



Alerta Epidemiológica

Incremento de la actividad de influenza en América del Norte

14 de enero 2013

Situación de influenza en América del Norte

En América del Norte, se registró un incremento de la circulación del virus de influenza en las últimas semanas epidemiológicas (SE) de 2012 y a inicios de 2013. De acuerdo a los datos históricos, este aumento en la actividad de influenza en los Estados Unidos de América se registró antes de lo esperado.

El inicio temprano de la actividad de influenza puede ocasionar un aumento de hospitalizaciones por influenza, brotes en los servicios de atención de salud y un mayor número de prescripciones de antivirales; además del incremento de consultas por Enfermedad Tipo Influenza (ETI) debido a una mayor intensidad de circulación de la influenza.

En los **Estados Unidos de América**, la proporción de consultas por (ETI) empezó a incrementarse por encima de la línea de base nacional a partir de la SE 49. La mortalidad por neumonía e influenza permaneció dentro de lo esperado en las últimas dos semanas de 2012, aunque en la SE 1 del 2013 sobrepasó el umbral epidémico. Con respecto a las hospitalizaciones asociadas a influenza, el grupo de edad más afectado ha sido el de adultos de ≥ 65 años, seguido del grupo de 0 a 4 años de edad.

El virus circulante predominante en esta temporada en USA es el de influenza A(H3N2) (caracterizado como A/Victoria/361/2011-like), seguido de influenza B (linajes Yamagata y Victoria) y de influenza A(H1N1)pdm09 (A/California/7/2009-like). Tres de estas cuatro cepas componen la vacuna de influenza 2012-2013 para el hemisferio norte. En relación a la resistencia antiviral, del sub conjunto de casos de influenza analizados en esta temporada, todos son susceptibles a oseltamivir y zanamivir.

En **Canadá**, al igual que en los Estados Unidos de América, la actividad de influenza aumentó a partir de la SE 48 de 2012, y en la SE 1 del 2013 la tasa de ETI estuvo ligeramente por encima de lo esperado para este periodo del año. Durante la SE 1 del 2013, la tasa de ETI más alta se registró en las personas de 5-19 años.

El virus predominante que circula durante esta estación en Canadá es el de influenza A(H3N2) (A/Victoria/361/2011), seguido de influenza B (linajes Yamagata y Victoria) y de influenza A(H1N1)pdm09 (A/California/07/09). Tres de estas cuatro cepas componen la vacuna de influenza 2012-2013 para el hemisferio norte. En relación a la resistencia antiviral, del sub conjunto de casos de influenza analizados en esta temporada, todos son susceptibles a oseltamivir y zanamivir.

En **México**, la actividad de influenza inició en la SE 41 y se ha ido incrementando paulatinamente, aunque hasta la SE 51, el porcentaje de consultas por ETI e infección respiratoria aguda grave (IRAG) se ha mantenido por debajo del 1% del total de consultas a

nivel nacional. La positividad a influenza ha oscilado entre el 20% y 40% desde la SE 44 hasta la SE 51. A nivel nacional, el canal endémico de las IRAG se mantiene ligeramente por encima del percentil 50.

El virus predominante en México es influenza tipo B (Linaje Yamagata y Victoria), seguido de influenza A(H3N2). Tres de estas cuatro cepas componen la vacuna de influenza 2012-2013 para el hemisferio norte. Los tipos y subtipos de influenza identificados son susceptibles a oseltamivir.

Al igual que en América del Norte, varios países de Europa, África del Norte y el Mediterráneo Oriental han informado un incremento de la actividad de influenza en las últimas semanas.

Recomendaciones

Ante esta situación, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que podrían enfrentar un incremento de circulación del virus de influenza, que aseguren el manejo clínico adecuado de los pacientes, la implementación de medidas de prevención y control, al mismo tiempo que fortalecen la preparación de los servicios de salud para hacer frente a un potencial aumento del flujo de pacientes. La OPS/OMS no recomienda ninguna restricción a los viajes, incluyendo el tamizaje en los puntos de entrada.

La OPS/OMS reitera las recomendaciones formuladas en la [Alerta Epidemiológica](#) del 13 de marzo de 2012.

Vigilancia epidemiológica y de laboratorio

Continuar con las actividades corrientes de vigilancia de la influenza, que deben incluir tanto la vigilancia epidemiológica como de la de laboratorio. La vigilancia epidemiológica deberá abarcar la vigilancia de los casos ambulatorios de enfermedad tipo influenza y las hospitalizaciones por IRAG. Deben obtenerse muestras clínicas de significado clínico y epidemiológico de estos casos y analizarlas según lo permita la capacidad del sistema nacional de laboratorio.

Para conocer, identificar y caracterizar la circulación del virus de influenza, la OPS/OMS recomienda la vigilancia de IRAG, según las orientaciones que se encuentran en el Protocolo de Vigilancia de IRAG de la OPS/OMS.

Las muestras que no se puedan subtipificar, así como aquellas con resultado inusual o no concluyente, deberán ser remitidas inmediatamente al Centro Colaborador de la OMS para Influenza, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, para realizar pruebas adicionales.

Organización y respuesta de los servicios de salud

Los servicios de salud han de prepararse ante un posible incremento del número de pacientes con sintomatología respiratoria. La OPS / OMS elaboró guías detalladas para apoyar a los países a prepararse para hacer frente a la pandemia de influenza de 2009. Estas directrices se encuentran en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4309&Itemid=3545&lang=es .

Entre los elementos que más influyen en una buena organización de los servicios están los sistemas de triaje adecuados. Su objetivo es detectar oportunamente los casos sospechosos para hacer un manejo adecuado y disminuir el riesgo de transmisión del virus en lugares de consulta y atención clínica (pacientes y personal de salud).

Las medidas generales de triaje en el primer nivel de atención son: a) seleccionar un lugar adecuado para la atención de casos de infección respiratoria; b) contar con equipo de protección personal para los trabajadores de salud, según la complejidad de la atención, y c) aplicar rigurosamente las precauciones estándar y para microgotas en la atención clínica.

Manejo clínico

La infección por influenza debe sospecharse en todo paciente febril con síntomas respiratorios admitido en un servicio de salud.

Algunos grupos requieren atención especial por su mayor predisposición a las infecciones graves, entre ellos, los menores de 2 años de edad, adultos mayores de 65 años de edad, mujeres embarazadas y personas con afecciones clínicas subyacentes. En estos casos debe considerarse la administración de tratamiento antiviral (oseltamivir) al inicio de los síntomas.

El tratamiento debe iniciarse aun sin confirmación de infección por influenza por el laboratorio. La tasa de éxito del tratamiento es más alta cuando se inicia de manera temprana. Para mayor detalle consultar:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8259&Itemid=

Control de infecciones

Se deben tomar las medidas apropiadas para la prevención y el control de las infecciones en cada ocasión (precauciones estándar y precauciones para gotitas). Cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles (por ejemplo, broncoscopia o cualquier procedimiento que ocasione aspiración del tracto respiratorio), es necesario que el personal de salud utilice un respirador contra partículas (N95, FFP2 o equivalente), protección ocular, bata y guantes y que el procedimiento se realice en una habitación que pueda ser ventilada de manera natural o mecánica, según las guías de OMS.¹

Información a la población

La población debe recibir información que indique que la principal forma de transmisión de la influenza es por el contacto interpersonal, por lo tanto, es importante:

- Recordar que el lavado de manos es la forma más eficaz para disminuir la transmisión.
- Difundir el conocimiento sobre la etiqueta respiratoria, ya que ayuda a evitar la transmisión del virus.
- Que las personas con fiebre eviten ir a trabajar o a sitios públicos mientras no desaparezca la fiebre.

¹ http://www.who.int/csr/resources/publications/infection_control/en/index.html

Vacunación:

Para los países que están considerando iniciar o ampliar sus programas de vacunación contra la influenza estacional, la OMS recomienda que las mujeres embarazadas tengan la más alta prioridad.

Otros grupos de riesgo que deben tenerse en cuenta para la vacunación, sin orden de importancia, son los niños de 6 a 59 meses de edad, los ancianos, las personas con afecciones médicas crónicas específicas y los trabajadores de salud. Los países que actualmente tienen programas de vacunación contra la influenza estacional dirigidos a cualquiera de estos grupos, deben mantenerlos, además de incorporar la inmunización de las mujeres embarazadas.

Referencias

1. Informe semanal de vigilancia de influenza preparado por la División de Influenza (FluView). Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>
2. Informe de la Agencia de Salud Pública de Canadá. FluWatch. Disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/12-13/w52_12/index-eng.php
3. Actualización de influenza. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html
4. Vaccines against influenza WHO position paper -Weekly Epidemiological Record. No. 47, 2012, 87, 461–476. 23 November 2012. Disponible en: <http://www.who.int/wer>
5. Informe del Centro Nacional de Enlace del RSI de México. Enero 2013.
6. Guía operativa para la vigilancia nacional intensificada de infección respiratoria aguda grave (IRAG) OPS, 2011. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3353&Itemid=2470&to=2256&lang=es