



Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas

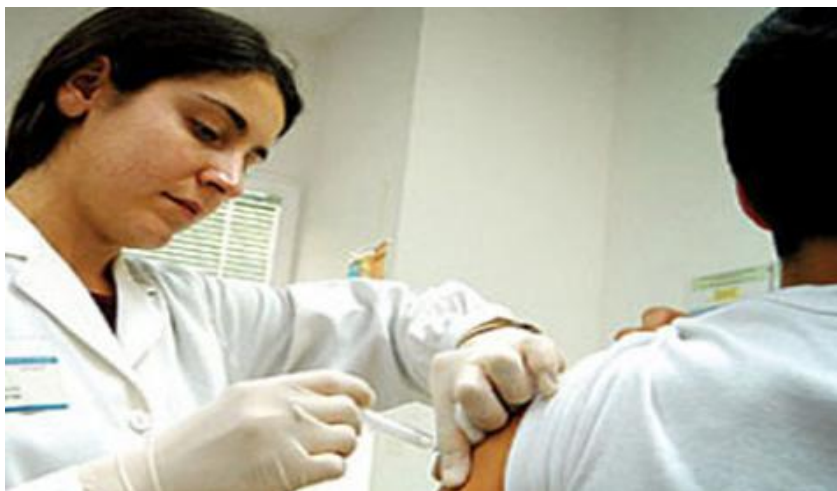
www.rscmv.org.ve

Comisión de Epidemiología

Alerta Epidemiológica N° 217

10 de diciembre de 2011

Influenza en Venezuela



1. Influenza en Venezuela. Brote de influenza estacional AH3N2

Hace 4 semanas llamamos la atención de la población y de las autoridades del MPPS acerca del aumento de casos tipo influenza (ILI) especialmente en el Distrito Capital y el estado Miranda; solo fue el 4 de diciembre cuando el ministerio admitió la existencia de un número de casos de influenza estacional sin que simultáneamente hubiera iniciado o fortalecido las medidas de control, vigilancia ni aumentar la capacidad de respuesta ante este problema de salud. La falsa idea de que solo es un brote de influenza estacional los ha llevado al error de desestimar su importancia y mantenerse pasivos, sin respuestas efectivas, cuando sabemos que esta enfermedad se acompaña de un número elevado de consultas, uso de los servicios hospitalarios, en

especial las unidades de cuidados intensivos y los equipos de ventiladores artificiales, que son requeridos por personas susceptibles, entre ellos niños, adultos mayores, embarazadas y personas con enfermedades crónicas y debilitantes. La vigilancia epidemiológica cuidadosa y continua a pesar de las restricciones de las fuentes oficiales, nos ha permitido identificar el comportamiento epidemiológico no usual de los virus circulantes y en nuestro caso, la escasa identificación de virus A(H1N1) en las últimas semanas, coincidiendo con un aumento de casos tipo influenza, dirigió nuestra atención hacia el virus de influenza A (H3N2) que ha co-circulado con el primero en los primeros 9 meses del año. Así el Boletín Epidemiológico Semanal del MPPS, N° 47 (semana del 20 de noviembre al 27 de noviembre) divulgado el 9 de diciembre, reveló que el número de casos confirmados de Influenza **A H1N1 acumulados desde el 1 de enero hasta el 20 de noviembre fue de 2.286 y 1 solo caso en 1 semana, mientras que el virus de influenza A (H3N2) siguió aumentando rápidamente, 20 casos más, (de 545 casos confirmados, a 565 casos confirmados en una semana) y 203 casos de influenza A H3N2 confirmados en 18 días, de 362 a 565 casos confirmados, un aumento de 56,07 %, lo que significa que es el virus dominante y responsable del brote actual.**

A partir de la semana epidemiológica N° 40 se observó un aumento del número de infecciones respiratorias agudas, de neumonías y de enfermedad tipo influenza que no se ha detenido. (Gráficos N°1, N°2 y N°3)

Hemos advertido que deben incrementarse las actividades de vigilancia epidemiológica viral, por cuanto están dadas las condiciones climáticas en la temporada de lluvias y las inundaciones y deslaves de la última semana han aumentado a 130.000 el número de damnificados que se encuentran en más de 900 refugios a nivel nacional, muchos de ellos niños en condiciones que favorecen el incremento de infecciones respiratorias agudas y debemos conocer el comportamiento de la virulencia del agente causal y la circulación de otros virus respiratorios.

El retraso oficial injustificado de declarar alerta por infecciones respiratorias agudas tipo influenza no es nuevo, en 2009 al comienzo de la pandemia en Venezuela, pasaron 19 días entre la identificación del primer caso y la publicación de un reporte oficial sobre influenza. En el primer trimestre de 2011, (6 de marzo de 2011, Alerta Epidemiológica N° 175), alertamos al MPPS y a la población, sobre la circulación del virus de influenza A(H1N1) en varios estados, 6 semanas después la onda epidémica alcanzó su pico y se había extendido a todo el territorio nacional. Nuestro llamado de atención no fue atendido.

Esta vez, hemos destacado, la importancia de que la comunidad sea informada y hemos exigido se inicien sin más retraso las medidas de control y se refuerce la vigilancia epidemiológica, se complete el plan de vacunación de susceptibles y se fortalezca la capacidad de respuesta de los establecimiento de salud para atender las personas que requieran atención y hospitalización en cuidados intensivos.

Conocemos del déficit de virocult y de antivirales que no están disponibles en los hospitales públicos del Área Metropolitana de Caracas. El virus de influenza A(H3N2) no ha mostrado resistencia al Oseltamivir ni al Zanamivir a nivel mundial.

La declaración de carácter general del 4 de diciembre dada por el MPPS sobre influenza es insuficiente, no se ha planificado una campaña de medios efectiva que recuerde a la población las medidas generales recomendadas para reducir el contagio y la diseminación de la enfermedad. Tampoco se ha ofrecido información suficiente sobre las personas que deben ser vacunadas ni donde deben acudir para ser inmunizados. El diario 2001 investigó en el Área Metropolitana de Caracas la disponibilidad de vacunas el día 9 de diciembre y puso en evidencia que 16 parroquias correspondientes a los distritos sanitarios 2, 3 y 4 correspondientes a Catia, San Martín y El Valle carecían de vacunas y se desconocía la fecha en la que llegarían estas. Información preliminar en varios estados indica también la carencia de vacunas en el interior del país. No existe información completa y continua del número de casos de influenza a nivel nacional, tampoco del número de personas que han requerido asistencia hospitalaria y del número de fallecidos. En el estado Amazonas, al parecer fallecieron dos personas de la etnia yanomami pero no se ha podido confirmar. El último boletín específico sobre influenza disponible en el portal del MPPS está desactualizado y tiene fecha 3 de mayo de 2011. **La población esta exigiendo información y orientación sobre este problema de salud, para lo que contribuimos elaborando las respuestas a las preguntas más frecuentes del público que nuestros lectores pueden encontrar en esta Alerta y ayudarnos a divulgar.**

Una vez más, el MPPS muestra su escasa capacidad de respuesta ante las situaciones epidémicas que ponen en riesgo la salud de la población y ha optado por guardar silencio, la peor de las conductas ante una emergencia de salud.

