

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SALA DE SITUACION 2015

Hasta Semana Epidemiológica 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.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS



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.

Situación Mundial

La circulación de virus influenza volvió a disminuir en el hemisferio norte. Mientras que el virus influenza A/H3N2 predominó en dicho hemisferio, las proporciones de influenza A/H1N1pm09 y B aumentaron durante las últimas semanas.

En América del Norte, la actividad gripal siguió disminuyendo. Mientras que la gripe A/H3N2 fue predominante en la temporada invernal, la influenza B fue el virus dominante durante las últimas semanas. En Europa, la actividad gripal siguió disminuyendo en la mayoría de los países. La Influenza A/H3N2 también predominó en esta temporada, pero la proporción de detecciones de influenza B se incrementó en las últimas semanas.

En el Caribe, Guyana Francesa informó alta actividad de la influenza, asociada a la influenza B. En Centroamérica: la circulación de virus respiratorios se mantuvo baja y la actividad IRA/IRAG continuó dentro de los niveles esperados. EL VSR continuó predominando en la subregión con la circulación en niveles bajos. Un aumento de la circulación de influenza A/H3N2 se informó en Guatemala en las últimas semanas.

En la Subregión Andina, se informó elevada actividad de VSR en Ecuador y Colombia. En Colombia, la co-circulación de influenza A/H1N1(pdm09), A/H3N2 y B continuaron disminuyendo. Leve aumento de la influenza A/H3N2 se informó en el Perú.

En el Cono Sur, la actividad gripal se mantuvo en niveles inter-estacionales y la actividad IRA/IRAG y la circulación de virus respiratorios se mantuvo baja. En Paraguay, la notificación de IRA siguió aumentando, asociada con la actividad de VSR.

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 |

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:**

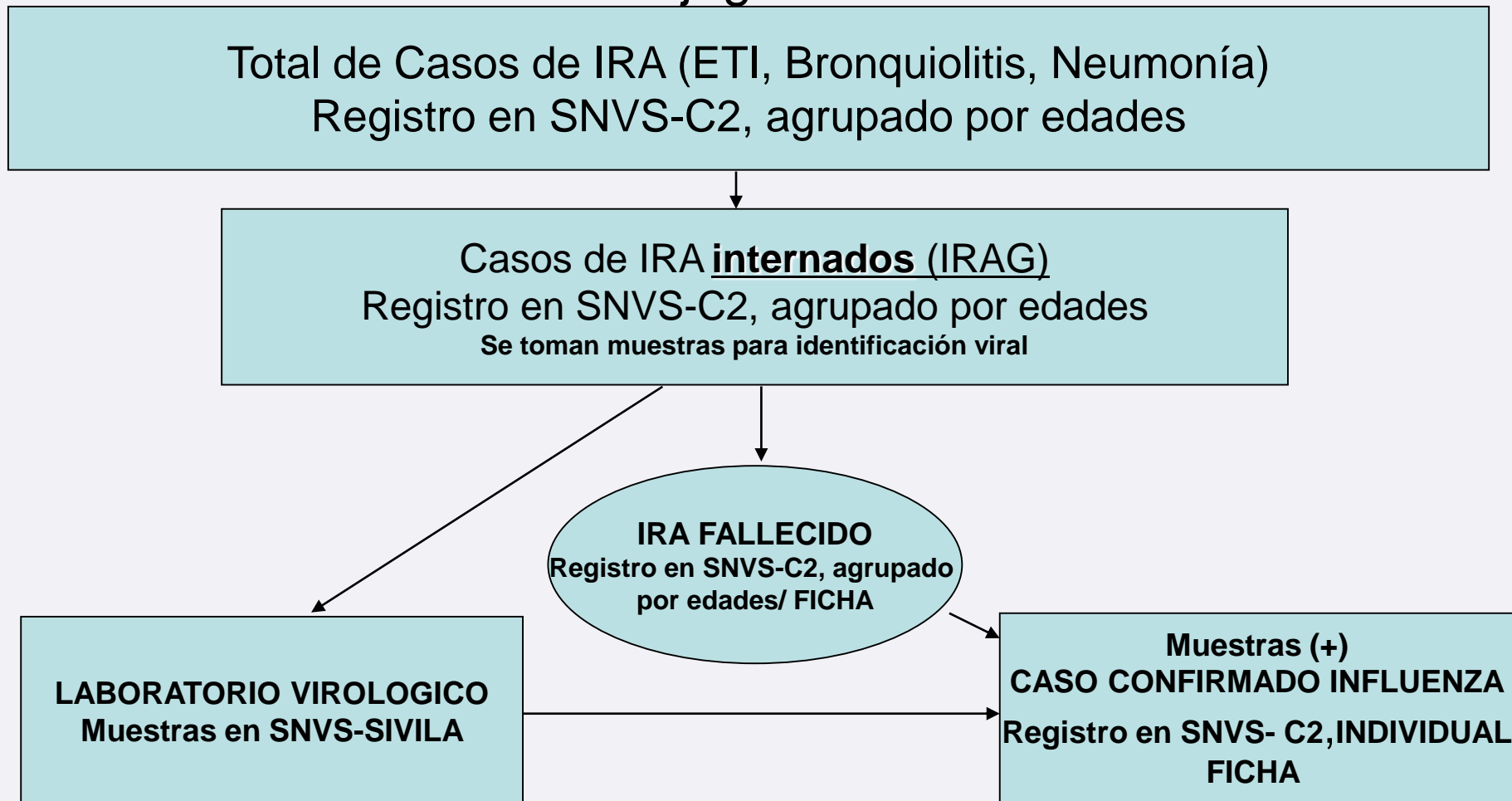
- La **enfermedad forma parte de un conglomerado** de casos que tiene lugar en un período de 10 días, independientemente del lugar de residencia o de los antecedentes de viaje, a menos que se hayan identificado otras causas.
- La enfermedad afecta a un profesional sanitario que ha estado trabajando en 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 que en los 10 días anteriores a su aparición hayan tenido contacto íntimo con un caso confirmado o probable de infección por el MersCoV, mientras dicho caso presentaba síntomas. (nexo epidemiológico)

Caso confirmado

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

Flujograma



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

8

Bronquiolitis en menores de 2 años

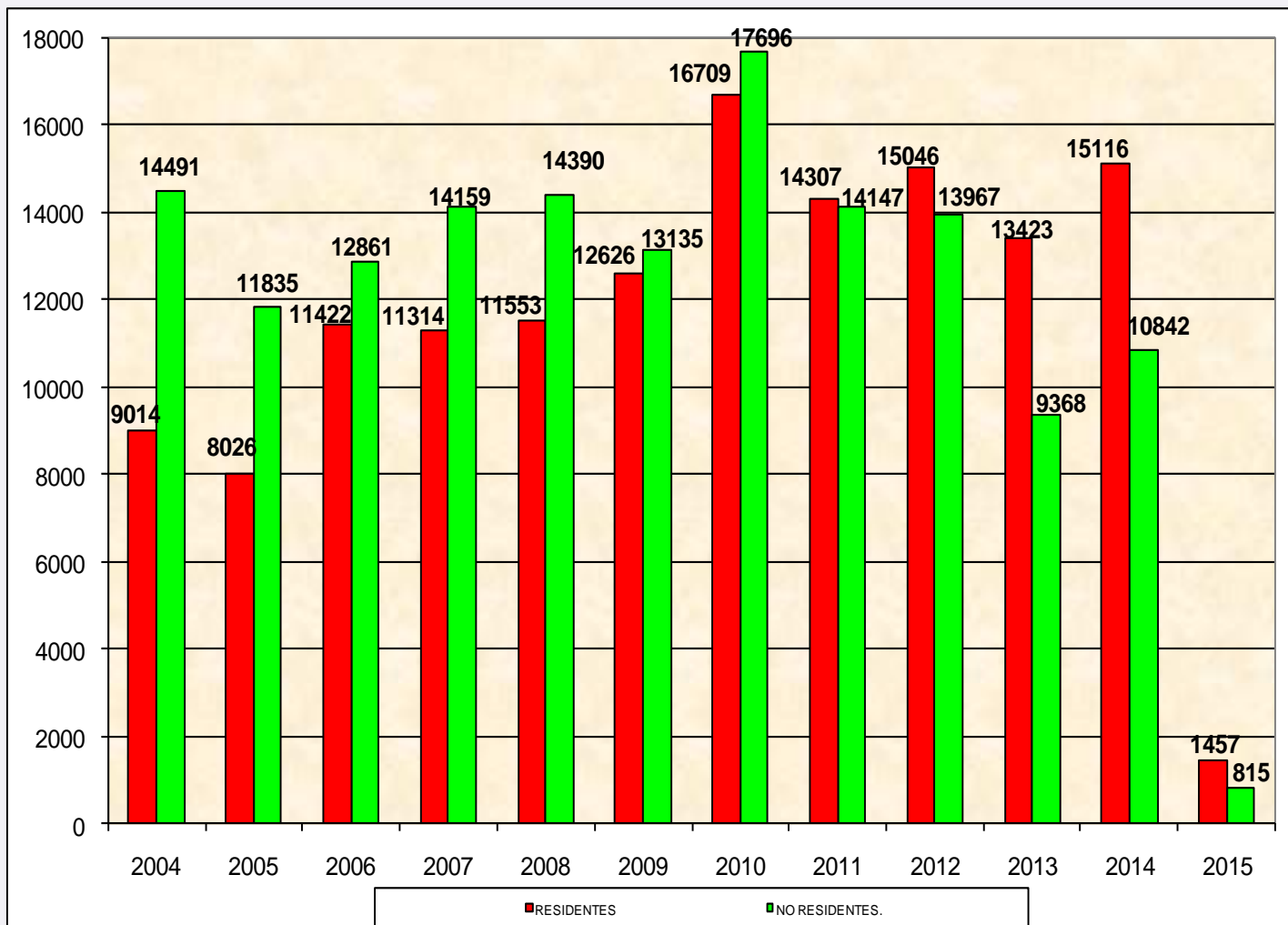
Total de casos notificados según residencia habitual
Serie histórica 2004 – 2015 *

La serie histórica demostró una tendencia en ascenso hasta 2010 con predominio de 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 15, el 36% de la notificación de bronquiolitis corresponde a NO residentes



