

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EL COMPONENTE MORBILIDAD EN EL SISTEMA DE

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

(Estudio Prospectivo Comparativo Entre los Niveles
Demanda Espontánea y Búsqueda Activa)

OTTO DENNY MAZARIEGOS PINZON

Guatemala, Agosto de 1980.-

PLAN DE TESIS:

	Página:
1.- INTRODUCCION	1
2.- ANTECEDENTES	6
3.- OBJETIVOS	8
4.- HIPOTESIS	13
5.- MATERIAL,METODOLOGIA Y RECURSOS	14
6.- PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS	21
7.- CONCLUSIONES	46
8.- RECOMENDACIONES	49
9.- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	50
10.- ANEXOS DE LA INVESTIGACION	52

EL COMPONENTE MORBILIDAD EN EL S I S T E M A DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA.

"ESTUDIO PROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE LOS NIVE LES DEMANDA EXPONTANEA Y BUSQUEDA ACTIVA"

INTRODUCCION:

En Guatemala como en otros países del mundo existe una serie de enfermedades que por sus características y evolución son de tipo transmisible, bien sea en forma directa o indirecta. La idea actual generada por la preocupación en el seno de la Organización Mundial de la Salud, tanto los países desarrollados como los subdesarrollados, es la de diseñar programas de Vigilancia Epidemiológica, sus elementos teóricos y técnicos y los recursos HUMANOS y materiales idóneos para el manejo de la misma.

Se ha comprobado como también resulta lógico que la mejor arma para el control de dichas enfermedades es la PREVENCIÓN de las mismas atacando directa o indirectamente la fuente causal; en nuestro medio, la fuente causal es indiscutiblemente la POBREZA y la IGNORANCIA básicamente, ambas consecuencia secundaria a nuestras estruc-

turas políticas influenciadas grandemente por política extranjera.

Resulta cómodo pensar que lo mejor sería entonces cambiar las estructuras políticas, lograr una mejor distribución de las riquezas, mejores oportunidades de trabajo etc., algo que realmente a la vista parece costoso y difícil pero a medida que las necesidades crecen y que la evolución continúa ese cambio se llevará a cabo algún día a cualquier precio.

Mientras esto suceda nosotros los futuros profesionales y los actuales estamos con la obligación moral de buscar, de aportar mecanismos e ideas que tiendan a disminuir en una u otra forma la propagación de enfermedades transmisibles fatales muchas veces. En nuestro país han surgido programas tendientes a controlar desde el punto de vista epidemiológico la diferente gamma de enfermedades transmisibles, todos científicamente preparados y con la común tendencia de buscar las más mediatas y accesibles soluciones. Ultimamente se inició un programa de investigación epidemiológica de cinco años de duración y lo lleva a cabo la Facultad de Medicina por medio de sus programas curriculares, Medicina Integral y Ejercicio Profesional Supervisado respectivamente; este programa de investigación epidemiológica, abarca tres componentes principales: A.- Estudio de la Morbilidad. B.- Estudio de la Mortalidad. C.- Estudio Domiciliario, se tratan de poner a prueba tres hipótesis planteadas así:

- 1.- Las enfermedades infecto-contagiosas transmisibles y nutricionales presentan la misma insidencia a nivel de Demanda espontánea como a nivel de búsqueda activa.
- 2.- La calidad del registro de defunciones es igual cuando es dado por personal no adiestrado como cuando lo da personal adiestrado.
- 3.- Los sistemas de notificación del país cumplen a cabalidad todos los requerimientos de información en las enfermedades de notificación obligatoria.

Para el presente trabajo interesa la primera hipótesis la cual tiene relación con el componente Morbilidad; es mi intención, exponer y experimentar que dentro del sistema o programa de vigilancia epidemiológica se puede utilizar los recursos humanos de las diferentes comunidades y así darle un sentido más dinámico y real al término BUSQUEDA ACTIVA. Dicho estudio por diferentes razones abarca sólo el componente Morbilidad pero es claro que puede ser aplicable en todos los componentes del sistema de vigilancia.

Por experiencias anteriores en el área rural he comprobado que al fenómeno "PRIMERO LA DEMANDA EXPONTANEA DEL PACIENTE, LUEGO LA BUSQUEDA ACTIVA DE CONTACTOS O FUENTES DE INFECCION, PREVIO DIAGNOSTICO se le escapan una gran cantidad de circunstancias que se dan a nivel de población rural y hasta posiblemente urbana y por ello pienso

que proporciona una información insuficiente a la realidad, cabe mencionar algunas de las circunstancias: La mentalidad de un buen porcentaje de nuestra gente rural es de tendencia a NO buscar los servicios profesionales de salud al inicio de la enfermedad sino AUTOMEDICARSE, buscar al curandero o al brujo por las creencias fantásticas muchas veces (aspectos culturales) y la mayor parte de veces por no tener los medios económicos suficientes para la curación (pobreza), es muy frecuente también la búsqueda del Farmacéutico quien muy posiblemente trata la enfermedad en sí, sin reparar en los diagnósticos ni en los peligros de contaminación y difundibilidad de la misma (ignorancia).

Tomando en cuenta lo anterior surge la IDEA de efectuar un estudio prospectivo comparando los resultados obtenidos en un tiempo dado, en los niveles Demanda Espontánea y Búsqueda Activa con la modalidad de utilizar recursos humanos de la comunidad en el componente Morbilidad. Los objetivos que se pretenden con éste estudio son los de ver si la INCIDENCIA de algunas (las más frecuentes) enfermedades transmisibles en los dos niveles mencionados es mayor o menor, presentar un trabajo prospectivo que de información importante sobre la Incidencia de enfermedades transmisibles de la Finca por Cooperativa El Cacahuíto lugar donde se efectuó el estudio (ver monografía adjunta) cumplir con el cometido de hacer algo nuevo que podría llegar a ser una pequeña pero significativa muestra de como mejorar el o los sistemas de Vigilancia Epidemiológica a nivel de comunidades, hacer ver que con un poco de esfuerzo y decisión

se puede utilizar los recursos humanos de una población y así alcanzar más cobertura en los programas tanto de carácter epidemiológico como de cualquier tipo de Salud Pública.

Lo anterior se conseguirá a base de un estudio previo de la población, recursos etc. una clasificación en orden de frecuencia de las enfermedades transmisibles detectadas por medio de Demanda espontánea en períodos anteriores, revisión y actualización de censo poblacional y mapa, readies tramiento de los recursos humanos disponibles, asignación del objeto de estudio, visitas domiciliarias constantes, recolección y tabulación de datos. En el transcurso del presente estudio se detallará la mecánica utilizada la cual considero que cumple los parámetros más importantes de la definición de Vigilancia Epidemiológica que dice así: Es el conjunto de Actividades que permiten reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o preveer cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de los factores condicionantes con el fin de recomendar oportunamente sobre bases firmes, las medidas indicadas eficientes que llevan a la PREVENCIÓN Y CONTROL de las enfermedades. (1)

ANTECEDENTES:

El concepto de vigilancia epidemiológica ha sufrido una serie de transformaciones desde la década de 1,940 en la que se tenía como política la ERRADICACION de las enfermedades transmisibles pero, conforme se ha comprobado que sólo unas cuantas enfermedades se pueden erradicar nació el término CONTROL, menos ambicioso y más factible, pero luego el término Vigilancia vino a revolucionar ya que encierra más dinamismo, profundidad y moderno con 12 años de vida. A partir de esto se han efectuado trabajos enfocando los diferentes aspectos y diferentes sistemas que encierra la Vigilancia epidemiológica, entre los trabajos consultados para fuentes de información y antecedentes tenemos los siguientes: Documento titulado SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA presentado en el 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 de 1,973. Reproducido de Boletín OSP. Vol. LXXVI No. 6 Junio 1,974. Además los documentos reproducidos en la Facultad de Medicina en el programa para formación de Docentes:

- ELEMENTOS Y BASES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES por: Dra. Vides Tobar, Marzo/78. 11 páginas presentado en el VIII Congreso Internacional de medicina preventiva Social, México/78.

- CUESTIONES DEL METODO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CONCIENCIA SANITARIA Y QUIETISMO SANITARIO. Higiene Vol. 28 No. 2 Mar-Abr./78 5 pág. Dra. Vides Tobar.
- PAPEL DEL EPIDEMIOLOGO EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Abril/77. Dra. Vides Tobar.
- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA AMIBIASIS en el instituto Mexicano de seguro social su PROBLEMATICA Dra. Vides Tobar.

Todo este listado de documentos analizan los diferentes aspectos de la Vigilancia Epidemiológica y aportan al presente estudio información actualizada; sin embargo, se puede comentar que en ningún documento hable de algún estudio o experiencia realizado anteriormente en el que se utilicen los recursos Humanos como parte activa y dinámica de un sistema de vigilancia a nivel rural, de igual forma los trabajos de tesis relacionados tratan de presentar los resultados obtenidos haciendo énfasis en algún fenómeno de importancia en el mismo contexto sin experimentar o idear innovaciones que pudieran dar en el futuro una mejora al sistema.

