

# *EpiCiudad*

2 de Septiembre del 2014

El ***EpiCiudad*** es un reporte periódico de las notificaciones recibidas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCBA y de noticias epidemiológicas nacionales e internacionales. La información proviene de fuentes formales e informales quedando bajo responsabilidad de los editores originales, la veracidad de los datos brindados.

**Departamento de Epidemiología**

**Tel: 4123-3240-42**

[epidemiologiaca@buenosaires.gob.ar](mailto:epidemiologiaca@buenosaires.gob.ar)

[rforlenza@buenosaires.gob.ar](mailto:rforlenza@buenosaires.gob.ar)

Índice	Pág.
Enfermedad por virus Ébola (Introducción, transmisión, clínica, diagnóstico y tratamiento)	3
Situación mundial. Epidemia de Ébola en África occidental	8
Protocolo Nacional de manejo y notificación de casos EVE	11
Plan de contingencia Ciudad de Buenos Aires	12
I. Vigilancia Epidemiológica	13
II. Planificación de la asistencia	18
III. Prevención y control de infecciones	20
IV. Atención del paciente	25
V. Toma de muestra para diagnóstico virológico	26
VI. Comunicación	27
Consolidado de eventos de notificación obligatoria hasta Cuatrimestre 8	28
Equipo de Epidemiología	33

## Enfermedad por virus Ébola (EVE). Introducción.

- ❖ Conocida anteriormente como fiebre hemorrágica del Ébola, es una enfermedad aguda grave, con una tasa de letalidad entre el 50% y el 90%.
- ❖ Es causada por los Ébolavirus, género que pertenece a la familia Filoviridae. Se conocen cinco especies: Zaire (1976); Sudan (1976); Reston (1989); Tai Forest (1994) y Bundibugyo (2007).
- ❖ Las especies Bundibugyo , Zaire y Sudan se han asociado a grandes brotes en África. En cambio, la especie Reston encontrada en Filipinas y China puede producir infección en humanos pero no enfermedad.
- ❖ Aún se desconoce el reservorio natural de los virus del Ébola, aunque se cree en base a evidencia disponible que se trata de un virus zoonótico y que el reservorio más probable son los murciélagos frugívoros.



Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>  
<http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/about.html>

## EVE. Periodo y modo de transmisión.

- ❖ Al comienzo de un brote, se cree que la enfermedad se adquiere por el contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados (**transmisión animal-humano**).
- ❖ Posteriormente, se produce la **transmisión persona a persona** mediante el **contacto directo** con fluidos o secreciones corporales de las personas enfermas o del cadáver. Todos los fluidos pueden transportar virus. La transmisibilidad empieza con la fase febril y aumenta a medida que progresa la enfermedad. La carga viral se incrementa con la muerte, usualmente hasta 9-10 días post-mortem. Los hombres pueden transmitir el virus por semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica.
- ❖ También puede ocurrir a través de un **contacto indirecto** con el medio ambiente y fómites contaminados con fluidos corporales.
- ❖ En todos los casos, la transmisión es a través de las mucosas o de una solución de continuidad en la piel.



Fuente: <http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/transmission/index.html>  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>

Heymann, David. El control de las enfermedades transmisibles. 19 edición. OPS. 2011.

# Ciclo ecológico del virus Ébola

## Ciclo Enzoótico

Nueva evidencia implica a los murciélagos como reservorio del virus Ébola, aunque el modo de transmisión del mismo entre las poblaciones de murciélagos permanece desconocido.

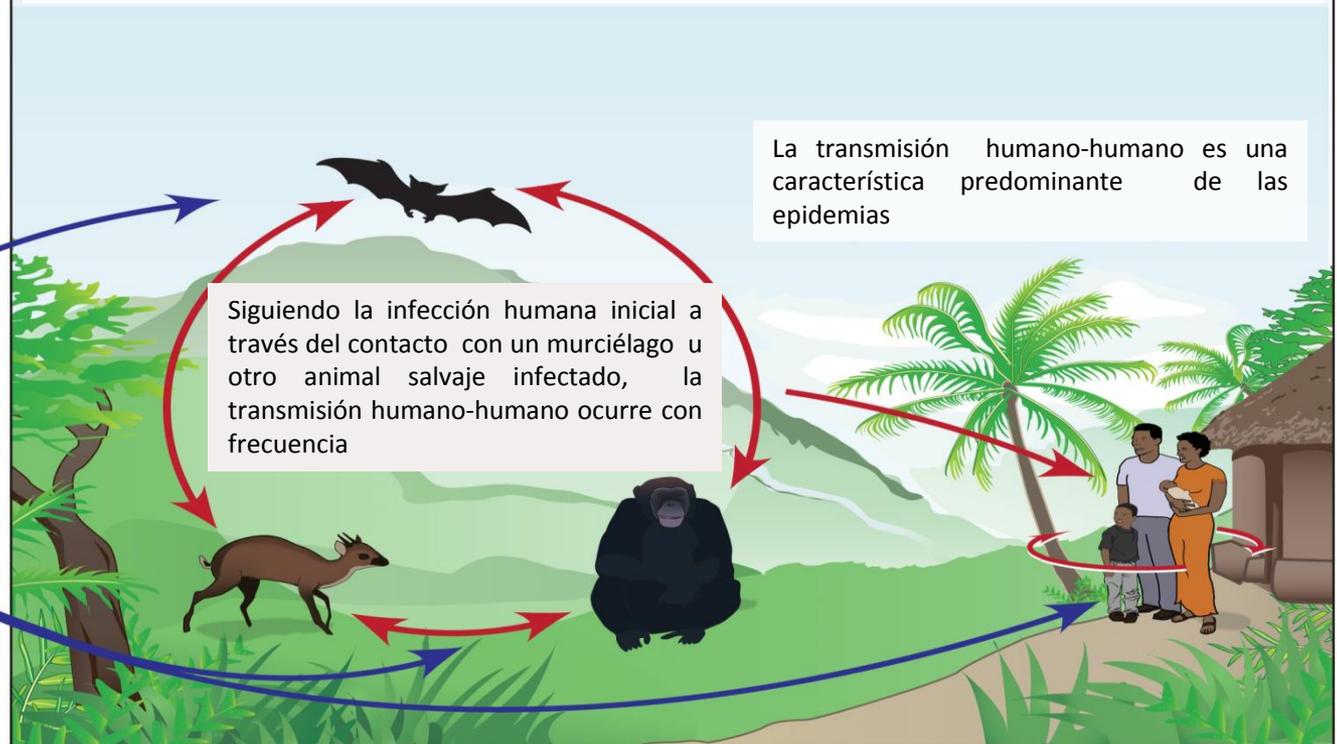
### Ebolaviruses:

- Ebola virus (formerly Zaire virus)
- Sudan virus
- Tai Forest virus
- Bundibugyo virus
- Reston virus (non-human)



## Ciclo Epizoótico

Epizootias causadas por virus Ébola ocurren esporádicamente, produciendo alta mortalidad entre primates y antílopes y pueden preceder a brotes en humanos. Las epidemias causadas por este virus produce enfermedad aguda en humanos, con la excepción del virus Reston que no genera enfermedad detectable. Se sabe poco de los primeros pasos de transmisión animal - humano, que disparan olas de transmisión humano - humano y causando brotes o epidemias.



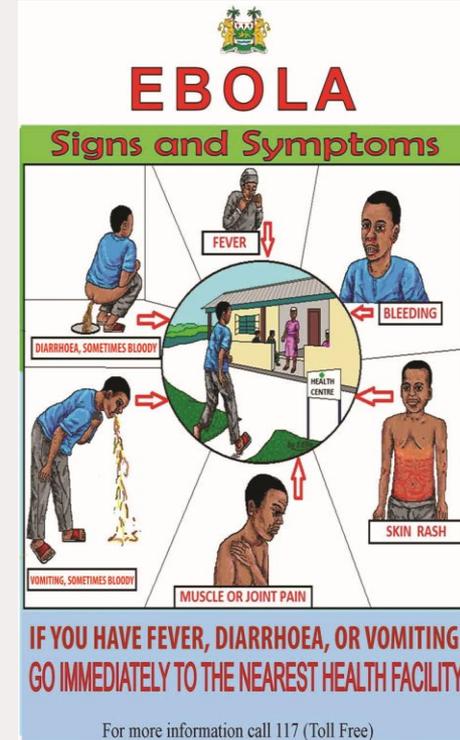
La transmisión humano-humano es una característica predominante de las epidemias

Siguiendo la infección humana inicial a través del contacto con un murciélago u otro animal salvaje infectado, la transmisión humano-humano ocurre con frecuencia

Fuente: <http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/resources/virus-ecology.html>

## EVE. Incubación y síntomas.

- ❖ El período de incubación de la EVE varía de 2 a 21 días, con un promedio de 8 a 10 días.
- ❖ El cuadro clínico se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, debilidad intensa, dolor muscular, dolor de cabeza y dolor de garganta, lo cual es seguido por vómitos, diarrea, erupción cutánea, deterioro de la función renal y hepática, y en una fase avanzada, sangrados tanto internos como externos.
- ❖ Los resultados de laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas.
- ❖ Los síntomas hemorrágicos en casos moderados pueden incluir petequias, epistaxis, equimosis y hematomas. En los casos graves encontramos hemorragia gastrointestinal, shock, CID.
- ❖ Si el paciente sobrevive hasta el día 14, se incrementan las probabilidades de sobrevivencia
- ❖ La convalecencia se caracteriza por la resolución de la viremia y el desarrollo de anticuerpos (seroconversión).



Fuente: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/es/>

[http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle\\_cn/relmenu.111/id.3929](http://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.conts/mem.detalle_cn/relmenu.111/id.3929)

## EVE. Diagnóstico y Tratamiento.

Entre las **pruebas de laboratorio** utilizadas para realizar el diagnóstico encontramos:

- ❖ En los primeros días después del inicio de los síntomas: Análisis de inmunoadsorción enzimática o ELISA de captura de antígeno; ELISA IgM; Reacción en cadena de la polimerasa (PCR); aislamiento del virus.
- ❖ En etapas más avanzadas de la enfermedad o luego de la recuperación: Anticuerpos IgM e IgG
- ❖ Para los pacientes fallecidos: Prueba Inmunohistoquímica; PCR; Aislamiento del virus.

**No existe un tratamiento aprobado específico ni vacuna con licencia disponible para el uso en seres humanos o animales.**

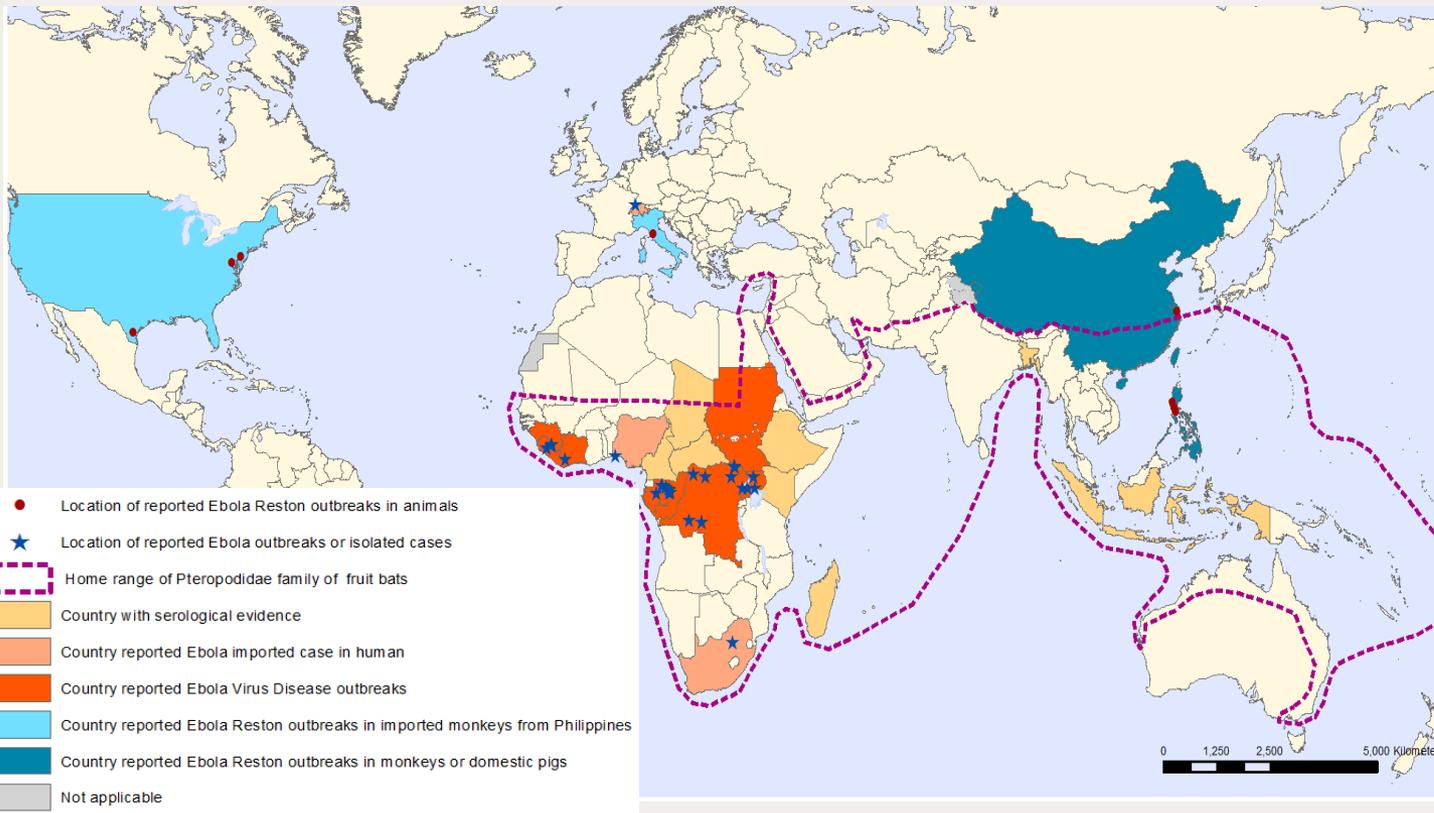
EL paciente debe ser aislado. Se tratan los síntomas a medida que aparecen. Los casos graves requieren cuidados intensivos . Las medidas básicas de intervención son:

- ❖ Hidratación intravenosa y mantener el balance hidroelectrolítico.
- ❖ Mantener niveles adecuados de oxígeno y de presión arterial.
- ❖ Prevenir infecciones secundarias empleando antibióticos.

Fuente: <http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/diagnosis/index.html>  
<http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/treatment/index.html>

## Situación mundial. 1976-2014

### Distribución geográfica de brotes de EVE en humanos y en animales y murciélagos fruteros de la familia Pteropodidae. OMS. 2014



Desde que la primera especie de Ébolavirus fue descubierta en 1976 cerca del río Ébola (República Democrática del Congo), se han producido brotes esporádicamente. Todos los que comprometieron a humanos, ocurrieron en África, dentro del área de distribución de los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae.

Fuente: OMS. Disponible en <http://who.int/csr/disease/Ébola/maps/en/>

# Situación mundial. Alerta por brote de EVE 2014.



Actualmente esta ocurriendo la mayor epidemia de Ébola de la historia y la primera en el África occidental, afectando a cuatro países: Guinea, Liberia, Nigeria y Sierra Leona.

La propagación entre y dentro de los tres países vecinos que registran la mayoría de los casos (Guinea, Liberia y Sierra Leona), se debe a la alta circulación transfronteriza, por lo que la introducción de EVE en países vecinos adicionales de la sub-región no puede ser excluido.

Fuente: CDC. Disponible en <http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/resources/distribution-map-guinea-outbreak.html>

## Situación mundial. Alerta por brote de EVE 2014.

### Epidemia de EVE. Casos notificados (confirmados, probables y sospechosos) y fallecidos según país de África occidental. Actualización al 28 de Agosto de 2014.

País	Confirmados		Probables		Sospechosos		Total notificados	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
<b>Guinea</b>	482	287	141	141	25	2	648	430
<b>Liberia</b>	322	225	674	301	382	168	1 378	694
<b>Nigeria</b>	13	5	1	1	3	0	17	6
<b>Sierra Leona</b>	935	380	37	34	54	8	1 026	422
<b>Total</b>	1 752	897	853	477	464	178	3 069	1 552

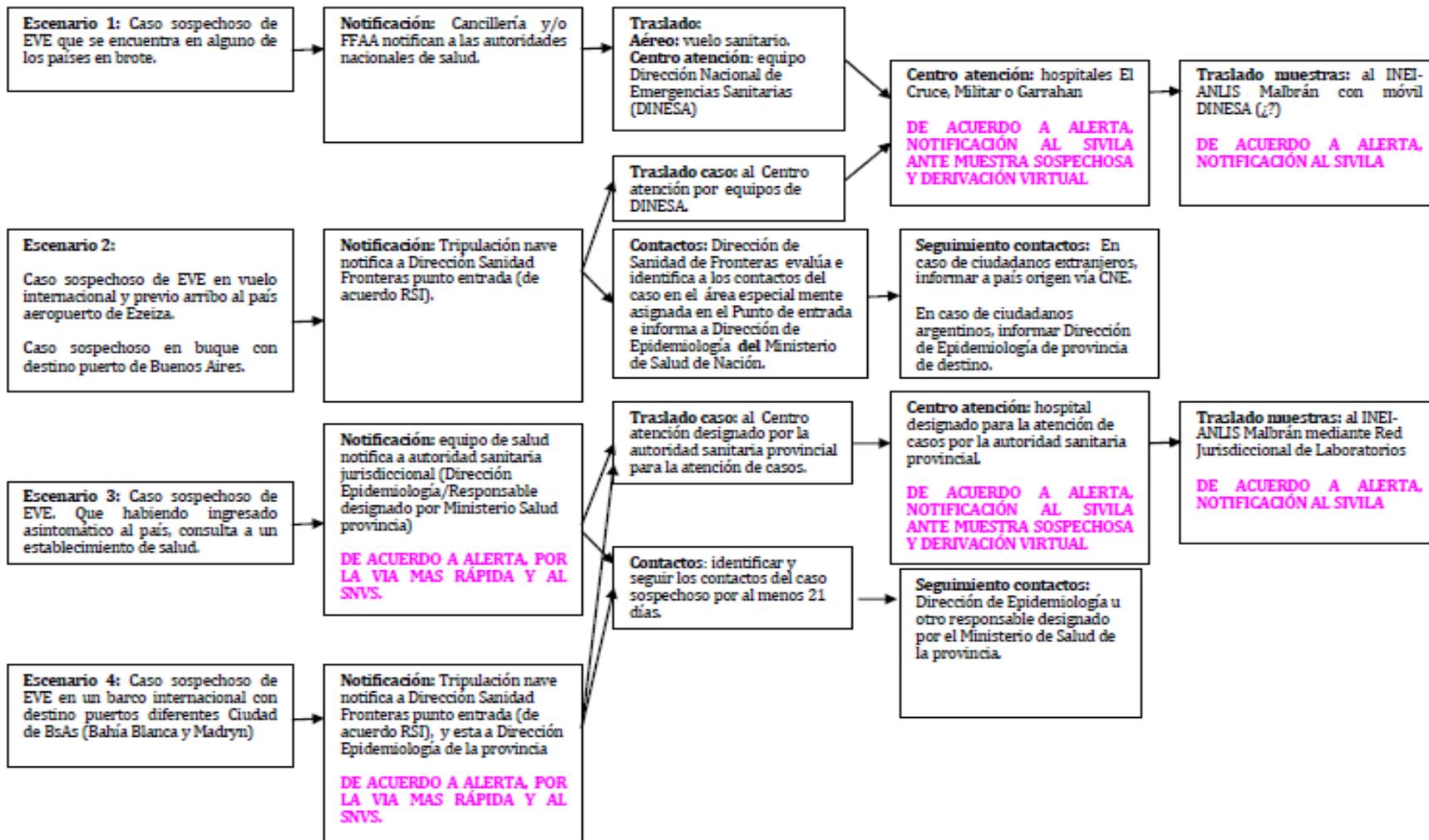
El total de casos notificados (confirmados, probables, sospechosos) en la región al 28/08/14 era de 3.069 con 1.552 muertes . La tasa global de letalidad fue del 52%. Más del 40% del total de casos se han producido en las últimas tres semanas, concentrándose la mayoría de los casos en sólo unas pocas localidades.

EL 30 de agosto se informó sobre un caso de Ébola en Senegal, en un paciente que es contacto estrecho de otro caso confirmado en Guinea.

Otro brote de EVE, en la República Democrática del Congo, fue confirmado por laboratorio el 26 de agosto y no está relacionado con la Epidemia en África occidental.

Fuente: <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news.html>

<http://www.cdc.gov/vhf/Ébola/outbreaks/guinea/index.html>



## Plan de contingencia Ciudad de Bs As

El principal riesgo de introducción del virus al país es el ingreso de viajeros virémicos desde zonas con transmisión activa.

Aunque nuestro país no dispone de vuelos directos con los países donde se ha documentado la transmisión de EVE, la introducción del virus del Ébola en el territorio puede darse a través de viajeros internacionales.

### Componentes del plan:

- I. Vigilancia epidemiológica
- II. Planificación de los servicios de salud
- III. Prevención y control de infecciones
- IV. Atención del paciente
- V. Toma y derivación de muestras para diagnóstico por laboratorio
- VI. Comunicación social

## I. Vigilancia Epidemiológica

### DEFINICION DE CASO SOSPECHOSO

**Todo paciente que haya presentado fiebre (mayor a 38°C) y alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas:**

- ❖ Viaje a regiones con circulación activa de virus del Ébola
- ❖ Contacto con caso sospechoso o confirmado de EVE
- ❖ Contacto directo con muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de Enfermedad por virus del Ébola

## Modalidad de vigilancia

- ❖ **Notificación individual e inmediata**: al servicio de Promoción y Protección de la Salud del respectivo hospital, o al Dpto. de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Ciudad: (4123-3240/45). e-mail: [Epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar](mailto:Epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar) / [rforlenza@buenosaires.gob.ar](mailto:rforlenza@buenosaires.gob.ar), FUERA DE HORARIO: / 15-3682- 4897
- ❖ **Registro en forma individual en el modulo C2 y SIVILA del SNVS** (Enfermedad por virus Ébola, según clasificación del caso). El Hospital de referencia, remitirá la ficha Epidemiológica específica al egreso del enfermo
- ❖ **Debe indagarse exhaustivamente** además del lugar preciso de origen :
  - Transporte utilizado ( ej. Compañía de transporte, N° de vuelo y N° de asiento) ,
  - Si ha sido escala de otro,
  - Si en el pasaje había pasajeros con cuadros febriles,
  - Si viajó con acompañantes,
  - Domicilio y teléfono donde se aloja
  - Los desplazamientos del paciente en los 21 días previos al inicio de los síntomas y cualquier otro dato que permita localizarlo fácilmente

## Investigación de contactos

- ❖ **Identificar los contactos del caso (familiares o acompañantes), su residencia y teléfonos**(casa, hotel, otros) y la presencia o no de síntomas en los contactos; aun cuando el diagnóstico confirmatorio esté pendiente, que será interrumpido si se descarta tras el diagnóstico de laboratorio.
  
- ❖ **Se define como CONTACTO a toda persona que haya estado expuesta con el virus del Ébola en los 21 días anteriores a la aparición de los síntomas.**
  
- ❖ **Los contactos de un caso pueden ser :**
  - **CONTACTOS ESTRECHOS (DE ALTO RIESGO)**
  - **CONTACTOS CASUAL (DE BAJO RIESGO)**

## Investigación de contacto estrecho

### Contacto estrecho (de alto riesgo):

- ❖ Aquel que ha tenido contacto físico directo con un paciente sintomático, con su sangre, orina o demás secreciones, o con sus ropas, ropa de cama o fómites contaminados con cualquier fluidos.
- ❖ Ha atendido al paciente o manejado sus muestras sin las medidas de protección adecuadas (contactos familiares, personal de laboratorio, de enfermería, de ambulancia, médicos y otro personal). No es un contacto aquella persona que utilizó adecuadas medidas de protección;
- ❖ Ha estado en contacto con el cadáver de una persona fallecida por enfermedad por virus Ébola;
- ❖ Ha tenido contacto con un animal infectado con enfermedad por virus Ébola, su sangre, fluidos corporales o su cadáver;

### Actuación para los contactos estrechos (de alto riesgo):

- ❖ Vigilancia activa supervisada durante los 21 días posteriores a la última fecha de exposición posible a la infección Seguimiento de contactos por equipos hospitalarios de Áreas Programáticas
- ❖ Indicar autocontrol de temperatura por 21 días (control diario de temperatura y ocurrencia de otros síntomas). Los contactos sintomáticos serán derivados al hospital de referencia para su control y tratamiento en ambulancia adecuada por SAME. No se requiere restricción de movimientos o trabajo mientras se mantengan asintomáticos

## Investigación de contacto casual

### Contacto casual (de bajo riesgo):

- ❖ Coincidencia en un mismo espacio con un paciente sintomático, pero sin contacto físico directo con él ni con sus fluidos corporales.

### Actuación para los contactos de bajo riesgo:

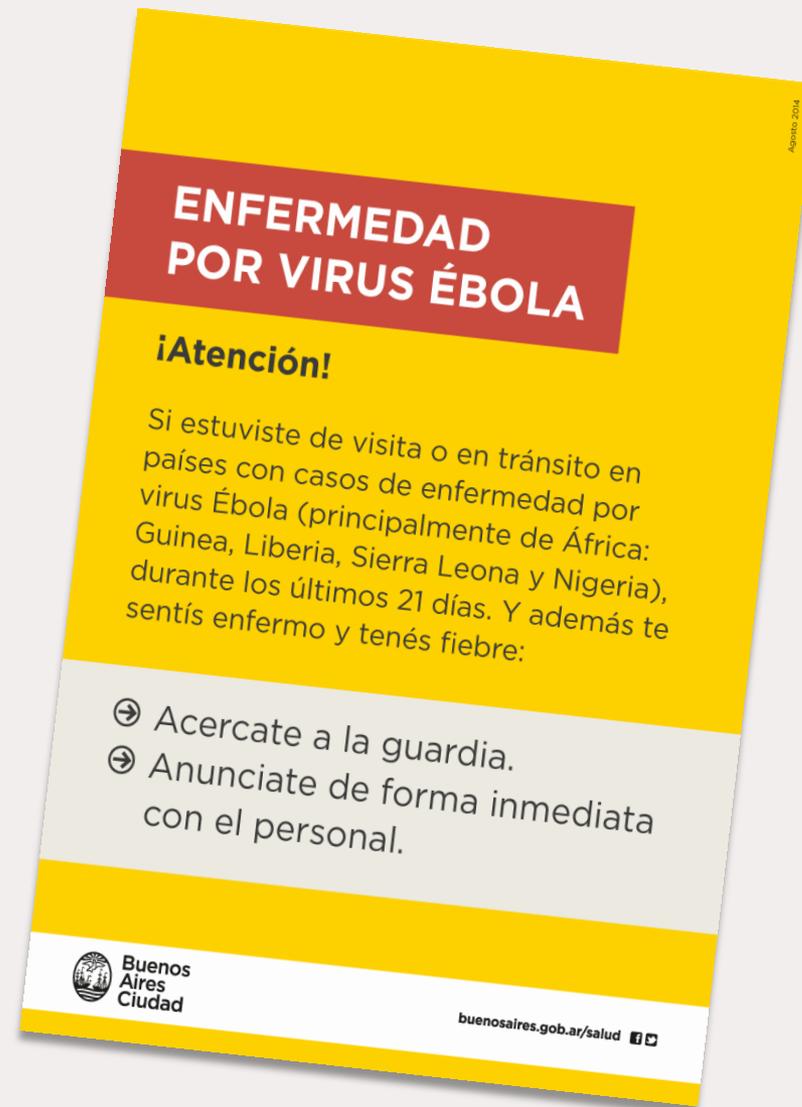
- ❖ No se requiere seguimiento activo de quienes no son contactos estrechos porque el riesgo de infección es mínimo.
- ❖ En determinadas situaciones, tras una valoración del riesgo desde Salud Pública, se indicará a estos contactos una vigilancia pasiva durante los 21 días posteriores a la última exposición al caso, indicando que se tomen la temperatura diariamente, durante los 21 días y que ante la presencia de fiebre o cualquier síntoma de enfermedad, contacten con la persona/institución que se les indique como responsable de su seguimiento;

## II. Planificación de la asistencia

- Se dispondrá de centro de orientación telefónica coordinado por SAME para casos sospechosos que consulten desde domicilio en CABA o de centros asistenciales de OOSS o privados que requieran derivar enfermos
- Los servicios de guardia y consultorios externos de las instituciones de salud dispondrán de cartelera informativa que oriente al paciente sospechoso para su asistencia diferenciada
- Cada institución deberá disponer de una área para la recepción de los pacientes sospechosos donde brindar la primera asistencia médica, aislamiento transitorio y notificación del caso, hasta su derivación al hospital de referencia.
- Cada hospital deberá elaborar un plan operativo local adecuando estas recomendaciones básicas

## Afiche entradas Hospitales

- Formato 1.20 x 0.90 m



### III. Prevención y control de infecciones

El personal de salud debe mantener estrictas medidas de precauciones de contacto con los equipos de protección personal

#### **Equipo de protección personal**

- Ambo descartable
- Camisolín impermeable descartable
- Cubre calzado doble
- Guantes de vinilo
- Guantes de Látex
- Antiparras
- Barbijo quirúrgico ó N95
- Gorro

## Procedimientos de uso del Equipo de protección personal.

Estos procedimientos deben practicarse y cumplirse estrictamente .

- ❖ El personal en contacto con el paciente debe **Lavarse las manos antes y después de la atención directa al paciente** y colocarse en este orden:
  - 1) Ambo descartable y gorro
  - 2) Barbijo quirúrgico o Barbijo N95,
  - 3) Antiparras
  - 4) Protector de calzado descartable,
  - 5) Primer par de guantes (preferentemente de vinilo)
  - 6) Camisolín impermeable, por encima del AMBO DESCARTBLE
  - 7) Segundo par de guantes de látex, que se fija con tela adhesiva al puño del camisolín
- ❖ **Colocar al paciente un camisolín sobre su vestimenta, antes de su examen**
- ❖ **El procedimiento y los pasos para retirar la vestimenta de protección con la que asistió al paciente es MUY importante ya que involucra un riesgo para el Trabajador de salud y de contaminación de objetos y ambiente.**
- ❖ **Se recomienda la asignación de dos espacios físicos: el propiamente dicho (donde asistirá el paciente) y un anexo o división estrictamente asignada donde se llevará a cabo el retiro del equipo de protección personal.**

## Procedimiento para desvestirse

**Los 4 primeros pasos siguientes, se harán en el espacio físico de la atención del paciente y serán descartados en bolsa roja**

1. Retire el protector de las botas
2. Retire con técnica de envoltura el camisolín impermeable, con el arrastre cuidadoso de los guantes fijados al puño
3. Retírese la antiparra y deposítela en un recipiente con hipoclorito de sodio al **0,5% (En 1 litro de agua colocar 5cm de lavandina)**
4. Lávese cuidadosamente las manos con guantes de vinilo colocados

### **En la antesala**

5. Retire gorro y barbijo y descártelo en bolsa roja
6. Retírese el ambo descartable y colóquese uno limpio
7. Retírese los guantes de vinilo
8. Lávese las manos
9. Retírese del lugar

## Bioseguridad post exposición

•Control postexposición del personal: El profesional que asistió un caso sospechoso **con las medidas de bioseguridad** deberá registrar el hecho y podrá continuar su actividad asistencial prestando atención a la eventual aparición de síntomas en los próximos 21 días:

1. - Si no presenta ningún síntoma no se recomienda aislamiento
- 2.- Si presenta fiebre, se realizará aislamiento domiciliario y derivación al Hospital de referencia.

❖El ambiente de trabajo debe limpiarse con los mismos recaudos de protección del personal asistencial, y puede utilizarse nuevamente luego de realizada la limpieza correspondiente. Requiere de tres tiempos diferentes:

1. - Lavado y fregado con agua jabonosa o detergente.
2. - Enjuagado y secado,
3. - Desinfección con hipoclorito de sodio (lavandina) diluido al 0.5%.

### Categoría 3. Fiebre Hemorrágicas Virales

El examen post-mortem de los restos del paciente debe limitarse a las evaluaciones esenciales solamente y deben realizarse por personal capacitado con equipos de protección personal adecuado a la tarea.

Para la disposición final se tendrá en cuenta:

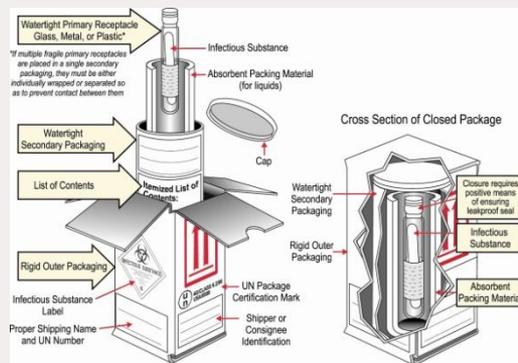
- ❖ Embolsado bolsas de plástico resistente con su correspondiente identidad
- ❖ Salida del Hospital en cajón cerrado y sellado. El transporte debe realizarse en furgonetas cerradas y preferentemente refrigeradas. **NO REALIZAR EL TRASLADO EN AMBULANCIAS**
- ❖ Funeral no permitido
- ❖ Embalsamiento no permitido
- ❖ Preparación higiénica en funeraria no permitido
- ❖ Cremación obligatoria

## IV. Atención del paciente :

- ❖ Limitar el acceso al consultorio de examen
- ❖ Atención médica según cuadro clínico y estado del paciente.
- ❖ Limitar el uso de agujas y otros objetos punzo-cortantes tanto como sea posible
- ❖ No tomar muestras clínicas ni otros estudios complementarios sin indicación
- ❖ Evite realizar procedimientos que generen aerosoles en estos pacientes.
- ❖ Antes de salir del área de aislamiento de un paciente con sospecha o confirmación de EVE, **retire con cuidado su equipo de protección**
- ❖ Evitar el desplazamiento entre las áreas de aislamiento y otras áreas clínicas mientras asiste al caso sospechoso
- ❖ Se definen como **hospitales de referencia** para derivación de pacientes asistidos por efectores en la Ciudad, a los hospitales: Muñiz (para adultos) y Garrahan, ( para niños
- ❖ Comunicar el caso al Jefe respectivo del día, quien se contactará al Servicio de UTI de los Hospitales. de Referencia para definir conducta a seguir
- ❖ Para el traslado del paciente al hospital de referencia, se comunicará a la coordinación de SAME que realizara el traslado con equipo adecuado

## V. Toma de muestras para diagnostico virológico

- ❖ Las muestras para estudios virológicos se tomarán en los hospitales de referencia y se derivaran al INEI-Malbrán para su remisión al CDC.



## VI. Comunicación

Se debe dar **aviso inmediato** únicamente a **una sola** de las autoridades superiores del Hospital a saber: Jefe de Guardia ó Director del Hospital .

Toda comunicación con:

- ❖ La prensa se debe efectuar EXCLUSIVAMENTE por la Dirección de Prensa y Comunicación
- ❖ Recomendaciones generales: Dr. San Juan
- ❖ Estado de situación: Subsecretario o Ministra de Salud.

### Teléfonos de contacto:

- ❖ **Asistencial: Hospital Muñiz** TÉ: 4305-7969/ 15-5714-3225 Dr. Jorge San Juan: 15-4445-9430/ 15-3560-2160
- ❖ **SAME:** 107, coordinación 5941-4290
- ❖ **Epidemiología:** Dr. Raúl Forlenza. 4123-3245 Celular: 15-3682- 4897
- ❖ **Coordinador operativo:** Dr Néstor Perez Baliño
- ❖ **Asistencia legal:** Dr. Cristian Herrera Celular: 15-5-587-7299
- ❖ **Prensa:** 4326-9833

**Consolidado de eventos de notificación obligatoria según residencia. Comparativo hasta cuatrisesmana 8 (s.E 32) ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014+**

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	RESIDENTES				NO RESIDENTES	
	2013		2014		Casos 2013	Casos 2014
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
<b>Inmunoprevenibles</b>						
Coqueluche	92	3,1	51	1,7	195	85
Difteria	0	0,0	0	0,0	0	0
Enfermedad Febril Exantemática ( sosp. Sar-Rub))	7	0,2	9	0,3	2	7
Hepatitis A	6	0,2	0	0,0	6	3
Hepatitis B	27	0,9	36	1,2	7	17
Meningoencefalitis Tuberculosa en Menores de 5 Años	0	0,0	0	0,0	0	0
Panencefalitis Esclerosante Subaguda	0	0,0	0	0,0	0	0
Parálisis Flácida Aguda en Menores de 15 Años	4	0,8	2	0,4	25	17
Parotiditis	35	1,2	56	1,9	7	27
Poliomielitis Confirmada	0	0,0	0	0,0	0	0
Rubéola Confirmada	1	0,0	2	0,1	1	0
Rubeola Congénita	1	0,0	0	0,0	0	0
Sarampión confirmado	0	0,0	0	0,0	0	0
Tétanos Neonatal	0	0,0	0	0,0	0	0
Tétanos Otras Edades	1	0,0	0	0,0	1	0
Varicela	2717	90,4	1271	42,3	903	502
<b>Respiratorias</b>						
Bronquiolitis en menores de 2 Años	10232	13451,8	9248	12158,2	7347	5529
Enfermedad Tipo Influenza (ETI)	13874	461,5	14319	476,3	6192	6490
Influenza humana por AH1N1 confirmada	299	9,9	10	0,3	508	2
Influenza humana por nuevo subtipo de virus	0	0,0	0	0,0	0	0
IRAG	1720	57,2	1206	40,1	1437	879
IRAG Fallecidos	43	1,4	31	1,0	18	8
Neumonía	8270	275,1	6173	205,4	3190	2271
Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS)	0	0,0	0	0,0	0	0
Tuberculosis 1º vez	507	16,9	298	9,9	332	237

\*Datos provisorios

\*Tasas por 100.000 hab.

**Consolidado de eventos de notificación obligatoria según residencia. Comparativo hasta cuatrisesmana 8 (s.E 32) ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014+**

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	RESIDENTES				NO RESIDENTES	
	2013		2014		Casos	Casos
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	2013	2014
<b>Gastroentéricas</b>						
Botulismo	0	0,0	0	0,0	3	0
Botulismo del Lactante	0	0,0	0	0,0	3	1
Cólera	0	0,0	0	0,0	0	0
Enf. Diarreica aguda < 5 años	8575	4496,6	8597	4508,1	7468	7669
Enf. Diarreica aguda > 5 años	8415	298,9	8339	296,2	2998	3145
Enf. Diarreica aguda sin especificar edad	150	-	146	-	10	6
Enf. Diarreica aguda sanguinolenta	231	7,7	239	8,0	160	77
Enf. Transmitidas por alimentos (ETA)	41	1,4	4	0,1	7	3
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0,0	0	0,0	2	0
Intoxicacion Paralitica por Moluscos (IPM)	0	0,0	0	0,0	0	0
Parasitosis Intestinales	561	18,7	531	17,7	230	148
Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)	25	0,8	22	0,7	33	34
Triquinosis	0	0,0	2	0,1	1	0
<b>Otras Hepatitis virales</b>						
Hepatitis Sin especificar	10	0,3	5	0,2	12	12
Hepatitis C	30	1,0	16	0,5	13	14
Hepatitis D	0	0,0	0	0,0	0	0
Hepatitis E	0	0,0	0	0,0	0	2
<b>Enfermedades vectoriales</b>						
Chagas Agudo Congénito	57	1,9	6	0,2	15	5
Chagas Agudo Vectorial	0	0,0	0	0,0	0	0
Chagas Agudo otros	0	0,0	0	0,0	0	0
Dengue	172	5,7	16	0,5	99	7
Dengue Grave	0	0,0	0	0,0	0	0
Encefalitis Por Arbovirus	1	0,0	0	0,0	1	0
Fiebre Amarilla	0	0,0	0	0,0	0	0
Fiebre Recurrente	0	0,0	0	0,0	0	0
Fiebre del Nilo Occidental	0	0,0	0	0,0	0	0
Leishmaniasis Cutánea	1	0,0	0	0,0	3	1
Leishmaniasis Mucosa	0	0,0	1	0,0	1	2
Leishmaniasis Visceral	0	0,0	0	0,0	0	0
Paludismo (Malaria)	4	0,1	0	0,0	3	1
Peste	0	0,0	0	0,0	0	0
Tifus Exantemático		0,0	0	0,0	0	0

\*Datos provisorios

\*Tasas por 100.000 hab.

**Consolidado de eventos de notificación obligatoria según residencia. Comparativo hasta cuatrisesmana 8 (s.E 32) ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014+**

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	RESIDENTES				NO RESIDENTES	
	2013		2014		Casos	Casos
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	2013	2014
<b>Enfermedades Zoonóticas</b>						
Brucelosis Humana	0	0,0	0	0,0	3	6
Carbunco Extracutáneo (Antrax)	0	0,0	0	0,0	0	0
Carbunco Humano Cutáneo	0	0,0	0	0,0	0	0
Fiebre Hemorrágica Argentina	0	0,0	0	0,0	0	0
Hantavirus	0	0,0	1	0,0	4	2
Hidatidosis	3	0,1	3	0,1	3	7
Leptospirosis	1	0,0	5	0,2	7	6
Mordedura Por Murciélago	22	0,7	40	1,3	9	9
Mordedura Por Rata	53	1,8	46	1,5	27	17
Psitacosis	1	0,0	0	0,0	1	6
Rabia Animal	0	0,0	0	0,0	0	0
Rabia Humana	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Meningoencefalitis</b>						
Meningitis Por Haemoph. Influenzae	2	0,1	1	0,0	6	8
Meningitis por Meningococo	7	0,2	4	0,1	28	8
Meningitis por Neumococo	6	0,2	1	0,0	10	3
Meningitis por Staphilococo	0	0,0	0	0,0	0	0
Meningitis Bacterianas Otras	7	0,2	4	0,1	11	4
Meningitis Bacteriana Sin Aislamiento	9	0,3	6	0,2	8	8
Meningitis Virales a Enterovirus	16	0,5	11	0,4	31	23
Meningitis virales por varicela	0	0,0	0	0,0	0	0
Meningitis Virales Urleanas	0	0,0	0	0,0	0	0
Meningitis Por Otros Virus	2	0,1	1	0,0	1	2
Meningitis Virales Sin Especificar	13	0,4	10	0,3	15	16
Meningitis micoticas y parasitarias	1	0,0	0	0,0	0	0
Meningitis Sin Especificar Etiologia	27	0,9	31	1,0	35	34
Meningoencefalitis Totales	90	3,0	69	2,3	146	107

\*Datos provisorios

\*Tasas por 100.000 hab.

**Consolidado de eventos de notificación obligatoria según residencia. Comparativo hasta cuatrisesmana 8 (s.E 32) ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014+**

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	RESIDENTES				NO RESIDENTES	
	2013		2014		Casos 2013	Casos 2014
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
<b>Otras Enfermedades Transmisibles u Otros Eventos</b>						
Encefalopatía Espongiforme	0	0,0	0	0,0	0	0
Infección Intra Hospitalaria	52	1,7	59	2,0	17	9
Lepra	22	0,7	10	0,3	10	0
Síndrome Febril Inespecífico	4828	160,6	5858	194,9	2059	1814
Viruela	0	0,0	0	0,0	0	0
<b>Enfermedades de Transmisión Sexual</b>						
Chancro Blando	8	0,3	8	0,3	0	2
Condiloma Acuminado	318	10,6	300	10,0	230	177
Granuloma Inguinal (Donovaniasis)	4	0,1	3	0,1	2	20
Herpes Genital	157	5,2	109	3,6	63	28
Linfogranuloma Venéreo	7	0,2	15	0,5	0	1
Sífilis Congénita	90	3,0	35	1,2	32	32
Sífilis Latente	154	5,1	129	4,3	78	47
Sífilis Sin Especificar	233	7,8	304	10,1	135	210
Sífilis Temprana	85	2,8	75	2,5	105	81
Sífilis Terciaria	24	0,8	5	0,2	16	7
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	90	3,0	35	1,2	26	16
Supuración Genital Gonocócica	70	2,3	44	1,5	45	42
Supuración No Gonocócica	270	9,0	191	6,4	154	60
VIH +	110	3,7	105	3,5	191	87
<b>Envenenamiento por Animal Ponzoso</b>						
Alacranismo	1	0,0	1	0,0	0	1
Aracnoidismo	0	0,0	0	0,0	0	0
Ofidismo	0	0,0	0	0,0	0	0

\*Datos provisorios

\*Tasas por 100.000 hab.

**Consolidado de eventos de notificación obligatoria según residencia. Comparativo hasta cuatrisesmana 8 (s.E 32) ciudad de Buenos Aires. Años 2013-2014+**

Eventos de Notificación Obligatoria (ENO)	RESIDENTES				NO RESIDENTES	
	2013		2014		Casos 2013	Casos 2014
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*		
<b>Intoxicaciones</b>						
Intoxicación Medicamentosa	151	5,0	126	4,2	7	17
Intoxicación Por Monóxido De Carbono	164	5,5	125	4,2	17	25
Intoxicación Por Plaguicidas Agrícolas	0	0,0	0	0,0	0	0
Intoxicación Por Plaguicidas Domesticos	8	0,3	19	0,6	0	2
Intoxicación Por Plaguicidas Sin Identificar	0	0,0	1	0,0	0	0
Intoxicación Por Otros Tóxicos	85	2,8	76	2,5	23	13
<b>Enf. No Transmisibles</b>						
A.C.V. 1ª Vez	727	24,2	784	26,1	279	306
Cancer 1º Vez	897	29,8	478	15,9	240	192
Desnutrición	418	13,9	272	9,0	6	6
Diabetes Tipo 1	650	21,6	480	16,0	157	126
Diabetes Tipo 2	1577	52,5	1247	41,5	498	330
I.A.M. 1ª Vez	333	11,1	266	8,8	78	43
Reacciones Adversas a Fármacos	79	2,6	264	8,8	54	88
<b>Lesiones</b>						
Accidentes Del Hogar	1988	66,1	1572	52,3	245	154
Accidentes En Escuelas	251	8,3	224	7,5	35	29
Accidentes Laborales	1109	36,9	923	30,7	437	234
Accidentes Sin Especificar	33429	1112,1	32441	1079,2	8234	8108
Accidentes Viales	4182	139,1	4496	149,6	1172	1092
Mordedura por Animal Domestico	4859	161,6	4739	157,7	1361	1206
<b>TOTALES</b>	<b>113799</b>	<b>-</b>	<b>106688</b>	<b>-</b>	<b>47584</b>	<b>42072</b>

\*Datos provisorios

\*Tasas por 100.000 hab.

## EQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍA

### Elaborado por:

#### RESIDENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA APLICADA:

**Residentes de 1º año:** Candela Burgo González  
María Agustina Chaplin  
María Eugenia de San Martín

**Residentes de 2º año:** Andrea González  
Mariana Koharic

**Residente de 3º año:** Kyung Min Lee

**Instructores de residentes:** José Enrique Carrizo Olalla  
Mariela Rodríguez

**Coordinador de la residencia:** Raúl Forlenza

#### PERSONAL DE PLANTA DPTO. EPIDEMIOLOGIA – GCABA:

Jorge Chaui  
Esperanza Janeiro  
Anabel Regalía  
Mónica Valenzuela  
Raúl Forlenza