Actualización de pandemia y directriz para la fase final de la vacunación contra Influenza AH1N1 en Costa Rica
-22 de marzo de 2010-

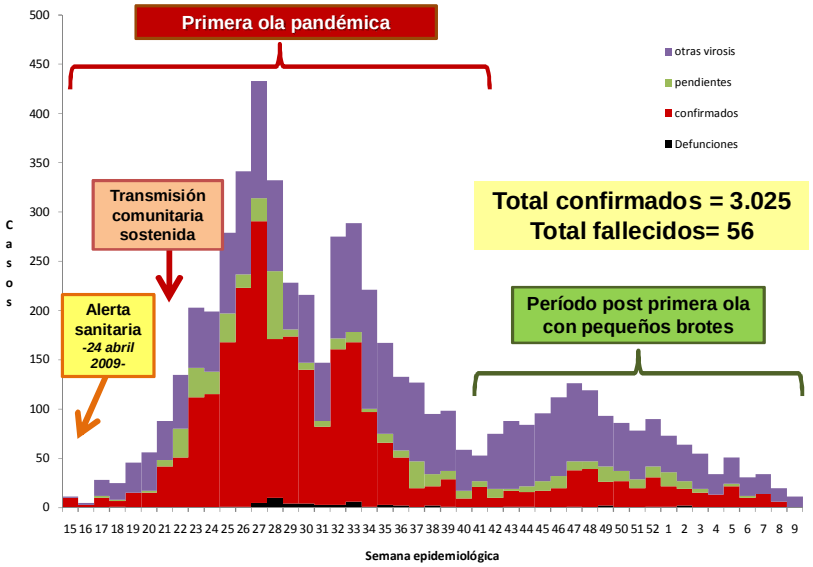
1. Evolución de la pandemia

Al 12 de marzo del 2010, la Organización Mundial de la Salud informó que el virus pandémico circulaba en más 213 países a nivel mundial, provocando al menos16.713 muertes. Al día de hoy, el virus aun está en ascenso en algunas zonas del mundo por lo cual, se mantiene activa su circulación y la alerta sanitaria.

El Sureste de Asia es la región que actualmente se encuentra con la mayor cantidad de casos de Influenza AH1N1, particularmente Tailandia. En África Occidental se identifica un incremento creciente de la transmisión de este virus. En Europa y el hemisferio norte de América la transmisión se mantiene baja. En América Central (Nicaragua y Honduras) se reporta un incremento ocasionado por brotes en escuelas. El Hemisferio Sur está preparándose para enfrentar la estación de invierno a mediados del 2010.

En Costa Rica un total de 3.025 casos se han confirmado por laboratorio y se registran 56 defunciones asociadas a la infección por Influenza A H1N1 al 12 de marzo de 2010. La curva epidémica muestra una fase con un incremento posterior a la primera ola, causado por pequeños brotes en áreas o poblaciones susceptibles. Durante el año 2010 ocurrieron varios brotes: en una institución que atiene personas con discapacidad severa, en trabajadores del Hospital Nacional Psiquiátrico y en indígenas migrantes panameños.

Evolución de la pandemia de Influenza A H1N1 en Costa Rica.
Casos confirmados por semana epidemiológica SE16/2009 ï SE9/2010*

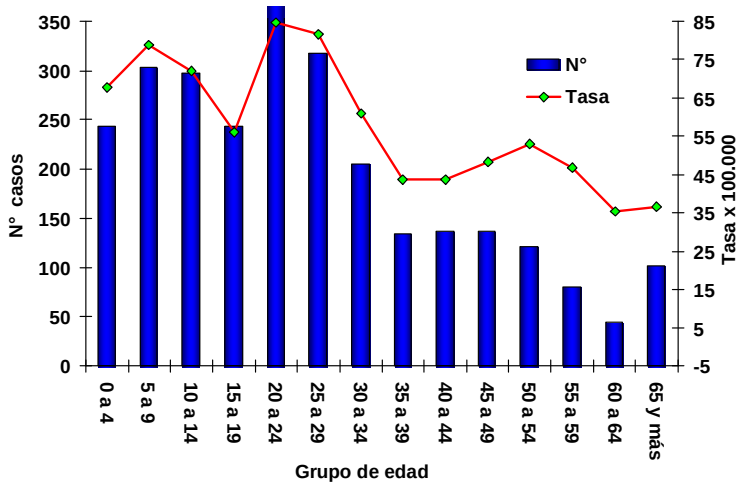


Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica
* SE 09/2010 concluye el 6 de marzo 2010

Actualmente, y posterior a la primera ola en Costa Rica, el nivel de inmunidad poblacional y prácticas de prevención de contagio del virus hacen que los brotes se concentren en poblaciones específicas y se mantiene una transmisión sostenida con pequeños picos que se han controlado oportunamente. Además, el avance de la aplicación de las vacunas contra Influenza AH1N1 en nuestro país, y en países vecinos, crea una protección adicional a la población al elevar el nivel de inmunidad en apoyo a las acciones de mitigación de la pandemia.

La tasa de ataque acumulada, a nivel nacional ha sido de 67,9 por cada 100.000 habitantes. El sexo femenino ha registra una tasa de 71,2 por 100.000 mujeres superior a la masculina que es de 64,8 por 100.000 hombres. Se mantienen las tasas de ataque más elevadas se han presentado en los grupos de menos de 30 años, con las cifras menores en la población de 60 años y más.

Número y tasas de casos confirmados (x 100.000 hab.) de Influenza A H1N1 por grupo de edad. Costa Rica, SE16/2009 ï 9/2010



Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

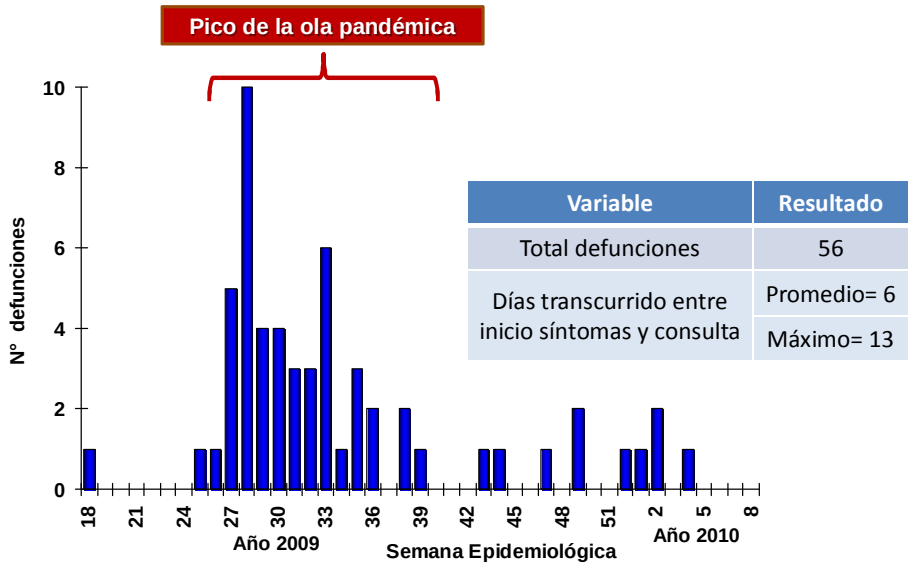
La edad promedio de los casos hospitalizados por Influenza AH1N1 es de 30,9 años. Entre los hospitalizados, el asma sigue siendo el factor de riesgo que se encuentra con mayor frecuencia, seguido de la Diabetes Mellitus, EPOC y obesidad.

Las mujeres embarazadas constituyen un grupo de muy alto riesgo. Las gestantes tienen un riesgo de hospitalización 4 veces mayor en comparación con la población general y 10 veces mayor de estar en cuidado intensivo.

Durante el 2009, la Influenza AH1N1 impacto la tasa de mortalidad materna pues 4 (18%) de las 22 defunciones maternas registradas por el INEC fueron causadas por la infección por ese virus. Este comportamiento coincide con otros países, como en Uruguay, donde 6 de 15 muertes maternas fueron causadas por la influenza A/H1N1

Al momento se han confirmado 56 defunciones cuya causa básica de muerte fue Influenza AH1N1. De ellas, 30 ocurrieron en hombres y 27 en mujeres, con un promedio de edad de 39,3 años. Durante el 2010 se han registrado 4 muertes asociadas a este virus. De ellas, 3 tenían patología neurológica severa (2 mujeres de 19 y 24 años de edad, además de 1 hombre de 17 años) y la cuarta muerte fue un hombre de 56 años, residente de Heredia que falleció por una neumonía y tenía un linfoma de Hodgkin como factor de riesgo asociado.

Defunciones asociadas a Influenza AH1N1 según semana epidemiológica. Costa Rica, SE 16/09 – 09/10*



Variable	Resultado
Total defunciones	56
Días transcurrido entre inicio síntomas y consulta	Promedio= 6
	Máximo= 13

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica.

**** Datos al 12 marzo 2010***

Es importante señalar que el número de casos confirmados que los países reportan es la "punta del iceberg", pues para estimar la magnitud de la pandemia se requiere de otro tipo de cálculo. Es así como CDC estima que el total de infectados en USA al 13 febrero 2010es 59 millones de personas, 265.000 hospitalizaciones y 12,000 muertes.

2. Avance de la vacunación contra la Influenza A H1N1

A mediados de marzo, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Brasil, Costa Rica, México, Monserrat, Panamá, Perú, Suriname y Trinidad y Tobago ya iniciaron la vacunación contra la Influenza A H1N1, en grupos de riesgo, reportando América reporta que ha aplicado un total de 12 millones de dosis de vacuna administrada. Nicaragua recibió, el 3 de marzo del año en curso, el primer envío de la vacuna donada por parte de la OMS (110.000 dosis de esta vacuna). Cuba y El Salvador la recibirán en marzo.

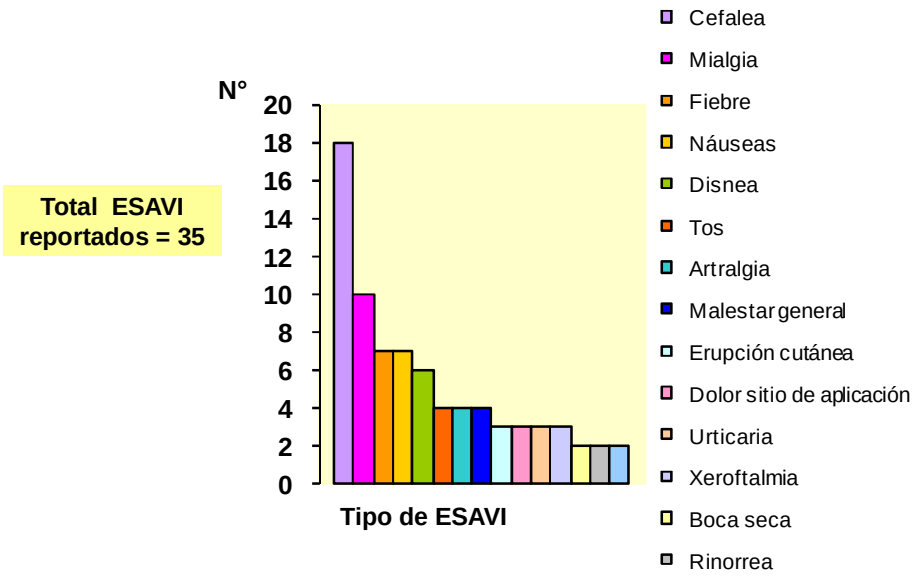
La meta programada de vacuna por los países de las Américas es un aproximado de 140 millones de dosis. Brasil inició una vacunación por etapas en el mes de marzo 2010 para finalizar la estrategia en mayo con la meta de aplicar un total de 91 millones de dosis de vacuna pandémica.

Según la Agencia Médica Europea (EMEA), en ese continente se han distribuido, al menos, 133.5 millones de dosis de vacunas (Incluye las vacunas Arepanrix, Celvapan, Focetria y Pandemrix). De estas, se han vacunado, al menos 42.5 millones de personas, de las cuales, 361.000 corresponden a mujeres embarazadas.

En América se notifican 226 eventos por la vacuna pandémica, de los cuales 218 son leves y pasajeros, con 8 eventos registrados como severos para los cuales, al concluir la investigación, se determinó que eran causados por patologías diversas y no tenían relación con la vacuna.

En Costa Rica se reportan 35 eventos, todos ellos leves y transitorios, como reacciones locales, cefalea y dolores musculares y no se ha comprobado ningún caso de SGB asociado a la vacuna, tal y como se muestra en el gráfico siguiente.

Número de Eventos Supuestamente Asociados a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) por Influenza AH1N1.
Costa Rica, datos al 28 de febrero de 2010.



Fuente: Ministerio de Salud, Unidad de Farmacovigilancia

En conclusión, el reporte de eventos adversos de los países y de todas las regiones el mundo coincide con el perfil de seguridad de la vacuna de influenza estacional y el que se determinó, previamente, en los ensayos clínicos de las vacunas pandémicas, reforzando la evidencia de su seguridad y eficacia.

3. Fase final de la vacunación contra Influenza A H1N1

La vacunación contra la Influenza AH1N1 es una estrategia complementaria de las acciones de respuesta y mitigación de los efectos de la pandemia. Tal y como se indicó en los lineamientos de vacunación de Costa Rica, dado que la cantidad de vacuna adquirida por nuestro país es cercana a 200.000 dosis, en un primer momento se priorizó la población de más alto riesgo, como personas con co-morbilidad o condiciones crónicas de difícil manejo que requieren de hospitalización y consultas frecuentes en los servicios de salud.

Para esta fase final de la vacunación es necesario concluir la vacunación de los grupos de población inicialmente identificados y programados a partir delas listas disponibles de los establecimientos de salud. Pero también es necesario ofrecer la vacuna y establecer estrategias de captación para todos los grupos meta específicos definidos previamente en los lineamientos de pandemia que incluyen:

1. **Personal de atención directa a las personas**

   Establecimientos públicos de atención de pacientes

   Establecimientos privados de atención de pacientes

   Laboratorios públicos y privados

   Personal del Ministerio de Salud

   Cruz Roja

   Policía

   Bomberos

   Otros

2. **Embarazadas en el tercer trimestre de gestación** *(recordar que se deben vacunar las cohortes de gestantes que inician el tercer trimestre)*

3. **Niños a partir de los 6 meses, adolescentes y adultos con antecedente de enfermedad crónica tipo:**

   Asma
   Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
   Oxígeno dependientes
   Cardiopatías congénitas y/o adquiridas
   Hipertensión arterial
   Obesos mórbidos
   Diabéticos
   Inmunosuprimidos, cuyo médico tratante indique la inmunización

   Otras enfermedades crónicas

Por lo tanto, en este momento es necesario hacer un llamado final a las personas con factores de riesgo que ya fueron identificadas en la primera fase de la estrategia de vacunación y aun no han recibido la vacuna, para que se acerquen a los EBAIS para ser vacunados.

Asimismo, se debe revisar la programación de la población meta y sus coberturas, para identificar grupos que aun no han sido captados. Para ello, es indispensable verificar si se han empleado tácticas apropiadas para captar a la población como: censos y búsqueda de personas, visita a los establecimientos y unidades de servicios públicos y privados, puestos fijos y móviles de vacunación para facilitar acceso a servicios de prenatal, parto, sistema penitenciario, escuelas, colegios, empresas, casa a casa, otros. El instrumento de monitoreo incluido en esta directriz, titulado *INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE COSTA RICA,* disponible también en formato Excel facilita este proceso de revisión de lo programado y definición de tácticas para la fase final de la vacunación.

Esta directriz e instrumento deben ser aplicados por todos los establecimientos de salud del país. Los equipos locales y regionales del Ministerio de Salud apoyarán a los servicios de salud en la aplicación de esos instrumentos y la definición de estrategias finales dirigidas a garantizar la captación y vacunación de población meta.

A manera de ejemplo, es necesario determinar si se vacunaron las mujeres embarazadas que asisten a las consultas prenatales o en post parto, si existen personas de muy alto que no pueden desplazarse de sus casas y requerirán de vacunación en su hogar o poblaciones que se encuentren en hogares de ancianos, centros infantiles, cárceles, asilos, que no han accedido a la vacunación.

También es indispensable identificar lugares donde se ubiquen grupos cautivos o concentrados para ir a vacunarlos en sus sitios de trabajo como funcionarios de Cruz Roja, bomberos, centros hospitalarios privados, Ministerio de Salud, entre otros.

Este proceso de monitoreo para la revisión de poblaciones meta y estrategias debe realizarse a la brevedad, para identificar bolsones de grupos de riesgo susceptibles, así como determinar estrategias exitosas para compartir entre los servicios de salud y las diversas áreas de salud. De esta manera, las vacunas se aplicarán a aquellas poblaciones que más lo requieren, finalizando la vacunación en el mes de abril para concluir con el informe final de la estrategia de vacunación contra Influenza AH1N1.

Cada área rectora debe consolidar la información recolectada en el Instrumento de monitoreo aplicado a los establecimientos de salud y enviar el archivo al nivel regional. Para ello, el *INFORME CONSOLIDADO DE RESULTADOS DEL MONITOREO LOCAL, REGIONAL O NACIONAL DE LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1* estandariza la integración de los resultados del monitoreo realizado en cada establecimiento de salud que aplica la vacuna, consolidado por nivel de gestión.

INSTRUMENTO DE MONITOREO DE LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1 EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE COSTA RICA

Región: _____

Área Rectora de Salud: _____

Nombre del establecimiento: _____

Persona que aplica el instrumento: _____

Persona a cargo del establecimiento: _____

Fecha de aplicación del instrumento _____

Este instrumento se elaboró para dar seguimiento a la ejecución de la campaña de vacunación contra Influenza AH1N1. Para ello, es necesario revisar las estrategias de programación de poblaciones meta, estrategias y tácticas de vacunación que se han aplicado, así como necesidad de adecuar la programación y tácticas de vacunación, empleando la siguiente tabla:

(A) **Población meta**	(B) **Población programada** *(Total de personas)*	(C) **Describir cómo se programó la población meta** *(Fuentes de información utilizadas, tipos de servicios incluidos y tácticas empleadas para identificar las personas de riesgo)*	(D) **Población vacunada** *Total vacunados a la fecha:* _____	(E) **% cobertura de vacunación** *Fórmula: (D / B) x 100*	(F) **Población programada pendiente por vacunar** *Fórmula: (B) - (D)*	(G) **Población pendiente por programar** *(Se refiere al total de personas que una vez revisada la programación inicial, se identifica que faltan por programar)*	(H) **Población pendiente de vacunar** *Fórmula: (F) + (G) O sea, suma de población programada aun no vacunada y población que no se programó inicialmente)*	(I) **Estrategias de captación de población meta que se han utilizado** *(Describir estrategias y tácticas utilizadas al momento)*	(J) **Estrategias de vacunación que es necesario incorporar para captar diferentes poblaciones meta** *(Verificar si se han empleado tácticas apropiadas para captar a la población como: censos y búsqueda de personas, visita a los establecimientos y unidades de servicios públicos y privados, puestos fijos y móviles de vacunación para facilitar acceso a servicios de prenatal, parto, sistema penitenciario, escuelas, colegios, empresas, casa a casa, otros)*
Personal de atención directa a las personas									
Establecimientos públicos de atención de pacientes									
Establecimientos privados de atención de pacientes									
Laboratorios públicos y privados									
Personal del Ministerio de Salud									
Cruz Roja									
Policía									
Bomberos									
Otro									
Embarazadas en el tercer trimestre de gestación *(recordar que se deben vacunar las cohortes de gestantes que inician el tercer trimestre)*									
Niños a partir de los 6 meses, adolescentes y adultos con antecedente de enfermedad crónica:									
Asma									
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica									
Oxígeno dependientes									
Cardiopatías congénitas y/o adquiridas									
Hipertensión arterial									
Obesos mórbidos									
Diabéticos									
Inmunosuprimidos, cuyo médico tratante indique la inmunización									
Otras enfermedades crónicas									

INFORME CONSOLIDADO LOCAL, REGIONAL O NACIONAL DEL MONITOREO DE LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1

Región: _____
Área Rectora Salud si informe es local: _____
Número de establecimientos incluidos en este informe: _____
Persona que elaboró informe: _____
Fecha del informe: _____

La siguiente tabla integra el consolidado de los resultados de la aplicación del instrumento de monitoreo de la vacunacion contra Influenza AH1N1 en los diferentes establecimientos de salud de las áreas y regiones. En esta tabla se debe consolidar la información del nivel local y luego, a partir de ese consolidado se integra también a nivel regional que debe ser enviada al nivel nacional del Ministerio de Salud

(A) **Población meta**	**(B)** **Población programada** *(Total de personas)*	**(C)** **Describir cómo se programó la población meta** *(Listar las principales fuentes de información utilizadas, tipos de servicios incluidos y tácticas empleadas para identificar las personas de riesgo)*	**(D)** **Población vacunada** *Total vacunados a la fecha:* _____	**(E)** **% cobertura de vacunación** *Fórmula: (D / B) x 100*	**(F)** **Población programada pendiente por vacunar** *Fórmula: (B) - (D)*	**(G)** **Población pendiente por programar** *(Se refiere al total de personas que una vez revisada la programación inicial, faltan por programar)*	**(H)** **Población pendiente de vacunar** *Fórmula: (F) + (G)* *O sea, suma de población programada aun no vacunada y población que no se programó inicialmente)*	**(I)** **Estrategias de captación de población meta que se han utilizado** *(Listar las principales estrategias y tácticas utilizadas al momento)*	**(J)** **Estrategias de vacunación que es necesario incorporar para captar a las diferentes poblaciones meta** *(Listar las principales tácticas que se estarán aplicando para captar las diferentes poblaciones meta en esta etapa final de la vacunación contra la influenza pandémica)*
Personal de atención directa a las personas									
Establecimientos públicos de atención de pacientes									
Establecimientos privados de atención de pacientes									
Personal del Ministerio de Salud									
Laboratorios públicos y privados									
Cruz Roja									
Policía									
Bomberos									
Otro									
Embarazadas en el tercer trimestre de gestación									
Niños a partir de 6 meses, adolescentes y adultos con antecedente de enfermedad crónica tipo:									
Asma									
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica									
Oxígeno dependientes									
Cardiopatías congénitas y/o adquiridas									
Hipertensión arterial									
Obesos mórbidos									
Diabéticos									
Inmunosuprimidos									
Otras enfermedades crónicas									
Total									