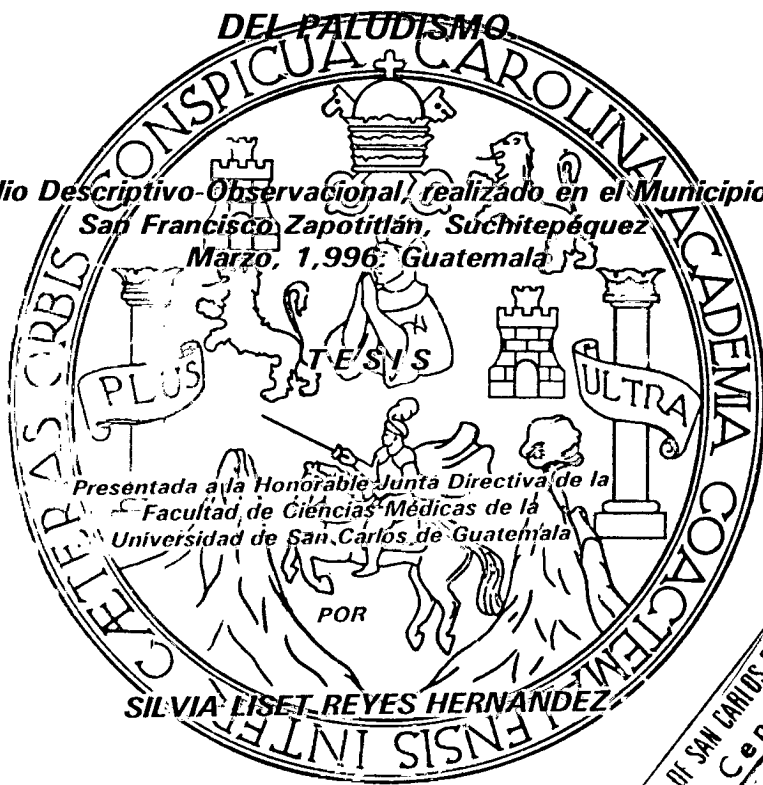


**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**"CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS
DE LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS,
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DEL PALUDISMO.**

*Estudio Descriptivo-Observacional, realizado en el Municipio de
San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez
Marzo, 1,996, Guatemala*



*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

SILVIA LISET REYES HERNANDEZ

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, mayo de 1996

DL
OS
T(3039)

Guatemala, 9 de abril 1996

Doctor:
Carlos Humberto Escobar Juarez
Coordinador de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas


Doctor Escobar:

Atentamente informo a usted que asesoré el informe final de tesis de la estudiante Silvia Liset Reyes Hernández, número de carnet 90-14131, el cuál se titula "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PALUDISMO", estudio descriptivo-observacional, que se efectuó en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepequez, marzo de 1996.

Personalmente considero que el informe final cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis, por lo cual doy mi aprobación para el mismo.

Sin otro en particular.

Atentamente,


Dr. Angel R. Lemus Palacios
Medico y Cirujano

Col. Activo No. 5,541



Guatemala, 9 de abril 1996

Doctor:

Carlos Humberto Escobar Juarez
Coordinador de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Doctor Escobar:

Atentamente informo a usted que he revisado el informe final de tesis de la estudiante Silvia Liset Reyes Hernández, número de carnet 90-14131, el cuál se titula "CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PALUDISMO", estudio descriptivo-observacional, que se efectuó en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepequez, marzo de 1996.

Personalmente considero que el informe final cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis, por lo cual doy mi aprobación para el mismo.

Sin otro en particular.

Atentamente,



Dr. Joel Sical Flores
Número de personal 6483

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Dirección General de Servicios de Salud
SERVICIOS DE SALUD SUCHITEPEQUEZ
MAZATENANGO, GUATEMALA, C. A.

NUM.	_____
REF.	_____

Al contestar sírvase mencionar el
Número de referencia de esta Nota.

Mazatenango, 9 de febrero de 1,996

Doctor:
Carlos Humberto Escobar Juarez
Coordinador de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Doctor Escobar:

De manera atenta y respetuosa me dirijo a usted, para informarle que se autoriza a la Bachiller Silvia Liset Reyes Hernández, para que realice su trabajo de Campo, titulado CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MEDIDAS PREVENTIVA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PALUDISMO, a realizarse en el Puesto de Salud de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez.

Atentamente,

~~Dr. Marco A. Rodas Monge~~
~~Director Centro de Salud.-~~



SALUD PARA TODOS LOS GUATEMALTECOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Of. APR-007-96

Guatemala, Abril 24 de 1996

Doctor (a)
SILVIA LISET REYES HERNANDEZ
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
USAC

Presente.

Estimado Doctor:

Por este medio le saludo y hago de su conocimiento que el Informe Final de Tesis del estudiante SILVIA LISET REYES HERNANDEZ, titulado CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PALUDISMO ha sido **RECIBIDO**, y luego de revisado se ha establecido que cumple con los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por lo que es autorizado para realizarlo según la metodología propuesta.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Respetuosamente,

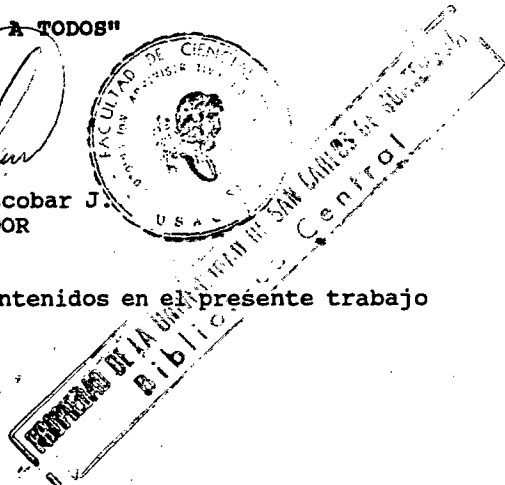
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. Carlos Escobar J.
COORDINADOR



NOTA: La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es responsabilidad única del autor.

apme



EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

HACE CONSTAR QUE:

El (La) BACHILLER : SILVIA LISET REYES HERNANDEZ

Carnet Universitario No. 9014131

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al Título de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PALUDISMO.

Trabajo asesorado por:

Doctor ANGEL LEMUS PALACIOS

y revisado por:

Doctor JOEL SIGAL FLORES

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, Abril 24 de 1996.

UNIDAD DE TESIS

DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:


Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO

INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI. METODOLOGIA	20
VII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION.	24
VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS	26
IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
X. CONCLUSIONES	34
XI. RECOMENDACIONES	35
XII. RESUMEN	36
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
XIV. ANEXOS	40

I. INTRODUCCION

El paludismo, es una enfermedad infecciosa, transmisible de amplia distribución mundial, la cual requiere una estrecha vigilancia epidemiológica realizada a nivel de cada región de salud, para adoptar oportunamente las medidas adecuadas para su control.

Guatemala se ha considerado un país endémico de paludismo, presentando en 1,994 una tasa de 189.07 por 100,000 habitantes, ubicándose en la tercera posición de las enfermedades de notificación obligatoria.⁽¹⁰⁾

En nuestro país existe poco personal calificado de salud, por lo que las poblaciones rurales, tienen que acudir a personas propias de la comunidad para satisfacer sus necesidades de salud, por esta razón, se considera necesario realizar capacitación adecuado al personal voluntario.^(10,11)

Tomando en cuenta la importancia del paludismo en todo el territorio guatemalteco. Se realizó el presente estudio, evaluando el conocimiento y prácticas de los promotores de salud sobre medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, contando con la colaboración de 30 promotores de Salud activos.

Los resultados de la evaluación permiten conocer que los promotores de salud, no han sido capacitados por la unidad de malaria. Únicamente el 43.33% sabe que es el paludismo y el 26.67% conoce medidas preventivas de esta enfermedad, ninguno de ellos conocen la técnica de la toma de gota gruesa y el esquema del tratamiento presuntivo.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

El paludismo es una enfermedad infecciosa, transmisible, caracterizada por fiebre, anemia y esplenomegalia.

Es infecciosa porque es originada por la presencia y multiplicación de parásitos del género Plasmodium en el cuerpo humano. Transmisible, porque requiere imprescindiblemente de un vector (mosquito del género anopheles), para que el parásito pase de una persona enferma a una sana, mientras la primera tenga gametocitos circulantes en su sangre. El síntoma principal es una fiebre elevada y remitente, aparte de anemia causada por la destrucción masiva de glóbulos rojos parasitados y la esplenomegalia resultante del esfuerzo del cuerpo humano para restituir los glóbulos rojos destruidos. ^(1,06)

La enfermedad ha diezmado a la humanidad desde tiempos inmemoriales, y las víctimas cobradas, sumaban a millones de seres por año, hasta hace poco. Las campañas organizadas para combatir este mal lo han erradicado en varias partes, liberando poblaciones enteras de la enfermedad, en muchos países del planeta. ⁽²⁰⁾

Guatemala es la excepción; para 1,994, presentó una tasa de paludismo de 189.07 por 100,000 habitantes, ubicándose en la tercera posición de las enfermedades de notificación obligatoria. ⁽¹⁹⁾

El departamento de Suchitepéquez en 1,994, presentó una tasa de paludismo de 156.10 por 100,000 habitantes, se considera como uno de los departamentos de importancia para la erradicación de esta enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Tomando en cuenta que el paludismo, es una enfermedad de importancia en nuestro país, ya que cobra varias víctimas por año. Se ha organizado con el fin de terminar con este flagelo y sus consecuencias, los servicios de erradicación, por la división de malaria. La estrategia adoptada, está basada en el siguiente principio: puede exterminarse la malaria de una región endémica, curando los enfermos y combatiendo el mosquito transmisor, de esa forma se llega al agotamiento del parásito y desaparecen los factores de transmisión. ⁽²⁰⁾

El presente estudio se realizó en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, ya que es una área importante para esta enfermedad, en el año de 1,994, presentó una tasa de paludismo de 2.33 por 1,000 habitantes. ⁽¹⁹⁾ Identificando la importancia de esta enfermedad en este Municipio, y

considerando que no cuenta con personal capacitado por la división de malaria. Se realizó una evaluación a los promotores de salud, sobre conocimientos y prácticas que poseen en medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo.

III. JUSTIFICACION

El paludismo, es una enfermedad transmisible de amplia distribución mundial, ha vuelto a constituir en nuestro país, una de las primeras causas de morbilidad. El comportamiento de esta enfermedad en 1,994, fue de 189.07 por 100,000 habitantes, pero ocurren epidemias frecuentes en diversas áreas del país, lo cual requiere una estrecha vigilancia epidemiológica realizada a nivel de cada región de salud, para poder adoptar oportunamente las medidas de control más adecuadas y recomendadas por la división normativa correspondiente.^(01,05, 15, 16)

En muchos países en vías de desarrollo en donde hay falta de personal calificado de salud, las poblaciones rurales, tienen que acudir a personas propias de la comunidad, para satisfacer sus necesidades más urgentes. Esta situación condujo a la capacitación del personal propio de la comunidad.^(03, 11)

El presente estudio se realizó en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, ya que es una área, que para el año de 1,994 presentó una tasa de paludismo de 2.33 por 1,000 habitantes. No cuenta con personal capacitado por la división de Malaria. Considerando que es una región donde el 65% de la población vive en área rural, es indispensable, la participación del promotor de salud, por ser el personal que se identifica con las necesidades de su propia comunidad. Es de importancia evaluar el conocimiento y prácticas de los promotores de salud, sobre medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo, para adoptar una estrategia adecuada donde pueda exterminarse la malaria de una región endémica, curando los enfermos y combatiendo al mosquito transmisor.

IV. OBJETIVOS

GENERALES:

1. Identificar el conocimiento y prácticas de los promotores de salud, del Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, sobre medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo.

ESPECIFICOS:

1. Evaluar el conocimiento que poseen los promotores de salud sobre medidas preventivas del paludismo.
2. Identificar si el promotor de salud, realiza la toma de gota gruesa con la técnica apropiada, para confirmar el diagnóstico de Paludismo.
3. Describir el tratamiento presuntivo que el promotor de salud, proporciona a los pacientes con paludismo.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

PALUDISMO:

DEFINICION; El paludismo es una enfermedad causada por protozoarios, transmitida al hombre por picadura de mosquitos anopheles. Se caracteriza por fiebre, escalofríos, esplenomegalia, anemia y evolución crónica recurrente. A pesar de los resultados impresionantes del programa de erradicación del paludismo iniciado en 1,956, patrocinado por la organización mundial de la Salud en muchas regiones del mundo las dificultades técnicas y socioeconómicas han permitido el resurgimiento de la enfermedad. En consecuencia, ahora el paludismo sigue siendo, como fue por siglos, uno de los problemas más graves entre las enfermedades infecciosas en todo el mundo.^(01, 05, 15, 22)

DATOS HISTORICOS:

La malaria o paludismo ha afectado a la humanidad desde las épocas más remotas. Los antiguos escritos médicos de China, Asiria e India, describen las fiebres intermitentes maláricas y las atribuyen a espíritus diabólicos. En el siglo V. A.J., Hipócrates diferenció las fiebres cotidianas, tercianas y cuartanas, y describió los síntomas de la enfermedad, atribuyéndolas a los vapores y miasmas de los pantanos y marismas. Por veinticinco siglos las enseñanzas hipocráticas se mantuvieron y reforzaron con la observación que la desecación de los pantanos disminuía los casos de malaria (mal-aire) o paludismo (palus; pantano). Las dos últimas décadas del siglo XIX fueron decisivas en la historia de la malaria. En 1,880, Laveran en Constantina, descubrió formas asexuadas y gametos de *P. Falciparum*, McCallum en 1,897, describe el ciclo sexual, en 1,898, Grassi, Celli, Marchiafava y Golgi, en Italia, investigando malaria en humanos, demostraron que el parásito se desarrolla en hembras del mosquito *Anopheles* y es transmitido por picadura. Short y Garnham descubren el ciclo exoeritrocítico. Los griegos y romanos, con el objeto de obtener tierras productivas desecaron pantanos y en esa forma fueron los iniciadores del control del paludismo.

En Guatemala, según Martínez Duran, la mitología maya tenía entre sus deidades a Kukulcán, dios omnipotente que curaba las fiebres. Probablemente la enfermedad fue confundida en las descripciones de la epidemias y pestes que azotaron al país. Las primeras referencias que hace suponer sea de malaria es la tesis de Rodríguez, fiebre intermitentes, 1,852. En 1,922 el Carro Dispensario, auspiciado por la Fundación Rockefeller, atendía las poblaciones ubicadas a lo largo de la línea férrea. En 1,927 se organizó la Dirección General de Sanidad Pública, fundando sus laboratorios. En 1,955, se organizó

el SNEM y en 1,956, se promulgó el Dto. Leg. 1,080, ley de Erradicación de la Malaria. ^(01, 05, 15)

DITRIBUCION GEOGRAFICA:

Cosmopolita, prevalece en regiones tropicales y subtropicales, pero también en algunas de las zona templadas. ⁽⁰¹⁾

ETIOLOGIA:

El paludismo se adquiere habitualmente por picaduras de los mosquitos anofelinos hembras previamente infectados. La evolución habitual es la siguiente:

BASE PRE-ERITROCITARIA: Los esporozoítos inyectados en el torrente sanguíneo por la picadura del mosquito alcanzan los sinusoides del hígado y penetran en el citoplasma de las células hepáticas. El crecimiento y la división nuclear son rápidos. y se forman quistes microscópicos -esquizontes- que contienen merozoítos. La mayor parte de los quistes de todas las especies se rompen al final de los 6 a 15 días de desarrollo, liberando millares de merozoítos que penetran en los hematíes. El período de incubación entre la picadura del mosquito infectante y la presencia de parásitos en la sangre, varía con las especies, con *P. Palciparum* es de 10-13 días, con *P. Vivax*, *P. Ovale* es de 12-16 días y con *P. Malaria* es de 27-37 días, dependiendo del tamaño del inóculo. El paludismo transmitido por la transfusión de sangre infectada se hace aparente en un período más corto.

FASE ERITROCITARIA: Los merozoítos que invaden los hematíes aparecen al principio de los frotis teñidos como anillos o bandas azulados de citoplasma, con uno u ocasionalmente dos, puntos rojos de cromatina nuclear. Los parásitos en crecimiento se denominan trofozoítos, y apareciendo con ellos en los hematíes existen gránulos de pigmento amarillo-marrón, constituidos por la hematina derivada de la hemoglobina consumida por el parásito para cubrir sus necesidades de proteínas. La forma del microorganismo varía durante el crecimiento, hasta que se vuelve redondo y, con el pigmento diseminado se agrupado, casi rellena el eritrocito, que en el caso de *P. Vivax*, está aumentado de tamaño y punteado.

El núcleo del parásito se divide ahora asexualmente varias veces, su citoplasma está dispuesto alrededor de los nuevos núcleos y el pigmento se agrega en grandes acúmulos. Aquellos merozoítos que escapan a la inactivación por las inmunoglobulinas o la fagocitosis penetran en nuevos hematíes. Por consiguiente, comienza un ciclo asexual cada vez que una nueva tanda de

REPUBLICA ARGENTINA
Ministerio de Sanidad y Asistencia Social
Buenos Aires

merozoítos invade los hematíes. Este ciclo, cuya duración es de importancia clínica considerable, dura 48 horas en el paludismo Falciparum, Vivax y Ovale, es de 72 horas en la malaria cuartana. El paroxismo clínico palúdico tiene lugar solamente cuando han ocurrido suficientes ciclos para producir la cantidad de material parasitario, pigmento y restos eritrocitarios requeridos para inducir reacciones febriles o de otro tipo.

Algunos de los parásitos en crecimiento no se dividen, permaneciendo el núcleo intacto durante el período de maduración. Estos se diferencian en formas masculinas o femeninas denominadas gametocitos, que carecen de importancia clínica, pero que son capaces de infectar a los mosquitos que se alimentan del paciente. ^(05, 15)

EPIDEMIOLOGIA:

El paludismo es endémico en diversas partes de África, Asia y Sudamérica, donde los factores ambientales que incluyen temperatura, humedad y agua estancada, facilitan el crecimiento de los mosquitos y es donde ellos se encuentran en contacto estrecho con el hombre. ⁽¹⁵⁾

Los epidemiólogos consideran que la enfermedad es endémica donde hay una incidencia de casos constantes y mensurables transmisión natural durante un largo período de años. Es epidémico donde la incidencia de casos se eleva en forma rápida por encima de lo normal, o bien allí donde la enfermedad aparece de modo inesperado en un área antes no palúdica.

El mosquito anopheles sólo puede infectarse en las regiones donde la población posee gametocitos en su sangre. Los niños, pueden ser importantes en éste aspecto.

El paludismo congénito al paso del agente etiológico a través de la barrera placentaria, es un hecho que puede ocurrir, si bien es raro. ^(01, 04)

Guatemala es uno de los países que ha presentado mayor actividad malárica. Se localiza en la zona tórrida del globo básicamente entre los 14.0 a 17.8 latitud norte y los 88.2 a 92.0 longitud oeste. Esta situación geográfica ofrece condiciones ecológicas ideales para la existencia y transmisión de varias enfermedades tropicales. ^(06, 24)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Después de una incubación de 10-14 días (fase exoeritrocítica) se presenta un malestar indefinido, seguido de escalofríos fuertes y luego una rápida elevación de la temperatura, acompañada generalmente de dolor de cabeza y náusea,

para terminar, algunas horas después, en una sudoración profusa. Después de un intervalo afebril se repite el ciclo de escalofríos, fiebre y sudor que ocurren cada 24, 48, ó 72 horas; según la especie parasitaria causante debe señalarse que la remitencia clásica de la temperatura, solamente se observan después de algunos días de evolución, no desde el inicio. (15, 16, 22)

DIAGNOSTICO:

1. **CLINICO:** Los caracteres de los accesos agudos de fríos y fiebre permiten hacerlo en áreas endémicas, el diagnóstico diferencial se plantea con proceso febriles como: fiebre tifoidea y paratifoidea, absceso hepático, pielonefritis, tuberculosis, leishmaniasis visceral, dengue y septicemias.
2. **DE LABORATORIO:** Los métodos directos más empleados son el frote y la gota gruesa, fijado el primero con alcohol metílico y la segunda sin fijación, teñido ambos con derivados del Romanowsky; Leishman, Wright, Field o Giemsa. Hay acuerdo en que el momento más conveniente para la toma de muestra de sangre es después del paroxismo febril y en caso de resultados negativos repetir los exámenes cada 6 a 8 horas, durante 3 días seguidos. Con métodos indirectos se utilizó la reacción de fijación del complemento. Actualmente hay técnicas de HAI (hemaglutinación indirecta), AFT (anticuerpos fluorescentes) y ELIZA (inmunoenzimas). (10)

TRATAMIENTO:

1. **GENERAL:** En el ataque agudo el paciente debe descansar en cama, con compresas húmedas para combatir la fiebre, aspirina o sedantes contra el dolor de cabeza y el malestar general y regulación de líquidos y sales. El enfermo crónico, anémico e hipotenso, débil y agotado, puede necesitar transfusiones de sangre, extractos hepáticos, hierro y una alimentación rica en proteínas y vitaminas.
2. **QUIMIOTERAPIA:** Las drogas antimaláricas en uso se agrupan así:
 - A. QUININA
 - B. ATEBRINA
 - C. CLOROQUINA, AMODIAQUINA
 - D. PRIMACRINA
 - E. CLOROGUANIDA
 - F. PITIMETAMINA

Todos tienen acción sobre las formas asexuales provenientes de la esquizogonia eritrocítica, solamente la primaquina en las formas exoeritrocíticas. La más tóxica es la primaquina le siguen la quinina y atebrina. El resto son de toxicidad más moderada. ^(01, 05)

PRIORIDAD DEL TRATAMIENTO:

Toda persona diagnosticada como sospechoso o confirmado de malaria debe recibir inmediatamente tratamiento radical, de acuerdo al esquema propuesto por el manual de Vigilancia Epidemiológica.

Se recomienda utilizar el siguiente esquema para el tratamiento radical, en el momento de obtener la muestra hemática.

**ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN CURA RADICAL EN CASOS A:
P. PALCIPARUM**

DIA	CL	PR	CL	PR	CL	pr	CL	pr	CL	pr	CL	pr
1	4	1	3	1	2	2	1	1	1	0.5	0.5	0.5
2	3	1	2	1	1.5	2	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5
3	3	1	2	1	1.5	2	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5
	más de 16 años		12-15 años		7-11 años		3-6 años		1-2 años		6-11 meses	

ESQUEMA DE TRATAMIENTO EN CURA RADICAL EN CASO A: P. VIVAX

DIA	CL	PR	CL	PR	CL	pr	CL	pr	CL	pr	CL	pr
1	4	1	3	1	2	2	1	1	1	0.5	0.5	0.5
2	3	1	2	1	1.5	2	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5
3	3	1	2	1	1.5	2	1	1	0.5	0.5	0.5	0.5
4		1		1		2		1		0.5		0.5
5		1		1		2		1		0.5		0.5
6		1		1		2		1		0.5		0.5
7		1		1		2		1		0.5		0.5
8		1		1		2		1		0.5		0.5
	más de 16años		12-15 años		7-11 años		3-6 años		1-2 años		6-11 meses	

CL= cloroquina, tabletas de 150 mgs.

PR= primacrina, tabletas de 15 mgs.

pr= primacrina, tabletas de 5 mgs.

TRATAMIENTO PRESUNTIVO INMEDIATO

GRUPO DE EDAD

**DOSIS UNICA DE CLOROQUINA
No. COMPRIMIDOS MILIGRAMOS BASE**

Menores de 6 meses

1/4

37.5

De 6 a 11 meses

1/2

75.0

De 1 a 2 años

1

150.0

De 3 a 6 años

1 1/2

225.0

De 7 a 11 años

2

300.0

De 12 a 14 años

3

450.0

De 15 a más años

4

600.0

El tratamiento presuntivo se le proporciona a toda persona sospechosa de paludismo, a quien se le realiza la toma de gota gruesa y como compensación por la misma y un alivio temporal, se proporciona dicho tratamiento mientras se efectúa el diagnóstico parasitológico.

TRATAMIENTO A EMBARAZADAS:

Durante el primer trimestre de embarazo se recomienda suministrar únicamente cloroquina de acuerdo al esquema anterior, del segundo trimestre en adelante, se puede utilizar el esquema completo con primaquina, siempre que no existan contraindicaciones especiales por embarazo de alto riesgo. ⁽¹⁷⁾

MEDIDAS DE CONTROL:

La lucha contra el vector sigue formando parte de la prevención de la enfermedad, su planificación tiene que ser selectiva, apegada a los recursos locales disponibles y debe incluir la participación de la comunidad en todas las etapas. Utilice las medidas de control físico, eliminando los criaderos de mosquitos (limpieza de orillas, drenaje, aterramiento y otros).

En las medidas de protección individual debe promoverse el uso de mosquiteros para dormir, el uso de tela metálica en ventanas y puertas, mejoramiento de paredes, antes de utilizar productos químicos. El uso de insecticidas, la decisión debe estar sustentada por la información local disponible sobre la susceptibilidad de los vectores, la cual debe actualizarse constantemente y el uso prolongado dependerá del análisis de costo-beneficio. ⁽¹⁷⁾

PARTICIPACION COMUNITARIA:

PROMOCION DE PUESTOS DE NOTIFICACION. Debe informarse a la comunidad la ubicación y nombre del personal voluntario que colabora con la toma de muestra hemática y tratamiento de enfermos de malaria.

CANALIZACION. Dentro del enfoque integral de la salud, debe orientarse personal voluntario para la atención de los enfermos con sospecha de malaria.

RED DE COLABORADORES VOLUNTARIOS. La selección, capacitación

supervisión, evaluación y abastecimiento de los colaboradores voluntarios es responsabilidad del personal de los servicios locales de salud en sus áreas de influencia.

PROMOCION DE LA SALUD:

LUCHA ANTIMALARICA Y DESARROLLO. La lucha antimalárica debe planificarse junto a otras actividades de control sanitario y debe involucrar a la comunidad y coordinarse con todas las instituciones que impulsen el desarrollo regional.

OBRAS DE DESARROLLO. Es responsabilidad de las autoridades de salud velar por la correcta ejecución de obras de infraestructura para evitar la formación de nuevos criaderos de mosquitos. Gestiones en este sentido debe involucrar la Municipalidad y consejos de desarrollo.

MATERIAL EDUCATIVO. Todos los servicios de salud, de acuerdo a la características propias del lugar y de la población deberán elaborar su material de información y educación utilizando tecnología apropiada. ⁽¹⁷⁾

PROMOTOR DE SALUD

DEFINICION:

El promotor de salud, es una persona respetada por los miembros de su comunidad, que recibe el apoyo y confianza de la misma, para ser representante de su localidad, es propuesto para ser seleccionado por el servicio de salud y así recibir adiestramiento y trabajar en forma voluntaria, mediante la orientación, capacitación, coordinación y supervisión del personal de los servicios de salud. El promotor de salud está capacitado para resolver los problemas elementales de salud en su comunidad. ^(11,18)

SURGIMIENTO E HISTORIA:

El promotor de salud surgió como una respuesta a la necesidad de proyectar la atención en salud a las áreas y comunidades más desplazadas de los países con problemas serios en el campo de la salud, se pensó que capacitando personal que se identificara plenamente con las necesidades, costumbres y que se desenvolviera en el seno mismo de las comunidades se podría de alguna manera solventar muchos de los problemas que se suscitaban, es así como en 1,960, el Ministerio de Salud Pública, consideró necesario orientar al personal en salud, para capacitar personas de la comunidad que serían aceptados con mayor facilidad por los suyos y a la vez solventar buena parte de la escasez de asistencia médica. En esta capacitación colaboraron organizaciones como: UNICEF, AID, NACIONES UNIDAS, así como Organizaciones religiosas.^(09, 18)

ADIESTRAMIENTO DEL PROMOTOR DE SALUD:

El adiestramiento de los promotores de salud, se lleva a cabo bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y específicamente de la División de Formación de Recursos humanos, donde formulan la guía para promotores en la que se basa su capacitación.

El adiestramiento puede ser llevado a cabo por diversas instituciones que lo solicitan, pero refiriéndose a las normas, que en determinado caso pueden ser flexibles dependiendo de las necesidades de la comunidad.

Los objetivos del aprendizaje son los siguientes:

1. Atención de morbilidad
2. Material infantil
3. Prevención de accidentes y primeros auxilios
4. Educación a la comunidad
5. Saneamiento básico.

FUNCIONES DEL PROMOTOR DE SALUD:

1. FUNCIONES DE PROMOCION:

Tratar de influir en la comunidad y proporcionar educación para mejorar los hábitos higiénicos.

Conocer los programas de salud que se brindan en los servicios, así como el horario de atención al público para informar correctamente a la comunidad.

Dar pláticas, consejos sobre; alimentación, higiene, prevención de enfermedades y accidentes.

Organizar comités o aprovechar los ya existentes para impulsar el mejoramiento de la comunidad.

Ser un medio de información y divulgación entre los servicios de salud y otras instituciones como, cooperativa, maestros, etc.

Promover la participación de la comunidad en campañas de vacunación.

Mantener la armonía con el personal de salud, autoridades y público.

Motivar el mejoramiento de las fuentes de agua.

Coordinar el trabajo con la comadrona de la comunidad.

2. FUNCIONES DE PREVENCIÓN:

Conocer los recursos existentes en su comunidad, población, número de viviendas y condición de las mismas, causas de morbilidad y mortalidad.

Organizar con el técnico de salud programas de letrización, eliminación de basura y agua estancadas.

Participar y ayudar al puesto de salud en sus campañas de desparasitación, vacunación y letrización.

Captación y referencia de casos según normas.

3. FUNCIONES DE RECUPERACION:

Reconocimiento oportuno de señas y molestias de las enfermedades.

Dar los consejos iniciales en las enfermedades más simples y comunes.

Poner inyecciones indicadas por el personal médico.

Referir al servicio inmediato superior los casos que a criterio, ameriten mayor atención.

Detectar y referir los casos de enfermos que no mejoren y que necesiten mayor atención.

Visitar a los pacientes y darles la orientación necesaria para que cumplan con el tratamiento indicado por los servicios de salud.

Atender rápidamente a las personas que han sufrido accidentes presentando la atención necesaria mientras es llevado al servicio de salud más cercano.

Realizar otras actividades delegadas por el personal de salud.

4. PARTICIPAR EN PROYECTOS DE DESARROLLO COMUNITARIO:

- Coordinar con otras autoridades planes a implementar.
- Participación activa en comités de su comunidad.
- Colaboración con programas de otras instituciones.

SEGUIMIENTO DEL PROMOTOR DE SALUD

El Ministerio de Salud, posterior a la captación de los promotores de salud debe poner en práctica una serie de medidas con el fin de determinar las funciones de los mismos, instruirlos y estimularlos para que sigan trabajando en sus comunidades. Para lograr este adecuado seguimiento se han estipulado una serie de sub-sistemas dentro de los que se mencionan:

SUB-SISTEMA DE SUMINISTROS: Este suele ser uno de los eslabones de mayor dificultad, ya que al no existir un sistema adecuado de abastecimiento, el promotor no puede llevar a cabo sus acciones de forma satisfactoria.

El promotor de salud requiere de manuales, hojas de reporte, material educativo, sales de rehidratación oral, medicinas básicas, etc.

La confianza de la comunidad depende en parte de la posibilidad y habilidad del promotor para responder a las necesidades sentidas de los pobladores.

SUB-SISTEMA DE SUPERVISION: La supervisión conjuntamente con los suministros, son los sistemas que más dificultad presentan para el adecuado funcionamiento del programa. Se ha puesto de manifiesto que algunos promotores han pasado hasta uno o dos años sin ser supervisados, esto redundando negativamente en sus actividades. El promotor necesita la interacción y el calor humano que se puede proporcionar en una visita por el personal de salud. Uno de los incentivos más fuertes para mantener personal de salud activo es el reconocimiento institucional de su labor, si el promotor es capacitado y luego olvidado, terminará por desertar.

SUB-SISTEMA DE CAPACITACION: Es el área con más problema dentro del programa debido a que existe una metodología inadecuada, materiales educacionales inadecuados e insuficientes, guía de docentes casi inexistentes. (

08, 10)

CAPACITACION A LOS PROMOTORES DE SALUD SOBRE MALARIA POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA:

Se le conoce también con el nombre de "CHUJCHU".

El paludismo se contagia por un mosquito que vive en los lugares tropicales y semi-tropicales del país.

SEÑAS:

El enfermo tiene, escalofríos, calentura muy alta, que se repite cada 24 horas, suda fuerte, tiene dolor de cabeza y de todo el cuerpo, no tiene ganas de comer, está cansado y débil.

QUE DEBE HACER EL PROMOTOR:

En las zonas de malaria, en cuanto una persona tenga fiebre alta, el promotor debe:

1. Tomar muestra de sangre para extendido y gota gruesa.
2. Darle cloroquina.

Toma de sangre para extendido y gota gruesa, se necesita:

láminas de vidrio, limpias y secas, algodón, alcohol, lancetas para pinchar.

COMO SE TOMA LA MUESTRA: Se limpia la yema del dedo con algodón y alcohol, deja secar, con la lanceta pince en el dedo para que salga sangre, la primera gota de sangre se limpia con algodón seco, exprima el dedo para que salga otra gota y recójala con la lámina de vidrio.

PARA EL EXTENDIDO: Ponga la lámina con la sangre sobre una mesa. Tome otra lámina poniendo uno de sus bordes sobre la gota de sangre. Luego mueva la lámina de encima hacia atrás, para extender la sangre.

PARA GOTA GRUESA: Limpie el lugar pinzado con algodón seco, exprima el dedo para sacar otra gota de sangre, tome la gota en la misma cara de la lámina donde se ha extendido la sangre. Haga unas doce vueltecitas sobre la gota de sangre con la esquina de otra lámina, cuidado de moscas y polvo. Escribir en el formulario SNEM E-2, los datos de la persona. Cuando la lámina este seca, la envuelve con el formulario SNEM E-2, y se manda al servicio más cercano de Malaria.

Después de tomar la muestra, debe darle agua y hacerle tomar cloroquina de acuerdo al esquema del tratamiento presuntivo.

COMO PREVENIR LA MALARIA: Dormir con mosquiteros, que no le piquen los mosquitos, echar aceite quemado sobre aguas estancadas para que mueran los mosquitos y sus crías. Coordinar con los rociadores del SNEM, para que fumiguen las casas.

DESCRIPCION DEL AREA DE ESTUDIO

HISTORIA:

San Francisco Zapotitlán, Suchtpepéquez, tiene gran relevancia histórica, en la época colonial formó parte de la extensa región XETULUL, que en idioma quiche significa: TIERRA DE ZAPOTES. Región de gran abolengo quiche, cuyos habitantes se distinguían por su firme voluntad de trabajo y altivez de espíritu, celosos de sus virtudes ancestrales. De ahí que cuando los conquistadores procedentes de México invadieron este territorio encontraron una fuerte resistencia, librándose la más sangrienta batalla. El nombre de San Francisco Zapotitlán, obedece a la influencia de la orden franciscana que estableció su sede regional y que para su identificación denominase entonces, San Francisco Zapotitlán, que significa: TIERRA DE ZAPOTE, nombre actual de este importante Municipio.