* Año 2015, hasta la semana 15

Actualización 04/05/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

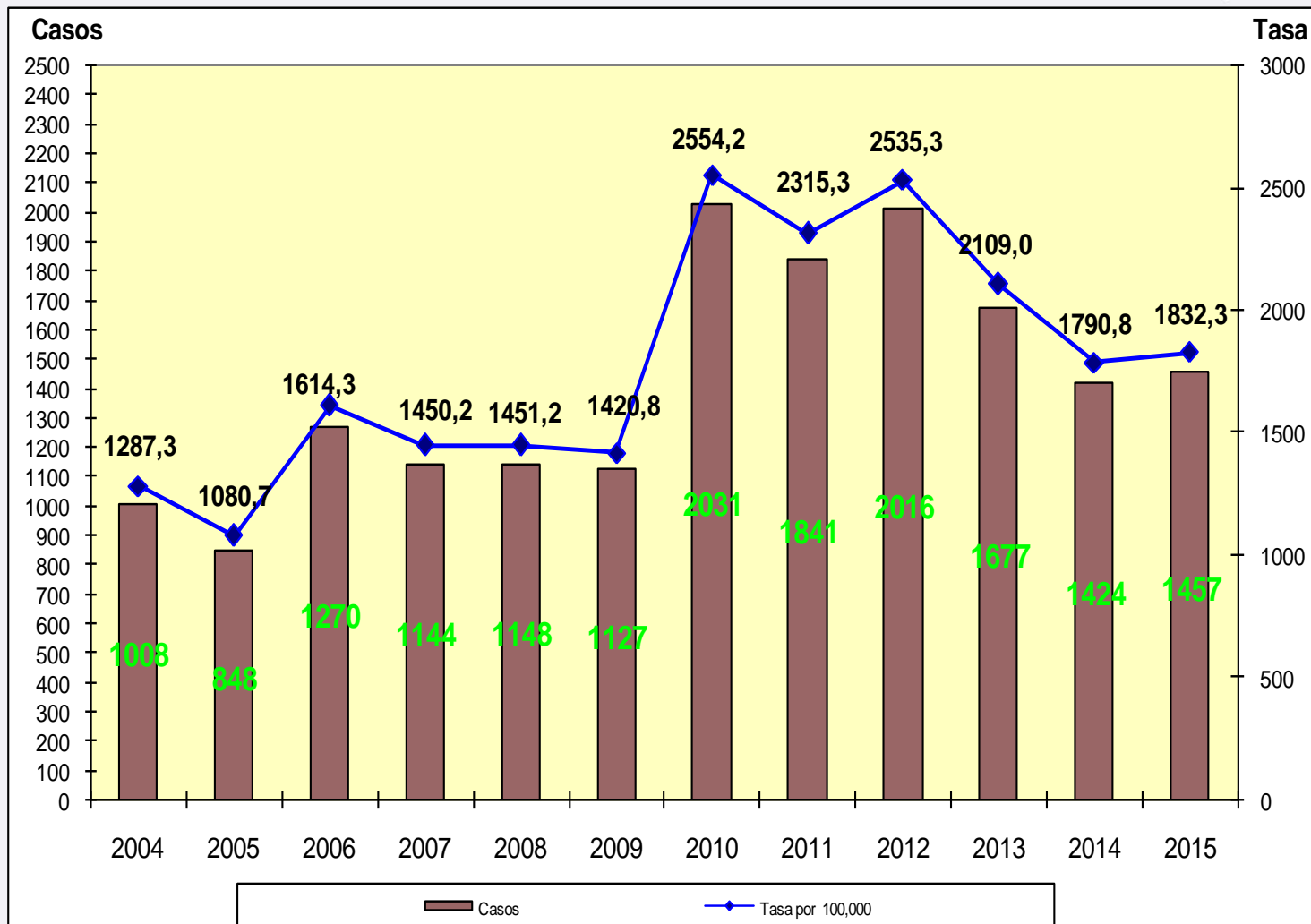
9

Bronquiolitis en menores de 2 años

Casos acumulados
hasta la semana 15
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 15, (comparación de iguales periodos), demostró que la notificación en el año 2015 es superior al 2014 e inferior al cuatrienio 2010 - 2013.



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

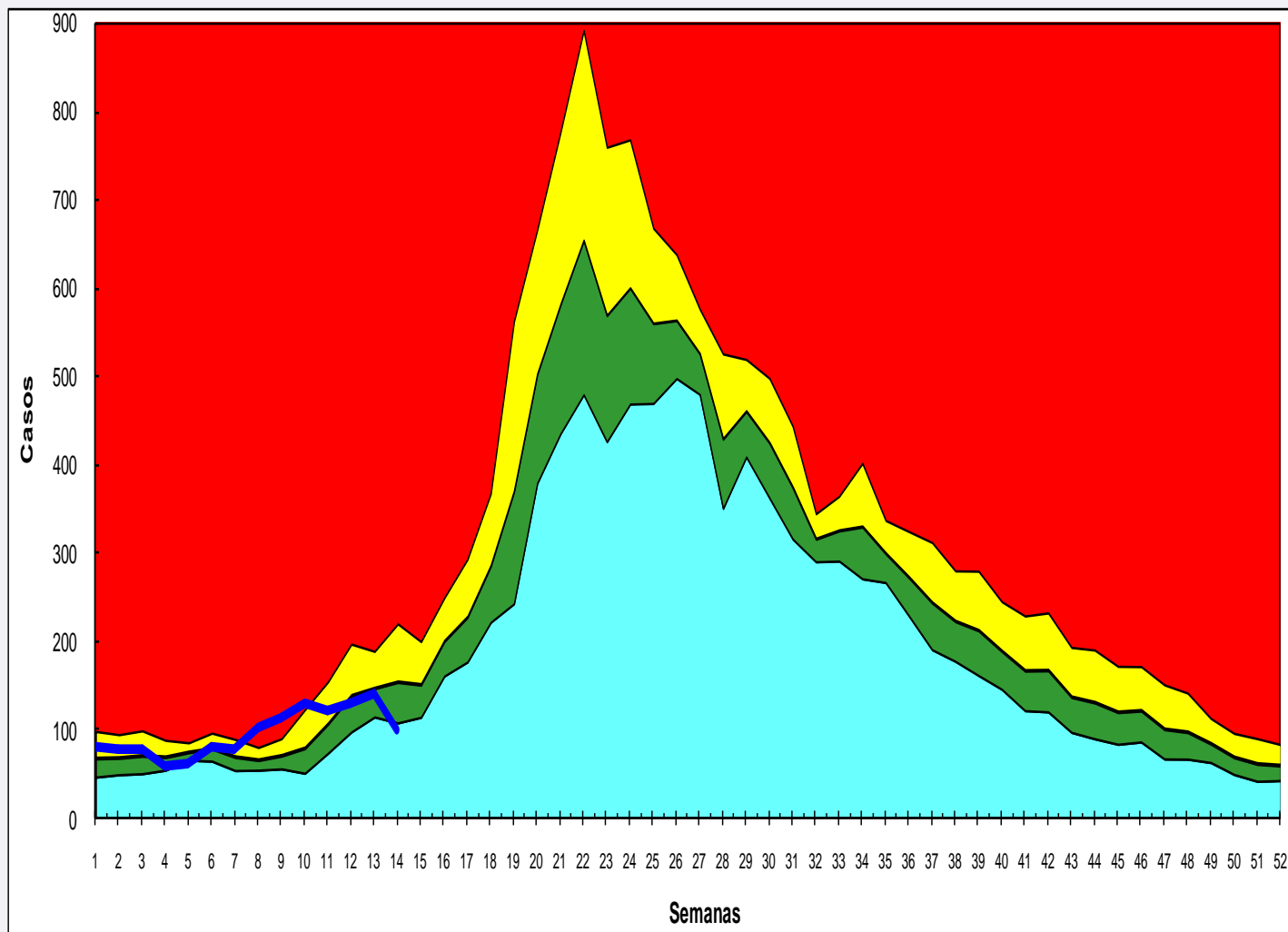
10

Bronquiolitis en menores de 2 años

**Corredor endémico semanal
hasta SE 14**
**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.

La caída en la curva en la última semana es debida al retraso en la notificación



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

11

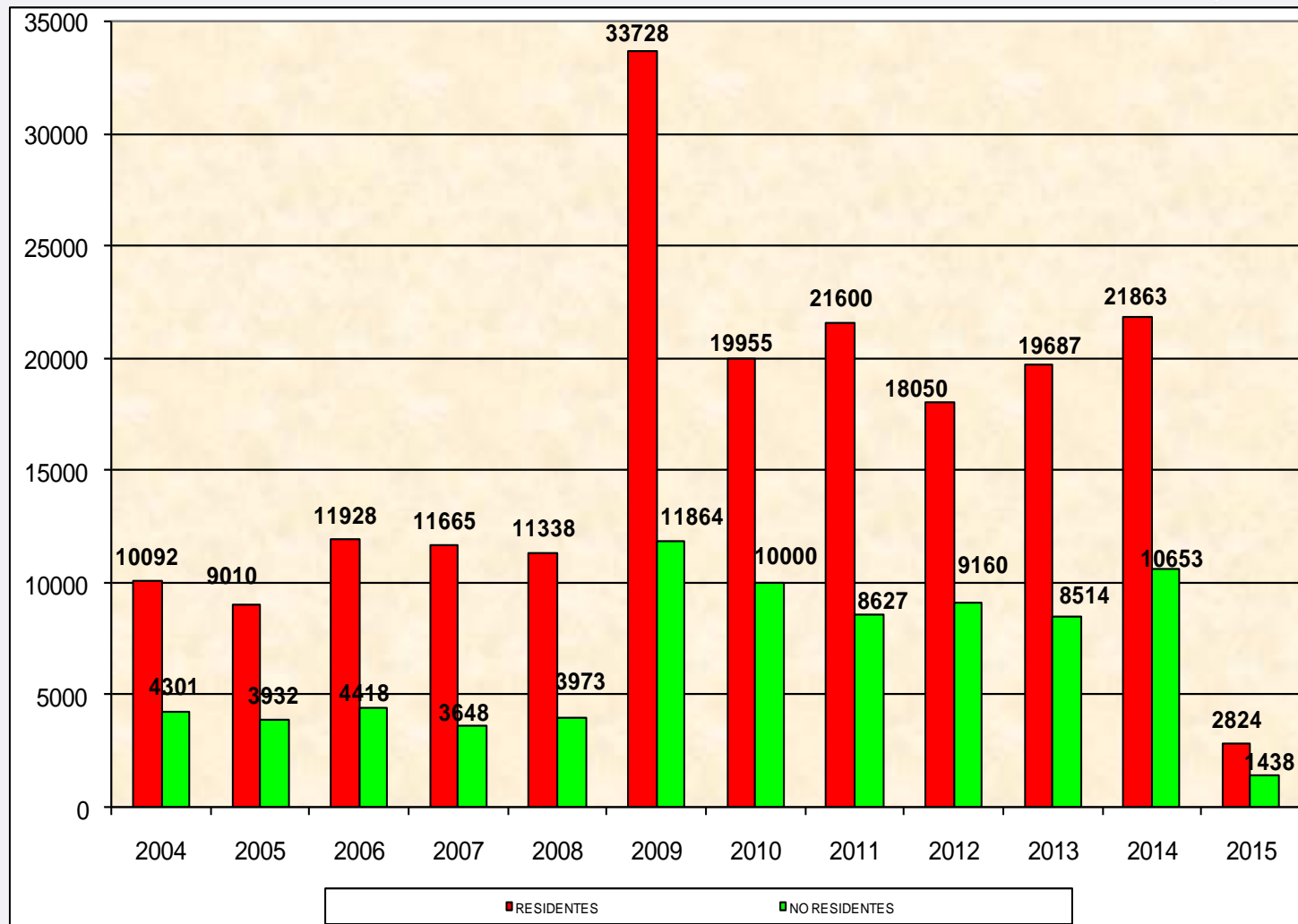
Enfermedad tipo Influenza (ETI)

**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 34% de la notificación de ETI correspondió a NO residentes

*Año 2015, hasta la semana 15



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

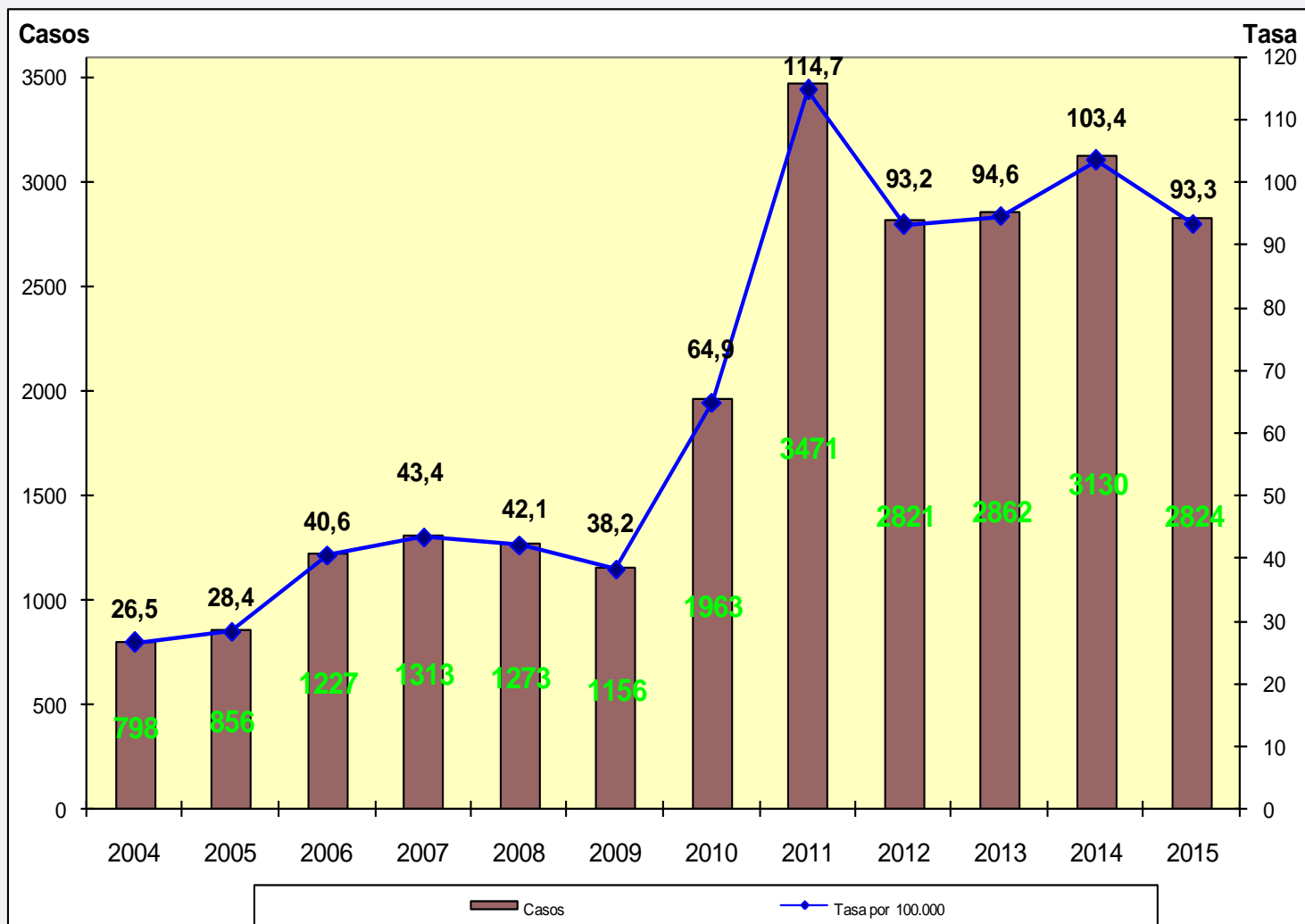
12

Enfermedad tipo Influenza (ETI)

**Casos acumulados
hasta la semana 15**
**Tasa de notificación por
100.000 habitantes**

**Residentes en Ciudad de
Buenos Aires**
Serie histórica
2003 – 2015

La serie histórica comparada,
(comparación de iguales
períodos), demostró que la
notificación en el año 2015
presentó una tasa inferior al
cuatrienio anterior y menor al
año 2014 hasta la SE 15.



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

13

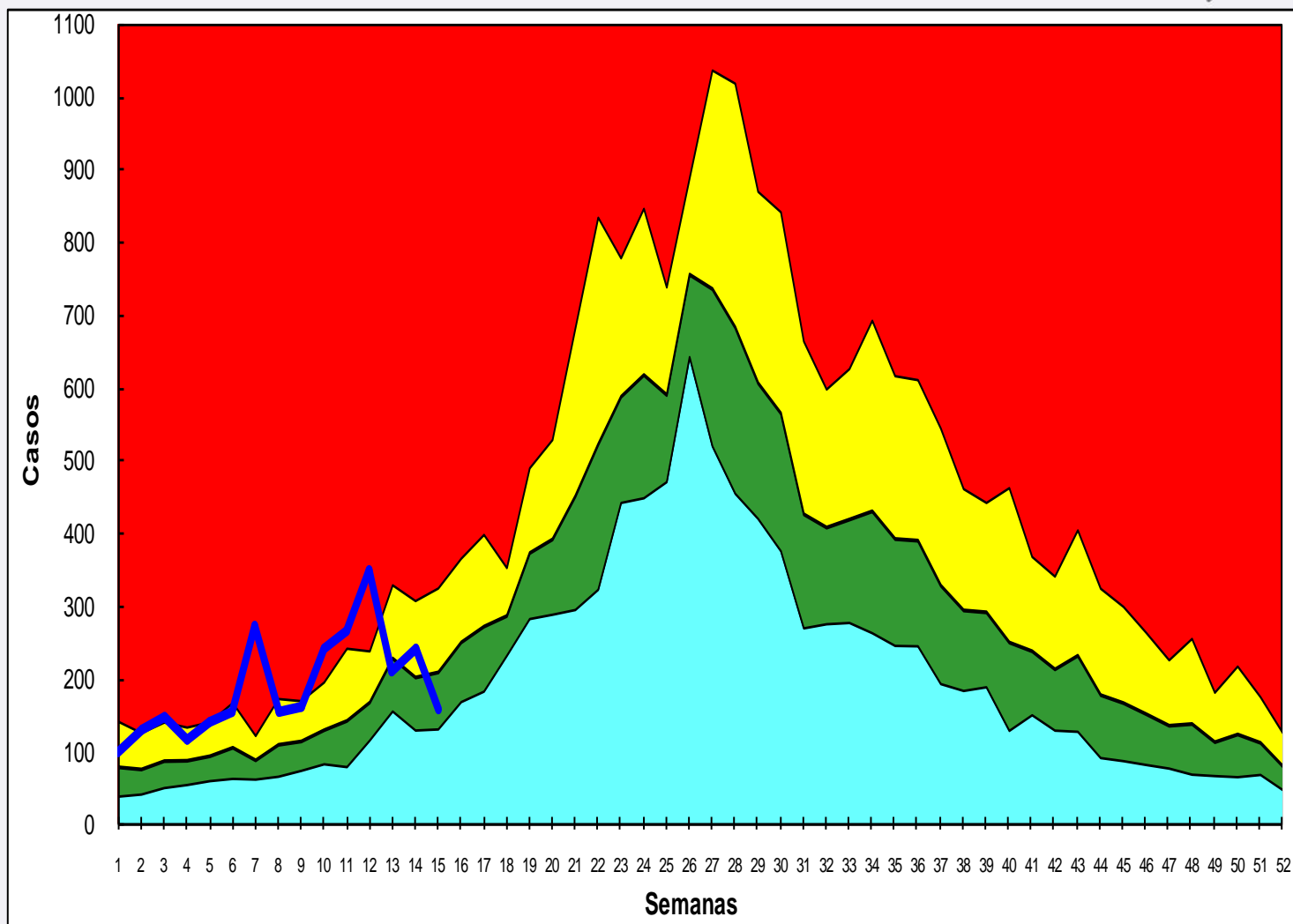
Enfermedad tipo
Influenza
(ETI)

**Corredor endémico
semanal hasta SE 15**

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

La curva de casos transitó
entre zonas de alarma y brote
desde comienzos del año

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



Actualización 04/05/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

14

Neumonías

Total de casos notificados según residencia habitual Serie histórica 2003-2015*

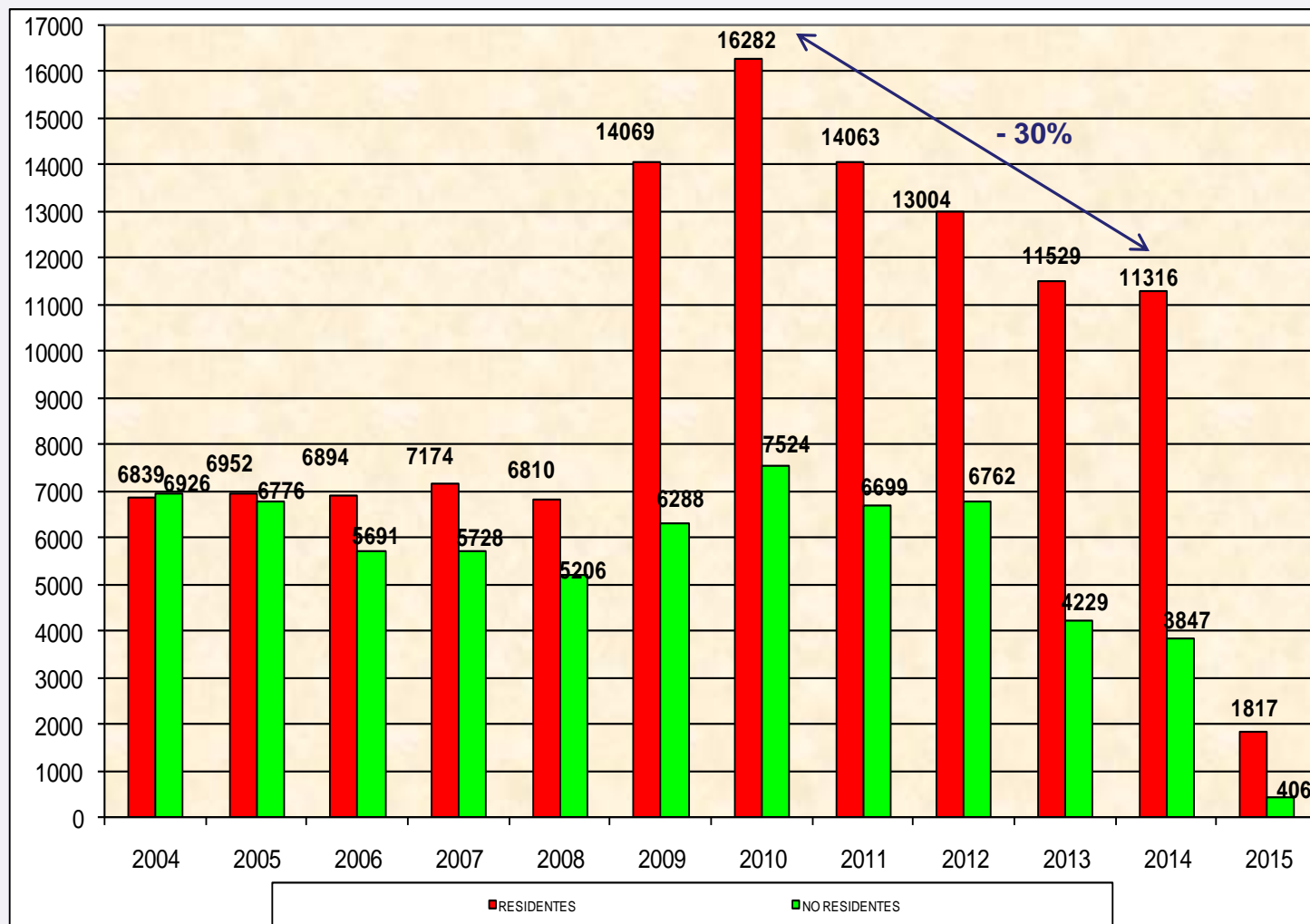
En neumonías se observó el mismo patrón de distribución de años anteriores, con predominio de los casos en residentes de la Ciudad.

