

100 Boletín Epidemiológico Semanal

N° 100 - Año III / 20 de Julio de 2018 / Información hasta SE 27
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
 Mg. Mariela Rodríguez
 Lic. Mara Tesoriero
 Dra. Mónica Valenzuela
 Lic. Hernán Zuberma

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Dra. Marina Longordo
 Instructora: Dra. Luisa Piatti
 Dra. Natalia Aráoz Olivos
 Dra. Ana Delgado
 Dra. Paula Machado
 Dra. Yasmin Paredes Falzone
 Lic. Carla Agustina Santomaso
 Dra. Mercedes Bloch
 Vet. Eugenia Toytoyndjian

Data Entrys

Germán Adell
 Marco Muñoz
 Rosalía Paez Pérez
 Bianca Spirito
 Christian Turchiaro

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: Celebrando los 100 BES

Hoy en nuestra tapa elegimos celebrar las 100 portadas que han acompañado cada edición del Boletín. La serie “*Barrios de la Ciudad*” ha retratado espacios valiosos de cada una de las comunas: calles, pasajes, sitios históricos. Con la Serie “*Personalidades de la cultura vinculadas con la Ciudad de Buenos Aires*”, nos propusimos recuperar y homenajear a las personalidades de la cultura que representan aspectos artísticos de nuestra Ciudad. En cada una de las portadas, durante cien semanas de publicación, acompañamos el trabajo sobre la situación epidemiológica de la Ciudad con la impronta que el arte logra brindarnos a través de sus símbolos.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES	6
EDITORIAL.....	7
I. EL BES.....	8
I.1. INTRODUCCIÓN.....	8
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	8
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS ^{2.0}	8
I.2.B. Otras fuentes	8
II. RESUMEN EJECUTIVO	9
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO	10
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	12
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL	12
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12
IV.3. GASTROENTÉRICAS	12
IV.4. HEPATITIS	12
IV.5. INMUNOPREVENIBLES.....	12
IV.6. INTOXICACIONES	13
IV.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS.....	13
IV.8. OTRAS.....	13
IV.9. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	13
V. CATASTRO ESCOLAR DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN SALUD ESCOLAR AP PIROVANO. JUNIO 2018. ...	14
V.1. INTRODUCCIÓN.....	14
V.2. OBJETIVO	14
V.3. MATERIALES Y MÉTODO.....	14
V.4. RESULTADOS.....	15
V.5. CONCLUSIÓN.....	15
VI. ESTUDIO Y CONTROL DE BROTE DE TUBERCULOSIS EN UNA ESCUELA MEDIA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL E TORNÚ. 2017-2018. INFORME PRELIMINAR.	16
VI.1. INTRODUCCIÓN.....	16
VI.1.A. Generalidades.....	16
VI.1.B. Resumen	16
VI.2. OBJETIVOS.....	16
VI.2.A. Definiciones operativas.....	16
VI.3. ACCIONES.....	17
VI.4. RESULTADOS	17
VI.5. DISCUSIÓN	19
VI.6. CONCLUSIONES.....	20
VI.7. BIBLIOGRAFÍA.....	20
VII. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO". AÑO 2017	21
VII.1. INTRODUCCIÓN.....	21
VII.2. DESARROLLO.....	21
VII.2.A. Establecimiento de atención	21
VII.2.B. Género y edad.....	22
VII.2.C. País de origen	23
VII.2.D. Situación clínica y laboratorial	23
VII.2.E. Fallecimiento por co-infección con VIH.....	24
VII.3. CONCLUSIONES.....	25
VII.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
VIII. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA	26
VIII.1. INTRODUCCIÓN	26

VIII.1.A.	OBJETIVOS	26
VIII.1.B.	MATERIAL Y MÉTODOS	26
VIII.2.	RESULTADOS	27
VIII.3.	CONCLUSIÓN	28
VIII.4.	BIBLIOGRAFÍA	29
IX.	NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL SANTOJANNI. PERIODO 2017-1^{ER}. SEMESTRE 2018. ...	30
IX.1.	INTRODUCCIÓN	30
IX.1.A.	<i>El hospital</i>	30
IX.1.B.	<i>La TBC</i>	30
IX.2.	OBJETIVO	31
IX.3.	METODOLOGÍA	31
IX.3.A.	<i>Generalidades</i>	31
IX.3.B.	<i>Operacionalización de las variables</i>	31
IX.4.	RESULTADOS	31
IX.4.A.	<i>Sobre los casos notificados</i>	31
IX.4.B.	<i>Sobre la calidad de la notificación</i>	33
IX.5.	CONCLUSIONES	33
IX.6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
X.	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	35
X.1.	INTRODUCCIÓN	35
X.2.	SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	35
X.3.	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	36
X.4.	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	36
X.4.A.	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	37
X.4.B.	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	37
X.4.C.	<i>Neumonía</i>	38
X.4.D.	<i>Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	39
X.4.E.	<i>Mortalidad por IRA</i>	40
X.5.	VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS	42
XI.	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS	45
XI.1.	INTRODUCCIÓN	45
XI.2.	SITUACIÓN EN ARGENTINA	45
XI.2.A.	<i>Situación nacional 2017</i>	45
XI.3.	SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA	45
XI.3.A.	<i>Antecedentes año 2017</i>	45
XI.3.B.	<i>Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018</i>	46
XI.3.C.	<i>Características de la población</i>	48
XI.3.C.i.	<i>Sexo y edad</i>	48
XI.3.C.ii.	<i>Localización y comorbilidades</i>	48
XI.3.D.	<i>Distribución según efectores</i>	50
XI.3.E.	<i>Evaluación de los casos</i>	53
XII.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	55

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*

EDITORIAL

Esta edición, donde se cumplen 100 boletines, quisimos que sea especial.

No sólo por el aniversario de un número redondo, sino por la posibilidad de presentar el trabajo que, de manera interdisciplinaria, se realiza para controlar y prevenir la TBC en los diferentes efectores de salud de la Ciudad.

En relación con el BES, estamos entusiasmados con el logro y el sostenimiento de un proyecto donde se plasma y transparenta la situación epidemiológica de la ciudad. Nos enorgullece el compromiso de todos y cada uno de los establecimientos y equipos del Sistema de Salud en trabajar de manera integrada en la construcción constante de este producto.

Al mismo tiempo, aprovechamos para felicitar a todos los equipos de los distintos Hospitales y Centros de Salud de la CABA, ya que todos ellos participan -al realizar y dar cuenta de sus actividades- en construir diariamente un abordaje diferente de la TBC que, desde la gestión de salud de la CABA, se promueve y fortalece día a día. Si bien es un arduo camino el que nos propusimos recorrer y comenzamos a andar, estamos seguros que contar con una Red de Cuidados Progresivos, descentralizar los procesos, fortalecer la atención primaria, centralizar los sistemas de información, son la vía regia para mejorar la salud de la Ciudad.

Los trabajos presentados en esta edición describen las acciones realizadas por los efectores locales. En su mayoría actividades intersectoriales e interdisciplinarias en las que se implementaron estrategias de prevención y/o control de la TBC.

Consideramos que es de gran relevancia para el trabajo diario hacer visible la tarea que los equipos desarrollan; es mediante esto que se puede dar cuenta y monitorear la transformación de los datos en información para la acción.



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.¹

Resumen del BES

- ✓ **INFORMES ESPECIALES:** En esta edición se presentan los trabajos de cinco efectores sobre el abordaje de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires.
En primer lugar se presentan dos informes sobre acciones realizadas en la comunidad por los equipos de salud con respecto a la situación epidemiológica de la TBC en sus Áreas programáticas. Luego, 3 trabajos de caracterización local de los casos notificados por cada efector.
- ✓ Se comparte el enlace al alerta epidemiológico sobre sarampión, producido por los equipos técnicos de los Ministerio de Salud de CABA, Provincia de Buenos Aires y nación, a raíz de los casos asistidos en la Ciudad de Buenos Aires:
<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/alerta-casos-sarampion-julio-2018.pdf>

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.

¹ **Semanal:** Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2017 en residentes de la Ciudad, Situación de los ENO, comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2017, según grupos de eventos y criterio epidemiológico de diagnóstico en residentes de la Ciudad. En anexo, el total de las notificaciones según efector y evento, Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas, Vigilancia de Diarrea Aguda y Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS). **Mensual:** Vigilancia de Coqueluche, Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE), Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito Aedes aegypti (ETMAa), Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vertical (Chagas y Sífilis congénita y en embarazadas), Vigilancia de Meningoencefalitis, Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF), Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico, Vigilancia de la Tuberculosis.

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 27** del corriente año (finalizada el 7 de julio) 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 27** 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*	127	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	210	112		-47
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	540	328		-39
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	22	23		5
	ARANEISMO	2	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	153	148		-3
	DIARREAS BACTERIANAS	16	11	-5	
	DIARREAS VIRALES	2	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	2	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	5	29	24	
	HEPATITIS B	35	38		9
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	28	35		25
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	68	39		-43
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	8	176	168	
	PAF*	0	4	4	
	PAROTIDITIS	212	88		-58
	VARICELA	691	425		-38
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	53	20		-62
	POR METALES PESADOS	2	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	61	44		-28
	POR OTROS TÓXICOS	37	15	-22	
	POR PLAGUICIDAS	0	1	1	
	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 27** 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	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	3	5	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	9	4	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	6	-1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	15	20	5	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	4	3	-1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	10	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	14	7	-7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	3	-1	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0		
Otras	LEPRA	1	0	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	33	11	-22	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	1	0	
	TUBERCULOSIS*	VER INFORME TBC			
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	6	5	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 98			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa BES 98			
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa BES 98			
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa BES 98			
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	30	14	-16	
	PSITACOSIS	8	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	1	1	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	40	13	-27	
	PALUDISMO	1	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	5	4	-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*	5	0	100	22	127	3	1	71	4	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	0	0	0	85	49	0	0	0	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	23	11	150	26	210	20	15	77	0	112		-47
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	540	0	0	0	540	328	0	0	0	328		-39

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

Los datos presentados de **Chagas Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 73** y hasta la SE 24 2017-2018 en el **BES N° 97**.

La caracterización de las **Sífilis Congénita y en Embarazadas** se desarrolla de manera ampliada hasta la SE 26 de 2017-2018 en el **BES N° 99**.

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	4	9	9	0	22	2	4	17	0	23		5
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2		0
	OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		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	153	0	0	0	153	148	0	0	0	148		-3
	DIARREAS BACTERIANAS	16	0	0	0	16	11	0	0	0	11		-5
	DIARREAS VIRALES	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3		1
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2		1

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 25 2017-2018 en el **BES N° 98**.

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	5	0	0	0	5	19	2	6	2	29		24
	HEPATITIS B	19	5	11	0	35	16	2	20	0	38		9
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1		-1
	HEPATITIS C	23	1	5	0	28	21	1	12	1	35		25
	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	COQUELUCE*	10	0	49	9	68	9	0	29	1	39		-43	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	7	8	3	0	155	18	176		168	
	PAF*	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4		4	
	PAROTIDITIS	14	21	177	0	212	36	1	75	0	88		-58	
	VARICELA	NO CORRESPONDE					691	NO CORRESPONDE					425	

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 25 2017-2018 en el **BES N° 98**.

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	12	7	34	0	53	0	0	20	0	20		-62
	POR METALES PESADOS	0	2	0	0	2	0	0	4	0	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	28	17	14	2	61	1	0	43	0	44		-28
	POR OTROS TÓXICOS	28	1	8	0	37	6	0	9	0	15	-22	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
	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	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	0	1	0	3	3	0	2	0	5	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	2	3	0	9	0	0	4	0	4	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	6	0	1	0	7	5	0	1	0	6	-1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	2	1	9	3	15	1	1	16	2	20	5	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	1	1	1	1	4	1	0	1	1	3	-1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	0	0	0	9	9	0	1	0	10	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	2	7	2	14	1	0	5	1	7	-7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	0	1	0	4	2	0	0	1	3	-1	
	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	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	33	0	0	0	33	11	0	0	0	11	-22	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
	TUBERCULOSIS*	VER INFORME TBC											

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

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la **SE 22 2017-2018** en el **BES N° 95**.

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 27 2017-2018** en el siguiente apartado.

IV.9. ZONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	2	1	3	0	6	5	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 98											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)												
	FIEBRE CHIKUNGUNYA												
	FIEBRE AMARILLA												
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	HANTAVIROSI	1	0	29	0	30	1	0	7	6	14	-16	
	PSITACOSIS	4	0	4	0	8	0	0	8	0	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEPTOSPIROSI	1	4	20	15	40	0	1	8	4	13	-27	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	5	0	5	0	0	2	2	4	-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 98**.

V. CATASTRO ESCOLAR DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN SALUD ESCOLAR AP PIROVANO. JUNIO 2018.

Autores: Dra. Alejandra Giménez (Jefa Salud Escolar), Lic. Julio Galeano (Enf CeSAC N° 12), Dra. Liliana Gauna (Neumonóloga Infantil), Dra. Cristina Piwen (PyP), Dra. Alma Grinstein (Dx Imágenes), Dra. Miriam Marina (Jefe AP).

V.1. INTRODUCCIÓN

El Área se encuentra ubicada en la zona Norte y Noroeste de la ciudad de Bs As. ocupando 2756 manzanas de las Comunas 12 y 13, con una población estimada en 500. 000 hab. (Proyección Censo 2010). Lo observado en la población según los índices de Friz, Sundborg y Burgdofer es que en ambas comunas las poblaciones son maduras, regresivas y envejecidas².

La población menor de 15 años representa el 15,33% y en el otro extremo, los mayores de 65 años alcanzan al 18,11% del total de la población. Otra característica es el elevado número de establecimientos educativos de todos los niveles, tanto del sistema público (51 jardines, 58 escuelas primarias, 20 secundarias y 3 escuelas técnicas) como de gestión privada, totalizando más de 200 colegios de nivel inicial, primarios y secundarios.

En relación al porcentaje de los habitantes de las comunas 12 y 13 que utilizan el sistema público escolar es la siguiente de acuerdo a la Encuesta anual de Hogares 2016³: (Comuna 12: 50,8%; Comuna 13: 36,1%).

Una de las funciones del equipo de Salud Escolar es realizar la vigilancia epidemiológica tanto en escuelas estatales como privadas. En ésta oportunidad se presenta el catastro realizado, a partir de una notificación de Tuberculosis (TBC) por parte de autoridades de escuela estatal, en una alumna que asistía a nivel medio.

V.2. OBJETIVO

Presentar la metodología abordada para el catastro de TBC realizada por el equipo de salud escolar del Área Programática del hospital Pirovano.

V.3. MATERIALES Y MÉTODO

El equipo de Salud Escolar está compuesto por: pediatras, clínicos, médicos de familia, fonoaudiólogos, odontólogos, trabajadora social, psicopedagogos, psicólogos y enfermeros.

En esta oportunidad se recibe la notificación de parte de autoridades de escuela media pública del AP Pirovano de manera telefónica y por mail al servicio de salud escolar de un probable caso de TBC en un alumno de segundo año.

Se realizaron diferentes acciones:

- Se contactó telefónicamente a la Directora del establecimiento y se obtuvieron los datos individuales del caso índice -teléfono, domicilio particular y lugar de atención-. Se informa a nivel central.
- Luego se contactó con el servicio de tisiología del Hospital de Niños R. Gutiérrez, donde se confirma la baciloscopia y cultivo positivos a Mycobacteria tuberculosis.
- Se medicó a la paciente con cuatro drogas y a la familia con quimioprofilaxis, de acuerdo a evaluación de Hospital Gutiérrez.
- Se concertó con la Directora de la escuela una reunión informativa con los padres y alumnos de 2^{do} año.
- Se contactó a la División Promoción y Protección (PyP) del Hospital Pirovano para obtener los insumos que permitan realizar las PPD (Prueba cutánea) necesarias para estudiar a los contactos. Las mismas se realizaron en el CeSAC N° 12 y fueron leídas en el propio colegio.

²Disponible en: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/>

³Disponible en: <http://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=71368>

- Se coordinó con servicio de Radiología del Hospital Pirovano para obtener turnos programados para realizar las radiografías de tórax, otorgándose 7 turnos por día durante 4 días consecutivos, en turno vespertino de 15 a 18 hs.
- Se generaron 5 turnos /día en neumonología infantil del Hospital Pirovano, durante 5 días.

Luego de la realización de la RX y la PPD, con los resultados de las mismas y con los turnos programados previamente, fueron evaluados por la neumóloga infantil, la totalidad de los contactos escolares.

Asimismo, recibieron la medicación para 2 meses, dándoles pautas para nuevos controles programados, resaltando la conveniencia de adhesión al tratamiento instituido.

V.4. RESULTADOS

-Se catastraron 25 adolescentes de 14 años.

-PPD total: 25 (23: 0 mm - 2:5 mm)

-RX Total: 25 (23: dentro de límites normales; 1 cardiomegalia; 1 infiltrado basal en paciente asmático)

-Otros hallazgos (1) rinitis alérgica, (1) psoriasis y (1) asma con tratamiento preventivo; (18) peso adecuado y (7) sobrepeso.

-Tratamiento: 25 recibieron isoniazida

V.5. CONCLUSIÓN

Creemos que es fundamental el trabajo en equipo para realizar un catastro y la conformación de una red con el servicio de radiología, PyP y servicio de neumología, quienes nos facilitan turnos en forma rápida y en grupo para que los contactos tengan mayor accesibilidad a los estudios y adherencia al tratamiento.

También creemos que es relevante, el rol de la directora y la institución en su conjunto, ya que a través del diálogo claro con ella, se pueda transmitir la obligatoriedad de realizar estos controles en forma pronta, sobretodo en este caso que fue una tuberculosis pulmonar bacilífera.

Es importante resaltar en las charlas a padres y alumnos las características de la enfermedad, las formas de contagio, la importancia del catastro, del seguimiento y de la adhesión al tratamiento en caso de necesitarlo.

VI. ESTUDIO Y CONTROL DE BROTE DE TUBERCULOSIS EN UNA ESCUELA MEDIA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL E TORNÚ. 2017-2018. INFORME PRELIMINAR.

Autores: Dra. Liliana Zabala, Dr. Eduardo Pérez⁴.

VI.1. INTRODUCCIÓN

VI.1.A. Generalidades

Durante el receso escolar 2017-2018 se diagnosticaron en el Hospital Tornú 3 casos de tuberculosis (TBC) en jóvenes estudiantes de la misma escuela media, los cuales habían concurrido espontáneamente por distintos síntomas. Estos casos, se relacionaron con otro caso notificado anteriormente, diagnosticado y en tratamiento en otro Hospital. Ante la detección de este brote de tuberculosis, el primer día de apertura de la escuela se inició el estudio de foco aquí presentado, el cual lleva hasta el momento 8 diagnósticos de tuberculosis y 203 contactos estudiados.

El abordaje del evento fue realizado en forma conjunta por distintos equipos interdisciplinarios, pero cabe mencionar que en el hospital Tornú se desempeña desde 2003 el Grupo de Trabajo de Tuberculosis Infanto-Juvenil y Contactos que aborda, en forma sistematizada, el estudio de los contactos de los casos índice asistidos en el hospital y de los institucionales de su área programática (AP). Estas actividades territoriales se realizan junto al equipo de AP y, cuando corresponde, al de Salud Escolar. Además, el equipo de Epidemiología de Promoción y Protección comparte referentes con el equipo de Contactos, lo que favoreció la planificación de acciones y la toma de decisiones, aunque recargó notablemente la tarea, ya que los mismos trabajadores de salud, con distribución de roles, participamos de las acciones de planificación, ejecución, educación para la salud (EPS), asistencia clínica, tratamiento, vigilancia epidemiológica y elaboración de informes.

Cada caso diagnosticado fue notificado al SNVS-módulo de tuberculosis y se comunicó en forma adecuada y oportuna a la Gerencia Operativa de Epidemiología la ocurrencia del evento.

El siguiente reporte tiene como objetivo la descripción de las acciones realizadas y de los resultados preliminares obtenidos. El evento será observado durante 2 años desde su inicio, con controles semestrales de todas las personas estudiadas, a quienes se proporcionó las pautas de alarma respecto a la enfermedad así como las vías de comunicación con referentes a quienes consultar ante cualquier novedad o inquietud relacionada.

VI.1.B. Resumen

Este informe refleja la primera etapa del análisis del evento epidemiológico en curso. Se describirán las acciones desarrolladas y los resultados preliminares encontrados. Se estudiaron contactos institucionales y familiares de cada uno de los casos. Dentro de los contactos institucionales se incluyeron 5 divisiones, docentes y preceptores, de acuerdo a los listados provistos por la Dirección de la Escuela.

VI.2. OBJETIVOS

- Describir las acciones realizadas y los resultados preliminares obtenidos en el estudio de brote de tuberculosis ocurrido en una escuela técnica del AP Tornú en el período Febrero-Marzo de 2018.

VI.2.A. Definiciones operativas

En el presente estudio trabajaremos con las siguientes definiciones operativas:

- Brote o microepidemia: aumento de casos por encima de lo usual o esperado. Limitados a un tiempo, área geográfica y grupo claramente definidos, con fuente común de infección y modo de transmisión.
- Caso índice: es la persona que cumple con la definición de caso de tuberculosis, a partir del cual se origina el estudio de contactos. Es el primer caso que llama la atención del investigador y origina una serie de acciones necesarias para conocer un foco de infección (1).

⁴ Unidad Promoción y Protección, Departamento Área Programática Hospital Tornú

- Caso fuente: es la persona que ha transmitido la tuberculosis a otra. No siempre el caso índice es el caso fuente. A veces, este se identifica al estudiar los contactos del caso índice(1).
- Nuevo caso TB: caso nuevo de tuberculosis detectado por estudio de contactos.
- Contactos: son las personas que comparten temporalmente un espacio común con un caso índice de tuberculosis, cualquiera sea la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar), con o sin confirmación bacteriológica (1, 2). La AAMR los clasifica como (2)
 - Alto riesgo: contacto diario mayor de 6 hs.
 - Mediano riesgo: contacto diario menor de 6 hs.
 - Bajo riesgo: contactos esporádicos
- Infección tuberculosa: contacto fértil entre el Bacilo de Koch (BK) y el huésped, que desencadena una respuesta inmunológica específica, se evidencia mediante test cutáneo de PPD (reactividad > 10 mm, medido a las 48-72 hs de aplicación).
- Quimioprofilaxis: prevención farmacológica (isoniazida 5-8 mg/k/d) que se indica a los contactos sanos menores de 15 años y hasta 35 años de edad según consideraciones especiales.

VI.3. ACCIONES

En el receso escolar 2017-2018 se diagnosticaron en el Hospital Tornú 3 casos de tuberculosis en jóvenes que concurrían a una misma escuela técnica de nuestra área programática. En ese momento, estos casos iniciales se relacionaron con uno previo en tratamiento en otro hospital durante 2017. Se programó inmediatamente el estudio de foco correspondiente, a partir del 14 de Febrero de 2018. El equipo de Salud escolar se comunicó con la dirección de la escuela, con el fin de coordinar y planificar las acciones para abordar el brote y se obtuvieron las listas completas de los estudiantes, personal docente y auxiliar expuestos, de acuerdo al Protocolo existente para el trabajo con las escuelas del Área Programática.

Se planificaron las acciones y las estrategias de comunicación para padres, estudiantes y docentes. Con respecto a la comunicación efectiva Hospital - Escuela, se utilizaron los canales habituales que tiene el Programa de Salud Escolar con el colegio. Se realizaron charlas grupales para cada División, tanto en la escuela como en el hospital, para brindar a estudiantes, docentes y padres la información básica sobre la enfermedad así como las acciones a realizar. Se informó detalladamente en qué consistiría el estudio de contactos y se designaron referentes claros, a quienes podrían dirigir sus consultas. Se entregaron también folletos informativos de producción propia del equipo de tuberculosis.

En el hospital, se establecieron acuerdos y se coordinó con distintos servicios para asegurar la rápida realización de estudios complementarios en el momento que las personas se presentaban: con micobacteriología, laboratorio central, diagnóstico por imágenes, endoscopia y vacunatorio. Se modificaron horarios de atención, disponibilidad de profesionales y espacio físico de consultorios para responder a la demanda de los grupos de personas citadas, con el fin de definir en dos consultas la conducta a seguir. La atención médica, entrevista social y tratamientos estuvo a cargo del equipo de Contactos.

VI.4. RESULTADOS

El estudio de foco produjo 2 agrupamientos de contactos definidos por el hallazgo de nuevos casos TB y consideración de nuevo riesgo de exposición y acciones consecuentes (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). El primer grupo (grupo 1) estudiado a partir de los casos índice de las divisiones A y B, con alto riesgo (por bacteriologías positivas y por convivencia de más de un caso) generó la indicación de quimioprofilaxis a todos sus contactos sanos menores de 35 años. Los nuevos casos TB diagnosticados a partir del estudio de foco (3 alumnos y 1 docente) correspondían a la división A, lo que no generó acciones distintas en este grupo. En la división B no se detectaron nuevos casos TB, todos los contactos sanos de esta división realizaron quimioprofilaxis. Los resultados vinculados a estas dos divisiones se muestran en la **Tabla 2**.

Tabla 1. Contactos estudiados, por tipo y grupo. Estudio de brote 2018. Contactos=203. Hospital E.Tornú

Tipo de contacto	Total	Grupo1	Grupo 2
Institucional	169	99	70
Estudiantes	115	45	70
Docentes	54	54	
Familiar	34	34	
Total	203	133	70

Fuente: elaboración propia.

A partir de la detección de nuevo caso TBC de la docente (caso 7), se constituyó un segundo grupo de contactos a estudiar (grupo 2) entre los alumnos de las divisiones C, D y E en las que ella impartía clase. Si bien esta persona se encontraba asintomática respiratoria y con bacteriología directa de esputo negativa (se realizó broncofibroscopía, con lavado bronquial directo negativo y cultivo positivo), dado el curso del brote, el equipo decidió catastrar a los alumnos de 3 divisiones donde ella impartió clases, con evaluación clínico-radiológica y PPD, pero sin indicación de quimioprofilaxis, ya que el riesgo de exposición era bajo (1 hora y media 2 veces por semana en cada división).

Tabla 2. Contactos estudiados en la primera etapa del estudio de foco. 2018. Hospital E Tornú.

	Estudiantes División A	Estudiantes División B	Docentes	Familiares
Total (100%)	34	11	54	34
Casos índice TB	3	1	-	
Contactos	31	10	54	34
Sin posibilidad de ser estudiados. Excluidos	3*	4	-	
Contactos estudiados	23	6	53	34
Casos nuevos TB	3	0	1	0
Infección (PPD>10mm)	1		1	
Comenzaron quimioprofilaxis	19	6	2	9
Sin indicación de quimioprofilaxis	1	-	50	
Contactos que aún no completaron estudios	5 (16%)	4 (36%)	-	-
Total de casos TB	6	1	1	0

Fuente: Elaboración propia.

Ante las dificultades observadas con el primer grupo para lograr que completen los estudios, con el segundo grupo se decidió realizar junto a las charlas informativas en el colegio, la aplicación de las PPD a todos los alumnos de las 3 divisiones, a cargo de las enfermeras de Salud Escolar, quienes realizaron la lectura 48 hs después en el hospital, coordinando para que en el mismo día se realice la Rx de tórax y la consulta clínica. Se aseguró así la accesibilidad y la oportunidad, realizando el catastro total a los alumnos de este segundo grupo en 3 semanas, sin detectarse ningún caso nuevo TB (Tabla 3).

Tabla 3. Segundo grupo de alumnos, contactos del caso de TB de una docente. Estudio de foco 2018. Hospital. E Tornú.

	Total	División C	División D	División E
Total de estudiantes	70	37	11	22
Evaluados	64	34 (91%)	8 (72%)	22 (100%)
Alta	63	34 (100%)	8 (100%)	21 (95%)
En Qpx	1	-	-	1 ***
No evaluados (excluidos)	6	3*	3**	-

Fuente: Elaboración propia.

Notas: * 3 estudiantes que no están concurriendo a la escuela ** 1 estudiante se encuentra de viaje, 1 estudiante no está concurriendo a la escuela, 1 estudiante citado no ha concurrido al hospital. *** 1 estudiante repitió de año (se encuentra evaluada en 3º de 2017)

En la primera etapa del estudio de foco, los alumnos de la división A fueron considerados de alto riesgo, por el hecho de que 3 de los casos índices pertenecían a la misma. Ellos comparten diariamente el aula para el dictado de clases, y de talleres técnicos por la tarde. En esta División A, se detectó TB en 3 de los contactos estudiados, 5 de los 7 casos vinculados a esa División se sentaban uno delante del otro en el aula de taller, dejando en evidencia que fue allí donde se realizó la transmisión. El caso 7 (docente), cumple criterios de

contacto de moderado/bajo riesgo. Asumiendo que en la División haya habido 1 sólo caso fuente, la tasa de ataque secundaria fue del 18%.

Los alumnos a quienes se les diagnosticó TB (

Tabla 4), iniciaron tratamiento a cargo del equipo de Tuberculosis Infantojuvenil y Contactos, bajo modalidad mixta con asistencia semanal al hospital y supervisión domiciliaria del adulto familiar responsable. Quienes no presentaron evidencia de la enfermedad iniciaron quimioprofilaxis con isoniazida (todos los alumnos y docentes menores de 35 años que fueron catastrados). La docente es tratada por el servicio de Neumotisiología.

Tabla 4. Características clínico-radiológicas y bacteriológicas de los casos de tuberculosis, en orden cronológico de comienzo de tratamiento. 2018. Hospital E Tornú.

Caso y División a la que pertenece	Diagnóstico	Sintomatología	Clasificación radiológica	Baciloscopía/ cultivo
Caso 1 (División A)	3/10/2017	Sept 2017 – Sint respiratorio	UCC	BAL +/
Caso 2 (División B)	27/11/17	SFP, pérdida de peso, astenia y anorexia	USC	Tratamiento empírico
Caso 3 (División A)	15/12/2017	Nov 2017-pérdida de peso y dolor torácico Dic 2017 - Hemoptisis	USC	- / +
Caso 4 (División A)	5/1/2018	Oct 2017 – Pérdida de peso Nov 2017 – Tos y sudoración nocturna	UCC	+ / +
Caso 5 (División A)	28/2/2018	Agosto 2017 - Dolor torácico Dic 2017 – Sint. respiratorio	BCC	+++ / +
Caso 6 (División A)	14/3/2018	Enero 2018 - Sintomático respiratorio	Rx dudosa TAC patológica	BAL - / -
Caso 7 (Div A- Docente)	17/04/2018	Asintomático	Rx dudosa TAC patológica	BAL + / +
Caso 8 (División A)	23/4/2018	Asintomático	Rx dudosa TAC patológica	BAL suspendido

Fuente: elaboración propia.

Nota: clasificación radiológica: UCC unilateral con caverna, BCC bilateral con caverna, USC unilateral sin caverna, UCC unilateral con caverna.

VI.5. DISCUSIÓN

Este reporte muestra las acciones y los resultados obtenidos luego del estudio de brote de tuberculosis en una escuela media de nuestra área programática.

A partir de 4 casos de tuberculosis diagnosticados por consulta espontánea, 3 de ellos en el Tornú (a los cuales consideramos casos índice), se generó el correspondiente estudio de foco institucional. Tres de los casos índice pertenecían a la misma división del ciclo lectivo 2017 y tuvieron inicialmente bacteriología positiva (esputo/ BAL - directo y/o cultivo) con diversa sintomatología respiratoria referida. En dicha división (A) se detectaron 4 nuevos casos TB (3 alumnos y 1 docente), de los cuales 2 no tuvieron confirmación bacteriológica, 1 asintomático respiratorio con BFC : BAL (C) positivo y 1, con sintomatología respiratoria referida de 2 semanas, presentó baciloscopía (D) de esputo positiva con abundantes gérmenes, lo que implica alta contagiosidad. Cuando se complete la información personal de todos los pacientes se podrá proponer hipótesis de secuencia de trasmisión de la enfermedad ya que no se puede aún establecer el verdadero caso fuente, y no podemos descartar que haya habido más de uno.

No se encontró relación entre los estudiantes de las Divisiones A y B. Los casos de TB en esas Divisiones no tuvieron contacto ni vínculos que permitan asociarlos. Esta coexistencia podría expresar una alta prevalencia de TB en las poblaciones de las cuales provienen los estudiantes de la escuela. Dada la imposibilidad de estudio y comparación genética de las cepas, es una pregunta que no puede ser respondida.

La mayoría de los casos diagnosticados durante el estudio de foco mostraron imágenes radiológicas mínimas y fue necesaria la realización de TAC para completar el diagnóstico. El diagnóstico de TB entre contactos cuenta con el determinante de antecedente epidemiológico, fundamental para buscar confirmación mediante imágenes y bacteriología, avanzando a estudios más complejos y específicos ante la mínima sospecha.

Es esperable que los casos detectados precozmente en un estudio de foco correspondan a TB primaria, que es oligosintomática, con lesiones pulmonares mínimas o atípicas y con muy bajo rescate bacteriológico. Uno de los hallazgos más importantes del presente estudio de foco fue detectar un alumno con TB extraprimaria, con lesiones pulmonares bilaterales y cavitadas, con baciloscopia directa de esputo (+++) que inició tratamiento a las 72 hs de realizar sus estudios y que, además de su tratamiento oportuno, al no iniciar el ciclo escolar 2018 se logró interrumpir esa línea de transmisión intra-escolar.

El caso 7 (docente), diagnosticado en fases muy precoces, expresa la necesidad de estudiar en profundidad incluso a aquellos contactos institucionales con riesgo moderado/bajo, a pesar de no haber encontrado factores de riesgo que mostraran una predisposición aumentada de esta persona a adquirir la enfermedad.

Respecto a la factibilidad de llevar adelante un estudio de foco de tuberculosis institucional de manera eficiente, temprana, dinámica y eficaz, depende de la predisposición de los equipos para trabajar en equipo interdisciplinario e intersectorial, con acuerdos y revisión permanente de las acciones, con comunicación fluida. Conocemos la realidad de los centros asistenciales de la ciudad, tensionados por el exceso de demanda y con dificultades para responder a la misma, más en las áreas programáticas con elevadas tasas de incidencia de tuberculosis, donde prevalece la idea de que todo es más difícil, para los pacientes y para el personal de salud. Este informe pretende acercar a los equipos de salud algunas herramientas que puedan facilitar la tarea diaria.

En el mismo sentido, consideramos que la organización de la tarea local no es responsabilidad sólo de los equipos. Además de las normas y protocolos que se establecen desde nivel central, es imprescindible asegurar las condiciones óptimas de trabajo ya sea en número de personal asignado, con la capacitación que se requiere, espacios físicos adecuados, recursos materiales y de movilidad y la implementación de los procedimientos de bioseguridad.

VI.6. CONCLUSIONES

El presente informe constituye un aporte al estudio de la epidemiología de la tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires, tanto en los resultados obtenidos como de la experiencia en la coordinación y planificación de las acciones. Asimismo, abre nuevas preguntas e hipótesis acerca de las características epidemiológicas de los estudiantes de la escuela y de las poblaciones de las que provienen. El equipo de Contactos de TB y el de Salud Escolar continuarán un estudio prospectivo y observacional de los casos y contactos de esta institución durante dos años, tal como señala la bibliografía.

La coordinación entre los distintos equipos y responsables para el estudio de contactos y en particular de estas microepidemias es, sin duda, uno de los mayores desafíos en nuestro medio. En todo evento epidemiológico institucional es fundamental impartir rápidamente las acciones de EPS correspondientes.

La Ciudad de Buenos Aires muestra altas tasas de notificación de tuberculosis, con una distribución desigual entre las comunas del norte y del sur de la ciudad. En este contexto, podemos asumir que el brote aquí descrito es sólo un ejemplo de otros, que tienen lugar en otras localizaciones de la Ciudad y no son reportados. Se necesita la publicación y/o comunicación de otros brotes institucionales potencialmente ocurridos en la Ciudad de Buenos Aires, que sumen la experiencia de la praxis en terreno a los protocolos existentes.

El diagnóstico y tratamiento de los casos TB es prioritario en todo Programa de Control de la TBC, pero debemos afianzar el estudio de los contactos como estrategia de detección de nuevos casos y prevención específica. La alta incidencia de TB en la CABA hacen que estos aspectos deban convertirse en una prioridad en las políticas sanitarias.

VI.7. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Neumonología. Comité Nacional de Infectología. Consenso: Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. Archivos argentinos de pediatría. 2002;100(2):159-78.
2. Abbate E, Ballester D, Barrera L, Brian MC, Echazarreta A, Gaitán C, et al. Consenso Argentino de Tuberculosis. Revista Argentina de Medicina Respiratoria. 2009;9(2).

VII. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO". AÑO 2017

Autores: Blumenfeld A, Chiarelli J, Trovó G, Knopoff EG.

Departamento "Área Programática de Salud", Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero"

VII.1. INTRODUCCIÓN

El área programática del Hospital "Parmenio Piñero" (AP-HGAPP) se localiza en el sur de la ciudad, e incluye parte de las comunas 7, 8, 9, 10, 6 y 4. Según datos provenientes del Censo 2010⁵, se registraron 324.179 personas viviendo en este territorio, con un porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas de 10,4% (superior al valor promedio de CABA de 7%)¹. Se presenta en este informe un análisis de situación de tuberculosis, tomando como eje el territorio y la población a cargo de nuestro hospital y sus centros de salud y acción comunitaria.

VII.2. DESARROLLO

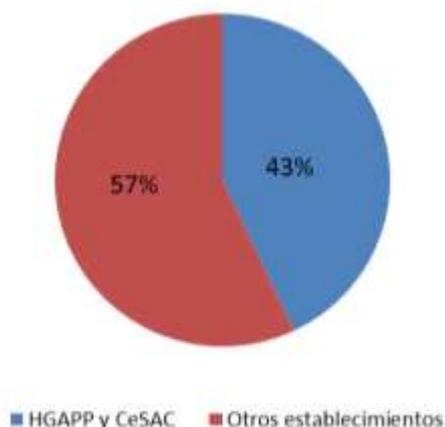
En 2017 se notificaron 342 casos de TBC residentes en el AP-HGAPP en el módulo SNVS-TBC, incluyendo aquellos asistidos en el Hospital Piñero, sus Centros de Salud u otros efectores (ej. Hospital Muñiz). Esto representó una tasa de 105,5 cada 100.000 hab., valor que supera al doble de la tasa en CABA (46 cada 100.000 hab en 2016)². De los 342 casos, se obtuvo información para analizar en 328 de éstos.

