



Figura 3. Tendencia de la resistencia antimicrobiana de *Pseudomonas aeruginosa* de origen hospitalario, años 2002-2007

Conclusiones

- Los años de vigilancia de la resistencia antimicrobiana de bacterias de origen hospitalario a cargo del Laboratorio de IRA e IIH del INS, nos permite mostrar que es un problema de gran importancia para el país.
- En el periodo de estudio no se observó cambios significativos en los porcentajes de resistencia antimicrobiana en las bacterias vigiladas.
- Uno de los principales problemas de resistencia que se ha detectado en estos años de vigilancia es la resistencia de la *Pseudomonas aeruginosa* a los carbapenemos y la elevada resistencia a antibióticos betalactámicos en *Klebsiella pneumoniae*.

Es importante resaltar que los grados de resistencia pueden variar mucho de un hospital a otro y de una región a otra. Aunque las realidades son diferentes, con estos datos se puede comparar los diferentes antimicrobianos y entender la emergencia de la resistencia antimicrobiana en estos últimos años, por ello es necesario continuar con la red nacional de vigilancia de la resistencia antimicrobiana, para orientar el uso adecuado de antimicrobianos y disminuir la resistencia. Esperamos que los resultados de esta vigilancia puedan contribuir en las pautas de tratamiento y ayuden a modificar conductas de riesgo que contribuyen

a la inducción de resistencia en el ambiente hospitalario.

CUADRO CLÍNICO DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA A H1N1

La influenza es una enfermedad altamente transmisible y de distribución mundial, se contagia de persona a persona mediante aerosoles de saliva que se generan al toser o estornudar y son inhalados por terceras personas hacia su tracto respiratorio superior. Las epidemias más importantes descritas en el siglo pasado y que alcanzaron características de pandemias fueron la influenza española en el año 1918 (H1N1), influenza asiática en 1957 (H2N2) y la influenza Hong Kong en 1967 (H3N2). La pandemia del año 1918 fue la que registró un mayor número de muertos (1,2). El virus FLU A tiene la capacidad de variar genéticamente determinando la aparición de nuevas cepas circulantes que, al afectar a una gran población de susceptibles, generan epidemias de intensidad y gravedad variable (3).

Los virus de la influenza de tipo A y B son importantes agentes patógenos respiratorios, pero son los virus de tipo A los causantes de epidemias extensas, con alta mortalidad. La influenza tiene una distribución mundial, con una tasa de ataque anual calculada entre 5 y 10% en adultos, y 20 y 30% en niños (4).

Los síntomas y signos de compromiso del tracto respiratorio superior e inferior se acompañan de manifestaciones sistémicas como fiebre, cefalea, mialgias y decaimiento. Es una enfermedad autolimitada, debilitante y se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad en poblaciones con alto riesgo (5). El espectro clínico es variado, clásicamente se presenta con fiebre elevada que dura en promedio dos a tres días, pero ocasionalmente, puede mantenerse hasta siete días. Se asocia a cefalea de predominio frontal u holocránea,

mialgias, artralgias, oculalgia y fotofobia. Son frecuentes la odinofagia y la tos, síntomas que puede durar por más de una semana (6).

La Organización Mundial de la Salud –OMS– ha declarado la alerta de pandemia producida por la influenza A H1N1 debido a que se ha diseminado en forma veloz a nivel mundial. Los casos de influenza A H1N1 que se han reportado corresponden a niños, adultos y gestantes.

El Instituto Nacional de Salud realiza las pruebas RT-PCR-TR para el diagnóstico confirmatorio de la influenza A H1N1, dicha información es registrada y sistematizada a través del NETLAB en cuya ficha se consigna la información clínica de la enfermedad.

Objetivo

Describir la sintomatología de los casos confirmados de la influenza AH1N1.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo en donde se incluyó a todos los casos confirmados por RT-PCR-TR positivo para influenza A H1N1, con información clínica llenada en el sistema NETLAB durante el periodo de mayo hasta 5 de agosto de 2009.

Resultados

De un total de 3184 casos confirmados, 52,6% corresponden al sexo femenino (1674/3184) y 47,4% al sexo masculino (1510/3184). 44,9% tuvieron contacto con sintomáticos (1171/2610), 34,2% tratamiento con antibióticos (941/2749), 17,9% tuvo tratamiento con antivirales (423/2362) y 24,1% fue hospitalizado (622/1955).

Tabla 1. Distribución de los casos confirmados con influenza A H1N1 por grupo etario y según sexo.

Grupo de edad	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
0-4	157	184	341	10,7
5-14	523	571	1094	34,4
15-44	781	593	1374	43,2
45-64	164	130	294	9,2
65 a más	40	26	66	2,1
Sin dato	9	6	15	0,5
Total	1674	1510	3184	100

Fuente: NETLAB

Del total de casos incluidos, 82,7% presentó fiebre (2615/3163), 67,6% tos (2024/2994), 55,1% dolor faríngeo (1565/2842), 53,7% rinorrea (1429/2661), 52,8% malestar general (1281/2425) entre otros síntomas y signos.

Tabla 2. Distribución de la sintomatología de los casos confirmados con A H1N1.

Síntomas y signos	Influenza A H1N1 (n=3184)	%
Fiebre	2615/3163	82,7
Tos	2024/2994	67,6
Dolor faríngeo	1565/2842	55,1
Rinorrea	1429/2661	53,7
Malestar general	1281/2425	52,8
Cefalea	1048/2430	43,1
Congestión faríngea	883/2322	38,0
Mialgias	828/2390	34,6
Expectoración	817/2515	32,5
Astenia	756/2369	31,9
Congestión conjuntivas	620/2363	26,2
Dolor abdominal	513/2377	21,6
Vómitos	419/2290	18,3
Diarrea	336/2337	14,4
Fotofobia	269/2274	11,8
Otalgia	243/2264	10,7
Sibilancias	244/2348	10,4

Conclusiones

Los síntomas más frecuentes de la influenza A H1N1 son la fiebre, tos, dolor faríngeo, rinorrea y malestar general.

Referencias bibliográficas

1. Oxford J S, Sefton A, Jackson R, Innes W, Daniels R S, Johnson N P A S. World War I may have allowed the emergence of "Spanish" Influenza. *Lancet Infect Dis* 2002; 2: 111-14.
2. Sarubbi F. Influenza. A historical perspective. *South Med J* 2003; 96: 735-36.
3. Hien T, Liem N, Dung N, San L, Mai P, Chau N et al. Avian influenza A (H5N1) in 10 patients in Vietnam. *N Engl J Med* 2004; 350:1179-88.
4. Moreno J, De la Hoz F, Rico A, Cotes K, Porras A. Efectividad de la vacuna contra influenza metanálisis de literatura. *Biomédica* 2009;29:87-97.
5. Olshaker J. Influenza. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21: 353-61.
6. Jofré ML., Perret PC, Dabanch PJ, Abarca VK, Olivares CR, Luchsinger FV, Aguilera SX, Sotomayor PV, Olea NA. Influenza: reemergencia de una antigua enfermedad y el potencial riesgo de una nueva pandemia. *Rev Chil Infect* 2005; 22 (1): 75-88.

LA INFLUENZA Y EL EMBARAZO

Mg. Carolina Tarqui-Mamani¹

La influenza es una enfermedad altamente transmisible y de distribución mundial transmitida de persona a persona mediante aerosoles de saliva que se generan al toser o estornudar y son inhalados por terceras personas hacia su tracto respiratorio superior

y también por contacto con secreciones que contienen el virus.

La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha declarado la alerta de pandemia producida por la influenza A H1N1 debido a que se ha diseminado en forma veloz a nivel mundial. Los casos de influenza A H1N1 que se han reportado corresponden a niños, adultos y gestantes. En embarazadas, la influenza ha sido reconocida como factor de riesgo de morbilidad respiratoria y extrarrespiratoria.

Hasta el 12 de agosto de 2009, se ha notificado más de 200 000 casos confirmados de influenza A H1N1 y más de 1600 fallecidos. En el Perú se han registrado aproximadamente 6000 casos confirmados y medio centenar de defunciones por influenza A (H1N1), con una letalidad de 0,71 %. Los casos están distribuidos a nivel nacional, siendo el mayor número reportados en Lima y Arequipa. Se encontró que 38% de las enfermedades eran asociadas con comorbilidades entre de los fallecidos (11/29); entre ellas, la hipertensión, diabetes, obesidad y el síndrome de Down; el 6,9 % de los fallecidos corresponde a pacientes que padecían de enfermedad pulmonar crónica (dos casos), cardiopatía (dos casos) y gestantes (cuatro casos). La mayor mortalidad se ha registrado en el departamento de Lima (1).

En embarazadas, la influenza ha sido reconocida como factor de riesgo de morbilidad respiratoria y extra-respiratoria (2,3). Durante las pandemias de 1918-19 se produjeron aproximadamente 20 a 40 millones de muertes en todo el mundo (4), con menor magnitud la pandemia de 1957-58 pero que también afectó a nivel mundial a una proporción considerable de la población. Entre la población afectada se encontraron gestantes (5,6,7) en quienes se observó mayor mortalidad por complicaciones respiratorias.

Existen reportes que describen una mayor frecuencia de mortalidad y morbilidad en

¹ Oficina General de Información y Sistemas OGIS/INS.