En el corriente año, el 22% de la notificación de Neumonías corresponde 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 15



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

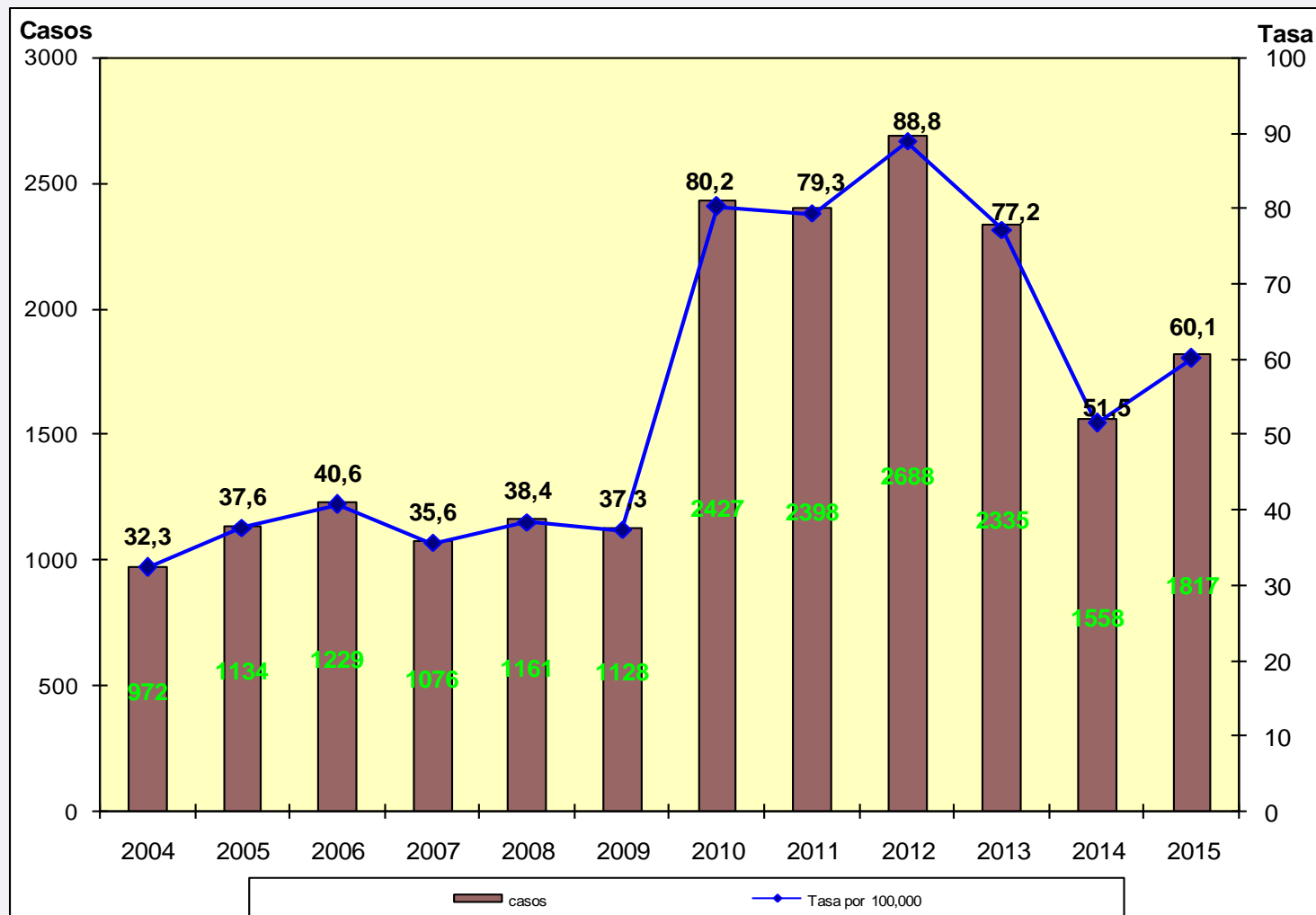
15

Neumonías

Casos acumulados hasta la semana 15
Tasa de notificación por 100.000 habitantes

Residentes en Ciudad de Buenos Aires
Serie histórica 2003 – 2015

La serie histórica comparada (comparación de iguales períodos), demostró que la notificación en el año 2015 es superior al 2014, pero inferior al cuatrienio 2010 - 2013 hasta la SE 15



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

16

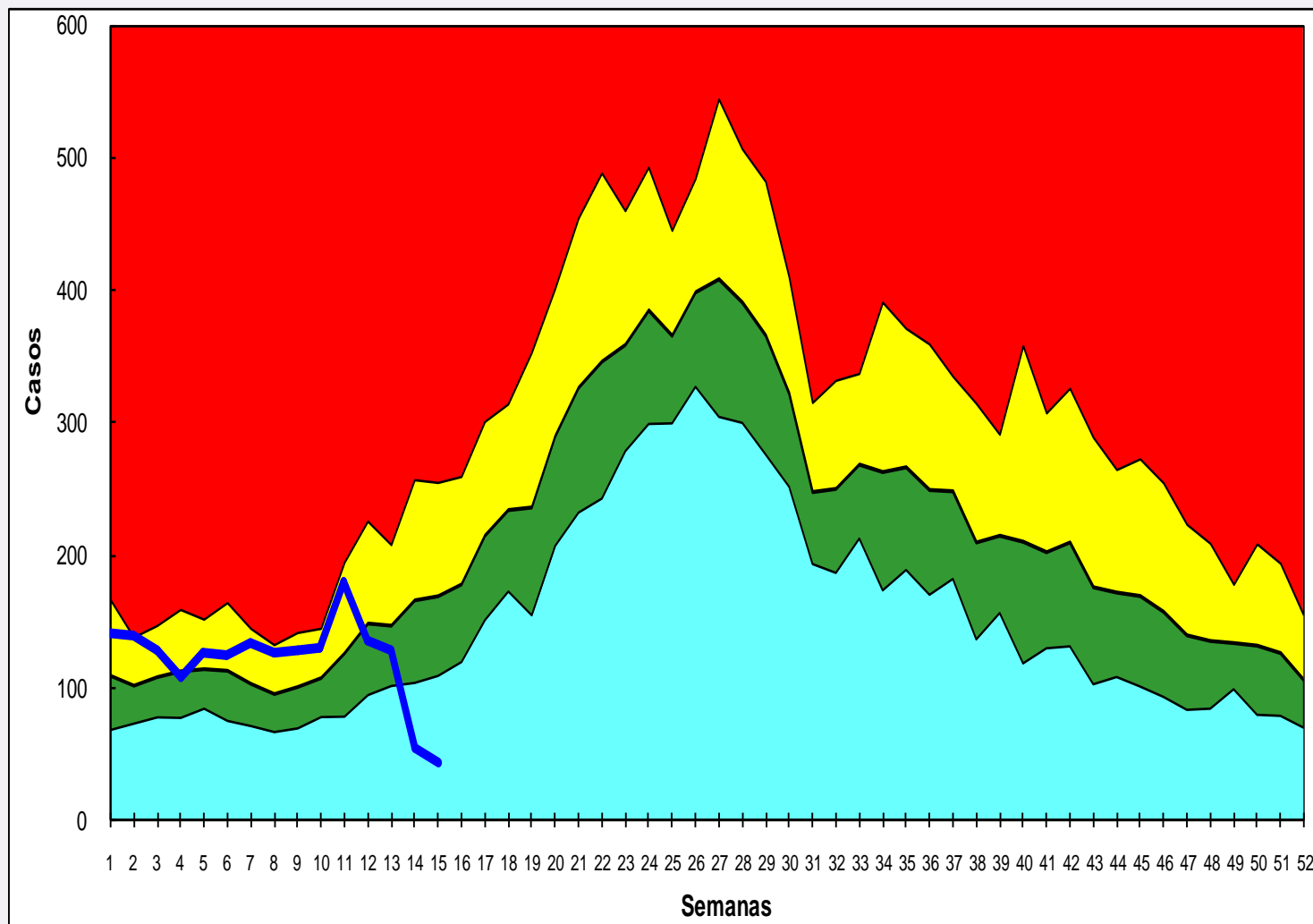
Neumonías

**Corredor Endémico
semanal hasta SE 15**

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

La curva de casos del año 2015 circuló entre zona de alarma y seguridad hasta la semana 15.

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



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

17

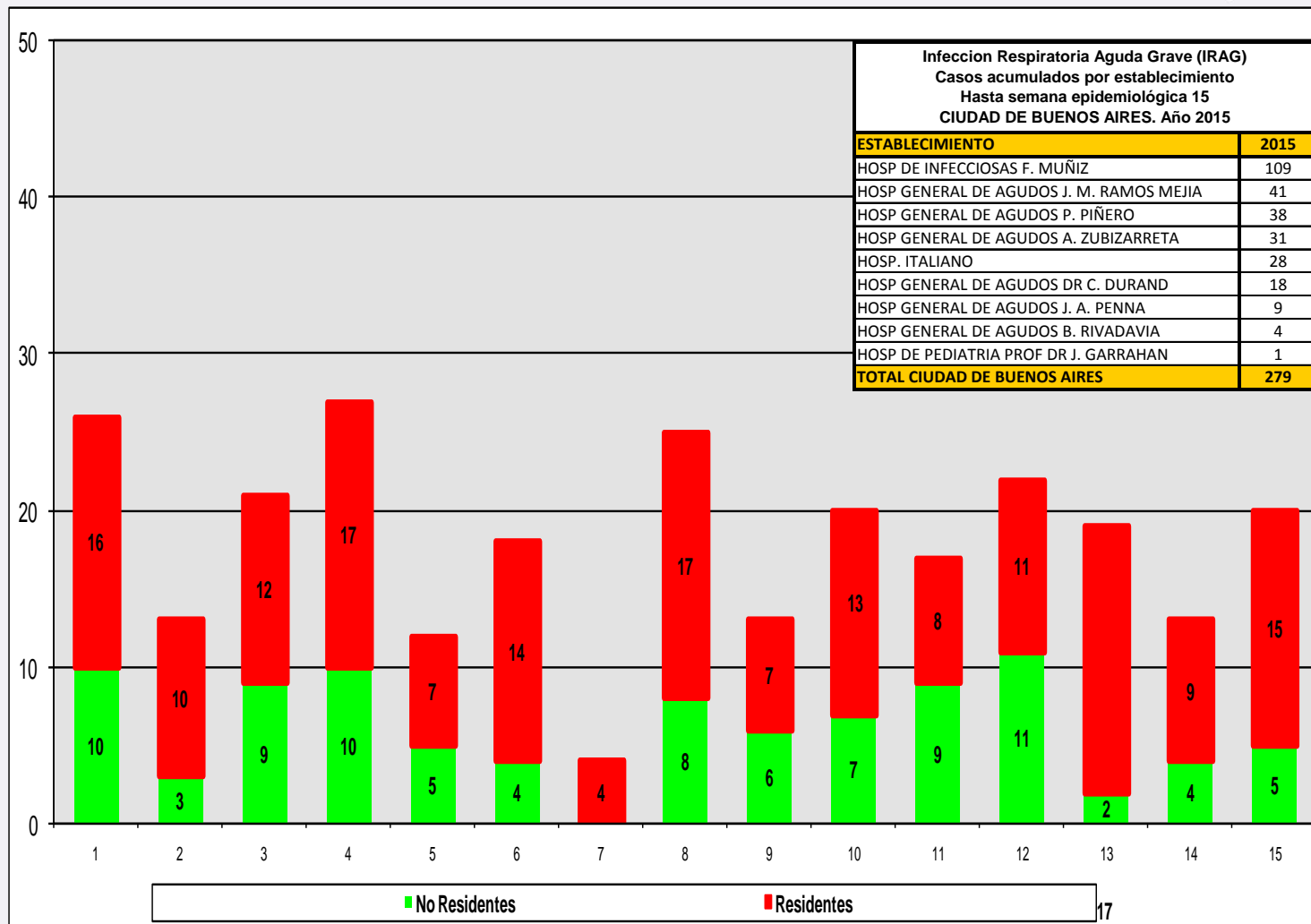
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS (IRAG) NOTIFICACION SEMANAL SEGÚN RESIDENCIA

**GCBA Año 2015
Hasta semana 15**

Los casos nuevos de hospitalizados semanalmente por IRAs (IRAG) mostró que, en general, la hospitalización de casos residentes supera a los no residentes, sin advertirse un incremento sostenido..

Hasta la fecha, este evento ha sido notificado por 8 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 04/05/2015

Fuente:Dpto. de Epidemiología. GCBA

18

SIVILA

Notificación acumulada según laboratorio, semana epidemiológica y muestras analizadas
Hasta semana 15

Laboratorios oficiales y privados
CABA. Año 2015

De 25 instituciones originalmente registradas para participar en el SIVILA, solo 10 notifican regularmente (40 % del total)

Las instituciones que presentaron notificación oportuna en el sector privado, fueron CENTRALAB y MANLAB.

Las instituciones que presentaron notificación oportuna en el sector oficial, fueron los hospitales GUTIERREZ, DURAND, MUÑIZ, PIÑERO y SARDA.

Hasta la semana 15 del corriente año, el laboratorio del hospital Piñero registró a mayor proporción de identificación viral.

Hasta la semana 15 del corriente año, el porcentaje general de identificación viral estuvo cercano al 4%.

| LABORATORIOS | SEMANAS NOTIFICADAS | MUESTRAS ANALIZADAS | MUESTRAS POSITIVAS | PORCENTAJE MUESTRAS POSITIVAS |
|-------------------------|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------|
| PRIVADOS | | | | |
| CEMIC | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| CENTRALAB S.A. | 15 | 215 | 7 | 3,3 |
| 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 |
| HOSPITAL ITALIANO | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| MANLAB. S.A. | 15 | 173 | 7 | 4,0 |
| SANATORIO GUEMES | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| OFICIALES | | | | |
| HOSP. ALVAREZ | 10 | 13 | 1 | 7,7 |
| HOSP DE CLINICAS. UBA | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. DURAND | 15 | 126 | 3 | 2,4 |
| HOSP. ELIZALDE | 7 | 212 | 14 | 6,6 |
| HOSP. FERNANDEZ | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. GARRAHAN | 11 | 1098 | 23 | 2,1 |
| HOSP. GUTIERREZ | 14 | 411 | 20 | 4,9 |
| HOSP. MUÑIZ | 14 | 28 | 1 | 3,6 |
| HOSP. PIÑERO | 15 | 65 | 10 | 15,4 |
| HOSP. PIROVANO | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. RAMOS MEJIA | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. RIVADAVIA | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. SARDA | 14 | 19 | 0 | 0,0 |
| HOSP. TORNU | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. VELEZ SANSFIELD | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| HOSP. ZUBIZARRETA | 0 | 0 | 0 | 0,0 |
| TOTALES | - | 2347 | 85 | 3,6 |

Actualización 04/05//2015

Fuente:Dpto. de Epidemiología. GCBA

19

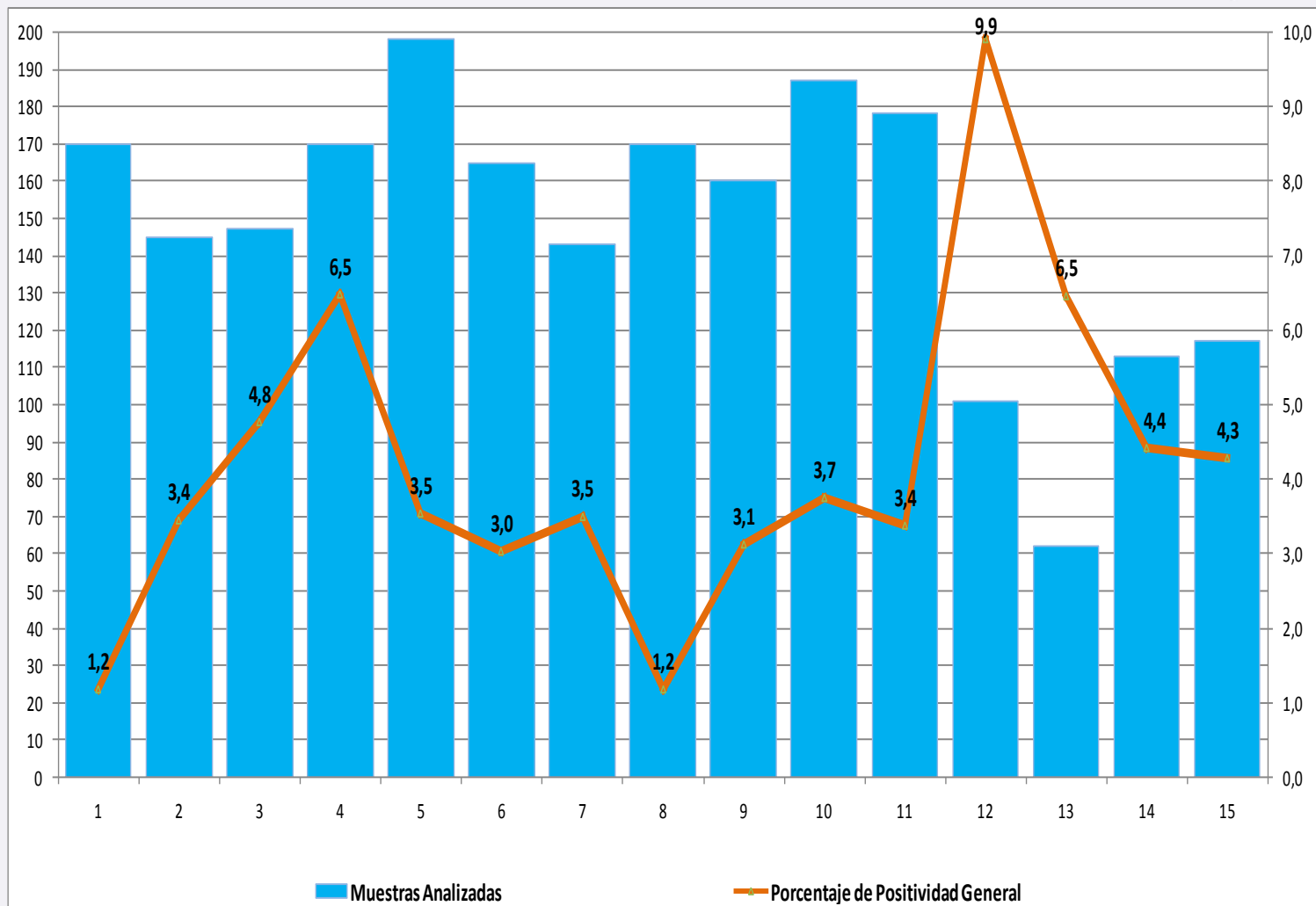
SIVILA Muestras analizadas y porcentaje de positividad según semana epidemiológica

Hasta semana 15

Laboratorios oficiales
y privados
CABA. Año 2015

En la mayoría de las semanas observadas, el porcentaje de identificación viral en las muestras analizadas oscilo entre 3 % y 4 %.

En algunas semanas se registraron porcentuales de identificación viral mas elevados.



Actualización 04/05/2015

Fuente:Dpto. de Epidemiología. GCBA

20

Circulación Viral Global

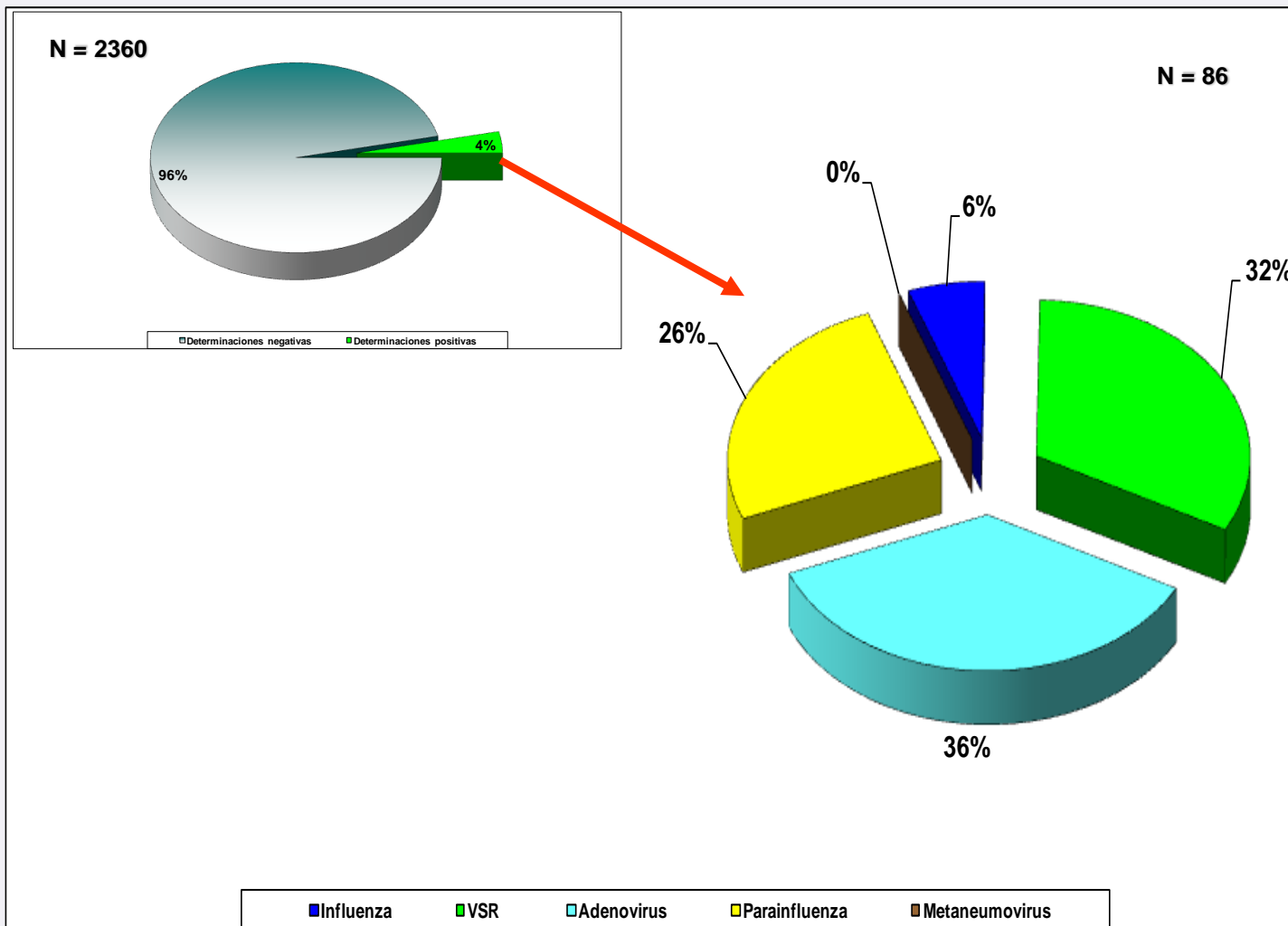
Distribución Porcentual de Determinaciones

Red de laboratorios
SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta semana 15)

De 2360 determinaciones de virus respiratorios en pacientes internados y ambulatorios, notificadas al SIVILA, por 10 laboratorios hubo identificación viral en 86 de las mismas (4 %)

Predominó la circulación de **Adenovirus** (36%), seguido de VSR (32%), Parainfluenza (26%) e Influenza (6%).

Se registro un único caso de influenza por virus AH1N1pd09, importado, en residente de la CABA,



Actualización 04/05//2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

21

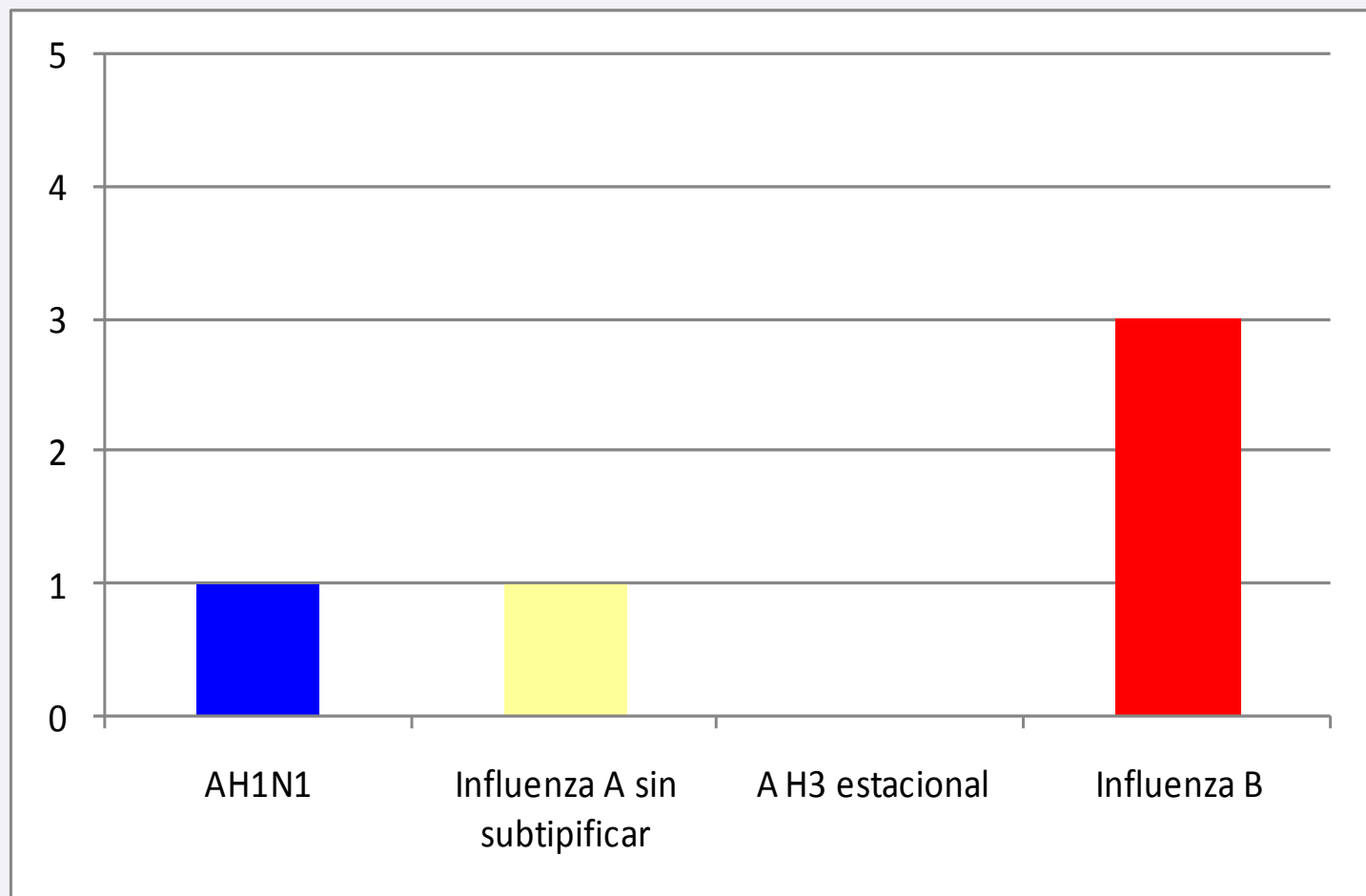
Circulación Viral Total Virus Influenza

Distribución de casos
según aislamiento

Red de laboratorios
SIVILA

Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta
semana 15)

Del total de 5 casos con
identificación de virus
influenza, la mayoría
correspondió a Influenza B,
Hasta dicha semana
epidemiológica, no se
identificaron casos de
influenza A estacional.



Actualización 04/05//2013

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

22

Circulación Viral Global

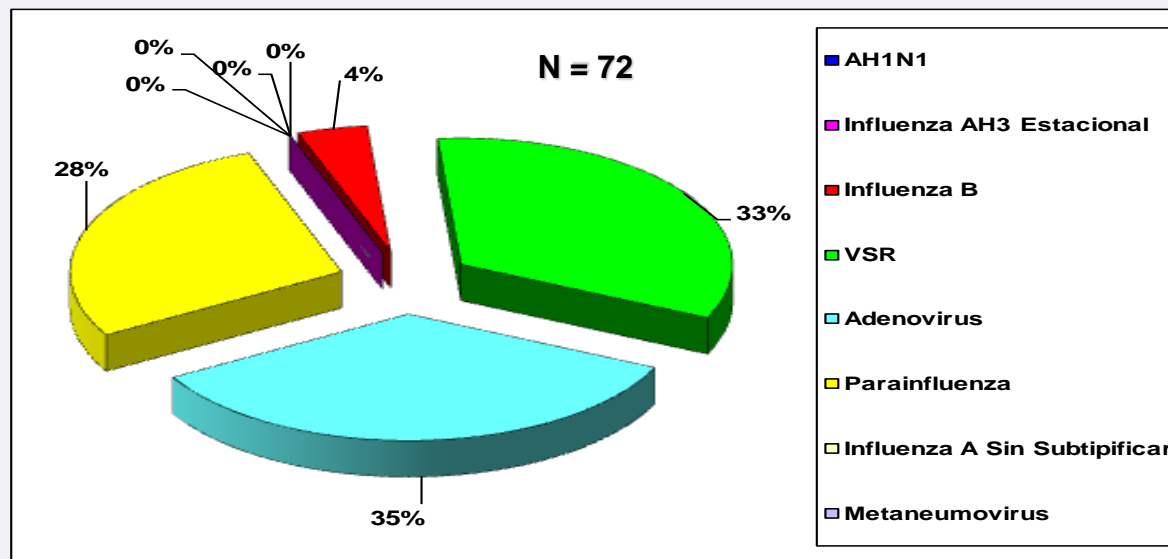
**Determinaciones positivas
por Grupos de Edad
y Tipo de virus**

**SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 15)**

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 de 2 casos positivos de Adenovirus y un (1) caso positivo de Influenza A/H1N1 importado.

Determinaciones positivas en menores de 15 años de edad



Circulación Viral Global Resultados por semana epidemiológica

SIVILA

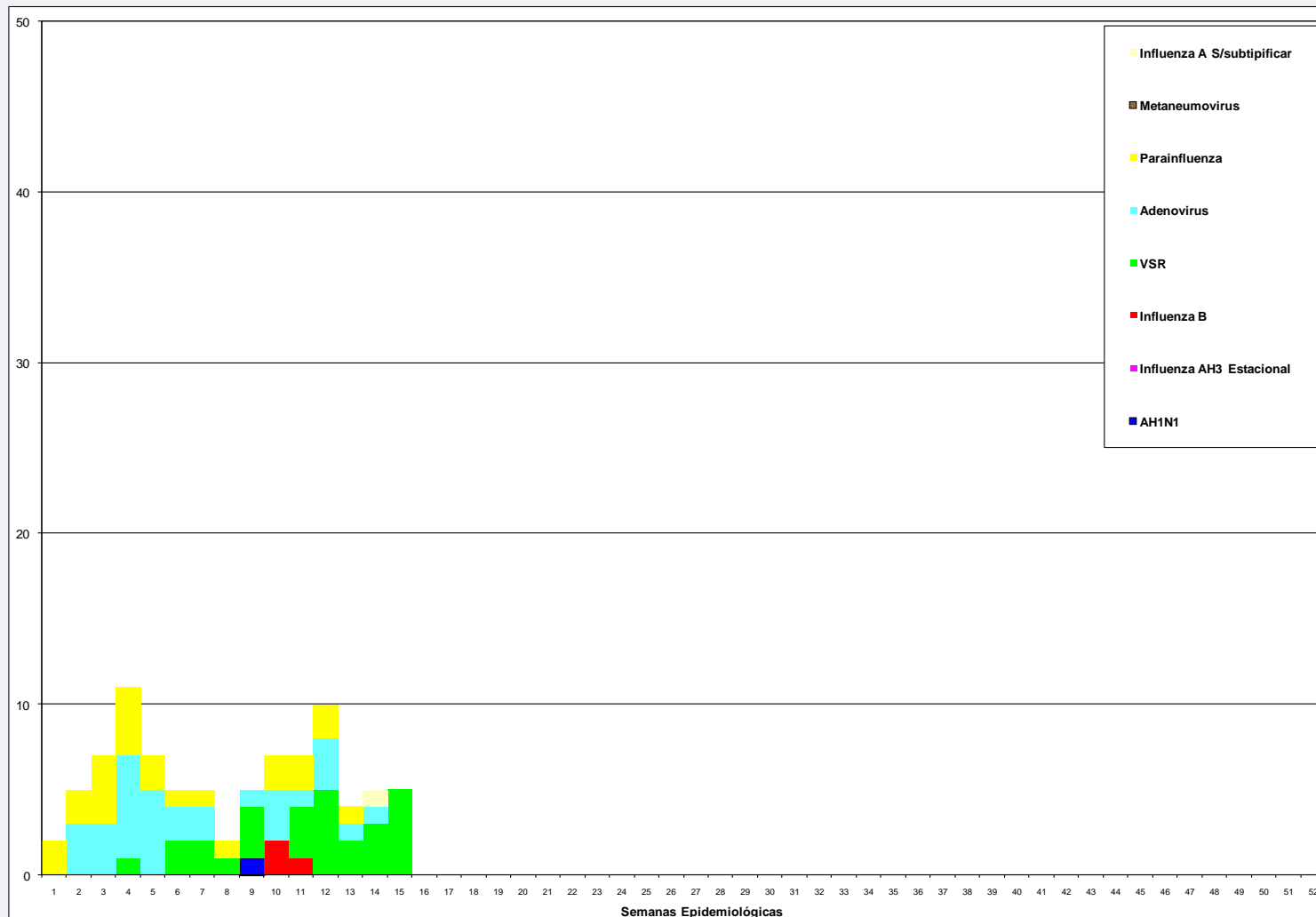
(Acumulado hasta SE 15)

Ciudad de
Buenos Aires
Año 2015

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

El caso de Influenza AH1N1 se registró en la semana 9.

También se notificaron tres casos de Influenza B en semanas 10 y 11



Actualización 04/05/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

24

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

**SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 15)**

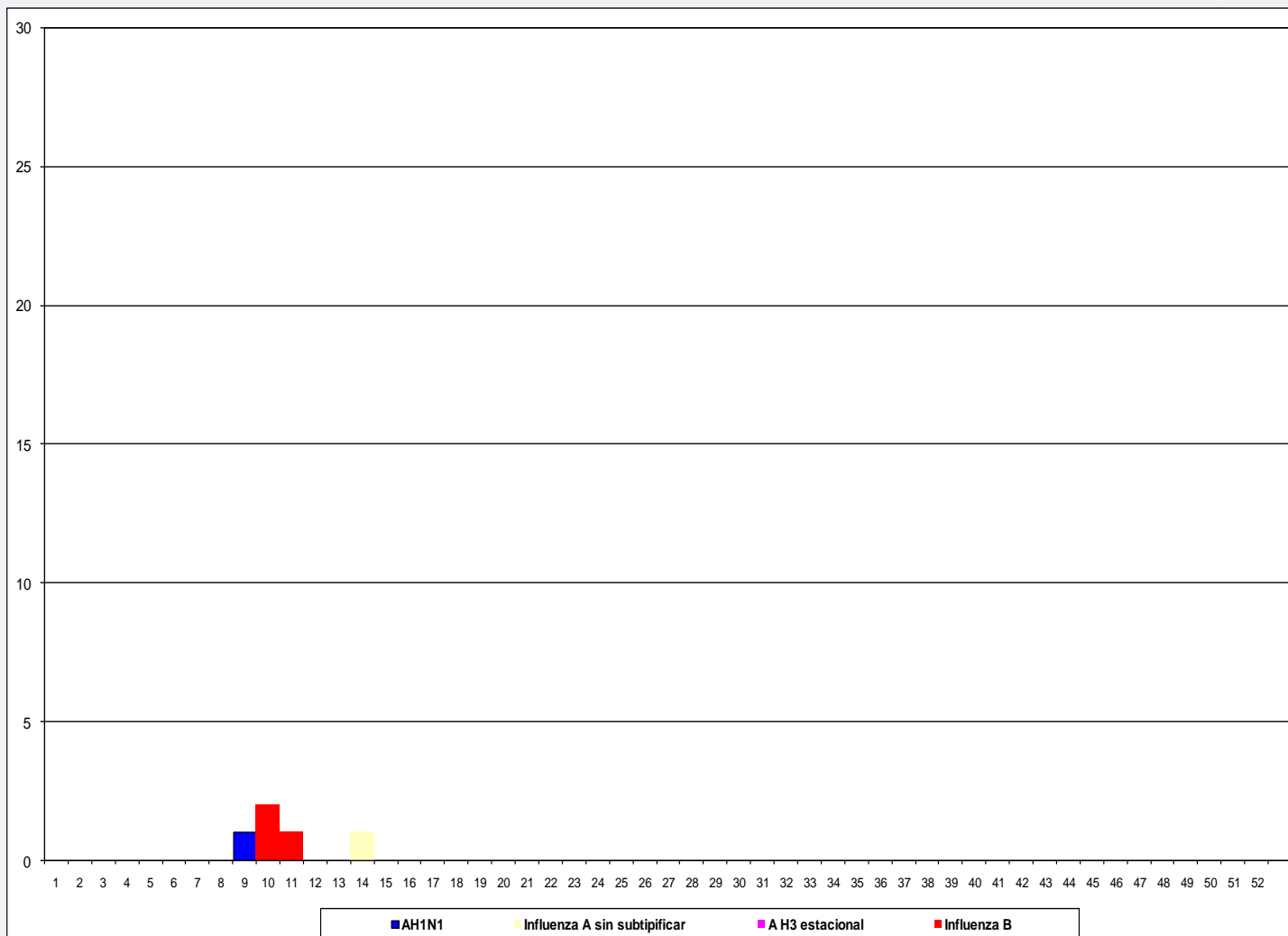
Hasta la semana 15 se identificaron cuatro casos de Influenza.

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 semana 14, un caso de ETI con identificación de Influenza A sin subtipificar



Actualización 04/05//2013

Fuente: SNVS - SIVILA

25

Circulación Viral Global

Distribución por Edad
y Tipo de virus

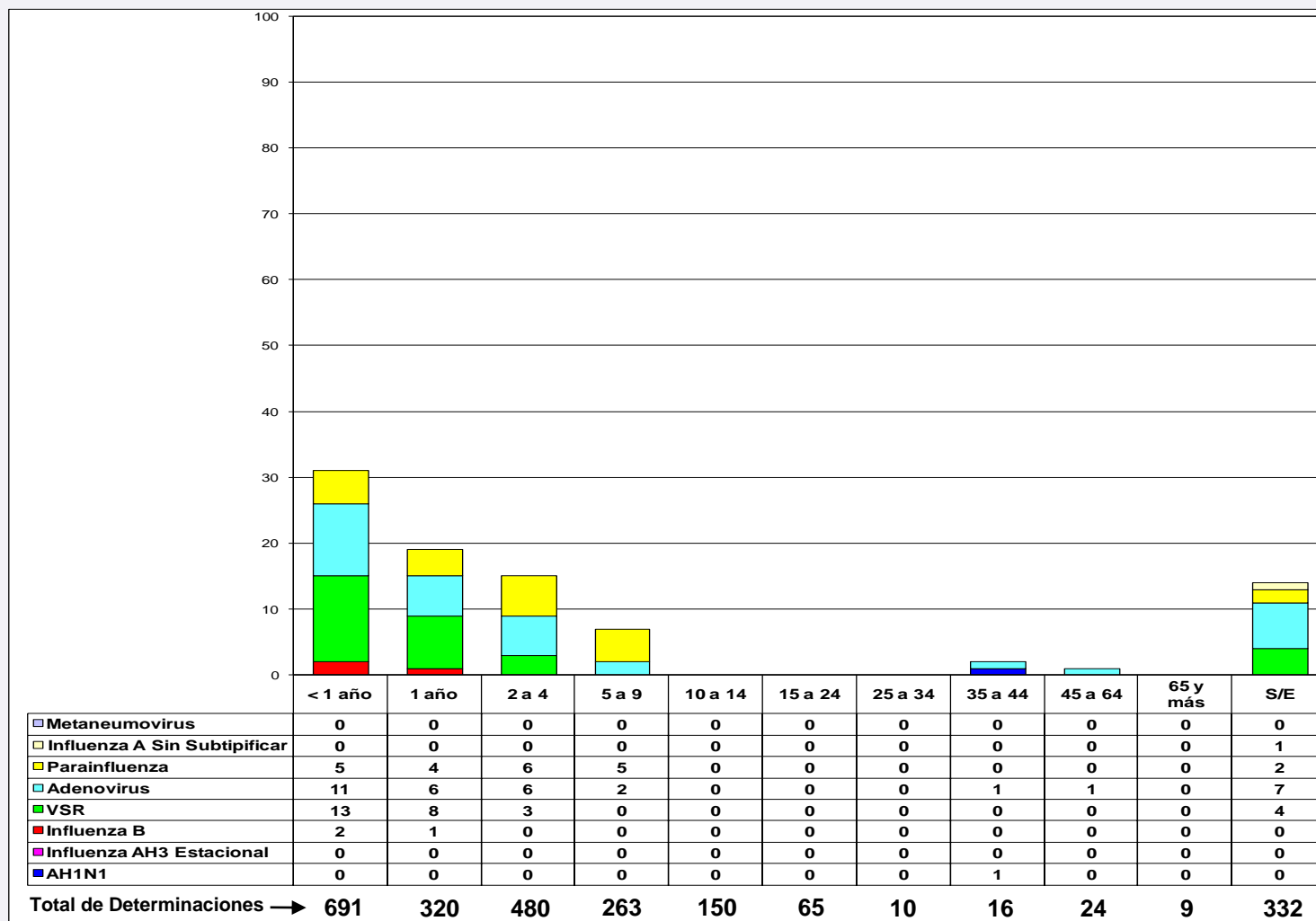
SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 15)

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

En mayores de 15 años se identificó un caso importado de Influenza AH1N1pdm09, y también circulación de Adenovirus.

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 5 años



Actualización 04/05/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

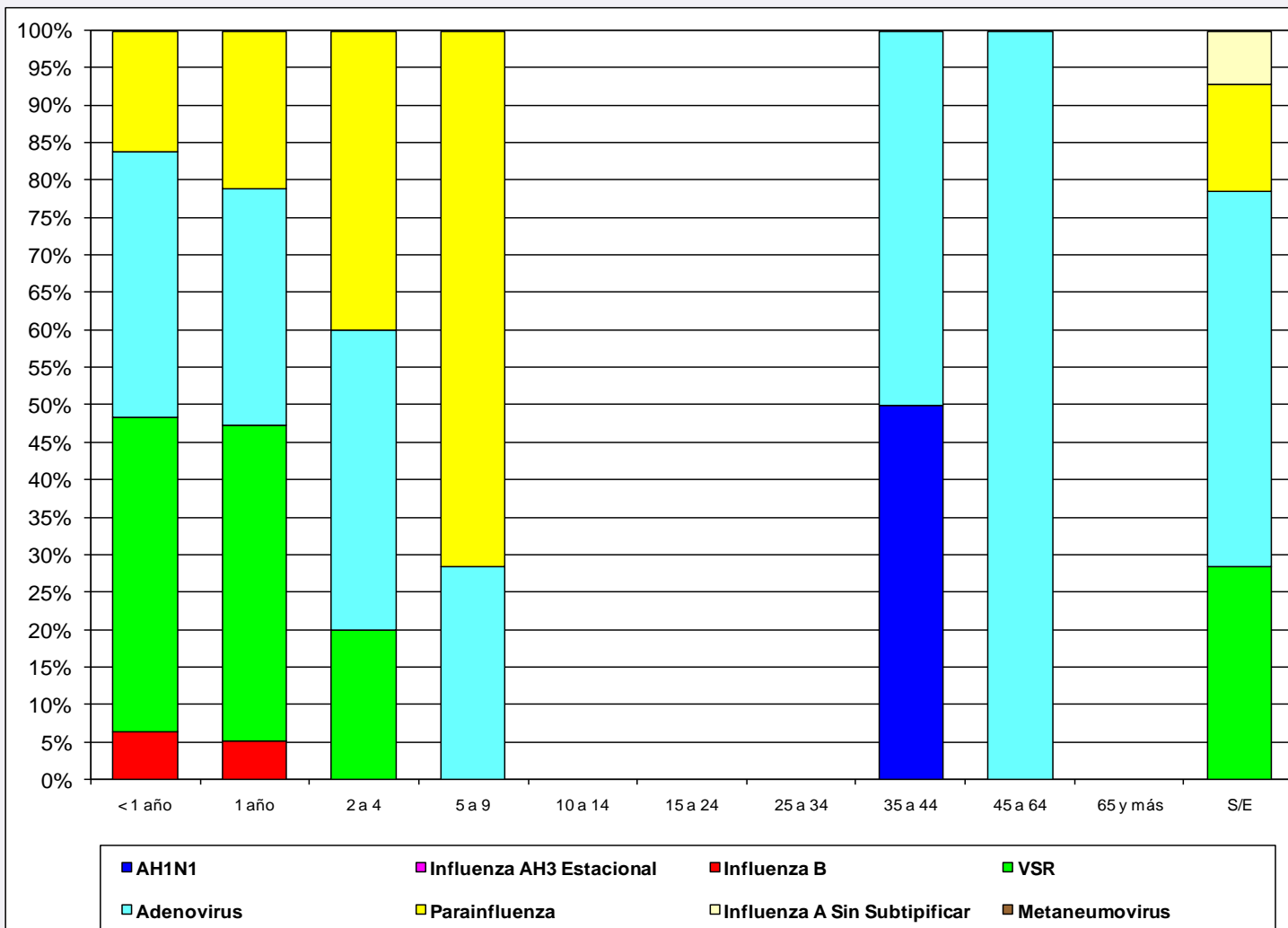
26

Circulación Viral Global Distribución porcentual por Edad y Tipo de virus

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2015
(Acumulado hasta SE 15)

El peso relativo de la circulación de VSR, Adenovirus y Parainfluenza es predominante en los menores de 10 años y en los casos de IRA sin identificación de edad.

En los escasos casos positivos en mayores de 10 años se destacó Adenovirus.



Actualización 04/05/2015

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

26

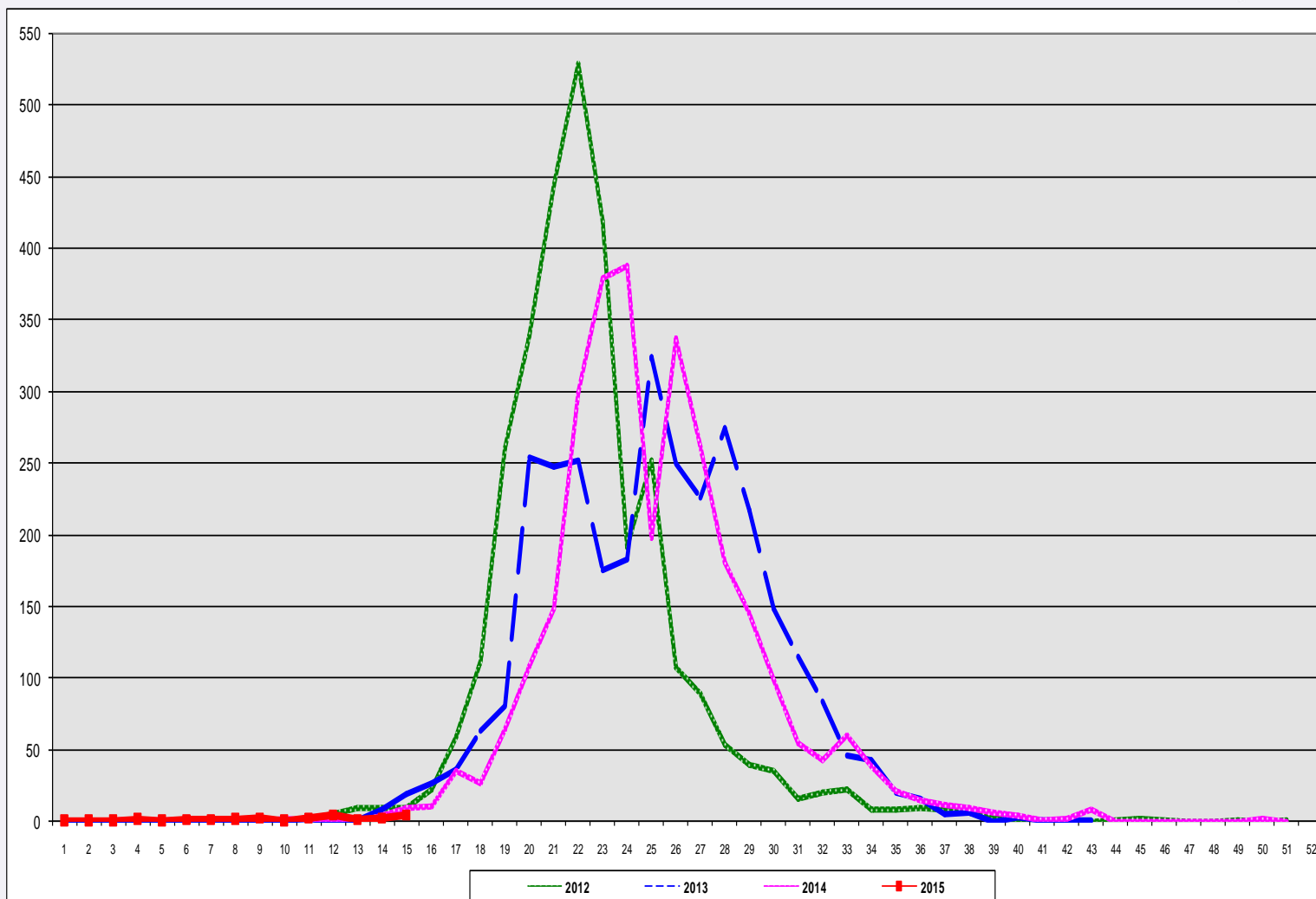
Circulación de Virus Sincicial Respiratorio (VSR)

Resultados por
semana
epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos
Aires
Años 2012 - 2015

La notificación de VSR
hasta la semana 15 del
corriente año mostró
escasa circulación.

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



Actualización 04/05/2013

Fuente: SNVS - SIVILA

27

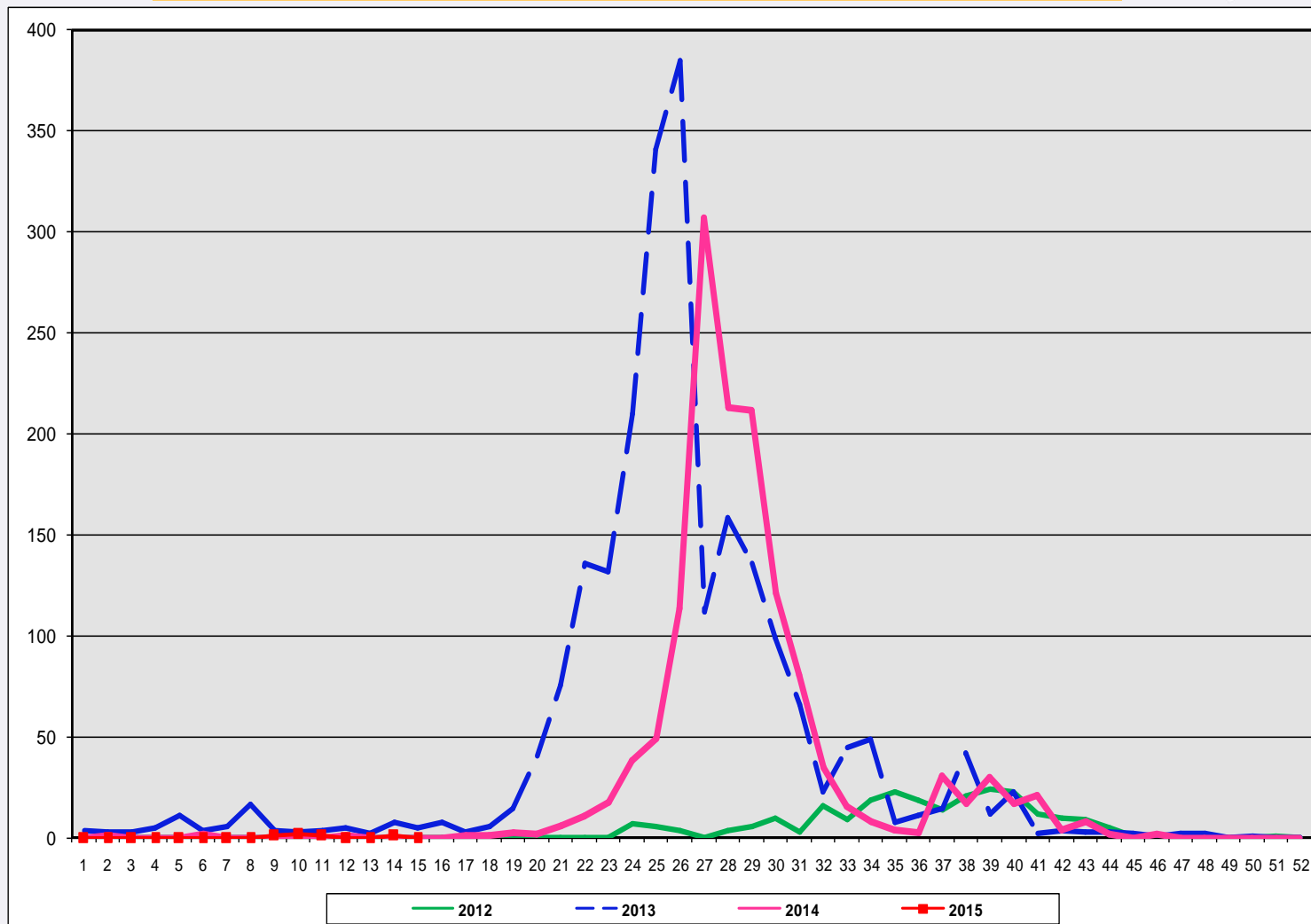
Circulación de Virus Influenza

Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2012 - 2015

La notificación del **total** de virus influenza hasta la semana 15 del corriente año mostro escasa circulación.

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



Actualización 04/05//2013

Fuente: SNVS - SIVILA

28

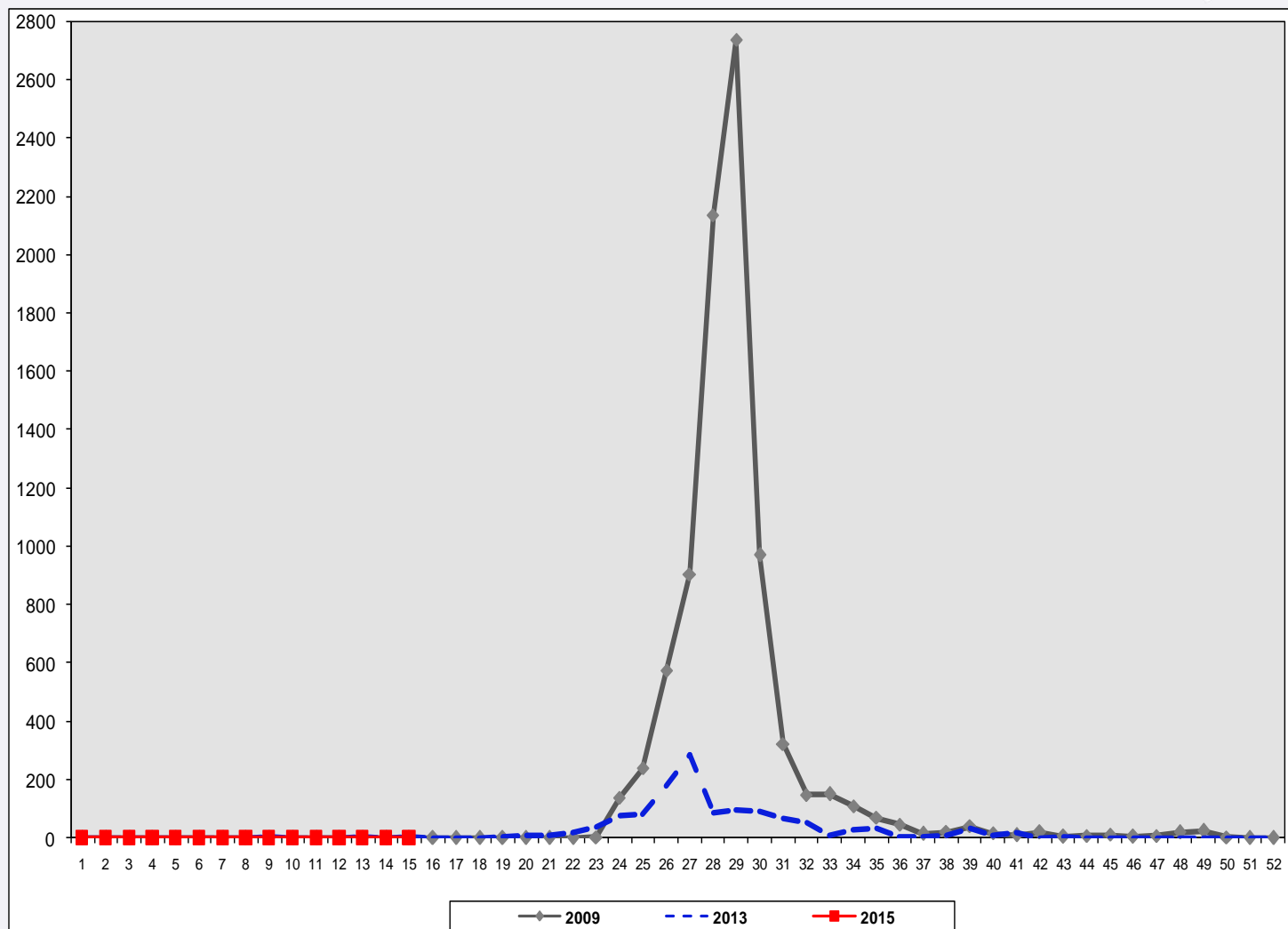
Circulación de Virus Influenza A/H1N1pdm09

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 15, dicho registro se observó prácticamente sin circulación,



Actualización 04/05//2013

Fuente: SNVS - SIVILA

29

RESUMEN SITUACION EN CABA

Hasta semana epidemiológica 15

- La curva de casos de bronquiolitis en menores de 2 años circuló dentro de las zonas de casos esperados, excepto en las semanas 8 y 9, cuando atravesó zona de brote
- La curva de casos de ETI circuló entre zona de alarma y brote desde comienzo del año.
- La curva de casos de neumonía circuló dentro de las zonas de casos esperados
- Se observó tendencia declinante en la notificación de neumonía en los últimos 4 años
- Existió evidencia de subregistro y retraso en la notificación de casos de IRAG
- Se observó elevada proporción (40 %), de laboratorios que no notifican al SIVILA
- Se observó baja proporción (4 %), de identificación viral en las muestras analizadas
- Se observó elevada proporción (14%), de muestras sin identificación de edad
- La circulación viral global en los casos de IRA mostró predominio de Adenovirus, Parainfluenza y VSR,
- La circulación de virus Influenza se observó en niveles mínimos
- Se notificó un único caso de Influenza AH1N1 (cepa pandémica), importado, correspondiente a residente en CABA.

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

➤ **Casos ambulatorios** de IRAs como estudio en las Unidades Centinelas

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. (Ver recomendación de ANMAT)

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