

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## **MATERIA:**

EPIDEMIOLOGIA II

## **CATEDRÁTICO:**

DR. CULEBRO CASTELLANOS CECILIO

## **PRESENTA:**

DIEGO LISANDRO GOMEZ TOVAR

## **TRABAJO:**

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INTEGRAL

## **GRADO Y GRUPO:**

3 ° B

## **LUGAR Y FECHA:**

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 14 DE NOVIEMBRE DE 2020

Con algunas excepciones, en la mayoría de los países de Centro América no existen servicios integrados de vigilancia epidemiológica y son limitados los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades transmisibles, su distribución, ecología, etc. Una situación similar existe en relación con el estado inmunitario de los habitantes y los efectos de los programas de vacunación a corto, mediano o largo plazo.

Cuando se analiza la estructura de los servicios a niveles regionales y locales se hace más evidente aún el escaso grado de desarrollo de los mismos. Algunos países ya están otorgando responsabilidad gradual a sus funcionarios de estos niveles; se empieza por el epidemiólogo regional o distrital, muy escasos, por cierto, hasta llegar al personal de salud a cargo de las postas sanitarias en zonas rurales dispersas.

Aunque algunas actividades epidemiológicas se programan, ejecutan y evalúan adecuadamente, ellas son las menos. La rigidez administrativa, que es la regla en los países del área, paraliza los programas y sus actividades. Dos países han centralizado los sistemas de notificación y difusión de información en sus servicios epidemiológicos, para lo cual cuentan con una o dos auxiliares de estadística. Desde hace muy poco tiempo sólo un país dispone de un médico en dos regiones sanitarias, quien realiza funciones de epidemiólogo. Los recursos materiales de transporte y financieros están incorporados a los servicios generales de salud; sin embargo, en general, todos los servicios se quejan de que no hay medios de transporte disponibles, suministros adecuados, facilidades de laboratorio, ni un sistema de refrigeración que permitan realizar investigaciones epidemiológicas.

#### -Elementos de vigilancia Recolección y análisis de datos demográficos.

Generalmente las Unidades Centrales de Estadística y Censos realizan cada año estimaciones sobre población a nivel central, intermedio y local en por lo menos tres países. Sin embargo, hay serias dudas en cuanto a la oportunidad de esa información, así como sobre su disponibilidad y su especificidad, en particular cuando se solicita la distribución por edad, sexo y lugar de procedencia. Otro inconveniente es el de las migraciones, en especial las internas, que se suceden anualmente en los períodos de cosechas y que son por lo general desconocidas. En la práctica, la programación y proyección en el tiempo de las actividades epidemiológicas adolecen de fallas por la ausencia de datos demográficos veraces y actualizados.

#### -Registro y utilización de datos de mortalidad.

En todos los países de la zona los registros de mortalidad dependen de las Unidades Centrales de Estadística y Censos, oficinas por lo demás separadas y sin coordinación aparente con los servicios de salud. Todos los países reconocen las limitaciones del sistema imperante que pueden resumirse así: a) subregistro marcado; b) sistemas de certificación médica inadecuados o inexactos la proporción de defunciones con certificación médica varía en Centro América entre 20 y 80%-, y c) demoras en la tabulación y en el análisis de la mortalidad. Asimismo, prácticamente no existe en ningún país de la zona la notificación inmediata de causas de defunción por algunas enfermedades transmisibles. Esta información suele conocerse por lo menos con un año de atraso, lo que limita la detección oportuna de posibles excesos de mortalidad. Por otra parte, poco se conoce

sobre la mortalidad hospitalaria y mucho menos acerca de los informes de las autopsias practicadas en esas instituciones.

La cobertura del sistema de notificación depende de la infraestructura de salud que existe en cada país. Las áreas de notificación abarcan desde 30 hasta 80% de la extensión de los países, entre los cuales, tres poseen algún tipo de legislación que obliga a notificar algunas enfermedades. Se recuerda que en la Primera Reunión del Consejo Centroamericano de Salud Pública se estableció un número mínimo de enfermedades de declaración obligatoria que, además de las que se mencionan en el Reglamento Sanitario Internacional, incluye las siguientes: tuberculosis, sífilis, infecciones gonocócicas, chancro blando, lepra, difteria, tétanos, tos ferina, fiebre tifoidea, fiebre paratifoidea, infecciones meningocócicas, poliomielitis aguda, rabia en el hombre, influenza, malaria y hepatitis infecciosa. Las enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional son: cólera, fiebre amarilla, viruela y las definidas como objeto de vigilancia: tifo epidémico transmitido por piojos, fiebre recurrente transmitida por piojos, influenza, poliomielitis y malaria.

Investigación de campo y notificación de brotes. Grandes zonas geográficas de Centro América no disponen todavía de facilidades médicas que integren una infraestructura de salud más o menos adecuada. Con frecuencia, esta situación imposibilita la realización de investigaciones rutinarias de campo en aquellos casos en que se hacen necesarias; sólo las campañas directas, como la de la malaria, erradicación del *Aedes aegypti*, oncocercosis, etc. a menudo realizan investigaciones de campo específicas. Cuando se descubre y además se investiga un nuevo brote lo que ocurre muy pocas veces-casi nunca es referido al sistema nacional de notificaciones, lo cual disminuye más aún la confiabilidad de los datos de morbilidad presentados por los países. Investigaciones de laboratorio. En términos generales, el sistema de laboratorio que existe en Centro América dispone de facilidades que permiten solucionar las necesidades clínicas. Para propósitos epidemiológicos la información disponible en los laboratorios es de valor limitado ya que se desconoce la población total expuesta a un riesgo determinado.

En general, los medios utilizados para conocer el estado inmunitario de la población son las tabulaciones del número de personas vacunadas que realizan los servicios locales de salud. Esta información puede no representar la realidad por los siguientes factores, entre otros:

- a) Insistencia en inmunizar grupos humanos fácilmente accesibles a los servicios de salud.
- b) Empleo deficiente de los productos biológicos ya sea por malas condiciones del transporte, refrigeración y conservación inadecuadas o por la manipulación defectuosa del producto.
- c) Técnicas inadecuadas de administración de los productos biológicos, por falta de supervisión y adiestramiento del personal.
- d) Elección de grupos humanos no elegibles por su estado inmunitario natural.

Estudio de la distribución de vectores y reservorios animales.

Quizá no existen en los países, con excepción de los laboratorios Gorgas Memorial y Middle America Research Unit de Panamá (MARU), unidades encargadas de realizar un estudio adecuado de la distribución de vectores y reservorios animales. Como ya se mencionó, todos los países cuentan con servicios nacionales de erradicación de la malaria que realizan con regularidad estudios entomológicos y de otro tipo, sobre la distribución de los mosquitos

vectores de la malaria y de la fiebre amarilla. Conocimiento de la utilización de medicamentos y productos biológicos.

Aunque todos los ministerios disponen de una oficina de control de medicamentos, en realidad no existe en ningún país un registro o información sobre la producción y utilización de drogas, vacunas u otros productos biológicos, que permitan hacer estimaciones sobre.

En realidad, es difícil proponer sistemas uniformes de vigilancia para los países. Existen condiciones variadas que dificultan la introducción de los programas de vigilancia epidemiológica. Como se dijo, estos factores están relacionados con el desarrollo limitado de la infraestructura de salud existente, con la situación epidemiológica prevalente y la política de salud. En términos generales, los países del istmo presentan alta incidencia de enfermedades transmisibles, facilidades médicas limitadas, en cantidad y calidad, y servicios precarios de apoyo como laboratorios y otros esenciales. Este trabajo tiene como fin servir de guía a las autoridades de salud y utilizar las facilidades existentes en los servicios de salud para la vigilancia epidemiológica. Se ha definido que los sistemas de vigilancia tienen como propósito proveer en todo momento, y en forma continua, la información necesaria sobre la situación de las enfermedades y de los factores causantes. En definitiva, se trata de: a) Reunir y evaluar informes confiables que permitan estimar la incidencia y prevalencia geográfica y estacional de las enfermedades. b) Advertir acerca de enfermedades nuevas o emergentes, anticipando situaciones nuevas. c) Prever cambios en la evolución y tendencias futuras. d) Desarrollar aspectos epidemiológicos que ayuden a controlar, prevenir y erradicar las enfermedades. Se necesita establecer diferencias bien nítidas entre las estadísticas de mortalidad y morbilidad por un lado y los servicios dinámicos de vigilancia epidemiológica por otro. Como anota Roelsgaard, Jefe de Vigilancia Epidemiológica de la OMS : “Mientras la primera de estas actividades se deteriora frecuentemente en una rutina casi sin sentido que no está relacionada con las actividades de salud pública, la última representa la práctica de la epidemiología con los propósitos de ampliar y encontrar medios efectivos y económicos del control de las enfermedades”. Obviamente, se hace necesario crear un sistema de prioridades preparadas con cuidado. Plan de trabajo Datos demográficos. En general, es difícil, aun en los países desarrollados, disponer de datos demográficos seguros, oportunos y confiables. En casos de censos muy obsoletos, es factible recurrir a encuestas mediante muestreos probabilísticos con la periodicidad necesaria, de tal forma que presenten estimaciones confiables de la población. Todo el personal, en diferentes niveles, debe tener acceso a la información demográfica para poder determinar la tasa y tendencia de las enfermedades y disponer de la información básica a fin de programar adecuadamente las actividades.

Registro de mortalidad.

Con excepciones muy contadas, referidas casi siempre a epidemias de gran magnitud con una alta letalidad, los registros de mortalidad tienen un valor limitado en la vigilancia si la causa de muerte no está bien determinada. Los porcentajes de defunciones con notificación médica.

**Bibliografía:**

Romero y Valverde. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

K. Zák, OMS, Praga.