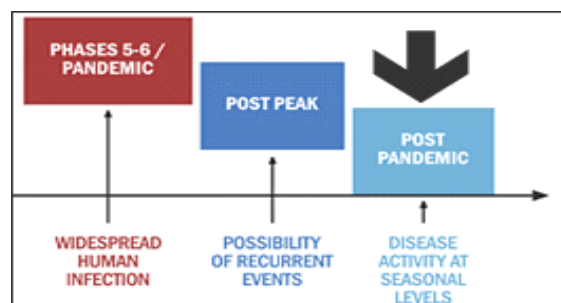


## Informe de Influenza Semana 1 a 52 de 2010

El martes 10 de agosto, la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, declaró que el mundo ya no estaba en fase 6 de alerta pandémica y que se pasaba al período post-pandémico. Señaló también, que se espera que el virus de la influenza A(H1N1) 2009 se comporte, de ahora en adelante, como un virus estacional, que continuará circulando en los próximos años. En el período postpandémico se seguirán observando brotes localizados de distinta magnitud.



WHO

En Chile, se observó un aumento de las consultas respiratorias a partir de la semana 31, con una co-circulación de influenza A (H1N1) 2009 y H3N2; esta última, triplicando a la influenza pandémica. Asimismo, la influenza B comenzó a aumentar la semana 31, con una tendencia actual al descenso sostenido.

### Síntesis situación 2010

La tasa acumulada de casos de ETI el año 2010 fue inferior a la del año 2009 (693 por 10<sup>5</sup> habitantes y 1.050 por 10<sup>5</sup> habitantes respectivamente). A diferencia del año anterior, el máximo se alcanzó la semana 37 (fines de septiembre), mientras que en 2009, el máximo fue en la semana 28. Un hecho similar se registró el 2002, donde el brote estacional se presentó en forma tardía, con un máximo en la semana 33, cuando circuló principalmente Influenza A(H1) e Influenza B, igual situación que el año 2010. En los centros centinela de influenza la positividad fue de 19,7% para influenza, con un máximo la SE 35 (41%).

El porcentaje de consultas por causas respiratorias en los servicios de urgencia alcanzó un máximo la semana 36 con un 43% de las consultas totales, debidas principalmente, a consultas por IRA alta e influenza. Desde la semana 37 se observa una disminución, llegando la semana 52<sup>1</sup> a un 18%. En relación a las hospitalizaciones por causas respiratorias se observó un máximo la semana 28 (29%) asociada al aumento de Virus Respiratorio Sincial (VRS) y posteriormente un nuevo incremento en la semana 37 (31%), que coincide con el aumento de Influenza.

Durante el año 2010 (SE 52) se confirmaron 310 casos de IRA grave por influenza H1N1 (2009) con una tasa de 1,8 por cien mil habitantes. Se observó un aumento en el número de casos desde la semana 26, llegando a un máximo en la semana 35. Además, en la semana 31 se observó un aumento de casos IRA grave por influenza A (H3N2), superando en la semana 33 el número de casos confirmados en relación a Influenza H1N1 (2009), alcanzando el máximo las semanas 35 y 36. Durante el año 2010 se confirmó un total de 868 casos de influenza A (H3N2). Se confirmaron 55 casos de IRA grave por influenza B. En el 57,3% de los casos de IRA Grave, existió el antecedente de enfermedad de base

Respecto a los fallecidos, se registraron 81 defunciones asociadas a influenza: 21 por Influenza H1N1 (2009); 57 asociadas a influenza A (H3N2) y 3 defunciones asociadas a influenza B.

El 29,4% de las muestras analizadas resultó positiva a algún virus: 51% VRS, 22% influenza A (H3N2), 11,7% parainfluenza; 3,4% influenza B e influenza A(H1N1) 2009, sólo representa un 4%.

<sup>1</sup> Información disponible al 5/1/2011



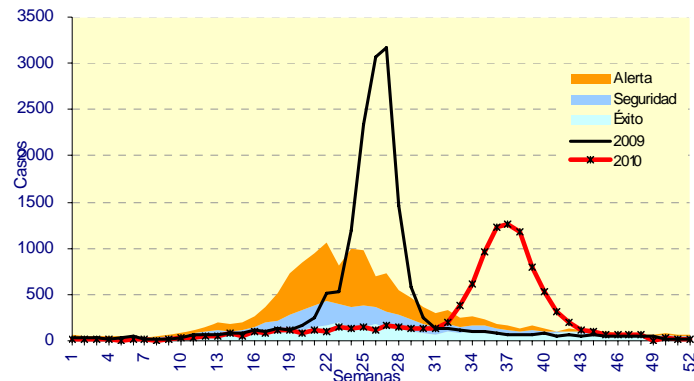
## 1.- Tendencia e intensidad de la actividad de enfermedad respiratoria: Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en centros centinelas ambulatorios.

Desde la semana epidemiológica 32 (que termina el 14 de agosto), se observa un incremento de casos de ETI, llegando a un máximo en la semana 37 (tercera semana de septiembre): 80 casos por 100.000 habitantes con intensidad elevada. La tasa a la semana 52 es de 1,1 por 100.000 habitantes, cifra esperada para esta época del año. La tasa acumulada a nivel nacional fue de 693 por 100.000 habitantes, inferior en un 34,4%, respecto a la tasa acumulada de 2009 (1.050 por 100.000 habitantes).

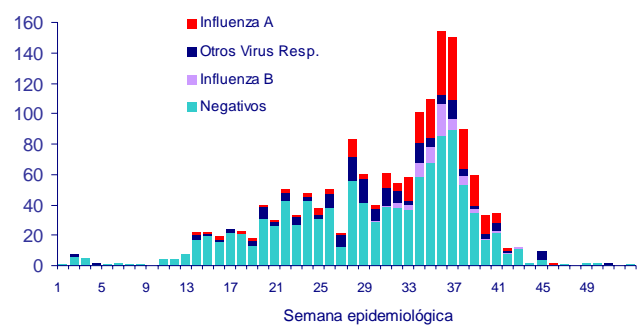
Durante el 2010, en los centros centinela ambulatorios se tomaron muestras a 1.607 casos de ETI notificados, confirmándose 268 casos de influenza A y 22 de Influenza B (19,7% positividad para influenza). El máximo de positividad a influenza se observó la semana 35 (41%).

El aumento estacional observado el 2010 se desplazó a los meses de agosto-septiembre. Una situación similar se registró el 2002, donde el brote estacional se presentó en forma tardía, con un máximo en la semana 33, cuando circuló principalmente Influenza A(H1) e Influenza B.

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza según semana epidemiológica 2003-2008. Chile, 2010 (semana 52)



Vigilancia Centinela Influenza: Casos de ETI confirmado por IF Chile 2010 (semanas 1-52)



Fuente: EPIDEMIOLOGÍA -MINSAL , ISP

## 2.- Monitoreo de Atenciones por Causas Respiratorias en Servicios de Urgencia Hospitalaria

Según la información proporcionada por el DEIS – MINSAL, el **porcentaje de consultas por causas respiratorias** en los servicios de urgencia alcanzó un máximo en la semana 36 con un 43% de las consultas totales, debidas principalmente, a consultas por IRA alta e influenza. Desde la semana 37 se observa una disminución, llegando la semana 52<sup>2</sup> a un 18%.

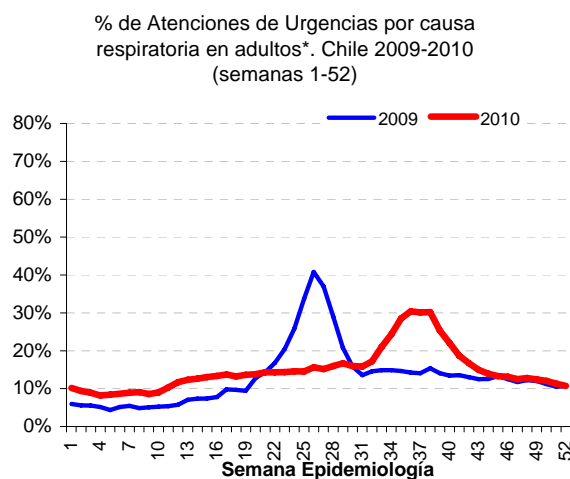
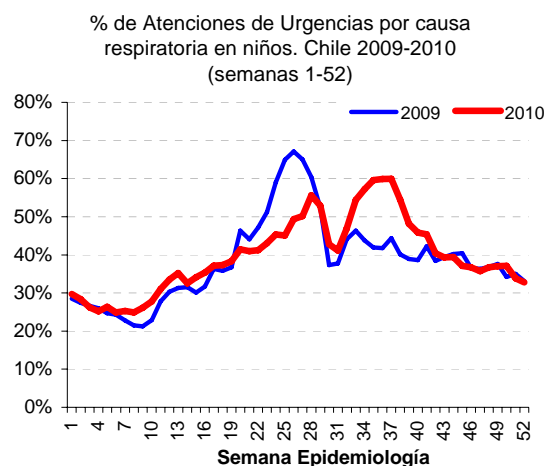
En relación a las hospitalizaciones por causas respiratorias se observó un aumento con un máximo en la semana 28 (28,8%) asociada al aumento de Virus Respiratorio Sincial (VRS) y posteriormente un nuevo incremento en la semana 37 (30,7%), que coincide con el aumento de Influenza.

En los menores de 15 años, el máximo se alcanzó en la semana 37, con un 59,9% del total de consultas, sin embargo, en la semana 28 alcanzó 55,6% asociado a detección de VRS. En adultos, el valor máximo de las

<sup>2</sup> Información disponible al 5/1/2011



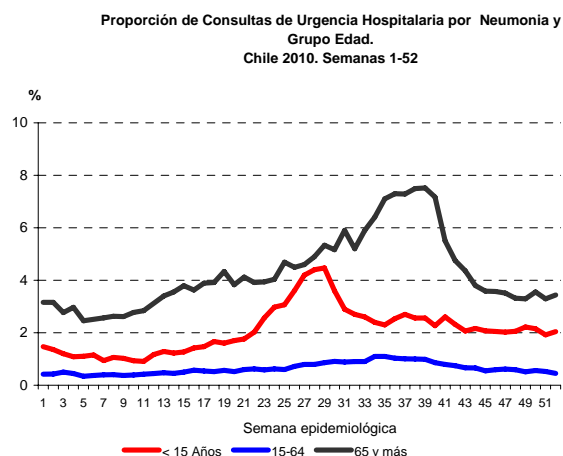
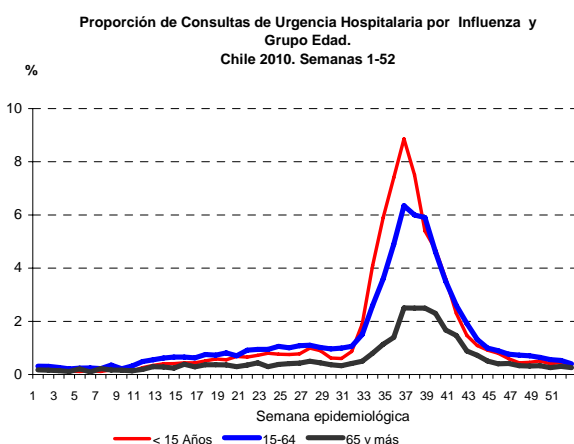
consultas por causas respiratoria llegó sólo a un 30%, en la semana 38. En ambos casos, es inferior al máximo observado en el 2009.



Según diagnóstico específico, en las **atenciones por influenza** el máximo se observó en la semana 36, con un 7% del total de consultas. En los menores de 15 años, correspondió a un 9% en relación a los otros grupos de edad.

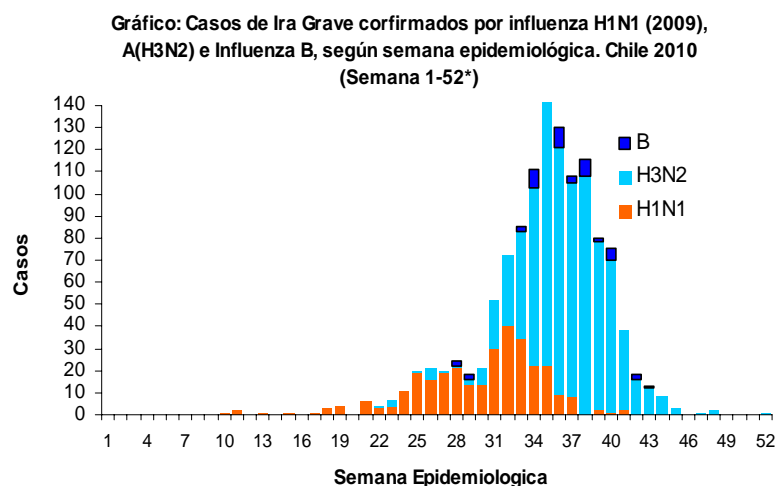
Posteriormente, disminuye en todas las edades llegando la semana 52, a 0,4% del total de consultas de urgencia.

En relación a las **consultas por neumonia**, presentaron un incremento a partir de la semana 21, con un máximo discreto en la semana 28 (2,8%). En los menores de 15 años, el máximo se observó la semana 28, con un 4,5% del total de consultas, lo que coincide con la mayor circulación de Virus Respiratorio Sincial. Posteriormente se observa un aumento sostenido en el grupo de 65 y más años, que llega a un máximo en la semana 39 (8%).



### 3.- Casos de IRA Grave confirmados

Durante el año 2010 (SE 52) se confirmaron 310 casos de IRA grave por influenza H1N1 (2009) en Chile (1,8 por cien mil habitantes). Se observó un aumento en el número de casos desde la semana 26, llegando a un máximo en la semana 35. La tasa más alta se presentó en la Región de Los Ríos (24 por cien mil), seguida de la Región de Aysén (6,7 por cien mil). En las Regiones de Tarapacá y Magallanes no se confirmaron casos de IRA grave por virus H1N1 (2009). Las mujeres presentaron igual tasa que los hombres (1,8 por cien mil habitantes). El mayor riesgo por edad lo presentan los menores de un año, seguido del grupo entre 1 a 4 años.



Además, en la semana 31 se observó un aumento de casos IRA grave por influenza A (H3N2), superando en la semana 33 el número de casos confirmados en relación a Influenza H1N1 (2009), alcanzando el máximo las semanas 35 y 36. Durante el año 2010 se confirmó un total de 868 casos de influenza A (H3N2) y la tasa más alta correspondió a la Región de Los Ríos (25,1 por cien mil habitantes) y Región Metropolitana (tasa 18,6 por cien mil). La tasa por edad muestra mayor riesgo en edades extremas: menores de 1 año y mayores de 60 años. Se confirmaron 55 casos de IRA grave por influenza B. Del total de IRAG, en el 57,3% de los casos existió el antecedente de enfermedad de base.

### 4.- Casos fallecidos.

A la semana 52 de 2010, se registraron 81 defunciones asociadas a influenza: 21 por Influenza H1N1 (2009); 57 asociadas a influenza A (H3N2) y 3 defunciones asociadas a influenza B.

El 65,4% de los casos fallecidos por influenza correspondió a mayores de 60 años, y se observó mayor cantidad de casos asociados a Influenza A (H3N2). El 83,8% de los casos fallecidos presentaban alguna enfermedad de base.

**Distribución de casos de IRA Grave H1N1 (2009), Influenza A(H3N2) e Influenza B según grupos de edad. Chile, semanas 1- 52 de 2010**

| Grupo de edad                                   | < 1 años | 1 - 4 años | 5 - 14 años | 15 - 29 años | 30 - 59 años | 60 y más años |
|---|----------|------------|-------------|--------------|--------------|---------------|
| <b>Nº de casos H1N1(2009)</b>                   | 41       | 42         | 25          | 34           | 122          | 46            |
| <b>Tasa por grupo de edad por 100.000 hbtes</b> | 16,3     | 4,2        | 1,0         | 0,8          | 1,8          | 2,0           |
| <b>Nº de casos Influenza A(H3N2)</b>            | 143      | 148        | 63          | 36           | 118          | 360           |
| <b>Tasa por grupo de edad por 100.000 hbtes</b> | 56,7     | 14,9       | 2,5         | 0,8          | 1,7          | 14,7          |
| <b>Nº de casos Influenza B</b>                  | 8        | 14         | 12          | 6            | 6            | 9             |
| <b>Tasa por grupo de edad por 100.000 hbtes</b> | 3,2      | 1,4        | 0,5         | 0,1          | 0,1          | 0,4           |

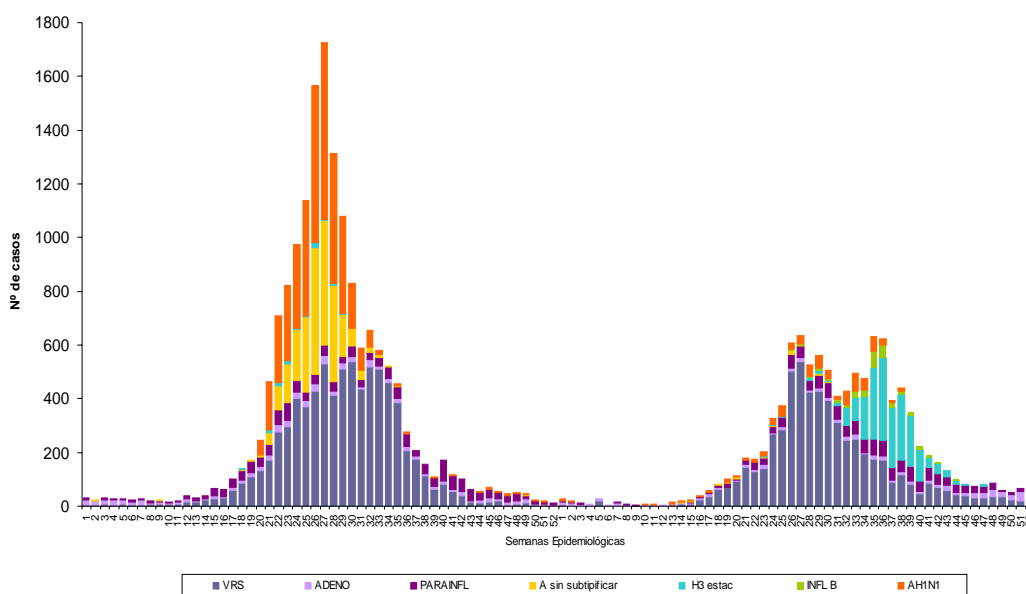


## 5.- Circulación viral

El año 2009, se procesó en la red de vigilancia un total de 51.408 muestras, de las cuales, el 34% tuvo un resultado positivo a algún virus respiratorio y de esas positivas, el 23% correspondió a influenza pandémica. El año 2010, el 7,4% de las muestras positivas han sido influenza A (H1N1) 2009 y el 12% influenza A H3N2.

El año 2010 (a SE 52), se procesaron 34.431 muestras, de las cuales, el 29,4% resultó positiva a algún virus respiratorio. El 51% correspondió a VRS, 22% influenza A (H3N2), 11,7% parainfluenza. La influenza A(H1N1) 2009, sólo representa un 4% y la influenza B, un 3,4%.

Distribución virus respiratorios por semana epidemiológica, vigilancia ISP.  
Chile, sem 1 a 52 de 2009 y 1 a 52 de 2010.



De acuerdo a grupos de edad, los más afectados por el VRS fueron los menores de 1 año, lo mismo que con el adenovirus. El virus influenza A H3N2 afectó especialmente al menor de 1 año, de 1 a 4 y de 65 y más, comportamiento similar a la influenza B. El virus de la influenza A H1N1 mostró un gradiente descendente por grupos de edad, afectando más a los menores de 1 año (tasa de 16 por cien mil hbte).

Tasa de circulación viral por grupos de edad. Chile, 2010.

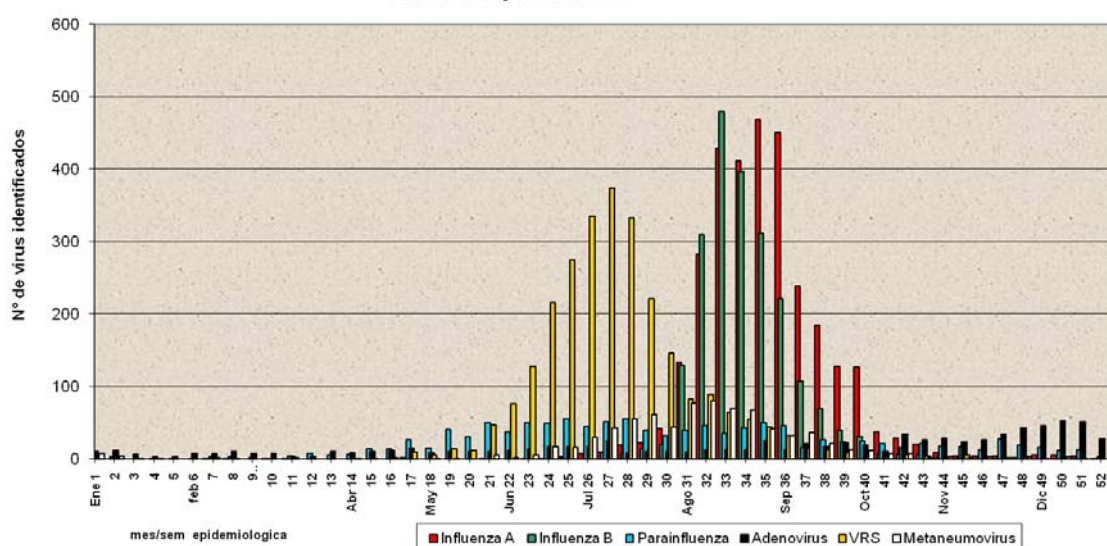
|                      | Menor 1 año | _01_04 años | _05_14 años | _15_54 años | _55_64 años | _65_y mas |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|
| <b>VRS</b>           | 1401,5      | 149,0       | 4,4         | 0,3         | 1,1         | 1,6       |
| <b>H3N2</b>          | 44,5        | 19,4        | 3,2         | 1,2         | 3,3         | 13,0      |
| <b>H1N1</b>          | 16,0        | 5,8         | 2,3         | 2,0         | 1,9         | 1,3       |
| <b>B</b>             | 17,6        | 6,5         | 4,7         | 0,6         | 0,5         | 2,9       |
| <b>Parainfluenza</b> | 279,6       | 37,0        | 2,7         | 0,2         | 0,5         | 1,4       |
| <b>Adenovirus</b>    | 90,5        | 25,9        | 2,1         | 0,0         | 0,1         | 0,1       |



La información reportada por la Red de Vigilancia Metropolitana de la Universidad Católica de Chile, de la Universidad del Desarrollo e Integramédica<sup>3</sup>, muestra que en la SE 52, el virus que prevalece es el adenovirus.

**Identificación Virus Respiratorios en Adultos y Niños, ambulatorios y hospitalizados Santiago, 2010 \*Red de Vigilancia Metropolitana**

\* Pontificia U. Católica de Chile, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Integramédica, Hospital Padre Hurtado y Consultorio N°5



### Entrega de antivirales

Hasta la semana 52 se ha entregado un total de 47.270 tratamientos antivirales<sup>4</sup>: 27.254 tratamientos Oseltamivir en cápsulas, 19.048 Oseltamivir jarabe y 968 tratamientos de Zanamivir.

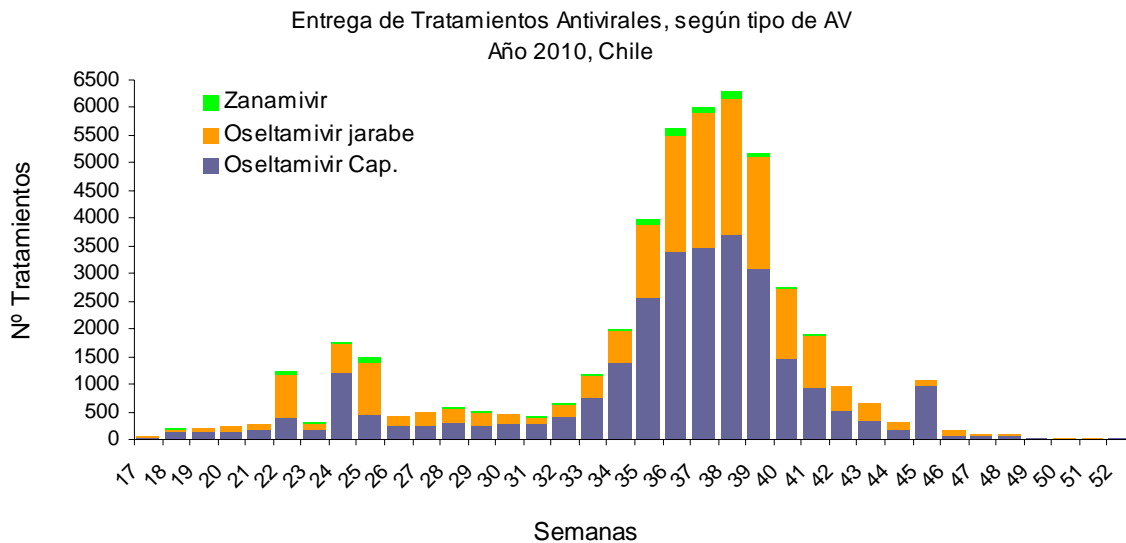
Del total de tratamientos administrados, el 33% se ha entregado a menores de 5 años y el 30,2%, a personas de 15 a 49 años. El 82,7% (39.074) de los tratamientos se entregó en establecimientos del sector público.

En la SE 32 se incrementó la entrega de tratamientos antivirales, tanto en el sector público como en el privado, registrándose en la SE 38 el máximo de entrega de AV (6.303 tratamientos).

<sup>3</sup> [http://virus.med.puc.cl/virus\\_respiratorios/bienvenida.html](http://virus.med.puc.cl/virus_respiratorios/bienvenida.html)

<sup>4</sup> Según la norma clínica vigente ([www.pandemia.cl](http://www.pandemia.cl)), el tratamiento antiviral es gratuito para las personas que cumplan con el cuadro clínico de Influenza y presenten condiciones de riesgo para enfermedad respiratoria.





## 6.- Situación Internacional

El último informe disponible en la web de la OMS, corresponde a la actualización del día 04 de enero 2011. En América del Norte (Canadá y Estados Unidos), la actividad gripal se mantuvo baja; en Canadá, predominó la influenza A/H3, mientras que en Estados Unidos, ha habido co-circulación de la influenza A y B. En México, en la SE 49, de todas las muestras analizadas, el porcentaje de muestras positivas para la influenza fue de 38%. Desde la SE 30 ha predominado la Influenza A/H3.

La actividad gripal en América Central y América del Sur continuó siendo baja. En la Región de las Américas hay co-circulación de virus de Influenza B y A/H3.

En Estados Unidos en la SE 51, la proporción de consultas por síndromes gripales superó la línea basal. La proporción de muertes atribuidas a neumonía e influenza se encontraba en el umbral epidémico y esta semana se reportó una muerte pediátrica asociada a gripe A/H3. Durante la SE 51, el 21% de las muestras analizadas fueron positivas para la influenza: influenza A (40,2%); influenza B (30,5%) y A/H3 la influenza (27,1%).

En Cuba, el VRS sigue predominando entre la SE 47-50. Entre los virus de la influenza, la gripe A/H3 fue el virus predominante. En República Dominicana, en la SE 50, de todas las muestras analizadas, el porcentaje de muestras positivas para el virus de la gripe fue de 11%. Esta semana se detectaron VRS y adenovirus. En Costa Rica, a partir de la SE 42-51, el virus de la gripe predominante que circula es influenza tipo B. Un pequeño número de adenovirus y VRS siguió siendo detectado. En Honduras, en la SE 51, muy pocas muestras dieron positivo para virus respiratorios. En Bolivia, el virus de la gripe circulante, predominante fue A/H3, especialmente en la parte oriental del país. En Paraguay, en la SE 51, el único virus respiratorio detectado fue A/H3, que ha predominado desde SE 41. La proporción de muestras positivas para la influenza mostró una tendencia ascendente desde la SE 42.

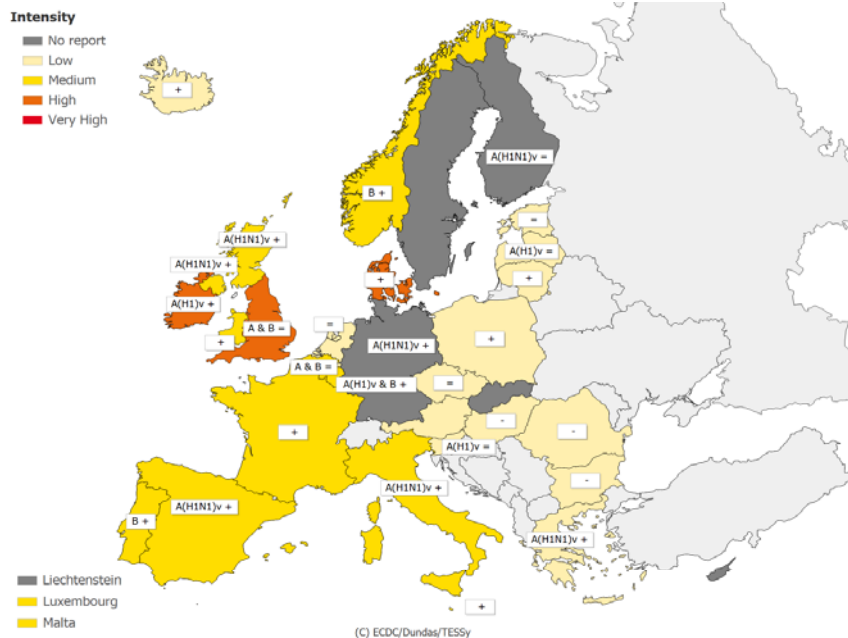
De acuerdo al informe de la Vigilancia Epidemiológica de Europa, en la semana 52/2010, 15 de los 25 países informaron una tendencia creciente de la actividad de influenza. El porcentaje de muestras centinelas que resultaron positivas para influenza en la SE 52, es de 46%, indicando un aumento en la intensidad. Al combinar muestras positivas de centinelas y no centinelas, el 73% fueron tipo A y 27% tipo B. El 98% de la influenza A fue A(H1N1)





2009. La semana 52, seis países informaron 56 IRAG, de las cuales, 22 fueron por virus A(H1N1) 2009. De las 613 IRAG reportadas desde la semana 40, 20 han fallecido.

Mapa de Intensidad Actividad Influenza SE 52



\* A type/subtype is reported as dominant when > 40 % of all samples are positive for the type/subtype.





### Recomendaciones de la OMS a las autoridades nacionales durante el periodo post-pandémico

#### Monitoreo de las enfermedades respiratorias

La OMS recomienda que durante el periodo post-pandémico la vigilancia comprenda lo siguiente:

- monitoreo de eventos inusuales tales como la aparición de conglomerados de morbilidad o mortalidad por enfermedades respiratorias graves;
- investigación de los casos, conglomerados o brotes graves o inusuales para acelerar la identificación de cambios importantes de la epidemiología o la gravedad de la gripe;
- mantenimiento de la vigilancia sistemática, en particular de las enfermedades de tipo gripal y los casos de infecciones respiratorias agudas graves;
- mantenimiento de la utilización de los canales de transmisión sistemática de datos tales como FluID, FluNet, y EUROFlu, para transmitir datos obtenidos en la vigilancia sistemática de las enfermedades respiratorias;
- notificación inmediata a la OMS (incluida, cuando proceda, la notificación en virtud del Reglamento Sanitario Internacional) si se detectan algunos de los cambios siguientes:
  - transmisión persistente de gripe H1N1 2009 resistente a los antivirales
  - casos humanos de infección por cualquier virus gripal que no circule actualmente entre las poblaciones humanas
  - todo cambio notable de la gravedad o de otra característica epidemiológica o clínica del virus H1N1 2009, en particular los cambios que afecten a la distribución por edades, las manifestaciones clínicas o la proporción de casos que exijan un tratamiento intensivo, o un aumento imprevisto del número de casos;
- monitoreo del virus H1N1 2009 para detectar cambios genéticos, antigénicos o funcionales importantes tales como los que determinan la sensibilidad a los fármacos antivirales.

#### Vacunación

La vacunación sigue siendo un arma importante para disminuir la morbilidad y mortalidad causadas por los virus gripales. La OMS recomienda decididamente la vacunación de las personas con alto riesgo en los países que disponen de vacunas antigripales.

El virus gripal H1N1, causante de la pandemia de 2009, sigue circulando en algunas partes del mundo y es responsable de brotes y de morbilidad en diversos grados. En algunos países, se dispone de vacunas trivalentes[1] contra la gripe estacional que incluyen el virus H1N1 (2009). En otros, sin embargo, no se dispone de vacuna contra la gripe estacional. La OMS opina que sigue siendo de interés para la salud pública el uso de vacunas monovalentes contra el H1N1 (donde se disponga de ellas) para inmunizar a las personas con riesgo de enfermar gravemente por causa de una infección gripal por H1N1, en especial donde no se dispone de vacuna trivalente contra la gripe estacional.

Las vacunas monovalentes contra la gripe por H1N1 se deberían utilizar según las directrices de las autoridades nacionales de reglamentación. La OMS seguirá solicitando consejo al Grupo de Expertos de Asesoramiento Estratégico (SAGE) según evolucione la situación.

#### Manejo clínico

Las personas que presuntamente hayan contraído la gripe deben recibir una atención clínica apropiada. A esos efectos, se encontrarán orientaciones en las directrices de la OMS para el manejo clínico, que se refieren tanto a la gripe estacional como a la pandémica. Se prevé que el virus H1N1 (2009) seguirá circulando durante algunos años en forma de virus estacional. Es probable que se registren casos graves entre las personas con alto riesgo, así como entre otras personas por lo demás en buen estado de salud. Sigue siendo importante que esos casos se detecten rápidamente y se traten de forma apropiada. Deben seguir aplicándose las directrices de la OMS para el uso de medicamentos antivirales, que se refieren a la gripe estacional y a la pandémica.

En los grupos de mayor riesgo de contraer una enfermedad grave por causa del virus pandémico H1N1 figuraban los niños pequeños, las mujeres embarazadas, y las personas con afecciones respiratorias u otras afecciones crónicas, en particular asma y diabetes. Los pacientes con gripe grave o cuyo estado clínico empieza a deteriorarse deberían ser tratados con oseltamivir lo antes posible. Los pacientes con riesgo elevado de sufrir una gripe grave o complicada deberían ser tratados con oseltamivir o zanamivir lo antes posible.

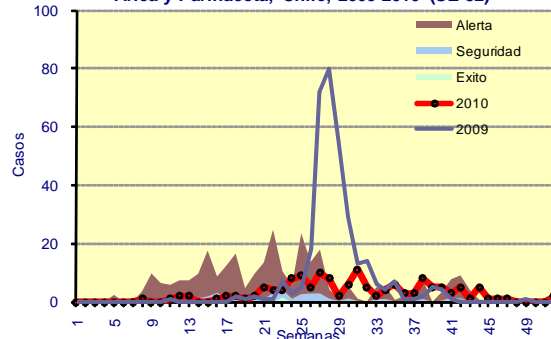


**Anexo 1: Canales endémicos de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) en Consultorios Centinela Chile, 2009 semanas 1- 52 de 2010.**

**Arica:** Desde la semana 24 se observa una tendencia al alza, con variaciones posteriores y un máximo en la semana 31 (14,5/100.000). Entre las SE 34 y 39 se han detectado casos de influenza A y nuevamente en la semana 39.

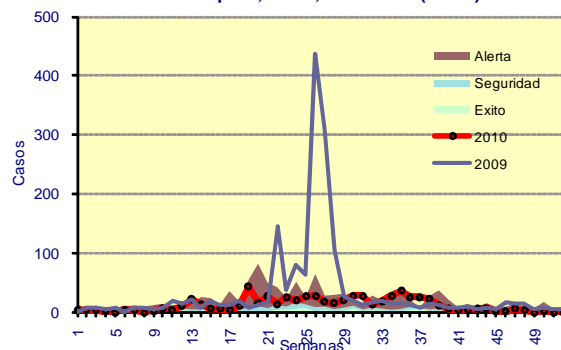
En el 2009, el máximo se alcanzó en la SE 28 (106/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Arica y Parinacota, Chile; 2009-2010 (SE 52)



**Tarapacá:** Desde la SE 19 se observa una discreta tendencia al aumento, con variaciones semanales. A partir de la SE 29 se observa un nuevo incremento que sobrepasa la zona de alerta, llegando a un máximo en la SE 35 (70,3/100.000). Desde la SE 31 se detectan casos de Influenza A, que se mantiene hasta la semana 40. En el 2009 la tasa máxima se alcanzó en la SE 26 (855/100.000 hab.)

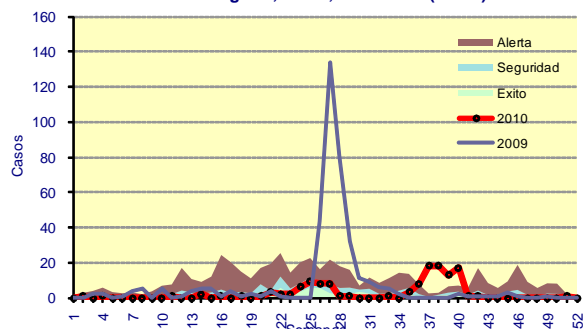
Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Tarapacá, Chile; 2009-2010 (SE 52)



**Antofagasta:** Desde la SE 24 se registra un discreto aumento, (tasa 8,6/100.000 habitantes la SE 27), que luego disminuye. A partir de la SE 36, se observa un nuevo incremento que sobrepasa la zona de alerta, alcanzando una tasa de 19,3/100.000 habitantes (SE 37 y 38), posteriormente disminuye.

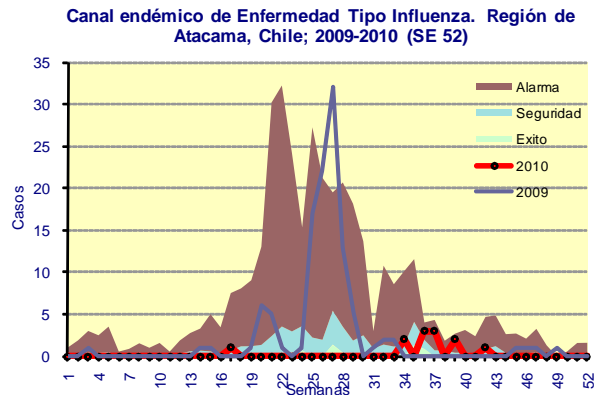
En el 2009, a tasa más alta se observó en la semana 27 (207/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Antofagasta, Chile; 2009-2010 (SE 52)



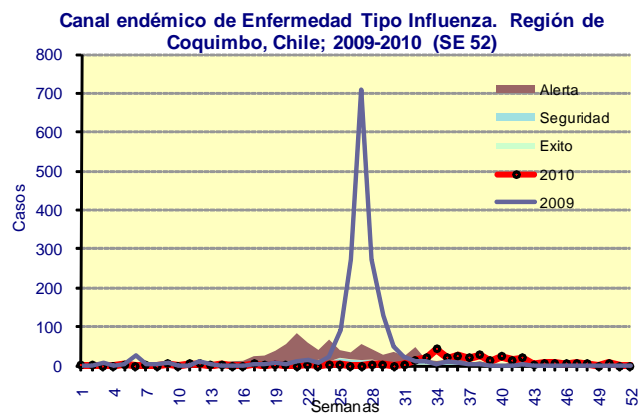
**Atacama:** Hasta la SE 35 se registraba solamente un caso aislado de ETI (semana 17). A partir de la SE 36 se detecta un aumento con una tasa de 12/100.000 habitantes, que disminuye posteriormente.

En el 2009, la tasa máxima fue en la SE 27 (128/100.000 hab.).



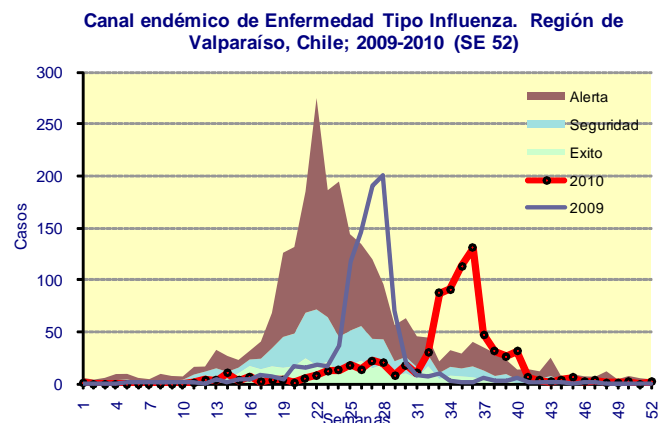
**Coquimbo:** Desde la SE 32 hay una tendencia al aumento llegando a un máximo la semana 34 (tasa de 54,6/100.000 habitantes), posteriormente disminuye.

En el 2009, se observó un máximo en la SE 27 (902/100.000 hab.)



**Valparaíso:** Se observa una tendencia al alza desde la SE 32, alcanzando en la SE 36 un máximo con una tasa de 65,5/100.000 habitantes, sobrepasando la zona de alerta por 8 semanas. A partir de la SE 37, presenta un descenso significativo. Desde la SE 33 a la 38 se detectan casos de Influenza A en los centinela.

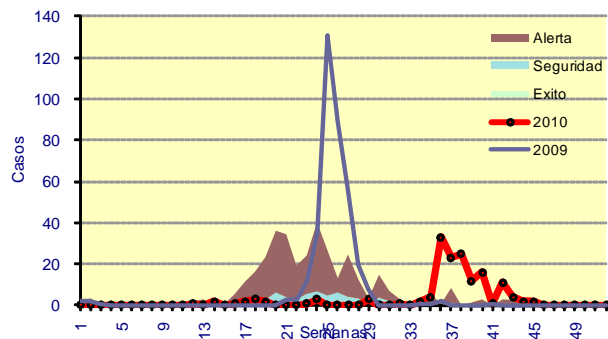
En el 2009, el nivel más alto se registró en la semana 28 (110/100.000 hab.).



**O'Higgins:** Hasta la SE 35 se han notificado casos esporádicos de ETI. En la SE 36 se observó un alza abrupta con un máximo de 64,8/100.000 habitantes, que posteriormente disminuye. Se mantiene por 9 semanas fuera del umbral en el canal endémico.

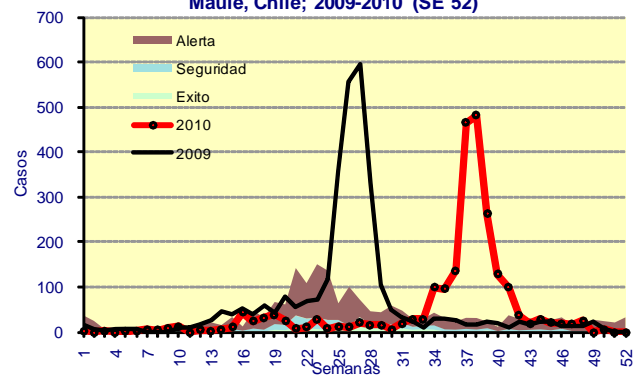
En el 2009, el máximo se alcanza en la SE 25 (173/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de O'Higgins, Chile; 2009-2010 (SE 52)



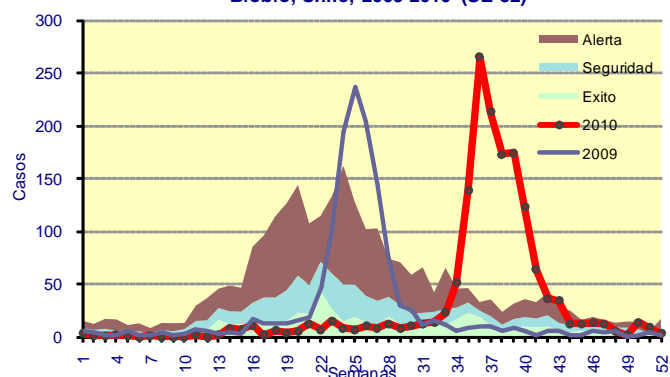
**Maule:** Desde la SE 31 se registra una tendencia al aumento alcanzando en la SE 38 una intensidad muy elevada (332/100.000 habitantes). Se mantiene por 9 semanas fuera del umbral en el canal endémico. Desde la semana 32 se detectan casos de Influenza A y B, lo que se mantiene a la semana 39 y 42 respectivamente. En el 2009, se alcanza el máximo la SE 27 (411/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región Maule, Chile; 2009-2010 (SE 52)



**Bío Bío:** Desde la SE 32 se observa un incremento sostenido, alcanzando una tasa máxima de 132/100.000 en la SE 36, manteniéndose sobre la zona de alerta por 8 semanas. Desde la SE 32, en Concepción se detectan casos de Influenza A y a partir de la semana 34 Influenza B; hasta la SE 40 y 41 se detectan casos de Influenza A y B, respectivamente. En el 2009, la vigilancia reflejó un máximo en la SE 25 (tasa de 118,7/100.000 hab.).

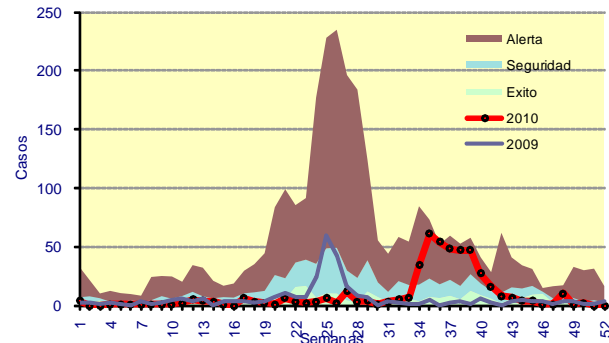
Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Bío Bío, Chile; 2009-2010 (SE 52)



**Araucanía:** Desde la semana 32, se registra una tendencia al aumento, alcanzando un máximo la SE 35 (tasa 62,4/100.000 habitantes); manteniéndose en la zona de alerta por 8 semanas, posteriormente disminuye.

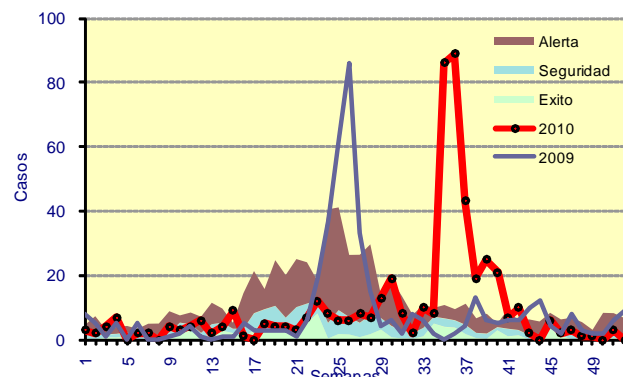
En el 2009, el máximo se alcanzó en la SE 25 (tasa 60/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Araucanía, Chile; 2009-2010 (SE 52)



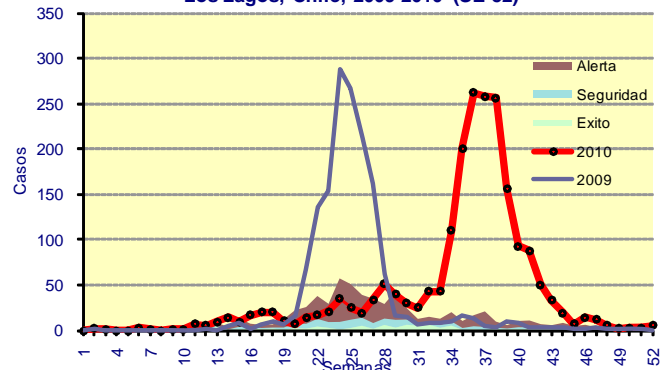
**Los Ríos:** Desde la SE 22 se observa un aumento, con un valor máximo en la SE 30 (41,5/100.000). A partir de la SE 34 se observa nuevamente un abrupto aumento, con un máximo en la SE 36 (194/100.000 habitantes), que disminuye posteriormente. A partir de la semana 21 se detecta Influenza A y desde la semana 35 se observa un aumento de Influenza A y B, que se mantiene hasta la semana 38. Se detectan casos aislados en la semana 45. En el 2009, el mayor número de casos ocurrió la SE 26 (tasa de 188/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Los Ríos, Chile; 2009-2010 (SE 52)

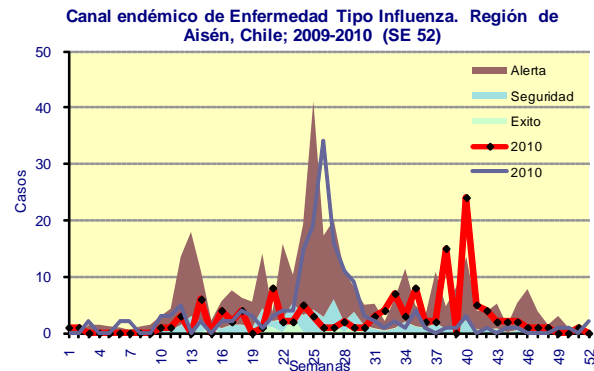


**Los Lagos:** Desde la SE 23 se observa un aumento que supera desde la SE 28 la zona de alerta. El máximo se registra en la SE 36, (tasa 178,2/100.000 habitantes) y se mantiene con intensidad muy elevada hasta la semana 37, para bajar posteriormente. Desde la SE 13, se han confirmado casos de influenza H1N1 y a partir de la SE 34 influenza H3N2. Hasta la semana 41 se detecta casos de Influenza A. En el 2009, el mayor número de casos ocurrió la SE 24 (tasa de 206/100.000 hab.).

Canal endémico de Enfermedad Tipo Influenza. Región de Los Lagos, Chile; 2009-2010 (SE 52)

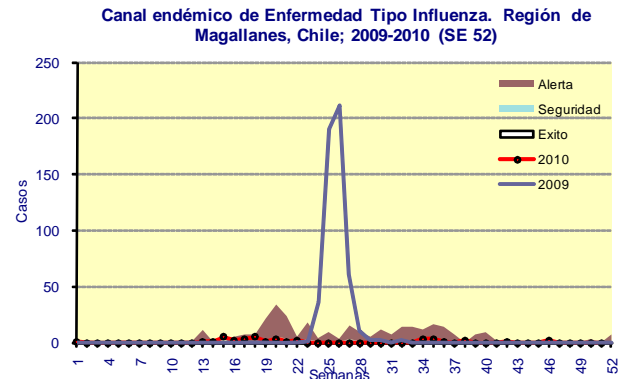


**Aisén:** Desde la SE 31 se registra una tendencia al alza llegando a un máximo la semana 39 (tasa de 90,5/100.000), sobrepasando la zona de alerta. Se registraron brotes de Influenza H1N1 en dos localidades rurales de la región. Entre las SE 33 y 40 se detectaron casos de Influenza A en el centinela ambulatorio.



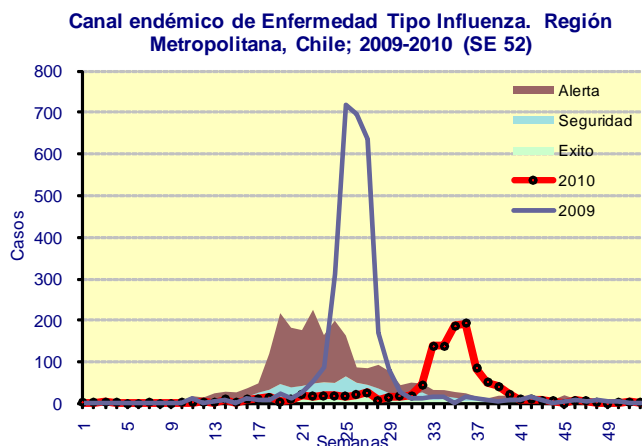
En el 2009, el nivel máximo se observó en la semana 26 (162/100.000 hab.).

**Magallanes:** A partir de la SE 13 de 2010 se comienzan a presentar casos, registrándose en la semana 18 un máximo de 18,3/100.000 habitantes.



En el 2009 se observó el nivel más alto en la semana 26 (tasa de 771/100.000 hab.).

**Metropolitana:** A partir de la SE 21, se observa un discreto incremento, presentando en la SE 27 una tasa de 8,2/100.000 habitantes. Desde la SE 32 se observa un aumento significativo, alcanzando un máximo en la semana 36 (tasa 61/100.000 habitantes). Permanece en la zona de alerta por 8 semanas consecutivas, para luego disminuir. Desde la semana 32 se detecta un aumento en influenza A y en menor medida Influenza B. Se detectan caso de Influenza A hasta la semana 41 y B hasta la 36.

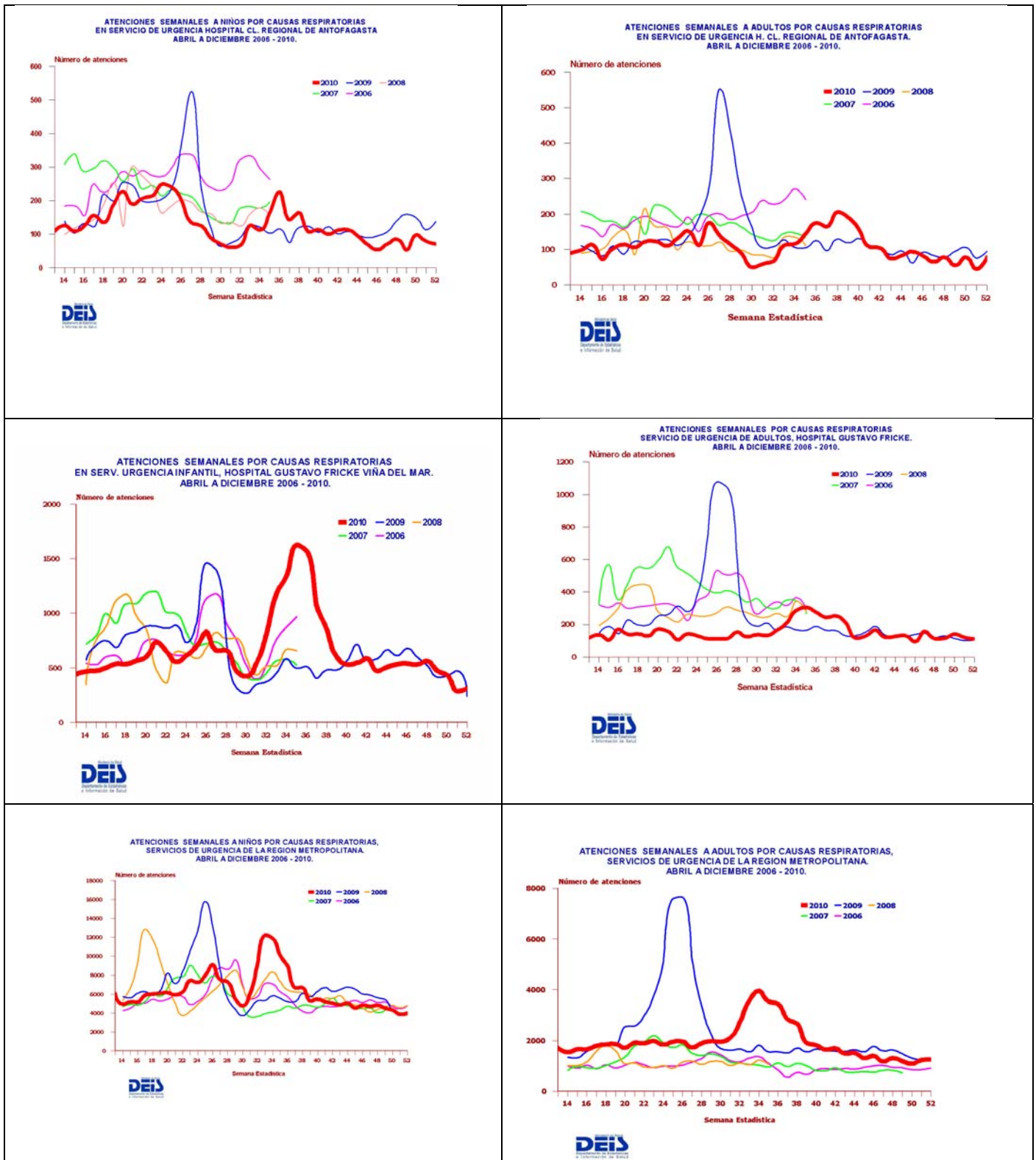


En el 2009, la vigilancia de ETI en consultorios mostró el máximo la SE 25 (228/100.000 hab.).



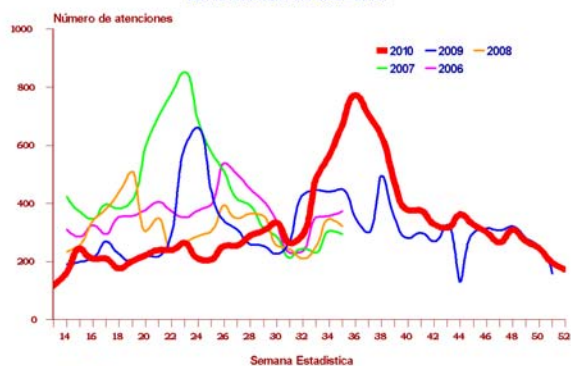


Anexo 2: Atenciones de Urgencia hasta la Semana 52 en Antofagasta, Viña del Mar, Santiago, Concepción, Temuco y Puerto Montt.

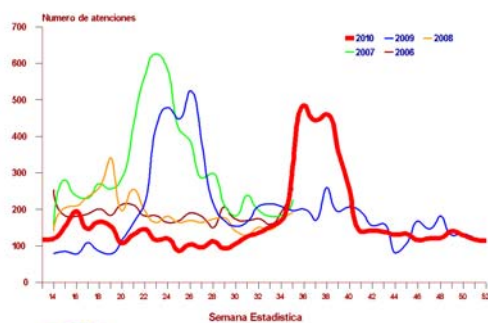




ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS EN URGENCIA INFANTIL DE HOSPITAL GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION, ABRIL A DICIEMBRE 2006 - 2010.



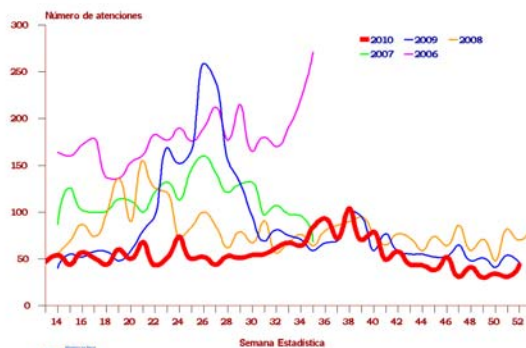
ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS SERV. URGENCIA DE ADULTOS, HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE, ABRIL A DICIEMBRE 2006 - 2010.



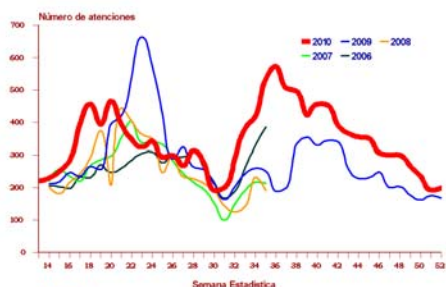
ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS EN URGENCIA INFANTIL, HOSPITAL HERMAN HENRIQUEZ A. DE TEMUCO, ABRIL A DICIEMBRE 2005 - 2009.



ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS EN URGENCIA DE ADULTOS, HOSPITAL HERMAN HENRIQUEZ A. DE TEMUCO, ABRIL A DICIEMBRE, 2006 - 2010.



ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS EN URGENCIA INFANTIL, HOSPITAL DE PUERTO MONTT, ABRIL A DICIEMBRE 2006 - 2010.



ATENCIÓNES SEMANALES POR CAUSAS RESPIRATORIAS EN URGENCIA DE ADULTOS, HOSPITAL DE PUERTO MONTT, ABRIL A DICIEMBRE 2006 - 2010.

