ISSN 2545-6792 (en línea)
ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 116 Año III / 9 de Noviembre de 2018
Información hasta SE 43

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN

Buenos Aires Ciudad

Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno
Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno
Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud
Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología
Mg. Julián Antman

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo
Prof. Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Dra. Susana Devoto
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Florencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Marco Muñoz
Mg. Mariela Rodríguez
Lic. Mara Tesoriero
Dra. Mónica Valenzuela
Lic. Hernán Zuberman

Data Entrys
Germán Adell
Rosalía Paez Pérez
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiologia
Jefa: Dra. Marina Longordo
Instructora: Dra. Luisa Piatti
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Paula Machado
Vet. Eugenia Toytoyndjian

ISSN 2545-6792 (en línea)
ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia
gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar
Tel.: 4123-3240

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie "Personalidades de la cultura vinculadas con la Ciudad de Buenos Aires"
León Gieco
Nació en Santa Fe en 1951. Músico y cantante, considerado uno de los más importantes del país. Su producción se caracteriza por amalgamar el género folclórico con el rock argentino, así como también incursionó en estilos musicales como cumbia, murga, pop, candombe y heavy metal, imprimiendo a su producción una perspectiva social y de derechos humanos. Grabó más de cuarenta trabajos discográficos entre los que se incluyen álbumes en vivo, colaboraciones con otros artistas, recopilaciones, versiones de sus propias canciones y de otros compositores, además de haber publicado varios volúmenes de canciones inéditas. En 1976, lanzó *El fantasma de Canterville*, disco que sufrió la censura durante la última dictadura militar. En 1978 editó una de sus canciones más famosas *«Sólo le pido a Dios»*. En 1981 comenzó una serie de conciertos independientes a lo largo de 110.000 km, por 3 años. En 1997, participó en el recital que conmemoró los 20 años de las Madres de Plaza de Mayo. En 2001 edita el álbum Bandidos rurales, hasta ahora uno de los más exitosos de su carrera. En 2009, se estrena la película *Mundo alas*, donde debuta como director de cine. A lo largo de su carrera, compartió escenario con artistas, nacionales e internacionales, entre los que cabe mencionar a Mercedes Sosa, Sixto Palavecino, Sting, Peter Gabriel, Bob Dylan, Silvio Rodríguez, Joan Manuel Serrat, Pablo Milanés, entre otros. El 12 de diciembre de 2010 participó en un recital en conmemoración mundial del Día Internacional de los Derechos Humanos que coincidió en Argentina con el Día de la restauración de la democracia que se llevó a cabo en la Plaza de Mayo. En 1985 Obtuvo el Premio Konex de Platino como Mejor Cantante de Rock. En el 2004, fue declarado Ciudadano ilustre de la Ciudad de Buenos Aires por la legislatura porteña. En 2005, recibe el Premio Konex - Diploma al Mérito como mejor Solista de Rock de la década en Argentina y en 2015 el mismo premio en la categoría Autor / Compositor. Foto de portada: modificada de https://www.telediariodigital.net.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES 5
NUEVA EDITORIAL (DEL BES 113) 6
I. EL BES... 7
I.1. INTRODUCCIÓN 7
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS 7
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS 2.0 7
I.2.B. Otras fuentes 7
II. RESUMEN EJECUTIVO 8
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO 9
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS 11
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL 11
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO 11
IV.3. GASTROENTÉRICAS 11
IV.4. HEPATITIS 11
IV.5. INMUNOPREVENIBLES 11
IV.6. INTOXICACIONES 12
IV.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS 12
IV.8. OTRAS 12
IV.9. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES 12
V. VIGILANCIA DE PALUDISMO EN ARGENTINA.2005-2018. 13
V.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL 13
V.1.A. Estratificación de riesgo de reintroducción de paludismo en Argentina 15
V.1.B. Definiciones de caso 16
V.1.B.i. Caso sospechoso de paludismo: 16
V.1.B.ii. Caso confirmado de paludismo: 16
V.1.B.iii. Caso descartado: 16
V.1.C. Notificación de casos 16
VI. AVANCE DE META CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE SARAMPION-RUBEOLA (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). QUINTA SEMANA. CABA. 18
VII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI 19
VII.1. INTRODUCCIÓN 19
VII.1.A. Sobre el informe de las ETMAa 19
VII.1.B. Nota metodológica 19
VII.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL 19
VII.2.A. Situación regional 20
VII.2.A.i. Dengue en Brasil 20
VII.2.A.ii. Chikungunya en Brasil 20
VII.2.A.iii. Zika en Brasil 21
VII.3. SITUACIÓN NACIONAL 21
VII.3.A. Situación actual en Argentina 21
VII.4. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-43) 21
VII.4.A. Antecedentes y situación actual 22
VII.4.B. Dengue 25
VII.4.C. Fiebre amarilla 27
VII.4.D. Zika 27
VII.4.E. Fiebre Chikungunya 27
VIII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS 28
VIII.1. INTRODUCCIÓN 28
VIII.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA 28
VIII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS 29
VIII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 43. 29
VIII.5. MORTALIDAD POR IRA 31
VIII.6. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS 31
IX. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS 35
IX.1. SITUACIÓN EN ARGENTINA 2017 35
IX.2. SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA 35
IX.2.A. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018 35
IX.2.B. Características de la población 36
IX.2.B.i. Sexo y edad 36
IX.2.B.ii. Localización y comorbilidades 36
IX.2.C. Distribución según efectores del total asistido 37
IX.2.D. Monitoreo de la evaluación del tratamiento 39
IX.2.D.i. Situación actual 39
IX.2.D.ii. Situación histórica de evaluación del tratamiento según año cerrado 40
X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES 42

SOBRE LAS TAPAS DEL BES

El arte, en sus diferentes expresiones, no solo da cuenta de la subjetividad colectiva, sino que nos presenta una forma particular de bienestar, una manera de vincularse con otros, de construcción social, vale decir, nos permite relacionarnos con la salud de una época.

Este ministerio, desde la Gerencia Operativa de Epidemiología, a través del Boletín Epidemiológico semanal, sostiene la importancia de la dimensión cultural en la Salud. Por este motivo, iniciamos una nueva serie de portadas del BES en las que incluimos personalidades que forman parte de la cultura y que -a través de diferentes áreas artísticas- han logrado construir un lazo con la Ciudad de Buenos Aires a partir de su obra.

Dra. Ana María Bou Pérez
Ministra de Salud
Ministerio de Salud, CABA

NUEVA EDITORIAL (DEL BES 113)

Entre los meses de Agosto y septiembre, desde la Gerencia Operativa de Epidemiología, se realizó una encuesta sobre el Boletín Epidemiológico Semanal, con el objetivo de conocer la opinión de los lectores y, a partir de sus sugerencias, realizar cambios para mejorarlo.

Nos satisfizo conocer el alto porcentaje de receptores que consideraron que el BES es importante para su trabajo. Sostenemos que es un producto de difusión de la información epidemiológica de la CABA, de este modo responde a uno de los más firmes objetivos de la epidemiología, y al mismo tiempo plasma y retroalimenta el trabajo diario de cada equipo, el cual a veces no es visible por el intenso ritmo laboral del campo de la salud.

La encuesta fue un instrumento diseñado para reconocer la importancia que cada lector tiene, porque su uso debe fundamentalmente responder a las necesidades que la práctica nos demanda: conocer la situación de los eventos, hacer foco en alguno o algunos en particular (y lo hemos experimentado en este año con el brote de Sarampión, por ejemplo), acercarles a los usuarios información útil, práctica, concisa, necesaria, a veces para intervenciones, otras para profundizar un tema y, en todos los casos, para dimensionar cómo el dato se transforma en información para la acción.

A partir de una de las opiniones que más reflejó la encuesta, en este Boletín se presenta el primero de cuatro informes sobre la situación epidemiológica de los Siniestros Viales en la CABA, producto de un trabajo articulado con el Observatorio de Seguridad vial. Es de vital importancia dimensionar la magnitud de estos eventos, razón por la cual, planificamos continuar su publicación con seguimientos periódicos.

También se tomaron, de todas las encuestas respondidas, las sugerencias sobre cuál es el formato más útil y práctico de presentación de la información, tanto en su extensión, tratamiento de los datos presentados, periodicidad de la misma, priorización de eventos y nuevas incorporaciones.

Es por ello que este boletín, además, presenta un breve análisis de la situación de la enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes, dando cuenta de un importante hallazgo de la vigilancia epidemiológica ocurrido este año en nuestra Ciudad.

La intención es continuar revisando críticamente todo nuestro quehacer en virtud de mejorar los diferentes procesos de trabajo y productos que construimos. Asimismo esperamos que estos cambios y los por venir, contribuyan a mejorar la calidad de este Boletín de acuerdo a lo esperado por la mayoría de ustedes… hasta la próxima!

Dr. Daniel Carlos Ferrante
Subsecretario de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud, CABA

I. EL BES...

I.1. INTRODUCCIÓN

La epidemiología en la gestión tiene como uno de los pilares la recolección, sistematización y análisis de los datos de diferentes fuentes en forma sistemática, periódica y oportuna, para convertirlos en información integrada con el fin de divulgarlos y que esta información permita generar acciones por parte de las autoridades competentes.

El presente boletín es un producto completamente dinámico que pretende cumplir **con varios objetivos, entre ellos, hay dos primordiales**.

El primero es devolver, consolidada y sistematizada, la información vertida por los servicios a través de los diferentes sistemas de información. Como se adelantó en la Editorial, **a partir del BES N°9 los datos provienen de la integración de los módulos de la Vigilancia Clínica (SNVS-C2) y de Laboratorio (SNVS-SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS)**. **A partir del BES 91 se incluyen datos provenientes del nuevo SNVS 2.0, los mismos son extraídos de manera preliminar en el proceso de implementación del mismo.**

Junto con la retroalimentación del sistema, **el objetivo primario del BES es dar cuenta de la situación epidemiológica actual**; por ello, a lo largo de los diferentes números del boletín, se exponen análisis con otras periodicidades no-semanales, donde se caracterizan eventos o situaciones puntuales con el fin de conocer y evaluar críticamente los diferentes escenarios presentados.

A lo anterior, se incorporan otras fuentes de datos, consolidados y análisis especiales que pretenden dar cuenta de la situación epidemiológica. En esta línea están los análisis de mortalidad por diferentes causas, la integración de bases de datos de redes y programas del Ministerio de Salud de la CABA, así como estudios sobre la evaluación del Sistema de Vigilancia. En este camino se presentarán trabajos realizados y desarrollados desde los niveles locales para difundir el trabajo cotidiano que se realiza en territorio.

I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS 2.0

Hasta las SE 17 de 2018 los datos presentados fueron extraídos del SNVS en forma separada a través de los módulos C2 (clínica) y SIVILA (laboratorio) y analizados de forma integrada.

A partir de la SE 18 (29 de abril), desde la implementación del nuevo SNVS 2.0, se utilizará esta fuente de información nacional. El sistema integra ambas estrategias de notificación de los eventos.

I.2.B. Otras fuentes

Para el análisis de otros eventos, se especifica la fuente de información utilizada en el apartado correspondiente.

Así mismo, se utiliza información provista por la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

II. RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de CABA (BES). De acuerdo a las características de cada uno de los eventos bajo vigilancia, se exponen de manera detallada con diferente periodicidad. En la actualidad, a partir de la encuesta realizada recientemente, se está revisando dicha periodicidad y en próximos BES se presentarán los cambios.

Informes semanales/otros:

- ✓ **Vigilancia de Paludismo en Argentina.2005-2018**
- ✓ **Avance de meta de la campaña de seguimiento de sarampión-rubeola (niños/as de 1 a 4 años)**
- ✓ **Vigilancia de las enfermedades transmitidas por el mosquito Aedes Aegypti**
- ✓ **Vigilancia de la Tuberculosis**
- ✓ **Actualización semanal de Infecciones Respiratorias Agudas**

Resumen:

Se observa un descenso en la notificación de los eventos de Transmisión vertical. Las Hepatitis A, B, C y sin especificar presentaron un aumento. Respecto del grupo inmunoprevenibles, los casos de enfermedad febril exantemática aumentaron su notificación considerablemente (es decir, el sistema de presentó con mucha mayor sensibilidad para la notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola). Se observa una disminución en la mayoría de los eventos de meningitis y meningoencefalitis, a excepción de meningoencefalitis sin especificar etiología.

Este boletín es posible gracias al compromiso de los efectores de salud públicos y privados que se involucran en la tarea de vigilancia. El equipo de la gerencia agradece los trabajos remitidos para ser difundidos a través de esta publicación e invita a continuar el envío de los mismos para su divulgación y enriquecimiento de los BES.

III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO

En la siguiente tabla se presentan el total de las notificaciones, provenientes de la integración de los módulos C2 y SIVILA del SNVS hasta el 28 de abril de 2018 y a partir de esa fecha, el SNVS 2.0, correspondientes a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas son cotejadas caso por caso, para evitar la presencia de notificaciones duplicadas y lograr la obtención de una base consolidada aprovechando los atributos de los dos módulos.

Las siguientes tablas se conforman con las notificaciones que contienen datos de domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires junto con los casos donde no figura esta referencia. Por lo tanto, dependiendo el evento, la información puede contener sesgos, para lo cual la GOE está trabajando continuamente para la mejora de la calidad de los datos.

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 43** del corriente año (finalizada el 27 de octubre) y se compara con el mismo período del año 2017 mostrando el aumento o descenso en las columnas "diferencia de casos" -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y "variación porcentual" (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 43** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	174	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	293	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	307		-34
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	26	26		0
	ARANEISMO	3	2	-1	
	OFIDISMO	1	1	0	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	181	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	2	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	16	34	18	
	HEPATITIS B	56	83		48
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	51	74		45
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	78	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	14	537	523	
	PAF*	8	4	-4	
	PAROTIDITIS	276	113		-59
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	71	28		-61
	POR METALES PESADOS	2	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	114	84		-26
	POR OTROS TÓXICOS	54	17	-37	
	POR PLAGUICIDAS	1	1	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	1	0	

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Estos eventos son de publicación mensual, el número de notificaciones corresponde a la semana epidemiológica de publicación (se aclara en las tablas de "detalle de notificación por grupo de evento" la SE a la que corresponde y el BES publicado)

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 43** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	4	2	-2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	5	7	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	12	8	-4	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	2	0	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	6	2	-4	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	8	9	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	19	32	13	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	7	4	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	24	14	-10	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	22	11	-11	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	10	4	-6	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	3	0	-3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	611		-14
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	32	31	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 105			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)				
	FIEBRE CHIKUNGUNYA				
	FIEBRE AMARILLA				
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	36	17	-19	
	PSITACOSIS	9	8	-1	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	7	7	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	7	7	
	LEPTOSPIROSIS	45	24	-21	
	PALUDISMO	1	9	8	
	TRIQUINOSIS	0	3	3	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	7	6	-1	

Nota: La información de la tabla es parcial y sujeta a modificaciones; se incluyen casos notificados con lugar de residencia en la CABA que pueden haber presentado antecedente de viaje.

*Estos eventos son de publicación mensual, el número de notificaciones corresponde a la semana epidemiológica de publicación (se aclara en las tablas de "detalle de notificación por grupo de evento" la SE a la que corresponde y el BES publicado)

IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

Las tablas que se exponen a continuación corresponden al detalle de la Consolidada por Grupo de Eventos (ítem 4), presentando los datos ampliados según el criterio epidemiológico de clasificación del caso. Por lo tanto las especificaciones de metodología son las descriptas anteriormente.

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	6	1	123	44	174	6	1	91	6	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	0	0	0	118	90	0	0	0	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	40	16	198	39	293	33	16	147	4	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	0	0	0	466	307	0	0	0	307		-34

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la **SE 34 2017-2018** en el **BES N° 107.**

Los datos presentados de **Chagas Congénito y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 73** y hasta la **SE 36 2017-2018** en el **BES N° 109.**

IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	5	10	11	0	26	3	4	19	0	26		0
	ARANEISMO	1	2	0	0	3	0	0	2	0	2	-1	
	OFIDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

IV.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	181	0	0	0	181	163	0	0	0	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	0	0	0	17	12	0	0	0	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	0	0	0	3	3	0	0	0	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Diarreas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 33 2017-2018** en el **BES N° 106.**

IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	16	0	0	0	16	23	2	7	2	34	18	
	HEPATITIS B	34	5	17	0	56	37	13	33	0	83		48
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	36	1	14	0	51	46	7	20	1	74		45
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	8	0	10	0	18	18	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	10	0	59	9	78	9	0	35	1	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	13	14	6	1	424	106	537	523	
	PAF*	0	0	6	2	8	0	0	3	1	4	-4	
	PAROTIDITIS	28	28	220	0	276	14	1	98	0	113		-59

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Coqueluche de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 29 2017-2018** en el **BES N° 102.**

IV.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	21	7	43	0	71	5	0	23	0	28		-61
	POR METALES PESADOS	0	2	0	0	2	0	0	4	0	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	36	32	44	2	114	6	0	76	2	84		-26
	POR OTROS TÓXICOS	44	2	8	0	54	7	0	10	0	17	-37	
	POR PLAGUICIDAS	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

IV.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	4	0	0	0	4	2	0	0	0	2	-2
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	4	0	1	0	5	3	0	4	0	7	2
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	3	5	0	12	0	0	8	0	8	-4
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	6	0	0	0	6	1	0	1	0	2	-4
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	0	1	0	8	7	0	2	0	9	1
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	3	1	12	3	19	1	1	27	3	32	13
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	4	1	1	1	7	1	0	2	1	4	-3
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	22	1	1	0	24	13	0	1	0	14	-10
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	4	5	10	3	22	1	0	9	1	11	-11
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	8	0	1	1	10	2	0	1	1	4	-6
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

IV.8. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	-3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	0	0	0	44	14	0	0	0	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	0	0	1	3	0	0	0	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	0	0	0	708	611	0	0	0	611		-14

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

Los datos presentados de **Tuberculosis de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 76** y hasta la **SE 31 2017-2018** en el **BES N° 104.**

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la **SE 34 2017-2018** en el **BES N° 107.**

IV.9. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	6	5	21	0	32	31	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 105											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)												
	FIEBRE CHIKUNGUNYA												
	FIEBRE AMARILLA												
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	1	0	34	1	36	1	0	7	9	17	-19	
	PSITACOSIS	4	0	5	0	9	0	0	8	0	8	-1	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	7	0	0	0	7	7	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	7	
	LEPTOSPIROSIS	1	4	25	15	45	0	1	9	14	24		-47
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	6	1	2	0	9	8	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	2	0	3	3	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	7	0	7	0	0	3	3	6	-1	

Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado.

La caracterización de **Dengue, Zika y Chikungunya** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 105.**

V. VIGILANCIA DE PALUDISMO EN ARGENTINA.2005-2018.

El siguiente informe corresponde a un informe especial publicado por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en el Boletín Integrado de Vigilancia | N° 426– SE 42 2018| Páginas 46 a 53.

Para más información sobre el tema y materiales sobre este evento disponibles:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_426_se42_vf.pdf

V.1. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL

El paludismo o malaria es una enfermedad potencialmente mortal causada por la infección de una o más de cinco especies de parásitos protozoarios intracelulares: *Plasmodium vivax, Plasmodium falciparum, Plasmodium ovale, Plasmodium malariae,* y *Plasmodium knowlesi*, que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles*.

El cuadro clínico clásico consiste en accesos febriles precedidos por escalofríos y seguidos de sudoración intensa, cuya periodicidad depende de la especie parasitaria de plasmodium involucrada. El cuadro clásico puede no presentarse en los pacientes procedentes de comunidades donde existe una alta carga de enfermedad.

En el año 2016 el número estimado de casos de paludismo en el mundo fue 216 millones (IC 95%: 196-263 millones), registrados en la Región de África de la OMS (90%), seguidos por la Región de Asia Sudoriental (7%) y la Región del Mediterráneo Oriental (2%).

En la Región de las Américas, ocurrió un descenso sostenido en el número de casos desde 2005 hasta 2014, pero a partir de 2015 se observó un nuevo aumento, notificado desde 2016 por 13 países de la Región: Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Venezuela, Brasil, Ecuador, México y Nicaragua. Además, en Cuba y Costa Rica se notificaron casos autóctonos y Honduras registró casos de paludismo en un área donde no se habían detectado casos recientemente. Sin embargo en Paraguay se certificó la eliminación de paludismo a principios de 2018.

Argentina fue la primera nación en la que la enfermedad se redujo a niveles mínimos, en comparación con otros países en América del Sur. Se contaba con una legislación considerada en esa época como una de las más completas y efectivas para esta patología. Junto al impacto producido por la campaña de erradicación con DDT entre 1947 y 1949, los casos mostraron una tendencia claramente descendente, con años epidémicos relacionados con la situación en los países limítrofes. Los últimos brotes registrados fueron en la provincia de Misiones en el año 2007 y en la provincia de Salta en el año 2010. Si bien en nuestro país los casos autóctonos existentes hasta 2010 se debieron a *P. vivax*, cabe la posibilidad de introducción de casos de paludismo por *P. falciparum* provenientes de otros países, con lo cual existiría mayor riesgo de desarrollo de formas graves.

Entre la SE 1 de 2005 y la SE 43 de 2018 se notificaron 456 casos importados de paludismo. El 72,4% provenían de América del Sur, 12,7% de África, 1,4% de Asia y 0.7% de la región del Caribe. Se reportaron cuatro fallecimientos en casos importados durante el período 2005-2017; tres por *P. falciparum* y uno por *P. malariae*.

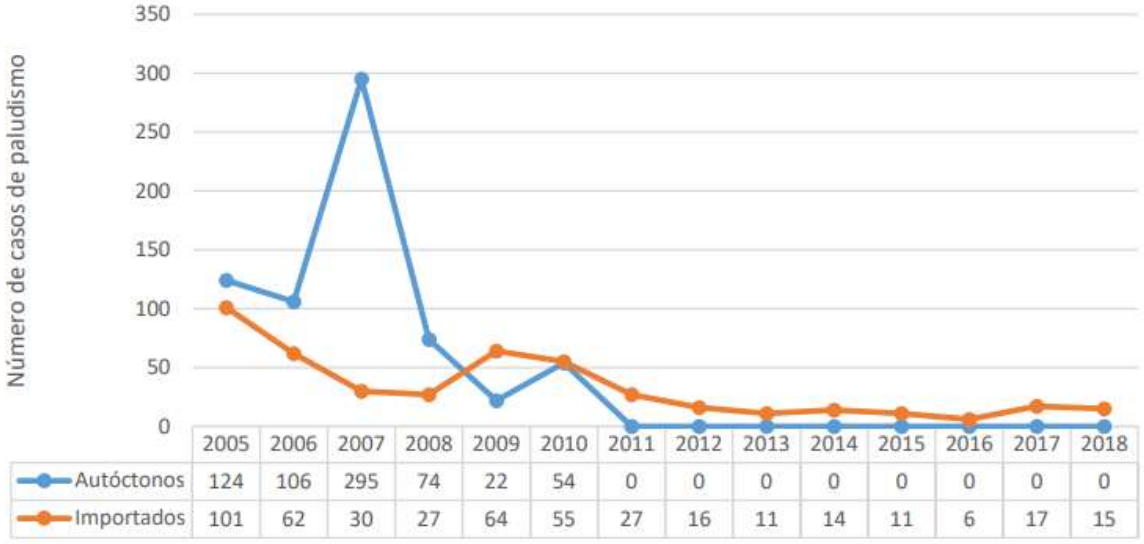
Tabla 1. Casos importados de paludismo según país de adquisición de la infección. Argentina. 2005-2018 hasta SE 43.

Continente	País de adquisición de la infección	Año 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	Total
África	Sin dato	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
	Angola	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	Burkina Faso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	Camerún	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	1	1	6
	Congo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3
	Costa de Marfil	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
	Ghana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	Guinea Ecuatorial	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Kenia	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
	Madagascar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Mozambique	0	1	2	0	2	0	2	1	1	1	0	0	2	0	12
	Nigeria	1	0	0	0	0	0	2	3	0	1	2	2	2	1	14
	Senegal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	Sudáfrica	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	Togo	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
	Uganda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
	Tanzania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
América del Sur	Bolivia	100	58	24	26	60	49	13	7	2	2	1	1	5	0	348
	Brasil	0	0	2	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	8
	Colombia	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	Paraguay	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Venezuela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
	Perú	0	0	0	1	0	0	1	1	1	3	2	0	0	2	11
Asia	India	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	5
	Tailandia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Caribe	Rep. Dominicana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
	Sin dato	0	1	2	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	0	9
Total general		101	62	30	27	64	55	27	16	11	14	11	6	17	15	456

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

A continuación se exponen los casos de paludismo en Argentina según origen de la infección.

Gráfico 1. Casos de paludismo según origen de la infección. Argentina 2005-2018.



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

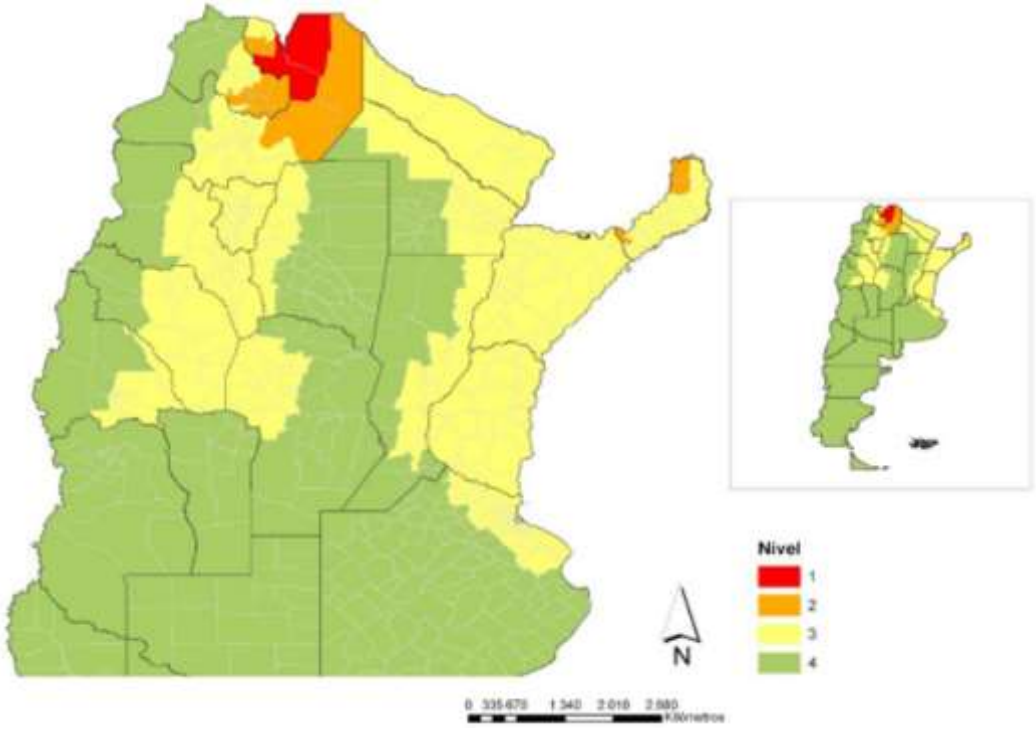
Desde el año 2011 los casos registrados en el país fueron exclusivamente importados, por lo cual actualmente la Argentina se encuentra en proceso de certificación de la eliminación de paludismo. El proceso de certificación incluye la demostración - a partir de las bases de datos y la documentación existente- de la ausencia de casos autóctonos en los últimos 3 años.

Para prevenir la reintroducción de la enfermedad debe mantenerse un sistema de vigilancia que garantice la detección precoz de los casos importados, el diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, la vigilancia y control vectorial focalizado.

V.1.A. Estratificación de riesgo de reintroducción de paludismo en Argentina

Se ha confeccionado un mapa de riesgo de reintroducción de paludismo en Argentina en función de la receptividad y vulnerabilidad de las áreas (determinadas respectivamente por la presencia del vector y los movimientos migratorios), considerando también la distribución histórica de los casos. El escenario de riesgo I corresponde al de mayor riesgo.

Mapa 1. Distribución de los escenarios de riesgo de paludismo. Argentina 2018.



Fuente: DNASS. Argentina. 2018

ESCENARIO DE RIESGO I: Departamentos de Orán y Gral. José de San Martín. Provincia de Salta.

ESCENARIO DE RIESGO II: Algunos de los departamentos de las provincias de Salta (Anta, Iruya y Rivadavia), Jujuy (Ledesma, San Pedro y Santa Bárbara, El Carmen, Palpalá y Belgrano) y Misiones (Puerto Iguazú, Eldorado y Capital)

ESCENARIO DE RIESGO III: corresponde a las áreas con hallazgo del vector, sin antecedentes de transmisión autóctona por más de 40 años: provincias de Tucumán, Formosa, Entre Ríos, Corrientes y partes de Salta, Jujuy, Misiones, Santiago del Estero, San Juan, La Rioja, Catamarca, Córdoba, Chaco y norte de Buenos Aires.

ESCENARIO DE RIESGO IV: corresponde al resto de la Argentina, que es un área no receptiva (sin presencia del vector) y sin antecedentes de transmisión palúdica. En algunas ciudades (con alta afluencia turística, por ejemplo) existe la posibilidad de detectar casos importados, por lo cual será necesario mantener una vigilancia y manejo de casos eficaz.

V.1.B. Definiciones de caso

Debido a las características clínicas de la enfermedad y a la superposición en la distribución geográfica de *Anopheles* y *Aedes* en varias regiones del país, la vigilancia de paludismo en Argentina se integra a la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico. No obstante, se elaboraron definiciones de caso específicas para paludismo, que ponen de relevancia los antecedentes epidemiológicos del caso y deben utilizarse para su detección en todo el territorio nacional

V.1.B.i. Caso sospechoso de paludismo:

1. Toda persona que presente fiebre (> de 38° C) o historia de fiebre, sin etiología definida y que presente al menos uno de los siguientes antecedentes epidemiológicos:

a. Que haya viajado a una zona con transmisión activa de paludismo en el último año (extendido a 3 años para las áreas en riesgo de *P. vivax*

b. Antecedente personal de haber padecido la enfermedad en los últimos 5 años

c. Que resida o haya viajado a zonas receptivas de Argentina en las que se hayan presentado casos de paludismo en el último mes

ó

2. Paciente que presente anemia, hepatomegalia y/o esplenomegalia de causa desconocida (con o sin referencia de fiebre) y antecedente de viaje a zona con transmisión de paludismo

ó

3. Receptor de donación de sangre o trasplantes que presente fiebre sin etiología conocida durante los 3 meses posteriores a la recepción.

V.1.B.ii. Caso confirmado de paludismo:

Toda persona con detección de parásitos palúdicos por microscopía en frotis de sangre o en gota gruesa, o PCR positiva, o prueba rápida positiva.

V.1.B.iii. Caso descartado:

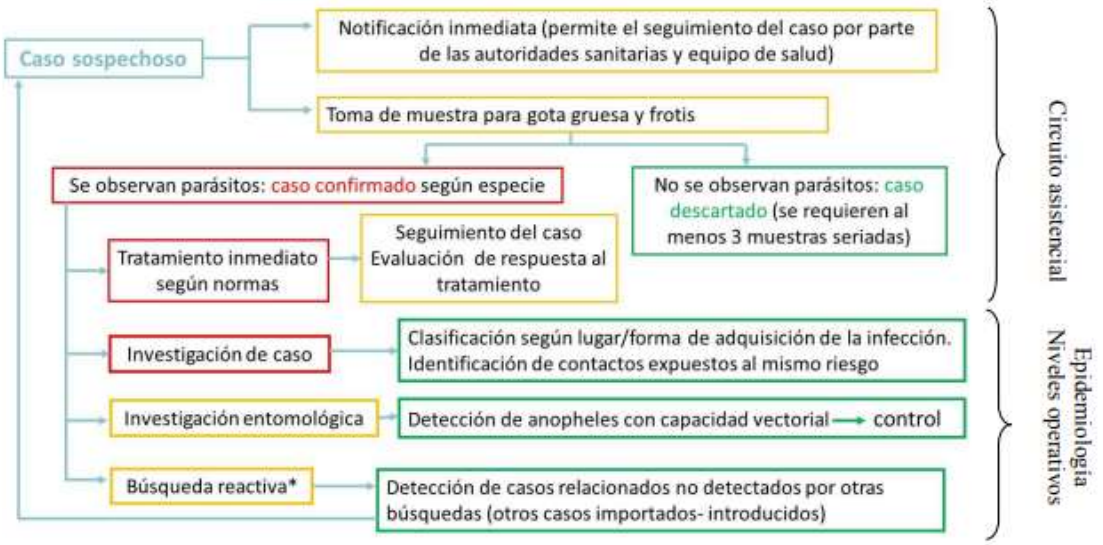
Caso sospechoso en el cual no se detectaron parásitos palúdicos por microscopía en frotis de sangre o en gota gruesa, o PCR negativa. Para descartar el caso deben efectuarse al menos 2 frotis diarios, tomados con un lapso mínimo de 8 a 12 horas entre ambos, durante 3 días.

V.1.C. Notificación de casos

- Los casos deben notificarse desde la sospecha en forma inmediata (dentro de las 24 horas) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, tanto por el componente clínico como por el laboratorio.
- Como instrumento de recolección de la información se utiliza la ficha de SFI
- La notificación se realiza a través del SNVS 2.0.

En el siguiente gráfico se sintetizan las acciones que deben llevarse a cabo ante la detección de casos sospechosos de paludismo, mientras que el gráfico n° 3 presenta el resumen de las acciones según escenario epidemiológico.

Gráfico 2: Acciones epidemiológicas ante la detección de casos de paludismo.



*La metodología de búsqueda reactiva varía dependiendo del riesgo epidemiológico existente en el área donde se detecta el caso. La investigación y control entomológico no aplican en el escenario de riesgo IV.
Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

Gráfico 3: Síntesis de las acciones según escenario epidemiológico

ESCENARIO	NOTIFICACIÓN DE CASO*	INVESTIGACIÓN DE CASO	BÚSQUEDA REACTIVA	VIGILANCIA PASIVA INTENSIFICADA	INVESTIGACIÓN ENTOMOLÓGICA	BÚSQUEDA PROACTIVA
I	Nominal e inmediata.	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	En localidades definidas por la provincia
II	Nominal e inmediata.	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	En localidades definidas por la provincia
III	Nominal e inmediata.	Siempre	Dependiendo de la investigación entomológica	Dependiendo de la investigación entomológica	Según características clilmáticas y ambientales de la localidad de detección del caso	No
IV	Nominal e inmediata.	Siempre	Limitada a los contactos que viajaron con el caso a la misma zona.	No	No	No

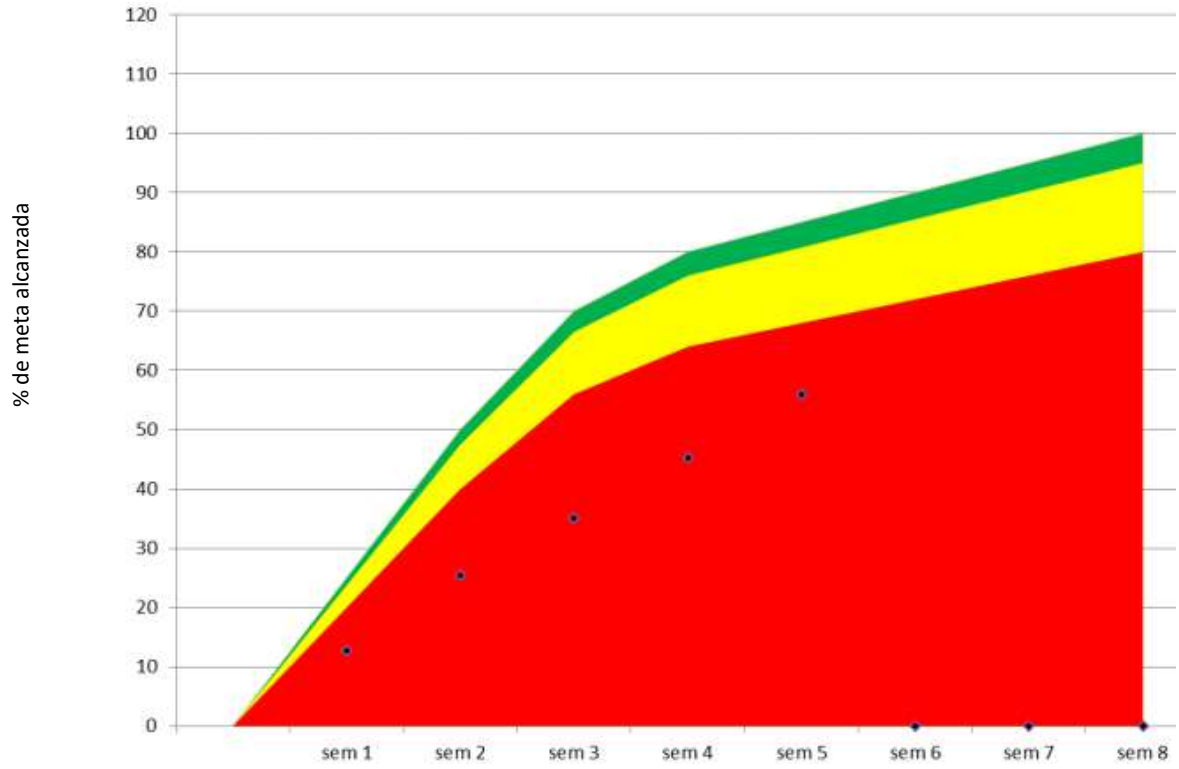
*Los casos sospechosos detectados durante la búsqueda reactiva o la investigación epidemiológica deben ser notificados de forma nominal e inmediata, independientemente de que luego resulten confirmados o descartados.
Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.

VI. AVANCE DE META CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE SARAMPION-RUBEOLA (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). QUINTA SEMANA. CABA.

A partir del 1° de octubre comenzó la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubeola y Paperas, con el propósito de mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y síndrome de rubeola congénita en Argentina. **La misma se llevará a cabo en forma intensiva desde el 1° de octubre hasta el 30 de noviembre.**

Todos los/as niños/as de 13 meses a 4 años inclusive, tienen que recibir una dosis adicional de vacuna triple viral, aunque ya estén vacunados/as. La población meta para CABA es de 159.064 niños/as.

Gráfico 4. Campaña de seguimiento de Sarampión-rubeola. Avance de meta de quinta semana. CABA.



Fuente: Programa de inmunizaciones CABA.

El objetivo de la quinta semana fue lograr el 85% de la meta global, el porcentaje alcanzado fue de 55,9%.

Los efectores públicos vacunaron a 54.513 niños y niñas de la población objetivo, obteniéndose una cobertura 65% a la semana analizada.

Gráfico 5. Campaña de seguimiento Sarampión –rubeola. Número de vacunados y porcentaje de cobertura según edad. CABA. Semana 1 a 5.

	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Población	33.446	40.136	41.866	43.716	159.164
Vacunados	17.701	23.948	24.025	23.269	88.943
Cobertura	52,92	59,67	57,39	53,23	55,9 %

Fuente: Programa de inmunizaciones CABA.

VII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI

VII.1. INTRODUCCIÓN

VII.1.A. Sobre el informe de las ETMAa

La incidencia de las enfermedades transmitidas por mosquitos *Aedes aegypti* (ETMAa) es un problema de salud pública en diversos países del mundo incluyendo los de la región de las Américas. En ello influyen factores como el cambio climático, la modificación del ecosistema por parte del accionar humano y los movimientos poblacionales. Además de las necesarias actividades de prevención para la eliminación de criaderos del mosquito, es relevante la implementación adecuada de los mecanismos de vigilancia epidemiológica. La detección temprana de estas enfermedades permite un accionar rápido y efectivo en la generación de acciones y políticas sanitarias.

Dentro de los escenarios teóricos que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, relacionados con la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, en la actualidad nos encontramos en el N° 1.

Escenario 0	Escenario 1 Riesgo bajo	Escenario 2 Riesgo medio	Escenario 3 Riesgo alto
Julio – septiembre	Septiembre- Noviembre	Diciembre – Febrero	Marzo - Junio
Presencia de huevos del vector sin actividad larvaria y sin ocurrencia de casos	Presencia del vector sin existencia de casos de Dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Zika o Fiebre Amarilla	Presencia del vector con existencia de casos sospechosos "importados" de Dengue, F.Chikungunya , Fiebre Zika o F. Amarilla (ausencia de circulación viral regional confirmada)	Presencia del vector con existencia de casos confirmados de Dengue, F.Chikungunya , Fiebre Zika o F. Amarilla (con circulación viral regional confirmada)

VII.1.B. Nota metodológica

La presentación sistemática de los datos de las ETMAa tiene como objetivo describir la notificación oficial realizada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), donde hasta el 28 de abril de 2018 se analiza la integración de los módulos C2 y SIVILA y a partir de esa fecha, los datos provenientes del SNVS$^{2.0}$.

Para este informe se analizaron las notificaciones cuyo lugar de residencia corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y aquellos donde la misma no presenta registros (residencia desconocida)

Para una mayor comprensión de las notificaciones de las ETMAa, en este informe se considera **una determinación por paciente**, por lo cual si una persona es estudiada para diferentes eventos, dentro de las ETMAa, se considera solo uno de ellos teniendo en cuenta el algoritmo diagnóstico para estos eventos.

VII.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL

La situación de la Ciudad de Buenos Aires se encuentra directamente involucrada y modificada por la situación regional y nacional, debido al dinámico desplazamiento de personas entre los países de la región y entre las provincias del país, acrecentadas por el desplazamiento turístico, y a la presencia del mosquito vector en nuestra ciudad.

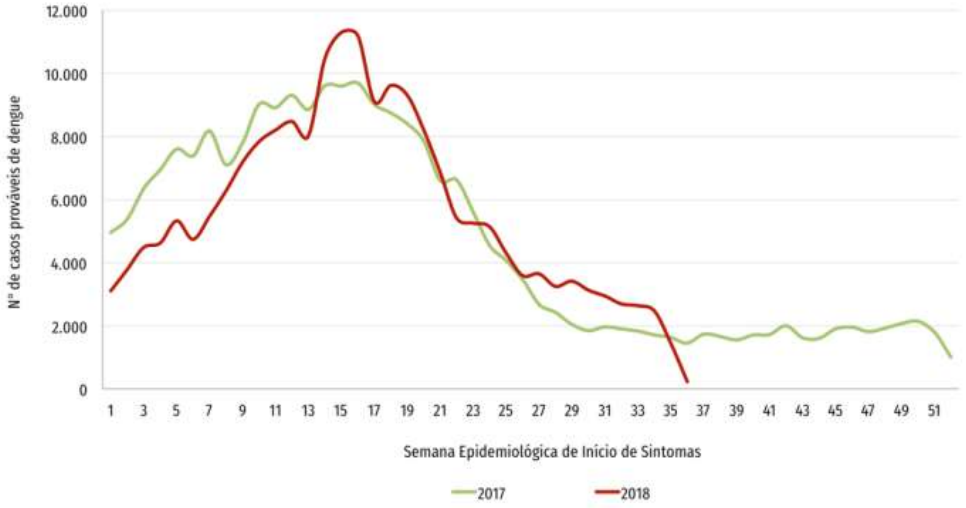
La información regional y nacional es actualizada a partir de la última edición del Boletín Integrado de Vigilancia Semanal que edita el Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Con el fin de poner en contexto la situación de CABA en relación con el país, para un conocimiento completo de la misma, ingresar a http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia.

VII.2.A. Situación regional

VII.2.A.i. Dengue en Brasil

En 2018, hasta la SE 36, la región Centro-Oeste de Brasil presentó el mayor número de casos probables (73.714 casos; 36,3%) en relación al total del país, seguidas por las regiones Nordeste (57.874 casos; 28,5%), Sudeste (57.496 casos; 28,3%), Norte (12.163 casos; 6,0%) y Sur (1.910 casos; 0,9%)[1]. Se observó, según regiones geográficas, que la región Centro-Oeste registró el mayor número de casos confirmados de dengue grave y dengue con señales de alarma, con 97 y 1.407 casos, respectivamente.

Gráfico 1. Casos probables notificados de Dengue según SE de inicio de síntomas hasta SE 36. Brasil, 2017- 2018.

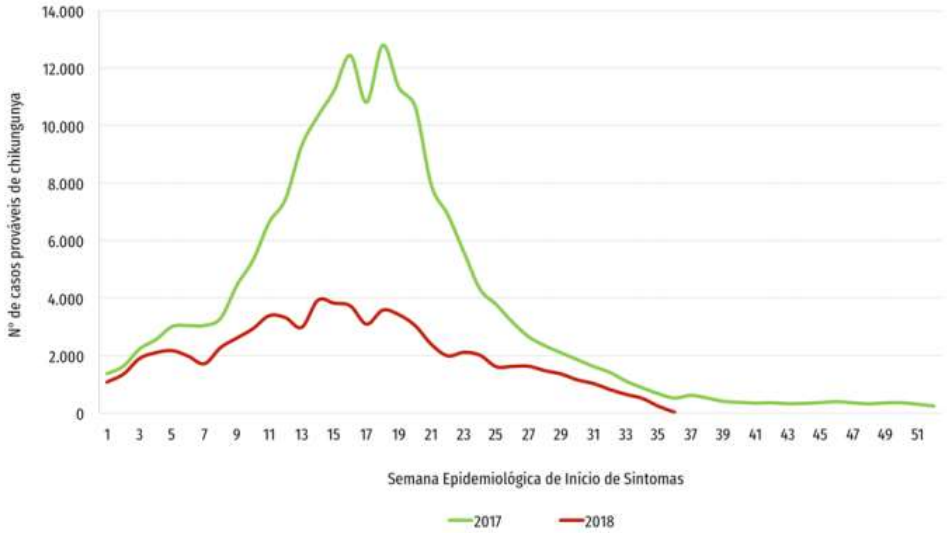


Fuente: Sinan Online (Banco de 2017 actualizado junio 2018).Datos sujetos a cambios.

VII.2.A.ii. Chikungunya en Brasil

Hasta la SE 36, la región Sudeste presentó el mayor número de casos probables de fiebre de Chikungunya (44.515 casos; 59,4%) en relación al total del país, seguidas por las regiones Centro-Oeste (13.575 casos; 18,1%), Nordeste (10.200 casos; 13,6%), Norte (6.414 casos; 8,6%) y Sur (228 casos; 0,3%).

Gráfico 2. Casos probables notificados de Chikungunya según SE de inicio de síntomas hasta SE 36. Brasil, 2017- 2018.



Fuente: Sinan Online (Banco de 2017 actualizado junio 2018).Datos sujetos a cambios

[1] http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/31/Publicacao-BE-2018-SE-36.pdf

VII.2.A.iii. Zika en Brasil

En 2018, hasta la SE 36, se registraron 7.208 casos probables de enfermedad por el virus Zika en el país, con una tasa de incidencia de 3,5 casos / 100 mil hab.; de estos, fueron confirmados 3.079 (42,7%). La región Sudeste presentó el mayor número de casos probables (2.688 casos; 37,3%) en relación total del país; seguida por las regiones Nordeste (2.043 casos; 28,3%), Centro-Oeste (1.592 casos; 22,1%), Norte (852 casos; 11,8%) y Sur (33 casos; 0,5%)

Gráfico 3. Casos probables notificados de enfermedad por el virus Zika según SE de inicio de síntomas hasta SE 36. Brasil, 2017- 2018.

Fuente: Sinan Online (Banco de 2017 actualizado junio 2018).Datos sujetos a cambios.

VII.3. SITUACIÓN NACIONAL

VII.3.A. Situación actual en Argentina[2]

En 2018, hasta la SE 41, se notificaron 8.546 casos sospechosos para arbovirosis, de los que 750 tienen antecedente de viaje hacia áreas con circulación activa de arbovirus dentro y fuera del país y 7.796 no presentan el antecedente de viaje.

De los casos estudiados sin registro de antecedente de viaje, fueron positivos para dengue 1.805 casos, distribuidos en las provincias de Buenos Aires, CABA, Córdoba; Entre Ríos, Santa Fe, Mendoza, Chaco; Corrientes; Formosa, Misiones, Jujuy, Santiago del Estero, Salta y Tucumán.

Se registraron 57 casos positivos para Zika sin antecedente de viaje en la provincia de Salta (departamentos Gral. San Martín, Orán y en Salta capital), y en la provincia de Buenos Aires, partido de La Matanza.

Fueron notificados 14 casos probables de virus de la Encefalitis de San Luis y 29 casos de flavivirus sin especificar (7 confirmados y 22 probables) en Buenos Aires, CABA, Córdoba, Entre Ríos, Chaco, Corrientes, Formosa y Salta.

VII.4. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-43)

Desde el inicio del año hasta el 27 de octubre de 2018 (semana Epidemiológica 43) **fueron notificados 114 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje.** En la Ciudad de Buenos Aires desde la **SE 26** de **2017** (inicio de la temporada 17/18) hasta la **SE 43** de **2018** se notificaron un total de **630 casos de ETMAa en residentes de la CABA**, incluyendo confirmados, probables, sospechosos y descartados; con

[2] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_426_se42_.pdf

o sin antecedente de viaje. Dentro de ellos se notificaron 543 casos de Dengue, 38 casos de Fiebre Amarilla, 15 de Fiebre Chikungunya y 34 para todos los eventos de infección por Virus Zika.

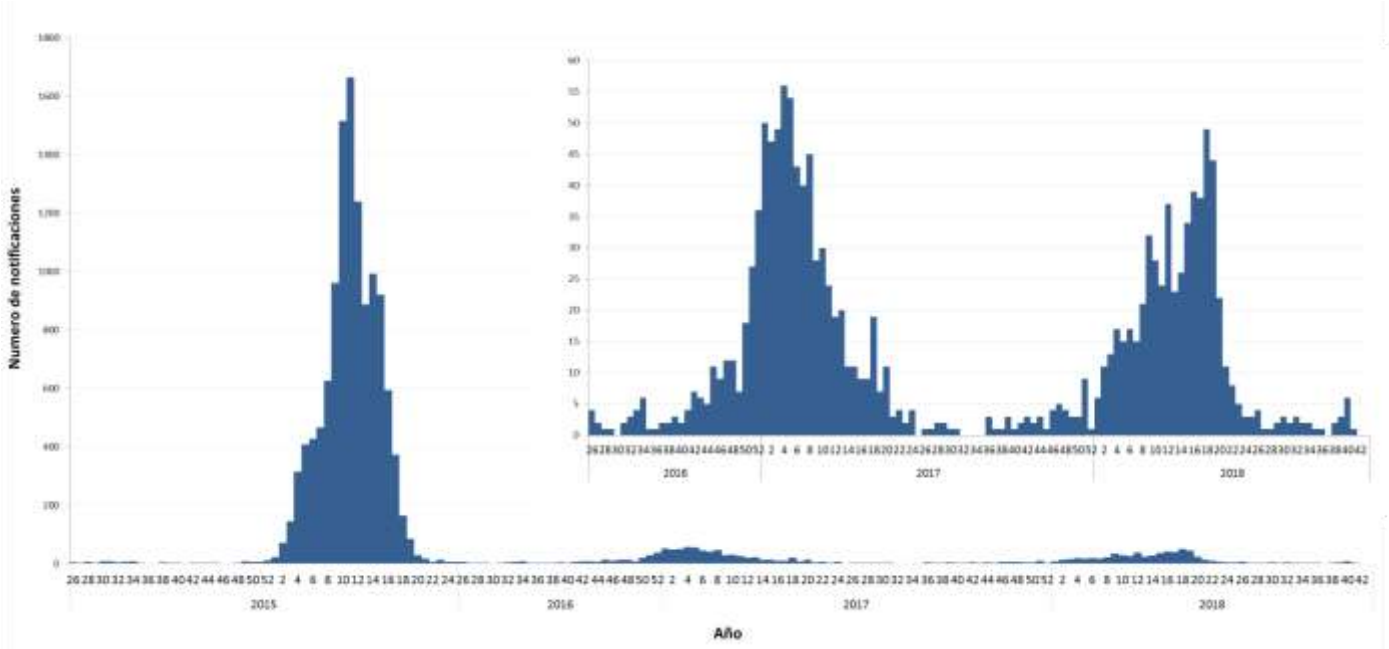
Los casos confirmados de fiebre amarilla en residentes de la CABA fueron 3, todos CON antecedente de viaje a Brasil.

Se recuerda que en la detección y notificación de los casos están involucrados todos los efectores asistenciales, tanto del sector público como privado o de las OOSS. La normativa vigente está disponible en http://www.buenosaires.gob.ar/salud/plan-preventivo-ante-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos. Los temas vinculados con las definiciones de casos sospechosos y los procedimientos de notificación de casos y vigilancia de laboratorio se encuentran descriptos en las páginas 4 a 8 del documento.

VII.4.A. Antecedentes y situación actual

Se presentan los casos notificados, de residentes de la Ciudad, para todas las ETMAa desde la SE 26 de 2015, los años 2016 y 2017, hasta la SE 44 de 2018. El gráfico en menor escala muestra lo ocurrido desde la SE 26 de 2016 hasta la SE 43 de 2018.

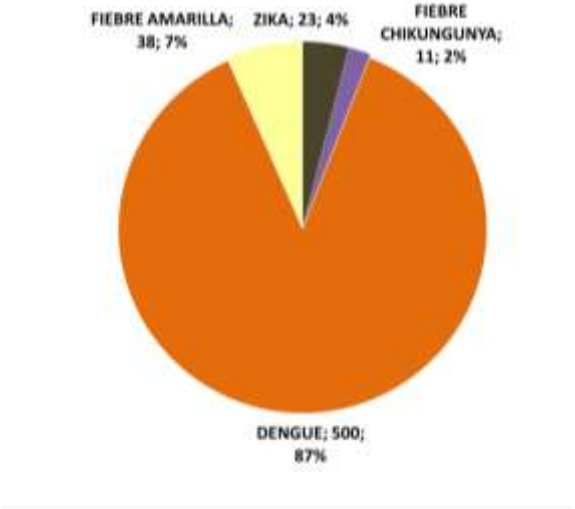
Gráfico 4. Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA.
Año 2015 (SE 26-52, n=82)-2016 (SE 1-52, n=12.114)-2017 (SE 1-52, n=652)- 2018 (SE 1-43, n=572).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS$^{2.0}$

En el siguiente gráfico se muestran las diferentes frecuencias de notificación por evento para cada ETMAa en las SE 1-43 de 2018, en la que se observa preponderancia del evento dengue (n=500).

Gráfico 5. Número y proporción de notificaciones de ETMAa según evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-43, 2018 (N=572).

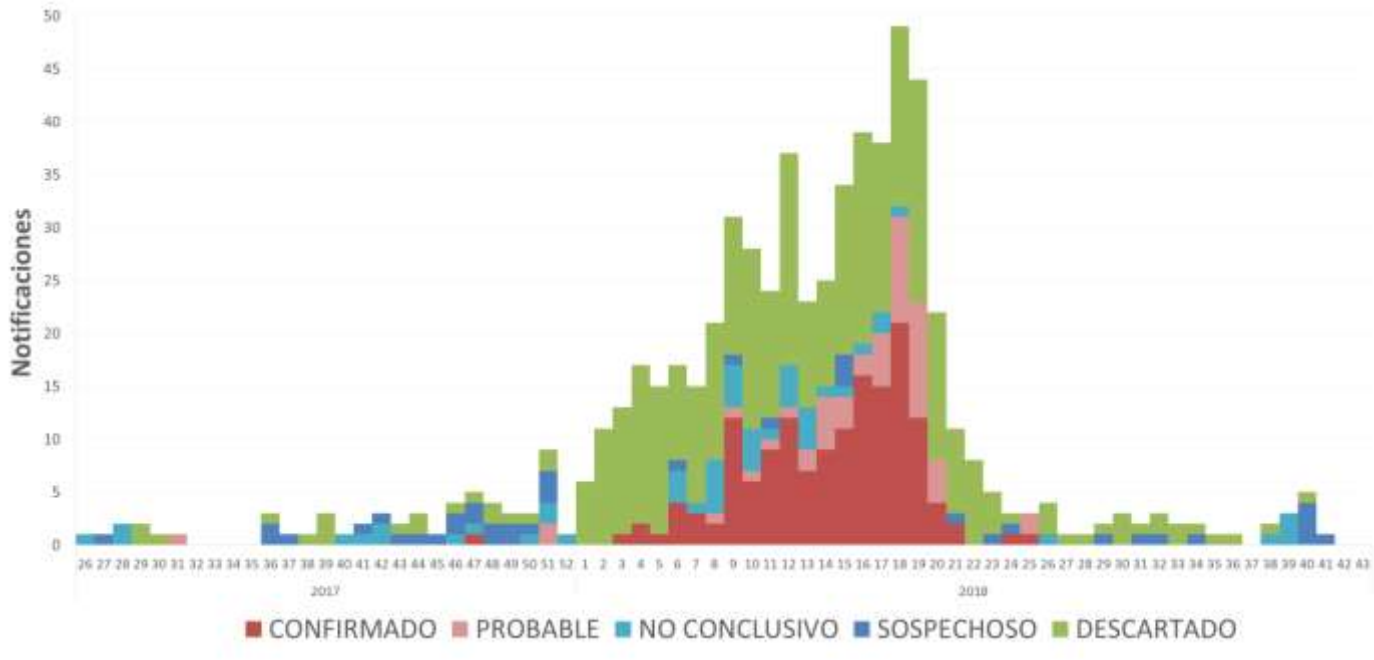


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

De los casos notificados en el período comprendido entre las SE 1 a 43 de 2018, 155 contaron con antecedente de viaje, 224 no presentaron antecedente de viaje y los casos restantes no registraron antecedente al respecto en el SNVS.

El gráfico siguiente muestra la distribución temporal de las notificaciones de ETMAa a lo largo del período correspondiente al segundo semestre de 2017 y el año 2018 hasta la SE 43.

Gráfico 6. Notificaciones de ETMAa por SE según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52 de 2017 (n=58) y SE 1-43 de 2018 (n=572).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

En el segundo semestre de 2017, la notificación se mantuvo baja, con un incremento leve hacia la SE 51. En 2018 hasta la SE 43 se observó un aumento sostenido de la notificación desde la primera SE del año hasta SE 18, con descenso posterior del número de notificaciones, que se mantiene.

Tabla 1. Notificaciones de ETMAa por evento según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. SE 1-43. 2017-2018.

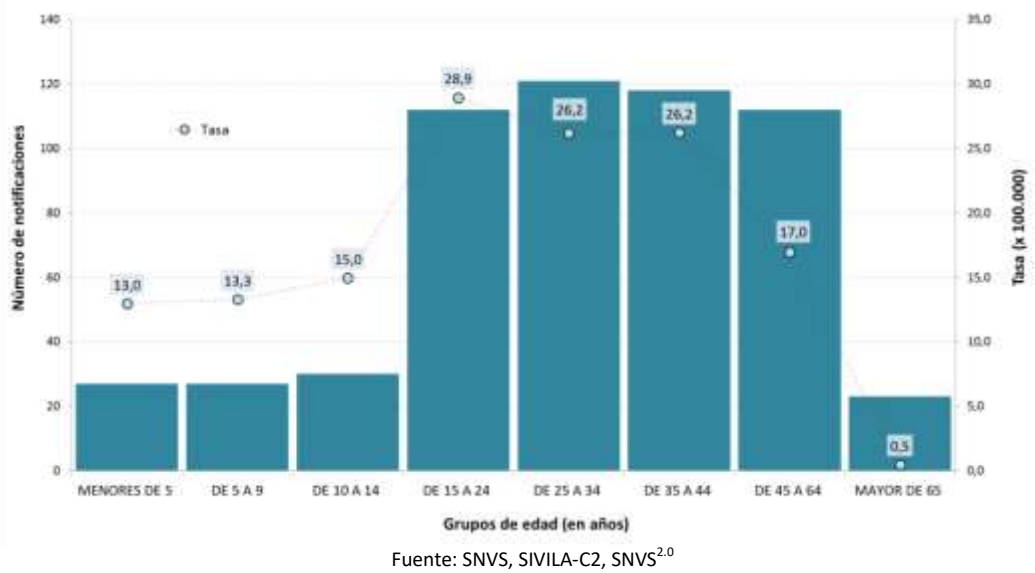
EVENTO	2017				Total	2018				Total	Diferencia de casos
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	2	33	16	481	532	148	48	10	294	500	-32
FIEBRE CHIKUNGUNYA	0	4	7	32	43	0	0	3	8	11	-32
FIEBRE AMARILLA	0	0	2	0	2	3	0	28	7	38	36
ZIKA: Enfermedad por virus del Zika	1	1	1	25	28	0	1	3	5	9	-19
ZIKA: Infección por virus del Zika en el embarazo	0	1	2	4	7	0	0	4	1	5	-2
ZIKA: Transmisión vertical del virus del Zika SIN síndrome	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
ZIKA: SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
ZIKA: Síndrome congénito con sospecha de asoc. con Zika	0	1	4	1	6	0	0	6	2	8	2
ZIKA: Aborto o muerte fetal con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
Total general	**3**	**40**	**32**	**546**	**621**	**151**	**49**	**55**	**317**	**572**	**-49**

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]
Nota: Resultados: C=confirmado; P=probable; S=sospechoso; D=descartado

En las SE 1-43 de 2018 la notificación de casos de ETMAa fue menor que la notificación de igual periodo de 2017 para todos los eventos en vigilancia, con excepción de Fiebre Amarilla y el síndrome congénito con sospecha de asociación con virus del Zika.

El gráfico siguiente muestra el número de notificaciones por grupos de edad y las tasas correspondientes.

Gráfico 7. Notificaciones de casos de ETMAa y tasas específicas cada 100.000 hab. Según grupo de edad.
Residentes de la CABA. SE 1-43. 2018 (n=570).

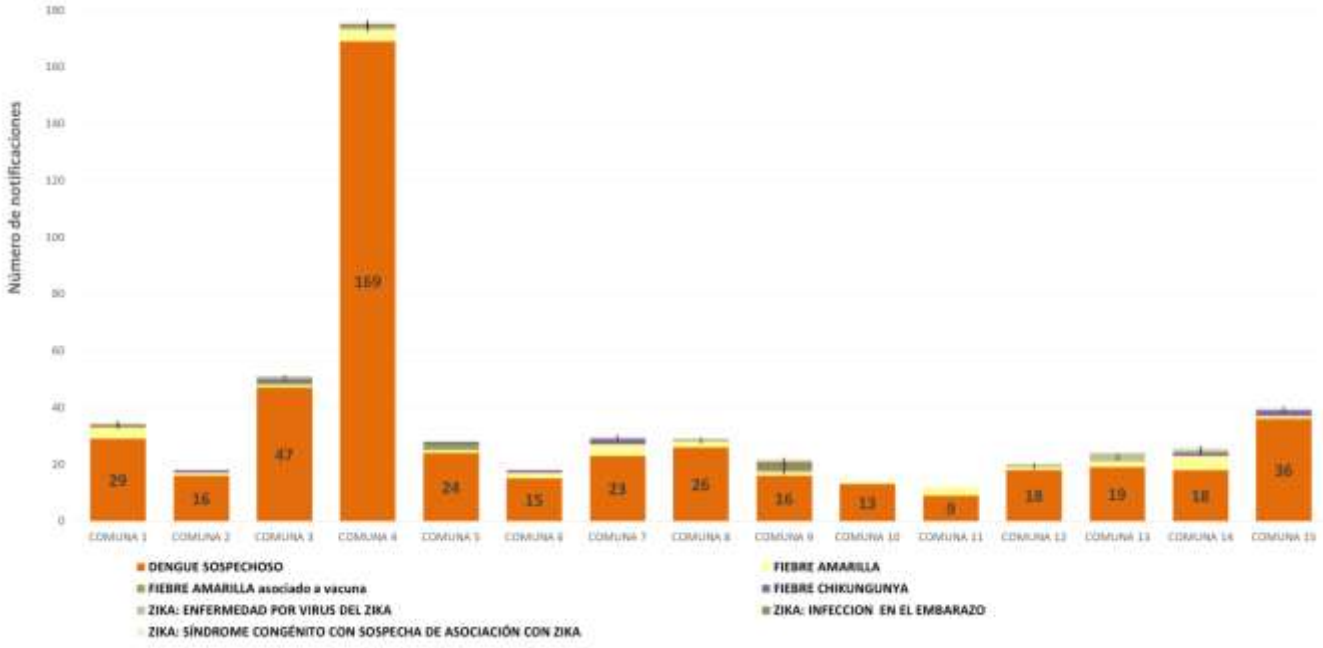


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

Según el análisis de los grupos de edad, el mayor número de notificaciones se encuentra entre los 15 y los 64 años, con la mayor tasa para el grupo de 15 a 24 años.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones de cada evento por comuna de residencia.

Gráfico 8. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-43. 2018 (n=543).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

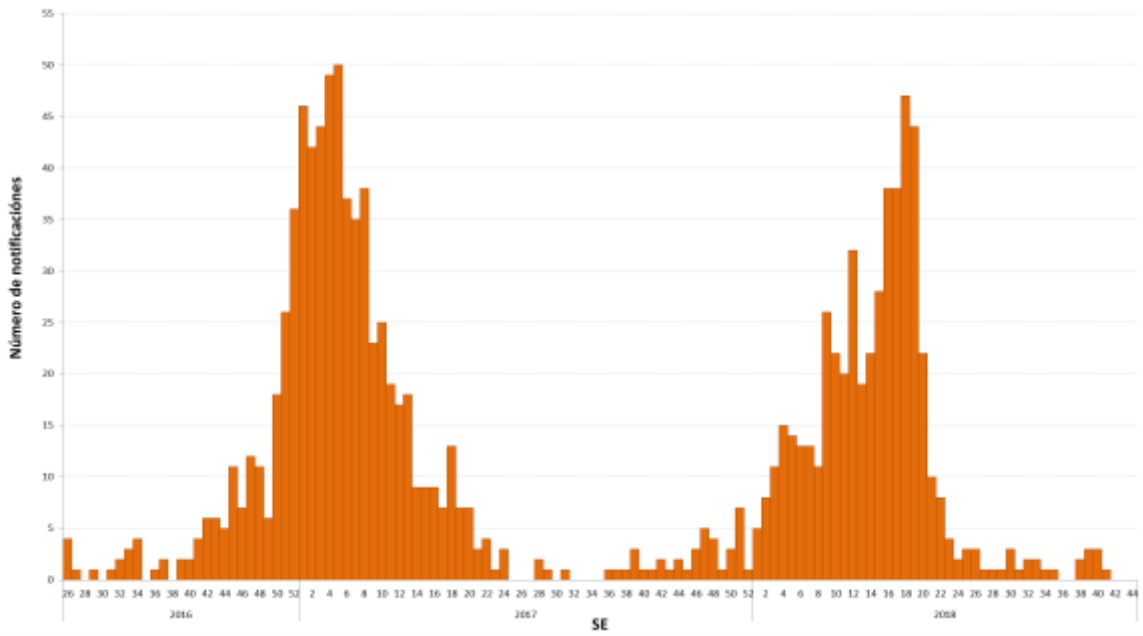
En las SE 1-43 de 2018, se registraron notificaciones para las ETMAa en todas comunas de la Ciudad, siendo la comuna 4 la que presenta el mayor número de notificaciones.

En las siguientes secciones se resume la información para cada uno de los eventos dentro de las ETMAa en particular.

VII.4.B. Dengue

A continuación, se presenta la situación en la CABA, desde la SE 26 a la 52 de 2016, SE 1 a 52 de 2017 y SE 1 a 43 de 2018, de los pacientes notificados para Dengue.

Gráfico 9. Notificaciones de dengue según semana epidemiológica.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2016 (n=171)- SE 1-52; 2017 (n=557)- SE 1-43: 2018 (n=500)



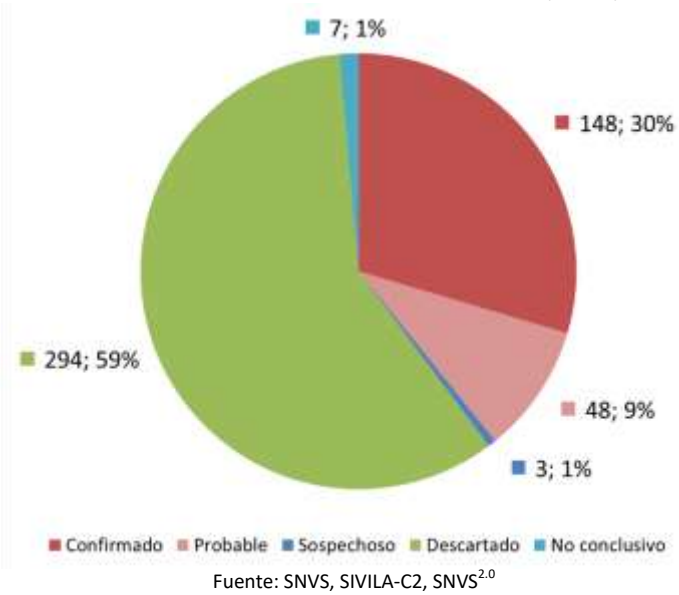
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

Al comparar los años 2017 y 2018, se observa que las notificaciones fueron mayores para cada una de las SE del año 2017 hasta la SE 8. Desde la SE 9 en adelante los casos semanales notificados en 2018 son superiores a los del año previo, con la mayor frecuencia registrada en SE 18. A partir de la SE 19 la notificación de casos se encuentra en descenso.

En las SE 1-43 de 2018, no se observan diferencias según sexo en las notificaciones.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico en las SE 1 a 43 del año 2018.

Gráfico 10. Notificaciones de dengue según clasificación.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-43; 2018 (n=500)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS[2.0]

Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, aquellos "no conclusivos", se deben al requerimiento de una segunda muestra para el diagnóstico de los mismos. Los casos sospechosos sin resultados de laboratorio y los sospechosos no conclusivos con resultados (negativos) insuficientes para determinar diagnóstico, con ausencia de nuevos casos relacionados, hasta SE 36, fueron consignados como casos descartados epidemiológicamente.

En 2018, entre las SE 3 y 20, se confirmaron 30 casos de dengue con antecedente de viaje, con domicilio en 11 comunas de la Ciudad (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13 y 15). Los pacientes habían viajado a Brasil, Cuba, Paraguay, Perú y México y, en nuestro país, a las provincias de Formosa, Corrientes y Misiones. El serotipo detectado fue DEN 1, a excepción de un paciente proveniente de México en el que se detectó serotipo DEN 2 en SE 7.

Entre SE 8 y SE 21 fueron notificados 114 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje. La fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado fue el 22/05/2018.

Del total de casos sin antecedente de viaje, 64 correspondieron al conglomerado de casos de la comuna 4 y 19 al de la comuna 3. Los restantes 31 casos se distribuyeron en las comunas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13 y 15. El serotipo detectado fue DEN 1.

El laboratorio de Referencia Nacional confirmó el caso de **dengue serotipo DEN 2 sin antecedente de viaje** con domicilio en la comuna 15. No fueron detectados otros casos relacionados con el mismo.

En 3 casos confirmados está pendiente la certificación del antecedente de viaje.

Fue asistido en un centro asistencial público de la Ciudad un paciente residente en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, sin antecedente de viaje, en el que se identificó por PCR el serotipo viral DEN 2, con muestra enviada para su confirmación al laboratorio de Referencia Nacional.

VII.4.C. Fiebre amarilla

Entre las SE 1-43 del 2018 fueron notificados 38 casos sospechosos de Fiebre Amarilla. En 29 casos se ha constatado el antecedente de viaje, mientras que los restantes no registran dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

Desde el inicio del año 2018 hasta la SE 12, en la Ciudad de Buenos Aires se asistieron 6 casos de Fiebre Amarilla. Todos ellos con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedentes de vacunación. De los mencionados, 3 casos correspondieron a residentes de la Ciudad y 3 a no residentes.

VII.4.D. Zika

En el grupo Infección por Virus Zika se incluyen 6 eventos diferentes dependiendo de la patología que presente el paciente.

En 2017, desde la SE 26 a la 52, se notificaron 11 casos en residentes de la Ciudad, los últimos en SE 51; 6 cuentan con el registro de viaje y el resto no registra dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Los casos notificados de Enfermedad por Virus Zika fueron 4; 4 casos de infección por Virus Zika en el embarazo; y 3 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika.

En las SE 1 a 43 de 2018 se notificaron 23 casos sospechosos de infección por Virus Zika: 9 de Enfermedad por Virus Zika, 5 de infección por Virus Zika en el embarazo, 8 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika y un caso de transmisión vertical viral sin síndrome congénito. Doce casos cuentan con el registro de viaje y en los restantes no se registra dicho dato en el SNVS.

Se registró un caso probable de Enfermedad por Virus Zika, con antecedente de viaje a Brasil (Río de Janeiro).

VII.4.E. Fiebre Chikungunya

Desde la SE 26 a la 52 de 2017, se notificaron 4 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya en residentes de la Ciudad, el último en SE 43. En relación al antecedente de viaje, 3 cuentan con el mismo y uno no registra dicho dato en Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ningún caso resultó confirmado en residentes de la Ciudad.

En las SE 1 a 43 de 2018 se notificaron 9 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, 7 de los cuales fueron descartados.

VIII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

VIII.1. INTRODUCCIÓN

En esta sección se presentará la situación epidemiológica internacional y regional de los eventos relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), los datos de la jurisdicción CABA notificados por los módulos C2 y SIVILA y por la modalidad Unidad Centinela del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

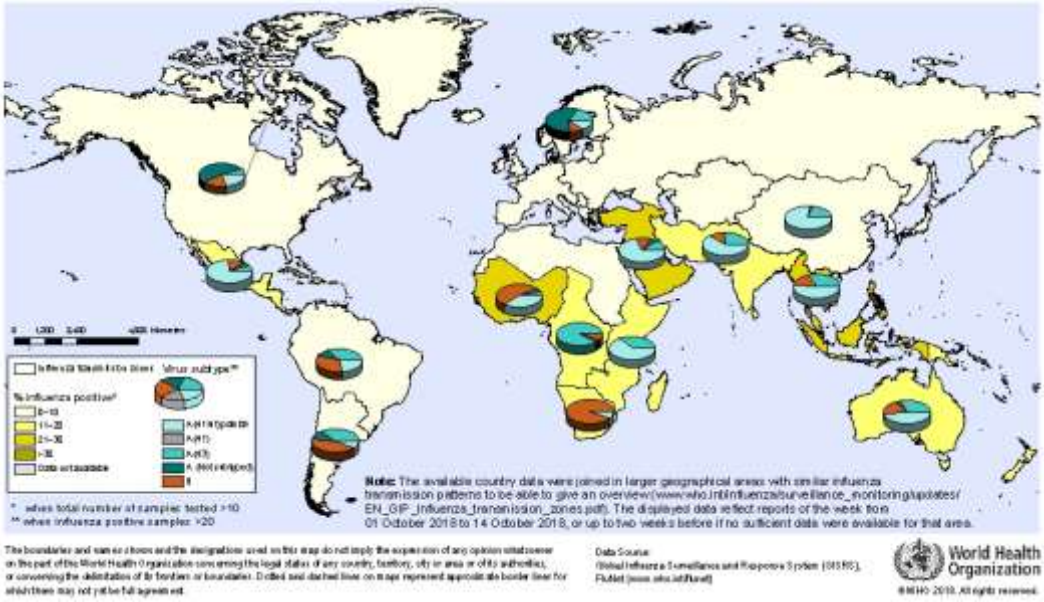
Toda esta información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto.

Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:
http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia

VIII.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza[3].

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 26 de Octubre de 2018



En América del Norte la actividad de influenza se encontró a niveles bajos en Canadá y los Estados Unidos, con predominio de influenza B. En México, se reportó mayor actividad de influenza e IRAG con predominio de influenza A(H1N1)pdm09.

En el Caribe La actividad de influenza y VSR disminuyeron en la mayoría de la subregión. En Cuba, Haití y República Dominicana, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 se asoció con menor actividad de IRAG.

En América Central Los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se reportó un aumento en la actividad de influenza en la sub-región. En Panamá y Guatemala la circulación de VSR continúo elevada. En Costa Rica, El Salvador y Nicaragua se reportó circulación aumentada de influenza A(H1N1)pdm09.

En la Sub-región Andina La actividad de influenza y otros virus respiratorios disminuyó. La actividad de Influenza e IRAG disminuyó en Bolivia. En Perú, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y la incidencia de IRAG comenzaron a disminuir, con aumento de la circulación de VSR. En Venezuela, circuló influenza con predominio de influenza A(H1N1)pdm09.

[3]Para obtener más información consultar
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

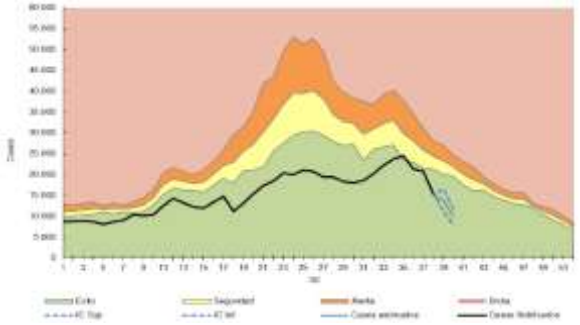
En Brasil y Cono Sur Los niveles de influenza disminuyeron a niveles estacionales en toda la sub-región y alcanzó un máximo tardío en Paraguay, Argentina y Uruguay. En Brasil, los casos de IRAG asociados a influenza disminuyeron, con detecciones de influenza A(H1N1)pdm09. En Paraguay, Chile y Uruguay, la actividad de IRAG permaneció elevada en relación a los niveles de influenza A(H3N2) y B.

Situación Global: En la zona templada del hemisferio norte, la actividad de influenza se mantuvo en niveles interestacionales. En algunos países de Asia meridional y sudoriental se notificó un aumento de las detecciones de influenza. En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad de influenza pareció disminuir en general. En todo el mundo, los virus de subtipo A de influenza estacional representaron la mayoría de las detecciones.

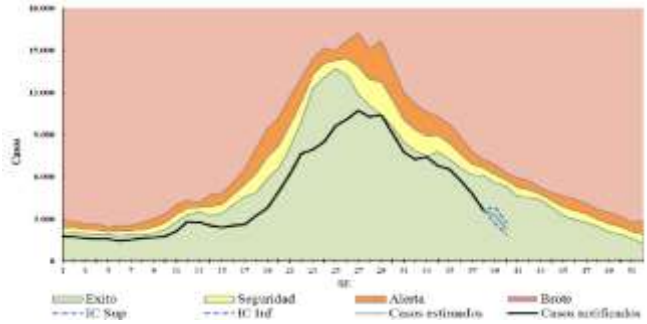
VIII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país, en el año 2018.

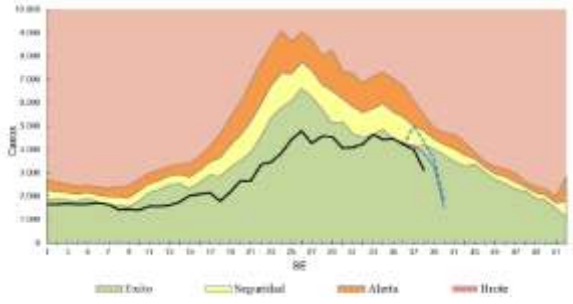
Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 40. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



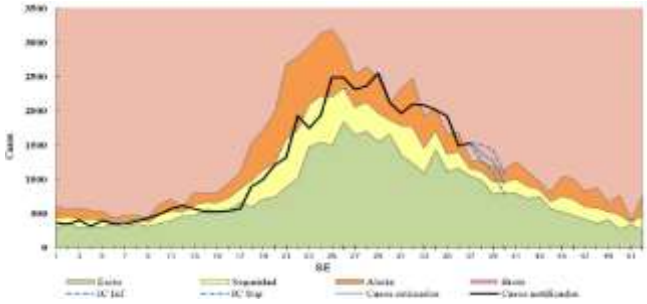
Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 40. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 40. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 40. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.

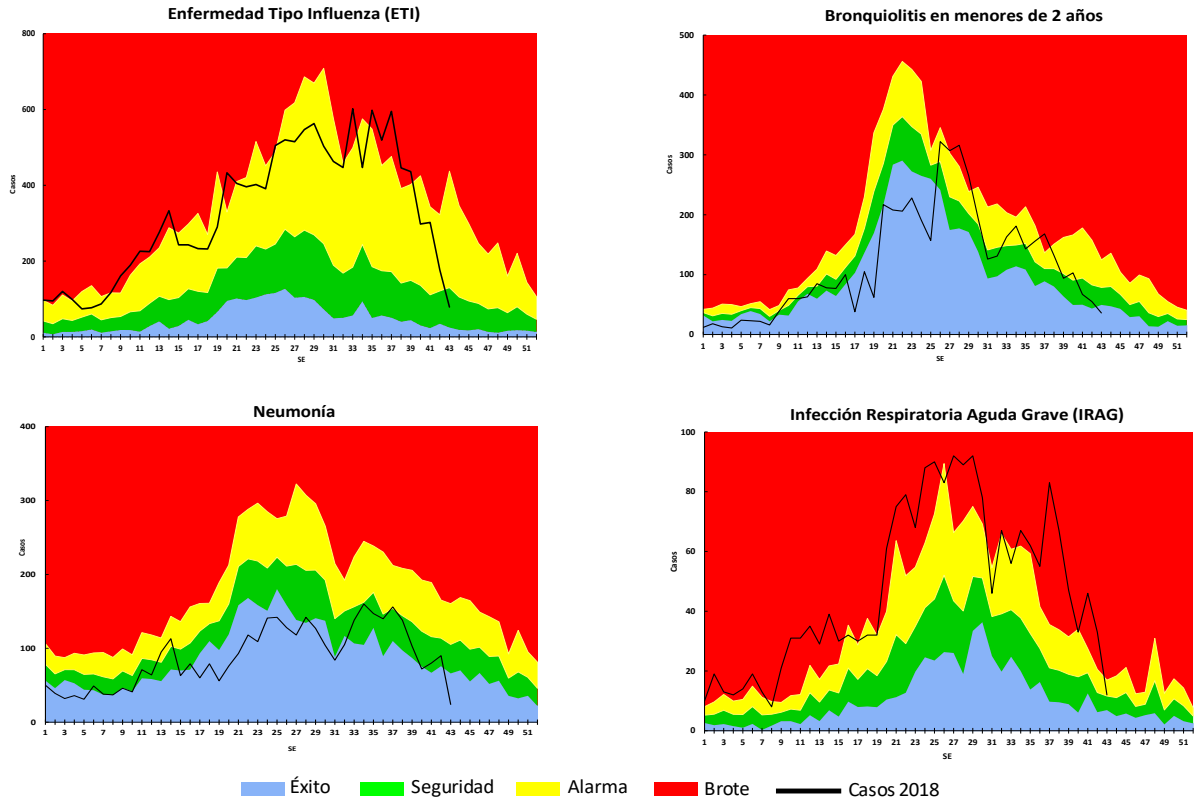


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

VIII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 43.

Se presentan los corredores endémicos semanales de los cuatro eventos vigilados, en los residentes de la Ciudad de Buenos Aíres, en el año 2018.

Gráficos 1, 2, 3, 4. Corredores endemicos semanales de los eventos IRA bajo vigilancia clinica
Residentes en CABA. Hasta SE 43, año 2018.



Fuente: SNVS 2.0.

La comparación del patrón estacional entre estos cuatro eventos muestra que la incidencia máxima esperada para ETI e IRAG se hallaría entre las semanas epidemiológicas 26 a 30. Mientras que, para bronquiolitis en menores de 2 años y neumonía, dicho máximo ocurriría entre las semanas 20 a 27. Los cuatro eventos se observan en fase de disminución, pero aún existe retraso en la notificación.

La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 de observó una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En la semana 37 se observó un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas, producto de la difusión mediática desproporcionada por la situación de las infecciones por *Streptococcus pyogenes*. En las últimas semanas la notificación ha descendido a zona de seguridad, pero persiste cierto retraso en la notificación.

La incidencia de casos de bronquiolitis transcurrió entre zonas de éxito y seguridad hasta la SE 29, con excepción del pico observado en SE 26, que alcanzó zona de alarma la curva continua transitando por zona de éxito. El cambio de tendencia de la curva entre semanas 36-37, se atribuyó a la demanda extraordinaria de consultas, producto de la difusión mediática desproporcionada por la situación de las infecciones por *S. pyogenes*. Actualmente se observa disminución de la incidencia y en zona de éxito, pero persiste el retraso en la notificación en las últimas semanas.

Hasta la SE 43 del corriente año, la notificación de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, pero con un cambio de tendencia de la curva en las semanas 36-37 por la causa ya mencionada. Persiste cierto retraso en la notificación en las últimas semanas.

La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año. Desde la semana 9 se inició una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados hasta la SE 31. En la semana 37 se observa un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas e internaciones, producto de la situación mediática mencionada. En SE 43, la incidencia notificada disminuye hasta zona de seguridad, pero continúa el retraso en la notificación en las últimas semanas.

A menos de dos meses de finalizar el año epidemiológico 2018, se hace evidente que ETI e IRAG son los eventos respiratorios agudos con mayor incidencia y situaciones de brote en el corriente año.

La tabla a continuación muestra la distribución por edad de los casos de IRAG notificados entras las semanas 18 a 43 del año 2018 (cuando comenzó a funcionar el SNVS 2.0); predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos de edad suman el 59,6% de los casos de IRAG notificados en el periodo mencionado.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad
Residentes de la CABA. SE 18 a 43. Año 2018.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2018		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	637	36,5	36,5
De 2 a 4 años	173	9,9	46,4
De 5 a 14 años	184	10,5	56,9
De 15 a 24 años	37	2,1	59,1
De 25 a 34 años	45	2,6	61,6
De 35 a 44 años	145	8,3	69,9
De 45 a 64 años	110	6,3	76,2
Mayores de 64 años	405	23,2	99,4
Sin especificar edad	11	0,6	100,0
TOTAL	**1747**	**100,0**	**-**

Fuente: SNVS 2.0.

VIII.5. MORTALIDAD POR IRA

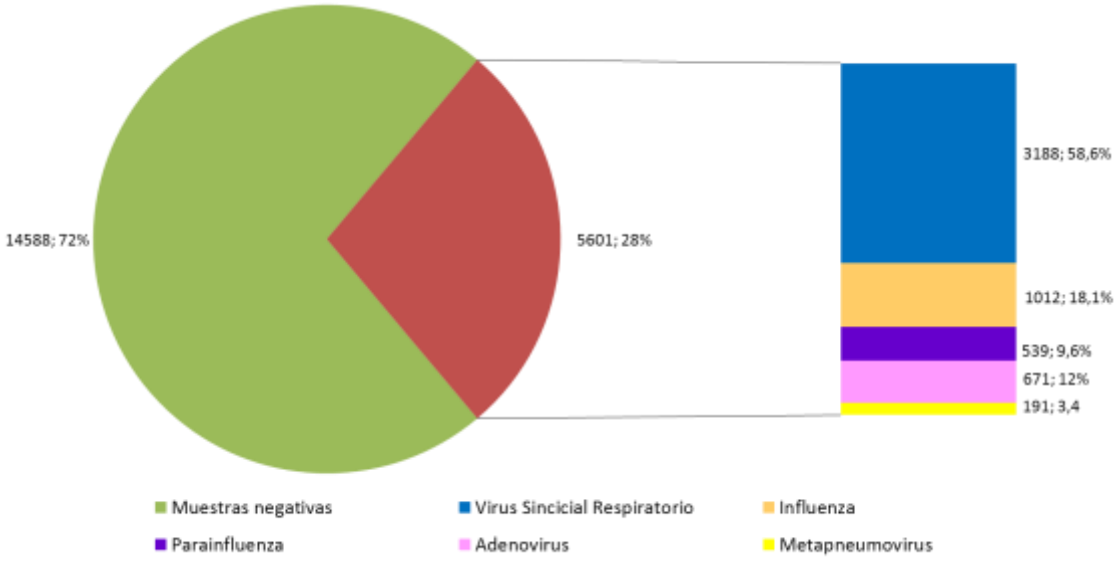
Para consultar la situación de la mortalidad por IRA hasta Mayo de 2018:
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_112_se_39_vf.pdf

VIII.6. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las notificaciones efectuadas al SNVS, módulo de laboratorio SIVILA de pacientes con domicilio de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta el total de muestras de laboratorio positivas y negativas a virus respiratorios, así como la circulación de los tipos y subtipos de virus respiratorios identificados y el porcentaje de casos confirmados totales, según semana epidemiológica.

Gráfico 5. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones.
Residentes de la CABA. Hasta SE 43 Año 2018. N=20.189



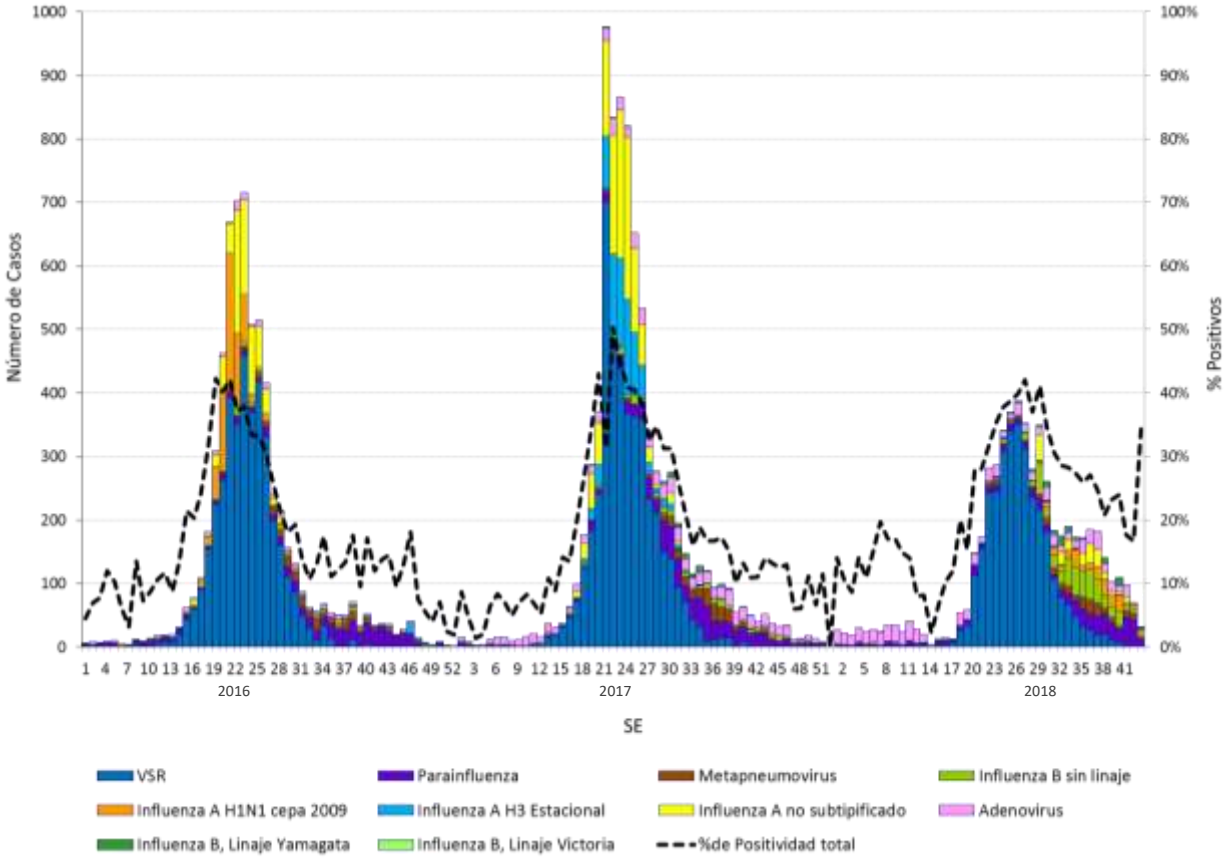
Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Hasta la SE 43 de 2018, se analizaron 20.189 muestras de las cuales 5.601 dieron positivas para algún virus.

Hasta la SE 43 de 2017, del total de muestras analizadas, el 29% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 55,1% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 26,2%. **Hasta la SE19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.** Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6.447.

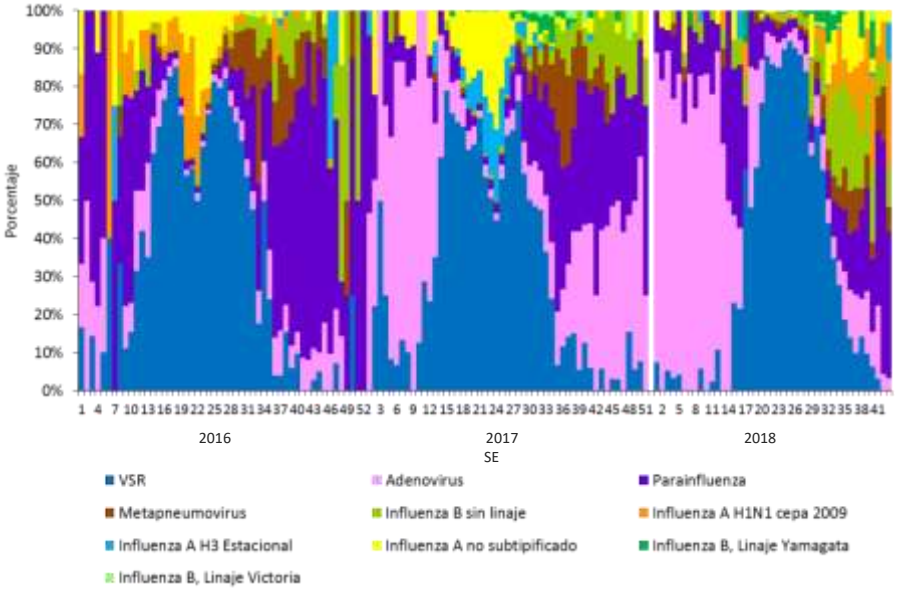
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 6. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-43; N=5.601)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Gráfico 7. Distribución porcentual de virus respiratorios. Residentes de la CABA
Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-43; N=5.601).

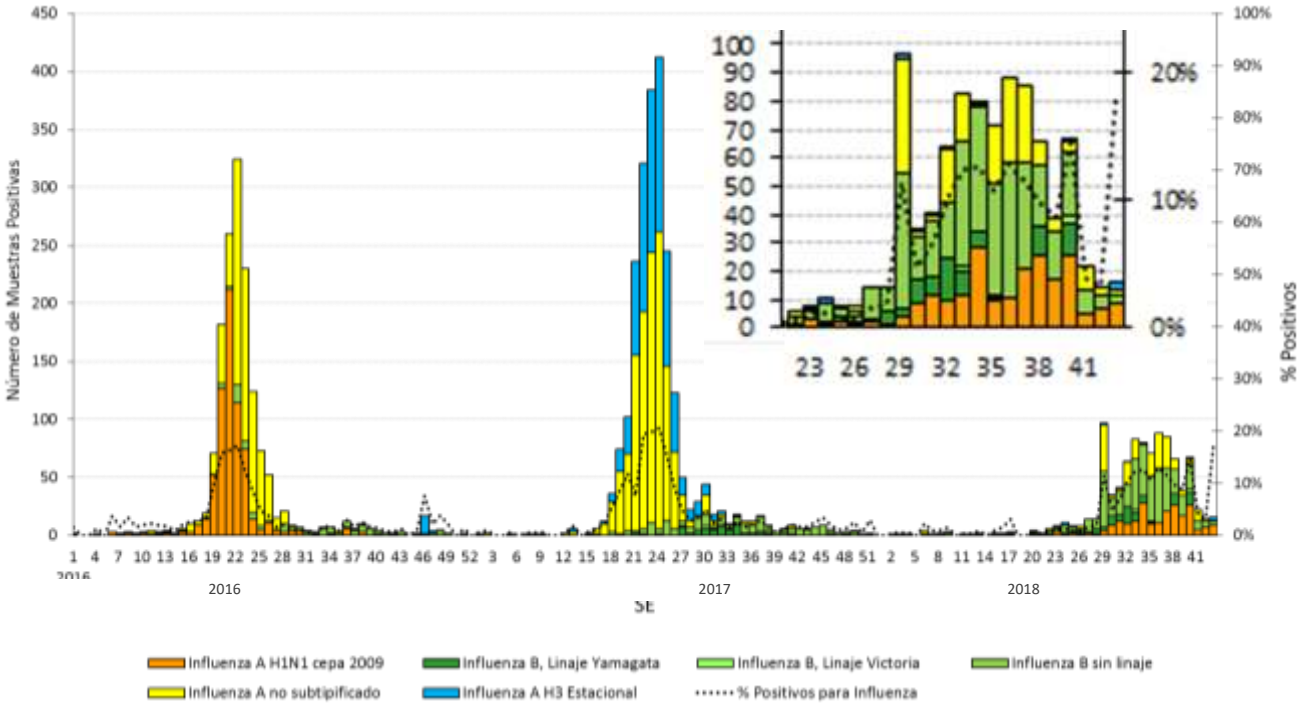


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 43 del año 2017 y 2018, se observa similar distribución.

A continuación se presentan las muestras positivas para influenza y la proporción de positividad sobre las muestras analizadas.

Gráfico 8. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52, N=1.545)-2017 (SE 1-51; N=2.293)-2018 (SE 1-43. N=1012)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Hasta la SE 43 de 2018, de las 1028 muestras positivas para influenza, 533 muestras positivas para influenza A, 299 casos Influenza A no subtipificado; 406 resultaron positivas para "B sin subtipificar", y 219 para Influenza H1N1.

En el año 2017, hasta la SE 43 se notificaron 1195 casos de Influenza A no subtipificado, 685 de Influenza A H3 estacional y 185 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 36,5% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior en el que predominó H1N1 como subtipo identificado. En el año 2016, la circulación sostenida de Influenza A/H1N1, comenzó a observarse a partir de la semana 6. La detección de Influenza B y AH3 estacional constituyó sólo el 9,60 % del total. Del total de 1.538 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por Influenza A/H1N1. Se detectaron 676 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

IX. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS[4]

IX.1. SITUACIÓN EN ARGENTINA 2017

Según el último reporte del Instituto de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni en la Argentina se notificaron 11.656 casos de tuberculosis en 2017, con una tasa de 26,5 por 100.000 habitantes.

Las provincias de Jujuy y Salta son aquellas que presentan las tasas más altas del país, 55,5 y 51,6 por 100.000 hab. respectivamente, duplicando la tasa nacional, de 26,5 por 100.000 hab. Catamarca, San Juan, y Tierra del Fuego registran los valores más bajos, con tasas de 5,4, 7,1 y 6,9 por 100.000 hab. La Ciudad de Buenos Aires se encuentra en el tercer lugar con una tasa de 40,2 dentro de las regiones con mayores tasas.

IX.2. SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA

Los datos aquí presentados se nutren exclusivamente del Módulo SNVS-TBC donde, a la fecha, se encuentra toda la información actualizada de la TBC en la CABA.

IX.2.A. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2018 hasta la SE 41 **se notificaron 1916 casos totales de TBC de los cuales 854 son residentes de la Ciudad de Buenos Aires o no cuentan con dato de domicilio ni de provincia de residencia.**

Durante los años 2016 y 2017 para la misma SE fueron notificados 846 y 975 respectivamente.

A continuación se presenta la distribución de tasas por comuna en los años 2017-2018 hasta la SE 41.

Tabla 1. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna.
Residentes de la CABA. Años 2017 (n=986) y 2018 (n=854) hasta la SE 41.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	138	54,5	100	39,3	-38
2	15	10,0	5	3,3	-10
3	55	28,5	43	22,3	-12
4	109	45,6	101	42,2	-8
5	34	18,2	25	13,4	-9
6	20	10,8	14	7,6	-6
7	202	84,0	147	61,0	-55
8	121	53,4	128	56,3	7
9	68	39,9	67	39,2	-1
10	29	17,0	41	24,1	12
11	21	11,1	19	10,0	-2
12	9	4,2	12	5,6	3
13	7	3,0	8	3,4	1
14	17	7,5	13	5,7	-4
15	30	16,4	28	15,3	-2
Residentes Sd*	100		81		-19
Desconocidos**	11		22		11
Total CABA	**986**	32,2	**854**	27,8	-132

Fuente: SNVS-TBC
*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

[4] Para visualizar la introducción completa, definiciones de caso, modalidad de notificación y antecedentes de TBC se puede acceder a los Boletines previos en los siguientes links: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_56_se_35_vf.pdf
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_76_se_3_vf_0.pdf

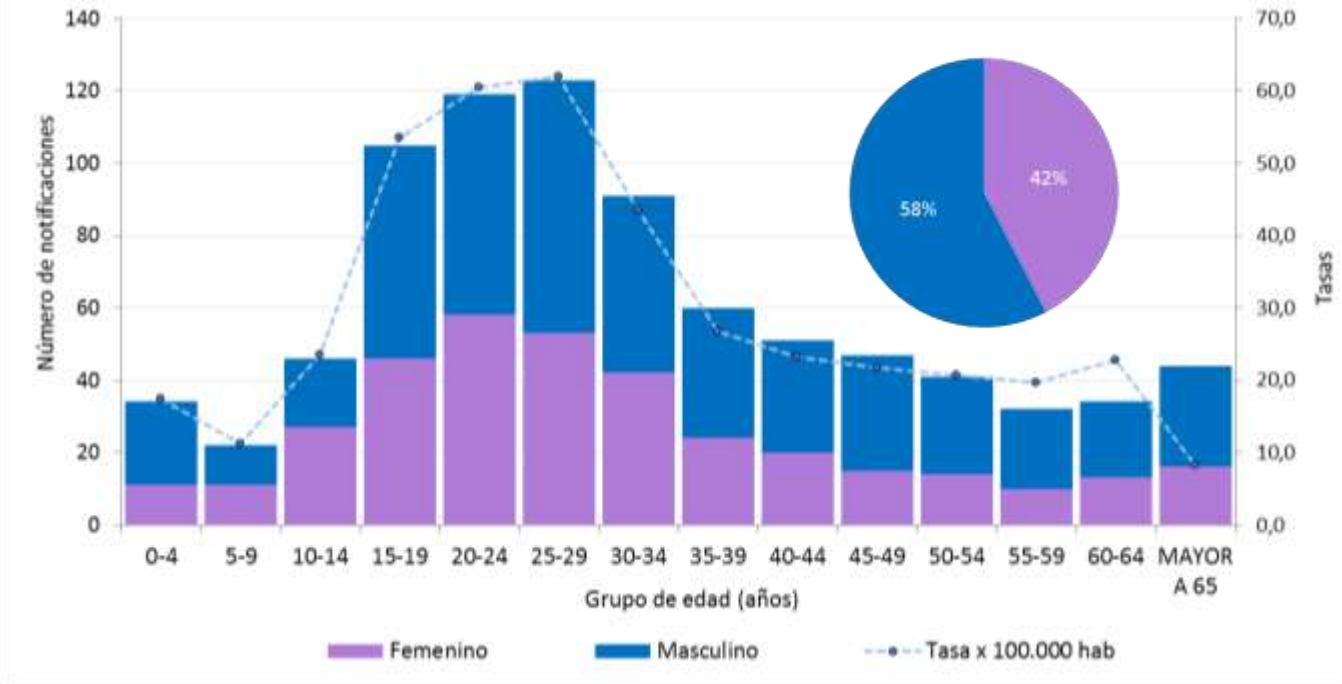
De acuerdo a los datos presentados, se infiere que el riesgo de padecer TBC entre la comuna que menos casos notificó y la que más afectados tiene, 2 y 7 respectivamente, es casi 20 veces mayor. Esto cobra más valor aún si se tiene en cuenta que esta última disminuyó la cantidad absoluta de afectados de un año a otro en casi un 27%. La comuna 10 es la que más casos incrementó en el período analizado, pasando de 29 a 41, lo que representa un aumento de 41%.

IX.2.B. Características de la población

IX.2.B.i. Sexo y edad

En el siguiente gráfico se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo en residentes de la CABA hasta la SE 41 de 2018. Para este análisis se excluyeron 5 casos sin registro de la edad.

Gráfico 6. Casos notificados de TBC y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-41, n=849).



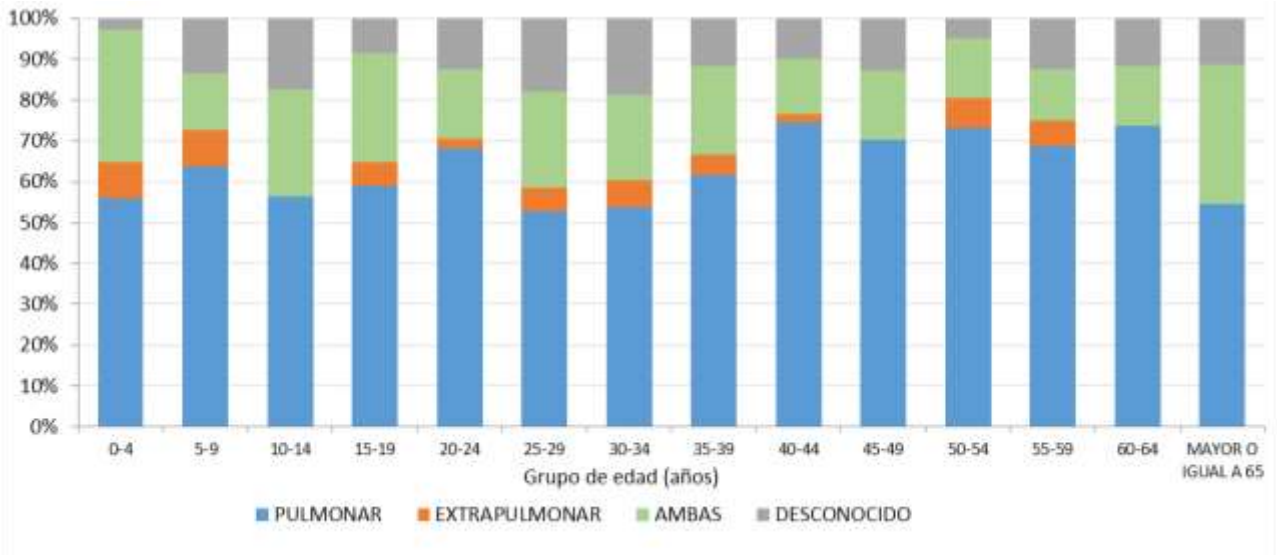
Fuente: SNVS-TBC

La mayor cantidad de notificaciones se registra en el grupo de 15 a 34 años, con un leve predominio en el sexo masculino.

IX.2.B.ii. Localización y comorbilidades

A continuación se describe la localización de la enfermedad según grupo etario de los casos notificados en las semanas 1-41 de 2018 en residentes de la CABA. Se excluyeron 5 casos sin registro de edad.

Gráfico 7. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-41, n=849)



Fuente: SNVS-TBC

Se observó que el 62% (n=525) de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 4,2% (n=36) extrapulmonar y un 21,2% (n=108) presentó ambos compromisos. En el 12,7% (n=108) de los casos no se obtuvo información sobre la localización de la enfermedad. Es de destacar la presentación de la forma pulmonar como la principal en todos los grupos etarios.

El análisis de la población de residentes también muestra que el 30,5% presenta algún tipo de factor de riesgo (n=260)[5]. En el 72% (n=616) no se consigna el dato sobre infección por VIH, podría corresponder a pacientes que no presentan dicha patología, no se registró la prueba negativo o no fueron testeados.

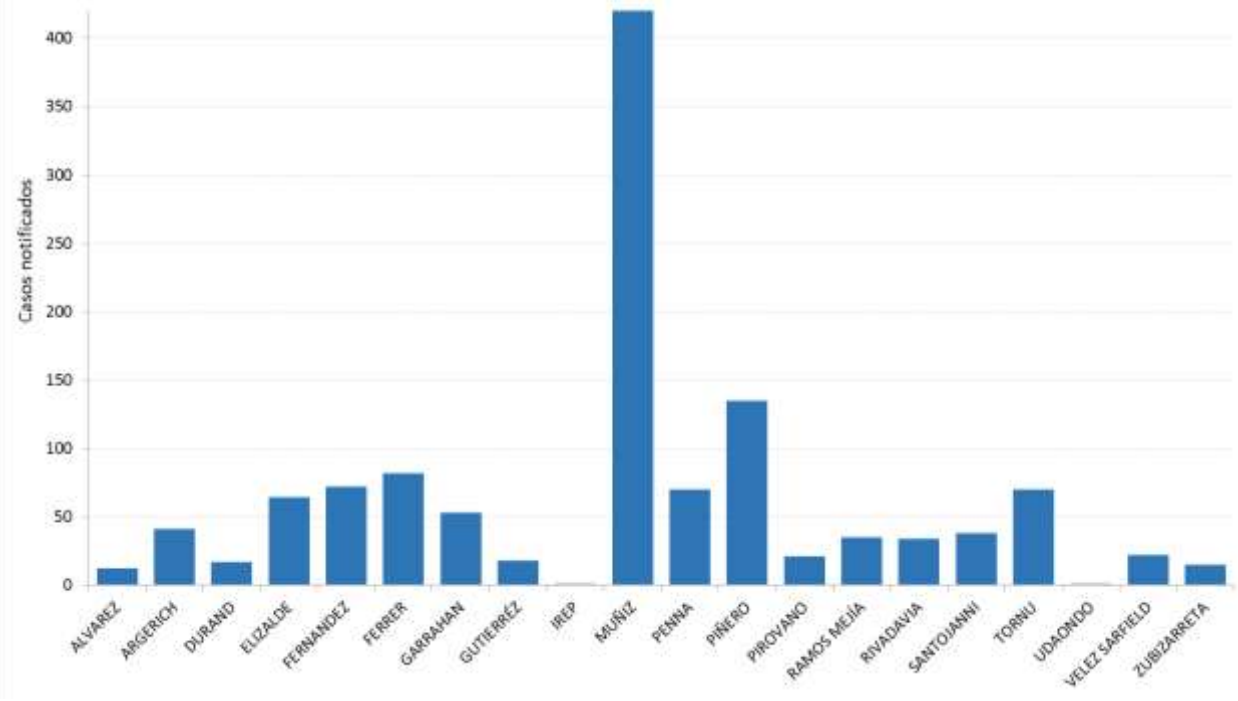
IX.2.C. Distribución según efectores del total asistido

Como se dijo, entre la SE 1 y 41 de 2018, se asistieron en la CABA **1916 casos de TBC**. De éstos, el sector público de salud notificó el 68% (n=1298) de los casos, el sector privado/seguridad social el 21% (n=394), el Hospital de Clínicas -gestión universitaria- el 3% (n=58), finalmente en el 9% (n=166) de los casos se desconoce el efector que notifica.

A continuación se muestran los casos totales notificados en la CABA, por hospital público.

[5] Factores de riesgo recabados: diabetes, alcoholismo, desnutrición, consumo problemático de sustancias, tabaquismo, infección por VIH y ser trabajador de la salud.

Gráfico 8. Casos notificados según hospitales públicos de la Ciudad.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-41, n=1298).



Fuente: SNVS-TBC

En relación a los establecimientos privados y universitarios, el principal notificador es el Instituto Vaccarezza, con el 73,2% (n=331/452) de los casos, seguido por el Hospital de Clínicas con el 12,8% (n=58/452) y el 8,8% (n=26/452) por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico se presenta la modalidad de tratamiento de los casos atendidos en las SE 1-41 de 2018, en los que se consignó esta información.

Gráfico 9. Modalidad de tratamiento en porcentaje.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-41, n=854)

Fuente: SNVS-TBC

Como se observa, 1 de cada 3 casos no presenta información respecto de la modalidad de tratamiento. Excluyendo este dato (264 casos), se puede verificar que la modalidad autoadministrada de tratamiento se eleva a casi el 80%, pasando los supervisados a casi el 20%.

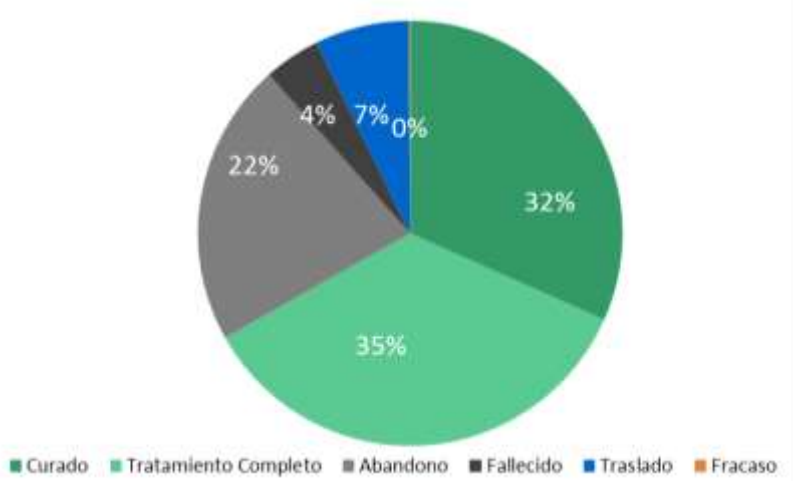
IX.2.D. Monitoreo de la evaluación del tratamiento

IX.2.D.i. Situación actual

A continuación se presenta la evaluación de los casos diagnosticados y notificados en residentes de la CABA **desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de enero de 2018**, considerando que deberían haber cumplido al menos 9 meses de tratamiento[6]. De 1340 casos notificados en ese período, a la fecha, se cuenta con datos de evaluación del tratamiento en un 75% de los casos (1001) y, por supuesto, se sigue incrementando semana a semana este conocimiento. Asimismo, es importante remarcar que esta información no está cerrada y se modifica sistemáticamente gracias a la obtención y actualización de las variables de análisis.

Se considerarán las definiciones acordes a las Normas Técnicas 2013 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis[7][8].

Gráfico 10. Distribución de la evaluación final en casos de TBC con información Desde SE 4 hasta SE 43 de 2018. Residentes de la CABA (n=1001)



Fuente: SNVS-TBC

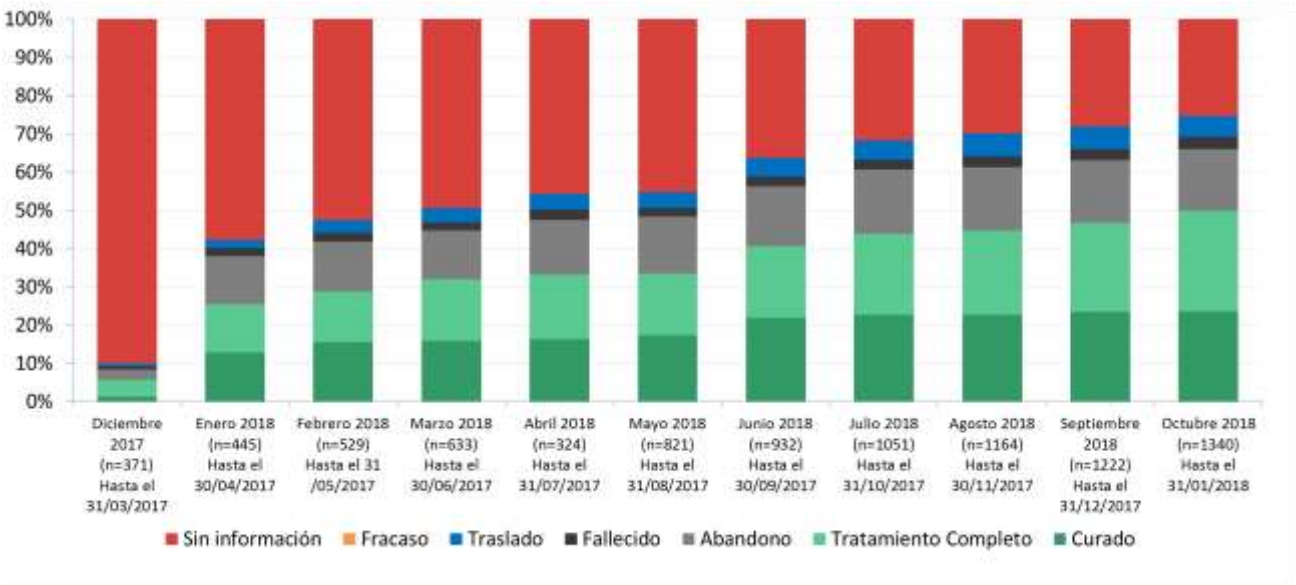
En relación con el incremento del conocimiento de la evaluación del tratamiento, en el siguiente gráfico se puede observar el monitoreo acumulado mensual del indicador desde que comenzó, un año atrás, a gestionarse.

[6] Teniendo en cuenta que el tratamiento más frecuente para TBC es de 6 meses, se propuso extender este período a 9 para dar cuenta del seguimiento, sabiendo que no es una temporalidad exacta sino general.

[7] Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf.

[8] **Curado:** paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, que completó el tratamiento y presenta bacteriología negativa al final del mismo. **Tratamiento completo:** a) Paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, que completó el tratamiento en forma regular, sin control bacteriológico al final del mismo. b) Paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico negativo o extrapulmonar, que completó el tratamiento en forma regular. **Fracaso:** paciente pulmonar, con diagnóstico bacteriológico positivo, en tratamiento, que continúa o vuelve con baciloscopía positiva al final del cuarto mes de iniciado un primer tratamiento estrictamente supervisado. **Fallecido:** paciente que falleció, por cualquier causa, durante el período de tratamiento. **Abandono:** paciente que interrumpe el tratamiento por dos meses o más y retorna con baciloscopía positiva; o negativa, con clínica y radiología de TB activa. **Traslado:** paciente derivado a otro establecimiento de salud y del cual no se conoce su condición de egreso.

Gráfico 11. Seguimiento de la evaluación final de casos de tuberculosis diagnosticados y notificados entre el 1/1/17 y el 31/1/18. Residentes de la CABA (n=1340)



Fuente: SNVS-TBC

Se observa la clara tendencia en la mejora del indicador desde el inicio de la presentación a la fecha.

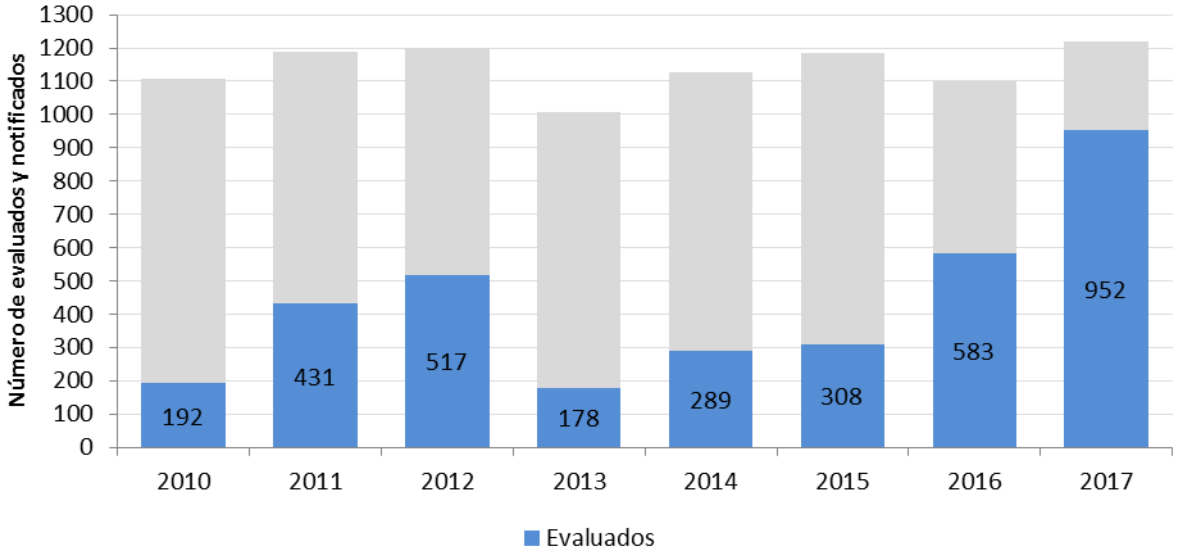
Existen períodos donde la posibilidad de incrementar el conocimiento se hizo más compleja, apareciendo mesetas en la temporalidad, tal es el caso de abril y mayo o julio y agosto.

Se continúa trabajando para mejorar la consignación de los datos de evaluación final en el módulo SNVS-TBC, así como otras variables.

IX.2.D.ii. Situación histórica de evaluación del tratamiento según año cerrado

En los siguientes gráficos se presenta el porcentaje de la evaluación de tratamiento considerando los años cerrados entre el 2010 y el 2016. Asimismo, se compara con el 2017 que aún se está gestionando (en general el cierre del año se realiza pasados 18 meses, es decir que el 2017 se considerará concluido a mediados del 2019).

Gráfico 12. Número de casos de TBC evaluados por año. Residentes de la CABA. Años 2010-2017.



Fuente: SNVS-TBC.

El promedio anual de casos notificados en el periodo de estudio fue de 1141. Entre los años 2010 y 2015, se obtuvo, en promedio, un conocimiento sobre el resultado de tratamiento en el 28% de los casos. En el año 2016

y 2017 este porcentaje aumentó a 53% en el 2016 y a 78% en 2017 (faltando aún 8 meses para el cierre del año).

En la tabla siguiente se puede observar el detalle año a año.

Tabla 2. Casos de TBC según evaluación del tratamiento. Residentes de CABA. Años 2010-2017.

Años	Total	Evaluados	% Evaluados	Sin evaluación
2010	1106	192	17%	914
2011	1187	431	36%	756
2012	1200	517	43%	683
2013	1006	178	18%	828
2014	1125	289	26%	836
2015	1185	308	26%	877
2016	1100	583	53%	517
2017	1220	952	78%	268

Fuente: SNVS-TBC.

X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014__vf_0.pdf
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes__15_vf.pdf
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIARDE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017 http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf

26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017.
http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf
Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017.BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf
42. PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.BES N°95, Año III 15 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf
43. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017. BES N°98, Año III 6 de Julio 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_98_se_25_vf_1.pdf
44. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017. BES N° 99, Año III 13 de Julio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
45. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018. **Periodicidad Mensual.** BES N° 99, Año III 13 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
46. INFORMES ESPECIALES: Trabajos a cargo de cinco efectores sobre el abordaje de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires. JULIO 2018. BES N° 100, Año III. 20 de Julio.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_100_se_27_vf.pdf
47. ACTUALIZACIÓN SITUACION SARAMPION y ACCIONES INTENSIFICADAS DE VIGILANCIA Y CONTROL. JULIO 2018. BES N° 101, Año III. 27 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_101_se_28_vf.pdf
48. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2017. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf
49. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf