

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**

(Resultados parciales de la aplicación de la  
Epidemiológica, en aldea Obero, Masagua, Escuintla, del 23  
al 20 de Julio de 1979).

**LUIS ALBERTO ARAGON VEGA**

## INDICE:

I	- INTRODUCCION	1
II	- MONOGRAFIA DE ALDEA OBERO	3
III	- JUSTIFICACIONES	7
IV	- ANTECEDENTES	8
V	- OBJETIVOS	9
VI	- HIPOTESIS	10
VII	- MATERIAL Y METODOS	11
VIII	- PRESENTACION DE RESULTADOS	15
IX	- ANALISIS DE RESULTADOS	36
X	- CONCLUSIONES	40
XI	- RECOMENDACIONES	41
XII	- BIBLIOGRAFIA	42
XIII	- ANEXOS	47

## INTRODUCCION

En nuestro medio y ante la realidad de salud por la que atravieza la población del área rural, no es posible realizar medidas tendientes a limitar el daño que se instala como consecuencia de la agresión de la enfermedad en el amplio sentido de la palabra, ésto como resultado de los deficientes sistemas de vigilancia en vigor a la fecha.

Así tenemos que la información que se obtiene, únicamente nos da la idea de magnitud del daño cuando este ya se encuentra activo o ha dejado daño y no permite medidas tendientes a limitar dicha agresión antes que se extienda.

Ante esta realidad es necesario realizar investigación efectiva y ágil que constituya un método que brinde información actualizada y "al día" de los daños que la salud del país sufre y mediante la integración de los servicios de salud y los médicos EPS, poder ofrecer ayuda en concepto de salud en forma limitante en relación a la pérdida de la homeostasis salud-enfermedad.

Concebimos a la vigilancia epidemiológica como un proceso dinámico que se observa cuando se estudia y siguen los daños que en cuanto a salud y enfermedad sufre la población, tomando en cuenta todos los factores condicionantes de esta situación.

En base a este concepto, respecto a vigilancia epidemiológica, se puede realizar investigación de manera más efectiva, exacta a lo máximo y que proporcione información útil y facilitar las medidas de control que se diseñen.

El presente trabajo constituye la implantación del naciente sistema de investigación epidemiológica realizado en aldea Obero, Masagua, departamento de Escuintla, durante el primer semestre del año 1979 (época en que se inicia por vez primera dicho sistema) y

consta de tres componentes que son: El Estudio de Morbilidad (enfermedades de notificación obligatoria), Estudio de Mortalidad (mejoramiento del registro de defunción) y el Estudio Domiciliar (búsqueda activa que se efectúa cuando se presentan casos de morbilidad y mortalidad que según normas establecidas justifiquen su ejecución. Cuenta además con un sistema ágil, sencillo y exacto del manejo de la información tanto para la facultad de Medicina, como parte del Comité de Vigilancia Nacional, como para la División de Epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud, con lo que se llevará a cabalidad objetivos de utilidad y aprovechamiento del estudio.

Es de hacer notar que este trabajo es parte de las investigaciones que la Facultad de Ciencias Médicas, a través de EDC III (Experiencias Docentes con la Comunidad) lleva a cabo a nivel de todo el país y refleja resultados parciales y conclusiones de la misma categoría.

## MONOGRAFIA DE ALDEA OBERO

La aldea Obero, pertenece al municipio de Masagua, departamento de Escuintla cuenta con dos aldeas: Santa Luisa y Monte Cristo, 2 caseríos: La Reforma y Los Lotes, además 1 colonia urbana: La Virgen y otra rural: El Laberinto.

### POSICION GEOGRAFICA:

Obero, con una extensión territorial aproximada de 14 kilómetros, se encuentra situada a 110 metros sobre el nivel del mar, Latitud 14 grados 12'10". Longitud 90 grados 50'55". Colinda al Sur con el Puerto de Iztapa y Puerto de San José, al Norte con el municipio de La Democracia y el municipio de Masagua, al Este con Guanagazapa y al Oeste con Chiquimulilla.

### DATOS HISTORICOS:

Aún cuando en la municipalidad de Masagua no existen documentos que confirmen la creación de la aldea, existen informes de que dicha comunidad surgió aproximadamente durante el año de 1914, cuando el ferrocarril que fue introducido por esa fecha, en administración de Don Manuel Estrada Cabrera, presidente en esa época, tenía estación de aprovisionamiento en el lugar que actualmente ocupa la aldea, siendo así que alrededor de ella se fueron asentando personas de las fincas vecinas y personas que pensaron en iniciar algún negocio llegaron de los municipios cercanos, formando así los inicios de la aldea.

Antes de la llegada de los españoles por esa zona, ésta se encontraba habitada por indígenas probablemente de la raza pipil, de los cuales actualmente se han encontrado vestigios, como ollas, incineradores, vasijas y otros utensilios, los que obran en poder de algunos vecinos y terratenientes, quienes no han mostrado interés en que se haga de conocimiento público, ya que en algunas fincas al

estar arando se han descubierto ruinas y algunas tumbas conteniendo objetos diversos y algunos fragmentos óseos, y de hacerlo público conllevaría a reducir las extensiones térreas al efectuar excavaciones, en forma programada por el Instituto de Historia.

#### CLIMA:

Es cálido y húmedo a la vez, por la proximidad con el mar, del cual dista pocos kilómetros, con precipitación pluvial abundante y tierra muy fértil, encontrándose agua a poca profundidad.

#### RECURSOS HIDRICOS:

Río El Naranjo, Río Piedras Coloradas, Río Escalante, Río La Virgen, Río Achiguate, Río La Mora, Quebrada Limón, Río Las Hojas, Río Agua Zarca, Río Guacalate, Río Quitasombrero, Río Cueros, Quebrada Quiebra Hacha, Laguna Blanca.

#### MEDIOS DE COMUNICACION:

Carreteras: Conduce a la aldea, camino de tierra, con una extensión de 5 1/2 kilómetros, transitable en todo tiempo que parte a nivel del kilómetro 90 de la carretera que conduce al Puerto de San José.

Oficina de telégrafos

Casa de Correos

Servicios extraurbanos, que de la aldea conducen a Escuintla y Guatemala y viceversa.

Animales domésticos: caballos y bueyes

Ferrocarril, que atraviesa totalmente la aldea, proveniente de Guatemala o del Puerto de San José.

#### ALUMBRADO:

Rural: Carecen de alumbrado eléctrico, excepto en fincas donde tienen planta propia movida por gasolina. Generalmente se iluminan con candiles de gas y velas de cera.

Urbana: Hay alumbrado con planta propia, perteneciente al municipio de Masagua, que recorre todo el trayecto de la vía férrea a

su paso por la aldea.

#### ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO:

Urbano: Planta extractora, eléctrica, que distribuye de un depósito común a quienes han adquirido el derecho de agua potable, pertenece a la aldea. Quienes no han adquirido derecho, se surten de pozos.

Rural: Generalmente se surten de agua extraída de pozos, ya sea por succión con motor de gasolina o con poleas.

#### AUTORIDADES CIVILES Y MILITARES:

CIVILES: Alcalde Auxiliar, dependiente de Masagua.

MILITARES: Jefe de la Policía Nacional, 2 Agentes P.N.

#### INSTITUCIONES DE SERVICIOS:

a) Puesto de Salud, b) Escuela Rural Mixta Nacional, c) Colegio Privado, d) Casa de Correos, e) Policía Nacional, f) Farmacia Privada y g) Farmacia Municipal. Asimismo se cuenta con 1 iglesia católica y varias protestantes.

#### GRUPOS DE ACCION SOCIAL:

a) Comité PRO-MEJORAMIENTO "Avance Cultural" de Obrero, con personalidad Jurídica.

#### RECURSOS AGROPECUARIOS:

La gran mayoría de terratenientes, las dedican al cultivo de caña de azúcar, maíz y pasto para animales, ocupándose también a la ganadería en gran escala. También se producen grandes cantidades de frutales para exportación. Pocas fincas aún se dedican al cultivo del algodón, que en tiempos pasados era el principal cultivo de la zona.

#### MEDIOS RECREATIVOS:

Urbano: Campo de Basket Ball

Rural: Los campos de futbol lo constituyen, pero en forma privada

para cada finca.

#### POBLACION:

Según el último censo practicado en 1976, Obero contaba con una población aproximada de 2,000 habitantes, con un 10 o/o de población indígena, en su mayoría migrantes de tierras frías, el 70-80 o/o de la población están distribuidos en el área rural, ocupándose principalmente a las tareas de peones de campo, agricultura y los llamados "faineros" que se ocupan de tareas diversas. El resto de población se asienta en la aldea y se dedican en su mayoría al negocio. Los ocupantes de la aldea urbana, por lo general poseen medios económicos, lo que los sitúa en una escala más elevada, socialmente, en relación con los habitantes del área rural. La mayoría de la población pertenece al grupo étnico ladino.

Pueden distinguirse dos asentamientos religiosos, los católicos que son la mayoría y los evangélicos que están distribuidos en varias iglesias protestantes distintas unas de otras.

#### FESTIVIDADES:

La fiesta titular se celebra en el mes de Diciembre, celebrando el advenimiento del Niño Jesús, revistiendo su mayor importancia el día 22, fiesta durante la cual se realizan competencias hípcas como carreras de caballos, jaripeos, elección y coronación de la reina, festividad que finaliza con una fiesta general.

#### JUSTIFICACIONES:

El presente trabajo se justifica por las siguientes razones, que se analizan en el sentido de proyectarlas a través de un sistema de vigilancia epidemiológica:

- 1) Hasta el momento en el país los esfuerzos canalizados hacia la implantación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica no han logrado los objetivos fundamentales en el sentido de obtener la información exacta, con prontitud y precisión para tomar medidas conducentes a fin de controlar los daños efectivamente.
- 2) El Sistema de reportes semanales establecido por la División de Epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud nos permite conocer el daño ya instalado; sin embargo, no permite conocer la magnitud de los daños en el sitio en que se producen.
- 3) No es posible construir índices endémicos de las principales causas de morbi y mortalidad con la información existente, al menos con la que cuenta la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 4) Los registros de defunción no son llenados de una forma técnica ni en un 20 o/o, sumando a ello el problema de la calidad de los mismos, reportados en estudios especiales.
- 5) La Vigilancia Epidemiológica para poder ser eficaz necesita agilizarse para que pueda percibir, identificar, cuantificar localizar y tratar los daños bajo estudio.

## ANTECEDENTES:

Hasta la fecha no se han realizado estudios que llenen a cabalidad los objetivos y fines de la Vigilancia Epidemiológica en el amplio sentido de su descripción. En nuestro medio se han hecho estudios respecto a mortalidad y morbilidad a nivel nacional, llevados a cabo por estudiantes de medicina en su práctica de EPS Rural y éstos han servido como trabajos de tesis, tales como: Estudio de Mortalidad, realizado en el segundo semestre del año 1974; Estudio de Morbilidad a Nivel Nacional en municipios de la República de Guatemala, Ciclo Lectivo 1976, los cuales enfocan en forma concreta sus propósitos, sin embargo en manera alguna útiles para un sistema de vigilancia epidemiológica, ya que presentan sus resultados de manera retrospectiva y por lo tanto susceptibles de no poder ofrecer medios oportunos y pertinentes a limitar daño como resultado de agresión a la salud de la población por enfermedades de notificación obligatoria.

## OBJETIVOS:

### I- PARA EL PAIS:

- I.1. Lograr un mejor estudio de las principales Enfermedades de Notificación Obligatoria establecidas oficialmente, en la aldea Obero, Masagua, Escuintla.
- I.2. Iniciar el proceso de Vigilancia Epidemiológica en el daño Mortalidad mediante el mejoramiento y reporte permanente de los registros de defunción.
- I.3. Contribuir con la Dirección General de Servicios de Salud al mejoramiento de la construcción de los índices Endémicos de las principales enfermedades en el país.
- I.4. Sentar las bases para el desarrollo de acciones concretas y efectivas en contra de los daños establecidos.

### II- PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

#### II.1. En el orden General:

II.1.1. Iniciar el Proceso de construcción de datos acerca de los principales daños que sufre la población para realimentar la formación de médicos.

#### II.2. En el orden Académico:

II.2.1. Cumplir con un requisito curricular, en beneficio de la salud del pueblo.

## HIPOTESIS:

- 1) Las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de demanda espontánea como a nivel de búsqueda activa.
- 2) La calidad del registro de defunción es igual cuando es dado por personal no adiestrado, como cuando lo da personal adiestrado.
- 3) Los sistemas de notificación en el país cumplen a cabalidad todos los requerimientos de información en las enfermedades de notificación obligatoria.

## MATERIAL Y METODOS

### MATERIAL:

- a) Las personas que en Demanda Espontánea se descubra que padecen alguna de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- b) Las personas y comunidades que en el estudio domiciliar resulten afectadas por los mismos procesos mórbidos.
- c) Las personas que fallecieron durante el estudio independientemente de la causa básica y directa de muerte.
- d) Las personas y comunidades que en el estudio domiciliar resulten afectadas por los mismos procesos que ocasionaron la muerte al caso que generó la investigación.
- e) Mi persona.

### METODOS:

- 1) Elaboración de listado de zonas, caseríos, colonias, fincas, haciendas, aldeas, bajo la jurisdicción de aldea Obero.
- 2) Elaboración de mapa del área de influencia del Puesto de Salud de Obero.
- 3) Determinación de habitantes y familias por comunidades.
- 4) Recopilación de datos a través de papeletas previamente elaboradas por Experiencias Docentes con la Comunidad III.
- 5) Tabulación de los datos y análisis de resultados.

Para llevar a cabo los objetivos planteados, en relación a los tres componentes de que consta el trabajo presente, se procedió como sigue:

### 1) COMPONENTE ESTUDIO DE MORBILIDAD

Al evaluar pacientes que consultan a la clínica, se efectuó estudio clínico de ellos, clasificándolos en dos grupos, los que pertenecen a pacientes con enfermedades de notificación obligatoria y los que no las padecen, luego ya clasificados, se les practicó estudio específico consistente en anotarlos en ficha especial, a los comprendidos y contemplados en la investigación. Asimismo anotación en hoja de registro semanal de enfermedades (Forma 4); hoja de la división de Epidemiología, hoja precodificada de la Fac. de Ciencias Médicas.

Las fichas de los pacientes comprendidos en el estudio se archivan en el centro de Salud y luego procedí a localizar la procedencia del caso en mapa elaborado, señalándolo con alfileres con cabeza de color, distinto para cada enfermedad.

### 2) COMPONENTE ESTUDIO DE MORTALIDAD

Este componente es complemento del anterior, teniendo además el objeto de mejorar el registro de las defunciones, y para llevarlo a cabo hube de captar el hecho vital en la municipalidad de Masagua, ya que en la aldea Obero no existe alcalde auxiliar ni comisionado militar, así; todos los días a primera hora hábil del día revisé el libro de defunciones de la municipalidad y cuando el día anterior estuvieron anotadas defunciones comprendidas en la investigación, ubiqué el lugar de ocurrencia de la muerte, asimismo el establecimiento de residencia habitual, datos anotados en ficha No. 4 especial.

Quando por alguna circunstancia no pude investigar el caso inmediatamente, apliqué el estudio retrospectivo del hecho vital, siempre y cuando no fuera después de una semana de ocurrido en cualquiera de las siguientes alternativas:

a) **Visita Domiciliar:** de acuerdo a los siguientes criterios:

**ESPOSO Y/O ESPOSA:** Cuando el difunto estuviese casado o unido.

**PADRE Y/O MADRE:** Cuando el difunto hubiese sido menor de 15 años o bien aún siendo mayor viviera todavía con padres.

**OTROS:** Cuando el difunto no pudo clasificarse dentro de los criterios anteriores y se considerara caso especial, recurriéndose a padrino, madrina, encargado, o alguna otra relación de familiaridad por consanguinidad o afinidad.

- b) **Visita al lugar de ocurrencia de la muerte:** Esta alternativa se aplicó cuando la muerte no ocurrió dentro de la jurisdicción de la Residencia habitual. Hago notar que no se estudiaron los casos MEDICO-LEGALES, ya que éstos solamente se pueden realizar con autorización de juez competente, también se aplicaron los criterios de la alternativa anterior, con el agregado que en el párrafo "OTROS", sumósele a patrones, caporales, o jefes inmediatos.
- c) **Citación al Puesto de Salud a las personas que tuvieron relación con el difunto:** Esta alternativa se aplicó cuando se tuvo dificultades por ejemplo: accesibilidad al lugar o imposibilidad en tiempo y espacio por las actividades del Puesto de Salud y se efectuó a través de la autoridad local en este caso de Obero, por la policía de la localidad, en ninguno de los casos estudiados funcionó, por la poca colaboración de las personas afectadas.

De este componente se notificó los resultados a la Facultad de CIENCIAS MEDICAS, a la División de Epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud y al registro civil de Masagua.

### 3) COMPONENTE VISITA DOMICILIAR:

Este componente es complemento de los dos anteriores y consta de los siguientes parámetros, utilizados de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) **Estudio del ambiente familiar:**  
a.1) Caso reportado por alguna autoridad local.

a.2) Detección del caso inicial cuando: se presentaron más de 10 casos procedentes de una misma comunidad durante el período de 10 días para las siguientes enfermedades: (470) Influenza, (004) Disentería Bacilar, (006) Amebiasis, (009) Otras formas de disentería, (486) Neumonía; cualquiera de los otros daños del listado bajo estudio.

a.3) Reporte del caso por Personal de Salud formal y no formal.

Para anotar estos resultados utilicé la ficha No. 7, elaborada previamente, anotando en ella también otros casos siguiendo la siguiente secuencia:

- 1- Cronología de los casos
- 2- Distribución espacial (mapa elaborado)
- 3- Análisis de otros elementos
- 4- Establecimiento de la causa desencadenante
- 5- Primeras medidas
- 6- Reporte urgente a:

- Jefatura de Distrito
- División de Epidemiología DGSS
- Supervisor docente, Fac. CC.MM. USAC.

CUADRO No. 1

RELACION PORCENTUAL ENTRE EL NUMERO TOTAL DE CONSULTAS Y EL NUMERO DE CONSULTAS QUE DIERON COMO RESULTADO DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD NOTIFICABLE EN EL PUESTO DE SALUD DE ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

	NUMERO	PORCENTAJE
Consultas con Dx de Enf. Notificable	40	4 o/o
Consultas con otros Diagnósticos	988	96 o/o
Total de Consultas:	1028	100 o/o

FUENTE: Forma 4, Registro diario de actividades, MSP.

CUADRO No. 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE ENFERMEDAD NOTIFICABLE EN ORDEN DE FRECUENCIA SEGUN DIAGNOSTICOS DADOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL PUESTO DE SALUD DE ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Influenza	8	20 o/o
Neumonías	8	20 o/o
Amebiasis	5	12.5 o/o
Paludismo	3	7.5 o/o
Parotiditis	3	7.5 o/o
Pertussis	3	7.5 o/o
Blenorragia	2	5 o/o
Varicela	2	5 o/o
Rubéola	1	2.5 o/o
Sarampión	1	2.5 o/o
Shigelosis	1	2.5 o/o
Angina Estreptocócica	1	2.5 o/o
Hepatitis viral	1	2.5 o/o
Lúes Genital	1	2.5 o/o
<b>Total Consultas:</b>	<b>40</b>	<b>100 o/o</b>

FUENTE: Forma 4, Informe diario de actividades, MSP.

CUADRO No. 3  
 NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORBILIDAD EN ALDEA OBERO, PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO 1979

Diagnóstico	Tupiza		Devela		Mala Bonas		Pavaca		Pasacana		Pentacas		Gocacana		Vancela		Pungela		Sampay		Pungay		Aut. Est. Murguio		Lóca		TOTAL:	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	#	%
Grupo Etareo:																												
0 - 1 mes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	25
1a. a 1 a	2	25	5	5	2	25	1	125																		5	12.5	
2a. a 5 a	2	25	1	25	2	40	1	20																		12	30	
5a. a 14a.					1	20	1	20																		5	12.5	
14a a 44a.					1	20	2	40																		7	17.5	
+ de 44 a.					1	20	1	20																		1	2.5	
Sub-total:	5	625	3	375	5	625	4	500	1	125	2	250	3	375	2	250	1	125	1	125	1	125	1	125	1	125	40	1000

FUENTE: Informe diario de actividades, Forma 4, MSP.

CUADRO No. 4

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN RESIDENCIA (AREA URBANA, RURAL Y OTROS LUGARES FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA) HABITUAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE CASOS DE MORBILIDAD EN ALDEA OBERO, PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Res. Habitual	Urbana		Rural		Otros		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Influenza	4	19.04	4	25	0		8	20
Neumonía	5	23.80	2	12.5	1	33.33	8	20
Amebiasis	3	14.28	1	6.25	1	33.33	5	12.5
Paludismo	1	4.76	2	12.5	0		3	7.5
Parotiditis	2	9.52	1	6.25	0		3	7.5
Pertussis	0		3	18.75	0		3	7.5
Gonorrea	1	4.76	1	6.25	0		2	5
Varicela	2	9.52	0		0		2	5
Rubéola	0		1	6.25	0		1	2.5
Sarampión	0		0		1	33.33	1	2.5
Shigelosis	1	4.76	0		0		1	2.5
Ang. Estreptocócica	0		1	6.25	0		1	2.5
Hepatitis	1	4.76	0		0		1	2.5
Lúes Genital	1	4.76	0		0		1	2.5
<b>TOTAL:</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

FUENTE: Forma 4, Informe diario de actividades, MSP.

CUADRO No. 5

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LA PROCEDENCIA DE LOS CASOS, (AREA URBANA, RURAL Y OTROS LUGARES FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA) ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MORBILIDAD EN ALDEA OBERO, PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Diagnóstico	Urbana		Rural		Otros		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Influenza	3	15	4	33.33	1	12.5	8	20
Neumonía	5	25	2	16.66	1	12.5	8	20
Amebiasis	2	10	2	16.66	1	12.5	5	12.5
Paludismo	1	5	0		2	25	3	7.5
Parotiditis	2	10	0		1	12.5	3	7.5
Pertussis	0		3	25	0		3	7.5
Gonorrea	1	5	1	8.33	0		2	5
Varicela	2	10	0		0		2	5
Rubéola	1	5	0		0		1	2.5
Sarampión	0		0		1	12.5	1	2.5
Shigelosis	1	5	0		0		1	2.5
Ang. Estreptocócica	0		0		1	12.5	1	2.5
Hepatitis	1	5	0		0		1	2.5
Lúes Genital	1	5	0		0		1	2.5
<b>TOTAL:</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

FUENTE: Forma 4, Registro diario de actividades, MSP.

CUADRO No. 6

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN OCUPACION Y OFICIO DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MORBILIDAD, DIAGNOSTICADOS EN ALDEA OBERO DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnóstico	Infección		Alergias		Parosís		Removés		Sanguera		Vaginal		Rubeola		Sarampión		Escarlatina		Difteria		Tos		TOTAL			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
INFANTE	6	75	8	100	3	60	1	5325	3	100	2	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	26	70
O.F. DOU.	2	25			2	66.67	1	5325																	5	12.5
T. DE CAMPO			1	20					1	50															2	5
ESTADISTICO			1	20			1	5325																	4	10
A. DE CAMPO																									1	2.5
TOTAL:	8	100	8	100	5	100	3	100	3	100	2	100	2	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	40	100

FUENTE: Forma 4, Registro diario de actividades, MSP.

CUADRO No. 7

NUMERO Y PORCENTAJE DE ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS ENCONTRADOS POR ENFERMEDAD, EN CONSULTA EXTERNA DEL PUESTO DE SALUD DE OBERO DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnóstico	Infección		Alergias		Parosís		Removés		Sanguera		Vaginal		Rubeola		Sarampión		Escarlatina		Difteria		Tos		TOTAL				
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			
Antecedentes	4	50	4	50	2	40																			15	37.5	
DPT																										1	2.5
ROLO																										1	2.5
TESTADOS																										1	2.5
Sarampión			4	50	3	60	3	100	3	100	2	100	1	50											1	2.5	
Visceral																									1	2.5	
TOTAL:	8	100	8	100	5	100	3	100	3	100	2	100	2	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	40	100	

\* En este renglón se incluye pacientes que no han recibido vacunas y quienes no recuerdan si las han recibido.

\*\* En este renglón se incluye pacientes que han sido vacunados, especificando o no qué tipo de vacunas.

FUENTE: Registro diario de actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC.

CUADRO No. 8

PROMEDIO DEL NUMERO DE CONTACTOS POR ENFERMEDAD DE NOTIFICACION EN EL PUESTO DE SALUD DE OBERO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Diagnósticos	No. de Casos	Total de Contactos	Promedio
Influenza	8	1	0,125
Neumonía	8	0	0
Amebiasis	5	0	0
Paludismo	3	2	0,666
Parotiditis	3	0	0
Pertussis	3	5	1,66
Gonorrea	2	0	0
Varicela	2	0	0
Rubéola	1	0	0
Sarampión	1	0	0
Shigelosis	1	0	0
Ang. Estreptocócica	1	0	0
Hepatitis	1	0	0
Lúes	1	0	0
<b>TOTAL:</b>	<b>40</b>	<b>8</b>	<b>2,451</b>

FUENTE: Registro diario de actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC

CUADRO No. 9

PROMEDIO DEL NUMERO DE DIAS ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y LA BUSQUEDA DEL PUESTO DE SALUD DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA EN ALDEA OBERO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Diagnósticos:	No. de Casos	Total de Días	Promedio
Influenza	8	30	3,75
Neumonía	8	24	3
Amebiasis	5	58	11,6
Paludismo	3	11	3,66
Parotiditis	3	17	5,66
Pertussis	3	36	12
Gonorrea	2	22	11
Varicela	2	11	5,5
Rubéola	1	5	5
Sarampión	1	2	2
Shigelosis	1	5	5
Ang. Estreptocócica	1	5	5
Hepatitis	1	5	5
Lúes Genital	1	4	4
<b>TOTAL:</b>	<b>40</b>	<b>235</b>	<b>79,17</b>

FUENTE: Registro Diario de actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC.

CUADRO No. 10

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LOS TIPOS DE DEFUNCIONES EN ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

TIPO DE DEFUNCION	No.	o/o
Defunción por causa notificable	5	83.33
Defunción por otras causas	1	16.66
<b>TOTAL:</b>	<b>6</b>	<b>100</b>

FUENTE: Registro de defunciones, Registro Civil, Municipalidad de Masagua, Escuintla.

CUADRO No. 11

NUMERO Y PORCENTAJE, POR TIPOS DE CAUSA, SEGUN DIAGNOSTICO DADO POR EL REGISTRO CIVIL DE ALDEA OBERO, EN EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Tipo de Causa	Básica		Directa		Asociada		Total	
Diagnóstico	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
GECA	1	16.66	1	33.33			1	16.66
FIEBRE	1	16.66					1	16.66
ENTEROCOLITIS	1	16.66					1	16.66
MORTINATO	1	16.66	1	33.33			1	16.66
BRONCONEUMONIA	1	16.66	1	33.33			1	16.66
PALUDISMO	1	16.66					1	16.66
<b>TOTAL:</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>			<b>6</b>	<b>100</b>

FUENTE: Registro Civil, Municipalidad de Masagua, Escuintla.

CUADRO No. 12

NUMERO DE CASOS DE MORTALIDAD, POR CAUSA BASICA Y DIRECTA POR RESIDENCIA (AREA URBANA, RURAL Y OTROS LUGARES FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA), SEGUN DIAGNOSTICO EN ALDEA OBERO, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979.

Residencia	Urbana		Rural		Otros		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Diagnóstico	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
GECA			1	33.33			1	16.66
FIEBRE	1	33.33					1	16.66
ENTEROCOLITIS			1	33.33			1	16.66
MORTINATO			1	33.33			1	16.66
BRONCONEUMONIA	1	33.33					1	16.66
PALUDISMO	1	33.33					1	16.66
DHE			1				1	
INANICION	1						1	
MORTINATO			1				1	
ANOXIA CEREBRAL	1						1	
ANEMIA	1						1	
TOTAL: *	3*	100	3	100	0	100	6	100

FUENTE: Registro Civil, Municipalidad de Masagua, Escuintla.

\* El total es de los seis casos presentados y se presentan como reflejo de causa básica únicamente.

CUADRO No. 13

NUMERO Y PORCENTAJE POR TIPOS DE CAUSA, SEGUN DIAGNOSTICO DADO POR EL ESTUDIANTE DE ALDEA OBERO EN EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Tipos de Causa	Básica		Directa		Asociada		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Diagnóstico	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
GECA	1	16.66	1	20			1	16.66
FIEBRE	1	16.66	1	20	1	33.33	1	16.66
ENTEROCOLITIS	1	16.66	1	20	1	33.33	1	16.66
MORTINATO	1	16.66					1	16.66
BNM	1	16.66	1	20	1	33.33	1	16.66
PALUDISMO	1	16.66	1	20			1	16.66
TOTAL:	6	100	5	100	3	100	6	100

FUENTE: Registro Civil, municipalidad de Masagua, Escuintla.

CUADRO No. 14

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORTALIDAD EN ALDEA OBERO, PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnóstico	GECA		ECA		BNH		Fiebre		Mortinato		TOTAL	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
Grupo Etareo:	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0 - 1 mes	1	100										
1a. a 1 a												
1a. a 2 a												
2a. a 5 a.												
5a. a 14a.												
14a a 44a.												
- de 44 a.												
Sub-total:	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100	6	100

FUENTE: Registro Civil, Municipalidad de Masagua, Escuintla.

CUADRO No. 15

NUMERO Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION CONCORDANTES Y DISCORDANTES ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL ESTUDIANTE Y EL DIAGNOSTICO DEL REGISTRO CIVIL DE ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

CONCORDANCIA	CONCORDANTES		DISCORDANTES	
	No.	o/o	No.	o/o
DIAGNOSTICO				
GECA	1	20		
FIEBRE	1	20		
ENTEROCOLITIS	1	20	1	100
MORTINATO			1	100
BRONCONEUMONIA	1	20		
PALUDISMO	1	20		
TOTAL:	5	100	1	100

FUENTE: Registro Civil, Municipalidad de Masagua, Escuintla.

CUADRO No. 16

NUMERO DE CASOS DE VISITA DOMICILIAR, SEGUN LA DURACION EN DIAS ENTRE DISTINTOS MOMENTOS DE LA EVOLUCION CLINICA DE LA ENFERMEDAD Y PROMEDIOS DE ESOS TIEMPOS POR DIAGNOSTICO INVESTIGADAS EN ALDEA OBERO DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnostico	Casos Totales	Días entre primeros y 1era C.	Promedio	Días entre 1era. Consult. y Diag. Clínico.	Promedio	Días entre Dx. y denuncia.	Promedio	Días entre 1era. sntomas y hospitalización.	Promedio	Días entre 1era. sntomas y alta Clínica.	Promedio	días entre 1era. Consulta y alta Epidemiológica	Promedio
Paludismo	4	11	2.75	-	-	-	-	-	-	19	4.75	33	8.25
Pertussis	3	46	15.33	-	-	-	-	-	-	46	15.33	10	3.33
Parotiditis	3	17	5.66	-	-	-	-	-	-	17	5.66	16	5.33
GECA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Varicela	2	11	5.5	-	-	-	-	-	-	11	5.5	7	3.5
Blenorragia	2	23	11.5	-	-	-	-	-	-	22	11	29	14.5
Fiebre de Et.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lúes Genital	1	4	4	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-
Angina Estrept.	1	6	6	-	-	-	-	-	-	6	6	6	6
Sarampión	1	2	2	-	-	-	-	-	-	2	2	7	7
Bronconeumonía	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubéola	1	5	5	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5
Hepatitis	1	5	5	-	-	-	-	-	-	5	5	14	14
TOTAL:	23	132	6.47	-	-	1	1	-	-	152	64.24	113	52.91

FUENTE: Registro Diario de actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC.

CUADRO No. 17

NUMERO Y PORCENTAJE DEL CARACTER DE LOS DIAGNOSTICOS DADOS EN LAS VISITAS DOMICILIARES EFECTUADAS EN ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 29 DE AGOSTO DE 1979.

DIAGNOSTICOS:	PRESUNTIVO		DEFINITIVO		TOTAL:	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Paludismo	2	50	2	10.52	4	100
Pertussis			3	15.78	3	100
Parotiditis			3	15.78	3	100
GECA			2	10.52	2	100
Varicela			2	10.52	2	100
Blenorragia			2	10.52	2	100
Fiebre de Et.	1	25			1	100
Lúes Genital			1	5.26	1	100
Angina Estrept.	1	25			1	100
Sarampión			1	5.26	1	100
Bronconeumonía			1	5.26	1	100
Rubéola			1	5.26	1	100
Hepatitis			1	5.26	1	100
TOTAL:	4	100	19	100	23	100

FUENTE: Visita Domiciliar, ficha elaborada por EDC III, USAC.

CUADRO No. 18

NUMERO DE TIPOS DE EXAMENES DE LABORATORIO, ENCONTRADOS EN LOS CASOS DE VISITAS DOMICILIARIAS POR DIAGNOSTICOS, INVESTIGADAS EN ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnóstico	Gota Gruesa	Orina	Total
Paludismo	4		4
Hepatitis		1	1
<b>TOTAL:</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

FUENTE: Registro Diario de Actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC. Visita Domiciliar.

CUADRO No. 19

NUMERO DE TIPOS DE FUENTES DE INFECCION, ENCONTRADOS EN LOS CASOS DE VISITAS DOMICILIARIAS, POR DIAGNOSTICOS, INVESTIGADAS EN ALDEA OBERO, DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Diagnóstico	Area Endémica	Enfermos	Contacto Sexual	Alimentos	TOTAL
Paludismo	4				4
Pertussis		3			3
Blenorragia			2		2
Lúes Genital			1		1
Angina Estrept.				1	1
<b>TOTAL:</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>11</b>

FUENTE: Registro Diario de Actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC. Visita Domiciliar.

NUMERO DE CASOS SEGUN DIFERENTES CARACTERISTICAS AMBIENTALES DE LAS RESIDENCIAS EN DONDE SE EFECTUO VISITA DOMICILIAR POR DIAGNOSTICOS, INVESTIGADAS EN ALDEA OBERO DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

Características Generales.	Diagnóstico	Número Total de Casos				Tipo de Vivienda			No. y clase de ambientes.			Número Total de Dormitorios	Promedio de Dormitorios	Número Total de Camas	Promedio de Camas	Número Total de Personas	Promedio de Personas por Dormitorio.	Promedio de Personas por cama.	AGUA				DISPOSICION BASURAS			VECTORES			
		A	B	C	D	a	b	c	a	b	c								a	b	c	Basureros	Fosos	Integrados	Loscas	Zanujos	Roedores	Cucarachas	
	PAUJISMO	4	1	3	1	3	4	1	11	2.75	14	3.5	5.09	4	1	3	3	4	1	3	3	1	4	4	3	3	2	2	
	PERTUSSIS	3		3		3	3	1	9	3	12	4	1.71	3		3	3	3		3	3		3	3			3		
	PAROTIDITIS	3		3		3	1	7	2.33	12	4	1.71	3		3	3	3		3	3		3	3			3			
	GECA	2		2		2	1	3	1.5	4	2	1.33	2		2	2	2		2	2		2	2			2	1	1	
	VARIOLA	2		2		2	1	5	2.5	10	5	2	2		2	2	2		2	2		2	2			2	1	1	
	BRUCELAS	2		2		2	1	5	2.5	7	3.5	1.4	2		2	2	2		2	2		2	2			2	1	1	
	FIEBRE DE ET. A. DET.	1		1		1	1	4	4	7	7	1.75	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	LEIS	1		1		1	1	2	2	2	2	1	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	ALGA FAT.	1		1		1	1	3	3	7	7	2.33	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	SARSIDIO	1		1		1	1	3	3	5	5	1.66	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	BUNIA	1		1		1	1	2	2	4	2	2	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	RUDEOLA	1		1		1	1	2	2	4	2	2	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	HEPATITIS	1		1		1	1	3	3	3	3	1	1		1	1	1		1	1		1	1			1	1	1	
	TOTAL:	23	1	22	7	16	23	13	60	34.56	93	52	23.93	23	1	11	11	12	3	8	22	21	3	7					

FUENTE: Visita Domiciliar, Registro de Actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC.

34

NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS CON LOS MISMOS SINTOMAS DE LA PERSONA QUE DIO ORIGEN A LA VISITA DOMICILIAR, SEGUN RESIDAN EN LA MISMA CASA, SEAN FAMILIARES, COMPANEROS DE TRABAJO, O VECINOS POR DIAGNOSTICOS INVESTIGADA EN ALDEA OBERO, EN EL PERIODO DEL 23 DE ABRIL AL 20 DE JULIO DE 1979

DIAGNOSTICO	TOTAL DE CASOS	PERSONAS CON MISMOS SINTOMAS EN				TOTAL DE PERSONAS CON MISMOS SINTOMAS	PROMEDIO
		CASA	FAMILIARES	TRABAJO	VECINOS		
PERTUSSIS	3	3	-	-	-	3	1
PAUJISMO	4	2	-	-	-	2	0.5
TOTAL:	7	5	-	-	-	5	1.5

FUENTE: Visita domiciliaria. Registro de actividades, ficha elaborada por EDC III, USAC.

35

## ANALISIS DE RESULTADOS

### A) COMPONENTE MORBILIDAD:

En el estudio realizado se puede deducir que el porcentaje en relación de consultas con diagnósticos de enfermedades notificables y consultas por otros diagnósticos fue muy bajo para los primeros (Cuadro No. 1), si consideramos que a nivel nacional el primer lugar de consultas lo ocupan las enfermedades diarreicas, pudiendo ser posible que este fenómeno sea resultado de la poca importancia que le dan los pacientes o que estas por ser en su mayoría autolimitantes, sean tratadas en casa con remedios tradicionales; asimismo por el poco interés del médico en hacer diagnóstico de tal entidad. Otro hecho lo representa que estos pacientes no acuden al Puesto de Salud por escasos recursos que no le permitan pagar transporte, o que la accesibilidad sea reducida, es decir dificultad de caminos, y otro fenómeno real es el que si el paciente acude en demanda de salud, se ve ante el problema de que le sea descontado su día de salario o que pierda su empleo. Este hecho se repite al exponer resultados en orden de frecuencia (Cuadro No. 2).

El sexo más frecuentemente afectado fue el masculino, manifestado porque este grupo es el que más temprano se incorpora a las labores de trabajo y por lo tanto se encuentra más expuesto a contraer enfermedades, estando comprendidos entre las edades de 2-5 años la mayoría de los casos, ocupando los primeros lugares las enfermedades respiratorias (Cuadro No. 3).

En cuanto a número y porcentaje según la residencia habitual y la procedencia se puede notar que la mayoría de los pacientes comprendidos en el estudio son del área urbana, considerando que esta frecuencia de urbanidad se deba a que las distancias entre el área rural y el Puesto de Salud son grandes o al hecho de que en el área rural los pacientes acuden a los curanderos o se automedican (Cuadros 4-5).

Los infantes, en cuanto a ocupación y oficio de los casos estudiados, fueron los más afectados, si se toma en cuenta que son los más propensos a adquirir enfermedades, ya sea por su estado de desnutrición, como por el bajo índice de higiene en que viven,

asimismo por representar el mayor grupo poblacional en el país. (Cuadro No. 6).

En relación a los antecedentes inmunológicos, a pesar de las campañas de vacunación a nivel nacional, la mayoría de los pacientes que se incluyeron en el estudio no tenían ningún tipo de vacunas, estando relacionado este estado al bajo grado de educación respecto a salud en que se encuentran sometidos estos pacientes (Cuadro No. 7).

A pesar de las condiciones de hacinamiento en que viven las personas en el área rural de Obero, el crecido número de personas por grupo familiar (5 personas por familia, promedio), el número de contactos promedio fue únicamente del 2.451 (Cuadros Nos. 8 y 20), estando sujeto este fenómeno a la poca colaboración de los entrevistados, ya sea por desconfianza o por escasa educación o ignorancia de los fines de este estudio.

El promedio de días entre el inicio de los síntomas y la búsqueda de la atención médica fue muy elevado, debido a la idiosincracia de nuestro pueblo, hecho reconocido por todos los médicos, ya que los pacientes acuden al médico luego de agotar "sus medicinas" y la enfermedad se ha instalado plenamente y también a que las facilidades de accesibilidad sean restringidas y que el médico no se encuentre en su sitio cuando es requerido para prestar sus servicios médicos (Cuadro No. 9).

### B) COMPONENTE MORTALIDAD:

Las enfermedades de notificación obligatoria son causa frecuente de muerte como se puede observar en el cuadro No. 10, siendo los niños los más afectados, por ser el grupo poblacional mayoritario en el país, corroborando el hecho citado anteriormente, en relación a que las enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar, se observa que del total de fallecimientos 2 de ellos se debieron a enfermedad diarreica constituyendo asimismo la causa directa del óbito (Cuadros Nos 11,13,14). Respecto a la mortalidad por área urbana y rural no hubo diferencia, debido al poco número de óbitos ocurridos en el período del estudio. Otros fallecimientos registrados en el Registro Civil en su mayoría se deduce que ocurren por estados carenciales que no son enfermedades de notificación obligatoria, pero

sí muy importantes y debieran de estar comprendidos en este rubro.

Respecto a diagnósticos de defunción concordantes y discordantes entre el diagnóstico del estudiante y el del registro civil, se pudo observar que la calidad de los diagnósticos es bueno, ya que 750/o de los casos fueron diagnosticados por médico EPS, existiendo solamente un caso en el cual el diagnóstico representa un signo y no una enfermedad y fue dado por el registrador civil (Cuadro No. 15).

### C) COMPONENTE VISITA DOMICILIAR (BUSQUEDA ACTIVA):

Las condiciones higiénicas y el modus vivendi son sin duda alguna, factores relevantes en la pérdida de homeostasis salud y enfermedad, confirmando este hecho el estado de hacinamiento en que viven los habitantes de Obero, principalmente los del área rural, las bajas condiciones higiénicas, la calidad del agua consumida y la disposición de excretas y basuras practicadas por ellos, tomando en cuenta que las viviendas tipo C (techo laminado y paredes de madera), agua de pozo, disposición de excretas a la intemperie y abundancia de vectores, principalmente moscas, elevado promedio de personas por habitación y cama, son datos relevantes obtenidos a través de búsqueda activa de los casos estudiados; y al poco interés del estado en mejorar las condiciones de salud del país por conveniencia o por escasez de recursos (Cuadros Nos. 16,19,20,21).

Cuando se trata de obtener el carácter de los diagnósticos a través de búsqueda activa, se obtienen resultados satisfactorios como lo confirman los datos del cuadro 17, en el cual el carácter "definitivo" es el preponderante, por el hecho de que se trataba de casos activos y en el caso de los "presuntivos" son por retrospcción ya que eran casos óbitos.

Se presume también que si se contara con medios de laboratorio adecuados, se obtendrían mejores resultados, ya que si se observa el cuadro No. 18, tenemos que solamente se practicaron 5 laboratorios, que en ningún momento nos proporcionan datos definitivos para certeza diagnóstica.

Finalmente, el paludismo por ser Obero un área endémica, fue

la entidad que más tipos de fuentes de infección presenta, seguida del contacto sexual, para enfermedades venéreas, el que sigue en orden de frecuencia.

### CONCLUSIONES:

La hipótesis respecto a que las enfermedades infecciosas transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de demandas espontáneas como a nivel de búsquedas activas en el presente trabajo, puede ser negada en los resultados. (I) de los resultados obtenidos, se deduce que el número de casos de enfermedades en estudio es bajo, en relación al número de consultas por otros diagnósticos; (II) la mayor parte de los casos contenidos en este estudio fueron obtenidos a través de búsqueda activa en visitas domiciliarias.

La segunda hipótesis en la cual se afirma que la calidad del registro de defunción es igual cuando es dado por personal no adiestrado, como cuando lo da personal adiestrado, se niega desde un principio, puesto que una persona no adiestrada no tiene los conocimientos terminológicos médicos ni criterios clínicos para dar un diagnóstico en el registro de defunción. Sin embargo en el presente estudio se subraya el hecho de que el 70% de los diagnósticos de defunción fueron dados por personal calificado.

La tercera hipótesis menciona el hecho de que los sistemas de notificación en el país cumplen a cabalidad todos los requerimientos de información en las enfermedades de notificación obligatoria, se niega por el hecho de que el registro de actividades a reportar, se efectúa esporádicamente, lo que no permite tomar acción alguna para controlar daño en la salud, puesto que para entonces éste ya se ha detectado.

### CONCLUSIONES:

La hipótesis respecto a que las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de demanda espontánea como a nivel de búsqueda activa en el presente trabajo, puede ser negada en dos sentidos: 1) de los resultados obtenidos, se deduce que el número de casos de enfermedades en estudio es bajo, en relación al número de consultas por otros diagnósticos; 2) la mayor parte de los casos contenidos en este estudio fueron obtenidos a través de búsqueda activa, en visita domiciliaria.

La segunda hipótesis en la cual se afirma que la calidad del registro de defunción es igual cuando es dado por personal no adiestrado, como cuando lo da personal adiestrado, se niega desde un principio, puesto que una persona no adiestrada no tiene los conocimientos terminológicos médicos ni criterios clínicos para dar un diagnóstico en el registro de defunción. Sin embargo en el presente estudio se subraya el hecho de que el 75o/o de los diagnósticos de defunción, fueron dados por personal calificado.

La tercera hipótesis menciona el hecho de que los sistemas de notificación en el país cumplen a cabalidad todos los requerimientos de información en las enfermedades de notificación obligatoria, se niega por el hecho de que el registro de actividades a reportar, se efectúa semanalmente, lo que no permite tomar acción alguna para controlar daño en la salud, puesto que para entonces éste ya se ha instalado.

### RECOMENDACIONES:

- 1) Continuar el naciente Sistema de Vigilancia Epidemiológica, a nivel nacional, unificando criterios y esfuerzos de la Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección General de Servicios de Salud.
- 2) Adiestrar más personal que pueda canalizar información tendiente a limitar el daño que la enfermedad causa en la salud, pudiendo incorporar en este renglón, a personal de enfermería que labora en puestos de salud donde no hay médico EPS.
- 3) Que el ministerio de salud brinde, dentro de sus posibilidades, los medios adecuados para poder efectuar laboratorios más completos, que ayuden a diagnosticar entidades patológicas, en este caso, enfermedades de notificación obligatoria.
- 4) Mejorar las condiciones ambientales, unificando esfuerzos de los habitantes de la comunidad y el ministerio de Salud, ya que con ello se reducirían las fuentes de infección y por consiguiente en el mejoramiento de las condiciones de salud.
- 5) Dentro de lo posible, el registro médico de defunción sea dado por personal calificado y adiestrado, obteniendo con ello el mejoramiento del diagnóstico civil de defunción con fines estadísticos y clínico-epidemiológicos.
- 6) Hacer conciencia, en que la vigilancia epidemiológica, en nuestro país, es el medio más adecuado para limitar el daño, ya que con ello se pueden canalizar esfuerzos y ayuda médica cuando el caso o situación lo ameriten.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Armijo Rojas, Dr. Rolando. CURSO BASICO INTENSIVO EN SALUD PUBLICA PARA PERSONAL PROFESIONAL EN SERVICIO. "El método epidemiológico". Documento reproducido con fines docentes. Curso de Epidemiología. Ediciones de la Universidad de Chile.
- 2) Armijo Rojas, Dr. Rolando. LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. Epidemiología. Tomo I, 1a. Edición Intermédica. Buenos Aires, 1974. Págs. 97-108.
- 3) Cecil-Loeb, TRATADO DE MEDICINA INTERNA de los doctores Paul B. Beeson y Walsh McDermott, traducción de la décimocuarta edición por Dr. Alberto Folch y Pi, al español. Edición de 1977 por NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. de C.V. México. Tomos I y II.
- 4) Dres. Henri Fossaert, Alvaro Llopis y Clavis H. Tigre. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Artículo basado en el documento presentado al I Seminario Regional sobre Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y Zoonosis de las Américas, celebrado en Río de Janeiro, del 3 al 17 de Diciembre 1973.
- 5) ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA. Documento reproducido por la Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, con fines docentes para los estudiantes en ejercicio profesional supervisado y estudiantes de medicina integral.
- 6) Viel, Dr. Benjamín. LA EXPLOSION DEMOGRAFICA. Tercera parte. Editorial Pax-México. Librería Carlos Césarman, S.A. República Argentina. Páginas 265.274.
- 7) Waldheim C., Dr. Carlos A. NORMAS EN LA ATENCION DE

LA SALUD. Documento preparado con fines docentes. 1979.

- 8) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Archivos de Experiencias Docentes con la Comunidad, Fase III.

ANEXO 1

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION  
OBLIGATORIA

080  
102  
027  
052  
073  
058  
084  
090  
088  
100

CODIGO

ENFERMEDAD

000	Cólera
020	Peste
050	Viruela
060	Fiebre Amarilla
042	Polio no paralítica
040	Polio paralítica
043	Polio no especificada
080	Tifus epidémico
081	Tifus endémico
088	Fiebre recurrente
470	Influenza
151	Mordedura de animal
022	Antrax
005	Intoxicación alimenticia
002	Fiebre paratifoidea
004	Shigelosis
061	Dengue
055	Sarampión
065	Encefalitis vírica
036	Infección meningocócica
006	Amebiasis
011	Tuberculosis pulmonar
023	Brucelosis
332	Difteria
033	Tos ferina
036	Escarlatina
070	Hepatitis infecciosa
071	Rabia humana
098	Infecciones gonocócicas

## ANEXO 2

LOCALIDADES BAJO JURISDICCION DE  
PUERTO DE SALUD DE OBERO

No. de Ord.	Nombre Localidad	Tipo	Distancia	Via Acceso	Observaciones
1	Fca. Laberinto	Finca	2 1/2 Km.	Tierra	200 Habs.
2	El Oasis	Finca	3 1/2 Km.	Tierra	30 Habs.
3	La Floresta	Finca	1 Km.	Tierra	50 Habs.
4	La Aurora	Finca	2 Km.	Tierra	150 Habs.
5	La Felicidad	Finca	1 Km.	Tierra	150 Habs.
6	El Paraíso	Finca	1 Km.	Tierra	50 Habs.
7	La Luz	Finca	2 1/2 Km.	Tierra	150 Habs.
8	Sta. Luisa	Aldea	3 Km.	Tierra	350 Habs.
9	Montaña Larga	Finca	4 1/2 Km.	Tierra	100 Habs.
10	El Martillo	Finca	5 Km.	Tierra	50 Habs.
11	La Virgen	Finca	2 Km.	Tierra	40 Habs.
12	La Virgen	Col.	1 Km.	Tierra	100 Habs.
13	La Tirana	Finca	4 Km.	Tierra	150 Habs.
14	El Capullo	Hda.	5 Km.	Tierra	20 Habs.
15	Guardiania	Finca	5 Km.	Tierra	100 Habs.
16	Sevilla	Finca	3 1/2 Km.	Tierra	150 Habs.
17	Los Lotes	Caserío	6 Km.	Tierra	300 Habs.
18	Monte Cristo	Aldea	4 Km.	Tierra	300 Habs.

