

# INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

## Ciudad Autónoma de Buenos Aires

### SALA DE SITUACION 2015

*Hasta Semana Epidemiológica 37  
(19-9-15)*

## **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

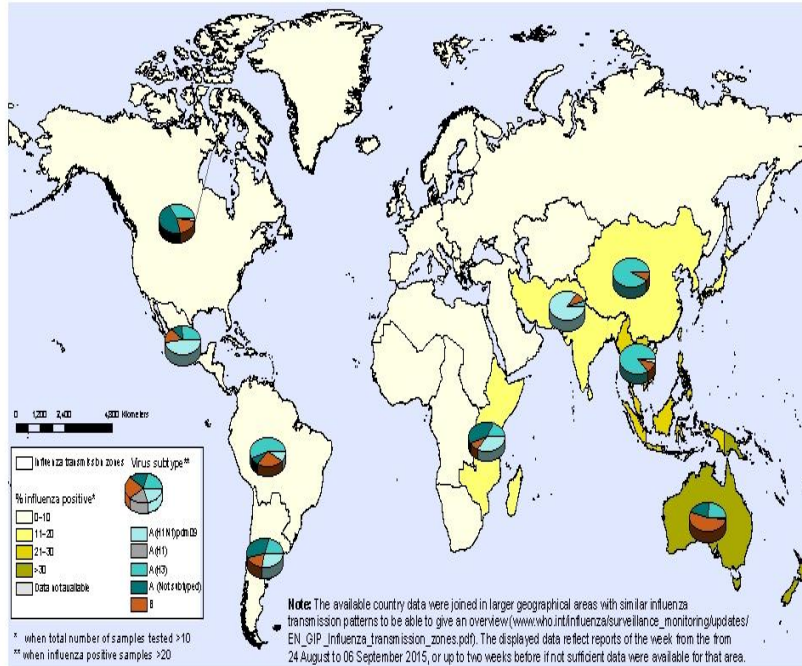
Debe señalarse que los datos de notificación de casos provienen regularmente del sector oficial y de escasos efectores privados

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

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza  
By influenza transmission zone

Status as of 17 September 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area, or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FAH4 ([www.who.int/influenza](http://www.who.int/influenza))



A nivel mundial, la actividad de influenza se mantuvo constante en el Hemisferio Sur con una leve disminución de la actividad en Oceanía y Sudáfrica. En el Hemisferio Norte la actividad se mantuvo baja.

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.

En África del Este, la Influenza A es predominante. En el Oeste y el Sur de África se redujo la actividad siendo el tipo B el más predominante en las últimas semanas.

En los países occidentales de Asia, se registraron bajos niveles de actividad de Influenza, aunque India reportó un leve aumento de actividad predominantemente A(H1N1)pdm09. La actividad decreció aunque continúa elevada en China con Influenza A (H3N2) predominante.

En los países tropicales de América Central y el Caribe la actividad de Influenza tuvo un descenso, con excepción de Cuba que mantuvo un nivel elevado de Enfermedad Tipo Influenza siendo reportados numerosos casos de infecciones respiratorias asociadas a la influenza A(H1N1)pdm09 y VSR. En Sur América la actividad de Influenza se mantuvo baja en líneas generales, aunque en Chile hubo un incremento en las detecciones de Influenza. La influenza A fue el virus más detectado mientras las detecciones de VSR disminuyeron.

<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/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/)

## Situación Regional

Hasta Semana 37. Año 2015

- Norte América: La actividad de Influenza y otros virus respiratorios continúan en niveles reducidos.
- Caribe: En líneas generales la actividad de virus respiratorios se mantuvieron bajos. En Cuba el número de casos de infecciones respiratorias disminuyeron pero se mantienen a niveles altos. Continúa elevada la circulación de VSR y virus Influenza, principalmente de tipo A(H1N1)pdm09.
- América Central: Las infecciones respiratorias agudas se mantuvieron dentro de los niveles esperados.
- Sub-región Andina: La actividad de las infecciones respiratorias se mantuvo baja y dentro de los niveles esperados.
- Brasil y Cono Sur: La actividad de Influenza y otros virus respiratorios continúan en descenso. En Chile continúa el predominio de Influenza A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR también continúa a niveles altos aunque decrecientes.

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&lang=en)

[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/)

*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

Total de Casos de IRA (ETI, Bronquiolitis, Neumonía)  
Registro en SNVS-C2, agrupado por edades

Casos de IRA **internados (IRAG)**  
Registro en SNVS-C2, agrupado por edades  
Se toman muestras para identificación viral

**IRA FALLECIDO**  
Registro en SNVS-C2, agrupado  
por edades/ FICHA

**LABORATORIO VIROLOGICO**  
Muestras en SNVS-SIVILA

**Muestras (+)**  
**CASO CONFIRMADO INFLUENZA**  
Registro en SNVS- C2, INDIVIDUAL  
FICHA

Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología, GCBA

### Bronquiolitis en menores de 2 años

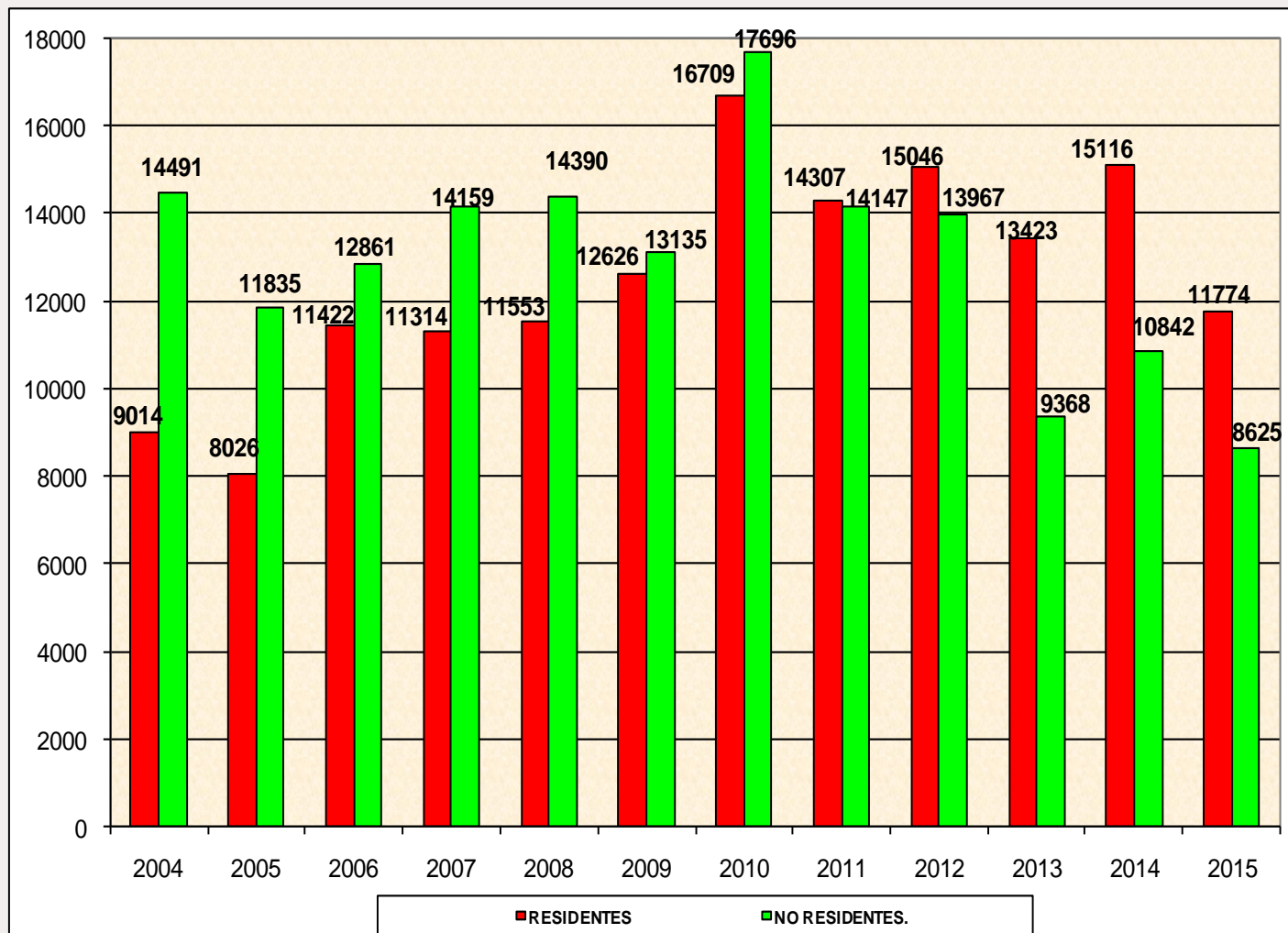
**Total de casos notificados según residencia habitual**  
**Serie histórica 2004 – 2015 \***

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 37, el 42% de la notificación de bronquiolitis correspondió a NO residentes



\* Año 2015, hasta la semana 37

Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

10

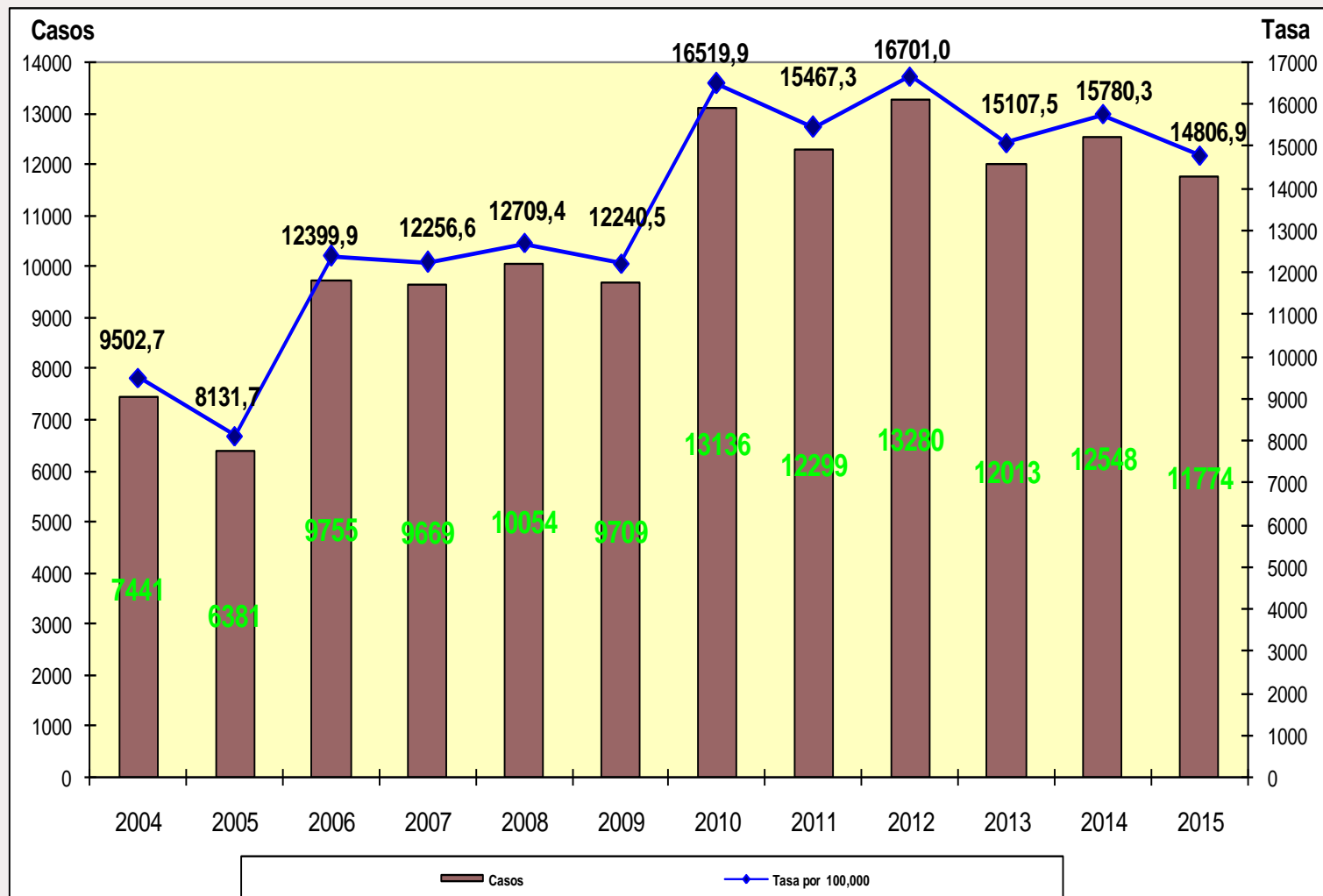
### Bronquiolitis en menores de 2 años

Casos acumulados  
hasta la semana 37  
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 37, (comparación de iguales períodos), demostró que la notificación en el año 2015 fue inferior al quinquenio 2010-2014 (hasta la SE 37).

