

*Medicina Infantil incorpora a partir de este número esta nueva sección:
enfoques epidemiológicos. Su objetivo es compartir noticias epidemiológicas
de importancia para nuestra práctica clínica diaria.
La editora responsable es la doctora Rosa Bologna.*

INFECCIONES RESPIRATORIAS 2016

En el corriente año hemos experimentado varios eventos epidemiológicos relevantes: en el verano sufrimos el brote más importante de dengue de las últimas décadas, en las últimas semanas –en forma superpuesta- se adelantó la epidemia de infecciones respiratorias bajas con influenza H1N1 pandémica incluida y, a su vez, observamos el incremento de cuadros de parálisis flácidas que han sido caracterizadas como mielitis, en algunos casos asociados a Enterovirus D68. En esta oportunidad, vamos a analizar la ocurrencia de las infecciones respiratorias agudas ocurridas en la primera parte del año.

El informe epidemiológico de las infecciones respiratorias agudas se basa en los datos de notificación obligatoria que incluyen los cuadros de enfermedad tipo influenza (ETI), neumonías, bronquiolitis en menores de 2 años, casos de infección respiratoria aguda internada (IRAG) y la información de los laboratorios acerca de la detección de virus respiratorios seleccionados. El objetivo de la vigilancia epidemiológica es reconocer la situación de dichos eventos y fortalecer a los diferentes niveles (local, provincial y nacional) para la toma de decisiones. Las fuentes de información surgen de los módulos de vigilancia clínica y de laboratorio del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS)¹.

Según los datos publicados en el Boletín epidemiológico los cuadros mencionados de infecciones respiratorias agudas se encuentran en situación de brote a nivel país. En cuanto al análisis de los virus influenza, los casos notificados superan ampliamente lo esperado para este período en comparación con los últimos 5 años, con un pico de 980 casos en

la semana epidemiológica (SE) 22. Desde la semana 19 de 2016 la curva de ETI para el total del país se ubicó en zona de brote del corredor endémico.

La curva de notificación de neumonía para el total país, se encuentra también en zona de brote desde la semana 20, con un número de casos superior a la mediana de los últimos 5 años. Respecto a las bronquiolitis en los menores de 2 años, según las estimaciones realizadas desde la semana 19 hasta la 28, se observa un número de casos superior al esperado para el período. De igual manera, los episodios de infecciones respiratorias agudas graves se han mantenido por encima de lo esperado.

En cuanto a la vigilancia de virus respiratorios a partir de las notificaciones realizadas al Sistema de Vigilancia de Laboratorios (SIVILA), en este período fueron estudiados 47.537 casos, de los que 19.526 (41,08%) resultaron positivos para algún virus respiratorio. Correspondieron a Virus sincicial respiratorio 60,89% de los casos, mientras que el grupo de virus Influenza representó 33,27% del total de positivos, con un predominio de Influenza A H1N1.

Gripe o influenza

En la actual temporada de otoño – invierno, se registró alta actividad de Influenza A H1N1 tanto en Méjico como en varios países de América del Sur². A su vez, los centros de referencia y laboratorios de 90 países (OMS) informaron que de los virus influenza aislados el 35,7% fueron A, y de ellos, el 81,5% eran A/(H1N1) pandémico. La OPS/OMS comunicó a partir del 24 de marzo una tendencia creciente de (H1N1) en Perú, que se extendió luego

a Ecuador y Brasil y en los reportes posteriores se agrega la extensión al Cono Sur (Argentina, Chile y Paraguay)³.

En nuestro país, a partir de la semana 19, se documenta el ingreso en zona de brote (Figura 1). Como es habitual en los brotes de influenza, el inicio se documentó primero en los niños; en la Figura 2 se observa que la tasa de notificación es mayor en los menores de 5 años con 3.000 casos por 100.000 habitantes, duplicando las tasas para los grupos comprendidos entre los 5 y 34 años.

En el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan⁴ se internaron 208 niños con diagnóstico de influenza en los meses de abril y junio, 98% de las cepas correspondieron a la cepa H1N1pdm 2009. Frente a la aparición de los casos se difundieron las recomendaciones de tratamiento y prevención, especialmente a través de la vacuna, ya que a diferencia del

año 2009 –cuando ocurrió la pandemia- las vacunas actuales incluían la cepa pandémica.

Neumonía

Como ocurrió con los cuadros de influenza, a partir de la semana 20 los casos de neumonía se incrementaron y se ubicaron en situación de brote. Es importante recordar que las neumonías pueden ser complicaciones secundarias a la gripe. La tasa de notificación de neumonía fue mayor en los mayores de 65 años, seguido por el grupo de los menores de 5 años y el de 45 a 65 años.

Bronquiolitis en menores de 2 años

Los cuadros de bronquiolitis son la forma predominante de manifestación de las IRA en los menores de 2 años. El análisis de las notificaciones muestra que los casos de bronquiolitis se encuentran en

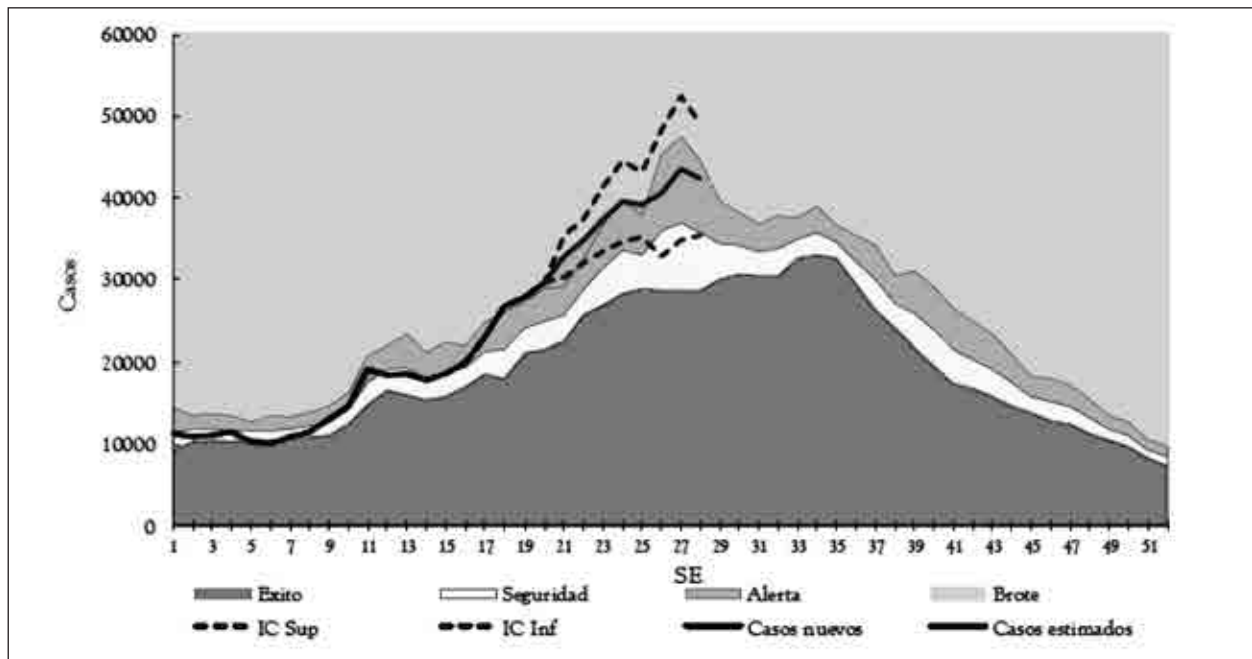


Figura 1: Corredor endémico semanal de ETI. 2016. Total País Históricos 5 años: 2011-2015.

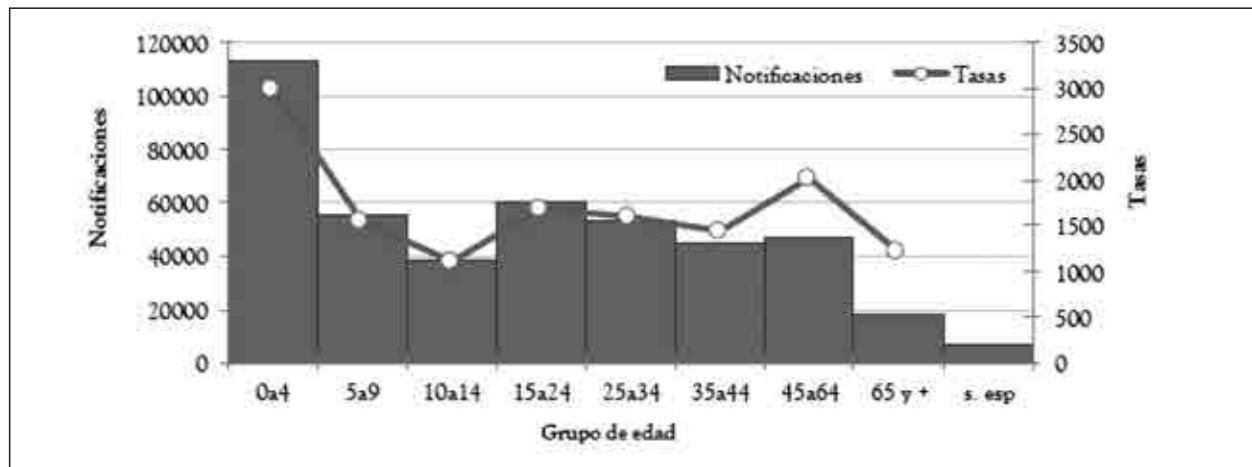


Figura 2: Notificaciones y tasas de ETI (x 100.000 hab.) por grupos de edad. SE23 de 2016. Argentina.

zona de brote desde la semana 20, por lo cual en los meses de mayo y junio hubo una superposición de diferentes cuadros respiratorios.

Infecciones respiratorias agudas graves

En forma secundaria a la ocurrencia de los eventos mencionados previamente, observamos que las IRA que requieren internación se encuentran en zona de brote desde el año 2015. La tasa acumulada es 71% mayor que la notificada en el período 2011 – 2015 (Figura 3).

Si observamos la ocurrencia de las internaciones

secundarias a infecciones respiratorias graves, las tasas más elevadas se encuentran en los menores de 5 años, seguidas por el grupo de mayores de 65 años (Figura 4).

Como mencionamos previamente, los virus identificados en el período correspondieron a Virus sincicial respiratorio (VSR) en el 60,89% de los casos, mientras que el grupo de virus Influenza representó 33,27% del total de positivos, con un predominio de Influenza A H1N1.

Al realizar el análisis según el grupo de edad, se estudiaron 19.466 casos en el grupo de meno-

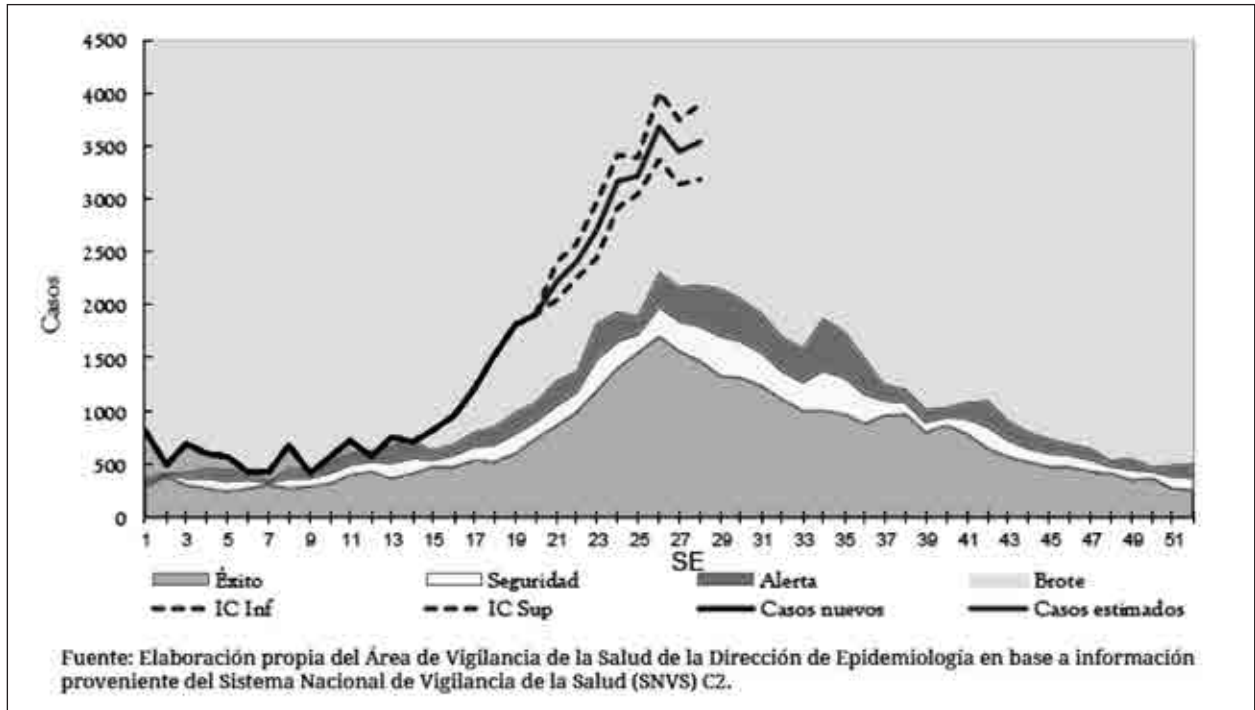


Figura 3: Corredor endémico semanal de IRAG. 2016. Total País Históricos 5 años: 2011-2015.

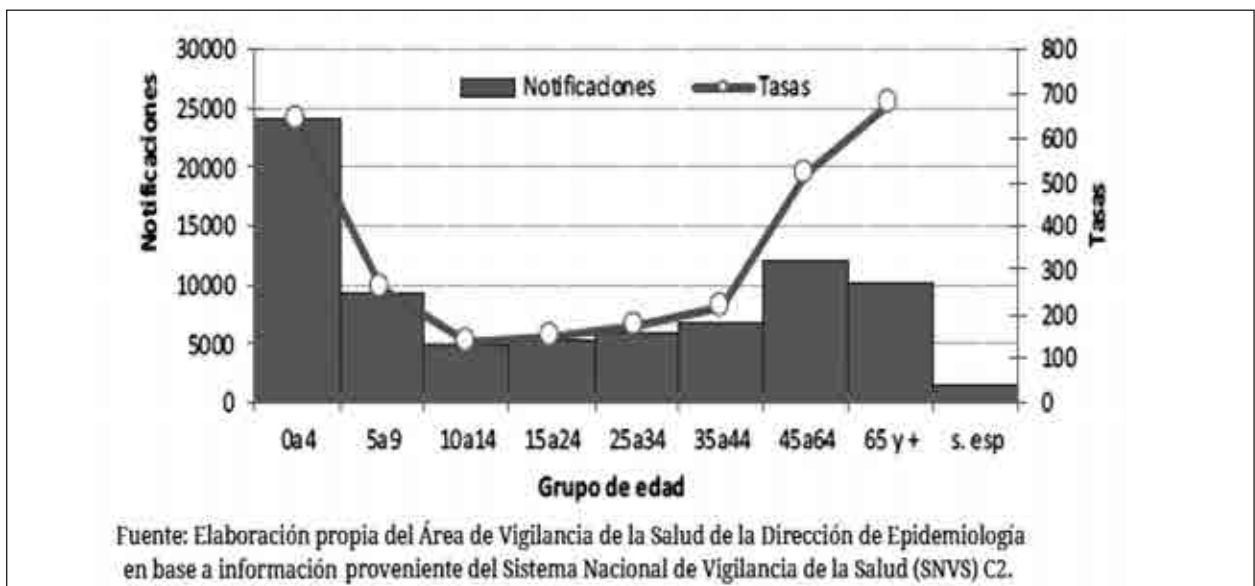


Figura 4: Notificaciones y tasas de ETI (x 100.000 hab.) por grupos de edad. SE23 de 2016. Argentina.

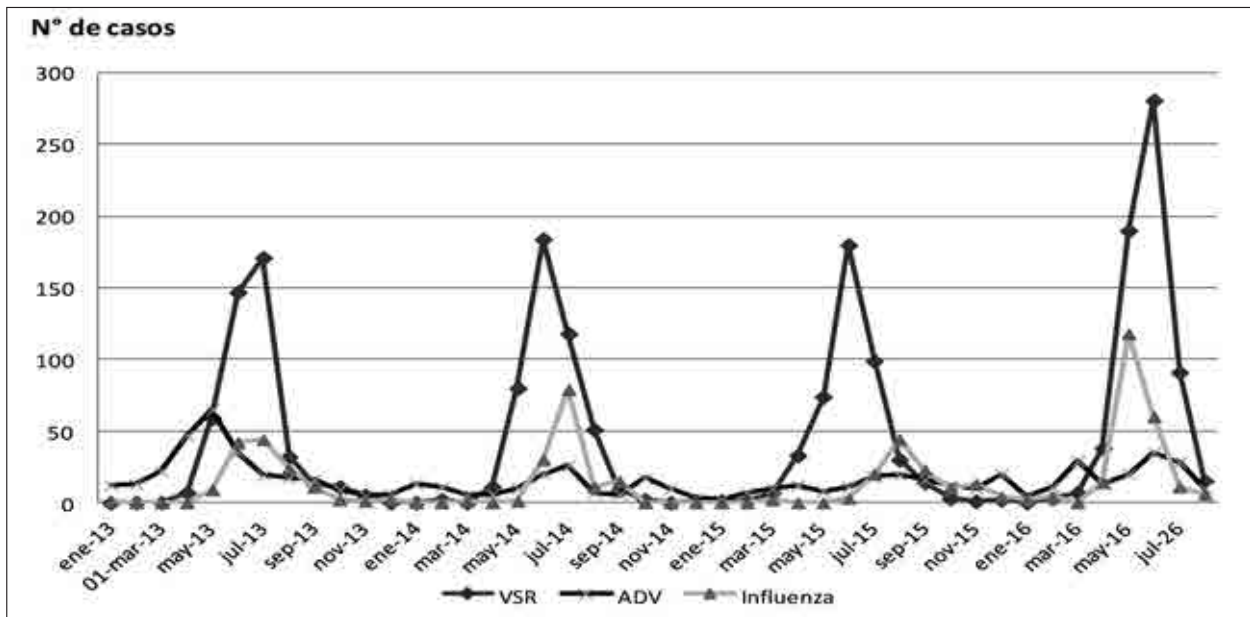


Figura 5: Distribución de virus respiratorios en pacientes internados por mes. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Años 2013 – 2016 (SE 30) Fuente: Servicio de Microbiología.Servicio de Epidemiología e Infectología (Control de infecciones).

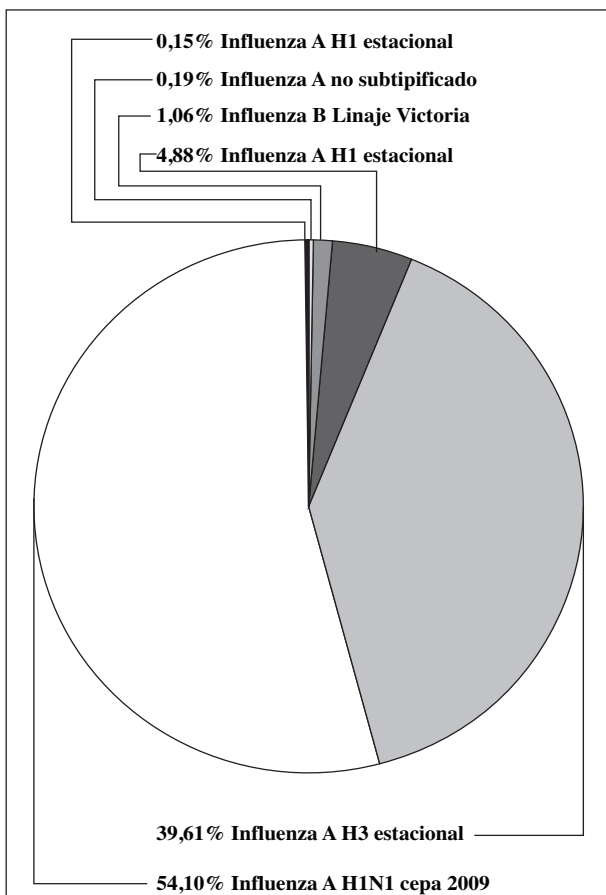


Figura 6: Distribución de casos positivos para influenza. SE I a SE 29 de 2016. Argentina (N=5.835).

res de 2 años, con 8.676 casos positivos y el virus predominante fue VSR con 81,6%. En los mayores

de 65 años se han estudiado 1.614 muestras, de las cuales 660 resultaron positivas y más del 84% correspondieron a Influenza (con predominio de Influenza A subtipo H1N1). En los datos de documentación virológica en los niños internados por IRAB en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan⁴, queda clara la superposición en la aparición de los virus VSR e influenza en esta temporada, lo cual llevó a una sobrecarga muy importante de las diferentes áreas de atención (Figura 5).

Es de remarcar que la aparición del virus Influenza se adelantó aproximadamente 12 semanas en comparación con lo ocurrido en los circulación últimos 5 años . La caracterización genómica de las cepas, indica que están emparentadas con las cepas A/California/07/09 (H1N1) pdm09, es decir, la cepa pandémica circulante en el año 2009. Las cepas identificadas se encuentran relacionadas con las cepas incluidas en la fórmula 2016 de la vacuna antigripal utilizada en nuestro país, que incluye las cepas A/California/07/09 (H1N1) pdm09, A/Hong Kong/4801/2014(H3N2) y B/Brisbane/60/2008 (Figura 6).

La cobertura de vacunación antigripal fue de 70,6% en embarazadas, lamentablemente, en niños de 6 a 24 meses alcanzó sólo el 59,9%.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de la Nación- Dirección de Epidemiología -Boletín integrado de Vigilancia N° 320. SE 30. Julio 2016. areavigilanciainsal@gmail.com.
2. CDC- Comité de Control de Enfermedades Estados Unidos cdc.gov.
3. OPS/OMS. Influenza y otros virus respiratorios. www.paho.org.
4. Hospital de Pediatría Dr J.P.Garrahan – Servicio de Epidemiología e Infectología (Sección Control de Infecciones) – Servicio de Microbiología. Año 2016.