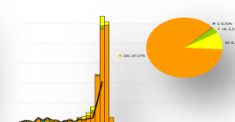
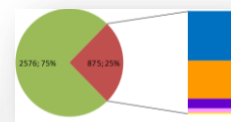
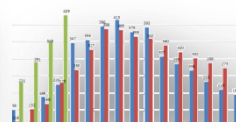
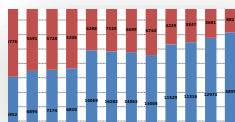
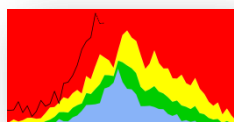


INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SALA DE SITUACION 2016



Hasta Semana Epidemiológica (SE) 23

Actualización 17/06/2116

Gerencia Operativa de Epidemiología
Dirección General de Informática Clínica, Epidemiología y Estadística
Subsecretaría de Planificación Sanitaria



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

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
- Detectar situaciones de brote o epidemia
- Identificar los grupos poblacionales afectados y sus características
- Establecer la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados.
- Planificar actividades de prevención y control
- Reforzar los servicios de salud
- Evaluar el consumo de insumos para diagnóstico y tratamiento
- Brindar la información adecuada

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. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda mantener las medidas de Vigilancia y Control según los planes nacionales. En consecuencia resulta necesario el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica (clínica y de laboratorio) de las IRA's



RESUMEN DE SITUACIÓN DE LAS IRA'S EN LA CABA

- De acuerdo a las notificaciones oficiales al Sistema de Vigilancia, la curva de casos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en residentes se observó en zona de brote desde comienzo del año con tendencia en ascenso. La mayor cantidad de casos notificados corresponden a los Hospitales Pirovano y Zubizarreta del sector público e Italiano del sector privado.
- La curva de bronquiolitis en menores de 2 años transcurrió entre zonas de alerta y seguridad hasta la semana 9. Desde dicha semana presenta una tendencia en ascenso, circulando por el límite entre alerta y brote hasta la SE 18.
- Los casos de neumonía iniciaron en zona de brote y luego descendieron para transcurrir por zona de alerta. Desde la SE 18 la curva se encuentra en zona de brote con tendencia en ascenso.
- En relación con la Vigilancia de Virus respiratorios, **de 6267 muestras estudiadas, se registró un 31% (1935) de positividad**. De las 1935 muestras positivas, en un 56% se aisló Virus Sincicial Respiratorio, 35% Influenza y 5% Parainfluenza. De 669 casos de Influenza A, 556 (83%) correspondieron a identificación de A(H1N1)pdm09.
- A través de las fichas epidemiológicas se verificó la existencia, en lo que va del año, de un total de 997 pacientes que fueron internados en establecimientos públicos y privados de la ciudad. Aproximadamente la mitad son residentes de la CABA. Las principales co-morbilidades de los internados son: enfermedades respiratorias crónicas, transplantados, pacientes con tumores en órganos sólidos, diabetes e inmunodeficiencia adquirida.
- En los internados con residencia en CABA, se presentaron 40 fallecimientos por IRA con identificación de influenza. De los mismos, 34 presentaban comorbilidad y en 6 no se contaba con el dato. Del total, 30 ocurrieron en el sector público y 10 en el privado. En relación con el antecedente de vacunación, 15 no lo presentaban, 2 estaban vacunados y del resto no se obtuvieron los datos. Asimismo, 30 de los 40 pertenecían al grupo de más de 64 años, 1 menor de 5 años, 6 de 45 a 64 años, 3 de 35 a 44 años.



ÍNDICE DE LA SALA

Situación IRAs

- [Internacional](#)
- [Regional](#)
- [Nacional](#) (2 diapositivas)

Sobre la Vigilancia

- [Eventos](#)
- [Definiciones](#)

- [Caracterización de la gravedad y letalidad por influenza](#) (3)
- [Descripción mortalidad por respiratorias. Serie histórica y actual.](#) (2)
- [Situación inmunización antigripal](#) (5)
- [Medidas de participación social en la prevención de la gripe](#)
- [Recomendación breve para estudio de coronavirus](#)
- [Agradecimiento y contactos](#)

Situación CABA, Vigilancia Clínica

- [Bronquiolitis < 2 años](#) (3)
- [Enfermedad Tipo Influenza](#) (3)
- [Neumonía](#) (3)
- [Infección Respiratoria Aguda Grave](#) (4)

Situación CABA, Vigilancia Laboratorial

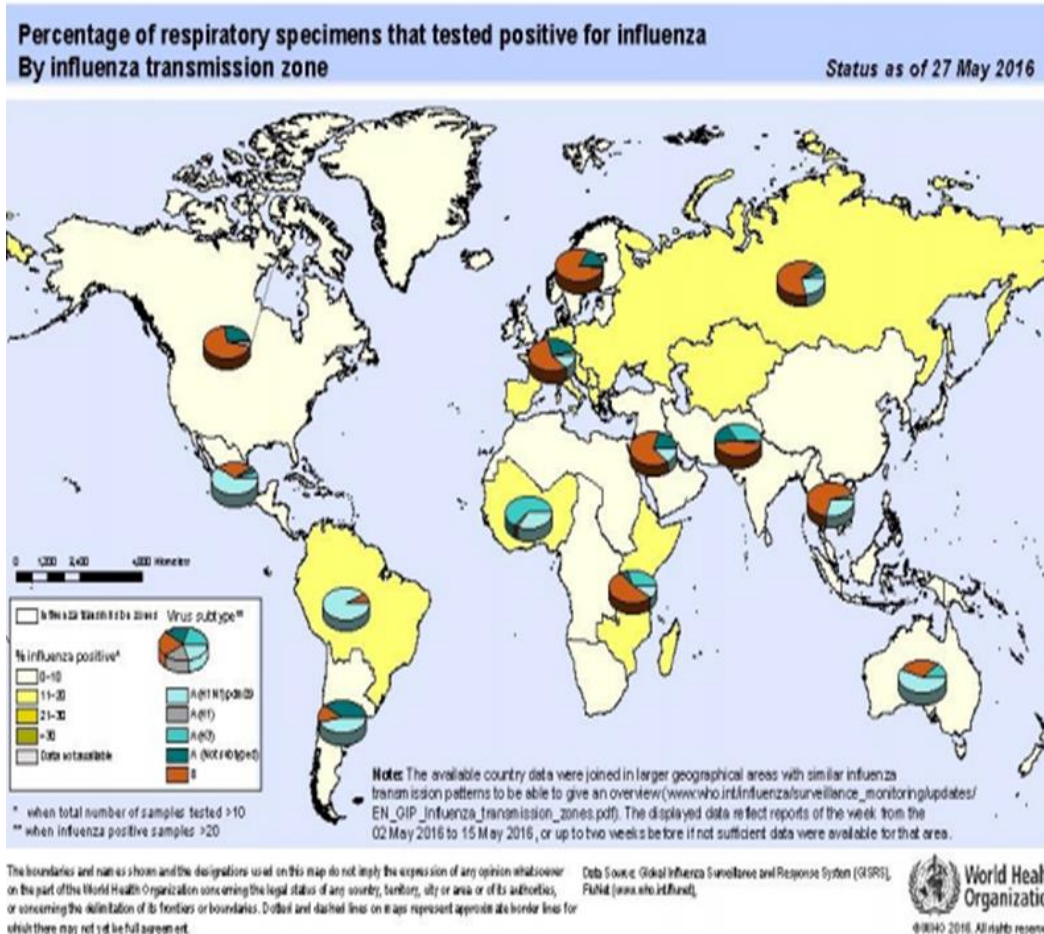
- [Circulación Global Viral total](#)
- [Porcentaje de positividad](#)
- [Circulación Global Viral según grupo de edad](#) (2)
- [Distribución semanal todos los virus](#)
- [Distribución semanal virus influenza](#)
- [Comparación histórica VSR, Influenza e Influenza H1N1\(09PDM\)](#) (3)





Situación Mundial

Hasta Semana Epidemiológica 22



- **América del Norte:** Continúa la disminución en la actividad de influenza. En Canadá, México, y Estados Unidos, la actividad de influenza disminuyó hasta actividad baja. Se observa que la mayoría de los indicadores epidemiológicos disminuyeron hasta niveles bajos, excepto en México donde se observa la neumonía en la línea de base o cerca.
- **Caribe:** Se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios en la mayoría de los países. Los indicadores de IRAG han aumentado en Cuba, St. Lucia, y Surinam.
- **América Central:** Continúa la circulación activa de influenza A(H1N1)pdm09 en la mayoría de los países, en particular se observa un incremento en El Salvador y Panamá. La actividad de VSR se mantiene elevada en Panamá, mientras que la actividad de IRAG y ETI aumentó en la mayor parte de la región.
- **Brasil y Argentina:** En el Cono Sur, ha continuado aumentando los niveles de influenza y VSR, aunque aún se mantienen en niveles inferiores al umbral estacional. Un aumento en la actividad de ETI e IRAG se ha registrado en Argentina y Chile.



Situación Regional

Hasta Semana Epidemiológica 22

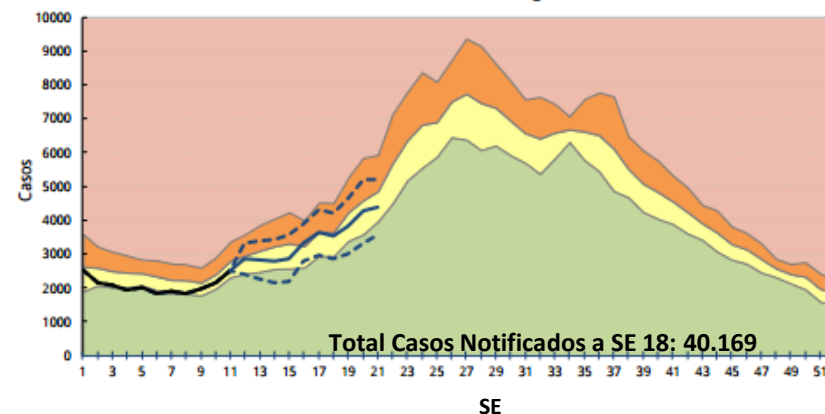
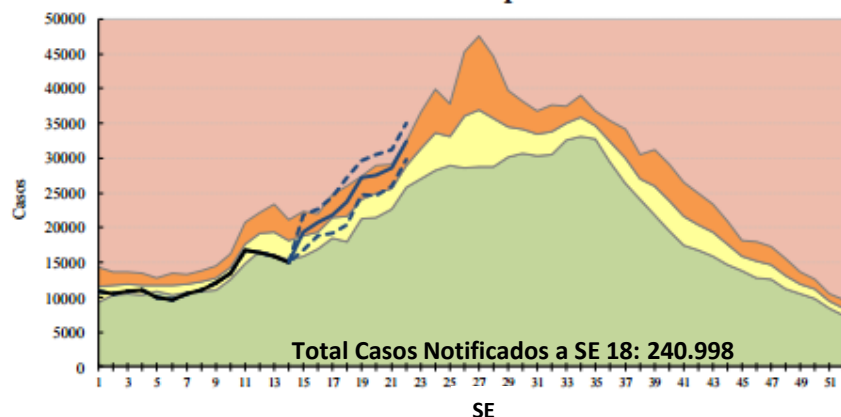
- **Colombia:** En la SE 21, la actividad de neumonía disminuyó ligeramente hacia los niveles de las temporadas 2014 y 2015. En la SE 21, la actividad de IRA aumentó y estuvo por encima de los niveles de 2014 y 2015.
- **Brasil:** En la SE 21, la proporción de los fallecidos por IRAG aumentó ligeramente al 9% (2.606 de 28.807 hospitalizaciones), similar a la proporción en la temporada de 2014- 15 (8,2%). Entre estos fallecidos, 70,9% tenía factores de riesgo subyacentes
- **Ecuador:** En las últimas semanas, la actividad de VSR se mantiene elevada. Se ha reportado actividad elevada de influenza A(H1N1)pdm09.
- **Perú:** En la SE 20, se reportaron mayores detecciones de otros virus respiratorios con VSR predominando y las detecciones de influenza continuaron bajas con influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B co-circulando.
- **Bolivia (La Paz):** Predomina y continúa incrementándose la actividad de influenza A(H1N1)pdm09. También cocircula VSR y adenovirus.
- **Paraguay:** En la SE 20, la actividad de ETI e IRAG se incrementó por encima del umbral de alerta. Se registraron otros Virus respiratorios con tendencia creciente.
- **Chile:** En la SE 21, la actividad de ETI se mantiene por encima del umbral de alerta y parece disminuir ligeramente. El número de fallecidos asociados con IRAG se incrementó ligeramente en las últimas semanas. Las hospitalizaciones relacionadas con IRAG y admisiones a UCI también aumentaron
- **Uruguay:** Las hospitalizaciones asociadas con IRAG y los ingresos a UCI por IRAG se incrementaron pero se mantienen bajas. Se ha reportado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios, pero aumentando en las últimas semanas, con predominio de influenza A y VSR



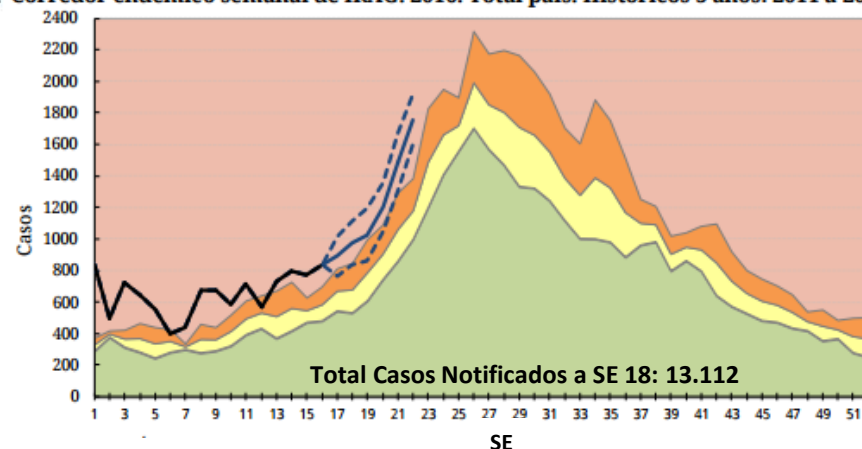
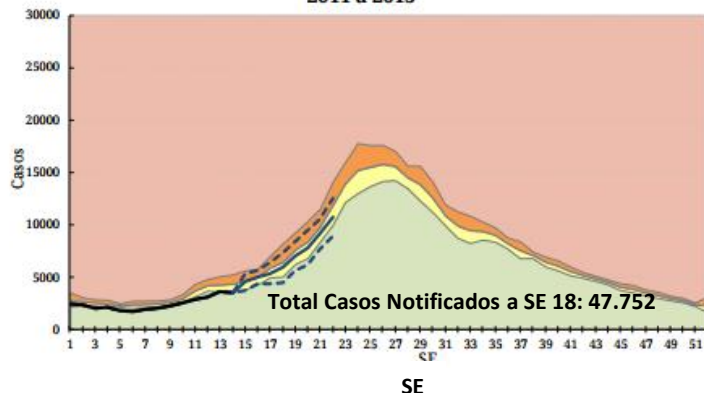
Situación Nacional – Vigilancia Clínica

Hasta Semana Epidemiológica 22

Corredor endémico semanal de ETI. 2016. Total país. Históricos 5 años: 2011 a 2015 Corredor endémico semanal de neumonía. 2016. Total país. Históricos 5 años: 2011 a 2015



Corredor endémico semanal de bronquiolitis en menores de 2 años. 2016. Total país. Históricos 5 años: 2011 a 2015 Corredor endémico semanal de IRAG. 2016. Total país. Históricos 5 años: 2011 a 2015



Éxito
IC Inf

Seguridad
IC Sup

Alerta
Casos nuevos

Brote
Casos estimados



Buenos Aires Ciudad

Fuente: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N311-SE21.pdf>

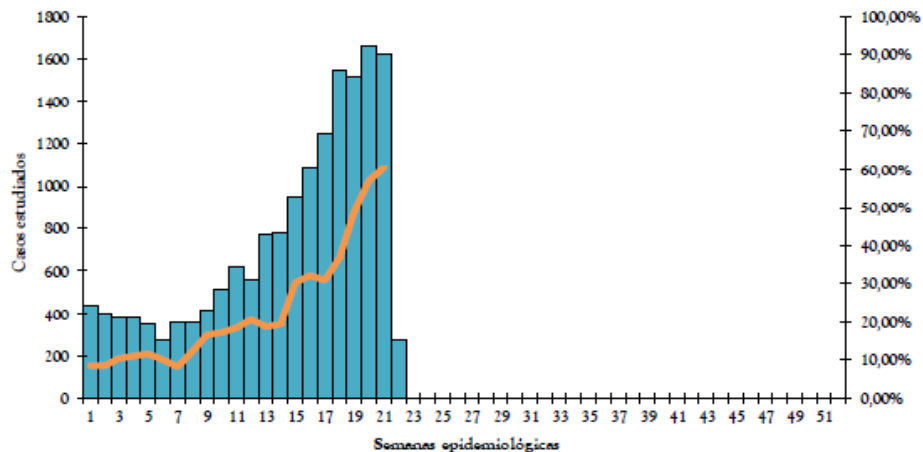
Elaboración: G. O. de Epidemiología – Actualización 17/06/2016



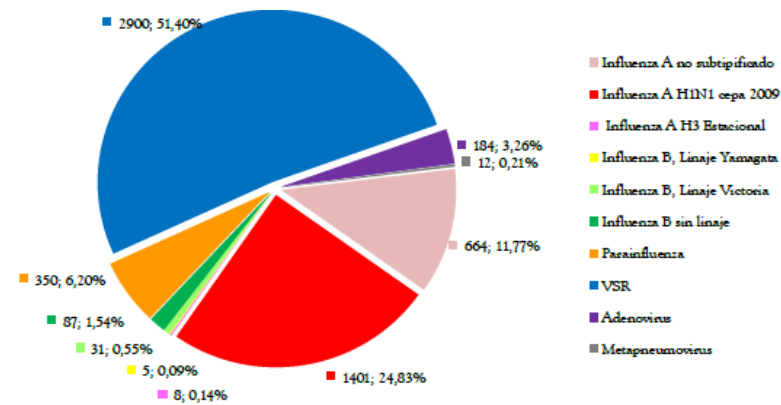
Situación Nacional – Vigilancia Laboratorial

Hasta Semana Epidemiológica 23

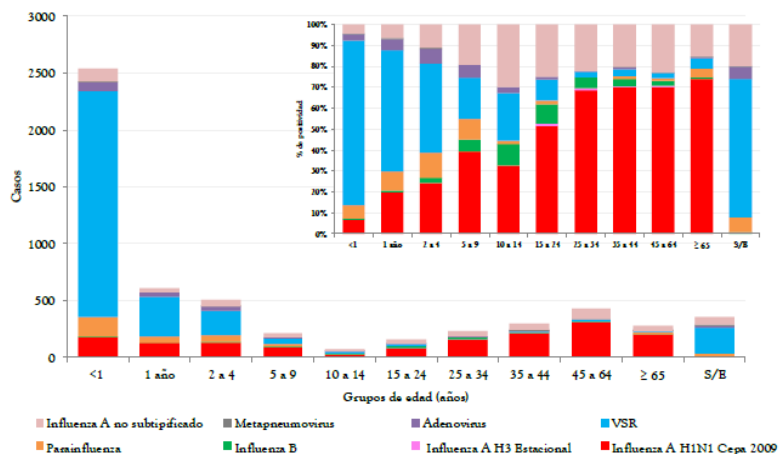
Muestras analizadas por SE y porcentaje de positividad general. SE 1 a SE 22 de 2016. Estudiadas: 16518



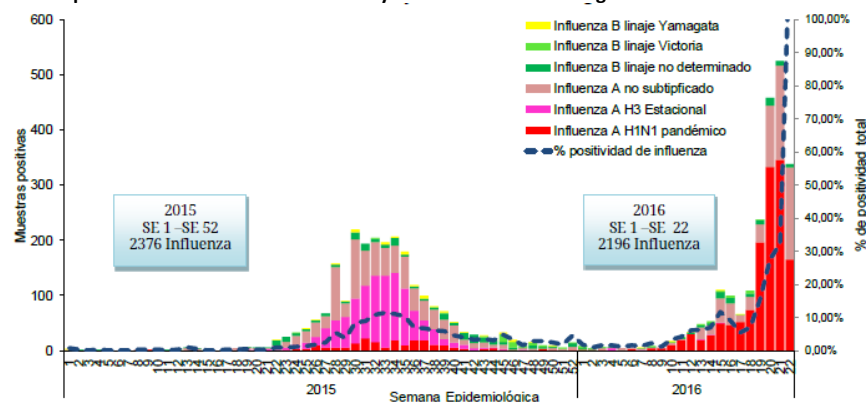
Distribución porcentual de virus respiratorios identificados. Argentina. SE1 a SE 22 de 2016. Estudiados 16.518, N° positivos: 5642



Casos de virus respiratorios por grupos de edad. SE 1 a SE 21 de 2016. Argentina. N° 3423 (n estudiados= 11405)



Distribución de muestras positivas para influenza por semana epidemiológica y % de positividad para influenza SE1 a SE 52 de 2015 y SE1 a SE 22 de 2016. Argentina





Cuadro resumen de la Vigilancia de las IRA's

EVENTO	MODALIDAD		
	INDIVIDUAL INMEDIATA	INDIVIDUAL SEMANAL	AGRUPADA SEMANAL
ETI			C2
Bronquiolitis en menores de 2 años			C2
Neumonía			C2
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)			C2
Gripe humana por influenza A/H1N1 confirmado		C2	
Internado por IRA positivo para cualquier serotipo de influenza	FICHA EPIDEMIOLOGICA		
IRA sospecha de virus emergente	FICHA EPIDEMIOLOGICA		
Fallecimiento por una infección aguda grave	FICHA EPIDEMIOLOGICA		
Infecciones Respiratorias Virales	SIVILA (de acuerdo a normativas vigentes)		SIVILA (de acuerdo a normativas vigentes)

Los eventos bajo vigilancia fueron actualizados en memo con fecha 27/5/2116. Dicho memo puede obtenerse completo en el siguiente link: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/informacion-para-profesionales>, junto con otros documentos de interés.



Detalle de las definiciones de caso para la notificación de IRA's

Notificación agrupada por grupos de edad del total de casos sospechosos (SNVS-C2)

Asistidos en ambulatorio, guardia e internados que consultan por primera vez en el año

➤ ETI (Enfermedad tipo influenza)

- Definición de caso: aparición súbita de fiebre mayor a 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otras causas.
- Sinónimos diagnósticos¹: SG, Síndrome pseudogripal, angina gripal, virosis respiratoria con fiebre, cuadro gripal, virus Sincial respiratorio, Adenovirus, Parainfluenza.
- Modalidad de Notificación: Módulo de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso, modalidad Agrupada/numérica;
- Periodicidad: Semanal

➤ Bronquiolitis en menores de 2 años

- Definición de caso: 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.
- Sinónimos diagnósticos: BQL, BQ, lactante sibilante, Síndrome Bronquiolítico, Bronquiolitis, bronquitis espasmódica, Síndrome bronquiolar, broncoobstrucción, broncoespasmo (siempre en el grupo de edad de menores de 2 años).
- Modalidad de Notificación: Módulo de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso, modalidad Agrupada/numérica.
- Periodicidad: Semanal

➤ Neumonía

- Definición de caso: Enfermedad respiratoria aguda febril (> 38°) con tos, dificultad respiratoria, taquipnea y radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario y/o derrame pleural.
- Sinónimos diagnósticos: Neumonía, Neumonía de la comunidad, Neumonía bacteriana, Neumonía viral, Neumonía atípica, Neumopatía aguda, Neumonitis, Pulmonía, Bronconeumonía, Síndrome neumónico, NAC.
- Modalidad de Notificación: Módulo de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso, modalidad Agrupada/numérica.
- Periodicidad: Semanal

➤ Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

- La definición de caso de las Infecciones Respiratorias Agudas fue modificada a partir del corriente año, de acuerdo a la nomenclatura internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud en 2014⁴
- Definición de caso³: Toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos, inicio dentro de los últimos 10 (diez) días y requiera hospitalización.
- Sinónimos diagnósticos: Se incluyen las ETI y Neumonía internados, así como las Bronquiolitis con fiebre.
- Modalidad de Notificación: Módulo de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso, modalidad Agrupada/numérica.
- Periodicidad: Semanal.

❖ Notificación Individual en el SNVS-C2

➤ GRIPE HUMANA POR INFLUENZA A/H1N1 CONFIRMADO: el caso sospechoso de IRA con diagnóstico de laboratorio

Todo caso con diagnóstico de laboratorio positivo para influenza A/H1N1

❖ Notificación Individual Inmediata con FICHA EPIDEMIOLÓGICA COMPLETA

Los datos de la Ficha Epidemiológica son registrados diariamente en la base de datos para la Vigilancia de las IRAG y analizados semanalmente para dar cuenta de la gravedad, letalidad y otras características fundamentales para el monitoreo de los casos de Influenza y otras infecciones respiratorias. La devolución de este análisis se presenta en la sala IRA semanalmente.

➤ CASO INTERNADO POR IRA POSITIVO PARA CUALQUIER SEROTIPO DE INFLUENZA

Todo caso internado por una Infección Respiratoria AGUDA que sea positivo para cualquier tipo de Virus Influenza (A, B o Sin subtipificar).

➤ IRA SOSPECHA DE VIRUS EMERGENTE

Toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tos, inicio dentro de los últimos 10 (diez) días, y haya presentado antecedente de:

- ✓ viaje dentro de los 10 días previos al inicio de síntomas, a países⁴ donde se han registrado casos humanos confirmados de influenza aviar o con circulación viral confirmada en animales.
- ✓ viaje dentro de los 14 días previos al inicio de síntomas, a países⁵ donde se han registrado casos confirmados de MERS-CoV.
- ✓ contacto en los últimos 14 días previos al inicio de los síntomas con casos confirmados o probables de infección en humanos por influenza aviar, MERS-CoV u otros virus respiratorios emergentes.
- ✓ exposición a virus emergentes en laboratorio, sin protección adecuada.

➤ FALLECIMIENTO POR UNA INFECCIÓN AGUDA GRAVE

Toda infección respiratoria aguda que haya fallecido. En el caso de haber sido notificada

Bronquiolitis en menores de 2 años

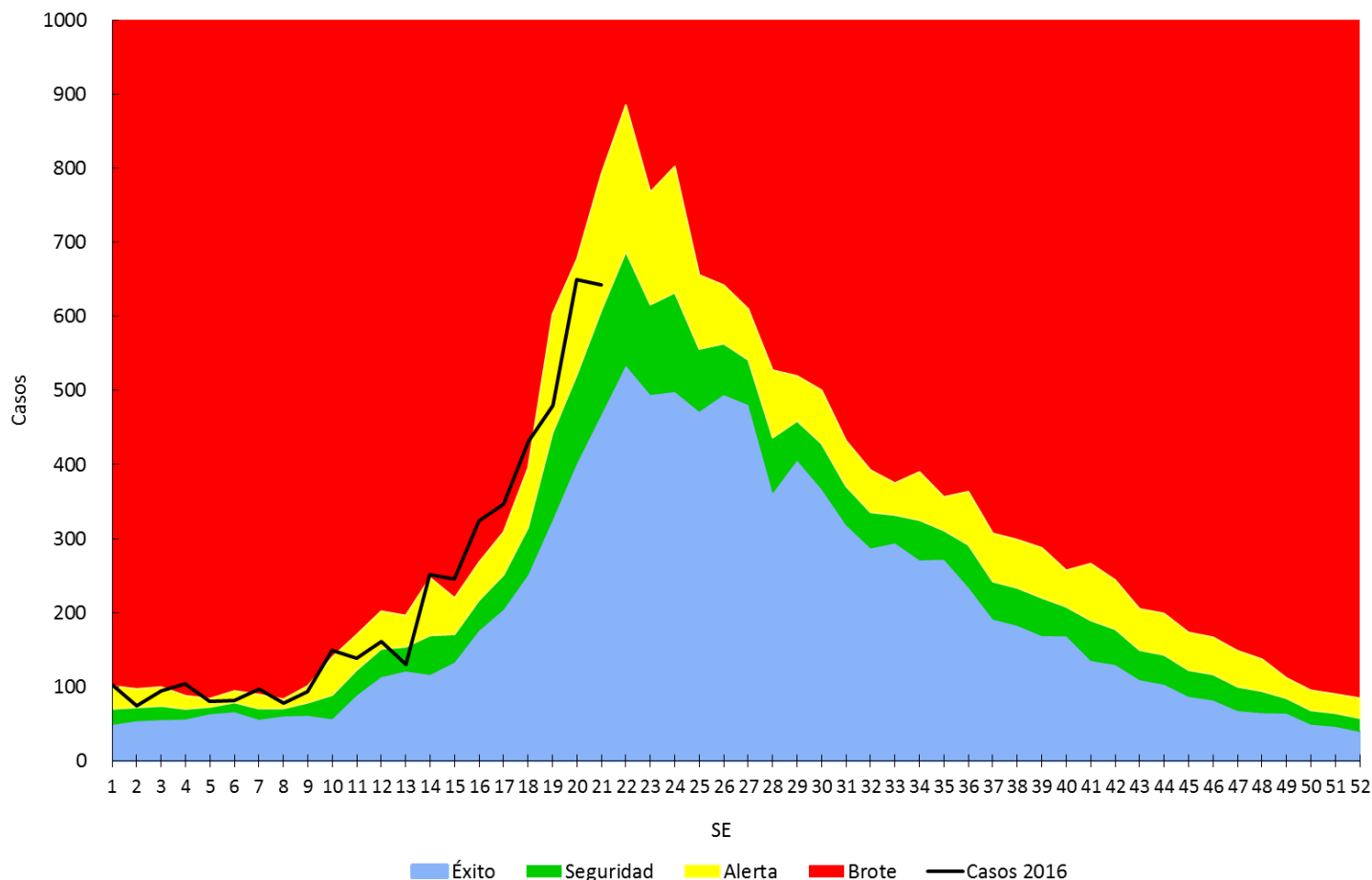
Corredor endémico semanal hasta SE 21
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016.

La curva de casos del 2016 ha transcurrido desde el inició entre las zonas de alarma y seguridad.

Desde la semana 9, inició una tendencia ascendente, atravesando zonas de alarma y brote hasta semana 18.

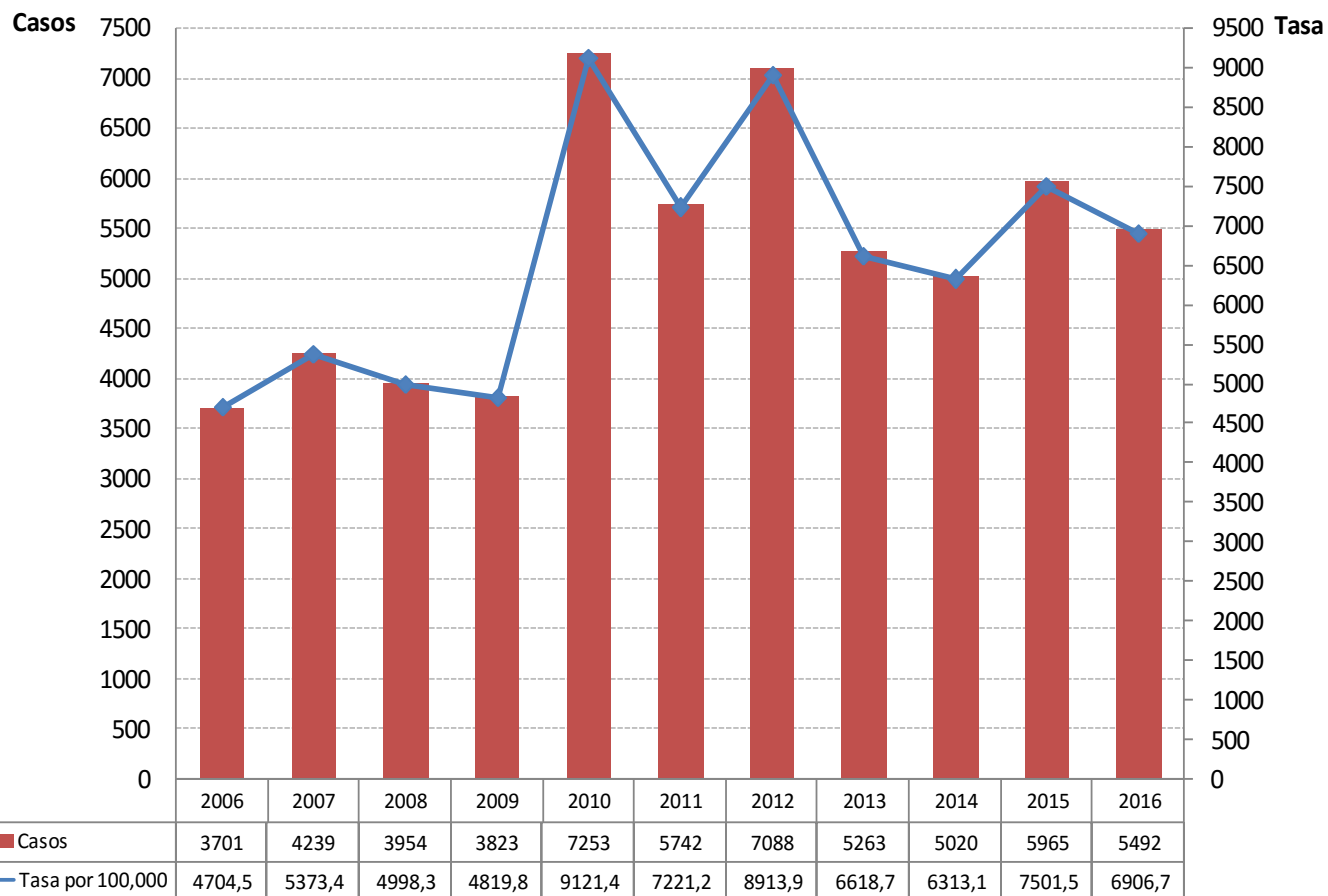
Desde la semana 19 los casos se encuentran dentro de los valores esperados, en zona de alarma.

No se muestra la semana 22 por retraso en la notificación.



Bronquiolitis en menores de 2 años

Casos acumulados y Tasa de notificación por 100.000 habitantes menores de 2 años
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica comparada hasta semana 23. 2006-2016.

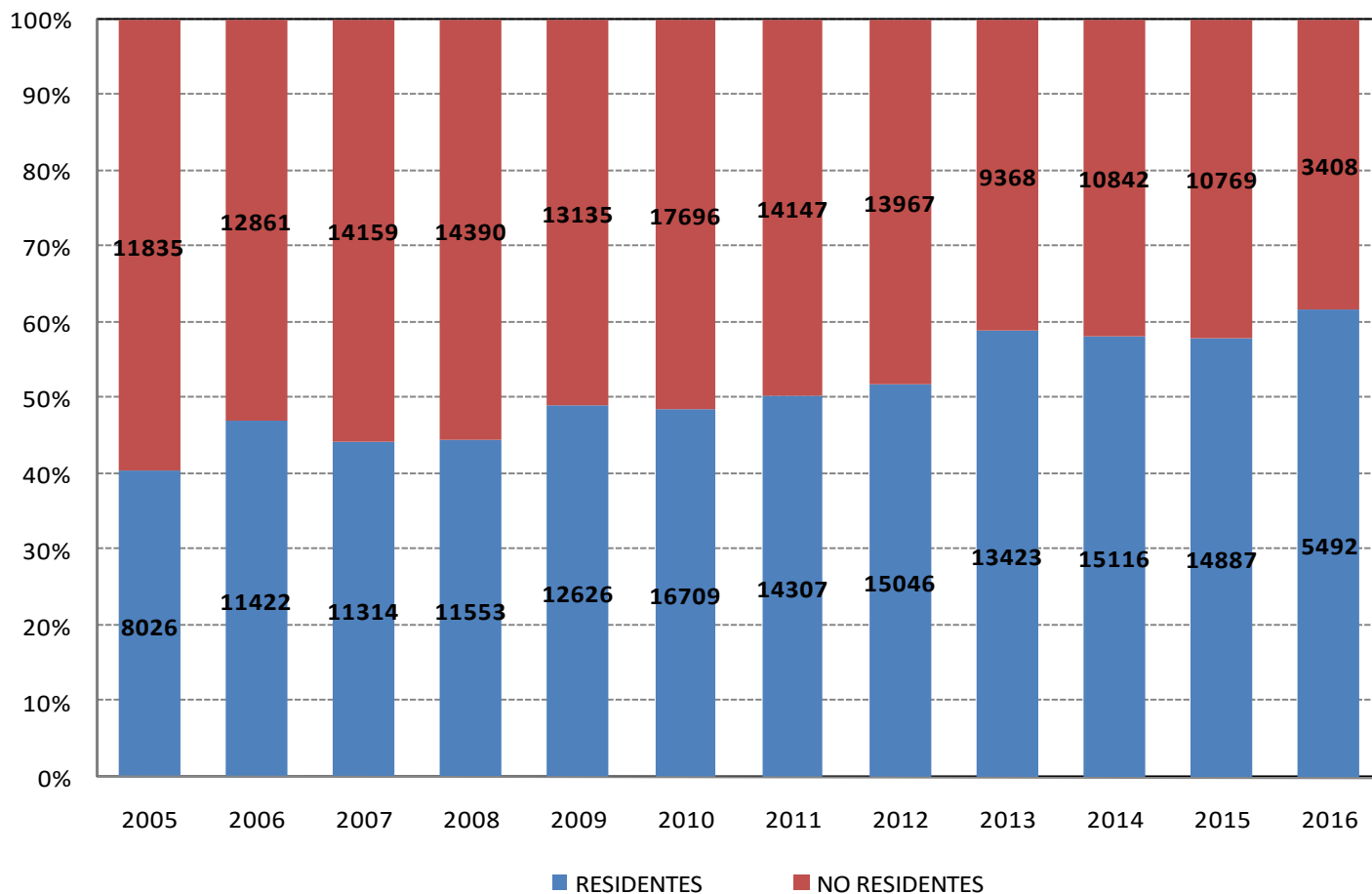


La serie histórica comparada hasta la SE 23, (**comparación de iguales períodos**) demostró que la notificación en el año 2016, fue una de las mas bajas de los últimos seis años.

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

Bronquiolitis en menores de 2 años

Total y porcentaje de casos notificados según residencia habitual. Serie histórica 2005-2016*.



*Año 2016 hasta semana epidemiológica 23



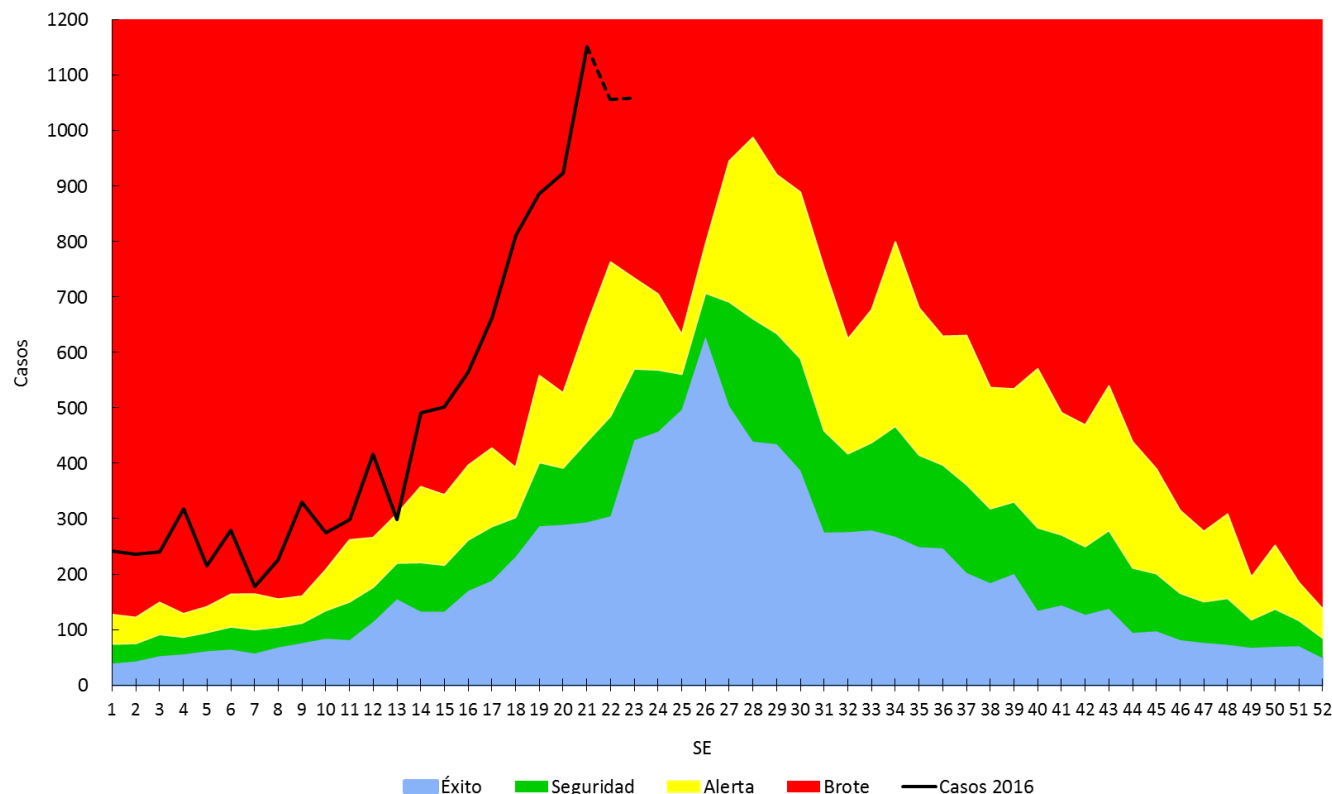
Buenos Aires Ciudad

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Módulo Vigilancia Clínica (SNVS-C2)



Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Corredor endémico semanal hasta SE 23. Notificaciones de efectores públicos.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016.



La curva de casos transitó en zona de brote desde comienzos del año. Presenta una tendencia claramente estacional.

Los casos correspondientes a las SE 22 y 23 (línea punteada), presenta valores estimados, tomando como base efectores trazadores con notificación oportuna. Dicha estimación se realizó para evitar mostrar caídas artificiales en las últimas semanas.

De acuerdo a lo observado, en la actualidad estarían descendiendo los casos de ETI.

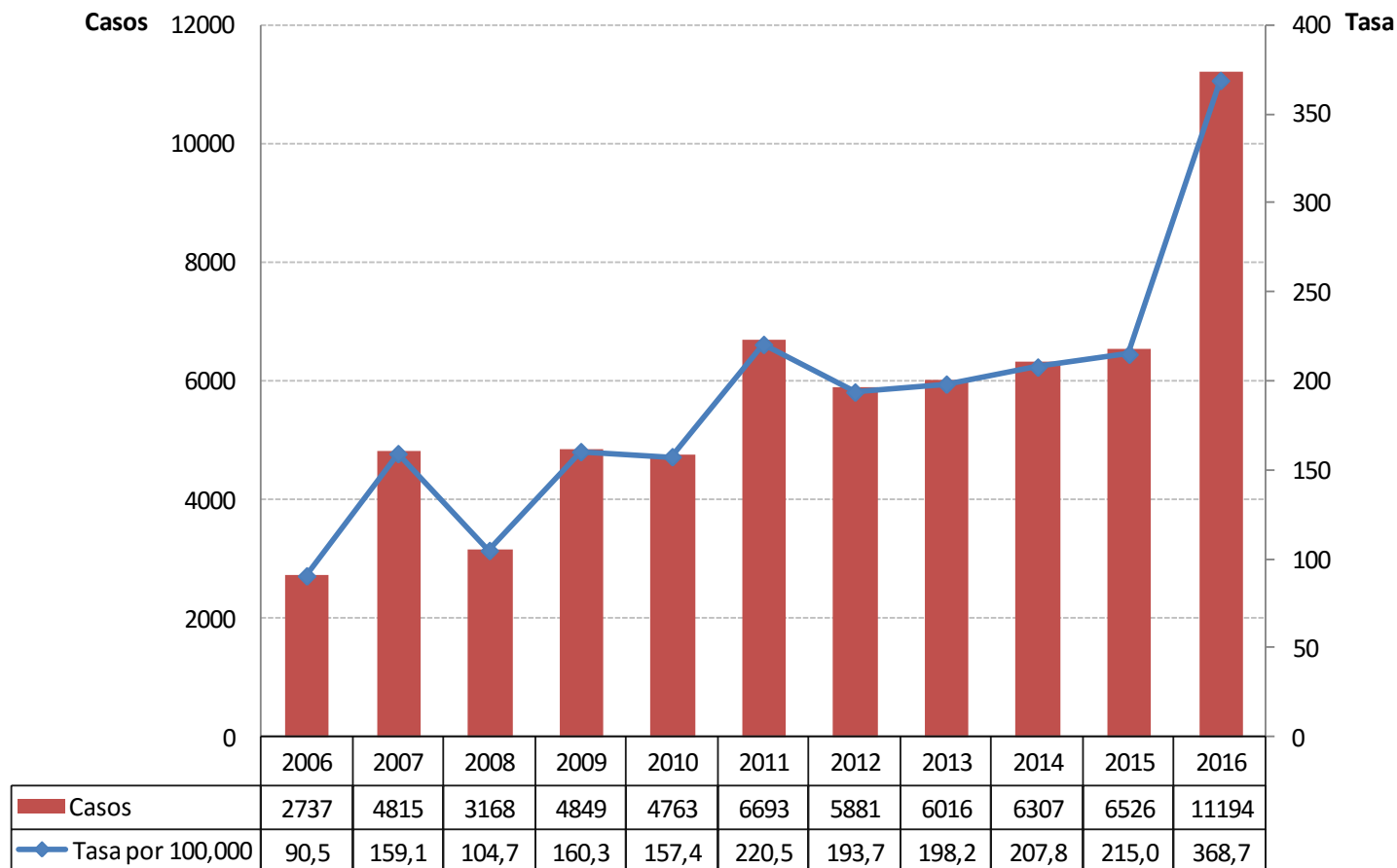
Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Casos acumulados y Tasa de notificación por 100.000 habitantes.

Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica comparada hasta semana 23. 2006-2016.

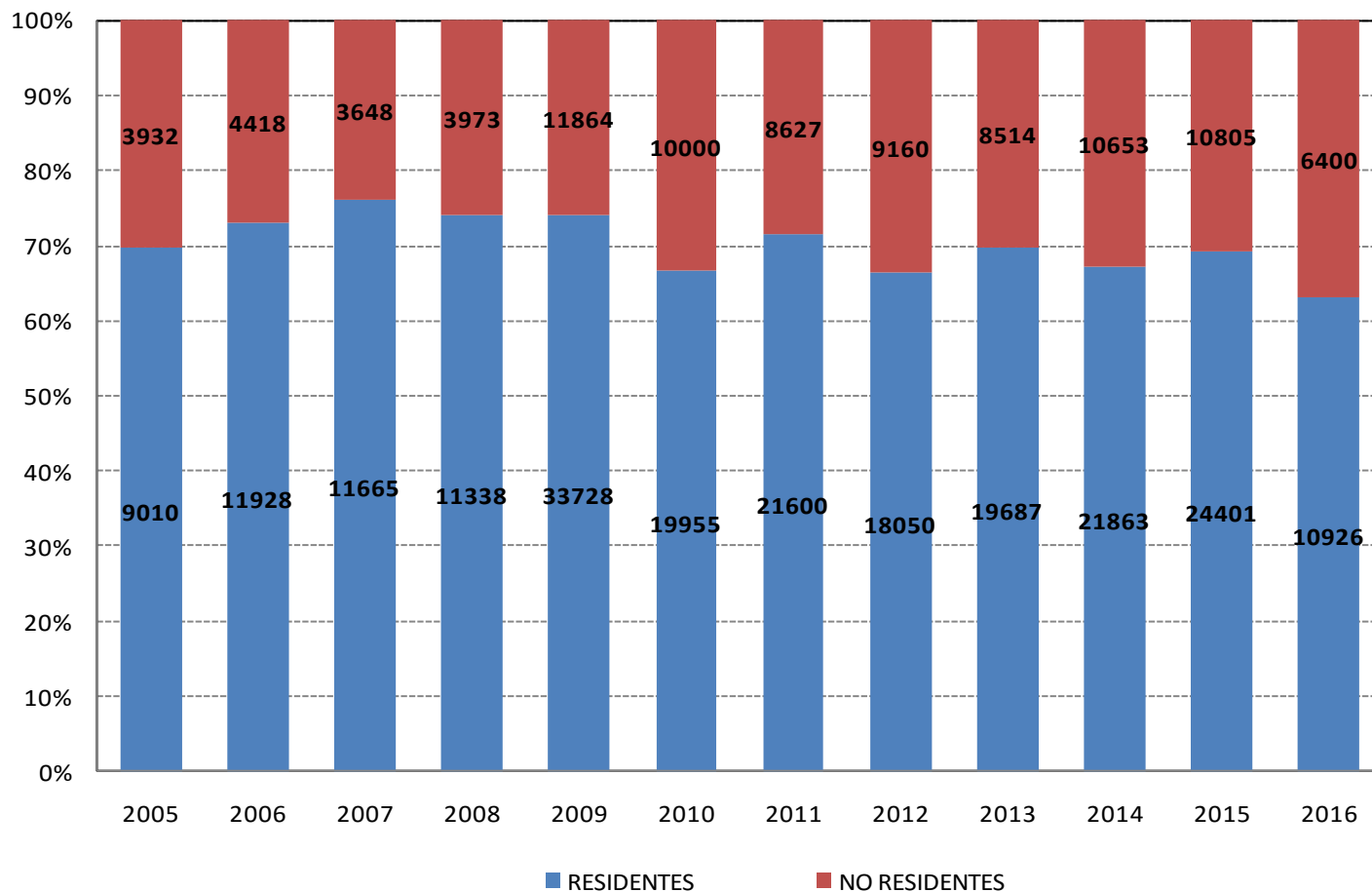
La serie histórica comparada (iguales períodos), muestra que la notificación en el año 2016 presentó una tasa superior a los años previos.

Realizado el análisis de los casos acumulados según efectores públicos y privados, se identificó que el especial incremento en el año 2016 se debe a la notificación del Hospital Italiano, de donde proviene aproximadamente el 30% de todos los casos notificados en los residentes de la Ciudad de Buenos Aires.



Enfermedad tipo Influenza (ETI)

Total y porcentaje de casos notificados según residencia habitual. Serie histórica 2005-2016*.



* Año 2016, hasta la semana 23



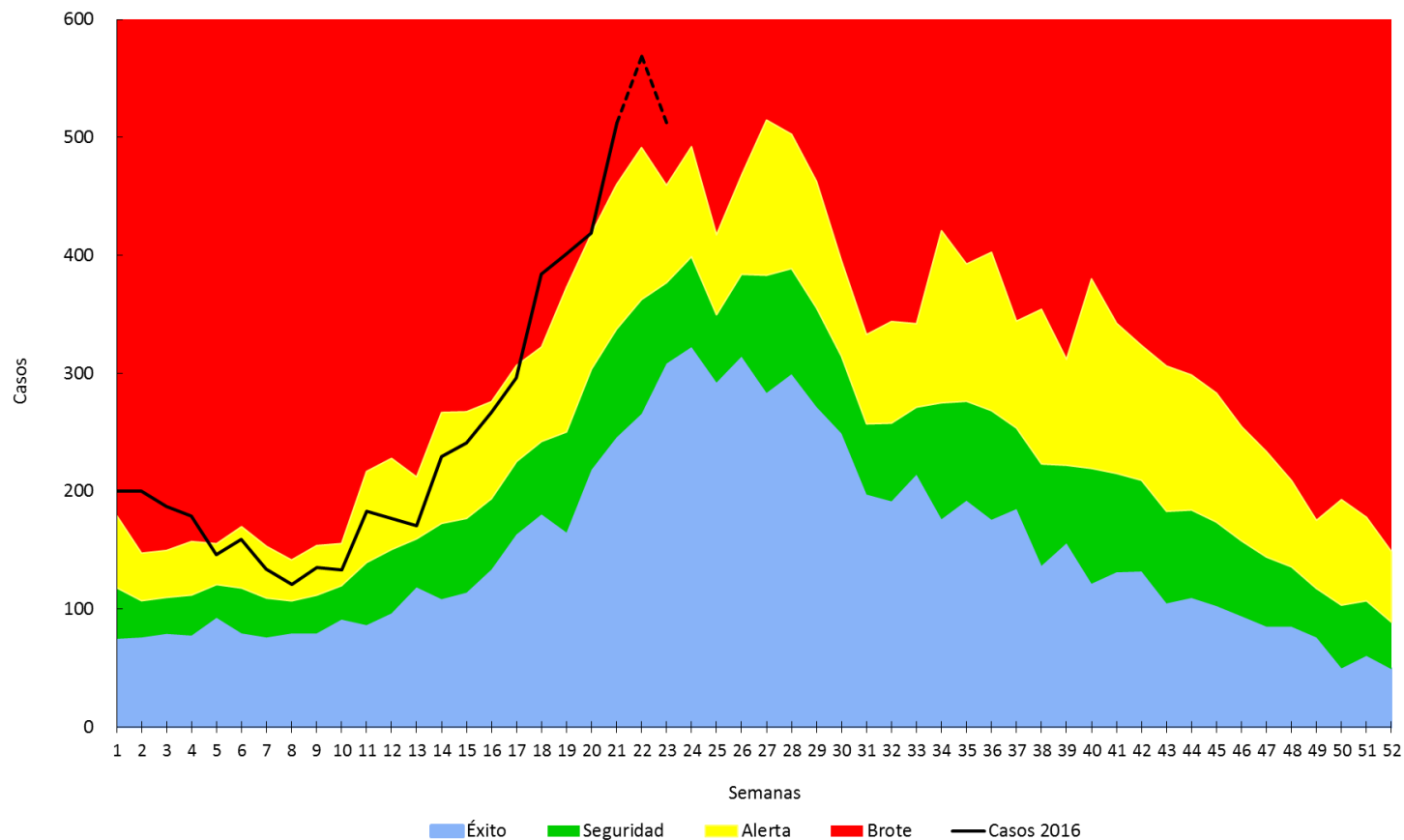
Buenos Aires Ciudad

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Módulo Vigilancia Clínica (SNVS-C2)



Neumonías

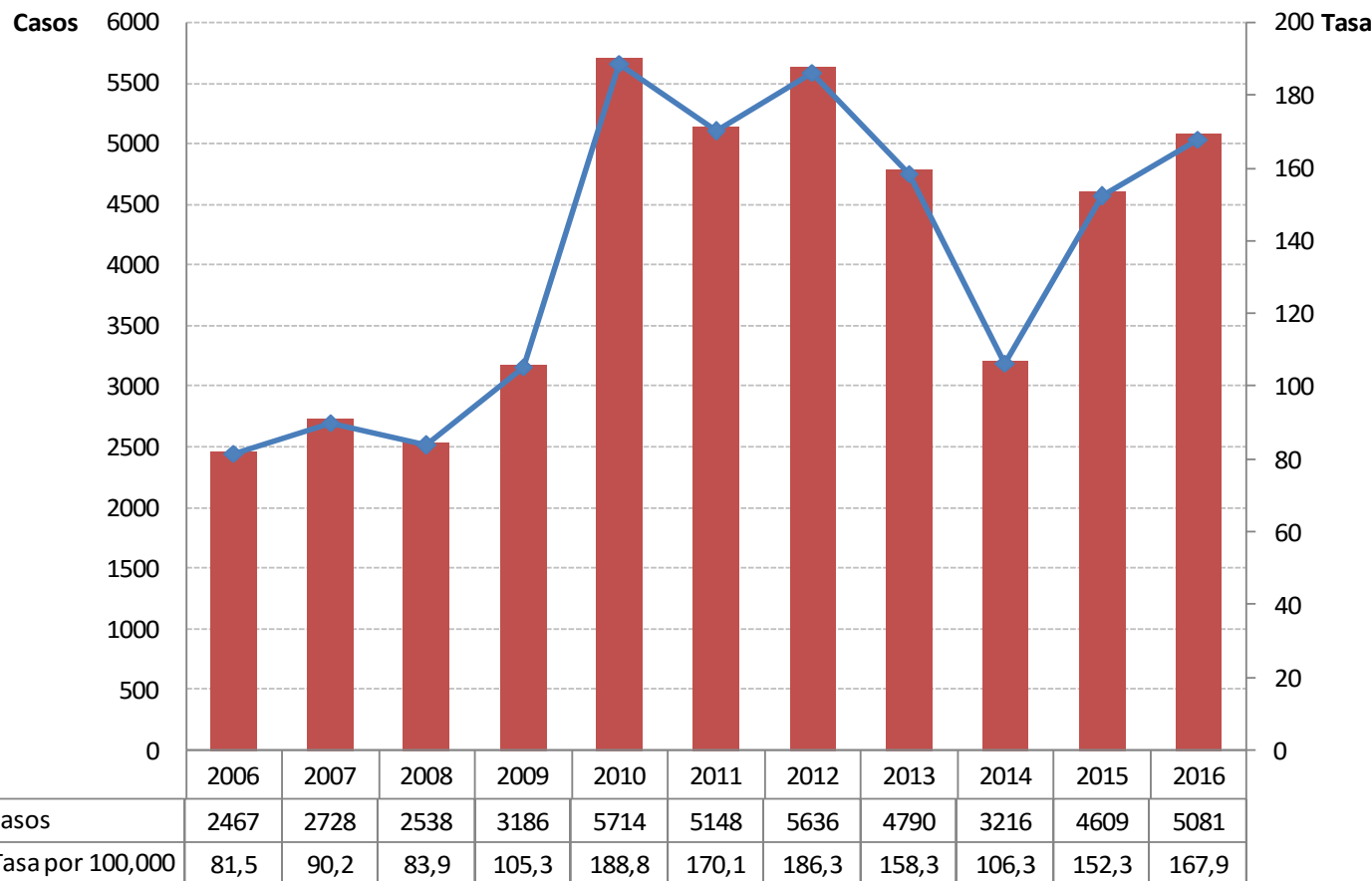
Corredor endémico semanal hasta SE 22.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016



Neumonías

Casos acumulados y Tasa de notificación por 100.000 habitantes
Serie histórica comparada hasta SE 23.

Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2006-2016



La serie histórica comparada (comparación de iguales períodos), demostró que, hasta la SE 23, la notificación en el año 2016 es superior respecto del año anterior.

En magnitud se está acercando a la incidencia notificada en los años 2010 y 2012.

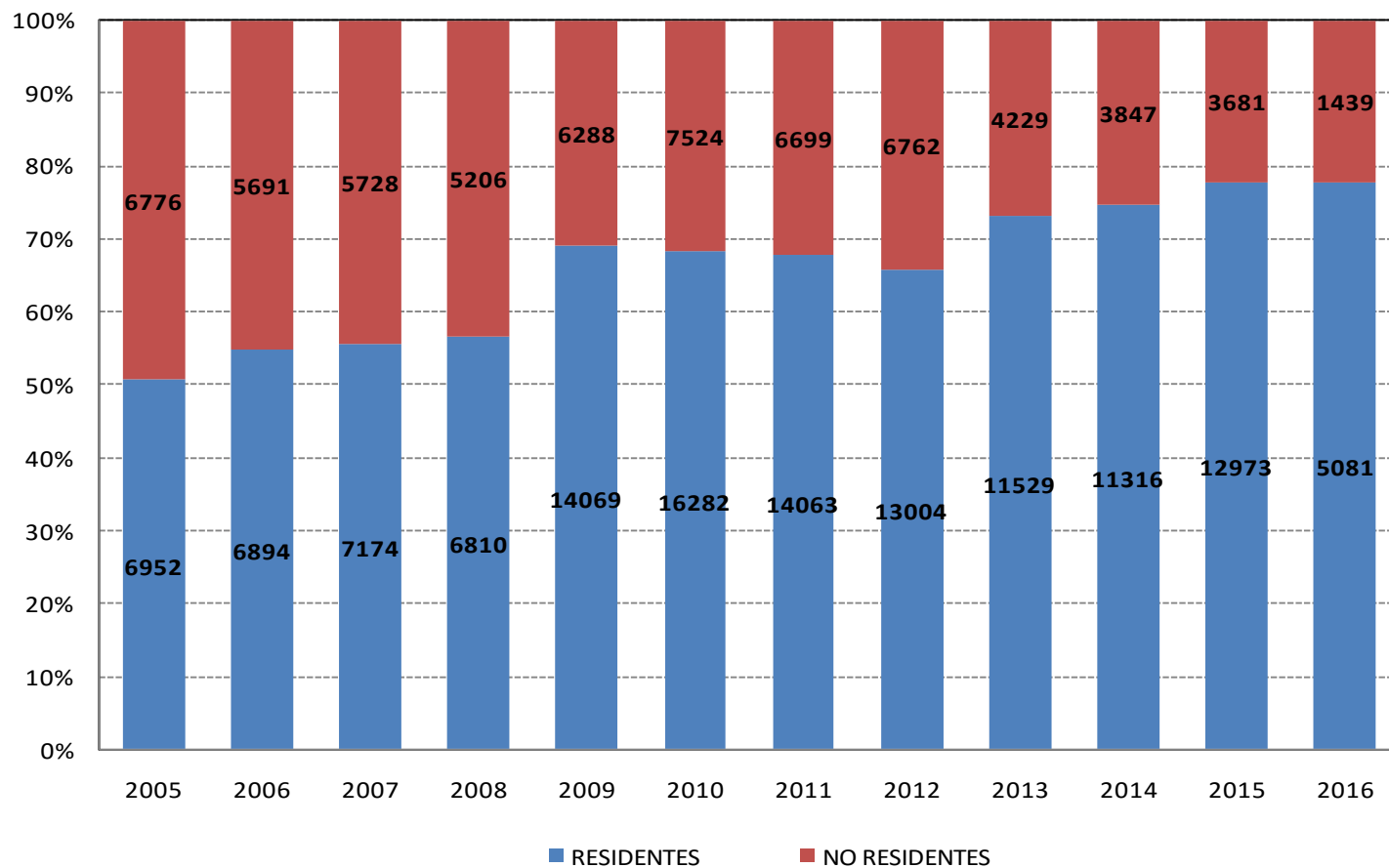
No obstante, debe recordarse el retraso en la notificación de datos en las últimas semanas

Neumonías

Total de casos notificados según residencia habitual

Serie histórica comparada hasta SE 23.

Periodo 2005-2016*



* Año 2016, hasta la semana 23



Buenos Aires Ciudad

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Módulo Vigilancia Clínica (SNVS-C2)



En IRAG, la curva de casos transcurrió entre zona de alarma y brote desde inicio del año

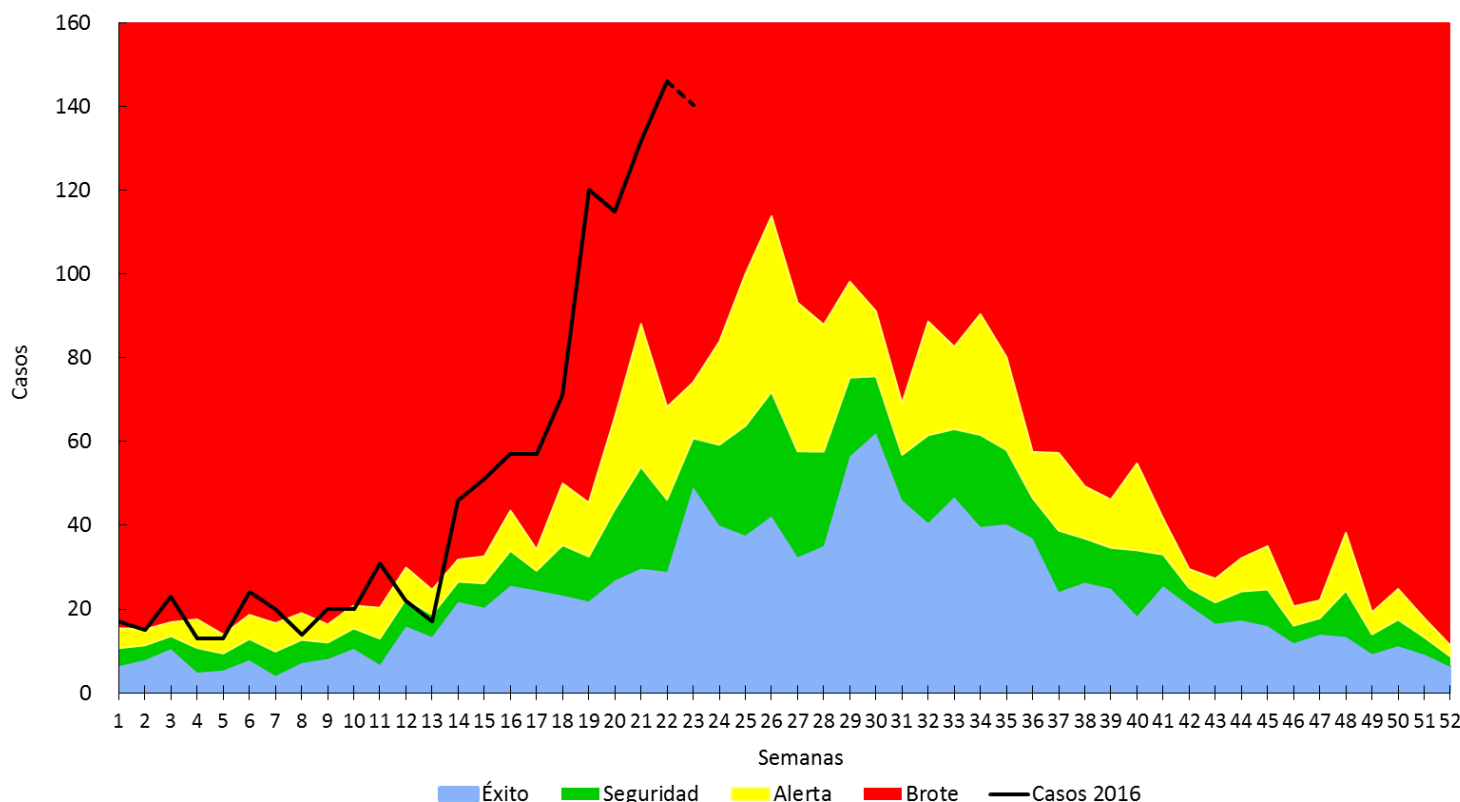
A partir de la semana 12, comienza un incremento sostenido de notificaciones hasta alcanzar y permanecer en zona de brote, con tendencia ascendente.

La SE 23 (línea punteada), presenta valores estimados, tomando como base efectores trazadores con notificación oportuna.

Dicha estimación se realizó para evitar mostrar caídas artificiales en la curva de datos en las ultimas semanas.

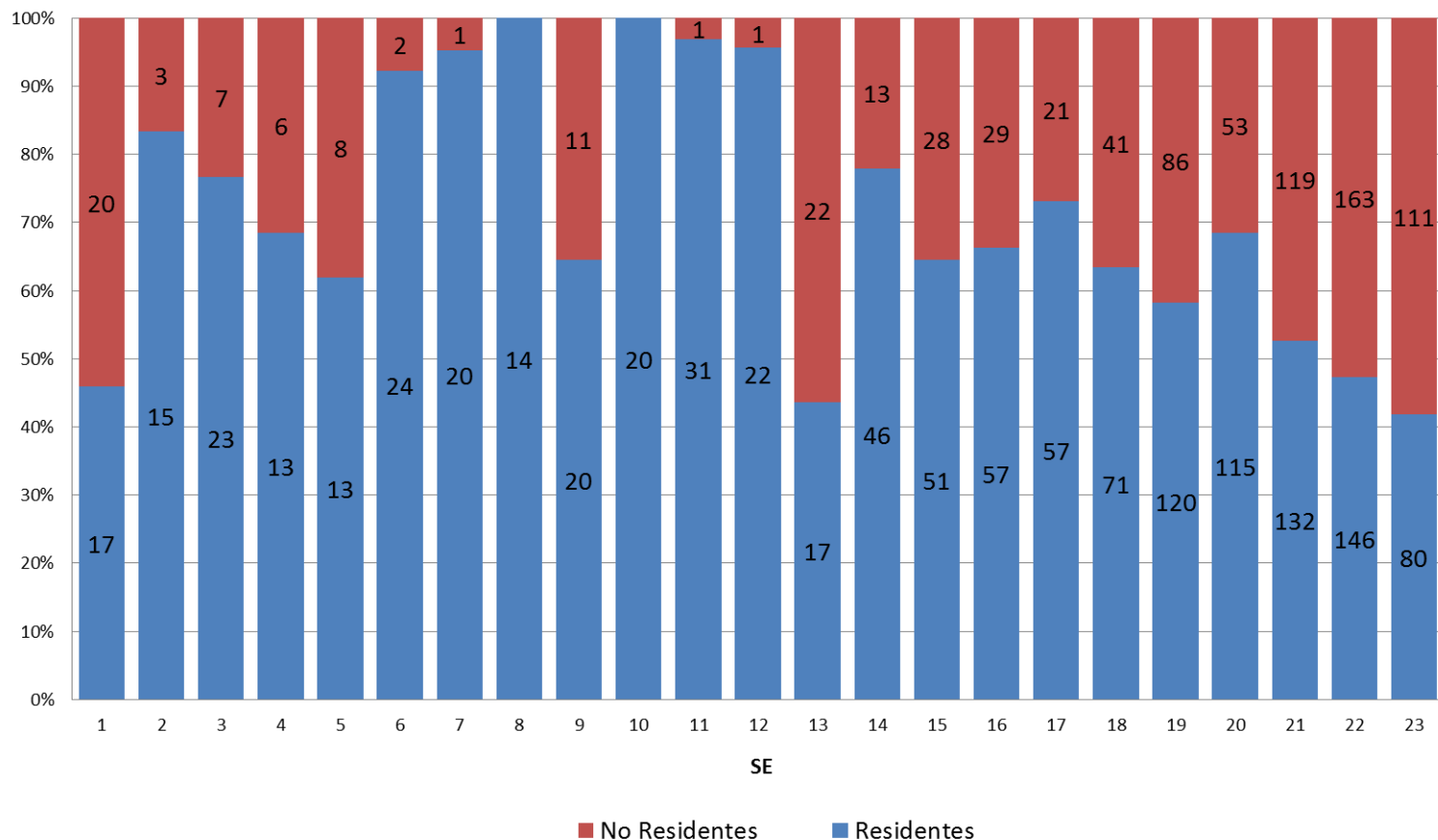
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Corredor endémico semanal hasta SE 22.
Total atendidos en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016.



Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Notificación semanal hasta SE 23 según residencia
Total atendidos en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016.



Los casos nuevos de pacientes hospitalizados semanalmente y notificados como IRAG muestran predominio de casos residentes hasta la SE 14 donde comienza a incrementarse la atención de IRAG en NO residentes.

Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

Total atendidos en Ciudad de Buenos Aires según efector asistencial.
Hasta SE 23, año 2016.

Hasta la fecha, este evento ha sido notificado por 13 hospitales públicos y 2 establecimientos privados. **Un total de 1870 casos internados.**

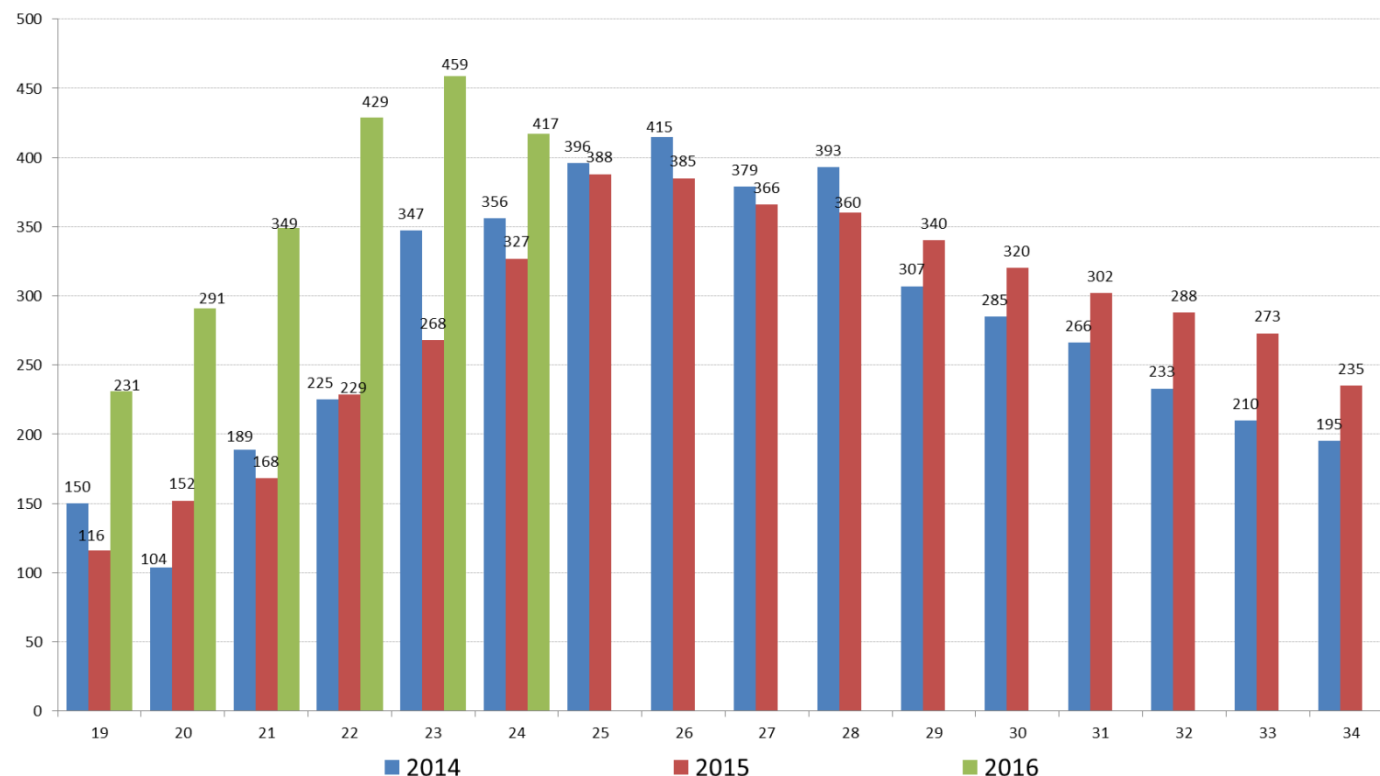
Se verificó un incremento de efectores públicos que notifican IRAG.

HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	358
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	271
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	268
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	243
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES	233
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	179
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	132
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	50
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	44
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	30
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	21
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ	18
HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	8
CTRO MEDICINA INTEGRAL	2

Internados por Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAB)

Menores de 6 años

Total atendidos en Ciudad de Buenos Aires. Hasta SE 22 Año 2016



Los casos de IRAB en menores de 6 años, que permanecían hospitalizados en las semanas relevadas del 2016, superaron los valores registrados en 2014 y 2015 entre semanas 19 a 23.

Circulación viral Global Distribución porcentual de determinaciones

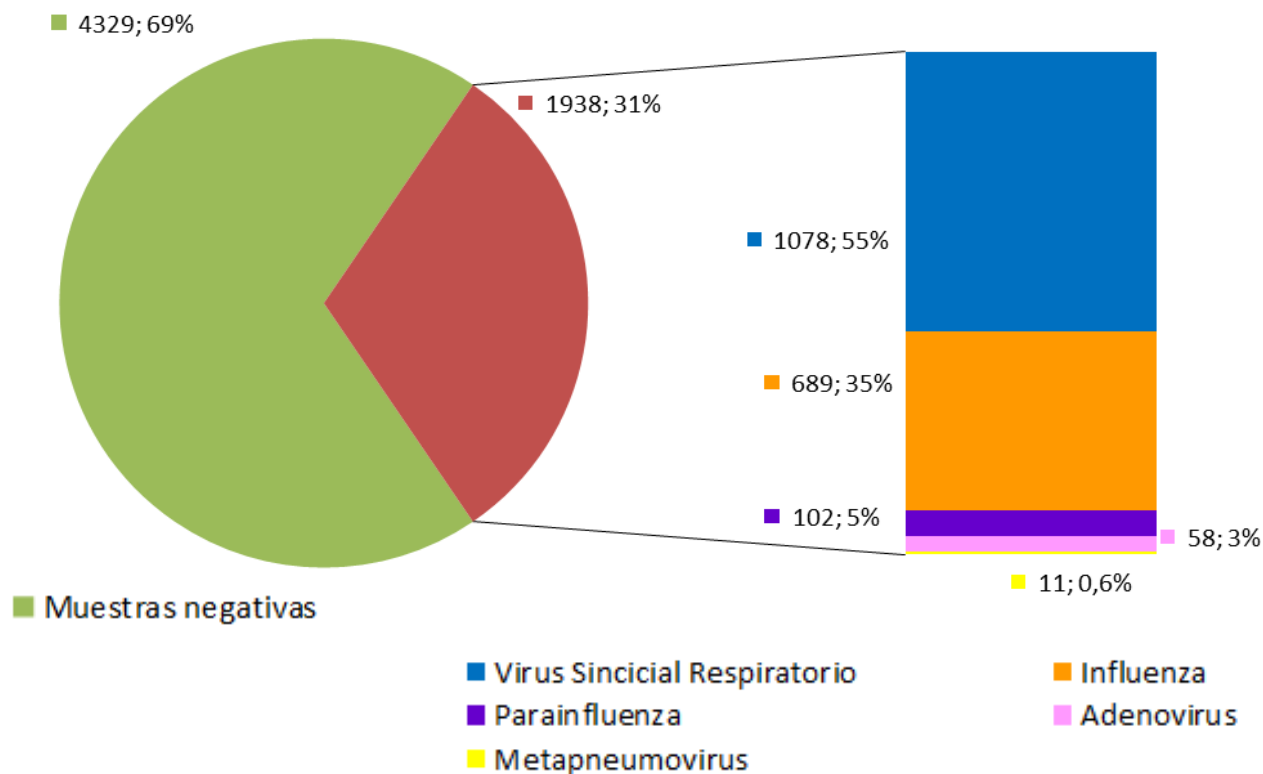
N=6267

Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.

De 6267 determinaciones de virus respiratorios en **pacientes internados y ambulatorios**, notificadas al SIVILA, hubo identificación viral en 1938 de las mismas (31%)

Predominó la circulación de VSR (55% de los positivos) e Influenza (35%). Seguido por Parainfluenza (5%) y Adenovirus (3%).

Se registraron 556 casos de influenza por virus A(H1N1) pdm09.



Circulación viral Global

Muestras analizadas por SE y porcentaje de positividad general

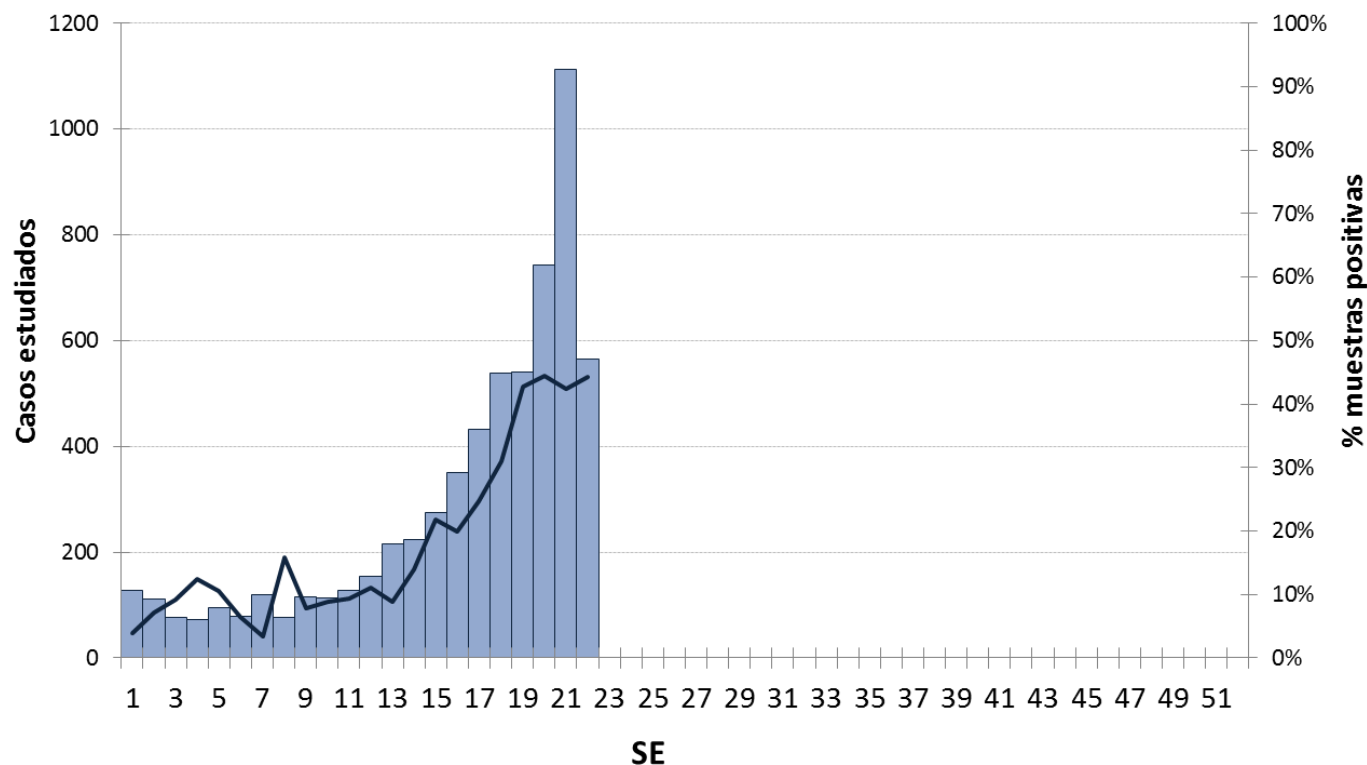
N=6267

Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.

Hasta la semana 13, el porcentaje de identificación viral en las muestras se mantuvo relativamente estable.

A partir de la semana 14 comenzó a incrementarse la proporción de identificación positiva, con tendencia ascendente hasta las SE 19 donde se estabiliza en alrededor del 45%.

La notificación desde la SE 22 se encuentra con atraso.



Circulación viral Global

Porcentaje de positivos según tipo de virus respiratorios por grupos de edad

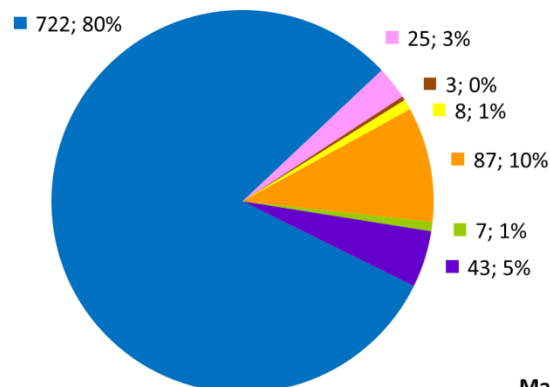
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.

En los menores de 2 años predominó la circulación de VSR e Influenza A/H1N1 desplazando a la Parainfluenza que ocupaba el segundo lugar las semanas anteriores.

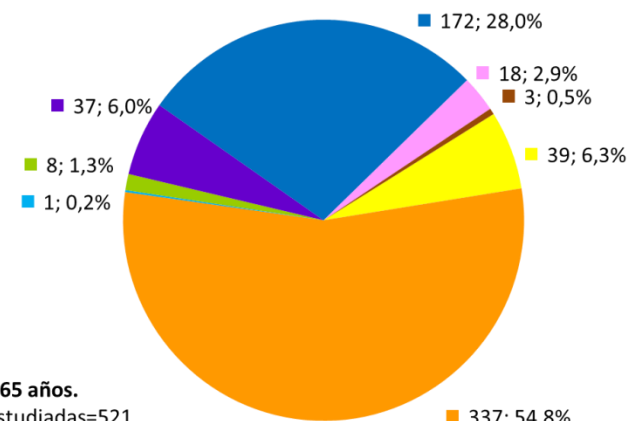
En los pacientes entre 2 y 64 años la identificación predominante fue de Influenza A/H1N1 seguido por VSR.

En los mayores de 65 años el virus circulante predominante fue el Influenza A/H1N1 seguido por el Parainfluenza.

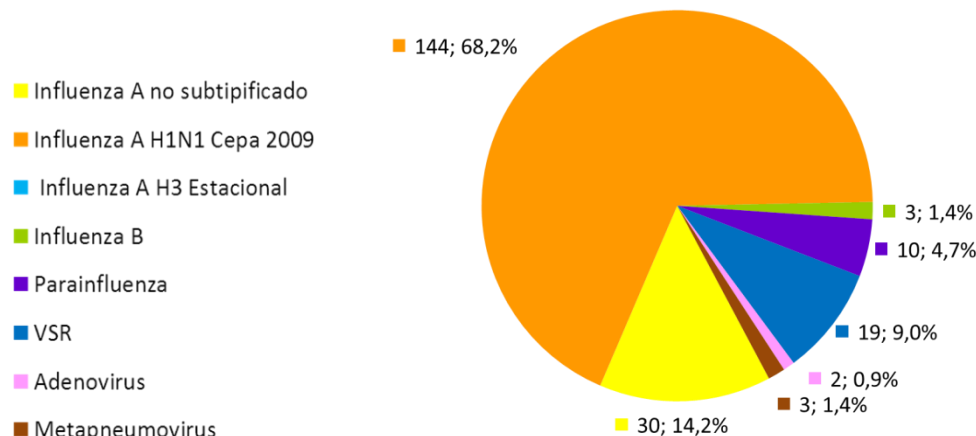
Menores de 2 años
n= 895 Muestras estudiadas=2474



De 2 a 64 años.
n= 615. Muestras estudiadas= 1978



Mayores de 65 años.
n=211 Muestras estudiadas=521



- Influenza A no subtipificado
- Influenza A H1N1 Cepa 2009
- Influenza A H3 Estacional
- Influenza B
- Parainfluenza
- VSR
- Adenovirus
- Metapneumovirus

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Módulo Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)



Buenos Aires Ciudad



Circulación viral Global Casos de virus respiratorios por grupo de edad

N=1721 (N estudiadas=4973)

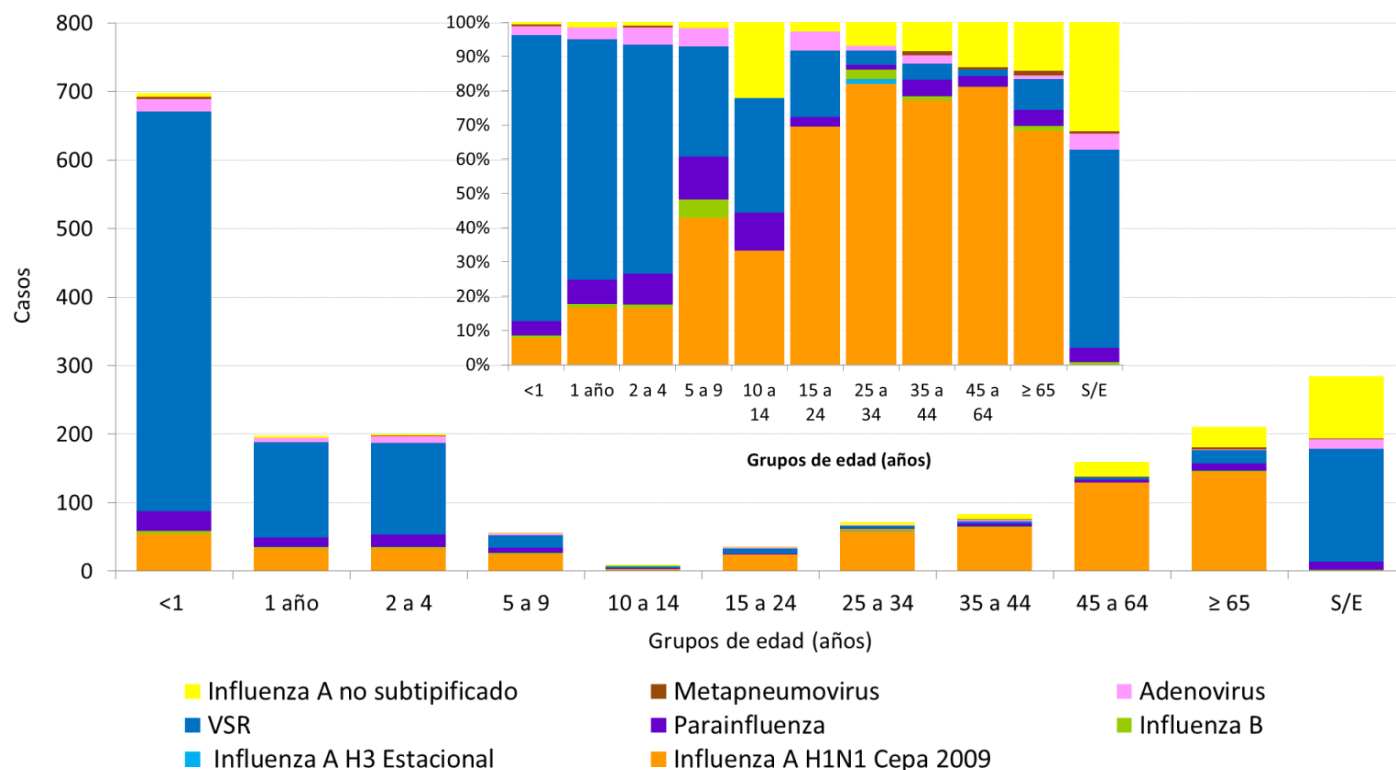
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.

La mayoría de las muestras estudiadas correspondieron a menores de 15 años, con predominio de menores de 1 año.

En dichas edades se identificó en mayor medida VSR, Influenza A/H1N1 y Parainfluenza.

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.

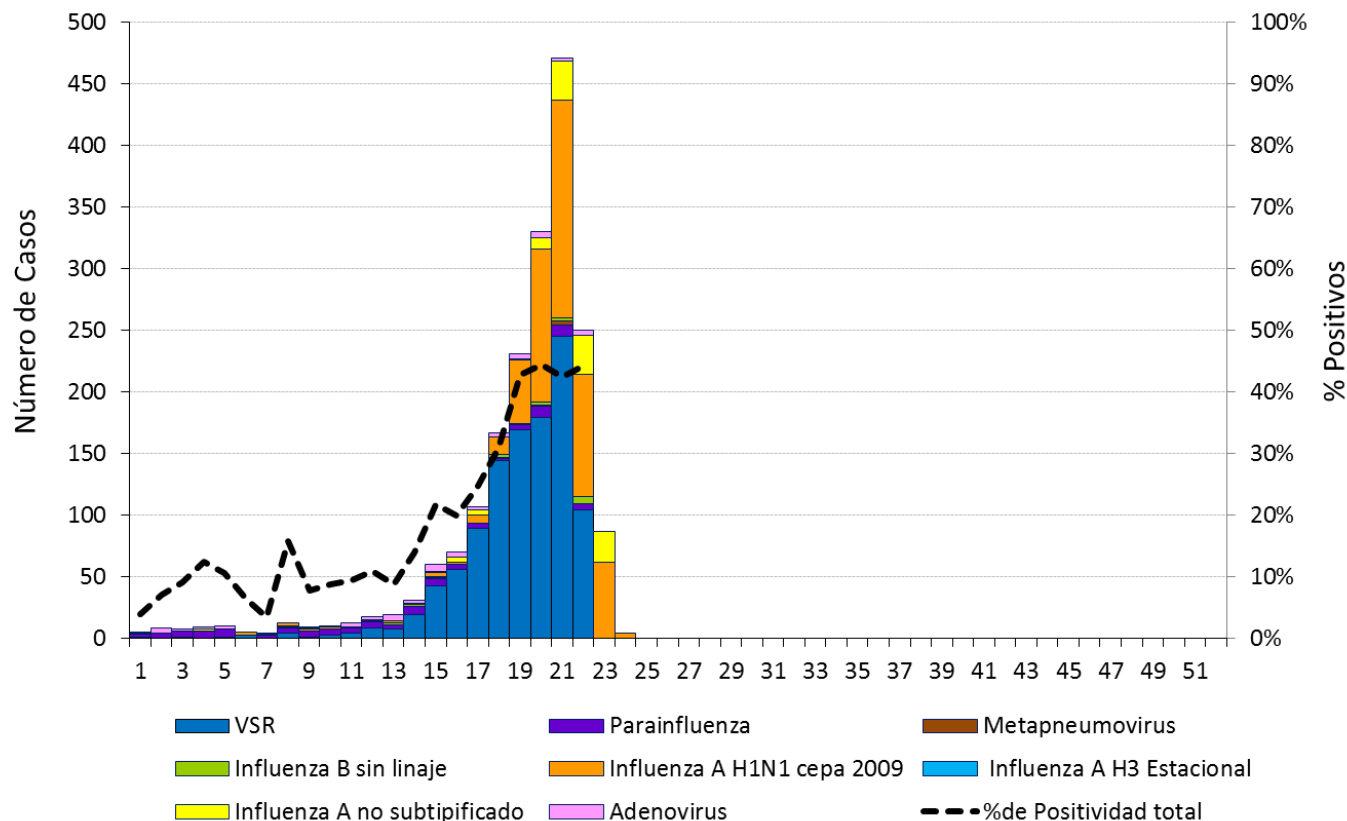


Circulación viral Global

Distribución virus respiratorios en vigilancia por semana epidemiológica

n=1721 (N estudiadas=4973)

Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.



Predominó la circulación de Parainfluenza y Adenovirus, desde el inicio del Año 2016 hasta la SE 5. Luego la circulación predominante fue de VSR hasta la SE 21.

A partir de la semana 7 se observó el inicio de circulación de Influenza en general y VSR.

La cepa predominante dentro de las Influenzas es la A/H1N1 pdm09 a partir de la SE 20.

La ausencia de VSR en la SE 23 se debe a la falta de notificaciones agrupadas para dicho virus.

Circulación viral Global

Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas

n=689

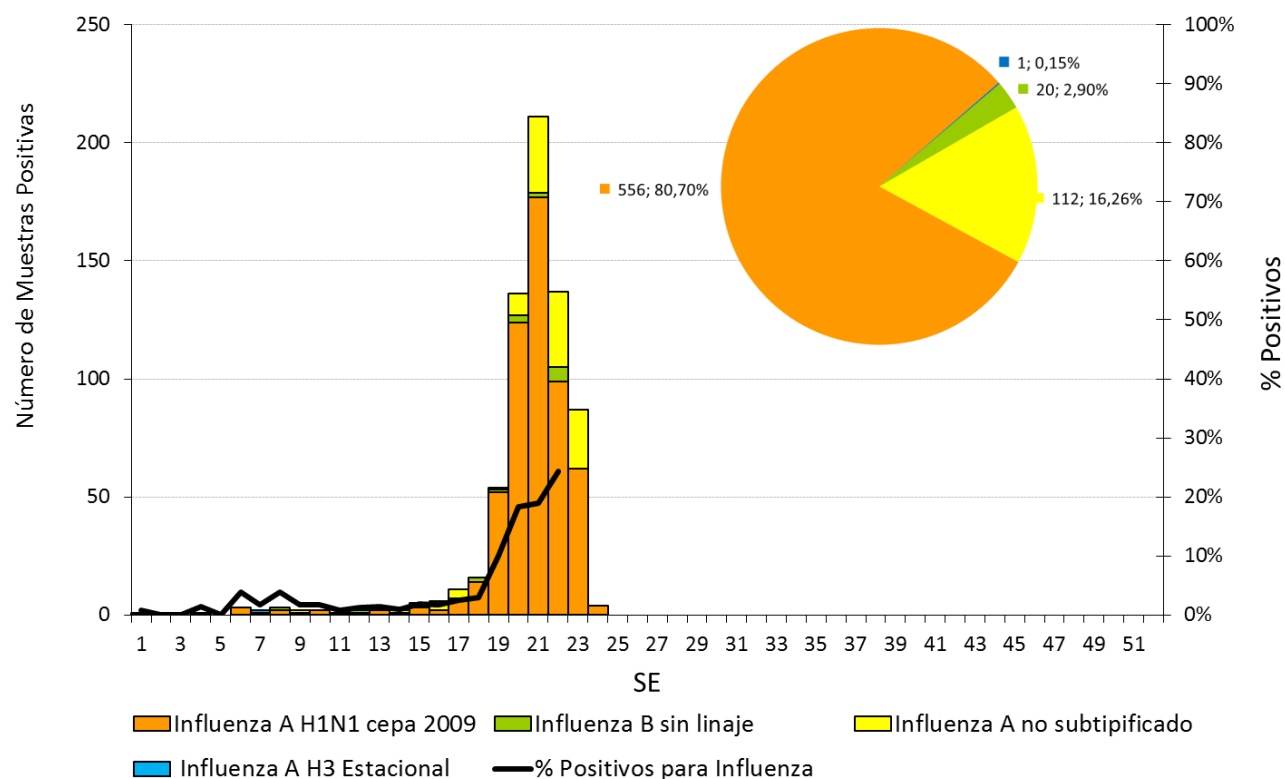
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Semana 1-23. 2016.

La circulación sostenida de Influenza A/H1N1, comienza a observarse a partir de la semana 6.

Hasta la fecha, la detección de Influenza B y AH3 estacional constituye sólo el 3% del total.

Del total de 689 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A/H1N1, seguido por Influenza A sin subtipificar.

Se detectaron 556 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.



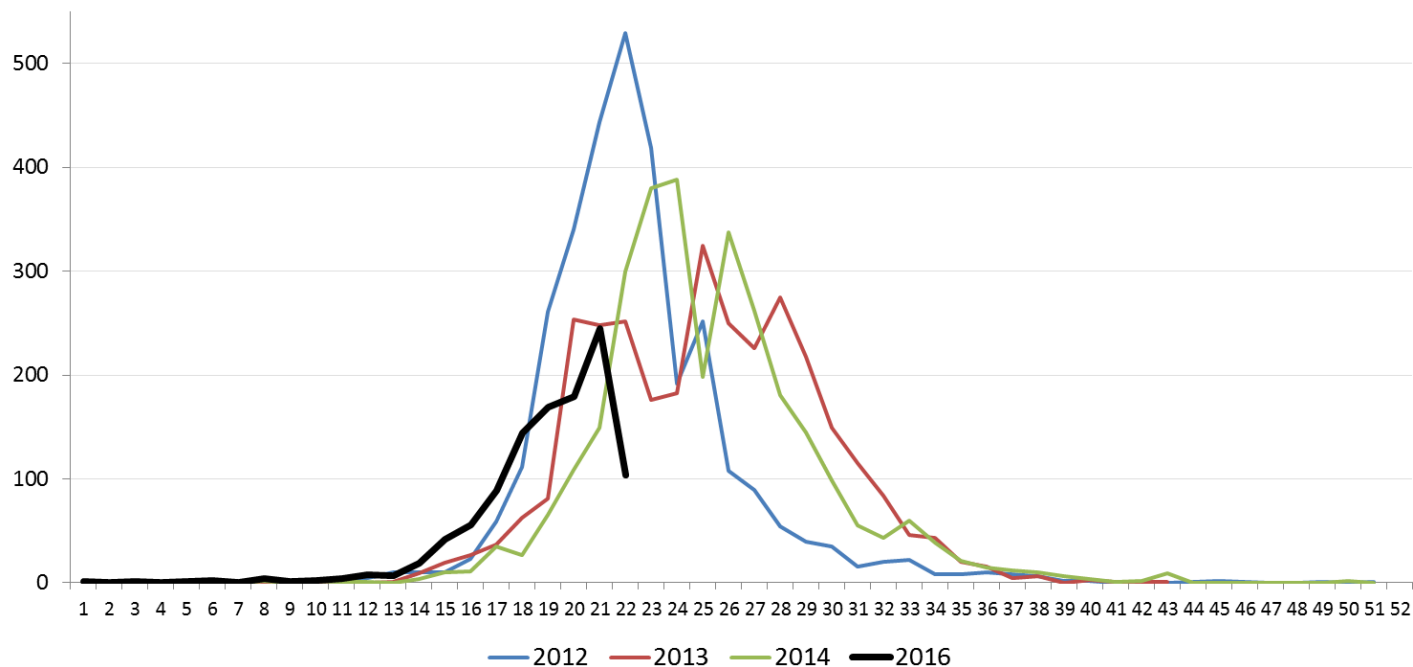
Circulación de Virus Sincial Respiratorio (VSR)

Resultados por SIVILA según semana epidemiológica. CABA.
Años 2012, 2013, 2014 (seleccionados con mayor circulación) y 2016

La notificación de VSR mostró escasa circulación hasta la semana 13 del corriente año

A partir de la semana 14 comenzó a observarse un incremento sostenido y temprano de dicha circulación.

No se muestra la semana 23 debido a que no se registra VSR en dicha semana debido a retraso en la notificación del SIVILA. A si mismo la SE 22 presenta un descenso debido al mismo retraso.



Circulación de Virus Influenza

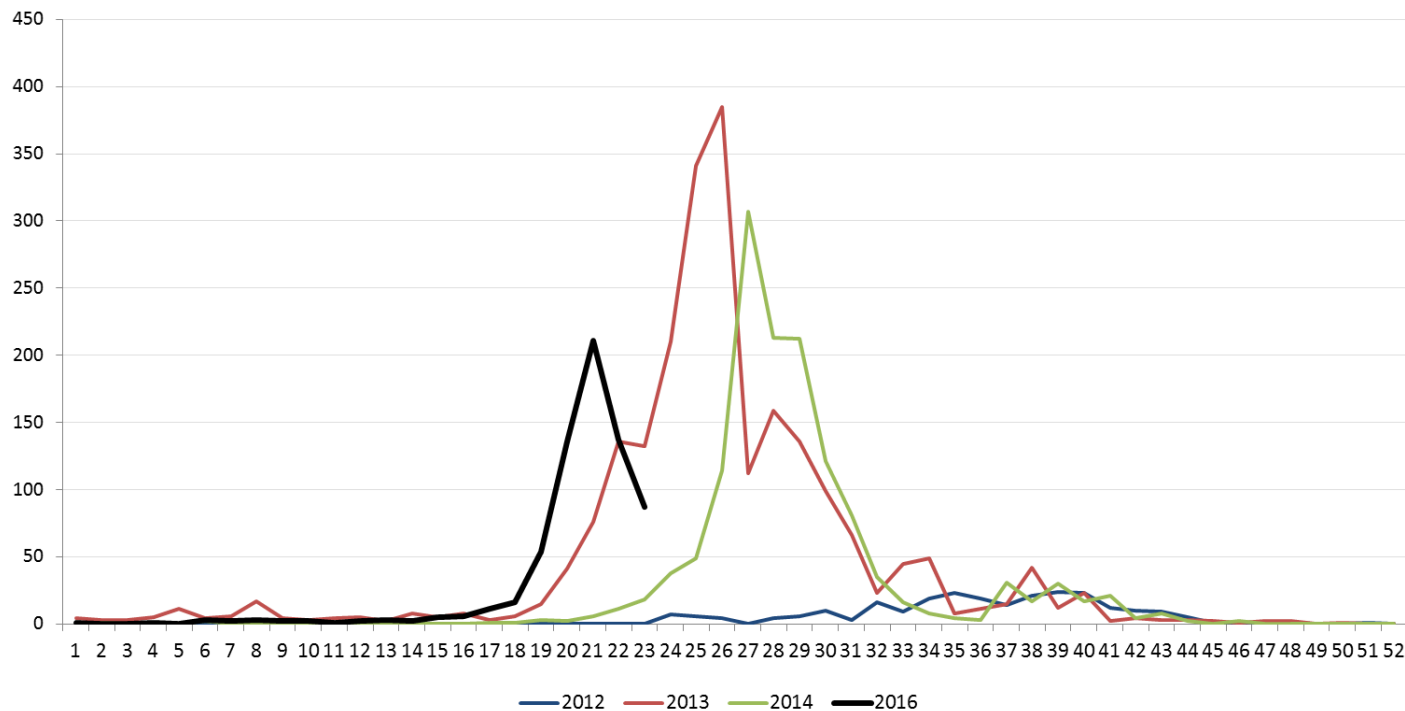
Resultados por SIVILA según semana epidemiológica. CABA.
Años 2012, 2013, 2014 (seleccionados con mayor circulación) y 2016

La notificación del **total** de virus influenza mostró una escasa circulación hasta la semana 14 del corriente año

Se observa un temprano y sostenido incremento de la circulación, respecto del patrón histórico.

A partir de semana 16; dicho incremento superó la incidencia de años anteriores.

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



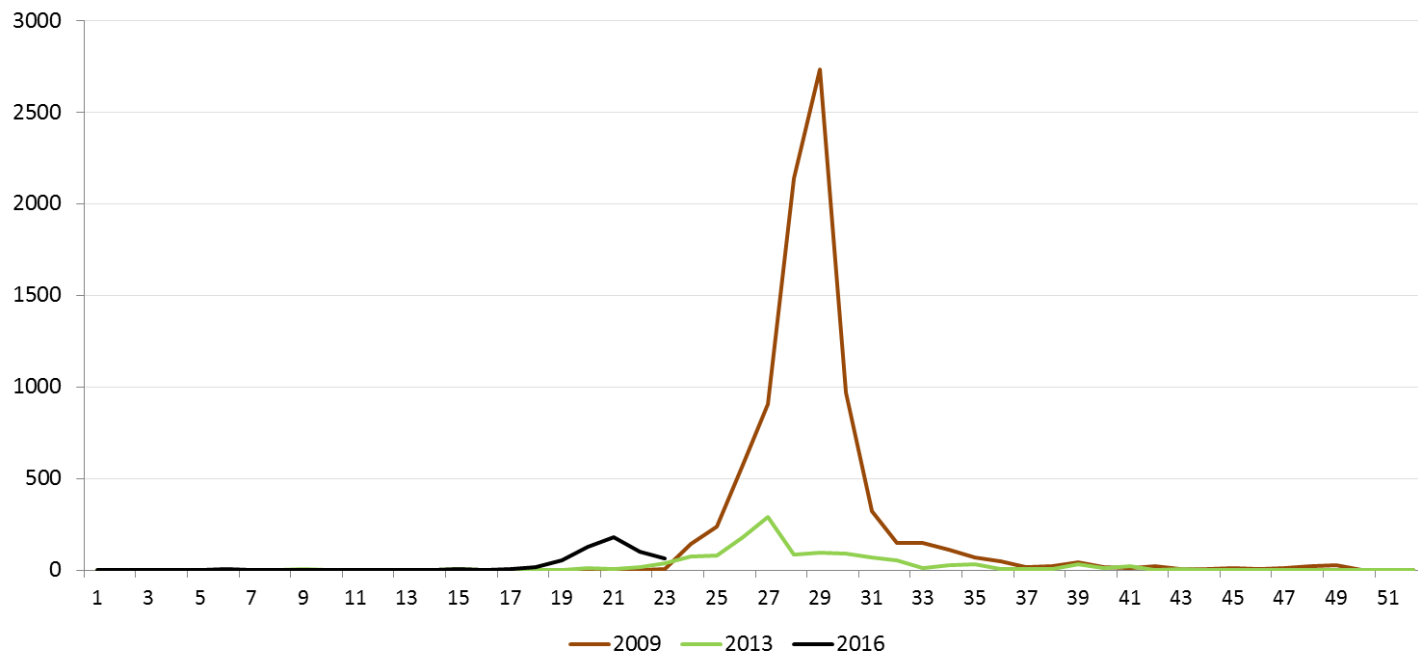
Circulación de Virus Influenza A/H1N1pdm09

Resultados por SIVILA según semana epidemiológica. CABA.
Años 2009, 2013 (seleccionados con mayor circulación) y 2016

En el año 2009 (pandemia de Influenza por A/H1N1), el máximo de circulación notificada se observó entre semanas 28 y 30 con 2740 casos (ver escala).

En el corriente año y hasta semana 18, se observó escasa circulación de influenza A/H1N1, pero con posterior incremento de la notificación, superando la circulación del año 2013.

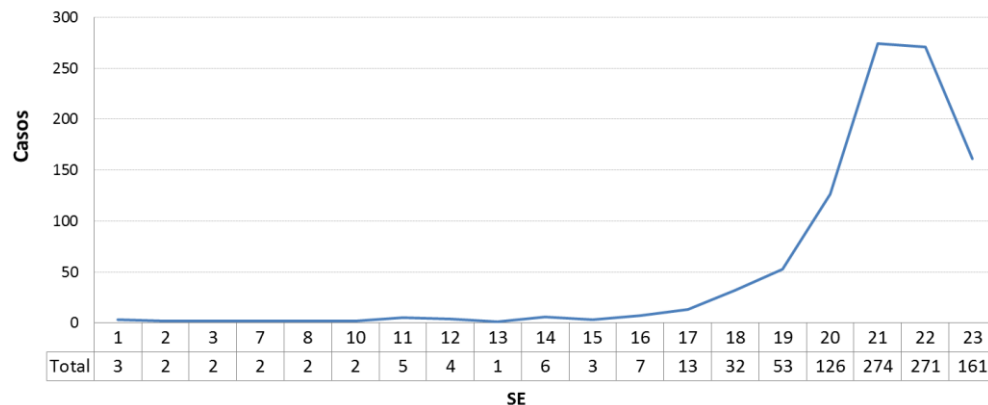
La caída de la curva en la ultima semana es debida al retraso en la notificación



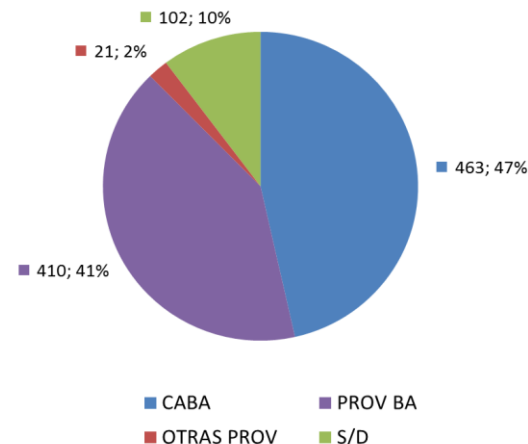
VIGILANCIA DE INTERNADOS POR VIRUS INFLUENZA POSITIVO

Caracterización de la gravedad y letalidad por influenza

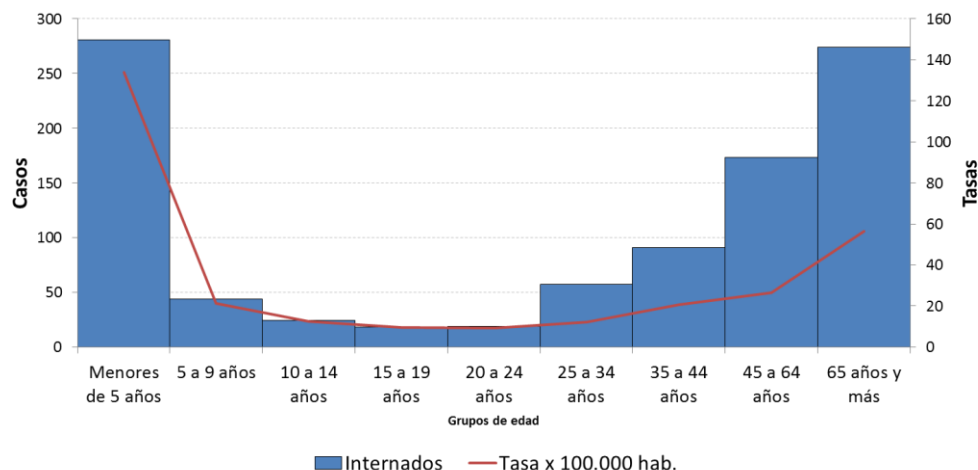
Total casos internados positivos para Influenza según SE de notificación en efectores de la Ciudad de Buenos Aires. 2016. N=969 (Hasta SE 23)



Total casos internados positivos para Influenza según lugar de residencia. 2016. N=997



Total casos internados positivos para Influenza según grupos de edad. 2016
N=981



Los casos internados por IRAG comenzaron a incrementarse en la SE 16. En total se identificaron 997 pacientes. Corresponden tanto al sector público como privado y cerca de la mitad son residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Los más afectados pertenecen al grupo de los menores de 5 años (tasa de 98 x 100.000 hab.), seguidos por el de 65 y más. El rango de edad va del mes de vida hasta los 99 años. No hay diferencias respecto del sexo.

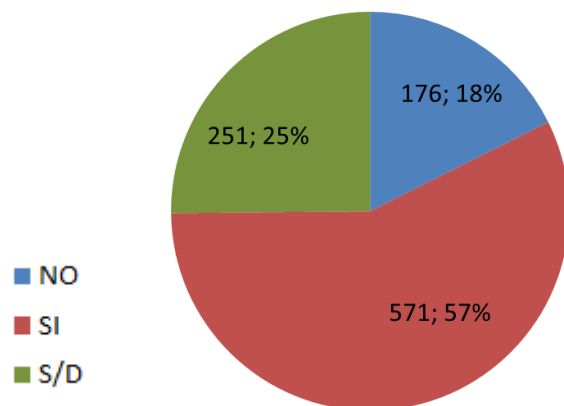


VIGILANCIA DE INTERNADOS POR VIRUS INFLUENZA POSITIVO

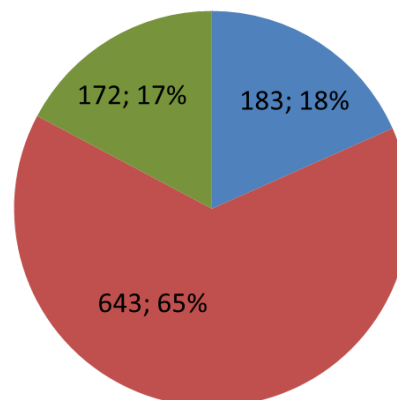
Caracterización de la gravedad y letalidad por influenza

N= 997

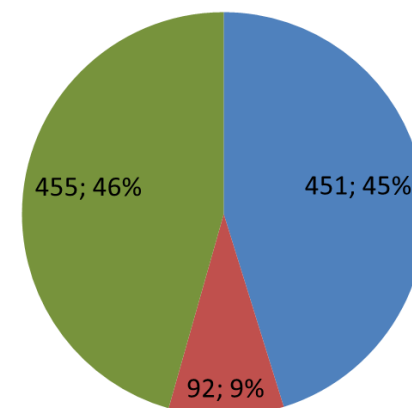
Según presentación de co-morbilidades



Según recepción de tratamiento antiviral



Según vacuna antigripal



Total casos fallecidos según efector y lugar de residencia

Lugar de residencia	Efector			Total
	PRIVADO	PUBLICO	Sin datos	
CABA	10	30	0	40
PROV BA	6	12	1	19
OTRAS PROV	1	0	0	1
Sin datos	6	3	0	9
Total general	23	45	1	69

La mayoría de los casos presentaban co-morbilidades y recibieron tratamiento antiviral. Es necesario mejorar la calidad de los datos del antecedente de vacunación.

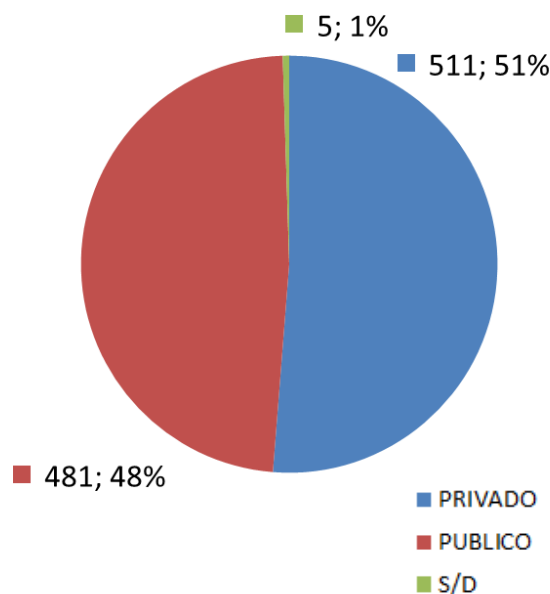
En relación con los fallecidos, de un total de 69, 40 eran residentes de la CABA. De éstos 34 presentaban co-morbilidad y en 6 no se contaba con el dato. Del total, 30 ocurrieron en el sector público y 10 en el privado. En relación con el antecedente de vacunación, 15 no lo presentaban, 2 habían sido vacunado y del resto no se obtuvieron los datos. Asimismo, 30 de los 40 pertenecían al grupo de más de 64 años, uno menor de 5 años, 6 de 45 a 64 años y 3 de 35 a 44 años.

VIGILANCIA DE INTERNADOS POR VIRUS INFLUENZA POSITIVO

Notificación según establecimiento

PUBLICO	Total
GARRAHAN	100
RAMOS MEJIA	44
ZUBIZARRETA	44
ARGERICH	39
PENNA	36
FERRER	30
PIROVANO	27
GUTIERREZ	26
ALVAREZ	25
ELIZALDE	24
DURAND	18
SANTOJANNI	16
FERNANDEZ	14
RIVADAVIA	11
MUÑIZ	8
VELEZ SARSFIELD	8
Otros	11
Total	481

Total casos internados según tipo efector
N=997



PRIVADOS Y OBRAS SOCIALES	Total
HOSPITAL ITALIANO	128
CHURRUCA	61
SANATORIO FINOCHIETTO	26
HOSPITAL NAVAL	22
BRITANICO	17
CLINICA ZABALA	16
SANATORIO SAN CAYETANO	15
SANATORIO DE LOS ARCOS	15
ANCHORENA	13
IMAC	13
SANATORIO MENDEZ	12
FLEMING	11
FUNDACION HOSPITALARIA	11
SANATORIO MITRE	11
CEMIC	10
GUEMES	9
Otros	121
Total	511

Las notificaciones que se presentan en la tabla de establecimientos, corresponden al análisis realizado con el registro IRAG de la Gerencia Operativa de Epidemiología, con datos provenientes de las Fichas Epidemiológicas.





Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*)

Tasa de mortalidad por 100.000 hab. Según año
Residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2004-2015*

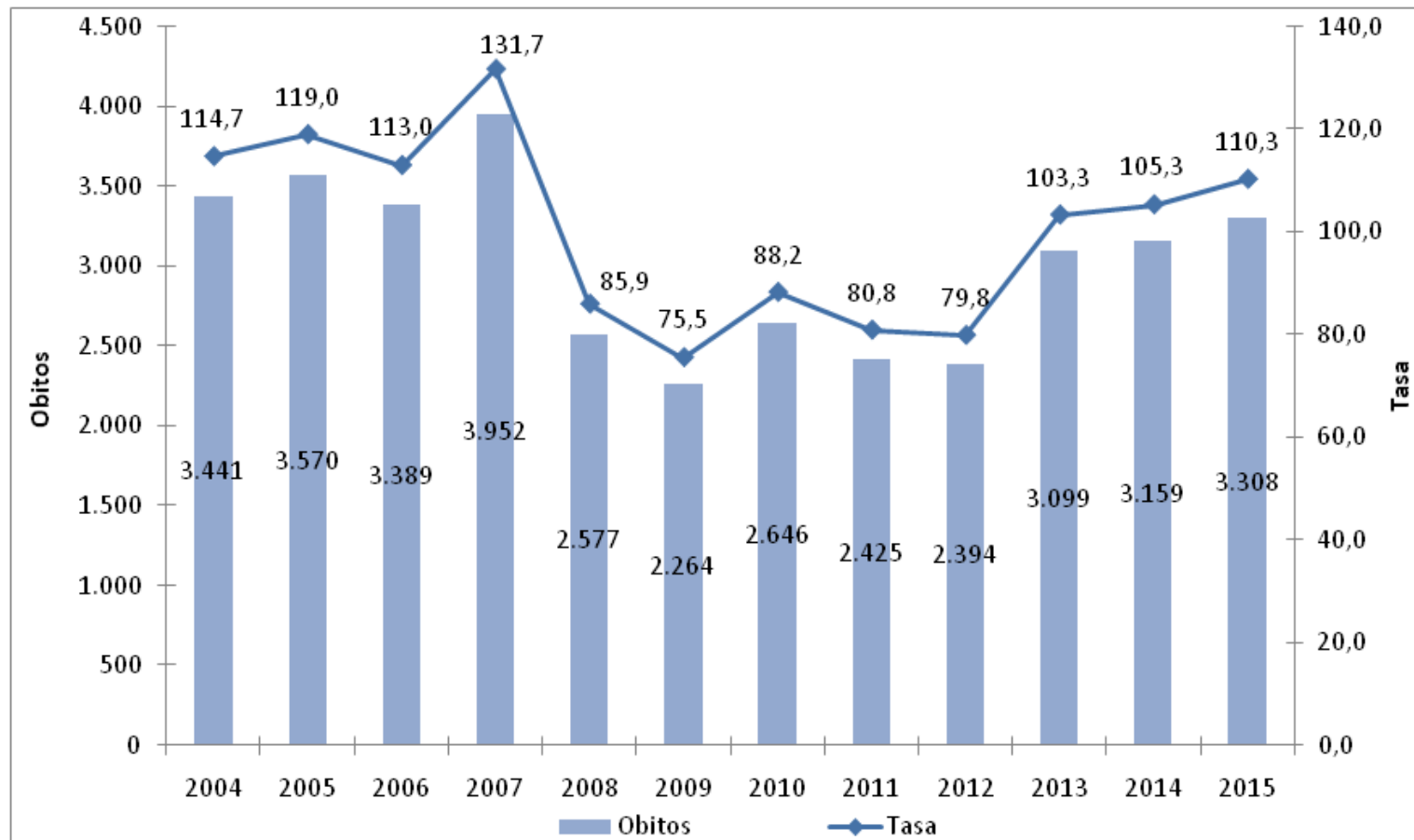
Aualmente fallecen por IRAS alrededor de 3000 personas en la Ciudad de Buenos Aires.

La mortalidad por IRA en el año 2009 (pandemia AH1N1), no superó los valores registrados en años anteriores.

La mortalidad estuvo por debajo de los 100 óbitos por 100.000 habitantes, entre los años 2008-2012.

Dese el año 2013 se revierte la tendencia y comienza a observarse un leve incremento sostenido de la mortalidad anual.

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.



*Incluyen las siguientes patologías: Influenza debida a virus de la influenza identificado, Influenza debida a virus no identificado, Neumonía viral no identificada en otra parte, Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae, Neumonía debida a Haemophilus influenzae, Neumonía Bacteriana, Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos no clasificados en otra parte, Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte, Neumonía organismo no especificado, Bronquitis Aguda, Bronquiolitis aguda, Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.



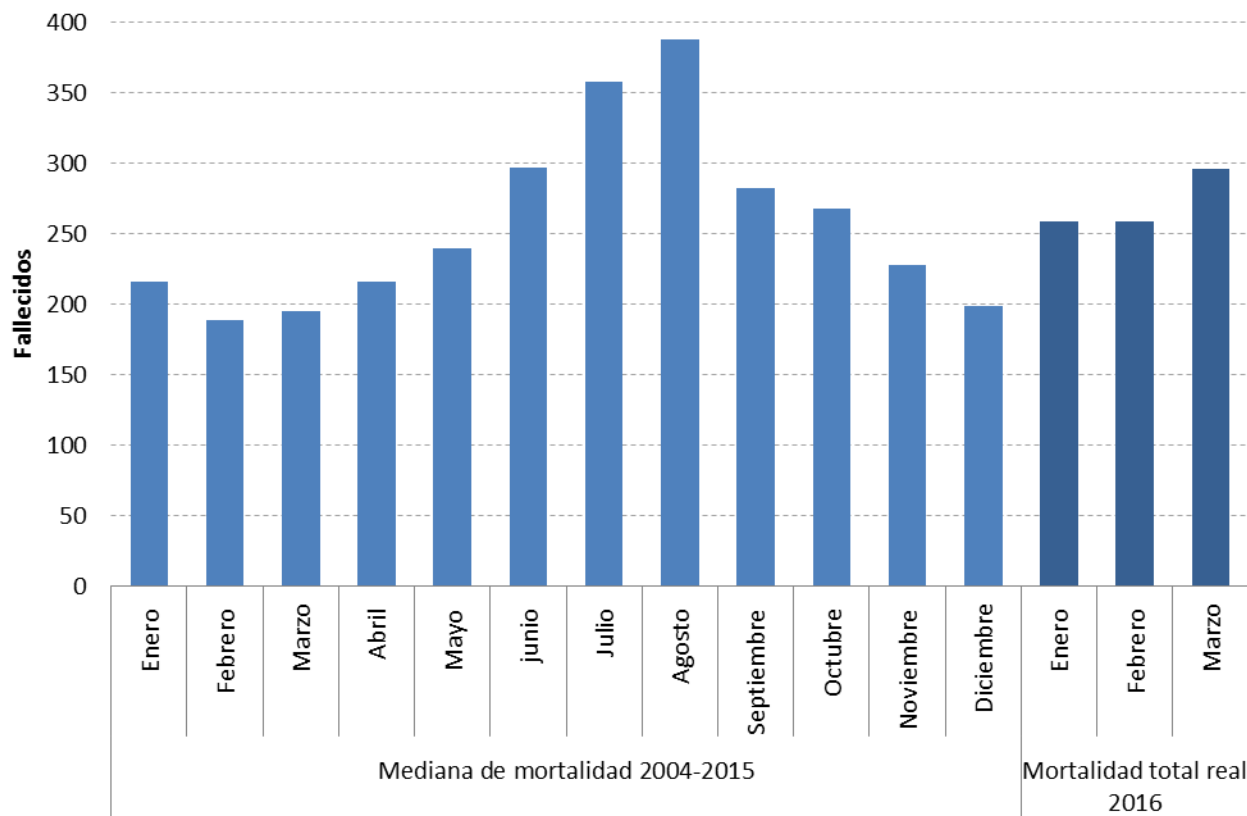
Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*)

Mediana según mes y año 2004-2015 y totales Enero-Marzo 2016
Residentes de la Ciudad de Buenos Aires

La mediana mensual de fallecidos de los meses de Invierno (junio, Julio, Agosto) del periodo 2004-2015 fue 357, mientras que la mediana en los meses no invernales del mismo periodo disminuye a 222.

Entre Enero y Marzo de 2016 fallecieron 812 personas por enfermedades respiratorias.

Comparando la mediana del trimestre Enero-Marzo 2016 (258 fallecidos) con la mediana del mismo trimestre del período 2004-2015 (195), se observa que para el presente año fallecieron 64 personas más, siendo éste incremento del 33% y estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

*Incluyen las siguientes patologías: Influenza debida a virus de la influenza identificado, Influenza debida a virus no identificado, Neumonía viral no identificada en otra parte, Neumonía debida a Streptococcus pneumoniae, Neumonía debida a Haemophilus influenzae, Neumonía Bacteriana, Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos no clasificados en otra parte, Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte, Neumonía organismo no especificado, Bronquitis Aguda, Bronquiolitis aguda, Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.



Campaña nacional de vacunación 2016

Virus Influenza. Ciudad de Buenos Aires. Actualización al 9/6/2016

Desde el inicio de la campaña hasta la fecha se aplicaron 398.529 dosis en los hospitales públicos de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 20%. Esto representa 18 % más que a la misma fecha del año anterior

VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL DOSIS APLICADAS A RESIDENTES							
PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUÉRPERAS	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
76.756	14.503	9.344	3.152	30.386	14.501	93.415	93.212

Las indicaciones de la vacuna no se modificaron y se debe establecer como prioridad a los niños de 6 a 24 meses, que requieren dos dosis y las embarazadas por el riesgo que representan

VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL % COBERTURA EN RESIDENTES							
PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUÉRPERAS	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
108%	-	43%	-	46%	22%		84%

Dosis aplicadas a:

RESIDENTES: 323.948

NO RESIDENTES: 74.581

TOTAL: 398.529

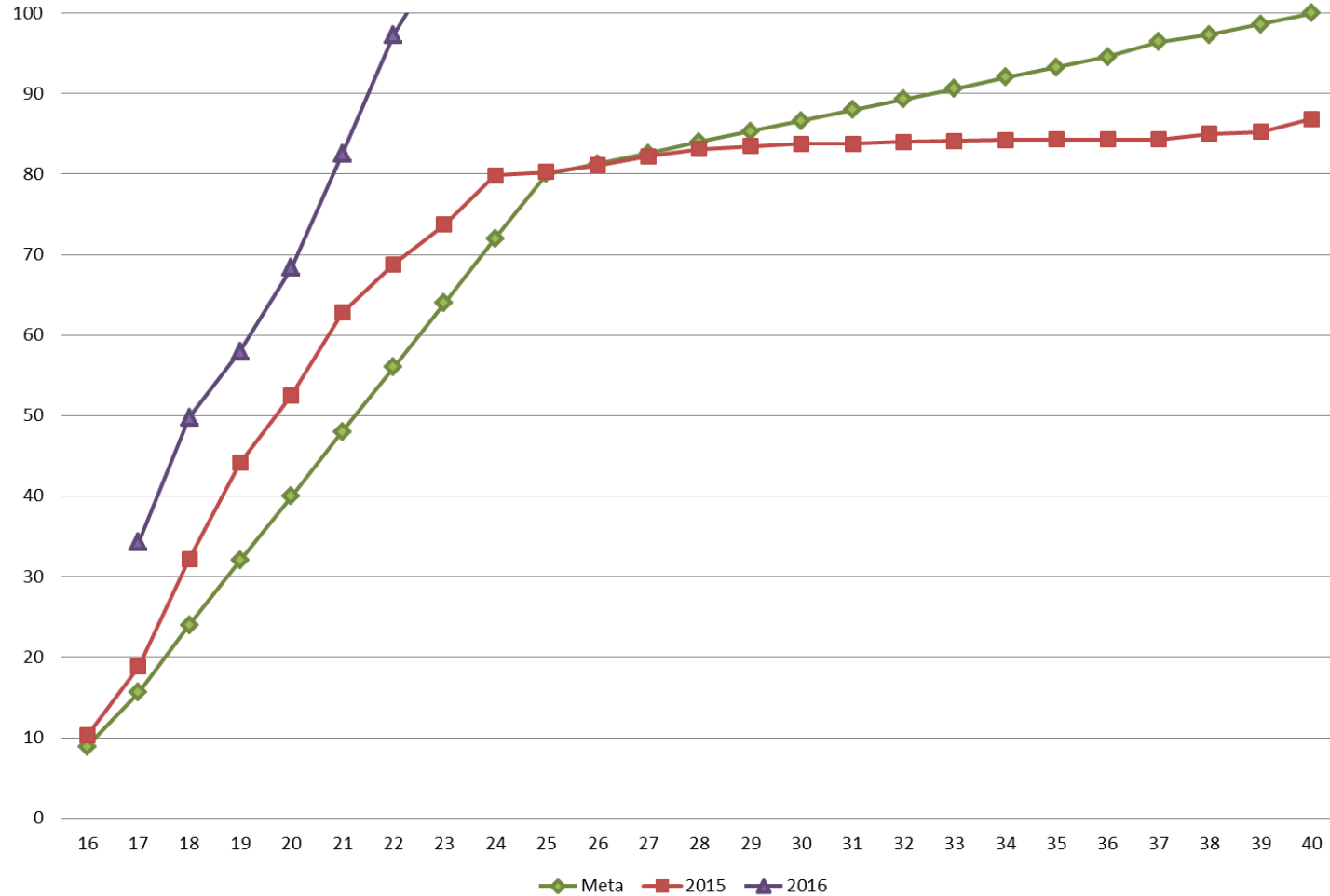
ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA: 10.030

Se observa un considerable estancamiento en estos dos grupos. La vacunación oportuna debe alcanzar el 80% de la meta a la semana epidemiológica 25.



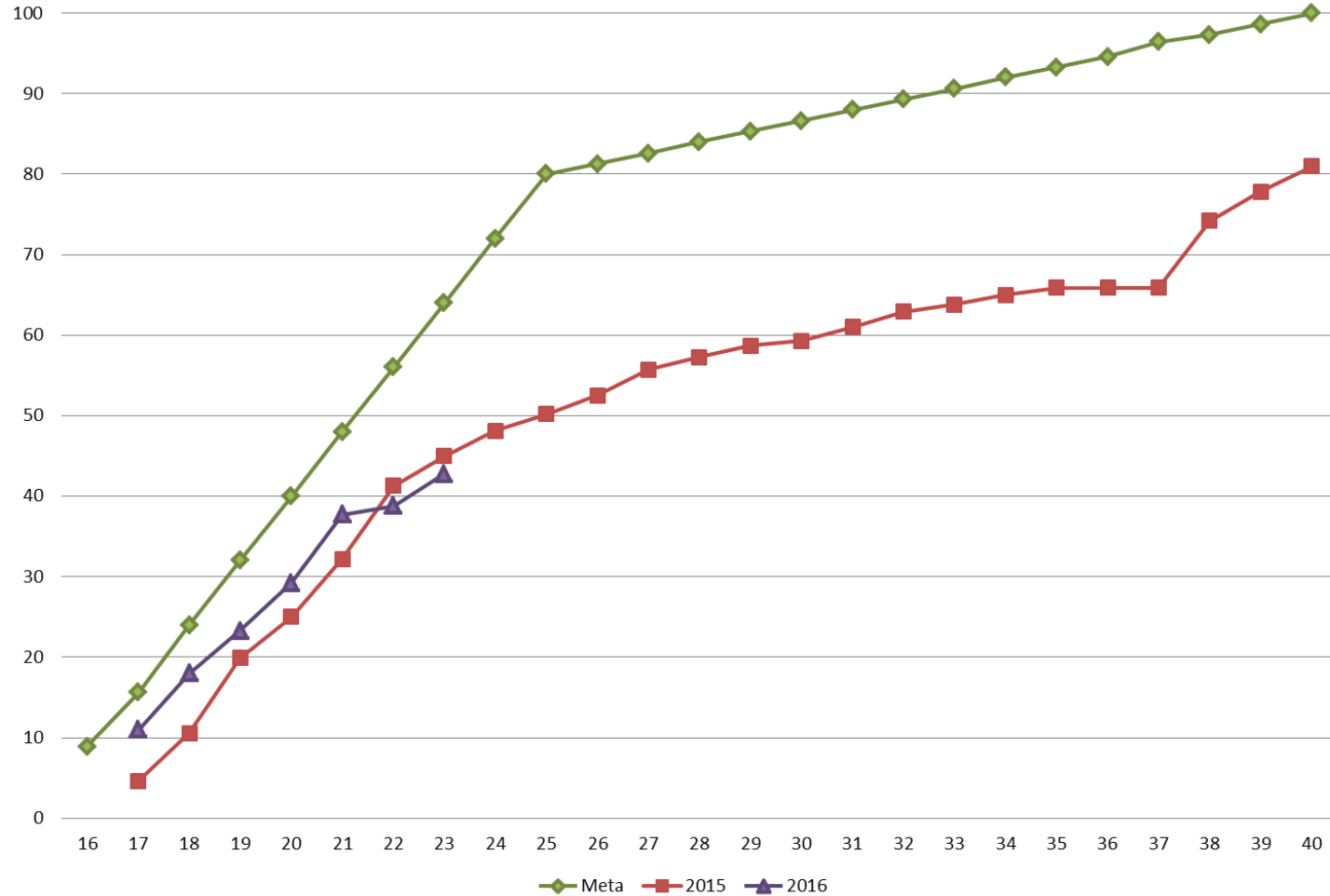


Vacunación Antigripal 2016. Personal de Salud

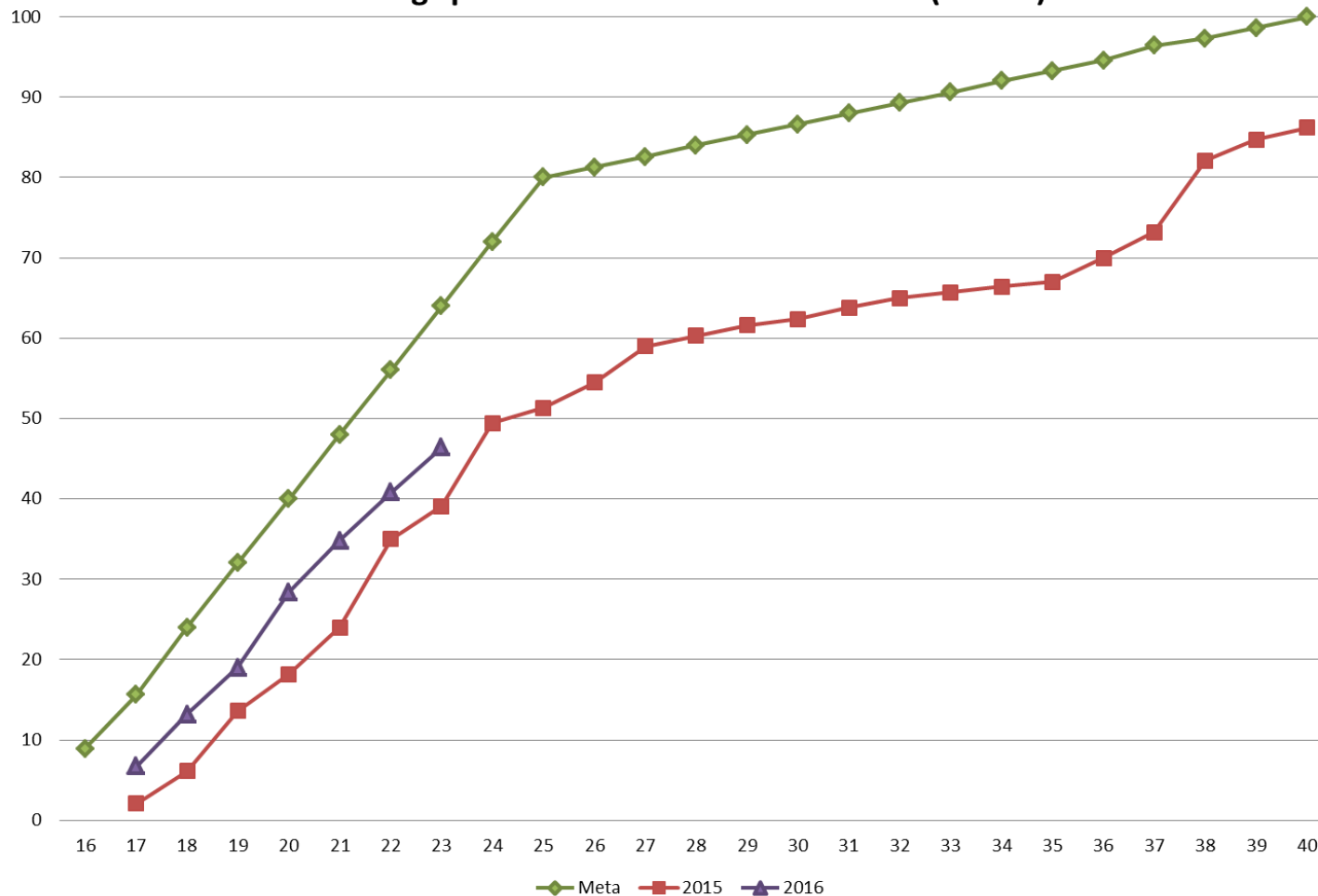




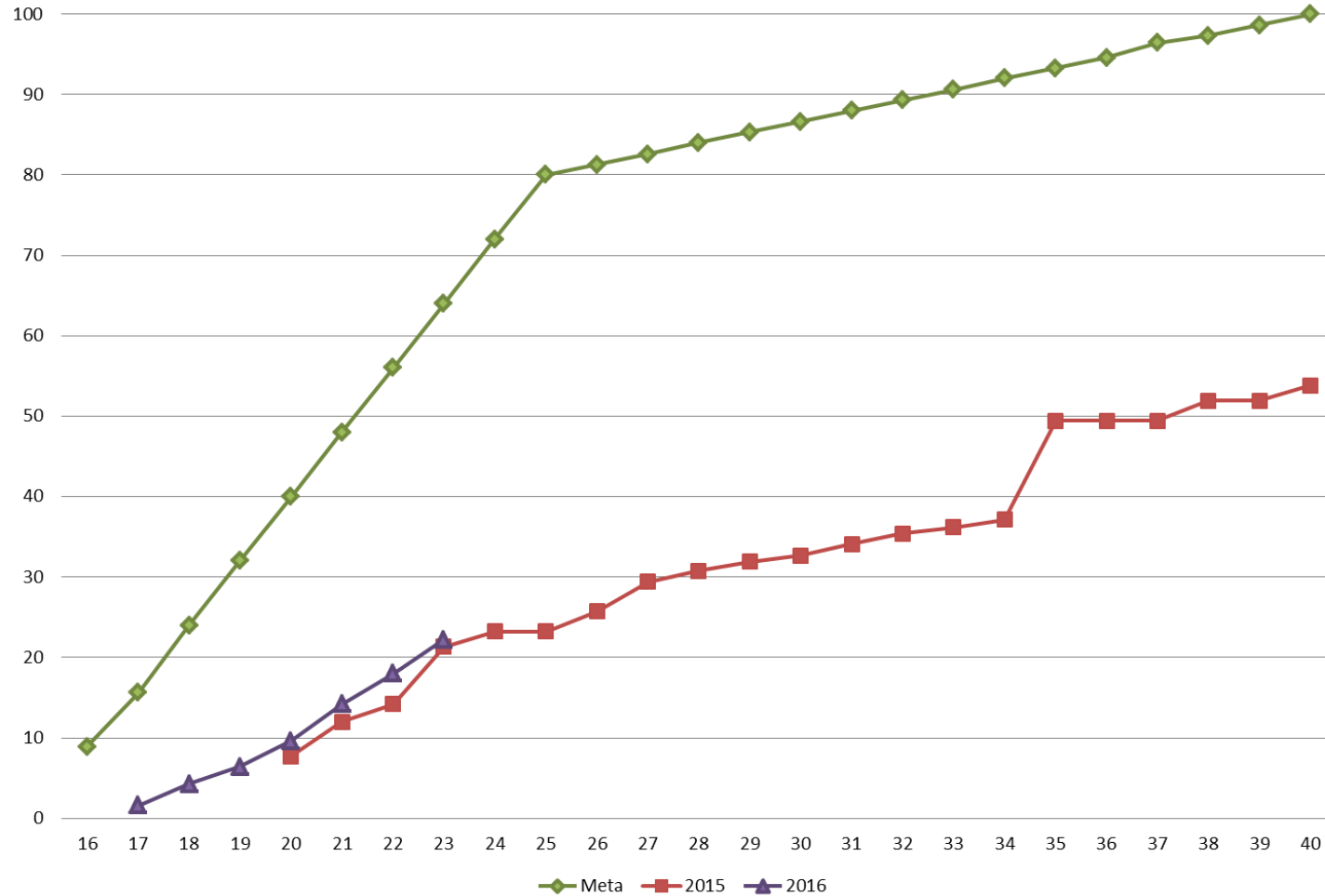
Vacunación antigripal 2016. Embarazadas



Vacunación antigripal 2016. Niños de 6 a 24 meses (UD+1°)



Vacunación antigripal 2016. Niños de 6 a 24 meses (UD+2°)



PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL CONTROL DE LA GRIPE

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; 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

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.

Departamento de Virología

INEI–ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán

Dir.: Av. Vélez Sarsfield 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.



El equipo de la Gerencia Operativa de Epidemiología agradece a todos los equipos de salud, profesionales asistenciales, de epidemiología y de laboratorios de virología, tanto de efectores públicos y privados, que participan activamente en la vigilancia y control de las enfermedades respiratorias agudas.

Gerencia Operativa de Epidemiología
Dirección General de Informática Clínica, Epidemiología y Estadística
Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Correo electrónico institucional: gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>

Tel.: 4123-3240/41/42 - Fax: 4123-3211

Monasterio 480 1º piso - C1284AEJ



Buenos Aires Ciudad