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

11

## Bronquiolitis en menores de 2 años

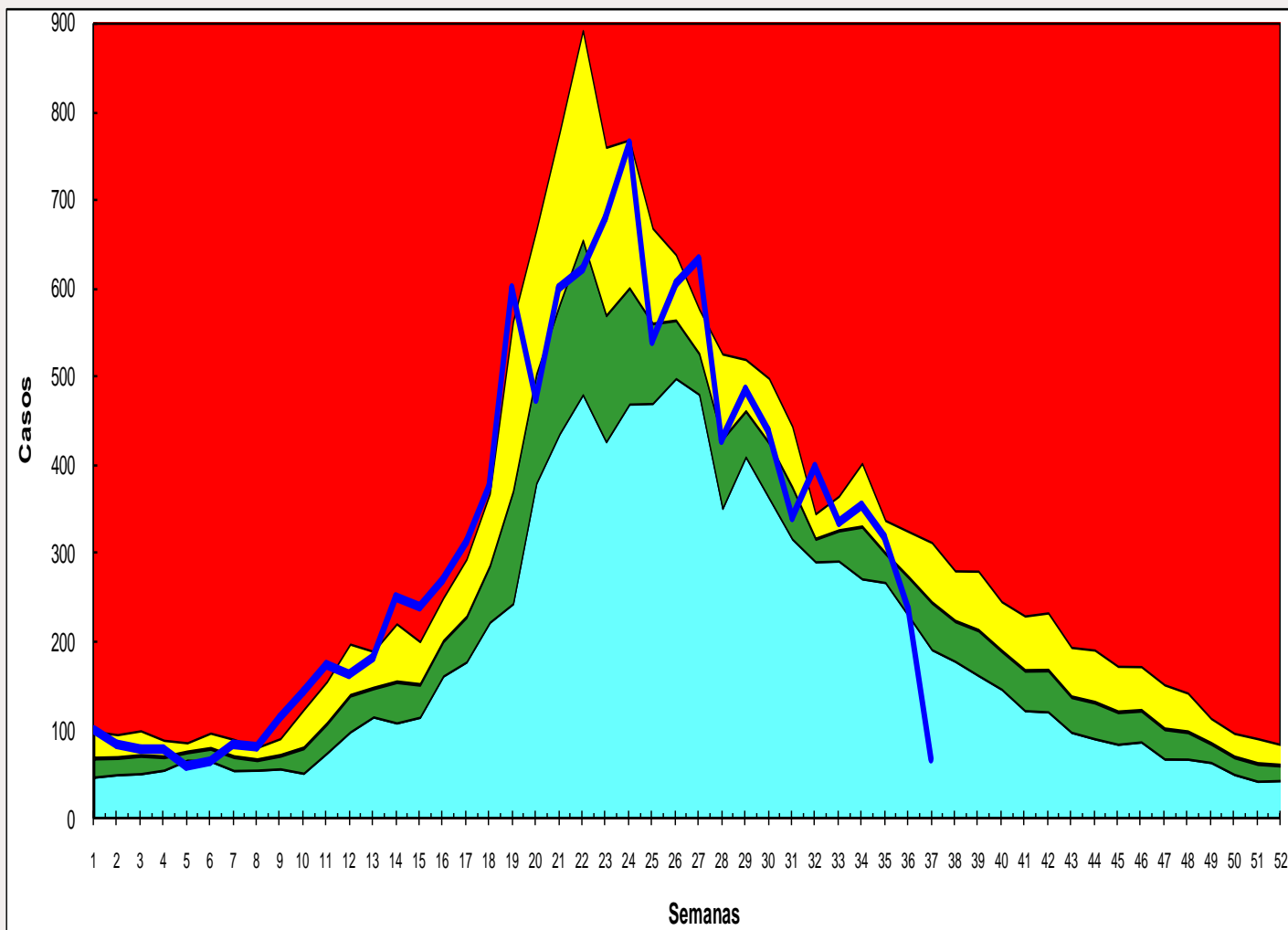
**Corredor endémico semanal  
hasta SE 37**  
**Residentes en Ciudad de  
Buenos Aires. Año 2015**

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 inició una tendencia ascendente, atravesando zona de brote hasta semana 18.

Desde la semana 19, los casos circularon dentro de los valores esperados en zona de alerta, con tendencia descendente.

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

12

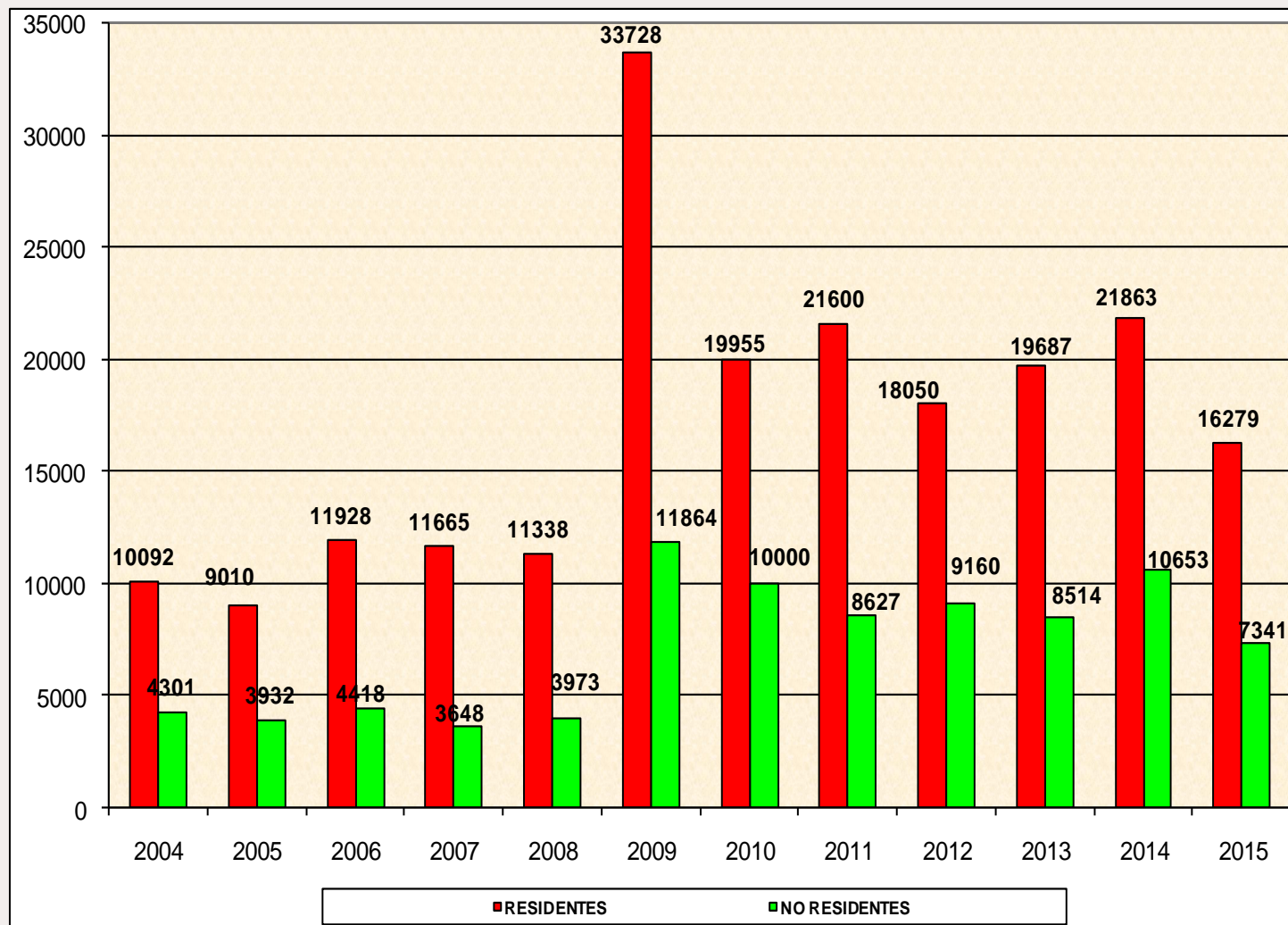
## Enfermedad tipo Influenza (ETI)

**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 31% de la notificación de ETI correspondió a NO residentes

\*Año 2015, hasta la semana 37



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología, GCBA

13

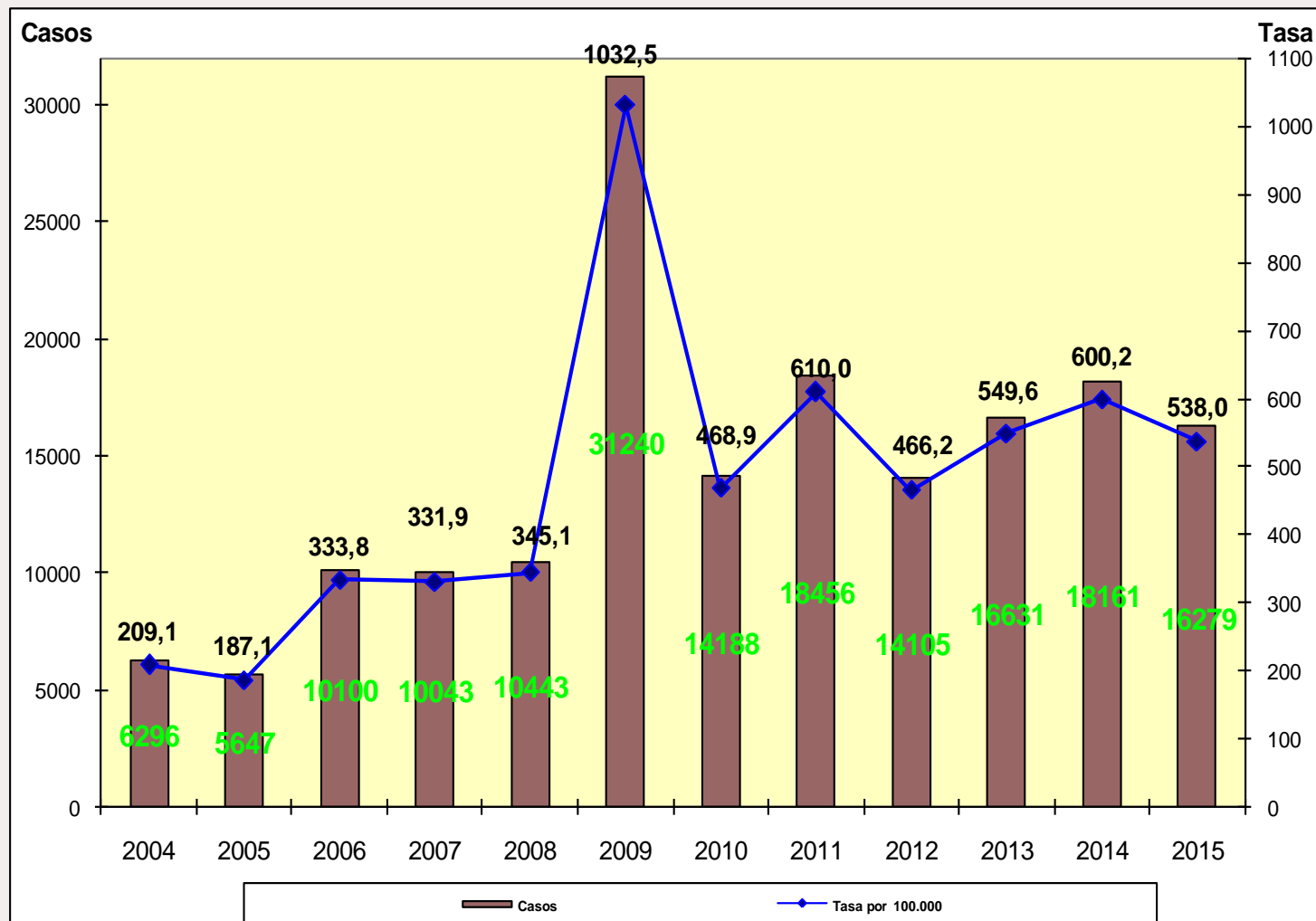
## Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Casos acumulados  
hasta la semana 37  
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  
bienio anterior (hasta la SE  
37).

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

14



## Enfermedad tipo

### Influenza

#### (ETI)

**Corredor endémico semanal  
hasta SE 37**

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

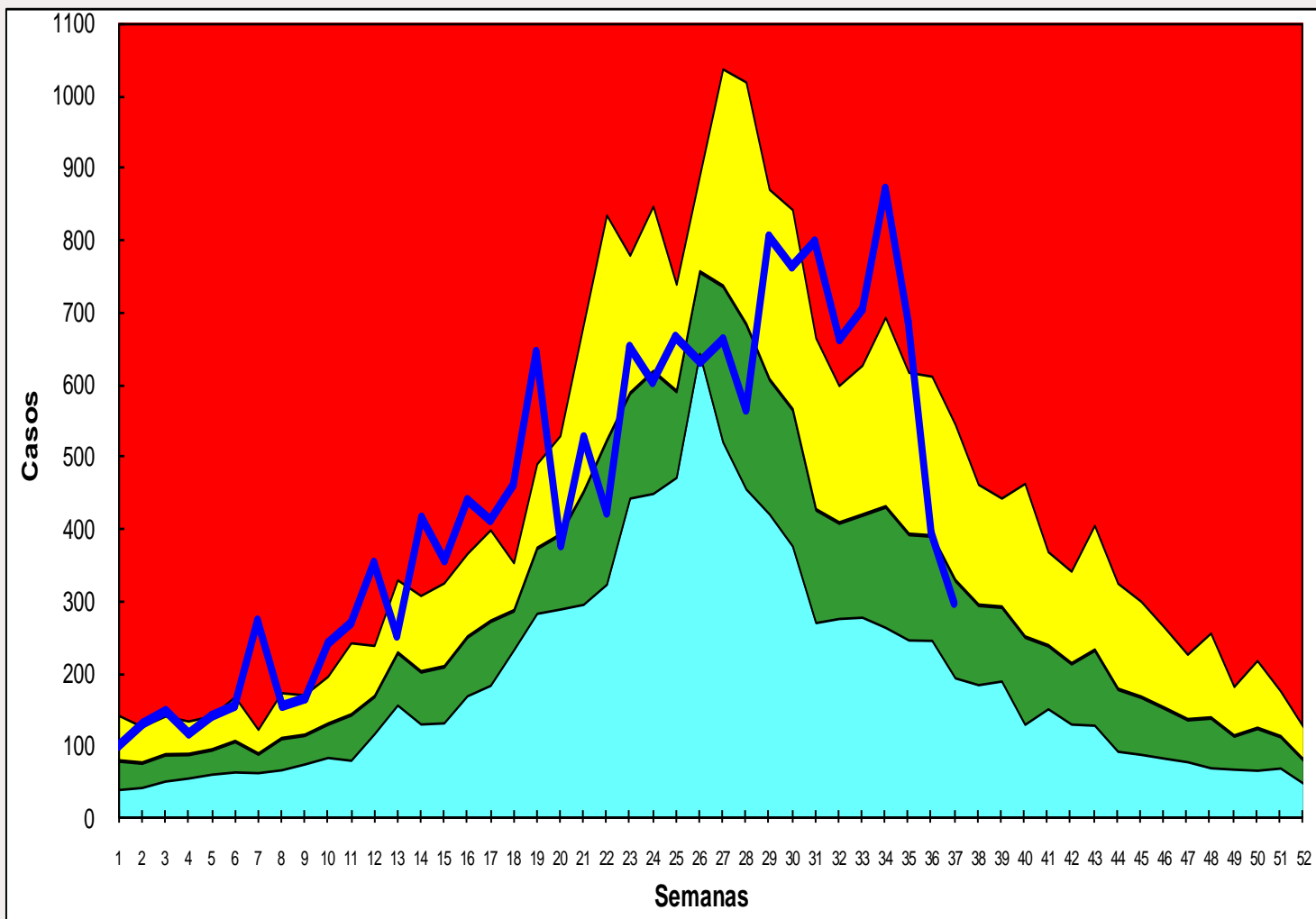
Aunque el número total de casos fue menor al año pasado, la ocurrencia de los mismos en las primeras semanas del año superó los valores esperados.

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 entre zonas de seguridad y alarma.

Entre semanas 32 a 35, la curva transitó por zona de brote.

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

15

### Neumonías

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

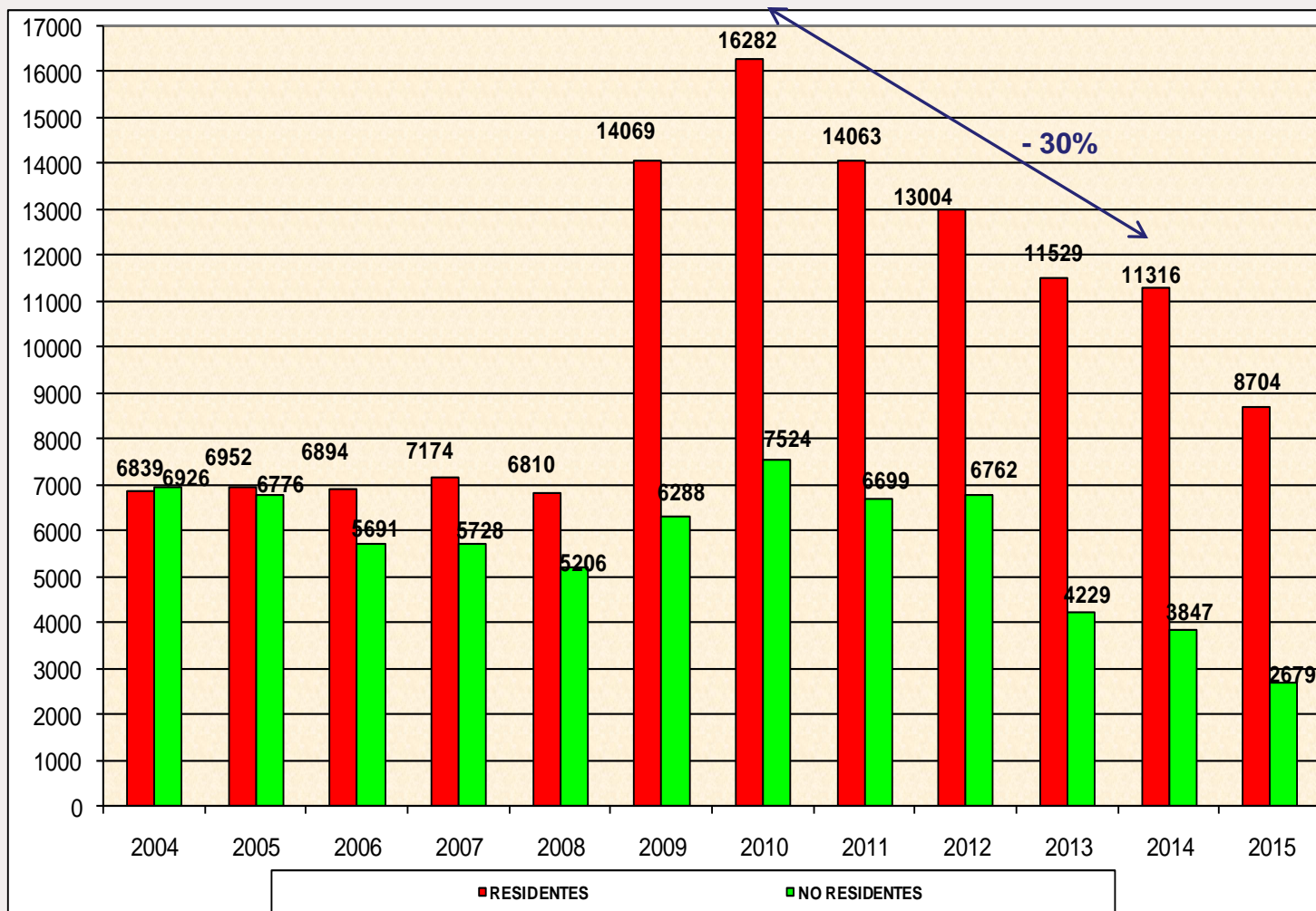
En neumonías se observó el mismo patrón de distribución de años anteriores, con predominio de los casos en residentes de la Ciudad.

En el corriente año, el 31% 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 37



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

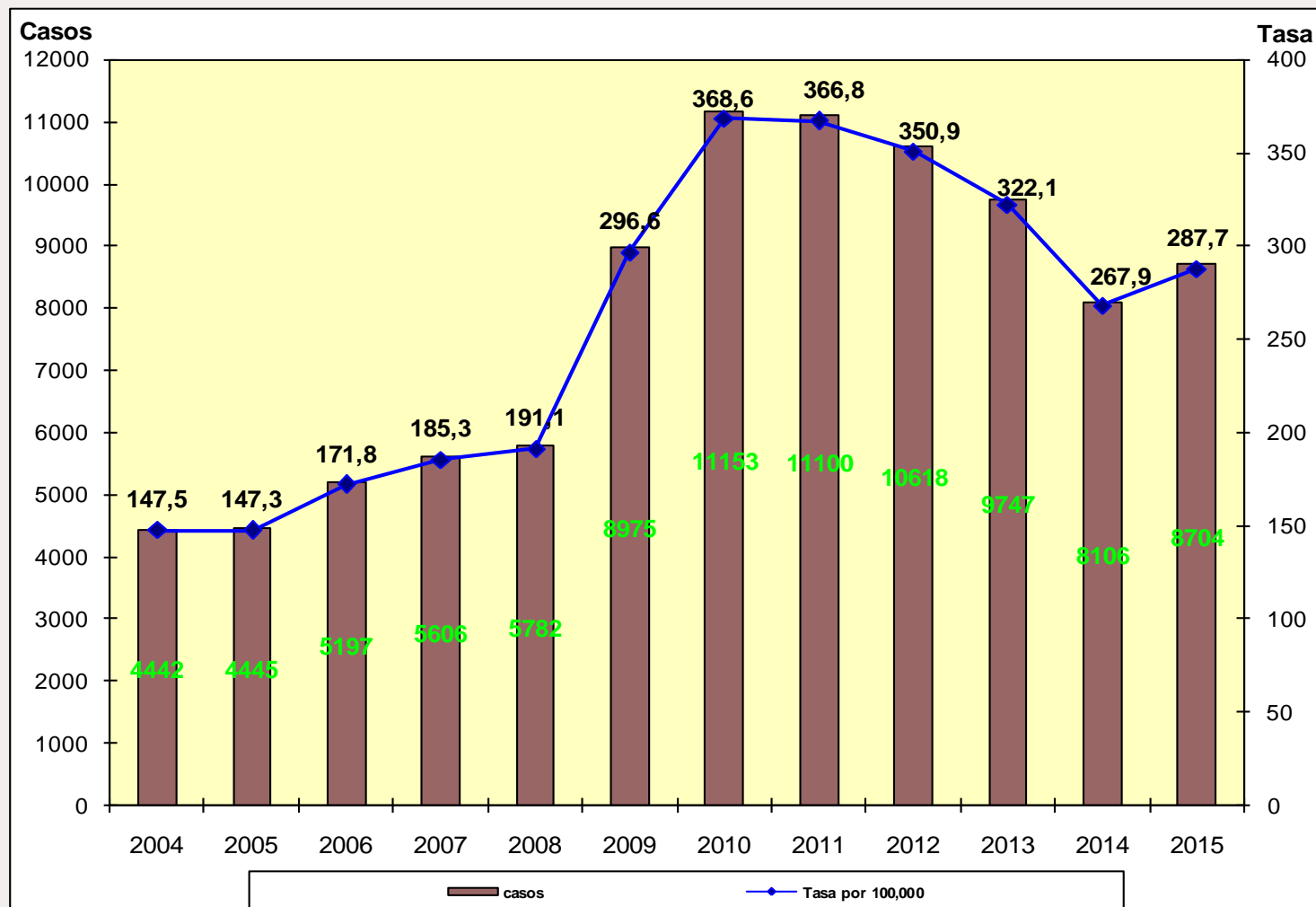
16

## Neumonías

Casos acumulados  
hasta la semana 37  
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 37).



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

17

## Neumonías

**Corredor Endémico semanal  
hasta SE 37**

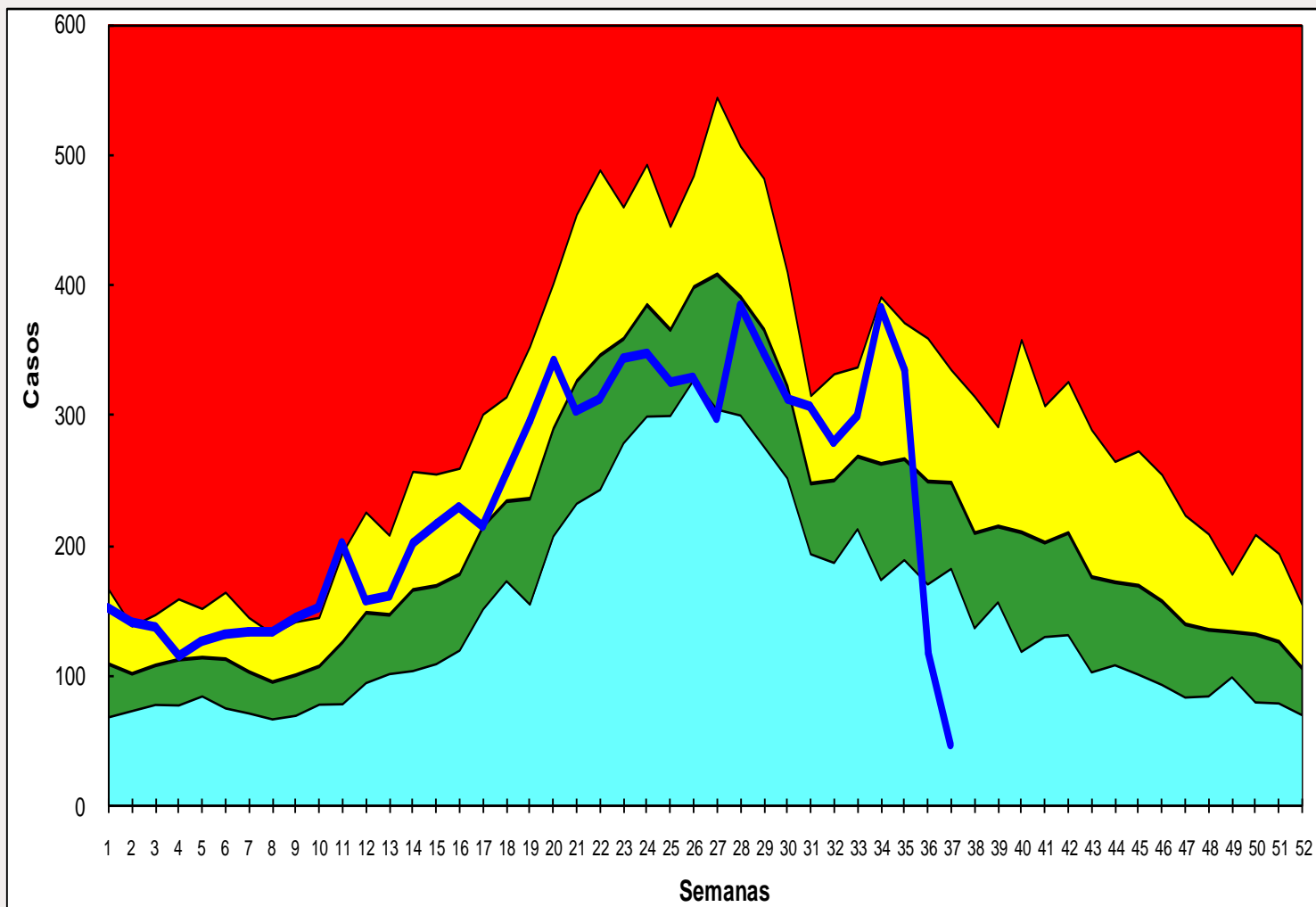
**Residentes en Ciudad  
de Buenos Aires  
Año 2015**

La curva de casos del año 2015 circuló por zona de alarma hasta la semana 20.

A partir de la semana 21, la notificación circuló dentro de lo esperado, por zona de seguridad.

Otro pico de actividad se registro entre semanas 34 a 35, en zona de alarma.

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

18

### INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS (IRAG)

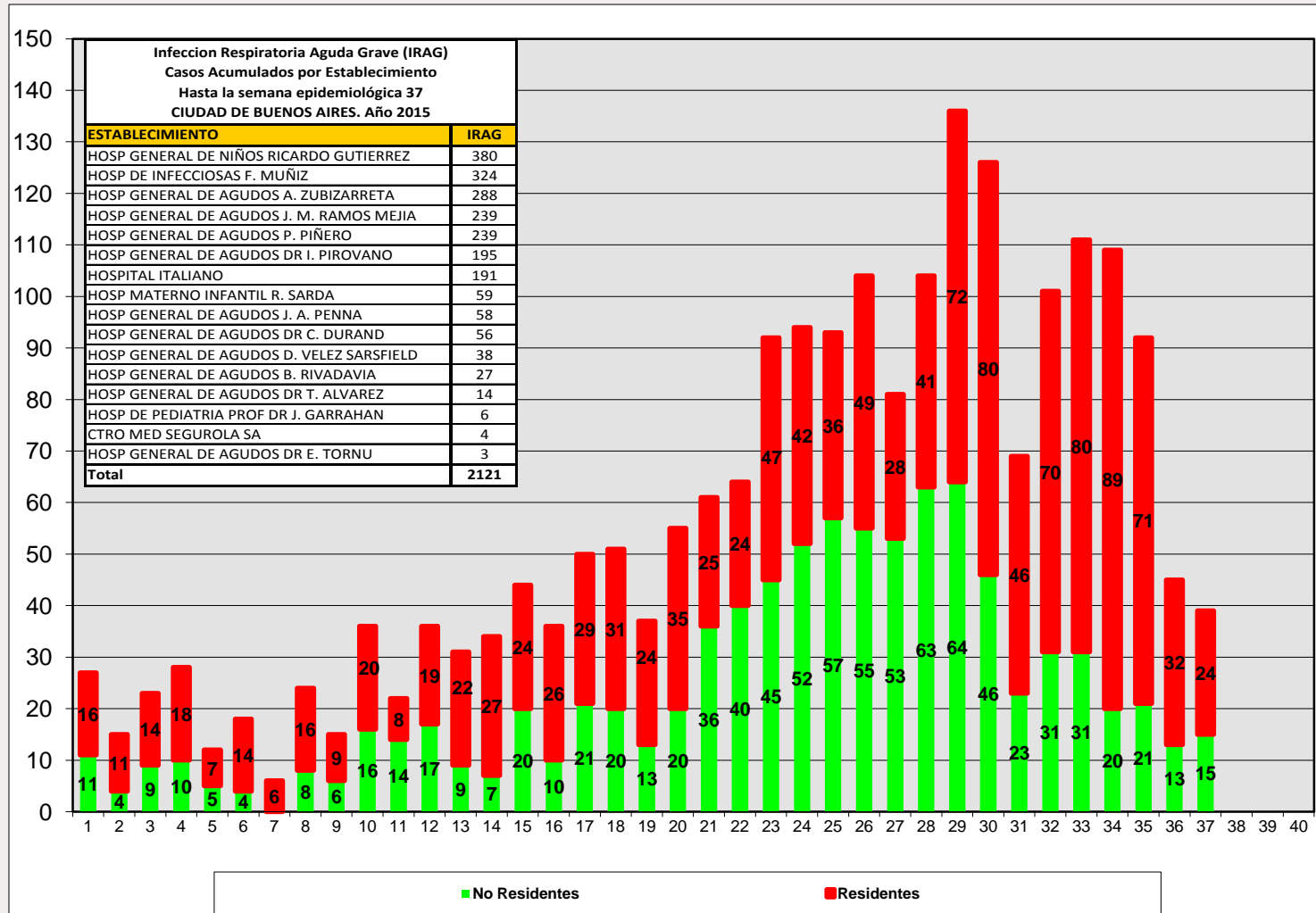
### NOTIFICACION SEMANAL SEGÚN RESIDENCIA

GCBA Año 2015  
Hasta semana 37

Los casos nuevos de pacientes hospitalizados semanalmente por IRAs notificados como IRAG mostraron que, en general, los casos en residentes superó a los no residentes, con el máximo observado en semanas 29 y 30.

Hasta la fecha, este evento ha sido notificado por 14 hospitales públicos y 2 establecimientos privados.

La notificación por instituciones indica el subregistro y retraso en la denuncia de este evento en los nodos locales del SNVS.



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

19

### SIVILA

Notificación acumulada según laboratorio,  
semana epidemiológica y muestras  
analizadas  
Hasta semana 37

Laboratorios oficiales y privados  
CABA. Año 2015

De 27 laboratorios originalmente registrados  
para participar en el SIVILA, sólo 5 notificaron  
regularmente (18 % del total)

El único laboratorio del sector privado con  
notificación oportuna fue el Hospital  
Italiano\*, pero sólo registra notificación de  
eventos de denuncia individual; por  
consiguiente su porcentaje de positividad no  
es comparable.

Los laboratorios que presentaron notificación  
oportuna en el sector oficial, fueron los  
hospitales Durand, Elizalde, Santojanni y  
Penna.

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


Hasta la semana 37 del corriente año, el  
laboratorio del hospital Ramos Mejía registró  
la mayor proporción de identificación viral.


El porcentaje general de identificación viral  
fue del 26.8 %.


## INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SALA de SITUACION 2015



LABORATORIOS	SEMANAS NOTIFICADAS	MUESTRAS ANALIZADAS	MUESTRAS POSITIVAS	PORCENTAJE MUESTRAS POSITIVAS
<b>PRIVADOS</b>				
HOSPITAL ITALIANO *	37	249	216	86,7
MANLAB. S.A.	35	1006	321	31,9
CENTRALAB S.A.	33	1356	284	20,9
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 GÜEMES	0	0	0	0,0
<b>OFICIALES</b>				
HOSP. DURAND	37	517	142	27,5
HOSP. ELIZALDE	37	2610	428	16,4
HOSP. SANTOJANNI	37	321	172	53,6
HOSP. PENNA	36	543	177	32,6
HOSP. GUTIERREZ	35	2643	734	27,8
HOSP. MUÑIZ	34	152	85	55,9
HOSP. SARDA	33	54	72	133,3
HOSP. RAMOS MEJIA	33	147	120	81,6
HOSP. ALVAREZ	32	200	137	68,5
HOSP. PIÑERO	30	231	127	55,0
HOSP. GARRAHAN	26	3308	495	15,0
HOSP. ZUBIZARRETA	11	49	82	167,3
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
<b>TOTALES</b>	-	<b>13386</b>	<b>3592</b>	<b>26,8</b>

 NOTIFICACION OPORTUNA

 NOTIFICACION TARDIA

 NOTIFICACION EXTREMADAMENTE TARDIA O SIN ACTIVIDAD

Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

20



Buenos Aires Ciudad

MINISTERIO DE SALUD



## Circulación Viral Global

Distribución Porcentual  
de Determinaciones

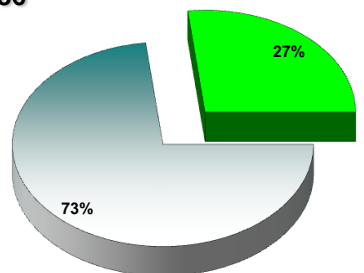
Red de laboratorios  
SIVILA  
Ciudad de Buenos Aires  
Año 2015  
(Acumulado hasta  
semana 37)

De 13386 determinaciones de virus respiratorios en pacientes internados y ambulatorios, notificadas al SIVILA, hubo identificación viral en 3592 de las mismas (27 %)

Predominó la circulación de VSR (69 %) e Influenza (14 %). Seguido por Parainfluenza (9 %), Metaneumovirus (4%) y adenovirus (4%).

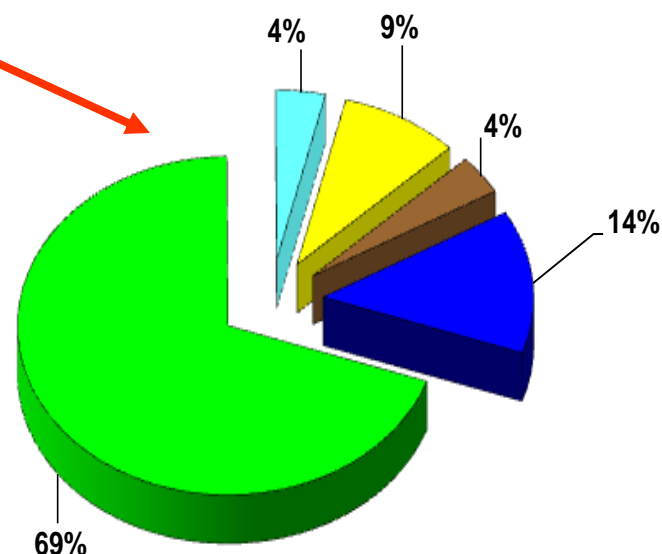
Se registraron 73 casos de influenza por virus A/H1N1pd09.

N = 13386



■ Determinaciones negativas ■ Determinaciones positivas

N = 3592



■ Influenza ■ VSR ■ Adenovirus ■ Parainfluenza ■ Metaneumovirus

Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

21

### Circulación Viral Global

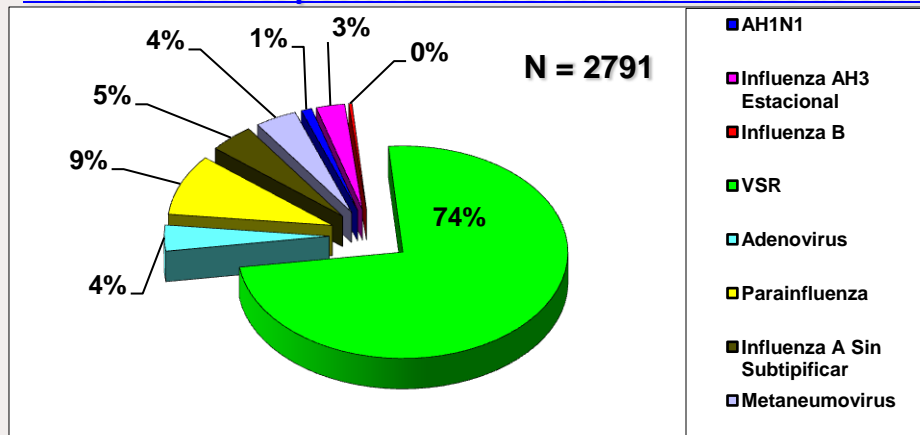
**Determinaciones positivas  
por Grupos de Edad  
y Tipo de virus**

**SIVILA  
Ciudad de Buenos Aires  
Año 2015  
(Acumulado hasta SE 37)**

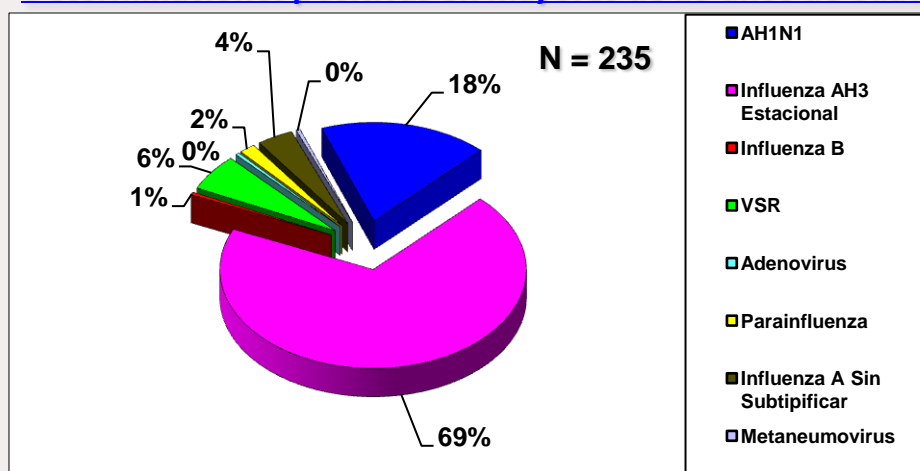
En los menores de 15 años predominó la circulación de VSR y Parainfluenza.

En los mayores de 15 años el número de muestras estudiadas es mucho menor, con identificación predominante de 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**

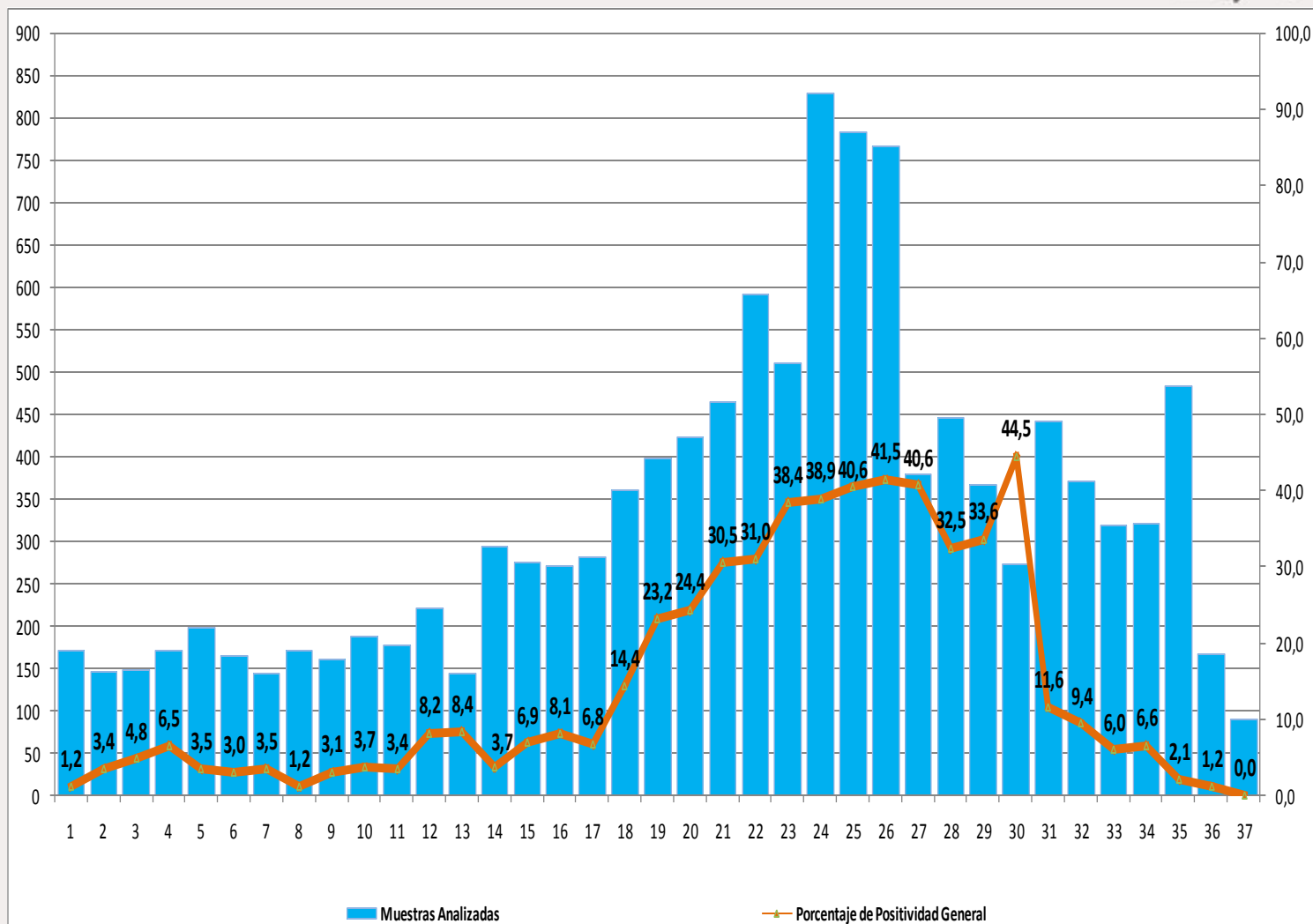
**Hasta semana 37**

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

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

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

Desde la semana 27 se observó un importante retraso en la notificación de las últimas semanas.



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

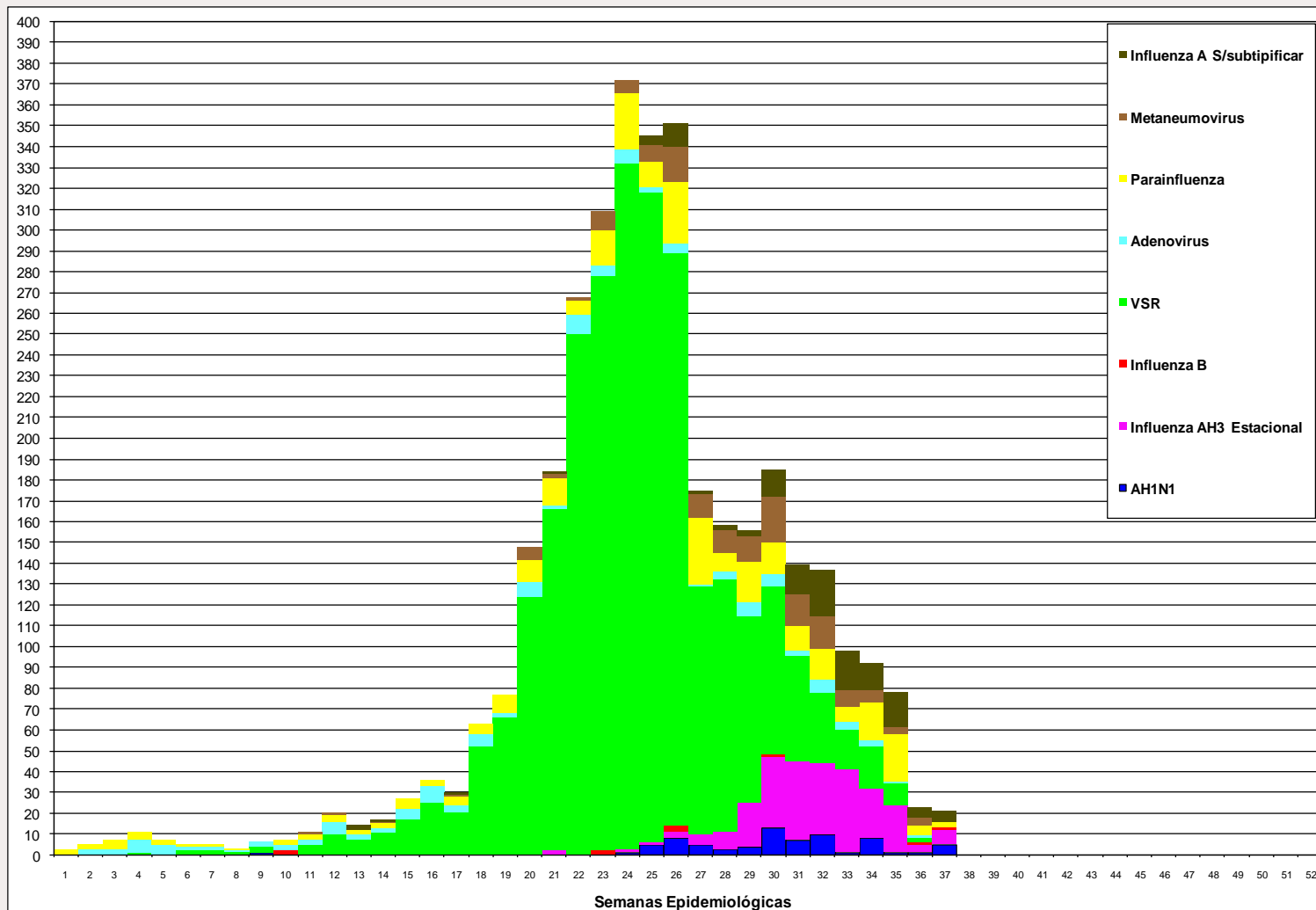
23

## Circulación Viral Global Resultados por semana epidemiológica

**SIVILA**  
**Ciudad de**  
**Buenos Aires**  
**Año 2015**  
**(Acumulado hasta SE 37)**

Predominó la circulación de VSR, Parainfluenza y Adenovirus, desde el inicio del año 2015 hasta la semana 24. A partir de la semana 25 se incrementa la circulación de Influenza AH3 y AH1N1.

Los casos de influenza se concentraron entre las semanas 24 a 37. Se observó un subregistro de notificaciones en las últimas semanas.



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

24

### Circulación Viral Global

Distribución por Edad

y Tipo de virus

SIVILA

Ciudad de Buenos Aires

Año 2015

(Acumulado hasta SE 37)

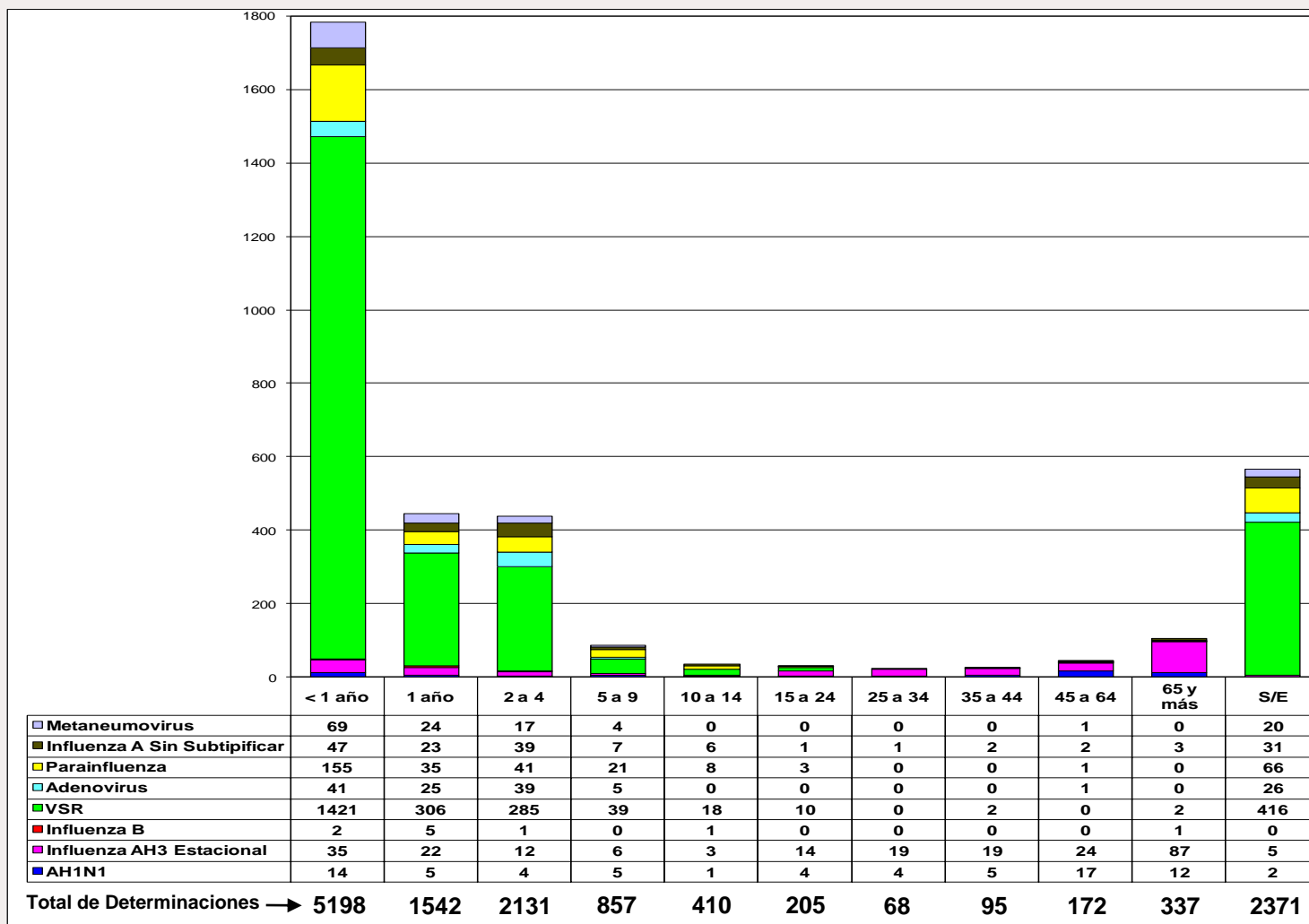
La mayoría de las muestras estudiadas correspondieron a menores de 15 años.

En dichas edades se identificó el predominio de VSR, Adenovirus, Parainfluenza y la mayoría de casos 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 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

25

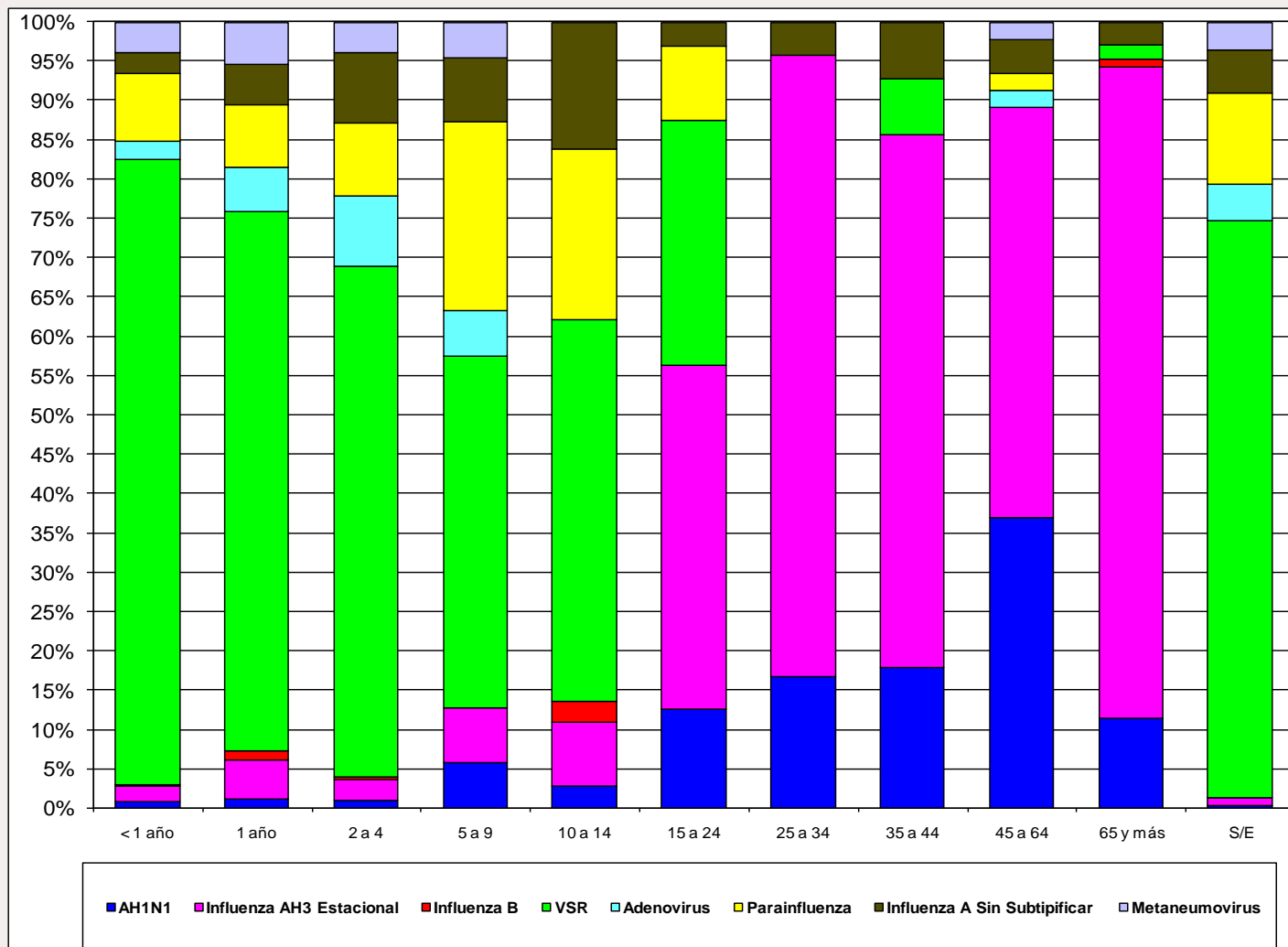
### Circulación Viral Global Distribución porcentual por Edad y Tipo de virus

**SIVILA**  
**Ciudad de Buenos Aires**  
**Año 2015**  
**(Acumulado hasta SE 37)**

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 15 años.



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

26



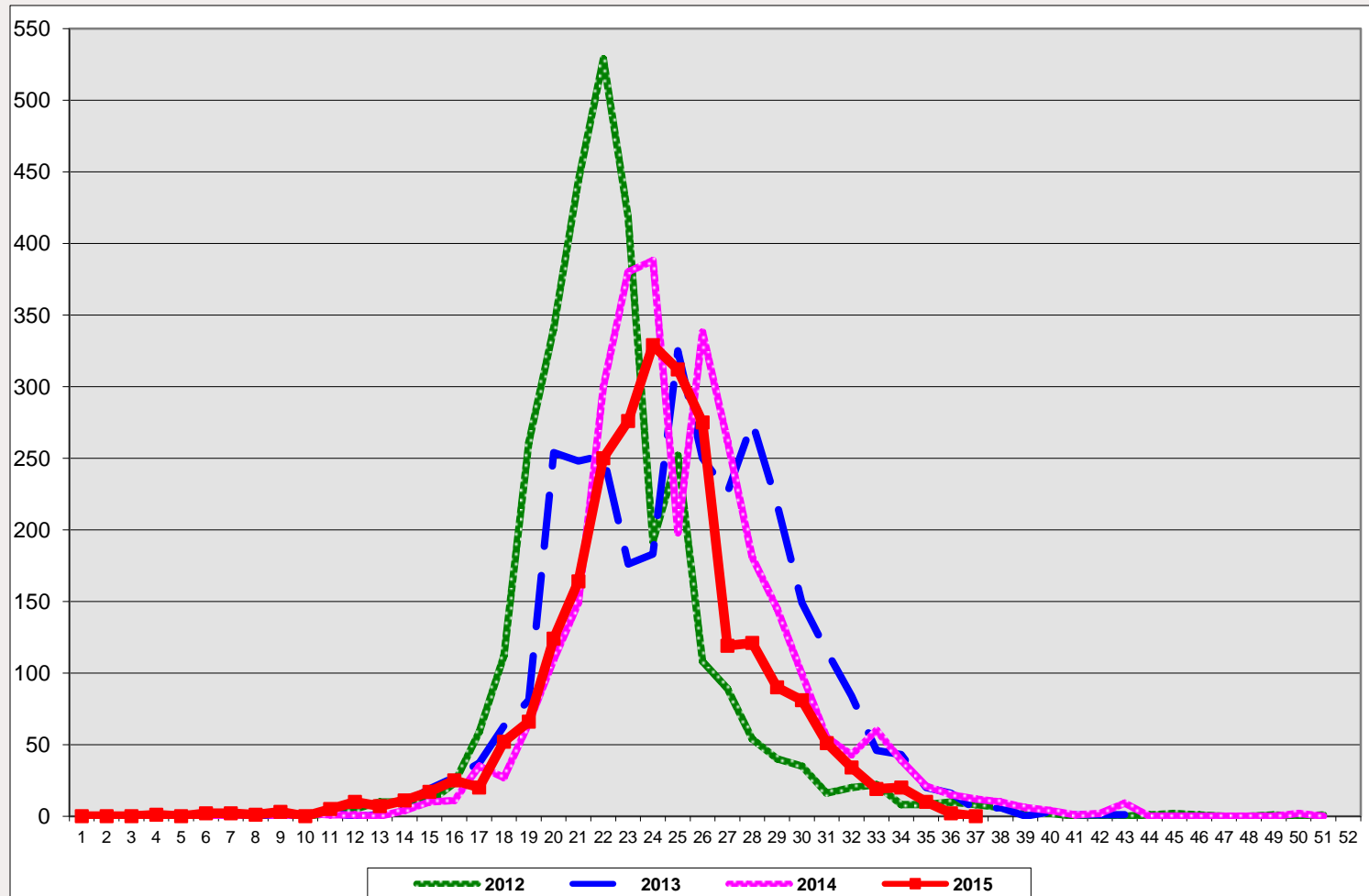
**Circulación de Virus  
Sincial Respiratorio (VSR)**  
Resultados por  
semana epidemiológica

**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, pero la  
incidencia es menor a la  
observada en los años  
anteriores.

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

27

## Circulación Viral Total Virus Influenza

Distribución de casos  
según aislamiento

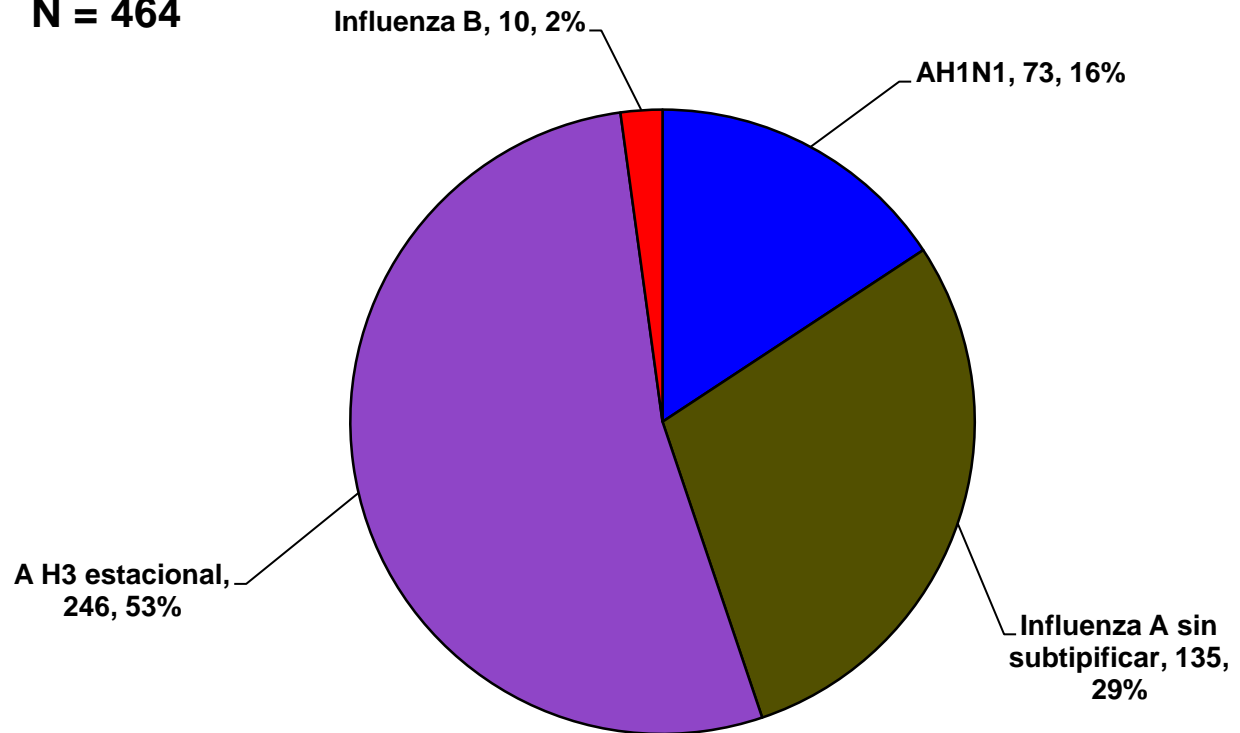
Red de laboratorios  
SIVILA

Ciudad de Buenos Aires  
Año 2015  
(Acumulado hasta  
semana 37)

Del total de 464 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza AH3 estacional, seguido por Influenza A sin subtipificar, e influenza A/H1N1.

Se detectaron 73 casos de Influenza AH1N1pdm09.

**N = 464**



Actualización 30/09/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

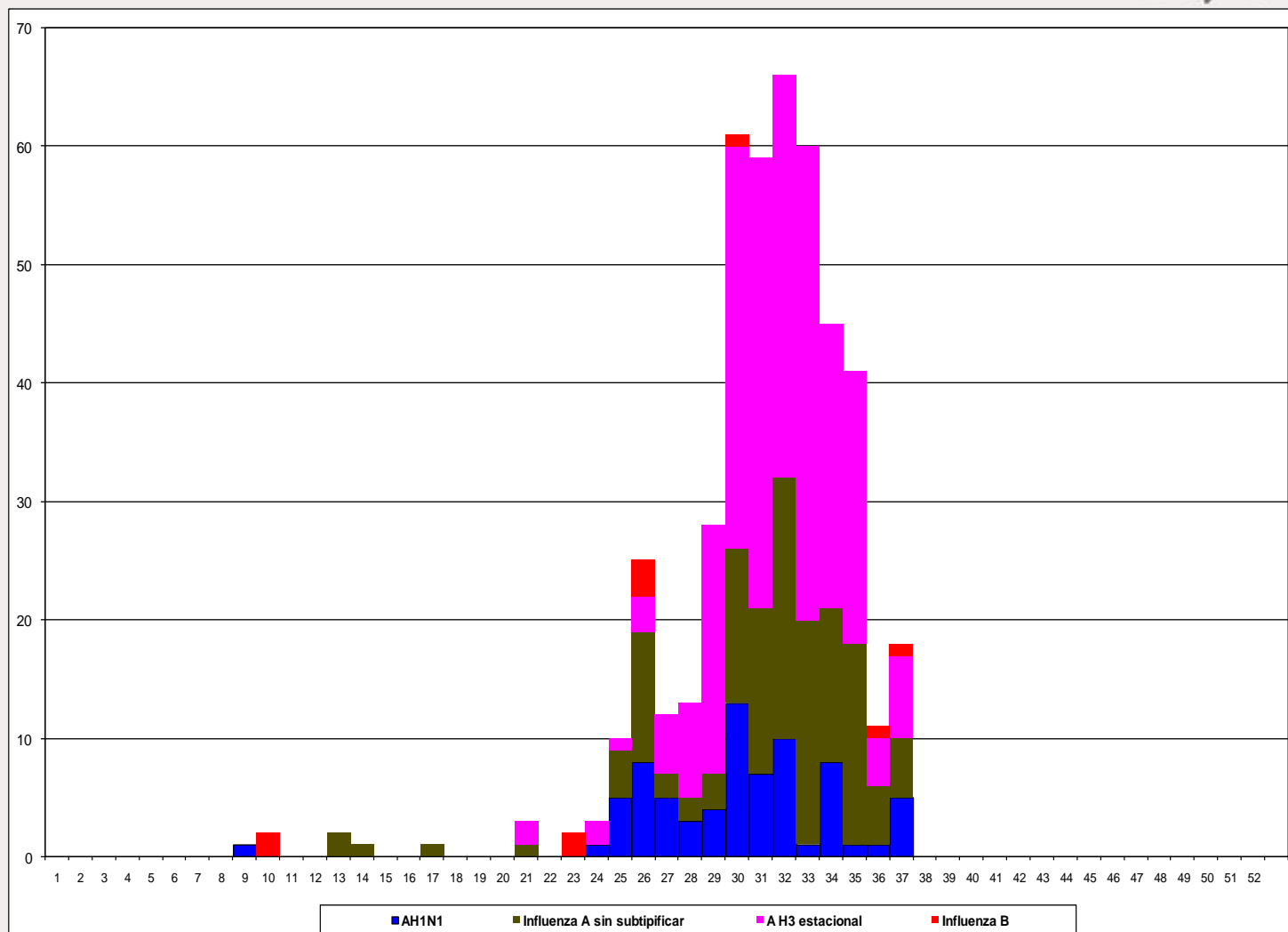
28

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

**SIVILA  
Ciudad de Buenos Aires  
Año 2015  
(Acumulado hasta SE 37)**

Hasta la semana 37 se identificaron 464 casos de Influenza.

La mayoría de los casos de Influenza se han reportado entre semanas 24 a 37.



Actualización 30/09/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

29

## Circulación de Virus Influenza

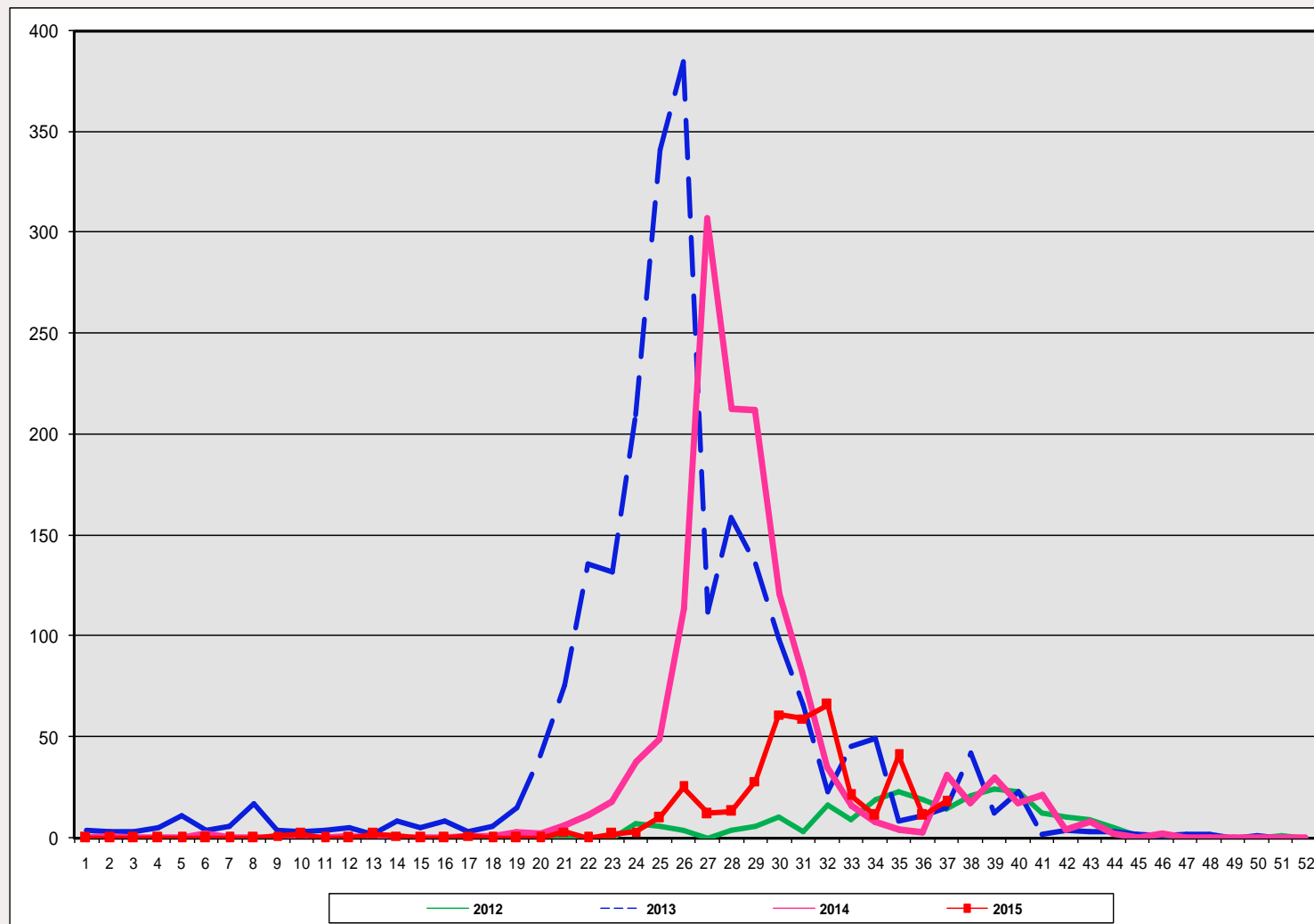
Resultados por  
semana epidemiológica

SIVILA  
Ciudad de Buenos Aires  
Años 2012 - 2015

La notificación del **total** de virus influenza hasta la semana 37 del corriente año mostró una escasa circulación, con leve incremento a partir de la semana 24.

La incidencia es menor a la observada en los años 2013 y 2014.

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



Actualización 30/09/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

30

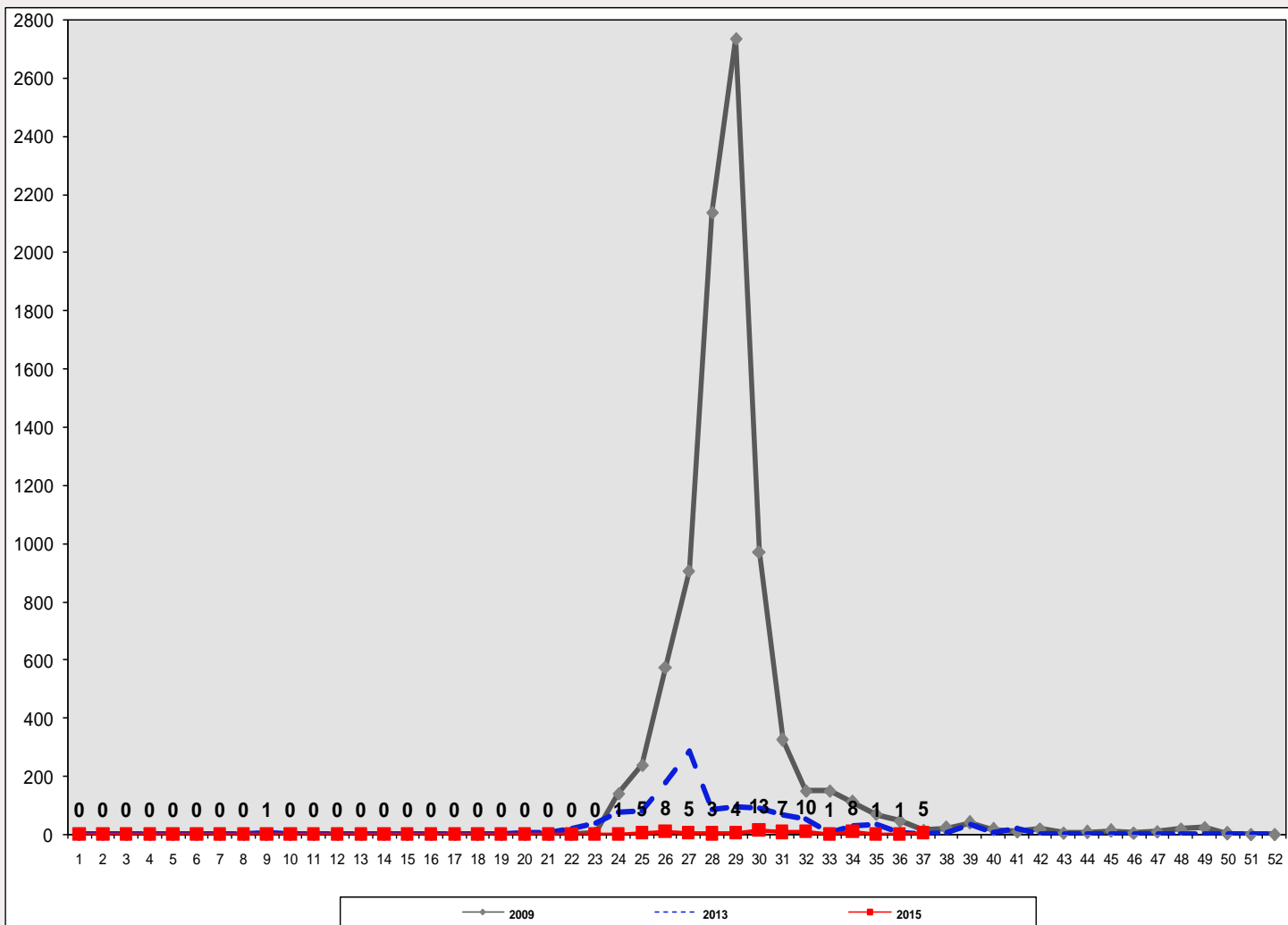
## Circulación de Virus Influenza A/H1N1pdm09

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 37, se observó escasa circulación de influenza A/H1N1,



Actualización 30/09/2015

Fuente: SNVS - SIVILA

31

### CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A/H1N1

(Hasta cuatrisesmana epidemiológica 10 \*)

En el presente año y hasta la cuatrisesmana 10, se registraron 73 casos confirmados de Influenza A/H1N1 (27 en residentes; 36 % del total).

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

Cuatrisesmana epidemiológica	2014		2015		
	Residentes	No residentes	Residentes	No residentes	S/D
1	2	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0
3	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	1	1	0	0	1
7	2	0	7	8	6
8	0	1	16	8	10
9	0	0	1	4	7
10 *	0	0	3	1	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>27</b>	<b>21</b>	<b>25</b>

\* Semana Epidemiológica 10 incompleta



### CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1

#### Residentes en Ciudad de Buenos Aires

(hasta semana epidemiológica 37)

Casos según efector de atención  
Residentes en CABA

EFECTOR	Casos	%
Privado	14	51,9
Publico	3	11,1
Sin Datos *	10	37,0
TOTAL	27	100,0

Casos según tipo de atención  
Residentes en CABA

TIPO DE ATENCION	Casos	%
Ambulatorio	7	25,9
Internado	10	37,0
Sin Datos *	10	37,0
TOTAL	27	100,0

\* 10 casos sin recepción de ficha epidemiologica

### CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

(Año 2015 hasta semana epidemiológica 37)

Distribución según grupos de edad  
Residentes CABA

Grupos de edad	Año 2015	
	Casos	%
Menor de 1	2	7,4
1 año	2	7,4
2 a 4 años	2	7,4
5 a 14 años	1	3,7
15 a 24 años	1	3,7
25 a 34 años	1	3,7
35 a 44 años	2	7,4
45 a 64 años	8	29,6
65 y más años	2	7,4
Sin Datos	6	22,2
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Hasta la semana 37, los casos confirmados de influenza A/H1N1 residentes se concentran en los mayores de 35 años de edad.

# INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

## SALA de SITUACION 2015



### CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

Según comuna de residencia habitual

(Año 2015 hasta semana 37)

Regiones	Comuna	2015	
		Casos	Tasa
1	1	0	0,0
	3	1	0,1
	4	2	0,1
	Subtotal	4	0,1
2	7	1	0,0
	8	0	0,0
	9	2	0,0
	Subtotal	2	0,1
3	5	0	0,0
	6	0	0,0
	10	0	0,0
	11	2	0,1
	15	0	0,0
	Subtotal	5	0,2
4	2	0	0,0
	12	1	0,0
	13	2	0,0
	14	1	0,0
	Subtotal	2	0,1
Sin Datos		15	-
Total		27	0,5

\* Tasa por 100.000 habitantes

Actualización 30/09//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

35



Buenos Aires Ciudad

MINISTERIO DE SALUD

### CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica) (Hasta semana epidemiológica 37)

#### Casos según antecedente de comorbilidad Residentes en CABA (N= 27)

Comorbilidades	Casos	%
Con 1 comorbilidad	5	18,5
Con más de 1 comorbilidad	9	33,3
Sin comorbilidad	3	11,1
Sin datos	10	37,0
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

#### Total de casos según distribución de factores de riesgo Residentes en CABA (N = 27) \*

Factor de riesgo	Casos
Edad	6
EPOC	6
Inmunodeficiencia adquirida	4
Cancer	4
Metabólicas	2
Asma	2
Obesidad	2
Transplante	1
Insuficiencia Renal cronica	1
Cardiopatía	1
Otro	5
Sin comorbilidad	3

•Cada caso registrado presentaba uno o mas factores de riesgo  
Se observan 10 casos sin datos sobre factores de riesgo

## CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1 (cepa pandémica)

Fallecidos según grupos de edad y residencia  
(hasta semana 37)

Grupos de edad	Año 2015
	Óbitos
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	0
65 y más años	1
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 04/09/2015

Terminada la semana 20 de vacunación antigripal se aplicaron 430.049 dosis de vacunas.

Más del 80% fueron aplicadas en residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Debe reforzarse la estrategia de vacunación para captar a los niños de 6 a 24 meses y embarazadas.

SE notificaron 18 eventos de ESAVIs, la mayoría con clínica leve.

DOSIS APLICADAS Y COBERTURA DE GRUPOS SELECCIONADOS								
VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL								
CABA	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
DOSIS EN RESIDENTES	69.214	11.892	14.360	5.289	43.844	24.641	97.938	97.611
COBERTURAS			65,9%	48,5%	67,0%	37,7%		

**TOTAL DE DOSIS APLICADAS A RESIDENTES: 351.184**

**TOTAL DE DOSIS APLICADAS A NO RESIDENTES: 78.865**

**TOTAL DE DOSIS APLICADAS: 430.049**

### RESUMEN SITUACION EN CABA

#### Hasta semana epidemiológica 37

- 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 transcurrieron por zona de alerta, pero con tendencia descendente.
- 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 entre zonas de seguridad y alarma. En las semanas 34 y 35 se observó otro pico de actividad en zona de brote.
- La curva de casos de neumonía circuló por zona de alarma hasta la semana 20. Desde la semana 21, la notificación circuló dentro de la zona de seguridad. Otro pico de actividad se registró en las semanas 34 y 35 en zona de alarma.
- 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 .
- Se observó elevada proporción (44 %), de laboratorios que no notifican al SIVILA. Dentro de los laboratorios que notifican regularmente 7 (46%) presentaron notificación extremadamente tardía.
- Se registró un 27 % de identificación viral en las muestras analizadas.
- Se observó elevada proporción (18%), de muestras sin identificación de edad .
- La circulación viral global en los casos de IRA mostró predominio de VSR, Influenza y Parainfluenza.
- La mayor circulación de virus Influenza se observó entre semanas 24 a 37, pero en valores inferiores respecto de los años 2013 y 2014.
- Se notificaron 73 casos de Influenza AH1N1, de los cuales 27 (36%) 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

## **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