

Boletín Epidemiológico de la Ciudad/2013

**Dirección General de Desarrollo y Planeamiento Sanitario.
Departamento de Epidemiología**



**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 Rodríguez

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 (CMR)	21
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA'S).....	40
GASTROENTERICAS	53
BOTULISMO DEL LACTANTE	53
DIARREAS AGUDAS	56
DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS (DAS)	63
SINDROME UREMICO HEMOLITICO	69
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA).....	77
HEPATITIS A Y SIN ESPECIFICAR	82
INMUNOPREVENIBLES	89
COQUELUCE.....	89
PARÁLISIS AGUDAS FLACCIDAS.....	102
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	110
MENINGOENCEFALITIS	118
VECTORIALES	131
DENGUE	131

INTRODUCCIÓN.

Dr. Raul H Forlenza.

El mayor peso relativo en la notificación de la vigilancia general en residentes de la Ciudad en el año 2013 fueron: lesiones, enfermedades respiratorias y gastroentéricas, que suman el 85 % de las denuncias. En no residentes la notificación se redujo 27 % entre los años 2012-2013. Los principales capítulos de notificación fueron enfermedades respiratorias, lesiones y gastroentéricas.

En el año 2013, fueron notificados 5 casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita con residencia en Ciudad de Buenos Aires que fueron descartados por laboratorio.

Durante este año, se registro también un elevado número de casos probables y confirmados de dengue menor a lo ocurrido en los años 2009 y 2007.

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.

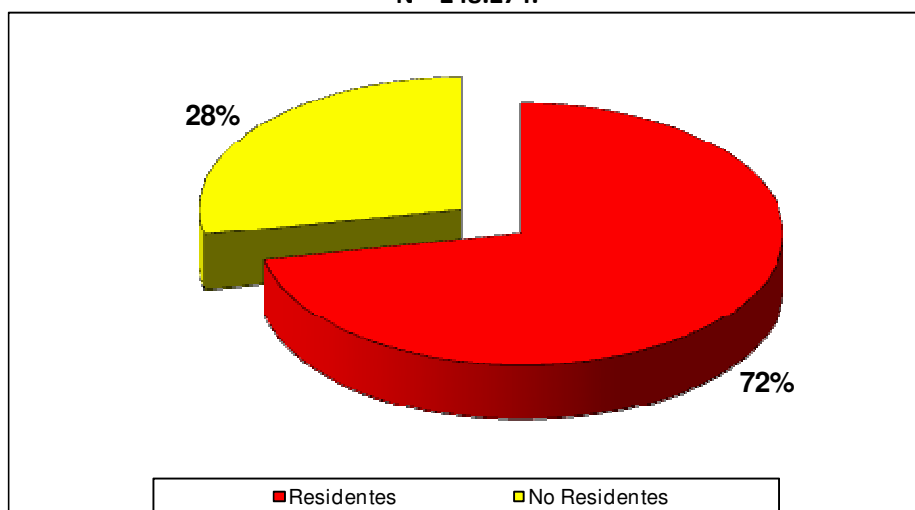
Además queremos agradecer a los distintos profesionales que integran los equipos de salud de la Ciudad, que participan con entusiasmo y dedicación en la silenciosa tarea de prevención, vigilancia y control de enfermedades.

SINTESIS DE VIGILANCIA GENERAL.

Dr. Jorge Chaui.

Durante el año 2013 se registraron en el modulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la jurisdicción CABA, un total de 248.274 eventos de notificación obligatoria (ENO), de los cuales el 72 % (178.377 casos) correspondieron a residentes habituales en la ciudad y 28 % (69.897 casos) a no residentes. (Gráfico 1).

Gráfico 1
Enfermedades de Notificación Obligatoria
Según residencia habitual del caso
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013
N = 248.274.



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

Establecimientos (nodos) notificadores en Ciudad de Buenos Aires

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

Nodos con área programática

Nodos sin área programática

Nodos oficiales complementarios

Nodos de gestión privada/comunitaria/otros organismos

En los efectores del grupo 1, el hospital Zubizarreta es el nodo con mayor volumen de notificaciones, seguido por Penna, Argerich, Piñero y Ramos Mejía. Algunos CESAC y el Instituto Pasteur (habilitado para denuncias sobre rabia animal en la C2), 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 Fernandez presentaron un registro de denuncias mucho menor. La notificación predominante corresponde a casos residentes, con excepción del hospital Zubizarreta (Tabla 1).

Tabla 1
Distribución de las notificaciones según residencia del caso
Nodos del Grupo 1
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

GRUPO 1 (nodos con AP)			
EFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL ALVAREZ (PyP)</i>	9374	986	10360
CENTRO N° 34	6	0	6
<i>HOSPITAL ARGERICH (PyP)</i>	16503	3279	19782
CENTRO N° 9	579	0	579
CENTRO N° 15	631	0	631
CENTRO N° 41	450	0	450
<i>HOSPITAL DURAND (PyP)</i>	12703	5720	18423
CENTRO N° 22	419	0	419
CENTRO N° 23	0	0	0
CENTRO N° 38	0	0	0
<i>HOSPITAL FERNANDEZ (PyP)</i>	4101	935	5036
CENTRO N° 17	0	0	0
CENTRO N° 21	0	0	0
CENTRO N° 25	0	0	0
CENTRO N° 26	0	0	0
<i>HOSPITAL PENNA (PyP)</i>	13201	7041	20242
CENTRO N° 1	261	0	261
CENTRO N° 8	574	0	574
CENTRO N° 10	213	0	213
CENTRO N° 16	265	0	265
CENTRO N° 32	143	0	143
CENTRO N° 30	479	0	479
CENTRO N° 39	657	13	670
CENTRO N° 35	755	0	755
<i>HOSPITAL PIÑERO (PyP)</i>	18813	1019	19832
CENTRO N° 6	1313	25	1338
CENTRO N° 13	536	0	536
CENTRO N° 14	364	0	364
CENTRO N° 18	938	0	938
CENTRO N° 19	923	0	923
CENTRO N° 20	745	0	745
CENTRO N° 24	640	0	640
CENTRO N° 31	501	0	501
CENTRO N° 40	914	0	914

GRUPO 1 (nodos con AP)			
EFFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL PIROVANO (PyP)</i>	6061	2871	8932
CENTRO Nº 2	371	221	592
CENTRO Nº 12	120	4	124
CENTRO Nº 27	511	0	511
<i>HOSPITAL RAMOS MEJIA (PyP)</i>	16525	2763	19288
CENTRO Nº 3	712	0	712
CENTRO Nº 4	184	106	290
CENTRO Nº 37	0	0	0
<i>HOSPITAL SANTOJANNI (PyP)</i>	1711	1230	2941
CENTRO Nº 5	1185	1	1186
CENTRO Nº 7	249	92	341
CENTRO Nº 28	197	35	232
CENTRO Nº 29	483	0	483
<i>HOSPITAL TORNÜ (PyP)</i>	11242	2145	13387
CENTRO Nº 33	0	0	0
<i>HOSPITAL VELEZ SARFIELD</i>	10113	4907	15020
CENTRO Nº 36	575	148	723
<i>HOSPITAL ZUBIZARRETA (PyP)</i>	14542	15143	29685
<i>INST. L. PASTEUR</i>	0	0	0
Total	151782	48684	200466

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

En el grupo 2, los nodos Elizalde y Garrahan presentaron el mayor número de notificaciones; es notorio que el nodo Gutierrez, de similares características a los hospitales anteriores, presente una menor frecuencia de denuncias. La mayoría de las comunicaciones fueron casos no residentes en la jurisdicción, con excepción del Hospital Rivadavia. (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución de las notificaciones según residencia del caso
Nodos del Grupo 2
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

GRUPO 2 (nodos sin AP)			
EFFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL RIVADAVIA (PyP)</i>	4458	1403	5861
<i>HOSPITAL ELIZALDE (PyP)</i>	3684	7504	11188
<i>HOSPITAL GUTIERREZ (PyP)</i>	843	2484	3327
<i>HOSPITAL GARRAHAN (PyP)</i>	2913	7348	10261
<i>HOSPITAL SARDA (PyP)</i>	231	391	622
<i>HOSPITAL MUÑIZ (PyP)</i>	1325	1949	3274
Total	13454	21079	34533

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

Del grupo 3 solo participaron en el SNVS, durante el año 2013, 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 2013.

GRUPO 3 (nodos complementarios)			
EFECTOR	Residente	No Residente	Total
<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 FERRER</i>	15	33	48
<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 SANTA LUCIA</i>	130	35	165
<i>HOSPITAL ALVEAR</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL BORDA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL MOYANO</i>	95	0	95
<i>HOSPITAL TOBAR GARCIA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA</i>	98	46	144
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA INFANTIL</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL ODONTOLOGIA (EX-NACIONAL)</i>	0	0	0
Total	338	114	452

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

En el grupo 4, de efectores no oficiales del GCBA, solo comunicó regularmente el Hospital Italiano, registrando sus datos en la planilla C2 del SNVS, predominando los casos en residentes.

Tabla 4
Distribución de las notificaciones según residencia del caso
Nodos del Grupo 4
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Grupo 4 (nodos de gestión no oficial del GCBA)			
EFECTOR	Residente	No Residente	Total
<i>HOSPITAL ITALIANO</i>	12803	20	12823
<i>HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL AERONAUTICO CENTRAL</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL MILITAR CENTRAL</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL CHURRUCA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL DE CLINICAS</i>	0	0	0
<i>INSTITUTO LANARI</i>	0	0	0
<i>CTRO GALLEGO DE BUENOS AIRES</i>	0	0	0
<i>ASOC CIVIL HOSPITAL ALEMAN</i>	0	0	0
<i>HOSP BRITANICO DE BUENOS AIRES</i>	0	0	0
<i>CEMIC</i>	0	0	0
<i>FUNCEI</i>	0	0	0
<i>CLINICA BAZTERRICA</i>	0	0	0
<i>HOSPITAL PRIVADO DE NIÑOS</i>	0	0	0
<i>IADT</i>	0	0	0
<i>INST. A FLEMING</i>	0	0	0
<i>SANATORIO AGOTE</i>	0	0	0
<i>SANATORIO ANCHORENA</i>	0	0	0
<i>SANATORIO COLEGIALES</i>	0	0	0
<i>SANATORIO DE LA PROVIDENCIA</i>	0	0	0
<i>SANATORIO TRINIDAD MITRE</i>	0	0	0
<i>SANATORIO TRINIDAD PALERMO</i>	0	0	0
<i>SANATORIO DE LOS ARCOS</i>	0	0	0
<i>SANATORIO DUPUYTREN</i>	0	0	0
<i>SANATORIO MATER DEI</i>	0	0	0
<i>SANATORIO OTAMENDI</i>	0	0	0
<i>SANATORIO SAN JOSE</i>	0	0	0
<i>UAI HOSP. UNIVERSITARIO AUSTRAL</i>	0	0	0
Total	12803	20	12823

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 85 % de las denuncias.

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

Capítulos de ENO	Notificaciones	%
Lesiones	76766	43,0
Respiratorias	48346	27,1
Gastroentéricas	26037	14,6
Otras Enf. Transmisibles u Otros Eventos	8025	4,5
Inmunoprevenibles	7683	4,3
Otras Enf. No Transmisibles	7533	4,2
Enf. de Transmisión Sexual	2707	1,5
Intoxicaciones	761	0,4
Enfermedades Vectoriales	203	0,1
Meningoencefalitis	139	0,1
Enfermedades Zoonóticas	126	0,1
Otras Hepatitis virales	47	0,0
Envenenamiento por Animal Ponzoso	4	0,0
Totales	178377	100,0

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

Notificación en residentes.

El total de notificaciones de residentes en el año 2013 (n = 178.377), fue similar al registrado en 2012 (n = 178.179).

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, 25 superaron la notificación esperada para el año 2013; lo cual representó el 20 % del total de dichos eventos. (Tabla 6).

Dentro del capítulo de enfermedades inmunoprevenibles, la mayor tasa de notificación se observó en varicela, y fue mayor a lo estimado en el año 2012. En los capítulos de enfermedades respiratorias, gastroentéricas y lesiones también se aprecian eventos con elevadas tasas de notificación. (Tabla 6).

En Bronquiolitis y Neumonía se observó una importante reducción en la tasa de notificación 2013 respecto de 2012. El comportamiento contrario se verifica en ETI, Influenza A(H1N1), e IRAG. (Tabla 6).

Las tasas de enfermedades diarreicas registraron una reducción, respecto del año 2012.

Tabla 6
Enfermedades de notificación obligatoria
Síntesis según tasas e indicadores IEA y Poisson Acumulado
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2012 y 2013.

SINTESIS						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2012		2013		Indice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Inmunoprevenibles						
Coqueluche *	94	3,1	121	4,0	3,18	
Difteria	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Enfermedad Febril Exantemática (sosp. sar-rub)) *	172	5,7	33	1,1	-	-
Hepatitis A	20	0,7	21	0,7	-	No significativo
Hepatitis B	68	2,3	50	1,7	-	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 *	8	0,3	7	1,3	-	No significativo
Parotiditis	103	3,4	72	2,4	0,88	-
Poliomielitis Confirmada *	0	0,0	0	0,0	-	-
Rubéola Confirmada *	1	0,0	0	0,0	-	
Rubeola Congénita *	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Sarampión confirmado *	1	0,0	0	0,0	-	
Tétanos Neonatal	0	0,0	0	0,0	-	-
Tétanos Otras Edades	0	0,0	1	0,0	-	-
Varicela	3840	127,7	7378	245,4	1,55	-

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

SINTESIS						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2012		2013		Indice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Respiratorias						
Bronquiolitis en menores de 2 Años	16539	21743,5	13549	17812,6	1,00	-
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	18114	602,6	19733	656,5	0,99	-
Influenza humana por A(H1N1) confirmada	17	0,6	308	10,2	-	0,0000
Influenza humana por nuevo subtipo de virus	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
IRAG	1703	56,7	2308	76,8	1,51	-
IRAG Fallecidos	37	1,2	57	1,9	-	0,0000
Neumonía	13111	436,2	11554	384,4	0,88	-
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0,0	0	0,0	-	-
Tuberculosis 1º vez	813	27,0	837	27,8	1,03	-
Gastroentéricas						
Botulismo *	2	0,1	0	0,0	-	No significativo
Botulismo del Lactante *	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Cólera	0	0,0	0	0,0	-	-
Enf. Diarreica aguda < 5 años	14724	7721,0	12052	6319,9	0,92	-
Enf. Diarreica aguda > 5 años	13941	495,2	12502	444,1	1,24	-
Enf. Diarreica aguda sin especificar edad	237	7,9	229	7,6	1,02	
Enf. Diarreica aguda sanguinolenta (DAS) *	310	10,3	304	10,1	3,04	-
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA) *	85	2,8	70	2,3	-	No significativo
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0,0	0	0,0	-	-
Intoxicacion Paralítica por Moluscos (IPM)	0	0,0	0	0,0	-	-
Parasitosis Intestinales	840	27,9	842	28,0	1,00	
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) *	18	0,6	37	1,2	-	No significativo
Triquinosis	2	0,1	0	0,0	-	No significativo
Otras Hepatitis virales						
Hepatitis Sin especificar	12	0,4	9	0,3	-	No significativo
Hepatitis C	38	1,3	38	1,3	-	No significativo
Hepatitis D	0	0,0	0	0,0	-	-
Hepatitis E	0	0,0	0	0,0	-	No significativo

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

SINTESIS						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2012		2013		Indice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Enfermedades vectoriales						
Chagas Agudo Congénito	15	2,8	94	17,7	-	0,0000
Chagas Agudo Vectorial	0	0,0	0	0,0	-	-
Chagas Agudo otros	4	0,1	0	0,0	-	No significativo
Dengue Clásico *	111	3,7	102	3,4	2,57	-
Dengue Grave *	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Encefalitis Por Arbovirus	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Fiebre Amarilla	0	0,0	0	0,0	-	-
Fiebre Recurrente	0	0,0	0	0,0	-	-
Fiebre del Nilo Occidental	0	0,0	0	0,0	-	-
Leishmaniasis Cutánea	4	0,1	1	0,0	-	No significativo
Leishmaniasis Mucosa	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Leishmaniasis Visceral	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Paludismo (Malaria)	2	0,1	4	0,1	-	0,0143
Peste	0	0,0	0	0,0	-	-
Tifus Exantemático	0	0,0	0	0,0	-	-
Enfermedades Zoonóticas						
Brucelosis Humana	0	0,0	3	0,1	-	0,0008
Carbunco Extracutáneo (Antrax)	0	0,0	0	0,0	-	-
Carbunco Humano cutáneo	0	0,0	0	0,0	-	-
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0,0	0	0,0	-	-
Hantavirus	1	0,0	0	0,0	-	No significativo
Hidatidosis	4	0,1	11	0,4	-	0,0020
Leptospirosis	3	0,1	1	0,0	-	No significativo
Mordedura Por Murciélago	36	1,2	29	1,0	-	No significativo
Mordedura Por Rata	40	1,3	81	2,7	-	No significativo
Psitacosis	6	0,2	1	0,0	-	No significativo
Rabia Animal	3	-	0	-	-	No significativo
Rabia Humana	0	0,0	0	0,0	-	-

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

SINTESIS						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2012		2013		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Meningoencefalitis						
Meningitis Por Haemoph. Influenzae *	2	0,1	4	0,1	-	0,0077
Meningitis por Meningococo *	22	0,7	13	0,4	-	No significativo
Meningitis por Neumococo *	13	0,4	10	0,3	-	No significativo
Meningitis por Staphilococo *	1	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Bacterianas Otras *	4	0,1	8	0,3	-	No significativo
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento *	23	0,8	13	0,4	-	No significativo
Meningitis Virales a Enterovirus *	47	1,6	18	0,6	-	No significativo
Meningitis virales por varicela *	0	0,0	1	0,0	-	-
Meningitis Virales Urleanas *	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Por Otros Virus *	7	0,2	4	0,1	-	No significativo
Meningitis Virales Sin Especificar *	43	1,4	18	0,6	-	No significativo
Meningitis micoticas y parasitarias *	1	0,0	2	0,1	-	No significativo
Meningitis Sin Especificar Etiología *	23	0,8	48	1,6	-	0,0000
Meningoencefalitis Totales *	186	6,2	139	4,6	1,25	-
Otras Enfermedades Transmisibles u Otros Eventos						
Encefalopatía Espongiforme	0	0,0	3	0,1		No significativo
Infección Intra Hospitalaria	18	0,6	88	2,9	-	No significativo
Lepra	6	0,2	37	1,2	-	0,0000
Síndrome Febril Inespecífico	6053	201,4	7897	262,7	1,95	
Viruela	0	0,0	0	0,0	-	-
Enfermedades de Transmisión Sexual						
Chancro Blando	4	0,1	16	0,5	-	0,0022
Condiloma Acuminado	624	20,8	610	20,3	1,09	-
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	7	0,2	4	0,1	-	No significativo
Herpes Genital	235	7,8	252	8,4	1,12	-
Linfogranuloma Venéreo	13	0,4	7	0,2	-	No significativo
Sífilis Congénita	65	2,2	111	3,7	1,62	
Sífilis Latente	223	7,4	237	7,9	0,98	-
Sífilis Sin Especificar	425	14,1	461	15,3	1,08	-
Sífilis Temprana	190	6,3	132	4,4	1,03	
Sífilis Terciaria	16	0,5	99	3,3	-	0,0000
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	57	1,9	67	2,2	-	No significativo
Supuración Genital Gonocócica	54	1,8	118	3,9	2,19	
Supuración No Gonocócica	521	17,3	393	13,1	0,75	-
VIH +	139	4,6	200	6,7	0,86	-

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

SINTESIS						
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	2012		2013		Índice Epidémico Acumulado	Distribución de Poisson
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**		
Envenenamiento por Animal Ponzoso						
Alacranismo	0	0,0	2	0,1	-	No significativo
Aracnoidismo	0	0,0	1	0,0	-	No significativo
Ofidismo	0	0,0	1	0,0	-	0,0175
Intoxicaciones						
Intoxicación Medicamentosa	243	8,1	244	8,1	1,79	-
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	191	6,4	257	8,5	1,90	-
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	95	3,2	0	0,0	-	-
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	18	0,6	13	0,4	-	No significativo
intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0,0	0	0,0	-	No significativo
Intoxicación por otros tóxicos	159	5,3	247	8,2	1,69	-
Enf. No Transmisibles						
A.C.V. 1ª Vez	1231	41,0	1194	39,7	0,95	-
Cancer 1º Vez	1373	45,7	1343	44,7	1,07	-
Desnutrición	780	25,9	621	20,7	0,91	-
Diabetes Tipo 1	1069	35,6	1042	34,7	0,96	-
Diabetes Tipo 2	3395	112,9	2533	84,3	0,82	-
I.A.M. 1ª Vez	590	19,6	559	18,6	1,28	-
Reacciones Adversas a Fármacos	97	3,2	241	8,0	1,00	-
Lesiones						
Accidentes Del Hogar	2746	91,4	3012	100,2	1,10	-
Accidentes En Escuelas	497	16,5	470	15,6	0,95	-
Accidentes Laborales	1983	66,0	1907	63,4	1,03	-
Accidentes Sin Especificar	53874	1792,2	55824	1857,1	1,15	-
Accidentes Viales	6635	220,7	7777	258,7	1,21	-
Mordedura por Animal Domestico	6667	221,8	7776	258,7	1,17	-
TOTALES	178178	-	178377	-	-	-

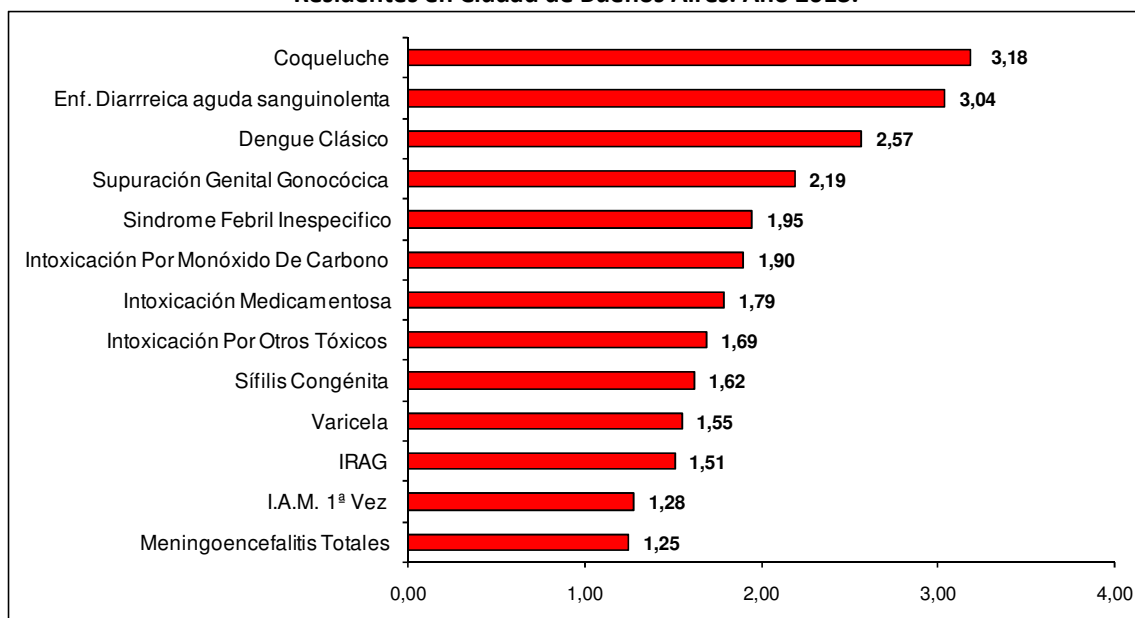
*Eventos de vigilancia intensificada. Consultar informes específicos para observar las variaciones respecto del registro en C2

**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 2013, presentaron una notificación superior a la mediana histórica (Índice Epidémico Acumulado Anual mayor de 1,24). Este comportamiento se observó en eventos incluidos en casi todos los capítulos de ENO antes descriptos, con excepción de lesiones y otras hepatitis virales. (Tabla 6; gráfico 2). Coqueluche y Diarrea Aguda Sanguinolenta constituyeron los eventos con mayor IEA (Tabla 6; gráfico 2).

Gráfico 2
Enfermedades de notificación obligatoria
Según Índice Epidémico Acumulado Anual mayor a 1,24
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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 2013, se muestran detalladas en las tablas 6 y 7

En el capítulo de enfermedades respiratorias, solo los casos de Influenza AH1N1 confirmado, e 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 2013.

Enfermedades de notificación obligatoria	Índice Observado/Esperado O/E	Distribución de Poisson < 0,0500
Influenza humana por AH1N1 confirmada	30,3	0,0000
Lepra	9,7	0,0000
Brucelosis Humana	7,5	0,0008
Sífilis Terciaria	7,5	0,0000
Ofidismo	5,0	0,0175
Chagas Agudo Congénito	4,9	0,0000
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	3,3	0,0077
IRAG Fallecidos	3,1	0,0000
Paludismo (Malaria)	2,9	0,0143
Meningitis Sin Especificar Etiología	2,5	0,0000
Hidatidosis	2,5	0,0020
Chancro Blando	2,1	0,0022

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

Notificación en NO residentes

Durante el año 2013 se notificaron 69897 casos NO residentes atendidos en los efectores públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha notificación se redujo 27 % entre los años 2012-2013. 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 2012-2013.

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2012	Casos 2013
Inmunoprevenibles		
Coqueluche *	560	257
Difteria	0	0
Enfermedad Febril Exantemática (sosp. sar-rub)) *	156	17
Hepatitis A	20	30
Hepatitis B	24	15
Meningoencefalitis Tuberculosa en Menores de 5 Años	0	1
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0
Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 Años *	46	42
Parotiditis	33	12
Poliomielitis Confirmada *	0	0
Rubéola Confirmada *	0	0
Rubeola Congénita *	0	0
Sarampión confirmado *	0	0
Tétanos Neonatal	0	0
Tétanos Otras Edades	1	1
Varicela	1533	2243
Respiratorias		
Bronquiolitis en menores de 2 Años	14485	9368
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	9206	8514
Influenza humana por AH1N1 confirmada	6	634
Influenza humana por nuevo subtipo de virus	0	0
IRAG	1326	1833
IRAG Fallecidos	11	20
Neumonía	6917	4229
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0
Tuberculosis 1º vez	529	548
Gastroentéricas		
Botulismo *	0	4
Botulismo del Lactante *	0	4
Cólera	0	0
Enf. Diarreica aguda < 5 años	11579	10103
Enf. Diarreica aguda > 5 años	5070	4444
Enf. Diarreica aguda sin especificar edad	20	17
Enf. Diarreica aguda sanguinolenta (DAS) *	222	192
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA) *	10	7
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	2
Intoxicación Paralítica por Moluscos (IPM)	0	0
Parasitosis Intestinales	495	332
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) *	57	51
Triquinosis	5	3

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2012	Casos 2013
Otras Hepatitis virales		
Hepatitis Sin especificar	15	14
Hepatitis C	25	28
Hepatitis D	0	0
Hepatitis E	0	0
Enfermedades vectoriales		
Chagas Agudo Congénito	16	18
Chagas Agudo Vectorial	1	0
Chagas Agudo otros	5	0
Dengue Clásico *	56	102
Dengue Grave *	0	0
Encefalitis Por Arbovirus	0	1
Fiebre Amarilla	0	0
Fiebre Recurrente	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0
Leishmaniasis Cutánea	6	5
Leishmaniasis Mucosa	3	3
Leishmaniasis Visceral	2	0
Paludismo (Malaria)	1	3
Peste	0	0
Tifus Exantemático	0	0
Enfermedades Zoonóticas		
Brucelosis Humana	2	6
Carbunco Extracutáneo (Anthrax)	0	0
Carbunco Humano Cutáneo	0	0
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0
Hantavirus	0	6
Hidatidosis	7	6
Leptospirosis	13	9
Mordedura Por Murciélago	6	9
Mordedura Por Rata	19	34
Psitacosis	6	1
Rabia Animal	0	0
Rabia Humana	0	0
Meningoencefalitis		
Meningitis Por Haemoph. Influenzae *	5	7
Meningitis por Meningococo *	20	31
Meningitis por Neumococo *	9	15
Meningitis por Staphilococo *	0	1
Meningitis Bacterianas Otras *	9	16
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento *	20	15
Meningitis Virales a Enterovirus *	48	39
Meningitis virales por varicela *	0	0
Meningitis Virales Urleanas *	0	0
Meningitis Por Otros Virus *	9	3
Meningitis Virales Sin Especificar *	22	29
Meningitis micóticas y parasitarias *	7	0
Meningitis Sin Especificar Etiología *	50	59
Meningoencefalitis Totales *	199	215

SINTESIS		
Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	Casos 2012	Casos 2013
Otras Enfermedades Transmisibles u Otros Eventos		
Encefalopatía Espongiforme	1	0
Infección Intra Hospitalaria	37	26
Lepra	7	14
Síndrome Febril Inespecífico	3242	3090
Viruela	0	0
Enfermedades de Transmisión Sexual		
Chancro Blando	1	1
Condiloma Acuminado	463	443
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	4	6
Herpes Genital	127	120
Linfogranuloma Venéreo	2	0
Sífilis Congénita	60	43
Sífilis Latente	167	132
Sífilis Sin Especificar	299	295
Sífilis Temprana	160	183
Sífilis Terciaria	27	17
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	58	101
Supuración Genital Gonocócica	25	81
Supuración No Gonocócica	233	233
VIH +	204	324
Envenenamiento por Animal Ponzoso		
Alacranismo	1	0
Aracnoidismo	0	0
Ofidismo	0	0
Intoxicaciones		
Intoxicación Medicamentosa	16	10
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	6	23
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	4	2
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	1	0
Intoxicación Por Otros Tóxicos	24	35
Enf. No Transmisibles		
A.C.V. 1ª Vez	397	451
Cancer 1º Vez	361	439
Desnutrición	8	9
Diabetes Tipo 1	230	275
Diabetes Tipo 2	834	757
I.A.M. 1ª Vez	142	125
Reacciones Adversas a Fármacos	61	106
Lesiones		
Accidentes Del Hogar	556	382
Accidentes En Escuelas	175	44
Accidentes Laborales	919	765
Accidentes Sin Especificar	13291	13665
Accidentes Viales	2021	2202
Mordedura por Animal Domestico	2471	2115
TOTALES	96504	69897

*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 2013 fue similar al registrado en 2012
- El total de notificaciones de NO residentes se redujo 27 % entre los años 2012-2013.
- En la mayoría de los efectores del grupo 1 la notificación predominante correspondió a casos residentes.
- El hospital Zubizarreta fue el nodo efector con mayor volumen de notificaciones, seguido por Penna, Argerich, Piñero y Ramos Mejía. 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 mayoría de los CESAC dependientes de las áreas programáticas de los hospitales Durand y Fernández y 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.
- De los nodos del grupo 3 solo participaron en el SNVS, durante el año 2013, los hospitales María Ferrer, Santa Lucía 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.
- 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, 25 ENO superaron la notificación esperada para el año 2013; lo cual representó el 20 % 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”
- Las consultas preestablecidas 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 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las áreas de responsabilidad de tres comunas (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 2012-2013. El mayor aumento de casos se registró en intoxicaciones por CO y otros tóxicos. (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, intoxicaciones por CO y otros tóxicos. (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 2012-2013.

ENO trazadores de la cuenca	2012		2013	
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**
Enfermedades Gastroentéricas				
Parasitosis intestinales	368	62,7	406	69,1
Diarreas	12897	2196,4	10168	1731,7
Diarrea aguda sanguinolenta*	260	44,3	240	40,9
Síndrome Urémico Hemolítico*	0	0,0	0	0,0
Enfermedades transmitidas por alimentos*	14	2,4	8	1,4
Enfermedades Respiratorias				
Neumonías	4137	704,6	3702	630,5
Bronquiolitis en menores de 2 años	6090	1037,2	5344	910,1
Enfermedad tipo influenza	4262	725,8	3295	561,2
Coqueluche*	54	9,2	32	5,4
Enfermedades Zoonóticas				
Enfermedad por Hantavirus	0	0,0	0	0,0
Leptospirosis	2	0,3	0	0,0
Enfermedades Vectoriales				
Dengue*	9	1,5	13	2,2
Meningoencefalitis				
Meningitis totales*	46	7,8	44	7,5
Hepatitis Virales				
Hepatitis A y sin especificar*	13	2,2	9	1,5
Intoxicaciones				
Intoxicaciones por monóxido de carbono	77	13,1	92	15,7
Intoxicación por plaguicidas domésticos	8	1,4	13	2,2
Intoxicación por plaguicidas agrícolas	1	0,2	0	0,0
Intoxicación por otros tóxicos	29	4,9	130	22,1
Envenenamiento				
Envenenamiento por animales ponzoñosos	2	0,3	4	0,7
Total ENO trazadores de la cuenca	28269	4814,4	23500	4002,2

*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. En la mayoría de esos establecimientos se observó un descenso en la notificación entre los años 2012-2013. (Tabla 10).

Los nodos y subnodos de la CMR de CABA registraron el 40 % y el 33 % de estas denuncias, sobre el total de la notificación en residentes en los años 2012 y 2013 respectivamente. (Tabla 10).

Tabla 10
Eventos trazadores de la Cuenca Matanza-Riachuelo (CMR)
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Total de eventos trazadores			
			2012		2013	
			Casos	%	Casos	%
I	4	HOSP GRAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2888	3,7	3630	5,1
		HOSP GRAL DE AGUDOS J. A. PENNA	6561	8,5	2282	3,2
		CESAC 1	249	0,3	289	0,4
		CESAC 16	190	0,2	361	0,5
		CESAC 30	199	0,3	267	0,4
		CESAC 35	561	0,7	364	0,5
		CESAC 39	165	0,2	395	0,5
		CESAC 41	0	0,0	83	0,1
		CESAC 8	361	0,5	193	0,3
		CESAC 9	418	0,5	130	0,2
II	8	CESAC 24	504	0,6	312	0,4
		CESAC 18	328	0,4	488	0,7
		CESAC 19	244	0,3	477	0,7
		CESAC 20	566	0,7	302	0,4
		CESAC 28	658	0,8	121	0,2
		CESAC 29	478	0,6	296	0,4
		CESAC 3	361	0,5	690	1,0
		CESAC 31	409	0,5	266	0,4
		CESAC 40	550	0,7	330	0,5
		CESAC 5	796	1,0	188	0,3
		CESAC 6	854	1,1	358	0,5
		CESAC 7	181	0,2	58	0,1
		HOSP GRAL DE AGUDOS P. PIÑERO	10861	14,0	10105	14,1
		9	HOSP GRAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	2025	2,6	791
	CESAC 4		105	0,1	171	0,2
	CESAC 14		534	0,7	336	0,5
	CESAC 13		386	0,5	190	0,3
	TOTAL CMR		31432	40,5	23473	32,7
	TOTAL CABA		77544	100,0	71841	100,0

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

Enfermedades Gastroentéricas.

En el año 2013 se registro el 48% de las parasitosis intestinales, el 41 % de las diarreas y el 79 % de las DAS en efectores de la CMR; los casos de SUH y ETA fueron notificados por otros establecimientos y por la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria. (Tablas 11, 12 y 13).

Tabla 11
Parasitosis Intestinales
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2	0,2
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	19	2,3
		CESAC 1	1	0,1
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	3	0,4
		CESAC 35	1	0,1
		CESAC 39	8	1,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 8	4	0,5
		CESAC 9	5	0,6
II	8	CESAC 24	41	4,9
		CESAC 18	0	0,0
		CESAC 19	3	0,4
		CESAC 20	4	0,5
		CESAC 28	13	1,5
		CESAC 29	21	2,5
		CESAC 3	13	1,5
		CESAC 31	21	2,5
		CESAC 40	11	1,3
		CESAC 5	6	0,7
		CESAC 6	27	3,2
		CESAC 7	1	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	178	21,1
		9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	13
	CESAC 4		1	0,1
	CESAC 14		9	1,1
	CESAC 13		1	0,1
	TOTAL CMR			406
TOTAL CABA			842	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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1699	6,9
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1514	6,2
		CESAC 1	34	0,1
		CESAC 16	71	0,3
		CESAC 30	123	0,5
		CESAC 35	187	0,8
		CESAC 39	242	1,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 8	165	0,7
		CESAC 9	106	0,4
II	8	CESAC 24	202	0,8
		CESAC 18	230	0,9
		CESAC 19	104	0,4
		CESAC 20	0	0,0
		CESAC 28	23	0,1
		CESAC 29	111	0,5
		CESAC 3	80	0,3
		CESAC 31	121	0,5
		CESAC 40	225	0,9
		CESAC 5	139	0,6
		CESAC 6	323	1,3
		CESAC 7	56	0,2
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4028	16,4
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	90	0,4
		CESAC 4	36	0,1
		CESAC 14	129	0,5
		CESAC 13	130	0,5
TOTAL CMR			10168	41,4
TOTAL CABA			24554	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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	0,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	0	0,0
		CESAC 1	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 31	1	0,3
		CESAC 35	3	1,0
		CESAC 39	0	0,0
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 8	1	0,3
		CESAC 9	0	0,0
II	8	CESAC 24	5	1,7
		CESAC 18	1	0,3
		CESAC 19	0	0,0
		CESAC 20	0	0,0
		CESAC 28	13	4,3
		CESAC 29	21	6,9
		CESAC 3	13	4,3
		CESAC 31	1	0,3
		CESAC 40	8	2,6
		CESAC 5	4	1,3
		CESAC 6	0	0,0
		CESAC 7	1	0,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	149	49,2
		9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	9
	CESAC 4		0	0,0
	CESAC 14		1	0,3
	CESAC 13		8	2,6
	TOTAL CMR		240	79,2
TOTAL CABA		303	100,0	

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

Enfermedades Respiratorias

La notificación de los cuatro eventos respiratorios, por parte de los efectores de la CMR, sumo el 28 % del total de denuncias de este conjunto, en residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Los hospitales Piñero y Santojanni presentaron 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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	741	6,4
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	376	3,3
		CESAC 35	130	1,1
		CESAC 9	62	0,5
		CESAC 8	38	0,3
		CESAC 1	45	0,4
		CESAC 39	34	0,3
		CESAC 10	12	0,1
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 32	0	0,0
		CESAC 16	33	0,3
		CESAC 30	16	0,1
II	8	CESAC 5	42	0,4
		CESAC 3	94	0,8
		CESAC 29	45	0,4
		CESAC 24	72	0,6
		CESAC 18	69	0,6
		CESAC 24	18	0,2
		CESAC 6	45	0,4
		CESAC 7	38	0,3
		CESAC 28	8	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1224	10,6
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	431	3,7
		CESAC 14	72	0,6
		CESAC 13	41	0,4
		CESAC 4	16	0,1
TOTAL CMR			3702	32,0
TOTAL CABA			11554	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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	34	0,2
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	551	2,8
		CESAC 9	18	0,1
		CESAC 16	96	0,5
		CESAC 1	3	0,0
		CESAC 30	20	0,1
		CESAC 8	2	0,0
		CESAC 39	35	0,2
		CESAC 35	9	0,0
		CESAC 10	19	0,1
		CESAC 41	0	0,0
II	8	CESAC 6	233	1,2
		CESAC 29	83	0,4
		CESAC 28	68	0,3
		CESAC 5	3	0,0
		CESAC 7	5	0,0
		CESAC 24	2	0,0
		CESAC 3	54	0,3
		CESAC 18	8	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1922	9,7
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	13	0,1
		CESAC 14	42	0,2
		CESAC 13	74	0,4
		CESAC 4	1	0,0
TOTAL CMR			3295	16,7
TOTAL CABA			19733	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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	305	2,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	524	3,9
		CESAC 35	106	0,8
		CESAC 8	132	1,0
		CESAC 9	99	0,7
		CESAC 30	108	0,8
		CESAC 39	109	0,8
		CESAC 16	36	0,3
		CESAC 1	14	0,1
		CESAC 41	0	0,0
		CESAC 32	31	0,2
		CESAC 10	8	0,1
I	8	CESAC 6	245	1,8
		CESAC 3	135	1,0
		CESAC 24	24	0,2
		CESAC 29	66	0,5
		CESAC 5	513	3,8
		CESAC 7	51	0,4
		CESAC 18	31	0,2
		CESAC 28	1	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2486	18,5
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	185	1,4
		CESAC 14	20	0,1
		CESAC 13	82	0,6
		CESAC 4	33	0,2
	TOTAL CMR		5344	39,7
	TOTAL CABA		13459	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 2013

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	5,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1	0,8
		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	0	0,0
		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	7	5,8
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	17	14,0
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	1	0,8
		CESAC 4	0	0,0
	TOTAL CMR		32	26,4
	TOTAL CABA		121	100,0

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

Enfermedades Zoonóticas

Durante el año 2013, no se registraron casos de Hantaviriosis y Leptospirosis en los efectores de la CMR

Enfermedades Vectoriales

La notificación de Dengue, en los efectores de la CMR, representó el 7.4 % del total de denuncias en residentes, en la Ciudad de Buenos Aires. (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 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	4	2,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2	1,1
		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	0	0,0
		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	5	2,9
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	2	1,1
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	0	0,0
TOTAL CMR		13	7,4	
TOTAL CABA		175	100,0	

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

Meningoencefalitis

La notificación de meningoencefalitis, en los efectores de la CMR, representó el 26 % del total de denuncias en residentes, en la Ciudad de Buenos Aires. (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 2013.

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	2	1,2
		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	0	0,0
		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	14	8,4
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	28	16,8
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	0	0,0
TOTAL CMR		44	26,3	
TOTAL CABA		167	100,0	

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

Hepatitis Virales

La notificación de Hepatitis A y sin especificar en los efectores de la CMR, representó el 30 % del total de denuncias en residentes, en la Ciudad de Buenos Aires. (Tabla 20).

Tabla 20. Hepatitis A y sin especificar
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

Residentes en Ciudad de Buenos Aires Año 2019				
Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2	6,7
		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	0	0,0
		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	4	13,3
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	0	0,0
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	0	0,0
		TOTAL CMR		9
TOTAL CABA		30	100,0	

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

Intoxicaciones

La notificación de intoxicación por monóxido de carbono y otros tóxicos por parte de los efectores de la CMR, representó el 33 % y 53 % del total de denuncias respectivamente en residentes de la Ciudad de Buenos Aires. (Tabla 21 y 22).

Durante el año 2013 no hubo denuncias por plaguicidas agrícolas y se notificaron 13 casos de intoxicación por plaguicidas domésticos, de los cuales 7 (54 %), fueron atendidos en efectores de la CMR (Hospital Piñero).

Tabla 21. 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 2013

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	20	7,1
		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	0	0,0
		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	71	25,4
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	1	0,3
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	0	0,0
TOTAL CMR		92	32,9	
TOTAL CABA		280	100,0	

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

Tabla 22. Intoxicación por Otros Tóxicos
Casos notificados según efectores de Comunas 4, 8, 9 y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	108	43,7
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2	0,8
		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	0	0,0
		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	20	8,1
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	0	0,0
		CESAC 14	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
		CESAC 4	0	0,0
	TOTAL CMR		130	52,6
	TOTAL CABA		247	100,0

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

Envenenamiento

Durante el año 2013 se atendió un caso de aracnoidismo en efectores de la CMR (Hospital Piñero), sobre un total de 4 casos de envenenamiento por animales ponzoñosos en residentes de la 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

La tasa de notificación de dengue en 2013, fue de 3.4 casos por 100.000 habitantes; inferior al indicador del año 2009 (7,9 casos por 100 000 habitantes). En 2013, la comuna 8 superó la tasa general de la ciudad. (Tabla 23)

Tabla 23. Dengue
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	9	8,0	3,7
Región 2	8	11	10,0	6,0
	9	2	1,9	1,2
Total CMR		22	21,5	3,7
Total Ciudad de Bs. As.		102	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 2013, los casos notificados de meningoencefalitis totales en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 38.9% de los casos de la Ciudad. Las tasas de notificación por comunas, no superaron la tasa global de la Ciudad. Entre las comunas de la cuenca, la comuna 8 presentó la mayor tasa y porcentaje de notificación. (Tabla 24)

Tabla 24. Meningoencefalitis
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	20	12,0	0,7
Región 2	8	30	18,0	1,0
	9	15	9,0	0,5
Total CMR		65	38,9	2,2
Total Ciudad de Bs. As.		167	100,0	5,8

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Coqueluche

En el año 2013, los casos notificados de coqueluche en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 45 % de los casos de la Ciudad. Entre las comunas de la cuenca, la comuna 8 presentó la mayor tasa y porcentaje de notificación. (Tabla 25)

Tabla 25. Coqueluche
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	3	7,9	1,2
Región 2	8	12	31,6	6,2
	9	2	5,3	1,2
Total CMR		17	44,7	2,8
Total General		38	100,0	1,3

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)

En el año 2013, los casos notificados de SUH en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 37 % de los casos de la Ciudad. Las tasas de notificación por comunas, superaron la tasa global de la Ciudad. Entre las comunas de la cuenca, las mismas fueron similares. (Tabla 26)

Tabla 26. Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	4	14,8	1,7
Región 2	8	3	11,1	1,6
	9	3	11,1	1,8
Total CMR		10	37,0	1,7
Total General		27	100,0	0,9

*Porcentaje sobre total de casos de CABA

**Tasa por 100.000 Habitantes

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Hepatitis A y Sin Especificar

Los casos notificados de Hepatitis A y Sin Especificar en residentes de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR) representaron el 44 % de los casos de la Ciudad. Las tasas de notificación por comunas, superaron o igualaron la tasa global de la Ciudad. La comuna 4 presento los indicadores más elevados. (Tabla 27)

Tabla 27. Hepatitis A y Sin Especificar
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	4	25,0	1,7
Región 2	8	2	12,5	1,1
	9	1	6,2	0,6
Total CMR		7	43,7	1,2
Total General		16	100,0	0,6

*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 43 % de los casos de la Ciudad. Las tasas de notificación por comunas, superaron la tasa global de la Ciudad. La comuna 8 presento los indicadores más elevados. (Tabla 28)

Tabla 28. Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013

Región Sanitaria	Comuna	Casos	Porcentaje*	Tasa**
Región 1	4	28	9,2	11,7
Región 2	8	74	24,4	40,5
	9	30	9,9	18,2
Total CMR		132	43,5	22,7
Total General		303	100,0	10,4

*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, intoxicaciones por CO y otros tóxicos.
- 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 2012-2013, el mayor aumento de casos se registró en intoxicaciones por CO y otros tóxicos.
- El Hospital Piñero es el efector con mayor notificación de dichos eventos, seguido por los nodos Penna y Argerich. En la mayoría de esos establecimientos se observó un descenso en la notificación entre los años 2012-2013.
- 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 40 % y el 33 % de la notificación de eventos trazadores en residentes en los años 2012 y 2013 respectivamente.
- La notificación de intoxicación por monóxido de carbono y otros tóxicos por parte de los efectores de la CMR, representó respectivamente el 33 % y 53 % del total de denuncias en residentes de la Ciudad de Buenos Aires.
- En forma consistente, la comuna 8 presenta los indicadores más elevados para todas las ENO trazadoras, entre los casos residentes en la CMR.

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA's)

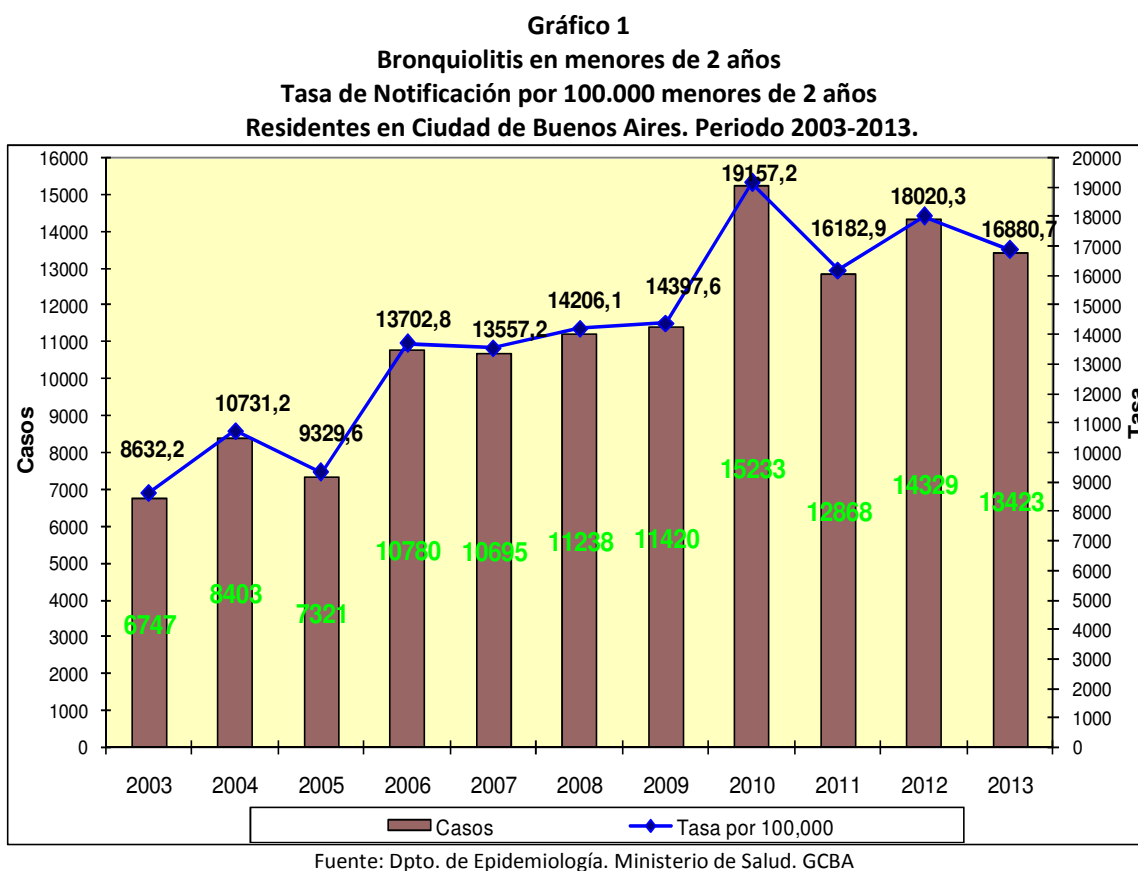
Dr. Jorge Chaui.

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 2013

Bronquiolitis en menores de 2 años

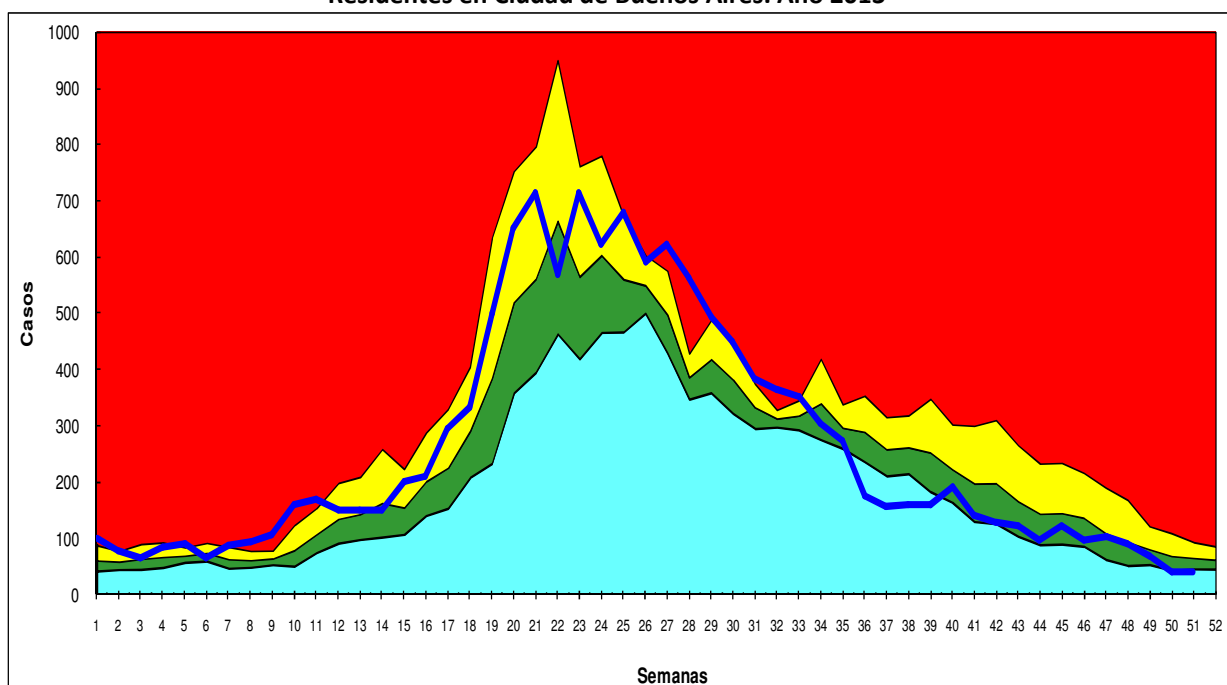
El período observado demostró que la tasa de notificación en el año 2013 fue inferior a lo registrado en el año anterior (14329 casos). En el año 2010 se observó la tasa más alta de esta serie histórica, con 19157 casos por 100.000 habitantes menores de 2 años. (Gráfico 1)



La curva de casos del 2013 circuló la mayor parte del tiempo en zona de alarma; transitó en zona de brote entre las semanas 8-11, 27-29 y en semana 32. El máximo de notificación ocurrió entre las semanas 22-25, dentro de la zona de casos esperados, según el patrón histórico.

A partir de la semana epidemiológica 32, la notificación disminuyó y la curva de casos transcurrió en zona de seguridad hasta el fin del periodo. (Gráfico 2)

Gráfico 2
Corredor Endémico Semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013



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

Enfermedad tipo Influenza (ETI)

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 la tasa se ha mantenido alrededor de 600 casos por 100.000 habitantes (año 2013: 652,2 casos por 100.000 habitantes) (Gráfico 4).

Los grupos de edad con mayor riesgo de enfermarse, según las tasas de notificación en 2013, fueron los menores de 5 años. (Tabla 1).

La curva de casos superó los valores esperados prácticamente desde comienzos del año, hasta la semana 13. Entre semanas 14 a 22 la notificación de casos circuló por zona de alarma. Entre semanas 23-27 la curva atravesó zona de brote. El registro máximo se observó adelantado respecto del patrón histórico. El descenso de la curva hasta fin de año transcurrió también por zona de alarma. (Gráfico 4).

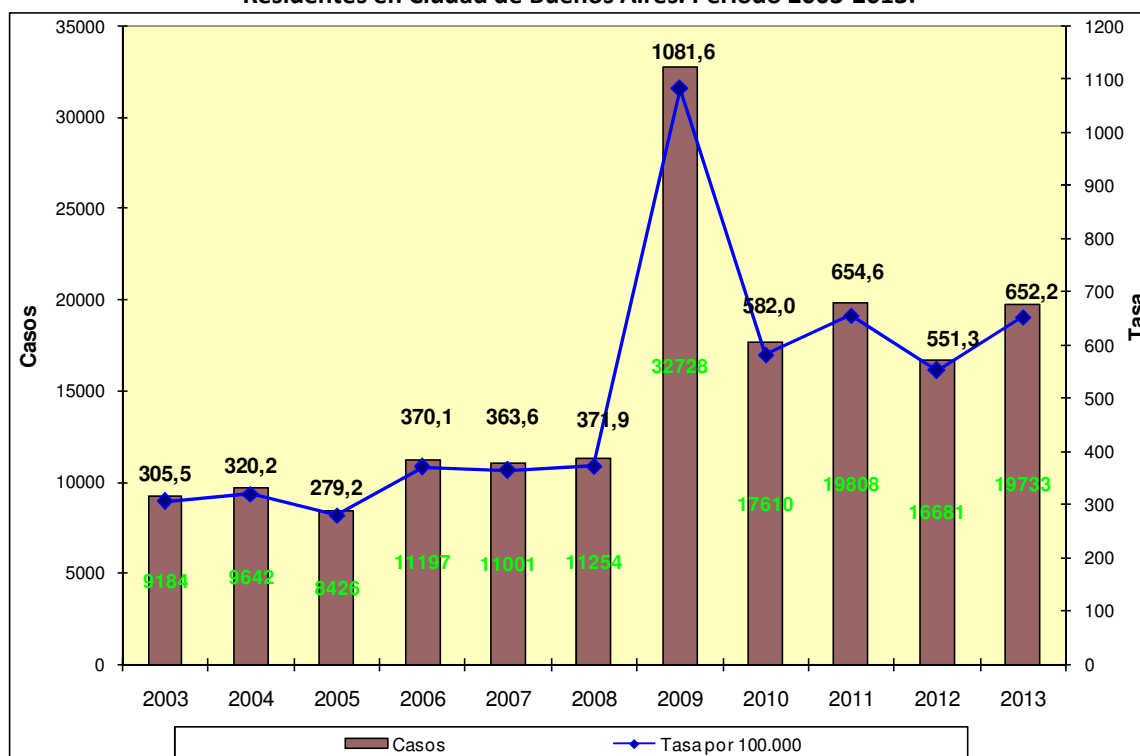
Tabla 1
Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según grupos de edad
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013.

Grupos de Edad	Casos	%	Tasa*
Menores de 1 año	603	3,1	1691,2
De 1 año	830	4,2	2456,5
De 2 a 4 años	2311	11,7	2402,3
De 5 a 14 años	3041	15,4	991,0
De 15 a 24 años	2785	14,1	703,6
De 25 a 34 años	3383	17,1	682,5
) De 35 a 44 años	2457	12,5	620,1
) De 45 a 64 años	2867	14,5	437,1
Mayores de 64 años	1302	6,6	274,6
Sin especificar edad	154	0,8	-
Totales	19733	100,0	652,2

*Tasa por 100.000 habitantes

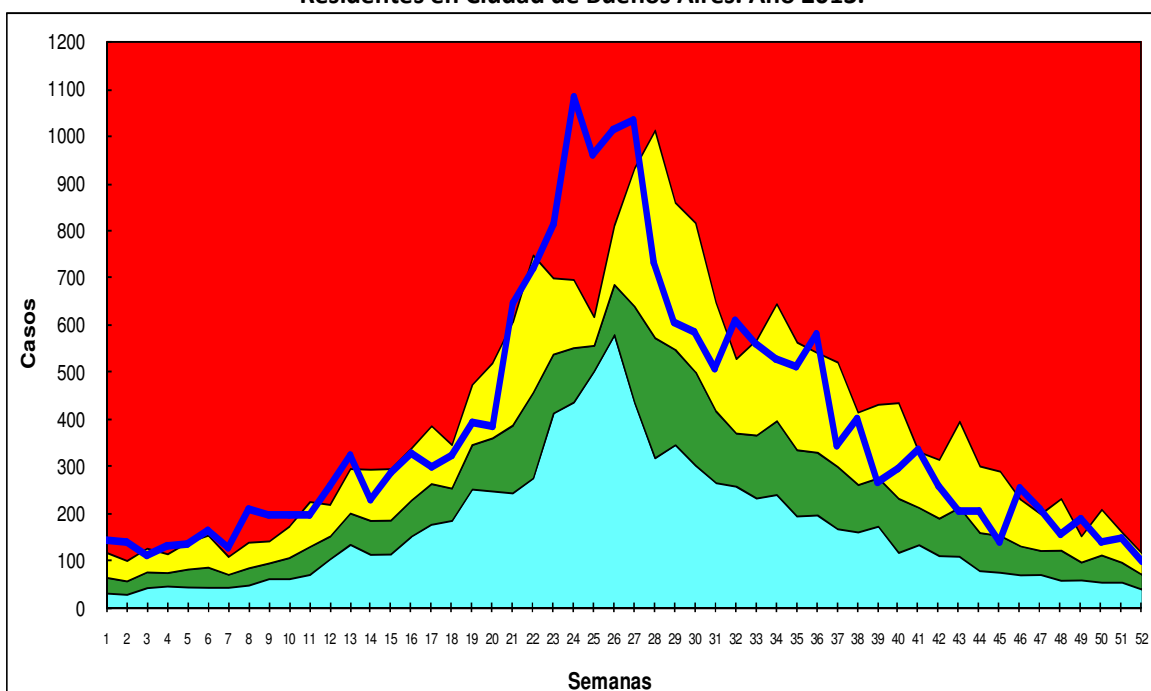
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Gráfico 3.
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
Tasa de Notificación por 100.000 Habitantes
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2003-2013.



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

Gráfico 4.
Corredor Endémico Semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

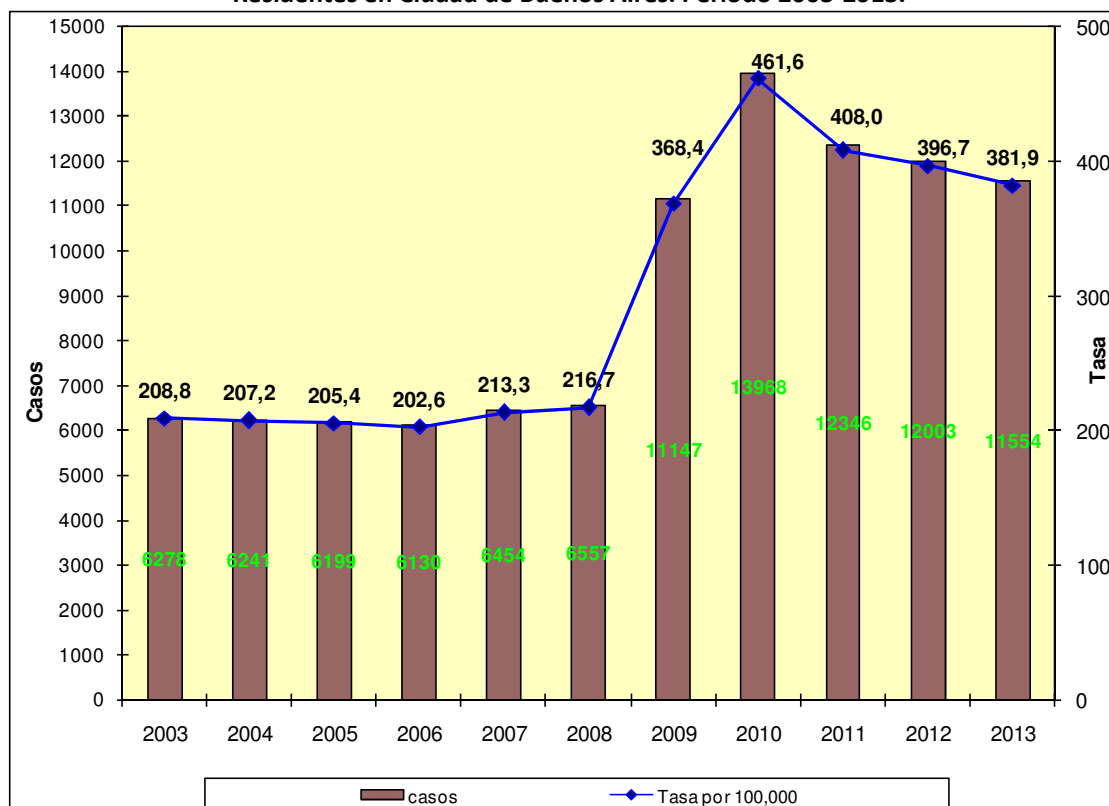
Neumonías

Desde el año 2010 (año de la máxima notificación: 13698 casos), la tendencia en la ocurrencia de neumonía descendió en forma consistente; la notificación en 2013 fue la menor desde dicho año (11554 casos). Entre 2010-2013, la tasa se redujo 21 %. (Gráfico 5).

Los grupos de edad con mayor riesgo de ocurrencia de neumonía, según las tasas de notificación en 2013, fueron los menores de 5 años; patrón similar a lo observado en Enfermedad Tipo Influenza (ETI). (Tabla 2).

La curva de casos del año 2013 circuló entre zona de alarma y brote hasta la semana 18, cuando ingresó a zona de seguridad. Desde la semana 19 la notificación presentó una tendencia ascendente y permaneció en zona de brote entre semanas 22 a 26. A partir de dicha semana la tendencia fue declinante. (Gráfico 6).

Gráfico 5.
Neumonía.
Tasa de Notificación por 100.000 Habitantes
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Periodo 2003-2013.



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

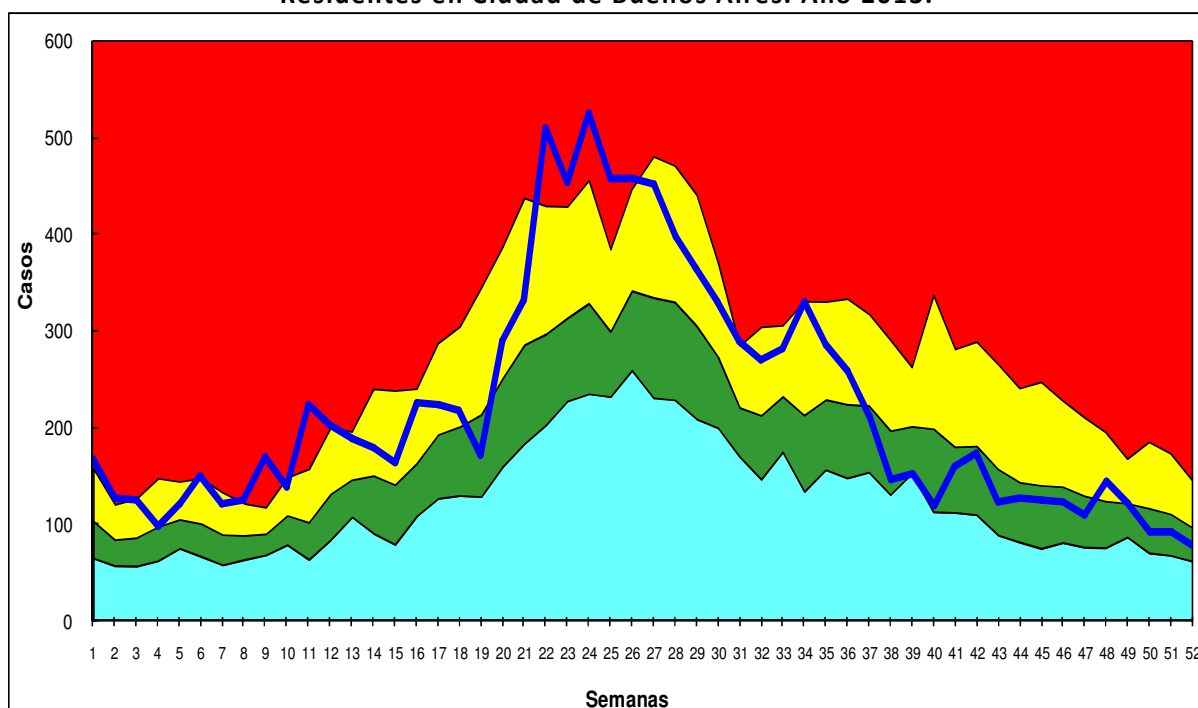
Tabla 2.
Notificación de Neumonías según grupos de edad
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2013.

Grupos de Edad	Casos	%	Tasa*
Menores de 1 año	678	5,9	1901,5
De 1 año	959	8,3	2838,3
De 2 a 4 años	2168	18,8	2253,6
De 5 a 14 años	2120	18,3	690,8
De 15 a 24 años	451	3,9	113,9
De 25 a 34 años	631	5,5	127,3
De 35 a 44 años	703	6,1	177,4
De 45 a 64 años	1381	12,0	210,6
Mayores de 64 años	2254	19,5	475,5
Sin especificar edad	209	1,8	-
Totales	11554	100,0	381,9

*Tasa por 100.000 habitantes

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

Gráfico 6.
Corredor Endémico Semanal de Neumonía
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

Situación de la Influenza A (H1N1) en el año 2013

En el año 2013 se notificaron 818 casos confirmados de Influenza A (H1N1) (308 en residentes, 38% del total). El 84% de los casos residentes en CABA correspondieron a mayores de 14 años. Las tasas de notificación más elevadas se observaron en menores de 2 años (36.5 por 100.000) y entre 45 a 64 años (14.2 por 100.000).

Entre los 308 casos residentes se identificaron 155 pacientes con presencia de comorbilidad, representando el 82% de los casos con datos válidos. Los factores de riesgo reportados con mayor frecuencia fueron: Edad mayor de 64 años, enfermedad respiratoria crónica y edad menor de 2 años.

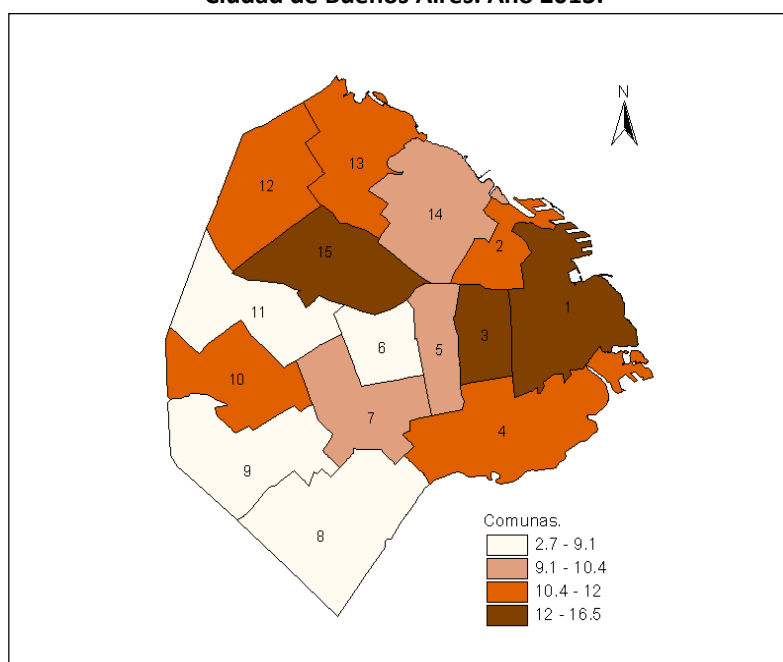
Las comunas con mayor tasa de notificación de Influenza A (H1N1) fueron 1, 3 y 15. La Región Sanitaria 1 presentó la mayor incidencia en los años 2012 y 2013. (Tabla 3 y Mapa 1).

Tabla 3.
Tasa de notificación de Influenza A(H1N1)*
según Comunas y Región Sanitaria de residencia habitual
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Regiones	Comuna	2012		2013	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa
1	1	2	0,0	33	16,0
	3	1	0,0	31	16,5
	4	1	0,5	26	11,9
	SubTotal	4	2,2	90	14,7
2	7	2	0,9	23	10,4
	8	1	0,5	5	2,7
	9	0	0,0	7	4,3
	SubTotal	3	0,5	35	6,1
3	5	1	0,6	17	9,5
	6	1	0,6	16	9,1
	10	0	0,0	18	10,8
	11	0	0,0	17	9,0
	15	2	1,1	26	14,2
	SubTotal	4	0,4	94	10,5
4	2	1	0,6	19	12,0
	12	0	0,0	22	11,0
	13	1	0,4	25	10,8
	14	0	0,0	21	9,3
	SubTotal	2	0,2	87	10,7
Sin Datos			-	2	-
Total		13	0,4	308	10,7

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

Mapa 1. Tasa de notificación de Influenza A(H1N1)*
según comuna de residencia habitual
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



*Tasa por 100.000 habitantes.

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

IRAG

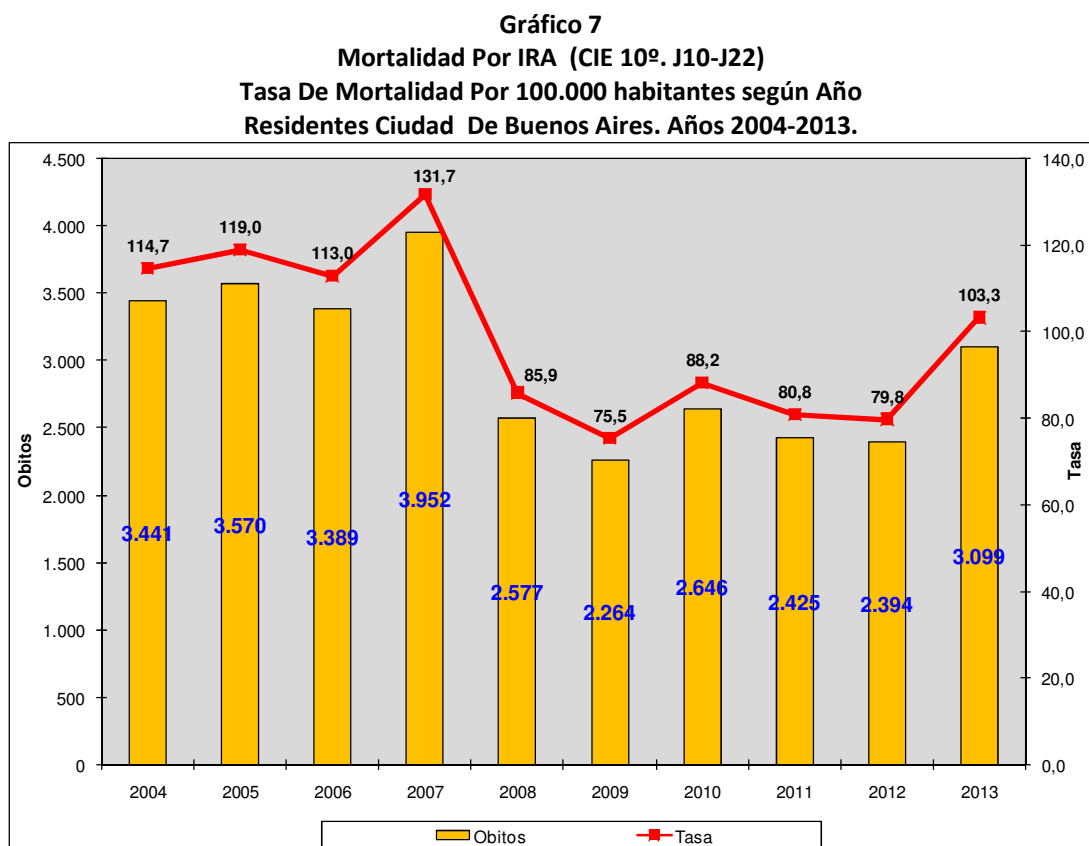
Respecto de las Infecciones respiratorias agudas hospitalizadas (IRA graves: IRAG), se denunciaron 4140 casos de Infección respiratoria aguda que requirieron hospitalización; de los cuales 2308 (56%) fueron residentes. Entre estos casos residentes internados, los menores de 1 año y los mayores de 64 años fueron los grupos de edad más afectados (25 % y 26 % respectivamente).

Los casos fallecidos por IRA graves comunicados al SNVS fueron 66 (47 residentes y 19 No residentes). No obstante, 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%.

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

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).



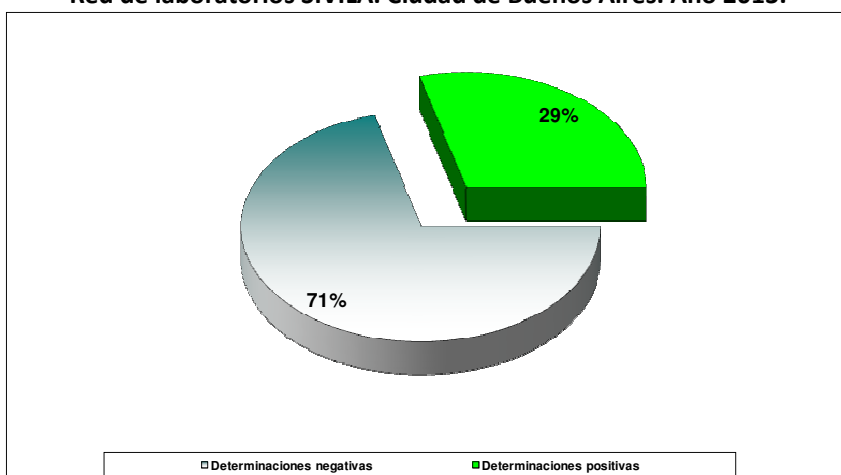
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

De no haber ocurrido esta recodificación, la tasa de mortalidad por IRA en el año 2013 hubiera sido de 85 óbitos por 100.000 habitantes de la jurisdicción.

Circulación Viral

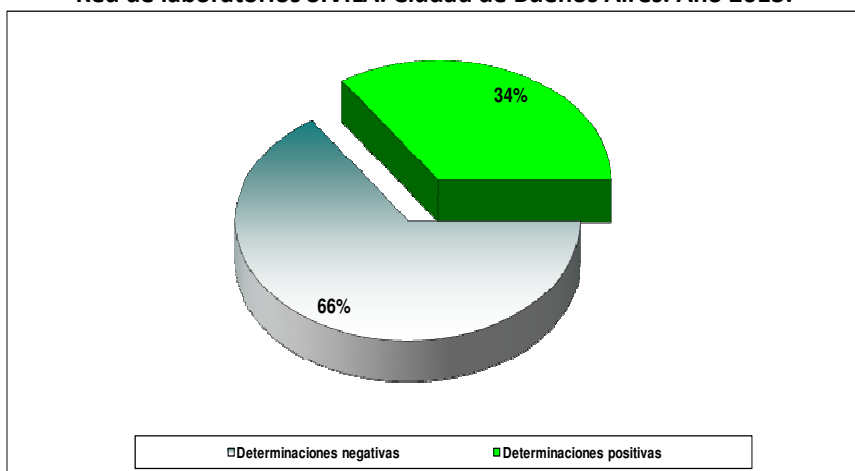
De acuerdo a la información reportada al Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA), durante el año 2013 fueron estudiadas 22617 muestras de pacientes con Infección respiratoria aguda, resultando un total de 6606 casos positivos (29 %). (Gráfico 7). En menores de 15 años y mayores de 15 años dicha distribución fue 34 % y 59 % respectivamente. (Gráficos 8 y 9).

Gráfico 7
Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



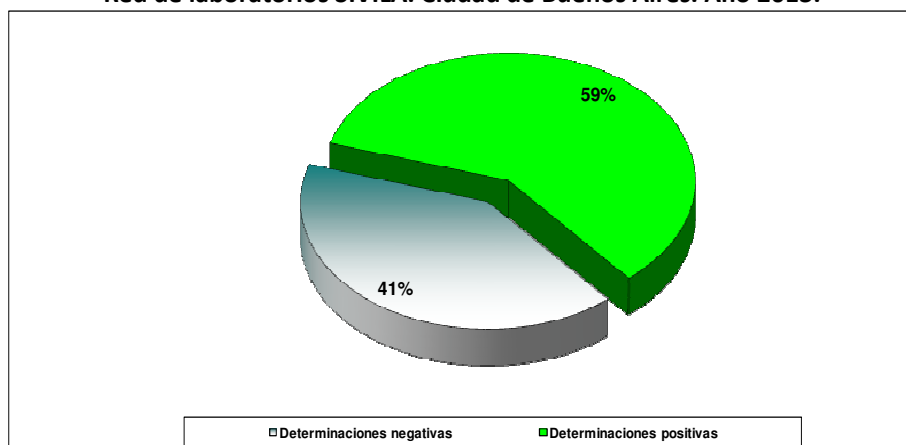
Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Gráfico 8
Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios
Menores de 15 años
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

Gráfico 9
Distribución Porcentual de muestras de virus respiratorios
Mayores de 15 años
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

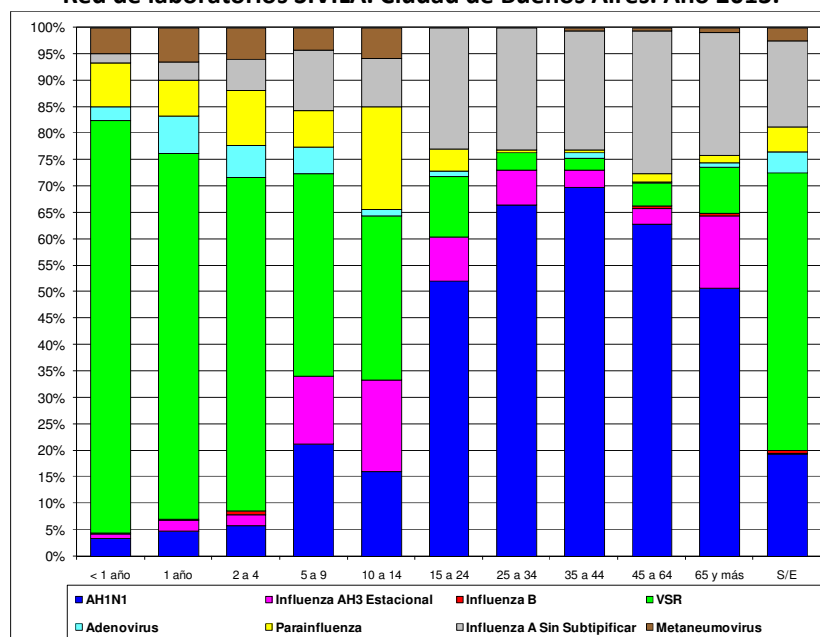


Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA.

De los 6606 casos positivos para virus respiratorios, el 57% correspondió a VSR y 30% a Influenza (todas las cepas). La circulación de Influenza A (H1N1) pdm fue predominante 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 10)

En los menores de 1 año fue preponderante la circulación de VSR (menos del 5% de los casos correspondieron a Influenza A (H1N1) pdm. La circulación de Influenza A (H1N1)pdm se detectó en el 5 % de los casos de IRA de 1 año y en el 6% de los casos entre 2 a 4 años de edad. (Gráfico 9)

Gráfico 10
Circulación Viral Global
Distribución porcentual por grupos de edad
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

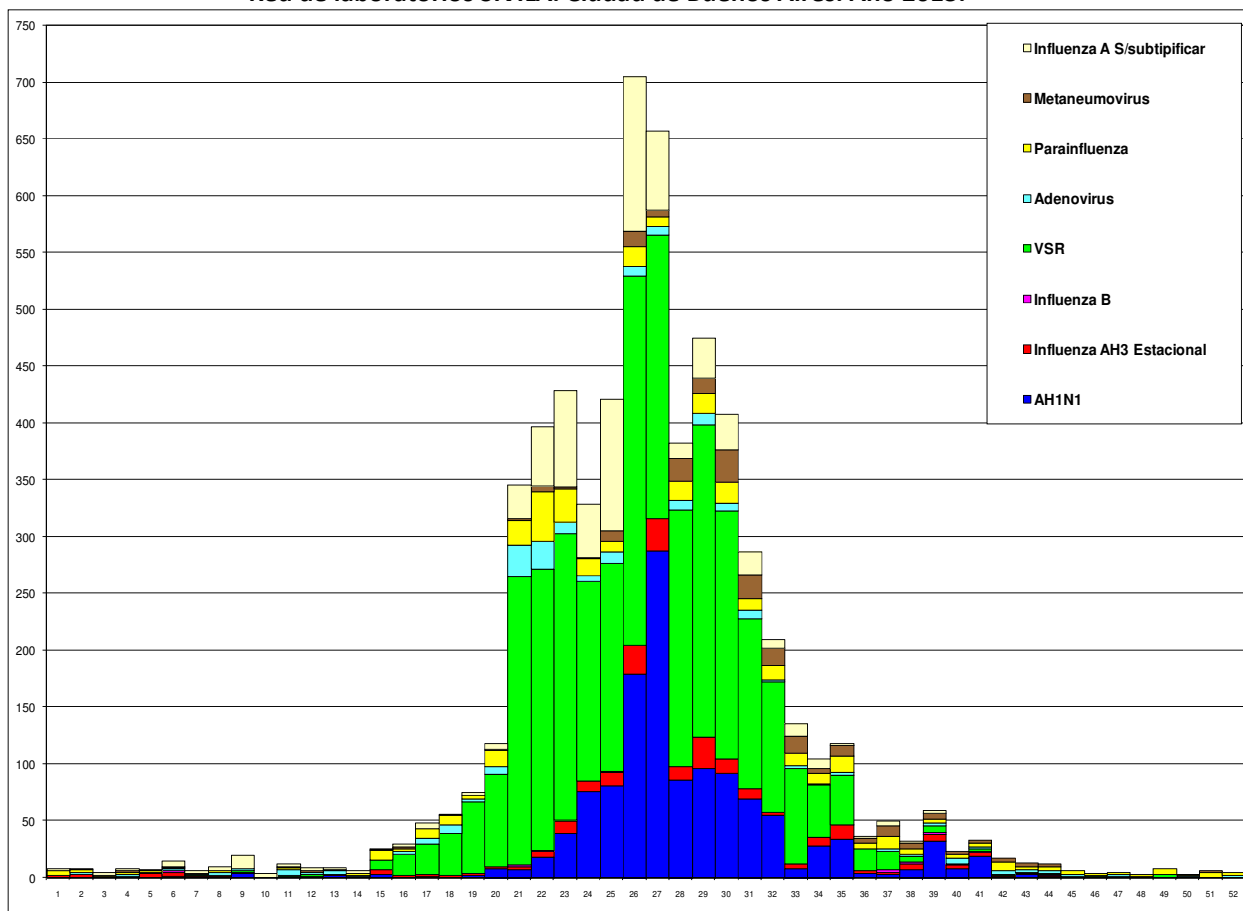


Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Entre las semanas 6 a 23 predominó la circulación de Virus Sincial Respiratorio (VSR). (Gráfico 11)

La circulación de Influenza A(H1N1)pdm se observó entre semanas 23 a 41, con un máximo en semanas 26 y 27. En el año 2013, el 56% de todas las determinaciones positivas para Influenza A, correspondieron a influenza A (H1N1) pdm. (Gráfico 8)

Gráfico 11
Circulación Viral Global
Resultados por semana epidemiológica
Red de laboratorios SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

Vacunación antigripal

La cobertura global de vacunación antigripal en residentes fue de 88,4 %, pero presentó bajos indicadores en puérperas y niños menores de 2 años. (Tabla 1). 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 2013.

Dosis aplicadas	COBERTURA EN %							
	Personal de salud	Personal esencial	Embarazadas	Puérperas	Niños de 6 meses a 2 años 1° DOSIS	Niños de 6 meses a 2 años 2° DOSIS	De 2 a 64 años con factores de riesgo	65 Y mas años
388537	99.3	99.8	96.0	81.2	79.9	44.0	98.0	99.4

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

Conclusiones

- La tasa de notificación de bronquiolitis en menores de 2 años, disminuyó casi 8 % respecto del año 2012.
- Los casos de bronquiolitis en menores de 2 años circularon por zona de brote entre las semanas 7-11 y 27-28, aunque el máximo de notificación, entre semanas 20-25, estuvo dentro de lo esperado para el patrón histórico.
- Entre los años 2010-2013, la tasa de notificación de ETI se mantuvo alrededor de 600 casos por 100.000 habitantes.
- Los casos de ETI circularon por zona de alarma prácticamente todo el año, ingresando a zona de brote entre las semanas 8-10 y 23-28. El registro máximo ocurrió en zona de brote y adelantado respecto del patrón histórico.
- Entre 2010-2013, la tasa de notificación de Neumonía se redujo 21 %.
- Los casos de Neumonía circularon entre zona de alarma y brote, hasta la semana epidemiológica 37. El registro máximo ocurrió en zona de brote y adelantado respecto del patrón histórico.
- En el año 2013 se notificaron 818 casos confirmados de Influenza A (H1N1) (308 en residentes, 38% del total). El 84% de los casos correspondieron a mayores de 14 años. Entre los casos residentes se identificaron 155 pacientes con presencia 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.
- Durante el año 2013 fueron estudiadas 22617 muestras de pacientes con Infección respiratoria aguda, resultando un total de 6606 casos positivos (29%). El 57% correspondió a Virus Sincicial Respiratorio y 30% a Influenza (todas las cepas). el 56% de todas las determinaciones positivas para Influenza A, correspondieron a Influenza A(H1N1).
- Se notificaron 4140 casos de Infección respiratoria aguda grave (IRAG), que requirieron hospitalización; de los cuales 56% fueron residentes.
- La tasa de mortalidad por IRA registró un descenso desde el año 2007, manteniéndose alrededor de 80 a 90 muertes por 100.000 habitantes, entre 2008 a 2012.
- El aumento de los óbitos y la tasa de mortalidad en el año 2013, fue atribuido a la recodificación de las defunciones por J98.8 (shock séptico a foco respiratorio), que pasaron a ser codificadas como J18.9

(neumonía sin especificar etiología). Este cambio afectó a 553 registros en dicho año, incrementando el numerador de la tasa de mortalidad.

- Se observó una tendencia a la disminución de la incidencia de las IRA a partir del año 2010, en especial, en el evento “Neumonía”.
- La circulación de Influenza A(H1N1)pdm en 2013, fue la mayor registrada desde la epidemia en 2009 por la misma cepa pandémica, aunque en mucha menor magnitud.
- La cobertura global de vacunación antigripal en residentes fue de 88,4 %, con bajos indicadores en puérperas 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 muscular 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 caso

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 ($p < 0,001$). En la Argentina no está disponible.

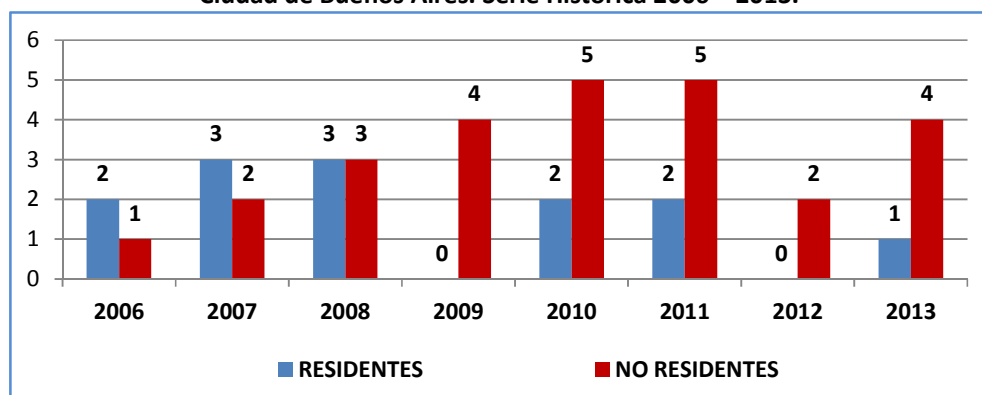
Antitoxina botulínica equina

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 2013 se notificaron 7 casos sospechosos de Botulismo del Lactante al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA, 2 en residentes y 5 en no residentes internados en hospitales públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires, de los cuales se confirmaron mediante determinación de toxina botulínica en materia fecal en el ANLIS "Carlos Malbrán": 1 caso de CABA, 2 casos de Provincia de Buenos Aires, 1 de La Pampa y 1 de Santa Cruz (no residentes). La variedad de toxina correspondió a la Tipo A.

La serie histórica desde el año 2006 mostró una tendencia en ascenso, fundamentalmente a expensas de no residentes, con disminución en el año 2012 y un nuevo aumento en no residentes en el año considerado (Gráfico 1).

Gráfico 1
Botulismo del Lactante. Casos confirmados según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie Histórica 2006 – 2013.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

Los casos en residentes se notificaron ambos en cuatrisesmana 13. Los de no residentes fueron referidos a cuatrisesmanas 1, 3, 6 y dos en cuatrisesmana 10.

El rango etario comprendió lactantes entre 1 y 11 meses de edad. 43% correspondieron a sexo femenino y 57% a sexo masculino. El caso notificado en el paciente residente de la CABA correspondió a un lactante de 3 meses de sexo masculino, domiciliado en la Comuna 15, Región sanitaria III. No se reportaron decesos. Se enviaron fichas epidemiológicas en el 57% de los casos. En ningún caso se notificaron datos sobre alimentos sospechosos.

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

La Resolución Conjunta SPRRS N° 136/2007 y SAGPA N° 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 domiciliaria y peridomiciliaria 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 y favorecer 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.

En la Ciudad de Buenos Aires la situación durante el año 2013 se notificaron 39347 casos de diarreas agudas en todos los grupos de edad, de los cuales 63% correspondieron a residentes. (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Diarreas. Casos Acumulados Hasta la 53ª semana epidemiológica por Establecimiento. Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

ESTABLECIMIENTO	2013
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4028
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	2666
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD	2149
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	1986
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1699
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1613
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1514
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1480
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1326
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1041
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	475
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	378
CESAC 6	323
CESAC 27	258
CESAC 20	241
CESAC 18	230
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	224
CESAC 24	202
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	196
CESAC 35	187
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	167
CESAC 8	165
CESAC 36	142
CESAC 5	139
CESAC 22	136
CESAC 13	130
CESAC 30	123
CESAC 31	121
CESAC 14	119
CESAC 11	116
CESAC 29	111
CESAC 9	106
CESAC 19	104
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	90
CESAC 2	87
CESAC 3	80
CESAC 15	75
CESAC 16	71
HOSP DE SALUD MENTAL B. MOYANO	64
MC/CMB - Penna	64
CESAC 7	56
CESAC 12	41
CLIN DUSSAUT SA	39
MC/CMB - Velez Sarfield	36
CESAC 4	36
CESAC 10	35
CESAC 1	34
CESAC 28	23
CESAC 32	21
HOSP MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR COSME ARGERICH	19
MC/CMB - Argerich	9
MC/CMB - Pirovano	5
CESAC 34	2
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1
Total PROCEDENCIA RESIDENTES	24783

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

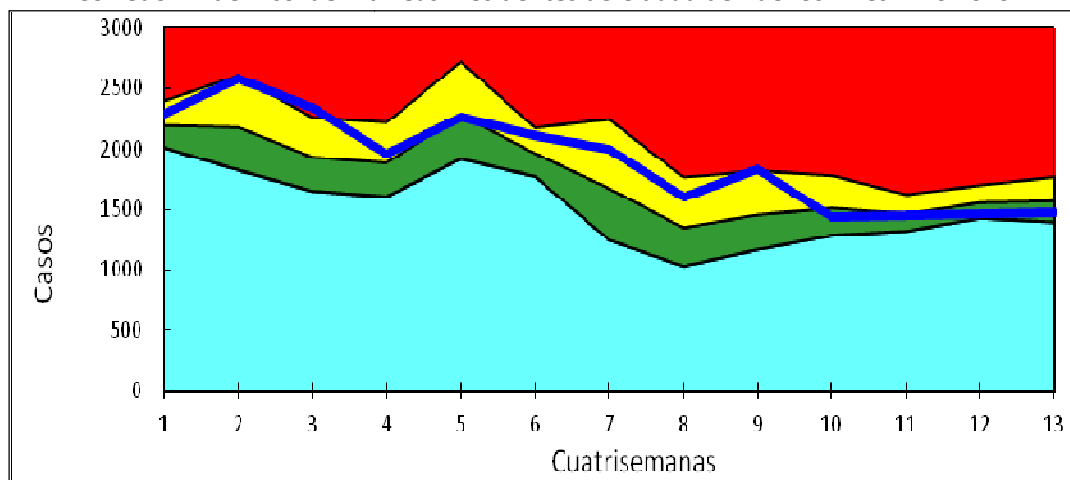
Tabla N°2
Diarreas. Casos Acumulados
Hasta la 53ª semana epidemiológica
NO RESIDENTES por Establecimiento. Año 2013.

ESTABLECIMIENTO	2013
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	4640
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	3305
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1481
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1236
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	938
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	556
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	454
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	387
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	240
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	217
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	199
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	193
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	190
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	189
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	101
CESAC 36 - NO RESIDENTES	58
CESAC 2 - NO RESIDENTES	54
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	47
CESAC 4 - NO RESIDENTES	33
CESAC 7 - NO RESIDENTES	33
CESAC 6 - NO RESIDENTES	6
CESAC 28 - NO RESIDENTES	2
CESAC 3 - NO RESIDENTES	2
CESAC 12 - NO RESIDENTES	2
HOSP DE OFTALMOLOGIA SANTA LUCIA - NO RESIDENTES	1
Total PROCEDENCIA NO RESIDENTES	14564

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

El corredor endémico de diarreas de la Ciudad de Buenos Aires del año 2013 evidenció una elevación de la notificación de casos desde la cuatrisesmana 1 con un pico de incidencia en cuatrisesmana 2, desde donde discurrió por zona de brote hasta mediados de la cuatrisesmana 3, para ingresar en zona de alerta, disminuyendo la tendencia sobre las tres últimas cuatrisesmanas del año analizado. Gráfico 1.

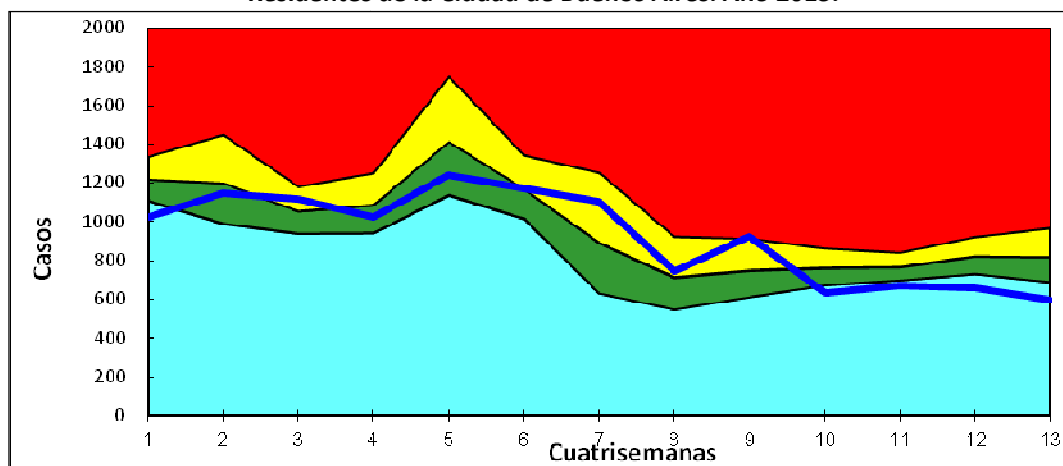
Gráfico Nº 1
Corredor Endémico de Diarreas. Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

Para la población menor de 5 años las notificaciones de diarreas en residentes se mantuvieron en zona de alerta desde cuatrisesemanas 6 a 8, alcanzando la zona de brote en la cuatrisesmana 9, para ubicarse en áreas de seguridad y éxito hacia la finalización del año 2013. Gráfico Nº 2.

Gráfico Nº 2
Corredor endémico de Diarreas en menores de 5 años.
Residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

Vigilancia de laboratorio de agentes etiológicos de diarreas agudas año 2013

Agentes etiológicos de las diarreas bacterianas en CABA

En Ciudad de Buenos Aires, según datos ingresados al SIVILA (notificación agrupada semanal) durante el año 2013 se procesaron, para gérmenes bacterianos, coprocultivos correspondientes a 1024 pacientes, de los cuales 514 resultaron positivos. El 33% correspondió a *Shigella* (337 casos), perteneciendo la mayor parte de los casos a la variedad *flexneri*, seguido por el *Campylobacter* con el 12,5%, y en tercer lugar *Salmonella*, con el 3,2% (Tabla 1).

Tabla 1
Diarreas Agudas Bacterianas.
Notificación agrupada semanal de muestras ingresadas al SIVILA.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

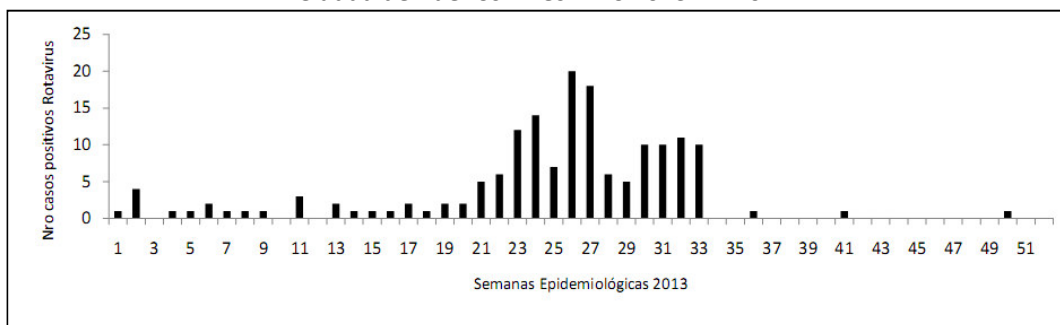
Evento	tot_se	p_se	totales	total P
Pacientes estudiados por coprocultivo	547	106	2792	254
Bacillus grupo cereus	3	0	5	0
Campylobacter coli	539	5	1973	8
Campylobacter jejuni	539	31	2006	106
Campylobacter sp.	188	3	1587	14
E. coli enteroagregativo (EAEC)	0	0	0	0
E. coli enteroinvasivo (EIEC)	0	0	0	0
E. coli enteropatógeno (EPEC)	0	0	135	6
E.coli enterotoxigénico (ETEC)	0	0	0	0
Salmonella Enteritidis	184	0	1273	0
Salmonella Newport	5	0	27	0
Salmonella spp	546	14	2282	32
Salmonella Typhimurium	184	0	1282	1
Shigella boydii	184	1	1277	1
Shigella dysenteriae	184	0	1282	0
Shigella flexneri	617	52	2393	199
Shigella flexneri 1	64	1	322	4
Shigella flexneri 2	64	7	316	22
Shigella flexneri 3	64	2	317	9
Shigella flexneri 6	64	0	316	0
Shigella flexneri AA479	62	3	284	8
Shigella sonnei	547	25	2275	86
Shigella spp	180	1	1254	9
STEC No-O157	364	0	515	0
STEC O157	541	0	2066	7
Vibrio cholerae No O1	479	0	1547	0
Vibrio cholerae O1	479	0	1554	0
Yersinia enterocolítica	130	0	1023	2

Fuente: SIVILA. Condensado semanal agrupado de notificaciones año 2013.

Agentes etiológicos de las diarreas virales en CABA

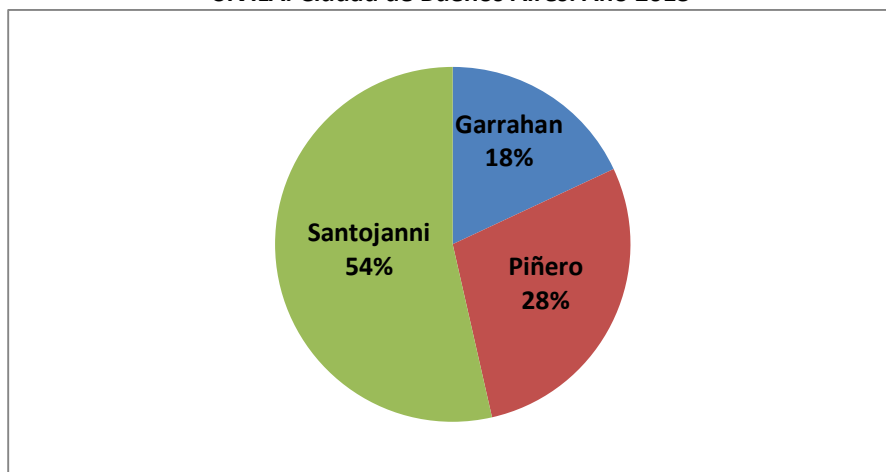
En ciudad de Buenos Aires, durante el año 2013, según datos de la Red Nacional de Vigilancia Laboratorial de Gastroenteritis Virales y monitoreo de carga agrupada del SIVILA, fueron estudiados 2113 casos, de los cuales 164 (7,8%) muestras resultaron positivas para rotavirus. Los laboratorios notificadores fueron los correspondientes a los hospitales Garrahan, Piñero y Santojanni (Gráfico 3 y 4).

Gráfico 3
Diarreas agudas virales.
Casos positivos para Rotavirus en SIVILA según semanas epidemiológicas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=164.



Fuente: RED NACIONAL DE VIGILANCIA LABORATORIAL DE GASTROENTERITIS VIRALES

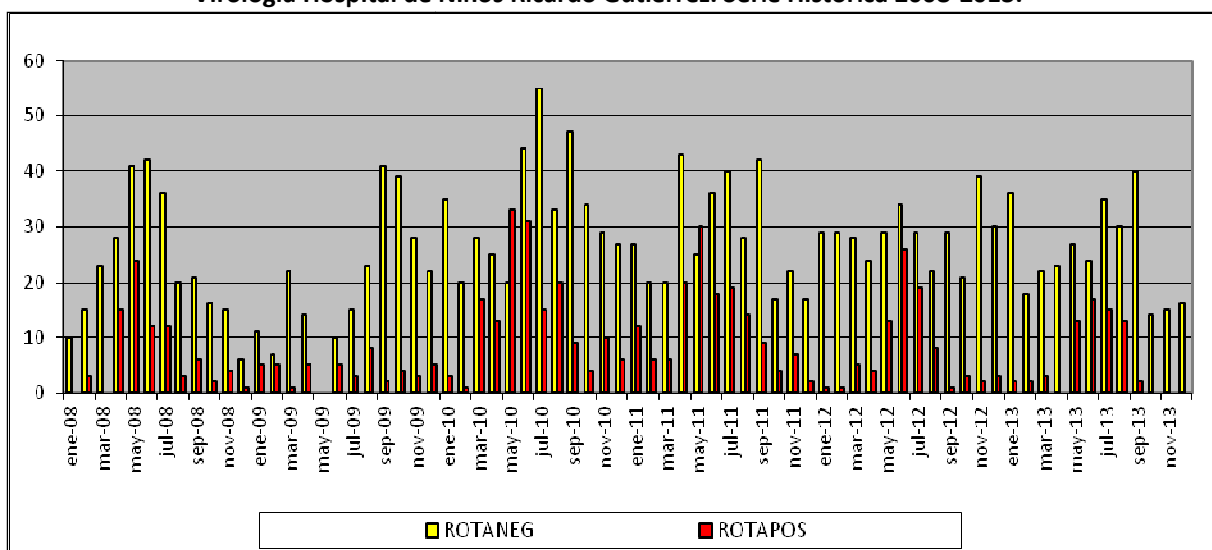
Gráfico 4
Diarreas agudas virales. Monitoreo de carga agrupada
SIVILA. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013



Fuente: RED NACIONAL DE VIGILANCIA LABORATORIAL DE GASTROENTERITIS VIRALES

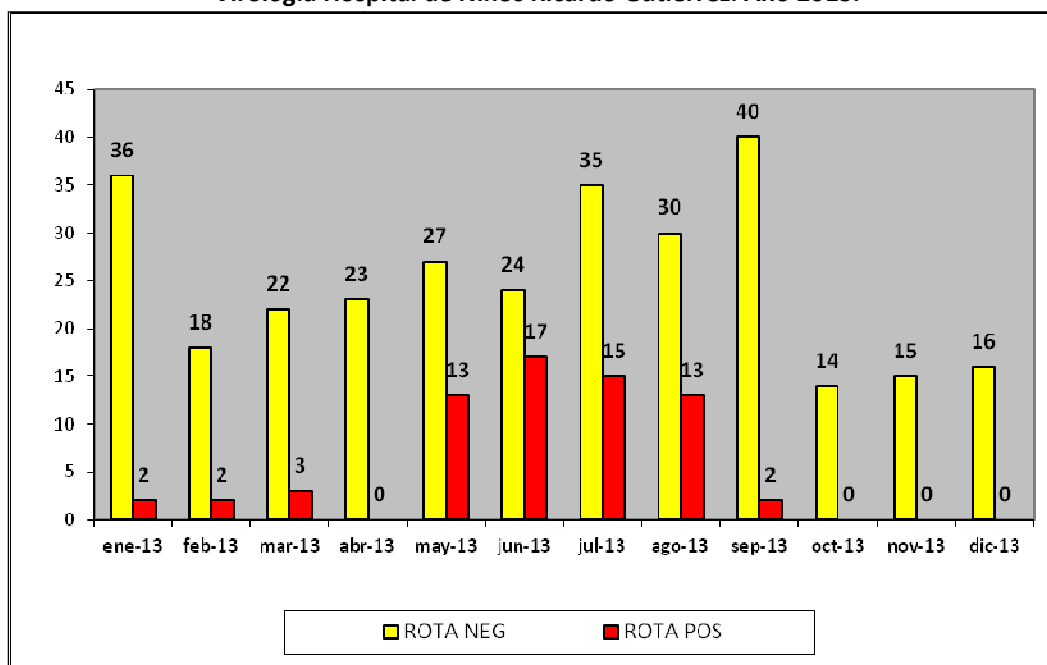
El Servicio de Virología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, desde hace varios años, realiza determinaciones de rotavirus en muestras de materia fecal. En la serie histórica 2008-2013 se evidenció positividad de las muestras en forma general entre los meses de mayo y septiembre y particularmente en el año 2013 hubo detección de casos también en el primer trimestre del año (Gráficos 5 y 6).

Gráfico 5
Rotavirus. Determinaciones individuales.
Virología Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Serie Histórica 2008-2013.



Fuente: Virología HNRG

Gráfico 6
Rotavirus. Determinaciones individuales.
Virología Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Año 2013.



Fuente: Virología HNRG

DIARREAS AGUDAS SANGUINOLENTAS (DAS)

Dra. Anabel Regalía

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 que no exceda los 14 días.

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

De allí 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.

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.

La incorporación efectiva a la notificación general se documenta a partir de mediados del año 2008.

Durante el año 2013 se notificaron al SNVS C2, desde hospitales, clínicas y centros de salud de la CABA un total de 39347 casos de diarreas agudas, 56,41% de los cuales ocurrieron en menores de 5 años.

Respecto de las diarreas agudas sanguinolentas (DAS), fueron notificados 516 casos durante el año de análisis, correspondiendo 303 casos a residentes, 196 a no residentes y 17 sin datos de domicilio de los pacientes.

Los hospitales Piñero y Elizalde fueron los efectores que contribuyeron con el mayor número de notificaciones (Tabla 3).

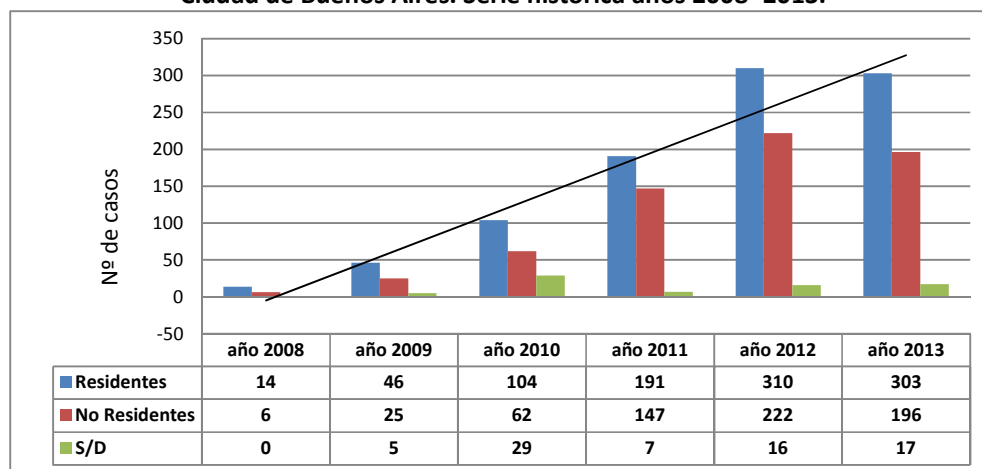
Tabla 3
DAS. Notificaciones según Efector de Salud y Residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Efectores	Casos residentes	Casos no residentes	S/D	Totales
<i>Álvarez</i>	4	3	0	7
<i>Argerich</i>	1	1	0	2
<i>Durand</i>	2	3	0	5
<i>Elizalde</i>	39	129	0	168
<i>Fernandez</i>	0	0	0	0
<i>Garrahan</i>	2	0	0	2
<i>Gutiérrez</i>	11	16	0	27
<i>Muñiz</i>	0	0	0	0
<i>Penna</i>	0	0	0	0
<i>Pirovano</i>	20	6	0	26
<i>Piñero</i>	149	14	14	177
<i>Ramos Mejía</i>	15	7	0	22
<i>Rivadavia</i>	0	0	0	0
<i>Santojanni</i>	9	3	0	12
<i>Tornú</i>	0	0	0	0
<i>Udaondo</i>	0	0	0	0
<i>V. Sarsfield</i>	9	3	0	12
<i>Zubizarreta</i>	0	0	0	0
<i>CeSACs</i>	34	1	3	38
<i>Privados</i>	5	5	0	10
<i>S/D</i>	3	5	0	8
Totales	303	196	17	516

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica, iniciada en la segunda mitad del año 2008, mostró una tendencia en ascenso, tanto para residentes como para no residentes con estabilización del número en el año 2013, evidenciando la incorporación de este evento de notificación obligatoria a la vigilancia individualizada (Gráfico 4).

Gráfico 4
DAS. Total de Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica años 2008- 2013.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Durante todo el año hubo notificaciones, que se mostraron superiores en las tres primeras cuatrisesmanas del año 2013. (41,41% en residentes) Tabla 4.

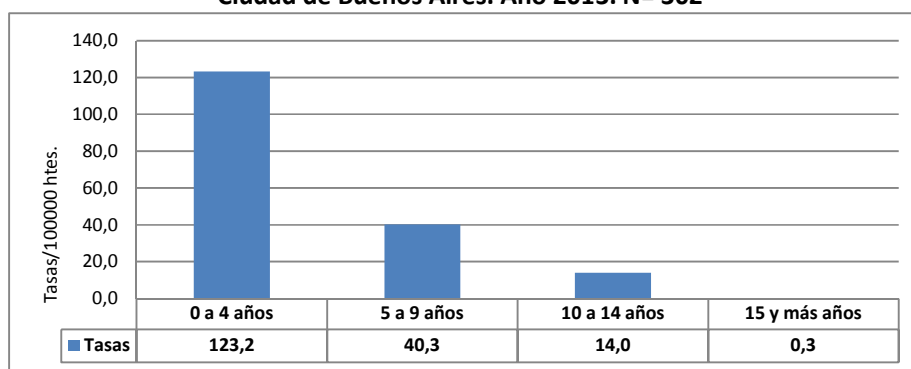
Tabla 4
DAS. Notificaciones en residentes según cuatrisesmanas.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013.

CUATRISEMANAS	AÑO 2012			AÑO 2013		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D
1	52	38	3	43	48	3
2	39	23	3	51	68	1
3	46	5	2	31	18	1
4	12	9	0	27	4	3
5	15	5	0	22	9	2
6	17	8	2	13	0	1
7	28	14	0	12	8	1
8	18	11	2	15	4	0
9	12	24	1	13	7	0
10	12	22	2	21	7	0
11	22	20	2	23	7	1
12	19	15	0	12	9	4
13	17	28	1	20	7	0
TOTAL	310	222	16	303	196	17

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de notificación de DAS de la Ciudad de Buenos Aires fue de **10,4 casos/100000 htes.** La incidencia se estabilizó respecto del año anterior. En el grupo de *menores de 5 años*, la tasa alcanzó 123,2 *casos/100000* niños de ese grupo de edad, siendo en general las tasas elevadas en menores de 15 años (Gráfico 5).

Gráfico 5
DAS. Tasas en residentes según grupos de edad.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N= 302*

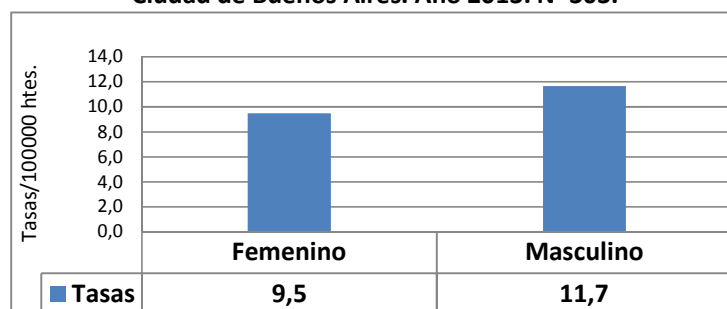


*6 casos S/D de edad. 1 caso no encontrado.

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 6.

Gráfico 6
DAS. Tasas de notificación c/100000htes. en residentes según sexo.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=303.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El número más elevado de notificaciones y la tasa más alta correspondieron a la comuna 7, perteneciente a la Región Sanitaria II Sur (34,7 casos/100000 htes.). Cabe aclarar que estos datos coinciden con el establecimiento que reportó el mayor número de notificaciones de DAS en residentes, el hospital Piñero, emplazado en la mencionada RS, en la que se encuentran afincados importantes núcleos habitacionales transitorios (NHT) de la CABA, que presentan condiciones socioambientales que favorecerían la transmisión de enfermedades de origen gastroentérico. En el Hospital Piñero existe buen sistema de vigilancia, habida cuenta de la sensibilización del equipo de salud y de la presencia de residentes de Epidemiología en el servicio de Promoción y Protección de la Salud, Infectología y Área Programática (Tabla 5).

Tabla 5
DAS. Casos y Tasas/100000 htes. en residentes según Comunas y Regiones Sanitarias.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.*

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	15	7,6
	3	9	4,4
	4	28	11,7
	<i>Subtotal Región 1</i>	52	8,1
Región 2	7	91	42,5
	8	74	40,5
	9	30	18,2
	<i>Subtotal Región 2</i>	195	34,7
Región 3	5	3	1,6
	6	6	3,3
	10	9	5,2
	11	3	1,5
	15	5	2,6
	<i>Subtotal Región 3</i>	26	2,8
Región 4	2	0	0,0
	13	10	4,0
	14	0	0,0
	12	11	5,5
	<i>Subtotal Región 4</i>	21	2,4
Total Ciudad de Buenos Aires		294	9,7

*9 casos S/D de comuna.

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Del total de notificaciones de DAS del año 2013, en 214 casos se solicitaron especímenes fecales. En el 22% de los casos se logró identificar gérmenes a partir de coprocultivos, constituyendo la Shigella el 16% de los aislamientos. En segundo lugar se ubicó la E. coli. En un solo paciente se rescató el parásito Giardia y en 1,2% de los casos, la etiología de la DAS se debió a Rotavirus (Tabla 6).

Tabla 6
DAS. Casos y porcentaje de rescate de laboratorio.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=514*

RESULTADOS	N° de CASOS	%
Campylobacter	7	1,4
E. coli	9	1,8
Salmonella	3	0,6
Shigella	82	16,0
Enterococo	1	0,2
Klebsiella	1	0,3
Neumococo	1	0,2
Yersinia	1	0,2
Flora habitual	26	5,1
Giardia lamblia	1	0,2
Adenovirus	1	0,2
Rotavirus	6	1,2
Negativo	42	8,2
S/D	269	52,3
No informado	36	7,0
Sin muestra	28	5,4
TOTAL	514	100,0

*2 casos S/D de laboratorio

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

En residentes (303) un 14,8% (45 casos) requirieron internación, 12,5% (38 casos) presentaron deshidratación, 5,9% más de 10 deposiciones diarias, y un 15% mostró combinación de fiebre, vómitos y dolor abdominal sumado a la diarrea sanguinolenta (Tabla 7).

Tabla 7
DAS. Signos y Síntomas.
Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Síntomas y evolución	Casos	%
Evolución >14 días	1	33,3
Combinación de síntomas	46	15,1
Internación	45	14,8
Deshidratación	38	12,5
Deposiciones > a 10/día	18	5,9
Sólo fiebre	18	5,9
Sólo Vómitos	7	2,3
Sólo dolor abdominal	7	2,3

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el 20% (86) de los casos en residentes se consignaron contactos sintomáticos con diarreas, de los cuales la mayor parte (51) fueron convivientes. 47 casos de DAS en residentes se asociaron a brotes de diarrea

que variaron entre 2 a 28 personas. Se registraron antecedentes de viaje en 1,6% de los residentes notificados.

Se recibieron fichas epidemiológicas de DAS en el **33%** de los casos (n= 516). 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.

En resumen: durante el año 2013 continuó la notificación en número ascendente de DAS; el 41,41% de la misma se verificó en las tres primeras cuatrisesmanas del año, 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 II (Sur) de la ciudad y específicamente, dentro de ella en las comunas 7 y 8 (presencia de barrios y villas de emergencia y mayor sensibilización del equipo de salud para la notificación de casos). El germen predominantemente hallado fue la Shigella.

SINDROME UREMICO HEMOLITICO

Dra. Anabel Regalía

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.

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 pueden presentar 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.

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.

En Argentina se producen alrededor de **500** casos anuales. La tasa de incidencia nacional es mayor de **12** por 100.000 en **niños 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%**.

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 obliga a realizar la **notificación rápida** de los casos internados para **iniciar** una investigación sobre cada uno de ellos y su entorno familiar.

Durante el año 2013 se notificaron un total de 84 casos de Síndrome Urémico Hemolítico, desde efectores públicos y privados de la ciudad, 32% correspondió a residentes y 68% a no residentes (Tabla 1).

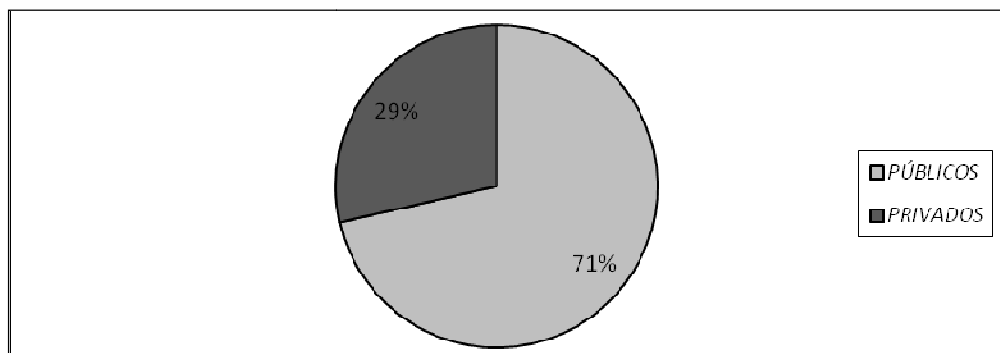
TABLA 1
SUH. Notificaciones según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

HOSPITAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES
ÁLVAREZ	0	1
ELIZALDE	6	7
GARRAHAN	5	17
GUTIERREZ	5	19
PRIVADOS	11	13
TOTALES	27	57

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

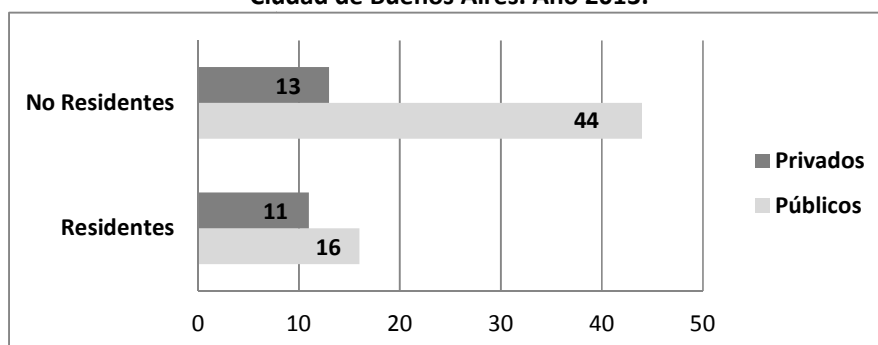
Se verificaron 71% de notificaciones provenientes de efectores públicos y 29% de privados (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1
SUH. Porcentaje de notificaciones según tipo de efector de salud.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

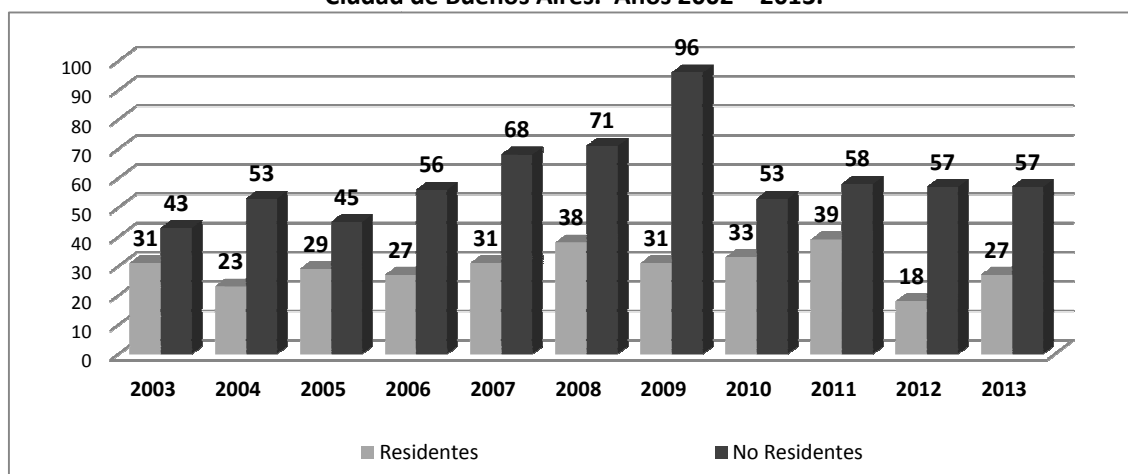
Gráfico 2
SUH. Notificaciones según tipo de efector de salud y residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

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

Gráfico 3
SUH. Serie histórica según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2002 – 2013.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El 52% de la notificación en residentes en el año 2013 se verificó en las cuatrisesmanas 1 a 4 y el 51% de los casos notificados en no residentes ocurrieron entre las cuatrisesmanas 1 y 6.

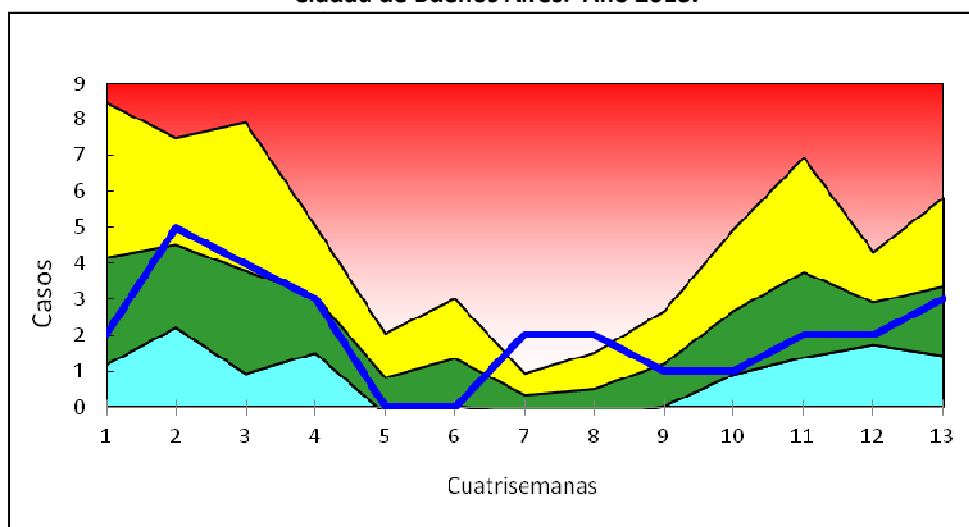
TABLA 2
SUH. Notificación de casos por cuatrisesmanas según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2012	Año 2013	Año 2012	Año 2013
1	3	2	8	7
2	1	5	6	4
3	2	4	7	5
4	1	3	3	3
5	0	0	7	7
6	1	0	3	3
7	0	2	3	0
8	0	2	1	2
9	1	1	3	2
10	2	1	2	4
11	0	3	3	5
12	2	2	9	7
13	5	2	2	8
Totales	18	27	57	57

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El corredor endémico cuatrisesmanal de casos de SUH en residentes de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2013 alternó entre zonas de seguridad y alerta en el primer semestre del año y de brote en las cuatrisesmanas 7 y 8, descendiendo nuevamente en la cuatrisesmana 9 a zona de seguridad, donde se mantuvo con ligera elevación hasta la finalización del año (Gráfico 4).

Gráfico 4
SUH. Corredor Endémico en Residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

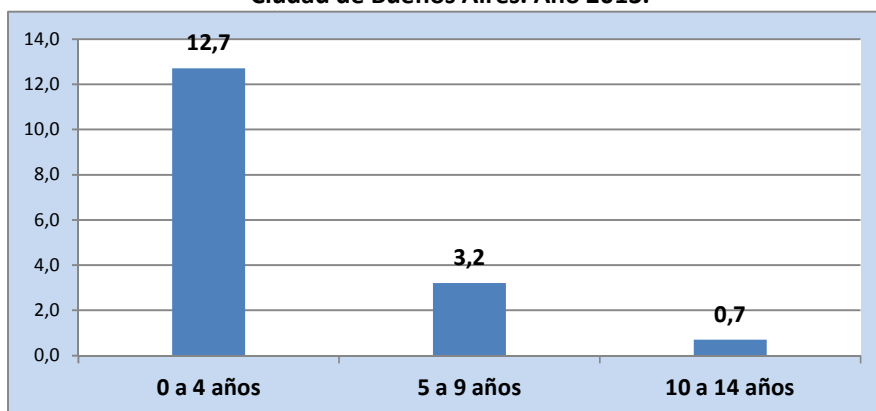


Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La tasa general de SUH en la ciudad para el año 2013 fue de **0,9 casos/ 100000 htes.**, ligeramente superior respecto del año anterior (que presentó una cifra de 0,6 casos/100000 htes).

El grupo etario más afectado correspondió al de los menores de 5 años, totalizando el **88,9% de las notificaciones**, con una tasa que ascendió a **12,7 casos/100000 niños de los 0 a 4 años y de 3,2 casos en niños de 5 a 9** (Gráfico 5).

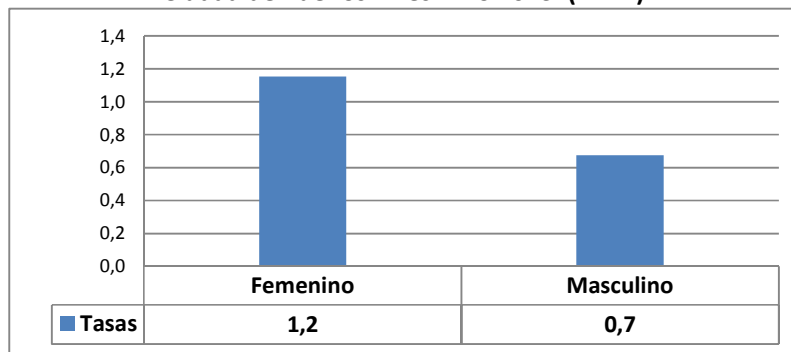
Gráfico 5
SUH. Tasas/100000 htes. en residentes según grupos de edad.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Las tasas por 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 (18.5 casos c/100000) (Gráfico 6 y Tabla 3).

Gráfico 6
SUH. Tasas en residentes según sexo.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N=27).



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tabla 3
SUH. Casos y Tasas/100000 htes. en residentes
según sexos y grupos etarios. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N=27).

Grupos etáreos	Femenino	Tasas	Masculino	Tasas
0 a 4 años	15	18,5	6	7,1
5 a 9 años	3	3,9	2	2,5
10 a 14 años	0	0,0	1	1,3
Total	18	1,2	9	0,7

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Todas las comunas de la Región Sanitaria II fueron las que presentaron las tasas más altas de incidencia (**2,0 casos /100000 htes.**), siendo la comuna **7** la que mostró el guarismo más elevado: **2,3 casos /100000 htes.** (Tabla 4).

Tabla 4
SUH. Casos y Tasas/100000 htes. en residentes
según Comunas y Regiones Sanitarias. Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
<i>Región 1</i>	1	1	0,5
	3	2	1,0
	4	4	1,7
	<i>Subtotal Región 1</i>		
	1	7	1,1
<i>Región 2</i>	7	5	2,3
	8	3	1,6
	9	3	1,8
	<i>Subtotal Región 2</i>		
	2	11	2,0
<i>Región 3</i>	5	0	0,0
	6	0	0,0
	10	2	1,2
	11	0	0,0
	15	1	0,5
	<i>Subtotal Región 3</i>		
	3	3	0,3
<i>Región 4</i>	2	2	1,1
	13	2	0,8
	14	2	0,8
	12	0	0,0
	<i>Subtotal Región 4</i>		
	4	6	0,7
Total Ciudad de Buenos Aires		27	0,9

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Las determinaciones de laboratorio bacteriológico evidenciaron que se solicitaron muestras en el 59,2% de los residentes, resultando rescate bacteriológico positivo solamente en el 22,3% (5 cepas identificadas como *Escherichia coli* O157, productoras de Shigatoxina, 1 detección de Adenovirus y 1 de rotavirus). En no residentes los coprocultivos fueron positivos en el 24,6% de los casos) (Tabla 5).

Tabla 5
SUH. Coprocultivos en número absoluto y porcentual según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Coprocultivos	Residentes	%	No residentes	%
<i>Positivos</i>	6	22,3	14	24,6
<i>Flora habitual</i>	8	29,6	11	19,3
<i>Pendientes</i>	2	7,4	4	7,0
<i>S/D</i>	11	40,7	28	49,1
Totales	27	100,0	57	100,0

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Durante el año 2013, 5 casos de SUH del total de los notificados evolucionaron al *óbito*, correspondiendo uno de ellos a una residente de la ciudad (3 años 7 meses de edad, domiciliada en comuna 7 RS 2, ocurrencia del evento en cuatrimestre 12, con rescate en coprocultivo de EHEC O157 stx2+ y sepsis con fallo multiorgánico) y 4 a no residentes (1 de la provincia de La Pampa y 3 de Pcia. de Buenos Aires).

La letalidad por SUH para el año 2013 alcanzó 6% del total de casos notificados y entre los residentes la cifra se ubicó el 3,7% (Tabla 6).

Tabla 6
SUH. Casos fallecidos según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

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

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La diarrea aguda sanguinolenta (DAS) estuvo presente en el 59,2% de los residentes con diagnóstico de SUH y en el 75,4% de los no residentes. Respecto del signo que revela insuficiencia renal, la oligoanuria, se registró en el 41% de los residentes y en el 45,6% de los no residentes y la deshidratación en el 29,7% y 24,6% respectivamente (Tabla 7).

Tabla 7
SUH. Notificación según porcentaje de signos y síntomas y residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (n=27 y 57)

SÍNTOMAS	RESIDENTES	%	NO RESIDENTES	%
DAS	16	59,2	43	75,4
Oligoanuria	11	41,0	26	45,6
Deshidratación	8	29,7	14	24,6

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Entre los residentes el 63% de los casos refirió probable alimento sospechoso, 7,4% registraba el antecedente de ingesta de medicamentos la semana previa al comienzo del SUH, 26% tuvo contactos con diarrea (de los cuales el 71% eran convivientes), 18,5% presentaron antecedentes de viaje (6casos) (Tabla 8).

Tabla 8
SUH. Probables antecedentes etiológicos según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (n=27 y 57)

ANTECEDENTES	RESIDENTES	%	NO RESIDENTES	%
Alimento sospechoso referido	17	63,0	22	38,6
Contacto con otros casos de diarrea	7	26,0	6	10,5
Ingesta de fármacos previa	2	7,4	11	19,3
Sin red de agua en domicilio	1	3,7	8	14,0
Viajes	5	18,5	1	1,7

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Entre los alimentos referidos en residentes se destacó que casi el 41% de los casos describió la ingesta previa de carne picada, bajo las presentaciones de hamburguesas y empanadas (Gráfico 7).

Gráfico 7
SUH. Porcentaje de notificación de alimentos sospechosos según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Alimentos	Residentes	%	No Residentes	%
Carne en trozos	2	7,4	5	8,8
Carne picada	11	40,7	11	19,3
Salchichas	1	3,7	2	3,5
Jugo de carne	0	0,0	1	1,8
Lácteos	2	7,4	2	3,5
Pollo	2	7,4	1	1,8
No referidos	4	14,8	17	29,8
S/D	5	18,5	18	31,6
Total	27	100,0	57	100,0

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se confeccionaron fichas epidemiológicas en el 85% de los casos notificados desde los efectores de salud.

Se solicitaron 26 estudios de foco de casos de pacientes residentes a las Áreas Programáticas de los efectores públicos de la CABA, de los cuales se efectivizaron 20 (76,92%). En un caso no se solicitó porque la notificación del caso fue muy tardía.

En resumen: durante el año 2013 se notificaron en la Ciudad de Buenos Aires, 10,71% más casos de SUH que el año anterior a expensas de residentes, manteniéndose en la misma cifra los casos reportados en no residentes. El 71% de las notificaciones correspondieron a efectores públicos. La mayor incidencia se verificó en residentes menores de 5 años y en el sexo femenino. La comuna 7 y la Región Sanitaria II fueron las que presentaron más altas tasas de incidencia. La letalidad general de los casos notificados fue del 6% (4/84) y la de residentes fue del 3,7% (1/27).

Se deben seguir haciendo esfuerzos de educación comunitaria para propender al 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.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA).

Dra. Anabel Regalía

Las Enfermedades de Transmisión por Alimentos (ETA) o Toxoinfecciones 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).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, durante el año 2013, se notificaron 74 casos sospechosos de Enfermedades de Transmisión por Alimentos, de los cuales el 86,48% correspondió a residentes de la CABA (Tabla 1).

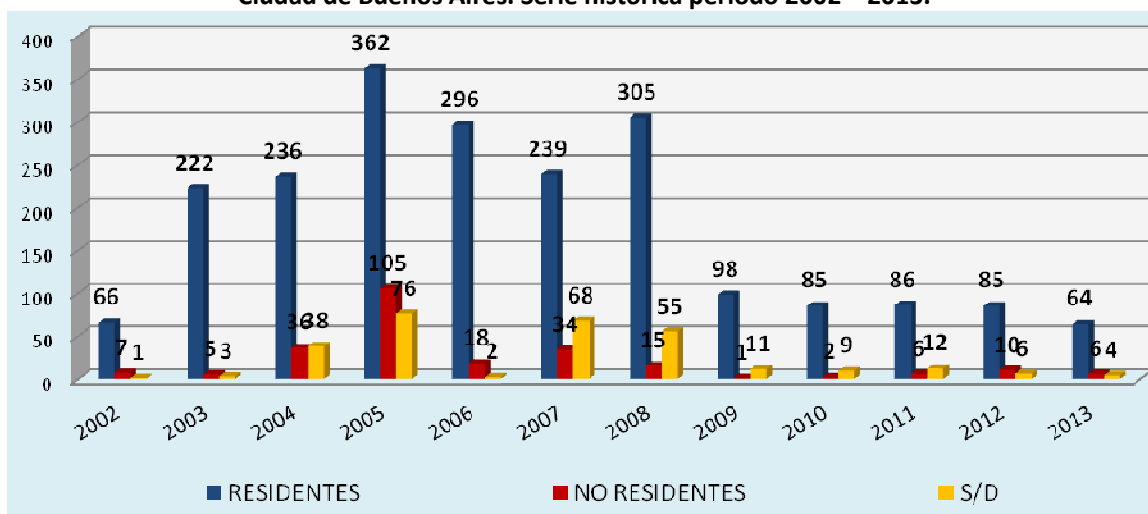
Tabla 1
ETA. Notificaciones según Residencia y Efectores de Salud
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Efectores	Casos residentes	Casos no residentes	S/D	Totales
<i>Piñero</i>	1	0	2	3
<i>Pirovano</i>	2	0	0	2
<i>Seguridad Alimentaria</i>	46	6	2	54
<i>Tornú</i>	7	0	0	7
<i>CeSACs</i>	3	0	0	3
<i>Privados</i>	5	0	0	5
Totales	64	6	4	74

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica, mostró un ascenso en la notificación de casos, en especial en residentes de la ciudad, desde el año 2002 hasta el 2008, con descenso en los últimos cuatro años del período considerado (Gráfico 1).

Gráfico 1
ETA. Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica período 2002 – 2013.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La notificación se distribuyó durante todas las cuatrisesmanas del año 2013, con aumento del número de casos en las cuatrisesmanas 2, 5, 12 y 13 (Tabla 2).

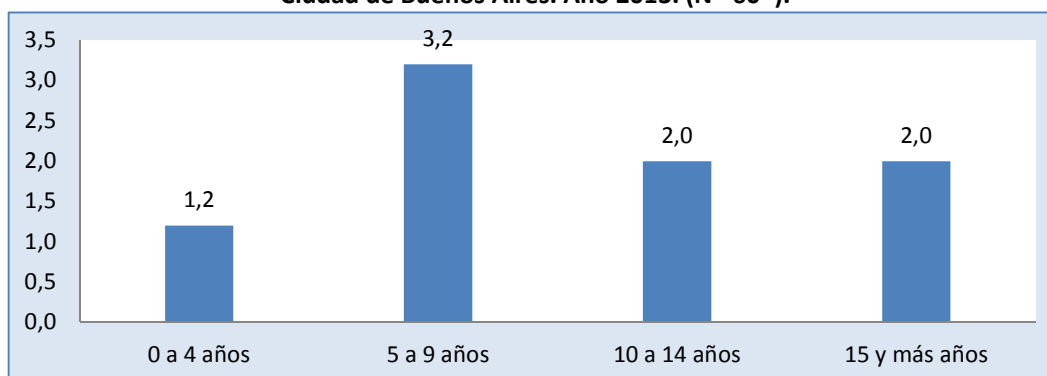
Tabla 2
ETA. Notificaciones en residentes según cuatrisesmanas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Cuatrisesmanas	Residentes	No Residentes	S/D	Totales
1	3	0	2	5
2	7	0	0	7
3	2	1	1	4
4	3	0	1	4
5	12	0	0	12
6	4	0	0	4
7	1	1	0	2
8	2	1	0	3
9	6	0	0	6
10	6	1	0	7
11	3	0	0	3
12	8	1	0	9
13	7	1	0	8
Totales	64	6	4	74

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de notificación de ETA de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2013 fue de **2,1 casos/100000 htes.**, resultando el más afectado el **grupo de 5 a 9 años**, si bien no se evidenció demasiada variabilidad de tasas de incidencia entre los distintos grupos de edad (Gráfico 2).

Gráfico 2
ETA. Tasas de Notificación c/100000 htes. según grupos de edad.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N= 60*).



*4 casos sin datos de edad

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las tasas de notificación en ambos sexos fueron de 2,1 casos /100000 htes. La Región Sanitaria III presentó la tasa de notificación más elevada de la ciudad, con una cifra de 3,4 casos/100000 htes., incluyendo a la comuna 15, con 13 casos notificados y una tasa de 6,6 casos/100000 htes (Tabla 3).

Tabla 3
ETA. Casos y Tasas/100000 htes. según comunas y Región Sanitaria.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N=63)*

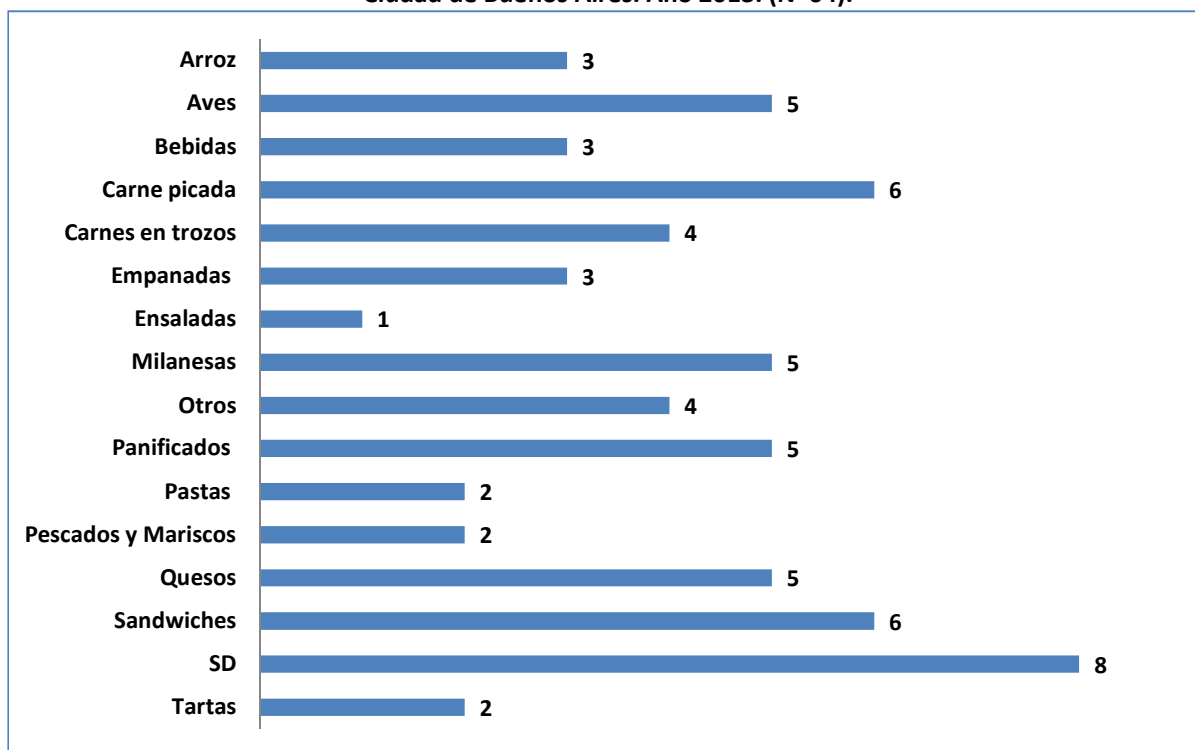
Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	4	2,0
	3	1	0,5
	4	3	1,3
	<i>Subtotal Región 1</i>	8	1,2
Región 2	7	4	1,9
	8	2	1,1
	9	1	0,6
	<i>Subtotal Región 2</i>	7	1,2
Región 3	5	3	1,6
	6	5	2,7
	10	6	3,5
	11	4	2,0
	15	13	6,6
	<i>Subtotal Región 3</i>	31	3,3
Región 4	2	3	1,6
	13	5	2,0
	14	5	2,0
	12	4	2,0
	<i>Subtotal Región 4</i>	17	1,9
Ciudad de Buenos Aires.		63	2,1

*1 caso S/D de RS

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Entre los alimentos sospechosos reportados se destacaron carne picada y sándwiches, pero en un 12,5% no se reportó ninguno (Gráfico 3).

Gráfico 3
ETA. Notificaciones según alimentos sospechosos.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N=64).



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Una paciente residente de 86 años presentó una sepsis por *Salmonella*, aislándose este germen en el hemocultivo, con buena evolución clínica tras el tratamiento. El antecedente de ingesta reportó hamburguesa adquirida en un comercio barrial.

El 54% de los casos notificados se asociaron a un brote de entre 2 a 37 personas, no pudiéndose determinar en todos los casos la asociación fehaciente con la ingesta de algún alimento potencialmente contaminado.

El 73% 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, en la práctica, en consultas médicas.

Fueron notificadas desde los hospitales Elizalde y Gutiérrez 2 casos de fiebre tifoidea en niños no residentes en las semanas epidemiológicas 4 y 10, con aislamientos de *Salmonella typhi* en hemocultivos, uno de ellos confirmado en el ANLIS "Carlos Malbrán".

Se reportaron 7 casos sospechosos de triquinosis, 2 en residentes y 5 en no residentes. Dos de estos últimos, diagnosticados en el Htal. Muñiz, fueron confirmados.

En resumen: durante el año 2013 la tendencia de notificaciones se mantuvo similar a los años previos, descendiendo desde el año 2008. No hubo un predominio estacional con una tasa mayor en el grupo etario de 5 a 9 años. El más alto número de notificaciones se referenció a la Región Sanitaria III y se vehiculizó principalmente 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, especialmente en menores de dos años.
- 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 o cambio de pañales.
- Lavado meticoloso 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.
- Evitar la manipulación de alimentos si se padecen enfermedades infecciosas.
- Importancia de la limpieza y desinfección en el hogar o institución.

HEPATITIS A Y SIN ESPECIFICAR

Dra. Anabel Regalía

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 la condición sanitaria 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.

Durante el año 2013 se notificaron al Departamento de Epidemiología, 53 casos sospechosos de hepatitis aguda, para investigar su posible etiología como hepatitis A, desde los efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. De ellos, 21 casos correspondieron a residentes, confirmándose 7 como hepatitis A y 30 casos de notificación afectaron a no residentes, de los cuales también 7 resultaron hepatitis A (Tabla 1).

Tabla 1
Notificaciones de Hepatitis Agudas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

	Hepatitis A	Hepatitis SE	Hepatitis B	Hepatitis C	Otros diag.	Descartado	Totales
Residentes	7	9	4	1	0	0	21
No Residentes	7	14	3	0	4	2	30
S/E Residencia	0	1	0	0	0	1	2
Totales	14	24	7	1	4	3	53

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

Los hospitales Gutiérrez, Penna, Elizalde, Piñero, Ramos Mejía y Vélez Sarsfield son los que presentaron más notificaciones de hepatitis agudas, dentro de los del ámbito del GCBA (Tabla 2).

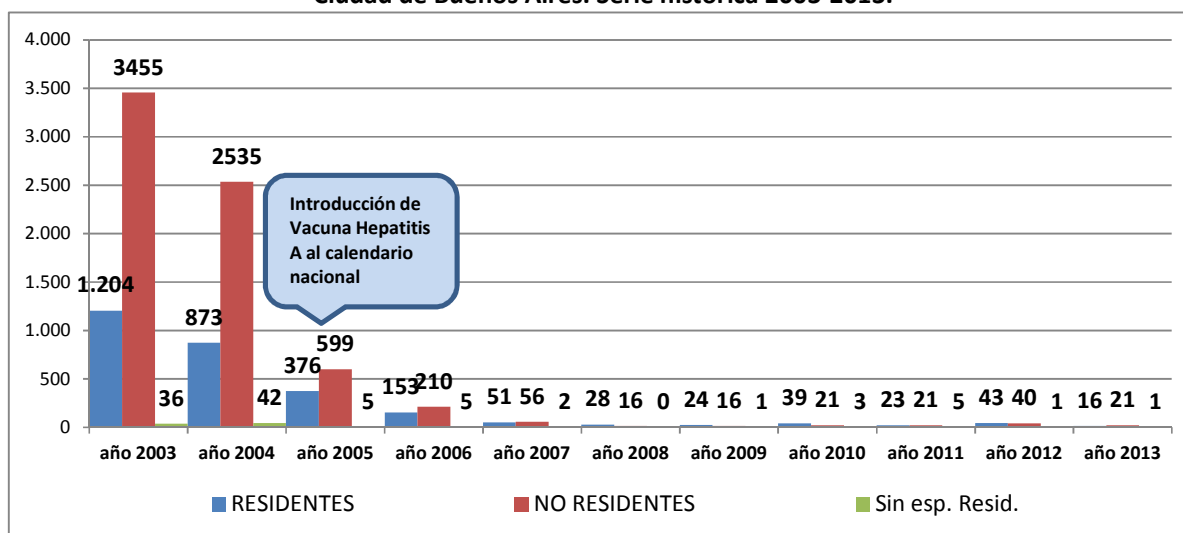
Tabla 2
Hepatitis Aguda
Casos Notificados por efectores de salud según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

HOSPITALES	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	TOTALES
ALVAREZ	0	0	0	0
ARGERICH	0	0	0	0
DURAND	0	0	0	0
ELIZALDE	1	5	0	6
FERNANDEZ	0	0	0	0
GARRAHAN	1	1	0	2
GUTIÉRREZ	0	12	0	12
MUÑIZ	1	0	0	1
PENNA	3	4	0	7
PIÑERO	3	0	1	4
PIROVANO	2	0	0	2
R. MEJÍA	2	1	1	4
SANTOJANNI	1	0	0	1
SARDA	0	1	0	1
TORNU	0	0	0	0
UDAONDO	0	0	0	0
VÉLEZ SARSFIELD	2	2	0	4
ZUBIZARRETA	0	0	0	0
CeSACs	1	0	0	1
OTROS	4	3	0	7
S/D	0	1	0	1
TOTALES	21	30	2	53

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

La serie histórica 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).

Gráfico 1
Hepatitis A y SE según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2003-2013.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

Durante el año 2013 la cuatrisesmana con más cantidad de casos notificados de Hepatitis A y SE en residentes fue la n° 3 (del 24/02 al 23/03/13) seguida por la cuatrisesmana 8, mientras que en no residentes durante las cuatrisesmanas 5, 9 y 10 ocurrieron las notificaciones más altas del año (Tabla 3).

Tabla 3
Hepatitis A y SE. Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013. (n= 51)*

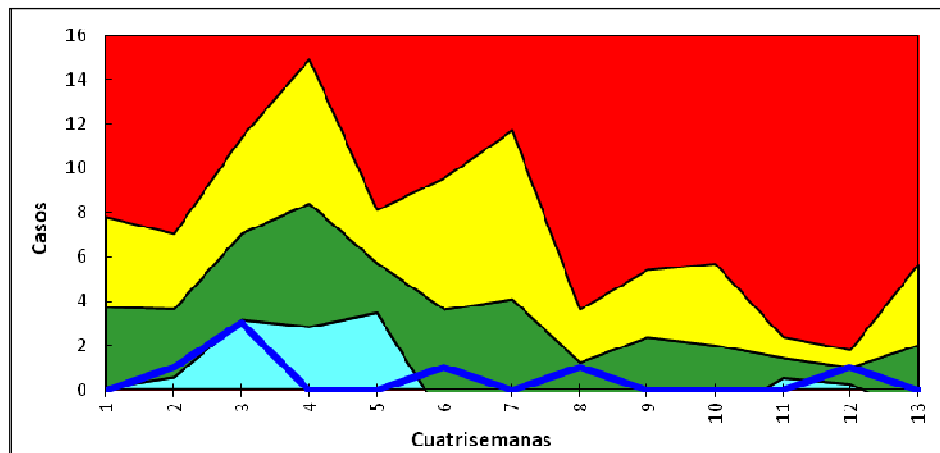
Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2012	Año 2013	Año 2012	Año 2013
1	2	1	2	3
2	6	1	4	1
3	7	5	1	1
4	5	2	7	3
5	7	1	4	4
6	1	2	4	3
7	4	0	3	2
8	1	4	0	0
9	2	2	4	4
10	5	0	2	4
11	0	1	2	2
12	2	2	2	2
13	1	0	5	1
TOTALES	43	21	40	30

*2 casos S/D residencia

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

El corredor endémico de Hepatitis A del año 2013 transitó casi todo el año por el área de seguridad y éxito, dada la menor cantidad de casos respecto de los años anteriores (Gráfico 2).

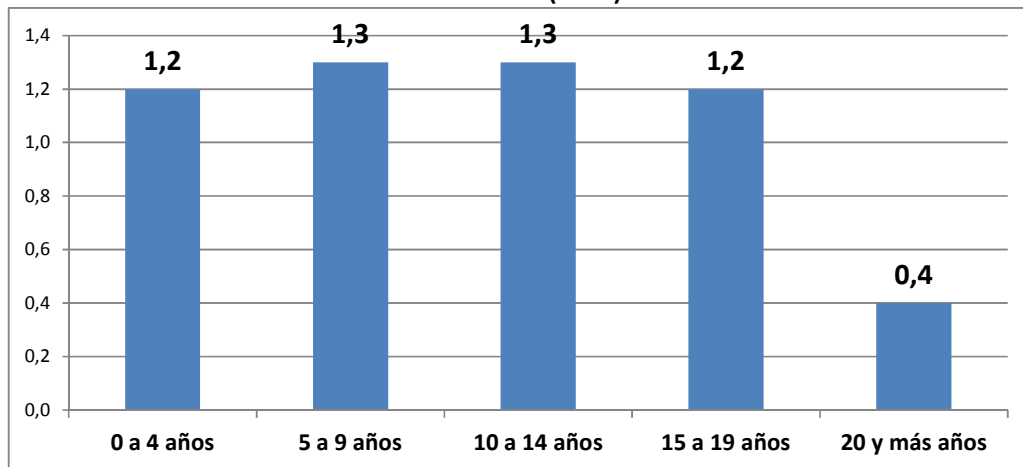
**Gráfico 2. Corredor endémico cuatrisesmanal de Hepatitis A.
Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

La tasa general de afectación de Hepatitis A y SE de la ciudad para el año 2013 fue de **0.5 casos cada 100000 habitantes**. Los grupos de edad se afectaron en general en forma uniforme hasta los 19 años de edad, duplicando la tasa general (Gráfico 3).

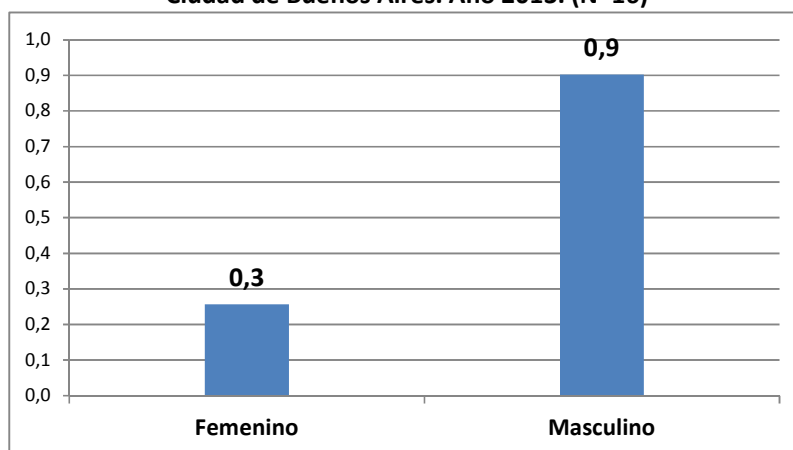
**Gráfico 3
Hepatitis A y SE.
Tasas por 100.000 hab. Residentes Ciudad de Buenos Aires.
Año 2013. (n=16)**



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 veces superior (Gráfico 4).

Gráfico 4. Hepatitis A y SE.
Tasas en residentes según sexos.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N=16)



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Durante el año 2013, la comuna 4 (perteneciente a la Región Sanitaria I) presentó la tasa de notificación más elevada, pero la RS II evidenció la mayor tasa de la ciudad (Tabla 4).

Tabla 4. Hepatitis A y Sin Especificar
Casos y Tasas de Notificación/100000 htes. en residentes según Región Sanitaria y Comunas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. (N= 13)*

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

*3 casos sin datos de Comuna y Región Sanitaria

Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

De las 21 notificaciones de hepatitis agudas en residentes sospechosas de hepatitis A, 7 presentaron serología IgM positiva confirmatoria, 4 positivas para hepatitis B y una para hepatitis C. En los nueve casos restantes no se determinó serología viral positiva.

Respecto de los no residentes, sobre 30 casos notificados con sospecha de hepatitis A, en 6 se determinó IgMHAV positiva, en 5 casos el HBSAg resultó positivo, 3 casos presentaron IgMHBV positivo y en 18 casos no se especificó diagnóstico (Tabla 5).

Tabla 5
Hepatitis Agudas. Notificaciones según serologías.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

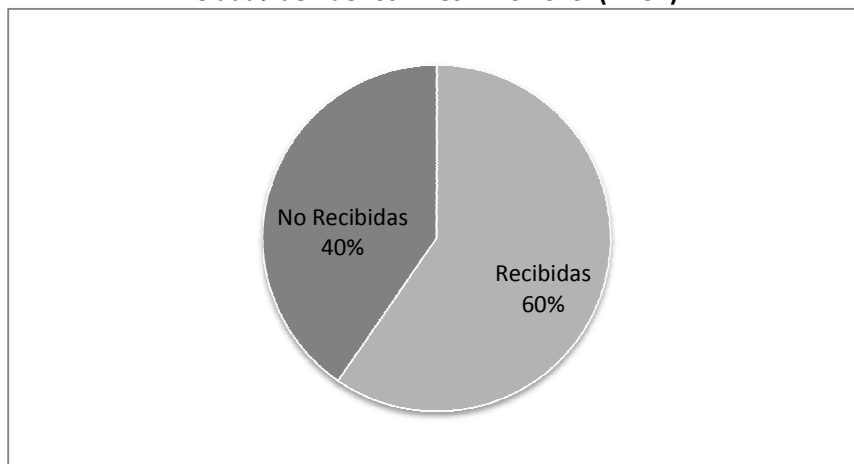
SEROLOGÍA	RESIDENTES				NO RESIDENTES			
	IgMHAV	HBSAG	IGMANTIH BV	IGMANTIHCV	IgMHAV	HBSAG	IGMANTIH BV	IGMANTIHCV
<i>Positiva</i>	7	4	4	1	6	5	3	0
<i>Negativa</i>	9	9	7	11	13	11	10	13
<i>Sin datos</i>	5	8	10	9	11	14	17	17
Total	21	21	21	21	30	30	30	30

2 casos sin datos de residencia ni serología

Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

Se recibieron fichas epidemiológicas en el 60% 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 2013. (n= 51)

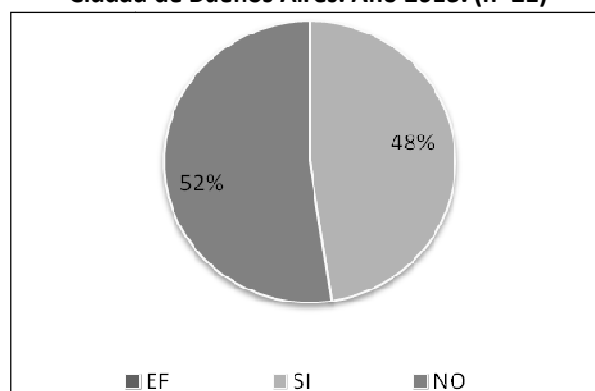


Un caso descartado sin ficha

Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

Los estudios de foco fueron efectivizados solo en el 48% 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 2013. (n=21)



Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

Durante el año 2013 no se notificaron decesos por hepatitis agudas; uno de los casos en residentes resultó una hepatitis fulminante con sospecha de etiología tóxica o metabólica en paciente masculino de 1 año internado en sanatorio privado, con antecedentes de esquema de vacunación adecuado para hepatitis A.

En no residentes se notificaron: una hepatitis fulminante autoinmune, una sospechosa de metabolopatía, un fallo multiorgánico por LLA, dos hepatitis por CMV; una hepatitis secundaria a leptospirosis; una por herpes y una asociada a sepsis por *Streptococo hemolítico* del grupo A.

En resumen, las notificaciones de hepatitis agudas durante el año 2013 disminuyeron respecto del año anterior, representando un 63,85%, de las cuales casi 26,41% fueron hepatitis A y el 28,91% permanecieron con diagnóstico de hepatitis agudas SE. El resto presentaron otros diagnósticos. No se presentaron óbitos.

No hubo diferencias de tasas de notificación entre los grupos de edades de 0 a 19 años (1,2 a 1,3 casos/100000htes.) si bien fueron superiores a la media de la jurisdicción.

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, para poder valorar 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

Dra. Kyung Min Lee
Dr. José E. Carrizo Olalla
Lic. Mariana Koharic.

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 cualquier caso confirmado o caso compatible.

Durante el año 2013 se notificaron al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires 477 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 165 (34.6%) fueron residentes de la Ciudad; 299 (62.7%) no residentes y en 13 casos (3.4%) no se obtuvieron los datos de residencia.

Casos notificados según efector de salud

Del total de casos notificados, 426 (89.3 %) fueron asistidos en efectores estatales; 49 (10.3 %) en efectores privados o de la seguridad social y en dos casos no se pudo obtener el efector de atención (Tabla 1).

Tabla N° 1. Coqueluche. Total de casos notificados y definitivos según efector de asistencia y lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.

EFECTOR PÚBLICO	RESIDENTES		NO RESIDENTES		SIN DATOS		TOTAL GENERAL	
	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL
ALVAREZ	0	2	3	5	0	0	3	7
ARGERICH	1	1	0	0	0	0	1	1
CLINICAS	1	2	0	0	0	1	1	3
DURAND	5	11	0	9	0	2	5	22
ELIZALDE	0	8	12	90	0	0	12	98
FERNANDEZ	3	12	0	3	0	0	3	15
GARRAHAN	2	41	9	62	0	4	11	107
GUTIERREZ	2	20	14	48	0	3	16	71
PENNA	1	6	5	12	0	0	6	18
PIÑERO	5	7	1	3	0	0	6	10
PIROVANO	3	8	2	11	0	1	5	20
RAMOS MEJIA	1	2	2	3	0	0	3	5
RIVADAVIA	0	1	0	0	0	0	0	1
SANTOJANNI	6	20	1	12	0	0	7	32
SARDA	0	0	0	0	0	0	0	0
TORNU	1	2	1	3	0	0	2	5
VELEZ SARSFIELD	1	2	0	5	0	0	1	7
ZUBIZARRETA	0	1	1	3	0	0	1	4
TOTAL PÚBLICOS	32 (84,2 %)	146 (88,4%)	51 (71,8)	269 (90,5 %)	0 (0%)	11 (84,6)	83 (75,4 %)	426 (95,1 %)
EFECTOR PRIVADO	RESIDENTES		NO RESIDENTES		SIN DATOS		TOTAL GENERAL	
	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL	DEFINITIVO	TOTAL
CEMIC	0	4	0	1	0	1	0	6
H. ALEMAN	0	0	1	1	0	0	1	1
HOSPITAL CHURRUCA	0	0	2	2	0	0	2	2
HOSPITAL DE CLINICAS	0	1	0	0	0	0	0	1
HOSPITAL ITALIANO	0	0	0	0	0	0	0	0
HOSPITAL MILITAR COSME ARGERICH	0	0	2	2	0	0	2	2
IADT	0	0	1	1	0	0	1	1
MEDICUS AZCUENAGA	1	1	0	0	0	0	1	1
OSUTHGRA	0	0	1	1	0	0	1	1
S. LOS ARCOS	0	0	1	1	0	0	1	1
SAGRADO CORAZON	0	0	1	1	0	0	1	1
SANATORIO ANCHORENA	1	2	0	0	0	0	1	2
SANATORIO FRANCHIN	0	2	4	7	0	0	4	9
SANATORIO GUEMES	3	3	6	7	1	1	10	11
SANATORIO MATER DEI	0	5	1	4	0	0	1	9
TRINIDAD PALERMO	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL PRIVADOS	6 (15,78%)	19 (11,6%)	20 (28,2 %)	28 (9,5%)	1 (100 %)	2 (15,4%)	27 (24,6 %)	49 (4,9%)
TOTAL GENERAL	38 (100%)	165 (100%)	71 (100%)	297 (100%)	1 (100%)	13 (100%)	110 (100%)	475

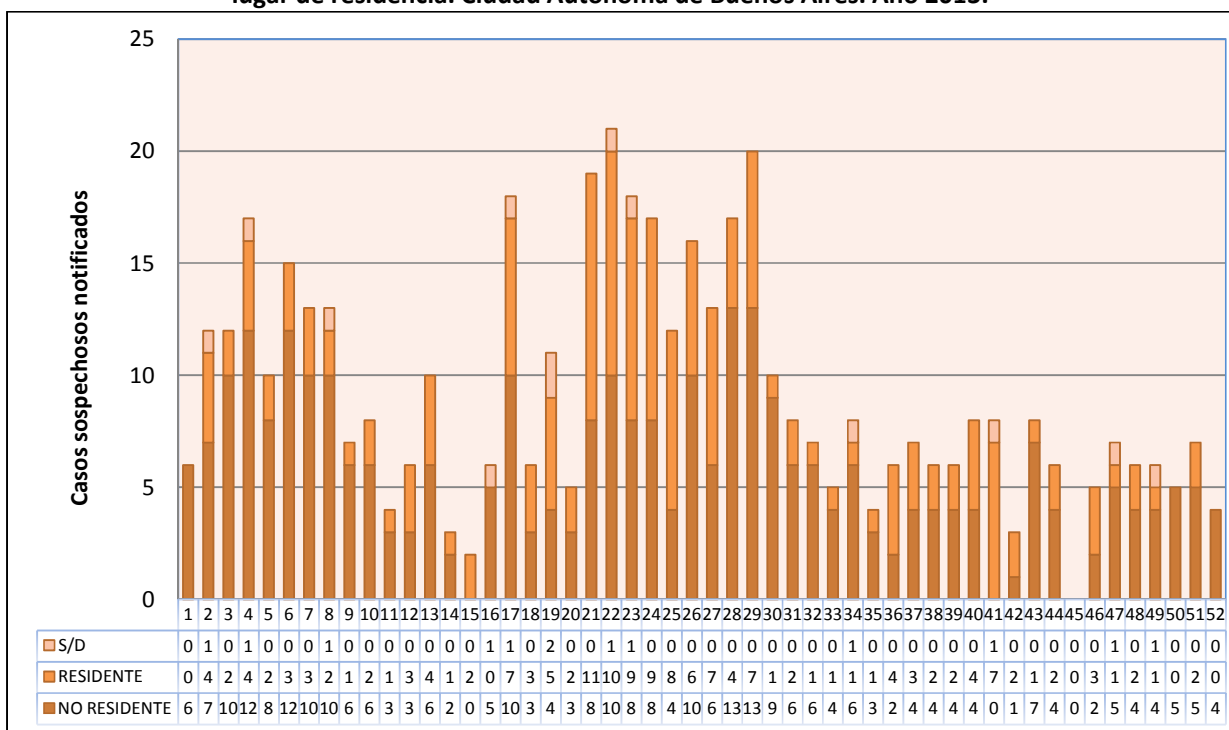
Se excluyeron 2 casos en no residentes por falta de datos del efector.

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

Distribución según semanas epidemiológicas (SE).

Las primeras cuatro SE del año (30/12/12 al 26/01/2013) presentaron un número de casos sospechosos notificados en ascenso. Luego la tendencia mostró un descenso hasta la SE 15 (06/04 al 13/04). Se registró un pico en la SE 17 (21/04 al 27/04). Posteriormente se mantuvo elevada entre las SE 21 y 28, coincidiendo con la época invernal. A partir de la SE 30 se mantuvo en descenso hasta el final del año (Gráfico 1).

Gráfico 1- Coqueluche. Casos sospechosos notificados por Semanas Epidemiológicas según lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.



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 2012 y 2013.

Cuatri-semanas	SE	Casos en Residentes				Casos en No Residentes				Casos sin datos de Residencia			
		2012		2013		2012		2013		2012		2013	
		Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados	Casos definitivos	Total notificados
1	1	7	10	0	0	21	25	4	6	0	0	0	0
	2	6	6	1	4	12	14	3	7	1	1	0	1
	3	6	9	1	2	12	18	4	10	0	0	0	0
	4	4	6	2	4	16	21	6	12	0	0	0	1
	Parcial C1	23	31	4	10	61	78	17	35	1	1	0	2
2	5	4	8	2	2	14	23	4	8	0	0	0	0
	6	3	7	1	3	10	25	3	12	0	0	0	0
	7	2	3	0	3	5	10	3	10	0	0	0	0
	8	0	5	1	2	5	14	0	10	0	0	0	1
	Parcial C2	9	23	4	10	34	72	10	40	0	0	0	1
3	9	4	5	0	1	14	19	1	6	0	0	0	0
	10	5	7	1	2	14	27	5	6	0	0	0	0
	11	2	4	0	1	7	12	2	3	0	0	0	0
	12	1	3	0	3	4	14	0	3	0	0	0	0
	Parcial C3	12	19	1	7	39	72	8	18	0	0	0	0
4	13	1	4	2	4	4	9	0	6	0	0	0	0
	14	0	4	1	1	6	12	0	2	0	0	0	0
	15	4	6	0	2	4	13	0	0	1	1	0	0
	16	2	6	0	0	8	12	2	5	0	0	0	1
	Parcial C4	7	20	3	7	22	46	2	13	1	1	0	1
5	17	4	9	4	7	1	12	2	10	0	0	0	1
	18	4	8	1	3	8	18	1	3	0	0	0	0
	19	2	15	0	5	4	16	0	4	0	2	0	2
	20	1	9	0	2	1	17	0	3	0	1	0	0
	Parcial C5	11	41	5	17	14	63	3	20	0	3	0	3
6	21	2	10	1	11	4	17	2	8	0	0	0	0
	22	0	12	1	10	3	27	2	10	0	0	0	1
	23	2	13	1	9	3	31	1	8	0	0	0	1
	24	1	9	1	9	2	41	1	8	0	2	0	0
	Parcial C6	5	44	4	39	12	116	6	34	0	2	0	2
7	25	3	10	1	8	3	29	2	4	0	2	0	0
	26	0	9	0	6	2	41	1	10	0	1	0	0
	27	0	9	4	7	2	17	2	6	0	0	0	0
	28	2	4	0	4	0	8	0	13	0	0	0	0
	Parcial C7	5	32	5	25	7	95	5	33	0	3	0	0
8	29	0	7	0	7	1	19	0	13	0	0	0	0
	30	2	5	1	1	2	17	3	9	0	0	0	0
	31	0	6	1	2	2	13	0	6	0	0	0	0
	32	2	4	0	1	3	17	3	6	0	0	0	0
	Parcial C8	4	22	2	11	8	66	6	34	0	0	0	0
9	33	2	2	0	1	3	17	0	4	0	0	0	0
	34	1	5	0	1	3	8	0	6	0	0	0	1
	35	2	4	0	1	4	17	1	3	0	0	0	0
	36	1	5	1	4	4	15	1	2	0	0	0	0
	Parcial C9	6	16	1	7	14	57	2	15	0	0	0	1
10	37	1	6	2	3	4	11	0	4	0	0	0	0
	38	0	5	0	2	1	12	0	4	0	0	0	0
	39	1	5	0	2	1	19	0	4	0	0	0	0
	40	0	5	2	4	5	22	1	4	0	1	0	0
	Parcial C10	2	21	4	11	11	64	1	16	0	1	0	0
11	41	1	4	0	7	0	12	0	0	1	1	1	0
	42	0	3	2	2	3	10	0	1	0	0	0	0
	43	1	3	0	1	4	18	0	7	0	0	0	0
	44	2	7	0	2	5	17	0	4	0	0	0	0
	Parcial C11	4	17	2	12	12	57	0	12	1	1	1	1
12	45	1	4	0	0	2	9	0	0	0	0	0	0
	46	0	4	1	3	3	10	2	2	0	0	0	0
	47	0	3	1	1	4	14	2	5	0	0	0	1
	48	2	6	0	2	4	11	1	4	0	0	0	0
	Parcial C12	3	17	2	6	13	44	5	11	0	0	0	1
13	49	2	3	0	1	2	7	1	4	0	0	0	1
	50	1	1	0	0	4	7	3	5	0	0	0	0
	51	0	1	1	2	2	10	2	5	0	0	0	0
	52	0	0	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0
	Parcial C13	3	5	1	3	8	28	6	18	0	0	0	1
TOTAL		94	308	38	165	255	858	71	299	3	12	1	13

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

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 477 casos sospechosos notificados, en 406 (85,3%) se obtuvo muestra adecuada para el diagnóstico (165 de ellos residentes). Se confirmó por laboratorio 69 casos (14,5 %).

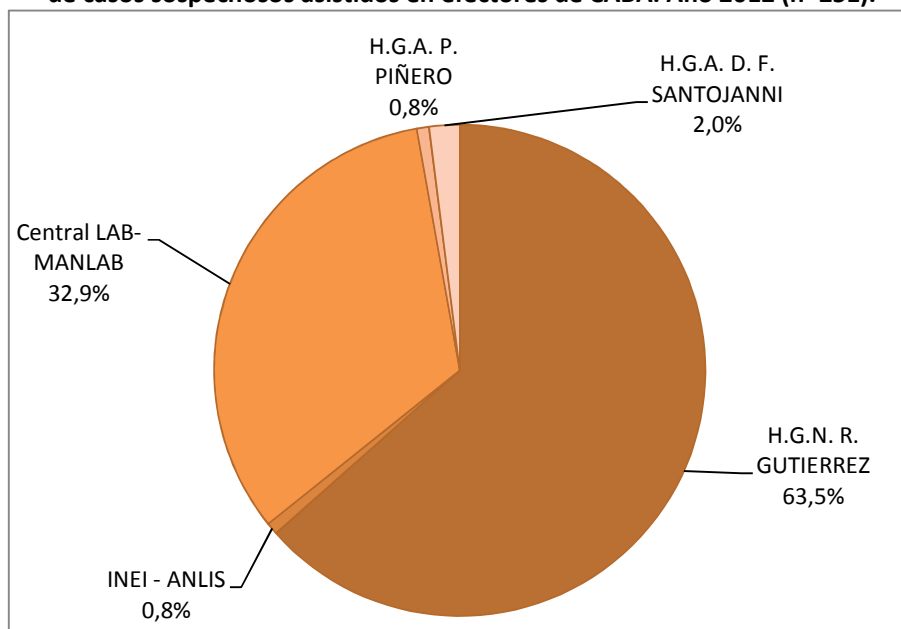
Dentro de los casos descartados, el laboratorio de virología del Hospital Garrahan identificó 1 caso de *Bordetella no pertussis*.

Casos registrados en SIVILA:

Se registró en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) solo 251 casos (52%).

Los efectores que registraron carga de muestras de pacientes asistidos en la CABA fueron: H. Ricardo Gutiérrez (158 casos), CENTRALAB S.A. (73 casos), HGA Santojanni (5 casos), HGA P. Piñero (2 casos), H. Elizalde (2 casos) y MANLAB (9 casos), INEI-ANLIS (2 casos). El hospital Garrahan no registró ningún caso.(Gráfico 2).

Gráfico 2. Coqueluche. Porcentaje de carga de casos según efector al Módulo SIVILA del SNVS de casos sospechosos asistidos en efectores de CABA. Año 2012 (n=251).



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Clasificación final

Se clasificaron como definitivos 110 casos (23,5%), los cuáles incluyeron a los 69 casos confirmados por laboratorio, 1 caso confirmado por nexa epidemiológico y a 40 casos compatibles (casos sin muestra o con resultados no conclusivos). (Tabla N°3).

Tabla N° 3. Coqueluche. Casos notificados según su clasificación final y lugar de residencia. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.

CLASIFICACIÓN FINAL	RESIDENCIA 2013			
	RESIDENTE	NO RESIDENTE	S/D	TOTAL
CONFIRMADO POR LABORATORIO	22 (13,3)	47 (15,8)	0 (0,0)	69 (14,5)
CONFIRMADO POR NEXO EPIDEMIOLÓGICO	1 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
COMPATIBLE	15 (9,2)	24 (8,0)	1 (7,6)	40 (8,5)
DESCARTADO	127 (76,9)	228 (76,0)	12 (92,4)	367 (76,8)
TOTAL	165 (100)	299(100)	13 (100)	477 (100)

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

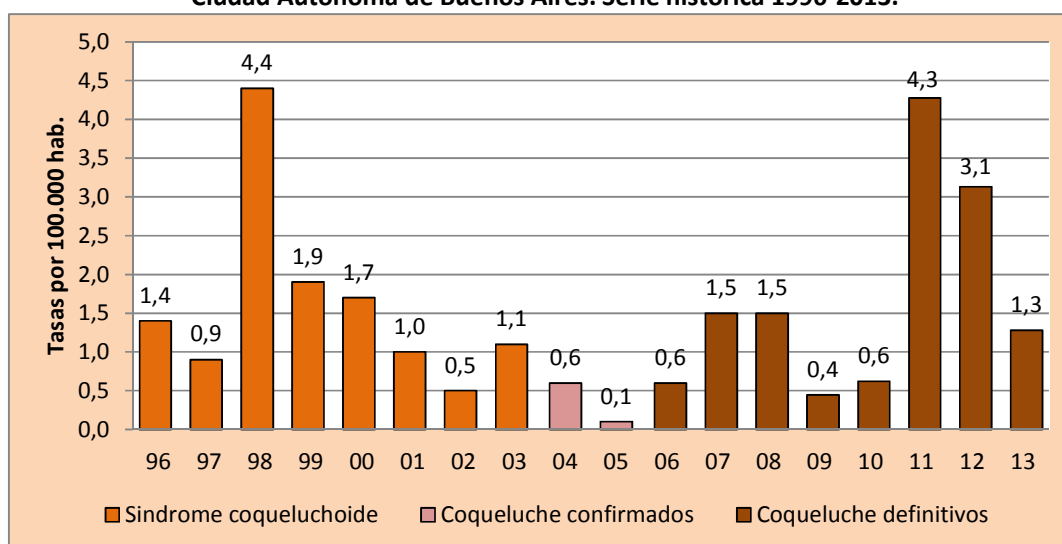
Coqueluche en Residentes de la Ciudad de Buenos Aires

En el periodo estudiado, de los 477 casos notificados sospechosos, 165 fueron residentes de Ciudad de Buenos Aires, de los cuales 38 (22.5%) 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 1996-2013.

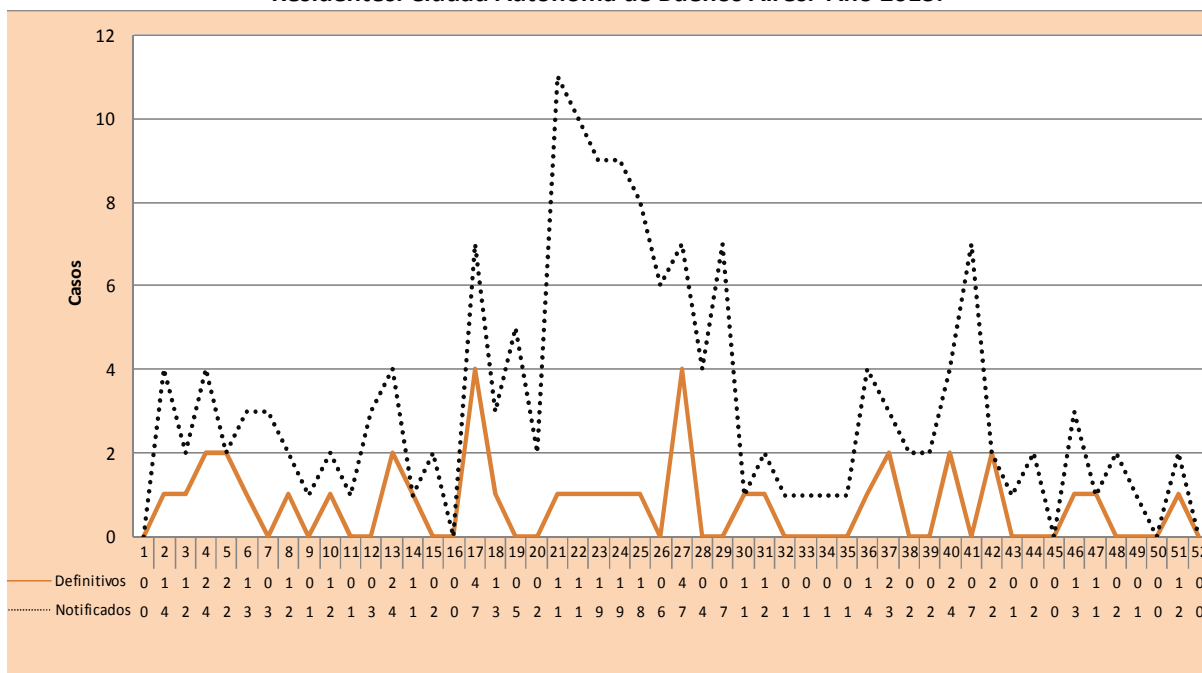


* Hasta el año 2003 se consideran los síndromes clínicos sin confirmación de laboratorio. Durante los años 2004 y 2005 solo se incluyen los casos confirmados por laboratorio. A partir del año 2006 se consideran los casos definitivos.

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La mayor correlación positiva entre total de notificados y casos definitivos en residentes de CABA, se observó en las primeras 17 semanas epidemiológicas (SE) del año (30/12/2012 al 27/04/2013) y entre la SE 30 a 52 (21/07 a 28/12) con excepción de la SE 41 que registró un pico de notificaciones pero que no aumentó significativamente los casos definitivos. A partir de la SE 18 (28/04 a 04/05) y hasta la SE 29 (14/07 a 20/07) se observó una disminución en la correlación debido al aumento de las notificaciones (Gráfico 4).

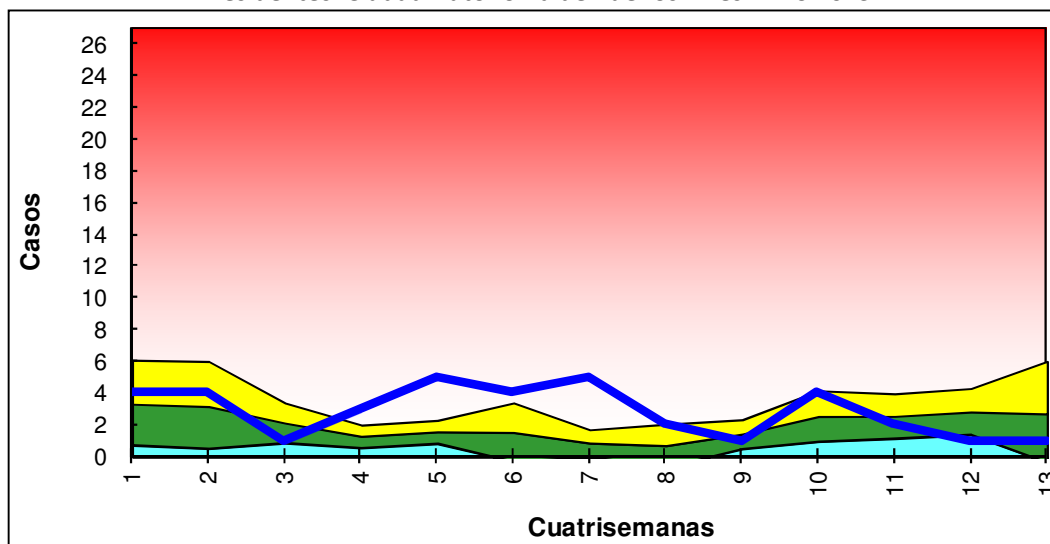
**Gráfico 4- Coqueluche. Total de casos notificados y definitivos según SE.
Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.**



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 alerta en la CS 1 y desciende en la CS 3 a zona de seguridad, donde se mantuvo hasta la mitad del CS 4. A partir del inicio de la misma, la curva transcurrió en zona de brote hasta la CS 8. Entre la CS 9 -11, los casos se mantuvieron dentro de zona alarma y el año culminó con las últimas CS en zona de seguridad (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Coqueluche. Corredor endémico cuatrisesmanal de casos definitivos.
Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.**



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución por edad

Al analizar la variable edad en los 38 casos definitivos, observamos que ésta presentó una distribución no normal, La amplitud comprendió desde un mes de vida hasta los 52 años (éste último se consideró como un valor extremo que no se incluyó en el análisis), con una mediana de 2.5 y una media de 4.5 meses. Esta distribución asimétrica se debe a que 76% de los casos definitivos se concentra en los menores de 12 meses.

En 2 casos 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 2013.

Grupos de Edad	Casos Definitivos	%	Tasas por 10.000 hab.
< 2 meses	11	28,9	-
2 a 3 meses	10	26,3	
4 a 5 meses	5	13,2	
6 a 11 meses	3	7,9	
Total menores de 1 año	29	75,7	8,1
1 año	5	13,2	1,5
2 a 4 años	1	2,6	0,1
5 a 9 años	0	0,0	0,0
10 a 14 años	0	0,0	0,0
15 a 24 años	0	0,0	0,0
25 a 44 años	0	0,0	0,0
Mayor a 45 años	1	2,6	0,0
S/D	2	5,9	0
Total general	38	100,0	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 1,23/100.000 hab., siendo las RS II (Sur) y I (Este) las que presentaron las tasas brutas más altas (3,28 y 1,52/100.000 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 (0,34/100.000 hab.) (Tabla 5).

Con respecto a las comunas, las que presentaron las mayores tasas brutas fueron las 8; 7 y 1 (Tabla 5).

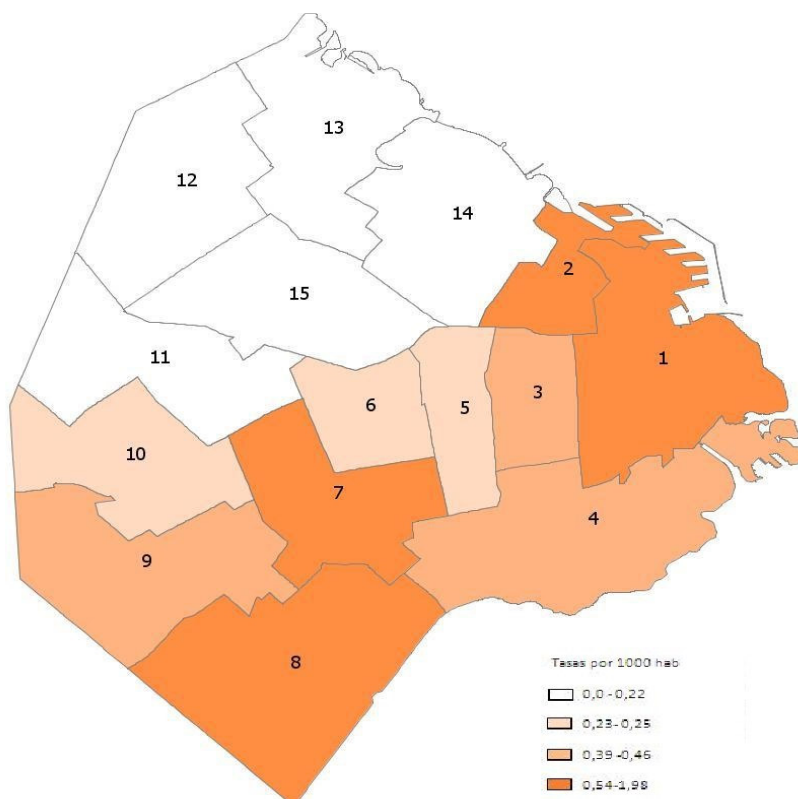
Tabla 5. Coqueluche. Casos y tasas brutas por 100.000 habitantes de total de casos notificados y definitivos, según comunas y regiones sanitarias de residencia.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.

REGION	COMUNAS	Definitivos		Total notificaciones	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas
I ESTE	1	5	2,48	17	8,45
	3	2	0,95	12	5,73
	4	3	1,20	22	8,83
	Total R I	10	1,52	51	7,73
II SUR	7	6	2,75	11	5,04
	8	12	6,21	37	19,16
	9	2	1,20	19	11,39
	Total R II	20	3,46	67	11,58
III OESTE	5	1	0,53	5	2,67
	6	1	0,54	1	0,54
	10	1	0,58	4	2,31
	11	1	0,50	1	0,50
	15	1	0,51	9	4,56
	Total R III	5	0,53	20	2,13
IV NORTE	2	2	1,07	10	5,35
	12	1	0,50	7	3,50
	13	0	0,00	4	1,59
	14	0	0,00	1	0,39
	Total R IV	3	0,34	22	2,46
SIN DATOS		0	0,00	5	0,00
Total General		38	1,27	165	5,50

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

Al comparar la incidencia de coqueluche en menores de 2 años (92% del total de casos definitivos) entre las diferentes comunas, observamos que las tasas más elevadas están en la 8 y la 7 con 1,98 y 1,08 casos cada 1000 menores de 2 años. Le siguen las comunas 1 y 2 con 1,01 y 0,54/1000 y luego las 9, 4, 3, 6 y 10 con valores entre 0,46 a 0,25 por 1000. Las comunas con menor incidencia son las 5, 11, 12 y 15. En la comuna 13 y 14 no se notificó ningún caso definitivo menor de 2 años (Gráfico 6).

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 2013 (n=34).



Comunas	13	14	15	11	12	5	10	6	3	4	9	2	1	7	8
Casos	0	0	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	4	5	11
Tasas x 1.000	0.00	0.00	0.22	0.22	0.22	0.23	0.25	0.25	0.39	0.41	0.46	0.54	1.01	1.08	1.98

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 38 casos definitivos residentes de Ciudad, en 10 no correspondieron el antecedente de vacunación por ser menores de 2 meses. De los 28 restantes, se obtuvo el antecedente de vacunación en 16 casos (59,2 %). De estos, solo 9 (33%) estaban vacunados para la edad pero sin el esquema completo (Tabla 6).

Tabla 6. Coqueluche. Antecedente de vacunación con componente pertussis. Casos definitivos en Residentes según grupo de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013.

Grupo de edad	Vacunación adecuada para la edad				Total
	SI	NO	SIN DATOS	No Corresponde	
< 2 meses	-	-	-	10	10
2 a 3 meses	5	2	3	-	10
4 a 5 meses	3	1	1	-	5
6 a 11 meses	-	1	2	-	3
12 a 17 meses	1	1	2	-	4
18 meses a 5 años	-	1	1	-	2
6 a 10 años	-	-	-	-	-
11 a 17 años	-	-	-	-	-
18 años y más	-	1	-	-	1
Sin datos	-	-	3		3
Total	9	7	12	10	38

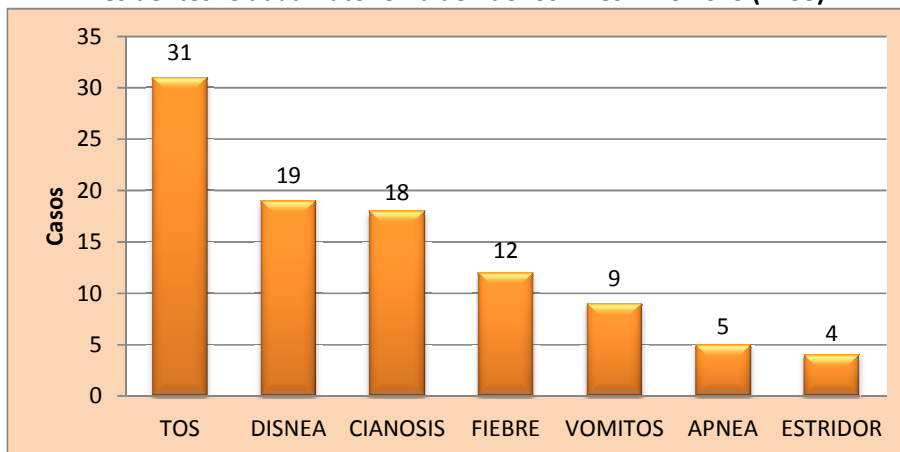
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tipo de asistencia y manifestaciones clínicas

De los casos definitivos de CABA, se obtuvo el dato de tipo de asistencia en 24 (63,2 %). De estos, 23 (95,8%) registraron internación y 1(4,2%) recibió tratamiento ambulatorio. Un solo caso requirió internación en Terapia Intensiva.

La descripción del cuadro clínico se pudo obtener en 33 (87%) casos. El síntoma más frecuente fue tos, que se presentó en 31 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 9. Coqueluche. Frecuencia de síntomas de los casos definitivos. Residentes. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2013 (n=33).



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evaluación general de la vigilancia

De los 165 casos sospechosos notificados de CABA, la denuncia fue oportuna (dentro de las 72 horas hábiles) en 77 casos (46 %). Se recibieron un total de 111 fichas que correspondieron el 67 % del total de los casos notificados.

Durante el período de estudio, se enviaron 113 EF a las áreas programáticas correspondientes. Los restantes casos fueron notificaciones tardías de casos descartados (50) o no se pudieron obtener el dato completo de residencia.

Se recibieron 75 respuestas, correspondiente al 66% de los enviados. En 13 casos, no se encontró a la familia del paciente (domicilio inexistente) y en 1 caso la respuesta fue que no se realizó por resultado de laboratorio negativo.

De los restantes **61 estudios** se analizó:

1. Tiempo de respuesta: 49 (80 %) fueron remitidos en forma oportuna, es decir, dentro de las 72 horas hábiles de enviados.
2. Quimioprofilaxis a contactos: Se informo sobre quimioprofilaxis en 44 (72 %) EF, lo que representó 140 contactos medicados.
3. Coberturas vaccinales: Se relevo este dato en 23 (63,4%) EF, encontrándose en 14 esquemas completos y en 9 esquemas incompletos de vacunación. Esto significó la vacunación de 18 contactos.
4. Detección de otros casos sospechosos: Se informó sobre la presencia de contactos sintomáticos en 12 (19%) EF.
5. Del análisis de las variables mencionadas, surge que 23 (37%) 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, 2 pacientes fallecidos con diagnostico de coqueluche confirmados por PCR. Ambos casos fueron asistidos en efectores privados. Los fallecidos fueron menores de 3 meses y correspondían al sexo masculino. Uno de ellos presentó coinfección por Klebsiella Blee. Ninguno de los dos pacientes llegaron a recibir 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
3	Masculino	2 meses	GENERAL RODRIGUEZ	SANATORIO FRANCHIN	Incompleta.
32	Masculino	1 mes	LANÚS	SANATORIO GUEMES	No corresponde.

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Conclusiones.

Durante el período analizado se notificaron al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires 477 casos sospechosos de coqueluche. El 34,6 % fueron residentes de la ciudad.

- El sector público fue el que más notificaciones realizó (89,3%).
 - Se obtuvo muestra adecuada para laboratorio en el 85,3%.
 - De los casos con muestra, el 52 % fueron registrados en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).
 - Se notificaron dos pacientes fallecidos con diagnóstico de coqueluche confirmados por PCR. Ambos fueron menores de 3 meses. Ninguno de ellos fue residente de CABA.
- En relación al total de casos definitivos residentes de CABA (n=38):
 - La tasa de Coqueluche fue de 1,23/100.000 habitantes, con valores superiores a la media en las Comunas 7, 8, 9, 1 y 4 (Regiones Sanitarias II (Sur) y I (Este). Todas las comunas presentaron casos definitivos de coqueluche.
 - El corredor endémico de los casos confirmados de coqueluche por cuatrisesmana (CS) mostró que la curva de casos transcurrió en zona de brote desde la CS 4 hasta la CS 8, posteriormente se transitó por zona de alarma y seguridad hasta finalizar el año.
 - Predominaron los menores de 1 año (75,7%), siendo más de la mitad de los casos (52,6%) menores de 4 meses. Se notificaron casos definitivos en adultos.
 - Al comparar la incidencia de coqueluche en menores de 2 años (92% del total de casos definitivos) entre las diferentes comunas, observamos que las tasas más elevadas están en la 8 y la 7 con 1,98 y 1,08 casos cada 1000.
 - De los casos mayores de 2 meses con antecedentes de vacunación (28 casos), esta fue adecuada para la edad en el 33% pero sin esquema completo.
 - El 67,8% 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.
 - En los casos donde constataban datos de lugar de asistencia (24), el 95,8% fueron pacientes internados lo que supone un subregistro de los casos asistidos en forma ambulatoria.
 - El síntoma más frecuente fue la tos, que se presentó en el 94% de los casos.
 - En relación a la evaluación de la vigilancia:
 - De los 165 casos sospechosos notificados de CABA, la recepción de la ficha epidemiológica fue oportuna en tiempo y forma en el 46% (77 casos), de un total de 111 fichas que correspondieron el 67 % del total de los casos notificados.
 - Se enviaron 113 EF a las diferentes Áreas Programáticas. Se recibió respuesta en 75 (66%) de ellos.
 - Se hicieron 61 estudios, pero se consideraron completos solo 54 (88,5%).

PARÁLISIS AGUDAS FLACCIDAS

Dra. Mónica Valenzuela

La poliomiелitis es una enfermedad infecciosa incapacitante y potencialmente mortal. No hay tratamiento específico, pero existen vacunas seguras y eficaces para su prevención.

En septiembre de 1985, en la XXXI Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la resolución en la que se establece el objetivo de Erradicación de la Poliomiелitis.

En 1987 se implementó el Programa de Vigilancia de las Parálisis Fláccidas Agudas (PFA) para estudiar y descartar todo caso probable de poliomiелitis.

En nuestro país la poliomiелitis y las PAF se encuentran incluidas en la Ley Nacional 15465 de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO).

El número de casos de poliomiелitis ha disminuido en el mundo en más de un 99% desde 1988. La poliomiелitis puede propagarse rápidamente en poblaciones no inmunizadas.

En el año 2013 fueron notificados a nivel mundial 406 casos, de los cuales, 160 (39 %) ocurrieron en los países endémicos, Afganistán, Nigeria y Pakistán y 246 (61%) se debieron a la propagación internacional desde los países endémicos hacia zonas exentas de poliomiелitis (otros países de África y del Sudeste asiático).

La estrategia para erradicar la polio se basa en la prevención de la infección mediante la inmunización de todos los niños y mantener de sistemas eficaces de vigilancia.

Pese a los progresos, continúan produciéndose casos todos los años y mientras persista un sólo niño infectado por poliovirus, los niños de todos los demás países siguen en riesgo de contraer la enfermedad.

Argentina sufrió el impacto de brotes de poliomiелitis durante el siglo XX. En las epidemias de 1953 y 1956 se registraron 2.700 y 6.940 casos respectivamente.

El último caso de poliomiелitis causado por poliovirus salvaje en la Región de las Américas se detectó en 1991, y en Argentina en 1984 en la provincia de Salta.

A fin de evitar la reintroducción del virus salvaje, el programa de erradicación de la Poliomiелitis tiene como objetivos:

- Alcanzar y mantener coberturas con vacuna Sabin superiores al 95%.
- Efectuar Vigilancia Epidemiológica de todos los casos de Parálisis Agudas Fláccidas 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)

Para cumplir con los mismos emplea dos estrategias:

1- **Inmunización** con vacuna Sabin (debe 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 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.
- Tomar una muestra de materia fecal dentro de los 14 días del inicio de los síntomas para remitirla al Laboratorio Nacional de Referencia.
- Investigar cada caso detectado a fin de evaluar las coberturas de vacunación entre los contactos del caso y 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.
- Evaluar las secuelas a los 60 días del inicio de los síntomas.

Vigilancia de las Parálisis Agudas Flácidas (PAF) - Año 2013-

Durante el año 2013 fueron notificados al Departamento de Epidemiología 53 casos de Parálisis Agudas Flácidas, de los cuales 40 casos (75.4%) fueron comunicados por efectores públicos y 13 casos (24.6%) por efectores privados de la Ciudad. Del total de notificaciones efectuadas por el subsector público, el 97.5 % fueron realizadas por los hospitales pediátricos de la Ciudad. De los 53 casos, 7 (13%) correspondieron a residentes de la Ciudad de Buenos Aires y 46 (83.6%) a no residentes (Tabla 1).

Tabla 1
-Parálisis Agudas Flácidas-
Casos notificados según lugar de residencia y efector
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

HOSPITAL		Residentes	No residentes	Total
PUBLICOS	Santojanni	2	23	25
	Pirovano	2	9	11
	Gutierrez	1	7	8
	Garrahan	1	1	2
	Elizalde	1	0	1
Total Públicos		7	40	47
PRIVADOS	Sagrado corazón	0	2	2
	S. Anchorena	1	0	1
	Cl. Ciudad de la Vida	0	1	1
	S. Español	0	1	1
	FLENI	0	1	1
	S. Los Arcos	0	1	1
Total Privados		1	4	5
Total Ciudad		8	44	52

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El número total de notificaciones en residentes y no residentes de la Ciudad, se mantuvo estable respecto del año anterior. En residentes en el año analizado no hay diferencias importantes en las diferentes cuatrisesmanas del año (Tabla 2).

Tabla 2
- Parálisis Agudas Fláccidas-
Casos sospechosos totales según cuatrisesmanas y lugar de residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013.

Cuatrisesmana	2012			2013		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	0	8	8	0	4	4
2	0	2	2	0	4	4
3	0	3	3	1	4	5
4	0	4	4	0	3	3
5	0	1	1	0	4	4
6	1	3	4	0	4	4
7	0	0	0	1	3	4
8	1	2	3	1	2	3
9	0	3	3	0	4	4
10	2	6	8	1	6	7
11	2	4	6	0	3	3
12	2	7	9	1	1	2
13	0	3	3	2	4	6
Total casos	8	46	54	7	46	53

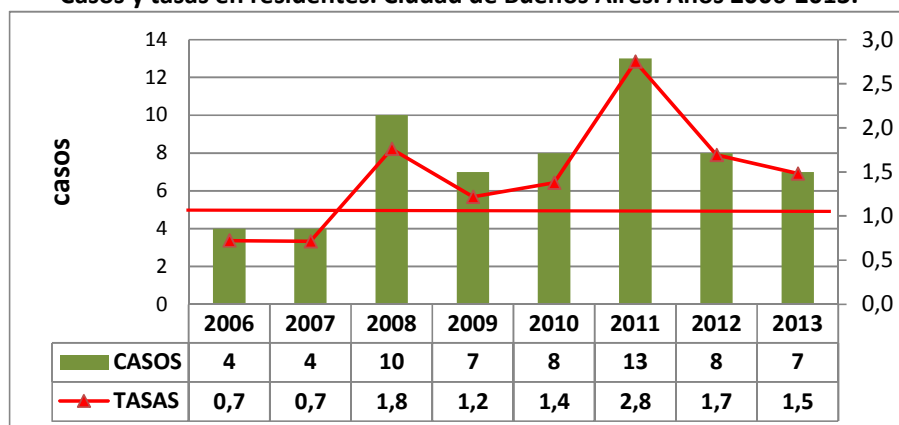
Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

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 1.5 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 2006-2013, a partir del año 2008 la tasa se alcanzó en todos los años. (Gráfico 1)

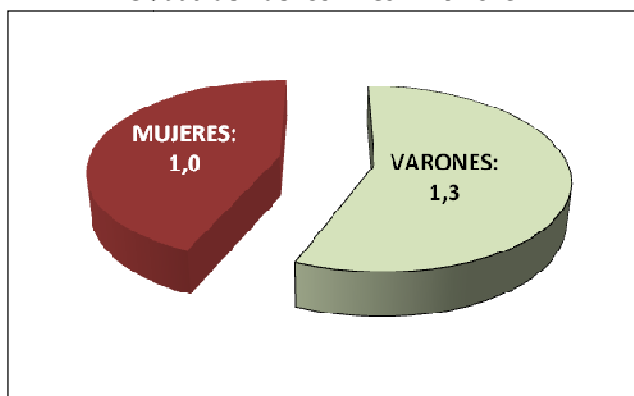
Gráfico 1
-Parálisis Aguda Fláccida-
Casos y tasas en residentes. Ciudad de Buenos Aires. Años 2006-2013.



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

En el año 2013 la tasa de notificación según sexo mostró una tasa similar para ambos sexos. (Grafico 2)

Gráfico 2
-Parálisis Aguda Fláccida-
Distribución de casos según género en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Teniendo en cuenta la distribución por comunas y regiones sanitarias (RS) de la Ciudad, la RS 3 es la que obtuvo una tasa de notificación más elevada entre sus residentes. Sin embargo, la comuna 14 de la Región Sanitaria (RS) 4 presentó la tasa más alta de casos sospechosos. No fue notificado ningún caso sospechosos entre los residentes de la RS 1. (Tabla 3).

Tabla 3
- Parálisis Agudas Flácidas-
Distribución de los casos según comunas y regiones sanitarias en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	0	0,0
	3	0	0,0
	4	0	0,0
	Subtotal Región 1	0	0,0
Región 2	7	0	0,0
	8	2	4,2
	9	0	0,0
	Subtotal Región 2	2	1,7
Región 3	5	1	3,9
	6	1	4,0
	10	0	0,0
	11	0	0,0
	15	1	3,5
	Subtotal Región 3	3	2,2
Región 4	2	0	0,0
	13	0	0,0
	14	2	7,0
	12	0	0,0
	subtotal Región 4	2	1,8
Ciudad de Buenos Aires		7	1,5

Población de menores de 15 años por comunas. Censo 2010. DGEC. GCBA

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

La mediana de edad fue de 2 años con un rango entre 3 meses y 7 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 2013. N=7

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

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Antecedentes inmunitarios:

De los 7 pacientes residentes: 6 presentaron vacunación completa para edad con vacuna Sabin. Dos de los pacientes tuvieron antecedente de vacunación con Sabin dentro de los 30 días del inicio del cuadro paralítico, ambos con poliovirus negativos en materia fecal.

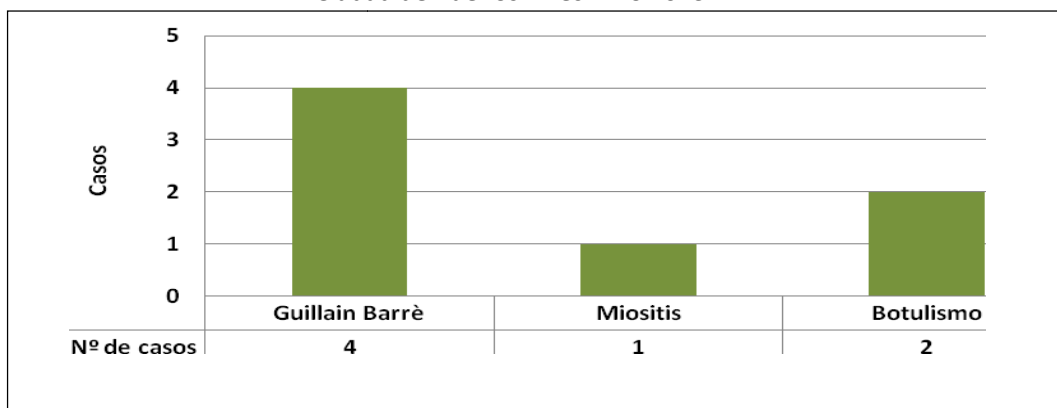
Características clínicas:

- ✓ Los miembros inferiores fueron afectados con mayor frecuencia que los superiores.
- ✓ En dos pacientes fueron notificados síntomas prodrómicos: mialgia y síntomas digestivos.
- ✓ Compromiso de pares craneales: Se comprobó el compromiso de pares en 2 casos.
- ✓ Ninguno de los 5 casos (en los que se obtuvo el dato) requirió ARM.
- ✓ 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 2013. N=7



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Evolución: Falleció un paciente con diagnóstico de botulismo del lactante.

Laboratorio:

- ✓ No fueron confirmados casos de poliomielitis por virus salvaje, ni poliomielitis paralítica asociada a vacuna ni por virus Sabin derivado.
- ✓ Se logró la obtención de muestra de materia fecal en 5 de los 7 casos notificados, todos con aislamiento negativo.

Investigación en terreno:

- ✓ De los 7 casos sospechosos en residentes, se recibieron 6 investigaciones.
- ✓ Fueron evaluados 36 contactos de los casos.
- ✓ No fueron detectados otros casos sospechosos en el transcurso de las investigaciones.
- ✓ Se realizó la evaluación de los 60 días en 6 de los 7 casos. En un caso persistió la parálisis a los 60 días, con diagnóstico final de tumor de protuberancia.

Monitoreo de la vigilancia:

Para el monitoreo y evaluación de la calidad de la vigilancia se utilizan los siguientes indicadores (Tabla 7)

Tabla 7
- Parálisis Agudas Flácidas-
Indicadores de Vigilancia en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2008-2013

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N° de casos en residentes por año	10	7	8	13	8	7
Tasa de notificación de PAF en < 15 años (1/100.000)	1,7	1,2	1,7	2,8	1,7	1,5
% investigación dentro de las 48hs de la notificación Valor esperado= 100%	80	85,7	92	77	75	85,7
% de obtención de muestras dentro de los 14 días de inicio de la PAF. Valor esperado = 80%	50	71,4	100	80,3	100	71.4
% de cobertura con (OPV/IPV)(3ra dosis) en < 1 año *	90,24	92	91	89,9	90.9	88.1
% de Notificación semanal negativa activa **	100	100	100	100	100	100

* 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

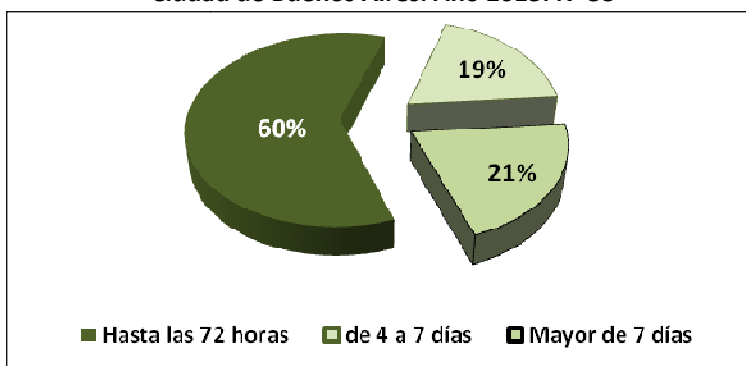
Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

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

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

Demora en la notificación de casos: En el año 2013 sólo el 60% de los casos fueron notificados dentro de las 72 hs. (Gráfico 4)

Gráfico 4
-Parálisis Agudas Fláccidas-
Porcentaje de demora en la notificación. Residentes y No residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=53

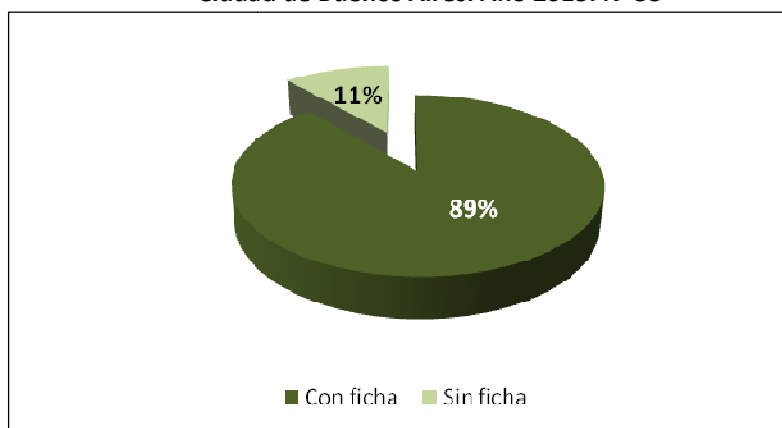


Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Recepción de fichas epidemiológicas:

Fueron enviadas al alta del paciente el 89% de las fichas epidemiológicas del total de casos notificados. (Gráfico 5)

Gráfico 5
- Parálisis Agudas Fláccidas –
Porcentaje de recepción de fichas epidemiológicas. Residentes y No residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=53



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Conclusiones:

No fueron detectados en la Ciudad casos de poliomielitis por virus salvaje, ni asociada a vacuna sabin oral ni por poliovirus derivado de la misma.

El número de notificaciones totales fue similar al 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 2013 superó ligeramente el mínimo establecido.

Predomina la afectación del sexo masculino.

La Región Sanitaria 3 y la comuna 14 de la RS 4 fueron las que presentaron la tasa más elevada de notificación de casos sospechosos entre sus residentes. No fue notificado ningún caso sospechoso entre los residentes de la RS 1.

El grupo de edad con tasa más elevada fue el de menores de 1 año.

En los 6 pacientes en que se obtuvo el dato de vacunación, la misma fue completa para la edad.

No fueron detectados inmunodeficiencias en los pacientes afectados.

La obtención de muestra de materia fecal se realizó en 70.4 % en residentes y en todos los casos dentro de los 14 días del inicio de la parálisis.

La notificación dentro de las 72hs se obtuvo en el 60% de los casos.

Se recibieron el 89% de las fichas epidemiológicas.

La investigación en terreno se realizó en el 85.7% de los casos (6 de los 7 casos en residentes). En ciertos estudios de investigación en terreno, la calidad de los datos no alcanzan los estándares establecidos.

SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBEOLA CONGENITA

Dra. Mónica Valenzuela

El sarampión es en varios países del mundo, una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños no inmunizados.

En el año 2013 ocurrieron en el mundo 192.924 casos confirmados.

La vacunación contra el sarampión ha proporcionado grandes beneficios de salud pública, reduciendo la mortalidad mundial por esta causa en un 78% entre 2000 y 2012.

La Rubéola, enfermedad benigna de la infancia, puede producir, cuando afecta a la embarazada en etapas tempranas de la gestación, muerte fetal, neonatal y múltiples defectos congénitos en el producto de la concepción. En el año 2013 se produjeron 59.423 casos confirmados de rubéola distribuidos en las 6 regiones de la OMS.

En el país no se registran casos endémicos de sarampión desde el año 2000, y de rubeola desde el año 2009.

En la Ciudad, el último caso de sarampión sucedió en 1999 y de rubéola en el año 2008 coincidente con el brote que ocurrió en el país.

Sin embargo en años sucesivos se registraron en el país y la Ciudad casos importados relacionados con la importación.

La circulación del virus del Sarampión y la Rubéola en otras regiones del mundo pone a las Américas en constante riesgo de importación, con la posibilidad de generar brotes ante el contacto con individuos susceptibles.

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

- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación sarampión-rubéola del 95% o mayores.
- Realizar la vigilancia integrada de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) y 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, sin esperar los resultados de laboratorio** para búsqueda de fuente de infección y probable detección de casos secundarios, dentro de las 48hs de notificado el caso y elevar el informe correspondiente.

VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES FEBRILES ERUPTIVAS

Durante el año 2013 fueron notificados por efectores públicos y privados de la CABA 50 casos de Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) de los cuales , 32 casos (64%) correspondieron a residentes de la Ciudad y 18 (36%) a no residentes.

Los efectores estatales contribuyeron con el 60% de las notificaciones observándose un predominio de casos notificados en residentes. El hospital Santojanni es el que aportó el mayor número de notificaciones. El sector privado y de OOSs aportó el 40% de los casos sospechosos totales, con predominio de notificaciones en residentes. Entre estos, el Centro médico Stambouliau 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 2013

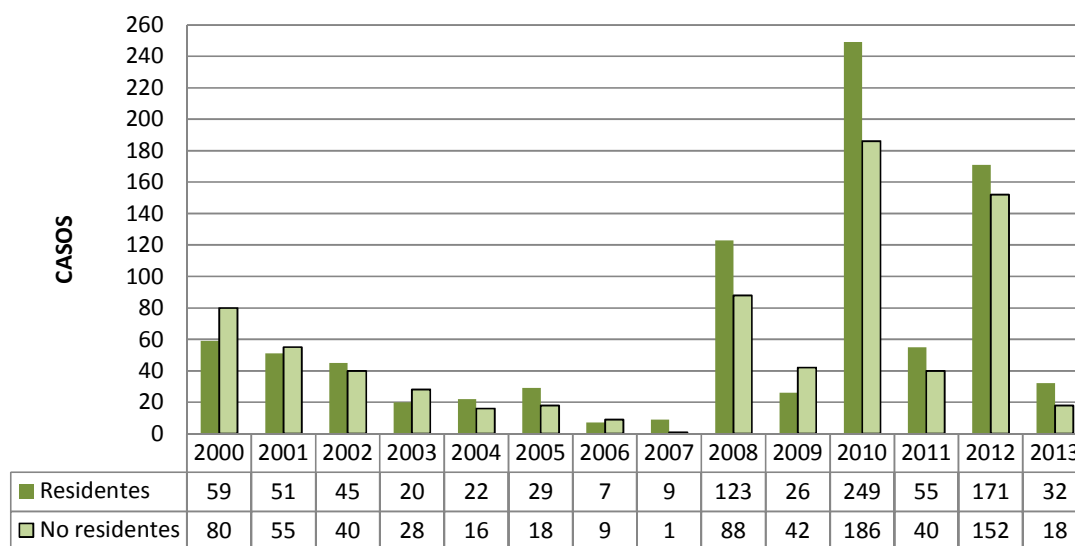
Efectores Estatales				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No residentes	Total	Efector	Residentes	No residentes	Total
H. Álvarez	1	0	1	OSECAC	0	2	2
H. Argerich	2	0	2	Stambouliau	5	0	5
H. Elizalde	0	2	2	Clín. Las Lomas	0	1	1
H. Fernández	3	0	3	CEMIC	1	1	2
H. Gutiérrez	1	0	1	FLENI	1	0	1
H. Penna	2	0	2	Sanat. De la Trinidad	1	1	1
H. Piñero	2	2	4	Consultorio privado	2	1	2
H. Pirovano	1	0	1	Instituto Henry Moore	1	0	1
H. Ramos Mejía	3	0	3	OSDE (urgencias a domicilio)	1	2	3
H. Santojanni	3	6	9	Total	12	8	20
H. Vélez Sarsfield	2	0	2				
Total	20	10	30				

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la serie histórica 2000-2013, 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 y 2012 a la notificación por parte de un servicio de urgencias domiciliarias de un efector privado.

La notificación de residentes de la Ciudad supera a la de no residentes en 9 de los 14 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 2000-2013.**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el año 2013 se observó, en residentes y no residentes de la Ciudad, un descenso en las notificaciones respecto del año anterior, muy evidente entre las cuatrisesmanas 6 a 11 (Tabla 2).

**Tabla 2
-Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013.**

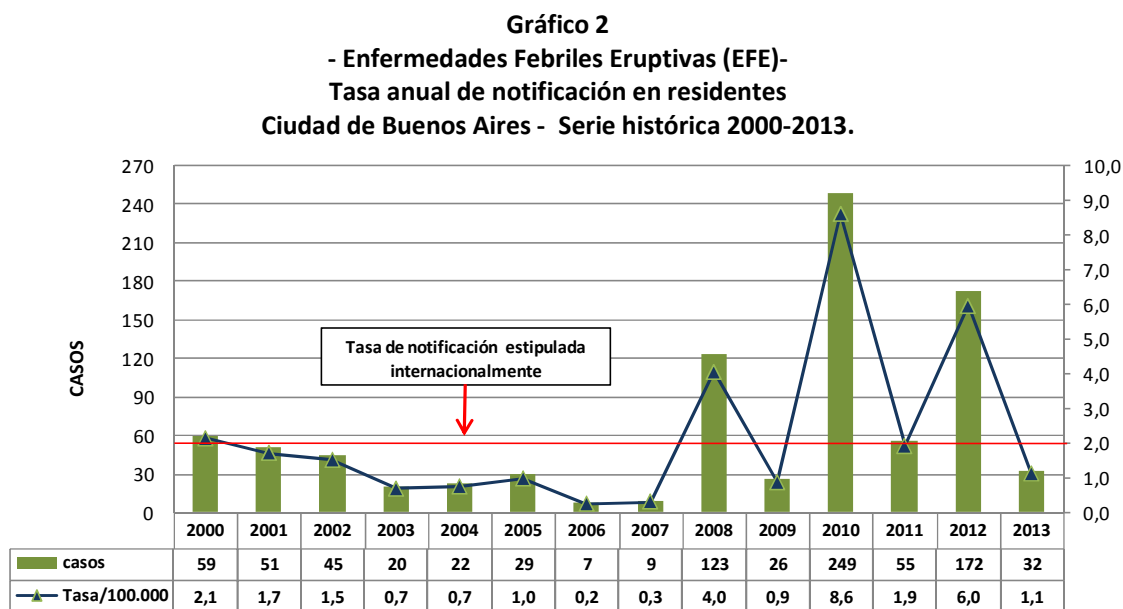
Cuatrisesmana	AÑO 2012			AÑO 2013		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	1	6	7	1	1	2
2	0	1	1	1	1	2
3	1	2	3	1	2	3
4	0	0	0	1	1	2
5	2	5	7	3	0	3
6	56	35	91	3	1	4
7	61	44	105	3	2	5
8	21	18	39	3	2	5
9	12	25	37	3	2	5
10	7	9	16	2	3	5
11	7	8	15	3	1	4
12	2	2	4	4	1	5
13	2	1	3	4	1	5
Total Anual	172	156	328	32	18	50

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).

En la serie de analizada, se obtuvo la tasa internacionalmente establecida, en 4 años (2000, 2008, 2010 y 2012). La tasa global Ciudad en el año 2013 fue de 1.01 casos /100.000 habitantes. (Gráfico 2)



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa de notificación según grupos etarios reveló mayor notificación en los menores de 5 años con un claro predominio en el grupo de menores de 1 año. (Tabla 3)

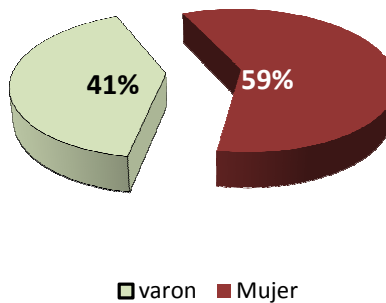
Tabla 3
- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos y tasa de notificación según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2013.

	Casos	Tasa/100.000 htes
< DE 1	7	19,6
1 año	4	11,8
2 a 4	5	5,2
5 a 9	1	0,6
10 a 14	1	0,7
15 a 24	8	2,0
25 a 34	2	0,4
35 a 44	1	0,3
45 a 64	3	0,5
65 y más	0	0,0
Total Ciudad	32	1,1

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

La distribución de casos sospechosos notificados en residentes según sexo mostró un ligero predominio de mujeres . (Gráfico 3)

Gráfico 3
- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos según sexo en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2013. N=32.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Según Regiones Sanitarias (RS), la RS 1 presentó una tasa ligeramente elevada respecto de las otras regiones. Las comunas 3, 4 (RS 1), 9 (RS2) y 2 (RS4), son las que mostraron valores levemente más altos. (Tabla 4)

Tabla 4
- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos y tasa de notificación según comunas y regiones sanitarias en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2013

Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	1	0,5
	3	4	2,1
	4	4	1,8
	Subtotal Región 1	9	1,5
Región 2	7	1	0,5
	8	3	1,6
	9	3	1,9
	Subtotal Región 2	7	1,2
Región 3	5	2	1,1
	6	0	0,0
	10	2	1,2
	11	3	1,6
	15	0	0,0
	Subtotal Región 3	7	0,8
Región 4	2	3	1,9
	13	3	1,3
	14	2	0,9
	12	1	0,5
	Subtotal Región 4	9	1,1
Ciudad de Bs. As.		32	1,1

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Con respecto al estado inmunitario para el componente sarampión-rubéola en residentes, de los 32 casos sospechosos, en 9 casos no corresponde vacuna por edad. De los 23 casos restantes, hasta los 14 años de

edad todos los pacientes tuvieron vacunación completa, a excepción de 1 caso en el que no se logró la obtención del dato. (Tabla 5)

Tabla 5
- Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)-
Casos sospechosos según antecedente inmunitario en residentes
Ciudad de Buenos Aires - Año 2013- N=32

	Nº de casos	Completas	Incompletas	Vacunados sin datos del Nº de dosis	Sin datos	No corresponde
< DE 1	7	-				7
1 año	4	4	0	0	0	
2 a 4	5	4	0	0	1	
5 a 9	1	1	0	0	0	
10 a 14	1	1	0	0	0	
15 a 24	8	2	0	4	2	
25 a 34	2	1	1	0	0	
35 a 44	1	0	0	0	1	
45 a 64	3	0	0	0	1	2*
65 y más	0	0	0	0	0	
Total Ciudad	32	13	1	4	5	9

* 2 mayores de 50 años.

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Laboratorio:

En el año analizado, de los 50 casos sospechosos notificados, se obtuvo muestra en 43 casos (86%), 27 correspondieron a pacientes residentes y 16 a no residentes.

Entre los residentes (32 casos) se alcanzó el 84.5% de muestras obtenidas.

Los resultados fueron negativos en todos los casos.

No se detectaron casos confirmados de sarampión o rubéola importados.

Evaluación de contactos en residentes:

Se recibieron 26 investigaciones en terreno que corresponden al 76,5% de las notificaciones en residentes. Fueron evaluados 716 contactos de los cuales se debieron vacunar 71 (10%). No se detectaron casos secundarios.

Síndrome de Rubéola Congénita (SRC):

En el año 2013, fueron notificados 5 casos sospechosos de Síndrome de Rubéola Congénita todos con residencia en Ciudad de Buenos Aires.

La tasa de notificación obtenida fue de 1.4 casos/10.000 nacidos vivos, alcanzando la tasa mínima de notificación internacionamente establecida (1 caso/10.000 nacidos vivos).

Los hospitales notificadores fueron en su totalidad del sector público: Hospital Argerich (2 casos) y el Hospital Piñero (3 casos).

El estudio de los RN se realizó por:

1. Madre con exantema durante el embarazo (a las 30 semanas de gestación). Recién Nacido asintomático.
2. Madre asintomática con IgM positiva en Screening de embarazo. Recién Nacido asintomático.
3. Niño hidrópico, con hipoplasia pulmonar (fallecido). Madre asintomática durante el embarazo.
4. Niño con Incompatibilidad ABO, púrpura. Madre IgM e IgG positivas, asintomática.
5. Niño con prematurez, y leucocoria ojo izquierdo.

Los casos fueron descartados por laboratorio y en el seguimiento no se detectaron casos secundarios de rubéola.

Tabla 6
Indicadores del Programa de Vigilancia de Sarampión - Rubéola
Ciudad de Buenos Aires años 2005-2013

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
INDICADORES Sarampión Rubéola												
% 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
% 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
% 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
% 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
% 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
Total de casos sospechosos en Residentes	123		26		249		55		172		32	
TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS	211		71		438		95		328		50	

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Conclusiones:

EFE: No fueron confirmados casos de Sarampión ni de Rubéola.

La tasa de notificación de EFE en residentes, fue menor que en los tres años anteriores no alcanzando el valor mínimo establecido.

Los efectores públicos realizaron el 64% de las notificaciones.

En el 2013 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 y el grupo de 2 a 4 años.

No hay diferencias importantes de la distribución entre Regiones Sanitarias de la Ciudad.

En cuanto a los indicadores de vigilancia, a excepción de la visita domiciliaria oportuna, el resto de los indicadores alcanzaron la meta.

SRC: No fueron confirmados casos Síndrome de Rubeola Congénita. Se alcanzó la tasa mínima de notificación establecida 1 caso/10.000 nacidos vivos.

Todos los casos fueron descartados por laboratorio.

MENINGOENCEFALITIS

Dra. Mónica Valenzuela

Las infecciones del Sistema Nervioso Central constituyen un importante problema de salud en el mundo. La aparición en general brusca de la sintomatología y la posibilidad de un desenlace fatal o la permanencia de secuelas, provocan que estas enfermedades tengan un gran impacto social.

Los recientes progresos en materia de disponibilidad y asequibilidad de las vacunas han avivado las expectativas de reducir la mortalidad y las discapacidades por infecciones neurológicas en los niños.

Para disminuir la morbimortalidad y evitar la propagación se deben realizar las siguientes intervenciones: prevención, diagnóstico temprano y la 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 cercanos con personas que hayan tenido diagnóstico de meningoencefalitis u otra enfermedad invasiva por *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae b*.

La vigilancia de las meningoencefalitis tiene como objetivos:

- Detectar cambios en el comportamiento epidemiológico.
- Detectar brotes o epidemias.
- Intervenir eficaz y adecuadamente en casos individuales o en los brotes y ejecutar las medidas de prevención y control sobre las personas o el medio.
- Conocer la incidencia y características de la distribución de los diferentes agentes en la comunidad.
- Generar información para fundamentar la introducción de nuevas vacunas y monitorear su impacto.

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 las muestras, cargar los resultados obtenidos y las derivaciones a otros laboratorios que debieran realizarse.

Vigilancia de meningoencefalitis en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2013

Durante el año 2013 fueron notificados por efectores (públicos y privados) de la ciudad de Buenos Aires 470 casos sospechosos de meningoencefalitis, 68 casos fueron descartados por otros diagnósticos. De los 402 casos confirmados de meningoencefalitis, pertenecieron al sector público 334 casos (83%) y al privado 65 casos (17%). Según el lugar de residencia correspondieron a residentes de la CABA 167 casos (41.6) y 232 (58.4 %) a no residentes. (Tabla 1)

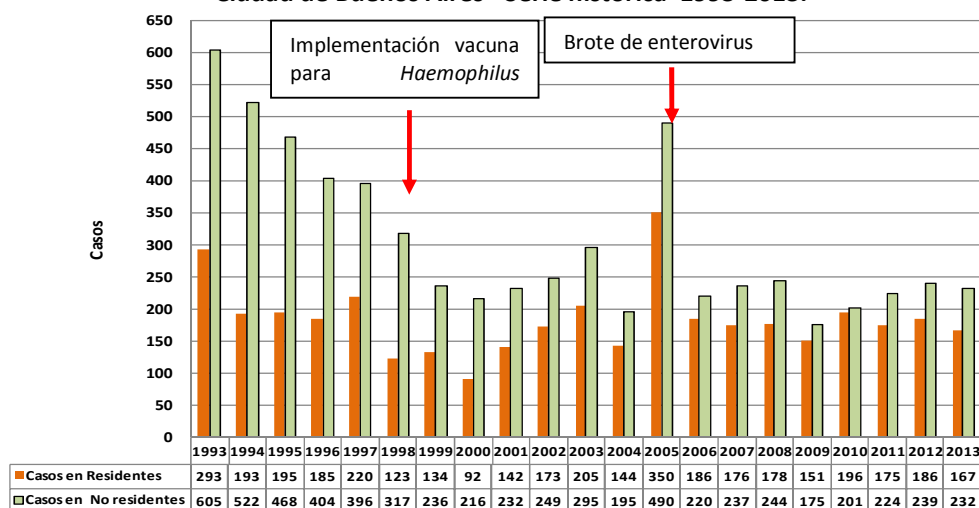
Tabla 1- Meningoencefalitis-
Casos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.

Efectores Estatales				Efectores Privados y de Obras Sociales			
Efector	Residentes	No Residentes	Total Públicos	Efector	Residentes	No residentes	Total Privados
H. Elizalde	14	49	63	S. Anchorena	5	3	8
H. Garrahan	15	41	56	S. Franchin	1	5	6
H. Santojanni	19	26	45	S. Sagrado Corazón	0	4	4
H. Gutiérrez	14	28	42	S. Guemes	0	4	4
H. Muñiz	10	10	20	H. Británico	0	4	4
H. Ramos Mejía	10	9	19	H. Aleman	3	1	4
H. Durand	10	6	16	S. Mitre	2	2	4
H. Piñero	11	1	12	S. Mater Dei	2	1	3
H. Pirovano	5	6	11	S. Julio Mendez	2	1	3
H. Vélez Sarsfield	4	6	10	H. Militar Central	2	1	3
H. Penna	4	6	10	H. Clinicas	2	1	3
H. Álvarez	7	1	8	CEMIC	2	1	3
H. Argerich	3	4	7	S. Los Arcos	2	0	2
H. Zubizarreta	2	4	6	H. Italiano	1	1	2
H. Fernández	4	0	4	Fundación Hospitalaria	1	1	2
H. Tornú	1	1	2	FLENI	1	1	2
Efectores de Pcia	1	1	2	Dupuytren	2	0	2
M. Sardá	1	0	1	Policlínico del Docente	1	0	1
Total	135	199	334	IADT	1	0	1
				H. Naval	0	1	1
				H. Español	0	1	1
				Cl. Del Sol	1	0	1
				Centro Gallego	1	0	1
				Total	32	33	65

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

En la serie histórica 1993-2013 se observó, que las notificaciones de no residentes, superaron en todos los años a las de residentes de la Ciudad. El número de casos notificados presentó, en residentes y no residentes, una tendencia descendente. Se evidenció un primer descenso en las notificaciones a partir del año 1994 (brote de meningoencefalitis bacteriana por *Neisseria meningitidis* serogrupo b), y una segunda declinación a partir del año 1998 que se correspondió con la incorporación de vacuna para *Haemophilus influenzae* b. En el año 2005 se observó un pico en la notificación que se debió a la ocurrencia de un brote de enterovirus. (Gráfico 1).

Gráfico 1-Meningoencefalitis-
Total de casos notificados según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 1993-2013.



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

En el año 2013 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 observaron fundamentalmente en las cuatrisesmanas 1 a 3 (del 30-12-2013 al 23-03-2013). (Tabla 2)

**Tabla 2-Meningoencefalitis-
Casos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2012-2013.**

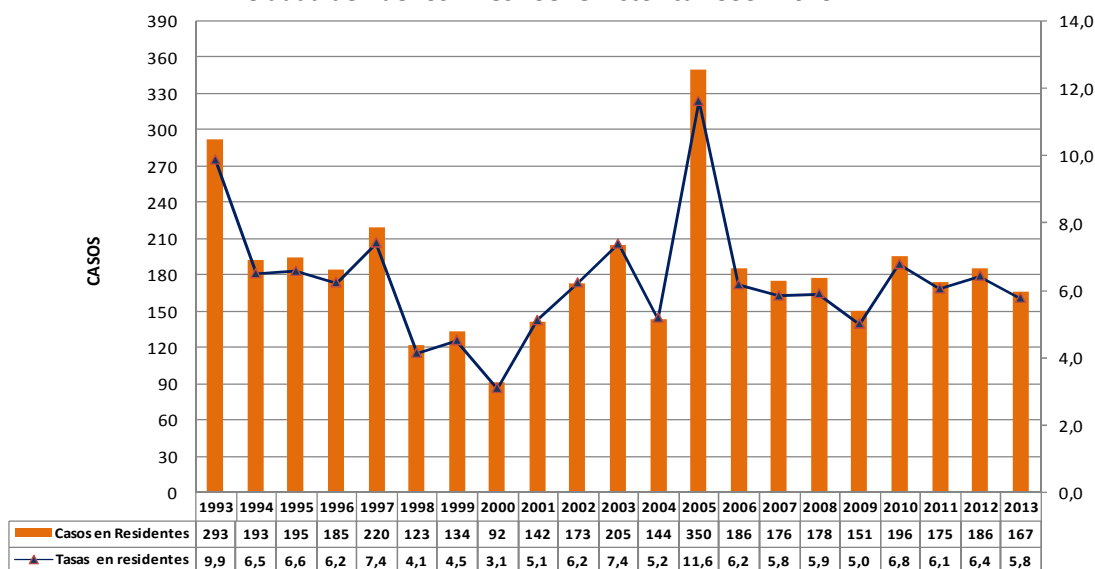
Cuatrisesmanas Epidemiológicas	Año 2012			Año 2013		
	Residentes	No residentes	Total año 2012	Residentes	No residentes	Total año 2013
1	16	19	35	18	35	53
2	9	22	31	13	25	38
3	25	21	46	19	30	49
4	25	16	41	15	14	29
5	7	15	22	11	16	27
6	9	16	25	14	9	23
7	10	13	23	9	13	22
8	6	8	14	12	15	27
9	16	21	37	13	14	27
10	13	15	28	8	13	21
11	17	25	42	12	13	25
12	15	25	40	11	20	31
13	18	23	41	12	15	27
Total Anual	186	239	425	167	232	399*

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

Meningoencefalitis en residentes de la Ciudad

En residentes de la Ciudad, para el año 2013, el valor del índice epidémico acumulado (IEA) fue de 0.94 hallándose dentro de los valores esperados y la tasa de notificación de 5.8 casos por 100.000 habitantes fue menor a los tres años anteriores. (Gráfico 2)

Gráfico 2-Meningoencefalitis-
Nº de casos y tasa de notificación por 100.000 habitantes en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 1993– 2013.

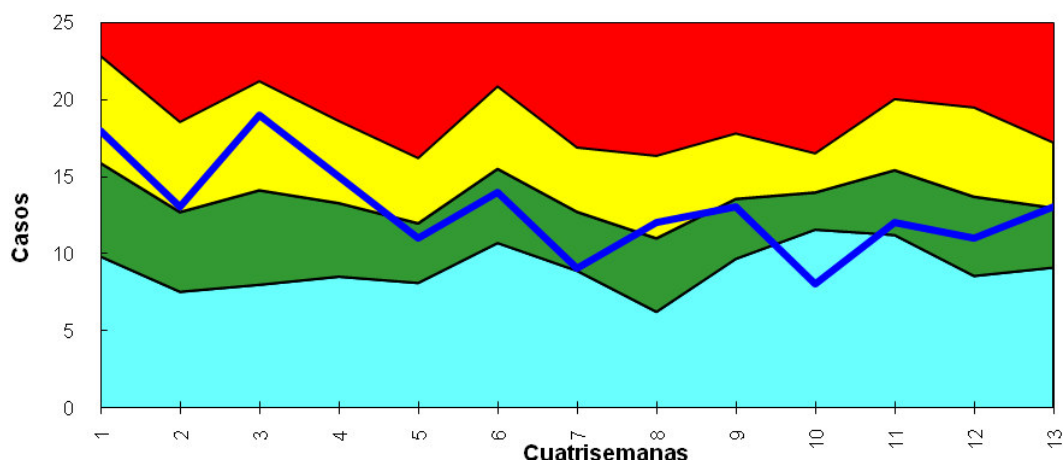


Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

El corredor endémico cuatrisesmanal de casos totales en residentes, mostró que la curva de casos se mantuvo en zona de seguridad, observándose tres picos de ascenso a la zona de alarma en las cuatrisesmanas 1,3 y de menor intensidad en la 8.

No se observó ascenso de la curva de casos sobre el cuartil superior en el año analizado. (Gráfico 3)

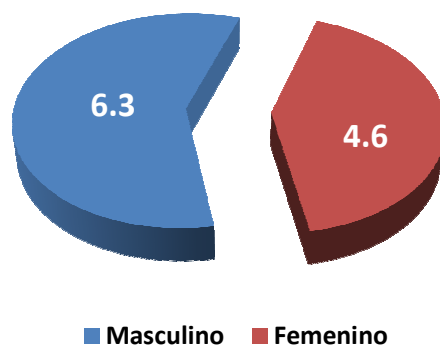
Gráfico 3-Meningoencefalitis-
Corredor endémico cuatrisesmanal.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.



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

La distribución por sexo en el año analizado, mostró el predominio del sexo masculino coincidente con la tendencia histórica. (Gráfico 4)

**Gráfico 4- Meningoencefalitis-
Tasa de notificación/100.000 según sexo en residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

La tasa global ciudad en el año 2013 fue para todos los grupos de edad de 5.8 casos/100.000 habitantes. El grupo de edad con mayor tasa de notificación correspondió a los menores de 1 año seguido por el de 2 a 4 años, con marcada diferencia respecto de los otros grupos, lo que coincide con la tendencia histórica. (Tabla 3)

**Tabla 3- Meningoencefalitis-
Casos y tasas según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**

Grupos de edad en años	Casos	Tasas
Menor de 1	50	140,2
1 año	3	8,9
2 a 4	21	21,8
5 a 9	15	9,6
10 a 14	12	8,0
15 a 24	14	3,5
25 a 34	13	2,6
35 a 44	12	3,0
45 a 64	18	2,7
65 y más	9	1,9
Total general	167	5,8

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

El número de notificaciones según comunas y Regiones Sanitarias (RS) de la ciudad, mostró que la RS 2 es la que presentó la tasa más alta y en la misma se destacó la comuna 8. (Tabla 4)

**Tabla 4 – Meningoencefalitis-
Casos y tasas según comunas y Regiones Sanitarias en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**

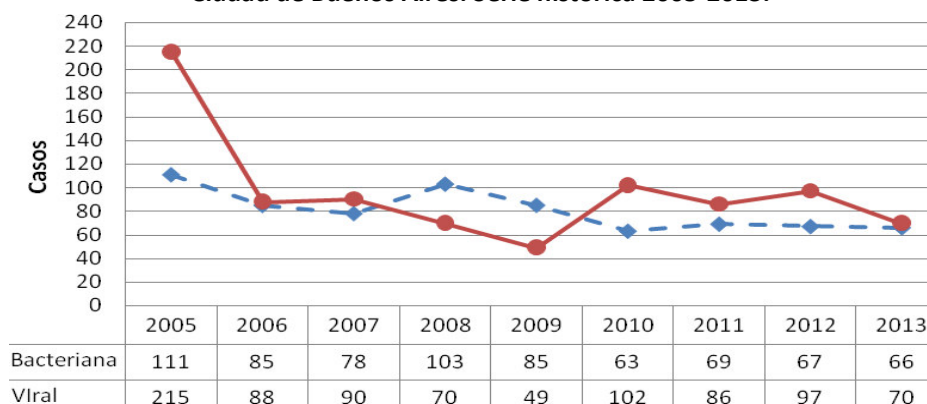
Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	17	8,3
	3	10	5,3
	4	20	9,2
	Subtotal Región 1	47	7,7
Región 2	7	16	7,3
	8	30	16,0
	9	15	9,3
	Subtotal Región 2	61	10,7
Región 3	5	6	3,4
	6	8	4,5
	10	8	4,8
	11	7	3,7
	15	3	1,6
	Subtotal Región 3	32	3,6
Región 4	2	6	3,8
	13	8	3,5
	14	7	3,1
	12	6	3,0
	Subtotal Región 4	27	3,3
Ciudad de Bs. As.		167	5,8

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

Distribución según diagnóstico principal

La curva de casos de meningoencefalitis bacteriana en la serie 2005-2013 mostró una tendencia descendente hasta el año 2010 presentado luego un comportamiento estable. Las meningoencefalitis virales, luego del brote del año 2005, experimentaron un descenso y partir del año 2010 y hasta el año analizado las meningoencefalitis virales superaron levemente a las bacterianas. (Gráfico 5)

**Gráfico 5 – Meningoencefalitis-
Casos según diagnostico principal en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2005-2013.**



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

Meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas bacterianas:

La tasa global Ciudad de meningoencefalitis bacterianas fue de 2.3 casos/100.000 habitantes. Los gérmenes *Neisseria meningitidis*, y *Streptococcus pneumoniae* fueron los aislados con mayor frecuencia. Los menores de 1 año presentaron la mayor tasa de notificación.

En el menor de 1 año las meningitis bacterianas sin rescate de germen y las causadas por neumococo fueron las más frecuentes, seguida por las provocadas por meningococo. De las meningoencefalitis causadas por otras bacterias fueron identificadas: enterobacterias (*E.Coli*, *Shigella*, *Yersinia enterocolitica*), *Haemophilus influenzae no b* en diferentes grupos de edad. (Tabla 5)

**Tabla 5 - Meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas bacterianas-
Casos y tasas según grupos de edad en residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**

GRUPOS DE EDAD	<i>Neisseria meningitidis</i>		<i>Haemophilus Influenzae b</i>		<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Meningitis tuberculosa > de 5 años		Meningitis 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	4	11,2	0	0,0	4	11,2	2	5,6	14	39,3
1	0	0,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	1	3,0	0	0,0	2	5,9
2 a 4	3	3,1	0	0,0	2	2,1	0	0,0	1	1,0	1	1,0	7	7,3
5 a 9	2	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	1	0,6	5	3,2
10 a 14	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0	3	2,0
15 a 24	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	4	1,0
25 a 34	2	0,4	0	0,0	1	0,2	3	0,6	2	0,4	0	0,0	8	1,6
35 a 44	2	0,5	0	0,0	2	0,5	0	0,0	1	0,3	0	0,0	5	1,3
45 a 64	4	0,6	0	0,0	3	0,5	1	0,2	4	0,6	1	0,2	13	2,0
65 y más	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,4	5	1,1
Total	19	0,7	2	0,1	15	0,5	4	0,1	19	0,7	7	0,2	66	2,3

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

De los 19 casos notificados de meningoencefalitis por *Neisseria meningitidis*, en 13 fue referido el serogrupo identificándose el W135 como el mas frecuente. (Tabla 6)

**Tabla 6: - Meningoencefalitis por *Neisseria meningitidis*-
Según serogrupos identificados notificados.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013**

Total Meningo-encefalitis	Total Bacterianas	<i>Neisseria meningitidis</i>					
167	66	Serogrupos					
		Sin datos de tipificación	B	C	W135	Y	Total Meningococo
		7	5	0	7	0	19

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Otras Enfermedades Invasivas No Meníngeas:

En este apartado se hace referencia a las enfermedades invasivas no meníngeas por *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococo neumoniae*.

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

Fueron notificados 40 casos de enfermedades invasivas sin compromiso meníngeo, de los cuales 11 casos (27.5%) correspondieron a residentes de la Ciudad y 28 casos (70%) a no residentes.

Los efectores públicos notificaron 8 casos (73%) y los efectores privados 3 casos (27%).

La distribución por sexo mostró el mayor número de casos en varones (63.5%).

El grupo de edad con mayor tasa de notificación correspondió a los pacientes de 1 año seguidos por los menores de 1 año. (Tabla 7)

**Tabla 7: - Enfermedades invasivas no meníngeas-
Casos según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013***

Grupos de edad en años	Frecuencia	Tasa
Menor de 1	2	5,61
1	3	8,88
2 A 4	3	3,12
15 A 24	1	0,25
25 A 34	1	0,20
35 A 44	1	0,25
Total	11	0,38

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El diagnóstico más frecuente fue sepsis y dos de estas correspondieron a meningococcemia sin meningitis. (Tabla 8)

**Tabla 8: -Enfermedades invasivas no meníngeas-
Casos según diagnóstico en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013**

Patología	Frecuencia
Sepsis	4
Bacteriemia	3
Artritis séptica	2
Neumonía con derrame y bacteriemia	2
Total	11

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El germen notificado con mayor frecuencia fue *Neisseria meningitidis* (meningococo). (Tabla 9)

**Tabla 9: -Enfermedades invasivas no meningéas-
Casos según grupos de edad y germen en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013**

Grupo-edad en años	H. Influenzae b	H. Influenzae No b	Meningococo	Neumococo	Total
Menor de 1	1	0	1	0	2
1	0	2	1	0	3
2 a 4	0	0	2	1	3
15 a 24	0	0	1	0	1
25 a 34	0	0	1	0	1
35 a 44	0	0	1	0	1
Total	1	2	7	1	11

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Meningoencefalitis virales:

La tasa global Ciudad para las meningoencefalitis virales fue semejante a las bacterianas con un valor de 2.4 casos/100.000 habitantes. Los más afectados fueron los menores de un año, seguidos por el grupo de 2 a 4 años. En los menores de un año la tasa más elevada correspondió a los enterovirus. (Tabla 10)

**Tabla 10 - Meningoencefalitis virales y Sin especificar-
Casos y tasas según grupos de edad en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**

GRUPOS DE EDAD	Enterovirus		Virus del Herpes simple		Virus varicela-Zoster		Otras Virales		Encefalitis por Virus San Luis		Viral sin especificar etiología		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
< de 1	15	42,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	22,4	23	64,5
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	5	5,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	6,2	11	11,4
5 a 9	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,2	6	3,8
10 a 14	4	2,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	2,7	8	5,3
15 a 24	1	0,3	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3	3	0,8	7	1,8
25 a 34	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,8	5	1,0
35 a 44	1	0,3	1	0,3	0	0,0	1	0,3	1	0,3	3	0,8	6	1,5
45 a 64	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	2	0,3
65 y más	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	2	0,4
Total	28	1,0	3	0,1	1	0,0	2	0,1	3	0,1	35	1,1	70	2,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evolución

En residentes de la Ciudad, se obtuvo el dato de evolución en 127 casos de las 167 notificaciones (76 %). (Tabla 11)

**Tabla 11 – Meningoencefalitis –
Casos y porcentaje según evolución en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N= 127**

	Casos	%
Alta sin Secuelas	105	82,7
Alta con Secuelas	2	1,6
Defunción	14	11,0
Derivado o Egreso voluntario	6	4,7
Total	127	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

De los 127 casos en los que se obtuvo el dato de evolución, fallecieron 14 pacientes (tasa de letalidad 11%). El rango de edad fue entre los 3 meses y 85 años. El 78.6% de los fallecimientos se debió a etiología bacteriana. El germen más frecuente hallado entre los fallecidos fue el Neumococo (4 casos). (Tabla 12)

**Tabla 12 – Meningoencefalitis-
Casos fallecidos según grupos de edad y germen en residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013.**

Grupos de edad	<i>Neisseria meningitidis</i>	<i>Streptococo pneumoniae</i>	Otras bacterianas	Bacteriana sin rescate	TBC	Viral sin especificar agente	Micótica	Sin especificar etiología	Total
< DE 1	1								1
2 a 4		1	1			1			3
15 a 24				1					1
25 a 34				1	2				3
35 a 44		1					1		2
45 a 64	1								1
65 y más		2						1	3
Total general	2	4	1	2	2	1	1	1	14

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Entre los casos de **enfermedades invasivas sin compromiso meníngeo** en pacientes residentes, no se produjeron decesos.

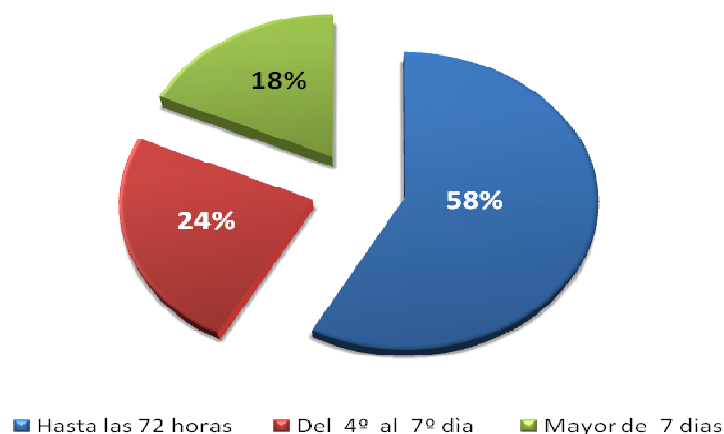
Evaluación de la vigilancia

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). Valor aceptado=80%. El 58 % de los casos se recibieron dentro de las 72 horas de asistido el paciente. (Gráfico 6)

**Gráfico 6 – Meningoencefalitis-
Demora en la notificación de casos residentes y no residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013 N=402**



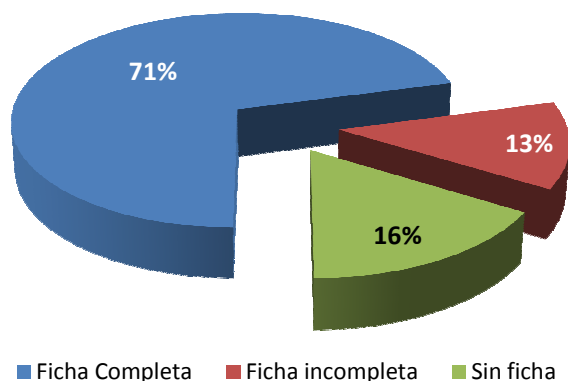
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

b- Recepción de fichas epidemiológicas al alta

Se considera como adecuada la recepción del 80% de las fichas al alta del paciente las cuales deben contener los datos completos. Denominador del indicador= Total de casos notificados.

En el año 2013 se recibieron 336 fichas epidemiológicas (83.6%) de las cuales 285 (71% de 402) fueron remitidas con datos completos. (Gráfico 7)

**Gráfico N°7- Menigoencefalitis-
Recepción de fichas epidemiológicas. Residentes y no residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2013. N=402**



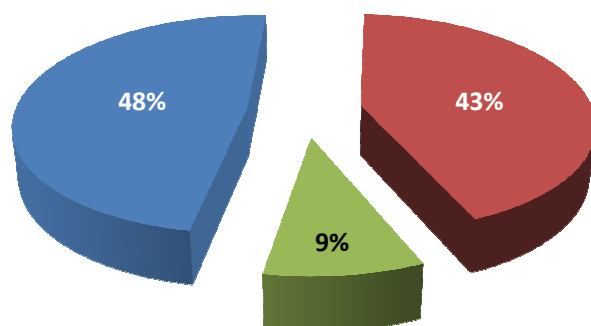
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

c- Recepción de estudios de investigación en terreno.

Se considera adecuada la recepción del 80% de los estudios de investigación epidemiológica en terreno, los que deberán realizarse dentro de las 48 horas de ser notificado el caso al efector correspondiente. Denominador del indicador= Total de casos en residentes.

En el año 2013 de 167 casos notificados en residentes, se recibieron 119 investigaciones en terreno (71%). No corresponde en los casos de notificación tardía, paciente en situación de calle, domicilio inexistente, familia inexistente en el domicilio suministrado. (Gráfico 8)

**Gráfico Nº 8 – Meningoencefalitis-
Investigaciones epidemiológicas en terreno en residentes.
Ciudad de Buenos aires. Año 2013 N=119**



■ Completo ■ Incompleto ■ No corresponde

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Conclusiones

- La notificación de no residentes de la Ciudad superó a la de residentes, coincidente con la tendencia histórica.
- Los efectores públicos notificaron el mayor número de casos y asistieron a mayor número de no residentes. Los efectores privados no evidencian 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 dentro de valores esperados.
- El mayor número de casos fue notificado en las cuatrisesmanas 1 a 3 del año.
- 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 Región Sanitaria 2 presentó la tasa más prominente sobresaliendo en esta la comuna 8.
- Las meningoencefalitis virales superaron levemente a las bacterianas y el enterovirus fue el germen más frecuentemente identificado entre las virales.
- Las meningoencefalitis bacterianas sin rescate de germen y las producidas por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* fueron las de mayor frecuencia entre las bacterianas.
- De la identificación de serogrupos predominó el W135.
- El 66.5% de los casos evolucionó favorablemente y sin secuelas.

- La tasa de letalidad de meningoencefalitis fue de 11% con rango de edad entre los 3 meses y 85 años y se debió en 78.6% a la etiología bacterianas.
- Sólo el 58% de los casos fueron notificados dentro de las 72 horas.

VECTORIALES

DENGUE

Dra. Esperanza Janeiro

El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes* que 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. El 29 de octubre de 2013 se informó sobre el hallazgo de una cepa viral diferente en muestras recogidas en un brote malayo de 2007, que continúa en investigación.

La inmunidad permanente se adquiere sólo 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.

El tratamiento del dengue es sintomático. Continúan en estudio diferentes vacunas para prevenir la enfermedad, pero aún no se ha aprobado ninguna para uso en la población general.

Es la enfermedad vectorial de más rápido crecimiento en el mundo. Su incidencia ha aumentado más de 30 veces en los últimos 50 años. Expertos de la OMS estiman que más del 40% de la población mundial se encuentran en riesgo de enfermar.

En la región de las Américas el dengue continúa siendo un problema de salud pública, con las mayores tasas de incidencia en las regiones del Cono Sur y el Caribe de habla inglesa y francesa (Tabla 1).

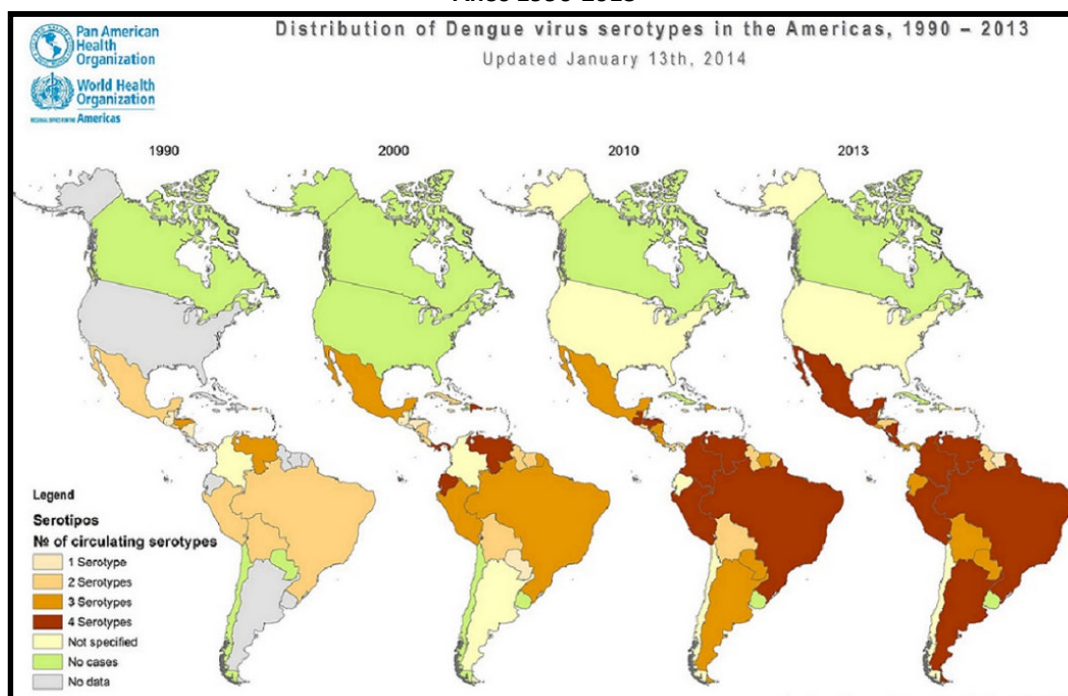
Tabla 1. DENGUE
Casos de dengue y dengue grave en la Región de las Américas según subregiones
Año 2013

Subregiones	casos dengue	tasa incidencia (por 100000 habitantes)	dengue grave	muerter	tasa de letalidad
Norteamérica y Centroamérica	445021	302,8	23849	173	0,04
Andina	231458	225,9	4163	198	0,09
Cono Sur	1622745	669,2	9045	796	0,05
Caribe Hispano	36252	153	474	123	0,34
Caribe inglés y francés	51360	646,6	367	28	0,05
Total	2386836	455,9	37898	1318	0,06

Fuente: PAHO OMS. Dengue. Casos reportados. Actualizados al 05/06/2014

Desde la reemergencia del dengue en la región americana, es cada vez mayor el número de países en los que circula simultáneamente más de un serotipo (Gráfico 1).

Gráfico 1. DENGUE
Distribución de los serotipos virales en la Región de las Américas
Años 1990-2013



Fuente: PAHO OMS. Dengue. Actualización al 13/01/2014

Los países limítrofes Brasil, Bolivia y Paraguay se encuentran en situación endemoepidémica. En Argentina, entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 52 de 2013 se notificaron 9294 casos sospechosos de dengue. Se confirmaron 2921 casos. No se reportaron casos de dengue grave ni muertes por dengue. Se registró un período de brote entre las SE 4 a 28, con 2732 casos autóctonos. Fueron registrados brotes de dengue en 17 localidades de 7 provincias, con circulación de los serotipos DEN1, DEN2 y DEN4. En SE 28 se registraron los últimos casos en Formosa capital. Luego del brote ocurrido en el primer semestre del año 2009, el 2013 se caracterizó por registrar el mayor número de casos sospechosos y confirmados y de localidades afectadas, con predominio del noroeste y noreste argentinos.

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 de Dengue 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

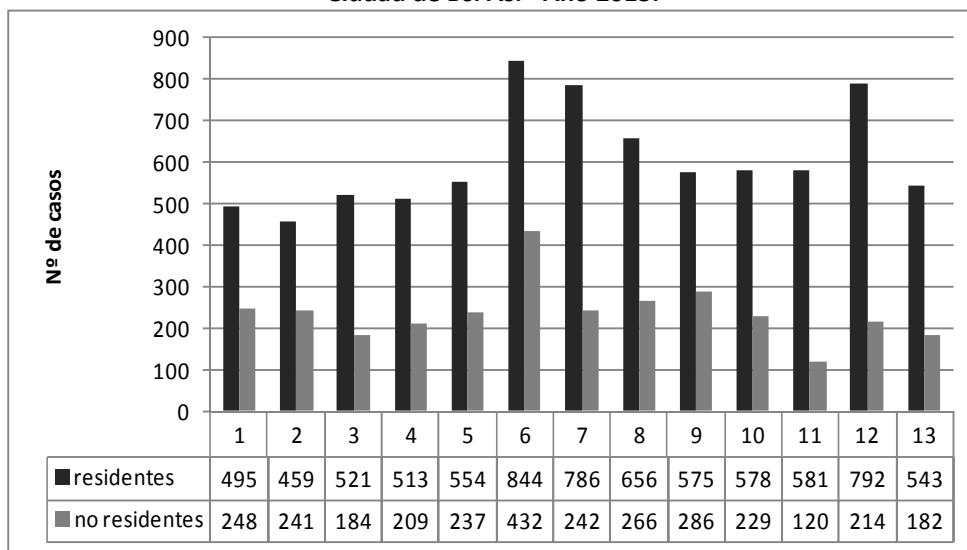
individualizada, con registro en SNVS (Modulo C2). Los resultados de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad se consignan en el Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA).

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 2013

La notificación de **Síndrome Febril Inespecífico** es útil para evaluar indirectamente la posibilidad de ocurrencia de un brote de Dengue u otras enfermedades transmisibles. Los casos fueron notificados por diez hospitales públicos y uno privado. La notificación fue mayor que en el año previo: 10987 casos en 2013 y 9295 en 2012. Del total, 7897 fueron residentes y 3090 no residentes. Las cuatrisesmanas epidemiológicas con mayor notificación fueron la 6ª, la 7ª y la 12ª, en las que las notificaciones en residentes superaron los 780 casos mensuales. (Gráfico 2). Las mayores tasas entre los residentes se encontraron en los grupos de edad correspondientes a los menores de 4 años. (Tabla 2)

Gráfico 2. DENGUE
Notificación de Síndrome Febril Inespecífico según cuatrisesmana y residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2013.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Tabla 2. DENGUE
Notificación de Síndrome Febril Inespecífico según grupo de edad y residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2013.

Grupo de edad	residentes	Tasa en residentes por 100000 habitantes (n=7891)	no residentes	total
< 1 AÑO	965	2214,1	630	1595
1 AÑO	713	1839,5	473	1186
2 a 4	1401	1121,3	702	2103
5 a 9	933	580,3	423	1356
10 a 14	388	223,7	168	556
15-24	499	115,1	144	643
25-34	609	124,8	151	760
35-44	509	119,8	143	652
45-64	818	112,6	168	986
>=65	1056	205,7	87	1143
S/D	6		1	7
Total	7897	252,3	3090	10987

*no se consignan tasas en no residentes por ausencia de denominador definido

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Durante 2013 se notificaron 402 casos sospechosos de Dengue en la Ciudad de Buenos Aires, 254 de los cuales fueron residentes (63.18 %). Se asistieron en efectores del GCBA 195 casos sospechosos (48.5%). Los establecimientos asistenciales con mayor número de notificaciones fueron, en orden de frecuencia, los hospitales Italiano, Muñiz, Tornú y Ramos Mejía (Tabla 3).

Tabla 3. DENGUE
Casos sospechosos notificados por tipo de efector según residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2013.

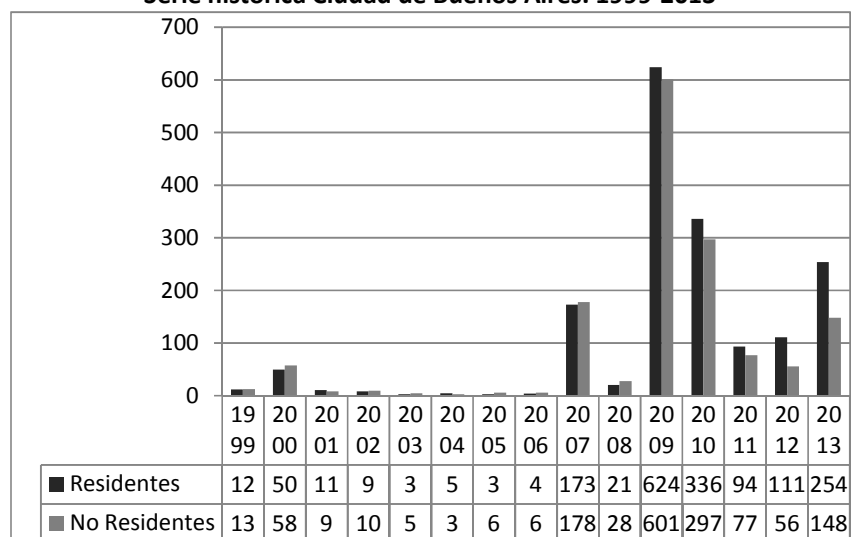
Tipo de efector	Establecimiento	Residentes	No Residentes	Total
Público	Alvarez	5	3	8
	Argerich	3	2	5
	Durand	1	0	1
	Elizalde	0	3	3
	Fernandez	10	4	14
	Garrahan	0	2	2
	Gutiérrez	5	4	9
	M. Curie	0	1	1
	Muñiz	16	35	51
	Penna	4	9	13
	Piñero	5	0	5
	Pirovano	4	2	6
	Ramos Mejia	10	12	22
	Rivadavia	2	1	3
	Santojanni	4	3	7
	Sarda	1	0	1
	Tornu	32	3	35
	Velez	3	0	3
	Zubizarreta	1	1	2
	Efectores Pcia. Bs. As.*	3	0	3
	Subtotal	109	85	194

Privado, Seguridad Social	Alemán	1	1	2
	Anchorena	2	1	3
	Británico	4	2	6
	Colegiales	1	0	1
	C. de la Ciudad	4	1	5
	CEMIC	8	4	12
	Centro Gallego	3	2	5
	Churruca	1	1	2
	Dupuytren	1	0	1
	Franchin	2	4	6
	F. Favaloro	1	0	1
	F. Hospitalaria	1	0	1
	Güemes	6	1	7
	H. de Clínicas	3	5	4
	H. Naval	1	1	2
	Italiano	57	29	86
	Los Arcos	2	0	2
	M. Suizo Argentina	8	4	12
	Mater Dei	8	0	8
	Medicus	1	0	1
	Mitre	1	1	2
	OSDE	6	1	7
	OSECAC	6	3	9
	Sagrado Corazón	1	2	3
	Sanidad (OSPSA)	1	0	1
	S. M. Pueyrredón	1	0	1
	Stambouliau	14	2	16
	Trinidad	0	1	1
	Subtotal	145	66	207
Total		254	151	401

*Residentes asistidos en efectores públicos de la Provincia de Buenos Aires
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 en 2010 y 2013, si bien no superaron los del 2009, registraron valores superiores a registrados en los años restantes (Gráfico 3).

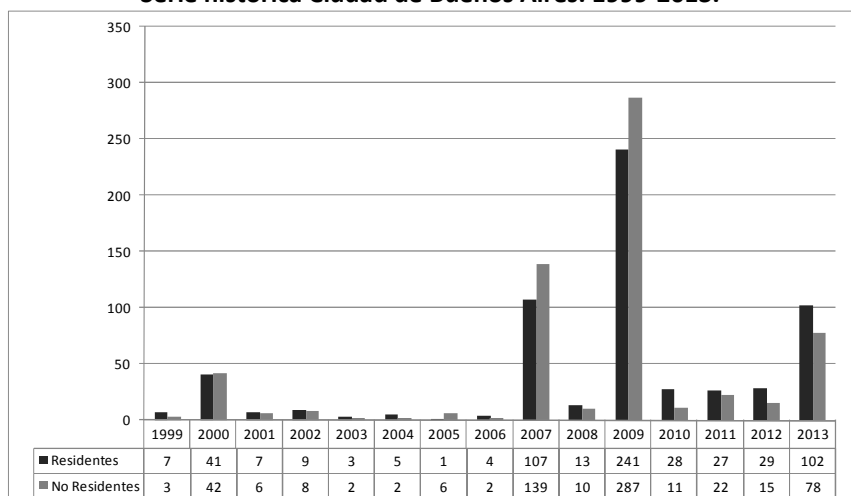
Gráfico 3. DENGUE
Casos sospechosos según residencia.
Serie histórica Ciudad de Buenos Aires. 1999-2013



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

En el año 2013 fueron confirmados 180 casos, 102 de ellos residentes de la Ciudad (57%) y 78 no residentes (43%). 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)

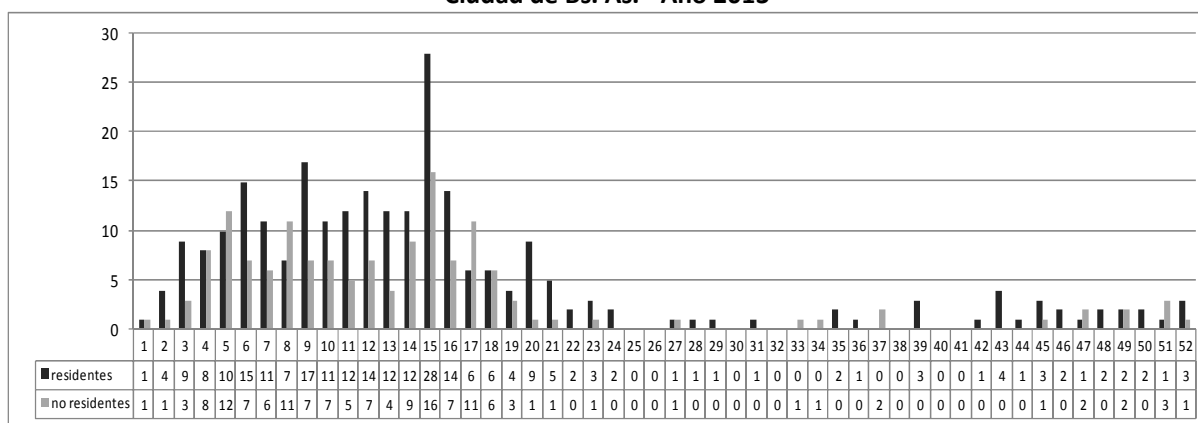
Gráfico 4. DENGUE
Casos probables y confirmados según residencia
Serie histórica Ciudad de Buenos Aires. 1999-2013.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Se notificaron casos sospechosos de dengue a partir de la primer semana epidemiológica (SE) del año 2013. La máxima notificación se concentró en la SE 15 y, si bien se mantuvo durante todo el año, presentó niveles menores a partir de la SE 21. A partir de la SE 42 se presentaron casos sospechosos todas las semanas (Gráfico 5).

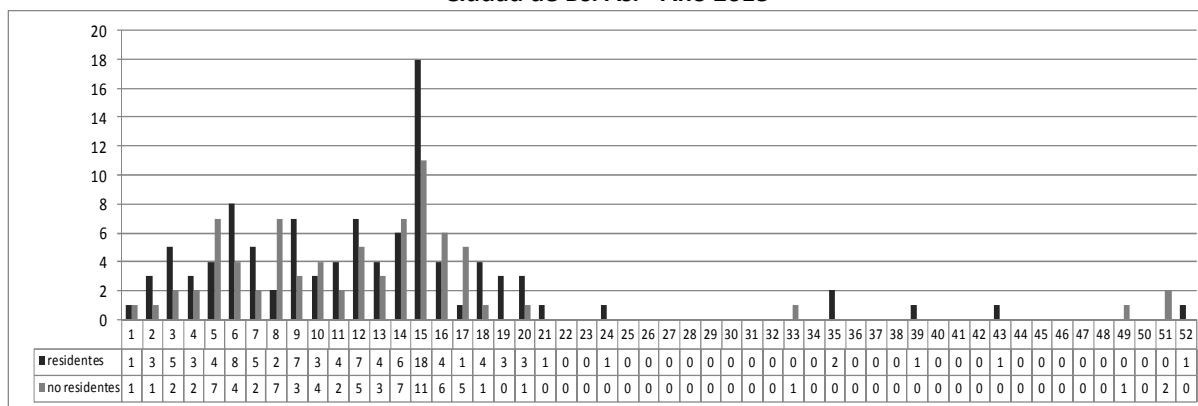
Gráfico 5. DENGUE
Casos sospechosos según residencia por semanas epidemiológicas
Ciudad de Bs. As. - Año 2013



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos probables y confirmados se presentaron desde la SE 1. En la SE 15 se registró el mayor número de casos. Ocurrieron casos en todas las SE hasta SE 21 inclusive, a partir de la cual se registraron casos aislados. (Gráfico 6).

Gráfico 6. DENGUE
Casos probables y confirmados según residencia por semanas epidemiológicas
Ciudad de Bs. As. - Año 2013



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Antecedente de Viaje

En 161 de los casos probables y confirmados (91 residentes y 70 no residentes) se constató el antecedente de viaje a zonas con circulación viral activa (89.56%). En 15 casos (11 residentes y 4 no residentes) no existió antecedente de viaje. (Tabla 4)

Tabla 4. DENGUE
Casos probables y confirmados según residencia y antecedente de viaje
Ciudad de Bs. As. - Año 2013

Antecedente de viaje	Residentes	No Residentes	Total
SI	91	70	161
NO	11	4	15
s/d	0	4	4
Total	102	78	180

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Entre los 161 pacientes (residentes y no residentes) con antecedente de viaje, la mayoría provino de Paraguay (n = 99; 60.73%) y en segundo lugar de Brasil (n = 24; 14.72%). En 33 casos viajaron a otros países americanos: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, R. Dominicana y Venezuela. En 5 casos los lugares de viaje fueron Tailandia y países africanos.

Distribución por Edad y Sexo en Residentes

De los 102 casos probables y confirmados en residentes de la Ciudad, 44 fueron varones y 58 mujeres. El rango de edad varió entre los 3 y 87 años. La mediana fue 35 años. Como ocurrió en años anteriores, el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, con una tasa mayor a 5 casos por 100 000 habitantes. (Tabla 5).

Tabla 5. DENGUE
Casos y tasas en residentes según grupos de edad
Ciudad de Bs. As. - Año 2013. (N = 100)

Grupo de edad	Casos	Tasa por 100000 habitantes
< 1 año	0	0
1 año	0	0
2 a 4 años	1	0,84
5 a 14 años	5	1,39
15 a 24 años	14	3,55
25 a 34 años	28	5,68
35 a 44 años	15	3,73
45 a 64 años	19	2,80
>=65 años	4	0,79

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Evolución Clínica en Residentes

Entre los residentes, requirieron internación 17 pacientes (16.7%) debido a que presentaron signos de alarma: dolor abdominal persistente, deshidratación grave, confusión, desorientación, hepatomegalia, hemorragias, disminución de plaquetas, leucopenia, aumento del hematocrito, aumento de las transaminasas). No se registró ningún fallecimiento por la enfermedad.

Distribución Geográfica en Residentes

Se presentaron casos en todas las Regiones Sanitarias. La tasa general de la ciudad fue 3.36 casos por 100000 habitantes, superior a la de los años previos pero inferior a la del 2009, en la que la tasa fue de 7.9 casos por 100 000 habitantes. En 2013 en las comunas 15, 8, 1, y 14 superaron la tasa general de la ciudad. Se registraron casos de dengue sin antecedente de viaje en las comunas 7, 12, 14 y 15. (Tabla 6). Los primeros casos se presentaron en SE 9 y los últimos en SE 17. Dos pacientes considerados al inicio como

casos probables de dengue sin antecedente de viaje se clasificaron finalmente como casos de enfermedad por virus de Saint Louis.

Tabla 6. DENGUE
Casos y tasas en Residentes Según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Ciudad de Bs. As. - Año 2013.

REGIONES	COMUNAS	Casos probables y confirmados (totales)	Tasa por 100000 habitantes	Casos probables y confirmados sin antecedente de viaje	Tasa por 100000 habitantes (sin antecedente de viaje)
1	1	10	5,06	0	0,00
	3	6	2,91	0	0,00
	4	9	3,76	0	0,00
	Total	25	3,89	0	0,00
2	7	3	1,40	1	0,47
	8	11	6,02	0	0,00
	9	2	1,21	0	0,00
	Total	16	2,85	1	0,18
3	5	5	2,67	0	0,00
	6	6	3,27	0	0,00
	10	2	1,16	0	0,00
	11	1	0,50	0	0,00
	15	12	6,12	5	2,55
	Total	26	2,77	5	0,53
4	2	6	3,21	0	0,00
	12	11	4,39	2	0,80
	13	8	3,15	0	0,00
	14	10	5,00	3	1,50
	Total	35	3,93	5	0,56
Total general		102	3,36	11	0,36

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Laboratorio.

Se obtuvieron muestras de laboratorio en 388 pacientes de los 402 casos sospechosos totales notificados (96.51%). De los casos en los que se obtuvieron muestras, 369 fueron registrados en SIVILA (95.10%). Más de la mitad de las muestras de estos casos se procesó en el Laboratorio de Virología del H. de Niños R. Gutiérrez (Tabla 7). A su vez, la mayor parte de los resultados de los laboratorios públicos y privados se confirmó en los Laboratorios de Referencia de la Ciudad. En las muestras enviadas al Laboratorio Nacional de Referencia (Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas, de Pergamino) se confirmaron los resultados de los diagnósticos de los Laboratorios de Referencia de la Ciudad.

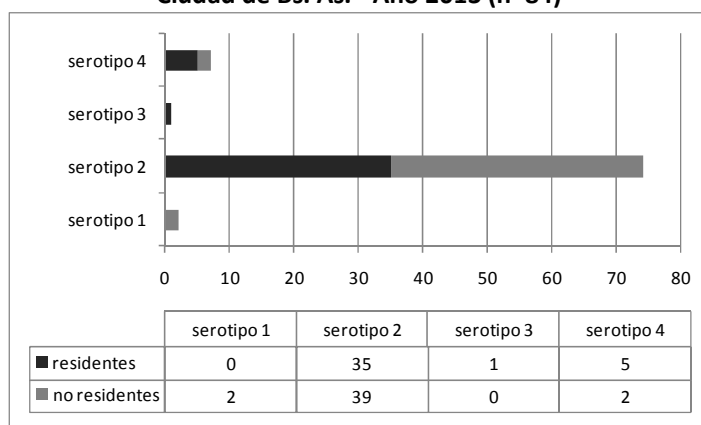
Tabla 7. DENGUE
Casos sospechosos según laboratorio de procesamiento de las muestras
Ciudad de Bs. As. - Año 2013 (n=388).

Tipo de efector	Establecimiento	Residentes	No Residentes	Total
Público	Garrahan	0	1	1
	Gutiérrez	137	71	208
	Muñiz	34	55	89
	Penna	1	1	2
	Piñero	3	1	4
	Tornú	31	3	34
	Subtotal	206	132	338
Privado, Seguridad Social	Alemán	0	1	1
	CEMIC	4	1	5
	CentraLab	1	0	1
	Güemes	3	0	3
	H. de Clínicas	3	5	8
	H. Italiano	3	1	4
	Swiss Medical	1	3	4
	Stambouliau	14	2	16
	Subtotal	29	13	42
Otros	Subtotal	7	1	8
Total		242	146	388

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El serotipo viral se identificó en 84 de 115 casos confirmados (73%). Considerando sólo los residentes, el serotipo se confirmó en el 85.4% de los casos. Se presentaron casos con los 4 serotipos, con predominio del serotipo DEN 2 (74 casos). Por primera vez se detectaron casos importados de Den 4 en Ciudad de Buenos Aires (7 casos). En las muestras de los enfermos sin antecedentes de viaje se identificó el serotipo DEN 2 en tres casos (2 residentes y 1 no residente). (Gráfico 7)

Gráfico 7. DENGUE
Serotipo viral identificado según residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2013 (n=84)



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Evaluación de la Vigilancia

La oportunidad de consulta, evaluada como la diferencia entre la fecha de inicio de síntomas y el momento de asistencia, varió entre la consulta inmediata y los 31 días, con una mediana de 3 días. La oportunidad

de notificación (período entre la fecha de consulta y la notificación del caso) varió entre la notificación inmediata y la demora de un mes, con una mediana de 3.5 días.

De los 228 casos sospechosos en residentes remitidos para la realización de las acciones de control, fueron informados 77.5%. En los pacientes con resultados de laboratorio para dengue probable y confirmado, se recibió el estudio de foco en el 90.6% de los casos. Se implementaron los estudios de foco en todos los casos de pacientes sin antecedente de viaje.

En 2013 el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur implementó el método LIRAA (Levantamiento Rápido de Índices de *Aedes aegypti*) en estratos de la zona norte de la Ciudad en dos oportunidades: abril y diciembre. En abril se ingresó al 24.4% de las viviendas recorridas y en diciembre al 16.4%. (Tabla 8).

Tabla 8. DENGUE
Levantamiento Rápido de Índices de *Aedes aegypti*
Ingreso a las viviendas para detección de criaderos
Ciudad de Bs. As. - Año 2013

Categoría de viviendas	abril		diciembre	
	n	%	n	%
visitadas	1540	100,0	2705	100,0
cerradas	634	41,2	1319	48,8
renuentes	531	34,5	943	34,9
ingresadas	375	24,4	443	16,4

Fuente. Elaboración propia Dpto. Epidemiología según datos del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Ministerio Salud. GCBA

En la evaluación realizada en el mes de abril se encontraron condiciones muy favorables para la proliferación del mosquito transmisor del dengue, con valores de 8% en el Índice de Viviendas y 9.9% para el Índice de Breteau. En ambas mediciones predominaron los recipientes móviles (tipo B) (Tabla 9).

Tabla 9. DENGUE
Levantamiento Rápido de Índices de *Aedes aegypti*
Criaderos reales según tipo de recipiente
Ciudad de Bs. As. - Año 2013.

Tipo de recipiente con criaderos reales detectados	código	ABRIL		DICIEMBRE	
		número	%	número	%
Tanques de agua ligados a la red, depósitos elevados	A1	0	0,00	0	0
Depósitos a nivel del suelo para consumo (barril, tacho, pozo)	A2	0	0,00	0	0
Recipientes móviles (floreros, plantas en agua, portamacetas, baldes)	B	35	94,59	15	93,75
Recipientes fijos (canaletas, rejillas, fuente ornamental)	C	1	2,70	1	6,25
Cubiertas de autos	D1	0	0,00	0	0
Descartables	D2	1	2,70	0	0
Recipientes naturales (axilas de plantas, hojas)	E	0	0,00	0	0
Total		37	100,00	16	100

Fuente. Elaboración propia Dpto. Epidemiología según datos del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Ministerio Salud. GCBA

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).

Conclusiones

En el año 2013 se registraron 402 casos sospechosos de Dengue, 254 de los cuales estaban domiciliados en la Ciudad (63.19%). A diferencia de años anteriores, los efectores públicos participaron en menor medida de la notificación (48%) de los casos sospechosos. Se confirmaron 180 casos, 102 de ellos en residentes.

Entre las SE 1 y 21 se concentró el 96% de los casos probables y confirmados en residentes. De ellos, 91 pacientes presentaron antecedente de viaje (89.2%). Los destinos más frecuentes fueron, al igual que en 2012, Paraguay y Brasil. No se registró antecedente de viaje en 11 casos (10.8%).

Se determinó el serotipo en el 85.4% de los casos confirmados en residentes. Se identificaron los serotipos DEN 2, 4 y 3 en orden de frecuencia. En los casos sin antecedente de viaje se identificó el serotipo DEN 2.

La franja de edad más afectada fue la de 25 a 34 años, al igual que en años previos. Predominó levemente el sexo femenino (57.7%). El 16.7% de los casos registrados en residentes requirió internación por presentar signos de alarma. No ocurrieron óbitos por dengue. Sólo el 36.3% de los casos probables y confirmados se notificó en la etapa de viremia.

Los casos se distribuyeron en todas las Regiones Sanitarias (RS). La tasa general de la ciudad fue mayor que en los 3 años previos: 3.36 casos por 100000 habitantes, valor superado en las RS IV y I. En las comunas 15, 8, 1, y 14 se encontraron tasas \geq a 5 casos por 100000 habitantes.

Fueron informados el 77.5% de los estudios de foco informados de los casos sospechosos. El porcentaje ascendió al 90.6% considerando los casos probables y confirmados, y a la totalidad de los casos sin antecedentes de viaje.

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