

Evaluación Rápida de la Vigilancia de la Influenza A H1N1. Policlínicos seleccionados Ciudad de La Habana y Provincia Habana. 2009

DraC. Ana Teresa Fariñas Reinoso ^I, Lic. Lena López Ambrón ^{II}, Dra. Edith Rodríguez Boza ^{III}

^I Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Especialista de 2do grado en Epidemiología. Correo electrónico alastor@infomed.sld.cu

^{II} Licenciada en enfermería. Especialista de 1er grado en Higiene y Epidemiología. Master en Infectología. Profesora Asistente.

^{III} Doctora en medicina. Master en Atención Primaria de la Salud. Especialista de 2do grado en Higiene y Epidemiología. Profesora instructora.

Colaboradores

Dr. Alfredo Rodríguez Gil, Dra. Clariza Hernández Barrios, Lic. Daimy Pereira Sánchez, Lic. Nancy Leonor Arjona

Dra. Beatriz Corona Miranda, Dra. Lucia Coronel, Lic. Yuralmis Cotilla vargas, Lic. Rene espinosa Díaz, Lic. Maritza Fuentes Pérez, Lic. Jorge Luís Rodríguez Pérez, Lic. Mayra González Pérez, Lic. Dianellys Pérez Jiménez, Lic. Yosian Diago Garrido, Dra. Maryuri Concepción Villatoro Villatoro

RESUMEN

Introducción. La influenza A (H1N1) está considerada una enfermedad emergente por lo que es necesario mantener una vigilancia específica para su control. **Objetivo.** Evaluar la vigilancia de la influenza A (H1N1) en municipios y consultorios médicos seleccionados de las provincias de Ciudad de La Habana y Provincia Habana, durante el mes de mayo y 1ra quincena de junio del año 2009. **Método.** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. En total se visitaron 11 municipios y 14 policlínicos. Se utilizó como guía la Propuesta metodológica para evaluación rápida de sistemas de

vigilancia para enfermedades transmisibles elaborada por la DraC. Ana Teresa Fariñas. Para los criterios seleccionados se identificaron los indicadores y los estándares, así como lo esperado en los resultados según lo descrito en el programa. Las técnicas utilizadas fueron: entrevista abierta, observación, un cuestionario semiestructurado y la triangulación metodológica. **Resultados.** La utilidad del sistema de vigilancia se cumplió con la entrega de información sobre la influenza A (H1N1) en las dos provincias. Del 100 % de los viajeros sólo se vigiló entre el 83,5 y el 97%. Solamente en una décima parte de los consultorios visitados se comprobó la existencia de información dirigida a la educación de la población sobre la prevención del virus de la influenza A (H1N1). La dimensión calidad estuvo comprometida por las variables de sensibilidad y oportunidad de la vigilancia. **Conclusiones.** La evaluación de la vigilancia de la Influenza A (H1N1) en las provincias estudiadas fue evaluada de No satisfactoria. El sistema fue evaluado de No Útil. Su calidad No satisfactoria y los resultados arrojaron satisfacción por parte de los viajeros visitados y el personal de salud, no obstante se continúan realizando acciones de vigilancia que no son costo-efectivas. Se evidenció que existió una buena participación intersectorial en la vigilancia de la influenza A (H1N1).

Palabras claves: Higiene. Epidemiología. Dirección en Salud. Vigilancia en Salud. A (H1N1).

INTRODUCCIÓN

La vigilancia en general, cualquiera sea el campo o disciplina que la use, corresponde a un proceso sistémico, ordenado y planificado de observación y medición de ciertas variables definidas, para luego describir, analizar, evaluar e interpretar tales observaciones y mediciones con propósitos precisos caracterizados por "desarrollar acciones" que permitan la corrección de la desviación observada ya sea un evento epidemiológico sujeto a vigilancia, un evento ambiental, la vigilancia de las condiciones de vida de una población determinada o la de un servicio de salud ⁽¹⁾.

De manera general se define como "el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos de salud o condiciones relacionadas, para ser utilizados en la planificación, implementación y evaluación de programas de salud pública, incluyendo como elementos básicos la disseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica en los diferentes niveles de control"⁽²⁾.

La evaluación está concebida como la actividad que permite emitir un juicio de valor, su aplicación es válida para todos los sistemas de vigilancia diseñados, pues posibilita identificar las brechas existentes entre el cumplimiento de los objetivos y su comportamiento en un momento determinado y recomendar posteriormente las medidas para su corrección ^(3,4).

En Cuba las infecciones respiratorias agudas (IRAs) se consideran endémicas y con alza estacional de orden epidémico. Anualmente se reportan 5 millones de atenciones médica y su repercusión negativa en la mortalidad por neumonía en el mayor de 65 años y dentro de ellos los mayores de 85 años fue un elemento que se tuvo en cuenta para ir elevando la cobertura con vacuna antigripal según temporadas. Por otra parte no se debe subestimar la importancia de las medidas de prevención y control de la infección en el entorno de las instituciones de salud para evitar la aparición de brotes.

La enfermedad causada por el virus de la influenza está contemplada dentro de las Iras, pero por su morbilidad y mortalidad y la existencia de medidas de prevención y control se hace necesario una vigilancia específica para esta enfermedad.

La cepa del virus de la influenza A (H1N1) es un nueva variante que no se ha visto anteriormente, ni en seres humanos ni en animales, para lo cual no existe inmunidad en la población. El virus de la influenza A (H1N1) parece ser más contagioso que la gripe estacional; Los primeros casos se detectaron en Ciudad de México avanzando progresivamente a Estados Unidos y Canadá. Hasta el 6 de julio del año 2009 se habían notificado un total de 94512 casos confirmados, incluidos 429 defunciones en 137 países del Mundo ^(5,6). Se declaró por parte de la OMS el día 11 de junio la fase 6 o Pandemia.

Cuba, teniendo en cuenta la situación planteada y el riesgo que representaba la pandemia de influenza A(H1N1), ha adoptado un conjunto de medidas en cumplimiento de las indicaciones emitidas por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), por lo que es imprescindible conocer cómo se está realizando la vigilancia de la influenza A (H1N1) a nivel de municipios y provincias por la importancia que para la Salud del país reviste hoy dicha pandemia

En la Ciudad de La Habana y la Provincia Habana residen alrededor de 2 millones y medio de habitantes, poseyendo ambas provincias una extensa red de carreteras, con amplia comunicación terrestre, marítima y aérea con el resto del país constituyendo rutas críticas para la propagación de la enfermedad

OBJETIVOS

General

Evaluar la vigilancia de la influenza A (H1N1) en municipios y consultorios médicos seleccionados de las provincias Ciudad de La Habana y Provincia Habana, durante el período del mes de mayo y 1ra quincena de Junio, 2009

Específicos

1. Valorar la utilidad de la vigilancia de la influenza A(H1N1) en los policlínicos seleccionados de ambas provincias.

2. Valorar la calidad de las actividades que realizan los consultorios médicos tipo I y las vicedirecciones de Higiene y Epidemiología para la vigilancia de la influenza A(H1N1) de los policlínicos seleccionados

3. Valorar los principales resultados de la vigilancia de la influenza A(H1N1) según apreciación de los usuarios internos y externos.

MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal

Universo: El universo estuvo constituido por: 82 policlínicos de la Ciudad de La Habana y 38 de Provincia Habana

Muestra

Se utilizó un muestreo por conveniencia (no aleatorio), escogiéndose 10 policlínicos de la Ciudad de La Habana, pertenecientes a 7 municipios de la capital y 4 policlínicos de la Provincia Habana, pertenecientes a igual número de municipios de la provincia. Todos coincidían con las moradas de los residentes que realizaron el trabajo práctico de la investigación. De cada policlínico se entrevistó al vicedirector de Higiene y Epidemiología, 6 médicos de consultorios tipo I y de cada consultorio se visitaron a 6 viajeros.

En total se visitaron 11 municipios, 14 policlínicos, 14 vicedirectores de Higiene y Epidemiología, 84 médicos de la familia y 84 viajeros. Toda la investigación se realizó entre el 15 de junio y el 23 de julio.

Relación de los municipios y áreas estudiadas.

Provincia Habana		
	Municipio	Policlínico
	Guanajay.	Guanajay.
	San Antonio de los Baños	Policlínico 2
	Mariel.	Mariel
	San Nicolás de Baren	San Noclas de Baren
Ciudad de La Habana		
	Centro Habana	Reina
	Habana del este	Guanabo. Mario Muñoz
	10 de octubre	Luyanó
		Lawton

	Cerro	Héroes de Girón
		Cerro
	Marianao	27 de noviembre
		Carlos J Finlay
	Habana Vieja	Diego Tamayo
	Playa	1 de enero

Se entrevistó al jefe Nacional del Programa de Control Sanitario Internacional (CSI) y al responsable de la Provincia Habana de esta actividad, no se pudo contactar con el responsable provincial de Ciudad de La Habana

Métodos utilizados

Se utilizó la propuesta de evaluación rápida de sistemas de vigilancia creado por las doctoras Ana Teresa Fariñas y Leticia Pastor Chirino ⁽⁷⁾, la cual se ajustó a los requerimientos de esta investigación.

Para darle salida al primer objetivo se operacionalizaron las siguientes Criterios

Dimensión utilidad

- Información actualizada sobre influenza A H1N1: Indicador Número de policlínicos que recibieron la información actualizada de la influenza A H1N1 / número de policlínicos que debieron recibirla x 100.
- Consultorios con información sanitaria sobre influenza A H1N1. Indicador Número de consultorios que recibieron la información/número de consultorios que debieron recibirla x 100
- Vigilancia de las IRAs en policlínicos. Indicador. Información útil para seguimiento y pronóstico de las IRAs. Existencia de: canales, tendencias, pronósticos en el policlínico
- Controles de focos. Indicador Número de controles de focos que se realizaron/ número de controles de foco que se debían realizar x 100
- Médicos retroalimentados con la vigilancia. Indicador Número de médicos que reciben información acerca de la marcha de la vigilancia de H1N1/ número que debieran recibir la información x 100

Para darle salida al segundo objetivo se operacionalizaron las siguientes criterios

Dimensión calidad

Criterios de cobertura

- Cobertura de médicos. Indicador: $\frac{\text{Número de médicos de familia que existe}}{\text{Número de médicos de familia que debería existir}} \times 100$
- Cobertura de enfermeras. $\frac{\text{Número de enfermeras que existe}}{\text{Número de enfermeras que debería existir}} \times 100\%$
- Cobertura de subdirectores
- Existencia de vicedirector de higiene y epidemiología

Criterios de recursos materiales

- Existencia de información sobre influenza AH1N1 en consultorios. Indicador $\frac{\text{Número de médicos que cuentan con los documentos de las acciones de la vigilancia}}{\text{Número de médicos que debieran tenerla}} \times 100$
- Existencia de programa actualizado de Control Sanitario Internacional (CSI) en policlínicos. Indicador. $\frac{\text{Número de vicedirectores de Higiene y Epidemiología que contaban con el programa de control sanitario internacional actualizado}}{\text{Número de vicedirectores de Higiene y Epidemiología encuestados}} \times 100$
- Existencia de indicaciones específicas para la vigilancia de H1N1 en el policlínico. Indicador. $\frac{\text{Número de policlínicos con la documentación actualizada sobre la Influenza AH1N1}}{\text{Número de policlínicos visitados}} \times 100$

Criterios de capacitación

- Cursos impartidos. Indicador $\frac{\text{Número de cursos de vigilancia impartidos sobre influenza A (H1N1)}}{\text{Número de cursos de vigilancia impartidos sobre influenza A (H1N1)}} \times 100$
- Personal capacitados en los policlínicos. Indicador. $\frac{\text{Número de médicos y enfermeras capacitados}}{\text{Número de médicos y enfermeras que debieran estar capacitados}} \times 100$.
 $\frac{\text{Número de vicedirectores capacitados}}{\text{Número de vicedirectores que debieron ser capacitados}} \times 100\%$

Criterios de Aceptabilidad

- Aceptabilidad de la vigilancia. Indicador. $\frac{\text{Número de profesionales que consideraron útil el sistema de vigilancia}}{\text{Número de profesionales encuestados}} \times 100$

Criterios de Sensibilidad

- Viajeros controlados. Indicador $\frac{\text{Número de viajeros controlados por la vigilancia en la atención primaria de salud}}{\text{Número de viajeros que arribaron al país de áreas de riesgo}} \times 100$.
- Sospechosos controlados. Indicador. $\frac{\text{Número de casos sospechosos controlados en la atención primaria de salud}}{\text{Número de casos sospechosos controlados reportados}} \times 100$.
- Casos confirmados reportados de los casos sospechosos. Indicador. $\frac{\text{Número de casos confirmados}}{\text{Número de casos sospechosos}} \times 100$.

Criterios de Representatividad

- Cobertura de consultorios que participan en la vigilancia. Indicador. Número de consultorios que participan en la vigilancia/ Número de consultorios que existen en el área x 100

Criterios de Oportunidad

- Viajeros visitados antes de las 48 horas. Indicador. Número de viajeros visitados en las primeras 48 horas/ Número de viajeros arribados al área x 100
- Viajeros bajo vigilancia durante 10 días. Indicador. Número de viajeros bajo vigilancia activa por 10 días/ Número total de viajeros sujetos a vigilancia x 100.

Criterios de Conocimientos

- Conocimiento de los médicos sobre la enfermedad. Indicador. Número de médicos que identificaron al menos tres de los síntomas y signos principales. / Número de médicos encuestados por 100
- Conocimiento de los subdirectores de Higiene y Epidemiología sobre la enfermedad. Indicador. Número de vicedirectores de Higiene que definieron correctamente en que consiste la vigilancia de un caso, caso sospechoso, confirmado / número de vicedirectores encuestados x 100

Para darle salida al tercer objetivo se operacionalizaron las siguientes criterios

Dimensión Resultados

- Casos de influenza reportados. Indicador. Número de casos de influenza (H1N1) / el Número de casos sospechosos.
- Viajeros con gota gruesa. Indicador. Número de viajeros que se realizaron la gota gruesa para (H1N1) / el total de viajeros que arribaron al área de zonas endémicas.
- Personal de salud satisfecho con la labor que se está realizando. Indicador. Número de médicos u otro personal de salud entrevistados satisfechos con las acciones que se esta realizando/ número de de médicos u otro personal de salud entrevistados x 100.
- Viajeros satisfechos con la labor que se está realizando. Indicador. Número de viajeros satisfechos con las acciones que se esta realizando/ número de viajeros entrevistados x 100.

Técnicas utilizadas. Entrevista abierta. Observación. Encuesta con la aplicación de un cuestionario semiestructurada. Y Triangulación metodológica

Procedimientos: Se comenzó con la revisión documental sobre la influenza A (H1N1) y el sistema de vigilancia creado para la misma. Para la realización del estudio se establecieron los criterios a evaluar: Utilidad, calidad y resultados para los que se

construyeron indicadores y estándares que responden al sistema de vigilancia evaluado.

Según criterios de valores se consideró que el sistema de vigilancia era adecuado, si:

- Utilidad. Los 5 indicadores fueron satisfactorios
- Calidad Satisfactoria: si todos sus criterios fueron adecuados
- Resultados satisfactorio: si de los 4 indicadores, el 1,3 y 4 eran satisfactorio y el 2 sino se hubiera indicado gotas gruesas para este tipo de vigilancia

Posteriormente se procedió a la recogida de la información en cada área de salud. Se tabularon los datos para la evaluación a nivel provincial, mediante trabajo de discusión grupal, se interpretó la información obtenida, se realizó evaluación según los estándares y finalmente se realizó el análisis de los resultados, teniendo en cuenta la necesaria triangulación de los resultados de la información cuantitativa como la cualitativa.

Consideraciones éticas: Se entregó una carta de presentación a cada director de las áreas de salud, donde se explicaban los objetivos del trabajo. Se solicitó consentimiento informado de manera verbal a cada una de las personas encuestadas (médico, enfermera, viajero) comprometiéndose el personal que participó en la investigación a mantener la confiabilidad de la información recogida, así como hacerles llegar los resultados obtenidos.

Análisis y discusión de los resultados

[Tabla 1.](#) Al verificar la utilidad del sistema de vigilancia se pudo observar que solamente se cumplió con la entrega de información sobre la influenza A (H1N1) en las dos provincias. En la provincia Habana no se cumplió con la existencia de la vigilancia de las IRAs, es decir, la confección de tendencias, canales y pronósticos en los policlínicos (50%). En relación a Ciudad de La Habana de las 4 variables restantes no se cumplió ninguna, con incumplimientos que oscilaron entre el 20% y el 60%.

Tabla 1. Cumplimiento de los estándares e indicadores de la dimensión utilidad

Variable	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Información actualizada sobre influenza A (H1N1)	100%	10= 100%	4= 100%
Consultorios con información sanitaria sobre influenza A H1N1	100%	47= 78% No Satisfactoria	25= 100

Vigilancia de las IRAs en policlínicos	Satisfactorio: existencia de canal Endémico Pronóstico y grafico de tendencia	2= 20% No Satisfactoria	2= 50%. No Satisfactoria
Controles de focos	100%	6 de 10 = 60% No Satisfactoria	6= 100%
Médicos retroalimentados con la vigilancia	100%	42 de 60 = 70% No Satisfactoria	25= 100

Análisis por territorios. Provincia Habana

La mayoría de los consultorios tenían información diaria sobre los viajeros que arriban a su área de salud, a través de puesto de mando, aunque es válido señalar que muchos médicos señalaron que se les notificaban tardíamente por el Control Sanitario Internacional. Se pudo comprobar que en los municipios hay un gran número de viajeros captados por el área de salud, a través de estrategias creadas por los decisores y mediante la información de los líderes no formales de la comunidad. La retroalimentación no fue adecuada, pues no se les explicó a los médicos cómo se estaba comportando la vigilancia. El único momento de obtener alguna información era la reunión del grupo básico de trabajo. Se planteó que los médicos conocían los casos de su comunidad confirmados o no a través de la familia y no de la dirección del policlínico. Se comprobó que tanto el policlínico, como los consultorios del medico de la familia (CMF) contaban con información necesaria para la vigilancia. Se realizaron todos los controles de focos que se debían realizar, pero no se realizo la retroalimentación necesaria al 100% de los consultorios médicos de familia.

Ciudad de la Habana

Muchos de los profesionales entrevistados de la capital a cargo de la vigilancia a nivel de consultorio refirieron que contaban con la información, pero que nunca recibieron documentación escrita o normativas acerca de la vigilancia. Otros refirieron que sí contaban con la misma, pero no se pudo constatar su existencia en los consultorios.

En relación con los controles de focos de la ciudad, los 4 casos sospechosos no controlados correspondieron a contactos de casos en estudios de otras áreas de salud, recibándose esa información solamente al nivel municipal, a pesar de registrarse los mismos como sospechosos en el área, por lo que no se realizó el control por parte del medico de familia o su equipo. Solo se realizaron visitas de control por parte del epidemiólogo del área.

Un número considerable de médicos y enfermeros encuestados plantearon no recibir información de la vigilancia que ellos mismos ejecutaban, quedándose muchas veces sin conocer la evolución de casos por ellos notificados. Los médicos entrevistados que sí recibieron información sobre la marcha de la vigilancia en general afirmaron recibirla desde el policlínico, en reuniones semanales y algunos con notificaciones telefónicas diarias.

En forma de resumen la utilidad fue evaluada de No Útil en las áreas y consultorios visitados en Provincia Habana y Ciudad de La Habana

[Tabla 2](#)

Dimensión calidad

Cobertura de recursos humanos

Tabla 2. Cumplimiento de los estándares e indicadores de la dimensión Calidad

Variable	Estándar	Resultado			
		CH		PH	
Cobertura de médicos	85 %	61%	No satisfactorio	57.5 %	No satisfactorio
Cobertura de enfermeras	85%	66	No satisfactorio	85%	
Cobertura de vicedirectores	100%	10 = 100%		100%	

Se pudo observar que en ambas provincias y en los policlínicos estudiados, no se alcanzó el estándar propuesto de médicos de familia en los consultorios, lo que pudiera estar relacionado con el déficit de profesionales que tenían los territorios en el momento de realizarse la investigación. En relación con las enfermeras alcanzó el estándar Provincia Habana y no así Ciudad de La Habana.

Los 14 policlínicos visitados contaban con vicedirectores de Higiene y Epidemiología, aunque ninguno era especialista, existiendo 3 licenciadas y un médico general integral (MGI) en Provincia Habana, y 8 MGI y 2 licenciadas en enfermería en Ciudad de La Habana. Predominaron las mujeres 9 para un 64% versus 5 hombres para un 36%. Existió una mayor estabilidad con el vicedirector de Higiene en Provincia Habana que en Ciudad de La Habana, Según tiempo en el cargo se observó mayor estabilidad en el personal de Provincia Habana (2 años).

Cobertura de recursos materiales

Criterios	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Existencia de información sobre influenza AH1N1 en consultorios	100%	32 de 60 = 53% No Satisfactorio	4=100% Satisfactorio
Existencia de programa actualizado de CSI en policlínicos.	100%	7de 10= 70% No Satisfactorio	4=100% Satisfactorio
Existencia de indicaciones específicas para la vigilancia de H1N1 en el policlínico	Si existe en el policlínico	10= 100%	4=100% Satisfactorio

Al analizar los recursos materiales se observó que Provincia Habana cumplió con las 3 criterios y sus indicadores, mientras que en la Ciudad de La Habana, muchos médicos refirieron que: "nunca les llego el papel", "vieron las indicaciones pero nunca recibieron el documento". Entre los vicedirectores de Higiene y Epidemiología en 2 policlínicos no se pudo observar la existencia del programa de control de CSI, en uno el que tenía estaba desactualizado. En cuanto a los documentos normativos muchos médicos no cuentan con los mismos ya que los vicedirectores plantean que no tienen posibilidades de reproducirlos.

Capacitación

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Cursos de vigilancia impartidos sobre influenza A (H1N1)	Al menos 1	7 de 10= 70%	1= Satisfactorio
Médicos y enfermeras capacitados	100 %	41 de 60= 68%	100% Satisfactorio
Vicedirectores capacitados	100%	8 de 10 = 80%	4 de 4 = 100% Satisfactorio

En relación a la capacitación se observó que la Provincia Habana cumplió con los tres indicadores, expresando que todo el personal que labora en el consultorio está capacitado. El 100% fue capacitado cuando comenzó la enfermedad y en el curso de estos meses han recibido otras actualizaciones por el vicedirector de asistencia médica de los policlínicos y el vicedirector de Higiene y Epidemiología del municipio, en algunos casos a participado el director municipal. Sin embargo en Ciudad de La Habana fueron capacitados 8 de los 10 los vicedirectores de área, lo que trajo como consecuencia que no todos los médicos y enfermeras de los consultorios tuvieran los conocimientos necesarios para realizar la vigilancia.

Aceptabilidad

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Profesionales que consideraron útil el sistema de vigilancia	90 %	60 de 60 = 100% Satisfactorio	24= 100% Satisfactorio

En la Provincia Habana el 100% del personal de salud encuestado consideró útil la vigilancia orientada, planteando que con el seguimiento de los viajeros se podía prevenir la introducción de la enfermedad, evitando la propagación de la misma en el país. En la Ciudad de la Habana todos los profesionales entrevistados coincidieron en la utilidad y beneficio del sistema de vigilancia para la influenza (H1N1).

Sensibilidad

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Viajeros controlados por la vigilancia en la atención primaria de salud	100%.	83,5% No satisfactorio	97% No satisfactorio
Casos sospechosos controlados en la atención primaria de salud	100 %	5 de 13 = 38,4% No satisfactorio	100% Satisfactorio

Provincia Habana

En los municipios visitados el promedio de viajeros que arribaron en el periodo estudiado fue de 360. Del 100 % de los viajeros sólo se vigiló el 97%, el otro 3% no se realizó la vigilancia por diversas razones, tales como: direcciones y nombres incorrectos, ausencia de los viajeros por salida a otros lugares, fallo del sistema de salud.

Se detectaron casos sospechosos en Guanajay, San Antonio y San Nicolás todo fueron controlados por el área de salud. Hasta el momento en que se culminó trabajo de investigación no se había notificado ningún caso como positivo ,4 casos fueron dados como negativos, quedando 2 aún en estudio.

Ciudad de La Habana

En relación con la sensibilidad no se cumplió en los policlínicos visitados de la Ciudad de La Habana el porcentaje de viajeros controlados (promedio de viajeros que arribaron fue de alrededor de 550). Estos viajeros fundamentalmente arribaron de los Estados Unidos de Norteamérica, Venezuela y Canadá. El incumplimiento se debió fundamentalmente según los profesionales de salud a que existió retraso de los listados enviados por Control Sanitario Internacional. Los médicos afirmaron que en un porcentaje de casos, cuando les llegaban los listados, muchos los viajeros se encontraban fuera del área, por lo cual un grupo de ellos arriban y se van sin haber

sido vigilados; otro grupo de viajeros no fueron controlados porque las direcciones eran incorrectas y no se podían localizar. En ocasiones el viajero reportaba una dirección, pero ésta no coincidía con el lugar donde efectivamente estaba alojado.

Al triangular la información se pudo constatar que no coincidían los datos de viajeros controlados informados por los vicedirectores y lo que refirió un grupo de viajeros entrevistados, los que expresaron que nunca fueron visitados (9)

En relación a los casos sospechosos, las áreas no controlaron al 100% pues de 13 casos 5 no se pudieron controlar, 1 caso fue directo a la atención secundaria y remitido al IPK, después lo siguió el municipio y el área nunca se enteró. Los otros 4 casos a pesar de reportarse como sospechosos, no fueron identificados, ni controlados por el policlínico, sino que llegaron como sospechosos por la información del municipio, al ser contactos de casos de otras áreas.

A pesar de esto, muchos de los casos controlados se debió a que la información les llegó a los médicos por otras vías, como los Comités de Defensa de la Revolución, la Policía Nacional Revolucionaria y la propia comunidad, sobre todo en los consultorios donde los médicos tenían antigüedad, factor que les permitió una mejor interacción con su población. Todos los encuestados resaltaron el trabajo que estaban realizando otros sectores en el apoyo a la epidemia.

Representatividad

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Consultorios que participan en la vigilancia	85 %	10= 100%	4= 100% Satisfactorio

En ambas provincias todos los consultorios médicos Tipo I mantuvieron una vigilancia activa, además de algunos consultorios Tipo II. Sin embargo, se verificó que en un grupo de consultorios visitados la vigilancia efectiva que se realiza es la de vigilancia al viajero y de la sintomatología respiratoria, pero que en los lugares donde existían centros de estudios y albergues, no se estaba realizando pesquisa activa. Los médicos de familia que contaban con centros de estudio, no tenían claro, cuál era su función en relación a la vigilancia para H1N1 en estos centros.

Oportunidad

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Encuestados visitados en las primeras 48 horas	100%	58% No satisfactorio	86 % No satisfactorio
Viajeros bajo vigilancia activa por 10 días	100 %	36% No satisfactorio	76% No Satisfactorio

En la Provincia Habana. Sólo el 86 % de los viajeros fueron controlados las primeras 48 horas, el 4% restante fue notificado después de pasado este período, según planteamientos de los trabajadores de los consultorios, algunos afirmaron que los listados se están demorando entre 2 y 5 días, otros que los viajeros no se encontraban en su lugar de residencia. Sólo el 76% de los viajeros fueron vigilados por 10 días. Hubo un grupo de viajeros que los visitaron más de una vez (nunca más de 5 veces) de forma alterna.

En la Ciudad de La Habana solamente el 36% de los viajeros fue visitado antes de las 48 horas de haber arribado al país. En este sentido se repiten las dificultades ya consignadas acerca de la demora de los reportes de viajeros llegados al área (entre 2 y 5 días). Prácticamente los únicos viajeros que llegan a ser visitados en el tiempo normado son los que arriban de Misiones, ya que al ser la mayoría trabajadores de la salud los mismos se reportaban de manera espontánea al policlínico o consultorio. Cuando se trataba de visitantes temporales y no residentes en el área aparecieron las mayores dificultades.

Por otra parte se constató que casi ningún viajero fue controlado por más de tres días violando lo que se debe cumplir según las indicaciones de la Dirección Nacional de CSI. Se pudo observar que en algunas áreas no se llegó a completar los 10 días porque los viajeros se trasladaban hacia otros lugares, sin embargo no se tenía constancia de que estos viajeros hubieran sido vigilados por el área receptora. Un grupo de viajeros se vigilaron entre 3 y 4 días por vía telefónica, solicitándoles a los viajeros que reportaran si tenían alguna sintomatología y si la respuesta era afirmativa que se personaran en el área de salud

Conocimientos

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Médicos que identificaron al menos tres síntomas	100%	CH 100%	PH 100% satisfactorio
Bice directores que definieron correctamente caso sospechoso, confirmado, controlado	100 %	8 de 10 = 80%	100% Satisfactorio

En relación con los conocimientos en la Provincia Habana todo el personal de los consultorios entrevistados pudo definir los síntomas y signos principales de la influenza A(H1N1), al igual que todos los vicedirectores pudieron identificar cuando estaban en presencia de un caso de vigilancia y cuando estaban presente ante un caso sospecho y confirmado

En la Ciudad de La Habana a pesar de las deficiencias encontradas los médicos supieron reconocer los síntomas y signos que aparecen con mayor frecuencia en la influenza A (H1N1), En la ciudad hubo vicedirectores de Higiene y Epidemiología que fueron evaluados con inadecuados conocimientos, pues no fueron capaces de definir correctamente los casos a vigilar de la influenza A(H1N1), evidenciándose confusión entre los casos sospechosos y confirmados, situación que agrava el control del proceso, pues estos compañeros son los que deben liderar la vigilancia en los policlínicos.

Parece importante señalar que a pesar de ser la educación a la población uno de los objetivos de la vigilancia y también un objetivo de la Atención Primaria de Salud, solamente en una décima parte de los consultorios visitados se comprobó la existencia de información dirigida a la educación de la población sobre los síntomas, medidas de higiene y prevención del virus de la influenza A (H1N1).

De manera general se observó que la dimensión calidad estuvo fuertemente comprometida por las variables de sensibilidad y oportunidad de la vigilancia por lo que se decidió evaluarla de No satisfactoria. Cabe señalar que se mantiene con mejores resultados la Provincia Habana que Ciudad de La Habana.

[Tabla 3](#)

Tabla 3. Cumplimiento de los estándares e indicadores de la dimensión Resultados

Indicador	Estándar	Resultado	
		CH	PH
Casos de influenza reportados		1 caso	0
Viajeros con gota gruesa	Ninguno	80% No satisfactorio	20% No satisfactorio
Personal de salud satisfecho con la labor que se está realizando	90% Satisfactorio		satisfactorio
Viajeros satisfechos con la labor que se está realizando	IDEM		100% = satisfactorio

En la Provincia Habana al 20% de los viajeros se le indicó la gota gruesa para la vigilancia de la influenza A (H1N1) por no discriminar correctamente a quien se le debía indicar, otro favor que pudo influir fue continuar con el trabajo rutinario, sin aplicar una buena estratificación. Todos los viajeros entrevistados coincidieron con sentirse satisfechos con el trabajo realizado por salud pública, pues refirieron que se sintieron atendidos.

En la Ciudad de la Habana del total de casos, sólo 1 caso fue confirmado, perteneciente al Área de Salud Carlos J. Finlay de Marianao, el que no fue controlado por la vigilancia del policlínico. A más del 80% de los viajeros se le indicó gota gruesa para la vigilancia de la influenza A (H1N1), detectándose el poco conocimiento por parte de los médicos y los directivos, pues en algunos lugares se ha orientado realizar la gota gruesa, venga de donde venga el viajero.

Según encuestas realizadas al personal tanto de salud como los viajeros coinciden en que la vigilancia de la influenza A H1N1 en las áreas de salud estudiadas fue buena, aunque se deben tener en cuenta las dificultades ya referidas.

CONCLUSIONES

- La evaluación de la vigilancia de la Influenza A (H1N1) en las áreas de las provincias estudiadas fue evaluada de No satisfactoria.
- El sistema fue evaluado de No Útil, destacándose la llegada tardía de la información en ambas provincias, las dificultades presentadas con la existencia de la vigilancia de las IRAs en los policlínicos y con los controles de foco en Ciudad de La Habana.
- La calidad del sistema de vigilancia estuvo comprometida por problemas con la sensibilidad y la oportunidad de las acciones en ambas provincias.
- Los resultados arrojaron satisfacción por parte de los viajeros visitados y el personal de salud, no obstante se continúan realizando acciones de vigilancia que no son costo-efectivas.
- Se evidenció que existió una buena participación intersectorial en la vigilancia de la Influenza A (H1N1), lo que permitió minimizar algunas dificultades que presentó en esos momentos el sistema de información de salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. VIGIWEB Cuba. [Forge]. [homepage on the Internet]. [actualizado 2006; citado 2007]. Disponible en: <http://forge.cujae.edu.cu/projects/vigiweb/>.
2. Centers for Disease Control. Case definitions for public health surveillance. MMWR 1990; 39 (RR-13): 1-43.
3. Pineault R. La planificación sanitaria, conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson; 1989.p. 327-330.
4. Donabedian A. Evaluating the Quality of medical care. Milbank Memorial fund Quarterly; 1966.p.44:-166.

5. Actualización regional. Pandemia H1N1, 2009. 2005 [citado Julio 2009]. Disponible en: <http://new.paho.org/>
6. World health Organization Pandemic (H1N1) 2009 - update 58 [citado 6 de Julio, 2009]. Disponible en : http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html
7. Fariñas Reinoso AT, Pastor Chirino L. Metodología para la Evaluación Rápida de sistemas de vigilancia. Reporte Técnico de Vigilancia [serie en Internet] 2005 [citado Noviembre-Diciembre 2005]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/uats/rtv/files/2005/farinas.pdf>.