TOPOGRAFIA E HIDROGRAFIA

La altura que registra la cabecera Municipal es de 2,250 pies sobre el nivel del mar, dista de la cabecera departamental 7 kilometro y de la capital de la república 167 kilometro, ambas distancias sobre vía totalmente asfaltada.

INTEGRACION SOCIAL

El Municipio de San Francisco Zapotitlán, cuenta con una población de 12,360 habitantes para 1995. El 52% hombres y el 48% mujeres. Un 65% habitan en el área rural y el 35% en el área urbana.

INTEGRACION ECONOMICA

La economía de este Municipio está basada en la agricultura, cuyos productos principales son: café, banano y caña de azucar, que se cosechan en gran escala, pero también atienden otros cultivos.

EPIDEMIOLOGIA DEL PALUDISMO

El comportamiento del paludismo en San Francisco Zapotitlán en los últimos cinco años ha sido el siguiente:

En 1,990 presentó una tasa de 3.5 por 1,000 habitantes.

En 1,991 presentó una tasa de 3.2 por 1,000 habitantes.

En 1,992 presentó una tasa de 3.0 por 1,000 habitantes.

En 1,993 presentó una tasa de 2.5 por 1,000 habitantes.

En 1,994 presento una tasa de 2.3 por 1,000 habitantes.

VI. METODOLOGIA

A. POBLACION DE ESTUDIO:

Se estudió a 30 promotores de salud, no capacitados por la división de malaria del Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez.

B. TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio es de tipo descriptivo-observacional, el cual evaluó el conocimiento y las prácticas de los promotores de salud, sobre medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo.

C. SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO:

Se tomó a todos los promotores de salud activos, no capacitados por la división de malaria.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION:

CRITERIOS DE INCLUSION:

Promotores activos, en el Puesto de Salud de San Francisco Zapotitlán.

Promotores no capacitados por la división de malaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Promotores no activos, en el Puesto de Salud de San Francisco Zapotitlán.

Promotores capacitados por la división de malaria.

E. VARIABLES A ESTUDIAR:

PROMOTOR DE SALUD ACTIVO NO CAPACITADO POR MALARIA:

DEFINICION CONCEPTUAL: Persona honorable, respetada por los miembros de la comunidad, que recibe el apoyo del puesto de salud, para la realización de sus actividades. Sin conocimientos de paludismo proporcionado por la división de malaria.

DEFINICION OPERACIONAL: Persona que desarrolla actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, sin ningún adiestramiento por la división de malaria.

ESCALA DE MEDICION: Nominal

CONOCIMIENTO:

DEFINICION CONCEPTUAL: acción y efecto conocer, llegar a saber por medio de la inteligencia las propiedades naturales, cualidades y relaciones de las cosas.

DEFINICION OPERACIONAL: Personas que posean conocimiento adecuado y no adecuado, de una entidad.

ESCALA DE MEDICION: Nominal

PRACTICAS:

DEFINICION CONCEPTUAL: Es el ejercicio de cualquier arte ó facultad, costumbre o estilo de una cosa, la aplicación de una doctrina o idea.

DEFINICION OPERACIONAL: Se realizará en base a clasificaciones de las personas que posean prácticas aceptables y no aceptables.

ESCALA DE MEDICION: Nominal

F. RECURSOS:

I. MATERIALES

I.1 ECONOMICOS:

Papel Bond tamaño carta
Lapicero
Lápiz
Fotocopias
Transporte
Derecho de impresión de tesis

I.2 FISICOS:

Centro de Salud de Mazatenango.
Puesto de Salud de San Francisco
Zapotitlán.
Biblioteca Nacional de Mazatenango.
Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas.
USAC.
Biblioteca de la Dirección General de Salud

2. HUMANOS:

Técnico de Salud.
Enfermero del puesto de Salud.

G. PLAN PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS:

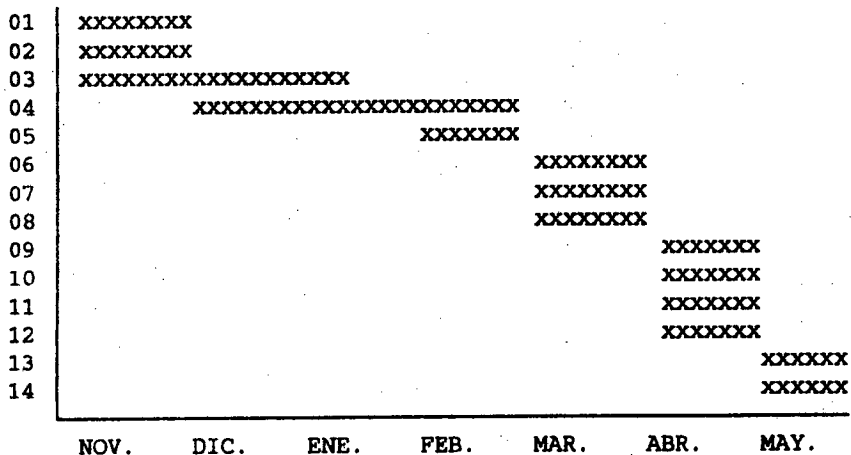
Se solicitó el listado de promotores activos al Puesto de Salud de San Francisco Zapotitlán, y la autorización al jefe de distrito para la realización de las entrevistas. Se procedió a citar a los promotores de salud activos, en la cual se obtuvo la información a través de una boleta para la recolección de datos con preguntas de tipo cerrado y abierto.

VII. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

El presente trabajo de investigación se realizó en el tiempo comprendido entre los meses de noviembre de 1,995 a mayo de 1,996.

GRAFICA DE GANTT

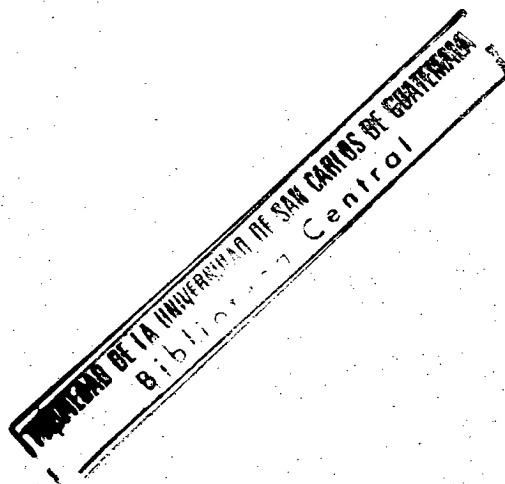
ACTIVIDADES



MESES

ACTIVIDADES:

01. Selección del tema de proyecto de investigación. (noviembre 1,995)
02. Elección del asesor y revisor. (noviembre 1,995)
03. Recopilación del material bibliográfico. (noviembre, diciembre de 1,995 enero, 1,996).
04. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor. (diciembre 1,995 y enero, febrero 1,996).
05. Aprobación del proyecto en el Centro de Salud. (febrero 1,996)
06. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis. (marzo 1,996)
07. Ejecución del trabajo de campo. (marzo 1,996)
08. Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas. (marzo 1,996)
09. Análisis y discusión de resultados. (abril 1,996)
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen. (abril 1,996)
11. Presentación del informe final para correcciones (abril 1,996)
12. Aprobación del informe final (abril 1,996)
13. Impresión del informe final y trámites administrativos. (mayo 1,996)
14. Examen público de defensa de la tesis. (mayo 1,996)



VII PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
CONOCIMIENTO DEL PALUDISMO QUE POSEEN LOS PROMOTORES DE SALUD
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN, SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1996

CONOCIMIENTO DEL PALUDISMO	No.	%
ADECUADO	13	43.33
NO ADECUADO	17	56.67
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.2
DEFINICION CONCEPTUAL QUE REFIEREN LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE EL PALUDISMO EN SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN,
SUCHITEPEQUEZ, MARZO 1,996

CONCEPTOS REFERIDOS POR LOS PROMOTORES	No.	%
Es una enfermedad transmitida por zancudos	10	76.92
Es una enfermedad que presenta fiebre y fríos	2	15.38
Es una enfermedad grave	1	7.70
TOTAL	13	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 3
CONOCIMIENTOS QUE POSEEN LOS PROMOTORES DE SALUD
SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL PALUDISMO
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1996.

CONOCIMIENTO EN MEDIDAS PREV.	No.	%
ADECUADO	8	26.67
NO ADECUADO	22	73.33
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 4
MEDIDAS PREVENTIVAS DEL PALUDISMO RECOMENDADAS POR LOS
PROMOTORES DE SALUD EN SUS COMUNIDADES
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1996.

MEDIDAS PREVENTIVAS RECOMENDADAS	No.	%
Evitar aguas estancadas	5	27.77
Adecuada disposición de basura	3	16.67
No tener frascos con agua y plantas acuáticas	3	16.67
Evitar charcos	3	16.67
Lavar las pilas periódicamente	2	11.11
Tomar medicamentos	2	11.11
TOTAL	18	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 5
CONOCIMIENTO QUE POSEE EL PROMOTOR DE SALUD
SOBRE SINTOMAS Y SIGNOS DEL PALUDISMO
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1966

CONOCIMIENTO DE LAS SEÑAS DEL PALUDISMO	No.	%
ADECUADAS	10	33.33
NO ADECUADAS	20	66.67
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6
SINTOMAS Y SIGNOS REFERIDOS POR EL PROMOTOR DE SALUD
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1966

SINTOMAS Y SIGNOS REFERIDOS	No.	%
Fiebre	9	33.33
Escalofríos	8	29.63
Cefalea	4	14.81
Sudoración	2	7.41
Palidez	2	7.41
Decaimiento	1	3.70
Dolor de huesos	1	3.70
TOTAL	27	99.99

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.7
MANEJO DEL PACIENTE SOSPECHOSO DE PALUDISMO
POR EL PROMOTOR DE SALUD
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN, SUCHITEPEQUEZ MARZO, 1996.

MEDIDAS TOMADAS	No.	%
Referirlo a malaria o centro de salud	12	85.71
Gota gruesa	1	7.14
Que no duerma junto con las demás personas	1	7.14
TOTAL	14	99.99

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No.8
REALIZACION DE LA TOMA DE
GOTA GRUESA POR EL PROMOTOR DE SALUD
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1996

REALIZA LA TOMA DE GOTA GRUESA	No.	%
SI	0	0.00
NO	30	100.00
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 9
CONOCIMIENTO SOBRE EL ESQUEMA DEL TRATAMIENTO
PRESUNTIVO POR EL PROMOTOR DE SALUD
SAN FRANCISCO ZAPOTITLAN, SUCHITEPEQUEZ
MARZO, 1996

CONOCIMIEN. TX. PRESUNT.	No.	%
ACEPTABLE	1	3.33
NO ACEPTABLE	29	96.67
TOTAL	30	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

CUADRO No.1

Observamos en este cuadro, que el 43.33% de los promotores de salud poseen conocimiento adecuado del paludismo, el 56.67% no tiene conocimientos de esta enfermedad. Esto es debido a que el personal voluntario no ha recibido capacitación adecuada sobre esta enfermedad.

CUADRO No.2

De los 13 promotores que contestaron que tienen conocimiento sobre el paludismo, sus definiciones conceptuales fueron; el 76.92% refieren que es una enfermedad transmitida por un zancudo, 15.38% es una enfermedad que presenta fiebre y frios, 7.70% es una enfermedad grave. Observamos que los promotores de salud tienen conocimientos muy generales a cerca de esta enfermedad.

CUADRO No.3

Este cuadro se refiere, si el promotor de salud, conoce algunas medidas preventivas del paludismo, 26.67% refiere conocer algunas medidas preventivas. Es de importancia observar que esta, es una de las medidas más importantes que el promotor de salud debe realizar en sus comunidades.

CUADRO No.4

De los 8 promotores que conocen medidas preventivas, que recomendarían en sus comunidades, la de mayor importancia fue; evitar las aguas estancadas con un 27.77%, continuando en orden de frecuencia, adecuada disposición de basura, evitar charcos, no tener frascos con agua y plantas acuáticas, tomar medicamentos. El 11.11% respondió que una medida es dar medicamentos, es de importancia mencionar, que esta no es un medida preventiva en esta entidad nosológica.

CUADRO No.5

Este cuadro nos indica, que el 33.33% de los promotores de salud, tienen conocimiento sobre síntomas y signos que presenta un paciente con paludismo. 66.67% no posee la capacidad para reconocer a un paciente con paludismo, ya que no poseen los conocimientos adecuados para realizarlo.

CUADRO No.6

Observamos que de los 10 promotores que conocen los síntomas y signos que presenta un paciente con paludismo, el de mayor importancia fue; la fiebre, seguido por escalofríos, cefalea, sudoración, palidez, dolor de huesos y decaimiento, en su orden de frecuencia. Los síntomas y signos mencionados por los promotores de salud son los correctos, para un buen diagnóstico de la enfermedad. Es importante observar que es un bajo porcentaje que posee estos conocimientos.

CUADRO No.7

Este cuadro se refiere al manejo que se le proporciona a un paciente sospechoso de paludismo, por el promotor de salud. De los 14 promotores que respondieron que sí sabían que hacer con un paciente sospechoso de paludismo, sus respuestas fueron: 85.71% lo refieren a malaria o centro de salud, 7.14% le realiza gota gruesa, 7.14% le aconseja que no duerma junto con las demás personas. Nos damos cuenta que este no es el manejo, que un promotor de salud, debe brindar a estos pacientes, el promotor debe estar capacitado para la toma de gota gruesa y proporcionar tratamiento presuntivo y esperar el resultado de la gota gruesa.

CUADRO No.8

Este cuadro nos indica, si el promotor de salud ha realizado la toma de gota gruesa y si conoce la técnica para la realización de la misma. El 100% respondió no conocer este procedimiento, únicamente un promotor refiere que él sabe que es el examen que se realiza, para confirmar diagnóstico, pero no conoce su técnica.

CUADRO No.9

En este cuadro observamos que el 96.67% de los promotores no conoce el esquema del tratamiento presuntivo. 3.33% refiere que se da tratamiento con cloroquina dosis única pero no sabe que cantidad. Mencionado con anterioridad, un promotor de salud capacitado, debe ser capaz proporcionar tratamiento presuntivo a todo paciente sospechoso de paludismo

X. CONCLUSIONES

- 1. El 43.33% de los promotores de salud, tienen un conocimiento general, sobre la definición conceptual del paludismo.**
- 2. El 26.67% de los promotores de salud, conoce medidas preventivas del paludismo.**
- 3. Los promotores de salud no realiza la toma de gota gruesa, ni conocen la técnica.**
- 4. Los promotores de salud no conocen el esquema del tratamiento presuntivo.**

XI. RECOMENDACIONES

- 1. Unificar esfuerzos por la división de malaria, centro de salud y puesto de salud, para dar capacitación periódica a los promotores de salud y así mejorar la calidad de atención de salud a las comunidades.**
- 2. Proporcionar a los promotores de salud, medicamentos antimaláricos y recursos para la realización de la gota gruesa y así proporcionar una mejor atención en sus comunidades.**
- 3. Incentivar y motivar el trabajo de los promotores de salud con visitas a sus comunidades por personal encargado.**
- 4. Evaluar periódicamente a los promotores de salud sobre conocimientos y prácticas realizadas en su comunidad.**

XII. RESUMEN

El presente estudio descriptivo-observacional, realizado en el Municipio de San Francisco Zapotitlán, Suchitepéquez, con la participación de 30 promotores de salud activos.

Considerando que en Guatemala, la tasa de paludismo para 1,994, fue de 189.07 por 100,000 habitantes y en el municipio de Suchitepéquez de 156.10 por 100,000 habitantes.

El propósito principal fue identificar el conocimiento y las prácticas de los promotores de salud en medidas preventivas, diagnóstico y tratamiento del paludismo.

La información se obtuvo a través de entrevistas dirigidas por un cuestionario.

Se determinó que los promotores de salud de San Francisco Zapotitlán, no han sido capacitado por la unidad de malaria.

El 43.33% de los promotores de salud, conocen la definición conceptual del paludismo. El 26.67% recomienda medidas preventivas en su comunidad, y un 33.33% conoce síntomas y signos de la enfermedad, este personal voluntario nunca ha realizado la toma de gota gruesa y no sabe el esquema del tratamiento presuntivo.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

01. Agullar, Francisco. Parasitología Médica. Guatemala, 1987 pp. 292-311
02. Baeglehole, Robert. Epidemiología Básica. organización Panamericana de la Salud. Ginebra. 1994. Publicación Científica No. 551.
03. Castillo, Gil Erick Alfonso, Evaluación de promotores de salud sobre manejo y tratamiento de niños menores de 5 años con infección respiratoria aguda. Tesis (médico y cirujano), USAC. Guatemala, 1993
04. Craig y Faut. Protozoología. Parasitología clínica. 11a. ed. México. 1986. pp. 177-224
05. Clyde, David F, Nelson. Tratado de Medicina Interna. 13a. ed. México. D.F. Interamericana 1989. pp. 781-785 T.1
06. Delgado Martínez, Luis Gerardo. Diagnóstico de Paludismo con coloración de naranja de acridina y gota gruesa en la cabecera de Mazatenango, Suchitepéquez. Tesis (médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1990
07. Denisse F. Pollt. Investigación Científica en ciencias de la Salud. Tercera Edición. Editorial Interamericana. México. Mayo 1991. pp. 28-31
08. Díaz, Ismael. El promotor de Salud Rural. Reflexiones basadas en el estudio de 23 programas de Salud rural en Guatemala. Médicos sin fronteras. Guatemala, 1988.

09. Dirección General de Servicios de Salud. Programa del Promotor de salud rural área de Suchitepéquez. Suchitepéquez. marzo, 1987.
10. Dirección General de Servicios de Salud. Guía para la capacitación del promotor rural de salud. Informe de la unidad de recursos humanos, 1988.
11. Enrique Sosa, Saul Rolando. Actividades realizadas por el promotor de salud rural del Municipio de San Juan Chamelco, Coban. Tesis (Médico y cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. 1991
12. Francisca H. de Canales. Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Organización panamericana de la Salud. 1986. pp. 267-271.
13. Fred N. Kerlinger. Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. Segunda edición. Editorial Interamericana. 1,981. pp. 348-356.
14. Manual para el promotor de Salud. Una Guía para los promotores y promotoras que trabajan para mejorar la salud en su comunidad. Depto. de Salud Materno Infantil y familiar. Depto de Salud Comunitaria. MSPAS. Guatemala 1991. pp. 158.159.
15. Miller, Louis H. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 18a. ed. México. D.F. Interamericana 1991. pp. 2046-2054 T.2.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Paludismo. Norma de Vigilancia Epidemiológica. Guatemala, Depto. de Vigilancia Epidemiológica, 1988.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de control de la Malaria. Departamento de enfermedades transmisibles. 1995

18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Situación Actual del programa nacional de promotores rurales de salud. Guatemala. 1989.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Boletín Epidemiológico Nacional volumen No. 11 Julio 1,995- Período VII-XIII 1,994
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria. Microscopía de la Malaria. Guatemala, 1,995.
21. Ministerio de Provisión Social y Salud Pública. Manual para el Promotor de Salud. Bolivia. 1982. pp. 104-114.
22. Plorde, Janes y White Nicholas. Harrison. Principios de Medicina Interna. Séptima edición en español. México. D.F. 1989. pp. 954-962
23. Serie de Informes Técnicos. La lucha antipalúdica como parte de la atención primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1984. pp. 8-16.
24. Tuylen, Milward Van. Geografía de la Malaria. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1985. pp. 15 Mimeografiado.

XIV. ANEXOS

**BOLETA PARA LA RECOLECCION DE DATOS SOBRE EL
CONOCIMIENTO Y PRACTICAS DE LOS PROMOTORES DE
SALUD EN MEDIDAS PREVENTIVA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DEL PALUDISMO**

Nombre del promotor: _____

Lugar donde vive: _____

Ha recibido alguna capacitación por malaria:

SI

NO

CONOCIMIENTOS

01. Sabe que es el paludismo o malaria:

SI

NO

02. Si su respuesta es afirmativa, responda que es para usted el paludismo: _____

03. Conoce algunas medidas preventivas del paludismo:

SI

NO

04. Si su respuesta es afirmativa, mencione que medidas preventivas recomendaría en su comunidad: _____

05. Sabe que señas presenta un paciente con paludismo:

SI

NO

06. Si su respuesta es afirmativa, indique que señas le sugieren que el paciente está enfermo de paludismo: _____

PRACTICAS

07. Que hace con un paciente sospechoso de paludismo: _____

08. Alguna vez a realizado la toma de muestra para gota gruesa:

SI

NO

09. Conoce la técnica para realizar la gota gruesa:

SI

NO

10. Si conoce la técnica, describa los pasos que utiliza: _____

11. Conoce el esquema del tratamiento presuntivo:

SI

NO

12. Si conoce el esquema del tratamiento presuntivo, describalo: _____