

Boletín Epidemiológico de la Ciudad/2014

**Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario.
Departamento de Epidemiología
MINISTERIO DE SALUD**



**Buenos
Aires
Ciudad**



**EN TODO
ESTÁS VOS**

AUTORIDADES G.C.A.B.A

Jefe de Gobierno

Ing. Mauricio Macri

Vicejefe de Gobierno

Lic. María Eugenia Vidal

Jefe de Gabinete

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Ministerio de Salud

Dra. Graciela Mabel Reybaud

S.S. Atención Integrada de la Salud

Dr. Carlos Dante Russo

S.S. Adm. Del Sist. De Salud

Ing. Alberto Andrés Guevara

S.S. Planificación Sanitaria

Dr. Néstor Pérez Baliño

D.G. Desarrollo y Planeamiento Sanitario

Dr. Andrés Roberto Scarsi

COMITÉ EDITORIAL

Coordinador

Dr. Raúl H Forlenza

Miembros

Dr. Jorge Chaui

Dr. Manuel Fernández

Dra. Esperanza Janeiro

Dra. Anabel Regalía

Dra. Mónica Valenzuela

Residencia en Epidemiología

Instructores de Residentes

Dr. José E. Carrizo Olalla

Lic. Mariela Rodriguez

Residentes de 3º año

Dra. Kyung Min Lee

Residentes de 2º año:

Lic. Andrea R. Gonzalez.

Lic. Mariana Koharic.

Residentes de 1º año

Dra. Candela Burgo González

Dra. María Agustina Chaplin

Lic. María Eugenia de San Martín

Dirección Postal

Departamento de Epidemiología

Ministerio de Salud GCABA

Calle Monasterio 480 1er piso

CP: C1284AEJ. CABA

TE 4123-3240 al 42

e-mail: rforlenza@buenosaires.gob.ar

ISSN: 2362-4051

INDICE:

INTRODUCCIÓN.	4
SINTESIS DE VIGILANCIA GENERAL.	5
CUENCA MATANZA -RIACHUELO.....	20
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA'S).....	37
BOTULISMO DEL LACTANTE	55
DIARREAS Y DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS (DAS).....	59
SINDROME UREMICO HEMOLITICO	76
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA).	87
HEPATITIS A	92
COQUELUCHE	100
PARÁLISIS AGUDAS FLACCIDAS.....	113
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA.....	120
MENINGOENCEFALITIS.....	131
DENGUE	148
FIEBRE CHIKUNGUNYA	158
VIGILANCIA DE LABORATORIOS SIVILA	163
OTRAS EMERGENTES.ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA	175

INTRODUCCIÓN.

Dr. Raul H. Forlenza.

Durante el año 2014, se registraron un total de 257.142 eventos clínicos de notificación obligatoria (ENO), de los cuales el 71 % (181.609 casos) correspondieron a residentes habituales en la ciudad. La mayoría de las denuncias regulares fueron generadas por efectores del sector oficial y a un sólo effector privado. Otros veinte efectores privados colaboraron esporádicamente con denuncias de patologías específicas.

El mayor peso relativo en la notificación de la vigilancia general en residentes de la Ciudad en el año 2014 fueron: lesiones, enfermedades respiratorias y gastroentéricas, que sumaron el 87 % de las denuncias, y superaron el valor registrado en el año 2013 (n = 178.516).

Las tasas de enfermedades diarreicas mostraron un incremento respecto del año 2013, pero sin superar el valor histórico esperado, con la excepción de diarrea aguda sanguinolenta (DAS),

Además, el año 2014 combinó los esfuerzos regulares del conjunto de las patologías de vigilancia habituales, junto a los alertas internacionales que motivaron acciones mayores como fueron la situación de aparición en el continente americano de casos de Enfermedad por Virus Chikungunya y el escenario planteado a nivel Mundial por la reemergencia de Enfermedad por Virus Ebola en África.

En el primer caso (Chikungunya) al compartir el mismo mosquito vector, se acentuaron las medidas previstas en la estrategia de gestión integrada de Dengue. En el segundo caso (Ebola), el alerta internacional reactivó los mecanismos del alerta de Pandemia, adecuando otras normas requeridas en la ocasión.

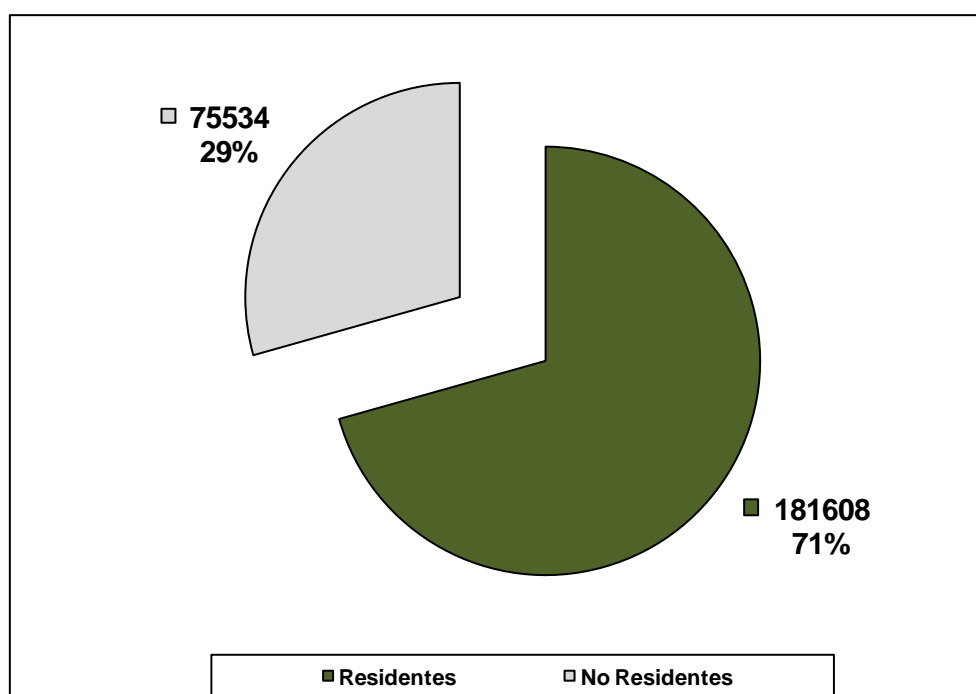
Estos simples ejemplos demuestran la necesidad de sostener adecuadamente los sistemas de vigilancia en salud para detectar precozmente cambios en los perfiles y desarrollar acciones oportunas.

En tal sentido presentamos la síntesis de los resultados de la Vigilancia General en residentes de CABA y no residentes, así como informes detallados de las principales patologías de vigilancia intensificada; para colaborar en los análisis y previsiones útiles en la prevención y control de enfermedades.

Además queremos agradecer a los distintos profesionales que integran los equipos de salud de efectores públicos y privados de la Ciudad, que participan con entusiasmo y dedicación en la silenciosa tarea de prevención, vigilancia y control de enfermedades.

Durante el año 2014 se registraron en el modulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la jurisdicción CABA, un total de 257.142 eventos de notificación obligatoria (ENO), de los cuales el 71 % (181.608 casos) correspondieron a residentes habituales en la ciudad y 29 % (75.534 casos) a no residentes. (Gráfico 1).

**Gráfico 1 -Enfermedades de Notificación Obligatoria-
Según residencia habitual del caso. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
N = 257.142**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Establecimientos (nodos) notificadores en Ciudad de Buenos Aires

La distribución de la notificación según los nodos C2 establecidos para la vigilancia se muestra en las tablas 2 a 5. Los nodos fueron originalmente clasificados en 4 grupos:

- Nodos C2 con área programática
- Nodos C2 sin área programática
- Nodos C2 oficiales complementarios
- Nodos C2 de gestión privada/comunitaria/otros organismos

En los efectores del grupo 1, el hospital Piñero es el nodo con mayor volumen de notificaciones, seguido por Penna, Velez y Argerich. Algunos CESAC no realizaron denuncias en el periodo estudiado. Llama la atención que otros efectores de similar envergadura a los anteriores, como los hospitales Pirovano, Santojanni y Fernández presentaron un registro de denuncias mucho menor.

La notificación predominante corresponde a casos residentes, con excepción del hospital Zubizarreta, donde constituyen mayoría las denuncias de casos no residentes. (Tabla 1; Gráfico 2).

**Tabla 1 -Distribución de las notificaciones según residencia del caso-
Nodos del Grupo 1. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

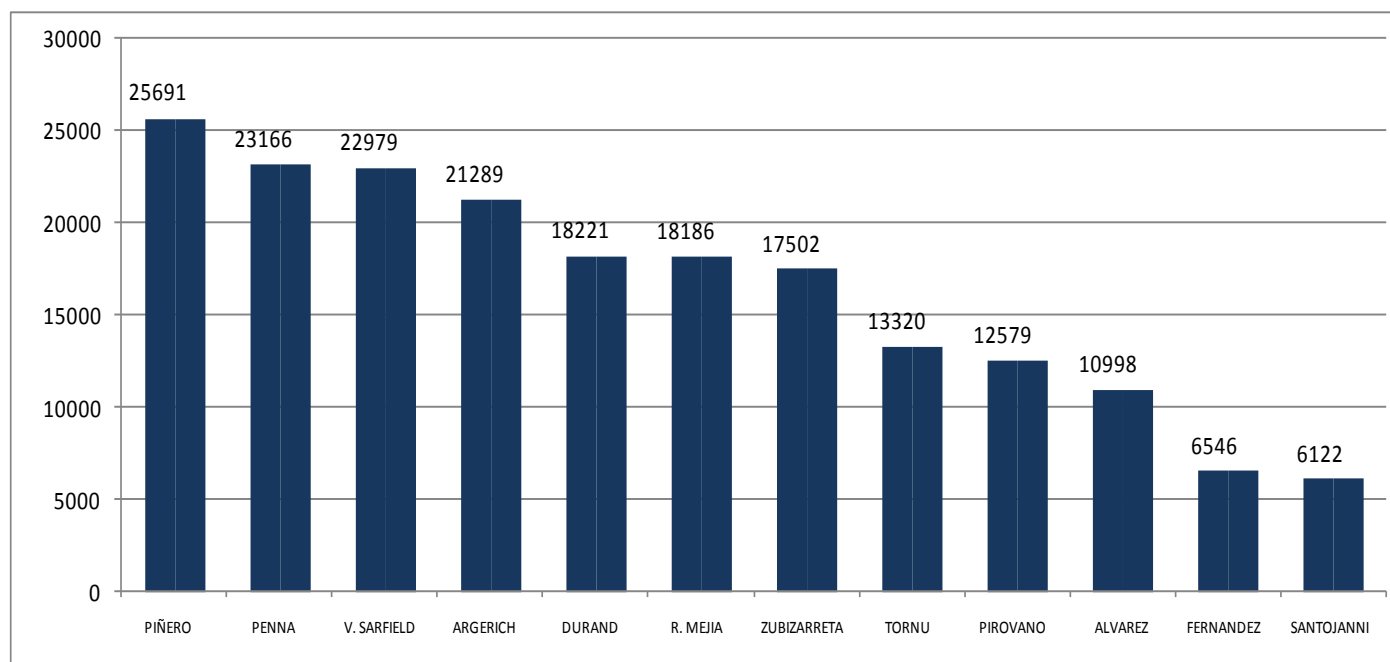
EFECTOR	Residente	No Residente	Total	Total Nodo
HOSPITAL ALVAREZ (PyP)	10329	817	11146	11150
CENTRO Nº 34	4	0	4	
HOSPITAL ARGERICH (PyP)	16097	3527	19624	21454
CENTRO Nº 9	655	0	655	
CENTRO Nº 15	617	0	617	
CENTRO Nº 41	558	0	558	
HOSPITAL DURAND (PyP)	12697	5336	18033	18368
CENTRO Nº 22	328	3	331	
CENTRO Nº 23	0	0	0	
CENTRO Nº 38	4	0	4	
CENTRO Nº 42	0	0	0	
HOSPITAL FERNANDEZ (PyP)	5576	1117	6693	6693
CENTRO Nº 17	0	0	0	
CENTRO Nº 21	0	0	0	
CENTRO Nº 25	0	0	0	
CENTRO Nº 26	0	0	0	
HOSPITAL PENNA (PyP)	13506	6739	20245	23333
CENTRO Nº 1	240	4	244	
CENTRO Nº 8	593	0	593	
CENTRO Nº 10	218	4	222	
CENTRO Nº 16	224	0	224	
CENTRO Nº 32	114	2	116	
CENTRO Nº 30	475	4	479	
CENTRO Nº 39	497	16	513	
CENTRO Nº 35	695	2	697	
HOSPITAL PIÑERO (PyP)	19152	838	19990	25873
CENTRO Nº 6	1189	14	1203	
CENTRO Nº 13	34	0	34	
CENTRO Nº 14	536	0	536	
CENTRO Nº 18	669	0	669	
CENTRO Nº 19	979	0	979	
CENTRO Nº 20	386	0	386	
CENTRO Nº 24	585	0	585	
CENTRO Nº 31	706	1	707	
CENTRO Nº 40	784	0	784	
CENTRO Nº 44	0	0	0	
HOSPITAL PIROVANO (PyP)	8728	2712	11440	12726
CENTRO Nº 2	378	307	685	
CENTRO Nº 12	229	26	255	
CENTRO Nº 27	335	11	346	

Continuación Tabla 1
Distribución de las notificaciones según residencia del caso
Nodos del Grupo 1. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

<i>HOSPITAL RAMOS MEJIA (PyP)</i>	14272	2837	17109	18333
CENTRO Nº 3	679	12	691	
CENTRO Nº 4	308	78	386	
CENTRO Nº 37	0	24	24	
CENTRO Nº 45	121	2	123	
<i>HOSPITAL SANTOJANNI (PyP)</i>	2759	1689	4448	6269
CENTRO Nº 5	818	4	822	
CENTRO Nº 7	255	93	348	
CENTRO Nº 28	215	21	236	
CENTRO Nº 29	400	15	415	
<i>HOSPITAL TORNU (PyP)</i>	12675	1307	13982	14097
CENTRO Nº 33	115	0	115	
<i>HOSPITAL VELEZ SARFIELD (PyP)</i>	17753	4348	22101	23126
CENTRO Nº 36	823	202	1025	
<i>HOSPITAL ZUBIZARRETA (PyP)</i>	640	17019	17659	17659
Total	149950	49131	199081	

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Gráfico 2 -Total de notificaciones según nodos del SNVS-
Nodos del Grupo 1. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En el grupo 2, los nodos Gutierrez, Elizalde y Garrahan presentaron el mayor número de notificaciones. La mayoría de las comunicaciones fueron casos no residentes en la jurisdicción, con excepción de los hospitales Rivadavia y Sarda. (Tabla 2).

**Tabla 2 -Distribución de las notificaciones según residencia del caso-
Nodos del Grupo 2. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

EFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL GUTIERREZ (PyP)</i>	5168	7276	12444
<i>HOSPITAL ELIZALDE (PyP)</i>	3467	8333	11800
<i>HOSPITAL GARRAHAN (PyP)</i>	3745	7870	11615
<i>HOSPITAL RIVADAVIA (PyP)</i>	3699	976	4675
<i>HOSPITAL MUÑIZ (PyP)</i>	908	1253	2161
<i>HOSPITAL SARDA (PyP)</i>	535	167	702
Total	17522	25875	43397

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Del grupo 3 solo participaron en el SNVS, durante el año 2014, los hospitales Maria Ferrer, Santa Lucia y Odontología (Dueñas). (Tabla 3).

**Tabla 3 -Distribución de las notificaciones según residencia del caso-
Nodos del Grupo 3. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

EFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL SANTA LUCIA</i>	137	300	437
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA</i>	133	63	196
<i>HOSPITAL MARIA FERRER</i>	5	9	14
<i>HOSPITAL ROCCA</i>	0	0	0
<i>INST. REHABILITACION PSICOFISICA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL B. UDAONDO</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL MARIA CURIE</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL DE QUEMADOS</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL LAGLEYZE</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL ALVEAR</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL BORDA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL MOYANO</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL TOBAR GARCIA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA INFANTIL</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA (EX-NACIONAL)</i>	0	0	0
Total	275	372	647

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En el grupo 4, de efectores no oficiales del GCBA, solo comunicó regularmente el Hospital Italiano, con el mayor volumen de notificaciones, registrando sus datos en la planilla C2 del SNVS, predominando los casos en residentes. El resto de las instituciones presentaron una actividad esporádica o nula.

**Tabla 4 -Distribución de las notificaciones según residencia del caso-
Nodos del Grupo 4. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

EFECTOR	Residente	No Residente	Total
HOSPITAL ITALIANO	13073	36	13109
CLINICA SAN CAMILO	618	0	618
FUNCEI	81	5	86
SANATORIO FRANCHIN-UOCRA	16	53	69
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	13	16	29
SANATORIO ANCHORENA	15	0	15
CLINICA DE LA ESPERANZA	0	13	13
INST. ARG. DE DIAG. Y TRAT. (IADT)	10	2	12
SANATORIO TRINIDAD PALERMO	9	1	10
CEMIC	6	4	10
SANATORIO GUEMES	3	6	9
HOSP BRITANICO DE BUENOS AIRES	4	3	7
HOSPITAL ALEMAN	4	2	6
HOSPITAL ESPAÑOL	2	3	5
SANATORIO TRINIDAD MITRE	4	1	5
SANATORIO DE LOS ARCOS	0	4	4
HOSPITAL DE CLINICAS	1	2	3
SANATORIO MATER DEI	2	0	2
FUNDACION HOSPITALARIA	0	2	2
POLICLINICO CENTRAL DE LA UOM	0	2	2
SANATORIO MENDEZ	0	1	1
HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO	0	0	0
HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL	0	0	0
HOSPITAL CHURRUCA	0	0	0
INSTITUTO LANARI	0	0	0
CTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES	0	0	0
CLINICA BAZTERRICA	0	0	0
HOSPITAL PRIVADO DE NIÑOS	0	0	0
INST. A FLEMING	0	0	0
SANATORIO AGOTE	0	0	0
SANATORIO COLEGIALES	0	0	0
SANATORIO DUPUYTREN	0	0	0
SANATORIO OTAMENDI	0	0	0
UAI HOSP. UNIVERST. AUSTRAL	0	0	0
Total	13861	156	14017

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Los eventos analizados se encuentran clasificados en 13 capítulos, como se muestra en la tabla 5. Los capítulos de eventos con mayor peso relativo en la notificación de la vigilancia sanitaria en residentes de CABA son: lesiones, enfermedades respiratorias y gastroentéricas, que suman el 87 % de las denuncias.

**Tabla 5 -Enfermedades de notificación obligatoria. Distribución según capítulos de ENO-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013**

Capítulos de ENO	Notificaciones	%
Lesiones	76403	42,1
Respiratorias	51490	28,4
Gastroentéricas	30515	16,8
Otras Enf. Transmisibles u Otros Eventos	9361	5,2
Inmunoprevenibles	3663	2,0
Enfermedades No Transmisibles	6688	3,7
Enf. de Transmisión Sexual	2448	1,3
Intoxicaciones	546	0,3
Enfermedades Vectoriales	150	0,1
Meningoencefalitis	154	0,1
Enfermedades Zoonóticas	148	0,1
Otras Hepatitis virales	39	0,0
Envenenamiento por Animal Ponzoñoso	4	0,0
Totales	181609	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Notificación en residentes

El total de notificaciones de casos residentes en CABA, en el año 2014 (n = 181.609), superó el valor registrado en el año 2013 (n = 178.516).

Indicadores

Los indicadores que se presentan en esta sección se utilizan para comparar la magnitud de la notificación respecto del año anterior y respecto de la mediana de notificación histórica de los últimos 5 años, previos al año 2013.

- Tasa de notificación por 100.000 habitantes
Se utiliza como indicador aproximado a la tasa de incidencia acumulada en la población residente en Ciudad de Buenos Aires.
- Índice Epidémico Acumulado (IEA)
Es la razón o cociente entre los casos acumulados hasta una determinada semana epidemiológica y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24, la incidencia es considerada dentro de valores esperados; si es menor o igual a 0,75 es incidencia baja, si es mayor o igual a 1,24 incidencia alta, que supera lo esperado. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones en dicho índice.
- Distribución de Poisson
Se utiliza para predecir el número de sucesos (casos) que se producirán en un determinado período de tiempo cuando se trata de eventos de baja frecuencia (menos de 100 denuncias anuales), que se asume que ocurren aleatoriamente en el tiempo. La ventaja del empleo de esta distribución está dada porque permite obtener la probabilidad de ocurrencia del evento según su comportamiento medio anterior, sobre la hipótesis de diferencias entre lo observado y lo esperado. Un índice O/E mayor de 1 con una probabilidad menor a 0.0500 sugiere una notificación significativamente mayor a la esperada.

De 124 eventos de notificación obligatoria (ENO) incluidas en la vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la Ciudad de Buenos Aires, 16 eventos superaron la notificación esperada para el año 2014; lo cual representó el 13 % del total de dichos eventos. (Tabla 6).

Dentro del capítulo de enfermedades inmunoprevenibles, la mayor tasa de notificación se observó en varicela, pero fue menor a lo estimado en el año 2013. En los capítulos de enfermedades respiratorias, gastroentéricas y lesiones también se aprecian eventos con elevadas tasas de notificación. (Tabla 6).

En Neumonía se observó una reducción en la tasa de notificación 2014 respecto de 2013. El comportamiento contrario se demostró en Bronquiolitis y ETI. La notificación de Influenza A (H1N1) también registró una importante reducción. (Tabla 6).

Las tasas de enfermedades diarreicas mostraron un incremento respecto del año 2013, pero sin superar el valor histórico esperado, con la excepción de diarrea aguda sanguinolenta (DAS), donde se estimó un IEA que indica una incidencia, en 2014, superior a la esperada. El mismo patrón se observó en la notificación de síndrome urémico hemolítico (SUH).

**Tabla 6 -Enfermedades de notificación obligatoria-
Síntesis según tasas e indicadores IEA y Poisson Acumulado
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013 y 2014**

RESUMEN						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2013		2014		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Inmunoprevenibles						
Coqueluche *	121	4,0	76	2,5	0,57	
Difteria	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Enfermedad Febril Exantemática (sosp. sar-rub)) *	33	1,1	33	1,1	-	-
Hepatitis A	21	0,7	17	0,6	-	No significativo
Hepatitis B	50	1,7	55	1,8	-	No significativo
Meningoencefalitis Tuberculosa en menores de 5 años	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0,0	0	0,0	-	
Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 Años *	7	0,2	9	1,7	-	No significativo
Parotiditis	72	2,4	248	8,3	3,15	-
Poliomielitis Confirmada *	0	0,0	0	0,0	-	-
Rubéola Confirmada *	0	0,0	2	0,1	-	No significativo
Rubeola Congénita *	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Sarampión confirmado *	0	0,0	0	0,0	-	
Tétanos Neonatal	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Tétanos Otras Edades	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Varicela	7378	245,4	3223	107,2	0,57	-
Respiratorias						
Bronquiolitis en menores de 2 Años	13549	17812,6	15345	20173,8	1,04	-
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	19733	656,5	21995	731,7	1,07	-
Influenza humana por AH1N1 confirmada	308	10,2	4	0,1	-	No significativo
Influenza humana por nuevo subtipo de virus	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
IRAG	2308	76,8	1915	63,7	1,09	-
IRAG Fallecidos	57	1,9	52	1,7	-	0,0000
Neumonía	11554	384,4	11463	381,3	0,76	-
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0,0	0	0,0	-	-
Tuberculosis 1º vez	837	27,8	716	23,8	0,91	-

Continuación Tabla 6

RESUMEN						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2013		2014		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Gastroentéricas						
Botulismo *	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Botulismo del Lactante *	1	2,3	0	0,0	-	No significativo
Cólera	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Enf. Diarreica aguda < 5 años	12052	6319,9	15038	7885,7	1,07	-
Enf. Diarreica aguda > 5 años	12502	444,1	13896	493,6	1,12	-
Enf. Diarreica aguda sin especificar edad	229	7,6	232	7,7	1,00	
Enf. Diarreica aguda sanguinolenta (DAS) *	304	10,1	416	13,8	1,48	-
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA) *	70	2,3	99	3,3	-	No significativo
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Intoxicación Paralitica por Moluscos (IPM)	0	0,0	0	0,0	-	-
Parasitosis Intestinales	842	28,0	784	26,1	0,80	
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) *	37	1,2	46	1,5	-	0,0000
Triquinosis	0	0,0	4	0,1	-	No significativo
Otras Hepatitis virales						
Hepatitis Sin especificar	9	0,3	7	0,2	-	No significativo
Hepatitis C	38	1,3	32	1,1	-	No significativo
Hepatitis D	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Hepatitis E	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Enfermedades vectoriales						
Chagas Agudo Congénito	94	17,7	29	5,4	-	No significativo
Chagas Agudo Vectorial	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Chagas Agudo otros	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Dengue Clásico *	102	3,4	103	3,4	0,80	-
Dengue Grave *	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Encefalitis Por Arbovirus	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Fiebre Amarilla	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Fiebre Chicungunya	0	0,0	16	0,5	-	-
Fiebre Recurrente	0	0,0	0	0,0	-	-
Fiebre del Nilo Occidental	0	0,0	0	0,0	-	-
Leishmaniasis Cutánea	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Leishmaniasis Mucosa	1	0,0	1	0,0	-	No significativo
Leishmaniasis Visceral	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Paludismo (Malaria)	4	0,1	0	0,0	-	No significativo
Peste	0	0,0	0	0,0	-	-
Tifus Exantemático	0	0,0	0	0,0	-	-
Enfermedades Zoonóticas						
Brucelosis Humana	3	0,1	2	0,1	-	No significativo
Carbunco Extracutáneo (Anthrax)	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Carbunco Humano Cutáneo	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0,0	0	0,0	-	-
Hantavirus	0	0,0	2	0,1	-	0,0244
Hidatidosis	11	0,4	4	0,1	-	No significativo
Leptospirosis	1	0,0	5	0,2	-	No significativo
Mordedura Por Murciélago	29	1,0	57	1,9	-	No significativo
Mordedura Por Rata	81	2,7	78	2,6	-	No significativo
Psitacosis	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Rabia Animal	0	-	0	-	-	No significativo
Rabia Humana	0	0,0	0	0,0	-	-

Continuación Tabla 6

RESUMEN						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2013		2014		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Meningoencefalitis						
Meningitis Por Haemophilus Influenzae *	4	0,1	4	0,1	-	0,0000
Meningitis por Meningococo *	13	0,4	13	0,4	-	No significativo
Meningitis por Neumococo *	10	0,3	5	0,2	-	No significativo
Meningitis por Staphilococo *	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Bacterianas Otras *	8	0,3	9	0,3	-	No significativo
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento *	13	0,4	17	0,6	-	No significativo
Meningitis Virales a Enterovirus *	18	0,6	29	1,0	-	0,0065
Meningitis virales por varicela *	1	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Virales Urleanas *	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Por Otros Virus *	4	0,1	5	0,2	-	No significativo
Meningitis Virales Sin Especificar *	18	0,6	32	1,1	-	0,0052
Meningitis micoticas y parasitarias *	2	0,1	0	0,0	-	No significativo
Meningitis Sin Especificar Etiología *	48	1,6	40	1,3	-	0,0052
Meningoencefalitis Totales *	139	4,6	154	5,1	1,15	-
Otras Enfermedades Transmisibles u Otros Eventos						
Encefalopatía Espongiforme	3	0,1	0	0,0		No significativo
Infección Intra Hospitalaria	88	2,9	105	3,5	-	No significativo
Lepra	37	1,2	21	0,7	-	0,0045
Síndrome Febril Inespecífico	7897	262,7	9235	307,2	1,27	
Viruela	0	0,0	0	0,0	-	-
Enfermedades de Transmisión Sexual						
Chancro Blando	16	0,5	16	0,5	-	0,0208
Condiloma Acuminado	610	20,3	441	14,7	0,69	-
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	4	0,1	3	0,1	-	No significativo
Herpes Genital	252	8,4	249	8,3	0,88	-
Linfogranuloma Venéreo	7	0,2	15	0,5	-	0,0208
Sífilis Congénita	111	3,7	103	3,4	1,78	
Sífilis Latente	237	7,9	198	6,6	0,74	-
Sífilis Sin Especificar	461	15,3	533	17,7	1,18	-
Sífilis Temprana	132	4,4	127	4,2	0,80	
Sífilis Terciaria	99	3,3	13	0,4	-	No significativo
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	67	2,2	99	3,3	-	No significativo
Supuración Genital Gonocócica	118	3,9	69	2,3	1,41	
Supuración No Gonocócica	393	13,1	349	11,6	0,78	-
VIH +	200	6,7	233	7,8	0,89	-
Envenenamiento por Animal Ponzoñoso						
Alacranismo	2	0,1	4	0,1	-	No significativo
Aracnoidismo	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Ofidismo	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Intoxicaciones						
Intoxicación Medicamentosa	244	8,1	207	6,9	0,93	-
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	257	8,5	172	5,7	0,98	-
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0,0	0	0,0	-	-
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	13	0,4	23	0,8	-	0,0044
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Intoxicación Por Otros Tóxicos	247	8,2	142	4,7	0,90	-

Continuación Tabla 6

RESUMEN						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2013		2014		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Enf. No Transmisibles						
A.C.V. 1ª Vez	1194	39,7	1316	43,8	1,13	-
Cáncer 1º Vez	1343	44,7	735	24,5	0,63	-
Desnutrición	621	20,7	614	20,4	0,87	-
Diabetes Tipo 1	1042	34,7	855	28,4	0,82	-
Diabetes Tipo 2	2533	84,3	2179	72,5	0,73	-
I.A.M. 1ª Vez	559	18,6	468	15,6	0,90	-
Reacciones Adversas a Fármacos	241	8,0	521	17,3	2,15	-
Lesiones						
Accidentes Del Hogar	3012	100,2	2877	95,7	1,00	-
Accidentes En Escuelas	470	15,6	435	14,5	0,86	-
Accidentes Laborales	1907	63,4	1506	50,1	0,66	-
Accidentes Sin Especificar	55824	1857,1	56392	1876,0	1,07	-
Accidentes Viales	7777	258,7	7362	244,9	1,06	-
Mordedura por Animal Domestico	7776	258,7	7831	260,5	1,09	-
TOTALES	178516	-	181608	-	-	-

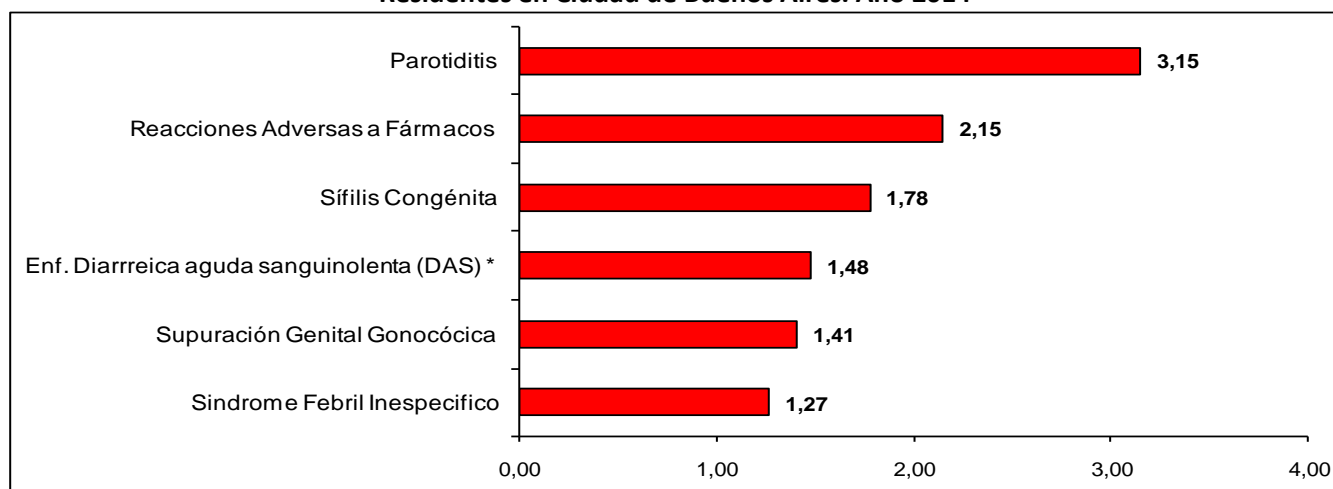
*Eventos de vigilancia intensificada. Consultar informes específicos para observar las variaciones respecto del registro en C2

* **Tasa por 100.000 habitantes (numerador: casos acumulados)

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Ciertas enfermedades de notificación obligatoria (ENO) con mayor incidencia en el año 2014, presentaron una notificación superior a la mediana histórica (Índice Epidémico Acumulado Anual mayor de 1,24). Parotiditis y Reacciones Adversas a Fármacos constituyeron los eventos con mayor IEA (Tabla 6; gráfico 3).

**Gráfico 3 -Enfermedades de notificación obligatoria-
Según Índice Epidémico Acumulado Anual mayor a 1,24
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En las enfermedades de menor incidencia (donde el Índice Epidémico no es confiable), se estimó otro indicador denominado "Distribución de Poisson" para identificar los eventos que superaron la notificación histórica. Aquellas enfermedades donde el valor de notificaciones observadas superó al valor histórico esperado (Índice O/E), con una distribución de Poisson menor a 0,0500 en el año 2014, se muestran detalladas en la tabla 7.

En el capítulo de enfermedades respiratorias, solo los casos de IRA fallecidos superaron la notificación histórica. En el resto de los capítulos puede también apreciarse aquellos eventos con similar comportamiento. (Tablas 6 y 7).

**Tabla 7 -Enfermedades de notificación obligatoria-
Según distribución de Poisson menor a 0,0500
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Enfermedades de notificación obligatoria	Índice Observado/Esperado O/E	Distribución de Poisson < 0,0500
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	3,33	0,0000
Hantavirus	2,50	0,0244
Lepra	2,14	0,0045
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	2,07	0,0000
Chancro Blando	1,90	0,0208
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	1,80	0,0044
IRAG Fallecidos	1,72	0,0000
Meningitis Virales Sin Especificar	1,70	0,0019
Linfogranuloma Venéreo	1,50	0,0208
Meningitis Virales a Enterovirus	1,48	0,0065
Meningitis Sin Especificar Etiología	1,40	0,0052

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Notificación en NO residentes

Durante el año 2014 se notificaron 75534 casos NO residentes atendidos en los efectores públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha notificación se incrementó un 8 % entre los años 2013-2014. Los principales capítulos de ENO con mayor volumen de notificación fueron respiratorios, lesiones y gastroentéricas. (Tabla 8)

**Tabla 8 -Enfermedades de notificación obligatoria-
Casos No Residentes. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014**

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2013	Casos 2014
Inmunoprevenibles		
Coqueluche *	257	139
Difteria	0	0
Enfermedad Febril Exantemática (sosp. sar-rub)) *	17	25
Hepatitis A	30	23
Hepatitis B	15	29
Meningoencefalitis Tuberculosa en Menores de 5 Años	1	5
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0
Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 Años *	42	55
Parotiditis	12	111
Poliomielitis Confirmada *	0	0
Rubéola Confirmada *	0	0
Rubeola Congénita *	0	0
Sarampión confirmado *	0	2
Tétanos Neonatal	0	0
Tétanos Otras Edades	1	1
Varicela	2243	1347

Continuación Tabla 8

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2013	Casos 2014
Respiratorias		
Bronquiolitis en menores de 2 Años	9368	11129
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	8514	10776
Influenza humana por AH1N1 confirmada	634	6
Influenza humana por nuevo subtipo de virus	0	0
IRAG	1833	1380
IRAG Fallecidos	20	16
Neumonía	4229	3985
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0
Tuberculosis 1º vez	548	601
Gastroentéricas		
Botulismo *	4	0
Botulismo del Lactante *	4	1
Cólera	0	0
Enf. Diarreica aguda < 5 años	10103	13584
Enf. Diarreica aguda > 5 años	4444	5311
Enf. Diarreica aguda sin especificar edad	17	10
Enf. Diarreica aguda sanguinolenta (DAS) *	192	128
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA) *	7	8
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	2	2
Intoxicación Paralítica por Moluscos (IPM)	0	0
Parasitosis Intestinales	332	207
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) *	51	75
Triquinosis	3	2
Otras Hepatitis virales		
Hepatitis Sin especificar	14	15
Hepatitis C	28	26
Hepatitis D	0	0
Hepatitis E	0	2
Enfermedades vectoriales		
Chagas Agudo Congénito	18	34
Chagas Agudo Vectorial	0	0
Chagas Agudo otros	0	0
Dengue Clásico *	102	48
Dengue Grave *	0	0
Encefalitis Por Arbovirus	1	0
Fiebre Amarilla	0	0
Fiebre Recurrente	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0
Leishmaniasis Cutánea	5	5
Leishmaniasis Mucosa	3	2
Leishmaniasis Visceral	0	0
Paludismo (Malaria)	3	2
Peste	0	0
Tifus Exantemático	0	0

Continuación Tabla 8

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2013	Casos 2014
Enfermedades Zoonóticas		
Brucelosis Humana	6	11
Carbunco Extracutáneo (Antrax)	0	0
Carbunco Humano Cutáneo	0	0
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0
Hantavirus	6	4
Hidatidosis	6	8
Leptospirosis	9	7
Mordedura Por Murciélago	9	18
Mordedura Por Rata	34	26
Psitacosis	1	7
Rabia Animal	0	0
Rabia Humana	0	0
Meningoencefalitis		
Meningitis Por Haemoph. Influenzae *	7	17
Meningitis por Meningococo *	31	29
Meningitis por Neumococo *	15	11
Meningitis por Staphilococo *	1	0
Meningitis Bacterianas Otras *	16	16
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento *	15	19
Meningitis Virales a Enterovirus *	39	37
Meningitis virales por varicela *	0	0
Meningitis Virales Urleanas *	0	2
Meningitis Por Otros Virus *	3	5
Meningitis Virales Sin Especificar *	29	32
Meningitis nicóticas y parasitarias *	0	3
Meningitis Sin Especificar Etiología *	59	50
Meningoencefalitis Totales *	215	226
Otras Enfermedades Transmisibles u Otros Eventos		
Encefalopatía Espongiforme	0	1
Infección Intra Hospitalaria	26	16
Lepra	14	9
Síndrome Febril Inespecífico	3090	2542
Viruela	0	0

Continuación Tabla 8

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2013	Casos 2014
Enfermedades de Transmisión Sexual		
Chancro Blando	1	2
Condiloma Acuminado	443	281
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	6	12
Herpes Genital	120	70
Linfogranuloma Venéreo	0	3
Sífilis Congénita	43	79
Sífilis Latente	132	94
Sífilis Sin Especificar	295	336
Sífilis Temprana	183	126
Sífilis Terciaria	17	10
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	101	150
Supuración Genital Gonocócica	81	54
Supuración No Gonocócica	233	140
VIH +	324	232
Envenenamiento por Animal Ponzoso		
Alacranismo	0	1
Aracnoidismo	0	0
Ofidismo	0	0
Intoxicaciones		
Intoxicación Medicamentosa	10	29
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	23	27
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	2	3
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0
Intoxicación Por Otros Tóxicos	35	30
Enf. No Transmisibles		
A.C.V. 1ª Vez	451	502
Cáncer 1º Vez	439	314
Desnutrición	9	19
Diabetes Tipo 1	275	218
Diabetes Tipo 2	757	430
I.A.M. 1ª Vez	125	90
Reacciones Adversas a Fármacos	106	200
Lesiones		
Accidentes Del Hogar	382	448
Accidentes En Escuelas	44	42
Accidentes Laborales	765	365
Accidentes Sin Especificar	13665	15275
Accidentes Viales	2202	1833
Mordedura por Animal Doméstico	2115	2157
TOTALES	69897	75534

*Eventos de vigilancia intensificada. Consultar informes específicos para observar las variaciones respecto del registro en C2
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Conclusiones

- El total de notificaciones de residentes en el año 2014 fue superior al registrado en 2013
- El total de notificaciones de NO residentes se incremento un 8 % entre los años 2013-2014.
- En el grupo 1, el hospital Piñero fue el nodo efector con mayor volumen de notificaciones, seguido por Penna, Velez y Argerich. Llama la atención que otros efectores de similar envergadura a los anteriores, como los hospitales Pirovano, Santojanni y Fernandez presentaron un registro de denuncias menor.
- En la mayoría de los efectores del grupo 1 la notificación predominante correspondió a casos residentes, con excepción del hospital Zubizarreta.
- Los CESAC dependientes del área programática del hospital Fernandez y algunos CESAC del área programática del hospital Durand, mas el Instituto Pasteur (habilitado para denuncias sobre rabia animal en la C2), no realizaron denuncias en el periodo estudiado.
- En la mayoría de los efectores del grupo 2 la notificación predominante correspondió a casos NO residentes, con excepción de los hospitales Rivadavia y Sarda, donde el patrón es inverso.
- De los nodos del grupo 3 solo participaron en el SNVS, durante el año 2014, los hospitales Maria Ferrer, Santa Lucia y Odontología (Dueñas). El resto de los efectores de este grupo aun no se incorporó al SNVS.
- En el grupo 4, de efectores no oficiales, solo comunicó regularmente el Hospital Italiano, registrando sus datos en la planilla C2 del SNVS. Otros efectores privados han realizado denuncias en forma esporádica.
- De 124 eventos de notificación obligatoria (ENO) incluidas en la vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 16 ENO superaron la notificación esperada para el año 2014; lo cual representó el 13 % del total de dichos eventos.
- El análisis de los datos registrados en las bases del SNVS se encuentra dificultado por la falta de actualización del sistema de consultas on-line y off-line del mismo. Dichas dificultades de orden informático, implican un mayor consumo de tiempo para lograr consultas y extracción de datos necesarios para la elaboración de este informe. Podemos mencionar al procesador de consultas off-line (GECO), que no procesa todas las variables; por ejemplo “categoría diagnóstica”
- Los comandos preestablecidos para consultas en el SNVS no permiten procesar los casos por comunas de residencia de los pacientes, en aquellos eventos con registro individual.

CUENCA MATANZA-RIACHUELO (CMR)

La Cuenca del río Matanza-Riachuelo (CMR) constituye un desagüe natural orientado en sentido sudoeste–noreste, de más de 2200 Km² de superficie total. Recibe el vuelco de una importante cantidad de efluentes cloacales e industriales.

La cuenca abarca las áreas de responsabilidad de tres comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (comunas 4, 8 y 9). Se estima que la mayor parte de la población residente en este territorio se encuentra en riesgo de forma directa por las amenazas ambientales propias de la contaminación.

Se incluyen en el informe algunos indicadores seleccionados de morbilidad atendidos en efectores de salud situados en dichas comunas. La fuente utilizada fue el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la CABA.

En los eventos de vigilancia numérica (agrupada), no se notifican datos personales del paciente. Por este motivo no es posible construir tasas de notificación por residencia; no obstante, se estiman las mismas asumiendo que dichos casos residían y se atendían en los efectores de la CMR.

En este grupo de patologías de vigilancia agrupada se incluyó en la comuna 8 los casos con residencia en la ciudad, asistidos en el Hospital Piñero.

Los eventos trazadores para la vigilancia de la salud en la CMR son:

Enfermedades Gastroentéricas

- Parasitosis intestinales
- Diarreas
- Diarrea aguda sanguinolenta
- Síndrome Urémico Hemolítico
- Enfermedades transmitidas por alimentos

Enfermedades Respiratorias

- Neumonías
- Bronquiolitis en menores de 2 años
- Enfermedad tipo influenza
- Coqueluche

Enfermedades Zoonóticas

- Enfermedad por Hantavirus
- Leptospirosis

Enfermedades Vectoriales

- Dengue

Meningoencefalitis

Hepatitis Virales

- Hepatitis A y sin especificar

Intoxicaciones

- Intoxicaciones por monóxido de carbono
- Intoxicación por plaguicidas domésticos
- Intoxicación por plaguicidas agrícolas
- Intoxicación por otros tóxicos

Envenenamiento

- Envenenamiento por animales ponzoñosos

Existió variación en la notificación de dichos eventos en los efectores de la CMR entre los años 2013-2014. El mayor aumento de casos se registró en parasitosis intestinales, DAS y bronquiolitis. (Tabla 9).

Para obtener una medida relativa, se estimaron las tasas de notificación, asumiendo que los casos notificados residían en las comunas mencionadas y se atendían en los efectores de la CMR. Bajo este presupuesto, la incidencia de estas enfermedades habría descendido en el periodo analizado, con la excepción de parasitosis intestinales, dengue, DAS, diarreas, bronquiolitis, ETI y meningitis. (Tabla 9).

**Tabla 9 -Eventos trazadores de la Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR)-
Casos notificados en efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014**

ENO trazadores de la cuenca	2013		2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Enfermedades Gastroentéricas				
Parasitosis intestinales	406	69,1	531	90,4
Diarreas	10168	1731,7	10894	1855,3
Diarrea aguda sanguinolenta*	240	40,9	325	55,3
Síndrome Urémico Hemolítico*	0	0,0	3	0,5
Enfermedades transmitidas por alimentos*	8	1,4	4	0,7
Enfermedades Respiratorias				
Neumonías	3702	630,5	3279	558,4
Bronquiolitis en menores de 2 años	5344	910,1	6199	1055,7
Enfermedad tipo influenza	3295	561,2	3335	568,0
Coqueluche*	32	5,4	24	4,1
Enfermedades Zoonóticas				
Enfermedad por Hantavirus	0	0,0	0	0,0
Leptospirosis	0	0,0	3	0,5
Enfermedades Vectoriales				
Dengue*	13	2,2	1	0,2
Meningoencefalitis				
Meningitis totales*	44	7,5	46	7,8
Hepatitis Virales				
Hepatitis A y sin especificar*	9	1,5	0	0,0
Intoxicaciones				
Intoxicaciones por monóxido de carbono	92	15,7	49	8,3
Intoxicación por plaguicidas domésticos	13	2,2	12	2,0
Intoxicación por plaguicidas agrícolas	0	0,0	0	0,0
Intoxicación por otros tóxicos	130	22,1	23	3,9
Envenenamiento				
Envenenamiento por animales ponzoñosos	4	0,7	0	0,0
Total ENO trazadores de la cuenca	23488	4002,2	24741	4213,5

*Eventos de vigilancia intensificada. Consultar informes específicos para observar las variaciones respecto del registro en C2

** Tasa por 100.000 habitantes; denominador: total población comunas 4, 8 y 9

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Considerando el total de notificación de dichos eventos trazadores por los efectores de la cuenca, se verificó que la mayor proporción es generada por el Hospital Piñero, seguido por los nodos Penna y Argerich. (Tabla 10).

Los nodos y subnodos de la CMR de CABA registraron el 33 % y el 31 % de estas denuncias, sobre el total de la notificación en residentes en los años 2013 y 2014 respectivamente. (Tabla 10).

**Tabla 10 -Eventos trazadores de la Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR)-
Total de casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Total de eventos trazadores				
			2013		2014		
			Casos	%	Casos	%	
I	4	HOSP GRAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	3645	5,1	2817	3,5	
		HOSP GRAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2282	3,2	2820	3,5	
		CESAC 1	289	0,4	58	0,1	
		CESAC 16	361	0,5	173	0,2	
		CESAC 30	267	0,4	410	0,5	
		CESAC 35	364	0,5	310	0,4	
		CESAC 39	395	0,5	253	0,3	
		CESAC 41	83	0,1	305	0,4	
		CESAC 8	193	0,3	300	0,4	
		CESAC 9	130	0,2	295	0,4	
		II	8	CESAC 24	312	0,4	187
CESAC 18	488			0,7	327	0,4	
CESAC 19	477			0,7	794	1,0	
CESAC 20	302			0,4	169	0,2	
CESAC 28	121			0,2	106	0,1	
CESAC 29	296			0,4	189	0,2	
CESAC 3	690			1,0	393	0,5	
CESAC 31	266			0,4	400	0,5	
CESAC 40	330			0,5	401	0,5	
CESAC 5	188			0,3	406	0,5	
CESAC 6	358			0,5	788	1,0	
CESAC 7	58			0,1	157	0,2	
HOSP GRAL DE AGUDOS P. PIÑERO	10105			14,1	11325	14,2	
9	HOSP GRAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI			791	1,1	927	1,2
	CESAC 4		171	0,2	66	0,1	
	CESAC 14		336	0,5	352	0,4	
	CESAC 13		190	0,3	13	0,0	
TOTAL CMR			23488	32,7	24741	31,0	
TOTAL CABA			71841	100,0	79899	100,0	

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Enfermedades Gastroentéricas

En el año 2014 se registro el 94% de las parasitosis intestinales, el 40 % de las diarreas y el 79 % de las DAS en efectores de la CMR, sobre el total notificado por el conjunto de nodos SNVS-C2 de la Ciudad (Tablas 11, 12 y 13). Respecto de los casos de SUH y ETA, más del 90% de los mismos fueron notificados por otros establecimientos y por la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.

Tabla 11 -Parasitosis Intestinales-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	3	0,6
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	21	4,0
		CESAC 1	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 32	3	0,6
		CESAC 35	2	0,4
		CESAC 39	2	0,4
		CESAC 41	7	1,3
		CESAC 8	8	1,5
		CESAC 9	3	0,6
II	8	CESAC 24	38	7,2
		CESAC 18	1	0,2
		CESAC 19	0	0,0
		CESAC 20	0	0,0
		CESAC 28	37	7,0
		CESAC 29	5	0,9
		CESAC 3	1	0,2
		CESAC 31	12	2,3
		CESAC 40	4	0,8
		CESAC 5	0	0,0
		CESAC 6	37	7,0
		CESAC 7	0	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	293	55,2
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	15	2,8
		CESAC 4	3	0,6
		CESAC 14	4	0,8
		CESAC 13	0	0,0
TOTAL CMR			499	94,0
TOTAL CABA			531	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla 12 -Diarreas Agudas-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1795	6,2
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1502	5,1
		CESAC 1	23	0,1
		CESAC 16	106	0,4
		CESAC 30	123	0,4
		CESAC 35	159	0,5
		CESAC 39	230	0,8
		CESAC 41	129	0,4
		CESAC 8	219	0,8
		CESAC 9	121	0,4
II	8	CESAC 24	169	0,6
		CESAC 18	245	0,8
		CESAC 19	153	0,5
		CESAC 20	176	0,6
		CESAC 28	245	0,8
		CESAC 29	102	0,3
		CESAC 3	83	0,3
		CESAC 31	160	0,5
		CESAC 40	251	0,9
		CESAC 5	268	0,9
		CESAC 6	334	1,1
		CESAC 7	43	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4522	15,5
		9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	315
	CESAC 4		117	0,4
	CESAC 14		145	0,5
	CESAC 13		11	0,0
	TOTAL CMR			11746
TOTAL CABA			29166	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Tabla 13 -Diarreas Agudas Sanguinolentas-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA	
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	0	0,0	
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1	0,2	
		CESAC 1	0	0,0	
		CESAC 16	0	0,0	
		CESAC 30	0	0,0	
		CESAC 31	1	0,2	
		CESAC 35	2	0,5	
		CESAC 39	0	0,0	
		CESAC 41	0	0,0	
		CESAC 8	1	0,2	
		CESAC 9	0	0,0	
II	8	CESAC 24	2	0,5	
		CESAC 18	2	0,5	
		CESAC 19	0	0,0	
		CESAC 20	0	0,0	
		CESAC 28	0	0,0	
		CESAC 29	29	7,0	
		CESAC 3	15	3,6	
		CESAC 31	1	0,2	
		CESAC 40	3	0,7	
		CESAC 5	1	0,2	
		CESAC 6	0	0,0	
		CESAC 7	1	0,2	
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	262	63,0	
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	7	1,7	
		CESAC 4	0	0,0	
		CESAC 14	1	0,2	
		CESAC 13	1	0,2	
	TOTAL CMR			330	79,3
	TOTAL CABA			416	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Enfermedades Respiratorias

La notificación de los cuatro eventos respiratorios (ETI, Bronquiolitis en menores de 2 años, Neumonía y Coqueluche), por parte de los efectores de la CMR, sumo el 25.5 % del total de denuncias en residentes, sobre el total notificado por el conjunto de nodos SNVS-C2 de la Ciudad. El hospital Piñero presentó el mayor volumen de denuncias entre dichos efectores (Tablas 14-17).

Tabla 14 –Neumonía-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	751	6,6
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	285	2,5
		CESAC 35	108	0,9
		CESAC 9	62	0,5
		CESAC 8	35	0,3
		CESAC 1	35	0,3
		CESAC 39	9	0,1
		CESAC 10	9	0,1
		CESAC 41	93	0,8
		CESAC 32	13	0,1
		CESAC 16	1	0,0
		CESAC 30	17	0,1
II	8	CESAC 5	42	0,4
		CESAC 3	114	1,0
		CESAC 29	39	0,3
		CESAC 24	62	0,5
		CESAC 18	96	0,8
		CESAC 6	23	0,2
		CESAC 7	27	0,2
		CESAC 28	12	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	981	8,6
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	422	3,7
		CESAC 14	24	0,2
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	28	0,2
	TOTAL CMR		3288	28,7
	TOTAL CABA		11463	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Tabla 15 -Enfermedad Tipo Influenza (ETI)-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	3	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	492	2,2
		CESAC 9	78	0,4
		CESAC 16	61	0,3
		CESAC 1	1	0,0
		CESAC 30	26	0,1
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 39	9	0,0
		CESAC 35	7	0,0
		CESAC 10	10	0,0
		CESAC 41	80	0,4
II	8	CESAC 6	196	0,9
		CESAC 29	48	0,2
		CESAC 28	110	0,5
		CESAC 5	90	0,4
		CESAC 7	31	0,1
		CESAC 24	7	0,0
		CESAC 3	111	0,5
		CESAC 18	11	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1738	7,9
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	18	0,1
		CESAC 14	132	0,6
		CESAC 13	1	0,0
		CESAC 4	10	0,0
TOTAL CMR			3270	14,9
TOTAL CABA			21995	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Tabla 16 -Bronquiolitis en menores de 2 años-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	556	3,6
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	0,0
		CESAC 35	103	0,7
		CESAC 8	109	0,7
		CESAC 9	103	0,7
		CESAC 30	108	0,7
		CESAC 39	76	0,5
		CESAC 16	41	0,3
		CESAC 1	23	0,1
		CESAC 41	69	0,4
		CESAC 32	16	0,1
		CESAC 10	1	0,0
II	8	CESAC 6	320	2,1
		CESAC 3	139	0,9
		CESAC 24	3	0,0
		CESAC 29	39	0,3
		CESAC 5	78	0,5
		CESAC 7	55	0,4
		CESAC 18	43	0,3
		CESAC 28	2	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	3739	24,4
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	183	1,2
		CESAC 14	57	0,4
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	25	0,2
	TOTAL CMR			5889
TOTAL CABA			15345	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla 17 –Coqueluche-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	1,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	6	7,9
		CESAC 1	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 35	0	0,0
		CESAC 39	0	0,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 9	0	0,0
II	8	CESAC 24	0	0,0
		CESAC 18	0	0,0
		CESAC 19	0	0,0
		CESAC 20	0	0,0
		CESAC 28	0	0,0
		CESAC 29	0	0,0
		CESAC 3	0	0,0
		CESAC 31	0	0,0
		CESAC 40	0	0,0
		CESAC 5	0	0,0
		CESAC 6	0	0,0
		CESAC 7	0	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	8	10,5
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	9	11,8
		CESAC 4	0	0,0
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
	TOTAL CMR		24	31,6
	TOTAL CABA		76	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Enfermedades Zoonóticas

Durante el año 2014, no se registraron casos de Hantavirosis. Se notificaron 3 casos de Leptospirosis, pero solo uno fue atendido en efectores de la CMR (Hospital Piñero).

Enfermedades Vectoriales

La notificación de Dengue, en los efectores de la CMR, representó el 7 % del total de denuncias en residentes, sobre el total notificado por el conjunto de nodos SNVS-C2 de la Ciudad . (Tabla 18).

Tabla 18 –Dengue-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	1,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	0	0,0
		CESAC 35	0	0,0
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 9	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 39	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 1	0	0,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 32	0	0,0
		CESAC 10	0	0,0
		I	8	CESAC 6
CESAC 3	0			0,0
CESAC 24	0			0,0
CESAC 29	0			0,0
CESAC 5	0			0,0
CESAC 7	0			0,0
CESAC 18	0			0,0
CESAC 28	0			0,0
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	0			0,0
9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI		0	0,0
	CESAC 14		6	5,8
	CESAC 13		0	0,0
	CESAC 4		0	0,0
TOTAL CMR			7	6,8
TOTAL CABA			103	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Meningoencefalitis

La notificación de meningoencefalitis, en los efectores de la CMR, representó el 30 % del total de denuncias en residentes, sobre el total notificado por el conjunto de nodos SNVS-C2 de la Ciudad. (Tabla 19).

**Tabla 19 –Meningoencefalitis-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	3	1,9
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	4	2,6
		CESAC 1	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 35	0	0,0
		CESAC 39	0	0,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 9	0	0,0
II	8	CESAC 24	0	0,0
		CESAC 18	1	0,6
		CESAC 19	0	0,0
		CESAC 20	0	0,0
		CESAC 28	0	0,0
		CESAC 29	0	0,0
		CESAC 3	0	0,0
		CESAC 31	0	0,0
		CESAC 40	0	0,0
		CESAC 5	0	0,0
		CESAC 6	0	0,0
		CESAC 7	0	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	9	5,8
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	29	18,8
		CESAC 4	0	0,0
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
TOTAL CMR			46	29,9
TOTAL CABA			154	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Hepatitis Virales

No ocurrió notificación de Hepatitis A y sin especificar en los efectores de la CMR, en el año 2014.

Intoxicaciones

La notificación de intoxicación por monóxido de carbono y otros tóxicos por parte de los efectores de la CMR, representó respectivamente el 28% y 8% del total de denuncias en residentes, sobre el total notificado por el conjunto de nodos SNVS-C2 de la Ciudad. (Tabla 20 y 21).

Durante el año 2014 no hubo denuncias por plaguicidas agrícolas y se notificaron 22 casos de intoxicación por plaguicidas domésticos, de los cuales 12 (54 %), fueron atendidos en efectores de la CMR (Hospital Piñero)

**Tabla 20 -Intoxicación por Monóxido de Carbono (CO)-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J A PENNA	21	12,2
II	8	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	27	15,7
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	1	0,6
TOTAL CMR			49	28,5
TOTAL CABA			172	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Tabla 21 -Intoxicación por Otros Tóxicos-
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	12	8,5
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	5	3,5
		CESAC 35	1	0,7
II	8	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	5	3,5
TOTAL CMR			11	7,7
TOTAL CABA			142	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Envenenamiento por animal ponzoñoso

Durante el año 2014 se notificaron 4 casos de alacranismo, pero ninguno fue notificado ni atendido por efectores de la CMR de CABA.

Eventos trazadores bajo vigilancia intensificada

Algunas ENO en Ciudad de Buenos Aires, se hallan bajo vigilancia intensificada, y su registro se realiza, además del SNVS, en bases de datos complementarias construidas en este Departamento, para registrar otros datos epidemiológicos y de acciones en terreno.

Al disponer de datos detallados de domicilio, se presenta la distribución de los mismos según residencia en las comunas de la cuenca.

Dengue

En 2014, La tasa de notificación de dengue en la CMR de CABA fue 0,2 casos por 100.000 habitantes y en el total de la ciudad fue de 3.4 casos por 100.000 habitantes; inferior al indicador del año 2009 (7,9 casos por 100 000 habitantes). (Tabla 22).

Tabla 22 -Dengue-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	0	0,0	0,0
Región 2	8	1	1,0	0,3
	9	0	0,0	0,0
Total CMR		1	1,0	0,2
Total Ciudad de Bs. As.		103	100,0	3,4

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Meningoencefalitis

En el año 2014, los casos notificados de meningoencefalitis totales en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 49 % de los casos de la Ciudad. Las comunas 4 y 8 presentaron las mayores tasas y porcentajes de notificación. La tasa de notificación de la cuenca supera al indicador total de la ciudad. (Tabla 23)

Tabla 23 –Meningoencefalitis-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	24	19,0	10,0
Región 2	8	25	19,8	7,2
	9	13	10,3	3,7
Total CMR		62	49,2	10,6
Total Ciudad de Bs. As.		126	100,0	4,4

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Analizando la distribución geográfica de los casos residentes en las comunas de la CMR) según las dos principales categorías diagnósticas se evidenció que:

- Meningoencefalitis bacterianas:

La tasa de la CMR fue menor que la tasa total de la Ciudad. Las comunas de la CMR aportaron para la etiología bacteriana, el 12.7% de los casos totales. Las comuna 8 presentó la tasa más elevada. (Tabla 24)

**Tabla 24 -Meningoencefalitis bacterianas-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	7	5,6	3,2
Región 2	8	7	5,6	3,7
	9	2	1,6	1,2
Total CMR		16	12,7	2,8
Total Ciudad de Bs. As.		126	100,0	4,4

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

- Meningoencefalitis virales:

La tasa de la CMR coincidió con el indicador total de la Ciudad; Las comunas de la CMR aportaron para la etiología viral el 19.8% de los casos totales. Las tasas fueron similares entre las comunas de la CMR. (Tabla 25)

**Tabla 25 -Meningoencefalitis virales-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	10	7,9	4,6
Región 2	8	8	6,3	4,3
	9	7	5,6	4,3
Total CMR		25	19,8	4,4
Total Ciudad de Bs. As.		126	100,0	4,4

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Coqueluche

En el año 2014, los casos notificados de coqueluche en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 32 % de los casos de la Ciudad. Entre las comunas de la cuenca, la comuna 4 presentó la mayor tasa de notificación. (Tabla 26)

Tabla 26 –Coqueluche-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	7	9,2	2,9
Región 2	8	8	10,5	2,3
	9	9	11,8	2,6
Total CMR		24	31,6	4,1
Total General		76	100,0	2,5

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)

Los casos notificados de DAS en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 49 % de los casos de la Ciudad. La comuna 8 presentó los indicadores más elevados, con una diferencia respecto del resto de las comunas y la ciudad en su conjunto, que merece un estudio más detallado. (Tabla 27)

Tabla 27 -Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)-
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	17	4,1	7,1
Región 2	8	157	37,7	45,1
	9	29	7,0	8,3
Total CMR		203	48,8	34,6
Total General		416	100,0	13,7

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Conclusiones

- El análisis del comportamiento de las enfermedades trazadoras en las comunas de la CMR se halla dificultado, porque la mayoría de dichos eventos se registra de manera agrupada y semanal, sin detalles individuales. Por este motivo no es posible construir tasas de notificación por residencia. No obstante, se estimaron las mismas asumiendo que dichos casos residían y se atendían en los efectores de la CMR.
- Bajo este presupuesto, la incidencia de estas enfermedades habría descendido en el periodo analizado, con la excepción de parasitosis intestinales, dengue, DAS, diarreas, bronquiolitis, ETI y meningitis.
- Las enfermedades gastroentéricas y respiratorias constituyen los capítulos de los eventos trazadores con mayor peso relativo en los efectores de las comunas de la CMR.
- Entre los años 2013-2014, el mayor aumento de casos se registró en parasitosis intestinales, DAS y bronquiolitis en menores de 2 años.
- El Hospital Piñero es el efector con mayor notificación de dichos eventos, seguido por los nodos Penna y Argerich. Solo en el hospital Argerich se observó un descenso en la notificación entre los años 2013-2014.
- Los efectores de la CMR situados en las comunas 4 y 8 concentran el 90 % de las notificaciones de eventos trazadores.
- Los nodos y subnodos situados en la CMR de CABA registraron el 33 % y el 31 % de la notificación de eventos trazadores en residentes en los años 2013 y 2014 respectivamente.
- En el año 2014, la notificación de parasitosis intestinales y DAS por parte de los efectores de la CMR, representó respectivamente el 94 % y 79 % del total de denuncias en residentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- En forma consistente, la comuna 8 presentó los indicadores más elevados para todas las ENO trazadoras, entre los casos residentes en la CMR, seguida de la comuna 9.

La vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), incluye la notificación de los casos de bronquiolitis en menores de 2 años, enfermedad tipo influenza (ETI), neumonías e IRA graves (hospitalizados y fallecidos), cuya fuente son los registros del SNVS-C2. Asimismo, se realiza la vigilancia de la circulación viral respiratoria a través del SNVS-SIVILA.

Evolución de los eventos bajo vigilancia en el año 2014
Bronquiolitis en menores de 2 años

Los hospitales generales pediátricos y los hospitales generales de agudos Piñero, Durand y Zubizarreta, presentaron el mayor volumen de notificaciones de este evento. Se observó una notable diferencia respecto de las denuncias de otros hospitales generales de agudos de similar estructura y complejidad (Tabla 1).

**Tabla 1 -Bronquiolitis en menores de 2 años-
Notificación según efector oficial y residencia habitual del caso. Año 2014**

Efectores Oficiales*			
Hospital	Residentes	No Residentes	Total Públicos
Gutiérrez	1306	2896	4202
Piñero	3739	182	3921
Elizalde	828	3091	3919
Durand	1198	402	1600
Garrahan	410	1168	1578
Zubizarreta	242	1116	1358
Penna	568	778	1346
Ramos Mejía	514	284	798
Alvarez	662	93	755
V. Sarsfield	347	248	595
Argerich	338	122	460
Santojanni	183	231	414
Fernández	295	102	397
Pirovano	254	99	353
Tornu	184	50	234
Sarda	49	67	116
Rivadavia	16	6	22
Muñiz	7	12	19
Total	11140	10947	22087

*En esta tabla no se incluyen los datos de CESAC

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El hospital Italiano se destacó como el único efector privado que notificó regularmente este evento, con predominio absoluto de casos residentes (Tabla 2).

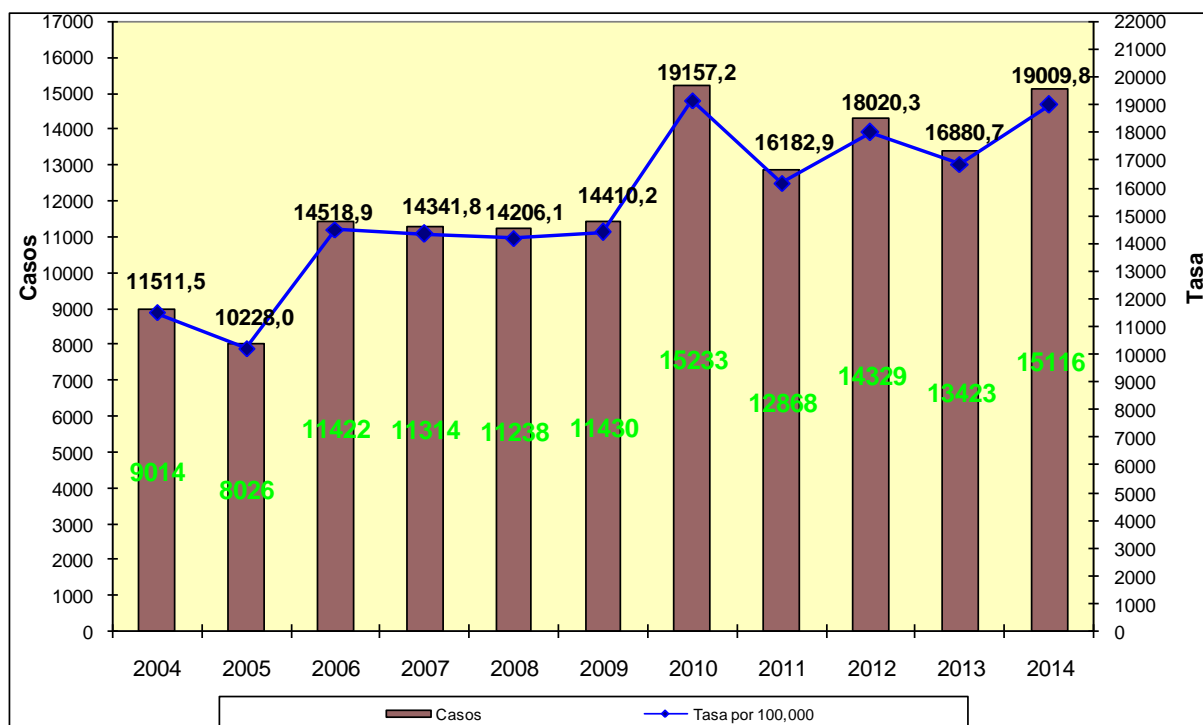
**Tabla 2 -Bronquiolititis en menores de 2 años-
Notificación según efector privado y residencia habitual del caso. Año 2014**

Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Italiano	1470	0	1470
C. de la Esperanza	0	1	1
H. Militar Central	1	0	1
Subtotal	1471	1	1472

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El período observado demostró que en el año 2014, la tasa de notificación (19009 casos por 100.000 habitantes menores de 2 años), fue superior al año 2013, y similar al año 2010, donde se observó la tasa más alta de esta serie histórica, con 19157 casos por 100.000 habitantes menores de 2 años. (Gráfico 1).

**Gráfico 1 -Bronquiolititis en menores de 2 años-
Casos y Tasa de Notificación por 100.000 menores de 2 años
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2004-2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La participación de los casos no residentes en la notificación de este evento en jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires, presentó un sostenido descenso en el periodo observado. En el año 2004, casi 62% de las denuncias de bronquiolititis correspondían a No residentes; esta proporción disminuyó al 41%, 10 años después, lo cual implica un descenso de prácticamente 20 puntos porcentuales. (Tabla 3).

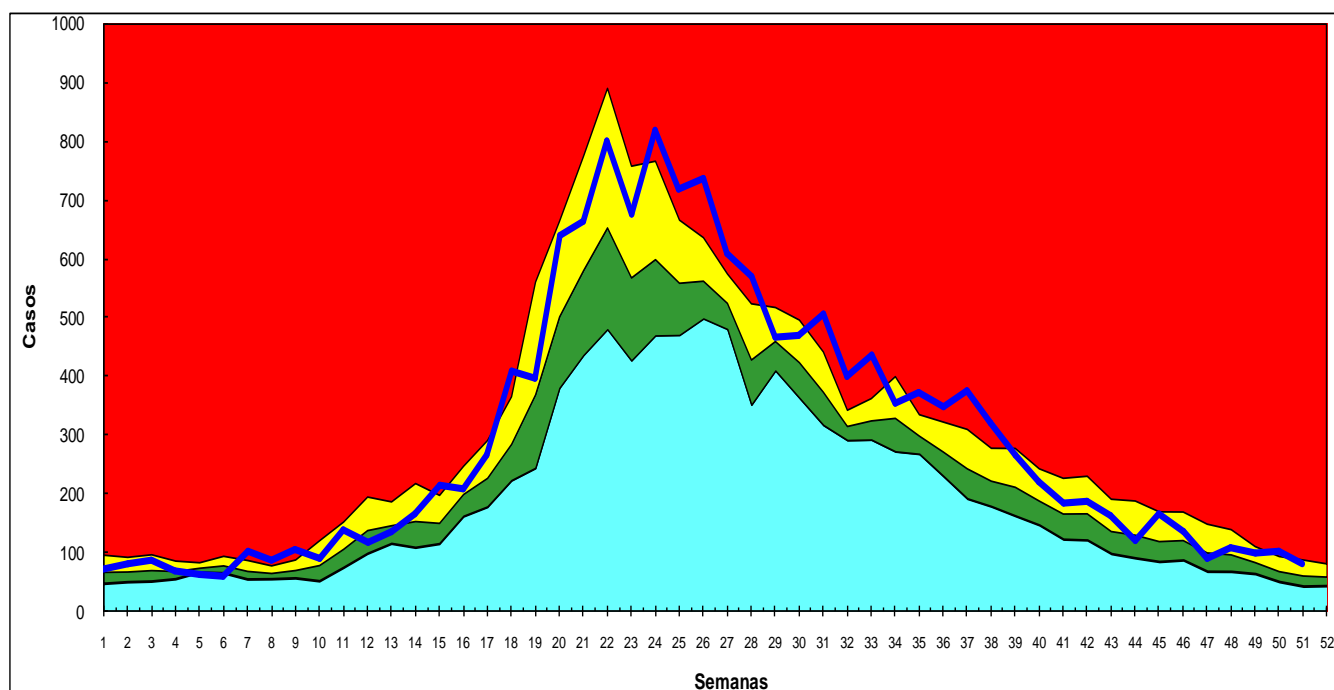
El corredor endémico demostró que la curva de casos del 2014 circuló predominantemente por zona de alarma, en la primera mitad del año; a partir de la semana 27, circuló entre las zonas de brote y alarma, prácticamente hasta finalizar el año. El máximo de notificación ocurrió entre las semanas 22-26. La notificación de la incidencia presentó un comportamiento estacional similar al patrón histórico. (Gráfico 2).

**Tabla 3 -Bronquiolititis en menores de 2 años-
Notificación según residencia habitual del caso. Periodo 2004-2014**

AÑO	RESIDENTES		NO RESIDENTES		TOTALES
	CASOS	%	CASOS	%	
2004	9014	38,3	14491	61,7	23505
2005	8026	40,4	11835	59,6	19861
2006	11422	47,0	12861	53,0	24283
2007	11314	44,4	14159	55,6	25473
2008	11553	44,5	14390	55,5	25943
2009	12626	49,0	13135	51,0	25761
2010	16709	48,6	17696	51,4	34405
2011	14307	50,3	14147	49,7	28454
2012	15046	51,9	13967	48,1	29013
2013	13423	58,9	9368	41,1	22791
2014	15116	58,2	10842	41,8	25958

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Gráfico 2 -Bronquiolititis en menores de 2 años-
Corredor Endémico Semanal. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Enfermedad tipo Influenza (ETI)

A diferencia de bronquiolitis, en la notificación de ETI destacaron Los hospitales generales de agudos, seguidos por los hospitales pediátricos Gutierrez y Elizalde. Como en el evento anterior, se observó una notable diferencia respecto de las denuncias de otros hospitales generales de agudos de similar estructura y complejidad (Tabla 4). El hospital Italiano se destacó como el único efector privado que notificó regularmente este evento, con predominio absoluto de casos residentes (Tabla 5).

**Tabla 4 –Enfermedad Tipo Influenza (ETI)-
Notificación según efector oficial y residencia habitual del caso. Año 2014**

Efectores Públicos*			
Hospital	Residentes	No Residentes	Total Públicos
Zubizarreta	4814	6466	11280
Ramos Mejía	2867	585	3452
Pirovano	2252	874	3126
Piñero	1738	106	1844
Alvarez	1198	172	1370
Gutiérrez	533	624	1157
Elizalde	274	538	812
Penna	492	297	789
Tornu	636	100	736
V. Sarsfield	425	114	539
Garrahan	121	293	414
Santa Lucia	136	263	399
Fernández	229	71	300
Rivadavia	105	10	115
Durand	72	18	90
Muñiz	36	23	59
Santojanni	18	12	30
Argerich	3	0	3
Sarda	0	0	0
Subtotal	15949	10566	26515

*En esta tabla no se incluyen los datos de CESAC

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

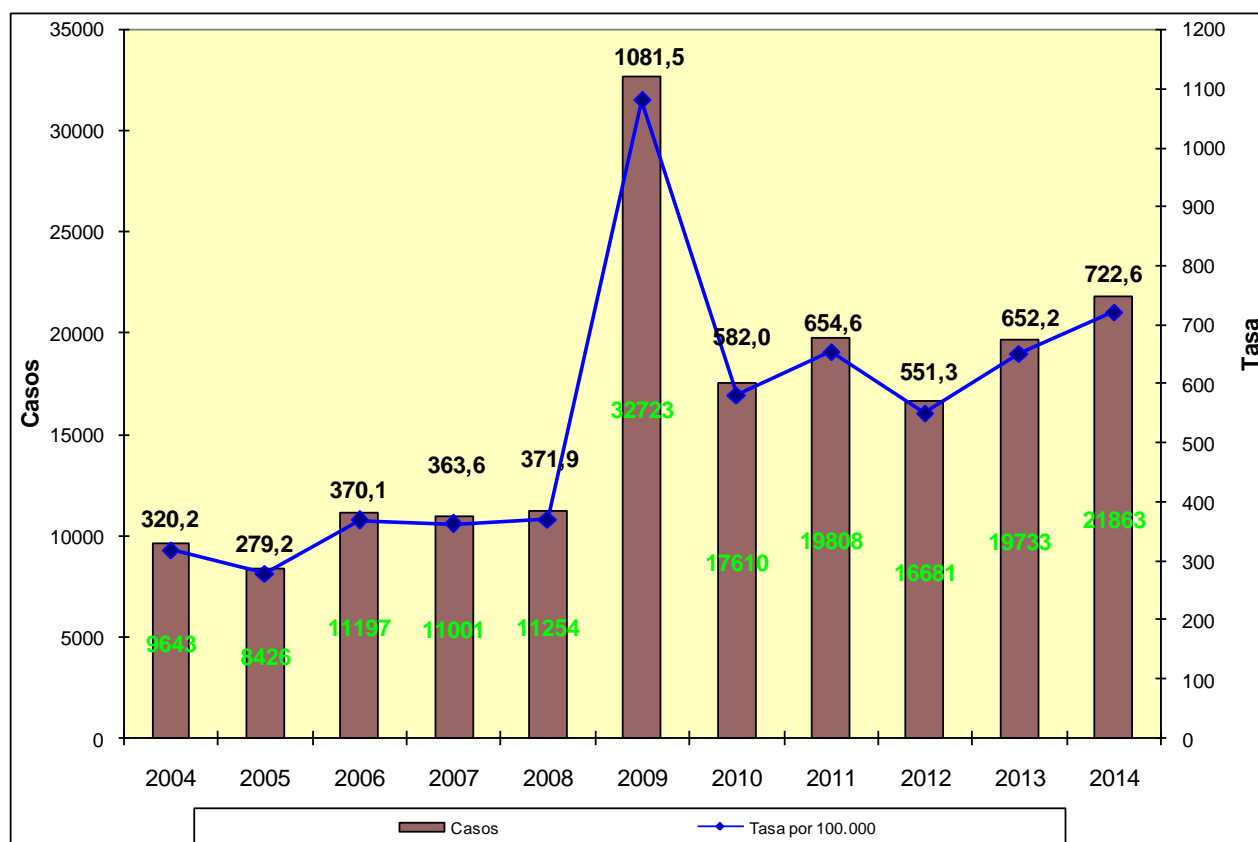
**Tabla 5 –Enfermedad Tipo Influenza (ETI)-
Notificación según efector privado y residencia habitual del caso. Año 2014**

Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Italiano	4113	0	4113
C. de la Esperanza	0	1	1
H. Militar Central	1	0	1
Subtotal	4114	1	4115

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La serie histórica demostró que en el año 2009 ocurrió la epidemia de influenza por la emergencia del virus A(H1N1), con una tasa de notificación superior a 1000 casos por 100.000 habitantes. Entre los años 2010-2013, dicho indicador se mantuvo alrededor de 600 casos por 100.000 habitantes, pero en el año 2014 se incrementó la incidencia, con una tasa superior al año 2013 (Gráfico 3).

**Gráfico 3 -Enfermedad Tipo Influenza (ETI)-
Tasa de Notificación por 100.000 Habitantes
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2004-2014**



*Tasa por 100.000 habitantes
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Los grupos de edad con mayor riesgo de enfermar, según las tasas de notificación en 2014, fueron los menores de 10 años. (Tabla 6).

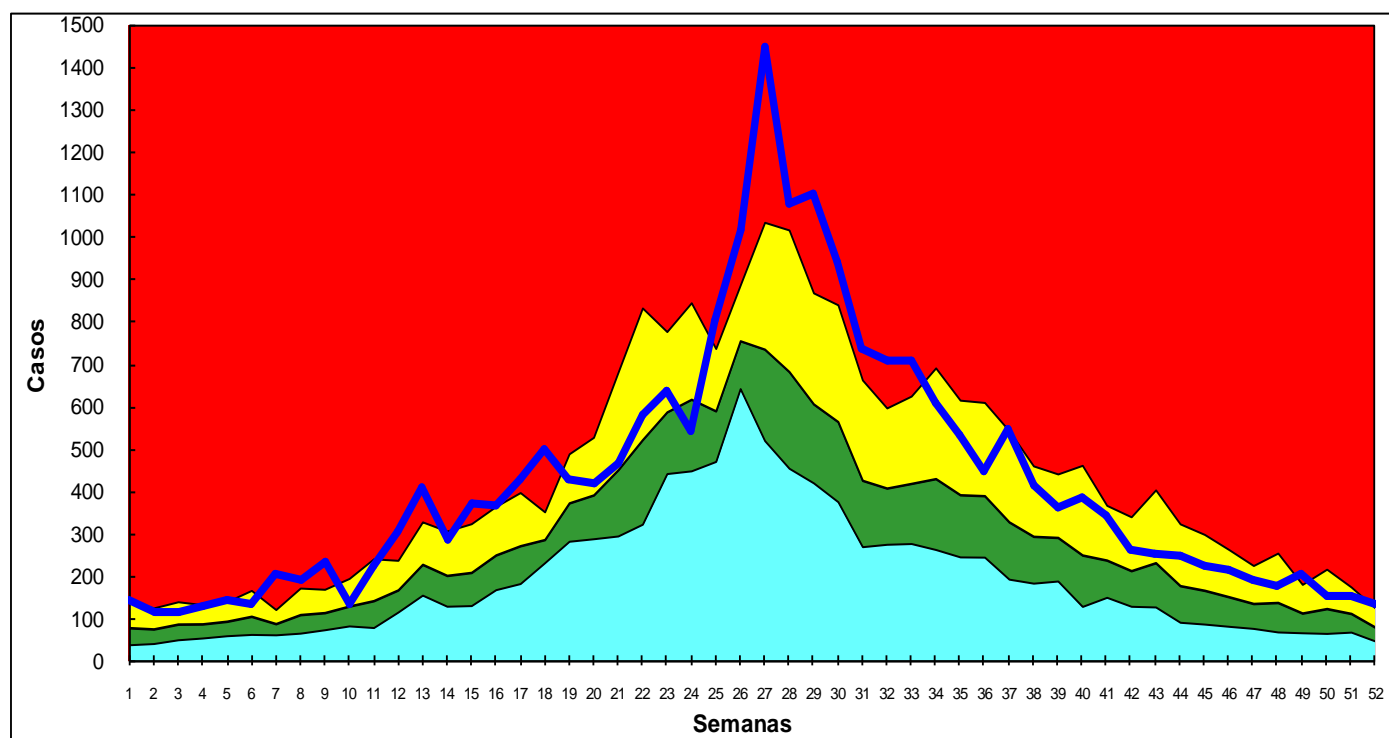
**Tabla 6 -Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI, según grupos de edad-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2014**

Grupos de edad	Casos	%	Tasa*
Menores de 1 año	675	3,1	1875,0
1 año	849	3,9	2190,3
2 a 4 años	2739	12,5	2192,3
5 a 9 años	2643	12,1	1295,0
10 a 14 años	1516	6,9	856,7
15 a 24 años	2761	12,6	724,6
25 a 34 años	3230	14,8	661,8
35 a 44 años	2658	12,2	625,0
45 a 64 años	3043	13,9	448,5
Mayores de 64 años	1594	7,3	315,8
Sin especificar edad	155	0,7	-
TOTALES	21863	100,0	722,6

*Tasa por 100.000 habitantes
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La curva de casos superó los valores esperados prácticamente desde comienzos del año, hasta la semana 18. Entre semanas 19 a 24 la notificación de casos circuló por zona de alarma. El máximo de incidencia, alcanzando zona de brote ocurrió entre semanas 25-30. El registro máximo presentó correlación con el patrón histórico. El descenso de la curva hasta fin de año transcurrió también por zona de alarma (Gráfico 4).

**Gráfico 4 -Corredor Endémico Semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI)-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Neumonías

Los hospitales generales de agudos Ramos Mejía y Piñero presentaron la mayor frecuencia de denuncias. Como en el evento anterior, se observó una notable diferencia respecto de las denuncias de otros hospitales generales de agudos de similar estructura y complejidad (Tabla 7).

El hospital Italiano se destacó como el único efector privado que notificó regularmente este evento, con predominio absoluto de casos residentes (Tabla 8).

Tabla 7 –Neumonía-
Notificación según efector oficial y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Públicos*			
Hospital	Residentes	No Residentes	Total Públicos
Ramos Mejía	1096	401	1497
Piñero	981	30	1011
Gutiérrez	331	625	956
Argerich	751	185	936
Garrahan	242	662	904
Santojanni	422	295	717
Zubizarreta	255	431	686
Penna	285	239	524
Elizalde	129	382	511
Tornu	360	72	432
Fernández	300	85	385
Alvarez	344	32	376
Muñiz	146	227	373
Durand	222	132	354
V. Sarsfield	165	84	249
Pirovano	191	23	214
Rivadavia	101	29	130
Sarda	0	0	0
Subtotal	6321	3934	10255

*En esta tabla no se incluyen los datos de CESAC
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

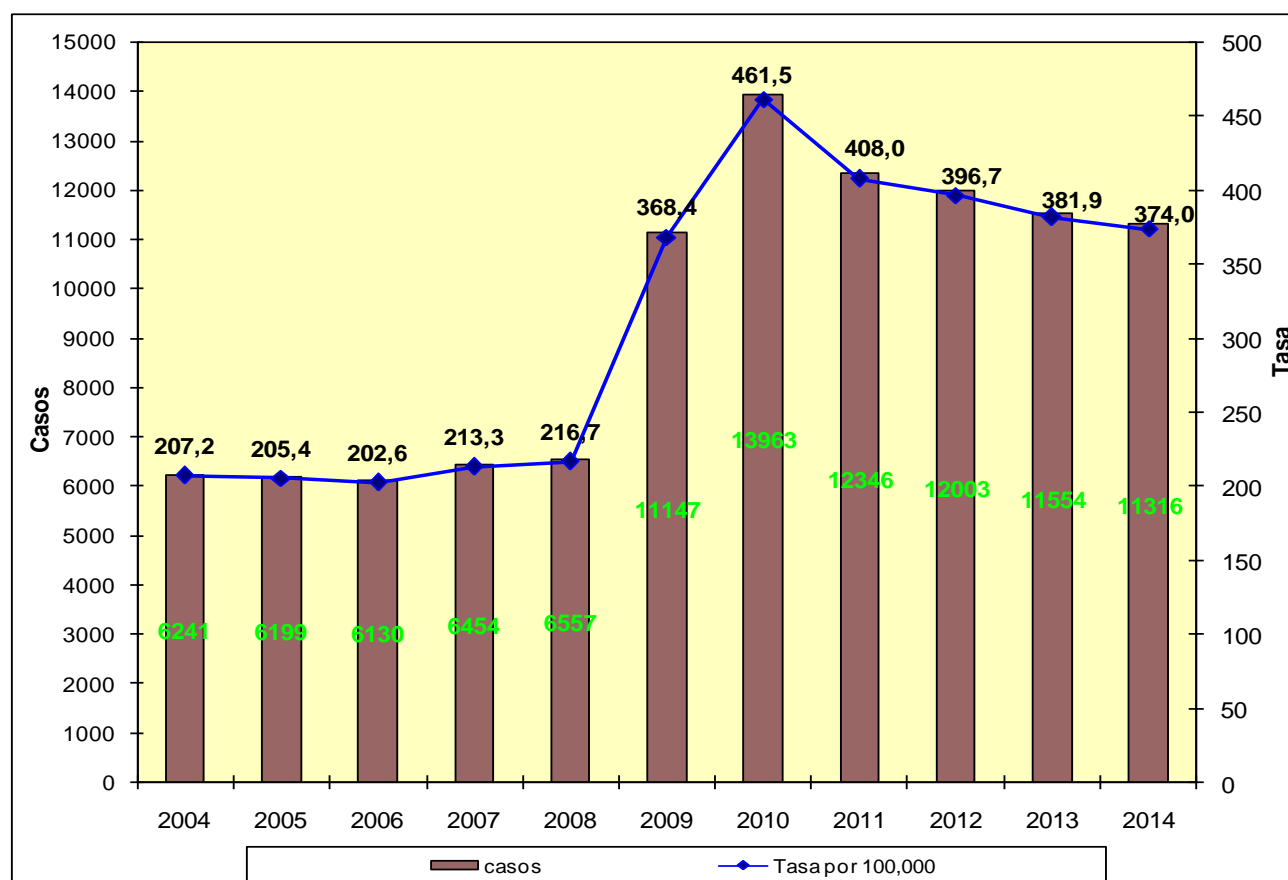
Tabla 8 – Neumonía-
Notificación según efector privado y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Italiano	3877	0	3877
H. Militar Central	1	0	1
Subtotal	3878	0	3878

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Desde el año 2010 (año de la máxima notificación: 13693 casos), la tendencia en la ocurrencia de neumonia descendió en forma consistente; la notificación en 2014 fué la menor desde dicho año (11316 casos). Entre 2010-2014, la tasa se redujo 19 %. (Gráfico 5)

**Gráfico 5 -Neumonía. Tasa de Notificación por 100.000 Habitantes-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2004-2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Los grupos de edad con mayor riesgo de ocurrencia de neumonía, según las tasas de notificación en 2014, fueron los menores de 5 años; patrón similar a lo observado en Enfermedad Tipo Influenza (ETI) (Tabla 9).

**Tabla 9 -Notificación de Neumonías según grupos de edad-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2014**

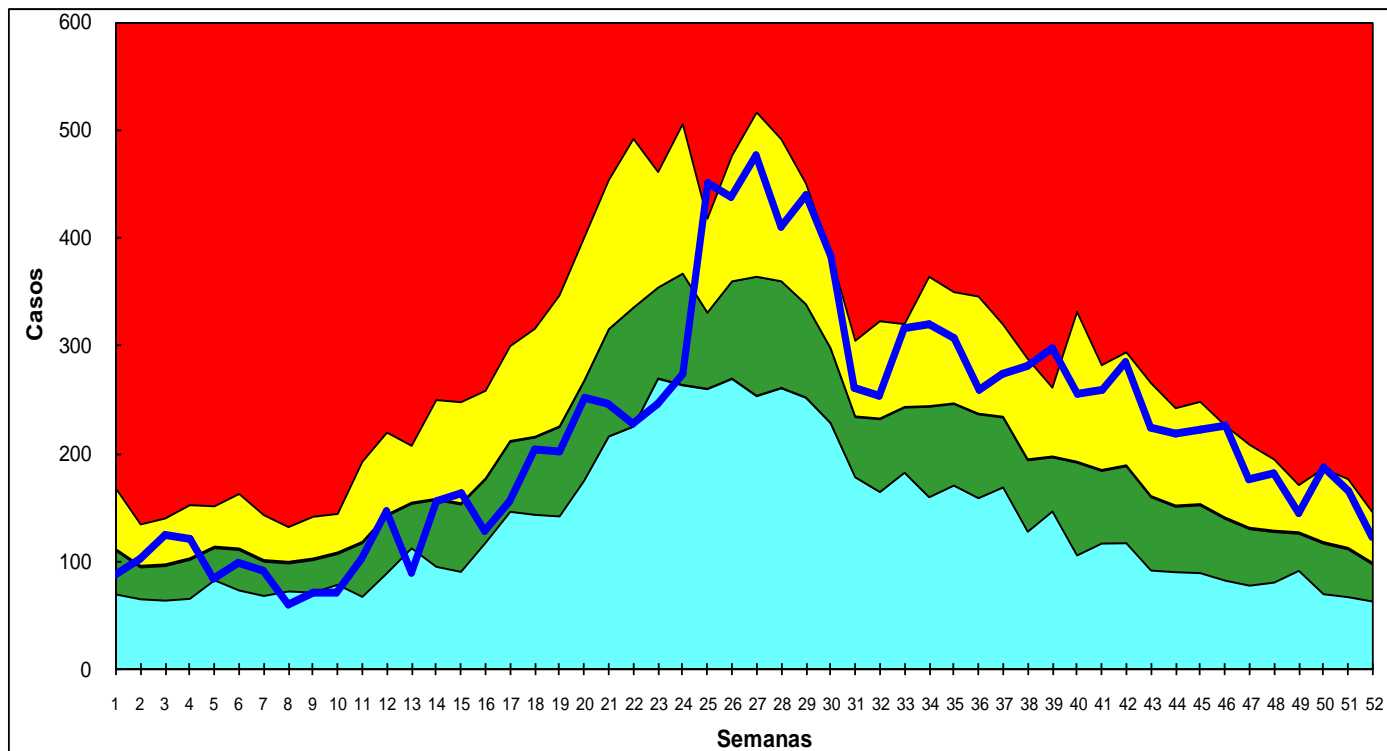
Grupos de edad	Casos	%	Tasa*
Menores de 1 año	587	5,2	1630,6
1 año	871	7,7	2247,1
2 a 4 años	2128	18,8	1703,2
5 a 9 años	1574	13,9	771,2
10 a 14 años	769	6,8	434,6
15 a 24 años	374	3,3	98,2
25 a 34 años	552	4,9	113,1
35 a 44 años	606	5,4	142,5
45 a 64 años	1216	10,7	179,2
Mayores de 64 años	2474	21,9	490,2
Sin especificar edad	165	1,5	-
TOTALES	11316	100,0	374,0

*Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La curva de casos del año 2014 circuló por zona de seguridad hasta la semana 23. A partir de la semana 24 aumenta la incidencia, permaneciendo la curva en zona de alarma hasta finales del año. El máximo de notificación coincide con el patrón histórico, pero con la diferencia de que la notificación máxima 2014 es unimodal, mientras que el máximo histórico es bimodal (Gráfico 6).

**Gráfico 6 -Corredor Endémico Semanal de Neumonía-
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Situación de la Influenza A (H1N1) en el año 2014

En el año 2014 se registraron 8 casos confirmados de Influenza A (H1N1). El 50% del total (4 casos), correspondieron a menores de 5 años y el resto en sujetos entre 25 y 64 años de edad. En residentes de CABA hubo 6 casos (5 internados; 1 ambulatorio).

Todos de los casos residentes en CABA, hospitalizados, presentaban antecedentes de comorbilidad. Los factores de riesgo reportados con mayor frecuencia fueron: Edad mayor de 64 años, enfermedad respiratoria crónica y edad menor de 2 años. Los seis casos residentes se domiciliaban, 2 en comuna 8, y el resto en las comunas 4, 6, y 7

IRAG

Respecto de las Infecciones respiratorias agudas graves hospitalizadas (IRAG), se denunciaron 3295 casos de Infección respiratoria aguda que requirieron hospitalización; de los cuales 1915 (58%) fueron residentes. Por la comparación de registros históricos entre el SNVS y el Dpto. Estadísticas de Salud DGDYPS GCBA, ocurriría un subregistro en el SNVS de la ciudad que alcanzaría el 50%. Dicha situación podría ser explicada, en parte, por el hecho de que este evento es de reciente creación y ha sido incorporado al listado del SNVS desde el año 2009.

Esta situación de subregistro se revela al discriminar la notificación por efector, donde cinco (5) efectores públicos no denunciaron casos, y lo mismo ocurrió en el sector privado. El hospital Italiano se destacó como el único efector privado que notificó regularmente este evento, con predominio absoluto de casos residentes (Tabla 10 y 11).

Tabla 10 –IRAG-
Notificación según efector oficial y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Públicos			
Hospital	Residentes	No Residentes	Total Públicos
Gutiérrez	141	413	554
Zubizarreta	258	277	535
Ramos Mejía	312	115	427
Muñiz	146	224	370
Santojanni	142	156	298
Alvarez	244	0	244
Durand	143	83	226
Pirovano	68	17	85
Piñero	73	4	77
Penna	29	46	75
Rivadavia	31	12	43
Sarda	16	23	39
Ferrer	5	9	14
Tornu	8	1	9
Argerich	0	0	0
Garrahan	0	0	0
Elizalde	0	0	0
Fernández	0	0	0
V. Sarsfield	0	0	0
Subtotal	1616	1380	2996

*En esta tabla no se incluyen los datos de CESAC

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla 11 – IRAG-
Notificación según efector privado y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Italiano	299	0	299
H. Militar Central	0	0	0
C. de la Esperanza	0	0	0
Subtotal	299	0	299

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Entre estos casos residentes internados denunciados al SNVS-C2, los menores de 1 año y los mayores de 64 años fueron los grupos de edad más afectados (26 % y 25 % respectivamente). Pero estas proporciones podrían estar afectadas por el subregistro antes mencionado.

Mortalidad por IRA (CIE 10º. Códigos J10-J22)

Los casos fallecidos por IRA graves comunicados al SNVS fueron 68 (52 residentes y 16 No residentes). Aquí también se advierte el subregistro referido en el SNVS-C2 (Tablas 12 y 13).

Tabla 12 –IRAG Fallecidos-
Notificación según efector oficial y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Públicos			
Hospital	Residentes	No Residentes	Total Públicos
R. Mejía	30	6	36
Zubizarreta	6	7	13
Muñiz	5	1	6
Gutiérrez	2	2	4
Tornu	1	0	1
Pirovano	1	0	1
Sarda	1	0	1
Piñero	0	0	0
Argerich	0	0	0
Garrahan	0	0	0
Santojanni	0	0	0
Penna	0	0	0
Elizalde	0	0	0
Ferrer	0	0	0
Fernández	0	0	0
Alvarez	0	0	0
Durand	0	0	0
V. Sarsfield	0	0	0
Rivadavia	0	0	0
Subtotal	46	16	62

*En esta tabla no se incluyen los datos de CESAC

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla 13 – IRAG Fallecidos -
Notificación según efector privado y residencia habitual del caso. Año 2014

Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Italiano	6	0	6
Subtotal	6	0	6

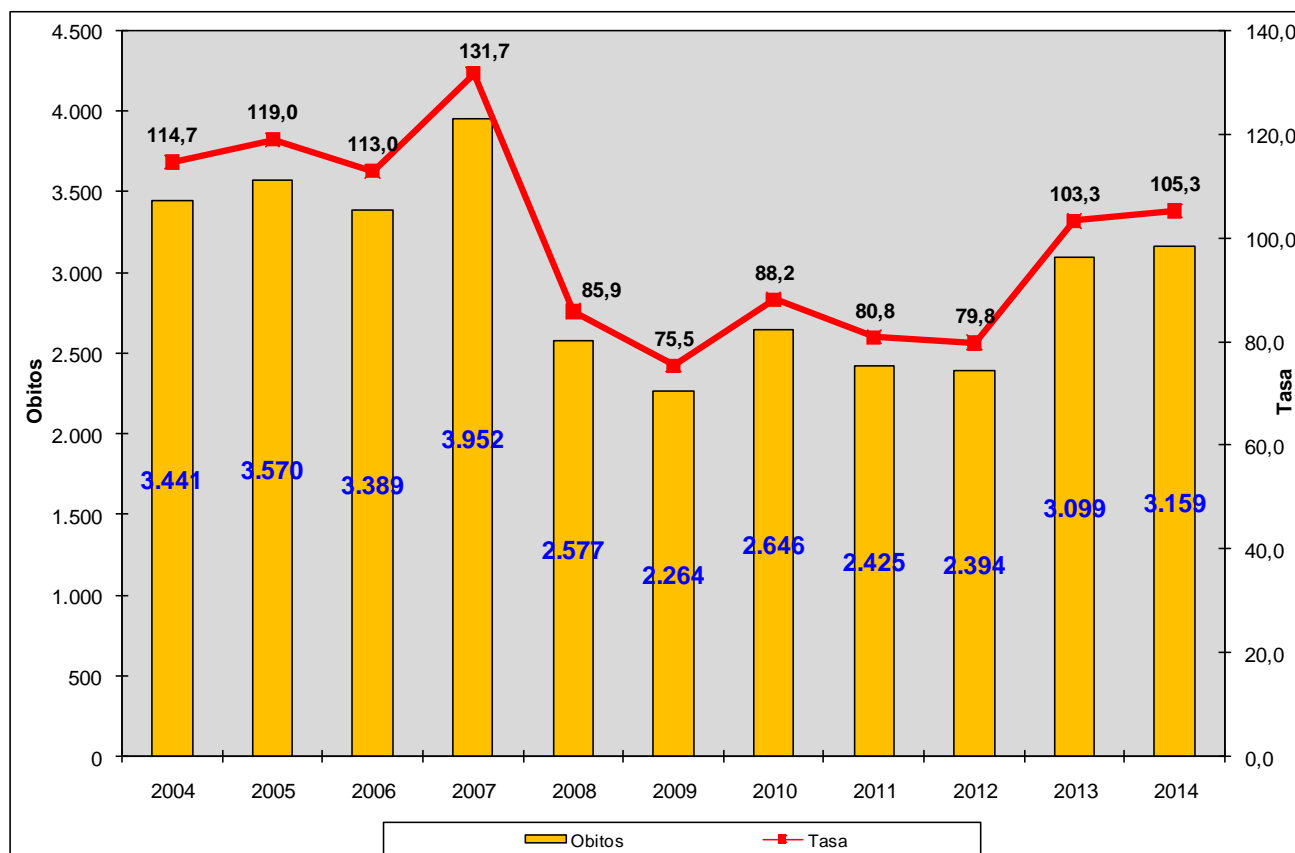
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La tasa de mortalidad por IRA calculada con los datos oficiales de la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad, registró un descenso desde el año 2007, manteniéndose alrededor de 80 a 90 muertes por 100.000 habitantes, entre 2008 a 2012. (Gráfico 7).

El aumento de los casos y la tasa en el año 2013 es atribuido a la recodificación de algunas causas. De acuerdo a lo informado por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio Nacional de Salud, en el Boletín de la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades N° 18, Serie 3, Nro. 58, se procedió a recodificar las defunciones por J98.8 (shock séptico a foco respiratorio), que no está incluido en los códigos de mortalidad por IRA, a ser codificadas como J18.9 (neumonía sin especificar etiología). Este cambio afectó a 553 registros en el año 2013, incrementando el numerador de la tasa de mortalidad de dicho año. (Gráfico 7).

El incremento de la mortalidad en el año 2014, se sostiene luego de esta modificación en la codificación. (Gráfico 7).

**Gráfico 7 -Mortalidad Por IRA (CIE 10º. J10-J22)-
Tasa De Mortalidad Por 100.000 habitantes según Año
Residentes Ciudad De Buenos Aires. Años 2004-2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El incremento de la mortalidad en el año 2014, ocurrió a expensas del mayor riesgo en el grupo de 65 y más años (Tabla 14).

**Tabla 14 - Mortalidad Por IRA (CIE 10º. J10-J22)-
Tasa De Mortalidad Por 100.000 habitantes según grupos de edad
Residentes Ciudad De Buenos Aires. Años 2004-2014**

TASA DE MORTALIDAD POR 100.000 HABITANTES											
GRUPOS DE EDAD	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Menor de 5 años	3,1	1,5	1,5	0,5	2,5	3,0	3,5	4,5	2,5	4,5	3,5
5-14 años	0,6	0,9	0,3	0,6	0,5	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0	0,3
15-64 años	13,7	14,4	14,5	16,6	10,0	10,6	9,0	7,2	8,3	9,7	8,4
65 y más años	617,8	643,8	608,3	713,9	466,6	404,4	487,0	450,3	469,1	574,1	591,0

*Tasa por 100.000 habitantes

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Circulación Viral

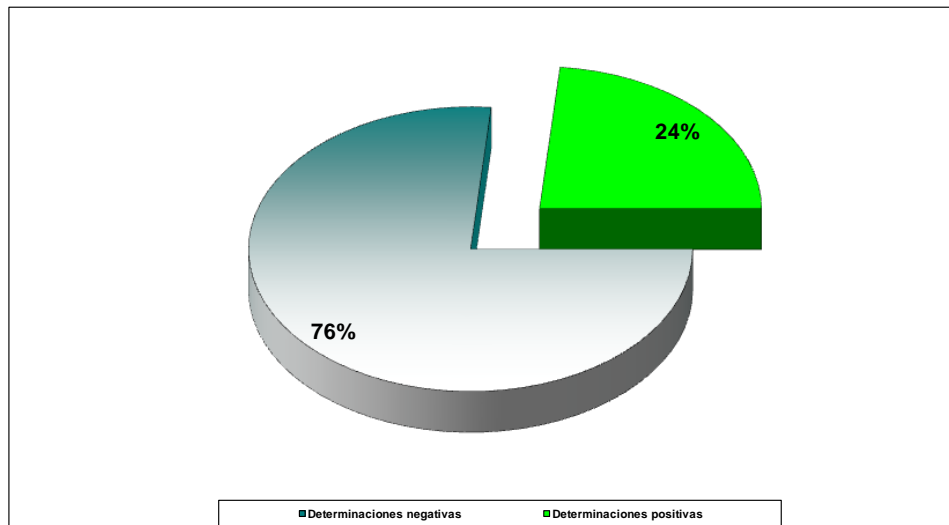
De acuerdo a la información reportada al Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA), durante el año 2014 fueron estudiadas 22367 muestras de pacientes con Infección respiratoria aguda. Los laboratorios con mayor volumen de denuncias pertenecen a los hospitales pediátricos, seguidos por algunos laboratorios privados (Tabla 15). De dicho total resultaron 5261 casos positivos (24 %). (Grafico 8).

**Tabla 15 – Infecciones Respiratorias Agudas Virales-
Muestras de laboratorio notificadas al SIVILA
Laboratorios en Ciudad De Buenos Aires. Año 2014**

Laboratorio notificador	Total de muestras
H. Garrahan	5723
H. Gutierrez	4649
H. Elizalde	3487
Centralab	3398
Manlab	1872
H. Piñero	447
H. Alvarez	367
H. Muñiz	310
Funcei	289
H. Penna	319
H. Durand	294
H. Santojanni	287
H. Ramos Mejía	214
H. Italiano	177
Cemic	152
H. Clínicas	147
H. Sarda	122
H. Zubizarreta	112
H. Tornú	1
Total	22367

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

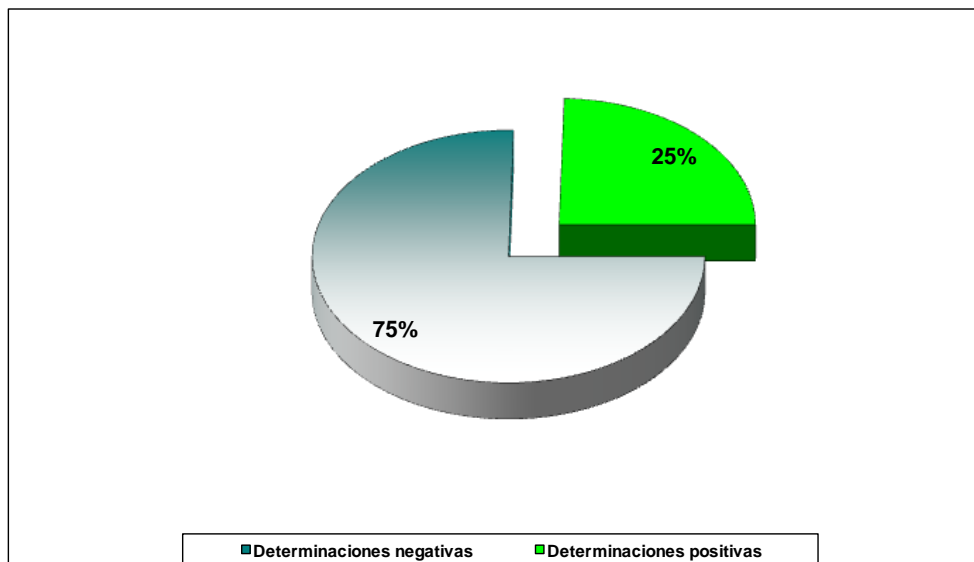
**Gráfico 8 -Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios-
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
N = 22367**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

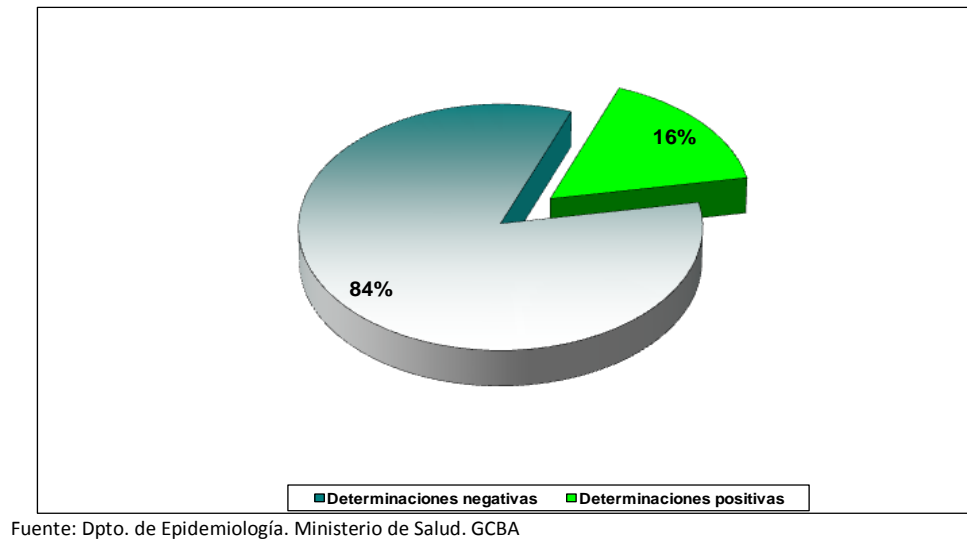
En menores de 15 años y mayores de 15 años dicha distribución fue 25 % y 16 % respectivamente. (Gráficos 9 y 10).

**Gráfico 9 -Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios en Menores de 15 años-
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
N = 15241**



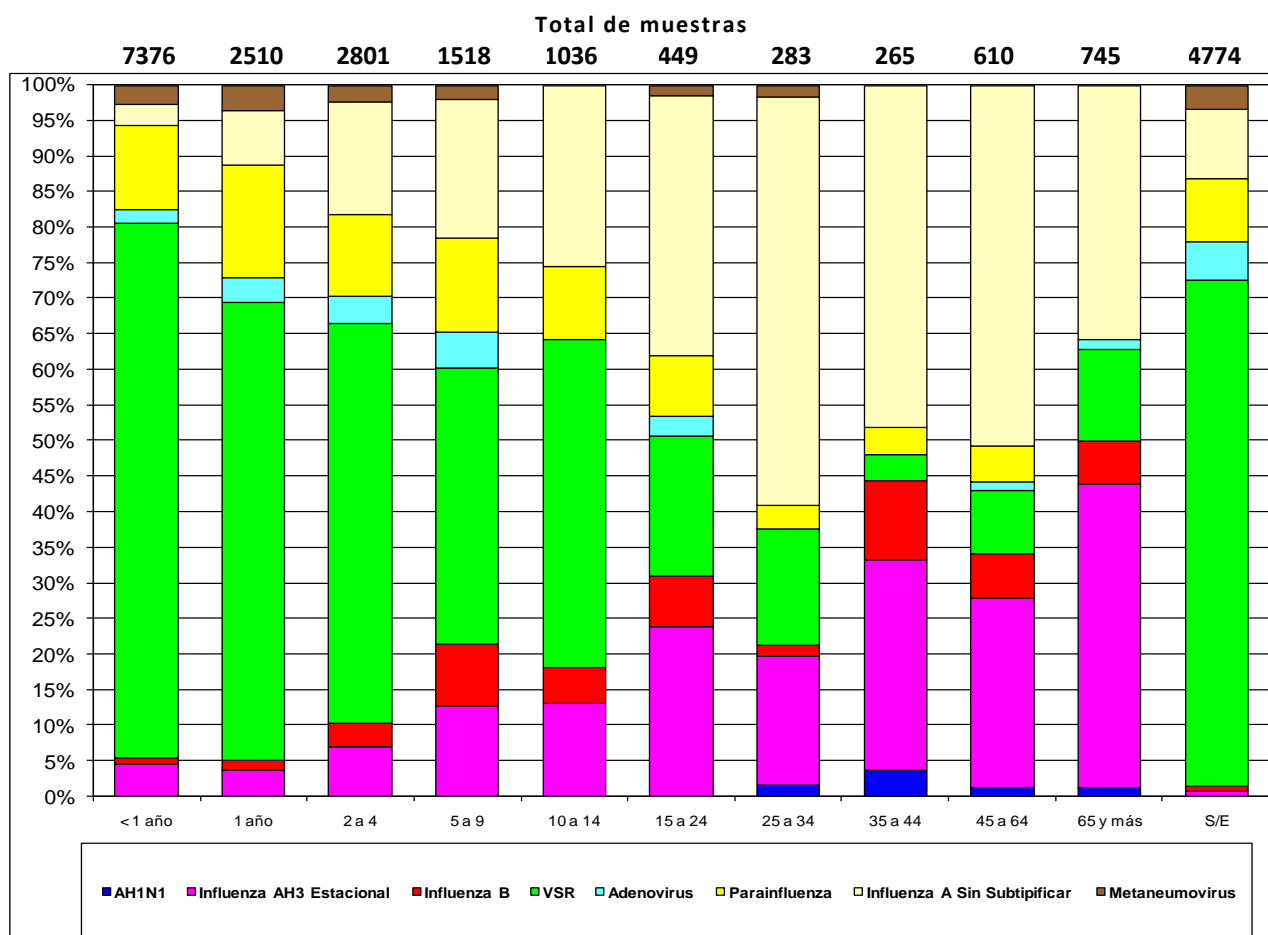
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Gráfico 10 -Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios Mayores de 15 años-
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
N = 2352**



De los 5261 casos positivos para virus respiratorios, el 75% correspondió a VSR y 19% a Influenza (todas las cepas). La circulación de Influenza A(H1N1)pdm fue menor del 5% entre los mayores de 14 años. En los menores de 15 años ocurrió mayor circulación de VSR, siendo predominante en menores de 5 años (Gráfico 11). La circulación de Influenza A(H3) estacional, se registro en todos los grupos de edad, con predominio entre los mayores de 15 años (Gráfico 11).

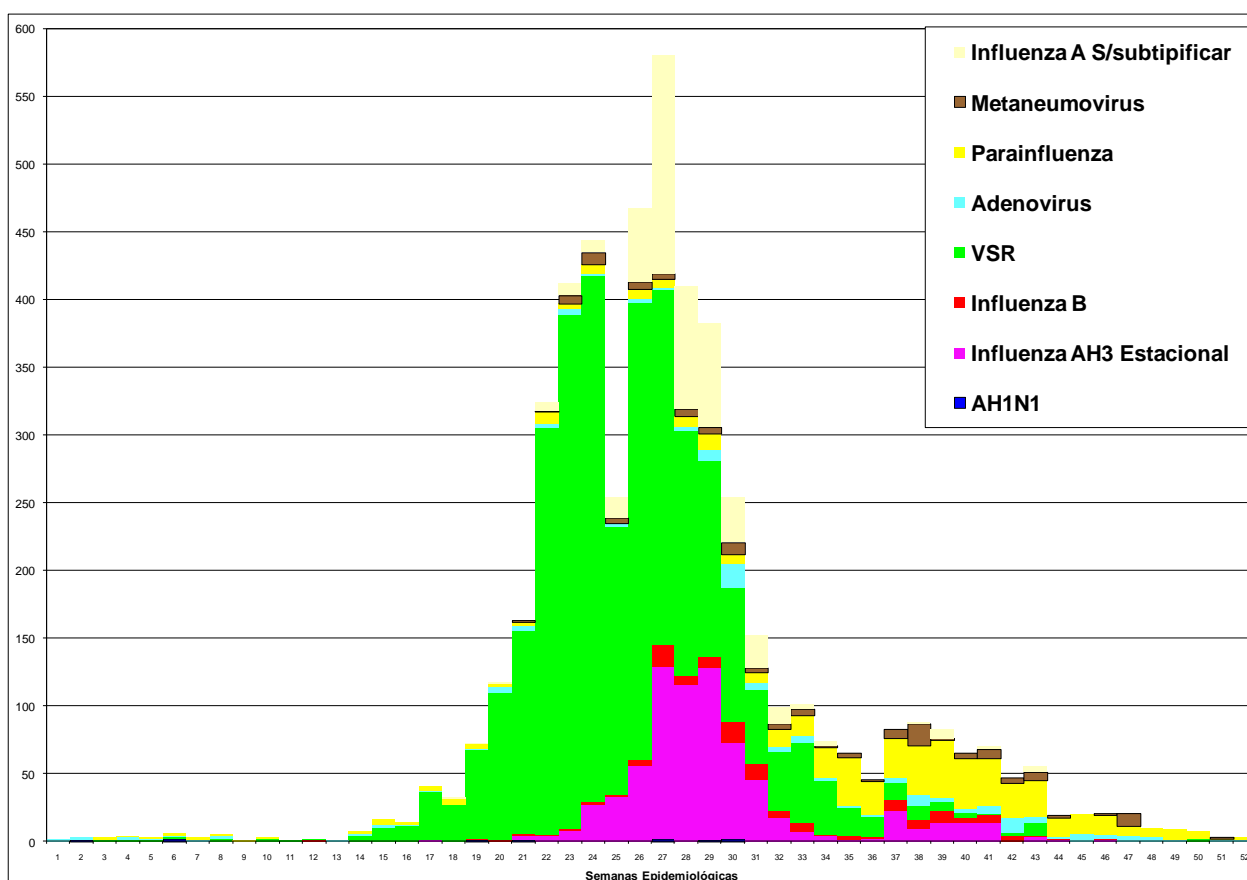
**Gráfico 12 -Circulación Viral Global-
Distribución porcentual según grupos de edad
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Entre las semanas 14 a 27 predominó la circulación de Virus Sincial Respiratorio (VSR). Prácticamente no hubo circulación de Influenza A (H1N1). La presencia de Influenza AH3 estacional e Influenza B se observó fundamentalmente entre semanas 21 a 41. No se detectaron otros serotipos (Gráfico 12).

**Gráfico 12 -Circulación Viral Global-
Resultados por semana epidemiológica
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Vacunación antigripal

La cobertura global de vacunación antigripal en residentes fue de 54.6 %; por debajo de la cobertura en el año 2013 que fue del 88%. En especial, bajos indicadores en embarazadas y niños menores de 2 años. (Tabla 4). Debe enfatizarse, que dichas coberturas se alcanzaron tardíamente, al final del año calendario.

**Tabla 4 -Cobertura de vacunación antigripal-
Residentes Ciudad De Buenos Aires. Año 2014**

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	COBERTURA %							
		Personal de Salud	Personal esencial	Embarazadas	Púérperas	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	DE 2 A 64a con factores de riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	300.029	79,0%	99,9%	41,4%	80,4%	65,6%	50,4%	25,0%	99,9%

Fuente: Dpto. de Inmunizaciones. Ministerio de Salud. GCBA

Conclusiones

- La tasa de notificación de bronquiolitis en menores de 2 años, fue superior respecto del año 2013 y cercano al máximo histórico registrado en el año 2010.
- La participación de los casos no residentes en la notificación de este evento en jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires, presentó un sostenido descenso desde el año 2004 (62%) al año 2014 (42%).
- Los casos de bronquiolitis en menores de 2 años circularon predominantemente por zona de alarma, en la primera mitad del año y a partir de la semana 27, entre las zonas de brote y alarma, prácticamente hasta finalizar el año.
- Entre los años 2010-2013, la tasa de notificación de ETI se mantuvo alrededor de 600 casos por 100.000 habitantes, pero en el año 2014 se registró una tasa de notificación de 722,6 casos por 100.000 habitantes
- Los grupos de edad con mayor probabilidad de enfermar por ETI, según las tasas de notificación en 2014, fueron los menores de 10 años.
- La curva de casos de ETI circuló entre zona de alarma y brote prácticamente desde comienzos del año, hasta la semana 18. El registro máximo presentó correlación con el patrón histórico.
- Entre 2010-2014, la tasa de notificación de Neumonía se redujo 19 %.
- Los grupos de edad con mayor riesgo de ocurrencia de neumonía, según las tasas de notificación en 2014, fueron los menores de 5 años
- La curva de casos del año 2014 circuló por zona de seguridad hasta la semana 23. A partir de la semana 24 aumenta la incidencia, permaneciendo la curva en zona de alarma hasta finales del año
- En el año 2014 se registraron 8 casos confirmados de Influenza A(H1N1). El 50% del total (4 casos), correspondieron a menores de 5 años y el resto en sujetos entre 25 y 64 años de edad. En residentes de CABA hubo 6 casos (5 internados; 1 ambulatorio).
- Durante el año 2014 fueron estudiadas 22367 muestras de pacientes con Infección respiratoria aguda, resultando un total de 5261 casos positivos (24 %).
- Se denunciaron 3295 casos de Infección respiratoria aguda grave (IRAG), que requirieron hospitalización; de los cuales 1915 (58%) fueron residentes.
- Se registró un incremento de la mortalidad por IRA en el año 2014
- Se observó una tendencia a la disminución de la incidencia de las IRA a partir del año 2010, en especial, en el evento “Neumonía”.
- En 2014 y en Ciudad de Buenos Aires, la circulación de Influenza A(H1N1)pdm, fue mínima,
- La cobertura global de vacunación antigripal en residentes fue de 54.6 %, muy por debajo de la cobertura 2013 que fue del 88%; los peores indicadores se observaron en embarazadas y niños menores de 2 años.

GASTROENTERICAS.

BOTULISMO DEL LACTANTE

Dra. Anabel Regalía

La toxemia intestinal del lactante o *botulismo del lactante*, es una toxiinfección caracterizada por un cuadro de parálisis flácida (PAF) que afecta a lactantes menores de un año, como resultado de la ingestión de esporas, principalmente por deglución de polvo ambiental contaminado, y en algunos casos de miel o hierbas medicinales contaminadas, provocando la colonización del intestino por el bacilo *Clostridium botulinum* y su desarrollo a la forma vegetativa, con posterior absorción de la toxina botulínica allí producida. Casi todos los brotes son causados por los tipos A, B y E, y raramente el F.

Puede afectar a adultos con alteraciones en la anatomía y microfloras gastrointestinales.

Esta enfermedad, descrita en 1976 en EE.UU. y en 1982 en Argentina, es hoy la forma clínica de botulismo más frecuente.

El período de incubación del botulismo del lactante no se conoce, porque es prácticamente imposible establecer con certeza el momento exacto en que ingresan las esporas al tracto intestinal del lactante.

No hay transmisión de la enfermedad de persona a persona.

Síntomas clínicos: clásicamente inician con estreñimiento, inapetencia, indiferencia, seguido de ptosis palpebral, pérdida de sostén cefálico, succión y llanto débiles, e hipotonía generalizada (“bebé laxo”), que puede progresar a la insuficiencia y paro respiratorios.

Tríada de orientación diagnóstica

Hipotonía
Constipación
Reflejo fotomotor lento

Definiciones de casos

Caso sospechoso: todo niño menor de un año que presente hipotonía con disminución de la fuerza muscular o constipación de 3 o más días y uno o más de los siguientes signos: reflejo fotomotor lento, oftalmoplejía externa, estrabismo, ptosis palpebral; llanto ronco o débil; disminución del reflejo de succión y deglución (disfagia, babeo, dificultad para alimentarse); disminución del reflejo nauseoso y del reflejo tusígeno; pérdida de la sonrisa social, facies inexpresiva; letargo; indiferencia.

Caso confirmado: caso sospechoso con identificación de toxina botulínica específica en el suero, las heces, el aspirado gástrico y el alimento sospechoso o cultivo positivo para *C. Botulinum* en heces o nexos epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Ante la sospecha clínica, el diagnóstico se basa en la identificación de la toxina botulínica en el suero, las heces, el aspirado gástrico y el alimento sospechoso, o por cultivo de *C. Botulinum* en las heces de un caso clínico. *En el botulismo del lactante, la detección de toxina es casi invariablemente positiva en materia fecal, pero poco frecuente en suero, no obstante su identificación confirma por sí sola el diagnóstico.* La sola demostración de *C. Botulinum* en intestino del lactante, sumado a algún signo compatible, certifica el diagnóstico. La identificación de los microorganismos en el alimento sospechoso es útil, pero no tiene validez diagnóstica debido a la amplia distribución de las esporas.

Diagnósticos diferenciales del botulismo del lactante

- Miastenia gravis
- Werdnig Hoffman
- Poliomieltis
- Síndrome de Reye
- Síndrome de Guillain-Barré
- Meningitis
- Lesiones de la médula espinal
- Otras parálisis flácidas
- Sepsis
- Parálisis por garrapata

Tratamiento específico

Antitoxina botulínica

El tratamiento específico del botulismo del lactante es la administración temprana de antitoxina botulínica; existen dos tipos: la humana y la derivada de suero equino.

La antitoxina es eventualmente beneficiosa cuando es administrada precozmente, mientras la toxina se encuentre en el plasma y antes de que sea internalizada al terminal colinérgico pre-sináptico. La antitoxina botulínica solamente neutraliza la toxina circulante, siendo inefectiva sobre la toxina fijada en las uniones sinápticas.

No se recomienda administrar antitoxina si transcurrieron 7 días o más de evolución desde el comienzo de los síntomas graves (hipotonía, déficit de pares craneales, trastorno en la mecánica ventilatoria).

Antitoxina botulínica humana

EE.UU. produce un derivado humano de antitoxina botulínica (BabyBIG®). Un estudio de seguridad y eficacia realizado en California durante 5 años, evidenció que su uso reducía la media de la estadía hospitalaria por caso de aproximadamente 5,5 semanas a 2,5 semanas ($p < 0,001$). Solo disponible en EE.UU. En la República Argentina no está disponible.

Antitoxina botulínica equina

Existe experiencia limitada en la utilización de esta antitoxina para casos de botulismo del lactante. El uso de esta terapia específica debería ser considerada ante pacientes graves, que requieren ingreso a unidad de cuidados intensivos, soporte ventilatorio mecánico y cuentan con un diagnóstico de laboratorio positivo. La vía de administración de la antitoxina botulínica equina es preferentemente intravenosa por infusión lenta (en una dilución 1/10 en solución salina isotónica). La dosis indicada es de 500 UI/ Kg de peso, de antitoxina Tipo A. Por tratarse de suero heterólogo es importante realizar previamente prueba de sensibilidad y desensibilización, consultando a un Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico, o a un Centro Especializado de Asesoramiento sobre Botulismo del Lactante.

Durante el año 2014 se notificaron en Ciudad de Buenos Aires, 8 casos compatibles con botulismo del lactante, todos ellos en no residentes, asistidos en hospitales públicos y privados de la Ciudad. (Tabla 1).

**Tabla 1 - Botulismo del Lactante - Notificación de casos probables
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

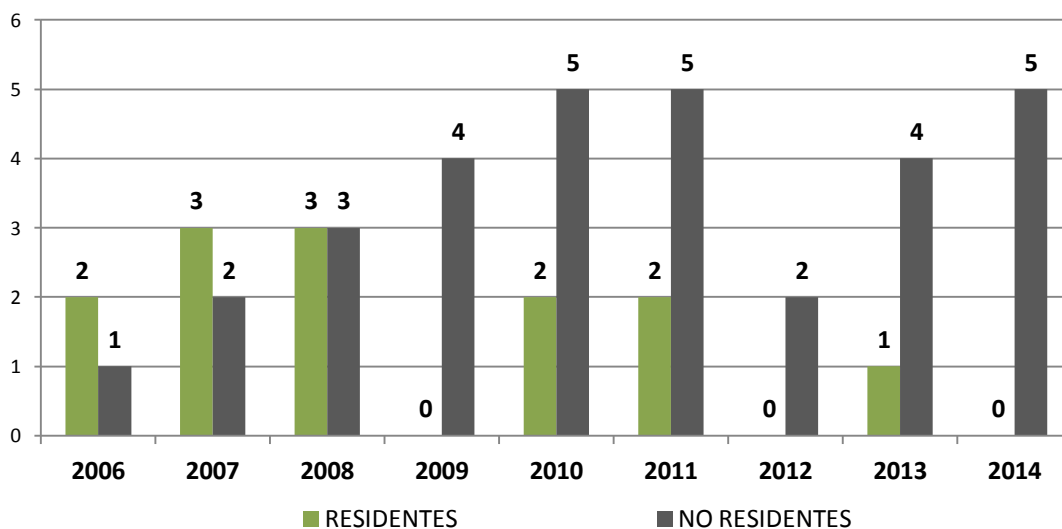
NOTIFICADORES	Año 2014		
	Residentes	No residentes	Totales
ELIZALDE	0	1	1
GARRAHAN	0	2	2
GUTIERREZ	0	1	1
FUNDACION HOSPITALARIA	0	1	1
POLICLINICO CENTRAL UOM	0	2	2
SANATORIO SAGRADO CORAZON	0	1	1
TOTALES	0	8	8

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

De la totalidad de casos notificados se confirmaron 5, mediante determinación *de toxina botulínica en materia fecal* en el ANLIS “Carlos Malbrán” (4 casos de provincia de Buenos Aires y 1 caso de Santa Fe). La variedad de toxina, en todos los casos, correspondió a la Tipo A.

La serie histórica de casos confirmados desde el año 2006 mostró una tendencia en ascenso, fundamentalmente a expensas de no residentes, con estabilización de la curva a partir de 2010 hasta el año 2014. (Gráfico 1).

**Gráfico 1- Botulismo del Lactante - Casos confirmados según Residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie Histórica 2006 – 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

Tres casos se notificaron en las 6 primeras semanas del año y los dos restantes en las semanas 32 y 38.

El rango etario comprendió lactantes entre 3 y 9 meses de edad. 60% correspondieron a sexo femenino y 40% a sexo masculino. La sintomatología presentada fue hipotonía generalizada, llanto débil, ptosis palpebral, paraparesia. Entre los casos no confirmados, uno fue notificado como hipotonía postinfecciosa en el marco de una

meningoencefalitis autoinmune y en otro no se arribó a un diagnóstico. En estos tres pacientes no se realizaron electromiogramas y tuvieron muestras negativas para Polio y Enterovirus. No se reportaron fallecimientos.

En un caso se notificó ingesta previa de miel y en otro remodelación en el hogar (tanto el alimento como el polvo pueden vehiculizar esporas de *Clostridium*).

Para la prevención del botulismo del lactante se evitará suministrar a los mismos fuentes identificadas de esporas, como miel e infusiones de hierbas medicinales, principalmente las comercializadas "a granel", debido a que se demostró mayor contaminación que las que se expenden industrializadas "en saquitos".

La Resolución Conjunta SPRRS Nº 136/2007 y SAGPA Nº 109/2007 específicamente explicita lo siguiente: Incorpórase al capítulo V, "Rotulación de Alimentos Envasados", del Código Alimentario Argentino el Artículo 235 sexto, que quedará redactado de la siguiente manera: Artículo 235 sexto. En el rótulo de los envases de miel, deberá consignarse con caracteres de buen realce y visibilidad y en un lugar destacado de la cara principal, la siguiente leyenda:

"No suministrar a niños menores de 1 año"

Se deberían promover medidas de higiene domiciliar y peridomiciliar para evitar o minimizar la contaminación con tierra o polvo ambiental, especialmente en zonas áridas, con bajas precipitaciones y humedad ambiental, y ventosas.

El amamantamiento podría retardar el inicio de la enfermedad, favoreciendo la presentación de casos de menor gravedad.

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen un importante problema de salud pública en los países en desarrollo, determinando alta morbilidad y mortalidad, principalmente en menores de 5 años.

Son una de las principales causas de consulta ambulatoria, en particular asociadas a condiciones de pobreza. Se estima que la enfermedad diarreica aguda constituye entre el 60 y el 80% de los motivos de consulta pediátrica en los servicios de salud de América Latina. Si bien los niños son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad, las enfermedades diarreicas también afectan a otros grupos de población. En promedio, los niños padecen 3,3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, puede ser superior a nueve episodios anuales.

La OMS define a la diarrea aguda en menores de 2 años como la *“eliminación de heces semilíquidas en número de 3 o más en 12 horas, o una sola deposición anormal asociada a la presencia de moco, pus o sangre”*. Si persiste por más de 14 días se considera diarrea prolongada.

La mayor parte de las diarreas se adquieren por transmisión a través de ingestión de agua o alimentos contaminados. Entre las causas más frecuentes se señalan la inadecuada manipulación y la contaminación de los alimentos y condiciones higiénico-sanitarias deficientes. Otros factores que incrementan el riesgo de diarrea son el bajo peso al nacer, algunas enfermedades de base o intercurrentes, como las enfermedades inmunosupresoras, entre otras.

La Vigilancia epidemiológica de estos eventos permite detectar brotes de enfermedades diarreicas inusuales o inesperadas, descubrir y caracterizar fuentes, tipificar los gérmenes capaces de producirlos y orientar las acciones de prevención y control.

Las diarreas agudas, dentro de las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) pertenecen a la Categoría de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Grupo Gastroentéricas, Estrategia de Vigilancia Clínica, de Laboratorio y Unidad Centinela (donde las hubiere), Modalidad de Notificación numérica, Periodicidad semanal, usándose como Instrumentos de Recolección de datos la planilla C2 semanal, el ingreso de datos de muestras de laboratorio al SIVILA.

Durante el año 2014 en la Ciudad de Buenos Aires, se notificaron al SNVS -C2, desde hospitales y centros de salud (CeSAC) del GCBA, 48085 casos de diarreas agudas (excluye diarreas agudas sanguinolentas – DAS - y Síndrome Urémico Hemolítico diarrea positiva - SUH D +), en todos los grupos etarios, de los cuales 60,6% correspondieron a residentes. El número más alto de notificaciones en éstos lo generó el Hospital Piñero, haciendo lo propio en no residentes, el Hospital de Pediatría Juan Garrahan. El 59,5% de estos casos de diarreas agudas ocurrieron en menores de 5 años. (Tablas 1 y 2).

**Tabla 1 - Diarreas - Casos notificados en residentes por establecimiento
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

ESTABLECIMIENTO	2014
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4522
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN	2479
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	2438
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD	2234
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ	1956
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1795
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1753
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	1608
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1502
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1224
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1220
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	840
CESAC 6	334
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	319
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	318
HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	315
CESAC 5	268
CESAC 40	251
CESAC 18	245
CESAC 39	230
CESAC 36	223
CESAC 8	219
CESAC 15	212
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	190
CESAC 20	176
CESAC 27	170
CESAC 24	169
CESAC 31	160
CESAC 35	159
CESAC 19	153
CESAC 14	145
CESAC 41	129
CESAC 30	123
CESAC 9	121
CESAC 4	117
CESAC 16	106
CESAC 29	102

Continuación Tabla 1

CESAC 22	94
CESAC 3	83
CESAC 2	77
CESAC 33	51
CESAC 12	50
CESAC 7	43
CESAC 10	42
MC/CMB - Penna	41
MC/CMB - Pirovano	32
CESAC 45	23
CESAC 1	23
MC/CMB - Velez Sarfield	20
CESAC 32	19
CESAC 28	17
CESAC 13	11
CESAC 11	8
MC/CMB - Argerich	6
CESAC 34	1
Total PROCEDENCIA RESIDENTES	29166

Fuente: SNVS C2 GECO Año 2014

**Tabla 2 - Diarreas - Casos notificados en no residentes por establecimiento
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014.**

ESTABLECIMIENTO	2014
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN	5580
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	3426
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	2220
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2033
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1196
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1119
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	809
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	618
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	354
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	339
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	256
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ	255
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	213
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	193
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	88
CESAC 2	58
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	54

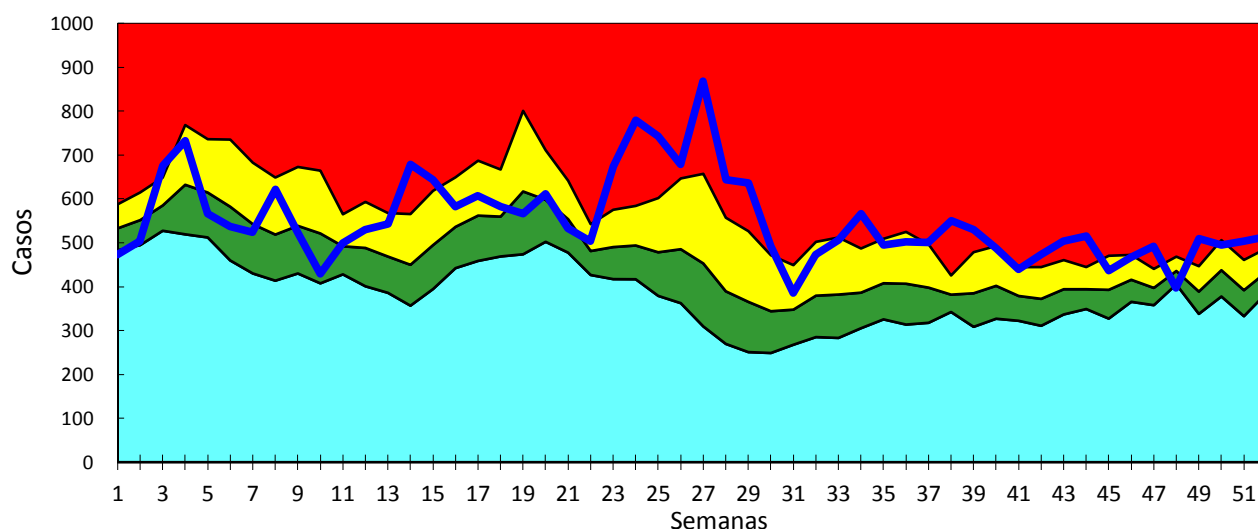
Continuación Tabla 2

CESAC 36	28
CESAC 7	27
CESAC 39	8
CESAC 4	7
CESAC 12	7
CLIN DE LA ESPERANZA	6
CESAC 6	5
CESAC 29	4
CESAC 10	2
CESAC 28	2
CESAC 45	1
CESAC 30	1
CESAC 35	1
CESAC 27	1
HOSP DE OFTALMOLOGIA SANTA LUCIA	1
CESAC 3	1
Total PROCEDENCIA NO RESIDENTES	18913

Fuente: SNVS C2 GECO Año 2014

El corredor endémico general de diarreas del año 2014, que incluyó las notificaciones de diarreas agudas en todas las edades (excluyendo DAS y SUH) mostró elevaciones con picos zona de alerta inclusive hasta la semana 14, en la que ascendió a área de brote, repitiéndose éstos desde semana 22, con cifras de 900 casos en semana 27, superando y desplazando temporalmente a posteriori el promedio de los años previos. Esta apreciación coincidió con el pico invernal de diarreas virales (fundamentalmente a Rotavirus) en la población menor de 5 años. (Gráficos 1 y 2).

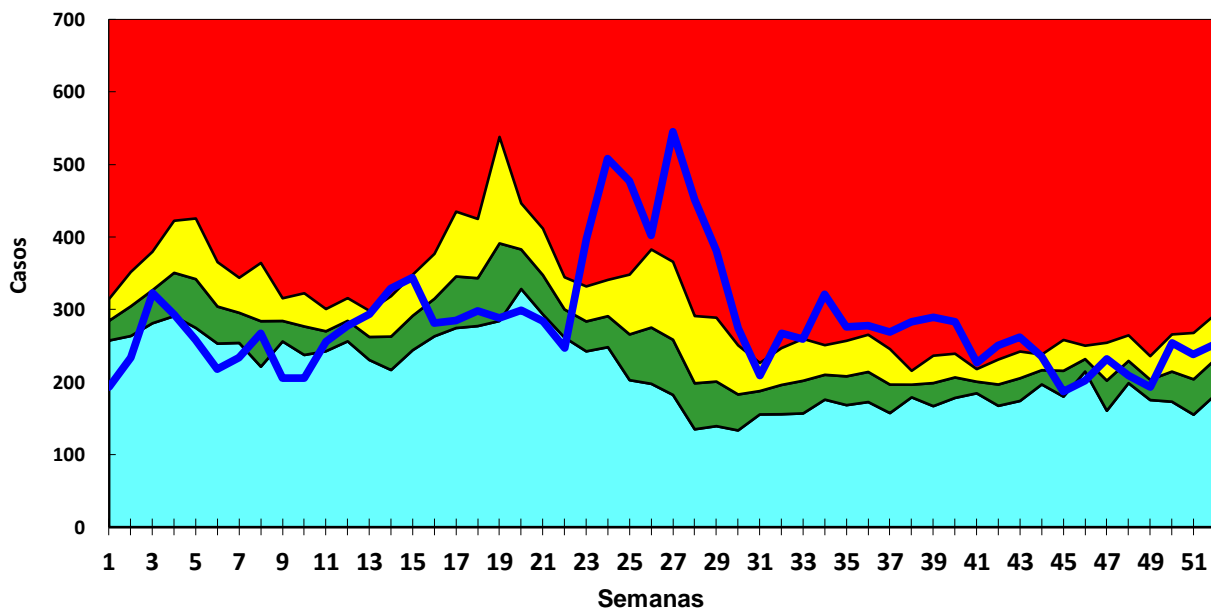
**Gráfico 1 - Corredor Endémico de Diarreas en todos los grupos etarios
Residentes de Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2

Para los menores de 5 años las notificaciones de diarreas en residentes fueron 28624, constituyendo el 59,5% del total. El corredor endémico evidenció que, entre las semanas 1 a 12 y 16 a 23, discurrió por áreas de éxito y seguridad, ascendiendo abruptamente a zona de brote desde la semana 22 y hasta la 30, coincidiendo con aumento de notificación de diarreas virales en época otoño invernal. (Gráfico 2).

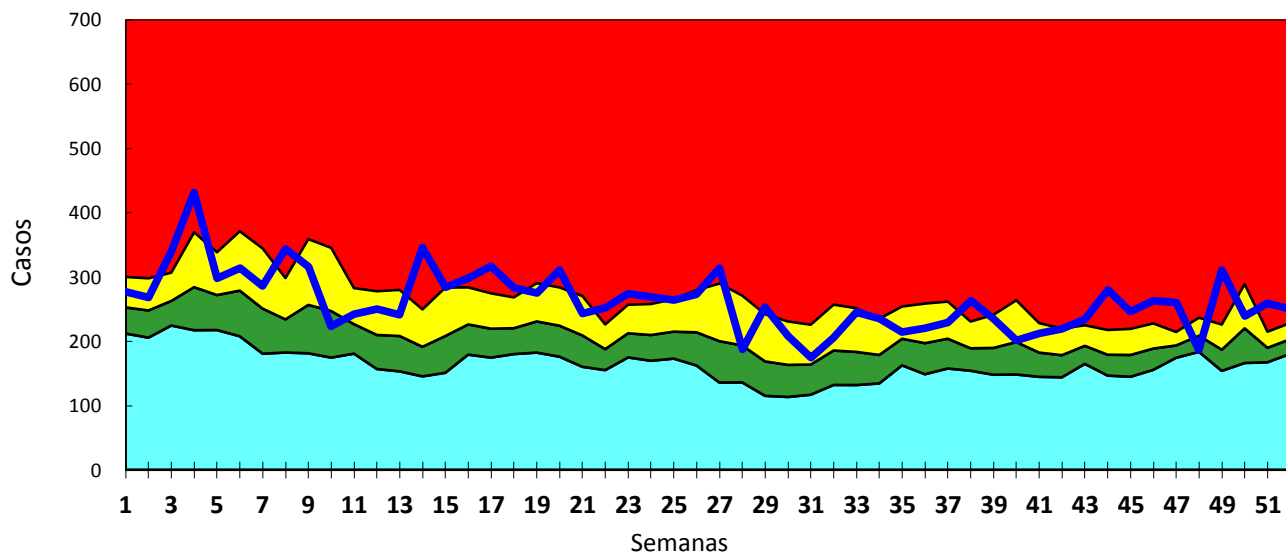
**Gráfico 2 - Corredor Endémico de Diarreas en menores de 5 años
Residentes de Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2

En mayores de 5 años el corredor endémico de diarreas mostró picos en área de brote casi todo el año, excepto entre las cuatrisesemanas 8 a 14 y 27 a 38, en las cuales transcurrió por zona de alerta. (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Corredor Endémico de Diarreas en mayores de 5 años
Residentes de Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulo C2.

Vigilancia de laboratorio de agentes etiológicos de diarreas agudas año 2014

Agentes etiológicos de las diarreas bacterianas en CABA

En Ciudad de Buenos Aires, según datos ingresados al SIVILA (notificación agrupada semanal) durante el año 2014 se procesaron, para gérmenes bacterianos, 1597 coprocultivos, de los cuales 361 resultaron positivos (22,6%). De éstos, 68% correspondieron a *Shigella* (215 casos), con predominio de la variedad *flexneri* (179 casos), seguido por *Campylobacter* con el 30,47%, y en tercer lugar *Salmonella*, con el 6,9%. STEC O157:7 cultivó en 6 casos (1,6%). (Tabla 3).

Tabla 3. Diarreas Agudas Bacterianas. Notificación agrupada semanal de muestras ingresadas al SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014.

Evento	Determinaciones Totales por germen	Total Positivos
Bacillus grupo cereus	0	0
Campylobacter coli	1158	2
Campylobacter jejuni	1158	92
Campylobacter sp.	1343	16
E. coli enteroagregativo (EAEC)	1	0
E. coli enteroinvasivo (EIEC)	12	0
E. coli enteropatógeno (EPEC)	26	0
E.coli enterotoxigénico (ETEC)	4	0
Salmonella Enteritidis	1017	0
Salmonella Newport	0	0
Salmonella spp	1435	24
Salmonella Typhimurium	1019	1
Shigella boydii	1098	0
Shigella dysenteriae	1109	0
Shigella flexneri	1438	168
Shigella flexneri 1	49	6
Shigella flexneri 2	46	3
Shigella flexneri 3	46	2
Shigella flexneri 6	46	0
Shigella flexneri AA479	49	0
Shigella sonnei	1414	31
Shigella spp	1022	5
STEC No-O157	76	0
STEC O157	1209	6
Vibrio cholerae No O1	1116	1
Vibrio cholerae O1	1117	0
Yersinia enterocolítica	972	4
Total determinaciones bacterianas	17980	361

Fuente: SIVILA. Condensado semanal agrupado de notificaciones año 2014.

Los laboratorios notificadores a SIVILA fueron los de los hospitales Elizalde (con carga alta), Santojanni (con notificación media,) Zubizarreta, Udaondo, Garrahan y Piñero (con baja carga). (Tabla 4).

**Tabla 4 - Diarreas Bacterianas - Porcentaje de carga a SIVILA según laboratorio notificador
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Referencias		Carga Alta	Carga Media	Carga baja
PARTIDO/DEPTO	ESTABLECIMIENTO	PERIODO		CARGA
COMUNA 11	HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	53		14 (26,42 %)
COMUNA 4	HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	53		53 (100 %)
COMUNA 4	HOSP DE GASTROENTEROLOGIA B. UDAONDO	53		14 (26,42 %)
COMUNA 4	HOSP DE GASTROENTEROLOGIA B. UDAONDO - NO RESIDENTES	53		1 (1,89 %)
COMUNA 4	HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	53		3 (5,66 %)
COMUNA 7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	53		4 (7,55 %)
COMUNA 9	HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	53		35 (66,04 %)
COMUNA 9	HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	53		34 (64,15 %)

Fuente: SIVILA. Condensado semanal agrupado de notificaciones año 2014.

Agentes etiológicos de las diarreas virales en CABA

En Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2014, según datos de la Red Nacional de Vigilancia Laboratorial de Gastroenteritis Virales y monitoreo de carga agrupada del SIVILA, fueron estudiados para rotavirus 656 casos, de los cuales 97 muestras (14,8%) resultaron positivas. Para adenovirus se ensayaron 138 especímenes, de los cuales 9 (6,5%) tuvieron resultados positivos. Los laboratorios notificadores fueron los correspondientes a los hospitales Durand y Piñero, con carga alta, Santojanni, con carga media, Garrahan y Zubizarreta, con carga baja. La curva de resultados agrupados por semana epidemiológica mostró *preponderancia de rotavirus durante la época invernal*. (Tablas 4- 5 y Gráfico 4).

**Tabla 4 - Diarreas Virales - Determinaciones totales y positivas según tipo de pacientes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Evento	Total Determinaciones	Total Positivos
Adenovirus 40-41 en pacientes AMBULATORIOS	9	0
Adenovirus 40-41 en pacientes INTERNADOS	129	9
Rotavirus en pacientes AMBULATORIOS	203	20
Rotavirus en pacientes INTERNADOS	453	77

Fuente: SIVILA. Listado condensado de notificaciones agrupadas año 2014.

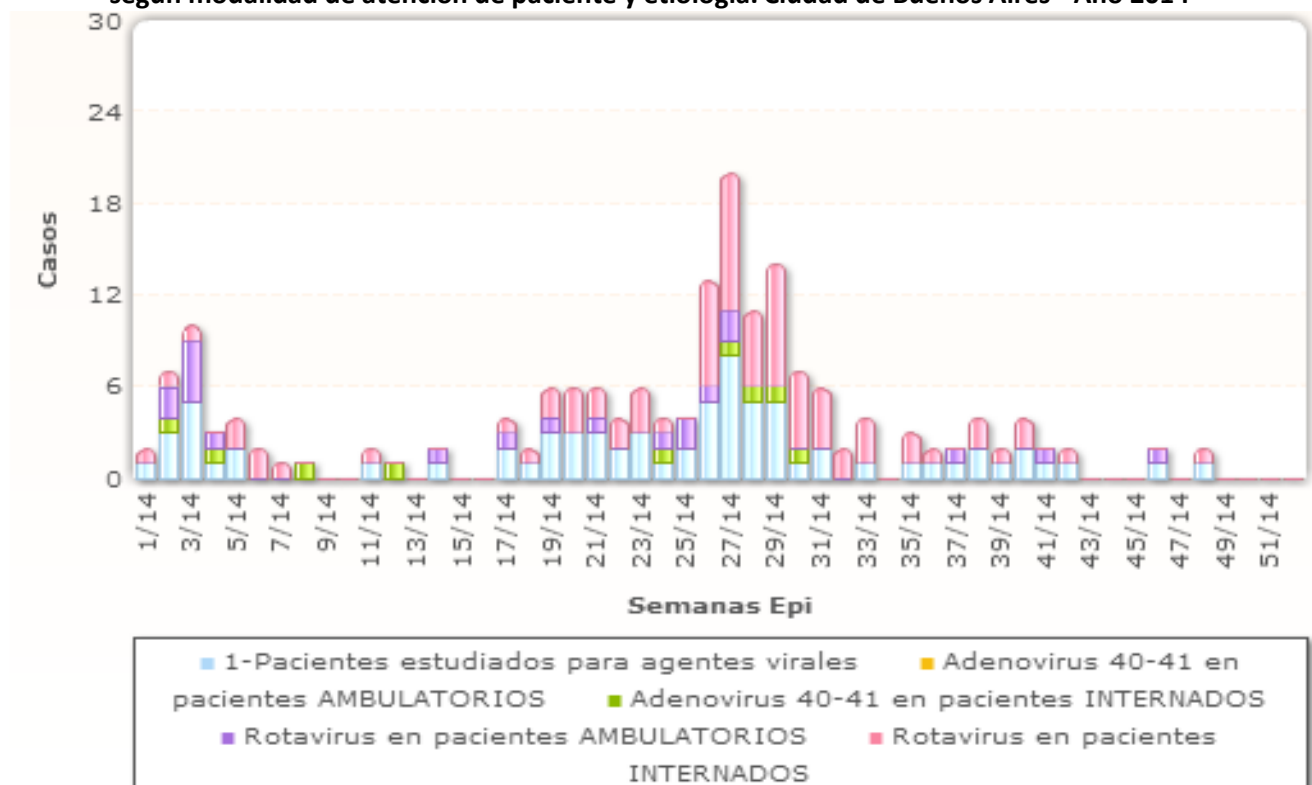
**Tabla 5 - Diarreas Virales - Monitoreo de carga agrupada a SIVILA
según laboratorio del hospital notificador - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	CARGA
COMUNA 11	HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	14 (26,42 %)
COMUNA 11	HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4 (7,55 %)
COMUNA 4	HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	5 (9,43 %)
COMUNA 6	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	52 (98,11 %)
COMUNA 7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	52 (98,11 %)
COMUNA 9	HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	35 (66,04 %)
COMUNA 9	HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	35 (66,04 %)

Fuente: Red Nacional De Vigilancia Laboratorial De Gastroenteritis Virales

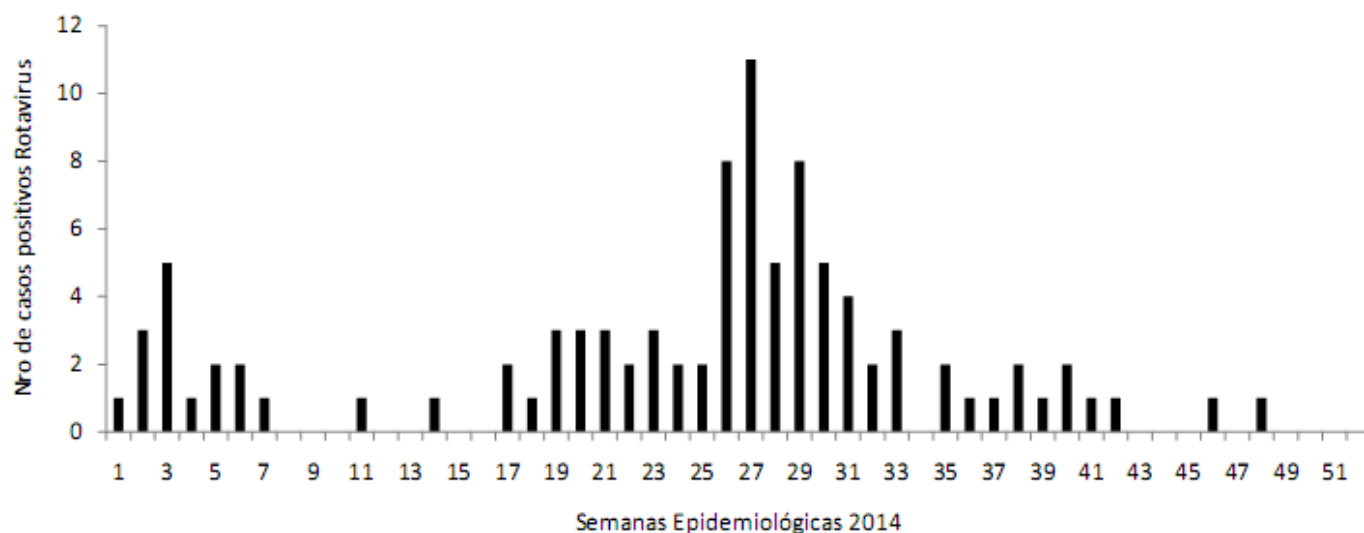
La mayor incidencia de Rotavirus se evidenció entre las semanas epidemiológicas 26 a 29 (22-06 a 19-07-2014) (Grafico 4).

**Gráfico 4 - Diarreas Virales - Curva de resultados agrupados por semana epidemiológica
según modalidad de atención de paciente y etiología. Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Red Nacional De Vigilancia Laboratorial De Gastroenteritis Virales

**Gráfico 5 - Rotavirus - Distribución semanal de casos positivos
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Red Nacional De Vigilancia Laboratorial De Gastroenteritis Virales

En el país y en CABA más del 50% de las determinaciones realizadas para diarreas virales correspondieron al genotipo G1P(8), seguido en CABA, por el G2P(4) (Tabla 6).

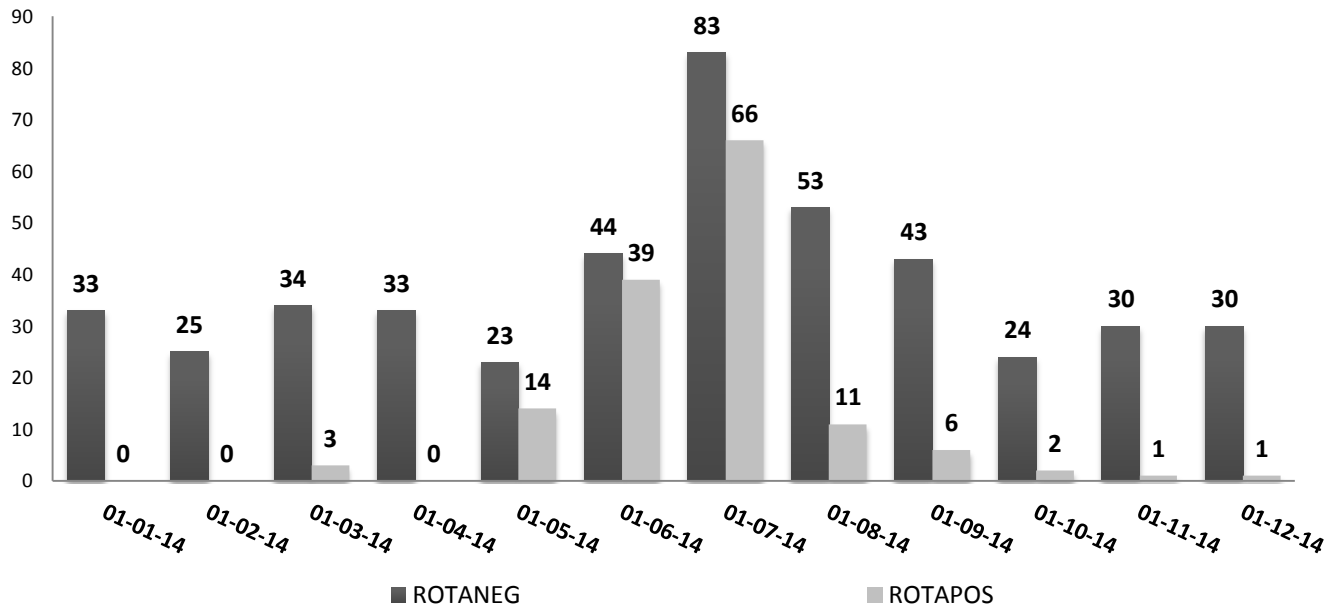
**Tabla 6 – Rotavirus - Distribución porcentual de genotipos circulantes.
Análisis provincial, regional y nacional - Año 2014**

	CABA %	ARGENTINA %	Norte %	Centro %	Sur %
G1P[8]	55,5	53,1	53,4	62,5	12,5
G2P[4]	25,5	9,7	16,1	10,1	0,7
G3P[8]	1,8	0,5	0,0	0,8	0,0
G4P[8]	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
G9P[8]	0,0	5,4	17,4	3,1	2,1
G12P[8]	15,5	28,8	7,5	21,9	81,9
Otros	0,9	1,5	5,6	0,6	0,7
Mixtas	0,0	0,4	0,0	0,6	0,0
NT [†]	0,9	0,5	0,0	0,3	2,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Red Nacional De Vigilancia Laboratorial De Gastroenteritis Virales

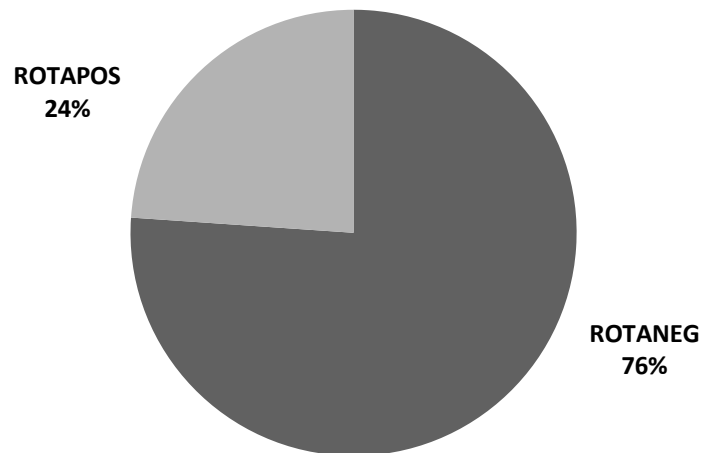
El laboratorio de virología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez remitió el informe de determinaciones de Rotavirus procesados durante el año 2014, no incluidos en el SIVILA, graficando que la curva de casos positivos comenzó a incrementarse durante el otoño (mayo), alcanzando su pico máximo en el mes de julio, descendiendo abruptamente hasta fin de año. Resultaron positivas 143 muestras sobre 598 procesadas, constituyendo el 24% del total. (Gráficos 6 y 7).

**Gráfico 6 - Rotavirus - Distribución semanal de casos positivos
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Laboratorio de Virología Htal. de Niños Ricardo Gutiérrez

**Gráfico 7 - Rotavirus - Distribución porcentual de resultados de laboratorio de Virología
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Laboratorio de Virología Htal. de Niños Ricardo Gutiérrez

Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS)

Son enfermedades gastrointestinales que implican aumento del número y modificación de la consistencia de las deposiciones, con la presencia de sangre, que pueden variar en su forma de presentación, desde la presencia de estrías sanguinolentas hasta colitis hemorrágica, con o sin fiebre, cólicos o dolor abdominal, causadas por agentes bacterianos, virales o parasitarios, con una forma de comienzo súbito y una duración no superior a 14 días.

La vigilancia de Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS) se incorporó en el Manual de Normas y Procedimientos de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), Revisión Nacional 2007, dentro de la categoría Transmisibles, grupo de enfermedades Gastroentéricas. Los gérmenes productores de DAS pueden ser potencialmente productores de Shigatoxina (stx). Estas toxinas, cuyos genes estructurales se encuentran en fagos codificados por cromosomas bacterianos, serían potencialmente predictoras del desencadenamiento de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en el 5 a 10% de los afectados.

De lo expresado precedentemente surge la importancia de la vigilancia estrecha de cada caso de DAS, en relación a sus determinantes, su evolución y las acciones de control a efectuar, a fin de minimizar la propagación de la infección y mejorar las posibilidades terapéuticas de los pacientes. La incorporación efectiva a la notificación general se documenta a partir de mediados del año 2008.

Entre los patógenos de mayor importancia relativa que describe la bibliografía como productores de DAS, se encuentran: *Shigella*, *Salmonella*, *E. Coli* O157:H7 y otras *Escherichia coli* enterohemorrágicas (EHEC), *Campylobacter*, *Rotavirus*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium spp.*, *Giardia lamblia*, etc.

Durante el año 2014, en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) fueron notificados 591 casos de DAS, correspondiendo 383 a residentes (64,9%), 148 a no residentes (25%) y 60 sin datos de domicilio (10,1%).

Los hospitales Piñero (275 casos) y Ramos Mejía (68 casos) fueron los efectores que contribuyeron con el 58% de las notificaciones. Los hospitales Tornú, Fernández, Muñiz, Rivadavia y Udaondo no notificaron casos de diarreas. El hospital Garrahan reportó, por C2, un número muy reducido de casos. (Tabla 6).

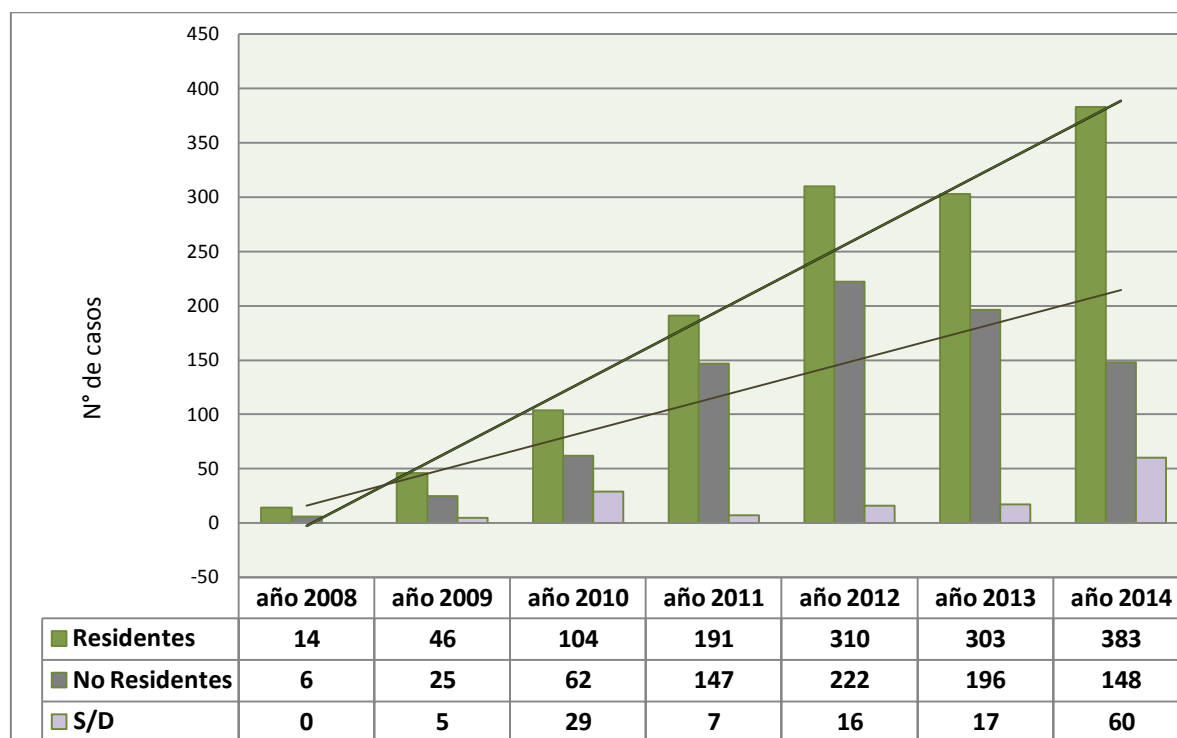
La serie histórica, iniciada en el segundo semestre del año 2008, mostró una tendencia en ascenso, tanto para residentes como para no residentes, evidenciando la incorporación de este evento de notificación obligatoria (ENO) a la vigilancia individualizada. A partir del año 2013 los casos en no residentes descendieron su notificación relativa, aumentando, proporcionalmente, la de residentes. (Gráfico 8).

**Tabla 6 – DAS - Notificaciones según Efector de Salud y Residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Efectores	Casos residentes	Casos no residentes	S/D	Totales
<i>Álvarez</i>	2	5	0	7
<i>Durand</i>	6	3	0	9
<i>Elizalde</i>	10	37	0	47
<i>Garrahan</i>	1	1	0	2
<i>Gutiérrez</i>	12	23	0	35
<i>Muñiz</i>	0	0	0	0
<i>Penna</i>	1	2	0	3
<i>Pirovano</i>	17	12	0	29
<i>Piñero</i>	204	21	50	275
<i>Ramos Mejía</i>	39	29	0	68
<i>Rivadavia</i>	0	0	0	0
<i>Santojanni</i>	24	2	0	26
<i>Tornú</i>	0	0	0	0
<i>Udaondo</i>	0	0	0	0
<i>V. Sarsfield</i>	3	5	0	8
<i>Zubizarreta</i>	0	2	0	2
<i>CeSACs</i>	38	3	5	46
<i>Privados</i>	4	3	0	7
<i>S/D</i>	22	0	5	27
Totales	383	148	60	591

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

**Gráfico 8 - DAS - Total de notificaciones según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica años 2008- 2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Durante todo el año 2014 se notificaron DAS en residentes. Las cuatrisesmanas con mayor número de casos reportados fueron las nº 2, 12 y 13. (Tabla 7).

**Tabla 7. DAS. Notificaciones según residencia y cuatrisesmanas
Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014.**

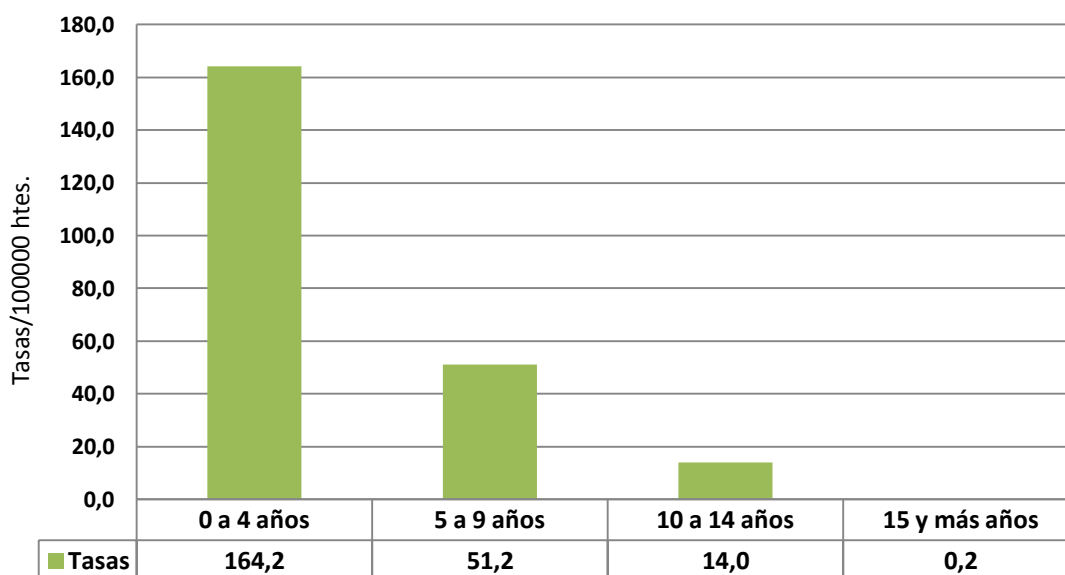
CUATRISEMANAS	AÑO 2013			AÑO 2014		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D
1	43	48	3	27	13	10
2	51	68	1	53	22	7
3	31	18	1	20	17	12
4	27	4	3	23	10	5
5	22	9	2	23	8	8
6	13	0	1	20	4	1
7	12	8	1	29	9	2
8	15	4	0	16	7	2
9	13	7	0	29	9	3
10	21	7	0	33	7	3
11	23	7	1	31	9	5
12	12	9	4	33	9	0
13	20	7	0	46	24	2
TOTAL	303	196	17	383	148	60

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de notificación de DAS de la Ciudad de Buenos Aires fue de *12,6 casos/100000 hab.* La incidencia aumentó *2,6 casos/100000 hab.*, respecto del año 2013. En el grupo de menores de 5 años, la tasa alcanzó *164,2 casos/100000 niños* de ese grupo de edad. (Gráfico 9).

**Gráfico 9 - DAS - Tasas en residentes según grupos de edad
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014.**

N= 383

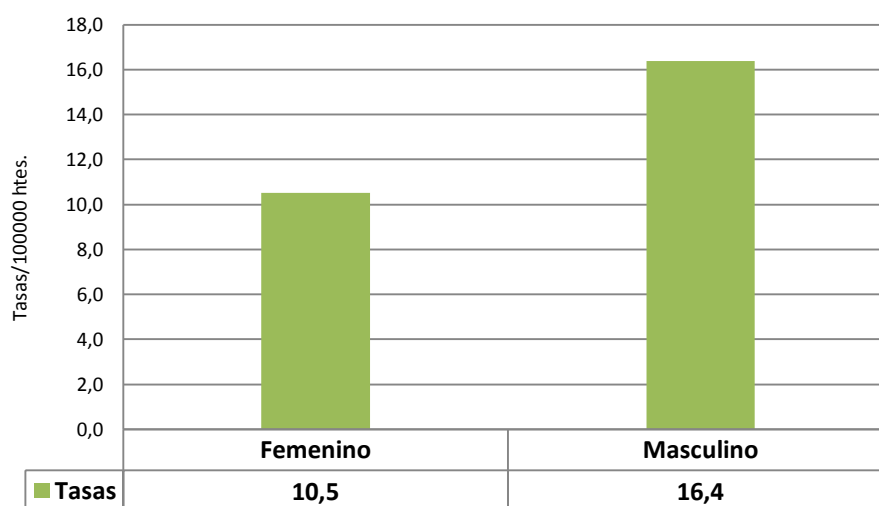


Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las tasas de notificación según sexo fueron superiores en los varones, siguiendo la misma tendencia que en años anteriores. (Gráfico 7).

**Gráfico 7 - DAS. Tasas de notificación en residentes según sexo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

N= 382*



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

*1 caso s/d sexo

El número más elevado de notificaciones y la tasa de incidencia más altos según residencia del caso, correspondieron a la comuna 8 (70,2 casos/100000 hab.), sita en la Región Sanitaria 2 (con una tasa de 43,5 casos/100000 hab.); esta última condensó 71,8% del total de las notificaciones de DAS de la CABA.

La comunas 4, 8 y 9, que constituyen la zona de la Cuenca Matanza – Riachuelo (CMR), contribuyeron con el 70% de los casos, pero a expensas de pacientes domiciliados en la comuna 8 y atendidos, generalmente, en el hospital

Piñero, donde existe adecuado sistema de vigilancia, debido a la sensibilización del equipo de salud. (Tabla 8. Gráfico 8).

Del total de casos notificados de DAS (591) el 21,2% arrojaron resultados positivos. El germen predominante fue Shigella con 15,5% de los aislamientos; en segundo lugar se ubicó la E. coli., con 2% de positividad, Campylobacter registró el 1,8%; Rotavirus, con 1,5% y Giardia lamblia representó el 0,5%. En el 12% de los casos se informó que la muestra fecal no fue ingresada y se carece del dato de solicitud de coprocultivos en el 57,4% de los pacientes. (Tabla 9).

De las 383 notificaciones en residentes, se obtuvieron resultados en 117 casos (30,5%) predominando resultados similares, excepto por la presencia de Campylobacter, que no es un germen habitual en residentes (Tablas 8 y 9).

**Tabla 8 - DAS - Casos y Tasas/100000 hab. en residentes según Comunas y Regiones Sanitarias
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	10	4,0
	3	18	9,4
	4	17	7,2
	S/D	1	
	<i>Subtotal Región 1</i>	46	6,8
Región 2	7	88	36,8
	8	157	70,2
	9	29	17,1
	S/D	1	
	<i>Subtotal Región 2</i>	275	43,5
Región 3	5	11	5,9
	6	3	1,6
	10	5	2,9
	11	2	1,1
	15	4	2,2
	<i>Subtotal Región 3</i>	25	2,7
Región 4	2	4	2,7
	13	8	3,4
	14	2	0,9
	12	8	3,8
	<i>Subtotal Región 4</i>	22	2,7
<i>S/D</i>		15	
Total Ciudad de Buenos Aires		383	12,6

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Tabla 9 - DAS - Casos y porcentaje de rescate de laboratorio
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - N=591

RESULTADOS	CASOS	%
Campylobacter	11	1,9
E. coli	8	1,4
Salmonella	12	2,0
Shigella	92	15,6
Aeromona	2	0,3
Con PMN sin rescate	2	0,3
Verotoxina positiva	4	0,7
Giardia lamblia	3	0,5
Oxiurus	1	0,2
Adenovirus	1	0,2
Rotavirus	9	1,5
Negativo	69	11,7
S/D	316	53,5
Sin muestra	61	10,3
TOTAL	591	100,0

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA y SIVILA

Del total de casos notificados, 20,8% (123 casos) requirieron internación, 13,9% (82 casos) presentaron deshidratación, 1,2% (7 pacientes) más de 10 deposiciones diarias, y 15,9% mostraron combinación de fiebre, vómitos y dolor abdominal sumado a la diarrea sanguinolenta. Dos pacientes, de 10 meses y 14 años respectivamente fueron notificados primariamente como DAS, evolucionando posteriormente a SUH. (Tabla 10).

Tabla 10. DAS. Signos, síntomas y evolución asociados.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. (N=591)

DAS + Síntomas + evolución	Casos	%
Evolución >14 días	4	0,7
Combinación de síntomas	94	15,9
Internación	123	20,8
Deshidratación	82	13,9
Deposiciones > a 10/día	7	1,2
Fiebre	36	6,1
Vómitos	14	2,4
Dolor abdominal	13	2,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Contactos sintomáticos con diarrea se presentaron en el 14% (86) de los casos, de los cuales 91,5% (76) eran convivientes, lo que demostraría vías habituales de transmisión, como la de persona a persona o a través de fómites.

Se registraron antecedentes de viaje en 1,9% (11 casos) de los notificados. Hubo brotes asociados de diarrea en 74 casos de DAS (14,2%) variando en un rango de 2 a 13 personas.

Se recibieron fichas epidemiológicas de DAS en 45% de los casos (n=268). Se solicitaron 250 estudios de foco a las Áreas Programáticas locales y se recibieron 155 (62%). Si bien los casos notificados de DAS en residentes fueron superiores a la cantidad de estudios de investigación de terreno solicitados, éstos se indicaron en función de la oportunidad de la notificación que, cuando ocurrió en forma muy diferida, no generó la correspondiente acción de prevención. Falleció un adulto de 64 años no residente, como consecuencia de sepsis a foco abdominal con falla multiorgánica. En 2 pacientes se presentaron convulsiones.

En resumen: durante el año 2014 continuó el ascenso de notificaciones de DAS en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 65% a expensas de residentes; 94,2% atendidos en efectores públicos; con tasas muy elevadas en el grupo etario menor de 5 años, constituyendo una población de riesgo en la que deben implementarse medidas efectivas de control de la diseminación de la enfermedad. Predominó en el sexo masculino, en la Región Sanitaria 2 de la ciudad y específicamente, dentro de ella en la comuna 8 (con barrios y villas de emergencia y mayor sensibilización del equipo de salud para la notificación de casos) y en la comuna 4. El germen predominantemente hallado fue la Shigella. La tendencia es similar al año 2013.

El Síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por presentación aguda de daño renal, anemia hemolítica y trombocitopenia, que puede afectar otros parénquimas como intestino y sistema nervioso central. Puede llevar a la muerte debido a complicaciones neurológicas, intestinales, cardíacas o a infecciones intercurrentes. El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres o cuatro días, y el de transmisibilidad hasta tres semanas o más en los niños y de una semana o menos en los adultos, después del comienzo de la diarrea.

Existen dos formas: una asociada a diarrea (SUH D+), que comprende el 95% de los casos y otra no asociada a diarrea (SUH D-) en el 5% de los afectados, de distintos orígenes (genéticos, inmunológicos, tóxicos e infecciosos). El SUH D+ comienza con diarrea acuosa, que puede convertirse en sanguinolenta al 2º ó 3º día. Algunos enfermos presentan vómitos. En general, la diarrea se autolimita al cabo de una semana, pero del 5 al 15% de los niños afectados puede evolucionar a SUH.

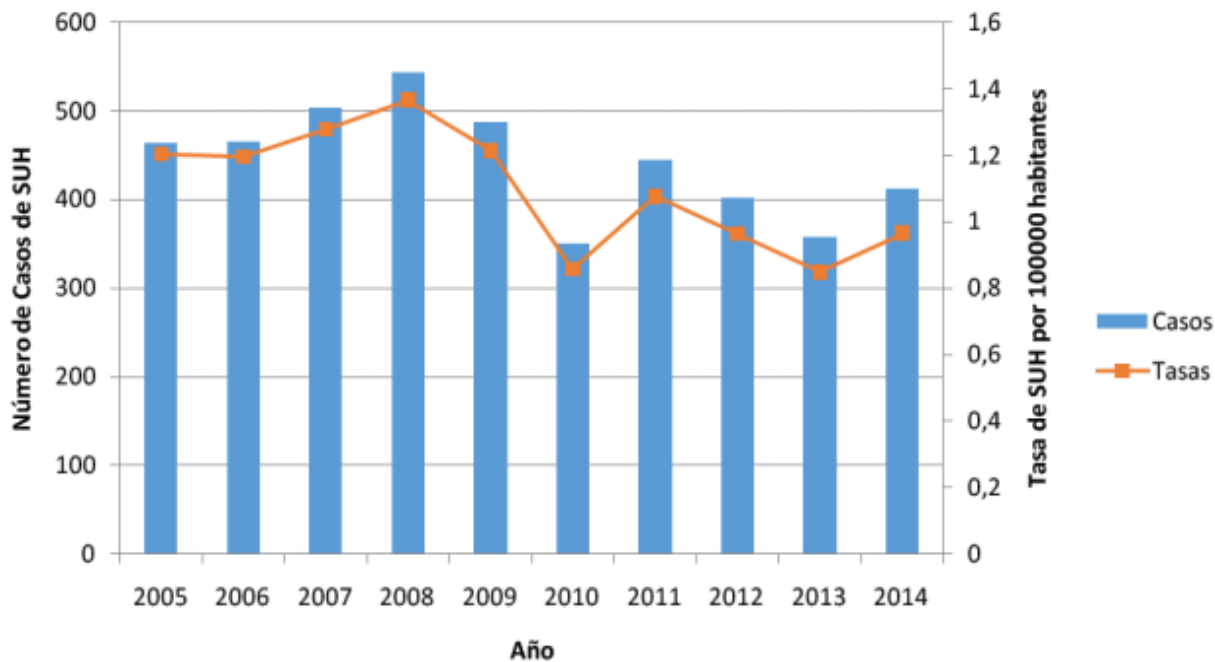
Afecta principalmente a niños entre 2 meses y 10 años de edad, fundamentalmente en los meses cálidos (verano-otoño), aunque se registran casos durante todo el año y en edades mayores. En adultos, la similitud con Púrpura Trombótica Trombocitopénica, enfermedad autoinmune, requiere un diagnóstico diferencial, que se efectúa mediante el dosaje de ADAMTS 13 (enzima metaloproteasa que escinde el factor de von Willebrand, una gran proteína involucrada en el proceso de coagulación, secretada a la sangre y encargada de degradar los multímeros del factor vWF, disminuyendo su actividad).

El SUH D+ es causado por agentes productores de toxina Shiga, tales como *Escherichia coli* O157 y no-O157 (STEC) y *Shigella dysenteriae* tipo 1. En la Argentina el agente etiológico más comúnmente asociado a SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:5H7 (40% de los casos), aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patógeno similar. Recientemente se reportó la casi exclusiva circulación de cepas de *Escherichia coli* O157 del clado 8, el cual es caracterizado como hipervirulento. Estas cepas son responsables de una enfermedad más severa, de progresión rápida y altos porcentajes de hospitalización, con más prevalencia en niños pequeños y en sexo femenino, que dificultaría el diagnóstico durante la primera fase de diarrea, detectándose el agente etiológico una vez establecido el SUH.

El SUH no asociado a diarrea (SUH D-) puede ser desencadenado por infecciones por *Streptococcus pneumoniae*, enfermedades autoinmunes como lupus y síndrome antifosfolípido, mutaciones génicas de factores del complemento que provocan activación de la vía alterna con daño endotelial (déficits de Factor H, cofactor proteico de membrana, Factor I, anticuerpos anti-Factor H, anticuerpos anti-tromboglobulina, e hiperactividad del factor B y del C3). También déficit congénito de ADAMTS 13, relacionado con la coagulación, y trastornos en el metabolismo de la vitamina B12.

El Boletín Integrado de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, en su n° 256, reportó que en Argentina la media de notificación de SUH en el período 2005-2014 fue de 442 casos, y en el año 2014, de 403 casos totales en el país, con una tasa de 0,94 casos cada 100.000 habitantes. La tasa de incidencia nacional es mayor de 12 por 100.000 hab. menores de 5 años. La mayoría de los casos de SUH se recuperan, pero un 30% puede tener secuelas, con nefropatías crónicas. La tasa de letalidad es del 3.4%. En la serie de los últimos 10 años se evidencia una tendencia a la disminución de los casos de SUH a nivel agregado para el país con un leve aumento en el año 2014. (Gráfico 1).

**Gráfico 1 – SUH - Casos y tasas notificados
República Argentina - Período 2005-2014**



Fuente: SNVS C2-SIVILA-UCSUH.

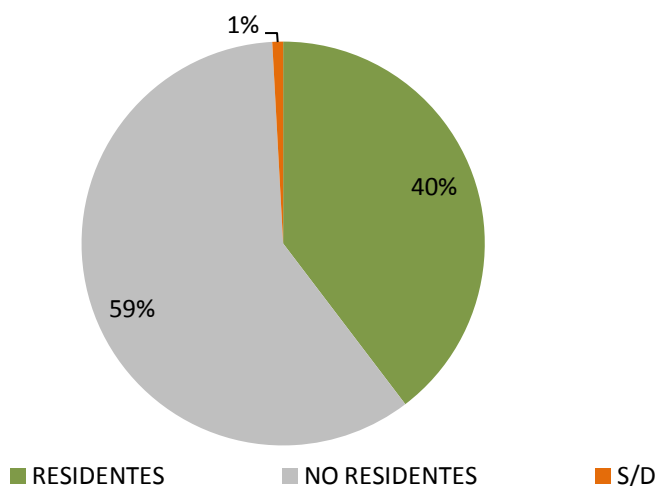
La alta incidencia de la enfermedad, su impacto en la salud con graves secuelas, y la posibilidad de producir brotes, la etiología y las vías de transmisión en los casos de SUH implican la Notificación Obligatoria, dentro de la Categoría Transmisibles, Grupo de Enfermedades Gastroentérica, Estrategia de Vigilancia Clínica, de Laboratorio y de Unidad Centinela (donde las hubiere), Modalidad Individual, Periodicidad Inmediata, con Instrumento de Recolección de Datos en C2, ficha individual, ficha de SIVILA y ficha de Unidad Centinela (en las habilitadas). De esta forma se iniciará una investigación sobre cada uno de los casos de SUH, su entorno familiar y comunitario, para detectar individuos expuestos al mismo riesgo e implementar acciones de prevención y control. El Dpto. de Epidemiología lleva adelante una base de datos propia, específica, con toda la información recolectada.

Durante el año 2014, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se notificaron 116 casos de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), desde efectores de salud públicos y privados de la ciudad, correspondiendo 40% a residentes, el 59% a no residentes y el 1% sin datos de residencia.

Se verificaron 52% (60 casos) de notificaciones provenientes de efectores públicos y 48% (56 casos) de privados o de la Seguridad Social. Los residentes fueron asistidos en mayor proporción en éstos y los no residentes en efectores públicos (Gráficos 2 y 3).

Gráfico 2 – SUH - Porcentaje de notificaciones según tipo de efector de salud
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

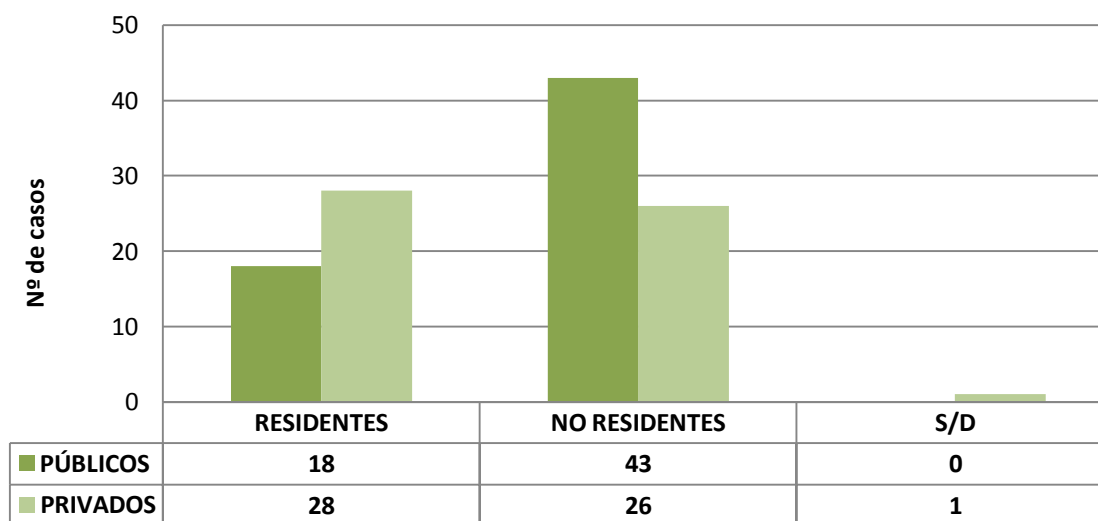
N=116



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Gráfico 3- SUH - Notificaciones según tipo de efector de salud y residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

N=116



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Los hospitales públicos que notificaron más casos de SUH fueron Gutiérrez y Garrahan (pediátricos). Entre los establecimientos privados o de la Seguridad Social, el Htal. Italiano de Buenos Aires informó el mayor número de pacientes con diagnóstico de SUH (13) (Tablas 1 y 2).

**Tabla 1-SUH - Total de casos notificados según efector oficial de salud y residencia
Ciudad de Buenos Aires – Año 2014**

Efectores Estatales			
Efector	Residentes	No Residentes	Total Públicos
ELIZALDE	2	8	10
DURAND	2	0	2
GARRAHAN	6	14	20
GUTIERREZ	6	22	28
PIÑERO	1	0	1
Total	17	44	61

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

**Tabla 2-SUH - Total de casos notificados según efector no oficial de salud y residencia
Ciudad de Buenos Aires – Año 2014**

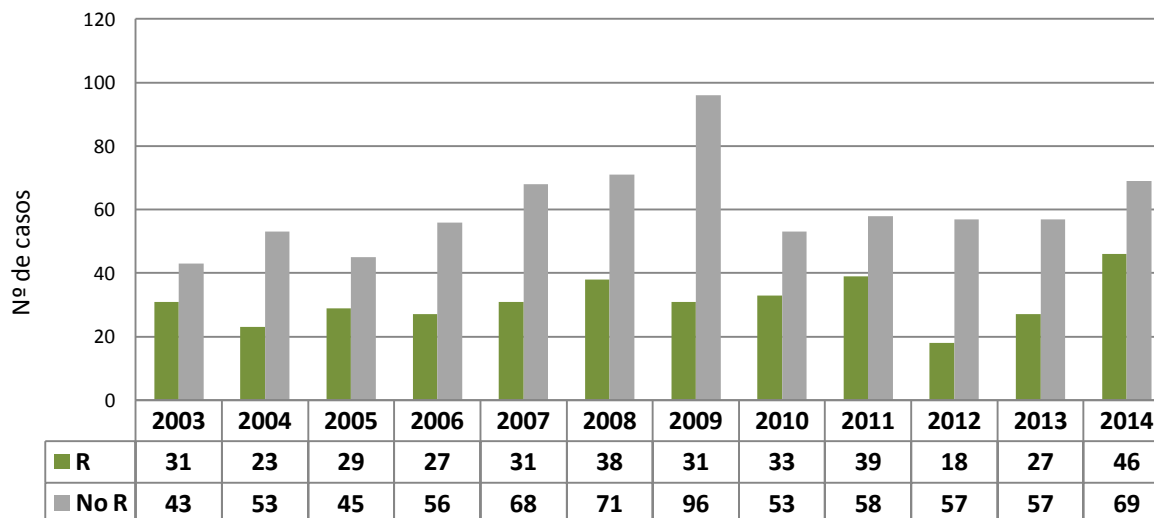
Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
ALEMAN	0	1	1
ANCHORENA	4	2	6
BAZTERRICA	1	0	1
BRITANICO	1	0	1
CEMIC SAAVEDRA	3	2	5
ESPAÑOL	1	0	1
FRANCHIN	0	1	1
F. HOSPITALARIA	0	2	2
GÜEMES	0	2	2
IADT	2	0	2
ITALIANO	6	7	13
LOS ARCOS	4	3	7
MATER DEI	1	0	1
MILITAR CENTRAL	0	4	4
POLICLÍNICO UOM	0	1	1
SUIZO ARGENTINA	1	0	1
TRINIDAD PALERMO	4	1	5
Total	28	26	54

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

*1 caso S/D residencia

La serie histórica desde el año 2002 presentó una tendencia general en ascenso hasta el año 2009, con predominio de notificaciones de *pacientes no residentes*, con posterior descenso y estabilización de la curva de casos desde 2010 a 2013 y nuevo ascenso de todos los casos en 2014 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - SUH - Casos notificados - Serie histórica según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Período 2002 – 2014
N=115*



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA
 *1 caso S/D residencia

La notificación de SUH en residentes en el primer semestre del año 2014 fue del 52,3% de los casos (incremento del 38,7% respecto de 2013) y en no residentes correspondió al 57,7%. (Tabla 3).

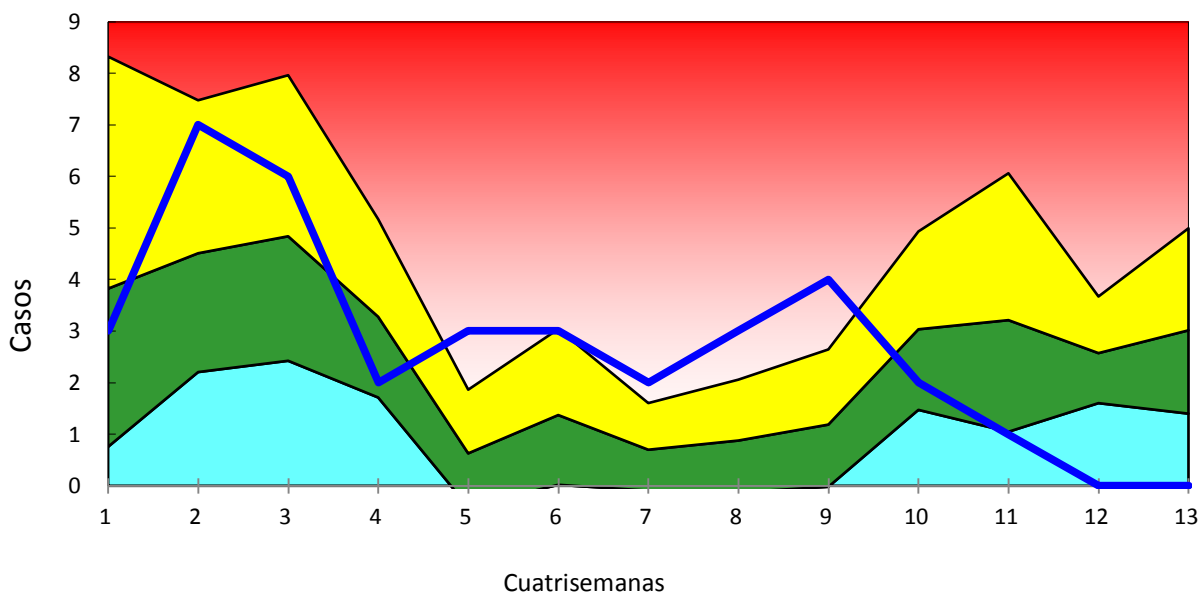
TABLA 3 –SUH - Notificación de casos por cuatrisesmanas según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014
N=115*

Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2013	Año 2014	Año 2013	Año 2014
1	2	3	7	8
2	5	7	4	12
3	4	6	5	6
4	3	2	3	7
5	0	3	7	4
6	0	3	3	4
7	2	2	0	2
8	2	3	2	2
9	1	4	2	1
10	1	2	4	3
11	3	1	5	9
12	2	7	7	5
13	2	3	8	6
Totales	27	46	57	69

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA
 *1 caso S/D domicilio

El corredor endémico cuatrisesmanal de casos de SUH en residentes de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2014 comenzó en cuatrisesmana 1 en zona de seguridad, se elevó a área de alerta desde la segunda mitad de ésta, haciendo un pico de 8 casos en cuatrisesmana 2, descendiendo luego a área de seguridad nuevamente en la segunda mitad de la cuatrisesmana 3, evidenciándose posteriormente dos picos en área de brote en las cuatrisesmanas 5 a 6 y 8 a 9, constituyendo una diferencia con la temporalidad presentada en años anteriores, en que el mayor porcentaje de los casos ocurría con predominio en los meses cálidos (Gráfico 4).

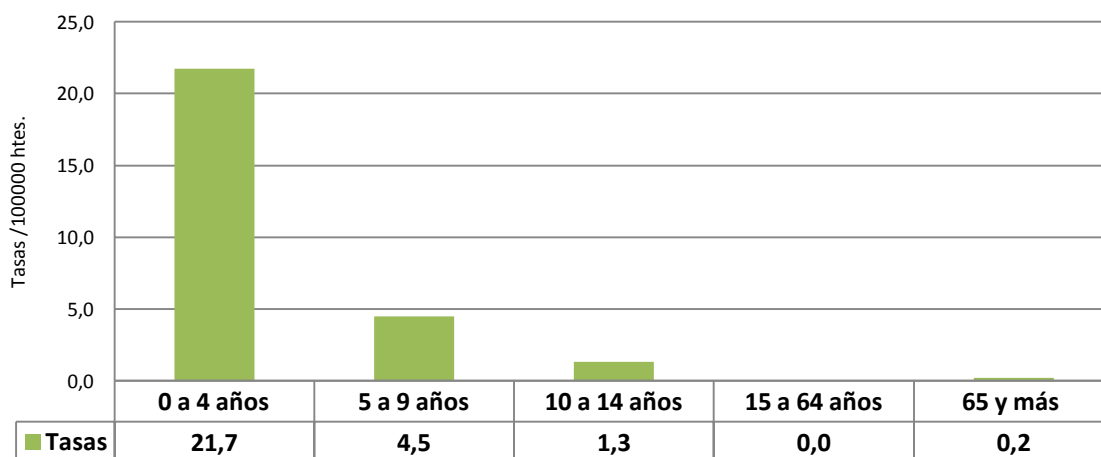
**Gráfico 4 - SUH - Corredor Endémico en Residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La tasa general de SUH en CABA para el año 2014 fue de 1,5 casos/ 100000 hab., superior respecto del año anterior (0,9 casos/100000 hab.) y superior a la tasa nacional. El grupo de edad más afectado correspondió al de menores de 5 años, totalizando el 80% de las notificaciones, con una tasa de incidencia de 21,7 casos/100000 en niños de 0 a 4 años y de 4,5 casos/100000 en niños de 5 a 9 años (Gráfico 5).

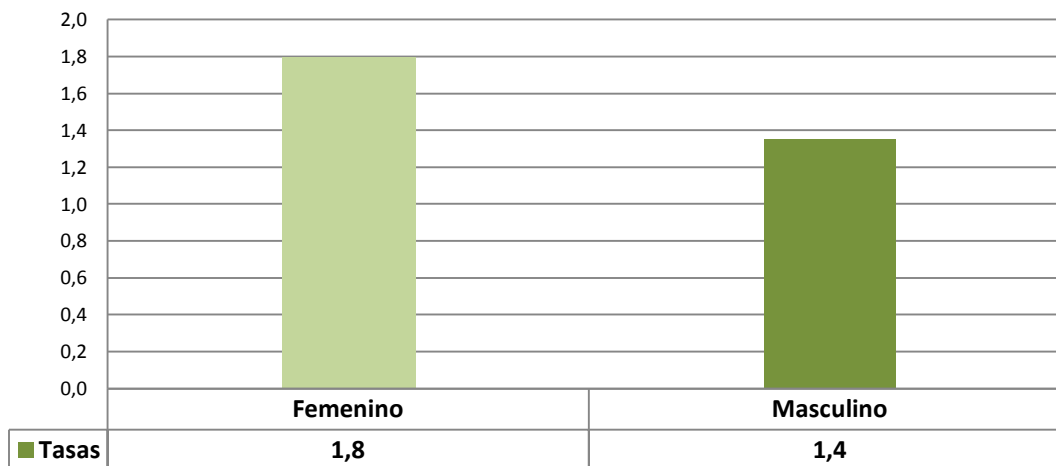
**Gráfico 5 – SUH – Tasas por 100000 hab. en residentes según grupos de edad
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - N=46**



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Las tasas según sexo mostraron diferencias, siendo mayores en el sexo femenino, predominantemente en el grupo de niñas de 0 a 4 años que presentó la tasa más elevada (28,3 casos/100000 mujeres de ese grupo). (Gráficos 6 y 7).

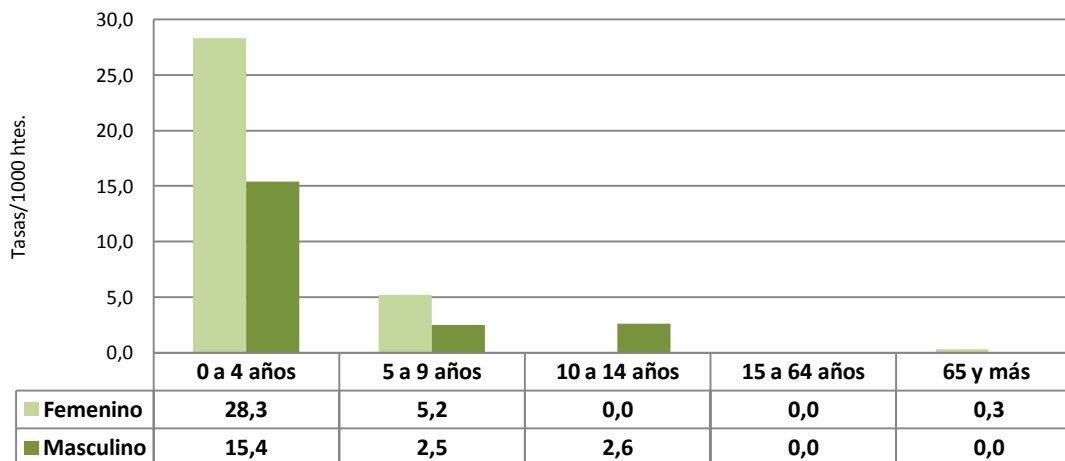
Gráfico 6 – SUH - Tasas en residentes según sexo
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014
N=46



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Las Regiones Sanitarias (RS) 1 y 2 fueron las que presentaron las tasas de incidencia más altas (1,9 y 2 casos /100000 hab. respectivamente), siendo la comuna 4, perteneciente tanto a la RS 1 como a la Cuenca Matanza – Riachuelo (CMR) la que mostró el valor más elevado: 2,9 casos/100000 hab., seguida por la comuna 7, RS 2, con 2,8 casos/100000 hab. Las otras dos comunas que conforman la CMR, 8 y 9, presentaron tasas más bajas que otras no pertenecientes a la misma, como las comunas 3 (RS 1), 12 (RS 4) y 15 (RS 3) (Tabla 4).

Gráfico 7 - SUH - Tasas en residentes según grupos de edad y sexo
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014
N=46



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

**Tabla 4 - SUH - Casos y Tasas/100000 hab. según Comunas y Regiones Sanitarias en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

N=46

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	1	0,5
	3	4	1,9
	4	7	2,9
	SubTotal RS1	12	1,9
Región 2	7	6	2,8
	8	2	1,1
	9	2	1,2
	S/D	1	-
	SubTotal RS 2	11	2,0
Región 3	5	2	1,1
	6	2	1,1
	10	1	0,6
	11	3	1,5
	15	4	2,0
	SubTotal RS 3	12	1,3
Región 4	2	1	0,5
	13	2	0,8
	14	4	1,6
	12	4	2,0
	SubTotal RS 4	11	1,2
S/D Región		1	-
Total CABA		46	1,5

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se solicitaron muestras de materia fecal en el 95,6% de los residentes, resultando rescate bacteriológico o Shigatoxina positivos en el 54,34%. En no residentes los coprocultivos fueron positivos en el 40,8% de los casos). (Tabla 5).

**Tabla 5 - SUH - Resultados de laboratorio de muestras fecales
en número absoluto y porcentual según residencia - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Coprocultivos	Residentes	%	No residentes	%
<i>Positivos</i>	21	45,7	29	40,8
<i>Negativos</i>	16	34,8	22	31,0
<i>Sin informar</i>	3	6,5	6	8,5
<i>Rotavirus</i>	3	6,5	3	4,2
<i>Adenovirus</i>	1	2,2	0	0,0
<i>S/D</i>	2	4,3	11	15,5
Totales	46	100,0	71	100,0

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Los síntomas y signos más reportados fueron: diarrea aguda sanguinolenta (DAS) presente en 70,1% de los casos (71,7% en residentes y en 69,0% de los no residentes), oligoanuria en 38,4% (39,1% en residentes y 38,0% en no residentes) y deshidratación en 29,9% (residentes 43,5% y no residentes 21,1%). El 100% de los casos estuvieron internados (Tabla 6).

Tabla 6 – SUH - Notificación según porcentaje de signos y síntomas y residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 -

SÍNTOMAS	RESIDENTES	%	NO RESIDENTES	%
DAS	33	71,7	49	69,0
Oligoanuria	18	39,1	27	38,0
Deshidratación	20	43,5	15	21,1

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La letalidad por SUH para el año 2014 fue de 3,4% del total de casos notificados (4 óbitos) y de 4,3% entre los residentes (2 fallecimientos), todos ellos en menores de 5 años (Tabla 7).

Tabla 7 - SUH - Casos fallecidos según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014.

Grupos de Edad	Residentes	No Residentes
1 año	1	0
2 a 4 años	1	2
Totales	2	2

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Probables alimentos sospechosos referidos se registraron en mayor porcentaje en residentes, lo mismo ocurrió con los antecedentes de ingesta de medicamentos la semana previa al comienzo del SUH y la presencia de contactos con diarrea. Mayor proporción de domicilios sin red de agua potable fueron notificados en no residentes (Tabla 8).

Tabla 8 – SUH - Probables antecedentes etiológicos según residencia

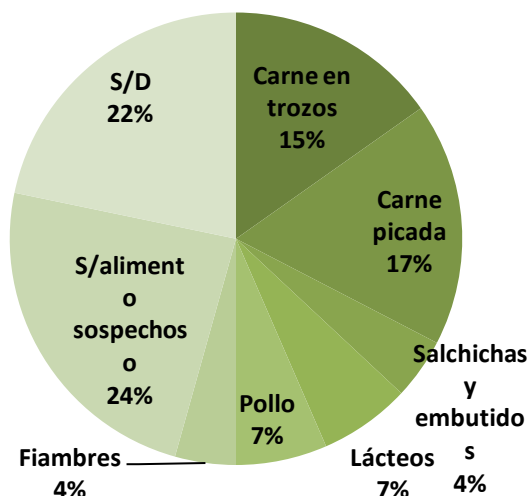
Casos y Porcentajes - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - ANTECEDENTES	RESIDENTES	%	NO RESIDENTES	%
Alimento sospechosos referido	28	60,9	35	49,3
Contacto con otros casos de diarrea	13	28,3	13	18,3
Ingesta de fármacos previa	9	19,6	11	15,5
Sin red de agua en domicilio	3	6,5	10	14,1
Viajes	5	10,9	8	11,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

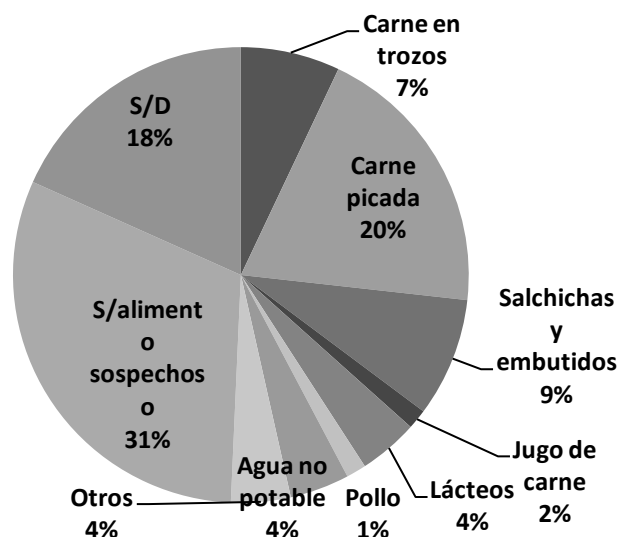
Entre los alimentos referidos en residentes como probablemente sospechosos de constituirse en vehículos de transmisión de gérmenes productores de SUH se destacó la carne picada (17%) y en trozos (15%). En no residentes la cifra para carne molida alcanzó la proporción del 20%. Sin importar el lugar de residencia, el mayor porcentaje de los casos no presentó alimento sospechoso, por lo cual debieron analizarse otras fuentes como aguas recreacionales, transmisión de persona a persona, etc. (Gráfico 8).

Gráfico 8 – SUH - Porcentaje de notificación de alimentos sospechosos según residencia - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

RESIDENTES



NO RESIDENTES



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se confeccionaron fichas epidemiológicas en el 83% de los casos notificados desde los efectores de salud, públicos y privados.

Se solicitaron 45 estudios de foco de casos de SUH en residentes a los referentes epidemiológicos de las Áreas Programáticas de los efectores públicos de la CABA, de los cuales se efectivizaron 33 (73,32%). En un caso no pudo realizarse la investigación ya que la notificación fue muy tardía.

En resumen: durante el año 2014 en la Ciudad de Buenos Aires se notificaron 39,3% más casos de SUH que el año anterior tanto en residentes como en no residentes. El porcentaje de notificaciones que correspondieron a efectores públicos fue ligeramente superior que en los privados. La mayor incidencia se verificó en residentes menores de 5 años y en el sexo femenino. La comuna 4 y la Región Sanitaria 2 fueron las que presentaron más

altas tasas de incidencia. La letalidad general de los casos notificados fue del 3,4% (4/117) y la de residentes fue del 4,3% (2/46). Se presentó un brote de dos casos de SUH en un jardín de infantes de la comuna 14, RS 4. En 4 casos hubo brotes familiares de diarrea siendo el caso notificado el que evolucionó a SUH.

El SUH es una enfermedad prevenible a través de educación para la salud comunitaria, control de la cadena epidemiológica de transmisión, a través del aseguramiento de la inocuidad de los alimentos y el agua de consumo para la población y la mitigación de otras vías (contacto con animales de granja, transmisión de persona a persona o de mascotas u animales sinantrópicos al humano, uso de aguas recreacionales, etc.) que permiten la difusión de las formas infecciosas de SUH en nuestro país. La participación de las áreas de producción de alimentos, bromatología, zoonosis, salud y trabajo social en cada jurisdicción son las bases para la prevención de esta patología.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN POR ALIMENTOS.

Dra. Anabel Regalía

Las Enfermedades de Transmisión por Alimentos (ETA) o Toxiinfecciones Alimentarias, que se adquieren por el consumo de agua y alimentos contaminados, constituyen un grave problema para la Salud Pública. Las causas más frecuentes de intoxicaciones de origen alimentario son:

- a) toxinas desarrolladas por proliferación bacteriana en los alimentos (*C. botulinum*, *S. aureus* y *B. cereus*),
- b) infecciones bacterianas, virus o parásitos (brucelosis, enteritis por *Campylobacter*, diarrea por *E. coli*, hepatitis A, listeriosis, salmonelosis, shigelosis, toxoplasmosis, triquinosis, gastroenteritis víricas, teniasis, enfermedades por vibriones)
- c) toxinas producidas por especies de algas nocivas (ciguatera),
- d) intoxicaciones de tipo paralítico o neurotóxico (por consumo de peces, mariscos o crustáceos).

En su mayoría tienen origen en la deficiencia de los procesos de producción, almacenamiento, distribución y consumo de los alimentos.

La enfermedad de origen alimentario puede ser una de las causas más comunes de un cuadro clínico agudo. Los brotes por lo común se identifican por la aparición del cuadro clásico en un lapso breve, aunque variable en tiempo (de horas a semanas).

Las ETA o Toxiinfecciones Alimentarias se clasifican dentro de las ENO como Enfermedades Transmisibles, Grupo Gastroentéricas, Estrategia de vigilancia Clínica y de Laboratorio (pacientes, alimentos y sus manipuladores), Modalidad de Notificación Individual, Periodicidad Inmediata, usando como Instrumentos de Recolección Planilla C2 del SNVS y en SIVILA. Estas patologías pueden generar brotes, variables en el número de los individuos afectados, llegando éstos a ser comunitarios o masivos, si los alimentos contaminados son consumidos en forma habitual por la población y no son retirados inmediatamente de la disponibilidad pública o si no se excluye a un trabajador gastronómico con patologías infecciosas y transmisibles de su actividad.

En CABA, la investigación de los casos se lleva a cabo con los referentes epidemiológicos de la Áreas Programáticas de los hospitales del GCBA (pacientes, contactos, manipuladores) y la Oficina Gubernamental de Control, Dirección Gral. de Higiene y Seguridad Alimentaria, que se encarga de la fiscalización y el control, con poder de clausura de comercios, concesionarios de comidas, comedores de instituciones (alimentos, condiciones de habilitación y cumplimiento de normas de higiene y seguridad, Libretas Sanitarias de los trabajadores).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), durante el año 2014, se notificaron 136 casos sospechosos de Enfermedades de Transmisión por Alimentos (ETA) por distintos efectores, de los cuales el 74,26% correspondieron a residentes de la CABA (Tabla 1).

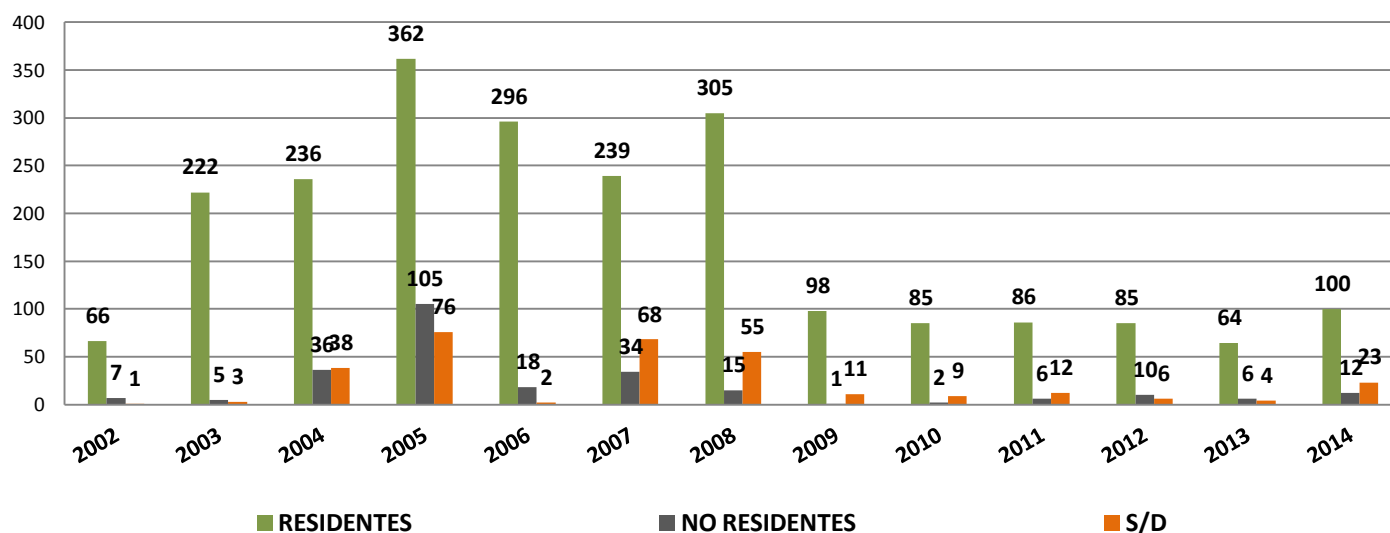
**Tabla 1 - ETA - Notificaciones según Residencia y Efector de Salud
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Efectores	Residentes	No residentes	S/D	Totales
Álvarez	1	0	0	1
Argerich	1	0	0	1
Elizalde	0	1	0	1
Gutiérrez	1	2	0	3
Ramos Mejía	4	3	0	7
Rivadavia	0	1	0	1
Santojanni	1	0	0	1
Seguridad Alimentaria	79	4	23	106
Tornú	1	0	0	1
CeSACs	2	0	0	2
Privados	11	1	0	12
Totales	101	12	23	136

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica, mostró un ascenso en la notificación de casos, respecto del año anterior, en especial en residentes de la ciudad. (Gráfico 1).

**Gráfico 1 - ETA - Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica período 2002 – 2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se recibieron notificaciones durante todo el año 2014, con aumento del número de casos en las cuatrisesmanas 1 y 13 (Tabla 2).

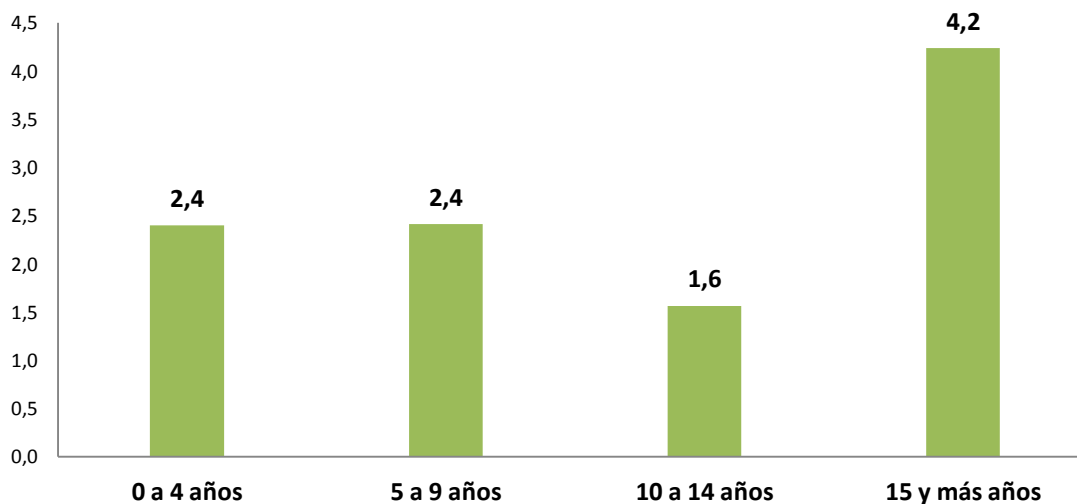
La tasa general de notificación de ETA de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2014 fue de 3,3 *casos/100000 hab.*, resultando más afectado el grupo de 15 años y más, a diferencia de lo ocurrido durante el año anterior, en el cual el grupo de 5 a 9 años había presentado la mayor tasa de incidencia (Gráfico 2).

Tabla 2 – ETA - Notificaciones en residentes según cuatrisesmanas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

Cuatrisemanas	Residentes	No Residentes	S/D	Totales
1	16	0	1	17
2	9	0	2	11
3	6	1	6	13
4	7	0	2	9
5	6	1	6	13
6	10	2	1	13
7	5	2	2	9
8	2	1	2	5
9	8	3	0	12
10	7	1	0	8
11	7	1	0	8
12	4	0	0	4
13	13	0	1	14
Totales	100	12	23	136

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Gráfico 2 - ETA - Tasas de Notificación c/100000 hab. según grupos etarios.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014
(N= 96)*



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

- 4 casos sin datos de edad

Las tasas de notificación en ambos sexos fueron muy semejantes: 3,2 y 3,3 casos /100000 hab.

La Región Sanitaria 4 mostró la tasa de notificación más elevada de la ciudad, con una cifra de 5 casos/100000 hab., incluyendo a la comuna 14, con 23 casos notificados y una tasa de 10,1 casos/100000 hab. Cabe aclarar que 9 casos correspondieron a un brote de ETA entre un grupo de compañeros de trabajo y que, en esta RS la población notificó en mayor medida a la Dirección Gral. de Higiene y Seguridad Alimentaria (DGHySA) que en otras regiones (Tabla 3).

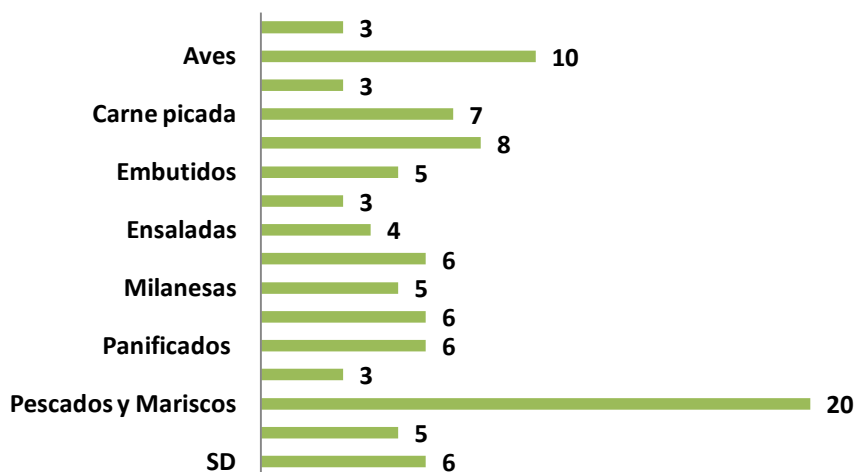
Entre los alimentos sospechosos reportados sobresalieron pescados y mariscos, figurando en segundo lugar las aves (pollo) (Gráfico 3).

Tabla 3 – ETA - Casos y Tasas/100000 hab. según Comunas y Regiones Sanitarias
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 (N=100)

Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	14	5,6
	3	1	0,5
	4	5	2,1
	Subtotal Región 1	20	2,9
Región 2	7	9	3,8
	8	6	2,7
	9	3	1,8
	Subtotal Región 2	18	2,8
Región 3	5	4	2,1
	6	8	4,3
	10	1	0,6
	11	5	2,6
	15	2	1,1
	Subtotal Región 3	20	2,2
Región 4	2	4	2,7
	13	9	3,8
	14	23	10,1
	12	5	2,3
	Subtotal Región 4	41	5,0
S/D		1	
Ciudad de Buenos Aires.		100	3,3

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Gráfico 3 - ETA - Notificaciones según alimentos sospechosos
Ciudad de Buenos Aires - Año 2013 - (N=100)



Entre no residentes, dos hermanos de 1 y 9 años, domiciliados en El Talar, Pcia. de Buenos Aires, presentaron *fiebre tifoidea*, uno de ellos con osteoartritis de tobillo, confirmado por el ANLIS "Carlos Malbrán". Tenían antecedente de familiar de nacionalidad paraguaya que los visitaba periódicamente y que había padecido diarrea.

El 50,7% de los casos se asociaron a un brote de ETA de entre 2 a 35 personas.

El 76,5% de las notificaciones fueron realizadas a través de las quejas de los consumidores a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria del GCBA, sin traducirse, muchas veces, en la práctica, en consultas médicas, y en reiteradas ocasiones los profesionales que asisten casos clínicos no establecen la asociación entre pacientes y la probable ingesta de productos alimentarios no aptos para el consumo humano, indicándose solamente tratamiento sintomático de la afección.

Se reportaron 9 casos sospechosos de *triquinosis*, 5 en residentes, 4 en no residentes y 1 sin especificar domicilio. Todos tienen antecedentes de ingesta de carne o embutidos de cerdo. Tres casos se asociaron al brote de Junín, Pcia. de Buenos Aires y 3 casos fueron confirmados por serología específica.

En resumen: durante el año 2014 la tendencia de notificaciones aumentó moderadamente, a expensas de residentes. Las cuatrisesmanas 1 y 13 son las que presentaron mayores notificaciones. El grupo de 15 y más años presentó la tasa más alta, sin predominio de sexos. La Región Sanitaria 4 fue la mayor notificadora, con predominio de afectados en comuna 14. Más de los dos tercios de las notificaciones se vehicularon a través de las quejas de los consumidores a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria.

Recomendaciones generales a la población para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos:

- Evitar la ingesta de productos expendidos en la vía pública o de fabricación casera, jugos, lácteos y bebidas no pasteurizados, embutidos no debidamente controlados por el SENASA u otros organismos oficiales de control.
- Estimular el amamantamiento, para reducir el riesgo de manipulación y contaminación de alimentos para lactantes.
- Lavado escrupuloso de manos antes y después de preparar alimentos y antes y después de la concurrencia al sanitario y/o cambio de pañales.
- Lavado concienzudo de frutas y verduras con agua segura, sobre todo si éstas van a consumirse crudas.
- Rápida refrigeración de los alimentos después de su adquisición y luego de su elaboración (no mantenerlos a temperatura ambiente).
- Cocción homogénea y uniforme de los alimentos, principalmente de origen animal. Recalentamiento correcto de los alimentos preparados precedentemente.
- Utilizar distintos utensilios y tablas o mesadas para procesamiento de alimentos crudos y cocidos, para evitar el fenómeno de contaminación cruzada.
- Verificación de fechas de vencimiento de los productos alimenticios.
- Dejar para el final de la compra los alimentos congelados o refrigerados.
- No congelar alimentos que fueron previamente descongelados.
- Abstención de la ingesta de comidas rápidas, especialmente en menores de dos años.
- Evitar la manipulación de alimentos si se padecen enfermedades infecciosas.
- Importancia de la limpieza y desinfección en el hogar o institución.

Las hepatitis virales son problemas de salud pública mundial que todos los años afectan a millones de personas y causan discapacidad y muerte. En las comunidades en las que la inocuidad de los alimentos y los sistemas de saneamiento no son óptimos, la hepatitis A tiende a ser más común.

El virus de la hepatitis A (VHA) comúnmente se transmite por la vía fecal-oral, ya sea a través del contacto entre personas o por ingestión de alimentos o agua contaminados. Algunas prácticas sexuales también pueden contribuir a la diseminación del VHA. En muchos casos, la infección es leve y la mayoría de las personas se recupera completamente y permanece inmune a futuras infecciones por el virus. Sin embargo, las infecciones por el VHA también pueden ser graves y poner en peligro la vida. La mayor parte de las personas que viven en zonas del mundo con saneamiento insuficiente han sido infectadas por este virus. Existen vacunas eficaces y seguras para prevenir la infección por el VHA.

La infección producida por el virus de la hepatitis A sigue, habitualmente, un curso benigno, incluso asintomático en la mayoría de niños por debajo de 5 años, pero también puede desarrollar hepatitis fulminante tanto en niños como en adultos susceptibles.

La hepatitis A no lleva a la infección crónica, y el hecho que exista un solo serotipo del virus, hace que habitualmente la inmunidad sea de por vida.

En países en vías de desarrollo, donde la enfermedad es altamente endémica, las mejoras en las condiciones de vida de la población han generado un desplazamiento de la enfermedad a niños de mayor edad, adolescentes y adultos.

La Hepatitis A es una enfermedad infecto contagiosa en la que se reconocen, por estudios de seroprevalencia, tres patrones epidemiológicos: endemicidad alta, media y baja. En nuestro país, han venido ocurriendo brotes epidémicos cada 3-4 años, con altas tasas, hasta el comienzo de la aplicación de la vacuna. Ésta ha sido incorporada al Esquema del Calendario Nacional a partir del año 2005 (Res. Ministerial N°653/05), al año de edad. La tasa de infección es inversamente proporcional a las condiciones sanitarias de la población. Uno de cada 1000 infecciones puede presentar una forma clínica grave (fulminante), siendo el trasplante hepático la única alternativa terapéutica.

Como cualquier enfermedad gastroentérica, es un problema potencial en sitios con deficiencia de la higiene personal y del saneamiento del entorno. La mayoría de los casos están directamente relacionados al consumo de agua ó alimentos contaminados, aunque también es importante considerar la transmisión persona a persona. La identificación de factores de riesgo con intervención oportuna, evita la aparición de casos adicionales.

La Vigilancia de la hepatitis A se enmarca en las ENO dentro de la Categoría Transmisibles, Grupo Hepatitis Virales, Estrategia de Vigilancia Clínica, de Laboratorio y a través de Unidades Centinela (donde las hubiere), Modalidad de Notificación Individual, Periodicidad Inmediata, usándose como Instrumentos de Recolección la planilla C2 del SNVS y SIVILA, ficha especial de hepatitis virales.

Durante el año 2014 se notificaron al Departamento de Epidemiología del GCBA, 44 casos sospechosos de hepatitis aguda, para investigar su posible etiología como hepatitis A, 16 de ellos en residentes (36,4%), 25 en no residentes (56,8%) y 3 sin datos de residencia (6,8%) (Tabla 1).

**Tabla 1 - Notificaciones de Hepatitis Agudas para Investigación de Hepatitis A
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

RESIDENCIA	CASOS	%
Residentes	16	36,4
No Residentes	25	56,8
S/D	3	6,8
TOTALES	44	100

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

Entre los residentes, 4 casos tuvieron diagnóstico definitivo de hepatitis A (3 con serología IgM positiva confirmatoria y 1 caso que se asumió con ese diagnóstico por las manifestaciones clínicas); 3 casos fueron hepatitis B agudas, 2 casos hepatitis mononucleósica y 7 casos permanecieron como hepatitis sin especificar, por no arribarse a ningún diagnóstico etiológico.

Entre los no residentes, también 4 casos se clasificaron como hepatitis A, 2 como hepatitis E y 11 casos con otros diagnósticos (metabolopatía, atresia de vías biliares, histiocitosis, meningoencefalitis con afectación hepática, síndrome coledociano, mononucleosis a virus de Epstein Barr).

De 3 pacientes en quienes no se informó el dato del domicilio, uno se diagnosticó como hepatitis A y 2 casos como hepatitis SE (Tabla 2).

El principal establecimiento notificador de hepatitis agudas, a los fines de la vigilancia epidemiológica de hepatitis A, fue el Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez, descartándose todos ellos para ese diagnóstico (Tabla 3).

La serie histórica de hepatitis A y SE mostró una tendencia descendente durante los últimos 10 años, evidenciándose disminución abrupta de las notificaciones en el año 2005, luego de ocurrido el brote epidémico de los años 2003 y 2004 y la introducción al calendario nacional de la vacuna antihepatitis A, con dosis única a los doce meses de edad (Gráfico 1).

**Tabla 2 - Notificaciones de Hepatitis Agudas según Diagnósticos Finales
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

DOMICILIO	Hepatitis A	Hepatitis SE	Hepatitis B	Hepatitis E	Otros diag.	Totales
Residentes	4	7	3	0	2	16
No Residentes	4	8	0	2	11	25
S/D	1	2	0	0	0	3
TOTALES	9	17	3	2	13	44

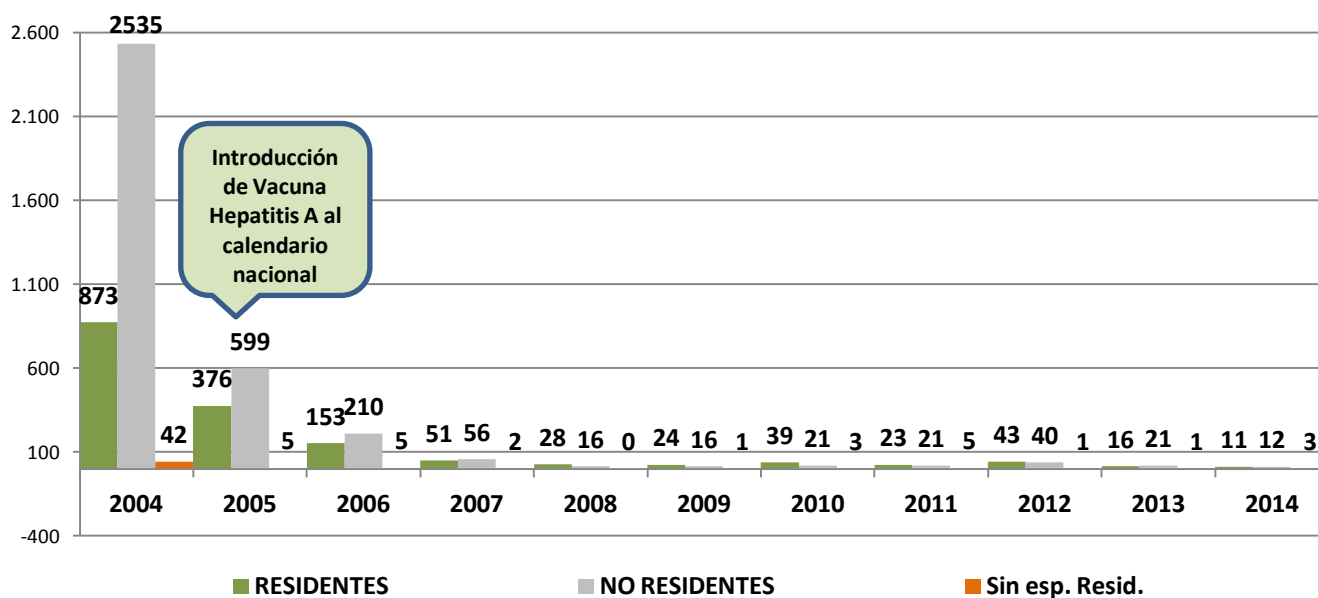
Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

**Tabla 3 - Hepatitis Aguda - Casos Notificados por efectores de salud según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

HOSPITALES	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	TOTALES
ALVAREZ	1	0	0	1
ARGERICH	0	2	0	2
ELIZALDE	0	3	0	3
FERNANDEZ	2	0	2	4
GARRAHAN	1	1	0	2
GUTIÉRREZ	0	13	0	13
MUÑIZ	0	1	0	1
PENNA	0	2	0	2
PIÑERO	3	0	0	3
PIROVANO	1	1	1	3
RIVADAVIA	0	1	0	1
R. MEJÍA	0	1	0	1
VÉLEZ SARSFIELD	2	0	0	2
PRIVADOS	5	0	0	5
S/D	1	0	0	1
TOTALES	16	25	3	44

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

**Gráfico 1 - Hepatitis A y SE según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 2003-2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología .Ministerio de Salud GCBA

Durante el año 2014 las cuatrisesmanas que presentaron mayor notificación de casos de Hepatitis A y SE, en residentes fueron las nº 2, 3 y 4 (con dos casos c/u) y en no residentes, la nº 2 (con 5 casos) (Tabla 4).

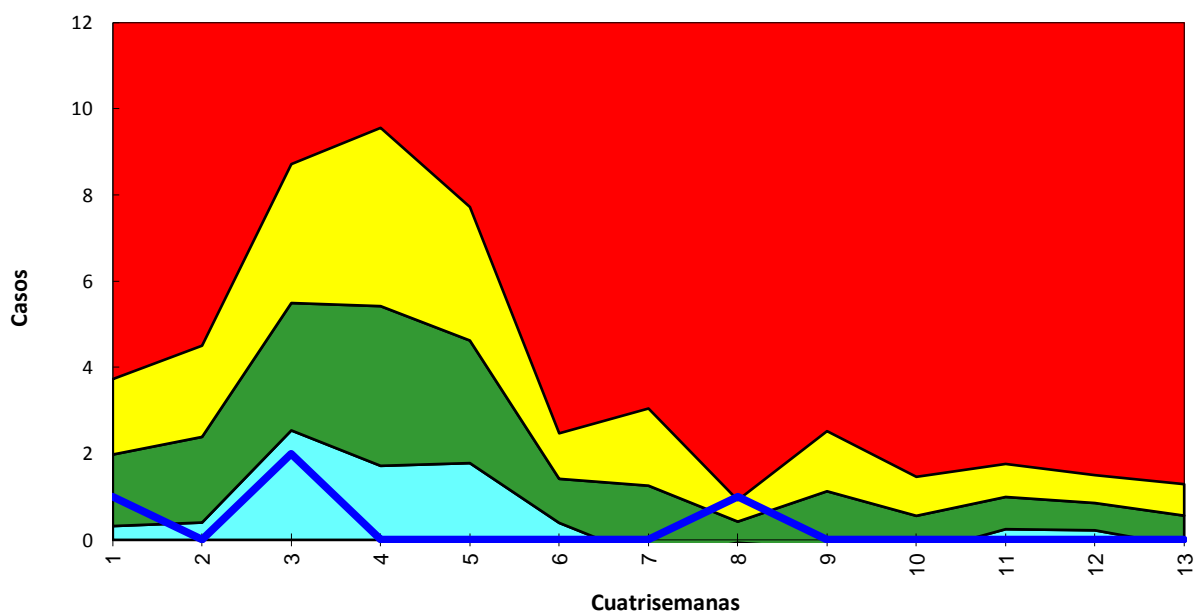
**Tabla 4 - Hepatitis A y SE - Notificaciones según Residencia
Ciudad de Buenos Aires - Años 2013-2014 - (N=26)**

Cuatrisesemanas	RESIDENTES		NO RESIDENTES		S/D	
	Año 2013	Año 2014	Año 2013	Año 2014	Año 2013	Año 2014
1	1	1	3	0	0	0
2	1	2	1	5	0	1
3	5	2	1	1	0	0
4	2	2	3	0	0	0
5	1	0	4	2	0	0
6	2	1	3	1	0	0
7	0	0	2	0	1	0
8	4	1	0	0	0	0
9	2	1	4	1	0	1
10	0	0	4	1	0	0
11	1	0	2	0	1	0
12	2	1	2	1	0	1
13	0	0	1	0	0	0
TOTALES	21	11	30	12	2	3

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

El corredor endémico de Hepatitis A del año 2014 transitó casi todo el año por el área de éxito y seguridad, excepto por un breve pasaje por zona de alerta en cuatrisesmana 8, (Gráfico 2).

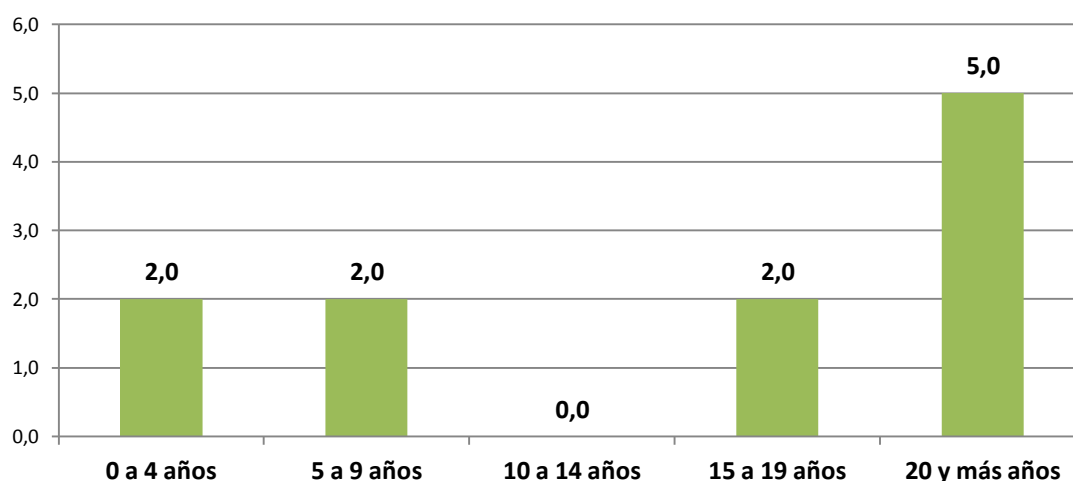
**Gráfico 2 - Corredor endémico cuatrisesmanal de Hepatitis A
Residentes de Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

La tasa general de notificación de Hepatitis A y SE de la ciudad para el año 2014 fue de *0.4 casos/ 100000 habitantes*. El grupo de edad más afectado fue el de 20 y más años con una cifra de *5 casos/100000 hab.*, permaneciendo iguales, con 2 casos/100000 hab. c/u en los grupos de 0 a 4 años, 5 a 9 años y 15 a 19 años. Nótese el desplazamiento de la edad de los grupos afectados, que tradicionalmente se daba entre los 5 a los 9 años, al de jóvenes y adultos, ya que éstos permanecieron susceptibles a la enfermedad por no haber recibido vacunación específica para hepatitis A, como sí lo hicieron, por calendario oficial, las cohortes de los nacidos a partir del 01-01-14. Las fuentes de infección se encontraron en viajeros que visitaron lugares donde no existía provisión de agua apta para el consumo ni estaba incorporada la vacuna al calendario de esa región (Gráfico 3).

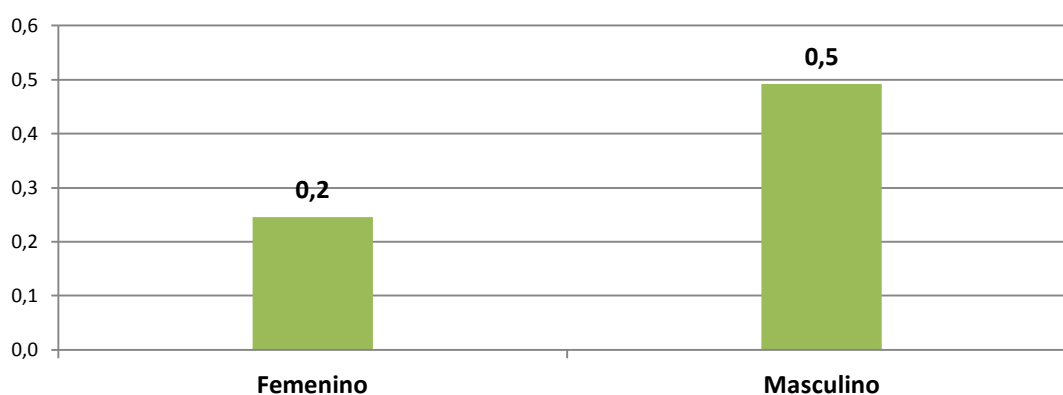
Gráfico 3 - Hepatitis A y SE
Tasas en residentes - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - (N=11)



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

Las tasas por sexo mostraron mayor afectación en los varones que en las mujeres con una proporción 2 y ½ veces superior. Gráfico 4.

Gráfico 4 - Hepatitis A y SE - Tasas en residentes según sexos
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - (N=11)



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

Durante el año 2014, la tasa de incidencia de la Ciudad de Buenos Aires fue de 0,4 casos/100000 hab., duplicándola la correspondiente a la comuna 7 (perteneciente a la Región Sanitaria 2), que presentó la tasa de notificación más elevada. En segundo lugar figuró la comuna 2, RS 4, con tasa de 0,7 casos/100000 hab. (Tabla 5).

Tabla 5 - Hepatitis A y Sin Especificar - Casos y Tasas de Notificación/100000 hab. en residentes según Regiones Sanitarias y Comunas - Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	1	0,4
	3	1	0,5
	4	1	0,4
	<i>Total Región 1</i>	3	0,4
Región 2	7	2	0,8
	8	0	0,0
	9	1	0,6
	<i>Total Región 2</i>	3	0,5
Región 3	5	0	0,0
	6	0	0,0
	10	1	0,6
	11	1	0,5
	15	0	0,0
	<i>Total Región 3</i>	2	0,2
Región 4	2	1	0,7
	13	0	0,0
	14	0	0,0
	12	0	0,0
	<i>Total Región 4</i>	1	0,1
S/D		2	
Total Ciudad de Buenos Aires		11	0,4

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

- 3 casos sin datos de Comuna y Región Sanitaria

De las 16 notificaciones de hepatitis agudas en residentes sospechosas de hepatitis A, 3 presentaron serología IgM positiva confirmatoria. Respecto de los no residentes, sobre 25 casos notificados con sospecha de hepatitis A, en 3 se determinó IgMHAV positiva y en 9 casos no se determinó serología viral positiva para hepatitis B o C (Tabla 6).

Tabla 6 - Hepatitis Agudas - Notificaciones según determinaciones serológicas Ciudad de Buenos Aires. Año 2014 (n=44)

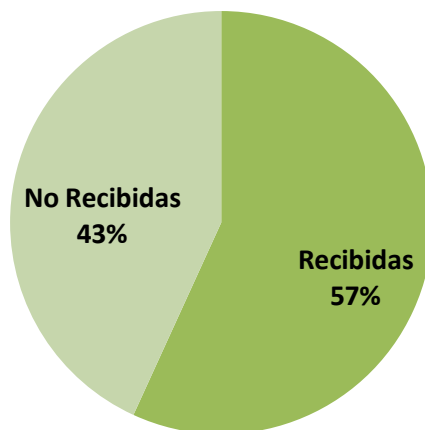
SEROLOGÍA	RESIDENTES				NO RESIDENTES			
	IgMHAV	HBSAg	IGMHBV	IGMHCV	IgMHAV	HBSAg	IGMHBV	IGMHCV
<i>Positiva</i>	3	3	3	0	3	0	0	0
<i>Negativa</i>	5	4	4	6	16	11	10	10
<i>Sin datos</i>	6	7	7	8	6	14	15	15
Total	14	14	14	14	25	25	25	25

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

3 casos sin datos de residencia ni serología

Se recibieron fichas epidemiológicas en el 57% de los casos sospechosos de hepatitis agudas notificados por efectores de la Ciudad de Buenos Aires (Gráfico 5).

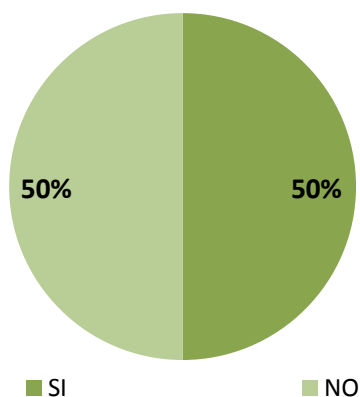
**Gráfico 5 - Hepatitis Agudas - Porcentaje de fichas epidemiológicas recibidas.
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 - (n=44)**



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Los estudios de foco fueron efectivizados solo en 50% de los casos solicitados desde el Dpto. de Epidemiología. (Gráfico 6).

**Gráfico 6- Hepatitis Agudas - Porcentaje de recepción de Estudios de Foco
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014. (n=16)**



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Las coberturas de vacunación contra hepatitis A en CABA durante el año 2014 solo alcanzaron el 84% en la cohorte de un año, cifra que debe mejorarse sustancialmente para alcanzar los niveles óptimos recomendados de 95% de la población susceptible inmunizada para la patología en cuestión.

De todas las notificaciones de hepatitis A y SE, se consignó vacunación previa en 2 casos pediátricos, sin vacunación certificada en 7 casos y sin datos en 17 casos.

Durante el año 2014 acontecieron 2 óbitos: una paciente de 17 años, con diagnóstico de hepatitis E, no residente (Monte Grande, pcia. de Bs.As.) internada en semana epidemiológica 28 en el Htal. Argerich, con diagnóstico confirmado por el ANLIS Carlos Malbrán. El segundo fallecimiento ocurrió en una niña de 14 años, procedente de Merlo, con serologías para hepatitis virales negativas, sin dato etiológico conclusivo.

En resumen, las notificaciones de hepatitis agudas a fin de descartar hepatitis A, durante el año 2014 en CABA disminuyeron respecto del año anterior en 41,1%, de las cuales casi 21,4% fueron hepatitis A, 32,1% permanecieron con diagnóstico de hepatitis agudas SE y 46,4% tuvieron otros diagnósticos. Se registraron dos óbitos en no residentes, ninguno por hepatitis A. El grupo de edad más afectado fue el de 20 y más años, con mayor porcentaje de varones. El corredor endémico transcurrió por áreas de éxito y seguridad casi durante todo el año. Las coberturas de inmunización para hepatitis A resultaron muy bajas para la cohorte de 1 año, las cuales deben mejorarse.

Es necesario mantener la vigilancia en tiempo real de cada caso sospechoso para detectar variabilidad en la ocurrencia y el estado inmunitario previo de los mismos, respecto de hepatitis A, valorando la efectividad de la vacunación de calendario nacional y la potencialidad de susceptibles, a fin de establecer las acciones preventivas tendientes a continuar disminuyendo el número de casos.

INMUNOPREVENIBLES

COQUELUCHE

Lic Andrea Raquel Gonzalez,
Lic. Mariana Koharic,
Dr. José Carrizo

Introducción

Coqueluche es una enfermedad infectocontagiosa inmunoprevenible de distribución mundial, de notificación obligatoria y de vigilancia intensificada. Para la vigilancia de la enfermedad en la Ciudad de Buenos Aires desde el año 2006, se han tenido en cuenta las siguientes definiciones:

Caso sospechoso: persona de cualquier edad (especialmente niños de corta edad) que presenta tos paroxística persistente, estridor inspiratorio, expectoración mucosa y filante, con vómitos posterior al acceso de tos. Puede observarse leucocitosis con linfocitosis. En los menores de 6 meses pueden aparecer síntomas atípicos, siendo la apnea la principal manifestación. Niños mayores y adultos pueden presentar tos persistente sin estridor.

Caso confirmado: caso sospechoso con confirmación por laboratorio o nexo epidemiológico. Las pruebas de laboratorio incluyen serología, PCR o aislamiento de *Bordetella pertussis* en secreción respiratoria.

Caso compatible: caso sospechoso sin muestras pasible de ser analizadas o con resultado no conclusivo.

Caso Definitivo: corresponde a la suma de caso confirmado y caso compatible.

Durante el año 2014 se notificaron al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires 303 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 115 (38 %) fueron residentes de la Ciudad; 184 (61 %) no residentes y en 4 casos (1.3 %) no se obtuvieron los datos de residencia.

Casos notificados según efector de salud

Del total de casos notificados, 254 (84 %) fueron asistidos en efectores estatales y 49 (16 %) en efectores privados o de la seguridad social. De los efectores estatales, el Hospital Elizalde fue el que mayor número de notificaciones realizó representando el 35 % y de los efectores privados o de la seguridad social fue el Sanatorio Franchin con un 23% (Tabla 1).

Distribución según semanas epidemiológicas (SE).

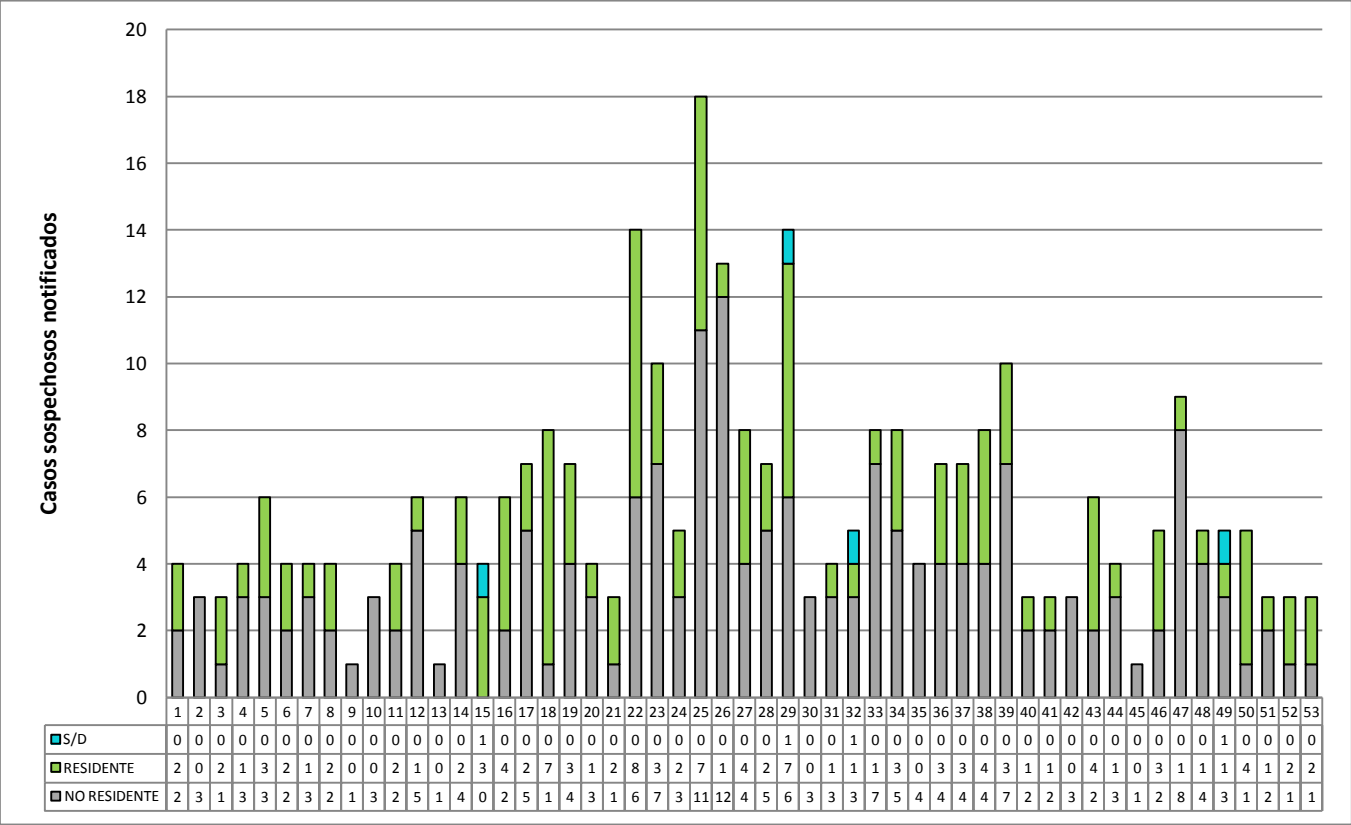
La distribución de casos presentó oscilaciones durante todo el período analizado. Las primeras semanas (SE 1 a la 17) presentó un escaso número de casos notificados. Luego la tendencia mostró un ascenso a partir de la SE 22 (16/03/2014 al 22/03/2014). Se registró un pico en la SE 25 (15/06/2014 al 21/06/2014) coincidiendo con la época invernal. Posteriormente se mantuvo elevada hasta la SE 29 (13/07/2014 al 19/07/2014) a partir de cual comenzó a descender hasta el final del año (Gráfico 1).

Tabla 1. Coqueluche. Total de casos notificados y definitivos según efector de asistencia y lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014

EFECTOR PUBLICO	TOTAL GENERAL		RESIDENTES		NO RESIDENTES		SIN DATOS	
	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos
ELIZALDE	88	16	15	2	73	14	0	0
GUTIERREZ	55	20	20	8	34	12	1	0
PENNA	23	6	11	4	12	2	0	0
SANTOJANNI	22	9	10	4	12	5	0	0
DURAND	19	1	12	0	6	1	1	0
PIÑERO	10	2	7	0	2	1	1	1
PIROVANO	8	0	5	0	3	0	0	0
GARRAHAN	5	5	2	2	3	3	0	0
ARGERICH	4	2	2	2	2	0	0	0
VELEZ SANSFIELD	4	0	2	0	2	0	0	0
ZUBIZARRETA	4	0	1	0	3	0	0	0
ALVAREZ	3	0	1	0	2	0	0	0
FERNANDEZ	3	0	3	0	0	0	0	0
RAMOS MEJIA	3	0	1	0	2	0	0	0
RIVADAVIA	2	1	2	1	0	0	0	0
TOTAL PÚBLICOS	254 (84%)	62 (65%)	95 (83%)	23 (70%)	156 (85%)	38 (62%)	3 (75%)	1 (100%)
EFECTOR PRIVADO	TOTAL GENERAL		RESIDENTES		NO RESIDENTE		SIN DATOS	
	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos	Sospechosos	Definitivos
SANATORIO FRANCHIN	11	11	1	1	10	10	0	0
SANATORIO GÜEMES	9	5	6	4	2	1	0	0
CEMIC	6	2	5	1	1	1	0	0
MATER DEI	4	1	1	0	3	1	0	0
SANATORIO ANCHORENA	4	3	1	1	3	2	0	0
ALEMAN	2	2	0	0	2	2	0	0
ITALIANO	2	1	2	1	0	0	0	0
BAZTERRICA	1	1	0	0	1	1	0	0
BRITANICO	1	1	1	1	0	0	0	0
CLINICA ZABALA	1	0	1	0	0	0	0	0
FLENI	1	1	0	0	1	1	0	0
GÜEMES	1	0	0	0	1	0	0	0
ESPAÑOL	1	1	0	0	1	1	0	0
MILITAR CENTRAL	1	1	0	0	1	1	0	0
CHURRUCA	1	1	0	0	1	1	0	0
CLINICAS	1	0	1	0	0	0	0	0
POLICLINICO UOM	1	1	0	0	1	1	0	0
SANATORIO SAGRA CORAZON	1	1	1	1	0	0	1	0
TOTAL PRIVADOS	49 (16%)	33 (35%)	20 (17%)	10 (30%)	28 (15%)	23 (38%)	1 (25%)	0 (0%)
TOTAL GENERAL	303 (100%)	95 (100%)	115 (100%)	33 (100%)	184 (100%)	61 (100%)	4 (100%)	1 (100%)
SIN DATOS	1	0	1	0	0	0	0	0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Gráfico 1- Coqueluche. Casos sospechosos notificados por Semanas Epidemiológicas según lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tabla 2. Coqueluche. Total de casos sospechosos notificados y definitivos, según lugar de residencia y semanas epidemiológicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2013 y 2014

Cuatri-semanas	SE	Casos en Residentes				Casos en No Residentes				Casos sin datos de Residencia			
		2013		2014		2013		2014		2013		2014	
		Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos
1	1	0	0	2	1	2	4	2	1	0	0	0	0
	2	3	1	0	0	4	3	3	3	1	0	0	0
	3	1	1	2	1	6	4	1	0	0	0	0	0
	4	2	2	1	0	6	6	3	0	1	0	0	0
	Parcial C1	6	4	5	2	18	17	9	4	2	0	0	0
2	5	0	2	3	2	4	4	3	1	0	0	0	0
	6	2	1	2	1	9	3	2	1	0	0	0	0
	7	3	0	1	0	7	3	3	3	0	0	0	0
	8	1	1	2	0	10	0	2	1	1	0	0	0
	Parcial C2	6	4	8	3	30	10	10	6	1	0	0	0
3	9	1	0	0	0	5	1	1	1	0	0	0	0
	10	1	1	0	0	1	5	3	1	0	0	0	0
	11	1	0	2	0	1	2	2	1	0	0	0	0
	12	3	0	1	1	3	0	5	2	0	0	0	0
	Parcial C3	6	1	3	1	10	8	11	5	0	0	0	0
4	13	2	2	0	0	6	0	1	1	0	0	0	0
	14	0	1	2	2	2	0	4	3	0	0	0	0
	15	2	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	16	0	0	4	2	3	2	2	1	1	0	0	0
	Parcial C4	4	3	9	4	11	2	7	5	1	0	1	0
5	17	3	4	2	0	8	2	5	3	1	0	0	0
	18	2	1	7	3	2	1	1	1	0	0	0	0
	19	5	0	3	0	4	0	4	1	2	0	0	0
	20	2	0	1	0	3	0	3	2	0	0	0	0
	Parcial C5	12	5	13	3	17	3	13	7	3	0	0	0
6	21	10	1	2	1	6	2	1	1	0	0	0	0
	22	9	1	8	3	8	2	6	1	1	0	0	0
	23	8	1	3	1	7	1	7	1	1	0	0	0
	24	8	1	2	0	7	1	3	0	0	0	0	0
	Parcial C6	35	4	15	5	28	6	17	3	2	0	0	0
7	25	7	1	7	0	2	2	11	1	1	0	0	0
	26	6	0	1	1	9	1	12	1	3	0	0	0
	27	3	4	4	0	4	2	4	0	2	0	0	0
	28	4	0	2	0	13	0	5	1	0	0	0	0
	Parcial C7	20	5	14	1	28	5	32	3	6	0	0	0
8	29	7	0	7	0	7	0	6	1	0	1	1	0
	30	0	1	0	0	6	3	3	1	0	0	0	0
	31	1	1	1	0	6	0	3	1	0	1	0	0
	32	1	0	1	1	3	3	3	1	1	0	1	0
	Parcial C8	9	2	9	1	22	6	15	4	1	2	2	0
9	33	1	0	1	0	4	0	7	3	0	0	0	0
	34	1	0	3	0	6	0	5	1	1	0	0	0
	35	1	0	0	0	2	1	4	0	0	0	0	0
	36	3	1	3	1	1	1	4	2	0	0	0	0
	Parcial C9	6	1	7	1	13	2	20	6	1	0	0	0
10	37	1	2	3	0	4	0	4	0	0	0	0	0
	38	2	0	4	0	4	0	4	2	0	0	0	0
	39	2	0	3	0	4	0	7	0	0	0	0	0
	40	2	2	1	1	3	1	2	1	0	0	0	0
	Parcial C10	7	4	11	1	15	1	17	3	0	0	0	0
11	41	7	0	1	0	0	0	2	1	0	1	0	0
	42	0	2	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0
	43	1	0	4	1	7	0	2	0	0	0	0	0
	44	2	0	1	1	4	0	3	0	0	0	0	0
	Parcial C11	10	2	6	2	12	0	10	4	0	1	0	0
12	45	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	46	2	1	3	2	0	2	2	1	0	0	0	0
	47	0	1	1	1	3	2	8	6	1	0	0	0
	48	2	0	1	1	3	1	4	2	0	0	0	0
	Parcial C12	4	2	5	4	6	5	15	9	1	0	0	0
13	49	1	0	1	0	3	1	3	0	0	0	1	1
	50	0	0	4	3	2	3	1	0	0	0	0	0
	51	1	1	1	0	3	2	2	1	0	0	0	0
	52	0	0	2	1	2	0	1	0	0	0	0	0
	53	0	0	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	Parcial C13	2	1	10	5	10	6	8	2	0	0	1	1
TOTAL		165	38	115	33	291	71	184	61	21	3	4	1

Laboratorio

Los laboratorios que procesaron muestras para PCR de Bordetella Pertussis en efectores públicos de CABA fueron: H. Gutiérrez, H. Elizalde, H. Garrahan, y el INEI-ANLIS.

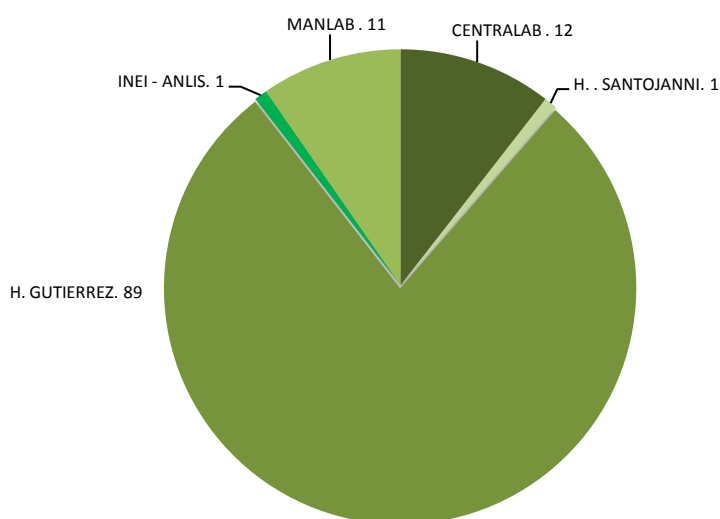
Muestras de pacientes asistidos en el sector privado fueron derivadas y procesadas por laboratorios tanto públicos como privados, que no siempre notifican los datos completos lo que generó dificultad en el seguimiento de los casos.

De los 303 casos notificados, en 264(87%) se obtuvo muestra adecuada para el diagnóstico (99 de ellos residentes). Se confirmó por laboratorio 56 casos (18%).

Casos registrados en SIVILA:

Se registró en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) solo 114 casos (38 %). Los efectores que registraron carga de datos de las muestras de pacientes asistidos en la CABA fueron: H. Ricardo Gutiérrez (89 casos), CENTRALAB S.A. (12 casos), HGA Santojanni (1 caso), MANLAB (11 casos), y INEI-ANLIS (1 caso).

Gráfico 2-Coqueluche. Porcentaje de carga de casos según efector al Módulo SIVILA del SNVS de casos sospechosos asistidos en efectores de CABA. Año 2014 (N=114).



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Clasificación final

Se clasificaron como definitivos 95 casos (32%), los cuáles incluyeron a los 56 casos confirmados por laboratorio, 1 caso confirmado por nexa epidemiológico y a 38 casos compatibles (casos sin muestra o con resultados no conclusivos). (Tabla 3).

Tabla 3. Coqueluche. Casos notificados según su clasificación final y lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014

CLASIFICACIÓN FINAL	RESIDENCIA			
	RESIDENTE	NO RESIDENTE	SD	TOTAL
CONFIRMADO POR LABORATORIO	17	38	1	56
CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO	0	1	0	1
COMPATIBLE	16	22	0	38
DESCARTADO	82	123	3	208
TOTAL	115	184	4	303

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

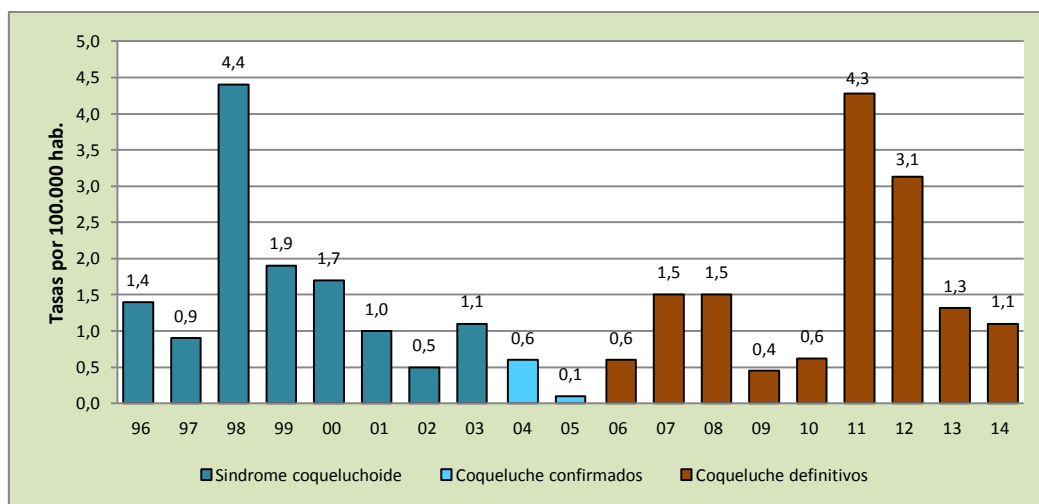
Coqueluche en Residentes de la Ciudad de Buenos Aires

En el periodo estudiado, de los 303 casos notificados sospechosos, 115 fueron residentes de Ciudad de Buenos Aires, de los cuales 33 (29 %) fueron clasificados como definitivos (Tabla 1).

La serie histórica analizada de casos definitivos de coqueluche en Residentes de la Ciudad de Buenos Aires a partir del 2006 (Gráfico 3) mostró que en los años 2011 y 2012 se registró un pico en las tasas de casos definitivos. La tasa del año 2013 (1.3 / 100.000 hab.) arrojó un valor mucho menor similar a las tasas de los años 2007 y 2008.

Cabe aclarar que la vigilancia de Coqueluche en la CABA se realiza de manera individual con laboratorio desde el año 2004. Previo a esto, se destaca el año 1998 donde la incidencia de síndrome coqueluchoide presentó una tasa de 4,4 /100.000 hab.

Gráfico 3: Coqueluche. Tasa de incidencia* por cien mil habitantes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Serie histórica 1996-2014.

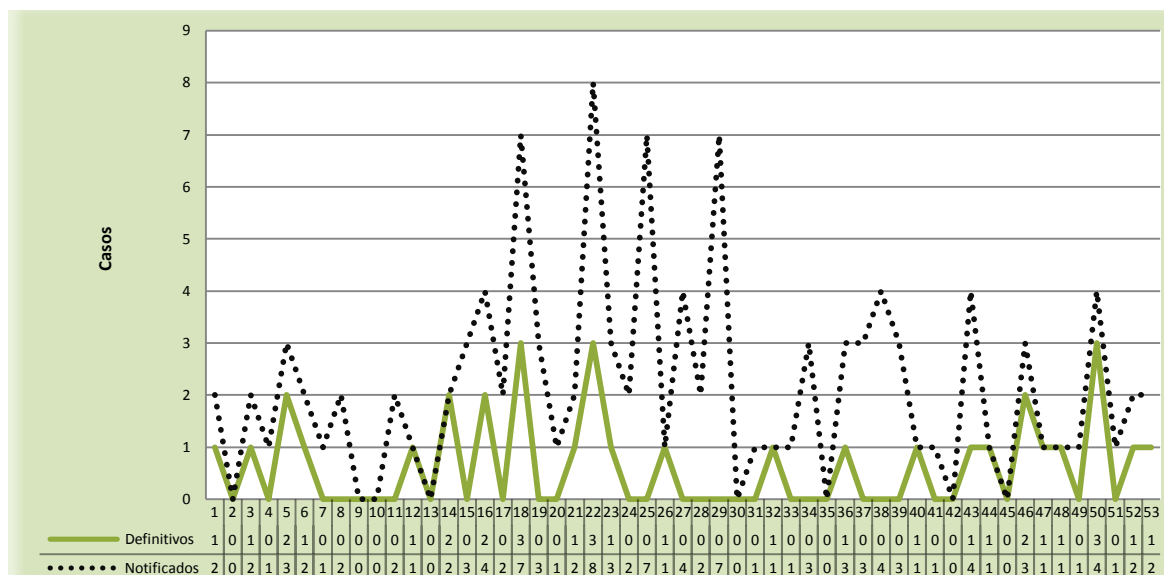


Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

* Hasta el año 2003 se consideran los síndromes clínicos sin confirmación de laboratorio. Durante los años 2004 y 2005 solo se incluyen los casos confirmados por laboratorio. A partir del año 2006 se consideran los casos definitivos.

La mayor correlación positiva entre total de notificados y casos definitivos en residentes de CABA, se observó en las siguientes semanas epidemiológicas (SE) del año: entre la SE 12 a la 14, entre la SE 45 a la 46, entre la SE 47 a la 48 y en la SE 51. Se registró un pico de notificaciones durante las SE 18 (27/04 a 03/05) y SE 22 (25/05 a 31/05), que coincidió con un aumento significativo de casos definitivos aunque no de la misma magnitud que las notificaciones recibidas. A partir de la SE 18 (27/04 a 04/05) y hasta la SE 29 (13/07 a 19/07), y desde la SE 36 (31/08 a 06/09) hasta la 39 (21/09 a 27/09) se observó una disminución en la correlación debido al aumento de las notificaciones (Gráfico N°4).

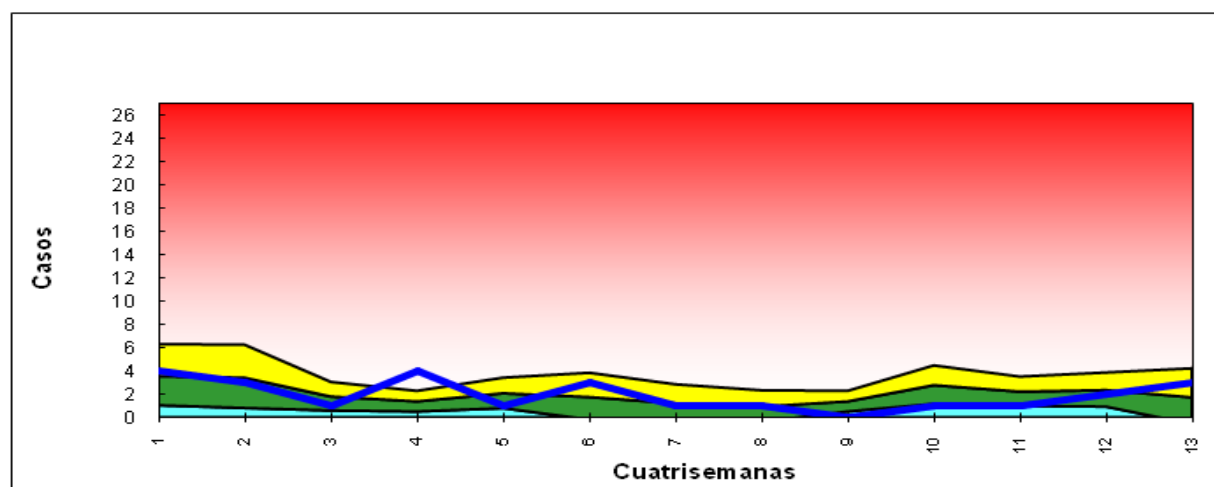
Gráfico N°4- Coqueluche. Total de casos notificados y definitivos según SE.
Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El corredor endémico de los casos definitivos de coqueluche por cuatrisesmana (CS) mostró que la curva de casos inicia en zona de seguridad en la CS 1 donde se mantuvo hasta la mitad de la CS 3. A mediados de la misma, la curva transcurrió en zona de brote hasta mediados de la CS 4. A principios de la CS 6 atravesó la zona de alarma y a mediados de esta desciende a la zona de seguridad, donde se mantuvo hasta finales de la CS 12 y el año culminó con la última CS en zona de alarma (Gráfico 5).

Gráfico N° 5 - Coqueluche – Corredor endémico cuatrisesmanal de casos definitivos.
Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución por edad

Al analizar la variable edad en los 33 casos definitivos, observamos que ésta presentó una distribución normal. La amplitud comprendió desde un mes de vida hasta los 4 años, con una mediana de 2 y una media de 4 meses. En 1 caso no hay datos acerca de la edad. (Tabla 4).

Tabla 4- Coqueluche. Casos definitivos, porcentajes y tasas por diez mil habitantes según grupos de edad. Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014.

Grupos de Edad	Grupos de Edad	Casos Definitivos	%	Tasas por 10.000 hab.
<1 año	< 2 meses	11	33	-
	2 a 3 meses	12	36	
	4 a 5 meses	2	6	
	6 a 11 meses	5	15	
	Total < de 1 año	30	91	25.5
1 año	1 año	1	3	0.9
2 a 4 años	2 a 4 años	1	3	3.1
	S/D	1	3	
Total general	Total general	33	100	0.1

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución por Regiones Sanitarias (RS) y Comunas (C).

La tasa de casos definitivos en residentes de la Ciudad de Buenos Aires fue de 1,1 /100.000 hab., siendo las RS II (Sur) y RS I (Este) las que presentaron las tasas brutas más altas (1,82 y 1,73/100.000 habitantes respectivamente). Le siguió la RS III (Oeste) con un valor menor al de CABA (0,53/100.000 hab.) y la RS IV (Norte) que presentó la tasa más baja (0,45/100.000 hab.) (Tabla 5).

Con respecto a las comunas, las que presentaron las mayores tasas brutas fueron las 1; 8 y 4 (Tabla 5).

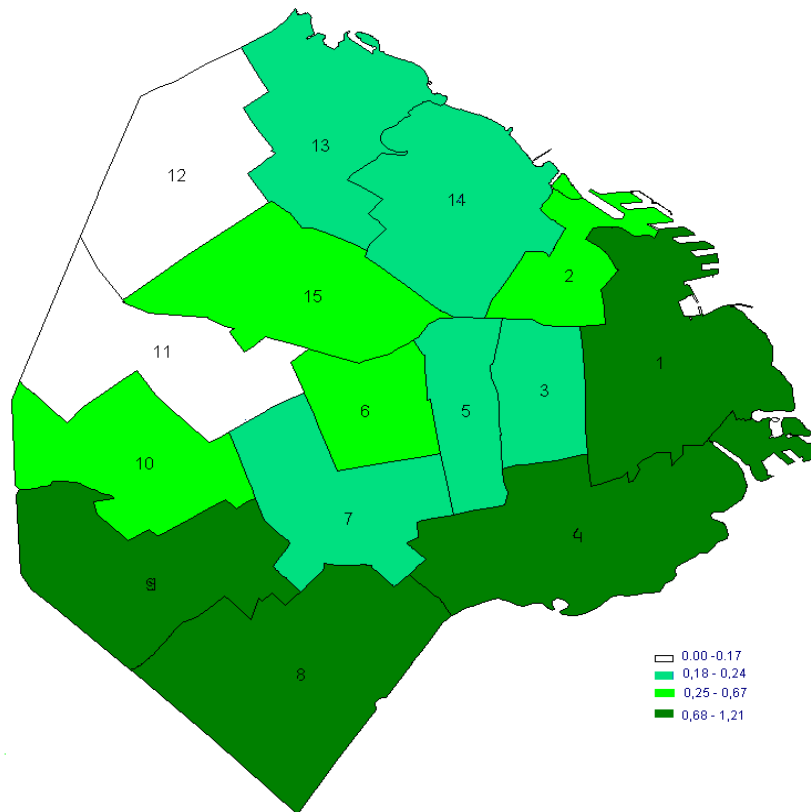
Al comparar la incidencia de coqueluche en menores de 2 años (97% del total de casos definitivos) observamos que las tasas más elevadas están en las comunas 1 y la 8 con 1,21 y 0,83 casos cada 1000 menores de 2 años. Le siguen las comunas 9, 15 y 2 con 13,0; 9,3 y 7, 4 cada 1000 menores de 2 años y luego las 7, 14, 13 y 3, con valores entre 5,6 a 5,1 cada 1000 menores de 2 años. Las comunas que presentan menor incidencia son las 5, 10 y 6 con valores de 4,3 a 4 por 1000 (Gráfico 6).

**Tabla 5 –Coqueluche. Casos y tasas brutas por 100.000 habitantes de total de casos notificados y definitivos, según comunas y regiones sanitarias de residencia.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014.**

REGION	COMUNAS	Total notificaciones		Casos Definitivos	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas
I ESTE	1	16	7.95	6	2.98
	3	3	1.43	1	0.48
	4	17	6.83	5	2.01
	Total R. I	36	5.45	12	1.82
II SUR	7	14	6.41	2	0.92
	8	18	9.32	5	2.59
	9	10	5.99	3	1.80
	Total R. II	42	7.26	10	1.73
III OESTE	5	5	2.67	1	0.53
	6	4	2.18	1	0.54
	10	5	2.89	1	0.58
	11	0	0.00	0	0.00
	15	7	3.54	2	1.01
	Total R. III	21	2.23	5	0.53
IV NORTE	2	2	1.07	2	1.07
	12	4	2.00	0	0.00
	13	1	0.40	1	0.40
	14	1	0.39	1	0.39
	Total R. IV	8	0.89	4	0.45
SIN DATOS		8		2	
Total General		115	3.83	33	1.10

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA. En base a proyecciones 2012
Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

Gráfico 6 - Coqueluche. Tasas de incidencia de casos definitivos en menores de 2 años por 1.000 habitantes según Comuna de residencia estratificados por cuartiles.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014 (n=32)



Comunas	11	12	7	14	13	3	5	10	6	15	2	4	9	8	1
Casos	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	5	3	5	6
Tasas x 1.000	0.00	0.00	0.18	0.18	0.18	0.19	0.23	0.25	0.25	0.43	0.54	0.68	0.69	0.83	1.21

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA. En base a proyecciones 2012
Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA)

Antecedentes de vacunación antipertussis

De los 33 casos definitivos residentes de Ciudad, en 11 no correspondieron el antecedente de vacunación por ser menores de 2 meses. De los 22 restantes, se obtuvo el antecedente de vacunación en 21 casos (95 %). De estos, 13(62 %) contaban con la vacunación adecuada para la edad (Tabla 6)

**Tabla 6. Coqueluche. Antecedente de vacunación con componente pertussis.
Caso definitivos en Residentes según grupo de edad.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014.**

Grupo de edad	Vacunación adecuada para la edad				Total
	SI	NO	SIN DATOS	No Corresponde	
< 2 meses	-	-	-	11	11
2 a 3 meses	9	2	1	-	12
4 a 5 meses	2	-	-	-	2
6 a 11 meses	1	4	-	-	5
12 a 17 meses	-	1	-	-	1
18 meses a 5 años	-	1	-	-	1
Sin datos	1	-	-	-	1
Total	13	8	1	11	33

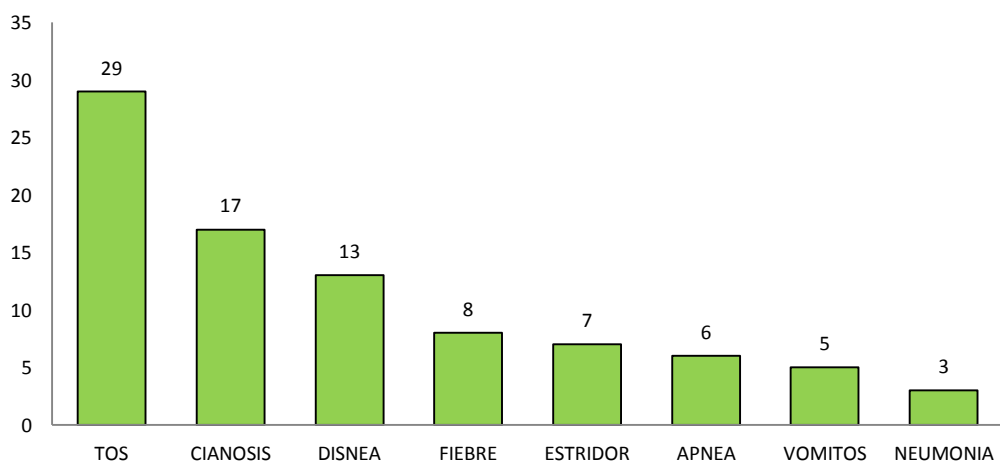
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tipo de asistencia y manifestaciones clínicas

De los casos definitivos de CABA, se obtuvo el dato de tipo de asistencia en 24 (73 %). De estos, 22 (67%) registraron internación y 2 (6 %) recibió tratamiento ambulatorio. En dos casos se requirió internación en Terapia Intensiva.

La descripción del cuadro clínico se pudo obtener en 30 (90%) casos. El síntoma más frecuente fue tos, que se presentó en 29 casos (94%). Le siguieron en orden de frecuencia disnea en 19 (57%); cianosis en 18 casos (54 %); fiebre en 12 casos (36%); vómitos en 9 casos (27%); apnea en 5 casos (15%); estridor en 4 casos (12%); y siendo 30 de estos (79 %) menores de 8 meses (Gráfico 9).

**Gráfico N° 9. Coqueluche. Frecuencia de síntomas de los casos definitivos. Residentes.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2014 (n=33)**



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evaluación general de la vigilancia

De los 115 casos sospechosos notificados de CABA, la denuncia fue oportuna (dentro de las 72 horas hábiles) en 47 casos (41 %). Se recibieron un total de 83 fichas que correspondieron el 67 % del total de los casos notificados. Mientras que en los 184 casos notificados en no residentes, la denuncia fue oportuna en 127 casos (69%). Se recibieron un total de 164 ficha que correspondieron al 89 % del total de los casos notificados.

Durante el período de estudio, se enviaron 62 EF a las áreas programáticas correspondientes. Los restantes casos (53) fueron notificaciones tardías de casos descartados o no se pudieron obtener el dato completo de residencia.

Se recibieron 62 respuestas, correspondiente al 100% de los enviados. En 3 casos no se encontró a la familia del paciente (domicilio inexistente) y en 7 casos la respuesta fue que no se realizó por resultado de laboratorio negativo.

De los restantes **52 estudios** se analizó:

- 1) Tiempo de respuesta: 22 (42 %) fueron remitidos en forma oportuna, es decir, dentro de las 72 horas hábiles de enviados.
- 2) Quimioprofilaxis a contactos: Se informo sobre quimioprofilaxis en 46 (88 %) EF, lo que representó 140 contactos medicados.
- 3) Coberturas vaccinales: Se relevo este dato en 46 (88%) EF, encontrándose en 54 esquemas completos y en 92 esquemas incompletos de vacunación. Esto significó la vacunación de 29 contactos.
- 4) Detección de otros casos sospechosos: Se informó sobre la presencia de contactos sintomáticos en 24 (46 %) EF.
- 5) Del análisis de las variables mencionadas, surge que 26 (50%) de los EF recibidos fueron realizados en forma completa.

Casos fallecidos

Durante el periodo en estudio se notificaron al Departamento de Epidemiología de la CABA, 3 pacientes fallecidos con diagnóstico de coqueluche confirmados por PCR. De los cuales 2 casos fueron asistidos en efectores públicos y 1 en un efector privado. Los fallecidos fueron dos menores de 3 meses, un masculino y un femenino y un mayor de 3 meses de sexo masculino. Ninguno de los pacientes contaban con el esquema completo para la edad de la vacuna con componente antipertussis. Todas las defunciones ocurrieron en pacientes no residentes de la CABA (Tabla 7).

**Tabla 7- Casos fallecidos de coqueluche en no residentes.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.**

S.E.	Sexo	Edad	Residencia	Efector de asistencia	Vacunas con componente Pertussis
2	Masculino	6 meses	Ituzaingo	Hospital Garrahan	Incompletas
5	Femenino	1 mes	Lomas de Zamora	Hospital Elizalde	Completas
28	Masculino	1 mes	San Justo	Sanatorio Mater Dei	Completas

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Conclusiones

Durante el período analizado se notificaron al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires 303 casos notificados de coqueluche, de los cuales el 38% fueron residentes de la ciudad.

- En el año 2014 el total de notificaciones fue menor que en el período anterior. En este período se recibieron 303 notificaciones, mientras que durante el año 2013 fueron 477. Sin embargo, en el período 2014 se observó un aumento de casos en residentes de la ciudad representando un 38% mientras que en el año 2013 fue de un 35%.
- El sector público fue el que más notificaciones realizó (84%).
- Se obtuvo muestra adecuada para laboratorio en el 87%.
- De los casos con muestra, el 38 % fueron registrados en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).
- Se notificaron tres pacientes fallecidos con diagnóstico de coqueluche confirmados por PCR. Dos fueron menores de 3 meses y uno mayor de tres meses. Ninguno de ellos fue residente de CABA.
- En relación al total de casos definitivos residentes de CABA (n=33):
- La tasa de Coqueluche fue de 1,1/100.000 habitantes, con valores superiores a la media en las Comunas 1, 8, y 4; Regiones Sanitarias II (Sur) y I (Este). En todas las comunas presentaron casos definitivos de coqueluche excepto las comunas 11 y 12 donde no se presentó ningún caso.
- El corredor endémico de los casos definitivos de coqueluche por cuatrisesmana (CS) mostró que la curva de casos inicia en zona de seguridad en la CS 1 donde se mantuvo hasta la mitad del CS 3. A mediados de la misma, la curva transcurrió en zona de brote hasta mediados de la CS 4. A principios de la CS 6 atravesó la zona de alarma y a mediados de la misma desciende a la zona de seguridad, donde se mantuvo hasta finales de la CS 12 y el año culminó con la última CS en zona de alarma (Gráfico 5).
- Predominaron los menores de 1 año (91 %), siendo más de la mitad de los casos (70 %) menores de 4 meses.
- Al comparar la incidencia de coqueluche en menores de 2 años (97% del total de casos definitivos) entre las diferentes comunas, observamos que las tasas más elevadas están en las comunas 1 y la 8 con 1,21 y 0,83 casos cada 1000 menores de 2 años.
- De los casos mayores de 2 meses con antecedentes de vacunación (22 casos), esta fue adecuada para la edad en el 62%.
- El 39,3 % de los casos definitivos de CABA fueron menores de 6 meses, grupo que no alcanza a tener por edad el esquema básico de vacunación anti Bordetella pertussis.
- De los casos definitivos de CABA, se obtuvo el dato de tipo de asistencia en 24 (73 %). De estos, 22 (67%) registraron internación y 2 (6 %) recibió tratamiento ambulatorio. En dos casos se requirió internación en Terapia Intensiva.
- El síntoma más frecuente fue tos, que se presentó en 94% de los casos
- En relación a la evaluación de la vigilancia:
- De los 115 casos sospechosos notificados de CABA, la denuncia fue oportuna en 47 casos (41 %). Se recibieron un total de 83 fichas que correspondieron el 67 % del total de los casos notificados.
- De los 184 casos notificados en no residentes, la denuncia fue oportuna en 127 casos (69%). Se recibieron un total de 164 ficha que correspondieron al 89 % del total de los casos notificados.
- Se enviaron 62 EF al as diferentes Áreas Programáticas. Se recibió respuesta en 62 (100%) de ellos.
- Se hicieron 52 estudios, pero se consideraron completos solo 26 (50%)

Informe elaborado con datos proporcionados por:

- Establecimientos asistenciales públicos y privados.
- Servicios de Promoción Y Protección y de Áreas programáticas.
- Laboratorio de Virología del Hospital Gutiérrez e Instituto Malbrán.
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).
- Sistema Nacional de Vigilancia Laboratorial (SIVILA).

Durante el año 2014, el número total de casos de poliomielitis por virus salvaje en el mundo fue de 359 casos, de éstos, 340 (94.7%) casos ocurrieron en los tres países endémicos, Nigeria, Afganistán y Pakistán. Pakistán aportó el 85% de todos los casos de poliomielitis por virus salvaje y en el segundo semestre de 2014, era el único país que seguía exportando el poliovirus internacionalmente. Este país fue el de mayor riesgo epidemiológico para lograr un mundo libre de polio y aún persiste baja cobertura de inmunización. En los países no endémicos (Somalia, Guinea Ecuatorial, Iraq, Camerún, República Árabe Siria y Etiopía) fueron detectados 19 casos secundarios a la importación.

Sin embargo, nunca se ha estado en una mejor posición para erradicar la polio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó en febrero del año 2014, que todos los países que utilizan las vacunas orales contra la poliomielitis (OPV) fortalezcan los sistemas de vacunación e introduzcan en los programas rutinarios de inmunización, al menos una dosis de la vacuna inactivada contra la poliomielitis (IPV).

Argentina se encuentra en proceso de realizar el cambio en el esquema de inmunización para esta enfermedad.

El Programa de Erradicación de la Poliomielitis tiene como objetivos:

- Alcanzar y mantener coberturas con vacuna anti polio superiores al 95%.
- Efectuar Vigilancia Epidemiológica de todos los casos de Parálisis Agudas Flácidas en menores de 15 años, con realización de las acciones pertinentes de prevención y control.
- Detectar casos de parálisis asociados a la vacuna (VAPP) y vigilar la aparición de virus derivados de la vacuna Sabin (PVDV)

Estrategias:

1- **Inmunización** con vacuna Sabin (alcanzar y mantener coberturas de vacunación mayores al 95% en el programa regular)

2- **Vigilancia Epidemiológica.** La vigilancia conlleva la detección de casos paralíticos, teniendo en cuenta la siguiente definición de caso sospechoso:

- Paciente menor de 15 años que presente parálisis flácida de inicio agudo por cualquier causa que no sea un trauma grave ó
- Toda persona de cualquier edad en la que se sospeche poliomielitis.

Una vigilancia epidemiológica adecuada implica:

- Detectar todo individuo que cumpla con la definición de caso sospechoso.
- Notificar el caso detectado de manera urgente al referente epidemiológico local y al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires (rforlenza@buenosaires.gob.ar o epidemilogiacaba@buenosaires.gob.ar o a los teléfonos 4123-3240 al 42 o por fax al 4123-3191)
- Tomar una muestra de materia fecal dentro de los 14 días del inicio de los síntomas para remitirla al Laboratorio Nacional de Referencia. (se guarda en frasco de urocultivo, se mantiene refrigerada a +4/+8°C y se deriva al Departamento de Neurovirosis del Instituto Malbrán.)
- Una vez informada el área Programática:
 - ✓ Investigar cada caso detectado a fin de evaluar las coberturas de vacunación entre los contactos del caso y en la zona de residencia del paciente, completando esquemas y realizando vacunación de bloqueo.
 - ✓ Detectar otros casos sospechosos entre los contactos del caso o en el área.
 - ✓ A los 60 días del inicio de los síntomas, evaluar si el paciente presenta algún tipo de secuelas e informar al departamento de Epidemiología.

Poliomielitis- Vigilancia de las Parálisis Agudas Fláccidas (PAF) - Año 2014-

Durante el año 2014 fueron notificados al Departamento de Epidemiología , 64 casos de Parálisis Agudas Fláccidas, de los cuales 51 casos (80 %) fueron comunicados por efectores públicos y 12 (19 %) por efectores privados de la Ciudad. Un caso fue notificado por efector privado de Provincia de Buenos Aires.

Del total de notificaciones efectuadas por el subsector público, el 100 % fueron realizadas por los hospitales pediátricos de la Ciudad.

De los 64 casos totales notificados, 8 (12.5%) correspondieron a residentes de la Ciudad de Buenos Aires y 56 (87.5%) a no residentes. (Tabla 1)

**Tabla 1-Parálisis Agudas Fláccidas- Casos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

	HOSPITAL	Residentes	No residentes	Total
PUBLICOS	Elizalde	0	12	12
	Garrahan	2	29	31
	Gutiérrez	1	7	8
Total Públicos		3	48	51
PRIVADOS	S. Anchorena	0	1	1
	S.OSCHOCA San Justo Pcia Bs As	1	0	1
	S. Español	0	1	1
	FLENI	1	0	1
	S. Franchin	2	1	3
	Sagrado corazón	0	1	1
	Fundación Hospitalaria	0	2	1
	Policlínico central UOM	0	1	1
	CEMIC Saavedra	0	1	1
	H. Italiano	1	0	1
Total Privados		5	8	13
Total Ciudad		8	56	64

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El número total de notificaciones de casos de PAF en residentes y no residentes de la Ciudad, se incrementó respecto del año anterior y la cuatrisesmana 8 exhibió el mayor número de casos notificados en el año y respecto al año anterior especialmente en no residentes.

En residentes, en el año analizado, no hay diferencias significativas en todas las cuatrisesmanas del año. (Tabla 2)

**Tabla 2- Parálisis Agudas Fláccidas- Casos sospechosos totales según cuatrisesmanas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014**

Cuatrisesmanas epidemiológicas	2013			2014		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	0	4	4	0	5	5
2	0	4	4	1	5	6
3	1	4	5	1	2	3
4	0	3	3	1	1	2
5	0	4	4	0	4	4
6	0	4	4	0	4	4
7	1	3	4	0	6	6
8	1	2	3	2	6	8
9	0	4	4	1	5	6
10	1	6	7	2	4	6
11	0	3	3	0	1	1
12	1	1	2	0	6	6
13	2	4	6	0	7	7
Total anual	7	46	53	8	56	64

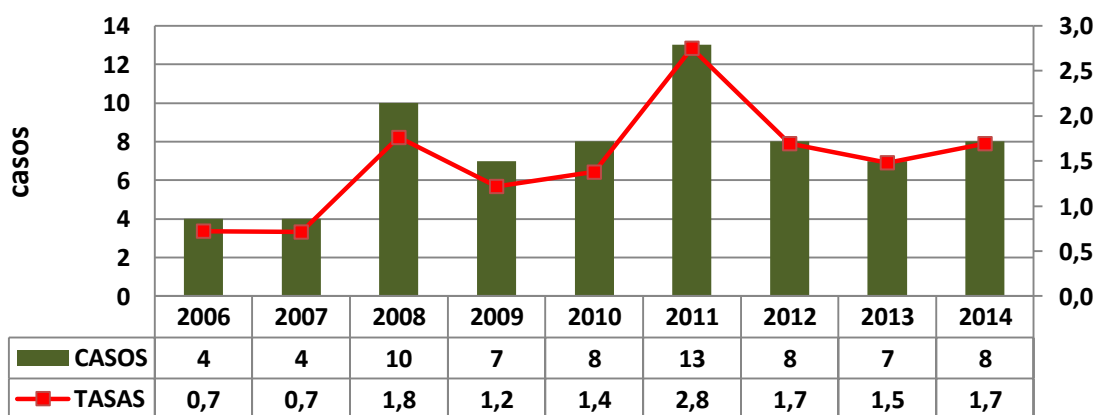
Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Parálisis Agudas Fláccidas en residentes de la Ciudad

En el año analizado la tasa de notificación de parálisis agudas fláccidas en residentes de la Ciudad, fue de 1.7 casos / 100.000 habitantes menores de 15 años, superando la tasa mínima internacionalmente establecida de 1 caso/100.00 habitantes menores de 15 años.

En la serie histórica 2006-2014, a partir del año 2008 la tasa se alcanzó en todos los años. (Gráfico 1)

**Gráfico 1-Parálisis Aguda Fláccida- Casos y tasas en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Años 2006-2014**



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La tasa de notificación y la distribución porcentual fue igual para ambos sexos (50%). (Gráfico 2)

Gráfico 2 -Parálisis Aguda Fláccida- Distribución de casos según sexo en residentes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Teniendo en cuenta la distribución geográfica de residencia de los casos según regiones sanitarias (RS) y comunas, la RS 4 es la que obtuvo la tasa más elevada entre sus residentes y la comuna 14 de la misma región presentó la tasa más alta. En las comunas 4,8 y 9, pertenecientes a la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) fue notificado 1 caso que perteneció a la comuna 8. (Tabla 3)

Tabla 3- Parálisis Agudas Flácidas- Distribución de los casos según comunas y regiones sanitarias en residentes .Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	1	3,2
	3	0	0,0
	4	0	0,0
	Total Región 1	1	0,9
Región 2	7	1	2,4
	8	1	2,1
	9	0	0,0
	Total Región 2	2	1,7
Región 3	5	2	7,7
	6	0	0,0
	10	0	0,0
	11	0	0,0
	15	0	0,0
	Total Región 3	2	1,5
Región 4	2	0	0,0
	13	0	0,0
	14	3	10,4
	12	0	0,0
	Total Región 4	3	2,7
Ciudad de Bs. As.		8	1,7

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA.

La mediana de edad fue de 2.85 años con un rango entre 2 meses y 11 años. El grupo de edad con tasa más elevada fue el de menores de 1 año. (Tabla 4)

Tabla 4 -Parálisis Agudas flácidas- Casos y tasas según grupos de edad en residentes- Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Edad en años	Casos	Tasa
< de 1 año	2	5,6
1	1	3,0
2 a 4	2	2,1
5 a 9	0	0,0
10 a 14	3	2,0
Total	8	1,7

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Antecedentes inmunitarios:

De los 8 pacientes residentes: 4 presentaron vacunación completa para edad con vacuna OPV. 1 vacunación completa con IPV. 2 pacientes de 2 meses de edad aún no habían sido vacunados. En 1 paciente no se pudo obtener el dato (internación en efector privado de provincia).

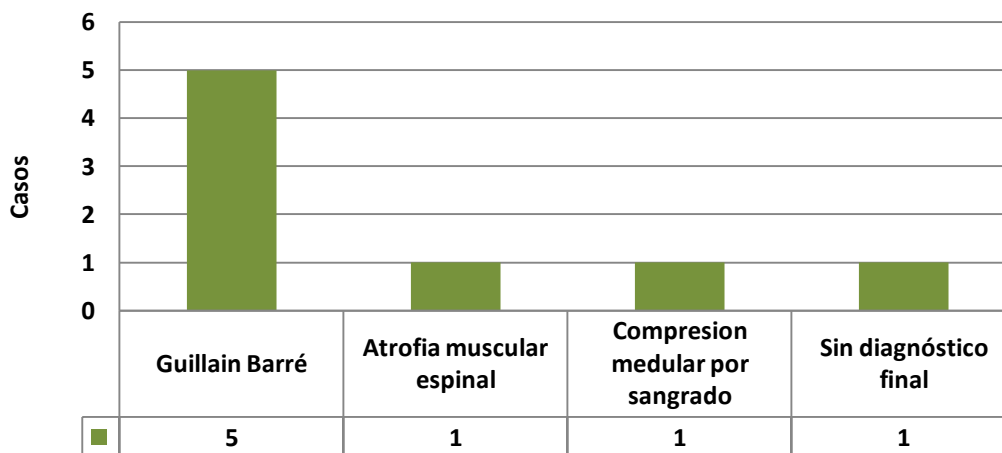
Características clínicas:

- ✓ Los miembros inferiores fueron afectados con mayor frecuencia que los superiores.
- ✓ En 7 de 8 pacientes se obtuvo el dato de síntomas prodrómicos: 4 de ellos presentaron: Fiebre (2) síntomas respiratorios (1), Digestivos (1), mialgias (3).
- ✓ Compromiso de pares craneales: 3 casos.
- ✓ Requirió ARM un paciente.
- ✓ No se produjeron defunciones.

Diagnóstico final:

El diagnóstico más frecuente fue el Síndrome de Guillain Barré. (Gráfico 3)

Gráfico 3 -Parálisis Agudas flácidas- Casos según diagnóstico final en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Laboratorio:

- ✓ En el transcurso del año 2014 no fueron confirmados casos de poliomielitis, ni poliomielitis paralítica asociada a vacuna ni por virus Sabin derivado.
- ✓ Punción lumbar (PL): se obtuvo el dato en 7 casos, de estos, se realizó la PL en 5 casos, 4 de ellos presentaron disociación albúmino-citológica (DAC).
- ✓ Materia fecal: De los 8 casos notificados en residentes, se obtuvo la muestra de materia fecal en 7 de ellos, 6 presentaron aislamiento negativo y en un caso se aisló enterovirus no polio.

Investigación en terreno:

- ✓ De los 8 casos sospechosos en residentes, se recibieron los resultados de las investigaciones en todos los casos. En 1 caso la dirección fue inexistente, en otro no residía en la dirección suministrada esa familia.
- ✓ Los contactos fueron evaluados pero se obtuvo el número de contactos en 3 informes (18 contactos).
- ✓ No fueron detectados otros casos sospechosos en el transcurso de las investigaciones.
- ✓ En el 50 % de los casos las investigaciones fueron incompletas.
- ✓ Se realizó la evaluación de los 60 días en los 8 casos. En 3 casos persistió parálisis residual (2 con diagnóstico de Guillain Barré, 1 compresión medular, 1 atrofia medular espinal.)

Monitoreo de la vigilancia:

Para el monitoreo y evaluación de la calidad de la vigilancia se utilizan los siguientes indicadores (Tabla 5)

**Tabla 5- Parálisis Agudas Flácidas- Indicadores de Vigilancia en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2009-2014**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
N° de casos en residentes por año	7	8	13	8	7	8
Tasa de notificación de PAF en < 15 años (1/100.000)	1,2	1,7	2,8	1,7	1,5	1,7
% investigación dentro de las 48hs de la notificación Valor esperado=100%	85,7	92	77	75	85,7	75
% de obtención de muestras dentro de los 14 días de inicio de la PAF. Valor esperado = 80%	71,4	100	80,3	100	71.4	87.5
% de cobertura en < 1 año *con (OPV/IPV)(3ra dosis)	92	91	89,9	90.9	88.1	87,9
% de Notificación semanal negativa activa **	100	100	100	100	100	100

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

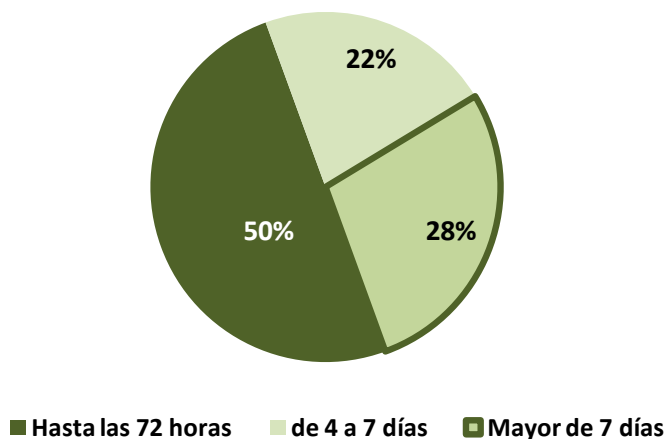
* Datos de cobertura aportados por el Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires. Hasta el año 2003 la cobertura es referida solo a efectores públicos. A partir del 2003 la cobertura analizada es global, efectores públicos y privados. Incluye coberturas OPV e IPV. ** Obligatoriedad de carga de notificación semanal negativa en el SNVS (efectores que ingresan al SNVS).

Se analizan otros aspectos relacionados con la calidad de la vigilancia:

- 1- Demora en la notificación de casos
- 2- Recepción de fichas epidemiológicas

1- Demora en la notificación de casos: Denominador: Total de casos notificados en el año 2014. En este año sólo el 50% de los casos fueron notificados dentro de las 72 hs. (Gráfico 4)

Gráfico Nº 4 -Parálisis Agudas Fláccidas-Porcentaje de demora en la notificación. Residentes y No residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. N=64



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Recepción de fichas epidemiológicas: Denominador: total de casos notificados (residentes y no residentes)

Fueron enviadas al departamento de Epidemiología el 100% de las fichas epidemiológicas del total de casos notificados. Debe enfatizarse la importancia del llenado completo de las fichas epidemiológicas sin obviar ninguna variable.

Conclusiones:

- No fueron detectados en la Ciudad casos de poliomiелitis por virus salvaje, ni asociada a vacuna Sabin oral ni por poliovirus derivado de la misma.
- El número de notificaciones totales fue mayor que el año anterior.
- El subsector público a través de sus hospitales pediátricos fue el que aportó el mayor número de notificaciones.
- Las notificaciones de no residentes superan a la de residentes de la Ciudad.
- La tasa de notificación en el año 2014 superó ligeramente el mínimo establecido.
- Respecto al sexo no hay diferencias en la tasa de notificación.
- La Región Sanitaria 4 y dentro de ella la comuna 14 fueron las que presentaron la tasa más elevada de de casos sospechosos entre sus residentes.
- El grupo de edad con tasa más elevada fue el de menores de 1 año.
- De los 7 pacientes en que se obtuvo el dato de vacunación, la misma fue completa en 5 pacientes. Los dos casos restantes fueron lactante de 2 meses de vida.
- La obtención de muestra de materia fecal se realizó en 87.5 %.
- La notificación dentro de las 72hs se obtuvo en el 50% de los casos, el valor más bajo de los últimos años.
- Se recepcionó el 100% de las fichas epidemiológicas, pero se observó deficiencia en el llenado de las mismas ya que no contenían todos los datos requeridos.
- La investigación en terreno se realizó en el 100% de los casos, en 2 casos no se pudo contactar a la familia, en 3 casos no fue especificado el número de contactos evaluados.
- La cobertura de vacunación con OPV/IPV (efectores públicos y privados adheridos) no alcanzó el 95% establecido en todos los años de a serie analizada (2009-2014).

SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Dra. Mónica Valenzuela

Durante el año 2014, según reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), fueron notificados a nivel mundial 201.499 casos confirmados de sarampión en las 6 regiones de la OMS, entre los diferentes países miembros.

En las Américas, durante el mismo año, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informó 1818 casos confirmados de sarampión distribuidos entre Estados Unidos, Canadá y Brasil. En este último país, la OPS declaró la reintroducción del virus del sarampión en 2 estados, puesto que circuló por más de un año consecutivo (2013-2014).

Los casos ocurridos en las Américas se distribuyeron de la siguiente manera:

- Brasil, 689 casos; todos de origen desconocido ya que no pudo determinarse la fuente de infección en ninguno de ellos.
- Canadá 512 casos de los cuales: 25 fueron importados, 51 estuvieron relacionados con la importación y los 436 casos restantes fueron de origen desconocido.
- Estados Unidos de América, 614 casos totales distribuidos en: 114 casos importados, 492 relacionados con la importación y 8 casos de origen desconocido.

En Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires, si bien no se registran casos endémicos de sarampión desde el año 2000 y 1999 respectivamente, han ocurrido a posterioridad casos importados o relacionados con la importación, sin registrar circulación local.

Debido a la amplia circulación del sarampión en el mundo, que pone a la Américas en constante riesgo de reintroducción, es prioritario cumplir estrictamente con los objetivos del programa de Eliminación.

Objetivo general

- Evitar la circulación del virus salvaje del sarampión y la rubéola
- Prevenir el Síndrome de Rubéola Congénita

Objetivos específicos

1. Alcanzar y mantener coberturas de vacunación sarampión-rubéola del 95% o mayores
2. Realizar la vigilancia integrada de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) y del Síndrome de Rubéola congénita (SRC).

Definiciones de caso sospechoso:

- 1- Sarampión- Rubéola: "Paciente de cualquier edad que presente **Fiebre y Erupción** o paciente que el profesional sospeche sarampión o rubeola".
- 2- SRC: "Todo niño menor de 1 año de edad quien presente una o varias de las alteraciones compatibles con SRC o Todo recién nacido a cuya madre se haya diagnosticado rubéola durante el embarazo (clínicamente o confirmada por laboratorio).

Ante el caso sospechoso se debe:

1. **Notificar** con datos completos al Servicio de Promoción y Protección del Hospital correspondiente o al referente epidemiológico local y al Dpto. de Epidemiología **dentro de las 24hs de asistido** el caso. Ingresar el caso al SNVS
2. **Remitir muestras** para serología y detección viral (PCR, cultivo). Ingresar datos al SIVILA.
3. **Efectuar las acciones de control, ante el caso sospechoso, sin esperar los resultados de laboratorio** para: realizar vacunación de bloqueo entre los contactos, efectuar monitoreo de coberturas y vacunar los no vacunados en el área de ocurrencia de los casos sospechosos, búsqueda de fuente de infección y de casos secundarios. Elevar el informe de lo actuado dentro de las 48hs de notificado el caso.

Vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) - Año 2014-

Durante el año 2014 fueron notificados por efectores públicos y privados de la CABA 64 casos de Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) de los cuales, 36 casos (56.3 %) correspondieron a residentes de la Ciudad y 28 (43.7%) a no residentes.

Los efectores estatales contribuyeron con el 53% de las notificaciones, sin diferencias en la residencia de los casos. El Hospital Ramos Mejía fue el que aportó el mayor número de notificaciones.

El sector privado y de OOSS contribuyó con el 47% de los casos sospechosos totales, con predominio de notificaciones en residentes. Entre estos, el Hospital Italiano fue el que participó con el mayor número de casos. (Tabla 1)

**Tabla 1: -Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

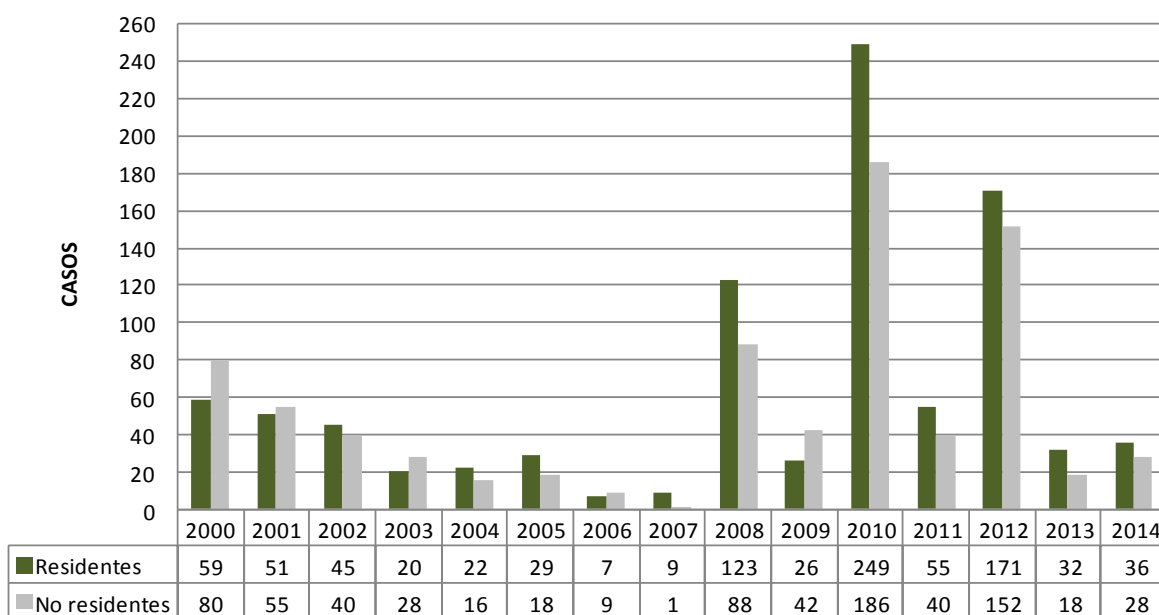
Efectores Estatales				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total	Efector	Residentes	No residentes	Total
H. Ramos Mejía	6	1	7	H. Italiano	5	1	6
H. Gutiérrez	1	6	7	OSDE (urgencias)	3	2	5
H. Elizalde	1	4	5	FUNCEI	2	1	3
H. Santojanni	3	1	4	Centro M. Stambouliau	1	2	3
H. Piñero	3	0	3	IADT	0	2	2
H. Argerich	1	1	2	Centro Mco.Caballito	0	1	1
H. Vélez Sarsfield	1	0	1	OSECAC Medrano	1	0	1
H. Tornú	1	0	1	Cl. Los Arcos	1	0	1
H. Penna	0	1	1	Cl. Suizo Argentina	1	0	1
H.Muñiz	0	1	1	Cl. La Esperanza	1	0	1
H. Zubizarreta	0	1	1	OS.Medicus	1	0	1
H. Fernández	0	1	1	H. Alemán	1	0	1
H. Álvarez	0	0	0	S. Dupuytren	1	0	1
Total	17	17	34	S. Trinidad Mitre	1	0	1
				S.Anchorena	0	1	1
				S.Franchín	0	1	1
				Total	19	11	30

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la serie histórica 2000-2014, se observó la disparidad en la notificación de casos sospechosos a través de los años. Los tres picos que se destacan correspondieron: en 2008 al brote de rubéola que ocurrió en el país y la ciudad, en 2010 a un brote de sarampión en Provincia de Buenos Aires, (que alertó a los profesionales del equipo de salud de la Ciudad) y en el año 2012 a la notificación por parte de un servicio de urgencias domiciliarias de un efector privado.

La notificación de residentes de la Ciudad superó a la de no residentes en 10 de los 15 años analizados. (Gráfico 1)

**Gráfico 1-Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Total de casos sospechosos notificados según lugar de residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2000-2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el año 2014 se observó, un incremento en las notificaciones respecto del año anterior. La notificación en residentes fue mayor que en no residentes. Del análisis por cuatrisesmanas surgió que la cuatrisesmana 6 en residentes y la 8 en no residentes tuvieron el mayor número de notificaciones. (Tabla 2)

**Tabla 2-Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014**

Cuatrisesmana	AÑO 2013			AÑO 2014		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	1	1	2	0	1	1
2	1	1	2	2	1	3
3	1	2	3	2	1	3
4	1	1	2	0	1	1
5	3	0	3	3	1	4
6	3	1	4	8	2	10
7	3	2	5	3	3	6
8	3	2	5	5	6	11
9	3	2	5	2	5	7
10	2	3	5	4	1	5
11	3	1	4	5	3	8
12	4	1	5	1	3	4
13	4	1	5	1	0	1
Total Anual	32	18	50	36	28	64

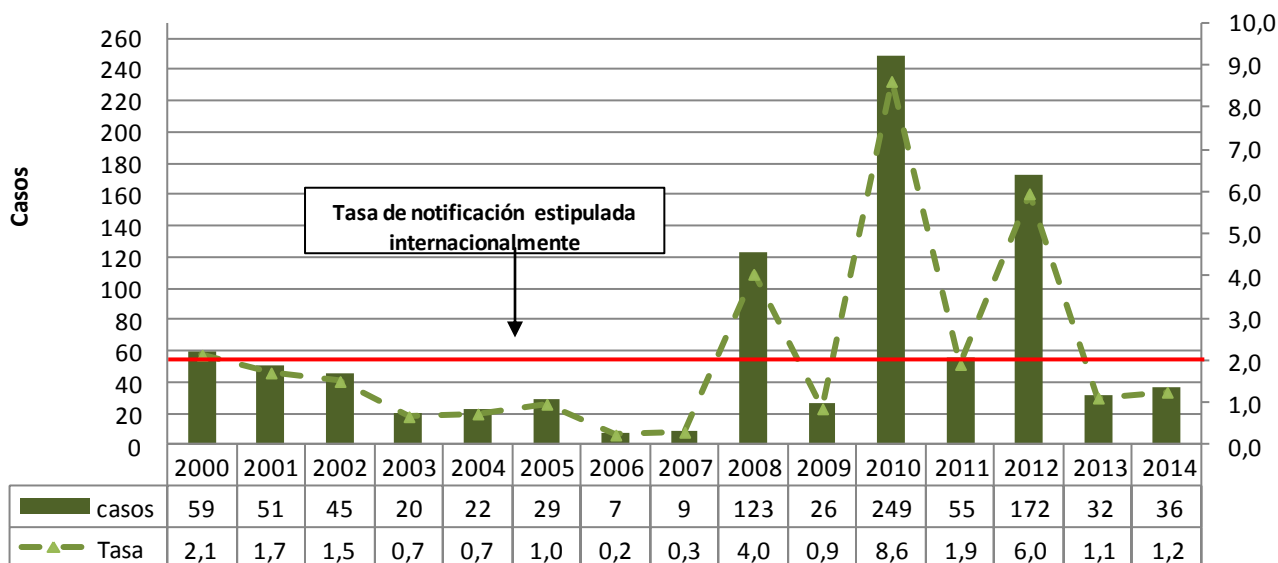
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) en residentes de la Ciudad

La tasa esperada de notificación de casos sospechosos de EFE, es de 2 casos/100.000 habitantes para poblaciones con más de 100.000 habitantes (OPS/OMS).

La tasa global Ciudad en el año 2014 fue de 1.2 casos /100.000 habitantes no alcanzando el valor esperado. En la serie analizada, se obtuvo la tasa establecida, en 4 años (2000, 2008, 2010 y 2012). (Gráfico 2)

**Gráfico 2- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos y tasa anual de notificación en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 2000-2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa de notificación según grupos etarios reveló mayor notificación en el grupo de < de 1 año y 1año con marcado predominio del primer grupo. (Tabla 3)

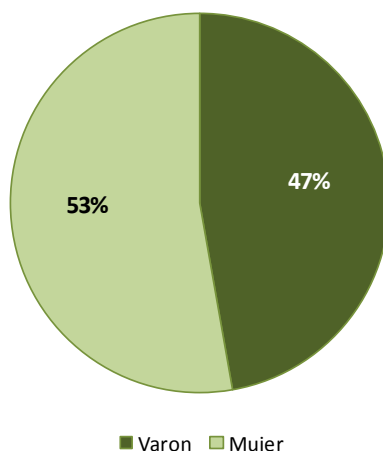
**Tabla 3- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos y tasa de notificación según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

	Casos	Tasa/100.000 htes
< DE 1	11	30,9
1 año	5	14,8
2 a 4	5	5,2
5 a 9	0	0,0
10 a 14	1	0,7
15 a 24	0	0,0
25 a 34	8	1,6
35 a 44	5	1,3
45 a 64	0	0,0
65 y más	1	0,2
Total Ciudad	36	1,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las tasas por sexo son similares: 1.3 para varones y 1.2 para mujeres. La distribución porcentual mostró que las mujeres representaron el mayor porcentaje de casos notificados. (Gráfico 3)

**Gráfico 3- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Distribución porcentual según sexo en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 N=36**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos notificados por los diferentes efectores se distribuyeron fundamentalmente en la RS 2 de la Ciudad, que presentó una tasa ligeramente superior respecto de las otras regiones. Las comuna 5 (RS3), 3 (RS1) y 8 (RS2) en orden decreciente, son las que mostraron el indicador con los valores más altos. (Tabla 4)

**Tabla 4- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos y tasa de notificación según residencia por comunas y regiones sanitarias
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	1	0,5
	3	5	2,7
	4	2	0,9
	Subtotal Región 1	8	1,3
Región 2	7	4	1,8
	8	4	2,1
	9	1	0,6
	Subtotal Región 2	9	1,6
Región 3	5	6	3,4
	6	1	0,6
	10	2	1,2
	11	1	0,5
	15	1	0,5
	Subtotal Región 3	11	1,2
Región 4	2	2	1,3
	13	1	0,4
	14	4	1,8
	12	1	0,5
	Subtotal Región 4	8	1,0
Ciudad de Bs. As.		36	1,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Teniendo en cuenta la distribución geográfica de los casos en las comunas de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) (comunas 4, 8 y 9), el número de casos totales en las mismas fueron 7, que representaron el 19.4% de enfermedades febriles eruptivas del total de la Ciudad. La tasa global de la CMR presentó el mismo valor que la tasa global de la Ciudad (1.2 casos/100.000). Discriminando por comunas, la comuna 8 superó la tasa de la Ciudad. (Tabla 5)

**Tabla 5-Enfermedades Febriles Eruptivas-
Casos totales, tasas y porcentajes según residencia en Comunas de la CMR
Ciudad de Buenos Aires-Año 2014-**

Región Sanitaria	Comunas	casos	Tasas/100.000 htes	Porcentaje
1	4	2	0,9	5,6
2	8	4	2,1	11,1
	9	1	0,6	2,8
Total Comunas		7	1,2	19,4
Total Ciudad		36	1,2	100,0

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las coberturas de vacunación en la Ciudad, fueron en el año 2014:

- Para el calendario regular Triple Viral al año: 83,8% y a los 6 años de 86.8%.
- Para la campaña de seguimiento para niños de 1 a 4 años: cobertura del 81%.

Estos valores no alcanzan 95% establecido como óptimo.

En la vigilancia de las EFE en residentes, el estado inmunitario de los casos notificados para el componente sarampión-rubéola fue:

De los 36 casos sospechosos, en 11 casos no correspondía vacuna para edad (< de 1 año).

De los 25 casos restantes; en el grupo de 2 a 4 años 1 caso tuvo vacunación incompleta (no cumplimentó la dosis de campaña). En el grupo de mayores 25 años se evidenció el número elevado de pacientes que no tenían vacuna o bien no recordaban su estado inmunitario para sarampión y rubéola. En 5 casos no se obtuvo el dato de inmunización. (Tabla 6)

**Tabla 6- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos según antecedente inmunitario en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014- N=36**

Edad en años	Nº de casos	Completas	Incompleta o sin recuerdo de vacuna previa	Vacunados sin datos del Nº de dosis	Sin datos	No corresponde
< 1	11	-				11
1	5	5	0		0	
2 a 4	5	4	1		0	
5 a 9	0	0	0		0	
10 a 14	1	1	0		0	
15 a 24	0	0	0		0	
25 a 34	8	1	6		1	
35 a 44	5	2	0		3	
45 a 64	0	0	0		0	
65 y más	1	0	0		1	
Total Ciudad	36	13	7		5	11

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Laboratorio:

Se obtuvo muestra para sarampión rubéola en el 91.7% de los casos en residentes. Fueron negativas para sarampión y rubéola, 31 muestras y arrojaron resultados positivos para rubéola dos muestras. Fueron derivados al laboratorio Nacional de Referencia para confirmación 4 muestras (se derivaron los casos positivos de rubéola siendo confirmados y dos casos dudosos que fueron descartados). (Tabla 7)

**Tabla 7- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos según muestras de laboratorio en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Casos con muestra para Sarampión-Rubéola	Sin muestra para Sarampión-Rubéola	Total de casos sospechosos	Porcentaje con muestras
33	3	36	91,7

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Clasificación final de casos:

1- Descartados en residentes:

- 31 casos descartados por laboratorio (muestras negativas para sarampión y rubéola).
- 1 caso sin muestra, descartado por Comisión Nacional de Sarampión-Rubéola, teniendo en cuenta: antecedentes epidemiológicos e inmunitarios y la investigación en terreno que descartó en su seguimiento la aparición de nuevos casos entre los contactos.
- 1 caso sin muestra, descartado por: antecedentes epidemiológicos, inmunitarios e investigación en terreno sin casos secundarios y por tener laboratorio positivo para otra patología.

2- Confirmados:

En residentes: Dos casos de rubéola

- **Caso 1:** Se trató de 1 paciente de sexo masculino de 31 años de edad, con domicilio particular en la comuna 3, región sanitaria 1, Área Programática del Hospital Ramos Mejía. El paciente inició con fiebre el día 26/05 y exantema el 30/05 (que correspondió a la semana epidemiológica 22 del año 2014). Síntomas: fiebre y catarro nasal, exantema. No viajó. No refirió contactos con enfermos ni con embarazadas. No recordaba antecedente de inmunización con sarampión-rubéola.

Laboratorio:

- De referencia de la Ciudad (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez) Suero: IgM rubeola (+) Sarampión (-) por 2 métodos. Orina: RT- PCR Virus rubéola (+) Virus Sarampión (-) Genotipificación: Genotipo virus Rubéola 2B
- De Referencia Nacional (ANLIS- Malbrán) Suero: IgM para Rubéola (+) Sarampión (-) RT-PCR Virus Rubéola (+)
Anticuerpos IgG específicos para rubéola (+) / Test de avidez de IgG baja avidez 31%; significa que los anticuerpos IgG son recientes.

Investigación de contactos: Domiciliarios, sociales y laborales que correspondieron a las áreas programáticas de los hospitales Ramos Mejía, Pirovano y Durand. Fueron evaluados 155 contactos y se vacunaron 100 de ellos. El paciente trabajaba en empresa multinacional con personas provenientes de otros países. No pudo detectarse la fuente de infección. Fueron localizados 3 casos sospechosos a los que se les realizó laboratorio con resultados negativos para sarampión y rubéola. No fueron hallados en el seguimiento otros casos sospechosos. No hubo circulación local demostrada.

- **Caso 2:** Paciente de 44 años de edad. Sexo masculino. Domiciliado en la comuna 8, región sanitaria 2, Área programática (AP) del Hospital Santojanni. Presentaba antecedente de viaje a Brasil (Rio de Janeiro y Salvador)
Fecha de inicio de síntomas 28/05 y exantema el 29/05 (semana epidemiológica 22 del año 2014).
Síntomas: Fiebre, exantema, decaimiento, debilidad muscular, escalofríos, inyección conjuntival, cefalea, otalgia y adenopatías cervicales, artralgias en manos.

Laboratorio

- De referencia de la Ciudad (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez) Suero: IgM Rubeola (+) Sarampión (-). Orina RT- PCR Rubeola (-) Sarampión (-)
- De referencia Nacional (Anlis- Malbrán): IgM rubéola (+) Sarampión (-)

Investigación de Contactos: Domiciliarios, sociales y laborales correspondientes a las áreas programáticas de los hospitales Santojanni y Argerich. Se evaluaron 80 contactos. Fueron vacunados 40. No fue detectada la fuente de infección. No se encontraron casos secundarios en el seguimiento, no hubo circulación local demostrada.

En No residentes: Un caso confirmado de sarampión Importado

Paciente de sexo femenino de 33 años de edad de nacionalidad japonesa, que provino desde Japón (Provincia de Chiba) con motivo de participar del festival de tango en la Ciudad de Buenos Aires.

Síntomas: Fiebre, exantema morbiliforme generalizado, conjuntivitis, tos seca.

Antecedentes inmunitarios: refirió 1 dosis de vacuna con componente sarampión-rubéola, no certificada con carnet.

Laboratorio:

- De referencia de la Ciudad (Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez) Suero: IgM Sarampión (+) rubéola(-). Plasma: RT-PCR sarampión (+) Rubéola (-). Orina: RT- PCR Sarampión (+) Rubéola (-)
- De referencia Nacional (Anlis- Malbrán): Suero: IgM Sarampión (+) Rubéola (-). Orina RT_PCR Detección del Gen
de la Nucleoproteína viral: Se detectó presencia de genoma viral.
- Genotipo de virus sarampión D8.

Investigación de Contactos: Domiciliarios, sociales y laborales pertenecieron a las áreas programáticas de los hospitales Penna, Ramos Mejía, Pirovano y Fernández. En este caso se debieron recorrer diferentes lugares bailables de tango dónde concurrió la paciente estando en período de transmisibilidad. Fueron evaluados 228 contactos. No se detectaron casos secundarios ni hubo evidencias de transmisión local.

Evaluación global de contactos de los casos sospechosos y confirmados en residentes:

La evaluación de contactos se realizó en todos los casos de residentes de la Ciudad y en aquellos casos que, no siendo residentes habituales, residieron temporariamente o tuvieron actividad en la misma (ej: turistas, actividad escolar o laboral en nuestra ciudad).

Se recibieron en total 39 investigaciones en terreno, de las cuales correspondieron 34 a residentes de la Ciudad y 5 a no residentes, éstos últimos realizaban actividad laboral, escolar o social en la Ciudad.

Fueron evaluados globalmente 682 contactos, vacunándose 145 de estos que correspondieron a 4 casos.

Analizando exclusivamente las investigaciones en terreno de residentes de la Ciudad, de los 36 casos notificados en residentes fueron realizadas 34 investigaciones (94%) con 454 contactos evaluados.

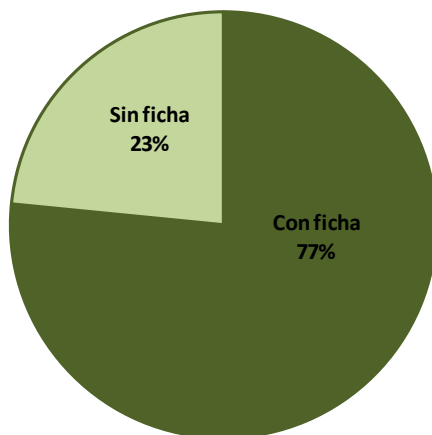
No se detectaron casos secundarios en el seguimiento de los residentes de la Ciudad.

Recepción de fichas epidemiológicas:

Denominador: total de casos notificados (residentes y no residentes).

Del total de casos notificados fueron recepcionadas 49 fichas epidemiológicas (76.5%). (Gráfico 4)

**Gráfico 4 - Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Distribución porcentual según sexo en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 N=64**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Síndrome de Rubéola Congénita (SRC):

La vigilancia del SRC exige una tasa mínima de notificación de 1 caso/10.000 nacidos vivos.

En el año 2014, fueron notificados 5 casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita, 4 casos en residentes de la Ciudad de Buenos Aires y 1 caso en no residente.

En residentes la tasa de notificación fue de 1.1 casos/10.000 nacidos vivos.

Los efectores públicos notificadores fueron: Hospitales Argerich y Elizalde con un caso cada uno.

Los efectores privados: S. Sagrado Corazón, S. Anchorena y H. Alemán un caso cada efector.

Casos en residentes:

En tres casos: Madres sin síntomas a las que se solicitó como screening de embarazo, serología para rubéola con resultado de IgM positiva. Los recién nacidos no presentaron síntomas. Se les solicitó laboratorio para rubéola con resultados en suero: IgM para rubéola (-), orina y aspirado nasofaríngeo: RT-PCR No se detectó genoma viral.

En el 4º caso: Madre asintomática. Recién nacido de término (38 semanas de gestación) con malformaciones: microcefalia, microstomía, ictericia, foramen oval permeable. Los diagnósticos presuntivos fueron, síndromes de: Rubéola congénita, Moebius o Rubinstein.

Los resultados de laboratorio para rubéola (IgM y RT-PCR) fueron negativos.

En todos los casos las madres no recordaban el antecedente de haber sido vacunadas con vacuna Triple o doble viral.

**Tabla 8- Indicadores del Programa de Vigilancia de Sarampión – Rubéola-
Ciudad de Buenos Aires años 2008-2014**

Indicadores	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
% casos con visita domiciliaria oportuna Denominador: casos sospechosos en residentes (meta>=80%)	101	81.0	16	61.5	175	70	46	83,6	139	81	26	76,5	34	92
% casos con muestras de sangre Denominador = total casos notificados (meta>=80%)	178	84.4	56	79	410	93,6	84	97,6	227	69,2	43	86	60	94
% de muestras de sangre que llegan al laboratorio dentro de los 5 días. Denominador = total casos con muestra (meta>=80%)	99	47	49	87,5	383	87.4	71	84,5	200	88,1	40	80	54	84,4
% de casos reportados por el laboratorio dentro de los 4 días. Denominador = total casos con muestras (meta>=80%)	100	100	50	89.3	400	97,5	78	82	208	92	39	90,6	52	87
% de casos descartados por laboratorio Denominador = total casos con muestras (meta>=95%)	80	100	56	100	399	97,3	82	97,6	184	81.1	41	95,3	60	97
Total de casos sospechosos en Residentes	123		26		249		55		172		32		36	
Total de casos sospechosos notificados*	211		71		438		95		328		50		64	

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

*Residentes y no residentes de la Ciudad

Conclusiones:

Enfermedad Febril Exantemática (EFE):

- Fueron confirmados: dos casos de rubéola en residentes de la Ciudad y un caso de sarampión en una turista (no residente).
- La tasa de notificación de EFE en residentes, fue levemente superior al año anterior sin embargo no cumple con el valor mínimo establecido.
- Los efectores públicos realizaron el 53% de las notificaciones.
- En el año analizado predominó la notificación de casos sospechosos en residentes de la ciudad.
- No hubo diferencias importantes en la distribución de las notificaciones según sexo.
- Las tasas más elevadas se observaron en los menores de 1 año, seguidos luego por los pacientes de 1 año.
- La distribución según Regiones Sanitarias mostró que la RS 2 presentó una tasa ligeramente superior. Las comunas 5 (RS3), 3 (RS1) y 8 (RS2) son las que mostraron las tasas más altas entre sus residentes.
- La distribución geográfica de los casos en las comunas de la Cuenca Matanza Riachuelo mostró que la tasa global de la CMR presentó el mismo valor que la tasa global de la Ciudad (1.2 casos/100.000). La comuna 8 presentó una tasa que superó la tasa de la Ciudad

- En cuanto a coberturas de vacunación con componente sarampión rubéola para el programa regular, no alcanzaron el 95%. La campaña de seguimiento realizada en el año analizado tampoco alcanzó el valor óptimo establecido del 95%.
- De los 36 casos de residentes el 67% tenían la cobertura vaccinal adecuada para la edad, 19% no recordaban su estado de vacunación o no fueron vacunados.
- Fue recepcionado el 76.5% de las fichas epidemiológicas y se observó que la calidad de los datos no fue óptima.
- Con respecto a las evaluaciones en terreno, si bien el porcentaje de recepción de las mismas se halló que los datos enviados fueron deficientes en cierta proporción de los mismos, (no se consignó el número de contactos, el antecedente vaccinal de los contactos, número de contactos que requirieron vacunación)
- En cuanto a los indicadores de la vigilancia se observa mejoría en todos los indicadores a excepción de la tasa de notificación que no cumple la meta de 2 casos /100.000 hab.

Síndrome de Rubéola Congénita (SRC):

No fueron confirmados casos Síndrome de Rubéola Congénita.

Se alcanzó la tasa mínima de notificación establecida 1 caso/10.000 nacidos vivos.

Todos los casos fueron descartados por laboratorio.

Las meningitis, encefalitis o meningoencefalitis, de cualquier etiología, son patologías generalmente graves, que tienen variadas complicaciones según el agente que la causa. Requieren siempre un tratamiento rápido, por la velocidad de su evolución y la posibilidad de secuelas o de muerte. Son clínicamente definidas como un síndrome que se presenta clásicamente con fiebre de inicio súbito, cefalea, náuseas y vómitos, rigidez de nuca y síntomas de disfunción cerebral desde somnolencia, confusión, delirio, hasta el coma. Los síntomas pueden variar según la edad del paciente y el mayor componente encefálico o meníngeo.

Poseen distribución universal producida por múltiples causas. Entre las infecciosas se incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos.

Es necesario conocer su incidencia, distribución según edad, localización geográfica, momento del año, características de su evolución, entre otras variables, para orientar las estrategias de prevención y control.

Para esto es imprescindible la vigilancia epidemiológica de las meningitis de etiología infecciosa en todos los grupos de edad.

Es conocido que los progresos en materia de disponibilidad y asequibilidad de las vacunas fueron muy importantes para reducir la mortalidad y la discapacidad por infecciones neurológicas, sin embargo es ineludible continuar y mejorar la vigilancia de estas enfermedades ya que, aún hoy, constituyen un importante problema de salud pública.

Para disminuir la morbilidad y evitar la propagación se deben realizar las siguientes intervenciones: prevención, diagnóstico temprano y vigilancia epidemiológica.

Medidas de prevención:

Inmunizaciones: En el Calendario Nacional de inmunizaciones se encuentran incorporadas vacunas que previenen enfermedades invasivas Ej: BCG, pentavalente (DPT-Hib-Hepatitis B), antineumocócica y triple/doble viral (sarampión-rubeola-parotiditis).

Quimiopprofilaxis: Contactos estrechos con personas que hayan tenido diagnóstico de meningoencefalitis u otra enfermedad invasiva por *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae b*.

La Vigilancia de las meningoencefalitis requiere:

- **Universalidad** (todos los casos)
- **Notificación obligatoria e Inmediata** (con adelanto telefónico, fax o mail) por parte de establecimientos de salud públicos o privados, al Dpto. de Epidemiología de la Ciudad. Todo caso sospechoso deberá ser ingresado a la planilla C2 del SNVS. Se debe enviar la ficha epidemiológica específica, con datos completos, al alta del paciente.
- **Investigación epidemiológica de cada caso en terreno** para ejecutar las medidas de prevención y control que correspondan.
- **Vigilancia del laboratorio:** Para proveer información sobre gérmenes prevalentes y sus serogrupos o serotipos. Se deben ingresar al Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) los datos de las muestras recibidas, los resultados obtenidos y las derivaciones realizadas a otros laboratorios.

Vigilancia de meningoencefalitis en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2014

Durante el año 2014 fueron notificados por efectores (públicos y privados) de la ciudad de Buenos Aires 394 casos sospechosos de meningoencefalitis, 50 de los cuales fueron descartados por otros diagnósticos (infecciones del tracto urinario, enfermedad por priones, síndromes convulsivos, cuadros sincopales febriles, entre otros). De los 344 casos confirmados de meningoencefalitis, pertenecieron al sector público 282 casos (82.0 %) y al privado 62 casos (18.0%). Según el lugar de residencia correspondieron a residentes de la CABA 126 casos (37.0%) y 218 (63.0 %) a no residentes. (Tabla 1)

**Tabla 1- Meningoencefalitis- Casos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014***

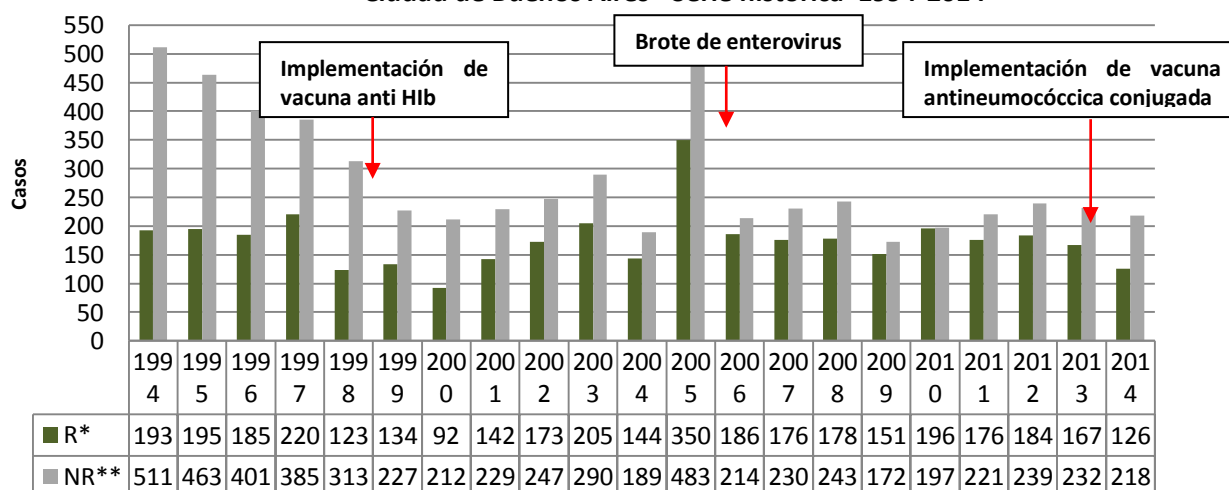
Efectores Estatales				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No Residentes	Total Públicos	Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Zubizarreta	1	6	7	H. Militar Central	1	9	10
H. Vélez Sarsfield	4	2	6	S. Anchorena	6	2	8
H. Tornú	1	1	2	S. Italiano	5	1	6
H. Santojanni	20	22	42	IADT	5	1	6
H. Rivadavia	0	1	1	S. Guemes	2	4	6
H. Ramos Mejía	9	5	14	S. Franchin	1	4	5
H. Pirovano	4	4	8	H. Británico	2	2	4
H. Piñero	7	1	8	S. Mitre	2	1	3
H. Penna	3	6	9	CEMIC	2	1	3
H. Muñiz	7	8	15	H. Clínicas	1	2	3
H. Gutiérrez	11	22	33	H. Alemán	1	1	2
H. Garrahan	11	35	46	S. Santa Isabel	1	1	2
H. Fernández	1	2	3	S. Julio Mendez	0	1	1
H. Elizalde	10	62	72	Fund. Hospitalaria	0	1	1
H. Durand	4	3	7	FLENI	0	1	1
H. Argerich	3	1	4	IMAC	0	1	1
H. Álvarez	1	4	5	Total	29	33	62
Total	97	185	282				

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

*Los datos fueron ordenados según frecuencia total de notificaciones

En la serie histórica 1994-2014 se observó, que las notificaciones de no residentes (NR), superaron en todos los años a las de residentes (R) de la Ciudad. El número de casos notificados presentó, en residentes y no residentes, una tendencia descendente. En el año 2005 se observó un pico en la notificación que se debió a la ocurrencia de un brote de enterovirus. Los años 1998, 2000 y 2014 fueron los que registraron el menor número de casos en residentes en la serie analizada. (Gráfico 1).

**Gráfico 1-Meningoencefalitis- Total de casos notificados según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 1994-2014**



En el año 2014 se evidenció una disminución en las notificaciones respecto del año anterior, tanto para residentes como no residentes de la Ciudad. El mayor número de notificaciones en residentes se observó fundamentalmente en las cuatrisesmanas 1 y 2 del año y en no residentes en las cuatrisesmanas 1, 13 y 4 en orden decreciente. (Tabla 2)

Tabla 2 -Meningoencefalitis- Casos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia. Ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014

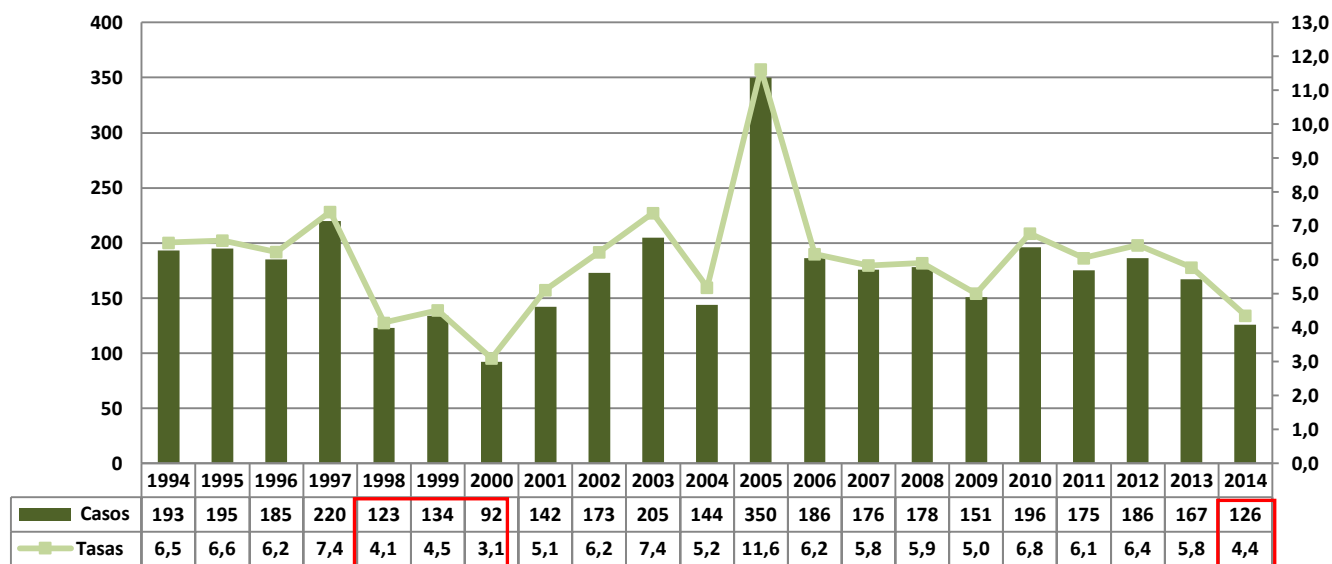
Cuatrisesmanas Epidemiológicas	Año 2013			Año 2014		
	Residentes	No residentes	Total 2013	Residentes	No residentes	Total 2014
1	18	35	53	17	29	46
2	13	25	38	16	17	33
3	19	30	49	10	16	26
4	15	14	29	10	20	30
5	11	16	27	9	16	25
6	14	9	23	9	14	23
7	9	13	22	10	17	27
8	12	15	27	8	9	17
9	13	14	27	6	13	19
10	8	13	21	6	13	19
11	12	13	25	4	17	21
12	11	20	31	11	15	26
13	12	15	27	10	22	32
Total Anual	167	232	399*	126	218	344

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Meningoencefalitis en residentes de la Ciudad

Para el año 2014, el valor del índice epidémico acumulado (IEA) fue de 0.72 hallándose por debajo de los valores esperados. La tasa de notificación del año en curso fue de 4.4 casos por 100.000 habitantes y junto a las tasas de los años 1998, 1999 y 2000 fueron las menores en la serie de 21 años analizada. (Gráfico 2)

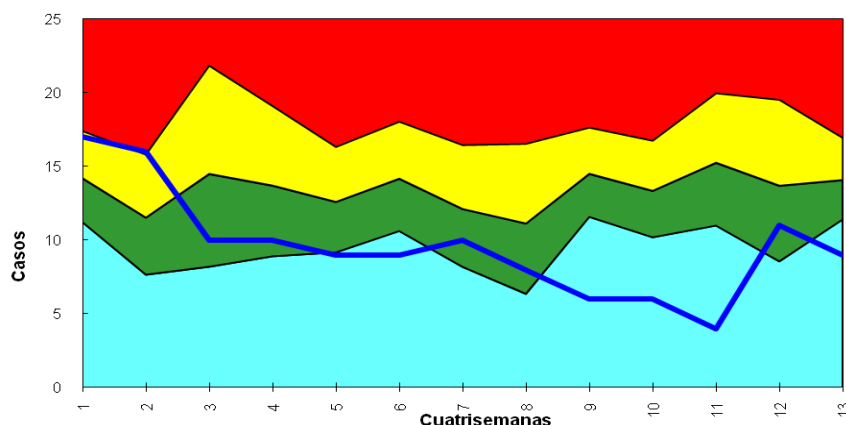
Gráfico 2-Meningoencefalitis- Casos y tasas de notificación por 100.000 habitantes en residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 1994– 2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

El corredor endémico cuatrisesmanal de casos totales de meningoencefalitis en residentes, mostró que la curva de casos del año 2014 presentó un pico de ascenso a la zona de alarma en las primeras 2 cuatrisesmanas del año (por incremento en las meningoencefalitis de etiología viral), luego se mantuvo en la zona de seguridad y de éxito. La caída de la curva entre las cuatrisesmanas 9 y 11 se produjo por el descenso de notificaciones que involucró a las dos principales categorías diagnósticas (virales y bacterianas). No se observó elevación de la curva de casos sobre el cuartil superior en el año analizado. (Gráfico 3)

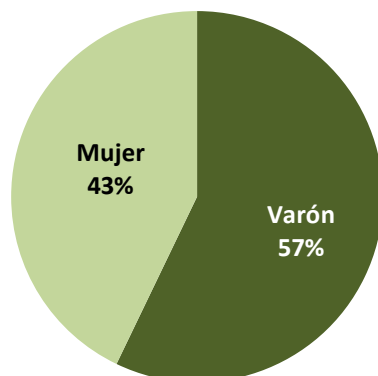
Gráfico 3- Meningoencefalitis- Casos totales- Corredor endémico cuatrisesmanal en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

La distribución por sexo mostró que las tasas de incidencia son más altas en el sexo masculino (Varones: 5.0 y Mujeres 3.3 casos/100.000 hab.), tendencia que se repite a través de los años. Asimismo la proporción expuso el predominio del sexo masculino. (Gráfico 4)

Gráfico 4 -Meningoencefalitis- Porcentaje de distribución según sexo en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. N=126



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Del análisis por grupos de edad surge que la mayor tasa de notificación correspondió a los menores de 1 año, seguido por los grupos de 1 año y 5 a 9 años, con marcada diferencia respecto de los otros grupos, lo que es coincidente con la tendencia histórica. (Tabla 3)

Tabla 3- Meningoencefalitis- Casos y tasas/100.000 hab. según grupos de edad en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Grupos de edad	Casos	Tasas
< DE 1	37	103,8
1 año	8	23,7
2 a 4	8	8,3
5 a 9	18	11,5
10 a 14	12	8,0
15 a 24	15	3,8
25 a 34	11	2,2
35 a 44	8	2,0
45 a 64	3	0,5
65 y más	6	1,3
Total general	126	4,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

La distribución geográfica de los casos según lugar de residencia por regiones sanitarias (RS) y comunas de la ciudad expuso que la RS 2 y las comunas: 8 (RS2) y 4 de la (RS1) presentaron las tasas más prominentes. Le siguió en orden decreciente de frecuencia la comuna 9 (RS2). (Tabla 4)

**Tabla 4 – Meningoencefalitis-
Casos y tasas/100.000 hab. según residencia por comunas y Regiones Sanitarias
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014***

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas/ 100.000 htes
Región 1	1	5	2.4
	3	8	4.3
	4	24	11.0
	Subtotal Región 1	37	6.0
Región 2	7	14	6.3
	8	25	13.4
	9	13	8.0
	Subtotal Región 2	52	9.1
Región 3	5	5	2.8
	6	3	1.7
	10	6	3.6
	11	3	1.6
	15	3	1.6
	Subtotal Región 3	20	2.2
Región 4	2	5	3.2
	13	3	1.3
	14	3	1.3
	12	3	1.5
	Subtotal Región 4	14	1.7
Total Ciudad de Bs. As.		123	4.3

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

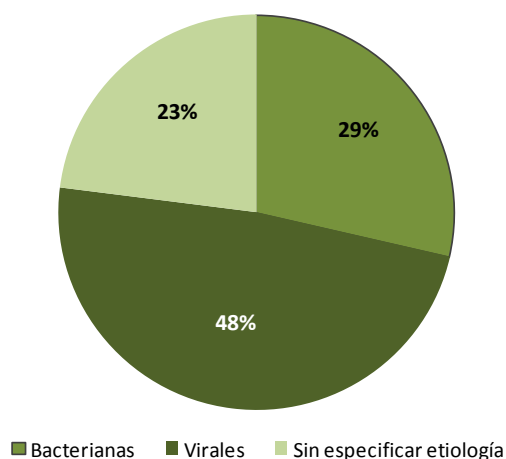
*3 casos (situación de calle o familia inubicable)

Las comunas 4, 8 y 9 constituyen además, las 3 comunas involucradas en la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR). Los diferentes efectores de la Ciudad notificaron 62 casos en total que se distribuyeron en estas comunas y representaron el 49.2% del total de casos de la Ciudad.

Distribución según diagnóstico principal

En residentes de la ciudad, en el año analizado, las meningoencefalitis virales representaron el diagnóstico más frecuente, 48% del total de casos; el segundo lugar fue ocupado por las de etiología bacteriana, con 19 puntos porcentuales por debajo de las virales. (Gráfico 5)

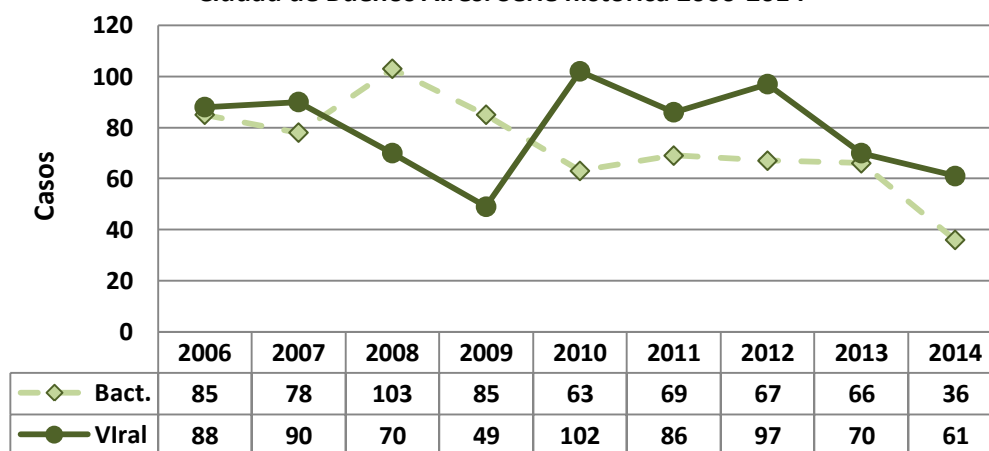
Gráfico 5- Meningoencefalitis- Porcentaje de distribución según diagnóstico principal en residentes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. N=126



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Analizando la serie histórica 2006-2014 para meningoencefalitis de etiología viral y bacteriana en residentes, se evidenció, un pico en las notificaciones durante el año 2008 para las bacterianas, observándose luego una franca tendencia descendente. Las de etiología viral, luego del brote de enterovirus del año 2005, experimentaron un descenso y a partir del año 2010 y hasta el año analizado las superaron a las bacterianas. (Gráfico 6)

Gráfico 6 – Meningoencefalitis- Casos según diagnóstico bacterianas y virales en residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2006-2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

De análisis por grupos de edad y principales categorías diagnósticas se observó que los menores de 1 año presentan las tasas más altas para todas las categorías. En pacientes de 1 año de vida durante el año 2014 no fue notificado ningún caso de meningoencefalitis bacteriana pero para las otras categorías este grupo de edad fue el segundo en orden de frecuencia. (Tabla 5)

**Tabla 5 -Meningoencefalitis-
Casos y tasas según grupos de edad y principales categorías diagnósticas
Ciudad de Buenos Aires-Año 2014-**

Grupos de edad	Bacterianas		Virales		Sin especificar etiología		Totales	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
< DE 1 año	8	22,4	15	42,1	14	39,3	37	103,8
1 año	0	0,0	7	20,7	1	3,0	8	23,7
2 a 4	2	2,1	3	3,1	3	3,1	8	8,3
5 a 9	5	3,2	10	6,4	3	1,9	18	11,5
10 a 14	3	2,0	9	6,0	0	0,0	12	8,0
15 a 24	3	0,8	8	2,0	4	1,0	15	3,8
25 a 34	4	0,8	4	0,8	3	0,6	11	2,2
35 a 44	4	1,0	4	1,0	0	0,0	8	2,0
45 a 64	2	0,3	0	0,0	1	0,2	3	0,5
65 y más años	5	1,1	1	0,2	0	0,0	6	1,3
Total Ciudad	36	1,2	61	2,1	29	1,0	126	4,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Teniendo en cuenta las meningoencefalitis virales y bacterianas, las tasas de incidencia /100.000 según distribución geográfica de residencia de los casos, exhibió valores más altos en las Regiones Sanitarias (RS) 2 y 1 tanto para la etiología viral como bacteriana. Las comunas 4 (RS1), 8 y 9 (RS2) (que además corresponden a la Cuenca Matanza Riachuelo) presentaron las tasas más altas para las 2 categorías (viral y bacteriana). De la comparación entre estas comunas surge que predominaron las virales. Le siguió en orden de frecuencia la comuna 7. (Tabla 6)

**Tabla 6-Meningoencefalitis bacterianas y virales-
Casos y tasas según residencia por regiones y comunas
Ciudad de Buenos Aires-Año 2014-**

Region Sanitaria	Comunas	Bacterianas		Virales	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas
Región 1	1	3	1,5	2	1,0
	3	1	0,5	6	3,2
	4	7	3,2	10	4,6
	Subtotal Región 1	11	1,8	18	2,9
Región 2	7	7	3,2	5	2,3
	8	7	3,7	8	4,3
	9	2	1,2	7	4,3
	Subtotal Región 2	16	2,8	20	3,5
Región 3	5	1	0,6	3	1,7
	6	1	0,6	2	1,1
	10	2	1,2	3	1,8
	11	0	0,0	3	1,6
	15	1	0,5	1	0,5
	Subtotal Región 3	5	0,6	12	1,3
Región 4	2	1	0,6	3	1,9
	13	0	0,0	3	1,3
	14	2	0,9	0	0,0
	12	1	0,5	2	1,0
	Subtotal Región 4	4	0,5	8	1,0
Total Ciudad*		36	1,2	58	2,0

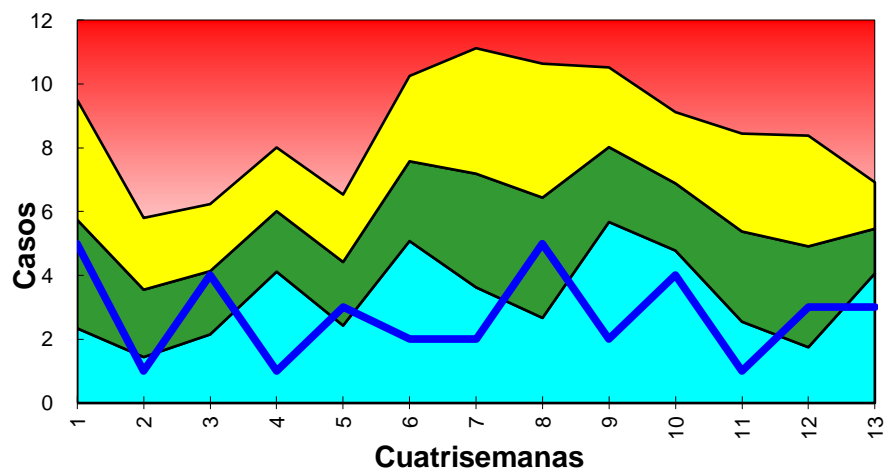
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

*3 casos situación de calle o familia inubicable

Meningoencefalitis bacterianas:

El corredor endémico de las meningoencefalitis bacterianas en el año examinado, mostró una curva de casos que cursó por las zonas de éxito y seguridad en todas las cuatrisesmanas del año. (Gráfico 7)

Gráfico 7- Meningoencefalitis bacterianas- Corredor endémico cuatrisesmanal en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

La tasa global Ciudad de meningoencefalitis bacterianas fue de 1.2 casos/100.000 habitantes.

Entre los gérmenes identificados, la *Neisseria meningitidis* fue aislada con mayor frecuencia, seguido por *Mycobacterium tuberculosis* y *Streptococcus pneumoniae*.

Según grupos de edad los menores de 1 año presentaron la mayor tasa de notificación entre las meningoencefalitis bacterianas.

En el menor de 1 año las meningitis por meningococo tuvieron la tasa más elevada, seguidas por las meningoencefalitis bacterianas sin rescate y por otras bacterias. En este último grupo fueron identificadas: enterobacterias (*E.Coli*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*) y *Haemophilus influenzae no b*, en los diferentes grupos de edad. (Tabla 7)

Tabla 7 - Meningoencefalitis bacterianas- Casos y tasas/100.000 hab. según grupos de edad en residentes . Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

GRUPOS DE EDAD	<i>Neisseria meningitidis</i>		<i>Haemophilus Influenzae b</i>		<i>Streptococcus pneumoniae</i>		<i>Mycobacterium tuberculosis</i>		Meningoencefalitis bacteriana sin rescate		Otras bacterianas		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
< de 1	3	8,4	1	2,8	0	0,0	0	0,0	2	5,6	2	5,6	8	22,4
1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2 a 4	0	0,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	1,0	0	0,0	2	2,1
5 a 9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,6	3	1,9	1	0,6	5	3,2
10 a 14	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	3	2,0
15 a 24	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5	0	0,0	4	1,0
25 a 34	3	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	5	1,0
35 a 44	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	3	0,8
45 a 64	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3
65 y más	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,6	4	0,8
Total	10	0,3	1	0,0	5	0,2	5	0,2	8	0,3	7	0,2	36	1,2

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

De los 10 casos notificados de meningoencefalitis por *Neisseria meningitidis* en residentes, el serogrupo W fue el más frecuente. (Tabla 8)

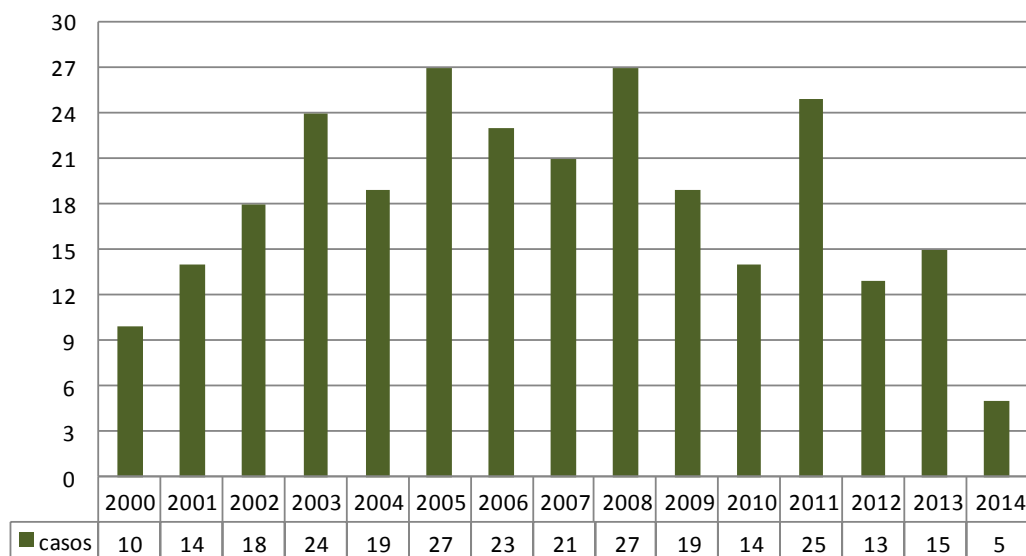
Tabla 8 - Meningoencefalitis por *Neisseria meningitidis*- Según serogrupos identificados notificados Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Total Meningo-encefalitis	Total Bacterianas	<i>Neisseria meningitidis</i> (NM)				
126	36	Serogrupos				
		Sin datos de tipificación	B	C	W	Total NM
		2	2	1	5	10

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Durante el año 2014 las meningoencefalitis por neumococo en residentes de la Ciudad experimentaron un marcado descenso respecto de años anteriores lo que se evidencia en la serie histórica evaluada. (Gráfico 8)

Gráfico 8 - Meningoencefalitis por *Streptococcus pneumoniae* - Casos notificados en residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2000-2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Enfermedades Invasivas No Meníngeas:

En este apartado se hace referencia a las enfermedades invasivas sin compromiso meníngeo causadas por *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococo pneumoniae*.

La vigilancia de estas patologías a excepción de las producidas por *Neisseria meningitidis* se encuentra en implementación.

Durante el año 2014 fueron notificados 41 casos de enfermedades invasivas sin compromiso meníngeo, de los cuales 14 casos (34%) correspondieron a residentes de la Ciudad y 27 casos (66%) a no residentes. Los efectores públicos notificaron 31 casos (76%) y los efectores privados 10 casos (24%). (Tabla 9)

**Tabla 9- Enfermedades invasivas no meníngeas- Casos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Efectores Estatales				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No Residentes	Total Públicos	Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Garrahan	5	14	19	Clínica Zabala	1	0	1
H. Gutiérrez	0	2	2	S. Italiano	1	0	1
H. Elizalde	1	6	7	IADT	1	1	2
H. R. Mejía	0	1	1	S. Franchin	1	0	1
H. Muñiz	0	1	1	H. Clínicas	1	0	1
H. Penna	0	1	1	S. S. Corazón	1	0	1
Total Públicos	6	25	31	S. Trin.Palermo	2	1	3
				Total priv. Y OOSS	8	2	10

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La distribución por sexo mostró igual número de casos en varones y en mujeres (50 %).

La mayor tasa de notificación se presentó entre los 45 y 64 años, seguidos por el grupo de 2 a 4 y menores de 1 año. (Tabla 10)

**Tabla 10 - Enfermedades invasivas no meníngeas- Casos según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Grupos de edad	Casos	Tasas
< DE 1	3	8,4
1 año	1	3,0
2 a 4	3	3,1
5 a 9	0	0,0
10 a 14	1	0,7
15 a 24	1	0,3
25 a 34	0	0,0
35 a 44	0	0,0
45 a 64	5	0,8
65 y más	0	0,0
Total	14	0,5

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El diagnóstico más frecuente fue bacteriemia, 5 de las cuales se asociaron a otros diagnósticos (artritis séptica y neumonía). (Tabla 11)

**Tabla 11-Enfermedades invasivas no meníngeas- Casos según diagnóstico en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Patología	Frecuencia
Bacteriemia	12
Sepsis	2
Total	14

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El germen notificado con mayor frecuencia fue *Neisseria meningitidis* (meningococo). En un caso no se consignó el dato de germen. (Tabla 12)

Tabla 12 -Enfermedades invasivas no meníngeas- Casos según grupos de edad y germen en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

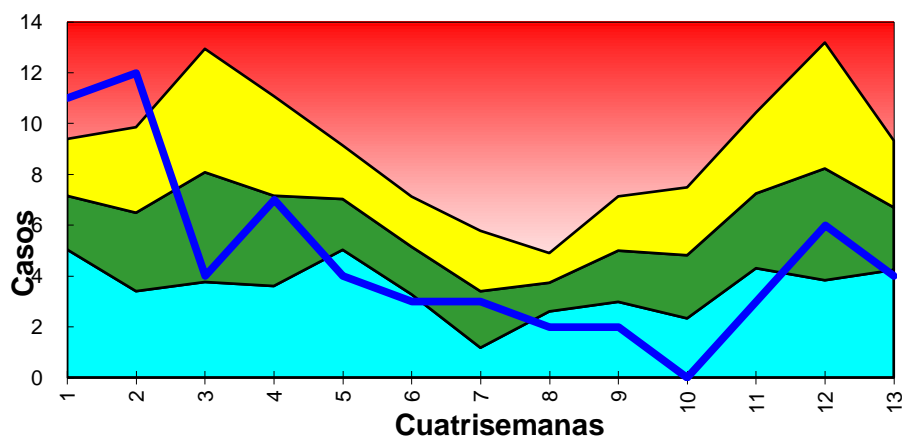
Grupo-edad en años	H. Influenzae b	H. Influenzae No b	H. Influenzae No tipable	H. Influenzae sin datos de tipificación	Meningococo	Neumococo	Total
Menor de 1	0	1	1	0	1	0	3
1	0	0	0	0	1	0	1
2 a 4	0	0	0	1	2	0	3
10 a 14	0	0	0	1	0	0	1
15 a 24	0	0	0	0	1	0	1
25 a 34	0	0	0	0	0	0	0
35 a 44	0	0	0	0	0	0	0
45 A 64	0	0	0	0	2	2	4
Total	0	1	1	2	7	2	13

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Meningoencefalitis virales y sin especificar etiología

El corredor endémico de meningoencefalitis virales en residentes mostró que en las dos primeras cuatrisesmanas del año los casos observados superaron a los esperados alcanzando la zona de brote. Se produce luego una brusca caída a la zona de seguridad en la cuatrisesmana 3 y en la cuatrisesmana 10 no fueron notificados caso. El resto del año discurrió entre zona de éxito y seguridad. (Gráfico 9)

Gráfico 9- Meningoencefalitis virales- Corredor endémico cuatrisesmanal en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La tasa global Ciudad para las meningoencefalitis virales fue mayor que para las bacterianas con un valor de 2.1 casos/100.000 habitantes. Los más afectados fueron los menores de un año, seguidos por el grupo de 1 año. El enterovirus fue el germen hallado con más frecuencia y afectó a menores de un año, 1, 5 a 9 y 10 a 14 años. Las meningoencefalitis virales sin especificar agente les continúan en orden decreciente de frecuencia.

Entre las meningoencefalitis globalmente analizadas, aquellas sin especificar etiología totalizaron el (23%) de las notificaciones efectuadas y las tasas fueron altas en los menores de 1 año. (Tabla 13)

Tabla 13 - Meningoencefalitis virales y sin Especificar etiología- Casos y tasas según grupos de edad en residentes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Grupos de edad	Enterovirus		Virus del Herpes simple		Otras Virales		Viral sin especificar agente		Total virales		Meningoencefalitis sin especificar etiología	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
< de 1	13	36,5	0	0	0	0	3	8,4	16	44,9	13	31,7
1	3	8,9	1	3	1	3	3	8,9	8	23,7	1	2,5
2 a 4	0	0	0	0	0	0	3	3,1	3	3,1	2	1,7
5 a 9	8	5,1	0	0	0	0	2	1,3	10	6,4	5	2,7
10 a 14	5	3,3	0	0	0	0	4	2,7	9	6	0	0,0
15 a 24	0	0	0	0	0	0	8	2	8	2	5	1,3
25 a 34	0	0	1	0,2	0	0	4	0,8	5	1	2	0,4
35 a 44	0	0	0	0	0	0	3	0,8	3	0,8	0	0,0
45 a 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
65 y más	0	0	0	0	0	0	1	0,2	1	0,2	0	0,0
Total	28	1	2	0,1	1	0	30	1	61	2,1	29	1,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evolución

Del total de casos notificados en residentes el 69.8% tuvieron evolución favorable y sin secuelas. (Tabla 14)

Tabla 14 – Meningoencefalitis – Casos y porcentaje según evolución en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. N= 126

	Casos	%
Alta sin secuelas	88	69,8
Alta con secuelas	9	7,1
Defunción	5	4,0
Derivado a efector provincial	1	0,8
Sin datos	23	18,3
Total	126	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Del análisis de la letalidad en residentes, en los casos que se obtuvo el dato de evolución, 5 pacientes fallecieron (tasa de letalidad 4.9 %). El rango de edad fue entre los 16 y 89 años. El germen más frecuente hallado entre los fallecidos fue el Neumococo (2 casos). (Tabla 15)

Tabla 15 – Meningoencefalitis- Casos fallecidos según grupos de edad y germen en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014

Grupos de edad	Neisseria meningitidis	Streptococo pneumoniae	Viral sin especificar	Sin especificar etiología	Total
15 a 24 años	0	0	0	1	1
25 a 34 años	1	0	0	0	1
35 a 44 años	0	1	0	0	1
45 a 64 años	0	1	0	0	1
65 y más	0	0	1	0	1
Total	1	2	1	1	5

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

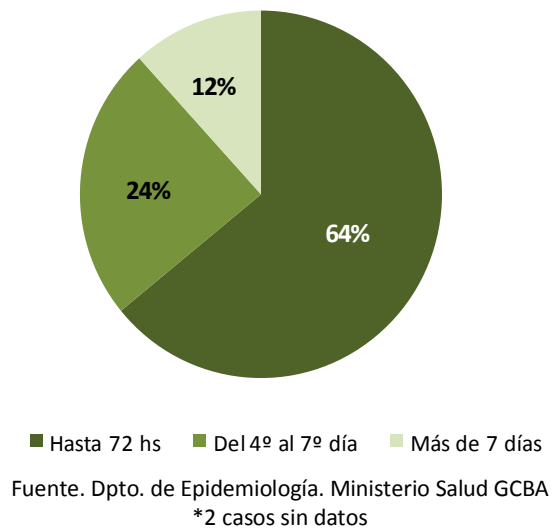
Evaluación de la vigilancia

Se toman como indicadores de la calidad de la vigilancia:

a-Demora en la notificación de casos

Se establece como adecuada la demora en la notificación hasta las 72 hs de asistido el paciente. Denominador= Total de casos asistidos (residentes y no residentes). El 64 % de las notificaciones se recibieron dentro de las 72 horas de asistido el paciente. (Gráfico 10)

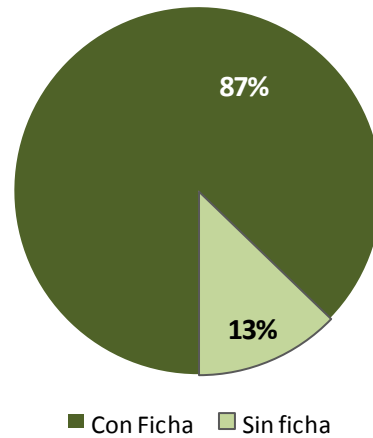
Gráfico 10 – Meningoencefalitis- Demora en la notificación de casos residentes y no residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014 N=342*



b- Recepción de fichas epidemiológicas al alta

Numerador: fichas totales recibidas. Denominador del indicador= Total de casos notificados. En el año 2014 se recibieron 300 fichas epidemiológicas (87 %). (Gráfico 11)

Gráfico 11- Meningoencefalitis- Recepción de fichas epidemiológicas. Residentes y no residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014. N=344



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

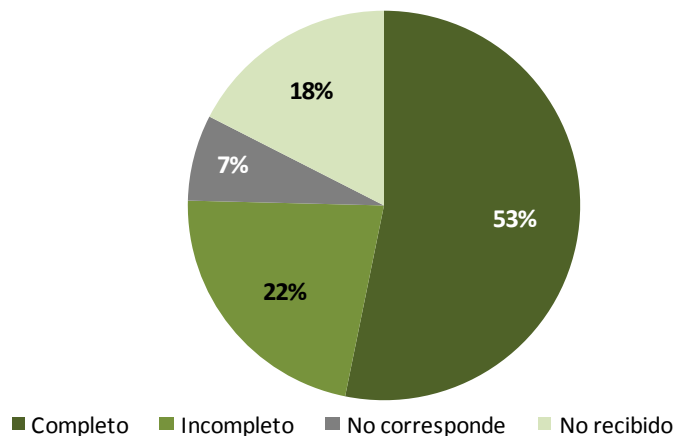
c- Recepción de estudios de investigación en terreno.

La investigación epidemiológica en terreno de cada caso sospechoso, deberá realizarse dentro de las 48 horas de ser notificado el caso al efector correspondiente. Denominador del indicador= Total de casos en residentes.

En no residentes de la Ciudad se evalúan los contactos convivientes en el efector de internación o aquellos con residencia temporaria en la Ciudad.

En residentes de los 126 casos notificados, se recibieron 95 investigaciones en terreno (75.4 %). En otros 9 casos (7.1 %) no correspondió realizar la investigación en terreno (notificación muy tardía, paciente en situación de calle, domicilio inexistente, familia inexistente en el domicilio suministrado). (Gráfico 12)

Gráfico 12 – Meningoencefalitis- Investigaciones epidemiológicas en terreno en residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2014 N=126



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El total de contactos evaluados (residentes y no residentes) ascendió en 2014 a 1120 de los cuales, 801 (71.5 %) correspondieron a contactos residentes y 319 (28.5 %) a las acciones realizadas sobre contactos no residentes.

Conclusiones

- La notificación de no residentes de la Ciudad superó a la de residentes
- Los efectores públicos, respecto de los privados, notificaron el mayor número de casos tanto para residentes como para no residentes de la Ciudad.
- Los efectores privados no evidenciaron diferencias en la asistencia a residentes y no residentes de la Ciudad.
- En el año analizado la notificación de casos, fue menor que el año anterior tanto en residentes como no residentes. El valor del índice epidémico acumulado (IEA) en residentes se encontró por debajo de los valores esperados.
- El mayor número de casos fue notificado en las cuatrisesmanas 1 y 2 del año en residentes y en cuatrisesmanas 1 y 13 en no residentes.
- En residentes, la serie histórica de 21 años considerada, exhibió que la tasa de notificación del año 2014 junto a las tasas de los años 1998, 1999 y 2000 fueron las más bajas de la serie.
- El corredor endémico cuatrisesmanal de casos totales evidenció la baja notificación de casos totales a lo largo del año, a excepción de las 2 primeras cuatrisesmanas en las que la curva discurrió por el límite superior de la zona de alarma.
- Se observó un predominio de varones coincidente con los datos históricos.
- El grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año.
- La distribución geográfica de los casos según lugar de residencia por regiones y comunas mostró que las comunas 8, 4 y 9 de la ciudad presentaron las tasas más altas entre sus residentes, estas comunas además son las pertenecientes a la población residente de la cuenca matanza riachuelo.
- Según diagnóstico principal, en el año relatado, las meningocelitis virales superaron a las bacterianas.
- El 88% de los casos evolucionó favorablemente y sin secuelas. La tasa de letalidad de meningocelitis fue de 4.9% con rango de edad entre los 16 y 89 años.
- El 64% de los casos fueron notificados dentro de las 72 horas.
- Se recibieron 95 investigaciones en terreno (75.4 %). En otros 9 casos (7.1 %) no correspondió realizar la misma.

Meningocelitis bacterianas

- La notificación de la meningocelitis bacterianas estuvo 19 puntos porcentuales por debajo de las de etiología viral.
- La curva de casos de la serie histórica mostró una tendencia descendente a través de los años.
- Las tasas más elevadas se distribuyeron geográficamente entre los residentes de la región sanitaria (RS) 2, le sigue en orden de frecuencia la RS 1.
- Las comunas 4(RS1), 8 y 9 (RS2) tuvieron el valor más alto del indicador. El área de competencia de estas comunas corresponden a las comunas de la CMR.
- En el corredor endémico se observó que la curva discurrió por zona de seguridad y éxito a través de todas las cuatrisesmanas del año analizado.
- Las producidas por *Neisseria meningitidis* fueron las de mayor frecuencia. Predominó el serogrupo W. El neumococo mostró un descenso en su notificación.

En cuanto a las enfermedades bacterianas invasivas no meníngeas por *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*

- La notificación de no residentes superó a la de residentes de la Ciudad.
- Del total de 41 casos notificados, los efectores públicos notificaron el 75.6% de los casos.
- El grupo más afectado fue el menor de 1 año.
- El diagnóstico que se repitió con mayor frecuencia fue bacteriemia asociada o no a otro foco infeccioso.
- El germen identificado con mayor frecuencia fue el meningococo

Respecto de las meningoencefalitis virales

En la serie 2006-2014 se aprecia el ascenso de la curva a partir del año 2010, superando a las bacterianas.

- Según la distribución geográfica de residentes por regiones y comunas, las tasas más altas se evidenciaron también en la región 2 seguida de la 1. Las comunas 4, 8 y 9 tuvieron el valor más elevado superando a las tasas de las bacterianas. Las mismas comunas corresponden a la CMR.
- El corredor endémico cuatrisesemanal mostró un pico de notificaciones a principios del año (cuatrisesemanas 1 y 2), luego descenso de las mismas a zonas de seguridad y éxito. Llama la atención la caída brusca a valor 0 en la cuatrisesmana 10.

ENFERMEDADES VECTORIALES

DENGUE

Dra. Esperanza Janeiro

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, y pertenece al grupo de enfermedades de notificación obligatoria bajo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

Se conocen cuatro serotipos del virus: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. La inmunidad permanente se adquiere para el serotipo viral que produjo el episodio de enfermedad. La inmunidad cruzada es parcial y temporaria. Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer dengue grave.

Se han producido avances en el estudio de diferentes vacunas para prevenir la enfermedad. El tratamiento del dengue es sintomático, ya que no se cuenta con antivirales específicos.

Se estima que más del 40% de la población mundial se encuentra en riesgo de enfermar. El dengue en la región de las Américas es un problema creciente de salud pública. Las mayores tasas de incidencia se encontraron en la región del Cono Sur y en Centroamérica, Méjico y la región Andina, con una tasa de incidencia para toda América de 194.43 casos por 100000 habitantes (Tabla 1).

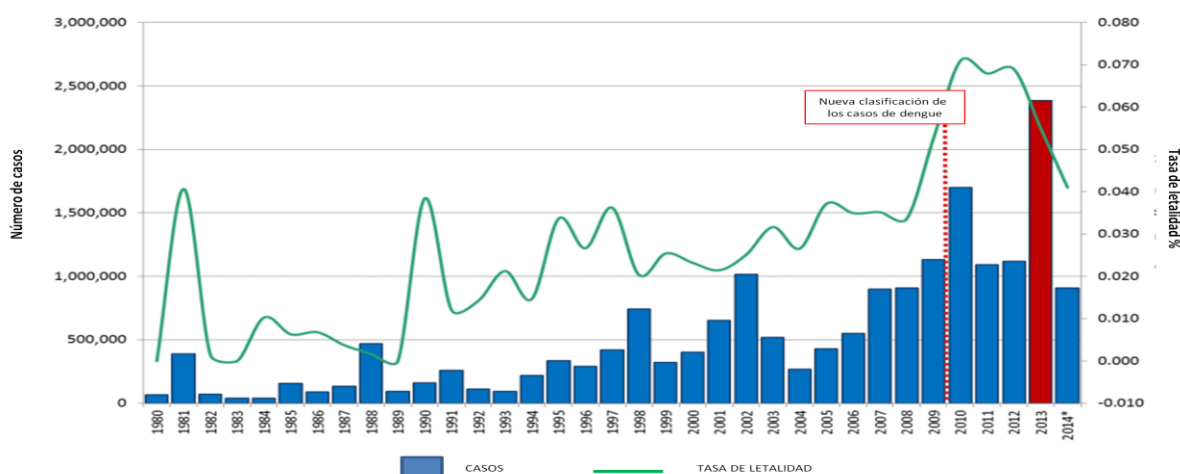
Tabla 1- Dengue - Casos de dengue y dengue grave en la Región de las Américas según subregiones
Año 2014

Sub Regiones	Casos de dengue	tasa de incidencia (por 100000 habitantes)	Casos de dengue grave	Muertes	Tasa de letalidad
Estados Unidos y Canadá	470	0,75	0	0	0
Centroamérica y Méjico	298763	179,59	11753	72	0,02
Andina	238591	173,62	3322	209	0,09
Cono Sur	604390	234,75	694	415	0,07
Caribe Hispano	17676	71,2	426	62	0,35
Caribe inglés y francés	16639	87,37	43	3	0,02
Total	1176529	194,43	16238	761	0,06

Fuente: PAHO OMS. Dengue. Casos reportados. Actualizados al 05/05/2015

En los registros anuales desde 1980, los valores superiores de las tasas de letalidad por dengue para todos los países de América fueron inferiores a 0.08% (Gráfico 1). Hasta el primer semestre de 2014, si bien el mayor número de casos había sido reportado por los países americanos, las tasas de letalidad registradas fueron menores que las de otras regiones de la OMS.

**Gráfico 1 – Dengue - Número de casos y tasa de letalidad en las Américas
Años 1980-2014***



Fuente: PAHO OMS. Dengue. Actualización al 08/07/2014*a la semana epidemiológica 25.

Los países limítrofes Brasil y Paraguay, continuaron en situación endemoepidémica. En Argentina, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 53 de 2014 se notificaron 3344 casos sospechosos de dengue, de los cuales 490 fueron confirmados y 168 probables. Fueron registrados brotes de dengue en 9 localidades de 2 provincias. En Salta se registraron 457 casos confirmados y 104 probables, desde SE 2 hasta SE 27, y se identificó el serotipo DEN4. En Córdoba se registraron 4 casos entre las SE 12 y 13. En la Provincia de Buenos Aires se detectaron 3 casos, 2 de ellos relacionados.

La mayor parte de los factores de riesgo para la transmisión del dengue están presentes en la Ciudad de Buenos Aires. El riesgo de enfermar de sus habitantes varía a lo largo del año según los diferentes escenarios epidemiológicos.

Vigilancia de Dengue y Síndrome Febril Inespecífico

La Vigilancia del Síndrome Febril Inespecífico es útil para la Vigilancia Intensificada de Dengue. La definición de caso de Síndrome febril inespecífico (SFI) es “Persona de cualquier edad y sexo que presente fiebre de menos de 7 días de evolución, acompañado de mialgias o cefaleas, sin afección de vías aéreas superiores y sin etiología definida.” Requiere la notificación en el SNVS (Módulo C2), en forma semanal y agrupada según grupos de edad.

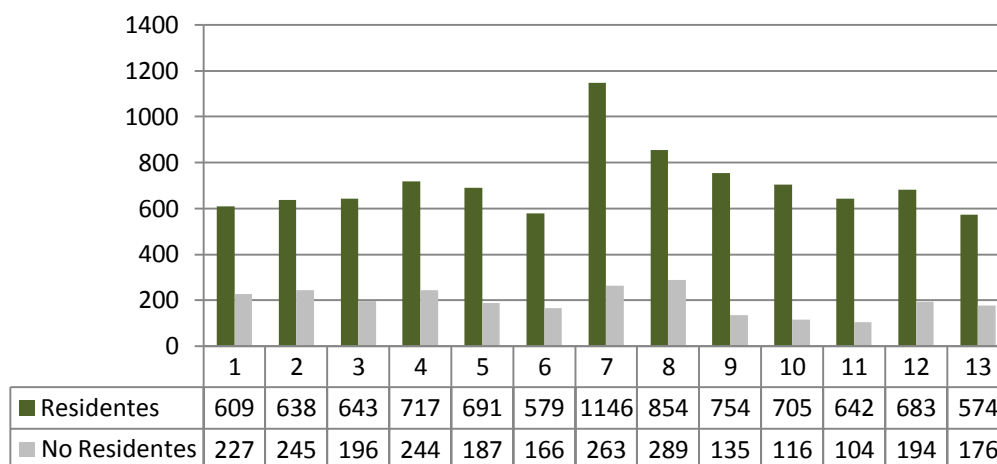
Para la Vigilancia Intensificada de Dengue la definición de Caso sospechoso es “Persona que presenta fiebre de aparición aguda con una duración de hasta 7 días, sin afección de vías aéreas superiores y sin foco aparente, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retro-orbitario, mialgia, artralgia, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas leves; que resida o haya viajado a área endémica, o con transmisión activa de dengue o con presencia de vector”. (Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de enfermedades de Notificación Obligatoria. Revisión Nacional 2007. República Argentina). La notificación de los casos sospechosos de Dengue es obligatoria, inmediata e individualizada, con registro en SNVS (Modulo C2). Los resultados de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad se consignan en el Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA).

El diagnóstico se establece mediante la interpretación del resultado positivo de las pruebas de laboratorio específicas (PCR, NS1, IgM, IgG). Las pruebas de laboratorio utilizadas y la interpretación de los resultados varía según el momento de toma de la/s muestra/s en relación a la fecha de inicio de los síntomas y el escenario epidemiológico de la enfermedad.

Situación epidemiológica del dengue en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2014

La notificación de **Síndrome Febril Inespecífico** es útil para evaluar indirectamente la posibilidad de ocurrencia de un brote de Dengue u otras enfermedades transmisibles. La notificación en 2014 fue mayor que la del año 2013: 11777 casos frente a los 10987 casos en 2013, y 9295 en 2012. Del total, 9235 fueron casos en residentes de la Ciudad y 2542 en no residentes. Las cuatrisesmanas epidemiológicas con mayor notificación fueron la 7ª y la 8ª, en las que las notificaciones en residentes superaron los 820 casos mensuales. (Gráfico 2). Las mayores tasas entre los residentes se encontraron en los grupos de edad correspondientes a los menores de 9 años.

Gráfico 2 – Dengue - Notificación de Síndrome Febril Inespecífico según cuatrisesmana y residencia Ciudad de Buenos Aires - Año 2014



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Durante 2014 se notificaron 151 casos sospechosos de Dengue en la Ciudad de Buenos Aires, 103 de los cuales fueron residentes (68.2%). Se asistieron en efectores del GCBA, 63 casos sospechosos (41.7%), el resto en efectores privados y de la seguridad social. Los establecimientos asistenciales con mayor número de notificaciones fueron, en orden de frecuencia, los hospitales Italiano, Muñiz, Fernandez y FUNCEI (Tabla 2).

**Tabla 2 – Dengue - Casos sospechosos notificados por tipo de efector según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

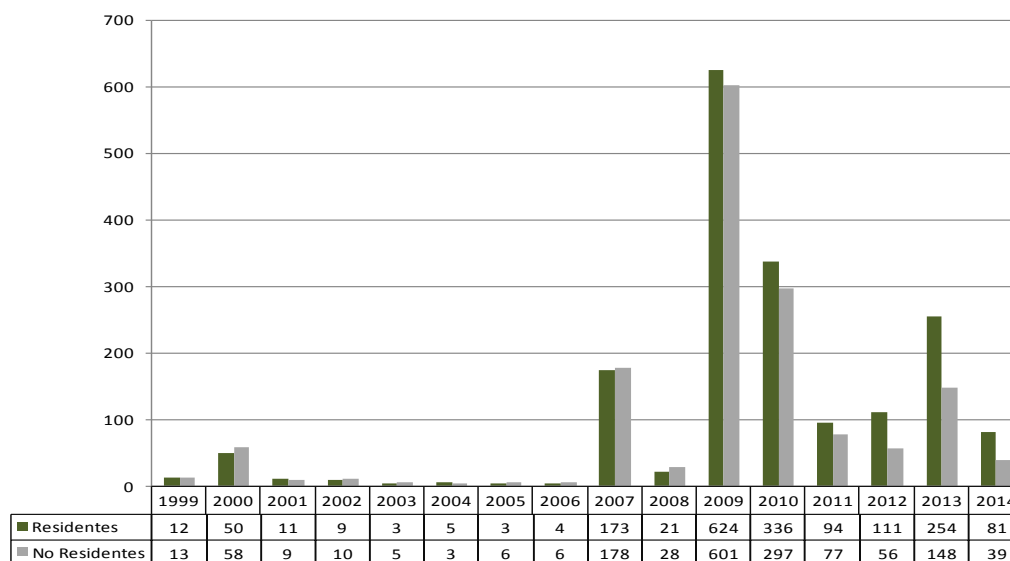
Efectores Públicos				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No Residentes	Total Públicos	Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Alvarez	1	0	1	H. Alemán	2	1	3
H. Argerich	1	0	1	S. Anchorena	1	0	1
H. Durand	1	0	1	C. Bazterrica	0	1	1
H. Elizalde	1	2	3	H. Británico	0	2	2
H. Fernández	6	5	11	CEMIC	3	0	3
H. Garrahan	0	1	1	Cons. Privado	3	0	3
H. Gutiérrez	3	0	3	S. Finochietto	1	0	1
H. Muñiz	7	11	18	S. Franchin	1	0	1
H. Piñero	6	1	7	FUNCEI	11	6	17
H. Pirovano	1	0	1	S. Güemes	1	0	1
H. Ramos Mejia	4	1	5	IADT	2	1	3
H. Rivadavia	2	1	3	H. Italiano	20	11	31
H. Tornu	4	2	6	S. Los Arcos	3	0	3
H. Velez Sarsfield	1	0	1	S. Mater Dei	3	1	4
H. Zubizarreta	1	0	1	M. Suizo Argentina	1	0	1
Efector Sgo. del Estero*	1	0	1	S. Méndez	2	0	2
Subtotal	40	24	64	S. Mitre	1	0	1
				OSDE	0	1	1
				OSECAC	2	0	2
				O.S. Gráficos	1	0	1
				S. San Camilo	4	0	4
				S. Trinidad	1	0	1
				Subtotal	63	24	87

*Residente asistido en un efector de la Provincia de Santiago del Estero

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

En la serie histórica, el mayor número de casos sospechosos se registró en el año 2009. Los casos sospechosos notificados entre 2010 y 2013, si bien no superaron los del 2009, registraron valores superiores a los consignados en los restantes años (Gráfico 3).

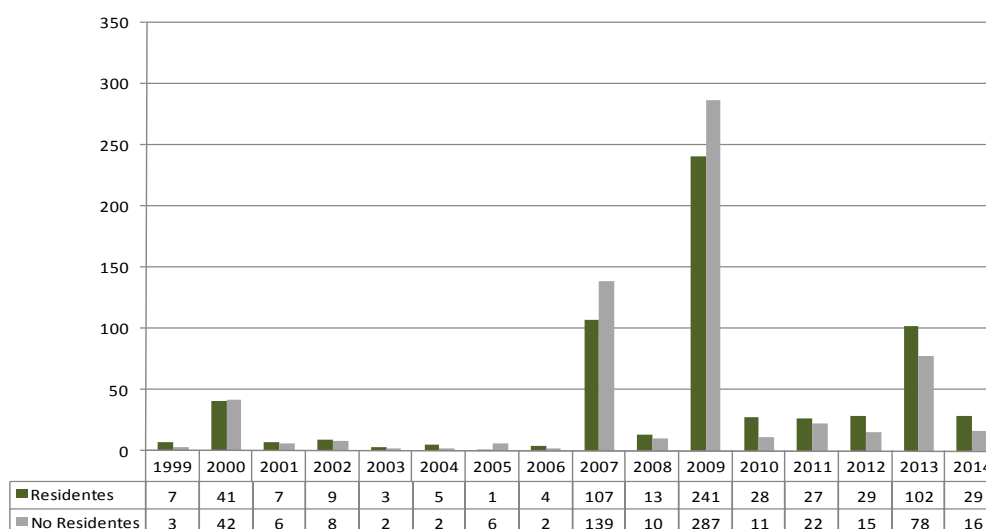
**Gráfico 3 – Dengue - Casos sospechosos según residencia.
Serie histórica Ciudad de Buenos Aires. 1999-2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

En el año 2014 fueron confirmados 45 casos, 29 de ellos residentes de la Ciudad (64.4%) y 16 no residentes (35.6%). En la serie histórica el mayor número de casos probables y confirmados se registró, en orden decreciente, en los años 2009, 2007 y 2013. (Gráfico 4)

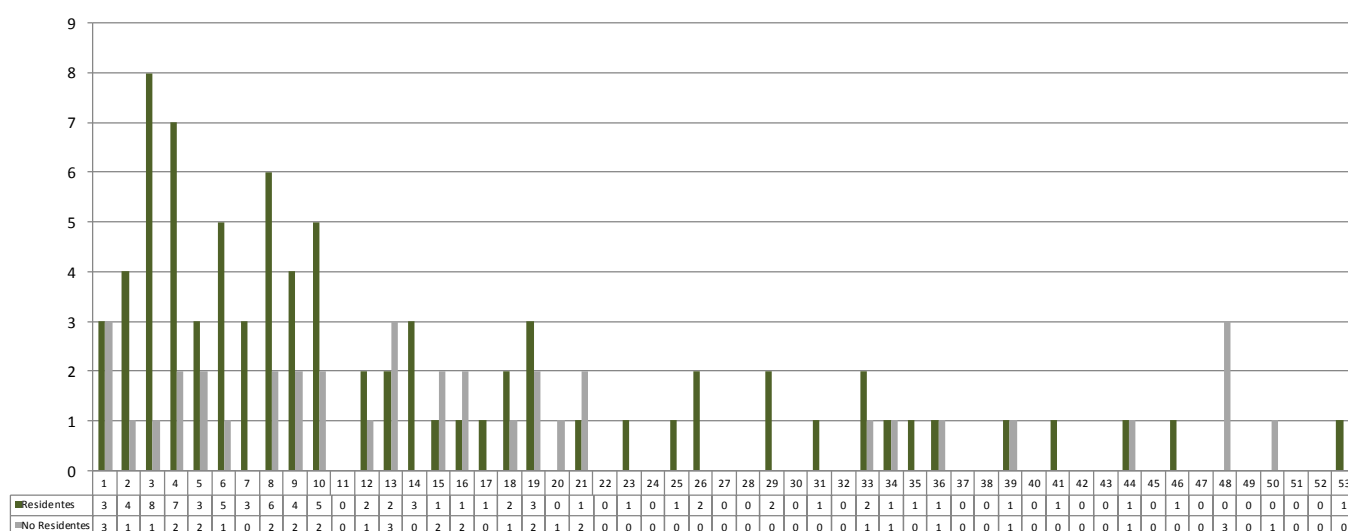
Gráfico 4 – Dengue - Casos probables y confirmados según residencia
Serie histórica Ciudad de Buenos Aires. 1999 - 2014.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Se notificaron casos sospechosos de dengue a partir de la primer semana epidemiológica (SE) del año 2014. La máxima notificación se concentró en las SE 3 y 4. Si bien la notificación se mantuvo durante todo el año, presentó niveles menores a partir de la SE 19, con casos esporádicos hasta la SE 53. (Gráfico 5).

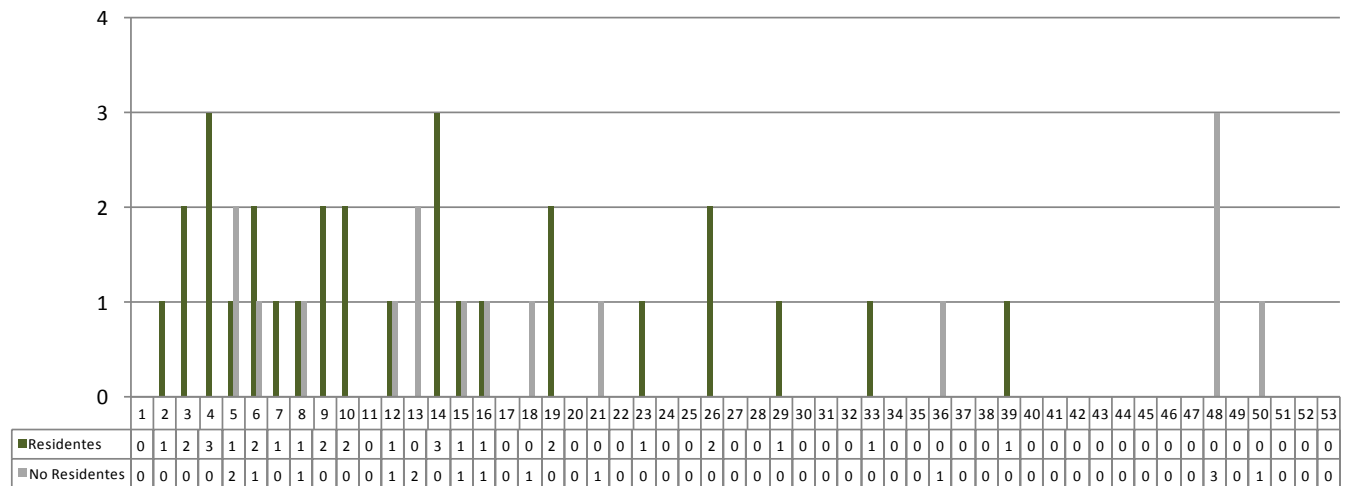
Gráfico 5 – Dengue - Casos sospechosos según residencia por semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos probables y confirmados se presentaron desde la SE 1, con el mayor número en las SE 4, 14 y 48. A partir de la SE 23 se registraron casos aislados. (Gráfico 6).

**Gráfico 6 – Dengue - Casos probables y confirmados según residencia por semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Antecedente de Viaje

En 41 de los casos probables y confirmados (29 residentes y 12 no residentes) se constató el antecedente de viaje a zonas con circulación viral activa (91.1%). En 4 casos (no residentes) no existió antecedente de viaje. (Tabla 3)

**Tabla 3 – Dengue - Casos probables y confirmados según residencia y antecedente de viaje
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

Antecedente de viaje	Residentes	No residentes	Total
si	29	12	41
no	0	4	4
Total	29	16	45

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Entre los 41 pacientes (residentes y no residentes) con antecedente de viaje, la mayoría provino de Brasil (n = 13; 31.7%). En 25 casos viajaron a otros países americanos: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Panamá, R. Dominicana, Uruguay y Venezuela. En 3 casos los lugares de viaje fueron Tailandia, Indonesia y Angola.

Distribución por Edad y Sexo en Residentes

De los 29 casos probables y confirmados en residentes de la Ciudad, 17 fueron varones y 12 mujeres. El rango de edad varió entre los 21 y 47 años. La mediana fue 30 años. Como ocurrió en años anteriores, el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, con una tasa de 3.04 casos por 100 000 habitantes. (Tabla 4).

**Tabla 4 – Dengue - Casos y tasas en residentes según grupos de edad
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014 (N = 29)**

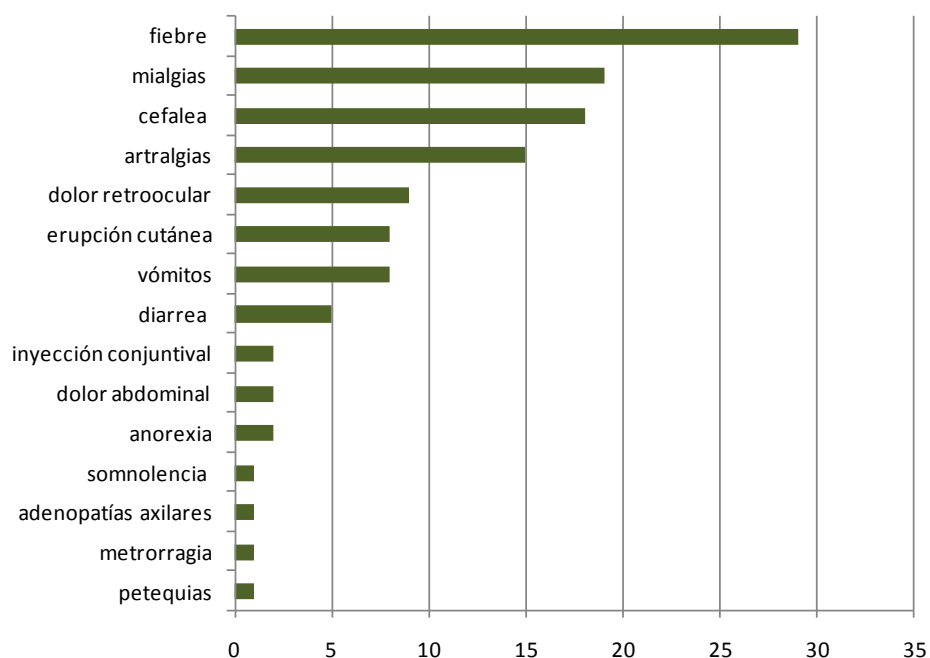
Grupo de Edad en años	Casos	Tasa por 100 000 habitantes
<1	0	0,00
1	0	0,00
2 a 4	0	0,00
5 a 14	0	0,00
15 a 24	4	1,01
25 a 34	15	3,04
35 a 44	4	0,99
45 a 64	5	0,74
> = 65	0	0,00

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Evolución Clínica en Residentes

En 2014 los síntomas predominantes entre los casos de dengue en residentes fueron mialgias, cefaleas y artralgias (Gráfico 7). Requirieron internación 5 pacientes (17.2%) debido a que presentaron signos de alarma: dolor abdominal persistente, alteración del sensorio (somnolencia), hemorragias, disminución de plaquetas y leucopenia. No se registró ningún fallecimiento por la enfermedad.

**Gráfico 7 – Dengue - Casos probables y confirmados en residentes según síntomas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Distribución Geográfica en Residentes

Se presentaron casos en todas las Regiones Sanitarias. La tasa general de la ciudad fue 0.96 casos por 100000 habitantes, inferior a la de los años previos. En 2014 en las comunas 5, 6 y 11 de la Región Sanitaria 3, y las comunas 2, 12 y 13 de la Región Sanitaria 4 superaron la tasa general de la ciudad. (Tabla 5). La distribución de los casos según residencia en la Cuenca Matanza Riachuelo mostró sólo un caso en la comuna 8 (tasa 0.55 casos por 100000 habitantes) y ningún caso en las comunas 4 y 9.

Tabla 5 – Dengue - Casos y tasas en Residentes Según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

REGIONES	COMUNAS	Casos Probables y Confirmados	Tasa por 100000 habitantes
1	1	1	0,51
	3	1	0,49
	4	0	0,00
	SubTotal	2	0,31
2	7	1	0,47
	8	1	0,55
	9	0	0,00
	SubTotal	2	0,36
3	5	5	2,67
	6	4	2,18
	10	1	0,58
	11	4	2,01
	15	1	0,51
	SubTotal	15	1,60
4	2	3	1,60
	12	3	1,20
	13	4	1,58
	14	0	0,00
	SubTotal	10	1,12
Total general		29	0,96

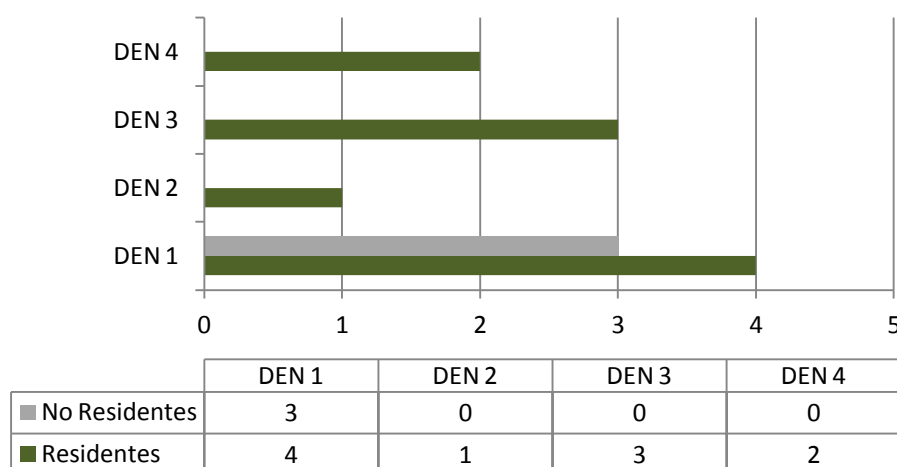
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Laboratorio

Se obtuvieron muestras de laboratorio en 150 pacientes notificados, 145 de ellos fueron registrados en SIVILA (95.10%). El 64.2% de las muestras se procesó en el Laboratorio de Virología del H. de Niños R. Gutiérrez, el 17.3% en el H. Muñiz, el 11% en Stambouliau, el 4% en el H. Tornú y 3% en otros laboratorios (privados).

El serotipo viral se identificó en 13 de 19 casos confirmados (68.4%). Considerando sólo los residentes, el serotipo se confirmó en 76.9% de los casos. Se presentaron casos con los 4 serotipos, con predominio del serotipo DEN 1. (Gráfico 7)

**Gráfico 7 – Dengue - Serotipo viral identificado según residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2014 (n=13)**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Acciones de Control

De los 118 casos sospechosos en residentes remitidos para la realización de las acciones de control, las Áreas Programáticas y el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP) informaron las acciones realizadas en el 67% de los casos. En los pacientes con resultados de laboratorio para dengue probable y confirmado, se recibió el estudio de foco en el 95.6% de los casos.

En 2014 el IZLP continuó con la implementación del método de Levantamiento Rápido de Índices de *Aedes aegypti* (LIRAA) en estratos de la zona norte de la Ciudad en dos oportunidades: abril y diciembre. El ingreso a las viviendas no superó el 25% de las casas recorridas. Los criaderos encontrados con mayor frecuencia son los móviles (tipo B). Los profesionales del IZLP, visitaron 24 Hospitales públicos de la Ciudad, con la participación de la Gerencia de Plagas del Ministerio de Ambiente y Espacio Público (MAEP). Se realizó una recorrida de espacios internos y externos, con pesquisa de criaderos potenciales y reales y la recolección e identificación de las larvas. En cada caso se indicaron acciones de control vectorial a las autoridades de los establecimientos. Se encontró un 30% de criaderos reales.

También se visitaron las sedes de las 15 Comunas de la Ciudad (IZLP) para promover acciones de prevención y control vectorial con la participación vecinal. Se recorrieron Cementerios Municipales, parques y plazas, polideportivos municipales y depósitos de vehículos incautados (IZLP, MAEP).

Como parte del plan de comunicación a la población, se distribuyeron materiales impresos que incluyeron volantes, afiches, dípticos y autoadhesivos en el primer semestre del año. Los materiales informativos estuvieron disponibles on-line y también se realizaron campañas de divulgación en los transportes públicos (colectivos y subterráneos).

Evaluación de la Vigilancia

Del total de los casos notificados, se recibió la ficha epidemiológica específica en el 65.6% del total de casos notificados; se obtuvo el 100% de las fichas de los casos de dengue en residentes (probables y confirmados).

En el 99.3% de los casos sospechosos se obtuvieron muestras para la detección de dengue en el laboratorio.

La demora en la consulta de los casos de dengue residentes fue de 5.12 días en promedio, con una mediana de 4 días, y varió desde la consulta inmediata a un máximo de 23 días. En la misma población, la demora en la notificación registró un promedio de 5.76 días, mediana 4 días y rango 0 a 24 días.

Conclusiones

En el año 2014 se registraron 151 casos sospechosos de Dengue, 103 de los cuales estaban domiciliados en la Ciudad (68.2%). Como en 2013, los efectores públicos participaron en menor medida de la notificación (42.4%) de los casos sospechosos. Se confirmaron 39 casos, 29 de ellos en residentes.

Entre las SE 1 y 19 se concentró el 80% de los casos probables y confirmados en residentes. Todos los casos en residentes presentaron antecedente de viaje. El lugar de viaje más frecuente fue Brasil.

Se determinó el serotipo en 76.9% de los casos confirmados en residentes. Se identificaron los serotipos DEN 1, 3, 4 y 2 en orden de frecuencia.

La franja de edad más afectada fue la de 25 a 34 años, al igual que en años previos, y predominó el sexo masculino (58.6%). El 17.2% de los casos registrados en residentes requirió internación por presentar signos de alarma. No ocurrieron óbitos por dengue.

Los casos se distribuyeron en todas las Regiones Sanitarias (RS). La tasa general de la ciudad fue más baja que el año previo: 0.96 casos por 100000 habitantes, valor superado en las RS 3 y 4. En las comunas 5, 6 y 11 se encontraron tasas \geq a 2.01 casos por 100000 habitantes, mientras que en las comunas 2, 12 y 13 las tasas fueron \geq a 1.20 casos por 100000 habitantes.

Fueron informados el 67% de los estudios de foco de los casos sospechosos. El porcentaje ascendió al 95.6% considerando los casos probables y confirmados.

Informe elaborado con datos proporcionados por:

Establecimientos asistenciales públicos y privados

Laboratorios de Virología del Hospital R. Gutiérrez y de Zoonosis del Hospital F.J. Muñiz

Laboratorio de Referencia Nacional Dr. Julio I. Maiztegui

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)

Sistema Nacional de Vigilancia Laboratorial (SIVILA)

PAHO OMS

La Fiebre Chikungunya es una enfermedad emergente causada por el virus *chikungunya* (CHIKV), un virus ARN que pertenece al género *Alfavirus* de la familia *Togaviridae*. Al igual que el Dengue, es transmitida por los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Ambas especies de mosquitos están ampliamente distribuidas, desde los trópicos a latitudes más templadas.

El CHIKV presenta 3 linajes virales con características genotípicas y antigénicas diferentes, dos africanos [East, Central and South Africa (ECSA) y West Africa] y uno asiático. El nombre *chikungunya* deriva de una palabra en el dialecto africano Makonde, que se habla en el sudeste de Tanzania y el norte de Mozambique. Puede traducirse como “aquel que se encorva”, y describe la posición inclinada que deben adoptar los pacientes por las artralgias características. Durante los periodos epidémicos el principal reservorio del CHIKV son los seres humanos. En los periodos interepidémicos, se han identificado diferentes vertebrados que actúan como reservorios potenciales, entre los que se encuentran primates no humanos, roedores, aves y algunos mamíferos pequeños. Al picar a un huésped durante la etapa virémica los mosquitos adquieren el virus. El virus se desarrolla en el mosquito durante un promedio de 10 días. A partir de ese momento el vector puede transmitir el virus a un huésped susceptible, como el ser humano. El periodo de incubación es de 3 a 7 días (mínimo 1 día y máximo 12 días).

Si bien se estima que entre el 3 y 28% de los individuos afectados presentarán infecciones asintomáticas, las tasas de ataque de la enfermedad son elevadas. Clínicamente se manifiesta como una enfermedad febril asociada con artralgia/artritis, dolor de espalda y cefalea. Con frecuencia los enfermos presentan un rash maculopapular. Se ha descrito artritis migratoria en cerca del 70% de los casos. También pueden presentarse náuseas, vómitos y conjuntivitis. En la mayor parte de los pacientes, los síntomas desaparecen en 1 a 3 semanas. Sin embargo, en algunos casos los síntomas articulares persisten durante meses.

La fiebre CHIK ha afectado a millones de personas y continúa causando epidemias en países de África, Asia y Europa. Los primeros brotes documentados de Fiebre Chikungunya datan de los años 1952 y 1953 en Tanzania, cuando se aisló el virus. Otros brotes relevantes ocurrieron en Sudáfrica (1956) y en la República Democrática del Congo (1999- 2000). En 2005 se registraron brotes en la Isla la Reunión, Mauritius, Seychelles, Madagascar, Comoros y Mayotte en el océano Índico. La India presentó un brote con cocirculación de Dengue y Fiebre Chikungunya en el año 2006. En los años siguientes estuvieron afectados Gabón en África y Ravenna en Italia (2007); Tailandia y el sur de India (2009); nuevamente la República Democrática de Congo en 2011; Camboya en el continente asiático y Sierra Leona en África (2012).

En 2013 se presentaron brotes en la Micronesia y por primera vez en las Américas (Saint Martin) a finales del año. Al 3 de julio de 2014 se habían registrado 302.081 casos sospechosos y 4.756 casos confirmados acumulados en el período 2013-2014. Al tratarse de un virus nuevo en el continente, la mayor parte de la población es susceptible y puede infectarse. (Gráfico 1)

Gráfico 1- F. Chikungunya – Casos reportados en América desde el 11/07/2014 al 26/09/2014



En 2014 se registraron 1.110.034 casos sospechosos y confirmados autóctonos en las Américas, con una incidencia de 117.6 casos por 100.000 habitantes. La mayor incidencia se registró en los países del Caribe de habla hispana. (Tabla 1).

Tabla 1- F. Chikungunya- Casos acumulados en la Región de las Américas según subregiones. Año 2014

Sub Regiones	Casos autóctonos		Casos importados	tasa de incidencia (autóctonos sospechosos y confirmados) por 100000 habitantes	Muertes
	Sospechosos	Confirmados			
América del Norte	0	166	2041	0	0
Istmo Centroamericano	169690	2320	117	381,8	0
Área Andina	127755	3066	98	96,5	6
Cono Sur	705	2197	160	1	0
Caribe Hispano	793985	12276	51	2188,6	169
Caribe inglés y francés	17899	4350	71	305,8	3
Total	1110034	24375	2538	117,6	178

Fuente: PAHO OMS. F. Chikungunya. Actualizados al 15/05/2015

En 2014 el Ministerio de Salud de la Nación incorporó la F. Chikungunya al SNVS como evento de notificación individual e inmediata. A partir de su incorporación, en el país se notificaron 134 casos sospechosos en 2014, de los que se confirmaron 26 casos y 25 se clasificaron como probables. Todos los pacientes presentaron el antecedente de viaje a países con circulación viral.

Vigilancia de Fiebre Chikungunya

Los pacientes infectados por el CHIKV son el reservorio de la infección para otros, en el hogar y en la comunidad. Uno de los objetivos de la vigilancia intensificada de la enfermedad es detectarla precozmente para la oportuna realización de acciones de control, disminuyendo el riesgo de presentar casos autóctonos y brote en la Ciudad.

La Vigilancia de Fiebre Chikungunya se integró a la Vigilancia Intensificada de Dengue. La notificación de los casos sospechosos es obligatoria, inmediata e individualizada, con registro en SNVS (Modulo C2). Los resultados de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad se consignan en el Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA).

La definición del Caso sospechoso es “paciente con inicio agudo de fiebre mayor a 38.5°C y artralgias graves discapacitantes o artritis no explicada por otra condición médica, y que reside o ha visitado áreas endémicas dentro de las dos semanas previas al inicio de síntomas”.

Para el diagnóstico etiológico se utilizaron tres tipos de metodologías, según la fecha de toma de la muestra: aislamiento viral, detección de genoma viral y técnicas serológicas para la detección de anticuerpos IgM/IgG. Las pruebas se realizaron en el H. Ricardo Gutiérrez y en el H. Muñiz. La confirmación de los casos se efectuó en el Instituto Nacional de enfermedades virales Humanas de Pergamino (INEVH).

Situación epidemiológica de la F. Chikungunya en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2014

Durante 2014 se notificaron 31 casos sospechosos de F. Chikungunya en la Ciudad de Buenos Aires, 22 de los cuales fueron residentes (71%). Se asistieron en efectores del GCBA 12 casos sospechosos (38.7%). Los

establecimientos asistenciales con mayor número de notificaciones fueron, en orden de frecuencia, el H. Muñiz, el FUNCEI y el H. Italiano (Tabla 2).

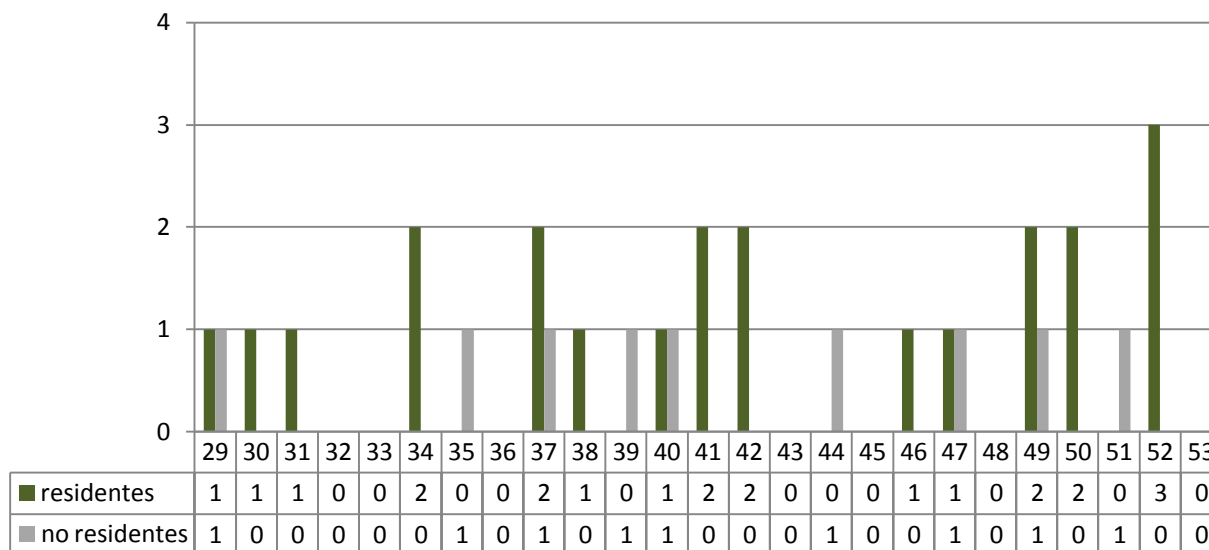
Tabla 2 – F. Chikungunya - Casos sospechosos notificados por tipo de efector según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014

Tipo de efector	Establecimiento	Residentes	No Residentes	Total
Públicos	Fernández	1	1	2
	Gutiérrez	1	0	1
	Muñiz	4	3	7
	Pirovano	1	0	1
	Ramos Mejía	1	0	1
	Subtotal	8	4	12
Privados y de la Seguridad Social	Bazterrica	0	1	1
	Británico	0	1	1
	Cons. Privado	2	0	2
	Finochietto	1	0	1
	FUNCEI	6	0	6
	Italiano	2	2	4
	San Camilo	2	0	2
	Stambouliau	1	1	2
	Subtotal	14	5	19
Total		22	9	31

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Se notificaron casos sospechosos de F. Chikungunya desde la semana epidemiológica (SE) 29 del año 2014 (13/07/2014). Si bien la notificación se distribuyó a lo largo de todas las semanas, fue mayor en la SE 52. (Gráfico 2).

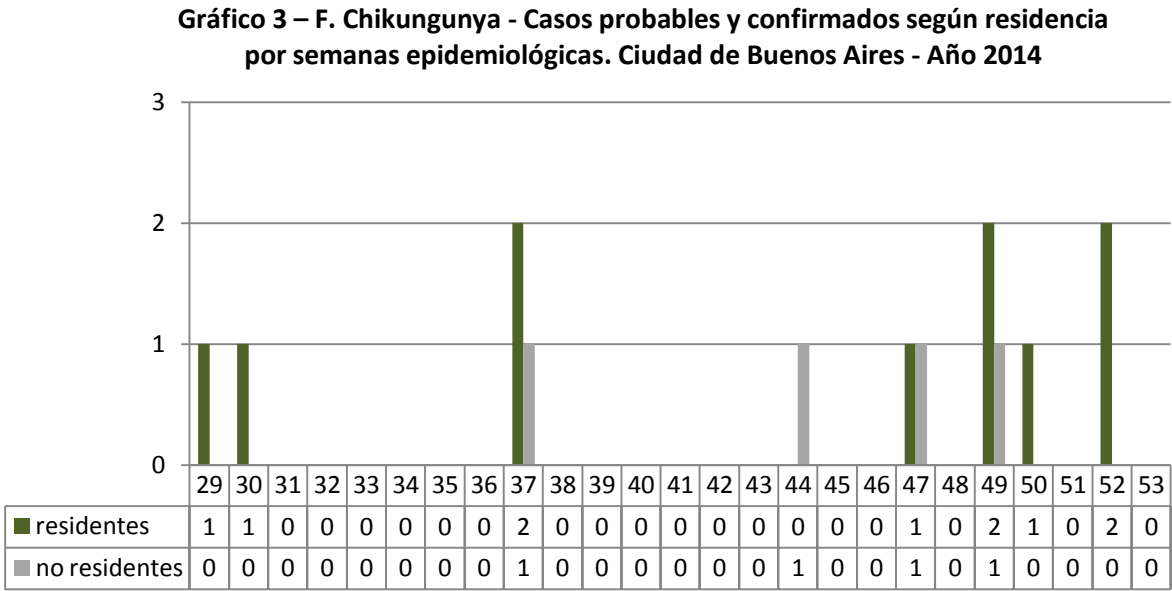
Gráfico 2 – F. Chikungunya - Casos sospechosos según residencia por semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De los 31 casos sospechosos, se confirmaron 9 casos, 6 de ellos en residentes, y 5 se clasificaron como probables (4 en residentes).

Los casos probables y confirmados se presentaron desde la SE 29 hasta la SE 52. En las SE 37 y 49 se registró un número de casos mayor. (Gráfico 3).



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Todos los casos probables y confirmados presentaron antecedente de viaje. Los lugares de viaje fueron: Colombia (3 casos), Puerto Rico (1 caso), R. Dominicana (5 casos) y Venezuela (5 casos).

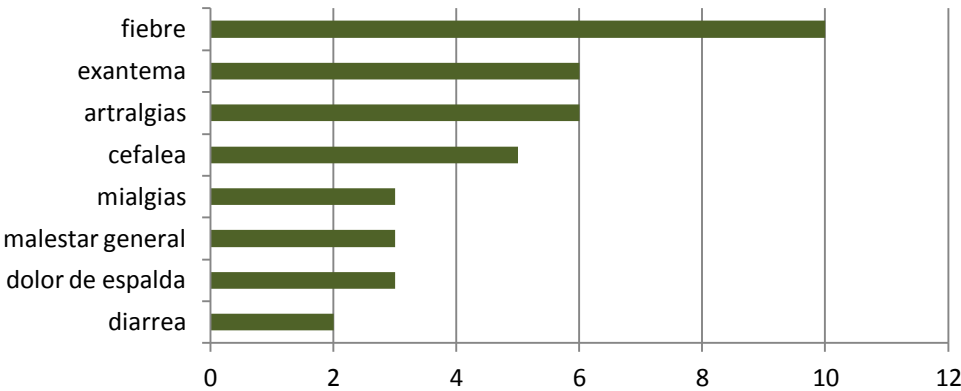
Distribución por Edad y Sexo en Residentes

De los 10 casos probables y confirmados en residentes de la Ciudad, 5 fueron varones y 5 mujeres. El rango de edad varió entre 23 y 65 años, con una mediana de 38 años.

Evolución Clínica en Residentes

Los síntomas más frecuentes fueron, además de la fiebre, las artralgias y el exantema. (Gráfico 4). Uno de los pacientes requirió internación. No fueron informadas secuelas ni se registraron óbitos.

Gráfico 4 – F. Chikungunya - Casos probables y confirmados en residentes según síntomas Ciudad de Buenos Aires - Año 2014



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Distribución Geográfica en Residentes

Se presentaron casos en todas las Regiones Sanitarias (RS), y predominaron en las RS 3 y 4, con igual número de pacientes en cada una de ellas. (Tabla 3).

**Tabla 3 – F. Chikungunya - Casos y tasas en Residentes Según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Ciudad de Buenos Aires - Año 2014**

REGIONES	COMUNAS	Casos Probables y Confirmados
1	1	1
	3	0
	4	0
	SubTotal	1
2	7	0
	8	0
	9	1
	SubTotal	1
3	5	1
	6	1
	10	0
	11	1
	15	1
	SubTotal	4
4	2	0
	12	2
	13	1
	14	1
	SubTotal	4
Total general		10

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Evaluación de la Vigilancia

Ante el primer alerta del Ministerio de Salud de la Nación sobre la ocurrencia de casos de F. Chikungunya en las Américas, comenzaron a implementarse actividades de información y capacitación sobre las características de la enfermedad y su vigilancia epidemiológica entre los efectores asistenciales de la Ciudad, como patología incorporada al Plan de Vigilancia y Control de Enfermedades Vectoriales de la Ciudad.

En relación a los 22 casos sospechosos en residentes, se recibieron los informes de 18 casos (81.8%). El estudio de foco se realizó en el 100% de los casos probables y confirmados. Para la prevención y el control del mosquito vector fueron implementadas las actividades ya descriptas en Dengue.

Conclusiones

En el segundo semestre de 2014, a partir de la SE 29, se notificaron por primera vez en Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires casos importados de Fiebre Chikungunya, una enfermedad emergente en las Américas con tasas de ataque elevadas. Se registraron 31 casos sospechosos, 22 de ellos Residentes de la Ciudad (71%). El 61.3% fueron asistidos en efectores privados y de la seguridad social. Se confirmaron 9 casos, 6 de ellos en residentes, y 5 se clasificaron como probables, 4 en residentes. Los pacientes habían viajado a Colombia, P. Rico, R. Dominicana y Venezuela. La mediana de edad de los enfermos fue de 38 años. La evolución fue buena. Se notificaron casos en las 4 RS, con mayor frecuencia en las RS 3 y 4. Las medidas de prevención y control de foco del dengue y la fiebre Chikungunya están integradas. En el caso de la f. Chikungunya, se recibieron el 81.8% de los estudios de foco de los casos sospechosos. En los casos probables y confirmados se informaron en el 100% de los casos.

El Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) constituye el módulo de notificación de laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), que permite el registro on-line de los eventos con muestras de laboratorios de interés para la salud pública.

El SIVILA se inició en Ciudad de Bs As en el año 2005 con la categorización inicial de 22 nodos de hospitales públicos. Un mismo establecimiento (hospital) puede tener más de un nodo (laboratorio) notificador, por lo que no debe confundirse nodo con establecimiento.

A partir del año 2007 se comenzó a registrar la actividad del modulo SIVILA con un grupo de eventos inicialmente (Infecciones respiratorias agudas) con 10 nodos notificantes en sus dos formatos de carga hasta los 31 nodos en el 2014

Se definieron por formato dos modalidades de carga:

- Agrupada / Numérica: En donde las patologías consideradas se registran por número total de muestras estudiadas y con resultados positivos de los eventos determinados.
- Individual o Nominal : Donde las patologías consideradas son de notificación individual con identificación nominal y demás datos personales , también evaluadas numéricamente

Las notificaciones consideradas para el presente análisis son los registros que recibió el sistema resultado de la carga. Cada notificación es un estudio o determinación de laboratorio que permiten obtener un resultado tendiente a confirmar o descartar una patología o evento sospechado, generando una información que es la unidad notificada. En este caso notificación y determinación tienen el mismo significado o peso en la base de datos; cada determinación origina una notificación cuando se carga en el sistema.

Para el presente análisis se consideró exclusivamente los laboratorios como unidades o nodos notificantes, pudiendo existir más de un nodo por establecimiento.

Los nodos fueron clasificados arbitrariamente para este análisis en 2 grupos.

1. Nodos de gestión pública oficial del GCBA
2. Nodos de gestión privada u otro tipo de gestión.

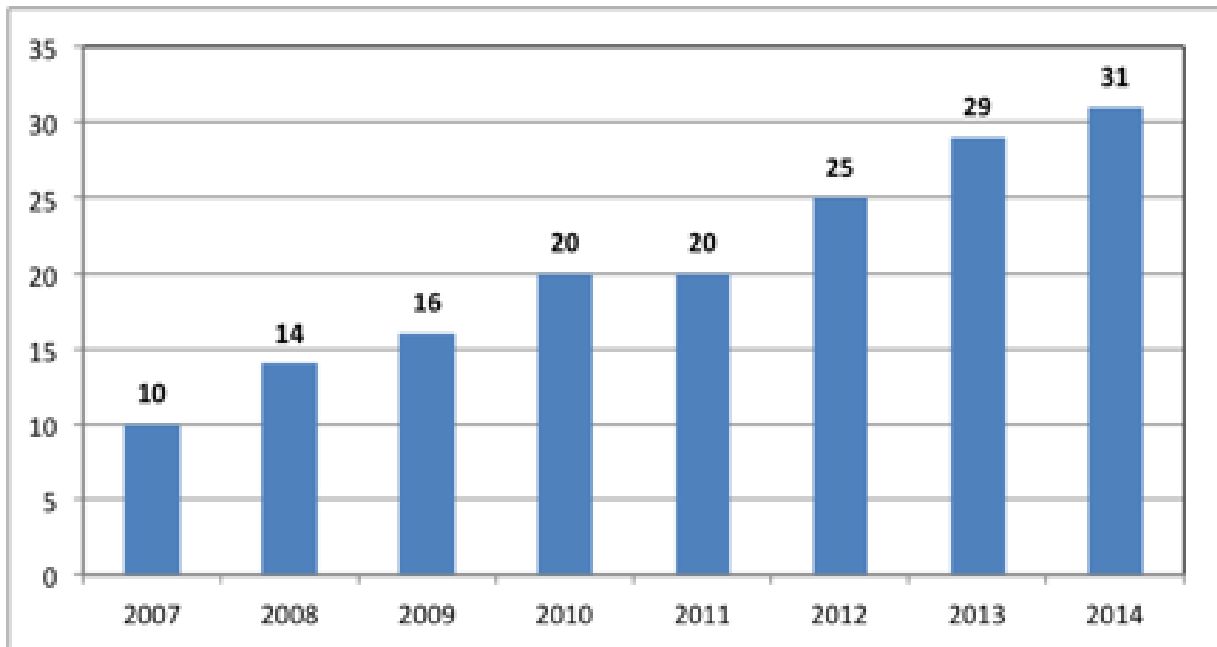
Para el presente análisis de la actividad del modulo SIVILA en 2014 se consideró una breve evaluación de la actividad de notificación en ambas modalidades.

Durante el año 2014 se hallan registrados en el modulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la jurisdicción CABA un total de 82 nodos, de los cuales 30 (37%), son nodos de solo lectura y 52 nodos (63%) están habilitados para carga; de los mismos solo se registro actividad en 31 de ellos (59.6%).

Del total de 31 nodos activos, 21 son del sistema público de gestión del GCBA (Grupo1) y 10 de gestión privada u otro tipo (Grupo 2)

Se observó un aumento continuo de la participación de nodos (laboratorios) notificantes, con excepción del año 2010 y 2011 en donde no hubo variación (Gráfico 1).

**Gráfico 1 -Evolución de actividad de nodos totales-
Ciudad de Buenos Aires. Año 2007 a2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Laboratorios (nodos) notificadores en Ciudad de Buenos Aires

Notificación agrupada

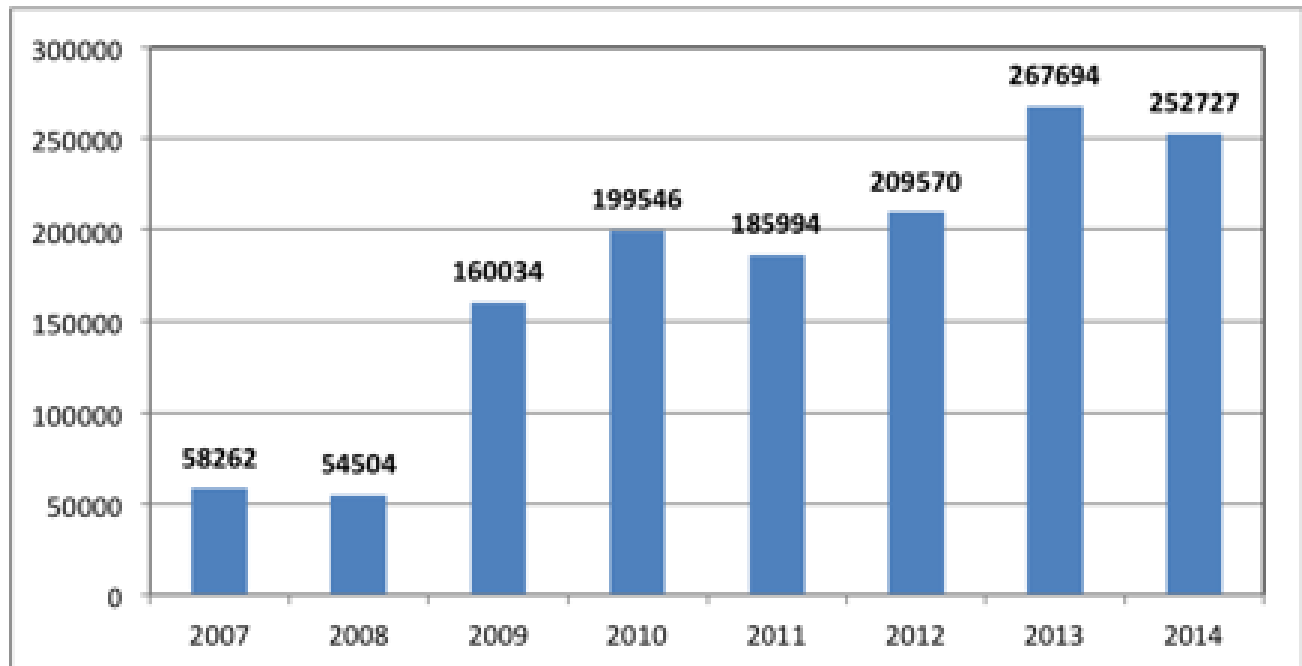
Durante el periodo comprendido entre el año 2007 al 2014 se registraron en el modulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la jurisdicción CABA, un total acumulado de 1.388.763 notificaciones de eventos de la modalidad agrupada/numérica (Gráfico 2)

Se verificó conjuntamente con el aumento de nodos notificantes, un incremento de la notificación agrupada total con oscilaciones en los años 2008 ,2011 y 2014.

El aumento verificado en el 2009 se relacionó por los eventos registrados para Infección respiratoria aguda debido a la pandemia de H1N1 y el consiguiente aumento de casos sospechosos de enfermedades respiratorias.

En el año 2014 se registraron 252.727 notificaciones correspondientes a la modalidad agrupada en 31 nodos, para 19 eventos o patologías de los 24 bajo notificación obligatoria en esta modalidad (agrupada) (Gráfico 2)

**Gráfico 2 -Eventos de Notificación Obligatoria -
Notificación agrupada todos los nodos
Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014
N = 1388763**



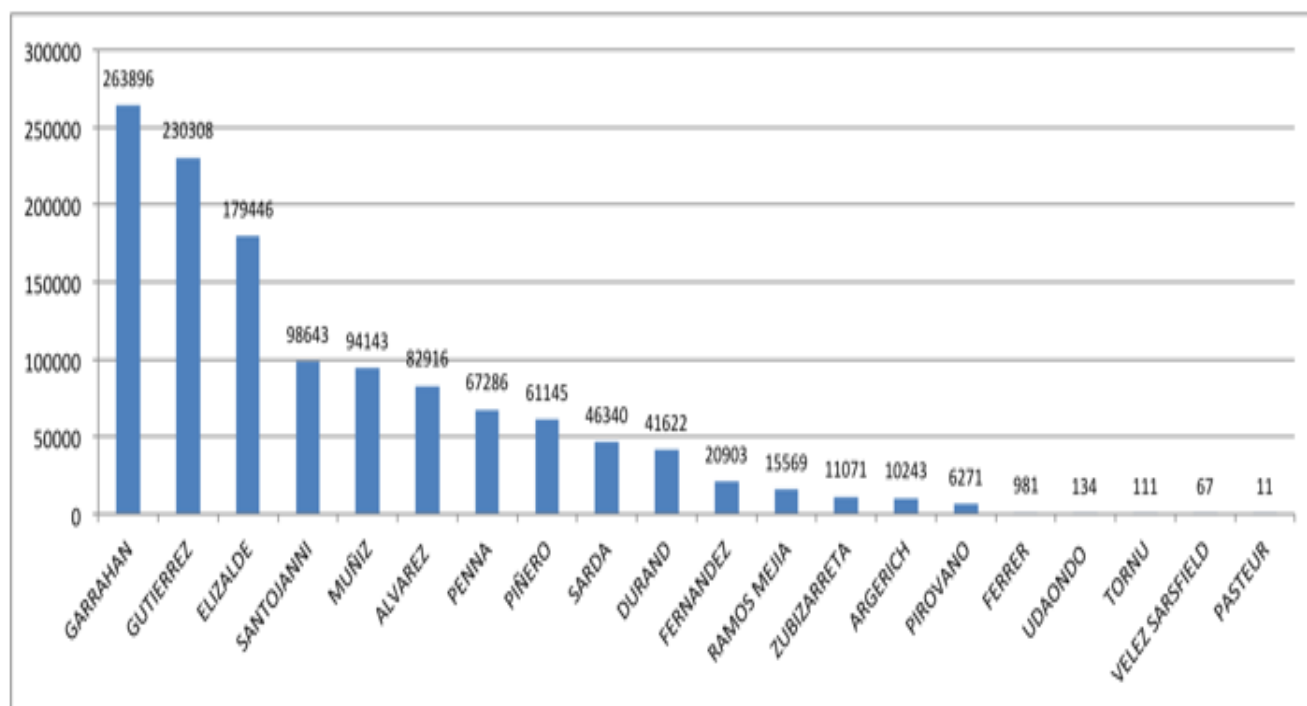
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La distribución de la notificación agrupada según el grupo de nodos y por nodo para la vigilancia se muestra en los gráficos 3 ,4

Los nodos del grupo 1 son los laboratorios pertenecientes a los hospitales del sistema público del GCBA quienes han recibido capacitación desde el año 2005 progresivamente y se han incorporado a la notificación de la misma forma con diferente nivel de aceptación. Se destaca la ausencia de carga en los nodos Rivadavia y Quemados, habilitados para la carga desde inicios del sistema.

Los elevados valores de carga de los nodos Garrahan , Gutierrez y Elizalde se atribuyeron, en parte, a la elevada notificación de IRA en dichos establecimientos; mayor que en el resto.(Grafico 3)

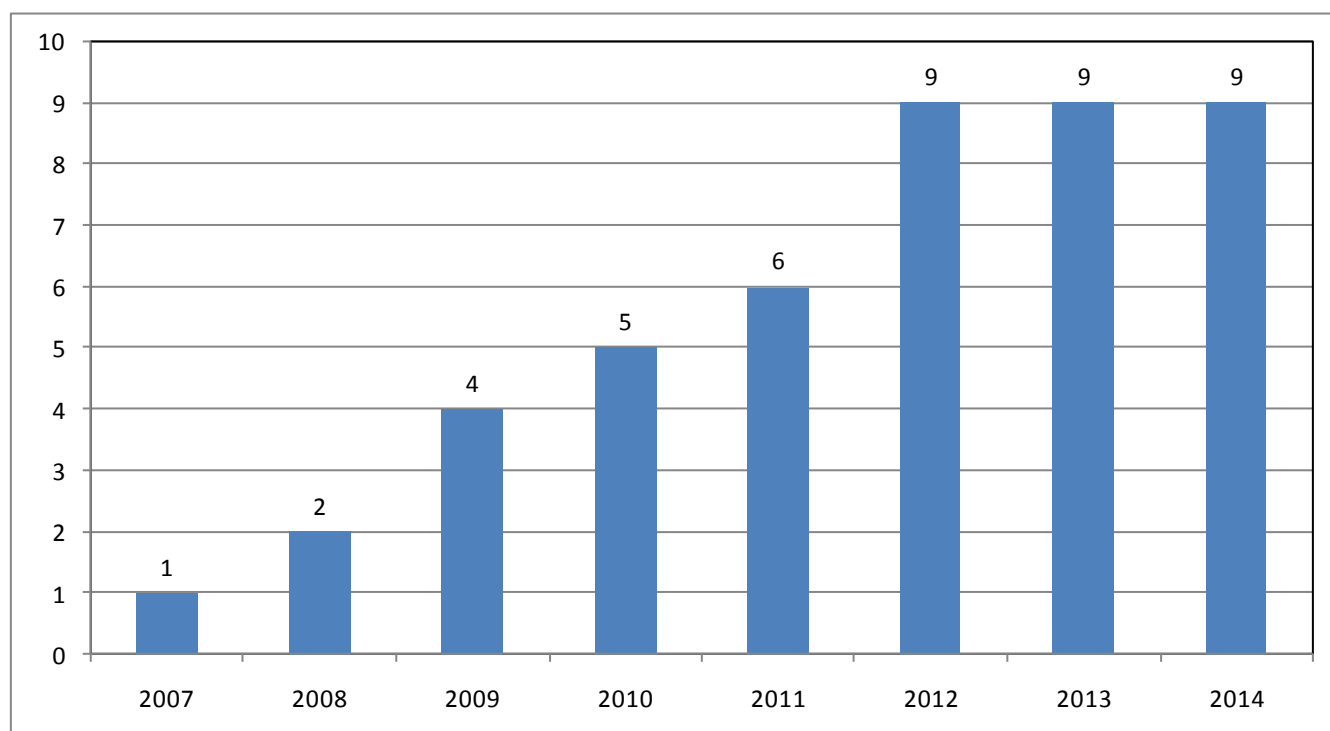
**Gráfico 3 -Total de notificaciones agrupadas-
Nodos del Grupo 1. Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Los nodos del grupo 2 (gestión privada u otro tipo de gestión) se incorporaron al sistema en forma progresiva, siendo los del Hospital Italiano, FUNCEI y CEMIC, los primeros (Gráfico 4).

**Gráfico 4 -Evolución de actividad de nodos del Grupo 2-
Ciudad de Buenos Aires. Año 2007 a 2014**



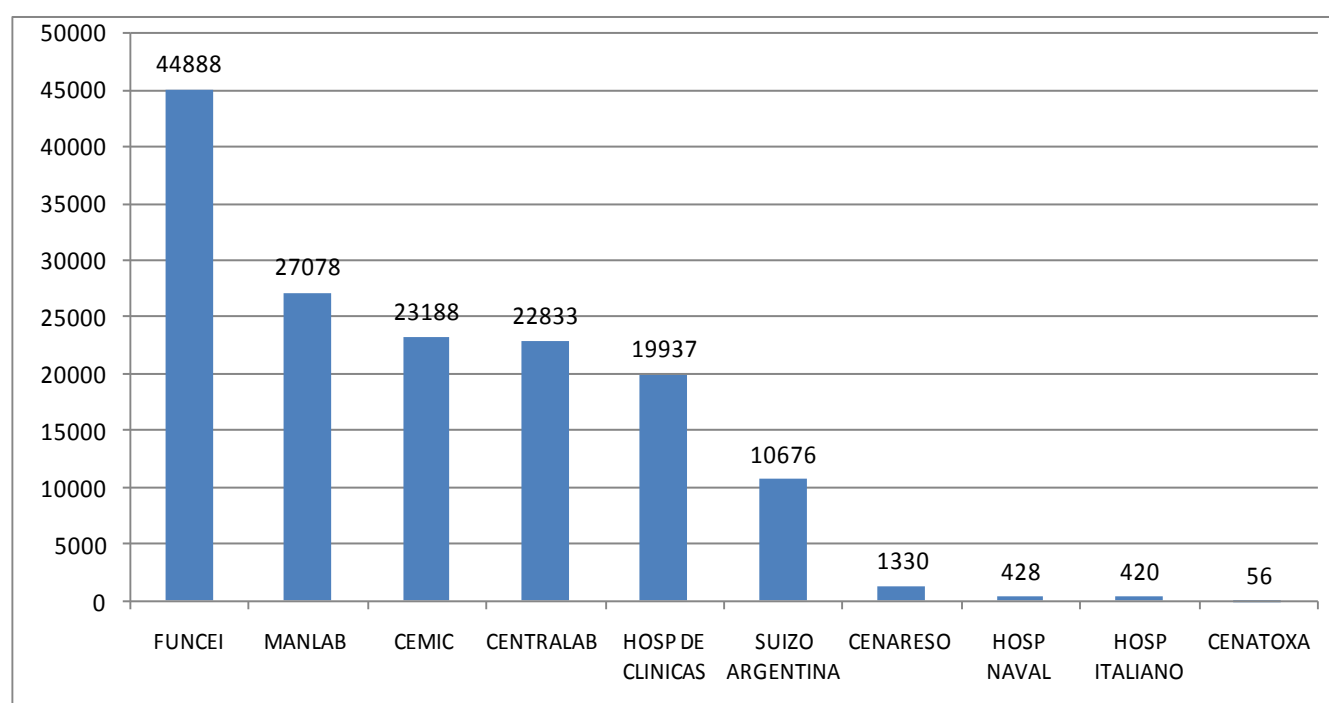
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El grupo 2 está conformado por nodos de distintas características que lo hacen heterogéneo. Podemos considerar 6 nodos de gestión privada y 4 nodos que corresponden al ámbito de la Universidad de Bs As (Hospital de Clínicas y CENATOXA de la facultad de Farmacia y Bioquímica); el CENARESO depende del Ministerio de Salud de la Nación y el Hospital NAVAL depende de una Obra Social.

Los nodos Hospital de Clínicas y CENARESO registraron actividad desde el año 2010 al 2014. CENATOXA y el Hospital Naval registraron actividad esporádica en los años 2013 y 2014 respectivamente (Grafico 6).

Se entiende entonces, el elevado valor de las notificaciones del FUNCEI y CEMIC por efecto de acumulación y el escaso número del Htal. Italiano por reducida notificación. De igual forma, cabe destacar los valores alcanzados por los nodos MANLAB y CENTRALAB de reciente incorporación (2012) y elevada carga (Grafico 5).

**Grafico 5 -Nodos del Grupo 2 Total de notificaciones agrupadas-
Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Para un análisis del tipo de patologías que generaron esta notificación, se consideraron una serie de eventos o grupo de eventos más significativos del total que se han registrado, detallados en la tabla 1. , para todos los nodos notificantes , N° total de notificaciones acumuladas 2007 a 2014 para este grupo seleccionado : 1170905

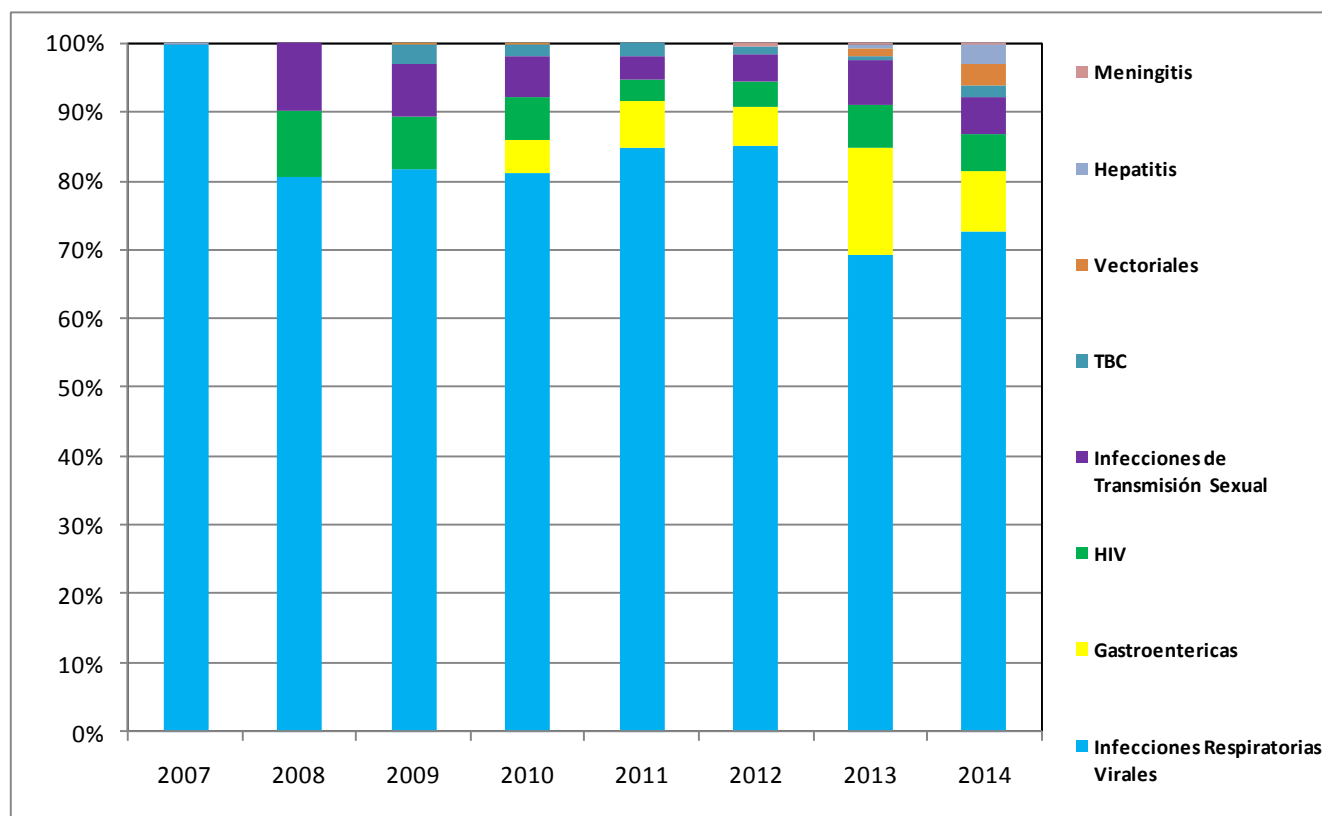
Considerando los eventos o grupo de eventos de mayor notificación, el peso relativo de la patología IRA es evidente, llegando al 99.6%, así como la incorporación de nuevos grupos de eventos estudiados, particularmente a partir del 2013. En los últimos dos años de la serie considerada se observó un notable incremento en la comunicación de patologías gastroentéricas, Infecciones de transmisión Sexual, Vectoriales y Hepatitis. Se consideraron los principales grupos de patología según número de notificaciones. A partir del año 2013 se registraron registros en todos los grupos considerados, aunque no en todos los eventos (Tabla 1 , Grafico 7).

**Tabla 1 -Notificaciones según grupo de patologías de notificación agrupada-
Nodos SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014.**

Grupos de Eventos	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Totales
Infec. Resp. Virales	57936	42589	113489	143891	134079	136361	153172	147350	928867
Gastroentéricas	0	0	0	8535	10606	8842	34328	17968	80279
HIV	0	5215	10506	10918	5168	6216	14201	10820	63044
Infec. de Trans.Sexual	0	5187	10422	10761	5109	6098	14201	10820	62598
TBC	0	0	4421	3371	3285	2096	1122	3587	17882
Vectoriales	0	0	5	112	0	0	2727	6429	9273
Hepatitis	243	0	0	0	0	0	907	5975	7125
Meningitis-encefalitis	0	0	0	0	0	728	857	252	1837
Total	58179	52991	138843	177588	158247	160341	221515	203201	1170905

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Grafico 7 -Distribución notificación según grupos de patologías de notificación agrupada-
Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014.**

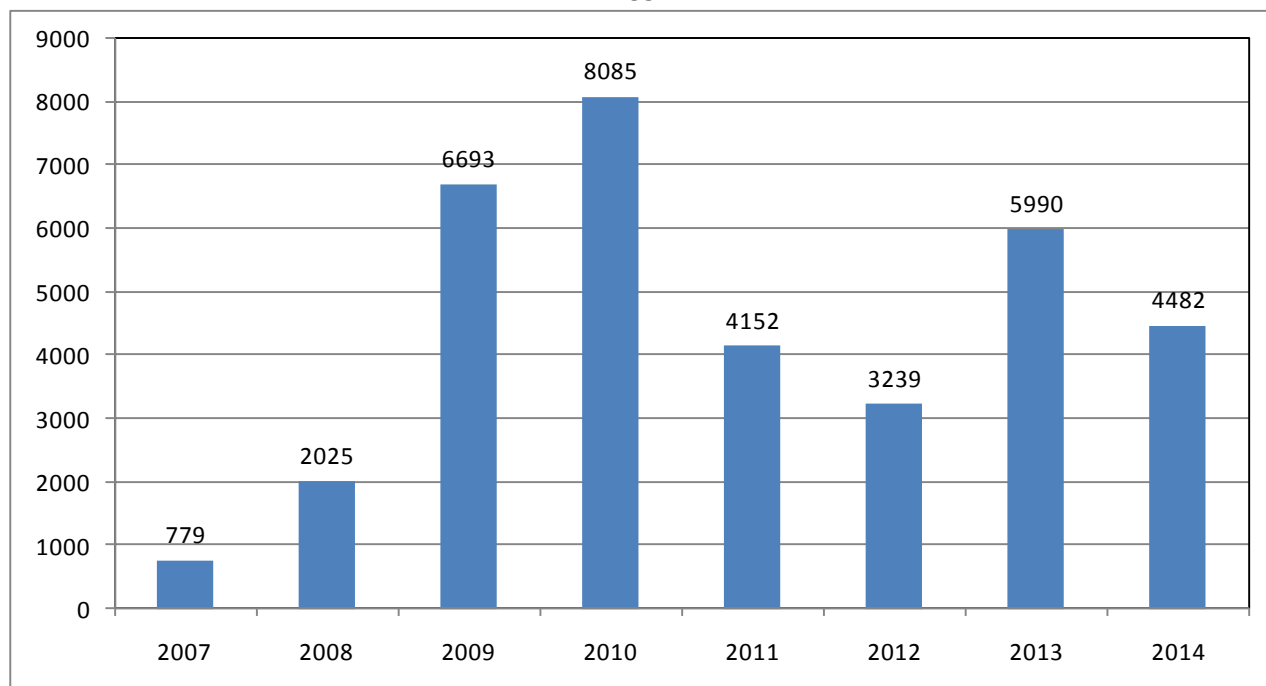


Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Eventos de notificación obligatoria Individual (nominal)

En el año 2007 se registraron 779 notificaciones individuales o nominales con solo 3 nodos notificantes, llegando al año 2014 con un total acumulado de 35472 notificaciones en 26 nodos. La evolución de la cantidad de estudios individuales notificados entre estos años mostró un comportamiento con dos picos en la notificación, uno primero y más intenso en el año 2010, registrando un valor de estudios notificados de 8085, y un segundo, en el año 2013, con 5.990 estudios. Para el año 2014 la notificación decreció (Gráfico 8)

**Gráfico 8 -Eventos de Notificación Obligatoria -
Número total de notificaciones individuales según años.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014
N = 35472**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Para el análisis de la notificación individual por tipo de eventos se agruparon algunas patologías: Enfermedades exantemáticas y Coqueluche en “Enfermedades Inmunoprevenibles”; Chagas, Dengue, Fiebre Amarilla y Arbovirus en el grupo “Enf. Vectoriales”; Leptospirosis, Hantavirus en el grupo “ Enf. Zoonóticas”; Hepatitis, Diarreas y SUH, en el grupo “Enf. Gastrointestinales”.

Considerando por grupo de patologías o eventos de notificación individual acumuladas del año 2007 al 2014, se advierte un predominio de la notificación de las enfermedades de transmisión sexual seguida de las infecciones respiratorias agudas. En un tercer grupo se hallan las Enf. Inmunoprevenibles y Enf. Vectoriales con similar peso. Se destaca por ultimo, la constancia de notificación de meningoencefalitis mayoritariamente efectuado por un solo efector (Virología Gutierrez) y el incremento de TBC en el año 2014.

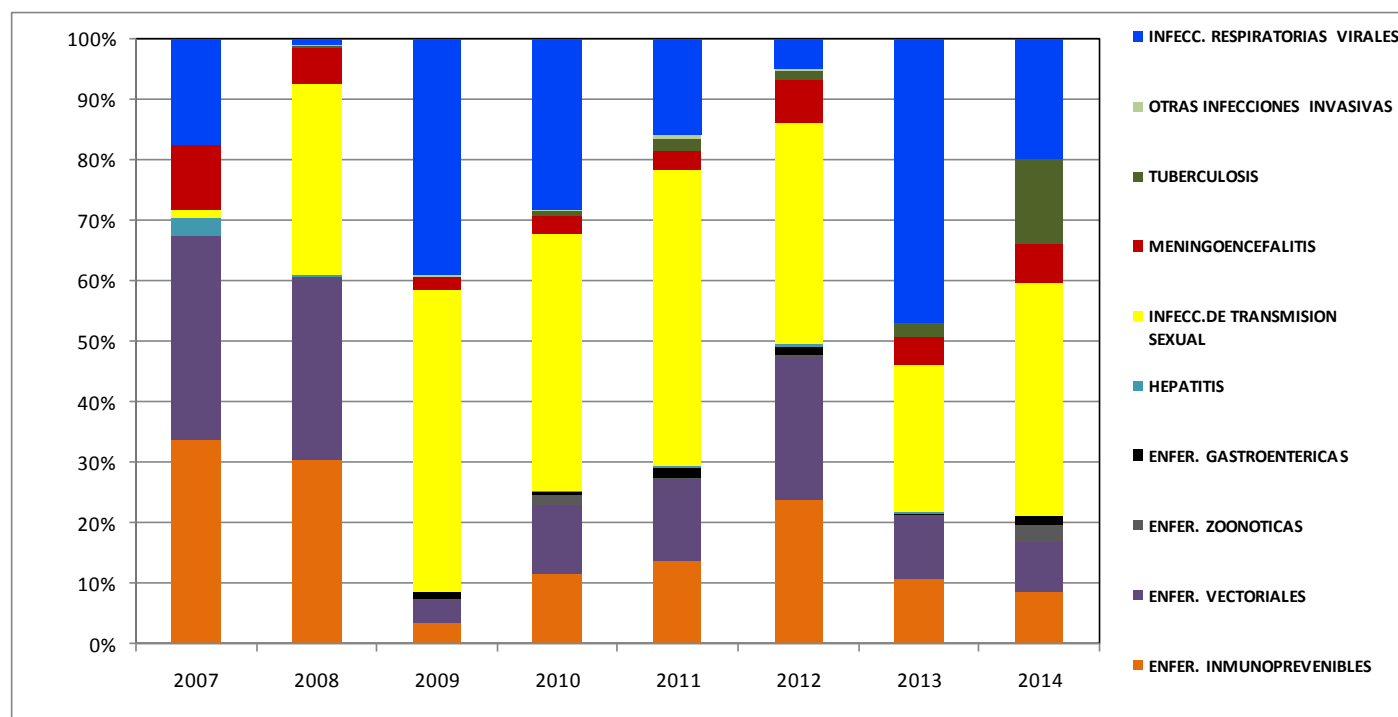
En la Tabla 2 y Grafico 9, se puede observar también la evolución de la notificación de los grupos en el periodo estudiado.

**Tabla 2 -Notificaciones según grupo de patologías de notificación individual
Nodos SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014.**

EVENTOS	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
INFECC.DE TRANS. SEXUAL	13	716	2106	2320	1623	998	783	1004	9563
INFECC. RESP. VIRALES	188	18	1633	1553	517	138	1501	518	6066
ENFER. INMUNOPREVENIBLES	363	691	151	630	454	651	345	224	3509
ENFER. VECTORIALES	49	96	426	881	152	161	486	763	3014
MENINGOENCEFALITIS	116	141	100	171	108	195	146	171	1148
TUBERCULOSIS	0	1	0	47	60	43	82	370	603
ENFER. GASTROENTERICAS	0	0	48	41	55	39	2	38	223
ENFER. ZOONOTICAS	0	0	11	91	6	5	4	71	188
HEPATITIS	34	1	0	8	1	15	1	0	60
OTRAS INFECCIONES INVASIVAS	0	7	4	7	29	5	0	0	52
LEPRA	0	0	0	0	0	0	16	18	34
TOTAL	763	1671	4479	5749	3005	2250	3366	3177	24460

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Grafico 9 -Distribución notificacion según grupo de patologías de notificacion individual-
Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 a 2014.**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En el año 2014 se registraron notificaciones individuales de algún evento en todos los nodos del grupo 1 con excepción del Htal. Velez Sarfield (17). Todos los nodos del grupo 2 presentaron actividad, con excepción de CENATOXA Y CENARESO que no muestran registro.

Se han reportado 50 de los 67 eventos de notificación obligatoria. Ocho (8) nodos han registrado solo una notificación y otros 8 nodos con menos de 5 denuncias en el año estudiado.

Se consideraron todos los nodos notificantes en el año para este tipo de notificación (26), observándose un claro predominio de la Infección respiratoria aguda, seguida de HIV, Sífilis y TBC. Se recibieron menos de 10 notificaciones para 21 patologías durante todo el año, en todos los nodos (Tabla 3).

**Tabla 3 –Notificación según tipo de patología de notificación individual-
Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Patología	Total
Infeccion respiratoria aguda viral	518
Hiv >18 meses/adultos (diagnostico)	360
Sifilis en mayores de 18 meses	350
Tuberculosis (TBC)	342
Chagas crónico en estudios poblacionales	200
Chagas agudo congenito	192
Meningoencefalitis	171
Chagas crónico en embarazadas	158
Sifilis en embarazadas	156
Dengue sospechoso	149
Coqueluche sospechoso	136
Sifilis congenita	90
Brucelosis	54
Rubeola	49
Virus chikungunya	43
Sarampion	39
TBC multiresistente (diagnostico)	36
Diarreas virales	35
IRA	31
HIV en embarazadas	22
Rabia Animal	22
Deficit de biotinidasa	19
HIV pediatricos, < 18 meses	18
HTLV en bancos de sangre	18
Lepra	14
Chagas crónico a demanda	13
TBC multiresistente (Control de tratamiento)	13
Hiperplasia suprarrenal congenita	13
Fibrosis quística	12
Hantavirus	10
TBC (Control de tratamiento)	7
Leptospirosis	6
Hipotiroidismo congenito	6

Continuación Tabla 2	
Micobacteriosis	6
Virus de la encefalitis de san luis	5
Lepra (Control de Tratamiento)	4
HIV en bancos de sangre	3
Fiebre hemorragica argentina	3
Hiv >18 meses/adultos (seguimiento)	2
Meningitis tuberculosa	2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2
Sindrome uremico hemolitico	2
Celiaquia	2
Sifilis sin especificar	1
Triquinosis	1
Brucelosis (Control de tratamiento)	1
Celiaquia (Control de tratamiento)	1
Infecciones genitales (otras)	1
Fenilcetonuria	1
Galactosemia	1
Diarreas bacterianas	1

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Otra forma de analizar la actividad de carga de cada nodo, es verificar el número o tipo de eventos estudiados en sus dos modalidades (agrupada e individual), según grupo de nodos (Tabla 4 y Tabla 5). Los nodos Muñiz , Santojanni y Piñero son los que mayor cantidad de eventos notificaron, en el grupo 1. El Htal Velez Sarfield no presentó registros de notificación individual (Tabla 4).

Entre los nodos del grupo 2, se destacó la participación de Centralab y Htal Italiano con el mayor número de eventos registrados.

**Tabla 4 –Frecuencia de eventos estudiados por nodo, según tipo de notificación-
Nodos grupo 1. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Nodo	Agrupada	Individual	total
Muñiz	3	14	17
Santojanni	9	6	15
Piñero	7	7	14
Garrahan	4	9	13
R. Mejía	6	7	13
Durand	3	9	12
Zubizarreta	12	0	12
Gutierrez	1	8	9
Penna	2	7	9
Argerich	4	5	9
Alvarez	4	3	7
Sarda	3	4	7
Ferrer	2	4	6
Udaondo	4	0	4
Pasteur	1	3	4
Elizalde	2	1	3
Tornu	1	2	3
Fernandez	2	0	2
Pirovano	0	1	1
V. Sarsfield	1	0	1

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

**Tabla 5 –Frecuencia de eventos estudiados por nodo, según tipo de notificación-
Nodos grupo 2. Ciudad de Buenos Aires. Año 2014**

Nodo	Agrupada	Individual	Totales
CENTRALAB	1	9	10
Htal.Italiano	1	9	10
MANLAB	1	7	8
FUNCEI	1	5	6
Htal Clínicas	3	3	6
CEMIC	1	4	5
Htal. Naval	2	1	3
Suizo Argent.	1	1	2
CENARESO	2	0	2
SENASA	0	1	1
CENATOXA	0	0	0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud .GCBA.

Comentario final

Considerando las observaciones parciales sostenidas en el presente análisis, se destaca el aumento continuo de nodos notificantes desde el comienzo de la implementación del sistema, como así también el incremento de la cantidad de notificaciones en la modalidad agrupada. En la modalidad individual se notó un estancamiento en la incorporación de nodos en los últimos tres años considerados, con una interrupción de la tendencia positiva registrada hasta el 2010, con excepción del año 2013 donde hubo un leve incremento.

Se advierte una baja aceptación del sistema en los primeros años, mejorando progresivamente aunque con comportamiento irregular. Este análisis no es suficiente para evaluar la adherencia al sistema, ya que no se enfoca en la regularidad de la notificación, aunque la cantidad de eventos cubiertos en ambas modalidades es un indicador de ese aspecto, siendo en algunos nodos muy bajo.

Es necesario considerar en un análisis más profundo aspectos como la regularidad y oportunidad de la notificación de los nodos para evaluar su funcionamiento

OTRAS ENFERMEDADES EMERGENTES.

ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA

La enfermedad por virus Ébola (EVE) (anteriormente conocida como fiebre hemorrágica del Ébola), es una enfermedad grave, con una tasa de letalidad de hasta un 90%. No existe un tratamiento aprobado específico ni vacuna con licencia disponible para el uso en seres humanos o animales.

El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo). La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que dio nombre al virus. Ocasiónó brotes en ese continente en los años 1995, 2000, 2005, 2008, 2012 y la epidemia actual. No existen casos autóctonos en las Américas.

El género Ébolavirus es 1 de los 3 grupos de la familia *Filoviridae* (*filovirus*) junto con los géneros *Marburgvirus* y *Cuevavirus*. El género Ébolavirus comprende 5 especies distintas: *Bundibugyo Ébolavirus* (BDBV), *Zaire Ébolavirus* (EBOV), *Reston Ébolavirus* (RESTV), *Sudán Ébolavirus* (SUDV) y *Bosque Tai Ébolavirus* (TAFV).

Transmisión

El virus del Ébola se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados como chimpancés, gorilas y murciélagos frugívoros que se habían encontrado muertos o enfermos en la selva. Las personas infectadas son contagiosas desde el momento en que empiezan a manifestarse los síntomas.

Posteriormente se propaga de persona a persona por contacto directo con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas. Los hombres pueden seguir transmitiendo el virus por el semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica. El contacto directo con el cadáver de un paciente fallecido por EVE también puede ser causa de transmisión.

Clínica:

Luego de un período de incubación que oscila entre los 2 y los 21 días, la EVE inicia con fiebre alta de aparición repentina, malestar, mialgias y cefalea, seguidas de faringitis, vómitos, diarrea y rash maculopapular. En las formas graves y mortales, la diátesis hemorrágica suele acompañarse de lesión hepática, insuficiencia renal, afección del sistema nervioso central y shock con falla multiorgánica. Tiene una elevada tasa de letalidad, pudiendo alcanzar el 90%.

Tratamiento

No existe tratamiento específico para EVE, se utilizan medidas de sostén, los pacientes requieren de cuidados intensivos. **No existe vacuna disponible.**

Diagnóstico diferencial

Se debe descartar paludismo, fiebre tifoidea, shigelosis, cólera, leptospirosis, peste, rickettsiosis, fiebre recurrente, meningitis, hepatitis y otras fiebres hemorrágicas víricas. Las infecciones por el virus del Ébola sólo pueden diagnosticarse definitivamente mediante distintas pruebas de laboratorio utilizadas para la detección del ARN o antígenos del virus y anticuerpos IgM/IgG. Las muestras de los pacientes y las pruebas tienen que realizarse en condiciones de máxima seguridad.

Alerta Mundial

La OMS ante la situación de los más de 1400 casos registrados en Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona, al 31 de julio de 2014, con 743 defunciones, declaró un alerta mundial el 6 de agosto de 2014

Para ello la OMS recomendó Elaborar e implementar Planes de contingencia que contemplen los siguientes puntos:

- Vigilancia

Detección de casos compatibles con EVE en distintos puntos
Búsqueda de contactos y seguimiento diario
Disponer de equipos de epidemiólogos entrenados y suficientes
Generar información regular

- Diagnóstico por laboratorio

- Manejo de casos en Servicios de salud

El paciente debe ser transferido y manejado en un establecimiento de salud designado
Traslado del paciente con uso de equipo de protección personal durante el traslado
Prevención y control de infecciones: Precauciones en el contacto directo con el paciente
Desinfección del ambiente, manejo de residuos en el ámbito hospitalario, disposición segura de cadáveres
Provisión de insumos y equipamiento

- Concientización y comunicación

Personal de salud , Población general, Otros sectores
Información para los viajeros, Información a comunidades de inmigrantes, Medios de prensa

Aunque la mayoría de los países de las Américas no tienen vuelos directos con los países donde se ha documentado la transmisión de EVE, la introducción del virus Ébola en la Región puede darse a través de viajeros internacionales, preferentemente por vía aérea. Por lo tanto, a la luz del contexto epidemiológico y social actual del brote de EVE en el África occidental, se justifican los esfuerzos de preparación que las autoridades nacionales de la Región realicen para hacer frente a la introducción de los casos EVE en las Américas.

Resumen de Acciones en la Ciudad de Buenos Aires

- El 7 de agosto de 2014 a partir del alerta de OMS del día anterior, se presentó a las Autoridades del Ministerio de Salud de la Ciudad el Informe preliminar “Resumen de recomendaciones de OPS: Enfermedad por el virus del Ébola, implicancias de la introducción en las Américas”
- Se convocó al Comité de crisis y se efectuaron distintas Reuniones
- Se confeccionó el Plan de Preparación y Respuesta Ciudad de Bs. As, siguiendo los lineamientos de la resolución 2290/06 (Plan de Pandemia de Influenza y otras enfermedades de repercusión masiva)

Plan de contingencia Ciudad de Bs As

El principal riesgo de introducción del virus al país es el ingreso de viajeros virémicos desde zonas con transmisión activa. Aunque nuestro país no dispone de vuelos directos con los países donde se ha documentado la transmisión de EVE, la introducción del virus del Ébola en el territorio puede darse a través de viajeros internacionales.

Componentes del plan:

Vigilancia epidemiológica
Planificación de los servicios de salud
Prevención y control de infecciones
Atención del paciente
Toma y derivación de muestras para diagnóstico por laboratorio
Comunicación social

- El 12 de Agosto, el Ministerio de Salud de la Nación remitió el Primer Protocolo para el manejo y notificación de Casos sospechosos y Contactos de Enfermedad por Virus Ébola
- El Jueves 28 de Agosto por memo (ME-2014-12250757- -SSPLSAN) se remitió a los efectores de CABA la Guía Básica de Procedimientos para ENFERMEDAD POR VIRUS EBOLA
- Se procedió al armado de la Unidad de Referencia en el Hospital Muñiz y la compra de camilla especial con presión negativa
- Se elaboraron e imprimieron afiches informativos que se distribuyeron a los hospitales (ver anexos)
- Durante el mes de Setiembre se efectuaron Reuniones con hospitales públicos y privados de la Ciudad, presentando los alcances del tema y pasos a seguir
- Se amplió información por medio del Boletín electrónico Epiciudad que se distribuyó vía mail a más de 600 contactos
- Las cuatro Direcciones Generales de Regiones Sanitarias cursaron Nota a los hospitales públicos dependientes para monitorear la implementación del Plan: enfocando a las capacidades asistenciales ante un caso sospechoso Enfermedad Virus Ébola en Ciudad de Bs As :

- 1) La Guía Básica de Procedimientos ha sido distribuida entre los sectores involucrados.
- 2) Se ha distribuido la ficha de notificación a los sectores de guardia del hospital.
- 3) Se colocó la cartelería suministrada por el Ministerio en lugares fácilmente visibles.
- 4) El procedimiento para el transporte de muestras está a disposición en el laboratorio clínico siguiendo las instrucciones provistas.
- 5) Se difundió el video sobre cómo colocarse las medidas de protección.
- 6) Si bien no hay en la guardia un consultorio para febriles se identificó un área de la guardia para uso a tal fin en caso de ser necesario.
- 7) Se hizo una reunión de capacitación con profesionales y enfermeras sobre el uso de las medidas de protección y las enfermeras para control de infecciones (ECI) están coordinando capacitaciones adicionales. Se continuará con reuniones de capacitación adicionales
- 8) En relación a los insumos se ha procedido a la compra de los mismos

- El 21 de octubre en nueva reunión del comité se presentó y consensuó los diferentes equipos de protección personal y bioseguridad según situaciones (para hospital receptor- derivador). Se inicio trámite de compra centralizada de equipos especiales de protección personal que se distribuyeron durante el mes de noviembre

Equipo de protección personal Ebola descartable:
1 Ambo descartable
1 Mameluco impermeable con capucha integrada
1 Camisolín impermeable descartable
2 Cubre calzado simple
2 Cubre calzado impermeable con cobertura total antideslizante
4 Guantes de nitrilo
1 Pantalla facial
1 Barbijo N 95
Equipo de protección personal Ebola reutilizable:
1 Par Botas de goma
Otros:
1 Cinta adhesiva duct tape

- Se elaboró cartilla (ver anexos) sobre los Pasos para vestirse y desvestirse al usar Equipo de Protección Personal y se efectuaron nuevas capacitaciones semanales con los profesionales de los distintos hospitales encargados de la posible atención de casos sospechosos de EVE
- En noviembre se elaboró:
 1. GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN DE UN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA (EVE).
 2. FICHA PARA SEGUIMIENTO DE CONTACTO CON CASO DE ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA
 3. Recomendaciones para Hoteles 2014 -
- También se consideraron los Aspectos legales, confeccionándose un modelo de ACTA COMPROMISO PARA EL SEGUIMIENTO DE CONTACTOS CON EBOLA y la HOJA DE INFORMACION Y COMPROMISO DE AISLAMIENTO/TRATAMIENTO POR EBOLA
- Finalmente se termino de elaborar una nueva guía completa de manejo del tema con las ultimas actualizaciones internacionales: GUIA DE ACTUACIÓN FRENTE A CASOS SOSPECHOSOS DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS ÉBOLA EN CIUDAD DE BUENOSAIRES

Casos sospechosos evaluados y descartados

Distintas situaciones de alerta se sucedieron en este tiempo que fueron evaluados y descartados, siendo las más destacadas:

- 8-10-14 Viajeros asintomáticos procedentes de Nigeria Seguimiento y control a 5 miembros de la familia asintomáticos Provenientes de OGUN, LAGOS, NIGERIA
- 30 -10- 2014 ALERTA EBOLA 22:00 horas– Caso de extranjero Sanatorio Otamendi Miroli CABA probable Paludismo
- 31-10-2014 Investigación de caso por sospecha de EVE Ciudad Autónoma de Buenos Aires , no reunían criterios
- 19-11-2014 Paciente febril proveniente de Sudáfrica. CABA. SE 47. descartado

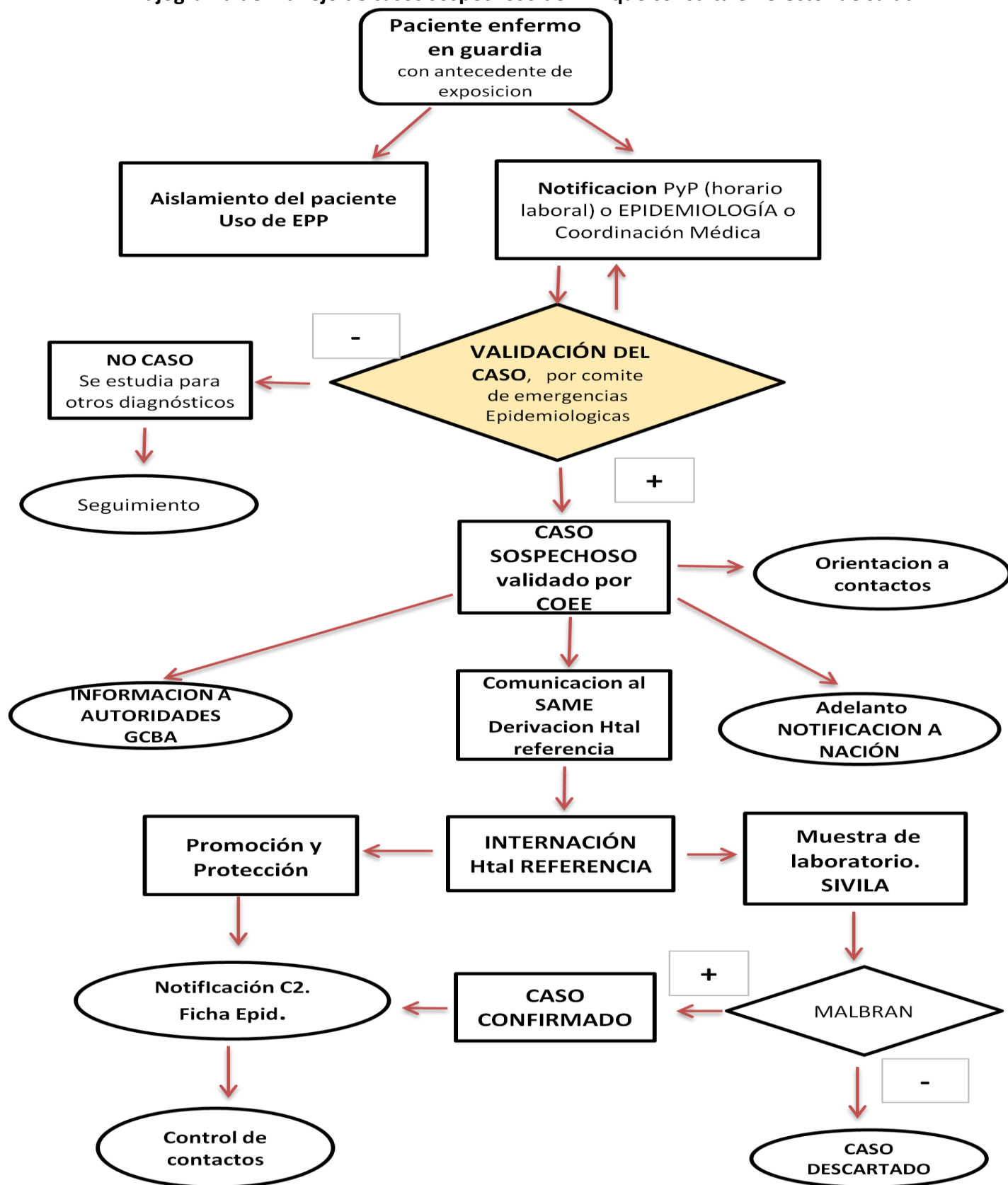
Anexos:

1.- Pasos para vestirse y desvestirse al usar Equipo de Protección Personal.

Nº	Pasos para vestirse	Check
1	Disponer de un observador entrenado quien comprobará disponibilidad de los diferentes elementos y utilizará una lista de verificación por escrito para guiar cada paso del uso EPP	
2	Elementos de Protección Personal a utilizar:	
	1. Ambo descartable	
	2. Mameluco impermeable con capucha integrada	
	3. Camisolín impermeable descartable	
	4. Botas de goma, o calzado lavable	
	5. Cubre calzado simple	
	6. Cubre calzado impermeable con cobertura total antideslizantes	
	7. Guantes de nitrilo, dos pares	
	8. Pantalla facial	
	9. Barbijo N 95	
3	Retirar la ropa, calzado de calle y artículos personales (aros, reloj, cadenas, celular, bolígrafos, etc)	
4	Colocar un ambo descartable y cubrir calzado simple como calcetín	
5	Verificar que todos los elementos de EPP se encuentren en condiciones y sin fallas o roturas	
6	Iniciar con el observador todos los pasos de la vestimenta	
7	Controlar al trabajador signos vitales y ofrecer una cantidad adecuada de hidratación previo a realizar procedimientos de vestimenta	
8	Sujetar el cabello para evitar desbordes a través del EPP, no usar hebillas, ni hacer rodetes	
9	Realizar lavado de manos esperando secado completo	
10	Colocar barbijo N 95 asegurando la prueba de ajuste	
11	Colocar el mameluco impermeable descartable con capucha integrada.	
12	Colocar calzado impermeable (botas) o calzado lavable verificando que las piernas del ambo descartable queden por dentro de las mismas y las piernas del mameluco por fuera de la caña de bota	
13	Colocar cubrir calzado impermeable, con planta antideslizante y lazos o elastizado para asegurar protección, cubriendo la botamaga del mameluco	
14	Luego de verificar la correcta colocación de la capucha integrada del mameluco, colocar la máscara protectora facial	
15	Colocar primer par de guantes de nitrilo asegurando que su extremo quede bien incorporado por dentro del puño del mameluco.	
16	Colocar camisolín impermeable descartable con cinto sujetado en el lateral para facilitar su extracción.	
17	Colocar segundo par de guantes de nitrilo por encima del puño del camisolín fijado con cintas tipo Duct-tape en sentido longitudinal	
18	Practicar movimientos para evaluar condiciones de trabajo con el equipo	
19	Dirigirse al área de atención	
20	Antes de ingresar se deberá repasar pasos del listado.	
21	Ingresar a la habitación de atención del paciente solo si se siente seguro y cómodo	

Nº	Pasos para desvestirse	Check
En la habitación del paciente		
1	Inspeccionar el EPP para evaluar contaminaciones visibles, cortes o desgarros	
2	Desinfectar guantes exteriores	
3	Retirar el camisolín con técnica de envoltura con arrastre de guantes exteriores	
4	Inspeccionar roturas o contaminaciones y desinfectar los guantes interiores	
5	Retirar el cubre botas con movimiento envolvente	
6	Lavar y desinfectar las manos enguantadas	
7	Retirarse de la habitación del paciente y dirigirse al área preparada para completar los pasos de la remoción de vestimenta	
En la antesala		
8	Retirar pantalla facial descartable , elimínelas con los demás residuos	
9	Lavar las manos enguantadas y desinfectar	
10	Retirar el mameluco rodándolo de adentro hacia fuera.	
11	Lavar y desinfectar manos enguantadas(guantes interiores)	
12	Retirar el barbijo N 95 tomando primero la unión inferior ,luego la superior sin tocar la parte delantera	
13	Sentarse en silla cómoda y limpiar con toallita húmeda las botas de goma o calzado lavable	
14	Retirar las botas o calzado lavable , depositándolas en recipiente apropiado	
15	Lavar y desinfectar manos enguantadas (guantes interiores)	
16	Retirar los guantes según técnica	
17	Lavar y desinfectar manos y retirarse del lugar	
18	Dirigirse al área de duchas donde luego de ser completada, se colocará ambo limpio y calzado habitual	

2.- Flujograma de manejo de casos sospechoso de EVE que consulta en efector de salud



Afiche entradas Hospitales

- Formato 1.20 x 0.90 m



Buenos Aires Ciudad

EN TODO ESTÁS VOS

Afiche sala de Guardia y Consultorios Externos

- Formato 0.40 x 0.60 m

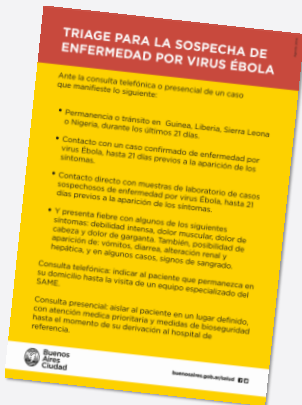


Buenos Aires Ciudad

EN TODO ESTÁS VOS

Afiche para personal de salud

- Formato A3 0.297 x 0.420 m



Buenos Aires Ciudad

EN TODO ESTÁS VOS