En cada caso se realizó la notificación al efector territorial correspondiente, para la realización del catastro de contactos del hogar e institucionales.

VII.2.A. Establecimiento de atención

A continuación se presentan los casos de TBC en residentes del AP Piñero según establecimiento de atención.

Gráfico 1. Porcentaje de notificación de casos de TBC residentes en AP Piñero.
Año 2017 N=328.



Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

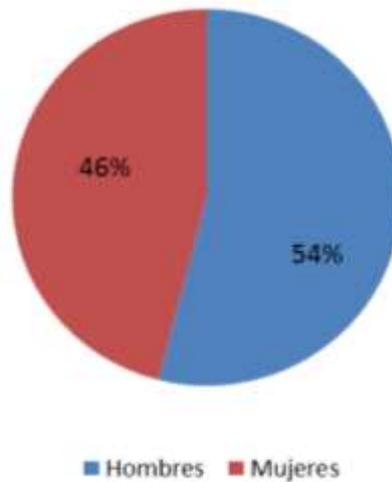
Del 43% de los pacientes atendidos por Htal y CeSAC del Área, el 40,6% fueron asistidos en los CeSAC del mismo. El 57% restante (185) son residentes del AP Piñero asistidos por otros efectores de salud, de los cuales el 92% (171) fueron asistidos por efectores públicos y universitarios.

⁵ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) Censo 2010. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/>

VII.2.B. Género y edad

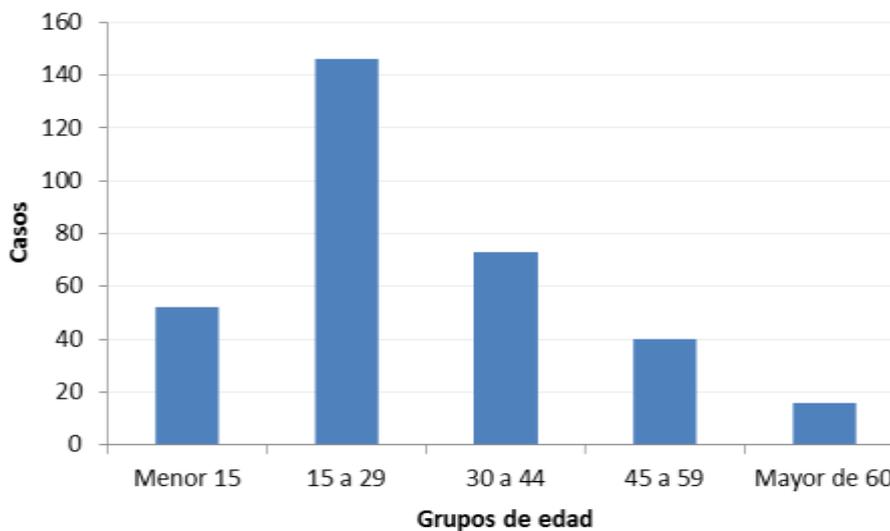
A continuación se presentan los casos de residentes del AP según género y grupos de edad.

Gráfico 2. Porcentaje de casos de TBC residentes en AP Piñero según género
Año 2017. N=327



Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

Gráfico 3. Casos de TBC residentes en AP Piñero según edad. Año 2017. (N=328)

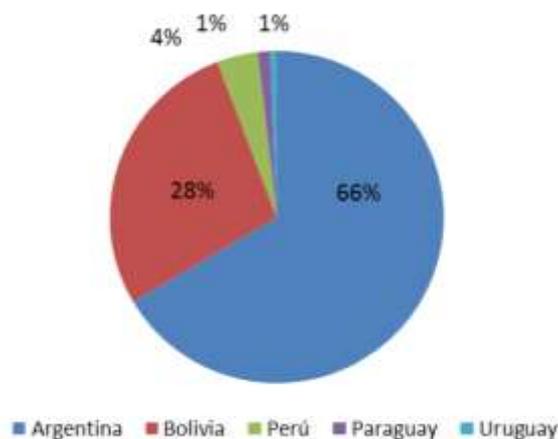


Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

La mayor cantidad de notificaciones se registra en varones de 15 a 29 años. La mediana fue de 25 años.

VII.2.C. País de origen

Gráfico 4. Porcentaje de Casos de TBC residentes en AP Piñero según país de origen. Año 2017. (N=328)

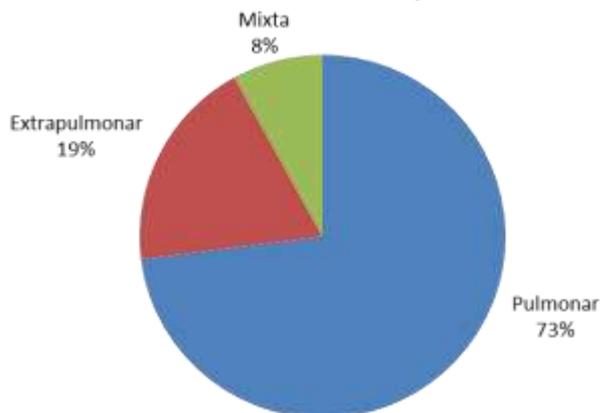


Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

A continuación se describe la localización de la enfermedad de los casos notificados en el año 2017 en residentes de la CABA.

VII.2.D. Situación clínica y laboratorial

Gráfico 5. Porcentaje de Casos de TBC residentes en AP Piñero según localización anatómica. Año 2017. (N=324)



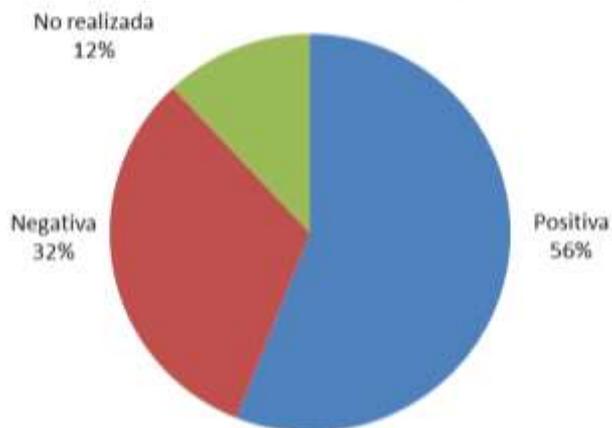
Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

Se observó que el 73% de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 19% extrapulmonar y un 8% presentó ambos compromisos. La presentación de la forma pulmonar fue la principal en todos los grupos etarios.

Tabla 1. Casos de TBC residentes en AP Piñero según localización anatómica (extrapulmonares y mixtas). 2017 (n=80)

Localización	Número de casos
Pleural	46
Ganglionar	14
Meníngea	3
Miliar	3
Gastrointestinal	3
Genitourinaria	3
Laríngea	3
Pericárdica, Peritoneal, Cutánea, Diseminada, Osteoarticular	1 c/u

Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

Gráfico 7. Porcentaje de Casos de TBC residentes en AP Piñero según baciloscopia. Año 2017. N= 282

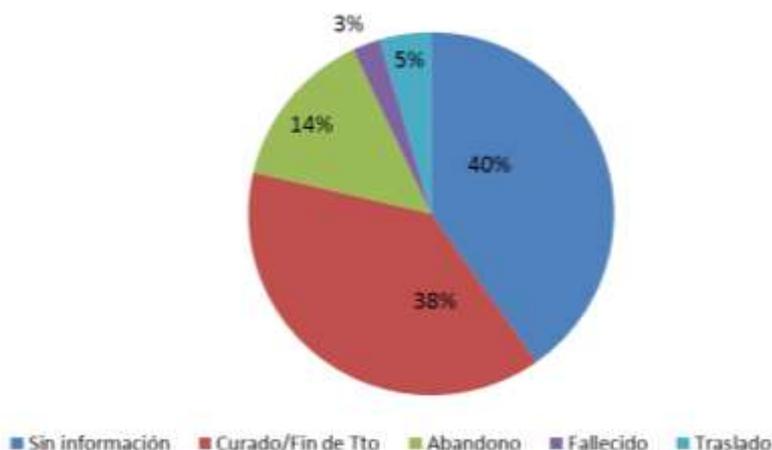
Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

Tabla 2. Comorbilidades en Casos de TBC residentes en AP Piñero. 2017 (n=84)

Comorbilidad	Número de casos
Desnutrición	39
Tabaquismo	20
Consumo de sustancias	19
Consumo de alcohol	16
Diabetes	11
Embarazo	2
Insuficiencia Renal	2

Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

El análisis de la población de residentes del AP Piñero indica que 84 pacientes presentaron algún factor de riesgo. La desnutrición resultó ser la condición asociada a la tuberculosis más frecuente. En el 59% de las notificaciones no se obtuvo información sobre la existencia de factores de riesgo.

Gráfico 8. Evaluación final en casos de TBC residentes en AP Piñero. Año 2017.

Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

VII.2.E. Fallecimiento por co-infección con VIH

Tabla 3. Fallecidos según infección con VIH, en casos de TBC residentes en AP Piñero. 2017 (n=196)

	Fallecido	No Fallecido	Total
VIH positivo	3	9	12
VIH negativo /estado desconocido	5	179	184
Total	8	188	196

Fuente: Elaboración propia en base a SNVS-TBC

Razón de prevalencia (Prevalencia de fallecidos en VIH positivos): 9,3

Prevalencia de fallecidos en VIH neg/desc.

VII.3. CONCLUSIONES

La notificación de los casos de tuberculosis que residen en el área programática del hospital Piñero durante 2017 fue realizada por otros efectores en poco más de la mitad de los casos. Esto podría estar relacionado con la identificación histórica por parte de la población de algunos efectores específicos de atención de la TBC, como el hospital Muñiz. También se plantea la posibilidad de que el estigma asociado a la enfermedad pueda contribuir a la búsqueda de atención fuera del área de circulación de familiares y vecinos. Continuamos trabajando junto a los equipos locales para mejorar la accesibilidad y continuidad de atención en efectores próximos a los domicilios.

El perfil de edades con predominio de la franja de adultos jóvenes es compatible con las tendencias generales, y dos tercios de todos los pacientes fueron de nacionalidad argentina. Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron pulmonar y pleural, también en concordancia con publicaciones previas.

Se destaca la aparición de desnutrición como comorbilidad más frecuente. Este factor debe ser analizado en profundidad, ya que es posible que exista variabilidad entre los establecimientos notificadores al momento de registrarlo.

Con respecto a la evaluación final, se observa una relación entre tratamientos completos (o curación) y abandonos de 3 a 1. Deben intensificarse los esfuerzos para mejorar el registro de esta variable. También se destaca que el desenlace de fallecimiento fue 9 veces más frecuente en pacientes con infección por VIH.

VII.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Información Censal 2010 por Área Programática de Salud. Dirección general de Estadística y Censos, Ministerio de Hacienda, GCABA. 2016
2. Boletín Epidemiológico semanal n°40. Gerencia Operativa de Epidemiología, GCABA. 26 de mayo de 2017

VIII. INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA

Autores: Dra. María Isabel Lado, Dra. Lorena Amarilla, Dra. Cecilia Banco, Dra. María Agustina Chaplin (Médicas de Planta Servicio Promoción y Protección)
Dra. Liliana Saraceni (Jefa Unidad Promoción y Protección)

VIII.1. INTRODUCCIÓN

Desde el año 1995, la OMS declara a la Tuberculosis (TBC) en emergencia sanitaria mundial, constituyendo un verdadero problema de Salud Pública. Se calcula que un tercio de la población mundial está infectada, y de éstos entre 5-10% desarrollaran síntomas clínicos de enfermedad en el transcurso de sus vidas. En el año 2016 se notificaron en el mundo 10.400.000 enfermos y 1.700.000 muertes por esta enfermedad. El 95% de los casos se producen en los países subdesarrollados (1).

En Argentina la tasa de morbilidad en el año 2017 fue de 25.3 por 100000, con amplias diferencias entre distintas provincias del país. En la Ciudad de Buenos Aires, se registró una tasa del 39.6 por 100000 habitantes, con 1213 casos notificados para el mismo año (2).

El principal factor de riesgo para la TBC es la pobreza, con todo lo que ello implica: mal nutrición, hacinamiento, marginación, desempleo, migraciones, adicciones, inequidad sanitaria, infección por VIH.

Todos estos factores favorecen la diseminación de la enfermedad con el consiguiente aumento de la tasa de incidencia. Asimismo, la dificultad en el acceso al sistema sanitario demora el diagnóstico y tratamiento, aumentando el riesgo de infección / enfermedad en los contactos.

VIII.1.A. OBJETIVOS

1. Caracterizar clínica-epidemiológicamente a la población con diagnóstico de Tuberculosis atendida en el Hospital Gral. de Agudos B. Rivadavia durante el año 2017 y 1º semestre de 2018.
2. Georreferenciar los pacientes atendidos en nuestro hospital.

VIII.1.B. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de TBC atendidos en el Servicio de Promoción y Protección de la Salud del Hospital Rivadavia entre el 01/01/2017 y el 30/06/2018.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de TBC o que iniciaron tratamiento empírico para esta enfermedad derivados de las salas de internación de Clínica Médica, aquellos que asistieron por demanda espontánea al consultorio de Tisiología y los que fueron derivados de otros servicios del Hospital durante el período de estudio.

Los pacientes realizaron tratamiento autoadministrado, siendo citados cada 15 días en caso de no existir ningún efecto adverso y/o complicación de su patología. Se los controla con examen clínico, laboratorio y estudios radiológicos y bacteriológicos.

Los pacientes con sospecha de TBC menores de 15 años en su mayoría son atendidos en el Servicio de Pediatría, salvo que sean detectados en nuestro servicio a partir de un caso en un adulto.

Se realizó un análisis cuantitativo de las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, domicilio, formas clínicas de presentación, confirmación bacteriológica.

La clasificación final del tratamiento se basó en las Recomendaciones de la OMS y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICter), considerando:

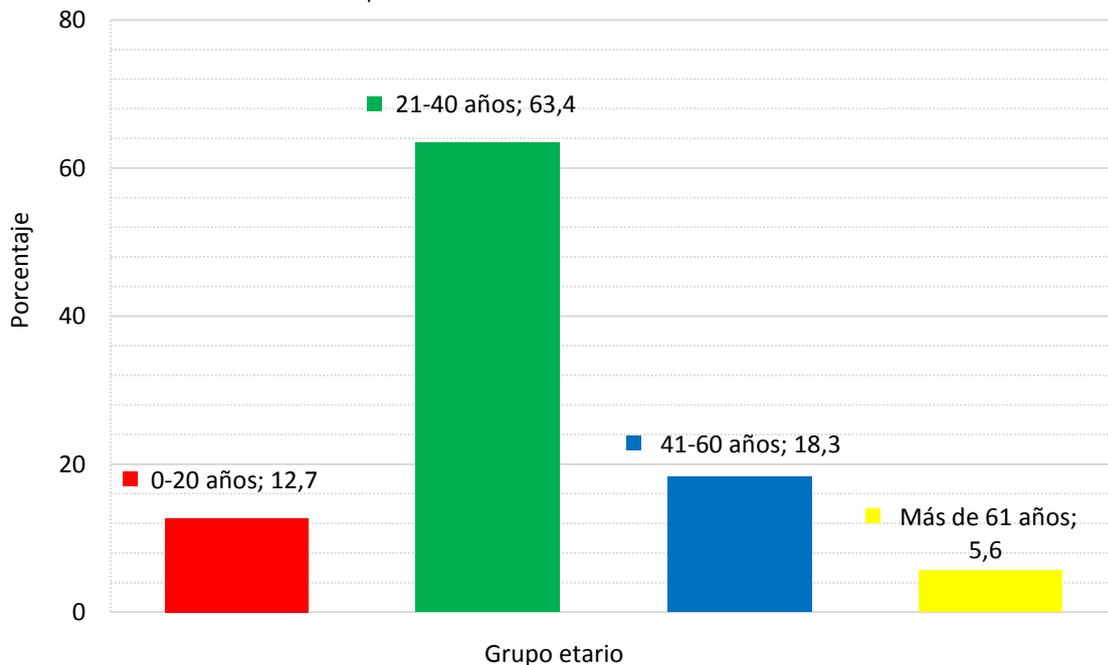
- *Curación: negativización de los cultivos de esputo en la segunda fase de tratamiento,
 - *Tratamiento Completo: tratamiento correctamente finalizado pero sin constancia de negativización bacteriológica del esputo,
 - *Abandono: interrupción del tratamiento durante al menos 2 meses consecutivos,
 - *Derivación: paciente que se traslada a otra área sanitaria y cuya situación final no se conoce.
- Consideramos la Curación y el Tratamiento Completo como situaciones finales satisfactorias.

VIII.2. RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2018 se atendieron 71 pacientes con diagnóstico de TBC en el Hospital Rivadavia. Durante el año 2017 se registraron 46 casos, mientras que en el primer semestre de 2018 se detectaron 27 pacientes.

La distribución por sexo fue a predominio masculino representando el 56,3% de los casos. El promedio de edad fue de 33,3 años, con un rango de 6 a 82. El 63,4% de los casos estaban comprendidos en la franja etaria entre 21 y 40 años. (Gráfico 1)

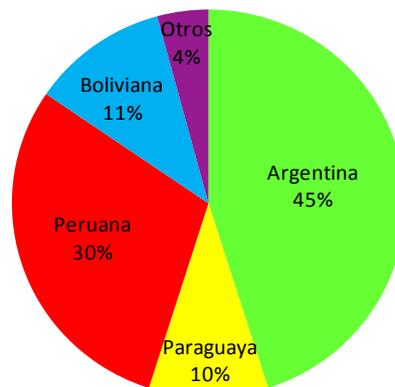
Gráfico 1. Casos de Tuberculosis según grupo etario.
Hospital B. Rivadavia. Años 2017-1°Semestre 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de registros hospitalarios

Con respecto a la nacionalidad, el 45% eran argentinos y el 55% extranjeros (30% peruanos, 10% paraguayos, 11% bolivianos y 4% otras nacionalidades).

Gráfico 2. Distribución porcentual de casos de TBC según nacionalidad.
Hospital B. Rivadavia. Años 2017- 1° Semestre 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de registros hospitalarios

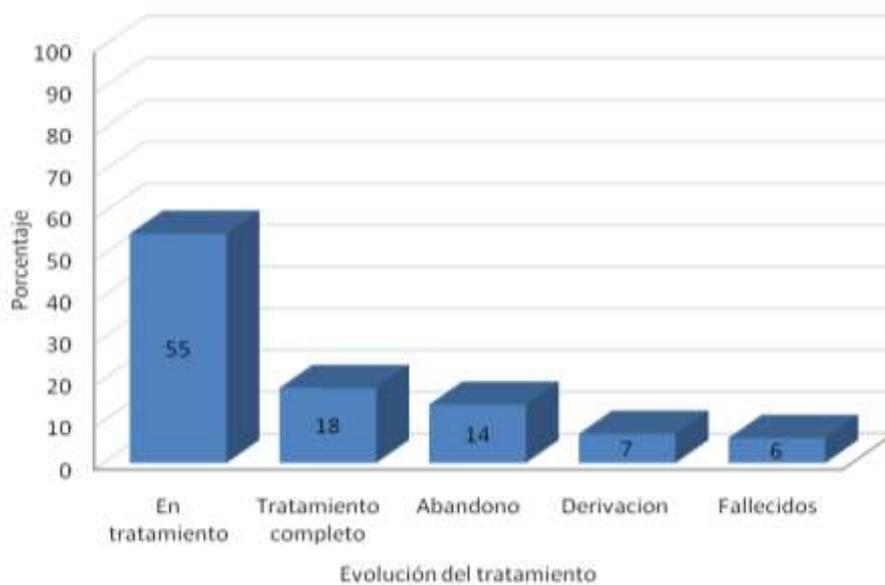
En cuanto al lugar de residencia, el 64% de los pacientes eran de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de los cuales el 56% habitaba en la Villa 31 del barrio de Retiro. Cabe aclarar que si bien el Hospital Rivadavia no tiene Área Programática, muchos pacientes que residen en el Villa 31 se atienden en nuestro Hospital.

La localización más frecuente fue la pulmonar, registrándose 52 casos, de los cuales el 88% se diagnosticó por examen directo de esputo con coloración de Ziehl-Nielsen y/o cultivo en medio de Lowenstein Jensen para *Mycobacterium tuberculosis*.

Localizaciones extrapulmonares fueron observadas en 21 pacientes, con cultivo positivo para *M. tuberculosis* en el 52% de las muestras extrapulmonares cultivadas. Cabe aclarar que 2 pacientes presentaron ambas localizaciones.

La situación final de tratamiento se muestra en el siguiente gráfico. La situación del tipo de alta satisfactoria con tratamiento completo se registró en el 18%. Aún continúan recibiendo tratamiento 39 pacientes (55%). Fueron derivados a otros centros asistenciales 5 pacientes (7%) y 10 enfermos (14%) abandonaron.

Gráfico 3. Distribución porcentual de la evolución del tratamiento de Tuberculosis en pacientes atendidos en el Hospital B. Rivadavia. Años 2017- 1° Semestre 2018. N=71



Fuente: Elaboración propia a partir de registros hospitalarios

VIII.3. CONCLUSIÓN

A pesar de las medidas de control, disponibilidad de métodos diagnósticos y tratamiento eficaz, la Tuberculosis, enfermedad infectocontagiosa prevenible y curable, continúa siendo un grave problema sanitario.

Consideramos a la Tuberculosis no sólo como entidad biológica sino como una enfermedad social, ya que las causas que la favorecen tienen su origen en factores de riesgo sociales que afectan en especial a los grupos más vulnerables de la sociedad.

Si se analiza esta enfermedad desde una visión puramente biológica, descuidándose aspectos socioeconómicos, culturales y/o ambientales, los programas de control no lograrían el objetivo deseado de disminuir el número de casos que actualmente se producen.

Al analizar los pacientes según la edad, observamos una población en su mayoría joven, menor de 40 años, económica y sexualmente activa.

Es importante destacar que el 64% de los pacientes vive en Ciudad de Buenos Aires, de los cuales más de la mitad habita en la villa 31 del barrio de Retiro, próximo a nuestro Hospital. Los mismos viven en condiciones precarias de hacinamiento, desocupación, mal alimentados y marginados, incrementando la exposición de personas susceptibles a las fuentes infecciosas.

Es de destacar que la confirmación bacteriológica, ya sea por examen directo o por cultivo alcanza el 88% en las formas pulmonares, superando ampliamente la meta propuesta por la OMS de detectar el 70% de los casos bacilíferos. Esto se debe a la eficacia de los laboratorios de bacteriología de nuestro Hospital y del laboratorio de bacteriología del Hospital Tornú (Centro de Referencia en Bacteriología para derivación de las muestras del Hospital Rivadavia), donde se realizan estudios de mayor complejidad: cultivos, pruebas de sensibilidad y en los casos que se justifique, pruebas de PCR, con la posibilidad de disponer de diagnóstico

específico y sensibilidad en forma rápida. Sin embargo, el alto porcentaje de confirmación bacteriológica, también expresa la consulta tardía de los pacientes, con formas extensas, cavitadas y por cierto, altamente infecciosas. Así mismo, es importante la búsqueda activa de los sintomáticos respiratorios y darle relevancia a la atención de los pacientes en los centros de salud cercanos a su domicilio, como así también realizar el estudio de contactos en el grupo familiar y en aquellas personas cercanas al paciente que amerite realizar el catastro.

Se requiere abordar la enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria (médicos, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogos) con una estrecha comunicación entre los profesionales de los centros de salud y de los hospitales cabecera y un sistema de referencia–contrarreferencia coordinado, organizado y sistemático.

Considerando a los pacientes que completaron el tratamiento y aquellos que aún continúan el mismo, alcanzamos el 73% de los casos; con un 14% de abandono, situación que nos hace reflexionar sobre la importancia y la necesidad de reforzar los esfuerzos e implementar estrategias para mejorar la adherencia, ya que estos pacientes son quienes presentan mayores factores de riesgo social.

VIII.4. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Boletín Epidemiológico Semanal - Gerencia Operativa Epidemiología| MINISTERIO DE SALUD DE LA CABA N°26 -Año II - Información hasta SE 5 - 17 de febrero de 2017 ANÁLISIS DE SITUACION DE LA TUBERCULOSIS, CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016-2017.
- 2) Boletín Epidemiológico Semanal - Gerencia Operativa Epidemiología- MINISTERIO DE SALUD DE LA CABA N°95 -Año III - Información hasta SE 22 - 15 de junio de 2018 – PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TBC.
- 3) Boletín sobre la Tuberculosis en la Argentina. Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis. Ministerio de Salud. ArgentinaNº1 - AÑO I - MARZO DE 2018. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2018.

IX. NOTIFICACIÓN DE TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL SANTOJANNI. PERIODO 2017-1^{ER}. SEMESTRE 2018.

Autores: Caramousoulis, Jorgelina⁶; Lucho, Adriana⁷; Néspolo, María Beatriz⁸; Cohen, Ivón⁹; Leveque, Susana¹⁰; Rodríguez, Alejandro¹¹

IX.1. INTRODUCCIÓN

IX.1.A. El hospital

El hospital general de agudos donación Francisco Santojanni se encuentra enclavado en el oeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue fundado en el año 1940 como hospital para tuberculosos en terrenos cedidos por el filántropo que le dio nombre a la institución. En 1981 se constituyó en hospital polivalente de agudos. Por año se asisten aproximadamente 480.000 personas (1) provenientes, en especial, de su área de influencia: los barrios de Liniers, Mataderos y Lugano, además de los partidos colindantes de la provincia de Buenos Aires. Se encuentra en la comuna 9 de la CABA. En su vasta Área Programática (AP) funcionan siete CeSAC que administrativamente dependen de una de sus dos divisiones. La otra es la división Promoción y Protección de la Salud, desde la que se efectúan las notificaciones epidemiológicas, seguimiento y actualización del estado de los tratamientos en curso de los pacientes tuberculosos (en conjunto con neumotisiología) y se articula con el AP la realización de los estudios de foco de aquellos pacientes residentes en el área.

IX.1.B. La TBC

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa crónica. Ciertos factores bien identificados potencian su desarrollo. El control de los riesgos ambientales, sociales, sanitarios y propios del individuo favorecen su prevención y limitación. Sin embargo, el dominio de esta enfermedad producida por el bacilo de Koch se ha complicado a través del tiempo debido a distintos factores –surgimiento del VIH, componentes demográficos, variantes socioeconómicas– que aparecieron en la escena sanitaria en diversos momentos de las últimas décadas (2).

Su importancia para la Salud Pública reside en que ocasiona por año más de 10.000 nuevos casos en Argentina. El 50% de ellos se registra en la población en edad reproductiva. El 80% de los casos pulmonares en mayores de 15 años son bacilíferos. Se verifica transmisión activa de la enfermedad. Se notifican por año más de 700 muertes por TBC en toda la población. En el grupo etario de 15 a 19 años aumentó la mortalidad en los últimos nueve años. Más del 10% de los casos de TBC identificados y que inician el tratamiento lo abandonan antes de finalizarlo y en más de un 30% de los casos no se obtiene información sobre su resultado (3).

La TBC es un problema de salud que trasciende nuestras fronteras: “[...] es la novena causa de muerte a nivel mundial y la primera por enfermedades infecciosas. Se estima que en 2016 más de 10,4 millones de personas contrajeron la TBC: el 90% eran adultos, el 65% eran varones, el 10% tenía coinfección con VIH y se registraron 1,3 millones de muertes asociadas a esta enfermedad [...]” (4).

La pesquisa de la TBC en edades pediátricas es de gran importancia ya que “[...] un diagnóstico de infección o enfermedad tuberculosa en un niño es un evento centinela que representa la transmisión reciente de M. tuberculosis en la comunidad [...]” (5). Las interurrencias y la comorbilidad inciden en su contagio. Es un concepto de larga data que lo favorecen la virulencia del germen y la condición inmunológica y nutricional del huésped [6].

La detección temprana basada en la gratuidad y universalidad para el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis es un elemento fundamental para combatirla.

⁶ Jefa de División Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

⁷ Jefa de Sección Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

⁸ Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

⁹ Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

¹⁰ Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

¹¹ Promoción y Protección de la Salud, Área Programática, Htal. Santojanni.

IX.2. OBJETIVO

Caracterizar los casos notificados de TBC en el hospital Santojanni entre enero de 2017 y junio de 2018.

IX.3. METODOLOGÍA

IX.3.A. Generalidades

La **población** está constituida por pacientes objeto de notificación epidemiológica mediante el módulo de TBC del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) durante el período comprendido entre el 1/1/2017 hasta el 30/6/2018.

Se examinaron los registros consignados en 2017 y 2018. Las **variables** establecidas fueron: confección completa de la ficha de notificación correspondiente; especificación de seguimiento del tratamiento del paciente; sexo; edad; residencia en el AP del hospital Santojanni; origen de la notificación respecto al caso; país de procedencia. Las variables cualitativas se dicotomizaron para su análisis. Se realizó un **diseño** de tipo descriptivo y observacional.

IX.3.B. Operacionalización de las variables

- Confección completa de la ficha: se consideró incompleta aquella ficha que carecía de información filiatoria o acerca del origen de la notificación y del tratamiento del paciente.
- Tratamiento del paciente: con *falta de información* o incompleta se consideró a las fichas con esa especificación o el casillero correspondiente vacío; *finalizado* al ciclo consumado durante 2017, cualidad a la que se adicionó los pacientes de 2018 con tratamiento en curso; *derivado* a otra institución sanitaria o *fallecido*.
- Residencia en AP: se consideró residentes a aquellos pacientes que declararon domicilio real dentro del límite dado por las calles y avenidas que demarcan el AP *Santojanni*.
- Origen de la notificación respecto al caso: se discernió entre aquellos casos que fueron notificados por secciones, unidades o divisiones actuantes en el *hospital base*; por alguno de los siete CeSAC pertenecientes a la Unidad de Organización; por otras instituciones sanitarias. A efectos de los análisis realizados posteriormente se dicotomizó entre aquellas notificaciones de casos realizados o no por la Unidad de Organización *Santojanni* o realizados o no por el *hospital base*.
- País de procedencia: se consignó según la referencia directa del paciente o tras la consideración de su DNI.

IX.4. RESULTADOS

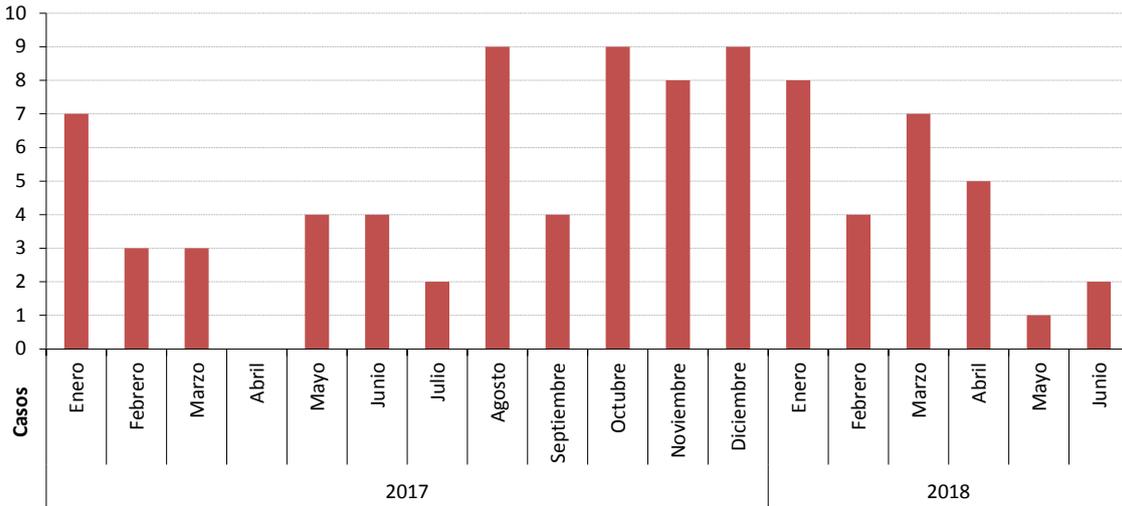
IX.4.A. Sobre los casos notificados

El tamaño muestral obtenido fue de 90 individuos. En el gráfico 1 se muestran los casos notificados por mes en el período en estudio. Sexo masculino 53 (58,9%) sobre n=88. El rango de edades fue 3 a 77 años, media=32 (DE: 16,57) sobre n=89.

Vivían en el AP del hospital *Santojanni* 27 pacientes (30,7%) sobre n=88. El origen de la notificación se verificó desde toda la Unidad de Organización en 84 oportunidades (94,4%) sobre n=89, el resto fue efectuada por otras instituciones. El 29,8% del total fueron producidas por los CeSAC.

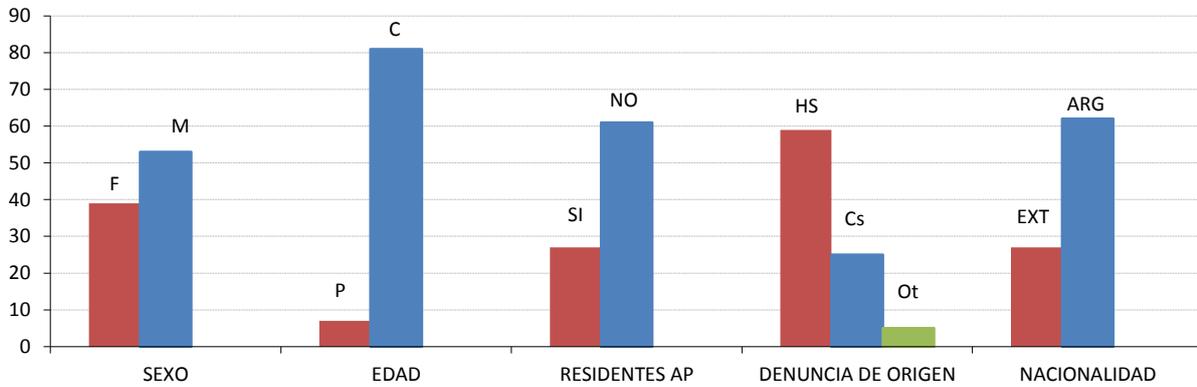
Fueron pacientes de nacionalidad argentina 62 (69,7%) sobre n=89. En el gráfico 2 se muestran las variables en proporciones.

Gráfico 1. Casos de TBC notificados según mes. Htal. Santojanni. Período 2017-2018. N=89.



Fuente: SNVS-TBC

Gráfico 2. Variables analizadas, denuncias TBC, htal. Santojanni. Período 2017-2018.



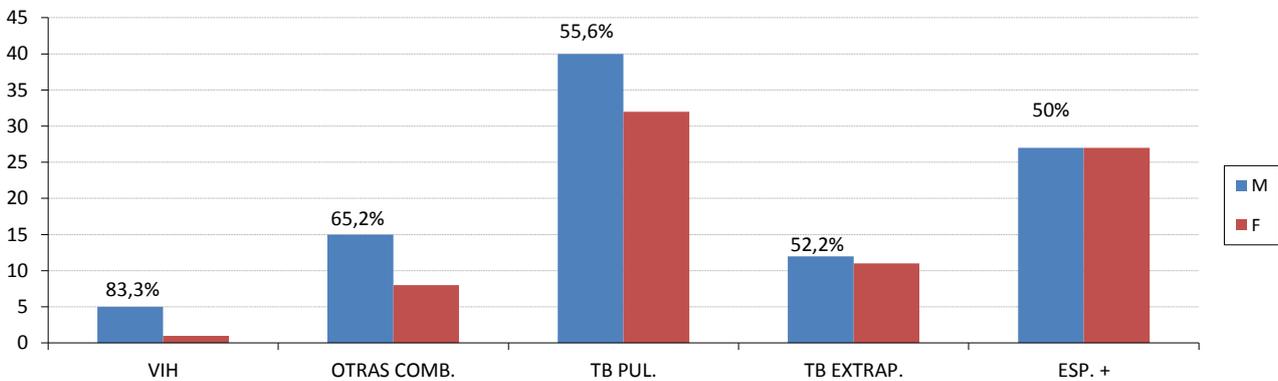
Fuente: SNVS-TBC

El 14,8% de los pacientes fue informado como portador del VIH y un 27% con otras comorbilidades (sobre n=85). Se destacaron las adicciones, la desnutrición y la diabetes.

El 80,9% fue consignado como casos con localización pulmonar y el 20,2% con lesiones extrapulmonares (sobre n=89). En el 60,7% de los registros se comunicó esputo positivo (sobre n=89).

El gráfico 3 muestra las características clínicas por sexo.

Gráfico 3: Características clínicas por sexo, notificaciones TBC, htal. Santojanni. Período 2017-2018.



Fuente: SNVS-TBC

IX.4.B. Sobre la calidad de la notificación

La frecuencia de fichas incompletas fue 76 (84,4%).

El gráfico 4 invita a observar la información sobre el tratamiento de los pacientes. En el 72,6% de los casos se consignó información.

En el gráfico 5 se muestran las proporciones de pacientes con tratamiento *finalizado/en curso*, *derivados*, *fallecidos* y *sin información* del total del periodo en estudio.

Gráfico 4: Tratamiento de los casos de TBC, htal. Santojanni. Período 2017-2018

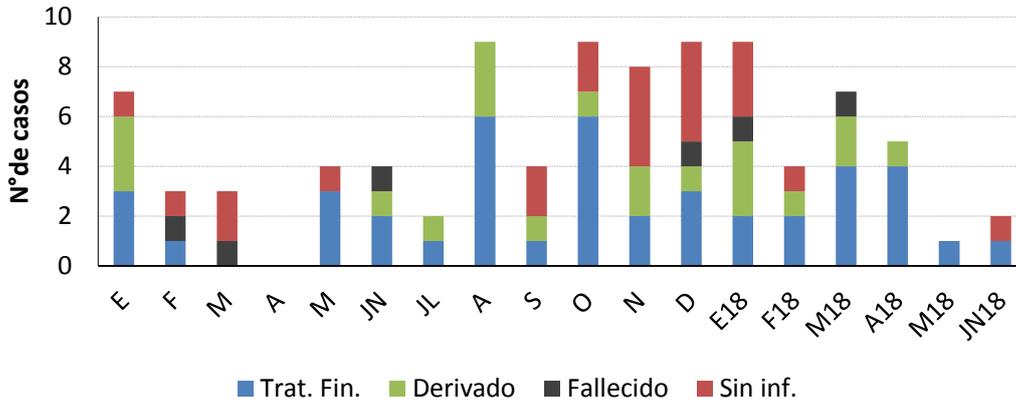
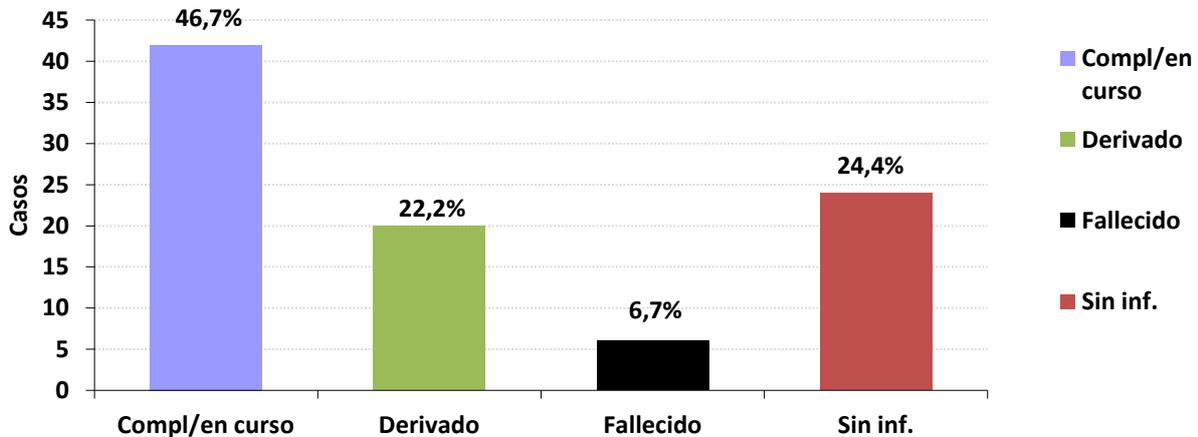


Gráfico 5: Tratamiento de los casos TBC, htal. Santojanni. Período 2017-2018.



IX.5. CONCLUSIONES

Es necesario alcanzar una mayor especificación de las características clínicas de las notificaciones, y consignar los datos filiatorios en su totalidad. La posibilidad de analizar una n mayor de notificaciones durante periodos más amplios nos estimula a repetir aspectos de este trabajo, como así también ensayar modelos para – como se ha hecho antes en otras zonas cercanas a nuestro medio y con condiciones socioeconómicas y demográficas similares^[7] – buscar factores predictivos de adherencia al tratamiento y control clínico por parte de pacientes afectados por TBC.

IX.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. División Estadística, HGADFS.
2. Sociedad Argentina de Pediatría, “Criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil”, Arch Argent Pediatr (Buenos Aires) 2002; 100(2):159-78.

3. Bossio, Juan Carlos, Mesa redonda: Iniciativa en TBC pediátrica, Puesta al día en Tuberculosis Pediátrica y Adolescente, [en línea]. 8^{vo}. Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica, Argentina, Buenos Aires, 24 de abril de 2018, http://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/Neumonolog%C3%ADa/Bossio_tuberculosis.pdf [Consulta: 7 de julio de 2018].
4. Maulen, Sergio, "Presentación", Boletín sobre tuberculosis en la Argentina-Ministerio de Salud de la Nación, (Buenos Aires) marzo 2018; I (1):6-7.
5. Pickering, Peter et al., Red book. Enfermedades infecciosas en pediatría, 25^{ta}. ed., Buenos Aires, editorial Médica Panamericana, 2001, p. 560.
6. Voyer, Luis, Oscar Ruvinsky y Carlos Cambiano, Pediatría, Buenos Aires, editorial La Rosa, 1998.
7. Arrossi, Silvina, María Belén Herrero, Adriana Greco y Silvina Ramos, "Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina", Salud Colectiva (Buenos Aires) noviembre 2012; 8(Supl. 1):65-73

X. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

X.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.

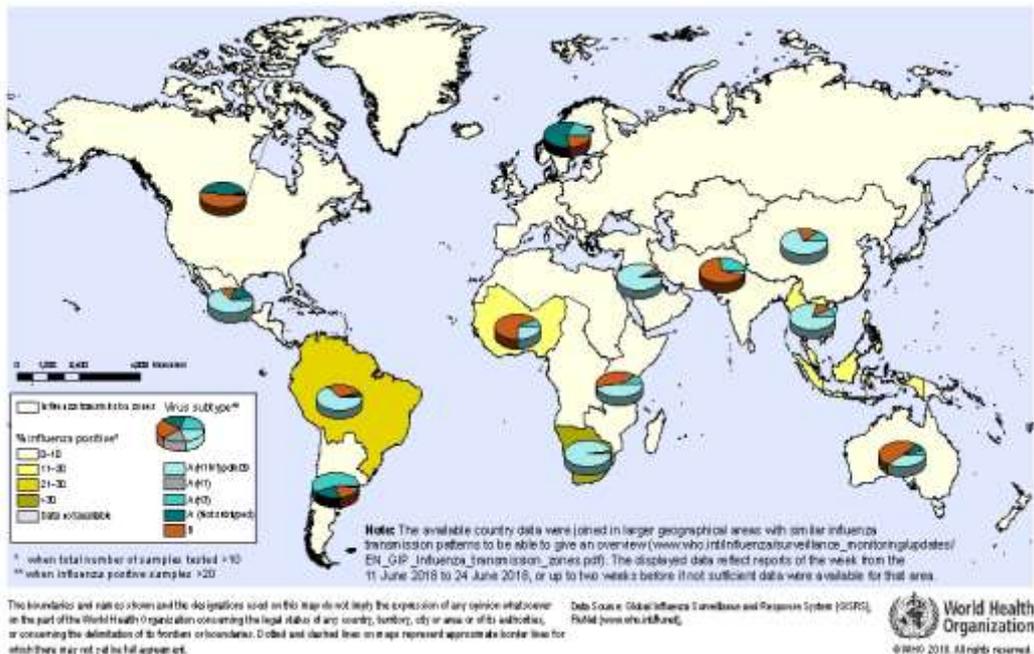
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

<http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

X.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 influenza¹².

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 6 de Julio de 2018



En América del Norte la actividad de influenza se encuentra a niveles inter-estacionales en Canadá, México y los Estados Unidos, con predominio de influenza B.

En el Caribe la actividad de influenza y de VSR disminuyó en la mayoría de la subregión. En Cuba y República Dominicana, la actividad e influenza aumentó en tanto en Jamaica disminuyó, con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y A(H3N2).

En América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentran en descenso en toda la sub-región. En Guatemala, la actividad de influenza continuó elevada con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2), y la actividad de IRAG fue similar a la temporada previa.

En la Sub-región Andina la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable. La actividad de IRAG continuó elevada en Bolivia, con co-circulación de influenza B, A(H1N1)pdm09 y VSR. En Perú,

¹²Para obtener más información consultar

http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 aumentó, en tanto la de IRAG disminuyó ligeramente. En Colombia, la actividad de influenza permaneció elevada asociada a casos de IRA.

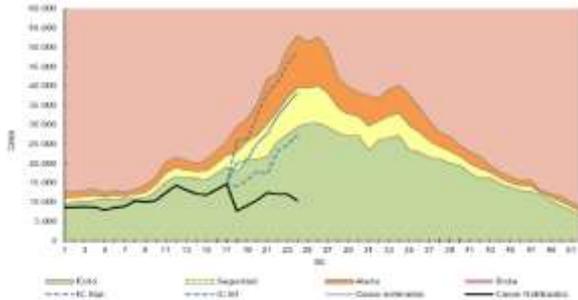
En Brasil y Cono Sur los niveles de influenza continuaron dentro de los valores esperados en toda la sub-región, con predominancia de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúa baja, en general, y la actividad de VSR aumentó.

Situación Global: Las detecciones de influenza continuaron aumentando en las últimas semanas en el sur de África, sin embargo, la actividad de influenza se mantuvo bajo los umbrales estacionales en la mayoría de los demás países de la zona templada del hemisferio sur. En la zona templada del hemisferio norte, la circulación de influenza volvió a niveles interestacionales. Se informó una mayor actividad en algunos países del Caribe. En todo el mundo, los virus del subtipo A de influenza estacional representaron la mayoría de las detecciones.

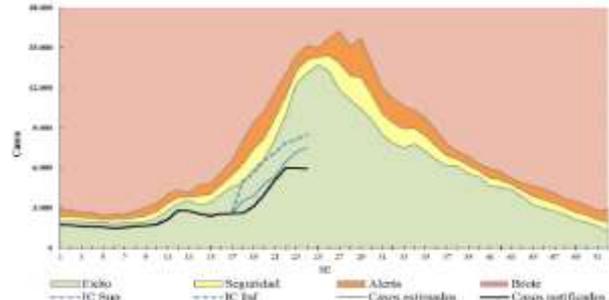
X.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

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.

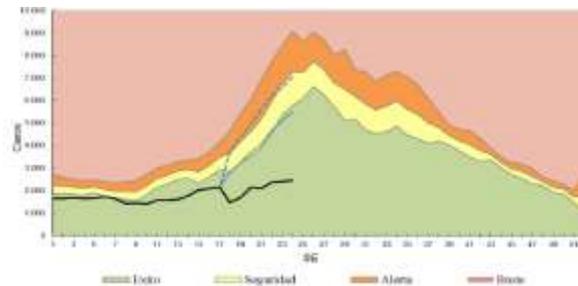
Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 24. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



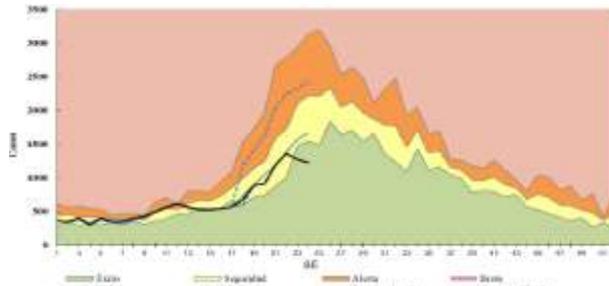
Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 24. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 24. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 24. 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.

X.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA

Nota metodológica:

Con el inicio del funcionamiento del SNVS 2.0, al igual que para las diarreas, se definió que la vigilancia agrupada de las IRA (bronquiolitis, ETI, neumonía e IRAG), se realizaría a través de una selección de efectores. Ampliando lo explicado anteriormente, la elección de dichos efectores se realizó elaborando un ranking, ponderando variables tales como ubicación geográfica, regularidad en la notificación histórica, correlación lineal con la notificación total y conceptos de mejoría histórica de la misma por parte de los hospitales notificadores. Asimismo, se cuenta con la notificación de los Centros de Salud a través de una exportación de la Historia Clínica Electrónica.

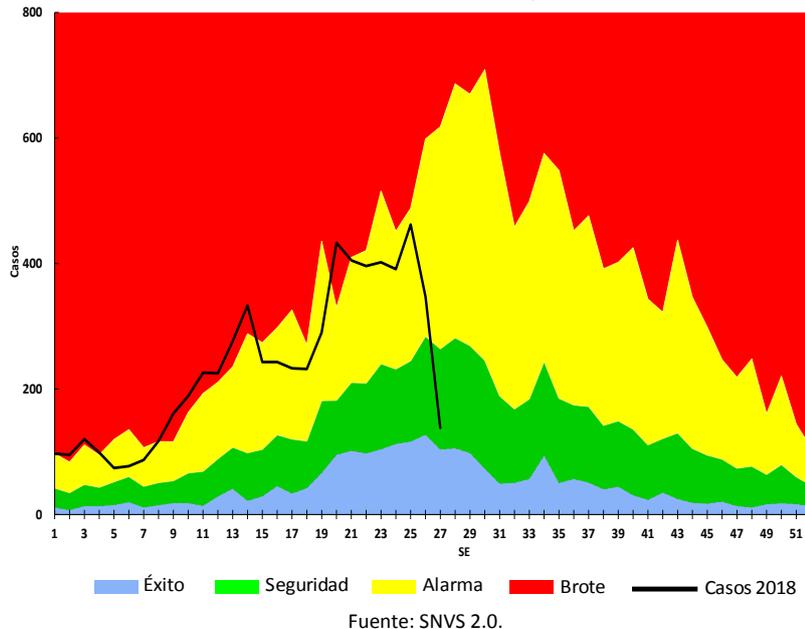
Para las IRA, se eligieron seis hospitales públicos y uno privado, que se considera son representativos del comportamiento de la notificación total. Los Hospitales seleccionados son: Álvarez, Pirovano, Piñero, Zubizarreta, Ramos Mejía, Gutiérrez; y por parte del sector privado el Hospital Italiano.

Los siguientes corredores endémicos se han construido con los datos históricos de casos residentes en CABA notificados por dichos efectores. Y, nuevamente, se aclara que dicha notificación está vinculada con la tendencia y estacionalidad de los eventos notificados y no con la cantidad de casos totales que ocurren en la Ciudad.

X.4.A. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de ETI, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 27 de 2018.

Grafico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI).
Residentes en CABA. Hasta SE 27, año 2018.

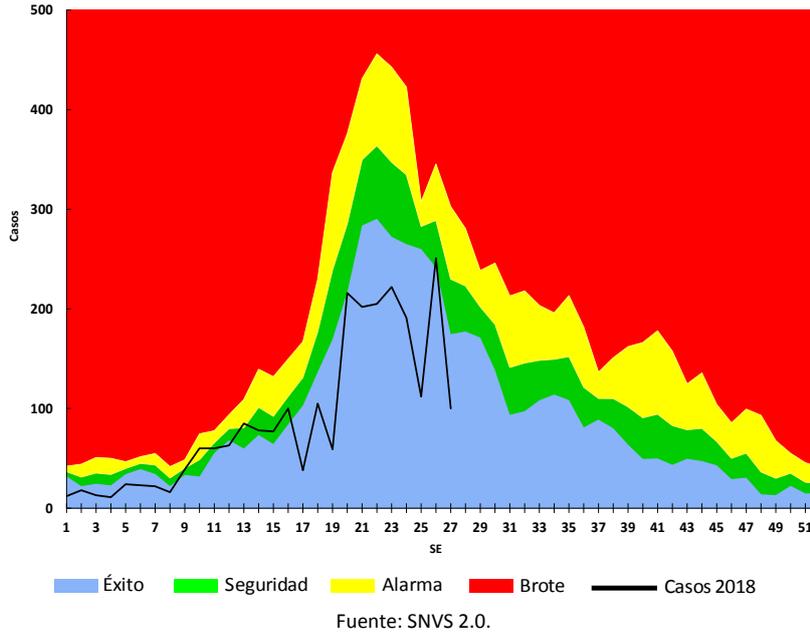


La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 se observa una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En las últimas semanas, la incidencia permanece en zona de alarma, con una caída de la curva en las últimas semanas; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Italiano, Pirovano y Gutiérrez.

X.4.B. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de bronquiolitis, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 27 de 2018.

Gráfico 2. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años Residentes en CABA. Hasta SE 27, año 2018.

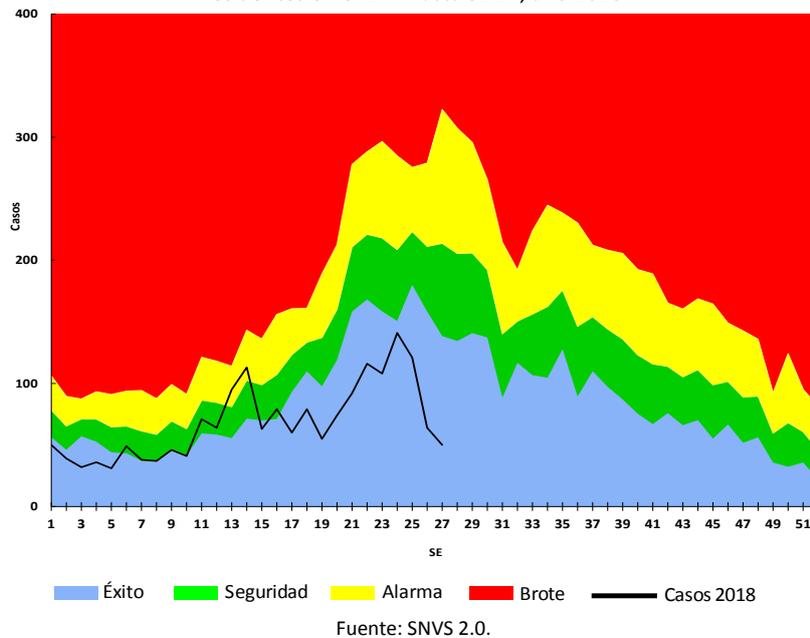


Hasta la SE 27 del corriente año, la curva de casos de bronquiolitis transcurre por zona de éxito, dentro de los valores esperados, y con caída de la curva en la última semana; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Italiano, Gutiérrez, Pirovano y Piñero.

X.4.C. Neumonía

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de neumonía, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 27 de 2018.

Gráfico 3. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes en CABA. Hasta SE 27, año 2018.



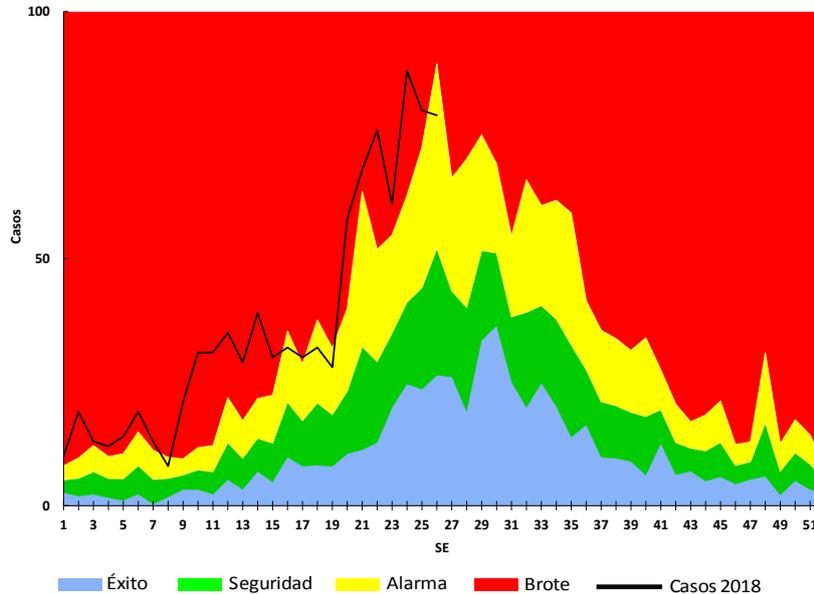
Hasta la SE 27 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados. Se verifica un incremento en la notificación en las últimas semanas, pero con

caída de la curva en las últimas semanas; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Italiano, Pirovano y Gutiérrez.