OBJETIVOS:

GENERALES

- 1.- Llevar al campo de la prueba y la experiencia una Modalidad al sistema de vigilancia epidemiológica a nivel comunal.
- 2.- Proporcionar información comparativa de l sistema POR DEMANDA EXPONTANEA Y BUSQUEDA ACTIVA CONSTANTE UTILIZANDO RECURSOS HUMANOS DE LA COMUNIDAD.
- 3.- Impulsar y mejorar los sistemas de MEDICINA PREVENTIVA.
- 4.- Contribuir en forma mínima con las autoridades Ministeriales, Universitarias y con el país en general a combatir las tasas de Incidencia de las enfermedades transmisibles.

ESPECIFICOS

- a.- Para el Ministerio de Salud:

- a.1 Proporcionar datos importantes sobre el experimento realizado en el programa de vigilancia epidemiológica.
- a.2 Mejorar los recursos humanos disponibles para su utilización en el futuro.
- a.3 Impulsar la Medicina preventiva como medio y método efectivo además económico de conseguir una mejor salud de las comunidades.

- b.- Para la facultad de Medicina:

- b.1 Demostrar que la Universidad por medio de la facultad de Medicina se proyecta a las áreas rurales - buscando soluciones a sus problemas de salud por medio o a través de sus diferentes programas.
- b.2 Comprobar que los objetivos planteados en el programa de Ejercicio Profesional Supervisado se cumplen en su mayoría.
- b.3 Comprobar o reprobar en parte 1 a hipótesis No.1 del programa de vigilancia epidemiológica.

c.- Para la Comunidad:

- c.1 Lograr que la comunidad cuente con las promotoras de Salud preparadas y concientes del papel que desempeñan.
- c.2 Lograr concientizar a la población sobre los peligros y problemas que representan las enfermedades transmisibles.
- c.3 Lograr una mejor salud comunal por la obtención de conocimientos y métodos preventivos Sanitarios.
- c.4 Promover que se utilicen los servicios de salud, la atención médica antes que otra cosa.

d.- Para enfermera auxiliar:

- d.1 Captar conocimientos sobre programas o sistemas de vigilancia epidemiológica.
- d.2 Proyectarse e identificarse mejor con la comunidad a quien presta sus servicios.
- d.3 Obtener más experiencias en la vida profesional.

e.- Para promotoras de Salud:

- e.1 Mejorar sus conocimientos sobre en trevista.
- e.2 Detectar enfermedades de carácter transmisible.
- e.3 Detectar posibles focos de contaminación.
- e.4 Mejorar sus habilidades y destrezas para recomendar las medidas más indispensables de salubridad.
- e.5 Hacerles sentirse responsables del control de la salud de su comunidad.

f.- Propios:

- f.1 Cumplir con el requisito curricular.
- f.2 Obtener una buena y beneficiosa experiencia en el transcurso del Ejercicio Profesional Supervisado.
- f.3 Conocer más a fondo los problemas de salud de la comunidad fiel reflejo de la realidad guatemalteca.
- f.4 Aplicar una vez más el m é t o d o científico.

- f.5 Dejar algo nuevo y positivo para la comunidad y para el país en general.

HIPOTESIS

Las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de Demanda Expontánea como a nivel de Búsqueda Activa.

Definición de términos: Considero para claridad exponer el significado de los términos más importantes de la hipótesis:

- Enfermedades Infecto-contagiosas, transmisibles y nutricionales: son las enfermedades que por sus características y evolución pasan a ser de control epidemiológico.
- Incidencia: es el número de casos nuevos de una enfermedad que ocurre durante un período de tiempo.
- Demanda Expontánea: Es la consulta general que la población demanda del centro o puesto de salud sin ser programada.
- Búsqueda Activa: Para el presente estudio son las diferentes actividades que efectúa la promotora de Salud en la comunidad, buscando focos y brotes de enfermedades transmisibles, aunque él o los afectados no la demanden.

MATERIAL, METODOLOGIA Y RECURSOS:

En la población donde se efectúa el estudio según el último censo hay un total de 247 familias de las cuales estudiaremos un total de 50 de ellas es decir el 20.24% del total de familias, cada familia tiene un promedio de 5 miembros lo que nos hace un total de 250 individuos en estudio correspondiéndole un 20% del total de habitantes. En resumen pasan a ser las 50 familias en mención y los individuos de cada familia que sean detectados con enfermedad nuestro objeto de estudio.

En nuestro estudio por razones especiales nos interesan un total de cinco enfermedades más frecuentes detectadas en períodos anteriores por medio de la Demanda Espontánea y desde luego que son de tipo transmisible, por lo tanto se procedió a investigar en el Archivo y trabajos de EPS anteriores y se obtuvieron un total de 10 enfermedades de ese tipo, de las cuales se tomaron las cinco siguientes en orden de frecuencia:

Paludismo, Disentería Bacilar, Neumonías, Amebiasis y Tb. Pulmonar las cuales pasan a ser de nuestra vigilancia.

La metodología utilizada para escoger las 50 familias es la estratificada ya que a cada promotora de salud 5 en total se le asignaron 10 familias las cuales se localizaron en el mapa tomando como punto de partida la manzana donde vive

cada promotora, lográndose así una aceptable y buena distribución de las familias en estudio.

Los mecanismos y acciones llevadas a cabo las dividimos así:

- 1.- Preliminares
- 2.- Recolección de Datos
- 3.- Evaluación
- 4.- Tabulación

PRELIMINARES:

- a. Conocimiento físico del área
- b. Actualización del Censo poblacional y del mapa
- c. Solicitud de colaboración a los padres de las promotoras
- d. Re-adiestramiento de las promotoras en Entrevista y enseñanza de las principales características de las cinco enfermedades en vigilancia. Cabe aquí aclarar que las promotoras fueron adiestradas por el INCAP y estudiantes EPS anteriores.
- e. Poner en conocimiento así como la forma de manejar el censo y el mapa.
- f. Enseñar la forma de llenado y el mecanismo a emplear en la recolección de datos (ver anexos).
- g. Poner en conocimiento a las autoridades locales sobre el estudio a efectuarse.

RECOLECCION DE DATOS:

Se hará por medio de la boleta identificada como "Hoja de Vigilancia Epidemiológica Domiciliar" la cual es una para cada individuo, y los datos los recolectarán las promotoras de salud en visitas domiciliarias constantes dos veces por semana a las familias en estudio por un periodo de tiempo dado.

Evaluación: En vista que la información puede ser falseada con facilidad y esto le daría falsedad al estudio también, constantemente se evalúa de la siguiente forma: cada día de la entrevista o a más tardar el día siguiente se seleccionan 10 familias dos de cada promotora y se comprueba si efectivamente fueron visitados por la promotora X.

Tabulación: Comprenden los diferentes pasos que se hacen para ordenar los datos obtenidos de ambos niveles y así poder analizarlos, compararlos para luego presentarlos.

DE LO REFERENTE AL DIAGNOSTICO
EL MECANISMO ES EL SIGUIENTE:

En vista de que la hoja de Vigilancia Epidemiológica contiene en una de sus partes (Ver anexos de la Investigación) un listado de 16 síntomas resulta conveniente aclarar el método o mecanismo por medio del cual se llega al Diagnóstico:

El listado de los síntomas mencionados están seleccionados y relacionados con las cinco enfermedades que son objeto de vigilancia, de tal manera que al conjugar de la siguiente manera estos síntomas, nos orienten a un diagnóstico de sospecha o preliminar:

DISENTERIA BACILAR:

Fiebre, Diarrea, Pus Sangre, Vómitos, Dolor Abdominal.

DISENTERIA AMEBIANA:

Diarrea, moco sangre, vómitos, dolor abdominal.

TUBERCULOSIS PULMONAR:

Fiebre, Tos, Hemoptísis, Dolor de Pecho, Fatiga, Debilidad, Falta de Apetito.

PALUDISMO:

Fiebre, Escalofríos, Cefálea, Artralgias, mialgias, vómitos.

B N M Ó NEUMONIA:

Fiebre, Fatiga, Herbor de Pecho, Tos, Cefálea, Catarro, Dolor de Pecho.

Mecánica:

1. Cuando la promotora de salud detecta más de dos síntomas en un individuo dá aviso

el mismo día al médico del puesto o Centro de Salud.

2. Se localiza en el mapa.
3. Se tabula la sintomatología reportada y se hace el Primer Diagnóstico preventivo o de sospecha.
4. El Médico efectúa visita Domiciliar y comprueba la sintomatología reportada y hace el estudio clínico, historia, antecedentes, revisión por sistemas y el examen físico respectivo de donde se establecerá el Diagnóstico definitivo, anotándolo en la casilla correspondiente de la hoja de Vigilancia.

Siempre éste diagnóstico será presuntivo al igual que los reportados a nivel de Demanda Expon-tánea ya que no se cuenta con los medios diagnós-ticos auxiliares como Laboratorio y radiografías.

5. Se inicia tratamiento adecuado, condicio-nado a si lo acepta o rechaza el pacien-te ya que él no está demandándolo, se po-ne de sobre-aviso a los familiares, si acepta tratamiento se encarga la promoto-ra de seguir la secuencia de la cura-ción.

6. Se instituye un plan educacional adecua-do al caso.

RECURSOS:

Todo lo expresado en lo anterior está Idea-do y estudiado de tal manera que sea aplicable con los recursos disponibles como son:

A. Humanos:

- a. Enfermera Auxiliar
- b. Cinco promotoras de Salud de la Comunidad
- c. 50 familias de la comunidad

B. Físicos:

- a. Puesto de Salud
- b. Archivo del Puesto de Salud
- c. Papelería, Fichas y trabajos de l INCAP efectuados en la comunidad
- d. Censo poblacional reciente
- e. Mapa epidemiológico reciente

Análisis Estadístico:

Tomando en cuenta que el estudio es de tipo

comparativo los datos se irán tabulando en cuadros similares para los dos Niveles, teniendo por entendido que la fuente de datos para el Nivel Demanda Espontánea es la Hoja forma 4 del informe mensual de consulta general y Emergencias y para el Nivel Búsqueda Activa la Hoja de visita Domiciliar y los cuadros con tabulaciones parciales.

Se presentarán los resultados en cuadros con los datos obtenidos de ambos Niveles en orden de frecuencia, porcentajes correspondientes, edad sexo con porcentajes correspondientes así como Gráficas y Diagramas, para finalmente sacar la tasa correspondiente a incidencia de cada Nivel y así comentar y sacar conclusiones.

DURACION DEL ESTUDIO:

20 semanas en total comprendidas de la semana epidemiológica No. 32 a la 51 y distribuidas así:

5 Semanas de Acciones Preliminares.

15 Semanas de recolección de datos.

Lugar donde se efectuó el estudio: Finca por Cooperativa EL CACAHUITO Municipio de Taxisco, Departamento de Santa Rosa. (Ver monografía en Anexos de la investigación).

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

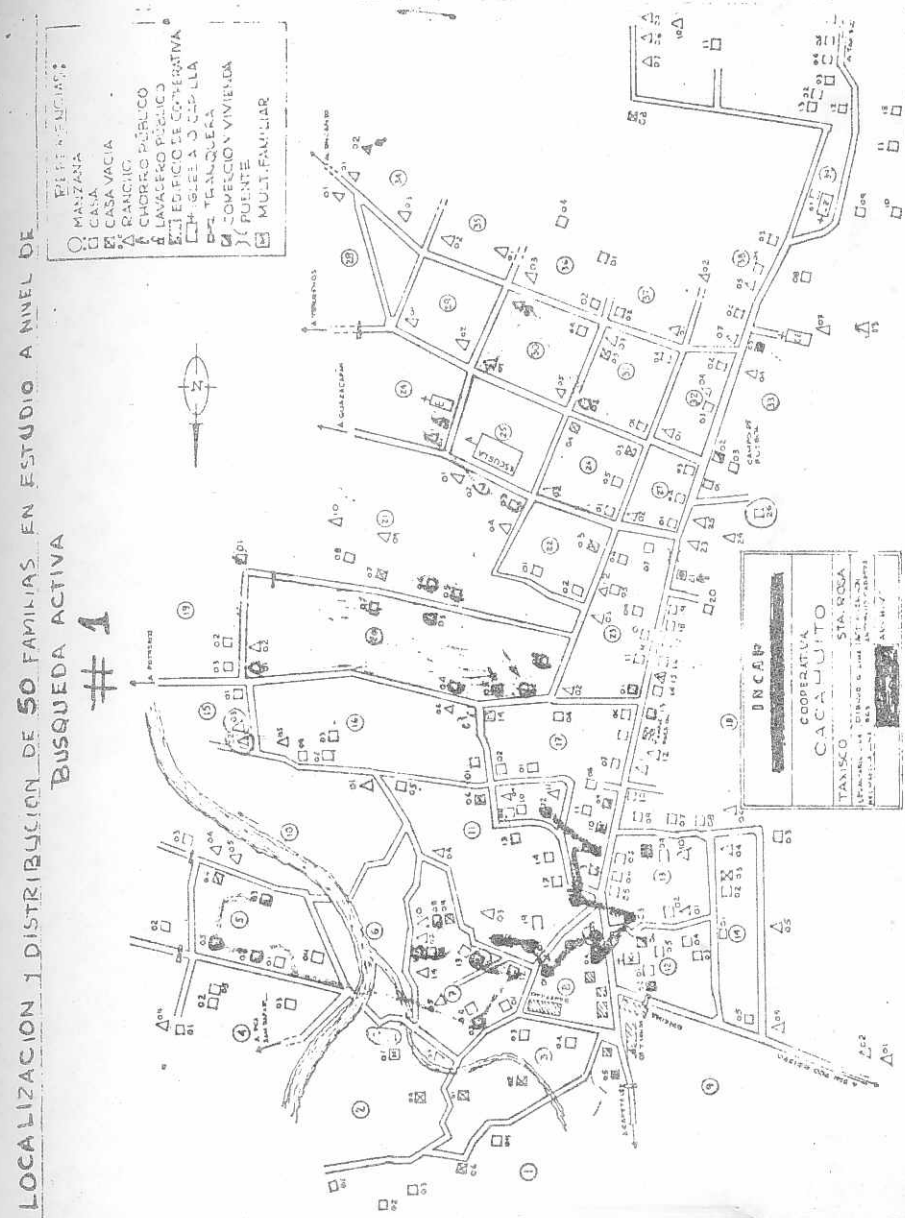
Generalidades:

Todos los datos que a continuación se presentan fueron recabados por medio de 1,200 papeletas utilizadas y llenadas en la forma que se ha venido explicando en el transcurso de la exposición, sabemos que nuestro material de estudio son las cincuenta familias seleccionadas y los individuos que presenten alguna de las cinco enfermedades a investigarse, refiriéndonos al nivel Búsqueda Activa, ahora al nivel Demanda Espontánea los datos se obtuvieron de la consulta General demandada por la comunidad y anotada en la forma 4 y fichas clínicas del puesto de salud de la localidad, ambos por un período de 15 semanas consecutivas.

De ahora en adelante por razones de abreviatura utilizaremos las Iniciales B.A. para referirnos al Nivel Búsqueda Activa y D.E. al Nivel Demanda Espontánea. Para iniciar podemos observar en el mapa No. 1 la distribución y Localización de las cincuenta familias, considerándola aceptable ya que se cubren las áreas más pobladas de la comunidad y le corresponde un 20% del total de familias esto es a nivel de B.A. lo que podríamos llamarle nuestro Universo, mientras que para el Nivel D.E. lo constituye toda la población expresado en números el 100% de la comunidad.

El cuadro No. 1 nos dá los casos por cada promotora en el orden que fueron detectados con su respectiva identificación, como dato importante de mencionar es de que sólo en dos ocasiones el Diagnóstico DEFINITIVO PRESUNTIVO fué diferente al Diagnóstico DE SOSPECHA, lo que nos indica que el método de utilizar los síntomas con un personal bien adiestrado, como en la forma que se hizo en el presente estudio, tienen un buen índice de confiabilidad y veracidad para orientarnos a distancia de algún proceso mórbido presente (ver cuadro No. 1, flechas negras).

El cuadro No. 2, al igual que el anterior nos proporciona la frecuencia cómo se fueron detectando las enfermedades a nivel de D.E. con sus datos de identificación más importantes respectivamente; sobresale aquí, el dato donde aparecen 5 enfermedades con diagnóstico definitivo únicamente. A este respecto hay que hacer una aclaración: a nivel de D.E. el diagnóstico DEFINITIVO es aquel que por algún medio SNEM, Centro de Salud, Hospitales sitios que cuentan con Laboratorios, se logra a posteriori comprobar el Diagnóstico Presuntivo inicial; en cambio, esto no es posible o es más difícil a nivel de B.A. por lo que se dá por entendido que el Diagnóstico Definitivo es también Presuntivo, al igual que los reportados a Nivel de D.E. como Presuntivos; para resumir, decimos entonces que el Diagnóstico que aparece a nivel de D.E. como definitivo es definitivo comprobado a posteriori con Laboratorio y ó otros medios auxiliares de Diagnóstico y el que aparece a



nivel de B.A. es Definitivo-Presuntivo. (Ver "De lo referente al Diagnóstico" Pág. 16

En los Mapas No. 2 y No. 3, podemos observar detenidamente la distribución y localización de las enfermedades en estudio, dicha localización se iba efectuando en el orden que se detectaban las mismas, en ambos casos no hubo evidencias de brotes epidémicos y la distribución prácticamente fué homogénea.

CUADRO No. 1

Número de casos de Enfermedades en estudio detectadas por las promotoras de salud en el período de 15 semanas, a nivel de BUSQUEDA ACTIVA.

No. de Promotora	No. de Familia	Ubicación Individuo	Edad	Sexo	Diagnóstico de Sospecha	Diagnóstico Definitivo
2	0065	1108	318	5a.	F	Amebiásis BNM
2 *	0065	1108	1201	2a.	M	Paludismo
2	0040	1704	200	55a.	M	Paludismo PS
2	0069	1113	332	5m.	F	Amebiásis BNM
2	0063	1106	432	25a.	M	Paludismo
3	0162	3102	781	8a.	M	Diarrea Bacter.
3	0116	2402	** 544	33a.	F	Paludismo PS
3	0121	2602	586	4a.	F	Neumonía BNM

CONTINUACION CUADRO No. 1

No. de Promotora	No. de Familia	Ubicación Individuo	Edad	Sexo	Diagnóstico de Sospecha	Diagnóstico Definitivo
4	0024	0712	127	40a.	F	Paludismo
4	0022	0703	115	66a.	F	TB pulmonar PS
4	0022	0703	119	17a.	F	Neumonía ó BNM
4	0027	0708	---	2m.	M	Neumonía ó BNM
4	0140	0715	88	35a.	M	Paludismo
4	0025	0711	131	63a.	F	TB pulmonar PS
4	0028	0708	144	35a.	M	Paludismo PS
4	0028	0708	---	1a.	F	Amebiásis
4	0023	0506	0123	23a.	M	Paludismo PS
4 *	0017	0502	0087	3a.	F	IRS BNM
7	0074	1112	0323	22a.	M	Paludismo
7	0029	0801	----	8a.	M	Neumonía ó BNM
7	0142	0804	0689	32a.	M	Paludismo PS

CONTINUACION CUADRO No. 1

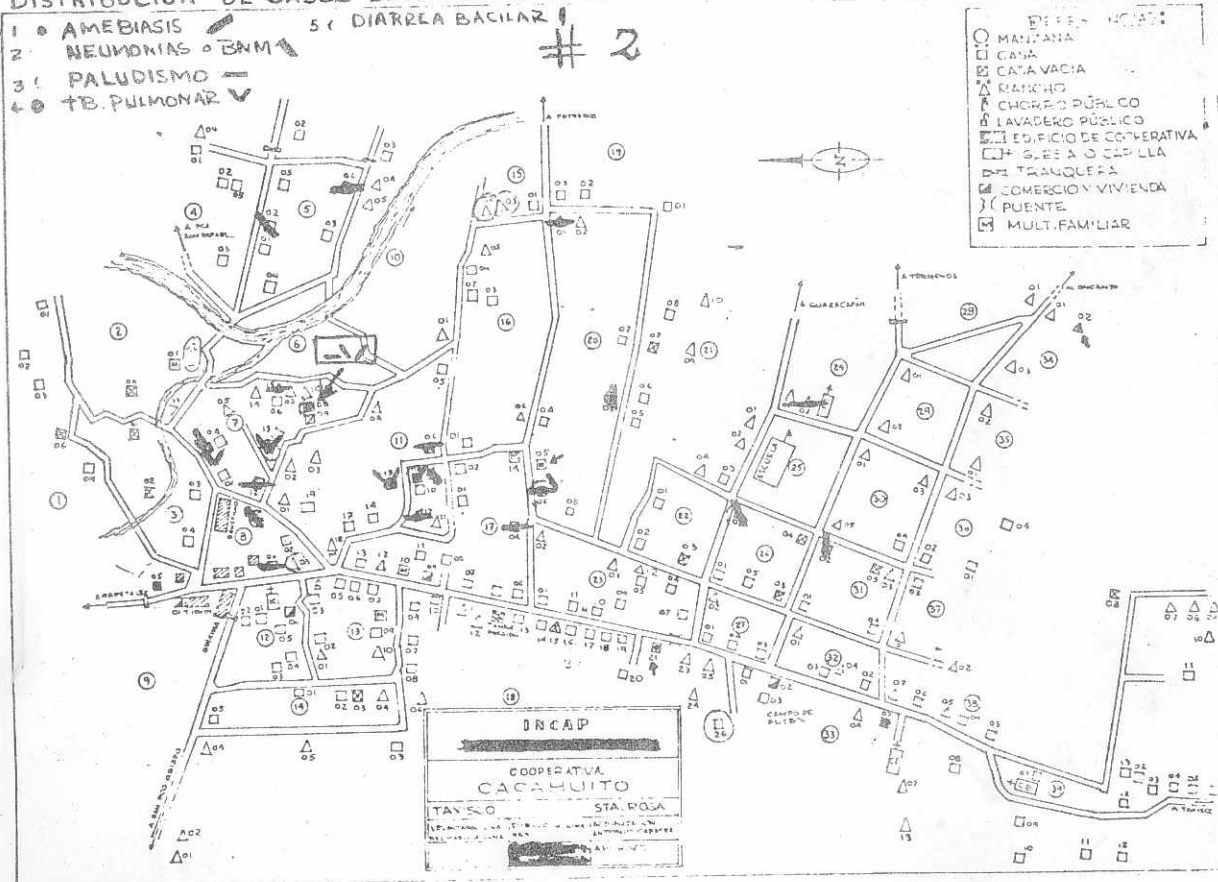
No.de Promotora	No.de Familia	Ubicación	No.de Individuo	Edad	Sexo	Diagnóstico de Sospecha	Diagnóstico Definitivo Presuntivo
8	0149	2006	1211	4m.	M	Neumonía ó BNM	BNM
8	0149	2006	712	38a.	M	Paludismo PS	Paludismo
8	0212	2003	1006	12a.	F	Diarrea Bacil.	Diarrea Bac.
8	0087	2001	0421	80a.	M	Paludismo	Paludismo

" Ubicación: los primeros dos números de izquierda a derecha nos indican el número de MANZANA y los últimos dos el número de CASA localizando en el MAPA.

* Casos con diferente Dx. de Sospecha y Dx.Definitivo-Presuntivo

** Casos detectados también por DEMANDA EXPONTANEA.

DISTRIBUCION DE CASOS DETECTADOS A NIVEL DE BUSQUEDA ACTIVA



Número de casos de Enfermedades en estudio detectadas en el Puesto de Salud a Nivel de DEMANDA EXPONTANEA en el período de 15 semanas

No.de No.de Orden Familia	Ubicación	Edad	Sexo	Diagnóstico Presuntivo	Diagnóstico Definitivo
1	0090	2005	F	Diarrea Bacter.	-----
2	0168	3402	M	Diarrea Bacter.	-----
3	0210	1826	F	Diarrea Bacter.	-----
4	0002	0202	F	Amebiásis	-----
5	0025	0711	F	TB Pulmonar	TB Pulmonar
6	0148	2105	F	Diarrea Bacter.	BK ***
7	0028	0710	F	Paludismo	-----
8	0149	2006	M	Paludismo	Paludismo
9	0163	3103	M	Diarrea Bacter.	-----
10	0006	0105	F	Amebiásis	-----
11	0091	2005	F	Paludismo	-----
12	0118	1816	F	Diarrea Bacter.	Paludismo

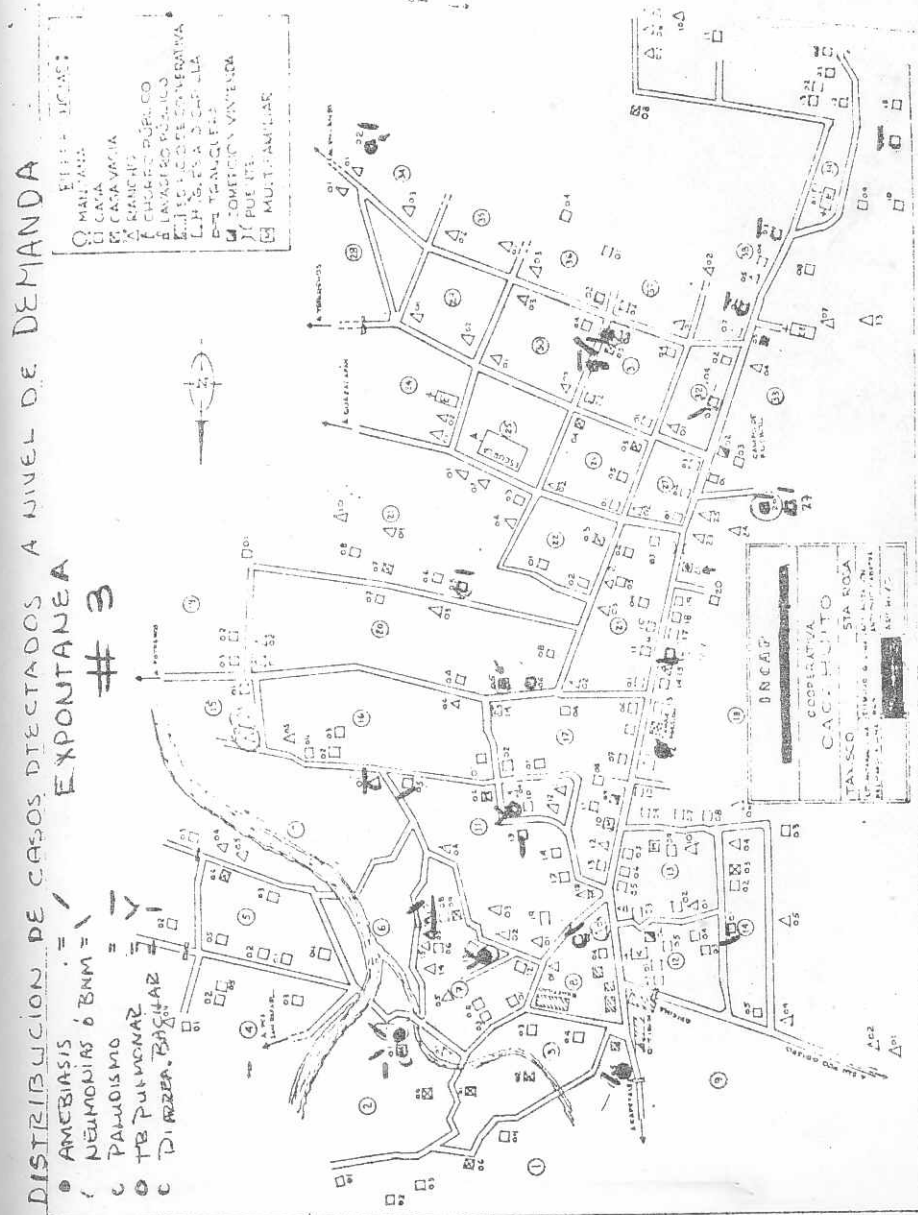
CONTINUACION CUADRO No. 2

No.de Orden	No.de Familia	Ubicación	Edad	Sexo	Diagnóstico Presuntivo	Diagnóstico Definitivo
13	0165	3806	11a.	F	Paludismo	Paludismo
14	0148	2105	4m.	F	Diarrea Bacter.	---
15	0001	0201	11a.	M	BNM	---
16	0001	0201	8m.	F	BNM	---
17	0043	1710	7m.	M	BNM	---
18	0163	3103	15a.	F	Paludismo	---
19	0077	1105	1a.	F	BNM	---
20	0211	1827	1a.	M	Diarrea Bacter.	---
21	0069	1113	35a.	M	Paludismo	---
22	0171	----	7m.	M	BNM	---
23	0002	0202	6m.	F	Amebiásis	---
24	0083	1401	1a.	M	BNM	---
25	0185	3803	38a.	F	Paludismo	---
26	0065	1108	32a.	F	TB Pulmonar	TB Pulmonar BK ++
27	0044	1710	2a.	M	Neumonía	---
28	0030	1001	22a.	M	Paludismo	---

CONTINUACION DEL CUADRO No. 2

No.de Orden	No.de Familia	Ubicación	Edad	Sexo	Diagnóstico Presuntivo	Diagnóstico Definitivo
29	0166	3203	4a.	M	Neumonía	---
30	0171	3602	9m.	M	BNM	---
31	0141	0802	2a.	F	BNM	---
32	----	----	4a.	M	Neumonía	---
33	0183	3311	18a.	M	Paludismo	---
34	0001	0201	18a.	M	Paludismo	---
35	0163	3103	7m.	M	Amebiásis	---
36	0112	1812	22a.	F	Amebiásis	---
37	0028	0710	4a.	M	Neumonía	---

El número total de casos detectados a nivel de B.A. aparecen en el cuadro No. 3 así como su respectiva gráfica comparativa, Gráfica No.1, se presentan las enfermedades en orden de frecuencia y su relación porcentual correspondiente. De igual manera el cuadro No. 4 y la gráfica No. 2 nos proporciona la misma información a nivel de D.E. es curioso observar que el orden de frecuencia de las enfermedades fué diferente en ambos niveles, cosa que la podemos visualizar rápidamente, y en la gráfica Comparativa No. 3 visualizamos los diferentes Números de casos de cada enfermedad (no en orden de frecuencia) detectados a cada Nivel. Aquí podemos detenernos y entrar a analizar lo siguiente: Se detectaron un total de 25 casos a nivel de B.A. y un total de 37 casos a nivel de D.E. si nos ponemos a pensar que el UNIVERSO de cada nivel es diferente ya que para B.A. lo constituye las 50 familias seleccionadas y para D.E. toda la comunidad compuesta por 247 familias, haciendo la relación porcentual nos resulta que B.A. abarcó un universo del 20% de la población Total, mientras que D.E. el 100%. Si tratáramos de igualar los porcentajes teóricamente se esperaría que a nivel de B.A. se hubieran detectado 125 casos mismos Esperados a nivel de D.E. de donde se deduce que el Procedimiento BUSQUEDA ACTIVA UTILIZANDO RECURSOS HUMANOS DE LA COMUNIDAD es 5 veces más efectivo para detectar enfermedades transmisibles que el Procedimiento DEMANDA EXPONTANEA, de tal manera que la INCIDENCIA en ambos niveles no puede ser igual, expresado en tasas:



$$\text{Fórmula:} = \frac{\text{INCIDENCIA}}{\text{Población total en el punto medio de ese período de tiempo y lugar.}} = \text{TASA DE INCIDENCIA}$$

Definición de INCIDENCIA: No. de casos nuevos en un período de tiempo en población y lugar específicos.

$$\text{BUSQUEDA ACTIVA} = \frac{25}{250} = 10 \times 10,000 \text{ habitantes}$$

$$\text{DEMANDA EXPONTANEA} = \frac{37}{1,256} = 2 \times 10,000 \text{ habitantes}$$

Como podemos ver la Incidencia es mayor representada en tasas a nivel de B.A. lógicamente es debido a que a éste sistema no fácilmente se le escapan circunstancias ya detalladas con anterioridad y resulta ser más efectivo, comprobamos así que los datos que se nos han proporcionado en estudios anteriores y los que se nos proporcionarán en estudios posteriores ya sean por programas universitarios o nacionales a nivel de salud pública que sean extractados de la Demanda Expontánea tendrán un porcentaje de insuficiencia a la realidad tal como se expresó al inicio del presente trabajo. (Ver Introducción).

CUADRO No. 3

Número y relación porcentual de Enfermedades en estudio en orden de Frecuencia según Diagnósticos a NIVEL DE BUSQUEDA ACTIVA.

No. de Orden	DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE (%)
1	PALUDISMO	11	44
2	NEUMONIAS Y BNM	7	28
3	AMEBIASIS	3	12
4	DIARREA - BACILAR	2	8
5	TB. PULMONAR	2	8
TOTALES		25	100 %

CUADRO No- 4

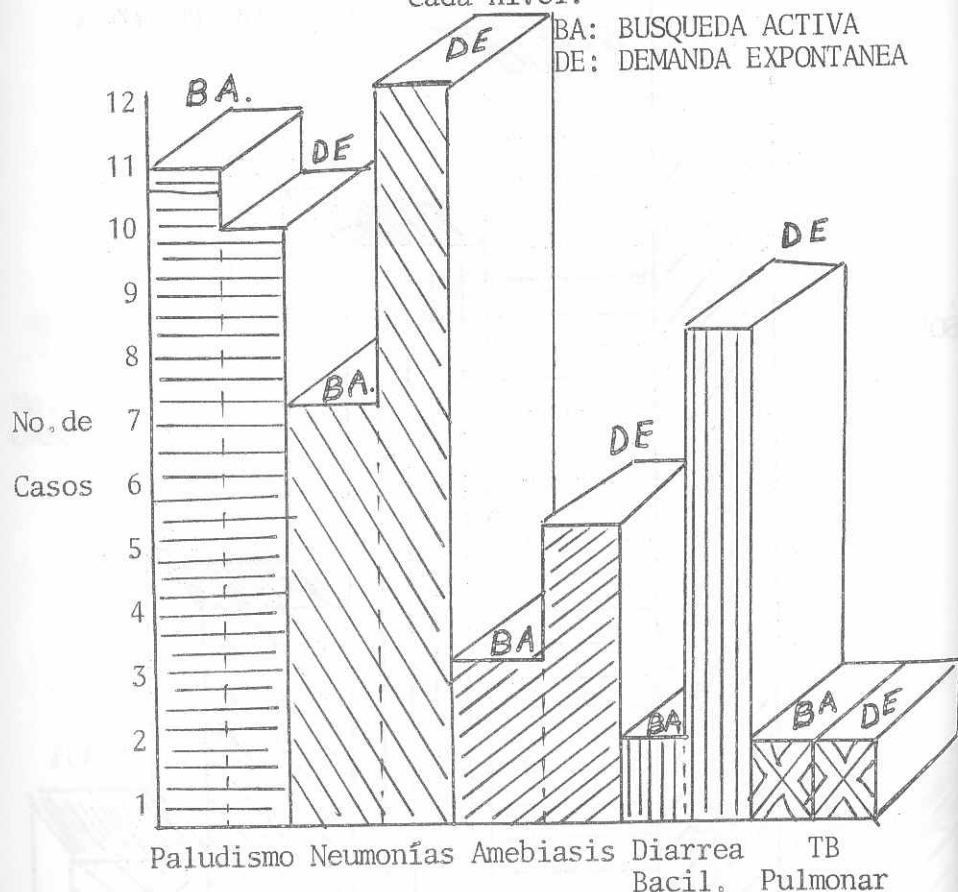
Número y relación porcentual de Enfermedades en estudio en orden de frecuencia según diagnósticos a NIVEL DE DEMANDA EXPONTANEA.

No. de Orden	DIAGNOSTICOS	NUMERO	PORCENTAJE (%)
1	NEUMONIAS Y BNM	12	32.43
2	PALUDISMO	10	27.02
3	DIARREA BACILAR	8	21.62
4	AMEBIASIS	5	13.51
5	TB. PULMONAR	2	5.40
TOTALES		37	100.00 %

GRAFICA No. 3

GRAFICA COMPARATIVA.

Sin tomar orden de frecuencia solo No. de Casos por cada nivel.



ESPECIFICAMENTE: - PALUDISMO -

Analizando la frecuencia de las enfermedades en los dos niveles observamos que se detectaron un total de 11 casos a nivel de B.A. siendo la más frecuente, mientras que a nivel de D.E. se detectaron 10 casos siendo la segunda en frecuencia fenómeno visible en la gráfica No. 3. Al respecto del paludismo podemos analizar más profundamente y trazar algunas hipótesis ya que llama la atención dicha diferencia de frecuencias: El Paludismo como otras enfermedades en esta y otras regiones se presta mucho a la Auto-medicación y esto se debe que ésta área ha sido y últimamente según datos del SNEM sigue siendo palúdica en potencia, por tal razón los habitantes en un buen porcentaje conocen algunos de los medicamentos empleados y los consumen, claro está que lo hacen en una forma de tratamiento inadecuado por dosis y tiempo; esto da como resultado una ostensible baja en la demanda de los Servicios de Salud, también tiene influencia directa los colaboradores del SNEM quienes localizan casos en su comunidad los reportan a donde corresponde luego instituyen el tratamiento adecuado, como podemos ver estos son sólo algunos fenómenos observados y que a nivel de demanda Expontánea repercuten. Como dato adicional e importante se comprobó que de los 11 casos detectados a nivel de B.A. dos fueron detectados - también a nivel de D.E. y demandaron la consulta por sugerencias de las promotoras de salud en el transcurso de la recolección de los datos.

Las edades más afectadas si concuerdan en ambos niveles y comprende entre los 15 y 44 años respectivamente (cuadros 5 y 6) esta condición es aceptable a la realidad ya que entre estas edades gran cantidad de trabajadores emigran a lugares catalogados como Palúdicos permanentes o en mayores proporciones para luego pasada la cosecha o el trabajo efectuado regresan a su lugar de origen y vienen seguramente un buen porcentaje inoculados de Plasmodium; podemos argumentar también, que a estas edades a nivel rural y tal vez urbano se lleva a cabo con más frecuencia el fenómeno de auto-med icarse expreso ésto basándome a ciertas experiencias personales en el área Rural. En los cuadros 7 y 8 podemos observar que el sexo más afectado es el Masculino lo cual tiene relación directa con lo expresado anteriormente ya que el sexo masculino es el que emigra con más frecuencia que el femenino claro está que desde el punto de vista de la enfermedad en sí el sexo no tiene significado alguno, la edad tampoco tiene significado aunque el cuadro clínico en el niño es diferente al clásico del Adulto (3).

- NEUMONIAS ó BNM -

A nivel de B.A. nos aparece como segunda en frecuencia y a nivel de D.E. como la primera con un número de 7 casos para el primero y 12 para el segundo (cuadros 3,4 gráficas 1,2,3) en este caso sucede lo contrario que en el anterior y podemos visualizarlo en las gráficas, para darle una explicación a este fenómeno lo analizaremos así: La gran mayoría de consultas demandadas tienen un Dx

de IRS (infección de las vías respiratorias superiores) para ser exactos lo anotaremos en Números como un dato adicional:

D.E.= 55 casos de IRS

B.A.= 85 casos de IRS

Sabiendo que la mayor parte de veces una infección viral o bacteriana de las vías respiratorias altas pre-dispone a una infección propiamente del árbol bronquial y si a esto sumamos el mal estado nutricional e inmunológico nos hace pensar que tanto los datos a un nivel como al otro son aceptables, aunque resulte un tanto contradictorio que en donde se detectaron más IRS se reporte una cantidad menor de Neumonías ó BNM, esto es precisamente lo inquietante y curioso de una investigación, ya que era de esperarse por el razonamiento anterior que fuera proporcionalmente directo a más IRS más Neumonías ó BNM; sin embargo, hay que tomar en cuenta la diferencia de Universos para cada Nivel lo que nos dá un margen amplio para aceptar la veracidad de dichos datos.

CUADRO No. 5

Número y Relación Porcentual de Enfermedades en Estudio por grupos ETARIOS según Diagnósticos a Nivel de BUSQUEDA ACTIVA,						
DIAGNOSTICO	1 a.	1 - 4	5-14	15-44	45 y +	
	Total %	Total %	Total %	Total %	Total %	Total %
PALUDISMO	-	-	-	9	36	2 8 11 44
NEUMONIAS ó BNM	2 8	3 12	1 4	1 4		7 28
AMEBIASIS	1 4	1 4	1 4			3 12
DIARREA BACIL.	-	-	2 8	-		2 8
TB. PULMONAR	-	-	-	-	2 8	2 8
TOTALES	3 12	4 16	4 16	10 40	4 16	25 100

CUADRO No. 6

Número y Relación Porcentual de Enfermedades en Estudio por grupos ETARIOS según Diagnósticos a Nivel de DEMANDA EXPONTANEA.						
DIAGNOSTICO	1 a.	1 - 4	5 - 14	15-44	45 y +	
	Total %	Total %	Total %	Total %	Total %	Total %
NEUMONIAS ó BNM	4 10.8	7 18.9	1 2.7	-	-	12 32.4
PALUDISMO	-	1 2.7	2 5.4	7 18.9	-	10 27.0
DIARREA BACIL.	2 5.4	3 8.1	-	3 8.1	-	8 21.6
AMEBIASIS	2 5.4	-	1 2.7	2 5.4	-	5 13.5
TB. PULMONAR	-	-	-	1 2.7	2 5.4	2 5.4
	8 21.6	11 29.7	4 10.8	13 35.1	1 2.7	37 100.0

CUADRO No. 7

Número y relación porcentual de enfermedades en estudio por grupos ETARIOS Y SEXO en el NIVEL BUSQUEDA ACTIVA.

DIAGNOSTICOS		PALUDISMO				NEUMONIAS				AMEBIASIS				DIARREA				TB				TOTAL				
		BNM								BACIL.				PULMONAR												
SEXO		MAS.		FEM.		MAS.		FEM.		MAS.		FEM.		MAS.		FEM.		MAS.		FEM.		MAS.		FEM.		
Grupo ETARIO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
1 a.	-	-	-	-	2	28	0	-	0	-	1	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	12
1-4	-	-	-	-	1	14	2	28	0	-	1	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	16
5-14	-	-	-	-	1	14	0	-	0	-	1	33	1	50	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-	4	16
15-44	7	64	2	18	0	-	1	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	40
45 y más	2	18	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	2	100	4	16	-	-	4	16
	9	82	2	18	4	56	3	42	0	-	3	100	1	50	1	50	0	-	2	100	25	100	-	-	25	100

CUADRO No. 8

Número y relación porcentual de enfermedades en estudio por GRUPOS ETARIOS Y SEXO en el NIVEL DEMANDA EXPONTANEA.

DIAGNOSTICO		NEUMONIAS				PALUDISMO				DIARREA				AMEBIASIS				TB				TOTAL			
		BNM								BACIL.				PULMONAR											
SEXO		MAS.FEM,		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		MAS.FEM.		TOTAL			
Grupo Etario	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			
1 a.	3	25	1	8	-	-	-	-	1	13	1	13	1	20	1	20	-	-	-	-	8	22			
1- 4	5	42	2	17	0	-	1	10	2	25	1	13	-	-	-	-	-	-	-	-	11	28			
5-14	1	8	0	0	-	2	20	-	-	-	-	-	-	1	20	-	-	-	-	4	11				
15-44	-	-	-	-	5	20	2	20	-	-	3	38	-	-	2	40	-	-	1	50	13	35			
45 y +	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50	1	3			
	9	75	3	25	5	50	5	50	3	38	5	64	1	20	4	80	-	-	2	100	37	100			

Los cuadros 5 y 6 nos proporcionan datos similares no en número sino en grupo Etario es decir que en ambos niveles fue más frecuente 1 a 5 Neumonías o BNM en el grupo de 1 a 4 años y en menores de 1 año. Este dato nos refuerza lo analizado anteriormente ya que el infante rural cumple las condiciones adecuadas para la enfermedad, Desnutrición y respuesta inmunológica deficiente. Según nuestra investigación el Sexo más afectado en ambos casos (cuadros 7 y 8) fué el Masculino considero este dato como complementario ya que desde el punto de vista de la Historia Natural de la enfermedad no hay preferencia por algún sexo.

- AMEBIASIS - y - DIARREA BACTERIANA -

Al entrar analizar ambas enfermedades se hace con la intención de no individualizarlas en cada nivel y podemos visualizar en las gráficas 1, 2, 3, y los cuadros 3 y 4, la frecuencia a nivel de B.A. de la Amebiasis es mayor que a nivel de D.E. y a éste nivel fué más frecuente la Diarrea Bacilar que la Amebiasis. La variación que existe en el Orden de frecuencia de las enfermedades en mención de un nivel a otro no la considero Significativa ni producto de alguna circunstancia especial, llama únicamente la atención que a nivel de D.E. se presentaron 3 casos de Diarrea Bacilar y 2 de Amebiasis en el grupo Etario 15-44 mientras que a nivel de B.A. no se detectó ningún caso, es por ello que llama la atención ya que según se tiene entendido es mayor la frecuencia de

Amebiasis en adultos que en niños (4).

Y para finalizar nuestros datos nos encontramos con la TB. Pulmonar la cual aparece en las mismas condiciones en ambos niveles (ver cuadros y gráficas) en orden de frecuencia es la última de las cinco enfermedades vigiladas. Se detectaron solamente dos casos en ambos niveles, las edades afectadas a nivel de B.A. son las comprendidas en el grupo de 45 años y +, y a nivel de D.E. 1 caso en el grupo 15-44 años y el otro en 45 años y +, Es de mencionar que dos de los casos detectados en B.A. ya anteriormente habían sido detectados en el Puesto de Salud a nivel de D.E. pero tenían descontinuado el Tratamiento y presentaban sintomatología en el momento de ser detectados en la Visita Domiciliar a nivel de B.A.

ACTIVA no debería ser
la actual de Vigilancia
en realidad no es una
activa la que se realiza
ADAMICIONADA o AVITAJ
comunidad

esto se debe al punto
fco un mecanismo biológico
l se manifiesta un flujo
ante de las enfermedades
en estudio.

a recursos humanos de
abreviatura como
datos y obtener datos

CONCLUSIONES:

- 1.- El componente Morbilidad en el programa de Vigilancia Epidemiológica en los niveles Demanda Espontánea y Búsqueda Activa tienen considerables y significativas diferencias en información.
- 2.- El Mecanismo: DEMANDA EXPONTANEA - DIAGNOSTICO - VISITA DOMICILIAR (Búsqueda Activa) se le escapan una gran cantidad de circunstancias que se dan a nivel de área rural y hasta urbana posiblemente.
- 3.- El término BUSQUEDA ACTIVA no debería emplearse en el programa actual de Vigilancia Epidemiológica ya que en realidad no es una verdadera Búsqueda Activa la que se realiza sino una búsqueda RELATIVA o CONDICIONADA a la Demanda de la Comunidad.
- 4.- La Búsqueda Activa debe ser desde el punto de vista epidemiológico un mecanismo dinámico por medio del cual se mantenga un flujo de información constante de las enfermedades de la comunidad en estudio.
- 5.- La utilización de los recursos humanos de las comunidades da como resultado una Verdadera búsqueda Activa y obtener datos más

cercanos a la realidad.

- 6.- El procedimiento de Búsqueda Activa Utilizando los recursos comunales es 5 veces más efectivo para detectar enfermedades transmisibles.
- 7.- La hipótesis planteada se rechaza porque se demostró que no es verdad lo que expresa.*
- 8.- Las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y nutricionales NO presentan la misma INCIDENCIA a Nivel de Demanda Espontánea como a niveles de Búsqueda Activa.
- 9.- El Paludismo una de las enfermedades más frecuentes en la región estudiada.
- 10.- El paludismo como otras enfermedades se presta en gran medida para el fenómeno de Auto-Medicarse.
- 11.- Como consecuencia de Auto-Medicarse resulta la NO demanda de los servicios de Salud.
- 12.- La mayoría de consultas a un nivel y de Visitas Domiciliares a otro nivel las generó las Infecciones de las vías respiratorias superiores IRS.

13.- Los pacientes más afectados con Paludismo son las comprendidas entre los 15 y 44 años y el sexo masculino.

14.- Las Neumonías ó BNM fueron más frecuentes en los grupos etarios comprendidos en Menores de 1 año y de 1 a 4 años en ambos niveles.

15.- En las Diarreas: se detectaron más casos de Amebiasis que Bacilares a nivel de B.A. y a nivel de D.E. lo contrario más Bacilares que Amebiasis.

16.- El grupo etario más afectado con TB. Pulmonar es el comprendido en el grupo de 45 años y más y el sexo femenino.

17.- Todos los objetivos trazados al inicio se cumplen a cabalidad.

18.- Se obtuvo una buena y agradable experiencia en el transcurso del estudio y del EPS rural.

* HIPOTESIS: Las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de Demanda Expontánea como a Nivel de Búsqueda Activa.

RECOMENDACIONES:

1.- Tratar de promover a gran escala la formación de recursos humanos en las áreas rurales y urbanas, Promotores de Salud, Comites de Salud etc, por las autoridades Ministeriales de Salud, Universidad, IGSS, INCAP, y todas las entidades que estén relacionadas con la Salud Pública.

2.- Promover con más firmeza e insistencia la Medicina Preventiva a todos los rincones de la Nación.

3.- Promover nuevos cambios en futuros programas de vigilancia epidemiológica entre ellos utilizar recursos humanos de las comunidades.

4.- Introducir en el actual sistema de Vigilancia algunas otras experiencias, que sean factibles de efectuar en otras comunidades, similares a la presente.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- 1.- Dres. Henri Fossaert, Alvaro Llopis y Clavis H. Tigre "Sistemas de Vigilancia Epidemiológica" artículo basado en un documento presentado al I Seminario Regional sobre Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de enfermedades Transmisibles y Zoonosis de las Américas celebrado en Río de Janeiro, Dic. 1, 1973 pp 1 - 22.
- 2.- Dra. Mercedes Vides de Tobar* "Papel del epidemiólogo en la Vigilancia Epidemiológica" Abr. 1, 1977 pp 1-31. "Cuestiones del método de vigilancia epidemiológica: conciencia sanitaria y quietismo sanitario" Vol. 28 No. 2 Mar-Abr. 1978. "Elementos y Bases de la Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles". Congreso Internacional de Medicina Preventiva Social, México 1, 1978 VIII pp 1-11 Marz. 1978. "Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Hospitales", México 1976-78 pp. 14-49. "Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en Hospitales computarizado" Ingeniería de Sistemas Área Médica. Junio 1, 1980.
- 3.- Dr. Henry K. Silver, Dr. Henry B. Bruyn, Dr. Kempe "Pediatría" manual, 8ava. Edición Editorial M.M. México D.F. 1, 1977 pp 580-85.
- 4.- Nelson, Vaughan, Mc Kay, "Tratado de Pediatría" tomo II Sexta Edición. Salvat Editores S.A. México 1, 1971 pp 935-962.
- 5.- Harrison "Medicina Interna" tomo II cuarta edición en español Edit. Prensa Médica Mexicana 1, 1973 pp 615-680.
- * Maestría en Ciencias de Salud Pública. Jefatura de los Servicios de Medicina Preventiva IMSS.

ANEXOS DE LA INVESTIGACION:

1.- HOJA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DOMICILIAR.

