de 1540 horas disponibles de la enfermera auxiliar y adecuado las horas que hemos ido recomendando en la formación de grupos comunales: adiestramiento de comadronas y promotores de salud. No debemos de olvidar que debemos realizar visitas al área rural, ya que las 14 aldeas que componen el municipio son distantes y con camino poco accesibles, por lo que resulta más fácil que nosotros nos desplazemos hacia ellos que viceversa. Por lo que recomiendo 1 visita semanal a cada aldea.

BIBLIOGRAFIA

1. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Instrumento de trabajo. Estandarización para análisis de recursos físicos. 1975 2 p.
2. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. Instrumento de trabajo. Analisis de medicinas y material médico quirúrgico. 1975 2 p.
3. Guatemala, Hospital General "San Juan de Dios" Guatemala C.A. Instrumento de trabajo. Registro médico prenatal. 4 p.
4. Colombia. Universidad del Valle. División de salud. Programa de atención médica; sub-programa materno infantil. Reunión del grupo de trabajo. Cali, Julio-Agosto de 1972. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, fase III. 1975. 43 p. mas anexo (reproducción por la facultad de ciencias médicas con fines docentes).
5. Sánchez, Rómulo. La planificación de la salud. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de Ciencias Médicas, fase III. 1975. 17 p. mas anexos.
6. Guatemala, Instituto Geografico Nacional. Guia Sociografia de Guatemala Tip Nac. 1956.
7. Guatemala. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Normas generales de Inmunizaciones para niños beneficiarios del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

8. Guatemala, Universidad de San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Médicas Crecimiento y Desarrollo,
Fase I. Año 1970. 2 p. y anexos.

Br.

Edwin Fernando Santiago Rodríguez

Asesor:

Dr. César Vasquez

Revisor:

Dr. Carlos Castro

Director de Fase III:

Dr. Carlos A. Waldheim

Secretario General:

Dr. Mariano Guerrero Rojas

Vo. Bo.

Decano:

Dr. Carlos Armando Soto