



Publicación realizada por la  
Sala de Epidemiología Hospitalaria  
conjuntamente con el  
**Área de Comunicación**  
y la Técnica en Estadística  
Sra. Adriana Pelassini  
episanjuan27y70@gmail.com



Publicación realizada por la Sala de Epidemiología Hospitalaria conjuntamente con el Área de Comunicación y la Técnica en Estadística Sra. Adriana Pelassini.

**Año 1 Nº 1 Mayo / Junio 2017**

## **EDITORIAL**

El H.I.E.A. y C. "San Juan de Dios" es una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires orientada hacia la atención de patologías Infecciosas, Torácicas y Cardiovasculares. Se ha constituido a lo largo de su historia en el lugar de derivación última de pacientes a nivel provincial para la resolución de los casos de mayor complejidad clínica y quirúrgica mostrando, su personal auxiliar, técnico y profesional, una elevada capacitación y sentido de pertenencia al ámbito público asistencial. El Plan Estratégico del Hospital establece un nuevo modelo de gestión basado en una organización más horizontal. Entre sus lineamientos requiere de un amplio proceso participativo que incluya a quienes forman parte del ámbito institucional, permitiendo generar un nuevo escenario orientado al compromiso con el cambio y la mejora continua. La tarea de quienes conducen este proceso será facilitar que las capacidades de los actores institucionales se expresen asumiendo la Dirección un compromiso con el diálogo y el consenso como instrumento para alcanzar objetivos.

**En este marco surge la idea de generar una publicación con información que interese al equipo de salud en general y a la comunidad con notas generadas desde los diferentes Servicios. El área de Epidemiología del Hospital toma la idea desarrollando un instrumento de comunicación, el "Epi San Juan", desde el cual se pretende difundir información de interés relacionada con los eventos de salud-enfermedad-atención del perfil epidemiológico del Hospital y de su Área Programática, reportes epidemiológicos tanto locales, regionales, provinciales, nacionales como internacionales.**

A su vez, se reconoce la necesidad de generar un espacio de intercambio y socialización de información, sucesos, dinámicas, experiencias de trabajo y conocimientos de cuestiones cotidianas de la Institución Hospitalaria.

El "Epi San Juan" está dirigido al personal de salud en su totalidad, especialmente a los agentes que cumplen sus actividades en el Establecimiento.

Desde el Área de Epidemiología, a través del boletín, se verifican los informes que se incluyen en los envíos pero no se garantiza la exactitud ni integridad de la información ni de cualquier opinión basada en ella. La finalidad es que, además de interiorizarse acerca de los temas incluidos, se comparta esta información con el equipo de salud de cada lugar de trabajo de manera de generar una instancia de discusión y opinión que permita estar actualizados y en conocimiento de la situación epidemiológica local, provincial, nacional y mundial.

**La frecuencia del boletín será bimestral, de marzo a diciembre, con entregas en formato digital e impreso. Se propone generar simultáneamente con cada número una separata dirigida a la comunidad con datos de interés.**

**Queda abierta la invitación para aquellos que deseen participar en el boletín mediante la publicación de artículos y experiencias de interés del Área de Salud, actividades de capacitación como así también se aceptan sugerencias para que esta iniciativa alcance su máximo desarrollo.**

**En esta oportunidad acercamos información relevante sobre:**

- Comportamiento de los Eventos de Notificación Obligatoria ligados a la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas: Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía aguda de la comunidad (NAC) e Infección respiratoria aguda grave (IRAG).
- Recomendaciones acerca de la vacuna antigripal para el año 2017.

## SECCIÓN EPIDEMIOLOGÍA

### Informe de Infecciones Respiratorias registradas en el H.I.E.A y C “San Juan de Dios” durante enero- diciembre 2016.

Las infecciones respiratorias constituyen una causa importante de morbi-mortalidad, ocasionando anualmente un gran número de casos en todos los grupos de edad.

Año a año se verifica el incremento de consultas, hospitalizaciones y muertes por causas respiratorias especialmente en la época invernal. Las más frecuentes y graves son la neumonía aguda de la comunidad (NAC), la enfermedad tipo influenza (ETI) y la bronquiolitis en menores de 2 años.

La vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias resulta esencial para detectar precozmente el número de casos en cualquier época del año, la identificación de los grupos poblacionales afectados, la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control fortaleciendo la capacidad de respuesta de los Servicios de Salud en su conjunto.

Según la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud de la Nación “la estacionalidad durante 2016 fue desde la semana epidemiológica (SE) 9 (28/02 al 05/03/2016) con pico en la SE 22 (29/05 al 04/06/2016) debido a la circulación de Influenza A H1N1 con 1042 casos notificados, lo que justificó el adelantamiento estacional de la notificación clínica de ETI e IRAG. Así mismo se registró circulación de Influenza B en casi todas las semanas del año con aumento a partir de la semana 21 (22 al 28/05/2016) aproximado a los 30 casos semanales hasta la SE 41 (09/10 al 15/10/2016) cuando desciende a menos de 20 casos por semana”. (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

De acuerdo al registro y notificación<sup>1</sup> de casos en el H.I.E.A. y C. “San Juan de Dios” durante el año 2016 fueron atendidos un total de 884 casos por infecciones respiratorias de los cuales 732 ingresaron y fueron atendidos en el Servicio de Emergencias y 152 resultaron internados en diferentes Servicios. En el caso de los internados el promedio de días de estada fue de 11 días, con un mínimo de 1 y un máximo de 76.

Los registros más frecuentes fueron NAC, ETI e IRAG.

<sup>1</sup> Las fuentes de información utilizadas fueron: Datos primarios elaborados por la Sala de Epidemiología Hospitalaria y datos secundarios elaborados por el Departamento de Sistemas de Información del Hospital.

### Frecuencia absoluta y relativa de Infecciones Respiratorias según caso clínico. H.I.E.A y C "San Juan de Dios". Año 2016. N: 884.

2016	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
<b>Neumonía</b>	494	55,8%
<b>ETI</b>	341	38,6%
<b>IRAG</b>	30	3,4%
<b>Sin especificar diagnóstico</b>	19	2,10%
<b>Total</b>	844	100%

Fuente: Departamento de Sistemas de Información y elaboración propia Sala de Epidemiología Hospitalaria. H.I.E.A y C "San Juan de Dios".

### Frecuencia absoluta de Infecciones Respiratorias según caso clínico. H.I.E.A y C "San Juan de Dios". Año 2016. N: 884.

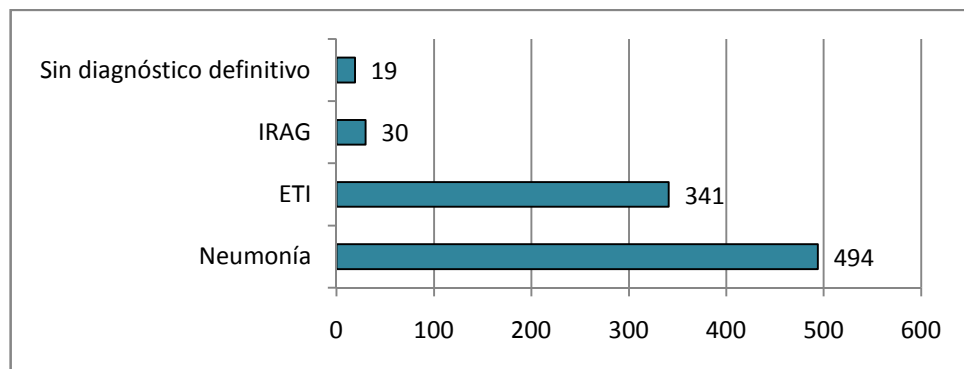


Gráfico 1 Fuente: Departamento de Sistemas de Información y elaboración propia Sala de Epidemiología Hospitalaria. H.I.E.A y C "San Juan de Dios".

Las enfermedades tipo influenza habitualmente presentan sub-registro dada la variedad de signos y síntomas. Esto se ve reflejado en el gráfico1. Por ello es necesario remarcar la importancia de notificar los casos sospechosos. Por ejemplo: cuadros catarrales aislados o síndromes febriles que encubren síndromes gripales.

En cuanto a la distribución por sexo, del total de casos registrados el 50,4 % (446) corresponde al sexo femenino y el 49,5 % al masculino (438).

### Distribución por edad. Distribución de casos de Infecciones respiratorias por grupo etario. Año 2016. N: 884.

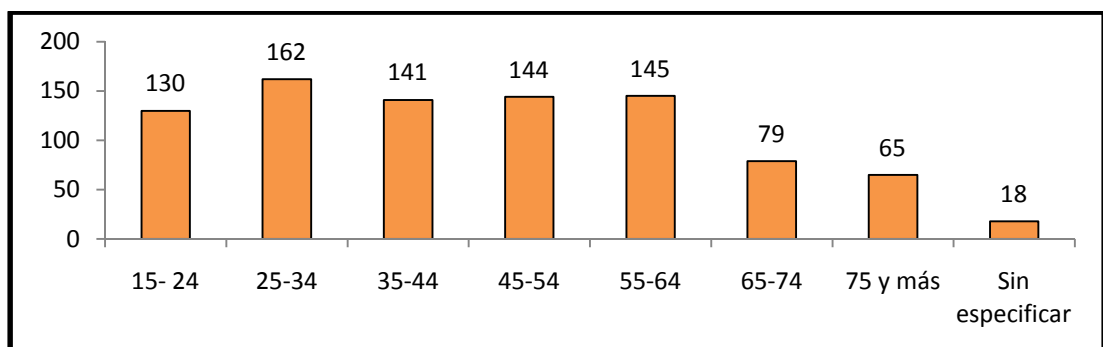


Gráfico 2. Fuente: Elaboración propia Sala de Epidemiología Hospitalaria H.I.E.A y C "San Juan de Dios".

**Distribución temporal.**  
**Distribución de casos de Infecciones Respiratorias según Semana**  
**Epidemiológica (SE). Año 2016. N: 884.**

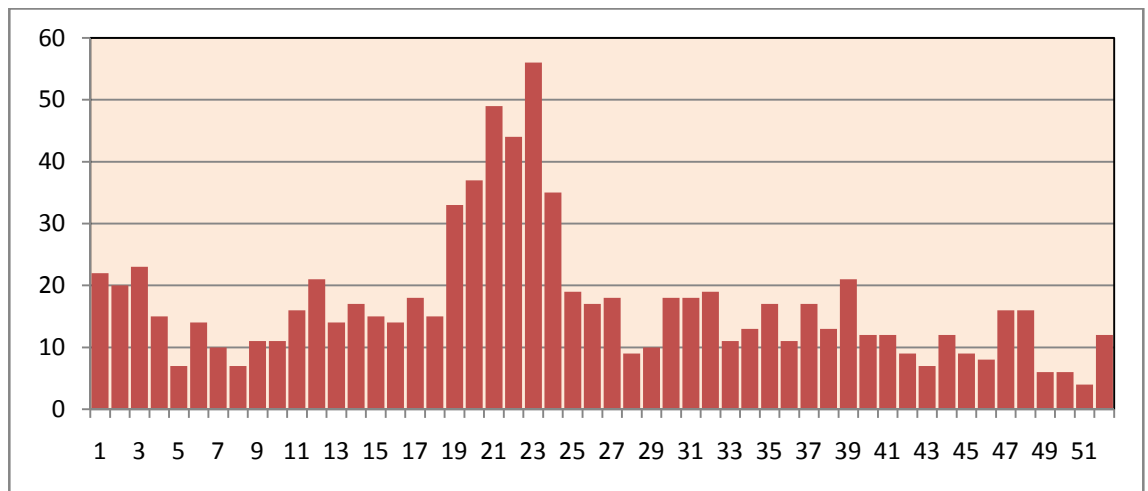


Gráfico 3.

Fuente: Elaboración propia Sala de Epidemiología Hospitalaria. H.I.E.A y C "San Juan de Dios".

Se observa que el incremento de casos registrados se produce entre las SE 19 (08 al 14/05/2016) a 24 (12 al 18/06/2016) de manera brusca, a diferencia de lo ocurrido a nivel nacional donde se advierte a partir de la SE 9 (28/02 al 05/03/2016).

En la SE 51 (18 al 24/12/2016) es en la que menor cantidad de casos se registraron (4) y en la SE 23 (05 al 11/06/2016) se registraron un máximo de 56.

En cuanto a la letalidad fue de 1,7% en la población en estudio.

De los casos internados los servicios de egreso fueron: el Servicio de Emergencias, Cirugía, Infectología, Neumonología, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria y Clínica Médica.

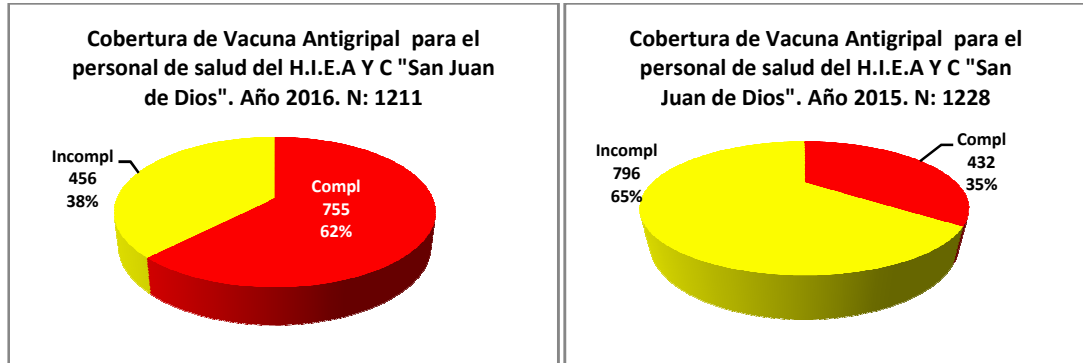
### VACUNA ANTIGRI PAL

Anualmente se indica para el personal de salud la aplicación de la vacuna antigripal antes del inicio de la temporada otoñal, a los efectos de disminuir la posibilidad de transmisión de la enfermedad a los pacientes que presentan mayor riesgo de complicaciones.

A pesar de las recomendaciones existentes un número significativo de integrantes de los equipos de salud se encuentra inadecuadamente inmunizado.

Según datos proporcionados por el Consultorio de Vacunación del hospital en el año 2015 del total de trabajadores de la institución (1228), sólo el **35,2% (Nº)** completó el esquema de la vacuna antigripal, siendo que la misma es de carácter obligatorio para todos los trabajadores de salud.

En el año 2016 de los 1211 trabajadores del hospital, el 62,3%(755) se vacunó. Si bien la cobertura de personal inmunizado fue mayor que en 2015, aún continúa siendo inferior a lo esperado (95%).



Fuente: Consultorio de Vacunación. H.I.E.A y C "San Juan de Dios".

Es necesario reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por el virus Influenza en la población en riesgo. Por ello es importante lograr coberturas mayores o iguales al 95% en cada grupo de la población objetivo.

### SIETE RAZONES POR LAS QUE HOY EXISTE MÁS RIESGO QUE NUNCA DE QUE OCURRA UNA PANDEMIA GLOBAL \*

Fuente: Cable News Network (Estados Unidos)

Solo es necesario un beso, una tos, un contacto o incluso un mordisco para cambiar nuestra vida y la de quienes nos rodean, por meses y hasta por años. En la mayoría de los casos, entre más cercanas sean a ti las personas, más grande el riesgo. Pero no siempre es tan simple. Expertos en salud pública creen que estamos en el momento de mayor riesgo de la historia de experimentar brotes infecciosos a gran escala y pandemias globales como las que hemos visto antes: síndrome respiratorio agudo grave (SARS), influenza A (H1N1), enfermedad por el virus del Ébola (EVE) y fiebre zika. Más de 28.000 personas se infectaron entre 2014 y 2016 durante la epidemia de EVE, dejando unos 11.000 muertos. Y el 10 de marzo pasado, 84 países habían reportado la transmisión del virus Zika, una enfermedad que fue descubierta en la década de 1940 pero que tuvo su primer brote en 2007 en Micronesia y solo comenzó a expandirse más recientemente, a fines de 2015. La llegada de la infección siempre es inesperada y su magnitud no tiene precedentes, lo que deja al mundo más vulnerable. Los expertos creen, de manera unánime, que lo más probable es que la próxima pandemia sea una sorpresa, para la cual tenemos que estar preparados. "Las enfermedades infecciosas no respetan fronteras", dice Jimmy Whitworth, profesor de salud pública internacional de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. "La Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta de cientos de pequeños brotes cada mes. Hay pequeños brotes ocurriendo todo el tiempo, en todo el mundo", destaca el experto, que investiga y usa para predecir las probabilidades de que ocurra un brote mayor. Sin embargo, cree que la forma en que vivimos actualmente aumenta el riesgo. "Muchos aspectos de la vida moderna nos ponen en un mayor riesgo. Estamos más listos hoy que antes", dice, destacando el Reglamento Sanitario Internacional, la Red Mundial de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN) de la OMS y los equipos nacionales de respuesta rápida de países como Estados Unidos, Gran Bretaña y China, listos para enfrentar emergencias. Pero los desafíos siguen creciendo. Aquí están las siete razones para que así sea.

### 1. **Más gente y más urbanización:**

Los hechos alrededor de la vida urbana son simples: vives, comes, trabajas y te desplazas más cerca de la gente que en cualquier asentamiento rural, y eso conlleva un serio riesgo de que una infección se expanda a través del aire, de los mosquitos o del agua no potable. A medida que crecen las poblaciones también aumentan las viviendas. La Organización de Naciones Unidas predice que 66% del total de la población mundial vivirá en áreas urbanas en 2050. Más personas en las ciudades “ponen más presión en el saneamiento”, dice David Heymann, cabeza del Centro para la Seguridad Sanitaria Global del centro de pensamiento Chatham House. Más allá de la cercanía de la gente, “esta es una segunda fuente de infecciones”, dice, y una tercera es el aumento en la demanda de comida, lo que hace que los agricultores cultiven más, con más animales, y genera que probablemente vivan cada vez más cerca de esos animales. Los animales son reservorios de muchas enfermedades, incluyendo la tuberculosis, la tripanosomiasis africana y la influenza aviar. Dado que la gente se mueve cada vez más frecuentemente desde y entre las zonas rurales hacia las urbanas, hay cada vez más probabilidad de infección y si vivimos en barrios cada vez más pegados los unos a los otros, el potencial de expansión de la enfermedad es enorme.

### 2. **Invasión de nuevos ambientes:**

A medida que crece el número de personas, también crece la cantidad de tierra necesaria para su vivienda. Las poblaciones se expanden cada vez más a territorios antes inhabitados, como bosques y selvas. Y con la llegada a estos nuevos territorios vienen el contacto con nuevos animales e, inevitablemente, nuevas infecciones. Por ejemplo, “la fiebre de Lassa ocurre porque la gente vive en el bosque y lo destruye para labores de agricultura”, dice Heymann. La fiebre hemorrágica de Lassa es una enfermedad viral que se expande mediante el contacto con heces de roedores infectados. También se transmite entre humanos, aunque es menos común. Los brotes suelen ocurrir en África Occidental, con altos niveles en Nigeria, por ejemplo, desde 2016. Heymann explica que la fiebre de Lassa es un ejemplo de gente que vive cerca de bosques donde residen roedores infectados, pero con la destrucción de esos bosques para la agricultura, los animales se quedan sin lugar a dónde ir y por eso terminan en las casas de los humanos.

### 3. **Cambio climático:**

Cada vez hay más evidencia de que el cambio climático está produciendo olas de calor e inundaciones, el caldo de cultivo ideal para enfermedades que se transmiten por el agua, como el cólera, y vectores de enfermedades, como los mosquitos en nuevas regiones. Entre 2030 y 2050, el cambio climático causará cerca de 250.000 muertes adicionales anuales por estrés por calor, malnutrición y expansión de enfermedades infecciosas como la malaria, según la OMS. Con portadores de enfermedades, como los mosquitos, viviendo cada vez más en territorios nuevos que no están protegidos, el riesgo de un brote es muy alto.

### 4. **Viajes globales:**

“Somos vulnerables porque cada vez viajamos más”, dice Whitworth. Y cuando grandes cantidades de personas se desplazan de un lugar a otro, al mismo tiempo, las opciones de que haya una pandemia se multiplican. “Muchas veces, los agentes infecciosos viajan en los humanos en su periodo de incubación”, dice Heymann. Ese periodo es el que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas, lo que significa que la gente puede transmitir una infección incluso sin sentirse enferma. Se cree que así fue como se desarrolló la pandemia de SARS de 2003, cuando un hombre que desarrolló los síntomas viajó de Huang Xingchu, en

China, a visitar a su familia en Hong Kong. Infectó a personas en su hotel y a su familia. Fue hospitalizado y murió, lo que también le ocurrió a uno de sus parientes. En menos de cuatro meses se registraron cerca de 4.000 casos y 550 muertes por SARS en Hong Kong, y más de 8.000 personas resultaron infectadas en cerca de 30 países. Pero Heymann destaca que “no solo los humanos” expanden enfermedades al viajar. También los insectos, la comida y los animales que se mueven entre países.

### **5. Conflictos civiles:**

Si un país está a punto de entrar en una guerra civil, la capacidad de manejar un brote intenso y repentino puede poner de rodillas al pueblo y hacer que la infección florezca. “Los brotes pueden paralizar por completo a un país”, dice Whitworth, citando la epidemia de EVE de 2014, en la que Sierra Leona, Guinea y Liberia “estuvieron muy cerca del colapso”. En el caso de los tres países, conflictos civiles habían deteriorado previamente sus economías y sistemas de salud, incluidas las infraestructuras hospitalarias. Eso, sumado al movimiento humano entre los tres países y con otras naciones, permitió que la EVE se expandiera fácilmente. “Si una infección se queda en lo local, se quema ahí. La gente aprende qué hacer”, dice Heymann.

### **6. Menos médicos y enfermeros en regiones con brotes:**

Más allá de la debilidad de los sistemas de salud, los países donde con mayor frecuencia ocurren los brotes suelen tener menos médicos y enfermeros para tratar a la población. La mayoría se han ido buscando mejores oportunidades en otras naciones. “Tenemos que enfrentar esto, es una realidad. Es difícil manejar la migración de los trabajadores de la salud”, dice Heymann, y agrega que incluso algunos países motivan a sus médicos jóvenes para que viajen a otras regiones.

### **7. Información más rápida:**

En la era de la información, nuevos niveles de comunicación traen nuevos niveles de miedo y multiplican las formas de expandir ese temor, aseguran los expertos. Aunque la mayoría de los brotes pequeños suelen quedarse sin ser conocidos por las poblaciones lejanas a su epicentro, las personas hoy están cada vez más informadas que nunca y requieren información transparente y completa para actuar rápido. Google ha utilizado las búsquedas sobre síntomas en su página para identificar cuándo puede ocurrir un brote, como en el caso de la influenza. “El mundo necesita una autoridad”, dice Heymann, quien cree que la OMS juega ese papel pero necesita ser más rápida y más transparente en la información que transmite. La organización fue muy criticada, de hecho, por haber respondido lentamente y sin la suficiente preparación al brote de EVE de 2014. “Pero las redes sociales se han vuelto muy activas... y eso es muy difícil de controlar. El hecho de que muchas personas publiquen y compartan información pueden cambiar el mensaje y lo que la gente lee y cree”, asegura Heymann.

\*Artículo extraído del Reporte Epidemiológico de Córdoba. 3 de Abril de 2017.