

Vigilancia de Virus Influenza y otros virus respiratorios, en la zona Norte de Honduras, 2012

Surveillance of Influenza Virus and other respiratory virus, during 2012, in the north of Honduras

Dra. Gardenia Alemán Matute *

*** Residente de pediatría de 2do año**

Lic. Norma Mejía **

****Epidemióloga, Coordinadora Regional
Programa Influenza, MSPH**

Correspondencia: gardenia_aleman@hotmail.com

En la primavera de 2009, se generó una fuerte inquietud en el ámbito sanitario motivada por las primeras descripciones de casos de una nueva gripe que afectaba tanto a México como a EE.UU.

La rápida expansión mundial del virus que causaba esta gripe, llevaron a la OMS a declarar el nivel 6 de alerta pandémica (pandemia establecida) en menos de 2 meses de su descubrimiento.

Esta situación se vio empeorada por las recientes amenazas pandémicas de los virus causantes del síndrome agudo respiratorio grave (coronavirus SARG) y de la gripe aviar (influenza A [H5N1]). (1).

La influenza tiene una distribución mundial, con una tasa de ataque anual estimada entre 5% y 10% en adultos y entre 20% y 30% en niños.

Los brotes epidémicos ocurren principalmente durante la estación invernal en climas templados y de forma menos predecible en las regiones tropicales. (2).

La influenza es una enfermedad infecciosa que se da en aves y mamíferos y que es causada por un tipo de virus de ARN de la familia de los Orthomyxoviridae.

En los seres humanos afecta las vías respiratorias. En sus inicios puede ser similar a un resfriado y con frecuencia se acompaña de síntomas generales como: dolor de garganta, debilidad, dolores musculares, dolor estomacal, articulares y de cabeza, con tos (que generalmente es seca y sin mucosidad), malestar general y algunos signos como fiebre.

En casos más graves puede complicarse con neumonía, que puede resultar mortal, especialmente en niños pequeños y sobre todo en ancianos.

Aunque se puede confundir con el resfriado común, la gripe es una enfermedad más grave y está causada por un tipo diferente de virus. (3).

Como problema de salud pública, la influenza genera una carga económica considerable en cuanto a costos de atención en salud y pérdida de días laborales o escolares.

En una reciente revisión sobre ausentismo laboral en pacientes con influenza el promedio de pérdida de días fue de 5.9 ± 4.7 .

Igualmente cálculos recientes en Estados Unidos con base en la población 2003, indi-

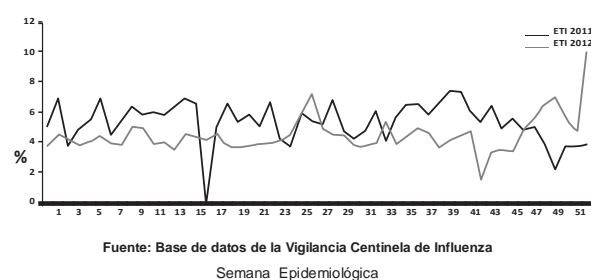
can que anualmente la epidemia de influenza genera en promedio 610,660 años de vida perdidos (YLL), 3.1 millones de días de hospitalización y 31.4 millones de consultas médicas. (2).

El estudio de evaluación de los costos de Hospitalización por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Honduras reveló que el costo por día cama ocupado, en cada escenario considerando solo costos administrativos, fue de L. 550.00 para hospitalización general pediátrica o de adultos, y L. 2,607.07 para UCI de cualquier tipo de paciente. En términos de costo total de atención de casos pediátricos que solo requieren hospitalización general, en Honduras fue de L. 36,106.29 y L. 55,512.91 en adultos. (4).

La Secretaría de Salud de Honduras elaboró un informe en el que se detalló la experiencia vivida en la región norte, en el año 2012, en los establecimientos centinela: Hospital del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Hospital Mario Catarino Rivas y el CESAMO Miguel Paz Barahona, en San Pedro Sula, en cuanto a la carga de enfermedad producida por el virus influenza, utilizando la vigilancia de infecciones tipo influenza ETI (faringitis aguda, faringo amigdalitis, resfrío común, gripe, influenza, rinofaringitis aguda) e infecciones respiratorias agudas graves IRAG (Influenza, neumonías, bronconeumonías, bronquiolitis, bronquitis) las atenciones ETI e IRAG y mortalidad por IRAG, registro virológico de influenza y otros virus respiratorios.

En este informe se concluyó que el comportamiento de las enfermedades tipo influenza (ETI) a lo largo del año 2012 no muestra periodos de tiempo de mayor actividad, se comportó por debajo de lo presentado el año anterior con excepción de la semana epidemiológica 26 y 49 en la cual se observa una tendencia ascendente. (2).

Gráfico No. 1 Distribución de las atenciones ETI. Vigilancia Centinela de Influenza. Semana Epidemiológica No. 1-52. Honduras, 2011-2012



El grupo de edad que predominó con mayor proporción de ETI fue 5-14 años seguido de los menores de 1 año.

El comportamiento viral de las ETI en el 2012 fue mayor durante los meses de julio y noviembre en los que predominaron los virus de influenza A (H1N1), seguido del virus Sincitial Respiratorio (VSR). (2).

El establecimiento con mayor proporción de casos de IRAG en la zona norte fue el Hospital Mario Catarino Rivas, en el que predominó el grupo de edad de 1-4 años.

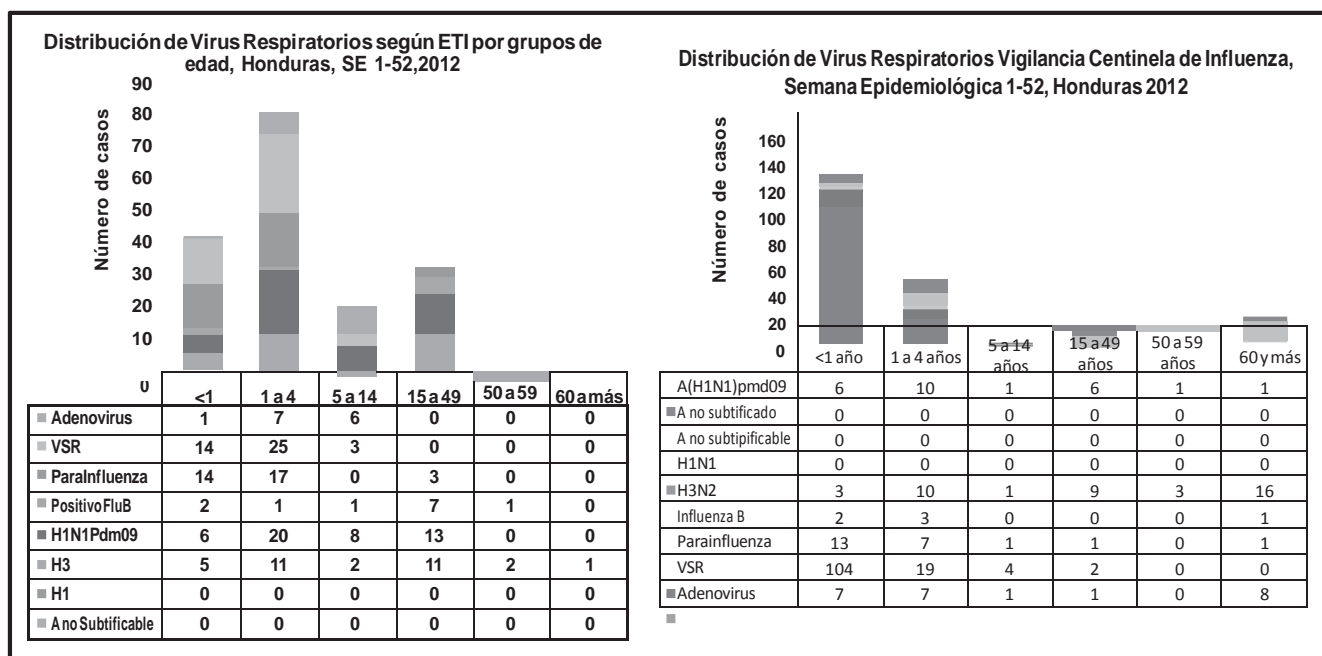
La mayor concentración de virus se encontró entre las semanas 39 a 49. El virus Sincitial Respiratorio fue el predominante en la población menor de 14 años y en los grupos de edad mayor de 15 años fue el virus influenza A (H3N2). (2).

La comorbilidad más frecuente en los hospitalizados y admitidos a UCI por IRAG fue la enfermedad pulmonar crónica, seguido de cardiopatías. El virus predominante fue el VSR.

Las defunciones se presentan mayormente en el grupo de 1-4 años seguido de los menores de 1 año. (2).

La circulación de virus respiratorios identificados en el año 2012 muestra que el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) fue el predominante seguido del Virus Influenza.

Grafico No. 2: Distribución de Virus Respiratorios por grupos de edad: ETI e IRAG, Honduras, 2012



De los tipos de Influenza, la Influenza A fue prevalente y en relación con los subtipos de Influenza A, fue la Influenza AH3.

El virus Sincitial Respiratorio y el de influenza A (H3N2) fueron los que predominaron en las IRAG, caso contrario a las ETI donde fue el virus Sincitial Respiratorio y el de influenza A (H1N1).

Las cepas identificadas en el país provinieron de muestras enviadas al Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). (2).

Debido al gran número de personas afectadas por esta enfermedad, se ha creado una vacuna que brinda protección contra la influenza A (H1N1). Esta vacuna fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) el 15 de septiembre del 2009.

Hay disponibles 2 tipos de vacunas con similar acción protectora, la vacuna con virus vivo atenuado y la que contiene virus inactivo. Efectos secundarios más comunes

después de la administración de la vacuna son: dolor en el sitio de punción y algunos síntomas sistémicos como dolor de cabeza o mialgias.

Inicialmente los esfuerzos fueron dirigidos hacia la vacunación de personas que se encontraban en los grupos de mayor riesgo: mujeres embarazadas, personas que conviven o cuidan de niños menores de 6 meses, personal de salud, personas entre 6 meses y 24 años de edad, y pacientes hasta los 65 años que tengan una comorbilidad que incremente el riesgo de presentar complicaciones asociadas a la influenza. La vacuna contra influenza A (H1N1) contiene virus vivos atenuados, es de aplicación intranasal, pero está contra-indicada en niños menores de 2 años, adultos mayores de 50 años, mujeres embarazadas, y personas con comorbilidades previas.

La otra vacuna contra influenza contiene virus inactivos inyectables y puede utilizarse en los grupos descritos previamente y en la población general. (5).

La vigilancia de la influenza es esencial para la planificación anual de las actividades de prevención y de respuesta, para la identificación de grupos en alto riesgo de sufrir complicaciones y para calcular la carga de la enfermedad, así como para la detección temprana y evaluación antigénica y genética de nuevas variantes o subtipos del virus de la influenza, incluida cualquier cepa con potencial pandémico. (5).

La pandemia de influenza A H1N1, ha

tenido serias repercusiones en la salud pública, con impacto en la morbilidad y mortalidad en poblaciones de riesgo.

Es importante entender las implicaciones que la infección por el virus influenza A tiene en la salud de la población para desarrollar medidas de diagnóstico, terapéuticas y preventivas. Sin embargo esta pandemia es un proceso emergente que continúa su curso y debemos estar preparados para cualquier eventualidad en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Emilio Pérez-Trallero, Gustavo Cilla. **Pandemia de influenza A (H1N1) 2009, 6 meses de experiencia.** Elsevier. revista medicina clínica. pandemia-influenza-a-h1n1-13151048-editorial-2010. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/pandemia-influenza-a-h1n1-2009-6-meses-13151048-editorial-2010>.
2. Secretaría de Salud de Honduras, Dirección General de Vigilancia de la Salud. **Boletín de la Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en Honduras, 2012.** Disponible en: <http://www.salud.gob.hn/documentos/dgvs/Boletines%20Influenza%202012/Boletin%20Influenza%2023%202012.pdf>.
3. Carlos Lopez, Gina Beltrand. **Influenza Gripe.** Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/vpd-vac/flu/downloads/PL-dis-influenza-color-office-sp.pdf>.
4. Equipo Tephinet: Carlos Alberto Marín Correa **Evaluación de los costos de Hospitalización por Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en Honduras.** Disponible en: www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task
5. Marcela Mazo, Antonio Anzueto. Marcos Restrepo. **Gripe A (H1N1). Experiencia de Estados Unidos.** Elsevier. Artículo 13148889.pdf. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org/&lan=es&fichero=6v46nSupl.2a13148889pdf001.pdf>.