



Boletín Epidemiológico de la Ciudad/2011

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



**Buenos
Aires**

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 Forlenza

Miembros

Dr. Jorge Chauí

Dr. Manuel Fernández

Dra. Esperanza Janeiro

Dra. Anabel Regalía

Dra. Mónica Valenzuela

Residencia en Epidemiología

Jefa de Residentes

Dra. María Julieta Rodríguez Cámara

Instructora

Dra. María del Valle Juárez

Residentes de 2° año

Dr. José E. Carrizo Olalla

Dra. Marcela Grobaporto

Dra. Natalie C. Soto

Residentes de 1° año

Dra. Kyung Min Lee

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

INDICE

INTRODUCCIÓN	4
SECCION 1: VIGILANCIA GENERAL.....	5
RESUMEN DE VIGILANCIA GENERAL	5
SEPARATA CUENCA AÑO 2011	13
SECCION 2: VIGILANCIA INTENSIFICADA.....	19
GASTROENTERICAS.	19
BOTULISMO DEL LACTANTE	19
DIARREA AGUDA SANGUINOLENTA	22
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS (ETA).....	29
HEPATITIS A Y SIN ESPECIFICAR.....	35
SINDROME UREMICO HEMOLITICO	42
INMUNOPREVENIBLES	50
COQUELUCE	50
PARÁLISIS AGUDAS FLACCIDAS	63
SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SINDROME DE RUBEOLA CONGENITA	72
MENINGOENCEFALITIS.....	82
VECTORIALES	93
DENGUE.....	93

Durante el año 2011, entre los eventos con mayor relevancia en la notificación en la Ciudad de Buenos Aires, se ubican las diarreas agudas sanguinolentas (DAS) reciente incorporación; con una tasa de **6.6** casos/100000 habitantes duplicó la observada en el año 2010, relacionándose con mejoras en la notificación debido a una mayor participación de efectores.

También se observó durante el año 2011 un aumento en el número de casos de Coqueluche (tasa 4,4 /100.000 habitantes), con valores superiores a la media en las Comunas del sur de la Ciudad.

Ambos ejemplos de nuevos o antiguos problemas de salud, 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

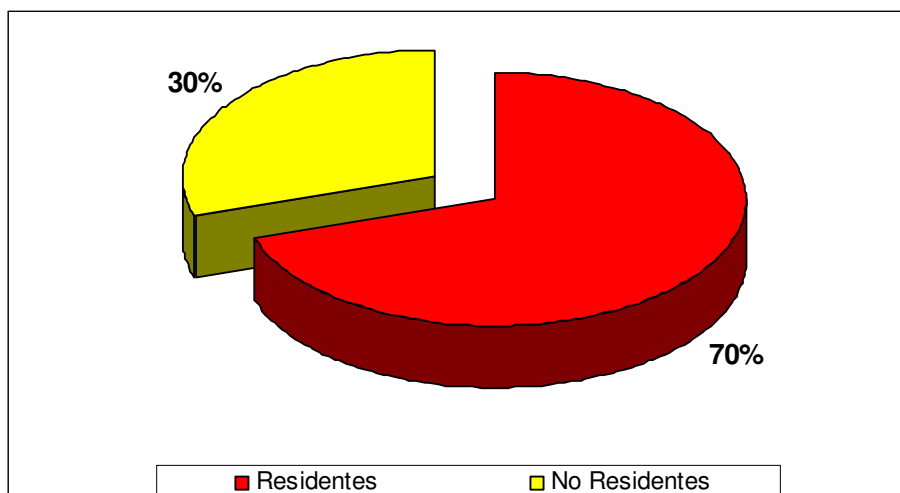
SECCION 1: VIGILANCIA GENERAL.

RESUMEN DE VIGILANCIA GENERAL

Dr. Jorge Chaui

El registro total del SNVS de la jurisdicción mostró 227.866 casos denunciados, de los cuales el 70 % (159.392 casos) correspondieron a residentes habituales en la ciudad y 30 % (68.474 casos) a no residentes. (Gráfico N° 1)

Gráfico N°1
Enfermedades de Notificación Obligatoria
Según residencia habitual del caso
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N = 227.866



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Notificación en residentes

De 135 eventos de notificación obligatoria (ENO) incluidas en la vigilancia del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) de la Ciudad de Buenos Aires, 12 superaron la notificación esperada para el año 2011; lo cual representó el 8 % del total de dichos eventos.

Las enfermedades de notificación obligatoria (ENO) con mayor incidencia, que en el año 2011 presentaron una notificación superior a la mediana histórica (Índice Epidémico Acumulado Anual mayor de 1,24)¹, se observan en la tabla 1 y el gráfico 1. Coqueluche, Neumonía, ETI e intoxicaciones, constituyeron los eventos con mayor IEA.

En las enfermedades de menor incidencia (donde el Índice Epidémico no es confiable), se estima otro indicador denominado “Distribución de Poisson” para identificar los eventos que superaron la notificación histórica. Aquellas enfermedades con un Valor de Poisson menor a 0,050 en el año 2011 superaron la notificación respecto del valor histórico esperado. Este comportamiento se observa en las patologías detalladas en las Tablas N° 1 y 2.

Dentro del capítulo de enfermedades inmunoprevenibles, solo el evento “coqueluche” registró una notificación superior a lo esperado para el año 2011 (Tablas N° 1 y 2)

En el capítulo de enfermedades respiratorias, solo ETI y Neumonía superaron la notificación histórica. En el resto de los capítulos puede también apreciarse aquellos eventos con similar comportamiento. (Tablas N° 1 y 2).

Tabla N°1
Enfermedades de notificación obligatoria
Síntesis según tasas e indicadores IEA y Poisson Acumulado
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2010 y 2011

Patologías	2010		2011		Índice Epidémico Acumulado	Poisson Acumulado
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
Inmunoprevenibles						
Coqueluche	18	0,5	124	4,1	5,64	-
Difteria	0	0,0	0	0,0	-	-
Hepatitis A	33	1,1	45	1,5	-	1,0000
Hepatitis B	55	1,8	60	2,0	-	0,4760
Hepatitis Sin especificar	7	0,2	32	1,1	-	1,0000
Meningoencefalitis Tuberculosa en Menores de 5 Años	0	0,0	1	0,5	-	0,0175
Parálisis Fláccida Aguda en Menores de15 Años	8	2,6	13	2,4	-	0,8813
Poliomielitis Confirmada	0	0,0	0	0,0	-	-
Parotiditis	52	1,7	82	2,7	-	0,9908
Rubéola Confirmada	1	0,0	1	0,0	-	0,8915
Rubéola Congénita	0	0,0	1	0,0	-	0,0616
Tétanos Neonatal	0	0,0	0	0,0	-	-
Tétanos Otras Edades	0	0,0	0	0,0	-	0,1813
Sarampión confirmada	0	0,0	0	0,0	-	1,0000
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0,0	0	0,0	-	0,1813
Respiratorias						
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	19955	663,8	20992	698,3	1,76	-
Neumonía	16282	541,7	13629	453,4	1,89	-
Bronquiolitis en menores de 2 Años	18922	24876,4	13577	17849,4	1,15	-
Gastroentéricas						
Cólera	0	0,0	0	0,0	-	-
Botulismo Alimentario	0	0,0	0	0,0	-	0,2642
Botulismo del Lactante	2	0,1	2	0,1	-	0,6321
Enfermedad Diarreica aguda < 5 años	13581	7121,7	13054	6845,3	1,06	-
Enfermedad Diarreica aguda > 5 años	10006	355,4	12551	445,8	1,35	-
Enfermedad Diarreica aguda sin especificar	282	-	177	-	1,00	-
Marea Roja	0	0,0	0	0,0	-	-
Triquinosis	0	0,0	0	0,0	-	0,6321
Parasitosis Intestinales	751	25,0	839	27,9	0,82	-
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	30	1,0	39	1,3	-	0,7666
Enfermedad Transmitidas por alimentos (ETA)	90	2,9	86	2,8	-	1,0000
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	2	0,1	0	0,0	-	0,5507

Patologías	2010		2011		Índice Epidémico Acumulado	Poisson Acumulado
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
Enfermedades vectoriales						
Chagas Agudo Congénito	27	0,9	15	0,5	-	0,9859
Chagas Agudo Vectorial	0	0,0	0	0,0	-	-
Dengue Clásico	34	1,1	31	1,0	-	1,0000
Dengue Grave	0	0,0	0	0,0	-	-
Leishmaniasis Cutánea	4	0,1	1	0,0	-	0,8288
Leishmaniasis Mucosa	3	0,1	0	0,0	-	0,8647
Leishmaniasis Visceral	0	0,0	1	0,0	-	0,0616
Paludismo	1	0,0	2	0,1	-	0,2166
Fiebre Amarilla	0	0,0	0	0,0	-	-
Enfermedades Zoonóticas						
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0,0	0	0,0	-	-
Leptospirosis	2	0,1	0	0,0	-	0,8892
Mordedura Por Murciélago	71	2,4	65	2,2	-	0,0214
Mordedura Por Rata	67	2,2	28	0,9	-	1,0000
Psitacosis	4	0,1	2	0,1	-	0,4303
Rabia Animal	8	-	6	0,2	-	0,7744
Rabia Humana	0	0,0	0	0,0	-	-
Hantavirus	3	0,1	0	0,0	-	0,7534
Brucelosis Humana	2	0,1	0	0,0	-	0,7534
Carbunco Humano Cutáneo	0	0,0	0	0,0	-	0,1813
Hidatidosis	2	0,1	9	0,3	-	1,0000
Meningoencefalitis						
Meningitis Bacteriana Otras	15	0,3	8	0,3	-	0,7798
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	1	0,0	0	0,0	-	0,7534
Meningitis por meningococo	18	0,3	27	0,7	-	0,7324
Meningitis por Neumococo	6	0,2	25	0,8	-	0,6508
Meningitis Staphilococo	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento	16	0,3	14	0,6	-	0,5119
Meningitis Virales Enterovirus	24	0,6	29	1,0	-	0,9956
Meningitis Virales Urleanas	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis virales por varicela	0	0,0	0	0,0	-	-
Meningitis Por Otros Virus	14	0,3	8	0,3	-	0,5939
Meningitis Virales Sin Especificar	64	2.1	48	1,6	-	0,9995
Meningitis Sin Especificar	29	1,0	16	1.0	-	0,7642
Encefalitis Por Arbovirus	0	0,0	0	0,0	-	0,3297
Meningoencefalitis Totales	196	6.5	175	5,8	-	0,8800

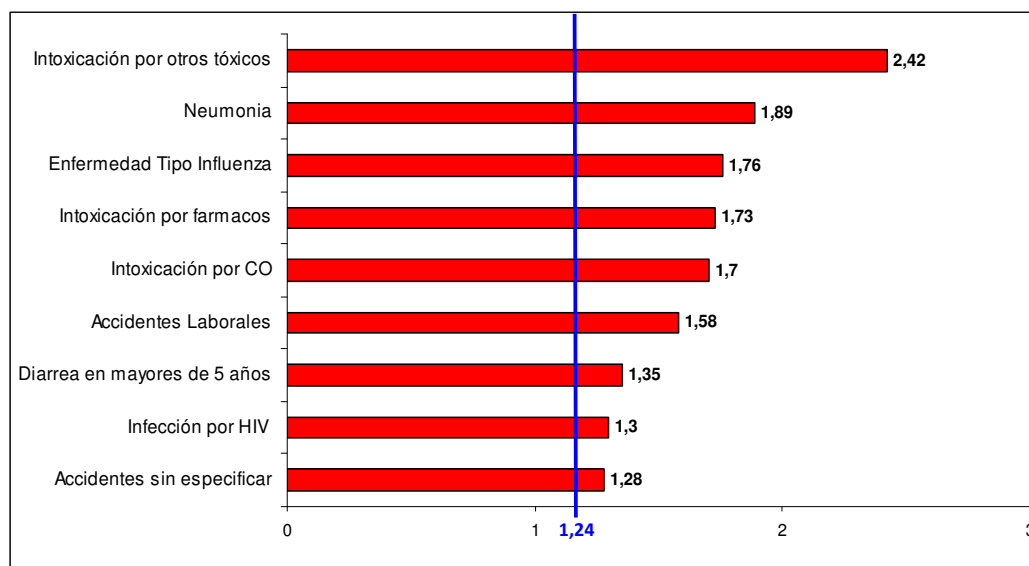
Patologías	2010		2011		Índice Epidémico Acumulado	Poisson Acumulado
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
Otras Enfermedades Transmisibles						
Carbunco Extracutáneo (Antrax)	0	0,0	0	0,0	-	-
Infección Intra Hospitalaria	63	2,1	89	3,0	-	0,2084
Lepra	2	0,1	3	0,1	-	0,4848
Hepatitis C	14	0,5	51	1,7	-	0,5837
Hepatitis D	0	0,0	0	0,0	-	-
Hepatitis E	0	0,0	0	0,0	-	0,3297
Tuberculosis 1º vez	770	25,6	681	22,7	0,82	-
Sífilis Congénita	35	1,2	49	1,6	-	0,9375
Varicela	6326	210,4	5402	179,7	1,05	-
Encefalopatía Espongiforme	1	0,0	1	0,0	-	1,0000
Enfermedades de Transmisión Sexual						
Sífilis Latente	386	12,8	273	9,1	-	-
Sífilis Temprana	107	3,6	172	5,7	-	-
Sífilis Terciaria	3	0,1	41	1,4	-	-
Sífilis Sin Especificar	397	13,2	346	11,5	-	-
Supuración Genital Gonocócica	56	1,9	54	1,8	-	-
Supuración No Gonocócica	412	13,7	365	12,1	-	-
Chancro Blando	7	0,2	8	0,3	-	1,0000
Condiloma Acuminado	558	18,6	613	20,4	-	-
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	4	0,1	13	0,4	-	0,0450
Linfogranuloma Venéreo	10	0,3	15	0,5	-	0,5563
Herpes Genital	255	8,5	272	9,0	0,90	-
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	232	7,7	119	4,0	0,87	-
HIV +	66	2,2	228	7,6	1,30	-
Enf. Objeto Reglamento Internacional						
Tifus Exantemático	0	0,0	0	0,0	-	-
Fiebre Recurrente	0	0,0	0	0,0	-	-
Peste	0	0,0	0	0,0	-	-
Intoxicaciones						
Alacranismo	3	0,1	1	0,0	-	0,6916
Aracnoidismo	0	0,0	0	0,0	-	0,7534
Ofidismo	0	0,0	0	0,0	-	0,3297
Intoxicación Medicamentosa	136	4,5	236	7,9	1,73	-
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	135	4,5	186	6,2	1,70	-
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0,0	0	0,0	-	0,1813
Intoxicación Por Plaguicidas Domesticos	5	0,2	19	0,6	-	0,0008
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0,0	1	0,0	-	-
Intoxicación Por Otros Tóxicos	146	4,9	228	7,6	2,42	-
Enf. No Transmisibles						
A.C.V. 1ª Vez	1413	47,0	1259	41,9	0,94	-
Desnutrición	396	13,2	445	14,8	1,12	-
Diabetes Tipo 1	1094	36,4	1063	35,4	0,59	-
Diabetes Tipo 2	2835	94,3	3928	130,7	1,06	-
I.A.M. 1ª Vez	432	14,4	525	17,5	1,20	-
Reacciones Adversas a Fármacos	262	8,7	138	4,6	0,54	-

Patologías	2010		2011		Índice Epidémico Acumulado	Poisson Acumulado
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
Lesiones						
Mordedura Animal Domestico	6571	218,6	7057	234,8	1,10	-
Accidentes Del Hogar	2505	83,3	1723	57,3	0,39	-
Accidentes Laborales	1855	61,7	2413	80,3	1,58	-
Accidentes En Escuelas	652	21,7	473	15,7	0,72	-
Accidentes Viales	5745	191,1	6415	213,4	1,12	-
Accidentes Sin Especificar	37841	1258,8	48748	1621,7	1,28	-
TOTALES	161518	-	159392	-	-	-

* Tasa por 100.000 habitantes (numerador: casos acumulados)

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Gráfico N°2
Enfermedades de notificación obligatoria
Según Índice Epidémico Acumulado Anual¹ mayor a 1,24
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

¹ El índice epidémico acumulado 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 normal; si es menor o igual a 0,75 es incidencia baja, si es mayor o igual a 1,24 incidencia alta. 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.

Tabla N°2
Enfermedades de notificación obligatoria
Según distribución de Poisson² menor a 0,0500
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Enf. de notificación obligatoria	Distribución de Poisson
Linfogranuloma venéreo	0,0450
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	0,0008

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Notificación en no residentes

En la tabla 3 se muestra la notificación de casos no residentes atendidos en los efectores públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2011.

Tabla N°3
Enfermedades de notificación obligatoria
Casos No Residentes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

NOTIFICACIONES	Casos
INMUNOPREVENIBLES	Casos
Coqueluche	402
Difteria	0
Hepatitis A	2
Hepatitis B	28
Hepatitis sin especificar	16
Meningitis TBC en menores de 5 años	4
Parálisis Aguda Flácida en menores de 15 años	51
Parotiditis	43
Rubeola confirmada	0
Rubeola congénita	0
Tétanos neonatal	0
Tétanos otras edades	0
Sarampión	1
<u>Panencefalitis Esclerosante Subaguda</u>	0
RESPIRATORIAS	
Enfermedad tipo Influenza	8514
Neumonía	6190
Bronquiolitis en menores de 2 años	13037

² La 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 raros 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 0.05 sugiere una notificación significativamente mayor a la esperada.

NOTIFICACIONES	Casos
GASTROENTERICAS	
Cólera	0
Botulismo Alimentario	2
Botulismo de Lactante	5
Enf. Diarreica Aguda en menores de 5 años	11209
Enf. Diarreica Aguda en mayores de 5 años	4563
Marea Roja	0
Triquinosis	3
Parasitosis intestinales	467
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	59
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	61
Fiebre Tifoidea Y Paratifoidea	0
ENFERMEDADES VECTORIALES	
Chagas Agudo Congénito	28
Chagas Agudo Vectorial	0
Dengue confirmado	26
Dengue grave confirmado	0
Leishmaniasis	3
Paludismo	4
Fiebre Amarilla	0
ENFERMEDADES ZOOTICAS	
Fiebre Hemorrágica Argentina	0
Leptospirosis	1
Mordedura de murciélago	11
Mordedura de rata	8
Psitacosis	6
Rabia animal	1
Rabia Humana	0
Hantavirus	0
Brucelosis	6
Carbunco Humano Cutáneo	1
Hidatidosis	7
MENINGOENCEFALITIS	
Meningitis bacterianas Otras	11
Meningitis bacteriana por H Influenzae	2
Meningitis y otras enfermedades invasivas por meningococo	25
Meningitis bacteriana por Neumococo	14
Meningitis bacteriana por Stafilococo	0
Meningitis bacteriana sin aislamiento	23
Meningitis Virales por Enterovirus	16
Meningitis virales urleanas	0
Meningitis virales por varicela	0
Meningitis Virales por otros virus	6
Meningitis Virales sin aislamiento	16
Meningitis sin especificar	34
Meningitis totales	147

NOTIFICACIONES	Casos
OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
Carbunco Extracutáneo (Ántrax)	0
Infecciones Intrahospitalarias	17
Lepra	10
Hepatitis C	38
Hepatitis D	0
Hepatitis E	0
Sífilis Congénita	21
Varicela	1774
Encefalopatía Espongiforme	0
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	
Sífilis Latente	175
Sífilis Temprana	131
Sífilis Terciaria	23
Sífilis s / esp.	189
Supuraciones Gonocócicas	51
Supuraciones No gonocócicas	129
Condiloma Acuminado	405
ENFERMEDADES POR REGLAMENTO SANIT. INTERN.	
Tifus Exantemático	0
Fiebre Recurrente	0
Peste	0
INTOXICACIONES	
Alacranismo	2
Aracnoidismo	0
Ofidismo	0
Intoxicación medicamentosa	15
Intoxicación monóxido carbono	8
Intoxicación plaguicidas agrícolas	0
Intoxicación plaguicidas domésticos	4
Intoxicación plaguicidas Sin identificar	0
Intoxicación por otros tóxicos	26
ENF. NO TRANSMISIBLES	
ACV 1º vez	210
Desnutrición	6
Diabetes Tipo 1	246
Diabetes Tipo 2	881
IAM 1º Vez	73
Reacciones Adversas a fármacos	56
LESIONES	
Mordedura animal domestico	2240
Accidentes del Hogar	352
Accidentes Laborales	1067
Accidentes en Escuelas	66
Accidentes Viales	2011
Accidentes Sin especificar	12938
TOTAL	68474

SEPARATA CUENCA AÑO 2011

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, siendo de 200 Km² el área comprendida por el curso de agua principal y los afluentes mayores del río Matanza-Riachuelo.

La cuenca abarca las áreas de responsabilidad de tres comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Números 4, 8 y 9), y 14 partidos de la Provincia de Buenos Aires. 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. La amenaza ambiental se define como la probabilidad de ocurrencia de un evento potencialmente desastroso durante cierto período de tiempo en un sitio dado (Delgado, 2007). A esto se suman otros factores asociados a la situación social desfavorable, debido a que se trata de la zona más pobre de la Ciudad.

El Departamento de Epidemiología, en el año 2007, participó de la propuesta de estudio de la población de la CMR en conjunto con otras áreas, fijándose como objetivo general: realizar (según lo previsto en el SVSCE Resol. 1727/04 y en el Plan de Salud CMR) la vigilancia de la salud ambiental por medio de los eventos y situaciones de salud relacionados con factores ambientales (aire, agua, suelo, vectores y otros contaminantes) para determinar la situación de salud-enfermedad actual de la población en el área de la cuenca y la tendencia de los factores de riesgo y daños a la salud, así como articular con las distintas áreas, las acciones de control en la población y el ambiente.

En los eventos de vigilancia agrupada que se describen a continuación, no se detalló lugar de residencia dentro de la CMR ni datos personales del paciente. Por este motivo no se construyeron tasas de notificación. La notificación de la morbilidad agrupada se presentó según efector, y se seleccionaron para este estudio únicamente los efectores del territorio de la cuenca, a excepción del Hospital Piñero que, si bien no se encuentra en dicha área, se considera parte de la misma ya que asiste a importante cantidad de población de a zonal área.

Se considerará a los efectores por comuna de la siguiente manera:

- Comuna 4: los hospitales Penna y Argerich y los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) Nro. 32 – 39 – 10 – 30 – 35 – 8 – 1 – 16 – 9 – 15 – 41.
- Comuna 8: el Hospital Piñero (que en realidad pertenece a la comuna 7 pero para estos efectos se consensuó que aporte la información a la comuna 8) y los CESAC: 5 – 7- 18 – 29 – 28 – 3 – 6 – 24 y el Centro de Salud Cecilia Grierson.
- Comuna 9: el Hospital Santojanni y los CESAC: 4 – 13 – 14 – 37.

Se aclara que se excluyeron los hospitales especializados ubicados geográficamente en la comuna 4 ya que sus consultas exceden ampliamente a la población residente en la CMR. Las patologías seleccionadas para el estudio de la cuenca según modalidad de vigilancia agrupada son: parasitosis intestinales, diarreas e infecciones respiratorias agudas. Las tablas que se presentan a continuación corresponden a casos residentes en la jurisdicción.

Se notificaron 839 casos de parasitosis intestinales en residentes en el año 2011, observándose una caída de la notificación en efectores de la CMR (28.6% en el año 2011, 41% en el año 2010). (Tabla Nº 4).

Tabla N°4
Parasitosis Intestinales
Casos notificados según efectores de Comunas 4 , 8, 9, y Hospital Piñero (CMR) Residentes
en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	CESAC 1	0	0,0
		CESAC 16	0	0,0
		CESAC 30	0	0,0
		CESAC 32	0	0,0
		CESAC 35	1	0,1
		CESAC 9	5	0,6
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	18	2,1
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 10	0	0,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	9	1,1
II	8	CESAC 18	0	0,0
		CESAC 28	22	2,6
		CESAC 29	58	6,9
		CESAC 3	2	0,2
		CESAC 5	0	0,0
		CESAC 7	0	0,0
		CESAC 24	2	0,2
		CESAC 6	38	4,5
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	0	0,0
		CESAC 14	2	0,2
		CESAC 4	0	0,0
		CESAC 13	0	0,0
	7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	83	9,9
TOTAL CMR			240	28,6
TOTAL CABA			839	100,0

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Con respecto a infecciones respiratorias agudas, los efectores de la cuenca atendieron el 24 % del total de neumonías notificadas. También el 21 % de las ETI y el 29 % de las bronquiolitis en menores de 2 años. Ninguno de estos eventos presentó una participación predominante en el conjunto de dichos efectores (Tablas N° 5, 6 y 7)

La enfermedad diarreica aguda, con el 34 %, fue el evento con mayor peso relativo de notificación (Tabla N° 8).

De los eventos de modalidad agrupada por edad seleccionados para vigilar las comunas de la CMR, se aprecia que las parasitosis intestinales presentaron una importante caída en la notificación, que puede explicarse por problemas de funcionamiento del SNVS en dichos nodos.

Tabla N°5
Neumonía
Casos notificados según efectores de Comunas 4 , 8, 9, y Hospital Piñero (CMR) Residentes
en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	CESAC 1	22	0,2
		CESAC 16	36	0,3
		CESAC 30	28	0,2
		CESAC 32	14	0,1
		CESAC 35	144	1,1
		CESAC 9	104	0,8
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	822	6,0
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 10	38	0,3
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	392	2,9
II	8	CESAC 18	67	0,5
		CESAC 28	4	0,0
		CESAC 29	40	0,3
		CESAC 3	151	1,1
		CESAC 5	181	1,3
		CESAC 7	59	0,4
		CESAC 24	55	0,4
		CESAC 6	71	0,5
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	235	1,7
		CESAC 14	26	0,2
		CESAC 4	66	0,5
		CESAC 13	4	0,0
	7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	798	5,9
TOTAL CMR			3357	24,6
TOTAL CABA			13629	100,0

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla N°6
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
Casos notificados según efectores de Comunas 4 , 8, 9, y Hospital Piñero (CMR) Residentes
en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	CESAC 1	56	0,3
		CESAC 16	152	0,7
		CESAC 30	69	0,3
		CESAC 32	25	0,1
		CESAC 35	52	0,2
		CESAC 9	80	0,4
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	187	0,9
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 10	18	0,1
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	499	2,4
II	8	CESAC 18	49	0,2
		CESAC 28	47	0,2
		CESAC 29	41	0,2
		CESAC 3	8	0,0
		CESAC 5	75	0,4
		CESAC 7	6	0,0
		CESAC 24	22	0,1
		CESAC 6	300	1,4
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	10	0,0
		CESAC 14	5	0,0
		CESAC 4	86	0,4
		CESAC 13	26	0,1
	7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2533	12,1
TOTAL CMR			4346	20,7
TOTAL CABA			20992	100,0

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla N°7
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 2011

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	CESAC 1	19	0,1
		CESAC 16	46	0,3
		CESAC 30	47	0,3
		CESAC 32	15	0,1
		CESAC 35	116	0,9
		CESAC 9	141	1,0
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	492	3,6
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 10	28	0,2
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	373	2,7
II	8	CESAC 18	104	0,8
		CESAC 28	0	0,0
		CESAC 29	211	1,6
		CESAC 3	152	1,1
		CESAC 5	176	1,3
		CESAC 7	36	0,3
		CESAC 24	221	1,6
		CESAC 6	295	2,2
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	62	0,5
		CESAC 14	25	0,2
		CESAC 4	94	0,7
		CESAC 13	31	0,2
	7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1339	9,9
TOTAL CMR			4023	29,6
TOTAL CABA			13577	100,0

Fuente: Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Tabla N° 8
Diarreas Totales
Casos notificados según efectores de Comunas 4 , 8, 9, y Hospital Piñero (CMR)
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	Comuna	Efectores	Casos	Porcentaje sobre total CABA
I	4	CESAC 1	145	0,6
		CESAC 16	144	0,6
		CESAC 30	146	0,6
		CESAC 32	28	0,1
		CESAC 35	191	0,7
		CESAC 9	130	0,5
		HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2619	10,2
		CESAC 8	0	0,0
		CESAC 10	137	0,5
		HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1101	4,3
II	8	CESAC 18	241	0,9
		CESAC 28	20	0,1
		CESAC 29	65	0,3
		CESAC 3	108	0,4
		CESAC 5	320	1,2
		CESAC 7	48	0,2
		CESAC 24	215	0,8
		CESAC 6	409	1,6
	9	HOSP GENERAL DE AGUDOS F. SANTOJANNI	23	0,1
		CESAC 14	54	0,2
		CESAC 4	256	1,0
		CESAC 13	47	0,2
	7	HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2373	9,2
TOTAL CMR			8820	34,2
TOTAL CABA			25782	100,0

SECCION 2: VIGILANCIA INTENSIFICADA.

GASTROENTERICAS.

BOTULISMO DEL LACTANTE

Dra. Anabel Regalía

El botulismo del lactante es el resultado de la ingestión de esporas de *Clostridium botulinum* y su proliferación con producción de toxina dentro del intestino. Afecta casi exclusivamente a lactantes menores de 1 año, pero puede afectar a adultos con alteraciones en la anatomía y microfloras gastrointestinales.

El agente causal es el *Clostridium botulinum*, bacilo anaerobio obligado, esporulado. Casi todos los brotes son causados por los tipos A, B y E, y raramente el F.

Las esporas de *C. botulinum* se encuentran ampliamente distribuidas en el suelo y a menudo se identifican en productos agrícolas, incluida la miel. La enfermedad se adquiere a través de la ingestión de alimentos contaminados y sin suficiente cocción posterior.

El período de incubación es de 12 a 36 horas, a veces varios días.

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.

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. La identificación de los microorganismos en el alimento sospechoso es útil, pero no tiene validez diagnóstica debido a la amplia distribución de las esporas.

El tratamiento consiste en medidas de sostén. No se recomienda la administración de antitoxina botulínica específica por riesgo de anafilaxia.

Definiciones de caso

Caso sospechoso: paciente que presente enfermedad neurológica caracterizada por ptosis palpebral, sialorrea o trastornos de deglución o succión, o parálisis aguda flácida, con o sin constipación, llanto débil, o rechazo del alimento.

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 nexa epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

Durante el año 2011 se notificaron 7 casos sospechosos de Botulismo del Lactante al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA, 2 casos en residentes y 5 en no residentes, internados en tres nosocomios públicos y tres privados. (Tabla N° 1).

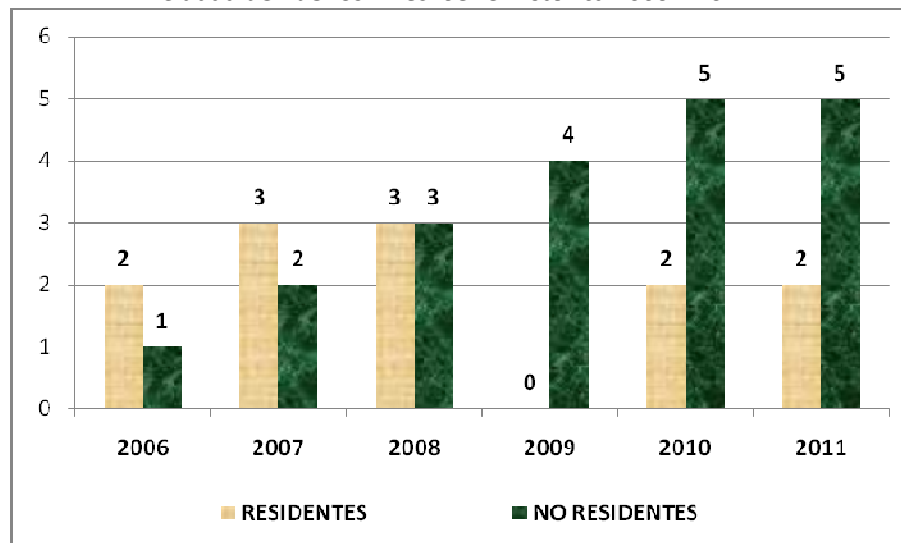
Tabla Nº 1
Botulismo del Lactante
Total de Notificaciones según residencia y efector
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Efectores	Año 2011		
	Casos residentes	Casos no residentes	Totales
ELIZALDE	0	1	1
GARRAHAN	0	2	2
GUTIERREZ	0	1	1
SUIZO ARGENTINA	1	0	1
HTAL. ITALIANO	0	1	1
S/D	1	0	1
TOTALES	2	5	7

Fuente: Dpto. de Epidemiología .Ministerio de Salud GCBA

La serie histórica desde el año 2006 mostró una tendencia en ascenso, fundamentalmente a expensas de no residentes, con estabilización el último bienio. (Gráfico Nº 1).

Gráfico Nº 1
Botulismo del Lactante
Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie Histórica 2006 – 2011.



Fuente: Dpto. de Epidemiología .Ministerio de Salud GCBA

La notificación por cuatrisesmanas según residencia no muestra distribución temporal particular. (Tabla Nº 2).

Tabla Nº 2
Botulismo del Lactante
Total de Notificaciones por Cuatrisesmanas según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011.

CUATRISEMANAS	RESIDENTES		NO RESIDENTES	
	AÑO 2010	AÑO 2011	AÑO 2010	AÑO 2011
1	1	0	0	0
2	0	1	0	1
3	0	0	1	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	1
6	0	0	0	1
7	0	0	0	0
8	0	0	0	1
9	0	0	0	0
10	0	0	1	0
11	1	1	1	0
12	0	0	0	1
13	0	0	2	0
TOTALES	2	2	5	5

Fuente: Dpto. de Epidemiología .Ministerio de Salud GCBA

El rango etario comprendió lactantes entre el 1 y 6 meses de edad, con una media de 3 meses, una mediana de 4 meses. La tasa de botulismo del lactante en residentes menores de un año alcanzó 4,4 lactantes /100000 recién nacidos vivos (RNV).

Los dos casos en residentes correspondieron al sexo femenino, alcanzando así una tasa de 9,1 casos /100000 en niñas menores de un año.

Uno de los casos ocurrió en una residente de la comuna 1, región sanitaria I, (tasa de 10,2 casos c/ 100000 menores de 1 año), y el otro en comuna 7, región sanitaria II (tasa de 11,5 casos c/ 100000 menores de 1 año).

Ambos casos fueron confirmados con determinaciones de toxina botulínica tipo A en muestras de materia fecal, procesadas en el "ANLIS Carlos Malbrán", al igual que los casos en no residentes.

En la descripción de factores de riesgo de los 7 casos notificados durante el año 2011, se verificó que la administración de infusiones folclóricas a los lactantes o la presencia de construcciones en las inmediaciones de sus domicilios, con el correspondiente aumento de la cantidad de polvo ambiental.

Un efector de salud privado reportó un deceso de un recién nacido pretérmino que nunca fue dado de alta de la unidad de cuidados intensivos (botulismo neonatal).

En 5 de 7 casos totales se confeccionó y envió ficha epidemiológica (71,4%).

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.

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.

La OMS define a la diarrea aguda en menores de 2 años a 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 prolongada.

Las diarreas en sus distintos aspectos son eventos de notificación obligatoria (ENO), y deben ser comunicados por todos los establecimientos de salud de los diferentes niveles. Incluyen la investigación de diarreas agudas, Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS), Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), Cólera, Toxoinfecciones Alimentarias (ETA) y las Parasitosis Intestinales, entre los directamente involucrados y además otros cuadros que pueden cursar con diarrea en su evolución.

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

Durante el año 2011 se notificaron al SNVS-C2 de CABA, 45988 casos de diarreas agudas, correspondiendo 26775 casos a menores de 5 años.

Las Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS) son enfermedades gastrointestinales (aumento de número y modificación de la consistencia de las deposiciones) con la presencia de sangre, que pueden variar en su forma de presentación, desde la aparición de estrías sanguinolentas hasta la presencia de 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 generadores 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*, *Escherichia coli* O157:H7, otras *E. coli* enterohemorrágicas (EHEC), *Campylobacter*, *Rotavirus*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium spp.*, *Giardia lamblia*, etc.

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

Durante el año 2011 se notificaron 345 casos de diarreas agudas sanguinolentas (DAS), representando un incremento en la notificación respecto del año 2010 de 43.8%, correspondiendo 191 casos a residentes, 147 a no residentes y 7 sin datos de domicilio de los pacientes, según el siguiente cuadro, donde se discrimina por efector. (Tabla Nº 1).

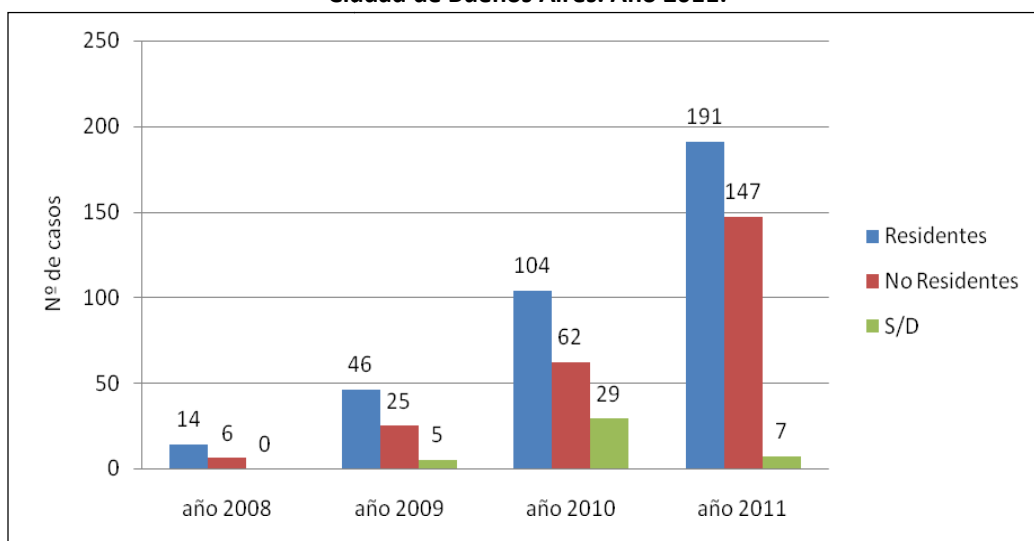
Tabla Nº 1
DAS
Notificaciones según Efector y Residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Efectores	Casos residentes	Casos no residentes	S/D	Totales
Álvarez	9	4	0	13
Argerich	0	2	0	2
Durand	7	5	0	12
Elizalde	23	80	0	103
Garrahan	1	2	0	3
Gutiérrez	11	14	0	25
Penna	1	1	0	2
Pirovano	4	1	0	5
Piñero	101	14	4	119
Ramos Mejía	5	0	1	6
Santojanni	3	2	0	5
Sardá	3	1	0	4
Tornú	1	0	0	1
V. Sarsfield	8	6	1	15
Zubizarreta	0	3	0	3
CeSACs	6	0	1	7
Privados	7	11	0	18
S/D	1	1	0	2
Totales	191	147	7	345

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica, iniciada en la segunda mitad del año 2008, mostró una tendencia en ascenso, en la medida en que los efectores de salud incorporaron a su práctica diaria la notificación de este evento. A este respecto se visualiza la contribución a la notificación de los hospitales Elizalde y Piñero, los cuales, merced a la contribución de la Residencia de Epidemiología, incrementaron el volumen de casos notificados.

Gráfico N° 1
DAS
Total de Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El 61% de los casos se notificaron en el segundo semestre del año.

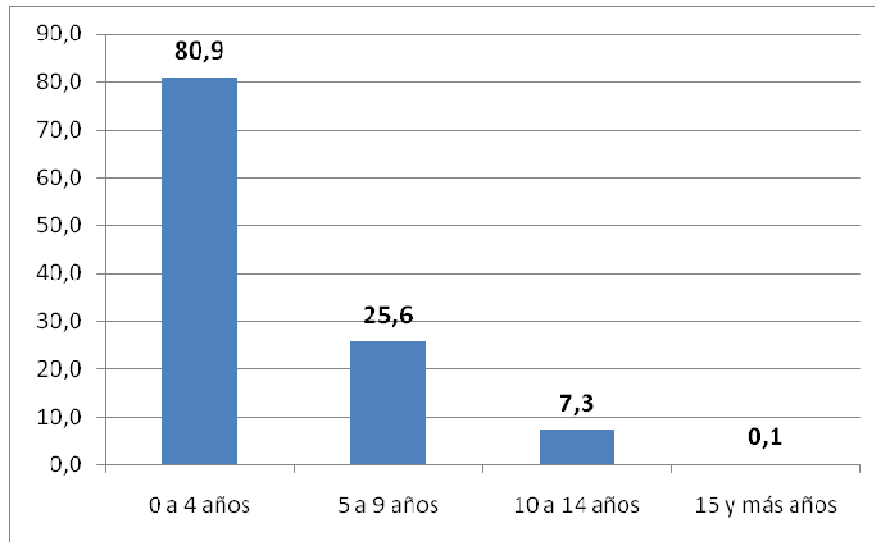
Tabla N° 2
DAS
Notificaciones en residentes según cuatrisesmanas.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2008 - 2011.

Cuatrisemanas	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
1	sin reporte	9	7	6
2	sin reporte	4	10	22
3	sin reporte	8	16	9
4	sin reporte	3	17	15
5	sin reporte	6	7	9
6	sin reporte	0	2	13
7	sin reporte	0	6	12
8	sin reporte	2	12	9
9	1	1	5	18
10	1	3	5	15
11	1	1	1	22
12	4	5	8	17
13	7	4	8	24
Total	14	46	104	191

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de notificación de DAS de la Ciudad de Buenos Aires fue de **6.6** casos/100000 hab. (3,6 casos /100000 hab. para el año 2010), suponiéndose mejoras en la notificación debido a una mayor participación de efectores. La incidencia siguió su tendencia ascendente en el grupo de *menores de 5 años*, con valores de casi **81** casos/100000 niños de ese grupo etáreo, siendo en general las tasas elevadas en menores de 15 años. (Gráfico N° 2).

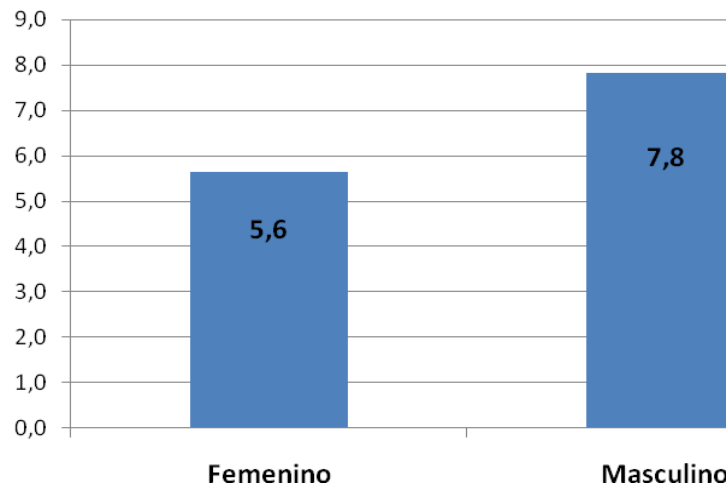
Gráfico N° 2
DAS
Tasas en residentes según grupos de edad.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las tasas de notificación según sexo fueron superiores en los varones. (Gráfico N° 3).

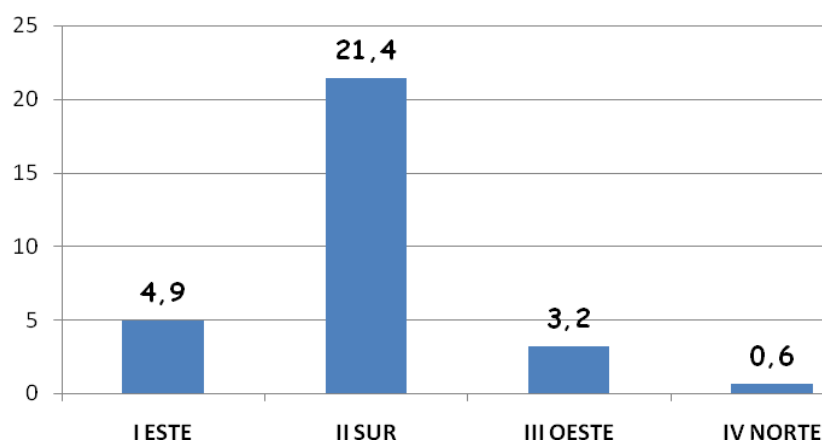
Gráfico N° 3
DAS
Tasas de notificación /100000 hab. según sexo.
Residentes Ciudad de Buenos aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El número más elevado de notificaciones y la tasa más alta correspondieron a la Región Sanitaria II (122 y 21,4 respectivamente), al igual que en el año 2010, pero con tendencia en ascenso. (Gráfico N° 4).

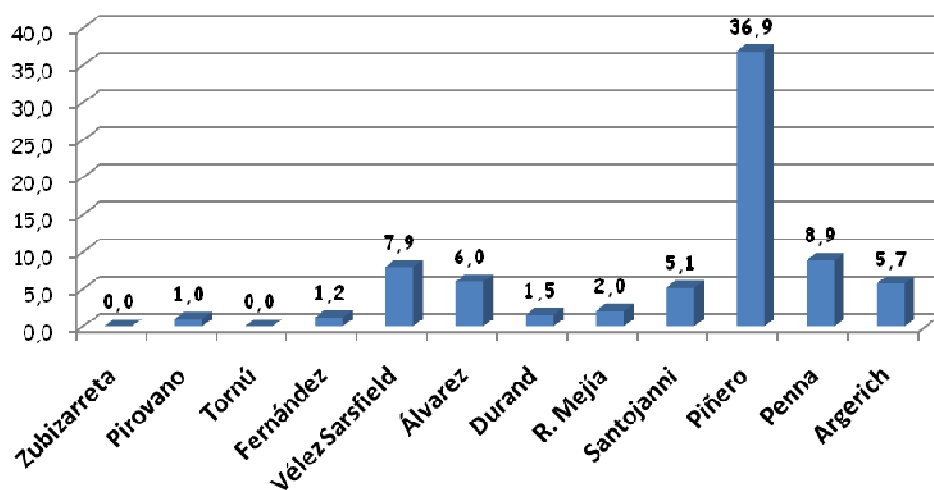
Gráfico N° 4
DAS
Tasas en residentes según Regiones Sanitarias.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El Área Programática que registró mayores tasas fue la correspondiente al Htal. Piñero, con 36,9 casos /100000 hab., seguida por la del Htal. Penna, con 8,9 casos /100000 hab. y el Htal. Vélez Sarsfield, con casi 8 casos /100000 hab. (Gráfico N° 5).

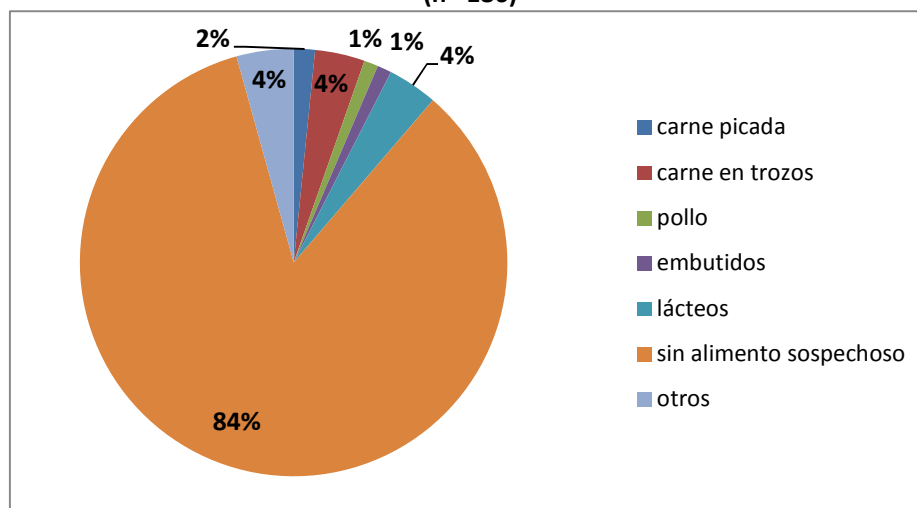
Gráfico N° 5
DAS
Tasas en residentes según Áreas Programáticas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Solo en el 16% de los casos fue posible consignar alimentos probablemente sospechosos referidos entre los residentes afectados. De éstos, el 8% correspondió a carnes (4% carne picada) y 4% a lácteos. (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6
DAS
Porcentaje de alimentos sospechosos
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.
(n= 186)



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

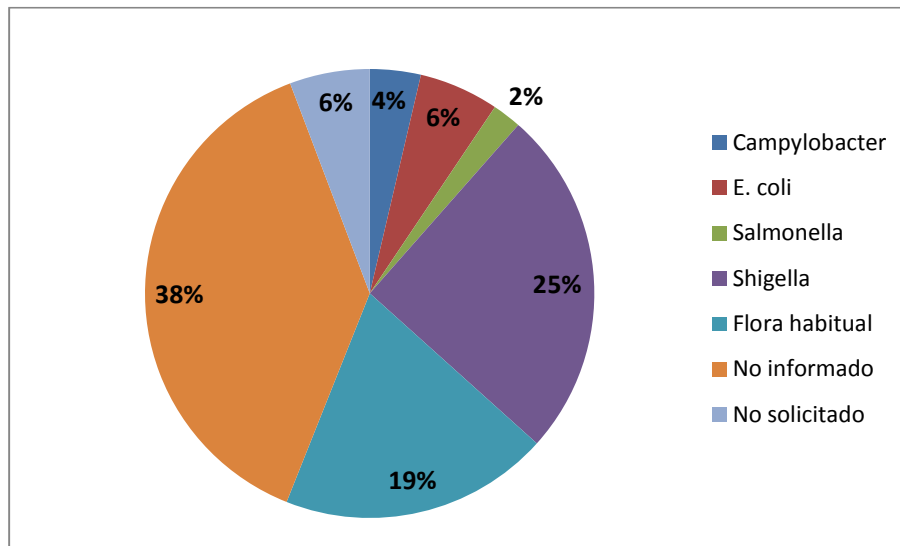
En 73 rescates obtenidos de 180 muestras (38,2%), en 191 pacientes residentes de la Ciudad, se logró aislar o identificar gérmenes. De éstos, en 17 se pudo relacionar la presunta generación del caso con la ingesta de alimentos. En los restantes no pudo identificarse la fuente de infección. (Tabla N° 3 y Gráfico N° 7).

Tabla N° 3
DAS
Casos y tasas/100000 hab. Según resultados de bacteriología.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

BACTERIOLOGIA	Nº de CASOS	TASAS
Campylobacter	7	0,2
E. coli	11	0,4
Salmonella	4	0,1
Shigella	48	1,7
Flora habitual	9	0,3
Negativo	28	1,0
Pendiente	31	1,1
No solicitado	11	0,4
No informado	42	1,5
TOTAL	191	6,6

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Gráfico N° 7
DAS
Porcentaje de rescate en coprocultivos
Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.
(n= 180)



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se recibieron fichas epidemiológicas en el 55% de los casos (n= 105). El 40% de los casos en residentes requirieron internación, 17% presentaron contactos convivientes con diarrea, 27% sufrieron deshidratación y en el 10% la diarrea se prolongó por 6 días o más.

En resumen: durante el año 2011 continuó la notificación creciente de DAS, con predominio en el segundo semestre del año, con muy altas tasas en los menores de 5 años, constituyendo un grupo de riesgo en el que deben implementarse medidas efectivas de control de la diseminación y evitabilidad de la ocurrencia de la enfermedad. Se registró mayor incidencia en sexo masculino (58% de los casos), en la región sanitaria II (Sur) de la ciudad y específicamente, dentro de ella en el Área Programática del Htal. Piñero (que fue aumentando progresivamente la notificación y el ingreso de muestras de coprocultivo al laboratorio).

En un alto porcentaje de casos no pudo identificarse algún alimento como vehículo de transmisión, por lo que pudieron estar presentes otras vías de transmisión (de persona a persona, intrafamiliarmente o en instituciones, a través del agua, por contacto con animales o roedores, etc.). El germen predominantemente identificado fue la Shigella.

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 alimentos y/o agua 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, virales o parasitarias (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 2011, se notificaron 104 casos sospechosos de Enfermedades de Transmisión por Alimentos, de los cuales el 82,7% correspondieron a residentes de la CABA. (Tabla N° 1).

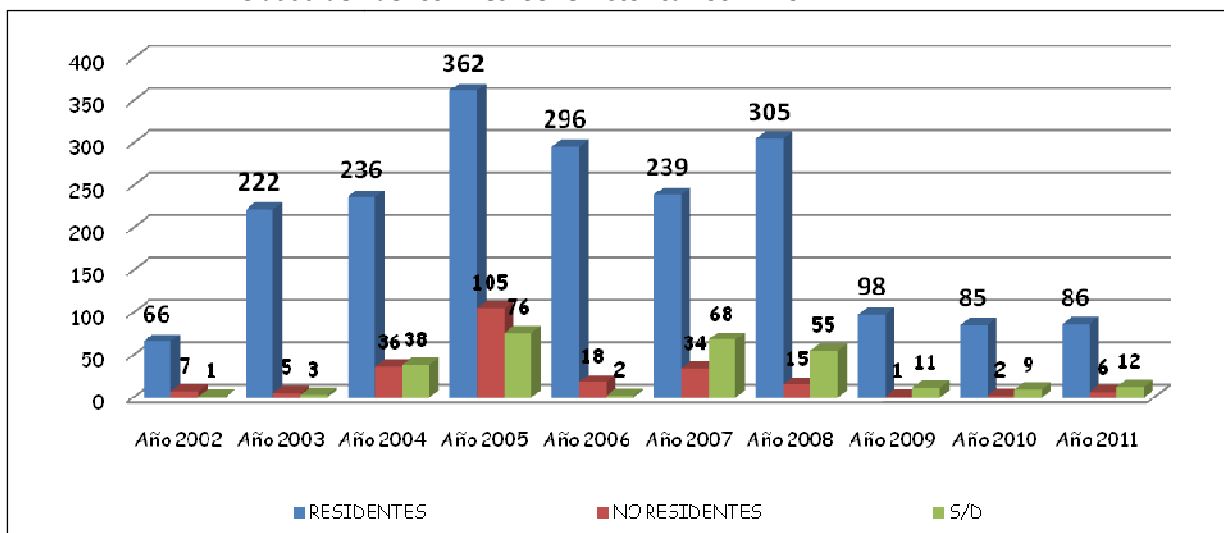
Tabla N° 1
ETA
Notificaciones según Residencia y Efectores de Salud
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Efectores	Casos residentes	Casos no residentes	S/D	Totales
Álvarez	2	0	0	2
Fernández	3	0	0	3
Gutiérrez	0	0	0	0
Piñero	2	0	2	4
Rivadavia	0	0	0	0
Santojanni	0	0	0	0
Seguridad Alimentaria	73	4	8	85
Tornú	1	0	0	1
V. Sarsfield	1	0	0	1
Privados	2	2	2	6
S/D	2	0	0	2
Totales	86	6	12	104

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 el último trienio del período considerado. (Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1
ETA
Notificaciones según Residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2002 – 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el mes de enero (época en que las enfermedades gastroentéricas, principalmente bacterianas, suelen presentarse con mayor asiduidad) la notificación de casos fue similar a la ocurrida desde la cuatrisesmana 10 en adelante. Puede suponerse subregistro de casos, dado que un elevado porcentaje de los mismos son autolimitados en sus síntomas, no generando consulta a los servicios de salud. (Tabla N° 2).

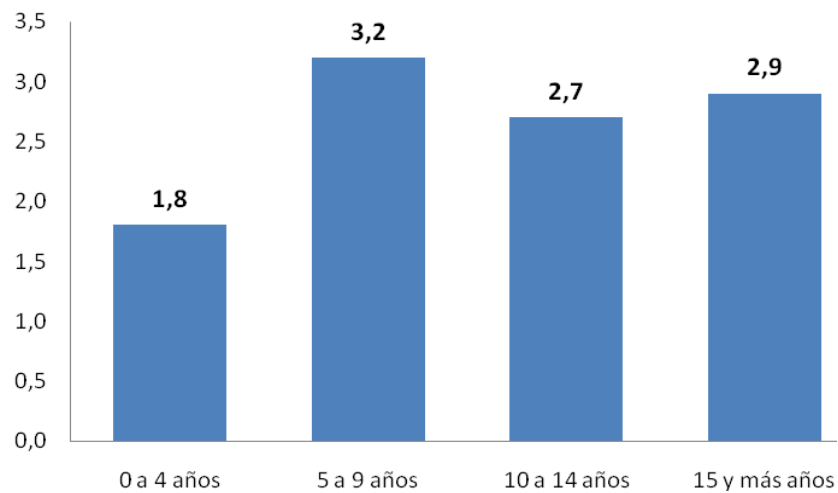
Tabla N° 2
ETA
Notificaciones en residentes según cuatrisesmanas
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Cuatrisesmanas	Residentes	No Residentes	S/D	Totales
1	14	0	0	14
2	7	0	0	7
3	3	1	0	4
4	3	0	0	3
5	6	0	0	6
6	3	0	0	3
7	4	1	2	7
8	4	1	2	7
9	2	0	0	2
10	10	1	2	13
11	7	0	2	9
12	8	2	3	13
13	15	0	1	16
Totales	86	6	12	104

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de notificación de ETA de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2011 fue de 3,1 casos/100000 hab., resultando el más afectado el grupo de 5 a 9 años. (Gráfico N° 2).

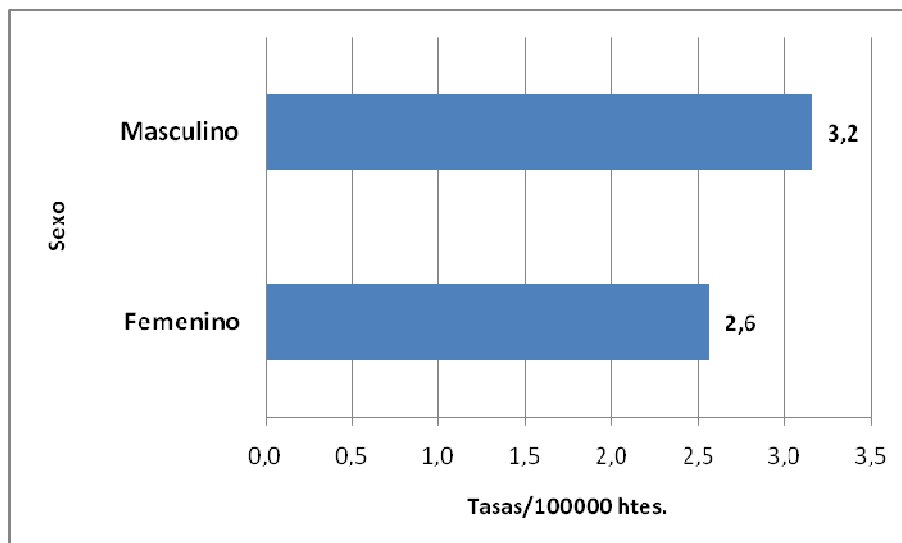
Gráfico N° 2
ETA
Tasas de Notificación /100000 hab. según grupos de edad
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las tasas de notificación según sexo fueron superiores en el sexo masculino. (Gráfico N° 3).

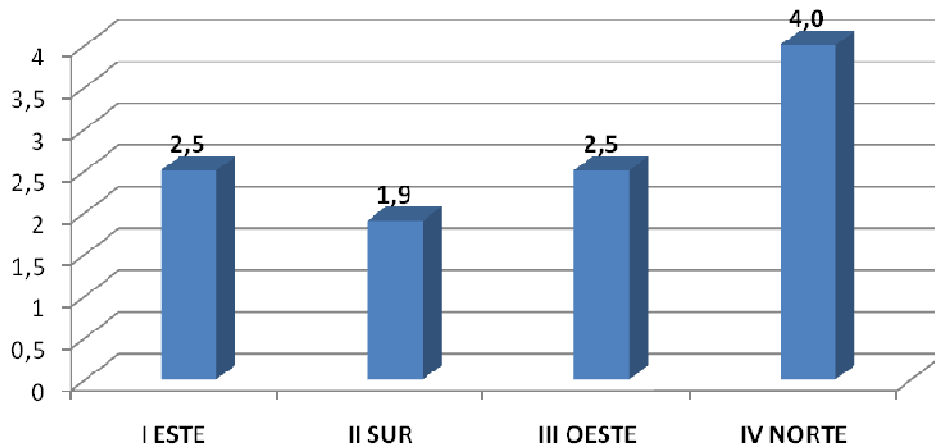
Gráfico N° 3
ETA
Tasas/100000 hab. según sexo.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa de notificación más alta correspondió a la Región Sanitaria IV (4 casos /100000 hab.). (Gráfico N° 4).

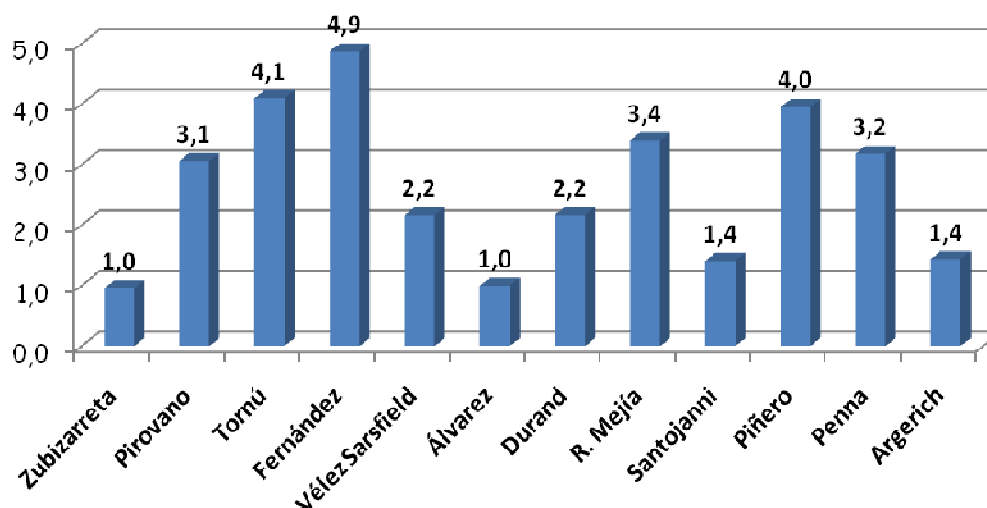
Gráfico N° 4
ETA
Tasas/100000 hab. según Región Sanitaria.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El Área Programática que registró mayores tasas de notificación fue la correspondiente al Htal. Fernández, con casi 5 casos /100000 hab., que registra la mayor cantidad de denuncias a Seguridad Alimentaria. En segundo y tercer término se encontraron las tasas de los hospitales Tornú y Piñero, con 4 casos /100000 hab. (Gráfico N° 5).

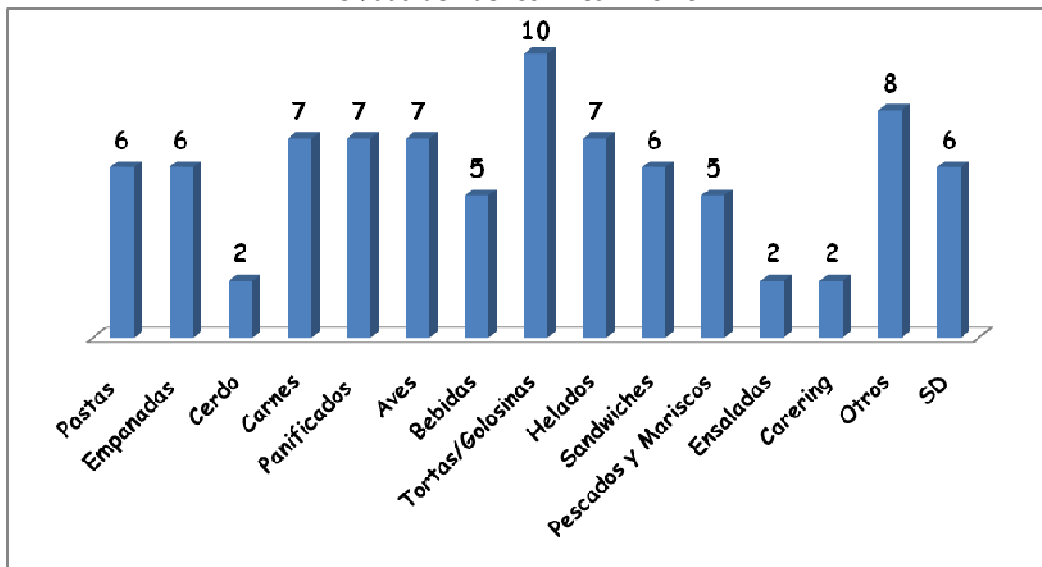
Gráfico N° 5
ETA
Tasas/100000 hab. según Áreas Programáticas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Entre los alimentos sospechosos reportados se destacaron tortas y golosinas, carnes, aves y panificados. (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6
ETA
Notificaciones según alimentos sospechosos.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Solo en 3 casos en residentes se solicitaron muestras de coprocultivo, resultando una de ellas positiva para *Salmonella Paratyphi*.

La mayoría de las notificaciones fueron realizadas a través de las quejas de los consumidores a la Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria del GCBA (DGHySA), sin haberse traducido, en la práctica, en consultas médicas.

Se solicitaron sólo 35 estudios de foco, debido a que muchas notificaciones fueron recibidas en forma tardía, para el establecimiento de medidas de prevención y control.

En resumen: Durante el año 2011 la tendencia en la notificación fue similar a la del bienio anterior. El predominio de las notificaciones se presentó en los meses cálidos, con una tasa mayor en el grupo etario de 5 a 9 años. El más alto número de notificaciones provino de la Región Sanitaria IV. Este fenómeno quizá pueda explicarse dado que generalmente las denuncias se originaron a través de DGHySA, siendo los residentes de la RS mencionada los que realizan este tipo de reclamos con mayor frecuencia.

Siendo el número total de consultas de ETA en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2011 tan bajo en relación a la densidad poblacional, se presume subregistro de casos y falta de estudios de laboratorio de muestras humanas y bromatológicas que certifiquen la patología.

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

- Evitar la ingesta de productos expendidos en la vía pública o de fabricación casera, jugos, lácteos y bebidas no pasteurizados, embutidos no debidamente controlados por el SENASA u otros organismos oficiales de control.
- Estimular el amamantamiento, para reducir el riesgo de manipulación y contaminación de alimentos para lactantes.
- Lavado escrupuloso de manos antes y después de preparar alimentos y antes y después de la concurrencia al sanitario y/o cambio de pañales.
- Lavado cuidadoso 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 previamente.
- Utilizar distintos utensilios y tablas o mesadas para procesamiento de alimentos crudos y cocidos, para evitar el fenómeno de contaminación cruzada.
- Verificación de fechas de vencimiento de los productos alimenticios.
- Dejar para el final de la compra los alimentos congelados o refrigerados.
- No congelar alimentos que fueron previamente descongelados.
- Abstención de la ingesta de comidas rápidas, especialmente en menores de dos años.
- Evitar la manipulación de alimentos si se padecen enfermedades infecciosas.
- Importancia de la limpieza y desinfección en el hogar o institución.

HEPATITIS A Y SIN ESPECIFICAR

Dra. Anabel Regalía

El virus de la hepatitis A se transmite por vía fecal-oral por contacto de persona a persona o ingestión de agua o comida contaminada. La prevalencia de hepatitis A es primariamente determinada por condiciones socio-económicas, y por factores ambientales tales como la provisión de agua corriente y eliminación adecuada de excretas.

En los países desarrollados, donde las tasas de incidencia son menores en la infancia y niñez, se agregan otros factores como: la ingesta de alimentos contaminados; la permanencia en instituciones cerradas; ser trabajador de la salud en ciertas áreas específicas; pertenecer a la industria de la alimentación o trabajar en relación a la disposición de excretas.

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 de que exista un solo serotipo del virus, hace que habitualmente la inmunidad sea permanente.

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 modalidad de vigilancia de la hepatitis A y SE (sin especificar) implica notificación inmediata con datos completos, ficha epidemiológica al alta, estudio de contactos y acciones de prevención y control.

Durante el año 2011 se notificaron 82 casos sospechosos de hepatitis aguda (15 casos más que durante el año 2010); de los cuales 45 (54,9 %) correspondieron a residentes (10 casos de hepatitis A, 13 hepatitis sin especificar (SE), 15 hepatitis B y C, y 7 con otros diagnósticos). Respecto de no residentes, se notificaron 30 casos. En 7 pacientes no se consignó el dato de residencia. El mayor número de casos notificados provino del Htal. Gutiérrez. (Tabla Nº 1).

Tabla Nº 1
Hepatitis Aguda
Casos notificados según efectores de salud y residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

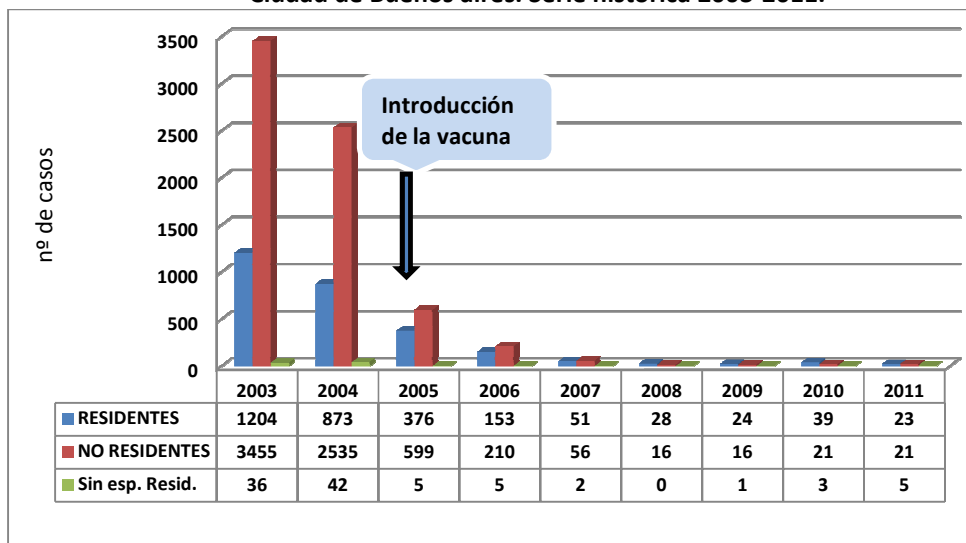
HOSPITALES	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	TOTALES
ÁLVAREZ	1	0	0	1
ARGERICH	1	0	0	1
ELIZALDE	1	3	0	4
FERNÁNDEZ	1	0	2	3
GARRAHAN	1	1	0	2
GUTIÉRREZ	6	17	0	23
MUÑIZ	1	2	1	4
PENNA	1	1	0	2
PIÑERO	8	1	0	9
PIROVANO	2	0	0	2
R. MEJÍA	8	4	1	13
VÉLEZ	2	1	0	3
OTROS	10	0	2	12
S/D	2	0	1	3

TOTALES	45	30	7	82
----------------	-----------	-----------	----------	-----------

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA.

La serie histórica marca tendencia descendente de los últimos 7 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 Nº 1).

Gráfico Nº 1
Hepatitis A y SE según residencia.
Ciudad de Buenos aires. Serie histórica 2003-2011.



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Durante el año 2011 la cuatrisesmana con más cantidad de casos notificados de Hepatitis A y SE en residentes fue la nº 4 (del 27/03/11 al 23/04/11) y en no residentes la cuatrisesmana 7 (19/06/11 al 16/07/11). (Tabla Nº 2).

Tabla Nº 2
Hepatitis A y SE.
Notificaciones según Residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2011.

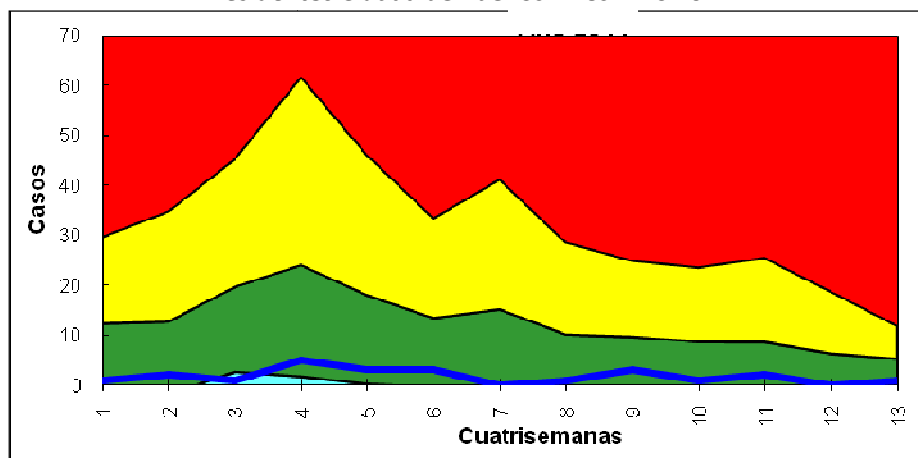
Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2010	Año 2011	Año 2010	Año 2011
1	1	1	2	2
2	0	2	5	3
3	6	1	0	0
4	7	5	4	2
5	3	4	1	1
6	4	3	2	0
7	6	0	1	6
8	3	0	2	2
9	4	3	1	1
10	0	2	0	1
11	2	1	3	2
12	1	0	0	1
13	2	1	0	2

TOTALES	39	23	21	21
----------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

El corredor endémico transcurrió la mayor parte del año en el área de seguridad, mostrando una discreta elevación del número de casos notificados, a diferencia de lo ocurrido en el año 2010, en el que el corredor se mantuvo en la zona de éxito. (Gráfico N° 2).

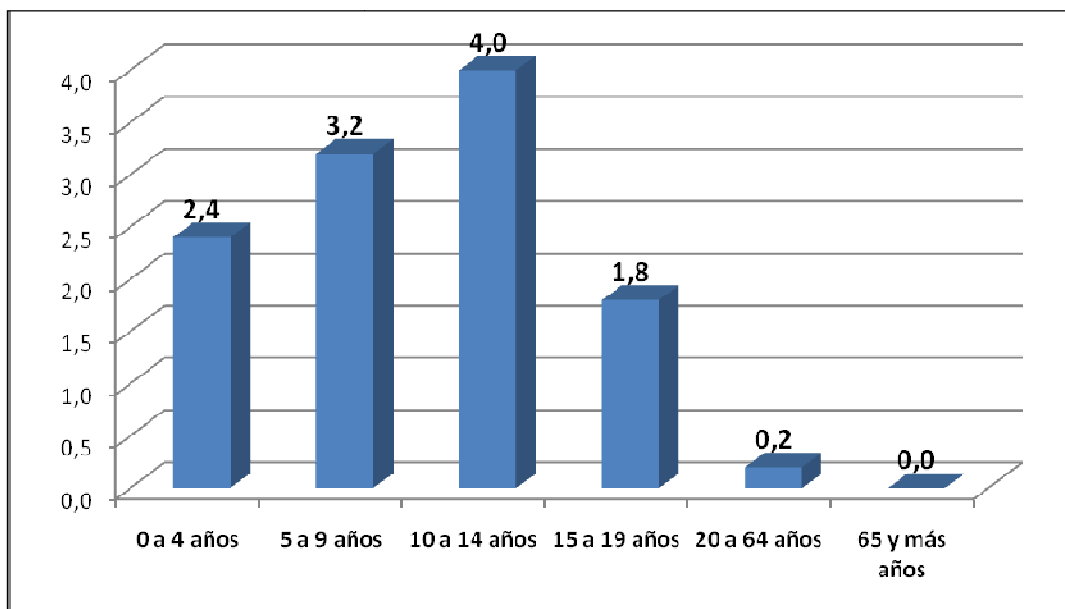
Gráfico N° 2
Hepatitis A y SE
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

La tasa general de afectación de Hepatitis A y SE de la ciudad fue de 0.8 casos /100000 habitantes. Durante el año 2011 el grupo más afectado fue el comprendido entre 10 y 14 años (probablemente por desplazamiento de la edad de incidencia, ya que en esa cohorte no era obligatoria la aplicación de vacuna antihepatitis A). (Gráfico N° 3).

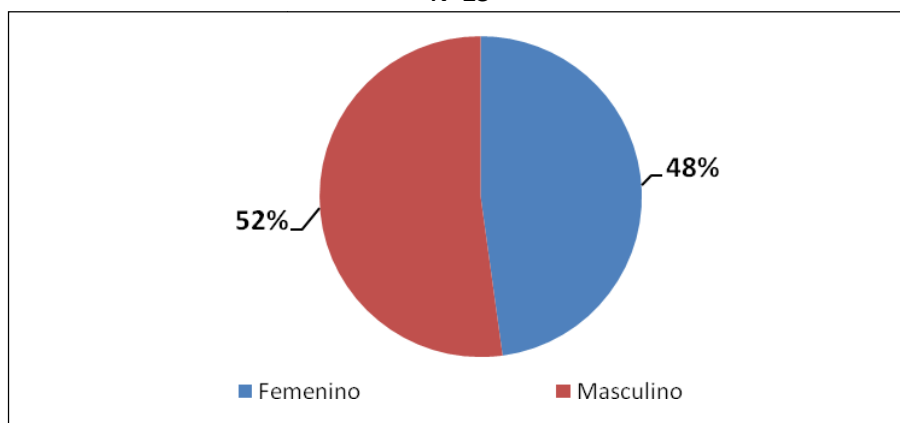
Gráfico N° 3
Hepatitis A y SE
Tasas de Notificación/100000 hab. según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=23



Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

Se presentó una proporción levemente superior en cuanto a notificación de casos en el sexo masculino. (Gráfico Nº 4)

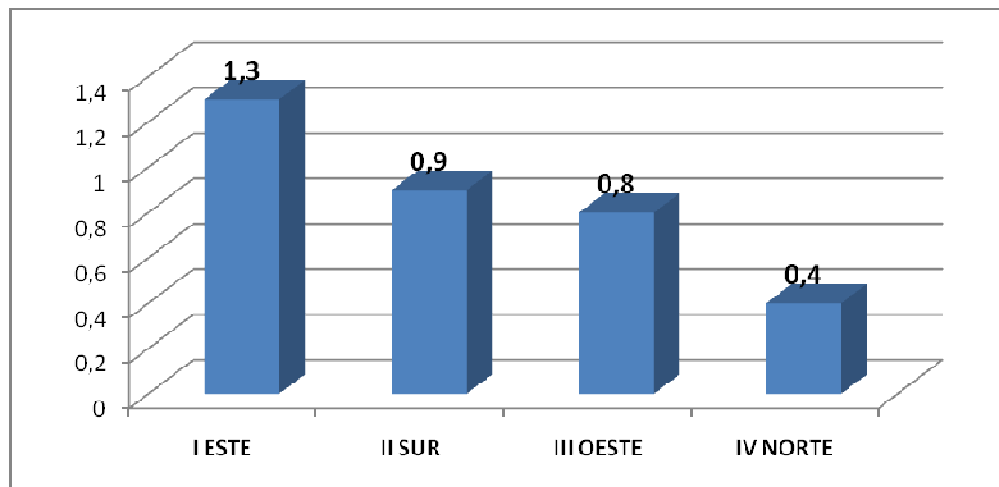
Gráfico Nº 4
Hepatitis A y SE
Porcentaje de Notificación según sexo
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=23



Fuente: Dpto. de Epidemiología Mrio. de Salud GCBA

Durante el año 2011, la región sanitaria más afectada correspondió a la Nº 1 (Este). (Gráfico Nº 5).

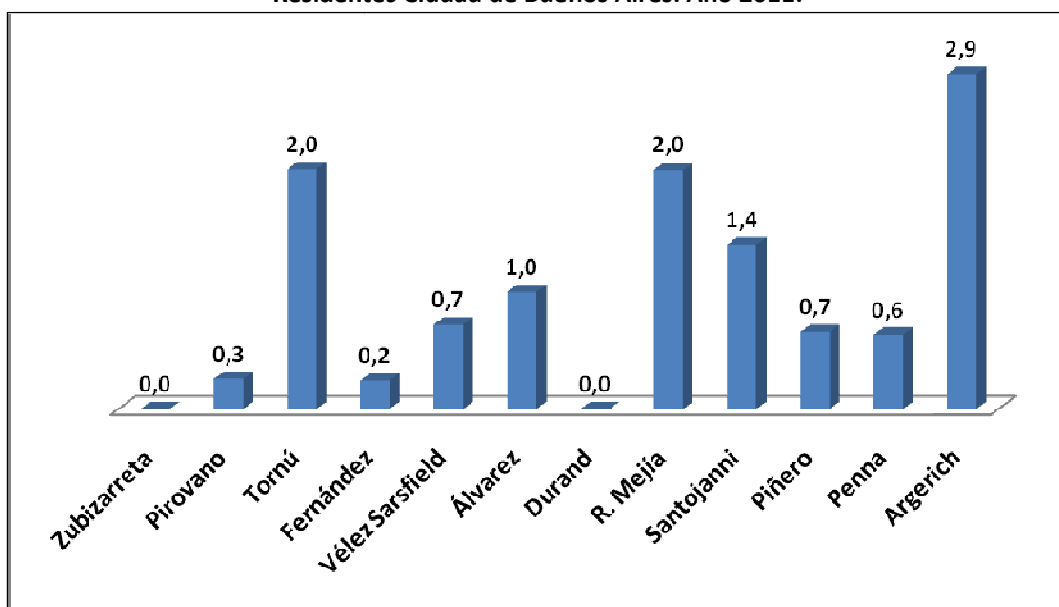
Gráfico Nº 5
Hepatitis A y Sin Especificar
Tasas de Notificación/100000 hab. según Región Sanitaria
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Las Áreas Programáticas con mayores tasas de notificación fueron las correspondientes a los hospitales Argerich, Ramos Mejía y Tornú. (Gráfico Nº 6).

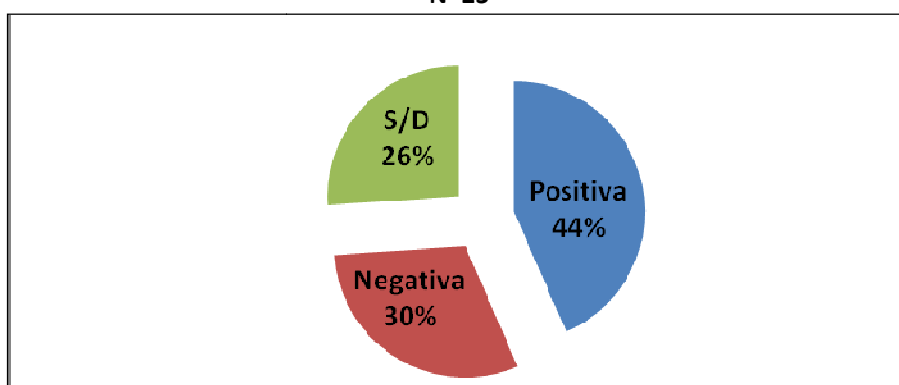
Gráfico N° 6
Hepatitis A y Sin Especificar
Tasas de Notificación/100000 hab. según Áreas Programáticas
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

De 23 casos notificados de hepatitis A y SE en residentes, en 10 casos se informó serología positiva confirmatoria de hepatitis A mediante la determinación con IgM HAV (44%). (Gráfico N° 7).

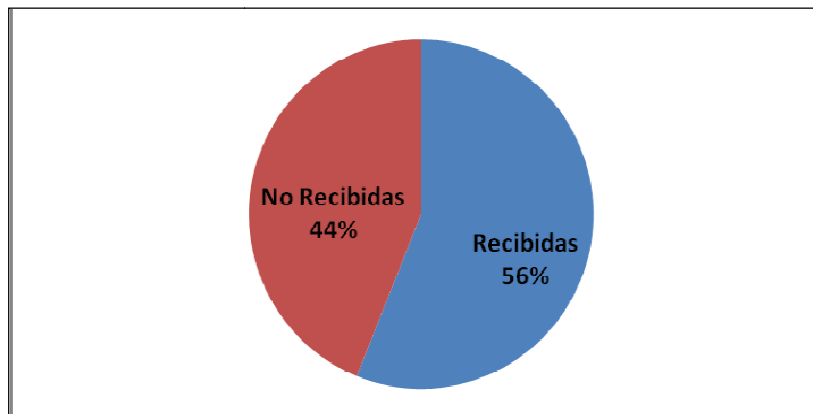
Gráfico N°7
Hepatitis A y Sin Especificar
Determinacion de IgMHAV
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=23



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

Se recibió ficha epidemiológica en el 56% de los casos sospechosos de hepatitis agudas notificados por efectores de la Ciudad de Buenos Aires. (Gráfico N° 8).

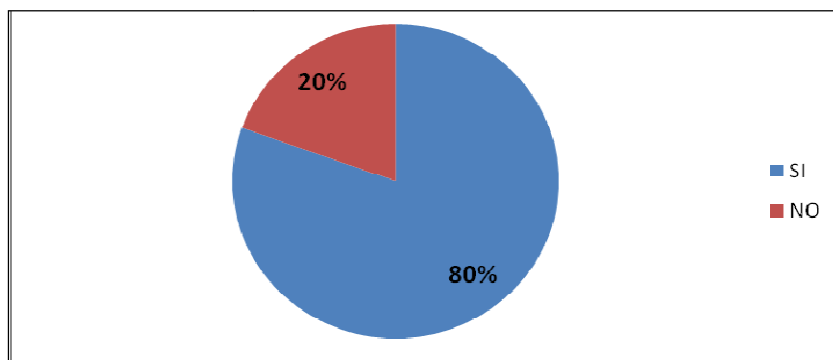
Gráfico N° 8
Hepatitis A y Sin Especificar
Porcentaje de fichas epidemiológicas recibidas
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=23



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

De los estudios de foco solicitados, fueron implementados el 80 % según registros . (Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9
Hepatitis A y Sin Especificar
Porcentaje de estudios de foco recibidos
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=23



Fuente: Dpto. de Epidemiología Ministerio de Salud GCBA

No se notificaron complicaciones ni muertes por hepatitis A en residentes o en no residentes.

En resumen, aumentó el número de notificaciones de hepatitis agudas, de las cuales casi el 60% correspondieron a hepatitis A y SE. El resto presentó los siguientes diagnósticos: hepatitis B aguda, colecistitis o Síndrome coledociano, hepatitis tóxica, hepatitis enólica, hepatitis autoinmune.

Se registró un desplazamiento de los casos hacia grupos etáreos de edades superiores a los precedentes (10 a 14 años).

Es necesario mantener la vigilancia en tiempo real de cada caso sospechoso para detectar variabilidad en la ocurrencia de los mismos y el estado inmunitario previo de los mismos, para poder valorar efectividad de la vacunación de calendario nacional.

El Síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por la presentación aguda de daño renal, anemia hemolítica y trombocitopenia, que puede afectar otros parénquimas como intestino y sistema nervioso central.

Esta enfermedad sindrómica puede presentar dos formas, una típica de etiología infecciosa, precedida por un período prodrómico con diarrea, generalmente sanguinolenta y de características endemoepidémicas, y otra forma atípica originada por varios factores, como drogas, transplantes de órganos, post parto, etc. Se ha reconocido a *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC), como agente causal de la forma infecciosa de SUH.

Durante el año 2011 se notificaron un total de 97 casos de Síndrome Urémico Hemolítico desde efectores públicos y privados de la ciudad, el 40.2% correspondió a residentes y 59.8% a no residentes. (Tabla N° 1).

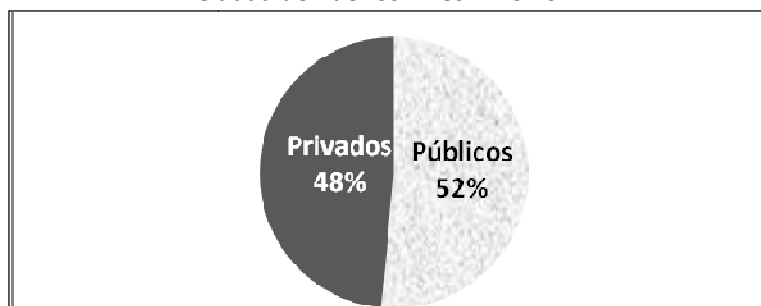
Tabla N°1
SUH
Notificaciones según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Efectores	Residentes	No Residentes	Totales
Elizalde	1	4	5
Garrahan	5	17	22
Gutiérrez	8	15	23
Privados	25	22	47
Totales	39	58	97

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

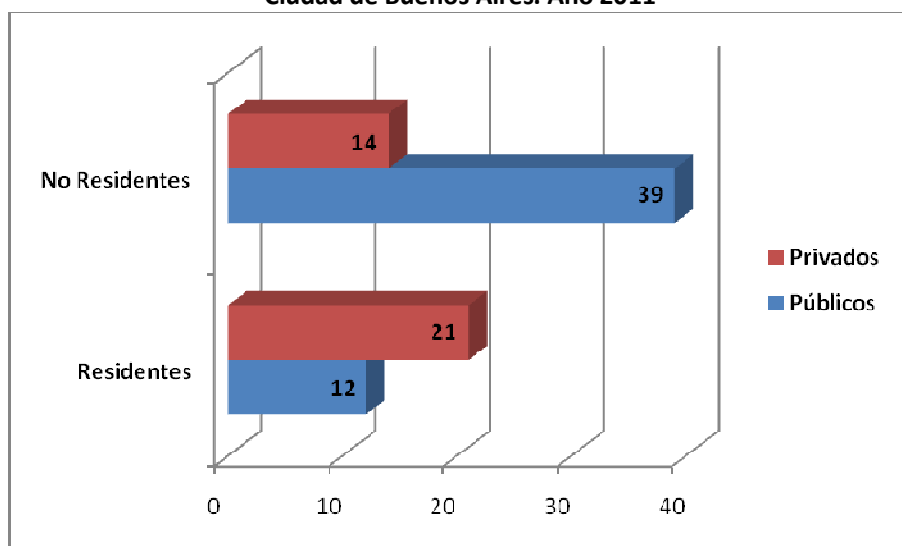
Se verificó similar porcentaje de notificaciones entre efectores públicos y privados, pero si se desagrega por residencia, los efectores públicos notificaron mayor cantidad de casos de SUH en no residentes y los privados en residentes. (Gráfico N° 1 y 2).

Gráfico N°1
SUH
Porcentaje de notificación según efectores
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

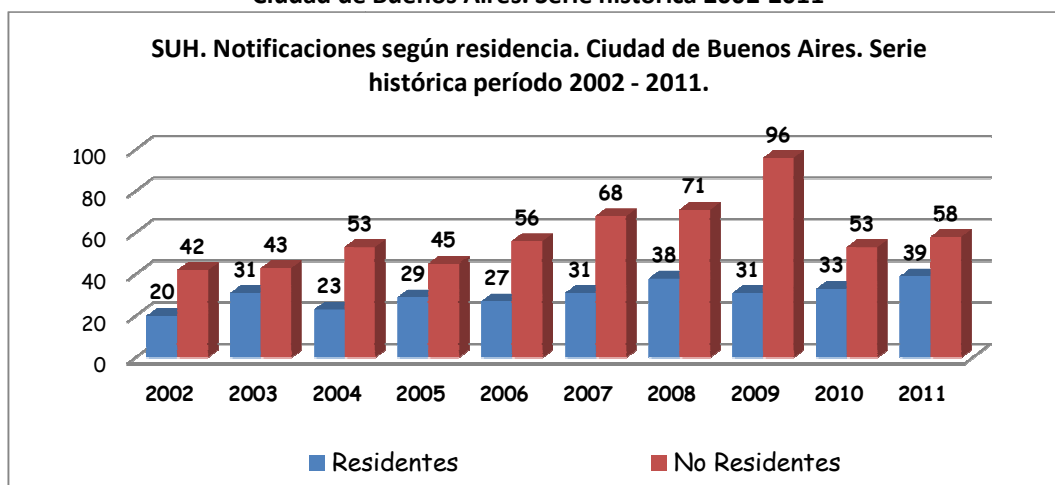
Gráfico N° 2
SUH
Notificaciones según tipo de efector de salud y residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La serie histórica desde el año 2002 hasta el 2011 presenta una tendencia en ascenso. Se verificó un aumento del 18.3 % de casos con respecto al año 2010. (Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3
SUH
Casos notificados según residencia
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2002-2011



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

En las semanas epidemiológicas más cálidas del año se agrupó el mayor número de notificaciones. (Tabla N° 2)

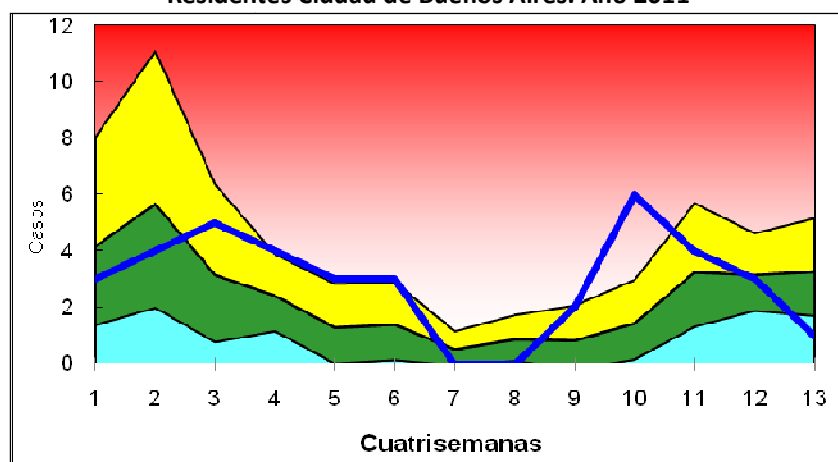
TABLA Nº 2
SUH
Notificación de casos por cuatrisesmanas según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2010 - 2011.

Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2010	Año 2011	Año 2010	Año 2011
1	6	3	8	10
2	4	4	8	9
3	0	5	4	2
4	4	4	2	3
5	4	3	3	2
6	1	3	5	2
7	2	1	1	3
8	1	0	0	3
9	1	2	3	2
10	2	6	1	3
11	2	4	3	0
12	3	3	3	8
13	3	1	12	11
Totales	33	39	53	58

Fuente: Dpto Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El corredor endémico cuatrisesmanal de casos de SUH en residentes de la Ciudad de Buenos Aires transcurrió por zona de alarma en los meses cálidos, presentando un pico en la cuatrisesmana 10 en zona de brote (Grafico Nº 4).

Gráfico Nº 4
SUH
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La tasa general de SUH en la ciudad aumentó ligeramente de 1 caso/ 100000 hab. durante el año 2010 a 1.3 casos/100000 hab. en el año 2011. El grupo más afectado correspondió al de

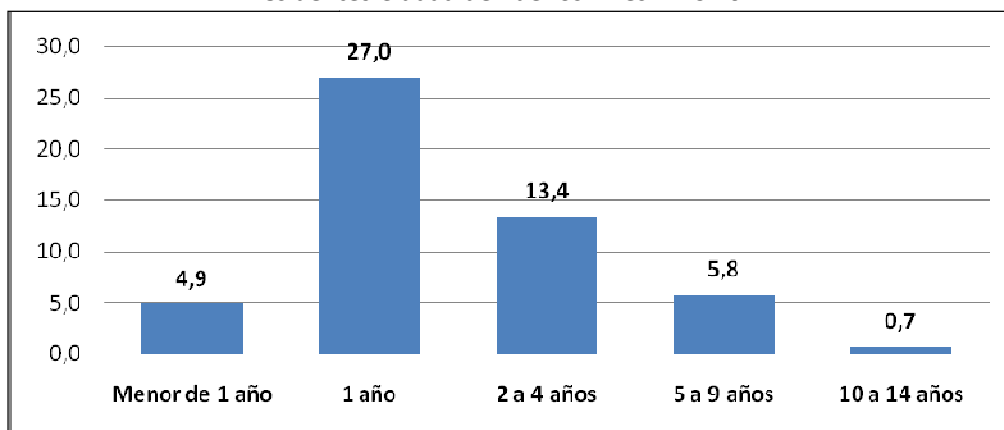
menores de 5 años (74.3% de las notificaciones), con una tasa que ascendió a 17.5 casos/100000 niños comprendidos entre los 0 y los 4 años, que si se limita a los niños de 1 año asciende a 27 casos/100000 niños de ese grupo. (Tabla Nº 3, Grafico Nº 5).

Tabla Nº 3
SUH
Casos y Tasas/100000 hab. según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

GRUPO DE EDAD	CASOS	TASAS
0 a 4 años	29	17,5
5 a 9 años	9	5,8
10 a 14 años	1	0,7
TOTALES	39	1,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Gráfico Nº 5
SUH
Tasas/100000 hab. según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Las tasas por sexo no mostraron diferencias sustanciales, pero si se comparan sexos por grupos de edad, las niñas de 0 a 4 años presentaron la tasa más elevada (18.5 casos /100000 hab.) y en el grupo de 5 a 9 años los varones superan a las mujeres.(Tablas Nº 4 y Nº 5).

Tabla Nº 4
SUH
Casos y Tasas/100000 hab. según sexos.
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.
(N=39)

Sexo	Tasas
Femenino	1,3
Masculino	1,4
Totales	1,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tabla Nº 5
SUH
Casos y Tasas/100000 hab. según sexos y grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
(N=39)

Grupos etarios	Femenino	Tasas	Masculino	Tasas
0 a 4 años	15	18,5	14	16,6
5 a 9 años	4	5,2	5	6,3
10 a 14 años	1	1,3	0	0,0
Total	20	1,3	19	1,4

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se registraron casos en todas las Regiones Sanitarias, pero la Región II presentó la tasa más elevada: 1,8 casos /100000 hab. (Tabla Nº 6).

Tabla Nº 6
SUH
Casos y Tasas/100000 hab. según Regiones Sanitarias
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	CASOS	TASAS
I - Este	8	1,2
II - Sur	10	1,8
III - Oeste	10	1,1
IV - Norte	11	1,2
Totales	39	1,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El Área Programática con mayor incidencia correspondió a la del hospital Piñero, con una tasa de 3 casos/100000 hab., seguida por las áreas Durand y Pirovano (Tabla Nº 7).

Tabla Nº 7
SUH
Casos y Tasas/100000 hab. según Áreas Programáticas y zonas
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Zonas	AP	Casos	Tasas
Zona Norte	Zubizarreta	0	0,0
	Pirovano	7	1,6
	Tornú	0	0,0
	Fernández	5	1,1
Subtotal Norte		12	1,1
Zona Centro	Velez Sarsfield	0	0,0
	Álvarez	2	0,9
	Durand	7	2,0
	R. Mejía	4	1,3
Subtotal Centro		13	1,2
Zona Sur	Santojanni	1	0,4

	Piñero	10	3,0
	Penna	2	1,2
	Argerich	1	0,7
Subtotal Sur		14	1,6
	TOTAL	39	1,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

En cuanto a las determinaciones de laboratorio bacteriológico referidas a los 97 casos totales notificados, los coprocultivos efectuados resultaron positivos en número de 32 (33% del total), *E. coli* enterohemorrágicas (EHEC): 21 casos, variedad O157:H7: 18, variedad no O157: 2, variedad O145: 2, presencia de shigatoxina (stx₂) : 17 casos.

De 39 notificaciones de SUH en residentes, 15 tuvieron rescate bacteriológico (38,46%) y en 10 casos se determinó toxina libre en materia fecal o la presencia de toxina de tipo shiga por PCR (25,64%). (Tabla Nº 8)

Tabla Nº 8
SUH
Casos y tasas de rescate bacteriológicos
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Coprocultivos	Casos	Tasas
Positivos	15	0,5
Flora habitual	12	0,4
Pendientes	9	0,3
S/D	3	0,1
Totales	39	1,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Brotos de DAS y SUH en Ciudad de Buenos Aires

Durante la semana epidemiológica 14 se registró un brote de diarrea aguda sanguinolenta (DAS) y SUH (un caso fallecido en comuna 13), en un jardín de infantes dependiente del Ministerio de Educación del GCBA. De la investigación epidemiológica del mencionado brote se identificaron 35 casos sintomáticos (con diarrea, dolor abdominal, DAS, vómitos, SUH) entre niños de 3 a 5 años, con cinco determinaciones positivas de laboratorio.

En dichas muestras de coprocultivos se hallaron cepas de *E. coli* productoras de shigatoxina (stx₁ y stx₂), tres de las cuales coincidieron. Se implementaron medidas de prevención y control con la participación conjunta de la Dirección Gral. de Higiene y Seguridad Alimentaria y el Servicio de Fisiopatogenia del ANLIS Carlos Malbrán, para las determinaciones moleculares y de PCR.

Durante la semana epidemiológica 19 se presentó otro brote de diarrea, DAS (8 casos) y SUH (dos casos), en el jardín maternal del Htal. Penna, con un total de 66 casos sintomáticos de gastroenteritis (incluidos 9 docentes y 10 familias involucradas). Hubo 9 determinaciones de laboratorio positivas para STEC (O157 stx₂+ y O145 stx₂+) y 3 determinaciones positivas para Salmonella. Se llevó a cabo la investigación epidemiológica en conjunto con Áreas Programáticas, Dpto. de Epidemiología, Dirección Gral. de Higiene y Seguridad Alimentaria, Laboratorio bacteriológico del Htal. Penna y ANLIS Carlos Malbrán.

En esta ocasión pudo determinarse, además de la transmisión de persona a persona, la contaminación de vajilla con gérmenes patógenos humanos (Salmonella), a causa de la manipulación simultánea de alimentos y cambio de pañales de niños por el mismo personal.

Se tomaron las medidas correctivas y de educación de la comunidad escolar para la prevención de la transmisibilidad de este tipo de enfermedades. Se señalaron características edilicias y distribución de mobiliario de probable riesgo epidemiológico en el jardín maternal, introduciéndose modificaciones en el mismo, para evitar la posibilidad de la existencia de contaminación cruzada.

De los 97 casos totales de SUH notificados durante el año 2011, 5 evolucionaron al óbito, con un rango de edad de 1 a 7 años, correspondiendo 2 casos fallecidos a residentes de la Ciudad (uno en comuna 7, Región Sanitaria II y otro en comuna 13, Región Sanitaria IV). La tasa de letalidad por SUH para el año 2011 en residentes fue de 5.1 % (2/39).

En no residentes se verificaron 3 muertes (pacientes domiciliados en Munro, Merlo y Comodoro Rivadavia).

Se remitió ficha epidemiológica en el 82% de los casos notificados desde los efectores de salud. El 56,7% presentaron el antecedente de diarrea aguda sanguinolenta (DAS) como parte del complejo sintomático del SUH (55 casos), 39,2% sufrieron deshidratación (38 casos), en 61,8% se registró oligoanuria (60 casos). (Tabla Nº 9)

Tabla Nº 9
SUH
Distribución de signos y síntomas
Ciudad de Buenos aires. Año 2011

SÍNTOMAS	Nº de CASOS	PORCENTAJE /TOTAL CASOS SUH
Oligoanuria	60	61,80%
DAS	55	56,70%
Deshidratación	38	39,20%

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

- En 56 casos (57,7%) se refirió probable alimento sospechoso. (Tabla Nº 10)
- En 4 casos (4,1%) existía el antecedente de inmersión en pileta domiciliaria o en aguas de río.
- 19,6% registraba el antecedente de ingesta de algún medicamento en la semana previa al desencadenamiento del SUH,
- 32 pacientes (33%) tuvieron contacto con casos de diarrea (78% eran convivientes)
- 23 casos presentaron antecedentes de viaje (23,7%) a la costa atlántica o a las sierras cordobesas.

Tabla Nº 10
SUH
Casos y porcentaje según antecedentes de exposición.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

ANTECEDENTES	Nº de CASOS	PORCENTAJE /TOTAL CASOS SUH
Alimento sospechosos referido	56	57,7%
Contacto con otros casos de diarrea	32	33,0%
Ingesta de fármacos previa	19	19,6%
Inmersión en aguas recreacionales	4	4,1%

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se solicitaron 37 estudios de foco a las Áreas Programáticas de los efectores públicos de la CABA, de los cuales se efectivizaron 28 (75,6%).

Dada la importancia que adquiere la enfermedad en términos de morbilidad, secuelas posteriores y letalidad principalmente en el grupo etáreo de menores de 15 años, se deben seguir investigando sobre los factores particulares, biológicos, sociales, culturales, que inciden para favorecer la transmisión de SUH postinfeccioso, el más frecuente en nuestro país.

Se ha documentado la correlación entre SUH y alimentos, pero no siempre se reconoce la fuente de infección. Las cepas STEC bovinas identificadas habitualmente, no guardaron identidad clonal con las de cepas aisladas en los casos. En Argentina son relevantes para la transmisión de la enfermedad el contagio persona-persona y mascota-persona y el vinculado a animales sinantrópicos (roedores). Todas estas vías podrían tener un rol epidemiológico favorecedor de la endemia.

Se están llevando a cabo estudios conjuntos entre las Facultades de Veterinaria y de Ciencias Exactas de la UBA y el Departamento de Epidemiología de MSGCBA, para intentar determinar otras asociaciones de riesgo que involucren mascotas, presencia de roedores y casos de SUH, así como también la prevalencia de STEC en roedores no relacionados a casos de SUH en CABA.

En otros estudios se han hallado diferencias significativas en la proporción casos de niños menores de 5 años con SUH y áreas con NBI, en relación a la cercanía a lugares de comidas rápidas, áreas cercanas a autopistas y vías rápidas, cursos de agua, y espacios verdes, donde los roedores pueden constituirse en vehículos de transmisión.

INMUNOPREVENIBLES

COQUELUCHE

Dra. María Julieta Rodríguez Cámara
Dra. María del Valle Juárez
Dra. María Eugenia Sevilla

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**: es el caso sospechoso con PCR o aislamiento de *Bordetella pertussis* en secreción respiratoria o nexo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio. (PCR positiva en aspirados nasofaríngeo o traqueal).
- **Caso Definitivo** a la sumatoria de casos confirmados (por laboratorio o nexo epidemiológico) con aquellos casos sospechosos que no tuvieron muestras (casos compatibles) pasibles de ser analizadas.

Durante el año 2011 se notificaron al Departamento de Epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires 1197 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 248 (20,7 %) fueron residentes de la Ciudad, 920 (76,9 %) no residentes y en 29 casos (2,4 %) no se obtuvieron los datos de residencia (Tabla N°1).

Casos notificados según efector de salud

Del total de casos notificados, 1060 (88,6 %) fueron asistidos en un efector estatal de la Ciudad y 137 (11,4 %) en efectores privados o de la seguridad social (Tabla N°1).

Tabla Nº 1
Coqueluche

Total de casos sospechosos notificados y definitivos según efector de asistencia y residencia
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2011.

EFECTOR PUBLICO	RESIDENTE		NO RESIDENTE		SIN DATOS		Total general	
	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados
ALVAREZ	1	2	5	6	0	0	6	8
ARGERICH	3	9	4	6	0	0	7	15
DURAND	4	6	11	14	0	0	15	20
ELIZALDE	17	29	124	233	0	0	141	262
FERNANDEZ	5	11	7	12	0	0	12	23
GARRAHAN	16	50	116	313	1	13	133	376
GUTIERREZ	13	31	75	144	0	2	88	177
Hospital de Vicente Lopez	1	1	0	0	0	0	1	1
LABORATORIO	6	10	12	20	1	2	19	32
MUÑIZ	1	1	1	1	0	0	2	2
PENNA	1	2	7	10	0	0	8	12
PIÑERO	13	18	4	4	0	0	17	22
PIROVANO	4	7	9	16	0	1	13	24
RAMOS MEJIA	4	8	2	5	0	0	7	13
RIVADAVIA	0	0	2	2	0	0	2	2
SANTOJANNI	2	7	9	13	0	0	11	20
SARDA	1	1	0	0	0	0	1	1
TORNU	1	1	1	1	0	0	2	2
VELEZ SANSFIELD	6	9	3	12	0	0	9	21
ZUBIZARRETA	0	0	13	27	0	0	13	27
TOTAL PÚBLICOS	99 (79,8 %)	203 (81,9 %)	405 (88,2 %)	839 (91,2 %)	2 (28,6 %)	18 (62,1 %)	507 (85,8 %)	1060 (88,6 %)
EFECTOR PRIVADO	RESIDENTE		NO RESIDENTE		SIN DATOS		Total general	
	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados	Casos Definitivos	Casos Notificados
BRITANICO	0	0	2	2	0	0	2	2
CEMIC	0	1	4	8	0	0	4	9
CENTRO GALLEGO	2	4	2	4	0	1	4	9
CHURRUCA	0	0	2	2	0	0	2	2
CLINICA LOIACONO	0	1	0	0	0	0	0	1
FRANCHIN	0	1	4	10	2	3	6	14
FUNDACION HOSPITALARIA	0	0	2	2	0	0	2	2
HIBA	1	1	0	1	0	0	1	2
HOSPITAL ALEMAN	0	2	2	3	0	0	2	5
HOSPITAL CLINICAS	1	1	6	6	0	0	7	7
HOSPITAL ESPAÑOL	2	2	4	4	0	0	6	6
IADT	1	1	0	1	0	0	1	2
MATER DEI	5	10	4	6	0	0	9	16
O S PERSONAL GRAFICO	0	0	2	2	0	0	2	2
OSECAC FLORES	0	0	1	1	0	0	1	1
SAGRADO CORAZON	2	2	0	0	0	0	2	2
SANATORIO ANCHORENA	3	4	3	5	0	0	6	9
SANATORIO GUEMES	3	8	9	16	2	4	14	28
SANATORIO LOS ARCOS	3	3	3	3	0	1	6	7
SANATORIO TRINIDAD MITRE	0	0	1	1	0	0	1	1
SIN DATOS	0	0	0	0	0	1	0	1
SIRIO LIBANES	0	0	1	1	0	0	1	1
SMG	0	2	1	2	1	1	2	5
TRINIDAD PALERMO	1	1	1	1	0	0	2	2
UOM	1	1	0	0	0	0	1	1
TOTAL PRIVADOS	25 (20,2 %)	45 (18,1 %)	54 (11,8 %)	81 (8,8 %)	5 (71,4 %)	11 (37,9 %)	84 (14,2 %)	137 (11,4 %)
TOTAL GENERAL	124 (100,0 %)	248 (100,0 %)	459 (100,0 %)	920 (100,0 %)	7 (100,0 %)	29 (100,0 %)	591 (100,0 %)	1197 (100,0 %)

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución según cuatrisesmanas y semanas epidemiológicas.

El mayor número de casos sospechosos fueron notificados en la cuatrisesmana 10, 12 y 13, predominando las notificaciones de no residentes (Gráfico N° 1).

Comparando la situación epidemiológica evaluada en relación al mismo período del año 2010, se observó un incremento en el número de casos durante el año 2011 (Tabla N°2).

Gráfico N°1
Coqueluche
Casos sospechosos notificados según lugar de residencia y cuatrisesmanas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2011.



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tabla Nº 2
Coqueluche
Casos sospechosos y definitivos, según lugar de residencia y semanas epidemiológicas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Años 2010 y 2011.

Cuatri- semanas	SE	Casos en Residentes				Casos en No Residentes				Casos sin datos de Residencia			
		2010		2011		2010		2011		2010		2011	
		Casos Sospechosos	Casos definitivos	Casos Sospechosos	Casos definitivos	Casos Sospechosos	Casos definitivos	Casos Sospechosos	Casos definitivos	Casos Sospechosos	Casos definitivos	Casos Sospechosos	Casos definitivos
1	1	0	0	2	2	2	1	19	14	0	0	0	0
	2	0	0	3	3	1	1	20	15	1	1	0	0
	3	1	0	3	2	2	2	11	8	0	0	1	1
	4	0	0	7	7	1	1	12	9	0	0	0	0
	Parcial C1	1	0	15	14	6	5	62	46	1	1	1	1
2	5	0	0	2	1	5	3	11	8	0	0	3	2
	6	0	0	4	4	3	2	19	10	0	0	1	0
	7	1	1	4	2	4	2	22	11	0	0	0	0
	8	3	0	1	1	4	2	19	10	0	0	4	1
	Parcial C2	4	1	11	8	16	9	71	39	0	0	8	3
3	9	3	0	8	6	2	0	15	11	0	0	0	0
	10	1	0	3	1	1	0	7	2	1	1	0	0
	11	2	0	2	2	6	2	9	6	0	0	0	0
	12	0	0	5	3	9	6	6	3	0	0	0	0
	Parcial C3	6	0	18	12	18	8	37	22	1	1	0	0
4	13	1	1	1	0	2	2	10	4	0	0	0	0
	14	0	0	6	2	4	3	13	4	0	0	0	0
	15	2	1	5	1	13	6	12	5	0	0	0	0
	16	1	0	6	5	6	4	12	7	1	0	0	0
	Parcial C4	4	2	18	8	25	15	47	20	1	0	0	0
5	17	0	0	4	1	4	1	4	2	0	0	0	0
	18	4	2	6	1	3	1	3	1	0	0	0	0
	19	2	0	1	0	12	2	8	4	0	0	0	0
	20	0	0	7	2	5	2	17	7	1	0	1	0
	Parcial C5	6	2	18	4	24	6	32	14	1	0	1	0
6	21	3	0	0	0	3	0	9	4	0	0	0	0
	22	2	0	4	0	6	1	17	7	0	0	1	0
	23	0	0	6	0	9	2	28	2	0	0	3	0
	24	2	1	4	0	8	4	28	4	1	0	2	0
	Parcial C6	7	1	14	0	26	7	82	17	1	0	6	0
7	25	1	0	3	0	5	2	27	2	0	0	0	0
	26	4	0	5	0	3	1	21	3	0	0	0	0
	27	0	0	4	2	5	2	12	4	0	0	0	0
	28	4	0	7	2	12	6	17	3	0	0	0	0
	Parcial C7	9	0	19	4	25	11	77	12	0	0	0	0
8	29	1	0	9	2	8	2	20	3	3	0	1	0
	30	2	0	4	0	5	2	18	4	1	0	1	0
	31	1	0	5	1	5	2	17	7	1	1	0	0
	32	2	0	5	1	3	1	18	10	0	0	1	0
	Parcial C8	6	0	23	4	21	7	73	24	5	1	3	0
9	33	1	0	1	1	3	2	11	6	0	0	0	0
	34	3	1	4	2	9	3	14	6	0	0	1	1
	35	0	0	3	1	6	3	15	4	0	0	0	0
	36	1	0	6	3	12	2	23	7	0	0	0	0
	Parcial C9	5	1	14	7	30	10	63	23	0	0	1	1
10	37	3	1	5	2	4	1	12	9	0	0	1	1
	38	0	0	5	3	3	1	31	20	0	0	1	0
	39	3	1	5	2	2	2	20	11	0	0	5	0
	40	3	2	3	3	9	4	11	7	0	0	0	0
	Parcial C10	9	4	18	10	18	8	74	47	0	0	7	1
11	41	1	0	1	0	6	2	19	9	0	0	0	0
	42	0	0	8	4	10	5	31	20	0	0	0	0
	43	1	0	10	5	11	6	18	14	1	0	0	0
	44	3	1	6	6	8	4	25	18	0	0	0	0
	Parcial C11	5	1	25	15	35	17	93	61	1	0	0	0
12	45	1	1	9	4	11	7	26	17	0	0	0	0
	46	1	1	8	5	8	6	36	25	0	0	0	0
	47	3	3	5	5	9	4	30	18	0	0	1	0
	48	1	0	8	7	1	1	21	15	0	0	1	1
	Parcial C12	6	5	30	21	29	18	113	75	0	0	2	1
13	49	1	1	5	3	8	4	27	19	0	0	0	0
	50	0	0	8	5	6	6	23	17	0	0	0	0
	51	0	0	9	6	14	13	23	12	0	0	0	0
	52	1	0	3	3	6	6	23	11	1	1	0	0
	Parcial C13	2	1	25	17	34	29	96	59	1	1	0	0
TOTAL		70	18	248	124	307	150	920	459	12	4	29	7

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Laboratorio

Los laboratorios que procesaron muestras para PCR de *Bordetella pertussis* en efectores públicos de CABA son: H. Gutierrez, H. Elizalde, H. Garrahan, y el INEI-ANLIS.

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

De los 1197 casos sospechosos notificados, en 70 no fue posible obtener muestra adecuada para el diagnóstico (15 de ellos en residentes). De los 1127 casos con muestras (94,1 %) se confirmaron por laboratorio 506 casos (44,9 %).

Se clasificaron como definitivos 590 casos, los cuáles incluyeron a los 506 casos confirmados por laboratorio y a 73 casos compatibles (casos sin muestra y con resultados no conclusivos).

Dentro de los casos descartados, el laboratorio de virología del Hospital Gutiérrez identificó 9 casos de *Bordetella no pertussis*.

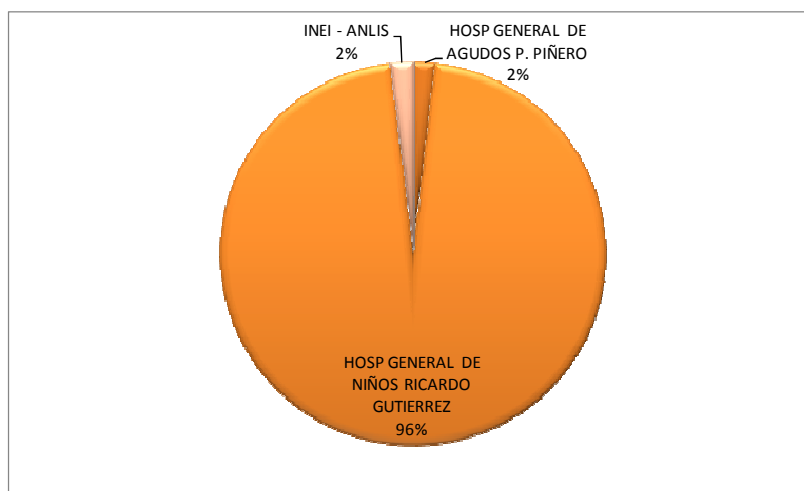
Casos registrados en SIVILA

De los casos que se obtuvieron muestra, sólo 383 (33,9 %) fueron registrados en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Los efectores que registraron carga de muestras fueron: H. Ricardo Gutiérrez, INEI-ANLIS y HGA P. Piñero. (Gráfico N° 2).

Del total de muestras no ingresadas en SIVILA, 744 (66,0 %) correspondieron a dos hospitales públicos pediátricos (Htal. Garrahan y Htal. Elizalde) de la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico N°2
Coqueluche
casos sospechosos notificados al SIVILA según efector
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
(n=383)



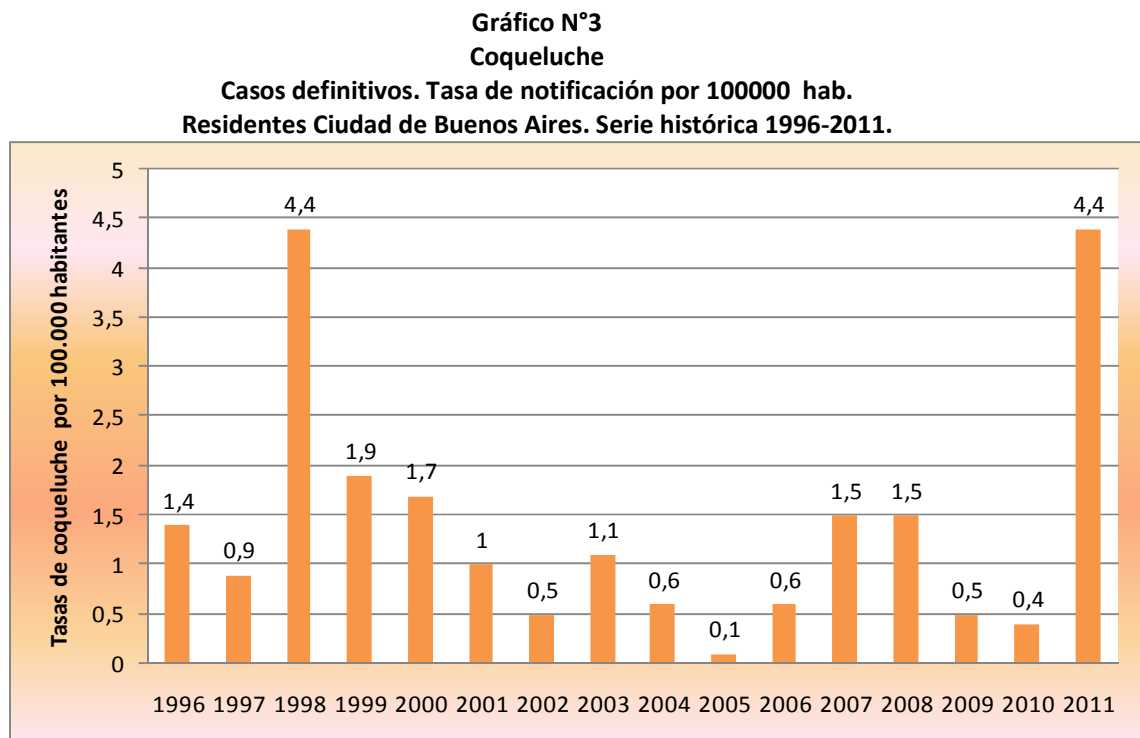
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Coqueluche en Residentes de la Ciudad de Buenos Aires

En el periodo estudiado, de los 1197 casos notificados sospechosos, 248 fueron residentes de Ciudad de Buenos Aires, de los cuales 124 fueron clasificados como definitivos (Tabla N°2).

La serie histórica analizada de casos definitivos de coqueluche en Residentes mostró que en el año 1998 se registró el valor más elevado hasta el 2010. Entre los años 2000 y 2006 la tendencia fue descendente, luego de lo cual se observó una reemergencia, para llegar en el año 2011, alcanzando una tasa de 4,4 por 100000 habitantes, similar al indicador de 1998.

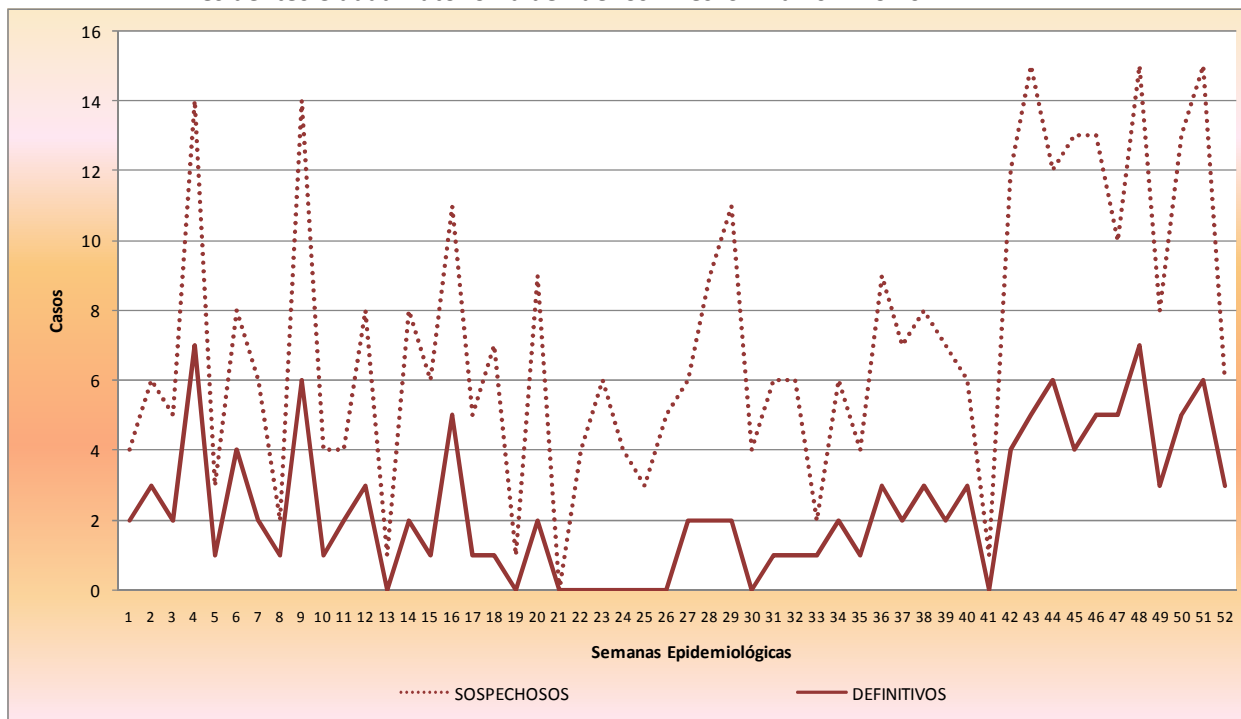
Cabe aclarar que la vigilancia de Coqueluche en la CABA se realiza de manera intensificada desde el año 2004. (Gráfico N°3).



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La mayor correlación positiva entre casos sospechosos y confirmados en residentes de CABA, se observó en las primeras semanas del presente año. A partir de la semana epidemiológica 25 se observa un ascenso en la curva de sospechosos y a partir de la semana epidemiológica 41 un aumento en la curva de confirmados, coincidiendo con la estacionalidad históricamente observada de la patología (Gráfico N°4).

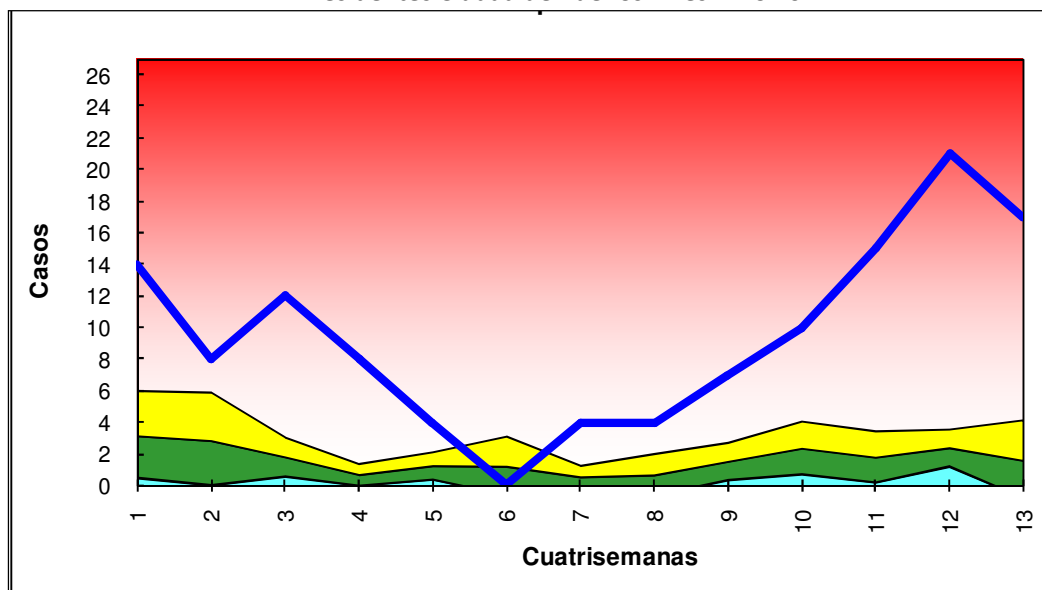
Gráfico N°4
Casos sospechosos y definitivos según semanas epidemiológicas
Residentes Ciudad Autónoma de Buenos Aires. SE 1 a 16. Año 2012.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

El corredor endémico de los casos definitivos de coqueluche por cuatrisesmana mostró que la curva de casos transcurrió en zona de brote durante prácticamente todo el período analizado (Gráfico N°5).

Gráfico N° 5
Coqueluche
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución por edad y sexo

En los casos definitivos el rango de edad afectado fue de 23 días de vida a 60 años (media= 9 meses; mediana=3 meses).

No se obtuvo el dato de edad en 8 casos.

El predominio de casos definitivos se apreció en los menores de un año (79,8 %), y casi tres cuartos de ellos fueron menores de 6 meses de edad (Tabla N°3). No hubo diferencias según sexo (razón varón/ mujer de 1).

Tabla N°3
Coqueluche
Casos definitivos y tasa de por 100000 hab. según grupos de edad.
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Grupos de Edad	Edad detallada	Casos Definitivos	%	Tasa
< 1 año	< 2 meses	37	29,8	-
	2 a 3 meses	32	25,8	-
	4 a 5 meses	18	14,5	-
	6 a 11 meses	12	9,7	-
	Total menores de 1 año	99	79,8	277,7
1 año	12 a 17 meses	8	6,5	23,7
	18 a 23 meses	1	0,8	3,0
2 a 4 años	2 a 4 años	4	3,2	4,2
5 a 9 años	5 a 9 años	1	0,8	0,6
10 a 14 años	10 a 14 años	1	0,8	0,7
15 a 24 años	15 a 24 años	2	1,6	0,5
25 a 44 años	25 a 44 años	1	0,8	0,1
45 a 64 años	45 a 64 años	1	0,8	0,2
Sin datos	Sin datos	6	4,8	-
Total general		124	100,0	4,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Distribución por Regiones Sanitarias y Comunas

La tasa de casos definitivos en residentes de la Ciudad de Buenos Aires fue de 4,4/100.000 habitantes, siendo las regiones sanitarias Este (I) Y Sur (II) las que presentaron las tasas más altas (5,9 Y 8,8 /100.000 habitantes respectivamente) (Tabla N° 4).

Las comunas que presentaron tasas de casos definitivos de coqueluche superiores a la media de la Ciudad fueron las localizadas al este y sur de la Ciudad: Comunas 1, 4, 8 y 9 pertenecientes a las Regiones Sanitarias I (Este) y II (Sur) (Tabla N° 4 y mapa N°1).

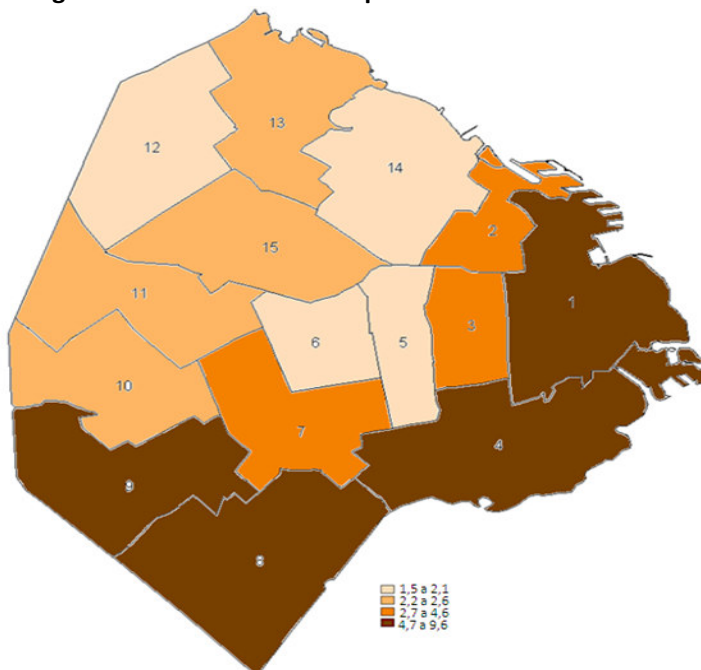
Tabla N° 4
Coqueluche
Casos y tasas por 100000 hab. según comunas y regiones sanitarias de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

REGIÓN	COMUNA	Casos notificados		Casos definitivos	
		Casos	Tasas	Casos	Tasas
1 ESTE	1	29	14,1	16	7,8
	3	10	5,4	6	3,3
	4	32	14,7	14	6,4
	Total 1	71	11,7	36	5,9
2 SUR	7	17	7,7	9	4,1
	8	57	30,4	28	15,0
	9	24	14,8	13	8,0
	Total 2	98	17,2	50	8,8
3 OESTE	5	10	5,6	3	1,7
	6	4	2,3	3	1,7
	10	9	5,4	5	3,0
	11	6	3,2	4	2,1
	15	7	3,8	4	2,2
	Total 3	36	4,0	19	2,1
4 NORTE	2	8	5,1	5	3,2
	12	5	2,5	3	1,5
	13	9	3,9	6	2,6
	14	12	5,3	3	1,3
	Total 4	34	4,2	17	2,1
Total general		248	8,6	124	4,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Mapa N°1
Coqueluche.
Casos definitivos y tasas ajustadas (por edad) por 100000 habitantes
Residentes según Comuna estratificados por cuartiles. Año 2011.

Población	Tasa ajustada
Comuna 14	1,5
Comuna 12	1,6
Comuna 5	1,8
Comuna 6	1,9
Comuna 15	2,4
Comuna 13	2,4
Comuna 11	2,4
Comuna 10	2,6
Comuna 3	3,3
Comuna 7	3,6
Comuna 2	4,1
Comuna 4	5,1
Comuna 1	7,1
Comuna 9	7,8
Comuna 8	9,5



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Antecedentes de vacunación

De los casos de coqueluche definitivos residentes de la Ciudad, el antecedente de vacunación se obtuvo en 100 casos (80,6 %). Se observó que de los casos mayores de 2 meses, más de un cuarto de estos no se obtuvo el dato de vacunación (24/87) y menos de la mitad de ellos estaban adecuadamente vacunados para la edad (Tabla N°5).

Tabla N° 5
Coqueluche
Casos definitivos según antecedente de vacunación y grupo de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Grupos de edad	Vacunación adecuada para la edad			Total
	SI	NO	S/D	
< 2 meses	NC	NC	NC	37
2 a 3 meses	17	11	4	32
4 a 5 meses	4	8	6	18
6 a 11 meses	9	2	1	12
12 a 17 meses	7	0	1	8
18 meses a 5 años	2	2	1	5
6 a 10 años	0	0	1	1
11 años y más	1	0	4	5
Sin datos	0	0	6	6
Total general	40	23	24	124

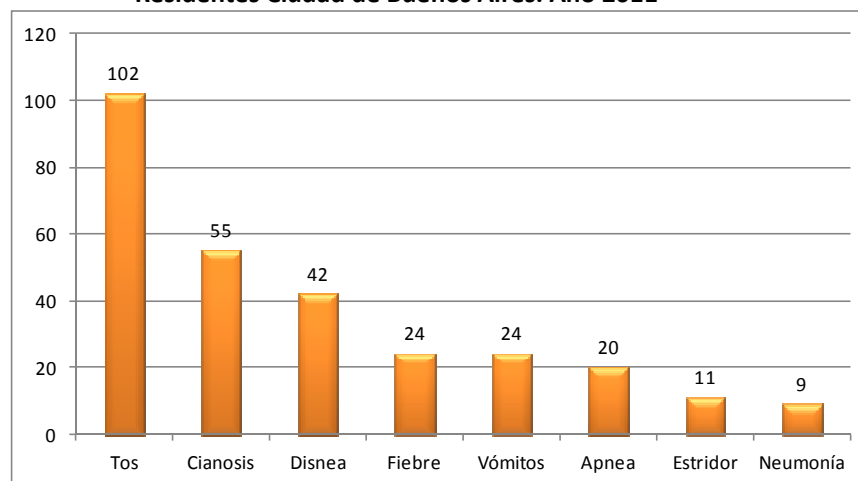
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Tipo de asistencia y manifestaciones clínicas

De los casos definitivos de CABA en 106 (85,5 %) contamos con los datos de tipo de asistencia y complejidad, requiriendo 92 casos internación (86,8 %). 22 (20,8 %) de estos precisaron cuidados intensivos.

Según el análisis de los casos definitivos de coqueluche el síntoma más frecuente fue tos, que se presentó en 102 casos (82,3 %). Le siguieron en orden de frecuencia cianosis en 55 casos (44,4 %), disnea en 42 casos (33,9 %) y fiebre y vómitos en 24 casos cada uno (19,4 %). 20 casos (16,1 %) presentaron apnea, siendo 19 de estos (95 %) menores de 8 meses (Gráfico N° 7).

Gráfico N° 7
Coqueluche
Casos definitivos según presencia de síntomas
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evaluación general de los estudios de foco

De los 248 casos sospechosos notificados residentes de CABA durante el período de estudio, se enviaron 229 estudios de foco; los 19 casos restantes fueron notificaciones tardías.

Se recibieron 128 estudios de foco, que correspondieron al 55,9 % de los enviados a las áreas programáticas.

De los 128 controles de foco recibidos se analizó:

- 1) Tiempo de respuesta: 73 estudios de foco (57,0 %) fueron respondidos en forma oportuna, es decir, dentro de las 72 horas de enviados.
- 2) Quimioprofilaxis a contactos: se administró quimioprofilaxis en 90 estudios (70,3 %), lo que representó 590 contactos. No se administró quimioprofilaxis en 17 estudios y en 21 no se informó el dato.
- 3) Coberturas vacinales: En 74 estudios de foco (57,8 %) se evaluó el estado de vacunación, encontrándose en 45 estudios esquemas completos y en 29 esquemas incompletos de vacunación. Esto significó la vacunación de 66 contactos.
- 4) Detección de otros casos sospechosos: Se informó sobre contactos sospechosos en 81 estudios de foco (63,3 %). De estos, en 59 estudios no se encontró contactos sintomáticos y en 63 no se especificó la presencia de casos secundarios. En los otros 6, se detectaron 8 casos sintomáticos.
- 5) Del análisis de las variables mencionadas, surge que sólo 57 estudios de foco recibidos (41,4 %) fueron realizados en forma completa.

Casos fallecidos

Durante el periodo en estudio se notificaron al Departamento de Epidemiología de la CABA 11 pacientes fallecidos con diagnóstico de coqueluche confirmados por PCR. Dos de ellos fueron residentes de la CABA y 9 fueron no residentes (Tablas Nº 6 y 7).

Tabla N° 6
Coqueluche
Casos fallecidos según sexo, edad y estado vacunal
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

SE	Sexo	Edad (meses)	Residencia	Efector de asistencia	Vacunas según edad
17	Femenino	3	Comuna 4	Gutierrez	Completas
27	Masculino	2	Comuna 6	Gutierrez	Incompletas

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

En la SE 17 una niña de 3 meses, residente de la comuna 4 perteneciente al área programática del Hospital Penna, asistida en el Hospital Gutiérrez. Se constató la coinfección con Virus Sincicial Respiratorio (VSR), antecedente de vacunación completa para la edad y contacto con personas con tos persistente y un conviviente de 11 años con vacunas incompletas.

El otro deceso se produjo en la SE 27, un niño de 2 meses de edad residente de la comuna 6 perteneciente al área programática del Hospital Álvarez, asistido en el Hospital Gutiérrez. Una semana previa al inicio de los síntomas había permanecido internado por Bronquiolitis con rescate de Influenza A estacional. El niño no estaba vacunado.

Tabla N° 7
Coqueluche
Casos fallecidos sexo, edad y estado vacunal
NO Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

SE	Sexo	Edad (meses)	Residencia	Efectores de asistencia	Vacunas según edad
2	Femenino	1	Merlo	Garrahan	No corresponde
25	Femenino	1	Lomas de	CEMIC	No corresponde
37	Masculino	14	Berazategui	Garrahan	Incompletas
38	Masculino	2	Monte	Garrahan	Incompletas
38	Masculino	2	Berazategui	Elizalde	Incompletas
38	Femenino	1	Campana	Garrahan	No corresponde
39	Femenino	1	San Vicente	Garrahan	No corresponde
47	Masculino	1	Berazategui	Guemes	No corresponde
49	Masculino	1	San Vicente	Fundación	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 1197 casos sospechosos de coqueluche. El 20,7 % fueron residentes de la ciudad.

- El sector público fue el que más notificaciones realizó (88,6 %).
- Se obtuvo muestra adecuada para laboratorio en el 94,1 %.
- De los casos con muestra, el 33,9 % fueron registrados en el módulo SIVILA del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).
- Se notificaron once pacientes fallecidos con diagnóstico de coqueluche confirmados por PCR. Dos de ellos fueron residentes de CABA.

En relación al total de casos definitivos residentes de CABA (n=124):

- La tasa de Coqueluche fue de 4,4 /100.000 habitantes, con valores superiores a la media en las Comunas 1, 4, 8 y 9 (Regiones Sanitarias I /Este y II /Sur). Es de destacar que todas las comunas presentaron casos definitivos de coqueluche.
- El corredor endémico de los casos confirmados de coqueluche por cuatrisesmana muestra que la curva de casos transcurre en zona de brote la mayor parte del año.
- Predominaron los menores de 1 año (79,8 %) en los casos definitivos, siendo más de la mitad de los casos (55,6 %) menores de 3 meses. Se notificaron casos definitivos en adultos.
- De los casos de coqueluche definitivos residentes de la Ciudad de Buenos Aires, el antecedente de vacunación fue adecuada para la edad en el 45,9 % de los casos.
- El 70,1 % de los casos definitivos de CABA fueron menores de 6 meses, grupo que no alcanza la edad para una cobertura adecuada contra Bordetella pertussis.
- En los casos definitivos donde constaban datos de lugar de asistencia, el 86,8 % 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 102 pacientes.

En relación a los estudios de foco: de las 248 notificaciones en residentes, solo se pudieron enviar estudios de foco en 229 casos. Se recibió respuesta en 128 de ellos, pero se consideraron completos solo 57.

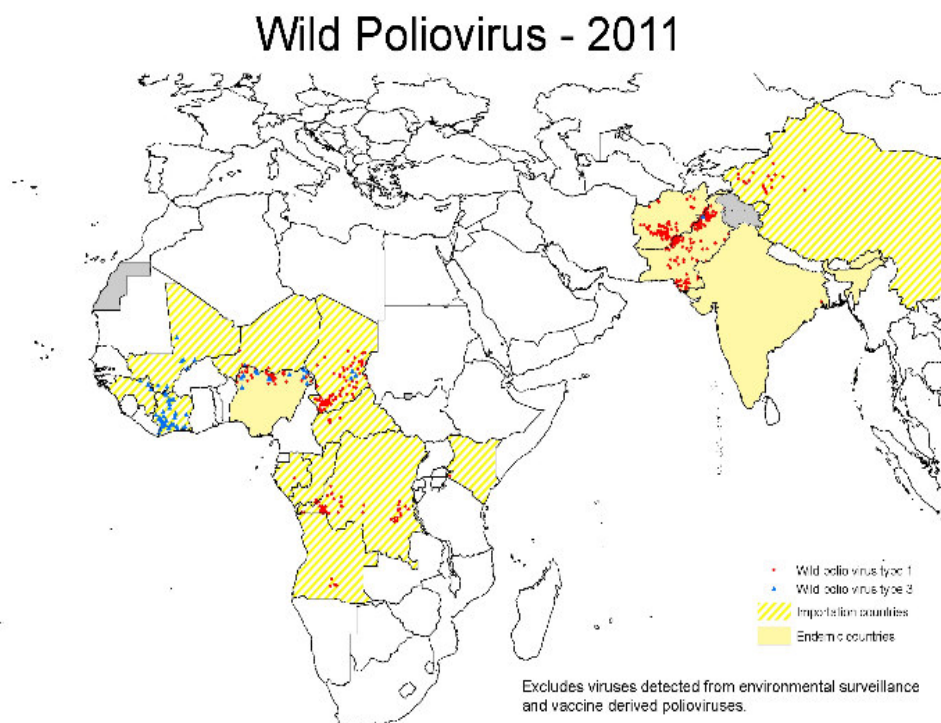
Informe elaborado con datos proporcionados por:

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

Entre los años 1988 y 2009 los casos de poliomielitis por virus salvaje en el mundo disminuyeron de 350.000 en 1988 a 1604 en 2009, que traduce en una reducción mayor al 99%.

En el año 2011 persistían endémicos 4 países: Afganistán, Pakistán, India y Nigeria y varios países del continente asiático y africano sufrieron brotes secundarios a importación de casos desde los países endémicos. (Gráfico N° 1) En la India (país endémico) el último caso ocurrió el 13 de enero de 2011, en el estado de Bengala occidental ubicado al este del país. A partir de dicha fecha no ocurrieron más casos ni se detectaron poliovirus salvajes en aguas residuales en dicho país.

Mapa N° 1.
Países con casos de poliomielitis por virus salvaje en el mundo.
Año 2011.



Fuente: <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring>

Para que se pueda certificar que una región de la OMS está libre de poliomielitis se tienen que cumplir tres condiciones:

1. Que no haya un solo caso de poliomielitis por poliovirus salvaje durante un mínimo de 3 años
2. Que las medidas de vigilancia en los países cumplan las normas internacionales, y
3. Que cada país demuestre su capacidad para detectar, notificar y responder a los casos importados de poliomielitis

Países declarados libres de Polio:

1984: Último caso de poliovirus salvaje en Argentina (tipo 1 en Salta)

1991: Último caso de polio por virus salvaje en América. (Junín, Perú).

1994: América es certificada libre de la enfermedad

2000: La Región del Pacífico Occidental (37 países) es certificada libre de polio.

2002: La Región Europea (51 países) es certificada libre de polio.

Sin embargo, la circulación del poliovirus salvaje en varios países, hace que el resto de las regiones del mundo se encuentren en permanente riesgo de reintroducción del virus con la posibilidad de generación de brotes si se afectaran individuos susceptibles.

El **Programa de Erradicación de la Poliomiélitis** tiene como objetivo general: Evitar la reintroducción y circulación del virus salvaje de la Poliomiélitis

Y como objetivos específicos:

- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación Sabin superiores al 95%.
- Efectuar Vigilancia Epidemiológica eficaz de todos los casos de Parálisis Agudas Flácidas en menores de 15 años
- 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 fundamentales:

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

2- **Vigilancia Epidemiológica.** A los efectos de la notificación, la vigilancia se ocupa de la detección de casos paralíticos, teniendo en cuenta la siguiente definición de caso sospechoso:

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

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, vacunar a los no vacunados, detectar otros casos sospechosos y evaluar las secuelas a los 60 días del inicio de los síntomas.

Vigilancia de las Parálisis Agudas Flácidas (PAF) en la Ciudad de Buenos Aires.

Durante el año 2011 fueron notificados al Departamento de Epidemiología, por efectores públicos y privados de la Ciudad, 66 casos de PAF, de los cuales 13 (20%) correspondieron a residentes de la Ciudad de Buenos Aires y 53 (80%) a no residentes. (Tabla Nº 1).

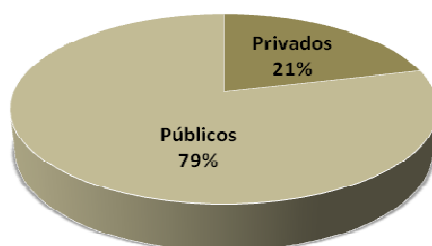
Tabla N° 1
Parálisis Agudas Flácidas.
Casos asistidos según efector notificador y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires- Año 2011.

	HOSPITAL	Residentes	No residentes	Total
PRIVADOS	Suizo Argentina	1	0	1
	Italiano	1	6	7
	Guemes	1	0	1
	Los Arcos	0	1	1
	Franchin	0	2	2
	Sagrado corazón	0	1	1
	Aleman	1	0	1
Total Privados		4	10	14
PUBLICOS	Elizalde	2	7	9
	Garrahan	1	20	21
	Gutierrez	6	15	21
	Fernandez	0	1	1
Total Públicos		9	43	52
Total		13	53	66

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El 79 % del total de casos notificados en el año 2011 se deben a la participación del subsector público. (Grafico N° 1)

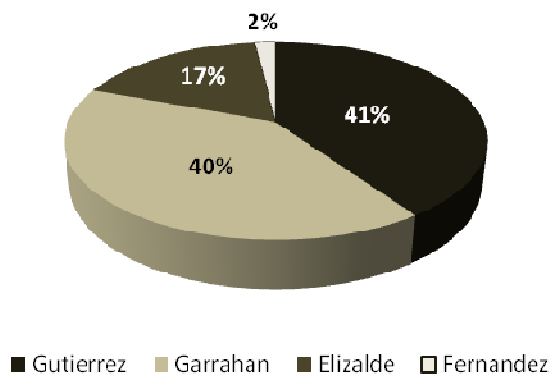
Gráfico N° 1
Parálisis Agudas Flácidas
Porcentaje de casos totales notificados según tipo de efector
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011. N=66



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En el año 2011 del total de las notificaciones efectuadas por el subsector público (52 casos), el 98 % fueron realizadas por los hospitales pediátricos de la Ciudad. (Grafico N°2)

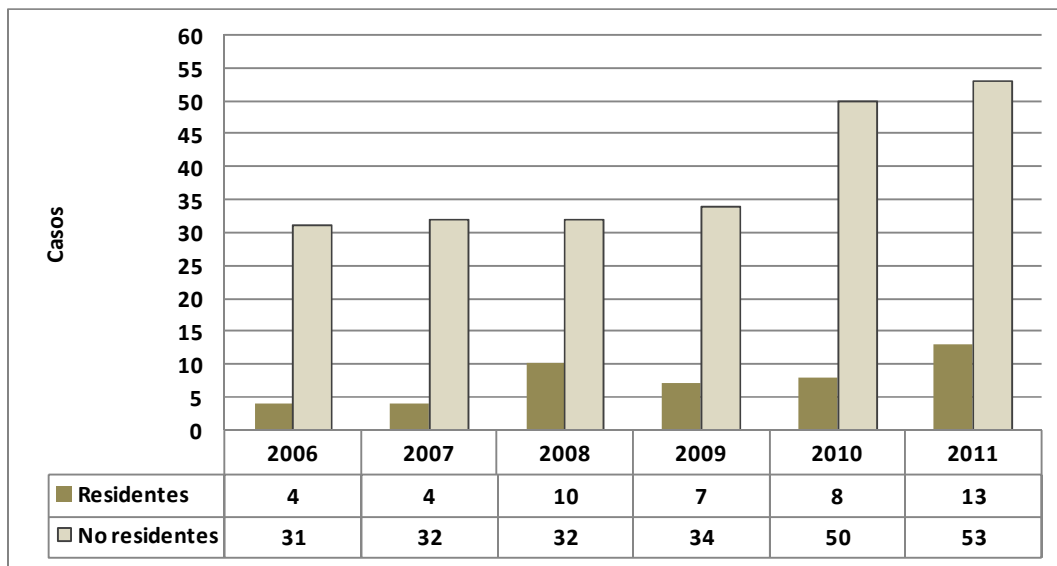
Gráfico N° 2
Parálisis Agudas Fláccidas
Porcentaje del total de casos notificados por efectores públicos
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011. N=52



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La serie histórica 2006-2011 mostró el predominio de notificaciones de no residentes asistidos en la Ciudad. (Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3
Parálisis Agudas Fláccidas (PAF).
Casos notificados según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires- Serie histórica 2006-2011.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

PAF en residentes de la Ciudad

El número de notificaciones se incrementó en residentes respecto del año anterior, permaneciendo estable la notificación de No residentes de la misma. (Tabla N° 2)

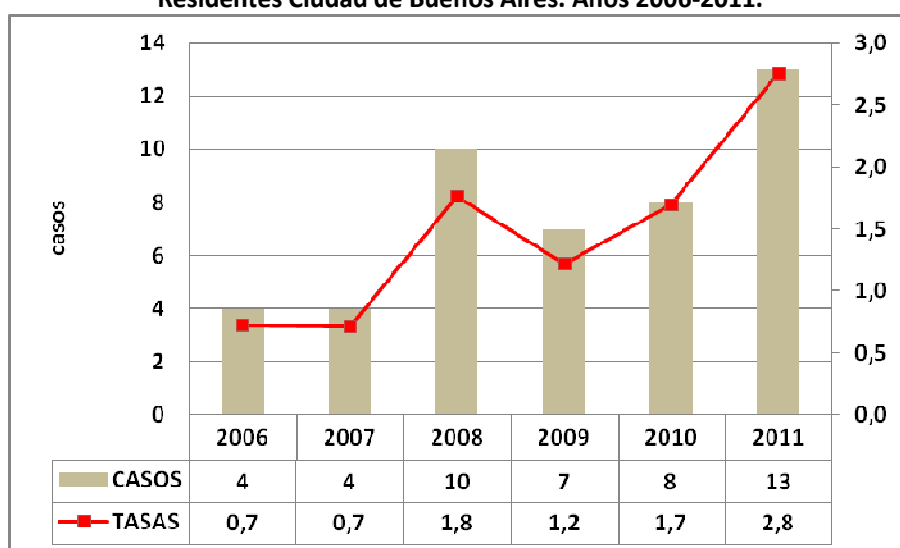
Tabla Nº 2
Parálisis Agudas Fláccidas
Total de casos sospechosos según cuatrisesmanas y lugar de residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2011

Cuatrisesmana	2010			2011		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	1	3	4	1	4	5
2	0	4	4	1	2	3
3	1	6	7	1	1	2
4	1	2	3	0	6	6
5	1	2	3	1	5	6
6	0	4	4	0	7	7
7	1	6	7	1	2	3
8	1	3	4	2	7	9
9	0	4	4	0	6	6
10	0	6	6	3	3	6
11	1	4	5	3	1	4
12	1	1	2	0	4	4
13	0	5	5	0	5	5
Total casos anuales	8	50	58	13	53	66

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2011 la tasa de notificación de parálisis agudas fláccidas, fue de 2.8 casos / 100.000 habitantes menores de 15 años, esta tasa es la mayor de la serie analizada y superó la tasa mínima esperada (1 caso/100.00 habitantes menores de 15 años), internacionalmente establecida. (Gráfico Nº 4)

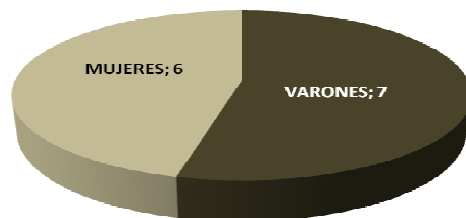
Gráfico Nº 4
Parálisis Agudas Fláccidas.
Casos y tasas de notificación por 100000 hab.
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Años 2006-2011.



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En cuanto a sexo no se presentaron diferencias (Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5.
Parálisis Agudas Flácidas.
Distribución de casos según género. Residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Teniendo en cuenta la distribución por comunas y regiones, no hubo diferencias significativas en la distribución de casos. (Tabla N° 3).

Tabla N° 3.
Parálisis Agudas Flácidas.
Distribución de los casos según comunas y regiones sanitarias
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

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

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

La distribución por edad, reveló que la tasa de notificación más elevada correspondió a los pacientes de 1 año. La mediana de edad fue de 2.5 años, con un rango entre 1 mes y 12 años. (Tabla N° 4)

Tabla Nº 4.
Parálisis Agudas flácidas.
Casos y tasa según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Edad en años	Casos	Tasa
< de 1 año	2	5,6
1	3	8,9
2 a 4	4	4,2
5 a 9	3	1,9
10 a 14	1	0,7
Total	13	2,8

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

- **Antecedentes inmunitarios:**
 - De los 13 pacientes residentes: 11 presentaron vacunación completa para edad, en un caso el dato se obtuvo por referencia familiar, sin certificación con carnet, dos tenían esquema con IPV: un paciente de 6 meses tenía dos dosis de IPV y otro de 3 años, 3 dosis de IPV más una de OPV.
- **Antecedente vaccinal 30 días previos al inicio de los síntomas:**
 - 1 paciente recibió OPV dentro de los 30 días del inicio del cuadro: paciente de 1 año 6 meses, 4ª dosis, sin inmunodeficiencia, con evolución a los 60 días sin paresia ni atrofia residual y resultado de materia fecal negativo.
- **Características inmunológicas:**
 - Un paciente presentó inmunodeficiencia (LLA), 9 años de edad. Con diagnóstico final de neurotoxicidad por metrotexato.
 - En dos casos el dato de inmunodeficiencia no fue obtenido.
- **Características clínicas:**

Los síntomas prodrómicos más frecuentemente hallados fueron: (Tabla Nº 5).

Tabla Nº 5
Parálisis agudas flácidas
Frecuencia de síntomas prodrómicos
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N=13

Síntomas iniciales	Si	No	Sin Datos
Fiebre	6	5	2
Respiratorios	6	5	2
Meníngeos	0	11	2
Digestivos	5	6	2
Mialgias	4	6	2

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

- ✓ Se comprobó el compromiso de pares craneales en 5 casos
- ✓ Requirieron ARM 2 casos.

En referencia al laboratorio:

- ✓ Se obtuvo LCR en 10 de los 13 casos, obteniéndose el dato de disociación albúmino-citológica en uno de ellos.
- ✓ Se logró la obtención de muestra de materia fecal en el 100% de los casos notificados superándose el valor del indicador internacionalmente estipulado (80%).
- ✓ El dato de fecha de toma de muestra de obtuvo en 12 de 13 casos, en 9 casos fue tomada dentro de los 14 días de iniciada la parálisis, en 3 casos el período varió entre 15 y 17 días.

Investigación en Terreno de los casos detectados:

Se logró realizar la misma en 10 de los 13 casos notificados en residentes, no fueron detectados otros casos entre los contactos. Entre los contactos relevados se hallaron 54 niños con vacunación completa y 17 con vacunación incompleta o no constatada por carnet.

Diagnóstico final:

- ✓ El diagnóstico más frecuente (3 casos) fue el Síndrome de Guillain Barré.
- ✓ Otros diagnósticos fueron: discitis, Botulismo del lactante, celiaquía con déficit vitamínico, enfermedad desmielinizante, secuela convulsiva, mononeuritis del ciático poplíteo externo, neurotoxicidad por metrotexato.

Monitoreo de la vigilancia: Para el monitoreo y evaluación de la calidad de la vigilancia se utilizan los siguientes indicadores. (Tabla N° 6)

Tabla N° 6.
Parálisis Agudas Flácidas.
Indicadores de Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2011.

Indicadores	Años										
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
N° de casos en residentes por año	6	7	5	4	5	4	4	10	7	8	13
Tasa de notificación de PAF en < 15 años (1/100.000)	1.2	1.4	1.1	0.8	1	0,7	0,7	1,7	1,2	1,7	2,8
% investigación dentro de las 48hs de la notificación	80	100	100	100	100	100	100	80	85,7	62.5	77
% de obtención de muestras dentro de los 14 días de inicio de la PAF	100	85	80	100	85	100	75	50	71,4	100	80,3
% de cobertura con 3 ^{ra} dosis en < 1 año ³	84.64	92	101.2	88,57	79,48	81,24	81,16	90,24	92,0	91	89,9
Notificación semanal negativa activa ⁴							100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

³ 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. Datos aportados por el Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires

⁴ Obligatoriedad de carga de notificación semanal negativa activa en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) a partir del año 2007.

Otros indicadores de la Vigilancia:

- Recepción de fichas epidemiológicas. Denominador: total de casos asistidos en la Ciudad. Fueron recibidas el 95,5 % de las fichas al alta del paciente.
- Demora en la notificación de casos: Denominador: total de casos asistidos en la Ciudad. Valor esperado 80% dentro de las 72 hs de la asistencia del caso. El 98% de los casos fueron notificados adecuadamente.

Conclusiones:

El subsector público a través de sus hospitales pediátricos es el que aportó el mayor número de notificaciones.

No se detectaron en la Ciudad casos de poliomielitis por poliovirus Sabin derivados (VDPV), ni poliomielitis paralítica asociada a vacuna (VAPP).

La tasa de notificación en el año 2011 superó el mínimo establecido.

En 10 de los 13 casos la notificación se realizó en tiempo adecuado.

La obtención de muestra de materia fecal se realizó en 100% de los casos en residentes.

Se recibieron el 100% de fichas epidemiológicas, pero en algunos casos la calidad de los datos no fue óptima.

La calidad de los datos en los estudios epidemiológicos en terreno no alcanzaron los estándares establecidos.

La cobertura con 3^{ra} dosis de vacuna no alcanzó el 95%.

Sugerencias:

Estimular la notificación de cada caso de parálisis aguda flácida que se asista, fundamentalmente a nivel del subsector privado y de obras sociales.

Agilizar y mejorar el intercambio de datos entre los sectores implicados en la vigilancia.

Fortificar las investigaciones en terreno, de manera que estas se puedan realizar en forma completa y oportuna.

Reforzar la realización de la evaluación de los 60 días en forma directa, sin que tenga que mediar el envío desde el nivel central de nuevo estudio de foco.

Mejorar la retroalimentación de la información desde el nivel central a los efectores implicados en las tareas de vigilancia.

Realizar en terreno monitoreos sistemáticos, para evaluación de las actividades de vigilancia y reforzar las coberturas vacunales.

SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBEOLA CONGENITA

Dra. Monica Valenzuela

La Región de las Américas se encuentra en proceso de certificar la eliminación de casos endémicos del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC).

Desde el año 2009 se evidenció la reemergencia del sarampión en la Región Europea. La epidemia de sarampión en Europa continuó en el año 2011, presentándose además casos confirmados en otras regiones de la OMS.

En la región de las Américas fueron confirmados, al 31 de diciembre de 2011, 1310 casos de Sarampión y 7 casos de rubéola.

Argentina durante el corriente año ha registrado 2 brotes de sarampión (uno importado y otro relacionado con importación) con tres personas afectadas. Se identificó el genotipo D4.

También se notificó un caso importado de rubéola en un niño proveniente de China.

Ante el riesgo permanente de importación del virus del sarampión, es necesario mantener un alto grado de alerta e intensificar las acciones de vigilancia de las Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE), y alcanzar coberturas de vacunación adecuadas (>95%), cumplimentado el programa regular de inmunizaciones y participando de las campañas que se realicen.

Vigilancia del Sarampión, Rubéola y Síndrome de Rubeola Congénita

Teniendo en cuenta las definiciones de casos sospechosos de Sarampión- Rubéola y SRC,

- 1- Sarampión- Rubéola: Paciente de cualquier edad que presente **Fiebre y Erupción** o 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)

Se deberá:

1. Notificar el caso al Servicio de Promoción y Protección del Hospital correspondiente; al referente epidemiológico local, o al Dpto. de Epidemiología dentro de las 24hs. de asistido
2. Remitir muestras para serología y estudio virológico. Laboratorio de Virología del Htal. Gutiérrez: TE 4964-3118.
3. Registrar con datos de nombre y apellido, edad y domicilio completo en SNVS Integrada Sarampión-Rubeola del caso.
4. Efectuar las acciones de control de contactos dentro de las 48hs. de notificado el caso, sin esperar los resultados de laboratorio y elevar el informe correspondiente.

Vigilancia de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)

Durante el año 2011 fueron notificados por efectores públicos y privados de la Ciudad 95 casos de Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE), de los cuales 55 casos (58%) correspondieron a residentes de la ciudad y 40 (42%) a no residentes. La participación del número de efectores públicos fue un 35% menor que el año anterior, los hospitales Elizalde, Piñero, Vélez Sarsfield y Gutiérrez fueron los que efectuaron el mayor número de notificaciones. El sector privado y de OOSS realizó un aporte en las notificaciones menor que el año 2010. Todos los subsectores reportaron mayor número de casos sospechosos en residentes. (Tabla Nº 1)

Tabla Nº 1
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos notificados según efector y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011.

Efector notificador	Residentes	No residentes	Total
Privados	23	10	33
Elizalde	3	11	14
Piñero	10	3	13
Vélez Sarsfield	5	4	9
Gutiérrez	3	4	7
Santojanni	1	3	4
Pcia Bs As	3	0	3
Fernández	3	0	3
Zubizarreta	0	2	2
Ramos Mejía	1	1	2
Durand	1	1	2
Tornú	1	0	1
Pirovano	1	0	1
Pcia de Santa Fé	0	1	1
Total	55	40	95

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Discriminando los efectores privados involucrados en la notificación se evidenció el descenso en el número de notificadores, con 14 efectores que aportaron 33 casos (34.7 % de las notificaciones). (Tabla Nº2)

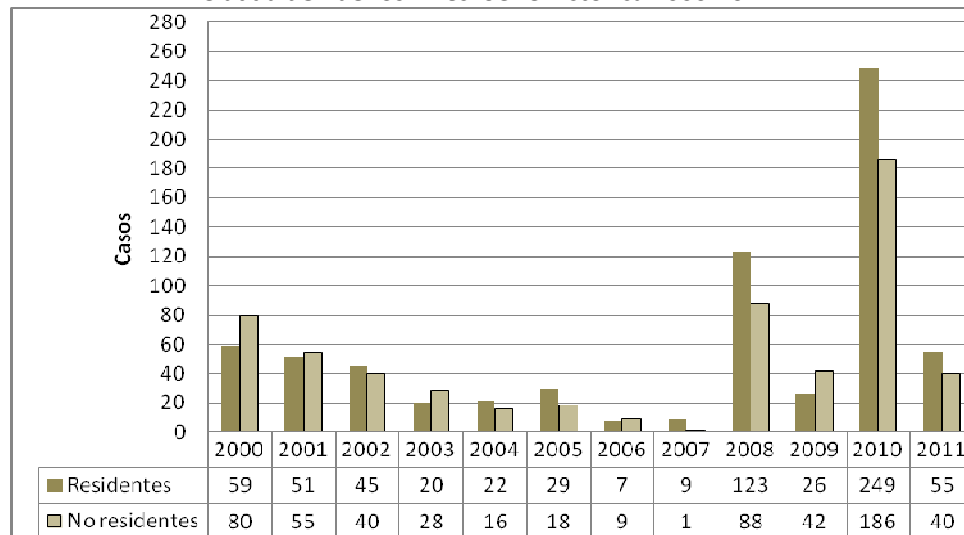
Tabla Nº 2
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos notificados por efectores privados según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires- Año 2011

Efector	Residentes	No residentes	Total
Güemes	3	4	7
FUNCEI	1	0	1
Italiano	9	0	9
IADT	1	0	1
San Camilo	1	0	1
CEMIC	0	1	1
Franchin	0	2	2
OSPLAD consult.	1	1	2
Santa Isabel	1	0	1
Consultorio privado	1	0	1
Mitre	1	0	1
Naval	0	1	1
Churruca	0	1	1
Alemán	4	0	4
Total	23	10	33

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el año 2011 se observó un descenso en las notificaciones en residentes y no residentes de la Ciudad. Los casos notificados en residentes superaron a los no residentes. (Grafico Nº 1)

Grafico Nº 1
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Total de casos sospechosos notificados según lugar de residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2000-2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos totales por cuatrisesmanas epidemiológicas del año 2011 evidenciaron un descenso en la notificación respecto al año anterior, con un incremento relativo en la cuatrisesmana 12 (06-11/2011 al 03-12-2011) en residentes. (Tabla Nº 3)

Tabla Nº 3
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2011

Cuatrisesmana	2010*			2011		
	Residentes	No residentes	Total 2010	Residentes	No residentes	Total 2011
1	1	2	3	3	4	7
2	0	1	1	3	7	10
3	1	0	1	3	3	6
4	0	0	0	2	5	7
5	2	1	3	5	1	6
6	1	0	1	4	2	6
7	1	2	3	5	3	8
8	3	4	7	4	4	8
9	122	97	219	4	4	8
10	81	51	132	2	1	3
11	27	19	46	3	2	5
12	9	8	17	13	1	14
13	1	1	2	4	3	7
Total Anual	249	186	435	55	40	95

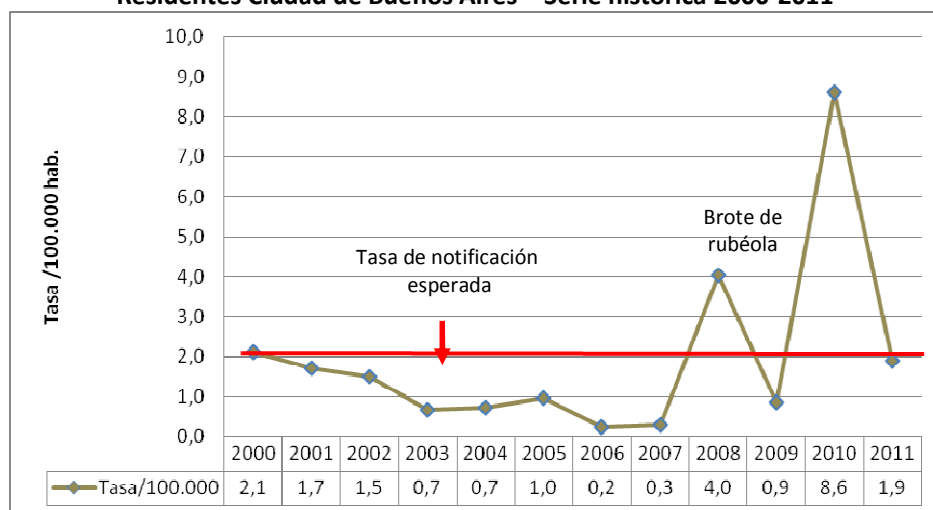
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

*3 casos sin datos de residencia

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. La tasa global de la Ciudad en el año 2011 fue de 1,9 casos/100.000 habitantes. En la serie analizada se alcanzó la tasa establecida internacionalmente (2 casos/100.000hab.) en los años 2000-2008 y 2010, en este último año el pico de las notificaciones de casos sospechosos, se produjo como respuesta del sistema de salud de la ciudad frente al brote de sarampión que ocurrió en la provincia de Buenos Aires. (Gráfico N° 2)

Gráfico N° 2
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Tasa anual de notificación.
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 2000-2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución de notificación según grupos de edad mostró tasas de notificación más elevadas hasta los 4 años de edad con predominio en el grupo de 1 año. (Tabla N° 4)

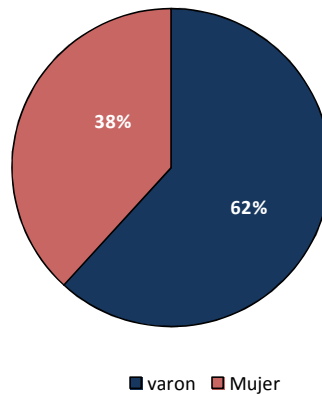
Tabla N° 4
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos y tasa de notificación según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

Edad en años	Casos	Tasa
< de 1	7	19,6
1	10	29,6
2 a 4	13	13,5
5 a 9	8	5,1
10 a 14	6	4,0
15 a 24	5	1,3
25 a 34	3	0,6
35 a 44	2	0,5
45 a 64	0	0,0
65 y más	0	0,0
Total Ciudad	54⁵	1,9

⁵ 1 caso sin dato de edad.

El 62% de los casos sospechosos notificados correspondieron a varones. (Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos según género
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011
N=55



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución por zonas de la Ciudad y áreas programáticas hospitalarias, mostró que la zona sur de la ciudad registró la tasa más alta de notificación; sin embargo no hay diferencias substanciales entre las diferentes zonas. El área programática del Hospital Piñero presentó la mayor tasa de casos sospechosos notificados. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos y tasa de notificación según Área Programática de residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

Hospital	N° de casos	Tasa
Zubizarreta	2	1,9
Pirovano	6	1,5
Tornú	0	0,0
Fernandez	8	1,9
Subtotal Norte	16	1,6
Velez	3	2,2
Alvarez	2	1,0
Durand	6	1,9
R. Mejía	6	2,0
Subtotal Centro	17	1,8
Santojanni	5	2,3
Piñero	13	4,3
Penna	2	1,3
Argerich	2	1,4
Subtotal Sur	22	2,7
Total Ciudad	55	1,9

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La Región sanitaria 2 y la comuna 9 de dicha región, son las que presentaron las mayores tasas de notificación de casos sospechosos. (Tabla Nº 5)

Tabla Nº 5
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos y tasa de notificación según comunas y regiones sanitarias
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

Region Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	2	1,0
	3	3	1,6
	4	3	1,4
	Total Región 1	8	1,3
Región 2	7	6	2,7
	8	5	2,7
	9	7	4,3
	Total Región 2	18	3,2
Región 3	5	5	2,8
	6	2	1,1
	10	3	1,8
	11	3	1,6
	15	2	1,1
	Total Región 3	15	1,7
Región 4	2	5	3,2
	13	3	1,3
	14	4	1,8
	12	2	1,0
	Total Región 4	14	1,7
Total Ciudad		55	1,9

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Con respecto al antecedente inmunitario: 35 casos (63.6%) tenía antecedente vacunal, en 22% de los casos no se logró obtener el dato. (Tabla Nº 6)

Tabla Nº 6
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos según antecedente inmunitario
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

Con vacuna	35	Completas	30
		Incompletas	2
		Sin dato de Nº de dosis	3
Sin vacuna	8	No corresponde por edad	6
		No vacunado	2
Sin datos	12		12
Total	55		55

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

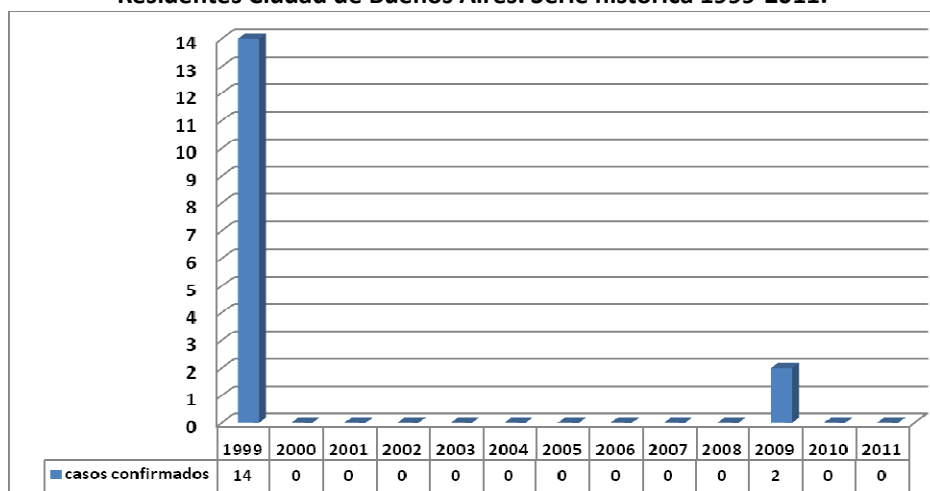
Evaluación de contactos en residentes

Fueron recibidas 46 investigaciones epidemiológicas en terreno (84%) con 488 contactos evaluados, no detectándose otros casos.

Sarampión confirmado en residentes

En el año 2011 no se notificaron casos confirmados en residentes de la Ciudad. La Ciudad no presenta casos endémicos desde el año 1999. (Gráfico Nº 3)

Gráfico Nº 3
Sarampión
Casos confirmados según año de notificación
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 1999-2011.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Caso importado de Sarampión

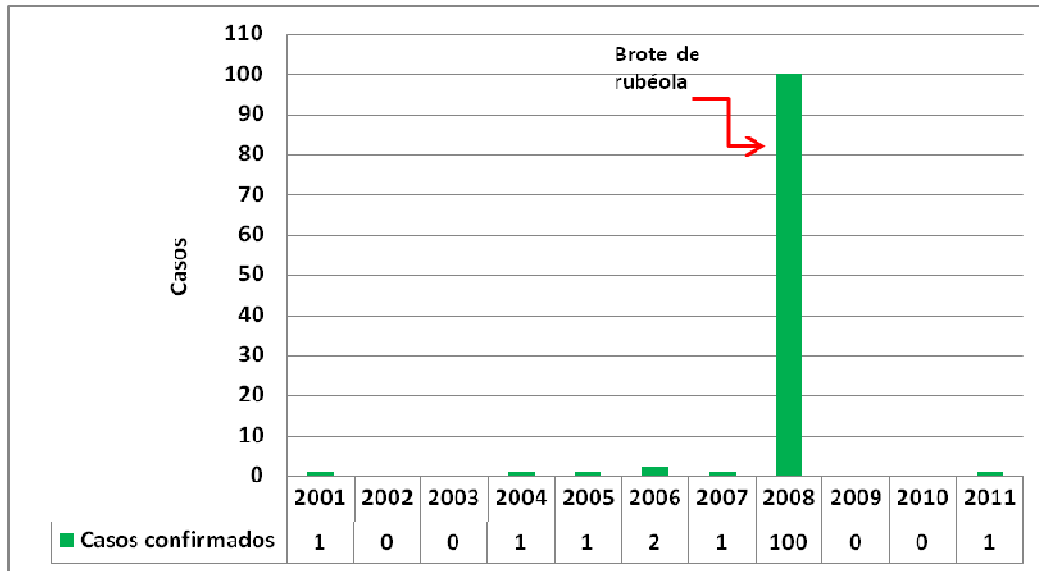
Fue notificado en marzo del 2011, un caso de sarampión positivo en una paciente de 1 año de edad, no vacunada proveniente de Italia, en tránsito por la Ciudad de Buenos Aires. La paciente desde su ingreso al país se dirigió a Venado Tuerto, provincia de Santa Fe y regresó a Ciudad de Buenos Aires alojándose en un hotel céntrico. Presentó como signos clínicos: fiebre, exantema, catarro nasal y bronquial y conjuntivitis. Las determinaciones de laboratorio IgM y PCR para sarampión fueron positivos, y fue identificado el genotipo D4.

Se realizó la investigación epidemiológica en ambas provincias. En la Ciudad fueron detectados 33 contactos que recibieron vacunación de bloqueo. Se realizó seguimiento durante 30 días no hallándose casos secundarios. El caso se clasificó como sarampión importado confirmado por laboratorio y nexa epidemiológico (hermanos residentes en Italia con diagnóstico de sarampión).

Rubéola

Se confirmó en el mes de mayo del año 2011 un caso de rubéola en la Ciudad en un niño de 5 años de edad, proveniente de China, residente en la comuna 2 región sanitaria 4 de nuestra Ciudad. Se evaluaron 7 contactos que recibieron vacunación de bloqueo. En el seguimiento no se encontraron casos secundarios. (Gráfico Nº 4)

Gráfico N° 4
Rubéola
Casos confirmados según año de notificación
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2001-2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Síndrome de Rubéola Congénita (SRC):

No se detectaron casos confirmados de SRC en residentes.

Fue notificado un caso sospechoso de Síndrome de Rubéola Congénita en residente de la comuna 5 (región sanitaria 3 de la Ciudad). Se trató de una paciente de sexo femenino de 10 días de vida, que presentó como clínica retraso madurativo. La madre manifestó exantema durante el embarazo; tenía antecedente de vacunación con componente rubéola en el año 2008. El caso fue descartado por el Laboratorio Nacional de Referencia Carlos G. Malbrán.

Indicadores del Programa de Vigilancia de Sarampión – Rubéola

En el año 2011, de los cinco indicadores analizados se alcanzó la meta en cuatro de ellos. Las dificultades para la meta en el porcentaje de casos descartados de Rubéola por laboratorio, se debió a diferentes factores, entre ellos: dificultad para la obtención de una segunda muestra, falta de reactivos de laboratorio para determinaciones de rubéola, muestra insuficiente. (Tabla N° 7).

Tabla Nº 7
Sarampión - Rubéola
Indicadores del Programa de Vigilancia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

INDICADORES Sarampión - Rubéola	n	%
% casos con visita domiciliaria oportuna Denominador: casos sospechosos en residentes (meta>=80%)	46	84
% casos con muestras de sangre Denominador = total casos notificados (meta>=80%)	86	90.5
% de muestras de sangre que llegan al laboratorio dentro de los 5 días. Denominador = total casos con muestra (meta>=80%)	76	86.3
% de casos descartados de sarampión por laboratorio Denominador = total casos con muestras (meta>=95%)	83	96.5
% de casos descartados de rubéola por laboratorio Denominador = total casos con muestras (meta>=95%)	78	90.6
Total de casos sospechosos en Residentes	55	
TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS	95	

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Conclusiones:

La notificación de casos totales sospechosos disminuyó en el año analizado.

La tasa de notificación no alcanzó el valor internacionalmente establecido.

Las notificaciones en varones predominaron sobre las mujeres.

Las tasas más elevadas de notificación ocurrieron en pacientes en edad pediátrica. Grupos de menores de 1 año, 1 año, y de 2 a 4 años.

No se presentaron casos confirmados de Sarampión en residentes.

Se notificó un caso sospechoso en un paciente proveniente de China, al que se diagnosticó rubéola confirmada por laboratorio clasificándose el caso como importado. No se detectaron otros casos secundarios.

Fue notificado un caso sospechoso de Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en una residente de la Ciudad que fue descartado por el laboratorio.

Líneas de trabajo a continuar:

Se debe tener en cuenta que si bien el Sarampión y Rubéola se encuentran en fase de eliminación en las Américas, numerosos países de Europa, África, Asia y América presentan casos confirmados; por lo tanto se deben renovar esfuerzos para impedir la reintroducción del virus en nuestro país. Para ello se recuerda:

- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación de 95% o mayores.

- Fortalecer la notificación inmediata de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) y de los cuadros clínicos compatibles con Síndrome de Rubéola Congénita (SRC) en efectores de la Ciudad públicos y privados
- Estimular la toma de muestra frente a toda enfermedad febril eruptiva y SRC.
- Optimizar la derivación de las muestras a los laboratorios de referencia.
- Realizar y mejorar la investigación epidemiológica en terreno de manera exhaustiva para así poder detectar la fuente de infección, los casos secundarios, completar esquemas de vacunación, e impartir las medidas de prevención y control que impidan la transmisión secundaria y por ende la aparición de un brote.

La vigilancia individualizada y oportuna de todos los tipos de meningitis permite: conocer su distribución en la comunidad, detectar epidemias, intervenir eficaz y adecuadamente en casos individuales o en los brotes y realizar las medidas de prevención y control sobre las personas o el medio. Además proporciona información sobre los agentes causales predominantes, lo que permitiría eventualmente evaluar la implementación de nuevas medidas de prevención y control. (Ej: Incorporación de nuevas vacunas).

La vigilancia epidemiológica de las meningoencefalitis comprende:

- 1- Notificación inmediata con adelanto telefónico, fax o mail, y envío de ficha epidemiológica completa al alta del paciente.
- 2- Medidas sobre el paciente: toma de muestra, derivación de la misma para tipificación de germen, tratamiento adecuado, medidas de sostén, aislamiento.
- 3- Medidas sobre la comunidad, Investigación epidemiológica en terreno para:
 - Evaluar la presencia de otros casos sospechosos y/o confirmados.
 - Instrumentar la profilaxis antibiótica si corresponde por etiología.
 - Impartir las medidas generales de prevención y control que correspondan.
 - Evaluar la aparición de casos secundarios a través de mantener la comunicación con los contactos del paciente.

Vigilancia de meningoencefalitis en la Ciudad de Buenos Aires

Durante el año 2011, fueron notificados por efectores públicos y privados de la ciudad, 400 casos de meningoencefalitis, de los cuales 175 (43,8%) correspondieron a residentes de la Ciudad, 224 (56 %) a no residentes y en 1 caso (0,2 %) no se obtuvo datos de residencia. (Tabla Nº 1)

Tabla Nº 1
Meningoencefalitis
Casos totales notificados según efector y residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

HOSPITAL	Residentes	No residentes	Total
Privados	65	36	101
Elizalde	13	56	69
Garrahan	7	38	45
Gutierrez	14	35	49
Muñiz	11	20	31
Piñero	15	5	20
Santojanni	15	16	31
Ramos Mejía	4	3	7
Durand	5	0	5
Pirovano	6	0	6
Alvarez	1	0	1
Penna	3	10	13
Velez	3	1	4
Zubizarreta	0	1	1
Argerich	7	1	8
Sardá	1	1	2
Pcia y otros	1	0	1
Fernandez	2	0	2

Rivadavia	1	0	1
Tornú	1	1	2
Total	175	224	399

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

Los efectores privados presentaron un ascenso paulatino en la notificación. Contribuyeron en el año 2011, 29 efectores con 101 casos notificados. (Tabla Nº 2)

Tabla 2
Meningoencefalitis
Casos notificados según efector privado y de OOSS
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

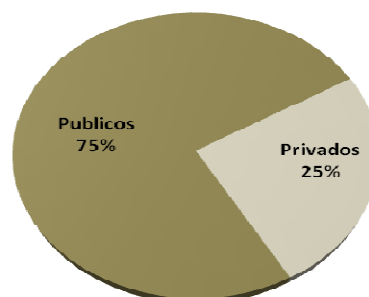
Efector	Casos	Efector	Casos	Total
Mater Dei	14	Suizo	2	16
Italiano	10	Militar central	2	12
Trinidad	9	Fundacion Hospitalaria	2	11
Anchorena	8	CEMIC	2	10
IADT	8	Santa Isabel	1	9
FLENI	5	Naval	1	6
Español	5	Julio Mendez	1	6
Guemes	5	franchin	1	6
Británico	4	Churruca	1	5
OSPLAD	3	Franchín	1	4
Mitre	3	Sagrado corazón	1	4
Los Arcos	3	Sagrada familia	1	4
Htal. Clínicas	3	Climedica	1	4
Alemán	3	Centro Gallego	1	4
Total	83		18	101

Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

* Dos casos sin datos del efector notificador

La notificación por parte de efectores públicos fue de 299 casos (75 %) y por efectores privados o de la seguridad social 101 casos (25 %). (Gráfico Nº 1)

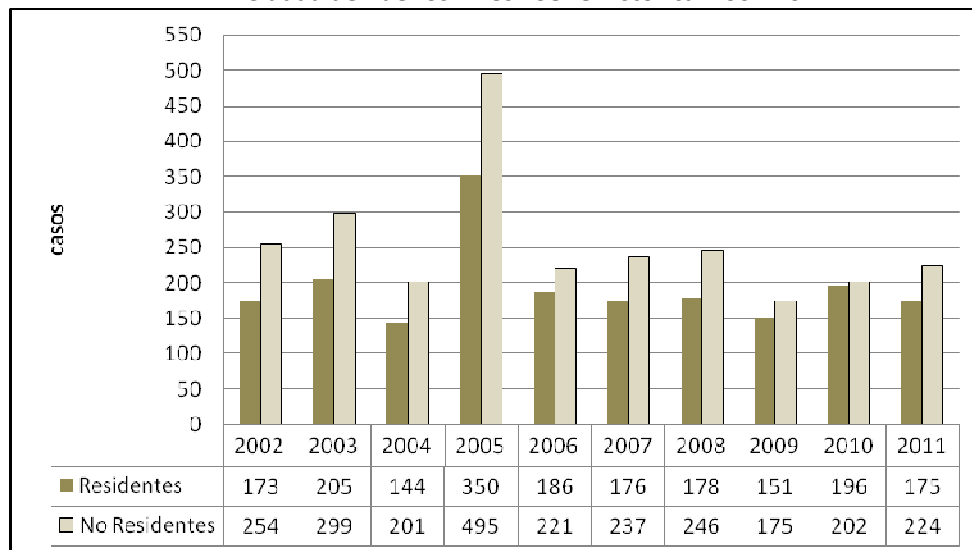
Gráfico Nº 1
Meningoencefalitis
Porcentaje de casos totales notificados según efector.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N= 400



Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud GCBA

La serie histórica 2002-2011 mostró que las notificaciones de casos de no residentes superan en todos los años a las de residentes de la Ciudad. El número de casos notificados en residentes presentó un leve descenso respecto del año anterior. (Gráfico N° 2).

Gráfico N°2
Meningoencefalitis
Total de casos notificados según lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires - Serie histórica 2002-2011-

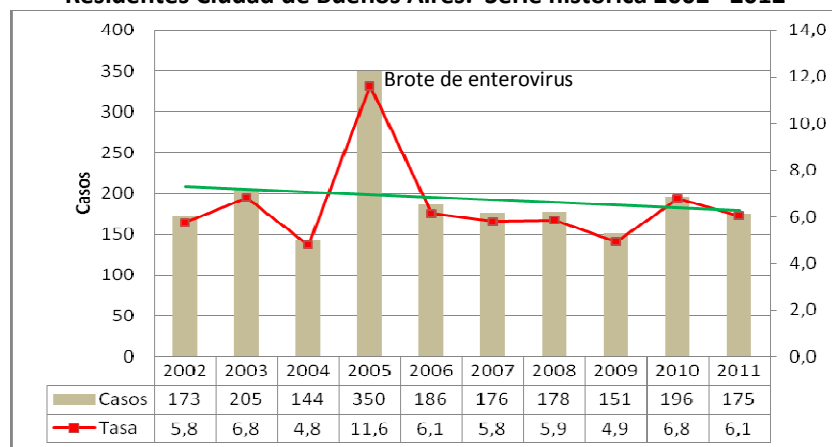


Fuente: Dpto. de Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Meningoencefalitis en residentes de la Ciudad

En residentes de la Ciudad el valor del índice epidémico para el año 2011 fue de 1.01 hallándose dentro de los valores esperados⁶ y la tasa de notificación de 6.1 casos por 100.000 habitantes, siendo semejante al año anterior. La línea de tendencia de casos notificados mostró un trazado ligeramente descendente en la serie analizada. (Gráfico N° 3)

Gráfico N° 3
Meningoencefalitis
N° de casos y tasa de notificación por 100.000 hab.
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2002– 2012



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

⁶ Valor del índice epidémico 0.8 a 1.2

De los datos consignados según cuatrisesmanas epidemiológicas las que evidencian mayor número de notificaciones en residentes fueron las 5, 6, 8 y 12 en el año analizado. (Tabla Nº 3)

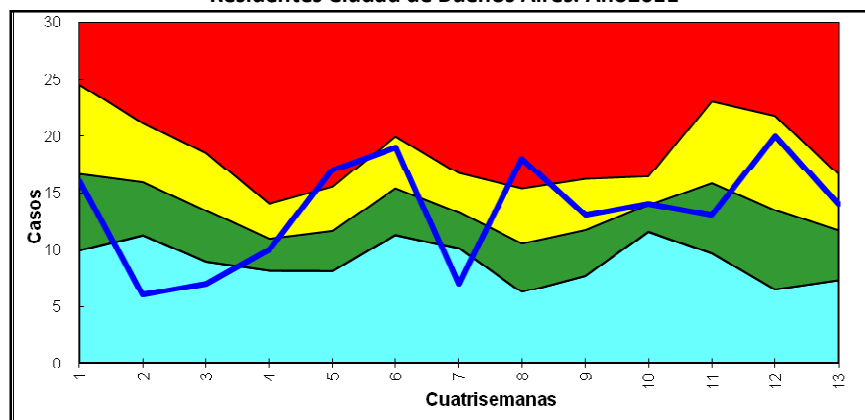
Tabla Nº 3
Meningoencefalitis
Casos notificados según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2011

Cuatrisesmanas Epidemiológicas	Año 2010			Año 2011		
	Residentes	No residentes	Total año 2010*	Residentes	No residentes	Total año 2011**
1	11	26	37	16	16	32
2	17	19	36	6	10	16
3	22	15	37	8	11	19
4	16	15	31	10	17	27
5	16	10	26	17	14	31
6	15	12	27	19	16	35
7	17	17	34	7	8	15
8	16	7	23	18	15	33
9	20	20	40	13	19	32
10	16	14	30	14	21	35
11	12	17	29	13	25	38
12	6	16	22	20	29	49
13	12	14	26	14	23	37
Total Anual	196	202	398	175	224	399

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.
 *2010 dos casos sin datos de residencia **2011 un caso sin datos de residencia

La curva de casos totales del corredor endémico cuatrisesmanal, reveló un patrón irregular respecto del patrón histórico, pero se mantuvo en las zonas de seguridad y alarma con dos pequeños picos en las cuatrisesmanas 5 y 8 que se correspondieron con un incremento de las meningoencefalitis de etiología bacteriana en dicho período. (Gráfico Nº 4)

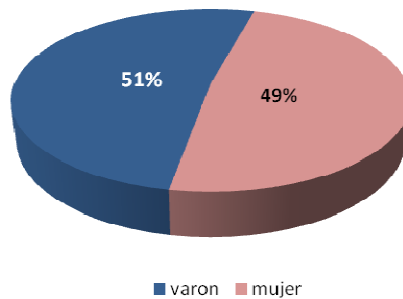
Gráfico Nº 4
Meningoencefalitis
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año2011



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Se observó en el año 2011 un ligero predominio de varones lo que se corresponde con la tendencia histórica. (Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5
Meningoencefalitis
Porcentaje de casos notificados según género en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011
N= 175



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

La tasa global ciudad fue de 6.1 casos/100000 habitantes. El grupo de menores de 1 año presentó la tasa más elevada con marcada diferencia respecto de los otros grupos, lo que también coincide con la tendencia histórica. (Tabla N° 4)

Tabla N°4
Meningoencefalitis
Casos y tasas según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Grupos de edad	Casos	Tasas
< DE 1	56	157,1
1 año	6	17,8
2 a 4	21	21,8
5 a 9	23	14,7
10 a 14	12	8,0
15 a 24	12	3,0
25 a 34	12	2,4
35 a 44	12	3,0
45 a 64	15	2,3
65 y más	6	1,3
Total	175	6,1

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

El análisis de las notificaciones según Áreas programáticas de residencia de los pacientes mostró que las Áreas hospitalarias, Argerich, Piñero, Penna y Santojanni fueron las más afectadas; todas ellas correspondientes al sector sur de la Ciudad. (Tabla N° 5)

Analizando el número de notificaciones según comunas y Regiones Sanitarias (RS) de la ciudad, se evidenció que las regiones 1 y 2 y las comunas 4 (RS 1) y 8 (RS 2) fueron las que presentaron las tasas más elevadas. (Tabla N° 6)

Tabla N°5
Meningoencefalitis
Casos y tasas según Areas Programáticas
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

AP	N° de casos	Tasa
Zubizarreta	3	2,9
Pirovano	17	4,3
Tornú	6	6,1
Fernandez	21	5,1
Subtotal Norte	47	4,7
Velez	6	4,3
Alvarez	5	2,5
Durand	16	4,9
R. Mejía	14	4,8
Subtotal Centro	41	4,3
Santojanni	19	8,9
Piñero	32	10,5
Penna	15	9,5
Argerich	17	12,2
Subtotal Sur	83	10,2
Total Ciudad *	171	6,1

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

* Cuatro casos con domicilio no hallado o pacientes en situación de calle

Tabla N°6
Meningoencefalitis
Casos y tasas según comunas y Regiones Sanitarias
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Región Sanitaria	Comunas	Casos	Tasas
Región 1	1	13	6,3
	3	10	5,3
	4	26	11,9
	Total Región 1	49	8,0
Región 2	7	15	6,8
	8	23	12,3
	9	14	8,7
	Total Región 2	52	9,1
Región 3	5	9	5,0
	6	10	5,7
	10	5	3,0
	11	6	3,2
	15	8	4,4
	Total Región 3	38	4,3
Región 4	2	7	4,4
	13	10	4,3
	14	6	2,7
	12	9	4,5
	Total Región 4	32	3,9
Ciudad de Bs. As.*		171	5,9

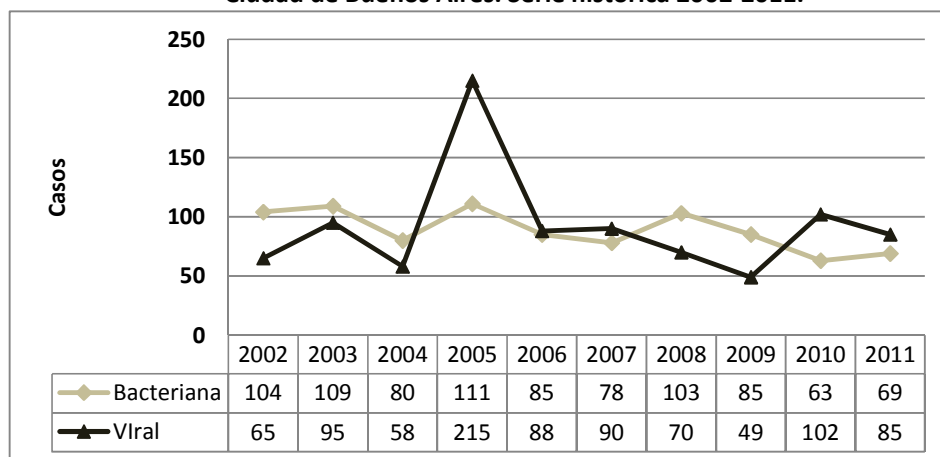
Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

* Cuatro casos con domicilio no hallado o pacientes en situación de calle

Distribución según diagnóstico principal

Las meningocelalitis virales presentaron una tendencia ascendente hasta el año 2007, en los años 2008 y 2009 son superadas por las bacterianas, predominando nuevamente en los dos últimos años analizados. En el año 2005 se observó un pico que correspondió al brote de enterovirus que afectó a la Ciudad. (Gráfico N° 6)

Gráfico N° 6 - Meningocelalitis.
Casos según diagnóstico principal en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2002-2011.



Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA.

Meningocelalitis bacterianas

La tasa global Ciudad de meningocelalitis bacterianas fue de 2.4 casos/100.000 habitantes. La mayor tasa correspondió a los menores de 1 año y los gérmenes más frecuentemente implicados fueron *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus neumoniae* y bacterianas sin rescate de germen. (Tabla N° 7)

En cuanto a las meningocelalitis y otras enfermedades invasivas por meningococo, 5 de los 27 casos correspondieron a enfermedades invasivas sin meningitis (meningococcemia sin meningitis, sepsis y bacteriemia), con rango de edad entre 0 y 48 años. De las meningocelalitis causadas por otras bacterias se detectaron, *Listeria monocytogenes* y enterobacterias

Tabla N°7
Meningocelalitis y otras enfermedades invasivas bacterianas.
Casos y tasas según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Grupo de edad	Meningocelalitis por Hib		Meningocelalitis y otras enfermedades invasivas por meningococo		Neumococo		TBC		Bact/sin rescate		Otras bacterianas		Total Bacterianas	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	0	0,0	8	19,5	7	17,1	0	0,0	5	12,2	0	0,0	20	48,7
1	0	0,0	4	9,8	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5	6	14,7

2 a 4	0	0,0	1	0,8	1	0,8	0	0,0	3	2,5	0	0,0	5	4,2
5 a 9	0	0,0	4	2,2	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	5	2,7
10 a 14	0	0,0	1	0,6	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,1
15 a 24	0	0,0	4	1,0	1	0,3	1	0,3	0	0,0	0	0,0	6	1,5
25 a 34	0	0,0	1	0,2	3	0,6	0	0,0	1	0,2	0	0,0	5	1,0
35 a 44	0	0,0	1	0,2	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,5	9	2,2
45 a 64	0	0,0	2	0,3	8	1,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	11	1,6
65 y más	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4	1	0,2	5	1,0
Total	0	0,0	27	0,9	25	0,8	4	0,1	14	0,5	4	0,1	74	2,4

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Meningoencefalitis virales

La tasa global Ciudad para las meningoencefalitis virales fue de 2,8 casos/100.000 habitantes. Los más afectados fueron los menores de un año con tasa de 73,1/100.000. La mayor tasa de notificación correspondió a las meningoencefalitis virales sin identificar agente seguidas por las causadas por enterovirus. Este germen fue identificado en pacientes hasta 44 años de edad. De las meningoencefalitis causadas por otros virus fueron identificados, herpes simple, herpes 6, rotavirus y varicela. (Tabla Nº 8).

Tabla Nº 8
Meningoencefalitis virales
Casos y tasas según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

	Enterovirus		Otros virus		Virales sin identificar agente		Total Virales	
Grupos de edad	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1	15	36,6	1	2,4	14	34,1	30	73,1
1	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
2 a 4	3	2,5	0	0,0	10	8,4	13	10,9
5 a 9	7	3,8	1	0,5	7	3,8	15	8,1
10 a 14	2	1,1	2	1,1	4	2,3	8	4,6
15 a 24	1	0,3	2	0,5	3	0,8	6	1,5
25 a 34	1	0,2	0	0,0	5	1,0	6	1,2
35 a 44	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2
45 a 64	0	0,0	0	0,0	4	0,6	4	0,6
65 y mas	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2
Total	29	1,0	8	0,3	48	1,6	85	2,8

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Evolución

Se obtuvo el dato de evolución en 121 casos (69 %); de estos el 77 % evolucionó favorablemente y sin secuelas. (Tabla Nº 9)

Tabla N° 9
Meningoencefalitis
Casos y porcentaje según evolución
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Evolución	Frecuencia	%
Alta Sin Secuelas	93	53,1
Alta Con Secuelas	7	4,0
Defunción	18	10,3
Perdido o Derivado	3	1,7
Si datos de evolución	54	30,9
Total	175	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

La tasa de letalidad fue de 10,3% con rango de edad entre los 5 meses y 72 años. En 17 de los 18 decesos, la etiología fue bacteriana, detectándose los siguientes gérmenes: neumococo (9 casos), meningococo (4 casos), tuberculosis (2 casos), Shigella (1 caso), meningoencefalitis bacteriana sin rescate (1 caso).

Evaluación de la vigilancia

Se toman como indicadores de la calidad de la vigilancia:

a- 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 período analizado se cumplió dicho indicador. (Tabla N° 10)

Tabla N° 10
Meningoencefalitis
Recepción de fichas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Fichas Epidemiológicas	N°	Porcentaje
Recibidas completas	321	80,3
No Recibidas	79	19,8
Total	400	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

b- Recepción de estudios de investigación de casos en terreno.

Se considera adecuada la recepción del 80% de los estudios de foco 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 2011 se recibieron en forma completa el 53.1% de las investigaciones. En el 5.7% de los casos el domicilio fue equivocado o bien la notificación del caso muy tardía. (Tabla N° 11)

Tabla N° 11

Meningoencefalitis.
Recepción de la investigación epidemiológica en terreno
Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Estudio de Foco	N°	Porcentaje
Completo	93	53,1
Incompleto	32	18,3
No recibido	40	22,9
No corresponde	10	5,7
Total	175	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

c- 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 en la ciudad. Valor aceptado=80%. El 68.5% de los casos se recibieron dentro de las 72 horas de asistido el paciente. (Tabla N° 12)

Tabla N° 12
Meningoencefalitis
Demora en la notificación del caso
Residentes y no residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2011

Demora notificación	Casos	Porcentaje
Hasta las 72 horas	274	68,5
Del 4º al 7º día	65	16,3
Mayor de 7 días	56	14,0
Sin datos	5	1,3
Total	400	100,0

Fuente. Dpto. de Epidemiología. Ministerio Salud GCBA

Conclusiones

- El número total de notificaciones no presentó diferencias respecto del año anterior y se halló dentro de los valores esperados.
- La notificación de no residentes de la Ciudad superó a la de residentes.
- Los efectores públicos notificaron el mayor número de casos y asistieron un 26% más a no residentes. Los efectores privados asistieron un 29% más a residentes.
- Se observó un ligero predominio de varones (2%).
- El grupo de edad más afectado fue el de menores de 1 año.
- La zona sur de la Ciudad y la Región Sanitaria 2 presentaron las tasas más prominentes.

- Las meningoencefalitis virales superaron a las bacterianas y el enterovirus fue el germen más frecuente.
- Las bacterias identificadas con mayor frecuencia fueron *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.
- Se observó un incremento del serogrupo W135 en las meningitis por *Neisseria meningitidis*.
- El 77% de los casos evolucionó favorablemente y sin secuelas. La letalidad fue del 10% y causada por meningoencefalitis bacterianas.
- De los 3 indicadores para evaluación de calidad de la vigilancia sólo la recepción de fichas epidemiológicas alcanzó el valor esperado.

VECTORIALES

DENGUE

Dra. Esperanza Janeiro

El Dengue es una enfermedad re-emergente provocada por un virus ARN perteneciente al género *Flaviviridae* que presenta cuatro serotipos (DEN 1, 2, 3 y 4). La enfermedad se transmite a través de la picadura de mosquitos del género *Aedes*. El *Aedes aegypti* es el vector más frecuente.

El potencial epidémico de la enfermedad es elevado. Si bien están en curso diferentes investigaciones, no existe aún una vacuna que prevenga la enfermedad. Perteneció al grupo de enfermedades de notificación obligatoria bajo Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

En Paraguay se decretó la Emergencia Sanitaria por Dengue; con circulación simultánea de los serotipos 1 y 2. En Brasil circularon los 4 serotipos. En Bolivia los serotipos 1, 2 y 3. En los tres países mencionados se han notificado formas graves de la enfermedad. En la mayor parte de los restantes países de Latinoamérica se constató circulación viral autóctona.

En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación informó que en los años 2009 y 2010 se registró el mayor incremento de casos a partir de Semana Epidemiológica (SE) 13, con el máximo de incidencia en las SE 15 y 16. En el primer semestre del año 2011 se confirmó circulación viral autóctona en algunas localidades de Provincia de Santa Fe (DEN 1) y Provincia de Salta (DEN2).

Entre los macrofactores determinantes de la transmisión del dengue se destacan los ambientales: latitud (entre 35° N a 35° S), altitud (< 2.200 metros.), temperatura (entre 15 y 40° C), régimen de lluvias y humedad relativa (de moderada a alta).

De los macrofactores sociales cabe destacar la densidad poblacional moderada o alta, urbanización no planificada, viviendas con desagües obstruidos, aprovisionamiento inadecuado de agua, fallas en la recolección de desechos sólidos, períodos inactivos en la casa durante el día. También son importantes las creencias y conocimientos de la población acerca del Dengue.

Deben considerarse asimismo la presencia de microfactores relacionados con factores individuales del huésped (sexo, edad, grado de inmunidad, condiciones de salud específicas, ocupación), nivel de viremia y presencia de focos de proliferación de mosquitos, edad y densidad de hembras adultas, frecuencia de la alimentación, preferencia y disponibilidad de huéspedes, susceptibilidad innata a la infección.

La mayor parte de estos factores de riesgo están presentes en la Ciudad de Buenos Aires, con un escenario epidemiológico apto para el eventual compromiso de la salud de la población.

Vigilancia de Dengue y Síndrome Febril Inespecífico

Definición de caso de Síndrome febril inespecífico (SFI): "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.

Definición de Caso sospechoso de Dengue: “Persona que presenta aparición aguda de fiebre 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 retroorbitario, 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 carga en SNVS (Modulo C2)

Los resultados de laboratorio para el diagnóstico de la enfermedad se cargan en el Sistema Nacional de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA).

Caso confirmado de Dengue: Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas. (PCR, NS1, IgM, IgG específicas). Las pruebas 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.

Vigilancia del vector *Aedes aegypti*

Se utilizó la Metodología de Levantamiento de Índices Rápidos por Infestación de *Aedes aegypti* (LIRAA). Con este método simplificado de muestreo se evalúa la densidad larvaria del *Aedes aegypti*, permitiendo determinar los índices de infestación de manera rápida, identificar los criaderos predominantes, y dirigir las acciones de control hacia las áreas críticas identificadas. Esta metodología no suplanta las actividades rutinarias de control del Aedes, como inspección de viviendas y control focal, pero se consideró una herramienta útil dentro de la gestión integrada de tratamiento del mosquito vector.

Los resultados de la metodología LIRAA se evalúan según: Índice Predial (IP=predios positivos/predios inspeccionados x 100); Índice de Breteau (IB=recipientes positivos/predios pesquisados x 100) e Índice de tipo de recipiente (ITR=número de recipientes “XXX” positivos/total recipientes positivos x 100). Estos índices permiten definir el riesgo: Bajo (< 1 %), Mediano (1 a 5 %) y Alto Riesgo (>5 %).

Análisis epidemiológico de dengue en la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2011, se notificaron 171 casos sospechosos de Dengue, 94 de los cuales eran residentes de la Ciudad (55 %). Fueron confirmados 58 casos, 30 de ellos residentes. El 60,2 % de los casos sospechosos (n=103) fueron informados por efectores públicos. (Tabla Nº 1)

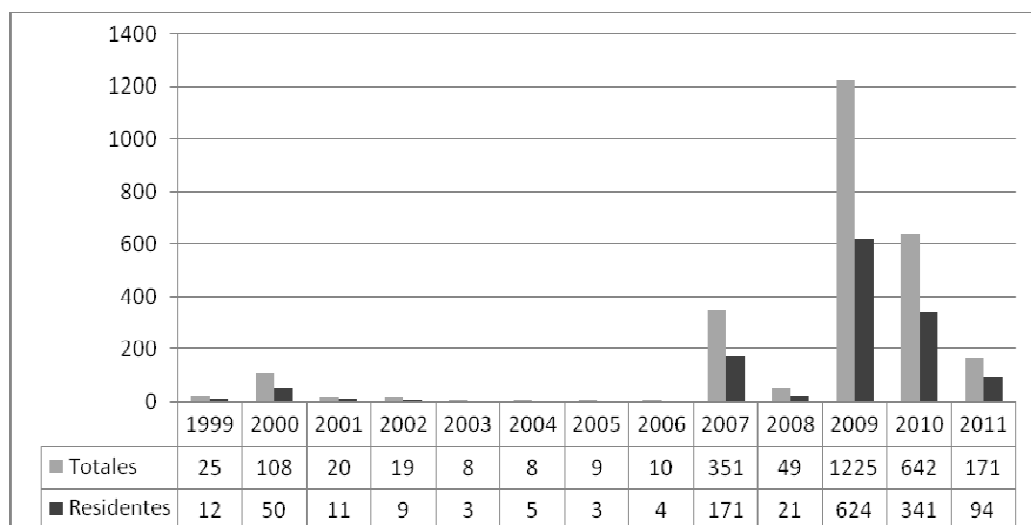
Tabla N°1
DENGUE
Casos sospechosos notificados por tipo de efector según residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

Tipo de Efector	Establecimiento	Residentes	No residentes	Total
Público	Alvarez	1	0	1
	Argerich	4	4	8
	Durand	3	2	5
	Elizalde	1	1	2
	Fernandez	5	2	7
	Gutiérrez	2	6	8
	Muñiz	10	18	28
	Penna	6	4	10
	Piñero	6	0	6
	Pirovano	4	1	5
	Ramos Mejia	0	2	2
	Rivadavia	5	1	6
	Santojanni	1	3	4
	Tornu	5	4	9
	Zubizarreta	1	1	2
	subtotal	54	49	103
Privado/SSSS	Aleman	0	1	1
	Anchorena	3	0	3
	Británico	1	0	1
	C. de la Ciudad	0	1	1
	CEMIC	1	1	2
	C. Olivos*	1	0	1
	Fleming	0	1	1
	Franchin	1	1	2
	Güemes	0	1	1
	Italiano	10	8	18
	M. Suizo Argentina	2	1	3
	Mater Dei	0	1	1
	Mendez	4	3	7
	Mitre	2	2	4
	OSACAC	9	4	13
	Particular	0	1	1
	SMPueyrredón	2	0	2
	Stambouliau	1	0	1
	Trinidad	3	0	3
	UAI	0	1	1
	UOM	0	1	1
	subtotal	40	28	68
TOTAL		94	77	171

*paciente residente asistido inicialmente en Provincia de Buenos Aires
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

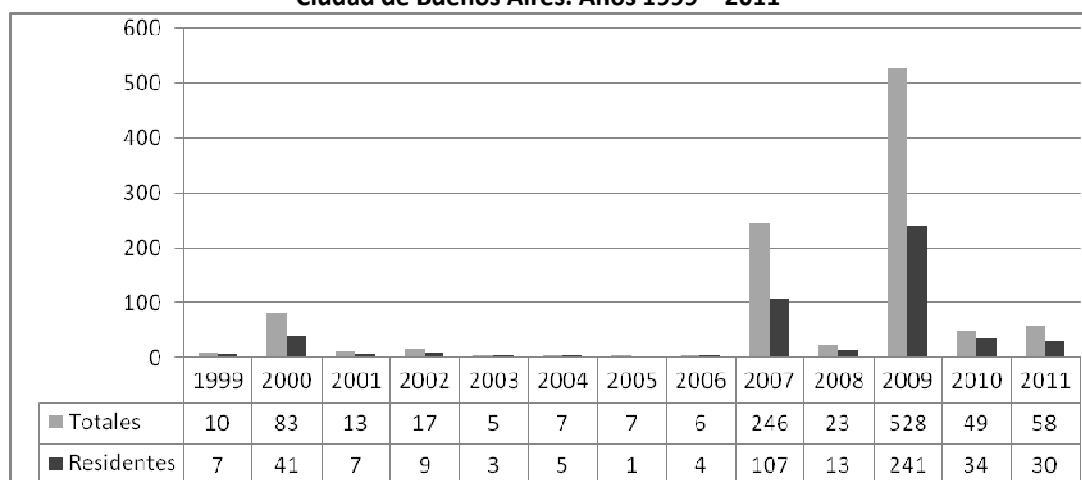
En la serie histórica, en el año 2009 se registró el mayor número de casos sospechosos y confirmados. (Gráfico N° 1 y N° 2).

Gráfico N°1
DENGUE
Casos sospechosos totales y en población residente
Ciudad de Buenos Aires. Años 1999 – 2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

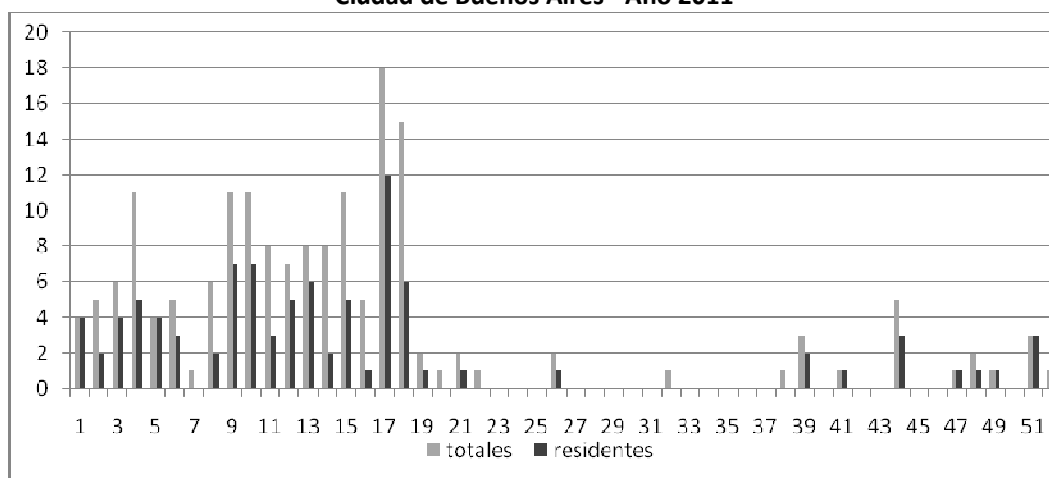
Gráfico N°2
DENGUE
Casos confirmados totales y en población residente
Ciudad de Buenos Aires. Años 1999 – 2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA.

Se notificaron casos sospechosos de dengue desde la semana epidemiológica (SE) 1. La máxima notificación se concentró en la SE 17. La notificación de los casos continuó en forma ininterrumpida hasta SE 22. A partir de SE 23, hubo casos notificados en el 38 % de las semanas restantes (11:29). (Gráfico N° 3)

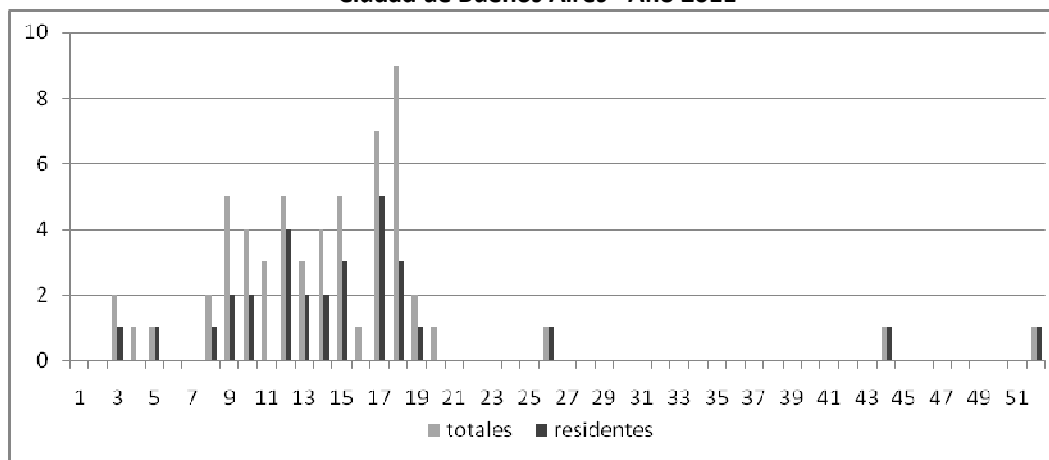
Gráfico N°3
DENGUE
Casos sospechosos totales y en residentes según semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos confirmados se presentaron entre SE 3 y 20. El 90 % de los casos en residentes se concentraron en esas semanas (n=27). Luego se registraron 3 casos en SE 26, 44 Y 52. (Gráfico N° 4)

Gráfico N°4
DENGUE
Casos confirmados totales y en residentes según semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En todos los casos confirmados se constató el antecedente de viaje a zonas con circulación viral activa. En 36 casos (62 %) el lugar de viaje fue Paraguay. Siguieron en frecuencia Brasil, Bolivia, Venezuela y, con un sólo paciente en cada caso, Ecuador, Honduras y la provincia de Misiones en nuestro país.

Se presentaron casos confirmados en todas las regiones sanitarias. La tasa general de la ciudad fue levemente menor que en el año previo (0.99 vs 1.2 casos por 100000 habitantes), pero esta tasa fue superada en las comunas 4, 2, 1 y 15 (en orden de frecuencia). En 2011 la probabilidad de aparición de casos importados de dengue en la Comuna 4, fue 4 veces mayor que en la Ciudad en su conjunto. (Tabla N° 2)

Tabla N°2
DENGUE
Casos y tasas según Región Sanitaria y Comuna de domicilio
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

REGIONES	COMUNAS	Casos Confirmados	Tasa por 100000 habitantes
1	1	4	2,02
	3	1	0,49
	4	10	4,18
	Total	15	2,33
2	7	2	0,93
	8	0	0,00
	9	1	0,61
	Total	3	0,53
3	5	1	0,53
	6	1	0,55
	10	0	0,00
	11	0	0,00
	15	2	1,02
	Total	4	0,43
4	2	4	2,14
	12	0	0,00
	13	1	0,39
	14	3	1,50
	Total	8	0,90
Total general		30	0,99

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la distribución de los casos confirmados en residentes según sexo, se observó predominio del sexo masculino, con un índice de masculinidad de 2. El rango de edad varió entre los 5 y 69 años. La mediana fue 28 años y 6 meses, con una media de 35 años. Como el año previo, el grupo de edad más afectado fue el de 25 a 34 años, con una tasa de 1.83 casos por 100000 habitantes. (Tabla N° 3).

Tabla N°3
DENGUE
Casos y tasas según grupos de edad
Residentes Ciudad de Buenos Aires - Año 2011

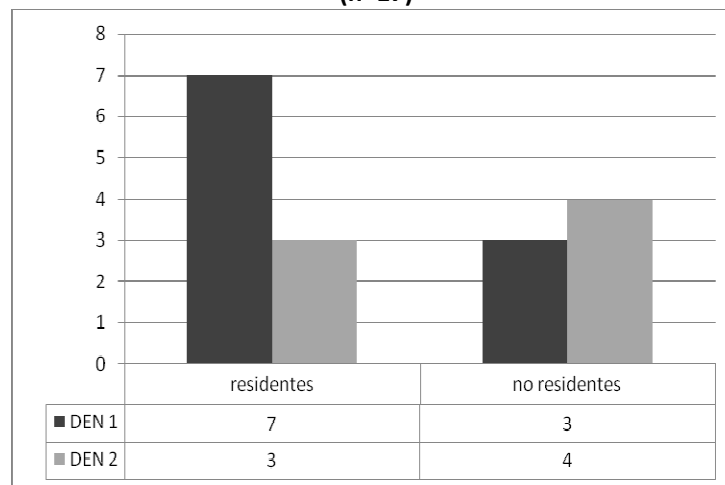
EDAD	CASOS	TASAS
< 1 AÑO	0	0,00
1 año	0	0,00
2 a 4	0	0,00
5 a 9	1	0,54
10 a 14	1	0,57
15 a 24	6	1,52
25 a 34	9	1,83
35 a 44	2	0,50
45 a 64	6	0,89
65 y mas	2	0,40
S/D	3	-
TOTAL	30	0,99

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Fueron internados en 8 pacientes residentes con dengue confirmado (27 %). Tres de ellos presentaron signos y síntomas de alarma: En un niño de 5 años: caída brusca de plaquetas, sangrado y derrame seroso; hepatomegalia y dolor abdominal persistente en el segundo caso, y aumento brusco del hematocrito en el tercero. La mitad de los pacientes internados (n=4) requirieron internación en unidades de terapia intensiva. No se registró ningún óbito causado por dengue.

Las pruebas de laboratorio permitieron identificar el serotipo viral en 17 casos (29.3 % de los casos confirmados), con predominio del virus DEN 1. (Gráfico N° 5)

Gráfico N°5
DENGUE
Casos confirmados según serotipo viral identificado por residencia
Ciudad de Buenos Aires - Año 2011
(n=17)



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Acciones de control

Se recibieron informes completos de las acciones de control en el 64 % de los casos, registrándose un descenso en los mismos (70.5 % el año previo).

En las dos experiencias con metodología LIRAA implementadas en la zona norte de la Ciudad (abril y diciembre), se observó el predominio de recipientes de tipo B (móviles) y se definió una situación de riesgo medio según la evaluación de los índices Predial y de Breteau.

A partir de la capacitación brindada por el Ministerio de Salud de la Nación y la Comisión Nacional de Actividades Espaciales (CONAE), comenzó la implementación de una nueva modalidad para la estratificación de riesgo de transmisión de dengue, cuyo resultado fue también de riesgo medio.

Conclusiones

Durante el año 2011 se registraron 171 casos sospechosos de Dengue, 94 de los cuales estaban domiciliados en la Ciudad. Los efectores públicos notificaron el 60,2 % de los casos sospechosos. Se confirmaron 58 casos, 30 de ellos en residentes.

El 90 % de los casos confirmados se registró desde SE 3 hasta SE 20. Se identificaron los serotipos DEN 1 y 2. En todos los casos estuvo presente el antecedente de viaje, Paraguay en el

62 % de los casos. La franja de edad más afectada fue la de 25 a 34 años, y enfermaron en una razón de dos hombres por mujer.

Los casos confirmados en residentes se distribuyeron en todas las Regiones Sanitarias. La tasa general de la ciudad fue de 0.99 casos por 100000 habitantes, superada en las comunas 4, 2, 1 y 15. La Comuna 4 presentó una tasa de 4.18 casos por 100000 habitantes.

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)



**Buenos
Aires
Ciudad**