

***Información Epidemiológica sobre Morbilidad.  
Venezuela  
2002***

**DR. FRANCISCO ARMADA**  
***MINISTRO***

**Dr. JOSE MENDOZA**  
*Viceministro de Salud*

**DR. CARLOS ALVARADO**  
*Viceministro de Desarrollo Social*

**Dr. EDGAR RIVERA GALLARDO**  
*Director General de Epidemiología y Análisis Estratégico*

**DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**Dr. JOSE MANUEL GARCIAS ROJAS**

**UNIDAD DE ESTADISTICA**

**UNIDAD DE RESPUESTA  
INMEDIATA**

**UNIDAD DE VIGILANCIA  
ESPECIALIZADA**

*Dr. Luis Montiel*

**Dr. Francisco Larrea**

*Dra. Gladys Romero*

**Srta. Amelia Sepúlveda**

*Dra. Lourdes Barrio*

**Sra. Judith Pérez**

*Dra. Fatima Garrido*

**Sra. Bertha Correa**

*Dra. Lavinia Rivas*

**Sra. Francys Primera**

*Dr. Lev Nuñez*

**Sr. Manuel Martínez**

*Dr. Julio Cordova*

*Sra. Yohana Carballo*

*Dr. Hector Sarmiento*

**Sr. Lisbeth Linares**

**Sra. Yajaira Palacio**

**Sr. Gabriel Pérez**

**Sr. Hector Millan**

**Sr. Eulogio Rico**

**DISEÑADOR GRAFICO**

**GUILLERMO GOMEZ**

## **INDICE:**

- **Presentación.**
- **Comentarios.**
- **Consolidados de Informes EPI-15.  
Venezuela y entidades federales.**
- **Morbilidad registrada, según sistemas y aparatos.  
Venezuela y entidades federales.  
Cuadros y Gráficos.**
- **25 principales causas de Morbilidad por consulta  
médica  
Venezuela y entidades federales.**
- **Enfermedades de Denuncia Obligatoria.  
Morbilidad registrada. Venezuela y entidades  
federales.**
- **Enfermedades de Denuncia Obligatoria, según grupos  
de edad, para Venezuela y por Entidades federales.**

## **Presentación.**

La Dirección de Vigilancia Epidemiología, adscrita a la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico se satisface en presentarles el anuario *“Información Epidemiológica sobre la Morbilidad en Venezuela año 2002”* cuyo principal objetivo es plasmar el resumen anual de la morbilidad registrada en las consultas realizadas en los establecimientos de atención médica de la red ambulatoria en el primer nivel de atención pero que incluye también las consultas no especializadas del segundo y tercer nivel de los centros asistenciales adscritos al Ministerio de Salud y Desarrollo Social y también de otros establecimientos públicos asistenciales como del IVSS, IPASME y del Ministerio de la Defensa que han ido paulatinamente incorporándose al registro de las consultas en el marco del Sistema de Información Epidemiológico Nacional.

El presente anuario, que tradicionalmente se ha dedicado al aporte del resumen de las causas de consulta en términos de la morbilidad registrada, en esta oportunidad contiene un aparte dedicado a las cifras obtenidas en la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil y de la Mortalidad Materna cuyo sistema se implementó a partir del año 2000 con la finalidad de mantener una observación mas estrecha de lo que ocurre en Venezuela en relación a estos dos problemas de salud pública.

Ambos problemas deben enmarcarse dentro del concepto de una política integral de gobierno por ser multifactorial; estos aspectos considerados factores de riesgo social ameritan considerar la incorporación de la familia, la comunidad, la educación, los ingresos económicos en la protección de la salud de la mujer y del niño. Aún cuando su impacto sea a mediano y largo plazo, existe una gran necesidad de generar la participación corresponsable de todos los sectores involucrados y de las comunidades organizadas en función de lograr un amplio consenso para combatir todos los factores que son capaces de incidir en la producción de la mortalidad materna e infantil.

La Mortalidad infantil es un elemento trazador que permite evaluar la calidad de los servicios y de los factores relacionados con las condiciones de vida y del entorno familiar; debe asumirse como una consecuencia de inadecuadas condiciones de vida, de la calidad de la atención prenatal, perinatal y postnatal, la atención inmediata obstétrica y del recién nacido, de la carencia de una atención integral del niño en su crecimiento y desarrollo y de la no participación de la familia y la comunidad como principales proveedores de su salud, en complementar e integrar las acciones del Estado.

El problema de la Mortalidad Materna no puede considerarse aislado de la condición social de la mujer y de su atención integral de salud. Inciden muchos factores: biológicos, ambientales, socioeconómicos y culturales; su magnitud no se expresa solamente por el número de muertes de las madres, sino por la desintegración familiar, los niños huérfanos con todo lo que ello implica y la desigualdad y discriminación de la mujer que predomina en determinados grupos de mujeres y clases sociales lo que dificultan su acceso a los Servicios de Salud y a mejores oportunidades educativas y laborales entre otras. Es un problema amplio y complejo que escapa al ámbito individual para convertirse en un

problema de responsabilidad familiar, social y política. También está íntimamente vinculado con la accesibilidad, calidad y grado de cobertura de los programas sociales y de protección de la mujer.

