

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SALA DE SITUACION 2015

Hasta Semana Epidemiológica 27 (18-7-15)

SALA DE SITUACION

Constituye un espacio físico o virtual donde se encuentra información diversa y oportuna, con un flujo definido de información aprovechando las fuentes de datos existentes.

La vigilancia epidemiológica de las IRA`s resulta esencial para:

- **Detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año.**
- **Identificar los grupos poblacionales afectados y sus características.**
- **Establecer la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados.**

Esta información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto.

FUENTES DE DATOS

Con el consolidado de estas fuentes se elabora la presente sala de situación

Debe señalarse que los datos de notificación de casos provienen regularmente del sector oficial y de escasos efectores privados

Fuente	Generador
SNVS : Planilla C2. casos notificados semanales de Bronquiolitis menores de 2 años; ETI y Neumonía según residencia global y grupos de edad	Departamento de Epidemiología
SIVILA: Vigilancia de Laboratorio. Consolidado semanal de muestras positivas según tipo de virus respiratorio	Red de Virología
Relevamiento de Internados menores de 5 años con IRAB	Dirección General de Servicios de Salud y SAME
Registro nominal de aplicación de vacuna antigripal	Departamento de Inmunizaciones
Estadísticas Vitales	Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

Situación Mundial

A nivel mundial, la actividad de influenza aumentó o se mantuvo en niveles elevados en el Hemisferio Sur, mientras que continuó en niveles bajos en el Hemisferio Norte.

En América del Norte y en Europa la actividad gripal se mantuvo baja, con niveles interestacionales en todas las regiones, con detecciones esporádicas del virus de la gripe, principalmente Influenza B.

En los países occidentales y templados de Asia, se registraron bajos niveles de actividad de Influenza, predominando el tipo A (H1N1) e Influenza B en las últimas semanas. En Asia tropical, la actividad gripal se mantuvo en niveles elevados. Los subtipos A (H1N1) pdm09 y A (H3N2) fueron igualmente dominantes durante las últimas semanas.

La actividad gripal se mantuvo elevada en los países del Sur de África, con co-circulación de Influenza A (H1N1) pdm09, A (H3N2) y B.

En Australia y Nueva Zelanda, la actividad gripal siguió aumentando y superó el umbral estacional en Australia.

Desde el 1 de enero de 2015, 423 casos de MERS-Cov confirmados por laboratorio se han notificado a la OMS, en particular de Arabia Saudita y la República de Corea. El brote en curso en la República de Corea - resultante de un solo caso exportado con antecedentes de viaje en el Oriente Medio (Arabia Saudita, Qatar, Emiratos Árabes Unidos y Bahrein) y posterior transmisión de humano a humano por contactos familiares estrechos, o entre pacientes que compartían una habitación o sala con pacientes infectados, y trabajadores de la salud que prestaban atención a los pacientes antes de la sospecha o diagnóstico de MERS-Cov. En el brote de la República de Corea, hasta la fecha se han notificado 186 casos de infección, 36 de ellos mortales.

<http://www.who.int/csr/don/17-july-2015-mers-korea/es/>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/es/>

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

Situación Regional

América del Norte: la actividad del virus Influenza se mantuvo baja y se encuentra en niveles interestacionales. En Canadá, la actividad de ETI estuvo por encima de lo esperado, pero la circulación de la gripe sigue siendo baja. En los Estados Unidos se observa una tendencia general a la baja en la ETI y en la actividad de la gripe en las últimas semanas, con un ligero incremento en la SE 25. Influenza B predominó en las últimas semanas. La neumonía y la mortalidad de Influenza se mantuvieron por debajo del umbral epidémico. En México, la actividad de las IRA se mantuvo en niveles bajos y la de la neumonía se mantuvo ligeramente por encima de los niveles esperados y creciente.

Caribe: la actividad de los virus respiratorios se mantuvo baja en general, pero con la actividad del Parainfluenza elevada en Cuba y en República Dominicana.

Centroamérica: la actividad de los virus respiratorios se mantuvo baja en general.

Subregión Andina: la actividad de los virus respiratorios se mantuvo baja y las IRAG se mantuvieron dentro de los niveles esperados y tendiendo a la baja. En Colombia, una alta actividad VSR continuó pero fue una tendencia a la baja.

Cono Sur: Influenza y otros virus respiratorios y la actividad de las IRAG permanecieron dentro de los niveles esperados. En las últimas semanas, Chile reportó una tendencia creciente de las detecciones de VRS y Uruguay reportó un incremento de hospitalizaciones IRAG. En Paraguay se reportó actividad creciente de ETI

La vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la Ciudad de Buenos Aires se realiza mediante la identificación y notificación del caso sospechoso y de los resultados de estudios virológicos por laboratorios de referencia.

NOTIFICACION AGRUPADA POR GRUPOS DE EDAD

Definiciones operativas para carga de casos

Bronquiolitis en menores de 2 años

Todo niño menor de 2 años, con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.

Enfermedad tipo Influenza

Aparición súbita de fiebre mayor de 38° con tos o dolor de garganta, en ausencia de otras causas

Neumonías

Enfermedad respiratoria aguda febril con tos, dificultad respiratoria y taquipnea

Infección respiratoria aguda grave (IRAG)= IRA internado

Cuadro clínico representado por la aparición súbita de fiebre superior a 38° C mas tos o dolor de garganta asociado a disnea o dificultad para respirar y que requiera hospitalización.

NOTIFICACION INDIVIDUAL INMEDIATA Definiciones operativas para carga de casos

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS FALLECIDOS

Cualquier caso de IRA (ETI, Bronquiolitis, Neumonía) que fallece. Registro agrupado en C2 y Ficha Individual al Dpto. de Epidemiología

GRIPE HUMANA CONFIRMADO DE INFLUENZA A/H1N1: ***Caso sospechoso de IRA con diagnóstico de laboratorio positivo para influenza A/H1N1, por laboratorios de referencia de la Ciudad o Nacional***

INFLUENZA HUMANA POR UN NUEVO SUBTIPO DE VIRUS: ***Todos los casos confirmados para Influenza A, por otros serotipos No estacionales (emergentes)***

SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO 2015 (SARS)

Casos probables (definición provisional adaptada de OPS/OMS)

A.) Paciente con infección respiratoria aguda y signos clínicos, radiológicos o histopatológicos de enfermedad pulmonar parenquimatosa (por ejemplo, neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo) que requieran hospitalización, **con uno o más de los siguientes criterios:**

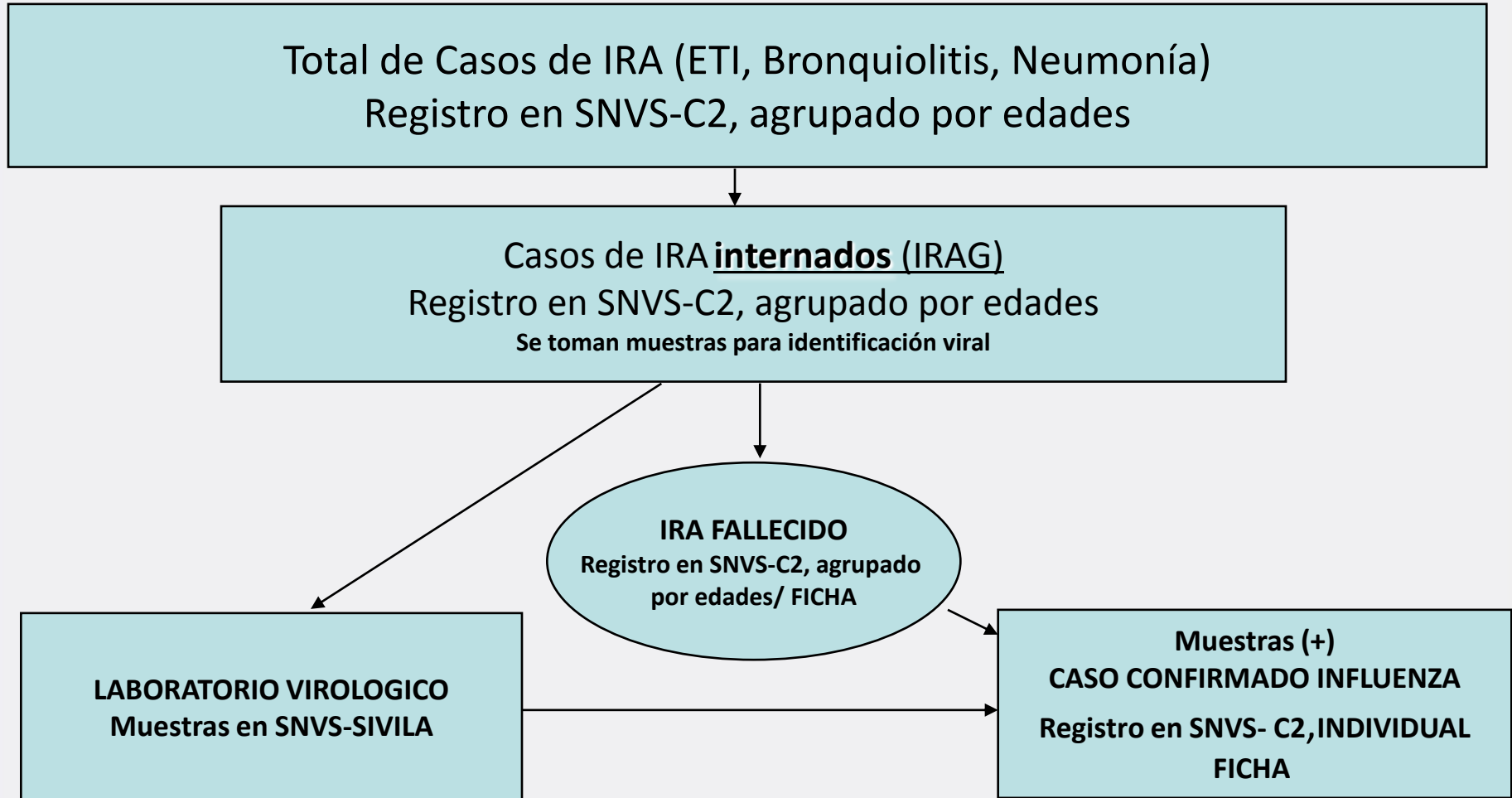
- La **enfermedad forma parte de un conglomerado** de casos que tiene lugar en un período de 14 días, independientemente del lugar de residencia o de los antecedentes de viaje, a menos que se hayan identificado otras causas.
- La enfermedad afecta a un profesional sanitario que ha estado trabajando en un entorno donde se atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas graves, en particular pacientes que requieren cuidados intensivos, independientemente del lugar de residencia o de los antecedentes de viaje, a menos que se hayan identificado otras causas
- Que la **persona desarrolle un cuadro clínico imprevisto y grave** a pesar de recibir el tratamiento apropiado, independientemente del lugar de residencia o antecedentes del viaje, aunque se haya identificado la etiología; siempre y cuando esa etiología identificada no explique totalmente la presentación o evolución clínica del paciente.

B) Personas con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de gravedad y/o con signo-sintomatología gastrointestinal (diarrea, vómitos, dolor abdominal), que hayan visitado dentro de los 14 días previos, países o regiones con circulación de MersCoV o que hayan tenido contacto íntimo con un caso confirmado o probable de infección por MersCoV.

Caso confirmado

Paciente con infección por el nuevo coronavirus confirmada mediante pruebas de laboratorio en laboratorios de referencia Nacional o Regional (CDC)

Flujograma



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología, GCBA

10

Bronquiolitis en menores de 2 años

Total de casos notificados según residencia habitual
Serie histórica 2004 – 2015 *

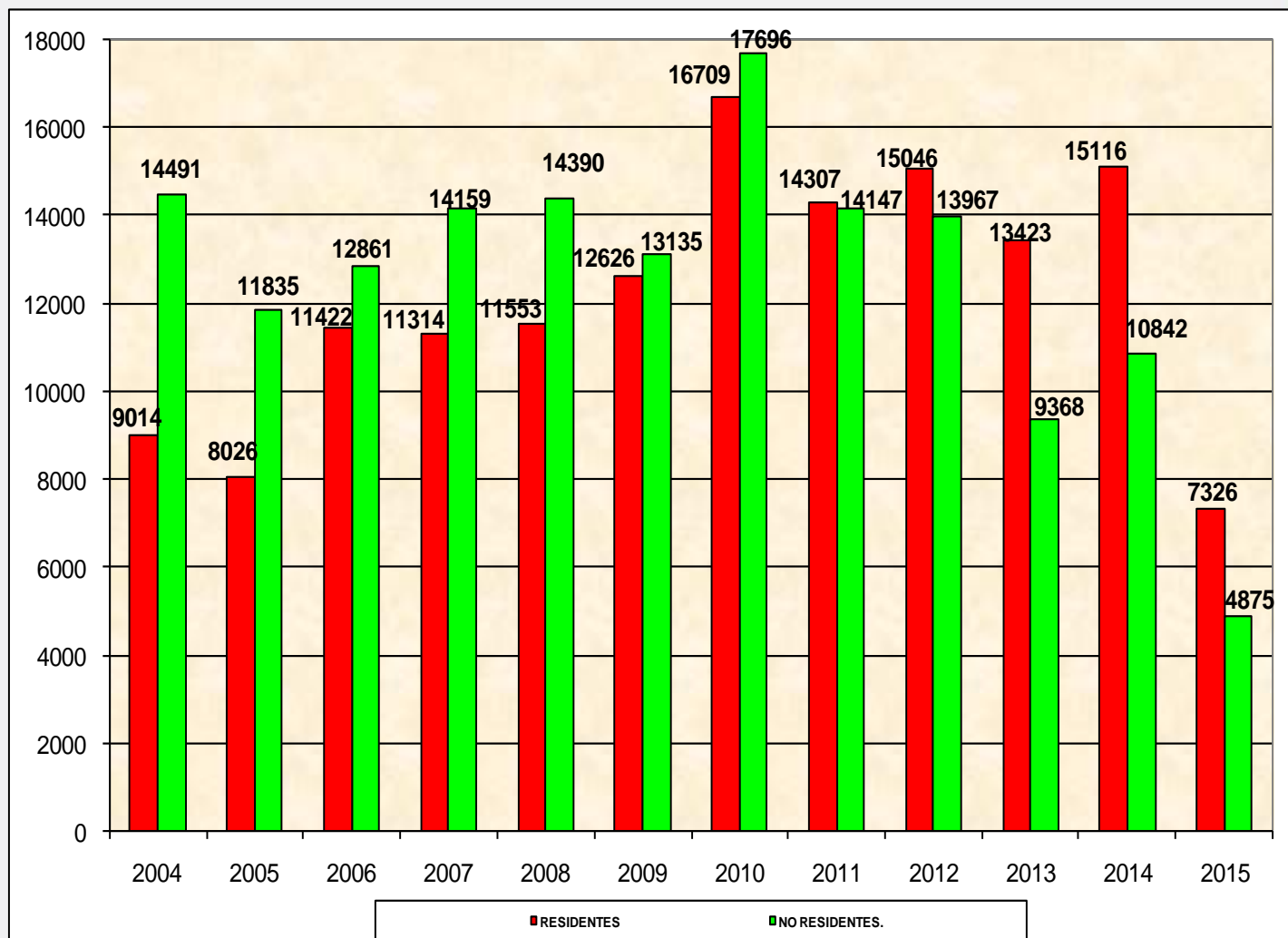
La serie histórica demostró una tendencia en ascenso hasta 2010 con predominio en no residentes

Entre los años 2004 al 2010, el número de casos de NO residentes asistidos en la ciudad superaba a los casos en residentes

Este patrón se ha invertido desde el año 2011, predominando la notificación en residentes.

