

ARTICULO DE OPINION

PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO ACTUAL 1997

DR. ANTONIO VASQUEZ HIDALGO

© Copyright. Puede citar al autor.

El MSPAS elaboró una guía Técnica orientado hacia los niveles II y I, el plan recopila los programas preventivos, axial como diagnostico, control y seguimiento de las enfermedades.

El plan esta orientado a : la Atención de la persona, lineamientos para el diagnóstico e intervención e enfermedades infecciosas, incluyendo al vector, en total son 16 enfermedades, atención al medio ambiente, intervenciones en laboratorio, desastres y programas de salud ocupacional.

En cada componente existe una matriz que tiene 3 aspectos: nivel de atención I, II y III, componentes (numero uno), y lineamientos técnico operativos, en promedio 13 en el componente dela atención de la persona *madre/niño/adolescente* en el caso de las enfermedades infecciosas define de 3 a 5 pasos, incluyendo los de laboratorio, en total son **131 paginas**.

Para cada enfermedad infecciosa las clasifica en : Definición de la enfermedad, cuadro clínico abordaje en forma breve, tipo de agente infeccioso, distribución, reservorio, modo de transmisión, periodo de incubación, periodo de transmisibilidad, susceptibilidad y resistencia, métodos de control (medidas preventivas, detección y observación clínica) envió de muestras de laboratorio, control del paciente y contactos, recomendaciones. (Se hace mención que el documento ha sido adaptado y tomado del libro Control de las Enfermedades en el Hombre de Bennenson . OPS).

No esta claro en el documento la diferencia entre vigilancia y control, para este documento en algunos apartados es similar decir vigilar que controlar (ver pag 47 del documento del MSPAS), las medidas a nivel local y departamental son ^ muy escuetas ^ simples y muy generales.

En concreto el Plan de Vigilancia y control Epidemiológico se centra en 2 hojas: Estudio Epidemiológico del caso (control) y Reporte Epidemiológico semanal (vigilancia).

En lo referente al reporte epidemiológico semanal han reducido el numero de enfermedades a notificar, enumera enfermedades infecciosas y no infecciosas, en algunos da lineamientos administrativos para ciertas enfermedades, como son: o: notificación inmediata de caso, * : hacer estudio de casos por escrito original a epidemiología y copia servicio local, + : enviar muestra para confirmación. (Ver anexos), la hoja enfoca 11 enfermedades de notificación obligatoria.

El Estudio epidemiológico de casos, consiste en una descripción breve sobre la Historia Natural de la enfermedad, y clínica del paciente, como son : procedencia del caso, tratamiento, evolución, signos y síntomas, exámenes de laboratorio y gabinete, tipo de aislamiento, antecedentes inmunológicos, fuente de infección, vías de entrada, mecanismos de transmisión, correlación con otros casos, información adicional del SIDA.

Con fines académicos a continuación se analiza el Plan de Vigilancia del MSPAS en base a los **atributos del sistema de vigila**

CUADRO NO 5
CUADRO RESUMEN COMPARATIVO MSPAS SEGUN ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE
VIGILANCIA . 1997

ACTIVIDADES	VIGILANCIA	CONTROL	X TOTAL *
ENFER.INFECCIOSAS.	7.2	6.2	6.7
1. RABIA	5	8	
2.Intoxica. Climent.	8	8	
3. hepatitis A	6	6	
4. Meningitis	7	5	
5. Cólera	8	8	
6. Tuberculosis pula	8	5	
7. Fiebre Tifoidea	8	8	

8. Varicela	8	6	
9. Sífilis	7	5	
10. SIDA	6	4	

SIGNIFICADO: A. simplicidad. B. Flexibilidad. C. Aceptable. D. Sensible. E. Valor Predicativo. F. Representativo. G. Tiempo. H. Calidad de datos. i. Costo.

ESCALA: 1 - 10 . 9-10 excelente. 7-8 muy bueno. 5-6 bueno. 3-4 regular. 1-2 malo.

CUADRO NO 6

Cuadro Resumen comparativo del MSPAS según atributos del sistema de vigilancia . 1997

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>MEDIA A B C D E F G H I</i>			
	INTERVENCIÓN			
	ALA PERSONA	AL AMBIENTE	AL VECTOR	MEDIA TOTAL
PATOLOGIA	5.4	5.8	6.2	5.8
1. Dengue	5	9	9	
2. Malaria	6	5	6	
3. Chapas	7	4	5	
4. Leishmaniasis	4	4	7	
5. Encefalitis	5	7	4	

SIGNIFICADO: A. simplicidad. B. Flexibilidad. C. Aceptable. D. Sensible. E. Valor Predicativo. F. Representativo. G. Tiempo. H. Calidad de datos. i. Costo.

ESCALA: 1 - 10 . 9-10 excelente. 7-8 muy bueno. 5-6 bueno. 3-4 regular. 1-2 malo.

CUADRO No 7
CUADRO RESUMEN COMPARATIVO MSPAS SEGUN ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE
VIGILANCIA. 1997

ACTIVIDAD	MEDIA	A B C D E F G H I
------------------	--------------	--------------------------

	VIGILANCIA	CONTROL	MEDIA TOTAL
Sanead. Básico	5.6	5.3	5.45
1. Alimentos	7	6	
2. Cont. ambiental	4	4	
3. Letrinización	6	6	

SIGNIFICADO: A. simplicidad. B. Flexibilidad. C. Aceptable. D. Sensible. E. Valor Predictivo. F. Representativo. G. Tiempo. H. Calidad de datos. i. Costo.

ESCALA: 1 - 10 . 9-10 excelente. 7-8 muy bueno. 5-6 bueno. 3-4 regular. 1-2 malo.

CUADRO No 8

CUADRO RESUMEN COMPARATIVO MSPAS SEGUN ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA. 1997

ACTIVIDAD	MEDIA ARTIMETICA ABCDEFGAHI
------------------	------------------------------------

	VIGILANCIA	CONTROL	MEDIA TOTAL
LABORATORIO:	6.38	6.3	6.34
1. HEMATOLOGIA	8	8	
2. MALARIA	6	5	
3. E. T. S.	8	8	
4. BANCO SANGRE	9	9	
5. RABIA	-	8	
6. CÓLERA	9	8	
7. TUBERCULOSIS	8	8	
8. SARAMPION	8	8	
9. DENGUE	8	8	
10. SIDA	4	6	
11. CHAGAS	8	8	
12. LEISHMANIASIS	7	7	
13. CITOLOGIA	9	9	

SIGNIFICADO: A. simplicidad. B. Flexibilidad. C. Aceptable. D. Sensible. E. Valor Predictivo. F. Representativo. G. Tiempo. H. Calidad de datos. i. Costo.

ESCALA: 1 - 10 . 9-10 excelente. 7-8 muy bueno. 5-6 bueno. 3-4 regular. 1-2 malo.

CUADRO No 9
CUADRO RESUMEN COMPARATIVO MSPAS SEGUN ATRIBUTOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA. 1997

PLAN DE VIGILANCIA	CATEGORIA	OPERATIVIDAD	ACTIVIDADES	POR ATRIBUTOS
1. ANTIGUO 1990	MUY BUENO	BUENO	COMPLETO	REGULAR
2. ACTUAL 1997	MUY BUENO	BUENO	INCOMPLETO	REGULAR

En el cuadro No 5 deducimos que en cuanto a la **vigilancia** esta **muy bueno**, y en **control** es **bueno**, identificando algunas áreas como son : rabia, hepatitis, y sida se necesita mayor vigilancia cambiando las estrategias por otras mas operativas, en cuanto a control de las enfermedades de Tuberculosis, Sida y Sifilis de igual forma se necesita mayor control de los casos expuestos y no expuestos.

En el cuadro No 6 **por Intervenciones a la persona, ambiente y vector** es considerado **bueno** porque a nivel de la persona esta limitado solamente el caso, a nivel del ambiente es difícil eliminar los focos con apoyo privado y subvencionado por la comunidad, a nivel de vectores es difícil eliminar y tratar los criaderos.

Por atributos es simple, inflexible, poco aceptable, es sensible, poco representativo, no oportuno, subregistros, y de alto costo.

En el cuadro No 7 por **Saneamiento básico** observamos la vigilancia y control es **bueno** aunque sin embargo a nivel local y departamental el saneamiento básico es deficiente y precario en zonas de estratos sociales de clase social baja y media, enfocando solamente tres aspectos: alimentos, contaminación ambiental y letrización.

Por atributos es complejo, inflexible, poco aceptable, poco sensible, valor predictivo bajo, moderadamente representativo, no oportuno, subregistros, y de alto costo.

En el cuadro No 8 **por Laboratorio** es considerado **bueno** porque no todos los niveles uno cuentan con laboratorios altamente especializados, sino que envían las muestras una semana después dependiendo de la patología a investigar, el banco de sangre si tiene un buen cuidado en procesar y diagnosticar las muestras recibidas, no se encontró un plan de laboratorio elaborado en este apartado específico, para cada enfermedad a estudiar e investigar.

Por atributos es altamente costoso , no flexible, complejo, poco aceptable, alto valor predictivo, representativo, no oportuno, subregistros.

En el cuadro No 9 observamos que el Plan Antiguo antes de 1990 es considerado muy bueno, con operatividad de bueno, sus actividades es completo y por atributos es regular, en el Plan Actual 1997 es considerado también muy bueno, con operatividad de bueno, en actividades es incompleto porque no incluye la ramificación y erradicación, por atributos es regular.

Por actividades en lo referente a “ **Que se debe conocer y manejar**” se tiene que existe exceso de recurso humano en el MSPAS distribuidos en forma in equitativa, tiene poblaciones definidas por cantones y municipios, utiliza mapas de riesgo y gráficos, tiene clasificado las principales enfermedades de morbi-mortalidad en consulta diaria, incluye en total 10 a vigilar y controlar.

En cuanto a “**Sala de situaciones**” la toma de decisiones no es oportuna, el sistema de alerta es limitado puesto que la información llega al nivel III con retraso.

El nivel local considera que es un tramite engorroso el de vigilar y controlar, la limitante es que laboran 8 hrs diarias en las unidades de salud, dejando al descubierto 16 hrs en las unidades de salud, es muy poco aceptable en algunos lineamientos como es el desplazamiento hacia la zona de riesgo y búsqueda de contactos, existen subregistros en la hoja de consulta externa, con diagnósticos equivocados, no permite la flexibilidad puesto que no se adapta a las necesidades.

Se ha “ **Simplificado** “ el plan únicamente para ciertas enfermedades con 3- 4 recomendaciones de vigilancia y métodos de control de 4 a 5 actividades que son muy puntuales, así por ej. Generaliza en el **Plan de Vigilancia**: notificación, estudio epidemiológico e Investigación del caso, en cuanto a **control** : medidas preventivas, control del paciente y contactos y recomendaciones.

A simple vista pareciera que las acciones son limitadas y orientadas a acciones específicas, percibiendo que el Plan podría ser rápido y oportuno.

III. Aspectos Comparativos entre el Plan de Vigilancia y Control Epidemiológico antiguo y Actual.

En general se tiene que el **Plan de Vigilancia Antiguo** es más puntual en las actividades de Vigilancia y control y con menos énfasis en la Historia natural de la Enfermedad, añade el Plan de Ramificación y Erradicación, es decir es operativo en forma regular, aun algunas deficiencias, es considerado **bueno**. El **Plan de Vigilancia actual** enfoca más a la historia natural de la enfermedad

Con grado de énfasis menor en las actividades a vigilar y controlar son excesivamente puntuales, no incluyen la ramificación y la erradicación, aun a pesar de ello es considerado **bueno**.

Se recomienda integrar a futuro ambos planes para operativizarlos mejor, es decir enfocando las actividades más inmediatas con menos burocracia y toma de decisiones a nivel local y no a nivel III.

PROPUESTA PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO A NIVEL LOCAL.

Entre las funciones a nivel local propuestas, están : (ver grafico No 2)

1. Recolectar casos según hoja Reporte Epidemiológico.

2. Analizar casos y determinar trazadores.
3. Elaborar corredor endémico local de las enfermedades de alto riesgo.
4. Realizar acciones participativas de prevención y control
5. Determinar políticas y estrategias a nivel local.
6. Informar a nivel departamental y este a nivel central.

El Nivel local es considerado de “choque” o instancia directa con el paciente y la comunidad , se considera que es oportuno que es aquí donde se debe tener la política y la Estrategia local y no ser decisión de nivel central.

La Recolección de casos según hoja de Reporte Epidemiológico, puede servir como instrumento para vigilar las enfermedades que se consideren de alto riesgo a nivel local, que se consideren asociadas a Epidemias, considerado como simplificado y representativo para focalizar las enfermedades de alto riesgo.

El análisis **de casos probables o sospechosos** debe ser demostrado por pruebas de laboratorio, si no se cuenta con el recurso o infraestructura, enviar la muestra el mismo DIA y ser procesada por laboratorio departamental con reporte inmediato (fax o teléfono), lo que se considera representativo y de alta sensibilidad los casos.

Elaborar en forma sistemática **corredores endémicos de las enfermedades a vigilar y controlar** , lo que nos permite determinar o evaluar el impacto de las medidas de prevención y control, lo que nos permite tener un alto valor predictivo y representatividad de las enfermedades.

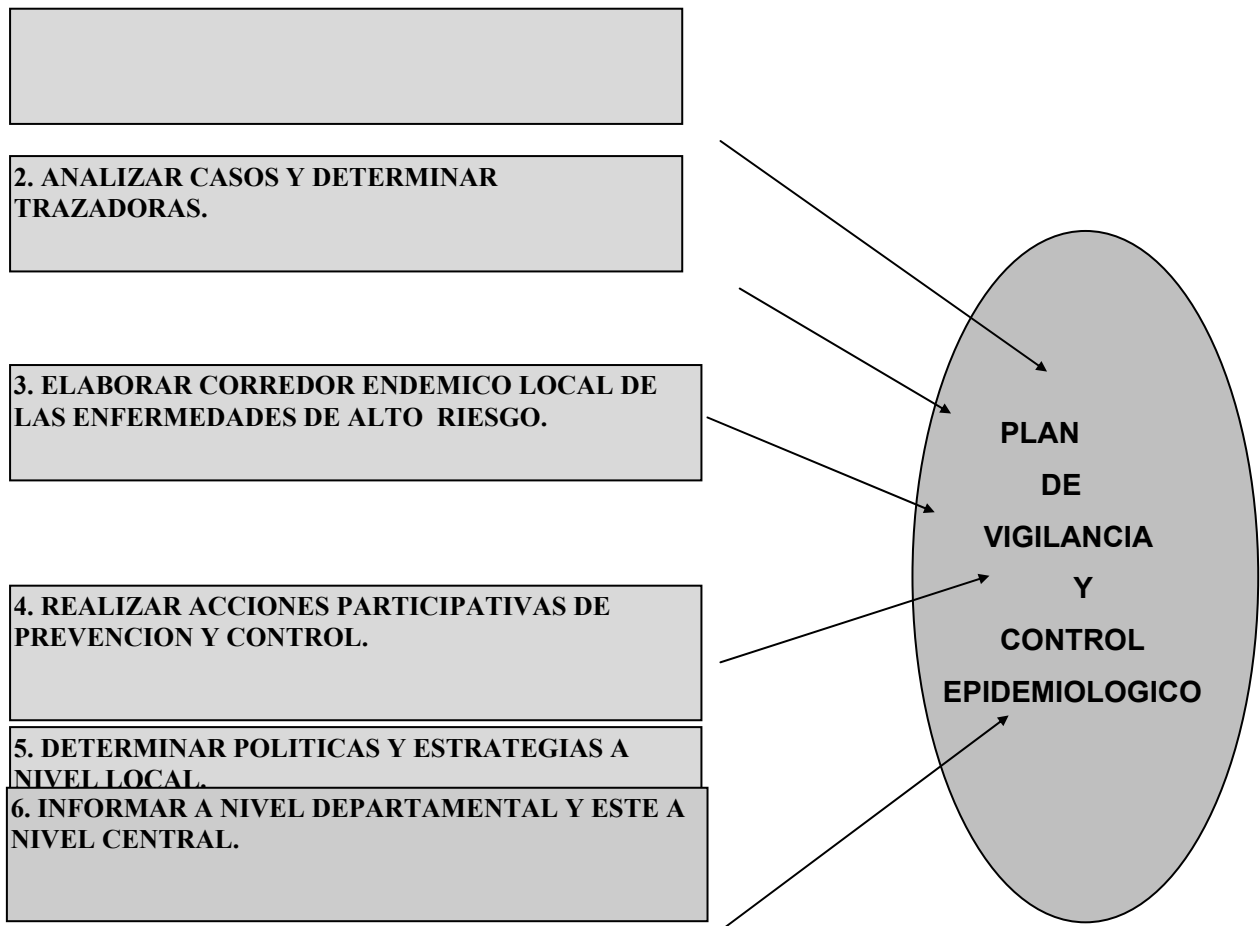
Realizar acciones **participativas de prevención y control**, con el apoyo de promotores de salud, parteras, comités de salud , ONG y aparatos estatales locales, los que nos permite que el plan pueda ser aceptado y adaptado a las necesidades de la comunidad .

Las **políticas y estrategias** considero deben ser locales y no centrales, porque es mas objetivo el problema de quién lo conoce, y tomar decisiones oportunas y decisivas no se inicie un brote epidémico.

Informar a nivel Departamental semanalmente sobre las actividades a Desarrollar en cuanto al Plan de Vigilancia y Control epidemiológico, lo que permite ser oportuno.

GRAFICO NO 2

PLAN DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO A NIVEL LOCAL.



EJEMPLO DE UN PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.

MORBILIDAD : GASTROENTERITIS AGUDA

DIAGNOSTICO : COLERA

PRIMERO: Buscar hoja de reporte Epidemiológico y registrar el cólera, más seguimiento del caso.

SEGUNDO: De las enfermedades gastrointestinales el cólera es la trazadora y se analiza el caso, para confirmar o descartar el caso por pruebas de laboratorio.

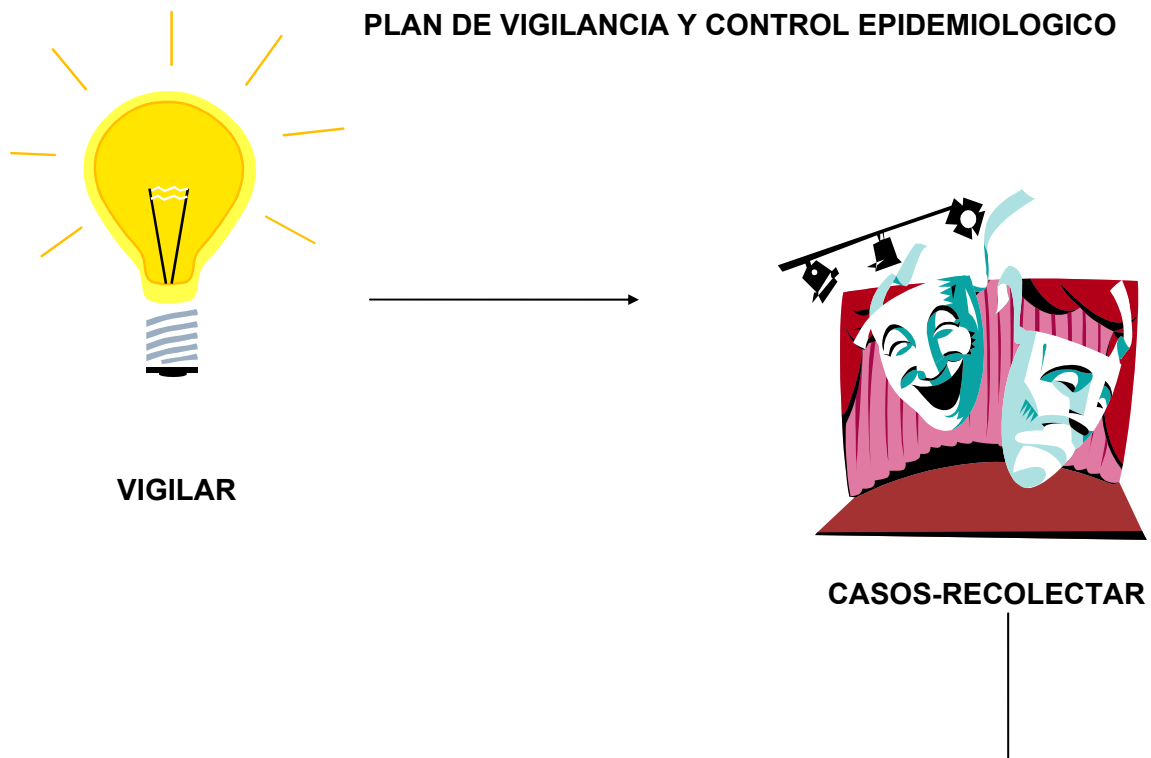
TERCERO: Se elabora el corredor endémico local del cólera para ver su comportamiento, por una persona a nivel administrativo.

CUARTO: Se Educa a la población en coordinación con otros sectores para la toma de las acciones de prevención a nivel primario y secundario y control colectivo.

QUINTO: Se toma la decisión local para intervenir en forma inmediata.

SEXTO: Se informa a nivel departamental para ayuda y control del brote epidémico, se utiliza el teléfono o fax para notificar.

Observamos que el plan de vigilancia y control epidemiológico es sencillo, se adapta a las necesidades y a los recursos locales, permite una sensibilidad y valor predictivo de prueba, es representativo, es oportuno, es flexible, de bajo costo.

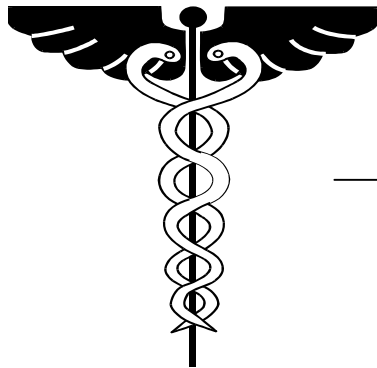




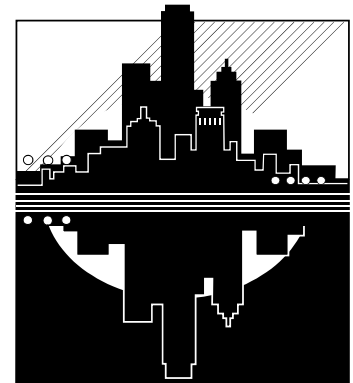
ENDEMICO



ELABORAR CORREDOR



**REALIZAR ACCIONES PREVENTIVAS Y DE CONTROL
CON LA COMUNIDAD Y SECTORES**



**INFORMAR A NIVEL
DEPARTAMENTAL**

