

Silvia L. Griffo*
Nancy Ramírez*
Nora Verzeri*
Ana María Borsa**

* Sala de Epidemiología

** Sala de Microbiología - Sector
Virología

HIAEP "Superiora Sor Maria
Ludovica". La Plata.

✉ silviagriffo@hotmail.com

Vigilancia epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas año 2005

Acute lower respiratory tract infection
Epidemiologic surveillance year 2005

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) constituyen una de las cinco primeras causas de mortalidad infantil en nuestro país; si consideramos todas las causas respiratorias, ocupa el tercer lugar luego de las causas perinatales y las malformaciones congénitas.

Anualmente 1000 niños menores de 5 años mueren a causa de IRAB, lo que representa en los años 2002-2003 una tasa de mortalidad de 1,75 por 1000 nacidos vivos ^(1,2).

La mayoría de las muertes ocurren en menores de 1 año; alrededor del 40% de ellas se producen entre el primer y tercer mes de vida.

En la provincia de Buenos Aires se observó en los años 2002-2003 la tercera tasa de mortalidad por IRAB más alta del país en menores de 5 años ⁽³⁾.

Existen investigaciones que demuestran que hasta un 20% de las muertes postneonatales en el Gran Buenos Aires se producen en el domicilio, y una fracción importante de ellas son por IRAB. Se ha comprobado que muchos de esos niños habían tenido varios contactos con el sistema de salud en los días previos a su muerte ^(4,5).

Desde el punto de vista epidemiológico, en la época invernal, las IRAB ocasionan hasta el 50% de las internaciones y el 70% de las consultas ambulatorias, poniendo en crisis al sistema de Salud.

Las enfermedades respiratorias constituyen el 60% de los motivos de consulta de niños menores de 2 años, de las cuales el síndrome bronquial obstructivo llega al 30% en algunas épocas del año.

Los cuadros clínicos de IRAB son la laringitis, la traqueobronquitis, el síndrome bronquial obstructivo y la neumonía, siendo la patología más frecuente en el menor de 2 años la bronquiolitis, cuyo principal agente etiológico es el virus sincicial respiratorio. Otros virus que también ocasionan esta patología son influenza A y B, adenovirus y parainfluenza 1, 2 y 3.

Análisis epidemiológico (Tabla I; Gráficos I-IV)

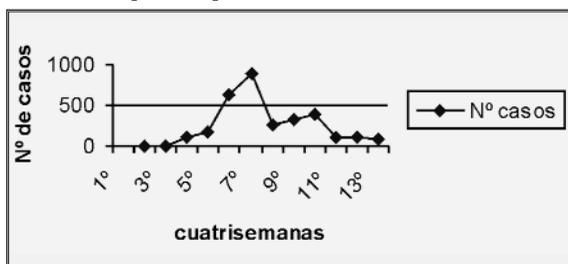
Se analizaron los casos de Bronquiolitis notificados por los Ser-

vicios de Consultorio Externo y Emergencia registrados en la planilla C2 (Informe Epidemiológico Semanal) del año 2005.

A partir de la cuatrisesmana n° 6 (mayo-junio) comienza a observarse un aumento en el número de casos, alcanzando el pico máximo en la cuatrisesmana n° 7 (junio-julio) y un incremento sostenido en las cuatrisesmanas 9 y 10 (agosto y septiembre) según Gráfico y Tabla n° 1.

El total de casos notificados de Bronquiolitis es de 3249 pacientes, de los cuales el 79% corresponde a menores de un año.

Gráfico I. N° de Casos notificados de Bronquiolitis por cuatrisesmanas año 2005.



Fuente: C2 Informe epidemiológico semanal.

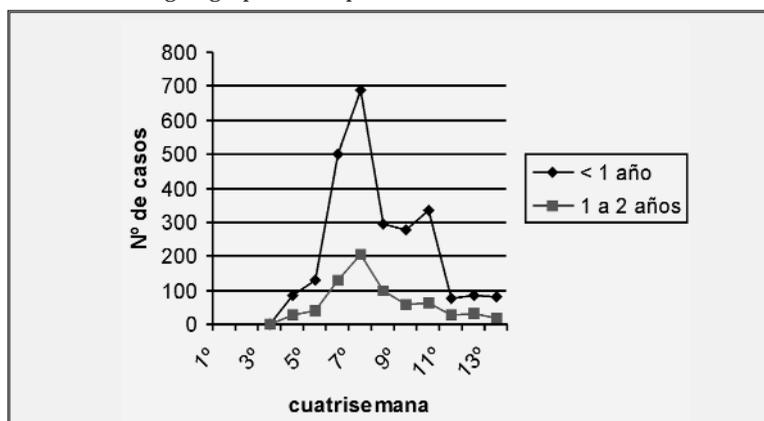
Tabla I. Casos notificados de Bronquiolitis según grupo etareo por cuatrisesmanas* año 2005.

Cuatrisesm.	N° casos	< 1 año	1 a 2 años
4°	112	87	25
5°	170	130	40
6°	629	501	128
7°	895	689	206
8°	254	295	97
9°	336	276	60
10°	396	334	62
11°	105	78	27
12°	118	86	32
13°	96	79	17
Total	3249	2555	694

Fuente: C2 Informe epidemiológico semanal.

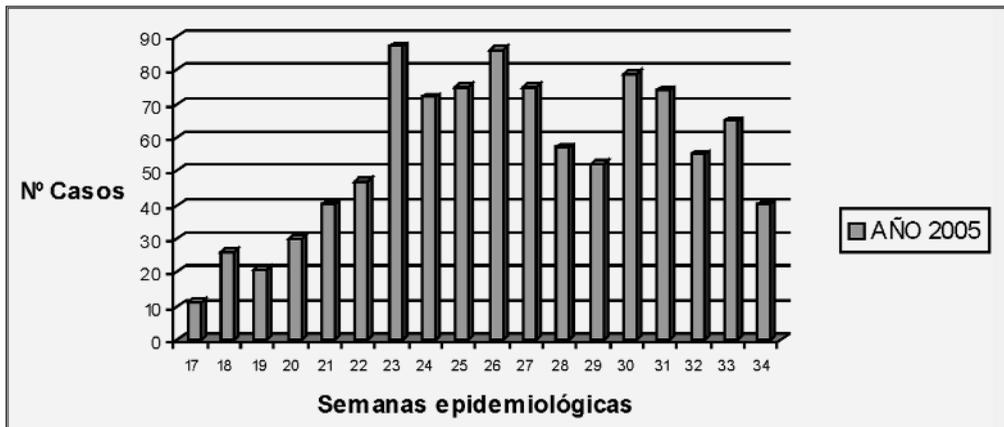
*El registro comienza en la cuatrisesmana 4 que corresponde al mes de abril y finaliza en el mes de diciembre cuatrisesmana 13.

Gráfico II. N° casos notificados de Bronquiolitis según grupo etareo por cuatrisesmanas año 2005.

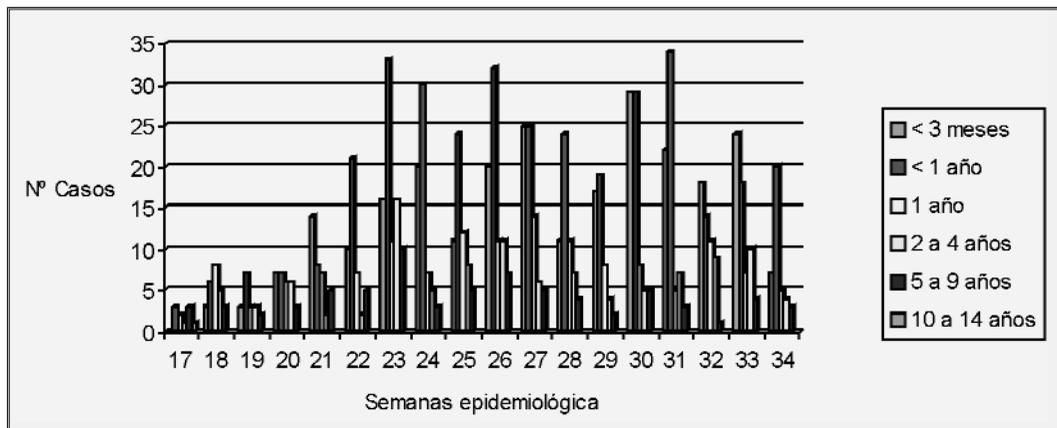


Fuente: C2 Informe epidemiológico semanal.

Se observa que el grupo de menores de un año es el más afectado.

Grafico III. Casos internados por IRAB según semana epidemiológica año 2005.

Fuente: registro diario de internación año 2005.

Grafico IV. Casos internados por IRAB según grupo etareo, por semana epidemiológica año 2005.

Fuente: registro diario de internaciones.

Con respecto a los pacientes internados por IRAB se observa un primer pico de la epidemia en el mes de junio (semana 23-27), acompañado de un segundo pico en las dos últimas semanas de Julio (semana 30-31).

Se destaca el impacto de esta patología en los menores de 3 meses. Los menores de un año corresponden al grupo etáreo de 3 a 11 meses.

Detección de Antígenos Virales (Tablas II-III; Graficos V-VI)

Se procesaron 2717 muestras de aspirados nasofaríngeos, correspondiendo el 87,6% a pacientes internados.

La detección de Antígenos Virales se realizó por técnica de inmunofluorescencia directa. De un to-

tal de 619 muestras positivas para virus en pacientes internados, 462 correspondió a Virus Sincial Respiratorio (RSV) (74,6%).

Con respecto a años anteriores cabe destacar la

circulación de parainfluenza en sus tres tipos 1, 2 y 3, con 68 muestras positivas en internados y 13 en ambulatorios.

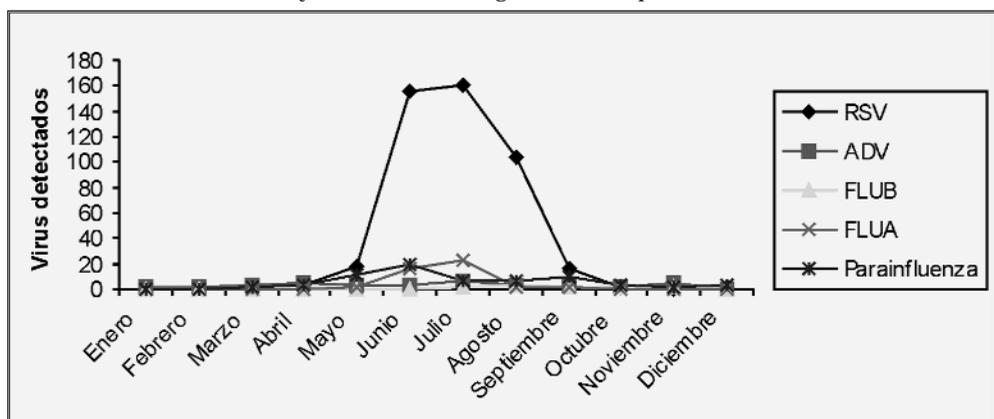
El Adenovirus circuló todo el año.

Tabla II. Total de muestras procesadas y detección de Antígeno Viral en pacientes internados año 2005.

Meses	RSV	ADV	FLUB	FLUA	Parainfluenza	Internados
Enero	0	1	0	0	0	71
Febrero	1	1	0	0	0	61
Marzo	1	4	0	0	2	111
Abril	3	5	0	0	4	129
Mayo	18	3	0	1	11	141
Junio	156	4	0	16	20	359
Julio	160	6	2	22	7	362
Agosto	104	4	4	1	6	336
Septiembre	16	2	1	1	9	266
Octubre	2	2	2	0	3	248
Noviembre	0	5	2	0	2	181
Diciembre	1	0	0	0	4	115
Total	462	37	11	41	68	2380

Fuente: Sala de Microbiología-Virología.

Grafico V. N° muestras y detección de Antígeno Viral en pacientes internados Año 2005.



Fuente: Sala Microbiología-Virología HIAEP "Superiora Sor María Ludovica".

La edad promedio de los fallecidos (Tabla IV) fue de 4 meses, y su tiempo de permanencia en UTI fue mayor a 15 días en el 80%. En cuanto al agente etiológico se detectó un Adenovirus y una Bor-

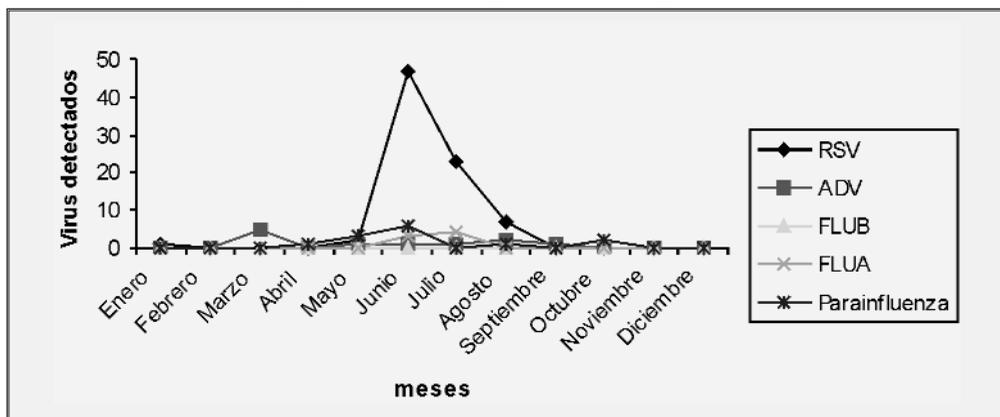
detella pertussis.

Es importante destacar que sigue siendo RSV la primera causa de IRAB en pacientes internados y en ambulatorios, como en otras partes del mundo.

Tabla III. Total de muestras procesadas y detección de Antígeno viral en pacientes ambulatorios año 2005

Meses	RSV	ADV	FLUB	FLUA	Parainfluenza	Internados
Enero	1	0	0	0	0	14
Febrero	0	0	0	0	0	10
Marzo	0	5	0	0	0	24
Abril	0	0	0	0	1	25
Mayo	2	1	0	0	3	26
Junio	47	1	0	3	6	79
Julio	23	1	0	4	0	47
Agosto	7	2	0	0	1	26
Septiembre	0	1	0	0	0	31
Octubre	0	0	0	0	2	29
Noviembre	0	0	0	0	0	17
Diciembre	0	0	0	0	0	9
Total	80	11	0	7	13	337

Grafico VI. N° de muestras y detección de Antígenos Virales en pacientes ambulatorios Año 2005.



Fuente: Sala de Microbiología-Virología HIAEP "Sor María Ludovica".

Tabla IV. Pacientes que ingresaron a UTI por IRAB en el período Mayo-Agosto del 2005. Defunciones, Letalidad y requerimiento de ARM.

Meses	Ingresos totales	Ingresos IRAB	%	A.R.M.	%	Defunciones
Mayo	35	4	11.4	1	25	0
Junio	44	21	47.7	5	23.8	0
Julio	44	25	56.8	14	56	1
Agosto	44	17	38.6	13	76.4	4

Fuente: Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos Polivalente. Servicio de Estadística.

A diferencia de años anteriores, surge de la vigilancia epidemiológica que el virus parainfluenza fue el segundo agente etiológico, afectando a los distintos grupos etáreos.

Bibliografía

1. Holman R, Shay D, Curns A, et al. "Risk factors for Bronchiolitis associated deaths among infants in the United States". *Pediatr Infect Dis J.* 2003;22:483-489.
2. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Argentina, noviembre 2004.
3. Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni" con base en datos de la Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud y Medio Ambiente, Argentina, enero 2005.
4. De Sarrasqueta P, Hidalgo S, Siminovich M, et al. "Mortalidad Posneonatal por IRAB. Antecedentes adversos y fallas en el proceso de atención". *Medicina Infantil* 1993; 1:10-14.
5. Barbato A, Porta G, Cuello B, et al. Mortalidad Infantil por IRA. *Diálogo sobre atención infantil.* 1997; 2:11-16