

BOLETÍN INTEGRADO DE VIGILANCIA

**Secretaría de Promoción y
programas sanitarios**

Ministerio de Salud de la Nación

N° 94 - SE 42
Octubre de 2011

PRESENTACIÓN DEL SR. SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y PROGRAMAS SANITARIOS

Boletín integrado de vigilancia

Información para la acción: Una herramienta clave para la toma de decisión

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes con el objeto de informarles que el Ministerio de Salud de la Nación se encuentra trabajando intensamente para optimizar la calidad y la difusión de la información. En este sentido, consideramos clave la articulación entre todas las áreas y programas con el objeto de obtener y difundir información de alta calidad, analizada en conjunto con las correspondientes recomendaciones para el personal de salud y la población ante las situaciones descriptas.

En este sentido, a partir de la fecha, el boletín de vigilancia semanal, se denominará "Boletín Integrado de Vigilancia".

Esto significa no solo un cambio de denominación, sino el resultado de la articulación real del trabajo de las diferentes áreas del Ministerio de Salud de la Nación que unen sus esfuerzos para realizar un producto común que pretende cubrir las necesidades de información de todos los actores vinculados con la vigilancia de eventos de importancia para la Salud Pública y ser una herramienta útil para la toma de decisiones.

El propósito que persigue este nuevo formato es brindar, junto con la situación general de los eventos bajo vigilancia de notificación obligatoria, un análisis integral de la información disponible sobre este tipo de patologías.

Consideramos que este paso es un avance más en el fortalecimiento del análisis y difusión de la vigilancia nacional y en la posibilidad de contar cada vez con más y mejores herramientas de análisis para lograr intervenciones oportunas, efectivas y eficientes y, de esta manera, contribuir a la constante mejora de la salud de la población argentina.



Dr. Máximo Diosque
SECRETARIO DE PROMOCIÓN Y
PROGRAMAS SANITARIOS

SOBRE EL BOLETÍN INTEGRADO DE VIGILANCIA

El ahora "Boletín integrado de vigilancia" muestra en primer lugar, la situación en que se encuentran en relación con lo esperado los 86 eventos bajo vigilancia por ley nacional a través de la Vigilancia Clínica del SNVS (Módulo C2). Estos datos incluyen todas las notificaciones al sistema de vigilancia, tanto los casos sospechosos como aquellos confirmados, los eventos en eliminación y aquellos que se notifican sin ninguna confirmación o estudio complementario. La visualización de la primera tabla alerta sobre eventos con notificaciones por encima de lo esperado y la consiguiente necesidad de evaluar, en particular en los niveles provinciales y sub-provinciales, la situación del evento en cada territorio.

Es fundamental destacar que los casos consignados, aunque no se aclare específicamente, incluyen notificaciones de eventos que se han sospechado desde el nivel local a partir de la primera consulta con el profesional médico. Precisamente eso es lo esperado del sistema de vigilancia clínica: la notificación oportuna ante la sospecha.

Los datos se presentan con 4 semanas de atraso para facilitar la comparación en el año actual y el 2010.

El boletín propone tres diferentes modalidades de presentar la información expuesta en las tablas iniciales.

En primer lugar un "**Análisis detallado de eventos seleccionados**", donde se ofrece un análisis en profundidad de aquella o aquellas enfermedades escogidas, integrando clínica, laboratorio y epidemiología, así como acciones de prevención y control cuando corresponda.

El análisis de cada evento permanecerá en el boletín durante 4 semanas.

En este boletín se incorpora el análisis del evento Hepatitis A y continúa chagas.

En segundo término se presenta la "**Situación general de eventos seleccionados**", donde se muestra un panorama más sucinto de algunos eventos seleccionados.

En la presente entrega en esta categoría se encuentra la actualización de la vigilancia de coqueluche, Parálisis flácida, Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs), enfermedades exantemáticas y se incorpora la situación de la vigilancia de dengue.

Por último, la "**Presentación de eventos seleccionados**" ofrece los casos y tasas provinciales (2009 a 2011) y los casos semanales de la vigilancia clínica comparando con años anteriores en forma de actualización semanal; de ciertas patologías, además, se presenta información de la vigilancia Laboratorial (módulo SIVILA).

Enfermedades seleccionadas de los grupos de las gastroentéricas, envenenamientos por animales ponzoñosos, zoonóticas, intoxicaciones, infecciones de transmisión sexual y la incorporación de las respiratorias a esta categoría completan el boletín.

Quienes realizamos el boletín esperamos que esta nueva versión cumpla con las expectativas y esperamos contar con vuestras sugerencias para continuar mejorándolo!

*Equipo de trabajo
Boletín Integrado de Vigilancia*

ÍNDICE

Presentación del Sr. Secretario de Promoción y Programas Sanitarios	2
Sobre el Boletín integrado de vigilancia	3
Índice.....	4
I. Tabla general	5
II. Análisis detallado de eventos seleccionados	7
II.1. Situación Hepatitis A.....	7
II.1.a. Epidemiología	7
II.1.b. Hepatitis A en Argentina.....	8
II.1.c. Introducción de la vacuna anti Hepatitis A.....	10
II.1.d. Coberturas vacunales	12
II.1.e. Notificación actual	13
II.1.f. Conclusiones y recomendaciones.....	16
II.2. Situación de chagas	17
II.2.a. Epidemiología	17
II.2.b. Situación regional/internacional.....	19
II.2.c. Notificación al programa de Chagas agudo vectorial.....	21
II.2.d. Notificación al Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA-SNVS) de Chagas en embarazadas	24
II.2.e. Vigilancia de Chagas agudo congénito.....	27
II.2.f. Medidas de prevención y control	33
II.2.g. Anexo.....	35
III. Situación general de eventos seleccionados	38
III.1. Vigilancia de las Enfermedades febriles exantemáticas (EFE)	38
III.1.a. Situación actual de sarampión y rubéola	38
III.1.b. Casos notificados.....	40
III.2. Síndrome de rubéola congénita	42
III.2.a. Situación actual	42
III.2.b. Distribución de los casos sospechosos de SRC notificados.....	42
III.3. Poliomielitis: Vigilancia de las Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 años	43
III.3.a. Poliomielitis en el mundo	43
III.3.b. Situación de indicadores	43
III.3.c. Antecedentes y situación actual:	44
III.4. Coqueluche.....	46
III.5. Vigilancia de Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)	49
III.5.a. Introducción	49
III.5.b. Preguntas frecuentes.....	49
III.5.c. ESAVI Vacuna Antigripal.....	51
III.5.d. ESAVI Vacuna Pentavalente	53
III.5.a. Conclusiones y Recomendaciones	55
III.6. Vigilancia de dengue.....	56
III.6.a. Situación actual en la Argentina.....	56
III.6.b. Notificación oficial de países limítrofes	59
III.6.c. Sobre la vigilancia de dengue	61
IV. Presentación de eventos seleccionados	62
IV.1. Enfermedades gastroentéricas	62
IV.1.a. Diarreas	62
IV.1.b. Triquinosis.....	64
IV.2. Envenenamiento por animales ponzoñosos	65
IV.2.a. Alacranismo	65
IV.2.b. Aracnoidismo	67
IV.2.c. Ofidismo	68
IV.3. Enfermedades zoonóticas	69
IV.3.a. Hantaviriosis.....	69
IV.3.b. Hidatidosis.....	70
IV.3.c. Leptospirosis.....	71
IV.3.d. Psitacosis.....	72
IV.4. Intoxicaciones.....	73
IV.4.a. Monóxido de carbono	73
IV.4.b. Plaguicidas agrícolas.....	74
IV.4.c. Plaguicidas de uso doméstico	75
IV.5. Infecciones de transmisión sexual	76
IV.5.a. Sífilis temprana y sin especificar	76
IV.5.b. Supuración genital gonocócica.....	77
IV.5.c. Supuración genital no gonocócica y sin especificar	78
IV.6. Enfermedades respiratorias	79
IV.6.a. Vigilancia Clínica Enfermedad tipo influenza (ETI)	79
IV.6.b. Vigilancia Clínica de Neumonía.....	81
IV.6.c. Bronquiolitis en menores de 2 años.....	83
IV.6.d. Vigilancia Laboratorial	85

I. TABLA GENERAL

Tabla 1: Eventos erradicados, en eliminación o control (n=6/86)

Grupo	Eventos	Casos sospechosos	
		Acum SE 41/2011	Acum SE 41/2010
Inmunoprevenibles*	Difteria	0	0
	Rubeola congénita	50	18
	Enfermedad febril exantemática (sarampión/rubeola)	1237	453
	Poliomelitis: PAF < 15 años	136	145
	Viruela	0	0

*La viruela es la única enfermedad inmunoprevenible erradicada del planeta gracias a la vacuna universal.

La poliomelitis y el sarampión están eliminados en Argentina y la difteria, rubeola y rubeola congénita en control.

Tabla 2: Eventos con umbral esperado 0 (Cero) o símil (n=15/86)

Grupo	Eventos	Acum SE 37/2011	Acum SE 37/2010
Gastroentéricas	Colera	0	0
Inf. de transm. sexual	Sifilis Congénita	470	501
Inmunoprevenibles	Tetanos Neonatal	0	0
	Tetanos Otras Edades	3	4
Meningoencefalitis	Meningoencefalitis Tuberculosa < 5 Años	8	6
Otros eventos	Encefalopatía espongiiforme	20	3
Respiratorias	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0
Vectoriales	Fiebre del Nilo occidental	0	0
	Fiebre recurrente	0	3
	Peste	0	0
	Tifus epidémico	0	0
Vectorial/Inmunoprev	Fiebre Amarilla	0	0
Zoonóticas	Carbunco Extracutáneo (Antrax)	0	0
	Carbunco Cutáneo	5	2
Zoonótica/Inmunopre	Rabia Humana	0	0

Referencias:

Comparación del evento ACUMULADO 2011 en relación con el acumulado 2010 o acumulado mediana últimos 5 años.

Las referencias se indicaron con tres colores:

	Acum. por debajo de lo esperado
	Acum. igual a lo esperado
	Acum. por encima de lo esperado

Tabla 3: Eventos ordenados por grupo con umbral por encima de 0 (cero) (n=65/86)

Grupo	Eventos	Acum SE 37/2011	Acum SE 37/2010	Semana 37/2011	Mediana/ Media	Índice epidémico	
Envenenamiento por animales ponzoñosos	Env. por animal ponzoñoso - Alacranismo	4458	4753	33	4753,0	0,94	
	Env. por animal ponzoñoso - Aracnoidismo	851	911	7	911,0	0,93	
	Env. por animal ponzoñoso - Ofidismo	484	541	6	541,0	0,89	
Gastroentéricas	Botulismo	6	1	0	8,2		
	Botulismo del Lactante	40	25	1	21,4		
	Diarreas	772994	918462	12278	810892,0	0,95	
	Diarreas agudas sanguinolientas	663	931	6	167,0	3,97	
	Fiebre tifoidea y paratifoidea	4	21	0	31,4		
	Intox. por moluscos	0	8	0	2,4		
	Síndrome uremico hemolítico (SUH)	183	192	0	222,0	0,82	
	Toxo-Infecciones Alimentarias	5405	6393	82	6393,0	0,85	
	Triquinosis	305	647	1	265,0	1,15	
Hepatitis virales	Hepatitis C	254	266	2	389,0	0,65	
	Hepatitis D	0	1	0	0,8		
	Hepatitis E	1	1	0	1,4		
	Hepatitis Sin Especificar	343	409	4	544,0	0,63	
Hepatitis virales/ Inmunoprevenibles	Hepatitis A	241	295	6	776,0	0,31	
	Hepatitis B	308	446	3	439,0	0,70	
Infecciones de transmisión sexual	Infección por VIH*	Año 2010: 3551	Año 2009: 4731				
	SIDA*	Año 2010: 1147	Año 2009: 1533				
	Sífilis Temprana y sin especificar	1883	1569	19	2055,0	0,92	
	Supuración genital gonococcica	1677	2301	29	2301,0	0,73	
	Supuración genital no gonococcica y S/E	18407	19378	221	17769,0	1,04	
	Coqueluche (C2)	3439	1682	82	1682,0	2,04	
Inmunoprevenibles	Parotiditis	3392	3489	44	8301,0	0,41	
	Varicela**	75057	95622	2147	87304,0	0,86	
	Intox. Medicamentosa	5035	5625	107	5625,0	0,90	
Intoxicación aguda por agentes químicos	Intox. por Monóxido De Carbono	1862	2561	19	1493,0	1,25	
	Intox. por Otros Tóxicos	7188	6873	115	6262,0	1,15	
	Intox. por Plaguicidas Agrícolas	183	218	6	104,0	1,76	
	Intox. por Plaguicidas de uso doméstico	317	335	7	279,0	1,14	
	Intox. por Plaguicidas Sin Identificar	216	297	4	621,0	0,35	
	Mening. y otras inv. por N. Meningitidis	138	105	3	107,0	1,29	
Meningoencefalitis	Mening. bacteriana por otros agentes	113	101	3	116,0	0,97	
	Mening. bacteriana sin especificar agente	227	220	2	197,0	1,15	
	Mening. micóticas y parasitarias	30	23	0	13,4		
	Mening. por Haemophilus Influenzae	30	19	1	14,8		
	Mening. por otros virus	75	56	0	49,6		
	Mening. por Streptococco Neumoniae	137	128	6	156,0	0,88	
	Mening. sin especificar etiología	153	180	3	152,0	1,01	
	Mening. virales por enterovirus	43	55	1	107,4		
	Mening. virales sin esp. agente	354	400	3	400,0	0,89	
	Mening. virales urleanas	0	0	0	0,8		
	Otros eventos	Leprosia	105	112	0	112,0	
		Tuberculosis***	Año 2010: 10579	Año 2009: 10657			
Respiratorias	Bronquiolitis < 2 años	263885	273618	3655	191634,0	1,38	
	Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	843833	955351	14544	955351,0	0,88	
	IRAG (IRA internada)****	28182	24694	509			
	Neumonía	175628	185162	3424	185162,0	0,95	
Vectoriales	Chagas agudo congénito	153	205	2	168,6	0,39	
	Chagas agudo vectorial*****	1	4				
	Dengue	240	1201	0			
	Dengue grave	0	0	0	0,6		
	Encefalitis por arbovirus	91	6	1	4,4		
	Leishmaniasis Cutánea	99	102	5	137,0		
	Leishmaniasis Mucosa	14	20	0	13,8		
	Leishmaniasis Visceral	19	24	0	14,0		
Paludismo	26	85	2	167,6			
Zoonóticas	Brucelosis	170	118	1	143,0	1,19	
	Fiebre Hemorrágica Argentina	16	14	0	11,8		
	Hantavirus	189	68	3	63,0	3,00	
	Hidatidosis	297	285	6	258,0	1,15	
	Leptospirosis	357	386	3	72,0	4,96	
	Psitacosis	60	87	4	46,8		
	Rabia animal	4	11	0	21,8		

* Fuente: Dirección de SIDA e ITS. Incluye todos los nuevos diagnósticos notificados de infección por VIH, independientemente de si cumplen o no con los criterios para ser definidos como casos de SIDA. Nota: El año 2010 para los dos eventos se encuentra incompleto por retraso en la notificación.

** Nota: La varicela es un evento inmunoprevenible bajo vigilancia por resolución ministerial. En el calendario oficial de vacunación aún no se encuentra incorporada la vacuna.

*** Fuente: Programa Nacional de Tuberculosis - INER "Emilio Coni". Dato 2010, información preliminar.

**** Nota: El evento IRAG (IRA internada) comenzó a notificarse en forma oficial en 2010.

***** Fuente: Programa Nacional de Chagas - Coordinación Nacional de Control de Vectores

II. ANÁLISIS DETALLADO DE EVENTOS SELECCIONADOS

II.1. Situación Hepatitis A

II.1.a. Epidemiología

La hepatitis A, es una enfermedad inmunoprevenible transmitida por un virus simple, no encapsulado, perteneciente al género Hepatovirus de la familia de los Picornavirus. Este virus (VHA) es estable y se inactiva a $>70^{\circ} \text{C}$, pero resiste a la desecación por un mes. Sobrevive a -20°C por años y en el agua, hasta un año.

La transmisión es fecal-oral por lo que está relacionada a los niveles de higiene y saneamiento de la población y, por lo tanto, al desarrollo socio-económico de los países.

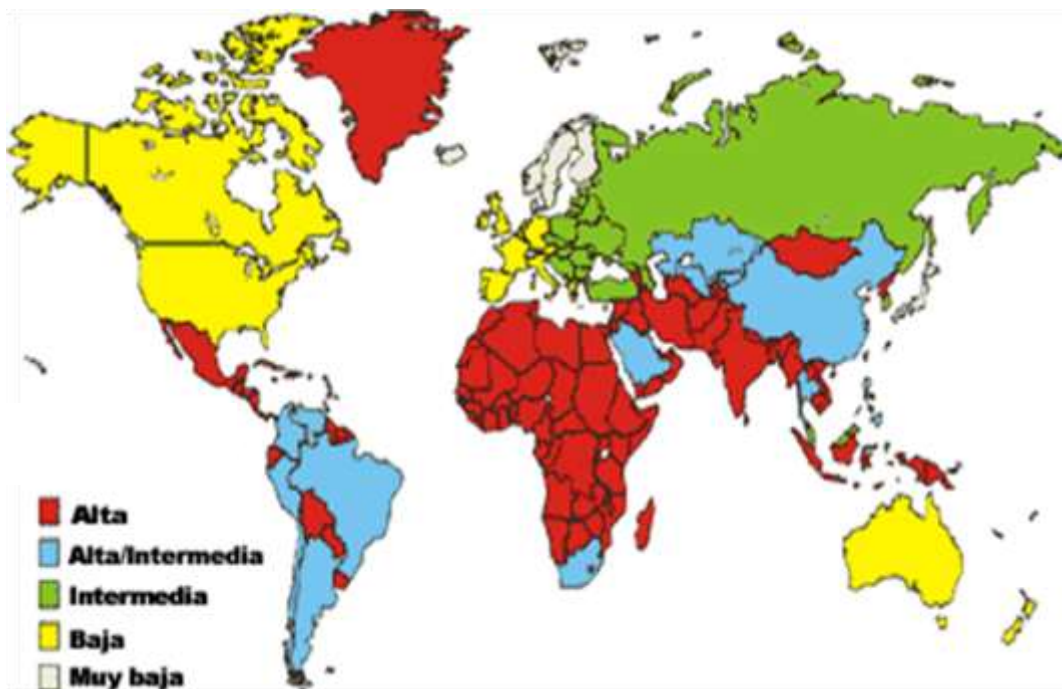
La enfermedad es de distribución mundial; se considera que afecta a 1.4 millones de personas anualmente. La frecuencia de infecciones por VHA ha declinado en muchos países industrializados y los cambios han sido atribuidos a mejores estándares de salud pública. Sin embargo esas medidas tienen efecto paradójico de un considerable incremento del número de adolescentes y adultos susceptibles, creando el escenario ideal para el desarrollo de grandes epidemias, tal como sucedió en Shanghai con más de 30000 casos en el año 1988.

Los niños menores de 6 años rara vez presentan síntomas constituyendo el grupo de edad más importante transmisor de la enfermedad.

Se presenta en forma esporádica, epidémica y tiene tendencia a las recurrencias cíclicas. En los países en desarrollo, las epidemias afectan a niños predominantemente en otoño e invierno mientras que los adultos suelen, en un alto porcentaje, ser inmunes.

En América Latina, la incidencia es de 250.000 casos anuales (20 a 40 casos por 100.000 habitantes). La vacunación en niños en esos países mantiene altos niveles de inmunidad y previene futuros brotes.

Mapa 1: Distribución mundial de la prevalencia de HAV.

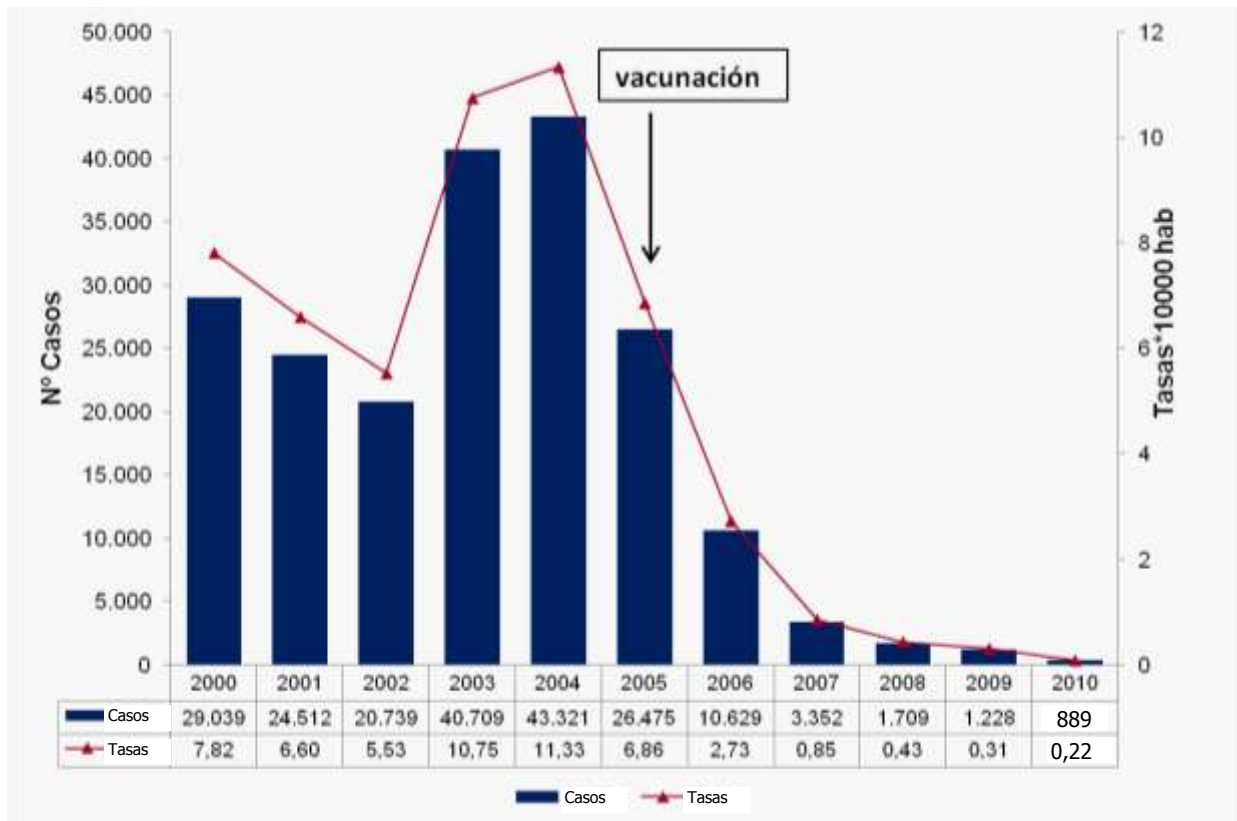


Fuente: <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/Hepatitis/Hepatitismapadepreponderancia.htm>

II.1.b. Hepatitis A en Argentina

La infección causada por hepatitis A es endémica en nuestro país. En el año 2003 se observó que la notificación de casos de hepatitis A y sin especificar fue de 10,75 por 100.000 habitantes; esto representó la duplicación en las tasas de notificación respecto del año 2002, pasando en números absolutos de 20.739 a 40.709 casos notificados al sistema de vigilancia. La tendencia para el 2004 continuó en aumento, presentando más de 43.300 casos (Gráfico 1).

Gráfico 1: Hepatitis A y sin especificar, casos y tasas notificados. Años 2000-2010. Argentina.

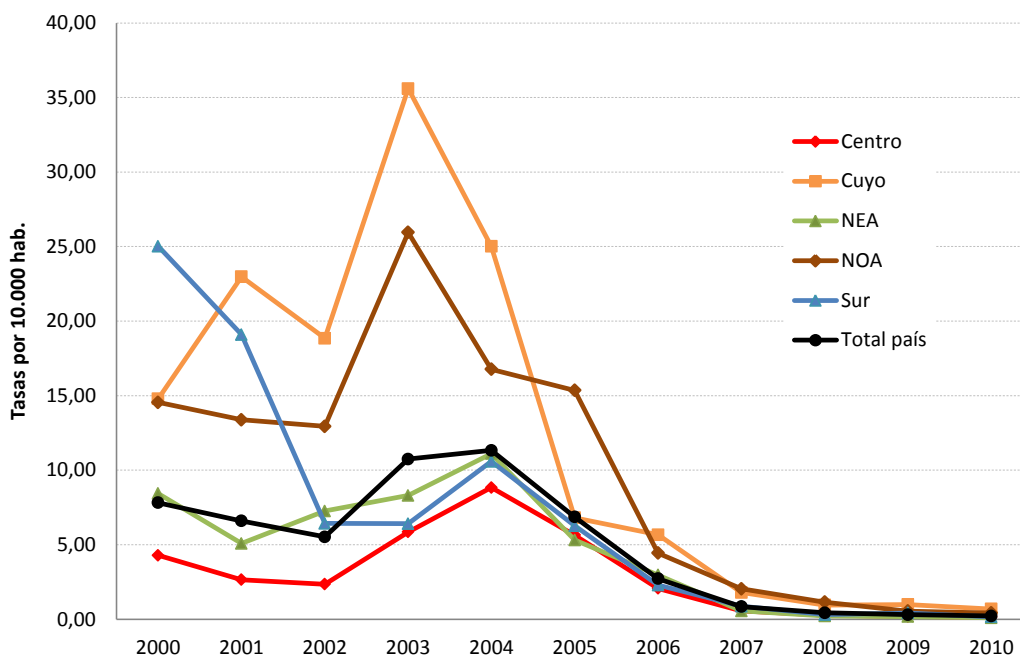


Fuente: SNVS – Módulo C2, Área Vigilancia, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación.

Al desagregar los datos regionalmente, en el gráfico 2 se observa cómo el incremento en el 2003 y 2004 fue a expensas de Cuyo y el NOA, quienes para el 2003 presentaron tasas de 35,6 y 25,9 por 10.000 habitantes respectivamente; vale decir que una región triplicó y la otra duplicó la tasa nacional (10,75 por 10.000 hab.). Asimismo, en estas dos regiones se notificaron el 50% del total de los casos del país (21.836 de los 40.321).

Las regiones del Centro, NEA y Sur se mantuvieron por debajo de la media país, con tasas entre 5 y 8 por 10.000 hab.

Gráfico 2: Hepatitis A y sin especificar, tasas de notificación según región. Años 2000-2010. Argentina.



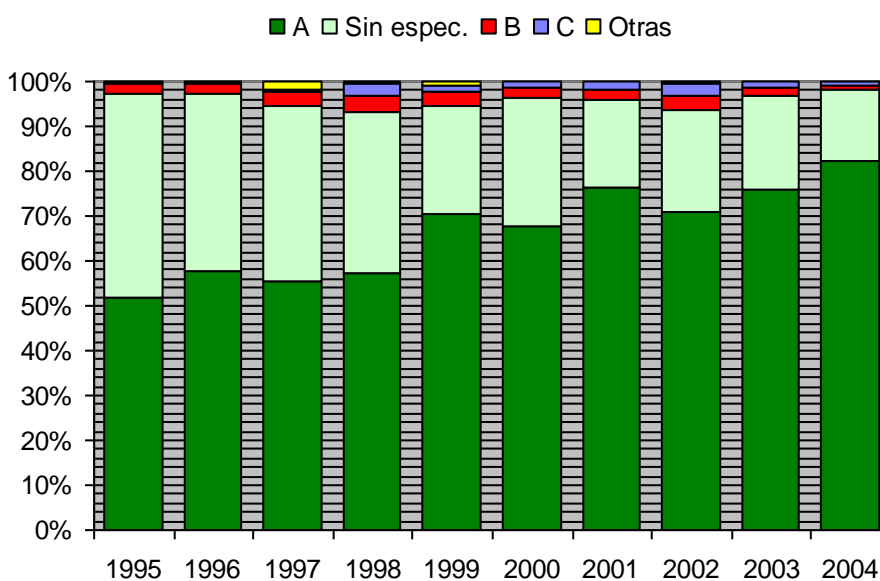
Fuente: SNVS-C2

En relación con los datos previos, es importante resaltar el incremento de la especificidad en la notificación de hepatitis A en relación con la notificación del resto de las hepatitis y, en particular, de las "sin especificar".

En el gráfico 3 se observa cómo, desde el año 1995 hasta el 2004, las "sin especificar" descendieron en su notificación mientras que las "A" aumentaron prácticamente en la misma proporción

Gráfico 3: Porcentaje de notificación de Hepatitis A, B, C, Sin Especificar y otras. 1995-2004. Argentina.

Proporción de la notificación de hepatitis sin especificar. Argentina 1995-2004



Fuente: SNVS-C2.

II.1.c. Introducción de la vacuna anti Hepatitis A

A consecuencia de la cantidad de casos confirmados en el 2004, se evaluó la evidencia disponible y se analizó la situación del país, decidiéndose introducir la vacuna anti Hepatitis A al año de edad junto con la vacuna triple viral al Calendario Nacional de Inmunizaciones, como estrategia de política sanitaria ante la situación epidemiológica.

En Junio de 2005 se incorporó al calendario de vacunación gratuito la vacuna contra hepatitis A a los niños de un año. A partir de ese año se comenzó a observar un descenso en la notificación de hepatitis A, registrándose una tasa de notificación en el año 2006 de 2,6; 0,43 en 2008 y de 0,22 en 2010, siempre por 10.000 hab.

Esto se verifica en el gráfico 1 mostrado al inicio; asimismo, en la siguiente tabla (tabla 1) puede constatar este resultado a nivel provincial.

Tabla 1: Hepatitis A y sin especificar, tasas de notificación según provincia. Años 2004 y 2010. Argentina.

PROVINCIA	2004		2010	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	6508	4,48	178	0,12
Catamarca	896	25,04	0	0
Chaco	1455	14,32	10	0,09
Chubut	45	1,02	2	0,04
Ciudad de Buenos Aires	1966	6,53	38	0,12
Córdoba	5552	17,21	83	0,24
Corrientes	1654	17,05	12	0,12
Entre Ríos	3321	27,53	6	0,05
Formosa	273	5,35	7	0,13
Jujuy	559	8,69	41	0,59
La Pampa	354	11,14	4	0,12
La Rioja	588	18,73	34	0,96
Mendoza	3235	19,51	126	0,71
Misiones	518	5,11	9	0,08
Neuquén	677	13,20	3	0,05
Río Negro	1157	19,81	20	0,33
Salta	1316	11,53	52	0,41
San Juan	1026	15,62	63	0,88
San Luis	2727	68,17	5	0,11
Santa Cruz	44	2,10	7	0,30
Santa Fe	4852	15,37	76	0,23
Santiago del Estero	3063	36,83	41	0,46
Tierra del Fuego	27	2,42	2	0,15
Tucumán	1508	10,74	70	0,46
Total PAIS	43321	11,33	889	0,22

Fuente: SNVS-C2.

Como se observa en la tabla, todas las provincias disminuyeron radicalmente la notificación de hepatitis A y sin especificar.

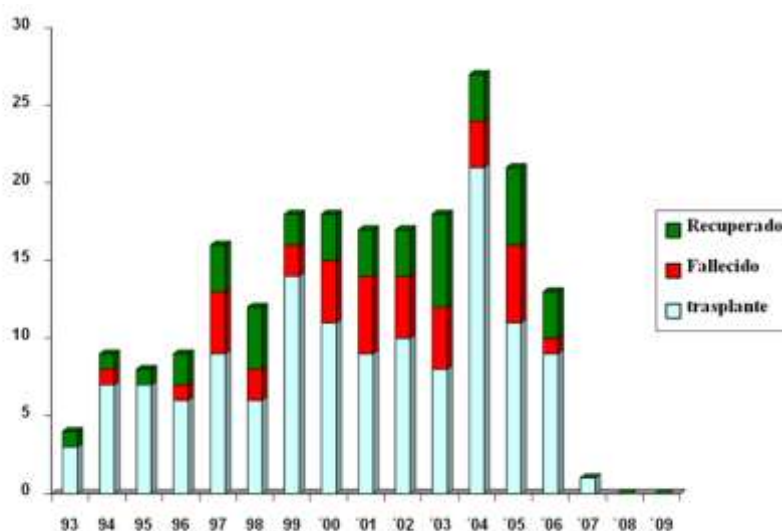
Las provincias de La Rioja, Mendoza y San Juan son las que presentan tasas más elevadas, aunque ninguna alcanza un caso por 10.000 habitantes.

Es necesario considerar que todos los casos notificados en el Módulo C2 del SNVS se cargan en primera instancia como sospechosos y luego son confirmados o descartados; por ello, como ya se comentó, al ser un sistema de los denominados "de alerta temprana", es necesario investigar cada notificación posterior al alerta.

En relación con un indicador de importancia vinculado con este evento, en el gráfico 4 se demuestra cómo a partir de la introducción de la vacuna, disminuye radicalmente la falla

hepática por Virus Hepatitis A en nuestro país a partir de 2005 y sin presentar casos en 2008 y 2009. No se realizaron trasplantes hepáticos por hepatitis A desde 2007.

Gráfico 4: Falla Hepática por Virus Hepatitis A. 1993-2009. Argentina.

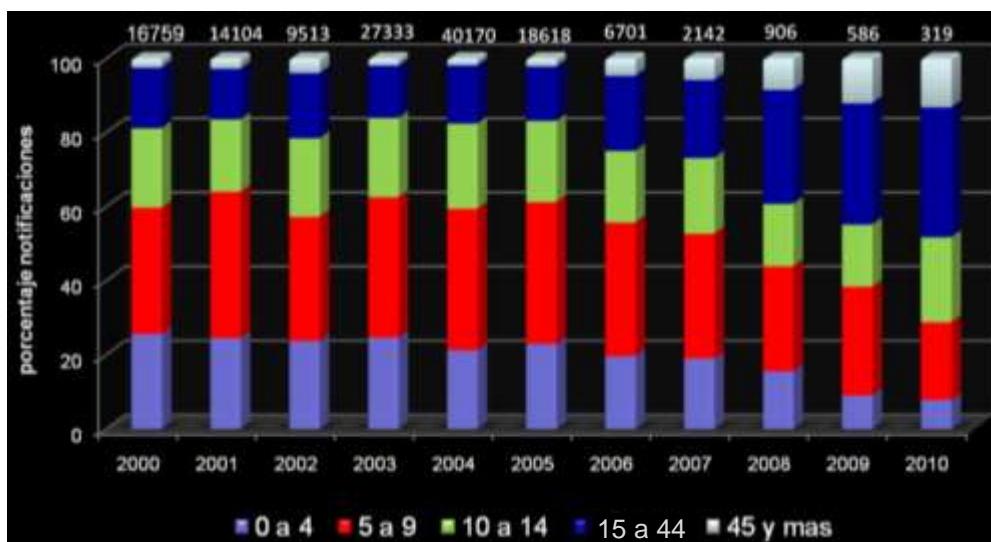


Fuente: ProNaCEI

Sobre los grupos de edad

En el gráfico 5 se presentan los porcentajes de notificación de hepatitis A según grupos de edad.

Gráfico 5: Porcentaje de notificación de Hepatitis A según grupo de edad. 2000-2010, Argentina.



Fuente: SNVS-C2

Se observa en forma clara el desplazamiento de los casos confirmados hacia los grupos de más edad a partir de la introducción de la vacuna; así, en el 2000 la mayor incidencia correspondía al grupo de 5 a 9, mientras que en el 2010 pasó a ser el de 15 a 44.

II.1.d. Coberturas vacunales

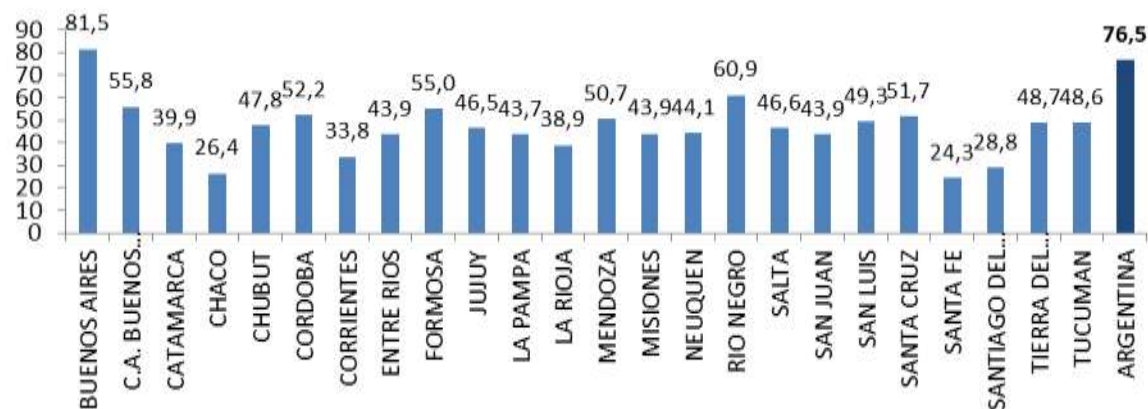
Si bien las coberturas de vacunación, según el informe total país, están en ascenso durante los últimos años (gráficos 6 y 7), alcanzando el 100% en algunos municipios, existen áreas donde las coberturas no alcanzan el nivel óptimo. Esta situación implica un riesgo de aumento de la incidencia y ocurrencia de brotes de esta patología, por acumulación de susceptibles.

Gráfico 6: Cobertura Vacuna anti- Hepatitis A. 2005-2010. Argentina.



Fuente: Área de Cobertura de vacunación, Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

Gráfico 7: Cobertura Vacuna anti- Hepatitis A según provincia al año de edad. 1° Semestre 2011. Argentina.



Fuente: Área de Cobertura de vacunación, Programa Nacional de Control de enfermedades Inmunoprevenibles.

Nota: Datos preliminares

Desde el inicio de la vacunación se comenzó a analizar el descenso de la notificación a través del sistema de vigilancia.

Es a partir del año 2010 cuando se comienza a fortalecer especialmente la vigilancia de hepatitis A a fin de poder evaluar con mayor detalle el impacto de la intervención realizada y analizar la evolución de la estrategia y si son necesarios ajustes en la misma.

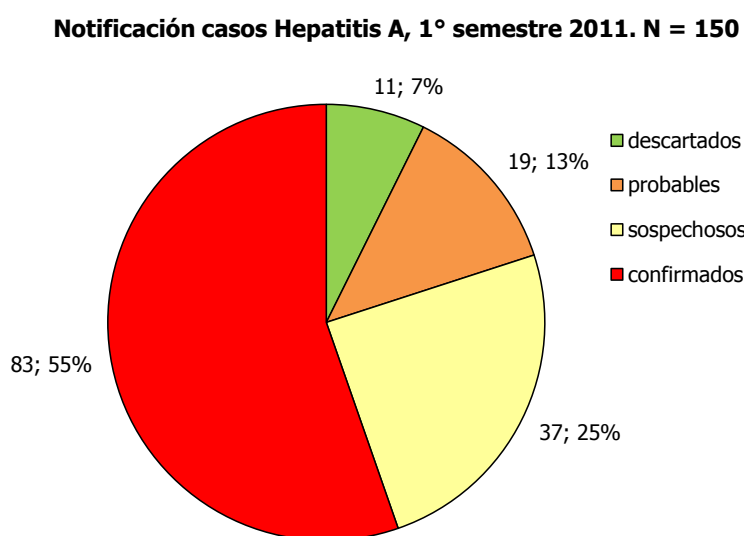
De esta manera, es imprescindible investigar cada caso sospechoso notificado de Hepatitis, tanto A como "sin especificar" para corroborar por laboratorio la confirmación de cada una de las notificaciones y, entre otras variables, evaluar el estado vacunal de los casos. También se incorpora al análisis la evaluación de casos de falla hepática fulminante con requerimiento de trasplante por esta misma etiología.

En este marco, ha crecido la cobertura y representatividad de la vigilancia laboratorial. Es por ello que a continuación se describe la situación actual de hepatitis A a través de los dos módulos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

II.1.e. Notificación actual

Al analizar los datos notificados durante el primer semestre del 2011, donde se estima una cobertura del 76% de la vacuna contra Hepatitis A, se hallan 150 casos notificados, de los cuales 83 están consignados como confirmados (gráfico 8). Debemos recordar que este sistema de notificación es clínico y, en consecuencia, depende del observador y no del laboratorio.

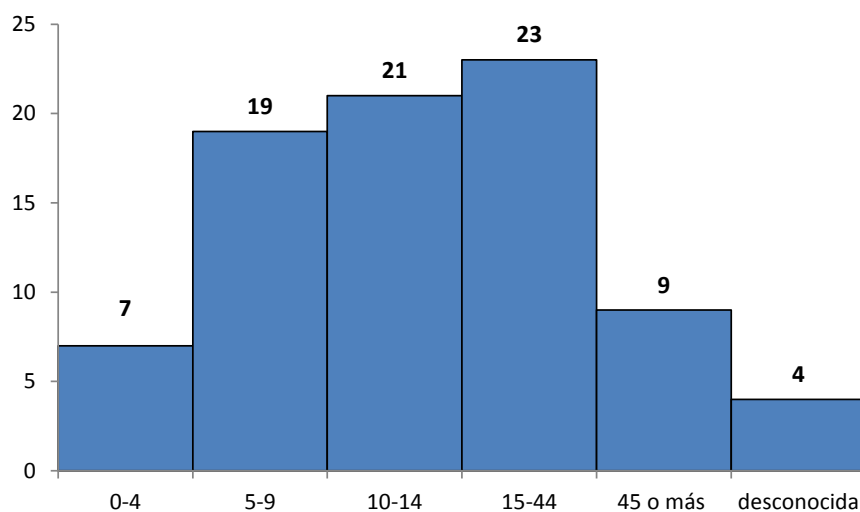
Gráfico 8: Hepatitis A. Notificaciones 1° Semestre. Argentina. 2011.



Fuente: SNVS- C2

En el gráfico 9 se observa la distribución por grupos etarios en los confirmados (gráfico 9).

Gráfico 9: Distribución por grupos etarios. Casos consignados como "confirmados" de Hepatitis A. Notificaciones 1° Semestre Argentina, 2011. N=83.



Fuente: SNVS- C2

En la tabla 2 se presenta la notificación a través del módulo de vigilancia clínica (SNVS-C2) hasta la fecha. Esta es la información comparada con los años previos presentados en este documento.

En la tabla se presentan las notificaciones de Hepatitis A y sin especificar en forma separada.

Tabla 2: Hepatitis A y sin especificar. Casos notificados según provincia. SE 1 a 39. 2011. Argentina.

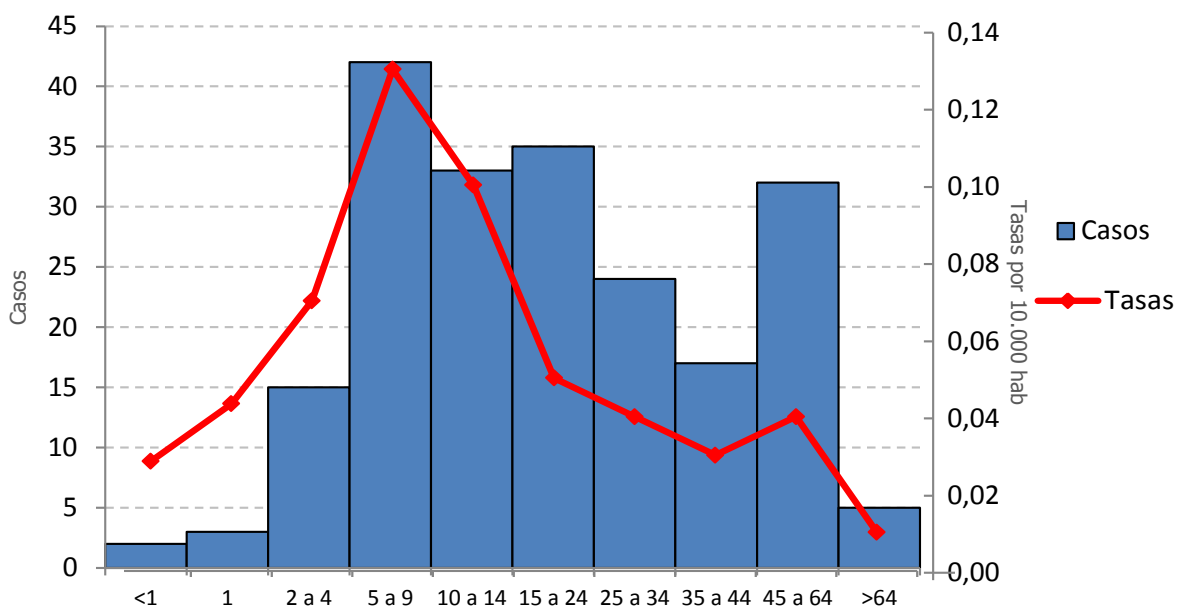
PROVINCIA	Hepatitis A	S/E	Total
Buenos Aires	56	41	97
Catamarca	1	2	3
Chaco	2	1	3
Chubut	3	13	16
Ciudad de Buenos Aires	13	32	45
Córdoba	13	24	37
Corrientes	1	3	4
Entre Ríos	5	3	8
Formosa	2	6	8
Jujuy	13	12	25
La Pampa	3	1	4
La Rioja	4	11	15
Mendoza	23	32	55
Misiones	2	8	10
Neuquén	5		5
Río Negro	7	12	19
Salta	34		34
San Juan	4		52
San Luis	2	48	2
Santa Cruz	3		3
Santa Fe	10	40	50
Santiago del Estero	12	6	18
Tierra del Fuego	1	1	2
Tucumán	6	21	27
Total PAIS	225	317	542

Fuente: SNVS-C2, actualización al 23 de septiembre, 2011.

Se observa que todas las provincias han notificado casos sospechosos, de Hepatitis A. Esto refleja la sensibilización de la vigilancia y es una oportunidad para investigar los casos notificados y confirmarlos o descartarlos.

En relación a los grupos de edad, se presentan a continuación dos gráficos (10 y 11) donde se observan los casos y tasas por los grupos de edad incluidos en el sistema de vigilancia y luego agrupados en forma porcentual. De los 225 casos notificados en 17 no se consignó la edad.

Gráfico 10: Hepatitis A. Notificación de casos sospechosos y tasas según grupo de edad. Se 1 a 39. 2011. Argentina. N=208.

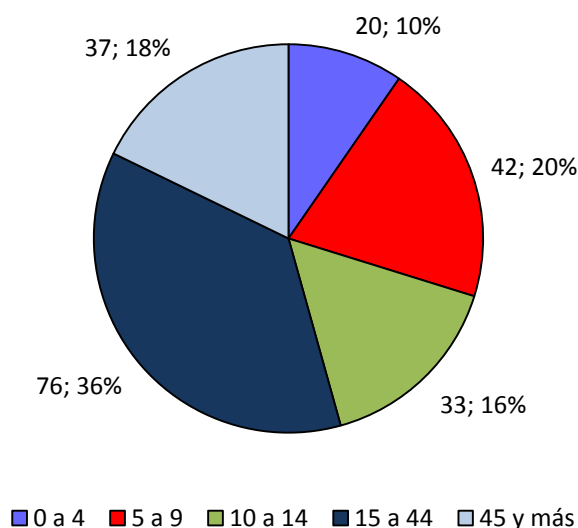


Fuente: SNVS-C2

Los grupos de edad donde se presenta mayor notificación de sospechosos son los de 5 a 9, 15 a 24 y 45 a 64, pero teniendo en cuenta las tasas, los dos grupos más afectados son los de 5 a 9 y 10 a 14.

A su vez, teniendo en cuenta los grupos ya planteados (ver gráfico 5), nuevamente se observa que la mayor proporción de casos se encuentran en los grupos de 10 años y más, siendo el de 15 a 44 el de mayor porcentaje.

Gráfico 11: Hepatitis A. Proporción de casos sospechosos notificados según grupos de edad agrupados. Se 1 a 39. 2011. Argentina. N=208.



Fuente: SNVS-C2

II.1.f. Conclusiones y recomendaciones

La Hepatitis A es una enfermedad inmunoprevenible que, si bien en la mayoría de los casos suele presentarse en forma asintomática o leve, puede llevar a falla hepática fulminante y al trasplante hepático. Así, hasta el año 2004, era la principal causa infecciosa de trasplante hepático en nuestro país, siendo Argentina un país de intermedia-alta endemicidad para la enfermedad según la OMS.

Es de suma importancia destacar que, con la incorporación de una dosis de vacuna anti-hepatitis A al año de edad al Calendario Nacional de Inmunizaciones en el año 2005, la incidencia de la misma ha disminuido notablemente.

Este esquema de vacunación ha llevado a que la curva de casos de hepatitis A en la Argentina se traslade hacia edades más avanzadas, ya que las poblaciones pediátricas se encuentran protegidas.

Este análisis de la tendencia, junto con la vigilancia clínica y de laboratorio que permiten confirmar los casos, da sustento a decisiones sobre estrategias en salud pública, que llevan a políticas sanitarias que permiten mejorar la calidad de vida de la población y las acciones de mejora del sistema de salud de nuestro país.

Es necesario enfatizar en la necesidad de notificar a todo sospechoso de hepatitis A, con el objetivo de estudiar por laboratorio para confirmarlo o descartarlo, y realizar las acciones de control para disminuir la transmisión y los casos secundarios, reforzando la vacunación en áreas de baja cobertura, con el propósito de evitar la enfermedad severa y la falla hepática fulminante en pacientes susceptibles.

Las acciones de control y vacunación están a cargo de las jurisdicciones y deben ser documentadas y seguidas en el tiempo.

La vigilancia laboratorial y la clasificación de los casos permiten monitorear el comportamiento de la enfermedad, así como el impacto de las acciones de vacunación, esenciales para la toma de decisiones adecuadas y oportunas en la población.

II.2. Situación de chagas

II.2.a. Epidemiología

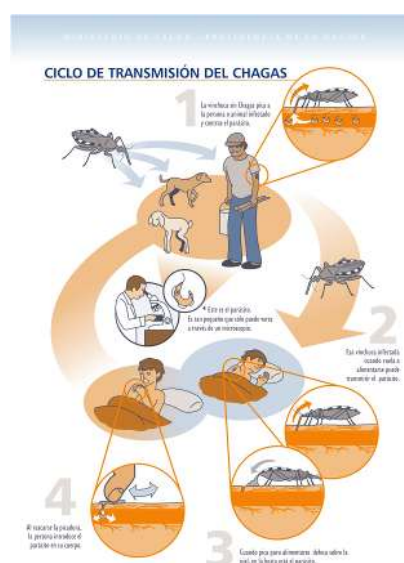
La enfermedad de Chagas constituye un serio problema sanitario y social en gran parte del continente americano. Se extiende desde el norte de México hasta el sur de Argentina y Chile, en zonas donde existen triatomíneos domiciliados. Este parásito normalmente se transmite al ser humano y a otros mamíferos a través de insectos hemípteros que se alimentan de sangre (hematófagos). La especie más importante en los países del Cono Sur, es *Triatoma infestans*, conocido en la mayor parte de Argentina como “vinchucas” o “chinchas”. En otras áreas del continente americano es *el P. megistus*, *el R. prolixus* y *T. dimidiata*.

Históricamente la vía vectorial ha sido la principal vía de transmisión en los países endémicos. Esta forma de transmisión tiene lugar cuando la vinchuca (adulta o ninfa) infectada se alimenta sobre un hospedador sano, dejando sobre la piel del individuo sus deyecciones, las que contienen el *Trypanosoma cruzi*. Los parásitos pueden introducirse, a través de la piel lesionada, producto del rascado, al organismo humano o al animal doméstico. El *Trypanosoma cruzi* con el tiempo puede atacar órganos vitales como el corazón, colon, esófago, intestinos y sistema nervioso periférico. (Figura 1). Además existen otros mecanismos de transmisión: por transfusión de sangre infectada, por trasplante de órganos de donantes infectados, por transmisión congénita de madres infectadas, por ingestión de sustancias contaminadas con excrementos del vector y por accidentes de laboratorio. La transmisión congénita ha ido aumentando su importancia relativa a medida que mejora el control de la transmisión vectorial y la transfusional.

La urbanización de esta enfermedad se produce en nuestro país por la migración de personas infectadas de provincias del interior y de países limítrofes.

Más allá de los determinantes biológicos de la enfermedad, el *Trypanosoma cruzi* y la vinchuca, su vector, el soporte de esta realidad epidemiológica incluye diversos factores que juegan un rol potenciador del agente causal. El aislamiento geográfico, el escaso desarrollo rural, la falta de integración, el hábitat propicio, la carencia de trabajo y recursos, como así también los obstáculos para acceder a información y a adecuados procesos educativos, consolidan un escenario difícil de abordar si se pretende aplicar soluciones desde una concepción unicista, parcial y fragmentaria.

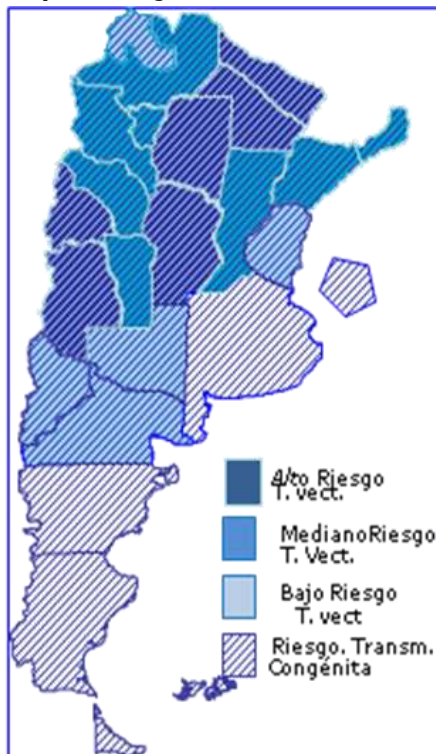
Figura 1: (Infografía): Ciclo de transmisión del chagas



En Argentina de acuerdo a estimaciones del año 2005, el número de infectados por *T. cruzi* sería de alrededor de 1,6 millones individuos, de los cuales 300.000 presentarían cardiopatías y aproximadamente 7.3 millones de individuos viven con el riesgo de infectarse, por lo que se considera la principal endemia del país¹.

La situación actual de control de Chagas en el país, es heterogénea entre las distintas regiones y provincias. La seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en embarazadas en el país fue de 6,8% en 2000 a 4,84% en 2010. En base a estos datos, se estima que cada año nacen 1.300 niños infectados por transmisión congénita. Cabe consignar que 9/10 niños tratados en fase aguda y 8/10 tratados en fase crónica se curan. La prevalencia media de infección por *T. cruzi* en niños menores de 14 años fue de 2,3 % en 2010. Entre 2009 y 2010 algunos indicadores relacionados con la vigilancia entomológica y el control del vector han mejorado, al igual que los indicadores relacionados con el control de la transmisión no vectorial y la atención médica. No obstante todavía no se ha logrado la interrupción de la transmisión vectorial y el control de la transmisión congénita en todo el país. Actualmente, el escenario nacional de la enfermedad de Chagas es el siguiente (ver mapa 1).

Mapa 1: Riesgo de Transmisión Vectorial y Congénita de *T. cruzi*. Argentina. 2010.



Fuente: Programa Nacional de Chagas

- Situación de **alto riesgo** para la transmisión vectorial

Las provincias de Chaco, Formosa, Santiago del Estero, San Juan, Mendoza y Córdoba presentan una re-emergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliar y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables.

- Situación de **riesgo moderado** para la transmisión vectorial

Las provincias de Catamarca, Corrientes, La Rioja, Misiones, Santa Fe, San Luis, Salta, y Tucumán, muestran una situación de riesgo intermedio con un índice de reinfestación mayor al 5% en algunos departamentos, e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos.

- Situación de **bajo riesgo** para la transmisión vectorial

Las provincias de Jujuy, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén y Río Negro lograron certificar la interrupción de la transmisión vectorial.

- Situación de **riesgo universal**

Las 24 jurisdicciones poseen riesgo de transmisión congénita derivado de las migraciones internas e internacionales de países vecinos con elevada endemidad.

Fases de la Enfermedad

Desde el punto de vista médico la enfermedad de Chagas evoluciona en dos fases: aguda y crónica. Esta última puede presentarse en dos formas: con o sin compromiso visceral. Ambas fases tienen características clínicas y criterios diagnósticos y terapéuticos diferentes.

¹ Organización Panamericana de la Salud, "Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas". OPS/HDM/CD/425-06

La fase aguda se caracteriza por la presencia de gran número de parásitos en sangre y tiene un periodo de incubación de aproximadamente 10 días; generalmente es asintomático. Sólo alrededor del 5% de los pacientes presentan síntomas específicos, como el chagoma de inoculación; si este se produce en el ojo se denomina signo de Romaña. Entre las manifestaciones clínicas generales se incluye fiebre prolongada, -que en zonas endémicas debe ser considerada como síntoma guía-, dolor de cabeza y malestar general, mientras que algunos pacientes, principalmente niños e inmunodeficientes, presentan cuadros meníngeos graves e insuficiencia cardíaca que pueden llevar a la muerte. Esta fase puede durar aproximadamente 16 semanas. Finalizada la etapa aguda se inicia la fase crónica en su forma indeterminada, en la que la parasitemia se hace indetectable por los métodos parasicológicos habituales y se caracteriza por la ausencia de manifestaciones clínicas, electrocardiográficas o radiológicas significativas. El 30% de las personas infectadas puede evolucionar a la fase crónica en su forma visceral, en la que se presentan manifestaciones orgánicas en el tracto digestivo, sistema nervioso y cardíaco. Los síntomas y/o signos son de expresión variada, siendo la forma cardíaca la más frecuente en nuestro país. (Ministerio de Salud de la Nación, 2006).

II.2.b. Situación regional/internacional

Entre las enfermedades transmisibles tropicales, la enfermedad de Chagas es la de mayor prevalencia en los países de América Latina. Su carga de enfermedad en la región es cinco veces mayor que la malaria y mayor que todas las demás enfermedades tropicales agrupadas.

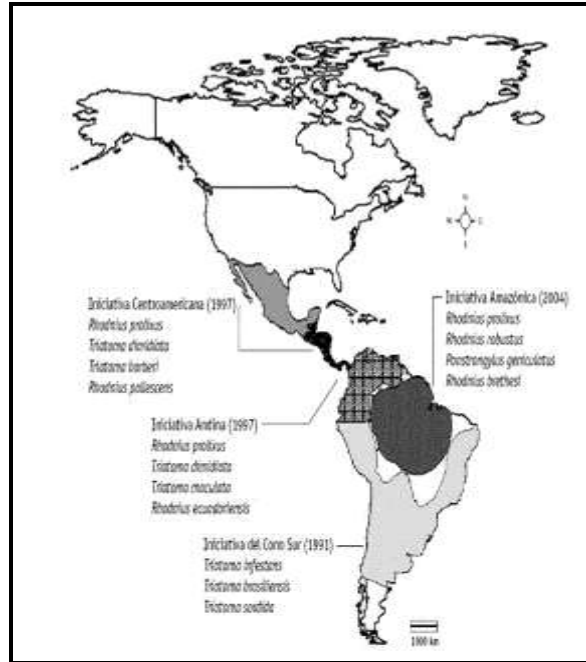
Hasta la fecha, las iniciativas regionales puestas en marcha en América Latina (del Cono Sur, Andina, Centroamericana y Amazónica) han permitido reducir drásticamente el número de casos, que pasó de 16 a 18 millones en 1990 a unos ocho millones en 2006. La transmisión de la enfermedad se ha interrumpido en Chile, el Uruguay, Brasil y amplias zonas de la Argentina, Bolivia, el Paraguay, Perú y América central. En Centroamérica, gracias a la importante colaboración de JAICA, se interrumpió recientemente la transmisión domiciliar por *R. prolixus* en Guatemala, El Salvador y Honduras. (Mapa 2)

La Organización Mundial de la Salud recientemente ha estimado, para Latinoamérica, que cerca de 8 millones de personas permanecen hoy infectadas por *T. cruzi*, con una incidencia anual de 40 mil casos vectoriales, 12 mil decesos anuales. Además, alrededor de 100 millones de personas estarían en riesgo de contraer la infección. En los países del Cono Sur se calcula que el total de la población infectada es de alrededor de 4,5 millones de individuos¹.

El mapa 4 muestra la dimensión de la expansión de la infección por *Trypanosoma cruzi* en países no endémicos debida a las migraciones de individuos infectados hacia países como los Estados Unidos, Canadá y en Europa principalmente, España. Esta globalización de la enfermedad de Chagas obliga a los países no endémicos a establecer medidas de prevención y control, además del establecimiento de nuevas políticas y estrategias para la tamización de donantes en bancos de sangre, así como el eventual seguimiento y tratamiento de los pacientes infectados. Como puede observarse en el mapa, el país que recibe el mayor número de inmigrantes procedentes de Latinoamérica, corresponde a los Estados Unidos, seguido de España, Canadá y los demás países de Europa en menor grado, al igual que Japón y Australia².

² Schmunis, G. "Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration". Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Vol. 102(Suppl. 1): 75-85, 2007

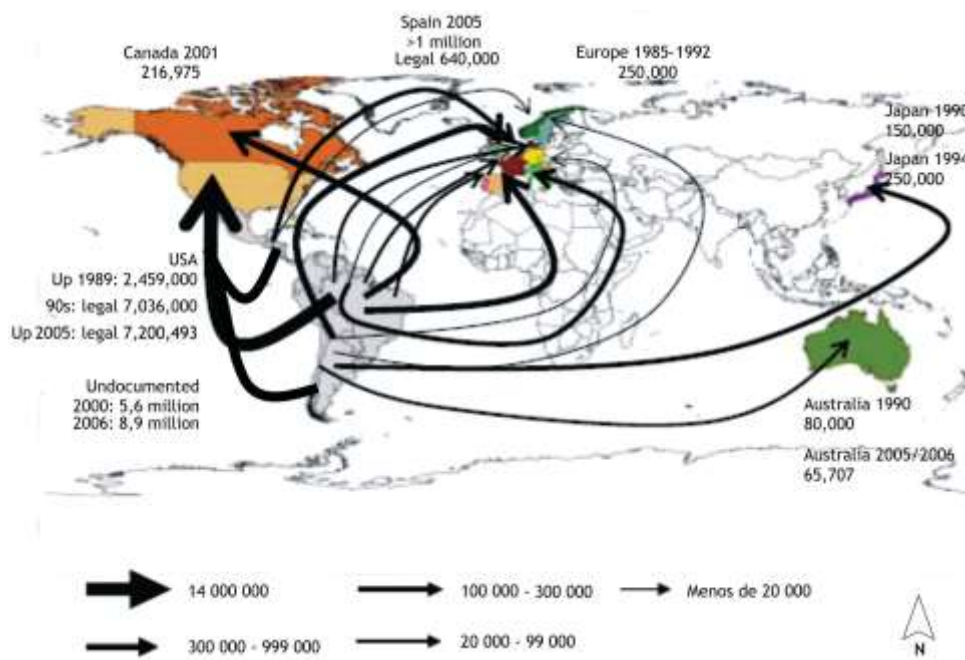
Mapa 2: Áreas geográficas correspondientes a la distribución de los diferentes insectos vectores y los países que conforman las Iniciativas con sus respectivas fechas de creación.



Fuente: Guhl, F. 2007

El mapa 2 muestra el mosaico epidemiológico en el cual se basaron las diferentes iniciativas continentales de control vectorial de la enfermedad de Chagas. Se muestran las áreas geográficas correspondientes a la distribución de los diferentes insectos vectores, y los países que conforman las iniciativas con sus respectivas fechas de creación.

Mapa 4: Flujo de migraciones de América latina hacia regiones no endémicas para la enfermedad de Chagas.



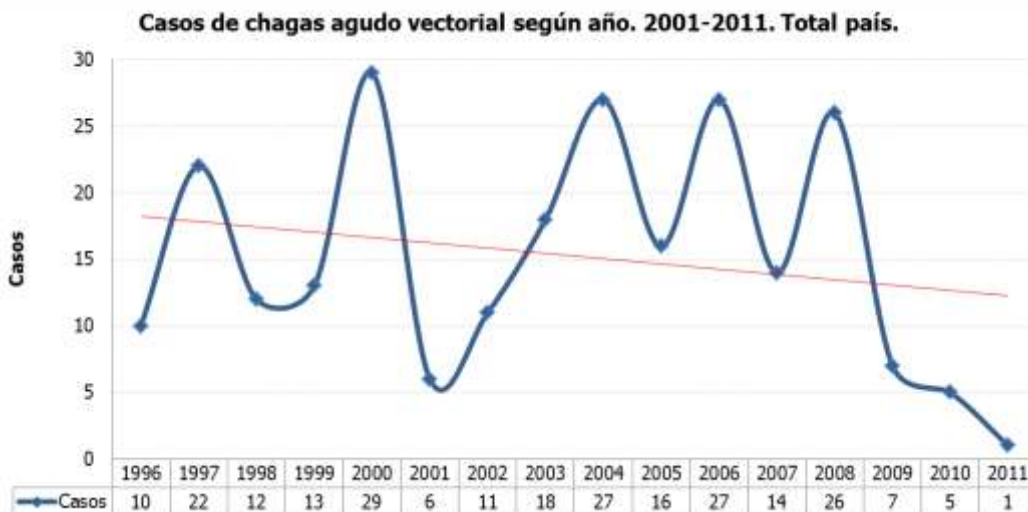
Fuente: Schmunis, G. 2007

II.2.c. Notificación al programa de Chagas agudo vectorial

La información que se presenta a continuación corresponde al reporte de casos confirmados de "Chagas agudo vectorial" recopilados por el Programa Nacional de Chagas. Desde el 1996 hasta 2011 se notificaron al Programa de Chagas 244 casos de "**Chagas agudo vectorial**". La tendencia de la notificación en el período analizado, a nivel país, presenta un leve descenso.³

Análisis general

Gráfico 1



Fuente: Programa Nacional de Chagas

En relación con los casos por provincia, en la tabla 1 se observa la notificación detallada.

Tabla 1: Casos de Chagas agudo vectorial según provincia. 1996-2011. Total país.

Provincia	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	Frecuencia relativa	FR acumulada
Santiago del Estero	10	10	11	3	9	3	8	13	14	12	16	10	13	5	3	1	141	57,8%	57,8%
Formosa		1		7	12		1		7			1	11				40	16,4%	74,2%
Chaco					1		1	3	1	3	11	2	2	1	2		27	11,1%	85,2%
San Juan		7		2	3		1	1	2								16	6,6%	91,8%
Córdoba			1		2	1		1	1	1							7	2,9%	94,7%
La Rioja				1	2	1			2								6	2,5%	97,1%
San Luis		2												1			3	1,2%	98,4%
Catamarca		1				1											2	0,8%	99,2%
Corrientes		1															1	0,4%	99,6%
Salta												1					1	0,4%	100%
Casos	10	22	12	13	29	6	11	18	27	16	27	14	26	7	5	1	244		

Fuente: Programa Nacional de Chagas.

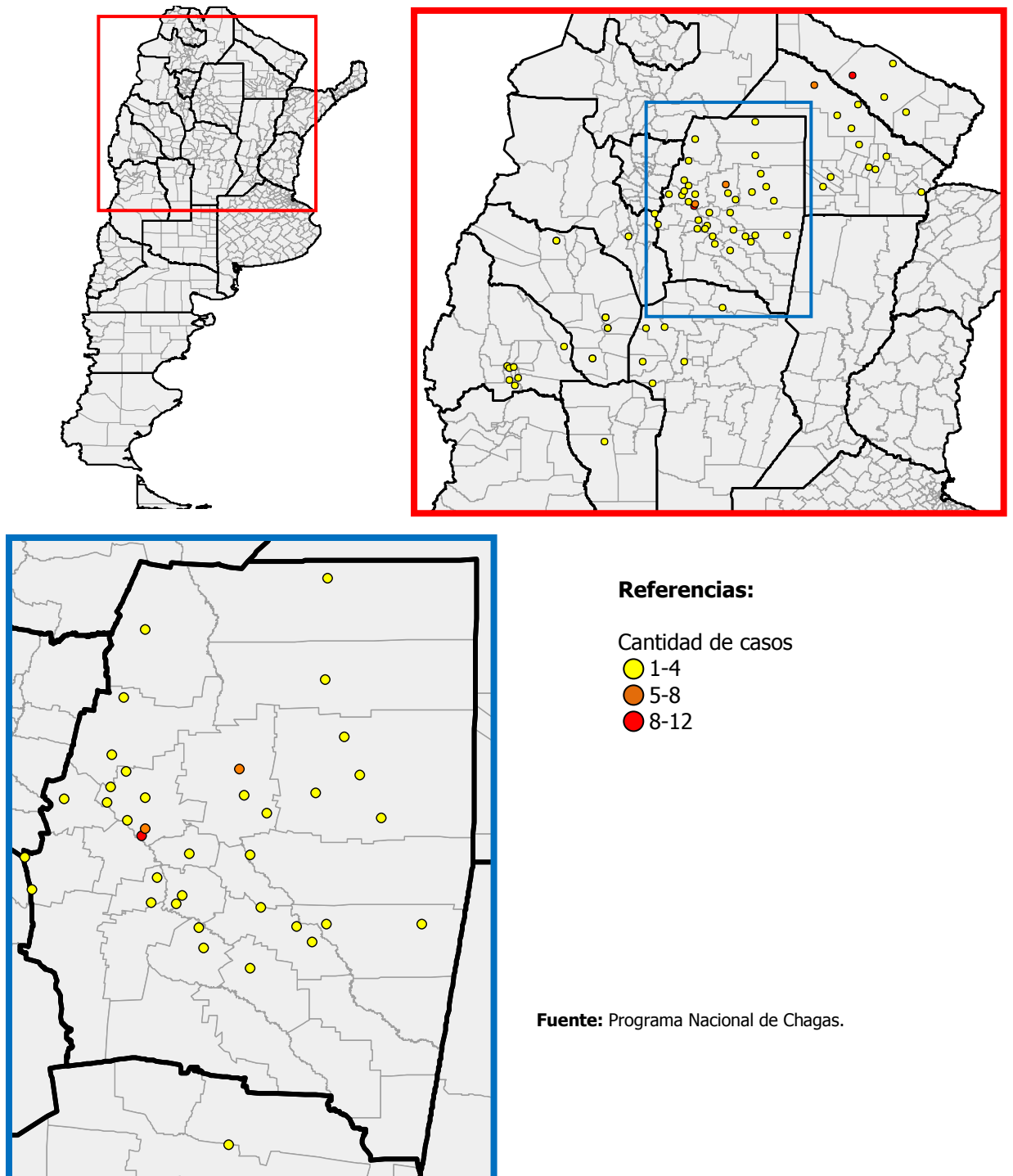
³ De los casos consignados en el gráfico, desde el programa nacional se cuenta con el detalle nominalizado de todos los afectados de los períodos 2000-2006 y 2009-2011. De los casos correspondientes a los años 2007/8 de las Provincias de Chaco y Formosa existe registro nominal en el Módulo C2 del SNVS; si bien los casos totales fueron enviados por los programas provinciales al nacional, aún éste no cuenta con la confirmación final de los casos presentes en el SNVS.

De las 24 jurisdicciones argentinas, 10 son las que han notificado al menos un caso de "Chagas agudo vectorial" en el período analizado.

Puede constatar, que casi el 90% de los casos se notificaron en 3 provincias: Santiago del Estero, Chaco y Formosa.

En el mapa 5 se observa el detalle de los departamentos y localidades más afectadas en las provincias. Los puntos con más cantidad de casos, corresponden a los dptos. de Capital, Moreno, La Banda, y Figueroa de Santiago del Estero, a Patiño - Las Lomitas de Formosa, y a Gral. Güemes-Nueva Pompeya de Chaco.

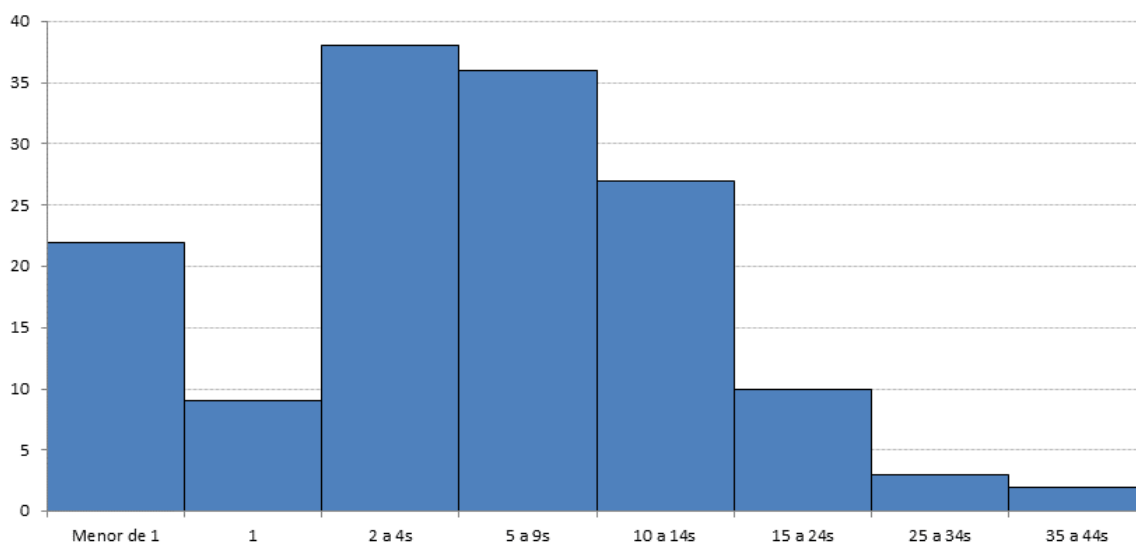
Mapa 5: Casos notificados según localidad. Detalle de Santiago del Estero como provincia más afectada. Años 2000-2006, 2009-2011. N: 149.



En el gráfico 2 se puede observar la notificación según grupo de edad. Para la realización del gráfico se utilizaron los casos notificados en forma nominal y, de estos, los que contaban con la información de la edad.

Gráfico 2

**Casos de chagas agudo vectorial según grupo de edad. 2000-2011.
n=147.**



Fuente: Programa Nacional de Chagas.

El análisis por grupo de edad muestra que casi el 90% (132) de los casos corresponde a menores de 15 años.

Detalle provincial

Santiago del Estero

Con un total de 141 casos para todo el período utilizado, Santiago del Estero presenta casi el 60% del total de casos notificados en todo el país en el periodo analizado. A excepción del año 2000, es la jurisdicción con mayor cantidad de casos en todos los años. Asimismo cabe destacar que es la provincia que notificó el último caso confirmado a la fecha.

Formosa

Durante el periodo analizado la provincia de Formosa registró 40 casos, 12 de los cuales ocurrieron en el departamento Patiño en 2000 y dentro del mismo 9 en la localidad de Las Lomitas.

Chaco

Durante el periodo analizado la provincia de Chaco notificó 27 casos, 11 ocurrieron en 2006. De estos 9 se notificaron en localidades del departamento General Güemes.

II.2.d. Notificación al Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA-SNVS) de Chagas en embarazadas

Se estima que en las Américas, existirían cerca de dos millones de mujeres en edad reproductiva infectadas por *T. cruzi*, de las cuales entre 4 a 8% transmitirían la infección al feto por vía transplacentaria, y consecuentemente nacerían anualmente unos 15.000 niños con Chagas congénito. La mayoría de ellos asintomáticos o paucisintomáticos, lo que plantea un desafío de eficacia, eficiencia y oportunidad a los servicios de salud⁴.

En Argentina se estima que nacen por año cerca de 1300 niños con infección congénita por *T. cruzi*, de los cuales en la actualidad se diagnostica menos del 40 %.

Para el Programa Nacional de Chagas (PNCh) y el Sistema de Salud, aumentar la cobertura del control, notificación y seguimiento de la madre infectada y su hijo hasta el año de vida, continúa siendo un desafío a alcanzar en el corto plazo. Para lograr el seguimiento de los niños, es necesaria una correcta articulación de los Servicios de Obstetricia, Neonatología, Laboratorio, el sistema de APS, y de asistencia social de las instituciones intervinientes.

Curar a un niño significa evitar morbi-mortalidad inmediata y/o en la edad adulta por esta causa, en el caso de las niñas la posibilidad de nuevos casos de Chagas congénito y para la sociedad aumentar el número de donantes potenciales de sangre y órganos y fundamentalmente reducir una evidente inequidad en salud que representa el riesgo al que están expuestos los niños hijos de madres infectadas a través de medidas de seguimiento y tratamiento oportuno. Para ello es fundamental el registro sistemático y universal de la población en riesgo y la disponibilidad de la información que permitan a los responsables de las acciones de APS garantizar la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de cada uno de ellos.

Evolución de la vigilancia basada en el laboratorio de Chagas crónico en embarazadas

En el año 2008 comenzó la implementación del Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SIVILA-SNVS) para la vigilancia del riesgo de transmisión transplacentaria de la infección por *Trypanosoma cruzi* y de la tendencia de la transmisión a través de la prevalencia en embarazadas. En el año 2010 se actualizó –con la participación de las distintas áreas del Ministerio de Salud de la Nación que participan de la vigilancia y control de la enfermedad de Chagas- los objetivos y eventos a vigilar a través del SIVILA.

Se realizaron actividades de capacitación y sensibilización para aumentar la cobertura y calidad de la información con el objetivo de monitorear la prevalencia en embarazadas, y registrar de manera sistemática los casos de Chagas en embarazadas para posibilitar el seguimiento de la madre y el niño.

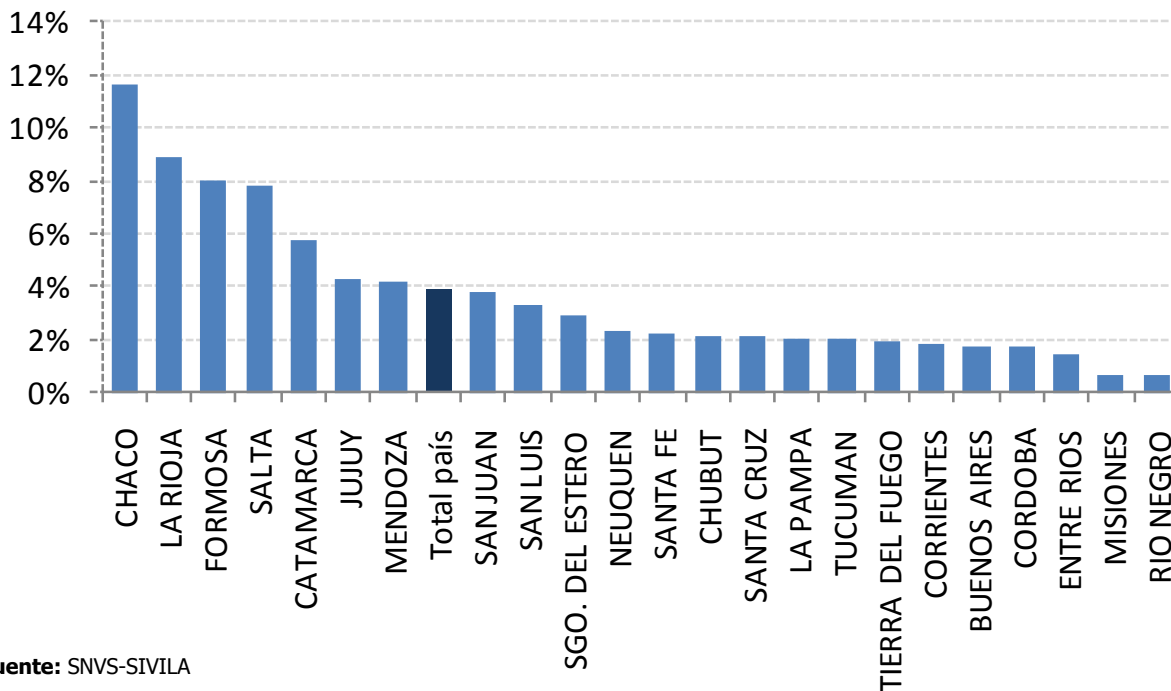
Como resultado de este trabajo conjunto entre los laboratorios de la red de Chagas, los referentes provinciales de Programa de Chagas, de Redes de Laboratorios, de Epidemiología, el Laboratorio Nacional de Referencia, el Programa Nacional de Chagas y el Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, entre los años 2008 a 2011 se incrementó el número de establecimientos notificadores para el evento Chagas estudiado por 2 técnicas en el grupo Embarazadas de 119 a 319 en todo el país.

⁴ Informe de la Consulta Técnica sobre Información, Educación y Comunicación (IEC) en Enfermedad de Chagas Congénita (CLAP, Montevideo, Uruguay, 17 y 18 de mayo de 2007).

Prevalencia de Chagas crónico en Embarazadas

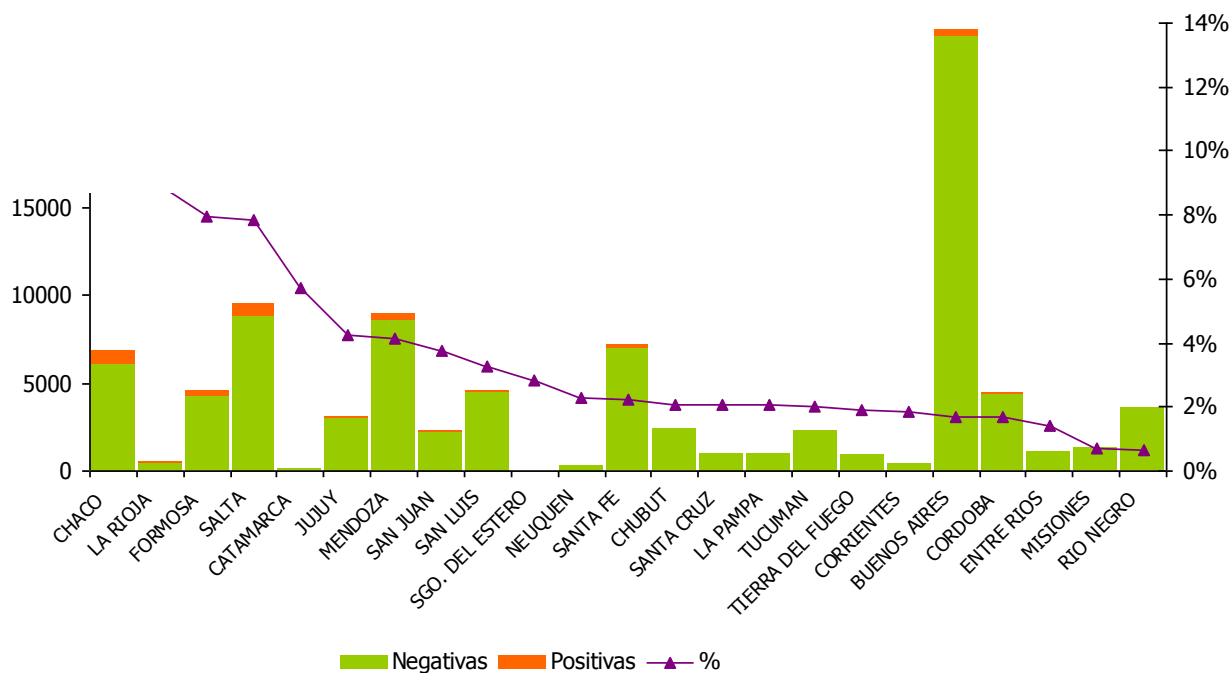
El gráfico 3 muestra la prevalencia en embarazadas según provincia a partir de la notificación al SIVILA; el gráfico 4 presenta la información con los valores absolutos de embarazadas estudiadas según provincia.

Gráfico 3: Proporción de embarazadas con estudios positivos para Chagas del total de embarazadas estudiadas, por provincia. SE 1 a 37 de 2011. Argentina.



Fuente: SNVS-SIVILA

adas según resultado y porcentaje de positividad por provincia.



Fuente: SNVS-SIVILA

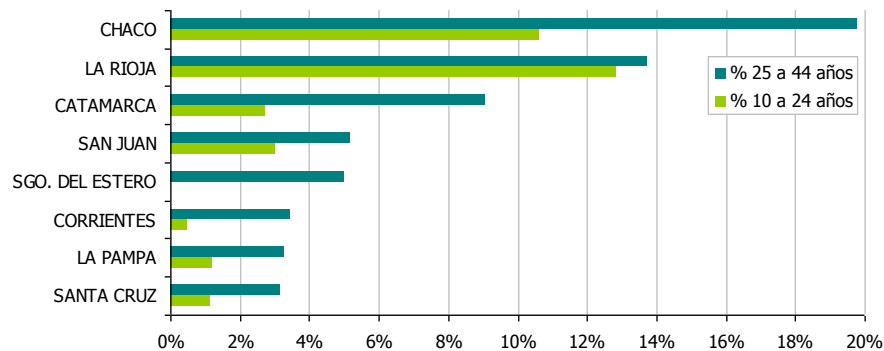
Las provincias con mayor prevalencia de infección crónica entre las embarazadas estudiadas y notificadas al SIVILA entre las semanas 1 a 37 del 2011 fueron el Chaco, La Rioja, Formosa, Salta y Catamarca; Jujuy y Mendoza completan las jurisdicciones que se encuentran sobre la media país que alcanza el 4%. El rango del porcentaje de positividad oscila entre el 0,6% en Río Negro y el 11,7 en la Provincia del Chaco.

Situación por grupo de edad

El grupo de edad donde mayor porcentaje de embarazadas con infección crónica se identificó fue el de 45 o más años (7%), seguido del grupo de 25 a 44 años (5%) y en último lugar las de 10 a 24 años (3%). Esta información permite tener un indicador de la tendencia de la transmisión a nivel poblacional, mostrando (con los datos disponibles hasta el momento) que con el paso de los años la prevalencia de la infección decrece sostenidamente.

Este patrón no es uniforme entre las distintas provincias pudiendo identificarse 3 grupos:

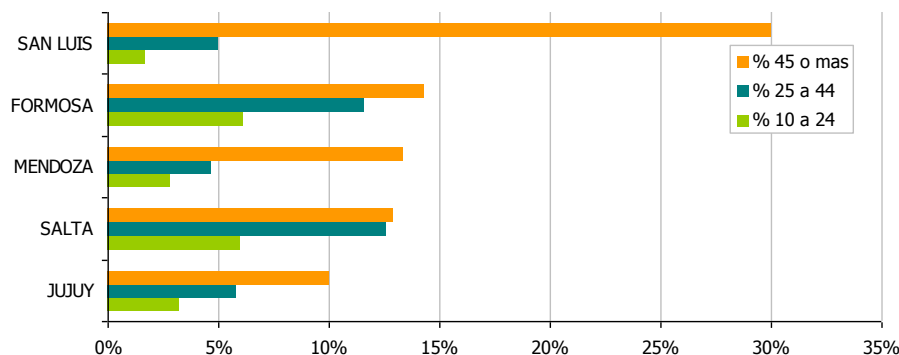
Gráfico 5: Provincias con mayor prevalencia en el grupo de 25 a 44 años. Año 2011



Fuente: SNVS-SIVILA

Dentro de las provincias que se encuentran en este grupo se destacan aquellas con elevada prevalencia tanto en el grupo de 25 a 44 años como en el de 10 a 24 años como el Chaco y La Rioja. Solo San Juan presenta notificaciones de embarazadas pertenecientes al grupo de 45 y más años, ninguna de las cuales resultó positiva.

Gráfico 6: Provincias con mayor prevalencia en el grupo de 45 o más años. Año 2011

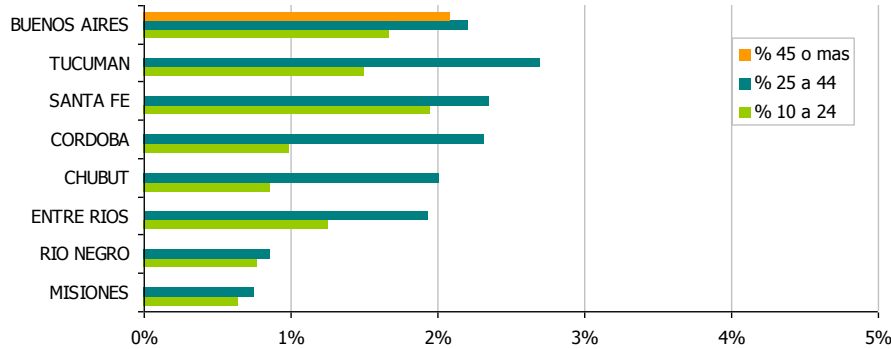


Fuente: SNVS-SIVILA

El grupo de embarazadas estudiadas de 45 y más años en general presenta los denominadores más bajos, por lo cual la relación entre estudiados y positivos puede tener grandes fluctuaciones producto del bajo número de estudiados. Teniendo en cuenta lo

dicho, se destaca la provincia de San Luis con 3 embarazadas con Chagas crónico de 10 estudiadas, seguidas de Formosa (1/7), Mendoza (4/30), Salta (4/31) y Jujuy (1/10). La prevalencia en el grupo de 25 a 44 años se encuentra en segundo lugar presentando valores entre el 4,7% al 12,6%, siendo las mas elevadas las de las provincias de Formosa y Salta.

Gráfico 7: Provincias con baja prevalencia en todos los grupos. Año 2011



Fuente: SNVS-SIVILA

Estas provincias presentan una prevalencia de Chagas crónico inferior al 3% en todos los grupos, siendo la del grupo de 25 a 44 años la que alcanza los mayores valores en todas ellas.

Una limitación de los datos presentados es que no en todos los casos es posible diferenciar embarazadas estudiadas de controles de embarazo lo que podría estar subestimando la prevalencia en los laboratorios que no pueden discriminar en el denominador de estudiados casos nuevos (embarazadas estudiadas) de casos viejos (embarazadas ya estudiadas en un control previo del mismo embarazo).

II.2.e. Vigilancia de Chagas agudo congénito

La fuente de datos utilizada para el análisis de Chagas agudo congénito es el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, tanto el módulo C2 de Vigilancia Clínica como el módulo SIVILA de vigilancia Laboratorial.

Se realiza a continuación un análisis diferenciado de los datos, según el tipo de información disponible en dos períodos diferentes: desde el año 2000 a 2007 se cuenta en el SNVS con información proveniente del Módulo C2, en el que constan los casos notificados sin distinguir entre sospechosos y confirmados. Para el período 2008 a 2011 se analizará la información integrada del módulo SIVILA y C2 identificando casos sospechosos, en estudio y confirmados.

Tabla 2: Chagas agudo congénito. Casos y tasas de notificación. 2000-2007. Argentina.

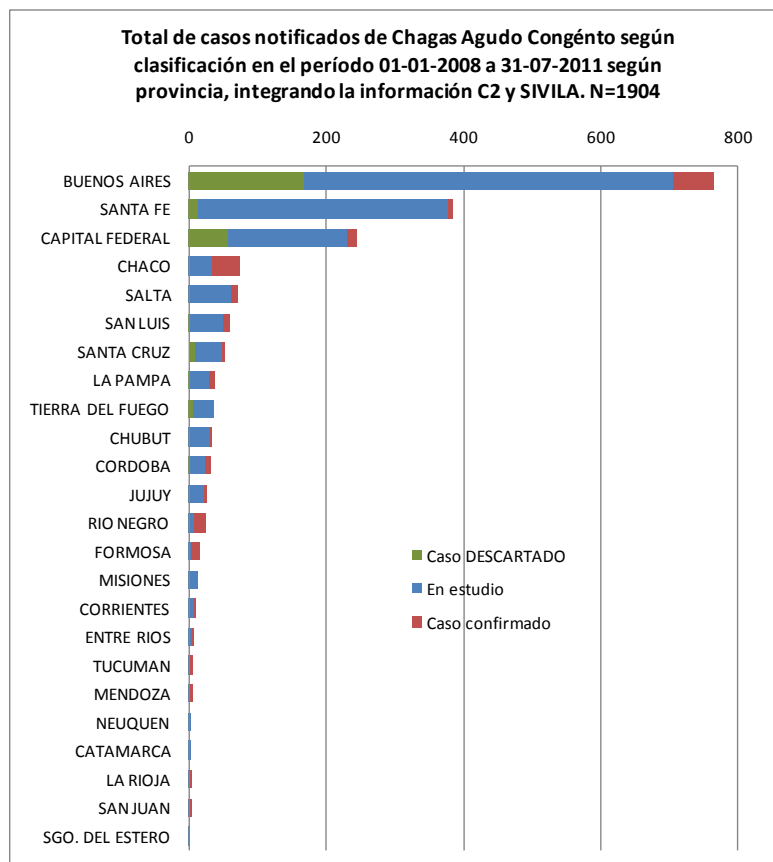
PROVINCIA	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad de Buenos Aires	8	0,22	3	0,08	0		0		46	1,08	100	2,27	72	1,61	74	1,66
Buenos Aires	0		0		0		0		37	0,16	69	0,30	172	0,73	110	0,47
Córdoba	12	0,21	11	0,19	4	0,07	18	0,35	11	0,23	6	0,13	5	0,11	10	0,23
Entre Ríos	2	0,09	6	0,26	2	0,09	8	0,36	5	0,23	9	0,42	11	0,50	2	0,09
Santa Fe	21	0,41	6	0,12	8	0,16	12	0,25	30	0,63	36	0,76	43	0,91	23	0,48
Centro	43	0,10	26	0,06	14	0,03	38	0,09	129	0,33	220	0,56	303	0,77	219	0,55
La Rioja	1	0,15	0		0		4	0,72	7	1,34	3	0,59	2	0,40	1	0,19
Mendoza	4	0,14	8	0,27	4	0,14	0		6	0,21	2	0,07	2	0,07	1	0,03
San Luis	4	0,48	2	0,24	4	0,48	2	0,24	0		0		0		4	0,46
Cuyo	9	0,15	10	0,17	8	0,14	6	0,11	13	0,24	5	0,09	4	0,07	6	0,10
Corrientes	0		0		0		0		0		0		0		1	0,05
Chaco	7	0,29	1	0,04	2	0,09	5	0,25	12	0,64	20	1,12	18	1,01	16	0,88
Formosa	2	0,17	7	0,60	1	0,09	1	0,10	0		3	0,32	1	0,10	0	
Misiones	0		0		0		0		0		3	0,13	0		0	
NEA	9	0,11	8	0,10	3	0,04	6	0,08	12	0,17	26	0,38	19	0,27	17	0,24
Catamarca	0		0		1	0,12	1	0,12	0		6	0,75	0		0	
Jujuy	66	4,50	32	2,18	108	7,69	53	3,93	26	1,98	7	0,54	9	0,68	4	0,34
Salta	32	1,15	41	1,47	23	0,85	15	0,57	24	0,94	13	0,51	34	1,33	23	0,88
Santiago del Estero	0		0		0		0		2	0,14	19	1,47	4	0,34	0	
Tucumán	0		0		0		0		5	0,18	0		1	0,04	5	0,20
NOA	98	0,94	73	0,70	132	1,33	69	0,74	57	0,64	45	0,53	48	0,58	32	0,38
Chubut	0		0		0		0		0		0		0		0	
La Pampa	0		0		0		0		0		0		0		1	0,20
Neuquén	1	0,11	0		0		2	0,23	0		4	0,46	0		2	0,21
Río Negro	0		1	0,10	3	0,30	3	0,31	0		30	3,12	10	1,01	2	0,20
Tierra del Fuego	0		0		0		0		0		1	0,51	1	0,48	2	0,90
Sur	1	0,03	1	0,03	3	0,08	5	0,14	0		35	0,96	11	0,29	7	0,18
Total PAIS ARGENTINA	160	0,23	118	0,17	160	0,23	124	0,19	211	0,33	331	0,52	385	0,60	281	0,43

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2.

Hasta el año 2007 se notificaron casos en todos los años. Sin embargo, no es posible discriminar en los mismos casos sospechosos (hijos de madres positivas) de casos confirmados.

A continuación se muestra la información que sí consigna los casos según su clasificación.

Gráfico 8



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

Las jurisdicciones de residencia en el 73,3% (1396) de los casos corresponden a CABA, Buenos Aires y Santa Fe.

El Instituto Nacional de Chagas Fátala Chabén y el Centro de Especialidades Médicas ambulatorias de Rosario fueron los principales establecimientos que notificaron casos.

Tabla 3: Frecuencias absolutas según clasificación por año y frecuencias relativas del total de casos notificados en el período 2008 a 2011 según provincia de residencia.

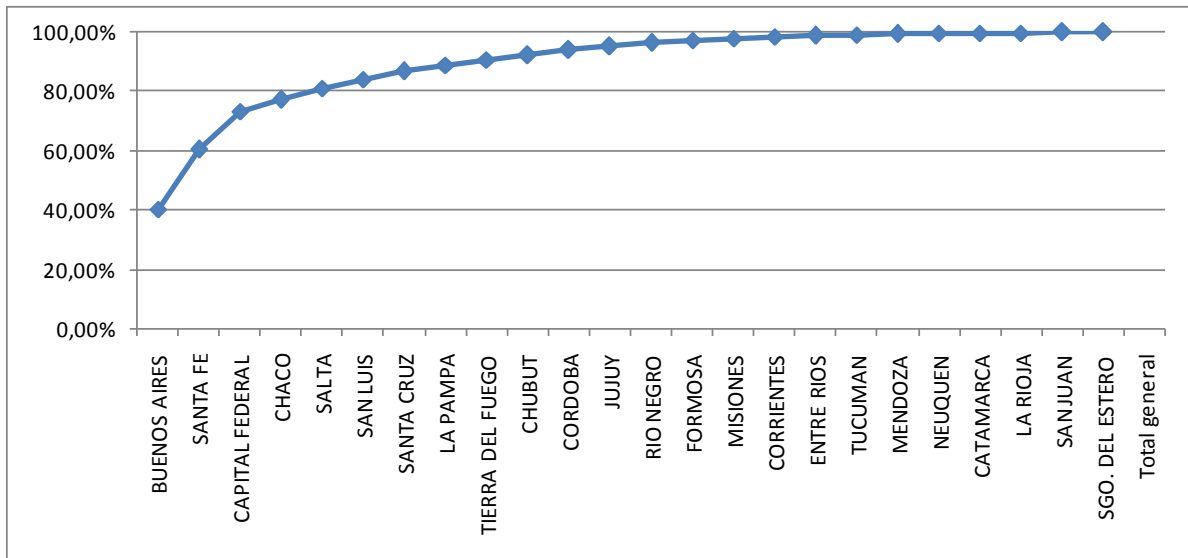
Provincia Residencia	2008			2009			2010			2011			Totales	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
	C	D	E	C	D	E	C	D	E	C	D	E			
BUENOS AIRES			53	15	33	182	29	123	295	15	13	7	765	40,18%	40,18%
SANTA FE			6			88	5	10	265	1	4	6	385	20,22%	60,40%
CAPITAL FEDERAL		1	33	4	17	42	4	33	99	6	6	1	246	12,92%	73,32%
CHACO			1	14		7	24		11	2		14	73	3,83%	77,15%
SALTA			16	1		17	4		29	5			72	3,78%	80,93%
SAN LUIS			7	2	1	8	4		25	3		9	59	3,10%	84,03%
SANTA CRUZ	1		2		4	13	1	1	17	2	5	5	51	2,68%	86,71%
LA PAMPA		1	15	7		6			1	2		6	38	2,00%	88,71%
TIERRA DEL FUEGO			3					2	22		4	5	36	1,89%	90,60%
CHUBUT			1			2			25	1		3	32	1,68%	92,28%
CORDOBA			19		1	2	7		2				31	1,63%	93,91%
JUJUY			12			7	1		3	2			25	1,31%	95,22%
RIO NEGRO			4			2	4		2	11			23	1,21%	96,43%
FORMOSA			4	1			7			4			16	0,84%	97,27%
MISIONES			8			4						1	13	0,68%	97,95%
CORRIENTES			3			1			1	1		2	8	0,42%	98,37%
ENTRE RIOS	1					2			4				7	0,37%	98,74%
TUCUMAN						2				4			6	0,32%	99,05%
MENDOZA	2		1	1					1				5	0,26%	99,32%
NEUQUEN						1			3				4	0,21%	99,53%
CATAMARCA									2			1	3	0,16%	99,68%
LA RIOJA			1							1			2	0,11%	99,79%
SAN JUAN							1		1				2	0,11%	99,89%
SGO. DEL ESTERO			2										2	0,11%	100,00%
Total general	4	2	191	45	56	386	91	169	808	60	32	60	1904		

C= Confirmando; D= Descartado; E= En estudio.

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

En 5 provincias se concentra más del 80% de los casos notificados: Buenos Aires, Santa Fe, Capital Federal, Chaco y Salta.

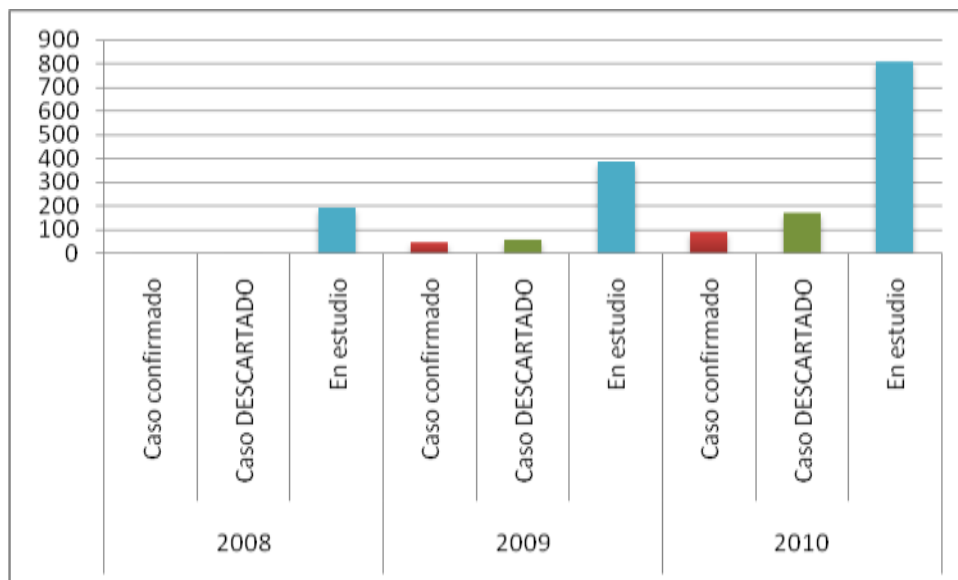
Gráfico 9: Chagas agudo congénito: Frecuencias relativas acumuladas de notificaciones según provincia. Todas las clasificaciones. 2008 a 2011.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

Los casos "en estudio" corresponden a casos que no han completado el diagnóstico y brindan información acerca del riesgo de que el caso pierda contacto con el servicio de salud y permite iniciar las acciones para su búsqueda activa.

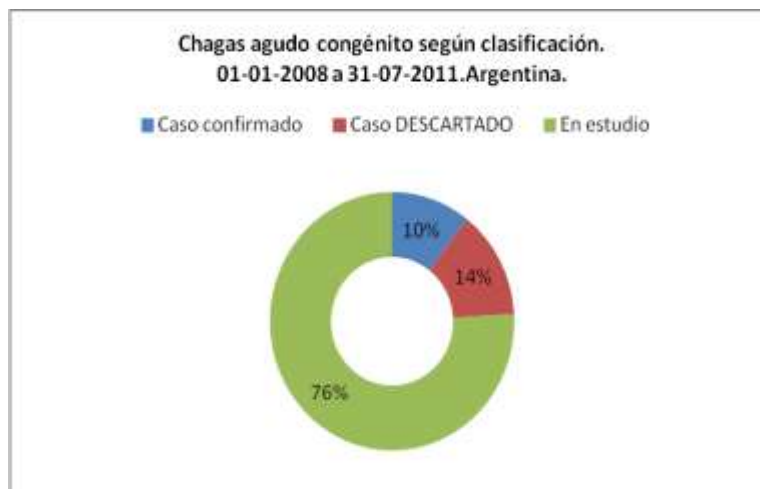
Gráfico 10: Casos notificados según clasificación por año. Argentina. 2008 a 2010.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

Hasta el año 2010 creció la notificación en todas las categorías de clasificación de casos (En estudio, descartados y confirmados) lo que muestra una tendencia a la mejora en la captación y seguimiento de los casos en el sistema.

Gráfico 11: Chagas agudo congénito: Distribución de los casos según clasificación hasta la SE 37 de 2011. Argentina. 2008 a 2011.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

El 10% de los casos han sido confirmados, lo que indica una mayor sensibilidad del sistema para captar los casos desde la sospecha, aunque aparentemente continúa una proporción de casos que están siendo notificados exclusivamente ante la confirmación del diagnóstico (esta es una posible explicación a la diferencia entre lo que la bibliografía indica como tasa de transmisión y lo actualmente notificado).

Chagas Agudo Congénito. Casos confirmados

En el período 2008-2011, 19 provincias han reportado casos confirmados de Chagas Agudo Congénito.

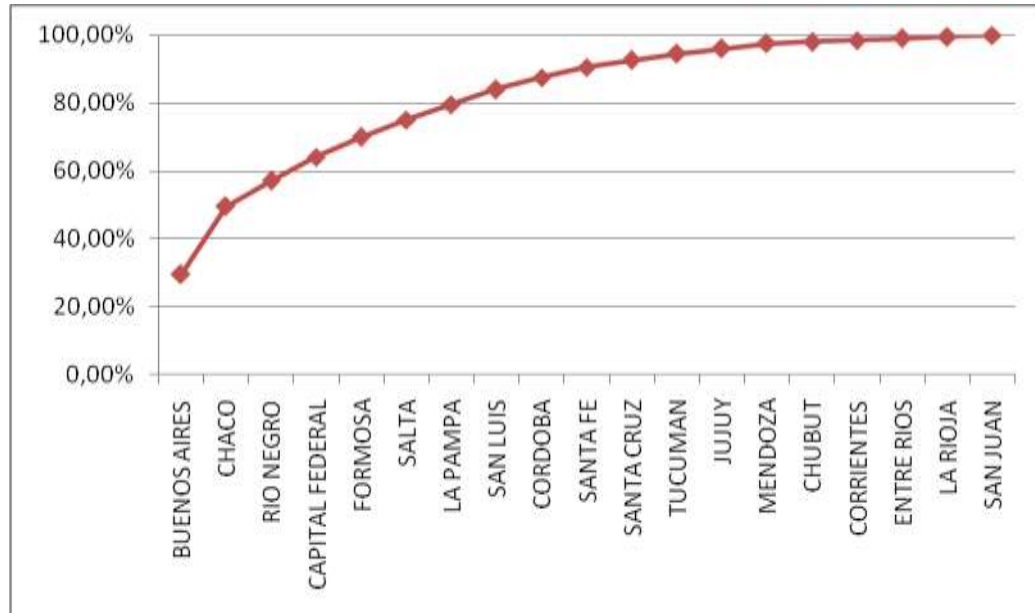
Tabla 4: Chagas agudo congénito: Frecuencia absoluta de casos confirmados según año por provincia. 2008 a 2011.

Provincia Residencia	2008	2009	2010	2011	Totales	Frecuencia relativa	Frecuencia relativa acumulada
BUENOS AIRES		15	29	15	59	29,5%	29,5%
CHACO		14	24	2	40	20,0%	49,5%
RIO NEGRO			4	11	15	7,5%	57,0%
CAPITAL FEDERAL		4	4	6	14	7,0%	64,0%
FORMOSA		1	7	4	12	6,0%	70,0%
SALTA		1	4	5	10	5,0%	75,0%
LA PAMPA		7		2	9	4,5%	79,5%
SAN LUIS		2	4	3	9	4,5%	84,0%
CORDOBA			7		7	3,5%	87,5%
SANTA FE			5	1	6	3,0%	90,5%
SANTA CRUZ	1		1	2	4	2,0%	92,5%
TUCUMAN				4	4	2,0%	94,5%
JUJUY			1	2	3	1,5%	96,0%
MENDOZA	2	1			3	1,5%	97,5%
CHUBUT				1	1	0,5%	98,0%
CORRIENTES				1	1	0,5%	98,5%
ENTRE RIOS	1				1	0,5%	99,0%
LA RIOJA				1	1	0,5%	99,5%
SAN JUAN			1		1	0,5%	100,0%
Total general	4	45	91	60	200	100,0%	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

Noventa y nueve de los 200 (49,5% de los casos) fueron notificados por Buenos Aires y Chaco, seguidos por Río Negro y CABA.

Gráfico 12: Chagas agudo congénito confirmados: Frecuencias relativas acumuladas de notificaciones según provincia. Todas las clasificaciones. 2008 a 2011.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, Módulo C2 y SIVILA

Es de destacar que la transmisión congénita en base a los datos disponibles en el sistema, no sigue el patrón de riesgo de transmisión vectorial en tanto de las primeras 6 provincias en orden de frecuencia de casos confirmados de Chagas Agudo Congénito sólo dos son de alto riesgo de transmisión vectorial. Sumado a esto, como podemos ver y a pesar del subregistro evidente que aún persiste, en los últimos 3 años se confirmaron 200 casos de transmisión congénita desde el año 2008 hasta la fecha, mientras que sólo fueron registrado 170 casos de transmisión vectorial en casi 10 años, lo que acentúa la importancia de intensificar la vigilancia y control de la transmisión de la madre al niño como la principal vía de transmisión en Argentina en el momento actual. Esta vía, a diferencia de la vectorial, extiende el riesgo de transmisión a toda la Argentina y requiere redoblar los esfuerzos para garantizar el seguimiento, diagnóstico y eventual tratamiento de los niños infectados.

II.2.f. Medidas de prevención y control⁵

I. Prevención y control de la transmisión vectorial

Se incluyen en esta línea estratégica las acciones de vigilancia entomológica con acciones directas para eliminación del vector, así como actividades tendientes al mejoramiento de viviendas y ambiente. La vigilancia entomológica, tiene como objetivo la detección temprana de infestación de viviendas con triatominos y su posterior rociado químico de manera oportuna según normas técnicas. El rociado químico debe seguir criterios de continuidad, contigüidad y cobertura.

Además de las actividades mencionadas, las actividades de control y prevención de la transmisión vectorial incluyen el monitoreo de resistencia a insecticidas, siguiendo protocolos internacionales, así como la mejora de viviendas, estructuras peridomiciliarias y del ambiente

Prevención y control de la transmisión no vectorial.

Evaluación de donantes de sangre, de donantes y receptores de trasplantes de órganos, así como la atención médica de personas afectadas con formas agudas y crónicas de la enfermedad.

En relación a la evaluación de donantes de sangre, el objetivo es prevenir la transfusión de sangre de individuos potencialmente infectados por *T. cruzi*, garantizando la calidad de los componentes de la sangre que se transfunden en centros asistenciales públicos o privados. Las actividades que se desarrollan en los bancos de sangre y/o en los laboratorios incluyen el tamizaje serológico, implementación de cuestionarios autoadministrados y donación voluntaria y repetida de sangre.

En cuanto a la evaluación de donantes y receptores de órganos, el mismo permite prevenir su transmisión al receptor (mediante la detección de donantes infectados), así como el diagnóstico precoz de casos de reactivación por inmunosupresión mediante el monitoreo de receptores con infección crónica.

- *Estrategias para el control de la infección congénita* El objetivo es lograr el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y notificación de los casos de infección congénita por *T. cruzi* en el recién nacido y el niño hasta el año de edad, para lo cual se requiere:

⁵ El Programa Nacional de Chagas (PNCh), integrado por 23 estados provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en un área endémica de 516.379 viviendas, mayoritariamente rurales y periurbanas, realiza las acciones de control del vector (*T. infestans*) transmisor de la Enfermedad de Chagas, utilizando una estrategia integral, propiciando la participación de distintos sectores de la Salud (Maternidad e Infancia, Atención Primaria de la Salud, Médicos Comunitarios, Plan Nacer, Redes de Laboratorio – SIVILA – SNVS, Atención Médica, PROSANE, otros), de gobierno (Municipios), de educación, infraestructura y desarrollo social, de asociaciones profesionales, de la secretaría de Ciencia y Técnica – CONICET y de la propia comunidad. Las actividades que se realizan en el Programa comprenden los tres niveles de prevención: Promoción de la salud, Prevención de la enfermedad, (Prevención primaria), Diagnóstico y tratamiento específico de la enfermedad (Prevención secundaria) y Rehabilitación (Prevención terciaria). Estas actividades son planificadas y ejecutadas por diferentes efectores: agentes de las jurisdicciones nacionales y provinciales, agentes sanitarios o promotores de salud, agentes municipales y líderes comunitarios con el apoyo y supervisión del PNCh. El área históricamente de mayor endemidad está representada en el Noroeste y Centro de nuestro país con una superficie de 1.045.087 Km² y comprendiendo a 13 estados provinciales de los 19 endémicos. Las acciones de control no vectorial se extienden a todo el territorio del país, ya que por los movimientos migratorios de las personas, en las provincias donde históricamente no se ha detectado la presencia del vector, existe el riesgo de transmisión vertical (congénita) y también se debe controlar la Sangre a transfundir.

Las acciones que se realizan en el marco del Programa son: Tratamiento químico, vigilancia del vector, control de embarazadas, detección de recién nacidos, hijos de madres infectadas por *T. cruzi*, control de la sangre a transfundir, estudios poblacionales en niños menores de 15 años, tratamiento médico específico a los infectados en fase aguda y en niños menores de 15 años, desarrollo y colaboración en trabajos de investigación operativa y capacitación a equipos de salud nacionales y provinciales, efectores municipales, a docentes y a la comunidad.

- a) de elaboración de estrategias articuladas con otros programas (Dirección de Maternidad e Infancia, Atención Primaria de la Salud, Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil, Plan Nacer, Libreta Sanitaria y Seguro Universal por Hijo) para la optimización del diagnóstico en la madre y su hijo y realizar el tratamiento de los niños infectados.
- b) incorporación de procedimientos de control en las guías de atención perinatal.
- c) articulación entre los diferentes niveles de atención;
- d) capacitación del personal de salud en el diagnóstico y tratamiento de la infección congénita;
- e) Provisión sostenida y oportuna de insumos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la infección por *T. cruzi*.

- *Estrategias para el control de la infección aguda y crónica.* Deben basarse en la atención en el Primer Nivel de Atención, con sistema de referencia y contrarreferencia y en coordinación con otros sistemas existentes que faciliten la instalación de la atención de rutina a personas infectadas ya sea en fase aguda o crónica. Para lo cual se requiere de:

- (a) Capacitación del personal de salud en diagnóstico y tratamiento de la infección aguda y crónica,
- (b) confirmación del diagnóstico y tratamiento a través de efectores naturales.

Comunicación social y participación comunitaria.

El objetivo es lograr la movilización social y participación comunitaria para potenciar y lograr la sustentabilidad de todas las acciones del Programa. Para ello es necesario:

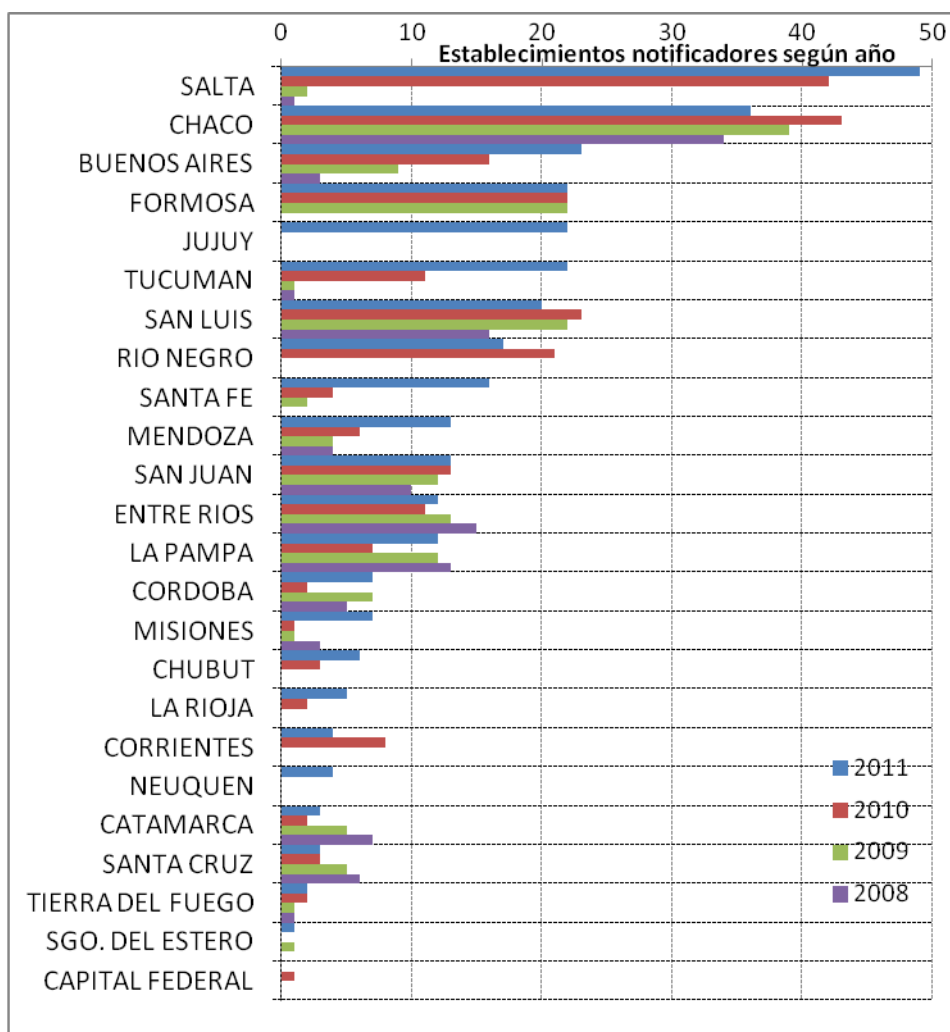
- (a) elaborar un plan de comunicación social y participación comunitaria a fin de socializar los conocimientos, fomentar la vigilancia comunitaria-participativa, promover la práctica de hábitos saludables en la población y facilitar el diagnóstico y tratamiento de la infección;
- (b) incorporar la temática de las enfermedades transmisibles por vectores en la currícula de los niveles primario, secundario, universitario y carreras de formación docente;
- (c) Implementar el Día Nacional por una Argentina sin Chagas, con participación de los Ministerios de Salud nacional y provinciales, Educación, Desarrollo Social y de ONGs.

II.2.g. Anexo

Se presentan diferentes indicadores de la vigilancia por laboratorio del Chagas crónico en embarazadas a través del Módulo SIVILA del SNVS.

A continuación se muestra la cobertura de la información analizada en el cuerpo del informe a través de la cantidad de establecimientos notificadores por provincia según año.

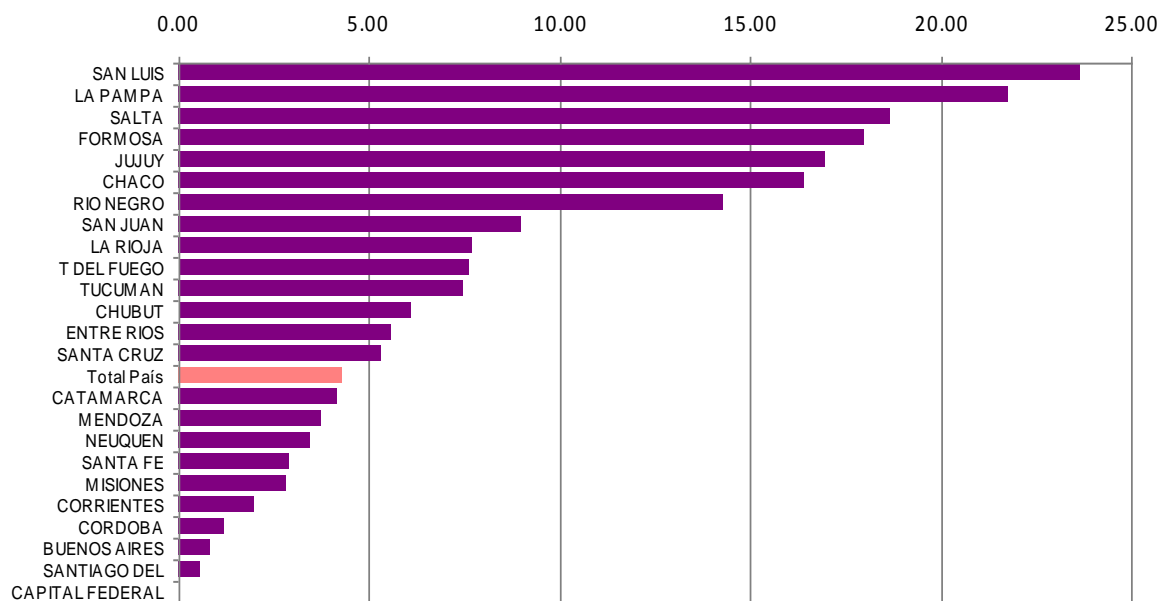
Gráfico 1: Establecimientos notificadores por año según provincia (Año completo 2008 a 2010 y SE 1 a 37 de 2011)



Fuente: SNVS-SIVILA

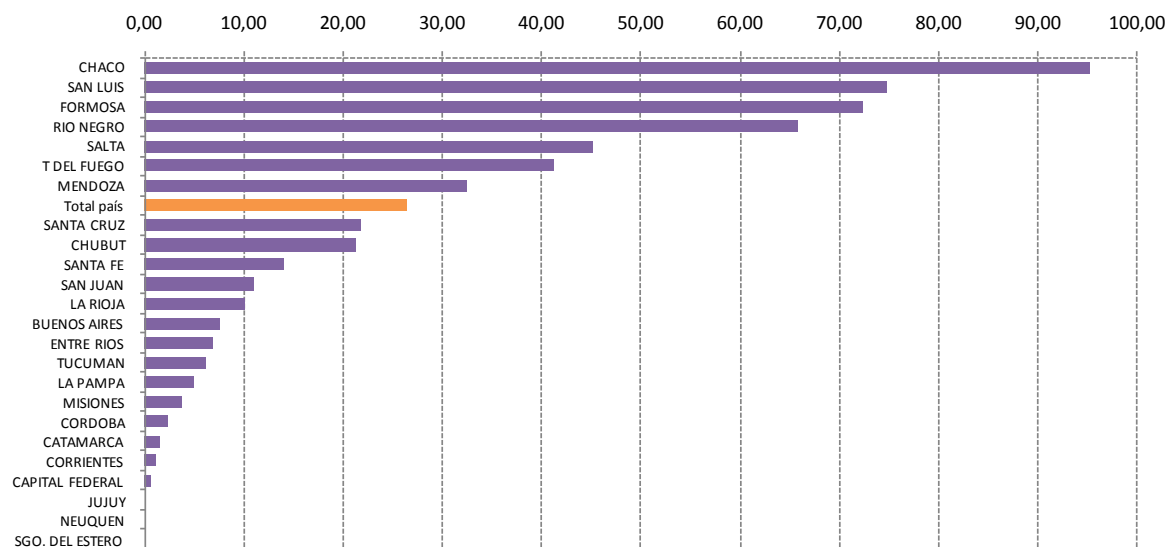
Uno de los indicadores de acceso y cobertura es el número de establecimientos notificadores por cada 10000 nacidos vivos. En la actualidad se observa que el valor de este indicador a nivel país es de 4 establecimientos notificadores cada 10000 nacidos vivos. Este valor encierra diferencias muy importantes entre cada una de las provincias, relacionado con el grado de implementación del sistema de cada una de ellas. En el gráfico 2 se muestra el valor de esta razón de cobertura para cada provincia.

Gráfico 2: Razón de cobertura de establecimientos notificadores por cada 10.000 NV según provincia. Se 1 a 37 de 2011



Fuente: SNVS-SIVILA

Gráfico 3: Razón de embarazadas estudiadas por cada 100 N.V. SE 1 a 37 de 2011



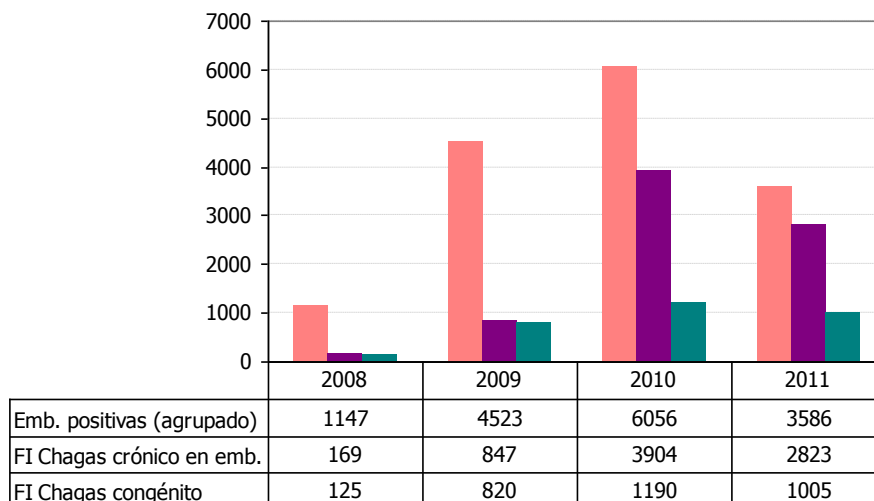
Fuente: SNVS-SIVILA

Es de destacar que las provincias de Jujuy, Neuquén y Santiago del Estero que no habían notificado al SIVILA en el año 2010 embarazadas estudiadas para Chagas tienen en 2011 laboratorios notificando a este grupo, contribuyendo a achicar las brechas de cobertura.

La modalidad de vigilancia del riesgo de transmisión congénita involucra la notificación semanal de embarazadas estudiadas y número de casos positivos por dos técnicas serológicas; la notificación nominal de los casos positivos para su seguimiento y la correlativa ficha nominal del niño en riesgo (hijo de madre positiva). Esta correlación permite tener indicadores para medir la calidad de la información para hacer posible el seguimiento, diagnóstico y control. A continuación se muestra la correlación de los

diferentes eventos notificados vinculados a la transmisión vertical de Chagas según año de notificación.

Gráfico 4: Correlación de las notificaciones de Embarazadas positivas en agrupado, fichas individuales de seguimiento y fichas de Chagas agudo congénito según año. Argentina. 2008 a 2011



Fuente: SNVS-SIVILA

La notificación detallada de embarazadas para su seguimiento aumentó del 15 al 78% de las embarazadas positivas reportadas. Por último, la disponibilidad de información detallada sobre los niños en riesgo aumentó del 11 al 28% entre 2008 y 2011. Esta es la condición de posibilidad para que casi 4000 embarazadas estén registradas, a fin de que los servicios e instancias responsables del seguimiento puedan garantizar el acceso al seguimiento, diagnóstico de los niños en riesgo y eventual tratamiento de los niños infectados. En lo que va de 2011 ya son casi 3000 las fichas detalladas de embarazadas con infección por *Trypanosoma cruzi*.

III. SITUACIÓN GENERAL DE EVENTOS SELECCIONADOS

III.1. Vigilancia de las Enfermedades febriles exantemáticas (EFE)

III.1.a. Situación actual de sarampión y rubéola

En 2011, se continúan registrando brotes de sarampión en las regiones de Europa y África, con varios brotes notificados en las Américas importados de esa región.

En la Región de África, durante el período 2009-2010, un total de 28 de los 46 países presentaban brotes de sarampión; mientras que en los años 2008-2009 eran solo 9 los que habían confirmado brotes para este evento.

Durante el 2011, el mayor brote de sarampión se ha producido en la República Democrática del Congo, con un total de 103.000 casos en la primera mitad del año y unas 1.100 muertes asociadas. Otros países afectados en el continente han sido Nigeria (17.428 casos), Zambia (6.295), Etiopía (1.408) y Kenia (1.995).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que hasta el 20 de septiembre de 2011, 40 de los 53 Estados Miembros de la Región Europea han reportado 26.025 casos confirmados de sarampión para el período enero-julio de 2011.

Figura 1: Distribución de casos de sarampión en países de la UE y del EEE (enero – agosto 2011) y dos dosis de la cobertura de vacuna contra el sarampión (2009 * CISID)



Las cifras de cobertura (%) son las cifras oficiales nacionales informaron a través de la anual de la OMS / UNICEF formulario conjunto y la OMS Informes de las Oficinas Regionales

Figura 2: Distribución de la tasa de notificación (casos por 100.000 habitantes) según el país.



Francia ha reportado el mayor número de casos con 14.025. El 64% de los confirmados en Europa corresponden a menores de 20 años y el 42,9% no habían recibido la vacuna contra el sarampión. Diez de estos casos fueron fatales, con seis muertes en Francia, una en Alemania, Rumania, Macedonia y en el Reino Unido. La incidencia más elevada se da entre lactantes (34,5 casos por 100.000 habitantes, seguida por lo menores de 1 y 4 años (19,9 casos por 100.000 habitantes).

El genotipo predominante que circula actualmente en la región europea es D4, el mismo genotipo endémico del Reino Unido en 2008.

Tabla 1: N° de casos de sarampión mortal y complicaciones por status de vacunación. UE y los países EEE. Enero- Agosto de 2011

	Vaccinated	Not vaccinated	Unknown vaccination status	Total	%
Deaths*	1	3	4	8	0.04
Complications**					
Encephalitis	3	19	2	24	0.4
Pneumonia	134	580	258	972	17.5
Other complications	336	1 460	328	2 124	38.3
No complications	255	1 694	478	2 427	43.8

Fuente: El sistema europeo de vigilancia (TESSy)

* Información sobre el estado de resultado estaba disponible para 19.710 casos

** La información sobre las complicaciones se disponía de 5.547 casos

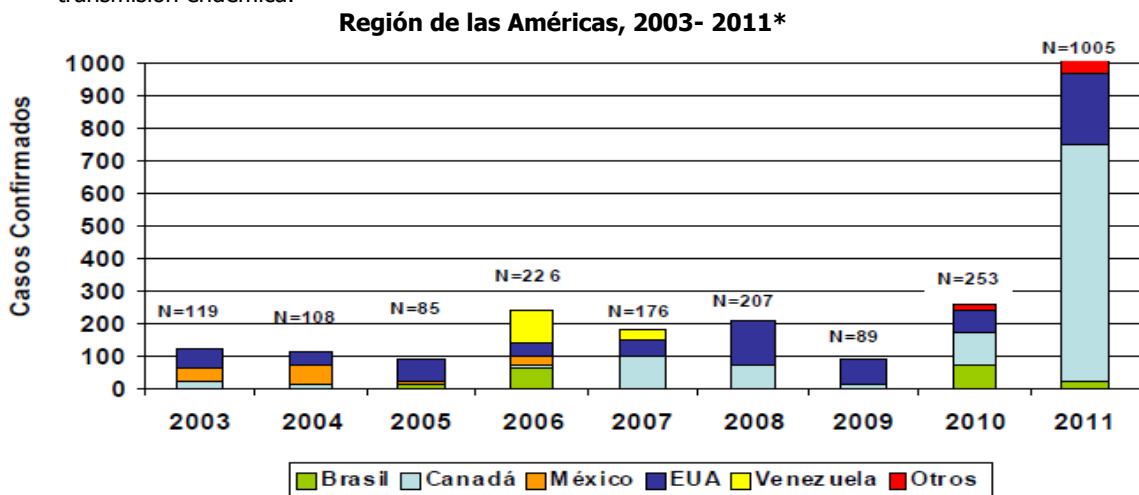
Fuente: European Centre For Disease Prevention and Control. Surveillance Report. Volume 4. European monthly measles monitoring. September 2011.

http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=761

http://www.who.int/csr/don/2011_10_07/en/index.html

En la Región de las Américas el último caso de sarampión endémico se registró en el año 2002. En 2011 la Región ha presentado brotes relacionados con la importación del virus del sarampión de otras regiones. El más grande, en Quebec, Canadá, con 742 casos, 89 de ellos requirieron hospitalización. Otros brotes se han registrado en los Estados Unidos (213), Brasil (18), Colombia (7), México (3), Chile (6), Argentina (3) y Ecuador (102).

Grafico 1: Distribución de casos confirmados de sarampión, luego de la interrupción de la transmisión endémica.



*Datos hasta la SE 37/2011

Fuente: Informes de países a OPS/OMS.

Ecuador presenta un brote epidémico de sarampión que fue detectado en julio del 2011 por el sistema de vigilancia de enfermedades febriles eruptivas no vesiculares, en el cantón de Ambato (Provincia de Tungurahua), ubicado a más de 100 Kms.de Quito. Se aisló el genotipo B3 de dos de los casos iniciales.

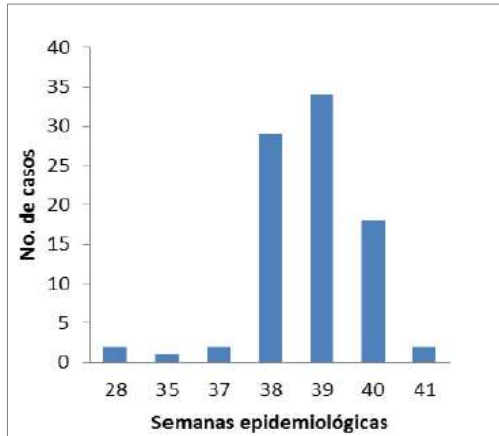
Al 20 de octubre se confirmaron 102 casos de sarampión: 63 confirmados por nexo epidemiológico y 39 por laboratorio. La provincia de Tungurahua, acumula 95 casos. El resto de casos se distribuyen en la provincia de Pichincha, en Guayas y en Cotopaxi.

La mayor incidencia sigue presentándose en Tungurahua, y se concentra en el cantón de Ambato, con una tasa de ataque de 4,73 x 10.000 habitantes.

El grupo de edad más afectado corresponde a los menores de 5 años.

Desde el inicio del brote se ha hospitalizado a 85 pacientes. A la fecha no se notifican defunciones.

Figura 3: No. de casos confirmados de sarampión por SE hasta el 13 de octubre, 2011. Tungurahua - Ecuador



Fuente: <http://www.msp.gob.ec/index.php/Table/Boletine>
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_c

Figura 4: Localización geográfica de casos confirmados de sarampión. 17 de octubre, 2011 - Ecuador



III.1.b. Casos notificados

En las tablas 2 y 3 se observa el estado de los casos notificados de EFE hasta la SE 42.

En primer término se presentan los casos confirmados de sarampión y rubéola, clasificación según la fuente de infección en importados (I), relacionados con importación (RI), caso adquirido en el país (CAD) y desconocido (D).

En la tabla 5 se presentan los casos notificados en 2010 y 2011 para la misma SE, según jurisdicción. Para los casos notificados durante el corriente año se agrega el estado de clasificación de los mismos.

Tabla 2: Casos confirmados de sarampión-rubéola. SE 1 – 42. Total país. 2011

VIGILANCIA SARAMPIÓN / RUBÉOLA								
SE 1 - 42 - AÑO 2011								
Argentina	SARAMPIÓN				RUBÉOLA			
	I	RI	CAP	D	I	RI	CAP	D
	1	2			1			

Fuente: SNVS-C2-SIVILA. ProNaCEI. Datos preliminares.

Tabla 3. Casos notificados de EFE según provincia. SE 1 a 42. Años 2010-2011. Total país.

Provincia	Casos	Tasas	Casos en estudio	Casos Descartados	Confirmado Sarampión	Confirmado Rubéola	Casos Totales	Tasas
	2010 hasta SE 42							
Buenos Aires	568	3,64	35	42	0	0	77	0,49
Ciudad de Buenos Aires	222	7,68	12	17	0	1	30	1,04
Catamarca	6	1,63	0	3	0	0	3	0,82
Chaco	20	1,90	16	43	0	0	59	5,60
Chubut	10	1,97	9	7	0	0	16	3,16
Córdoba	94	2,84	18	21	0	0	39	1,18
Corrientes	23	2,32	2	1	0	0	3	0,30
Entre Ríos	15	1,21	1	18	0	0	19	1,54
Jujuy	1	0,15	2	6	0	0	8	1,19
Formosa	6	1,14	1	14	0	0	15	2,84
La Pampa	7	2,21	0	7	0	0	7	2,21
La Rioja	2	0,60	0	0	0	0	0	0,00
Mendoza	17	0,98	1	6	0	0	7	0,40
Misiones	14	1,28	3	16	0	0	19	1,73
Neuquén	30	5,45	6	6	0	0	12	2,18
Río Negro	9	1,42	3	11	2	0	16	2,53
Salta	10	0,82	2	10	0	0	12	0,99
San Juan	11	1,62	3	1	0	0	4	0,59
San Luis	17	3,94	3	7	0	0	10	2,32
Santa Cruz	15	5,50	3	7	0	0	10	3,67
Santa Fe	101	3,16	18	53	1	0	72	2,25
Santiago del Estero	10	1,12	0	5	0	0	5	0,56
Tierra del Fuego	1	0,79	0	0	0	0	0	0,00
Tucumán	28	1,93	1	9	0	0	10	0,69
Total	1237	3,09	139	310	3	1	453	1,13

Fuente: SNVS-C2-SIVILA. ProNaCEI. Datos preliminares

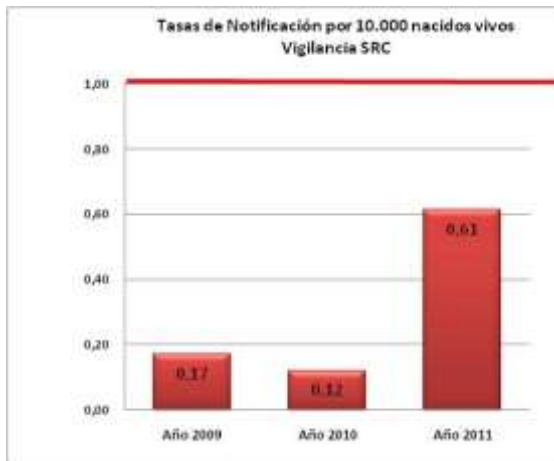
Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones:

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/inmunizaciones.asp>.

III.2. Síndrome de rubéola congénita

III.2.a. Situación actual

Dado que en nuestro país no existe un registro oficial de casos de SRC, con la implementación de la vigilancia integrada sarampión/rubéola en 2003, se inicia la de detección de casos por ficha específica.

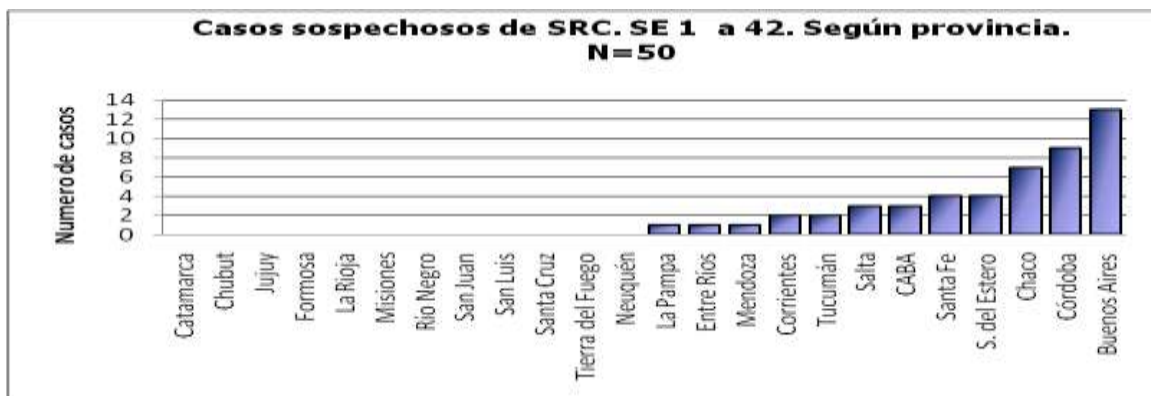


En el gráfico se puede apreciar la evolución de la tasa de notificación en los últimos años, sin alcanzar el estándar.

La tasa de notificación esperada en un sistema de vigilancia de calidad es de un (1) caso sospechoso de SRC por cada 10.000 nacidos vivos.

Hasta la SE 42 de 2011 se ha alcanzado una tasa de notificación mayor a la lograda los años previos, pero aún lejos de alcanzar el estándar de calidad, nos habla de una adecuada vigilancia de SRC.

III.2.b. Distribución de los casos sospechosos de SRC notificados



Fuente: SNVS-C2-SIVILA. ProNaCEI. Datos preliminares

Hasta la SE 42 se han notificado un total de 46 casos sospechosos de SRC. No se han confirmado casos de SRC desde el año 2009 en el país.

Es importante sospechar y diagnosticar el SRC en forma temprana, pues la corrección oportuna de problemas como cataratas, evitará secuelas mayores, debido a que la falta de estímulo óptico antes de los tres meses puede ocasionar ceguera definitiva. Asimismo un tratamiento oportuno de la sordera disminuye las repercusiones en el habla y el desarrollo socio-afectivo del paciente, condiciones fundamentales para promover el desarrollo psicomotor.

Por otro lado, considerando que estos niños **excretan el virus de la rubéola hasta por un año**, se debe educar a la familia sobre la protección de las personas expuestas al virus excretado por el paciente, vacunación de susceptibles y seguimiento de embarazadas.

Argentina está trabajando para aumentar la notificación de este síndrome, a través de la capacitación y la interacción con especialistas para la detección temprana, con discusión de los casos en la Comisión de Eliminación del SRC en el Ministerio de Salud de la Nación.

Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones: <http://www.msal.gov.ar/hm/site/inmunizaciones.asp>.

III.3. Poliomieltis: Vigilancia de las Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 años

III.3.a. Poliomieltis en el mundo

Australia celebra el Mes de la Conciencia sobre la Poliomieltis. Octubre 2011 - Mes de Concientización Polio-

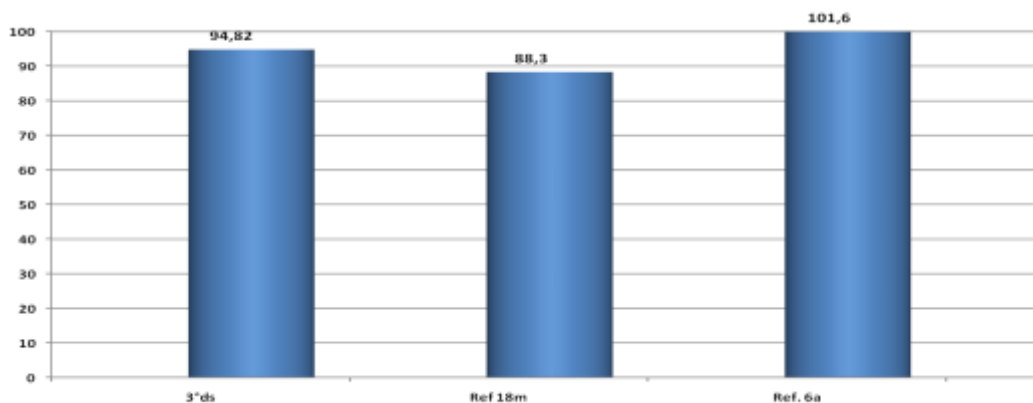
Polio Australia promocionará tomar conciencia acerca de la existencia de poliomieltis durante todo el mes de octubre de 2011, con un esfuerzo realizado durante el Congreso de post-polio organizado por Salud Internacional (PHI). Este año, solicitará a los sobrevivientes de polio y a sus colaboradores con la consigna "**iVístete de naranja para el Día de la Poliomieltis**"

III.3.b. Situación de indicadores

Las estrategias más importantes para sostener la eliminación de la poliomieltis consisten en: a) vacunar en forma oportuna a todos los niños menores de 5 años y b) contar con un sistema de vigilancia epidemiológica que detecte rápidamente los casos de poliomieltis cuando aparecen. El laboratorio es un componente crítico para el funcionamiento de esta vigilancia permitiendo realizar la clasificación final de los casos.

El Servicio de Neurovirosis del Instituto ANLIS/Malbrán es el Laboratorio de Referencia acreditado por la OMS/OPS para los siguientes países: Argentina, Paraguay, Bolivia y Chile.

Gráfico 1: Coberturas Sabin. Total país – 2010. Argentina



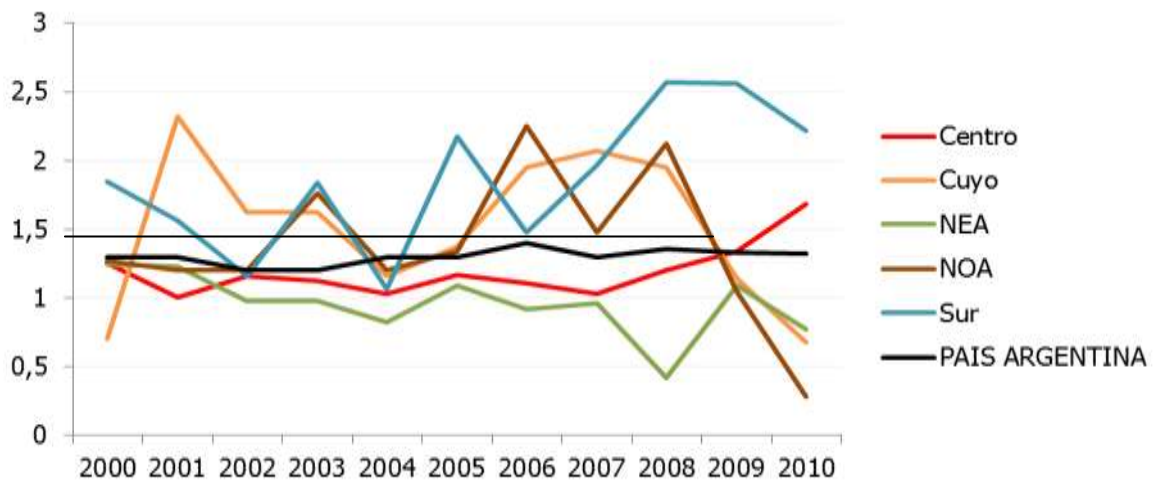
Fuente: Área de Cobertura de vacunación, Programa Nacional de Control de enfermedades Inmunoprevenibles.

Indicadores

- Notificación de todos los casos de PFA en menores de 15 años.
- Porcentaje de investigación dentro de las 48 hs de notificación de todos los casos de PFA.
- Cobertura $\geq 95\%$ con vacuna Sabin. Control de foco: completar esquemas de vacunación.
- Porcentaje de casos con muestra adecuada de materia fecal.
- Porcentaje de aislamiento viral.
- Unidades que notifican semanalmente.

III.3.c. Antecedentes y situación actual:

Gráfico 2: Poliomielitis: Parálisis Fláccida Aguda en Menores de 15 años - Tasas por 100.000 habitantes según región. Años 2000-2010.



En la figura 1 se observa cómo, a excepción del NEA en el año 2008 y el NEA, NOA y CUYO en 2010, todas las regiones presentaron en todo el período analizado, una tasa de notificación que supera el 1/100.000 habitantes.

En los últimos 3 años el Sur es la región que mostró tasas de notificación más elevadas.

La media país para los últimos 11 años siempre se mantuvo entre 1 y 1,5 por 100.000.

Tabla 1: Poliomieltis: Parálisis Agudas Fláccidas. Casos y Tasas por 100.000 habitantes. SE 1 a 41. Año 2011. Argentina.

JURISDICCION	2011		DESCARTADOS	EN ESTUDIO
	Casos	Tasas		
CENTRO	60	0,96	48	12
Pcia Bs As *	41	1,06	33	8
GCBA	6	1,27	4	2
CORDOBA	7	0,87	5	1
ENTRE RIOS	1	0,31	1	0
SANTA FE	6	0,80	5	1
NUEVO CUYO	16	1,87	16	0
LA RIOJA	1	1,07	1	0
MENDOZA	5	1,12	5	0
SAN JUAN	3	1,53	3	0
SAN LUIS	7	5,81	7	0
NEA	13	1,14	11	2
CORRIENTES	5	1,72	4	1
CHACO	4	1,25	4	0
FORMOSA	1	0,60	0	0
MISIONES	4	1,12	3	1
NOA	30	2,20	24	6
CATAMARCA	2	1,86	1	1
JUJUY	7	3,57	7	0
SALTA	15	3,96	11	4
SGO DEL ESTERO	3	1,09	3	0
TUCUMAN	3	0,74	2	1
SUR	17	2,66	15	2
CHUBUT	2	1,48	2	0
LA PAMPA	5	6,31	4	1
NEUQUEN	4	2,73	4	0
RIO NEGRO	4	2,41	3	1
SANTA CRUZ	2	2,60	2	0
T.DEL FUEGO	0	0,00	0	0
TOTAL PAIS	136	1,33	114	22

Fuente: ProNaCEI

En la tabla 1 se observa la situación actual de la notificación, así como los casos que se encuentran en investigación.

Se detallan las provincias cuyas tasas no alcanzan el indicador deseado en cuanto a la tasa de notificación.

Jurisdicciones con tasa de notificación = <1/100.000:

Entre Ríos, Tucumán; Formosa, Santa Fe y Córdoba.

Jurisdicciones sin notificación: Tierra del Fuego*

La provincia de Tierra del Fuego tiene una población de niños menores de 15 años cercana a 35.000 habitantes, es por ello que se espera la notificación de un caso cada 2-3 años.

Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/inmunizaciones.asp>

III.4. Coqueluche

Se presenta un análisis breve y actualizado sobre coqueluche en Argentina.

Al comparar las notificaciones en el Sistema de Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) del corriente año con el año 2010, se ha observado un aumento entre las semanas epidemiológicas 1 y 40 del año en curso.

Hasta la semana epidemiológica 41 se han registrado 3579 casos sospechosos por C2, de los cuales 741 han sido confirmados coqueluche según dicha fuente. SIVILA para el mismo periodo ha registrado 5290 notificaciones, con un total de 859 resultados positivos *B. pertussis*, (799 confirmados (*B. pertussis*) y 60 probables (*B. pertussis*))

Se observó diferencia entre las notificaciones realizadas al Sistema de Vigilancia laboratorial (SIVILA) y la notificación clínica registrada por la C2, contando SIVILA, con un mayor número de notificaciones.

Figura 1: Notificación por C2 SE 1 a 41, años 2010-2011. Argentina.



Fuente: C2-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011.

Figura 2: Notificación por laboratorio SE 1 a 41, años 2010-2011. Argentina.



Fuente: SIVILA-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011

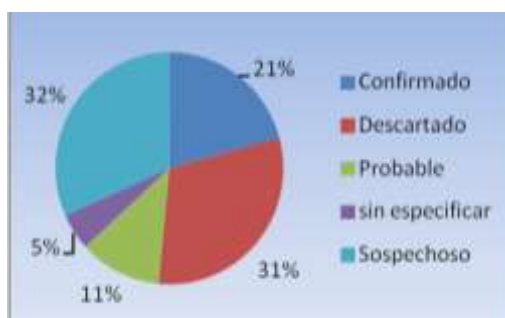
Durante el periodo comprendido, se observó aumento de notificaciones durante las últimas semanas epidemiológicas, sin embargo, se registró una mayor proporción de casos confirmados y resultados positivos *B. pertussis* entre las semanas 2 y 11 (Ver figuras 4 y 5). El nivel de notificaciones de sospechosos se ha mantenido zona de brote (ver figura 6), sugiriendo que se ha producido un aumento de la notificación en relación con años anteriores acorde al ciclo epidémico de la enfermedad y a una mayor sensibilidad del sistema para la detección de casos.

Figura 3: Notificación y casos confirmados por C2 SE 1 a 41, año 2011. Argentina.



Fuente: C2-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011.

Figura 4: Clasificación de casos notificados hasta la SE 41, años 2011. Argentina.



Fuente: C2-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011.

Nota: Los casos consignados como "sin especificar" corresponden todos a la provincia de Mendoza y se debe a la forma diferencial de envío de los datos al SNVS que tiene la provincia.

Proporción de casos notificados con clasificación final: 83,79 %

Sobre SE 1 a 37

Proporción de provincias notificadoras: 87,5 %

Sobre SE 1 a 41

Figura 5: Notificación por laboratorio y resultados positivos B. pertussis, SE 1 a 41, año 2011. Argentina.



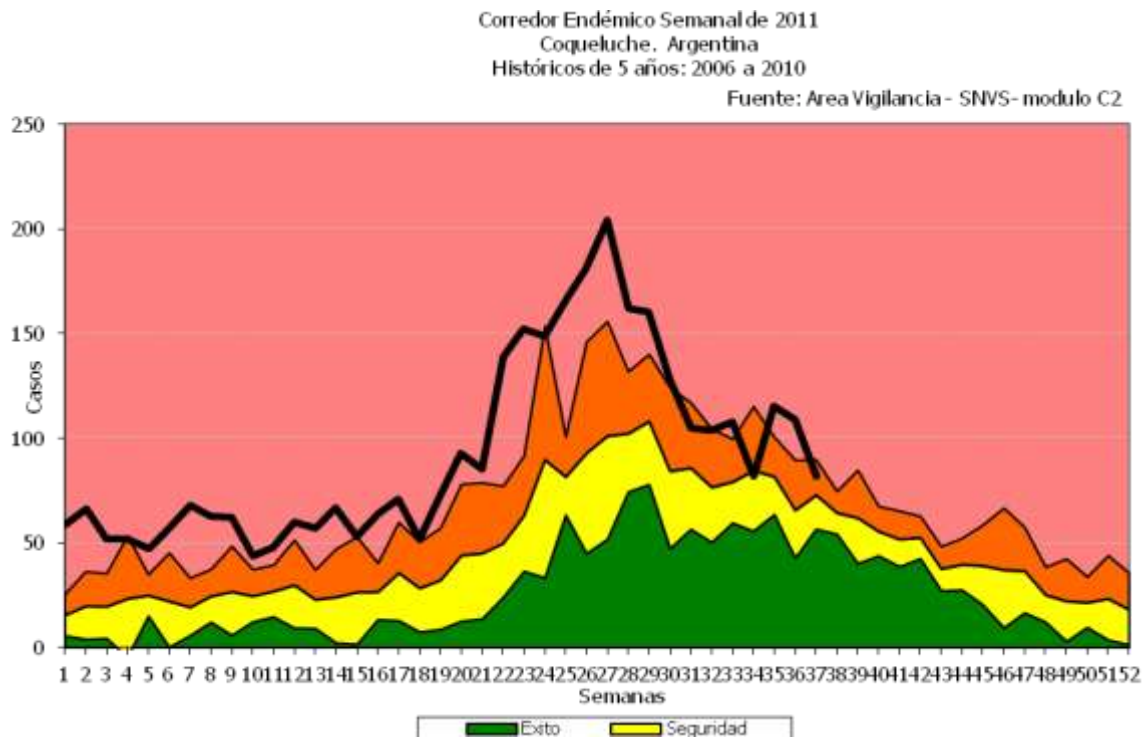
Fuente: SIVILA-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011.

Tabla 1: Proporción de resultados positivos *B. pertussis*, SE 1-41, año 2010 a 2011.

%POSITIVOS	PERIODO	AÑO 2010	AÑO 2011
	SE 1-15	28,17	27,87
	SE1-41	16,30	16,24

Fuente: SIVILA-SNVS, datos parciales, actualización al 19 de octubre año 2011.

Figura 6: Corredor Endémico Semanal, SE 1-37, año 2011. Argentina.



A modo de conclusión y de acuerdo a las notificaciones, se observa una mayor sospecha que en años anteriores concordante con el fortalecimiento de la vigilancia, un aumento de los casos acorde al ciclo epidémico acompañado por brotes de la enfermedad en áreas localizadas como en las provincias de Chaco y Buenos Aires, según informes jurisdiccionales, presentándose la mayor morbilidad en los lactantes menores de 4 meses.

Es recomendable ante tal situación continuar reforzando las medidas de control y prevención frente a los casos sospechosos que se encuentran descriptas en el Alerta Epidemiológico n°12, Situación Actual de coqueluche.

III.5. Vigilancia de Eventos supuestamente atribuibles a la vacunación e inmunización (ESAVIs)

III.5.a. Introducción

La evaluación del riesgo beneficio en la aplicación de las vacunas, nos permite afirmar que las vacunas disponibles son seguras. Esta seguridad de las vacunas y de la vacunación abarca tanto las características de los productos como su forma de aplicación.

El sistema de vigilancia de ESAVI se realiza en forma pasiva, mediante la notificación de todo caso de reacción post vacunal. La reacción de cada individuo puede variar y se ha informado que algunos componentes, entre ellos antibióticos, pueden provocar algunas reacciones que remiten sin consecuencias, o reacciones alérgicas a las proteínas del huevo en las vacunas contra la fiebre amarilla, contra la gripe o vacuna triple viral.

La notificación se realiza por una ficha específica, desde el efector local al provincial, el que, simultáneamente notifica al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI) y a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

Con la pandemia de gripe A H1N1 se sensibilizó el sistema de vigilancia de los ESAVI.

III.5.b. Preguntas frecuentes

¿Qué es un ESAVI?

Un ESAVI es todo aquel cuadro clínico que aparece supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización. Un ESAVI, si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa - efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso. Los casos sospechosos notificados son analizados por la Comisión de Expertos a nivel nacional para su clasificación de acuerdo a los datos de la historia clínica y los estudios complementarios. El ProNaCEI recibe notificaciones de eventos graves y efectúa un análisis de causalidad para arribar a conclusiones sólidas para implementar acciones oportunas y efectivas. La Comisión está conformada por integrantes de ProNaCEI, ANMAT, OPS, sociedades científicas y laboratorios nacionales de referencia.

¿Cómo se clasifica un ESAVI?

La clasificación final de los ESAVI es la utilizada por la OPS/OMS, considerándose:

1. Evento coincidente: definitivamente no relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología)
2. Evento relacionado con la vacuna:
 - a. Evento relacionado con el proceso de manejo del producto (error programático)
 - b. Evento relacionado con los componentes el producto.
3. Evento no concluyente: la evidencia disponible no permite determinar la etiología.

A su vez, pueden ser eventos leves o graves. Un ESAVI grave o severo: todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento, debiendo ser notificados obligatoriamente al sistema de vigilancia.

¿Qué ESAVI se investigan?

- ESAVI graves
 - Requieren hospitalización
 - Ponen en riesgo la vida de una persona
 - Producen desenlaces fatales
- Rumores

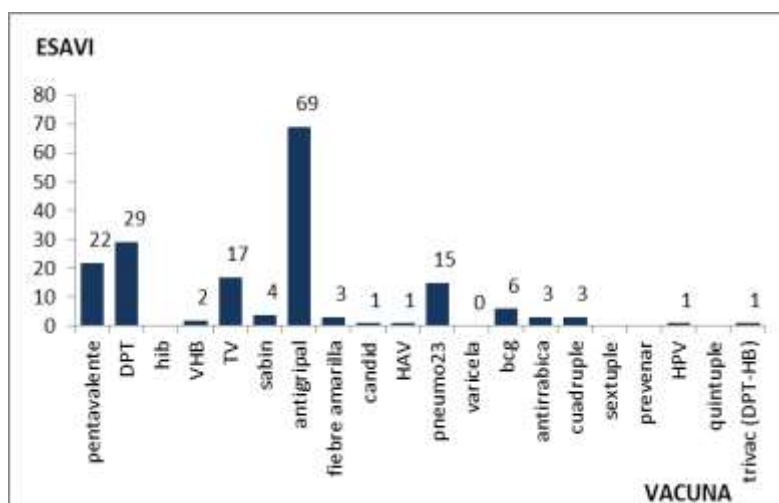
- Eventos que afecten a un grupo de personas (clusters)
- Eventos relacionados con el programa.

Tabla 1: Notificaciones ESAVIs. SE 1 a 38 según provincia. 2011. Argentina.

Localidad	Femenino	masculino	Total
Bs.As.	7	7	14
Caba	41	27	68
Chaco			
Chubut	15	10	5
cordoba	1	2	3
Corrientes			
Entre Ríos		1	1
Formosa			
Jujuy	1		1
La Pampa	1	2	3
La Rioja		1	1
Mendoza	4	3	7
Misiones	1		1
Neuquen		1	1
Rio Negro	1		1
Salta	2		2
San Juan		2	2
San Luis	2	1	3
Santa Cruz	7	1	8
Santa Fe	19	14	33
S del Estero		1	1
TDFuego	1	1	2
Total	103	74	177

Fuente: Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCEI)

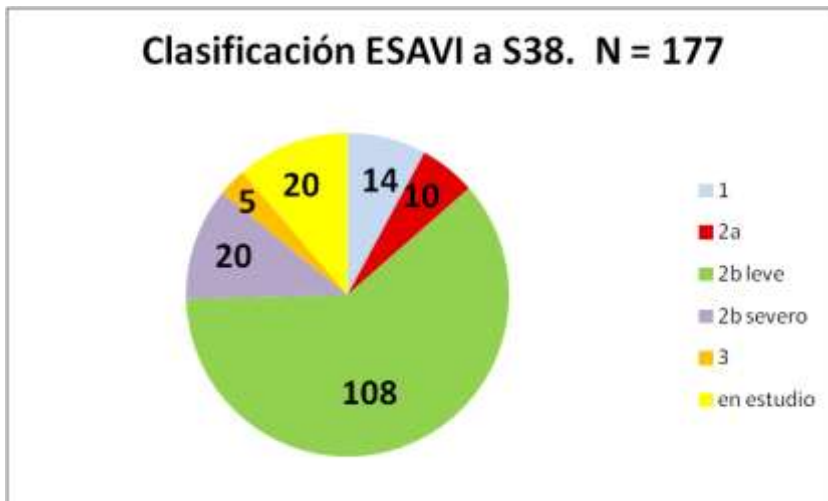
Figura 1: Notificación de ESAVIs por vacuna. SE 1 a 38. 2011. Argentina.



Fuente: ProNaCEI, Ministerio de Salud de Nación

NOTA: las tasas no están estimadas por retraso en las coberturas 2011

Figura 2: Clasificación de ESAVIs. SE 1 a 38. 2011. Argentina.



Fuente: ProNaCEI, Ministerio de Salud de Nación

III.5.c. ESAVI Vacuna Antigripal

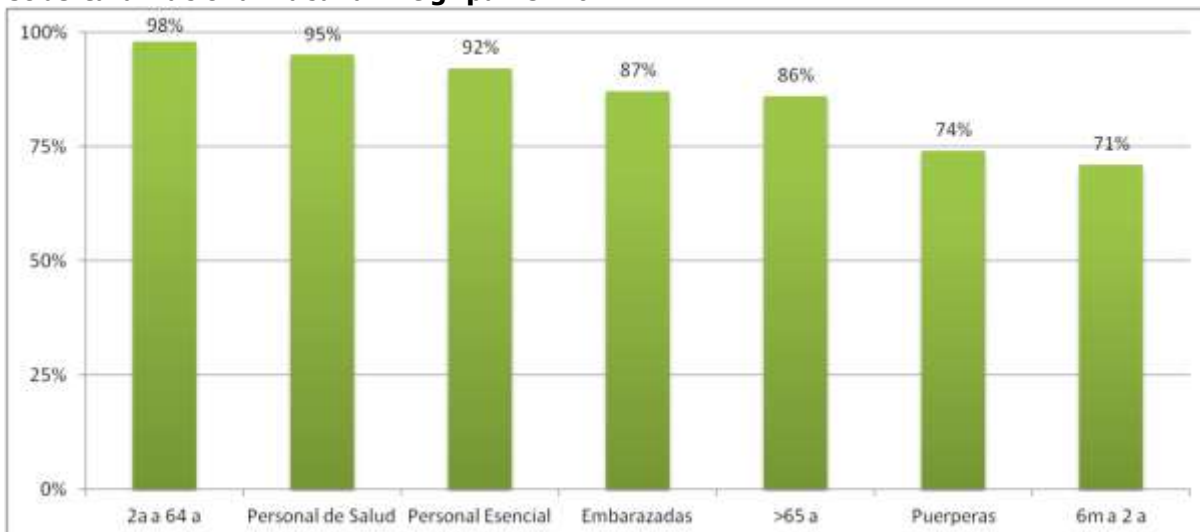
Sobre un total de 4.359,033 dosis aplicadas de vacuna antigripal hasta la semana 39 epidemiológica, sólo se han reportado 69 casos de ESAVI. La tasa de notificación de ESAVI por vacuna antigripal es de 1,59. La tasa de ESAVI asociado a vacuna antigripal es de 1,08 (N = 47), siendo la tasa de casos severos de 0,13 (N=6). No se han confirmado a la fecha casos en embarazadas. Desde la semana epidemiológica 36 no se han reportado casos sospechosos de ESAVI nuevos.

Entre los 6 casos de ESAVI grave notificados con vacuna antigripal, encontramos 3 casos de anafilaxia severa, con requerimiento de corticoides y adrenalina (en uno de los eventos); 1 caso de mielitis transversa y 2 casos de púrpura trombocitopénica. Todos requirieron internación y recuperaron ad integrum.

Entre los casos aún en estudio, hay 1 caso de Síndrome de Guillán Barré, 1 caso de Síndrome de Kawasaki, 1 caso de meningoencefalitis y un síndrome febril.

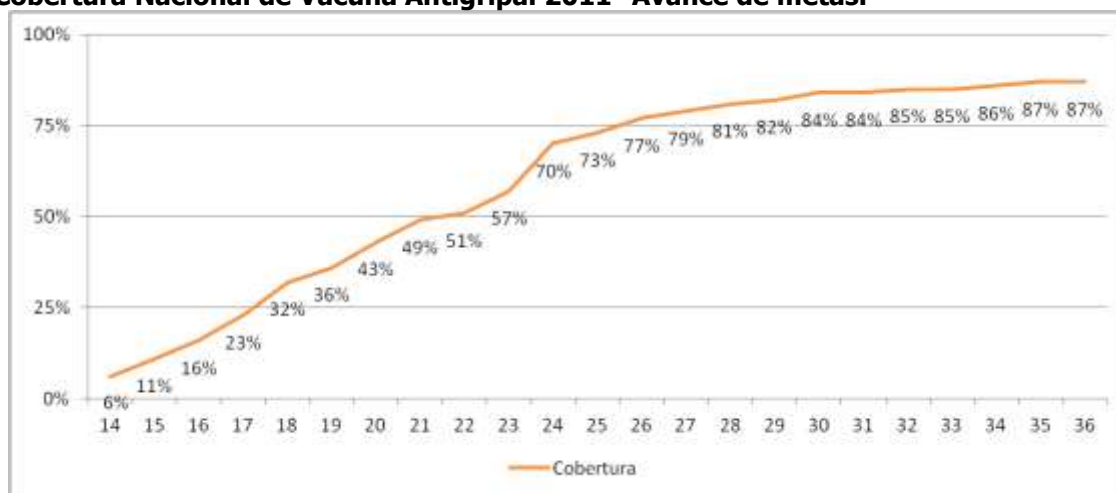


Cobertura Nacional Vacuna Antigripal: 87%.



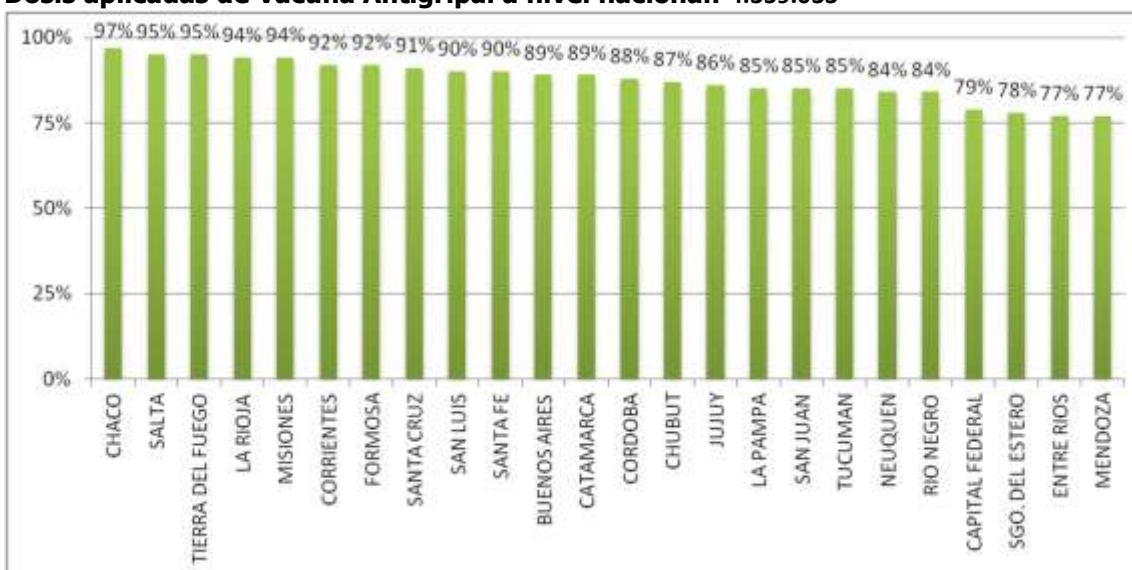
Fuente: PRONACEI. Retraso en el reporte de dosis aplicadas: 2 semanas.

Cobertura Nacional de Vacuna Antigripal 2011- Avance de metas.



Fuente: PRONACEI. Retraso en el reporte de dosis aplicadas: 2 semanas.

Dosis aplicadas de Vacuna Antigripal a nivel nacional: 4.359.033



Fuente: ProNaCEI, Ministerio de Salud de la Nación

III.5.d. ESAVI Vacuna Pentavalente

En mayo del 2009, se realizó la introducción de la vacuna pentavalente al Calendario Nacional de Inmunizaciones, con un esquema a 2-4-6 meses.

A partir de ese momento, se han registrado 36 ESAVI entre el 2009-2010, siendo 31 de los casos relacionados con la vacuna y 1 error programático, que correspondió a la aplicación de la vacuna antes de los dos meses de edad. Hubo un caso perdido en seguimiento.

Los 36 casos tuvieron recuperación ad integrum, no presentando secuelas. No hubo fallecidos. La mediana de demora en la notificación fue de 3 días con un rango de 0 a 61.

En este período solamente 5 provincias notificaron casos: Santa Fe, Buenos Aires, CABA, la Pampa y Mendoza.

La mayoría de los ESAVI notificados fueron leves (N = 16). Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (N= 11) y rash (n= 5).

De los casos relacionados a la vacuna severos (N = 10), 10 eventos requirieron internación.

1 episodio de hipotonía hiporrespuesta

4 casos de convulsiones febriles

1 episodio convulsivo

1 episodio de angioedema en cara y cuello

2 episodios de cianosis y temblor generalizado

1 caso de fiebre y livideces.

Durante el 2011, el Sistema Nacional de Vigilancia de ESAVI del Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, en forma pasiva, ha recibido la notificación hasta la semana 36 epidemiológica de 22 casos de ESAVI.

Clasificación	N ^a casos
1	1
2a	4
2b leve	3
2b severo	13
3	1
En estudio	2

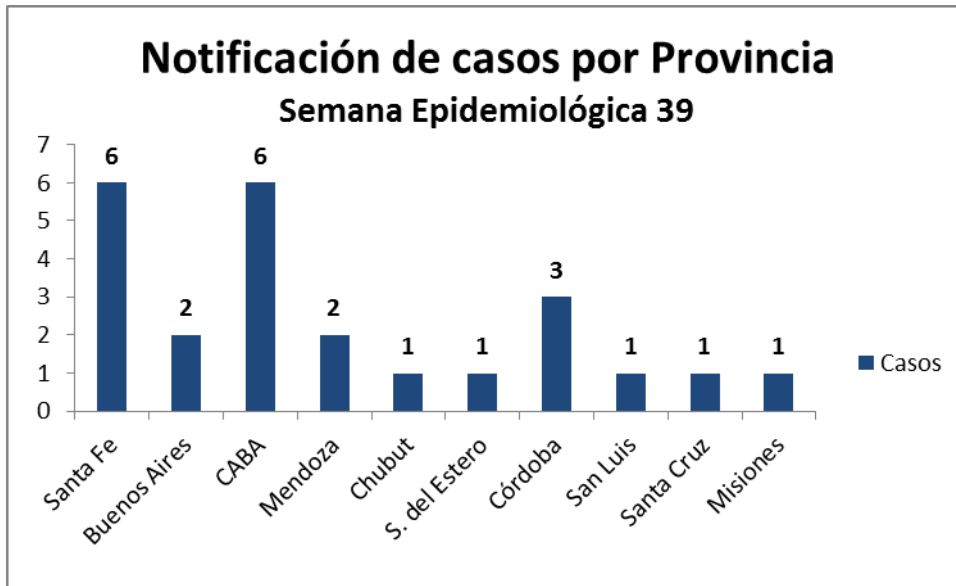
Fuente: ProNaCEI, Ministerio de Salud de nación

La mayoría de los ESAVI se registraron durante la aplicación de la 1^o dosis de vacuna, sin previa exposición a la misma.

N ^o dosis	Frecuencia
1 ^o	14
2 ^o	6
3 ^o	2
sin especificar	2

Fuente: ProNaCEI, Ministerio de Salud de nación

Se han recibido notificaciones de 10 Provincias, siendo Santa Fe y CABA las de más casos notificados.



ESAVIs graves (N = 13)

Dentro de los Eventos relacionados con la vacuna, 13 de los casos notificados requirieron internación. No hubo diferencias según sexo. Todos recuperaron ad integrum dentro de las 48hs.

Descripción de los casos:

- 2 episodios de Paro cardiorrespiratorio
- 1 episodio de shock con requerimiento de UTI
- 4 episodios de hipotonía hiporrespuesta
- 1 episodio de irritabilidad y llanto incoercible asociado a fiebre.
- 1 episodio de cianosis distal, tiraje y taquicardia FC > 200/min
- 3 episodios de cianosis y temblor generalizados
- 1 caso de convulsión febril

Aún hay 3 eventos en estudio, los cuales también requirieron internación.

Durante el primer semestre se han aplicado 678.292 dosis de vacuna pentavalente, siendo datos parciales ya que faltan las dosis aplicadas y coberturas de Pcia de Buenos Aires. Asimismo, la tasa de cobertura en el 1ª semestre según dosis es la siguiente, teniendo en cuenta el mismo faltante:

- 1ª dosis: 180.548 (40,2 %)
- 2ª dosis: 146.295 (32,5%)
- 3ª dosis: 176.601 (39,3%)
- 18 meses: 174.848 (40%)

El cálculo estimativo de tasa de ESAVI, con la proyección de 1.000.000 dosis para el semestre, de acuerdo a los casos ESAVI notificados, es el siguiente:

Tasa de ESAVI vacuna pentavalente:

- Tasa 1ª dosis: 7,7
- Tasa 2ª dosis: 4,1
- Tasa 3ª dosis: 1,14
- Tasa ESAVI SEVERO: 1,91

III.5.a. Conclusiones y Recomendaciones

Es fundamental destacar la importancia del trabajo multidisciplinario para la interpretación adecuada de los datos, así como también la notificación de los casos de ESAVI severos para poder realizar un análisis de causalidad y arribar a conclusiones sólidas, que permitan implementar acciones oportunas y efectivas. Esto nos permitirá poder mantener coberturas adecuadas de vacunación, en forma consistente, sin generar confusión en la población general.

La notificación de ESAVI por pentavalente, como por vacunas en general es muy bajo. Existe una subnotificación, lo cual dificulta la correcta investigación de los casos, y toma de decisiones basadas en los datos locales. Si bien en 2011 aumentaron los casos notificados, se debe en parte a una sensibilización en la notificación de ESAVIS por parte de los efectores.

Los casos notificados por vacuna pentavalente, fueron en su mayoría severos, no registrándose fallecidos, ni secuelas en ninguno de los casos, así como también la mayor tasa de notificación observada es con la 1a dosis de vacuna.

En todos los casos de ESAVI severo se recomienda continuar esquema con séxtuple acelular.

Al detectarse un error programático se realizará educación del personal de salud en el centro de vacunación para evitar episodios similares posteriores.

Los casos de ESAVI leve, continuarán con esquema regular del Calendario Nacional de Inmunizaciones

Si bien a la fecha y con este reporte de ESAVI, consideramos que la vacuna pentavalente, Heberpenta, incluida en el Calendario Nacional de Inmunizaciones es una vacuna eficaz y segura, y que los eventos registrados en nuestro país están dentro de lo esperados, es necesario continuar con una estrecha vigilancia de la misma, para poder mantener la confianza de la población en esta vacuna, así como también alcanzar los niveles requeridos de cobertura necesaria para proteger a la población contra la tos convulsa, tétanos, difteria, hepatitis B y Haemophilus influenzae b.

Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/inmunizaciones.asp>.

III.6. Vigilancia de dengue

III.6.a. Situación actual en la Argentina

En el momento actual no se verifican zonas con circulación viral de dengue en la Argentina.

Desde el 1 de Julio de 2011 a la fecha, la vigilancia de dengue se mantuvo activa. Se estudiaron 196 casos sospechosos de dengue. Del total de notificados, 153 resultaron descartados⁶, 42 se encuentran en estudio y uno resultó confirmado en la localidad de Tafí Viejo, provincia de Tucumán. Este caso confirmado⁷ presenta antecedentes de viaje a Paraguay, país endémico para esta enfermedad.

Tabla 1: Total notificaciones de dengue por provincia de residencia. Argentina. 01-07 al 18-10-2011.

PROVINCIA	Dengue CONFIRMADO	En estudio	Descartado	Total general
BUENOS AIRES		5	7	12
CAPITAL FEDERAL		3	1	4
CORDOBA			1	1
ENTRE RIOS			2	2
SANTA FE		10	43	53
TOTAL CENTRO	0	18	54	72
SAN JUAN			1	1
TOTAL CUYO	0	0	1	1
CHACO		2	13	15
CORRIENTES		1	2	3
FORMOSA			4	4
MISIONES		12	43	55
TOTAL NEA	0	15	62	77
JUJUY		5	5	10
SALTA		3	27	30
SGO. DEL ESTERO			2	2
TUCUMAN	1	1	2	4
TOTAL NOA	1	9	36	46
TOTAL GENERAL	1	42	153	196

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-SIVILA)

La región del **NEA** registró la mayor cantidad de notificaciones de casos sospechosos dentro del período analizado, con un total de 77 casos de los cuales 15 permanecen en estudio y 62 fueron descartados. Dentro de esta región, en la provincia de Misiones, se observó el mayor número de notificaciones del país con un total de 55.

La región **Centro** sigue al NEA en número de notificaciones, con 72 casos, registrándose el 73,6% en la provincia de Santa Fe.

⁶ Incluye los descartados por laboratorio y los casos con pruebas negativas que no descartan la infección pero son interpretadas como descartadas por el contexto epidemiológico del caso.

⁷ Probable con nexa epidemiológico con zona afectada.

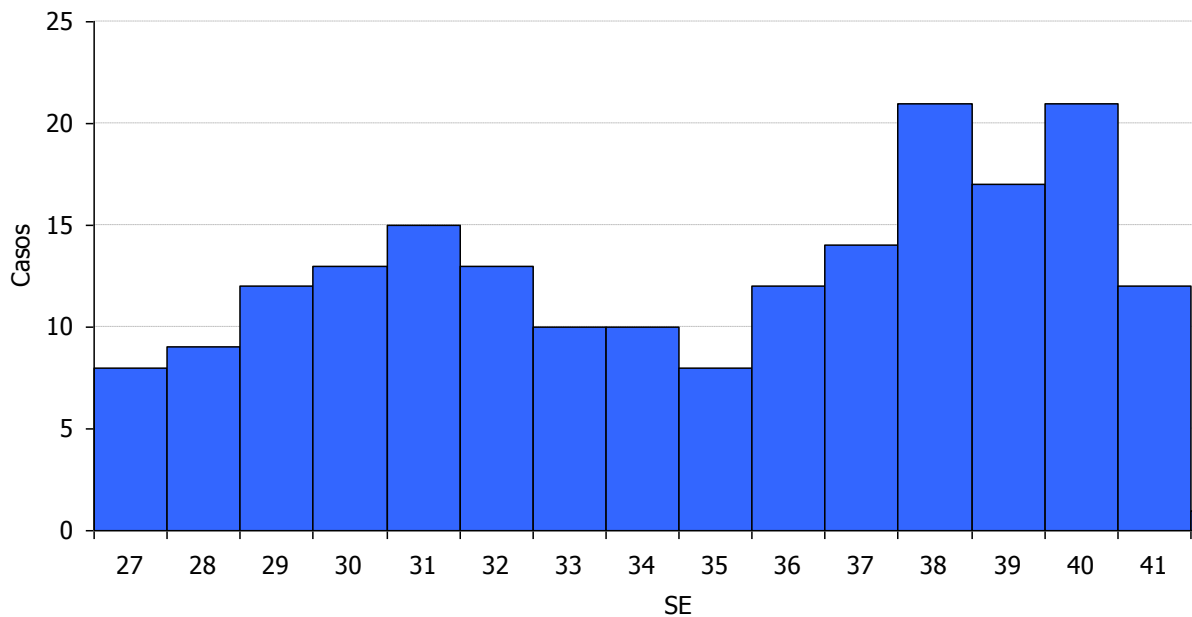
El **NOA** notificó un total de 46 casos, registrando el único caso confirmado de dengue en la provincia de Tucumán, con antecedentes de viaje a Paraguay. La provincia de Salta registro el 65% de los casos de la región.

En **Cuyo** solo notificó un caso San Juan y el **Sur** no presentó notificaciones.

En el gráfico 1 se presenta el total de casos sospechosos notificados al sistema de vigilancia.

Gráfico 1

Casos estudiados de dengue entre el 3/7 y 18/10/2011 según fecha de toma de muestra por SE. Argentina. N=196.

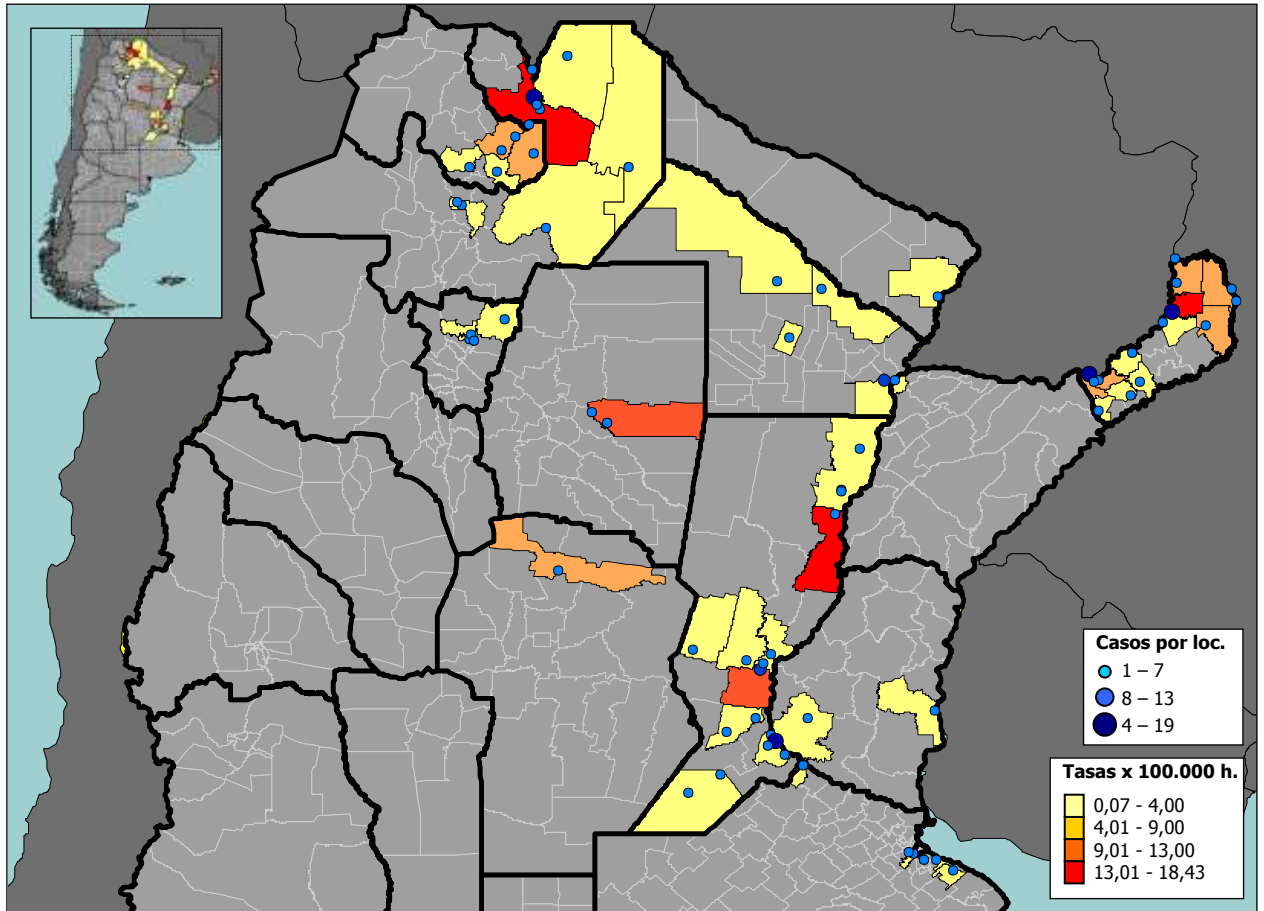


Fuente: SNVS-SIVILA

Se constata que entre las SE 29 y 32 se registró un ligero aumento de casos notificados, descendiendo hasta la SE 35 para luego comenzar desde la 36 el incremento que acompaña el aumento de la temperatura y el inicio de la temporada estival. Los casos de la SE 41 probablemente presenten atraso en la notificación.

A continuación se presenta el mapa con las tasas de notificación (total de casos) según departamento y los casos correspondientes a cada una de las localidades de residencia.

Mapa 1: Casos probables y confirmados de dengue por localidad de residencia y tasas por 100.000 hab. según departamento. Argentina. 01/01/2011 al 16/05/2011.



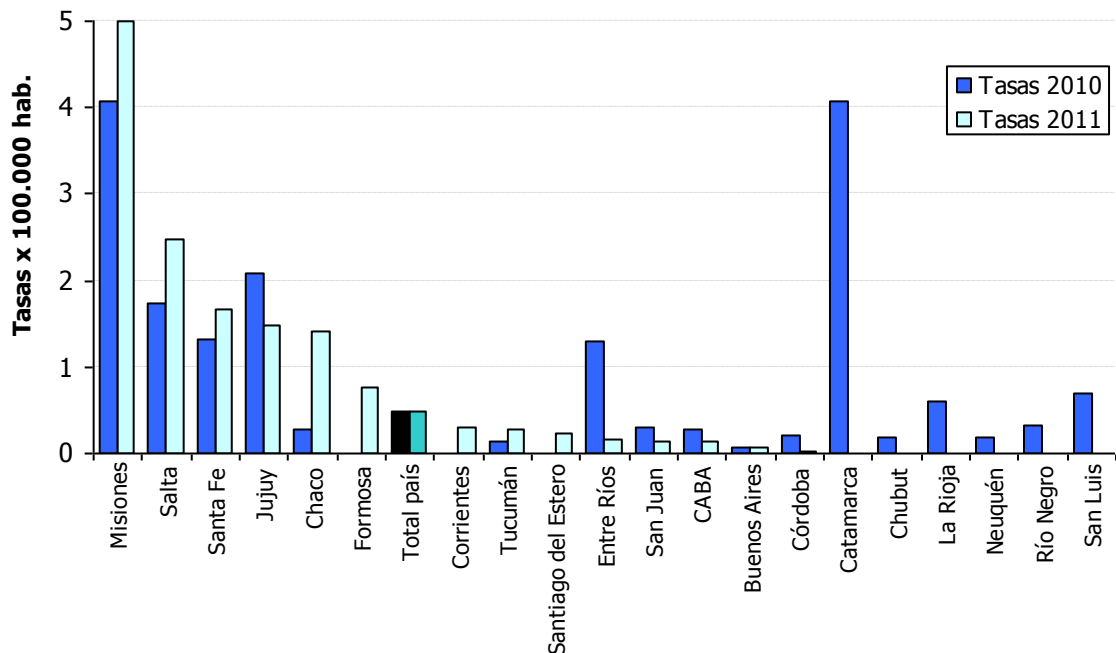
Fuente: SNVS-SIVILA

Se observa que la Provincia de Santa Fe presenta el mayor número de departamentos con casos notificados, incluyendo uno de los tres donde mayor tasa de notificación hubo de todo el país (San Javier, 18,43 x 100.000 hab). Los otros dos departamentos con mayores tasas son El Dorado en Misiones (18,21) y San Ramón de la Nueva Orán (16,66) en Salta.

En el caso de Misiones, se observa como las localidades con casos sospechosos son, en su gran mayoría, las limítrofes con Brasil y Paraguay.

En el siguiente gráfico (nº 2) se observa la tasa de notificación de dengue según provincia para el año actual y en el mismo período del año 2010.

Gráfico 2: Tasa de notificación de dengue x 100.000 hab. según provincia entre el 3/7 y el 18/10 años 2010 (n=195) y 2011 (n=196).



Fuente: SNVS-SIVILA

Se observaron tasas similares de notificación en el total del país durante los años 2010/2011. Misiones, Salta, Santa Fe y Chaco incrementaron sus tasas de notificación respecto del año 2010. Las provincias que disminuyeron su tasa de notificación fueron: Jujuy, Entre Ríos y Catamarca que, a la fecha, no ha notificado ningún caso.

III.6.b. Notificación oficial de países limítrofes

Tabla1: Casos de dengue por país. Año 2011.

PAIS	SE	Casos de dengue	Confirmados por laboratorio	Serotipos
BOLIVIA ⁸	SE 39	26.131	7.082	DEN 1-2-3
BRASIL ⁹	SE 39	721.546	S/D	DEN 1-2-3-4
CHILE ¹⁰	SE 40	6	6	-
URUGUAY ¹¹	SE 37	28	5	-
PARAGUAY ¹²	SE 41	52.381	39.373	DEN 1-2

⁸ Fuente: U. de Epidemiología— CNE—CENETROP- INLASA- SNIS-VE -* Informe al 10 de Octubre de 2011. <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=PublicacionEpidemiologia>

⁹ Ministerio de Salud de Brasil. Secretaria de Vigilancia en Salud. Coordinación General del Programa Nacional de Control de Dengue. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/informe_dengue_2011_37_39.pdf

¹⁰ Departamento de Epidemiología. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. <http://epi.minsal.cl/epi/html/bolets/reportes/Dengue/Informedengue.pdf>

¹¹ Ministerio de Salud Pública. Epidemiología. Gobierno de Uruguay. http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5428_1.html

¹² Dirección General de Vigilancia de la Salud. Boletín Epidemiológico y Semanal N° 39. http://www.vigisalud.gov.py/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=12&Itemid=140

BOLIVIA:

Al 10 de octubre de 2011 se notificaron 26.131 casos sospechosos de dengue, de los cuales 7.082 (26,95 %) han sido confirmados por laboratorio.

El 83 % de los casos se registraron en el departamento de Santa Cruz.

En la actualidad se encuentran circulando 3 serotipos en el país: 1, 2 y 3.

BRASIL:

Al 1 de octubre de 2011, se notificaron 721.546 casos de Dengue, registrándose la circulación del virus dengue serotipo 1, 2, 3 y 4.

En tanto, en la región fronteriza con Argentina, registra circulación del virus dengue serotipo 1, 2, y 4.

CHILE

Hasta la actualidad se han presentado 6 casos de fiebre dengue importado, notificados en la región de Arica y Parinacota, y Metropolitana, provenientes de Brasil, Paraguay, Bolivia, Perú y Puerto Rico.

PARAGUAY:

Hasta el día 14-10 se notificaron 52.381 casos de dengue.

Paraguay es un país endémico para esta enfermedad aunque se siguen verificando áreas con corte de circulación viral.

Actualmente todos los ejes subnacionales notifican casos dentro de lo que se considera endémico,

Hasta el momento, los serotipos circulantes continúan siendo los tipos 1 y 2 .

URUGUAY:

En Uruguay no se han confirmado casos autóctonos de este evento (Fase 0), habiéndose estudiado y descartado un total de 28 casos sospechosos.

A la SE 37 han sido confirmados 5 casos de dengue importado, con antecedente de viaje a Brasil en tres de ellos y a Paraguay en dos.

III.6.c. Sobre la vigilancia de dengue

En áreas sin circulación viral autóctona de dengue

CASO SOSPECHOSO:

Fiebre de menos de 7 días de evolución sin afección de las vías respiratorias ni otra causa definida, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, anorexia, náuseas, erupciones cutáneas, dolor detrás de los ojos (retro-ocular), malestar general, dolor en los músculos o en las articulaciones, diarrea o vómitos. Los servicios de salud públicos o privados que atiendan a estos pacientes, deben notificar su detección en forma obligatoria e inmediata al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

CASO PROBABLE:

Caso sospechoso + una prueba positiva para anticuerpos de tipo IgM o detección de antígeno NS1 positivo.

CASO CONFIRMADO:

Caso sospechoso o probable + una prueba de laboratorio confirmatoria positiva (PCR, aislamiento viral o neutralización).

En áreas donde se confirme la circulación viral autóctona de dengue ¹³ los pacientes que cumplan con la definición de caso sospechoso de dengue constituirán casos confirmados por nexo epidemiológico, no debiendo ser estudiados más que un porcentaje con el objetivo de vigilar la posible introducción de nuevos serotipos y la evolución del brote. Todos los casos, en dicha situación epidemiológica, deberán notificarse como Dengue Agrupado numérico semanal al módulo C2 de vigilancia clínica del SNVS. En esa situación, se continuarán notificando los casos estudiados por laboratorio a través del módulo SIVILA del SNVS para vigilancia serológica y posible introducción de nuevos serotipos.

Se recuerda que en las áreas donde no exista circulación viral confirmada, todo paciente con síndrome febril inespecífico en el que se sospecha dengue, deberá ser estudiado por laboratorio para confirmar o descartar la presencia de virus dengue.

A los efectos de la notificación, deberán consignarse en el "lugar de residencia" los datos completos de provincia, departamento, localidad y dirección en la que el paciente haya cursado o se encuentre cursando la enfermedad en Argentina (sea o no su residencia habitual). Cuando procedan de otros países de reconocida circulación viral de dengue, deberán colocarse los datos en Sitio Probable de Contagio (aunque coincida con el domicilio habitual del paciente).

Por dudas o consultas respecto del algoritmo de notificación o sobre el presente material, comunicarse a sivilanacion@gmail.com o areavigilanciamsal@gmail.com.

¹³ La extensión de las áreas será definida por los responsables de epidemiología de las jurisdicciones.

IV. PRESENTACIÓN DE EVENTOS SELECCIONADOS

IV.1. Enfermedades gastroentéricas

IV.1.a. Diarreas

Diarreas

Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.

Hasta la 36° semana epidemiológica

PAIS ARGENTINA por Provincia

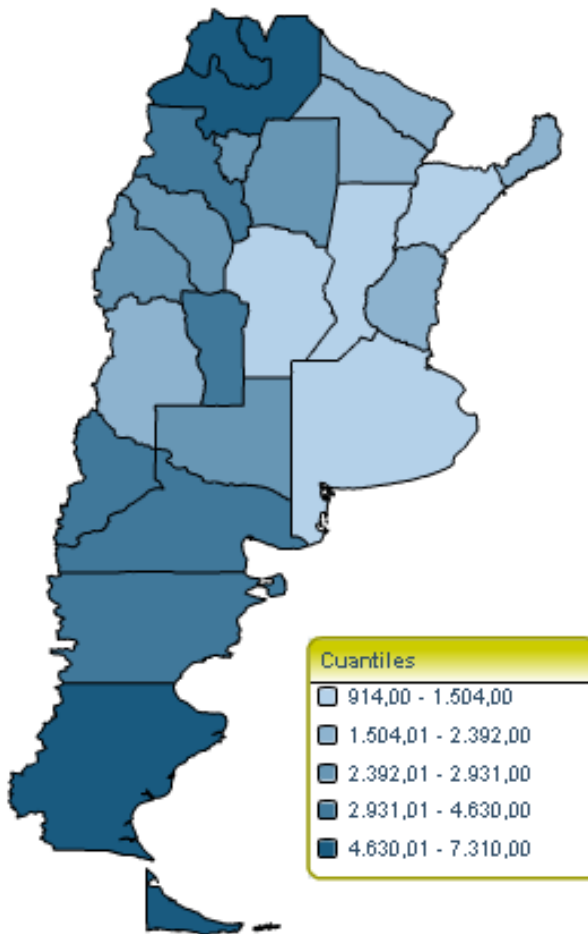
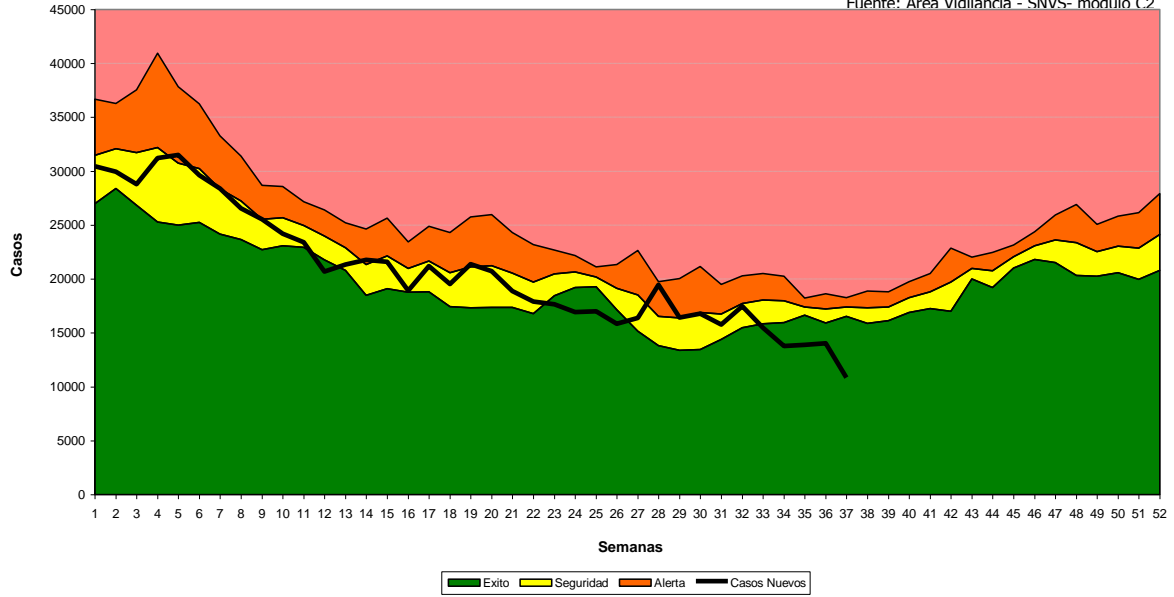
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	12360		13195		11644		
Residentes	15523	508,83	17010	556,19	19086	624,07	12%
Total Notificado CABA	27883		30205		30730		
Region Sanitaria I	15016	2225,49	17945	2647,17	18375	2710,60	2%
Region Sanitaria II	6573	2512,43	8570	3260,86	6551	2492,64	-24%
Region Sanitaria III	4978	1946,01	5956	2319,75	3515	1369,03	-41%
Region Sanitaria IV	11356	2039,90	14979	2674,37	14891	2658,66	-1%
Region Sanitaria V	34073	1086,87	50509	1594,61	40850	1289,67	-19%
Region Sanitaria VI	36777	990,13	49815	1330,45	38112	1017,89	-23%
Region Sanitaria VII	18234	806,70	25873	1134,03	23197	1016,74	-10%
Region Sanitaria VIII	8623	749,18	19144	1648,68	14460	1245,30	-24%
Region Sanitaria IX	6744	2161,50	9044	2887,60	9138	2917,62	1%
Region Sanitaria X	1968	610,60	1787	551,38	3858	1190,40	116%
Region Sanitaria XI	12508	1075,53	14304	1217,34	13121	1116,66	-8%
Region Sanitaria XII	9568	694,06	14746	1059,64	9298	668,15	-37%
Total PROV. BUENOS AIRES	166418	1095,91	232672	1519,16	195366	1275,58	-16%
Córdoba	74235	2203,73	81370	2395,58	38539	1134,61	-53%
Entre Ríos	25559	2014,14	30620	2388,44	29338	2288,44	-4%
Santa Fe	56891	1742,93	59229	1802,92	46630	1419,41	-21%
Centro	350986	1342,83	434096	1648,17	340603	1293,20	-22%
La Rioja	11776	3381,52	13202	3715,25	9340	2628,42	-29%
Mendoza	42660	2440,79	46568	2637,40	40772	2309,14	-12%
San Juan	13361	1894,16	17352	2426,69	17304	2419,98	0%
San Luis	13504	3020,09	18834	4123,34	13467	2948,34	-28%
Cuyo	81301	2502,68	95956	2914,08	80883	2456,33	-16%
Corrientes	10338	1009,00	13077	1262,61	9368	904,50	-28%
Chaco	26823	2526,63	23324	2177,51	19792	1847,76	-15%
Formosa	13230	2415,43	14092	2535,93	9870	1776,16	-30%
Misiones	17999	1644,31	19749	1776,87	17318	1558,14	-12%
NEA	68390	1834,23	70242	1861,21	56348	1493,06	-20%
Catamarca	13074	3299,04	12833	3174,69	13325	3296,40	4%
Jujuy	34905	5064,32	36779	5265,67	35879	5136,81	-2%
Salta	77746	6241,70	87600	6912,32	79783	6295,50	-9%
Santiago del Estero	24032	2748,00	25320	2865,65	21055	2382,95	-17%
Tucumán	47896	3207,00	50249	3324,42	41769	2763,39	-17%
NOA	197653	4206,16	212781	4465,42	191811	4025,35	-10%
Chubut	12700	2726,74	16009	3400,84	15347	3260,21	-4%
La Pampa	10748	3184,39	9879	2893,26	9544	2795,15	-3%
Neuquén	26016	4674,69	26996	4776,04	25311	4477,94	-6%
Río Negro	18956	3155,72	19808	3280,79	20800	3445,09	5%
Santa Cruz	6973	3031,67	9720	4152,30	10528	4497,47	8%
Tierra del Fuego	4698	3615,82	5459	4083,20	9301	6956,93	70%
Sur	80091	3451,56	87871	3740,85	90831	3866,86	3%
Total PAIS	778421	1939,53	900946	2223,52	760476	1876,84	-16%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Corredor Endémico Semanal de 2011
Diarreas . Argentina
Históricos de 5 años: 2006 a 2010

Fuente: Area Vigilancia - SNVS- modulo C2



Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología

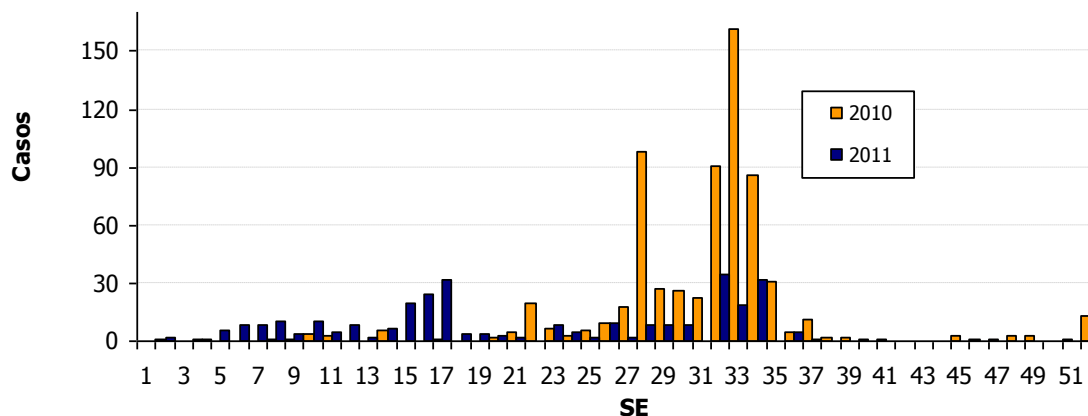
IV.1.b. Triquinosis

Triquinosis
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37º semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

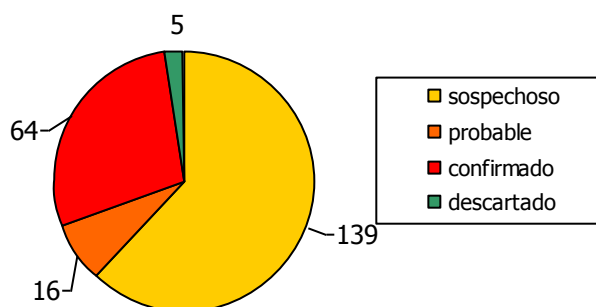
PROVINCIA	2009		2010		2011		Criterio Epi 2011			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	S	P	C	D
Total Notificado CABA	2		0		2		2			
Buenos Aires	107	0,70	66	0,43	70	0,46	40	7	21	2
Córdoba	23	0,68	7	0,21						
Entre Ríos	3	0,24	54	4,21	3	0,23				3
Santa Fe	16	0,49	43	1,31	116	3,53	94	7	15	
Centro	151	0,58	170	0,65	191	0,73	136	14	36	5
Mendoza	1	0,06	412	23,33	68	3,85				
San Luis	1	0,22	12	2,63	28	6,13			28	
Cuyo	2	0,06	424	12,88	96	2,92	0	0	28	0
Corrientes	0		0		1	0,10			1	
NEA	0		0		1	0,03	0	0	1	0
Santiago del Estero	0		0		10	1,13	6	3	1	
NOA	0		0		10	0,21	6	3	1	0
Chubut	1	0,21								
La Pampa	12	3,56	52	15,23	1	0,29	1			
Neuquén	1	0,17969	1	0,18	3	0,53	1		2	
Río Negro	0		0		1	0,17	1			
Tierra del Fuego	3	2,31	0		2	1,50		2		
Sur	17	0,73	53	2,26	7	0,30	3	2	0	0
Total PAIS	170	0,42	647	1,60	305	0,75	139	16	64	5

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Triquinosis por SE. Total país. Años 2010-2011



Casos de Triquinosis según Criterio Epidemiológico. SE 1 a 37 - Año 2011. Total país. Fuente: SNVS - C2



IV.2. Envenenamiento por animales ponzoñosos

IV.2.a. Alacranismo

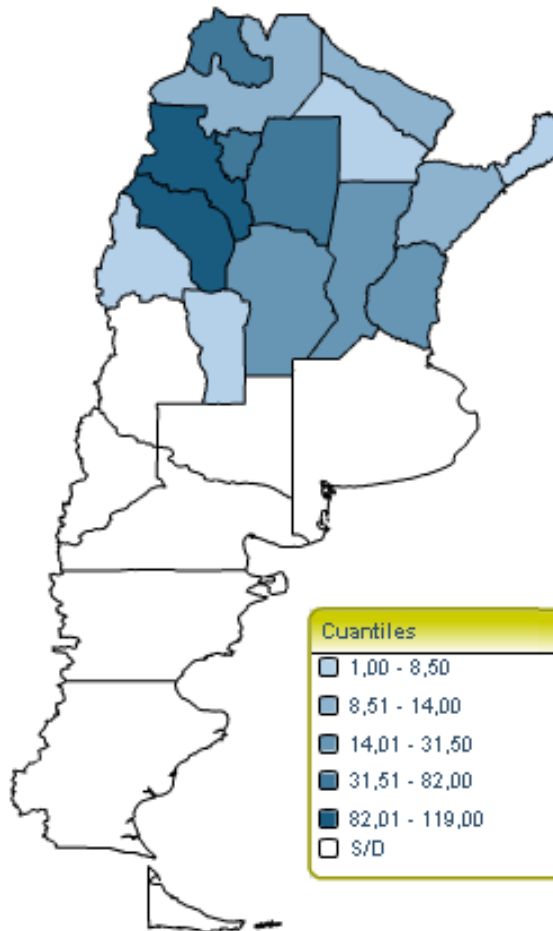
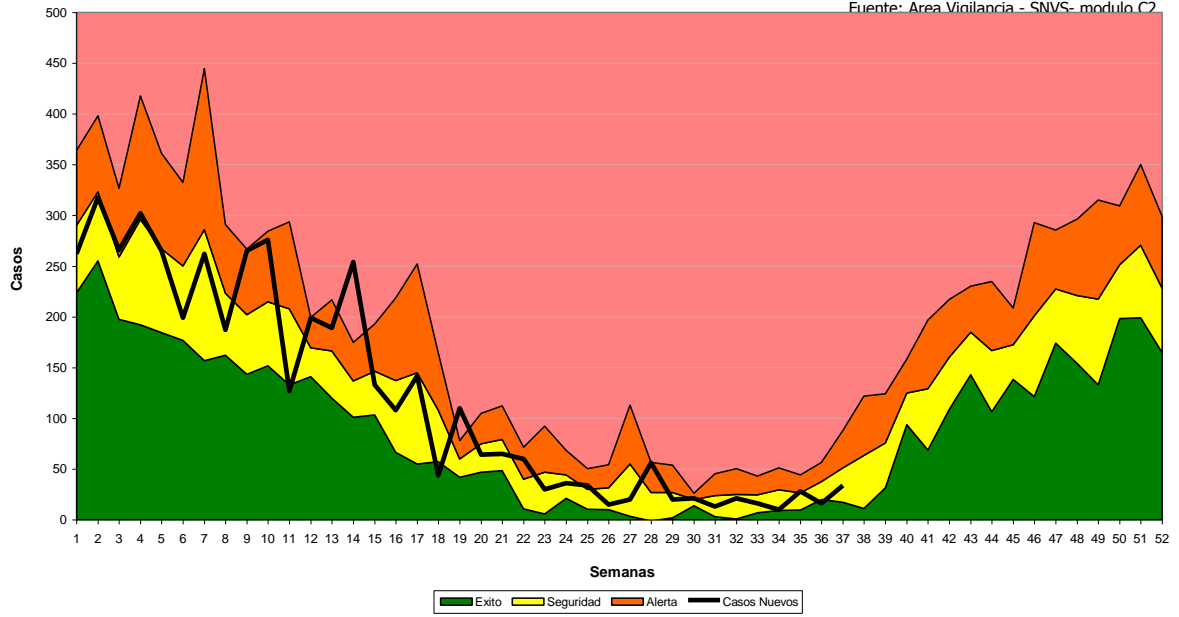
Envenenamiento Por Animal Ponzoñoso - Alacranismo
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37º semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	1		1		2		
Buenos Aires	29	0,19	30	0,20	18	0,12	-40%
Córdoba	913	27,10	1091	32,12	761	22,40	-30%
Entre Ríos	125	9,85	181	14,12	187	14,59	3%
Santa Fe	789	24,17	848	25,81	670	20,39	-21%
Centro	1857	7,10	2151	8,17	1638	6,22	-24%
La Rioja	431	123,76	385	108,35	363	102,15	-6%
Mendoza	16	0,92	13	0,74	7	0,40	-46%
San Juan	14	1,98	10	1,40	13	1,82	30%
San Luis	7	1,57	6	1,31	15	3,28	150%
Cuyo	468	14,41	414	12,57	398	12,09	-4%
Corrientes	69	6,73	168	16,22	142	13,71	-15%
Chaco	200	18,84	115	10,74	78	7,28	-32%
Formosa	51	9,31	25	4,50	56	10,08	124%
Misiones	57	5,21	71	6,39	82	7,38	15%
NEA	377	10,11	379	10,04	358	9,49	-6%
Catamarca	369	93,11	335	82,87	474	117,26	41%
Jujuy	350	50,78	269	38,51	293	41,95	9%
Salta	24	1,93	96	7,58	156	12,31	63%
Santiago del Estero	248	28,36	508	57,49	519	58,74	2%
Tucumán	547	36,63	599	39,63	619	40,95	3%
NOA	1538	32,73	1807	37,92	2061	43,25	14%
Chubut	5	1,07					
La Pampa	7	2,07					
Neuquén	5	0,90	2	0,35	3	0,53	50%
Sur	17	0,73	2	0,09	3	0,13	50%
Total PAIS	4257	10,61	4753	11,73	4458	11,00	-6%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Corredor Endémico Semanal de 2011
Envenenamiento Por Animal Ponzosofo - Alacranismo. Argentina
Históricos de 5 años: 2006 a 2010

Fuente: Area Vigilancia - SNVS- modulo C2



Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología

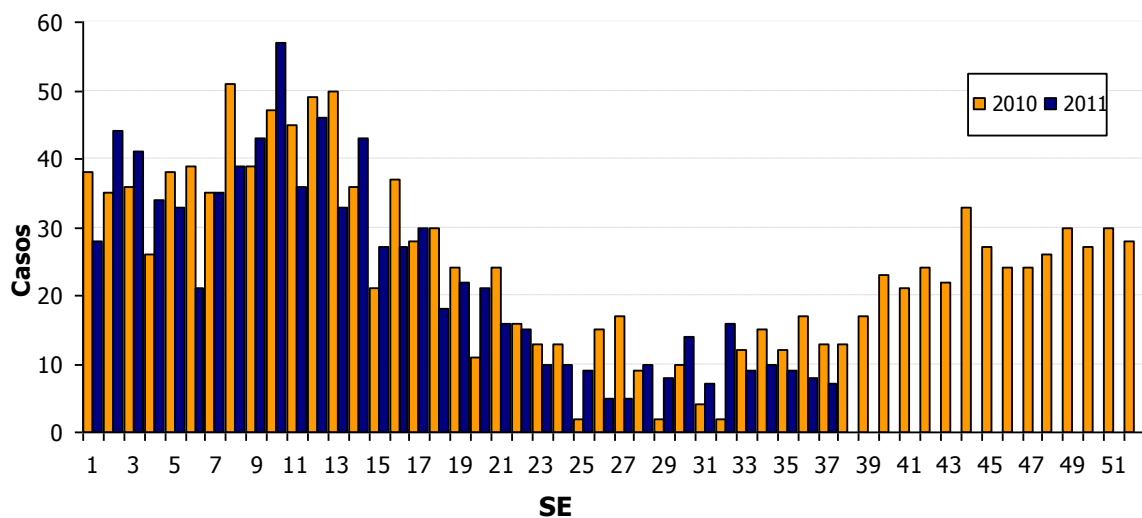
IV.2.b. Aracnoidismo

Envenenamiento Por Animal Ponzoso - Aracnoidismo
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37ª semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	1						
Buenos Aires	78	0,51	60	0,39	101	0,66	68%
Córdoba	164	4,87	117	3,44	75	2,21	-36%
Entre Ríos	5	0,39	4	0,31	7	0,55	75%
Santa Fe	10	0,31	17	0,52	7	0,21	-59%
Centro	258	0,99	198	0,75	190	0,72	-4%
La Rioja	38	10,91	48	13,51	38	10,69	-21%
Mendoza	128	7,32	83	4,70	47	2,66	-43%
San Juan	16	2,27	10	1,40	9	1,26	-10%
San Luis	21	4,70	15	3,28	22	4,82	47%
Cuyo	203	6,25	156	4,74	116	3,52	-26%
Corrientes	2	0,20	3	0,29	3	0,29	0%
Chaco	30	2,83	23	2,15	12	1,12	-48%
Formosa	18	3,29	29	5,22	20	3,60	-31%
Misiones	80	7,31	148	13,32	112	10,08	-24%
NEA	130	3,49	203	5,38	147	3,90	-28%
Catamarca	31	7,82	16	3,96	55	13,61	244%
Jujuy	3	0,44	10	1,43	10	1,43	0%
Salta	15	1,20	14	1,10	17	1,34	21%
Santiago del Estero	148	16,92	252	28,52	232	26,26	-8%
Tucumán	20	1,34	14	0,93	38	2,51	171%
NOA	217	4,62	306	6,42	352	7,39	15%
Chubut	4	0,86	2	0,42			
La Pampa	2	0,59	2	0,59	3	0,88	50%
Neuquén	18	3,23	16	2,83	28	4,95	75%
Río Negro	44	7,32	28	4,64	15	2,48	-46%
Sur	68	2,93	48	2,04	46	1,96	-4%
Total PAIS	876	2,18	911	2,25	851	2,10	-7%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Envenenamiento por animal ponzoñoso - Aracnoidismo por SE.
Total país. Años 2010-2011.



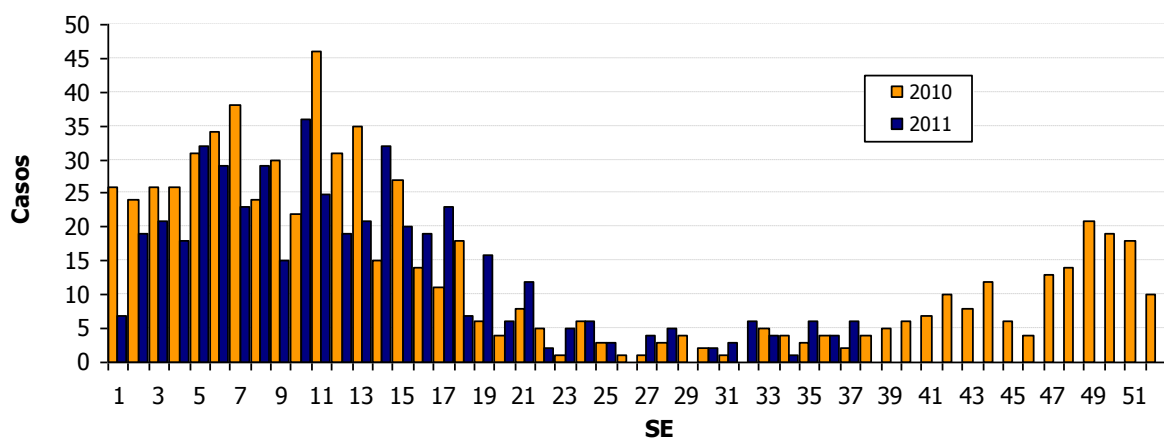
IV.2.c. Ofidismo

Envenenamiento Por Animal Ponzoso - Ofidismo
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	1						
Buenos Aires	4	0,03	6	0,04	5	0,03	-17%
Córdoba	26	0,77	20	0,59	5	0,15	-75%
Entre Ríos	7	0,55	11	0,86	35	2,73	218%
Santa Fe	21	0,64	47	1,43	22	0,67	-53%
Centro	59	0,23	84	0,32	67	0,25	-20%
La Rioja	9	2,58	5	1,41	11	3,10	120%
Mendoza	7	0,40	3	0,17	1	0,06	-67%
San Juan	2	0,28	3	0,42			-100%
San Luis	16	3,58	7	1,53	14	3,07	100%
Cuyo	34	1,05	18	0,55	26	0,79	44%
Corrientes	13	1,27	11	1,06	4	0,39	-64%
Chaco	50	4,71	39	3,64	30	2,80	-23%
Formosa	35	6,39	40	7,20	39	7,02	-3%
Misiones	138	12,61	121	10,89	84	7,56	-31%
NEA	236	6,33	211	5,59	157	4,16	-26%
Catamarca	3	0,76	3	0,74	20	4,95	567%
Jujuy	12	1,74	20	2,86	7	1,00	-65%
Salta	54	4,34	40	3,16	43	3,39	8%
Santiago del Estero	90	10,29	135	15,28	133	15,05	-1%
Tucumán	30	2,01	26	1,72	28	1,85	8%
NOA	189	4,02	224	4,70	231	4,85	3%
Chubut	2	0,43	2	0,42			
La Pampa	0		2	0,59			-100%
Neuquén	1	0,18	0		3	0,53	
Sur	3	0,13	4	0,17	3	0,13	-25%
Total PAIS	521	1,30	541	1,34	484	1,19	-11%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Envenenamiento por animal ponzoñoso - Ofidismo por SE. Total país.
Años 2010-2011.



IV.3. Enfermedades zoonóticas

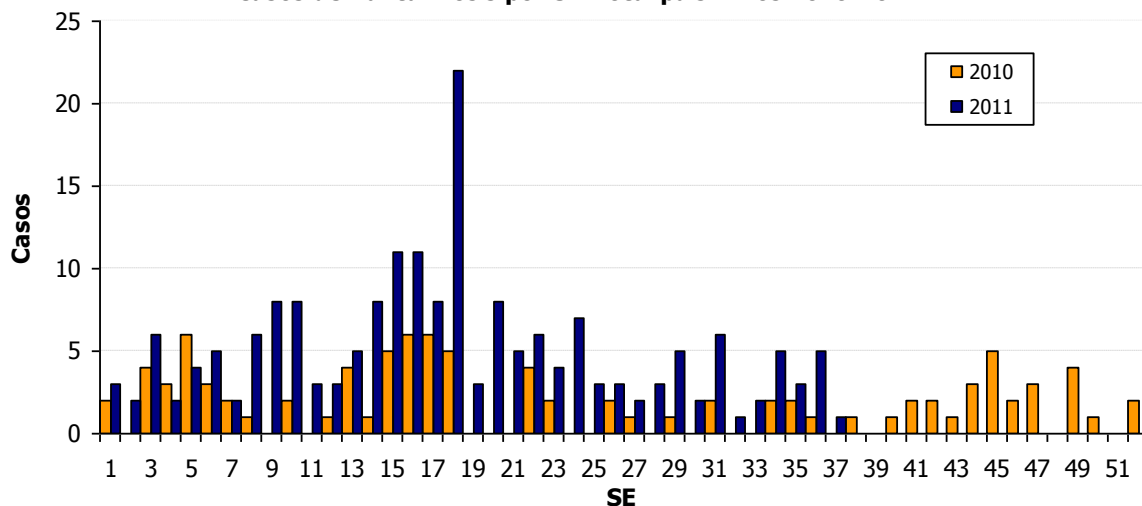
IV.3.a. Hantavirosis

Hantavirosis
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

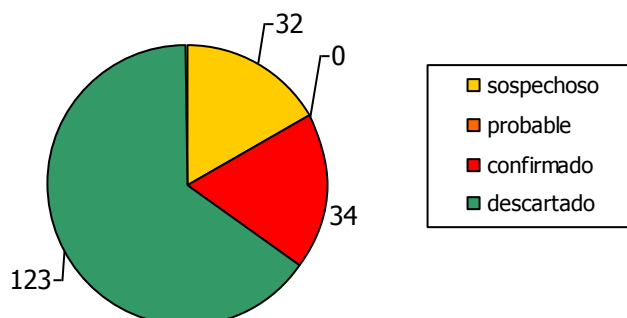
PROVINCIA	2009		2010		2011		Criterio Epi 2011			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	S	P	C	D
Total Notificado CABA	0		5	0,16						
Buenos Aires	7	0,05	21	0,14	26	0,17	11		6	9
Entre Ríos	0		5	0,39	126	9,83	12		8	109
Santa Fe	4	0,12	4	0,12	5	0,15	4		1	
Centro	11	0,04	35	0,13	157	0,60	27	0	15	118
Formosa	0		1	0,18	3	0,54	3			
NEA	0		1	0,03	3	0,08	3	0	0	0
Jujuy	21	3,05	8	1,15	1	0,14			1	
Salta	21	1,69	21	1,66	16	1,26			13	
NOA	42	0,89	29	0,61	17	0,36	0	0	14	0
Chubut	3	0,64	1	0,21	1	0,21			1	
Neuquén	2	0,36	2	0,35	5	0,88			2	3
Río Negro	5	0,83	0		6	0,99	2		2	2
Sur	10	0,43	3	0,13	12	0,51	2	0	5	5
Total PAIS	63	0,16	68	0,17	189	0,47	32	0	34	123

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Hantavirosis por SE. Total país. Años 2010-2011



Casos de Hantavirus según Criterio Epidemiológico. SE 1 a 37 - Año 2011. Total país. Fuente: SNVS - C2



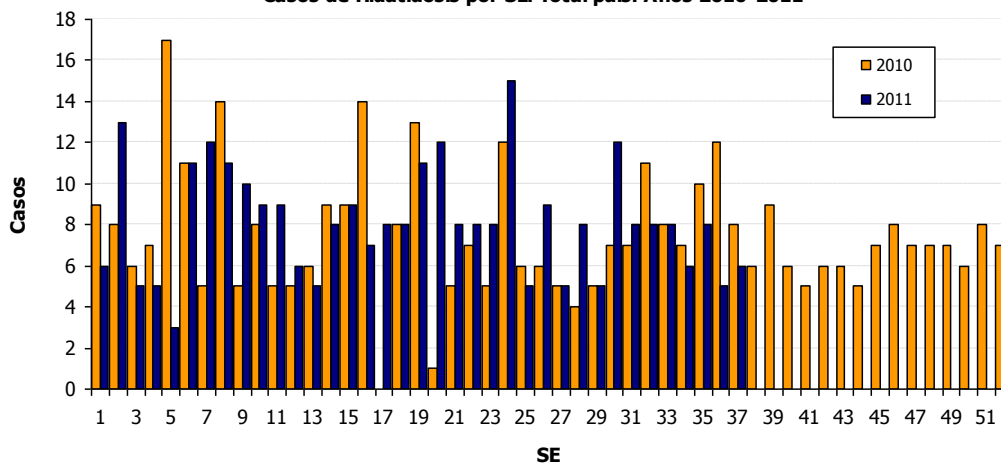
IV.3.b. Hidatidosis

Hidatidosis
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37ª semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

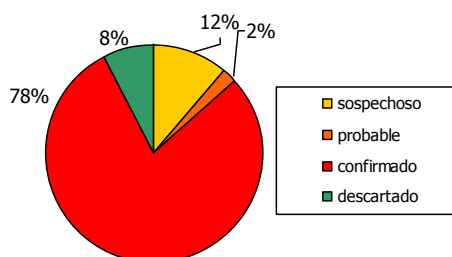
PROVINCIA	2009		2010		2011		Criterio Epi 2011			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	S	P	C	D
Total Notificado CABA	7		11		13		5		8	
Buenos Aires	35	0,23	36	0,24	43	0,28	5	1	36	1
Córdoba	1	0,03	10	0,29	1	0,03		1		
Entre Ríos	9	0,71	21	1,64	21	1,64	2		19	
Santa Fe	2	0,06	5	0,15	2	0,06	1			1
Centro	54	0,21	83	0,32	80	0,30	13	2	63	2
La Rioja	0		3	0,84	7	1,97			7	
Mendoza	36	2,06	21	1,19	21	1,19				
San Juan	5	0,71	8	1,12	9	1,26	1		8	
San Luis	8	1,79	0		2	0,44			2	
Cuyo	49	1,51	32	0,97	39	1,18	1	0	17	0
Corrientes	6	0,59	3	0,29	4	0,39	1	2	1	
Formosa	2	0,37	8	1,44	2	0,36	2			
NEA	8	0,21	11	0,29	6	0,16	3	2	1	0
Catamarca	2	0,50	1	0,25	10	2,47	1		9	
Jujuy	10	1,45	5	0,72	5	0,72	2		1	2
Salta	15	1,20	22	1,74	25	1,97	1		23	1
Santiago del Estero	10	1,14	16	1,81	18	2,04			18	
Tucumán	11	0,74	7	0,46	6	0,40	1		5	
NOA	48	1,02	51	1,07	64	1,34	5	0	56	3
Chubut	39	8,37	47	9,98						
La Pampa	3	0,89	2	0,59	25	7,32	7		2	16
Neuquén	25	4,49	37	6,55	67	11,85	1		68	
Río Negro	6	1,00	10	1,66	5	0,83			5	
Santa Cruz	10	4,35	12	5,13	11	4,70	2	2	7	
Sur	83	3,58	108	4,60	108	4,60	10	2	82	16
Total PAIS	242	0,60	285	0,70	297	0,73	32	6	219	21

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Hidatidosis por SE. Total país. Años 2010-2011



Casos de Hidatidosis según Criterio Epidemiológico. SE 1 a 37 - Año 2011. Total país. Fuente: SNVS - C2

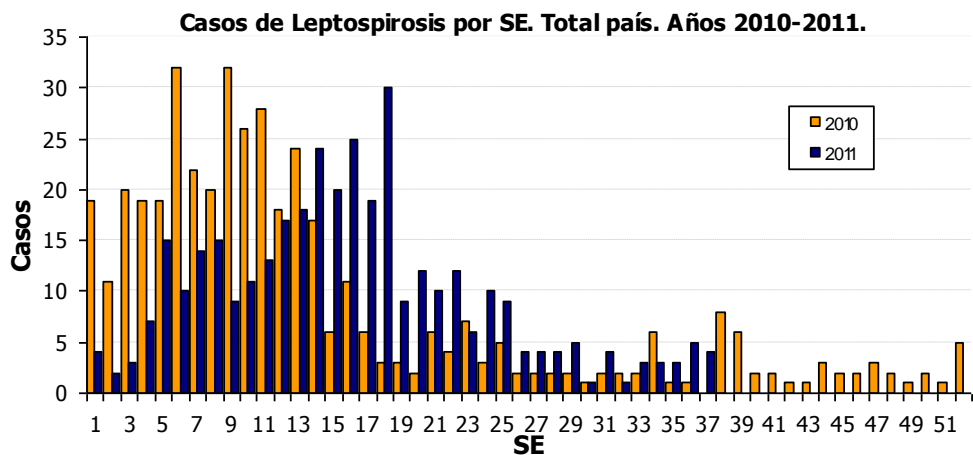


IV.3.c. Leptosirosis

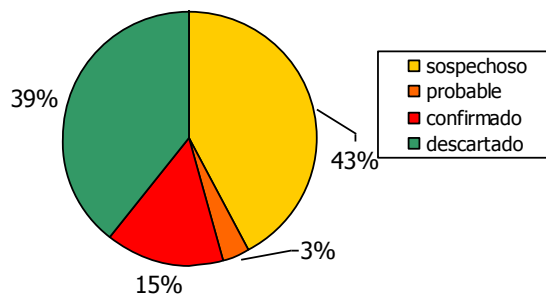
Leptosirosis
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37° semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Criterio Epi 2011			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	S	P	C	D
Total Notificado CABA	3		7							
Buenos Aires	8	0,05	60	0,39	32	0,21	18	2	4	8
Córdoba	1	0,03	0		1	0,03	1			
Entre Ríos	12	0,95	80	6,24	200	15,60	41	1	31	130
Santa Fe	15	0,46	227	6,91	109	3,32	86	8	14	1
Centro	39	0,15	374	1,42	342	1,30	146	11	49	139
San Luis	0		0		1	0,22			1	
Cuyo	0		0		1	0,03				
Corrientes	0		3	0,29						
Chaco	0		1	0,09	1	0,09			1	
Formosa	0		0		2	0,36	2			
NEA	0		4	0,11	3	0,08	2	0	1	0
Catamarca	0		0		1	0,25			1	
Jujuy	1	0,15	1	0,14						
Salta	2	0,16	0		2	0,16			2	
NOA	3	0,06	1	0,02	3	0,06	0	0	3	0
La Pampa	0		5	1,46	5	1,46	1			4
Neuquén	1	0,1797	2	0,35	3	0,53	2		1	
Río Negro	1	0,17								
Sur	2	0,09	7	0,30	8	0,34	3	0	1	4
Total PAIS	44	0,11	386	0,95	357	0,88	149	11	53	139

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2



Casos de Leptosirosis según Criterio Epidemiológico. SE 1 a 37- Año 2011. Total país. Fuente: SNVS - C2



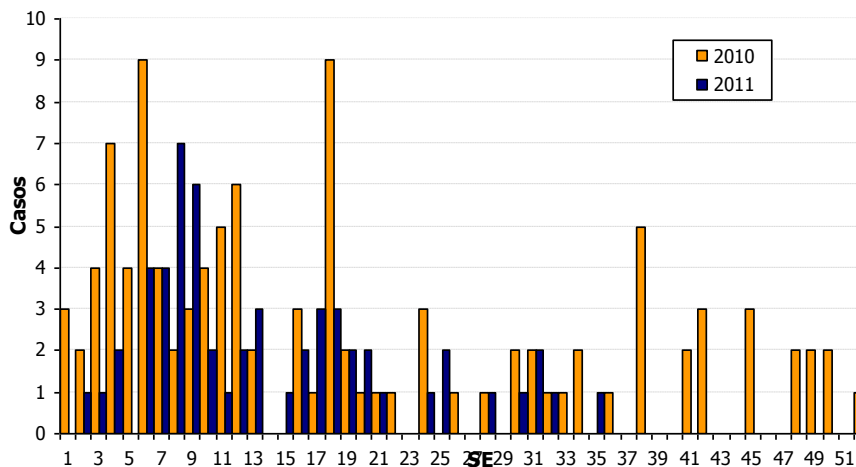
IV.3.d. Psitacosis

Psitacosis
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

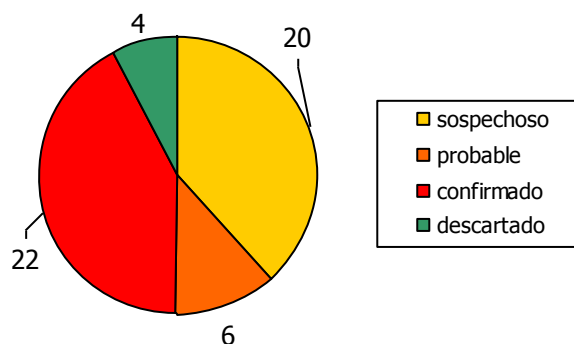
PROVINCIA	2009		2010		2011		Criterio Epi 2011			
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	S	P	C	D
Total Notificado CABA	8	0,26	9	0,29	8	0,26	7		1	
Buenos Aires	2	0,01	15	0,10	17	0,11	6	3	8	
Córdoba	8	0,24	1	0,02944	1	0,03	1			
Entre Ríos	0		11	0,86	14	1,09	3	1	8	2
Santa Fe	3	0,09	6	0,18	2	0,06	2			
Centro	21	0,08	42	0,16	42	0,16	19	4	17	2
La Rioja	0		0		1	0,28				1
Mendoza	0		2	0,11	1	0,06				
San Juan	0		0		4	0,56	1		2	1
Cuyo	0		2	0,06	6	0,18	1	0	2	2
Jujuy	3	0,44	12	1,72	2	0,29	1		1	
Salta	0		1	0,08	2	0,16		2		
Tucumán	0		0		1	0,07				1
NOA	3	0,06	13	0,27	5	0,10	0	2	0	0
La Pampa	0		7	2,05	7	2,05	1		6	
Neuquén	0		20	3,54						
Santa Cruz	0		3	1,28						
Sur	0		30	1,28	7	0,30	1	0	6	0
Total PAIS	24	0,06	87	0,21	60	0,15	21	6	25	4

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Psitacosis por SE. Total país. Años 2010-2011.



Casos de Psitacosis según Criterio Epidemiológico. SE 1 a 37 - Año 2011. Total país. Fuente: SNVS - C2



IV.4. Intoxicaciones

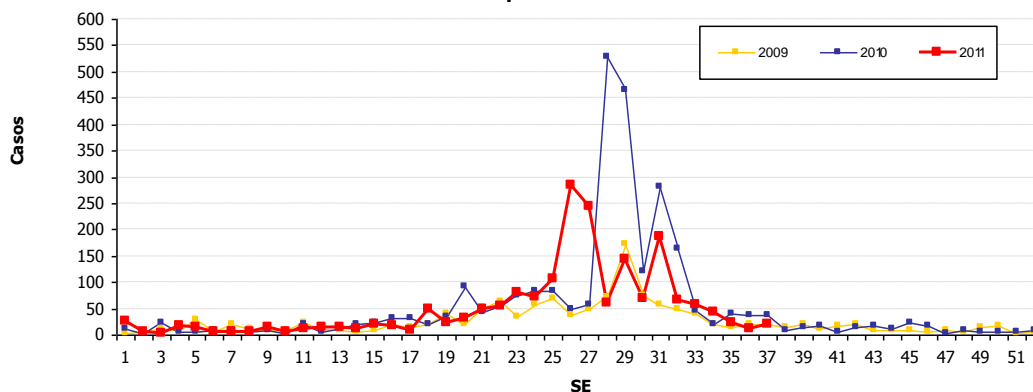
IV.4.a. Monóxido de carbono

Intoxicación Por Monóxido De Carbono
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	6		13		6		
Residentes	90	2,95	99	3,24	124	4,05	25%
Total Notificado CABA	96		112		130		
Region Sanitaria I	39	5,78	94	13,87	56	8,26	-40%
Region Sanitaria II	6	2,29	11	4,19	10	3,80	-9%
Region Sanitaria III	3	1,17	0		9	3,51	
Region Sanitaria IV	17	3,05	12	2,14	18	3,21	50%
Region Sanitaria V	13	0,41	51	1,61	52	1,64	2%
Region Sanitaria VI	0		103	2,75	76	2,03	-26%
Region Sanitaria VII	23	1,02	42	1,84	56	2,45	33%
Region Sanitaria VIII	15	1,30	84	7,23	87	7,49	4%
Region Sanitaria X	17	5,45	24	7,66	28	8,94	17%
Region Sanitaria IX	0		0		3	0,93	
Region Sanitaria XI	43	3,70	42	3,57	55	4,68	31%
Region Sanitaria XII	2	0,15	23	1,65	9	0,65	-61%
Total PROV. BUENOS AIRES	178	1,17	486	3,17	459	3,00	-6%
Córdoba	163	4,84	225	6,62	56	1,65	-75%
Entre Ríos	9	0,71	38	2,96	30	2,34	-21%
Santa Fe	18	0,55	30	0,91	19	0,58	-37%
Centro	464	1,78	891	3,38	694	2,63	-22%
La Rioja	8	2,2972	106	29,83	21	5,91	-80%
Mendoza	152	8,70	194	10,99	181	10,25	-7%
San Juan	67	9,50	290	40,56	178	24,89	-39%
Cuyo	227	6,99	590	17,92	380	11,54	-36%
Corrientes	4	0,39	11	1,06	2	0,19	-82%
Formosa	1	0,18	4	0,7198	9	1,62	125%
Misiones	88	8,04	14	1,26	24	2,16	71%
NEA	93	2,49	29	0,77	35	0,93	21%
Catamarca	60	15,14	161	39,83	92	22,76	-43%
Salta	75	6,02	224	17,68	82	6,47	-63%
Santiago del Estero	47	5,37	143	16,18	114	12,90	-20%
Tucumán	0		201	13,298	132	8,73	-34%
NOA	182	3,87	729	15,30	420	8,81	-42%
Chubut	33	7,09	104	22,09	2	0,4249	-98%
Neuquén	84	15,09	82	14,51	154	27,25	88%
Río Negro	63	10,49	85	14,08	88	14,58	4%
Santa Cruz	24	10,43	48	20,51	51	21,79	6%
Tierra del Fuego	14	10,78	3	2,24	38	28,42	
Sur	218	9,39	322	13,71	333	14,18	3%
Total PAIS	1184	2,95	2561	6,32	1862	4,60	-27%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos por semana de Intoxicación por monóxido de carbono.
Total país. Años 2009 a 2011.



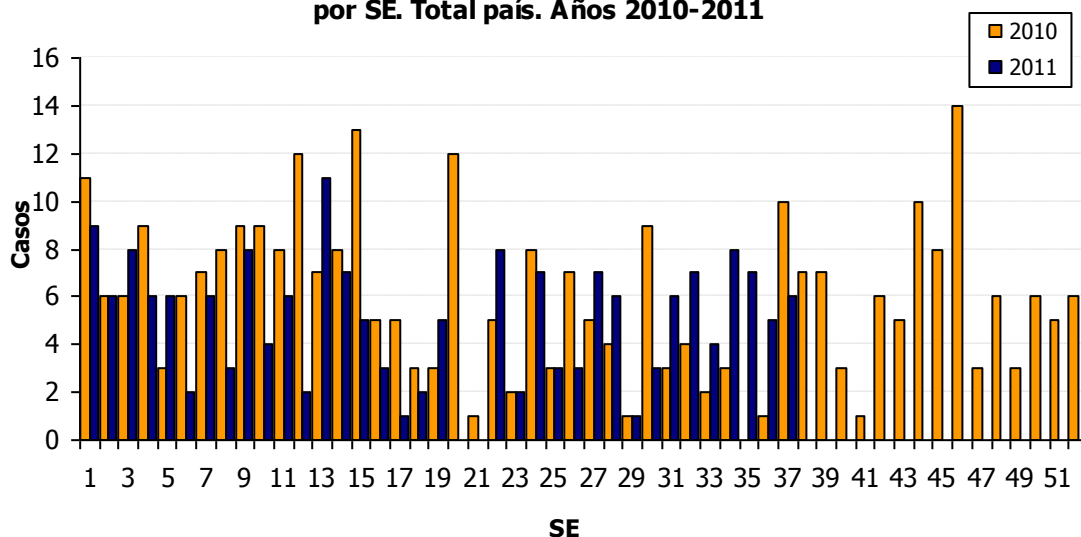
IV.4.b. Plaguicidas agrícolas

Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37º semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	6	0,04	10	0,07	12	0,08
Córdoba	30	0,89	18	0,53	9	0,26
Entre Ríos	1	0,08	2	0,16	2	0,16
Santa Fe	5	0,15	19	0,58		
Centro	42	0,16	49	0,19	23	0,09
Mendoza	0		93	5,27	62	3,51
San Juan	2	0,28	0		6	0,84
Cuyo	2	0,06	93	2,82	68	2,07
Corrientes	8	0,78	3	0,29	4	0,39
Formosa	2	0,36514	1	0,18		
Misiones	25	2,28	64	5,76	66	5,94
NEA	35	0,94	68	1,80	70	1,85
Catamarca	9	2,27	1	0,25	1	0,25
Salta	0		1	0,08	3	0,23672
Santiago del Estero	2	0,23	1	0,11		
Tucumán	0		0		10	0,66
NOA	11	0,23	3	0,06	14	0,29
Neuquén	9	1,62	5	0,88	6	1,06
Río Negro	1	0,17	0		2	0,33
Sur	10	0,43	5	0,21	8	0,34
Total PAIS	100	0,25	218	0,54	183	0,45

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Intoxicación por plaguicidas agrícolas por SE. Total país. Años 2010-2011



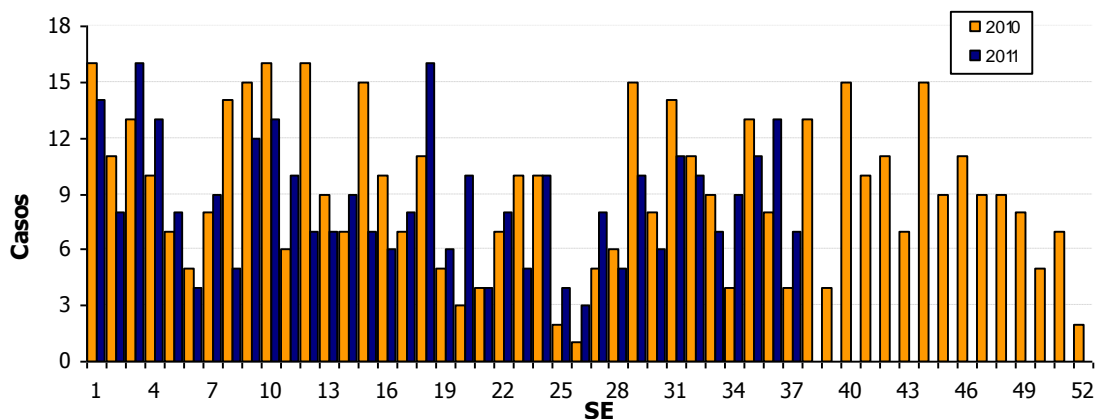
IV.4.c. Plaguicidas de uso doméstico

Intoxicación Por Plaguicidas De Uso Domestico
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
No residentes	0		1		2	
Residentes	4	0,13	4	0,13	13	0,43
Total Notificado CABA	4		5		15	
Region Sanitaria I	7	1,04	7	1,03	19	2,80
Region Sanitaria II	2	0,76	1	0,38	1	0,38
Region Sanitaria III	1	0,39	0		1	0,39
Region Sanitaria IV	0		0		8	1,43
Region Sanitaria V	7	0,22	17	0,54	13	0,41
Region Sanitaria VI	2	0,05	12	0,32	7	0,19
Region Sanitaria VII	5	0,22	9	0,39	8	0,35
Region Sanitaria VIII	5	0,43	3	0,26	7	0,60
Region Sanitaria IX	2	0,64	4	1,28	5	1,60
Region Sanitaria X	5	1,55	0		1	0,31
Region Sanitaria XI	12	1,03	23	1,96	18	1,53
Region Sanitaria XII	0		1	0,07		
Total PROVINCIA BUENOS AIRES	48	0,32	77	0,50	88	0,57
Córdoba	105	3,12	98	2,89	41	1,21
Entre Ríos	7	0,55	20	1,56	41	3,20
Santa Fe	7	0,21	7	0,21	17	0,52
Centro	171	0,65	207	0,79	202	0,77
La Rioja	2	0,57	0		1	0,281416
San Juan	1	0,14	2	0,28	14	1,96
Cuyo	3	0,09	2	0,06	15	0,46
Corrientes	9	0,88	3	0,29		
Formosa	2	0,37	5	0,90	1	0,18
Misiones	17	1,55	21	1,89	9	0,81
NEA	28	0,75	29	0,77	10	0,26
Catamarca	34	8,58	53	13,11	37	9,15
Salta	37	2,97	23	1,81	7	0,55
Santiago del Estero	2	0,23	3	0,34	6	0,68
Tucumán	0		7	0,46	30	1,98
NOA	73	1,55	86	1,80	80	1,68
Río Negro	4	0,67	10	1,66	9	1,49
Santa Cruz	0		1	0,43	1	0,43
Sur	4	0,17	11	0,47	10	0,43
Total PAIS	279	0,70	335	0,83	317	0,78

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Intoxicación por plaguicidas de uso doméstico por SE. Total país.
Años 2010-2011



IV.5. Infecciones de transmisión sexual

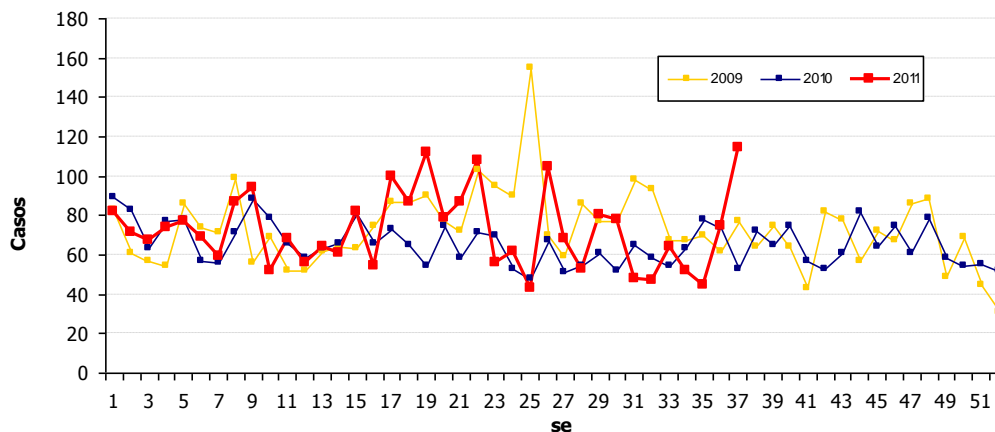
IV.5.a. Sífilis temprana y sin especificar

Sífilis Temprana Y Sin Especificar
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	690		511		556		
Buenos Aires	554	3,65	727	4,75	831	5,43	14%
Córdoba	188	5,58	284	8,36	151	4,45	-47%
Entre Ríos	12	0,95	14	1,09	34	2,65	143%
Santa Fe	307	9,41	211	6,42	149	4,54	-29%
Centro	1751	6,70	1747	6,63	1721	6,53	-1%
La Rioja	86	24,70	57	16,04	53	14,92	-7%
Mendoza	83	4,75	84	4,76	90	5,10	7%
San Juan	5	0,71	4	0,56	28	3,92	600%
San Luis	6	1,34	7	1,53	5	1,09	-29%
Cuyo	180	5,54	152	4,62	176	5,34	16%
Corrientes	44	4,29	54	5,21	48	4,63	-11%
Chaco	32	3,01	20	1,87	23	2,15	15%
Formosa	321	58,61	97	17,46	112	20,16	15%
Misiones	104	9,50	55	4,95	127	11,43	131%
NEA	501	13,44	226	5,99	310	8,21	37%
Catamarca	16	4,04	19	4,70	128	31,67	574%
Jujuy	95	13,78	45	6,44	29	4,15	-36%
Salta	114	9,15	112	8,84	135	10,65	21%
Santiago del Estero	87	9,95	63	7,13	69	7,81	10%
Tucumán	44	2,95	36	2,38	38	2,51	6%
NOA	356	7,58	275	5,77	399	8,37	45%
Chubut	1	0,2147	2	0,42	17	3,61	750%
La Pampa	6	1,78	4	1,17	2	0,585739	-50%
Neuquén	9	1,62	7	1,24	6	1,06	-14%
Río Negro	16	2,66	16	2,65	16	2,65	0%
Santa Cruz	17	7,39	9	3,84	14	5,98	56%
Tierra del Fuego	0		0		3	2,24	
Sur	49	2,11	38	1,62	58	2,47	53%
Total PAIS	2837	7,07	2438	6,02	2664	6,57	9%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos de Sífilis temprana y sin especificar por SE.
Total país. 2009-2011



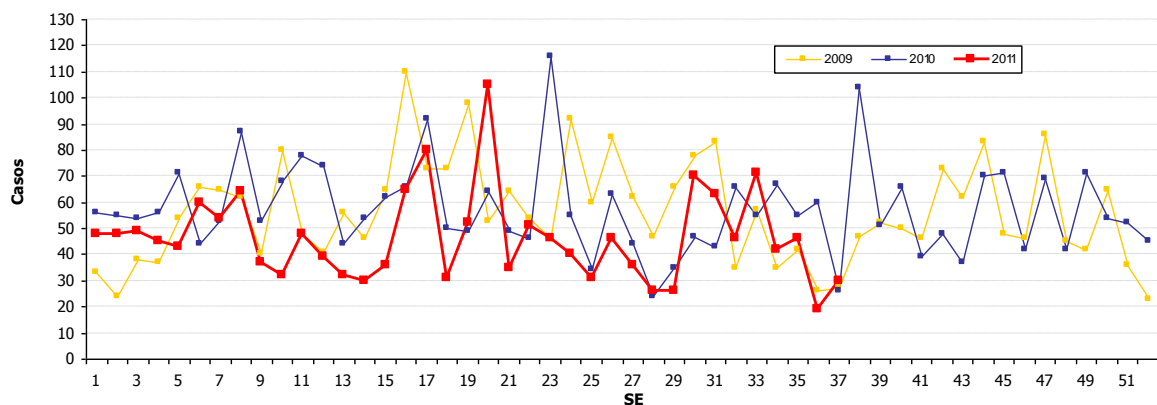
IV.5.b. Supuración genital gonocócica

Supuración Genital Gonocócica
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	42		63		79		
Buenos Aires	101	0,67	453	2,96	158	1,03	-65%
Córdoba	52	1,54	42	1,24	34	1,00	-19%
Entre Ríos	138	10,87	134	10,45	86	6,71	-36%
Santa Fe	113	3,46	109	3,32	60	1,83	-45%
Centro	446	1,71	801	3,04	417	1,58	-48%
La Rioja	19	5,46	20	5,63	12	3,38	-40%
Mendoza	15	0,86	10	0,57	13	0,74	30%
San Juan	18	2,55	65	9,09	71	9,93	9%
San Luis	18	4,03	9	1,97	8	1,75	-11%
Cuyo	70	2,15	104	3,16	104	3,16	0%
Corrientes	79	7,71	56	5,41	50	4,83	-11%
Chaco	356	33,53	305	28,47	338	31,56	11%
Formosa	105	19,17	174	31,31	113	20,33	-35%
Misiones	695	63,49	373	33,56	268	24,11	-28%
NEA	1235	33,12	908	24,06	769	20,38	-15%
Catamarca	40	10,09	76	18,80	95	23,50	25%
Jujuy	48	6,96	46	6,59	19	2,72	-59%
Salta	145	11,64	162	12,78	145	11,44	-10%
Santiago del Estero	68	7,78	69	7,81	54	6,11	-22%
Tucumán	9	0,60	67	4,43	38	2,51	-43%
NOA	310	6,60	420	8,81	351	7,37	-16%
Chubut	0		0		2	0,42	
La Pampa	2	0,59	4	1,17			
Neuquén	29	5,21	21	3,72	17	3,01	-19%
Río Negro	21	3,50	41	6,79	12	1,99	-71%
Santa Cruz	7	3,04	2	0,85	5	2,14	150%
Tierra del Fuego	1	0,77					
Sur	60	2,59	68	2,89	36	1,53	-47%
Total PAIS	2121	5,28	2301	5,68	1677	4,14	-27%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos por semana de Supuración genital Gonocócica.
Total país. Años 2009 a 2011.

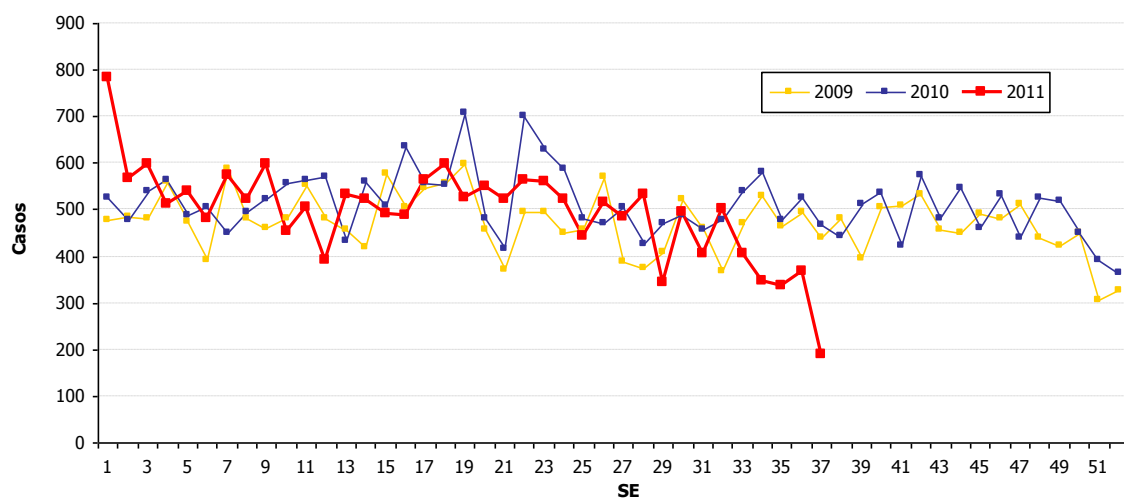


IV.5.c. Supuración genital no gonocócica y sin especificar
Supuración Genital No Gonocócica Y Sin Especificar
Casos y Tasas Acumulados por 10000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Total Notificado CABA	631		375		326		
Buenos Aires	225	1,48	226	1,48	1049	6,85	364%
Córdoba	822	24,40	892	26,26	904	26,61	1%
Entre Ríos	1149	90,55	1762	137,44	1521	118,64	-14%
Santa Fe	347	10,63	661	20,12	956	29,10	45%
Centro	3174	12,14	3916	14,87	4756	18,06	21%
La Rioja	40	11,49	8	2,25	7	1,97	-13%
Mendoza	330	18,88	368	20,84	252	14,27	-32%
San Juan	102	14,46	271	37,90	699	97,76	158%
San Luis	54	12,08	22	4,82	11	2,41	-50%
Cuyo	526	16,19	669	20,32	969	29,43	45%
Corrientes	92	8,98	184	17,77	139	13,42	-24%
Chaco	3490	328,75	2912	271,86	3572	333,48	23%
Formosa	1809	330,27	2093	376,65	1364	245,46	-35%
Misiones	1534	140,14	1019	91,68	991	89,16	-3%
NEA	6925	185,73	6208	164,49	6066	160,73	-2%
Catamarca	265	66,87	273	67,54	261	64,57	-4%
Jujuy	264	38,30	345	49,39	384	54,98	11%
Salta	4734	380,06	6539	515,98	4303	339,54	-34%
Santiago del Estero	591	67,58	334	37,80	285	32,26	-15%
Tucumán	347	23,23	357	23,62	395	26,13	11%
NOA	6201	131,96	7848	164,70	5628	118,11	-28%
Chubut	2	0,43	1	0,21			
La Pampa	615	182,21	389	113,93	429	125,64	10%
Neuquén	129	23,18	188	33,26	138	24,41	-27%
Río Negro	102	16,98	115	19,05	90	14,91	-22%
Santa Cruz	95	41,30	44	18,80	79	33,75	80%
Tierra del Fuego	0		0		249	186,25	
Sur	943	40,64	737	31,38	985	41,93	34%
Total PAIS	17769	44,27	19378	47,82	18404	45,42	-5%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Casos por semana Supuración genital no Gonocócica y sin especificar. Total país. Años 2009 a 2011.



IV.6. Enfermedades respiratorias

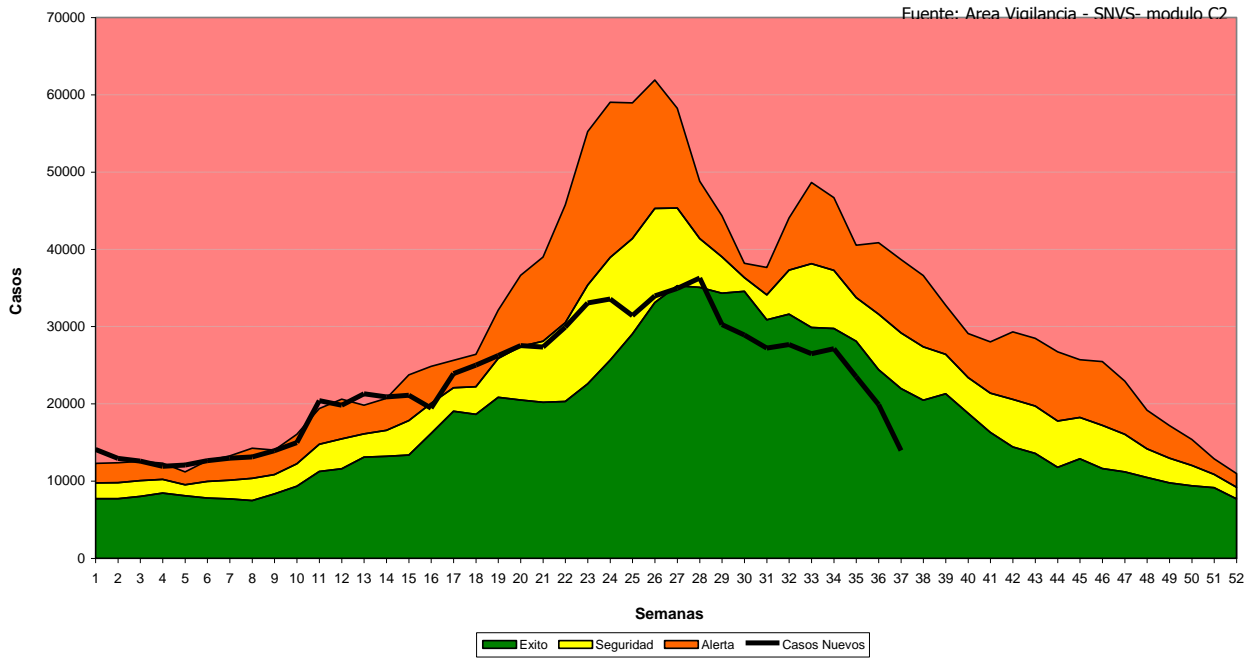
IV.6.a. Vigilancia Clínica Enfermedad tipo influenza (ETI)

Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS por Provincia
Años 2009 - 2011

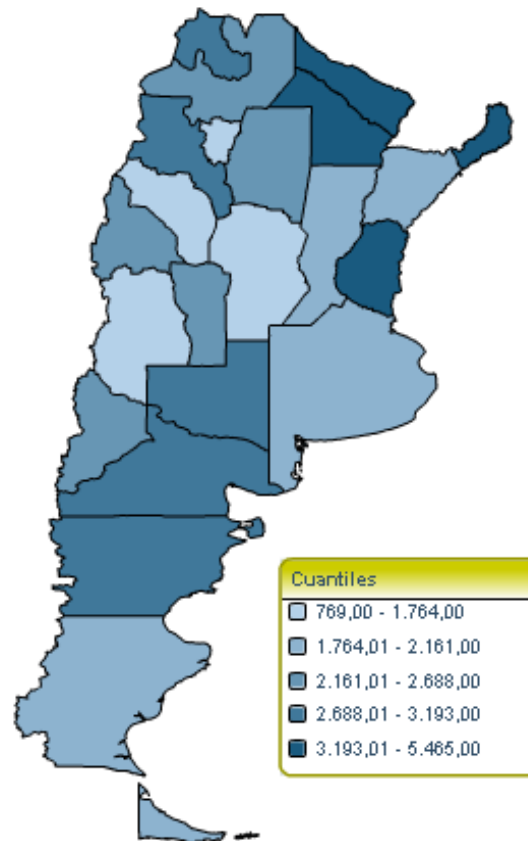
PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	10627		7133		7143		
Residentes	31241	1024,05	13201	431,64	16725	546,87	27%
Total Notificado CABA	41868		20334		23868		
Region Sanitaria I	31935	4733,03	25727	3795,14	21620	3189,29	-16%
Region Sanitaria II	20964	8013,18	13177	5013,81	11347	4317,50	-14%
Region Sanitaria III	9437	3689,12	6319	2461,13	5754	2241,07	-9%
Region Sanitaria IV	15168	2724,65	7704	1375,48	6534	1166,59	-15%
Region Sanitaria V	124066	3957,48	106081	3349,07	108441	3423,57	2%
Region Sanitaria VI	84012	2261,81	48769	1302,52	50344	1344,58	3%
Region Sanitaria VII	31566	1396,52	34773	1524,12	41025	1798,15	18%
Region Sanitaria VIII	14279	1240,59	17705	1524,76	19542	1682,96	10%
Region Sanitaria IX	18263	5853,43	8117	2591,63	7268	2320,55	-10%
Region Sanitaria X	5466	1695,91	3252	1003,42	7514	2318,47	131%
Region Sanitaria XI	24370	2095,51	9524	810,54	8703	740,67	-9%
Region Sanitaria XII	6753	489,86	11557	830,48	9278	666,72	-20%
Total PROV. BUENOS AIRES	386279	2543,76	292705	1911,13	297370	1941,58	2%
Córdoba	114467	3398,05	76408	2249,49	36889	1086,03	-52%
Entre Ríos	74604	5879,05	65317	5094,89	56335	4394,27	-14%
Santa Fe	59000	1807,54	46960	1429,45	61538	1873,21	31%
Centro	676218	2587,13	501724	1904,94	476000	1807,27	-5%
La Rioja	5875	1687,03	3195	899,12	4434	1247,80	39%
Mendoza	41468	2372,59	23880	1352,45	25860	1464,59	8%
San Juan	22787	3230,47	18672	2611,29	18360	2567,66	-2%
San Luis	14256	3188,27	11510	2519,89	9883	2163,69	-14%
Cuyo	84386	2597,64	57257	1738,83	58537	1777,71	2%
Corrientes	33049	3225,63	34633	3343,87	22148	2138,43	-36%
Chaco	68838	6484,29	45006	4201,72	34866	3255,06	-23%
Formosa	31620	5772,94	24277	4368,78	19694	3544,04	-19%
Misiones	85377	7799,65	69068	6214,22	58094	5226,87	-16%
NEA	218884	5870,50	172984	4583,58	134802	3571,87	-22%
Catamarca	16644	4199,88	14022	3468,83	12646	3128,42	-10%
Jujuy	52882	7672,58	29086	4164,26	21258	3043,52	-27%
Salta	72559	5825,27	36756	2900,33	29008	2288,96	-21%
Santiago del Estero	44767	5119,00	35754	4046,54	22545	2551,58	-37%
Tucumán	81024	5425,16	32020	2118,41	26352	1743,42	-18%
NOA	267876	5700,54	147638	3098,33	111809	2346,42	-24%
Chubut	27216	5843,38	18082	3841,22	14971	3180,34	-17%
La Pampa	19354	5734,14	10944	3205,16	9848	2884,18	-10%
Neuquén	26289	4723,74	17619	3117,09	13367	2364,84	-24%
Río Negro	28609	4762,71	20127	3333,63	17066	2826,63	-15%
Santa Cruz	7604	3306,02	5770	2464,90	4539	1939,02	-21%
Tierra del Fuego	7018	5401,41	3206	2398,01	2766	2068,90	-14%
Sur	116090	5002,95	75748	3224,74	62557	2663,18	-17%
Total PAIS	1363454	3397,22	955351	2357,79	843705	2082,25	-12%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Corredor Endémico Semanal de 2011
Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Argentina
Históricos de 5 años: 2005 a 2010 (excluyendo 2009)



Mapa: Tasas de ETI por 100.000 hab.
Total país. SE 1 a 37- Año 2011. Argentina



Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología

IV.6.b. Vigilancia Clínica de Neumonía

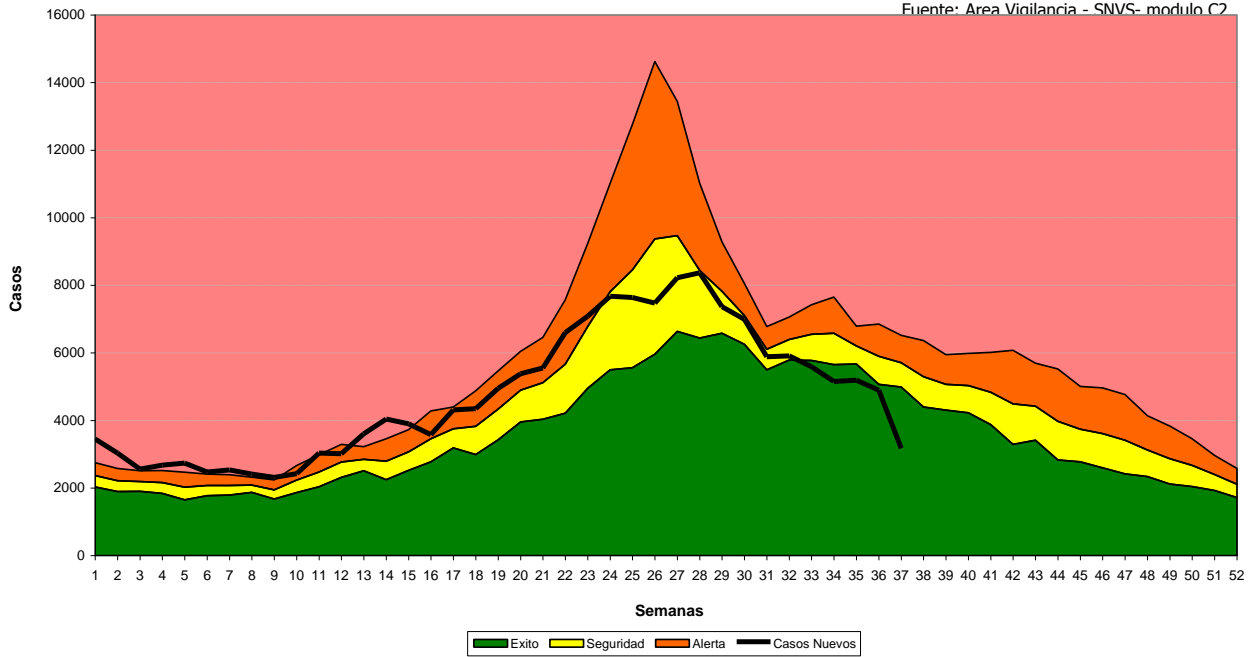
Neumonía
Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la 37ª semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011

PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	4166		4754		4397		
Residentes	8975	294,19	10555	345,13	9925	324,53	-6%
Total Notificado CABA	13141		15309		14322		
Region Sanitaria I	3408	505,09	3778	557,32	4449	656,30	18%
Region Sanitaria II	1453	555,39	1545	587,87	1631	620,59	6%
Region Sanitaria III	805	314,69	654	254,72	686	267,18	5%
Region Sanitaria IV	3000	538,89	2834	505,99	3374	602,40	19%
Region Sanitaria V	9910	316,11	11129	351,35	9763	308,23	-12%
Region Sanitaria VI	10136	272,89	9924	265,05	10514	280,81	6%
Region Sanitaria VII	7878	348,53	9011	394,96	10134	444,18	12%
Region Sanitaria VIII	7152	621,38	6803	585,87	5272	454,02	-23%
Region Sanitaria IX	2108	675,63	1940	619,41	2108	673,05	9%
Region Sanitaria X	683	211,91	937	289,11	2496	770,15	166%
Region Sanitaria XI	4598	395,37	3420	291,06	4825	410,63	41%
Region Sanitaria XII	2131	154,58	2954	212,27	2798	201,06	-5%
Total PROV. BUENOS AIRES	53262	350,75	54929	358,64	58050	379,02	6%
Córdoba	16624	493,50	15798	465,10	5852	172,29	-63%
Entre Ríos	5295	417,26	5584	435,57	5663	441,73	1%
Santa Fe	17437	534,20	14852	452,09	12586	383,12	-15%
Centro	105759	404,62	106472	404,25	96473	366,29	-9%
La Rioja	1645	472,97	1579	444,98	1721	481,32	9%
Mendoza	9951	569,35	9907	561,09	10793	611,27	9%
San Juan	2678	379,66	3683	515,07	4667	652,68	27%
San Luis	3464	774,70	4707	1030,51	3852	843,32	-18%
Cuyo	17738	546,03	19876	603,61	21033	638,75	6%
Corrientes	4363	425,84	4878	470,98	3355	323,93	-31%
Chaco	11694	1101,53	9596	895,87	7451	695,62	-22%
Formosa	4488	819,38	3652	657,20	3152	567,22	-14%
Misiones	5585	510,22	5547	499,08	6037	543,16	9%
NEA	26130	700,81	23673	627,27	19995	529,81	-16%
Catamarca	2174	548,58	2247	555,87	2498	617,97	11%
Jujuy	3171	460,08	2159	309,11	2890	413,76	34%
Salta	10432	837,51	8958	706,86	8935	705,04	0%
Santiago del Estero	3733	426,86	3740	423,28	2852	322,78	-24%
Tucumán	4915	329,10	4289	283,76	5444	360,17	27%
NOA	24425	519,78	21393	448,95	22619	474,68	6%
Chubut	2176	467,20	2547	541,07	2350	499,22	-8%
La Pampa	1772	525,00	1424	417,05	1481	433,74	4%
Neuquén	3526	633,57	3163	559,59	3915	692,63	24%
Río Negro	3564	593,32	3525	583,84	3689	611,01	5%
Santa Cruz	2104	914,76	2576	1100,45	2780	1187,59	8%
Tierra del Fuego	489	376,36	513	383,71	1293	967,13	152%
Sur	13631	587,43	13748	585,28	15508	660,21	13%
Total PAIS	187683	467,64	185162	456,98	175628	433,45	-5%

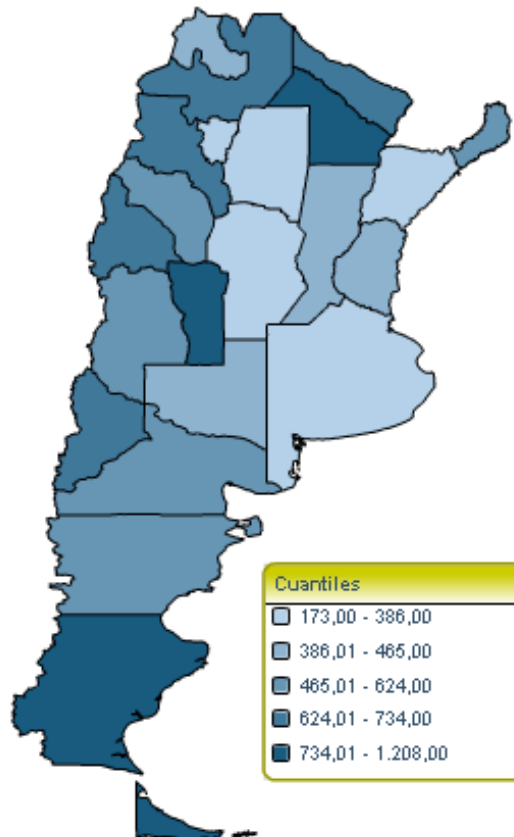
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

Corredor Endémico Semanal de 2011
Neumonía. Argentina
Históricos de 5 años: 2006 a 2010

Fuente: Área Vigilancia - SNVS- modulo C2



Mapa: Tasas de Neumonía por 100.000 hab.
Total país. SE 1 a 37- Año 2011. Argentina



Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología

IV.6.c. Bronquiolitis en menores de 2 años¹⁴

**Bronquiolitis en menores de 2 años
Casos y Tasas Acumulados por 10000 habitantes.
Hasta la 37^o semana epidemiológica
PAIS ARGENTINA por Provincia
Años 2009 - 2011**

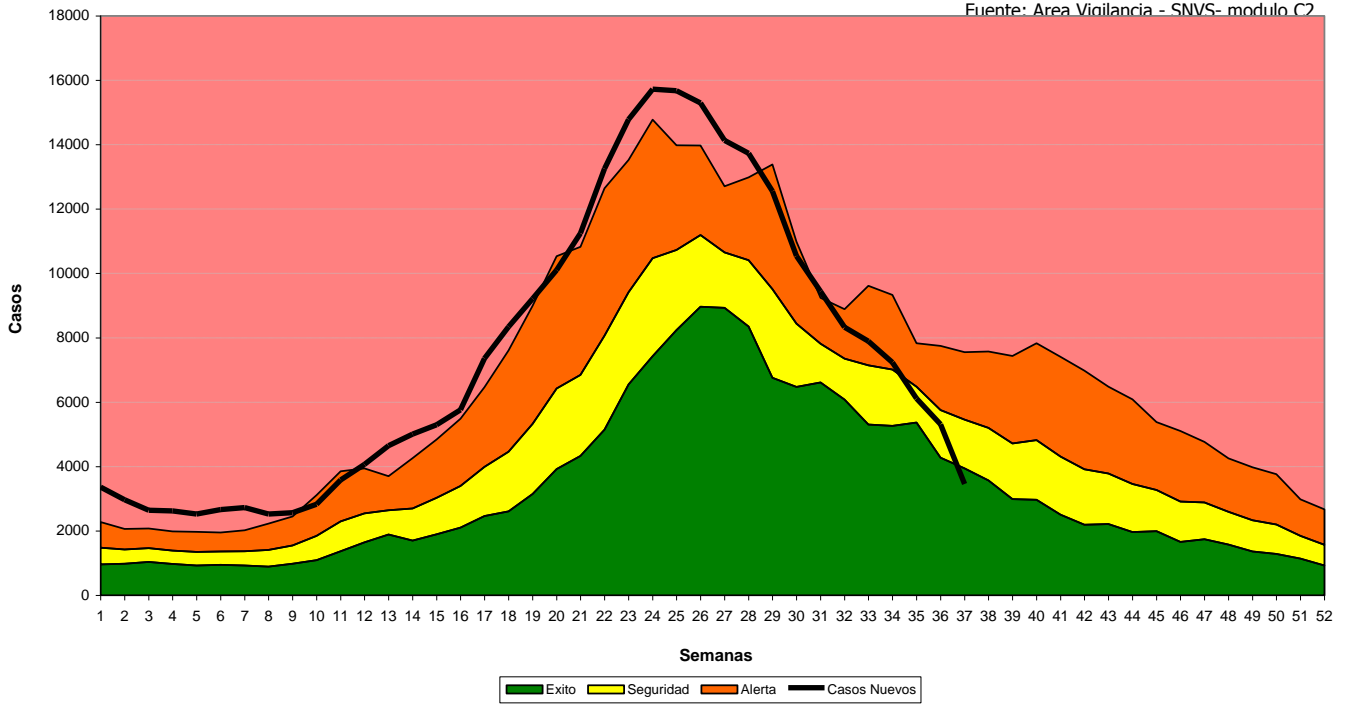
PROVINCIA	2009		2010		2011		Diferencia tasas 2010/2011
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	10383		14008		10773		
Residentes	11429	14479,19	14511	18790,55	11957	15483,33	-18%
Total Notificado	21812		28519		22730		
CABA							
Region Sanitaria I	3540	18628,64	5103	26954,36	4369	23077,33	-14%
Region Sanitaria II	1391	16844,27	1447	17586,29	1348	16383,08	-7%
Region Sanitaria III	888	12266,89	1470	20411,00	1861	25840,04	27%
Region Sanitaria IV	2188	12726,11	2691	15680,90	3761	21915,97	40%
Region Sanitaria V	28833	27319,24	34983	33000,34	31901	30093,01	-9%
Region Sanitaria VI	18813	15171,65	28782	23172,79	30737	24746,79	7%
Region Sanitaria VII	13330	18296,37	18802	25717,06	18518	25328,61	-2%
Region Sanitaria VIII	2648	8085,25	8125	24799,32	8556	26114,82	5%
Region Sanitaria IX	3103	32986,07	4099	43769,35	3250	34703,68	-21%
Region Sanitaria X	836	8848,43	1904	20214,46	2608	27688,71	37%
Region Sanitaria XI	5881	16167,25	11499	31513,61	13193	36156,10	15%
Region Sanitaria XII	3380	7223,92	5949	12687,14	5362	11435,27	-10%
Total PROV. BUENOS AIRES	84831	17352,75	124854	25492,17	125464	25616,71	0%
Córdoba	9515	9625,99	10887	10766,63	3956	3912,26	-64%
Entre Ríos	3876	8322,42	7531	16053,12	8358	17815,96	11%
Santa Fe	5148	5006,56	9880	9577,08	8088	7840,02	-18%
Centro	125182	15340,16	181671	22203,93	168596	20605,90	-7%
La Rioja	1129	8359,87	890	6418,58	890	6418,58	0%
Mendoza	6577	10154,08	7295	11271,63	7960	12299,13	9%
San Juan	7072	24870,76	7146	24976,41	8723	30488,27	22%
San Luis	1154	6284,38	2161	11613,28	1893	10173,04	-12%
Cuyo	15932	12737,96	17492	13904,06	19466	15473,15	11%
Corrientes	3167	7493,91	5768	13381,90	2870	6658,47	-50%
Chaco	11087	25075,20	14830	32638,60	13573	29872,13	-8%
Formosa	2170	8530,88	3038	11636,28	3138	12019,30	3%
Misiones	5426	10329,14	7906	14765,15	7840	14641,89	-1%
NEA	21850	13287,20	31542	18753,46	27421	16303,29	-13%
Catamarca	2085	11794,32	3473	19332,03	3657	20356,25	5%
Jujuy	7023	23376,49	7690	25247,88	7413	24338,43	-4%
Salta	7814	13641,28	12084	20660,30	12865	21995,59	6%
Santiago del Estero	16265	50282,87	13407	39392,96	14759	43365,46	10%
Tucumán	8252	14638,73	7213	12527,79	7245	12583,37	0%
NOA	41439	21391,07	43867	22096,80	45939	23140,51	5%
Chubut	1713	10013,44	1487	8657,93	2411	14037,85	62%
La Pampa	1508	13405,64	1568	13857,71	1243	10985,42	-21%
Neuquén	3854	18453,44	4101	19551,85	4210	20071,51	3%
Río Negro	2659	12105,07	3400	15493,28	3274	14919,12	-4%
Santa Cruz	1412	15671,48	2193	24122,76	2340	25739,74	7%
Tierra del Fuego	847	16345,04	1651	31387,83	1571	29866,92	-5%
Sur	11993	14043,49	14400	16790,85	15049	17547,60	5%
Total PAIS	216396	15627,87	288972	20692,97	276471	19797,79	-4%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - SNVS - Módulo C2

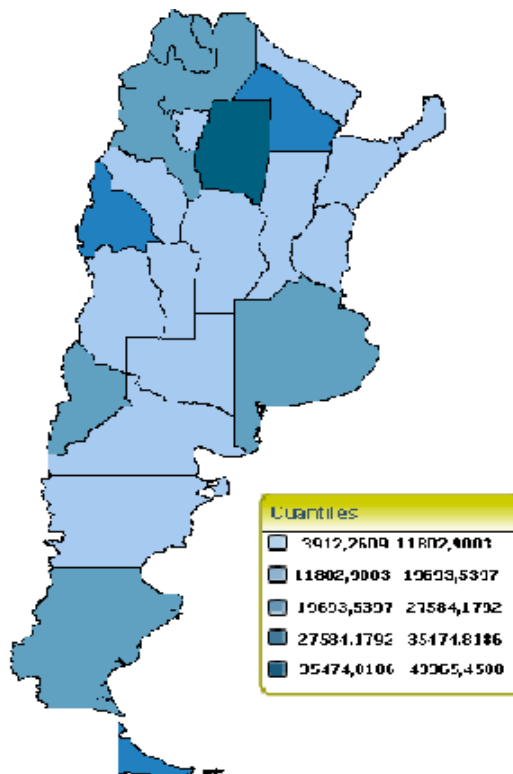
¹⁴ El evento bronquiolitis en menores de 2 años comenzó a notificarse a nivel nacional de manera oficial a partir del 2006.

Corredor Endémico Semanal de 2011
Bronquiolitis en menores de 2 años. Argentina
Históricos de 5 años: 2006 a 2010

Fuente: Área Vigilancia - SNVS- modulo C2



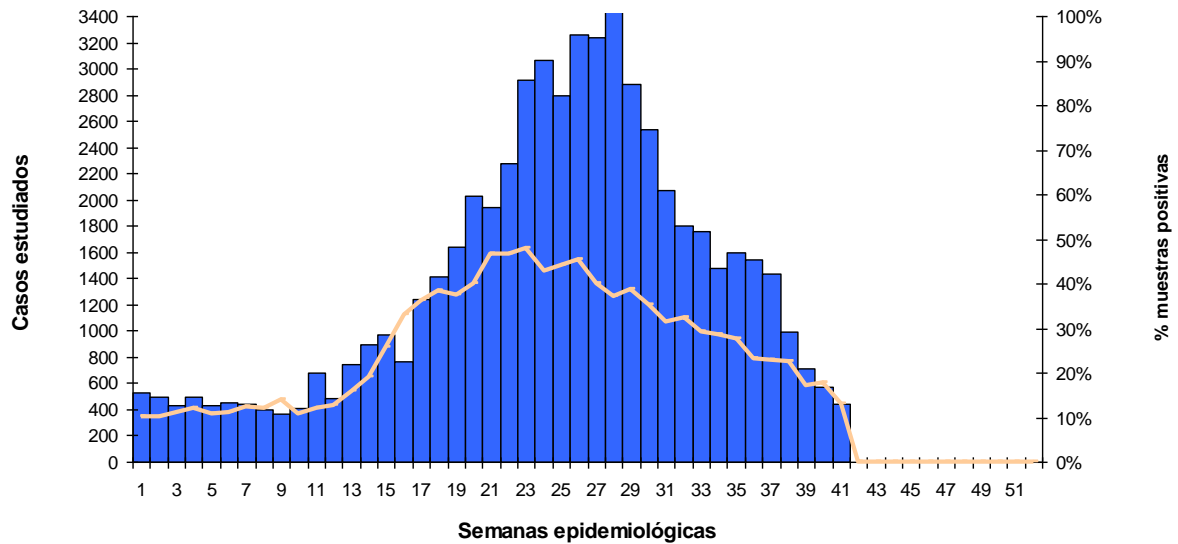
Mapa: Tasas de Bronquiolitis < 2 años por 100.000 hab.
Total país. SE 1 a 37- Año 2011. Argentina



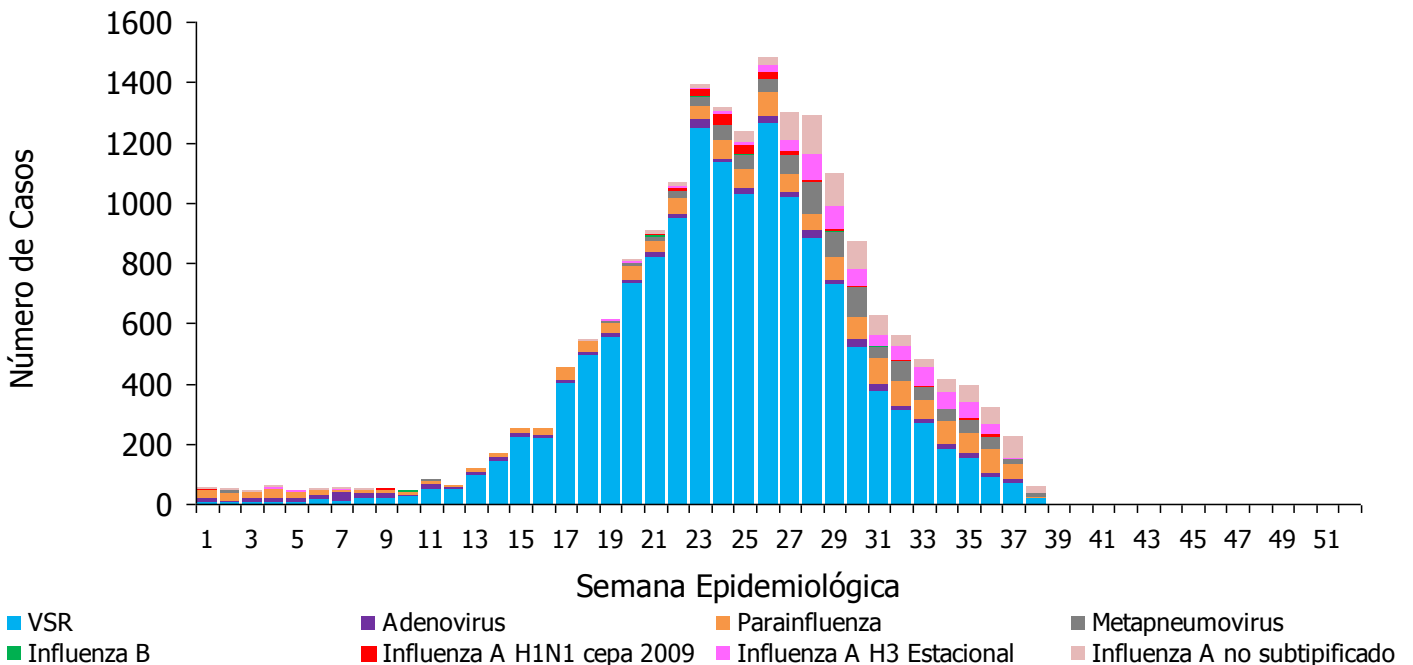
Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud - Dirección de Epidemiología

IV.6.d. Vigilancia Laboratorial

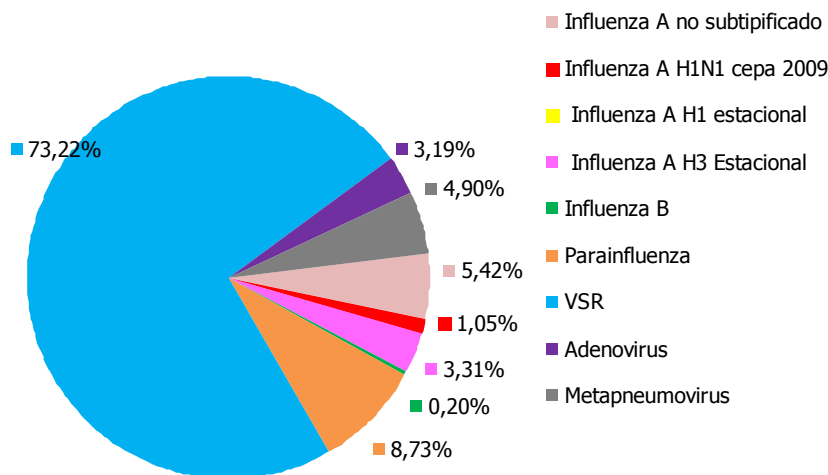
Casos positivos por SE y porcentaje de positividad general. SE 1 a 41 de 2011. Muestras estudiadas=58137.



Distribución virus respiratorios en vigilancia por semana epidemiologica SE 1 a 38 de 2011. Argentina n=18890



Distribución porcentual de virus respiratorios identificados. Argentina. SE 1 a 41 de 2011. n=19684



Proporción de muestras positivas virus respiratorios	34,77%
Proporción de muestras positivas para influenza	9,39%
Proporción positivo para influenza A en muestras positivas	9,20%
Proporción de nuevo H1N1 en positivos para influenza	10,99%
Proporción de sin subtipificar en positivos para influenza A	52,99%
Proporción de H3 en positivos para influenza A	35,79%

Provincia	Virus Influenza A			Virus Influenza B	Total	Porcentaje del total de casos de Influenza
	Influenza A no subtipificado	Influenza A H3	Influenza A H1N1			
BUENOS AIRES	260	210	2	23	495	25%
CAPITAL FEDERAL	366	75	4	5	450	23%
NEUQUEN	138	63	18		219	11%
CORDOBA	53	92	1		146	7%
MENDOZA			141		141	7%
SALTA	89		21	1	111	6%
SANTA FE		92	6	1	99	5%
TUCUMAN	52	11	3		66	3%
CHUBUT	32	19			51	3%
LA PAMPA	15	19	1		35	2%
RIO NEGRO	9	21			30	2%
SAN JUAN	25				25	1%
ENTRE RIOS		18		1	19	1%
SAN LUIS		10	4	1	15	1%
CHACO	4	6	1		11	1%
CORRIENTES	10				10	1%
SANTA CRUZ	5	3		3	11	1%
MISIONES	2	2		3	7	0%
SANTIAGO DEL ESTERO	1	5		1	7	0%
JUJUY		2	4		6	0%
FORMOSA	5				5	0%
CATAMARCA		3			3	0%
TIERRA DEL FUEGO			1		1	0%
Total general	1066	651	207	39	1963	100%

Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas, SE 1 a 41 de 2011. Argentina n= 1963

