INFORME EPIDEMIOLOGICO

Número	Año	Periodo Informado	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año	Semanas Epidemiológicas		
8	2010		01	01	2010		01	09	2010	1	a	35

ANÁLISIS DE LA PANDEMIA DE INFLUENZA A H1N1 COMPARATIVO 2009 - 2010.

Introducción

El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud (INS), acogieron lo establecido por la OMS de un cambio de la fase 6 de pandemia a un estado post pandémico del virus AH1N1/09.

En Colombia, desde la semana epidemiológica 22 a 46 del 2009, el virus de la influenza AH1N1/09 desplazó a otros virus gripales convirtiéndose en el virus predominante, a partir de entonces ha ido en descenso manteniendo un comportamiento similar al de los otros virus de influenza estacional y se prevé que continúe su circulación por varios años, así mismo es de esperarse brotes aislados y cambios en los patrones de presentación a nivel nacional.

Se considera que en periodo postpandémico continúen presentándose casos en población joven y grupos considerados como de mayor riesgo (mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas de base y trabajadores de salud), sin embargo se pronostica que los casos vayan disminuyendo paulatinamente a medida que la población va adquiriendo inmunidad, bien sea por contacto con el virus salvaje o vacunal.

Por tal motivo, es muy importante continuar con el monitoreo de la circulación viral que causa infecciones respiratorias agudas, así como vigilar posibles conglomerados y cambios en los patrones de presentación, a través de la vigilancia intensificada en combinación con la vigilancia centinela que desarrollan algunas entidades territoriales.

El presente informe pretende fortalecer el panorama del virus pandémico AH1N1 en Colombia y su evolución con respecto al 2009.

Los escenarios sobre los que se trabajen, para la mitigación de la trasmisión del virus pandémico, debe tener en cuenta la circulación del virus, por tal razón se deben considerar las diferentes directrices que el Ministerio de la Protección Social ha venido expidiendo desde el inicio de la pandemia.

Caracterización de la Epidemia en Colombia

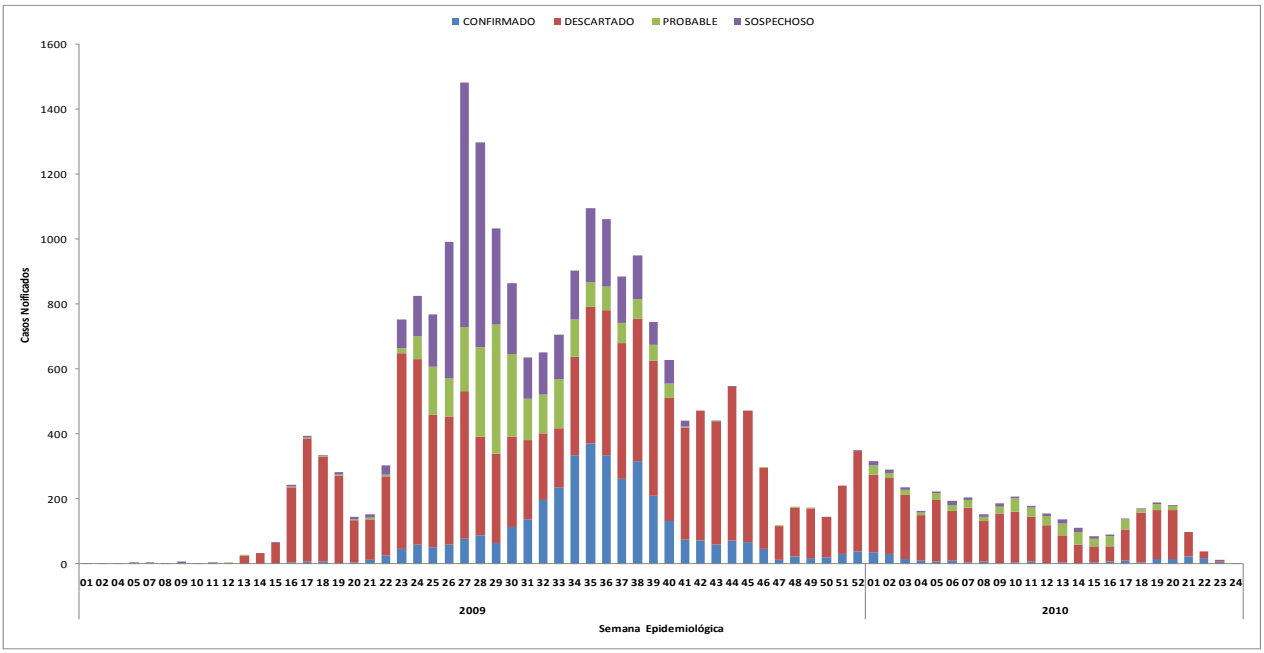
Desde el inicio de la pandemia, semana 14 de 2009, hasta la semana epidemiológica 35 de 2010, se han notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), un total de 163.628 notificaciones por virus pandémico H1N1/09, los cuales de acuerdo a los protocolos nacionales se han clasificado así (ver gráfica 1):

INFORME EPIDEMIOLOGICO

Número	Año	Periodo Informado	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año	Semanas Epidemiológicas		
8	2010		01	01	2010		01	09	2010	1	a	35

- 4310 corresponden a casos confirmados por laboratorio (barras azules).
- 16.937 corresponden a casos descartados tanto por el laboratorio como criterio clínico- epidemiológico (barras rojas).
- 2.760 casos probables (barras verdes).
- 139.621 casos sospechosos (barras moradas).

Grafica 1. Distribución de casos según semana de inicio de síntomas. Año 2009 -2010.



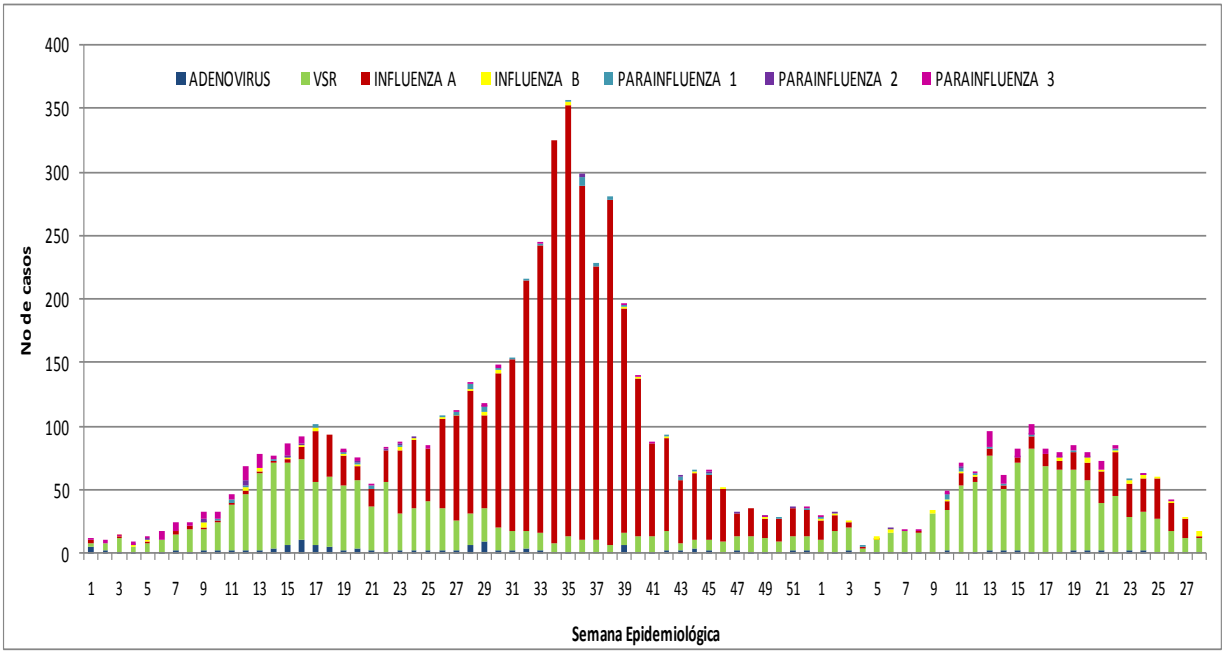
Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

La vigilancia de virus pandémico presenta la mayor notificación de casos al SIVIGILA en las semanas 27, 28 y entre las semanas epidemiológicas 34 y 38 de 2009. Durante el año 2009, fueron notificados al Sivigila un total de 3719 casos confirmados, de los cuales 231 fueron fatales.

Durante el año 2010 se evidencia un franco descenso en la notificación de casos, hecho

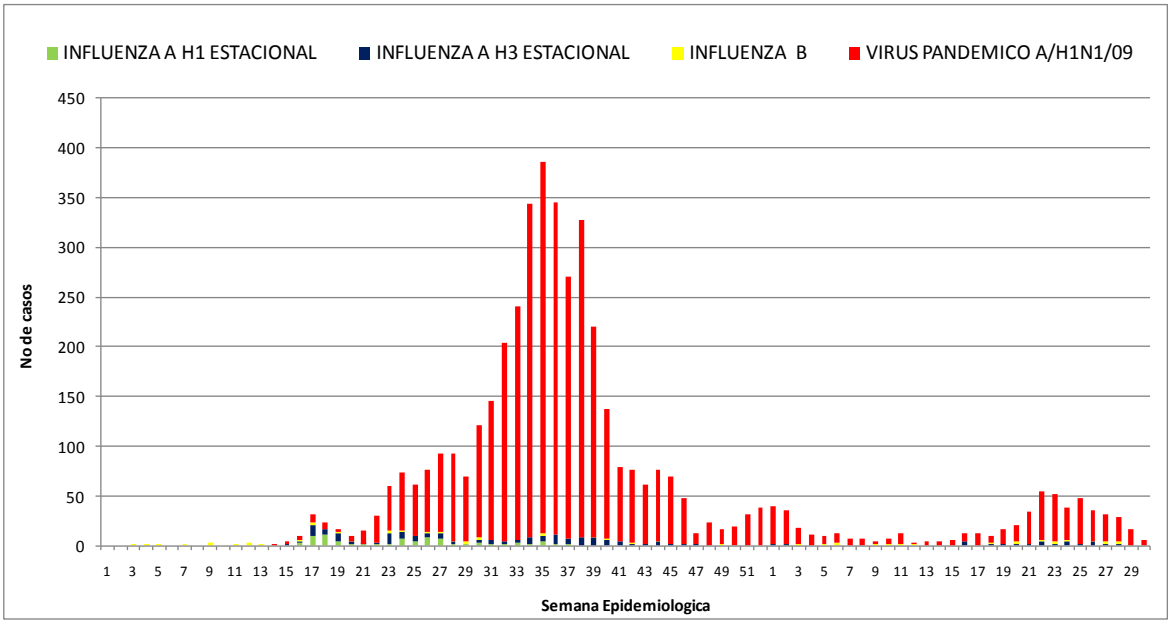
que aunque tuvo influencia de una disminución en la notificación por el repunte de otras emergencias como el dengue (que redireccionó los esfuerzos de las Direcciones Territoriales de Salud a este evento), también se demuestra un desplazamiento del virus AH1N1 por los de la gripe estacional, en particular por el virus Sincitial Respiratorio como se observa en la gráfica 2. Este comportamiento descendente se corresponde con el presentado en países de la región que llevó al cambio de fase pandémica a pospandémica, donde el virus ha dejado de producir brotes inusuales.

Grafica 2. Circulación de virus respiratorios. Año 2009 -2010.



Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

Grafica 3. Circulación de virus de influenza. Año 2009 -2010.



Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

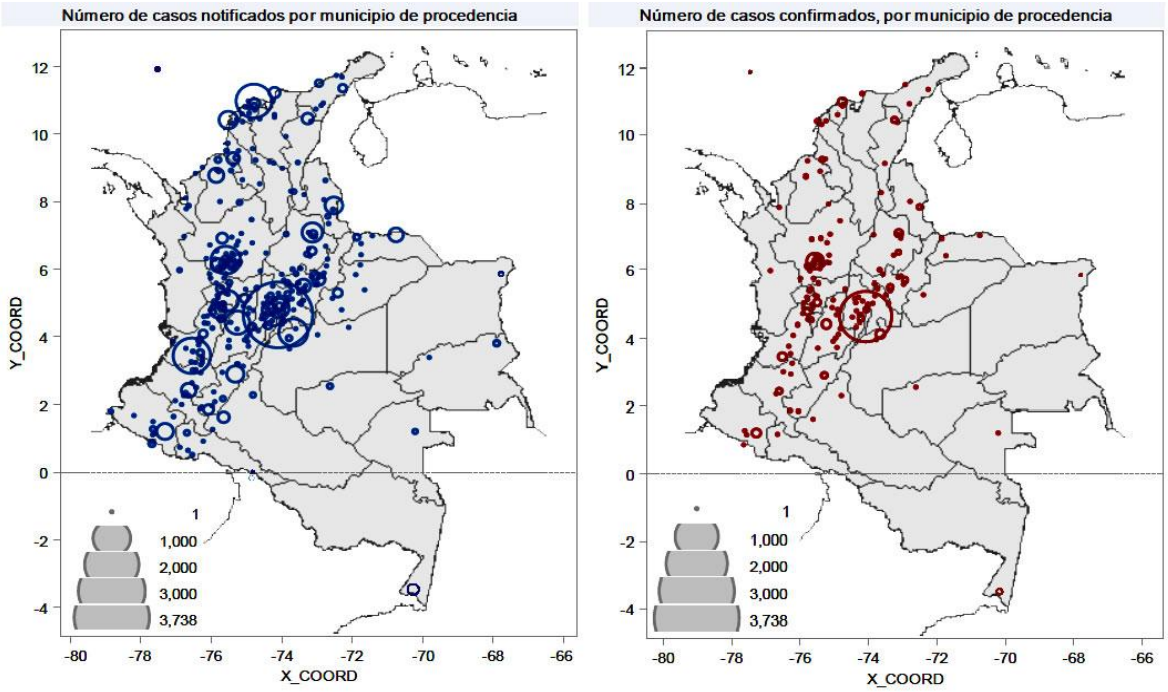
En las semanas 34 a 38 de 2009 hubo un repunte en la notificación de casos y de manera simultánea se presenta mayor circulación del virus pandémico predominando sobre los virus estacionales. A partir de la semana 3 de 2010 se invierte el comportamiento, observándose una franca disminución del virus pandémico.

La tasa de incidencia de casos de influenza A H1N1 confirmados durante el año 2009 a nivel nacional, fue de 8 casos por 100.000 habitantes; tasa que fue superada por el distrito de Bogotá, y departamentos como: Amazonas, Meta, Vichada, San Andrés, Quindío, Cundinamarca , Guaviare y Caldas. Las menores tasas de incidencia se presentaron en los departamentos de: Córdoba, Atlántico, Choco, Magdalena y Bolívar.

INFORME EPIDEMIOLOGICO

Número	Año	Periodo Informado	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año	Semanas Epidemiológicas		
8	2010		01	01	2010		01	09	2010	1	a	35

Mapa 1. Comparativo de distribución de casos notificados y confirmados de influenza A H1N1. Colombia 2009 Vs 2010.



Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

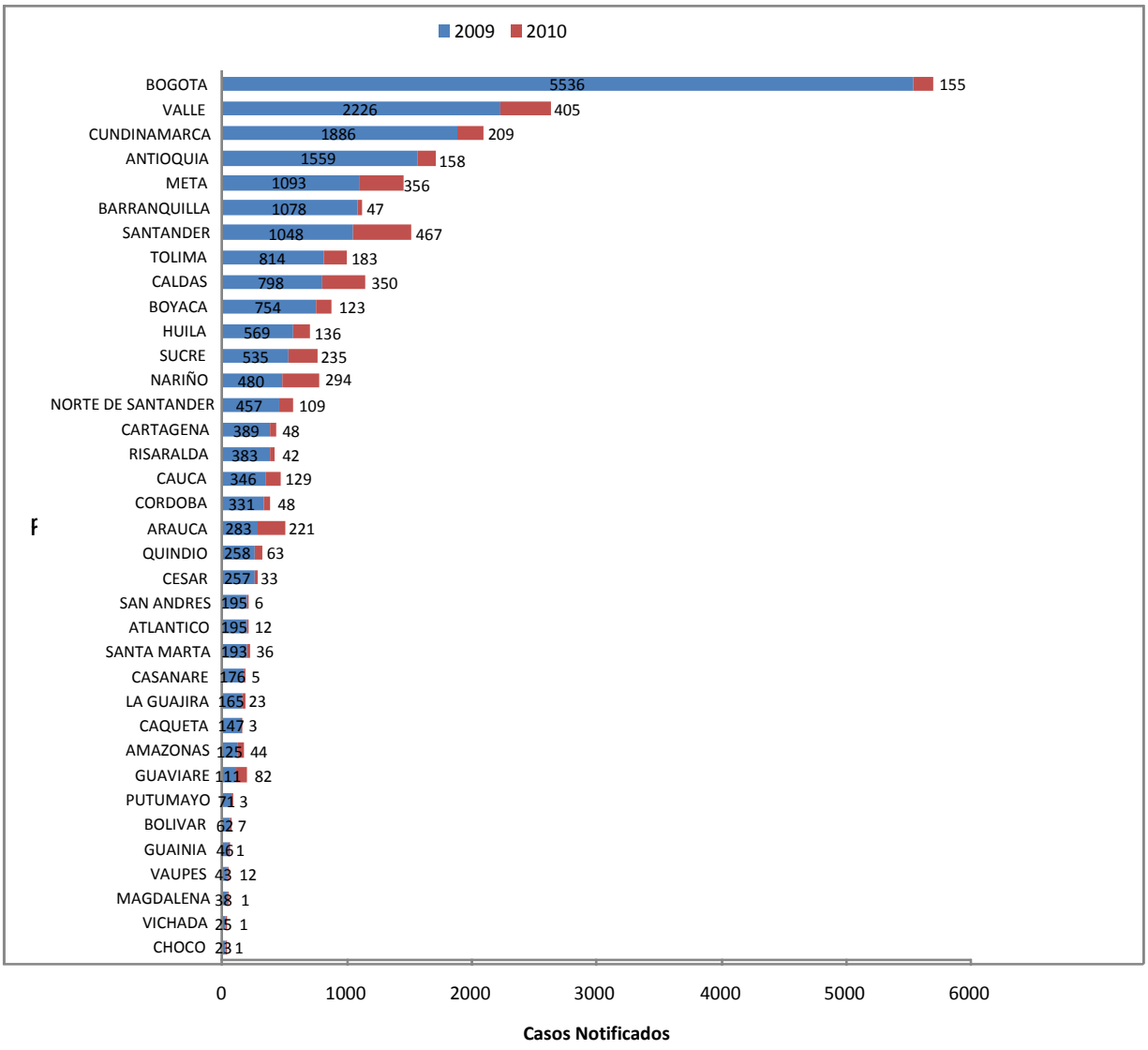
Si bien en Colombia se presentó una dispersión geográfica regional (ver indicadores cualitativos) reportándose hasta en más del 50% de las entidades territoriales, el virus ha tenido una mayor concentración en las grandes ciudades donde se presenta una mayor densidad de población.

Durante el año 2009, a nivel nacional, se evidenció circulación viral municipal del 24% (271 municipios de los 1125 municipios de Colombia). En el 2010, hasta la semana epidemiológica 24, se observa circulación viral en el 2% (61 municipios de los 1125 municipios de Colombia).

En el año 2009, la incidencia de casos confirmados para influenza A H1N1/09, fue 8 casos por 100.000 habitantes, siendo superada por los grupos de edad de 0 a 9, de 20 a 39 y de 45 a 54 años de edad. Durante el 2010, la incidencia se encuentra en una tasa promedio de 1 caso confirmado por 100.000 habitantes; siendo superada solo por el grupo de 0 a 4 años de edad. En general se observa una mayor tasa de incidencia en las mujeres,

en particular en los grupos de edad de 25 a 29 y de 55 años en adelante.

Figura 1. Distribución de casos notificados al Sivigila, según dirección territorial, vigilancia intensificada de virus pandémico A/H1N1/09 hasta la semana epidemiológica 24, Colombia



Fuente: Sivigila – SRNL INS.

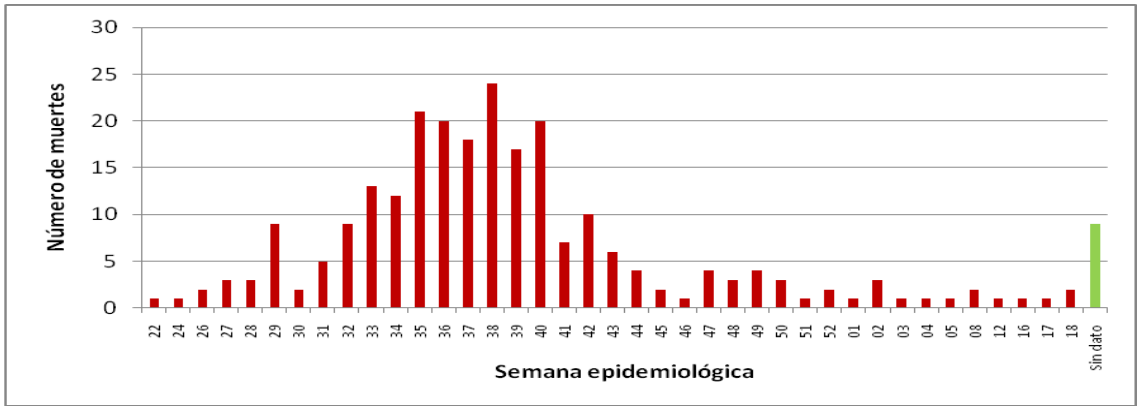
El mayor aporte de casos notificados lo presentan el distrito de Bogotá (21,3%), seguido por Valle (9.8%), Cundinamarca (7,8%), Antioquia (6,4%) y Meta (5,4%).

El menor aporte de casos notificados lo presentan: Chocó, Vichada, Magdalena, Vaupés y Guainía. Es importante tener en cuenta que son los departamentos que presentan la mayor proporción de semanas epidemiológicas en silencio para este evento, así como la menor cantidad de casos reportados durante los años 2009 y 2010.

RESUMEN MORTALIDAD

Hasta la semana epidemiológica 31 de 2010 han ocurrido 272 muertes por virus pandémico AH1N1 en Colombia, de las cuales 232 (91.6%) tienen fecha de defunción de 2009, 31 muertes (4.7%) tienen fecha de defunción de 2010, y las 9 muertes restantes (3.5%) no tienen fecha de defunción pero por fecha de inicio de síntomas una corresponde al 2009 y las otras al año 2010.

Gráfica. Casos confirmados muertos por AH1N1 2009 – semana 24 de 2010, por semana epidemiológica de defunción.

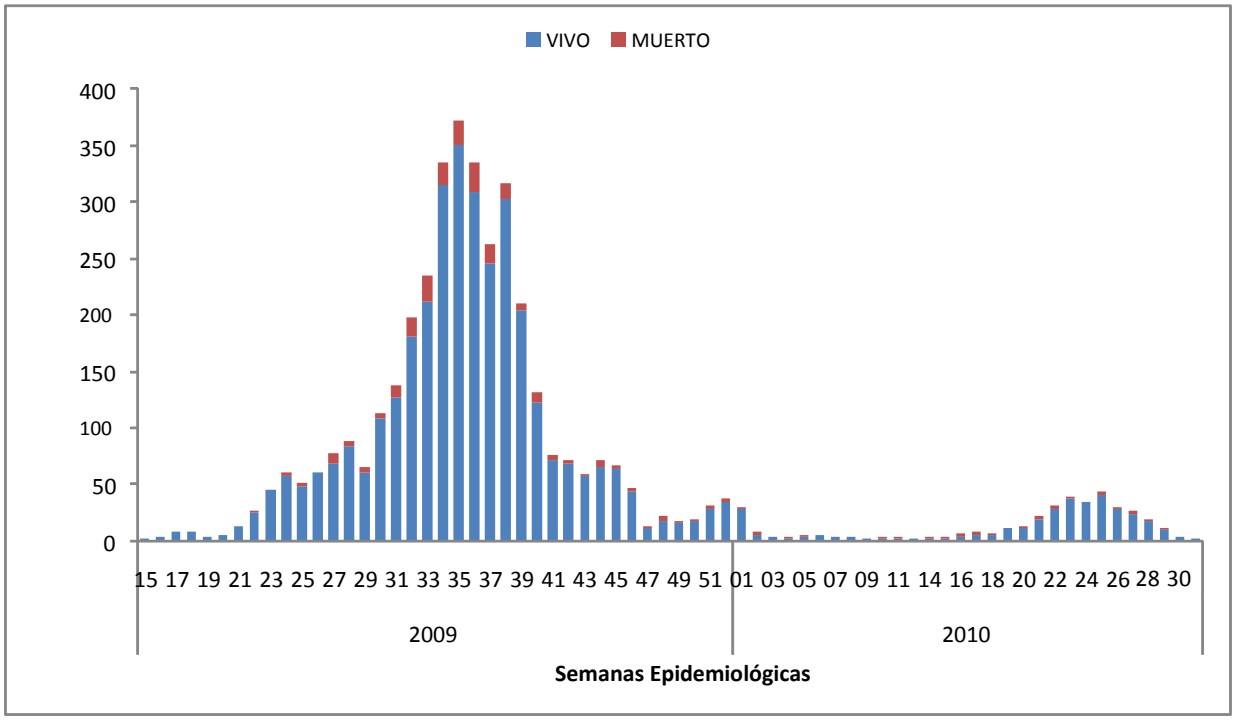


En el país se han confirmado 274 muertes por influenza A H1N1/09. Las cuales se concentraron entre las semanas epidemiológicas 35 y 40 de 2009, consecuente con las semanas en que se observó el mayor pico en la notificación y

confirmación de casos por Influenza AH1N1/09.

Durante el año 2009, la tasa de mortalidad por influenza A H1N1 en Colombia fue de 5 casos por un millón de habitantes; siendo superada esta cifra en el distrito de Bogotá y los departamentos de Amazonas, Guainía, San Andrés, Casanare, Meta, Risaralda, Caldas, Santander, Cundinamarca, Nariño, Antioquia y Quindío.

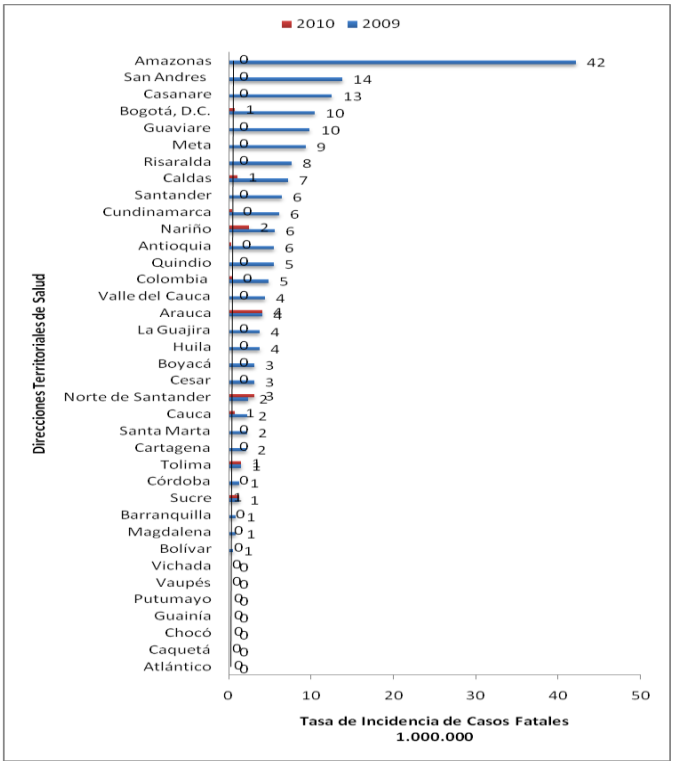
Grafica 5. Distribución de casos confirmados vivos y muertos según semana de inicio de síntomas. Año 2009 -2010.



Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

La mayor concentración de casos fatales se encuentra en las capitales y distritos. En el 2009 se identificaron un total de 231 muertes distribuidas en 93 municipios de los 1125 de Colombia; en el 2010, hasta la semana epidemiológica 24, se han identificado 22 casos fatales distribuidos en 12 municipios.

Figura 4. Tasas de incidencia de casos fatales por 100.000 Habitantes, 2009 - 2010

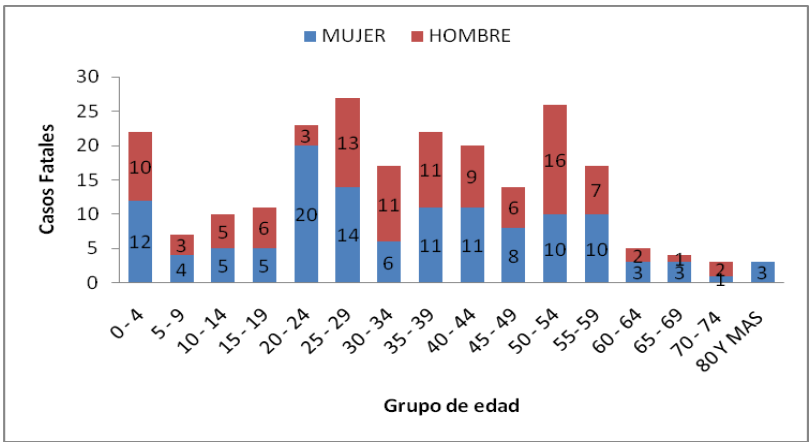


Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

Las menores incidencias de casos fatales se identificaron en los departamentos de: Vichada, Vaupés, Putumayo, Guainía, Choco, Caquetá y Atlántico.

Durante el 2010, la tasa de incidencia de casos fatales a nivel nacional, se encuentra en 0.5 casos por 1.000.000 habitantes, siendo superada por el distrito de Bogotá y los departamentos de: Nariño, Caldas, Arauca, Norte de Santander, Tolima y Sucre.

Grafica 6. Casos de mortalidad, según grupo de edad, Colombia 2009.



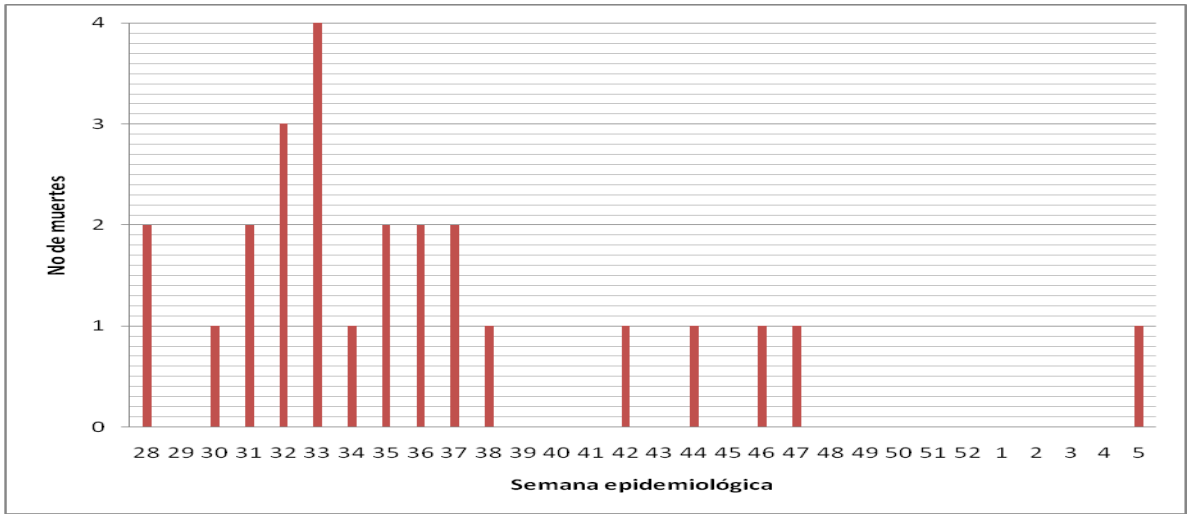
Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

En el 2009, las muertes se distribuyen principalmente en los grupos de edad de 0 a 4 y de 20 a 59 años de edad, siendo las mujeres en edad fértil uno de los grupos más vulnerables. La razón de hombre mujer es de 0.8, lo que refiere que por cada 8 hombres que murieron por influenza A H1N1, se presentaron 10 muertes en mujeres por la misma causa.

Durante el 2010, hasta el sexto período epidemiológico (19 de junio de 2010), se han confirmado casos correspondientes a los grupos de edad de 0 a 14, de 20 a 59 y de 80 años en adelante. La razón de hombre mujer es de 1.6, lo que refiere que por cada 16 hombres que murieron por influenza A H1N1, se presentaron 10 muertes en mujeres por la misma causa.

Se han confirmado 25 casos de mortalidad en gestantes, 24 ocurrieron en el 2009 y se ha presentado una muerte en lo que va corrido de este año. (Gráfica 7). Los casos se presentaron a partir de la semana 28 de 2009, con un pico en la semana 33, coincidiendo con la semana en que hubo repunte de notificación de casos y de muertes.

Grafica 7. Distribución de muertes en gestantes según semana de inicio de síntomas. Año 2009 -2010.



Fuente: Sivigila, INS 2009 – 2010

Los departamentos de Valle y Antioquia presentaron el mayor número de muertes con cuatro casos cada uno. El promedio de edad de las mujeres que fallecieron es de 29 años, con un rango que va desde los 16 a los 42 años de edad. El tiempo promedio que transcurrió entre el inicio de los síntomas y la muerte fue de 17,2 días, con un mínimo de 2 días y un máximo de 51 días. Como complicación y hallazgos adicionales, se encontró que el 64% cursó con neumonía y shock séptico.

INFORME EPIDEMIOLOGICO

Número	Año	Periodo Informado	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año	Semanas Epidemiológicas		
8	2010		01	01	2010		01	09	2010	1	a	35

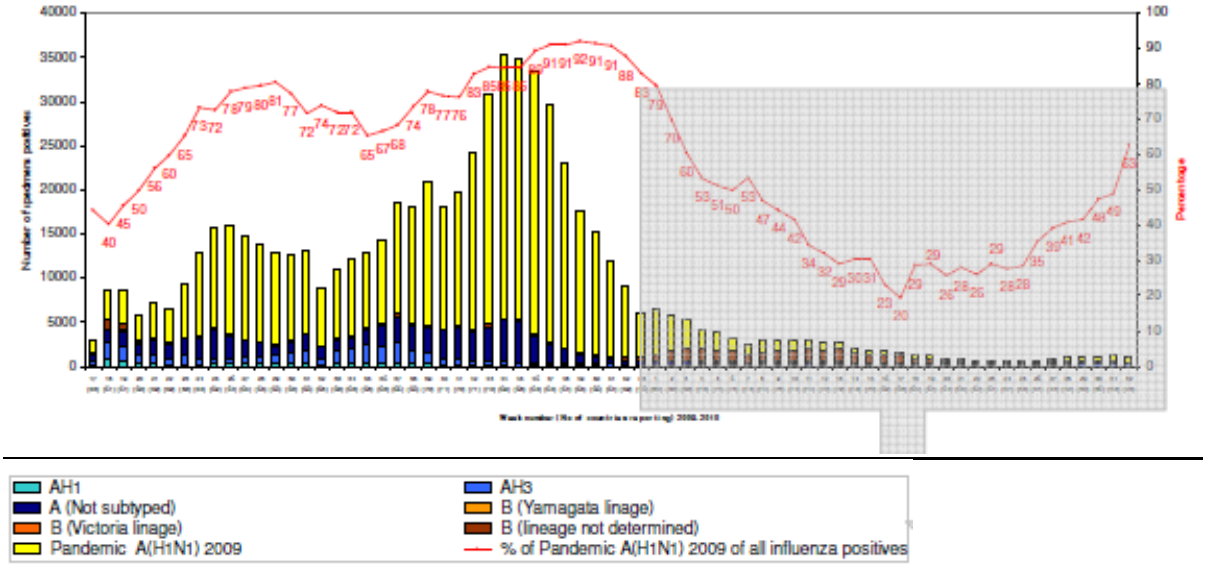
INDICADORES CUALITATIVOS Y COMPORTAMIENTO REGIONAL

A nivel internacional, en general, la actividad gripal se ha mantenido baja. Co-circulación de virus de la influenza pandémica A(H1N1), A (H3N2) y B se ha informado en Australia, China, Chile y la India. A nivel mundial 71,2% del subtipo virus de la gripe A fueron pandemia de gripe A (H1N1). Este es el virus predominante en Nueva Zelanda y la India. En otros lugares se detectó actividad esporádica de pandemia de gripe A (H1N1), influenza B y / o A (H3N2).

En la semana del 8 al 14 agosto 2010, los Centros Nacionales de Influenza (CNI) de 25 países comunicaron la siguiente información al FluNet: Del total de 1.043 muestras de los informes positivos para virus de la gripe, 947 (90,8%) se tipificaron como influenza A y 96 (9,2%) como la gripe B.

La OMS, a través de la Global Influenza Surveillance Network (GISN), continúa el control de la circulación mundial de los virus de la gripe, incluida la pandemia, la gripe estacional y otros virus infectantes, o con el potencial para infectar a los humanos

Gráfica 8. Circulación Global de Virus de Influenza. (Número de especímenes positivos por subtipo de influenza). Desde la sem 17 de 2009 hasta la sem 32 de 2010.

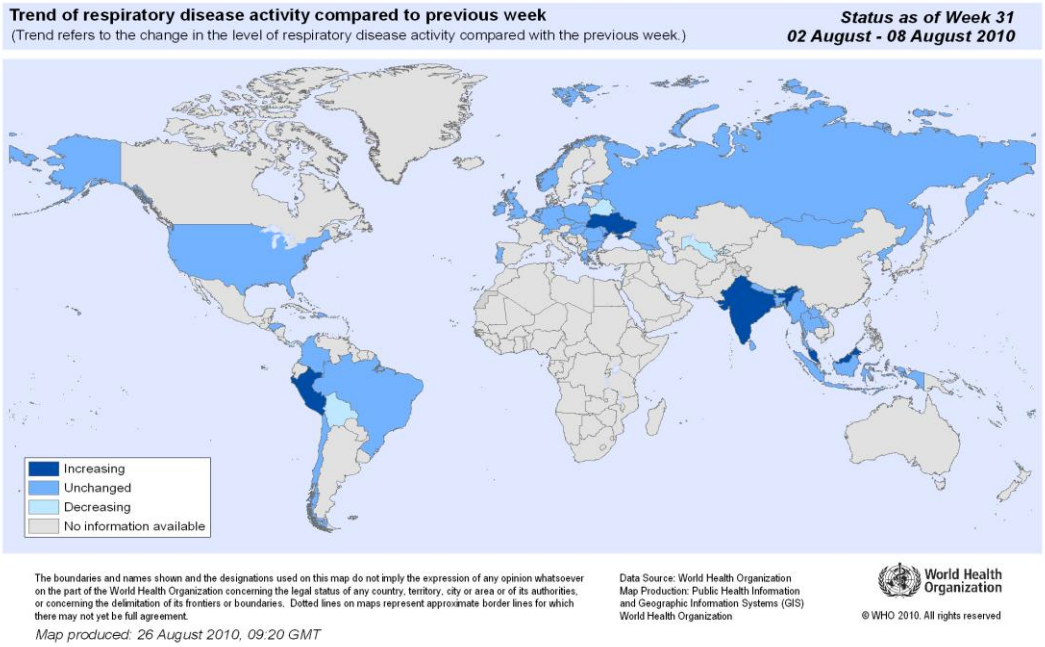


Considerando los indicadores cualitativos propuestos por OMS para realizar el monitoreo y seguimiento de la Pandemia, en el indicador de Tendencia, el cual se refiere a los cambios en el nivel de actividad de enfermedad respiratoria en comparación con la semana epidemiológica anterior y que contempla las categorías:

- En aumento (evidencias de que el nivel de actividad de enfermedad respiratoria está aumentando en comparación con la semana anterior)
- Sin modificaciones (evidencias de que el nivel de actividad de enfermedad respiratoria no se modificó en comparación con la semana anterior)
- En disminución (evidencias de que el nivel de actividad de enfermedad respiratoria está disminuyendo en comparación con la semana anterior) y
- Sin información disponible.

Se considera que actualmente en Colombia, existen evidencias que el nivel de actividad de la Enfermedad Respiratoria no se ha modificado con las semanas anteriores (Datos a semana epidemiológica 31). Tendencia compartida con otros países de la región (Ver mapa 2).

Mapa 2. Tendencia Mundial de la actividad de la IRA semana 31

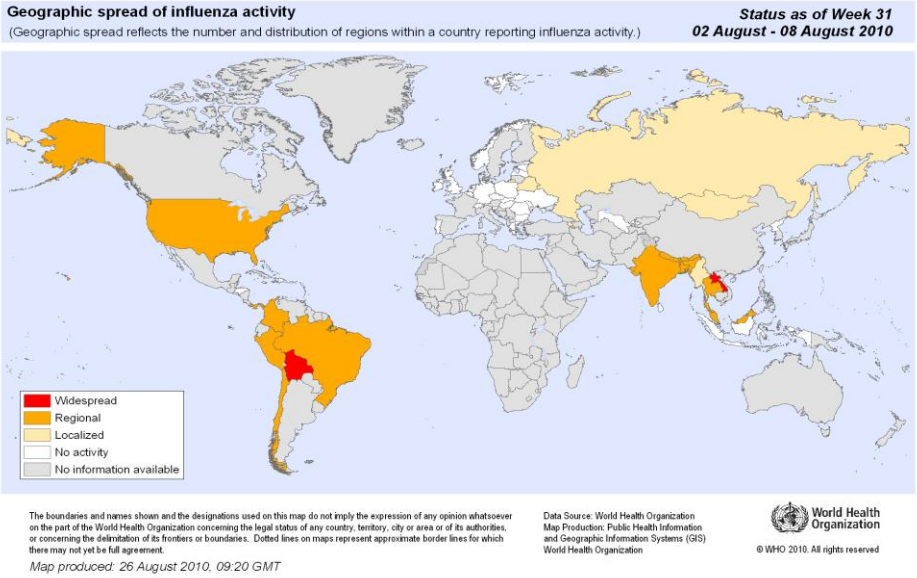


Asimismo, al analizar el indicador cualitativo de dispersión geográfica, que se refiere al número y la distribución de los sitios que notifican actividad de la influenza y que contempla en su clasificación:

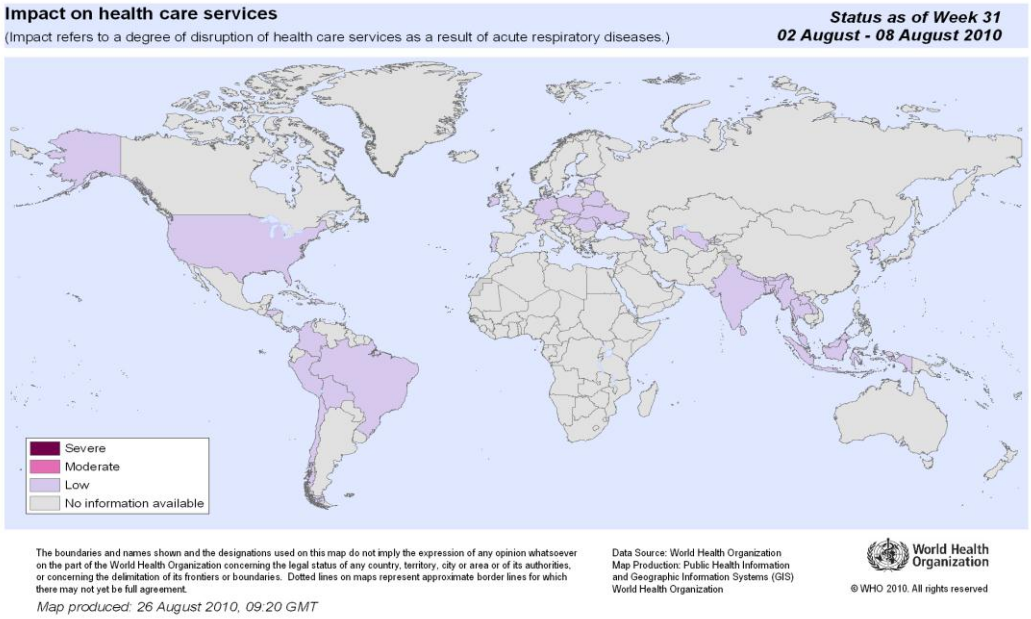
- Sin actividad (no hay caso(s) confirmado(s) por laboratorio de influenza, ni evidencias de actividad mayor o inusual de la enfermedad respiratoria),
- Localizada (limitada a una sola unidad administrativa del país (o sitio notificador),
- Regional (aparición en múltiples unidades administrativas del país (o sitios notificantes) pero <50%),
- Generalizada (ocurre en ≥50% de las unidades administrativas del país o sitios notificantes),
- Sin información disponible (no hay información disponible correspondiente al período de la semana anterior).

Colombia se encuentra con una dispersión geográfica regional dado que en varias entidades territoriales, se ha evidenciado actividad de influenza. (Ver mapa 1). Sin embargo es de resaltar la importancia que todas las Unidades Primarias Generadoras de Datos, y en especial los Centros Centinelas de Infección Respiratoria Aguda, cumplan con los estándares de oportunidad y captación de casos, definidos por el Sivigila, para garantizar un seguimiento más confiable frente a este indicador.
(Ver mapa 3)

Mapa 3. Dispersión Geográfica Mundial de actividad de influenza a semana 31



Mapa 4. Impacto Mundial en los servicios de salud en influenza a semana 31



Finalmente, con el indicador de Intensidad (ver mapa 5) que es un estimado de la proporción de población con enfermedad respiratoria aguda, que cubre el espectro desde enfermedad tipo influenza (ETI) hasta neumonía y es:

- Baja o moderada (una proporción normal o levemente aumentada de la población está actualmente afectada por enfermedad respiratoria),
- Elevada (una gran proporción de la población está actualmente afectada por la enfermedad respiratoria),
- Muy elevada (una proporción muy elevada de la población está actualmente afectada por la enfermedad respiratoria) y
-Sin información disponible.

Así como al analizar el indicador de Impacto, que se refiere al grado de disrupción en los servicios de salud como consecuencia de la enfermedad respiratoria aguda y va de:

- Bajo (la demanda de atención sanitaria no es superior a los niveles normales),
- Moderado (la demanda de atención sanitaria está por encima del nivel de demanda usual pero aún por debajo de la capacidad máxima de dichos servicios),
- Grave (la demanda de atención sanitaria excede la capacidad de esos servicios) y
- Sin información disponible

Situación Nacional

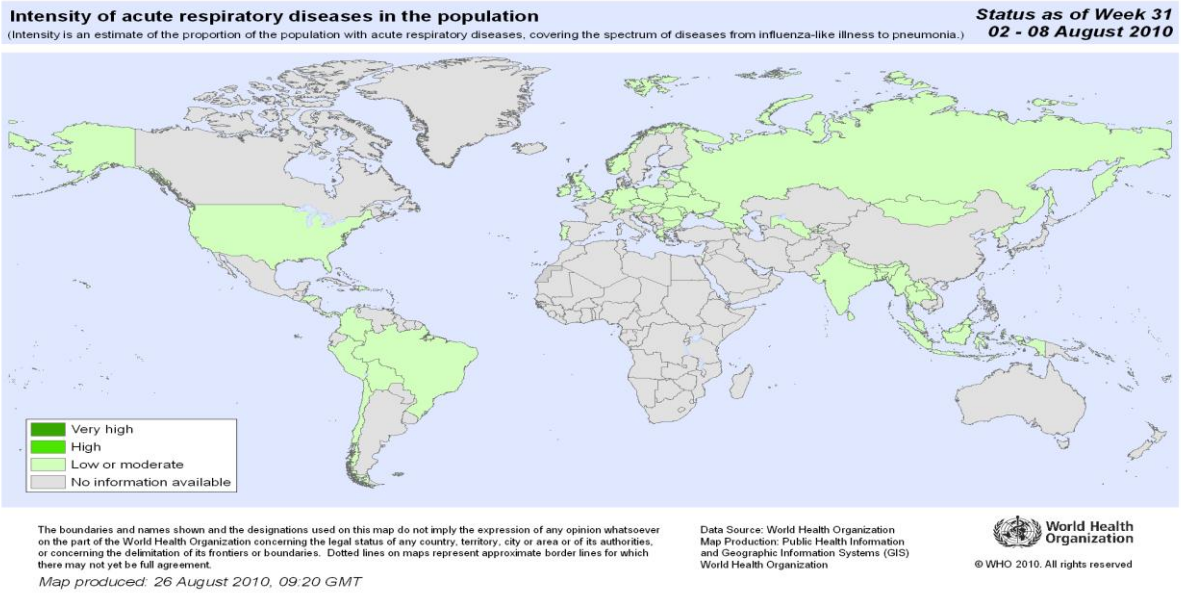
Durante el 2009, con el aumento de casos y frente al desconocimiento de un evento de comportamiento incierto, se logró consolidar la notificación con mayor oportunidad e integralidad frente a infección respiratoria

aguda. Sin embargo en el 2010, con el descenso en los casos y con la desensibilización a una adecuada notificación, han surgido limitantes para el monitoreo semanal de la intensidad y el impacto en los servicios de salud.

Desde el nivel local y el nivel departamental se ha evidenciado una baja adherencia a las definiciones de caso contempladas en los protocolos de notificación y en las circulares emitidas por el nivel nacional así como un debilitamiento de la percepción de riesgo del evento. Aún cuando el sistema de vigilancia se encuentra en fortalecimiento, es importante continuar el monitoreo de la infección respiratoria aguda, y comenzar la correcta utilización del aplicativo Web el cual permite consolidar una información completa, así como hacer un seguimiento más especifico frente a los casos fatales.

Dentro de las estrategias de refuerzo de la vigilancia de este evento se han desarrollado acciones a nivel departamental, que contemplan el fortalecimiento de las Unidades Primarias Generadoras de Datos Centinela para ESI – IRAG, así como la concertación y seguimiento de planes de mejoramiento frente a las situaciones evidenciadas en la notificación de cada una de las direcciones territoriales de la mano con los lineamientos post pandemia.

Mapa 5. Intensidad de la infección respiratoria aguda en la población mundial a semana 31



INFORME EPIDEMIOLOGICO

Número	Año	Periodo Informado	Día	Mes	Año	Al	Día	Mes	Año	Semanas Epidemiológicas		
8	2010		01	01	2010		01	09	2010	1	a	35

El presente informe epidemiológico se realizó gracias a la valiosa colaboración y suministro de información del Grupo Apoyo Antipandemia del INS, el grupo ASIS del INS y equipo del Centro Nacional de Enlace.

Cualquier sugerencia o comentario a este informe lo puede realizar a los equipos del:

Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública, Grupo de Vigilancia en Salud Pública o del Instituto Nacional de Salud.

Víctor Hugo Álvarez Castaño : valvarez@minproteccionsocial.gov.co
Centro Nacional de Enlace :cne@minproteccionsocial.gov.co
GVSP : vigilanciasp@minproteccionsocial.gov.co

COMUNICACIÓN CON EL CENTRO NACIONAL DE ENLACE		
Las 24 horas		**En horario de oficina**
Víctor Hugo Álvarez:	350 556 21 02 350 554 54 23	**Grupo de Vigilancia en Salud Pública** Conmutador: 330 5000 Ext. 1440 a 1446.
Jorge Eliecer González Díaz	350 556 21 22	
Estación Fija - MPS	350 412 02 43	
Correos electrónicos genéricos:		
vigilanciasp@minproteccionsocial.gov.co		
cne@minproteccionsocial.gov.co		
vigilanciasp@gmail.com		