Es una hoja de tamaño oficio diseñada de tal manera que se pueda utilizar con código para computadora y contiene los siguientes datos:

- a. Datos de Identificación del individuo, lugar tipo de encuesta, No. de familia, No. de Individuo, ubicación, edad, todo similar a la identificación que tiene cada individuo en el censo poblacional.
- b. Un listado de 16 síntomas seleccionados y relacionados con cinco enfermedades a investigarse.
- c. En columnas verticales los días en que se efectúa la visita domiciliar en el presente estudio son Martes y Jueves.
- d. Casillas correspondientes a cada síntoma para llenar según sistema empleado.
- e. En la parte inferior aparecen casillas donde corresponde poner los diagnósticos de sospecha y Definitivo-Presuntivo dados únicamente por el médico.

FORMA DE LLENAR LA HOJA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DOMICILIAR.

Generalidades:

- a. Debe ser llenada por la promotora de salud a cargo de quien está el individuo y su familia. Los datos de identificación deben ser llenados siempre antes de la primer visita del mes.
- b. Estando las hojas identificadas deben de ser ordenadas por familia y ubicación.
- c. El médico ó la enfermera auxiliar deberán corroborar:
 - a. Que el nombre del individuo esté legible
 - b. Que los datos de identificación se an exactos y legibles, utilizando el censo y mapa para ello.

LA INFORMACION GENERAL COMPRENDE:

- A. Nombre completo del individuo y deberá ser el mismo que aparece en el listado del censo.

a.--1

En la columna donde aparece individuo se coloca el número que le corresponde en el listado del censo. Ej:

José Ramos Pérez: aparece en el censo con el número 18 o sea individuo número 18 en la hoja se coloca así: $\underline{0} \quad \underline{0} \quad \underline{1} \quad \underline{8}$ es decir que se llenan las líneas de derecha a izquierda poniendo 0 las que queden libres. Ej: No. 2.

María Ramírez aparecen en el censo como individuo número 765 se coloca en la hoja así: $\underline{0} \quad \underline{7} \quad \underline{6} \quad \underline{5}$

B. La edad se obtendrá por medio de la fecha de nacimiento que aparece en el censo poblacional o bien en el momento de efectuar la primera visita domiciliar y se anotará en la parte superior de la hoja.

C. Fecha: En la hoja aparece una casilla con 6 líneas para llenar así: las primeras dos de la IZQUIERDA son para poner la fecha del primer martes de cada mes Ej:

Martes 5 = $\underline{0} \quad \underline{5}$

Las otras dos líneas sirven para poner el mes en números Ej:

Martes 5 de noviembre $\underline{0} \quad \underline{5} \quad \underline{1} \quad \underline{1}$ y las últimas dos el año

5 de Nov. de 1979 = $\underline{0} \quad \underline{5} \quad \underline{1} \quad \underline{1} \quad \underline{7} \quad \underline{9}$

D. Familia: se escribe en la hoja el número de familia que aparece registrado en el censo.

Ej:

José María Ruíz familia No.10= $\underline{0} \quad \underline{0} \quad \underline{1} \quad \underline{0}$
Ana María Rojas " " 123= $\underline{0} \quad \underline{1} \quad \underline{2} \quad \underline{3}$

E. Ubicación: Se coloca la que aparece en el censo:

Ej:

Juan Roaja, aparece en el censo con la Ubicación 0304 en la hoja se coloca igual:

$\underline{0} \quad \underline{3} \quad \underline{0} \quad \underline{4}$

esto nos indica que en el mapa está ubicado en la Manzana No. 3 Casa No. 4. Los dos primeros números de la Izquierda nos dan el número de Manzana y los otros el de Casa.

F. No. de Promotora: A las Promotoras les fue dado un número para ser identificadas fácilmente y se coloca en la hoja sin dificultad

G. Tipo de encuesta: 1 = Domiciliar por promotora (siempre llevar No. 1)

2 = Domiciliar por médico

LLENADO DE LA INFORMACION:

A la izquierda de la hoja de Vigilancia Epidemiológica aparece el listado de los 16 síntomas relacionados con las enfermedades en control, la mecánica que se utiliza es la siguiente: Al llegar la Promotora a la casa que le toca entrevistar deberá preguntar por la señora de la misma ó bien por el padre y en última instancia a la hija o hijo mayor siempre que tenga más de 15 años, a quien se dirige y pregunta el estado de salud de cada miembro de la familia, de darse el caso de que no haya quien de información se intentará una segunda visita en el mismo día y si aún así no es posible obtener la información se dejará vacía la casilla correspondiente.

De ser reportado enfermo uno o varios miembros de la familia procederá inmediatamente a investigar por medio de la hoja correspondiente la sintomatología de cada uno y anotarlos así: Síntoma Positivo = con un número 1, Síntoma negativo = con un número 2. La promotora está capacitada para insistir en diferentes formas para comprobar la veracidad de los datos que le están proporcionando en ese momento, y de ser posible puede utilizar la casilla de OTROS escribiendo lo referido ó, bien el síntoma que ella considere relacionado y de utilidad en la información.

MONOGRAFIA DE LA FINCA

POR COOPERATIVA EL CACAHUITO:

Es una finca que en el período presidencial de Méndez Montenegro fue entregada en cooperativa a un grupo de 200 cooperativistas; haciendo un poco de historia, esta finca pertenecía a los señores Gerlach y Cía. en los años 1,938-39 luego por razones que se desconocen quedó como un litigio perteneciente a la nación, desde estos años hasta el gobierno Revolucionario de Méndez Montenegro la finca era de tipo Nacional. Actualmente es una finca en Cooperativa intervenida por el INTA.

Situación física y geográfica:

La finca consta de una extensión territorial de 27 caballerías 1 manzana y 414 varas cuadradas, geográficamente se encuentra al norte de Taxisco en las faldas de las montañas que forman el Tecuanburro pertenece al municipio de Taxisco en el departamento de Santa Rosa.

Sus vías de acceso es una carretera de terracería en muy mal estado en todas las estaciones del año entrando solamente carro grande y de doble tracción, cuenta también con un extravío por el que transita la mayor parte de la población hacia Taxisco, la distancia real de la finca desde Taxisco es de 4 kilómetros. Está atravesada por un río poco caudaloso y se llama UPELLO.

POBLACION:

Según el último censo efectuado en el año 1,978 por el INCAP consta de 1,256 habitantes del cual el 98% es Ladino 1% mestizo 1% indígena. La población está organizada así: Existe una directiva de la cooperativa que en compañía con el interventor del INTA manejan toda la finca, un alcalde Auxiliar que se ocupa de los problemas legales, existen dos religiones predominantes Católica y Evangélica, desde el punto de vista político existen dos grupos en constante pugna por la directiva uno es izquierdista moderado y el otro derechista.

Situación Socio-económica:

La Finca básicamente es de café cosechan también sólo que en menor escala Arroz, Maíz, Frijol y Maicillo. También tiene algunas cabezas de ganado para engorde.

Servicios:

El 99% de habitantes tienen agua potable con instalación interna 75% letrinas.

Clima:

Cálido húmedo.

HOJA DE VIGILANCIA DOMICILIAR EPIDEMIOLOGICA

Nombre del Individuo: _____

Lugar: _____

Individuo - 3	Formulario 4 - 5	Tarjeta 6 - 7	País 8	Comunidad 9 - 10	Individuo 11 - 14	Fecha 15 - 20	Familia 21 - 23	Ubicación 24 - 27	No. Promotora 28 - 29	Tipo Enc 30
Y P	0 - 3	0 - 3	1	1 - 8	---	---	---	---	---	---

	Código	Martes	Jueves	Martes	Jueves	Martes	Jueves	Martes	Jueves	Martes	Jueves
Signos y Síntomas	31 - 32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
No se perfora	1 - 1										
Vómitos	1 - 2										
Diarrea-pus-estrillas sangre	1 - 3										
Dolor de Estómago	1 - 4										
Falta de apetito	2 - 1										
Tos	2 - 2										
Catarro	2 - 3										
Fatiga	2 - 4										
Dolor del Pecho	2 - 5										
Hervor de Pecho	3 - 1										
Dolor cuerpo (astralgias Mialgias)	3 - 2										
Diarrea - sangre - moco	3 - 3										
Fiebre y/o calentura	3 - 4										
Escalofríos	3 - 5										
Debilidad	3 - 6										
Hemoptisis	3 - 7										
Dolor de cabeza	3 - 8										
Otros											

D I A G N O S T I C O	45 - 46	47 - 48	49 - 50	51 - 52	53 - 54	55 - 56	57 - 58	59 - 60	61 - 62	63
	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Dr.

Otto Denny Mazariegos Pinzón

Asesor.

Rolando Torres

Dr.

Revisor.

Dr. Roberto Orellana

Director de Fase III

Dr. A. Nuila E.

Dr.

Secretario

Dr. Raúl A. Castillo

Dr.

Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo