

Información para los equipos de salud



2

NÚMERO

... AGOSTO 2022 ...

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO

Dirección General de Epidemiología
y Gestión Integral de la Calidad en Salud



MENDOZA GOBIERNO

Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes



Autoridades Coordinación | Colaboración

Ministra | Ana María Nadal

Subsecretaria de Planificación y Cobertura | Mariana Álvarez

Directora de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud | Andrea Falaschi

Coordinación General | Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud

Colaboración | Dirección de Epidemiología- Sección Vigilancia de la Salud- Dpto. Sala de Situación en Salud-Dpto. Educación para la Salud-Dpto. de Inmunizaciones

Contacto: direpidemiologia.mza@gmail.com

FECHA DE PUBLICACIÓN: 08/08/2022





CONTENIDO:

1. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	Pág.7
A. Introducción	Pág.7
A1. Modificación de eventos para la notificación obligatoria de IRA	Pág.7
B. Situación provincial	Pág.9
B1. ETI	Pág.10
B2. Neumonías	Pág.11
B3. Bronquiolitis	Pág.13
B4. COVID-19	Pág.14
C. Vigilancia de virus respiratorios	Pág.22
2. Coqueluche	Pág.25
3. Enfermedades de transmisión vertical	Pág.31
A. Sífilis gestacional-Sífilis congénita	Pág.31
B. Chagas gestacional- Chagas congénito	Pág.41
4. Estado de notificación	Pág.53



EDITORIAL:

Directora de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud

| Andrea Falaschi

En el 2010, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asumieron el compromiso de generar acciones para la eliminación de la transmisión materno- infantil (ETMI) en infecciones por VIH y Sífilis en la región. Durante 2016, Argentina adhirió al “Plan de acción para la prevención y el control de infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021”. En el plan, se amplió y actualizó la estrategia de eliminación de la transmisión materno- infantil, con propuestas de diagnóstico y tratamiento del VIH, la Sífilis congénita e incorporando la Hepatitis B y el Chagas al plan ETMI-plus.

En las Américas, se propuso como meta de impacto para la curación del Chagas contar con > de 90% de los Chagas congénitos diagnosticados y tratados; para ello es necesario conseguir >90% de tamizaje en las embarazadas, > de 90% de cobertura de tamizaje de los RN y asegurar el seguimiento de los RN de madres positivas hasta los 8-10 meses de vida, garantizando el tratamiento oportuno de esos niños. En cuanto a la sífilis connatal, es necesario llegar a una tasa de incidencia menor a 0,5% de sífilis congénita cada 1000 RN vivos; razón por la cual es necesario el tamizaje de > 95% de las embarazadas y el tratamiento oportuno de > 95% de las mujeres infectadas. Según datos aportados por la Dirección de Salud perinatal y niñez (DISAPENI), en la reunión de presentación de los algoritmos diagnósticos de la iniciativa ETMI-PLUS realizada el viernes 22 de Julio de 2022, solo el 81,7% de las embarazadas tienen 2 serologías para sífilis durante su embarazo y 85,7% de las embarazadas tiene al menos una serología para Chagas.

La OMS estima que más de 8 millones de personas en todo el mundo están infectados con *T. cruzi*, y que cada año se producen un exceso de 10.000 muertes por Enfermedad de Chagas (EC).

Se sospecha que el subdiagnóstico de los casos de EC llega al 90%, e incluso es mayor en los casos de EC congénita, lo que es alarmante si se tiene en cuenta que la prevalencia estimada de *T. cruzi* entre las mujeres embarazadas oscila entre el 2% y el 40% según la zona geográfica.

Actualmente existe acuerdo en las guías clínicas internacionales de que el tratamiento antiparasitario es efectivo y, por lo tanto, debe ofrecerse al menos a: 1) pacientes con

EC aguda, 2) todos los niños con EC aguda congénita o adquirida 3) huéspedes inmunosuprimidos con EC aguda o reactivación de enfermedad crónica 4) mujeres en edad fértil para prevenir transmisiones congénitas.

La efectividad del tratamiento en la EC crónica sigue siendo muy debatida; para adultos mayores 50 años, la terapia tripanocida todavía se considera opcional debido a un balance riesgo-beneficio poco claro. Desafortunadamente, la terapia antiparasitaria no ha sido ampliamente implementada, incluso para aquellos grupos de edad que claramente pueden beneficiarse de ella (por ejemplo, pacientes pediátricos, infecciones crónicas tempranas, etc.) a pesar de las guías nacionales e internacionales existentes que apoyan el tratamiento.

Esta falta de tratamiento se puede deber a múltiples barreras, incluida la poca conciencia de los equipos de atención médica sobre EC y sus opciones de tratamiento, preocupaciones exageradas sobre los efectos secundarios, bajo acceso a la atención para muchos pacientes con EC, falta de una prueba directa óptima para valorar curación de EC, escasez y suministros irregulares de fármacos, y barreras regulatorias. En América del Sur, la EC provoca la pérdida de más de 750.000 días laborales por muertes prematuras y \$1.200 millones en pérdida de productividad cada año. Existen solo dos medicamentos actualmente disponibles para el tratamiento, benznidazol (BZN) y nifurtimox (NF), que fueron desarrollados hace más de 40 años.

Ambos fármacos requieren tratamientos prolongados (30 a 60 días) y se asocian con eventos adversos que aumentan en severidad y prevalencia con la edad. Por tanto el diagnóstico rápido y tratamiento, especialmente en pacientes pediátricos, son vitales para un uso efectivo y seguro de estos medicamentos.

Aunque varios estudios han demostrado la alta sensibilidad de la PCR en el diagnóstico de la EC congénita, en la mayoría de los países de América Latina esta herramienta no ha sido validada en el tamizaje de rutina y su implementación aún es limitada. Las herramientas de diagnóstico molecular tienen numerosas ventajas, al compararlas con la técnica del micro hematocito, incluida una mayor sensibilidad y especificidad y una estandarización más sencilla de los procedimientos de diagnóstico; también permiten realizar la caracterización genética y la tipificación molecular para estudios de vigilancia epidemiológica. Por otro lado, a diferencia de la microscopía, el diagnóstico molecular permite el seguimiento de los resultados mediante un programa de control de calidad. La pandemia de COVID-19 ha demostrado el valor de la implementación rápida de herramientas de diagnóstico molecular en la provincia, que deben ser

aprovechadas para el diagnóstico de enfermedades desatendidas como la enfermedad de Chagas.

En la Provincia de Mendoza, el desafío frente a esta complejidad consiste en el abordaje multisectorial a fin de evitar la pérdida de seguimiento de los hijos de madre positiva para Chagas y capturar en forma oportuna la información de los test serológicos realizados luego del octavo mes, con el objetivo de cerrar los casos descartados y tratar oportunamente las confirmaciones, como así también ofrecer el tratamiento a las madres con Chagas una vez finalizado el embarazo y la lactancia.

En cuanto a la sífilis congénita, lograr capturar la información de todos los efectores de salud (subregistro) y analizar oportunamente la información para que la misma se transforme en acciones de salud.

En este boletín, presentamos datos provinciales de 2 de las 4 patologías transmisibles materno- infantiles (Chagas y sífilis), con el propósito de visibilizar las dificultades para cumplir con las metas propuestas por OMS, y marcar que estas dificultades se profundizaron a partir del azote de la Pandemia de COVID-19. La información registrada a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) es una aproximación al problema, y nos interpela desde la complejidad de la problemática. Es tiempo de decidir cambiar las actuales circunstancias, para ello seguramente necesitaremos de la mirada y la acción de múltiples actores del sistema de salud.

1

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

A. Introducción

La vigilancia epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA's), resulta de gran importancia para la detección de cambios o variaciones en la presentación de las mismas.

Conocer su comportamiento, con qué frecuencia y estacionalidad se presentan, a qué grupos poblacionales afectan, cuáles son los agentes etiológicos involucrados, permite tomar medidas de prevención y control en forma oportuna y eficaz.

Las infecciones respiratorias agudas representan, además, una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en las edades extremas de la vida. En el presente boletín, analizaremos Enfermedad Tipo Influenza (ETI), Neumonía, Bronquiolitis en menores de 2 años y COVID-19.

A1. Modificación de eventos para la notificación obligatoria de IRA

Vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas

El 5 de junio de 2022, se realizó en todas las jurisdicciones de nuestro país, una modificación de los eventos de notificación obligatoria de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), adecuándolos a los cambios propuestos en la "Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas" que entró en vigencia en el mes de abril de este año. (Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/vigilancia>)

Esta estrategia conserva y fortalece componentes esenciales de la vigilancia de COVID-19 y de otras infecciones respiratorias agudas e incorpora otros que resultan cruciales para mantener un adecuado monitoreo de la pandemia por COVID-19 en el actual escenario epidemiológico.

A continuación, se hará mención de los principales cambios ocurridos en los procedimientos de notificación y un breve resumen de las estrategias de vigilancia integrada de virus respiratorios que se encuentran vigentes:

1. Se dejó de utilizar el evento “Caso sospechoso de COVID- 19, Influenza y OVR”. Deja de ser obligatoria la notificación de los casos sospechosos y negativos de COVID-19, influenza u otros virus respiratorios (OVR) en ambulatorios.
2. Se establece la Notificación Universal (todos los efectores de salud) de Casos Confirmados de COVID-19 e Influenza en ambulatorios, que se debe realizar de manera nominal (individual con datos completos) en el evento: “COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorio (no UMAS)”
3. Se establece la Notificación Universal de Casos Graves de Infecciones Respiratorias Agudas (internados y/ o fallecidos), que se realiza de manera nominal en el evento: “Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA”.
4. Se implementa la estrategia de Unidades de Monitoreo Ambulatorio de SARS CoV-2 y OVR (UMA), que está circunscripta a un número reducido de establecimientos de salud seleccionados. A partir del mes de abril, las UMA comenzaron a funcionar en los Hospitales Ramón Carrillo y Lencinas y, en julio, se sumaron a esta estrategia los Hospitales Notti y Lagomaggiore. Estas unidades de monitoreo permiten, como su nombre lo indica, el monitoreo de la circulación de COVID- 19 y otros virus respiratorios estacionales en pacientes ambulatorios. Buscan reconocer también la tendencia de las consultas ambulatorias y la magnitud (proporción) atribuible a SARS CoV-2, Influenza y Virus Sincicial Respiratorio (VSR) durante todas las semanas del año. El evento utilizado para la notificación de esta estrategia es: “Monitoreo de SARS- CoV 2 y OVR en ambulatorios”.
5. Se mantiene la notificación de casos confirmados de síndrome inflamatorio multisistémico. Deben notificarse al evento: “Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM)”
6. Se mantiene la vigilancia de mucormicosis asociada a COVID- 19: Grupo de eventos: “Mucormicosis. Evento: Micosis sistémicas oportunistas”.
7. Continúa la implementación de la estrategia de “Vigilancia en Unidades Centinelas de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UC IRAG)”, en la que se monitorean indicadores de mayor nivel de información en pacientes internados. En este momento la UC IRAG en funcionamiento corresponde al Hospital Schestakow y se suman a la misma estrategia a partir de julio, los Hospitales Lagomaggiore y Notti.
8. Se mantiene la “Vigilancia del Impacto en el Sistema de Salud”, mediante el monitoreo de la ocupación de camas. Se implementa en establecimientos seleccionados

(Hospitales Lagomaggiore, Central, Notti, Fleming y Schetakow) y se monitorea el impacto de COVID- 19 en el sistema de salud, a través indicadores como el porcentaje de ocupación de camas por COVID-19 en internación general y en UTI.

9. Se mantiene la “Vigilancia de Brotes”, a fin de controlar las cadenas de transmisión y determinar las características de los agentes virales. Ante la existencia de brotes en establecimientos escolares, laborales u otros, se debe realizar la comunicación a referentes epidemiológicos de la estrategia escuelas, del área o directamente a la Dirección de Epidemiología para establecer un abordaje adecuado de los mismos.
10. Continúan la “Vigilancia Agrupada Sindrómica (o clínica) de Infecciones Respiratorias Agudas” (ETI, Bronquiolitis y Neumonías), la “Vigilancia Agrupada de Laboratorio de Virus Respiratorios”, la “Vigilancia nominal de infección respiratoria aguda inusitada (IRAGI) y sospecha de virus emergentes” y la “Vigilancia Genómica de SARS CoV-2” (Monitoreo de variantes circulantes).

B. Situación provincial:

La siguiente información surge de los datos recolectados a partir de los registros de consultorios externos, internación, laboratorio y otros, que son notificados al SISA-SNVS 2.0. Se construyen **corredores endémicos** por evento, en base a 5 años (datos históricos 2015-2019), excluyendo los años pandémicos 2020 y 2021.

Modalidad de notificación vigente a la fecha de cierre de este Boletín (28/07/22): Hasta la SE 22, Componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso sospechoso de ETI, Neumonía y Bronquiolitis en menores de 2 años, modalidad agrupada/numérica. Periodicidad semanal.

A partir de la SE 23, en virtud de los cambios producidos por la actual estrategia de vigilancia de IRAS en Argentina, tanto para las Neumonías como para las Bronquiolitis en menores de 2 años, se contabilizan casos ambulatorios registrados con modalidad agrupada numérica y los casos hospitalizados notificados con modalidad Nominal al evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA que consignen en diagnóstico referido que se trata de una Neumonía o una Bronquiolitis.

Componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso confirmado de COVID-19, modalidad individual/nominal. Periodicidad diaria.

Fuente de información: notificaciones realizadas al SNVS2.0 a partir del año 2018, y la información anterior a ese año, proviene del registro en el Sistema Provincial INFOSALUD.

IMPORTANTE: en los corredores endémicos, se observa un descenso brusco de las curvas, que en las SE28 y 29, corresponden al retraso en la notificación.

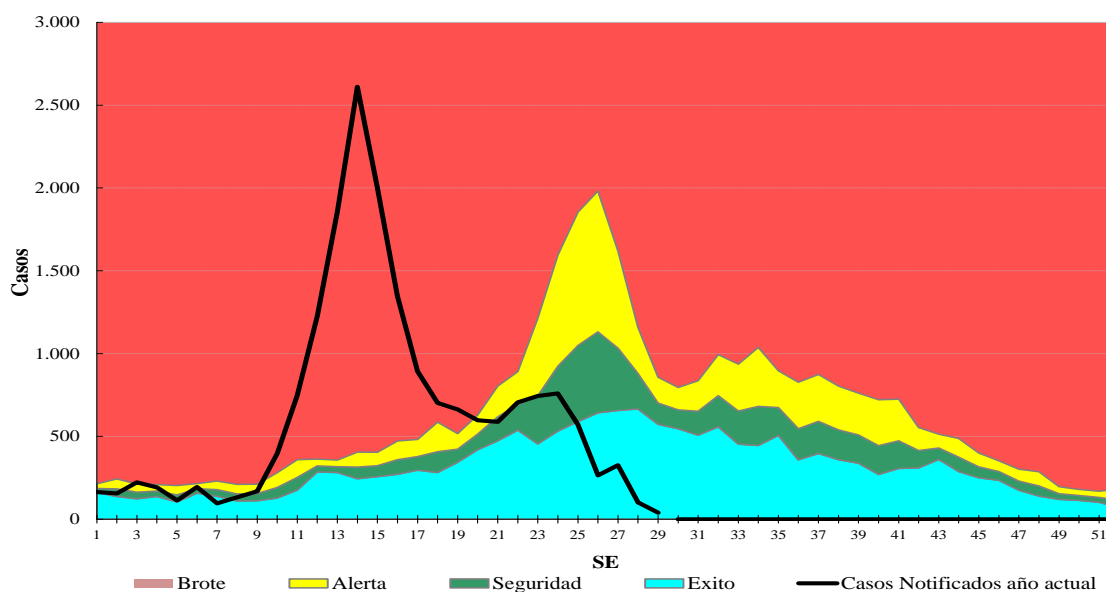
B.1. ETI (Enfermedad tipo influenza)

DEFINICIÓN DE CASO:

Infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38 °C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Gráfico N° 1: Corredor endémico semanal de ETI. Año 2022 hasta SE 29. Histórico 5 Años.

Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 28-07-2022

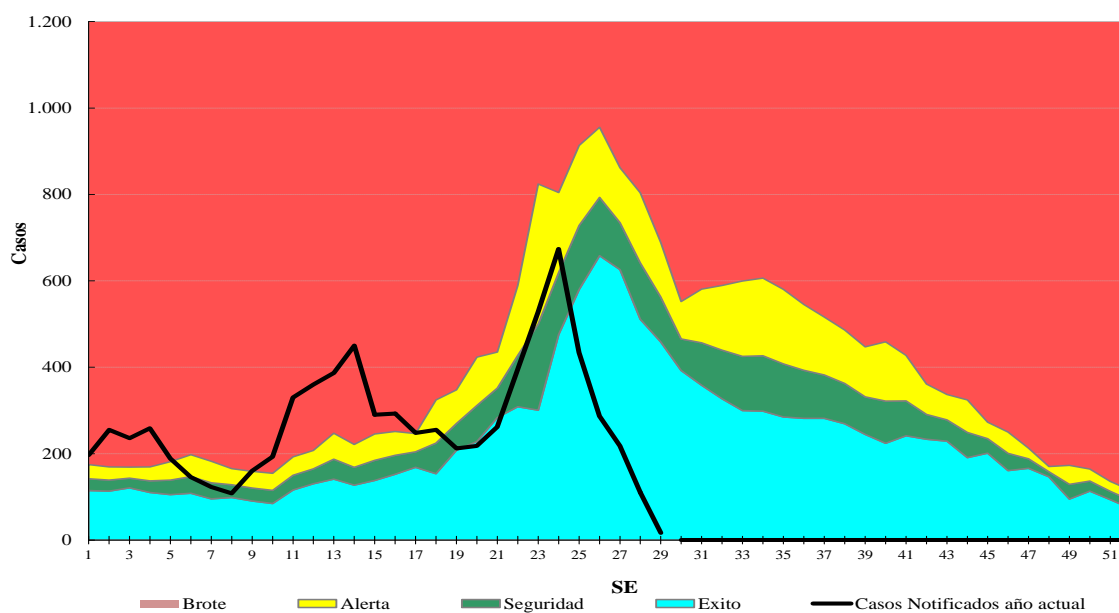
En el corredor endémico de ETI, entre la SE1 y 9 de 2022 los casos de influenza notificados se encuentran fluctuando entre zona de seguridad y alerta; a partir de la SE10 los casos superan lo esperado ocupando la zona de brote, con un pico de 2611 casos en la SE14 de 2022, evidenciando un adelanto en el aumento de casos, el cual años previos, se presentó durante los meses fríos. Luego, se produce un marcado descenso llegando a la zona de seguridad en SE22-24 (759 casos en SE24) y continúa descendiendo.

B.2. Neumonías

DEFINICIÓN DE CASO:

Enfermedad respiratoria aguda febril ($> 38^\circ$) con tos, dificultad respiratoria, taquipnea y radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario o derrame pleural.

Gráfico N° 2: Corredor endémico semanal de NEUMONIA. Año 2022 hasta SE 29. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 28-07-2022

El comportamiento observado de los casos de Neumonía evidencia durante 2022, un adelanto en el aumento de casos, el cual normalmente se presenta durante los meses fríos.

La observación del corredor endémico de Neumonía en todas las edades, muestra en las primeras semanas del 2022 (SE01 a 04), que los casos notificados superan los esperados llegando a la zona de brote, para luego descender en la SE05 a la 08, podría inferirse que este aumento respecto al histórico corresponde a neumonías por SARS CoV2 en el marco de la tercer ola pandémica de COVID19 iniciada en diciembre 2021.

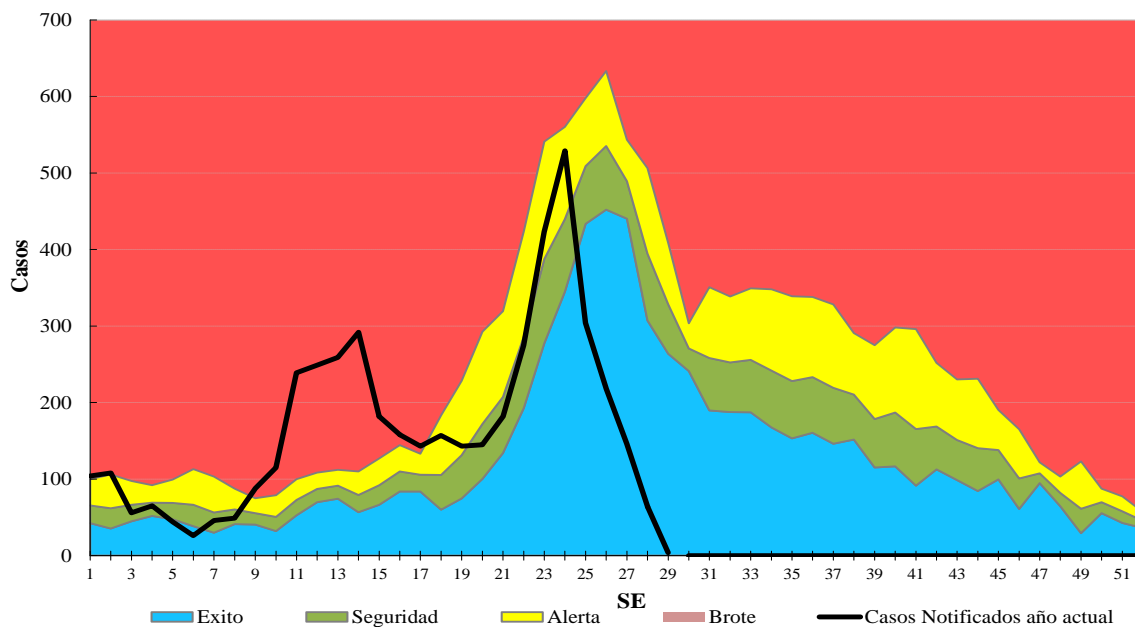
A partir de la SE10, los casos de Neumonía notificados nuevamente entran a zona de brote con un máximo de casos notificados en SE14 con 450 casos. Se observa un nuevo ascenso a partir de SE22 con un pico en SE24 (674) que alcanza la zona de alerta y posterior descenso.

NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS

En el caso de neumonía en menores de 15, se observa un incremento desde SE9, con un pico en SE14, ubicándose en zona de brote. En relación al histórico esperado, muestra un adelanto en relación al período con mayor circulación anual (meses fríos). Probablemente, esto se deba a otros virus respiratorios que han incrementado su circulación (ver vigilancia de laboratorio) coincidente con el pico de influenza.

Luego se observa un nuevo incremento a SE22 con un pico a SE 24 (529) esperable para el periodo más frío del año.

Gráfico N° 3: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS. Año 2022 hasta SE 29. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



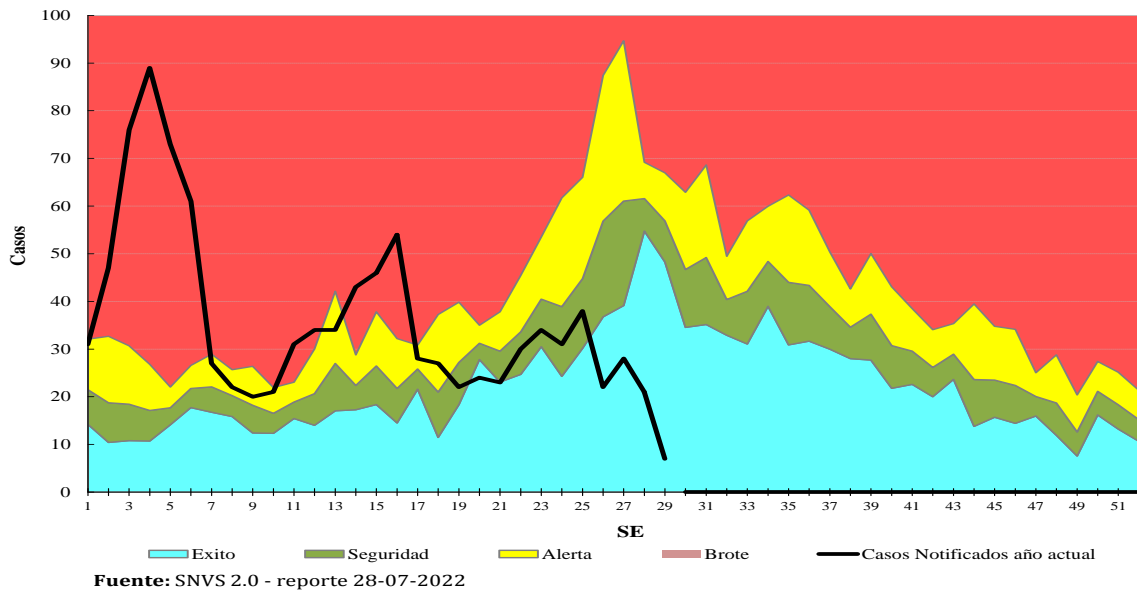
Fuente: SNVS 2.0 - reporte 28-07-2022

NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

A diferencia de lo que ocurre en todas las edades, el corredor endémico de Neumonía en Mayores de 65 años muestra, en las primeras semanas del año 2022, que los casos notificados superan los esperados llegando a la zona de brote (98 casos en SE04) y posterior descenso brusco, esto puede atribuirse este pico de casos a la tercer ola de COVID 19 (dic. 2021) que tiene mayor riesgo de complicación en este grupo de edad.

Se produce un nuevo incremento de casos en SE11 con pico en SE16 (56) que puede atribuirse a la mayor circulación de virus de influenza de acuerdo a lo observado en la vigilancia de laboratorio. Desde SE18 se mantiene fluctuante entre zona de seguridad y éxito.

Gráfico N° 4: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS. Año 2022 hasta SE 29. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.

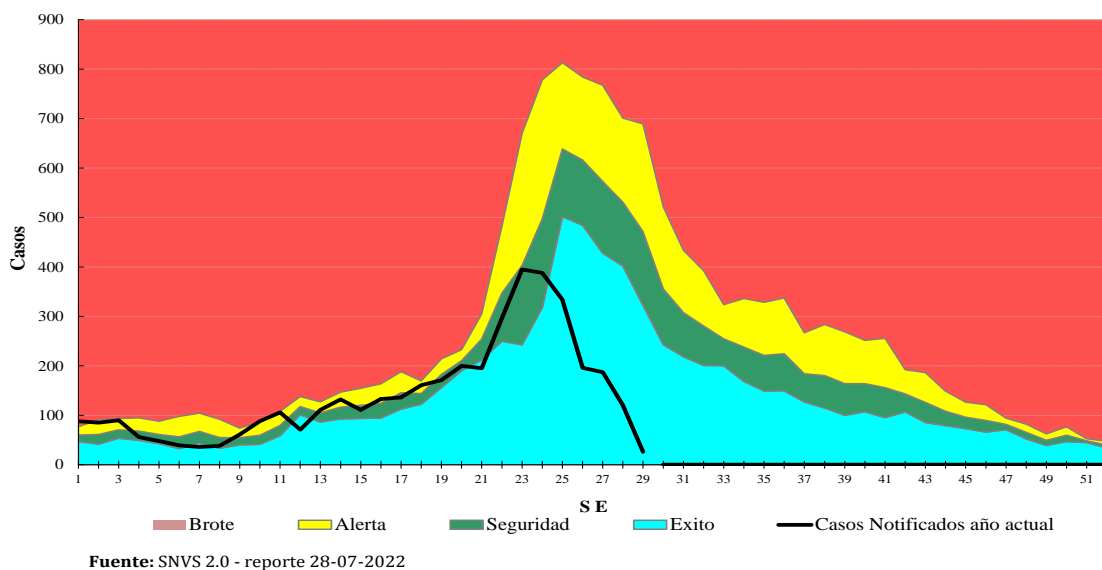


B.3. Bronquiolitis

DEFINICIÓN DE CASO:

Todo niño menor de 2 años con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.

Gráfico N° 5: Corredor endémico semanal de BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS. Año 2022 hasta SE 29. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



En el corredor endémico de Bronquiolitis en menores de 2 años, la curva de casos en 2022, se ubica en zona de alerta en las primeras semanas del año y en SE11, 14, 18; se mantiene en zona de seguridad con un pico en SE23 (395) y posterior descenso.

B.4. COVID-19

Desde el inicio de la pandemia hasta la SE22 (04/06), la fuente de datos ha sido la información notificada al SNVS bajo la modalidad de notificación nominal del evento Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR (otros virus respiratorios). A partir de la SE23, debido al cambio en la estrategia de vigilancia de COVID-19, la fuente de datos continúa siendo SNVS, cambiando los eventos a:

- COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorios (No UMAs)
- Monitoreo de SARS-COV-2 y OVR en ambulatorios(UMA)
- Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA

B4.1- COVID-19: REVISIÓN DESDE EL INICIO DE LA PANDEMIA:

En Mendoza, se produjeron al igual que en el país, 3 olas epidémicas de COVID-19. La primera ola, ocasionada por la variante Alpha de SARS-CoV-2, se inició a fines de febrero de 2020 y tuvo un ascenso lento y sostenido durante semanas, alcanzando su pico en las SE41-42 y 43 (del 04 al 24 de octubre) con más de 5000 casos confirmados de COVID-19 en cada una de ellas. (Grafico N° ..)

La segunda ola se inició en marzo del 2021, con predominio de la variante Gamma. El pico se produjo entre las SE14 a 16 (del 04 al 24 de abril) y se mantuvo alto durante mayo para iniciar un descenso paulatino de los casos confirmados notificados. Hacia el último trimestre 2021 se aisló la variante Delta.

La tercer ola epidémica en nuestra provincia se produjo en los meses de enero y febrero del 2022 (variante Ómicron de alta contagiosidad y con mayor tasa de ataque secundario), con más de 50.000 casos confirmados en las primeras 2 semanas del año. El ascenso de la curva fue brusco, con un pico en SE02 (15/01), seguido por un rápido descenso.

A partir de SE 18 (07/05) comenzó un leve ascenso de casos, con pico en SE 24 (18/06), seguido hasta la fecha por una meseta en el número de casos.

Gráfico N° 6: COVID-19: Casos confirmados por SE y defunciones por mes desde inicio de la pandemia a SE 29 de 2022

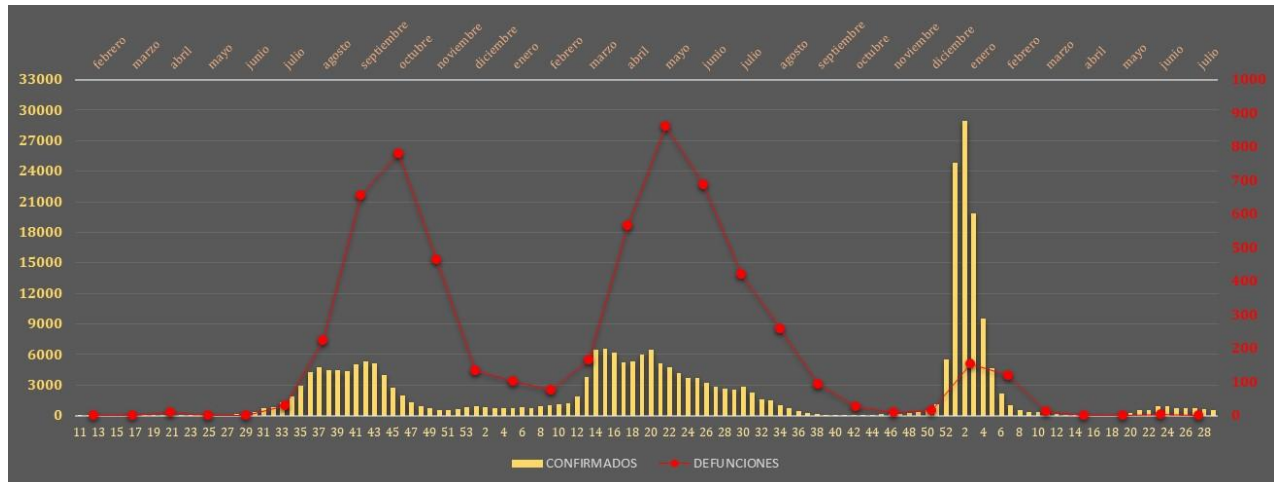


Tabla N°1: COVID-19- Casos confirmados y defunciones-Tasas de mortalidad y letalidad-Años 2020,2021 y 2022 (a SE29)

AÑO	Nº CONFIRMADOS	*TASA INC	Nº FALLECIDOS	**TASA MORT	LETALIDAD
2020	60931	3180,5	2298	1,2	3,77%
2021	108589	5647,5	3283	1,7	3,02%
2022 (a SE29)	99992	5200,4	292	0,15	0,29%

*TASA INCIDENCIA X 100.000 HAB
**TASA MORTALIDAD X 1000 HAB

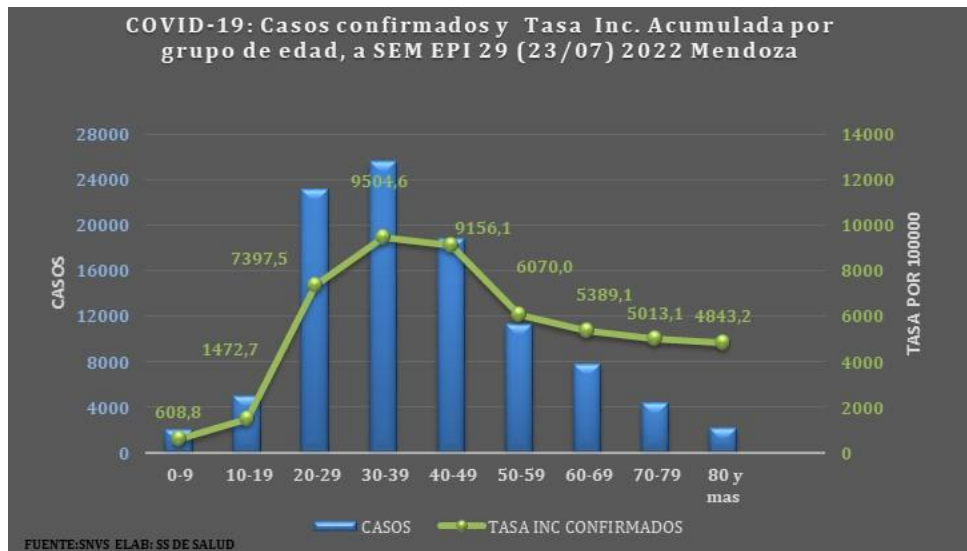
Durante 2021 la tasa de incidencia y la tasa de mortalidad fueron más altas con respecto al año 2020.

En el presente año 2022, se aprecia alta incidencia de casos y baja tasa de mortalidad (a pesar de la alta incidencia, la letalidad es muy baja), situación que puede atribuirse a la protección dada por la inmunización.

Analizando la incidencia por grupos de edad, durante los años pandémicos 2020 y 2021 el 85% de los casos confirmados se presentó entre los 20 a 69 años (mayor frecuencia entre los 30 a 49 años). Los mayores de 70 años representaron el 7% del total de confirmados.

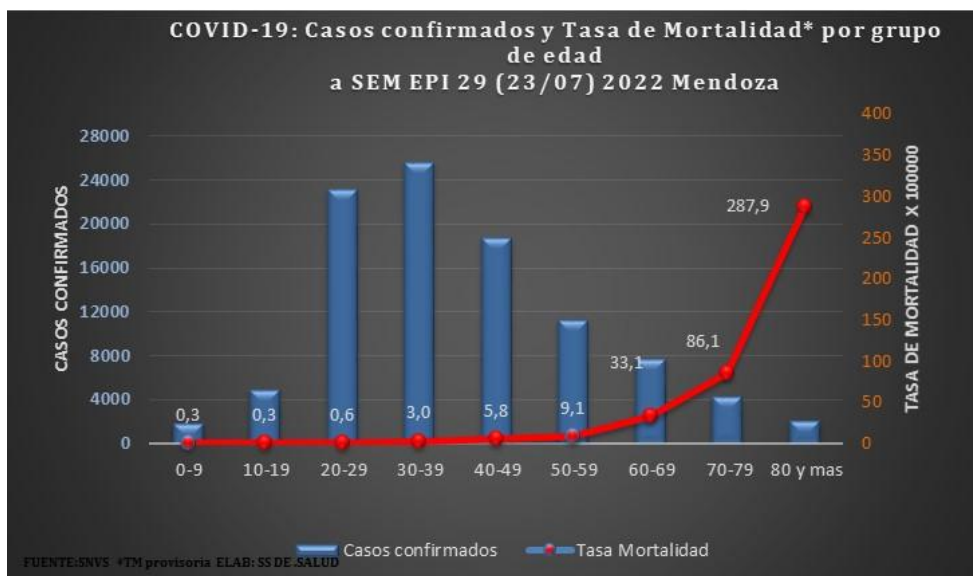
En el año 2022 a SE29 (23/07), el 80% de los casos confirmados se presentó entre los 20 a 59 años, siendo el grupo de 30 a 39 años el más frecuente y con mayor tasa de incidencia. (Gráfico N° 7)

Gráfico N°7: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada por grupo de edad a SE 29 2022



Las tasas de mortalidad más altas desde el inicio de la pandemia y hasta SE 29 de 2022 se presentan en el grupo de 80 y más años, seguido por 70-79 y 60-69 años.

Gráfico N°8: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de mortalidad por grupo de edad a SE 29 2022



B4.2- Vigilancia de COVID-19, influenza y otros virus respiratorios en Unidades de Monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

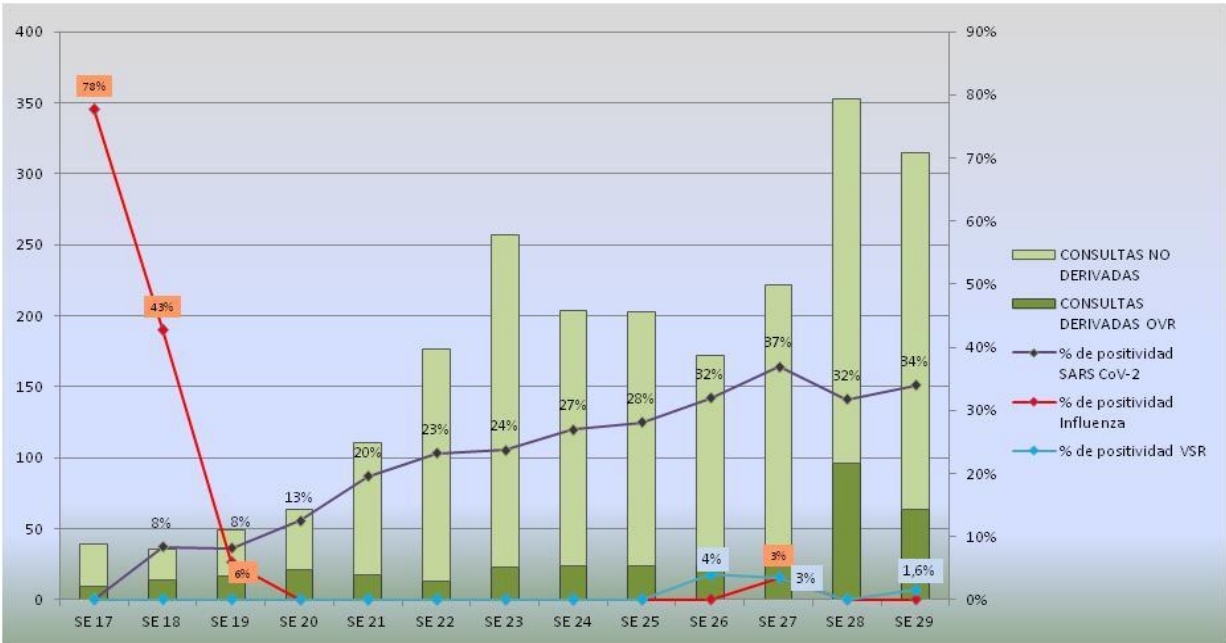
Las Unidades de Monitoreo de SARS COV- 2 y Otros Virus Respiratorios (UMAs) son dispositivos de vigilancia ambulatoria que permiten, como su nombre lo indica, el monitoreo de la circulación de COVID - 19 y otros virus respiratorios estacionales.

El objetivo de las UMAs es mantener la vigilancia y monitoreo de COVID-19 en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad, en centros seleccionados. Adicionalmente, entre aquellos casos que cumplen con la definición de ETI, se realiza un muestreo aleatorio o sistemático para el estudio de SARS-CoV-2, influenza y VSR por rt-PCR, lo que permite monitorear la tendencia de las consultas ambulatorias y la magnitud (proporción) atribuible a SARs CoV-2, Influenza y VSR, así como caracterizar los casos leves de infección por SARS COV 2 y OVR.

Se presentan datos registrados al evento “Monitoreo de SARSCoV-2 y OVR en ambulatorios”, desde el comienzo de la implementación de la estrategia en Mendoza en SE 17 (25/04/22), hasta el cierre de este boletín en SE 29.

Desde el inicio de la estrategia en las UMAs, se analizaron 2179 muestras para SARS-CoV-2, y una proporción de ellas (377 muestras) se estudiaron para influenza y VSR. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 (por test rápido de antígeno y PCR) asciende a un 37% en SE 27 y muestra un descenso posterior, registrando un 34% en SE 29. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE 17-18 con un descenso posterior, mostrando un nuevo ascenso del 3% en SE 27. A partir de la SE 26, se registran casos de VSR, con un porcentaje de positividad que alcanzó el 4% en SE 26 y un 1,6% en la última semana analizada. (Gráfico N°9)

Gráfico N°9: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS CoV-2, Influenza y VSR. UMAs Mendoza. SE 17 a 29. Año 2022



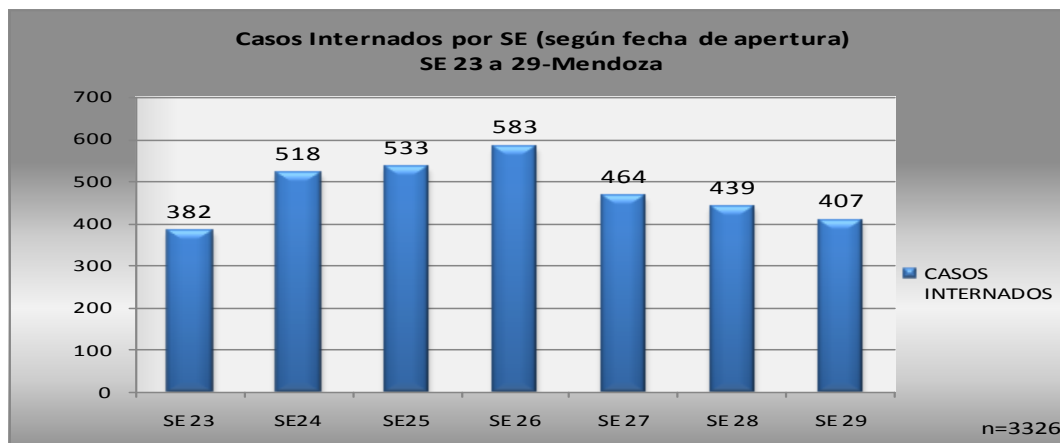
Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

B4.3- VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN PERSONAS INTERNADAS

El objetivo de esta estrategia es monitorear los casos moderados y graves de infección respiratoria aguda y caracterizar la clínica, epidemiología y etiología de estos casos. Se presentan los datos relevados al evento “Internado y/o fallecido por COVID o IRA”, desde el cambio de modalidad de notificación de las infecciones respiratorias agudas, que inicia el 5 de junio de 2022 (correspondiente a SE 23), hasta la SE 29. En este período, se notificaron al evento “internado y/o fallecido por COVID-19 e IRA” un total de 3326 casos.

En el siguiente gráfico, se puede observar la distribución de los casos internados por SE (según fecha de apertura del evento), desde la SE 23 a la 29. A partir de la notificación de los casos en dicho evento al SNVS, se observa una tendencia en aumento de los casos internados desde la SE 23 a la SE 26, con un descenso posterior sostenido hasta la SE 29.

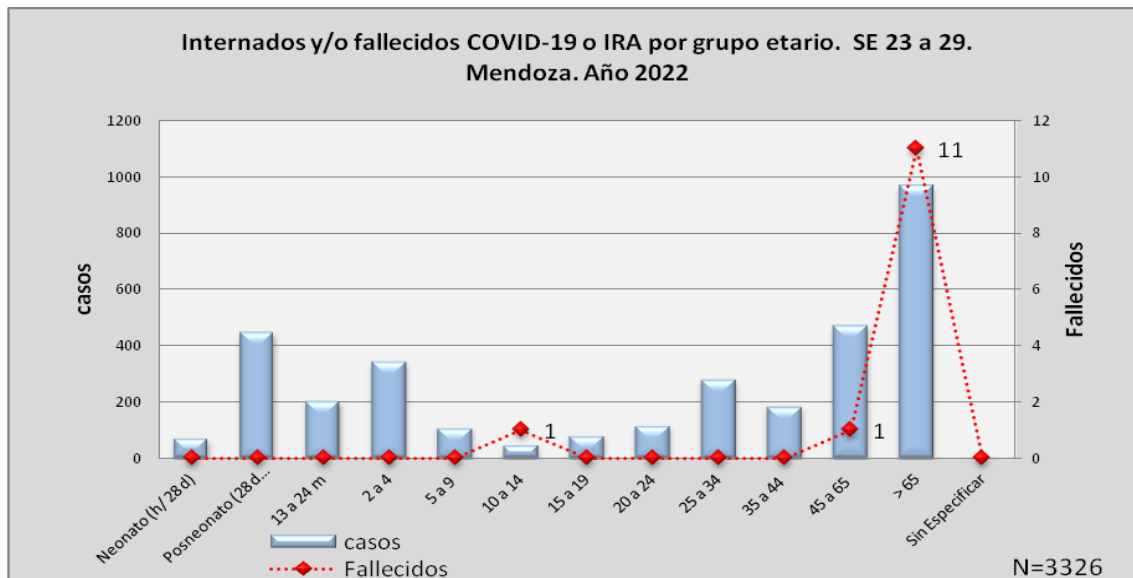
Gráfico N°10: COVID-19- Casos internados por SE. SE 23 a 29. Mendoza. Año 2022



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

La distribución de los casos y fallecidos por grupo etario, evidencia que los casos que requirieron internación pertenecen principalmente a niños y niñas menores de 4 años, descendiendo entre los niños/as mayores, adolescentes y adultos jóvenes, volviendo a incrementarse a partir de los 45 años, con un mayor impacto en el grupo etario de 65 años y más. En cuanto a los fallecidos, la letalidad sigue predominando en los mayores de 65 años.

Gráfico N°11: COVID-19- Casos internados y/o fallecidos por grupo etario. SE 23 a 29-Mendoza Año 2022



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

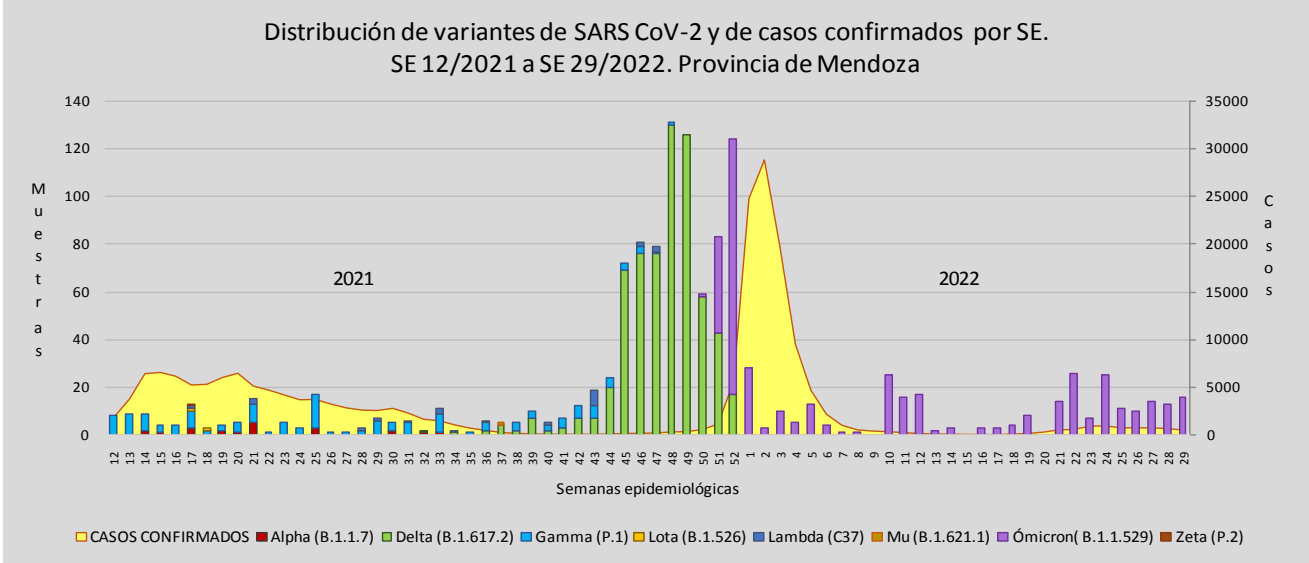
B4.4- COVID-19- VIGILANCIA GENÓMICA

Vigilancia de Variantes de SARS CoV- 2 en la provincia de Mendoza

En nuestra provincia, el Nodo de Genómica comenzó a realizar el estudio de variantes de SARS Cov-2 (por secuenciación, PCR in house y PCR multiplex) a partir de la SE 12 de 2021, contribuyendo a nivel local y nacional con la estrategia de Vigilancia Genómica de Variantes.

En el gráfico a continuación, podemos observar la distribución de las variantes de SARS CoV-2 detectadas por SE, desde el inicio de la estrategia en SE 12, hasta el momento de cierre de este boletín en SE 29, junto al número de casos confirmados durante el mismo período. Se han analizado un total 1.269 muestras, en las cuales se han obtenido distintas variantes.

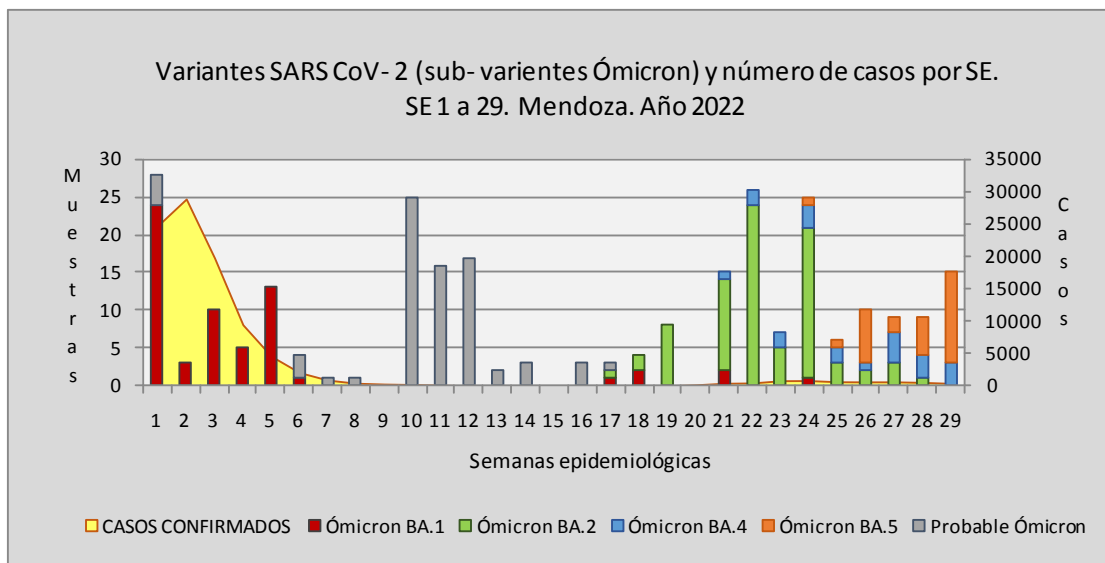
Gráfico N°12: Variantes SARS CoV-2 y casos confirmados por SE. SE 12/21 a 29/22. Mendoza



Fuente: Sección Vigilancia. SNVS. Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Durante la primera ola de casos de COVID-19 en Mendoza (acorde a los informes de las muestras derivadas para vigilancia genómica), predominó la variante Alpha de SARS CoV-2. La segunda ola, que inició en marzo de 2021, mostró un predominio de la variante Gamma. A partir de la SE 32/2021 se presenta la primera detección de variante Delta en nuestra provincia, que fue evolucionando rápidamente hasta alcanzar en la SE 50 un predominio completo con respecto a las demás variantes detectadas. La tercera ola epidémica en Mendoza, se produjo en los meses de enero y febrero de 2022, con un claro y sostenido predominio de la variante Ómicron, siendo actualmente la única variante detectada en la provincia.

En el gráfico a continuación, se representa la distribución de las sub-variantes de Ómicron tipificadas en 268 muestras estudiadas, junto al número de casos confirmados, distribuidos por SE (desde la SE 1 a SE 29).

Gráfico N°13: Variantes SARS CoV-2 (sub-variantes Ómicron). SE 1 a 29. Mendoza. Año 2022

B4.5-VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

Población alcanzada por vacunación en la provincia de Mendoza

Al 26 de julio de 2022, un total de 4.373.587 dosis han sido aplicadas en Mendoza, de las cuales corresponden a:

- 1° Dosis: 1.738.650
- 2° Dosis: 1.547.839
- Aplicación única: 11.298
- Adicionales (oncológicos, inmunocomprometidos, mayores de 50 con esquema de Sinopharm): 54.047
- Refuerzos: 1.021.753

Vacunas: SPUTNIKV, COVISHIELD (Oxford/AstraZeneca), Sinopharm, Moderna y Pfizer.

En la tabla N°2 se muestran los porcentajes de vacunas aplicadas en la población total y por grandes grupos etarios, en la Provincia de Mendoza, al 26 de julio de 2022.

Tabla N° 2 -Población alcanzada por vacunación contra SARS-CoV-2 según esquemas-Mendoza

Rango	% Primeras + únicas	% Segundas	% Refuerzo
Total Población	86,48%	76,99%	50,82%
Total Resultado (mayores de 3 años)	90,99%	81,01%	53,47%
Total Resultado (mayores de 18 años)	94,64%	86,41%	67,21%
Total Resultado (mayores de 50 años)	99,11%	93,91%	97,83%

Fuente datos: NOMIVAC según proyección población Indec 2021. Elaboración: Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

C. Vigilancia de Virus Respiratorios

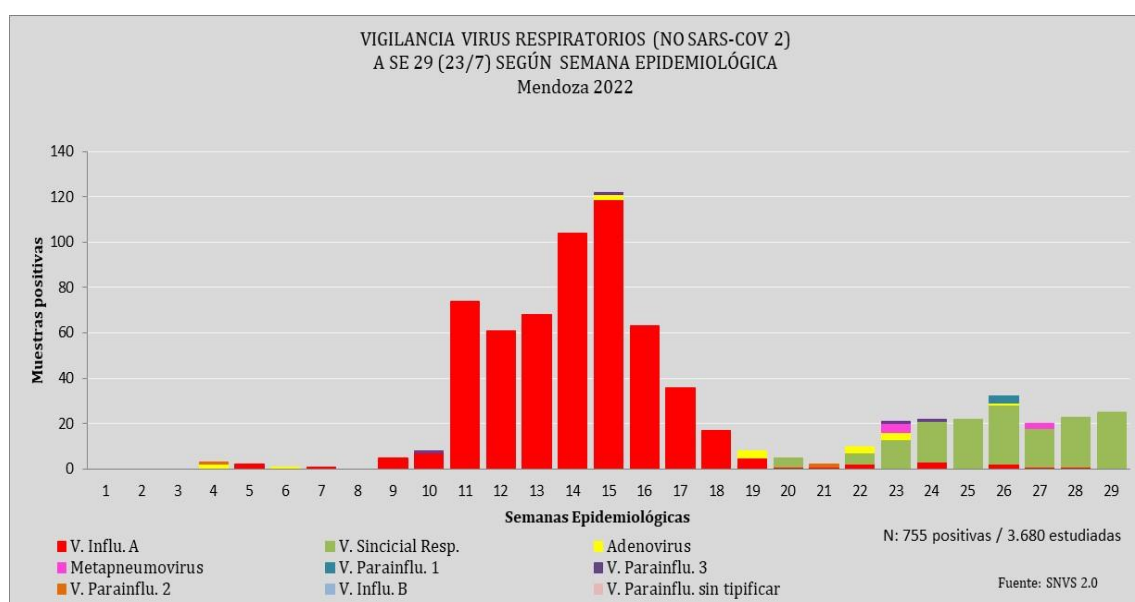
Fuente: SISA-SNVS 2.0 - Vigilancia: Red de Virus Respiratorios Mendoza-Elaboración: Laboratorio de Salud Pública.

Datos: notificación agrupada del evento "Infecciones Respiratorias Agudas Virales en Internados y Ambulatorios". No se incluye COVID-19.

SITUACIÓN AÑO 2022, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 29

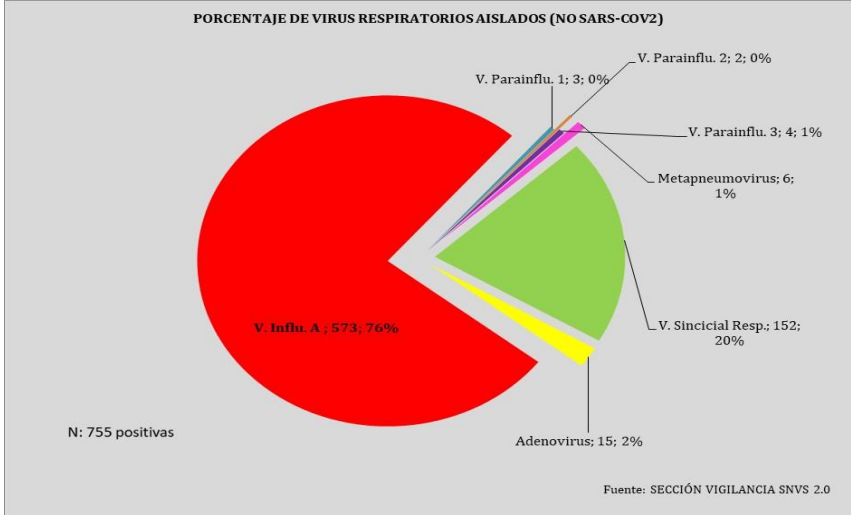
A SE 29 (23 de julio) del presente año, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de **3.680** muestras de las cuales **755** resultaron positivas para los virus estudiados lo que representa un **20,5%** del total de las muestras estudiadas.

Gráfico N°14: Vigilancia Virus Respiratorios (No SARS-CoV-2) por SE. SE 1 a 29. Mendoza 2022



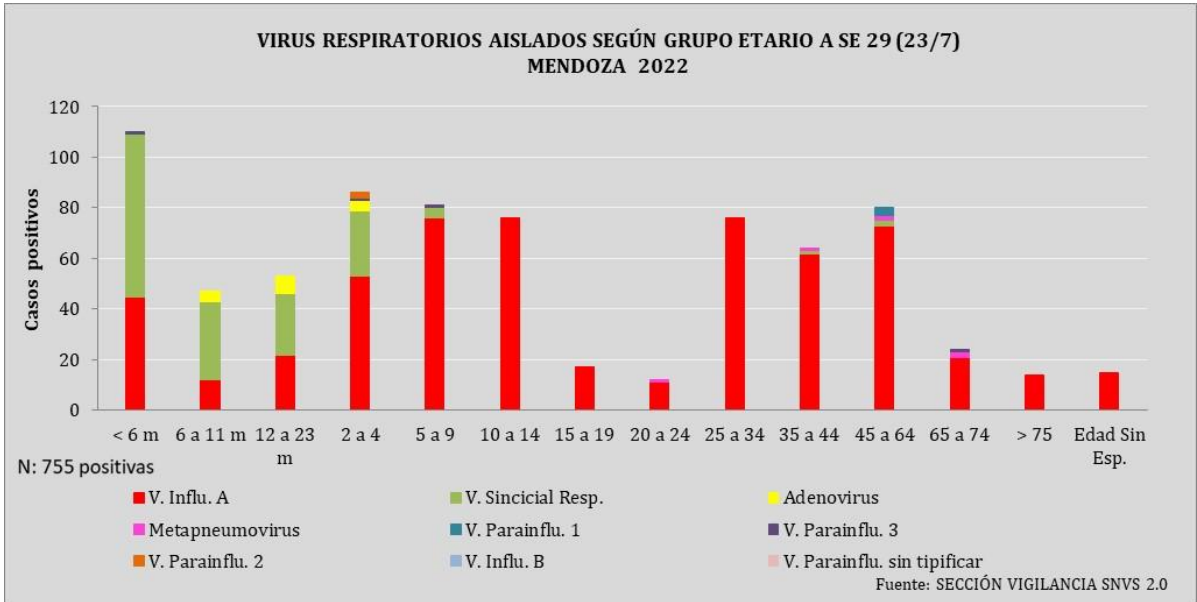
De las 755 muestras positivas, en el 76% se aisló virus Influenza A, en un 20% VSR, 2% Adenovirus, 0,8% Metapneumovirus, 0,4 correspondió a virus Parainfluenza 1, 0,3% a virus Parainfluenza 2 y 0,5% a virus Parainfluenza 3.

Gráfico N°15: Porcentaje de virus respiratorios aislados (No SARS-CoV2)



A su vez, de las 755 determinaciones positivas, el 40% (302) corresponden a mayores de 15 años y el 60% (453) a población pediátrica menor de 15 años.

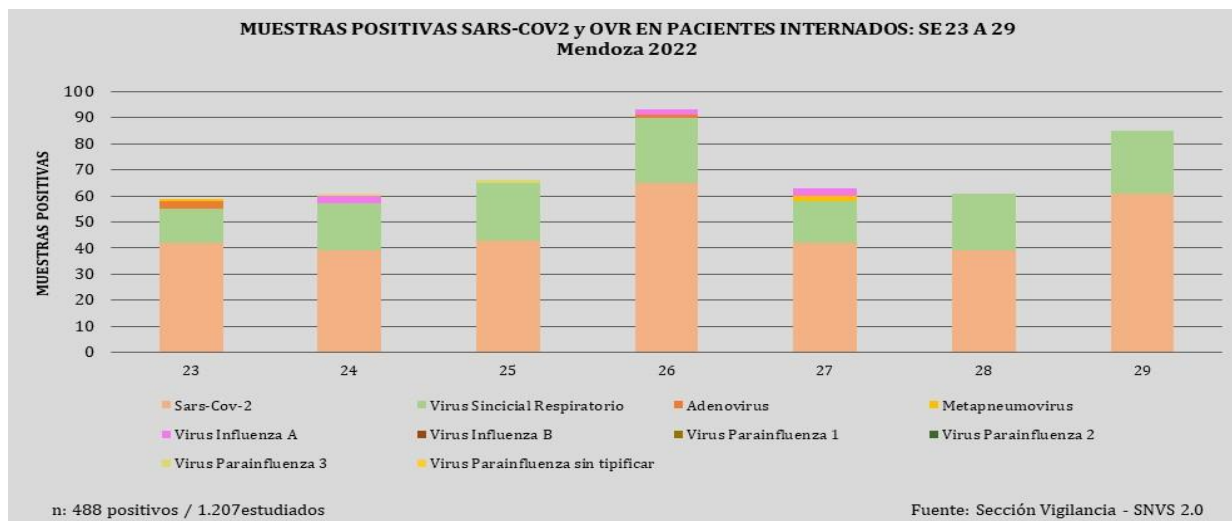
Gráfico N°16: Virus Respiratorios aislados según grupo etario a SE29. Mendoza. 2022



VIRUS RESPIRATORIOS, SARS CoV- 2 Y OVR EN INTERNADOS:

Datos: notificación agrupada de infecciones respiratorias agudas en internados y casos positivos notificados de forma individual en el evento internado y/o fallecidos.

Gráfico N°17: Virus Respiratorios- SARS CoV-2 y OVR en pacientes internados. SE 23 a 29. Mendoza. 2022

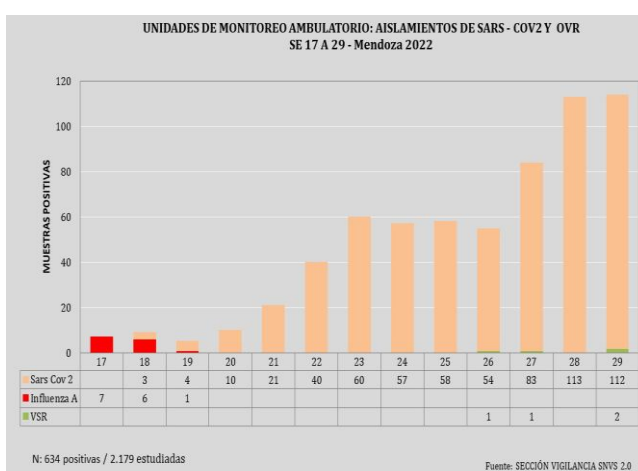
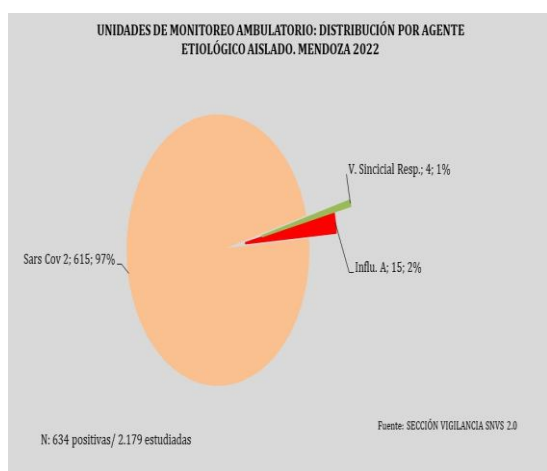


De los casos internados y/o fallecidos por COVID-19 o IRA, entre la SE 23 y 29, se estudiaron 1.207muestras, de las cuales 488 (40,4%) resultaron positivas.

VIRUS RESPIRATORIOS, SARS CoV- 2 Y OVR EN UMA´s:

De las 2.179 muestras estudiadas en las UMA´s, 634 (29%) resultaron positivas. De las positivas, el 97% fue para SARS CoV-2. Se observa el aislamiento de Influenza A en las SE 17, 18 y 19 y el aislamiento de VSR a partir de la SE 26.

Gráfico N°18: UMA´s. Distribución por agente etiológico. SE 23 a 29. Mendoza. 2022



2

COQUELUCHE

Es una enfermedad infecciosa aguda de la vía aérea baja, cuyo agente etiológico es una bacteria aerobia Gram negativa, *Bordetella pertussis*. Altamente contagiosa, evoluciona en tres fases (catarral, paroxística y de convalecencia) y puede manifestarse en formas leves o severas.

Transmisión: por contacto directo con las secreciones respiratorias de las personas infectadas.

Si bien Coqueluche es una enfermedad infecciosa que se enmarca en el capítulo de las inmunoprevenibles, como se trata de una enfermedad de transmisión respiratoria, a los fines del presente boletín, se detallan las definiciones de casos según el nuevo manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria de Argentina, actualización 2022.

DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso: toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:

- Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante, sin otra causa aparente.

Ó bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.

Caso confirmado:

- Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivo para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)*
- Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.

* En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.

Caso probable: paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio)

Caso descartado: clínica incompleta o con datos insuficientes, resultado de laboratorio negativo y sin nexo epidemiológico con un caso confirmado.

NOTIFICACIÓN DE CASOS:

Evento: Coqueluche-Tos convulsa (notificar ante caso sospechoso)

→ Individual/nominal: Universal, clínica y laboratorio, epidemiología. Periodicidad: inmediata



RECOMENDACIONES:

- ✓ Quimioprofilaxis con macrólidos en todos los contactos estrechos*
- ✓ La quimioprofilaxis, debe hacerse independientemente del estado de vacunación e idealmente dentro de los 21 días de contacto con el caso confirmado
- ✓ Realizar estudios para confirmación de la enfermedad ante la sospecha diagnóstica en los contactos de casos confirmados.
- ✓ Aislar de escuelas, guarderías o jardines a los contactos estrechos del caso que tengan menos de 7 años de edad con inmunización incompleta, hasta que hayan cumplido 5 días de tratamiento antibiótico quimioprofiláctico efectivo.
- ✓ Controlar esquemas de vacunación de los contactos y administrar una dosis de vacuna con componente pertussis lo antes posible después de la exposición a los contactos estrechos menores de 7 años de edad que no hayan recibido cuatro dosis de vacuna o una dosis de ella en los últimos tres años.
- ✓ En los contactos institucionales deberá hacerse control estricto de ausentismo para detectar posibles casos sospechosos.

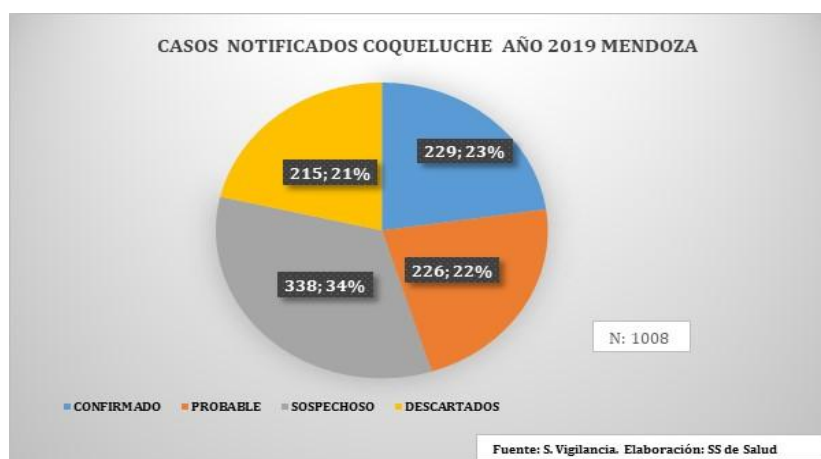
*Definición de contacto estrecho:

- Toda persona con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Haber compartido un espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Haber tenido contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

COQUELUCHE 2019-MENDOZA

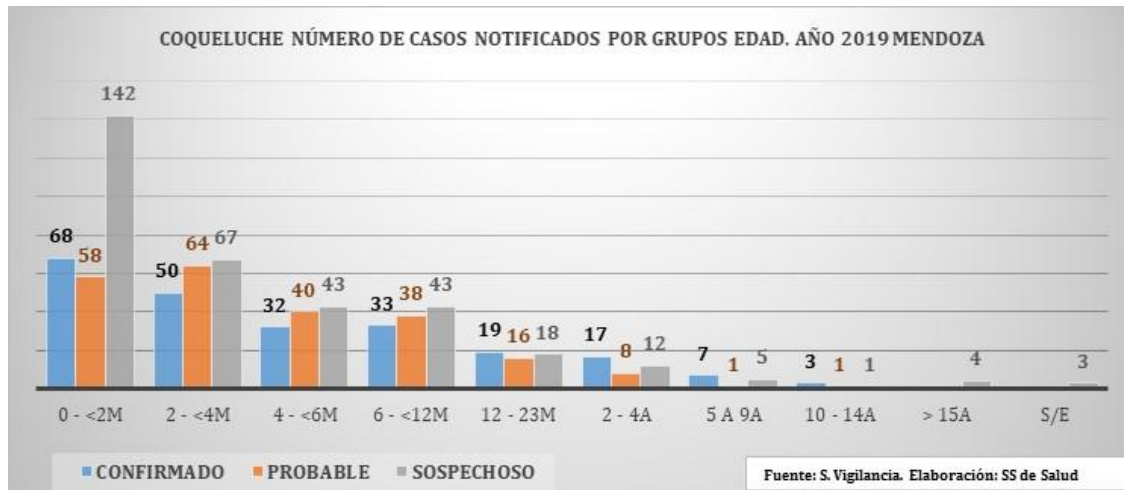
Durante el año 2019 se notificaron al SNVS, 1.008 casos sospechosos de coqueluche, resultando al cierre del año, 229 casos confirmados, 226 casos probables, 338 continúan como sospechosos y 215 fueron descartados/invalidados.

Gráfico N°19: Casos notificados de Coqueluche. Mendoza. Año 2019



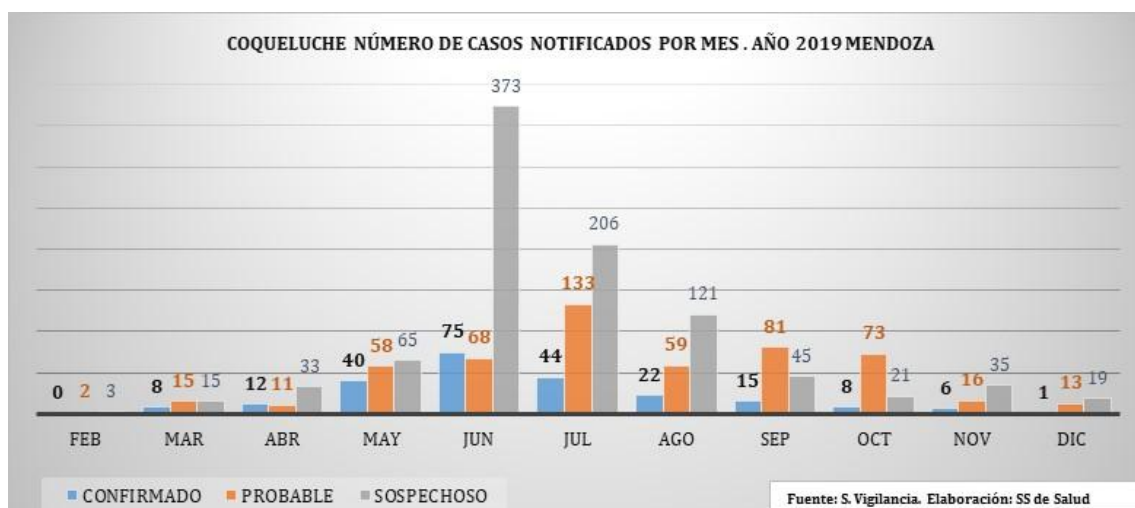
Del total de casos notificados (1.008), el 33,8 % se presentó en menores de 2 meses, 22,8% en niños de 2 a <4 meses, mientras que los grupos etarios de 4 a <6 meses y de 6 a < 12 m tuvieron el 14% de los casos cada grupo por igual.

Gráfico N°20: Coqueluche- Casos notificados por grupo etario. Mendoza. Año 2019



La distribución por mes de ocurrencia en el año 2019, muestra el incremento de casos confirmados y probables en los meses fríos mayo, junio y julio. Estos tres meses, agrupan el 57% de los casos notificados en el año.

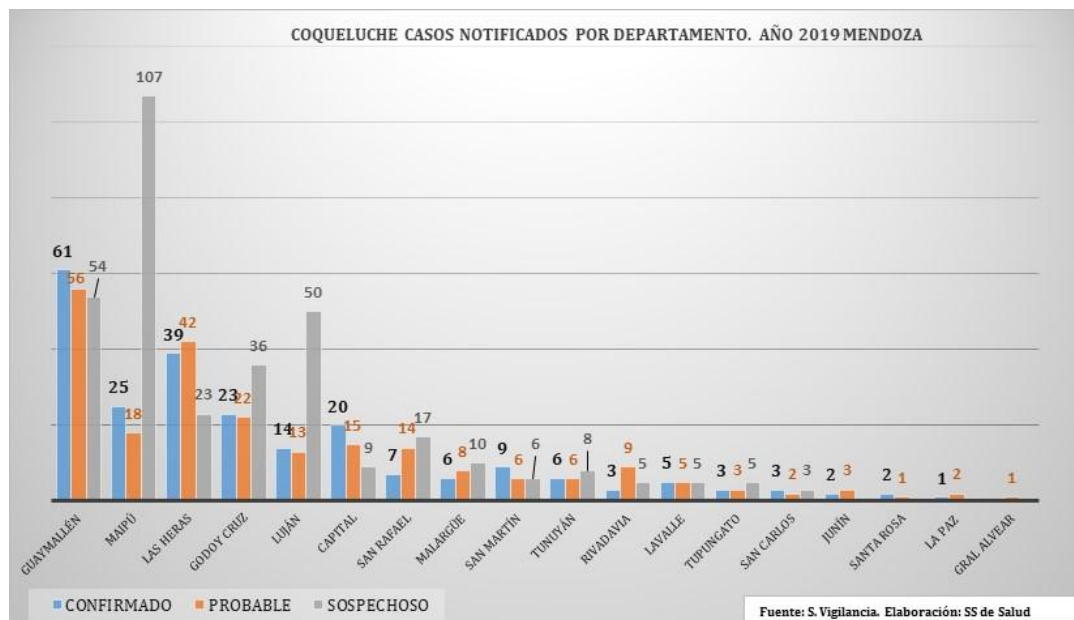
Gráfico N°21: Coqueluche. Casos notificados por mes. Mendoza. Año 2019



La distribución por departamento de residencia, muestra que los casos confirmados y probables fueron más frecuentes en Guaymallén con 25,7% de los casos, Las Heras con el 17,8%, seguido por Godoy Cruz el 9,8%, Maipú el 9,4% y Capital el 7,7%

De los casos que quedaron consignados como sospechosos, el 31,6% corresponden a Maipú, el 16% a Guaymallén, Luján con el 14,8% y Godoy Cruz el 10,6%

Gráfico N°22: Coqueluche. Casos notificados por departamento. Mendoza. Año 2019



Los casos fueron notificados por H. Notti en el 63,5% de los casos, seguido por H Paroissien con un 24,3% y H. Schestakow con 3,8%.

INMUNIZACIONES – COBERTURA COQUELUCHE

Durante el año 2019, se observa que los casos se presentaron en niños con esquema incompleto de vacunación con componente pertussis, dado que si bien las coberturas para cada dosis de pentavalente según edad son óptimas, es necesario recordar que una mayor inmunidad se obtiene con esquema completo, el cual se adquiere recién a los 18 meses de vida. El descenso en la cobertura de los años 2020-2021, puede atribuirse a la pandemia de COVID-19.

Además, la cobertura de dTap en embarazadas en 2019, fue del 68,7%. Este dato es de suma importancia, ya que los RN adquieren inmunidad a través de la vía transplacentaria, cuando la madre recibe esta vacuna.

Tabla N°3: Vacunación Coqueluche. Mendoza. Año 2019

VACUNACIÓN COQUELUCHE-MENDOZA		COBERTURA		
EDAD	VACUNA Y DOSIS	2019	2020	2021
2M	PENTAVALENTE 1° DOSIS	100,4	99,3	94,9
4M	PENTAVALENTE 2° DOSIS	101,2	99,5	93,6
6M	PENTAVALENTE 3° DOSIS	102,3	98,2	92,2
18M	PENTAVALENTE REFUERZO	90,6	81,3	92,3
5A	DPT	94,2	80,2	94,3
11A	dTap	81,7	64,4	86,3

Fuente: Departamento de inmunizaciones

COQUELUCHE, COMPARATIVO 1^{ER} SEMESTRE 2019- 1^{ER} SEMESTRE 2022

Del total de casos notificados, se observa un mayor porcentaje de casos sospechosos durante el 1º semestre del 2022, con respecto a los casos sospechosos del 1º semestre del 2019 (83% vs 46%) y, en relación a los casos confirmados, sólo se confirmó un caso en el 2022, vs los 135 casos confirmados del 1º semestre 2019.

Gráfico N°23: Coqueluche. Distribución porcentual de los casos notificados. Comparativa 1º semestre 2019 vs. 2022. Mendoza

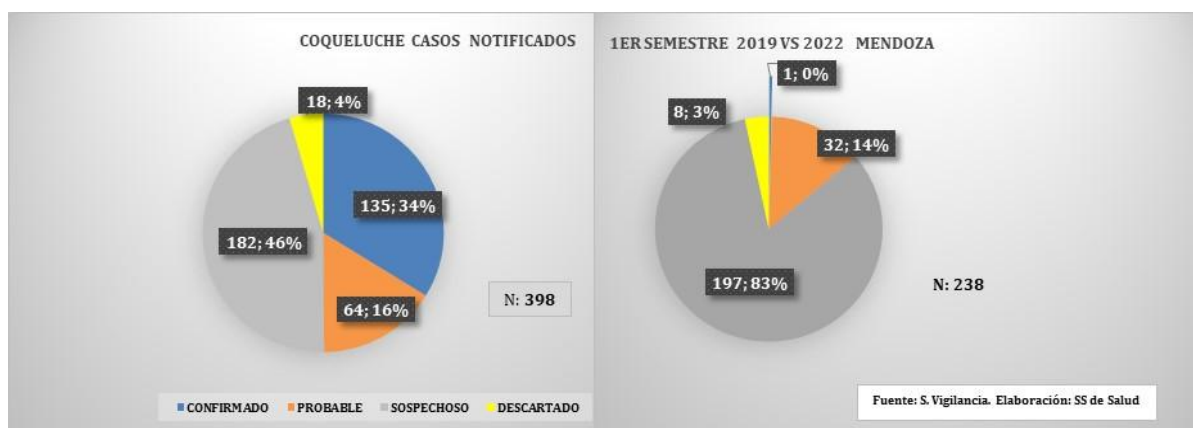
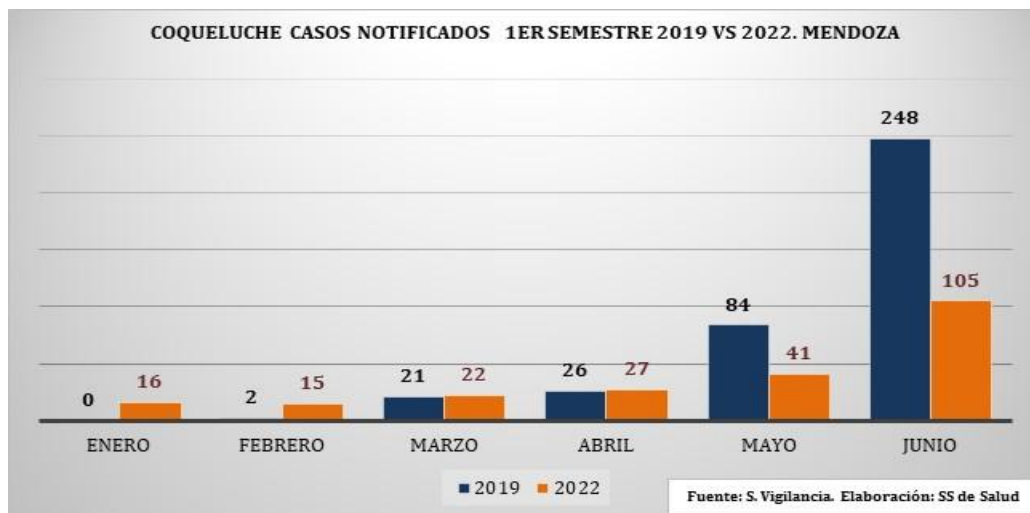


Gráfico N°24: Coqueluche. N° de casos notificados por mes. Comparativa 1º semestre 2019 vs. 2022. Mendoza



La distribución por mes de casos notificados en el primer semestre muestra una mayor cantidad de casos notificados durante el 2019 respecto del 2022, en especial durante los meses de mayo y junio. En relación a estos datos, podrían atribuirse a una menor circulación de Bordetella pertussis en el año post pandémico 2022, ya que 2019 no fue un año epidémico para coqueluche en Mendoza.

Bibliografía Vigilancia IRA´s y Coqueluche

1. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas, en vigencia desde el mes de abril de 2022. (Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/vigilancia>)
2. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín Epidemiológico Nacional N° 611- SE29, año 2022, Dirección de Epidemiología. (Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-07/BEN-611-SE-29.pdf>)
3. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria. Argentina, actualización 2022.
4. Ministerio de Salud de la Nación. Pautas para la vigilancia y el control de Coqueluche en situaciones de brote, 2012.
5. Ficha epidemiológica “COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorio (no UMAS)” (Disponible en https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_COVID-19_Influenza_y_OVR_en_ambulatorios_No_UMAs.pdf)
6. Ficha epidemiológica: “Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA” (Disponible en https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_Internado_y_o_fallecido_por_COVID-19_o_IRA.pdf)
7. Ficha epidemiológica “Coqueluche” (Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001291cnt-fichas-de-actualizacion.pdf>)



Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia
y Control de Eventos de Notificación Obligatoria
2022

Actualización 25/07/2022



3

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Se han seleccionado 4 eventos del grupo de enfermedades de transmisión vertical (materno- infantil):

SÍFILIS CONGENITA

SÍFILIS GESTACIONAL

CHAGAS AGUDO CONGÉNITO

CHAGAS CRÓNICO EN PERSONAS GESTANTES

En este boletín, se presentan los datos correspondientes a la notificación de casos durante el año 2019 y se compara el 1° semestre 2019 (pre-pandémico) con el 1° semestre 2022 con corte a SE26.

Es importante recordar que, los datos reportados durante los años pandémicos 2020-2021, debido a la reconversión de servicios y la afectación del RRHH para afrontar la demanda sobre el sistema de salud que produjo COVID-19, no permiten realizar comparaciones desde el punto de vista del análisis epidemiológico de los datos.

A-SÍFILIS GESTACIONAL-SÍFILIS CONGÉNITA

La **sífilis** es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*(TP). Se adquiere por contacto sexual con una persona infectada, por transmisión perinatal durante el embarazo y a través del canal de parto, o por transfusión de sangre.

La **sífilis temprana** comprende la sífilis primaria, secundaria y la sífilis latente temprana, mientras que la **sífilis tardía** comprende la sífilis latente tardía y sífilis terciaria.

Pruebas serológicas para el diagnóstico de la sífilis:

- ✓ no treponémicas (VDRL, USR, RPR) y
- ✓ pruebas treponémicas (TP-PA, MHA-TP, FTA-abs).

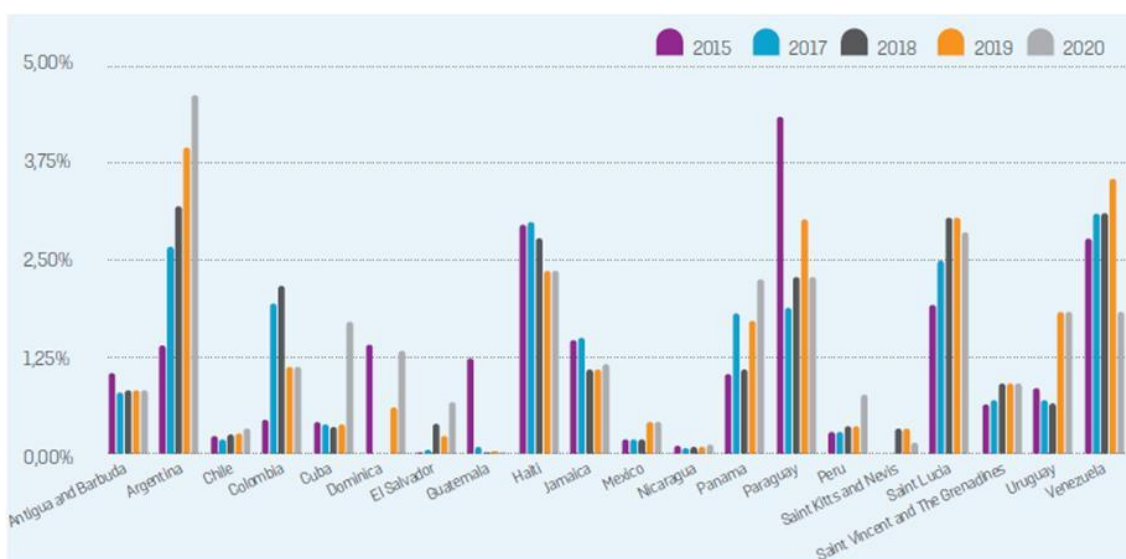
Se recomienda en el seguimiento de la persona gestante y su pareja:

- ✓ Solicitar la PNT a la embarazada y a su pareja, en la primera consulta.
- ✓ Repetir la PNT a la embarazada en el segundo y tercer trimestre.

- ✓ Volver a solicitar la prueba en el peri-parto. Si la mujer tuviese una prueba negativa en los 28 días anteriores al parto no sería necesario repetir la prueba, ya que de haber ocurrido la transmisión en ese lapso, la detección de anticuerpos es poco probable.

Según las últimas publicaciones de la OPS en Argentina, se observa un claro aumento en la seropositividad para sífilis en mujeres embarazadas en los últimos años.

Gráfico N°25-Seropositividad notificada para sífilis en mujeres embarazadas de América Latina y el Caribe, 2015 y 2017-2020



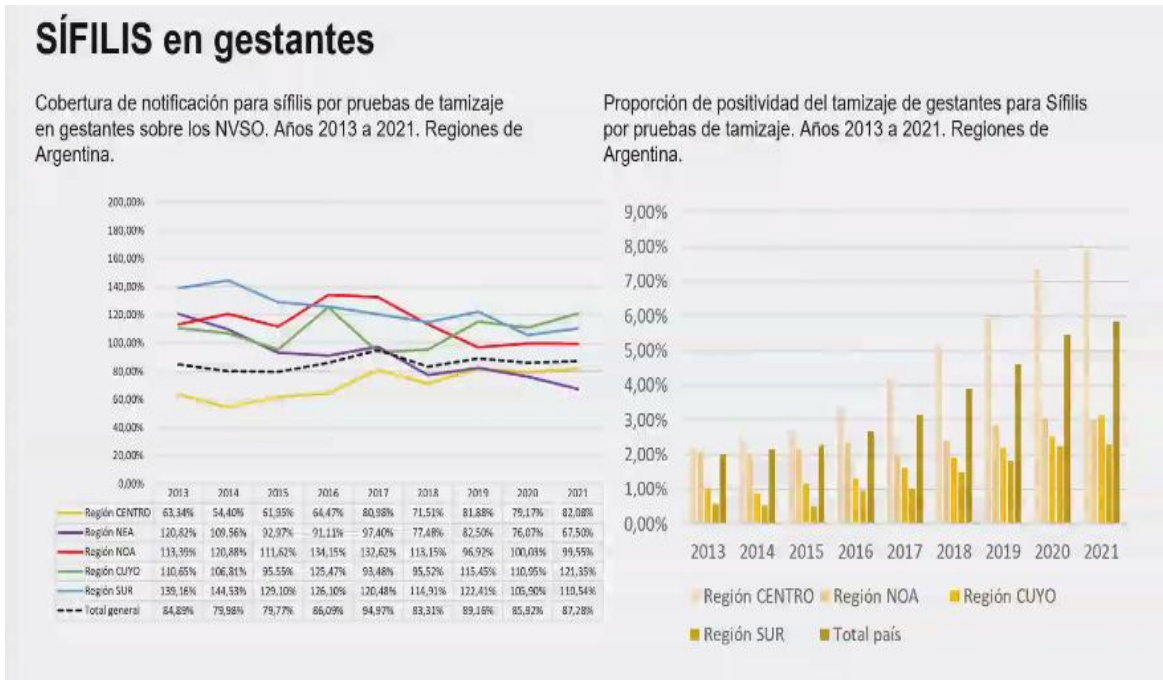
Fuente: Epidemiological Review of Syphilis in the Americas-OPS

Cuando la infección materna no se detecta y no se trata en una fase temprana del embarazo, se transmite al niño (sífilis congénita). Si la infección fue adquirida durante los 4 años previos, hay riesgo de transmisión vertical hasta en el 80% de los casos, con riesgo de aborto o muerte fetal hasta en el 40% de los casos.

La detección precoz de la sífilis durante la gestación y/o de su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento, son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita.

En la presentación nacional de “Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas (Iniciativa ETMI-PLUS)”, del 22 de julio de 2022, se expuso situación epidemiológica de estas enfermedades de transmisión vertical en Argentina. (Gráficos)

Gráfico N°26: Sífilis en gestantes. Cobertura de la notificación por tamizaje y proporción de positividad de las pruebas de tamizaje por región. Años 2013 a 2021. Argentina



Fuente: Dirección de Epidemiología-Ministerio de Salud de la Nación /NVSO=nacidos vivos de sector oficial

Gráfico N°27: Sífilis congénita.



Fuente: Dirección de Epidemiología- Ministerio de Salud de la Nación/NVSO=nacidos vivos de sector oficial

NOTIFICACIÓN DE CASOS

Evento: Sífilis gestacional (notificar ante caso sospechoso)

- Individual/nominal: Universal, clínica y laboratorio. Periodicidad: semanal
- Agrupada: Laboratorio. Numérica de controles realizados y numérica de positivos. Periodicidad: por semana epidemiológica

DEFINICIÓN DE CASO SÍFILIS GESTACIONAL

Caso sospechoso de sífilis temprana en gestante:

Toda persona gestante que presente:

Criterio clínico: uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en zona genital, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s (sífilis primaria); lesiones cutáneas compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras (sífilis secundaria).

Caso probable de sífilis temprana en gestante:

- Todo caso sospechoso; o
 - persona gestante asintomática con antecedentes recientes de signos o síntomas de sífilis primaria o secundaria; o
 - persona gestante asintomática con antecedentes conocidos de contacto sexual con persona con sífilis en los últimos 12 meses; o
 - persona gestante asintomática con antecedentes de serología negativa para sífilis en los últimos 12 meses;
- y
- Serología reactiva para sífilis (prueba treponémica o no treponémica)

Caso confirmado de sífilis temprana en gestante:

- Todo caso sintomático, más una prueba treponémica positiva, o con diagnóstico microbiológico confirmatorio (PCR o fondo oscuro).
 - Todo caso asintomático, con diagnóstico confirmado por laboratorio (prueba treponémica y no treponémica positivas cualquiera sea el algoritmo que se utilice),
- y
- sin historia de tratamiento reciente para sífilis, o con serologías negativas para sífilis en los 12 meses previos (se descarta posible cicatriz serológica).

Caso probable de sífilis en gestante sin especificar estadio:

Criterio serológico: un resultado serológico positivo por cualquier método diagnóstico (VDRL, TPHA, TPPA, Prueba rápida de sífilis, etc.) que no permitan confirmar la infección actual.

Caso confirmado de sífilis en gestante sin especificar estadio:

Todo caso probable con diagnóstico positivo por pruebas no treponémicas y treponémicas (según algoritmo vigente).

La prueba confirmatoria será treponémica o no treponémica, según el algoritmo que se utilice en el efector (tradicional o reverso)

IMPORTANTE: Se deberá dejar constancia en la **notificación del tratamiento recibido**, incluyendo fecha, dosis (en la sección Clínica del SNVS) y fecha probable de parto (en la sección Embarazo del SNVS)

Eventos: (notificar ante caso sospechoso)

Sífilis congénita

→ Individual/nominal: Universal, clínica y laboratorio. Periodicidad: semanal

Niño Expuesto a TP en investigación

→ Individual/nominal: Universal, clínica y laboratorio. Periodicidad: semanal

DEFINICIÓN DE CASO SÍFILIS CONGÉNITA (Manual de Normas 2022)

Sífilis congénita:

1. Nacido/a vivo/a o muerte fetal o aborto de más de 500 grs de una persona gestante con diagnóstico confirmado de sífilis y sin tratamiento adecuado de la persona gestante durante el embarazo.
2. Nacido/a vivo/a, muerte fetal o aborto de más de 500 grs, o niño/a menor de 24 meses, hijo/a de una persona gestante con criterio de caso probable o confirmado de sífilis.

Y

I. Criterios de laboratorio (Uno o más de ellos):

- A. Recién nacido con prueba no treponémica (PNT) reactiva con título 4 veces o más que el de la persona gestante.
- B. Demostración de *T. pallidum* por Campo Oscuro o PCR en placenta, secreción nasal, material de lesión de la piel o material de autopsia, en un neonato o mortinato.
- C. VDRL reactiva en LCR.
- D. Niño expuesto a *T. pallidum*, que no haya recibido tratamiento luego del nacimiento y con PNT reactiva luego de los 6 meses de vida.

O

II. Criterios radiográficos:

- A. Menor de 24 meses con prueba no treponémica reactiva y radiografías de huesos largos características de sífilis congénita, (Osteocondritis que origina la pseudoparálisis de Parrot, epifisitis y periostitis bilateral).

O

III. Criterios clínicos:

- A. Menor de 24 meses con prueba no treponémica reactiva y signos clínicos característicos o altamente sugerentes. Criterios clínicos: Hidrops fetal no inmunológico, hepatomegalia, rinitis mucosa o hemorrágica, anemia hemolítica y plaquetopenia, rash maculo papular o vesicular, lesiones descamativas y lesiones ampollares palmo-plantares (pénfigo sifilítico).

3. Muerte fetal en persona gestante con diagnóstico de sífilis y sin otra causa conocida.

Niño Expuesto a TP en investigación:

Todo nacido vivo de persona gestante con sífilis gestacional, con PNT reactiva al nacimiento y sin datos suficientes para clasificarlos como casos de sífilis congénita o descartarlos,

Se notificarán a este evento para permitir su seguimiento y la recolección de datos que permita concluir si se trata o no de un caso de sífilis congénita.

Si se constatan criterios de Sífilis congénita, deberán notificarse en el evento correspondiente (sífilis congénita).

RECOMENDACIONES:

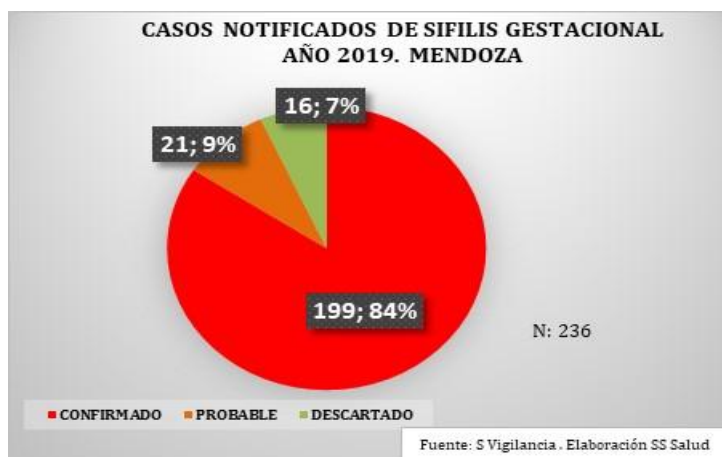
- ✓ Ante todo caso de sífilis gestacional se deberá proceder a la notificación del caso de manera inmediata, incluyendo el tratamiento administrado.

- ✓ Indicar testeo y tratamiento de las parejas sexuales de las personas con diagnóstico de sífilis mientras se les realizan los estudios de laboratorios correspondientes, con especial énfasis en el caso de sífilis gestacional.
- ✓ Garantizar el tratamiento adecuado de la sífilis gestacional, según las recomendaciones nacionales vigentes.
- ✓ Recomendar el uso correcto de preservativo u otros métodos de barrera en el ejercicio de sus prácticas sexuales hasta completar el tratamiento y desaparición de las lesiones.
- ✓ En el caso de sífilis gestacional adecuada o inadecuadamente tratada, activar circuito de referencia y contra referencia con la maternidad donde ocurrirá el parto.
- ✓ Realizar el tratamiento adecuado y seguimiento clínico en los casos de sífilis congénita, según recomendaciones vigentes.
- ✓ Investigar y testear a los/as hijos/as en caso de personas gestantes con sífilis.
- ✓ Investigar y testear a todos/as los miembros inmediatos de la familia (padre/madre) del caso de sífilis congénita. Realizar pruebas para sífilis a ambos progenitores.

SIFILIS EN GESTANTES 2019-MENDOZA

Durante el año 2019 se notificaron 236 casos de sífilis gestacional al SNVS, de los cuales se confirmaron 199 casos, se descartaron 16 y se clasificaron 21 como casos probables.

Gráfico N°28: Sífilis en gestantes. Casos notificados. Mendoza. Año 2019



La distribución por grupos de edad de los casos confirmados y probables se presentó en mayor porcentaje en el grupo de 20 a 34 años (75%) seguido por adolescentes de 15 a 19 años (14%) y el grupo de 35 a 44 años (9,5%).

En el año 2019, el 44% de los casos confirmados y sospechosos fueron notificados por H. Lagomaggiore, seguido por H. Paroissiens 20% y H. Scaravelli 7,3%.

Tabla N°4: Sífilis gestacional. Casos confirmados y probables por grupo etario. Mendoza. Año 2019

Grupos etarios	Confirmado	Probable	Total
15 a 19 años	27	4	31
20 a 24 años	81	8	89
25 a 34 años	69	7	76
35 a 44 años	19	2	21
45 a 64 años	3	0	3
Total general	199	21	220

Gráfico N°29: Sífilis gestacional. Casos confirmados y probables por grupo etario. Mendoza. Año 2019



Casi el 80% de los casos se distribuyen entre los departamentos de: Guaymallén con el 19% de los casos, seguido por Las Heras el 16%, Godoy Cruz 12,7%, Capital 11,8%, Maipú 7,5%, Tunuyán el 6,4% y Lujan 6% de los casos.

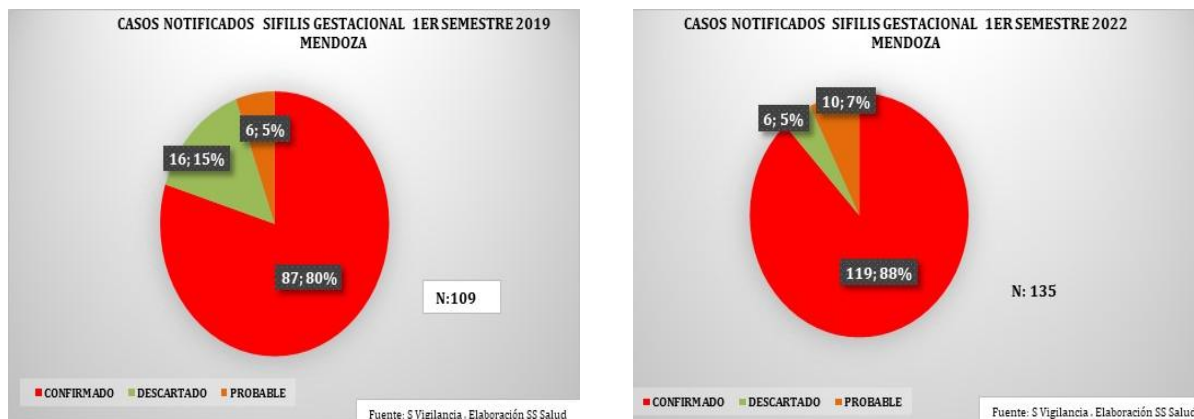
Gráfico N°30: Casos de sífilis gestacional por departamento de residencia. Mendoza. Año 2019



SIFILIS GESTACIONAL COMPARATIVO 1^{ER} SEMESTRE 2019 1^{ER} SEMESTRE 2022

Se compara el 1° semestre 2019 pre pandémico con el 1° semestre 2022 con corte a SE 26.

Gráfico N° 31: Sífilis gestacional. Casos notificados. Comparativa 1° semestre 2019 vs. 2022. Mendoza



En el 1° semestre del 2019 se notificaron 109 casos de sífilis gestacional con un 80% (87) de casos confirmados, 5% (6) probables y 15% (16) descartados.

En el primer semestre del año 2019, el 42% de las notificaciones fueron realizadas por H. Lagomaggiore, seguido por H. Paroissiens en un 16%, H. Scaravelli 13%.

Durante el 1° semestre del 2022, se notificaron 135 casos, de los cuales 119 (88%) son confirmados, 10 (7%) probables y 6 (5%) descartado/invalidado.

En el primer semestre del año 2022, el 54,3% fue notificado por H. Lagomaggiore y 12,4% por H. Carrillo.

Gráfico N°32: Sífilis gestacional. Porcentaje de positividad. Comparativa 1° semestre 2019 vs. 2022. Mendoza

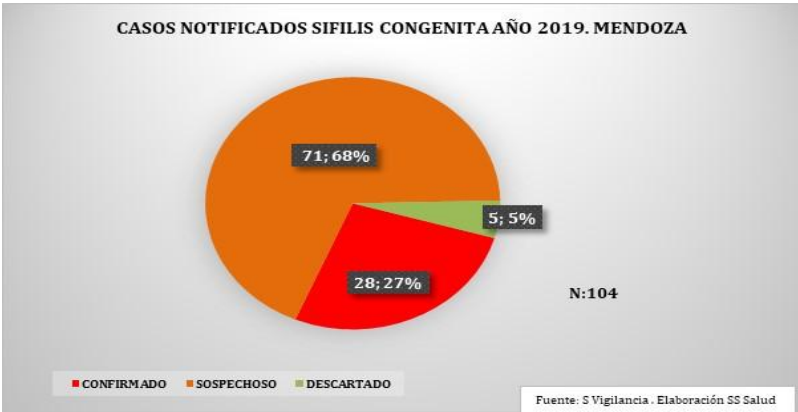


Cuando se comparan número de muestras estudiadas y casos positivos entre semestres, observamos una mayor positividad en el año 2022, pero menor cantidad de muestras estudiadas totales.

SIFILIS CONGENITA 2019-MENDOZA

Durante el año 2019 se notificaron 104 casos sospechosos de sífilis congénita de los cuales se confirmaron 28 casos.

Gráfico N°33: Casos notificados Sífilis congénita. Mendoza. Año 2019

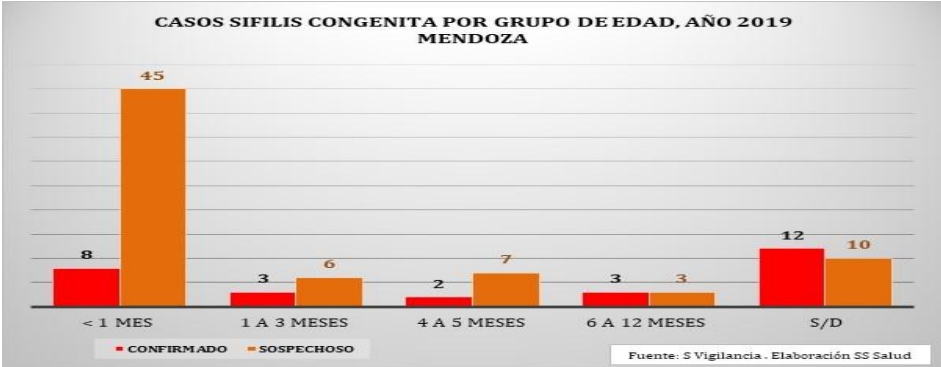


De los 99 casos confirmados y sospechosos, el 53,5% correspondió a los menores de 1 mes.

Tabla N°5: Sífilis congénita. Casos confirmados y sospechosos por grupo etario. Mendoza. Año 2019

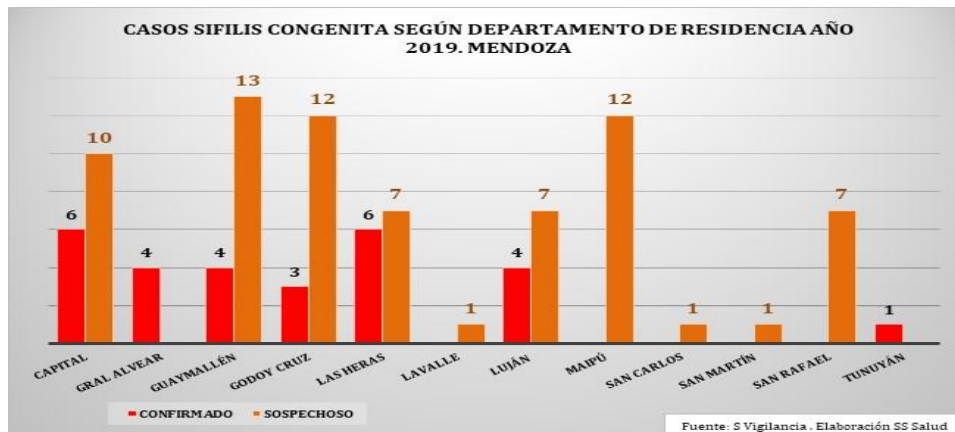
Grupos etarios	Confirmado	Sospechoso	Total
< 1 mes	8	45	53
1 a 3 meses	3	6	9
4 a 5 meses	2	7	9
6 a 12 meses	3	3	6
s/d	12	10	22
Total	28	71	99

Gráfico N°34: Sífilis congénita. Casos confirmados y sospechosos por grupo etario. Mendoza. Año 2019



El 85% de los casos pertenecen a los departamentos de Guaymallén con el 17,2%, seguido por Capital el 16,2%, Godoy Cruz el 15%, Las Heras el 13%, Maipú el 12% y Luján con el 11% de los casos.

Gráfico N°35: Sífilis congénita. Casos confirmados y sospechosos por departamento de residencia. Mendoza. Año 2019

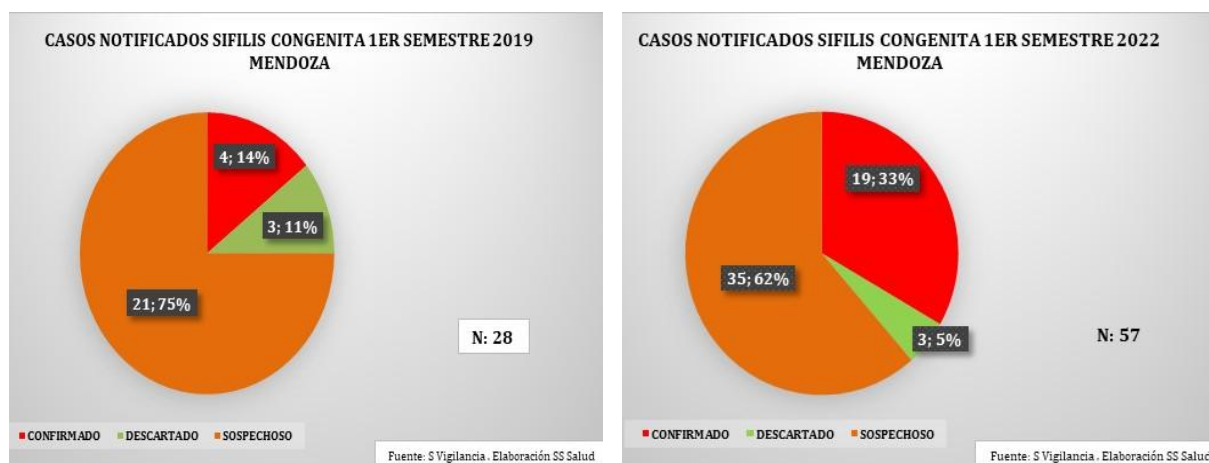


El 84% de los casos fueron notificados por los Hospitales Lagomaggiore con el 41,4%, Paroissiens 35,4% y Schestakow el 7,1% de los casos.

SIFILIS CONGENITA COMPARATIVO 1^{ER} SEMESTRE 2019 1^{ER} SEMESTRE 2022

Se compara el 1° semestre 2019 pre-pandémico con el 1° semestre 2022 con corte a SE 26.

Gráfico N° 36: Sífilis congénita. Casos notificados. Comparativa 1° semestre 2019 vs. 2022. Mendoza



En el 1° semestre del 2019 se notificaron 28 casos de sífilis congénita, de los cuales 4 (14%) fueron confirmados, 21 (75%) se clasificaron como sospechosos y 3 (11%) descartados. De estos casos, el 64% de las notificaciones fueron realizadas por H. Paroissiens y el 13,4% por el H. Lagomaggiore.

Durante el 1º semestre del año 2022, se han notificado 57 casos, de los cuales 19 (33%) son confirmados, 35 (62%) sospechosos y 3 (5%) descartado/invalidado. De ellos, el 63% fue notificado por H. Lagomaggiore y 30% por H Schestakow.

Acorde a los datos reportados, se evidencia un mayor número de casos notificados en el transcurso del año 2022.

B-CHAGAS GESTACIONAL-CHAGAS CONGÉNITO

La enfermedad de Chagas es una afección parasitaria, sistémica, crónica, transmitida por vectores y causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*. Es endémica en todo el continente americano y, a partir de fenómenos migratorios, se ha diseminado a países de Europa y Asia.

En el año 2016, la OMS elaboró el “Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022”, en el que se abordan principalmente la vigilancia, la atención, el control y la eliminación de varias enfermedades, entre las cuales se destaca Chagas.

Se estima que en las Américas hay entre 6 y 8 millones de personas infectadas por el *T. cruzi*, unos 30.000 nuevos casos anuales por transmisión vectorial y unos 8.000 nuevos casos anuales por transmisión congénita. Cerca de 65 millones de personas en la región están en riesgo de contraer la infección y se estima que unas 12.000 muertes anuales están relacionadas con esta infección parasitaria.

En Argentina, la Ley 26.281/07 de Prevención y Control del Chagas declara de interés nacional y asigna carácter prioritario dentro de la política nacional del Ministerio de Salud a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, “hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional”.

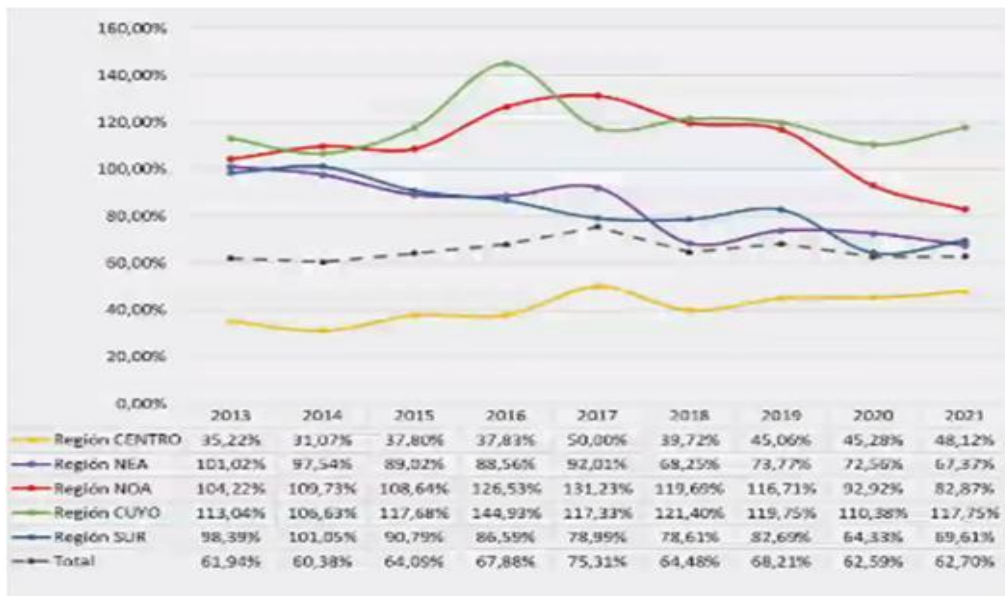
La seroprevalencia de infección por *T. cruzi* en embarazadas en el país fue de 6,8 % en 2000, de 4,84% en 2010 y de 2,06% para 2018 (INCOSUR; 2018). En base a estos datos, se estima que cada año nacen 1.300 niños infectados por transmisión congénita. Cabe consignar que 9/10 niños tratados en fase aguda y 7/10 tratados en fase crónica se curan. La prevalencia media de infección por *T. cruzi* en niños menores de 14 años fue de 1,5% en 2009.

En la presentación nacional de “Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis b y Chagas-Iniciativa ETMI-

PLUS”, del 22 de julio del 2022, se expuso la situación epidemiológica de Argentina, en relación a estas enfermedades de transmisión vertical.

En los siguientes gráficos, se presentan los datos de Chagas:

Gráfico N°37- Cobertura de notificación del tamizaje de gestantes sobre los NSVO para Chagas positivo por 2 técnicas. Años 2013 a 2021. Regiones de Argentina



Fuente: Dirección de Epidemiología-Ministerio de Salud de la Nación /NSVO=nacidos vivos de sector oficial

La OMS afirma que el diagnóstico de la infección en las embarazadas, sus recién nacidos y los hermanos es esencial.

Por ley nacional Nro. 26.281/07, toda persona gestante debe ser estudiada para confirmar o descartar una infección crónica por *T. cruzi* a través de una muestra de sangre. Entre un 2% y un 8% de las personas gestantes infectadas por *T.cruzi* que dan a luz transmiten el parásito a su recién nacido (Carlier & Torrico, 2003).

Gráfico N°38: Chagas gestacional. Proporción de positividad del tamizaje por región. Años 2013 a 2021. Argentina

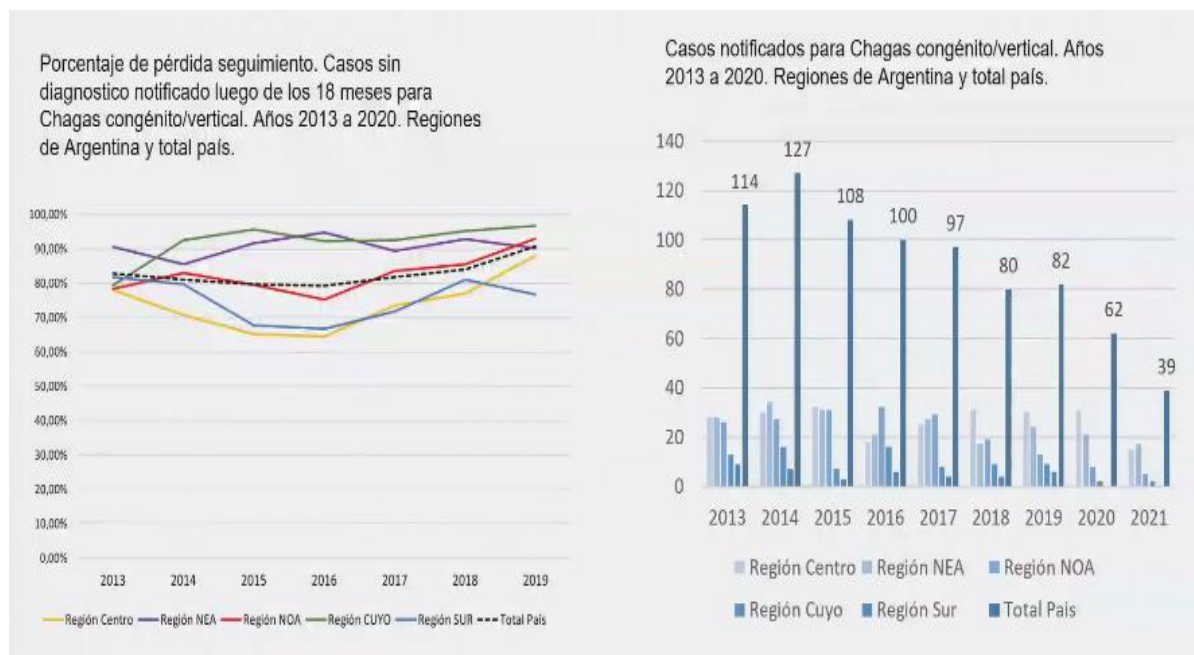


Fuente: Dirección de Epidemiología- Ministerio de Salud de la Nación

La probabilidad de transmisión congénita puede depender de muchos factores (la genética de la cepa del parásito, la prevalencia de la infección por *T. cruzi* en mujeres en edad fértil, factores inmunes distintivos de las madres, etc. (Blanco et al., 2000).

En el gráfico N° 41 se grafica la notificación de Chagas congénito por regiones en el país y se representa un problema común de las distintas regiones, relacionado con la pérdida de seguimiento de los RN hijos de madres con Chagas (casos sospechosos de Chagas congénito).

Gráfico N°39: Chagas congénito por región. Años 2013 a 2020. Argentina



Fuente: Dirección de Epidemiología- Ministerio de Salud de la Nación/NVSO=nacidos vivos de sector oficial

El Chagas congénito es la forma de infección aguda que produce el mayor número de casos notificados anualmente en Argentina.

El Chagas es casi 100% curable si se trata en sus etapas iniciales con los medicamentos: Benznidazol y Nifurtimox.

CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS/PERSONAS GESTANTES

DEFINICIÓN DE CASO:

Toda persona gestante con diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi* por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) en segunda muestra.

Estos estudios deben solicitarse en el primer control prenatal (dos pruebas serológicas en simultáneo); en caso de llegar al parto sin ellos, deben realizarse durante la internación.

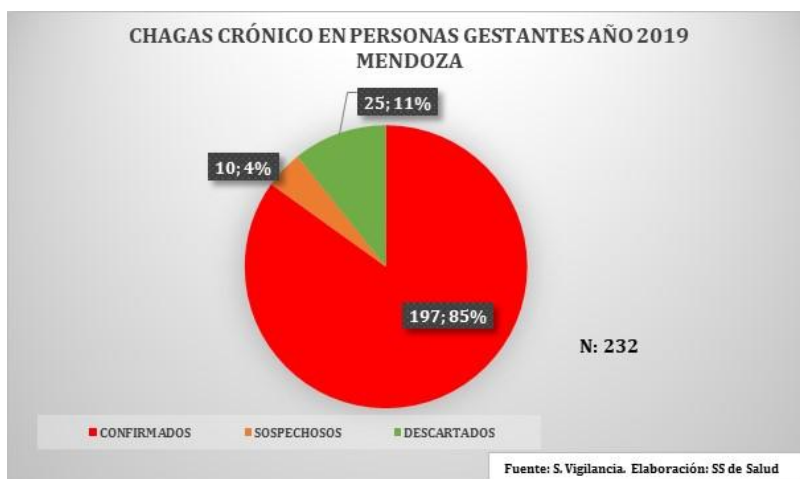
Evento: Chagas crónico en personas gestantes (notificar ante caso confirmado)

- Individual/nominal: casos confirmados. Universal, clínica y laboratorio. Periodicidad: semanal
- Agrupada: numérica de controles realizados y numérica de positivos. Laboratorio. Periodicidad: por semana epidemiológica

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MENDOZA

Durante el año 2019 se notificaron al sistema SNVS en forma individual/nominal 232 casos de Chagas en personas gestantes, de los cuales, 197 resultaron confirmados, 10 sospechosos y 25 fueron descartados.

Gráfico N°40: Chagas crónico en gestantes. Casos notificados. Mendoza. Año 2019



De los 197 casos confirmados, el 92,3% se presentaron en el grupo etario de 20 a 44 años.

Tabla N°6: Chagas crónico en gestantes por grupo etario. Mendoza. Año 2019

Grupos etarios	Casos Confirmados
10 a 14 años	1
15 a 19 años	11
20 a 24 años	26
25 a 34 años	102
35 a 44 años	55
45 a 64 años	1
S/D	1
Total	197

Más del 80% de los casos se distribuyen en los siguientes departamentos: Maipú con el 15,4%, seguido por Guaymallén el 13,5%, Tupungato 11,6%, San Carlos 10,6%, Las Heras 10,1%, Lavalle 7,2%, Luján 5,3%, Godoy Cruz y Tunuyán con el 3,9%.

Gráfico N°41: Distribución de casos de Chagas en personas gestantes confirmados y sospechosos por departamento de residencia. Mendoza. Año 2019



El 28% de los casos fue notificado por el Hospital Lagomaggiore, seguido por los Hospitales Paroissiens 16,3%, Tagarelli 8,4%, Metraux 8% y Scaravelli 7%.

Gráfico N°42: Casos de Chagas en gestantes por establecimiento. Mendoza. Año 2019



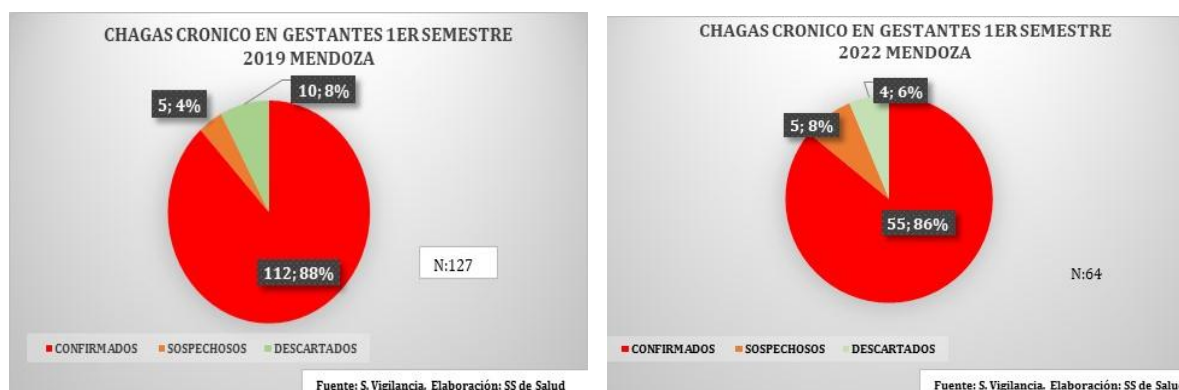
CHAGAS CRÓNICO EN PERSONAS GESTANTES, COMPARATIVO 1^{ER} SEMESTRE 2019 1^{ER} SEMESTRE 2022

Se compara el 1° semestre 2019 pre pandémico con el 1° semestre 2022 con corte a SE 26.

En el 1° semestre 2019 se notificaron 127 casos probables de chagas crónico en gestantes, de los cuales se confirmaron 112, sospechosos 5 casos y 10 casos fueron descartados/invalidados.

El 31% de las notificaciones fueron realizadas por H. Lagomaggiore, seguido por H. Paroissiens en un 12,6%, H. Tagarelli 9%, H. Scaravelli y Gral Las Heras con un 6% cada uno.

Gráfico N° 43: Chagas crónico en gestantes. Casos notificados. Comparativa 1° semestre 2019 vs. 2022. Mendoza

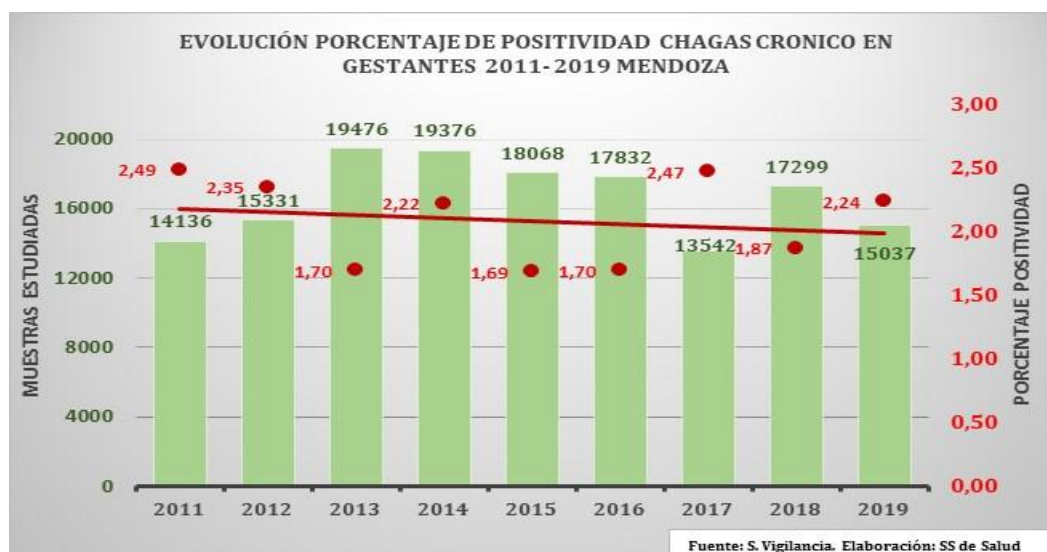


Durante el 1° semestre del año 2022, se notificaron al SNVS 64 casos, de los cuales 55 se confirmaron, 5 permanecen como sospechosos y 4 fueron descartados/invalidados.

El 32,8% fue notificado por H. Lagomaggiore, 21,8% por H. Gral. Las Heras y Centro Emilio Coni 12%.

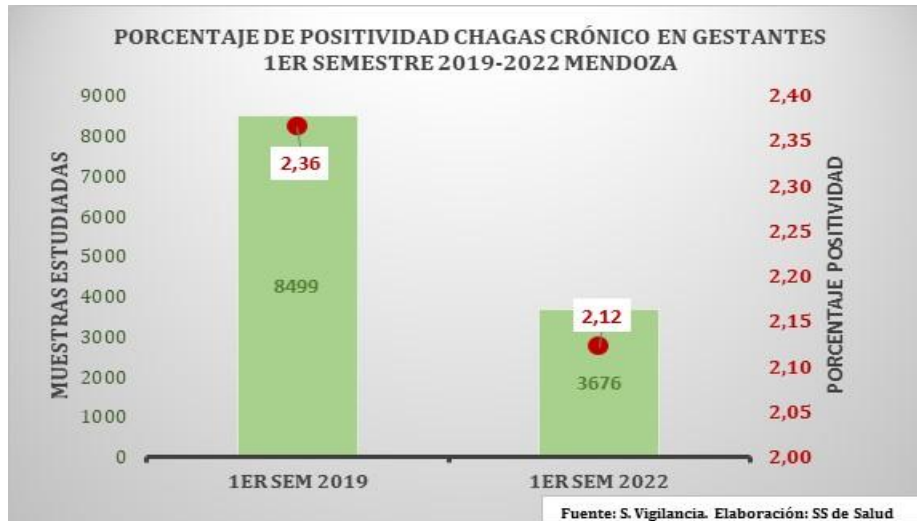
La disminución en el número de casos en el presente año, podría atribuirse a una demora en la carga de información al sistema SNVS-SISA por parte de los establecimientos de salud.

Gráfico N° 44: Chagas crónico en gestantes. Evolución del porcentaje de positividad. Años 2011-2019. Mendoza



En el gráfico, se representa la relación entre determinaciones totales y los casos confirmados por año, en embarazadas que consultan en el subsector público.

Gráfico N° 45: Chagas crónico en gestantes. Porcentaje de positividad. Comparativa 1° semestre de 2019 vs. 2022. Mendoza



En el gráfico, se representa la relación entre determinaciones totales y los casos confirmados en el primer semestre de los años 2019 y 2022, en embarazadas que consultan en el subsector público.

CHAGAS AGUDO CONGÉNITO/VERTICAL

DEFINICIÓN DE CASO:

Caso sospechoso de Chagas agudo congénito/vertical:

Toda persona menor de 18 meses hijo/a de una persona gestante con diagnóstico de Chagas.

Caso confirmado de Chagas agudo congénito/vertical:

Caso sospechoso con confirmación de laboratorio por las siguientes técnicas:

- Técnicas parasitológicas con resultados positivos/detectable (PCR o micro hematocrito/Micrométodo) desde las 24 horas hasta los 10 meses de vida; o
- Dos técnicas serológicas, con diferente principio, con resultados positivos (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI) entre los 10 y 18 meses de vida.

Caso descartado de Chagas agudo congénito/vertical:

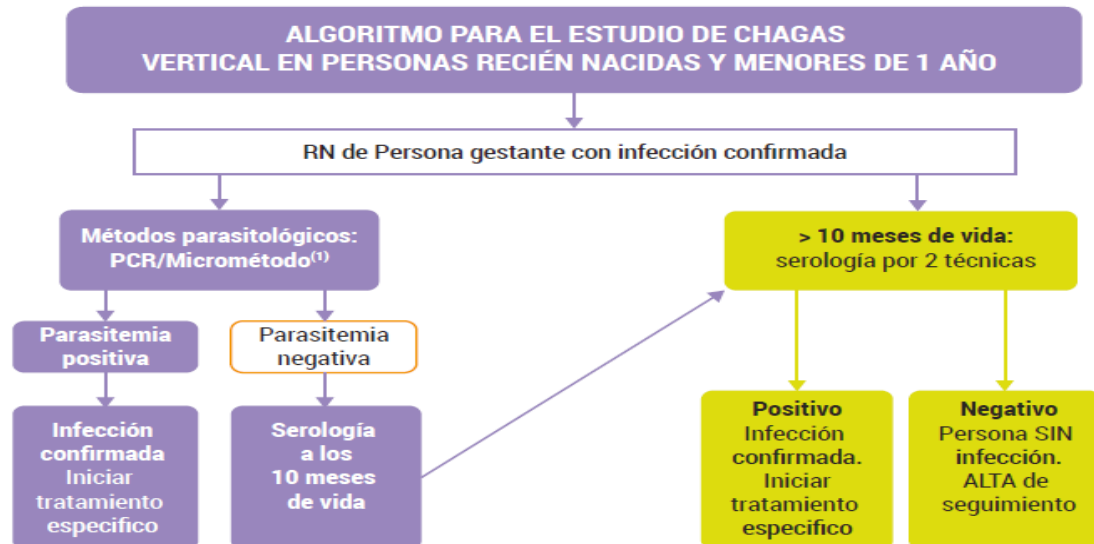
Caso sospechoso con resultados negativos por dos técnicas serológicas con diferente principio (ELISA y HAI, ELISA e IFI, HAI e IFI), a partir de los 10 meses de vida.

Evento: Chagas agudo congénito/ vertical (notificar ante caso sospechoso: RN hijo de madre con Chagas).

→ Individual/nominal: casos confirmados. Universal, clínica y laboratorio.
Periodicidad: semanal

ALGORITMO DIAGNÓSTICO CHAGAS AGUDO CONGÉNITO/VERTICAL

Manejo del neonato nacido de persona con infección confirmada



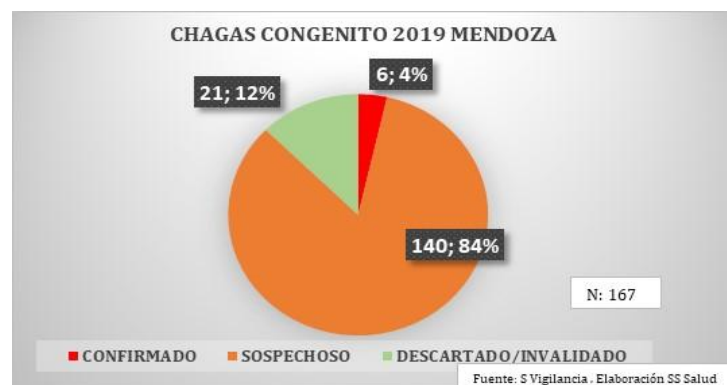
1La PCR se considera la técnica diagnóstica de elección para éste escenario entre las 24 hs de vida y los 10 meses de edad. Si no estuviera disponible y se utiliza Micrométodo, se sugiere realizarlo antes del alta neonatal o lo más cercano al nacimiento posible. Si bien puede realizarse hasta el noveno mes de vida, la sensibilidad del método va disminuyendo después del tercer mes.

FUENTE: Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por el VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas-Iniciativa ETMI-PLUS-Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2022.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN MENDOZA

Durante el año 2019 se notificaron al SNVS en forma individual/nominal, 167 casos sospechosos de Chagas congénito, de los cuales, 6 resultaron confirmados, 140 sospechosos y 21 descartados.

Gráfico N°46: Chagas congénito. Casos notificados. Mendoza. Año 2019



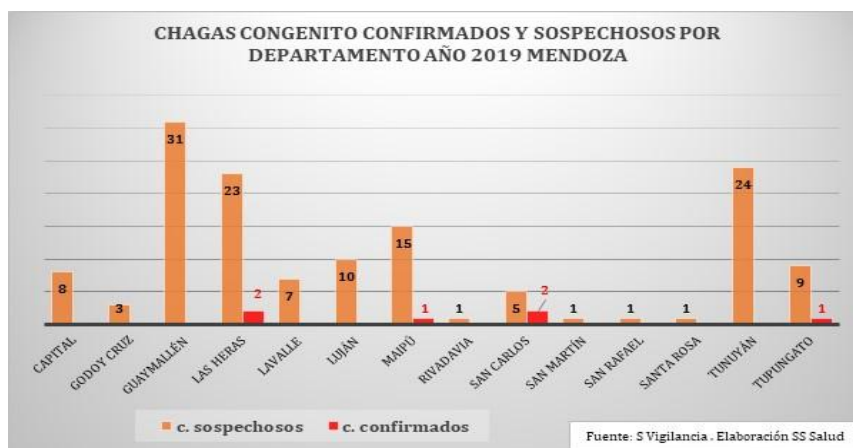
De los 6 casos confirmados, todos son menores a 1 año. Los casos sospechosos resultaron con pruebas parasitológicas directas negativas, por lo que quedan a la espera de las pruebas serológicas confirmatorias de enfermedad.

Tabla N°7: Chagas congénito. Casos notificados por grupo etario. Mendoza. Año 2019

Grupos etarios	Casos Confirmados	Casos Sospechosos
< 1 mes	2	108
1 a 3 meses	2	7
4 a 5 meses		1
6 a 12 meses	2	1
s/d		23
Total	6	140

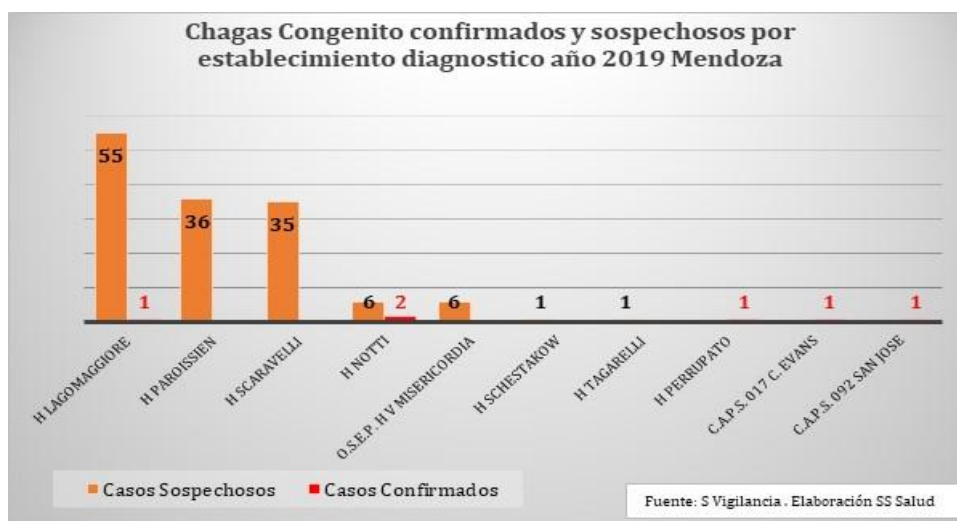
Casi el 90% de los casos se distribuyen entre los departamentos de: Guaymallén con el 21% de los casos, seguido por Las Heras el 17,1%, Tunuyán el 16,4%, Maipú el 10,3%, Luján el 6,8%, Tupungato 6,2%, Capital 5,5% y Lavalle el 4,7%

Gráfico N°47: Chagas congénito. Distribución de casos x depto. de residencia. Mendoza. Año 2019



De los casos notificados en el año 2019, el 40 % corresponden al H. Lagomaggiore, seguido por H. Paroissien 25,7% y H. Scaravelli 25 %.

Gráfico N°48: Chagas congénito. Distribución de casos por establecimiento de diagnóstico. Mendoza. Año 2019



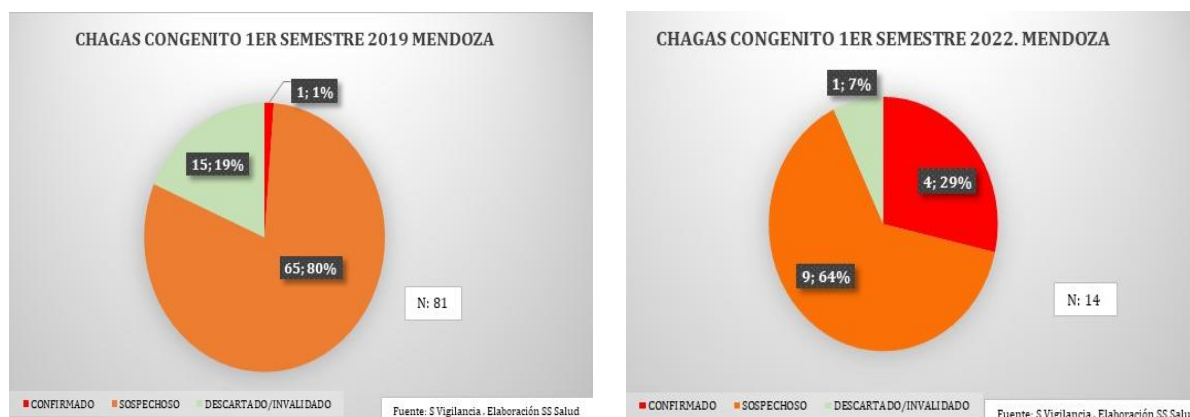
CHAGAS AGUDO CONGENITO COMPARATIVA 1° SEMESTRE 2019/1° SEMESTRE 2022

Se compara el 1° semestre 2019 pre pandémico con el 1° semestre 2022 con corte a SE 26.

En 2019 se registraron 81 casos probables de chagas congénito, de los cuales se confirmo solo 1; 65 quedaron como sospechosos a la espera de la serología a partir de los 10 meses y 15 casos fueron descartados/invalidados.

El 38% de las notificaciones fueron realizadas por H. Lagomaggiore, seguido por H. Paroissiens en un 27% y H. Scaravelli con 23%.

Gráfico N° 49: Chagas congénito. Casos notificados. Comparativa 1° semestre 2019 vs. 2022. Mendoza



Durante el 1° semestre del presente año 2022, se han notificado solo 14 casos sospechosos, de los cuales 4 se han confirmado, 9 continúan como sospechosos y 1 descartado/invalidado.

El 57% fue notificado por H. Scaravelli, seguido por Hospitales Lagomaggiore, Sícoli y Gral. Las Heras con el 14% cada uno.

La disminución en el número de casos en el presente año, podría atribuirse a una demora en la carga de información al sistema SNVS-SISA por parte de los establecimientos de salud.

“Los casos que continúan en el sistema como casos sospechosos de Chagas congénito, son aquellos niños a los que no se les realiza el par serológico a los 10 meses de vida, o bien se realiza, pero no se notifican los resultados de estos estudios al SNVS; por ello, el caso no puede clasificarse como confirmado o descartado. De aquí se desprende la IMPORTANCIA de la notificación oportuna y completa. Es PRIORITARIO que se registre correctamente la información, dado que Chagas es una patología endémica en nuestra provincia”.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- ✓ Tamizaje de Chagas en las personas gestantes durante los controles preconceptionales y prenatales, para detectar el riesgo de transmisión congénita.
- ✓ Ante todo caso positivo de Chagas, se deberá estudiar a los familiares (parentesco lineal y colateral por consanguinidad – todos/as los/as hijos/as de personas gestante positivas y hermanos/as de un caso positivo, hijos de la misma madre).
- ✓ Estudiar por pruebas parasitológicas a todo recién nacido de persona gestante con diagnóstico de Chagas y finalizar seguimiento por serología en los casos negativos, luego de los 10 meses de vida.
- ✓ Garantizar el seguimiento de los/as niños/as expuestos/as (hijos/as de persona gestante positiva) hasta completar el diagnóstico. Realizar tratamiento tripanocida en todo caso positivo de Chagas agudo congénito/vertical.
- ✓ El tratamiento está contraindicado en el embarazo
- ✓ Ofrecer tratamiento etiológico a aquellas personas con serología reactiva para la enfermedad de Chagas, en los períodos intergenésicos, para minimizar las posibilidades de transmisión vertical en un eventual embarazo.
- ✓ La infección por T. cruzi de la madre no constituye una contraindicación para la lactancia.
- ✓ Notificar toda persona gestante con diagnóstico de Chagas y seguimiento de las que tengan serología positiva para Chagas para su tratamiento post parto y control de recién nacido hijo de madre positiva.
- ✓ Notificar todo caso de Chagas agudo congénito/vertical sospechoso, los estudios de diagnóstico en todas sus etapas y el tratamiento administrado

Bibliografía Enfermedades de Transmisión Vertical

1. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2022.
2. Prevención de la transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH-Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud-Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016.
3. Presentación Nacional de Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-PLUS, del 22 de julio del 2022.
4. Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por el VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas-Iniciativa ETMI-PLUS-Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2022.
5. Atención de la enfermedad de Chagas. Estrategias para optimizar la atención de las personas infectadas por *Trypanosoma cruzi* -OPS/CDE/VT/22-0001 Organización Panamericana de la Salud, 2022.
6. Informe Especial: Enfermedad de Chagas- Departamento de Epidemiología – Provincia de Mendoza- Mayo 2019 <https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/7/2017/07/Informe-Especial-Chagas-2018.pdf>
7. OPS- Enfermedad de Chagas <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas>
8. Howard EJ, Xiong X, Carlier Y, Sosa-Estani S, Buekens P. Frequency of the congenital transmission of *Trypanosoma cruzi*: a systematic review and meta-analysis. BJOG 2014; 121:22–33.
9. Epidemiological Review of Syphilis in the Americas, December 2021-PAHO/CDE/HT/22-0009-OPS 2022.



Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia
y Control de Eventos de Notificación Obligatoria
2022

Actualización 25/07/2022

ESTADO DE NOTIFICACIÓN AL SNVS 2.0

Estrategia de Vigilancia Clínica

La oportunidad y regularidad en la notificación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO) son parte de los atributos del Sistema de Vigilancia. El cumplimiento de los mismos es fundamental si se tiene en cuenta que la Vigilancia es:

- Un proceso continuo y sistemático, es decir, no es una actividad aislada en el tiempo.
- Un proceso de observación de tendencias.
- Un proceso de comparación, entre lo que se observa y lo que se espera, para detectar o anticipar cambios en la frecuencia, distribución o determinantes de la enfermedad en la población.

Monitoreo de la oportunidad en la notificación

La oportunidad refleja el retraso de la notificación al sistema de vigilancia.

Para evaluar el estado de la notificación, se verificó la oportunidad de la notificación para los grupos de eventos provinciales por grupo etario, en Centros de Salud (agrupados en Áreas Departamentales de Salud), de dependencia provincial y municipal; y de Hospitales, adheridos al SNVS2.0.

Para obtener la oportunidad en Hospitales se designa semana de corte (SE 29) y si hay casos notificados durante esa semana corresponde 0 de retraso. En caso que exista retraso en la notificación se debe restar a la SE 29 el número de SE donde se haya notificado al menos 1 caso o haya sido notificada sin novedad.

Para los Centros de Salud se utiliza el mismo criterio: se designa también una semana de corte (SE 29) y se calcula para cada área departamental de salud el promedio en el retraso de semanas notificadas por los diferentes centros de salud que corresponden al área.

Del procedimiento mencionado, se obtienen los datos por Departamento que se detallan en la tabla N°8, donde puede observarse el promedio de la última semana notificada en el caso de los Centros de Salud y, para los Hospitales, la última semana notificada y las semanas de atraso en la notificación.

TABLA N°8- Monitoreo de la oportunidad en la notificación*

Áreas Departamentales	Promedio de última semana notificada
CAPITAL	
Centros de Salud Provinciales	23
Centros de Salud Municipales	29
GUAYMALLÉN	27
LAS HERAS	
Centros de Salud Provinciales	24
Centros de Salud Municipales	24
LAVALLE	21
MAIPÚ	
Centros de Salud Provinciales	25
Centros de Salud Municipales	26
LUJÁN DE CUYO	19
GODOY CRUZ	23
JUNÍN	28
RIVADAVIA	16
SAN MARTÍN	23
LA PAZ	18
SANTA ROSA	22
SAN CARLOS	25
TUNUYÁN	21
TUPUNGATO	27
SAN RAFAEL	
Centros de Salud Provinciales	25
Centros de Salud Municipales	27
GENERAL ALVEAR	27
MALARGÜE	23

Hospitales	Última semana notificada	Semanas de atraso
HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS	28	1
HOSPITAL CENTRAL	18	11
HOSPITAL MILITAR REGIONAL	12	17
HOSPITAL LUIS C. LA GOM AGGIORE	28	1
O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING	24	5
HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI	29	0
HOSPITAL ARTURO U. ILLIA	29	0
HOSPITAL DOMINGO S. F. SICOLI	27	2
HOSPITAL ALFREDO METRAUX.	28	1
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN	27	2
HOSPITAL REGIONAL MALARGÜE	21	8
HOSPITAL CARLOS F. SAPORITI	29	0
HOSPITAL VICTORINO TAGARELLI	29	0
HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO	22	7
HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW	29	0
HOSPITAL EVA PERON.-	21	8
HOSPITAL FERNANDO ARENAS RAFFO	29	0
HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI	18	16
HOSPITAL GREGORIO LAS HERAS	25	4
HOSPITAL JOSÉ NESTOR LENCINAS	29	0
HOSPITAL LUIS CHRABALOWSKI	0	29

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

Fuente: SNVS2.0

0 a 2	Buena
3 a 4	Regular
> de 4	Mala

* No figuran en la tabla los hospitales estatales que en los últimos 5 años no han notificado eventos ENO, tampoco hospitales privados y hospitales pertenecientes a OSEP debido a que solo notifican lo inmediato.