Gráfico N° 1. Infecciones Respiratorias Agudas Casos por semana. Sem N°1 a Sem N° 47. Venezuela 2011.

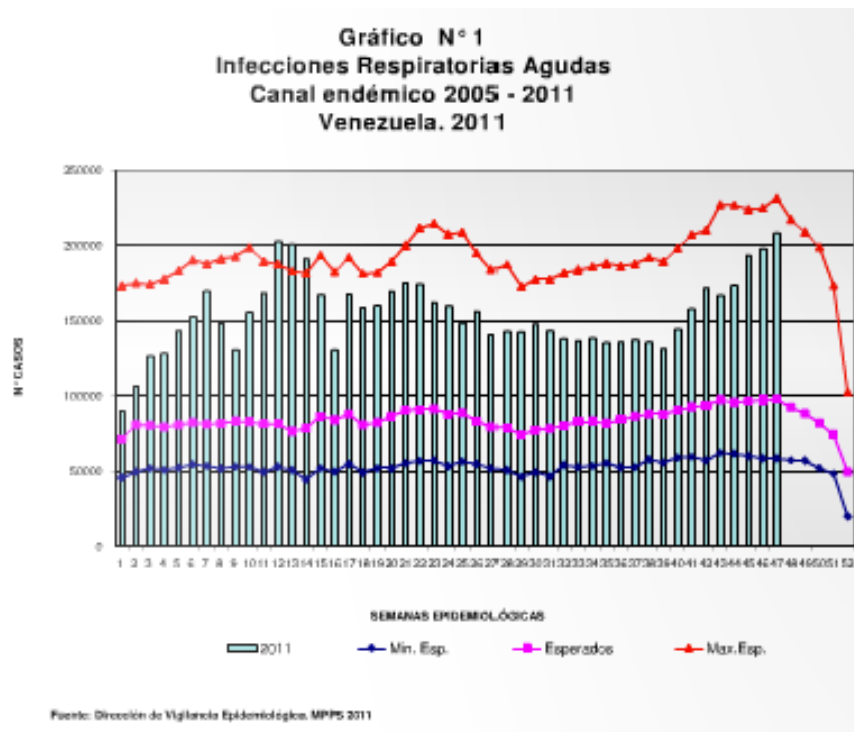


Gráfico N° 2. Neumonías. Casos notificados por semana epidemiológica, Sem. N°1 a Sem. N° 47. Venezuela 2011.

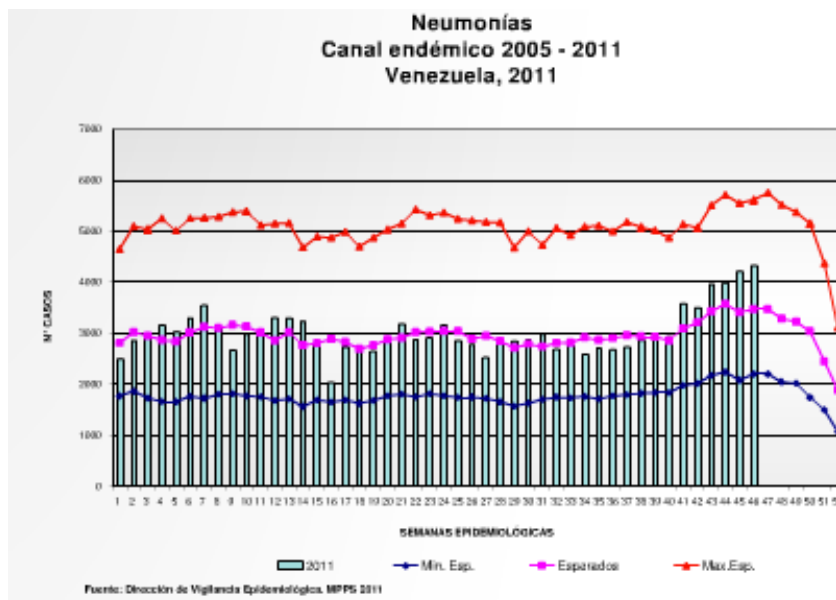
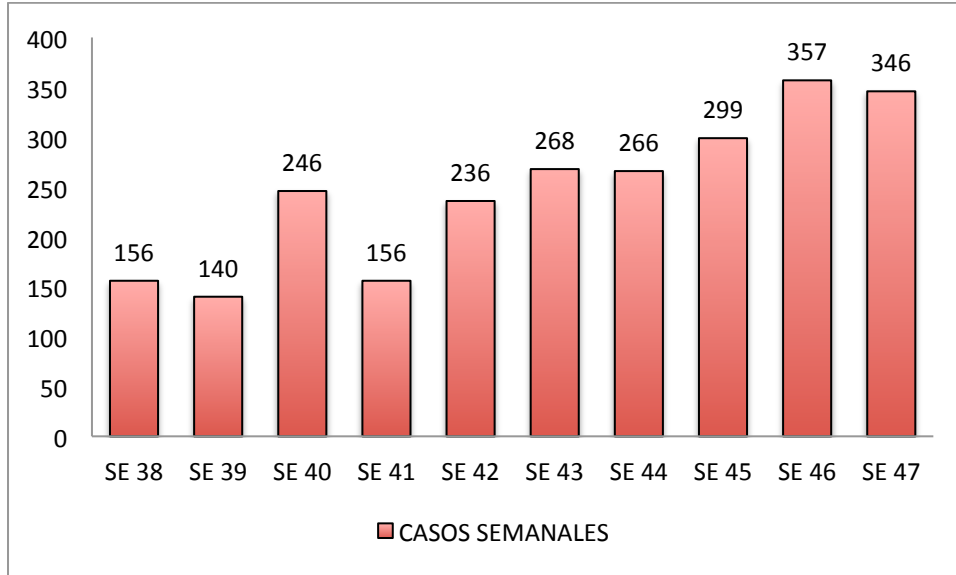


Gráfico N° 3

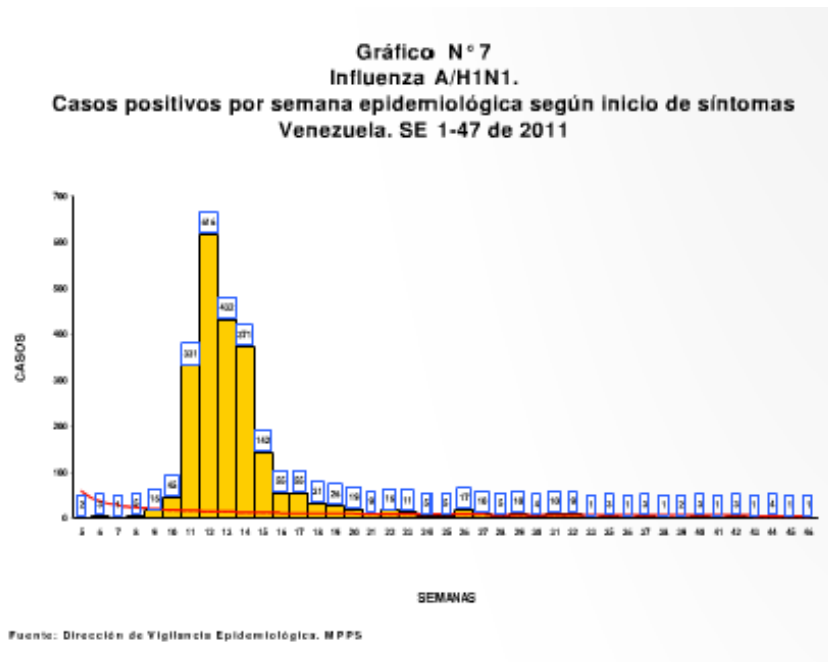
CASOS SEMANALES NOTIFICADOS DE INFLUENZA (J-10, J-11) VENEZUELA. Semanas epidemiológicas 38 a 47, 17 de septiembre al 27 de noviembre de 2011.



Fuente: Boletines Epidemiológicos Semanales. MPPS N° 38 a N° 47, 2011.

Gráfico N° 4

Influenza A(H1N1) pmd09. Casos confirmados por semana, 2011.



Fuente: Boletines Epidemiológicos Semanales, MPPS, N° 1 a N° 47. Cifras corregidas.

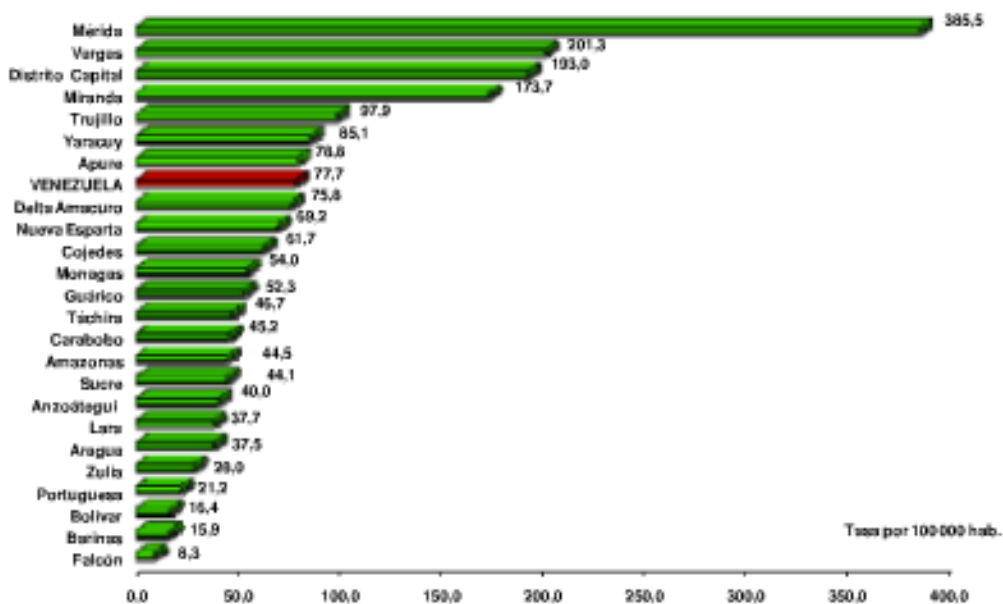
Las tasas de morbilidad de casos confirmados por entidades federales hasta el 4 de junio de 2011 fueron para Venezuela de 77,7 x 100.000 hab. Los siguientes estados superan la tasa nacional: Mérida (385,5), Vargas (201,3), Distrito Capital (193,0), Miranda (173,7) y Trujillo (97,9) y Yaracuy (85,1). (Gráfico N° 5)

El riesgo de enfermar por influenza en Venezuela, por entidad federal, hasta el 23 de septiembre de 2011 puede identificarse en la figura N° 1. Mérida, Vargas, Distrito Capital, Trujillo, Yaracuy y Apure están en la categoría de alto riesgo.

En los casos confirmados, la distribución por género hasta el 9 de julio de 2011 mostró predominio de la infección en hembras con 56% (n=1.234), y 44 % de infección en varones (n=971). (Gráfico N° 6) Este porcentaje es similar hasta el 24 de septiembre de 2011.

Gráfico N° 5

Influenza A/H1N1 Tasa de Morbilidad por Estado (al 24 de septiembre de 2011). Según Semana Epidemiológica. Venezuela 2011.

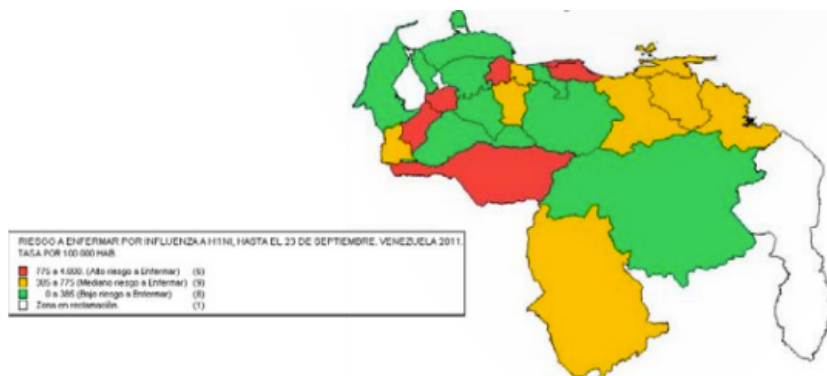


Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica. MPPS

Nota: hasta el 24 de septiembre de 2011.

Fuente: Boletín Epidemiológico del MPPS. N° 38 de 2011.

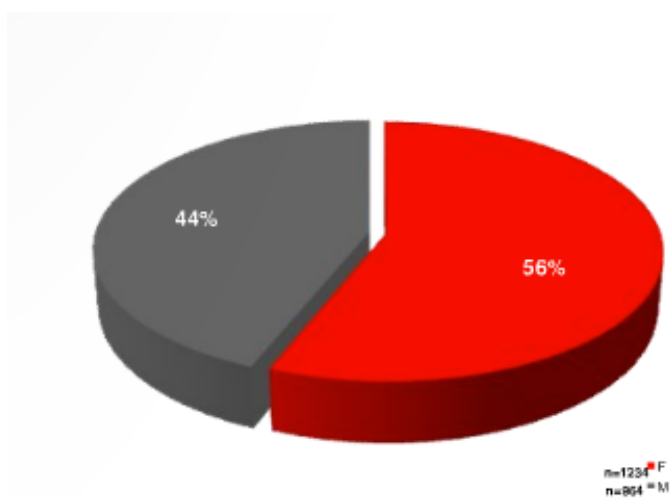
Figura N° 1
Riesgo de enfermar de influenza por entidades federales.



Fuente: Dirección de Vigilancia Epidemiológica, MPPS

1. **Alto riesgo:** Apure, Yaracuy, Trujillo, Miranda, Distrito Capital, Vargas y Mérida
2. **Riesgo mediano:** Anzoátegui, Sucre, Amazonas, Carabobo, Táchira, Guárico, Monagas, Cojedes, Nueva Esparta y Delta Amacuro.
3. **Bajo riesgo:** Falcón, Barinas, Bolívar, Portuguesa, Zulia, Aragua y Lara

Gráfico N° 6
Influenza A/H1N1. Morbilidad según sexo.
Venezuela, 2011.



Nota: hasta el 9 de julio de 2011.

Fuente: Boletín Epidemiológico del MPPS. N° 27, 2011.

No se ha publicado información oficial actualizada del número de casos que han requerido hospitalización ni del número de personas fallecidas. No obstante, en BES N° 34 de 2011, 13 estados registran **tasas de letalidad**, las mayores en los estados Delta Amacuro y Mérida. El Boletín Epidemiológico Semanal N° 46 revela que las infecciones respiratorias agudas severas aumentaron de 253 a 276 en esa semana y 273 en la semana 47. El MPPS tampoco ha publicado las cifras de personas vacunadas, por grupo ni las metas de inmunización alcanzadas hasta este momento.

También, en el Boletín Epidemiológico N° 27 del MPPS se presentó como "cuadro" un **gráfico de tasas de letalidad por grupos de edad**, pero no se indicó el número de personas fallecidas en cada grupo ni en el total. Este mismo gráfico N° 7, erróneamente fue presentado en el Boletín Epidemiológico N° 26 como correspondiente a **tasas de morbilidad** sin que se haya corregido con una fe de errata. De acuerdo al gráfico N° 8, la mayor tasa de letalidad corresponde al grupo de 70 y más años, seguido por el grupo de menores de 1 año y el de 30 a 39 años.

Gráfico N° 7

Influenza A (H1N1) Tasas de letalidad por Entidad Federal. SE 1-38, 2011.

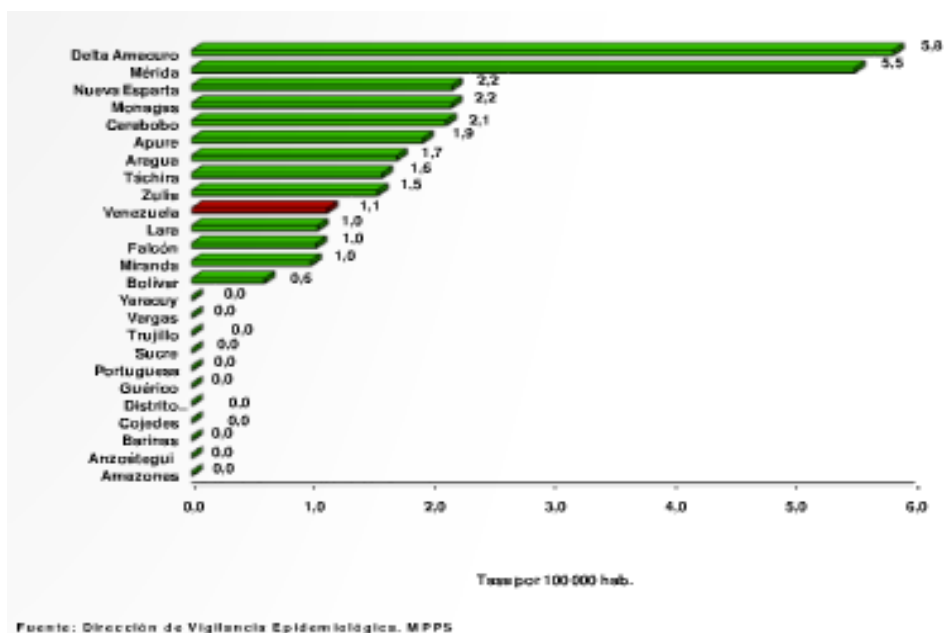
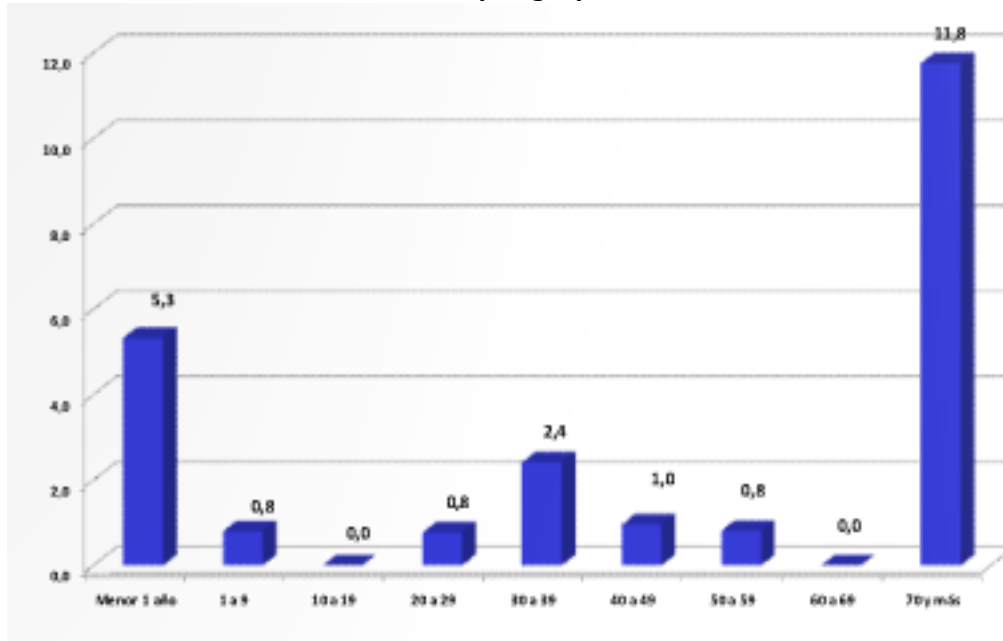


Gráfico N° 8
Influenza A/H1N1 Tasa de letalidad por grupo de edad. Venezuela SE 1-27, 2011

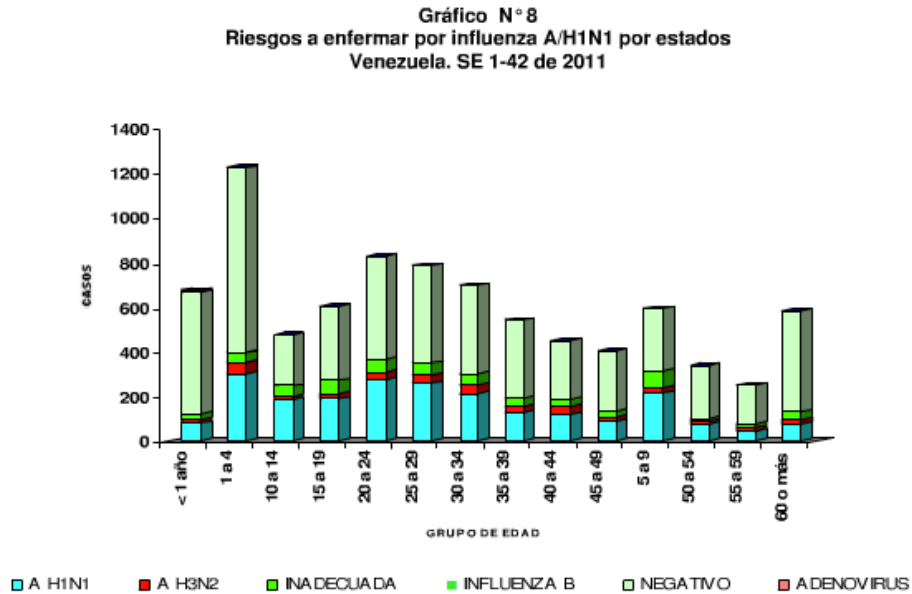


Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal N° 27, 2011. MPPS.

El Boletín Epidemiológico Semanal N° 42 presenta un gráfico con título errado: "Riesgos a enfermar por influenza A/H1N1 por estados. Venezuela SE 1-42 de 2011" que corresponde en la realidad a **casos confirmados de influenza según el resultado del PCR-TR por grupos de edad. Venezuela SE 1-42 de 2011**. Gráfico N° 9. Es de hacer notar que el gráfico contiene errores de identificación en 3 columnas. Aun así, el gráfico indica que el virus A(H1N1) ha sido el más frecuente en 2011 en todos los grupos etareos. Los grupos con mayor número de casos son los de 1 a 4 años (302) y 20 a 24 años (276). También estos grupos fueron los más afectados para enfermedad tipo influenza. La mayor cantidad de casos ocurrieron en menores de 54 años tanto para todos los tipos de influenza como para los identificados con el virus A(H1N1). Esto confirma la consistencia de nuestra opinión acerca de la conveniencia de vacunar a grupos de niños mayores de 1 año, jóvenes y adultos menores de 60 años, que hicimos en abril de 2011, recomendación que no fue acogida por las autoridades del MPPS quienes insistieron en vacunar a menores de un año y mayores de 60 años, además solo incluyeron a personas de otros grupos si estaban en grupos de riesgo por co-morbilidad.

El gráfico ofrece **por primera vez en el año información que confirma que el virus de influenza A estacional co-circulante con el A(H1N1) es el A(H3N2)**.

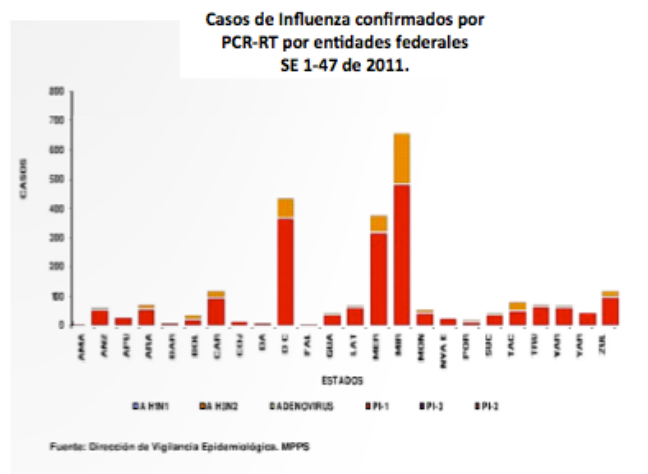
Gráfico N° 9
Casos confirmados de influenza según el resultado del PCR-TR por grupos de edad.
Venezuela SE 1-42 de 2011.



Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal N° 42, MPPS, 2011. Nota: título original errado, 3 columnas identificadas erróneamente.

Los casos confirmados de influenza A(H1N1) pmd09 y de influenza A(H3N2) distribuidos por entidad federal pueden apreciarse en el gráfico N° 10. Se identifica circulación y predominio del virus de influenza A(H1N1) en 21 entidades. Tres estados: Barinas, Cojedes y Delta Amacuro solo han confirmado influenza A(H1N1) pmd09.

Gráfico N° 10



Fuente: Boletín Epidemiológico Semanal N° 47. MPPS 2011.

En 2011 se han notificado **14.082 casos acumulados similares a influenza (ILI) hasta la semana epidemiológica N° 47, (713 casos más en 2 semanas, cifra en ascenso en comparación al mes anterior) con una Razón Endémica muy elevada de 2,61 (el dato debe ser revisado porque 8 semanas antes era de 42,84 una diferencia no explicable). Hubo en esa semana 346 casos, 11 casos menos en comparación de 367 en la semana anterior, SE: N-46, de casos similares a influenza en Venezuela. (Gráfico N° 3) Oficialmente el pico de la epidemia de influenza A(H1N1) post-pandémica ocurrió en la semana N-13, sin embargo, la mayoría de los casos acumulados similares a Influenza ocurridos en 2011 ocurrieron a partir de la semana epidemiológica N° 14 hasta la N° 34 (n: 5.979, es decir 56,50% de los casos), el virus dominante fue el de influenza A (H1N1) hasta el mes de octubre, no obstante, solo aparecen confirmados en el mismo período 806 casos causados por este virus, el 35,60 % de los casos confirmados hasta esa semana. Las explicaciones podrían encontrarse en las siguientes hipótesis: hay un sub registro muy importante de casos de influenza A/H1N1 a partir de la semana epidemiológica N-14 o están circulando otros virus de influenza que no han sido notificados ni confirmados por el INHRR.**

Las infecciones respiratorias agudas mostraron un ascenso sostenido en las últimas 9 semanas, (ascenso de 5,22% en la semana N° 47 al comparar con la semana anterior, al notificarse 208.025 casos y en la anterior 197.688 casos, la mayor cantidad notificada en una semana durante el segundo semestre del año 2011).

En la semana N° 47, de los casos similares a influenza (n: 346), 16 (4,62%) ocurrieron en mayores de 60 años y 330 en menores de 60 años (93,38%). Los grupos de edad más frecuentemente afectados fueron: 1 a 4 años: 97; menores de 1 año: 52 , 25 a 44: 55 y 5 a 7: 26. Esta distribución de casos se corresponde todavía a los de la influenza producida por el virus A (H1N1).

Desde el 1° de Enero al 30 de noviembre de 2011, el Sistema de Vigilancia Viroológica de Infecciones Respiratorias Agudas, ha estudiado 9.173 muestras, (58 en los último 15 días); del total, **6,1% resultaron positivos a Influenza A/Estacional (n=565, 96 más en 18 días); 0.06% positivas a Influenza B/Estacional (n=6), 24,9% positivas a Influenza A/H1N1 (n=2.286) y 61,2% de muestras negativas (n= 5.621).**

De los virus de Influenza circulantes identificados (2.851), el 80,18 % fueron de influenza A (H1N1). Sin embargo, en el último mes y en especial en los últimos 18 días, hasta el 30 de noviembre, aumentó más rápidamente el número de casos de influenza estacional A (H3N2) confirmados por PCR-RT al pasar de 362 a 565 (56,07% de aumento), lo que significa un cambio significativo de comportamiento de los virus de influenza, al comparar con el patrón mostrado desde junio de 2009. Actualmente el virus AH3N2 es el dominante.

El MPPS no ha publicado todavía un reporte clínico epidemiológico de lo ocurrido en Venezuela durante la pandemia de influenza A(H1N1) en el período 2009-2010; tampoco un estudio que permita caracterizar el brote post-pandémico de esta enfermedad en

2011. El último reporte específico sobre influenza publicado en el portal electrónico del MPPS es del 2 de mayo de 2011. Los datos oficiales que recopilamos y analizamos en este Alerta indican una nueva y diferente situación epidemiológica con predominio del virus de influenza A(H3N2).

PREVENIR LA INFLUENZA ES TAREA DE TODOS

TODOS LOS TIPOS DE INFLUENZA O GRIPE SIN IMPORTAR SU NOMBRE U ORIGEN, SE PREVIENEN CON LAS MISMAS MEDIDAS:

- 

Al toser o estornudar, usa pañuelos desechables para cubrirte la boca y nariz. Bótalos en un papelerero.
- 

Lava frecuentemente tus manos con agua y jabón o alcohol-gel.
- 

Ventila tu sala de clases cada vez que puedas. Por ejemplo, en cada recreo y una vez finalizadas las clases.

II. Preguntas más frecuentes sobre la vacuna y otras formas de protección contra el virus de la influenza

¿Quiénes deben recibir la vacuna contra la influenza?

El MPPS ha recomendado inmunizar a las personas mayores de 60 años y los menores de 1 año. También las personas ubicadas en grupos de riesgo que padecen enfermedades crónicas (obesidad, diabetes mellitus, enfermedad respiratoria crónica obstructiva, cáncer VIH-SIDA cualquiera que sea su edad) y las embarazadas. Los profesionales de salud son considerados personas expuestas a riesgo ocupacional.

¿Existen personas que deben tener prioridad cuando se trata de recibir la vacuna contra la gripe?

No todas las personas pueden recibir la vacuna, por eso tienen prioridad aquellas que tienen más riesgo de enfermar gravemente.

¿Dónde pueden acudir las personas a vacunarse?

El MPPS informó hace 1 semana que las personas pueden acudir a los hospitales públicos, CDI y vacunatorios. No obstante no indicó los horarios ni direcciones.

En el Área Metropolitana de Caracas y en varios estados, no había disponibilidad de vacunas para adultos y para niños el día 9 de diciembre.

¿Cuántas dosis de vacuna se necesitan?

Los adultos requieren una sola dosis de vacuna. Los niños de 9 años o menos se les recomienda administrar 2 dosis con una diferencia de 30 días.

¿Puede una persona alérgica al huevo recibir la vacuna contra el virus de la influenza?

La vacuna es preparada en embriones de gallina por lo que las personas alérgicas a las proteínas del huevo no deben recibirla.

¿Si la persona recibió la vacuna contra influenza a principios de 2011, debe volver a vacunarse?

Las personas que fueron vacunadas contra la influenza en el primer semestre de 2011 no requieren ser vacunadas nuevamente porque ya recibieron una vacuna que protege contra las cepas de influenza AH1N1 y AH3N2.

¿Debo recibir la vacuna contra influenza si he tenido una enfermedad similar a la influenza desde 2009?

