

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES  
TRANSMISIBLES, DE LA ALDEA NUEVA, MUNICIPIO DE  
SANTA CATARINA MITA, DEL DEPARTAMENTO  
DE JUTIAPA, EN EL PERIODO DE FEBRERO-JULIO  
DE 1980.**

**ANA MARILYN ALVAREZ MONZON DE DE MATTA**

## PLAN DE TESIS

- 1- INTRODUCCION
- 2- ANTECEDENTES
- 3- JUSTIFICACION
- 4- DEFINICION DE TERMINOS
- 5- OBJETIVOS
- 6- METODOLOGIA Y RECURSOS
- 7- MONOGRAFIA DEL AREA DE TRABAJO
- 8- PRESENTACION DE RESULTADOS
- 9- ANALISIS DE RESULTADOS
- 10- CONCLUSIONES
- 11- RECOMENDACIONES
- 12- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

Este es uno de los primeros estudios efectuados en el Puesto de Salud de la Aldea Nueva, perteneciente al Municipio de Santa Catarina Mita, del Departamento de Jutiapa, "INVESTIGACION EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA". Es realizado con la colaboración de Autoridades Municipales y la Dirección de Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas a través del Médico de su EPS rural.

Su propósito fundamental es identificar, cuantificar, localizar las enfermedades Transmisibles de notificación Obligatoria, de una lista de cuarenta y cinco, pero en dicho estudio solo se detectaron Once, en el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

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 Morbimortalidad, 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, pero el control de la naturaleza de las enfermedades transmisibles y así reducir la tasa de Morbimortalidad.

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 así hay circunstancias que lo exijan surgen fondos de emergencias, adquiriendo equipo y personal y una vez pasada la emergencia, ese personal se incorpora al servicio Sanitario, dando como

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 definidas 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 estos: 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

Con respecto a esta Aldea, no se ha efectuado ningún estudio.

### CAPITULO III

#### JUSTIFICACION

Teniendo conocimiento de que en La Aldea Nueva, del municipio de Santa Catarina Mita, nunca se ha realizado un estudio de esta naturaleza y estando conciente de que la desnutrición proteico calórico conlleva al desarrollo de las enfermedades infectocontagiosas y éstas son las principales causas de morbimortalidad surgió el deseo de hacer esta clase de trabajo, para tratar de detectar, controlar a largo plazo desde el punto de vista epidemiológico las diversas enfermedades que afectan este municipio.

### CAPITULO IV

#### 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.

##### ENFERMOS SUB CLINICO:

Es aquel que presenta síntomas clínicos 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 programación.

**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, por que se aísla el germen patógeno y se demuestra una alza significativa de un anticuerpo específico.

Eso quiere decir que ese germen aislado desempeñó un papel patógeno e indujo una respuesta inmunológica, en ausencia de síntomas.

**OCURRENCIA:**

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

**PREVALENCIA DEL 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 de donde vive.

**TASA DE INCIDENCIA Y PREVALENCIA:**

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

## CAPITULO V

### OBJETIVOS

- 1- *Iniciar un proceso de vigilancia Epidemiológica, mediante los componentes de registro y notificación periódica de la morbilidad y el mejoramiento de la calidad de los registros de defunción.*
- 2- *Hacer un análisis de las condiciones de vida y situación socio-económica, de los casos de morbilidad y mortalidad.*
- 3- *Contribuir con la Dirección General de Servicios de Salud, al mejoramiento de la construcción de los Indices endémicos de las principales enfermedades de la Aldea.*

## CAPITULO VI

### MATERIAL Y METODOS

#### METODOLOGIA:

*El método fue estandarizado mediante un protocolo emitido por la Fase III de la Facultad de Ciencias Médicas, titulado "INVESTIGACION 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.*

#### DINAMICA DE TRABAJO DE INVESTIGACION:

##### I. IDENTIFICACION DEL COMPONENTE MORBILIDAD.

*Se detectaron los casos que en demanda espontánea consultaron al Puesto de Salud, tomando en cuenta que se contemplara 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 espontánea 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.*
- 5- *Personal del puesto de Salud.*
- 6- *Médicos EPS.*

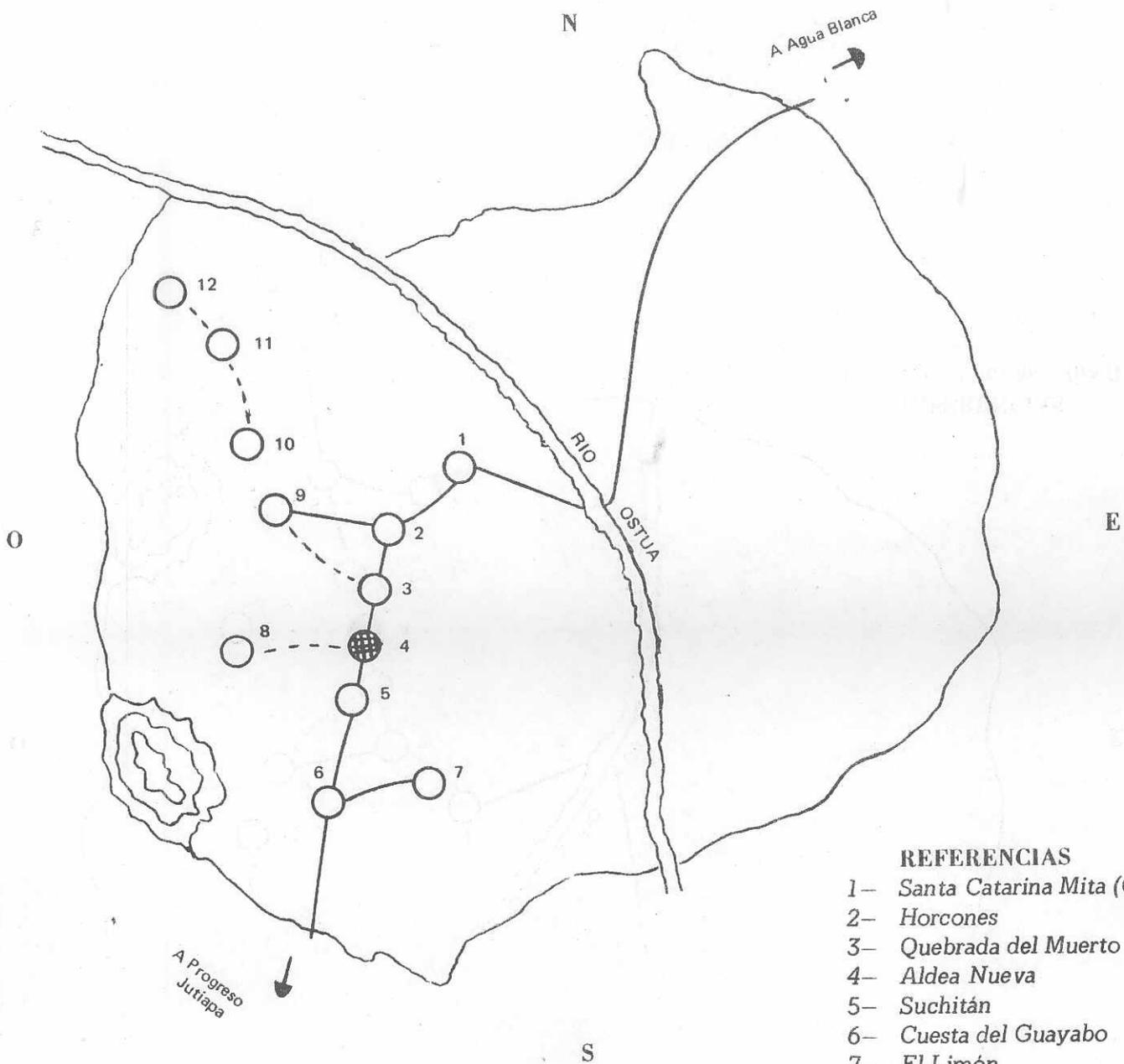
#### NO HUMANOS:

- 1- *Puesto de Salud de Aldea Nueva, Municipio de Santa Catarina Mita.*
- 2- *Viviendas de pacientes Ubicadas en Aldeas y caceríos.*
- 3- *Locales donde se efectuaron los seminarios Bimestrales.*
- 4- *Mapa del área de influencia del Municipio.*

5- *Archivos del registro de la municipalidad.*

6- *Instrumentos de trabajo.*

MAPA DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA MITA  
 DPTO. JUTIAPA  
 DONDE SE LOCALIZA ALDEA NUEVA Y ALDEAS  
 CIRCUNVECINAS.



**REFERENCIAS**

- 1- Santa Catarina Mita (Cabecera)
- 2- Horcones
- 3- Quebrada del Muerto
- 4- Aldea Nueva
- 5- Suchitán
- 6- Cuesta del Guayabo
- 7- El Limón
- 8- Laguna de Retana
- 9- La Arada
- 10- Sabanetas
- 11- Magueyes
- 12- Jocote Dulce

## CAPITULO VII

### MONOGRAFIA DEL AREA DE TRABAJO

#### LIMITES GEOGRAFICOS:

La Aldea Nueva Pertenece a la Jurisdicción del Municipio de Santa Catarina Mita, del Departamento de Jutiapa.

Su topografía es irregular y su clima templado, limita al norte, con el cacero Quebrada del Muerto y Aldea Horcones, al sur con la Aldea Suchitán y Cuesta del Guayabo.

#### DATOS DE POBLACION:

Número de Habitantes: 360

Número de casas: 51

	población mujeres	población hombres
0-4 años:	16	21
5-9 años:	31	18
10-14 años:	23	21
15-19 años:	30	19
20-24 años:	17	16
25-29 años:	17	19
30-34 años:	15	13
35-39 años:	7	10
40-44 años:	4	3
45-49 años:	9	8
50-54 años:	4	13

55-59 años:	5	4
60-64 años:	2	4
65-69 años:	1	2
70-74 años:	0	4
75-79 años:	1	2
80-84 años:	1	0
85 y más:	0	0

### ORIGEN Y FUNDACION DE LA ALDEA

Aldea nueva es una continuación de la Aldea Suchitán y según cuentan algunos vecinos varias familias que vivían en Suchitán, iban a ser desalojados de sus propiedades por los naturales de dicha comunidad, pero un señor poseedor de terrenos, en la parte norte cedió a estas familias, un terreno bastante grande para que hicieran sus viviendas y no emigrara a otros lugares y es donde actualmente se encuentra asentada dicha Aldea.

### TRADICIONES Y COSTUMBRES

La fiesta de la Aldea se celebra el día 30 de Noviembre, los platillos que preparan son: el tamal, torrijas, pulic y su tasa de chocolate.

### PRODUCCION Y RECURSOS NATURALES

Los habitantes de dicha comunidad en su mayoría son Agricultores, dedicándose al cultivo del frijol, maíz, maicillo, cebolla, y otros.

Algunos habitantes tienen terrenos propios para cultivar, pero otros tienen que alquilar tierras para sacar sus cosechas.

### ORGANIZACION POLITICA ADMINISTRATIVA

La Aldea Nueva cuenta con un Alcalde Auxiliar y 7 Comisionados.

### GRUPOS ORGANIZADOS EN LA COMUNIDAD

Cuenta con un Comité pro Mejoramiento de la Aldea.

### EDUCACION

Se cuenta con una Escuela de recientes construcción, en donde se imparte la Educación Primaria.

### ABASTO DE AGUA

Se surten de agua para usos domésticos, del sistema de agua de la Aldea Suchitán, encontrándose tres llenacántaros, al servicio de dicha comunidad que es bastante irregular.

### RELIGION

La Aldea cuenta con un Oratorio Católico, y una Capilla Evangélica.

### VIAS DE COMUNICACION

Consiste en una carretera de terracería transmisible en época de verano e invierno, por toda clase de vehículos motorizados es la carretera que partiendo de la cabecera Municipal, de Santa Catarina Mita, conduce a la cabecera departamental, en donde se une con la carretera que va a la República de El Salvador.

Los Habitantes de dicho lugar utilizan los transportes extraurbanos para sus fines comerciales y son los que saliendo de Santa Catarina Mita, Cabecera van a la Capital, el Progreso, Jutiapa y Jalapa, y son: Transportes Norfa, Ostúa, Galilea, Tres Virtudes, La Veloz.

## CAPITULO VIII

### PRESENTACION DE RESULTADOS

#### CUADRO No. 1

##### COMPONENTE DE MORBILIDAD

Número y porcentaje según el tipo de consulta efectuada en el Puesto de Salud de Aldea Nueva durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

TIPO DE CONSULTA	NUMERO	o/o
Consultas con Dx. de enfermedad notificable	227	29.60
Consultas con otros diagnósticos patológicos	421	47.73
Consultas programáticas	200	22.67
<b>TOTAL CONSULTAS</b>	<b>848</b>	<b>100</b>

FUENTE: Investigación Epidemiológica EDC III  
USAC.

#### CUADRO No. 2

Número y porcentaje de casos de Enfermedad Notificable según Diagnóstico dados en consulta externa en el Puesto de Salud de Aldea Nueva, durante el Período Comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Diagnóstico	Número	o/o
Influenza	153	67.63
Marasmo	27	11.30
Neumonías	16	7.09
Otras Enf. Diarreicas	14	6.39
Amebiasis	9	3.99
Sarampión	3	1.40
TB Aparato Resp.	1	0.44
Inf. Gonococcica	1	0.44
Paludismo	1	0.44
Fiebre Tifoidea	1	0.44
Tos Ferina	1	0.44
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas USAC.



**CUADRO No. 5**

Número según Ocupación y Oficio de los casos de Enfermedad de Notificación Obligatoria por diagnóstico de casos de Morbilidad en el Pueblo de Salud de Aldea Nueva durante el Período del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

	De 7 años	Escolares	Oficios Domésticos	Agricultor	Comerciante	Ninguna	Otras Ocupaciones	Total
Influenza	103	18	18	14				153
Neumonías	16							16
Amebiasis	7		1	1				9
TB todas formas				1				1
Marasmo	27							27
Gonorrea				1				1
PALUDISMO		1						1
Sarampión	2	1						3
F/Tifoidea				1				1
Tos Ferina	1							1
Enf. Diarréicas	12	1	1					14
<b>TOTAL</b>	<b>168</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>18</b>				<b>227</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas USAC.

**CUADRO No. 6**

Número de Antecedentes Inmunológicos encontrados por enfermedad de Notificación Obligatoria por Diagnóstico de casos en el Puesto de Salud de Aldea Nueva durante el período del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Antecedentes Inmunológicos Dx.	DPT	Polio	Sarampión	BCG	No refiere	No recuerda	Otras	Total
Influenza	114	114	112	114	30	9		493
Neumonías	15	15	7	15	1			53
Amebiasis	7	7		7	6	2		29
T. B. todas formas						1		1
Marasmo	26	26	20	22	5			99
Gonorrea						1		1
Paludismo					1			1
Sarampión						3		3
F. Tifoidea						1		1
Tos Ferina					1			1
Enf. Diarréicas	12	12	9	7	5			45
<b>TOTAL</b>								<b>726</b>

FUENTE: Investigación Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas USAC.

### CUADRO No. 7

Promedio del Número de días entre el inicio de los síntomas y la Búsqueda del Puesto de Salud de la Aldea Nueva, durante el período del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Dx.	Días		Total de días	Promedio
	Total	Con reporte del dato		
Influenza	153	153	268	51.3
Neumonías	16	16	77	14.7
Amebiasis	9	9	91	17.4
T. B. todas formas	1	1	30	5.7
Marasmo	27	27	28	5.3
Gonorrea	1	1	2	0.3
Paludismo	1	1	4	0.7
Sarampión	3	3	8	1.5
F. Tifoidea	1	1	8	1.5
Tos Ferina	1	1	3	0.5
Enf. Diarréicas	14	14	3	0.5
<b>TOTAL</b>				<b>99.4</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas. USAC.

### CUADRO No. 8

Número de casos de Morbilidad por Meses según el diagnóstico del Puesto de Salud de Enfermedades de Notificación Obligatoria, atendidos en Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

D x.	Mes						
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	
Influenza	15	70	15	19	19	15	
Neumonías	6	8			2		
Amebiasis	1	2		1	2	3	
T.B. Todas Formas	1						
Marasmo	4	12	1	1	4	5	
Gonorrea	1						
Paludismo		1					
Sarampión	3						
F. Tifoidea		1					
Tos Ferina		1					
Enf. Diarréicas	5	9					
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>104</b>	<b>16</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas USAC.

**CUADRO No. 9**

Número y porcentaje según los tipos de defunciones en la Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Tipo de defunción	No.	o/o
Defunción por Causa notificable	0	0
Defunción por otras causas	2	100
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Investigación Vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas USAC.

**CUADRO No. 10**

Número según Ocupación y oficio de los casos de defunciones en Aldea Nueva durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Ocupación	- de 7 años	Escolar	Oficio Doméstico	Agricultor	Comerciante	Ninguna	Otras Ocupaciones	Total
Dx.								
Síndrome diarreico	2							2
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>							<b>2</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

**CUADRO No. 11**

Número de casos de Mortalidad, según tipo de comunidad, de residencia habitual, de las defunciones en Aldea Nueva durante el Período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Tipo de Comunidad	+ de 2000 Hab.	- de 2000 Hab.	Total
Síndrome diarréico		2	2
<b>TOTAL</b>		2	2

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas USAC.

**CUADRO No. 12**

Número según sexo y grupo Etáreo de los casos de defunciones en Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Grupo Etáreo	0 - 1 mes		1 mes a 1 año		2 años a 5 años		5 años a 14 años		15 años a 44 años		+ de 45 años		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Dx.													
Síndrome Diarréico			1										2
<b>TOTAL</b>			1										2

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

**CUADRO No. 13**

Número y porcentaje de diagnósticos de defunciones concordantes y discordantes entre el diagnóstico del estudiante y el diagnóstico del registro civil de Aldea Nueva, durante el período del 11 de Febrero al 11 de julio de 1980.

Concordancia	Concordantes		Discordantes		Total	
	No.	o/o	No.	o/o	No.	o/o
Influenza						
Neumonías						
Angina Estreptococcica						
Amebiásis						
T. B. todas formas						
Marasmo						
Shigellosis						
Gonorrea						
Paludismo						
Sarampión						
Varicela						
Tos ferina						
No determinada			2	100	2	100

FUENTE: Investigación, vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas, USAC.

**CUADRO No. 14**

**COMPONENTE DE VISITA DOMICILIAR**

Número y porcentaje de casos de visita domiciliar, según diagnósticos que les dio origen en Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Dx.	No.	o/o
Influenza	153	100
Neumonías	16	100
Amebiásis	9	100
T. B. todas formas	1	100
Marasmo	27	100
Gonorrea	1	100
Paludismo	1	100
Sarampión	3	100
F. Tifoidea	1	100
Tos Ferina	1	100
Enf. Diarréica	14	100
<b>TOTAL</b>	<b>227</b>	<b>100 o/o</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica Facultad de Ciencias Médicas USAC.

CUADRO No. 15

Número de casos de visita domiciliar según estado civil, investigados en Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Dx.	Estado Civil								Total
	L de 14 años	Casado	Unido	Soltero	Viudo	Divorciado	Otros	No se tuvo Información	
Influenza	127	20		6					153
Neumonías	16								16
Amebiásis	7	1	1						9
T.B. todas formas		1							1
Marasmo	26			1					27
Gonorrea				1					1
Paludismo	1								1
Sarampión	3								3
F. Tifoidea				1					1
Tos Ferina	1								1
Enf. Diarréica	13			1					14
<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>10</b>					<b>227</b>

FUENTE: Investigación, vigilancia Epidemiológica, Facultad de Ciencias Médicas. USAC.

CUADRO No. 16

Número de casos de visita domiciliar; según escolaridad investigado en Aldea Nueva, durante el período comprendido del 11 de Febrero al 11 de Julio de 1980.

Dx.	Escolaridad						Total
	de 8 años	Analfabeto	Alfabeto	Primaria	Secundaria	Otro	
Influenza	102	121	32	51			306
Neumonías	16	16					32
Amebiasis	7	1	1	1			10
T.B. todas formas			1	1			2
Marasmo	1	1					2
Gonorrea			1	1			2
Paludismo			1	1			2
Sarampión	2	2	1	1			6
F. Tifoidea			1	1			2
Tos Ferina	1	1					2
Enf. Diarréica	26		1	1			28
<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>142</b>	<b>39</b>	<b>58</b>			<b>394</b>

FUENTE: Investigación, Vigilancia Epidemiológica, Fac. de Ciencias Médicas, USAC.

## CAPITULO IX

### ANALISIS DE RESULTADOS

#### CUADRO No.1:

Como podemos observar en este cuadro que el porcentaje correspondiente a enfermedades infecto contagiosos o de notificación obligatoria, es altamente significativo, significa que este grupo de enfermedades puede en si reflejar las condiciones insalubres y el estado inmunitario de la comunidad, las consultas programáticas descritas en dicho cuadro, corresponden a las consultas prenatales.

#### CUADRO No. 2:

Es notorio que la influenza ocupa el primer lugar, por diagnóstico lo cual podría significar una alta difusibilidad entre la comunidad o entre las personas afectadas, agravándose esta situación por el grado de asinamiento con que viven patrones culturales vemos además que en segundo lugar esta uno de los grados extremos de la desnutrición como es el marasmo (11.30o/o) y que dicho sea de paso según estudios del INCAP, demuestran que este tipo de patología le corresponde unicamente (5.90/0) evaluación del estado nutricional de la población de Guatemala. INCAP (1965) como tercer lugar se encuentran las neumonías que se pueden relacionar como complicación del I.R.S. ya sea por malas condiciones y malos hábitos higiénicos.

#### CUADRO No. 2:

De acuerdo el grupo etareo de 1 a 5 años lo cual viene a confirmar que es uno de los grupos más afectados y de esto no hubo ninguna significancia en cuanto al sexo. Es notorio que el diagnóstico de marasmo queda comprendido dentro de ese mismo grupo.

#### CUADRO No. 4:

Vemos que un porcentaje menor de consultantes les

corresponde a la aldea nueva y el porcentaje mayor les correspondió fuera del área de influencia, lo cual significa que la suma de los casos de las aldeas aledañas les quedaba de fácil acceso consultar al puesto de salud de la aldea nueva (cercanía, corta distancia, camino).

#### CUADRO No. 5:

Vemos que el mayor número corresponde a de 7 años lo cual demuestra que el grupo infantil es el mayor afectado, continúan los escolares y luego oficios domésticos, vemos también que la enfermedad que influenza, como menor número se encuentran los agricultores. Considero que estos señores no acuden periódicamente a los puestos de salud por razones de trabajo ya que ellos la mayoría pasa en el campo cosechando sus alimentos.

#### CUADRO No. 6:

Como se observa en este cuadro casi un 90o/o reportó haber sido vacunado, pero la realidad es que si todos hubieran recibido la dosis de vacunas no existieran en la aldea enfermedades infectocontagiosas. Desearía que no solo dos veces al año se realizaran campañas de vacunación porque varios niños al momento de la campaña se encuentran padeciendo de I.R.S., y no reciben sus dosis de vacunas.

O sería bueno que en cada puesto de salud se llevara un control a cada niño de sus vacunas y mantener siempre dosis de vacunas.

#### CUADRO No. 7:

Se puede observar que todos los pacientes consultantes que llegaron a consulta el primer día que presentaron síntomas, sino que ellos llegan cuando tienen cuatro o cinco días de haber iniciado la enfermedad, el 90o/o de estas personas llegan al puesto de salud cuando ya han fracasado los remedios caseros.

#### CUADRO No. 8:

Vemos que el mes que presentó mayor morbilidad fue marzo y el menor abril, pero en el mes de abril hay período de vacaciones de la semana santa y ese mes fue la campaña de vacunación. Durante toda la campaña no di consulta porque iba a otras aldeas y caceríos a vacunar esa fue la razón porque hay poca morbilidad en ese mes.

#### CUADRO No. 9:

Observamos que las dos defunciones no pertenecen a las de notificación obligatoria.

#### CUADRO No. 10:

Vemos que los dos casos de mortalidad pertenecen a menores de 7 años siempre predominando el grupo infantil, ya que ellos por sus malas condiciones higiénicas de vida son más susceptibles de contraer enfermedades y hay madres que por vergüenza no llevan a sus hijos a un puesto de salud o si los llevan ya es demasiado tarde.

#### CUADRO No. 11:

Se observa que según el tipo de comunidad ellos pertenecían a una población menor de dos mil habitantes.

#### CUADRO No. 12:

El sexo que predominó en las defunciones fue el femenino y las edades oscilaron entre uno y dos años, siempre predominando el grupo infantil.

#### CUADRO No. 13:

Observamos que los dos tipos de defunciones tienen diagnóstico discordante, ya que el registro civil tenía como

diagnósticos distintos al que dio el EPS considero que hay que darle una orientación a los comisionados de las aldeas para que ellos den buenos diagnósticos.

#### CUADRO No. 14:

Podemos observar que en este cuadro se cumplió en un 100o/o todas las visitas domiciliarias. Estas visitas las realicé fuera de horas de trabajo, no tuve ningún problema respecto a la distancia ya que la mayoría de las casas se encontraban cerca. Todas las personas de la aldea fueron muy colaboradoras, y no pusieron obstáculo para que yo realizara las visitas domiciliarias.

#### CUADRO No. 15:

Observamos que el mayor porcentaje fueron menores de 1 años siempre predominando el grupo infantil en todas las enfermedades.

#### CUADRO No. 16:

Según escolaridad el grupo más afectado fue menor de 8 años continúa en primer lugar el grupo infantil el 60o/o de las personas son analfabetas, este porcentaje es grande porque muchos padres no preocupan porque sus hijos vayan a la escuela, ya que ellos se les llevan a trabajar al campo, estas personas no piensan en superarse un poco, ya que ellos el no poder leer lo toman con mucha naturalidad.

## CAPITULO X

### CONCLUSIONES

1. El porcentaje de enfermedades de notificación obligatoria, en relación con las otras consultas es considerablemente alto.
2. Que más del 50o/o de la población bajo objeto de estudio padece de IRS y que un porcentaje considerablemente alto es desnutrido, agravándose estas condiciones con otros diagnósticos, como es neumonía, enfermedad diarreica, amebiasis, sarampión, que se ha demostrado cuya prevención es posible efectuar.
3. El grupo etareo seriamente afectado fue el de 5 años.
4. A pesar de las altas coberturas reportadas oficialmente por el ministerio de Salud Pública en las campañas de vacunación en realidad demuestran todo lo contrario.  
  
En la mayoría de los casos consultantes antes de ir al puesto de salud, primero van con una persona consultante ya sea el brujo o la comadrona.
6. No se puede en relación al componente mortalidad sacar conclusiones significativas ya que únicamente hubieron dos enfermedades con otras causas, y esto podría suceder que los familiares no reporten las defunciones a la municipalidad, creo que la realidad es que existan más defunciones.
7. Más de 50o/o de la población estudiada es analfabeta sumando a esto la carencia de letrinas, de agua potable, disposición de excretas, alto hacinamiento y situación precaria lo cual viene a condicionar y a determinar a que este tipo de enfermedades prevalezcan a esta comunidad seriamente afectada.

## CAPITULO XI

### RECOMENDACIONES

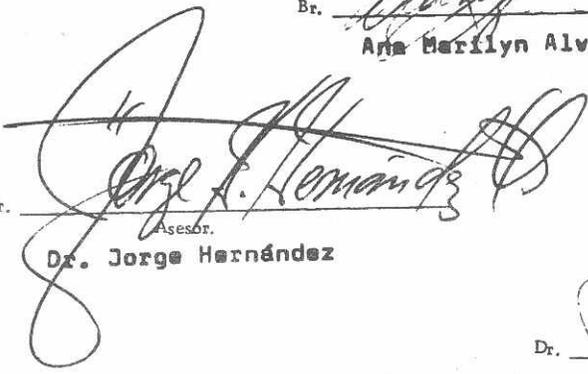
1. Observando que los registros de defunciones en el municipio de Santa Catarina Mita, no son llenados a cabalidad, considero prudente, que se impartan cursillos, sobre enfermedades de notificación obligatoria, a las personas encargadas de hacer dichos registros.
2. Sería conveniente establecer un laboratorio biológico, en la comunidad para aumentar, el índice de diagnóstico definitivo de las enfermedades notificables.
3. Hacer más conciencia a los futuros médicos en su ejercicio profesional supervisado, para que esta clase de estudios continúe a mayor cabalida.

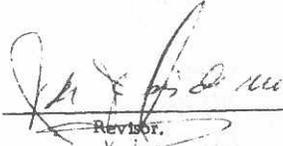
CAPITULO XII

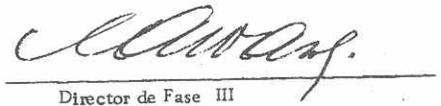
BIBLIOGRAFIA

1. Armijo, Rojas Rolando. *Epidemiología*, Tomo I, Primera edición, Editorial Interamericana Buenos Aires 1974. Pág. 97-108.
2. Benenson S. Abraham. *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. Pág. 19-20.
4. *Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Certificado Médico de Defunción Reglas de Clasificación. Fase III. Fac. CC. MM. Revisión 1965. 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 Fournier S. A. México 1960. Pág. 1-4.
6. Nuila, Héctor Alfredo Dr. *Programa de Investigación Epidemiológica en EDC III*. Fase III Fac. de Ciencias Médicas, 1979 (documento).

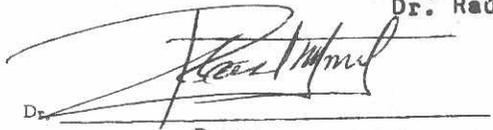
Br.   
Ana Marilyn Alvarez Monzón

Dr.   
Asesor.  
Dr. Jorge Hernández

Dr.   
Revisor.  
Dr. José de Jesús

Dr.   
Director de Fase III  
Dr. Carlos Waldheim

Dr.   
Secretario  
Dr. Raúl Castillo

Vo. Bo.   
Dr.   
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo