

GRIPE: ¿QUE ESPERAMOS EN LA TEMPORADA 2018?

Dra. Rosa Bologna (Editora)

Todos los años la gripe o influenza afecta millones de niños y adolescentes a nivel mundial. En el año 2017 la actividad fue moderada en el hemisferio sur y la cepa predominante del virus influenza fue la A (H3N2). En el hemisferio norte, la actividad de la gripe fue particularmente elevada en la temporada 2017 – 2018, lo cual nos alerta a la posibilidad de mayor número de casos en el año 2018 en el hemisferio sur. Por este motivo, analizamos en este número las características de esta infección en la Argentina en el año 2017, la situación actual en la región de las Américas y las recomendaciones para la prevención a través de la inmunización.

Situación actual

La actividad global de la gripe o influenza continuó aumentando en la zona templada del hemisferio norte, mientras que en la zona templada del hemisferio sur la actividad se desarrolló a niveles interestacionales. No obstante, algunos países han reportado niveles de hospitalización e ingresos a unidades de cuidados intensivos (UCI) por encima de los niveles observados en años previos.

En todo el mundo, el virus de influenza A representó la mayoría de las detecciones de influenza (62%), pero el virus influenza B (principalmente del linaje Yamagata) ha aumentado en las últimas semanas. Dentro de las cepas de influenza A, 50% correspondieron a influenza A (H1N1) pdm09 y 49,7% a influenza A(H3N2).

En general, la actividad de influenza en América del Norte continuó en aumento según lo esperado para el período en Canadá, México y los Estados Unidos. Se documentó cocirculación de influenza A(H3N2) e influenza B en la subregión. En los Estados Unidos y Canadá, la actividad de enfermedad tipo influenza (ETI) aumentó por encima de los umbrales estacionales, en tanto que en México se re-

gistró una actividad de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y ETI dentro de lo esperado.

En el Caribe la actividad de influenza aumentó y se reportó una actividad moderada del virus sincicial respiratorio (VSR) en la mayoría de la subregión. La actividad de influenza continuó elevada en Haití, territorios franceses, Jamaica y Puerto Rico en semanas recientes con predominio de influenza B.

En América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentran en descenso en toda la subregión. En Panamá, la actividad persistente de VSR fue reportada con disminución de las neumonías y las hospitalizaciones asociadas con IRAG desde las últimas semanas. En Guatemala se reportó una actividad ligeramente aumentada de influenza en semanas recientes.

La actividad general de influenza y otros virus respiratorios en la subregión andina permaneció estable. No obstante, es de remarcar que en Ecuador se registró una elevada actividad de IRAG asociada a influenza. En Colombia, a su vez, se reportó actividad alta pero estable de influenza; mientras que en Perú, la actividad de IRAG y neumonía permaneció dentro de lo esperado, con menor detección de influenza en general.

Los niveles de influenza y VSR en Brasil y Cono Sur reflejaron una tendencia al descenso a niveles estacionales en toda la subregión, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúan en descenso, con predominio de influenza B.

Situación en la Argentina en el año 2017 Enfermedad tipo influenza (ETI)

En las primeras 52 semanas epidemiológicas (SE) del 2017, se notificaron 1.095.862 casos de ETI, con una tasa acumulada total país de 2.462,9

casos por 100.000 habitantes. Esta tasa es un 9% menor a la tasa de la misma SE del período 2011/2016 y un 9% menor a la correspondiente al año 2016.

La curva de casos de ETI para el total país hasta la SE52 transitó entre las zonas de seguridad y alerta alcanzando la zona de brote en las SE23 a SE27 (con un pico en las SE24 y SE25) y posteriormente descendió a niveles esperables. Según estimaciones realizadas, la curva de casos se encontraría entre las zonas de éxito y seguridad. La curva de casos y las estimaciones presentaron un comportamiento estacional habitual.

En cuanto al análisis por grupos de edad se observó que el grupo con mayor notificación fue el de los menores de 5 años y las tasas disminuyeron a medida que aumentó la edad del grupo.

Muestras estudiadas para virus respiratorios y su positividad

Entre las SE1 y SE52 de 2017 fueron estudiadas y notificadas para virus respiratorios 84.437 muestras con 31.300 casos positivos (porcentaje de positividad de 37,1%), al considerar pacientes ambulatorios e internados (Figura 1). Del total de muestras estudiadas, 77.735 correspondieron a pacientes que requirieron hospitalización, con 28.815 resultados positivos. Las muestras con diagnóstico de VSR fueron 18.213 (23,4%). En tanto, 6.702 muestras se analizaron en pacientes ambulatorios con 2.485 muestras positivas. En este grupo las

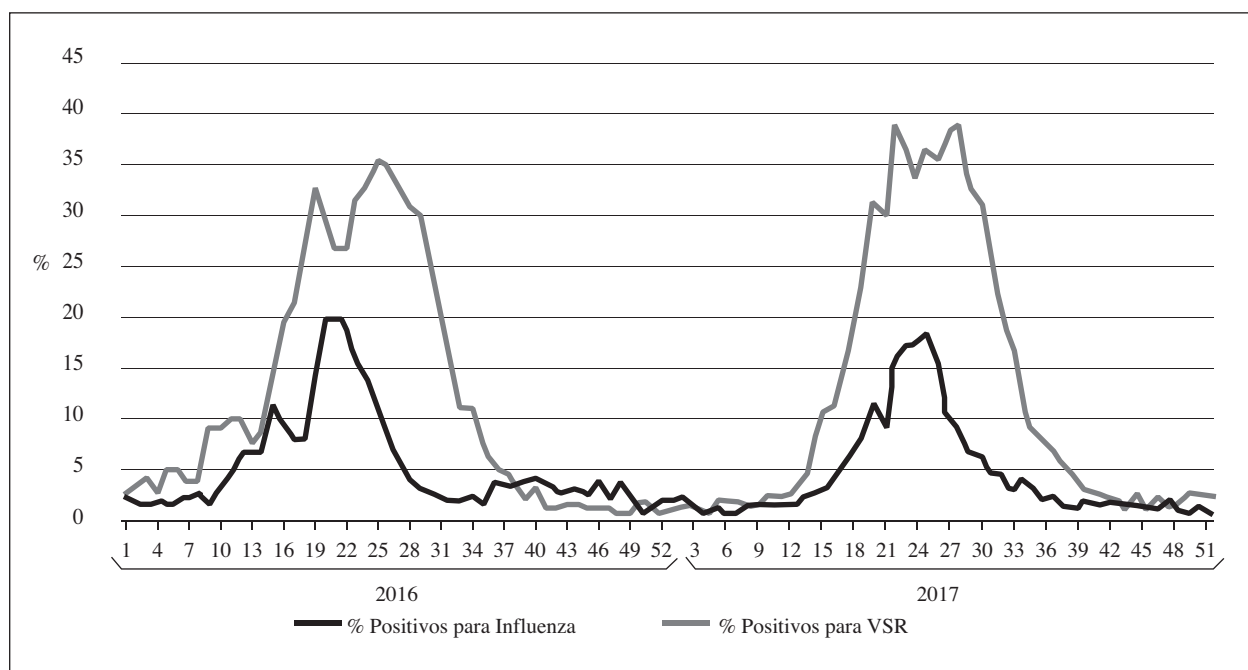
muestras positivas para influenza fueron 1.506 (22,5%). El porcentaje de positividad acumulado para ambulatorios e internados de influenza fue de 7,8% y el de VSR 22,5%.

Frecuencia y distribución de virus influenza

Durante las primeras 52 semanas de 2017, los casos acumulados con diagnóstico de virus influenza fueron 6.562. Entre las SE15 y SE25 se observó un aumento sostenido a expensas de influenza A(H3N2) y en mucha menor medida, influenza B. A partir de la SE26 los casos disminuyeron en forma constante hasta la actualidad, en la que se registra muy baja circulación y casi exclusivamente de influenza B.

La caracterización de los virus respiratorios en el Laboratorio Nacional de Referencia demostró que el 83,7% de los casos de influenza correspondieron a influenza A y el 16,3% a influenza B. El 99,8% de los casos subtipificados de influenza A correspondieron al subtipo A(H3N2) y sólo 4 casos al subtipo A(H1N1) cepa 2009. Con respecto a los casos de influenza B con identificación de linaje, 293 correspondieron a Yamagata y 42 a Victoria. El componente de la vacuna FLUA/H3 2017 para el hemisferio sur fue el A/Hong Kong 4801/2014 con el clado genético 3C.2 a. Informaciones recientes han mostrado la probabilidad de una eficacia subóptima de la vacuna en casos confirmados por laboratorio debido a la circulación de variantes del virus capaces de causar la enfermedad aún en pacientes

Figura 1: Porcentaje de positividad para influenza y VSR, SE1 de 2016 a SE52 de 2017. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) SIVILA.

vacunados. El análisis de las cepas circulantes es fundamental para adaptar la composición de las vacunas a los cambios de las cepas que van ocurriendo a través del tiempo.

Medidas de prevención de influenza

La vacunación es el modo más efectivo para reducir el impacto de la gripe a nivel poblacional e individual. Se estima que el 80% de las muertes observadas en niños, ocurre en no vacunados. Es de remarcar que alrededor del 50% de las complicaciones asociadas a influenza ocurren en niños con enfermedades crónicas y el resto, en niños sin enfermedades de base, especialmente los menores de 2 años.

La composición de la vacuna definida por la OMS para el año 2018 en el hemisferio sur es:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus;
- A/Singapur/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)-like virus; y
- B/Phuket/3073/2013 – like virus.

Indicaciones

Es fundamental la indicación de la vacunación antigripal en el personal de salud y en todos aquellos con factores de riesgo de complicaciones.

1. Pacientes con riesgo de complicaciones de influenza:
 - Niños menores de 2 años.
 - Embarazadas o puérperas en los primeros 6 meses post parto.
 - Personas de 65 años o mayores de esa edad.
 - Personas de 2 a 65 años pertenecientes a alguno de los siguientes grupos:

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 oncohematológica):

- a) Infección por HIV.
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor de 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.
- 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 de 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.
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves.
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años.
- g) Contactos estrechos o convivientes de huéspedes inmunocomprometidos.
- h) Contactos estrechos con niños menores de 6 meses (convivientes o personal de jardines maternales).

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Integrado de Vigilancia N398 SE06
- WHO Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018 southern hemisphere influenza season – 28 September 2017 <http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/en/>