Si la persona sufrió de influenza AH1N1 no posee defensas naturales contra la Influenza AH3N2. Así mismo, si sufrió de Influenza AH3N2 no tiene defensas contra la influenza AH1N1. En ambos casos debe recibir la vacuna contra la influenza estacional si está incluida entre los grupos de riesgo.

¿Por qué debemos tomar la gripe seriamente?

La influenza es una enfermedad seria que puede causar complicaciones graves y hasta la muerte, aún siendo causada por virus estacionales. Amerita que la persona permanezca aislada en su hogar y acudir al médico para que oriente el tratamiento. Las personas no deben auto-medicarse.

¿Es efectiva y segura la vacuna?

La vacuna ha sido sometida a pruebas estrictas de efectividad y seguridad que permiten recomendarla como la forma más eficaz y segura de prevenir la influenza.

¿Si presento reacciones a la vacuna, qué debo hacer?

La mayoría de las reacciones a la vacuna son menores y limitadas, por ejemplo: dolor en el lugar de la inyección, fiebre o malestar general pasajero. Debe consultar a su médico que le orientará la conducta a seguir.

¿Cuánto tiempo después de recibir la vacuna empieza la protección?

La vacuna produce protección mediante la producción de anticuerpos del organismo contra el virus en 70-90 % de las personas menores de 65 años que la reciben. La protección suele ser menor en los mayores de 60 años. Los anticuerpos alcanzan niveles de protección luego de 2-3 semanas después de la inmunización.

¿Existen otras formas de evitar la diseminación de la enfermedad?

Sí. Deben ponerse en práctica las medidas de higiene personal, lave de las manos con agua y jabón, recomendaciones de saludos y cortesía, use de pañuelos descartables, use tapaboca, cúbrase la boca y la nariz en caso de tos, limpie las superficies, aisle los pacientes en su casa.

¿Si tengo influenza debo asistir a mi trabajo o a mi colegio?

No. El período de contagio puede extenderse unos 7 días después del comienzo de los síntomas en los adultos, y hasta dos semanas en el caso de los niños.

¿Cuáles son las medidas de aislamiento que debo aplicar si tengo influenza?

Las personas con síntomas deben permanecer en reposo en su casa. No deben compartir la habitación o la cama con otras personas. Deben hacer uso de utensilios de comida, vasos y platos para uso personal. Deben usar tapaboca y lavarse las manos con frecuencia. Los cuidadores deben usar tapaboca y también lavarse las manos frecuentemente. Ventile la habitación y la vivienda.

¿Se recomienda el uso de remedios naturales (como la medicina "complementaria" o "alternativa") para prevenir el virus de la influenza?

No. Tales remedios no contribuyen a mejorar a los enfermos y pueden producir efectos secundarios y reacciones indeseables.

¿Cuándo debo acudir al médico?

Si los síntomas de la enfermedad son intensos o duran un período mayor de 48 horas, la persona debe acudir precozmente a su médico que orientará la conducta a seguir.

¿Quiénes deben usar medicamentos antivirales?

El médico tratante indicará los medicamentos antivirales en los casos que estén recomendados. Las normas del MPPS recomiendan el uso terapéutico de antivirales en aquellas personas que padecen la enfermedad y su efectividad esta comprobada para reducir la intensidad de los síntomas y su duración, siempre que se use precozmente, en las primeras 48 horas después del comienzo de los síntomas. Cuando hay carencia de antivirales, su uso esta limitado a las personas con enfermedad severa y complicaciones. Además, los antivirales pueden usarse en forma profiláctica o preventiva, por ejemplo: exposición directa de personas susceptibles no protegidas, embarazadas, cuidadores y profesionales de salud.

¿Cuánto tiempo después de enfermar puedo reanudar mis actividades normales?

Por lo general, las personas adultas pueden reanudar sus actividades una semana después del comienzo de los síntomas. Los niños podrán reincorporarse a sus actividades docentes 10 a 14 días después.

III. Organización Panamericana de la Salud

Influenza. Actualización Regional N° 46 hasta el 29 de noviembre de 2011.

(17H. GMT 12 H EST)

PAHO interactive influenza data: HUhttp://ais.paho.org/hip/viz/ed_flu.aspU

Influenza Regional Reports: www.paho.org/influenzareports

Reporte de Situación

La información presentada en esta actualización se obtiene a partir de los datos distribuidos por los Ministerios de Salud de los Estados Miembros y de los Centros Nacionales de Influenza de los Estados Miembros a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o de actualizaciones de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros en sus páginas web.

Semana Epidemiológica 46

- **En América del Norte**, la actividad de influenza permanece baja, con ligero aumento en algunas regiones de Canadá (Alberta, British Columbia, Quebec). En Iowa, EEUU, se notifican tres casos de influenza A/H3N2 triple recombinante de origen porcino con posible transmisión persona a persona.
- **En Centroamérica y el Caribe**, continuó el predominio de virus sincitial respiratorio (VSR) como virus circulante (Costa Rica, Honduras, República Dominicana y Panamá). Respecto a los virus de influenza, continúa la co-circulación de influenza A(H1N1)pmd09 e influenza A/H3N2 (Costa Rica y Honduras).
- **En América del Sur**, la actividad de influenza permanece baja. En las últimas semanas se reportó baja circulación de los virus de influenza.
- **En Venezuela, en la SE 44**, los canales endémicos de IRA y neumonías mostraron una tendencia creciente del número de casos desde la ~SE 38, pero dentro de lo esperado para esta época del año, observándose mayor tasa de incidencia en los menores de 7 años. En el 2011 hasta el 5 de Noviembre, SE 44, del total de muestras analizadas (n=8.893), el porcentaje de positividad para virus respiratorios fue del ~33%. Respecto a los virus de influenza, ~26% fueron positivas a influenza A(H1N1)pmd2009, ~5% fue influenza A/H3 y <1% fue influenza B. En la SE 47, la Dirección Regional de Epidemiología del estado Amazonas notificó la existencia de un brote de infección respiratoria aguda, con un total de 30 afectados en la Comunidad Indígena Yanomami Wireonawe del municipio Río Negro. Del total de casos, 8 y 9 casos presentaron criterios de IRAG y neumonía, respectivamente. El 40% eran menores de 5 años, 70% eran mujeres, entre ellas una adolescente embarazada de 17 años. Hasta la fecha no se han reportado defunciones asociadas al brote y se está a la espera de los resultados de las muestras tomadas.

Monitoreo regional de la Influenza y otros virus respiratorios

Influenza

1. [Actualización Regional, Influenza \(Publicada el 29 de noviembre, 2011\)](#)

III. Organización Mundial de la Salud

www.who.int

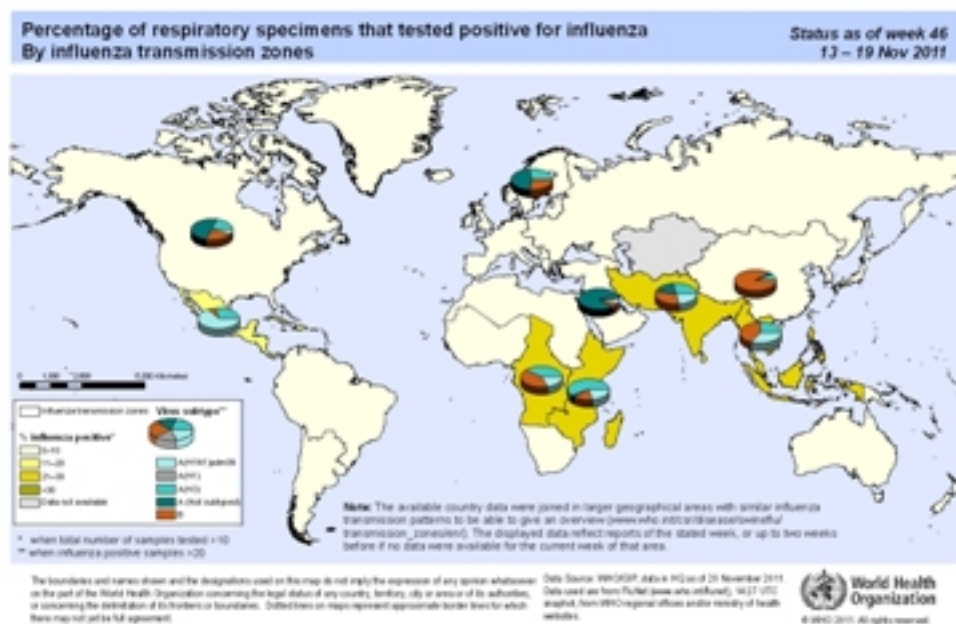
Influenza update (Informe solo disponible en inglés)

02 December 2011

Update number 148

Table of contents

- [Summary](#)
- [Countries in the temperate zone of the northern hemisphere](#)
- [Countries in the tropical zone](#)
- [Countries in the temperate zone of the southern hemisphere](#)
- [From the peer-reviewed literature](#)
- [Virological surveillance](#)



- [Open map in new window](#)
[jpg, 673kb](#)

Summary

- Influenza activity in the temperate regions of the northern hemisphere remains at low levels, with sporadic influenza activity reported in Canada and some European countries.

- Significant influenza activity was reported in only a few countries of the tropical zone including Nicaragua, Costa Rica, and Brazil in the Americas, Cameroon in central Africa, and Cambodia and Lao People's Democratic Republic in South East Asia.
- Transmission in the temperate countries of the southern hemisphere has returned to inter seasonal levels, with some persistence of influenza A(H3N2) in Australia.
- In the United States of America limited human-to-human transmission of a novel influenza A(H3N2) virus was detected with no further reported spread to date. See literature review.

[Back to top](#)

Countries in the temperate zone of the northern hemisphere



- [Northern hemisphere circulation of influenza viruses \(snapshot\) pdf, 385kb](#)

The influenza season has not yet begun in the northern hemisphere temperate zone, though some sporadic influenza activity has been reported in Canada. The majority of the countries in this zone reported low or no influenza activity in recent weeks. Influenza activity in Europe remains low overall; the Czech Republic, France, Ireland, Norway, the Russian Federation, Spain and Sweden have reported sporadic influenza activity.

[Back to top](#)

Countries in the tropical zone

Tropical countries of the Americas

Influenza activity in the tropical countries of the Americas is generally low or decreasing with the exception of Costa Rica where influenza A(H3N2) activity is increasing. In Nicaragua, transmission of the influenza A(H1N1)pmd09 virus that increased late September has been decreasing for the third consecutive week since its peak in week 42. Much lower numbers of influenza A(H3N2) have also been detected in the country. Low-level transmission of influenza A(H3N2) continues in El Salvador and Honduras after peaking in

September. In the tropical area of Brazil an outbreak with influenza A(H1N1)pdm09 was reported in the city of Pedra Branca, Ceará.

Sub-saharan Africa

In sub-saharan Africa, influenza transmission continues at low levels with exception of Cameroon. Influenza type B transmission began in June in Cameroon and appears to be declining overall since peaking in early September. Transmission of influenza A(H1N1)pdm09, which began about six weeks after influenza type B, appears to have peaked in early November, coincident with a rise in A(H3N2) detections. Sierra Leone has reported low level transmission of influenza A(H3N2), and Senegal has reported low level transmission of influenza type B after peaking in early November.

Tropical Asia

Influenza transmission in tropical Asia is active in localized areas. The high level transmission of a mixture of influenza A(H1N1)pdm09 and influenza type B in Cambodia and influenza A(H1N1)pdm09 in Lao People's Democratic Republic reported in the end of October continues, but seems to be decreasing. Viet Nam has continued to report sustained transmission of mainly influenza A(H1N1)pdm09 for most of the year, which seems now to be declining. Other countries of southern Asia continue to report small numbers of both influenza A(H3N2) and influenza type B.

[Back to top](#)

Countries in the temperate zone of the southern hemisphere

South America

In the temperate regions of South America influenza transmission has declined to inter- seasonal levels and the season appears to be largely over. Low or no influenza transmission is reported in all countries

Southern Africa

South Africa experienced a second peak of influenza transmission this season between late August and late October of influenza type B and A(H3N2), which followed an earlier peak of influenza A(H1N1)pdm09 in June. Transmission of all influenza viruses has declined to low levels.

Australia, New Zealand and South Pacific

In Australia and New Zealand, influenza activity is now at inter-seasonal levels. As was seen in the last year, inter-seasonal low level activity persists in Australia with low detection of influenza type B, influenza type A (unsubtyped) and A(H3N2).

[Back to top](#)

Source of data

The Global Influenza Programme monitors influenza activity worldwide and publishes an update every two weeks.

The updates are based on available epidemiological and virological data sources, including FluNet (reported by the Global Influenza Surveillance and Response System) and influenza reports from WHO Regional Offices and Member States. Completeness can vary among updates due to availability and quality of data available at the time when the update is developed.