

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA EN EL
MUNICIPIO DE SAN CRISTOBAL CUCHO DEL DEPAR -
TAMENTO DE SAN MARCOS

SERGIO ORLANDO PALENCIA ROJAS

INDICE:

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
- III. DEFINICION DE TERMINOS
- IV. OBJETIVOS
- V. METODOLOGIA, RECURSOS Y DESCRIPCION DEL AREA D
TRABAJO
- VI. JUSTIFICACION
- VII. HIPOTESIS
- VIII. ANALISIS DE RESULTADOS
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Siendo este uno de los primeros estudios efectuados en el Municipio de San Cristóbal Cucho del Departamento de San Marcos, "INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA". Es realizado con la colaboración de las autoridades Municipales y la Dirección de Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas.

Su propósito fundamental es identificar, cuantificar, localizar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria el cual son cuarenta y cinco pero en dicho estudio solo se detectaron once; en el período comprendido del veintiuno de Abril al veintiuno de Julio de mil novecientos setenta y nueve, después de esta fecha será continuado por los estudiantes del Ejercicio Profesional Supervisado de la Facultad de Medicina, durante los cinco años subsiguientes. Se tomarán en cuenta tres componentes básicos: El Estudio Morbilidad (Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria), Estudio Mortalidad (Mejoramiento del Registro de Defunciones) y Visita Domiciliar de los casos de Morbilidad y Mortalidad que según normas lo justifiquen. En dicho estudio se tomará en cuenta un control epidemiológico ya que tiene por objeto la detección de morbilidad, dependiendo de los recursos y características de la comunidad sujeta a estudio, concentrándose dichos recursos en áreas de mayor incidencia de enfermedades transmisibles en un largo plazo, viendo la factibilidad de la integración de otros programas de bajo costo, para el control de la naturaleza de las enfermedades transmisibles y así reducir la tasa de morbilidad.

En muchos países de América Latina los servicios de salud se limitan a tomar medidas de control frente a un foco infeccioso -- donde se han producido uno o más casos, mediante campañas de -- vacunación y si hay circunstancias que lo exijan surgen fondos de emergencia, adquiriendo equipo y personal y una vez pasada la --

omo resultado otros departamentos (Departamento de Tuberculosis, Malaria, Tifus etc.) Pero la tendencia actual es abandonar - el viejo concepto de campaña y pasar al concepto de programa, - que quiere decir: Acción Planificada y Sistemática con etapas de - inidas de planificación, ejecución y evaluación en una forma - permanente; estando en las medidas de control frente a un foco - infeccioso los siguientes factores: El Aislamiento, La Desinfección, Tratamiento y Cuarentena. En las medidas de control epidemiológico permanente se aplican diversos niveles, con el objeto de disminuir el riesgo de enfermar a un mínimo una comunidad, siendo éstos: Inmunizaciones, Control de Vectores, Saneamiento Ambiental, Control de Alimentos, Educación Sanitaria etc. Es -- decir que dichas medidas de control epidemiológico permanente -- son dirigidas a reducir el riesgo de enfermar de una comunidad -- en todo momento, en cambio las medidas de control frente al foco infeccioso son formas de emergencia de valor transitorio que -- se adoptan cuando ya se ha producido un caso.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

Desde muy antiguo, al constituirse los primeros grupos humanos, seguramente el hombre se preocupó de su salud y la de los suyos, ya en el Clan o en la Tribu vieron que las personas se enfermaban por pasaje de algo, de los enfermos a los sanos. Comprendieron de este modo la existencia del contagio, en la extensión y multiplicación de casos, extensión que daba lugar a procesos epidémicos; pero en ese tiempo el hombre creía que la enfermedad era atribuida a la cólera de los dioses. La lepra era la que más preocupaba a los sabios de Babilonia; los alcanzados por ella eran expulsados sin piedad de las ciudades y alejados del convivio de los sanos. Los judíos no procedían diferentemente con los atacados del Zarozth: en el Levítico, capítulo 13 y 14 del Antiguo Testamento donde trata la cuestión de los leprosos, su segregación -- temporaria o permanente, según decisión del sacerdote, quien -- examinaba a los enfermos exilando a quienes declaraba impuros -- seguramente por sífilis, psoriasis, vitiligo y otras enfermedades -- que se confundieron con la lepra. (3)

Más tarde los griegos con sus antepasados nómades, creían en el origen sobrenatural de las enfermedades e invocaban, en sus -- infortunios la ayuda de los dioses para curar sus dolencias físicas. Apolo, Dios supremo de la medicina enviaba flechas, con plagas y pestilencias, pero en su poder infinito podía también liberarlas de ellas.

En el siglo V antes de la era cristiana, comenzó a buscarse -- el origen de las enfermedades en el cuerpo mismo del hombre y -- en el mundo material que lo rodea. Comienza a aceptarse que -- las enfermedades eran debidas a las causas naturales; para su curación no era necesario involucrar a los dioses o ahuyentar a los malos espíritus, bastaría tratar de que los humores mantuvieran el -- equilibrio normal.

Hipócrates, de Cos, rescató a la medicina de las especulaciones, para empezar la clasificación de los datos de las enfermedades por ello se considera hoy día padre del arte de curar; quedan así establecidas las bases de la medicina científica; la observación prolongada permite progresar en su conocimiento.

Actualmente en las enfermedades transmisibles para que ocurra su difusión son necesarios tres elementos: El Ambiente, El Agente y El Huesped. Chapin Médico Sanitario del Distrito Providence, Rhode Island durante muchos años hizo estudios sobre sarampión, escarlatina, difteria y otras enfermedades respiratorias. Con respecto al sarampión estudió una población de susceptibles de 17,265 individuos en quienes la tasa de ataque secundario fue de 75.7%, esta tasa fue muy alta en los niños pequeños y progresivamente más baja con el aumento de la edad; en igual forma se ha estudiado conductas de otras enfermedades transmisibles, para poder medir su potencial de difusibilidad. Ha resultado que las enfermedades más difusibles son: El Sarampión y la Coqueluche (1).

Estudiar el ataque secundario tiene mucha aplicación práctica para aclarar los aspectos de cada enfermedad ya que constituye un índice para evaluar vacunas, aislamiento y otras medidas de control. Cuando la difusibilidad es muy alta en la enfermedad este hecho apoya la transmisión de un animal o vector, en el caso de la malaria, tifus exantemático, fiebre amarilla etc. Chapin al estudiar las tasas de ataque secundario postuló que si la tasa es baja, puede sospecharse de enfermedades a nivel subclínico. Wickman en 1905, al estudiar un brote de poliomiелitis en Estocolmo fue capaz de trazar cadenas Epidemiológicas entre los casos de parálisis y postular la existencia de formas no reconocidas de la enfermedad.

El concepto de enfermedad en epidemiología es más amplio y se entiende en todas las formas de la enfermedad: Clínica, Subclínica e Inaparente, mientras que para el clínico un enfermo es

un individuo con síntomas que necesita cuidado médico, la enfermedad subclínica e inaparente constituye en cierto modo un descubrimiento de la Epidemiología, ocupándose de la "Historia Natural de la Enfermedad" ya que por la escasez o ausencia de síntomas estos casos no llegan ante los ojos de la medicina clínica, solo se sospecha su presencia y por medio de investigaciones Epidemiológicas en el terreno y se confirma el diagnóstico mediante pruebas de laboratorio, si no fuera por estos hechos epidemiológicos estos casos quedarían en su totalidad desconocidos, para el individuo y la medicina clínica por la venignidad del caso no tiene importancia pero la Epidemiología sí tiene importancia, ya que tiene el mismo potencial de difusibilidad que la enfermedad clínica manifiesta.

Murphy en 1974 estudió en una primera fase un brote epidémico de tifoidea en una población de 701 habitantes, en un pueblo de North Carolina, obteniéndose coprocultivos de 642 personas de las cuales resultaron 80 positivos correspondiendo a los siguientes casos:

Infección Inaparente 11 casos, Ambulatorios 11, enfermos en cama de 1 a 9 días 20 y enfermos en cama de 10 días o más 38; con este estudio demostró la variada gama de reacciones en una población expuesta al mismo riesgo. Hubo 38 formas que podrían catalogarse como clínicas (enfermos en cama 10 días o más), 31 formas subclínicas (casos ambulatorios y enfermos en cama de 1 a 9 días) y 11 formas asintomáticas e inaparentes. Si no fuera por las investigaciones epidemiológicas y exámenes de laboratorio, jamás esos individuos habrían sabido que tuvieran tifoidea.

Una tendencia ha sido la creciente aceptación de la importancia del conocimiento de la frecuencia y distribución de las enfermedades tanto en las épocas epidémicas como en las no epidémicas, aún cuando el interés predominante pueda estar todavía en focado en la explicación de las epidemias, evidentemente para

demostrar que una cierta frecuencia de mortalidad y de morbilidad es más alta que la expectativa normal, es necesario conocer la frecuencia de la misma condición en otra población, así como la misma población en épocas diferentes. En ciertos casos la existencia de una epidemia afecta a una gran población de personas, produciendo evidencia clara de enfermedad y se presenta durante un corto período de tiempo como por ejemplo: las epidemias de cólera, peste, viruela o de las infecciones comunes de la niñez que son fáciles de detectar, por lo que en estos casos la enfermedad es conocida y la diferencia entre prevalencia no epidémica es grande, y la transición es rápida. En contraste el riesgo a que está corrientemente expuesto el hombre para morir de una enfermedad coronaria del corazón en Estados Unidos, es mucho mayor el riesgo de muerte a que se expone durante algunas de las epidemias mayores de enfermedades infecciosas, pero la población general permanece casi sin darse cuenta de la existencia de una epidemia de enfermedad coronaria del corazón. El desarrollo lento de la epidemia de esta enfermedad ha servido para ocultar su enormidad a la población. Aún epidemias agudas pueden pasar inadvertidas si aparecen en forma rara, durante la niebla tóxica de Londres en 1952, se dió poca atención a los efectos de la niebla sobre la salud de la población. El impacto total se apreció cuando se contaron los muertos ocurridos durante ese período y el subsiguiente del mismo año y durante períodos similares de años anteriores, entonces fue notorio que la niebla había ocasionado aproximadamente 40,000 muertes de noviembre 29 a diciembre 16 de 1952 por contaminación atmosférica, expresado en parte por anhídrido sulfuroso.

Hasta el momento en el país los esfuerzos canalizados hacia la implantación de un sistema de Vigilancia Epidemiológica no ha logrado los objetivos fundamentales en el sentido de obtener la información exacta con prontitud y precisión, para tomar medidas conducentes a efecto se puedan controlar los daños en una forma

efectiva. El sistema de reporte semanal establecido por la División de Epidemiología de la Dirección General de Servicios de Salud permite conocer la magnitud de los daños en el mismo sitio. Con respecto a los registros de defunción no son llenados en su forma técnica ni en un 20 por ciento, sumado a ello el problema de la calidad de los mismos reportados en estudios especiales.

CAPITULO III

DEFINICION DE TERMINOS

DEMANDA ESPONTANEA:

Es la población que siente necesidad de atención médica y demanda a la misma sin programación previa.

DEMANDA DIRIGIDA:

Es la población que recibe atención médica respondiendo a la promoción de una cobertura previamente establecida en un programa de salud.

ENDEMIAS:

Es la presencia continua de una enfermedad o de un agente infeccioso dentro de una zona geográfica determinada; también puede significar la prevalencia usual de una determinada enfermedad dentro de esa Zona.

ENFERMO CLINICO:

Es aquel en quien se observa un cuadro reconocible, que puede ser típico o atípico pero en todo caso llama la atención del individuo, la familia y el médico.

ENFERMO SUBCLINICO:

Es aquel que presenta síntomas mínimos, inespecíficos, de escasa y limitada duración y el diagnóstico puede solamente hacerse por laboratorio.

EPIDEMIA:

Es la manifestación, en una colectividad o región de un grupo de casos de una enfermedad que claramente excede de la incidencia normal esperada que se deriva de una fuente común o son resultantes de la propagación.

INCIDENCIA:

Es el número de casos nuevos de una enfermedad, que ocurre durante un período de tiempo.

INFECCION INAPARENTE:

Es la que se puede demostrar única y exclusivamente por exámenes de laboratorio, porque se aísla el germen patógeno y se demuestra una alza de significativa de un anticuerpo específico. - Esto quiere decir que ese germen aislado desempeñó un papel patógeno e indujo una respuesta inmunológica, en ausencia de síntomas.

MORBILIDAD:

Es una desviación de un bienestar físico y mental provocado por un proceso mórbido o por un traumatismo y de la que es consciente el individuo afectado.

OCURRENCIA:

Es el lugar donde ocurre la muerte, puede coincidir con la residencia habitual.

PREVALENCIA DE PERIODO:

Es aquella que expresa el número total de casos que se presentan

durante un período de tiempo en una población y lugar dado.

PREVALENCIA DE PUNTO:

Es aquella que expresa el número de casos de una enfermedad que se presenta en un instante.

PROCEDENCIA:

Es el lugar donde procede el caso a estudiar.

RESIDENCIA HABITUAL:

Es el lugar donde comúnmente reside el caso o sea donde vive.

TASA DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA:

Es el número relativo que expresa la proporción de casos que ocurren por unidad de población.

CODIGO PARA LAS ENFERMEDADES DE NOTIFICACION --
OBLIGATORIA.

470.....	INFLUENZA
006.....	AMEBIASIS
486.....	NEUMONIA
098.....	INFECCIONES GONOCOCICAS
267.....	KWASHIORKOR
055.....	SARAMPION
011.....	TUBERCULOSIS APARATO RESPIRATO - RIO
033.....	TOS FERINA
052.....	VARICELA
097.....	SIFILIS
151.....	MORDEDURA DE ANIMAL

NOTA:

Estas fueron las 11 enfermedades de notificación obligatoria encontradas en el Municipio de San Cristobal Cucho.

CAPITULO IV

OBJETIVOS

- 1 - Lograr estudiar las principales enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, establecidas oficialmente por la -- Facultad de Ciencias Médicas y la Dirección General de -- Servicios de Salud del país.
- 2 - Iniciar un proceso de Vigilancia Epidemiológica con los -- componentes Mortalidad mediante el mejoramiento de los re -- gistros de defunción en las diferentes comunidades.
- 3 - Hacer un análisis de las condiciones de vida y situación socioeconómica de los casos de morbilidad y mortalidad, para que en futuras ocasiones se les puedan dar buenos planes -- educativos.
- 4 - Contribuir con la Dirección General de Servicios de Salud al mejoramiento de la construcción de los índices endémicos de las principales enfermedades del país.
- 5 - Mejorar los conocimientos de las técnicas de investigación -- mediante el método científico.
- 6 - Obtener una actitud favorable hacia la integridad de la comunidad con respecto a los estudios que se lleven a cabo.
- 7 - Que el presente trabajo sirva de antecedentes para futuras -- ocasiones y al final estar en la capacidad de dar conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO V

METODOLOGIA Y RECURSOS

METODOLOGIA:

El método fue estandarizado mediante un protocolo emitido por la fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, titulado "IN--VESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES - - TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA". Y la elaboración de seminarios bimestrales para resolución de dudas y manejo de cuadros y fichas estadísticas. Además dicha fase elaboró tres componentes básicos con actividades específicas debidamente normadas:

I. IDENTIFICACION DEL COMPONENTE MORBILIDAD.

Se detectaron los casos que en demanda espontanea consultaron al puesto de salud, tomando en cuenta que se contemplaran en el rubro de las Enfermedades de Notificación Obligatoria para hacerles sus debidas historias clínicas y posteriormente se localizaron los casos en el mapa del área de estudio.

II. IDENTIFICACION DEL COMPONENTE MORTALIDAD.

Se tuvo relación directa con las autoridades Municipales de la comunidad y diariamente notificaron al puesto de salud las defunciones del día anterior, luego se citaron a los familiares del difunto para su debido interrogatorio y formular el diagnóstico presuntivo.

III. IDENTIFICACION DEL COMPONENTE VISITA DOMICILIAR.

Este es el complemento de los dos anteriores donde se estudiaron: El Ambiente familiar del caso inicial y la detección de las fuentes de contagio.

RECURSOS:

HUMANOS:

- 1 - Personas que en demanda espontanea se detectaron que padecían de enfermedades de notificación obligatoria.
- 2 - Familiares de pacientes fallecidos.
- 3 - Autoridades Municipales.
- 4 - Supervisores docentes de la Facultad de Ciencias Médicas - de fase III.

NO HUMANOS:

- 1 - Puesto de salud del Municipio de San Cristobal Cucho.
- 2 - Viviendas de pacientes ubicadas en cantones, caseríos y aldeas.
- 3 - Locales donde se efectuaron los seminarios bimestrales.
- 4 - Mapa del área de influencia del municipio.

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO.

a - ORIGEN DEL NOMBRE:

San Cristobal Cucho, pintoresco y tradicional municipio de la zona fría en una extensa meseta, cuyo nombre está formado por dos palabras castellanas y un vocablo Mam. San Cristobal en honor a su patrono y cucho que viene de cuchej o cuchuj que significa reunión o congregación en la montaña; fue fundado el 11 de Octubre de 1825 por el Capitán -- Juan I. Cardona.

b - EXTENSION DEL AREA:

La extensión municipal de San Cristobal Cucho es de 56 -- Kms. cuadrados, con una altura de 7,975 pies, que hacen 2615 Metros sobre el nivel del mar que da margen a su clima frío -- (húmedo) saludable.

c - NUMERO DE HABITANTES:

Dicho municipio cuenta con un total de 7,000 habitantes -- donde predomina el sexo masculino, la mayoría de los pobladores es gente indígena sencilla y laboriosa que se dedica a la -- agricultura, haciendo brotar de la tierra los más deliciosos frutos que constituyen: Granos siendo una verdadera riqueza para el municipio.

d - LIMITES Y NUMEROS DE ALDEAS:

Está limitado por sus costados en la forma siguiente: al Norte con el Municipio de San Pedro Sacatepequez S.M, al sur -- con el municipio de El Quetzal, S.M, y La Reforma S.M., al Oeste con los municipios de San Pedro Sacatepéquez y San Juan Ostuncalco, este último del departamento de Quetzaltenango y también colinda con la cabecera departamental. -- Cuenta en su jurisdicción municipal con 4 aldeas siendo: Barranca Grande, Las Majadas, San Rafael Guativil y Rancho -- El Padre, además lo complementan 24 caceríos y algunas fincas.

e - DE LA CABECERA:

La cabecera Municipal de San Cristobal Cucho tiene como característica natural, su densa y grisácea neblina que asemeja un aterciopelado velo que cubre su poblado, esfumándose por momentos como un hada celestial en el espacio. Se llega a la cabecera departamental por medio de la carretera do

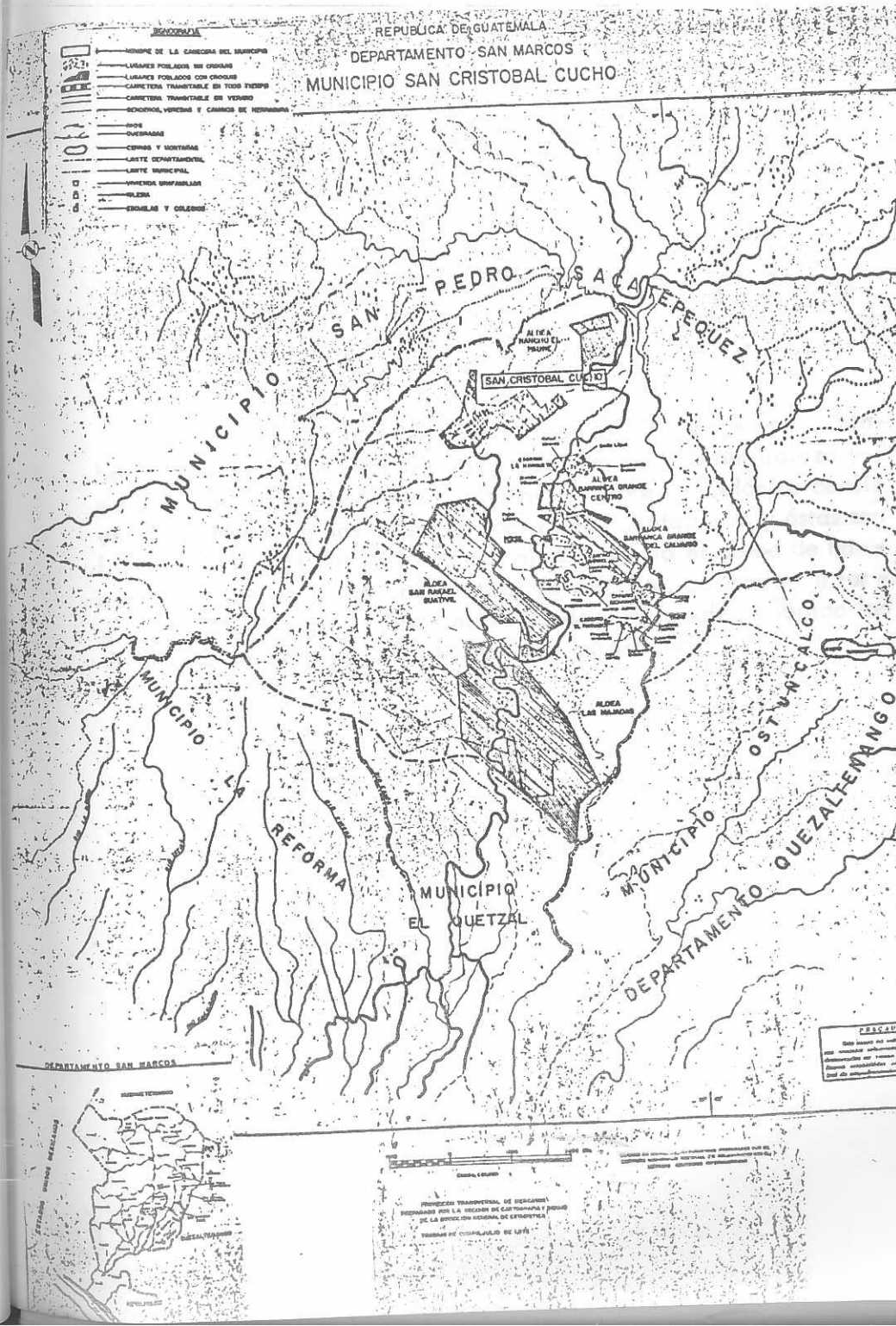
ce sur, que conduce de la cabecera departamental a la ciudad de Coatepeque (Quetzaltenango) y a partir del Km. 22- se desprende un tramo carretero municipal de 6 Kms, 875 -- Ms. este tramo carretero se conserva en regulares condicio- nes. La cabecera Municipal dista de la cabecera departa- mental (San Marcos) 29 Kms. y de la ciudad Capital 279 -- Kms.

f - DE SUS PROGRESOS:

Aspecto Material: Se han construido diversos edificios - como la escuela primaria urbana, puesto de salud, edificio municipal, mercado municipal y casa parroquial para comunicarse con las ciudades, pueblos y aldeas circunvecinas; - cuenta con servicio de teléfono y correos. Entre los servicios que prestan vital beneficio a los pobladores están el agua potable y la luz eléctrica.

g - ASPECTO CULTURAL:

Ha dado un gran paso hacia el progreso cultural de sus habitantes con la apertura del Instituto básico nocturno particular mixto Lic. Arnulfo Maldonado Echeverría, y la Biblioteca popular "Marta Julia Díaz de Maldonado". Haciéndose especial mención de la escuela nacional urbana mixta "José Joaquín Palma", que fue construida por el plan tripartito: Municipalidad, Comunidad y Gobierno de Guatemala, con la colaboración del Gobierno de los Estados Unidos.



CAPITULO VII

HIPOTESIS

- 1 - Las enfermedades infecciosas, transmisibles y nutricionales presentan la misma incidencia a nivel de demanda espontanea 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 adies--trado.
- 3 - Los sistemas de notificación en el país cumplen a cabalidad los requisitos de información en las enfermedades de notificación - obligatoria.

CAPITULO VIII

ANALISIS DE RESULTADOS

CUADRO No. 1

Relación porcentual entre el número total de consultas y el número de consultas que dieron como resultado diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria, durante el período comprendido del 21 de Abril al 21 de Julio de 1979 en el puesto de salud del -- Municipio de San Cristobal Cucho del Departamento de San Marcos.

	Número	Porcentaje
Consultas con Dx. de enfermedad notificable	115	17.14
Consultas con otros Diagnósticos	556	82.86
TOTAL DE CONSULTAS	675	100.00

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Fac. CC.MM. - USAC.

El Cuadro No. 1 muestra que el 17.14% de las consultas son de enfermedades notificables y el mayor número pertenece a las de tipo: DPC, Grado I y II y parasitismo intestinal, diagnosticándolas por su relación edad, peso y talla, por historia y examen clínico respectivamente por carecer de un laboratorio biológico.

CUADRO No. 2

Número y porcentaje de casos de enfermedad notificable en
den de frecuencia, según diagnóstico dado en consulta exter-

Diagnóstico	Número	Porcentaje
470	82	71.30%
006	10	8.69%
486	10	8.69%
098	3	2.61%
267	3	2.61%
055	2	1.75%
011	1	0.87%
033	1	0.87%
052	1	0.87%
097	1	0.87%
151	1	0.87%
TOTAL	115	100.00%

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac.
CC.MM. USAC.

En el cuadro número 2 se observa que las enfermedades no-
ficables que más afectan a la comunidad son: Las Infecciones-
e las vías respiratorias altas y bajas e infecciones intestinales-
onsiderándose como factores predisponentes: La Desnutrición,-
ndiciones socioeconómicas y el clima el cual es frío y húme-
o.

- 23 -
CUADRO No. 3

IMPORTE Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN
CION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETARIOS DE CASOS DE MORBILIDAD.

DIAGNOSTICO	470		006		098		053		367		011		013		033		087		131		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO			
SEÑAL																					
GRUPO																					
ETADOS																					
0 - 1 mes	1	2, 37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0, 88
1 a 1 a.	9	20, 90	11	28, 2	0	2	28, 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24, 20, 87
1 a 2 a.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	27, 61
2 a 3 a.	6	13, 90	6	15, 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17, 14, 76
3 a 4 a.	6	13, 90	6	15, 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16, 13, 91
5 a 6 a.	6	13, 90	4	10, 2	2	4, 0	1	20, 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12, 10, 43
7 a 8 a.	6	13, 90	4	10, 2	2	4, 0	1	20, 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18, 16, 32
9 a 10 a.	1	2, 32	2	12, 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17, 10, 90
11 a 12 a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	115, 100, 00
13 años y más	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	43100, 00	39 100, 0	5 100, 5	100, 5	3 100, 7	100, 0	3 100, 7	100, 0	0 100, 2	0 100, 2	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 100, 0	0 115, 100, 00

CUADRO No. 4

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN RESIDENCIA HABITUAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE CASOS DE MORBILIDAD.

RESIDENCIA HABITUAL	POBLACION		CANTON RIO SANTO		CASERIO CANOAS		SAN RAFAEL GUATIVIL		CASERIO GUATIVIL		BARRANCA GRANDE		RANCHO EL PADRE		CRUZ DE PIEDRA		TOTAL	
DIAGNOSTICO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
470	42	67.64	4	66.67	1	25.0	10	76.93	2	66.66	15	88.24	7	87.5			82	71.3
006	5	8.06	1	16.67	1	25.0	1	7.69			1	5.88	1	12.5			10	8.6
486	8	12.91	0	0	1	25.0	1	7.69									10	8.6
098	1	1.62	0	0	0	0	1	7.69							1	100	3	2.6
055	2	3.23	0	0	0	0											2	1.7
267	1	1.61	0	0	1	25.0			1	33.34							3	2.6
011	0	0	1	16.66	0	0											1	0.8
033	0	0	0	0	0	0					1	5.88					1	0.8
052	1	1.61	0	0	0	0											1	0.8
097	1	1.61	0	0	0	0											1	0.8
151	1	1.61	0	0	0	0											1	0.8
TOTAL	62	100.00	6	100.00	4	100.00	13	100.00	3		17	100.00	8	100.0	1	100	115	100.0

FUENTE: Investigación, Vigilancia epidemiológica Fac. CC.MM. USAC

En este cuadro se observa que la Comunidad más afectada es la propia población y la sigue la aldea Barranca Grande, debido a que en dichas -- Comunidades está la mayor concentración de habitantes o porque hay mayor accesibilidad al Puesto de Salud.

CUADRO No. 5

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LA PROCEDENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MORBILIDAD.

DIAGNOSTICO	470		006		486		098		055		267		011		033		053		097		151		TOTAL		
PROCEDENCIA	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
San Pedro Sacatepéquez							2	66											1	100			3	50	
Coatepeque							1	34															1	25	
Tumbador																						1	100	1	25
TOTAL							3	100											1	100	1	100		5	100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. CC.MM. USAC.

El presente cuadro muestra que la procedencia de enfermedades notificables fue mayor para las enfermedades venéreas ya que las fuentes de contagio se encontraban en otros municipios aledaños.

CUADRO No. 6

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN OCUPACION Y OFICIO DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA DE MORBILIDAD DIAGNOSTICADOS.

DIAGNOSTICO	470		006		486		098		055		267		011		033		053		097		151		TOTAL	
OCUPACION U OFICIO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
AGRICULTOR	9	11	1	10	3	30	1	34					1	100									15	13
ESTUDIANTE	10	12	3	30	1	10														1	100		15	13
DOMESTICA	10	12	2	20	1	10																	13	11
PILOTO CARRO							2	66															2	2
SASTRE																			1	100			1	1
DE CONSUMO	53	65	4	40	5	50			2	100	3	100			1	100	1	100					69	60
TOTAL	82	100	10	100	10	100	3	100	2	100	3	100	1	100	1	100	1	100					115	100

FUENTE: Investigación epidemiológica, Fac. CC.MM. USAC.

Este cuadro muestra que el mayor número de pacientes que consultan por enfermedades notificables pertenecen a una población de consumo siendo ésta: las personas sin empleo, niños sin escolaridad.

CUADRO No. 7

NUMERO Y PORCENTAJE DE ANTECEDENTES MEDICOS ENCONTRADOS POR ENFERMEDAD,
EN CONSULTA EXTERNA.

DIAGNOSTICO	006		486		098		055		267		011		033		053		097		151		470		TOTAL	
ANTECEDENTES MEDICOS	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
PALUDISMO	1	8																					1	3
INFLUENZA	3	26	1	11											1	100							5	15
DIARREA	1	8																					1	3
AMEBIASIS	1	8							1	34													2	6
T.B.											1	100					1	100	1	100			1	3
NINGUNO	1	42	8	89	3	100	2	100	2	66			1	100									21	61
SARAMPION	5	8																					3	9
TOTAL	12	100	9	100	3	100	2	100	3	100	1	100	1	100	1	100	1	100	1	100			34	100

FUENTE: Investigación epidemiológica, Fac. CC.MM. USAC.

El antecedente médico que más refirió la población sujeta a estudio fue el de infección de las vías respiratorias a repetición por ser esta patología que afecta a la población.

CUADRO No. 8

NUMERO Y PORCENTAJE DE ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS ENCONTRADOS POR ENFERMEDAD NOTIFICABLE EN CONSULTA EXTERNA.

DIAGNOSTICO	470	006	486	098	055	267	011	033	053	097	151	TOTAL
ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %	# %
NO RECUERDA		4 19	5 26	1 33	1 33	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	16 28
DPT		6 27	5 26		1 33							13 24
POLIO		6 27	5 26		1 33							11 19
SARAMPION		6 27	4 22									1 2
BCG				1 33								2 3
ANTI VARIOLICA	1 100			1 33								
TOTAL	1 100	22 100	19 100	3 100	3 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	1 100	56 100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Fac. CC.MM. USAC.

El presente cuadro enumera que el antecedente inmunológico que más refirió la población fue de tipo Activo (Vacunas como: Polio, DPT, Sarampión) debido a las campañas de vacunación que se llevan a cabo, pero una gran mayoría no recordaban si habían sido inmunizados activa o pasivamente.

CUADRO No. 9

PROMEDIO DEL NUMERO DE DIAS ENTRE EL INICIO DE SINTOMAS Y LA BUSQUEDA DEL PUESTO DE SALUD DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES, ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.

Diagnósticos:	Días	No. de casos	Total de días	Promedio
006		10	31	3.1
486		10	206	20.6
098		3	25	8.33
267		3	300	100.0
055		2	7	3.5
011		1	1080	1080.0
033		1	6	6.0
052		1	3	3.0
097		1	10	10.0
151		1	1	1.0
TOTAL		33	1669	1235.53

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica. Fac. CC. MM. USAC.

En este cuadro se puede observar el promedio del número de días entre el inicio de los síntomas y la búsqueda del puesto de salud y fue más alto para las enfermedades crónicas, tales como: Tuberculosis, aparato respiratorio y kwashiorkor; lo contrario que sucedió para las enfermedades agudas.

CUADRO No. 10

NUMERO Y PORCENTAJE DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS ENCONTRADOS EN CONSULTA EXTERNA.

Grupo Etareo:	menor de 1 a.		1 - 4a.		5 - 14a.		15-44a.		45+a.		TO- TAL	
Diagnóstico	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
470	21	92	32	70	10	63	6	50	13	72	82	100
006	1	4	5	11	1	6	2	17	1	6	10	100
486	1	4	4	9	2	13			3	16	10	100
098			0				3	25			3	100
055			2								2	100
267			2		1	6					3	100
011									1	6	1	100
033					1	6					1	100
052			1								1	100
097							1	8			1	100
151					1	6					1	100
TOTAL	23	100	46	100	16	100	12	100	18	100	115	100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. CC.MM. USAC.

El presente cuadro muestra que el grupo etareo más afectado fue el comprendido entre menores de 1 año y 4 años con respecto a las enfermedades notificables.

CUADRO No. 11

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA ENCONTRADAS EN CONSULTA EXTERNA DEL PUESTO DE SALUD EN LOS MESES DEL 21 DE ABRIL AL 21 DE JULIO DE 1979.

Diagnóstico	Mes	Abril	Mayo	Junio	Julio	TOTAL
470	#	12	30	31	9	82
	%	14	37	38	11	100
006	#	3	2	3	2	10
	%	30	20	30	20	100
486	#	1	6	2	1	10
	%	10	60	20	10	100
098	#		2	1		3
	%		66	34		100
055	#		2			2
	%		100			100
267	#		2	1		3
	%		66	34		100
011	#		1			1
	%		100			100
033	#		1			1
	%		100			100
052	#			1		1
	%			100		100
097	#				1	1
	%				100	100
151	#				1	1
	%				100	100
TOTAL	#	16	46	39	14	115
	%	13	40	35	12	100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. de CC.MM. USAC.

El cuadro anterior muestra que el mayor número de enfermedades notificables se detectaron durante los meses de mayo y junio, posiblemente a que el estudio se inició el 21 de abril y terminó el 21 de Julio del mismo año o por el inicio de invierno.

CUADRO No. 12

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LOS TIPOS DE DEFUNCIONES POR CAUSA DE ENFERMEDADES NOTIFICABLES Y POR OTRAS CAUSAS.

TIPO DE DEFUNCIONES	#	%
DEFUNCION POR CAUSA NOTIFICABLE	9	37.50
DEFUNCION POR OTRAS CAUSAS	15	62.50
T O T A L:	24	100.00

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. CC. MM, USAC.

El menor número de defunciones fueron por enfermedades notificables, el cual se relacionó con el tipo de morbilidad para su justificación.

CUADRO No. 13

NUMERO DE CASOS DE VISITA DOMICILIAR, SEGUN LA DURACION EN DIAS ENTRE DISTINTOS MOMENTOS DE LA EVOLUCION CLINICA DE LA ENFERMEDAD Y PROMEDIO DE ESOS TIEMPOS POR DIAGNOSTICO INVESTIGADO.-

Diagnóstico	Número Total de Casos	Días entre 1eros.síntomas y 1era.consulta	Promedio	Días entre 1era.consulta y diagnóstico	Promedio	Días entre el Dx y denuncia	Promedio	Días entre 1eros.síntomas y alta clínica	Promedio	Días entre 1era.consulta y alta epidemiológica	Promedio
006	10	31	3.1	31	3.1	64	6.4	120	12.0	144	14.4
486	10	206	20.6	206	20.6	82	8.2	58	5.8	180	18.0
098	3	25	8.3	3	1.0	41	13.66	24	8.0	30	10.0
267	3	300	100.0	300	100.0	300	100.00				
055	2	7	3.5	7	3.5	18	9.00	15	27.27	16	8.0
011	1	1080	1080.0	1080	1080.0	1080	1080.00				
033	1	6	6.0	6	6.0	9	9.0	16	16.0	18	18.0
052	1	3	3.0	3	3.0	23	23.0	17	17.0	17	17.0
097	1	10	10.0	10	10.0	17	17.0	25	25.0	25	25.0
151	1	1	1.0	1	1.0	9	9.0				
TOTAL	33	1669	166.3	1647	1228.2	1643	1276.26	251	103.07	429	109.0

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Fac. CC.MM. USAC.

El presente cuadro muestra que el promedio de días desde los primeros síntomas y la primera consulta fue más alto para las enfermedades crónicas sucediendo lo contrario para las enfermedades de carácter agudo, por lo tanto su denuncia, su alta clínica y su alta epidemiológica fue tardía. En conclusión, todo esto es debido a la idiosincracia de los habitantes de dicha comunidad.

CUADRO No. 14

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN OCUPACION Y OFICIO
DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION -
OBLIGATORIA DE MORTALIDAD.

Diagnóstico	486	055	033	470	006	TOTAL
Ocupación u Oficio	# %	# %	# %	# %	# %	# %
De Consumo	4 80	1 100	1 100		1 100	7 77.7
Doméstica	1 20			1 100		2 22.3
TOTAL						9 100.0

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. CC.MM.
USAC.

El presente cuadro muestra que la población de consumo fue la que
tuvo el mayor índice de mortalidad.

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN RESIDENCIA HABITUAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE MORTALIDAD.

Residencia Habitual	Población		Barranca Grande		Caserío Las Canoas		Aldea Las Majadas		Caserío Guativil			
Diagnóstico	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
486	3	75	1	50					1	50	5	55.55
055	1	25									1	11.11
033			1	50							1	11.11
470							1	100			1	11.11
006									1	50	1	11.11
TOTAL	4	100	2	100			1	100	2	100	9	100.

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. de CC.MM. USAC

En el cuadro anterior se puede observar que en la población se detectaron la mayoría de las defunciones por causa de las infecciones de las vías respiratorias altas y bajas.

- 44 -

CUADRO No. 16

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORTALIDAD.

Diagnóstico Sexo.	470		486		055		033		006		Total	
	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	#	%
Grupo etareo	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0 - 1 mes			1	33			1	100			2	22
1m a 1a.			1	33	1	50			1	100	1	12
1a a 2a.							1	100			2	22
2a a 5a.			1	33								
5a a 14a.												
14a a 44a.											2	22
- de 44			1	100	1	50						
Sub-Total			1	100	3	100	2	100	1	100	9	100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Fac. CC.MM. USAC.

Nota: El 100% es el total de casos de cada enfermedad.

El presente cuadro muestra que el grupo etareo más afectado con respecto a las defunciones fue el comprendido entre 1 mes y 5 años, siendo este grupo al mismo tiempo el más -- mórbido.

- 45 -

CUADRO No. 17

NUMERO Y PORCENTAJE DEL CARACTER DE LOS -
DIAGNOSTICOS DADOS EN LAS VISITAS DOMICI-
LIARES EFECTUADAS.

CARACTER DEL DIAGNOSTICO:	PRESUNTIVO		DEFINITIVO		TOTAL	
DIAGNOSTICOS	#	%	#	%	#	%
470	82	88			82	100
006	10	11			10	100
486			10	46	10	100
098			3	14	3	100
055			2	10	2	100
267			3	14	3	100
011			1	4	1	100
033			1	4	1	100
052			1	4	1	100
097	1	1			1	100
151			1	4	1	100
TOTAL	93	100	22	100	115	100

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. CC.
MM. USAC.

El cuadro anterior muestra que la mayoría de diagnósticos fue-
ron presuntivos ya que se carecía de un laboratorio biológico.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

- 1 - La calidad de los Registros de Defunciones son llenados en su forma técnica en un 8.33 por ciento
- 2 - La incidencia de pacientes con enfermedades infectocontagiosas y nutricionales es mayor a nivel de demanda espontánea que a nivel de búsqueda activa.
- 3 - Los sistemas de notificación en el Municipio de San Cristobal Cucho no se cumplen a cabalidad los requerimientos de información en las enfermedades de notificación obligatoria ya que la mayoría de diagnósticos son presuntivos y no definitivos.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES

- 1 - Observando que los registros de defunción en el Municipio de San Cristobal Cucho, no son llenados a cabalidad, considero prudente que se impartan cursillos sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria a las personas encargadas de hacer dichos registros.
- 2 - Sería conveniente establecer un laboratorio biológico - en la comunidad para aumentar el índice de diagnósticos definitivos de las Enfermedades Notificables.
- 3 - Hacer más conciencia a los futuros médicos en su Ejercicio Profesional Supervisado para que esta clase de estudios se continúe a mayor cabalidad.

CAPITULO XI.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Armijo Rojas, Rolando
Epidemiología
Tomo I
Primera Edición
Editorial Interamericana Buenos Aires 1974
Pág. 97-108.
- 2 - Benenson S. Abram.
El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre.
Duodécima Edición
Publicación Científica No. 372
Organización Panamericana de la Salud
OMS Washington.
- 3 - Cermeño Carlos
Epidemiología y Profilaxis
Tomo I
Edición Argentina
Editorial El Ateneo Buenos Aires 1946
Págs. 19-20
- 4 - Clasificación Internacional de las Enfermedades
Certificado Médico de Defunción Reglas de Clasificación
Fase III Fac. de Ciencias Médicas
Revisión 1, 965 Vol I. OMS
Resumen de páginas 435-438 (documento)
- 5 - MaC. Mahon Brian, Pugh Thomas F. Psen Jhones.
Métodos de Epidemiología
Edición Versión al Español por Abelardo Temoche Dr.
Editorial Founier S.A. México 1960
Pág. 1-4.

- 6 - Nuila, Héctor Alfredo Dr.
Programa de Investigación Epidemiológica en E.D.C. III
Fase III Fac. de Ciencias Médicas 1979 (documento)

Vecindad,

Br.

SERGIO ROLANDO PALENCIA ROJAS

Asesor.

E ROBERTO OVALLE GARCIA

Dr.

Revisor.

EDGAR ROLANDO MUÑOZ PALACIOS

Dr.

Secretario

Dr. RAUL A. CASTILLO RODAS

Dr.

Decano.

ROLANDO CASTILLO MONTALVO