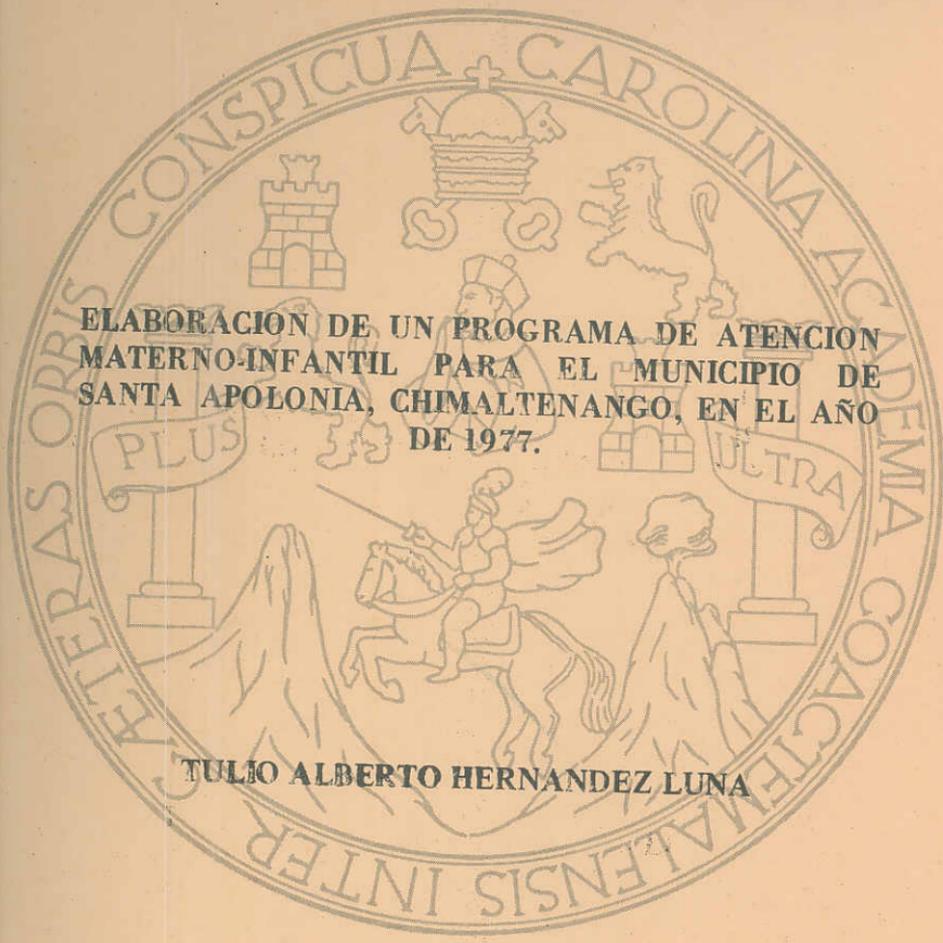


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff, with a banner that reads "PLUS ULTRA". Above the figure is a crown and a shield. The seal is surrounded by the Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER".

**ELABORACION DE UN PROGRAMA DE ATENCION
MATERNO-INFANTIL PARA EL MUNICIPIO DE
SANTA APOLOIA, CHIMALTENANGO, EN EL AÑO
DE 1977.**

TULIO ALBERTO HERNANDEZ LUNA

GUATEMALA, JUNIO DE 1978

1. INTRODUCCION:

En el ámbito de Salud, es menester hacer investigaciones y estudios respecto a la causa real de la elevada incidencia de mortalidad a nivel nacional, haciendo hincapié en el área rural; pues este problema ha tomado dimensiones inconmensurables.

La base fundamental del presente trabajo, es el Diagnóstico de Salud del Grupo Materno Infantil y la elaboración de un programa Materno Infantil para el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango; esperando poder afrontar y tratar de solucionar en parte dicho problema que ha estado atravesando nuestro país.

La salud del grupo Materno Infantil ha sido un problema de gran magnitud, pues siendo este grupo el que posee el más alto porcentaje en los daños a la población, así como su naturaleza y riesgos; son de terminantes para la formulación de políticas de Salud en la mayoría de países en desarrollo.

Estoy consciente que los problemas que atecan al grupo Materno Infantil son multifactoriales, existiendo una íntima relación con el sistema político, social y económico y sí también es cierto que existen problemas de Desnutrición, la diferente Salud Materna, la deficiente productividad laboral, las altas tasas de mortalidad y morbilidad que se relacionan íntimamente; no son muchas veces verdaderas causas de fondo. La población del Municipio de Santa Apolonia, en su afán por solucionar de una u otra forma la problemática actual, ha carecido de la suficiente orientación y ayuda material y económica adecuada, contribuyendo a sus problemas el poco conocimiento de sus causas; pero estoy convencido que con acciones bien orientadas y programadas se pueden solucionar muchos de los problemas de salud que aquejan a dicho municipio. Me refiero en el caso particular de los problemas de salud del grupo Materno Infantil.

De una manera amplia se pueden iniciar acciones de salud, tomando en consideración medidas encaminadas a la prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud con el deseo de aportar una ayuda para las medidas tendientes a la resolución de los problemas de Salud Nacional.

Tengo en mi estima que, el estudiante de Medicina que efectúa su Ejercicio Profesional Supervisado, posee una meta en las comunidades rurales y es la de mejorar en forma integral la atención en salud de la población guatemalteca en general, poniendo especial énfasis en la atención de salud del grupo Materno Infantil.

La falta de investigación a nivel rural y la necesidad de incrementar programas de atención en salud, se elaboró el presente trabajo con el propósito de presentar un diagnóstico de salud de población materno infantil, a través de investigaciones hechas en la propia comunidad y de esta forma plantear actividades que puedan ser llevadas a la práctica en el área rural estudiada.

2. JUSTIFICACIONES:

El municipio de Santa Apolonia en el grupo materno infantil posee el mayor porcentaje con relación a la población general, presentando de esta forma mayor daño que se refleja en la mayor mortalidad y morbilidad de este grupo.

Creo en la imperante necesidad de efectuar un análisis en la colectividad y personal de salud laborante en el municipio para lograr percibir y mostrar una conducta ante la población en su problemática.

En esta comunidad no se ha establecido, ni ha funcionado nunca un programa de salud Materno Infantil; hasta la presente fecha, dando en el Puesto de Salud atención médica general, aun persistiendo de esta forma criterios equivocados en cuanto al tipo de atención de la mujer embarazada, no proporcionándole un adecuado control prenatal y mucho menos la atención adecuada del parto, por lo que no se logra alcanzar coberturas necesarias para influir en el nivel y estructura de salud del grupo Materno Infantil. Encontrándose predominantemente nuestra población rural en bajas y estáticas condiciones socio-económicas y los recursos de salud con los que cuenta son escasos e inadecuados y, con el fin de lograr un mejoramiento significativo en el nivel de atención de salud de la población de Guatemala y en especial del grupo Materno Infantil, del municipio de Santa Apolonia, justifica la realización del presente trabajo.

3. ANTECEDENTES:

En el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, se ha efectuado sólo una investigación, siguiendo las reglas y pasos que dicta el método científico, siendo éste: Análisis retrospectivo de Mortalidad en 1973 en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango por el EPS de 1974, bachiller Julio César Lobos Ortiz, preséntandolo como trabajo de Tesis previo a graduarse de Médico y Cirujano.

Fue hasta el año de 1977 que fue designado estudiante EPS de Medicina para el municipio, siendo atendido el Puesto de Salud sólo por estudiantes de Medicina Integral de 5o. Año de Medicina, con duración de la práctica de 2 meses, los que daban atención médica general sin tener establecido ningún programa de atención médica en especial.

4. HIPOTESIS:

1. Se puede mejorar la atención de salud en el municipio de Santa Apolonia canalizada a través de instituir un Programa Materno-Infantil.
2. El nivel de salud de las poblaciones de municipios de primera, segunda, tercera y cuarta categorías, puede mejorarse mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles para atender a los grupos en mayor riesgo de enfermar y morir.
3. La mayoría de daños expresados en el nivel de estructura de la mortalidad del grupo - materno infantil está representado en un gran porcentaje por la mortalidad prenatal teniendo como causa condicionante la ausencia de atención médica en este período mencionado.

5. OBJETIVOS:A. OBJETIVOS GENERALES:

1. Elaborar e implantar un programa materno infantil en forma real para el municipio de Santa Apolonia que tenga una cobertura mínima del 80%, involucrando activa y organizadamente a la población.
2. Determinar la situación del grupo materno infantil para la mejora y creación de programas que por este sector se establecen.
3. Realizar un diagnóstico de salud del grupo materno infantil de Santa Apolonia y partir de este punto para la elaboración de un programa de atención materno infantil.
4. Proporcionar al estudiante EPS la oportunidad de ejercitar la aplicación del método científico y participar en investigaciones de carácter operacional y en la elaboración de salud integral.
5. Adquirir mayor concientización de la situación socio-económica y cultural de nuestro país así como el grado de subdesarrollo en que se encuentra.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Someter a prueba las hipótesis planteadas ya sea descartándolas o confirmándolas.
2. Identificar los recursos humanos existentes en el municipio de Santa Apolonia y utilizarlos para la tentativa de transformar las características ecológicas.
3. Efectuar un análisis de la morbilidad y mortalidad así como de los factores predisponentes de dichas causas, haciendo énfasis en el grupo materno infantil.
4. Contribuir al mejor desarrollo de las actividades planificadas del Puesto de Salud de Santa Apolonia, haciendo análisis de recursos humanos, materiales y financieros.
5. Elaborar un programa de atención materno infantil, por medio del cual se pueda detectar y seleccionar tempranamente a madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad. Para enviarlos a los diferentes niveles de atención según las necesidades de su caso en particular. Serán de especial atención las siguientes entidades:

a. EN LA MADRE:

Durante el embarazo:

aborto, toxemia, hemorragia del embarazo, infección urinaria, - prematuridad, sífilis.

Durante el parto:

hemorragia y complicación del parto.

b. EN EL NIÑO:

Periodo neonatal: (0-28 días)

Tétanos, oftalmia del recién nacido, septicemia, eritroblastosis fetal, lúes congénita,

1 - 4 años:

Desnutrición, diarrea y enteritis, enfermedades respiratorias, tuberculosis, difteria, tétanos, viruela, polio.

6. Detectar y controlar los riesgos del binomio madre-hijo; para que el embarazo transcurra normalmente, que el parto se realice sin complicaciones y termine con el nacimiento de un niño normal y a término, controlar los riesgos del niño pre-escolar y promover que su crecimiento y nutrición transcurran normalmente, haciendo que su incorporación a la vida escolar lo haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.

6. MATERIALES Y METODOS:

a) Materiales:

I RECURSOS HUMANOS:

1. Recursos humanos con funciones de dirección y supervisión sobre puestos de Salud tipo "C".
2. Recursos humanos institucionales, responsables directos de los puestos de Salud tipo "C".
 - a) Estudiante EPS de Medicina
 - b) Auxiliar de Enfermería
 - c) Técnico en Salud Rural
3. Recursos humanos de salud de la comunidad:
 - a) Promotores de salud
 - b) Comadronas empíricas y adiestradas.
4. La población materno infantil del municipio de Santa Polonia, áreas rurales y urbanas.
5. Autoridades civiles, religiosas y líderes de la comunidad.

II RECURSOS FISICOS:

1. Edificio del Puesto de Salud.

2. Equipo de Oficina
3. Libros y documentos de registro civil de la: municipalidade de Santa Apolonia.
4. Documentos del archivo del puesto de salud del municipio de Santa Apolonia.
5. Mapa geográfico correspondiente al municipio de Santa Apolonia.
6. Libros de consulta.
7. Publicaciones de la Dirección General de Estadística.
8. Se utilizaron los Instrumentos 1, 2 y 3 proporcionados por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, los cuales se refieren a:

1. Instrumento No. 1:

Análisis de los recursos humanos institucionales según tiempo contratado por año, costo hora y distribución de actividades o programas.

2. Instrumento No. 2:

Análisis de los recursos físicos (edificios) y equipo médico quirúrgico y de oficina.

3. Código para tabulación de morbilidad y mortalidad clasificación internacional de enfermedades OMS.

b) Métodos:

I. METODO CIENTIFICO, TECNICAS:

1. Análisis de instrumentos de trabajo, revisión retrospectiva de material estadístico y bibliográfico, análisis de recurso físico y humano actuales, lo que se evaluó por medio de instrumentos proporcionados por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas.
2. Análisis del archivo del Puesto de Salud de Santa Apolonia (recopilación y tabulación de datos de morbilidad del año 1976.)
3. Análisis del expediente y documentos del Registro Civil de la municipalidad de Santa Apolonia. (Se recopilaron y se obtuvo datos de mortalidad y natalidad del año 1976).
4. Cálculo y diseño del programa materno infantil de acuerdo a las necesidades de la población. (Se tomaron como base los resultados obtenidos de la metodología seguida en los incisos anteriores).

II. METODO ESTADISTICO, TECNICAS:

1. Recopilación y tabulación de datos a analizar. Morbilidad y natalidad de la población del año 1976. Como indicadores del nivel de salud de una población.
2. Transcripción de datos numéricos en gráficas de barras.
3. Círculo de porcentaje (datos de morbilidad y mortalidad).
4. Pirámide etaria. (Datos de población del año 1976).
5. Tasas Estadísticas. (Datos de morbilidad, mortalidad y natalidad del año 1976.)

7. DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO:

a. FUNDACION:

Santa Apolonia es un municipio del departamento de Chimaltenango, fue fundado durante la época de la Colonia, apareciendo como tal en el índice alfabético de las ciudades, villas y pueblos del reino de Guatemala, adscrito al curato de Tecpán Guatemala, en el partido de Chimaltenango.

b. POLITICA:

Santa Apolonia cuenta con una municipalidad de cuarta categoría. Con una extensión de terreno de aproximadamente 96 Kms.

c. HISTORIA:

Al distribuirse los pueblos del Estado de Guatemala, para la administración de justicia por el sistema de juratos adoptado en el Código de Livingston y decretado el 27 de agosto de 1836, fue adscrito al circuito de Comalapa.

d. LOCALIZACION GEOGRAFICA:

Santa Apolonia colinda al Norte con Joyabaj, Quiché; al Este con San José Poaquil y Comalapa (Chimaltenango); al Sur y al Oeste con Tecpán Guatemala (Chimaltenango).

e. POBLACION:

Santa Apolonia cuenta con una población calculada para 1977 de 4626 habitantes, 1163 en el área urbana y 3463 en el área rural. Con una densidad de población en el mismo año de 48.1 habitantes por kilómetro cuadrado.

f. GEOGRAFIA:

Se encuentra la cabecera a 2650 metros sobre el nivel del mar, cuenta con 12 aldeas y 21 caseríos, siendo las aldeas: Xecol, Chiquiex, Chipatá, Chuantonio, Parajbey, Pacután, Patzaj, Xesajcap, Xepanil y La Vega. Los poblados del municipio están unidos entre sí y con los municipios vecinos por medio de caminos de herradura y veredas.

g. VÍAS DE COMUNICACION:

Situado a 89 kilómetros de la ciudad de Guatemala y a 35 kilómetros de la cabecera de departamental Chimaltenango, cuenta con la Ruta departamental 3, que de San José Poaquil conduce a Tecpán Guatemala donde entronca con la ruta C.A.1.

h. ECONOMIA E IDIOMA:

Predomina el Cakchiquel como lengua indígena. Tienen como mayor fuente de riqueza la agricultura, dedicándose además a pequeñas industrias como la alfarería, fabricación de cal y cartón y la elaboración de prendas de vestir de lana.

i. RIOS PRINCIPALES:

El municipio de Santa Apolonia se encuentra cruzado por varios ríos, encontrándose entre los principales el río Chuaparal, Popixic, Chirascay, Crusincoy, Cupil que sirve de límite parcial con Tecpán Guatemala.

j. SERVICIOS PUBLICOS:

Cuenta con los servicios públicos siguientes: Transporte extraurbano de camionetas que hacen aproximadamente cinco recorridos diarios a la capital y viceversa; servicio de correos y teléfono situado en la municipalidad.

m- RELIGION

14 "A"

La religión predominante en toda la población del Municipio es la Católica, existiendo también un pequeño sector de fieles a la religión Evangélica.

POBLACION POR GRUPOS ETARIOS, MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA 1976.

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		Total	MUJERES		Total	TOTAL		Total
	Urbano	Rural		Urbano	Rural		Urbano	Rural	
0-4 años	101	303	404	101	301	402	202	604	806
5-9 años	98	293	391	99	297	396	197	590	787
10-14 a.	73	219	292	70	206	278	143	427	570
15-19 a.	46	139	185	55	164	219	101	303	404
20-24 a.	36	106	142	40	118	158	76	224	300
25-29 a.	34	101	135	35	105	140	69	206	275
30-34 a.	37	111	148	37	109	146	74	220	294
35-39 a.	28	84	112	30	91	121	58	175	233
40-44 a.	25	74	99	24	72	96	49	146	195
45-49 a.	20	59	79	16	49	65	36	108	144
50-54 a.	14	43	57	16	46	62	30	89	119
55-59 a.	10	31	41	10	30	40	20	61	81
60-64 a.	14	41	55	12	34	46	26	75	101
65-69 a.	10	28	38	9	28	37	19	56	75
70-74 a.	10	30	40	8	25	33	18	55	73
75-79 a.	5	15	20	3	10	8	13	25	33
80-84 a.	2	5	7	2	4	6	4	9	13
85 y +	1	3	4	1	4	5	2	7	9
TOTAL:	564	1685	2249	568	1695	2263	1132	3380	4512

k. FERIA TITULAR:

La feria titular del municipio se celebra del 7 al 13 del mes de febrero. Por ser el día de Santa Apolonia.

l. EDUCACION:

El municipio cuenta con escuelas públicas de nivel primario en la cabecera municipal y en las aldeas.

m. RELIGION:

La religión predominante en toda la población del municipio es la católica, - existiendo también un pequeño sector de fieles a la religión evangélica.

8. DIAGNOSTICO DE SALUD:DEFINICION DEL PROBLEMA MATERNO INFANTIL1. POBLACION:

El municipio de Santa Apolonia para el año de 1976 contaba con 4512 habitantes teniendo un crecimiento vegetativo de 16.18 X 1000 para ese año. En los libros de registro de la municipalidad se obtuvo los datos de mortalidad y natalidad, para las tasas respectivas del año 1976.

2. MORBILIDAD:

Los datos de morbilidad del año 1976, se obtuvieron de las estadísticas propias del Puesto de Salud, las que no fueron agrupadas en áreas urbana y rural, existiendo el cuadro estadístico como único dato de procedencia el nombre del municipio. Por no encontrarse en el archivo del Puesto de Salud los cuadros estadísticos correspondientes al mes de diciembre de 1976, no fueron tabulados.

El total de consultas para el año estudiado fue de 3183 consultas, siendo el grupo etario de 15 a 44 años el que solicitó el mayor número de consultas con 1455 en todo el año.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD:

	%	No. de Casos
1. Enfermedades diarreicas y otras enteritis	27.21	866
2. Infección respiratoria superior (IRS)	18.28	582
3. Anemia nutricional (deficiencia férrica)	11.12	354
4. Helminthiasis	7.10	226
5. Enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén	3.27	104
6. Enfermedades del sistema osteo muscular (mialgias)	3.05	97
7. Enfermedades inflamatorias del ojo (conjuntivitis)	2.58	82
8. Desnutrición proteico calórica	2.45	78
9. Otras enfermedades del aparato digestivo	2.45	78
10. Todas las demás causas externas	2.36	75

OCHO PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE MENORES DE UN AÑO:

1. IRS
2. Enfermedades diarreicas y otras enteritis.
3. Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo.
4. Neumonía.
5. Amebiasis.
6. Helmintiasis.
7. Bronquitis
8. Otras enfermedades del aparato digestivo.

MORTALIDAD:

Los datos obtenidos de la municipalidad - del municipio no poseen mucha confiabilidad por haber sido efectuadas la mayoría (casi su totalidad) de actas de defunción por personal que no labora en salud, razón por la cual entre las diez principales causas de defunción se encuentran síntomas y estados morbosos mal definidos. La mortalidad por el terremoto ocupa el primer lugar en causas de defunción de todo el año 1976; fue el soterramiento encontrado en el código usado como "las demás causas externas".

Desafortunadamente no existe un diagnóstico etiológico de muertes en gestantes y en púerperas, encontrando en todo el año estudiado una sola causa de muerte por "gestosis del embarazo". El total de defunciones en el período estudiado fue de 185.

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD:

	Tasas Específicas
1. Las demás causas externas (soterramiento)	21.9 X 1000
2. Lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales	5.7 X 1000
3. Neumonía	5.3 X 1000

Tasas
Específicas

4. Síntomas y estados morbosos mal definidos	2.2 X 1000
5. Sarampión	1.1 X 1000
6. Enteritis y otras enfermedades diarreicas	0.8 X 1000
7. Desnutrición proteico-calórica	0.6 X 1000
8. Tumores malignos incluyendo los neoplasmas del tejido linfático y de los órganos Hematopoyéticos	0.4 X 1000
9. Gestosis del embarazo	0.2 X 1000
10. Tuberculosis del aparato respiratorio	0.2 X 1000

Tasa de Mortalidad general:	41 X 1000
Tasa de mortalidad sin de- funciones por el terremoto 1976	19 X 1000
Tasa de mortalidad infantil	178.2 X 1000
Tasa de mortalidad infantil sin las causadas por el terremoto	170.5 X 1000*
Tasa de mortalidad neonatal	116.2 X 1000*
Tasa de mortalidad post-na- tal (neonatal)	62 X 1000*
Tasa de mortalidad de 1 - 4 años	6115 X 1000
Tasa de mortalidad materna	3.8 X 1000
Tasa de fecundidad	148.7 X 1000
Tasa de mortinatalidad	100.7 X 1000
Tasa de natalidad	57.1 X 1000

* Nacidos vivos

4. COBERTURA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL EN 1976:

Embarzos esperados:	5% de la población total	225
Abortos esperados:	10% de embarazos esperados	23
Partos esperados:	Embarazos esperados menos abortos esperados	203
Total de consultas de atención prenatal		19

PROMEDIO DE CONSULTAS:

$$\frac{\text{Total consultas atención prenatal: } 19}{\text{Partos Esperados } 203} = 0.094$$

COBERTURA DEL PROGRAMA:

$$\frac{\text{Total de consultas de atención prenatal} + 5 \times 1000}{\text{Partos Esperados } 203} = \frac{19 + 5 \times 1000}{203} = 18.7$$

PROMEDIO DE CONSULTAS POR HABITANTES:

$$\frac{\text{Total de consultas: } 3183}{\text{Población Total } 4512} = 0.70$$

5. ANALISIS DE LOS RECURSOS:

El municipio de Santa Apolonia cuenta con un Puesto de Salud Tipo "C" el cual no ha contado con programas específicos para la atención del grupo materno infantil.

El Puesto de Salud trabaja con presupuestos anuales que no especifican gastos para ningún tipo especial de programa que sea dirigido al grupo materno infantil.

a. INSTRUMENTO No. 1:

El Puesto de Salud de Santa Apolonia cuenta con un estudiante EPS de Medicina, una enfermera auxiliar y un técnico en Salud Rural.

TABLA No. 1

CARGO, HORAS CONTRATADAS, DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES O PROGRAMAS

CARGO	HORAS CONTRATADAS AL DIA	HORAS CONTRATADAS AL AÑO	HORAS DE DICADAS AL PROGRAMA MI A LA SEMANA
EPS MEDICO	8	2112	10
ENFERMERA AUXILIAR	8	2112	4
TECNICO EN SALUD RURAL	8	2112	0

El municipio cuenta además con el recurso humano de 16 promotores de salud y 16 comadronas empíricas inscritas al Puesto de Salud

b. INSTRUMENTO No. 2:

Recientemente (mediados de 1977), se obtuvo equipo médico quirúrgico completo con el cual laboran actualmente los Puestos de Salud tipo "C", haciéndolos funcionales. Anteriormente existía carencia de equipo para lograr el mínimo de funcionamiento (por ejemplo: equipo de cirugía menor), así como, el mobiliario sobrepasaba el grado de uso.

Los fármacos utilizados en el Puesto de Salud y comunmente empleados (antibióticos, analgésicos, anestésicos, tranquilizantes, neutralizantes, etc.), en muchas ocasiones los pacientes se ven obligados a comprar su propia medicina, por ser bastante limitado en envío trimestral de fármacos que efectúan los servicios de salud.

DISPONIBILIDAD DE LABORATORIO LOCAL

El Puesto de Salud de Santa Apolonia no cuenta ni ha contado con laboratorio de ninguna clase.

El Puesto de Salud por estar cercano y pertenecer al Distrito de Tecpán, cuenta con el recurso del laboratorio del Centro de Salud de dicha localidad, el cual cuenta con el recurso de hacer tinciones, Zeils, Nielsen, el cual se podría utilizar como recurso para la comunidad de Santa Apolonia a pesar de contar el laboratorio con un personal de sólo una Técnica en Laboratorio.

Además se efectúa: Hemoglobina, Hematocrito, examen urocoprológico y tinciones de Gram, como exámenes de laboratorio. Contando éste con un horario de la siguiente forma:

8: a 12:00 horas: Realización de diferentes exámenes de laboratorio.

14:00 a 17:00 horas: Preparación y limpieza de materiales para el día siguiente.

ELABORACION DE UN PROGRAMA MATERNO INFANTIL
PARA EL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA

OBJETIVOS:

Objetivos Generales:

1. Reducir el tiempo de enfermar y morir para el grupo Materno Infantil.
2. Controlar los riesgos propios del binomio madre-hijo para que el embarazo transcurra normalmente, que el parto se realice sin complicaciones y a término de un niño normal.
3. Prestar servicio de salud preventivo-curativo al grupo materno infantil.
4. Proporcionar educación en salud a la madre y al niño.
5. Dar adiestramiento al personal idóneo que se relacione con el mantenimiento de la salud de la comunidad e incorporarlo al programa.

Objetivos Específicos:

1. Controlar los riesgos propios del niño pre-escolar, promover que su crecimiento y nutrición transcurra dentro de los canales normales, de tal manera que, su incorporación a la vida escolar lo haga con el máximo de sus potencialidades orgánicas e intelectuales.
2. Cubrir con los diferentes servicios que ofrece el Programa al 80% de la población materno-infantil.

3. Detectar y seleccionar tempranamente a las madres y niños que presenten alguna evidencia de enfermedad para enviarlos a los diferentes niveles de atención según las necesidades de su caso en particular.
4. Inmunizar al 80% de la población menor de 5 años contra: Tuberculosis, tétanos, tos ferina, poliomielitis y sarampión.
5. Aumentar el desarrollo psicobiosocial del grupo materno infantil.

NORMAS Y METAS:

Será citado en el desarrollo de los diferentes subprogramas de que conste el Programa materno infantil.

COBERTURA GENERAL PARA ESTE PROGRAMA:

El 80% de la población materno infantil.

Sub-Programa Materno:

1. Atención prenatal.
2. Atención del parto.
3. Atención del puerperio.

1. Atención prenatal:

Para llevar a cabo esta atención se seguirán las siguientes actividades:

- a. Captación precoz de la mujer embarazada antes del 5o. mes.
- b. Consulta prenatal.
- c. Educación en salud.

- a. Captación precoz de la mujer embarazada:

Objetivos:

Detectar precozmente, antes del 5o. mes a la mujer embarazada del municipio de Santa Apolonia, inscribir al 100% de la cobertura a las 23 semanas de gestación.

Población Objetivo:

Población total
calculada 1977: 4626 habitantes

Embarazos
esperados: 231

Abortos
esperados: 23

Partos
esperados: 208

Población
objetivo: 208

Captación de Cobertura:

Normas: Todas las mujeres en edad reproductiva serán visitadas en su domicilio por la PROMOTORA EN SALUD, comadronas y a través del médico EPS, enfermera auxiliar y técnico en salud rural, de esta forma se cubrirá el 80% de las mujeres en edad fértil de acuerdo al siguiente esquema:

Cada dos meses si tiene niño menor de un año.

Cada cuatro meses si tiene niño de uno a cuatro años.

Cada año si no tiene niños menores de cinco años.

Actividad:

Visita Domiciliaria:

Se realizarán las siguientes acciones en salud:

Introducción a la visita.

Fecha de última regla.

Percepción o sospecha de embarazo por parte de la madre.

Si hay retraso menstrual de dos meses o más.

Hacer listado para el Puesto de Salud de señoras con sospecha y/o en duda de embarazo.

Diagrama de flujo: Todas las mujeres en edad reproductiva son citadas en la casa de acuerdo al diagrama No. 1.

Sin embargo, como ignoramos cuantas familias tienen niños menores de un año, cuántos de uno a cuatro años y cuántos de cuatro años, esto tendrá que explorarlo en la primera visita domiciliaria y programarse de acuerdo a los resultados. Por razones de programación y para llevar los requisitos, pondremos que se llevará a cabo seis visitas al año, (una cada dos meses).

Siendo nuestra población total de 4626 habitantes se calcula el número de familias en 925 (resultado de dividir la población total entre 5 que es el número promedio de integrantes de una familia).

La promotora educará a la madre sobre aspectos de salud materna y la importancia de integrar el programa.

Si desea la madre la integración al programa se le extenderá un carnet para asistir a su primera cita con el EPS para hacerle exámenes preliminares (heces, orina, hemoglobina, VDRL, en laboratorio local de Tecpán), cita para el primer examen al cumplir 23 semanas de embarazo. Mismo procedimiento se efectuará con pacientes entrevistados por comadronas o las que lleguen espontáneamente.

Instrumento: Promotora y comadrona

Rendimiento: Promotora, número de horas anuales dedicadas a visitas domiciliarias.

Comadrona, número de pacientes transferidas al Puesto de Salud semanalmente, inscritas en el programa o para inscribirse.

b. Consulta Prenatal:

Metas: Cubrir el 80% de los embarazos esperados.

Proporcionar controles prenatales.

Proporcionar suplemento de hierro.

Detección precoz de cualquier patología.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Mejorar el nivel de salud de las madres.

Mejorar las reservas de hierro de las madres.

Controlar los riesgos propios del embarazo para que transcurra con la máxima probabilidad de normalidad y finalice.

Dentro de lo posible en un producto normal y a término.

Embarazos esperados: 231

Cobertura 80%: 185

Actividades:

El primer control prenatal será llevado a cabo por el EPS sin excepción, esto determinará los diferentes exámenes de laboratorio, los resultados de los exámenes de las madres de menos de 23 semanas de embarazo que anteriormente se hallan tomado se verán al día siguiente por el EPS instituyendo la terapéutica conveniente.

Además en la primera consulta se determinará: Edad del embarazo, antecedentes obstétricos y generales. Se procederá a examinar a la paciente en un examen físico general y obstétrico, en el cual se determinará: Presentación posición, variedad de posición del producto en las madres en que por su edad del embarazo permiten estas maniobras. En caso de duda se diagnosticará el embarazo por medio de laboratorio.

En esta entrevista también se determinará quién seguirá controlando el embarazo, según las siguientes características:

1. Si la evaluación del embarazo es normal, los controles serán:

El primero a las 23 semanas.

El segundo a las 27 semanas.

El tercero a las 31 semanas.

El cuarto a las 35 semanas.

El quinto a las 40 semanas.

2. El primero y el último control los efectuará el EPS.
3. Las multíparas que deseen que su evolución sea llevada controlada por la comadrona, éstas llevarán el 2o., 3o. y 4o. control prenatal, siempre y cuando la evolución del embarazo sea normal.

Se incluyen las primigestas. Se excluyen las embarazadas con las características - apuntadas para el EPS. Al menor signo o síntoma de alarma la paciente deberá ser referida al EPS para su evolución. La comadrona no instituirá tratamiento farmacológico. Llevará el control de sus pacientes y reportará semanalmente a la enfermera:

- a) Número de controles prenatales llevados a cabo durante la semana.
- b) Número de pacientes vistas por vez primera.
- c) Número de pacientes referidas al EPS.
- d) Fecha probable de parto y si la embarazada desea que su parto sea atendido por la comadrona (excepto primigestas).

La enfermera auxiliar llevará a cabo el - segundo, tercero y cuarto controles prenatales de las madres con las siguientes características:

- a) Multifíparas que no estén comprendidas - en las características del EPS.
- b) Multifíparas con antecedentes no patológicos.

Si la evolución del embarazo es normal terminará los controles referidos. Al menor signo o síntoma de alarma la referirá al EPS para que éste la evalúe. La auxiliar no instituirá ningún tratamiento. Dará -- educación en salud e higiene a la embarazada. En cada consulta llevará la ficha de control prenatal.

El EPS llevará a cabo los controles prenatales de las pacientes con los siguientes antecedentes o características:

- a) Vómitos severos
- b) Hemorragia genital y dolor en hipogastrio.
- c) Cefalea intensa
- d) Dolor epigástrico severo
- e) Síntomas urinarios
- f) Ausencia de movimientos fetales
- g) Amniorrea
- h) Flujo vaginal de cualquier característica
- i) Vérices complicadas de miembros inferiores.

- j) Contracciones uterinas frecuentes y/o intensas.
- k) Hemoglobina menor de 9 gs %,
- l) Peso inicial de 40 kgs y mayor de 80 Kgs.
- m) Talla menor de 150 cms.
- n) Incremento de peso de más de una libra por semana entre el 4o. y 8o. mes.
- ñ) P/A sistólica mayor de 140 y diastólica arriba de 90 mm Hg.,
- o) Edema en cualquier parte del cuerpo y/o proteinuria.
- p) Disociación de 2 cms. o más en el incremento de la altura uterina; disociación de 3 o más semanas entre la altura uterina y la edad calculada.
- q) Presentación diferente a la cefálica.
- r) Fetocardia negativa, menor de 120 ó mayor de 160 por minuto.
- s) Patología de los senos.
- t) Cualquier otra patología.
- u) Historia familiar de diabetes
- v) Enfermedad hipertensiva, epilepsia, trastornos mentales.
- w) Historia de mortinatos excepto el último embarazo.
- x) Historia de recién nacidos con ictericia y muerte neonatales.

- y) Tuberculosis activa.
- z) Cesárea previa, cirugía cervicovaginal, excepto episiotomía.
- al) Historia de complicaciones en el último parto y puerperio.

En el último control prenatal, llevado a cabo por el EPS de las gestantes inscritas en el programa el EPS determinará la persona y el sitio donde se atenderá el parto.

El EPS al terminar la entrevista pondrá la fecha de cita para las gestantes que haya entrevistado.

Para cumplir con el objetivo de mejorar las reservas de hierro de la embarazada se distribuirá fumarato ferroso, según se explica más adelante.

Se ha pensado la forma de combatir la anemia de la embarazada, partiendo que ésta es ferropri~~va~~. Nuestra base es puramente clínica y en datos generales nacionales, con los cuales sabemos que una gran mayoría de este grupo sufre anemia, por ello generalizaremos el tratamiento con hierro oral a todo el grupo de embarazadas inscritas en el programa a partir de la 23 semana de embarazo (320 mgs. de fumarato ferroso tres veces al día), hasta que finalice el mismo. Comprendemos que con esto no se resuelve el pro-

blema de anemia sino más bien se mantiene su estado o no permite que empeore. Ignoramos hasta que grado lo mantenga o mejore. Los controles de hemoglobina que se instituyen en los casos requeridos nos darán la pauta para saber las respuestas a estas interrogantes. Queda pues, esta parte como investigación del programa.

Las actividades anteriores tendrán como indicadores:

- a) Porcentaje de embarazadas inscritas en el programa.
- b) Número de consultas por madre.
- c) Número de consultas por hora.
- d) Porcentaje de madres a quienes se proporciona hierro.

Es de tomar en cuenta que las gestantes que tengan una acentuación de los síntomas o signos, de los anotados como indicadores para el EPS podrían ser hospitalizadas y/o referidas a hospitales especializados. A continuación se enmarcan las funciones de los integrantes del equipo encargado del prenatal

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LA COMADRONA

- a) Entrevistar al grupo familiar que desee ser atendido por ella. Reportar estos resultados semanalmente a la enfermera auxiliar.
- b) Referir al EPS todas las gestantes con signos de alarma en la evolución de su embarazo.
- c) Proporcionar por lo menos tres controles prenatales a las embarazadas que deseen ser atendidas por ellas.

Instrumento:

Comadrona

Rendimiento:

Número de consultas proporcionadas por mes.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LA ENFERMERA AUXILIAR DE CONSULTA

- a) Referir al EPS cualquier signo o síntoma de alarma en la evolución de los embarazos controlados por ella.
- b) Tomar vitales de las gestantes que se presenten a consulta.
- c) Distribuir ferroso o sea el fumarato ferroso a las pacientes que indique el EPS. Llevar control de salidas de medicamentos en libro aparte.
- d) Anotar la fecha de próxima cita de las pacientes examinadas por ella.
- e) Examinar a las multíparas que dictamine el EPS, (llevar el control de prenatal).

Instrumento:

Enfermera Auxiliar

Rendimiento:

Número de consultas dadas en un año.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DEL EPS

- a) Proporcionar consultas prenatales a las gestantes con las características señaladas en control prenatal por el EPS.
- b) Referir al médico de guardia del Centro de Salud de Chimaltenango y seguir la evolución de las gestantes cuyo embarazo sea complicado y de alto riesgo para que con éste dictaminen la conducta a seguir.
- c) Determinar quienes seguirán proporcionando los controles prenatales después de la primera entrevista que él haga.
- d) Orientar a la enfermera auxiliar o comadrona sobre los problemas que éstas le refieran, relacionados con la evolución del embarazo que a su vez controlen ellos.
- e) Proporcionar en todos los casos el último control prenatal de las gestantes inscritas en el programa.

Instrumento: EPS

Rendimiento: Número de consultas dadas en un año.

EDUCACION EN SALUD

Al grupo de gestantes examinadas durante la semana se les citará al final de la misma para recibir educación en salud sobre el embarazo, parto y puerperio; estas reuniones tienen por objeto aclarar dudas de la gestante sobre su embarazo, reafirmar su confianza en el programa; de limpieza corporal e higiene sexual, así como, cuidados de su alimentación. La enfermera auxiliar dedicará una hora semanal para esta actividad.

La dinámica se establecerá a través de grupos de discusión y charlas explicativas en las que se utilizará material didáctico para cada tema.

Instrumento:

Enfermera Auxiliar

Rendimiento:

Número de horas al año a la educación de la gestante.

ATENCION DEL PARTOObjetivos Especificos:

1. Controlar los riesgos propios del parto.

METAS:	Cubrir el 80% de los partos esperados. Atender hospitalariamente el 20% de los partos esperados (de la cobertura).
	Detectar precozmente cualquier patología.
POBLACION:	Partos esperados 208
	Cobertura, 80% 166
	Partos hospitalarios por atender: 33 (20% de los partos esperados según la cobertura).
	Partos domiciliarios 133 (80% de los partos esperados según la cobertura).

La atención del parto será proporcionada por:

- La comadrona,
- La enfermera auxiliar
- El médico EPS

ATENCION DEL PARTO A DOMICILIO

En la atención del parto a domicilio se esperan atender 133 partos en un año (1977, los cuales serán cubiertos por las comadronas).

Las comadronas reportarán a la enfermera el número de partos atendidos (rendimiento). Cualquier complicación que tuviesen durante el trabajo de parto o postparto inmediato, serán referidas inmediatamente al EPS.

Las comadronas atenderán los partos de las multíparas según el criterio establecido en las normas del control prenatal.

Instrumento: Comadrona

Rendimiento: Número de partos atendidos mensualmente y número de referencias por parto complicado reportado mensualmente.

PARTOS ATENDIDOS POR LA ENFERMERA AUXILIAR:

Atenderá todos los partos cuyo prenatal fue controlado por la auxiliar de consulta externa y cuya evolución no tuvo complicaciones. Comprende sólo multiparas. Cualquier complicación del parto será referida al EPS.

Instrumento: Enfermera Auxiliar del Puesto de Salud.

Rendimiento: Número de partos y número de horas dedicadas a la atención del parto por año.

PARTOS ATENDIDOS POR EPS:

Atenderá todos los partos cuyo prenatal fue controlado por él y no necesiten tratamiento especializado, (por ejemplo: quirúrgico).

Además evaluará las complicaciones referidas por la comadrona, la enfermera auxiliar resolverá los casos en que no se necesite atención especializada, (por ejemplo, quirúrgico). Atenderá a todas las primigestas cuyo parto sea normal o no tenga antecedentes patológicos para ser resueltos por tratamientos especializados.

Instrumento: Médico EPS

Rendimiento: Número de partos y número de horas dedicadas anualmente a la atención del parto.

ATENCION DEL PUERPERIO:

Objetivos: Controlar los riesgos propios del puerperio. Disminuir la mortalidad materna a un 50% en 10 años.

Metas: Cubrir el 100% de los partos atendidos.
Proporcionar un control post-natal.

Población: Partos esperados	208
Cobertura 80%	166
Cobertura de atención post-natal	166

La atención del puerperio dependerá así:

- El parto fue atendido a domicilio
- Si fue atendido en el Hospital Regional.

En el primer caso la comadrona evaluará a la madre en las primeras 48 horas. Detectará: características de los loquios, si la madre ha presentado fiebre, cualquier otro síntoma o signo. De encontrar alguna anomalía la referirá al EPS.

Informará mensualmente del número de post-natales llevados a cabo y el número de referencias que hizo el EPS por puerperio complicado.

Instrumento: Comadrona

Rendimiento: Número de visitas proporcionadas en control post-natal mensualmente.

En el segundo caso:

- Si el parto fue atendido por la enfermera auxiliar, el control será establecido a la semana del parto. El examen será llevado a cabo por la auxiliar de consultas y consiste en un interrogatorio que comprenda: características de los loquios, si ha aparecido fiebre y cualquier otro signo o síntoma.

Cualquier complicación será evaluada por el EPS.

Instrumento: Enfermera Auxiliar de consulta.

Rendimiento: Número de horas al año dedicadas al control post-natal.

- b) Partos atendidos por el Médico EPS: control establecido a la semana del parto si no hubo complicaciones. El médico EPS establecerá la cita para los partos atendidos por complicaciones en el cual haya intervenido el. El médico EPS interrogará con lo planteado por la enfermera auxiliar. El examen vaginal se evaluará según cada caso. Asimismo evaluará a las pacientes referidas por la comadrona o enfermera auxiliar; consultará al médico y evaluará conjuntamente con el los casos de puerperio tardío complicado. Insituirá tratamiento de tipo ambulatorio y de hospitalización a las pacientes que así lo ameriten.

Instrumentos: Médico EPS

Rendimiento: Número de horas al año dedicadas al control postnatal.

SUB-PROGRAMA INFANTIL

Vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Vigilancia del crecimiento y desarrollo porpiamente dicho:

Se llevarán a cabo las siguientes actividades:

Visita domiciliaria

Vigilancia del crecimiento y desarrollo

Educación en salud.

Visita Domiciliaria:

Objetivos específicos:

Disminuir la morbi-mortalidad del grupo infantil.

Metas:

Cubrir el 80% del grupo infantil

Inscribir al 100% de la cobertura.

Población:

De 0 a 4 años 826

Cobertura 80%: 660

La visita domiciliaria será llevada a cabo por la promotora. Esta visita que se plantea en este renglón es la misma que se planteó para el grupo materno. Esto es que, en una misma visita se plantearán los dos cuestionarios. Para el grupo infantil la interrogación se dirigirá para averiguar:

- a) Cuántos niños menores de un año hay en la familia.
- b) Cuántos niños de 1 a 4 años hay en la familia.
- c) Sexo de los niños.
- d) Nombre de los niños.

La promotora expondrá a la madre y padre la conveniencia de inscribir a sus hijos en el programa. Si los padres acceden les proporcionará contraseña para fecha de primera cita. Este dato también será anotado entre los llevados a la enfermera graduada. Cualquier signo o síntoma patológico, deberá referir al niño al EPS para sus respectivos exámenes.

Instrumento:	Promotora
Rendimiento:	Número de horas-visita al año y número de niños inscritos en el programa.

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Objetivos Específicos:

Disminuir el riesgo e índice de morir y enfermar para el grupo infantil.

Vigilar el crecimiento y desarrollo del infante con el propósito de detectar cualquier anomalía en los mismos y poderles ofrecer la ayuda requerida a cada caso y a tiempo.

Mejorar el nivel de salud del grupo infantil.

Proporcionar atención al niño en pleno crecimiento y desarrollo.

Metas:

Proporcionar atención al 80% del grupo infantil.

Proporcionar 5 controles para vigilar el crecimiento y desarrollo del grupo menor de un año y dos consultas por año al grupo de uno a cuatro años.

Población:

Menores de un año:	206
Cobertura: 80%	164
Niños de 1 a 4 años:	619
Cobertura: 80%	494

Se desarrollarán dos actividades:

- a) Vigilancia del crecimiento y desarrollo propiamente dichos.
- b) Inmunizaciones.

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:**Objetivos Específicos:**

Disminuir el riesgo e índice de morir y enfermar para el grupo infantil.

Vigilar el crecimiento y desarrollo del infante con el propósito de detectar cualquier anomalía en los mismos y poder ofrecerle la ayuda requerida a cada caso y a tiempo.

Mejorar el nivel de salud del grupo infantil.

Proporcionar atención al niño en pleno crecimiento y desarrollo.

Metas:

Proporcionar atención al 80% del grupo infantil.

Proporcionar 5 controles para vigilar el crecimiento y desarrollo del grupo menor de un año y dos consultas por año al grupo de uno a cuatro años.

Población:

Menores de un año: 206

Cobertura: 80% 164

Niños de 1 a 4 años: 619

Cobertura: 80% 494

Se desarrollarán dos actividades:

- a) Vigilancia del crecimiento y desarrollo, propiamente dichos.
- b) Inmunizaciones.

VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

Se llevará a cabo a través del control en consultas externas por el médico EPS y la enfermera auxiliar, con los niños captados por la promotora que lleguen espontáneamente y otros medios. Las normas de concentración serán las siguientes:

- a) Para el grupo menor de un año:

5 controles para crecimiento y desarrollo y 2 por morbilidad.

- b) Para el grupo de 1 a 4 años:

2 controles por año para el control de crecimiento y desarrollo y un control por morbilidad.

En el primer grupo los controles de crecimiento y desarrollo se llevarán a cabo al 1o., 4o., 6o., 9o. y 12o. mes. La primera, tercera y última consulta las llevará a cabo el EPS; la 2a. y la 4a. la enfermera auxiliar. Para este grupo todos los controles de morbilidad los llevará a cabo el EPS.

Para el segundo grupo los controles se harán cada 6 meses (2 por año). El primer control lo llevará a cabo el EPS y el segundo la enfermera auxiliar. Como se ha establecido un control por morbilidad por año para este grupo, todos ellos los llevará a cabo el EPS.

Para el grupo menor de un año, en el primer control el médico llevará a cabo un examen físico completo y exámenes de laboratorio (heces, orina, hemoglobina),

solamente si fueran necesarios, pues por la edad del niño se hace difícil la recolección adecuada, por ejemplo, de orina.

El control del crecimiento y desarrollo se llevará a través de las hojas establecidas por el INCAP (hojas con curvas de peso, talla, edad, sexo). La enfermera auxiliar tomará los signos vitales. La segunda y la cuarta consulta serán realizadas por la enfermera auxiliar y solamente se anotarán los aspectos relacionados con la hoja del INCAP.

Cualquier complicación en la evolución del crecimiento y desarrollo lo referirá al EPS. En el tercero y quinto controles el EPS repetirá los mismos procedimientos que en el primer control, excepto los exámenes de laboratorio.

Para el grupo de 1 a 4 años se llevará a cabo el control de crecimiento y desarrollo cada 6 meses, iniciándolo a los 6 meses del primer año de vida. Este primer control será evaluado por el EPS; el último control lo efectuará la enfermera auxiliar. Los exámenes de laboratorio se repetirán cada año y comprenderán: heces, orina y hemoglobina.

Para este mismo grupo se llevará la hoja de peso, talla, y edad y sexo del INCAP, descrita anteriormente. En los controles de la enfermera auxiliar sólo se anotarán los datos que competen a la hoja de crecimiento y desarrollo del INCAP. La auxiliar de consulta tomará los signos vitales en cada caso y apuntará las fechas de nueva cita indicada por los examinadores.

INMUNIZACIONES:

Objetivos Específicos:

Disminuir el riesgo de enfermar y morir debido a las enfermedades infecto-contagiosas que se pueden prevenir por vacunación, las utilizadas más frecuentemente.

Metas:

Cubrir el 80% del grupo infantil.

Población:

Niños de 1 a 4 años: 619

Cobertura 80%: 494

Las inmunizaciones se llevarán a cabo a través de:

- a) Inmunización continua.
- b) Inmunización periódica.

En el primer caso se refiere al programa de inmunización en la consulta externa del programa infantil. Se inmunizará a los niños inscritos en el programa y que no hayan sido inmunizados anteriormente por campañas nacionales de vacunación, excepto en el caso que no se haya continuado con los refuerzos. Las vacunaciones serán contra el siguiente grupo de enfermedades:

- a) Poliomielitis
- b) Tétanos
- c) Sarampión
- d) Tos ferina
- e) Difteria
- f) Tuberculosis

Seguidamente puede verse el cuadro que se establecerá para edades de vacunación:

EDAD DE VACUNACION Y VACUNAS PROPUESTAS PARA UTILIZAR EN EL PROGRAMA INFANTIL

Vacuna	1a. dosis	2a. dosis	3a. dosis
1. DPT	2o. mes	4o. mes	6o. mes
2. Antipolio	2o. mes	4o. mes	6o. mes
3. Antivariólica	15 meses		
4. Antisarampión	al año		
5. BCG	al nacer		

Las inmunizaciones en la clínica las realizará el EPS, disponiendo semanalmente de un horario específico para ello (por ejemplo, sábado por la mañana). Cada infante tendrá un carnet en el que se anotará: nombre de la vacuna, dosis y fecha en que se puso. La auxiliar de enfermería preparará semanalmente el equipo adecuado para las inmunizaciones.

En el segundo caso, (inmunización periódica), depende de las decisiones a nivel central o sea las campañas nacionales de vacunación. El personal integrante de este programa participará activamente con tales campañas.

Instrumento:

Médico EPS y enfermera auxiliar de consulta.

Rendimiento:

Número de vacunas puestas al año y número de horas dedicadas a la inmunización en la clínica de consulta externa del programa infantil y horas dedicadas en las campañas nacionales de vacunación.

ATENCION DEL NIÑO ENFERMO:

Atención del niño enfermo, excepto el niño DPC, síndrome diarreico y DHE. Se llevarán a cabo las siguientes actividades:

Visita domiciliaria

Consulta por morbilidad

VISITA DOMICILIARIA:

Objetivos específicos:

Captar tempranamente cualquier patología en el grupo infantil.

Disminuir el índice de enfermar y morir de este mismo grupo.

Metas:

Cubrir el 80% de la población en edad fértil

Inscribir el 100% de la cobertura

Población:

De 0 a 4 años: 826

Cobertura 80%: 660

La visita domiciliaria será llevada a cabo por la promotora y utilizará el tiempo estipulado anteriormente de una hora. Es la misma visita que para el grupo materno. En esta visita preguntará:

- a) Si hay algún enfermo entre los niños de 0 a 4 años.
- b) Signos y síntomas.
- c) Estado general: agudamente, moderadamente, levemente enfermo. Los niños moderada y agudamente enfermos los referirá al EPS inmediatamente. A los levemente enfermos les proporcionará contraseña para presentarse a cita, no más de 48 horas después de la visita domiciliaria. Los datos obtenidos los reportará diariamente a la enfermera, la cual los apuntará en el libro aparte para la atención del niño enfermo.

Instrumento:

Promotora

Rendimiento:

Horas anuales dedicadas a la captación del niño enfermo.

Número de casos referidos anualmente.

Consultas por Morbilidad:

Objetivos específicos:

Disminuir el índice de enfermar y morir del grupo infantil.

Proporcionar atención al niño enfermo.

Metas: Atender al 80% del grupo infantil.

Proporcionar: al grupo menor de un año dos controles por morbilidad.

Al grupo de 0 a 4 años:

un control por morbilidad.

Proporcionar atención hospitalaria al niño agudamente enfermo.

Población:

Niños menores de un año:	206
Cobertura 80%:	164
Niños de 1 a 4 años	619
Cobertura 80%:	494

Todos los niños referidos por la promotora, que lleguen espontáneamente o por otro conducto y enfermos, serán atendidos por el EPS, el cual como norma proporcionará dos consultas por morbilidad para el grupo menor de un año y una consulta por morbilidad para el grupo de 1 a 4 años. Estas normas pueden presentar excepciones, pues están sujetas al curso y evolución de la enfermedad del paciente. En el primer control el EPS llevará a cabo los exámenes necesarios e ingresará al niño agudamente enfermo para proporcionarle atención hospitalaria.

La enfermera auxiliar tomará los signos vitales y cumplirá los tratamientos inmediatos ordenados por el EPS el cual tendrá que seguir la evolución de los pacientes hospitalizados. Al egresar el paciente seguirá siendo controlado por el EPS en la consulta por morbilidad.

Instrumentos:

Médico EPS

Auxiliar de enfermería

Rendimiento:

Número de horas dedicadas anualmente a la atención del niño enfermo por cada instrumento.

Número de niños atendidos anualmente por el EPS.

ATENCIÓN DEL NIÑO CON DESNUTRICIÓN PROTEICO-CALÓRICA:Objetivos específicos:

Mejorar el nivel de salud del niño con DPC, diarrea, DHE.

Disminuir los riesgos de enfermar y morir por DPC, diarrea y DHE.

Proporcionar atención al niño desnutrido y sus complicaciones, haciendo hincapié en la diarrea y DHE.

Metas:

Cubrir el 80% del grupo infantil.

Inscribir el 100% de la cobertura.

Proporcionar suplemento del programa de CARE y vitamina "A" al niño con DPC grado II y III.

Proporcionar atención hospitalaria al niño con DPC complicado, síndrome diarreico con DHE moderado o severo.

ACTIVIDADES:VISITA DOMICILIARIA:

Será llevada a cabo por la promotora según los prolegómenos indicados para la visita de la misma. En la misma detectará:

- a) Si hay niños con DPC.
- b) Si los hay, el estado de los mismos: agudamente, moderadamente o levemente enfermo. Observará atentamente a los niños y apuntará si hay algún signo de DPC (edema, masas musculares fundidas, manchas café o exfoliaciones, pelo ralo), diarrea y DHE. Expondrá a los padres la conveniencia de inscribirlos en el programa. Proporcionará contraseña para la primera visita con el EPS. Todos estos datos los reportará semanalmente a la enfermera graduada quién los apuntará en libro para la atención del niño con DPC. Cualquier niño con DPC complicado será referido al hospital inmediatamente para evaluación con el EPS.

Instrumento:

Promotora

Rendimiento:

Número de horas dedicadas anualmente al programa en visita al niño DPC. Número de niños referidos semanalmente. Número de niños inscritos en el programa.

ATENCIÓN DEL NIÑO DPC:

Esta actividad será llevada a cabo por el EPS y la enfermera auxiliar de la consulta externa, con los pacientes referidos por la promotora, que lle - gue espontáneamente u otros medios.

En la primera consulta se establecerá el grado de la misma por medio de los patrones de peso para talla, según la edad y sexo establecido por el INCAP. Se llevará una ficha para cada paciente en donde se - apuntará la historia médica del mismo y su examen fí - sico y de laboratorio. Se le practicarán exámenes - de heces, orina y hemoglobina, los cuales serán pe - riódicos según el criterio del EPS.

Los controles se establecerán según las siguientes normas:

- a) Para el DPC grado I y II: cada cuatro meses.
- b) Para el grado III sin complicaciones: cada dos meses.

La periodicidad de estos controles se ha estableci - do arbitrariamente, por lo que están sujetos a la evolución de la enfermedad.

A todos los niños con DPC se les proporcionará su - plemento alimenticio (Programa de CARE) de tal mane - ra que ingieran un promedio de tres vasos diariamen - te. Igualmente se les proporcionará vitamina "A" en dosis de 25 a 50,000 unidades diarias según el esta - do, para los DPC grado II y III.

La forma de distribuir estos suplementos queda a discusión si se hará gratuitamente o a bajo costo - mensual. Sobre esto podemos adelantar que en los - hospitales y centros de salud es de moda utilizar - medicamentos que no tienen ninguna utilidad (por ejem - plo: pociones antidiarreicas simples o compuestas); siendo así podría utilizarse este dinero en comprar los suplementos apuntados.

Instrumentos:	Médico EPS Enfermera auxiliar de consulta externa
Rendimiento:	Número de horas EPS y auxiliar dedicados a la atención del niño DPC inscrito. Nú- mero de sobre o perlas de vitamina "A" repar- tidas.

ATENCIÓN DEL NIÑO CON SÍNDROME DIARREICO Y DHE:

El síndrome diarreico puede presentarse con DPC o sin ella, así como con DHE en sus diferentes grados.

Estos niños se captarán a través de la promotora, según normas establecidas anteriormente, que lleguen espontáneamente o por otros conductos. En la primera consulta se determinará: estado general, examen físico y de laboratorio (se hace hincapié en el de azul de metileno por ser práctico, fácil de hacer y su gran ayuda diagnóstica).

Si el síndrome diarreico es crónico y no complicado: exámenes de laboratorio pertinentes. Según los exámenes físicos y de laboratorio se dará tratamiento específico. Según la evolución del síndrome pueden darse controles por morbilidad (según edad) u hospitalización en caso de agudizarse. Se hospitalizarán a todos aquellos pacientes en los que teóricamente se sepa que la misma alteraría en forma positiva la evolución de la enfermedad.

En el síndrome diarreico agudo con DHE se dará tratamiento ambulatorio específico. Este paciente podría curar o desmejorar a DHE moderado. En esta caso se hidratará con soluciones intravenosas y se proporcionará tratamiento específico para la diarrea. A su vez este paciente puede mejorar o empeorar. En el primer caso se tratará ambulatoriamente y específicamente su causa de diarrea, según así se determine por historia, examen físico y de laboratorio. En el segundo caso se hospitalizará para tratamiento intensivo.

Para la hidratación de los pacientes con DHE moderado y severo tendría que crearse un departamento de hidratación. En los casos agudos de DHE sólo se administrarán los tratamientos intensivos en este departamento y si fuere menester, trasladándolos luego a sus respectivas cunas. La creación de este departamento tiene varias ventajas:

- a) Permite una mejor vigilancia en la hidratación de los pacientes.
- b) Evitaría la hospitalización innecesaria de pacientes con DHE moderado, que al evolucionar en buena forma se les podría tratar ambulatoriamente.
- c) Disminución del costo de hospitalización.

El síndrome diarreico se tratará según su etiología - en cada uno de los casos. Todos los casos con DHE severo y/o complicaciones de otro tipo se hospitalizarán.

La auxiliar de enfermería se encargará de cumplir.

NORMAS DE EVALUACION DEL PROGRAMA

La evaluación del programa será longitudinal, (constante) y vertical (periódica).

Longitudinal, pues se estará evaluando a través de la evolución en la marcha del mismo, con resultados parciales (semanalmente, mensuales). Vertical, pues anualmente se analizarán los resultados de todos los componentes. Estas evaluaciones se llevarán a cabo en base a indicadores para cada contenido o proceso.

1. Así, y para la evaluación del contenido se analizará si los aspectos técnicos y científicos se están llevando de acuerdo a las necesidades de la comunidad, (por ejemplo, es la DPC un problema del área, al cual debe dedicarse atención especial, se justifica la utilización de fumarato ferroso en administración continua a la embarazada).

2. Para la evaluación del proceso se analizará si se están cumpliendo las funciones:

2.1 Curativa

2.2 Preventiva, del programa M.I. (por ejemplo, se está vacunando a la población planeada contra la tuberculosis).

3. La evaluación de la estructura:

Si se cuenta con el equipo humano y material planeado para la elaboración del programa. Se evaluará si estos recursos están siendo correctamente utilizados a través de las horas que se ha planeado sean dedicados a cada unidad o, por ejemplo, el número de consultas que serán realizadas

durante el año para determinada actividad. Para el material se evaluará, por ejemplo, si se ha repartido el número de tabletas estipuladas a los pacientes con DPC grado II y III.

4. Evaluación por la Comunidad:

Definitivamente la evaluación no debe ser unidireccional. El paciente o sus protectores tienen derecho a opinar, criticar y censurar la actividad de los que intervienen en el programa. Después de todo ellos son la razón de las justificaciones para aliviar el dolor. En ellos el médico verá la razón de si mismo: negarse o motivarse para expresar su razón de lucha.

La comunidad debería estar organizada en comités de salud, los cuales absorvieran la opinión y el sentir de la misma. Un comité de salud de esta índole, que transmitiera el pensar de su pueblo, podría dialogar con el equipo del programa M.I. para mejorar, cambiar o corregir cualquier componente del mismo. El comité criticaría sobre la actuación de los recursos naturales de la comunidad.

5. Resultados o Eficacia: (Evaluación Interna)

La evaluación interna se refiere al grado de eficiencia y productividad de los recursos utilizados. Es una autoevaluación. Para llevarla a cabo se utilizará la supervisión, evaluada a su vez por:

Cobertura alcanzada y su comparación con respecto a las planteadas.

Metas alcanzadas y su comparación respecto a las planteadas.

Objetivos alcanzados y su comparación con respecto a lo planeado.

Lo anterior se refiere a la evaluación final. Con respecto a la longitudinal se tomará en cuenta a través de los reportes e informes que refieran constantemente al personal integrante del programa.

Así por ejemplo:

Número de controles prenatales y número de partos atendidos por comadrona.

Número de consultas prenatales y partos atendidos por el EPS y la auxiliar.

Número de niños DPC atendidos durante un mes.

Número de consultas proporcionadas en un mes para el control del crecimiento y desarrollo.

6. Efectos o Eficacia: (Evaluación Externa)

Como habíamos mencionado, la comunidad tiene derecho a decidir, criticar y señalar errores. Tiene derecho a evaluar el programa a través del alcance o grado de profundidad que el mismo está provocando en ella, debe participar en la evaluación sobre

FLUJO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA

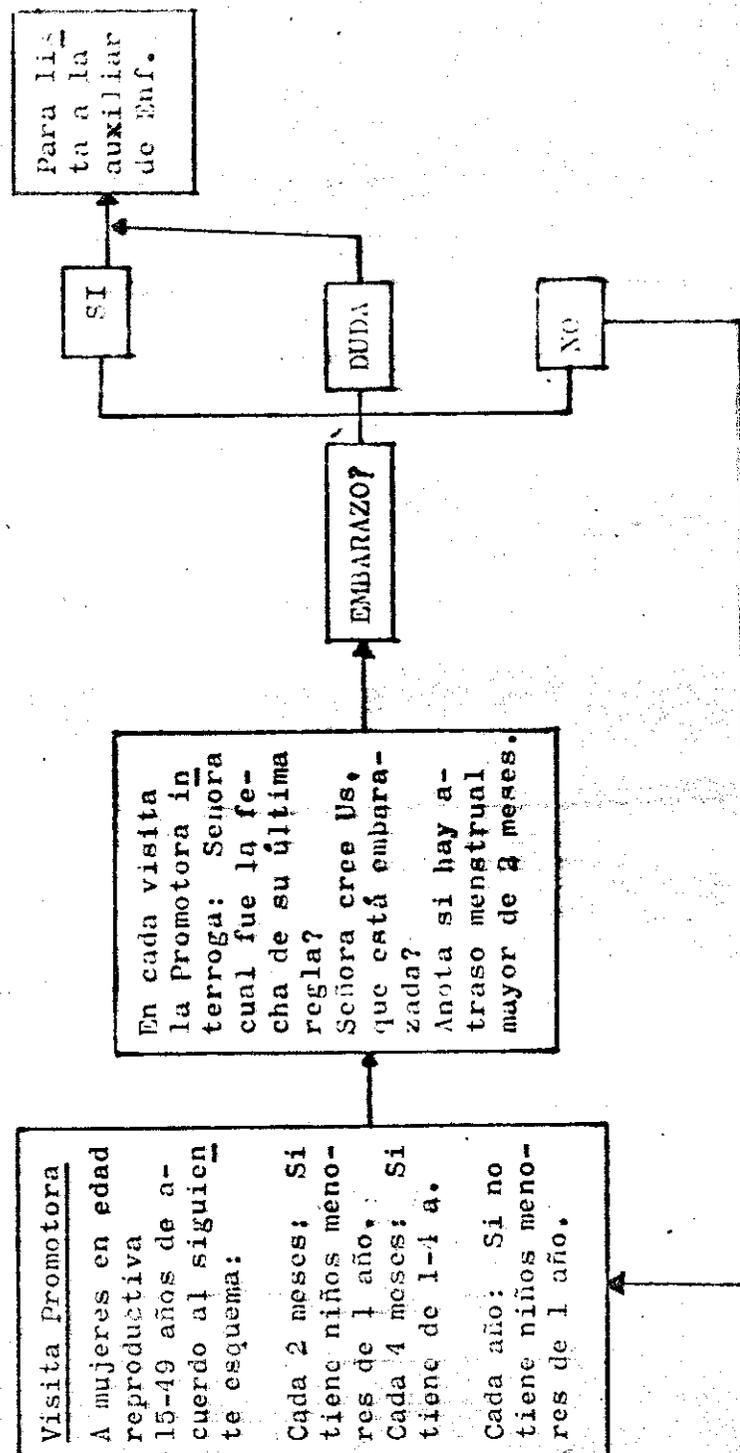


DIAGRAMA No. 2.

FLUJO DE SEÑORAS CON SOSPECHA DE EMBARAZO.

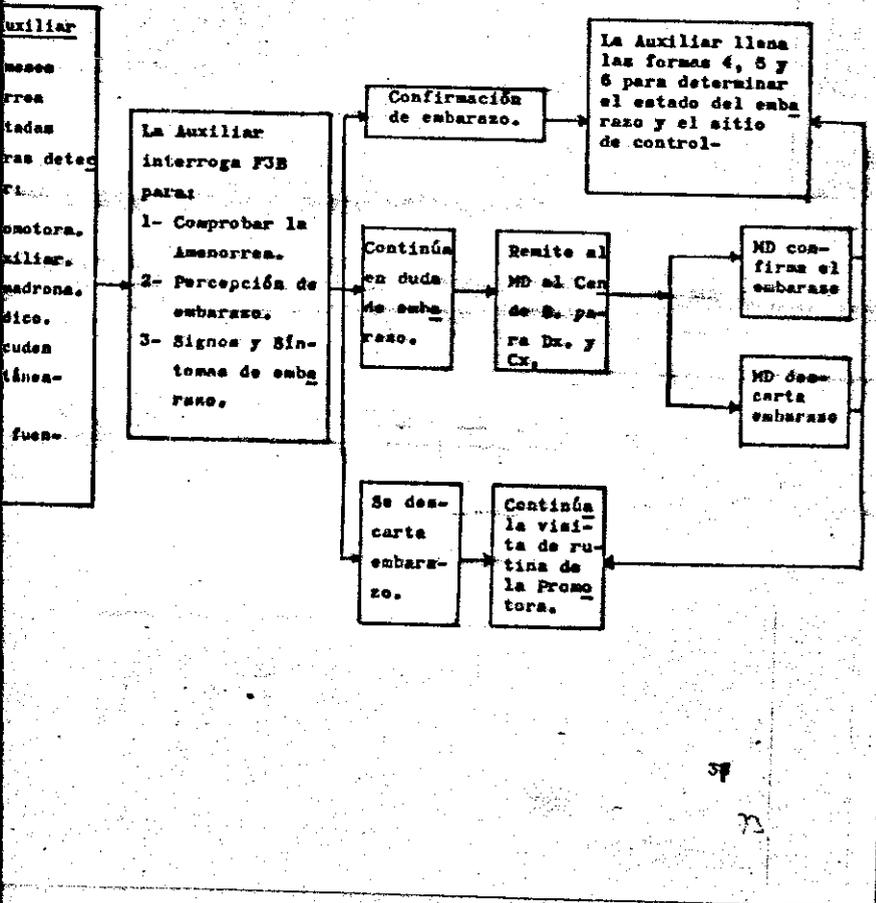
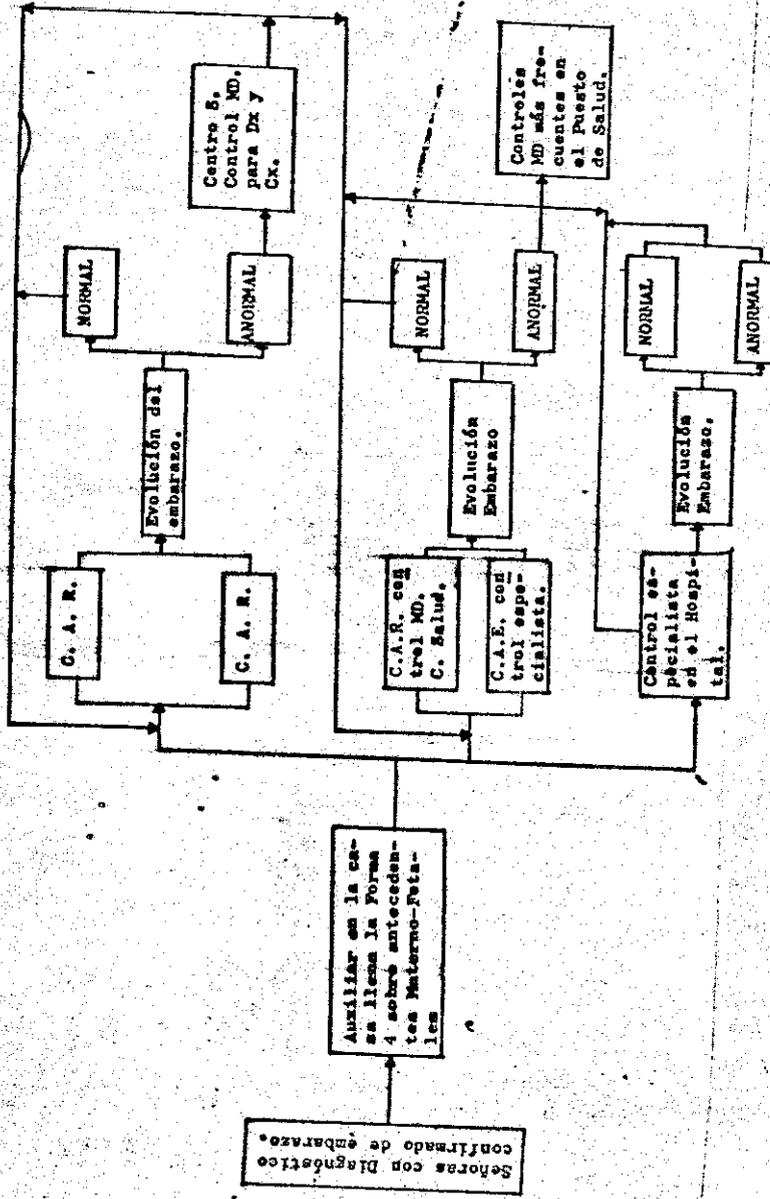
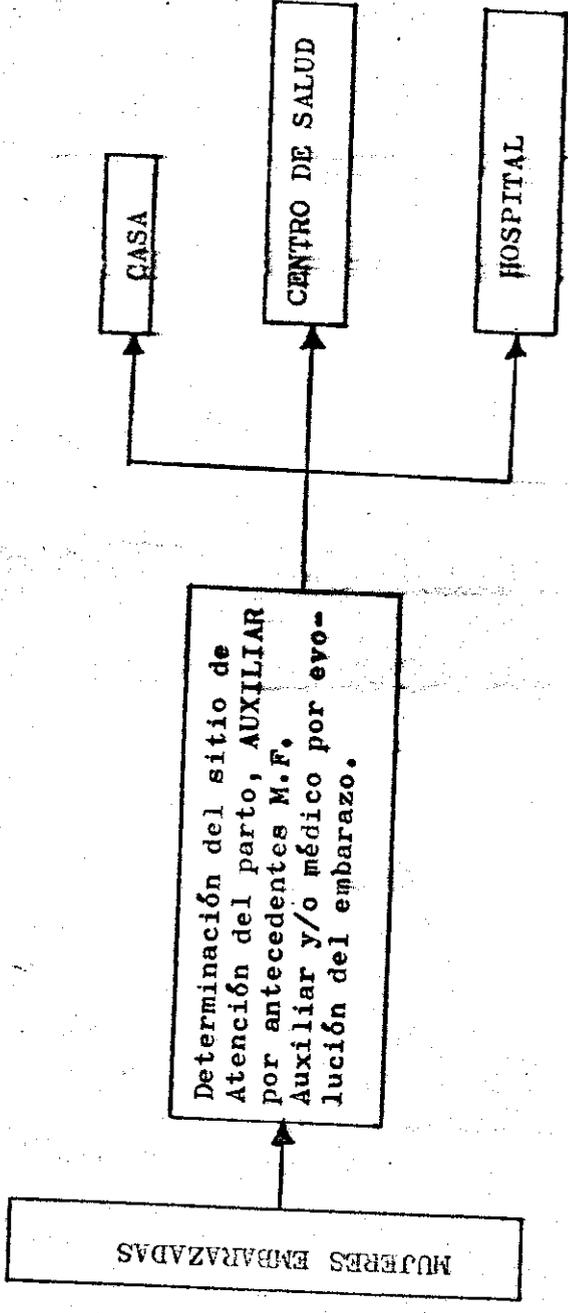


DIAGRAMA No. 3.

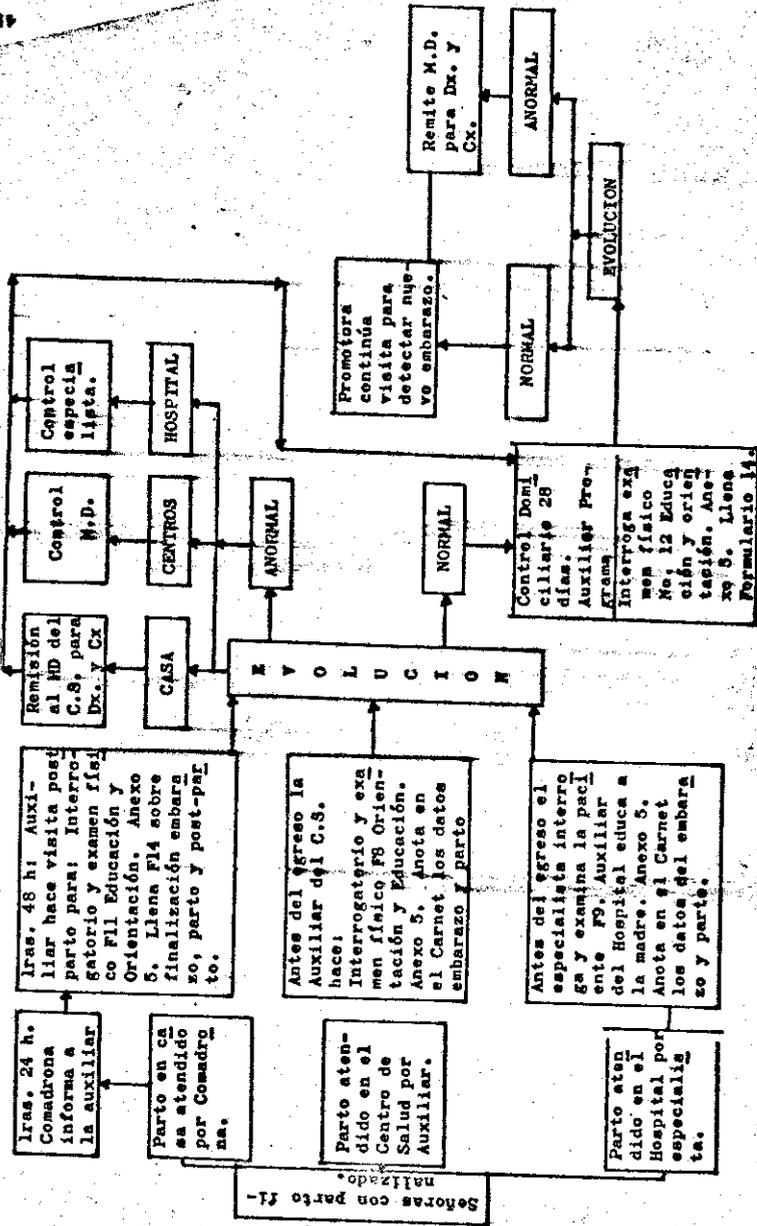
DIAGRAMA DE FLUJO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS



FLUJO DE PACIENTES PARA LA ATENCION DEL PARTO



FLUJO DE PACIENTE EN EL POST-PARTO INMEDIATO Y 28 DIAS



los alcances de los cambios cualitativos y cuantitativos logrados. De esta forma podrá ver hasta donde, en los frutos del programa, tiene que declararse satisfecha o preocupada.

Se analizará la opinión que tiene el comité de salud y el interesado sobre las acciones que se realizan en su favor, tomando muy en cuenta sus sugerencias para mejorar o modificar dichas acciones.

Los cambios cualitativos y cuantitativos se medirán en base a cambios de mortalidad y morbilidad que se establezcan en el municipio a partir de la fecha de iniciación del programa, así como los cambios de hábitos y educación.

CONCLUSIONES:

1. La segunda hipótesis presentada queda demostrada, puesto que en la planificación efectuada se observó que puede mejorarse el nivel de salud de las poblaciones de municipios de primera, segunda, tercera y cuarta categoría mediante la racionalización en el uso de los recursos disponibles.
2. La distribución de población por edad y sexo del municipio de Santa Apolonia al igual que a nivel nacional, posee el más alto porcentaje el grupo materno infantil, reflejando de esta forma la mayor exposición de los daños de la población.
3. Los problemas de salud a nivel nacional están condicionados a las situaciones biológicas, sociales y culturales y mientras se siga aceptando el actual estado seguiremos observando problemas grandes de salud.
4. En el área rural la atención al grupo materno infantil se encuentra en manos de personal con poco entrenamiento y capacitación, contribuyendo de esta forma a elevar el porcentaje de daño a la población.
5. El personal laborante en la atención del grupo materno infantil posee pocos conocimientos sobre programación de la atención del grupo materno infantil.

6. En el municipio de Santa Apolonia, anteriormente no se ha puesto en marcha programas de salud que den atención al grupo materno infantil.
7. En la actualidad el diagnóstico de defunciones es efectuado en su mayoría por personal que no labora en salud, conociendo la causa de muerte por sus síntomas o signos y no por su nombre.
8. Las causas de morbilidad más frecuentes en niños menores de 1 año fueron enfermedades de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas y otras enteritis y amebiasis.
9. Entre las causas de mortalidad, sin tomar en cuenta las producidas por el terremoto de febrero de 1976, se encuentran las producidas en el período perinatal como lesiones al nacer, partos distócicos y otras afecciones anóxicas e hipóxicas perinatales; las enfermedades infecciosas de tipo respiratorio y gastro intestinal.

RECOMENDACIONES:

1. Tomar en cuenta los medios de adaptación para los que laboran en salud, para que a través de estos conozcan las necesidades reales y de una manera más rápida comprendan la situación en que trabajan.
2. Dar mayor información y más adiestramiento al personal laborante en la atención del grupo materno infantil sobre las bases y finalidades de programas de atención materno infantil.
3. Se le debe dar mucha importancia al mecanismo de adaptación que ofrece la acción de salud y el que la recibe, siendo conveniente que el primero adapte sus acciones y sus costumbres hacia quien recibe la acción de salud.
4. Se debe tomar muy en cuenta la elaboración del presente programa materno infantil, pues fue elaborado en base al material humano y recursos reales existentes en la población y el cual cubre las necesidades de por lo menos el 80%.
5. Adaptar a las necesidades reales las actividades dirigidas y programadas de las comadronas y promotores de salud.

6. Incrementar la formación de comités de salud y pro-mejoramiento del municipio.
7. Adoptar un sistema por medio del cual se establezca el diagnóstico de defunción por el propio EPS, en forma retrospectiva a cada caso y así dejarlo como dato estadístico fijo en la municipalidad de Santa Apolonia.

BIBLIOGRAFIA

1. Castillo Guerra, Miguel Angel. Diagnóstico de salud del grupo materno infantil y elaboración de un programa materno infantil, del municipio de Lanquín, Alta Verapaz. 1975. Tesis.
2. López Cruz, Sergio Raúl. Programa de atención materno infantil, sub-programa de adiestramiento de promotores y comadronas para el municipio de San Benito, Petén. 1976, una propuesta. Tesis. Médico y Cirujano.
3. Nelson Waldo. et al. Trabajo de Pediatría. Salvat editores, Barcelona. 6a. Ed. 1973.
4. Poblaciones calculadas. Dirección General de Estadística. Ministerio de Economía. 1972.
5. Poitevan Paz, Rolando. Analista II. Población por comunidades, años 1976-1980. República de Guatemala, departamento de Chimaltenango. División de Programación y Servicios Técnicos Generales. Departamento de Estadística DGSS.
6. Secretaría de Salud Municipal. Universidad del Valle, División de Salud: Programa de atención médica; sub-programa materno infantil, reunión del grupo de trabajo Cali. Julio y agosto 1977.
7. Sch Narcz, Ricardo. et al. Obstetricia. Editorial El Ateneo. 3a. Ed. 1970. Reimpresión 1973.

Ateneo
 Br. Tulie A. Hernandez Luna

T. Salvador Herrera
 Asesor

Dr. T. Salvador Herrera

Maria Salazar de Estrada
 Revisor
 Dra. Ana María Salazar de Estrada

Julie de León M.
 Director de Fase III
 Dr. Julie de León M.



Raul A. Castillo
 Secretario General

Raul A. Castillo

Vo.Bo.



Rolando Castillo Mentalve
 Decano

Rolando Castillo Mentalve