En el corriente año y hasta la semana epidemiológica 27, el 40% de la notificación de bronquiolitis correspondió a NO residentes

* Año 2015, hasta la semana 27



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

11

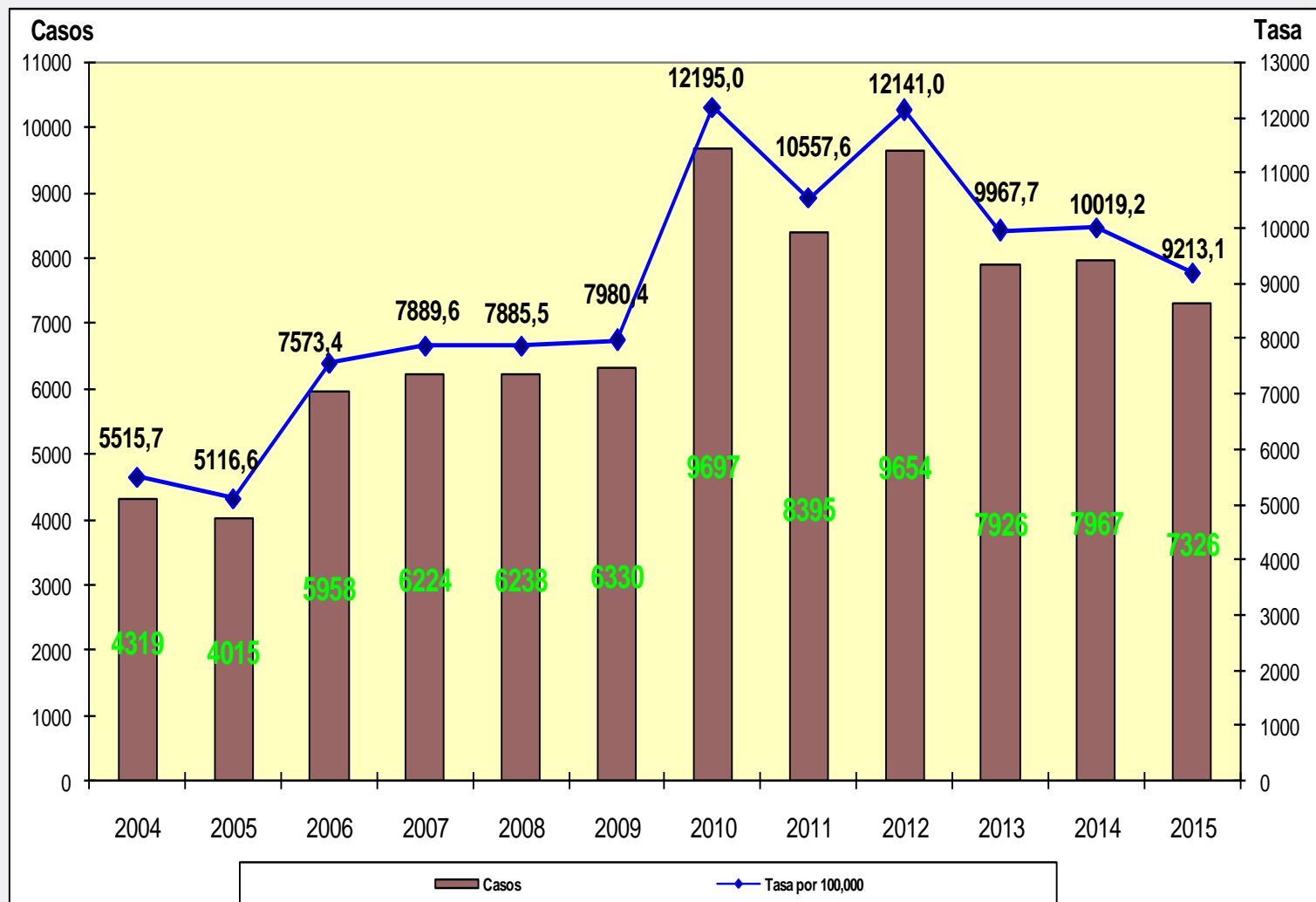
Bronquiolitis en menores de 2 años

Casos acumulados
hasta la semana 27
Tasa de notificación
por 100.000 habitantes
menores de 2 años

Residentes en Ciudad de
Buenos Aires
Serie histórica
2004 – 2015

La serie histórica comparada hasta la SE 27, (comparación de iguales períodos), demostró que la notificación en el año 2015 fue inferior al quinquenio 2010-2014 (hasta la SE 27).

No obstante, debe recordarse el retraso en la notificación de datos en las últimas semanas



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

12

Bronquiolitis en menores de 2 años

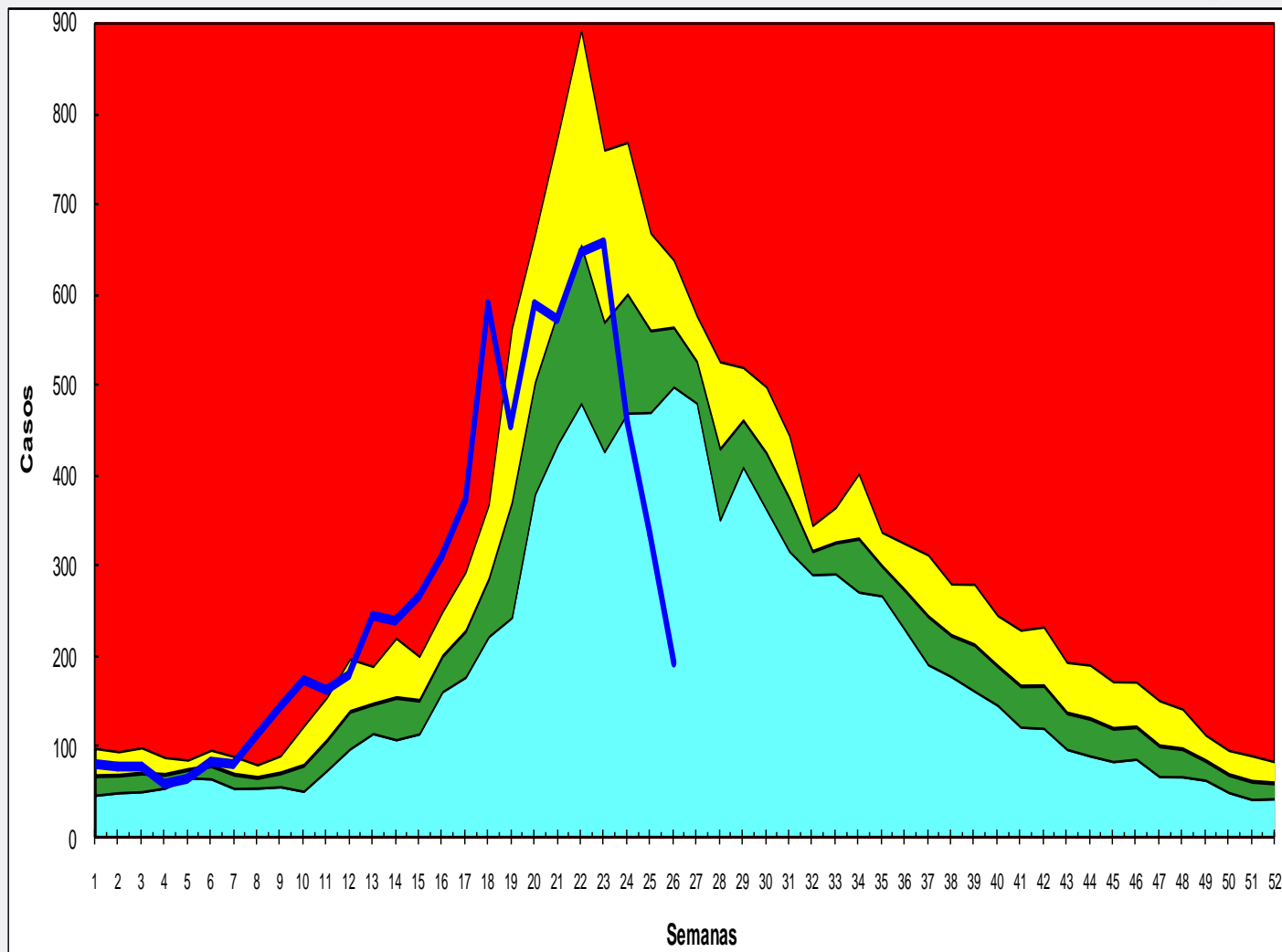
**Corredor endémico semanal
hasta SE 27**
**Residentes en Ciudad de
Buenos Aires. Año 2015**

La curva de casos del 2015 se inició tempranamente en zona de alarma, para luego sostenerse entre dicha zona y la de seguridad hasta la semana 7.

A partir de ese momento la curva de casos inicia una tendencia ascendente, alternando zona de alarma y brote.

Desde la semana 19, los casos circularon dentro de lo esperado.

La caída en la curva en las últimas semanas es debida al retraso en la notificación



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

13

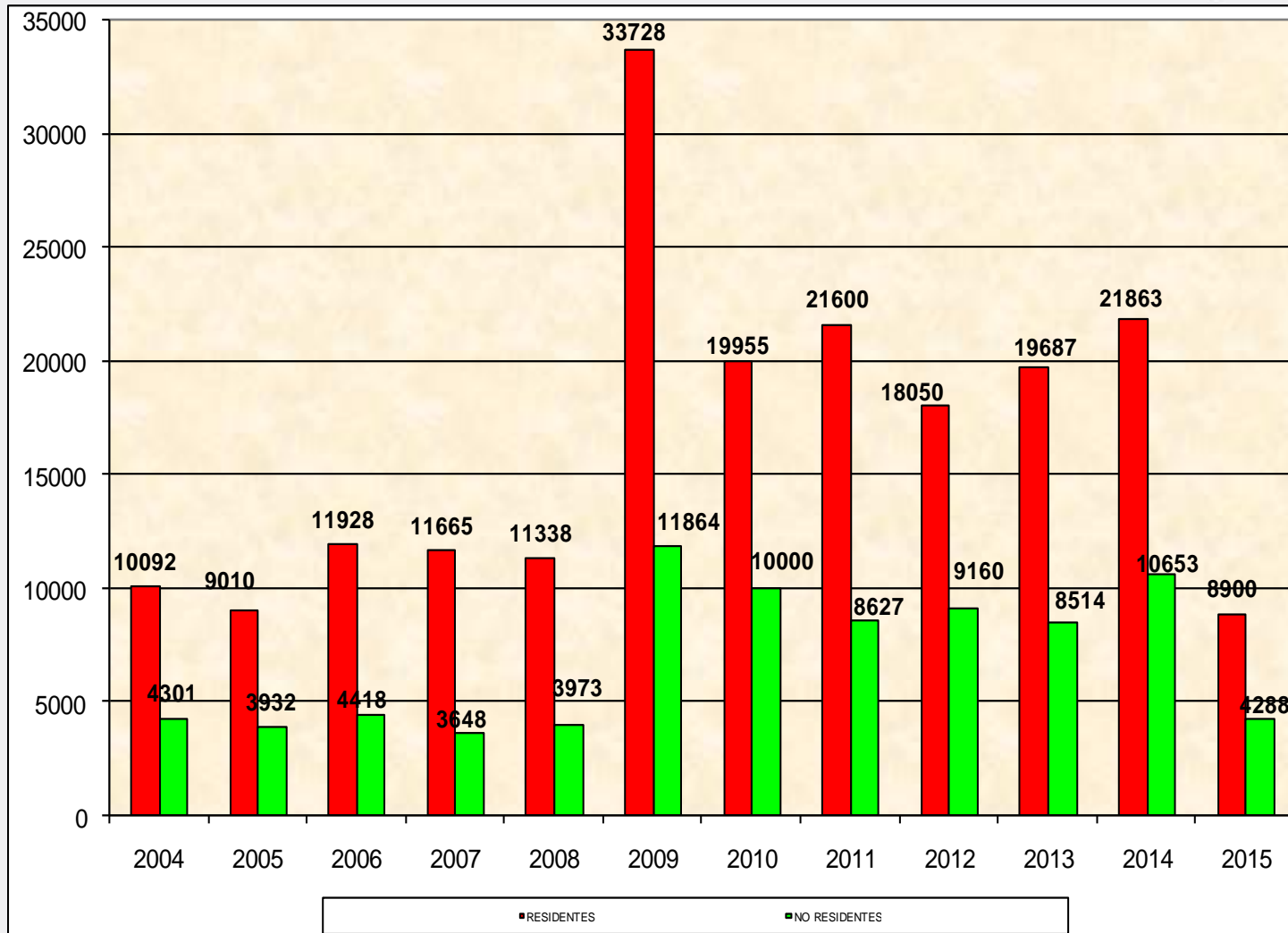
Enfermedad tipo Influenza (ETI)

**Total de casos notificados
según residencia habitual**
Serie histórica 2004 – 2015 *

En esta serie histórica se observó el predominio de los casos de ETI atendidos en residentes sobre No residentes

En el corriente año, el 32% de la notificación de ETI correspondió a NO residentes

*Año 2015, hasta la semana 27



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

14

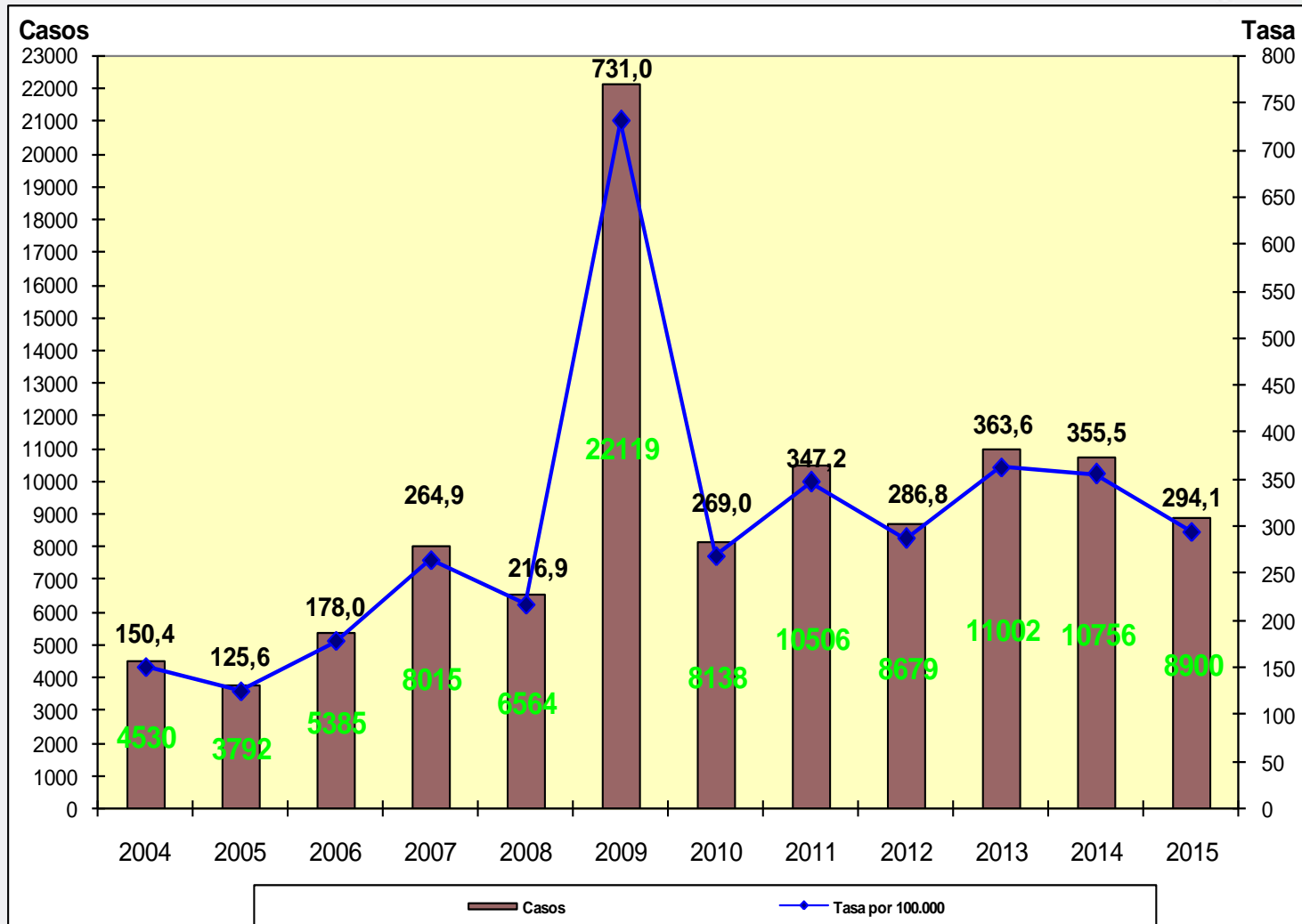
Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Casos acumulados
hasta la semana 27
Tasa de notificación por
100.000 habitantes

Residentes en Ciudad de
Buenos Aires
Serie histórica
2004 – 2015

La serie histórica comparada,
(comparación de iguales
períodos), demostró que la
notificación en el año 2015
presentó una tasa inferior al
cuatrienio anterior (hasta la SE
27).

No obstante, debe recordarse
el retraso en la notificación de
datos en las últimas semanas



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

15

Enfermedad tipo
Influenza
(ETI)

**Corredor endémico semanal
hasta SE 27**

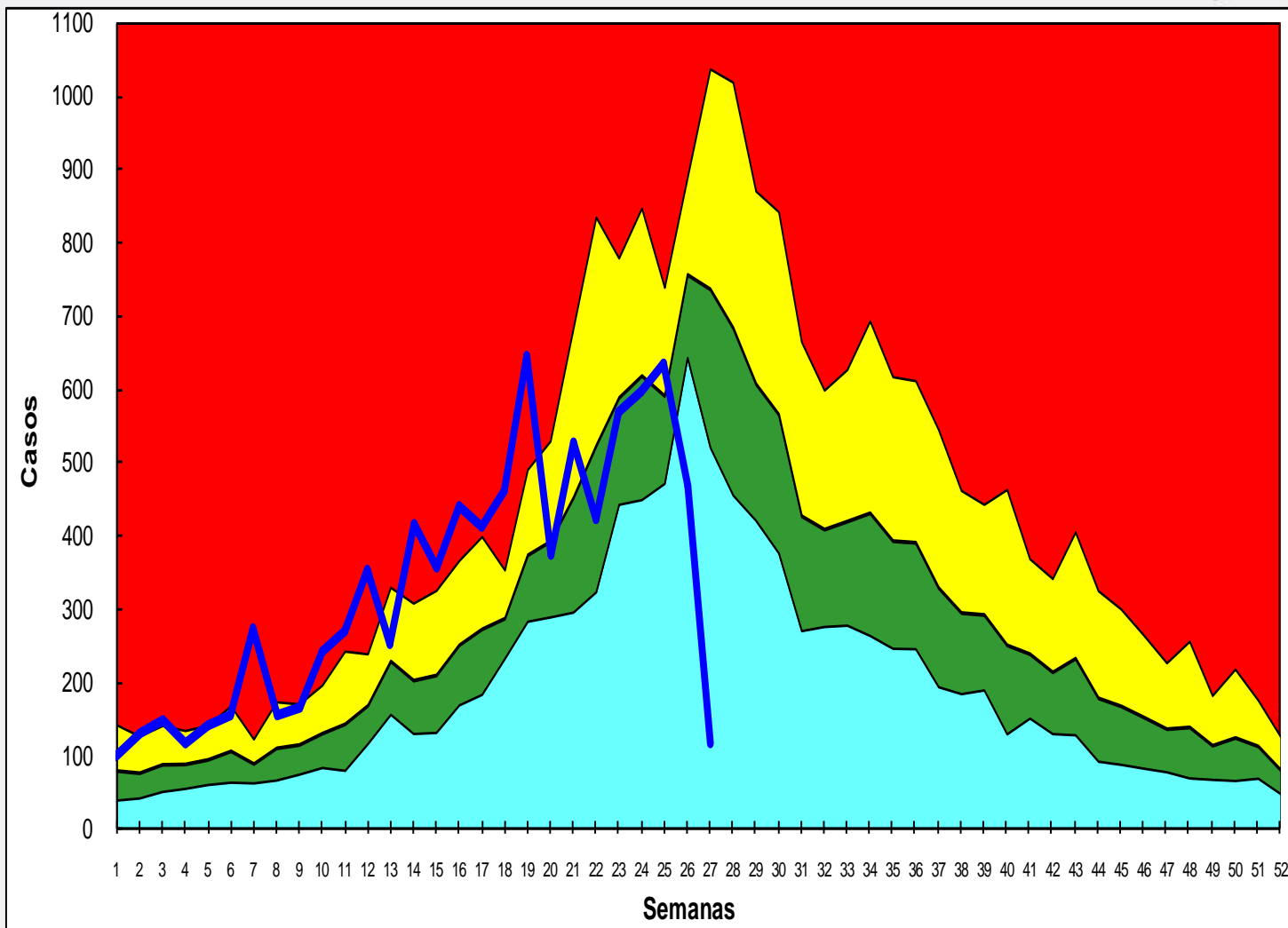
**Residentes en Ciudad de
Buenos Aires. Año 2015**

Aunque el número total de casos fue menor al año pasado, la ocurrencia de los mismos en las primeras semanas del año superó los valores esperados.

La curva de casos transitó entre zonas de alarma y brote desde comienzos del año , hasta la semana 19.

A partir de la semana 20, dicha curva circuló por zona de seguridad.

El descenso de la curva en las ultimas semanas es debido al retraso en la notificación.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

16

Neumonías

Total de casos notificados según residencia habitual
Serie histórica 2004-2015*

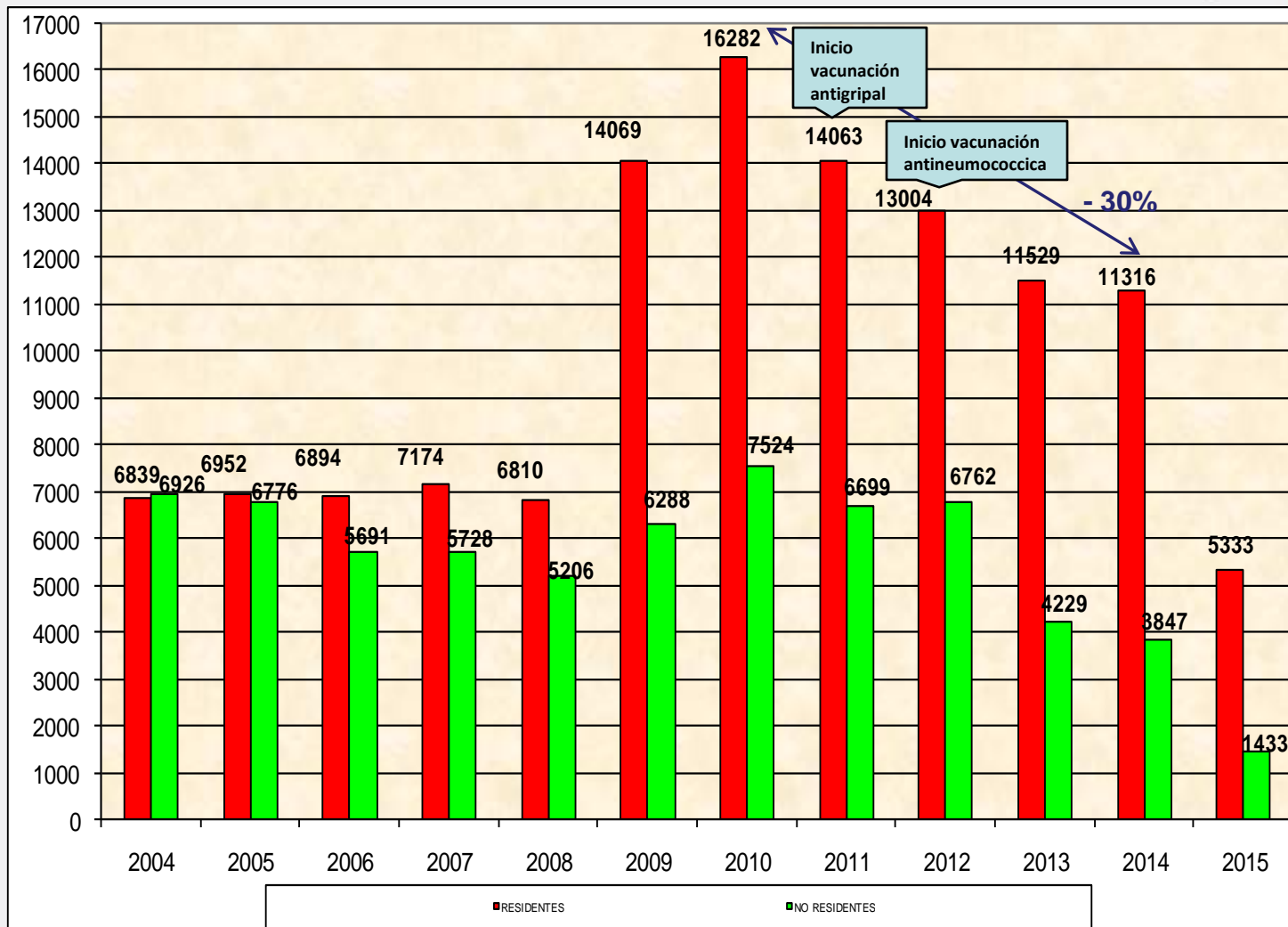
En neumonías se observó el mismo patrón de distribución de años anteriores, con predominio de los casos en residentes de la Ciudad.

En el corriente año, el 27% de la notificación de Neumonías correspondió a NO residentes

Se observó una tendencia declinante en la notificación de neumonía, desde el máximo reportado, en el año 2010.

Entre los años 2010 y 2014, dicha notificación se redujo un 30%.

*Año 2015, hasta la semana 27



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

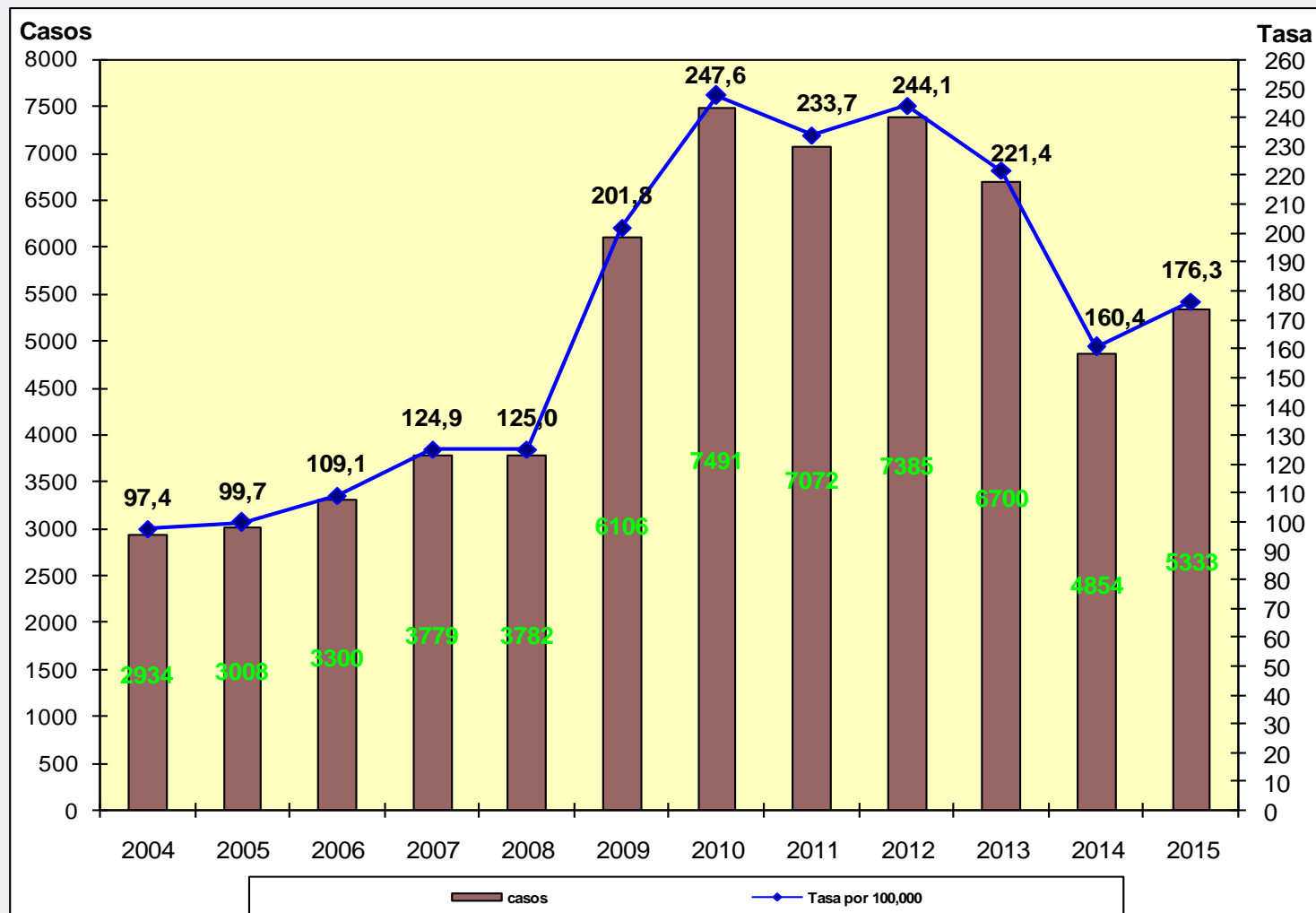
17

Neumonías

Casos acumulados
hasta la semana 27
Tasa de notificación
por 100.000 habitantes

Residentes en Ciudad
de Buenos Aires
Serie histórica
2004 – 2015

La serie histórica comparada
(comparación de iguales
períodos), demostró que la
notificación en el año 2015
fue superior al 2014, pero
inferior al cuatrienio 2010-
2013 (hasta la SE 27).



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

18

Neumonías

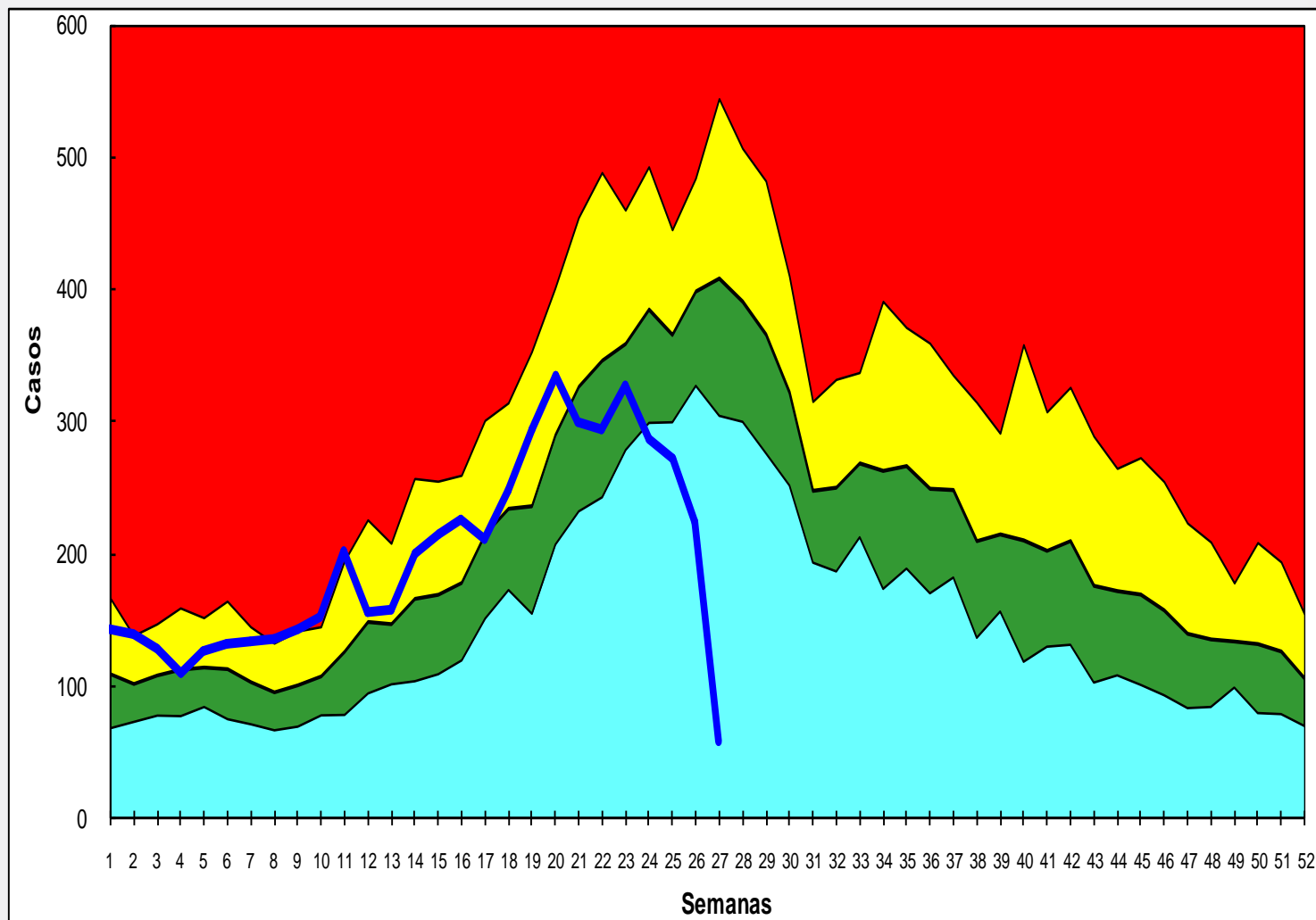
**Corredor Endémico semanal
hasta SE 27**

**Residentes en Ciudad
de Buenos Aires
Año 2015**

La curva de casos del año 2015 circuló entre zona de alarma hasta la semana 11.

A partir de la semana 12 la notificación circulo dentro de lo esperado, entre zonas de alarma y seguridad.

La caída en la curva en las ultimas semanas es debida al retraso en la notificación



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

19

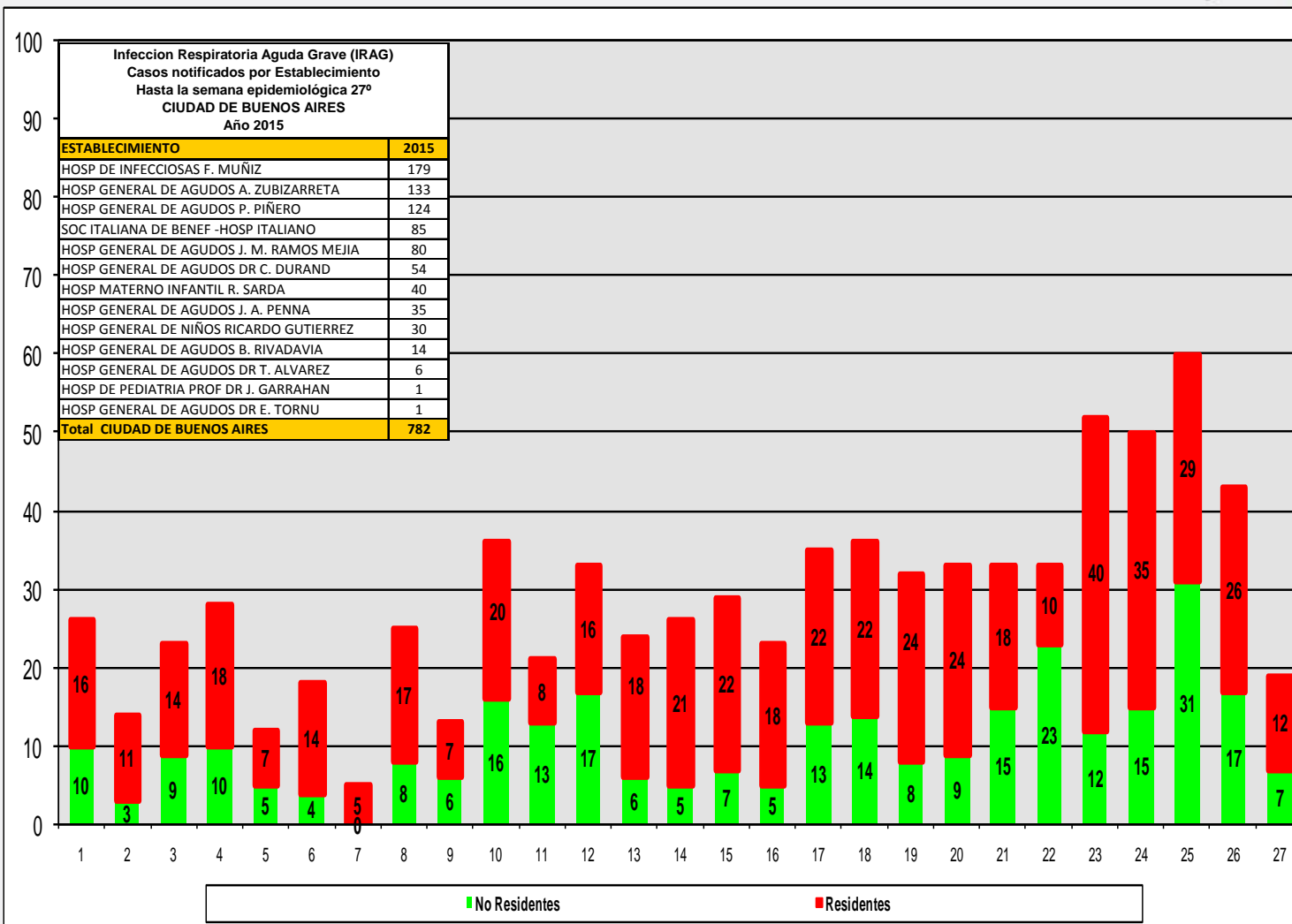
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS (IRAG) NOTIFICACION SEMANAL SEGÚN RESIDENCIA

GCBA Año 2015
Hasta semana 27

Los casos nuevos de hospitalizados semanalmente por IRAs notificadas como IRAG mostraron que, en general, los casos en residentes superó a los no residentes, sin advertirse un incremento sostenido.

Hasta la fecha, este evento ha sido notificado por 12 hospitales públicos y 1 establecimiento privado.

Este hecho indica el subregistro y retraso en la denuncia de este evento en los nodos locales del SNVS.



Actualización 22/07/2015

Fuente:Dpto. de Epidemiología. GCBA

20

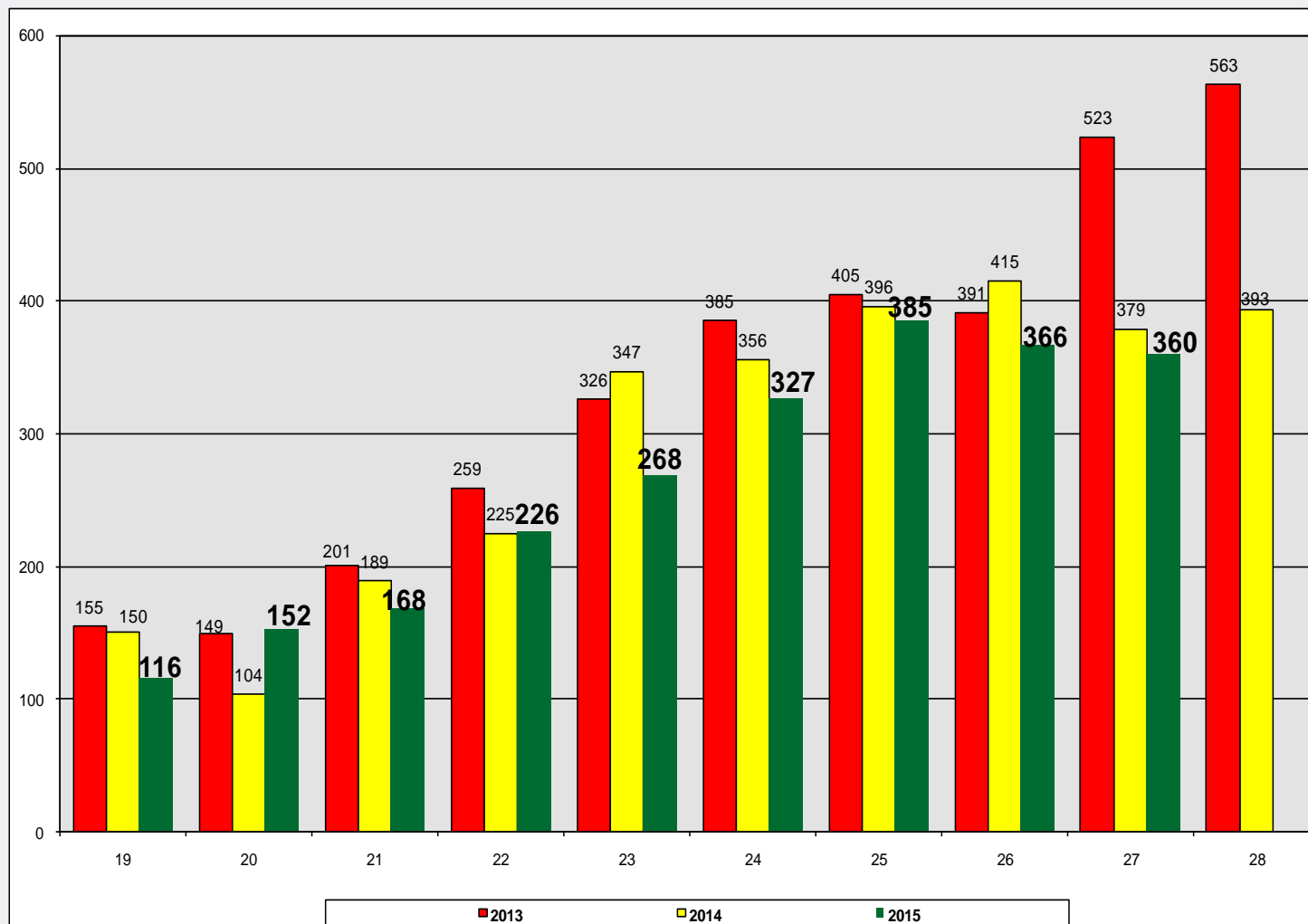
RELEVAMIENTO HOSPITALARIO

CASOS INTERNADOS POR INFECCION RESPIRATORIA AGUDA BAJA (IRAB)

Menores de 5 años
de edad

Total de Hospitales
Corte semana 27
Año 2015

Los casos que permanecían hospitalizados en las semanas relevadas del año 2015, se encontraban en valores inferiores o similares a los registrados en 2013 y 2014, hasta la semana 27.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Elaboración por Dpto. de Epidemiología con datos del Departamento Materno-Infantil. GCBA

21

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

SALA de SITUACION 2015

SIVILA

Notificación acumulada según laboratorio,
semana epidemiológica y muestras
analizadas

Hasta semana 27

Laboratorios oficiales y privados
CABA. Año 2015

De 26 laboratorios originalmente registrados
para participar en el SIVILA, sólo 9 notifican
regularmente (35% del total)

El único laboratorio del sector privado con
notificación oportuna fue el Hospital Italiano,
pero sólo registra notificación de eventos de
denuncia individual.


Los laboratorios que presentaron notificación
oportuna en el sector oficial, fueron los
hospitales GUTIERREZ, ÁLVAREZ, MUÑIZ
DURAND, ELIZALDE y GARRAHAN.


El mayor número de muestras fueron
registradas en los hospitales Garrahan,
Gutiérrez y Elizalde.


Hasta la semana 27 del corriente año, el
laboratorio del hospital Ramos Mejía registró
la mayor proporción de identificación viral.

El porcentaje general de identificación viral
estuvo cercano al 22%.

LABORATORIOS	SEMANAS NOTIFICADAS	MUESTRAS ANALIZADAS	MUESTRAS POSITIVAS	PORCENTAJE MUESTRAS POSITIVAS
PRIVADOS				
HOSPITAL ITALIANO	27	30	9	30,0
CENTRALAB S.A.	23	845	201	23,8
MANLAB. S.A.	19	277	26	9,4
CEMIC	0	0	0	0,0
CLINICA SUIZO ARGENTINA	0	0	0	0,0
FUNCEI	0	0	0	0,0
HOSP BRITANICO	0	0	0	0,0
HOSPITAL ALEMAN	0	0	0	0,0
SANATORIO GUEMES	0	0	0	0,0
OFICIALES				
HOSP. GUTIERREZ	27	1760	538	30,6
HOSP. ALVAREZ	27	179	102	0,0
HOSP. MUÑIZ	26	74	4	5,4
HOSP. DURAND	26	321	93	29,0
HOSP. ELIZALDE	26	1643	256	0,0
HOSP. GARRAHAN	26	3335	495	14,8
HOSP. RAMOS MEJIA	24	98	73	74,5
HOSP. SARDA	24	63	48	76,2
HOSP. PENNA	21	53	40	75,5
HOSP. PIÑERO	21	136	49	36,0
HOSP. ZUBIZARRETA	11	59	41	0,0
HOSP DE CLINICAS. UBA	0	0	0	0,0
HOSP. FERNANDEZ	0	0	0	0,0
HOSP. PIROVANO	0	0	0	0,0
HOSP. RIVADAVIA	0	0	0	0,0
HOSP. TORNÚ	0	0	0	0,0
HOSP. VELEZ SARSFIELD	0	0	0	0,0
TOTALES	-	8873	1975	22,3

 NOTIFICACION OPORTUNA

 NOTIFICACION TARDIA

 NOTIFICACION EXTREMADAMENTE TARDIA O SIN ACTIVIDAD

Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

22

Circulación Viral Global

Distribución Porcentual de Determinaciones

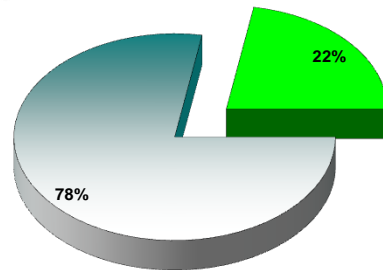
Red de laboratorios
SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta semana 27)

De 8873 determinaciones de virus respiratorios en pacientes internados y ambulatorios, notificadas al SIVILA, hubo identificación viral en 1975 de las mismas (22 %)

Predominó la circulación de VSR (82 %), Adenovirus (4 %), seguido de Parainfluenza (9 %), e Influenza (3 %).

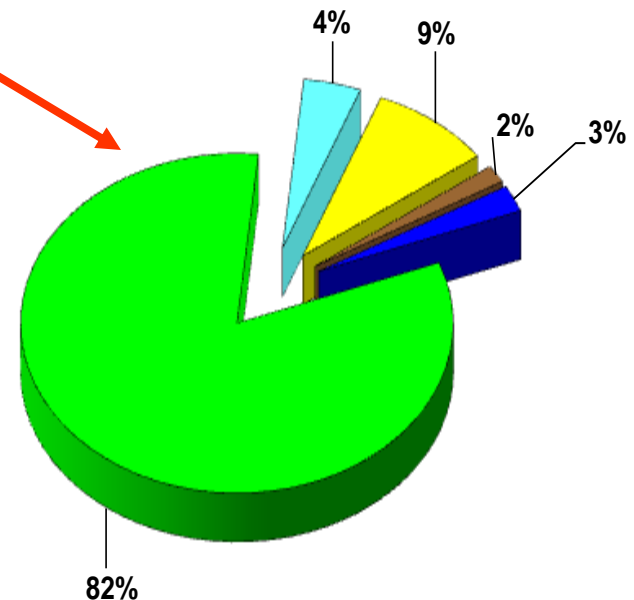
Se registraron 12 casos de influenza por virus AH1N1pd09.

N = 8873



■ Determinaciones negativas ■ Determinaciones positivas

N = 1975



■ Influenza ■ VSR ■ Adenovirus ■ Parainfluenza ■ Metaneumovirus

Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

23

Circulación Viral Total Virus Influenza

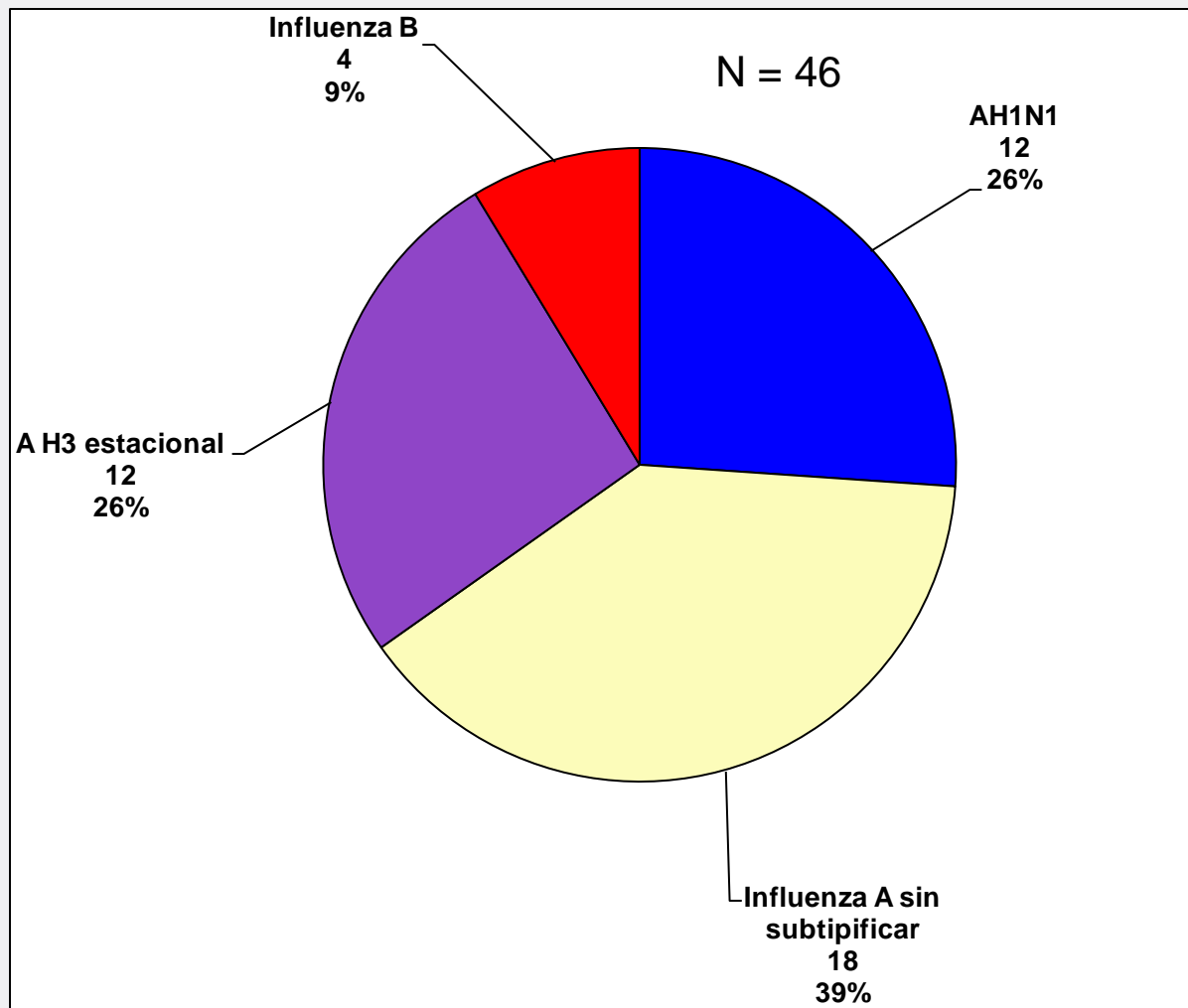
Distribución de casos
según aislamiento

Red de laboratorios
SIVILA

Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta
semana 27)

Del total de 46 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por Influenza AH1N1 e influenza AH3 estacional.

De los 12 casos de Influenza AH1N1pdm09, seis (6) correspondieron a residentes en CABA.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

24

Circulación Viral Global

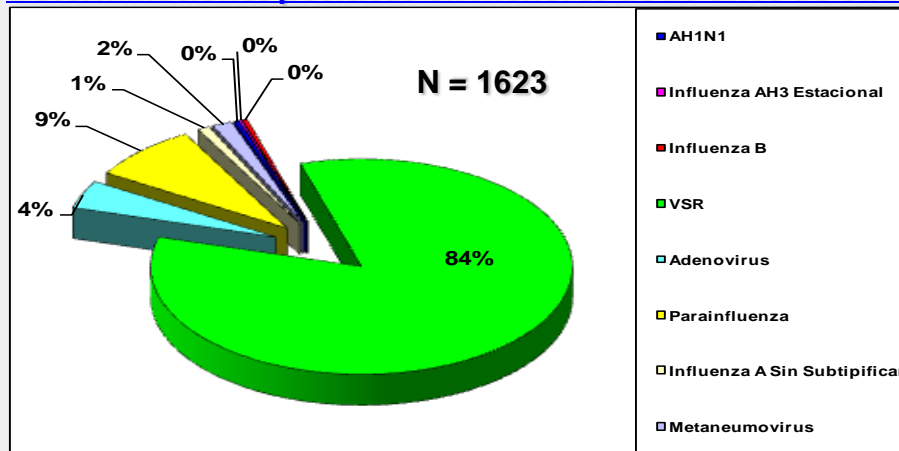
**Determinaciones positivas
por Grupos de Edad
y Tipo de virus**

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 27)

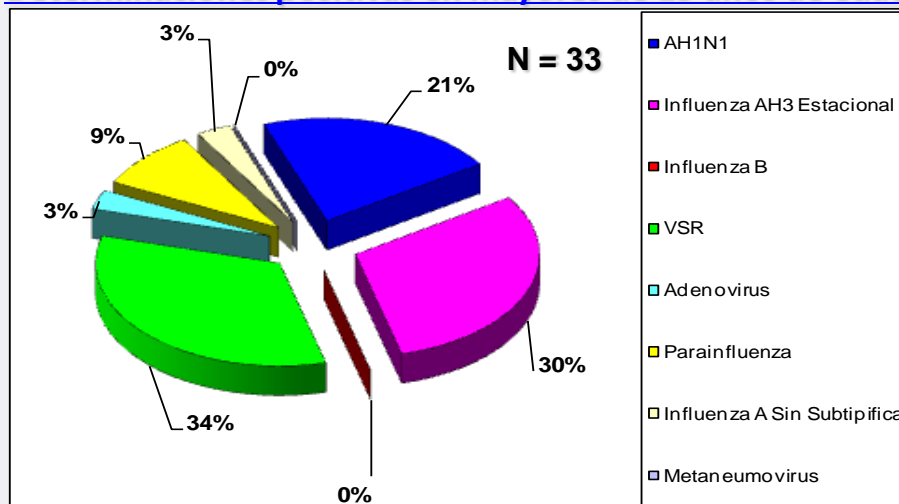
En los menores de 15 años predominó la circulación de VSR, Adenovirus y Parainfluenza.

En los mayores de 15 años el número de muestras estudiadas es mucho menor, con identificación predominante de VSR, Influenza AH3 estacional e Influenza A/H1N1.

Determinaciones positivas en menores de 15 años de edad



Determinaciones positivas en mayores de 15 años de edad



SIVILA

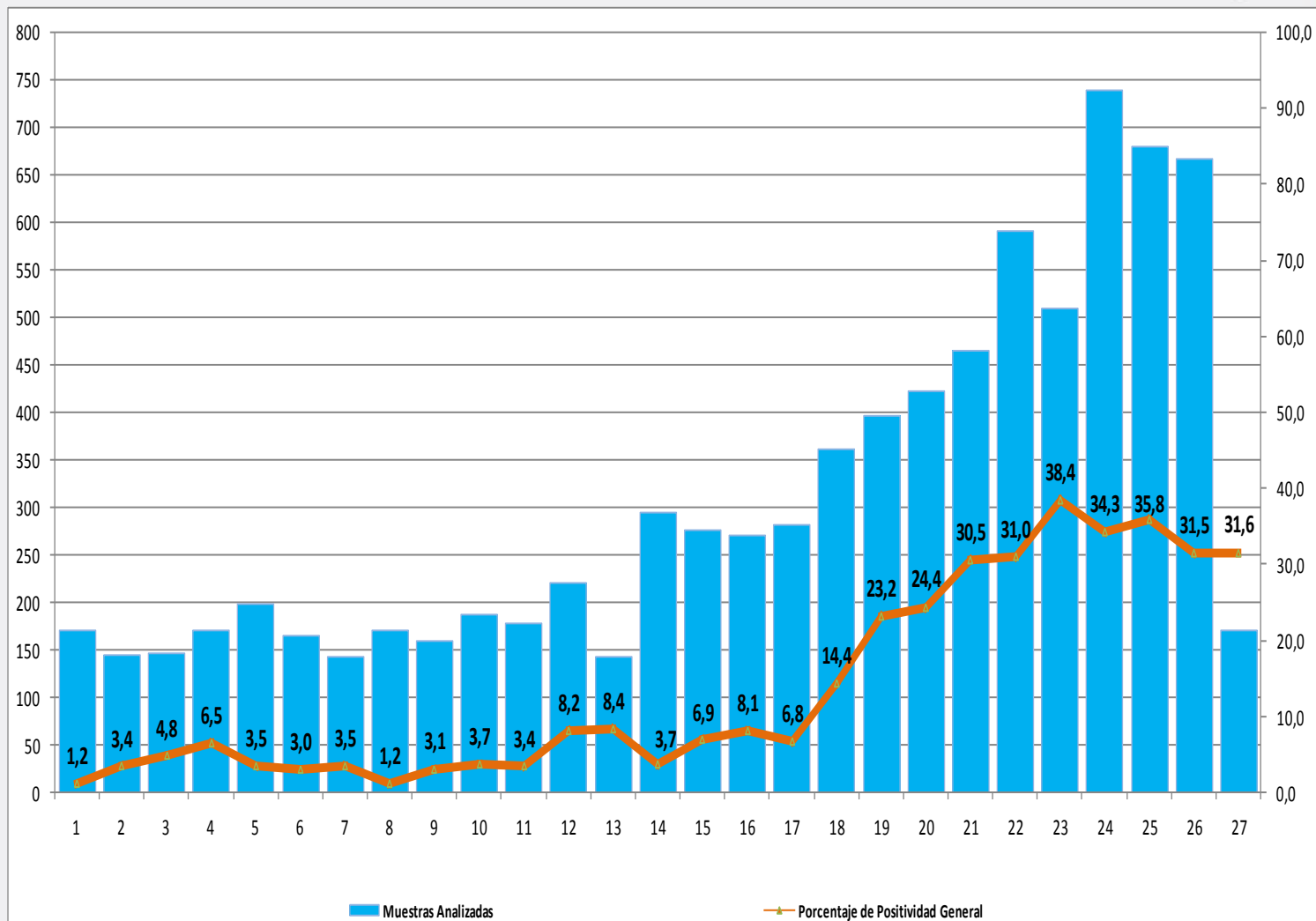
**Muestras analizadas
y porcentaje de positividad
según semana
epidemiológica**

Hasta semana 27

**Laboratorios oficiales
y privados
CABA. Año 2015**

Entre las semanas 2 a 11, el porcentaje de identificación viral en las muestras analizadas oscilo entre 3 % y 4 %.

A partir de la semana 12 comenzó a incrementarse la proporción de identificación positiva, con tendencia ascendente hasta la semana 23.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Circulación Viral Global Resultados por semana epidemiológica

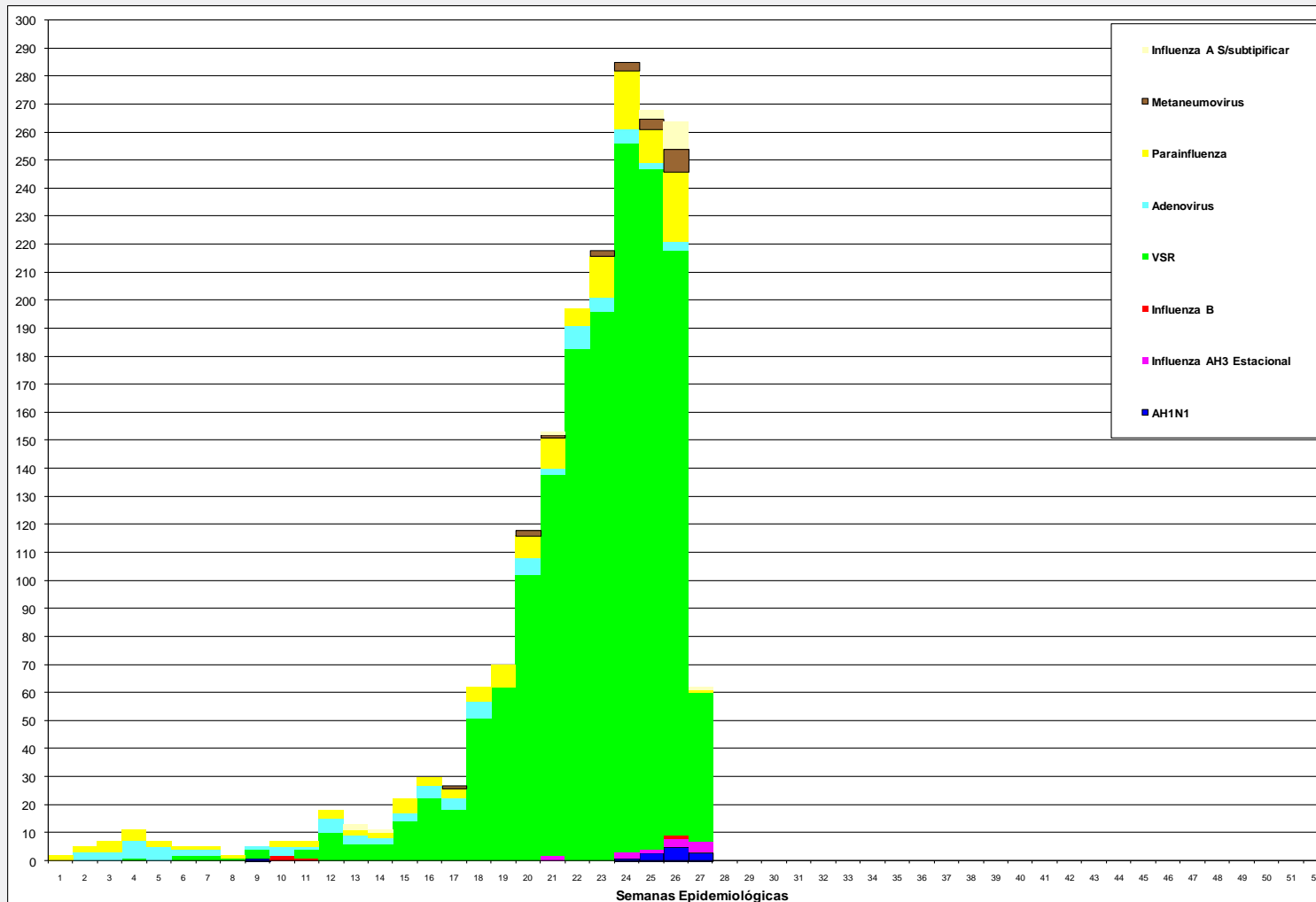
SIVILA
Ciudad de
Buenos Aires
Año 2015

(Acumulado hasta SE 27)

Predominó la circulación de VSR, Parainfluenza y Adenovirus, desde comienzos del año 2015.

El caso de Influenza AH1N1 se registraron en la semana 9 y entre semanas 24 a 27.

También se notificaron tres casos de Influenza B entre semanas 10-11 y uno en semana 26.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

27

**Casos positivos
para virus Influenza
según tipo y subtipo por
semana epidemiológica**

**SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 27)**

Hasta la semana 27 se identificaron 46 casos de Influenza.

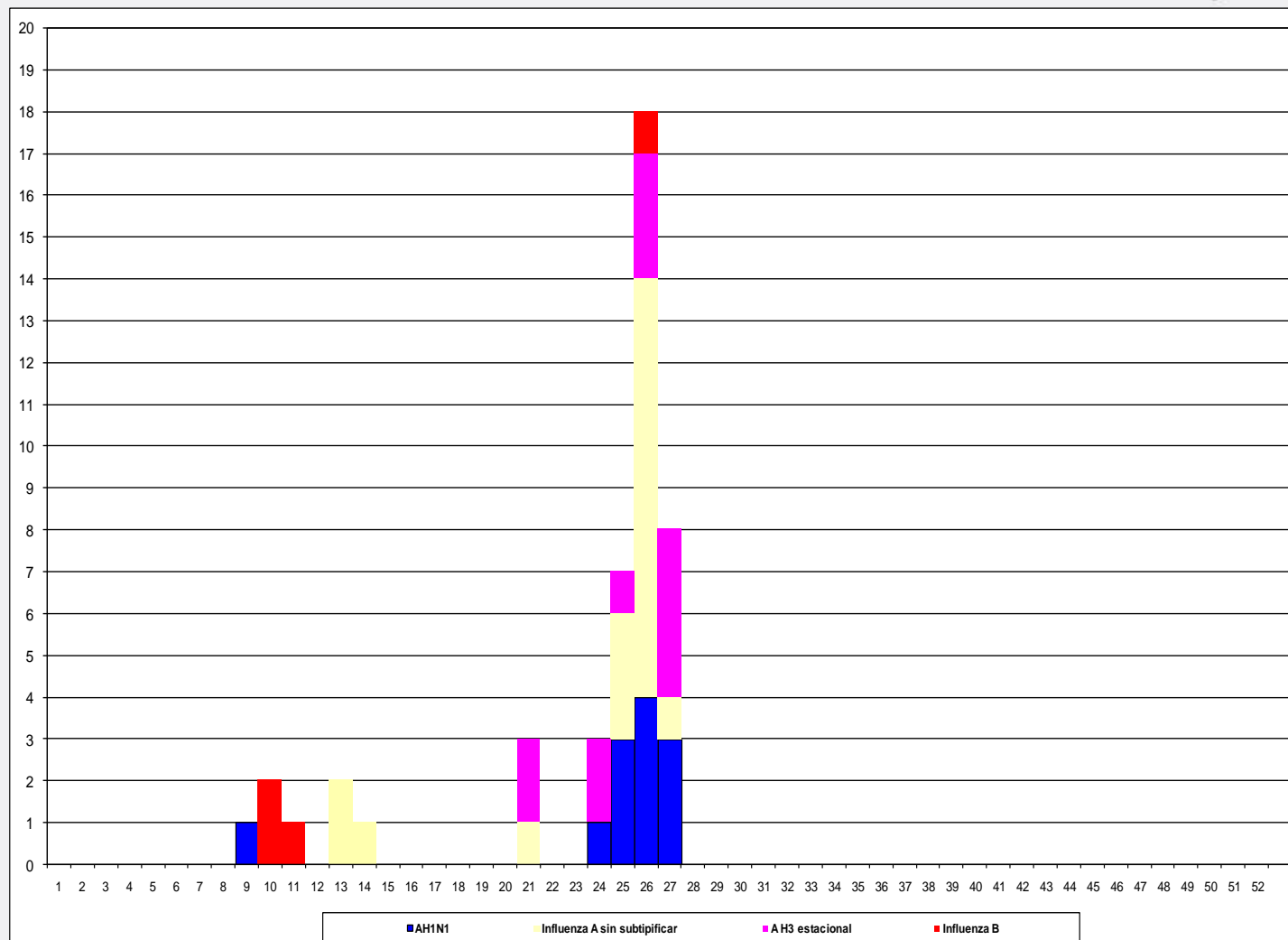
En semana 9, un caso de ETI con identificación de Influenza AH1N1pdm09, importado.

En semana 10, dos casos de ETI con identificación de Influenza B

En semana 11, un caso de ETI con identificación de Influenza B

En semanas 13 y 14, casos de ETI con identificación de Influenza A sin subtipificar.

La mayoría de los casos de Influenza A/H1N1 se han reportado entre semanas 24 a 27.



Actualización 22/07/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

28

Circulación Viral Global

Distribución por Edad
y Tipo de virus

SIVILA

Ciudad de Buenos Aires

Año 2015

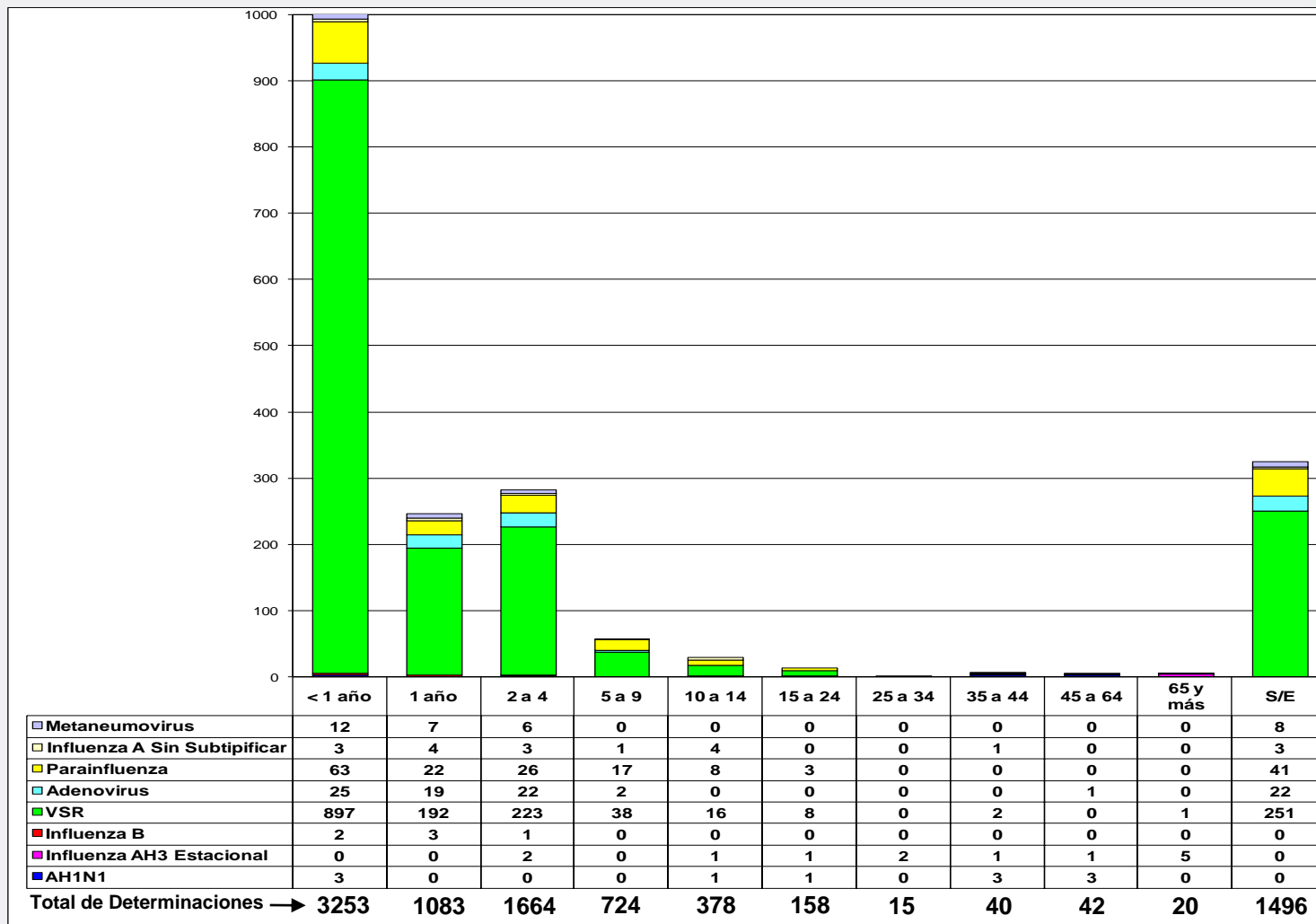
(Acumulado hasta SE 27)

La mayoría de las muestras estudiadas correspondieron a menores de 15 años. En dichas edades predominó la circulación de VSR, Adenovirus y Parainfluenza, y la totalidad de Influenza B.

En mayores de 15 años se identificó la mayoría de los casos de Influenza A.

Es elevado el número de muestras sin identificación de edad.

En las muestras positivas sin identificación de edad se observó un patrón de distribución viral similar al de menores de 15 años



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

29

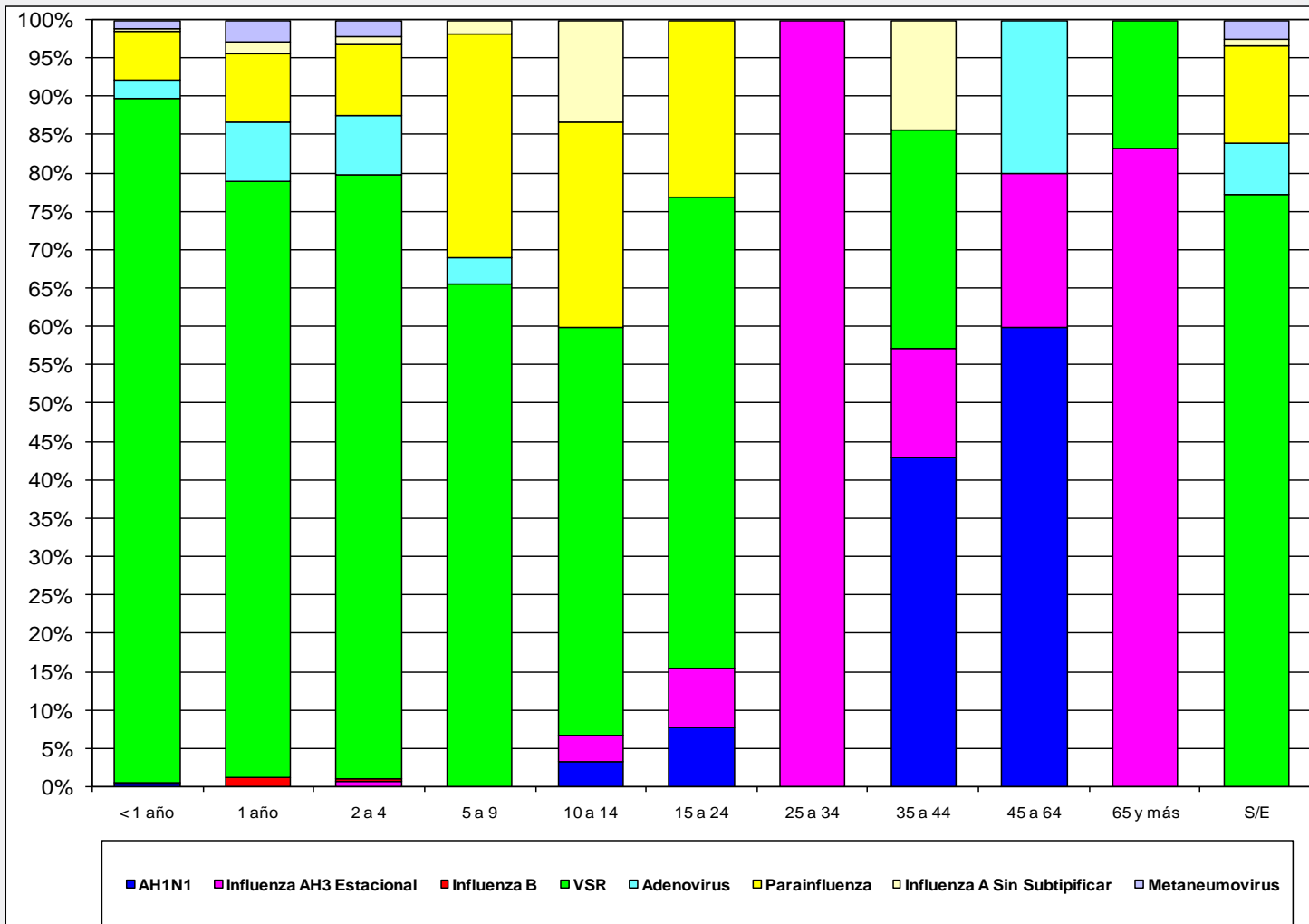
Circulación Viral Global Distribución porcentual por Edad y Tipo de virus

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 27)

El peso relativo de la circulación de VSR, Adenovirus y Parainfluenza es predominante en los menores de 15 años y en los casos de IRA sin identificación de edad.

En los casos positivos en mayores de 15 años se destacaron Influenza AH3 estacional e Influenza AH1N1.

En el grupo sin identificación de edad, la distribución porcentual es similar al grupo menor de 10 años.



Actualización 22/07/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

30

Circulación de Virus Sincicial Respiratorio (VSR)

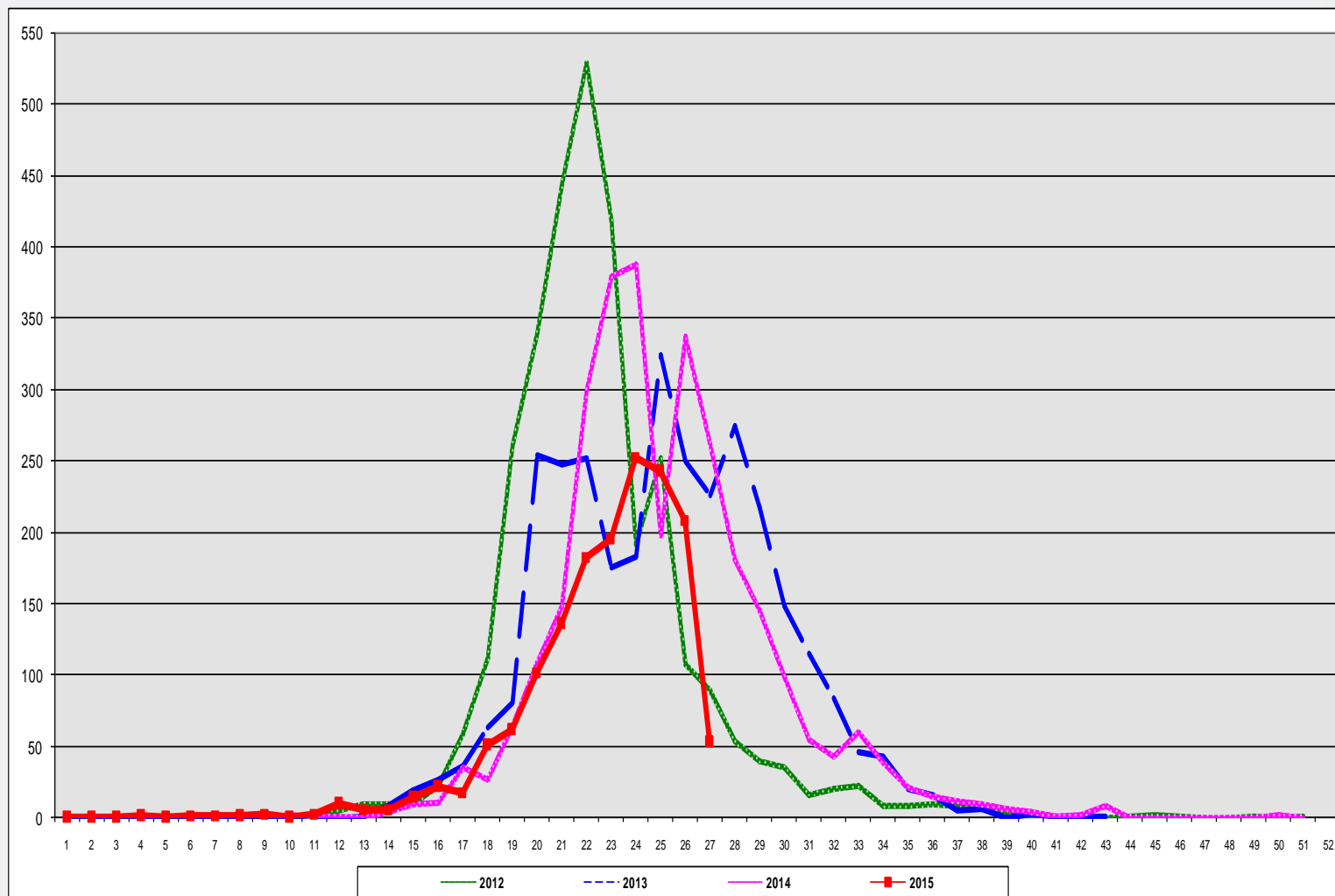
Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2012 - 2015

La notificación de VSR
mostró escasa
circulación. hasta la
semana 11 del corriente
año

A partir de la semana 12
comenzó a observarse un
incremento sostenido de
dicha circulación.

La caída en la curva en
las últimas semanas se
debe a retraso en la
notificación del SIVILA.



Actualización 22/07/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

31

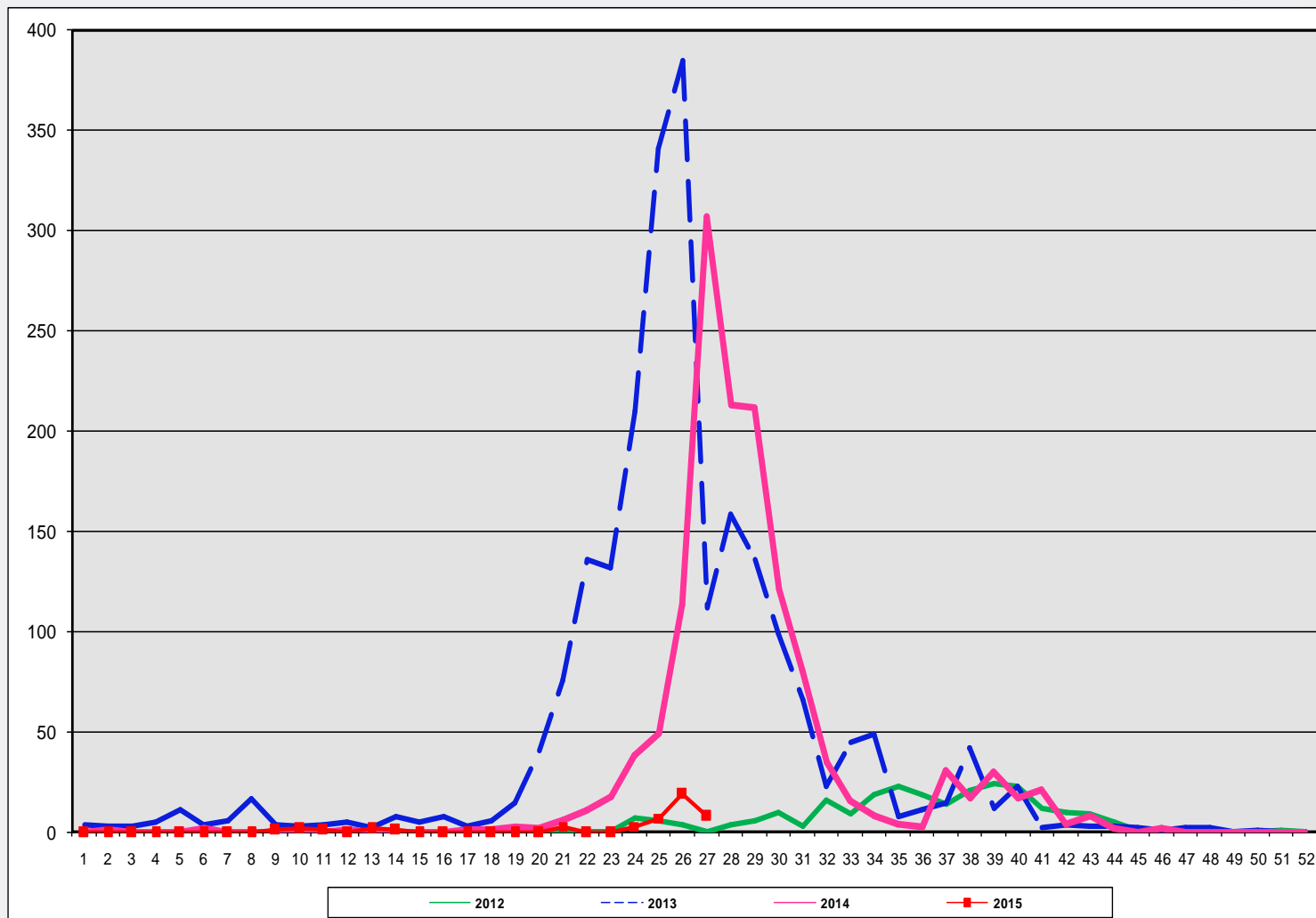
Circulación de Virus Influenza

Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2012 - 2015

La notificación del **total** de virus influenza hasta la semana 27 del corriente año mostro escasa circulación, con un leve incremento a partir de la semana 24.

Existe retraso en la notificación del SIVILA en las últimas semanas.



Actualización 22/07/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

32

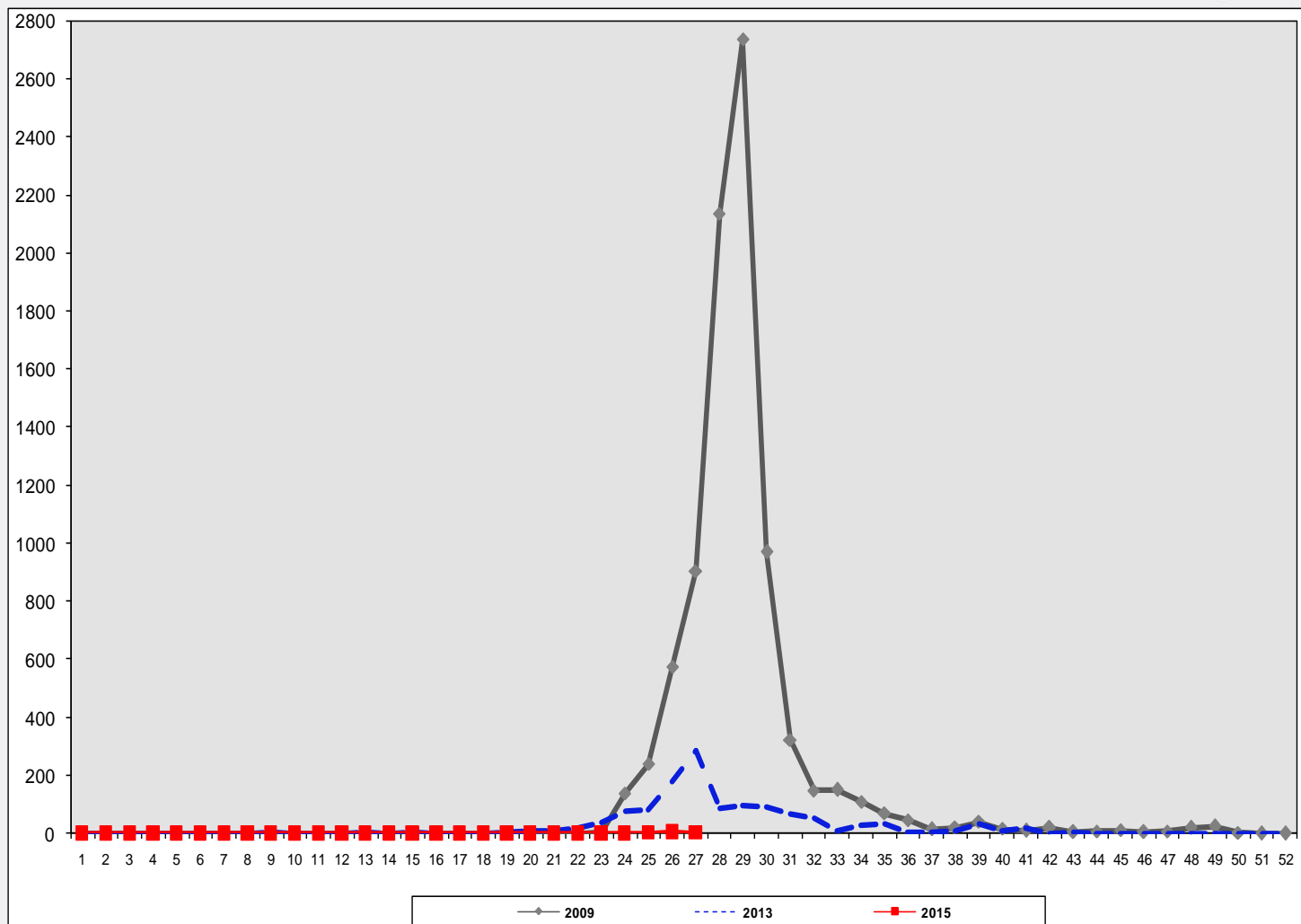
Circulación de Virus Influenza A/H1N1pdm09

Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2009, 2013 y 2015

En el año 2009 (pandemia de Influenza por A/H1N1), el máximo de circulación notificada se observó entre semanas 28 y 30 con 2737 casos (ver escala).

En el corriente año y hasta semana 27, dicho registro se observó escasa circulación,



Actualización 22/07/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

33

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1

(Hasta cuatrisesmana epidemiológica 7)

En el presente año y hasta la cuatrisesmana 7, se registraron 12 casos confirmados de Influenza A/H1N1 (6 en residentes, 50% del total).

La mayoría de las notificaciones ocurrieron a partir de la cuatrisesmana 7, tanto en residentes como en no residentes.

Cuatrisesmana Epidemiológica	Año 2014		Año 2015		
	Residentes	No residentes	Residentes	No residentes	S/D
1	1	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0
6	1	1	0	0	1
7	2	1	5	3	2
TOTAL	6	2	6	3	3

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1

Residentes en Ciudad de Buenos Aires

(hasta semana epidemiológica 27)

Casos según efector de atención
Residentes en CABA

EFECTOR	Casos	%
PRIVADO	5	83,3
PUBLICO	1	16,7
TOTAL	6	100,0

Casos según tipo de atención
Residentes en CABA

TIPOATENCION	Casos	%
AMBULATORIO	2	33,3
INTERNADO	4	66,7
TOTAL	6	100,0

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

(Año 2015 hasta semana epidemiológica 27)

Distribución según grupos de edad
Residentes CABA

Grupos de edad	2015	
	Casos	%
Menor de 1	1	16,7
1 año	0	0,0
2 a 4 años	0	0,0
5 a 14 años	1	16,7
15 a 24 años	0	0,0
25 a 34 años	0	0,0
35 a 44 años	2	33,3
45 a 64 años	2	33,3
65 y mas años	0	0,0
Total	6	100,0

Hasta la semana 27, los casos confirmados de influenza A/H1N1 residentes se concentran entre los 35 a 64 años de edad.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

SALA de SITUACION 2015

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

Según comuna de residencia habitual

(hasta semana 27)

Regiones	Comuna	2015	
		Casos	Tasa
1	1	0	0,0
	3	1	0,5
	4	0	0,0
	SubTotal	1	0,2
2	7	0	0,0
	8	0	0,0
	9	0	0,0
	SubTotal	0	0,0
3	5	1	0,6
	6	0	0,0
	10	0	0,0
	11	1	0,5
	15	0	0,0
	SubTotal	2	0,2
4	2	0	0,0
	12	0	0,0
	13	1	0,4
	14	0	0,0
	SubTotal	1	0,1
Sin Datos		2	-
Total		6	0,2

* Tasa por 100.000 habitantes

Actualización 22/07//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

37

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SALA de SITUACION 2015



CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

(Hasta semana epidemiológica 27)

Casos según antecedente de comorbilidad Residentes en CABA (N= 6)

Comorbilidades	Casos
Con 1 comorbilidad	5
Con más de 1 comorbilidad	2
Sin comorbilidad	1

Total de casos según distribución de factores de riesgo Residentes en CABA (N = 6)

Factor de Riesgo	Casos
Obesidad	1
Trasplante	1
Metabólicas	1
EPOC	2
Sin comorbilidad	1
Total	6

Actualización 22/07//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

38



Buenos Aires Ciudad

MINISTERIO DE SALUD

CASOS HOSPITALIZADOS Y CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

(Hasta semana epidemiológica 27)

Casos hospitalizados según comorbilidad Residentes en CABA (N=4)

Comorbilidades	Casos
Con 1 comorbilidad	1
Con más de 1 comorbilidad	2
Sin Datos	1
Total	4

Casos hospitalizados según distribución de factores de riesgo Residentes en CABA N = 4

Factor de Riesgo	Casos
Metabólicas	1
Trasplante	1
EPOC	1
Sin Datos	1
Total	4

Hasta la semana 27 se registraron 4 casos hospitalizados, de los cuales 3 notificaron antecedentes de comorbilidad. Los factores de riesgo reportados fueron síndrome metabólico, trasplante y EPOC.

CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

Fallecidos según grupos de edad y residencia
(hasta semana 27)

Grupos de edad	2015
	Obitos
Menor de 1	0
1 año	0
2 a 4 años	0
5 a 14 años	0
15 a 24 años	0
25 a 34 años	0
35 a 44 años	0
45 a 64 años	1
65 y mas años	0
Total	1

Se registró 1 caso residente, fallecido por Influenza AH1N1pdm, con antecedentes de EPOC, y sin antecedentes de vacunación antigripal

CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACION 2015

VIRUS DE INFLUENZA

JURISDICCION CIUDAD DE BUENOS AIRES

Datos al 22/07/2015

Cumplida la 13° semana de vacunación antigripal se aplicaron 405.327 dosis. Más del 80% fueron aplicadas en residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

Desde el inicio de la Campaña se recibieron 13 notificaciones de ESAVIs; la mitad de las mismas correspondieron a la presentación de síntomas locales en el sitio de inyección.

	DOSIS APLICADAS Y COBERTURA DE GRUPOS SELECCIONADOS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA								
DOSIS EN RESIDENTES	68.222	11.710	12.485	4.952	39.469	20.151	274.780	98
COBERTURAS			57,3%	45,4%	60,3%	30,8%		

TOTAL DE DOSIS APLICADAS A RESIDENTES: 333.109

TOTAL DE DOSIS APLICADAS A NO RESIDENTES: 72.218

TOTAL DE DOSIS APLICADAS: 405.327

RESUMEN SITUACION EN CABA

Hasta semana epidemiológica 27

- La curva de casos de bronquiolitis en menores de 2 años circuló en zona de brote entre las semanas 7 y 18, luego los casos se presentaron dentro de los valores esperados.
- La curva de casos de ETI circuló entre zona de alarma y brote desde comienzo del año hasta la semana 19. A partir de la semana 20 dicha curva circuló por zona de seguridad.
- La curva de casos de neumonía circuló entre zona de alarma y brote hasta la semana 11. Desde la semana 12 la notificación circuló dentro de lo esperado.
- Se observó tendencia declinante en la notificación de neumonía en los últimos 5 años
- Existió evidencia de subregistro y retraso en la notificación de casos de IRAG
- Las IRAB en menores de 5 años que permanecieron hospitalizadas en semanas 23 y 27 se observaron en valores inferiores o similares a los registrados en 2013 y 2014
- Se observó elevada proporción (65 %), de laboratorios que no notifican al SIVILA
- Se registro un 22 % de identificación viral en las muestras analizadas
- Se observó elevada proporción (17%), de muestras sin identificación de edad
- La circulación viral global en los casos de IRA mostró predominio de VSR, Adenovirus y Parainfluenza
- La circulación de virus Influenza en general, se observó en niveles mínimos
- Se notificaron 12 casos de Influenza AH1N1, de los cuales 6 eran residentes en CABA. Uno de ellos, de 64 años fallecido, con antecedentes de comorbilidad y sin antecedentes de vacunación.

ACCIONES A SEGUIR

Recomendaciones en instituciones de salud

- Orientar la permanencia de los pacientes con cuadros respiratorios febriles en lugares definidos de la sala de espera.
- Disponer de un consultorio de Febriles,
- Indicar el uso de barbijo simple al paciente con infección respiratoria aguda (IRA).
- Colocarse para la asistencia un barbijo quirúrgico.
- **Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón** y secarse con una toalla de papel individual
- Evaluación clínica, Rx (según examen clínico) y seguimiento ambulatorio o en internación, según estado del paciente y de ser necesario consulta con especialista.
- Se indicará aislamiento domiciliario por 7 días a partir del inicio de los síntomas, o más de persistir los mismos
- **Control en domicilio del paciente y contactos estrechos de casos confirmados de Influenza** (evolución, factores de riesgo, vacunación antigripal, casos asociados)

Pacientes que requieran internación

-
- Se deberán observar estrictamente las **medidas de protección personal**, manejo de enfermos y sus secreciones. Utilizar medidas de barrera que dependerán del tipo de acciones que realice. Si hubiera riesgo de salpicaduras con secreciones respiratorias: usar camisolín limpio, guantes y antiparras
- Solo se deben usar barbijos particulados N 95, si se realizan procedimientos que generan aerosoles.
- Los barbijos quirúrgicos se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente.
- Se debe realizar la higiene de manos luego de retirarse los elementos de protección personal
- Consultar con los especialistas las actualizaciones clínicas terapéuticas periódicas que surgen ante este nuevo cuadro.
- **Toma de de muestras oportuna para estudio virológico .**

Estudios Viroológicos

•Se obtendrán muestras para la realización de estudios virológicos preferentemente en :

➤ Casos de IRA´s Internados

- Todos los pacientes menores de 2 años internados por IRA en sala común, unidades de cuidados intermedios o intensivos (excluye casos de internación abreviada o pre hospitalización)
- Todos los pacientes (cualquier edad) internados por IRA en unidades de cuidados Intensivo o que requieran Asistencia Respiratoria Mecánica
- Adultos internados por IRA en sala común con menos de 72 hs de evolución

Recomendación breve para estudio de coronavirus

Todo paciente que cumpla con la definición de caso de neumonía o IRAG y tenga antecedente de viaje en los últimos 14 días a países o regiones donde hay circulación de MERS – CoV y se han notificado casos de infección en humanos, o constituya un contacto cercano de un caso con esas características, deberá ser estudiado para diagnóstico etiológico de Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en el Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios.

Dpto. de Virología
INEI –ANLIS Dr Carlos G. Malbrán
Av. Vélez Sársfield 563 (1281) Ciudad de Buenos Aires
Tel. 0054 11 4301-1035
Email: ebaumeister@anlis.gov.ar, respivirus@anlis.gov.ar

Aislar inmediatamente a las personas identificadas como en riesgo de tener una infección MERS-CoV. Los pacientes deben permanecer en habitaciones individuales o se deben agrupar los que tienen el mismo diagnóstico etiológico. Si el diagnóstico etiológico no es posible, debe existir una separación espacial de al menos 1 metro entre pacientes con el mismo diagnóstico clínico y con riesgo epidemiológico. Limitar el movimiento del paciente fuera del área de aislamiento y asegurarse de que usa máscara médica cuando se encuentra fuera de su habitación.

El equipo de salud debe utilizar los siguientes elementos si trabaja a menos de 1 metro del paciente: guantes, camisolín de manga larga, protección para ojos y barbijo N95 o equivalente.

Tomar precauciones al realizar procedimientos que generen aerosoles y al transportar muestras.

Realizar higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente y su entorno e inmediatamente después de la eliminación del barbijo.

Limitar el número de personas presentes en la sala al mínimo necesario para la atención del paciente y las visitas del mismo, quienes deben tomar las mismas precauciones que el equipo de salud.

Limpiar y desinfectar las superficies de contacto con el paciente (por ejemplo, la cama) después de su uso.

Inmediatamente notificar a las autoridades del Ministerio de Salud de la Ciudad, sobre la sospecha de caso de MERS-CoV.

TRATAMIENTO ANTIVIRAL

En General:

Pacientes con IRAs grave o progresiva aunque hayan recibido la vacuna antigripal

Pacientes con alto riesgo de padecer complicaciones por influenza

Pacientes adultos internados, se iniciará tratamiento antiviral independientemente del tiempo de evolución de los síntomas y sin esperar resultados de laboratorio virológico EN TODOS LOS CASOS SOSPECHOSOS.

Pacientes adultos ambulatorios; sólo se tratan los pacientes de grupos de riesgo con menos de 48hs del inicio de los síntomas.

El embarazo no se debe considerar como una contraindicación al uso del Oseltamivir o Zanamivir.

Las mujeres embarazadas pueden tener riesgo más alto de sufrir complicaciones graves debido a la influenza A/H1N1.

Pacientes pediátricos internados:

- **con presentación clínica grave o progresiva** que requieran terapia intensiva o ARM, **se tratan todos los niños**. Si se recupera otro virus evaluar suspensión del tratamiento Si es negativo o no se puede realizar, completar el tratamiento

- En niños internados **con cuadros leves a moderados** y en caso de disponer de estudios de virus respiratorios dentro de las 25hs del ingreso del paciente, se **inicia tratamiento ante** resultados de IFI + para **Influenza A** hasta tener el resultado de PCR-real time para H1N1. Si no es posible realizar el estudio completar el tratamiento.

Pacientes pediátricos ambulatorios:

- **Con presentación clínica no complicada**, sólo se tratan los pacientes de grupos de riesgo* con **menos de 48hs** del inicio de los síntomas y considerando características propias del paciente. independientemente de otros tratamientos,

Los pacientes con **bronquiolitis sin fiebre, CVAS, otitis; no deben medicarse con antivirales**

En los niños menores de 1 año debe valorarse, el riesgo de la influenza y el uso del Oseltamivir; y de ser tratados, deben serlo bajo estricta supervisión médica y los menores de 3 meses en el ámbito hospitalario

RECOMENDACIONES GENERALES A LA POBLACION **PARA EVITAR LA TRANSMISION DE INFLUENZA**

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar, y lavarse las manos inmediatamente.
- Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos
- No compartir cubiertos ni vasos.
- Limpiar las superficies que tocan los enfermos con agua y detergente o jabón, o alcohol al 70%
- Aislamiento domiciliario de los pacientes con influenza por 7 días, para evitar contagiar sobre todo a niños y ancianos convivientes.
- Las personas que cuidan a un paciente con Influenza, deben protegerse lavándose las manos y tapándose la boca y la nariz cuando se cuide a un enfermo.
- Ventilar bien la casa cuando sea posible.
- No es necesario que la población general sana utilice barbijos
- Vacunación antigripal en aquellas personas que pertenecen a grupos definidos para la vacuna
- Consulta precoz al médico, evitar automedicación.

Vacunación antigripal

La **población objetivo** corresponde a:

- **Personal de salud,**
- **Embarazadas en cualquier trimestre, puérperas hasta los 6 meses (si no la hubieran recibido durante el embarazo),**
- **Niños de 6 meses a 2 años (deben recibir dos dosis de vacuna separadas de al menos 4 semanas),**
- **Personas entre 2 y 64 años con factores de riesgo (se detallan a continuación) y mayores de 65 años.**

Grupos de riesgo:

Grupo 1: Enfermedades respiratorias

- a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.)
- b) Asma moderado y grave

Grupo 2: Enfermedades cardíacas

- a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía
- b) Cardiopatías congénitas

Grupo 3: Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica)

- a) Infección por VIH
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)
- c) Inmunodeficiencia congénita
- d) Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica)
- e) Desnutrición grave

Grupo 4: Pacientes oncohematológicos y trasplantados

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento
- b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa
- c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético

Grupo 5: Otros

- a) Obesos con índice de masa corporal [IMC] mayor a 40
- b) Diabéticos
- c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses
- d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de vida
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años
- g) Convivientes o contactos estrechos de enfermos oncohematológicos
- h) Contactos estrechos con niños menores de 6 meses (convivientes, cuidadores en jardines maternos)

Informe elaborado por

Dr Jorge Chaui
Dr Raúl Forlenza

Programa de Inmunizaciones

Agradecimientos: a los profesionales asistenciales, de epidemiología y de los laboratorios de virología; de los efectores públicos y privados que participan activamente en la vigilancia y control de las enfermedades respiratorias agudas