

Intensificación de la Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

DIREPI \ ALERTA

1

Semana Epidemiológica: 22
Notificador: Dirección de Epidemiología de la Nación
Fecha de Alerta: 28 de mayo de 2013
Código CIE - 10: J10 - J18
Redacción informe: Área de Vigilancia - Dirección de Epidemiología.

El comienzo del período estacional habitual de mayor incidencia de infecciones respiratorias agudas, el aumento del número de casos de Influenza A en las últimas semanas, con predominio del subtipo H1N1 en Argentina, la situación planteada por la aparición de casos humanos de Influenza A H7N9 en Asia y la identificación de un nuevo coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) requieren intensificar la vigilancia de infecciones respiratorias agudas, en especial de casos graves e inusuales y la vigilancia virológica de los mismos.. Por tal motivo, el Ministerio de Salud de la Nación insta a mantener un alto nivel de alerta para la detección de casos graves e inusitados y fortalecer la vigilancia de estos eventos en todos los niveles y subsectores del sistema de salud.

Actualidad internacional

Nuevo Coronavirus: De septiembre de 2012 hasta el 23 de mayo, la OMS ha sido informada de un total de 44 casos confirmados de infección por MERS-CoV, 22 de ellos mortales.

Se registraron casos confirmados en los siguientes países de Oriente Medio: Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos, Jordania y Qatar. En Alemania, Francia, Reino Unido y Túnez también se han notificado casos confirmados, que o bien fueron trasladados a esos países para recibir atención por la enfermedad o bien la presentaron después de haber vuelto de viajes a Oriente Medio. En Francia, Reino Unido y Túnez ha habido transmisión local limitada a personas que no han estado en Oriente Medio, pero sí han tenido contacto con casos confirmados o probables.

El reservorio y la ruta de transmisión aún están siendo investigados.

Dada la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves y examinen cuidadosamente todos los casos inusuales.

Nuevo Influenza A H7N9:

Hasta el 8 de mayo de 2013, se confirmaron un total de 131 casos de infección humana por el virus de influenza aviar A (H7N9) en China. En 105 casos en los que la información está disponible, el rango de edad es entre los 4 y los

91 años (media 59.5, mediana de 64 años) con 59% casos registrados en personas de 60 y más años. Del total, 25 son mujeres, 83 varones y 23 sin dato. La fecha de inicio de síntomas de los casos se registró entre el 19 de

Provincia	Casos confirmados en seguimiento	Casos confirmados fallecidos	Total
Shangai	24	11	35
Jiangsu	23	5	28
Zhejiang	39	5	44
Beijing	1	0	1
Henan	4	0	4
Jinngxi	5	0	5
Anhui	3	1	4
Shandong	2	0	2
Fujiang	5	0	5
Hunan	3	0	3
Total parcial	109	22	126
Sin dato de provincia	-10	10	-
Total	99	32	131

Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)

Las IRA son un grupo importante de enfermedades causadas tanto por virus como por bacterias. Tienen una alta morbilidad en personas de cualquier edad; pero son muy frecuentes antes de los cinco años de edad y a partir de los 65 años.

Las IRA son la primera causa de consulta ambulatoria, y se ubican entre las primeras cinco causas de hospitalización y de mortalidad en la población general de Argentina.

La mayoría de los episodios de IRA no reviste gravedad y evolucionan favorablemente en pocos días. Sin embargo, la enfermedad tipo influenza (ETI), la neumonía en personas de cualquier edad (pero principalmente en menores de cinco años y en adultos de 65 años y más) y la bronquiolitis en menores de 2 años pueden ser graves.

Enfermedad Tipo Influenza (ETI):

Definición de caso: Aparición súbita de fiebre mayor a 38°C y tos o dolor de garganta en ausencia de otras causas.

Caso confirmado: Caso sospechoso con identificación de virus influenza ya sea por, detección de antígenos virales, aislamiento en cultivo, detección de genoma viral en muestras respiratorias o conversión serológica específica entre sueros de fase aguda y de convalecencia

Neumonía: Enfermedad respiratoria aguda febril (>38°) con tos, dificultad respiratoria y taquipnea.

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.

Caso con confirmación etiológica: Caso sospechoso con detección de antígenos virales de uno o más de los virus bajo vigilancia, genoma viral o aislamiento a partir de muestras respiratorias.

IRAG: Aparición súbita de fiebre superior a 38°C y tos o dolor de garganta y disnea (dificultad respiratoria) y necesidad de hospitalización.

febrero y el 03 de mayo de 2013. Ninguno de los casos presenta nexos epidemiológico.

Situación en Argentina

En el momento actual, de acuerdo a la notificación de ETI según estimaciones realizadas para total país, se encontraría en zona de brote en la semana epidemiológica actual, teniendo en cuenta que ETI se ha mantenido en zona de alerta desde el inicio de 2013.

Si bien la tasa de notificación de ETI hasta la SE 18 de 2013 presenta un descenso del 11% para el total país, jurisdicciones como las Regiones Sanitaria VI, X, XI y XII de la Provincia de Buenos Aires, San Luis, Corrientes, Formosa, Catamarca, Jujuy y Tucumán presentan tasas de notificación superiores al año previo; así mismo, la RS II y V de la Provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, Misiones, Formosa y Chaco registran tasas que duplican o triplican la tasa del país.

Así mismo, la estimación de casos de IRAG mostraría (según el límite superior del IC) que en este momento estaría la notificación en zona de brote.

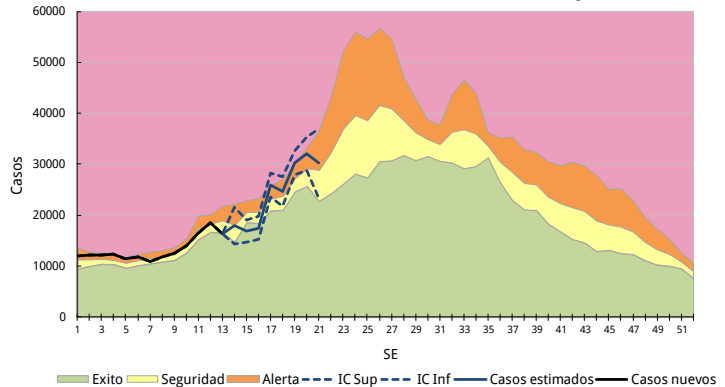
Provincias como Santa Fe, La Rioja San Luis, Chaco, Salta, Santiago del Estero y Río Negro presentan tasas superiores al año anterior. Así mismo, jurisdicciones como Misiones, Santiago del Estero, Catamarca, Chaco, y Río Negro registran tasas que duplican la tasa del país, y en el caso de La Rioja, la misma es tres veces mayor a la tasa del país hasta la SE 18 de 2013.

Vigilancia de virus respiratorios

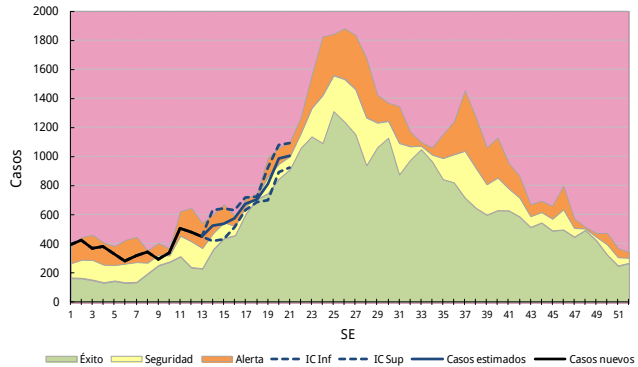
Durante 2013, hasta la SE 21 en términos acumulados, de las 990 muestras positivas para algún virus respiratorio halladas en el 2013, 365 correspondieron a Virus Sincicial Respiratorio (36.87%) seguido por Parainfluenza (23,54%) y el conjunto de virus Influenza (17,07%).

Respecto a la distribución temporal, principalmente en las últimas 7 semanas, el VSR representó el 54,3% de los casos positivos, notándose un aumento del número de casos desde la SE16 que se sostiene hasta la actualidad.

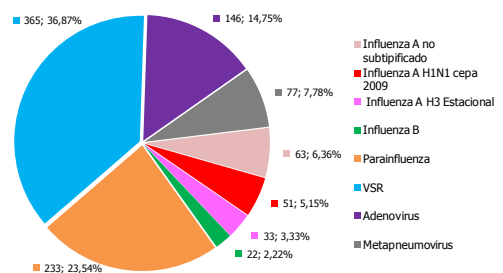
Corredor endémico semanal de ETI- 2013
Total País. Históricos 5 años: 2007 a 2012. Excluyendo 2009



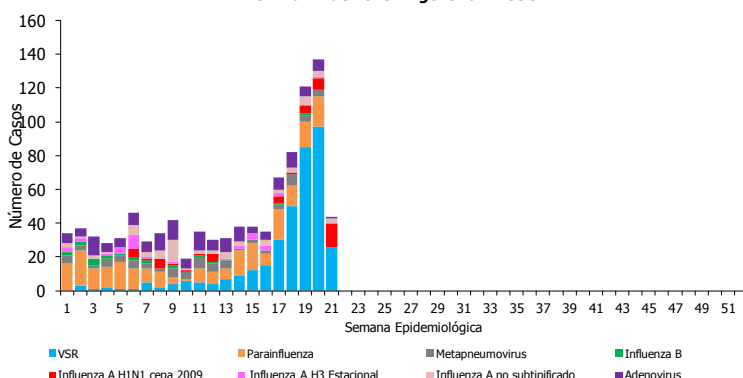
Corredor endémico semanal de IRAG - 2013
Total País. Históricos 3 años: 2010 a 2012.



Distribución porcentual de virus respiratorios identificados. Argentina. SE 1 a 21 de 2013. n= 990



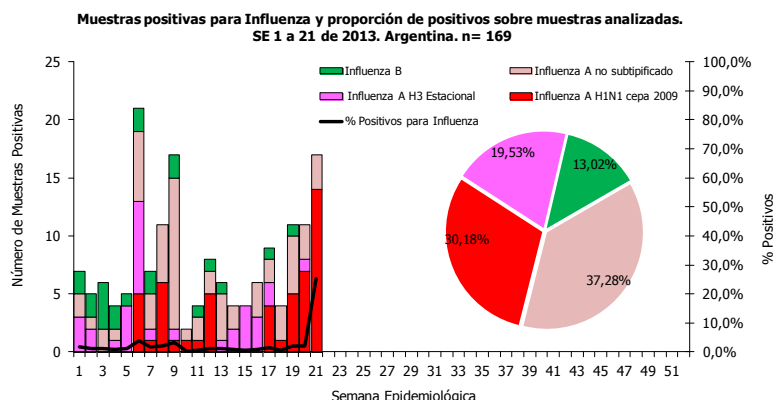
Distribución virus respiratorios en vigilancia por semana epidemiológica SE 1 a 21 de 2013. Argentina n= 990



Parainfluenza se detectó durante todas las semanas del año de manera estable en un promedio de 12 casos por semana.

En las primeras 21 semanas del año 2013 se han identificado 169 casos de virus Influenza distribuido en todas las semanas del año de un total de 990 virus respiratorios notificados; 22 correspondieron al tipo B (13,02%) y 147 al tipo A; de estas últimas se identificaron 33 casos como subtipo H3 y 51 como subtipo H1N1 cepa 2009 (19,53% y 30,18% respectivamente). El porcentaje de influenza A

no subtipificado a la fecha representa el 37,28%.



En las últimas 6 semanas se han reportado 58 casos de Influenza de los cuales 56 correspondieron al tipo A y sólo 2 casos al tipo B. Dentro del tipo A se identificaron 36 como A H1N1 pdm (36) y H3 estacional (6) el resto se notificaron sin subtipificación hasta el momento.

En los menores de 2 años, hubo 650 casos positivos de 5891 estudiados hasta la SE 21 de 2013, predominando VSR con el 43,23% de los casos; Parainfluenza con 28,46%; Adenovirus con 15,08%, y Metapneumovirus con un 9,23% de los casos.

En los pacientes entre 2 y 64 años se estudiaron 3718 casos, de la cuales sólo 239 fueron positivos para virus respiratorios. Influenza representó el 43,93% de los virus identificados en este grupo de edad (fundamentalmente tipo A con 94 casos), seguido por Parainfluenza (38 casos). En los pacientes mayores de 65 años se hallaron 12 casos Influenza (subtipo H1N1, H3 estacional y B).

En 23 provincias se hallaron casos positivos para virus respiratorios, siendo las jurisdicciones con mayor número de casos positivos CABA, Buenos Aires, y Tucumán. Influenza se detectó en 16 provincias siendo las que presentaron mayor número de casos CABA, Buenos Aires, Santa Fe, Salta y Corrientes.

En el Laboratorio Nacional de Referencia, Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán" se realizó el análisis filogenético de las cepas circulantes de 2013. Se han secuenciado hasta el presente el segmento HA de (1) influenza A (H1N1), (3) A (H3N2) y uno de influenza B. Las cepas mencionadas se corresponden con los componentes vacunales homólogos de la fórmula vacunal que se utiliza durante 2013.

Recomendaciones

Debido a los antecedentes expuestos y la actual situación en Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación solicita a todas las jurisdicciones el riguroso cumplimiento de las siguientes recomendaciones:

- Mantener, fortalecer e intensificar la Vigilancia clínica y laboratorial de las Infecciones Respiratorias Agudas.**
- Monitorear eventos inusuales tales como la aparición de conglomerados de morbilidad o mortalidad por enfermedades respiratorias graves.**

Para ello es necesario:

- Instruir al personal médico y de laboratorio de los diferentes establecimientos de salud de los sectores público y privado y de la seguridad social, acerca de las definiciones de caso, procedimientos de diagnóstico y notificación.
- Obtener muestras para vigilancia epidemiológica de virus respiratorios en los siguientes casos:
 - 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). A estos pacientes se les realizará panel respiratorio por IF y si resultasen negativos se estudiarán para influenza A y B por PCR.
 - Todos los pacientes (cualquier edad) internados por IRA en unidades de cuidados Intensivo y/o requieran Asistencia Respiratoria Mecánica. A estos pacientes se les debe realizar panel respiratorio por IF y si resultasen negativos se estudiarán para influenza A y B por PCR.

- Al 10% de los adultos internados por IRA en sala común con menos de 72 hs de evolución se les realizará panel respiratorio por IF, los negativos por IF o con más de 72 hs de evolución se estudiarán por PCR para influenza A y B.
 - Pacientes ambulatorios seleccionados en la estrategia de Unidades Centinela de ETI.
 - Pacientes internados seleccionados en la estrategia de Unidades Centinela de IRAG.
- Notificar en SNVS-C2 los casos que cumplan la definición de caso sospechoso de cada uno de los eventos ETI, neumonía y bronquiolitis menores de 2 años.
 - Con la finalidad de vigilar la gravedad de las enfermedades respiratorias, notificar toda IRA internada (IRAG) en el SNVS-C2. El criterio de inclusión de este evento se corresponde con la suma de las ETI, neumonía y bronquiolitis < 2 años que hayan sido internadas, sin importar que haya sido cargado previamente en cada evento en particular.
 - Notificar en SNVS-SIVILA los casos estudiados por los laboratorios según normativa de notificación actualizada de Infecciones Respiratorias Virales para el año 2013 que figura en Anexo I de este documento.

Notificación¹

Los eventos Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años e IRAG (IRA internada), deben notificarse por semana epidemiológica en la modalidad agrupada por grupo de edad en el Módulo C2. Los eventos relacionados Infecciones Respiratorias Virales estudiados por laboratorio deben notificarse por semana epidemiológica en la modalidad agrupada por grupo de edad en el módulo SIVILA y los casos positivos para Influenza registrarse en la modalidad individual de dicho módulo. Los casos estudiados en la estrategia de Unidades Centinela deberán notificarse además de forma semanal al módulo correspondiente del SNVS.

Confirmación de influenza y otros virus respiratorios por laboratorio².

En la *Enfermedad tipo Influenza* no es necesario contar con el diagnóstico de laboratorio para el manejo clínico de los pacientes pero es de gran valor para la vigilancia epidemiológica, el estudio de posibles nuevos tipos de virus y la vigilancia de resistencias o de cambios en la virulencia, que son la base para la toma de medidas de salud pública.

Muestras clínicas:

Aspirado nasofaríngeo, hisopado nasofaríngeo, hisopado nasal combinado con hisopado faríngeo u otras muestras respiratorias como: aspirado traqueal, lavado bronquial, lavado broncoalveolar, líquido de derrame pleural o biopsias de pulmón.

Métodos:

- El aislamiento viral en cultivos celulares o huevos embrionados a partir de las muestras clínicas recomendadas.

¹ Las definiciones de caso están contenidas en el Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria

² El Ministerio de Salud de la Nación puede modificar las indicaciones de confirmación etiológica, de acuerdo a la situación epidemiológica, por ejemplo frente a la aparición de un virus pandémico, como ocurrió durante el invierno del 2009.

- La detección de antígenos virales por inmunofluorescencia también en muestras respiratorias
- La detección de genoma viral por PCR convencional o en tiempo real también en muestras respiratorias.

De acuerdo al Reglamento Sanitario Internacional, todos los virus de influenza A detectados deben ser subtipificados y los que no puedan tipificarse deben ser enviados al Centro de Referencia Internacional ubicado en los CDC de USA para descartar la infección por un subtipo novedoso. Por lo tanto, todas las muestras en las que se ha detectado un virus Influenza deben ser enviadas al Laboratorio de Referencia Nacional o a los Centros Nacionales de Influenza **para que se realice el intento de aislamiento viral, la caracterización antigénica y genómica y estudios de sensibilidad a antivirales.**

Laboratorio de Referencia Nacional y Centro Nacional de Influenza de OMS: Servicio Virosis Respiratorias, INEI- ANLIS "Carlos G. Malbrán", Ciudad de Buenos Aires.

Centro Nacional de Influenza de OMS: Instituto Nacional de Epidemiología Juan Jara, ANLIS "Carlos G. Malbrán", Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires.

Centro Nacional de Influenza de OMS: Instituto Vanella. Facultad de Medicina. Córdoba, Pcia. De Córdoba.

Debe verificarse la operatividad de la toma y flujo de muestras de los casos por los laboratorios de la Red identificando:

- ❑ Disponibilidad de materiales e insumos para la toma y procesamiento de muestras.
- ❑ Adecuada organización de los flujos de remisión de muestras, a fin de garantizar la oportunidad en la captación, emisión de resultados y difusión de la información.

3. Indicaciones de vacunación antigripal:

La vacuna antigripal fue incorporada al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2011 con el propósito de disminuir la internación, complicaciones, secuelas y mortalidad por Influenza en la población de riesgo en Argentina. La población objetivo corresponde al 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)

Composición de la vacuna antigripal 2013:

- A/California/7/2009 (H1N1)pdm09 (cepa análoga: A/California/7/2009, NYMC X-181)
- A/Victoria/361/2011 (H3N2) (cepa análoga: A/Victoria/361/2011, IVR-165)
- B/Wisconsin/1/2010 (cepa análoga: B/Hubei-Wujiagang/158/2009, NYMC BX-39)

Dos de las cepas de virus influenza contenidas en las vacunas 2013 difieren de las cepas 2012 (H3N2 e influenza B) siendo idéntica la cepa H1N1

4. Indicaciones de tratamiento antiviral

Debe recordarse que las indicaciones de tratamiento antiviral se actualizarán por el Ministerio de Salud de la Nación, de acuerdo a los datos provenientes de la vigilancia epidemiológica, patrones de sensibilidad antiviral o si se observaran cambios en la presentación clínica. Las indicaciones de tratamiento antiviral recomendadas por el Ministerio de Salud de la Nación se encuentran contenidas en la *Guía para el equipo de salud número 6: Abordaje integral de las infecciones respiratorias agudas*, disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/enf-resp-guia.pdf>

Recomendaciones para la población:

- Lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón.
- Al toser o estornudar, cubrirse la boca y nariz con un pañuelo descartable o con el ángulo interno del codo.
- Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos.
- Ventilar los ambientes y permitir la entrada de sol en casas y otros ambientes cerrados.
- Mantener limpios picaportes y objetos de uso común.
- No compartir cubiertos ni vasos.
- Enseñar a los niños a lavarse frecuentemente las manos en la escuela y hogar.

El uso de barbijos no previene el contagio en la calle ni en los transportes públicos. Sólo deben ser usados por enfermos y personal de salud a cargo de la atención de pacientes.

Recomendaciones para el personal de salud:

Lavado de manos antes y después de revisar un paciente y entre procedimientos.

Las recomendaciones de uso de Equipo de protección personal para la atención de pacientes con infecciones respiratorias agudas son:

- Colocarse un barbijo quirúrgico.
- Practicar higiene de manos.
- Si hubiera riesgo de salpicaduras con secreciones respiratorias: usar camisolín limpio, guantes y antiparras.
- Se debe realizar la higiene de manos luego de retirarse los elementos de protección personal.
- Los barbijos quirúrgicos se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente.

Solo se deben usar barbijos particulados N 95, si se realizan procedimientos que generan aerosoles.