

Información para los equipos de salud



4

NÚMERO

... DICIEMBRE 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 | Yanina Mazzaresi

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

Contacto: direpidemiologia.mza@gmail.com

FECHA DE PUBLICACIÓN: **22/12/2022**





CONTENIDO:

1. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	Pág.7
A. Situación provincial	Pág.7
A1. ETI	Pág.8
A2. Neumonías	Pág.9
A3. Bronquiolitis	Pág.11
A4. COVID-19	Pág.12
B. Vigilancia de virus respiratorios	Pág.20
2. Coqueluche	Pág.24
3. Intoxicación por monóxido de carbono	Pág.29
4. Enfermedades Crónicas no Transmisibles	Pág.37
5. Estado de notificación	Pág.48



EDITORIAL:

Directora de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud

| Andrea Falaschi

Argentina cuenta con un mapa heterogéneo a lo largo del país, que muestra realidades diversas. El proceso de disminución de los niveles de mortalidad y natalidad atravesados por las poblaciones se denomina transición demográfica. El aumento de la esperanza de vida y los cambios del comportamiento reproductivo generan cambios en el ritmo de crecimiento de las poblaciones y en su estructura de edades, dando lugar a poblaciones cada vez más envejecidas. La Argentina se encuentra en etapa de transición epidemiológica, y por lo tanto las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) han pasado a ser la causa más frecuente de mortalidad.

El envejecimiento poblacional conlleva una serie de problemáticas asociadas a la edad y a los procesos vitales de las personas, que desafían al sistema de salud y a las políticas de salud. Argentina se encuentra en una etapa de transición avanzada debido a que presenta niveles de natalidad y mortalidad moderados o bajos, lo que implica un crecimiento vegetativo bajo.

En cuanto a la disminución observada de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, cabe destacar también el concepto de la transición epidemiológica, que establece que el perfil de la mortalidad de las sociedades tiende a modificarse, pasando del predominio de las enfermedades infecto-contagiosas al de las enfermedades crónico degenerativas.

Los países de América Latina se caracterizan por presentar un mosaico epidemiológico. Esto significa que el perfil de morbi-mortalidad es heterogéneo, confluyendo altas incidencias de enfermedades infecciosas y también de enfermedades no transmisibles. A esto debe agregarse que en América Latina se ha observado un resurgimiento de eventos infecciosos que habían sido controlados en el pasado.

Argentina presenta actualmente una población que se encuentra en un período de transición demográfica, que resultará en un envejecimiento significativo de la estructura poblacional en los próximos 25 años.

Las ECNT son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un modelo progresivo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que considera tres momentos:

- *vigilancia del pasado*, a través del análisis de la mortalidad,
- *vigilancia del presente*, que registra enfermedades,
- *vigilancia del futuro*, que se concentra en los factores de riesgo.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la OMS, reconoce que las ENT son un reto importante para el desarrollo sostenible. Los jefes de Estados Miembros se comprometieron a formular respuestas nacionales ambiciosas para 2030, con el fin de reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT mediante la prevención y tratamiento (meta 3.4 de los ODS).

En el informe, titulado *Saving lives, spending less: a strategic response to NCDs (Salvar vidas, gastar menos: una respuesta estratégica a las ENT)*, se muestran por primera vez las necesidades de financiación y los rendimientos de inversión ligados a las mejores políticas viables y costo eficaces de la OMS para proteger a la población de las enfermedades no transmisibles (ENT), que son la primera causa de problemas de salud y muerte en el mundo.

En nuestra provincia tenemos dificultades para vigilar la incidencia de las ECNT, debido a la fragmentación de los datos reportados por las instituciones que prestan asistencia a los pacientes que padecen estas enfermedades. En ese sentido, la Provincia de Mendoza luego de la pandemia, está participando de un Estudio Piloto impulsado por la Red Quest Lac, con el objeto de desarrollar una estrategia de rediseño del primer nivel de atención (PNA), orientado a la población general con especial foco en la personas con ECNT, a través de un proceso de co-creación:

- Describir los patrones de utilización de los servicios de salud de las personas con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes y depresión).
- Generar evidencia empírica sobre las preferencias de usuarios y no usuarios sobre la atención de su salud con foco en las personas con ENT y analizar los factores que influyen en el uso inadecuado del PNA en estos pacientes.
- Evaluar las limitaciones y recursos del sistema de salud desde la perspectiva de los proveedores de salud y tomadores de decisiones para evaluar la factibilidad de implementación de reformas propuestas y valoradas por la población.
- Proponer mejoras al modelo de atención a través de un proceso de co-creación con todos los actores involucrados, para ser evaluado en estudios futuros.

En este último boletín de 2022, de la Dirección General de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud, presentamos el análisis de los datos de mortalidad de

los años 2015 a 2020. Esperamos el necesario rediseño, tendiente a la integración de los diversos sistemas de información para poder contar con datos confiables para analizar la incidencia real de estas enfermedades en el presente, crear evidencia válida y oportuna para informar a los decisores auxiliando en la priorización, formulación y evaluación de las políticas de salud.

Deseamos a todos los lectores unas Felices Fiestas y auguramos que el 2023 nos encuentre unidos trabajando para mejorar la salud de nuestra comunidad.

1

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

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.

A. 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 2021.¹

IMPORTANTE:

- *La fecha de corte utilizada para la recolección de los datos fue el 12/12/2022, incluyendo SE49.*
- *En los corredores endémicos, se observa un descenso brusco de las curvas, que en las SE48 y 49, corresponden al retraso en la notificación.*

¹ Modalidad de notificación vigente a la fecha de cierre de este Boletín (12/12/22): 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.

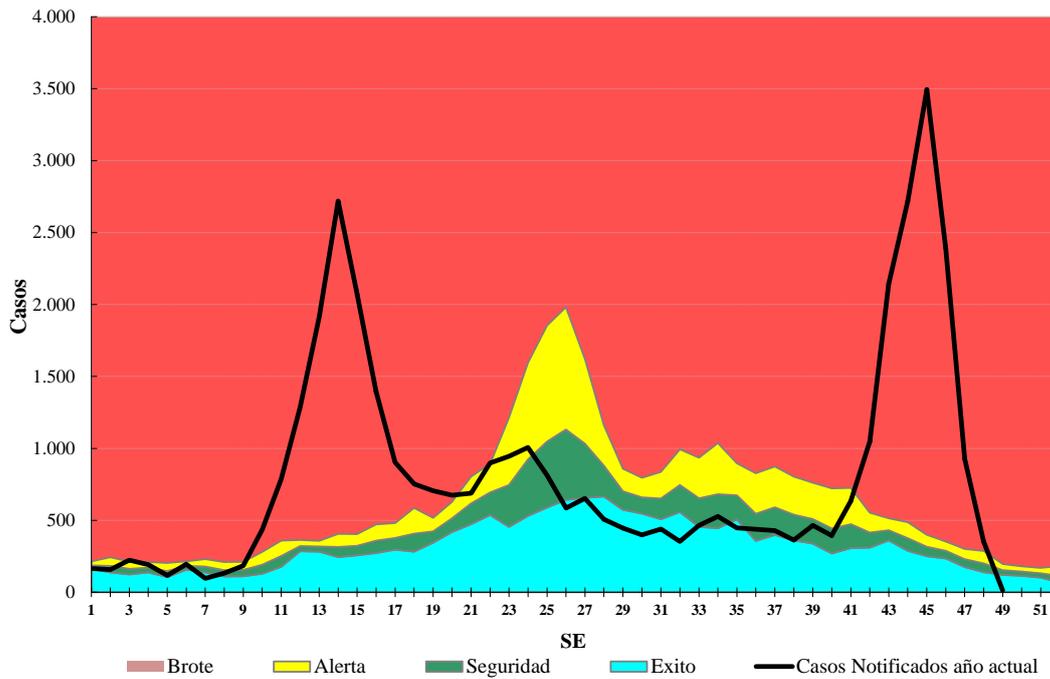
Componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso confirmado de COVID-19, modalidad individual/nominal. Periodicidad diaria.

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.

A.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 49. Histórico 5 Años.
Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 13-12-2022

El comportamiento observado de los casos de ETI (Enfermedad Tipo Influenza) durante 2022, evidencia que entre la SE 1 y 09 los casos de influenza notificados se encuentran fluctuando entre zona de seguridad y alerta.

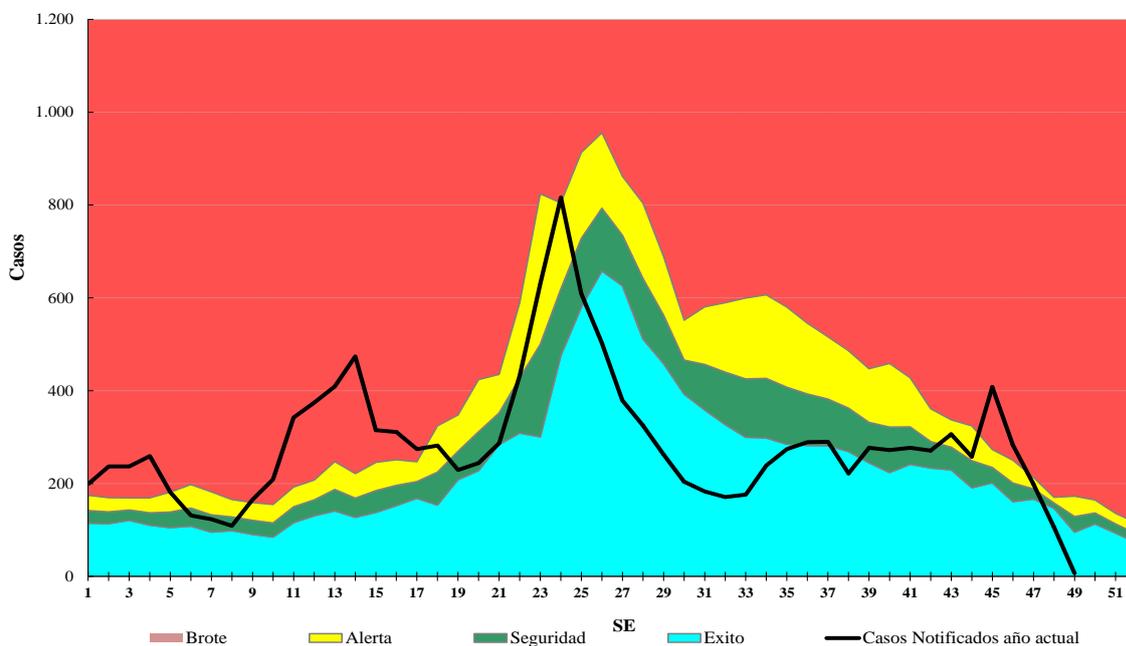
A partir de la SE 10 los casos notificados comienzan un ascenso que alcanza su pico a la SE 14 con 2720 casos, superando ampliamente lo esperado ocupando la zona de brote, evidenciando un adelanto en el aumento de casos, el cual normalmente se presenta durante los meses fríos. Luego se produce un marcado descenso hasta la zona de alerta, con un leve ascenso en la SE 22-24 (1007 casos en la SE 24) y posterior descenso llegando en la SE 26 a zona de éxito donde se mantiene oscilando en la zona de éxito y seguridad hasta la SE 42 en que se produce un nuevo ascenso con pico en la SE 45 (3494 casos) para descender luego, aunque este descenso puede atribuirse a una demora en la carga.

A.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.

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.

Gráfico N° 2: Corredor endémico semanal de NEUMONIA. Año 2022 hasta SE 49. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 13-12-2022

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 tercera ola pandémica de COVID- 19 iniciada en diciembre 2021.

A partir de la SE10, los casos de Neumonía notificados nuevamente entran en zona de brote, con un máximo de casos notificados en SE14 (474 casos). Un nuevo ascenso a partir de SE22, con un pico en SE24 (816) alcanza la zona de alerta. Posteriormente desciende hasta la zona de éxito, donde permanece hasta SE 37 (290), con un leve ascenso a zona de seguridad donde se mantiene fluctuando entre seguridad y alerta,

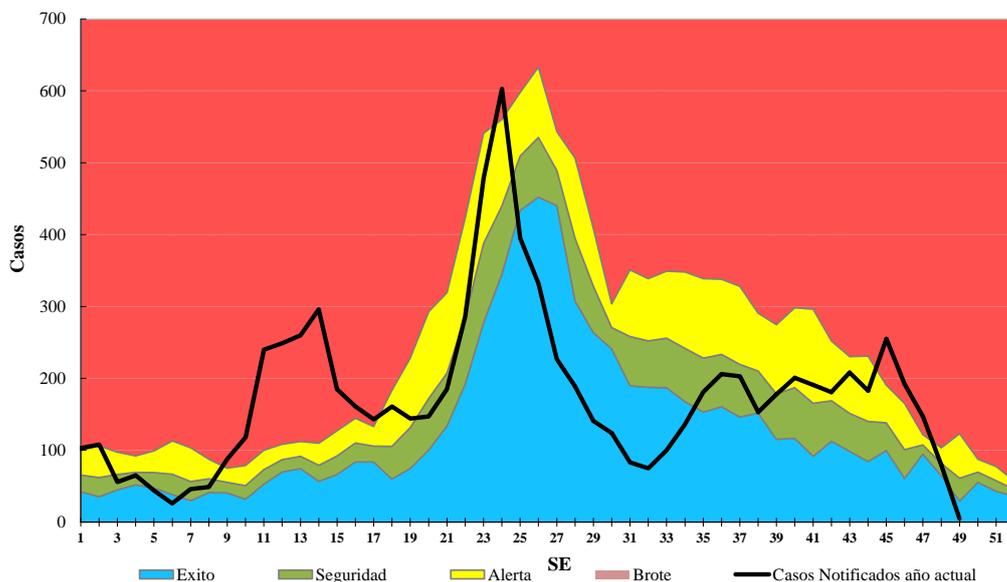
para luego alcanzar nuevamente la zona de brote, con un pico a SE 45 (408) y descender nuevamente quizás por demoras en la notificación.

NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS

En el caso de neumonía en menores de 15, es semejante al de neumonía en todas las edades. Se observa un incremento desde SE10, con un pico en SE14, ubicándose en zona de brote. En relación al histórico esperado, muestra un adelanto con respecto 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 SE 22 con un pico a SE 24 (603) esperable para el período más frío del año y un posterior descenso fluctuando entre la zona de éxito y seguridad, hasta la SE 40 donde se produce un nuevo incremento para alcanzar la zona de alerta llegando a zona de Brote a SE 45 (255) y un nuevo descenso que puede deberse a un atraso en la carga.

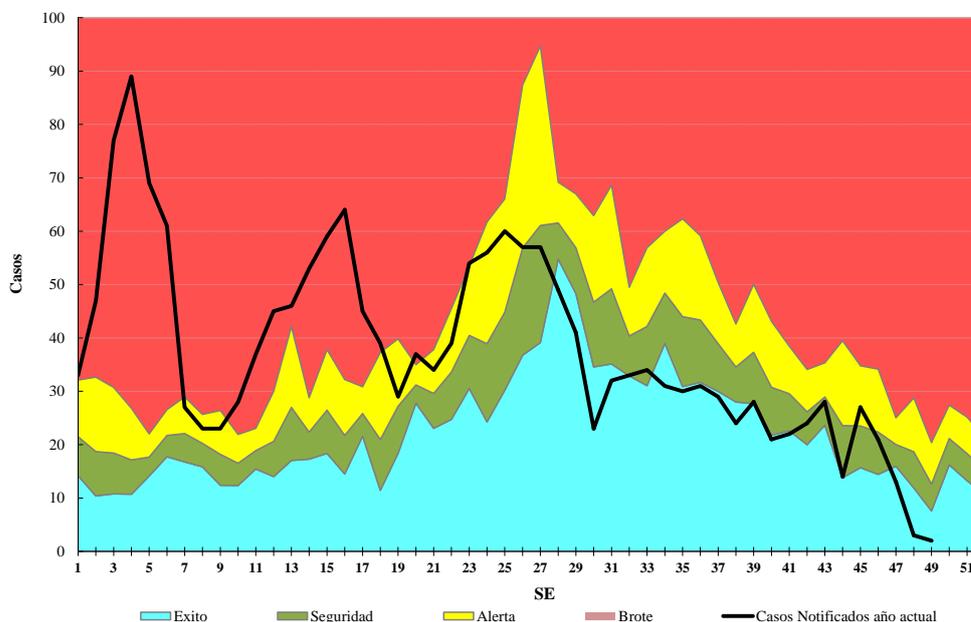
Gráfico N° 3: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS. Año 2022 hasta SE 49. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 13-12-2022

NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

Gráfico N° 4: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS. Año 2022 hasta SE 49. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 13-12-2022

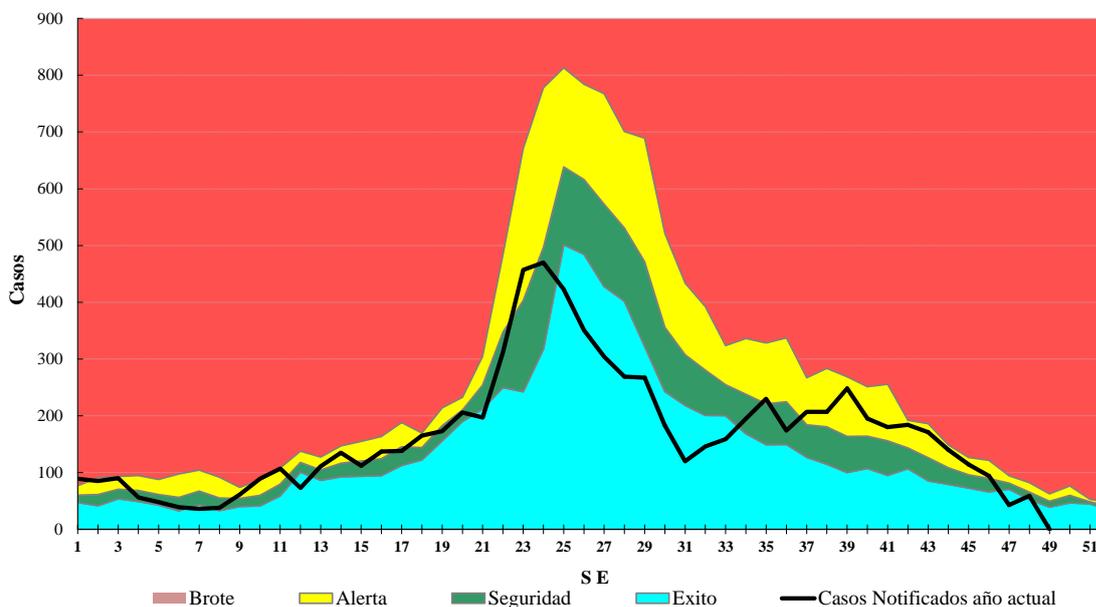
A diferencia de lo que ocurre en todas las edades, el corredor endémico de Neumonía en Mayores de 65 años muestra, en las primeras semanas del año 2022, que los casos notificados superan los esperados llegando a la zona de brote (98 casos en SE04) y posterior descenso brusco. Puede atribuirse este pico de casos a la tercera 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 (64), que podría atribuirse a la mayor circulación de virus de influenza de acuerdo a lo observado en la vigilancia de laboratorio. Desde SE18 se mantiene fluctuante en zona de alerta, con un ascenso a SE 23 y un pico en SE 25 (60). A partir de este vértice se mantiene oscilando en zona de éxito y seguridad hasta SE 45 (27) en que vuelven a incrementarse los casos llegando a zona de alerta.

A.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 49. Histórico 5 Años Período: 2015 a 2019.



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 13-12-2022

La curva de casos en 2022, en el corredor endémico de Bronquiolitis en menores de 2 años, se ubicó en zona de alerta (primeras semanas y SE 11, 14, 18) alcanzando un máximo de casos en SE 24 (470) y posterior descenso, para continuar fluctuando entre zona de seguridad y éxito hasta SE 37 en que vuelve a ocupar la zona de alerta, con un máximo de casos en esta zona a SE 39 (248). A partir de allí descende hasta la SE 48 en donde se observa un leve incremento.

A.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(UMAs)
- Internado y/o fallecido por COVID-19 o IRA

A4.1- Vigilancia de COVID-19 a SE 49 año 2022

Durante enero y febrero del 2022, se produce en Mendoza, la tercera ola epidémica de COVID-19, ocasionada por la variante Ómicron de alta contagiosidad y alta tasa de ataque secundario.

Gráfico N° 6 COVID-19: casos confirmados notificados por SE y defunciones por mes año 2022 a SE 49. MENDOZA



Con más de 50.000 casos confirmados en las primeras semanas del año, el gráfico N° 6, muestra un ascenso brusco en la curva de casos, con un pico de más de 28.000 casos en la SE 02 (15/01) y posterior descenso rápido, manteniéndose bajo durante los meses de marzo y abril. A partir de SE 18 (07/05) comienza un leve ascenso de casos llegando en SE 24 (18/06) a 994 casos notificados, a partir de la cual se inicia un descenso leve y sostenido hasta SE 48 donde comienza un nuevo incremento de casos, alcanzando 90 casos confirmados notificados en SE 49, que significó un 95% de incremento de casos notificados respecto a la SE anterior.

La mortalidad fue mayor durante los meses de enero y febrero (154 y 120 defunciones respectivamente), con una importante disminución que se mantiene hasta SE 49.

Tabla N° 1: Casos confirmados y defunciones-Tasas de mortalidad y letalidad -Años 2020 /2021 y a SE49 de 2022

AÑO	N°CONFIRMADOS	*TASA INC	N° FALLECIDOS	**TASA MORT	LETALIDAD
2020	60931	3180,5	2298	1,2	3,77%
2021	108589	5647,5	3283	1,7	3,02%
2022(a SE49)	104403	5431,0	330	0,17	0,31%

*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 respecto al año 2020.

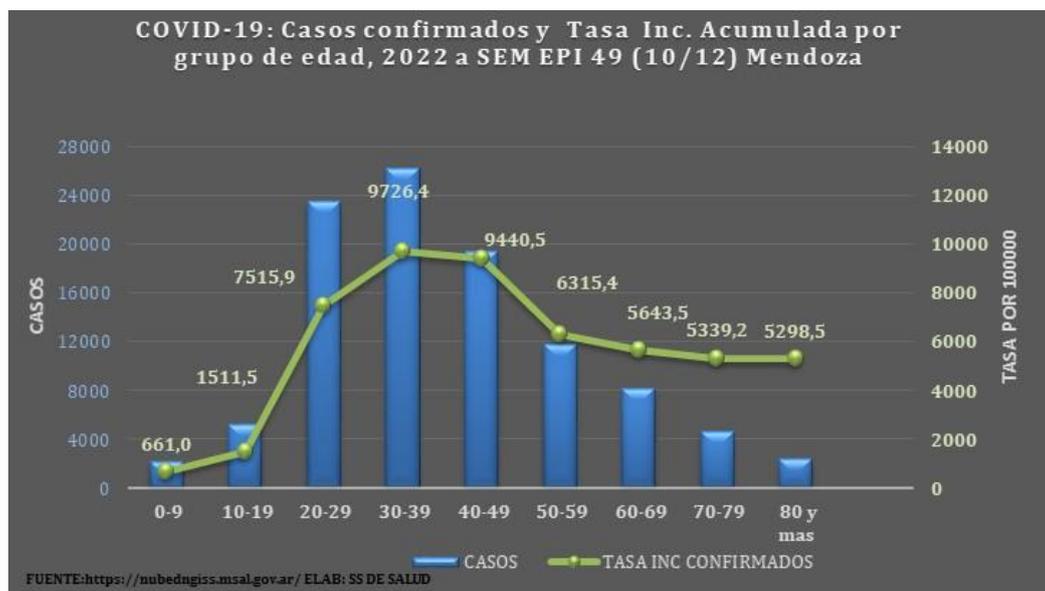
En el presente año, se aprecia alta incidencia de casos y baja tasa de mortalidad, probablemente debido a que los casos fueron ocasionados por la variante OMICRON de alta contagiosidad, baja gravedad y de menor mortalidad.

Respecto a la letalidad, fue alta durante 2020, ya que no contábamos aún con la protección dada por la inmunización, al igual que durante los primeros meses del año 2021. En 2022, se aprecia que a pesar de la alta incidencia, la letalidad es muy baja.

INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD

A SE 49 de 2022 (10/12), los casos se dan en edades más jóvenes respecto de años anteriores; 78,4% de los casos confirmados se presentaron entre los 20 a 59 años, siendo el grupo de 30 a 39 años el más frecuentemente afectado y con la mayor tasa de incidencia. (Gráfico N°7)

Gráfico N° 7: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de incidencia por grupo de edad a SE 49 de 2022



MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

La tasa de mortalidad más alta en 2022, al igual que lo ocurrido durante los años anteriores, se presenta 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 49 2022



La proporción de defunciones en mayores de 70 años durante los años 2020 y 2021 fue del 84%, descendiendo al 69% en lo que va del año 2022 (a SE 49).

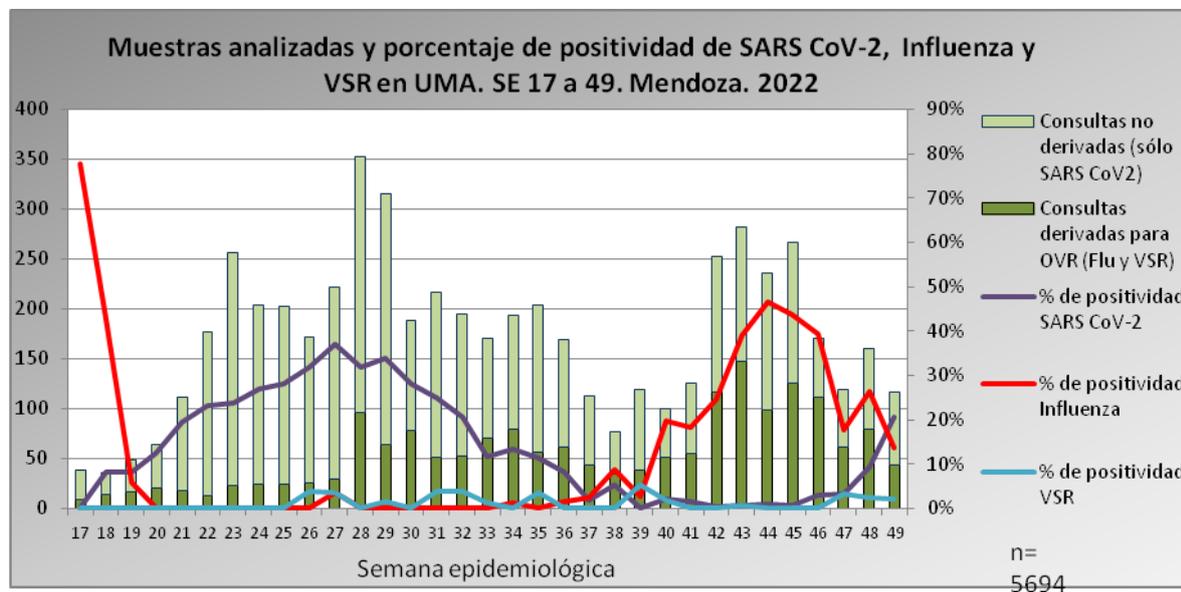
A4.2- Vigilancia de COVID-19, influenza y OVR en Unidades de Monitoreo de pacientes ambulatorios (UMAs)

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, en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad, en centros seleccionados.

Desde el inicio de la estrategia en las UMAs en SE17 (25/04/22), hasta el cierre de este boletín en SE49, se analizaron 5.694 muestras para SARS-CoV-2, y una proporción de ellas (1.836 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 sostenido. A partir de la SE48, asciende a un 9% y alcanza un 21% en SE49. La positividad para influenza alcanzó un máximo entre las SE 17-18 con un descenso posterior, mostrando un nuevo ascenso desde la SE 38, con pico de 46% en SE44, descendiendo paulatinamente a un 14% en SE 49. A partir de la SE 26, se registran casos de VSR, con un porcentaje de positividad que alcanzó un máximo de

4% en las semanas analizadas (SE 26, 31, 32 y 35) y 2% en la última semana analizada. (Gráfico9).

Gráfico N° 9: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS CoV-2, Influenza y VSR. UMAs Mendoza. SE 17 a 49. Año 2022



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

A4.3- VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OVR EN PERSONAS INTERNADAS

Desde la SE23 a SE49, se notificaron un total de 6660 casos en el evento internados y/o fallecidos por COVID-19 o IRA².

La distribución de casos internados por SE (según fecha de apertura del evento) y el porcentaje de positividad para SARS- Cov-2, desde la SE23 a 49, presenta una tendencia en aumento de los casos internados, desde la SE23 a 26 (5/6 al 2/7), un descenso posterior sostenido hasta la SE33 (20/8). Posteriormente se inicia un nuevo incremento de casos, con un segundo pico en SE35 (03/9) y posterior descenso paulatino de los casos internados hasta SE 49 (10/12).

La detección de SARSCoV-2 en pacientes internados alcanzó el mayor porcentaje en SE 23 (junio) con un 26,5% de detección y otro incremento durante SE 29 y 30 (finales de julio, con 20,4% y 20,7% respectivamente, para luego descender en forma sostenida hasta la SE 48 (03/11). Durante SE 49 (10/12), la detección de SARSCoV-2 en pacientes internados asciende a 17,6%.

² 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).

Gráfico N° 10: COVID-19- Casos internados COVID-19 y % positividad SARS CoV-2 por SE. SE 23 a 49. Mendoza. Año 2022

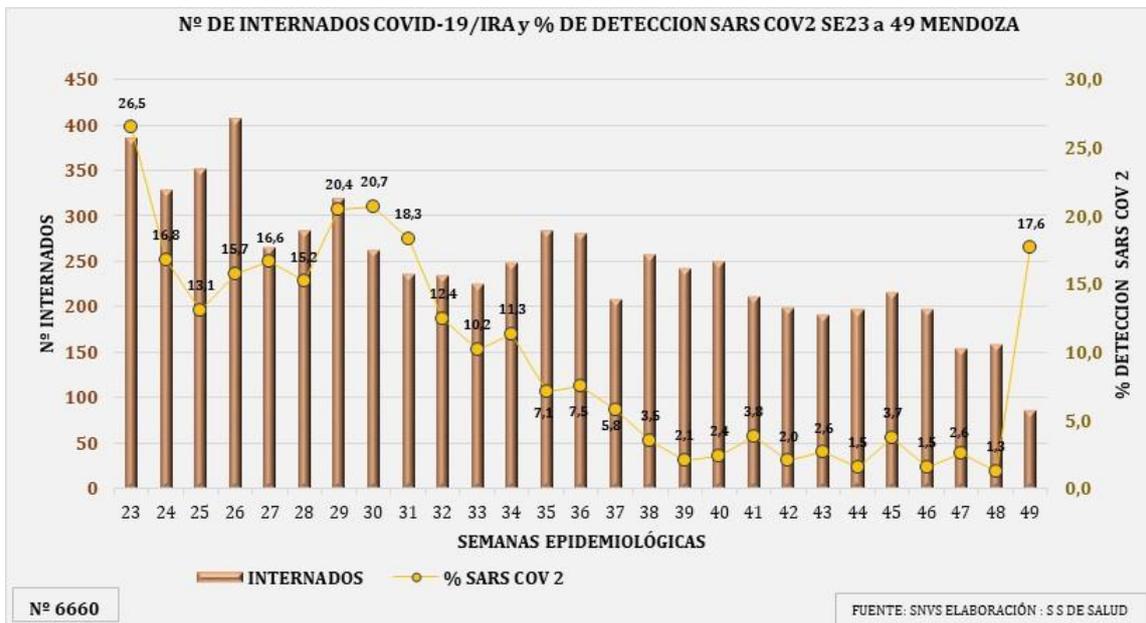
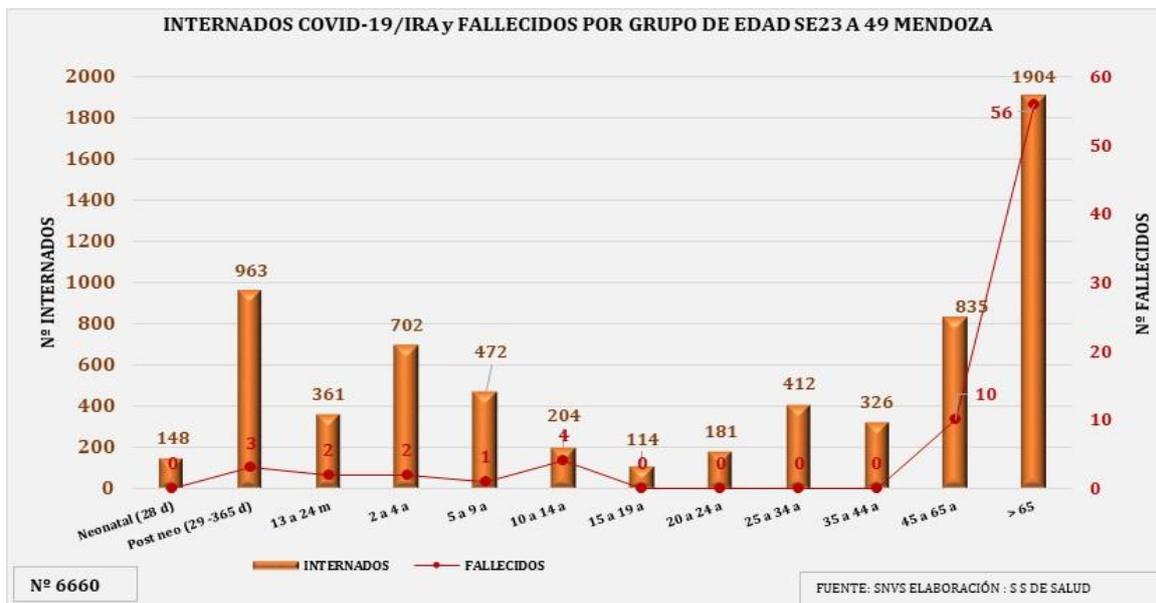


Gráfico N° 11: COVID-19- Casos internados y fallecidos por grupo etario. SE 23 a 49-Mendoza-2022



La distribución por grupo etario de los casos internados por COVID-19 /IRA, se presenta en mayor cantidad en menores de 2 años, con 1472 casos, producidas por VSR en su mayoría y OVR; en este grupo solo se aisló SARS COV2 en 54 casos.

Se incrementa nuevamente en el grupo de 2-4 y 5-9 años, con 1174 casos internados en su mayoría con detección de virus Influenza, VSR y OVR.

A4.5-VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

Población alcanzada por vacunación en la provincia de Mendoza

Al 16 de diciembre de 2022, según información del monitor público de vacunación (MSAL) en la provincia de Mendoza, han sido aplicadas un total de 4.554.746 dosis, de las cuales corresponden a:

- 1° Dosis: 1.749.873
- 2° Dosis: 1.563.683
- Aplicación única: 11.526
- Adicionales (oncológicos, inmunocomprometidos, mayores de 50 con esquema de Sinopharm): 54.046
- Refuerzos: 1.175.618

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

B. Vigilancia de Virus Respiratorios

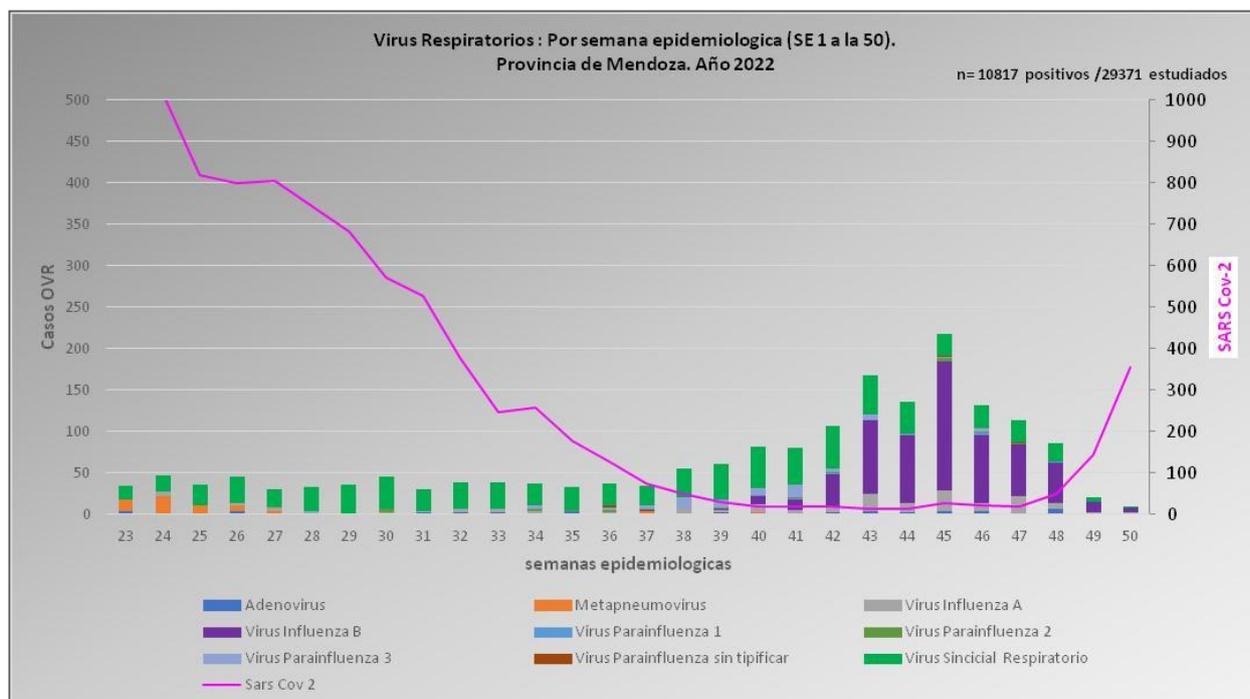
Fuente: SISA-SNVS 2.0 - Vigilancia: Red de Virus Respiratorios Mendoza-Elaboración: Laboratorio de Salud Pública.

Datos: notificación agrupada del evento "Infecciones Respiratorias Agudas Virales en Internados y Ambulatorios".

SITUACIÓN AÑO 2022, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 50

A SE50 (17 de diciembre) del presente año, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de **29.371** muestras de las cuales **10.817** resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa un **36,82%** del total de las muestras estudiadas.

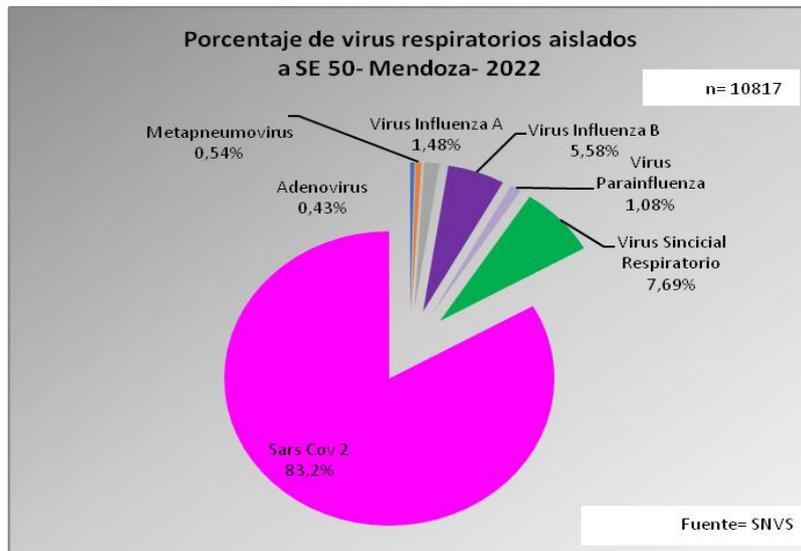
Gráfico N° 13: Vigilancia Virus Respiratorios por SE. SE 1 a 50. Mendoza 2022



Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

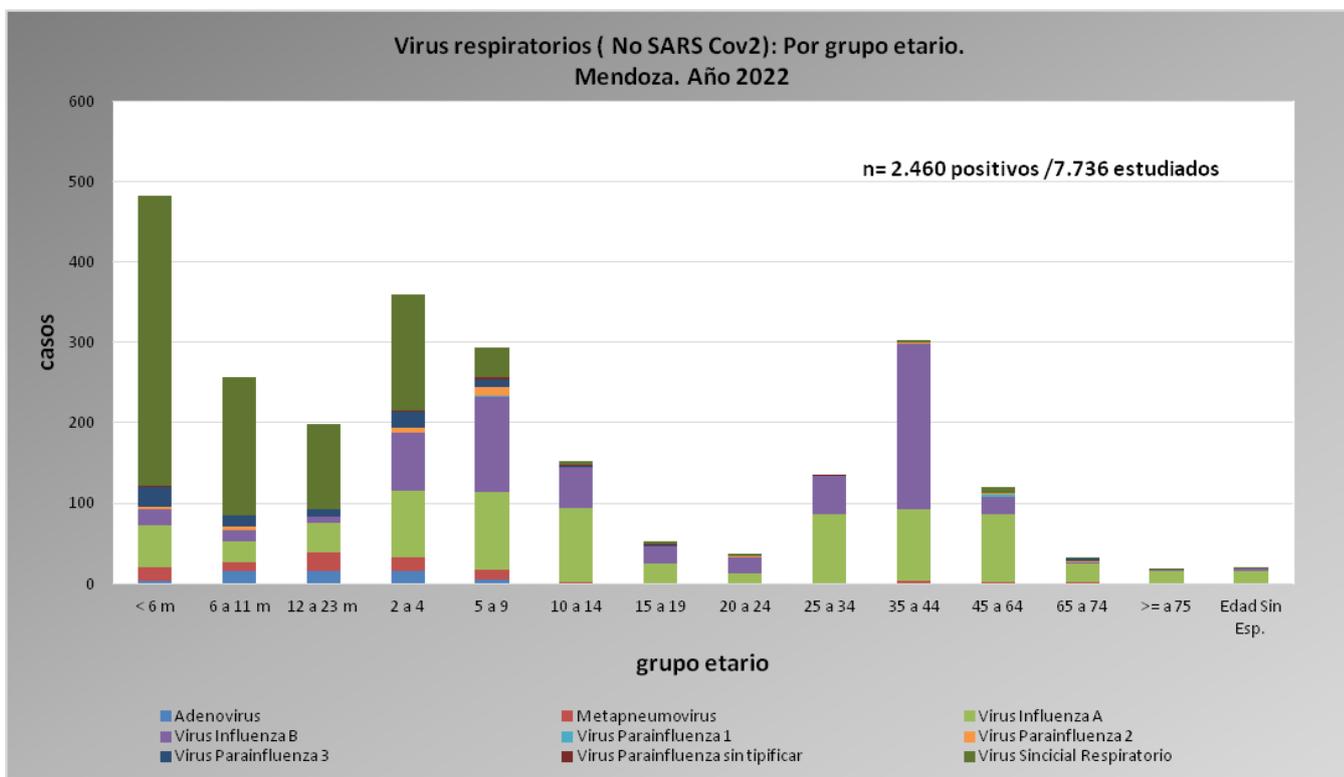
De las 10.817 muestras positivas, se aisló SARS Cov2 en el 83,2%. En un 7,69% se aisló VSR; Influenza B en un 5,58%; en un 1,48 % Influenza A; 0,43% Adenovirus; 0,54% Metapneumovirus y un 1,08% correspondió a virus Parainfluenza 1, 2, 3 y sin subtipificar.

Gráfico N° 14: Porcentaje de virus respiratorios aislados SE 1 a 50. Mendoza 2022



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Gráfico N° 15: Vigilancia Virus Respiratorios (No SARS-CoV-2) por Grupo Etario. SE 1 a 50. Mendoza 2022



Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

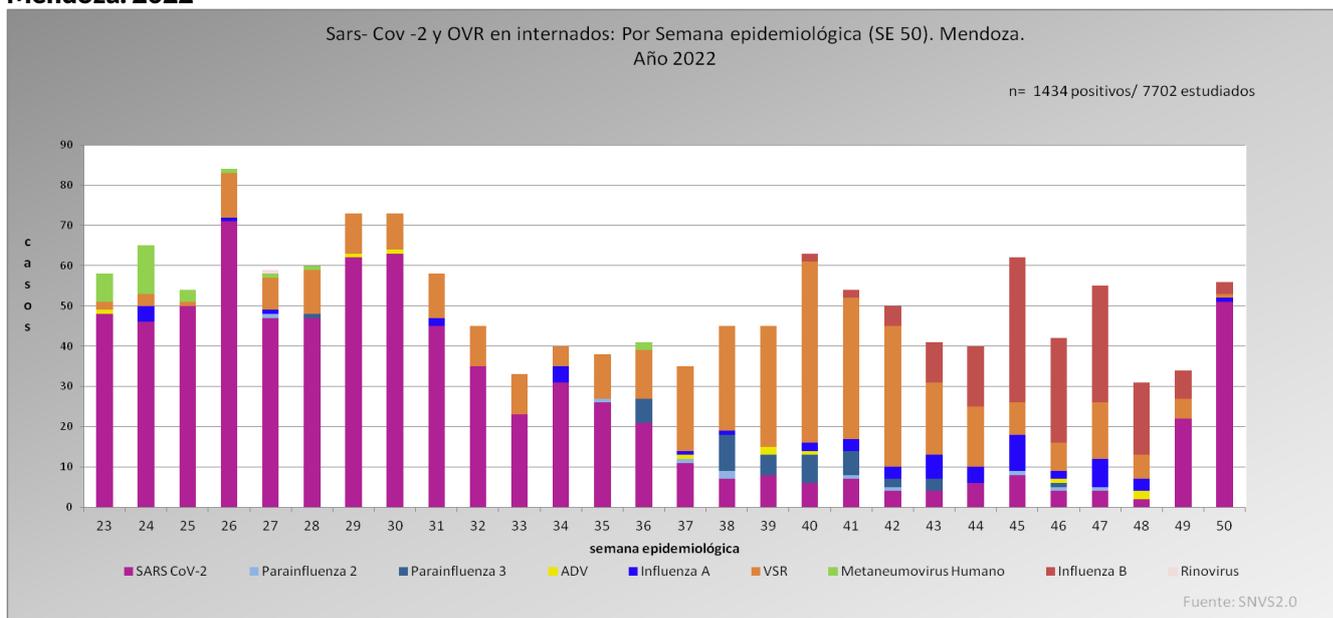
A SE50 del presente año, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de **7.736** muestras para OVR (otros virus respiratorios, No SARS Cov2) de las cuales **2.460** resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa un **31,8%** del total de las muestras estudiadas.

A su vez, de las 2.460 determinaciones positivas, el 29% (718) corresponden a mayores de 15 años y el 71% (1.742) a población pediátrica menor de 15 años.

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

La construcción del gráfico N° 16, incluye la notificación agrupada de infecciones respiratorias agudas en internados y casos positivos notificados de forma individual en el evento internado y/o fallecidos. De los casos internados y/o fallecidos por COVID-19 o IRA, entre la SE23 y 50, se estudiaron 7.702 muestras, de las cuales 1.434 (18,6%) resultaron positivas.

Gráfico N° 16: Virus Respiratorios- SARS CoV-2 y OVR en pacientes internados. SE 23 a 50. Mendoza. 2022

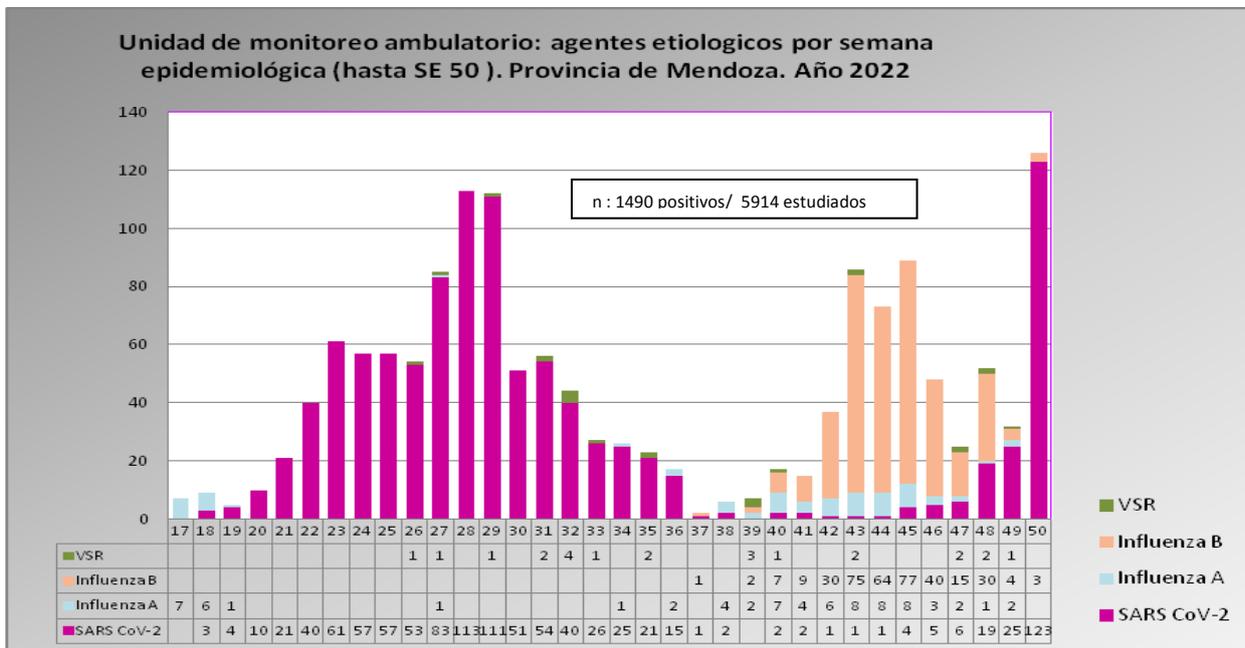


Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

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

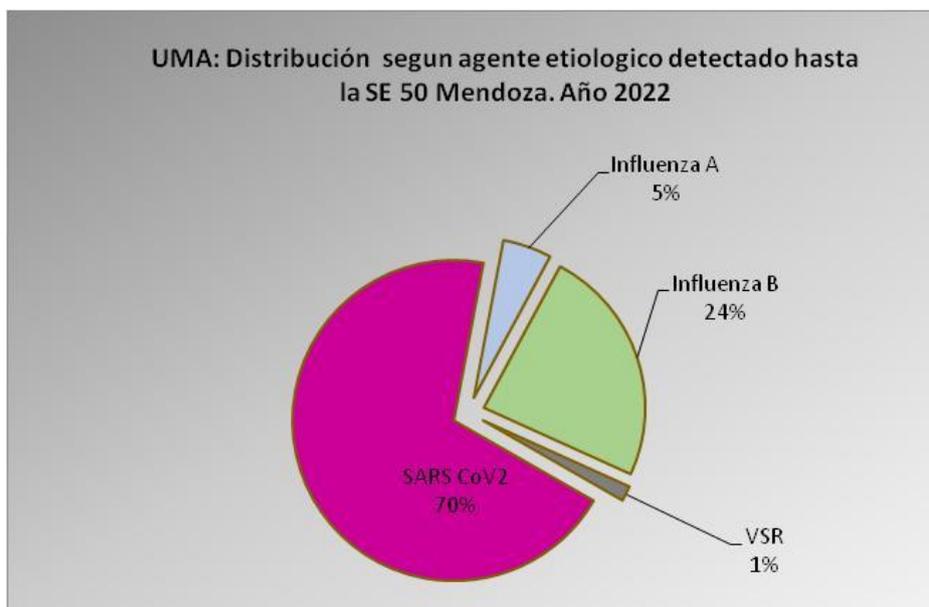
De las 5.914 muestras estudiadas en las UMA´s, 1.490 (25,19%) resultaron positivas. De las positivas, el 70%(1.037) fue para SARS CoV-2.

Gráfico N° 17: UMA´s. Distribución por agente etiológico. SE 17a 50. Mendoza. 2022



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Gráfico N° 18: UMA´s. Distribución por agente etiológico. SE 17a 50. Mendoza. 2022



Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

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.

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.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA COQUELUCHE 2021/2022-MENDOZA

Información Comparativa años 2021/2022 a SE 47 (al 26/11)

En la provincia de Mendoza, a SE 47 se observa un menor número de casos notificados durante el año 2021 con respecto al año 2022 (327 vs 561)

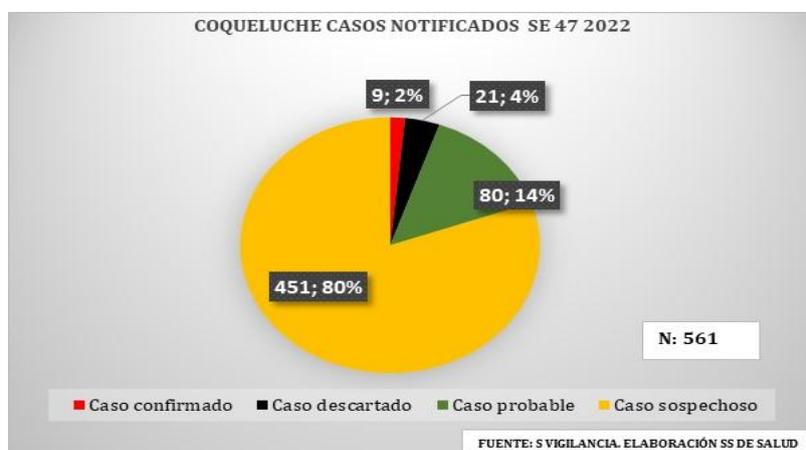
De los casos notificados durante 2021, el 88% fueron sospechosos, 6% probables, 1% descartados y 5% confirmados (16 casos).

Durante 2022, a igual SE, el 80% fueron sospechosos, 14% probables, 4% descartados y 2% confirmados (9 casos).

Gráfico N° 19: Coqueluche- casos notificados a SE47/2021-Mendoza



Gráfico N°20 : Coqueluche- casos notificados a SE47/2022-Mendoza



La distribución por mes de casos notificados durante el 2021, muestra un crecimiento inicial en julio con aumento de notificaciones durante agosto-septiembre (casi 50% de las notificaciones) y luego un descenso de la curva.

Durante 2022, se incrementa la notificación en abril y mayo, con pico en junio (22% de las notificaciones), continuando hasta octubre con alto número de notificaciones.

Gráfico N° 21: Coqueluche- Casos notificados por mes- Años 2021/2022 a SE47-Mendoza



NOTIFICACIÓN DE CASOS POR GRUPO DE EDAD

Durante el 2022, la notificación de casos se incrementó en casi todos los grupos de edad respecto a igual periodo 2021, excepto en los grupos de 2-4 años y el de 5-9 años.

En los menores de 6 meses la notificación se incremento un 102% durante el año 2022 respecto al año 2021.

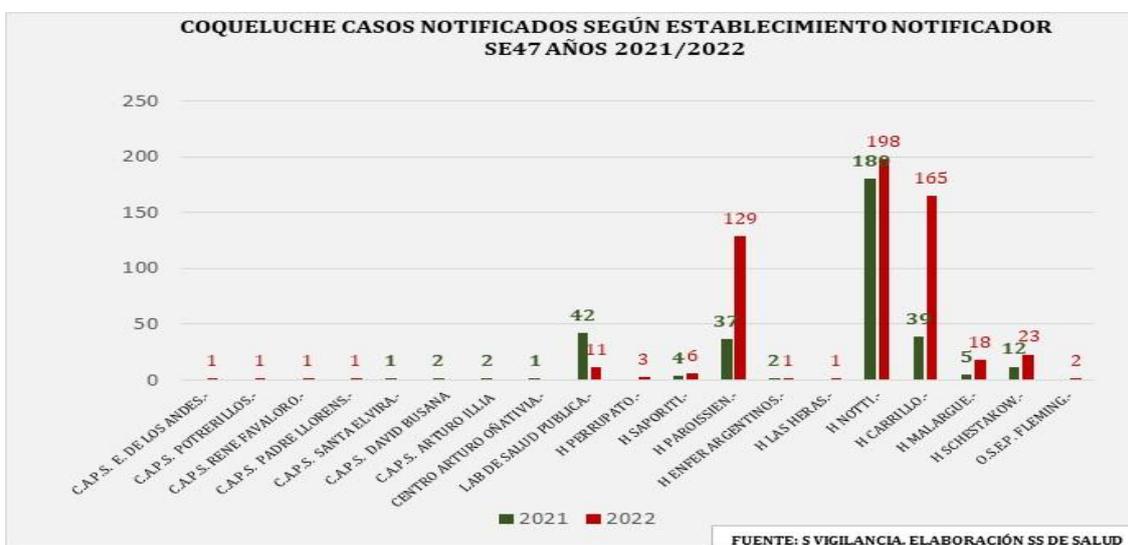
Gráfico N° 22: Coqueluche- Casos notificados por grupo etario- Años 2021/2022 a SE47 -Mendoza



CASOS NOTIFICADOS POR ESTABLECIMIENTO

En el año 2021 notificaron la mayoría de los casos el hospital Notti, el Laboratorio de Salud Pública, los hospitales Carrillo y Paroissiens, mientras que en el año 2022 lo hicieron los hospitales Notti , Carrillo y Paroissien.

Gráfico N°23: Coqueluche- Casos notificados por establecimiento- Años 2021/2022 a SE47 - Mendoza



Bibliografía Vigilancia IRA´s

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. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria. Argentina, actualización 2022.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Pautas para la vigilancia y el control de Coqueluche en situaciones de brote, 2012.
4. 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)
5. 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)
6. 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

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

Introducción:

El monóxido de carbono (CO) constituye una de las principales causas de muerte por envenenamiento para todas las edades, tanto en nuestro país como en el mundo.

Cada año mueren en Argentina aproximadamente 200 personas como consecuencia de las intoxicaciones agudas por monóxido de carbono (CO), y se estima que ocurren 40.000 casos clínicos.

En su gran mayoría son el resultado de exposiciones no intencionales intradomiciliarias a diversas fuentes de combustión, y constituyen eventos prevenibles. Están relacionadas con la contaminación en el ámbito doméstico, derivada principalmente de las actividades diarias como cocinar y calefaccionarse en ambientes mal ventilados, o laboral así como también con la contaminación ambiental producto de las emisiones industriales y del parque automotor.

Las personas gestantes, lactantes, niños pequeños, personas mayores y las que sufren de anemia, problemas cardíacos o respiratorios pueden ser mucho más sensibles al CO.

La morbilidad representa un problema significativo, con secuelas cognitivas luego de una intoxicación aguda grave, así como las cefaleas persistentes y el deterioro cognitivo en exposición crónica.

Vigilancia Epidemiológica:

La vigilancia epidemiológica es fundamental para la identificación de la fuente y la implementación de medidas de prevención y capacitación, así como para la planificación y evaluación de las intervenciones. Las intoxicaciones por monóxido de carbono son eventos de notificación obligatoria bajo la estrategia de vigilancia clínica y de laboratorio.

Notificación en el SNVS 2.0:

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Intoxicación/exposición a Monóxido de Carbono	Individual	Universal/Clínico/laboratorio/ Epidemiología	Semanal

Ficha de notificación de Intoxicación por CO. Disponible en:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ficha-intoxicacion-monoxido_0.pdf

DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS:

Caso sospechoso CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, que no presente síntomas al momento de la consulta.

Caso confirmado CO: toda persona con antecedentes de exposición a CO, con síntomas atribuibles, con o sin niveles de carboxihemoglobina superior a los valores de referencia, en el momento del diagnóstico.

- Síntomas Generales: debilidad, cansancio, sensación vertiginosa, síncope.
- Neurológicos: cefalea, irritabilidad, somnolencia, mareos, confusión, impotencia funcional de miembros inferiores, ataxia, convulsiones, coma, deterioro neurológico y psiquiátrico, amnesia, parkinsonismo, pérdida de control de esfínteres, enlentecimiento motor, trastorno del aprendizaje, corea, neuropatías periféricas.
- Gastrointestinales: náuseas, vómitos
- Cardiovasculares: dolor precordial, palpitaciones, taquicardia, isquemia de miocardio, arritmias cardíacas.
- Respiratorios: dificultad respiratoria, taquipnea
- Otros: visión borrosa, alteraciones visuales

Interpretación de resultados de laboratorio: Todo caso con clínica compatible de intoxicación por monóxido de carbono estudiado por laboratorio con: Carboxihemoglobina mayor al 3 %.

Las intoxicaciones intencionales deberán notificarse/vigilarse en el Grupo de eventos "Lesiones intencionales" del SNVS2.0.

Definición de brote: Episodio en el cual dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con intoxicación aguda por monóxido de carbono en un mismo lugar o zona geográfica y donde se compruebe la exposición efectiva al agente causal.

Medidas preventivas

TODAS LAS INTOXICACIONES POR MONOXIDO DE CARBONO SON EVITABLES, para prevenir la intoxicación por monóxido de carbono es fundamental el control de las instalaciones y el buen funcionamiento de artefactos, así como es importante mantener los ambientes bien ventilados⁴.

4

- ✓ Controlar la correcta instalación y el buen funcionamiento de calefones, termotanques, estufas a gas, salamandras, hogares a leña, calderas, cocinas, calentadores, faroles, motores de combustión interna en automóviles y motos, grupos electrógenos, braseros.
- ✓ Examinar especialmente las salidas al exterior de calefones, estufas, calderas y hornos para asegurarse que están permeables y en buen estado.
- ✓ Hacer una verificación de las instalaciones con personal matriculado que pueda identificar y corregir los desperfectos de la fuente generadora de monóxido de carbono.
- ✓ Existen signos de que un artefacto no está funcionando bien y requiere revisión urgente por un gasista matriculado: 1) Que la llama de estufas y hornallas sea anaranjada y/o que exista una mancha negra en el techo y/o en la pared en el recorrido que hace el caño de evacuación de gases, indicaría que un conducto de gas no está bien puesto o tapado.
- ✓ Instalar detectores de monóxido de carbono en el ambiente.
- ✓ Si se encienden brasas o llamas de cualquier tipo, no dormir con éstas encendidas y apagarlas fuera de la casa.
- ✓ No usar el horno u hornallas de la cocina para calefaccionar el ambiente.
- ✓ No mantener recipientes con agua sobre la estufa, cocina u otra fuente de calor.
- ✓ El calefón no debe estar en el baño, ni en espacios cerrados o mal ventilados.
- ✓ No encender motores a combustión (grupos electrógenos, motosierra, etc.) en ambientes cerrados, en sótanos o garajes.
- ✓ No mantener el motor del auto en funcionamiento cuando el garaje está cerrado. Si su garaje está conectado al resto de su hogar, cierre las puertas.
- ✓ Comprobar que los ambientes tengan ventilación hacia el exterior. Ventilar toda la casa una vez al día, aunque haga frío.
- ✓ Dejar siempre una puerta o ventana entreabierta, tanto de día como de noche, y aún cuando haga frío.

INTOXICACIÓN CO: Centro Información Toxicológica-Departamento de toxicología
 Mg. Aldo Sergio Saracco, Médico Toxicólogo- Mail: toxicología@mendoza.gov.ar
 Talcahuano 2194- Godoy Cruz- **CIAT Mendoza:(0261) 428 2020**

Medidas ante casos y contactos:

Nivel Individual:

- Ventilar el lugar inmediatamente.
- Retirar al intoxicado y trasladarlo a un espacio abierto donde pueda respirar aire fresco.
- Si hay disponibilidad, colocar oxígeno por máscara o por cánula lo más pronto posible.
- No dar alimentos o bebidas por el riesgo de broncoaspiración.
- Trasladar a centro asistencial: el tratamiento se realiza con oxígeno al 100% o cámara hiperbárica. También se trata el edema cerebral y las complicaciones cardiovasculares en caso de ser necesario.

Nivel comunitario⁵:

- Una vez identificada la fuente se realizará la comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés. Si se tratara de instalaciones de gas defectuosas, se dará intervención al Ente Regulador y a la distribuidora local.
- Determinar si otras personas han estado expuestas.
- Proveer información básica acerca de la intoxicación por CO a los contactos del caso.
- Medidas ante brotes: Gestionar la investigación y control del brote.

⁵ Otras medidas a tomar en ambientes comunitarios y laborales son:

- ✓ Estricto cumplimiento de la legislación nacional y provincial, y de la normativa complementaria emitida por las autoridades de aplicación, ya sea en el ámbito laboral (Superintendencia de Riesgos del Trabajo y Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social), en el ámbito doméstico (Ente regulador de gas y normativa jurisdiccional), en el ambiente (Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable o autoridad ambiental jurisdiccional).
- ✓ Monitoreo ambiental en aire exterior y ambiente de trabajo, etc.
- ✓ Evitar la quema de basurales a cielo abierto
- ✓ Detección e investigación de brotes. Comunicación de los resultados y de las recomendaciones a los grupos de interés.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA INTOXICACIÓN POR CO -MENDOZA

En el PERIODO 2019 - 2021, en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) se notificaron 353 casos de intoxicaciones por CO en la provincia. La tasa de Incidencia del período fue de 5,91 cada 100.000 habitantes, superada por seis departamentos: Malargüe, Gral. Alvear, San Rafael, La Paz, Las Heras y San Carlos. En el sur provincial las tasas son superiores a 13 / 100.000 hab. **Gráfico N° 24**

Para el cálculo de las tasas se utilizó la proyección de población por Departamentos del INDEC.

Gráfico N° 24: Casos notificados y tasa de incidencia trienio 2019-2021 de Intoxicación / Exposición a Monóxido de carbono por departamento- Mendoza.

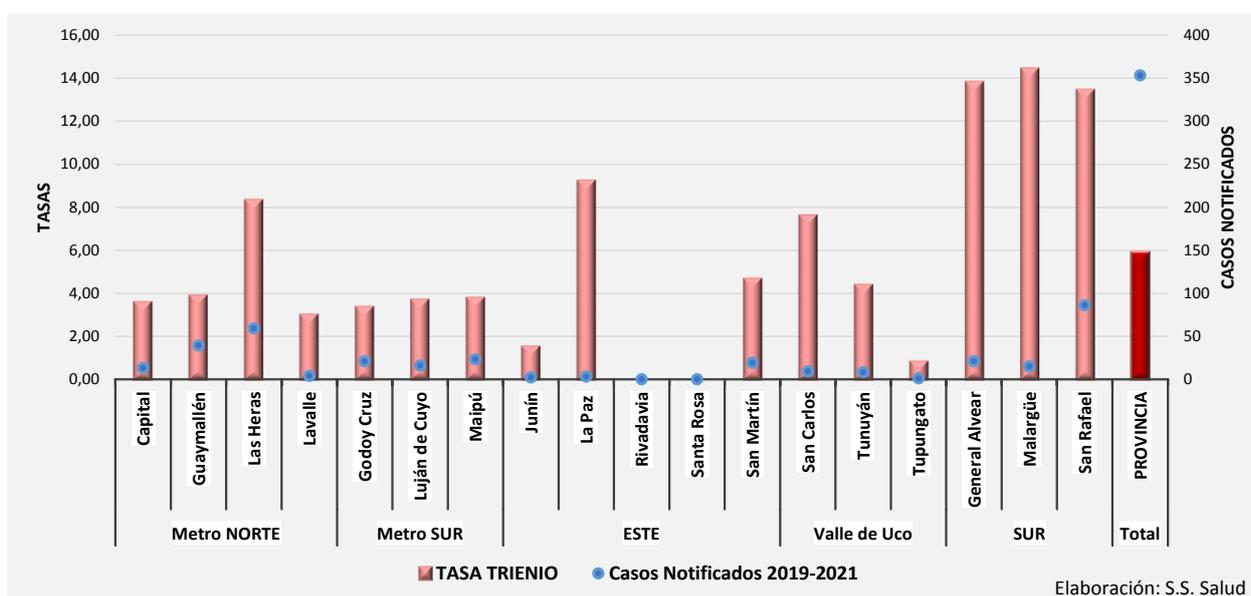
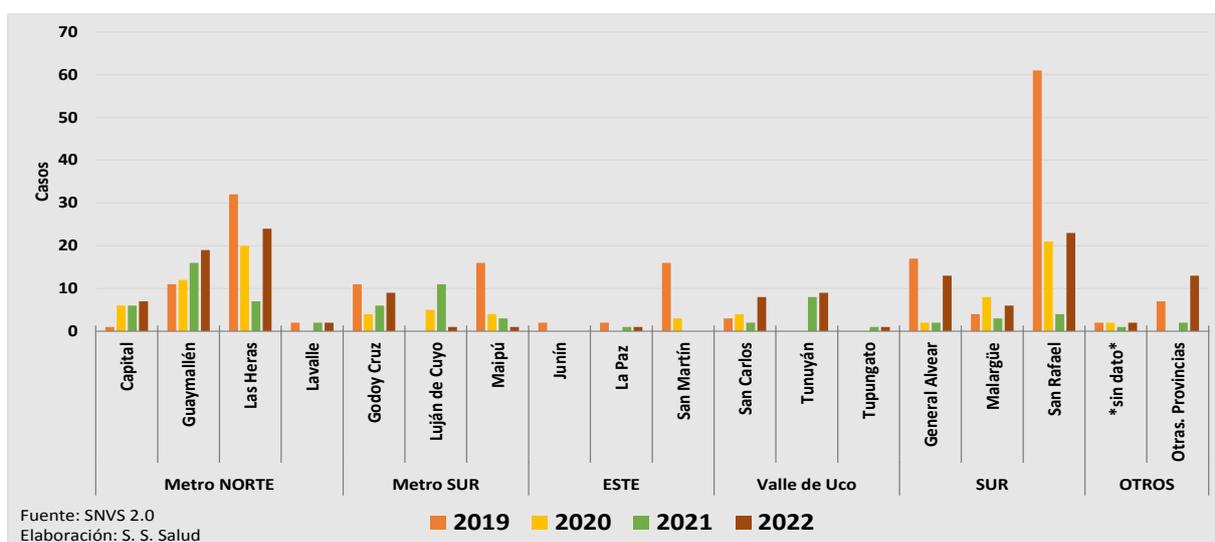


Gráfico n° 25: Casos notificados de Intoxicación / Exposición a monóxido de carbono según Departamento de residencia - Mendoza 2019/20/21- hasta SE 48 2022.

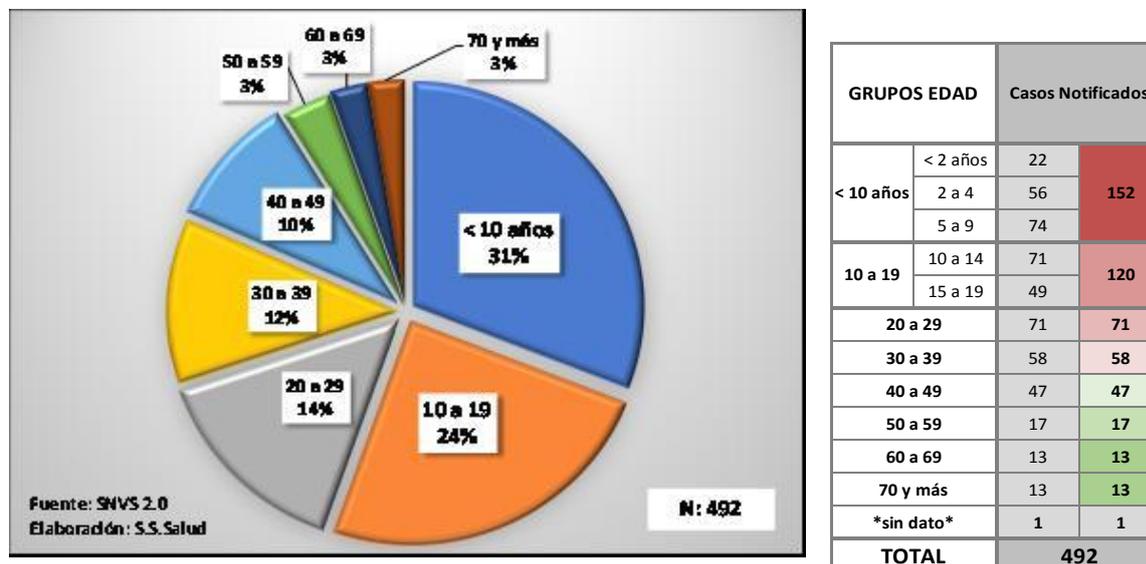


Las notificaciones de intoxicaciones por CO durante los años 2019 a 2022 (2022 a SE 48) siempre han sido mayores en los departamentos de San Rafael y Las Heras con 109 y 83 casos respectivamente, seguidos por Guaymallén (58), Gral. Alvear (34) y Godoy Cruz (30). **Gráfico N° 25**

Durante el año 2019 se notificaron 187 casos, disminuyendo en los años 2020 y 2021 con 91 y 75 casos respectivamente, para volver a incrementarse la notificación a 139 casos a SE 48 del 2022.

En Santa Rosa y Rivadavia no se han notificado eventos de intoxicación por CO en el período.

Gráfico N° 26: Casos notificados por Intoxicación / Exposición a monóxido de carbono, según grupos de edad - Mendoza 2019 /20/21 y 2022 a SE 48 .

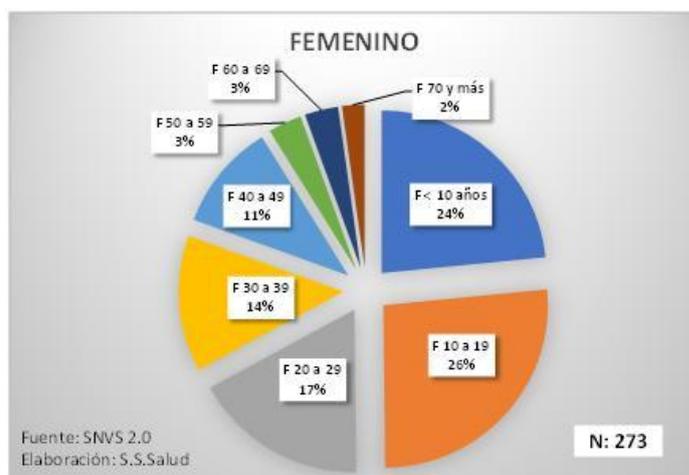
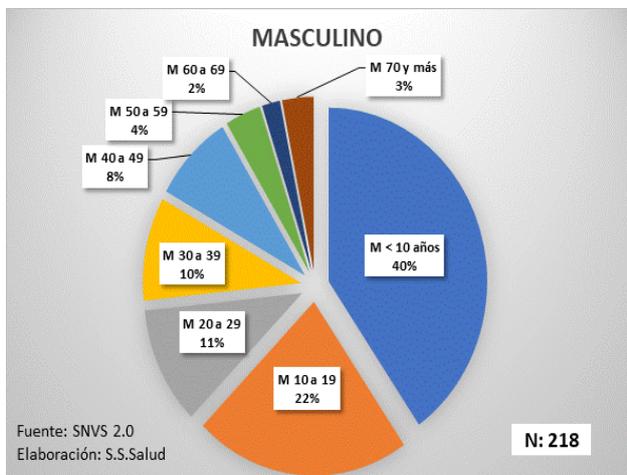


La distribución por grupos de edad muestra una concentración en los primeros 20 años de vida, los menores de 10 años representan 31% del total, que sumado al grupo 10-19 años representan el 55 % de los casos.

CASOS DE INTOXICACIÓN POR CO, SEGÚN SEXO

Del total de casos notificados de intoxicaciones por CO (n=492) en el periodo observado (2019 a SE 48 2022) un 55% corresponde a mujeres y un 45% a varones. En el análisis de la distribución por sexo, en los distintos grupos etarios, se observan diferencias significativas en los menores de 10 años, en los que predomina la notificación en varones, alcanzando el 40 % en todo el período, mientras que en las mujeres se reduce al 24 %. En el resto de las edades, la distribución de los casos por sexo resulta similar.

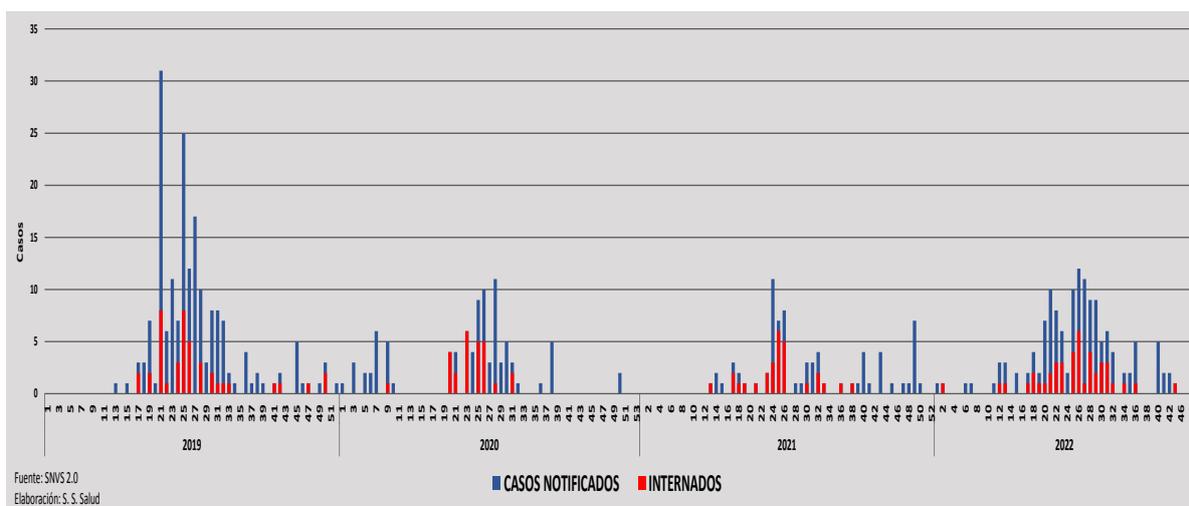
Grafico N°27: Casos notificados por Intoxicación / Exposición a monóxido de carbono según sexo y edad - Mendoza 2019/20/21 y 2022 a SE 48.



CASOS INTOXICACIÓN CO, SEGÚN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA

Como mencionamos en párrafos anteriores, durante el año 2019 se produjeron la mayor cantidad de casos anuales, siendo el perfil de distribución semanal de los casos similar en todos los años (2019 a 2022) con un incremento de los casos principalmente durante las SE 20 a 30 (finales de mayo hasta inicios de agosto), coincidente con los meses de temperaturas más bajas en la Provincia.

Grafico N° 28: Distribución de casos notificados e internados por SE - Intoxicación / Exposición a monóxido de carbono- Mendoza -2019 hasta SE48 2022.



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO E INTERNADOS

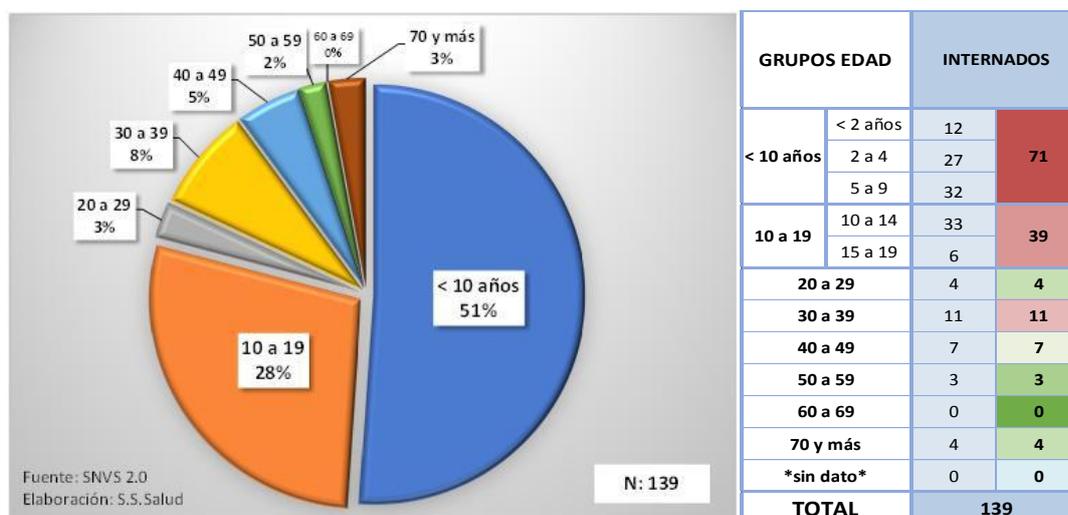
Los casos notificados al Sistema SNVS 2.0 en el periodo 2019/20/21 y 2022 a SE48, suman 492, de los cuales 139 requirieron hospitalización. En la **Tabla N° 2** se observa un incremento sostenido del porcentaje de casos que requirieron ser hospitalizados durante el período considerado, llegando a ser en 2021 del 37% del total de notificaciones y a SE 48 del 2022 el porcentaje alcanza el 31%.

Tabla n° 2: Proporción de casos internados debido a Intoxicación por CO sobre total de casos notificados- Mendoza 2019/20/21 y 2022 a SE 48

INTERNADOS	2019	2020	2021	2022
SI	42	26	28	43
NO	128	53	30	79
sin dato	17	12	17	17
Total de notificaciones	187	91	75	139
Proporción de Internados sobre el total de Notificaciones	22,46%	28,57%	37,33%	30,94%

La distribución de las internaciones por grupos de edad muestra que el 51% corresponden a los menores de 10 años, seguido por el grupo de 10 -19 años con el 28%.

Grafico N°29: Casos internados del evento Intoxicación / Exposición a monóxido de carbono según grupos de edad - Mendoza 2019/20/21 y 2022 a SE 48.



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO Y FALLECIDOS

Las defunciones ocurridas por intoxicaciones por CO durante los años 2019 - 2021 suman un total de 15.

En la **Tabla N° 3** se muestra la ocurrencia de las defunciones por año y departamento; el mayor número de muertes se produjo en el año 2021, producto del fallecimiento de toda una familia ocurrido en el departamento de Godoy Cruz.

Tabla n° 3: Defunciones por Intoxicación por CO, según año y lugar de ocurrencia. Mendoza 2019 - 2021.

2019		2020		2021	
Departamento	Fallecidos	Departamento	Fallecidos	Departamento	Fallecidos
General Alvear	2	Capital	1	Godoy Cruz	5
Godoy Cruz	1	Guaymallén	2	Malargüe	2
Las Heras	1	Las Heras	1		
TOTAL	4	TOTAL	4	TOTAL	7

Fuente: INFOSALUD

Bibliografía intoxicación por Monóxido de Carbono

1. BIBLIOGRAFÍA MZA

<https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2014/10/Recomendaciones-Monoxido-De-Carbono.pdf>

<https://www.mendoza.gov.ar/salud/index.php/component/contact/contact/258-indice-telefonos-utiles/?p=4818>

<https://www.mendoza.gov.ar/salud/wp-content/uploads/sites/16/2016/01/Gu%C3%ADa-Mon%C3%B3xido-de-Carbono-2016.pdf>

2. BIBLIOGRAFIA NACIÓN

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/06-2016-guia-intoxicaciones-monoxido.pdf>

https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000818cnt-9_intoxicaciones_con_monoxido_de_carbono.pdf

4

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son la principal causa de muerte en nuestro país y en el mundo y conllevan una gran carga de enfermedad y discapacidad.

Las ECNT, incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas se pueden prevenir mediante la reducción de factores de riesgo, como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y dietas poco saludables.

Estas enfermedades producen 41 millones de defunciones cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ECNT cada año.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ECNT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un modelo progresivo de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles que considera tres momentos:

- vigilancia del pasado, a través del análisis de la mortalidad,
- vigilancia del presente, que registra enfermedades,
- vigilancia del futuro, que se concentra en los factores de riesgo.

Vigilar los factores de riesgo (vigilancia del futuro) es hoy una prioridad en la vigilancia de ECNT; estos son frecuentes, pueden abordarse y tener un potencial impacto positivo en la salud cuando se interviene oportunamente. Respecto a los factores de riesgo, se dispone de información a través de la “Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”, que se realiza cada 4 años; la última de ellas se realizó en 2018 y fue publicada en 2019.

La incidencia (vigilancia del presente) de estas enfermedades crónicas en la provincia de Mendoza es difícil de obtener, con excepción de los tumores malignos, que se documentan en el Registro Provincial de Tumores.



Actualmente, la única fuente confiable con que contamos para conocer los principales problemas en relación con las ECNT es a través del registro de las defunciones, basado en los certificados de defunción (vigilancia del pasado).

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN MENDOZA

En el presente análisis, se consideró la mortalidad de un periodo de 6 años, 2015 a 2020.

A nivel país, el peso de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la mortalidad global, tomando **las cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes**, durante el año 2019 fue de 43,4% del total y, durante el año pandémico 2020, ascendió a un 45,5%.

En nuestra provincia, como vemos en la Tabla N° 1, esta Mortalidad Proporcional de ECNT represento del 57,6% al 47,7 % del total de causas de mortalidad en el periodo 2015-2020.

En Mendoza, la Mortalidad Proporcional de ECNT se mantuvo estable por encima del nivel país durante el año 2019 (Argentina 43,4% - Mendoza 55,2%), mientras que en el 2020, debido a la mortalidad producida por COVID-19, estas ECNT se redujeron proporcionalmente a un 47,7% del total para nuestra provincia. (Argentina 45,5% del total de defunciones)

TABLA N° 4 NÚMERO Y PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR TODAS LAS CAUSAS, POR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y POR DIABETES - COMPLICACIONES HTA. AÑOS 2015-2020 MENDOZA

AÑO	DEF. POR TODAS LAS CAUSAS	ECNT	% DEL TOTAL	DIABETES-COMPL.HTA	% DE LAS CRONICAS
2015	13833	7969	57,6	3981	50
2016	14515	8143	56,1	3972	48,8
2017	14426	8133	56,4	3879	47,7
2018	14048	7887	56,1	3786	48
2019	14227	7857	55,2	3769	48
2020	16655	7946	47,7	3899	49,1

En la **Tabla N° 4**, se puede observar también, que dentro de la mortalidad por ECNT en Mendoza, las defunciones por **diabetes y por complicaciones originadas por la hipertensión arterial (HTA) de larga data** (insuficiencia cardíaca, cerebrovasculares, enfermedad hipertensiva, infarto agudo de miocardio) representan la mitad de las

defunciones por las ECNT seleccionadas, entre el 48,0% en 2019 - 49,1% en 2020 (Argentina 51,8% en 2019 y 45,8% en 2020).

DEFUNCIONES SEGÚN AÑO

En el **Gráfico N° 30** se puede observar en forma anual 2015-2020, que el número de defunciones por diabetes, fue incrementándose de 530 en el año 2015 a 642 defunciones en 2020.

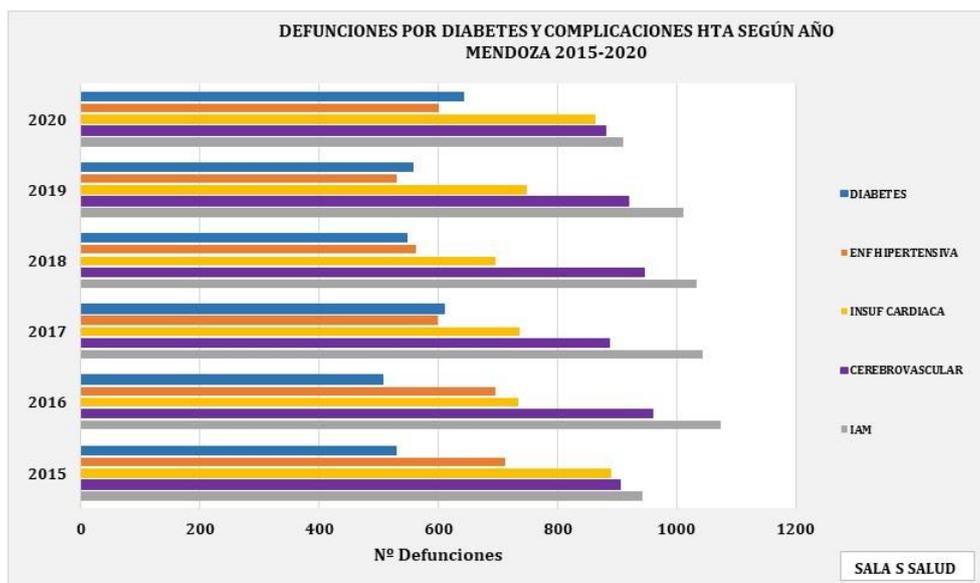
Las defunciones por Enfermedad Hipertensiva, muestran una tendencia decreciente, con 712 en 2015 a 601 defunciones en 2020.

Respecto a las defunciones por insuficiencia cardíaca, se observa un descenso en el período 2015 a 2018, para luego incrementarse nuevamente, registrando 891 defunciones en 2015 y 864 en 2020.

Las defunciones por enfermedades cerebrovasculares, se mantuvieron casi estables en el periodo estudiado, con 905 defunciones en 2015 y un descenso a 881 defunciones en 2020.

Finalmente, el Infarto Agudo de Miocardio (IAM), produce la mayor cantidad de defunciones, alcanzando 1074 en 2016 y descendiendo a 911 en 2020.

GRAFICO N°30: Número de defunciones por Diabetes y Complicaciones de HTA según año 2015-2020 Mendoza



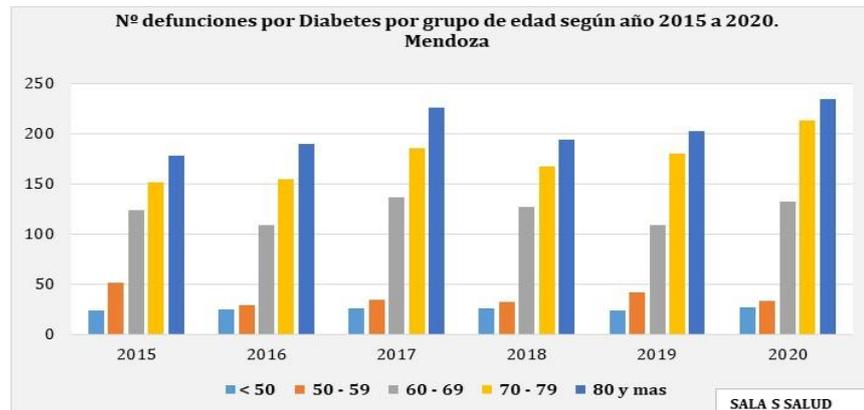
DEFUNCIONES POR GRUPO DE EDAD

Las defunciones por diabetes y por complicaciones originadas por HTA de larga data se agruparon en: < 50 años, 50-59, 60-69, 70-79 y mayores de 80 años.

DIABETES

Las defunciones por **diabetes 2015-2020**, presentaron el mismo perfil de distribución por grupo de edad año a año, donde a partir de los 60 años se incrementa el número de defunciones. (Gráfico N° 31)

Gráfico N° 31:
Defunciones por Diabetes por grupo de edad, según año 2015-2020. Mendoza



El promedio anual de defunciones a causa de la diabetes fue de 123 personas entre los 60-69 años, 176 personas entre 70-79 años y 204 personas mayores de 80 años.

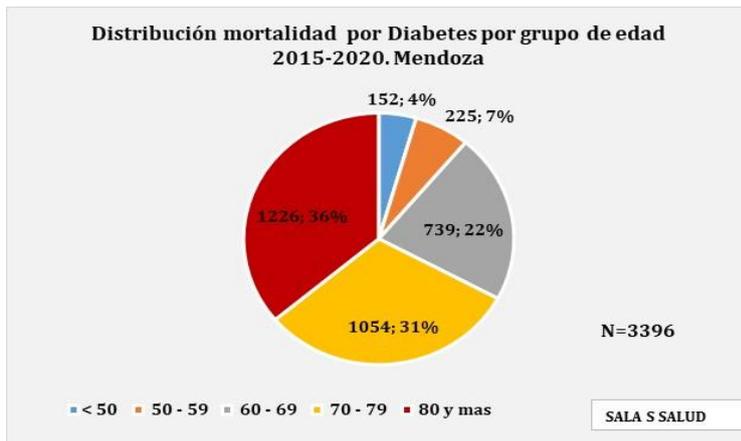


Gráfico N° 32: Distribución de Defunciones por Diabetes por grupo de edad, 2015-2020. Mendoza

En los mayores de 60 años recae el 89% de la mortalidad por diabetes.

ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

Las defunciones por **enfermedad hipertensiva 2015-2020**, son muy marcadas en mayores de 80 años y se observa leve tendencia al descenso. El promedio anual de defunciones a causa de Enfermedad Hipertensiva fue de 61 personas entre los 60-69 años, 144 personas entre 70-79 años y 391 personas mayores de 80 años. (Gráfico N° 33)

Gráfico N° 33: Defunciones por Enfermedad Hipertensiva por grupo de edad, según año 2015-2020. Mendoza

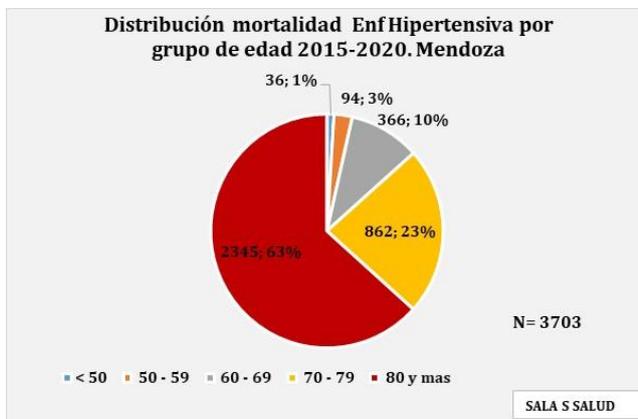
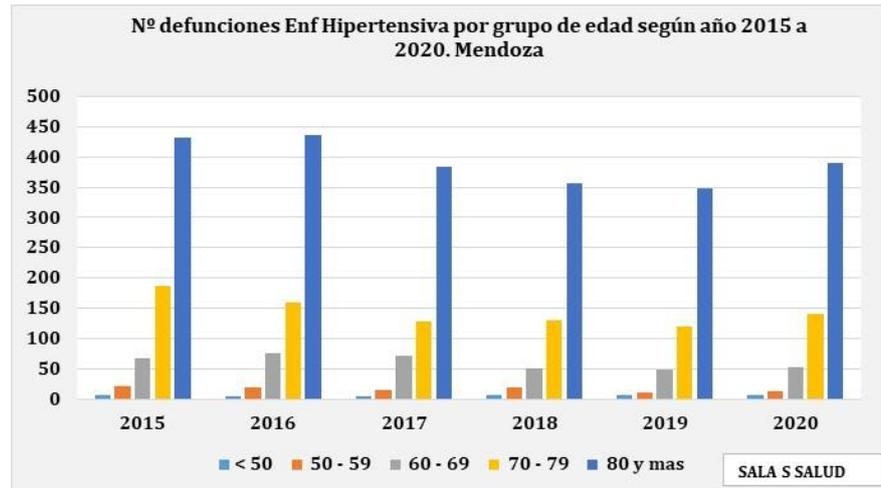


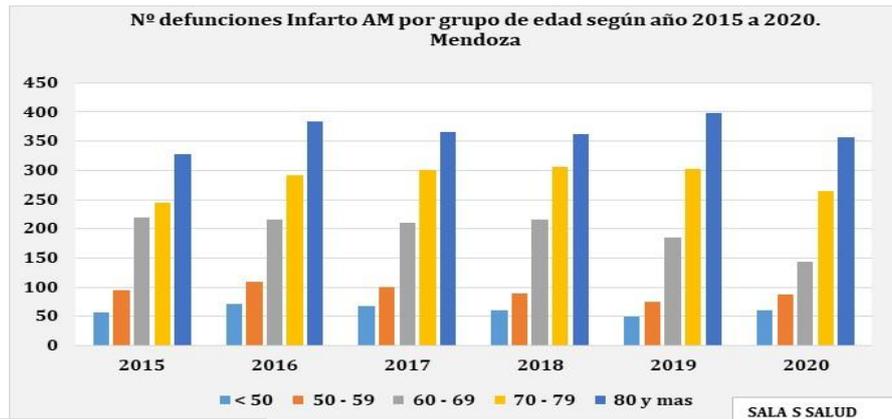
Gráfico N° 34: Distribución de defunciones por Enfermedad Hipertensiva por grupo de edad, 2015-2020. Mendoza

El 63% de las defunciones se producen en personas mayores de 80 años, y el 33% entre los 60-79 años. Menores de 60 años representan el 4% de la mortalidad.

INFARTO AGUDO MIOCARDIO

Las defunciones por **Infarto Agudo de Miocardio 2015-2020**, presentaron el mismo perfil de distribución por grupo de edad año a año, donde a partir de los 60 años se incrementa el número de defunciones. Durante 2020 se incrementa la mortalidad en los grupos menores de 60 años y se reduce en los de 60 y más años. El **promedio anual de defunciones** a causa de IAM fue de 199 personas entre los 60-69 años, 285 personas entre 70-79 años y 365 personas mayores de 80 años. (Gráfico N° 35)

Gráfico N° 35: Defunciones por Infarto Agudo de Miocardio por grupo de edad, según año 2015-2020. Mendoza



Distribución mortalidad Infarto AM por grupo de edad 2015-2020. Mendoza

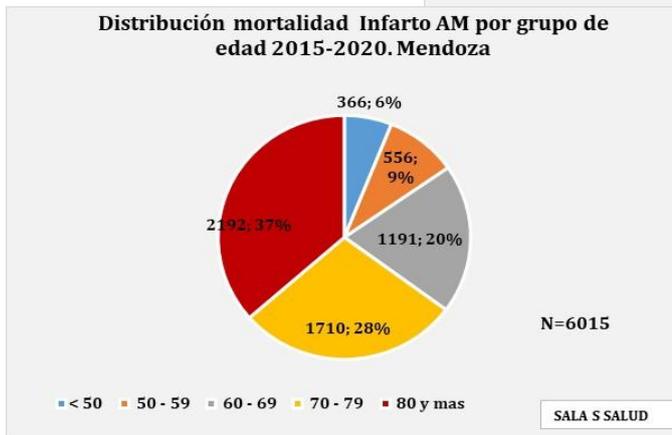


Gráfico N° 36: Distribución de Defunciones por Infarto Agudo de Miocardio por grupo de edad, 2015-2020. Mendoza

El grupo de mayores de 80 años representa el 37 % de la mortalidad por IAM, seguido por los grupos de edad de 70-79 y 60-69, con casi el mismo peso relativo, 28% y 20% respectivamente. Los menores de 60 años representan el 15% de la mortalidad.

CEREBROVASCULARES

Las defunciones por causas **Cerebrovasculares 2015-2020**, son marcadas en mayores de 80 años y se observa leve descenso en 2019-2020. En el grupo de menores de 50 años hay un incremento 2019-2020. El promedio anual de defunciones por causas cerebrovasculares fue de 144 personas entre los 60-69 años, 264 personas entre 70-79 años y 407 personas mayores de 80 años. (Gráfico N° 37)

Gráfico N° 37:
Defunciones por Cerebrovasculares por grupo de edad, según año 2015-2020. Mendoza

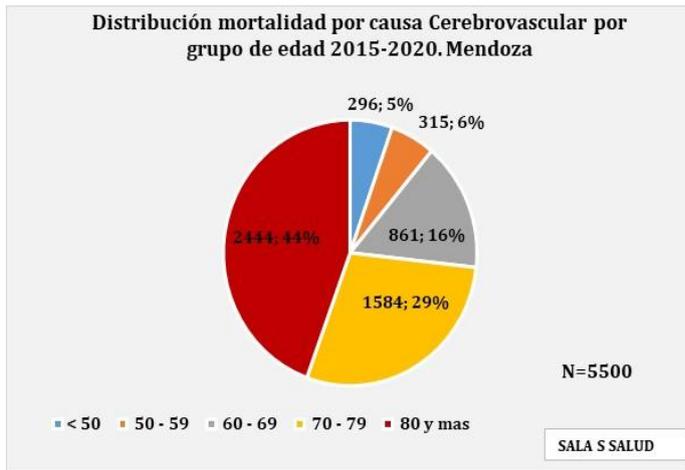
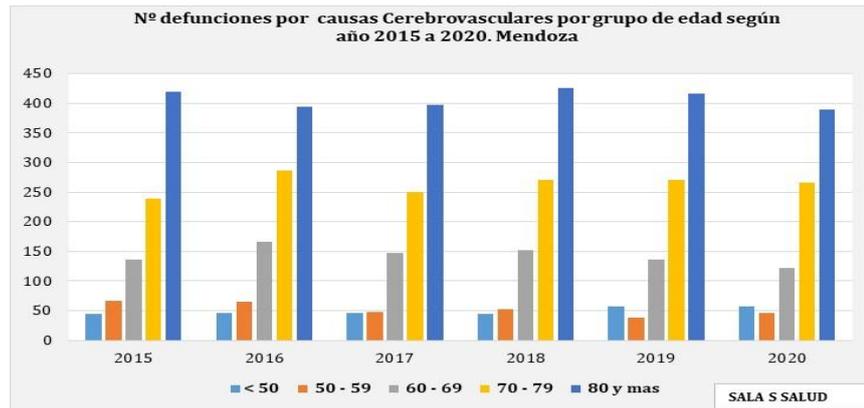


Gráfico N° 38: Distribución de Defunciones por Cerebrovasculares por grupo de edad, 2015-2020. Mendoza

El 44 % de las defunciones se producen en personas mayores de 80 años, el 28% entre los 70-79 años y 16% entre 60-79 años. Menores de 60 años representan el 11% de la mortalidad.

INSUFICIENCIA CARDÍACA

Las defunciones por **Insuficiencia Cardíaca 2015-2020**, son muy marcadas en mayores de 80 años. En todos los grupos de edad se incrementa la mortalidad en 2019-2020. El promedio anual de defunciones por Insuficiencia Cardíaca fue de 60 personas entre los 60-69 años, 181 personas entre 70-79 años y 510 personas mayores de 80 años. (Gráfico N° 39)

Gráfico N° 39:
Defunciones por Insuficiencia Cardíaca por grupo de edad, según año 2015-2020. Mendoza

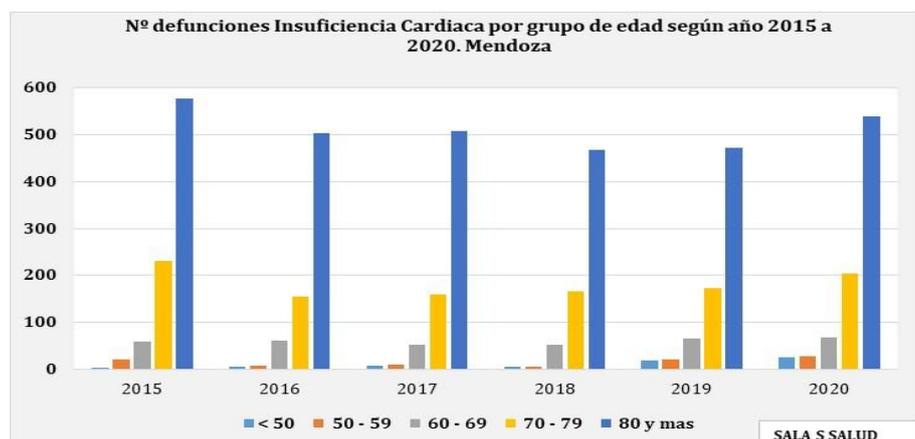
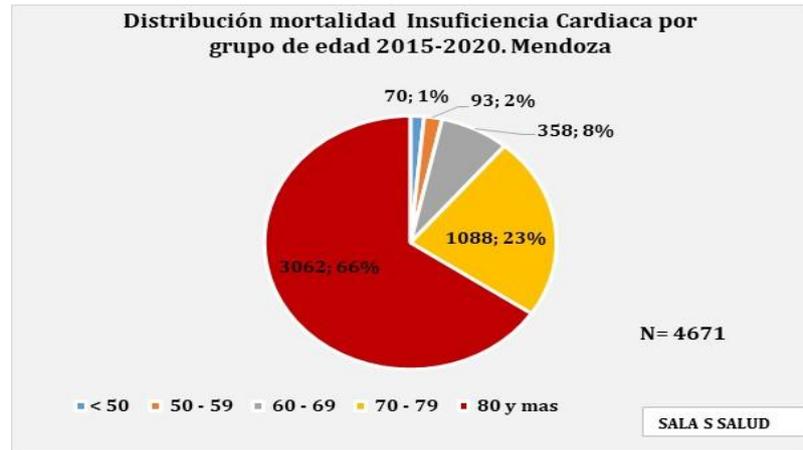


Gráfico N° 40: Distribución de Defunciones por Insuficiencia Cardíaca por grupo de edad, 2015-2020. Mendoza



El 66 % de las defunciones se producen en personas mayores de 80 años, el 23% entre los 70-79 años y se reduce a 8% entre 60-79 años. Menores de 60 años representan el 3% de la mortalidad.

DEFUNCIONES SEGÚN SEXO Y AÑO

Las defunciones por **Diabetes y por complicaciones originadas por la Hipertensión Arterial (HTA) de larga data** (insuficiencia cardíaca, cerebrovasculares, enfermedad hipertensiva, infarto agudo de miocardio) se agruparon por sexo y año.

Gráfico 41: Proporción de Defunciones por Diabetes y Complicaciones de hipertensión arterial, 2015-2020. Mendoza. En Mujeres y En Varones



TABLA N°5 Proporción de Defunciones por Diabetes y Complicaciones de hipertensión arterial, 2015-2020.MZA.

	MUJERES	HOMBRES
ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	23%	13%
CEREBROVASCULARES	23%	24%
IAM	21%	31%
INSUFICIENCIA CARDÍACA	19%	17%
DIABETES	14%	15%

Gráfico N° 42: Defunciones por Diabetes y Complicaciones de hipertensión arterial en MUJERES, según año. 2015-2020. Mendoza

Defunciones por Diabetes, Enf. Hipertensiva, e IC, tuvieron un incremento 2020 respecto a 2019. IAM y Cerebrovasculares continúan con tendencia al descenso desde 2018.

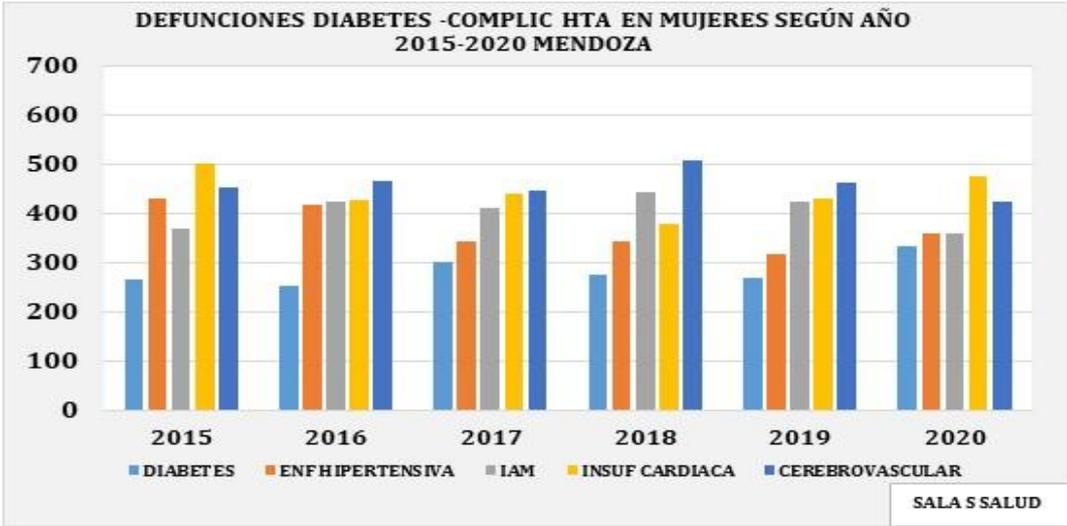
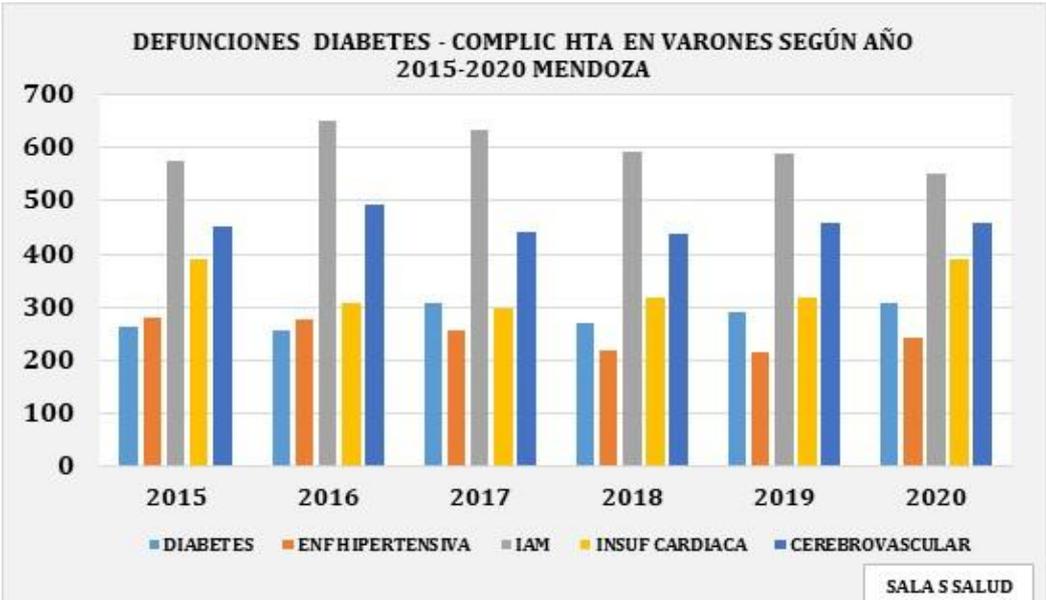


Gráfico N° 43: Defunciones por Diabetes y Complicaciones de hipertensión arterial en varones, según año. 2015-2020. Mendoza

Las defunciones por IAM tienen tendencia a la baja; Cerebrovasculares estables; IC, Diabetes y Enfermedad Hipertensiva, presentaron un incremento en 2020 respecto a 2019.



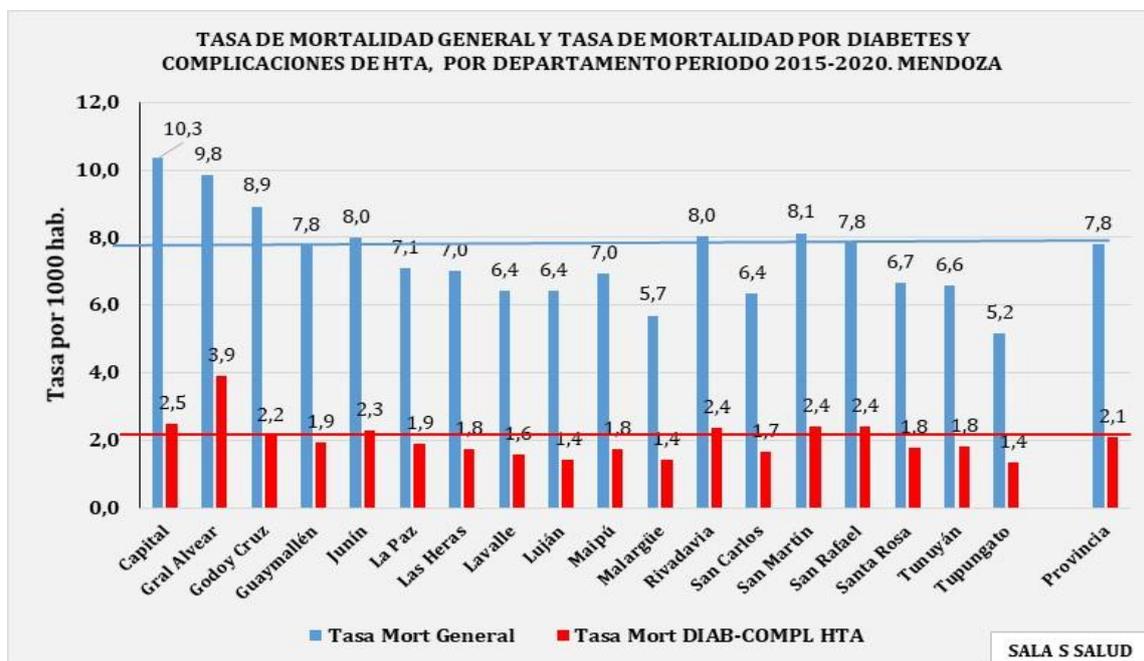
TASA MORTALIDAD

En el período 2015-2020 la Tasa de Mortalidad General por todas las causas en la provincia fue de 7,8 por 1000 habitantes. La Tasa de mortalidad por ECNT fue de 4,3 por 1000 h. La Tasa de mortalidad por Diabetes y Complicaciones de HTA fue de 2,1 por 1000 h.

Tasa Mortalidad por Departamentos

La tasa de mortalidad por departamentos, por Diabetes y Complicaciones de la HTA, se presenta por encima de la media provincial (2,1 x 1000 h. años 2015-2020) en los departamentos de Gral. Alvear, Capital, Rivadavia, San Martín, San Rafael, Junín y Godoy Cruz. (Gráfico N° 44)

Gráfico N° 44: Tasa de Mortalidad General y Tasa de Mortalidad por Diabetes y Complicaciones de HTA, por departamentos. 2015-2020. Mendoza

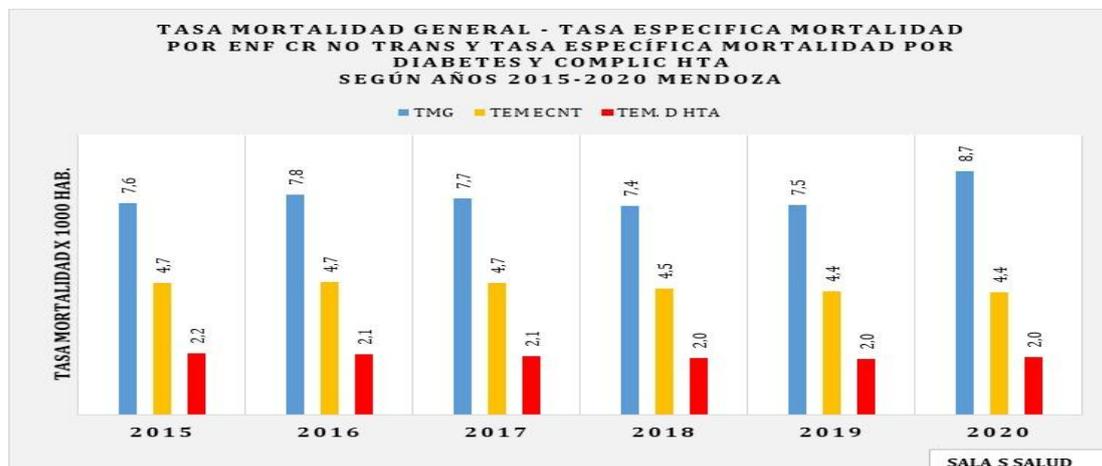


TASA MORTALIDAD SEGÚN AÑO

La Tasa de Mortalidad General se vio incrementada en más de 1 punto durante el año 2020 respecto al año 2019 (8,7 -7,5) debido probablemente a la pandemia de Covid-19.

La Tasa de Mortalidad por ECNT, por Diabetes y complicaciones de HTA se muestran estables en el periodo.

Gráfico N° 45: Tasa de Mortalidad General por todas las causas, Tasa Mortalidad por Enfermedades Crónicas no transmisibles y Tasa de Mortalidad por diabetes - complicaciones HTA, según año 2015-2020. Mendoza



Bibliografía de ECNT

1. Enfermedades no transmisibles <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles> 30/08/2022
2. World Health Organization. WHO Global NCD Risk Factor Surveillance Strategy. <http://www.who.int/ncd/surveillance/>. 30/08/2022

5

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 en Hospitales adheridos al SNVS2.0.

Para obtener la oportunidad en Hospitales se designa semana de corte (SE 50) 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 38 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 50) 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°7, donde puede observarse el promedio de la última semana notificada en el caso de los Centros de Salud y, para los Hospitales en la tabla N°8, la última semana notificada y las semanas de atraso en la notificación.

Tabla N° 7- Monitoreo de la oportunidad en la notificación- Áreas departamentales

Áreas Departamentales	Promedio de última semana notificada	
	a SE 38 (del 18 al 24 de septiembre)	a SE 50 (del 11 al 17 de diciembre)
CAPITAL		
Centros de Salud Provinciales	35	43
Centros de Salud Municipales	38	48
GUAYMALLÉN	34	45
LAS HERAS		
Centros de Salud Provinciales	31	38
Centros de Salud Municipales	34	45
LAVALLE	29	45
MAIPÚ		
Centros de Salud Provinciales	33	35
Centros de Salud Municipales	36	46
LUJÁN DE CUYO	34	39
GODOY CRUZ	35	43
JUNÍN	36	46
RIVADAVIA	29	34
SAN MARTÍN	28	41
LA PAZ	36	36
SANTA ROSA	35	47
SAN CARLOS	34	41
TUNUYÁN	29	40
TUPUNGATO	33	42
SAN RAFAEL		
Centros de Salud Provinciales	34	47
Centros de Salud Municipales	37	47
GENERAL ALVEAR	35	47
MALARGÜE	22	22

Fuente: SNVS2.0

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

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



Tabla N° 8- Monitoreo de la oportunidad en la notificación- Hospitales

Hospitales	Última semana notificada a SE 38 (del 18 al 24 de septiembre)	Semanas de atraso	Última semana notificada a SE 50 (del 11 al 17 de diciembre)	Semanas de atraso
HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS	38	0	49	1
HOSPITAL CENTRAL	35	3	41	9
HOSPITAL MILITAR REGIONAL	12	26	39	11
HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE	37	1	48	2
O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING	38	0	50	0
HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI	38	0	48	2
HOSPITAL ARTURO U. ILLIA	38	0	49	1
HOSPITAL DOMINGO S. F. SICOLI	38	0	47	3
HOSPITAL ALFREDO METRAUX.	36	2	48	2
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN	35	3	48	2
HOSPITAL REGIONAL MALARGUE	37	1	46	4
HOSPITAL CARLOS F. SAPORITI	38	0	46	4
HOSPITAL VICTORINO TAGARELLI	38	0	49	1
HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO	23	15	30	20
HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW	37	1	49	1
HOSPITAL EVA PERON.-	35	3	44	6
HOSPITAL FERNANDO ARENAS RAFFO	36	2	49	1
HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI	13	25	13	37
HOSPITAL GREGORIO LAS HERAS	30	8	46	4
HOSPITAL JOSÉ NESTOR LENCINAS	35	3	49	1
HOSPITAL LUIS CHRABALOWSKI	0	38	50	0
HOSPITAL DEL CARMEN	sin notificación		49	1
HOSPITAL DR. HÉCTOR ELIAS GAILHAC	sin notificación		47	3

Fuente: SNVS2.0

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

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

PARA CONSULTAR SOBRE NORMAS Y MODALIDAD DE NOTIFICACIÓN AL SISA-SNVS 2.0, ENVIAR CORREO A SECCIÓN VIGILANCIA DE LA SALUD:

vigilanciadelasaludmza@gmail.com