En relación tanto a los principales tipos de consulta médica que presentamos en este anuario en términos de morbilidad registrada, como a las cifras obtenidas a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna e Infantil, es preciso aclarar algunos elementos propios de la Vigilancia Epidemiológica que permiten aportarle al usuario un nivel más adecuado de interpretación de la información que le presentamos. Nos referimos a la precisión del registro de los datos; en el proceso de detección de problemas, las definiciones de casos permiten captar sospechas que implican procesos para su confirmación diagnóstica; entre la detección de la sospecha y la confirmación diagnóstica se produce un lapso de espera que significa un desfase en los tiempos entre lo que puede ser una acción oportuna de intervención sanitaria y la expansión del problema. Se opta entonces por darle preferencia a la sospecha para la acción inmediata independientemente que una vez se tenga la confirmación diagnóstica, resulte afirmativa o no. Estos son procesos sobre los cuales tiene mayor fundamento equivocarse que esperar a que se confirmen las situaciones, mientras el problema se hace mayor. Por eso las cifras son objeto de un constante proceso de verificación y depuración de datos que provocan desajustes operativos e incoherencias necesarias entre diferentes tipos de informes epidemiológicos dependiendo de los tiempos de elaboración y de emisión. De manera que lo que pretendemos a través de una ardua labor y trabajo de validación de datos es tratar de llevarles por todos los medios técnicos y científicos, formales e informales, las aproximaciones más cercanas a la realidad posible, de manera que su uso en los aspectos operativos, administrativos y del conocimiento académico científico, sea todo lo pertinente posible.

Este anuario se basa en el hecho descriptivo obviando el hecho explicativo, tomando en cuenta que este último requiere de estudios especiales y análisis cualitativos y cuantitativos que no forman parte del objetivo fundamental de este instrumento: presentar un resumen anual. El tratamiento estadístico que contiene responde a las herramientas más elementales, mínimas que consideramos es nuestro deber aportarles para facilitarles al usuario la más adecuada visión del contexto planteado y permitirle sus propias conclusiones.

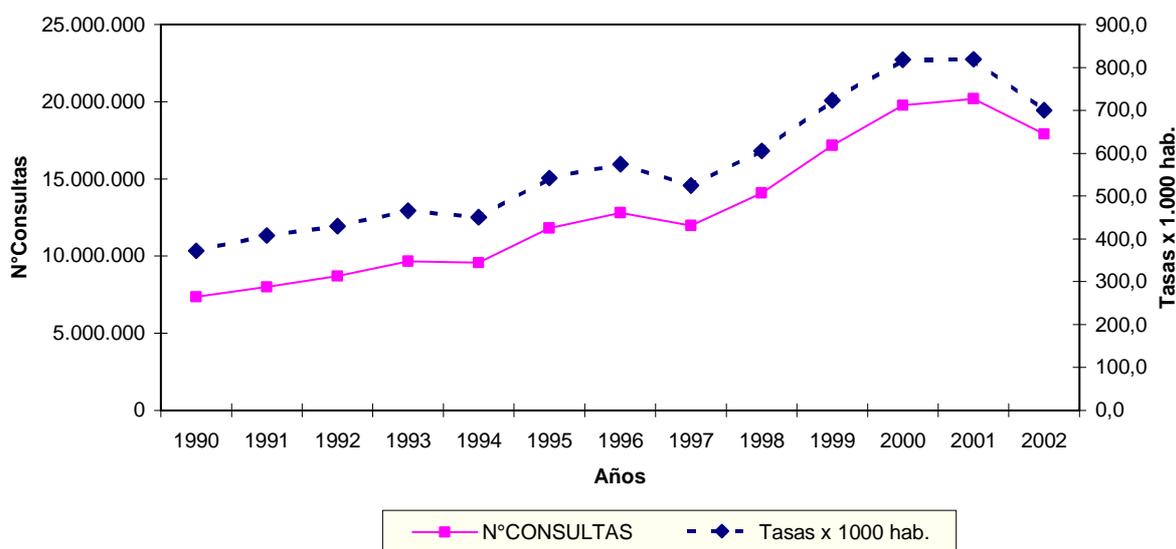
Finalizamos esta presentación haciendo un reconocimiento al esfuerzo realizado por los equipos de trabajo en todos los niveles de la estructura jerárquica del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, de las instituciones públicas y privadas, a las personas y autoridades que de alguna manera intervinieron en el aporte, procesamiento y flujo de la información que les aportamos en este documento. A todos muchas gracias.

**Dirección de Vigilancia Epidemiológica.  
Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico. MSDS.**

## COMENTARIOS.

Durante el año 2002 se registró un total de 17.897.538 consultas, que representan un número de consultas 11,31% menor al registrado durante el año 2001.

GRAFICO N°1



Años	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
N°Consultas	7.337.931	8.000.775	8.712.458	9.646.975	9.566.554	11.823.577	12.799.172	11.956.723	14.079.442	17.156.748	19.760.051	20.180.085	17.897.538
Tasas x 1.000 hab.	371,8	408,4	430,3	465,8	451,1	541,3	573,7	524,9	605,8	723,7	817,5	819,3	700,5

### Morbilidad por Enfermedades, Aparatos y Sistemas.

Las 25 Primeras Causas de Consulta en Venezuela representan el 62,8% (n=11.244.237) de todas las consultas registradas a través del Sistema de Información Epidemiológica Nacional (n=17.897.548). Del total de causas de consulta, el 82,5% de las enfermedades se encuentran señaladas en los instrumentos de registro del Sistema de Información Nacional de Epidemiología; el 17,5% de consultas se registran dentro del sistema como "Otras causas de consulta" (n=3.126.810). Es importante hacer notar que todas las enfermedades que pueden significar un peligro potencial por sus niveles de expansión o gravedad como problema de salud pública a nivel nacional e internacional están contenidas en los instrumentos de registro del sistema. Algunas de ellas son sujetos de vigilancia epidemiológica muy estrecha, incluso para algunas existen subsistemas especializados para profundizar en su registro.

En el siguiente cuadro, se resumirá la importancia de las enfermedades agrupadas por Aparatos y sistemas para el año 2002, según su orden por el número de consultas registradas para cada uno y realizando la comparación por variación porcentual en relación a lo que sucedió con los mismos durante el año 2001, reflejando sus condiciones de incremento o de disminución. Desde el punto de vista individual, algunas de las

enfermedades agrupadas por Aparatos o Sistemas podrían tener un comportamiento epidemiológico diferente al del grupo al cual pertenece.

CUADRO N°1

ORDEN 2001	ORDEN 2002	CAUSAS DE CONSULTAS POR APARATOS Y SISTEMAS	CONDICIÓN	% VARIACIÓN
1	1	ENFER. INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	DISMINUCIÓN	16,8%
		la.-TRANSMISIÓN HÍDRICA	DISMINUCIÓN	12,0%
		lb.- TRANSMISIÓN AEREA	DISMINUCIÓN	6,5%
		lc.- TRANSMISIÓN SEXUAL	DISMINUCIÓN	12,6%
		ld.- PREVENIBLES POR VACUNAS	DISMINUCIÓN	39,4%
		le.- TRANSMITIDAS POR VECTORES	DISMINUCIÓN	40,3%
		lf.- ENFERMEADES ZONOTICAS	AUMENTO	123,1%
		lg.- OTRAS ENF. TRANSMISIBLES	DISMINUCIÓN	19,3%
2	2	ENFERM. DEL SISTEMA RESPIRATORIO	DISMINUCIÓN	16,5%
3	3	TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS	DISMINUCIÓN	4,0%
4	4	ENF.DE LA PIEL Y TEJ. SUBCUTÁNEO	DISMINUCIÓN	9,5%
5	5	ENF. DEL SISTEMA GENITO-URINARIO	DISMINUCIÓN	13,8%
6	6	ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	DISMINUCIÓN	14,9%
7	7	ENF.SIST.OSTEOMUSC. Y TEJ. CONJUNTIVO	DISMINUCIÓN	11,4%
8	8	ENFERM. DEL SISTEMA CIRCULATORIO	DISMINUCIÓN	18,6%
9	9	ENF. DEL OIDO Y APÓFISIS MASTOIDES	DISMINUCIÓN	16,1%
10	10	ENF. DE LA SANGRE Y ORG. HEMATOPOYÉTICOS	DISMINUCIÓN	21,7%
13	11	EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	DISMINUCIÓN	6,5%
12	12	ENF.ENDOCRINAS, NUTRIC. Y METABOLICAS	DISMINUCIÓN	17,9%
11	13	ENF. DEL OJO Y SUS ANEXOS	DISMINUCIÓN	21,1%
14	14	ENF. DEL SISTEMA NERVIOSO	DISMINUCIÓN	3,7%
15	15	TRAST.MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	AUMENTO	0,5%
16	16	NEOPLASIAS	AUMENTO	5,2%
CAUSAS EXTERNAS DE TRAUM. Y ENVENENAMIENTO			DISMINUCIÓN	5,9%
SUB-TOTAL APARATOS Y SISTEMAS			DISMINUCIÓN	14,1%
SUB-TOTAL SINT. SIG. Y HALLAZGOS ANORMALES			DISMINUCIÓN	13,7%
SUB-TOTAL OTRAS CAUSAS DE CONSULTA			DISMINUCIÓN	16,8%
TOTAL CAUSAS DE CONSULTA			DISMINUCIÓN	14,5%

Nota: el cálculo del porcentaje de variación se realiza sobre las tasas de consultas obtenidas para el año 2002 en relación a las del año 2001 y no en base al número de casos.

Al observar el Cuadro N°1 podemos evidenciar que la disminución de las consultas en términos de tasas por 100.000 habitantes para la totalidad se traslada a gran parte de los Aparatos y Sistemas excepto a Trastornos Mentales y del Comportamiento que experimentan un incremento apenas detectable y Neoplasias un poco mas. Sin embargo, tres variaciones nos señalan algo mas que simples cambios: las enfermedades prevenibles por vacunas disminuyen un 39,4%, lo que puede estar indicando un mayor impacto operativo del Programa Ampliado de Inmunizaciones; hay que recordar que durante el año 2002 el sarampión presentó condición de epidemia con un notable número de casos sospechosos y confirmados lo que veremos reflejado con mayor claridad en el EPI-12. Las Enfermedades Transmitidas por Vectores disminuyen un 40,3% lo que puede obedecer a la sequía, mejoramiento de las condiciones ambientales y a las jornadas de eliminación de vectores. Por otra parte, el incremento de 123,1% en la tasa de enfermedades zoonóticas podría indicar mejoría apreciable en el interés de registrar enfermedades tales como leptospirosis, brucelosis y cisticercosis en algunas entidades federales especialmente Lara.

