

Universidad de San Carlos
de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**SISTEMA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLOGICA**

(Resultados parciales de la aplicación de la Vigilancia Epidemiológica en el Area Guatemala Sur y Amatitlán, del 6 de Agosto de 1979 al 12 de Enero de 1980.)

MARCO ANTONIO SOTO HIDALGO

PLAN DE TESIS

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

INTRODUCCION

La facultad de Ciencias Médicas en su - EPS Rural, ha decidido realizar la investigación en base del desarrollo de la Vigilancia Epidemiológica, es decir que mediante este - sistema de investigación logren integrar el aprendizaje de alumnos y profesores ante la realidad de los problemas de Salud que más azotan a la población, pero al mismo tiempo mediante la dinámica de la investigación estarán contribuyendo con los servicios de salud del país, al afinamiento del naciente - sistema de vigilancia epidemiológica, es decir, que en la práctica no sólo se conocerán más a fondo los daños a investigarse, sino - que además se estará en capacidad de mejorar a los sistemas de control que pueden estable - cerse con lo que la investigación generará - las pautas a seguir en el servicio que se dé a la población en la medida que sobre la marcha se instalen medidas de control de los - daños.

Para los fines del presente programa se concibe a la Vigilancia Epidemiológica, como un "PROCESO DINAMICO", que se da ante el estudio y seguimiento de los daños que en cuanto a salud enfermedad sufre la población, tomando en cuenta todos los elementos y factores que inciden, condicionan y determinan el fenómeno Salud - Enfermedad.

Están convencidos que en base a la conceptualización anterior se puede hacer inves

tigación de una manera más efectiva (de acuerdo a sus posibilidades) más exacta, - confiable y útil pues facilita las medidas de control de calidad que se diseñen para evaluar el desarrollo de cada uno de sus componentes, actividades y tareas.

El presente programa de investigación -- tuvo tres componentes básicos que -- son: El estudio de Morbilidad (enferme-- dad de Notificación obligatoria), estudio de Mortalidad (mejoramiento del Registro de Defunción) y estudio domiciliario (de los casos de Morbilidad y Mortalidad que se-- gún norma de justifiquen). Conto además con un sistema ágil, sencillo y exacto del manejo de la información tanto para la -- Facultad, como para la División de Epide-- miología de la Dirección General de Servi-- cios de Salud, con lo que se lleno a ca-- bidad el objetivo de la utilidad y apro-- vechamiento de la investigación.

Los resultados presentados en este trabajo se obtuvieron de tabular diecise-- te informes de los EPS que participaron -- en la investigación.

ANTECEDENTES

La Facultad de Ciencias Médicas a partir de 1976, es miembro activo de la Comisión Nacional Permanente de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección General de Servicios de Salud, por lo que dentro de sus funciones está mejorar los problemas que aquejan a la población.

La Facultad desde 1974, ha venido desarro-- llando varios programas de investigación entre ellos: Estudio de Mortalidad, realizado en el Segundo Semestre del año 1974: Estudio de Mor-- bilidad a nivel Nacional en Municipios de la -- República de Guatemala, Ciclo Lectivo 1976, -- cumplen con su objetivo, pero no son útiles pa-- ra un sistema de vigilancia epidemiológica, es esta la razón por lo que la Facultad decidió -- realizar la investigación que se lleva a cabo en la actualidad y que se inició el año ante pa-- sado, pues no hay investigaciones previas simila-- res a Nivel Nacional.

En lo que respecta a la Dirección General de Servicios de Salud, se puede mencionar que se fundó con el nombre de Sanidad Pública, en octubre de 1925, fecha en que empezaron a reci-- bir telegramas sobre morbilidad de las 22 áreas de Guatemala, sin normas establecidas y cuyo -- objetivo era detectar cualquier brote de enfer-- medad infectocontagiosa, en 1969, se le cambió de nombre, y se le puso el que tiene actualmen-- te,

Fue posterior al terremoto de 1976, que los telegramas empezaron a recibirse se manalmente con el número de código que le corresponde a cada Enfermedad de Notificación Obligatoria y por grupos e táreos, 8 meses después se decidió que los telegramas se mandaran no sólo con el número de código, sino también con el diagnóstico, es así como se mandan hasta la fecha.

En 1976, la Dirección General de Servicios de Salud, empezó a mandar a las 22 áreas de Guatemala (cada área es un Departamento), el Boletín Epidemiológico Semanal, el cual contenía información acerca de la incidencia de las Enfermedades de Notificación Obligatoria se interrumpe en 1978, para empezar a mandarse nuevamente en los primeros meses de 1979 como Resumen Semanal Epidemiológico.

No se cuenta en la Dirección General de Servicios de Salud con estudios de vigilancia epidemiológica de carácter internacional.

Con el fin de difundir noticias y reseñas de actualidad sobre enfermedades de importancia en las Américas y en otras regiones del mundo, se inició el año pasado la publicación del Boletín

Epidemiológico de la OPS. Además de los datos sobre casos y defunciones por enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional, se incluirán en él comentarios sobre los programas de vigilancia, prevención y control de enfermedades en los países de la región.

INFORMACION ADICIONAL

La conferencia celebrada por invitación - del Gobierno de la Unión de República Socialistas Soviéticas y patrocinado por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, tuvo lugar en Alma-Ata, capital de Kazakhstán Soviético, del 6 al 12 de septiembre de 1978, - su declaración es la siguiente:

I

La Conferencia reitera firmemente que la - salud, estado de completo bienestar físico, - mental, y social, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente - importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el esta - do de salud de la población, especialmente en - tre los países en desarrollo y desarrollados, así como dentro de cada país, es política so - cial y económicamente inaceptable y, por tanto motivo de preocupación común para todos los paí - ses.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es

de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para - reducir el foso que separa, en el plano - de salud, a los países en desarrollo de - los países desarrollados. La promoción - y protección de la salud del pueblo es in - dispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz mun - dial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su a - tención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación - de cuidar la salud de sus pueblos, obliga - ción que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales obje - tivos sociales de los gobiernos, de la or - ganizaciones internacionales y de la co - munidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que to - dos los pueblos del mundo alcancen en el año 2,000 un nivel de salud que les per - mita llevar una vida social y económica - productiva. La atención primario de sa - lud es la clave para alcanzar esa meta -- como parte del desarrollo conforme al es

píritu de la justicia social.

VI

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año -- 2,000 mediante una utilización mejor y más -- completa de los recursos mundiales, de los -- cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos para fines pacíficos.

JUSTIFICACION

- 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 precisión para tomar medidas conducentes a efecto se puedan controlar los daños de una forma efectiva.
- 2.- El sistema de reportes semanales es 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.- Por el momento con la información -- con que se cuenta al menos en la -- Facultad de Ciencias Medicas, no se pueden construir los índices endémicos de las principales causas de enfermedad y muerte.
- 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.

III OBJETIVOS

1. PARA EL PAIS:

- 1.1. Lograr un mejor estudio de las principales enfermedades de Notificación Obligatoria establecida oficialmente.
- 1.2. Iniciar el proceso de Vigilancia Epidemiológica en el daño Mortalidad mediante el mejoramiento y reporte de los registros de defunción.
- 1.3. Contribuir con la Dirección General de Servicios de Salud al mejoramiento de la construcción de los índices endémicos de las principales enfermedades en el país.
- 1.4. Sentar las bases para el desarrollo de acciones concretas y efectivas en contra de los daños establecidos.

2. PARA LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- 2.1. Iniciar el proceso de construcción de datos acerca de los principales daños que sufre la población para realimentar la formación de médicos.
- 2.2. Sentar las bases para la integración de la investigación con el servicio y la docencia.

- 2.- Procesar, analizar e interpretar los datos.
- 3.- Distribuir la información conteniendo los resultados y las recomendaciones.
- 4.- En raros casos, en determinadas circunstancias dependiendo de las condiciones de estructuración y desarrollo de los servicios de salud, la vigilancia podrá incluir funciones ejecutivas de decisión y control.

Estas funciones se cumplen por medio de actividades, las que se agrupan en cuatro rubros correspondientes a las principales funciones antes citadas.

- 1.- Reunir los datos necesarios y actualizados.
 - a) Seleccionar los datos necesarios para cada una de las enfermedades consideradas.
 - b) Establecer las normas de periodicidad con la cual debe informarse.
 - c) Identificar las fuentes de información
 - d) Realizar investigaciones especiales complementarias que contribuyan a configurar y precisar el cuadro en estudio.

- c) Reunir los datos necesarios para coordinar y controlar el funcionamiento del sistema.
- 2.- Procesamiento, análisis e interpretación de los datos
 - a) Elaboración de tablas y gráficas.
 - b) Calcular tasas específicas y establecer razones y proporciones.
 - c) Fijar patrones de comparación.
 - d) Analizar la información y compararla con los patrones establecidos para su debida interpretación.
 - 3.- Distribución de la información conteniendo los resultados y recomendaciones.
 - a) Se informará al organismo de decisión superior, oportunamente haciendo una descripción detallada de la situación confrontada e indicando las medidas de control que recomienda, una vez ejecutadas estas, se seguirá informando la evolución del problema.
 - b) Se publicará un boletín semanal, con el fin de informar a todos los servicios de salud, y otros

VI MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

- 1.- La población, que en demanda espontánea consultó por alguna razón los diferentes centros y puestos de salud del área Guatemala Sur y Amatitlán - especialmente los que presentaron Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- 2.- Las personas que fallecieron durante el estudio.
- 3.- Las personas que resultaron afectadas en el estudio domiciliar con cuadros similares al que origino la investigación ya sea de morbilidad o mortalidad.
- 4.- Los informes presentados al final de las prácticas por los EPS.

METODO

- 1.- Para analizar e interpretar los datos, hubo necesidad de tabular los informes de los EPS.

DINAMICA DEL TRABAJO

Componente Estudio de Morbilidad

En los Centros y Puestos de Salud se lleva una hoja donde se registran todas las enfermedades vistas semanalmente.

Cuando en esta hoja aparecen Enfermedades de Notificación Obligatoria se procede de la siguiente manera:

- 1.- Se manda un telegrama de morbilidad semanal a la Dirección General de Servicios de Salud y a la Facultad de Ciencias Médicas.
- 2.- Se llena una ficha (hoja especial precodificada) proporcionada por la Facultad de Ciencias Médicas.
- 3.- Se localiza la procedencia de los casos.

Componente Estudio de Mortalidad

En el libro de defunciones que llevan en el Registro Civil se captan los diagnósticos que produjeron la muerte, independiente de la causa de muerte se procede de la siguiente manera:

- 1.- Ubicación del lugar de ocurrencia de la muerte.

- 2.- Establecimiento de la residencia habitual.
- 3.- Se llena hoja de notificación de mortalidad y se manda información a la Facultad de Ciencias Médicas y a la Dirección General de Servicios de Salud.

Componente Visita Domiciliar

Este componente es el complemento de los dos anteriores.

En el componente de morbilidad teniendo la procedencia de los casos, se efectúa visita domiciliar llenando fichas proporcionadas por la Facultad.

En el componente de mortalidad teniendo el lugar de la ocurrencia de la muerte - y la residencia habitual, se efectúa visita domiciliar a uno de los dos lugares dependiendo de ciertas circunstancias, se llenan fichas proporcionadas por la Facultad.

Las fichas antes mencionadas tienen - por objeto el estudio del ambiente familiar y la detección de otros casos similares al que origina la visita.

Si se detectan nuevos casos se procede de la siguiente manera:

- 1.- Reporte urgente a la Dirección Gene-

ral de Servicios de Salud y a la Facultad de Ciencias Médicas.

Por último los EPS individualmente reunieron la información obtenida en las fichas, y - procedieron a tabular los datos, presentando - los resultados en cuadros proporcionados por la Facultad.

Distribuyendo posteriormente el informe - final a la Dirección General de Servicios de - Salud en cada uno de los Centros y Puestos de el Area y a la Facultad de Ciencias Médicas.

VII PRESENTACION DE RESULTADOS

NOTA ACLARATORIA:

Se observará en los resultados, varios errores, especialmente en el componente, mortalidad.

Entre los errores antes mencionados, esta el hecho de que en algunos cuadros - hay cifras que deberían de cuadrar y no - cuadran. La razón es que como en la investigación participaron varios EPS, algunos de ellos no se preocuparon por resolver sus dudas en el llenado de los cuadros con el supervisor de EPS, el que en todo momento estuvo dispuesto a proporcionar la información necesaria.

Además algunos EPS, por razones bien justificada no presentaron su informe completo.

A CUADRO No. 1

Relación porcentual entre el número total de Consultas y el número de Consultas que dieron como resultado diagnóstico de enfermedad notificable en el (Centro o Puesto), de Salud de Area.

G. S. y A. Durante el período comprendido - del 6 de agosto de 1979, al 12 de enero de - 1980.

Consulta con Dx de Enfermedad Notificable:	1801	12.38
Consulta con otros diagnósticos	12,744	87.62
Total de Consultas:	14,545	100

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

B CUADRO No. 2

Número y Porcentaje de Casos de Enfermedad notificable en órden de frecuencia según diagnóstico dados en consulta externa en el centro o puesto de salud de área G. 5 Y A durante el período comprendido del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Diagnóstico	Número	Porcentaje
IRS	675	34.64%
Diarrea	367	20.46%
Nordedura de perro	172	9.59%
BNM	129	7.19%
Amebiasis	120	6.69%
GECA	57	3.17%
DPE	48	2.67%
Shigelosis	38	1.78%
Paludismo	29	1.61%
Blenorragia	19	1.05%
Otros	147	8.19%
Total de Consulta	1,801	100

FUENTE: Investigación vigilancia epidemio lógi a, Fac., CC.MM. USAC.

C-CUADRO # 3

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORBIDIDAD EN AREA G 5 y A PERIODO DEL 6 DE agosto 1979 AL 12 enero 1980 (Morbi o Mortalidad)

DIAGNOSTICO:	IRS		DIARRREA		PERD MORDEDURA		BNM		AMEBIASIS		GECA		DPE		SHIGELOSIS		PALUDISMO		BLENORRAGIA		OTROS		TOTAL:				
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	#	%			
SEXO:																											
GRUPO ETAREO:	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	
0 1 mes	5	17	5	17	3	11	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	1.47	
1m. a 1 a.	64	24	92	34	29	11	52	19	5	24	9	34	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	344	24.91	
1a. a 2 a.	48	18	71	26	22	8	14	5	24	14	29	19	30	12	23	15	24	9	14	5	24	9	24	9	300	19.82	
2a. a 5 a.	41	15	71	26	24	9	20	7	20	12	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	198	13.74	
5a. a 14 a.	21	8	39	14	2	8	11	4	21	24	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	237	15.22	
14a. a 44a.	19	7	34	12	6	2	2	1	21	24	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	24	9	52	3.74	
+ de 44 a.	15	5	24	9	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	1566	100
SUB-TOTAL:	229	84	341	124	80	30	140	54	60	24	100	56	24	100	56	24	100	56	24	100	56	24	100	56	24	100	100

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

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

HANE/RO/apc.
9-I-80.

CUADROS 4 Y 5

Número y Porcentaje, según residencia y procedencia (por Pueblos) habitual de los casos de Enf. de Notificación Obligatoria por Diagnóstico de casos de morbilidad en Puestos y Centros de Salud del Área G.S. y A., periodo del 6 de Agosto de 1979, al 12 de Enero de 1980.

Proce- dencia	San Bi- geel Pe- nape		San Ray- mundo		Villa Aveun		Amari- tlaw		San Pe- dro Saci		Villa Ca- nals		MIXLO		Chuarun- cho		San Juan Saci		Col. 1 ^{er} de Julio		Col. Betim wic.		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
DR.	36	44.51	63	38.18	134	32.8	176	30.5	104	61.9	27	35.13	27	56.57	2	33.33	79	81.44	7	11.44	9	19.14	616	37.6
DRS	14	17.34	14	8.44	55	19.55	233	40.0	2	1.19	14	20.28	2	5.55	2	5.55	13	13.40	35	58.33	10	21.27	334	20.8
Darrea	9	11.53	34	20.6	9	2.67	43	7.54	10	5.95	3	4.34	3	6.52	2	5.55	1	1.03	4	5	10.63	136	9.5	
Mixol Pua	14	17.34	4	2.42	27	10.82	24	4.22	6	3.57	4	5.79	11	23.91	12	33.33	1	1.03	4	4.66	117	11.7	53	2.95
BLM	14	17.34	4	2.42	27	10.82	24	4.22	6	3.57	4	5.79	11	23.91	12	33.33	1	1.03	4	4.66	117	11.7	53	2.95
Amatho- sis	15	18.75	4	2.42	27	10.82	24	4.22	6	3.57	4	5.79	11	23.91	12	33.33	1	1.03	4	4.66	117	11.7	53	2.95
CACA	4	5.00	15	9.09	13	3.49	3	5	10	6.35	3	4.34	5	10.84	5	13.44	1	1.03	4	4.66	117	11.7	53	2.95
DPE	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Shigelo- sis	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Paludos- mo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1	1.7	1	0.59	7	10.14	5	10.84	1	2.27	2	2.06	3	5	1	2.12	19	1.05
Blauco- fimo	1	1.25	3	1.81	6	1.34	1</																	

Número y porcentaje, según ocupación y oficio de los casos de enfermedad de notificación obligatoria de MORBILIDAD
(Morbi Morbilidad)
Diagnosticados en AREA 6 S y A Durante el período del 6 al agosto de 1979, al 12 de ENERO
(Lugar)
de 19 80

Diagnóstico Ocupación u Oficio:	IRS		DINZEE		MORDEDIA PERRO		SAM		AMEBIASIS		CECA		DPE		SHICELOSIS		PRITISMO		BLEFARITIS		OTROS		TOTAL:			
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%		
ESTANTE	247	51.3	236	68	13	6.53	72	50.4	39	33.2	46	51.77	14	51.75	8	50	2	6.35	0		38	26.6			721	39.8
PROFESOR	79	21.5	50	14.4	43	24.1	45	29.2	37	31.29	7	2.59	8	29.6	2	37.5	0		0		43	30.18			447	24.7
ESCOLAR	74	2.27	30	8.4	26	13.8	13	8.47	14	11.86	2	1.21	1	3.7	0	1.35	0		0		24	17.6			195	10.7
ALUMNO	38	5.62	4	1.15	29	24.7	2	1.29	2	5.17	3	3.42	0		0	3.25	1	5.26	1	5.26	6	4.22			59	3.7
OP. DENTALES	72	10.77	9	2.59	1	1.5	4	2.59	13	11.20	11	12.50	2	7.4	0		2	40.0	1	5.26	19	13.77			145	8
OTROS	46	1.38	8	2.27	22	11.05	12	7.79	7	6.03	0		2	7.4	0		5	15.2	17	89.47	2	2.45			141	7.7
TOTAL:	477	100	347	100	197	100	154	100	116	100	87	100	27	100	16	100	32	100	19	100	72	100			1001	100

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

M.V. P.O.C. (v. 1971-79-2000c).

H. CUADRO No. 7

Número y porcentaje de suscripciones inmunológicas encontradas por enfermedad, en Comunas Escolas de **ARRR G S y P** durante el 6 al 12 de Agosto del 1970

Distrito - Antecédentes del Inmune	ARR		DINAZAGA		MOYERIAS		PERRO		BAJA		TAMERIBUS		CASA		DTE		SHALELISH		PULUQUAO		BACONDEMA		OTROS		TOTAL				
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%			
DPT	128	20.3	14	4.04	30	4.08	29	21.16	28	20.21	18	12.78			1	2.0			2	7.14	2	10	28	10.10			910	76.2	
BCCG	11	16.3	74	21.38	37	17.38	25	18.34	14	12.06	12	12.18			1	2.0			7	25	10	50	71	13.21			311	77.2	
POLIO	107	15.7	73	3.15	77	17.17	76	18.97	17	14.65	16	17.58			1	2.0			4	14.28	2	10	26	16.98			239	12.3	
SARARAW	114	1.48	20	37.5	15	2.04	16	11.87	19	11.37	15	16.47							4	14.28	2	10	11	3.18			252	14.3	
RIT					1	0.86	1	0.86	1	0.87									1	3.57							4	0.77	
RRBR					3	1.90																					4	0.77	
MUCUJO	229	41	15	33.2	100	11.9	40	22.9	32	32.35	30	32.46			3	6.0			10	35.71	4	10	65	78.31			174	38.3	
Total:	629	100	376	100	723	100	717	100	717	100	91	100	91	100	5	100	5	100	28	100	28	100	70	100	153	100	100	100	100

FUENTE: Inventario de vacunación epidemiológica por CC MIN USAC

ASV-110C/Nr. - VI-79, 2000c.

I CUADRO No. 8

Promedio del número de contactos por enfermedad de notificación en el C y P. de salud del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Contactos Diagnóstico	No. de casos	Total de	
		contactos	Promedio
IRS	636	353	0.55
Diarrea	343	357	1.04
Mordedura de perro	164	3	0.01
BNM	127	58	0.45
Amebiasis	121	20	0.16
GECA	54	7	0.12
DPE	49	4	0.08
Shigelosis	13	3	0.23
Paludismo	39	36	0.92
Blenorragia	19	34	1.78
Otros	140	123	0.87
Total	1,705	998	6.21

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

CUADRO No. 9

Promedio del número de días entre el inicio de Síntomas y búsqueda del C y P de Enfermedades de notificación obligatoria, atendidos en Consulta Externa en Area G S y A el período comprendido del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Diagnóstico	Días No. de casos	Total de días	Promedio
IRS	636	2,543	4.02
Diarrea	343	1,580	4.6
Mordedura de Perro	164	131	0.79
BNM	127	671	5.28
Amebiasis	121	1,082	8.94
GECA	54	197	3.64
DFE	49	3,509	71.61
Shigelosis	13	47	3.61
Faludismo	39	521	13.35
Blenorragia	19	151	7.94
Otros	143	4,632	32.39
TOTAL	1,708	15,064	156.17

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

CUADRO No. 10

Número y porcentaje según los tipos de defunciones en Area Lugar G S y A durante el período del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

TIPO DE DEFUNCION	No.	FORCENTAJE
Defunción por causa notificable	215	40.2
Defunción por otras causas.	319	59.8
TOTAL	539	100

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

N CUADRO No. 11

Número y porcentaje por tipos de causa según diagnósticos dados por el Registro Civil de Area G S y A durante el período de 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

TIPO DE CAUSA	BASICA		DIRECTA		ASOCIADA		TOTAL	
	#	%	#	%%	#	%	#	%
Diagnóstico								
BNM	63	29.57	70	39.98			63	100
Diarrea	50	23.47	47	22.81			50	100
Infección Intestinal	23	10.79	23	11.16			23	100
Fiebre	6	2.81					6	100
GECA	6	2.81	3	1.45			6	100
Hepatitis	6	2.81	6	2.91			6	100
Gripe	5	2.34					5	100
Bronquitis	5	2.34	5	2.34			5	100
TB	5	2.34	5	2.42			5	100
Hidropesía	4	1.87					4	100
Otros	40	18.77	47	22.81	4	100	40	100
TOTAL	213	100	206	100	4	100	213	100

FUENTE: Investigación Vigilancia Epidemiológica Fac CC.MM. USAC

-32-

N CUADRO No. 12

Número y porcentaje por tipos de causa según diagnóstico dados por el EPS y Area G S y A durante el período de 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

TIPO DE CAUSA	BASICA		DIRECTA		ASOCIADA		TOTAL	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Diagnóstico								
BNM	86	31.27	75	30.22	2	14.28	86	100
Diarea	41	14.90	41	16.46			41	100
GECA	40	14.54	35	14.5			40	100
Senilidad	12	4.36	6	2.40			12	100
Hepatitis	8	2.90	7	2.81			8	100
Septisemia	7	2.54	12	4.81			7	100
TB	5	1.81	5	2			5	100
Intoxicación Alimet.	4	1.46	4	1.60			4	100
Infección Pélvica	4	1.55					4	100
DHE	4	1.45	14	5.62			4	100
Otros	64	23.27	52	20.88	12	85.71	64	100
Total	275	100	249	100	14	100	275	100

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

-33-

NUMERO Y PORCENTAJE, SEGUN SEXO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE NOTIFICACION OBLIGATORIA POR GRUPOS ETAREOS DE CASOS DE MORTALIDAD EN PIZZA C 5 y 7 PERIODO DEL 6 DE agosto 1974 AL 12 de enero 1980 (Morbi o Mortalidad)

DIAGNOSTICO:	GELA		BAMA		SEPIEDAD		DIARREA		DPE		SEPTIS		HEPATITIS		CIRROSIS		PRUNUSO		DNE		OTROS		TOTAL:	
	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.	Mas.	Fem.
SEXO:																								
GRUPO ETAREO:	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
0 a 1 a.	4	25	3	15	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
1a. a 2 a.	3	15	2	10	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
2a. a 5 a.	5	25	4	20	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
5a. a 14 a.	7	35	6	30	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
14a. a 44a.	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
+ de 44 a.	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5	1	5
SUB-TOTAL:	20	100	19	95	4	20	3	15	3	15	3	15	3	15	3	15	3	15	3	15	3	15	3	15

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

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

O CUADRO No. 14

Número y porcentaje de diagnósticos de defunción concordantes y discordantes entre el diagnóstico del estudiante y el diagnóstico del Registro Civil de Area G S y A durante el período del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Concordancia Concordantes Discordantes Total

Diagnóstico	#	%	#	%	#	%
GECA	11	5.67	29	34.52	40	100
BNM	74	38.11	9	10.71	83	100
Senilidad	7	3.60	5	5.95	12	100
Diarrea	55	28.35			55	100
DPE	6	3.09			6	100
Sepsis			5	5.95	5	100
Hepatitis			1	1.19	1	100
Cirrosis			5	5.95	5	100
Paludismo	1	0.51			1	100
Otros	40	20.61	30	37.71	70	100
TOTAL	194	100	84	100	278	100

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

-36-

NUMERO DE CASOS DE VISITA DOMICILIAR, SEGUN LA DURACION EN DIAS ENTRE DISTINTOS MOMENTOS DE LA EVOLUCION CLINICA DE LA ENFERMEDAD Y PROMEDIOS DE ESOS TIEMPOS POR DIAGNOSTICO INVESTIGADAS EN
LAZAR C. S. y A. DURANTE EL PERIODO DEL 6 DE agosto DE 1974 AL 12 DE enero DE 1975.
LUGAR

Diagnostico	No. de Casos	Dias entre primeros dias y Iern C.	Dias entre Iern. Consult. y Diagnostico.	Dias entre Dx. y alta.	Promedio.	Dias entre Iern. sintomas y hospitalización.	Promedio.	Dias primeros sintomas y alta Clínica.	Promedio.	Dias entre Iern. Consulta y alta Epidemiologica.	Promedio.
DIAZEA	240	652	466	15	0.04	-	-	262	1.09	-	-
BMA	36	133	132	2	0.05	-	-	37	1.02	85	7.30
PRUDENAO	24	404	183	36	1.5	-	-	535	22.29	394	16.41
GECA	18	35	30	3	0.16	-	-	5	0.27	31	1.72
TOS FEJUA	19	49	7	27	1.58	-	-	136	8	134	8.19
BUCUCENIA	17	127	90	12	70.58	2	0.11	73	4.29	81	4.76
TO	12	1579	156	24	2	95	4.91	105	8.75	-	8.86
MUZCJUA PERRO	11	5	1	11	0.91	-	-	20	1.66	44	3.66
DPE	12	279	1	33	2.74	-	-	-	-	-	-
SREMPIDU	9	25	6	19	2.11	-	-	65	7.22	84	9
OTZOS	157	993	149	185	1.19	278	1.78	2357	15.01	768	4.89
TOTAL:	554	4281	1221	367	82.87	375	9.79	3595	6.96	1673	50.97

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

RO/ASV/apc.
5-VII-79.

R CUADRO No. 16

Número y porcentaje del carácter de los diagnósticos dados en las visitas domiciliarias efectuadas en Area G S y A durante el período del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Caracter del Diagnóstico	Presuntivo		Definitivo		Total	
	#	%	#	%	#	%
Diarrea	221	58.9	21	10.99	242	100
BNM	26	6.93	10	5.23	36	100
Paludismo	12	3.20	12	6.28	24	100
GECA	11	2.93	5	2.62	16	100
Tos Ferina			16	8.37	16	100
Blenorragia	2	0.53	14	7.32	16	100
TB	4	1.06	8	4.18	12	100
Mordedura de Perro			13	6.80	13	100
DPE	1	0.26	13	6.80	14	100
Sarampión	1	0.26	8	4.18	9	100
Otros	97	25.86	71	37.16	168	100
TOTAL	375	100	191	100	566	100

S CUADRO No. 17

Número de tipos de Exámenes de Laboratorio

Exámenes de Laboratorio o fuente de infección encontrados en los casos de visitas domiciliarias por diagnósticos investigados en Area G S Y A

Durante el período del 6 de agosto de 1979 al 12 de enero de 1980.

Diagnóstico	Hematología	Heces	Orina	BK	Gota gruesa	Otros	T.
Diarrea	71	227	136	16		7	434
BNM	16	16	16		23	2	71
Paludismo	8	9	6			2	48
GECA		6				1	7
Blenorragia	13	10	9			14	46
TB	7	4	6	11		7	35
Mordedura de Perro	7						7
DEP	2						2
Otros	14	18	18		2	27	79
Total	138	290	191	27	25	58	729

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

S CUADRO No. 18

Número de Tipos de Fuente de infección

Exámenes de laboratorio o fuentes de infección encontrados en los casos de visitas domiciliarias por diagnósticos investigados en Area G S Y A.

Durante el período del 6 de agosto de 1979, al 12 de enero de 1980.

Diagnóstico	Alimet.	agua	Basura excret.	animales	Enfermos	Otros	Total
Diarrea	201	34					233
BNM					34	1	35
Paludismo		3	3	10	3	7	25
GECA	2	3	3	3		1	12
Tos Ferina					4		4
Blenorragia					50	1	51
TB					10		10
Mordedura de Perro				3	9		12
Sarampión						1	1
Otros	8	8	20	6	123	6	171
Total	211	46	26	22	233	17	555

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

U CUADRO No. 20

Número promedio de personas con los mismos síntomas de la persona que dio origen a la visita domiciliaria, según residan en la casa sean familiares, compañeros de trabajo, o vecinos por diagnóstico investigada en Area G S y A en el período del 6 de agosto - de 1979 al 12 de enero de 1980.

Diagnóstico	Total de casos	Personas con mismos síntomas en				Total de personas con mismos síntomas	Promedio
		casa	familiares	trabajo	vecinos		
Diarrea	234	459	690	233	216	1598	6.82
BNM	34	2	3	-	14	19	0.55
Paludismo	24	5	6	3	6	20	0.83
GECA	22	1	3	-	6	10	0.45
Tos Ferina	17	8	3	-	3	14	0.82
Blenorragia	15	1	-	-	3	4	0.26
TB	11	2	3	2	3	10	0.90
Mordedura de Perro	13	-	-	-	1	1	0.07
DPE	12	-	-	-	-	-	-
Sarampión	11	1	2	-	-	3	0.27
Otros	157	218	107	198	96	619	3.94
TOTAL	550	697	720	436	348	2298	4.17

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

ANALISIS DE RESULTADOS

A continuación se procederá analizar cada uno de los cuadros presentados anteriormente y que representan el resultado obtenido de la tabulación efectuada.

Componente estudio de morbilidad

Cuadro No. 1

Este cuadro presenta el total de consultas que fue de 14,545 el porcentaje -- que le correspondió a las enfermedades - Notificación Obligatoria (ENO), es de 12.38%, y a otras enfermedades es de 87.62%, la razón de la diferencia es que el número de ENO es mucho menor a la totalidad - de enfermedades que no están incluidas -- dentro de este grupo, por otro lado de-muestra que la Dirección General de Servicios de Salud tiene que realizar una ar-dua labor para erradicar al máximo las enfermedades transmisibles.

Cuadro No. 2

Este presenta las ENO que con más frecuencia se vieron, el porcentaje de IRS - es de 37.64% y el de diarrea es de 20.46% existiendo una relación exacta dada por la Dirección General Servicios de Salud - Esto se debe a que la mayoría de estas - enfermedades son autolimitantes, por lo -

lo mismo muchas veces no hay medidas curativas sino sólo preventivas difíciles de realizar por la situación socioeconómico de las familias, ya que estas tenderían al saneamiento del medio.

Cuadro No. 3

El sexo femenino fue el que resultó más afectado aunque es poca la diferencia siendo - el grupo etáreo más afectado el menor de 5 años lo que se comprueba con los informes de estadística a Nivel Nacional. La causa de esto es multifactorial entre ellos desequilibrios inmunitario, DPE, ignorancia etc.,

Cuadro No. 4 y 5

Se puede observar en estos cuadros que la procedencia y la residencia es la misma en estos pacientes, por lo que se asume que tienen trabajo los campesinos en sus pueblos (agricultura).

Cuadro No. 6

Este cuadro presenta la ocupación y oficio de los casos de ENO le corresponde a lactantes y pre-escolares el primer lugar, son varios los factores causantes algunos de ellos ya se mencionaron en el Cuadro No. 3 un factor coadyuvante que es de los más importantes que no se ha mencionado es el hecho de que estos

constituyen el grupo poblacional mayor en el país.

Cuadro No. 7

En relación a los antecedentes inmunológicos se puede observar que a la gente que nunca se le ha puesto ninguna vacuna - le corresponde un porcentaje de 38.3%, dato que parece inverosímil, se atribuye a dos posibilidades, la primera que la gente confunde con mucha facilidad las inyecciones con las vacunas y la otra que las campañas de vacunación a Nivel Nacional esten cumpliendo con su objetivo.

Cuadro No. 8

El número de contactos promedio fue - de 6.21% hay una relación directa con el - hacinamiento y la insalubridad en que se - vive.

Cuadro No. 9

Este presenta el promedio de días en - tre el inicio de los síntomas y la búsque - dad de médico, fue de 156.17 días, esto - se debe a que hay muchas enfermedades cró - nicas las que la gente deja que haya una - larga evolución para decidirse a consultar, - mucha gente toma medicina casera y tradi- - cional para aliviarse o curarse antes de - ver al médico esto se da más en las enfer- - medades comunes, también la distancia y -

el transporte contribuyen de una u otra forma a que este promedio sea mayor.

Componente estudio Mortalidad

Cuadro No. 10

Este cuadro revela que hubo un total de 534 defunciones de las cuales el 40.2%, fue - de ENO y el 59.8%, fue por otras enfermedades - difiere esto con los resultados obtenidos en - el componente morbilidad, es posible que exis - ta un margen de error por lo difícil que resul - ta hacer un diagnóstico post-morte sin necrop - sia. Es menester tener presente que este da - to puede ser real y entonces darle una mayor - importancia a las ENO como causa de mortalidad.

Cuadro No. 11.

Este cuadro presenta el porcentaje que - le corresponde a las dos primeras enfermedades - como causa de muerte dada por el Registro (Ci- - vil, a BNM 29.57%, y a diarrea 23.47%, además - se puede observar lo inadecuado de muchos diag - nósticos como causa básica de muerte debido a - la gente sin adiestramiento a carga de dar - el diagnóstico de defunción.

Cuadro No. 12

Así como en el cuadro anterior el por- - centaje mayor le corresponde a BNM 31.27%, se - guido por diarrea 14.90%, en los diagnósticos - de mortalidad dados por el estudiante, lo que

demuestra que tanto en morbilidad como en mortalidad el aparato respiratorio y gastrointestinal son los que resultan más afectados siendo el hacinamiento - e insalubridad de las viviendas respectivamente los factores principales para la propagación de dichas enfermedades.

Cuadro No. 13

El sexo masculino resulta más afectado, aunque la diferencia con el sexo opuesto no es significativa, además se puede observar que los dos extremos de la vida es donde hay más muertes por - debajo de los 5 años coincidiendo con el resultado obtenido en morbilidad y en gente mayor de 44 años que es de esperarse, pues la senilidad perse se le tiene como causa básica de muerte entre los diagnósticos de defunción dados por los estudiantés.

Cuadro No. 14

El resultado obtenido en este cuadro es paradójico pues el número de -- diagnósticos concordantes casi duplica el de discordantes aunque este último - todavía es alto. Da lugar a pensar que en algunos lugares si hay gente adiestrada y/o que se esta mejorando los - diagnósticos del Registro Civil con la intervención de los EPS.

Componentes Visita Domiciliar

Cuadro No. 15

Este cuadro muestra lo alto del promedio de días entre los primeros síntomas y la evolución de la enfermedad (pasos que tiene que seguir un enfermo después de los primeros síntomas) ya se habían expuesto en el análisis de un cuadro los factores que condicionan este -- promedio pero no se había mencionado la ignorancia, pues a ninguna enfermedad se le debe considerar binigna como para retrasar la consulta al médico, la hospitalización si es necesaria, el alta clínica y por ende el alta epidemiológica.

Cuadro No. 16

Se puede observar en este, que los diagnósticos presuntivos más o menos duplican a -- los definitivos, se debe a la escases de recursos en el área rural para poder comprobar la - impresión clínica.

Cuadro No. 17

Los laboratorios que se efectuaron más fueron los que se conocen como de rutina en un hospital (hematología, heces y orina) todos o la mayoría se hicieron en los Centros de Salud pues los Puestos carecen de laboratorio. Cuantitativamente hablando es considerable la cifra pero no cualitativamente pues con estos tres - exámenes es materialmente imposible en la mayo

ría de casos llegar a un diagnóstico definitivo.

Cuadros No. 18, 19 y 20

Estos cuadros presentan con números... que ya se sabe sobre el ambiente de... estas personas, poniendo una atención... prioritaria a lo que es hacinamiento e... insalubridad de las viviendas factores que... repercuten en el alto promedio 4.17% de... personas con los mismos síntomas encontra

Cuadro No. 16

Se puede observar en este, que los diagnósticos presuntivos más o menos duplican a los definitivos, se debe a la escasez de recursos en el área rural para poder comprobar la impresión clínica.

Cuadro No. 17

Los laboratorios que se efectuaron más fueron los que se conocen como de rutina en un hospital (hematología, heces y orina) todos la mayoría se hicieron en los Centros de Salud pues los Prestos carecen de laboratorio. Cuan titativamente hablando es considerable la cifra pero no cualitativamente pues con estos tres exámenes es materialmente imposible en la mayo

CONCLUSIONES

La primera hipótesis es falsa en virtud de que por demanda espontánea el porcentaje menor correspondió a las ENO con una marcada diferencia respecto a otras enfermedades, además el promedio de personas que en búsqueda activa se encontraron con los mismos síntomas de la enfermedad que dió lugar a la visita domiciliar fue alta.

La segunda hipótesis que por lógica des de el principio fue falsa y que se comprueba en este trabajo es el hecho de que a pesar de que los diagnósticos concordantes más o menos duplican a los discordantes estos últimos -- son un buen número, por otro lado observamos en los diagnósticos dados por el Registro Civil hay enfermedades que nunca podrían ser la causa básica de muerte.

La tercera hipótesis también falsa pues para que funcione con verdadera eficacia los sistemas de notificación de estas enfermedades el reporte tendría que ser diario y no semanal, para identificar el daño incipiente.

RECOMENDACIONES

- 1.- Que se le de una mejor información y además se concientise sobre la importancia del trabajo individual a quienes participan del Sistema de Vigilancia Epidemiológica, para intensificar la búsqueda de paciente de ENO y la investigación de su situación epidemiológica, para tener una buena información en el momento preciso a la hora de una emergencia Nacional o bien para presentar un resultado parcial como en este caso, para tomar las medidas que se crean convenientes tendientes a la limitación del daño. Pues de todos es sabido que en un estudio científico en el que participan diferentes observadores, la falta de uniformidad reduce la sencibilidad de los resultados y puede conducir a conclusiones falsas de allí la importancia de la estandarización de métodos epidemiológicos.
- 2.- Que se eleve a niveles óptimos la sistemática de notificación del país, para que provean de información en cantidad y calidad suficientes, que permitan la detección y control inmediatos y efectivos del daño epidemiológico con las consecuen-

- 3.- Que se adiestre a todo el personal en el Registro Civil que le corresponda poner el diagnóstico de defunción o bien que el EPS cumpla su función en este sentido.
- 4.- Que haya con mayor frecuencia supervisión de parte de la Facultad y la Dirección General de Servicios de Salud para que mejore el rendimiento de el material humano utilizado en la investigación, así como también que haya una mayor comunicación entre la Facultad y la División de Epidemiología a efecto de unificar ideas y canalizando esfuerzos se pueda llegar a corto plazo a conclusiones concretas ante la totalidad nacional.
- 5.- Mejorar el nivel Socioeconómico de la población ya que esto influye directamente sobre el aumento de las enfermedades e indirectamente como un factor limitante para las actividades que realiza el Ministerio de Salud en su afán de cumplir con su deber.

Podemos afirmar entonces a ciencia cierta que esto constituye el común denominador de todos los factores que pier

den la homeostasis salud-enfermedad y que sin mejorar esta condición difícilmente se pueda llegar a alcanzar la salud del pueblo indispensable para un desarrollo económico y social que contribuirá a mejorar la calidad de vida, formandose así un círculo vicioso.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Armijo Rojas, Dr. Rolando. CURSO BASICO INTENSIVO EN SALUD PUBLICA PARA -- PERSONAL PROFESIONAL EN SERVICIO. "El método epidemiológico". Documento reproducido con fines docentes. Curso de Epidemiología Ediciones de la Universidad de Chile.
- 2.- Dres. Henry Fossaert, Alvarado Llopiés y Clavis H. Tigre. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. Artículo basado en el documento presentado al 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.
- 3.- ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA Documento reproducido por la Facultad de Ciencias Médicas, Fase III, con fines docentes para los estudiantes en EPS y MI.
- 4.- Jean Pierre Habicht. ESTADARIZACION - DE METODOS EPIDEMIOLOGICOS CUANTITATIVOS SOBRE EL TERRENO. Bol. of San. - Pan., 1974.
- 5.- JOHN SNOW Y EL COLERA. Trabajo presentado como material de referencia en los seminarios sobre epidemiología para profesores del área de C.C. Clínicas en -

Venezuela (julio de 1969), y en Antigua, Guatemala (enero de 1970).

6.- DEFINICION Y VOCABULARIO EPIDEMIOLOGICO. Facultad de Ciencias Médicas Documento proporcionado con fines docentes 1976.

7.- Waldheim C. Dr. CARLOS A. NORMAS EN LA ATENCION DE LA SALUD. Documento preparado con fines docentes 1979.

8.- EDUCACION MEDICA Y SALUD. OPS. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. Vol 13 No. 1 y 3 de 1979. Vol 14, No. 2 de 1980.

XII ANEXO 1

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA

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

071	Rabia humana
098	Infecciones gonocócicas
098	Oftalmía blenorragica - del R.N.
102	Frambesia
037	Tétanos
052	Varicela
072	Parotiditis
056	Rubéola
084	Paludismo
097	Sífilis
268	Neumonías
001	Fiebre tifoidea.

ANEXO 2

En el cuadro No. 2 se substituye con otros una serie de enfermedades que abajo se enumeran en orden descendente desde la que se vió con más frecuencia, por falta de espacio no se colocaron donde les correspondía.

Dx	No.	%
Tos ferina	19	12.92
Amigdalitis	17	11.56
Intoxicación alimenticia	14	9.52
TB	13	8.84
Sarampión	10	6.80
Parotiditis	10	6.80
Rubeola	10	6.80
Influenza	7	4.76
Intolerancia Alimenticia	7	4.76
Fiebre tifoidea	7	4.76
Kwashorko	6	4.08
Varicela	5	3.40
Hepatitis	5	3.40
Marasmo	4	2.72
Sífilis	4	2.72
Otitis	3	2.04
Difteria	3	2.04
Angina Estrepto- cocica	2	1.36
Absceso	1	0.68
Polio no específica	1	0.68
TOTAL	147	100

ANEXO 3

En el cuadro No. 11 se substituye con otros una serie de diagnósticos de mortalidad dados por el Registro Civil que abajo se enumeran en orden descendente.

Dx.	Básica		Directa		Asociada T.			
	#	%	#	%	#	%	#	%
Hinchazón	4	10	2	4.25			4	10
Intoxicación								
Alimenticia	4	10	4	8.51			4	10
Hemorragia	3	7.5					3	7.5
Infección	3	7.5					3	7.5
Tos Ferina	3	7.5	4	8.51			3	7.5
Meningitis	3	7.5	3	6.38			3	7.5
Vómitos	2	5					2	5
Vejez	2	5	4	8.51			2	5
Goléado	2	5					2	5
Fiebre								
Tifoidea	2	5	2	4.25			2	5
Fractura								
cráneo	1	2.5	2	4.25			1	2.5
Cólico	1	2.5					1	2.5
Intoxicación								
Alcohol	1	2.5	1	2.12			1	2.5
Ira	1	2.5	1	2.12			1	2.5
DHE	1	2.5	1	2.12			1	2.5
Cáncer Hepá								
tico	1	2.5	1	2.12	1	25	1	2.5
Pulmonía	1	2.5	2	4.25			1	2.5
Inanición	1	2.5	4	8.51			1	2.5
Derrame								
Cerebral	1	2.5					1	2.5

Gastritis	1	2.5	1	2.12			1	2.5
anemia	1	2.5	1	2.12	3	75	1	2.5
angrena	1	2.5	1	2.12			1	2.5
ota biliosa			1	2.12				
áncer			3	6.38				
aro cardiaco			2	4.25				
ortinato			3	6.38				
aludismo			1	2.12				
erida por arma								
e fuego			1	2.12				
lcera gástrica			1	2.12				
sfixia			1	2.12				
TOTAL	40	100	47	100	4	100	40	100

ANEXO 4

En el cuadro No. 13 se substituye con otros - una serie de diagnósticos de mortalidad dados por el EPS, que abajo se enumeran en orden de cendente.

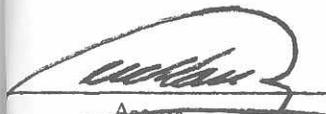
Diagnóstico	Básica		Directa		Asociada		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
DPE	4	6.25	2	3.84	1	8.33	4	6.25
Cirrosis	4	6.25	5	9.61			4	6.25
Celulitis	4	6.25					4	6.25
Hemorragia								
GI	4	6.25					4	6.25
Mortinato	3	4.68					3	4.68
Fallo de bomba	3	4.68					3	4.68
ICC	3	4.68	3	5.76			3	4.68
Asfixia	3	4.68	3	5.76			3	4.68
Meningitis	3	4.68	3	5.76			3	4.68
Tos ferina	3	4.68	3	5.76			3	4.68
Politraumatisado	2	3.12	2	3.84			2	3.12
Hinchazón	2	3.12	2	3.84			2	3.12
Etilismo Crónico	2	3.12					2	3.12
Sarcoma de células reticulares	2	3.12	2	3.84			2	3.12
Fiebre de etiología etiol	2	3.12					2	3.12

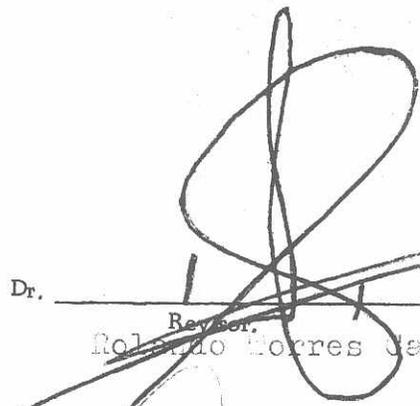
Intoxicación alimenticia	2	3.12					2	3.12
Ca Cervix	2	3.12					2	3.12
Paludismo	2	3.12					2	3.12
Fiebre tifoidea	2	3.12	2	3.84			2	3.12
Cáncer	2	3.12	2	3.84			2	3.12
Obstrucción intestinal	2	3.12	1	1.92			2	3.12
Apendicitis	1	1.56	1	1.92			1	1.56
Ca hepático	1	1.56	1	1.92			1	1.56
Inanición	1	1.56	7	13.46			1	1.56
Masa Intracraniana	1	1.56	1	1.92			1	1.56
Trauma Craneano	1	1.56					1	1.56
Amebiasis	1	1.56			1	8.33	1	1.56
Herida por arma de fuego	1	1.56			1	8.33	1	1.56
Sarampión	1	1.56			1	8.33	1	1.56
Hipovolemia			3	5.76				
Bacteremia			3	5.76				
DCA					5	41.66		
Coma Hepática			1	1.92				
Gangrena			1	1.92				
Retraso mental					3	25		
Infarto del miocardio			2	3.84				
ACV			2	3.84				
Insuficiencia respiratoria			1	1.92				
TOTAL	64	100	52	100	12	100	64	100

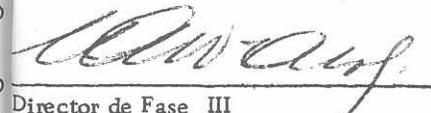
Centros y Puestos de Salud donde los EPS re-
copilaron los resultados presentados en sus
informes

Centro o Puesto de Salud	Aldea o Colonia	Municipio
Centro de Salud	Col. Bethania	Guatemala
Centro de Salud	lo. de Julio	Guatemala
Puesto de Salud	Sacoj Chiquito	Mixco
Centro de Salud		Amatitlán
Puesto de Salud	Sta Elena Bailon	Amatitlán
Puesto de Salud	Mesilla Bajas	Amatitlán
Puesto de Salud	Llano de Animas	Amatitlán
Centro de salud		Villa Nueva
Puesto de Salud	Barcenas	Villa Nueva
Centro de Salud		Chuarrancho
Puesto de Salud		San Miguel
		Petapa
Centro de Salud		San Raymundo
Puesto de Salud	Estancia la Vir- gen	San Raymundo
Puesto de Salud	San Martineros	San Raymundo
Puesto de Salud	Concepción Pilar I	San Pedro Sa- catepequez
Puesto de Salud	Chillani	San Pedro Sa- catepequez
Puesto de Salud	Móntufar	San Pedro San Juan Sacatepe- quez

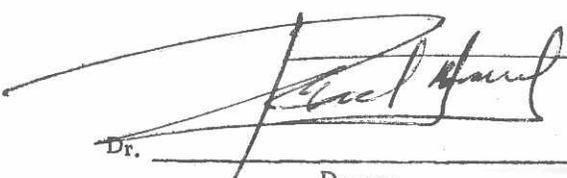
Br. 
Marco Antonio Soto Hidalgo


Asesor.
Roberto Crellana Castañeda

Dr. 
Revisor.
Rolando Torres Cesan


Director de Fase III
Carlos A. Waldheim G.

Dr. 
Secretario
Raul A. Castillo R.


Dr.
Decano.
Rolando Castillo Montalvo