

DIRECCION GENERAL DE DESARROLLO Y PLANEAMIENTO SANITARIO.
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA.

Boletín Epidemiológico de la Ciudad

Edición anual 2008

Ministerio de Salud



Buenos Aires Ciudad

Haciendo
buenos aires

AUTORIDADES G.C.A.B.A

Jefe de Gobierno

Ing. Mauricio Macri

Jefe de Gabinete

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Ministerio de Salud

Dr. Jorge Lemus

S.S. Atención Integrada de la Salud

Dr. Néstor Pérez Balño

S.S. Adm. Del Sist. De Salud

Ing. Ralph Kirby

S.S. Planificación Sanitaria

Dr. Gabriel Novick

D.G. Desarrollo y Planeamiento Sanitario

Dr. Pablo Muntaabski

COMITÉ EDITORIAL

Coordinador

Dr. Raúl Forlenza

Miembros

Dra. Patricia Angeleri

Dr. Jorge Chauí

Dra. Yamila Comes

Dr. Manuel Fernández

Dra. Esperanza Janeiro

Dra. Débora Lev

Dra. Anabel Regalía

Dra. Mónica Valenzuela

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

Residencia en Epidemiología

Lic. Xavier Bilbao

Dra. María del Valle Juárez

Lic. María Cecilia Razzotti

Dra. María Julieta Rodríguez Cámara

Dra. María Eugenia Sevilla

Dra. Stella Zanone

Secretaria

Sra. María Eugenia Cobo

ISSN: 2362-4051

INDICE

Pág.

1. Introducción.....	4
2. Resumen vigilancia General	5
3. Coqueluche	13
4. Dengue	20
5. Síndrome Urémico Hemolítico	25
6. Diarrea Aguda Sanguinolenta	32
7. Hepatitis A y Sin Especificar	36
8. Meningoencefalitis	40
9. Sarampión, Rubéola y SRC	49
10. Parálisis Agudas Flácidas	65

1. Introducción

Dr Raúl Forlenza

Distintas situaciones se sucedieron para dificultar la regularidad y oportunidad de la edición de nuestro Boletín Epidemiológico Anual. Entre ellas son de destacar las condiciones de urgencias epidemiológicas que exigieron dedicar el máximo tiempo y el aporte total del reducido equipo profesional con el brote de Dengue del primer semestre del año 2009, al que siguió la instalación y desarrollo de la Pandemia de Influenza A H1N1.

Estos escenarios obligaron a poner en práctica los conceptos de Alerta temprana y respuesta rápida ante situaciones de riesgo a la Salud Pública que se enmarcan en el nuevo Reglamento Sanitario Internacional y que desde el Departamento de Epidemiología se trabaja desde hace varios años en función de la experiencia acumulada ante reiterados eventos con repercusión comunitaria en los últimos 20 años (cólera, sarampión, meningitis, vino contaminado y propóleo, ántrax, SARS, Dengue, Fiebre Amarilla, Influenza Pandémica; entre otros) y en consonancia al desarrollo a nivel Nacional y la exigencias de orden internacional.

El Departamento de Epidemiología se encuentra comprometido con esos principios rectores y viene sosteniendo un proceso de modernización y actualización; Para lo cual se requiere de profesionales formados y dedicados a esta actividad en los diferentes niveles del sistema de Salud en forma estable conformando una red que permita detectar y actuar oportunamente ante cualquier amenaza a la Salud de la Población

Esto sin dejar de lado los otros componentes de trabajo además de la Vigilancia en Salud; como son la investigación epidemiológica, los análisis de situación de Salud, la capacitación permanente, y la difusión periódica de la información a profesionales y comunidad

Por ello nos vemos en el compromiso de difundir al conjunto de los actores involucrados en esta tarea, el consolidado anual obtenido durante el año 2008 donde se presenta una 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.

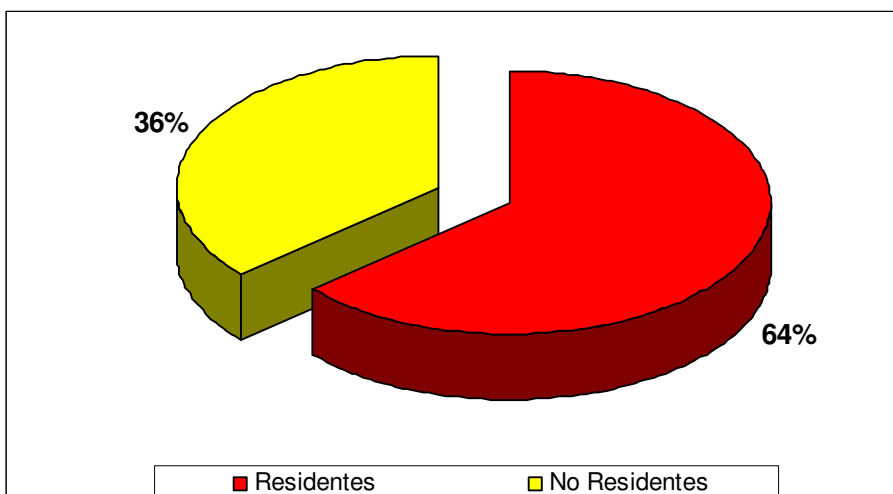
Además queremos agradecer a los distintos profesionales que integran los equipos de salud de la Ciudad, que participan con entusiasmo y dedicación en la silenciosa tarea de prevención, vigilancia y control de enfermedades

2. RESUMEN DE VIGILANCIA GENERAL – CIUDAD DE BUENOS AIRES - AÑO 2008

Dr. Jorge Chaui

El registro total del SNVS de la jurisdicción mostró 253.206 casos denunciados, de los cuales el 64,0 % (149741 casos) corresponden a residentes habituales en la ciudad y 34,0 % (85.465 casos) a no residentes. (Gráfico 1)

Gráfico 1
Enfermedades de notificación obligatoria
Según residencia habitual del caso
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008
N = 235.206



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Notificación en residentes

De 128 eventos de vigilancia incluidos en este informe, 18 superaron la notificación esperada para el año 2008; lo cual representa el 14 % del total de dichos eventos.

Dentro del capítulo de enfermedades inmunoprevenibles, únicamente el evento “*rubeola*” registró una notificación superior a la media histórica esperada para el año 2008 (Tablas 1 y 2).

En el capítulo de enfermedades gastroentéricas, el SUH superó la notificación histórica. En el resto de los capítulos puede también apreciarse aquellos eventos con similar comportamiento. (Tablas 1 y 2).

Tabla 1
Enfermedades de notificación obligatoria
Síntesis según años e indicadores IEA y Poisson Acumulado
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 y 2008

Enfermedades de notificación obligatoria	2007		2008	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Inmunoprevenibles				
Coqueluche	44	1,4	28	0,9
Difteria	0	0,0	0	0,0
Hepatitis A	51	1,7	45	1,5
Hepatitis B	55	1,8	66	2,2

Hepatitis Sin especificar	8	0,3	8	0,3
Meningoencefalitis TBC menores de 5 años	0	0,0	1	0,5
Parálisis Fláccida Aguda menores de 15 años	4	0,8	10	1,9
Poliomielitis Confirmada	0	0,0	0	0,0
Parotiditis	119	4,0	128	4,3
Rubéola Confirmada	1	0,0	52	1,7
Rubeola Congénita	0	0,0	0	0,0
Tétanos Neonatal	0	0,0	0	0,0
Tétanos Otras Edades	0	0,0	0	0,0
Sarampión	0	0,0	1	0,0
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0,0	0	0,0
Respiratorias				
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	11651	387,6	11694	389,0
Neumonía	7170	238,5	7144	237,7
Bronquiolitis en menores de 2 Años	15634	20553,7	8464	11127,5
Gastroentéricas				
Cólera	0	0	0	0,0
Botulismo Alimentario	0	0	0	0,0
Botulismo del Lactante	2	0,1	3	0,1
Enf. Diarreica aguda < 5 años	10619	5568,4	12655	6636,1
Enf. Diarreica aguda > 5 años	8762	311,2	9257	328,8
Enf. Diarreica aguda sin especificar	281	-	222	-
Marea Roja	0	0	0	0,0
Triquinosis	0	0	0	0,0
Parasitosis Intestinales	1291	42,9	1014	33,7
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	31	1	39	1,3
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	242	8,5	304	10,1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0,0
Enfermedades vectoriales				
Chagas Agudo Congénito	21	0,7	25	0,8
Chagas Agudo Vectorial	0	0	0	0,0
Dengue Clásico	113	3,8	9	0,3
Dengue Hemorrágico	0	0	0	0,0
Leishmaniasis Cutánea	5	0,2	2	0,1
Leishmaniasis Mucosa	3	0,1	3	0,1
Leishmaniasis Visceral	0	0	0	0,0
Paludismo	3	0,1	2	0,1
Fiebre Amarilla	0	0	0	0,0
Enfermedades Zoonóticas				
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0	0	0,0

Leptospirosis	5	0,2	0	0,0
Mordedura Por Murciélago	35	1,2	72	2,4
Mordedura Por Rata	77	2,6	100	3,3
Psitacosis	2	0,1	3	0,1
Rabia Animal	5	0,2	15	-
Rabia Humana	0	0	0	0,0
Hantaviriosis	1	0	1	0,0
Brucelosis Humana	0	0	0	0,0
Carbunco Humano Cutáneo	0	0	0	0,0
Hidatidosis	3	0,1	6	0,2
Meningoencefalitis				
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento	25	0,8	18	0,6
Meningitis por meningococo	20	0,7	16	0,5
Meningitis por Neumococo	21	0,7	19	0,6
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	1	0	4	0,1
Meningitis Staphilococo	0	0	0	0,0
Meningitis Bacteriana Otras	11	0,4	7	0,2
Meningitis Virales Enterovirus	32	1,1	14	0,5
Meningitis Virales Sin Especificar	48	1,6	18	0,6
Meningitis Virales Urleanas	0	0	0	0,0
Meningitis Por Otros Virus	9	0,3	5	0,2
Meningitis Sin Especificar	9	0,3	7	0,2
Encefalitis Por Arbovirus	1	0	0	0,0
Meningoencefalitis Totales	177	5,9	108	3,6
Otras Enfermedades Transmisibles				
Carbunco Extracutáneo (Anthrax)	0	0	0	0,0
Infección Intra Hospitalaria	91	3	94	3,1
Lepra	5	0,2	7	0,2
Hepatitis C	62	2,1	50	1,7
Hepatitis D	0	0	0	0,0
Hepatitis E	0	0	1	0,0
Tuberculosis 1º vez	827	27,5	838	27,9
Sífilis Congénita	76	2,5	62	2,1
Varicela	5152	171,4	4775	158,8
Encefalopatía Espongiforme	0	0	2	0,1
Enfermedades de Transmisión Sexual				
Sífilis Latente	109	3,6	241	8,0
Sífilis Temprana	117	3,8	110	3,7
Sífilis Terciaria	13	0,4	5	0,2
Sífilis Sin Especificar	364	12,1	781	26,0
Supuración Genital Gonocócica	496	16,5	58	1,9
Supuración No Gonocócica	648	21,6	1263	42,0

Chancro Blando	178	5,9	13	0,4
Condiloma Acuminado	832	27,7	363	12,1
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	169	5,6	58	1,9
Linfogranuloma Venéreo	5	0,2	3	0,1
Herpes Genital	358	11,9	186	6,2
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	77	2,6	122	4,1
HIV +	442	14,7	281	9,3
Enf. Objeto Reglamento Internacional				
Tifus Exantemático	0	0	0	0
Fiebre Recurrente	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0
Intoxicaciones				
Alacranismo	2	0,1	3	0,1
Aracnoidismo	1	0	2	0,1
Ofidismo	0	0	1	0,0
Intoxicación Medicamentosa	182	6,1	120	4,0
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	160	5,3	68	2,3
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0	0	0,0
Intoxicación Por Plaguicidas Domésticos	12	0,4	12	0,4
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0	0	0,0
Intoxicación Por Otros Tóxicos	108	3,6	74	2,5
Enf. No Transmisibles				
A.C.V. 1ª Vez	1452	48,3	1338	44,5
Desnutrición	227	7,6	681	22,7
Diabetes Tipo 1	1983	66	1787	59,4
Diabetes Tipo 2	4427	147,3	3086	102,7
Hipertensión Arterial	11300	375,9	9930	330,3
I.A.M. 1ª Vez	437	14,5	375	12,5
Reacciones Adversas a Fármacos	180	6	240	8,0
Lesiones				
Mordedura Animal Domestico	5419	180,3	7121	236,9
Accidentes Del Hogar	4806	159,9	4330	144,0
Accidentes Laborales	1199	39,9	1525	50,7
Accidentes En Escuelas	710	23,6	549	18,3
Accidentes Viales	5326	177,2	7069	235,2
Accidentes Sin Especificar	34498	1147,6	50528	1680,9
Total	139942	-	149741	-

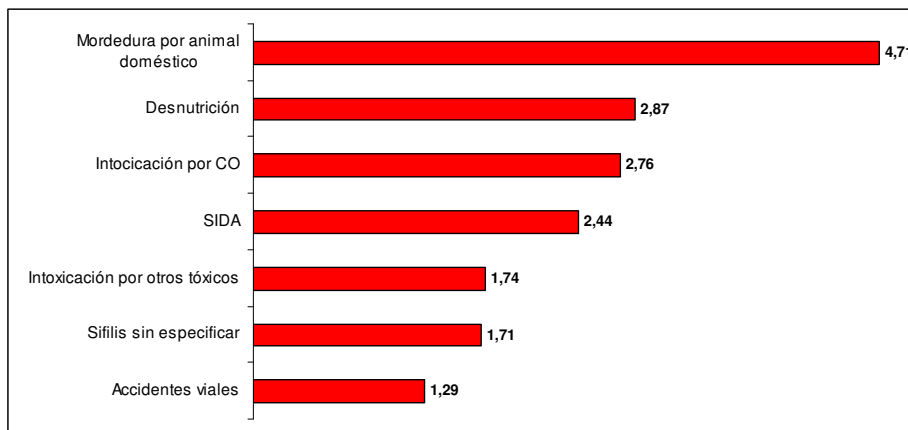
* Tasa por 100.000 habitantes (numerador: casos acumulados)

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Entre los residentes, las mordeduras por animal doméstico y ciertas intoxicaciones, constituyeron los eventos con mayor IEA. (Índice Epidémico Acumulado)¹.

Se muestran en el gráfico 2 las enfermedades que en el año 2008 presentaron una notificación superior a la mediana histórica (Índice Epidémico Acumulado mayor de 1,24).

Gráfico 2
Enfermedades de notificación obligatoria
Según índice epidémico acumulado* mayor a 1,24
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



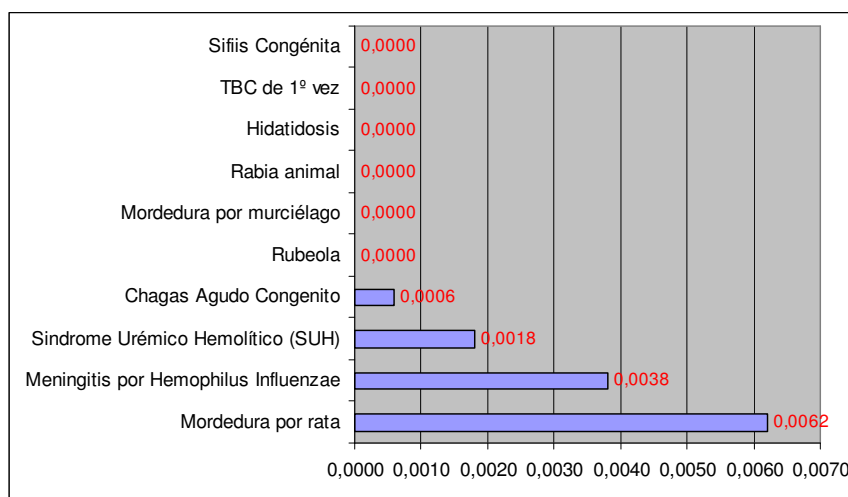
Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

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 histórica². Aquellas enfermedades con un Valor de Poisson menor a 0,050 en el año 2008 superaron la notificación respecto de la media histórica. Este comportamiento se observó en TBC, sífilis y chagas congénitos, mordeduras por animales salvajes y otros. (Gráfico 3)

Gráfico 3
Enfermedades de notificación obligatoria
Según distribución de Poisson† menor a 0,0500
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

* 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 1,25 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.

† 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 0.0500 sugiere una notificación significativamente mayor a la esperada.



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Notificación en no residentes

En la tabla 2 se muestra la notificación de eventos de notificación obligatoria ocurridos en pacientes No residentes en la ciudad pero que fueron atendidos en los efectores públicos y privados de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2008.

Tabla 2
Enfermedades de notificación obligatoria
Casos No Residentes. Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

Enfermedades de notificación obligatoria	Casos No Residentes
Inmunoprevenibles	
Coqueluche	153
Difteria	0
Hepatitis A	73
Hepatitis B	50
Hepatitis Sin especificar	13
Meningoencefalitis TBC menores de 5 años	0
Parálisis Aguda Fláccida menores de 15 años	20
Poliomielitis Confirmada	0
Parotiditis	107
Rubéola Confirmada	22
Rubeola Congénita	0
Tétanos Neonatal	0
Tétanos Otras Edades	2
Sarampión confirmada	1
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0
Respiratorias	
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	4306
Neumonía	5567
Bronquiolitis en menores de 2 Años	14698

Gastroentéricas	
Cólera	0
Botulismo Alimentario	1
Botulismo del Lactante	1
Enf. Diarreica aguda < 5 años	12688
Enf. Diarreica aguda > 5 años	3720
Enf. Diarreica aguda sin especificar	20
Marea Roja	0
Triquinosis	1
Parasitosis Intestinales	608
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	67
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	2
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0
Enfermedades vectoriales	
Chagas Agudo Congénito	56
Chagas Agudo Vectorial	0
Dengue Clásico	4
Dengue Hemorrágico	0
Leishmaniasis Cutánea	5
Leishmaniasis Mucosa	6
Leishmaniasis Visceral	2
Paludismo	4
Fiebre Amarilla	0
Enfermedades Zoonóticas	
Fiebre Hemorrágica Argentina	0
Leptospirosis	2
Mordedura Por Murciélago	18
Mordedura Por Rata	30
Psitacosis	0
Rabia Animal	26
Rabia Humana	0
Hantavirosis	1
Brucelosis Humana	4
Carbunco Humano Cutáneo	0
Hidatidosis	16
Meningoencefalitis	
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento	21
Meningitis por meningococo y otras form. invas	16
Meningitis por Neumococo	16
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	4
Meningitis Staphilococo	0
Meningitis Bacteriana Otras	11
Meningitis Virales Enterovirus	17
Meningitis Virales Sin Especificar	36
Meningitis Virales Urleanas	0
Meningitis Por Otros Virus	4
Meningitis Sin Especificar	19
Encefalitis Por Arbovirus	0
Meningoencefalitis Totales	148
Otras Enfermedades Transmisibles	
Carbunco Extracutáneo (Anthrax)	0
Infección Intra Hospitalaria	36

Lepra	17
Hepatitis C	51
Hepatitis D	0
Hepatitis E	0
Tuberculosis 1º vez	580
Sífilis Congénita	41
Varicela	2297
Encefalopatía Espongiforme	0
Enfermedades de Transmisión Sexual	
Sífilis Latente	120
Sífilis Temprana	123
Sífilis Terciaria	4
Sífilis Sin Especificar	146
Supuración Genital Gonocócica	27
Supuración No Gonocócica	793
Chancro Blando	0
Condiloma Acuminado	252
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	63
Linfogranuloma Venéreo	0
Herpes Genital	69
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	215
HIV +	295
Enf. Objeto Reglamento Internacional	
Tifus Exantemático	0
Fiebre Recurrente	0
Peste	0
Intoxicaciones	
Alacranismo	0
Aracnoidismo	1
Ofidismo	1
Intoxicación Medicamentosa	8
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	2
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0
Intoxicación Por Plaguicidas Domesticos	0
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0
Intoxicación Por Otros Tóxicos	13
Enf. No Transmisibles	
A.C.V. 1ª Vez	127
Desnutrición	34
Diabetes Tipo 1	193
Diabetes Tipo 2	522
Hipertensión Arterial	2272
I.A.M. 1ª Vez	71
Reacciones Adversas a Fármacos	43
Lesiones	
Mordedura Animal Domestico	2326
Accidentes Del Hogar	689
Accidentes Laborales	596
Accidentes En Escuelas	53
Accidentes Viales	1145
Accidentes Sin Especificar	29477
TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS	85465

3. COQUELUCHE- CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Patricia Angeleri

Durante el año 2008 se notificaron 729 síndromes coqueluchoides asistidos en los distintos efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires, tanto públicos como privados.

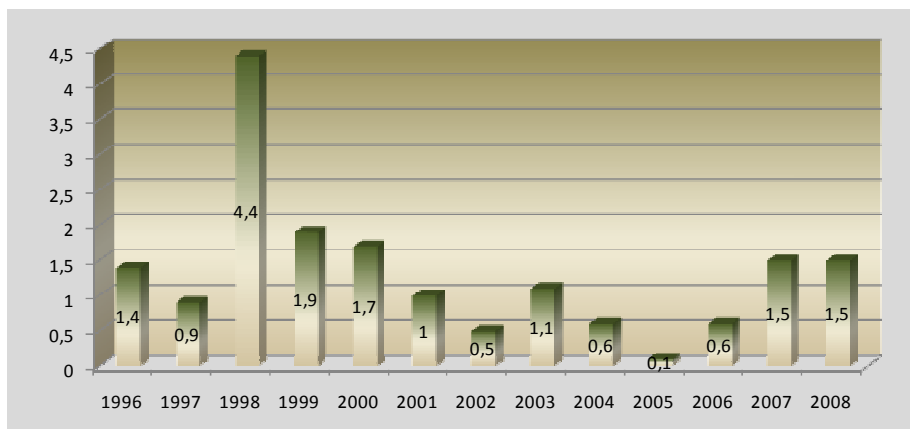
De los pacientes asistidos el 22 % correspondientes a residentes mientras que el 74 % correspondientes a no residentes. El 71,5% de las notificaciones corresponden a efectores pediátricos del sector público.

Del total de muestras remitidas el 5,4% muestras (39/729) no pudieron ser procesadas, siendo el 26,5% de las muestras (193/729) confirmados con PCR.

De los casos confirmados por PCR, casos el 19% (36/ 193) pertenecieron a Residentes de la Ciudad mientras que (154/193) el 80% de los casos pertenecieron a No Residentes. El 1,6% de las muestras (3/193) no contaron con datos de residencia.

La serie histórica de casos de Coqueluche notificados en los últimos años en residentes de la jurisdicción muestra una tendencia en descenso a partir de 1996 que se mantuvo hasta el año 2005 para comenzar un incremento paulatino en los años subsiguientes. Dadas las características de la vigilancia epidemiológica de Coqueluche en la jurisdicción previas al año 2004 (semanal y agrupada), no se pueden especificar las causas del incremento en la tasa registrada en 1998. (Gráfico 1)

**Gráfico 1 – Coqueluche- Tasa de incidencia* en residentes de Ciudad de Buenos Aires
Periodo 1996-2008**



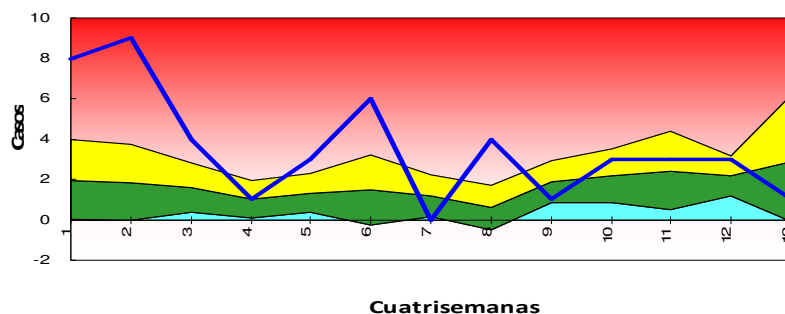
Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Los casos notificados hasta el año 2003 constituyen síndromes clínicos sin confirmación de laboratorio. A partir del año 2004 solo se informan los casos confirmados por laboratorio. Desde el año 2006 se consideran los casos definitivos.

*Tasa por 100.000 habitantes

El corredor endémico, que incorpora información relacionada con la vigilancia de la Coqueluche en la jurisdicción durante los últimos 7 años, refleja un descenso brusco en la curva de casos hacia la cuatrisesmana 4 (Abril). La evolución posterior adquirió una tendencia estable registrándose en la cuatrisesmana 6 (Mayo - Junio) y 8 (1Julio – Agosto) en zona de brote. (Gráfico 2)

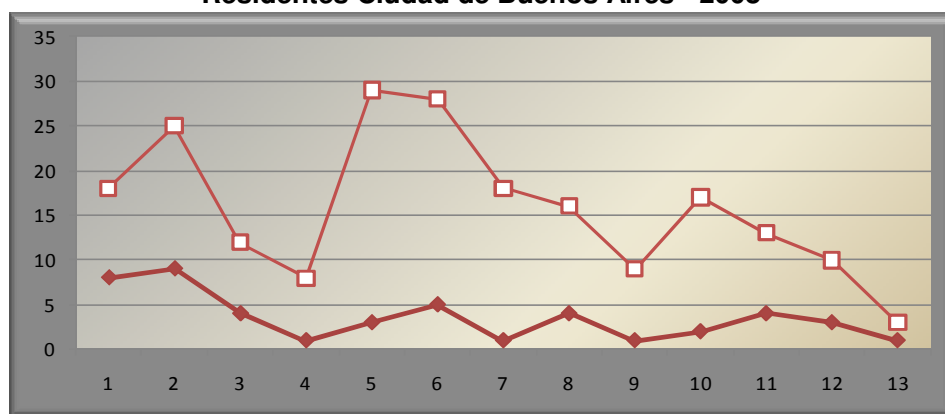
**Gráfico 2 - Coqueluche
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes en Ciudad de Buenos Aires – Año 2008**



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

En relación a la correspondencia entre los casos sospechosos y los casos definitivos notificados en Residentes en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2008, la brecha entre los casos notificados y los definitivos se incrementa hacia la cuatrisesmana 2 y luego a partir de la cuatrisesmana 5 hasta la cuatrisesmana 8 (fin del otoño e invierno). Es de remarcar que este ultimo periodo esta representado por la época en la que toman relevancia las infecciones respiratorias agudas de otras etiologías, lo que complejiza la vigilancia del Síndrome Coqueluchoide. (Gráfico 3)

Gráfico 3 - Coqueluche
Comparación entre Sme. Coqueluchoides y Coqueluches definitivos según cuatrisesmanas
Residentes Ciudad de Buenos Aires - 2008



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

La distribución de casos asistidos en la Ciudad según género muestra un leve predominio de los varones entre los casos sospechosos (53,8%) así como en los definitivos (52.1%)[‡]. El promedio de edad de los casos definitivos fue de 3,9 meses y la mediana de edad de 2 meses, concentrándose el 91,3% de los casos en los niños de 6 meses o menos. (Tabla 1)

Tabla 1 - Coqueluche
Distribución según grupos de edad y género de casos definitivos de Coqueluche
Residentes de Ciudad de Buenos Aires – Año 2008

[‡] No se obtuvo el dato de género en 5 casos definitivos

	Femenino				Masculino				Total casos sospechosos		Total casos definitivos	
	CASOS SOSPECHOSOS		CASOS DEFINITIVOS		CASOS SOSPECHOSOS		CASOS DEFINITIVOS					
Grupos de edad	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
De 0 a 2 meses	30	41,7	9	40,9	20	23,8	7	29,2	50	32,1	16	34,8
De 2 a 4 meses	20	27,8	9	40,9	35	41,7	12	50,0	55	35,3	21	45,7
De 4 a 6 meses	8	11,1	1	4,5	17	20,2	4	16,7	25	16,0	5	10,9
De 6 a 12 meses	8	11,1	1	4,5	8	9,5	0	0,0	16	10,3	1	2,2
De 12 a 18 meses	2	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3	0	0,0
De 18 a 24 meses	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	4,2	1	0,6	1	2,2
De 24 a 48 meses	2	2,8	1	4,5	1	1,2	0	0,0	3	1,9	1	2,2
mayor de 4 años	2	2,8	1	4,5	2	2,4	0	0,0	4	2,6	1	2,2
Total general	72	100,0	22	100,0	84	100,0	24	100,0	156	100,0	46	100,0

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

La distribución de los casos notificados por Áreas Programáticas concentra la mayor cantidad de casos definitivos (25 casos) en la zona sur, presentando el área programática del hospital Argerich la mayor tasa 5,9 x 100.000 (9 casos).

A pesar lo antedicho el área programática del hospital Fernández (zona norte) registra la mayor cantidad de notificaciones recibidas (10 casos) lo que representa una tasa de 2,2 x 100.000. (Tabla 2)

Tabla 2- Coqueluche
Total de casos definitivos y tasas en residentes en Ciudad de Buenos Aires por Áreas Programáticas - Año 2008 * 100.000

Zona Ciudad	A. Programatica	N° de casos	Tasas
Zona Norte	Zubizarreta	1	0,9
	Pirovano	1	0,2
	Tornú	0	0
	Fernandez	10	2,2
Subtotal Norte		12	1,1
Zona Centro	Velez Sarsfield	1	0,7
	Alvarez	2	0,9
	Durand	3	0,9
	R. Mejía	3	0,9
Subtotal Centro		9	0,9
Zona Sur	Santojanni	4	1,7
	Piñero	7	2,1
	Penna	5	2,9
	Argerich	9	5,9
Subtotal Sur		25	2,8
Total Ciudad		46	1,5

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA . Elaborado en base a proyecciones de Población 2005 de la Dirección de Estadísticas y Censos del GCBA

De acuerdo a la división de la Ciudad en Regiones Sanitarias, se evidencia una mayor concentración de casos confirmados en residentes de las regiones sanitarias 1 y 2, las que presentan las tasas más elevadas de la Ciudad respectivamente.

Las comunas que presentaron las tasas mas elevadas fueron la comuna 1 (4,6 x 100.000) y la comuna 4 (4,2 x 100.000) ambas pertenecientes a la Región Sanitaria 1. (Tabla 3)

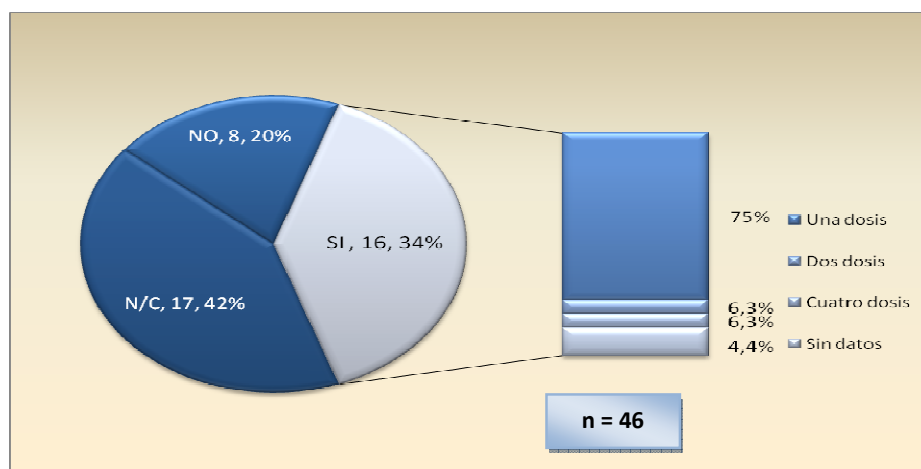
Tabla 3 - Coqueluche
Distribución por Regiones Sanitarias y Comunas – Casos definitivos – Residentes en Ciudad de Buenos Aires – 2008

Región Sanitaria	Casos Definitivos x Región	Tasas	Comunas	Casos Definitivos x Comuna	Tasas
Región 1	21	3,3	1	9	4,6
			3	2	1,0
			4	10	4,2
			7	3	1,4
Región 2	12	2,1	8	6	3,3
			9	3	1,8
			5	2	1,1
Región 3	9	1,0	6	0	0,0
			10	2	1,2
			11	1	0,5
			15	4	2,0
Región 4	4	0,4	2	1	0,5
			13	1	0,4
			14	2	0,8

Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA. Elaborado en base a proyecciones de población 2007 - de la Dirección de Estadísticas y Censos del Gobierno de la Ciudad

El antecedente de vacunación se obtuvo en el 89% de los casos definitivos (41 casos). De la totalidad de casos definitivos con antecedentes vacunales, al 42% de los casos no les correspondía vacunación específica dado que correspondían a menores de 2 meses. El 34% de los pacientes con datos vacunales presentaron vacunación adecuada para la edad de los cuales el 75% de los pacientes presentaron solo 1 dosis. El 20% no presentaban vacunación adecuada para la edad. (Grafico 4)

Grafico 4 - Coqueluche
Antecedentes de vacunación de los casos definitivos de Coqueluche - Residentes en Ciudad de Buenos Aires – 2008

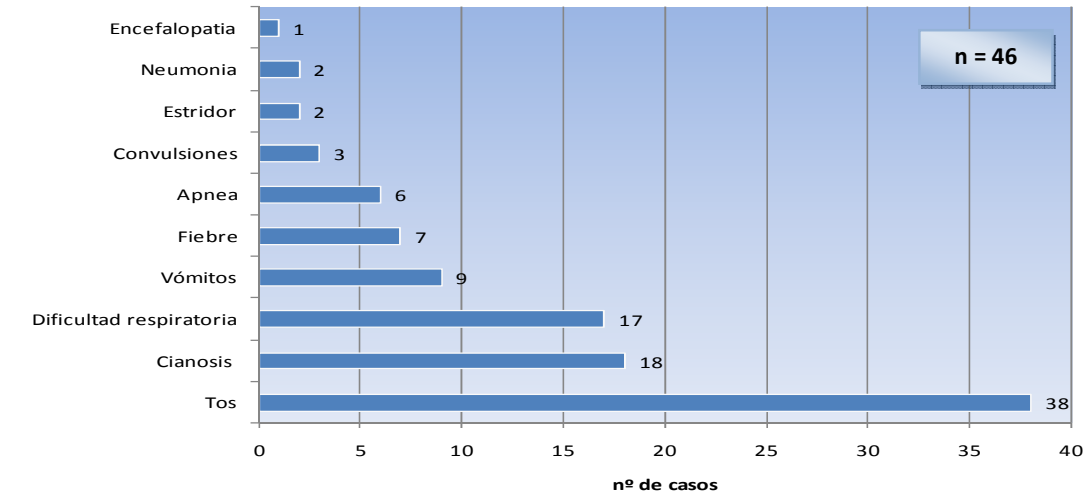


Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA.

Según datos del Programa de Inmunizaciones del Ministerio de Salud del Gobierno la cobertura de Vacuna Cuádruple para el año 2008 de la Ciudad de Buenos Aires fue del 90,2% para 3º dosis y del 75,7% para la 4º dosis. A su vez la 5º dosis, -administrada como Vacuna Triple Bacteriana al ingreso escolar-, registró una cobertura de 90,9%.

La frecuencia de síntomas de los casos definitivos notificados en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2008 mostró que la tos, la cianosis y la dificultad respiratoria fueron los síntomas mas frecuentemente observados al igual que en años anteriores. (Gráfico 5).

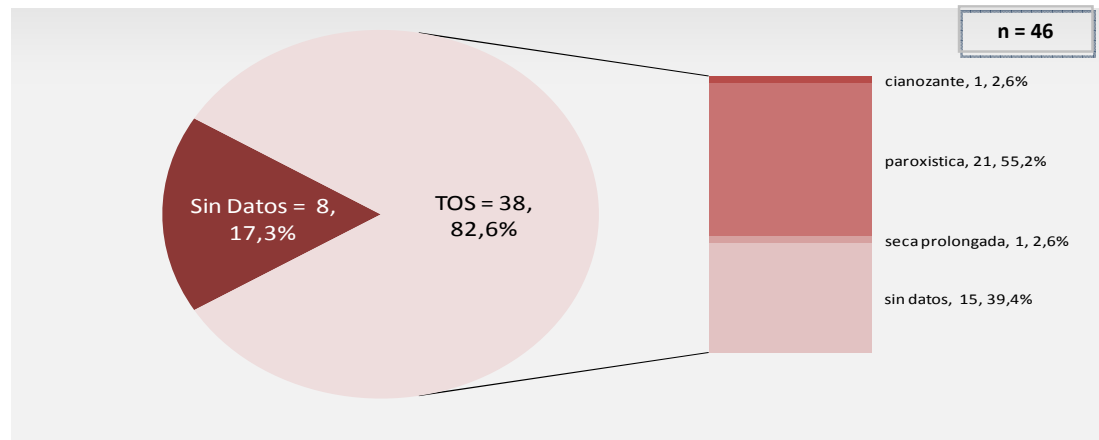
Gráfico 5
Coqueluche - Residentes Ciudad de Buenos Aires- 2008
Frecuencia de síntomas de los casos definitivos



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

De los casos definitivos se contó con la descripción del tipo de tos en 38 (82,6%) casos, los que presentaron tos paroxística como el tipo de tos más frecuente (55%). (Grafico 6)

Gráfico 6
Coqueluche - Residentes Ciudad de Buenos Aires- 2008
Caracterización de la tos de los casos definitivos



Fuente: Dpto. de Epidemiología. GCBA

Presentaron tos con 7 o menos días de duración 29 casos (71%), 7 casos presentaron tos con duración entre 7 a 14 días (17%) y solo 3 casos (7%) presentaron tos de más de 14 días de duración. Se registraron 2 casos que cursaban internación al inicio de los síntomas.

En relación a la evolución los casos definitivos de Coqueluche en residentes de la Ciudad de Buenos Aires, 25 casos han evolucionado favorablemente, no registrándose el dato en 19 de ellos. Por otra parte se notificó el fallecimiento de dos niñas de 1,8 y 2 meses respectivamente, ambas residían en el área programática del hospital Álvarez (comuna 10, región sanitaria 3). La tasa de letalidad de Coqueluche correspondiente al año 2008 corresponde al 4,34%.

Por otra parte de los 183 pacientes asistidos en la jurisdicción No Residentes de la Ciudad de Buenos Aires, se registraron 6 decesos entre los casos sospechosos, confirmándose 4 de ellos todos menores de 12 meses.

Comentarios

La curva de casos de Coqueluche transcurrió en zona de brote las primeras 3 cuatrisesmanas y luego la cuatrisesmana 6 y 8, a pesar de ello la tendencia global de los casos fueron en descenso durante el año.

La proporción de fichas epidemiológicas recibidas fue del 81% así como proporción de estudios de foco fue del 67%. Dichas proporciones reflejan una mayor respuesta por parte de los efectores, tendencia que viene incrementándose en los últimos años. A pesar de ello continúa siendo indispensable mejorar las distintas estrategias que optimicen el oportuno estudio de los contactos por parte del equipo de salud.

De acuerdo a las notificaciones recibidas, al igual que años anteriores, el grupo principalmente afectado sigue siendo el de menores de 1 año (especialmente en menores de 6 meses).

Dada la falta de notificaciones en adultos y la imposibilidad de contar metodología diagnóstica (serología) en la jurisdicción, no es posible evaluar el impacto de la Coqueluche en la población adulta.

Continúa pendiente la implementación de la estrategia de Vigilancia de Laboratorios (SI.VI.LA.) en los distintos efectores de la jurisdicción ya que, a la fecha, únicamente un efector se encuentra notificando por este sistema.

4. DENGUE – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Esperanza Janeiro

El Dengue, enfermedad viral transmisible vectorial, presenta un elevado potencial epidémico y pertenece al grupo de patologías de notificación obligatoria bajo Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Hasta el presente no existe vacuna que prevenga esta enfermedad.

Según datos de Organización Panamericana de la Salud (OPS) durante el año 2008, fueron notificados en la Región de las Américas 908.926 casos clínicos de Dengue, de los cuales se confirmaron por laboratorio 58.521 casos. En 25.696 pacientes se diagnosticó Fiebre Hemorrágica por Dengue, registrándose 306 óbitos. En igual período, en nuestro país se notificaron 40 casos autóctonos, todos del tipo Dengue Clásico, informándose circulación del serotipo DEN 1.

El mosquito *Aedes aegypti*, principal vector de la enfermedad, se detectó nuevamente en Ciudad de Buenos Aires a partir del año 1995. Esta situación, junto con el incremento del número de pacientes residentes con diagnóstico confirmado de Dengue durante el año 2007, plantean el escenario para la aparición potencial de casos autóctonos en la ciudad (Tasa general el año 2007: 3.6 casos / 100000 habitantes; con el valor menor en el Área Programática del H. G. A. Vélez Sarsfield, zona centro de la Jurisdicción: 1.3 casos / 100000 habitantes; y el mayor valor en el Área Programática del H. G. A. Piñero, zona sur: 5.8 casos / 100000 habitantes)

Definiciones de caso

Caso sospechoso de Dengue clásico: *“toda 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)

Caso confirmado de Dengue clásico: Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas: PCR y /o IgM específica.

Análisis epidemiológico de dengue en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008

En Ciudad de Buenos Aires, durante el curso del año 2008 se notificaron 49 casos sospechosos de Dengue, de los cuales 27 ocurrieron en residentes (55.1 %). Del total de notificaciones, se confirmó la enfermedad en 16 casos. Corresponden a residentes de la Ciudad 9 de estos casos (56.2%).

Los casos sospechosos fueron asistidos por 6 efectores públicos (36.76 %) y 15 privados o de OOSS (63.27 %). El mayor número de pacientes recibió atención médica en el H. Muñiz (11 pacientes; 22.45 %). Siguieron en orden de frecuencia: H. Alemán (7 pacientes; 14.29 %) y H. Italiano (5 pacientes; 10.2 %). (Tabla 1)

Tabla 1. DENGUE
Total de casos sospechosos notificados
Efectores públicos y privados según Residencia
Ciudad de Bs. As. - Año 2008

Efector	Residentes	No Residentes	Total	%
Elizalde	0	2	2	4,08
Garrahan	1	0	1	2,04
Gutierrez	1	0	1	2,04

Muñiz	4	7	11	22,45
Tornu	1	0	1	2,04
Zubizarreta	1	1	2	4,08
Subtotal Efectores públicos	8	10	18	36,73
Aleman	5	2	7	14,29
Britanico	1	2	3	6,12
Cl. De la ciudad	1	0	1	2,04
Franchin	1	0	1	2,04
Iadt	1	0	1	2,04
Italiano	3	2	5	10,20
Otamendi	1	0	1	2,04
Particular	1	0	1	2,04
S. Colegiales	0	1	1	2,04
Sanat. Los arcos	0	1	1	2,04
Sanat. San jose	0	1	1	2,04
Suizo argentina	1	1	2	4,08
Swiss medical	3	0	3	6,12
Trinidad mitre	0	1	1	2,04
Trinidad palermo	1	1	2	4,08
Subtotal E. Privados y de la S. S.	19	12	31	63,27
Total	27	22	49	100,00

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La vigilancia epidemiológica intensificada de Dengue en Ciudad se comenzó a implementar desde el año 1998, cuando fueron notificados 2 casos, ambos confirmados. En el año 1999 se notificaron 26 casos sospechosos, mientras que en el año 2000, por cambios en la situación epidémica regional (Paraguay, Bolivia, Brasil), comenzados el año anterior, aumentó el número de casos sospechosos notificados en la ciudad (n=95). A partir de ese año se observó una curva decreciente y luego estable hasta el año 2006. Al año siguiente se notificaron 351 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 246 casos. Esta situación se relacionó con la epidemia de dengue ocurrida en Paraguay en el primer cuatrimestre de ese año. (Tablas 2 y 3)

Tabla 2
DENGUE. Casos sospechosos totales y en residentes asistidos
Ciudad de Buenos Aires
1999-2008

Años	Totales asistidos	Residentes
1999	25	12
2000	108	50
2001	20	11
2002	19	9
2003	8	3
2004	8	5
2005	9	3
2006	10	4
2007	351	171
2008	49	27

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Tabla 3
DENGUE. Casos confirmados totales y en residentes asistidos
Ciudad de Buenos Aires
1999-2008.

Años	Totales	Residentes
1999	10	7
2000	83	41
2001	13	7
2002	17	9
2003	5	3
2004	7	5
2005	7	1
2006	6	4
2007	246	107
2008	16	9

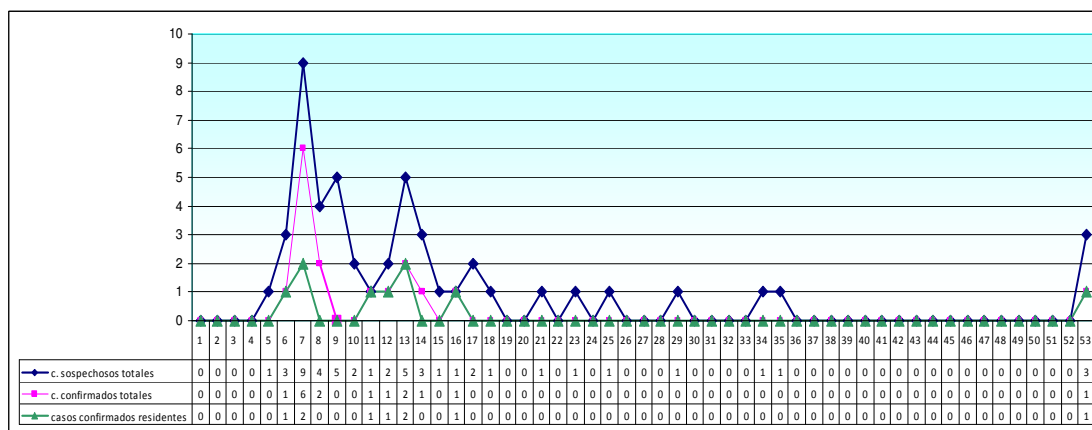
Fuente. Dpto. Epidemiología.

Ministerio Salud. GCBA

Se notificaron casos la semana epidemiológica (SE) número de casos sospechosos disminuyeron hasta SE 11, (5 casos) en SE 13 y casos aislados hasta SE 36. Desde SE 37 hasta SE 52 no se notificaron nuevos casos. En la última SE del año 2008 fueron notificados tres casos. En SE 7 se registró el mayor número de casos confirmados totales. (Gráfico 1)

sospechosos de dengue desde 5 del año 2008. El mayor se registró en SE 7. Los casos registrándose un leve aumento

Gráfico 1. DENGUE
Casos sospechosos y confirmados total y residentes
Según semanas epidemiológicas
Ciudad de Bs. As. - Año 2008



Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Fuente. Dpto.

Los 16 casos confirmados fueron importados. El mayor número de casos (8) registra el antecedente de viaje a Brasil, especificando la ciudad de Río de Janeiro en 4 casos. (Tabla 4). En Brasil, los serotipos circulantes durante el año 2008 fueron 1, 2 y 3.

Tabla 4. DENGUE
Casos confirmados según residencia y lugar de viaje
Ciudad de Bs. As. Año 2008

LUGAR DE VIAJE	Residentes	No Residentes
Brasil	6	3
Colombia	1	
Costa rica	1	
Argentina (misiones)	1	1
Puerto rico		2
Peru		1
Total	9	7

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Todos los casos confirmados en residentes fueron importados. Correspondieron al tipo Dengue Clásico, sin hallazgo de Dengue Hemorrágico ni síndrome de shock por Dengue. En dos casos se identificó el serotipo DEN 2 por PCR.

De los 9 casos confirmados en residentes, ocho se domiciliaron en las Zonas Norte y Centro de la ciudad, presentando tasas similares (0.37 y 0.38 casos por 100000 habitantes respectivamente). (Tabla 5)

Tabla 5. DENGUE
Casos confirmados en residentes
Según Área Programática de domicilio
Ciudad de Bs. As. - Año 2008

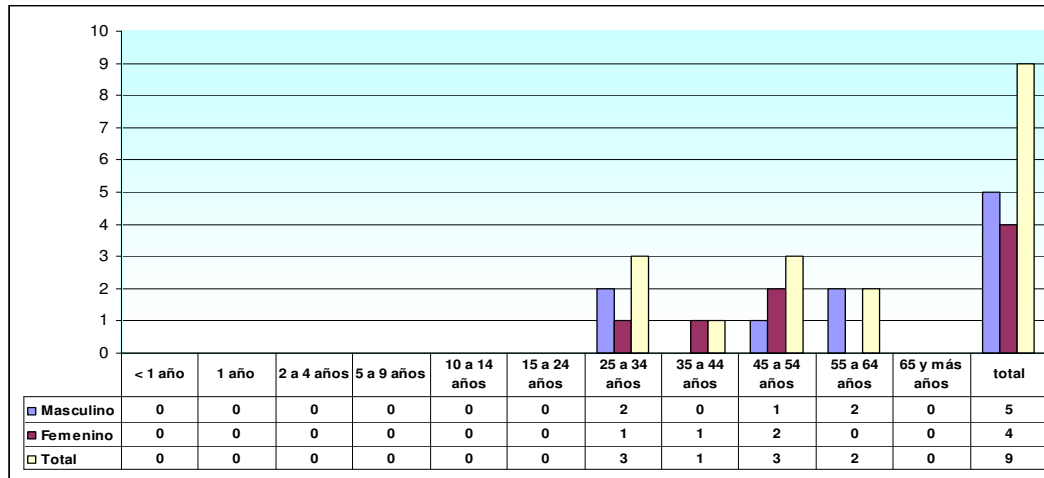
Zona Ciudad	AP	N° de casos	Tasas
Zona Norte	Zubizarreta	0	0,00
	Pirovano	2	0,47
	Tornú	0	0,00
	Fernandez	2	0,45
Subtotal Norte		4	0,37
Zona Centro	Velez	0	0,00
	Alvarez	1	0,46
	Durand	2	0,57
	R. Mejía	1	0,31
Subtotal Centro		4	0,38
Zona Sur	Santojanni	0	0,00
	Piñero	0	0,00
	Penna	1	0,58
	Argerich	0	0,00
Subtotal Sur		1	0,11
Total Ciudad		9	0,30

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Los casos confirmados en residentes presentaron una distribución semejante en varones (5 casos) que en mujeres (4 casos). El rango de edad varió entre los 28 y los 60 años; con una mediana de 30 años y

una media de 34 años. Los grupos de edad más afectados fueron los de 25 hasta 34 años y los de 45 hasta 54 años (Gráfico 2).

Gráfico 2. DENGUE
Casos confirmados en residentes según sexo y grupos de edad
Ciudad de Bs. As. Año 2008



Fuente. Dpto.

Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Ante la recepción de la notificación de cada caso sospechoso, se informó al Área Programática de domicilio del paciente en el caso de Residentes y a la Jurisdicción correspondiente en el caso de No Residentes.

En el caso de los Residentes, el jefe de Área Programática implementó las siguientes medidas:

- Realizar la visita domiciliaria al caso sospechoso para la evaluación de los contactos convivientes y búsqueda de casos febriles.
- Relevar pacientes con Sme. Febril (inespecífico o icterico) en un radio de 200 metros para detectar pacientes que cumplan con criterio de caso sospechoso.
- Coordinar estrategias conjuntas y coordinadas de control vectorial con el Instituto de Zoonosis L. Pasteur y el Ministerio de Ambiente y Espacio Público para la efectiva eliminación y / o tratamiento de focos del vector.

Se recibieron los informes de las acciones de control efectuadas en 13 de los 27 casos sospechosos en residentes (48 %)

Conclusiones

Durante el año 2008 el número de casos confirmados de Dengue asistidos en Ciudad de Buenos Aires fue sensiblemente menor al del año previo (16 versus 246 casos en el año 2007), pero considerando la presencia del mosquito *Aedes aegypti* y la detección de pacientes en período virémico de la enfermedad, continúa vigente el riesgo potencial de casos autóctonos.

Esta situación, sumada a la reaparición de casos de Fiebre Amarilla en las Américas y en nuestro país (Misiones) hacen necesario mantener y ajustar la vigilancia epidemiológica local sobre estas enfermedades.

Datos proporcionados por efectores públicos, privados y Laboratorios de Virología del Hospital R. Gutiérrez y de Zoonosis del Hospital F. J. Muñiz. Ministerio de Salud GCBA.

5. SINDROME UREMICO HEMOLITICO – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Anabel Regalía

En el transcurso del año 2008 se notificaron oficialmente 113 casos de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), desde efectores de salud públicos, privados y de la seguridad social de la Ciudad de Buenos Aires, 37 en residentes y 76 en no residentes.

Los hospitales pediátricos Garrahan, Gutiérrez, Elizalde y hospitales privados concentraron las hospitalizaciones con diagnóstico de SUH. (Tabla 1)

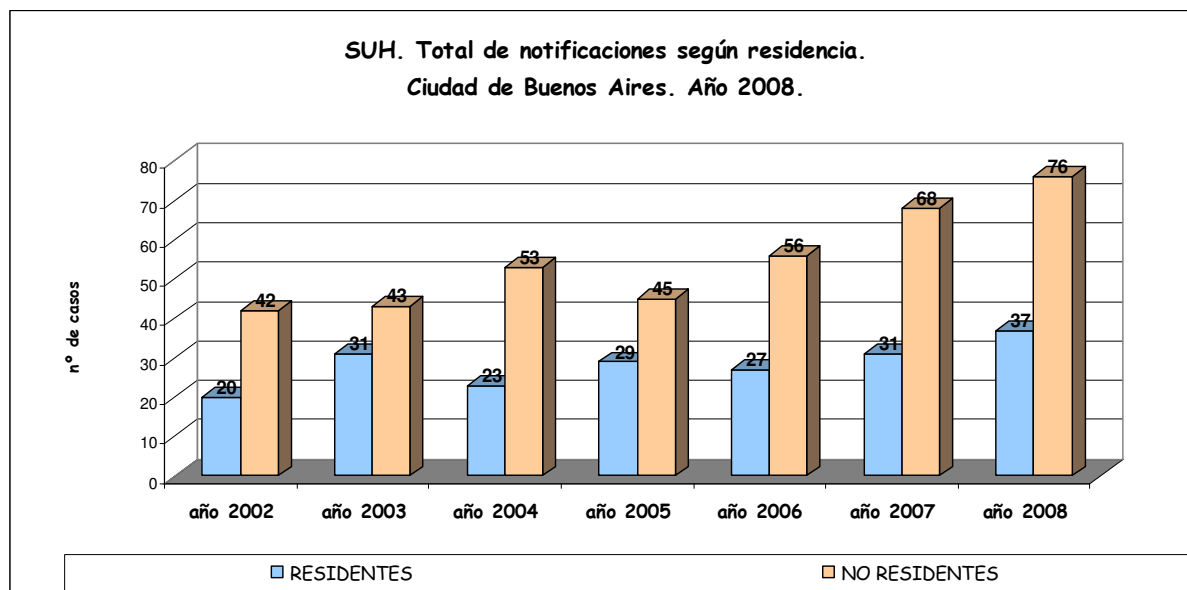
Tabla 1
SUH
Casos notificados por efectores según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

HOSPITAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
Alvarez	1	0	1
Elizalde	2	15	17
Garrahan	4	24	28
Gutierrez	10	19	29
Piñero	1	0	1
Privados	19	18	37
Total	37	76	113

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica de notificaciones de SUH muestra en una tendencia en ascenso, fundamentalmente a expensas de no residentes. (Gráfico 1)

Gráfico 1
SUH
Total de notificaciones según residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se constatan aumentos comparativos en la notificación del año 2008 respecto del año anterior si se analiza por cuatrisesmana, a expensas, principalmente de no residentes. (Tabla 2)

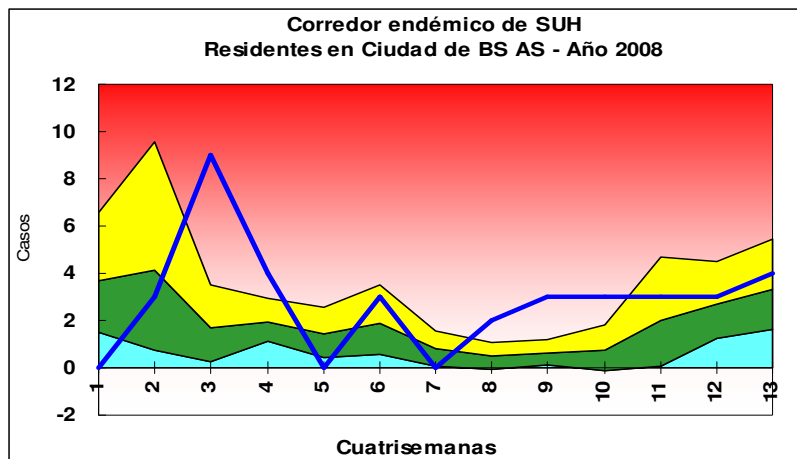
Tabla N° 2
SUH
Notificaciones según residencia por semanas y cuatrisesmanas
Ciudad de Buenos Aires - Años 2007 – 2008

Cuatrisesmanas	Casos en residentes		Casos en no residentes	
	Año 2007	Año 2008	Año 2007	Año 2008
C 1	9	0	15	6
C 2	6	3	7	7
C 3	2	9	10	4
C 4	3	4	8	8
C 5	1	0	3	3
C 6	0	3	5	2
C 7	1	0	1	5
C 8	0	2	2	6
C 9	0	3	6	2
C 10	2	3	5	1
C 11	6	3	9	7
C 12	1	3	4	13
C 13	1	4	2	12
TOTALES	32	37	71	76

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El corredor endémico de SUH transita por zona de epidemia en la cuatrisesmanas 3 y 4, registrándose un descenso en los meses fríos, con un pico en la cuatrisesmana 6 que alcanza zona de alerta, volviendo a incrementarse para la época de primavera llegando a zona de epidemia y luego en meseta que transcurre por zona de alarma hasta fin de año. (Gráfico 2)

Gráfico 2
SUH
Corredor endémico.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En cuanto a los residentes de la ciudad, se notificaron 37 casos con una tasa general de 1,2 casos cada 100000 habitantes. El grupo principalmente afectado es el de menores de 5 años, con predominio femenino (tasa de 13,9), destacando la importancia de la incidencia de esta patología en niños de corta edad, los cuales, en un porcentaje aproximado del 10% desarrollarán secuelas posteriores. (Tabla 3)

Tabla N° 3
SUH. Casos y Tasas por sexo y grupo etáreo.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

GRUPO	Femenino	Masculino	Total	Tasa Fem.	Tasa Masc.	Tasa s/grupo etáreo
0 a 4 años	16	12	28	16,2	11,7	13,9
5 a 9 años	3	2	5	3,3	2,1	2,7
10 a 14 años	2	1	3	2,3	1,1	1,7
15 a 64 años	1	0	1	1,2	0	0,5
Total	22	15	37	1,3	1,1	1,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa general de la Ciudad de Buenos Aires es de 1,2 casos/100000 htes., elevándose en las región ESTE. (Tabla 4)

Tabla N° 4
SUH
Casos y Tasas en residentes según Regiones Sanitarias.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008.

Región Sanitaria	Tasas	Casos
I - Este	1,7	11
II - Sur	1,4	8
III - Oeste	0,6	6
IV - Norte	1,3	12
Total	1,2	37

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El área programática del Hospital Argerich es la que presenta la tasa más elevada, seguidas con valores similares por las áreas de los hospitales Penna y Piñero, configurando toda la banda sur como una zona donde el riesgo de padecer SUH impresiona incrementarse. (Tabla 5)

Tabla N° 5
SUH
Casos y Tasas en residentes según Áreas Programáticas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008.

Zonas	AP	Tasas	Casos
Zona Norte	Zubizarreta	0	0
	Pirovano	1,2	5
	Tornú	0,9	1
	Fernandez	1,6	7
Subtotal Norte		1,2	13

Zona Centro	Velez Sarsfield	0,7	1
	Alvarez	0,5	1
	Durand	0	0
	R. Mejía	1,6	5
Subtotal Centro		0,7	7
Zona Sur	Santojanni	1,3	3
	Piñero	1,8	6
	Penna	1,8	3
	Argerich	3,3	5
Subtotal Sur		2	17
TOTAL		1,2	37

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En 12 casos sobre 37 residentes afectados por SUH (32,43%) se detectó *Escherichia coli* por aislamiento o por métodos indirectos (PCR, determinación de Stx 1 y 2 en materia fecal), resultando la tasa general de afectación de *0,4 casos /100000* habitantes. (en 5 coprocultivos se tipificó la variedad O 157). La tasa general de *E. coli* en menores de 5 años para la ciudad se ubica en *5 casos/100000* habitantes de ese grupo etáreo. (Tabla 6)

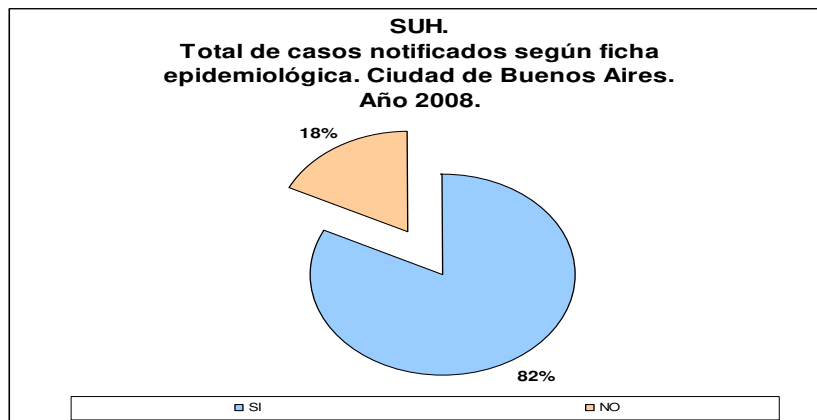
Tabla Nº 6
SUH
Casos y Tasas según gérmenes de coprocultivo.
Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Año 2008.

Germen	Casos	Tasas
<i>Escherichia coli</i>	12	0,4
<i>Salmonella no typhi</i>	1	0,0
<i>Flora habitual</i>	1	0,0
<i>Negativo</i>	5	0,2
<i>S/D</i>	18	0,6
Total	37	1,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se registraron 2 episodios de síndromes convulsivos, 1 de deterioro del sensorio y 1 episodio de oclusión intestinal con proctorragia. Dos fallecimientos ocurrieron en residentes, ambos de 2 años de edad, ubicando la tasa de mortalidad en menores de 5 años por esta causa en 1 caso/100000 niños menores de 5 años. La letalidad respecto de los menores de 5 años se ubicaría en el 10.5%. Los efectores enviaron la ficha epidemiológica en el 82,3% de los casos. (Gráfico 3)

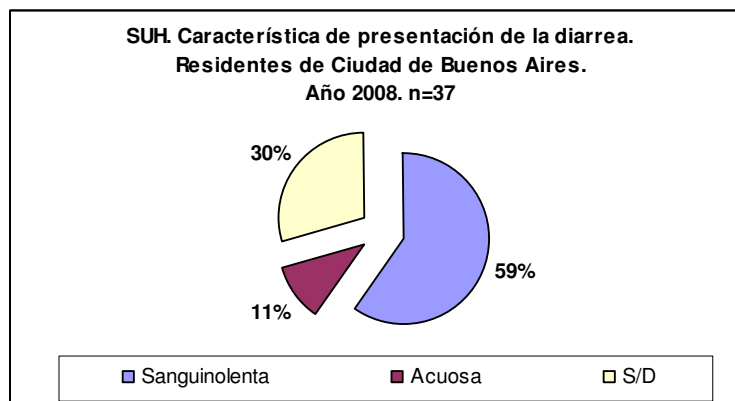
Gráfico 3
SUH
Total de casos notificados según ficha epidemiológica
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Casi el 60% de los casos presenta diarrea aguda sanguinolenta, como forma de presentación o que se desarrolla en días posteriores al inicio de los síntomas. (Gráfico 4)

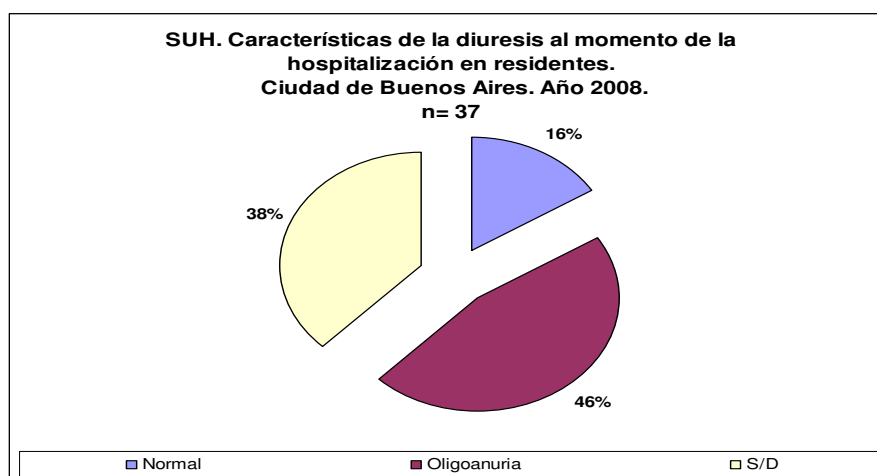
Gráfico 4
SUH
Característica de presentación de la diarrea. Residentes
en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En el 46% de los casos los afectados en residentes evidencian la falla renal mediante la disminución de la diuresis. (Gráfico 5)

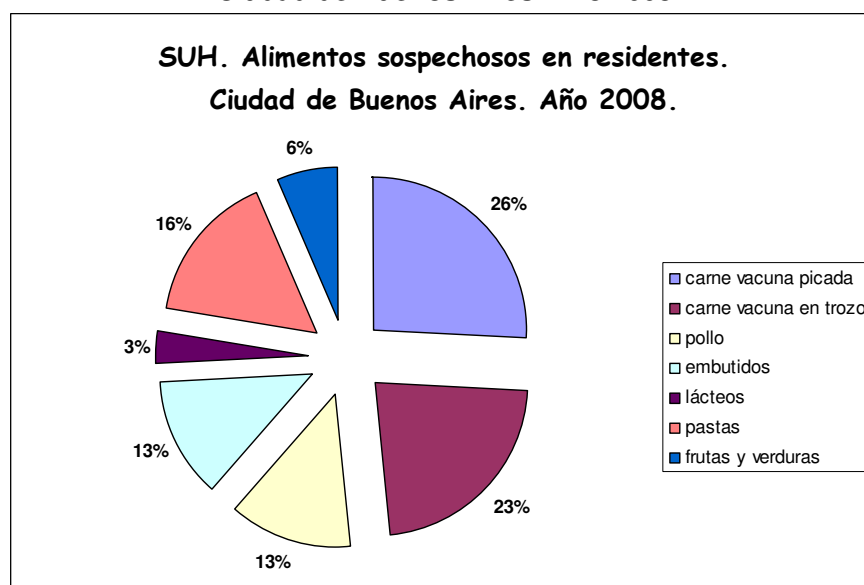
Gráfico 5
SUH
Características de la diuresis al momento de la
hospitalización en residentes
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De los alimentos presuntamente sospechosos como vehículos de transmisión de gérmenes potencialmente desencadenantes de SUH, las carnes vacuna picada y en trozo ocupan las proporciones más importantes. La incorrecta cocción de las carnes, la inadecuada conservación de lácteos figuran entre los ítems más frecuentes. (Gráfico 6)

Gráfico 6
SUH
Alimentos sospechosos en residentes.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Del análisis de los datos de la Unidad Centinela de SUH (UCSUH) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), que incluye a los hospitales especializados de niños Elizalde, Garrahan y Gutiérrez, surge que se encuentran ingresados en el año 2008, 69 casos, 58% de la provincia de Buenos Aires, 33% de CABA y 7% de otras provincias.

El rango etáreo es de 0 a 13 años, con una mediana de 2 años (27 meses). Sólo se detectaron 6 afectados con contactos con diarrea en los 30 días previos y 2 hermanos de pacientes con antecedentes de SUH en el mismo lapso. En 5 casos los familiares ejercían actividades de mayor riesgo de transmisión de gérmenes productores de Shigatoxina (4 carniceros y 1 en actividad rural).

Alrededor del 88% de los casos se presentaron con diarrea previa, 53% de comienzo insidioso y 30% de comienzo brusco. 35% de los pacientes presentaron algún tipo de compromiso neurológico (convulsiones, irritabilidad o somnolencia), 72% presentaron anemia, 69% diarrea aguda sanguinolenta, 46% microhematuria, 52% oligoanuria, 54% vómitos y 30% dolor abdominal. 52% requirieron diálisis peritoneal, 32% por 5 días o más, con lo cual aumentan las posibilidades de secuelas renales a largo plazo.

Recomendaciones generales a la población para la prevención de enfermedades transmitidas por alimentos, en este caso SUH

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

6. DIARREA AGUDA SANGUINOLENTA – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Anabel Regalía

Las Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS) son enfermedades causadas por agentes bacterianos, virales o parasitarios, con una forma de comienzo súbito y una duración que no exceda los 14 días. El 70% de los casos reportados requirieron de internación en salas de clínica y pediatría por formas de presentación como síndrome disentérico.

Se inició la vigilancia epidemiológica a partir de su incorporación en las Normas Nacionales, última versión del año 2007.

En la Ciudad de Buenos Aires se notificaron 20 casos de DAS durante el año 2008, correspondiendo 14 casos (70%) a residentes y 6 (30%) a no residentes. (Tabla 1)

Tabla N° 1
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Total de casos notificados por efectores según residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

HOSPITAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES
Alvarez	2	1
Durand	2	0
Gutierrez	0	1
Pirovano	3	0
R. Mejia	2	1
Sarda	0	2
V. Sarsfield	0	1
Privados	5	0
TOTAL	14	6

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

No puede establecerse aún una serie histórica, dado que la forma de notificación como vigilancia individualizada con adelanto telefónico y correo de alerta al vigilante epidemiológico local, con ficha epidemiológica de caso y acciones de prevención y control, se instauró durante el año del presente informe. La notificación se verificó en el segundo semestre del año, fundamentalmente durante los meses cálidos, a partir de la semana 34. Correspondió a casos de diarreas agudas sanguinolentas y/o disenterías que no evolucionaron a Síndromes Urémicos Hemolíticos (SUH), porque éstos fueron ingresados a la vigilancia con carácter de tales.(Tabla 2)

Tabla N° 2
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Total de casos notificados en residentes según semanas epidemiológicas
Ciudad de Buenos Aires Año 2008

SEMANA	CASOS
34	1
38	1
43	1
46	1
47	3
49	1
50	4
52	2
TOTAL	14

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución por grupo etáreo muestra las tasas más altas en menores de 5 años. (Tabla 3)

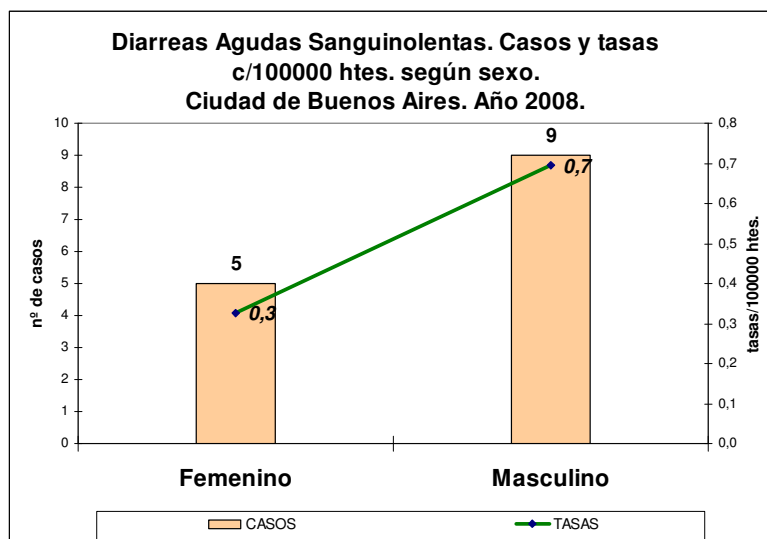
Tabla N° 3
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Casos y Tasas /100000 htes. en residentes según grupo etáreo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

GRUPO ETÁREO	CASOS	TASAS
menor de 1 año	3	7,3
1 año	3	7,4
2 a 4 años	4	3,4
5 a 9 años	1	0,5
10 a 14 años	2	1,1
15 a 64 años	1	0,1
TOTAL	14	0,5

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Respecto de la distribución por sexo las tasas fueron ligeramente superiores en varones.(Gráfico 1)

Gráfico N° 1
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Casos y Tasas /100000 htes. Según sexo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Georreferenciando por regiones sanitarias los casos en residentes, la tasa más elevada en población general se ubicó en la *región ESTE* (0.62casos/100000 htes.- (Tabla 4).

Tabla N° 4
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Casos y Tasas /100000 habitantes en residentes según Región Sanitaria
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

REGIONES	CASOS	TASAS
Este	4	0,62
Sur	2	0,36
Oeste	3	0,32
Norte	5	0,56
TOTAL	14	0,46

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La tasa más elevada en menores de 5 años correspondió a la región NORTE (9.51casos/100000 habitantes. de ese grupo etáreo. (Tabla 5).

Tabla N° 5
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Casos y Tasas /100000 habitantes en residentes
menores de 5 años según Región Sanitaria
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

REGIONES	CASOS	TASAS
Este	4	8,34
Sur	2	4,70
Oeste	3	6,35
Norte	5	9,51
TOTAL	14	6,97

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El área programática del Hospital. Pirovano resultó la que concentró la mayor cantidad de casos, pero en referencia a las tasas, la más alta se ubicó el área programática del Hospital Tornú. (Tabla 6)

Tabla N° 6
Diarreas Agudas Sanguinolentas
Casos y Tasas /100000 habitantes en residentes según Área Programática
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

Zonas Geográficas	AP	Casos	Tasas
Zona Norte	Zubizarreta	0	0,0
	Pirovano	5	1,2
	Tornú	2	1,9
	Fernández	0	0,0
Subtotal Norte		7	0,6
Zona Centro	Vélez Sarsfield	0	0,0
	Álvarez	1	0,5
	Durand	0	0,0
	R. Mejía	3	0,9
Subtotal Centro		4	0,4
Zona Sur	Santojanni	1	0,4
	Piñero	1	0,3
	Penna	0	0,0
	Argerich	1	0,7
Subtotal Sur		3	0,3
TOTAL		14	0,5

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se refirió antecedente de diarrea en los contactos en el 45% de los casos (bajo sus distintas formas de presentación: acuosa, mucosa, blanda o sanguinolenta).

En cuanto a resultados de coprocultivos, en el 40% de los casos no se realizó el pedido de la muestra, 25% resultaron positivos (2 a *Escherichia coli*, 2 a *Shigella*, uno de ellos a variedad flexneri, y en 5 casos el coprocultivo resultó negativo). En 4 especímenes se determinó presencia de verotoxina y en un caso se detectó señal de enterohemolisina (factores de patogenicidad y virulencia, que pueden desencadenar complicaciones en el individuo). Dos casos presentaron determinaciones positivas para rotavirus.

Se remitieron fichas epidemiológicas en el 55% de los casos.

En resumen, durante la segunda mitad del año 2008 comenzaron a notificarse en forma individualizada y con datos completos las Diarreas Agudas Sanguinolentas (DAS). Del mismo modo, desde la red de laboratorios, se lleva a cabo la vigilancia de STEC (*E. coli* productora de Shigatoxina, desencadenante de una proporción de los casos de Síndrome Urémico Hemolítico), aislándose además otros gérmenes, principalmente en menores de 5 años, tales como *Shigella* y Rotavirus.

7. HEPATITIS A Y SIN ESPECIFICAR – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Anabel Regalía

Durante el año 2008, se notificaron, desde efectores públicos y privados, 86 síndromes compatibles con hepatitis aguda. (Tabla 1)

Tabla N° 1
Hepatitis Agudas
Casos según Residencia y Efector
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

EFFECTOR	RESIDENTES	NO RESIDENTES	S/D	TOTALES
Durand	2	0	0	2
Elizalde	4	19	0	23
Fernández	1	0	0	1
Garrahan	2	3	0	5
Gutiérrez	2	3	0	5
H.clinicas	1	0	0	1
Muñiz	1	2	0	3
Penna	3	5	0	8
Pirovano	4	0	0	4
Piñero	9	3	0	12
R. Mejia	2	0	0	2
Santojanni	6	0	0	6
Sardá	0	1	0	1
Tornú	1	0	1	2
V. Sarsfield	6	2	1	9
Otros	1	1	0	2
TOTALES	45	39	2	86

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se diagnosticaron 44 casos como hepatitis A y 29 fueron definidos como hepatitis presuntamente viral sin especificar.

Por otra parte, 13 casos presentaron otros diagnósticos (hepatitis mononucleósica, hepatitis autoinmune, hepatitis medicamentosa, etc.).

De los casos notificados de hepatitis A, 64% corresponden a residentes y 26% a no residentes, mientras que la proporción se invierte para hepatitis sin especificar con 62% de los casos en no residentes y 34,5% en residentes y 3.4% sin especificar domicilio.(Tabla 2)

Tabla N°2
Hepatitis Agudas
Total de casos notificados según diagnóstico y residencia.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008.

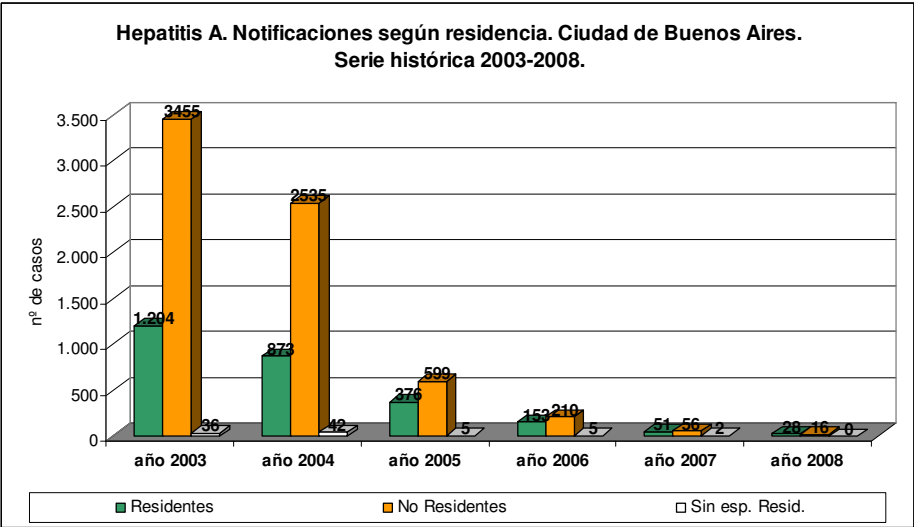
JURISDICCIÓN	HEP.A	HEP.SE	OTROS DIAG.	TOTALES
<i>Residentes</i>	28	10	7	45
<i>No residentes</i>	16	18	5	39
<i>Sin domicilio</i>	0	1	1	2
TOTALES	44	29	13	86

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la serie histórica puede apreciarse el descenso brusco de casos de hepatitis A luego del brote ocurrido durante los años 2003-2004, que ocasionó disminución de la cantidad de individuos

susceptibles, sumado a la posterior introducción de la vacunación antihepatitis A al calendario Nacional a partir del año 2005, con lo cual también se redujo la transmisión viral. (Gráfico 1)

Gráfico 1
Hepatitis A
Notificaciones según Residencia
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Según la distribución en cuatrisesmanas de los casos notificados en residentes, se puede apreciar un aumento de la notificación entre los meses de Marzo, Abril y Mayo.(Tabla 3)

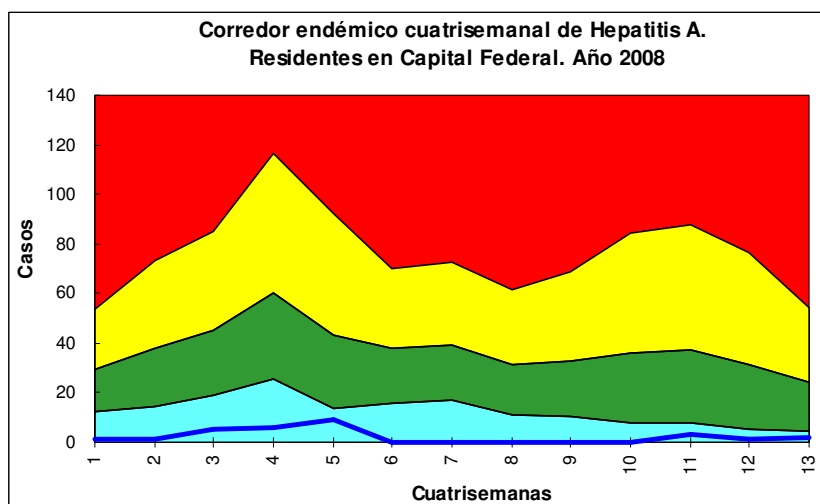
Tabla N°3
Hepatitis A
Casos notificados en residentes según cuatrisesmanas.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008.

Cuatrisemanas	Casos
1	1
2	1
3	5
4	6
5	9
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0
11	3
12	1
13	2
TOTAL	28

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El corredor cuatrisesmanal de hepatitis A transcurrió por zona de éxito durante todo el año 2008. (Gráfico 2)

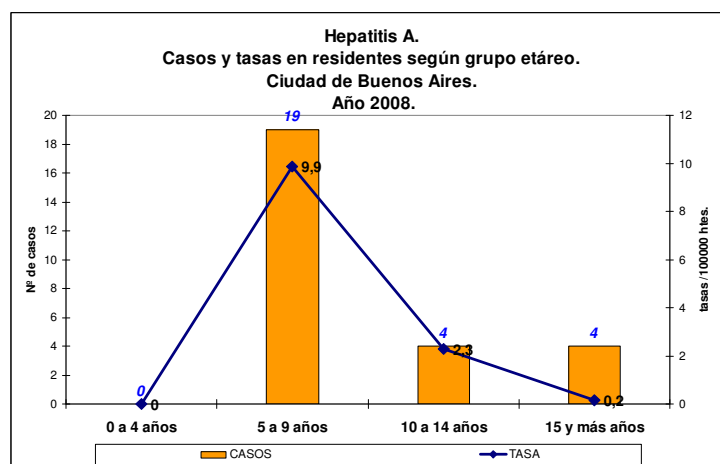
Gráfico 2
Hepatitis A
Corredor endémico cuatrisesmanal
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Como en años anteriores, el grupo etáreo más afectado corresponde al comprendido entre 5 a 9 años, seguido por el de 10 a 14 años.(Gráfico 3).

Gráfico 3
Hepatitis A
Casos y Tasas en residentes según grupo etáreo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Se visualiza un predominio en la tasa en varones de 5 a 9 años. (Tabla 3).

Tabla Nº 3
Hepatitis A
Casos y tasas en residentes según sexo y grupo etáreo
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

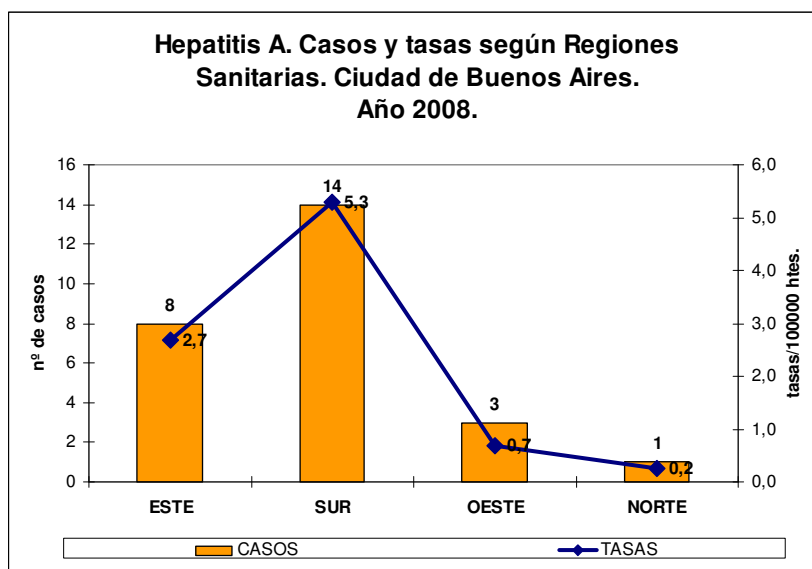
GRUPO ETÁREO	MASCULINO	TASAS	FEMENINO	TASAS
--------------	-----------	-------	----------	-------

5 a 9 años	13	13,3	6	6,3
10 a 14 años	1	1,1	3	3,5
15 y más años	1	0,1	3	0,2
TOTAL	15	1,1	13	0,8

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Las regiones sanitarias de la ciudad más afectadas por casos de hepatitis A corresponden, en primer término a la zona SUR y luego a la región ESTE. (Gráfico 4)

Gráfico 4
Hepatitis A
Casos y tasas según Regiones Sanitarias
Ciudad de Buenos Aires. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De las 45 notificaciones de hepatitis agudas en residentes, en 23 casos se confirmó serológicamente hepatitis viral tipo A mediante la determinación de IgMHAV (en los 5 casos restantes en los que no se realizó la determinación de laboratorio se clasificaron como hepatitis A en forma clínica desde los mismos efectores, 3 casos en niños, uno en una joven de 24 años y 1 caso sin especificar edad). En 10 casos la determinación de IgMHAV resultó negativa y 7 casos correspondieron a otros diagnósticos.

En resumen el año 2008 para la patología hepatitis A resultó en una tendencia de descenso de notificaciones, continuando el perfil de años anteriores.

Se recomienda mejorar la notificación oportuna, el diagnóstico serológico o por nexo epidemiológico con casos confirmados, para desencadenar las acciones de prevención y control, que consisten en la evaluación de los contactos, la educación sanitaria de los mismos y la eventual inmunización de bloqueo en caso de susceptibilidad a la enfermedad.

8. MENINGOENCEFALITIS – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Monica Valenzuela

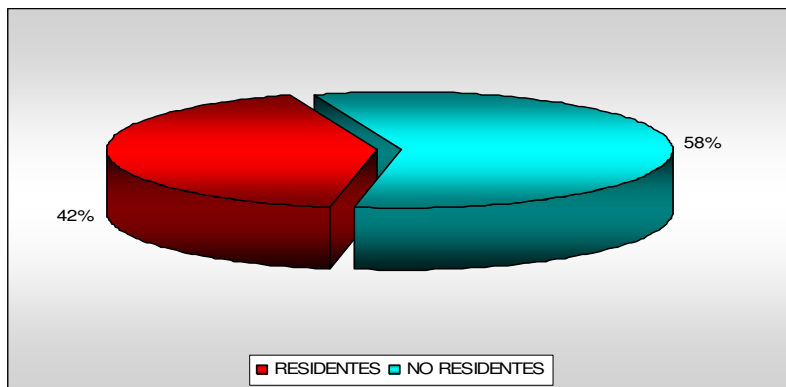
Las meningoencefalitis de cualquier etiología son patologías de notificación obligatoria (Ley Nacional 15.465). La vigilancia epidemiológica de estas patologías comprende fundamentalmente:

- 1- Notificación inmediata con adelanto telefónico fax o mail al departamento de Epidemiología.[§]
- 2- Medidas sobre el paciente: si corresponde, tratamiento adecuado, medidas de sostén, aislamiento.
- 3- Medidas sobre la comunidad: realizar siempre la visita epidemiológica en terreno para:
 - Evaluar la presencia de otros casos sospechosos y/o confirmados.
 - Instrumentar la profilaxis antibiótica si corresponde por etiología, a los contactos convivientes y/o institucionales.
 - 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.
- 4- Al alta del paciente, deben ser enviadas las fichas epidemiológicas (por parte de los efectores que asistieron al caso), con datos completos incluyendo diagnóstico final y evolución del paciente.

Vigilancia de meningoencefalitis en la Ciudad de Buenos Aires – Año 2008

Durante el año 2008 fueron notificados por efectores de la ciudad de Buenos Aires (Públicos y privados) 423 casos de meningoencefalitis, de los cuales 177 (42%) correspondieron a residentes en la CABA y 244 (58%) a no residentes. (Gráfico 1)

Gráfico N°1
Meningoencefalitis.
Porcentaje de casos notificados según lugar de residencia
Año 2008



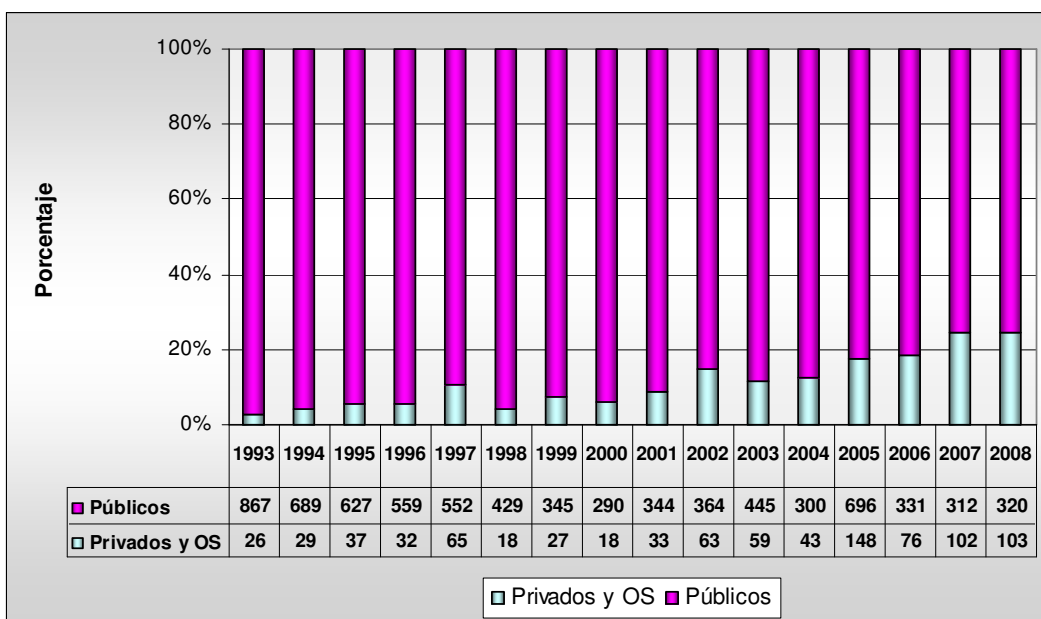
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En cuanto al tipo de efector involucrado en la generación de la notificación, al analizarse la serie histórica comprendida entre los años 1993- 2008, del 100% de las notificaciones anuales se destaca el crecimiento de la intervención del sector privado desde el 2.9% inicial en 1993 al 24,3% alcanzado en el año 2008. (Gráfico 2).

Gráfico N°2
Meningoencefalitis.

[§] rforlenza@buenosaires.gob.ar; epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar
TE: 4123-3240 al 3242

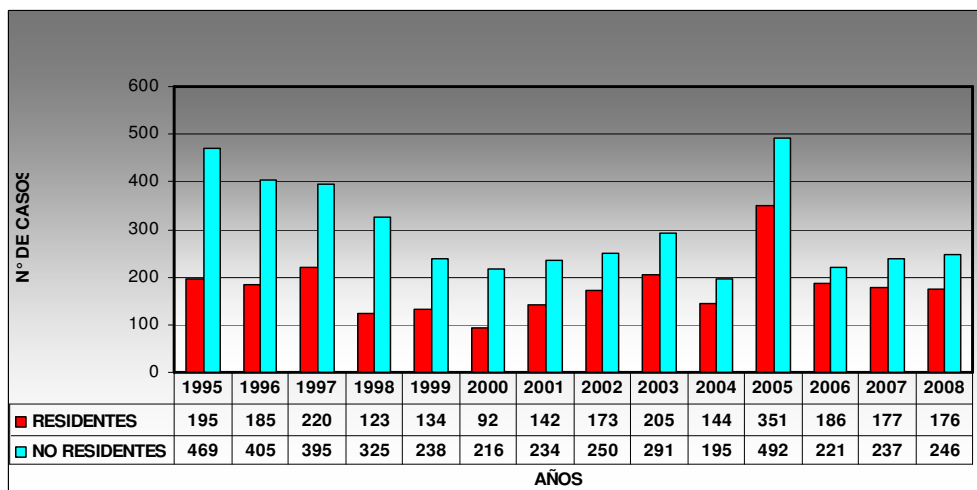
**Nº de casos notificados según tipo de efector
Residentes y No residentes en Ciudad de Buenos Aires
Serie histórica 1995- 2008**



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la serie histórica analizada, la notificación de casos de no residentes superó a la de residentes de la CABA en todos los años verificándose en el 2008 la continuidad de dicha tendencia. (Gráfico 3).

**Gráfico N°3
Meningoencefalitis.
Nº de casos notificados según lugar de residencia
Serie histórica 1995- 2008.**



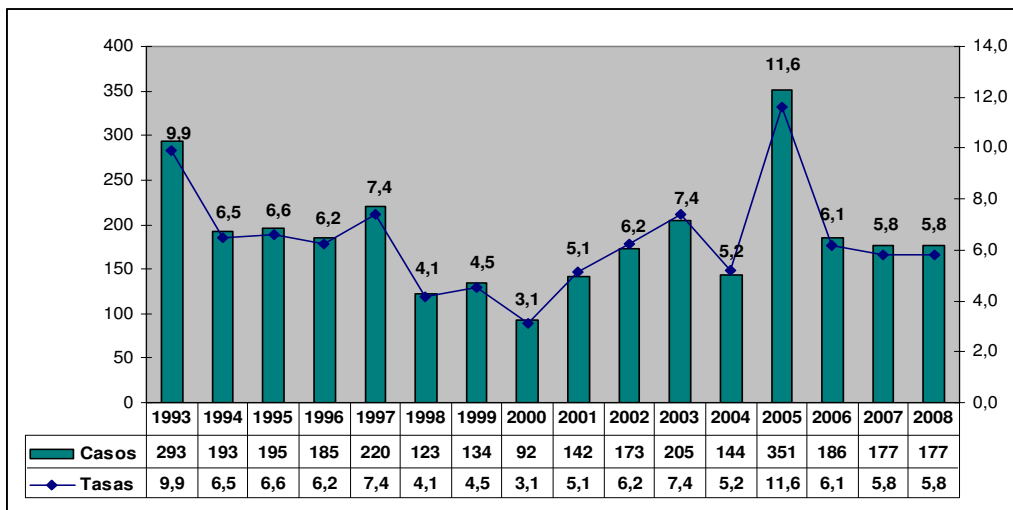
Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Meningoencefalitis en residentes de la Ciudad

En residentes de la Ciudad la tasa de notificación de las meningoencefalitis en el año 2008 fue de 5.8 casos por 100.000 habitantes. Esta tasa se mantiene estable respecto los dos años anteriores, la tasa

elevada del año 2005 correspondió al brote de meningoencefalitis virales. El valor del índice epidémico para el año 2008 se halló dentro de los valores esperados de acuerdo a la notificación histórica (Índice epidémico 1.05) (Gráfico 4)

Gráfico Nº 4
Meningoencefalitis.
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 1993 – 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Con respecto al año anterior, se verificó un aumento de las notificaciones en las cuatrisesmanas: 1, de la 6 a la 9 y en la 13. En el resto de las cuatrisesmanas se comprobó un descenso de las mismas o bien se mantuvieron estables con leves oscilaciones. (Tabla 1)

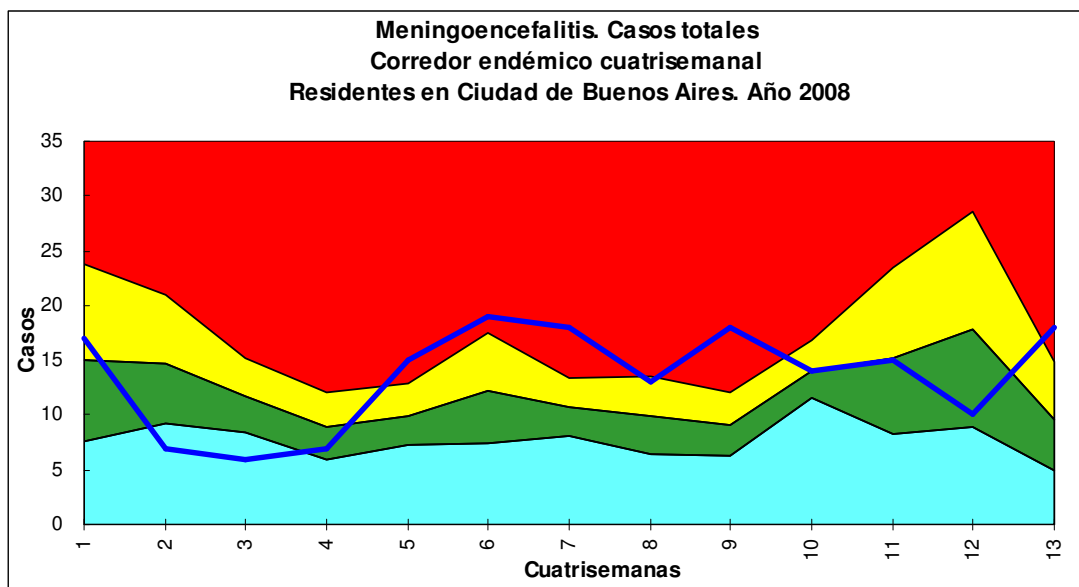
Tabla Nº 1
Meningoencefalitis
Casos notificados por cuatrisesmana
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2007 y 2008

CUATRISEMANA	Nº DE CASOS-2007	Nº DE CASOS-2008
1	11	17
2	13	7
3	11	6
4	11	7
5	13	15
6	10	19
7	9	18
8	11	13
9	11	18
10	18	13
11	26	15
12	23	10
13	10	18
Total	177	176

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

El corredor endémico cuatrisesmanal muestra que la curva de casos totales de meningoencefalitis correspondientes al año 2008, transcurrió por zona de brote desde la semanas epidemiológicas 5 a 9 (27/01/2008 a 01/03/2008)** (Gráfico 5)

Gráfico N° 5
Meningoencefalitis. Casos Totales
Corredor endémico cuatrisesmanal
Residentes en Ciudad de Buenos Aires – Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En cuanto a la distribución por género en residentes, la participación del sexo masculino en el total de casos notificados fue de 54.0%, siendo de 46.0% para el sexo femenino (Tabla 2)

Tabla N° 2
Meningoencefalitis.
N° de casos y Porcentaje según género.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.2008

SEXO	N°	%
Masculino	95	54%
Femenino	81	46%
Total	176	100.0%

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La prevalencia del sexo masculino se mantiene a través de los años, verificándose para el 2008 una continuidad en la tendencia histórica (Tabla 3).

Tabla N° 3
Meningoencefalitis.
N° de casos y tasa según género.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.

** El corredor 2008 se construyó tomando los casos notificados de 7 años previos, excluyendo el año 2005 en el cual se produjo en la ciudad un brote de meningoencefalitis virales.

Serie histórica 2000- 2008.

AÑO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº de casos	tasa	Nº de casos	tasa	Nº de Casos	Tasa
2000	48	3,5	44	2,7	92	3,3
2001	80	5,8	62	3,8	142	4,7
2002	105	7,7	68	4,2	173	5,8
2003	120	8,8	85	5,2	205	6,8
2004	87	6,4	57	3,5	144	4,8
2005	194	14	156	9,6	350	11,6
2006	118	8,5	68	4,2	186	6,1
2007	115	8,3	62	3,8	177	5,8
2008	95	6,8	82	4,9	177	5,8

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución según grupos de edad en residentes mostró amplia prevalencia de los menores de un año respecto del resto de los grupos etáreos (coincidente con la tendencia histórica) (Tabla 4)

Tabla Nº 4
Meningoencefalitis.
Nº de casos, porcentaje y tasa por 100.000 hab. Según grupo etareo.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.2008.

	Nº de casos	Tasas
Menos de 1	51	119,0
1 año	12	34,9
2 a 4 años	15	12,1
5 a 9	27	14,0
10 a 14	11	6,3
15 a 24	14	3,6
25 a 34	14	2,8
35 a 44	4	1,0
45 a 64	16	2,4
65 y más	12	2,4
Total*	176	5,8

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

* Un caso sin datos de edad

El análisis de la distribución geográfica de los casos según área programática de residencia revela que la zona sur de la ciudad es la que posee las tasas más elevadas (8.6 casos/100.000 habitantes), seguida por zonas norte (4.0) y centro (3.9). (Tabla 5)

Tabla Nº 5
Meningoencefalitis.
Nº de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes según Area Programática.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. 2008.

	Hospital	N° de casos	tasas/100.000
Zona Norte	Zubizarreta	3	2,6
	Pirovano	20	4,7
	Tornú	4	3,8
	Fernandez	17	3,8
	Subtotal Norte	44	4,0
Zona Centro	Velez	6	4,0
	Alvarez	5	2,3
	Durand	10	2,8
	R. Mejía	20	6,3
	Subtotal Centro	41	3,9
Zona Sur	Santojanni	22	9,5
	Piñero	39	11,8
	Penna	20	11,7
	Argerich	8	5,3
	Subtotal Sur	76	8,6
	Desc	3	
	Total Ciudad	77	2,6

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Con respecto a las categorías principales de diagnóstico final en el año 2008 las meningoencefalitis bacterianas superaron en número a las virales (Tabla 6).

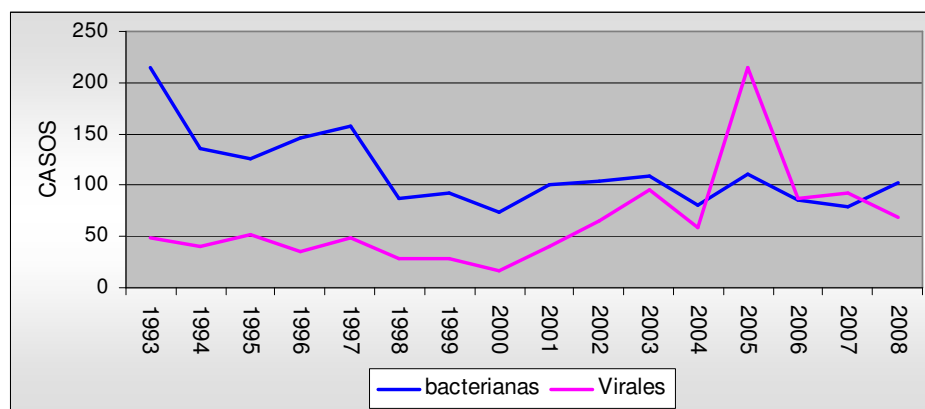
Tabla N° 6
Meningoencefalitis.
N° de casos y porcentaje según Diagnóstico principal.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.
2008.

Meningoencefalitis según etiología	N° de casos	Porcentaje
Bacterianas	102	58.0
Virales	69	39.2
Etiología s/ especificar	5	2.8
TOTAL	176	100.0

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica según categoría diagnóstica muestra el aumento de notificaciones de las meningoencefalitis virales a partir del año 2000, con un pico en el año 2005 (brote de meningoencefalitis a enterovirus). (Gráfico N° 6)

Grafico N° 6
Meningoencefalitis.
N° de casos según diagnóstico principal.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.
Serie histórica 1995- 2008.



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución de las meningitis bacterianas según grupos de edad y germen reveló que el grupo de menores de 1 año presentó las tasas más elevadas para todos los gérmes. El germen con mayor tasa de rescate fue el meningococo, seguido por las meningocelulitis bacterianas sin rescate de germen. (Tabla 7)

Tabla Nº 7
Meningoencefalitis bacterianas
Casos y tasas por 100.000 habitantes según germen y grupo de edad
Residentes en Ciudad de Buenos Aires
2008

Grupo de Edad	Haemophilus B		Meningococo		Neumococo		TBC		Bact.S/rescate		Otras Bact.		Total Bacterianas	
	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa
< 1 año	2	4,7	9	21	10	23,3	1	2,3	6	14	0	0	28	65,3
1 año	1	2,9	1	2,9	2	5,8	0	0	2	5,8	0	0	6	17,4
2 a 4	0	0	8	6,5	0	0	0	0	1	0,8	0	0	9	7,3
5 a 9	0	0	4	2,1	3	1,6	0	0	3	1,6	1	0,5	11	5,7
10 a 14	0	0	2	1,1	0	0	0	0	4	2,3	0	0	6	3,4
15 a 24	0	0	4	1	0	0	2	0,5	2	0,5	0	0	8	2,1
25 a 34	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	3	0,6	0	0	6	1,2
35 a 44	0	0	1	0,2	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0	4	1
45 a 64	0	0	3	0,4	5	0,7	1	0,1	5	0,7	0	0	14	2,1
65 y más	0	0	2	0,4	5	1	1	0,2	2	0,4	0	0	10	2
Total casos	3	0,1	35	1,2	27	0,9	7	0,2	29	1	1	0	102	3,4

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De las meningocelulitis bacterianas por *Neisseria meningitidis* en residentes de la Ciudad, de 35 aislamientos notificados, el serogrupo prevalente fue el B y se observó un incremento del serogrupo W135. (Tabla 8)

Tabla Nº 8
Meningoencefalitis Meningocócicas
Casos según tipificación
Residentes en Ciudad de Buenos Aires.
2008.

TOTAL CASOS	BACTERIANAS	MENINGOCOCO			
176	102	Total casos	TIPIFICADOS		
		35	B	C	W 135
			17	1	7

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Del análisis del total de meningitis virales surge que las tasas más elevadas corresponden en orden decreciente de edad (en años) a los grupos de menores de 1, de 1 año, de 5 a 9, y de 2 a 4.

El germen identificado con mayor frecuencia fue el enterovirus el cual prevalece en los grupos de menor edad.. Para todos los grupos, las meningitis virales sin identificación de germen representan la etiología más frecuente. (Tabla 9)

Tabla N° 9
Meningoencefalitis virales.
N° de casos y Tasas por 100.000 según grupo de edad y germen.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. 2008.

Grupos de Edad	Enterovirus		Varicela		Herpes virus		Otros virus		Virales s/rescate		Total Virales	
	casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa	casos	Tasa
< 1 año	8	18,7	0	0	0	0	0	0	12	28	20	46,7
1 año	3	8,7	0	0	0	0	0	0	3	8,7	6	17,4
2 a 4	3	2,4	0	0	0	0	0	0	2	1,6	5	4
5 a 9	3	1,6	0	0	0	0	1	0,5	12	6,2	16	8,3
10 a 14	2	1,1	0	0	1	0,6	0	0	2	1,1	5	2,9
15 a 24	2	0,5	0	0	0	0	0	0	4	1	6	1,5
25 a 34	1	0,2	0	0	0	0	0	0	7	1,4	8	1,6
35 a 44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45 a 64	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,3	2	0,3
65 y más	0	0	1	0,2	0	0	0	0	0	0	1	0,2
Total casos	22	0,7	1	0	1	0	1	0	44	1,4	69	2,3

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De la evaluación del diagnóstico final surgió que la mayor parte de los casos (51,7%) evolucionaron favorablemente, pero se debe tener en cuenta que en 36,4% de los casos notificados no se obtuvo datos de la evolución. (Tabla 10)

Tabla N° 10
Meningoencefalitis.
Casos y porcentajes según evolución.
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. 2008

EVOLUCION	N° de casos	%
Alta sin secuelas	91	51,7

Alta con secuelas	6	3,4
Defunción	15	8,5
S/D	64	36,4
Total	176	100,0

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Comentarios

La notificación de los efectores privados presentó una curva en ascenso desde el año 1993. La mediana de notificación se mantuvo estable respecto del año anterior. La tendencia mostró la mayor afectación del género masculino.

El grupo de menor edad detentó la tasa más elevada de notificación (menores de un año y un año).

La región sur de la Ciudad es la que presentó la tasa más alta de notificación.

Prevalecieron en el año 2008 las meningoencefalitis bacterianas y entre estas el germen más frecuentemente aislado fue el meningococo. Entre las meningoencefalitis virales el enterovirus fue el agente hallado con mayor frecuencia. La tasa de letalidad fue más baja en el año analizado, pero no se recibieron las muertes seleccionadas con fines epidemiológicos.

El 73% de los casos fueron notificados hasta las 72 hs. del ingreso del paciente. Se recibieron el 74% de las fichas epidemiológicas. La investigación epidemiológica en terreno se realizó en forma completa y oportuna en el 66.5% de los casos.

Recomendaciones:

Estimular la notificación adecuada y oportuna de los casos asistidos tanto por parte del sector público como privado.

Favorecer y colaborar para la realización de la investigación en terreno, fundamental para la intervención apropiada sobre la comunidad.

Fortalecer el envío de las fichas epidemiológicas con datos completos al alta del paciente.

Mejorar la interrelación con el laboratorio a fin de obtener el resultado de las muestras de manera oportuna.

Elaboración de informes periódicos por parte del nivel central.

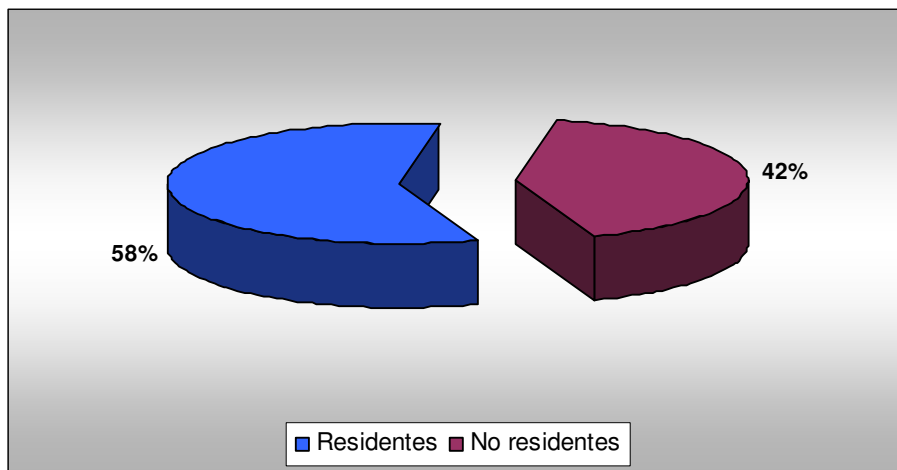
Generar y capacitar en forma permanente para personal de salud a cargo de la vigilancia en los diferentes efectores.

9. SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y EL SRC – CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Monica Valenzuela

En la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2008 se produjo un aumento del número de notificaciones de casos sospechosos de Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE), ascendiendo a 211 casos notificados de los cuales correspondieron a Residentes de la Ciudad 123 casos (58%) y 88 casos (42%) a No residentes. (Gráfico 1)

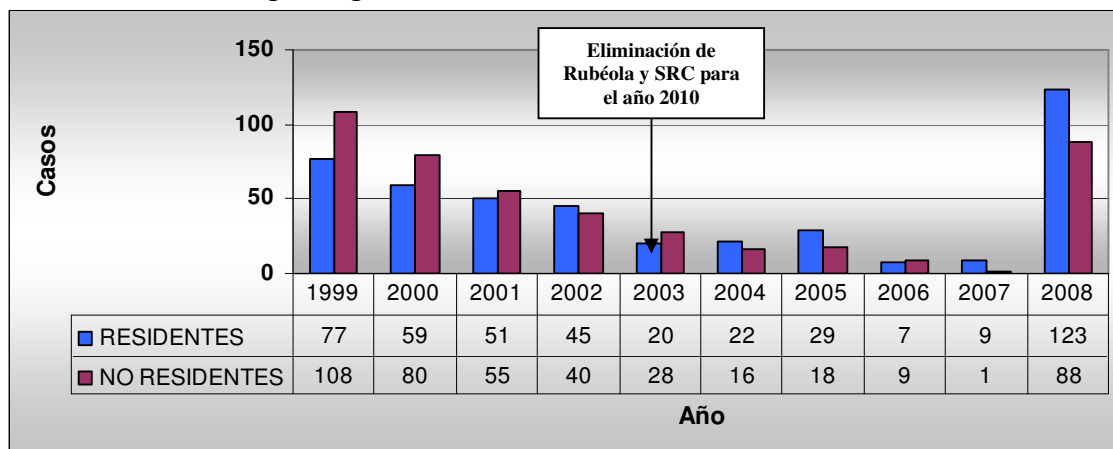
Gráfico N° 1
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Porcentaje de casos notificados según lugar de residencia
Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En la serie histórica analizada se observa el pico de las notificaciones en el año 2008 tanto en residentes como no residentes de la Ciudad. (Gráfico 2)

Gráfico N° 2
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Total de casos sospechosos notificados
Según lugar de residencia. Serie histórica 1999-2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La distribución de casos según semanas y cuatrisesmanas epidemiológicas muestra que el incremento en las notificaciones se observa ya desde las primeras cuatrisesmanas del año alcanzando el pico entre las cuatrisesmanas 9 y 12 inclusive. (24/02/2008 a 22/03/2008) con tasa global Ciudad de 4.0 casos /100.00habitantes (Tabla 1)

Tabla Nº 1
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Casos sospechosos notificados según cuatrisesmanas y
Residentes y No residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Años 2007-2008

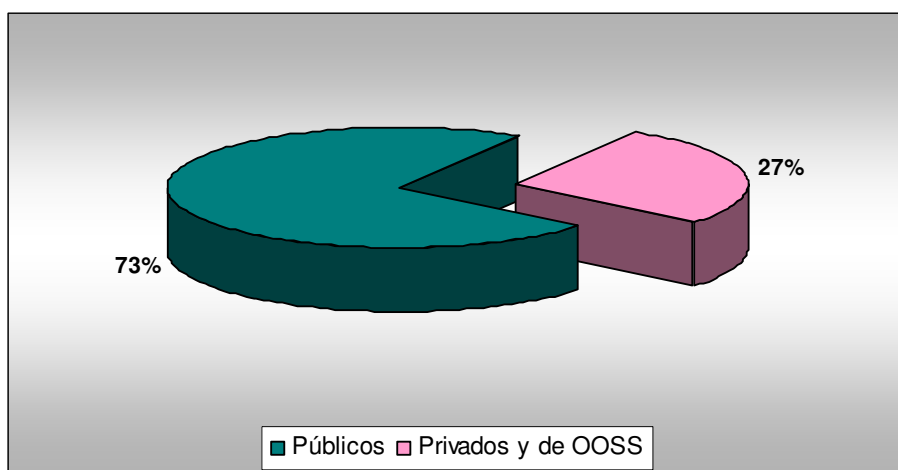
Cuatrisesmana	AÑO 2007		AÑO 2008	
	Residentes	No residentes	Residentes	No residentes
1	0	0	0	0
2	0	0	1	1
3	0	0	0	2
4	0	0	0	1
5	0	0	4	1
6	0	0	7	4
7	2	1	1	4
8	1	0	3	3
9	0	0	26	14
10	1	0	36	24
11	3	0	30	19
12	0	0	15	13
13	2	0	0	2
Total Anual	9	1	123	88

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De los 211 casos totales sospechosos según los 3 subsectores de sistema de salud correspondieron:

- Al subsector público 153 notificaciones (72,5%)
- A los subsectores Privados y de Obras Sociales 58 notificaciones (27.5%) (Gráfico 3)

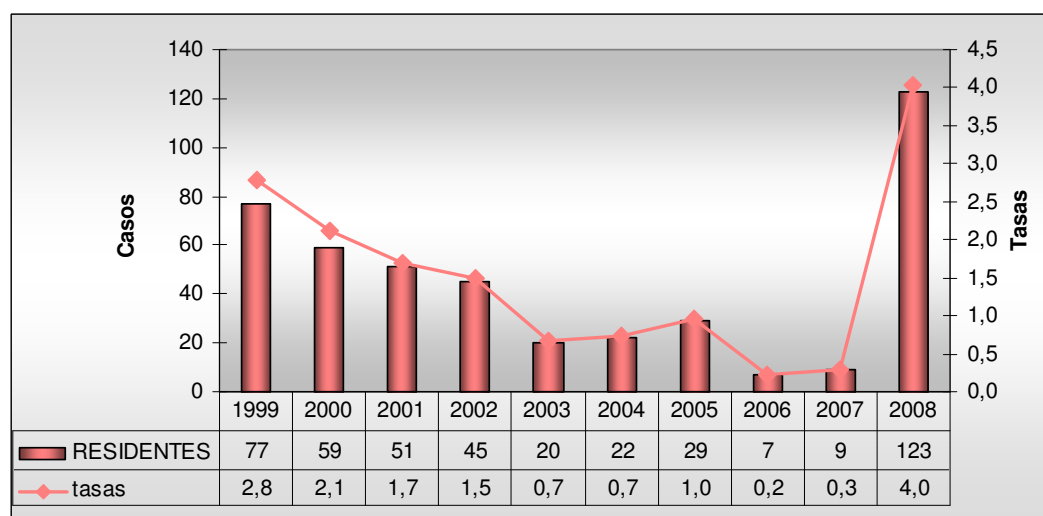
Gráfico Nº 3
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Porcentaje de casos sospechosos notificados según subsector
Residentes y no residentes. Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En residentes de la ciudad de Buenos aires las tasas de notificación no alcanzan en la serie histórica evaluada (1999-2008) el valor mínimo estipulado como aceptable de 2 casos/ 100.000 habitantes lo que para la ciudad correspondería en cifras absolutas 60 casos por año. (Gráfico 4)

Gráfico Nº 4
Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE)
Tasa de notificación en Residentes – Ciudad de Buenos Aires - Año 2008

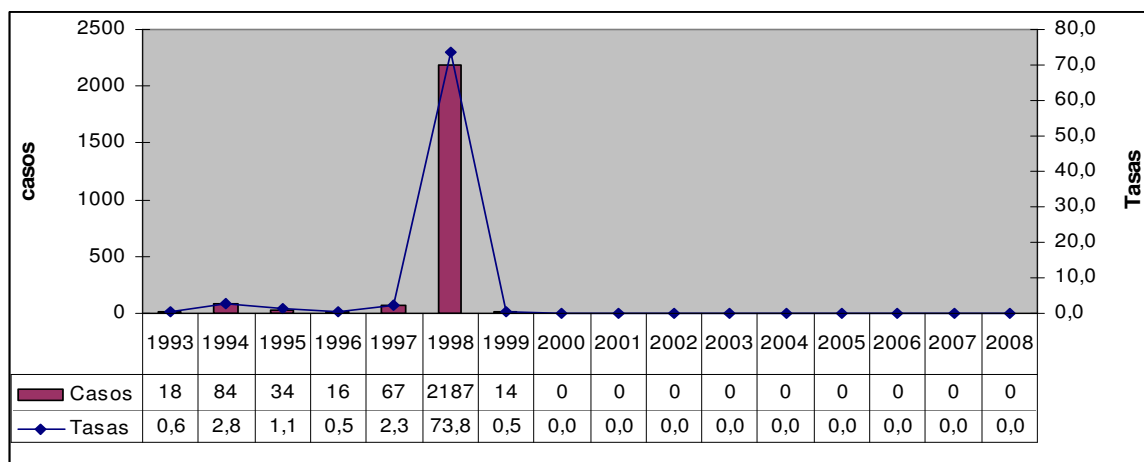


Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Sarampión

En residentes de la Ciudad de Buenos Aires no se registraron casos confirmados de sarampión desde el año 1999 en el que culmina un brote que alcanzó su máxima expresión en el año 1998 con 2187 casos y una tasa global Ciudad de 73.8 casos /100.000 habitantes. (Gráfico 5)

Gráfico Nº 5
Sarampión
Casos confirmados y tasas/100.000 habit.
Residentes de Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 1993-2008

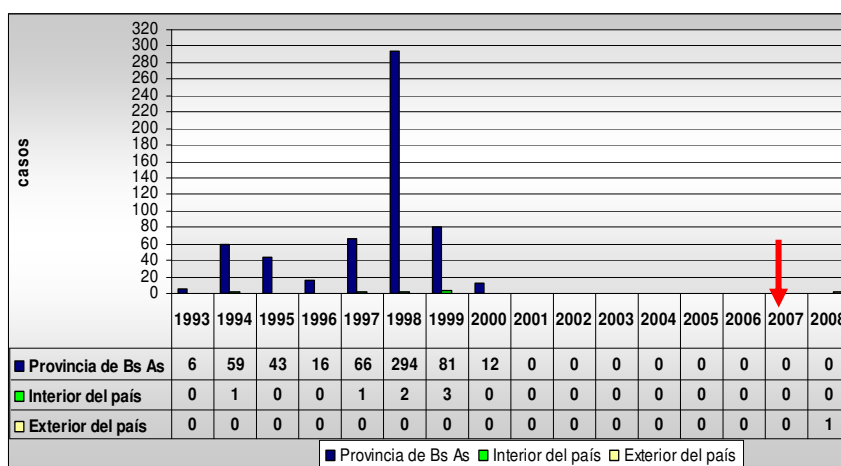


Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Entre los No residentes que fueron asistidos en la Ciudad de Buenos Aires, la serie histórica de casos confirmados notificados de Sarampión muestra el mismo patrón que en residentes. El último caso confirmado por laboratorio denunciado en no residentes en la Ciudad ocurrió en el año 2000.

Luego de 8 años sin casos confirmados en la Ciudad se detectó a mediados del mes de diciembre de 2008 (SE 51), un caso importado de sarampión (no residente) en una turista Inglesa que arriba al país el día 19 de diciembre de 2008, inicia con el síndrome febril a las 24 horas de su ingreso y con el exantema a las 72 hs. El cuadro exhibió clínica típica con Koplic positivo, (según referencia de la institución asistente), tenía además nexo epidemiológico con casos de sarampión en su ciudad de origen. La paciente tuvo buena evolución cursando la enfermedad en forma ambulatoria, sin complicaciones, regresando a su país el 29 de diciembre del mismo año. El caso no fue notificado oportunamente, siendo detectado en el marco de una investigación epidemiológica por casos sospechosos de Sarampión en residentes de la Ciudad notificados a principios del año 2009. (Gráfico 6)

Gráfico Nº 6
Sarampión
Casos confirmados notificados
No residentes asistidos en la Ciudad de Buenos Aires.
Serie histórica 1993-2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De los 210 casos sospechosos de Enfermedades Febriles Eruptivas notificados, 123 casos correspondieron a Ciudad de Buenos Aires con 100 casos confirmados de rubéola lo que determinó el brote que de esta enfermedad se presentó en la Ciudad. El mayor número de casos se manifestó entre las cuatrisesmanas 9 a 12 (24-02-2010 a 29-11-2010).

(Tabla 2)

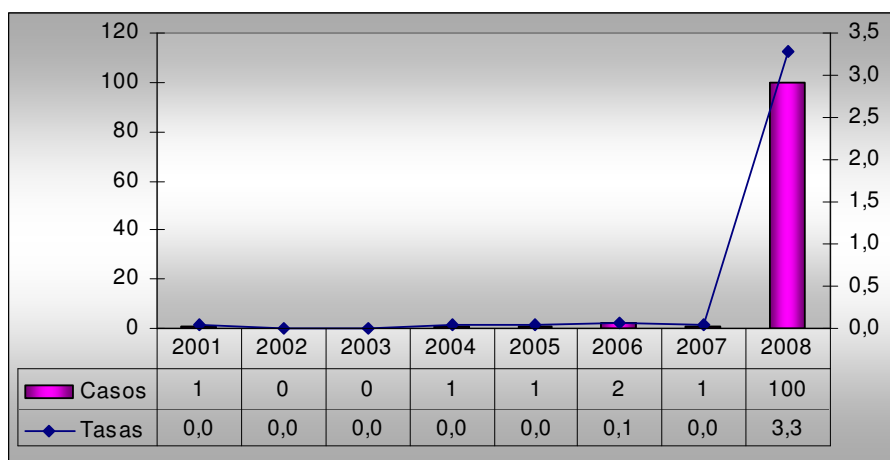
Tabla Nº 2
Rubéola
Casos Totales notificados
Según cuatrisesmanas epidemiológicas y diagnóstico final
Residentes de la Ciudad de Buenos Aires
Año 2008

Cuatrisemana	Total sospechosos	Confirmados por laboratorio	Confirmados por nexo	Compatibles sin muestra	Total confirmados	Descartados
1	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0
5	4	2	0	0	2	2
6	7	6	0	0	6	1
7	1	1	0	0	1	0
8	3	3	0	0	3	0
9	26	20	0	1	21	5
10	36	24	5	3	32	4
11	30	16	0	6	22	8
12	15	8	0	5	13	2
13	0	0	0	0	0	0
Total Anual	123	80	5	15	100	23

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

La serie histórica 2000-2008 muestra el brusco incremento de casos confirmados de rubéola en el año analizado. (Tasa global Ciudad de casos confirmados de rubéola en el año 2008 de 3.3 casos/100.000 habitantes) (Gráfico 7)

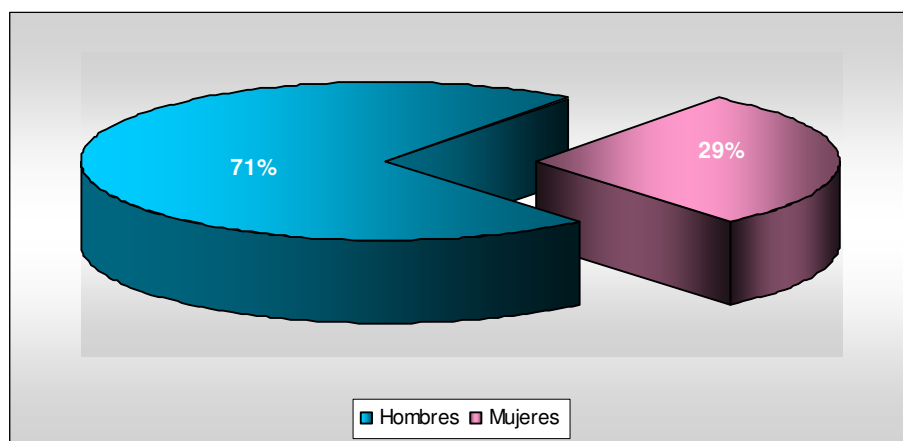
Gráfico Nº 7
Rubéola
Casos confirmados notificados y tasas
Residentes de Ciudad de Buenos Aires
Serie 2000 - 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

En cuanto a género el brote predominó en varones con 71 casos (71%) (Gráfico 8)

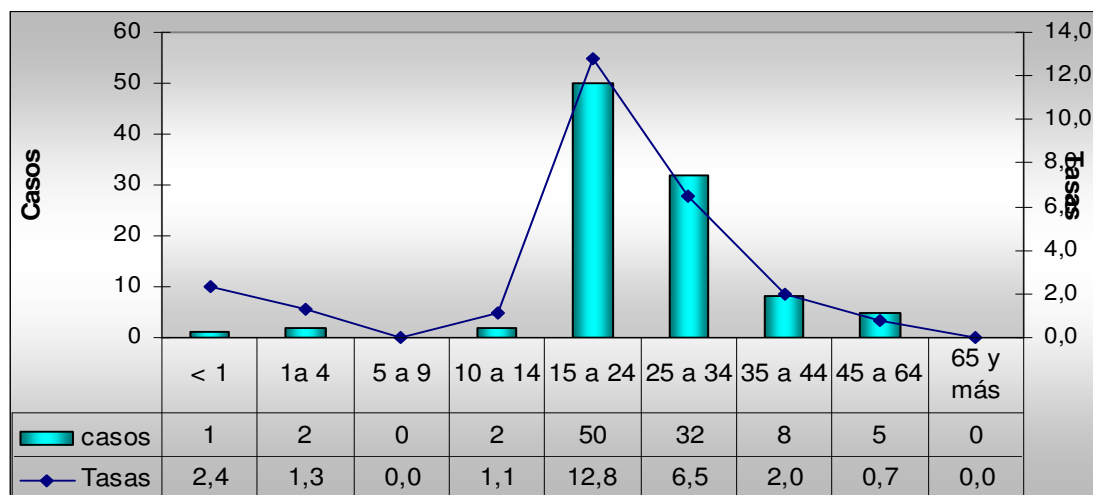
Gráfico Nº 8
Rubéola
Casos confirmados según género
Residentes en Ciudad de Buenos Aires
Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Analizado por grupos de edad, la mediana fue de 24 años y las mayores tasas se observaron en adolescentes y adultos jóvenes. (Gráfico 9)

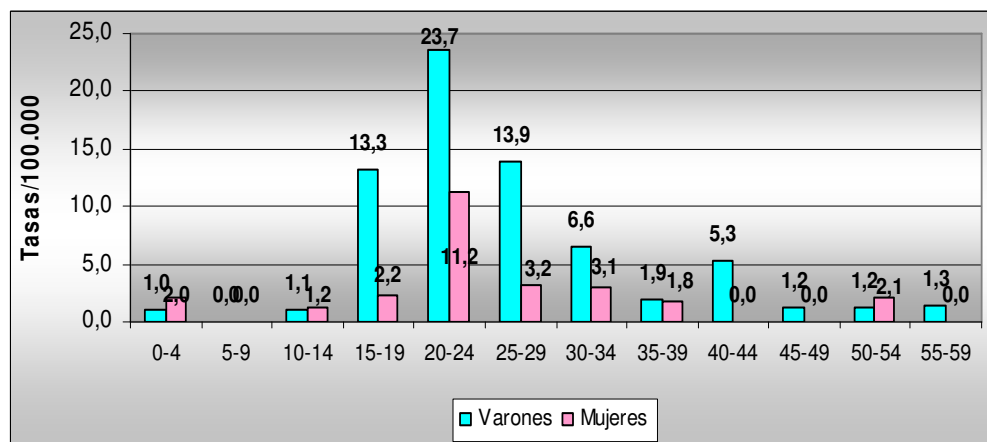
Gráfico Nº 9
Rubéola
Casos confirmados según grupos de edad
Residentes en la Ciudad de Buenos Aires
Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

Discriminando por género y grupos de edad el gráfico muestra la amplia diferencia de tasas entre sexos en los grupos etáreos con mayor incidencia de casos. (Gráfico N° 10)

Gráfico N° 10
Rubéola
Casos confirmados según género y grupos de edad
Residentes en Ciudad de Buenos Aires
Año 2008



Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

De la investigación de los casos confirmados según lugar de residencia por Regiones Sanitarias (RS) y comunas se desprende que:

- Las Regiones Sanitarias I y II presentaron las tasas mas elevadas (4.1 y 3.9 casos/100.000 habitantes respectivamente).
- Las comunas 4 (RS I) y 10 (RS III) presentaron las tasas más altas (5.9 y 5.2 casos/100.000 habitantes respectivamente) (Tabla 3)

Tabla Nº 3
Rubéola
Casos confirmados
Según distribución por Comunas y Regiones Sanitarias
Residentes en la Ciudad de Buenos Aires
Año 2008

Regiones sanitarias	Comunas	Casos confirmados de Rubéola	Tasas/ 100000habitantes
I	1	6	3,0
	3	6	2,9
	4	14	5,9
Total RS I		26	4,1
II	7	8	3,7
	8	9	4,9
	9	5	3,0
Total RS II		22	3,9
III	15	4	2,0
	5	7	3,7
	6	3	1,6
	10	9	5,2
	11	4	2,0
Total RS III		27	2,9
IV	12	1	0,5
	13	7	2,8
	14	7	2,8
	2	7	3,7
Total RS IV		22	2,5
Total Ciudad		98	3,2

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA
 * En dos casos sólo se obtuvo el dato de residencia en CABA sin dirección exacta

Con respecto a la ubicación de los casos confirmados teniendo en cuenta el Área programática de residencia, la tasa más alta correspondió a la zona sur de la Ciudad con 5.3 casos/ 100.000 habitantes. (Tabla 4)

Tabla Nº 4
Rubéola
Casos confirmados y tasas según Área programática de residencia
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

		Nº de casos	tasas/100.000
Zona Norte	Zubizarreta	4	3,8
	Pirovano	9	2,3
	Tornú	1	1,0
	Fernandez	12	2,9
Subtotal Norte		26	2,6
Zona Centro	Vélez	7	5,0

	Álvarez	3	1,5
	Durand	7	2,2
	R. Mejía	12	4,1
Subtotal Centro		29	3,0
Zona Sur	Santojanni	12	5,6
	Piñero	15	4,9
	Penna	11	7,0
	Argerich	5	3,6
Subtotal Sur		43	5,3
TOTAL CIUDAD		98	3,5

Fuente. Dpto. Epidemiología. Ministerio Salud. GCBA

* En dos casos sólo se obtuvo el dato de residencia en CABA sin dirección exacta

Otras Características del Brote

- En Residentes y No residentes de la Ciudad:
- En cuanto a la demora en la consulta , del 77,5% de los casos consultó dentro de los 5 días del inicio de los síntomas (exantema)
- Además del exantema que estaba presente en el 100% de las notificaciones, los síntomas mas frecuentemente hallados fueron fiebre de 38 o mayor (75%) y adenopatías (70.9%) (fichas que tenían el dato consignado).
- **En Residentes:** se notificó el antecedente de viaje en 6 pacientes
 - Pcia. de Corrientes 1 caso
 - Pcia. de Santa Fé 2 casos
 - Pcia. de Buenos Aires 2 casos
 - Paraguay 1 caso

Recepción de fichas epidemiológicas

Cada efector de la Ciudad que asista a un caso sospechoso (Residente o No residente en la Ciudad de Buenos Aires) debe elaborar una ficha del paciente que será remitida al departamento de Epidemiología con datos completos.

Durante el año 2008 fueron recepcionadas por el departamento 118 fichas (56%) de los 211 casos sospechosos notificados.

Investigación Epidemiológica de los Casos Sospechosos

Con respecto a la investigación epidemiológica en terreno en Residentes en la Ciudad, ésta se logró realizar en forma adecuada en 101 de los 123 casos sospechosos notificados (81%).

Resultados:

- Se investigaron 567 contactos.
- Fueron detectados 14 casos secundarios entre los contactos.
- Se aplicaron 460 dosis de vacunas aplicando las siguientes estrategias:
 - Completando los esquemas incompletos según correspondiera por programa regular según calendario nacional de vacunación
 - Vacunando a mujeres que correspondiéndoles no fueron vacunadas en la campaña del año 2006
 - Adhiriendo a la Campaña Nacional para varones que se encontraba en curso vacunando a los contactos varones de 16 a 39 años de edad.

Indicadores del Programa de Vigilancia de Sarampión - Rubéola

Ciudad de Buenos Aires años 2001-2008

INDICADORES Sarampión Rubéola	2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007 *		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
% de sitios que notifican semanalmente Denominador = 20 Unidades * (meta>=80%)	13	65,0	13	65,0	10	50	10	50,0	13	65,0	10	50,0	20	100,0	20	100.0
% casos con visita domiciliaria oportuna Denominador :casos sospechosos en residentes (meta>=80%)	15	29.4	30	67,0	12	60	15	68,2	25	86,2	7	100,0	7	77,8	101	81.0
% casos con muestras de sangre Denominador = total casos notificados (meta>=80%)	106	100,0	83	98,0	47	98,0	36	94,8	45	95,7	11	68,7	10	100,0	178	84.4
% de muestras de sangre que llegan al laboratorio dentro de los 5 días. Denominador = total casos con muestra (meta>=80%)	104	98,1	83	100,0	47	100	37	100,0	36	76,6	9	90,0	8	80,0	99	47%?? Hay varias sin el dato
% de casos reportados por el laboratorio dentro de los 4 días. Denominador = total casos con muestras (meta>=80%)	106	100,0	83	100,0	47	100	37	100,0	45	100,0	10	100,0	10	100,0		
% de casos descartados por laboratorio Denominador = total casos con muestras (meta>=95%)	103	98,0	83	98,0	47	98	37	94,8	43	95,6	10	90,9	9	90,0	80	100
Total de casos sospechosos en Residentes	51		45		20		22		29		7		9		123	
TOTAL DE CASOS SOSPECHOSOS NOTIFICADOS	106		85		48		39		47		16		10		211	

* A partir del año 2007 el SNVS obliga a completar la notificación negativa (Notificación negativa semanal activa)

Síndrome de rubéola congénita

En diciembre de 2008 se produce en una gestante residente de Ciudad de Buenos Aires (región sanitaria I) un caso confirmado de rubéola que presentó clínica compatible para la enfermedad en el primer trimestre embarazo (exantema) que interpretó como reacción alérgica y no lo refirió a su obstetra ni consultó y fue detectada por laboratorio de rutina realizado en la institución donde se controlaba donde se obtiene IgM positiva, a partir de entonces es seguida en el programa de Alto Riesgo de dicha institución. El caso materno no fue notificado.

El 29 de diciembre de 2008 nace paciente de sexo femenino que presentó: Cardiopatía, catarata, microcefalia, Hepatoesplenomegalia, Retraso del crecimiento intrauterino, Anemia, plaquetopenia y neutropenia. Presentó 2 IgM positivas (enero y marzo de 2009), PCR de secreciones nasofaríngeas negativa. El caso se clasificó Rubéola congénita confirmada.

Se conformó en el área programática correspondiente un equipo integrado por: Trabajador social, Pediatra y Promotora de salud.

Resultado: Contactos familiares madre 28 años de edad, no vacunada Motivo: no consideraba muy importante la inmunización pesar de tener conocimiento de las dos campañas de aceleración realizadas.. No refirió viajes. Contactos de la niña: madre, padre y niña de 10 años de edad, ninguno vacunado realizándose acciones para completar esquemas en los mismos. No se detectaron otros casos secundarios entre los contactos.

A su vez fue detectado otro caso sospechoso en residente de la Ciudad que fue descartado por laboratorio.

Conclusiones:

La Ciudad de Buenos Aires presentó en el año 2008 un brote de rubéola en el período comprendido entre las SE 9 y 12 (24-02-2010 a 29-11-2010).

El grupo de edad más afectado fue el 20 a 24 años alcanzando una tasa de 23.7 casos / 100.000 habitantes y se caracterizó por afectar fundamentalmente a varones (71%)

Fueron detectados además:

Un caso de Sarampión importado, confirmado por clínica y nexos epidemiológico

Un caso de Rubéola congénita confirmado por clínica y 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 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 mayor.
- Fortalecer la notificación inmediata de las Enfermedades Febriles Eruptivas (EFE) y de los cuadros compatibles con Rubéola congénita en efectores de la Ciudad públicos y privados
- Estimular la toma de muestra frente a toda enfermedad febril eruptiva
- 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.

10. PARÁLISIS AGUDAS FLACCIDAS - CIUDAD DE BUENOS AIRES – AÑO 2008

Dra. Monica Valenzuela

En 1985 la OMS impulsa la iniciativa global para erradicar la poliomielitis hacia el año 2000, a través de la vacunación masiva con vacuna Sabin. En ese momento la polio era endémica en 125 países.

Erradicar consiste en: **“La completa desaparición de las manifestaciones clínicas de la enfermedad en el mundo y de su agente productor en la naturaleza, como resultado de intervenciones a favor de dicha erradicación”.**

El **Programa de Erradicación de la Poliomielitis se implementó en el año 1987** y a través del mismo se logró interrumpir la transmisión del poliovirus salvaje en la Región de las Américas.

El último caso de poliomielitis por virus salvaje en Argentina fue en 1984 y en América en 1991.

En el año 1994 la Comisión Internacional para la Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP) concluyó que se había interrumpido la circulación autóctona del poliovirus salvaje en las Américas.

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

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

Actualmente en el mundo 4 países persisten endémicos para esta enfermedad: Afganistán, Pakistán, India y Nigeria pero, determinan a su vez, que cada año, varios países de África y Asia padezcan brotes de la enfermedad relacionados con la importación de casos.

Las estrategias que permitieron la erradicación de la poliomielitis en las regiones arriba citadas y que se continúan utilizando para mantener a los países libres de enfermedad consisten en:

- Alcanzar y mantener coberturas de vacunación mayor del 95% según programa regular de inmunizaciones.
- Asegurar una vigilancia epidemiológica adecuada de todas las Parálisis Agudas Fláccidas (PAF) en menores de 15 años.

La vigilancia de las Parálisis Agudas Fláccidas (PAF) tiene como propósito:

- Evitar la aparición de casos de polio importados de áreas endémicas o con circulación activa
- Detectar casos de parálisis asociados a la vacuna (VAPP) y vigilar la aparición de virus derivados de la vacuna Sabin (PVDV)

Para ello se vigilan las formas paralíticas de la enfermedad teniendo en cuenta la siguiente definición de caso sospechoso:

- Paciente menor de 15 años que presente parálisis fláccida de inicio agudo por cualquier causa que no sea un trauma grave ó
- Paciente de cualquier edad que presente enfermedad paralítica en la que se presuma poliomielitis

Todo profesional de la salud que asista a un caso sospechoso debe:

- **Notificar** a Servicios de Promoción y Protección del nivel hospitalario o referentes epidemiológicos o Infectológicos del nivel privado o de Obras Sociales, en forma inmediata, el caso con datos completos. Deberá además realizar toma de muestra de materia fecal dentro de

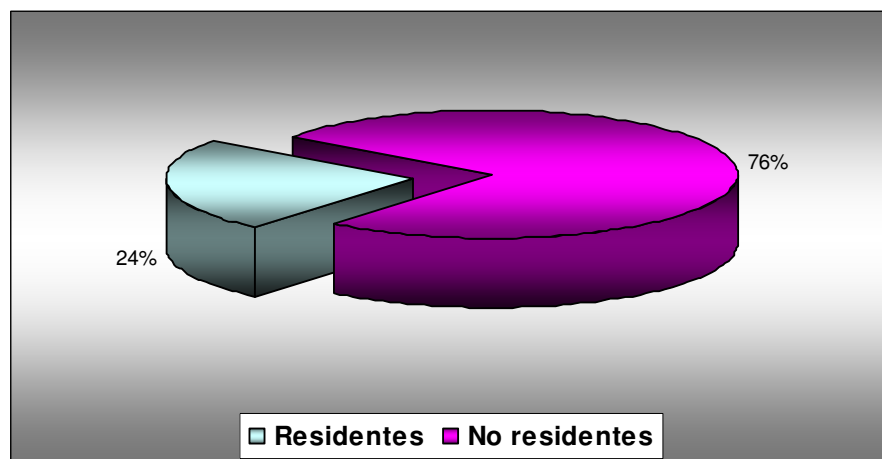
los 14 días del inicio del cuadro y derivarla para su estudio al Laboratorio Nacional de Referencia (Instituto Malbrán- ANLIS, Laboratorio de Neurovirosis

- **Los Servicios de Promoción y Protección del nivel hospitalario o referentes epidemiológicos o Infectológicos** elevarán en forma inmediata (con adelanto telefónico, fax o mail) la notificación al Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA.*
- El **Ministerio de Salud del GCBA** remitirá el formulario de la investigación en terreno a las el/las área/s programática/s que correspondan el domicilio de residencia y la institución (laboral, escolar, etc.) del paciente, en forma inmediata a la denuncia caso, debiendo estos realizar la investigación epidemiológica en terreno dentro de las 48 horas de notificado el caso índice, con búsqueda activa de casos , completando esquemas de vacunación incompletos e implementando vacunación de bloqueo u otras medidas de prevención y control que fueren necesarias.
- A los 60 días del inicio de la parálisis se deberá realizar una nueva investigación sobre el caso a fin de evaluar secuelas, (paresias o parálisis, atrofas, dificultad en la deambulaci3n, persistencia del cuadro de inicio o en regresi3n) y elevar los resultados al efector local y al Dpto. de Epidemiología.

Datos de la vigilancia del a3o 2008: Residentes y No Residentes de la Ciudad de Buenos Aires

En el a3o 2008 fueron notificados al Departamento de Epidemiología un total de 42 casos de parálisis aguda fláccida, de los cuales 10 casos (24%) corresponden a residentes de la ciudad y 32 (76%) a no residentes. (Gráfico y tabla 1)

Gráfico Nº 1
Parálisis Agudas Fláccidas
Porcentaje de casos asistidos en Ciudad de Buenos Aires
Residentes y No residentes
Año 2008



* La parálisis aguda fláccida es patología de notificación obligatoria (Ley 15.465), bajo la modalidad de Vigilancia Intensificada.

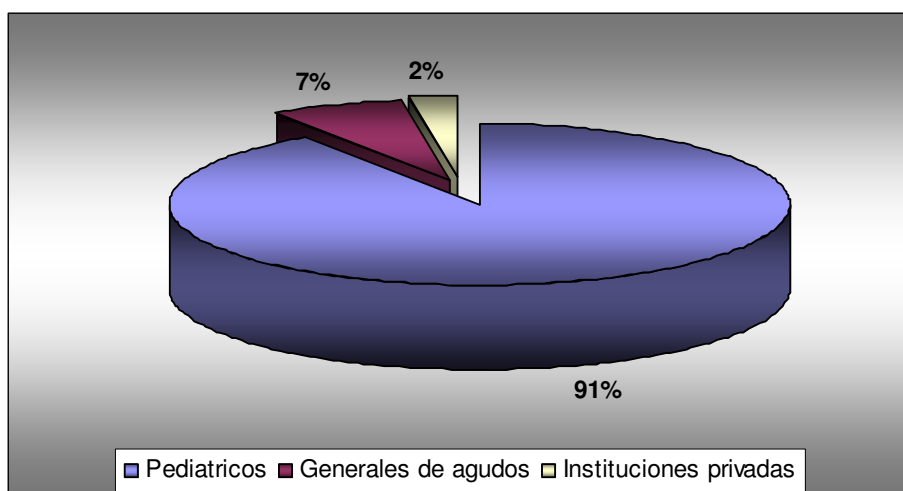
Tabla Nº 1
Parálisis agudas Fláccidas
Casos notificados
Según cuatrisesmanas epidemiológicas y lugar de residencia
Años 2007- 2008

Cuatrisemana	AÑO 2007			AÑO 2008		
	Residentes	No residentes	Total	Residentes	No residentes	Total
1	0	4	4	1	0	1
2	1	1	2	0	2	2
3	1	0	1	2	1	3
4	0	4	4	0	3	3
5	0	6	6	0	2	2
6	2	2	4	1	5	6
7	0	2	2	0	3	3
8	0	2	2	1	2	3
9	0	3	3	1	3	4
10	0	2	2	1	1	2
11	0	2	2	1	2	3
12	0	1	1	1	3	4
13	0	4	4	1	5	6
Total casos anuales	4	33	37	10	32	42

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

En la notificación de las PAF la participación de los efectores pediátricos del subsector público es preponderante, el 91% (38 de los 42 casos) fueron notificados por los hospitales pediátricos Garrahan, Elizalde y Gutiérrez. (Gráfico 2)

Gráfico Nº 2
Parálisis agudas Fláccidas
Porcentaje de casos notificados según tipo de efector
Residentes y No residentes
Ciudad de Buenos Aires
Año 2008



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Las fichas epidemiológicas en el total de casos notificados (residentes y no residentes) se obtuvieron en 38 de los 42 casos notificados (90,5%)

Análisis en Residentes de la Ciudad

El número de notificaciones en residentes ascendió en el año 2008 respecto del año anterior, alcanzando una tasa global ciudad de 1,8 casos por cada 100.000 habitantes en menores de 15 años, lo que excede de manera exigua el valor establecido por convención internacional (1 caso /100.000 habitantes menores de 15 años). (Tabla 2)

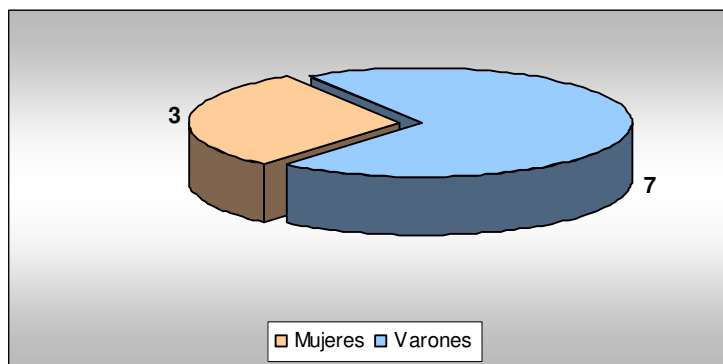
Tabla Nº 2
Parálisis agudas Fláccidas
Casos y tasas según año en residentes
Trienio 2006-2008. Ciudad de Buenos Aires

	Casos	Tasas
2006	4	0,7
2007	4	0,7
2008	10	1,8

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Respecto al género los varones fueron más afectados que las mujeres. (Gráfico 3)

Gráfico Nº 3
Parálisis agudas fláccidas
Casos notificados según género
Residentes de Ciudad de Buenos Aires
Año 2008



Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Según grupos de edad las tasas más elevadas se manifestaron en niños menores de un año de edad. (Tabla 3)

Tabla Nº 2
Parálisis agudas flácidas
Tasas según grupos de edad
Residentes de Ciudad de Buenos Aires
Año 2008

Edad en años	Nº de casos	Tasa
Menor de 1	3	7,3
1	1	2,5
2 a 4	2	1,7
5 a 9	2	1,1
10 a 14	2	1,1
Total	10	1,8

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Entre las características de presentación, los síntomas prodrómicos más frecuentemente hallados fueron: (Tabla 3)

Tabla Nº 3
Parálisis agudas flácidas
Nº de casos y síntomas prodrómicos*
Residentes y No residentes
Año 2008 N=34

	Nº de casos ^{††}
Fiebre	4
Respiratorios	2
Digestivos	2
Meníngeos	1
Mialgias	4

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

^{††} 5 de los casos presentaron más de un síntoma prodrómico

- En relación a la inmunización con vacuna Sabin en los afectados:
 - ✓ Con vacunación completa para la edad 7 pacientes
 - ✓ Incompleta 1
 - ✓ No correspondía vacuna por edad 1 paciente
 - ✓ Sin datos de inmunización 1 paciente.
- En relación al antecedente vaccinal 30 días previos al inicio de los síntomas:
 - ✓ 7 casos no recibieron vacuna los 30 días previos, un caso recibió vacuna dentro de los 30 días y en 2 casos no se obtuvo el dato.
- Acerca de a las características clínicas:
 - ✓ El mayor número de casos presentó: afectación en miembros inferiores
 - ✓ Presentaron compromiso de pares craneales 3 de los 10 casos en residentes
 - ✓ Requirió ARM: 1 caso.
 - ✓ Se obtuvo LCR en 9 de los 10 casos y 1 de ellos presentó disociación albúmina citológica (DAC).
- En cuanto a las muestras de materia fecal:
 - ✓ Se logró muestra de materia fecal en 9 de los 10 casos, con resultado negativo para poliovirus, (En 1 caso se obtuvo resultado positivo para enterovirus no polio y en otro, poliovirus 3). El caso en que no se tomó muestra de materia fecal para poliovirus, tuvo resultado positivo en muestra para botulismo, diagnosticándose Botulismo del lactante a toxina A.
 - ✓ A su vez con respecto al intervalo entre el inicio de la parálisis y la toma de muestra, éste presentó una a mediana de 4,5 días y una media de 7 días (valor mínimo a 0 días y máximo a 20 días), es de destacar que en 4 casos no se obtuvo el dato de fecha de toma de muestra.

Las tasas por 100.000 habitantes según área programática de residencia no evidencian diferencias entre las áreas. (Tabla 4)

Tabla Nº 4
Parálisis agudas flácidas
Casos y tasas según área programática de residencia
Residentes de Ciudad de Buenos Aires
Año 2008

		Casos	Tasas/100.000
Zona Norte	Zubizarreta	0	0,0
	Pirovano	2	0,5
	Tornú	0	0,0
	Fernandez	0	0,0
Subtotal Norte		2	0,2
Zona Centro	Velez	0	0,0
	Alvarez	2	0,9
	Durand	1	0,3
	R. Mejía	1	0,3
Subtotal Centro		4	0,4
Zona Sur	Santojanni	4	1,7
	Piñero	0	0,0
	Penna	0	0,0
	Argerich	0	0,0
Subtotal Sur		4	0,5
TOTAL		10	0,3

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

El diagnóstico final de los casos en residentes fue: (Tabla 5)

Tabla Nº 5
Parálisis agudas flácidas
Casos según diagnóstico final
Residentes Ciudad de Buenos Aires. Año 2008

Diagnóstico	Nº de casos
Guillain Barré	3
Botulismo	2
Mielitis transversa	1
ADEM	1
Otras ^{††}	3
Total	10

Fuente: Dpto. Epidemiología. Ministerio de Salud. GCBA

Con respecto a la investigación en terreno de cada caso sospechoso, esta se realizó adecuadamente en 9 de los 10 casos en residentes. La evaluación de secuelas a los 60 días también se cumplió en el 90% de los casos.

Las fichas epidemiológicas al alta del paciente en residentes se obtuvieron en el 90% de los casos totales notificados al departamento de Epidemiología (9 de los 10 casos notificados).

INDICADORES DE VIGILANCIA DE PARÁLISIS AGUDAS FLÁCCIDAS

		Indicadores. Residentes CABA.									
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
N° de casos en residentes s/años	3	3	4	6	7	5	4	5	4	4	10
Tasa de notificación de PAF en < 15 años (1/100.000)	0.6	0.6	0.8	1.2	1.4	1.1	0.85	1	0,73	0,73	1,76
% investigación dentro de las 48hs de la notificación	70	100	100	80	100	100	100	100	100	100	80
% muestras dentro de los 14 días de inicio de la PAF	70	100	75	100	85	80	100	85	100	75	50
% Cobertura de Sabin (3 dosis) en < 1 año **	S/D	84.34	86.75	84.64	92	101.2*	*88,57	79,48*	81,24*	81,16*	90,24*
Notificación semanal negativa activa										100%**	100%**

* Hasta el año 2003 la cobertura es referida solo a efectores públicos. Incluye coberturas Sabin y

Salk

** A partir del 2003 la cobertura analizada es global, efectores públicos y privados
 Datos de cobertura aportados por el Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires

^{††} En otras se incluyen: 1 caso por toxicidad a L-asparaginasa en paciente con LLA; 1 caso encefalitis viral infección secundaria a contacto con ave (Loro), 1 caso retraso madurativo e hipotonía previa.

Conclusiones:

No se detectó en la ciudad de Buenos Aires ningún caso de parálisis flácida por poliovirus salvaje, ni por virus Sabin asociado a vacuna ni derivado de la misma.

Si bien la tasa de notificación alcanzada (1,8 casos por cada 100.0 habitantes menores de 15 años) es mayor a los años anteriores, supera exiguamente el valor mínimo establecido (1 caso /100.000 habitantes menores de 15 años).

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

Líneas de trabajo a seguir:

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

Fortalecer la toma de muestra a todo paciente que presente cuadro clínico de PAF.

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 envío del foco, ya que éste consta en el estudio de foco que se remite al ingreso de la notificación del caso sospechoso.



**Buenos
Aires
Ciudad**