En relación a los 16 grupos de morbilidad definidos por Aparatos y Sistemas para el año 2002, las aproximaciones de las proporciones del número de consultas para cada uno se mantienen. Por cada 50 consultantes registrados en las unidades notificantes del país, se diagnosticaron:

- 9 con Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
- 8 con Enfermedades del Sistema Respiratorio
- 4 con Traumatismos y Envenenamientos
- 3 con Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo
- 3 con Enfermedades del Sistema Genito Urinario
- 3 con Enfermedades del Sistema Digestivo
- 1 con Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo
- 1 con Enfermedades del Sistema Circulatorio
- 4 con afecciones en otros Aparatos y Sistemas no especificados
- 5 con Síntomas, Signos y Hallazgos Anormales y
- 9 con Otras Causas de Consulta.

#### **Las veinticinco principales causas de consulta en Venezuela.-**

Constituyen el 62,8% de las consultas registradas durante el año 2002. Significa que aproximadamente 2 de cada 3 consultas concluyen en diagnósticos que pertenecen a enfermedades que se encuentran entre las primeras 25 causas de consulta, situación que se evidencia desde el año 1994 a través del Sistema de Información Epidemiológica Nacional.

Tomando en cuenta que el sistema de registro fundamentalmente recoge la morbilidad en los establecimientos de atención ambulatoria y que por lo tanto el nivel de complejidad diagnóstica es el más elemental, se observan entre las veinticinco primeras causas de consulta diagnósticos que se refieren a un síntoma o a un síndrome: Fiebre, Cefalea, Heridas, Mialgias, Neuralgias, Dolor Abdominal, Diarreas, Síndrome Viral. Sin embargo, destacamos que estas denominaciones son de mucha relevancia primero porque su resolución con frecuencia no amerita de tratamientos complejos, pero también porque permiten hacer Vigilancia Epidemiológica de problemas particulares por su alta sensibilidad como concepto, en contraposición a la baja especificidad de cada uno. Es así como usamos las curvas endémicas de febriles, de síndromes virales, de diarreas a través de las cuales, hemos sospechado afinando criterios, de epidemias que son tan agresivas como la influenza, el dengue, el cólera y la Encefalitis Equina Venezolana entre otras. Es muy importante que todo el equipo de salud esté consciente de esto, de su gran valor estratégico en el ámbito de la Vigilancia Epidemiológica y que principalmente los médicos especialistas no solo lo comprendan, sino que contribuyan a consolidar la importancia de este tipo de registro de diagnósticos.

En el cuadro N°2 se tratará de establecer la diferencia del orden que ocupan las diferentes condiciones morbosas durante el año 2002 en relación al año anterior 2001; así mismo se plasmará la condición epidemiológica de cada una de ellas en términos de aumento o disminución de sus tasas, mostrando el cálculo de la variación porcentual experimentada. Salvo pocas excepciones, incluimos la nomenclatura de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de manera que el lector pueda ubicar con

claridad a que se refiere la denominación establecida como causa de consulta en sus detalles y para el cuadro en las veinticinco primeras causas de consulta.

**CUADRO N°2**

ORDEN 2001	ORDEN 2002	25 PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA (EPI-15)	Condición	% Variación
1	1	SINDROME VIRAL (B34.-)	DISMINUCIÓN	22,4%
2	2	DIARREAS (A08-A09)	DISMINUCIÓN	6,2%
		DIARREAS <1a.(A08-A09)	DISMINUCIÓN	4,0%
		DIARREAS 1-4a.(A08-A09)	AUMENTO	3,1%
		DIARREAS 5a. Y MAS(A08-A09)	DISMINUCIÓN	12,1%
3	3	FIEBRE(R50.-)	DISMINUCIÓN	19,1%
5	4	CEFALEA(R51)	DISMINUCIÓN	12,1%
4	5	AMIGDALITIS AGUDA(J03.-)	DISMINUCIÓN	19,1%
6	6	ASMA(J45,J46)	DISMINUCIÓN	13,3%
7	7	RINOFARINGITIS AGUDA(J00)	DISMINUCIÓN	10,9%
		RINOFARINGITIS AGUDA <5a.(J00)	DISMINUCIÓN	6,4%
		RINOFARINGITIS AGUDA 5a.Y MAS (J00)	DISMINUCIÓN	14,5%
8	8	HERIDAS	DISMINUCIÓN	3,3%
11	9	OTROS TRAUMATISMOS	DISMINUCIÓN	3,4%
10	10	DOLOR ABDOMINAL(R10.4)	DISMINUCIÓN	8,6%
9	11	INFECCIÓN URINARIA(N39.0)	DISMINUCIÓN	14,5%
12	12	OTITIS(H60.-,H65.-,H66.-)	DISMINUCIÓN	16,1%
		OTITIS EXTERNA(H60.-)	DISMINUCIÓN	14,4%
		OTITIS MEDIA AGUDA <5a.(H65.0-H65.1,H66.-)	DISMINUCIÓN	17,2%
		OTITIS MEDIA AGUDA 5a. Y MAS(H65.0-H65.1,H66.-)	DISMINUCIÓN	14,1%
		OTITIS MEDIA CRONICA(H65.2-H65.9)	DISMINUCIÓN	23,2%
13	13	HELMINTIASIS(B65-B68,B70-B83)	DISMINUCIÓN	23,7%
14	14	HIPERTENSIÓN ARTERIAL(I10)	DISMINUCIÓN	19,1%
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL <15a.(I10)	DISMINUCIÓN	15,9%
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL 15-44a.(I10)	DISMINUCIÓN	15,2%
		HIPERTENSIÓN ARTERIAL 45a. Y MAS(I10)	DISMINUCIÓN	24,7%
15	15	CARIES DENTAL(K02.-)	DISMINUCIÓN	21,3%
17	16	PIODERMITIS(L08.0)	DISMINUCIÓN	11,2%
16	17	BRONQUITIS(J20.-,J41,J42,J44.8)	DISMINUCIÓN	24,7%
		BRONQUITIS AGUDA(J20.-)	DISMINUCIÓN	21,1%
		BRONQUITIS CRÓNICA(J41,J42,J44.8)	DISMINUCIÓN	49,4%
18	18	ANEMIAS(D50-D64)	DISMINUCIÓN	21,7%
22	19	ABSCESOS(L02.-)	AUMENTO	1,9%
21	20	ESCABIOSIS(B86)	DISMINUCIÓN	4,4%
19	21	FARINGITIS AGUDA(J02.-)	DISMINUCIÓN	21,1%
		FARINGITIS AGUDA <5a.(J02.-)	DISMINUCIÓN	1,3%
		FARINGITIS AGUDA 5a. Y MAS(J02.-)	DISMINUCIÓN	31,8%
24	22	OTRAS ENF.ESOF., ESTOMAGO E INTESTINO	DISMINUCIÓN	3,8%
20	23	DERMATITIS (L20-L30)	DISMINUCIÓN	21,5%
23	24	MIALGIAS(M79.1)	DISMINUCIÓN	12,4%
25	25	NEURALGIAS(M79.2)	DISMINUCIÓN	10,6%
SUB-TOTAL 25 PRIMERAS CAUSAS			DISMINUCIÓN	14,3%
SUB-TOTAL OTRAS CAUSAS			DISMINUCIÓN	14,8%
TOTAL CAUSAS DE CONSULTA			DISMINUCIÓN	14,5%

Con algunas variaciones, las 25 primeras causas de consulta en Venezuela registradas a través del EPI-15 se mantienen en relación al año 2001. Al observar el cuadro N°2 debemos plantearnos que la disminución en el número total de consultas incide directamente en la disminución de gran parte de las causas de consulta; en este caso nos debe llamar la atención aquellas causas de consulta que tienen muy poca variación

porcentual en relación al año anterior y aquellas que aumentan. Aún cuando el orden de importancia está dado por el número de consultas registradas para cada causa, es preciso recordar que el cálculo de las variaciones porcentuales se realiza a través de sus respectivas tasas específicas de morbilidad registrada. Entre las causas de consulta que suben su orden de importancia se encuentran Cefalea, Otros Traumatismos, Piodermitis, Abscesos, Escabiosis y Otras Enfermedades del Esófago, Estomago e Intestino. Aquellas que bajan su orden son Amigdalitis aguda, Infección Urinaria, Bronquitis, Faringitis, Dermatitis y Mialgias; el resto de causas entre las 25 primeras conservan sus lugares.

Las tasas observadas de morbilidad específica registrada que presentan un descenso mayor al 20% son en orden decreciente: Bronquitis Crónica, Faringitis Aguda en 5 años y más, Hipertensión Arterial en 45 años y más, Bronquitis, Helmintiasis, Otitis Media Crónica, Síndrome Viral, Anemias, Dermatitis, Caries Dental, Bronquitis Aguda y Faringitis Aguda. Es muy notable el descenso de las tasas de morbilidad específicas registradas para las dos primeras, de 49,4% y 31,8% respectivamente.

Asumiendo el criterio que aquellas causas de consulta con poca variación porcentual ( $\pm 5\%$ ) de sus tasas específicas podrían considerarse como estables sin importar si ascienden o descienden, podríamos mencionar que en esta condición se encuentran: Escabiosis, Diarreas <1 año., Otras Enfermedades del Esófago, Estomago e Intestino, Otros Traumatismos, Heridas, Faringitis Aguda <5 años, Abscesos y Diarreas de 1-4 años.

### **Enfermedades de Notificación Obligatoria.**

El registro de las enfermedades de notificación obligatoria que se consolida semanalmente a través del formulario EPI-12 contiene cifras que difieren a las contenidas para la misma causa de consulta en el formulario mensual EPI-15. Son varias las razones de esta discrepancia:

- Los meses del año en los cuales se consolida el EPI-15 no se corresponden con las fechas de cada semana epidemiológica cada una en la cual se consolida el EPI-12.
- El EPI-12 contiene tanto los casos sospechosos como los comprobados de la patología observada, dado que la notificación semanal de este tipo de enfermedades en su condición de obligatoria no permite esperar la comprobación diagnóstica de laboratorio. En el EPI-15, se asientan solo los casos confirmados una vez se tienen los resultados de los análisis y pruebas comprobatorias de laboratorio.
- Es una norma que en el EPI-12 se registren tanto los casos sospechosos como los confirmados; la detección de estos problemas estipula el ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica con definiciones de caso que contemplan desde el caso sospechoso, como el caso probable, confirmado hasta el descartado.

Por lo tanto, cuando las patologías sujetas a vigilancia epidemiológica de notificación obligatoria especial o semanal contenidas en el EPI-12 coinciden con las del EPI-15, sospechamos procedimientos inadecuados en el procesamiento de las cifras.

Reiteradamente estamos haciendo este tipo de aclaratorias y con mucha seguridad, las seguiremos haciendo para evitar confusiones del usuario acerca de esta publicación anual. Veamos el cuadro N°3:

Cuadro N°3

ENFERMEDADES DE NOTIFICACION OBLIGATORIA (EPI-12)	CASOS REGISTRADOS		CONDICIÓN	VARIACIÓN PORCENTUAL
	2001	2002		
COLERA	0	0	Igual	s/c %
DIARREA <1a.	212.791	213.588	Aumento	0,4 %
DIARREA 1-4a.	289.301	308.888	Aumento	6,8 %
DIARREA 5a. Y MAS	312.688	289.871	Disminución	7,3 %
FIEBRE TIFOIDEA	0	0	Igual	s/c %
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA	26.895	22.817	Disminución	15,2 %
HEPATITIS AGUDA TIPO A	5.912	6.574	Aumento	11,2 %
TUBERCULOSIS	3.514	3.734	Aumento	6,3 %
INFECC. ASINTOMATICA VIH	1.449	1.455	Aumento	0,4 %
ENFERMEDAD VIH/SIDA	1.097	902	Disminución	17,8 %
TOSFERINA	474	370	Disminución	21,9 %
PAROTIDITIS	4.788	3.622	Disminución	24,4 %
TETANOS NEONATAL	4	4	Igual	0,0 %
TETANOS OBSTÉTRICO	0	0	Igual	s/c %
TETANOS (OTROS)	48	25	Disminución	47,9 %
DIFTERIA	0	0	Igual	s/c %
SARAMPIÓN	1.886	5.524	Aumento	192,9 %
RUBEOLA	9.014	3.668	Disminución	59,3 %
DENGUE CLÁSICO	76.639	34.701	Disminución	54,7 %
DENGUE HEMORRÁGICO	6.541	2.979	Disminución	54,5 %
ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA	0	0	Igual	s/c %
FIEBRE AMARILLA	0	3	Aumento	s/c %
PALUDISMO	16.933	20.870	Aumento	23,3 %
RABIA HUMANA	0	0	Igual	s/c %
MENINGITIS MENINGOCOCICA	85	64	Disminución	24,7 %
MENINGITIS (VIRAL O BACTERIANA)	1.493	1.283	Disminución	14,1 %
VARICELA	53.712	30.350	Disminución	43,5 %
HEPATITIS AGUDA TIPO B	868	747	Disminución	13,9 %
HEPATITIS OTRAS AGUDAS Y LAS N.E.	21.162	18.141	Disminución	14,3 %
PARÁLISIS FLÁCIDA <15a.	103	60	Disminución	41,7 %
NEUMONIAS <1a.	16.712	11.701	Disminución	30,0 %
NEUMONIAS 1-4a.	25.688	20.760	Disminución	19,2 %
NEUMONIAS 5a. Y MAS	34.856	29.028	Disminución	16,7 %
INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS	2.266	2.319	Aumento	2,3 %
MORD.SOSPECHOSA DE RABIA	72.557	67.795	Disminución	6,6 %

s/c%= Sin calculo porcentual.

En este caso la variación porcentual se calcula sobre el número de casos registrados y no sobre las tasas específicas a diferencia de lo que sucede con el cuadro de las 25 primeras causas de consulta. Del formulario EPI-12, las patologías que en la práctica se establecen como de notificación especial o inmediata son: Cólera, Fiebre Tifoidea, Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Tétanos Neonatal, Difteria, Sarampión, Encefalitis Equina Venezolana, Fiebre Amarilla, Rabia Humana, Meningitis Meningocócica, Parálisis Flácida <15 años e Intoxicación por Plaguicidas. El resto se toman como de notificación obligatoria semanal.

Acerca de lo registrado para el año 2002 en relación al año 2001 observamos lo siguiente:

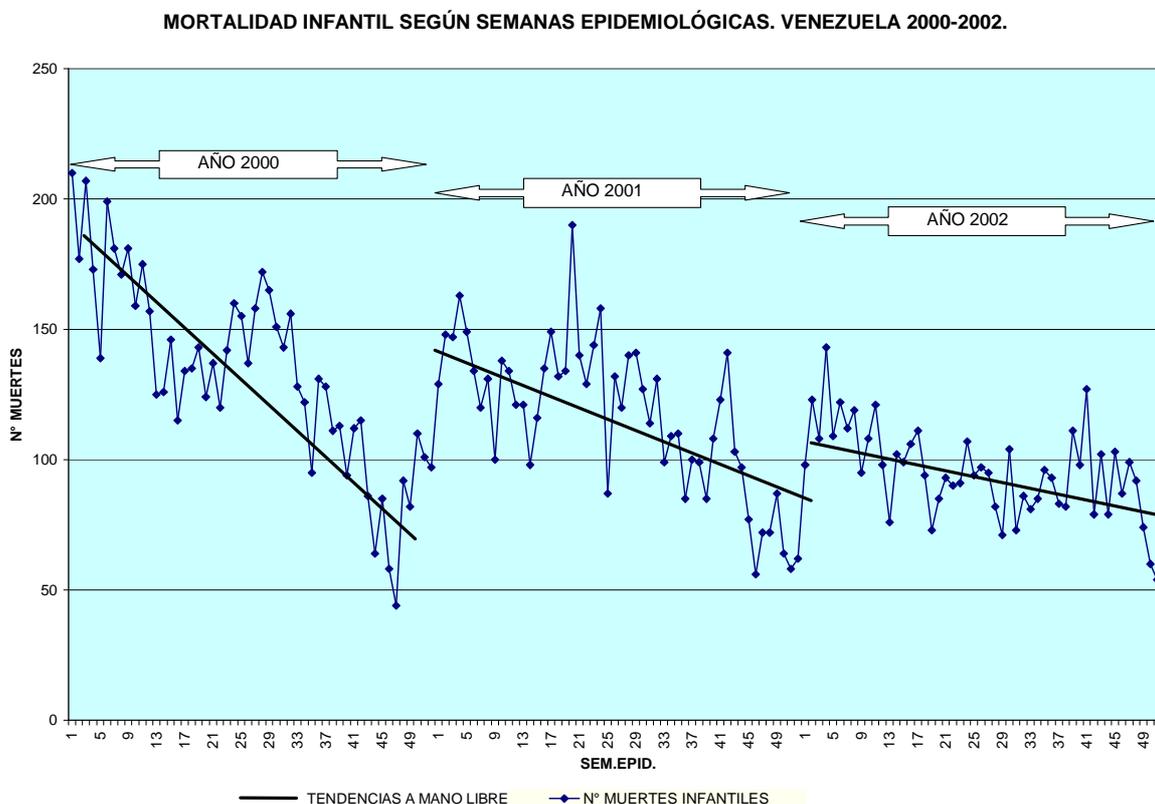
- En ninguno de los dos años se registraron casos de Cólera, Fiebre Tifoidea, Tétanos Obstétrico, Difteria, Encefalitis Equina Venezolana ni de Rabia Humana.
- Igual que para el año 2001, se registraron 4 casos de Tétanos Neonatal.
- A finales del año 2002 se registran 3 casos de Fiebre Amarilla correspondientes al primer brote (el segundo brote se registra en el año 2003). No hubo casos de Fiebre Amarilla durante el año 2001.
- El incremento porcentual de casos mas relevante lo evidencia sarampión (192,9%). Recordamos que durante el año 2002 se presentó epidemia de Sarampión con 2391 casos confirmados. El Paludismo también presento un incremento importante de casos registrados (23,3%).
- Se evidencia de manera mas importante descenso en el registro de casos de las siguientes enfermedades de notificación obligatoria: Rubéola (59,3%), Dengue Clásico (54,7%), Dengue Hemorrágico (54,5%), Otros Tétanos (47,9%), Varicela (43,5%), Parálisis Flácida (41,7%) y Neumonías <1 año (30,0%).

### **Mortalidad Materna e Infantil.-**

En relación a la mortalidad materna e infantil, abriendo por primera vez este espacio en el producto anual de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica “Situación de la Morbilidad en Venezuela”, vale destacar lo siguiente:

1. La mortalidad a la que nos referimos son cifras que no sustituyen de ninguna manera los resultados que genera la Dirección de Información Social y Estadística también adscrita a la Dirección de Epidemiología y Análisis Estratégico, ya que estos se refieren a cifras procesadas a partir de los certificados de defunción, por lo tanto con un alto valor de confiabilidad. Las cifras que aquí se aportan provienen de un proceso de notificación semanal para efectos de vigilancia epidemiológica que por características propias, se asumen admitiendo todos los factores de error que el proceso conlleva, en la seguridad que posteriormente a través de los certificados de defunción podrán ser sometidas a verificación.
2. Las cifras de mortalidad que a través del sistema de vigilancia epidemiológica obtenemos en el presente, solo podrán ser verificadas tardíamente cuando los certificados de defunción sean recibidos a nivel central, generalmente en el período de un año posterior a la ocurrencia.
3. Se presentara el resultado de tres años por separado de recolección de esta información (2000-2002), como cifras brutas tabuladas por semanas epidemiológicas.
4. En este comentario, se estará aportando un resumen gráfico para Venezuela que nos dará una noción de tendencia registrada para la mortalidad infantil y materna, que estará sujeta a las verificaciones finales.
5. Seguramente el usuario al visualizar los cuadros tendrá algunas observaciones; sin embargo aclaramos que con toda seguridad tendremos la oportunidad de profundizar mucho más en un aparte dedicado al estudio y análisis de estos indicadores trazadores, cuyos resultados compartiremos con ustedes en corto tiempo.

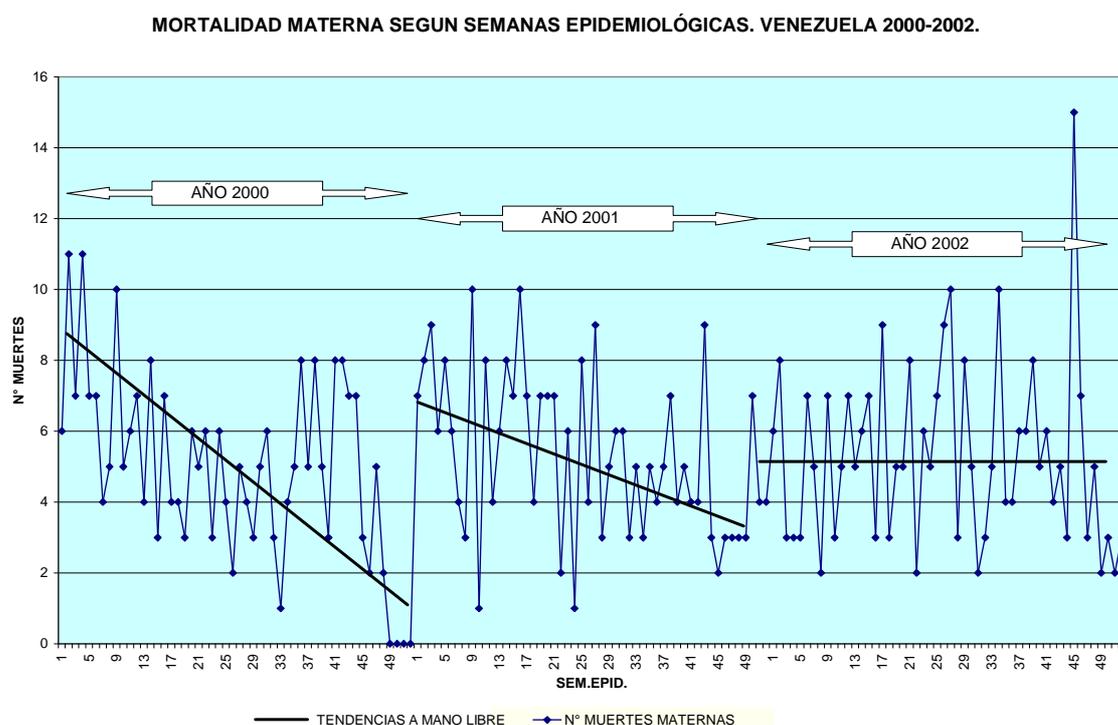
El siguiente gráfico referido a la mortalidad infantil contiene un secuencia semanal de tres años (2000-2002):



Destacamos en el gráfico anterior que la tendencia anual de registro de muertes infantiles en los tres años fue mostrando una inclinación menor. En términos generales lo que dichas tendencias indican, es que en apariencia el mayor número de muertes infantiles ocurre durante las primeras semanas epidemiológicas de cada año y que en las últimas semanas epidemiológicas de los mismos este número de muertes disminuye. La hipótesis más probable es que son situaciones inherentes al registro y que el equipo de salud responsable de la detección y registro de muertes infantiles dentro del sistema de vigilancia epidemiológica en el país, integra a las primeras semanas epidemiológicas de cada año lo que por alguna razón no pudieron registrar de muertes infantiles durante las últimas semanas epidemiológicas del año anterior; sin embargo esto debe ser sometido a una investigación operativa y ser validado con otros factores intervinientes. Si las tendencias continúan hacia un aplanamiento progresivo en los próximos años, podría sugerir el mejoramiento en la regularidad del registro de muertes infantiles y por ende, de la calidad del sistema de vigilancia epidemiológica y del trabajo que desempeñan los equipos humanos responsables del mismo. Si observamos los tres años en conjunto, la tendencia hacia el descenso de la mortalidad infantil a partir del año 2000 hasta el año 2002, inquieta acerca de si es una realidad epidemiológica o si significa una disminución en los esfuerzos

operativos realizados para la ejecución del sistema de vigilancia epidemiológica de mortalidad infantil.

El comentario anterior es válido para lo que podemos observar en el próximo gráfico de mortalidad materna:



Dejamos los cuadros completos de la información recogida, tanto de morbilidad registrada a través del Sistema de Información Epidemiológica Nacional como a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Infantil y de la Mortalidad Materna. Estarán contenidos en esta publicación los consolidados del año 2002 de los EPI-12 y de los EPI-15 por entidades federales y los formularios de mortalidad infantil y materna por semanas epidemiológicas de los años 2000, 2001 y 2002 también con la información aportada por cada entidad federal. A través de ellos le aportamos al usuario la oportunidad de revisar la información de manera mas completa y elaborar sus propias conclusiones sobre lo que sea de su interés particular o general. No solo aceptamos sino que agradecemos cualesquiera sean las observaciones que nos hagan llegar a través del correo electrónico [vigiepi@msds.gov.ve](mailto:vigiepi@msds.gov.ve) perteneciente a la Dirección de Vigilancia Epidemiológica.