X.4.D. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de las IRAG, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 27 de 2018.

Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes en CABA. Hasta SE 27, año 2018.



Fuente: SNVS 2.0.

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 inicia una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados. Actualmente, la incidencia transcurre por zona de brote. En la SE 26 se observa una caída, pero existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Gutiérrez, Pirovano e Italiano.

La tabla a continuación muestra que en la distribución por edad de los casos de IRAG notificados entras las semanas 18 a 27 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 69% de los casos de IRAG, en el periodo mencionado.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. SE 18 a 27. Año 2018.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2018		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	257	36,7	36,7
De 2 a 4 años	75	10,7	47,4
De 5 a 14 años	60	8,6	56,0
De 15 a 24 años	6	0,9	56,8
De 25 a 34 años	8	1,1	58,0
De 35 a 44 años	16	2,3	60,3
De 45 a 64 años	43	6,1	66,4
Mayores de 64 años	225	32,1	98,6
Sin especificar edad	10	1,4	100,0
TOTAL	700	100,0	-

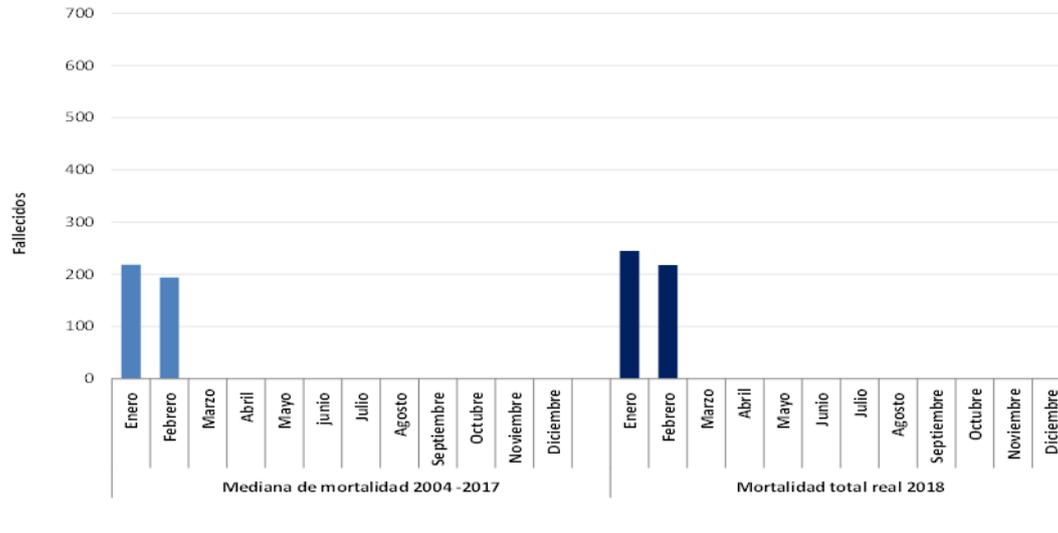
Fuente: SNVS 2.0.

X.4.E. Mortalidad por IRA

Se presenta la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (CIE 10. J10-J22*) en residentes de CABA, del bimestre enero-febrero del corriente año 2018, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico se compara la mortalidad de enero-febrero de 2018 respecto de la mediana de mortalidad de dichos meses en el periodo 2004-2017.

Gráfico 5. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Mediana de enero del periodo 2004-2017 y enero de 2018 Residentes de la CABA. Enero-Febrero 2018



Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

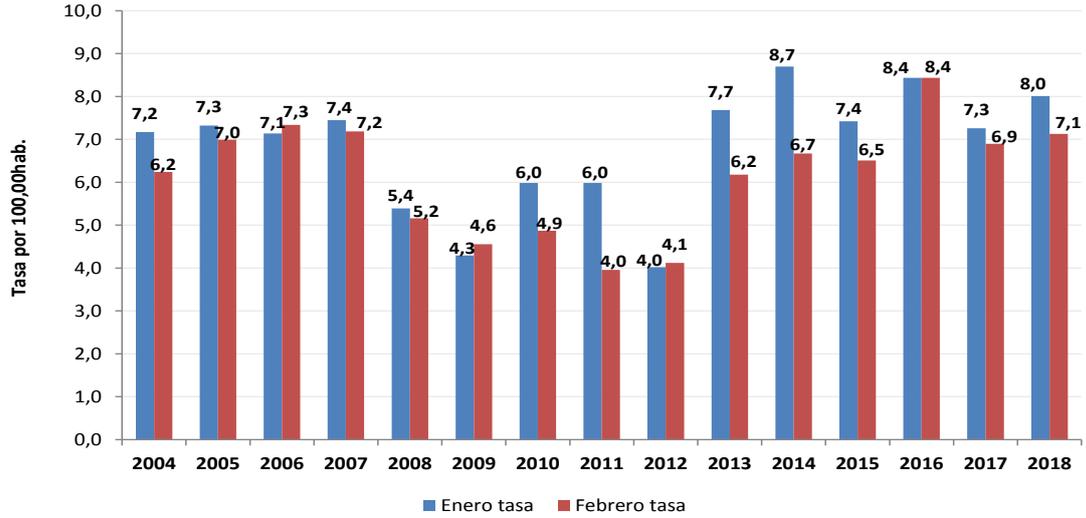
*Incluyen las siguientes patologías: Influenza debida a virus de la influenza identificado, Influenza debida a virus no identificado, Neumonía viral no identificada en otra parte, Neumonía debida a *Streptococcus pneumoniae*, Neumonía debida a *Haemophilus influenzae*, Neumonía Bacteriana, Neumonía debida a otros microorganismos infecciosos no clasificados en otra parte, Neumonía en enfermedades clasificadas en otra parte, Neumonía organismo no especificado, Bronquitis Aguda, Bronquiolitis aguda, Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores.

En enero de 2018 fallecieron 245 personas por las causas mencionadas. La mortalidad de dicho mes fue un 10,8% superior a la mediana de fallecidos del mismo mes en el periodo 2004-2017 (219 óbitos).

En febrero de 2018 fallecieron 218 personas por las causas mencionadas. La mortalidad de dicho mes fue un 11,0% superior a la mediana de fallecidos del mismo mes en el periodo 2004-2017 (194 óbitos).

En el siguiente gráfico se observa la tasa de mortalidad por las causas mencionadas, en los meses de enero y febrero, entre los años 2004 a 2018. El menor registro de mortalidad en el bimestre enero-febrero ocurrió entre los años 2008 y 2012; por el contrario, enero y febrero del corriente año constituye uno de los bimestres con mayor mortalidad, en la serie histórica estudiada.

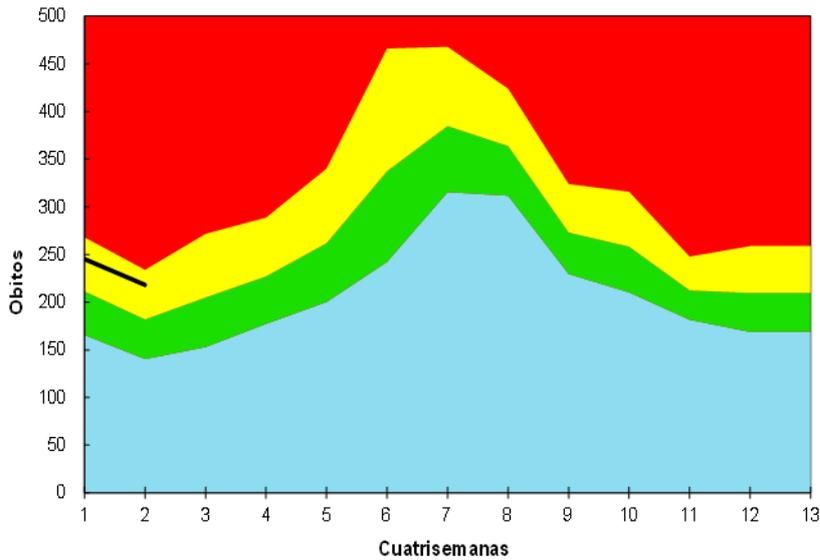
Gráfico 6. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Tasa de mortalidad específica según mes y año Residentes de la CABA. Bimestre enero-febrero. Años 2004-2018



*Tasa específica por 100.000 habitantes residentes de la CABA
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

En el siguiente gráfico se aprecia, el corredor endémico cuatrisesmanal de la mortalidad por las causas mencionadas. La curva de mortalidad en las primeras cuatrisesmanas circuló por zona de alarma. Existe retraso en la notificación de este evento por parte de la Dirección de Estadísticas y Censos de la CABA.

Gráfico 7. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Corredor endémico cuatrisesmanal Residentes de la CABA. Año 2018



Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

En la siguiente tabla se muestra la mortalidad por IRA en el bimestre enero-febrero de 2018 discriminada por grupos de edad. El mayor peso relativo y riesgo de mortalidad por las causas mencionadas se concentra en los mayores de 64 años.

Tabla 2. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Distribución porcentual y tasa específica por edad. Residentes de la CABA. Bimestre enero-febrero de 2018

Grupos De Edad	Óbitos	%	Tasa*
Menor de 5 años	0	0,0	0,0
5-14 años	0	0,0	0,0
15-64 años	43	9,3	0,5
65 y más años	420	90,7	18,3
Total	463	100,0	3,3

*Tasa específica por 100.000 habitantes residentes de la CABA

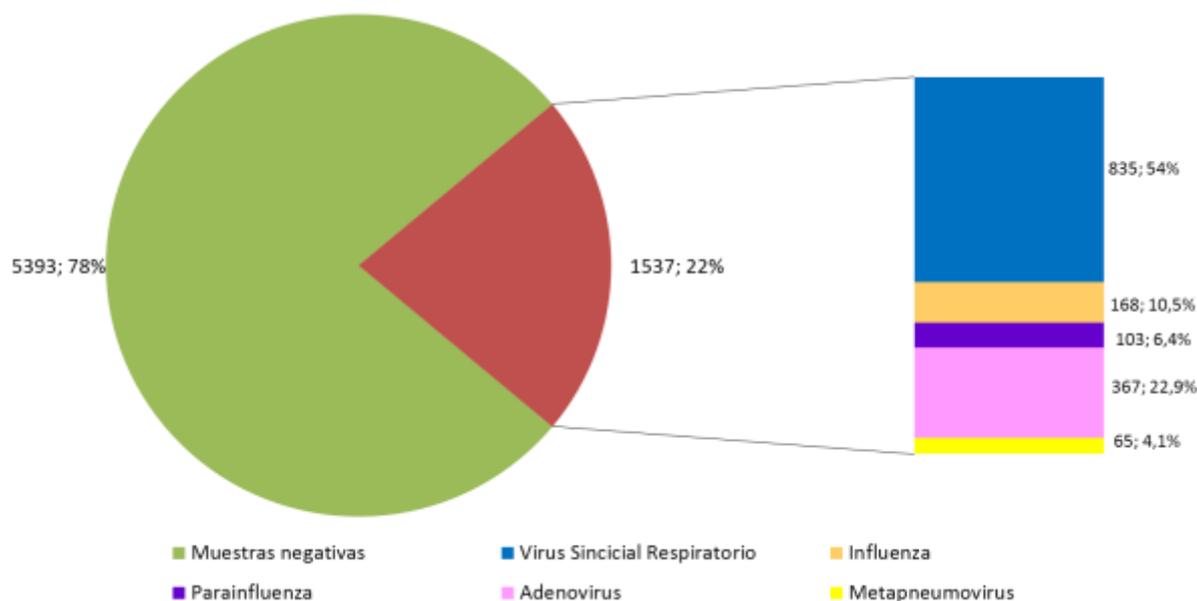
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

X.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

NOTA: A continuación se presentan los datos preliminares hasta la SE 26. Se encuentran en proceso de actualización y análisis nuevas notificaciones realizadas entre las SE 20 y 25.

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 8. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 26. Año 2018. N=6.960Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 27 de 2018, se analizaron 6.930 muestras de las cuales 1.537 dieron positivas para algún virus.

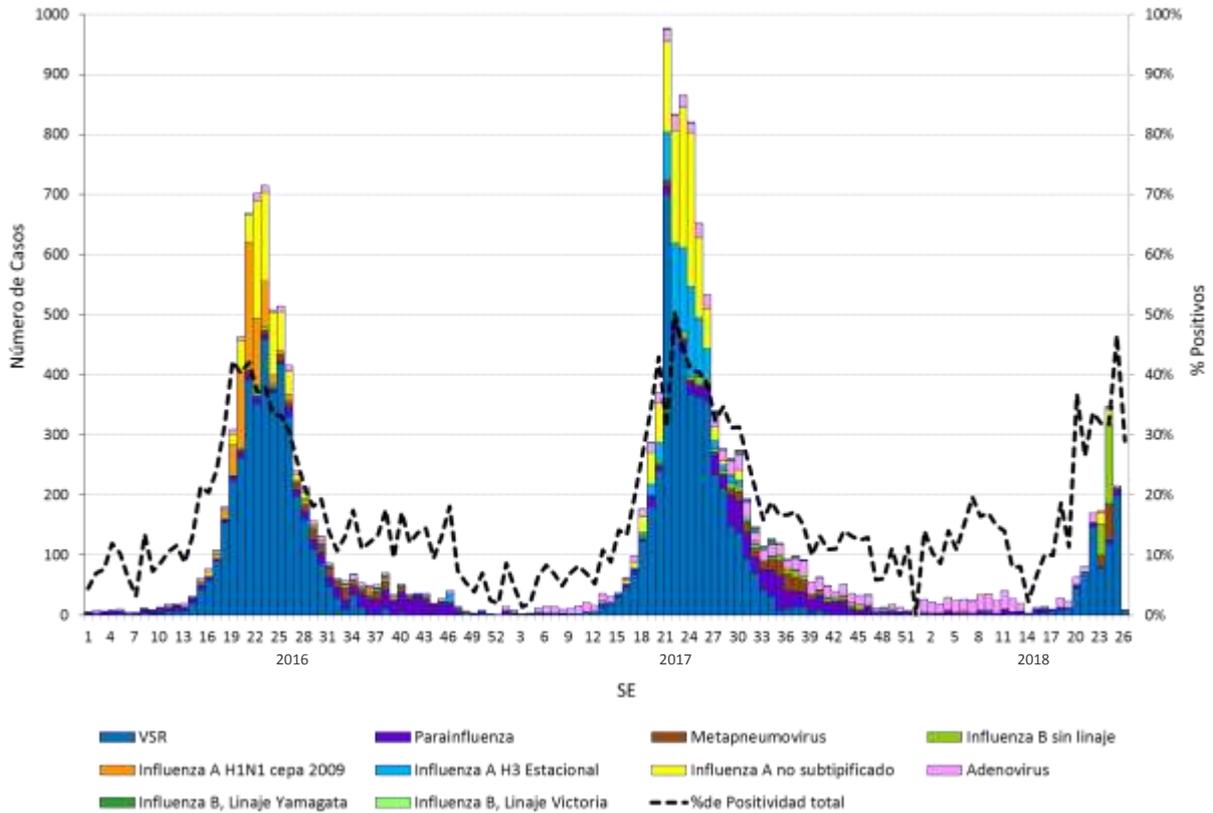
En el año 2017 hasta la SE 27, del total de muestras analizadas, el 32,2% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 58% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 32,7%.

Del total de las 25.073 muestras analizadas en 2017, el 27,2% (6.447) resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 56% fue aislado el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 34,4%. Hasta la SE 19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.

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

Gráfico 9. Distribución virus respiratorios por SE.

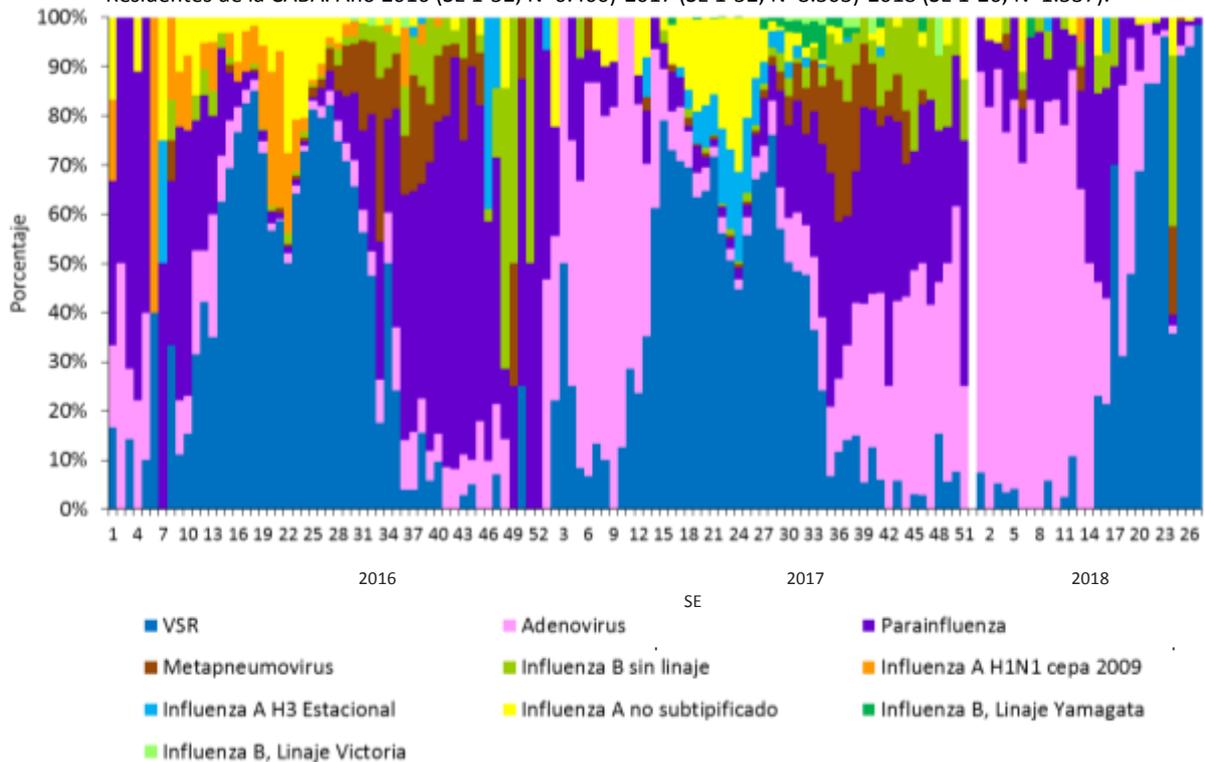
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-26; N=1.537)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Gráfico 10. 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 1-26; N=1.537).

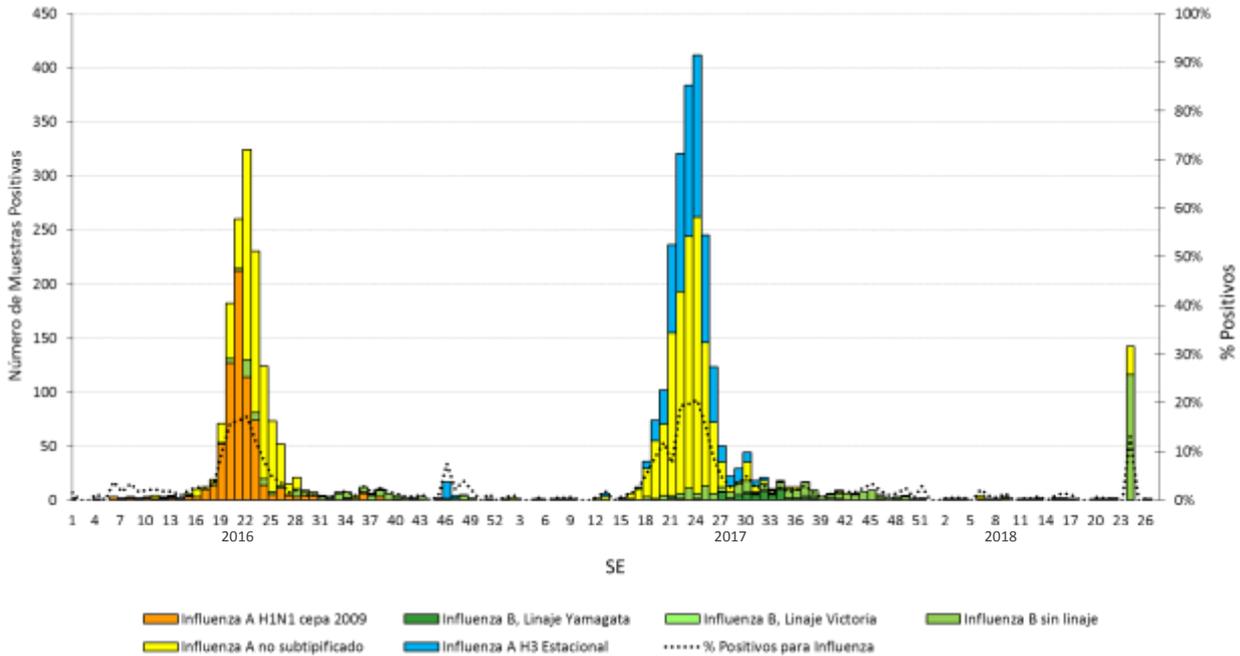


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 27 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 11. 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 1-26; N=168)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 27 de 2018, de las 168 muestras positivas para influenza, 40 resultaron positivas para influenza A, 37 muestras dieron positivas para Influenza A no subtipificado y 193 Influenza B sin subtipificar.

En el año 2017, hasta la SE 26 se notificaron 1204 casos de Influenza A no subtipificado, 432 de Influenza A H3 estacional y 45 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 25% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas. En dicho año, 23% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año 2016 en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.

XI. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

XI.1. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad causada por *Mycobacterium tuberculosis*, prevenible a través de la vacuna BCG, la cual evita las formas graves y reduce la mortalidad, y curable con tratamiento específico. La enfermedad se presenta en la mayoría de los casos en forma pulmonar donde la transmisión es por vía aérea de persona a persona cuando el paciente es bacilífero.

Se calcula que una tercera parte de la población mundial tiene tuberculosis latente; es decir, esas personas están infectadas por el bacilo pero aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

La tuberculosis se presenta como un desafío para los sistemas de salud, ya que es un problema complejo cuyo abordaje exige una mirada integral y trabajo intersectorial. Intervienen determinantes habitacionales como el hacinamiento; socio-económicos como la desnutrición; la organización de los sistemas de salud, pues exige estricta adherencia al tratamiento; y culturales como la fuerte estigmatización de esta enfermedad.

En 2016, se estima que 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que debería acelerarse al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis.¹³

La Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, comparten el objetivo común de poner fin a la epidemia mundial de TB para el periodo 2016-2035. Las metas de dicha estrategia consisten en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia en un 80% de aquí a 2030.¹⁴ A nivel mundial se presentan como amenazas la aparición de cepas multi-resistentes a los fármacos, así como la problemática de la co-infección con VIH.

XI.2. SITUACIÓN EN ARGENTINA

XI.2.A. Situación nacional 2017

Según el último reporte del Instituto de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni en la Argentina se notificaron 11.176 casos de tuberculosis en 2017, con una tasa de 25,37 por 100.000 habitantes.

Las provincias de Jujuy y Salta son aquellas que presentan las tasas más altas del país, 55,55 y 50,50 por 100.000 hab. respectivamente, duplicando la tasa nacional, de 25,37 por 100.000 hab. Catamarca, San Juan y Tierra del Fuego registran los valores más bajos, con tasas de 5,44, 6,75 y 6,84 por 100.000 hab. La Ciudad de Buenos Aires se encuentra en el tercer lugar con una tasa de 39,59, dentro de las regiones con mayores tasas.

XI.3. 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.

La introducción completa, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES. Disponibles en:

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

XI.3.A. Antecedentes año 2017

La información del año 2017 se presentó en el BES N° 76 y anteriores. Se puede descargar en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_76_se_3_vf_0.pdf.

¹³ OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

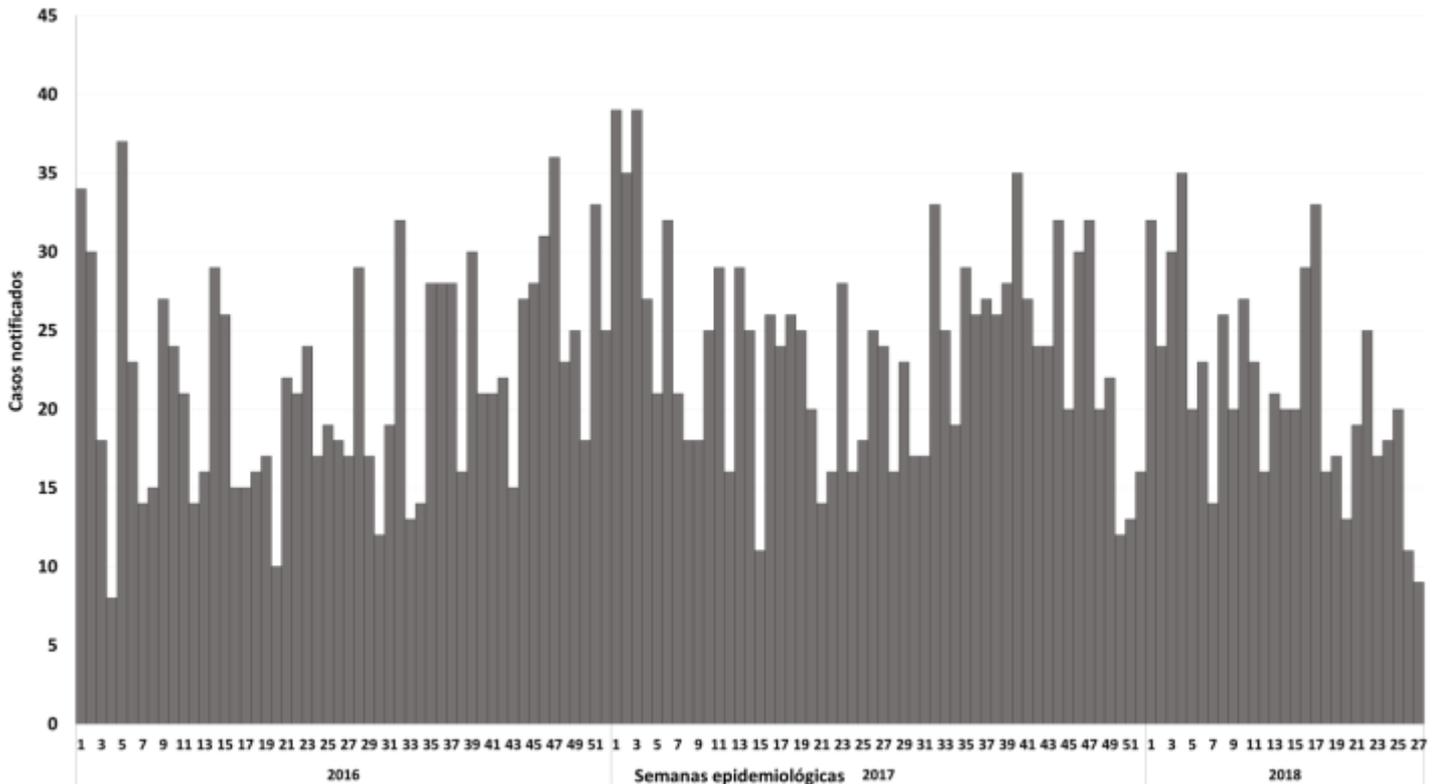
¹⁴ OMS. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

XI.3.B. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2018 se notificaron 1246 casos totales de TBC de los cuales 491 poseen datos de residencia en comunas de la CABA, 60 casos de la CABA pero sin datos de domicilio y en 27 casos no se cuenta con dato de domicilio de residencia, los cuales se incluirán en el análisis como residentes de la CABA. El resto pertenece a otras jurisdicciones del país.

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC en residentes de la CABA en los años 2016, 2017 y hasta la SE 27 de 2018.

Gráfico 1. Casos notificados de TBC. Residentes de la CABA.
Años: 2016 (n=1138) - 2017 (n=1240)-2018 hasta SE 1-27 (n=578)



Fuente: SNVS TBC

En las últimas semanas se observa un menor número de casos notificados, probablemente por un retraso en la notificación propio de los eventos de denuncia semanal. Junto con lo anterior, teniendo en cuenta todo el período de análisis, se observa una leve tendencia a la disminución en la notificación de los casos. Sin dudas que esto tiene que examinarse a la luz de los datos de todo el país para los últimos años y del seguimiento de esta tendencia en los meses siguientes.

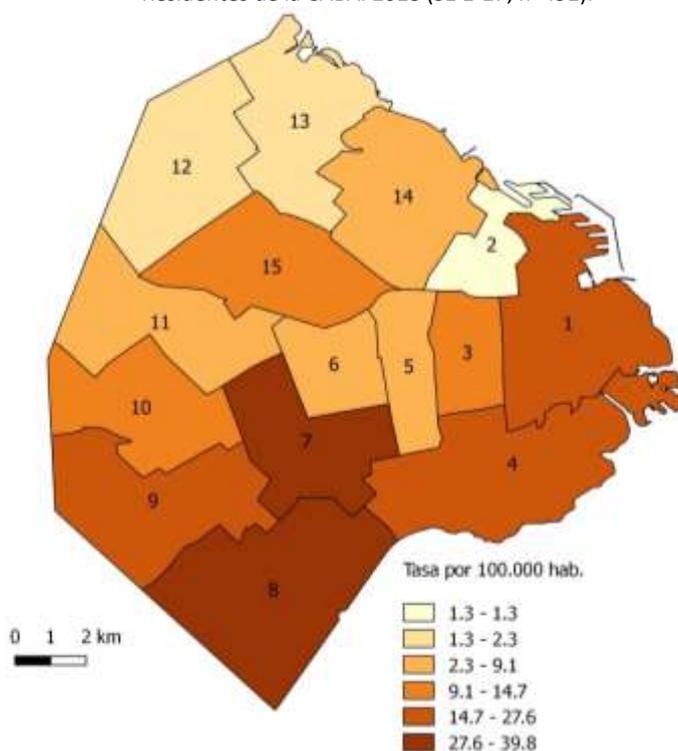
A continuación se presenta la distribución de tasas por comuna en los años 2017-2018 hasta la SE 27.

Tabla 1. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna. Residentes de la CABA. Años 2017 (n=647) y 2018 (n=578) hasta la SE 27.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	87	34,4	61	24,0	-26
2	11	7,3	2	1,3	-9
3	39	20,2	25	13,0	-14
4	69	28,9	66	27,6	-3
5	21	11,2	17	9,1	-4
6	13	7,0	10	5,4	-3
7	121	50,3	96	39,8	-25
8	82	36,2	87	38,2	5
9	45	26,4	47	27,5	2
10	21	12,3	25	14,7	4
11	8	4,2	10	5,3	2
12	7	3,3	5	2,3	-2
13	5	2,1	4	1,7	-1
14	10	4,4	11	4,8	1
15	19	10,4	25	13,7	6
Residentes Sd*	77		60		-17
Desconocidos**	12		27		15
Total CABA	647	21,1	578	18,8	-69

Fuente: SNVS-TBC

*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Mapa 1. Tasas de notificación de casos de TBC por 100.000 habitantes. Residentes de la CABA. 2018 (SE 1-27; n=491).

Fuente: SNVS-TBC

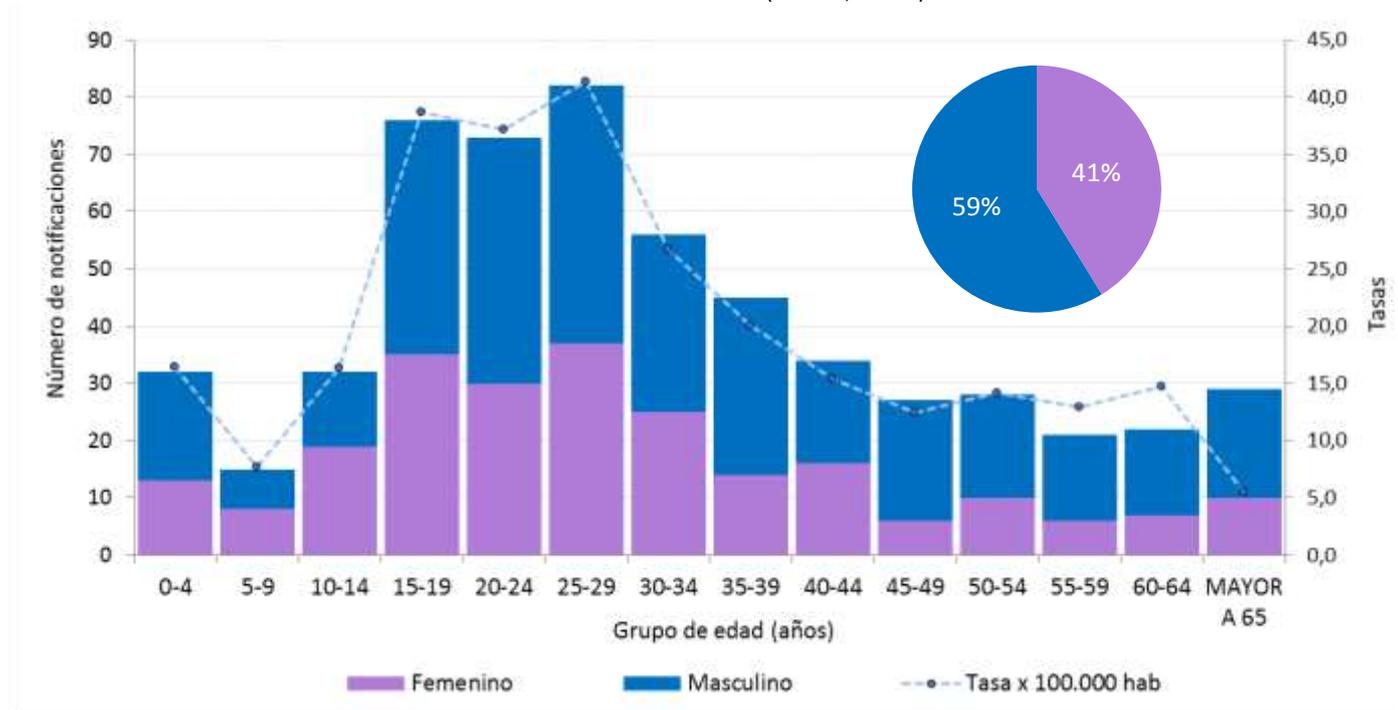
Las Comunas 1, 4, 7, 8 y 9 son las más afectadas, registrando tasas por encima de la tasa del total de la Ciudad. En la Comuna 7 se concentran la mayoría de los casos, los cuales representan el 16,6% del total de casos notificados en residentes.

XI.3.C. Características de la población

XI.3.C.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 27 de 2018. Para este análisis se excluyeron 6 casos sin registro de la edad.

Gráfico 2. Casos notificados de TBC y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=572).



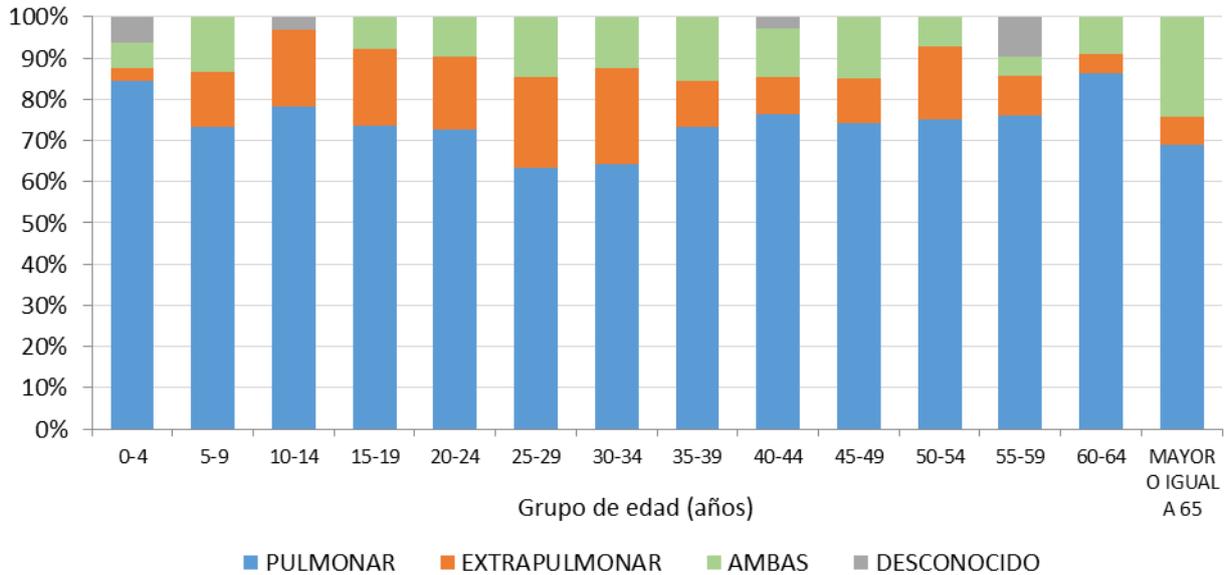
Fuente: SNVS-TBC

La mayor cantidad de notificaciones se registra en el grupo de 15 a 29 años, con un leve predominio en el sexo masculino. La mediana de edad fue de 28 años (RI de 23). Ello permite inferir 2 escenarios: infección por TB en edades tempranas de la vida con desarrollo posterior de enfermedad por TB y fuente de infección sostenida en los grupos etarios mencionados.

XI.3.C.ii. Localización y comorbilidades

A continuación se describe la localización de la enfermedad según grupo etario de los casos notificados en las semanas 1-27 de 2018 en residentes de la CABA. Se excluyeron 6 casos sin registro de edad

Gráfico 3. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización y grupos de edad.
Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=572)



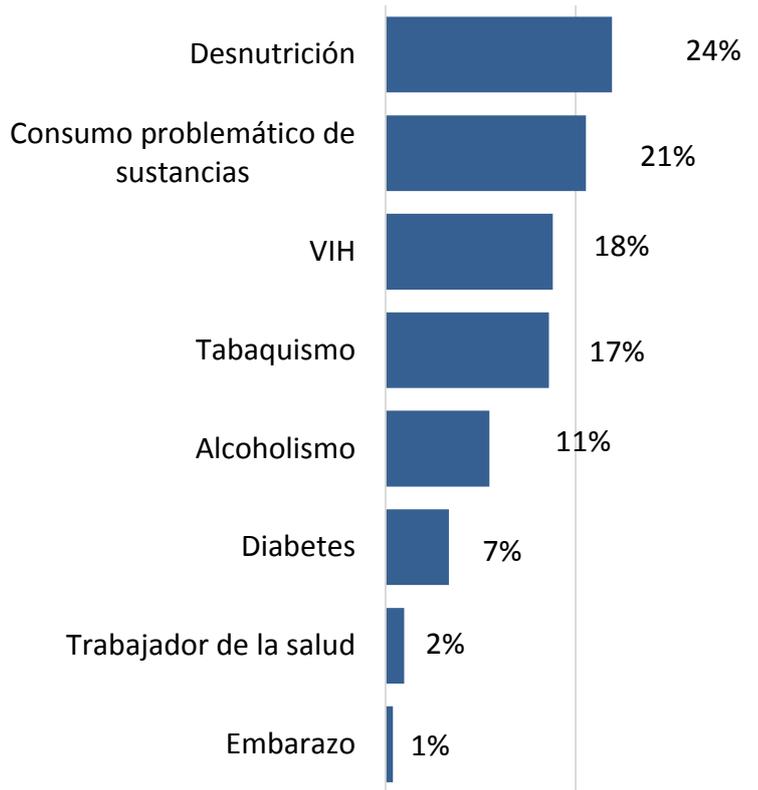
Fuente: SNVS-TBC

Se observó que el 72,6% (n=415) de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 15,4% (n=88) extrapulmonar y un 11% (n=63) presentó ambos compromisos. En el 1% (n=6) 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 30,3% presenta algún tipo de factor de riesgo (n=175)¹⁵. A continuación se presenta la frecuencia relativa de los factores de riesgo, según tipo. Cabe aclarar que los mismos no son excluyentes, ya que un mismo paciente puede presentar más de un factor de riesgo.

¹⁵ Factores de riesgo recabados: diabetes, alcoholismo, desnutrición, consumo problemático de sustancias, tabaquismo, infección por VIH y ser trabajador de la salud.

Gráfico 4. Porcentaje de factores de riesgo según tipo.
Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n= 256)¹⁶



Fuente: SNVS-TBC

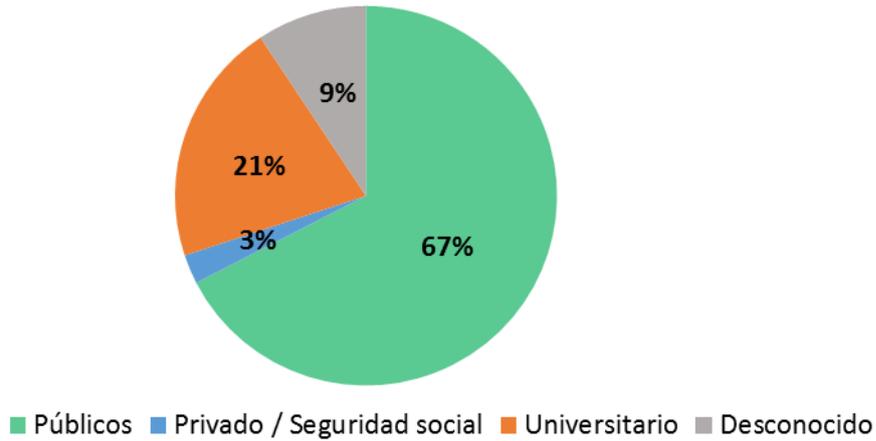
La desnutrición resultó ser la principal condición asociada a la tuberculosis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la misma puede presentarse como parte del cuadro clínico cuando la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas. Del total de pacientes, el 21% (n=54) presenta un consumo problemático de sustancias asociado. En el 7,8 % (n=45) de los casos reportados se encuentra asociado a co-infección con VIH. En el 73,4% (n=424) no se consigna el dato sobre infección por VIH, podría corresponder a pacientes que no se presentan dicha patología, no se registró la prueba negativo o no fueron testeados. En el 45,8% (n=265) de las notificaciones no se obtuvo información sobre la existencia de factores de riesgo. Del total de los casos notificados en residentes de la CABA, se identificó la condición de hacinamiento en 83 casos (14,4%)

XI.3.D. Distribución según efectores

En el siguiente gráfico se indican los casos de tuberculosis de residentes y no residentes de la CABA, según el tipo de establecimiento notificador, entre las SE 1 y 27 de 2018.

¹⁶ Se consideran en el gráfico la totalidad de los factores de riesgo involucrados.

Gráfico 5. Porcentaje de casos según tipo de establecimiento notificador.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=1246)

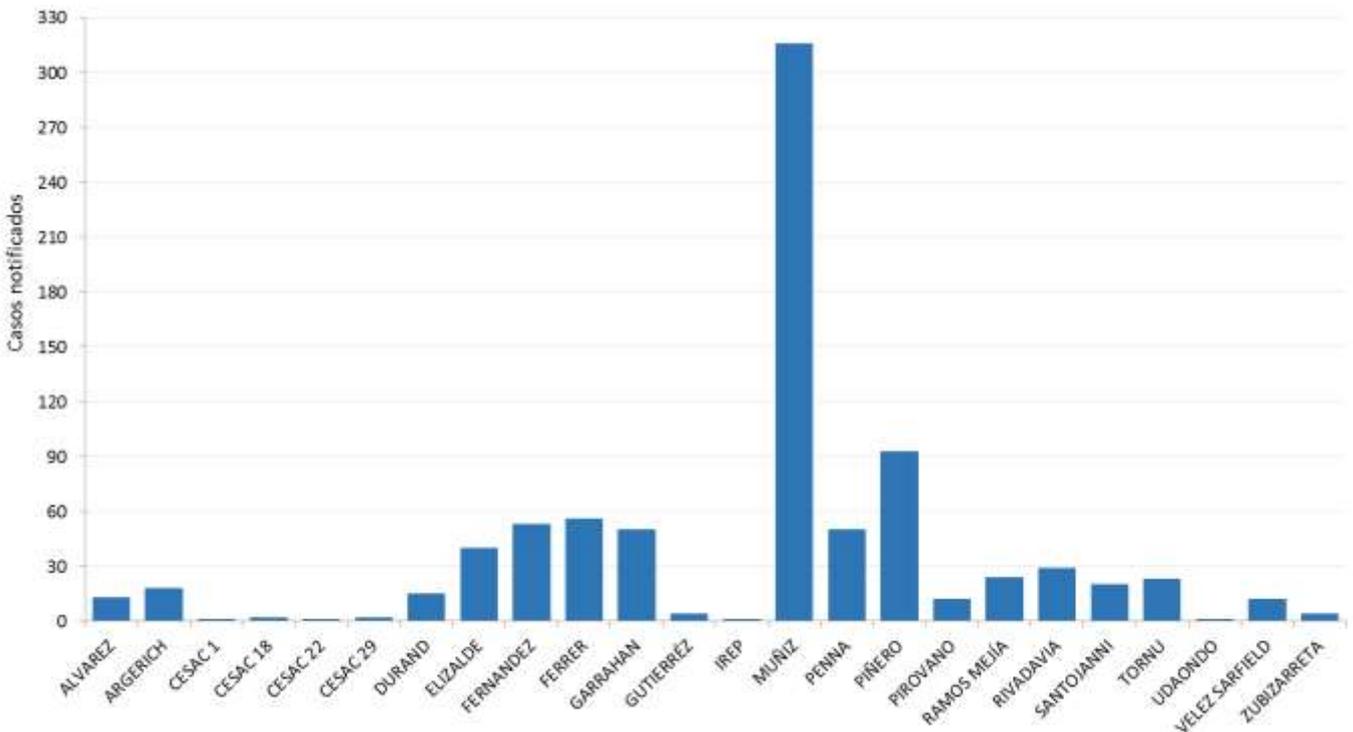


Fuente: SNVS-TBC

Con respecto a los establecimientos de salud que participan en la notificación el 87% de los casos son notificados por efectores de gestión pública y universitaria. El 10% de los casos cuenta con dato desconocido de establecimiento notificador lo que repercute en el análisis de la situación actual. El restante 3% corresponde al sector privado o de la seguridad social.

A continuación se muestran los casos totales atendidos en la CABA, por establecimiento notificador público.

Gráfico 6. Casos notificados por establecimiento notificador público.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=840).

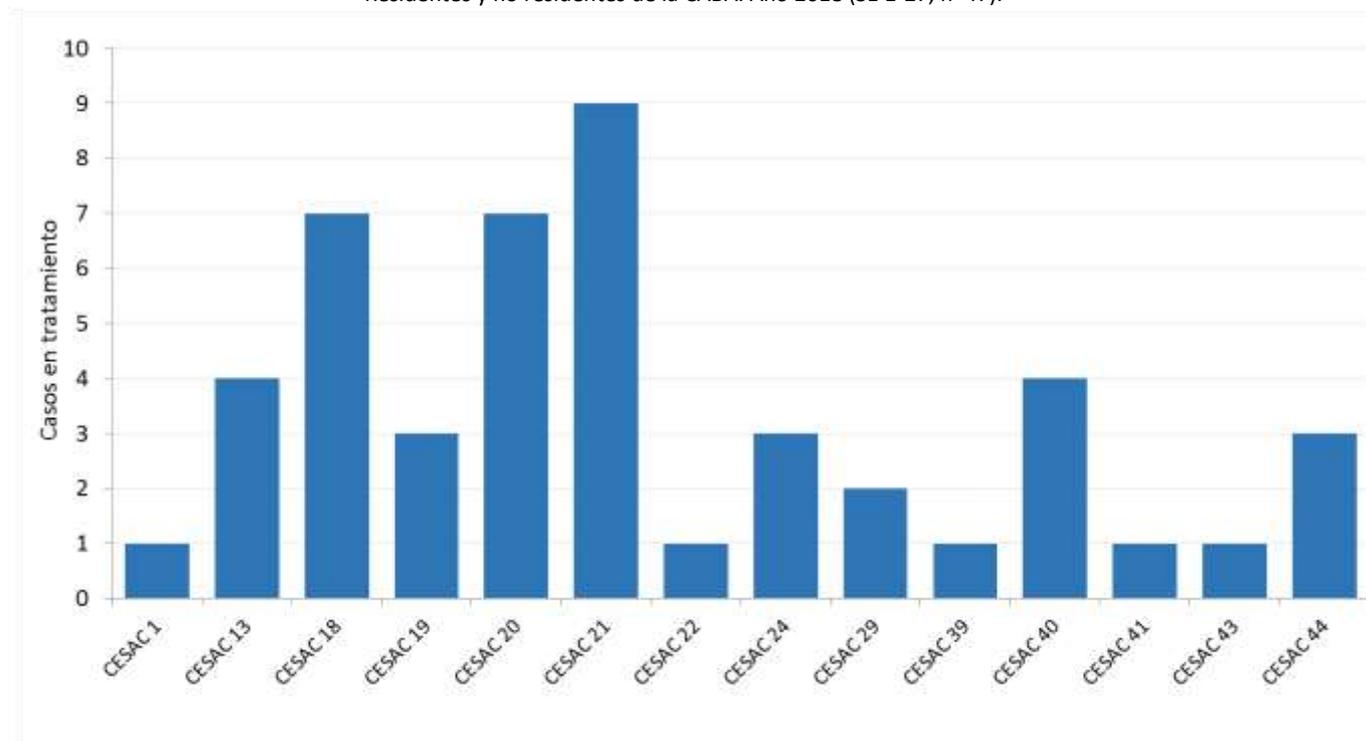


Fuente: SNVS-TBC

En relación a los establecimientos privados y universitarios, el principal notificador es el Instituto Vaccarezza, con el 79,3% (n=230) de los casos, seguido por el Hospital de Clínicas con el 10% (n=29) y el 5,5% (n=16) por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

A continuación se presentan los casos que recibieron tratamiento en Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CeSAC), incluyendo residentes y no residentes.

Gráfico 7. Casos tratados en CeSAC.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=47).



Fuente: SNVS-TBC

En el marco de la estrategia basada en el Plan de Salud de la Ciudad y a partir del fortalecimiento de la Atención primaria de la Salud y la conformación de una red de cuidados progresivos, se está trabajando fuertemente la descentralización del seguimiento de esta enfermedad y su realización desde el primer nivel de atención. En este sentido, continúa la derivación de pacientes para tratamiento en los CeSAC de la ciudad. Se destaca el incremento de casos atendidos en el CeSAC 21, que junto con el CeSAC 18 y 20, concentran el 48,94% (n= 23) de los pacientes asistidos en los centros de salud de la Ciudad.

En el siguiente gráfico se presenta la modalidad de tratamiento de los casos atendidos en las SE 1-27 de 2018, en los que se consignó esta información, incluyendo casos de todo el país.

Gráfico 8. Modalidad de tratamiento en porcentaje.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-27, n=840).



Fuente: SNVS-TBC

En el 32,6% (n= 406) de las notificaciones no se cuenta con ese dato, tanto de residentes como de no residentes. Si se consideran los 840 casos con esta información, el 82% (n= 686) recibió tratamiento autoadministrado, 15% (n=118) supervisado y 3 % (n=26) mixto.

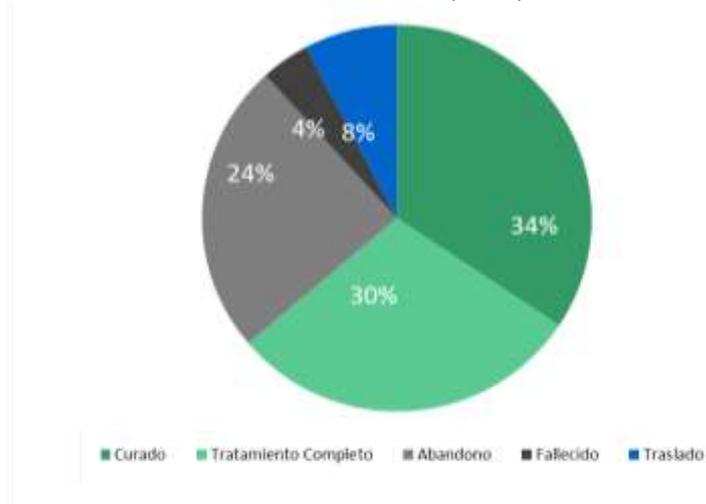
XI.3.E. Evaluación de los casos

A continuación, se presenta la evaluación de los casos notificados en residentes de la CABA hasta la SE 39 de 2017, considerando que deberían haber cumplido al menos 9 meses de tratamiento. De 932 casos notificados en ese período, se cuenta con datos de seguimiento en un 64% (594 casos).

Se considerarán las siguientes definiciones acordes a las Normas Técnicas 2013 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis¹⁷:

- **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 baciloscopia 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 baciloscopia 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.

¹⁷ Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

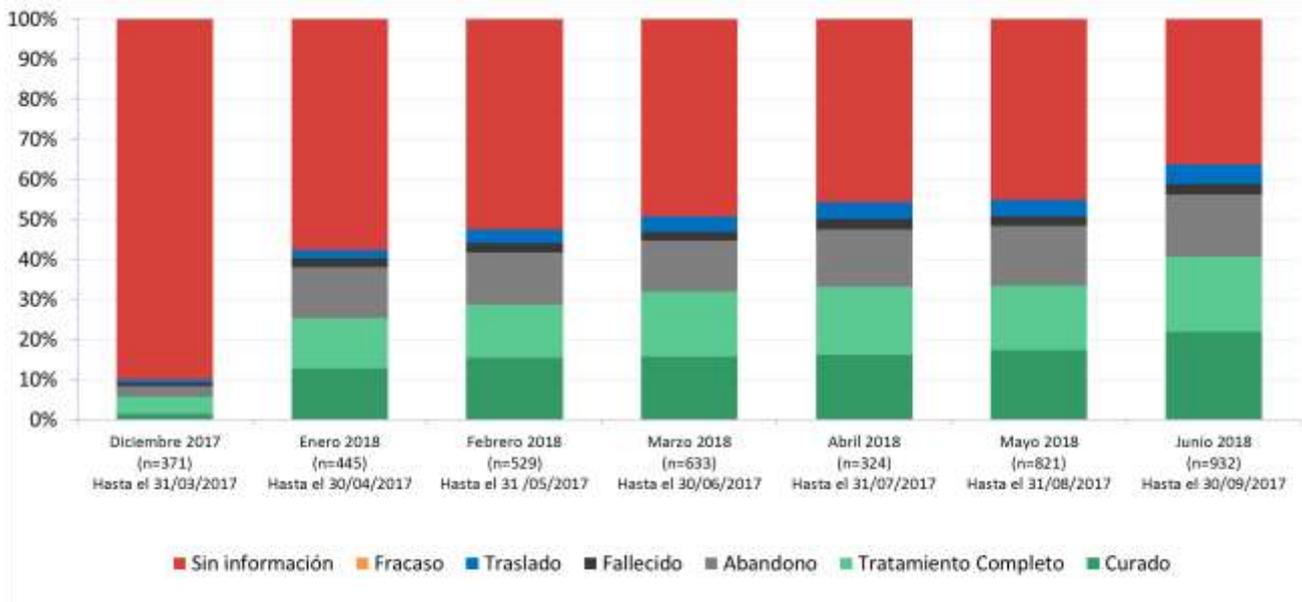
Gráfico 9. Distribución de la evaluación final en casos de TB con datos de evolución notificados hasta la SE 39 de 2017. Residentes de la CABA (n=594).

Fuente: SNVS-TBC

De los 24 pacientes fallecidos notificados en este período, 5 vivían en situación de calle. En 21 casos se identificaron factores de riesgo: 10 casos con infección por VIH, y dentro de estos 5 presentaban otro factor de riesgo agregado. La mediana de edad fue de 45 años, con un rango intercuartil de 24,5.

Un 63,8% de los casos con datos de evaluación fueron Curados o Tratamiento completo (379/594). No se cuenta con este dato en 338 pacientes. No se notificaron fracasos de tratamiento en este período.

Teniendo en cuenta 9 meses desde el inicio de tratamiento, en el siguiente gráfico se muestra el progreso en el registro de la evaluación final.

Gráfico 10. Seguimiento de la evaluación final de casos de tuberculosis notificados a la SE 39 de 2017. Residentes de la CABA.

Fuente: SNVS-TBC

Se observa la clara tendencia en la mejora del indicador desde el inicio de la presentación a la fecha. Si bien la progresión en los últimos cortes ha sido más lenta, la misma se mantiene en ascenso. Se continúa trabajando para mejorar la consignación de los datos de evaluación final en el módulo SNVS-TBC.

XII. 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 INTRAFAMILIAR DE 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, 1° 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. BES N° 99, Año III 13 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf