



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA
Oficina Epidemiología y Salud Ambiental



Del 01 al 28 febrero 2010

SE 5 al 9
Vol. 1
Nº 2
2010

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Óscar Raúl Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud

Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez

Vice - Ministro de Salud

Dr. Luis Suárez Ognio

Director General

Dirección General de Epidemiología

Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero

Director General DISA V Lima Ciudad

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Dr. Edgar Jesús Miraval Rojas

Director General

Dra. Gloria Esperanza Cruz Gonzales

Directora de Epidemiología y Salud Ambiental

Equipo Técnico Epidemiología

Lic. Luz Alejandrina Uscata Quispe

Sr. José Luis Santos Bautista

Administrativos

Sra. Sonia Enriqueta Muñoz Urquiza

Sra. Luz Patricia Chuquillanqui Narvarte

EQUIPO EDITOR

Dra. Gloria Cruz Gonzales

Mg. Nancy Castillo Martínez (e)

Dr. Víctor Cornetero Muro

Teléfono Fax: 2614668

2615516 anexo-1032

e-mail: hospvlherrera1@yahoo.es

<http://www.larcoherrera.gob.pe>

EDITORIAL

A poco más un año de confirmado el primer caso de la Nueva Influenza A H1N1 en México, a casi once meses de confirmado el primer caso en Perú, con un nivel de alerta de pandemia a Fase 6, nuestro país esta notificando tendencia creciente de enfermedad respiratoria aguda. El Ministerio de Salud de Perú cuenta con el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Potencial Pandemia de Influenza, la misma que inicialmente estuvo preparada para enfrentar una amenaza de influenza A H5N1. Desde su lanzamiento en el año 2005, se esperaba una pandemia que llegaría del Asia y enfrentamos una nueva que vino del norte de nuestro continente.

El Hospital Víctor Larco Herrera a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, ejecutara la estrategia de intervención que será la Vacunación de los Trabajadores de la Institución contra la Influenza Pandémica con el objetivo de proteger la integridad del sistema de salud y la infraestructura esencial del hospital, reducir la morbilidad severa y mortalidad asociada a influenza pandémica y reducir la transmisión de la infección en la comunidad de su jurisdicción sanitaria. De acuerdo al ACIP (Comité Asesor Prácticas de Inmunización OPS) considera a los Trabajadores de Salud dentro de los cinco grupos que deben tener prioridad

Se ha preparado el número de este boletín en una edición dedicado, en parte al tema de la Vacunación contra la pandemia de la influenza AH1N1 en los Trabajadores del Hospital Víctor Larco Herrera con el afán de compartir la aplicación y experiencia en la presente Campaña de inmunización para generar la necesidad de estar preparado para situaciones contingentes a presentarse a futuro, como estar alerta y preparados a una segunda ola pandémica, frente a los ESAVI, alerta que ya fuera lanzada por la Directora General de la OMS y que nos insta a mantener una actitud vigilante.

INDICE

Editorial	1
Cronología de la producción de una vacuna	2
Adquisición de vacunas para Vacunación Pandémica	3
Sala Situacional febrero 2010	5
Capacitación MOPECE	8
Mapas de riesgo ambiental	8

Cronología de la producción de una vacuna contra la influenza

La producción de vacunas contra el virus de una influenza pandémica requiere la minuciosa coordinación de una serie de procesos complejos en los que intervienen los laboratorios de salud pública e incluyen a las autoridades reguladoras, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los productores de vacunas. El sistema internacional de vigilancia de la gripe suministra las cepas aisladas de los hisopados nasofaríngeos obtenidos en el terreno a los Centros Colaboradores de la OMS de Referencia e Investigación sobre la Gripe (actualmente ubicados en Atlanta, Londres, Melbourne y Tokio). El proceso de producción se resume a continuación:

Actividades en los Centros Colaboradores de la OMS

1. Preparación de la cepa de virus de referencia

En esos laboratorios se prepara la cepa de virus de referencia por un proceso denominado reagrupamiento genético mediante el cual los antígenos de superficie (HA/hemaglutinina y NA/neuraminidasa, los componentes protectores de la vacuna) de la cepa pandémica aislada en el terreno se combinan con los componentes centrales de una cepa de vacuna convencional de laboratorio adaptada para su rendimiento óptimo en huevos de gallina, sustrato usado para producir la mayor parte de las vacunas contra la influenza en condiciones industriales. Las cepas de referencia también pueden ser producidas mediante genética inversa, una nueva técnica de biología molecular. **Este proceso requiere de 3 a 6 semanas.**

2. Comprobación/validación

el virus candidato para la vacuna se somete a una serie de pruebas de identificación que incluyen el análisis de los antígenos de superficie específicos (HA y NA) del virus circulante. **Este proceso requiere tres semanas.**

3. Reactivos de referencia

Los Centros Colaboradores producen reactivos oficiales de referencia de la OMS, antígenos y antisueros específicos de la cepa vacunal seleccionada, que servirán para comprobar el contenido antigénico (potencia) y la capacidad inmunogénica de las vacunas comerciales.

Ello requiere la producción de la cepa viral de referencia, la purificación de los antígenos de superficie procedentes de esta cepa, la vacunación de animales, la elaboración, estandarización de sueros y la distribución de estos reactivos a los fabricantes. Este proceso se inicia tan pronto como se dispone de la

Actividades en el ámbito de producción de la vacuna

1. Optimización de los procesos de fabricación y obtención de virus de siembra

A partir de la cepa de virus de referencia recibida de los Centros Colaboradores de la OMS, los fabricantes optimizan el proceso de producción para aumentar las características de crecimiento y el rendimiento con objeto de extender la cepa de virus de referencia a bancos cualificados de virus de siembra operativos que se utilizan para inocular los huevos e iniciar la fabricación de lotes de vacuna al por mayor. **Este proceso requiere aproximadamente tres semanas.**

2. Fabricación de vacunas al por mayor

La mayor parte de la producción de vacunas antigripales se lleva a cabo en huevos de gallinas embrionados (fertilizados). El virus de siembra operativo se inyecta en los huevos y éstos se incuban durante dos a tres días. La cepa de virus vacunal crece en el líquido

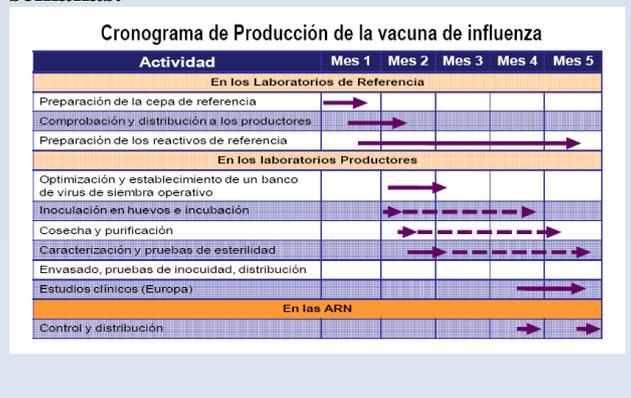
alantóico (clara) del huevo con lo que se incrementa la cantidad de virus cosechados para la producción de vacunas. Se obtiene la cosecha de vacuna del huevo y se purifica para eliminar el material en exceso procedente de éste.

Control de calidad

Sólo puede iniciarse una vez que los laboratorios de la OMS hayan proporcionado los reactivos de referencia. Se caracteriza la vacuna al por mayor utilizando los reactivos de referencia para conseguir que la concentración del antígeno de hemaglutinina sea la correcta. También se verifica la esterilidad del antígeno al por mayor. **Este proceso requiere dos semanas.**

Envasado y distribución de la vacuna

La vacuna al por mayor se diluye a la concentración deseada, se envasa en viales o jeringas, y se etiqueta de acuerdo con las especificaciones autorizadas para los fabricantes. **Este proceso dura dos semanas.**



PERÚ

ACTUALIZACIÓN: 29 MARZO 2010



Datos Demográficos (2008)

Población Total 28,837,000

Vacunación Pandémica – Seguimiento

Grupos de Riesgo para la Vacunación	Población	Población Meta	Fecha inicio vac.	Dosis aplicadas (n) ¹	Covert. Vacunac. (%) ²	Fecha término vac.	Covertura Final (%)
Personal de Salud y personal esencial							
Gestantes							
Población con enfermedades crónicas (>6 meses)							
Otros							
Total	2,959,391	2,959,391					

¹ Número de dosis aplicadas hasta la semana pasada (n).

² Cobertura de vacunación hasta la semana pasada (%).

Adquisición de vacuna para la Vacunación Pandémica

Fuente	N de Dosis adquiridas	Laboratorio Productor	Adyuvante (Si/No)	Fecha llegada vac.
Fondo Rotatorio – OPS	3,071,500	Novartis	Si	17-Feb
Donación – OMS				
Compra Directa				
Donación Bilateral				
Total	3,071,500			

Adquisición de vacuna para la Vacunación Pandémica

Fuente	N de Dosis adquiridas	Laboratorio Productor	Adyuvante (Si/No)	Fecha llegada vac.
Fondo Rotatorio – OPS	3,071,500	Novartis	Si	17-Feb
Donación – OMS				
Compra Directa				
Donación Bilateral				
Total	3,071,500			

Definiciones de caso para la Vigilancia de Influenza A (H1N1), en el Perú

1. Caso sospechoso

Se considera caso sospechoso a quien cumpla alguna de las siguientes condiciones:

Persona con fiebre mayor de 38 °C acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas:



- Rinorrea
- Tos
- Dolor de garganta

Que además:

Estuvo en los 7 días previos al inicio de su enfermedad en una zona con casos confirmados de infección por virus de influenza A H1N1, o Tuvo contacto cercano con un caso confirmado de infección con virus de influenza A H1N1.

2. Caso probable

Se define como caso probable a:

- Un caso sospechoso con resultado de prueba de Influenza positiva para influenz A, pero no subtipificado por los reactivos comúnmente utilizados para detectar la infección por el virus de la influenza estacional, o
- Persona que murió a causa de una infección respiratoria aguda inexplicada y con nexo epidemiológico con un caso probable o un caso confirmado.

3. Caso confirmado

Persona con una prueba de laboratorio confirmatoria de infección con virus de influenza A H1N1 en un laboratorio de referencia nacional, por una o más de las siguientes pruebas:

- RT-PCR en tiempo real. (Reacción de la Cadena de Polimerasa en Transcripción Reversa)
- Cultivo viral.

4. Caso descartado

Todo caso sospechoso o caso probable que luego de la investigación epidemiológica y de laboratorio tiene resultados negativos a la presencia de virus Influenza AH1N1.

Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud

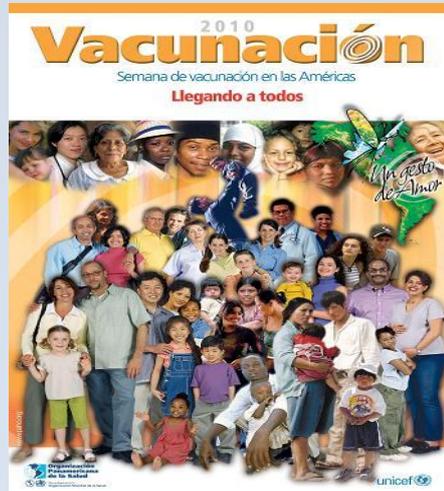
La Semana de Vacunación en las Américas

24 Abril – 1 de Mayo 2010



2010: La octava edición de la Semana de Vacunación en las Américas

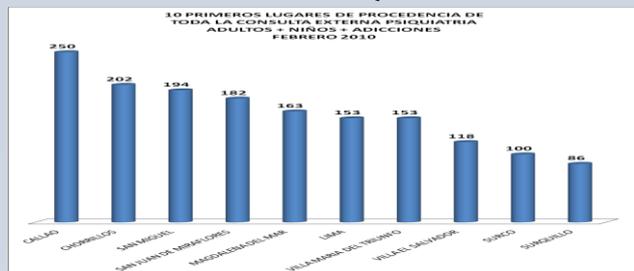
Lema para 2010: “Llegando a todos”



SALA SITUACIONAL HVLH

Febrero 2010

ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRIA



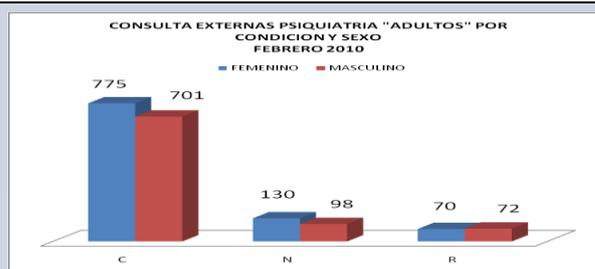
Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

Según diez primeros lugares de procedencia de toda la Consulta Externa de Psiquiatría, en Febrero 2010, se observa mayor afluencia de pacientes provenientes de la Provincia Constitucional de Callao, con 250 atenciones. El distrito Chorrillos presenta la mayor demanda de atención por consulta externa, siendo el distrito de Surquillo el que presenta menor afluencia de pacientes con 86 atenciones. También tuvieron cobertura de atención los distritos de, San Miguel San Juan de Miraflores, Magdalena del Mar, Lima, VMT, VES, Surco entre otros.



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

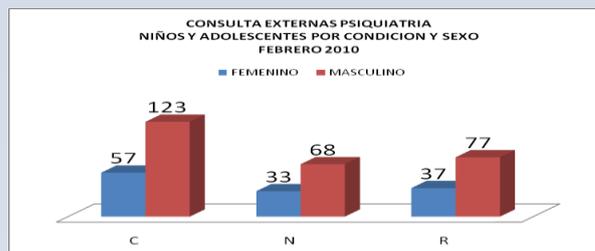
Durante el mes de Febrero 2010, fueron atendidos por los profesionales del Departamento de Psiquiatría de adultos: 57 pacientes por Otros Trastorno de ansiedad; 38 pacientes por Episodio depresivo, 35 pacientes por Examen psiquiátrico para Admisión a Instituciones Educativas, 31 pacientes por Esquizofrenia; 17 pacientes por Trastorno mental y del comp. debido al uso de cocaína; 17 pacientes por Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable; 17 pacientes que consultan en nombre de otras personas, 16 por Otros Trastorno de la personalidad emocionalmente inestables; 14 pacientes por trastorno mental y de comportamiento debido al uso del alcohol; 14 pacientes por Trastorno hipercinetico.



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

De lo que fue el mes de Febrero del 2010, en la Consulta externa Psiquiatría tanto para pacientes Nuevos como Continuadores fue mayor en el sexo femenino, sin embargo en los Re-ingresos se puede observar un ligero aumento en los pacientes de sexo masculino.

ATENCIONES EN CONSULTA EXT. DE NIÑOS Y ADOLESCENTES



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

Durante el mes de Febrero del 2010, en la Consulta externa Psiquiatría tanto para pacientes Nuevos como continuadores y re-ingresos fue mayor en el sexo masculino, se puede observar el doble de atenciones, dando una relación de 2.2:1 hombre:mujer.



ATENCIONES EN CONSULTA EXT.DE ADICCIONES



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

Durante el mes de Febrero 2010 las Consultas Externa de Psiquiatría por Adicciones ambulatoriamente fueron atendidos por los profesionales del Departamento de Psiquiatría de Adicciones: en pacientes Continuadores el 94% sexo masculino frente al 6% de sexo femenino que acudieron al servicio. En los pacientes Nuevos ocurre algo similar un 90% sexo masculino frente a un 10% femenino. En los Re-ingreso el 100% de la consulta externa fue de sexo masculino.

ATENCIONES EN HOSPITALIZACION



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

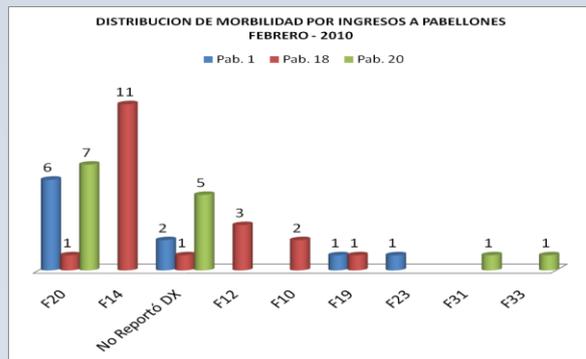
En el mes de Febrero, se puede observar que a nivel de Departamentos, los pacientes provienen en su mayoría de Lima y le sigue Ica con 4 pacientes hospitalizados. Al desagregar en distritos los pacientes que proveniente del distrito de Breña ocupa el 1er. Lugar entre los diez primeros lugares de procedencia en hospitalización.



Ffu

ente: Oficina de Estadística del HVLH

Lo que se refiere a Lugar de Procedencia (LP) en los egresos hospitalarios en lo que fue el mes de febrero 2010, tenemos a los distritos del Callao y San Juan de Miraflores en los 1eros. LP y los distritos de Breña, Carabaillo y Jesús María en los últimos lugares de procedencia en los egresos hospitalarios.



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

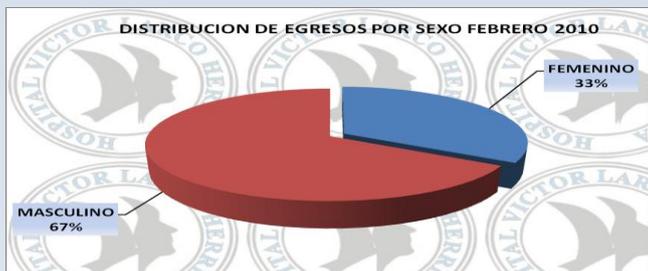
Durante el mes de Febrero 2010, se registro la distribución de morbilidad por ingreso a los pabellones 1, 18 y 20 por los siguientes diagnosticos : Esquizofrenia como mayor morbilidad de ingreso en el Pab.20; el Trastorno mental y del comp.debido al uso de cocaína, Trastorno mental y del comp. debido al uso de cannabinoides, Trastorno mental y del comp. debido al uso de alcohol se distribuyo como morbilida de ingreso solo en el Pab.18. El Pab.1, registro el Trastorno mental y del Comp. debido al uso de múltiples drogas y Trastorno psicóticos agudos y transitorios, así mismo, no reporto diagnostico en dos ingresos.

ATENCIONES EN EMERGENCIA



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

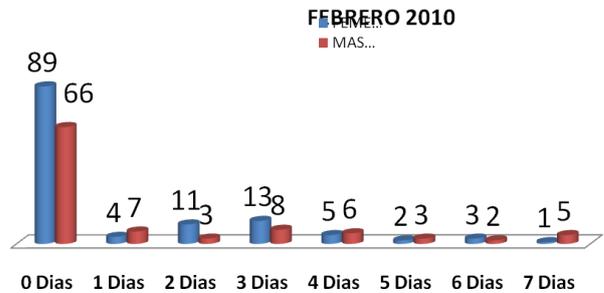
Lo que aconteció en el mes de Febrero 2010, en las Diez primeras causas de morbilidad en los egresos hospitalarios, tenemos las siguientes: 1er. Lugar Trastorno mental y del comp. debido al uso de cocaína con seis pacientes. Las siguientes causas de morbilidad se presentaron con la misma frecuencia (2 paciente en cada causa de morbilidad) en los egresos hospitalarios: Trastorno mental y del Comp. debido al uso de cannabinoides, Trastorno mental y del Comp. debido al uso de múltiples drogas, Esquizofrenia, Trastorno afectivo bipolar. Le siguen en orden descendente (1 paciente en cada causa de morbilidad) Otros Trastorno mentales debido a les. y disf. cereb. y enferm. física, Trastorno de la personalidad y del comport. debido a enf. y difuc. cerebral, Trastorno mental y del Comp. debido al uso de alcohol, Episodio depresivo



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

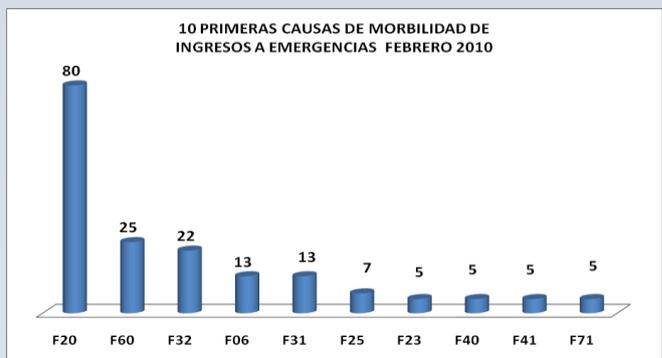
Durante el mes Febrero 2010, en la Distribución de egreso por sexo, el grupo del sexo masculino obtuvo el mayor porcentaje con 67% del total de egresos.

TIEMPO DE PERMANENCIA EN EMERGENCIA ENTRE 0 A 08 DIAS - POR SEXO



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

En el presente gráfico correspondiente al mes de febrero se observa que el mayor número de pacientes (68% del total de atendidos por emergencia) contaron con un tiempo de permanencia menor a un día en el servicio Emergencia, de los cuales el 60% corresponde al sexo femenino.



Fuente: Oficina de Estadística del HVLH

En las diez primeras causas de morbilidad de ingreso a Emergencia, en Febrero 2010, tenemos la mayor demanda de atención en pacientes ingresados por Esquizofrenia (45% total de ingreso por Emergencia). También se encuentra presente en porcentaje decreciente las siguientes patologías: Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable; Episodio depresivo; Trastorno esquizoafectivos; Trastorno psicóticos agudos y transitorios; Trastorno fóbico de ansiedad; Otros Trastorno de ansiedad; Retraso mental leve respectivamente.

CAPACITACION

CURSO TALLER MOPECE DIRIGIDO A TRABAJADORES DEL HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA

Desde su producción original en 1980, los Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE) han circulado ampliamente en países de las Américas de habla española, inglesa, portuguesa y francesa y se han constituido en un reconocido instrumento de capacitación básica de los equipos locales de salud en epidemiología aplicada al control de problemas de salud.

Por lo anterior, se planteó la necesidad de implementar talleres de MOPECE, los cuales se vienen realizando a través del Sistema de Salud del Perú, con una continua demanda del Taller en los Servicios de Salud de nuestro país. La Dirección del Hospital Víctor Larco Herrera, a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, convencidos de la necesidad de capacitar y sensibilizar en Epidemiología para el Control de las Enfermedades a los Trabajadores de los diferentes Servicios de la Institución, da inicio al Curso Taller MOPECE en el HVLH el 16 de Marzo 2010.

Se inicio con un Pre-Test, para analizar y evaluar una línea de Base de los conocimientos previos a la aplicación del presente taller de los participantes. El análisis estadístico nos muestra los siguientes datos: Aplicaron al Pre-test 83 trabajadores del HVLH (multidisciplinario)

El promedio de la evaluación fue 13.78.

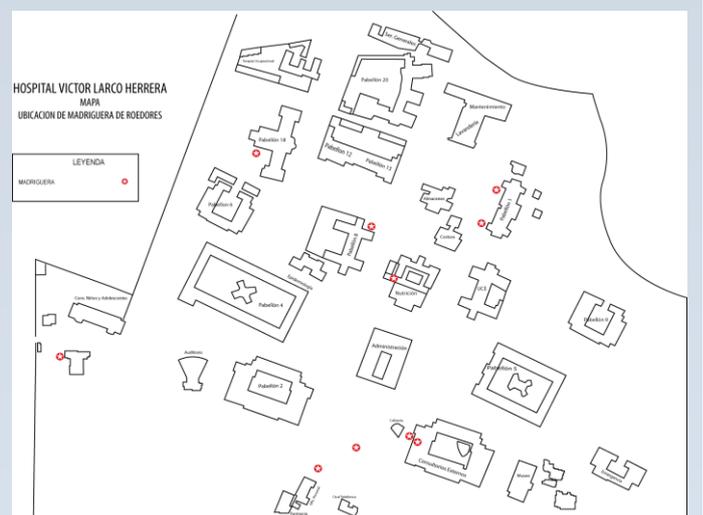
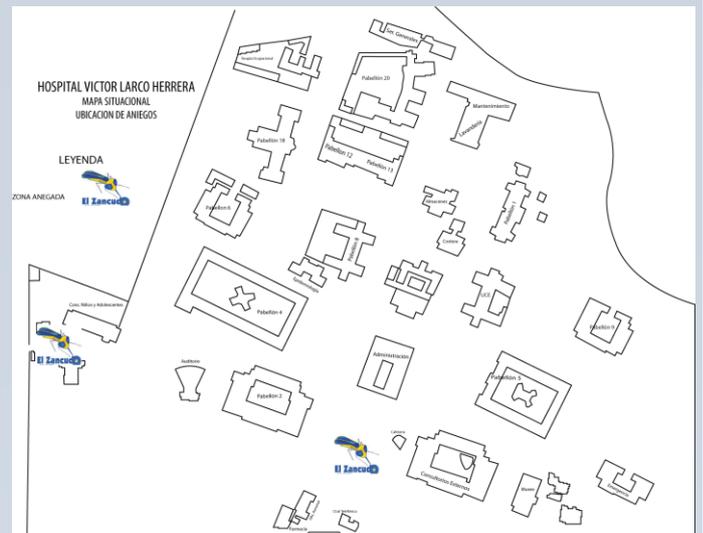
La mediana de las notas fue 14, el 50% de los participantes tuvieron notas por debajo de 14 y el otro 50% estuvo por encima de 14.

La moda fue 16, es decir el puntaje 16 fue el más frecuente.

El puntaje mínimo fue de 2 y el puntaje máximo fue 20.

Por debajo del puntaje 12 estuvo el 25% percentil 1 de los participantes.

SALUD AMBIENTAL



Fuente: Unidad de Salud ambiental Oficina de Epidemiología