

*Información para los equipos de salud*



5

NÚMERO

... MARZO 2023 ...

# 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](mailto:direpidemiologia.mza@gmail.com)

FECHA DE PUBLICACIÓN: 29/03/2023

## > CONTENIDO:

1. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas	Pág.7
A. Situación provincial	Pág.7
A1. ETI	Pág.8
A2. Neumonías	Pág.8
A3. Bronquiolitis	Pág.10
A4. COVID-19	Pág.11
B. Vigilancia de virus respiratorios	Pág.20
2. Arbovirosis	Pág.25
3. Diarreas	Pág. 39
4. Síndrome urémico Hemolítico	Pág. 47
5. Enfermedades emergentes	Pág. 60
6. Estado de notificación	Pág. 61



## EDITORIAL:

### **Directora de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud**

| Andrea Falaschi

La notificación de casos representa la columna vertebral de los sistemas rutinarios de vigilancia en salud. Es un proceso sistemático y continuo de comunicación de información que involucra a todo el equipo de salud. En general, es de carácter obligatorio y está respaldado por el “Régimen legal de Notificación Obligatoria (Ley Nacional 15.465)”. La notificación consiste, básicamente, en la declaración oficial de la ocurrencia de cada caso de un evento bajo vigilancia que se detecta en la población, según la definición de caso vigente y la transmisión de los datos relacionados a cada caso.

Según cuál sea el evento, la modalidad de notificación puede ser: numérica (cantidad de casos en forma agrupada) o con identificación nominal de cada caso y con datos relevantes para la comprensión del evento y para la realización de acciones de control, diagnóstico, investigación y/o seguimiento de los mismos.

La notificación es una de las acciones fundamentales para el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica. Una parte importante de este proceso recae en los efectores de salud, quienes tienen la responsabilidad de detectar, notificar y confirmar los eventos de salud bajo vigilancia y es a través de ellos que se ejecutan muchas de las acciones de control y educación sanitaria para la población.

En consecuencia, la operación eficiente del sistema de vigilancia depende en gran medida del nivel de organización, infraestructura, capacitación y compromiso de los servicios de atención de salud.

Desde la Dirección de Epidemiología y Gestión Integral de la Calidad en Salud, confeccionar un boletín epidemiológico tiene como objetivo resumir e interpretar datos de la vigilancia y otros datos epidemiológicos y comunicar esos datos eficazmente.

En estos boletines ofrecemos un resumen de datos de la vigilancia de distintas patologías, útiles para la atención sanitaria de las mismas, alertas epidemiológicas provinciales, nacionales o regionales, e informamos sobre el estado de la oportunidad de los datos de vigilancia, de manera que los efectores puedan observar su situación actual y mejorarla.

Desde la Dirección y en el marco de un proceso de mejora continua de las actividades de vigilancia, estamos realizando visitas a los efectores en donde es necesario realizar mejoras en la notificación, para apoyar su capacitación. Así mismo, también brindamos un curso a través de la plataforma Moodle de Capacitación del Ministerio de Salud de la Provincia llamado “COVID 19 y otros eventos de notificación obligatoria” (ENOs), cuyo nombre nos recuerda la necesidad de reorganizar y replotar la vigilancia de los ENOs que se retrasaron durante la pandemia. Adicionalmente, ofrecemos soporte personalizado a los usuarios del SNVS que lo requieran a través de la sección de vigilancia de la salud (vigilanciadelasaludmza@gmail.com).

La Pandemia de COVID 19 visibilizó la necesidad de contar con datos epidemiológicos de calidad para hacer frente a una situación amenazante y desconocida desde la gestión. Hoy nuestro “Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria” contiene un total de 151 eventos de notificación obligatoria, así como los procedimientos para la vigilancia y control de los mismos. Es necesario contar con una red de efectores en los distintos niveles debidamente comprometidos y capacitados a fin de optimizar la vigilancia y que sirva para tomar acciones sanitarias.

La pandemia puso en evidencia la importancia de un sistema de vigilancia organizado, siendo un ejemplo de cómo funcionó la vigilancia epidemiológica en Argentina el estudio de exceso de mortalidad por Covid19. Ver informe en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-exceso-de-mortalidad-en-argentina-anos-2020-2021>

El exceso de mortalidad es una metodología que compara el número total de muertes esperadas, de acuerdo a un promedio de años anteriores (2015-2019), con las muertes efectivas que ocurren durante una crisis (pandemia) en un período y lugar determinado. Si las muertes contabilizadas resultan más que las muertes esperadas, se considera que hubo exceso de mortalidad; cuanto mayor sea este índice, más grave puede considerarse el impacto de la pandemia. Este indicador incluye tanto las muertes por COVID-19, como a aquellas vinculadas directamente a la pandemia, aunque no sean por COVID-19 (por ejemplo, por desborde del sistema de salud, problemas de acceso a la prevención y tratamientos de otras condiciones de salud, etc.)

Para calcular el exceso de mortalidad no se utilizan los datos del SNVS sino los de las estadísticas vitales, obtenidos de los certificados de defunción, los cuales son consolidados y luego enviados de manera anual al nivel nacional por las jurisdicciones. Tiene la ventaja de analizar todas las muertes ocurridas y sus

causas. Es esperable, por lo anteriormente expuesto que se encuentren diferencias en la comparación retrospectiva de las estadísticas vitales y el SNVS, cuya mayor o menor magnitud se relaciona en forma directa con la capacidad que haya tenido el sistema de vigilancia para captar los casos en tiempo real y con la calidad de cada uno de los registros.

El informe Nacional puntualiza que en 2021 la mortalidad estuvo para Argentina en un 26,3 por ciento por encima de lo esperado, lo que corresponde a 89.895 muertes en exceso; para Mendoza 23,9% (3451 muertes). El mayor exceso de mortalidad tuvo lugar en el primer semestre, cuando se produce la segunda ola de COVID-19, por la introducción de variantes de mayor transmisibilidad y gravedad (principalmente Gamma). Si se analizan 2021 y 2020 juntos, el exceso de mortalidad disminuye a 18,2 %.

A nivel mundial, este subregistro de muertes fue una de las debilidades durante la pandemia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que el número total de muertes por COVID-19 sería tres veces mayor a las muertes reportadas por cada país (esto es, un promedio de 300% más muertes que las reportadas). Argentina, por su parte, presentó una razón de 1,2 entre el exceso de mortalidad y las muertes ocurridas en el bienio 2020-2021 (un subregistro de 20%), mientras que según datos publicados en una revisión sistemática, naciones como Japón tuvieron una razón de 6 (500% más muertes que las registradas por su sistema de vigilancia); Finlandia, 5 (400%); México, 2 (100% más); Italia 1,9 (90%), y España y Uruguay, 1,6 (60%).

En el presente boletín publicamos el alerta sobre gripe Aviar, además de las secciones referentes a patologías respiratorias, arbovirosis, enfermedad diarreica y SUH.

Esperamos la información sea de utilidad para nuestros lectores.

## 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<sup>2.0</sup>. Se construyen **corredores endémicos** por evento, en base a 5 años (datos históricos 2016-2022), excluyendo los años pandémicos 2020 y 2021.<sup>1</sup>

#### IMPORTANTE:

- **La fecha de corte utilizada para la recolección de los datos fue el 20/03/2023, incluyendo semana epidemiológica (SE) 10.**
- **En los corredores endémicos, se observa un descenso de las curvas, que en las SE 9 y 10 podrían corresponder al retraso en la notificación.**

<sup>1</sup> Modalidad de notificación vigente a la fecha de cierre de este Boletín (23/03/23): Hasta la SE 22 año 2022, 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 año 2022, 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.

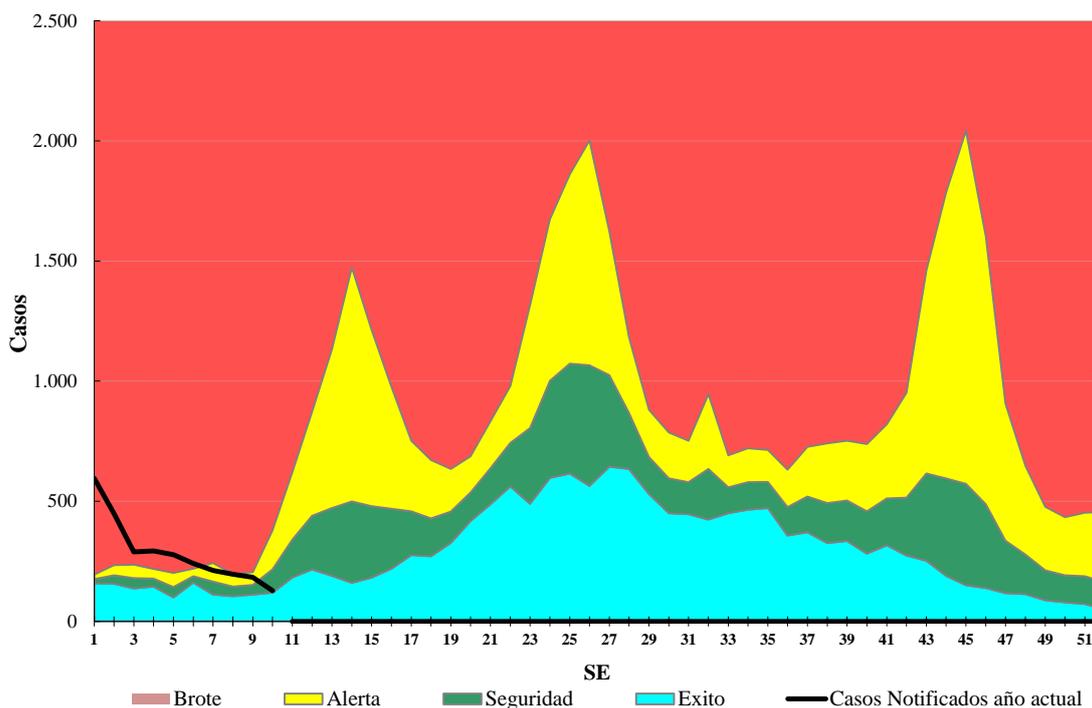
Componente de vigilancia clínica (C2) ante todo caso que cumpla con la definición de caso confirmado de COVID-19, modalidad individual/nominal. Periodicidad diaria.

**Fuente de información:** notificaciones realizadas al SNVS<sup>2.0</sup> 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 2023 hasta SE 10. Histórico 5 Años. Período: 2016 a 2022.**



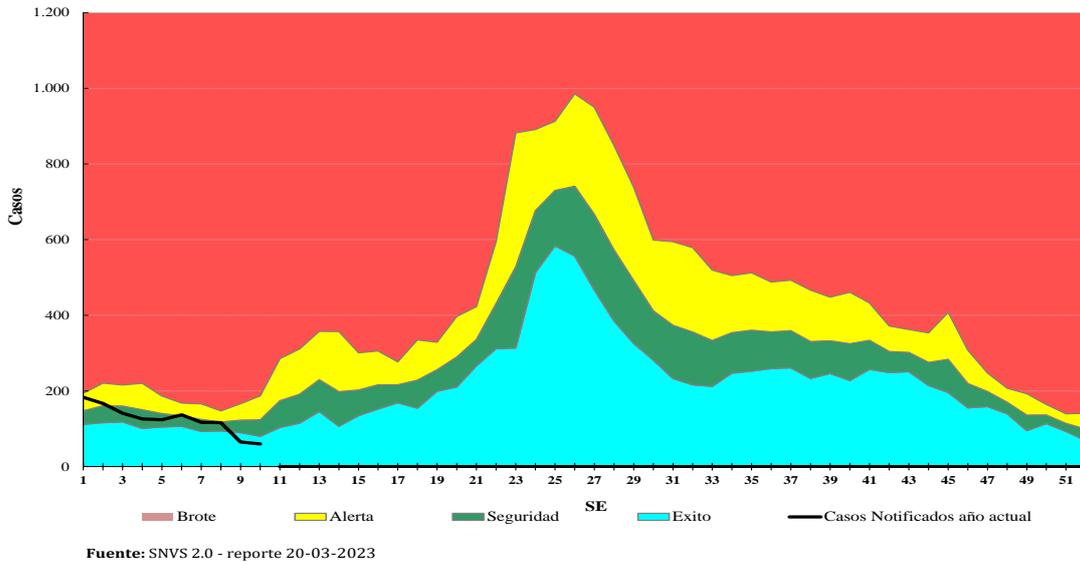
Fuente: SNVS 2.0 - reporte 20-03-2023

El comportamiento observado de los casos de ETI durante las primeras 10 SE de 2023, evidencian que los casos de influenza notificados se encuentran desde el inicio del año en zona de alerta, pero en marcado descenso en las últimas semanas, correspondiendo con la pendiente del último pico que se produjo a SE 45 del año anterior (2022).

## A.2. Neumonías

**DEFINICIÓN DE CASO:** Enfermedad respiratoria aguda febril (> 38°) 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 2023 hasta SE 10. Histórico 5 Años Período: 2016 a 2022.**

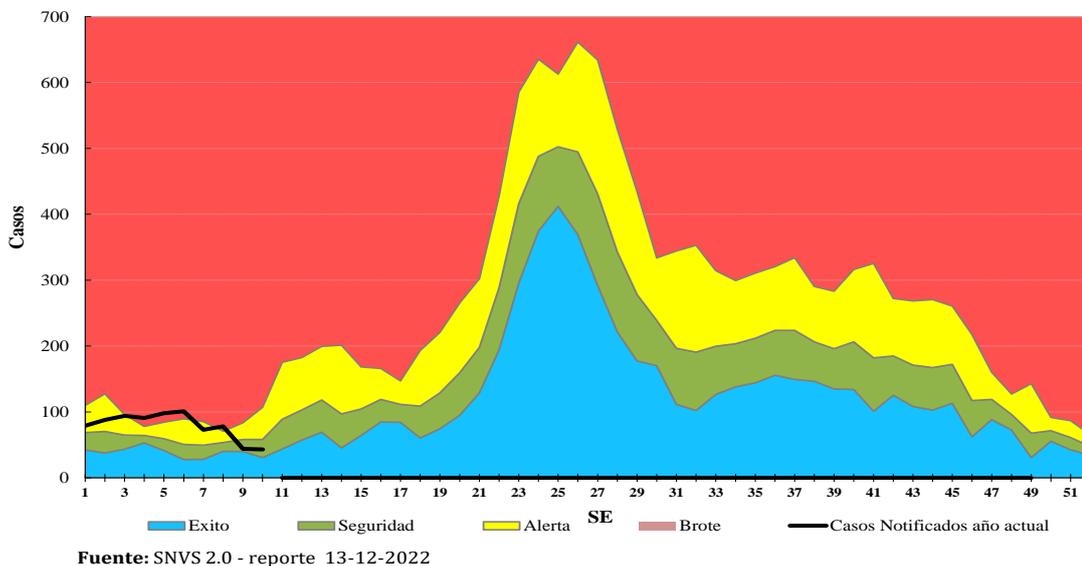


La observación del corredor endémico de Neumonía en todas las edades, en las primeras 10 semanas del año 2023, evidencia que los casos notificados no superan los esperados, ubicándose en la zona de éxito en las últimas semanas.

### NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS

El comportamiento de los casos notificados de neumonía en menores de 15 años, a diferencia de lo que sucede con el de todas las edades, supera los casos esperados, llegando a la zona de brote entre SE 04 a SE 06, para luego fluctuar hasta descender a la zona de seguridad.

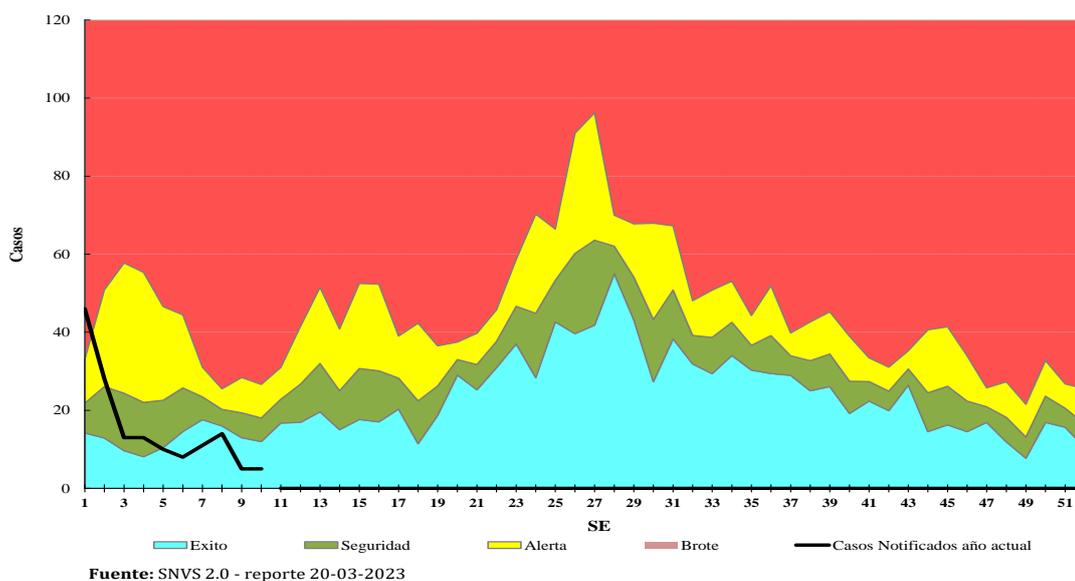
**Gráfico N° 3: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MENORES DE 15 AÑOS. Año 2023 hasta SE 10. Histórico 5 Años Período: 2016 a 2022.**



## NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS

El comportamiento de los casos notificados de neumonía en mayores de 65 años, muestra un marcado descenso durante las primeras semanas del año, llegando a la zona de éxito en SE 06 y luego permanecen fluctuando en esa zona. Este descenso se corresponde con la pendiente del último aumento, que se produjo en SE 50 y 52 del año anterior (2022).

**Gráfico N° 4: Corredor endémico semanal de NEUMONIA EN MAYORES DE 65 AÑOS. Año 2023 hasta SE 10. Histórico 5 Años Período: 2016 a 2022.**



## A.3. Bronquiolitis

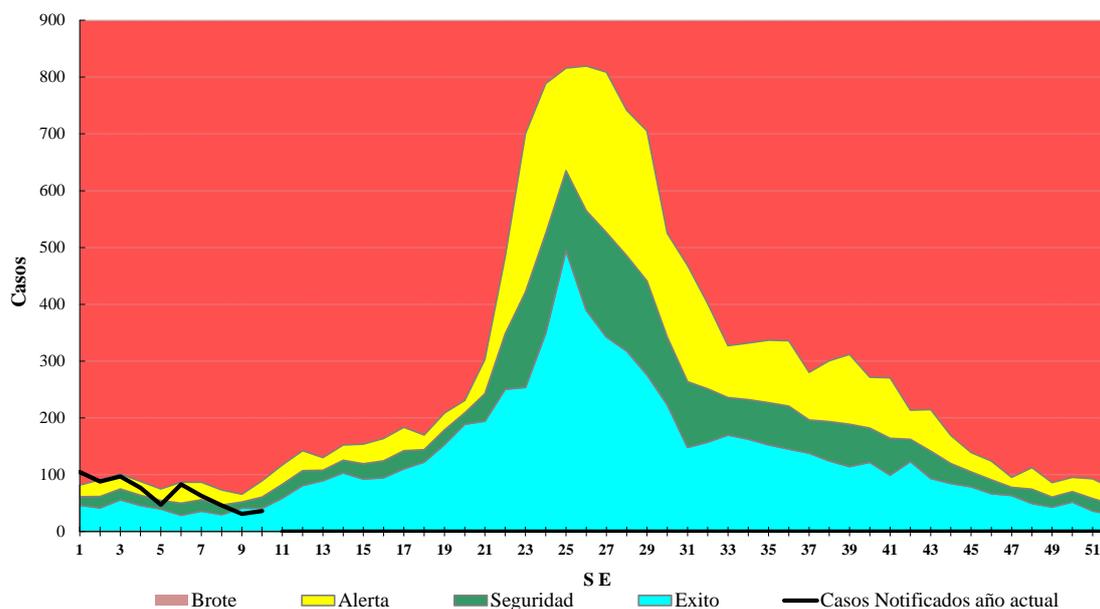
### DEFINICIÓN DE CASO:

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.

La curva de casos del corredor endémico de Bronquiolitis en menores de 2 años, evidencia que, durante la SE 01 de 2023, los casos notificados superan los esperados, producto del aumento que se dio en las últimas semanas de 2022, cuando alcanzaron la zona de alerta en SE 48 y permanecieron fluctuando en esta zona hasta SE 52.

Posteriormente los casos notificados a partir de la SE 02 a SE 10 de 2023, no han superado la zona de alerta, fluctuando entre la zona de seguridad y alerta para llegar en las últimas semanas a la zona de éxito.

**Gráfico N° 5: Corredor endémico semanal de BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS. Año 2023 hasta SE 10. Histórico 5 Años Período: 2016 a 2022.**



Fuente: SNVS 2.0 - reporte 20-03-2023

## A.4. COVID-19

Desde el inicio de la pandemia hasta la SE22 (04/06/22), 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 SE23/2022, debido al cambio en la estrategia de vigilancia de COVID-19, la fuente de datos continúa siendo el 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

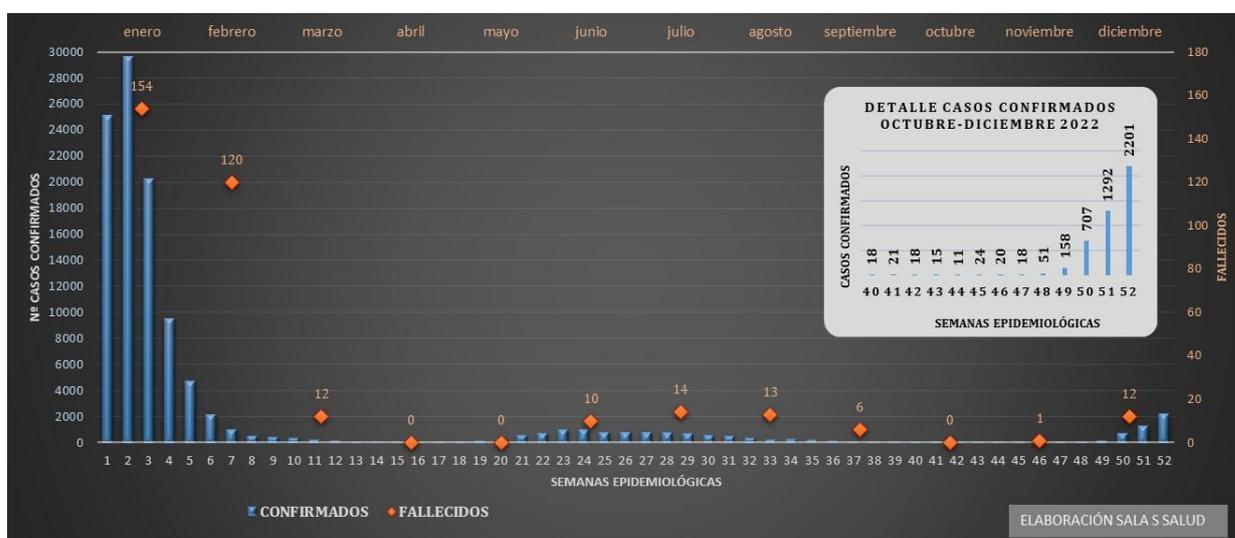
### A4.1- Vigilancia de COVID 19 -Año 2022- Año 2023 a SE10 (al 11/03/2023) COVID 19 -AÑO2022

Durante el año 2022 se produjo en Mendoza la tercer ola epidémica de COVID 19 que tuvo lugar durante los meses de enero y febrero, ocasionada por la variante Ómicron de alta contagiosidad, y con mayor tasa de ataque secundario, lo que generó más de 50.000 casos confirmados en las primeras 2 semanas del año, con un ascenso brusco en la curva de casos y pico en SE02 (15/01/2022) con posterior descenso rápido, manteniéndose con reporte bajo de casos durante los meses de

marzo y abril de ese año. A partir de la SE 18 (07/05) comienza un leve ascenso de casos, con un pico en SE 24 (18/06) de 994 casos notificados, a partir del cual se inicia un descenso leve sostenido hasta SE 48, donde se incrementa nuevamente, alcanzando en la última semana del año 2.201 casos confirmados. Gráfico N°6

La mortalidad fue mayor durante los meses de enero y febrero (154 y 120 defunciones, respectivamente), con un posterior descenso. Durante los meses de junio -julio-agosto se produce un leve incremento, para descender nuevamente hasta el mes de diciembre con 12 defunciones.

**Gráfico N°6: COVID-19: Casos confirmados notificados por SE y defunciones por mes año 2022. Mendoza**



En la Tabla N°1 se observa el número de casos confirmados y defunciones con sus respectivas tasas de mortalidad y letalidad durante los años 2020, 2021 y 2022.

**TABLA N°1: COVID-19: Casos confirmados, Tasa de Incidencia, Mortalidad y Letalidad-Mendoza Años 2020 a 2022**

AÑO	CASOS CONFIRMADOS	*TASA INC	CASOS FALLECIDOS	**TASA MORT	LETALIDAD
2020	60931	3180,5	2298	1,2	3,77%
2021	108589	5647,5	3283	1,7	3,02%
2022	109523	5436,6	346	0,17	0,32%

\*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.

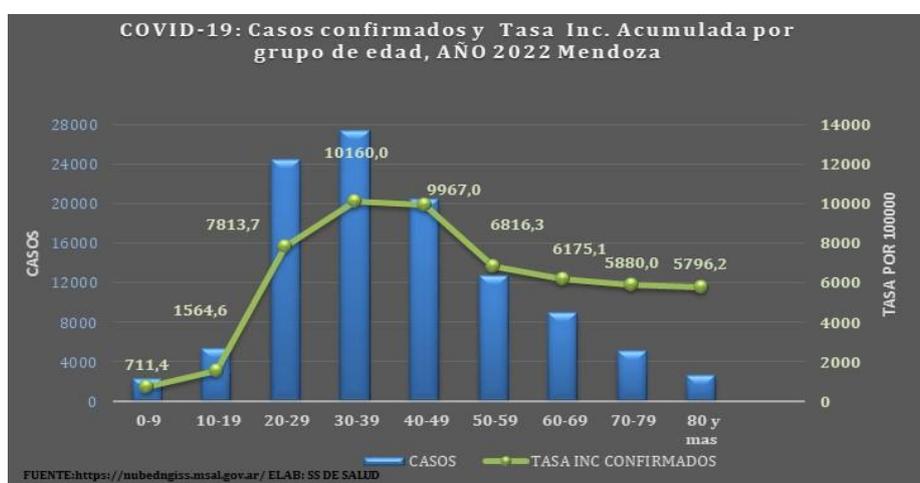
Durante el año 2022, se aprecia alta incidencia de casos y baja tasa de mortalidad. La elevada incidencia, podría atribuirse a la circulación de la variante Ómicron de alta contagiosidad y, la menor mortalidad, a la vacunación adecuada y oportuna.

Por esto en 2022, a pesar de la alta incidencia de casos, la letalidad por COVID 19 fue muy baja.

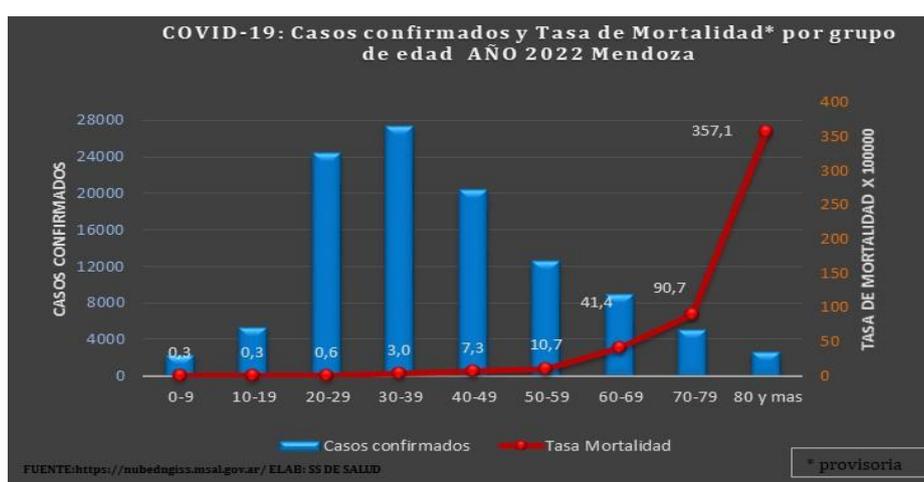
### Incidencia y mortalidad por grupos de edad

Durante 2022, los casos se dieron en edades más jóvenes respecto años anteriores. El 78,4% de los casos confirmados se presentó entre los 20 a 59 años, siendo el grupo de 30 a 39 años el más frecuentemente afectado y con la tasa de incidencia más alta.

**Gráfico N°7: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de incidencia por grupo de edad- Mendoza- Año 2022**



**Gráfico N°8: COVID-19: Casos confirmados y Tasa de Mortalidad\* por grupo de edad- Mendoza-Año 2022**



\*provisoria

La tasa de mortalidad durante el año 2022, y al igual que lo ocurrido durante los años anteriores fue mayor en el grupo de 80 y más años, seguido por el grupo de 70-79 años. (Gráfico N°8)

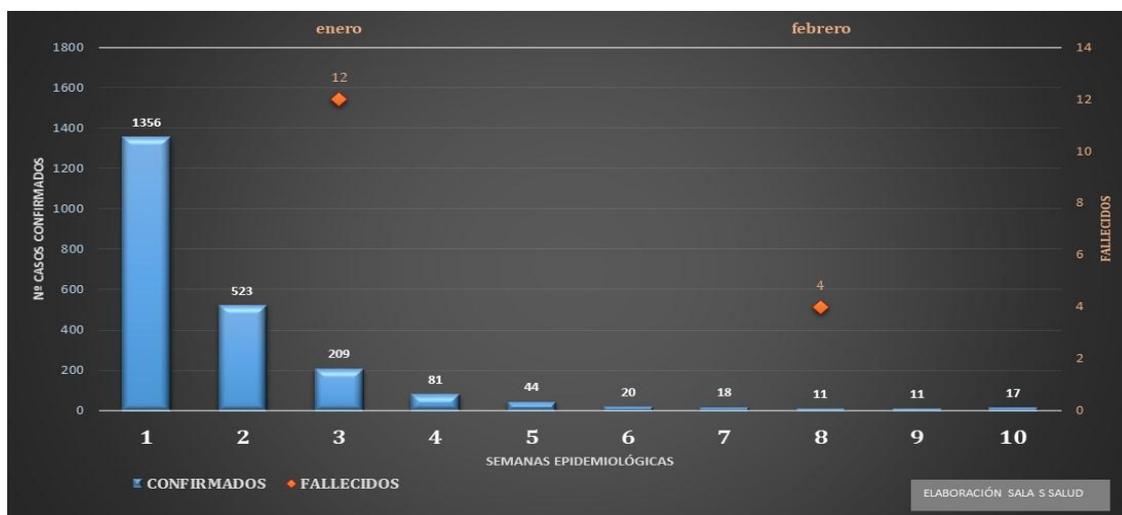
La proporción de defunciones en mayores de 70 años en el total de grupos de edad, durante los años 2020 y 2021 fue del 84%, descendiendo al 69% durante el año 2022.

## COVID 19 –AÑO 2023 A SE 10

A SE 10 (11/03) del presente año 2023<sup>2</sup> se han reportado, 2290 casos confirmados, sobre todo en las primeras semanas del año. Continúa circulando la variante Ómicron de alta contagiosidad.

Durante el mes de febrero se produjo un descenso sostenido de los casos con leve incremento en SE 10. Los fallecidos sumaron 12 personas en el mes de enero y 4 en febrero. A SE 10, la Tasa de Incidencia fue de 113,7 confirmados por 100000 hab. y la Tasa de Mortalidad de 0,008 por 1000 habitantes.

**Gráfico N°9: COVID-19: Casos confirmados notificados por SE y defunciones por mes año 2023. Mendoza**



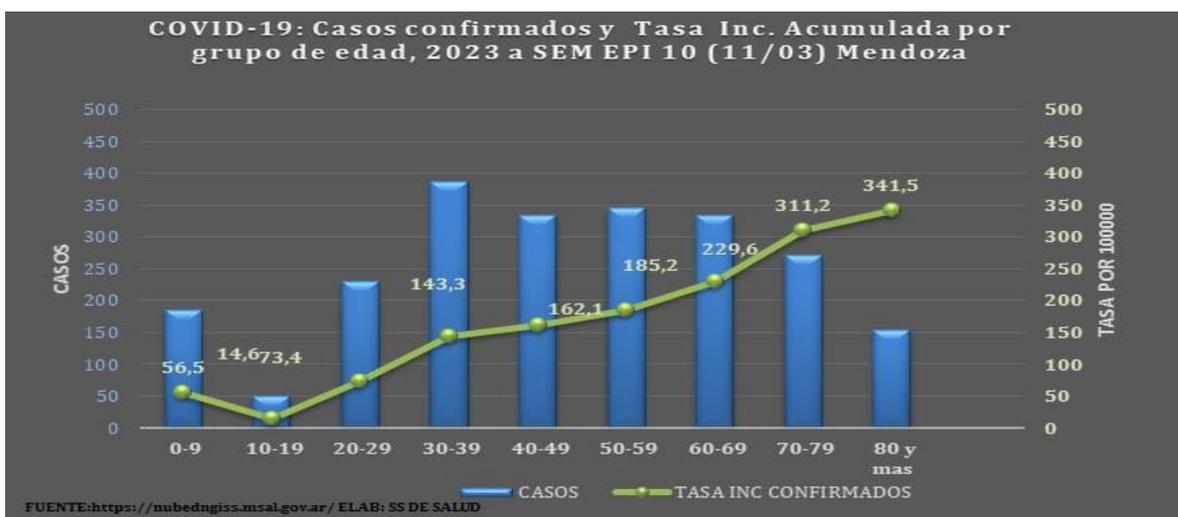
## Incidenia y mortalidad por grupos de edad

A SE 10 de 2023, los casos se presentaron en un 61,2% entre los 30 a 69 años, siendo el grupo de 30 a 39 años el más frecuente, al igual que durante el año 2022.

<sup>2</sup> (<https://nubedngiss.msal.gov.ar/> descargada el 14 de marzo)

El cambio durante el presente año se visualiza en las tasas de incidencia, donde la tasa aumenta en forma directa con los grupos de edad, siendo mayor para el grupo de 80 y más, seguida por el grupo de 70-79 años.

**Gráfico N° 10: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de incidencia acumulada por grupo de edad Mendoza- A SE10-Año 2023**



Las tasas de mortalidad a SE 2023, y equivalente a lo ocurrido durante el 2022 se presenta en el grupo de 80 y más años, seguido por los grupos de 70-79 y 60-69 años.

**Gráfico N° 11: COVID-19 Casos confirmados y Tasa de Mortalidad (provisoria) por grupo de edad Mendoza- A SE10-Año 2023**



La proporción de defunciones en mayores de 70 años en el total de grupos de edad, corresponde al 69%, al igual que en el año 2022.



2021

## INFORME EXCESO DE MORTALIDAD EN ARGENTINA- AÑOS 2020-

El exceso de mortalidad es una metodología que compara el número total de muertes esperadas, de acuerdo a la mediana de los años anteriores, con las muertes efectivas que ocurren durante una crisis (epidemia, pandemia, catástrofe) en un período y lugar determinado.

El exceso de mortalidad registrado durante los años 2020-21 en Argentina fue de 18,2%, es decir que, debido a la pandemia, hubo un 18% más de muertes que las esperadas en esos dos años, comparado con los datos históricos de mortalidad. La mayor proporción de exceso se registró en el primer semestre de 2021, coincidente con la etapa de mayor impacto de la pandemia en nuestro país y en la región.

Ver informe en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-exceso-de-mortalidad-en-argentina-anos-2020-2021>

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

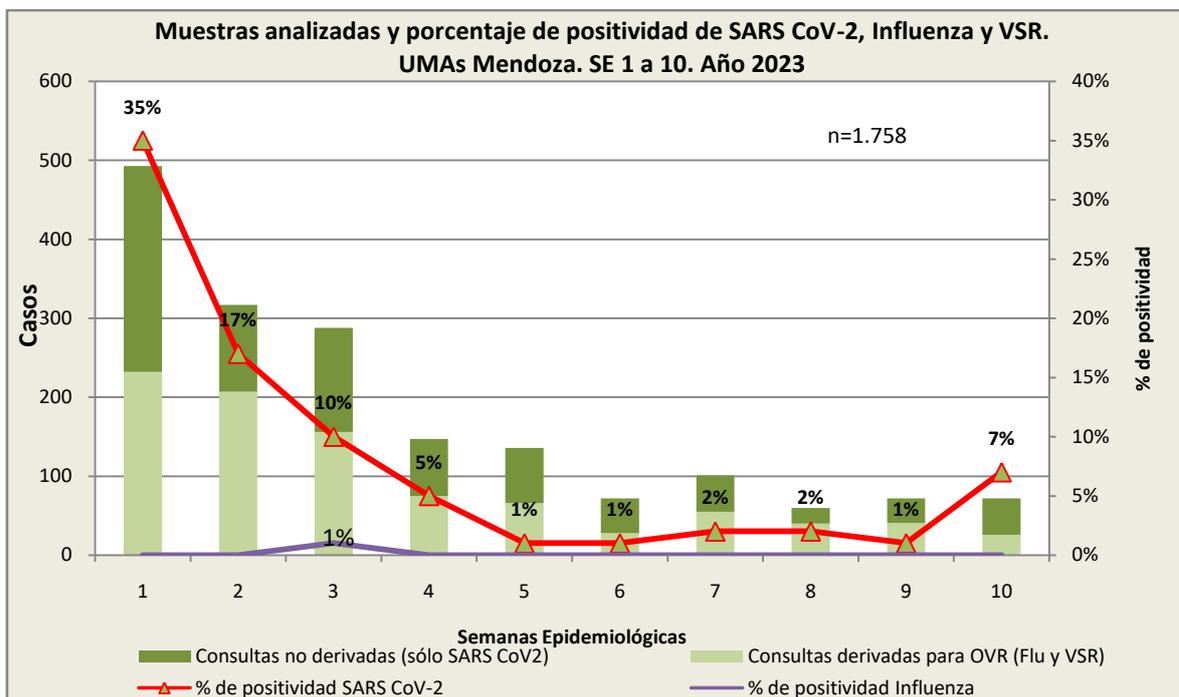
Las Unidades de Monitoreo de SARS COV- 2 y Otros Virus Respiratorios, son dispositivos de vigilancia ambulatoria que permiten, como su nombre lo indica, el monitoreo de la circulación de COVID - 19 y otros virus respiratorios estacionales, en pacientes ambulatorios en todos los grupos de edad, en centros seleccionados.

Desde el inicio de la estrategia en las UMAs en SE17 (25/04/22), hasta la SE52 del año 2022, se analizaron 6.959 muestras para SARS-CoV-2, y una proporción de ellas (2.260 muestras) se estudiaron para influenza y VSR.

En el año 2023, SE1 a SE10, se estudiaron 1.758 muestras para SARS-CoV-2 y de estas, 926 se estudiaron para influenza y OVR.

El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 (por test rápido de antígeno y PCR) es de 35% en SE1, de 17% en SE2, descendiendo posteriormente en forma sostenida, para llegar al 1% en SE9 y ascender nuevamente a un 7% en SE10.

**Gráfico N° 12: Muestras analizadas y porcentaje de positividad de SARS CoV-2, Influenza y VSR. UMAs Mendoza. SE 1 a 10. Año 2023**



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

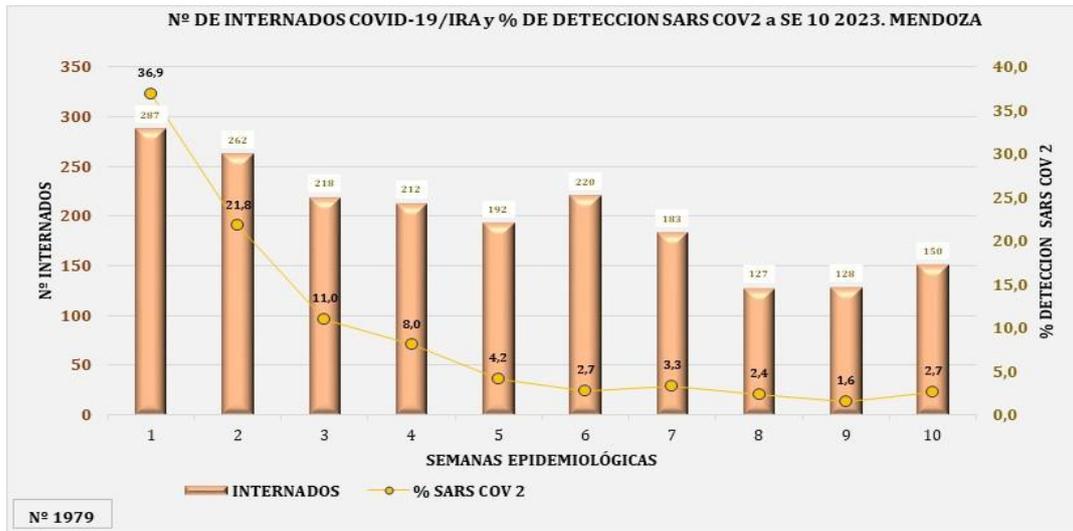
### A4.3- VIGILANCIA DE COVID-19, INFLUENZA Y OVR EN PERSONAS INTERNADAS

Desde la SE1 a SE10 del 2023 (con corte para la información al 12/03/2023), se notificaron un total de 1979 casos en el evento internados y/ o fallecidos por COVID-19 o IRA<sup>3</sup>.

La distribución de casos internados por SE y el porcentaje de detección de SARS-CoV-2, ha presentado un descenso sostenido respecto a las primeras semanas del año. Sin embargo, se observa un leve incremento de casos internados y del porcentaje de positividad en la SE 10.

<sup>3</sup> 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 inició el 5 de junio de 2022 (correspondiente a SE 23) y continúa vigente.

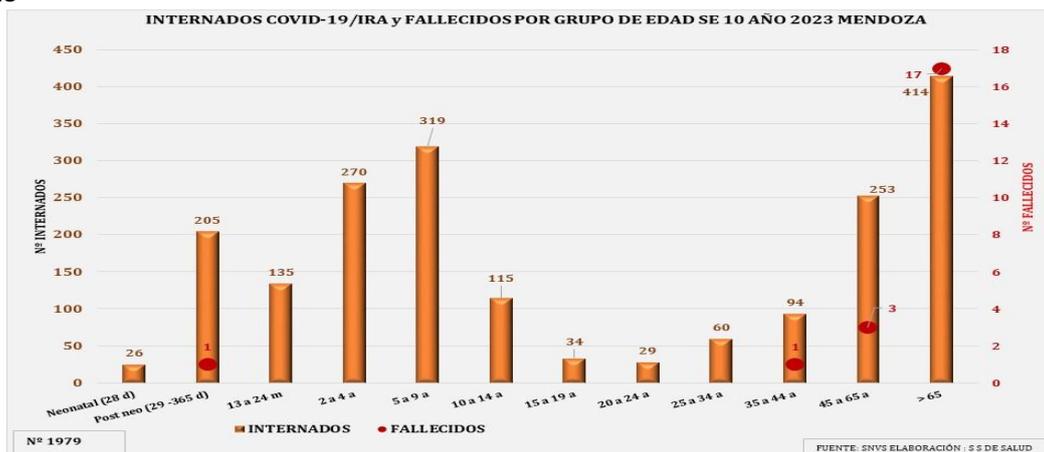
**Gráfico N° 13: COVID-19- Casos internados COVID-19 y % positividad SARS CoV-2 por SE. SE1 a 10. Mendoza. Año 2023**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Las internaciones se presentan con mayor frecuencia en el grupo de mayores de 65 años, seguido por los grupos de 5-9 y 2-4 años. En cuanto a los internados fallecidos, la letalidad sigue predominando en los mayores de 65 años, grupo etario en el que se notificaron 414 internaciones y 17 defunciones.

**Gráfico N° 14: COVID-19- Casos internados y fallecidos por grupo etario. SE 1 a 10-Mendoza-2023**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

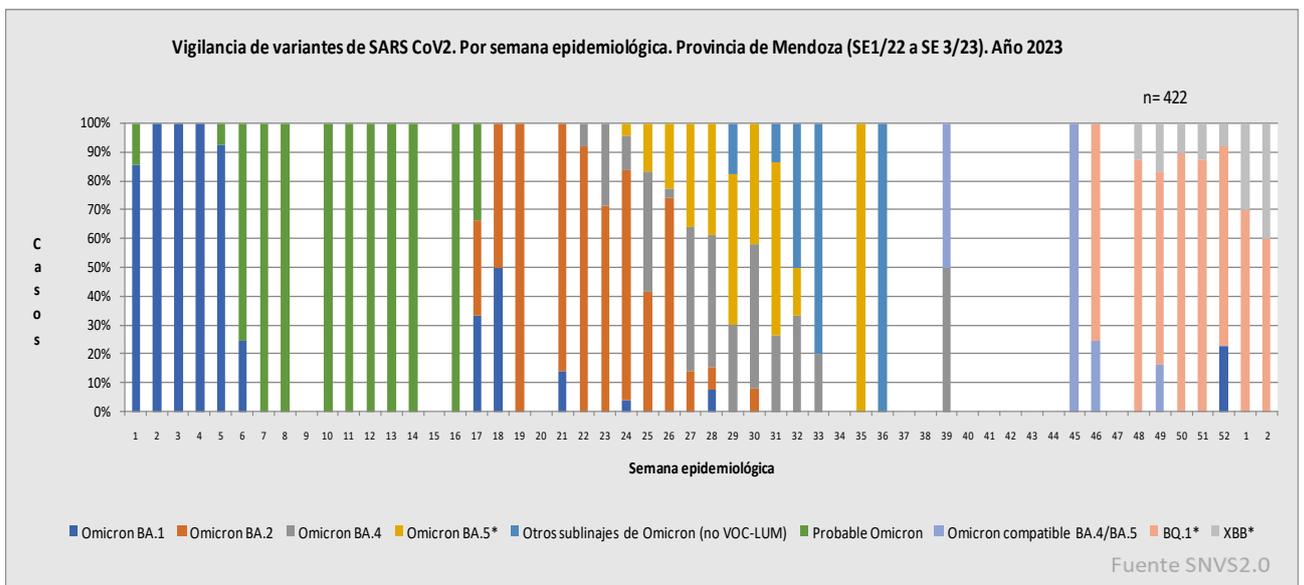
## A4.4- COVID-19- VIGILANCIA GENÓMICA

### Vigilancia de Variantes de SARS CoV- 2 en la provincia de Mendoza<sup>4</sup>

En el gráfico N°15, podemos observar la distribución de las variantes de SARS CoV-2 detectadas en el año 2022 y 2023 por SE, SE1/22 a SE3/23.

Se han analizado un total 422 muestras, en las cuales se han obtenido distintas subvariantes; en la SE1 y 2 del 2023, la totalidad de las muestras corresponden a subvariantes Omicron: XBB\* y BQ.1\*

**Gráfico N° 15: Variantes SARS CoV-2 por SE. SE 1 a 52/22 y SE 1y2/23. Mendoza.**



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

<sup>4</sup> 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.

## A4.5-VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

### Población alcanzada por vacunación en la provincia de Mendoza

Al 21 de marzo de 2023, según información del monitor público de vacunación (MSAL) en la provincia de Mendoza, han sido aplicadas un total de 4.733.290 dosis, de las cuales corresponden a:

- 1° Dosis: 1.756.898
- 2° Dosis: 1.573.943
- Aplicación única: 11.553
- Adicionales (oncológicos, inmunocomprometidos, mayores de 50 con esquema de Sinopharm): 54.049
- Refuerzos: 1.336.847

**VACUNAS:** SPUTNIKV, COVISHIELD (Oxford/AstraZeneca), SINOPHARM, MODERNA, PFIZER, CANCINO, SPUTNIK LIGHT, PFIZER BIVARIANTE, MODERNA BIVARIANTE

## B. Vigilancia de Virus Respiratorios

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

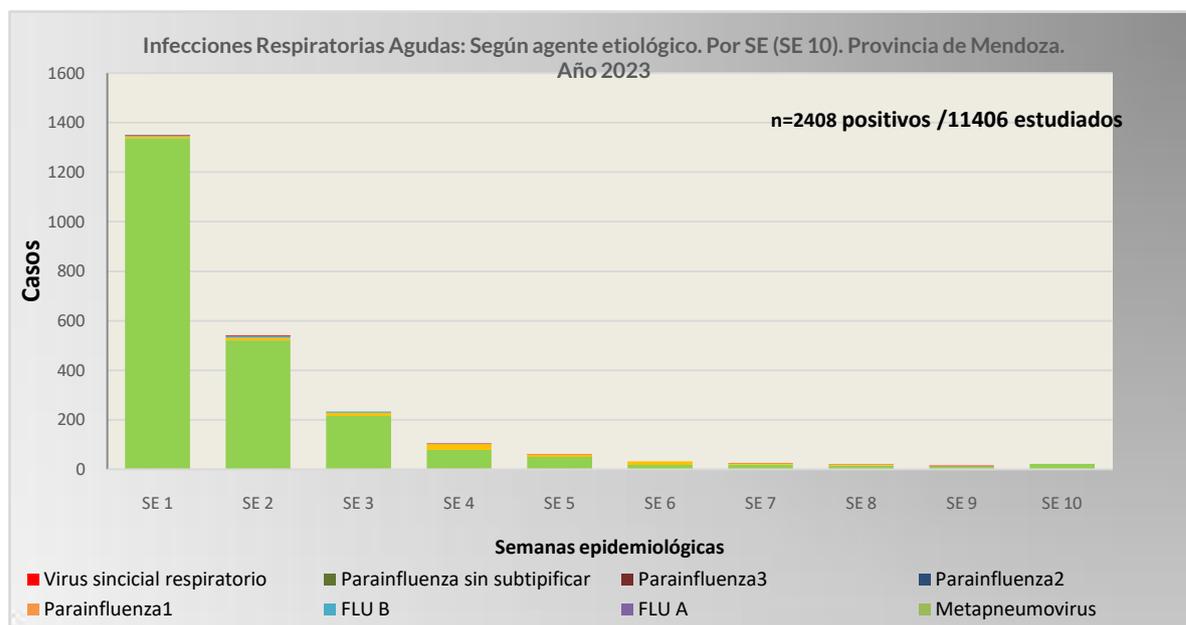
Datos: notificación agrupada del evento "*Infecciones Respiratorias Agudas Virales en Internados y Ambulatorios*".

### SITUACIÓN AÑO 2023, A SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 10

A SE10 (11 de marzo) del presente año, se estudiaron y notificaron en la provincia un acumulado de **11.406** muestras de las cuales **2.408** resultaron positivas para los virus estudiados, lo que representa **un 21,11% del total** de las muestras estudiadas. (Gráfico N°16)

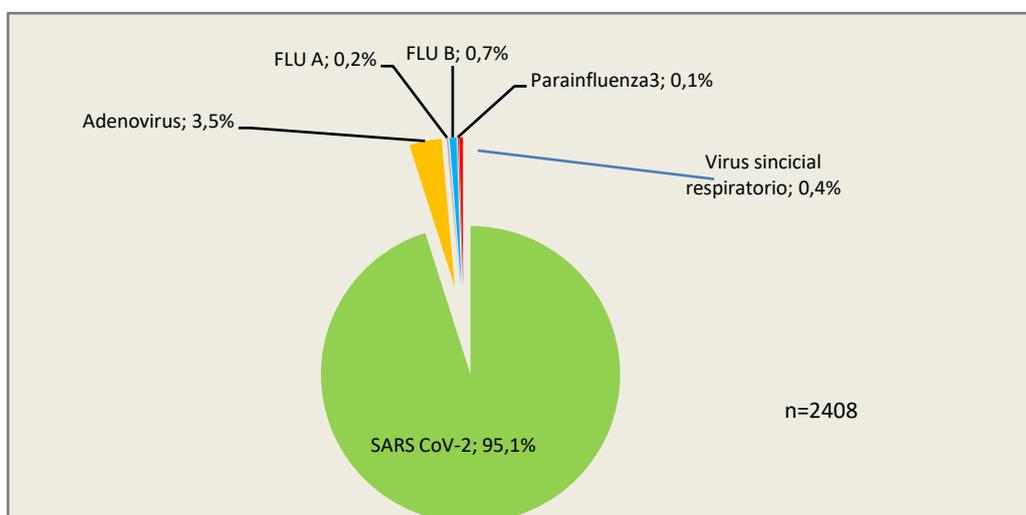
De las 2.408 muestras positivas, se aisló SARS Cov2 en el 95,1%. En un 3,5% se aisló Adenovirus, Influenza B en un 0,7%, 0,4% VSR, en un 0,2 % Influenza A, y un 0,1% correspondió a virus Parainfluenza3. (Gráfico N°17)

**Gráfico N°16: Vigilancia Virus Respiratorios por SE. SE 1 a 10. Mendoza 2023**



Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

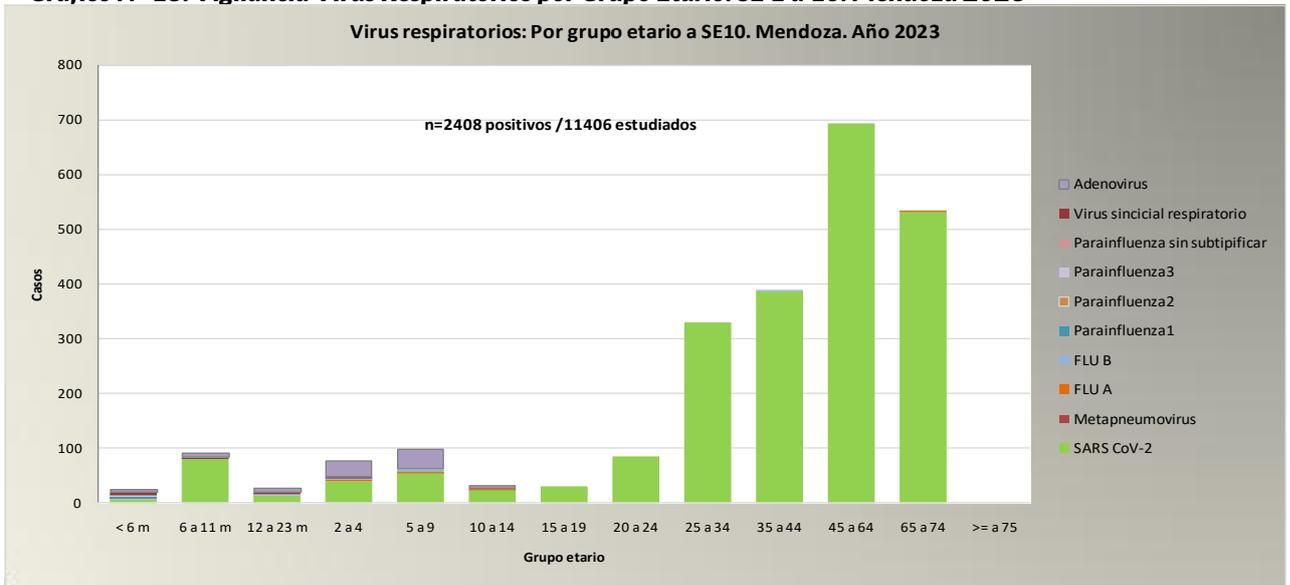
**Gráfico N° 17: Porcentaje de virus respiratorios aislados SE 1 a 10. Mendoza 2023**



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

A SE10 del presente año, de las 2.408 determinaciones positivas, el 85,76% (2065) corresponden a mayores de 15 años y el 14,24% (343) a población pediátrica menor de 15 años. De las muestras positivas en mayores de 15 años, el 99,90% corresponde a SARS CoV2.

**Gráfico N° 18: Vigilancia Virus Respiratorios por Grupo Etario. SE 1 a 10. Mendoza 2023**

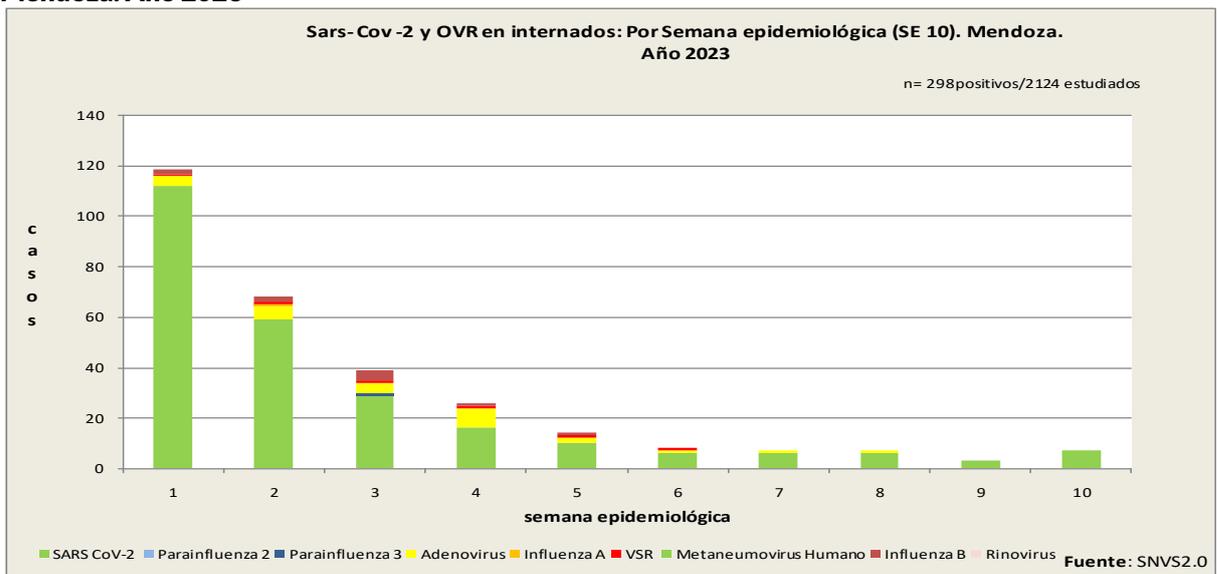


Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

**Virus respiratorios, SARS CoV- 2 y OVR en internados:**

El gráfico N° 19, incluye la notificación agrupada de infecciones respiratorias agudas en internados y casos positivos notificados de forma individual en el evento internado y/o fallecidos (fecha de corte al 15/03/2023). De los casos “Internados y/o fallecidos por COVID-19 o IRA”, entre la SE 1 y 10 del 2023, se estudiaron 2.124 muestras, de las cuales 298 (14,03%) resultaron positivas.

