



SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

(Resultados parciales de la aplicación de Vigilancia Epidemiológica, en Aldea El Cernal, Barberena, Santa Rosa, del 4 de Agosto de 1980 al 16 de Enero de 1981)

CARLOS ALFREDO ROMAN CARRILLO

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. MONOGRAFIA DE ALDEA EL CERINAL
- III. JUSTIFICACIONES
- IV. ANTECEDENTES
- V. OBJETIVOS
- VI. HIPOTESIS
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. PRESENTACION DE RESULTADOS
- IX. ANALISIS DE RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA
- XIII. ANEXO

I. INTRODUCCION

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

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

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

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

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

El presente trabajo constituye la implantación de sistema de investigación epidemiológica realizado en la Aldea El Cernal del Municipio de Barberena, Departamento

MONOGRAFIA

mento de Santa Rosa, durante el segundo semestre del año de 1980 y consta de tres componentes que son: El Estudio de Morbilidad (enfermedad de notificación obligatoria), Estudio de Mortalidad (mejoramiento del registro de defunción) y el Estudio Domiciliar (búsqueda activa que se efectúa cuando se presentan casos de morbilidad y mortalidad que según normas establecidas justifiquen su ejecución). Cuenta además con un sistema ágil, sencillo y exacto del manejo de la información para la Facultad de Medicina, con lo que se llevará a cabalidad objetivos de utilidad y aprovechamiento del estudio.

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

La Aldea "El Cerinal" cuenta con una superficie de 51 Km², la cual constituye la aldea más grande en extensión del Municipio de Barberena, está situada entre los kilómetros 47 1/2 y 52 de la Carretera Interamericana, su altitud es de 1,990 pies sobre el nivel del mar, con una latitud de 14° 18', y una longitud de 24° 21' y 36".

Su clima es templado, su topografía es plana y su suelo fértil, tierra negra y barro.

Sus límites son: al Norte: con la Laguna del Pino y el Municipio de Santa Cruz Naranjo.

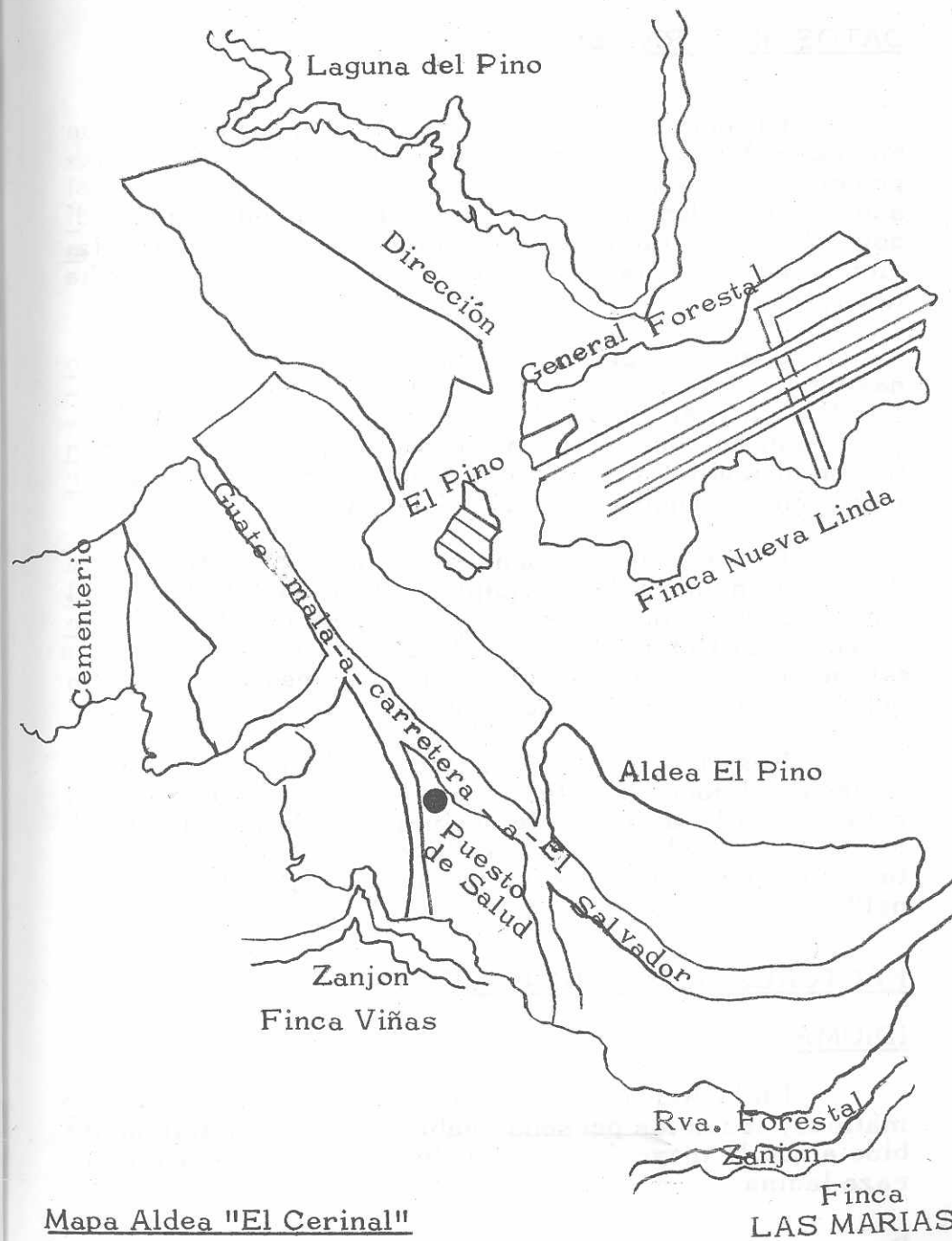
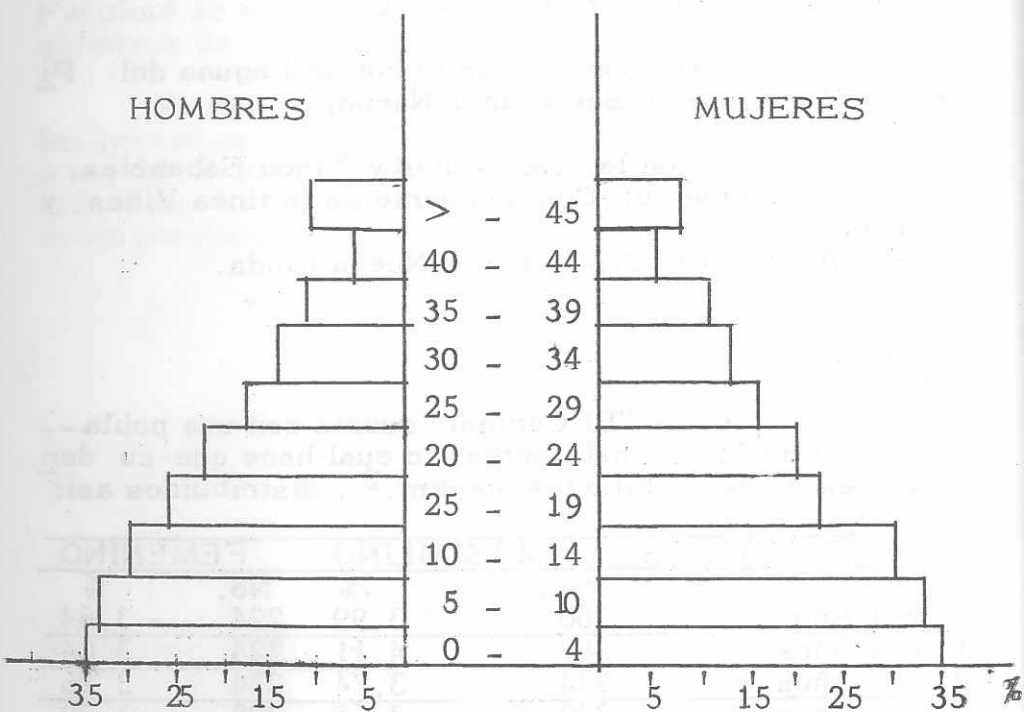
Al sur: Con la Finca Viñas y Finca Sabanetas.
Al Occidente: Con una parte de la finca Viñas y Los Positos.
Al Oriente: Con la Finca Nueva Linda.

POBLACION:

La Aldea de "El Cerinal" cuenta con una población total de 12,672 habitantes, lo cual hace que su densidad sea de 247 habitantes por km.², distribuidos así:

GRUPOS ETAREOS	MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%
0 - <1 Año	260	3.99	224	3.64
1 - 2 Años	268	4.11	224	3.64
2 - 3 Años	244	3.74	224	3.96
3 - 4 Años	240	3.68	228	3.70
4 - 5 Años	324	4.97	316	5.13
5 - 14 Años	1,652	25.34	1,644	26.72
15 - 44 Años	2,644	40.55	2,608	42.39
+ - 45 Años	888	13.61	788	12.80
TOTALES	6,520	100	6,152	100

Su pirámide de población de base ancha, con una población predominantemente joven. El pico de la pirámide es angosto, significando desde el punto de vista económico que sólo un pequeño número de la población es económicamente activa, aunque se sabe que dentro de los niños mayores de 7 años hay un grupo que también ayuda a sostener económicamente a la población.



DATOS HISTORICOS:

El territorio que actualmente comprende lo que hoy es la Aldea "El Cerinal", perteneció a la Finca Viñas propiedad de lo que fue la Firma Notteevon Hnos., en el año de 1957, durante el Gobierno del General Miguel Ydígoras Fuentes, dicho territorio fue dado como indemnización a una larga lista de antiguos trabajadores de dicha finca.

Entre sus primeros pobladores están las personas siguientes: Tomás Abrego, Juan Estrada, Alberto Padilla, Quirino Ortega, Eduardo Piril, Rafael Peren. - Muchos de los primeros habitantes en vista de que encontraron dificultades de diversa índole, tomaron la determinación de vender sus propiedades a otras personas.

El Gobierno del General Ydígoras Fuentes, le designó el nombre de "Esquipulitas", lo cual no fue del agrado de los moradores, quienes acostumbrados a denominarle "El Cerinal", así continuaron haciéndolo, ya que este nombre se originó dado a que en la región existen arboles con el nombre de "Cerina".

Posteriormente y durante el mismo Gobierno del General Ydígoras Fuentes, insistió nuevamente que a esta misma localidad se le denominara "Fray Bartolomé de las Casas", lo que tampoco aceptaron sus habitantes, por lo que en la actualidad se le denomina "El Cerinal".

FACTORES SOCIO-CULTURALES:

IDIOMA:

En la Aldea "El Cerinal" no existen barreras idiomáticas, todas las personas hablan Idioma Castellano debido a que la mayoría de sus habitantes pertenecen a la raza ladina.

COSTUMBRES:

Al igual que en la mayoría de nuestras poblaciones guatemaltecas existen diversas y variadas costumbres en la Aldea "El Cerinal", entre las que se destacan las siguientes: llevar bebidas alcohólicas, pan y café, cuando se pide la mano de la novia, lo cual es adquirido por el novio. Las que están embarazadas se prenden dos ganchos en el brassier para proteger al niño en caso de eclipse. Cuando los niños están "ojeados" los curan con una semilla de árbol que la denominan "Tempo", el cual indican que tiene una cruz en la punta.

TRADICIONES:

Su fiesta titular se celebra del 10 al 15 de Enero en honor al Cristo de Esquipulas, realizando diversos eventos sociales, culturales, deportivos destacando los religiosos. Celebran además con mucho fervor y entusiasmo el 15 de Septiembre, el día de los Santos y las fiestas de pascua.

RELIGION:

La mayoría de sus habitantes pertenecen a la religión Católica, contando la Aldea con una sola Iglesia Católica, la que está a cargo del Sacerdote de Barberena. - una minoría de habitantes pertenecen a otras religiones - entre la que se destacan evangélicos, mormones y testigos de Jehová, existen tres iglesias evangélicas.

MOVIMIENTO MIGRATORIO:

Durante los meses de Octubre a Enero la Aldea "El Cerinal" se ve sumamente congestionada de muchas personas que llegan de diferentes lugares de la República, especialmente de occidente, que llegan durante este lapso, al corte de café.

FACTORES SOCIO-ECONOMICOS:

AGRICULTURA:

El principal producto de cosecha y del cual dependen de la economía de la localidad es el café, debido a que el clima y el terreno favorecen dicho cultivo.

ALIMENTACION:

Los principales productos para su consumo alimenticio debido a su situación económica lo constituyen el frijol, arroz, maíz y café, carne, frutas y vegetales, se consiguen sólo en determinados días de la semana.

VIVIENDA:

Existen en "El Cerinal" 934 viviendas, las cuales están construidas con variedad de materiales que consisten en adobe, block, madera, láminas, teja y bajareque, la mayoría de estas casas no cuentan con pisos de cemento, sino están provistas de tierra.

UBICACION:

En la Aldea "El Cerinal" existen una Escuela Pública, la cual labora en jornadas matutina y vespertina - durante las cuales se imparten clases de primero a sexto grado.

El índice de alfabetismo en la Aldea "El Cerinal" equivale a un 27% de la población total, en cuanto al analfabetismo se refiere hay un 73%, de esto podemos darnos cuenta que la mayor parte de la población es analfabeta; lo cual está condicionado por la situación socio-económica de las familias, ya que en su mayoría - desde muy temprana edad se ven obligados a ayudar a sus padres para el sostenimiento de sus hogares en diferentes menesteres y especialmente en la limpia y corte de café.

VIAS DE COMUNICACION:

CARRETERAS:

Cuenta la Aldea "El Cerinal" con la Carretera Interamericana, la cual está asfaltada y hace de éste un lugar accesible, comunicando con Barberena, El Pino, Pueblo Nuevo Viñas y la Ciudad Capital.

CAMINOS VECINALES:

La indicada Aldea cuenta con caminos vecinales de terracería, por lo que son de difícil tránsito durante la época de invierno y comunican con localidades cercanas y que comprenden El Nazareno, El Pino, El Baletón, Sabanas y Las Pozas.

TRANSPORTE EXTRAURBANO:

Esta localidad cuenta con un servicio extraurbano no abundante, ya que se encuentra en el tránsito de diversas rutas a variadas regiones del país, además hay taxis y ruleteros que viajan constantemente a Barberena y viceversa.

CORREOS Y TELECOMUNICACIONES:

Cuenta con un servicio de telégrafos muy deficiente, lo que hace que sus habitantes en la mayoría de veces acudan al de Barberena; también cuando necesitan hacer llamadas telefónicas, ya que en la aldea no existe este medio, así tampoco servicio de radio.

SANEAMIENTO BASICO:

AGUA POTABLE:

La introducción de agua potable fue realizada a partir del mes de Octubre del año 1980, aún no ha sido inaugurada y cuenta con serias deficiencias, sólo es permitido un chorro por lote. 637 casas cuentan únicamente

con este servicio, el resto de viviendas obtienen dicho producto de pozos insanos.

EXCRETAS:

Unicamente 370 viviendas poseen sistema adecuado para la eliminación de excretas, el cual consiste en letrinas.

BASURA:

En la Aldea "El Cerinal" no existen un sistema para recolección de basura ni depósitos para la misma, por lo que la mayoría de sus habitantes la tiran a terrenos sembrados de café o baldíos, unos pocos la queman o bien la entierran.

CONTROL DE VECTORES:

Existe un control de vectores a través del SNEM, el cual realiza fumigaciones periódicas cada seis meses.

CONTROL DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS:

No existe un programa de control adecuado sobre manipuladores de alimentos, únicamente se lleva a cabo control sobre las tiendas de productos de consumo diario, panaderías, a través de la tarjeta y licencia sanitaria, tampoco se controlan de ninguna forma a los vendedores ambulantes.

RECURSOS:

PUESTO DE SALUD:

El puesto de Salud de la Aldea "El Cerinal" fue inaugurado en el año de 1976, éste fue construido por un Comité formado por vecinos de la localidad en el predio que comprende la Iglesia Católica, la cual lo presta,

consta de tres habitaciones distribuidas así: bodega, sala de espera, clínica, actualmente está pendiente la inauguración del nuevo centro, el que está situado a la vecindad de la Escuela Nacional. En el Puesto de Salud laboran actualmente un Médico EPS y un Auxiliar de Enfermería.

OTRAS INSTITUCIONES:

En la Aldea "El Cerinal" existen algunas Instituciones de ayuda para la misma y para el país, entre ellas tenemos: INAFOR, con los viveros del Centro de Capacitación de DIGESA. En el Sector agrícola de éste existe un terreno nacional denominado La Foresta que es cultivado con bosques artificiales y frutas cítricas.

Así también cuenta con dos talleres de fundición a nivel centroamericano, hay dos talleres mecánicos, dos talleres eléctricos, una fábrica de artículos de cemento, cuatro tiendas grandes, dos depósitos de licores, quince mini-tiendas, cuatro cafeterías, una panadería, cuatro carnicerías, ocho ventas de carne de cerdo, doce cantinas, ocho bares y tres granjas agrícolas.

ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS:

Así también en la Aldea existe una agrupación de AA, la cual tiene por objetivo prioritario incrementar la población sin vicios y formar hombres dignos, sus reuniones las llevan a cabo los días lunes, miércoles, y viernes de 19:00 a 21:00 horas.

III. JUSTIFICACIONES

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

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

IV. ANTECEDENTES

Hasta la fecha no se han realizado estudios que llenen a cabalidad los objetivos y fines de la Vigilancia Epidemiológica en el amplio sentido de su descripción.

En nuestro medio se han hecho estudios respecto a morbilidad y mortalidad a nivel nacional, llevados a cabo por estudiantes de medicina en su práctica de EPS, los cuales enfocan en forma concreta sus propósitos, sin embargo en manera alguna útiles para un sistema de Vigilancia Epidemiológica, ya que se presentan sus resultados de manera retrospectiva y por lo tanto susceptibles de no poder ofrecer medios oportunos y tendientes a limitar daño como resultado de agresión a la salud de la población por enfermedades de notificación obligatoria.

En lo que respecta a la Aldea "El Cerinal" no se han efectuado este tipo de estudios con anterioridad.

V. OBJETIVOS

I. PARA EL PAIS:

- 1.1 Lograr un mejor estudio de las principales En-fermedades de Notificación Obligatoria estable-cidas oficialmente, en la Aldea El Cérinal, Barbe-rena Santa Rosa.
- 1.2 Iniciar el proceso de Vigilancia Epidemiológica - en el daño Mortalidad mediante el mejoramiento y reporte permanente de los registros de defun-ción.
- 1.3 Contribuir con la Dirección General de Servicios de Salud al mejoramiento de la construcción de los índices Endémicos de las principales enfer-medades en el país.
- 1.4 Sentar las bases para el desarrollo de acciones-concretas y efectivas en contra de los daños esta-blecidos.

II. PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS:

II.1 En el Orden General:

- II.1.1 Continuar el Proceso de construcción de datos acerca de los principales daños que sufre la población para realimentar la for-mación de médicos.

II.2 En el Orden Académico:

- II.1.2 Cumplir con un requisito curricular, en beneficio de la salud del pueblo.

VI. HIPOTESIS

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

VII. MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

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

METODOS:

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

Para llevar a cabo los objetivos planteados, en relación a los tres componentes de que consta el trabajo

presente, se procedió como sigue:

1) COMPONENTES ESTUDIO DE MORBILIDAD:

Al evaluar pacientes que consultaron a la clínica, se efectuó estudio clínico de ellos, clasificándolos en dos grupos, los que pertenecen a pacientes con enfermedades de notificación obligatoria y los que no la padecen, luego ya clasificados, se les practicó estudio específico consiste en anotarlos en ficha especial a los comprendidos y contemplados en la investigación. Asimismo anotación en hoja de registro semanal de enfermedades.

Las fichas de los pacientes comprendidos en el estudio se archivaron en el Centro de Salud y luego siguió la localización de la procedencia del caso en mapa elaborado, señalándolo con alfileres con cabeza de color distinto para cada enfermedad.

2) COMPONENTE ESTUDIO DE MORTALIDAD:

Este componente es complemento del anterior, teniendo además el objeto de mejorar el registro de las defunciones, y para llevarlo a cabo hube de captar el hecho vital en la Municipalidad de Barberena, ya que en la Aldea El Cerinal no existe Alcalde Auxiliar ni Comisionado Militar, así; todos los días a primera hora hábil del día revisé el libro de defunciones de la Municipalidad y cuando el día anterior hubo anotadas defunciones comprendidas en la investigación, ubiqué el lugar de ocurrencia de la muerte, asimismo el establecimiento de residencia habitual, datos anotados en ficha especial.

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

- a) Visita Domiciliar: de acuerdo a los siguientes criterios: ESPOSO Y/O ESPOSA: Cuando el difunto estuviere casado o unido.

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

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

- b) Visita al lugar de ocurrencia de la muerte: Esta alternativa se aplicó cuando la muerte no ocurrió dentro de la jurisdicción de la Residencia habitual. Hago notar que no se estudiaron los casos MEDICO-LEGALES, ya que éstos solamente se pueden realizar con autorización del Juez competente, también se aplicaron los criterios de la alternativa anterior, con el agregado que en párrafo "OTROS", sumósele a patrones caporales, o Jefes inmediatos.

- c) Citación al Puesto de Salud a las personas que tuvieron relación con el difunto: Esta alternativa se aplicó cuando se tuvo dificultades por ejemplo: accesibilidad al lugar o imposibilidad en tiempo y espacio por las actividades del Puesto de Salud y se efectuó a través de la autoridad local en este caso de Barberena, por la Policía de la localidad, en ninguno de los casos estudiados funcionó, por la poca colaboración de las personas afectadas.

De este componente se notificó los resultados a la Facultad de CIENCIAS MEDICAS, a la División de Epidemiología de la Dirección General

de Servicios de Salud y al Registro Civil de Barberena.

3) COMPONENTE VISITA DOMICILIAR:

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

a) ESTUDIO DEL AMBIENTE FAMILIAR:

- a.1) Caso reportado por alguna autoridad local.
a.2) Detección del caso inicial cuando: se presentaron más de 10 casos procedentes de una misma comunidad durante el período de 10 días para las siguientes enfermedades:

(470) Influenza, (004) Disentería Bacilar, (006) Amebiásis, (009) Otras formas de disentería, (486) Neumonía; cualquiera de los otros daños del listado bajo estudio.

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

Para anotar estos resultados utilicé la ficha No. 7 elabora previamente, anotando en ella también la siguiente secuencia:

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

Jefatura de Distrito
División de Epidemiología DGS
Supervisor Docente, Fac. CC.MM, US

CUADRO No. 2

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE ENFERMEDAD NOTIFICABLE SEGUN DIAGNOSTICO DADOS EN CONSULTA EXTERNA EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

DIAGNOSTICOS	#	%
Influenza	0	0
Neumonias	2	3.57
Angina Estreptococcica	0	0
Amebiasis	2	3.57
Tuberculosis Todas Formas	1	1.78
Marasmo	0	0
Shigellosis	0	0
Gonorrrea	2	3.57
Paludismo	8	14.28
Varicela	1	1.78
Sarampión	0	0
SUBTOTAL	16	28.55

I.R.S.	30	53.57
Enfermedad Diarreica	10	17.85
DPC	0	0
SUBTOTAL	40	71.42
GRAN TOTAL	56	100

CUADRO No. 1

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN EL TIPO DE CONSULTA EFECTUADA EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

TIPO DE CONSULTA	NUMERO	PORCENTAJE
Consultas con Dx. de Enfermedad Notificable	56	3.34
Consultas con otros diagnósticos Patológicos	480	28.66
Consultas Programáticas	1139	68.00
TOTAL CONSULTAS	1675	100.

CUADRO No. 3

NUMERO DE CASOS, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO, DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORBILIDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

GRUPO ETAREO	0-1 MES		1 MES		1 Año		2 años		5 años		14 años		15 años		44 años		+ de 45 años		SUB TOTAL		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
Dx																					
INFLUENZA																					0
NEUMONIAS							1	0	1	0							1	1			2
ANGINA ESTREPT.																					0
AMEBIASIS					1						1						1	1			2
T.B. TODAS FORMAS															1		1	0			1
MARASMO																					0
SHIGELLOSIS																					0
GONORREA											2	0					2	0			2
PALUDISMO							2	0	3	1	1	1	0	0			6	2			8
VARICELA					1	0											1	0			1
SARAMPION																					0
SUB TOTAL	0	0	0	0	2	0	3	0	4	2	3	1	1	0	12	4					16
I. R. S.	2	1	2	1	8	3	9	2	1	0	0	0	1	0	23	7					30
Enfermedad Diarreica	1	0	3	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	3					10
DPC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					0
SUB TOTAL	3	1	5	2	10	4	10	3	1	0	0	0	1	0	30	10					40
GRAN TOTAL	3	1	5	2	12	4	13	3	5	2	3	1	1	0	42	14					56

CUADRO No. 4

NUMERO SEGUN TIPO DE COMUNIDAD, DE RESIDENCIA HABITUAL DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION POR DIAGNOSTICO DE CASOS DE MORBILIDAD EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL

Lugar

4 DE Agosto DE 1980 AL 16 DE Enero DE 1981

TIPO DE COMUNIDAD	DEL AREA DE INFLUENCIA		FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA				OTROS	TOTAL:		
			Del mismo Depto.		De otro Depto.					
HABITANTES	+ de 2000 Hab.	- de 2000 Hab.	+ de 2000 Hab.	- de 2000 Hab.	+ de 2000 Hab.	- de 2000 Hab.	OTROS			OTROS
Dx.										
INFLUENZA										
NEUMONIAS	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
ANGINA ESTREPTO										
AMEBIASIS	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
TB. TODAS FORMAS	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
MARASMO										
SHIGELLOSIS										
GONORREA	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0
PALUDISMO	8	0	0	0	0	0	0	8	0	0
SARAMPION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VARICELA	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0
SUB TOTAL:	16	0	0	0	0	0	0	16	0	0
I.R.S.	30	0	0	0	0	0	0	30	0	0
ENF. DIARREICA	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0
DPC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL:	40	0	0	0	0	0	0	40	0	0
GRAN TOTAL:	56	0	0	0	0	0	0	56	0	0

CUADRO No. 5

NUMERO SEGUN TIPO DE COMUNIDAD, DE PROCEDENCIA DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE CASOS DE MORBILIDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL
 Centro o puesto Lugar
 DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981

TIPO DE COMUNIDAD	DEL AREA DE INFLUENCIA		FUERA DEL AREA DE INFLUENCIA						TOTAL		
	+ DE 2000 Hab.	- DE 2000 Hab.	+ DE 2000 Hab.	- DE 2000 Hab.	+ DE 2000 Hab.	- DE 2000 Hab.	+ DE 2000 Hab.	- DE 2000 Hab.	+ DE 2000 Hab.	- DE 2000 Hab.	OTROS
IFLUENZA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NEUMONIAS	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
ANGINA ESTREPT.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMEBIASIS	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
T. B. TODAS Formas	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
MARASMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SHIGELLOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GONORREA	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0
PALUDISMO	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0
SARAMPION	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VARICELA	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
SUB TOTAL	16	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0
I.R.S.	30	0	0	0	0	0	0	0	30	0	0
ENF. DIARREICA	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0
DPC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	40	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0
GRAN TOTAL	56	0	0	0	0	0	0	0	56	0	0

CUADRO No. 6

NUMERO, SEGUN OCUPACION Y OFICIO DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE CASOS DE MORBILIDAD EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981
 Centro o Puesto Lugar

Dx.	OCUPACION							TOTAL
	de 7 a	Escolares	Oficios Domésticos	Agricultor	Comerciante	Ninguna	Otras Ocupaciones*	
INFLUENZA								0
NEUMONIAS	2							2
ANGINA ESTREPTOCOCCICA								0
AMEBIASIS	1	1						2
TUBERCULOSIS TODAS Formas				1				1
MARASMO								0
SHIGELLOSIS								0
GONORREA				1	1			2
PALUDISMO	3	2	1	1	1			8
SARAMPION								0
VARICELA	1							1
SUB TOTAL	7	3	1	3	2	0	0	16
I.R.S.	26	3	1					30
ENF. DIARREICA	10	0	1					10
DPC	0	0	0					0
SUB TOTAL:	36	3	0	0	0	0	0	40
GRAN TOTAL:	43	6	2	3	2	0	0	56

CUADRO No. 7

NUMERO DE ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS ENCONTRADOS POR EN-
FERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR DIAGNOSTICO DE CASOS
EN EL PUESTO _____ DE SALUD DE EL CERINAL DURANTE EL PERIO-
do comprendido del 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE
1981 .

Dx. / ANTECEDENTES INMUNOLOGICOS	DPT	POLIO	SARAMPION	BCG	NO REFIERE	NO RECUERDA	OTRAS *	TOTAL
INFLUENZA	0	0	0					0
NEUMONIAS	1	1	0					2
ANGINA ESTREPT.								0
AMEBIASIS	1	1	0	0				2
Tuberculosis Todas Formas	0	0	0	0				0
MARASMO	0	0	0	0				0
SHIGELLOSIS	0	0	0	0				0
GONORREA	0	0	0	0				0
PALUDISMO	2	2	2	0				6
SARAMPION	0	0	0	0				0
VARICELA	1	1	0	0				2
SUB TOTAL	5	5	2	0				12
I.R.S.	5	5	3	1				14
ENF. DIARREICA	3	3	1	0				7
DPC	0	0	0	0				0
SUB TOTAL	8	8	4	1				21
GRAN TOTAL	13	13	6	1				33

CUADRO No. 8

PROMEDIO DEL NUMERO DE CONTACTOS POR ENFERMEDAD DE NOTIFI
CACION OBLIGATORIA EN EL PUESTO DE SALUD DE EL CERIL
NAL Centro o Puesto Lu-
gar
DURANTE EL PERIODO COMPENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL
16 DE ENERO DE 1981

Dx.	CONTACTOS	No. DE CASOS		TOTAL DE CONTACTOS	PROMEDIO
		TOTAL	CON REPORTE DEL DATO		
Influenza		0	0	0	0
Neumonías		2	2	3	1.5
Angina Estreptococcica		0	0	0	0
Amebiasis		2	2	5	2.5
TB. Todas Formas		1	1	5	5
Marasmo		0	0	0	0
Shigellosis		0	0	0	0
Gonorrrea		2	2	4	2
Paludismo		8	8	20	2.5
Sarampión		0	0	0	0
Varicela		1	1	4	4
SUB TOTAL: ~		16	16	41	17.5
I. R. S.		30	0	0	0
Enf. Diarreica		10	0	0	0
DPC		0	0	0	0
SUB TOTAL:		40	0	0	0
GRAN TOTAL:		56	16	41	17.5

CUADRO No. 9

PROMEDIO DEL NUMERO DE DIAS ENTRE EL INICIO DE LOS SINTOMAS Y LA BUSQUEDA DEL PUESTO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACION -
(Centro Opuesto)
OBLIGATORIA, ATENDIDOS EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO -
Lugar
COMPRENDIDO DEL 4 de AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981

Dx.	DIAS	No. DE CASOS		TOTAL DE DIAS	PROMEDIO
		TOTAL	CON RE- PORTE del dato		
Influenza		0	0	0	0
Neumonías		2	2	9	4.5
Angina Estrept.		0	0	0	0
Amebiasis		2	2	11	5.5
Tuberculosis Todas Formas		1	1	30	30.
Marasmo		0	0	0	0
Shigellosis		0	0	0	0
Gonorrrea		2	2	8	4
Paludismo		8	8	40	5
Sarampión		0	0	0	0
Varicela		1	1	3	3
SUB TOTAL		16	16	101	52.0
I. R. S.		30	0	0	0
Enfermedad Diarreica		10	0	0	0
DPC		0	0	0	0
SUB TOTAL		40	0	0	0
GRAN TOTAL		56	16	101	52

CUADRO No. 11

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN LOS TIPOS DE DEFUNCIONES EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

TIPO DE DEFUNCION	#	%
Defunción por causa notificable	10	71.42
Defunción por otras causas	4	18.58
TOTAL	14	100

CUADRO No. 12

NUMERO Y PORCENTAJE SEGUN DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION DADOS POR EL REGISTRO CIVIL DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

DIAGNOSTICO	#	%
Afecciones Agudas respiratorias	0	0
Síndrome Diarreico	4	40
Síndrome por Enfermedades carenciales	0	0
Mortalidad Perinatal	3	30
Parasitismo Intestinal	0	0
Afecciones Ap. Respiratorias Agudas	2	20
Cáncer	0	0
Cardiopatías	0	0
Senilidad	1	10
Tos Ferina	0	0
No Determinada	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No. 13

NUMERO Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO DE CAUSA BASICA DE DEFUNCION DADOS POR EL ESTUDIANTE DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 de AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

DIAGNOSTICO	#	%
Afecciones Agudas respiratorias	0	0
Síndrome Diarreico	4	40
Síndrome por Enf. Carenciales	0	0
Mortalidad Perinatal	3	30
Parasitismo Intestinal	0	0
Afecciones AP, respiratorias Agudas	2	20
Cáncer	0	0
Cardiopatías	0	0
Senilidad	1	10
Tos Ferina	0	0
No determinada	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No. 14

NUMERO Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICO DE CAUSA DIRECTA DE DEFUNCION DADOS POR EL ESTUDIANTE DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPREDIDO DEL 4 DE AGOSTO AL 16 de ENERO DE 1981.

DIAGNOSTICO	#	%
Afecciones agudas respiratorias	0	0
Síndrome diarreico	4	40
Síndrome por enf. carenciales	0	0
Mortalidad Perinatal	3	30
Parasitismo	0	0
Afecciones Ap. Respiratoria agudas	2	20
Cancer	0	0
Cardiopatías	0	0
Senilidad	1	10
Tos Ferina	0	0
No determinada	0	0
TOTAL	10	100

CUADRO No. 15

NUMERO, SEGUN OCUPACION Y OFICIO DE LOS CASOS DE DEFUNCIONES EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPREDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

Dx. \ OCUPACION	- DE 7 a	ESCOLAR	OFICIOS Domésticos	Agricultor	Comerciante	Ninguna	Otras Ocupaciones	TOTAL
Afecciones Agudas Respiratorias	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome Diarreico	4	0	0	0	0	0	0	4
Sind. por Enfermedad Carenciales	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal	3	0	0	0	0	0	0	3
Parasitismo Intestinal	0	0	0	0	0	0	0	0
Afecciones AP. Resp. Agudas	2	0	0	0	0	0	0	2
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiopatías	0	0	0	0	0	0	0	0
Senilidad	0	0	0	0	0	1	0	1
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0
No Determinada	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	9	0	0	0	0	1	0	10

CUADRO No. 16

NUMERO, SEGUN SEXO Y GRUPO ETAREO DE LOS CASOS DE DEFUNCIONES
EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE
Lugar
DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981

GRUPO ETAREO	0-1 mes		1 mes a 1 año		1 año a 2 años		2 años a 5 años		5 años a 14 años		15 años a 44 años		+ de 45 años		SUB TOTAL	TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.		
Afecciones Agudas Respiratorias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Síndrome Diarreico	0	21	10	00	00	00	00	00	00	00	00	00	31	4		4
Sínd. por Enf. Carenciales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mortalidad Perinatal	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	21	3		3
Parasitismo Intestinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Afecciones Ap. Resp. Agudas	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	2		2
Cáncer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cardiopatías	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Senilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10	1			1
Tos Ferina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
No Determinada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	21	32	10	00	00	00	00	10	73	10						

CUADRO No. 17

NUMERO DE CASOS DE MORTALIDAD, SEGUN TIPO DE COMUNIDAD, DE
RESIDENCIA HABITUAL, DE LAS DEFUNCIONES EN EL CERINAL DURAN
Lugar
TE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE
ENERO DE 1981

TIPO DE Comunidad	+ DE 2,000 HABITANTES	- DE 2,000 HABITANTES	TOTAL
Afecciones Agudas Respiratorias	0	0	0
Síndrome Diarreico	4	0	4
Síndrome Por Enf. Carenciales	0	0	0
Mortalidad Perinatal	3	0	3
Parasitismo Intestinal	0	0	0
Afecciones AP. Resp. Agudas	2	0	2
Cáncer	0	0	0
Cardiopatías	0	0	0
Senilidad	1	0	1
Tos Ferina	0	0	0
No Determinada	0	0	0
TOTAL	10	0	10

CUADRO No. 18

NUMERO Y PORCENTAJE DE DIAGNOSTICOS DE DEFUNCION CONCORDANTES Y DISCORDANTES ENTRE EL DIAGNOSTICO DEL ESTUDIANTE Y EL DIAGNOSTICO DEL REGISTRO CIVIL DE EL CERINAL DURANTE EL PERIODO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

CONCORDANCIA	CONCORDANTES		DISCORDANTES		TOTAL	
DIAGNOSTICO	#	%	#	%	#	%
Influenza	0	0	0	0	0	0
Neumonías	2	20	0	0	2	20
Angina Estreptococcica						
Amebiasis						
Tuberculosis Todas Formas						
Marasmo						
Shigellosis						
Gonorrea						
Paludismo						
Sarampión						
Varicela						
Tos Ferina						
No Determinada						
Enfermedad Perinatal	3	30	0	0	3	30
Senilidad	1	10	0	0	1	10
SUBTOTAL	6	60	0	0	6	60
I. R. S.	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Diarreica	4	40	0	0	4	40
DPC	0	0	0	0	0	0
SUBTOTAL	4	40			4	40
GRAN TOTAL:	10	100	0	0	10	100

CUADRO No. 19

NUMERO Y PORCENTAJE DE CASOS DE VISTA DOMICILIARIA SEGUN DIAGNOSTICOS QUE LES DIO ORIGEN EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981

Dx.	#	%
Influenza	0	0
Neumonías	2	12.5
Angina Estreptococcica	0	0
Amebiasis	2	12.5
T.B. Todas Formas	1	6.25
Marasmo	0	0
Shigellosis	0	0
Gonorrea	2	12.5
Paludismo (Malaria)	8	50.0
Sarampión	0	0
Varicela	1	6.25
Tos Ferina	0	
SUB TOTAL	16	100
I. R. S.	0	0
Enfermedad Diarreica	0	0
DPC	0	0
SUB TOTAL	0	0
GRAN TOTAL	16	100

CUADRO No. 20

NUMERO DE CASOS SEGUN DIFERENTES CARACTERISTICAS AMBIENTALES DE LAS RESIDENCIAS EN DONDE SE VISITA DOMICILIAR POR DIAGNOSTICOS INVESTIGADOS EN EL CERINAL DURANTE EL PERIODO DEL 4 DE AGOSTO AL 16 DE ENERO DE 1981

CARACTERISTICAS GENERALES	# total de casos	Tipo de Vivien- da				# y cla- se de am- biente			# total de Dor- mitorios	Promedio de Dormitorios	# total de camas	Promedio de camas	# total de per- sonas	Prom. de per- sonas x dormito- rios	Promedio de personas x cama	AGUA				EXCRE- TAS			DISPOSICION DE BASURAS				VECTORES			TOTAL	
		A	B	C	D	a	b	c								a	b	c	d	a	b	c	Quema- dos	Ente- rrados	Intem- perie	moscas	Zancu- dos	Roedo- res			
DIAGNOSTICO																															
Influenza	0																	2		2									2	2	2
Neumonias	2		2				2	4	2	4	2	6	1.1	0.66				2		2									2	2	2
Angina Estrepto.	0																												2	2	2
Amebiasis	2		2				2	4	2	4	2	8	2	0.5				2		2									1	1	1
T.B.todas formas	1		1				1	1	1	2	2	6	0.16	0.33				1		1									1	1	1
Marasmo	0																														
Shigellosis	0																														
Gonorrea	2		1	1			2	4	2	4	2	12	0.33	0.33				2		2									2	2	2
Paludismo	8		7	1			8	16	2	20	10	40	0.4	0.50				8		8									8	8	8
Sarampión	0																	0		0											
Varicela	1		1				1	1	1	2	2	6	0.16	0.33				1		1									1	1	1
Tos Ferina	0																														
SUBTOTAL	16		14	2			16	30	10	36	20	78	4.05	2.65				16		16									16	16	16
I.R.S.																															
Enf. Diarréica																															
DPC																															
SUBTOTAL	0																														
GRAN TOTAL	16		14	2			16	30	10	36	20	78	4.05	2.65				16		16									16	16	16

CUADRO No. 21

NUMERO PROMEDIO DE PERSONAS CON LOS MISMOS SINTOMAS DE LA PERSONA QUE DIO ORIGEN A LA VISITA DOMICILIARIA, SEGUN RESIDAN EN LA MISMA CASA SEAN FAMILIARES. COMPAÑEROS DE TRABAJO, O VECINOS POR DIAGNOSTICOS INVESTIGADA EN EL CENRAL EN EL PERIODO DEL 4 DE AGOSTO DE 1980 AL 16 DE ENERO DE 1981.

Diagnostico	Total de Casos	Personas con mismos sintomas en				Total de personas con mismos sintomas.	Promedio
		Casa	Familiares	Trabajo	Vecinos		
Influenza	0						
Neumonias	2	0	0	0	0	0	0
Angina Estreptococcica	0						
Amebiasis	2	1	0	0	0	1	0.50
Tuberculosis tdas. formas	1	0	0	0	0	0	0
Marasmo	0						
Shigellosis	0						
Gonorrea	2	0	0	0	0	0	0
Paludismo	8	4	0	0	0	4	0.50
Sarampión	0						
Varicela	1	0	0	0	0	0	0
Tos Ferina	0						
SUB TOTAL	16	5				5	1
I.R.S.	30	0	0	0	0	0	0
Síndrome Diarreico	10	0	0	0	0	0	0
DPC	0	0	0	0	0	0	0
SUB TOTAL	40	0	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL	56	5	0	0	0	5	1

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

1) COMPONENTE MORBILIDAD:

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

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

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

Los infantes, en cuanto a ocupación y oficio de los casos estudiados, fueron los más afectados, si se toma en cuenta que son los más propensos a adquirir enfermedades, ya sea por su estado de desnutrición, como por el bajo índice de higiene en que viven, asimismo por presentar el mayor grupo poblacional en el país (Cuadro No. 6).

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

A pesar de las condiciones de hacinamiento en que viven las personas en el área rural del Cerinal, el crecido número de personas por grupo familiar, el número de contactos promedio fue bajo estando sujeto este fenómeno a la poca colaboración de los entrevistados, ya sea por desconfianza o por escasa educación o ignorancia de los fines de este estudio.

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

B) COMPONENTE MORTALIDAD:

Las enfermedades de notificación obligatoria son causa frecuente de muerte como se puede observar en el Cuadro No. 11, siendo los niños los más afectados, por ser el grupo poblacional mayoritario en el país, corrobó

rando el hecho citado anteriormente, en relación a que las enfermedades diarreicas ocupan el primer lugar, se observa que del total de fallecimientos 4 de ellos se debieron a enfermedad diarreica constituyendo asimismo la causa directa (Cuadros No. 12, 13, 14).

Respecto a diagnósticos de defunción concordantes y discordantes entre el diagnóstico del estudiante y el del registro civil, se pudo observar que la calidad de los diagnósticos es bueno, ya que 100% de los casos fueron diagnosticados por médico EPS, (Cuadro No. 18).

C) COMPONENTE VISITA DOMICILIAR:

Las condiciones higiénicas y de modus vivendi son sin duda algunas, factores relevantes en la pérdida del equilibrio del proceso salud-enfermedad, confirmado es este hecho el estado de hacinamiento en que viven los habitantes de "El Cerinal", principalmente los del área rural, las bajas condiciones higiénicas, la calidad del agua consumida y la disposición de excretas y basuras practica por ellos, tomando en cuenta que las viviendas tipo C (techo laminado y paredes de madera), agua de pozos, disposición de excretas a la intemperie y abundancia de vectores, principalmente moscas, zancudos, roedores, elevado promedio de personas por habitación y cama, son datos relevantes obtenidos a través de búsqueda activa de los casos estudiados; y al poco interés del estado en mejorar las condiciones de salud del país por conveniencia o por escasez de recursos.

Cuando se trata de obtener el carácter de los diagnósticos a través de búsqueda activa, se obtienen resultados desalentadores ya que si se contara con medios de laboratorio adecuados se obtendrían mejores resultados y nos proporcionarían datos definitivos para certeza diagnóstica.

X. CONCLUSIONES

- 1) La mayor parte de los casos contenidos en este estudio fueron obtenidos a través de demanda espontánea. Así también de los resultados obtenidos, se deduce que el número de casos de enfermedades - en estudio es bajo, en relación al número de consultas por otros diagnósticos.
- 2) Una persona no adiestrada no tiene los conocimientos terminológicos médicos ni criterios clínicos - para dar un diagnóstico en el registro de defunción. Sin embargo en el presente estudio se subraya el hecho de que el 100% de los diagnósticos - de defunción, fueron dados por personal calificado.
- 3) El registro de actividades a reportar se efectúa - semanalmente, lo que no permite tomar acción alguna para controlar el daño en la salud, puesto - que para entonces éste ya se ha instalado.

XI. RECOMENDACIONES

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

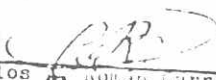
XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Armijo Rojas, Dr. Rolando. CURSO BASICOINTENSIVO EN SALUD PUBLICA PARA PERSONAL PROFESIONAL EN SERVICIO. "El Método Epidemiológico". Documento reproducido con fines docentes. - Curso de Epidemiología. Ediciones de la Universidad de Chile.
- 2) Armijo Rojas, Dr. Rolando LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. Epidemiología. Tomo I, 1a. Edición Intermédica. Buenos Aires, 1974. Pags. 97-108.
- 3) Cecil-Loeb, TRATADO DE MEDICINA INTERNA de los doctores Paul B. Beeson y Walsh MacDermott, traducción de la décimo cuarta edición por el Dr. Alberto °Folch y Pi, al español, Edición de 1977 por NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. deC.V. México Tomos I y II.
- 4) Dres. Henry Fossaert, Alvaro Llopis y Clavis H. Tigre. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Artículo basado en el documento presentado al I Seminario Regional sobre Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y Zoonosis de las Américas, celebrado en Río de Janeiro, del 3 al 17 de Diciembre de 1973.
- 5) ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA. Documento reproducido por la Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, con fines docentes para los estudiantes en ejercicio profesional supervisado y estudiantes de medicina integral.
- 6) Viel, Dr, Benjamín LA EXPLOSION DEMOGRAFICA. Tercera parte. Editorial Pax-México, Librería Carlos Césarman, S.A. República Argentina. Páginas 265-274.
- 7) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Archivos de Experiencias Docentes con la Comunidad. Fase III.
- 8) Waldheim C., Dr. Carlos A. NORMAS EN LA ATENCION DE LA SALUD. Documento preparado con fines docentes. 1979

XIII. ANEXO

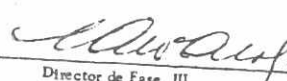
LOCALIDADES BAJO JURISDICCION DEL PUESTO DE SALUD DE EL CERINAL

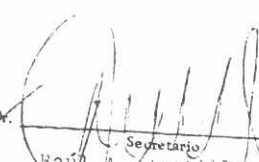
No.de Orden	Nombre Localidad	Tipo	Distancia	Via acceso
1	El Pino	Aldea	2 Km.	Tierra
2	Viñas	Finca	2 Km.	Asfalto
3	Sabanetas	Finca	1 1/2Km.	Tierra
4	Los Positos	Caserío	1/2Km.	Tierra
5	El Nazareno	Caserío	1/2Km.	Tierra
6	Nueva Linda	Finca	1 Km.	Tierra

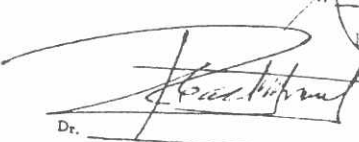
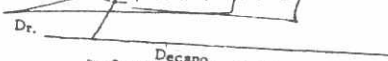
Dr. 
Carlos A. Roman Carrillo

Dr. 
Asesor.
Luis Gonzalez

Dr. 
Gustavo Liraiz

Dr. 
Director de Fase III
Carlos A. Waldheim

Dr. 
Secretario
Raul A. Castillo R.

Vo. Bo. 
Dr. 
Decano.
Rolando Castillo Montalvo