**Gráfico N° 19: Virus Respiratorios- SARS CoV-2 y OVR en pacientes internados. SE1 a 10. Mendoza. Año 2023**

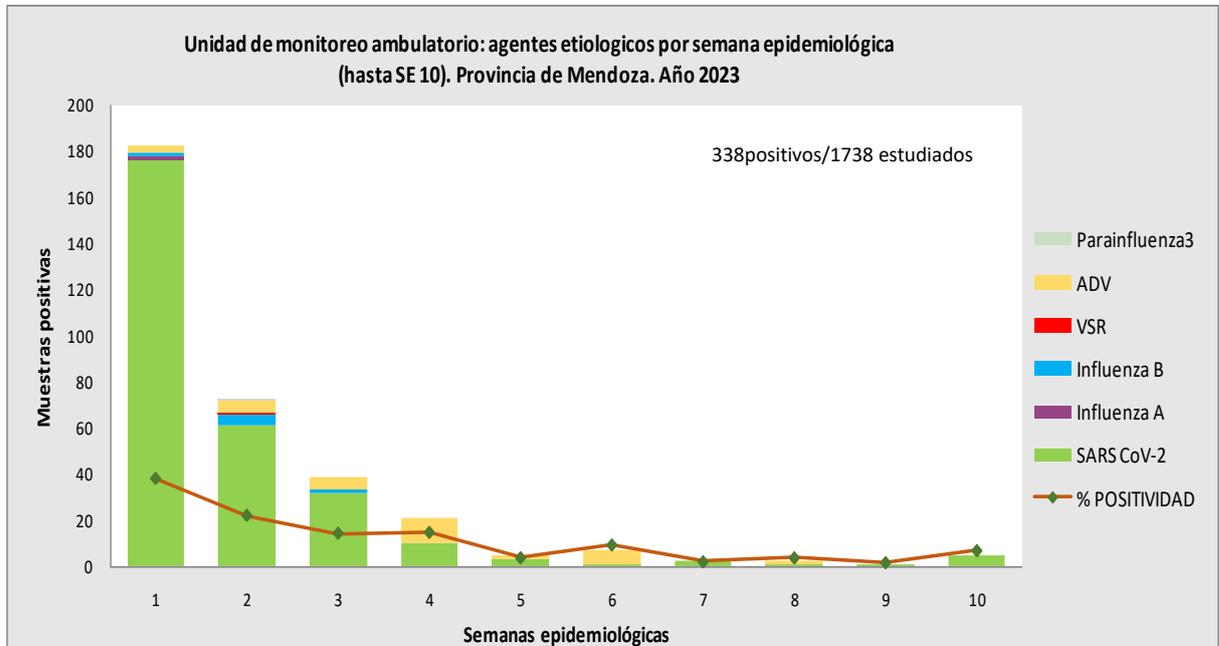


Fuente. SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

## Virus respiratorios, SARS CoV- 2 Y OVR en UMA´s:

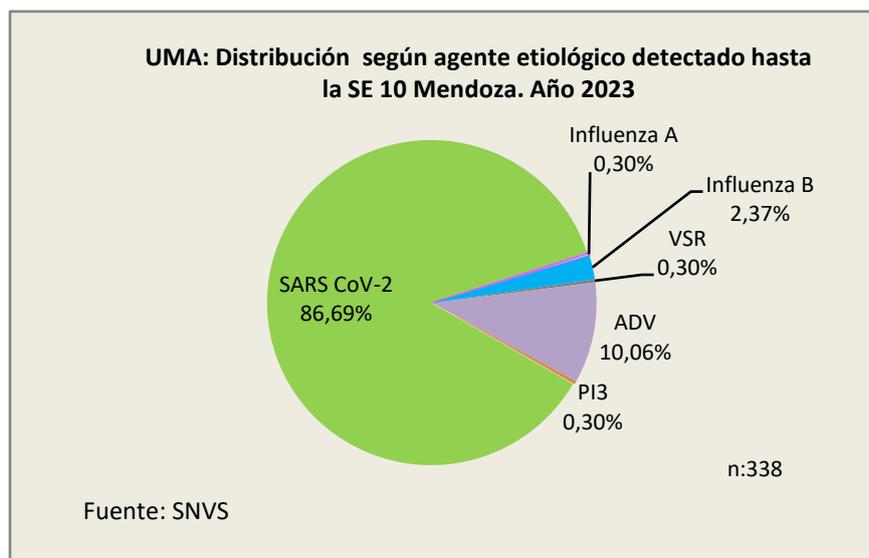
De las 1.738 muestras estudiadas en las UMA´s, 338 (19,45%) resultaron positivas. De las positivas, el 86,69%(293) fueron positivas para SARS CoV-2.

**Gráfico N° 20: UMA´s. Agentes etiológicos por SE (hasta SE10). Mendoza. 2023**



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

**Gráfico N° 21: UMA´s. Distribución por agente etiológico. SE 1 a 10. Mendoza. 2023**



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

## BIBLIOGRAFÍA VIGILANCIA INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

1. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2022.



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

Actualización 25/07/2022

2. Estrategia de vigilancia y control integral de COVID-19 y otras infecciones respiratorias agudas, abril 2022: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/vigilancia>
3. 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](https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_COVID-19_Influenza_y_OVR_en_ambulatorios_No_UMAs.pdf))
4. 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](https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_Internado_y_o_fallecido_por_COVID-19_o_IRA.pdf))

## 2 ARBOVIROSIS

Son un grupo de enfermedades producidas por arbovirus (virus transmitido por artrópodos). El mosquito *Aedes aegypti*, se considera el principal vector de cuatro arbovirosis humanas: Fiebre Amarilla, Dengue, Fiebre Chikungunya y Enfermedad por virus Zika.<sup>5</sup>

***La vigilancia de las arbovirosis se realiza de forma integrada en el marco de la vigilancia de Síndrome Febril Agudo Inespecífico (SFAI).***

### **SÍNDROME FEBRIL AGUDO INESPECÍFICO (SFAI)**

**Caso sospechoso:** Todo paciente que presenta al momento de la consulta (o haya presentado en los últimos 45 días) fiebre aguda -de menos de siete (7) días de duración- mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

**INCLUYE** el estudio de Dengue, Zika, Chikungunya, Fiebre Amarilla, Encefalitis de San Luis y Fiebre del Nilo Occidental, entre otros agentes etiológicos; así mismo, la vigilancia del SFAI integra patologías como hantavirosis, leptospirosis y paludismo, de acuerdo con el contexto epidemiológico del área y de los antecedentes epidemiológicos.

Ficha de notificación de SFAI (al completar la ficha, se debe tildar la/las enfermedades que se sospechan, según las definiciones de caso de cada patología):

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai-area-no-endemica>

---

<sup>5</sup>El presente informe se elaboró con la información disponible en el SNVS<sup>2.0</sup> hasta el día 19 de marzo de 2023 e incluye los casos notificados de Dengue y otras arbovirosis en la provincia de Mendoza durante los períodos epidémicos 2020-2021, 2021- 2022 y 2022- 2023 (a SE 10). Período epidémico arbovirus: comprendido entre la SE 30 de un año a la SE 31 del año siguiente (agosto a agosto), donde se produce la mayor incidencia de casos.

**CASO SOSPECHOSO DE DENGUE:****Persona que:**

- Resida o haya viajado en los últimos 14 días a un área con circulación viral de dengue o presencia del vector y
- presente fiebre, de menos de siete (7) días de duración, sin síntomas de vías aéreas superiores (síndrome febril agudo inespecífico -SFAI) y
- presente dos o más de los siguientes signos y síntomas (sin etiología definida): Náuseas/vómitos, exantema (erupciones cutáneas), mialgias, artralgias, cefalea/dolor retro ocular, petequias/prueba del torniquete positiva, leucopenia, anorexia, malestar general, diarrea, plaquetopenia; cualquier signo de alarma\*; cualquier criterio de gravedad\*\*

\*dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen, vómitos persistentes, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) sangrado de mucosas, letargo / irritabilidad, hipotensión postural (lipotimia), hepatomegalia >2 cm, aumento progresivo del hematocrito.

\*\* choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma, choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso  $\leq 20$  mmHg, hipotensión en fase tardía, sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del SNC, compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT  $\geq 1000$  UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

**CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD POR VIRUS ZIKA en áreas sin circulación viral (OPS-OMS modificada)****Persona que presente:**

- Exantema (habitualmente maculopapular pruriginoso) y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre, generalmente  $< 38,5^{\circ}\text{C}$ ; conjuntivitis (no purulenta/hiperemia); artralgias; mialgia; edema periarticular y
- que refiera además alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:
  - residencia o viaje a un área con transmisión local del virus del Zika en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas;
  - ó contacto sexual sin protección para Zika\* en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas;
  - ó forme parte de un conglomerado o aumento inusual de casos de fiebre o exantema en provincias con presencia del vector, y donde se descarten otras etiologías.

\*contacto sexual sin protección para Zika: aquel contacto sexual que se produce sin protección con: una persona del sexo femenino que en las 8 semanas anteriores al contacto sexual tenga antecedente de enfermedad, residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika; ó una persona del sexo masculino que en los 6 meses previos al contacto sexual tenga antecedente de enfermedad, residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika.

**CASO SOSPECHOSO DE FIEBRE CHIKUNGUNYA:****Persona que reúna los siguientes criterios:**

- Presente fiebre mayor a  $38,5^{\circ}\text{C}$  y artralgias (habitualmente incapacitante) o artritis acompañada de dolor intenso, incapacitante que no se explica por otra condición médica, y
- resida o haya viajado en los últimos 14 días anteriores al inicio de los síntomas a zonas con circulación de virus Chikungunya o con presencia del vector.
- Todo recién nacido de persona gestante con viremia intraparto (desde cuatro días previos al parto y dos días posteriores)

**CASO SOSPECHOSO DE FIEBRE AMARILLA:****Persona de cualquier edad y sexo que presenta:**

- Fiebre de menos de siete (7) días de duración, acompañada de mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida, residente o procedente en los últimos 15 días de área de riesgo para fiebre amarilla o de ocurrencia de casos de fiebre amarilla, e independientemente del antecedente de vacunación contra la FA. La sospecha es mayor en presencia de ictericia, signos de sangrado o insuficiencia

**INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA EN EL EMBARAZO**

- **Caso sospechoso de infección por virus Zika en embarazada en áreas sin circulación viral:**
  - persona gestante que presente exantema y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas: fiebre, generalmente <38,5°C; conjuntivitis (no purulenta/hiperemia); artralgias; mialgia; edema periarticular;
    - ó
  - persona gestante en la cual se constate hallazgo ecográfico de microcefalia, u otras anomalías cerebrales y de otras estructuras intracraneanas fetales descritas en relación a la infección por Zika\*\*
  - Y presente además alguno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:
    - ✓ residencia o viaje a un área con transmisión local del virus del Zika en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas;
    - ✓ ó contacto sexual de riesgo para Zika\* en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas;
    - ✓ ó forme parte de un conglomerado o aumento inusual de casos de fiebre o exantema en provincias con presencia del vector, y donde se descarten otras etiologías;

\*\*calcificaciones cerebrales, hiperecogenicidad periventricular o focales dispersas, ventriculomegalia/ hidrocefalia, megacisterna magna, disgenesia cerebelosa, disgenesia de cuerpo calloso, atrofia cerebral)

- **Caso sospechoso de Síndrome congénito asociado a infección por virus Zika:** Recién nacido vivo que presente: microcefalia (medida de perímetro cefálico por debajo de -2 desvíos estándar a las 24 horas post-parto, según referencias estandarizadas de acuerdo a edad gestacional y sexo), ú otra malformación congénita del sistema nervioso central; y cuya madre, durante el embarazo, haya tenido antecedentes de: residencia o viaje a un área con presencia de vectores del virus Zika; ó contacto sexual de riesgo para Zika\*
- **Caso sospechoso de transmisión vertical del virus Zika sin síndrome congénito:** Persona recién nacida viva de cualquier edad gestacional que no cumpla con la definición de caso sospechoso de síndrome congénito asociado a infección por virus Zika, y cuya madre haya sido clasificada como caso sospechoso, probable o confirmado de enfermedad por virus Zika durante el embarazo.
- **Aborto, muerte fetal o mortinato asociado a la infección por virus Zika:** Todo aborto, muerte fetal o mortinato de una gestante que durante el embarazo haya presentado exantema y uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos: tenga antecedente de residencia o viaje a un área con presencia de vectores para virus Zika; y/ó contacto sexual de riesgo para Zika\* en cualquier momento del embarazo.

\*contacto sexual sin protección para Zika: aquel contacto sexual que se produce sin protección con: una persona del sexo femenino que en las 8 semanas anteriores al contacto sexual tenga antecedente de enfermedad, residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika; ó una persona del sexo masculino que en los 6 meses previos al contacto sexual tenga antecedente de enfermedad, residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika.

## PROCEDIMIENTO ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE SFAI (DENGUE-ZIKA-CHIKUNGUNYA-FIEBRE AMARILLA)

1.



**¡Asegurar que estén todos los datos filiatorios. CORROBORAR y REGISTRAR DOMICILIO Y TELÉFONO, indispensables para localizar la vivienda e iniciar las acciones de CONTROL Y BLOQUEO!**

2. CONFECCIONAR FICHA EPIDEMIOLÓGICA COMPLETA y enviar:

- ✓ **POR MAIL, EN FORMA INMEDIATA** a [zoonosis@mendoza.gov.ar](mailto:zoonosis@mendoza.gov.ar) y a [vigilanciadelasaludmza@gmail.com](mailto:vigilanciadelasaludmza@gmail.com)
- ✓ foto de la ficha o scan por whatsapp al teléfono de guardia epidemiológica **2612645300**

Ficha Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sindrome-febril-agudo-inespecifico-sfai-area-no-endemica>

3. **TOMA DE MUESTRA:** el laboratorio que notifica el caso, ya sea de una institución pública o privada, será el encargado de la toma de muestra del paciente para su confirmación diagnóstica en **TODOS** los casos y deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- **Enviar muestra de suero y orina del paciente** (en investigación de Dengue, Zika, Chikungunya y Fiebre Amarilla).
- **Las muestras deben ser derivadas en condiciones de Bioseguridad (triple envase) y refrigeradas.**
- **EN TODOS LOS CASOS** las muestras deben venir acompañadas de la ficha epidemiológica correspondiente: **La ficha debe estar completa.** Verificar antes de enviar: si tiene datos filiatorios del paciente, mail de contacto, **MUY IMPORTANTE fecha de inicio de síntomas** (este dato es clave para seleccionar el método diagnóstico a utilizar) y el antecedente de viaje (aclarar lugar, provincia/país)

- Realizar derivación virtual de la muestra a través del SNVS- SISA!!!!
- En caso de investigación de Zika congénito, Virus de Encefalitis de S. Louis y el Virus West Nile comunicarse con el Laboratorio de Salud Pública al Cel. 261-7555638.

**HORARIOS DE RECEPCIÓN Y RESPONSABLES DE ESTABLECIMIENTOS QUE REALIZAN DIAGNÓSTICO DE DENGUE, DE LUNES A VIERNES:**

- ✓ Hospital Notti, responsable Dra. Sandra Grucci: de 8 a 12 hs
- ✓ Hospital Central, responsable Dr. Héctor Cuello: 8 a 18hs (Servicio de Biología Molecular)
- ✓ Hospital Schestakow, responsable Dra. Noelia Lucero: 8 a 10 hs
- ✓ Laboratorio de Salud Pública, responsable Abigail Moreta: 9 a 14 hs. Cel. Laboratorio de Salud Pública 261-7555638

**SE RECIBIRÁN MUESTRAS DE INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS. EL TRASLADO ES RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN QUE DERIVA LA MUESTRA.**

*“Recordar que las recomendaciones para el estudio por laboratorio en casos con sospecha de dengue se deciden en base a diferencias en el escenario epidemiológico (zonas con presencia del vector y evidencia de circulación viral; zonas con presencia del vector y sin evidencia de circulación viral autóctona y zonas sin presencia del vector)”.*

En todos los escenarios todos los casos graves, atípicos o fatales serán estudiados por laboratorio procurando confirmar o descartar el caso.

LA PROVINCIA DE MENDOZA, corresponde a **ZONAS SIN CIRCULACIÓN VIRAL Y PRESENCIA DEL VECTOR**, por ello se debe estudiar:

1. Casos sospechosos SIN antecedentes de viaje: En este escenario **TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO** y se debe procurar concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar la infección.

2. Casos sospechosos CON antecedentes de viaje (a zonas con circulación viral de dengue conocida): En este escenario **TODO CASO SOSPECHOSO DEBE SER ESTUDIADO POR LABORATORIO**, pero **NO** es necesario concluir el diagnóstico hasta confirmar o descartar el caso. Los casos deberán cerrarse teniendo en cuenta el cuadro clínico, el antecedente epidemiológico y los datos de laboratorio. Por ejemplo, un caso con antecedente de viaje en el período de incubación a una zona con circulación viral activa de dengue, con un cuadro clínico sin signos de alarma ni criterios de gravedad y una prueba serológica positiva deberá cerrarse como un caso de Dengue con nexo epidemiológico y laboratorio positivo (no es necesario procurar confirmar la infección por laboratorio con métodos directos como PCR o indirectos como NT)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Boletín Epidemiológico Nacional N° 643 a SE 09/2023

[https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/BEN\\_643\\_SE\\_9\\_10032023.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-03/BEN_643_SE_9_10032023.pdf)

## MEDIDAS PREVENTIVAS ARBOVIROSIS

### De nivel individual ante casos:

- Adoptar medidas de protección personal que eviten las picaduras del mosquito\*
- Mantener una buena hidratación diaria y controles médicos diarios. No automedicarse (No se recomienda el consumo de ibuprofeno, aspirinas, diclofenac o cualquier otro AINE).
- Frente a la presencia de síntomas de alarma (dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, sangrado abundante, dificultad para respirar y/o ciclos alternados de somnolencia e irritabilidad), es importante acudir urgente al centro de salud u hospital más cercano.

\* Usar repelentes (N-N dietil toluamida en concentraciones de 25% al 35%), adecuados según edad y recomendaciones de etiqueta del producto. Utilizar ropa clara que cubra los brazos y las piernas, especialmente durante las actividades al aire libre. Utilizar adecuadamente ahuyentadores domiciliarios de mosquitos como tabletas, espirales o aerosoles. Colocar mosquiteros en puertas y ventanas. Proteger cunas y cochecitos de bebés con telas mosquiteras o tules.

### De nivel comunitario ante casos sospechosos:

- Medidas ambientales de control vectorial para las arbovirosis transmitidas por *Ae. Aegypti*: se debe evitar el desarrollo de formas inmaduras del vector en los domicilios, eliminando potenciales criaderos\*\*
- Información, educación y comunicación a la población sobre la biología del mosquito, el modo de transmisión y los métodos de prevención.
- Campañas de eliminación de recipientes inservibles y el tratamiento comunal de basura.

\*\*tachos, latas, botellas plásticas, cubiertas en desuso, y proteger mediante tapas los tanques de agua en áreas de mayor riesgo.

### De nivel estatal:

- Se debe proceder inmediatamente, dentro de las 48 horas de detectado el caso, con las acciones de **BLOQUEO DE CASO SOSPECHOSO**, que consisten en la búsqueda, control y eliminación de los recipientes que resulten criaderos para el vector (eliminar objetos en desuso, neutralizar aquellos que no puedan ser eliminados y tratar con larvicida los recipientes que no) y aplicación de adulticidas mediante **ROCIADO INTRADOMICILIARIO** y peridomiciliario; todas acciones realizadas en la vivienda del caso sospechoso, como así también de todas las viviendas de la manzana y de las ocho manzanas circundantes. Estas acciones de control deben ser acompañadas de actividades de vigilancia epidemiológica, educación sanitaria y comunicación de riesgo.

→ Las actividades de vigilancia epidemiológica deben comprender el seguimiento de los sitios por los que circuló el paciente con sospecha de dengue y determinar la necesidad o no de realizar las acciones correspondientes (bloqueo y búsqueda de febriles) de esas zonas.

### **NO SE DEBE ESPERAR LA CONFIRMACIÓN DEL CASO PARA INICIAR LAS ACCIONES DE BLOQUEO DE CASOS SOSPECHOSOS**

Las áreas operativas de Control de Vectores, Vigilancia entomológica y Vigilancia epidemiológica deben trabajar coordinadamente para poder contar con la información en tiempo y forma y por ende llegar a tiempo con los bloqueos.

## **OTRAS RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

### **VIRUS ZIKA**

Prevención de la infección por transmisión sexual y de la infección congénita por virus Zika: La OMS recomienda el uso correcto del preservativo. Las personas que regresen de zonas donde se sepa que hay transmisión local de este virus, deben utilizar preservativo al mantener relaciones sexuales durante ocho semanas después del regreso en el caso de personas de sexo femenino, y 6 meses en el caso de las personas masculinas. En caso de que las personas desarrollen síntomas de la infección, las acciones de prevención deben mantenerse durante al menos 6 meses luego de padecer la enfermedad en el caso de las personas de sexo masculino, y 8 semanas en caso de las personas de sexo femenino. En estas situaciones, se recomienda también que el equipo de salud brinde información sobre el riesgo de infección congénita para que la persona evalúe prevenir un embarazo; prevención de embarazos no planificados, mediante la utilización de métodos anticonceptivos, en el contexto de una posible exposición al Zika.

### **FIEBRE AMARILLA (FA)**

La vacuna contra fiebre amarilla se considera la mejor medida de prevención. Tienen indicación de vacuna contra la fiebre amarilla quienes residan en una zona con riesgo de circulación del virus de fiebre amarilla y los viajeros cuyo destino sea una zona de riesgo o se dirijan a un territorio donde se solicite el certificado internacional como requisito de ingreso. Los departamentos considerados con riesgo de circulación viral que actualmente incluyen la vacunación contra FA dentro del calendario regular comprenden en su totalidad a las provincias de

Misiones, Corrientes y Formosa y los algunos departamentos de las provincias de Chaco, Salta y Jujuy. El esquema de vacunación contempla una dosis a los 18 meses de vida y un refuerzo a los 11 años de edad. La población adulta, debe recibir una dosis de vacuna en algún momento de su vida, siempre y cuando no existan contraindicaciones para hacerlo.

Viajeros vacunación contra fiebre amarilla en Mendoza. Disponible en:  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/viajeros/vacunatoriosfiebreamarilla#13>

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUNYA SITUACIÓN REGIONAL

Según informa la Organización Mundial de la Salud, el dengue representa el mayor número de casos en la Región, con epidemias que ocurren cada tres a cinco años. Aunque el dengue y el chikungunya son endémicos en la mayoría de los países de América Central, América del Sur y el Caribe, en la actual temporada de verano se ha observado un aumento de la transmisión y la expansión de los casos de chikungunya más allá de las áreas históricas de transmisión.

### Dengue:

Entre el 1 de enero de 2023 y el 4 de marzo de 2023, se notificaron un total de 342.243 casos de dengue (86 muertes), en la Región de las Américas. La mayor incidencia acumulada de casos de dengue se registró en Bolivia con 264,4 casos por 100 000 habitantes, seguido de Nicaragua con 196,8 casos por 100 000 habitantes y Belice con 145,6 casos por 100 000 habitantes.

En Bolivia, el virus del dengue tipo 2 (DENV 2) se reportó como el serotipo predominante en circulación en el país.

Paraguay: Entre el 1 de enero y el 4 de marzo de 2023 se han notificado un total de 686 casos. El país no ha notificado casos graves de dengue ni muertes durante este período. Se reporta la circulación de DENV 1 y DENV 2, con predominio de DENV 1.

Perú: entre el 1 de enero y el 4 de marzo de 2023, se han notificado un total de 20.017 casos de dengue (25 muertes). A partir de la SE 10 de 2023, se han detectado circulantes los serotipos DENV 1, DENV 2 y DENV 3, con predominio del DENV 1.

### Chikungunya:

Bolivia: Entre el 1 de enero y el 11 de marzo de 2023 se notificaron un total de 593 casos, lo que representa un aumento de 11 veces en los casos en comparación con el mismo período de 2022. En este período no se reportan muertes y la incidencia acumulada nacional fue de 5 casos por 100 000 habitantes

Brasil: entre el 1 de enero y el 11 de marzo de 2023, se notificaron un total de 50.103 casos, lo que representa un aumento relativo del 83 % en comparación con el mismo período de 2022. Se confirmaron seis muertes y quedan 23 muertes bajo investigación. Al 11 de marzo de 2023, la incidencia acumulada nacional fue de 23,5 casos por 100 000 habitantes. La mayor incidencia acumulada se reportó en la región Sur del país, con 35 484 casos (39,5 casos por 100 000 habitantes).

Paraguay: Entre el 2 de octubre de 2022 y el 4 de marzo de 2023 se notificaron un total de 40.984 casos, incluidos 3510 casos hospitalizados y 46 defunciones. De estos, el 0,3% (n = 162) ocurrieron en recién nacidos, incluidas ocho muertes. Entre las SE 1 y 9 de 2023 se notificaron un total de 294 casos sospechosos de meningoencefalitis aguda, de los cuales 42,5% (n=125) fueron atribuidos a chikungunya, y 42% (n=53) de los cuales fueron neonatos.

Perú: Entre el 1 de enero de 2023 y el 4 de marzo de 2023, se notificaron 97 casos de chikungunya, lo que representa un aumento de más del triple en comparación con el mismo período de 2022.

Ante el incremento en el número de casos, hospitalizaciones y defunciones por Chikungunya en la región, la OPS/OMS instó a los Estados Miembros a que continúen con el fortalecimiento de la vigilancia, triaje, diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado de los casos de Chikungunya y otras arbovirosis. Al mismo tiempo intensificar las acciones de prevención y control del vector, así como de preparación de los servicios de atención de salud para facilitar el acceso de los pacientes con estas enfermedades.

### SITUACIÓN NACIONAL (Boletín Epidemiológico Nacional N° 645, SE 11, 2023)

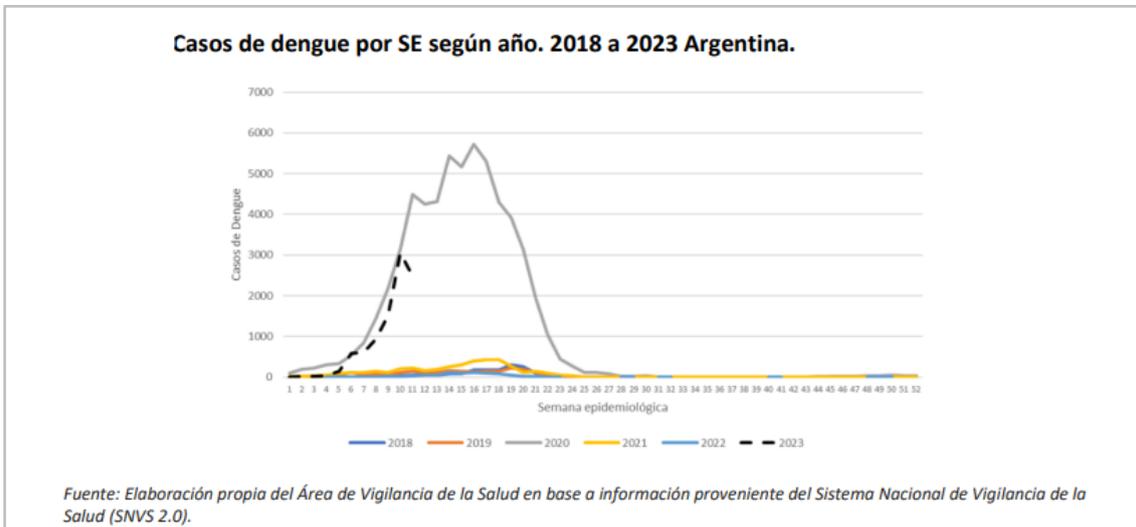
#### Dengue:

Entre la SE 31/2022 hasta la SE 11/2023 de la temporada 2022-2023, se registraron en Argentina 9.388 casos de dengue de los cuales 8.504 no tienen antecedentes de viaje (adquirieron la infección en su lugar de residencia), 582 se encuentran en investigación y 302 presentan antecedentes de viaje (importados).

En relación con años anteriores, los casos registrados en la presente temporada se encuentran por encima de lo esperado respecto a los registrados en los últimos

años a excepción del año 2020 comparado con el cual los casos se ubican un 30% por debajo del número acumulado ese año para la semana 11.

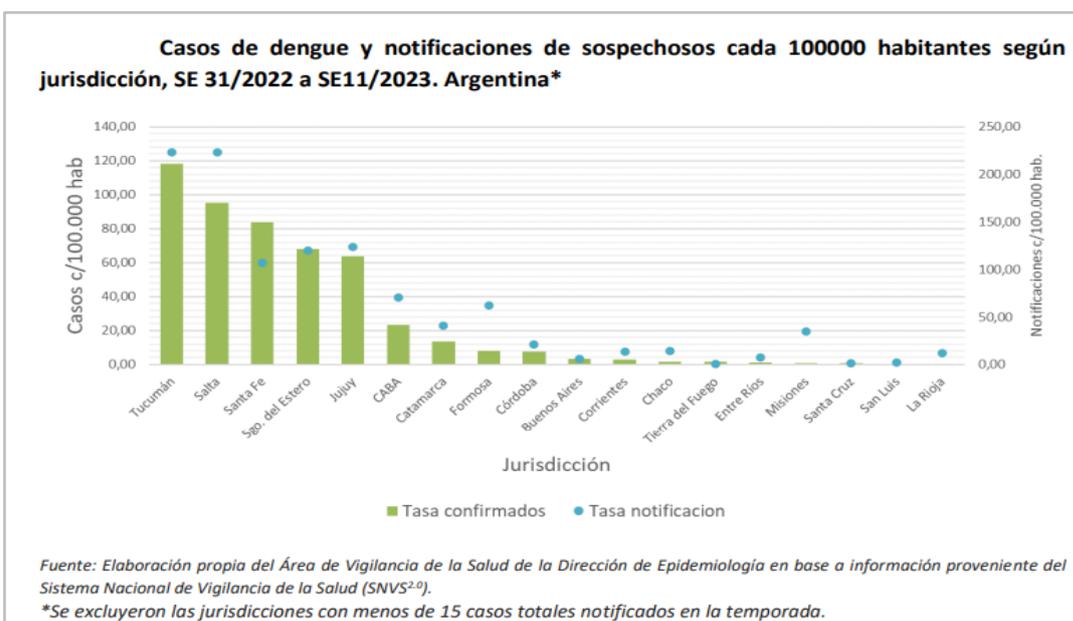
**Gráfico N°22: Casos de dengue por SE según año. 2018 a 2023 Argentina.**



Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional N° 645, SE 11, 2023

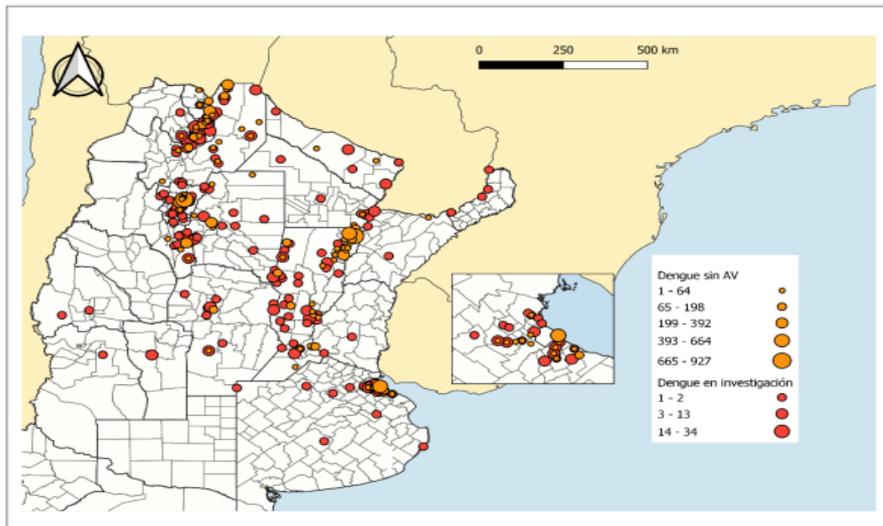
En el momento actual todas las jurisdicciones de la Región Centro, 5 de las 6 provincias de la región NOA (todas excepto La Rioja) y tres de la región NEA (todas excepto Misiones) han confirmado la circulación viral autóctona de dengue, sumando un total de 13: Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Corrientes, Formosa, Chaco, Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán. (Gráfico N°23 y Mapa1)

**Gráfico N° 23: Casos de dengue y notificaciones de sospechosos cada 100000 habitantes según jurisdicción, SE 31/2022 a SE11/2023. Argentina\***



Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional N° 645, SE 11, 2023

**Mapa 1: Casos de dengue según antecedente de viaje por localidad de residencia, y notificaciones de arbovirosis por departamento de residencia. Argentina. SE 31 2022 a SE 11 2023.**



Fuente: Dirección Epidemiología sobre datos del SNVS 2.º al día 19-3-2023

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional N° 645, SE 11, 2023

Los serotipos circulantes hasta el momento son DEN-2 (9 jurisdicciones) y DEN-1 (en 6 jurisdicciones). Los casos de dengue notificados aumentaron de forma paulatina desde la SE 02 y de forma más acelerada desde la SE 05. Al momento actual se encuentran en ascenso llegando a cerca de 3000 casos en la semana epidemiológica 10 (duplicando el número de la semana previa).

En lo que va de la temporada, se registraron tres casos fallecidos, dos en la provincia de Salta y un caso en Santa Fe. El mayor número de casos se concentra en población adulta joven y adulta, sin embargo las poblaciones entre 15 y 65 años se ven homogéneamente afectadas por el momento, siendo menos afectados los menores de 10 años y mayores de 65.

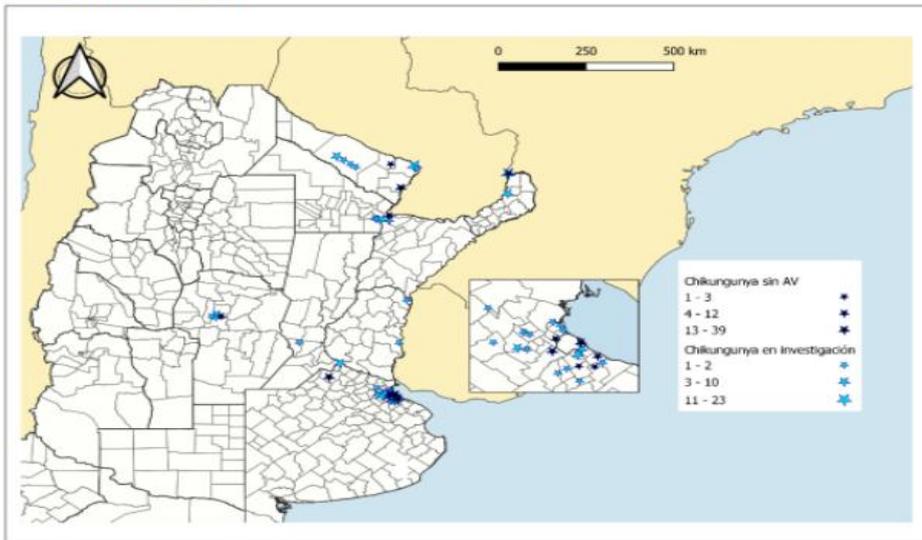
### Chikungunya:

Hasta la SE11/2023 se registraron en Argentina 528 casos de fiebre chikungunya, 166 no tienen antecedentes de viaje, 129 se encuentran en investigación <sup>7</sup>y 233 presentan antecedentes de viaje (importados).

Presentan casos de fiebre chikungunya sin antecedentes de viaje: Buenos Aires, (Almirante Brown, Pergamino, Quilmes y San Martín); CABA, Córdoba (Córdoba Capital), Corrientes (Paso de la Patria), Formosa (Tres Lagunas y Formosa Capital) y Misiones (Puerto Iguazú); en 9 provincias se registran casos en investigación y en 10 jurisdicciones se registraron casos importados. (Mapa N°2)

<sup>7</sup> En los que no es posible establecer el sitio de adquisición de la infección con los datos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia

**Mapa 2: Casos de chikungunya según antecedente de viaje y localidad de residencia. Argentina. SE 31 2022 a SE 10 2023.**



Fuente: Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2</sup>).

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional N° 645, SE 11, 2023

### Otros Arbovirus

Hasta la semana en curso se notificaron 2 casos confirmados de Encefalitis de San Luis (provincia de Buenos Aires y Entre Ríos) y 3 casos probables (Entre Ríos, Córdoba y Buenos Aires). En la SE 07 se registra un fallecido de 56 años con laboratorio confirmado para flavivirus en la provincia de Entre Ríos, el paciente presentaba comorbilidades (enfermedad neurológica crónica y obesidad).

### SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PROVINCIA DE MENDOZA

En los períodos epidémicos 2020-2021, 2021-2022 y 2022-2023 (a SE 11) se notificaron 24 casos sospechosos de Dengue, en el marco de la estrategia de vigilancia integrada de Arbovirus. Un porcentaje de estos casos fueron estudiados simultáneamente para Fiebre Chikungunya, Enfermedad por Virus Zika y en menor medida Fiebre Amarilla, acorde a la sospecha clínica y algoritmos de laboratorio.

No se confirmaron casos de Zika, Chikungunya ni FA en los períodos considerados.

Respecto a Dengue, de los 15 casos notificados en el período en curso 2022-2023 (a SE 11), 3 casos resultaron confirmados (serotipos DEN-2 y DEN-3), 4 descartados, 1 probable, 1 sospechoso y 6 sospechosos no conclusivos, acorde a

la información reportada en el SNVS<sup>2.0</sup>. Dos de los tres casos confirmados y el caso probable registran antecedentes de viaje (Bolivia y Cuba); uno de los casos confirmados no tiene registrado en el SNVS<sup>2.0</sup> el antecedente de viaje.

**Tabla N°2: casos de dengue notificados en Mendoza durante los períodos epidémicos 2020- 2021, 2021- 2022 y 2022-2023 (a SE 11)**

Período epidémico*	Caso confirmado DEN-1	Caso confirmado DEN-2	Caso confirmado DEN-3	Caso confirmado DEN-4	Caso confirmado sin serotipo	Caso descartado	Caso probable	Caso sospecho	Caso sospecho no conclusivo	Total general
2020-2021	1					1			3	5
2021-2022					1		1	1	1	4
2022-2023 (a SE 10)		2	1			4	1	1	6	15

Fuente SNVS<sup>2.0</sup> (según fecha de apertura del evento)

\*Período epidémico de Arbovirosis: corresponde al comprendido entre la SE 30 de un año a la SE 31 del año siguiente (agosto a agosto) e incluye los meses de mayor incidencia de casos.



**MENDOZA TIENE PRESENCIA DEL VECTOR  
(*Aedes aegypti*)  
PERO NO SE HA DEMOSTRADO CIRCULACIÓN VIRAL**



## BIBLIOGRAFÍA ARBOVIROSIS

5. Guía Dengue: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000062cnt-guia-dengue-2016.pdf>
6. Guía para equipos de salud para la prevención del dengue, zika y chikungunya: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000902cnt-2016-10-30-manejo-ambiental-equipos.pdf>
7. Algoritmo de notificación de dengue para laboratorios a través de SNVS 2.0, año 2022: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche\\_Algoritmo\\_dengueA3\\_6-07-2022.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-10/afiche_Algoritmo_dengueA3_6-07-2022.pdf)
8. Recomendaciones abordaje comunicacional arbovirosis: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/Recomendaciones%20para%20el%20abordaje%20comunicacional%20en%20la%20prevenci%C3%B3n%20de%20Enfermedades%20Transmitidas%20por%20Mosquitos%20%282023%29.pdf>
9. Boletín epidemiológico nacional N645 SE11/2023: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-epidemiologico-nacional-n-645-se-11-2023>
10. Guía equipo de salud Fiebre Chikungunya: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000547cnt-guia-equipo-salud-fiebre-chikungunya-2015.pdf>
11. Guía para la vigilancia integrada de la infección de virus Zika: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000933cnt-2017-01-25-zika-guia-para-equipos-de-salud.pdf>
12. Fiebre amarilla: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000064cnt-01-guia-fiebre-amarilla.pdf>
13. Alerta Arbovirosis: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/20190119\\_Alerta%20arbovirosis\\_DN.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-01/20190119_Alerta%20arbovirosis_DN.pdf)
14. Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2022.



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

Actualización 25/07/2022

## 3 DIARREAS

Las enfermedades diarreicas agudas constituyen una de las causas principales de enfermedad y de consulta ambulatoria. Representan entre el 60 y el 80% del motivo de consulta pediátrica en los servicios de salud en América Latina.

Los niños y los adultos de la tercera edad, son los más susceptibles.

La mayoría de los casos se originan a partir de la ingesta de agua (de consumo o recreacionales), de alimentos contaminados, ó por vía fecal oral (persona-persona; animal-persona).

Son causadas por diversos patógenos (bacterianos, víricos y parásitos intestinales).

La diarrea se define como la presencia de heces más líquidas de lo habitual, generalmente acompañadas de un número aumentado de deposiciones.

Es posible dividir a las enfermedades diarreicas en seis cuadros clínicos:

- 1) Diarrea simple, que se trata por rehidratación oral con soluciones que contengan agua, glucosa y electrolitos.
- 2) Diarrea sanguinolenta (disentería), causada por microorganismos como *Shigella*, *E. coli* O157:H7 y algunos otros gérmenes.
- 3) Diarrea persistente que dura como mínimo 14 días;
- 4) Diarrea profusa y acuosa, como aparece en el cólera;
- 5) Diarrea acompañada de vómitos, es típica de algunas gastroenteritis víricas y de enfermedades bacterianas por sus toxinas, como serían las de *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus* o *Cl. perfringens*;
- 6) Colitis hemorrágica, en la que hay diarrea acuosa, que contiene sangre visible, pero sin fiebre ni leucocitos en las heces.

Es recomendable efectuar el diagnóstico etiológico por laboratorio, para completar y confirmar el diagnóstico, y permitir un análisis epidemiológico.

La vigilancia epidemiológica de las diarreas es esencial para la planificación de las actividades de prevención y control, para la detección de situaciones epidémicas o de brotes y para la determinación de la frecuencia y distribución de los distintos agentes etiológicos virales, bacterianos, parasitarios de distintas fuentes.

## Definición y clasificaciones de caso

Diarrea aguda: Depositiones aumentadas en número y cantidad con menor consistencia, que puede o no contar con identificación del agente etiológico por laboratorio.

### Sospecha de brote:

Presencia de un número inusual de casos de diarrea aguda y los pacientes presentan las siguientes características en común:

- Tienen síntomas clínicos similares
- Se encuentran en un ámbito espacial definido –instituciones cerradas, escuelas, clubes, etc.)
- Han comido los mismos alimentos y/o comparten la misma fuente de agua.

Ó bien, ante un solo caso sospechoso de cólera, se considera un brote por su importancia para la salud pública. Debe ser notificado de manera inmediata y nominal y tomar las medidas correspondientes en forma oportuna, para evitar su diseminación y aparición de nuevos casos asociados.

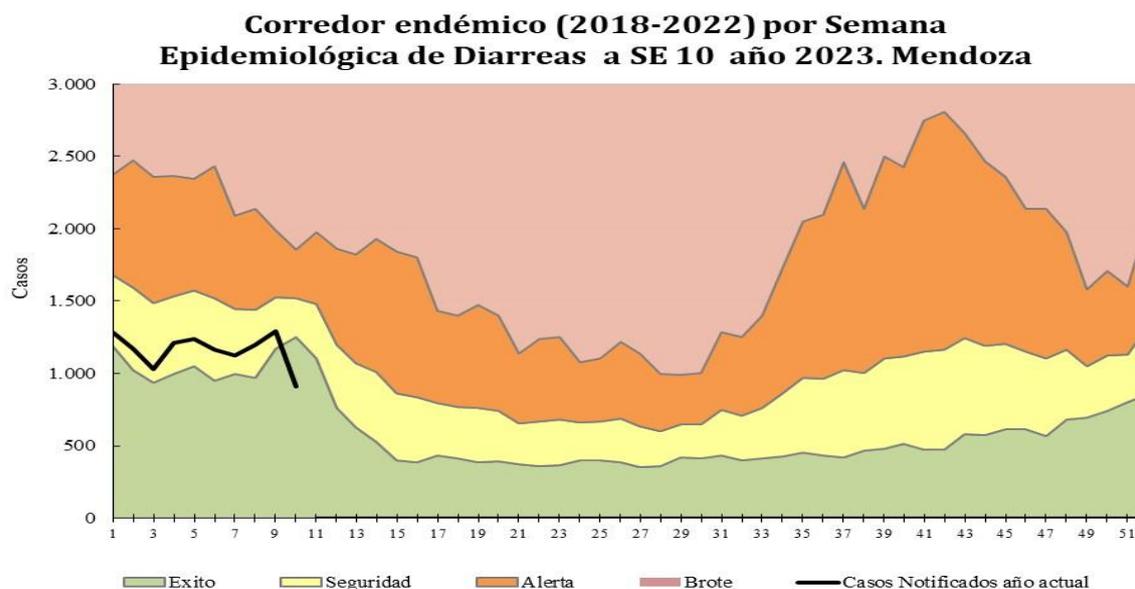
## NOTIFICACIÓN CLÍNICA:

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
Diarreas agudas	Agrupada Numérica/Agrupada por edad	Universal Clínica	Semanal

## SITUACIÓN PROVINCIAL DIARREAS- AÑO 2023

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<sup>2.0</sup>. Se construyen **corredores endémicos** por evento, en base a 5 años (datos históricos 2018-2022).

**Gráfico N° 24: Corredor endémico (2018-2022) por SE- DIARREAS a SE10-Año 2023- Mendoza**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Las notificaciones se mantienen en zona de seguridad con 1.283 notificaciones en SE 1, alcanzando 1.289 en SE 9 y descendiendo a 910 en SE 10 (probablemente por retraso en la notificación)

**Distribución por grupo de edad**

El 36% (4256) de las notificaciones corresponden a los grupos entre 2 y 9 años, seguidas por el grupo de 25 a 34 años con el 10,1% de las notificaciones (1178 casos) y luego por el grupo de 12 a 23 meses, también con el 10% de los casos (1169).

**Gráfico N° 25: Casos notificados por grupos de edad-Diarreas- Año 2023 a SE10-Mendoza**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

## NOTIFICACIÓN POR LABORATORIO:

La vigilancia por laboratorio de las diarreas se realiza a través de los siguientes Grupos de eventos agrupados (por redes de laboratorio):

- 1- Diarreas virales
- 2- Diarreas y otros patógenos bacterianos de transmisión alimentaria (No STEC).

### 1- Diarreas Virales (redes de laboratorio)

Las diarreas virales representan la segunda enfermedad más común después de las IRAs( Infecciones respiratorias agudas), Rotavirus ocasiona diarreas en niños; Norovirus representa el principal agente etiológico asociado a las enfermedades transmitidas por alimentos.

A nivel mundial, Rotavirus afecta anualmente a 110 millones de niños, 2 millones de los cuales son hospitalizados y se calcula que las muertes por este agente superan los 600.000 casos (principalmente en países en vías de desarrollo) y representan el 10% de las muertes prevenibles de la infancia. En Argentina, se estima que Rotavirus produce entre 80.000 y 100.000 consultas médicas por año y es responsable del 40% de las internaciones por diarrea aguda en la primera infancia.

Los principales agentes enteropatógenos virales son Rotavirus y Adenovirus

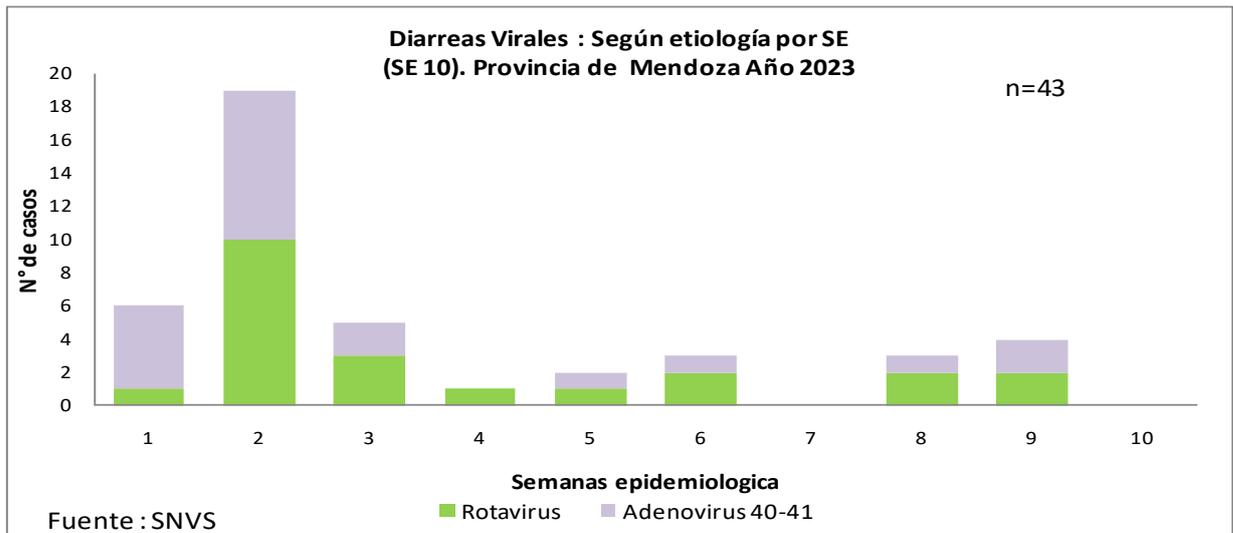
Se transmiten por la ingestión de alimentos o agua contaminada, y por vía fecal-oral. su reservorio es el humano.

El período de incubación para Rotavirus es de 1 a 3 días y para Adenovirus es de 8 a 10 días

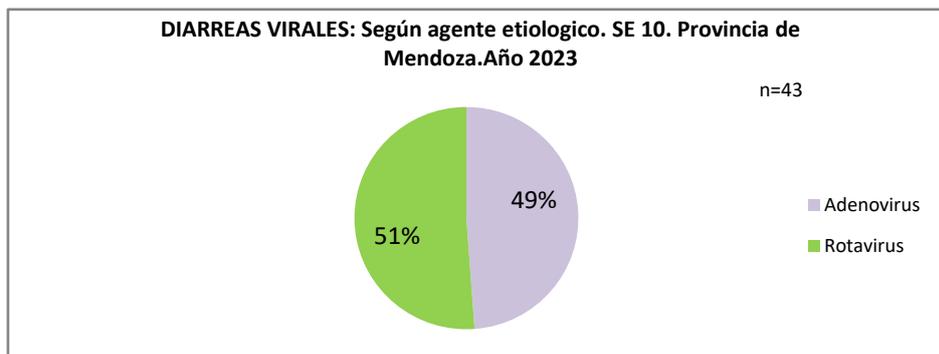
<b>Evento SNVS</b>	<b>Modalidad</b>	<b>Estrategia / Componente</b>	<b>Periodicidad</b>
<b>Diarreas virales (laboratorio)</b>	Agrupado de Numérica/Agrupada por edad	Universal Laboratorio	Semanal

Durante el año 2023, de 43 muestras positivas para diarreas virales, el 51%(22 muestras) correspondieron a Rotavirus, mientras que en el 49%(21 muestras) se detectó Adenovirus. La mayor detección se produjo en la SE2.

**Gráfico N° 26: Diarreas virales según etiología por SE- Año 2023 a SE10-Mendoza**



Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

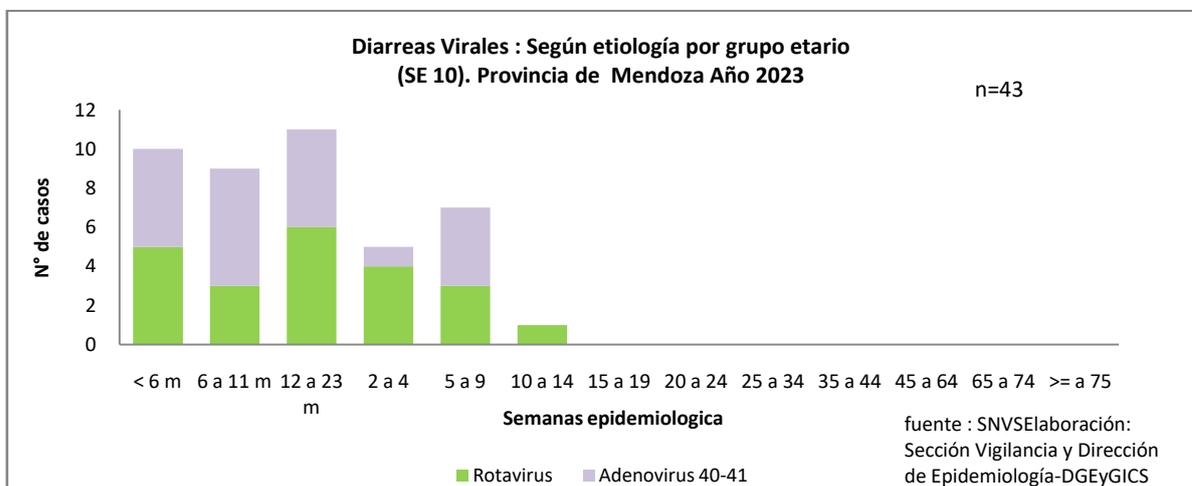


**Gráfico N° 27: Diarreas virales-Agente etiológico- Porcentaje- Mendoza-Año 2023 a SE10**

Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Según el grupo etario, las diarreas virales afectaron a los menores de 15 años, en especial a menores de 2 años, con 30 casos positivos, que representan el 69,77% de los casos.

**Gráfico N° 28: Diarreas virales-Agente etiológico por grupo etario-Mendoza-Año 2023 a SE10**



## 2- Diarreas y patógenos bacterianos de transmisión alimentaria (redes de laboratorios)

Los agentes etiológicos de enfermedades diarreicas agudas más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente Rotavirus) que causan del 70 al 80 % de las diarreas infecciosas; las bacterias ocasionan entre el 10 y 20 % de los casos, y los parásitos como a *Giardia*, son la causa de alrededor del 10%.

La vigilancia de diarreas por laboratorio sirve para determinar la frecuencia temporal, localización y distribución geográfica de las muestras estudiadas y de las muestras con agentes etiológicos identificados.

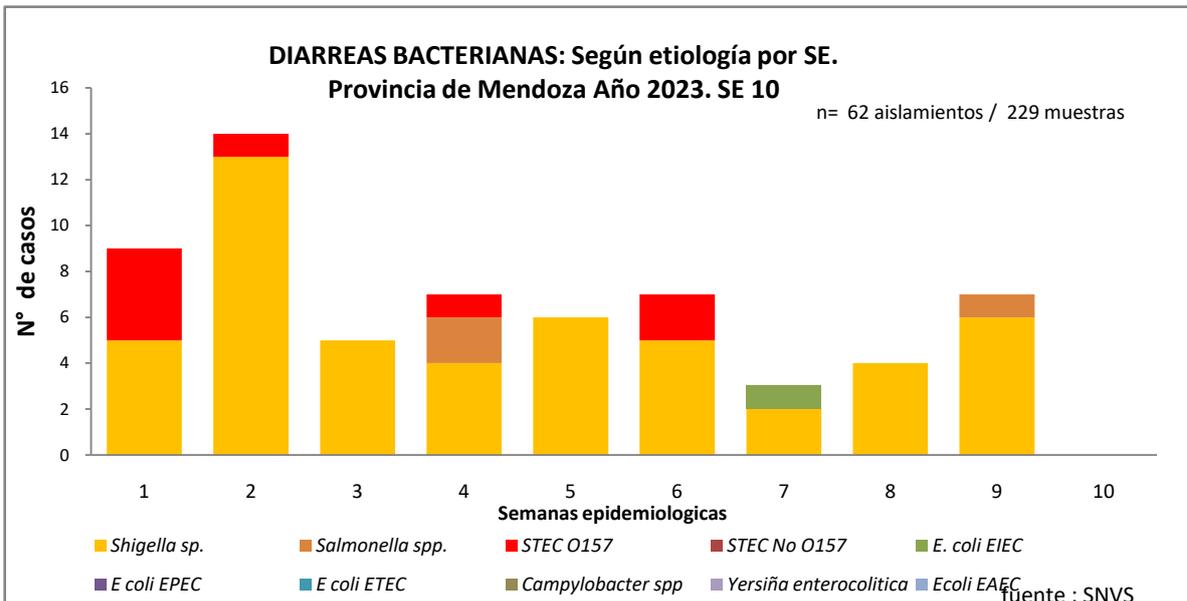
Pacientes estudiados por coprocultivo:

<i>Bacillus cereus</i>	<i>Shigella flexneri</i>
<i>Campylobacter coli</i>	<i>Shigella flexneri</i> 1
<i>Campylobacter jejuni</i>	<i>Shigella flexneri</i> 2
<i>Campylobacter sp.</i>	<i>Shigella flexneri</i> 3
<i>E. coli</i> enteroagregativo (EAEC)	<i>Shigella flexneri</i> 6
<i>E. coli</i> enteroinvasivo (EIEC)	<i>Shigella flexneri</i> AA479
<i>E. coli</i> enteropatógeno (EPEC)	<i>Shigella sonnei</i>
<i>E. coli</i> enterotoxigénico (ETEC)	<i>Shigella spp.</i>
<i>Salmonella</i> Enteritidis	STEC no O157
<i>Salmonella</i> Newport	STEC O157
<i>Salmonella spp.</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>
<i>Salmonella</i> Typhimurium	<i>Vibrio cholerae</i> no O1
<i>Shigella boydii</i>	<i>Vibrio cholerae</i> O1
<i>Shigella dysenteriae</i>	<i>Yersinia enterocolítica</i>
	Otros patógenos bacterianos

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
<b>Diarreas y otros patógenos bacterianos de transmisión alimentaria (No STEC)</b>	Agrupado de Numérica/Agrupada	Universal Laboratorio	Semanal

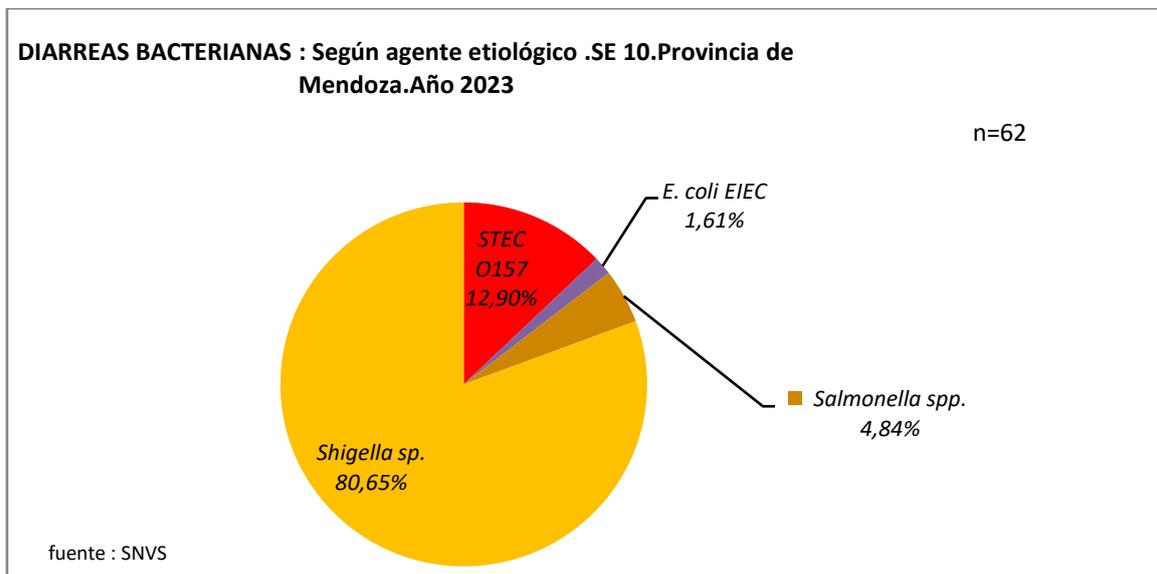
Durante el año 2023, de 229 muestras estudiadas, en 62(27,07%) se aislaron bacterias. El 81% correspondió a *Shigella sp.*, el 13,5% corresponde a STEC O157 y un 5% *Salmonella spp.*

**Gráfico N° 29: Diarreas bacterianas-Agente etiológico por SE-Mendoza-Año 2023 a SE10**



Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

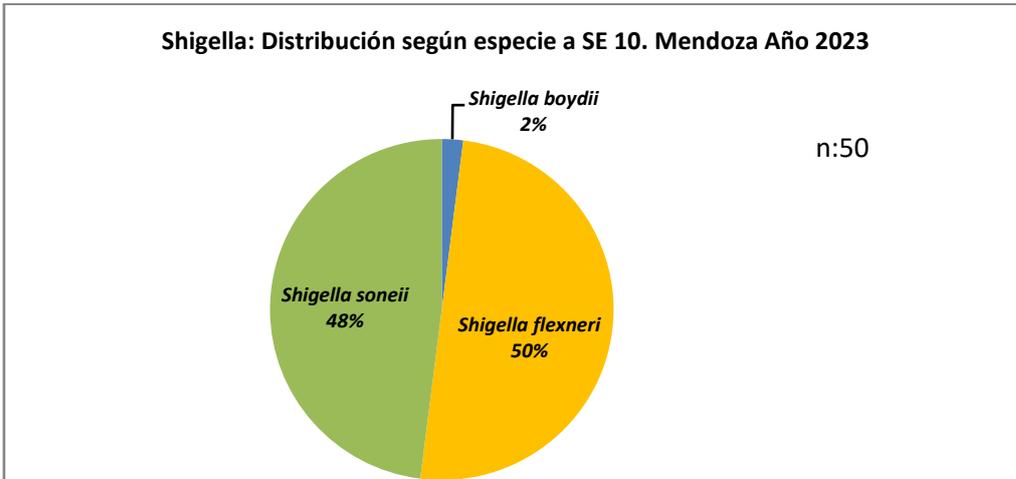
**Gráfico N° 30: Diarreas bacterianas-Agente etiológico -Porcentaje-Mendoza-Año 2023 a SE10**



Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Al analizar las muestras positivas para *Shigella*, se obtuvo la distribución según especie (Gráfico N°31)

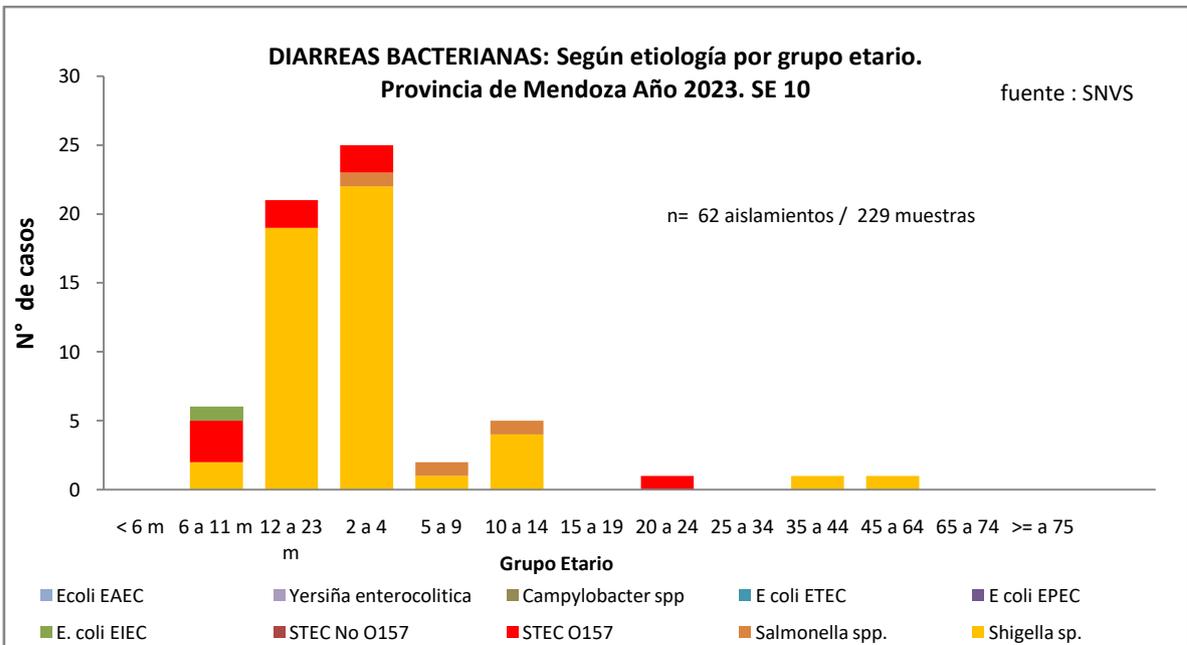
**Gráfico N° 31: Diarreas por Shigella-Distribución según especie -Mendoza-Año 2023 a SE10**



Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Según el grupo etario, las diarreas bacterianas, afectaron con mayor frecuencia a los menores de 15 años: 40,32% en el grupo de 2 a 4años, 33,87% en el grupo de 12 a 23 meses y un 9,68% en el grupo de 6 a 11 meses.

**Gráfico N° 32: Diarreas bacterianas-Agente etiológico por grupo etario-Mendoza-Año 2023 a SE10**



Elaboración: Sección Vigilancia y Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

## 5

## SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

El síndrome urémico hemolítico (SUH) es una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por insuficiencia renal aguda, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática. Afecta fundamentalmente el riñón, y otros parénquimas como intestino, sistema nervioso central, corazón y páncreas.

Se presenta principalmente a niños entre 2 meses y 5 años, y a adultos mayores de 65 años. Es más frecuente en los meses de verano.

Se puede dividir en:

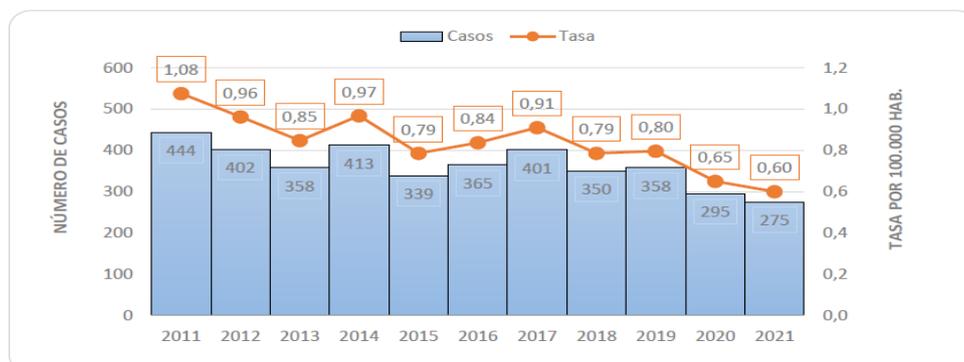
- SUH típico asociado a diarrea por infección por STEC (*E. coli* productor de toxina Shiga), que comprende el 95% de los casos; y
- SUH atípico asociado a afecciones de diferentes etiologías (genética, inmunológica, tóxica e infecciosa), no asociado a diarrea ni a infección por STEC (5% de los casos).

La incidencia anual de esta enfermedad, en Europa y Norte América, es menor de 1 caso por 100.000 niños/as menores 18 años y 1,9–2,9 por 100.000 niños/as menores de 6 años.

La tasa de incidencia en nuestro país, tiene una tendencia descendente, pasando de 1,08 casos en el año 2011 a 0,60 casos en el año 2021, por cada 100.000 habitantes. En los menores de 5 años la tasa descendió de 9,88 casos en el año 2011 a 5,95 casos en el año 2021, por cada 100.000 habitantes.

**Gráfico N° 33: Casos y tasas de SUH-Argentina-2011 a 2021**

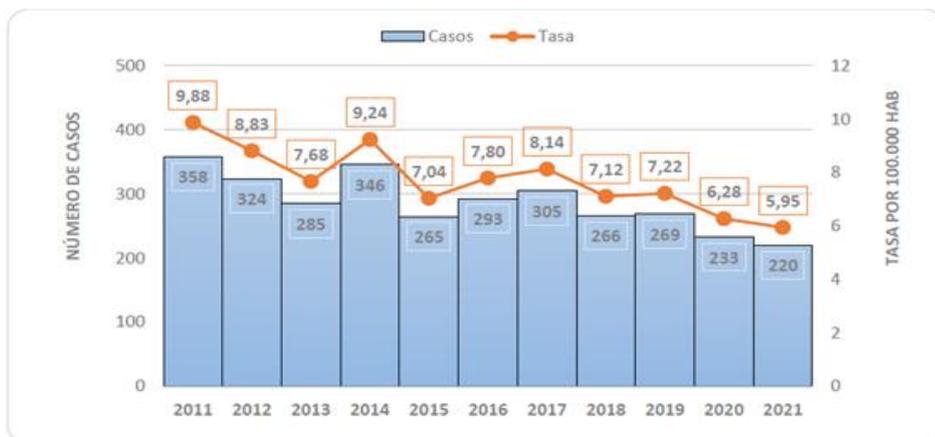
Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. Años 2011-2021, SE1 a SE52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

Gráfico N° 34: Casos y tasas de SUH en menores de 5 años-Argentina-2011 a 2021

Casos y tasas de SUH (cada 100.000 menores de 5 años) en menores de 5 años de edad. Argentina. Años 2011-2021, SE1 a SE52.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS C2-SIVILA-UCSUH) y SNVS 2.0

El SUH es la principal causa pediátrica de insuficiencia renal aguda y la segunda de insuficiencia renal crónica, siendo además responsable del 9% de los trasplantes de riñón en niños/as y adolescentes que se realizan en nuestro país.

La bacteria *Escherichia coli* (E. coli) forma parte de la microbiota intestinal normal del ser humano y de los animales de sangre caliente, pero existen categorías que son patógenas para el hombre, como STEC, que puede causar enfermedades graves. El serotipo O157:H7 es el serotipo de STEC más reconocido por su impacto en salud pública, aunque hay también otros serotipos no-O157, frecuentemente implicados en brotes y casos esporádicos.

Esta bacteria se encuentra altamente diseminada en nuestro país y el principal reservorio es el ganado vacuno. La transmisión a la población es a través de la vía fecal-oral, por la ingestión de agua o alimentos contaminados, o por contacto directo con personas, animales infectados u objetos contaminados.

El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres a cuatro días.

El período de transmisibilidad en el SUH asociado a STEC, después del comienzo de la diarrea, es de tres semanas o más en los niños, y de una semana o menos en adultos, por lo cual para el alta del paciente es necesario contar con dos coprocultivos sucesivos negativos con un intervalo de 72 horas.

El objetivo fundamental de la vigilancia es contribuir con acciones oportunas que permitan disminuir la incidencia del SUH, para lo cual es importante:

- Detectar en forma temprana los casos de SUH e infecciones por STEC.
- Realizar la investigación en forma inmediata, tendiente a identificar e interrumpir la fuente de transmisión.

<b>Caso de SUH</b>		
Persona de cualquier edad, que presente en forma aguda al menos dos de los siguientes criterios clínicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Anemia hemolítica microangiopática</li> <li>✓ Trombocitopenia</li> <li>✓ Compromiso renal</li> </ul>		
<b>CLASIFICACIÓN</b>	<b>Caso de SUH sin especificar</b>	Paciente que cumple con la definición de caso de SUH, que aún no cuenta con confirmación etiológica y requiere seguimiento para que pueda clasificarse en típico o atípico.
	<b>Caso de SUH típico</b>	<b>a. Caso de SUH con confirmación de infección por STEC.</b> Paciente que cumple con la definición de caso de SUH y con confirmación de laboratorio de STEC como agente etiológico, por al menos uno de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Aislamiento de STEC</li> <li>ii. Detección de toxina Shiga libre en materia fecal</li> <li>iii. Detección de anticuerpos anti-LPS</li> </ul> <b>b. Caso de SUH con asociación a la infección por STEC.</b> Paciente que cumple con la definición de caso de SUH, con resultados negativos por laboratorio, sin criterios para la clasificación de SUH atípico, con evidencia de asociación a la infección por STEC mediante cualquiera de los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Antecedente de diarrea en los días previos al comienzo del SUH</li> <li>ii. Contacto con un caso confirmado de infección por STEC (SUH o diarrea)</li> <li>iii. Exposición a fuente probable de infección por STEC</li> </ul>
	<b>Caso de SUH atípico</b>	<b>a. Caso que cumple con la definición de caso de SUH y pudo establecerse su asociación con alguno de los siguientes antecedentes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. Infección por <i>Streptococcus pneumoniae</i></li> <li>ii. Enfermedad autoinmune (como lupus y síndrome antifosfolípido)</li> <li>iii. Mutaciones génicas de factores del complemento que provocan activación de la vía alterna con daño endotelial (déficit de Factor H, cofactor proteico de membrana, Factor I, anticuerpos anti-Factor H, anticuerpos anti-tromboglobulina, e hiperactividad del factor B y del C3)</li> <li>iv. Déficit congénito de ADAMTS 13, relacionado con la coagulación, y trastornos en el metabolismo de la vitamina B12</li> </ul>

<b>Caso de Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)</b> Paciente que presenta en forma aguda, con duración menor a 14 días, deposiciones aumentadas en número y cantidad, con menor consistencia, con sangre, con o sin moco, con o sin fiebre, dolor cólico o abdominal		
<b>Clasificaciones</b>	<b>Caso de diarrea aguda sanguinolenta (DAS):</b>	Caso de diarrea aguda sanguinolenta, que aún no cuenta con confirmación etiológica y requiere estudiarse por laboratorio para evaluar la posible infección por STEC.
	<b>Caso de diarrea aguda por STEC</b>	Paciente con DAS o DA y con confirmación de laboratorio de STEC como agente etiológico, por al menos uno de los siguientes criterios: <b>a. Aislamiento de STEC</b> <b>b. Detección de toxina Shiga libre en materia fecal</b> <b>c. Detección de anticuerpos anti-LPS</b>

#### **Caso de infección por STEC asintomático.**

Toda persona estudiada para STEC en el marco de la investigación epidemiológica de caso de SUH o diarrea por STEC o en investigación por alerta bromatológica de contaminación de alimento por STEC, asintomática, en la que se haya confirmado por laboratorio la infección por STEC por los criterios mencionados.

#### **Caso de Diarrea Aguda (DA)<sup>1</sup>**

Paciente que presenta en forma aguda deposiciones aumentadas en número y cantidad con menor consistencia que puede o no contar con identificación del agente etiológico por laboratorio.

<sup>1</sup>La vigilancia de las Diarreas Agudas se realiza: en la modalidad numérica semanal del componente clínico; en la modalidad individual nominal inmediata de aquellas causadas por agentes de transmisión alimentaria capaces de generar brotes; a través de la vigilancia por red de laboratorios de diarreas bacterianas y gastroenteritis virales. Para la vigilancia de STEC, objeto de la presente norma, deben notificarse de manera nominal inmediata TODO CASO de diarrea en el que, habiéndose estudiado por laboratorio, se haya podido identificar la infección por STEC de acuerdo a los criterios de laboratorio para confirmar esta infección (aislamiento de STEC; detección de toxina Shiga libre en materia fecal y/o detección de anticuerpos anti-LPS).

Evento SNVS	Modalidad	Estrategia / Componente	Periodicidad
<b>Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)</b>	Nominal / individual	Universal Clínica (casos fallecidos) / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante caso que reúna criterios de Caso de SUH
<b>Síndrome Urémico Hemolítico (SUH)</b>	Nominal / individual	Unidades centinela Seguimiento Clínico/Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante caso que reúna criterios de Caso de SUH
<b>Diarrea Aguda Sanguinolenta y/o Diarrea Aguda por STEC</b>	Nominal / Individual	Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante sospecha clínica (DAS) o positivo (infección por STEC)
<b>Infección por STEC en estudio de contactos</b>	Nominal/ Individual	Universal Clínica / Laboratorio / Investigación epidemiológica	Inmediata ante positivo

**Formulario de notificación de brotes:** en todos los casos deberá completarse la ficha de investigación y control de STEC, registrarse la investigación en el SNVS2.0 y cargar la ficha como documento en la sección Documentos del caso dentro de las 48hs de concluida la investigación (las áreas de bromatología informarán además al INAL-ANMAT). Ante la identificación de brotes, se completará de forma inmediata el Formulario de Reporte de Brotes del SNVS.

## Medidas preventivas SUH y diarreas

Deben orientarse hacia todos los actores que participan en la cadena de transmisión de la enfermedad y están relacionadas con las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos, tanto en los procesos de producción, distribución y comercialización de carne, frutas, hortalizas y lácteos, como en la preparación y consumo de estos alimentos por parte de la comunidad en general.

### Medidas preventivas generales:

- ✓ Utilizar agua segura. Si no es agua de red: agregar dos gotas de lavandina por litro de agua o hervirla de 2 a 3 minutos, o utilizar pastillas potabilizadoras.

- ✓ Lavado de manos con agua y jabón después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de manipular los alimentos y antes de dar de mamar.
- ✓ Mantener la lactancia materna.
- ✓ Disponer la basura en recipientes bien protegidos.
- ✓ No bañar a los niños en aguas contaminadas.
- ✓ Mantener la higiene en la preparación de alimentos.
- ✓ Utilizar alimentos frescos, limpios, bien cocinados y recientemente preparados.
- ✓ Lavar frutas y verduras.
- ✓ Cocinar bien los alimentos: los huevos hasta que tengan consistencia dura; las carnes hasta que pierdan el color rosado, teniendo especial cuidado con la carne picada y las hamburguesas.
- ✓ No usar el mismo cuchillo, tabla o mesada donde se apoyó carne cruda para cortar otros alimentos, sin antes lavarlos con agua y detergente.
- ✓ Consumir leche, derivados lácteos y jugos que estén pasteurizados.
- ✓ Conservar alimentos frescos y cocidos en la heladera.
- ✓ Evitar la ingesta de medicamentos e infusiones caseras sin indicación médica.
- ✓ Evitar el uso de Antibióticos y fármacos inhibidores de la motilidad intestinal.
- ✓ Conocer los signos para identificar precozmente la diarrea, la deshidratación y otros signos de alarma.
- ✓ Vacunación oral contra el rotavirus, incorporada en el 2015 en el Calendario Nacional de Vacunación.
- ✓ En caso de contacto con animales o su entorno, separar la ropa y el calzado que se hayan utilizado en tareas con animales y que pudieran estar contaminados con materia fecal. No ingerir alimentos mientras se realizan actividades con animales y lavarse bien las manos luego de las mismas.
- ✓ Promover prácticas seguras en guarderías y jardines infantiles.
- ✓ Tener especial cuidado con la ingesta accidental de aguas recreativas (piletas, lagunas, arroyos)

Los brotes de STEC, se dividen en:

- ✓ Brote de fuente común: cuando se detectan dos o más casos de infección por STEC relacionados epidemiológicamente, en espacio/tiempo, con o sin síntomas clínicos, con exposición a una misma fuente probable o confirmada, en el que al menos uno de los casos esté confirmado por laboratorio y presenten nexo epidemiológico con la fuente (sin transmisión persona-persona).
- ✓ Brote de transmisión persona-persona: cuando se detectan dos o más casos de infección por STEC relacionados epidemiológicamente (contacto), en espacio/tiempo, con o sin síntomas clínicos, sin exposición a una misma fuente probable o confirmada, en el que al menos uno de los casos esté confirmado por laboratorio.

### **Medidas ante brotes**

- ✓ Seguir los pasos de la investigación epidemiológica de brotes.
- ✓ Tomar muestra de materia fecal para coprocultivo.
- ✓ Tomar muestras de vehículos sospechosos (alimentos y/o agua). Guardar en frascos separados.
- ✓ Búsqueda activa de posibles afectados.
- ✓ Contactar con los responsables de realizar monitoreo del medio ambiente, vigilancia de la calidad del agua de abastecimiento público, vigilancia de la calidad de los alimentos, servicios de control sanitarios de fronteras y áreas espejos en países limítrofes.
- ✓ Empezar estudios epidemiológicos para identificar los factores comunes que intervinieron en la infección.
- ✓ Realizar un informe de la investigación efectuada, sintetizando resultados de laboratorio, observaciones y recomendaciones para la toma de decisiones.
- ✓ Tomar medidas generales de saneamiento, eliminación de excretas, desinfección y educación para un manejo higiénico de manos.
- ✓ Proporcionar medios seguros y apropiados para la eliminación de las aguas residuales, abastecimiento de agua, más un control adecuado de alimentos que se consumen crudos.

- ✓ Reorganización de los servicios de salud tanto de los equipos de salud, como del ámbito físico, ante un eventual aumento de la demanda por cuadros de diarrea.
- ✓ Ante casos de SUH, controlar contactos convivientes y contactos institucionales: identificar contactos STEC positivo, sintomáticos (diarreas, vómitos) y asintomáticos, y realizar estudios bacteriológicos de materia fecal en todos los miembros del grupo familiar, hasta asegurar su negativización.
- ✓ Los casos en los que se detecta STEC son infectantes para el ambiente y transmiten la infección a otras personas por vía fecal-oral durante todo el periodo en que dure la excreción del patógeno a través de las heces. En ellos, realizar seguimiento clínico y bacteriológico hasta tener dos coprocultivos negativos con un intervalo de 48-72 horas. Mientras tanto las personas no deben reintegrarse a instituciones educativas o recreativas, no deben concurrir a lugares públicos ni manipular alimentos.

Ante casos sospechosos de SUH, notificar dentro de las 24hs., iniciar la investigación epidemiológica, bromatológica y ambiental. Tomar medidas de control dentro de las 48 hs, para interrumpir la cadena de transmisión.

## **SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SUH- MENDOZA**

### **CASOS DE SUH NOTIFICADOS AL SISTEMA SNVS<sup>2.0</sup> AÑOS 2019-2022**

En Mendoza, la vigilancia de este evento se realiza a través de una Unidad Centinela de SUH. La misma se ubica en el Hospital Notti y se estructura en tres componentes: componentes de clínica y de Laboratorio en el Htal. , y el componente epidemiológico a cargo del Departamento de Epidemiología que se encarga de la investigación en terreno, del o las probables causas del contagio y de alertar al Departamento de Higiene de los Alimentos para realizar tareas en el domicilio del paciente y en aquellos lugares expendedores de alimentos. El componente clínico es asumido por el servicio de clínica/UTI del Hospital Notti y supervisado por el Servicio de Nefrología. El componente de laboratorio es quien realiza el diagnóstico etiológico (materia fecal y suero) y envía las muestras para confirmación al laboratorio de Referencia Nacional, Instituto Malbrán. El resto de

los efectores, tanto públicos como privados, realizan la notificación de casos sospechosos a través de la Ficha Epidemiológica de SUH.

Informe en: <https://www.mendoza.gov.ar/salud/recomendaciones-y-procedimientos/boletines-e-informes-epidemiologicos/>

Durante el período 2019-2022, se notificaron un total de 80 casos. Se observó que en algunas semanas se notificaron un mayor número de casos: en la SE19/2020 se notificaron 3 casos, en la SE47/2021 se notificaron 3 casos y en el año 2022 se reportaron 3 casos en cada una de las SE 41, 47y 50 y 4 casos en SE 48.

**Gráfico N° 35: Casos notificados por SE-SUH-Años 2019 a 2022- Mendoza**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

Los casos reportados han sido esporádicos y en aquellas SE con 2 o más casos no se ha confirmado existencia de brote por fuente común o propagada, en el sistema de vigilancia.

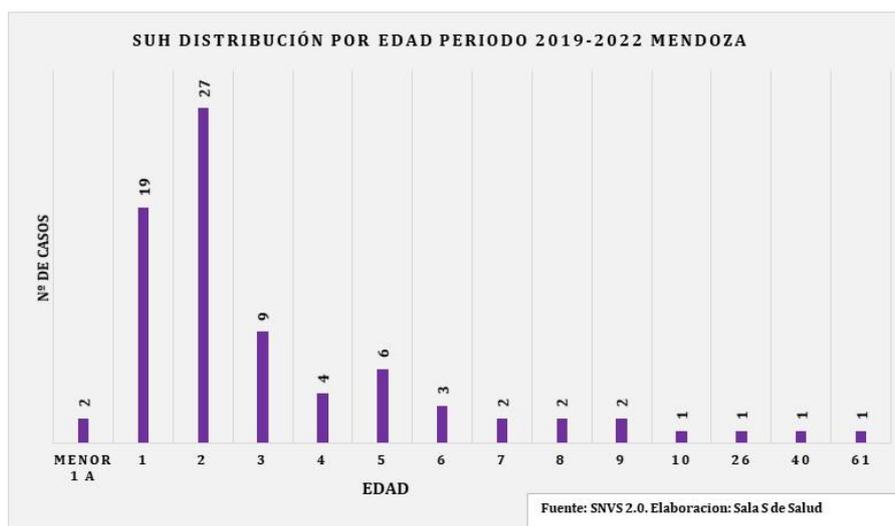
**De los casos notificados,** sólo 9 casos tienen consignado el antecedente epidemiológico:

- Ingesta de agua no segura: 2 casos
- Consumo de carne vacuna poco cocida: 3 casos
- Preparación con carne picada: 2 casos
- Convive con trabajador rural/veterinario: 1 caso
- Contacto directo con rumiantes/de granja/mascotas: 1 caso

## DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD

En el periodo 2019-2022 el 61,3% (49) de los casos notificados se presentó en mujeres y 38,8% (31) en varones. Según edad, el 69% (55) de los casos se presentó en niñas/os entre 1 a 3 años de vida. Sólo 3 casos se presentaron en adultos.

**Gráfico N° 36: SUH, distribución por grupo etario-Años 2019 a 2022- Mendoza**



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sala de situación de Salud- Dirección de Epidemiología-DGEyGICS

La Tasa de Incidencia, fluctúa alrededor de 1 caso por 100.000 habitantes en nuestra provincia, mientras que para el país ha sido inferior a 1 caso, no disponiendo de la información nacional para el año 2022.

La Tasa de Incidencia Específica para menores de 5 años, ha sido variable en los últimos 4 años, con un gran incremento en 2022, alcanzando 14 casos cada 100.000 niños/as menores de 5 años (País entre 10-6 casos en menores de 5 años).

**Tabla N°3: Tasa de incidencia SUH- País y Provincia de Mendoza**

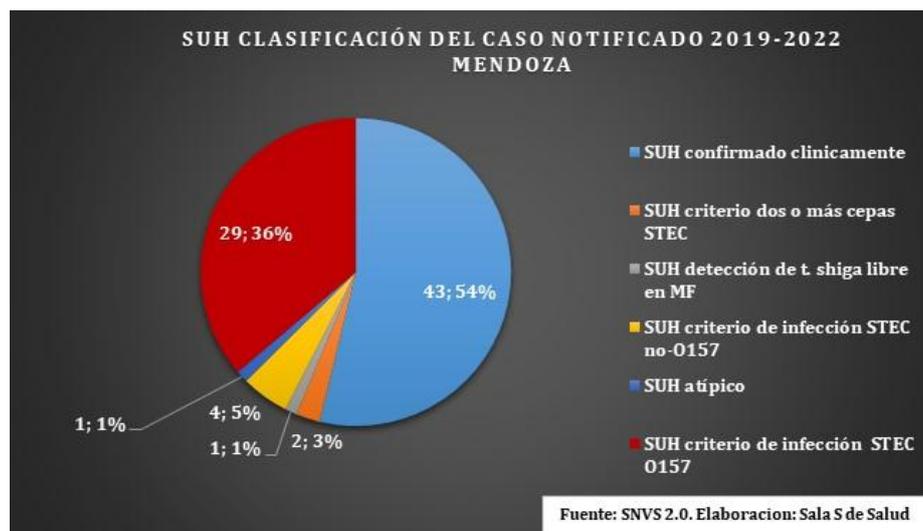
	*Tasa de Incidencia País	#Tasa de Incidencia Provincial	**Tasa de Incidencia Provincial <5 años
<b>2019</b>	0,8	0,8	7,1
<b>2020</b>	0,65	1,4	10,6
<b>2021</b>	0,6	0,5	4,1
<b>2022</b>	s/d	1,4	14
	x 100.000 habitantes	x 100.000 habitantes	x 100.000 habitantes <5años

Fuente: SNVS<sup>20</sup> -Elaboración Sala de Situación

## DISTRIBUCIÓN SEGÚN CLASIFICACIÓN DEL CASO

De los casos notificados, el 54% (43) son por confirmación clínica (de los cuales 23 casos tienen además laboratorio positivo), 36% (29) confirmados por infección STEC O157, 5% (4) confirmados por infección STEC NO- O157, 3% (2) tienen 2 o más cepas STEC, 1% (1) detección de Toxina shiga en materia fecal y 1%(1) considerado atípico.

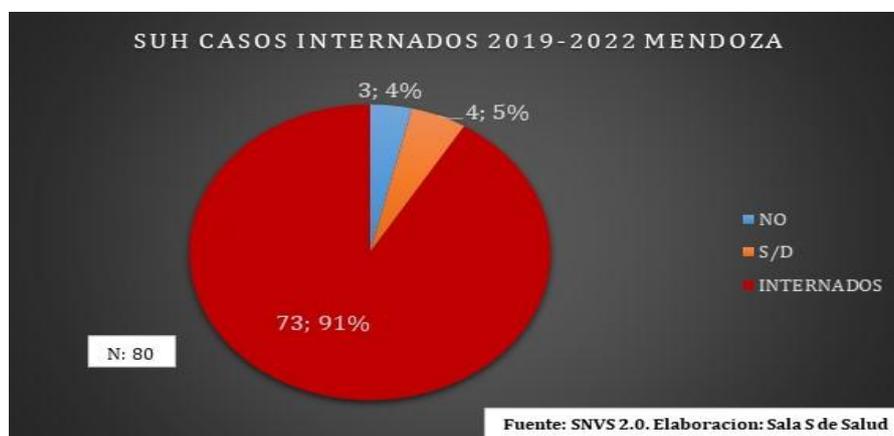
**Gráfico N° 37: Clasificación de casos notificados -SUH-Años 2019 a 2022- Mendoza**



De los 80 casos del periodo 2019-2022, el 91% (73) requirió internación y de estos el 60% (44 pacientes) fueron internados en UTI. Se reportaron 2 fallecimientos, en 2019 un niño de 2 años y en 2022 una niña de 1 año de edad.

El Hospital Notti ha notificado el 78% de los casos al ser el hospital de referencia en pediatría, seguido por el Hospital Schestakow con el 11%, y el Hospital Fleming con el 4%.

**Gráfico N° 38: Casos internados SUH-Años 2019 a 2022- Mendoza**



## DISTRIBUCIÓN POR DEPARTAMENTO Y GRUPO ETARIO

Cuando tomamos el período completo, 2019 a 2022, podemos observar que el 27,5 % de los casos notificados tiene residencia en Guaymallén, seguido por Maipú con el 16,3% de los casos y San Rafael con el 8,8%.

**Tabla N° 4: Distribución de casos SUH por departamento- Período 2019 /22- Mendoza**

DEPARTAMENTO	CASOS	%
Guaymallén	22	27,5
Maipú	13	16,3
Capital	6	7,5
Las Heras	5	6,3
Luján de Cuyo	4	5
Godoy Cruz	3	3,8
San Martín	6	7,5
Santa Rosa	2	2,5
Junín	1	1,3
Rivadavia	1	1,3
San Carlos	2	2,5
Tunuyán	2	2,5
Tupungato	1	1,3
San Rafael	7	8,8
General Alvear	1	1,3
Malargüe	1	1,3

**Tabla N° 5: SUH- Casos sospechosos por GRUPO ETARIO - Mendoza- 2019 a 2022**

Grupo etario	2019	2020	2021	2022
6 a 11 M				2
12 a 23 M	2	5	4	8
2 a 4	10	13	3	14
5 a 9	4	7	3	1
10 a 14				1
25 a 34		1		
35 a 44				1
45 a 64				1
TOTAL	16	26	10	28

**Tabla N° 6: SUH- por Departamento - Mendoza- 2019 a 2022**

DEPARTAMENTO	2019	2020	2021	2022
Capital		1	1	4
General Alvear			1	
Godoy Cruz		2		1
Guaymallén	3	9	1	9
Las Heras	4			1
Luján de Cuyo	2	1		1
Maipú	1	3	3	6
Rivadavia			1	
San Carlos		1	1	
San Martín	1	3		2
San Rafael	2	2	1	2
Santa Rosa		1		1
Tunuyán	1	1		
Tupungato				1
Junín		1		
Malargüe		1		
Otras provincias	1		1	
S/E	1			
<b>Total general</b>	<b>16</b>	<b>26</b>	<b>10</b>	<b>28</b>

## BIBLIOGRAFÍA DIARREAS Y SUH

- Boletín epidemiológico nacional N 611 SE 29 | 2022  
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-epidemiologico-nacional-n-611-se-29-2022>
- Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2022
- “Actualización en síndrome hemolítico urémico atípico: diagnóstico y tratamiento. Documento de consenso”. An update for atypical haemolytic uraemic syndrome: Diagnosis and treatment. A consensus document. Nefrología (English Edition), Volume 35, Issue 5, September–October 2015, Pages 421-447- Josep M. Campistol, Manuel Arias, Gema Ariceta, Miguel Blasco, Laura Espinosa, Mario Espinosa, Josep M. Grinyó, Manuel Macía, Santiago Mendizábal, Manuel Praga, Elena Román, Roser Torra, Francisco Valdés, Ramón Vilalta, Santiago Rodríguez de Córdoba. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2015.07.005>

## 5

## ENFERMEDADES EMERGENTES: INFLUENZA AVIAR

La influenza aviar (IA) es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta tanto a las aves de corral como a las silvestres. Es causada por múltiples subtipos de Influenza A; la variante H5N1 es la que se ha detectado en aves en nuestro país en los últimos meses. Ocasionalmente las personas pueden infectarse con el virus de influenza aviar principalmente a través del contacto directo con animales infectados vivos o muertos o sus entornos contaminados.

***Es importante destacar que la enfermedad no se transmite a las personas por el consumo de carne aviar y subproductos aviares.***

La transmisión interhumana es muy poco frecuente y existen casos anecdóticos registrados en la bibliografía.

***A la fecha de cierre del presente boletín, NO se han reportado en la provincia de Mendoza focos de IA (H5N1) en aves, ni se han identificado en nuestro país casos humanos asociados a los focos registrados en aves en otras provincias.***

Ante casos humanos que presenten síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) compatibles con IA y que refieran exposición a aves enfermas, muertas o sus entornos contaminados, se deberá:

- 1) Realizar el abordaje clínico habitual en el ámbito que corresponda, ambulatorio o de internación.
- 2) Además, **realizar en forma inmediata la denuncia a SENASA para la evaluación de las aves.**

***Contactar con la oficina local más cercana del SENASA, enviar la notificación a través de la app Notificaciones SENASA disponible para sistema operativo Android, por mail a [notificaciones@senasa.gob.ar](mailto:notificaciones@senasa.gob.ar), por teléfono al 11 5700 5704 o completando el formulario online.***

En caso de confirmarse el foco animal (IA en las aves), el/ la paciente se considerará caso sospechoso de IA y deberá ser estudiado y notificado en el evento correspondiente a “Sospecha de virus emergente”.

Ficha de notificación <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/sospecha-de-influenza-aviar-en-humanos>

En el siguiente vínculo, dispone de la información actualizadas para el manejo y notificación de los casos humanos: **Actualización de Influenza Aviar. Protocolo de trabajo. Provincia de Mendoza. Marzo 2023.** <https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2023/03/ACTUALIZACION-INFLUENZA-AVIAR.-PROTOCOLO-DE-TRABAJO.-Provincia-de-Mendoza.-Marzo-2023.pdf>

## 6

## ESTADO DE NOTIFICACIÓN AL SNVS 2.0

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.

### Estrategia de Vigilancia Clínica

#### 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
<b>CAPITAL</b>	
Centros de Salud Provinciales	8
Centros de Salud Municipales	8
<b>GUAYMALLÉN</b>	8
<b>LAS HERAS</b>	
Centros de Salud Provinciales	9
Centros de Salud Municipales	9
<b>LAVALLE</b>	9
<b>MAIPÚ</b>	
Centros de Salud Provinciales	6
Centros de Salud Municipales	9
<b>LUJÁN DE CUYO</b>	8
<b>GODOY CRUZ</b>	9
<b>JUNÍN</b>	10
<b>RIVADAVIA</b>	7
<b>SAN MARTÍN</b>	6
<b>LA PAZ</b>	4
<b>SANTA ROSA</b>	9
<b>SAN CARLOS</b>	10
<b>TUNUYÁN</b>	9
<b>TUPUNGATO</b>	9
<b>SAN RAFAEL</b>	
Centros de Salud Provinciales	9
Centros de Salud Municipales	8
<b>GENERAL ALVEAR</b>	10
<b>MALARGÜE</b>	0

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	Semanas de atraso
HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS	9	1
HOSPITAL CENTRAL	5	5
HOSPITAL MILITAR REGIONAL	0	10
HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE	9	1
O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING	10	0
HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI	10	0
HOSPITAL ARTURO U. ILLIA	10	0
HOSPITAL DOMINGO S. F. SICOLI	10	0
HOSPITAL ALFREDO METRAUX.	4	6
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN	9	1
HOSPITAL REGIONAL MALARGUE	10	0
HOSPITAL CARLOS F. SAPORITI	9	1
HOSPITAL VICTORINO TAGARELLI	10	0
HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO	4	6
HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW	10	0
HOSPITAL EVA PERON.-	8	2
HOSPITAL FERNANDO ARENAS RAFFO	9	1
HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI	4	6
HOSPITAL GREGORIO LAS HERAS	8	2
HOSPITAL JOSÉ NESTOR LENCINAS	0	10
HOSPITAL CARRILLO	10	0
HOSPITAL DEL CARMEN	10	0
HOSPITAL DR. HÉCTOR ELIAS GAILHAC	5	5
HOSPITAL LUIS CHRABALOWSKI	10	0

Fuente: SNVS2.0

Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

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

### **Estrategia de Vigilancia de Laboratorio Monitoreo de la oportunidad en la notificación**

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

En este Boletín, se incluye el monitoreo de la notificación agrupada de laboratorio correspondientes al panel viral (infecciones respiratorias) y de la notificación agrupada de diarreas bacterianas. (Tablas 9 y 10)

**Tabla N° 9- Monitoreo de la oportunidad en la notificación: Panel viral infecciones Respiratorias**

Establecimientos	SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING										
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN										
HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI										
HOSPITAL CENTRAL										
HOSPITAL LUIS C. LAGOMAGGIORE										
HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO										
HOSPITAL TEODORO J. SCHESTAKOW										
HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI										
DEPARTAMENTO LABORATORIO DE SALUD PUBLICA										

Fuente: SNVS2.0 Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

**Tabla N° 10- Monitoreo de la oportunidad en la notificación: Diarreas bacterianas**

Establecimientos	SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O.S.E.P. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING.-(2A. SECCION, Mendoza)										
HOSPITAL CARLOS F. SAPORITI.-(RIVADAVIA, Mendoza)	5	7	13							
HOSPITAL DIEGO PAROISSIEN.-(MAIPU, Mendoza)	1	48	30	15	42	42	30	6	12	20
HOSPITAL HECTOR E. GAILHAC.-(EL ALGARROBAL, Mendoza)			1	1						
HOSPITAL REGIONAL MALARGUE.-(MALARGUE, Mendoza)	1		2	3		1				
HOSPITAL ANTONIO J. SCARAVELLI.-(TUNUYAN, Mendoza)	6	13	2	3	6	3	2	2	6	
HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS.-(GENERAL ALVEAR, Mendoza)	10	13	16	21	12	21				
C.A.P.S. 016 VILLA NUEVA.-(VILLA NUEVA, Mendoza)	1									
HOSPITAL ALFREDO I. PERRUPATO.-(CIUDAD DE SAN MARTIN, Mendoza)	52	85	38	56	48	66				
HOSPITAL RAMON CARRILLO.-(EL RESGUARDO, Mendoza)	3	4			1	6	5	10	12	13
HOSPITAL HUMBERTO J. NOTTI.-(GUAYMALLEN, Mendoza)										
HOSPITAL GREGORIO LAS HERAS.-(TUPUNGATO, Mendoza)										

Fuente: SNVS2.0 Elaboración: Sección de Vigilancia de la Salud

**SE notificada con casos** ----- **SE sin notificar** ----- **SE notificada sin casos**

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

[vigilanciadelasaludmza@gmail.com](mailto:vigilanciadelasaludmza@gmail.com)