

  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nº 40 Año II / 26 de Mayo de 2017
Información hasta SE 19

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

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Florencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Lic. Mariela Rodríguez
Dra. Mónica Valenzuela
Psic. Soc. Mariela Zyssholtz

Data Entrys

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto
Instructora: Lic. Silvana Bernasconi
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Marina Longordo
Dra. Solana Rapaport
Dra. Candela Burgo González
Dra. Agustina Chaplin
Lic. María Eugenia de San Martín

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>

gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar

Tel.: 4123-3240

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie Barrios

Flores. Centro Cultural Marcó del Pont. Gral. Artigas y vías del Tren Sarmiento, estación Flores.

INDICE

1. EDITORIAL	6
2. EL BES	7
2.1. INTRODUCCIÓN	7
2.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	7
2.2.1. <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i>	7
2.2.2. <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i>	8
2.2.3. <i>Otras fuentes</i>	8
3. RESUMEN EJECUTIVO	9
4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	10
5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	12
5.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	12
5.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12
5.3. GASTROENTÉRICAS.....	12
5.4. HEPATITIS.....	13
5.5. INMUNOPREVENIBLES.....	13
5.6. INTOXICACIONES.....	13
5.7. LESIONES.....	14
5.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	14
5.9. OTRAS	14
5.10. RESPIRATORIAS	14
5.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	15
6. INFORME ESPECIAL: CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO	16
6.1. SOBRE EL DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO ₂)	16
6.2. EFECTOS SOBRE LA SALUD	16
6.3. LÍMITES ADMISIBLES Y NIVELES GUÍAS DE LA OMS	16
6.4. VALORES REGISTRADOS EN LAS ESTACIONES DE MONITOREO ATMOSFÉRICO DE LA CIUDAD	17
6.5. COMENTARIO	19
6.6. ¿CÓMO CONSULTAR DIARIAMENTE LA CONTAMINACIÓN?	20
6.7. CITAS BIBLIOGRÁFICAS:	20
7. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	21
7.1. INTRODUCCIÓN	21
7.2. NOTA METODOLÓGICA.....	21
7.2.1. <i>Modalidad de notificación/vigilancia</i>	22
7.2.2. <i>Situación Nacional</i>	22
7.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	23
7.4. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 19.....	23
7.4.1. <i>Diarreas Agudas (agrupadas)</i>	23
7.4.2. <i>Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)</i>	26
7.4.3. <i>Vigilancia por laboratorio</i>	29
8. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	29
8.1. INTRODUCCIÓN	29
8.1.1. <i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	30
8.1.2. <i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	32
8.1.3. <i>Neumonía</i>	33
8.1.4. <i>Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	34
8.2. VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	35
8.3. PACIENTES INTERNADOS Y MORTALIDAD POR IRA.....	37
8.4. VACUNAS	37
9. VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS	38
9.1. INTRODUCCIÓN	38
9.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	39
9.2.1. <i>Situación Mundial</i>	39
9.2.2. <i>Situación en Argentina</i>	40
9.3. NOTA METODOLÓGICA.....	41

9.4.	SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	41
9.4.1.	<i>Situación en Ciudad de Buenos Aires hasta la SE 19-2017.....</i>	41
9.4.2.	<i>Notificación por efectores y comunas.....</i>	43
9.4.3.	<i>Etiologías de las meningoencefalitis.....</i>	45
9.4.4.	<i>Vigilancia de las meningoencefalitis (Breve recordatorio).....</i>	46
10.	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS.....	47
10.1.	INTRODUCCIÓN.....	47
10.2.	NOTA METODOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS DE LA NOTIFICACIÓN EN CABA.....	47
10.2.1.	<i>Definición de caso.....</i>	47
10.3.	ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2016 -2017.....	48
10.3.1.	<i>Antecedentes año 2016.....</i>	48
10.3.2.	<i>Situación hasta la SE 19 de 2017.....</i>	49
11.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....	53
12.	ANEXO. EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO.....	55
12.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	55
12.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS.....	57
12.3.	INMUNOPREVENIBLES.....	59
12.4.	INTOXICACIONES.....	61
12.5.	LESIONES.....	62
12.6.	MENINGOENCEFALITIS.....	64
12.7.	OTROS EVENTOS.....	65
12.8.	RESPIRATORIOS.....	67
12.9.	TRANSMISIÓN VERTICAL.....	69
12.10.	ZOONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	71

1. EDITORIAL

Han pasado 8 meses desde la publicación del primer BES. En este periodo se han elaborado y difundido 36 Boletines, con el compromiso semanal de consolidar la información epidemiológica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

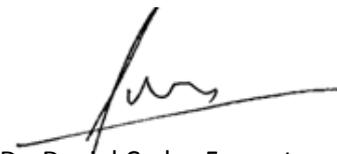
Específicamente, hablando de la Vigilancia Epidemiológica, desde el 26 de agosto de 2016 (BES N°1) se da cuenta de la importancia fundamental de la notificación y la presentación consolidada, oportuna, sistemática y válida de los datos para la gestión. Esta propuesta es la que pretendemos fortalecer día a día, semana a semana.

Por ese motivo quise escribir en esta edición: Queremos destacar que en los últimos cuatro BES se han incorporado a la presentación sistemática y detallada los eventos DAS (diarreas agudas sanguinolentas, periodicidad semanal), SUH (síndrome urémico hemolítico, mensual) y, en este boletín, las meningoencefalitis (mensual).

Asimismo, en próximas ediciones se incluirán coqueluche, transmisión vertical y hepatitis, patologías que, también, requieren ser difundidas de manera periódica, dando cuenta de la necesidad de otorgarles continuidad para acercar a los equipos de salud la información consolidada semanal o mensualmente, dependiendo de las características epidemiológicas de evento.

En este sentido, se destaca también la sistematización semanal, desde el 17 de febrero de 2017, de los datos de tuberculosis. Esto es una muestra más no sólo de la transparencia de la gestión sino, en especial, de una política en salud que prioriza del abordaje integral de esta patología, con objetivo de disminuir la incidencia de la enfermedad a través del impulso de acciones coordinadas, oportunas y eficientes para captación, tratamiento y seguimiento de los casos por parte de los equipos de salud. Por esto es fundamental la mejora de la vigilancia.

Por último, destacar que en próximos boletines, ente otros análisis, se presentarán informes vinculados con la Vigilancia de la Salud de las ECNT (Enfermedades crónicas no transmisibles), las cuales ocupan un lugar central en el Proceso Salud-Enfermedad-Cuidado en la CABA. Es nuestro objetivo profundizar en el conocimiento de la morbi-mortalidad que generan las ECTN y por ello la Gerencia Operativa de Epidemiología de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria está articulando con actores vinculados con estos eventos la sistematización y análisis de los datos de las diferentes fuentes existentes.



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

2. EL BES...

2.1. *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).**

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.

2.2. *Nota metodológica sobre la presentación de los datos*

2.2.1. **Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)**

La estrategia de Vigilancia Clínica, módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), implica la recolección sistemática de los casos que fueron atendidos y registrados por los profesionales en la Hoja de consultorio, en los distintos efectores de salud, que incluye también los datos de los libros de guardia y la información de los pacientes internados. A su vez, en los Centros de Salud (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se utiliza un sistema de información (SiCeSAC) desarrollado para la recolección de datos sobre el perfil de la población atendida y las prestaciones que se brindan en dichos establecimientos. A partir de los datos que se ingresan allí se realiza la exportación de los Eventos de Notificación Obligatorios (ENO) para la notificación por medio del SNVS. En breve comenzará a incorporarse los datos provenientes de la Historia Clínica Electrónica, actualmente en implementación en los CeSAC del sur.

A través del C2 se notifican los eventos de dos maneras diferentes. Por un lado, agrupados por edades (eventos que requieren acciones colectivas de control y tienen una alta incidencia, como por ejemplo las diarreas, ETI, accidentes) y por el otro se notifican eventos de manera individual con datos mínimos como edad, sexo, lugar de residencia, entre otros. Estos eventos requieren, en general, acciones individuales (e inmediatas) de control y se presentan en un número muy inferior de casos.

La comparación de los eventos acumulados hasta la semana informada en 2017, en relación con el acumulado del 2016 para el mismo periodo, se calculó como diferencias de casos o como variaciones porcentuales dependiendo de la cantidad de notificaciones. Para los eventos de muy baja prevalencia (usualmente menos de 20 casos), se utiliza la diferencia de casos como forma de comparación. Si los casos para el período estudiado

superan las 20 notificaciones se toma en consideración la variación porcentual con el acumulado del mismo periodo del año anterior.

En las tablas de los eventos diferenciando los establecimientos que notifican ([Anexo](#)) se muestra la información de todos los eventos notificados de manera exclusiva, a través del Módulo de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2). Se tomaron en cuenta aquellos que contaban con más de 20 notificaciones en alguno de todos los eventos en los dos años analizados. Los establecimientos que no contaban con este mínimo de casos no se presentan en dichas tablas. Los datos que se observan son de todos los casos atendidos en los efectores, ya sean residentes como no residentes de la CABA. Los grupos de eventos están divididos en CeSAC y en “Segundo nivel” con sus respectivos subtotaes y los porcentajes que representan para la totalidad de la notificación para ese evento.

2.2.2. Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)

El SIVILA integra a la vigilancia epidemiológica a laboratorios que procesan muestras provenientes de personas, animales, alimentos y el ambiente. Sus principales objetivos son brindar especificidad a la vigilancia epidemiológica, descartando o confirmando casos sospechosos, alertar en forma temprana acerca de eventos que requieren medidas de control inmediatas; colaborar en la identificación y caracterización de brotes y epidemias; proveer información acerca de la frecuencia y distribución de agentes productores de enfermedades y riesgos; y permitir la vigilancia integrada de los eventos estudiados en diferentes niveles y sectores de laboratorio, sirviendo como herramienta para la comunicación entre los mismos.

2.2.3. 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.

3. 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.

Semanal:

1. Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016 en residentes de la Ciudad.
2. Situación de los ENO, comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016, según grupos de eventos y criterio epidemiológico de diagnóstico en residentes de la Ciudad.
3. En anexo, el total de las notificaciones según efector y evento.
4. Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas.
5. Vigilancia de la Tuberculosis.
6. Vigilancia de Diarrea Aguda y Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)

Mensual:

7. Vigilancia de Coqueluche.
8. Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE).
9. Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito *Aedes aegypti* (ETMAa).
10. Vigilancia de Meningoencefalitis.
11. Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF)
12. Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico.

Informes Especiales:

CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO

Este informe fue realizado por el Departamento de Salud Ambiental, Gerencia Operativa de Epidemiología y Agencia de Protección Ambiental

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se presenta en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 19 de 2017**, los siguientes resultados:

- Aumento de las notificaciones de Alacranismo, Secreción genital en mujeres y sin especificar en varones.
- Dentro del Grupo de las Zoonosis, hubo un aumento de las notificaciones en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Se notificaron un total de **512 casos de TBC en residentes de la CABA**. Las tasas más elevadas de la Ciudad se encuentran en las comunas 1, 7, 8 y 9.
- El grupo de edad más afectado por las diarreas, tanto agudas como sanguinolentas, es el de un año de edad.

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.

4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS

En la siguiente tabla se presentan el total de las notificaciones, provenientes de la integración de los módulos C2 y SIVILA del SNVS, 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 19** del corriente año (finalizada el 13 de mayo) y se compara con el mismo período del año 2016 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 19** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	68	23		-66
	SÍFILIS CONGÉNITA*	81	37		-54
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	96	74		-23
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	67	75		12
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	26	31		19
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	96	97		1
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	168	153		-9
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	300	264		-12
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	52	24		-54
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	64	41		-36
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	20	19	
	OFIDISMO	2	0	-2	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS				
	DIARREAS BACTERIANAS	8	2	-6	
	DIARREAS VIRALES	8	1	-7	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	3	3	0	
	HEPATITIS B	23	5	0	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	14	7	-7	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	1	0	-1	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	91	19	-72	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	5	5	0	
	PAF*	3	2	-1	
	PAROTIDITIS	49	27		-45
	VARICELA	627	301		-52
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	70	35		-50
	POR METALES PESADOS	3	2	-1	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	38	23		-39
	POR OTROS TÓXICOS	38	34		-11
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	-2	

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 19** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	EN EL HOGAR	504	549		9
	EN ESCUELA	79	40		-49
	LABORALES	202	125		-38
	SIN ESPECIFICAR	18148	14100		-22
	VIALES	1736	1769		2
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	50	43		-14
	MORDEDURA POR RATA	25	4	-21	
Meningitis y Meningoencefalitis	VER INFORME MENINGITIS				
Otras	LEPRA	2	1	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	13	18	5	
	LISTERIOSIS	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0		
	TUBERCULOSIS	VER INFORME TBC			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	3529	1792		-49
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	7223	3728		-48
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	729	357		-51
	NEUMONIA	2393	1537		-36
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	30	13	-17	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	11849	476		-96
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	29	24	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	29	21	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	12	0	-12	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	14	25	11	
	FIEBRE AMARILLA	1	5	4	
	PSITACOSIS	0	8	8	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	24	35		46
	PALUDISMO	1	1	0	
	TRIQUINOSIS	1	0	-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)

5. 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.

5.1. De transmisión vertical y sexual

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	3	0	55	10	68	1	0	21	1	23		-66	
	SÍFILIS CONGÉNITA*	27	2	41	11	81	12	4	21	0	37		-54	
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	95	0	1	0	96	71	2	1	0	74		-23	
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					67	75	12
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES											26	31	19
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES											96	97	1
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES											168	153	-9
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES											300	264	-12
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES											52	24	-54
SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	64											41	-36	

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazada** son hasta la **SE 18** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 39**.

5.2. Envenenamiento por animal ponzoñoso

Este grupo de eventos incluye el envenenamiento por alacranes, ofidios, y escorpiones. Todos son eventos de notificación INMEDIATA ante caso sospechoso por medio del módulo SNVS-C2.

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	0	0	1	0	1	4	9	7	0	20	19
	OFIDISMO	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	-2

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

Hasta la SE 19 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 5, 8, 14, y 15.

5.3. Gastroentéricas

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS					
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS											
	DIARREAS BACTERIANAS	8	0	0	0	8	2	0	0	0	2	-6
	DIARREAS VIRALES	8	0	0	0	8	1	0	0	0	1	-7
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0

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

La caracterización de las **Diarreas Agudas** y **Diarreas Agudas Sanguinolentas** se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [Diarreas Agudas](#).

5.4. Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Hepatitis	HEPATITIS A	1	0	0	2	3	3	0	0	0	3	0
	HEPATITIS B	4	18	1	0	23	5	0	0	0	5	-18
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1
	HEPATITIS C	4	9	1	0	14	6	0	1	0	7	-7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1

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

De la siguiente tabla se evidencia una disminución de la notificación de casos en 2017 con respecto a 2016 hasta la SE 19, sobretodo en la Hepatitis B y C.

5.5. Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	41	0	48	2	91	8	0	11	0	19	-72
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	0	5	5	0	0	1	4	5	0
	PAF*	0	0	3	0	3	0	0	2	0	2	-1
	PAROTIDITIS	13	12	24	0	49	2	4	21	0	27	
	VARICELA	NO CORRESPONDE				627	NO CORRESPONDE				301	

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

Durante los años analizados no se encontraron casos confirmados de Rubeola o Rubeola Congénita. Las Enfermedades Febriles Eruptivas, **EFE** (Rubeola-Sarampión) que se registran como sospechosas se encuentran pendientes de clasificación final.

En el período estudiado no fueron detectados casos de Poliomieltis por virus salvaje ni Sabin Derivados ni asociados a vacuna.

Los casos de **Coqueluche** notificados como sospechosos en la tabla incluyen tanto los sospechosos como los sospechosos no conclusivos, estos últimos son casos clínicamente compatibles pero con estudio de PCR negativo. Los datos presentados son hasta la **SE 17** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 38**.

5.6. Intoxicaciones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	26	13	31	0	70	8	6	21	0	35		-50
	POR METALES PESADOS	2	1	0	0	3	0	0	2	0	2	-1	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	17	9	12	0	38	10	10	3	0	23		-39
	POR OTROS TÓXICOS	29	2	7	0	38	27	1	6	0	34		-11
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	0	1	2	0	3	1	0	0	0	1	-2	

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

En el BES N° 8 se analizó en detalle el evento "Intoxicación por Monóxido", se sugiere revisar ese documento para la caracterización de esta intoxicación.

5.7. Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	EN EL HOGAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					549	9
	EN ESCUELA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					79	-49
	LABORALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					202	-38
	SIN ESPECIFICAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					18148	-22
	VIALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					1736	2
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	22	0	28	0	50	5	38	0	0	43	-14	
MORDEDURA POR RATA	19	0	6	0	25	1	3	0	0	4	-21		

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

5.8. Meningitis y meningoencefalitis

La caracterización de las patologías de meningitis y meningoencefalitis se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [meningoencefalitis](#).

5.9. Otras

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	13	0	0	0	13	18	0	0	0	18	5	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	TUBERCULOSIS	VER INFORME TBC					VER INFORME TBC						

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

La caracterización de Tuberculosis se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de Vigilancia de la Tuberculosis.

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** son hasta la **SE 18** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 39**.

5.10. Respiratorias

La caracterización de las patologías respiratorias se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [Infecciones Respiratorias Agudas](#).

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					3529	1792	-49
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					7223	3728	-48
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					729	357	-51
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					2393	1537	-36

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

5.11. Zoonóticas y por vectores

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	3	0	1	0	4	1	0	0	0	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	30	0	0	0	30	13	0	0	0	13	-17	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)*	6076	565	4952	256	11849	2	28	47	399	476		-96
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)*	5	0	0	0	5	1	3	11	14	29	24	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA*	8	0	0	0	8	0	4	15	10	29	21	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	12	0	12	0	0	0	0	0	-12	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	0	0	14	0	14	1	0	24	0	25	11	
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	5	0	5	4	
	PSITACOSIS	0	0	0	0	0	4	0	4	0	8	8	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	0	1	17	6	24	1	4	17	13	35		46
PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0		
TRIQUINOSIS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1		

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

De las Leptospirosis y Hantaviriosis notificadas en 2017, cerca del 82% de los casos no contó con el dato de residencia en ambos eventos.

Los datos presentados de **Dengue, Zika y Chikungunya** son hasta la **SE 18** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 37**.

6. INFORME ESPECIAL: CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO

6.1. Sobre el dióxido de Nitrógeno (NO_2)

El nitrógeno (N) es un gas sin olor, color ni sabor, que constituye el 78% del aire atmosférico, y en concentraciones dentro de límites normales, no es perjudicial para la salud. Su importancia como contaminante deriva de su capacidad de combinación con el oxígeno para formar diversos óxidos de nitrógeno.

La química atmosférica de los óxidos de nitrógeno es muy compleja. La mayoría de las combustiones liberan sobre todo óxido nítrico (NO), el cual se convierte fácilmente en dióxido de nitrógeno (NO_2) en la atmósfera. La oxidación del NO a NO_2 por oxidantes atmosféricos como el ozono, ocurre rápidamente, siendo ésta una de las principales rutas de producción de NO_2 .

La importancia biológica del óxido nítrico (NO) y del dióxido de nitrógeno (NO_2) es la mejor estudiada; ambos se consideran contaminantes ambientales y son los más abundantes óxidos de nitrógeno producidos por el hombre en áreas urbanas¹.

El dióxido de nitrógeno (NO_2) es un gas más denso que el aire, de color marrón rojizo y olor acre. Es definido como un contaminante, criterio que altera de manera importante el aire urbano.

El NO_2 es un contaminante en sí mismo y un precursor en la generación de otras moléculas nocivas para la salud.

6.2. Efectos sobre la salud

Las poblaciones que viven cerca de fuentes de combustión fósil (carbón, petróleo, o gas natural), y/o en áreas con intenso tránsito de vehículos motorizados, pueden estar expuestas a niveles de óxidos de nitrógeno más elevados.

En ambientes interiores también constituye un importante contaminante del aire, debido al tabaco y a fuentes de combustión de gas inadecuadas o mal ventiladas².

La inhalación de NO_2 irrita el tracto respiratorio, generando inflamación y edema de la mucosa de las vías respiratorias y en los alvéolos, aumentando la susceptibilidad para desarrollar broncoespasmo e infecciones respiratorias. La exposición crónica a niveles bajos de óxidos de nitrógeno incrementa la reactividad bronquial, disminuye la tolerancia al ejercicio, aumenta el riesgo de bronquitis obstructiva crónica, enfisema pulmonar y exacerbación del asma bronquial, comprometiendo la función respiratoria e incrementando la mortalidad³. La exposición a NO_2 puede ser detectada en sangre y orina por la presencia de ácidos nítrico y nitroso o sus sales.

6.3. Límites admisibles y niveles guías de la OMS

La tabla 1 presenta los valores límites admisibles establecidos por la OMS y la normativa local de la CABA para el Dióxido de Nitrógeno (ley 1356 CABA). Los límites definidos para 1 hora de exposición son de 200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ según la OMS y de 376 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ según la Ley 1356. La diferencia está dada en que el propósito de las Guías de la OMS es ofrecer un fundamento para proteger la salud pública de los efectos adversos de la contaminación del aire y eliminar o minimizar aquellos contaminantes que son o pueden ser peligrosos para la salud y bienestar humano. Los niveles guías son recomendaciones pero no tienen respaldo legal, sino que brindan información para que las naciones establezcan sus propias normas de calidad de aire, considerando los niveles prevalentes de exposición y las condiciones ambientales, sociales, económicas y culturales del país⁴. Teniendo en cuenta lo anterior, actualmente se encuentra en estudio la normativa local, a los fines de adecuarla a los valores sugeridos por las guías de la OMS.

Tabla 1. Valores de referencia de NO₂ según tiempo de exposición y normativas.

Tiempo promedio de exposición	OMS		Ley 1356. CABA.	
	ug/m3	PPB	ug/m3	PPB
1 Hora	200	106.4	376	200
1 Año	40	21	100	53

Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

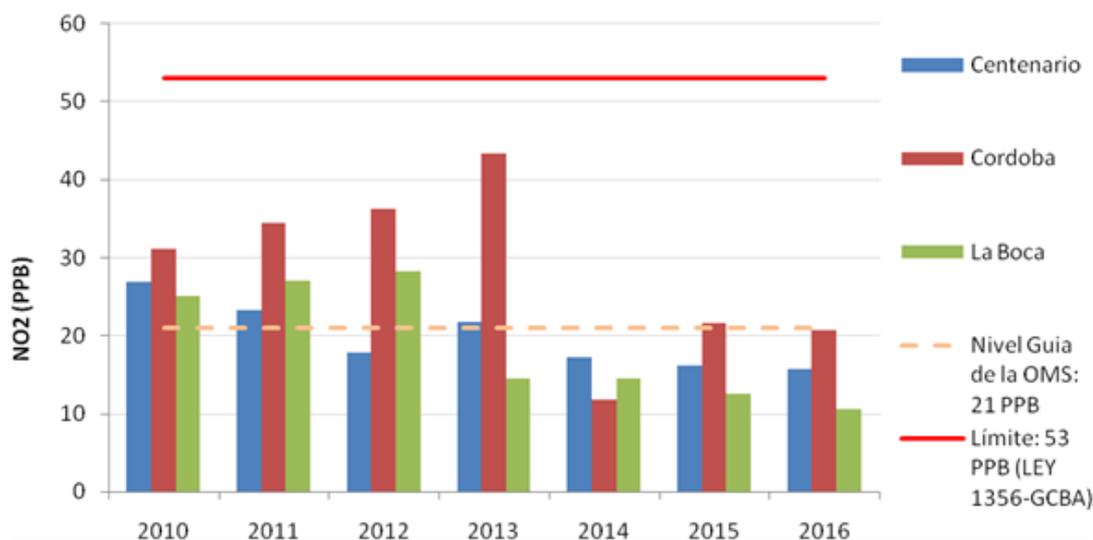
6.4. Valores registrados en las estaciones de Monitoreo Atmosférico de la Ciudad

A continuación se presentan una serie de gráficos que permiten observar los valores de NO₂ en las estaciones de Monitoreo de Calidad del Aire que posee la Ciudad (La Boca, Parque Centenario y Córdoba), las cuales registran las concentraciones de este contaminante en forma continua (durante 24 horas, los 365 días del año) mediante métodos homologados internacionalmente.

En el gráfico 1 se presentan las concentraciones anuales de NO₂, entre los años 2010 a 2016, registradas en las 3 estaciones de Monitoreo Atmosférico que conforman la Red de la Ciudad de Buenos Aires.

Por otro lado, cabe aclarar que en el año 2013 y 2014 el dato promedio anual de la Estación Córdoba puede presentar un sesgo debido a problemas operativos en el equipo, por lo cual no pudieron ser evaluados los 4 períodos estacionarios y se estima que esto impacta en el promedio anual, produciendo una variación en la información. Esta situación se observa especialmente en el año 2014, donde existiría una subestimación del promedio anual informado, por cuanto no se toma en cuenta el período invernal (período en que en general se presenta mayores concentraciones de NO₂).

Gráfico 1. Concentraciones promedios anuales de Dióxido de Nitrógeno (NO₂) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016. CABA.



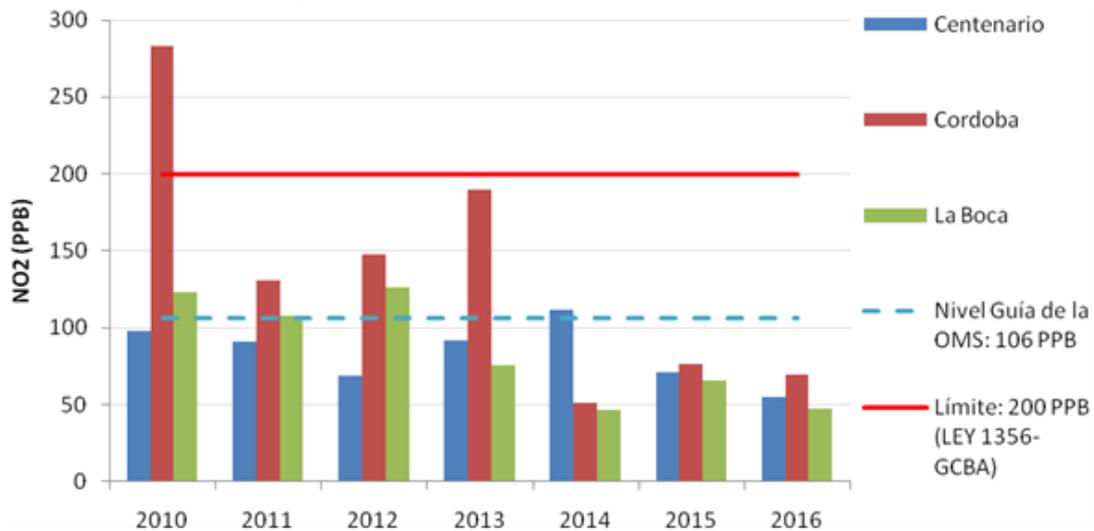
Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

En el período evaluado los niveles de contaminación se encontraron por debajo de los límites admisibles establecidos por la normativa local (Ley 1356-GCBA). No obstante, si se realiza la comparación con los niveles guía que establece la Organización Mundial de la Salud para promedios anuales (21 PPB), se puede observar que durante los años 2010 a 2013 los niveles se encuentran por encima de dicho límite prácticamente en las 3 esta-

ciones y que dicha situación se fue revirtiendo para observar que a partir de 2014 se comienza a producir una disminución de los niveles de NO₂, situándose cercanos al nivel guía propuesto por la OMS.

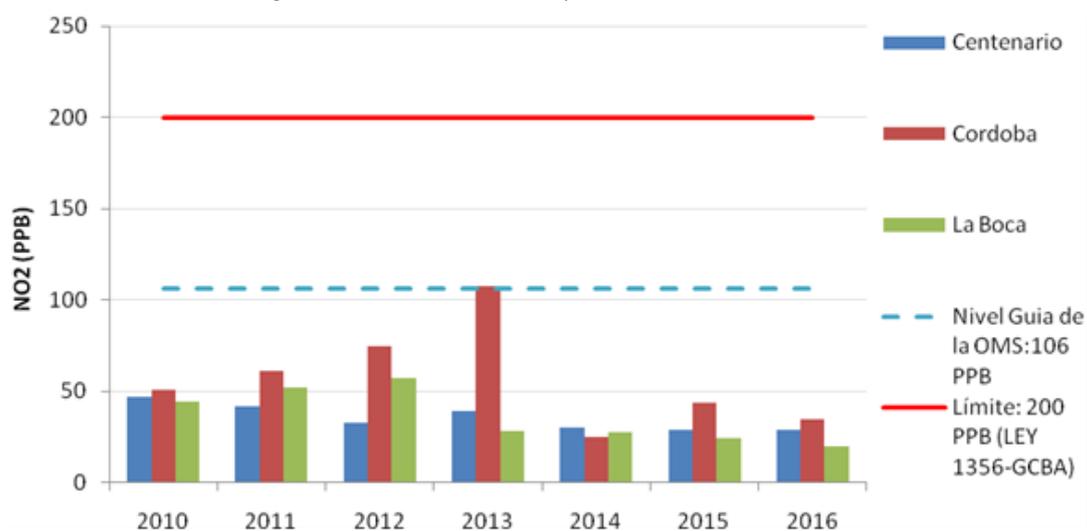
A continuación se presentan los gráficos de concentraciones máximas horarias y percentil 95 de concentraciones horarias.

Gráfico 2. Concentraciones máximas registradas anualmente sobre promedios de 1 hora de Dióxido de Nitrógeno (NO₂) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016. CABA



Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

Gráfico 3. Percentil 95 de Concentraciones promedio de 1 hora de Dióxido de Nitrógeno (NO₂) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016. CABA

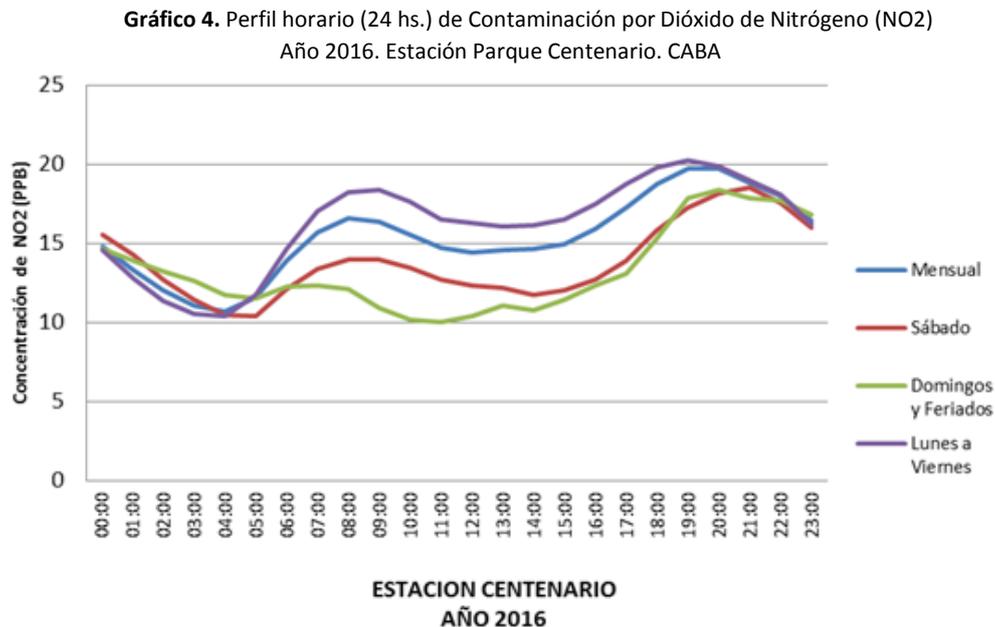


Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

De acuerdo a la serie histórica de mediciones registradas en las tres estaciones de Monitoreo Atmosférico, durante los años 2010 a 2016 y en virtud de lo que puede observarse en los gráficos de concentraciones máximas horarias y percentil 95 de concentraciones horarias (Gráficos 2 y 3), se puede concluir que, en términos generales, los valores registrados en forma horaria se encuentran por debajo de los límites establecidos por la Ley 1356-GCBA (200 PPB), a excepción de tres períodos horarios que se presentaron durante el año 2010 en la estación Córdoba.

Por otro lado, como ya pudo observarse también en las medias anuales, a partir de 2014 se presenta una tendencia de disminución de los valores de NO₂, lo que también se da en los valores máximos horarios, logrando así, a partir de 2015, una reducción de los episodios de corto plazo por debajo de los niveles guía de la OMS (106 PPB).

Finalmente, en el gráfico 4 se presenta el perfil horario de contaminación por NO₂, medido en la estación Centenario, debido a que se considera la más representativa con respecto al transporte de la Ciudad, por la cantidad de tránsito, avenidas, calles y circulación en ambos sentidos.



Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones Ambientales y Laboratorio

Puede observarse la incidencia del tránsito vehicular en el aumento de la concentración de Dióxido de Nitrógeno. Esto se evidencia claramente en la presencia de los dos máximos característicos que se correlacionan directamente con los momentos de aumento de tránsito vehicular (entre las 07hs y 08 hs por la mañana y entre las 19 hs y 20 hs por la tarde, respectivamente).

6.5. Comentario

Como se ha expuesto en el presente documento, la Agencia de Protección Ambiental (APRA), presenta un historial de monitoreo de la contaminación del aire por dióxido de Nitrógeno (NO₂), cumpliendo los estándares internacionales, medido en tres estaciones situadas en puntos clave de la Ciudad de Buenos Aires. Durante el periodo 2010 -2016 pudo verificarse que los niveles del contaminante criterio referido, presentaron una tendencia de disminución en función del tiempo. Por otro lado los valores registrados, salvo escasas excepciones, se encontraron dentro de los límites admisibles establecidos por la normativa local. No obstante ello y siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud es indispensable trabajar sobre la adecuación de los límites establecidos por la normativa local y establecer políticas de reducción que permitan proteger la salud de la población.

6.6. ¿Cómo consultar diariamente la contaminación?

A continuación se presenta un gráfico para los profesionales y la población que puede resultar de utilidad para consultar en forma diaria el estado de contaminación por Dióxido de Nitrógeno. A través de un gradiente de colores se visualizan los rangos de exposición, los efectos sobre la salud y las recomendaciones. Se propone la familiarización de su lectura para conocer y prevenir los efectos de la contaminación atmosférica. Se puede acceder al mismo desde la página de internet del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

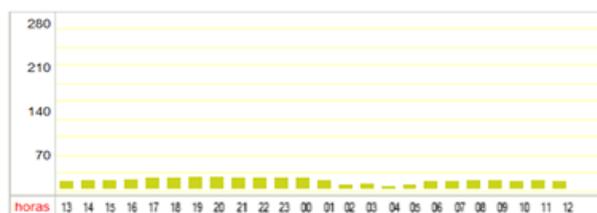
http://www.buenosaires.gob.ar/areas/med_ambiente/apra/calidad_amb/red_monitoreo/index.php?estacion=1&menu_id=34234

Niveles diarios de contaminación del aire

Contaminante: NO2 Estación: LA BOCA
 Fecha: 31 / 03 / 2017
 Buscar

Contaminante: NO2 Dióxido de Nitrógeno (en ppb - part per billion - miles de millones) - Promedio horario correspondiente a los 60 minutos anteriores.

Las mediciones que se muestran corresponden al periodo desde las 13 hs del día anterior hasta las 12 hs del día seleccionado.



Referencia de contaminante

Referencia de NO2		
Rango	Color Efecto	Recomendacion
hasta 100	Ninguno	Ninguna
entre 100 y 160	Ninguno	Ninguna
entre 160 y 200	Ninguno	Ninguna
entre 200 y 276	Se pueden observar síntomas de dificultad respiratoria en niños y en personas con asma	Ninguna
entre 276 y 650	Se pueden observar síntomas de dificultad respiratoria en niños y en personas con asma	Ninguna
mas de 1240	Alta probabilidad de agravamiento de los síntomas de dificultad respiratoria en niños y personas con enfermedades respiratorias como asma.	Los niños y las personas con enfermedades respiratorias, como asma, deben limitar los esfuerzos intensos y moderados al aire libre
entre 650 y 1240	Aumenta la probabilidad de síntomas de dificultad respiratoria en niños y personas con enfermedades respiratorias como asma.	Los niños y las personas con enfermedades respiratorias, como asma, deben limitar los esfuerzos intensos al aire libre

6.7. Citas bibliográficas:

1. Contaminantes atmosféricos y su vigilancia. Revista Española de Salud. Pública. vol.73 no.2 Madrid mar. 1999
2. Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Division of Toxicology and Human Health Sciences. USA. 2016.
3. Contaminación aérea y sus efectos en la salud. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. v.26 n.1 Santiago mar. 2010
4. Guías para la calidad del aire. OMS. 2004.

7. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

7.1. Introducción

Las enfermedades gastroentéricas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños de corta edad. Diversos factores confluyen en la producción de este evento, los cuales se deben a condiciones de vida precarias tales como: malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada. Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente.¹

Las diarreas pueden ser de origen viral, bacteriano y parasitario entre otras causas. Las Diarreas virales afectan a lactantes y niños pequeños. Presentan comienzo brusco, vómitos y fiebre que preceden al comienzo de las deposiciones diarreicas.

Las diarreas bacterianas: son más frecuente en época estival en niños mayores y se relacionan con condiciones de vida deficitarias. Las diarreas acuosas, con moco y sangre, pueden corresponder a disentería y asociarse con síndrome urémico hemolítico (SUH). La mayoría son causadas por *Shigella*, *E. coli* enterohemorrágica productora de verotoxina similar Shigella y menos frecuentemente por *Salmonella*.

Las diarreas agudas sanguinolentas (DAS) forman parte del grupo de enfermedades gastrointestinales. Pueden variar en su forma de presentación, desde la presencia de estrías sanguinolentas hasta colitis hemorrágica, con o sin fiebre, cólicos o dolor abdominal, causadas por agentes bacterianos, virales o parasitarios, con una forma de comienzo súbito y una duración no superior a 14 días.

Los gérmenes causantes de DAS pueden ser potencialmente productores de Shigatoxina (stx). Estas toxinas, cuyos genes estructurales se encuentran en fagos codificados por cromosomas bacterianos, serían potencialmente predictoras del desencadenamiento de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en el 5 a 10% de los afectados.²

Las acciones de los equipos de salud, deben ser comprendidas desde un abordaje integral de acuerdo a los diversos niveles de atención del proceso Salud-Enfermedad-Cuidado de las comunidades. La importancia de realizar la vigilancia epidemiológica de este evento radica en que la misma constituye una herramienta para identificar, evaluar y analizar los problemas y condicionantes de la salud que afectan a la población. A partir del resultado y seguimiento sistemático, se deben tomar decisiones que apunten a la promoción de la salud y/o la prevención de la enfermedad sobre los eventos que se presenten en las comunidades con las que los equipos de salud trabajan.

7.2. Nota metodológica

Se presentan las notificaciones efectuadas al SNVS (Módulo C2, SIVILA), en el período comprendido entre SE 1 de 2010 y la SE 52 del año 2016. En la actualidad, las notificaciones son realizadas exclusivamente a través del SNVS. Las tasas fueron calculadas sobre datos poblacionales provenientes del Censo 2010 y proyecciones hasta 2017, provistos por la Dirección de Estadística y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016.

En el presente informe se expondrá la situación de la vigilancia de las Diarreas notificadas de manera agrupada en el módulo C2 y de las Diarreas Agudas Sanguinolentas y según resultados de laboratorio provenientes de los módulos C2 y SIVILA. , los que serán abordados en próximos informes.

¹<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>. En este apartado de sistematización semanal no es posible dar cuenta de la complejidad multifactorial que este evento muestra en su emergencia. Pero se pretende recalcar que es una de las patologías donde las condiciones básicas de vida, el acceso a servicios y los determinantes económico-sociales estructurales más impactan en la morbi-mortalidad y gravedad general de las poblaciones que las padecen.

²Consenso de Diarreas Agudas en la infancia. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>

En el evento Diarreas agudas, se realizaron tasas globales de la Ciudad, debido a que esta patología presenta modalidad de notificación numérica, agrupada por edad, por lo que no se cuenta con datos de domicilio. Las Diarreas Agudas Sanguinolentas, con modalidad de notificación individual, permiten la sistematización de los datos de domicilio, pudiendo utilizarse denominadores poblacionales por comuna de residencia.

7.2.1. Modalidad de notificación/vigilancia

Los casos de diarrea aguda deben notificarse dentro de la Categoría Transmisibles, Grupo de Enfermedades Gastroentéricas, Estrategia de Vigilancia Clínica (puede requerir laboratorio en determinadas circunstancias), Modalidad Agrupada, Periodicidad Semanal.

Los casos de DAS que se notifican corresponden a la modalidad de Notificación Obligatoria dentro de la Categoría Transmisibles, Grupo de Enfermedades Gastroentéricas, Estrategia de Vigilancia Clínica, de Laboratorio, Modalidad Individual, Periodicidad Inmediata, con Instrumento de Recolección de Datos en C2.

Definición de caso

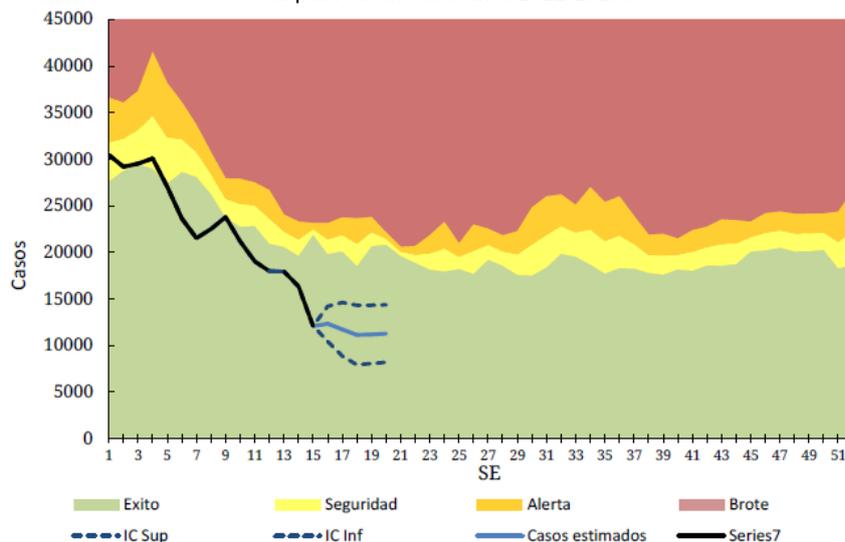
Diarrea aguda (DA): paciente que presenta un aumento de la frecuencia, fluidez o volumen de las deposiciones acompañados por pérdida de agua y electrolitos de distinta magnitud por laboratorio³ y duración menor de 14 días. Puede o no contar con identificación del agente etiológico por el laboratorio.⁴

Diarrea aguda sanguinolenta (DAS): paciente que presenta deposiciones aumentadas en número y cantidad, con menor consistencia, en forma aguda con sangre, con o sin moco, con o sin fiebre, dolor cólico o dolor abdominal, con una duración de menos de 14 días.

7.2.2. Situación Nacional

A nivel nacional, en el año 2016 hasta las SE 52 se notificaron 1.043.235 casos de diarrea aguda con una tasa de 2393,9 por 100.000 habitantes. En el gráfico 1 se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 52 del periodo 2012-2015, a nivel país⁵.

Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Diarreas Agudas.
Total país. Históricos 5 años 2012-2016.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación-Área de Vigilancia de la Salud.

³Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria. <http://www.snvs.msal.gov.ar/descargas/Manual%20de%20Normas%20y%20Procedimientos%202007.pdf>

⁴ Libro Azul de Infectología Pediátrica, 4ta edición (2012). Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, Argentina

⁵http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N359-SE19.pdf

Hasta la SE 15 del año 2017, se notificaron 342.241 en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2015-2017), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja (785,13/100.000 hab.)

Como se mostrará posteriormente, la notificación del 2016 para CABA coincide con el decremento en la notificación de este evento para el mismo año, mostrando un comportamiento estacional semejante.

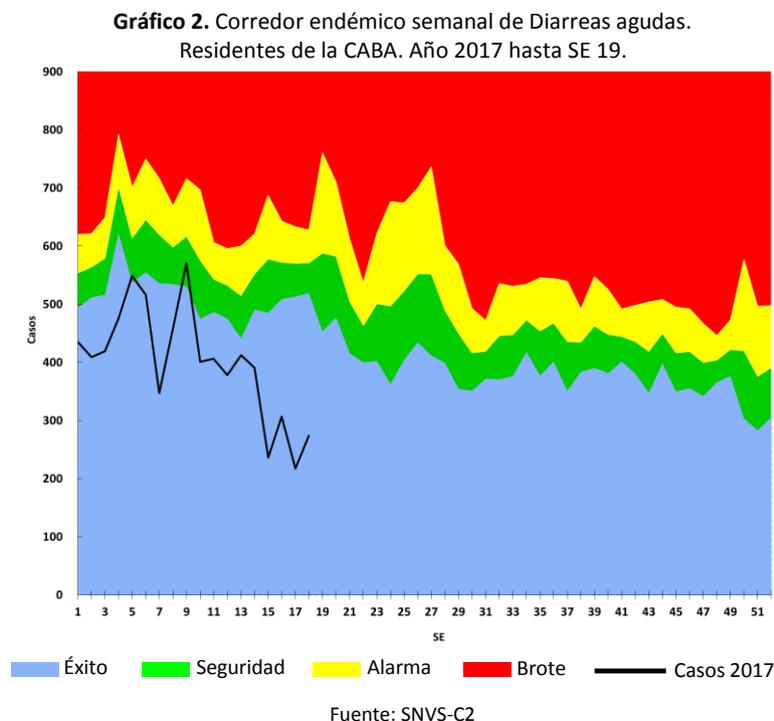
7.3. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2010-2016.

La situación histórica (2010-2016) de las diarreas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede consultarse en el BES N°35: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_35_se14_vf.pdf.

7.4. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 19.

7.4.1. Diarreas Agudas (agrupadas)

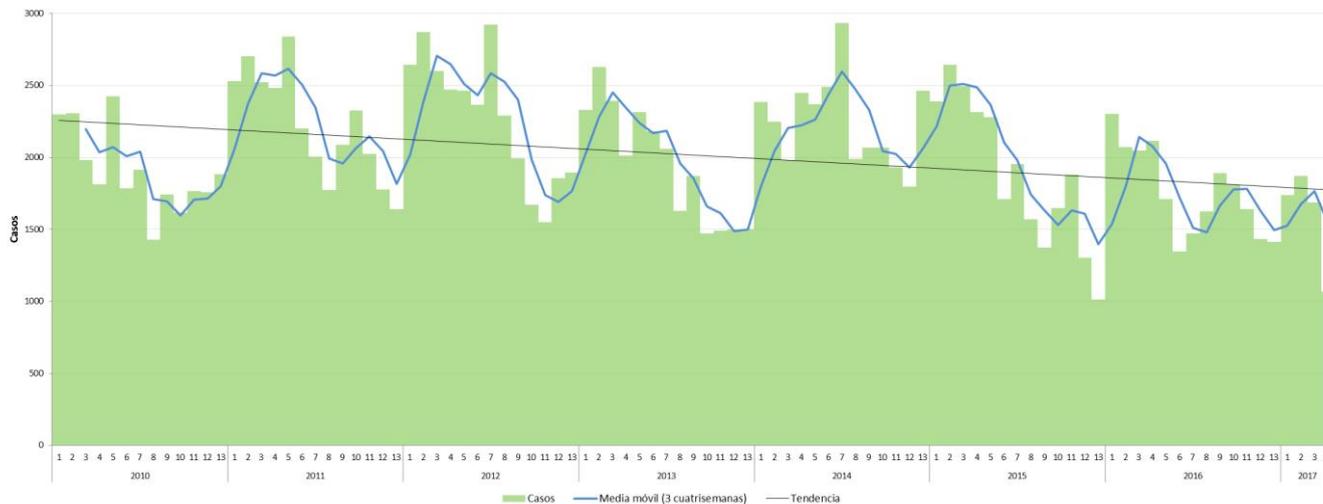
A continuación se presenta el corredor semanal de las Diarreas agudas en residentes notificadas a través del SNVS por los efectores de la Ciudad.



Como se observa claramente, los casos del año 2017 se presentan hasta la semana analizada en zona de éxito.

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 4). Se graficó la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se trazó la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 3. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017(n=190.582).

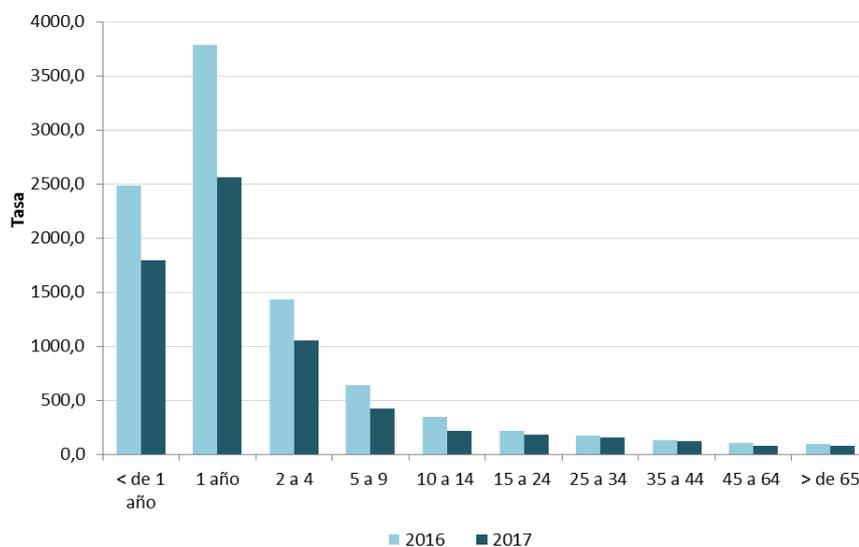


Fuente: SNVS-C2

En el gráfico presentado se verificó la estacionalidad esperable en el comportamiento de las Diarreas agudas durante la temporada estival. En los diferentes años, se observa un incremento en el invierno-primavera atribuido probablemente a las diarreas virales.

En el año 2016 y 2017 hasta la SE 19 se notificaron 9.781 y 7.311 casos de diarrea respectivamente. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100.000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 19. 2016-2017.

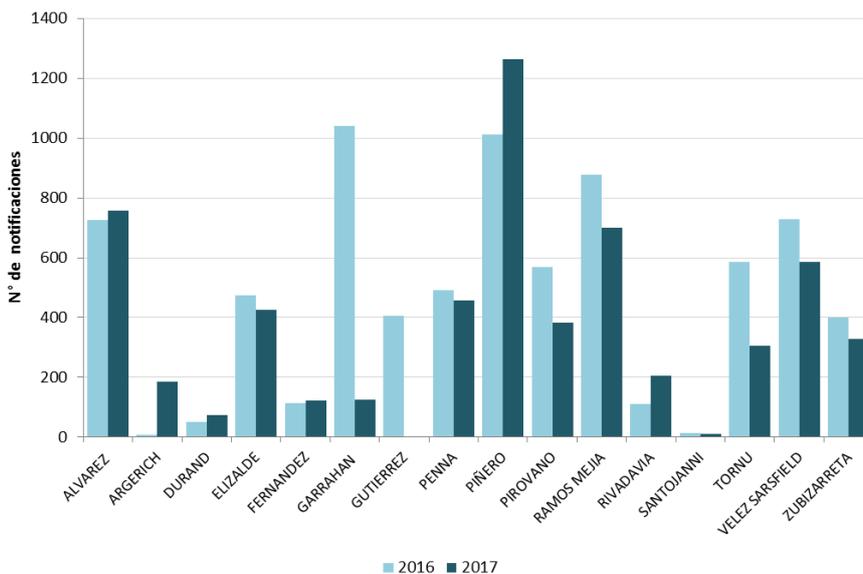


Fuente: SNVS-C2

La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2017, a la misma semana que el 2016, presenta un descenso porcentual del 25%. Como en todos los análisis anteriores, la tasa más elevada fue en el grupo etario de 1 año para los dos períodos analizados. En el año 2016 hasta la SE 19, la tasa en este grupo de edad fue de 3787,8/100.000 hab.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 19 en el periodo 2016-2017 por hospitales públicos de la Ciudad.

Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según hospitales públicos. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Años 2016-2017.



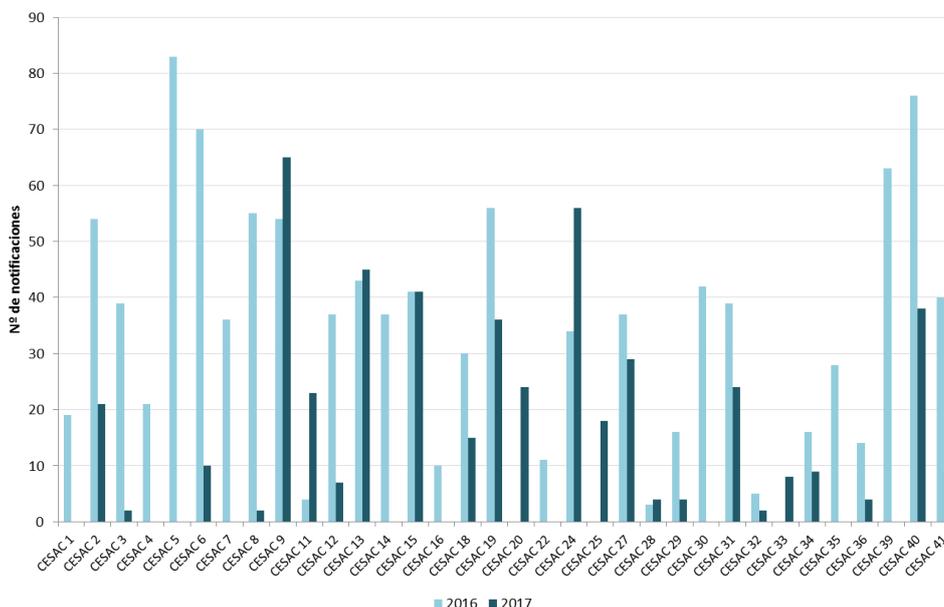
Fuente: SNVS-C2

En el año 2016 hasta la SE 19 los hospitales públicos de la Ciudad realizaron el 77% (7614) de las notificaciones de Diarreas Agudas, y los CeSAC el 11% (1113) del total. El 11,4% (1127) restante corresponde a las notificaciones de efectores privados, realizada en su totalidad por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como se dijo, en el presente año, hasta la SE 19 las notificaciones descendieron globalmente un 25% con respecto al año anterior. No obstante, las notificaciones de los efectores públicos continuaron siendo la amplia mayoría, concentrando el 80% del total (5935). Por su parte, los CeSAC redujeron su participación relativa en las notificaciones, representando el 6,7% (496), mientras que el 13% restante (947) corresponde al Hospital Italiano.

En el siguiente Gráfico, se presenta el número de notificaciones de Diarreas agrupadas según CeSAC, de Residentes de CABA.

Gráfico 6. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2

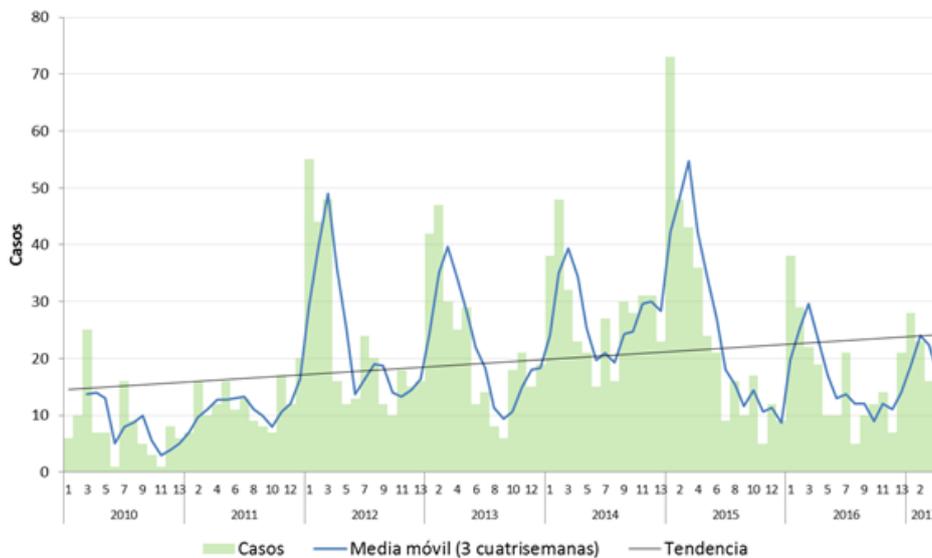
Hasta la SE 19 del año 2017 los casos notificados de Diarreas agudas fueron menos de la mitad que en el mismo periodo del año anterior. Se observa que en 2016 diez CeSAC que notificaron 10 o más casos, en 2017 no notificaron ninguno. En cambio, tres CeSAC que en 2017 realizaron notificaciones no habían realizado ninguna el año anterior. En la SE 19 del presente año, se observa que cuatro CeSAC notificaron en 2017 el doble de casos que en 2016.

7.4.2. Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)

En el período 2016-2017, hasta la SE 19, se notificaron 115 y 97 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

A continuación se presenta la serie temporal de casos de DAS por cuatrisesmana epidemiológica durante el periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 4). Se grafica la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se traza la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 7. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017. (n=1836)



Fuente: SNVS-C2

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de esta patología. Se verifica en el periodo 2012-2014 un particular incremento durante los meses de invierno/primavera. Hasta la cuatrisesmana 4 del año 2017, se observa un descenso en las notificaciones con respecto a la misma cuatrisesmana de los años bajo estudio.

En la siguiente Tabla se grafican los casos de DAS con domicilio de residencia en la Ciudad, las tasas por 100.000 hab. y la diferencia de casos entre el año 2016 y 2017 según comunas.

Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según comunas.
Residentes de la CABA. Hasta la SE19. Años 2016-2017

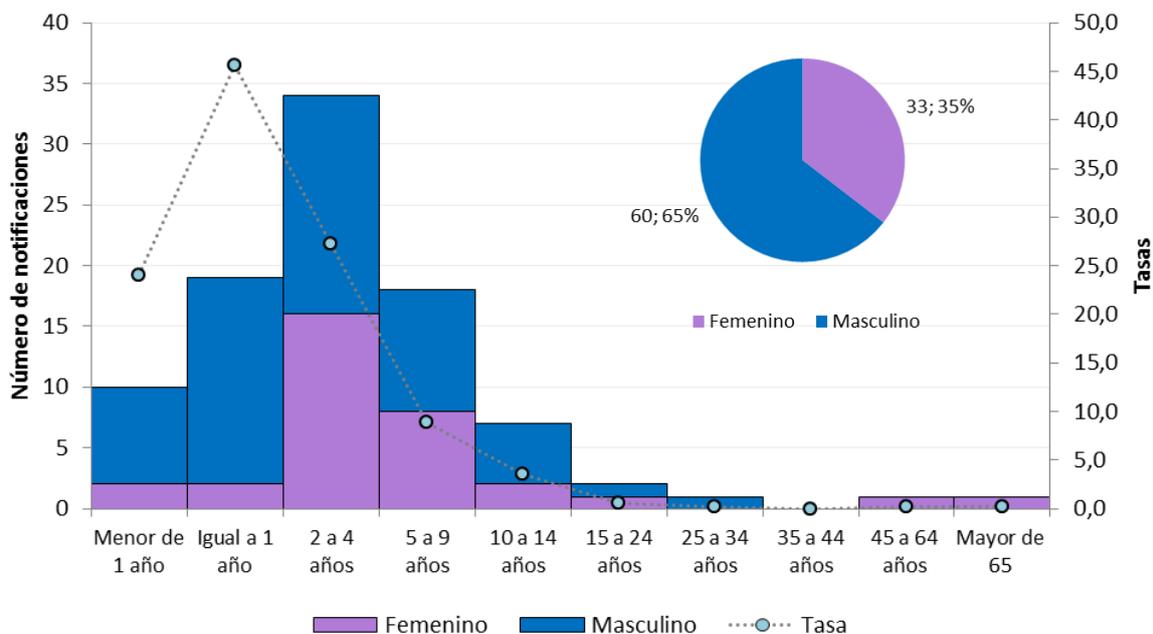
Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	3	1,2	3	1,2	0
2	0	0,0	0	0,0	0
3	8	4,2	9	4,7	1
4	3	1,3	4	1,7	1
5	2	1,1	2	1,1	0
6	0	0,0	3	1,6	3
7	17	7,1	21	8,7	4
8	36	15,9	27	11,9	-9
9	11	6,5	6	3,5	-5
10	4	2,4	3	1,8	-1
11	0	0,0	0	0,0	0
12	4	1,9	9	4,2	5
13	4	1,7	2	0,8	-2
14	0	0,0	0	0,0	0
15	7	3,8	3	1,6	-4
Residentes Sd*	0	0	5	0	
Desconocidos**	16	0	0	0	
Total CABA	115	3,8	97	3,2	-18

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

Se observa que las tasas más elevadas de DAS, en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 7, 8 y 9 para el año 2016 y en las comunas 7 y 8, en el año 2017. En el presente año hasta la SE 19, en la comuna 8, se observó un descenso del 25% en las notificaciones con respecto al año 2016.

A continuación se presenta el número de notificaciones y las tasas según sexo y edad.

Gráfico 8. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS por grupos de edad y sexo.
Residentes de la CABA. Hasta SE 19. 2017 (n=94)

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el año 2017, hasta la SE 19, la tasa del grupo etario de 1 año duplicó la tasa de los menores de 1 año, y duplicó la tasa del grupo de 2 a 4 años.

En la siguiente tabla se expresan los casos de DAS y su distribución porcentual según grupos de edad de los residentes en CABA hasta la SE 19. La propuesta de la misma es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico previos con la tasa-).

Tabla 2. Casos de DAS y tasas por 100. 000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE19. Años 2016-2017

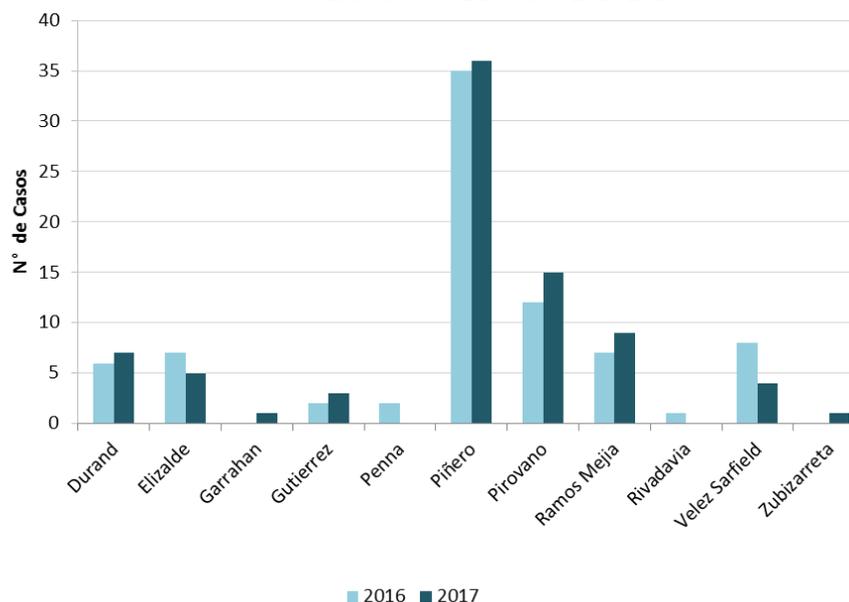
Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
< 1 año	17	15%	10	11%
1 año	17	15%	20	21%
2 a 4	45	39%	34	36%
5 a 9	25	22%	18	19%
10 a 14	4	3%	7	7%
15 a 24	3	3%	2	2%
25 a 34	2	2%	1	1%
35 a 44	0	0%	0	0%
45 a 64	1	1%	1	1%
> 65	0	0%	1	1%
S/D	1		3	
Total	115	100%	94	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En los años analizados, se observa que al igual que en el periodo 2010-2016, el grupo de 2 a 4 años concentra casi el 40% de las notificaciones de DAS. En el 2017 se verifica un leve incremento en el grupo de 1 año.

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 19.

Gráfico 9. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Años 2016-2017.

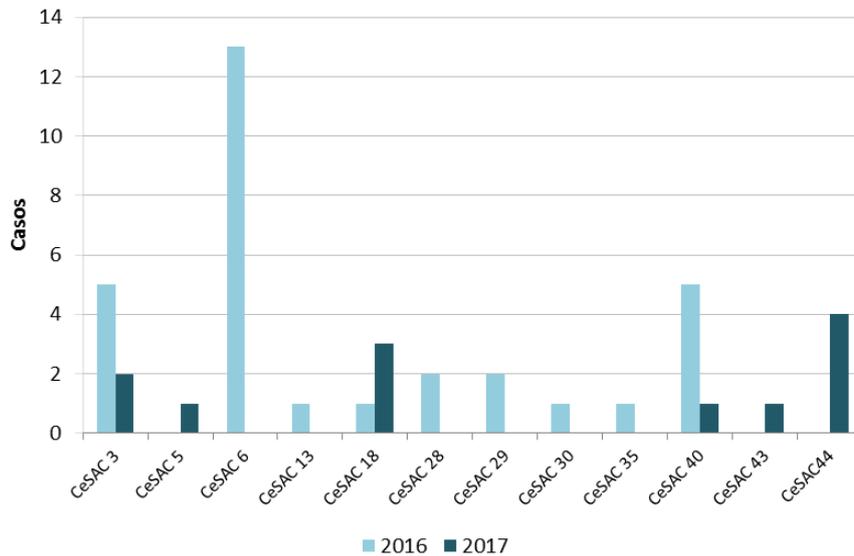


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 19 del año 2017, el 83% (81) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 12% (12) por CeSAC y un 4,3% (4) por efectores privados. Se observó un descenso en la notificación del 26% con respecto a al mismo periodo del 2016.

A continuación, se presentan las notificaciones de DAS según CeSAC en residentes de la CABA hasta la SE 19.

Gráfico 10. Número de notificaciones de DAS según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el año 2017, se observó un descenso en la notificación de DAS en los CeSAC, en un porcentaje cercano al 61%, con respecto al año anterior.

Hasta la SE 19 del presente año, tres CeSAC comenzaron a notificar esta patología, mientras que seis establecimientos que en el año 2016 realizaron notificaciones, en el presente año no notificaron ningún caso de DAS.

7.4.3. Vigilancia por laboratorio

En el año 2017 hasta la SE 19, del total de notificaciones de DAS, en solo el 32,2% (30) se obtuvieron resultados de laboratorio. Se identificaron como principales agentes causales *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei*.

Asimismo, en el mismo período, fueron notificados solo 3 casos de diarreas con resultado de laboratorio, 1 caso de diarrea viral y 2 de diarreas bacterianas. En el primero se identificó como agente causal rotavirus, mientras que los casos de diarreas bacterianas resultaron *Escherichia coli* O-157 y STEC NO 0157.

8. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

8.1. Introducción

En esta sección se presentará la situación epidemiológica de los eventos relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ya sean notificadas por los módulos C2 como por SIVILA. Además, se incluyen los datos provenientes de las Fichas Epidemiológica de los casos internados con diagnóstico de Influenza y de mortalidad provistos por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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.

Para complementar la información de la CABA, con datos sobre la situación mundial y regional en las Américas acceder a la siguiente página de la OMS:

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

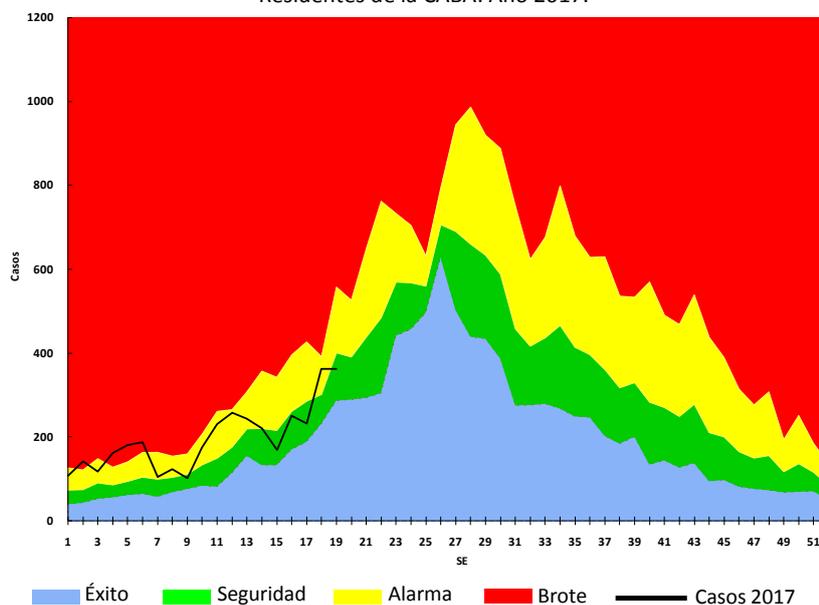
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

8.1.1. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2017, la caracterización de ETI según efectores notificadores, la notificación según establecimientos y grupos de edad, y la comparación de casos e Índice Epidemiológico Acumulado hasta la SE 19, entre los años 2016 y 2017.

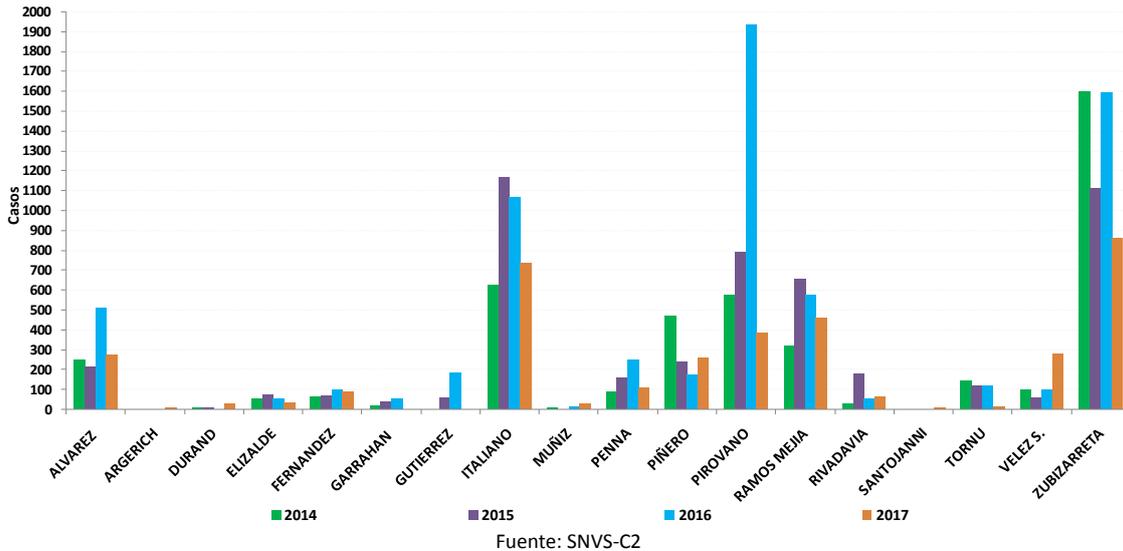
Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

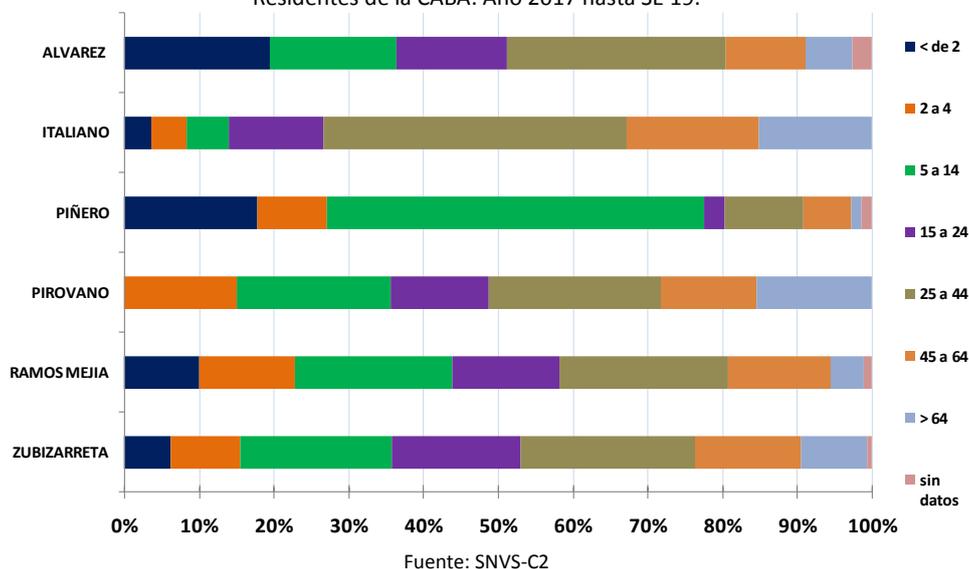
La curva de casos 2017 se inició en zona de alerta con tendencia en ascenso; entre semanas 4 a 6 la notificación superó los valores esperados, para luego disminuir y transitar dentro de la endemia esperada. Desde la semana 9 la incidencia notificada presentó una tendencia ascendente, pero dentro de los valores esperados, circulando entre zonas de seguridad y alarma. No obstante, debe considerarse el retraso en la notificación en la última semana.

Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 19.



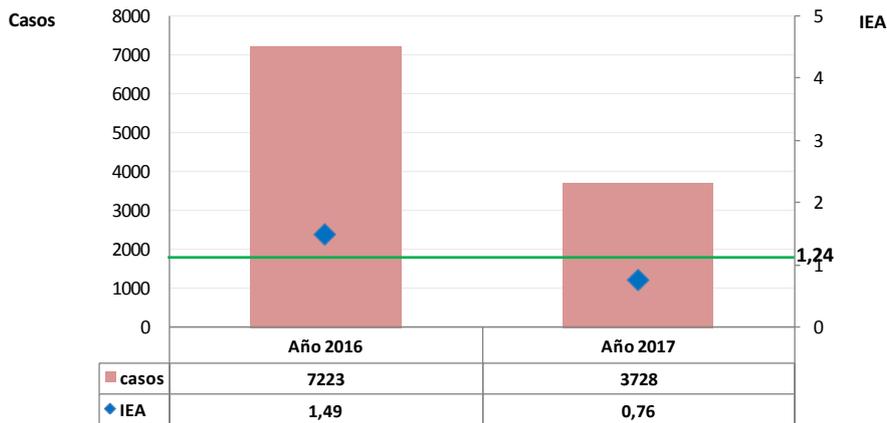
El gráfico anterior muestra la notificación histórica de casos de ETI acumulado hasta la semana epidemiológica 19, en el conjunto de efectores hospitalarios; se aprecia el diferencial de actividad entre los mismos. En los años presentados se verifica la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Por otro lado, hay efectores que no han notificado casos en el mismo período. También debe señalarse la ausencia de notificación de ETI por parte de los hospitales Garrahan y Gutiérrez en el corriente año. Dado que esta comparación de la actividad anual de ETI ya se está realizando en el inicio de la máxima fase estacional, es llamativo el comportamiento en los hospitales relevados.

Gráfico 3. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según principales efectores y grupos de edad Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 19.



En el gráfico anterior se muestra la notificación de los casos de ETI según grupos de edad en los establecimientos señalados, muestra que en los hospitales Álvarez y Piñero el peso relativo del grupo menor de 2 años se halla actualmente alrededor del 20 %. El hospital Italiano presenta la mayor proporción de casos entre 25 a 44 años de edad, seguido por el hospital Álvarez. El hospital Pirovano no registra casos menores de 2 años y el hospital Piñero ha incrementado la participación del grupo de 5 a 14 años en las notificaciones de ETI, constituyéndose en el grupo etario de mayor proporción en este efector. Solo los hospitales Ramos Mejía y Zubizarreta presenta una casuística de ETI por edad con distribución más homogénea.

Gráfico 4. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según principales efectores y grupos de edad Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 19. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

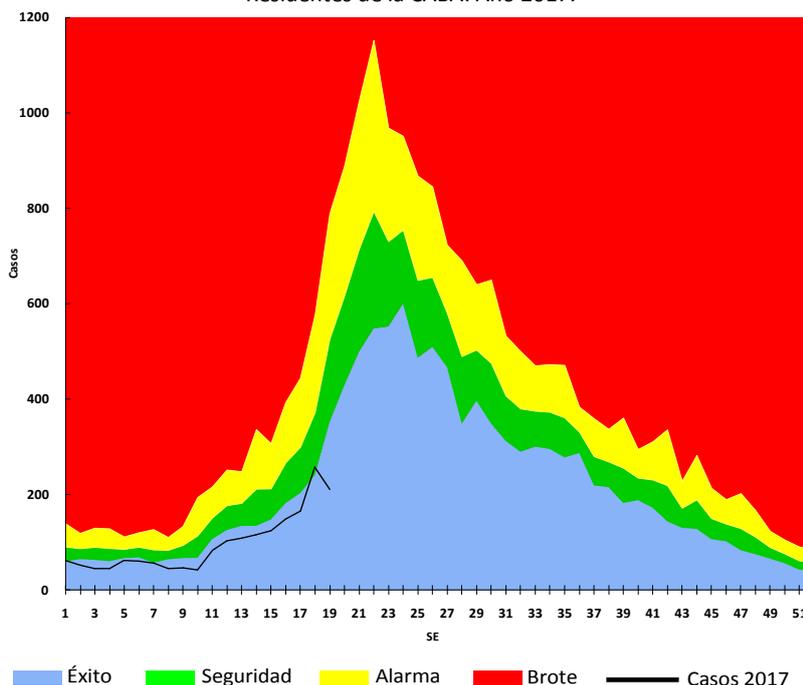
El gráfico anterior muestra la comparación de los casos de ETI notificados hasta la semana epidemiológica 19, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,49), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017, indica valores dentro de lo esperado, pero debe señalarse el retraso en el registro de casos en el corriente año.

8.1.2. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta la caracterización de bronquiolitis en menores de 2 años en corredor endémico semanal, y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 19, entre los años 2016 y 2017.

El siguiente gráfico muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de éxito, dentro de los valores esperados hasta la semana epidemiológica 19. No obstante, debe señalarse el cambio de la tendencia, en sostenido ascenso desde la semana 10.

Gráfico 5. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

En el siguiente gráfico se observa la comparación de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 19. La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017, también indicó valores dentro de lo esperado, pero debe señalarse el retraso en el registro de casos en el corriente año.

Gráfico 6. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 19. Años 2016-2017.

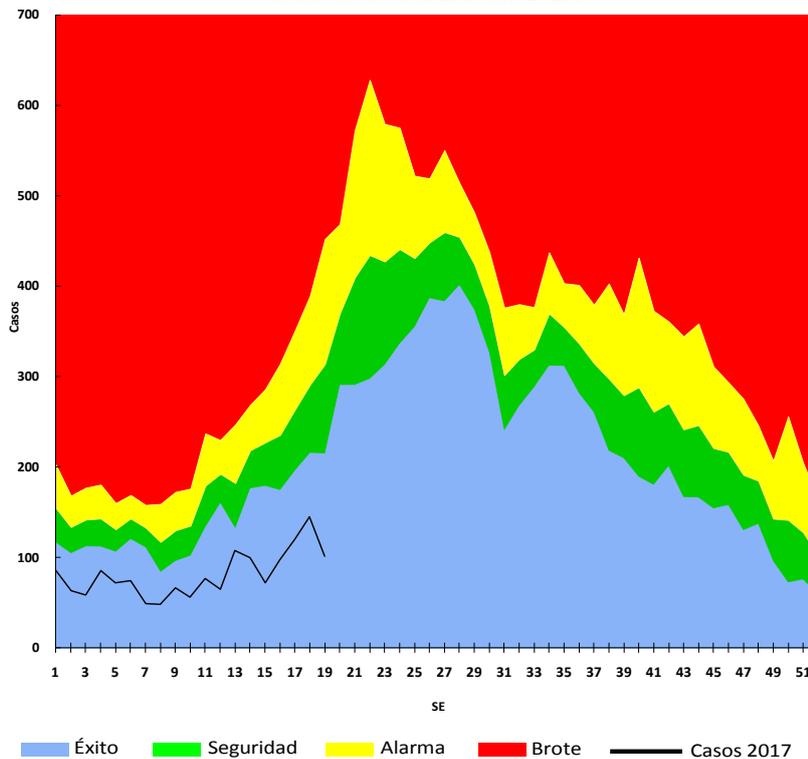


Fuente: SNVS-C2

8.1.3. Neumonía

A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 19, entre los años 2016 y 2017.

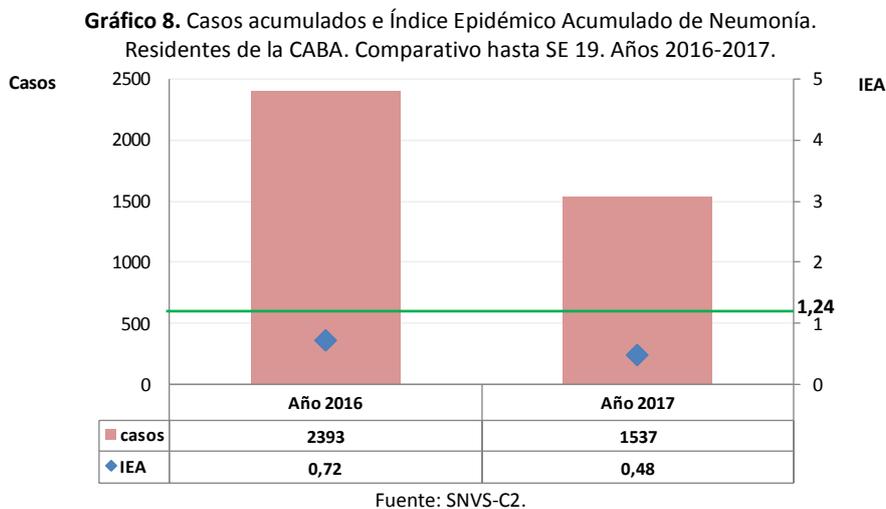
Gráfico 7. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

En el gráfico anterior, la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 19, estuvo transitando por zona de éxito, dentro de los valores esperados, pero con la tendencia estacional esperable.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 19.

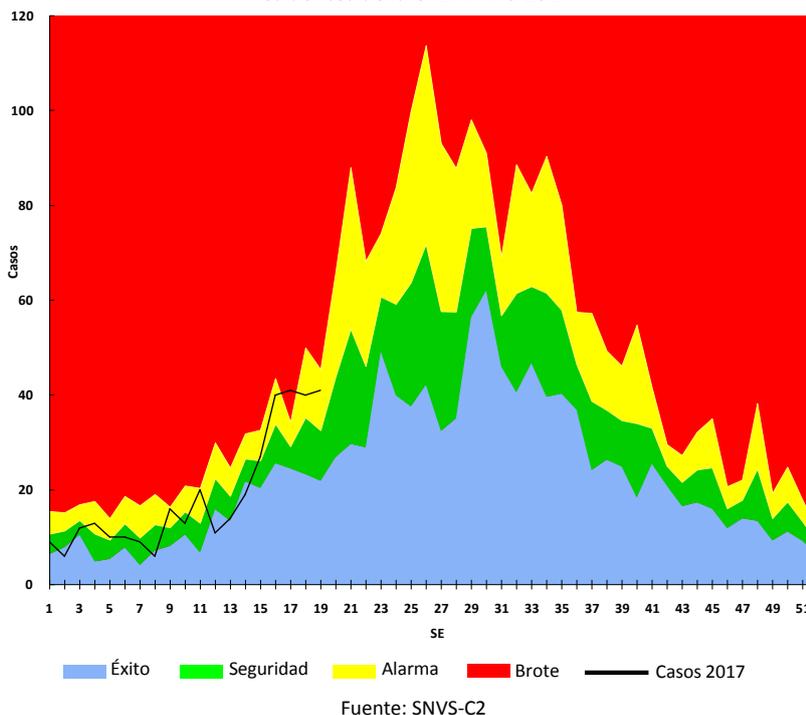


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 también indicó valores dentro de lo esperado, pero debe señalarse el retraso en el registro de casos en el corriente año.

8.1.4. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

A continuación, se presenta la caracterización de IRAG en corredores endémicos semanales. El siguiente gráfico muestra la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 19.

Gráfico 9. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017.



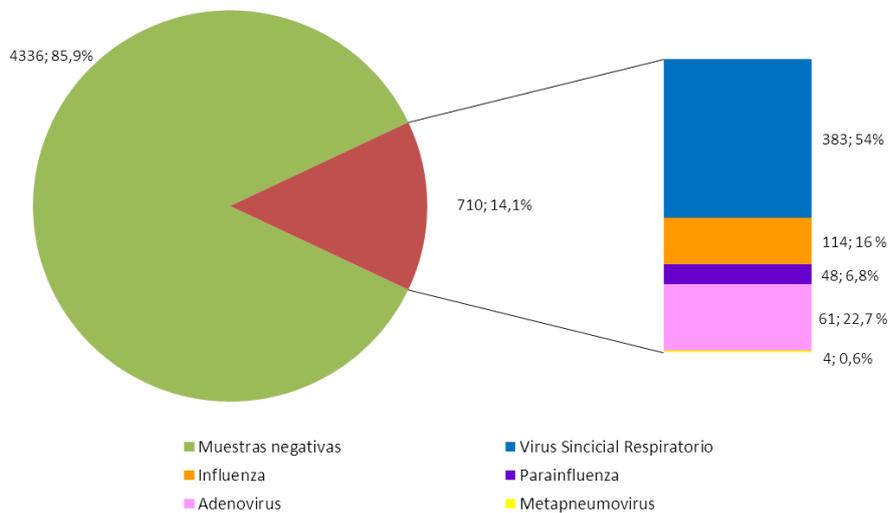
La notificación de IRAG transitó dentro de los valores esperados hasta la SE 16, donde el aumento sostenido entre semanas 12 a 15 hace su pico para entrar en una meseta en las últimas 3 semanas, siendo ésta compatible con la zona de alerta o brote. En próximas ediciones se caracterizará esta situación y se abordará el detalle de este incremento a través de las Unidades Centinelas de IRAG.

8.2. Vigilancia por laboratorio (SIVILA)

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 10. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 19. Año 2017. N=5046

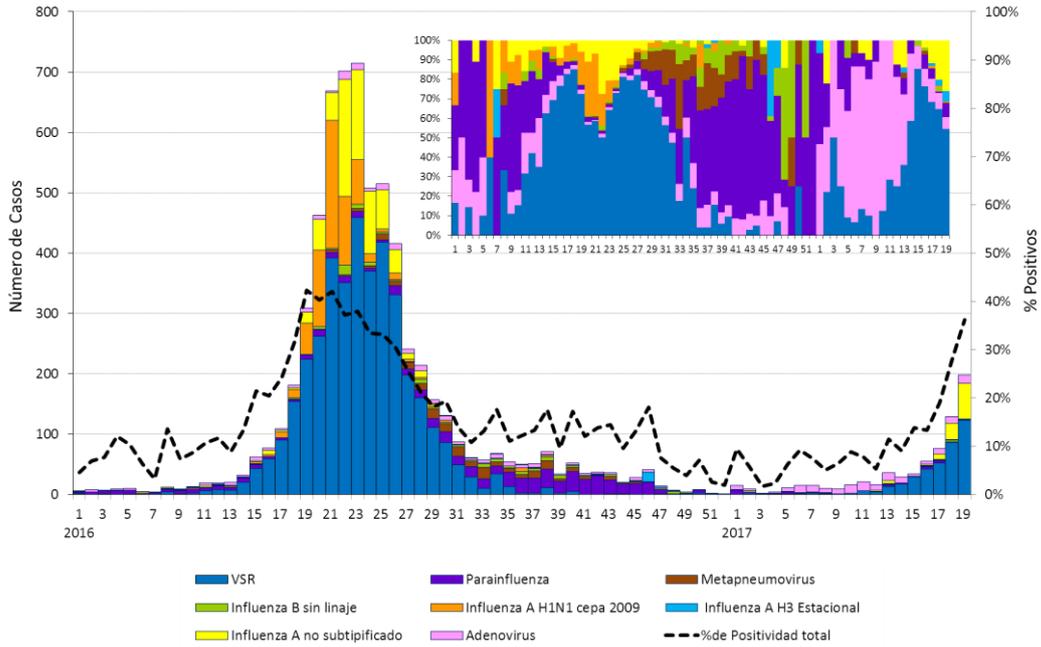


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, sólo el 14,1 % resultó positivo para algún virus. De ellas en el 54% fue virus Sincicial Respiratorio (VSR) el principal virus aislado, seguido de Adenovirus con el 22,7% del total de las muestras positivas.

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

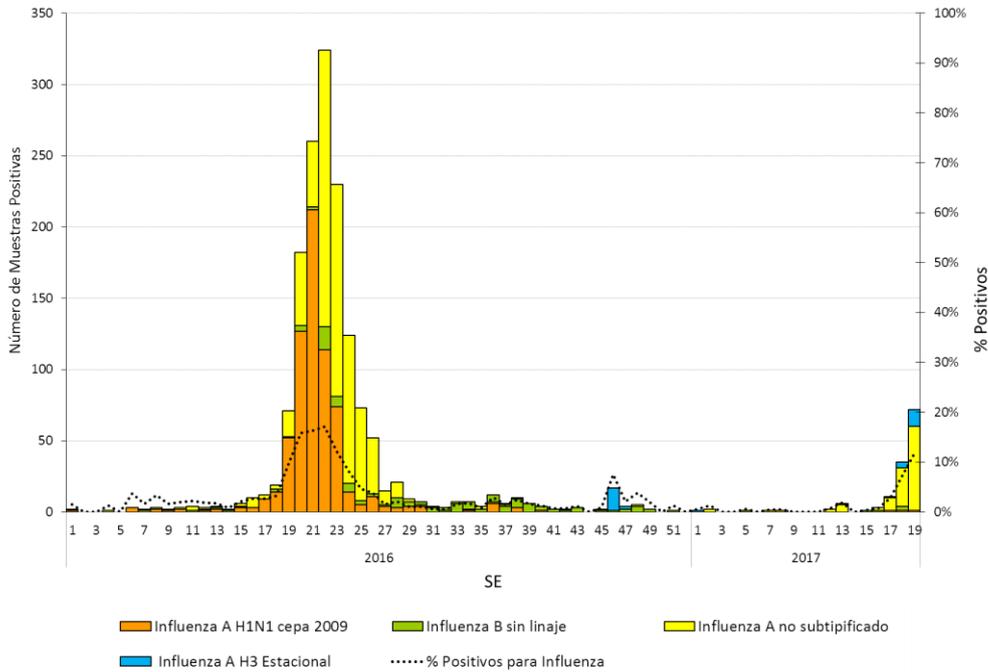
Gráfico 11. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6460)-2017 (SE 1-19; N=710)



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 19, se observa un predominio de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) seguido de Adenovirus, a diferencia del 2016 donde preveleía Adenovirus seguido de Parainfluenza. Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6447.

Gráfico 12. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017 (SE 1-19; N=146).



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 19 se notificaron 108 casos de Influenza A no subtipificado, 29 casos de Influenza A H3 estacional y 6 casos de Influenza B sin especificar y 3 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

En el año 2016, la circulación sostenida de Influenza A/H1N1, comenzó a observarse a partir de la semana 6. La detección de Influenza B y AH3 estacional constituyó sólo el 9,60 % del total. Del total de 1538 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por Influenza A/H1N1. Se detectaron 676 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

8.3. Pacientes internados y mortalidad por IRA

Los datos utilizados provienen de la Fichas Epidemiológicas de los pacientes internados con diagnóstico de IRA. Las mismas son enviadas a la GOE desde los efectores de salud, tanto públicos como privados, según lo estipulado en el memo "*Actualización de Infecciones Respiratorias Agudas* de mayo 2016".⁶

Hasta la SE 7 del año 2017, no se notificaron pacientes internados positivos para Influenza. La caracterización de este evento puede encontrarse en el BES N°21 desde el siguiente link:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf

Con respecto a la mortalidad a causa de Influenza, no se registraron nuevas defunciones en efectores de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires desde la SE 48. La caracterización de la mortalidad en pacientes internados con diagnóstico de Influenza puede encontrarse en el BES N°17 desde el siguiente link:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf

En los próximos BES se presentará el análisis de la gravedad y mortalidad de las IRA del año en curso en función de las modificaciones consensuadas para la vigilancia de estos eventos.

Todos los análisis realizados hasta la fecha se encuentran en las ediciones anteriores del BES, incluyendo la presentación de los datos de Mortalidad históricos que no varían de manera semanal.

8.4. Vacunas

Toda la información a continuación es provista por el **Programa de inmunizaciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**.

Las vacunas antigripales cepa 2017 se comenzaron a distribuir a partir del 29 de marzo, 20 días antes con respecto al año anterior. Desde el inicio de la campaña hasta el 6 de abril (SE 16), se aplicaron 38. 677 dosis en los vacunatorios de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 3,5% de las mismas. Esta información surge de los datos enviados por los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La vacunación es obligatoria y gratuita. Recordar que la vacunación antigripal está incorporada al calendario desde el año 2011, y no se han producido cambios en las indicaciones. Es importante recordar que por tratarse de una vacuna estacional, debe realizarse en forma oportuna, para ello debe alcanzarse el 80% de la meta a la semana epidemiológica 25.

Este año, se está llevando una nueva estrategia con respecto a la vacunación antineumocócica, iniciando el esquema con vacuna conjugada tanto los huéspedes especiales como los mayores de 65 años. Estos dos grupos pueden recibir en forma conjunta las dos vacunas (antineumocócica y antigripal)

⁶ http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/memorespiratorias_vf_20160527_0.pdf

Tabla 3. Dosis aplicadas en residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 19. 2017

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	55.371	11.627	6.862	2.023	16.210	8.143	51.969	75.156

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

La vacunación está destinada al personal de salud, personal esencial, embarazadas, puérperas (sólo hasta 10 días después del parto), niños de 6 meses a 24 meses, personas con factores de riesgo aumentado de 2 a 64 años, y todas las personas mayores de 65 años.

Tabla 4. Porcentaje de Cobertura de residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 19. 2017

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZA DAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	220.605	63,6%		33%	25,8%	13,0%		

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 7.257

Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 24.449

9. VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS

9.1. Introducción

Las meningoencefalitis se posicionan como enfermedades de importancia para la salud pública. Son de distribución mundial y presentan una endemia habitual con potencial de desencadenar brotes o epidemias.

En esta patología son fundamentales la sospecha y el diagnóstico oportuno para la asistencia al paciente y además para la comunidad, ya que desencadenan acciones concretas sobre sus contactos ya sean estos personales o institucionales, dichas acciones variarán según el diagnóstico de la enfermedad.

Si bien pueden ocurrir a cualquier edad, la población pediátrica y fundamentalmente menores de 5 años la desarrollan con más frecuencia y según el agente adquiere gravedad.

Las meningoencefalitis virales exceden en frecuencia a las de etiología bacteriana pero debido a que en general, presentan buena evolución, tienen menor impacto en la salud pública.

Las meningoencefalitis bacterianas agudas en cambio, continúan causando importante morbimortalidad y a pesar del progreso en los tratamientos y el avance y asequibilidad de las vacunas, constituyen aún un problema de salud pública. Entre las bacterianas la meningoencefalitis meningocócica, es la que puede causar epidemias.

Los agentes etiológicos más frecuentemente hallados en la infancia son: en las meningoencefalitis virales, el enterovirus y en las meningoencefalitis bacterianas: *Neisseria meningitidis* (Meningococo), *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) y *Haemophilus influenzae*, en todas estas bacterias el ser humano es hospedero y actúa como reservorio. La incidencia de las meningoencefalitis por *Haemophilus Influenzae B* ha disminuido en gran medida y también se comienza a observar un descenso en las meningoencefalitis por neumococo.

Esto se vio facilitado gracias a la incorporación al calendario Nacional de vacuna antihaemophilus conjugada (año 1997), antineumocócica conjugada 13 valente (año 2012) y la reciente incorporación, a partir de enero de 2017 de la vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACYW) que se aplicará a lactantes de 3 y 5 meses con refuerzo a los 15 meses. Además se aplicará a adolescentes que, a partir de enero de 2017, cumplan 11 años de edad.

9.2. Situación Epidemiológica

9.2.1. Situación Mundial

Las cepas de *Neisseria meningitidis* que pertenecen a los grupos A, B, C, X, Y y W son las más frecuentemente relacionadas a enfermedad invasiva en todo el mundo. Estos serogrupos de meningococo tienen el potencial de generar enfermedad endémica y/o brotes epidémicos; sin embargo, la incidencia de la enfermedad en los distintos países y la prevalencia de los distintos serogrupos, varía considerablemente en el tiempo, así como según la edad y ubicación geográfica de los casos. El serogrupo A (Men A), ha sido tradicionalmente la causa más importante de la enfermedad, si bien han existido brotes por los serogrupos C y W (Men C y Men W), y más recientemente por el serogrupo X. Este último serogrupo causa un número considerable de casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI) en países africanos, pero es muy poco frecuente en otros continentes⁷

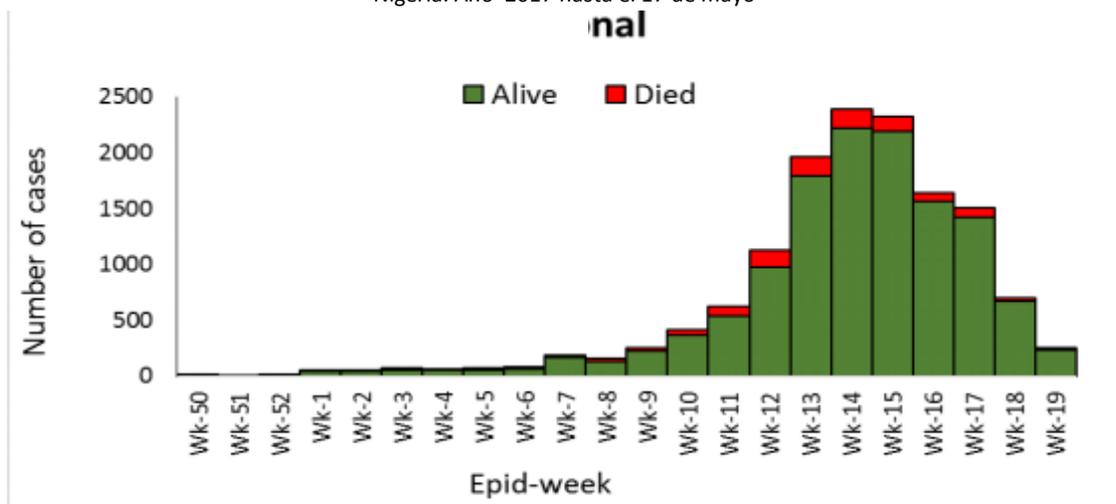
Enfermedad meningocócica – Nigeria. Actualización del brote de meningitis a la Semana epidemiológica 20 (mayo de 2017) Informe de situación (18 de mayo de 2017).

Del 13 de diciembre de 2016 al 17 de mayo de 2017, un total de 14.005 casos sospechosos y 1114 muertes han sido notificados en 24 Estados. En las últimas 5 semanas se observó disminución persistente de nuevos casos, desde un pico de 2.500 por semana hasta Alrededor de 250 por semana.

De los 423 casos confirmados de laboratorio, 309 (73%) fueron *Neisseria meningitidis* serogrupo C.

En el siguiente gráfico se muestra la curva epidémica de casos totales notificado según semanas epidemiológicas y evolución. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Curva epidémica de meningoencefalitis. Según semanas epidemiológicas y evolución. Nigeria. Año 2017 hasta el 17 de mayo



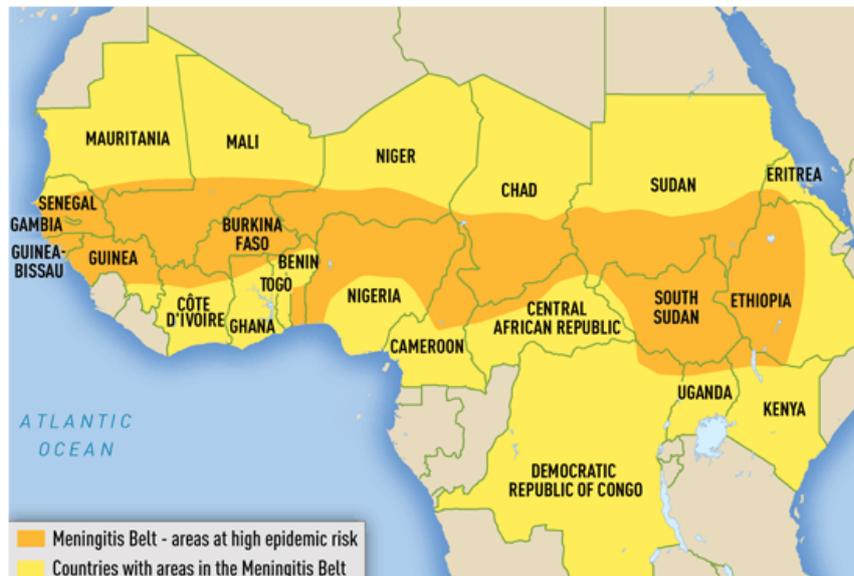
Fuente: Centro de control de enfermedades de Nigeria⁸

⁷ Modificado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000927cnt-2017-04_lineamientos-meningo.pdf

⁸ Disponible en: <http://ncdc.gov.ng/diseases/sitreps/?cat=6&name=An%20Update%20of%20Meningitis%20Outbreak%20in%20Nigeria>

En el siguiente mapa se muestra la región que es considerada la de mayor incidencia anual de enfermedad meningocócica en el mundo. Se trata del África subsahariana que es denominado el “cinturón de la meningitis”, se extiende desde Senegal (al oeste) hasta Etiopía (al este). (Gráfico 2)

Gráfico 2. Mapa de las áreas de riesgo epidémico para meningitis meningocócica África subsahariana. Año 2016



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Yellow book, 2016. ⁹

9.2.2. Situación en Argentina

En el siguiente gráfico se expone la tabla de meningoencefalitis tomada del último Boletín Integrado de Vigilancia Nacional en base a datos notificados al SNVS por todas las jurisdicciones del país. (Tabla 1)

Tabla 1. Meningoencefalitis- Casos acumulados, mediana e índice epidémico o porcentual. Argentina. Años 2016- 2017 hasta SE 15.

Grupo	Eventos	Acum SE 15/2016	Acum SE 15/2017	Semana 15/2017	Cuatrisem. 16 19/2017	Mediana /Media	Índice epidémico o Variación %
Meningoencefalitis y otras infecciones invasivas	Mening. bacteriana sin especificar agente	67	92	4	9	91,0	1,01
	Mening. micóticas y parasitarias	13	7	1	2	12,0	
	Mening. por Haemophilus influenzae	26	18	1	2	23,0	
	Mening. por otros virus	17	19	0	3	32,0	
	Mening. por Streptococcus pneumoniae	27	11	1	9	44,0	0,25
	Mening. sin especificar etiología	153	154	10	60	145,4	1,06
	Meningoencefalitis Virales por Enterovirus	75	66	5	7	90,0	0,73
	Mening. virales sin esp. agente	249	202	10	33	250,0	0,81
	Mening. virales urleanas	1	1	0	0	1,0	

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de La Nación. N°360. Se 20

Referencias: Comparación del evento acumulado 2016 en relación con el acumulado 2015 o mediana del acumulado de los últimos 5 años. Las referencias se indicaron con tres colores:

- Acumulado por debajo de lo observado en los últimos 5 años
- Acumulado igual a lo observado en los últimos 5 años
- Acumulado por encima de lo observado en los últimos 5 años

⁹ Disponible en: <http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2016/infectious-diseases-related-to-travel/meningococcal-disease> .

9.3. Nota metodológica

En el siguiente apartado se analizarán los casos de meningitis desde la Semana epidemiológica (SE) 1 a la 19 del 2017 provenientes de la notificación a través del SNVS (tanto del módulos C2/SIVILA) y del EPISIC (Sistema de información complementaria epidemiológica), éste último completa detalladamente información epidemiológica en residentes de la Ciudad.

Incluye las notificaciones recogidas de efectores públicos y privados de la Ciudad. Todos los casos fueron analizados de manera individual, evitando duplicaciones de datos e integrando la información en una base unificada. Los gráficos se construyen en base a casos sospechosos confirmados o probables.

Dentro de los residentes se incluyen las notificaciones de casos con residencia en la Ciudad de Buenos Aires y aquellos que siendo asistidos en la Ciudad no cuentan con el dato de la provincia de residencia.

La construcción de las tasas, se realizó en base a las proyecciones poblacionales aportadas por la Dirección de Estadística y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

9.4. Situación en la Ciudad de Buenos Aires

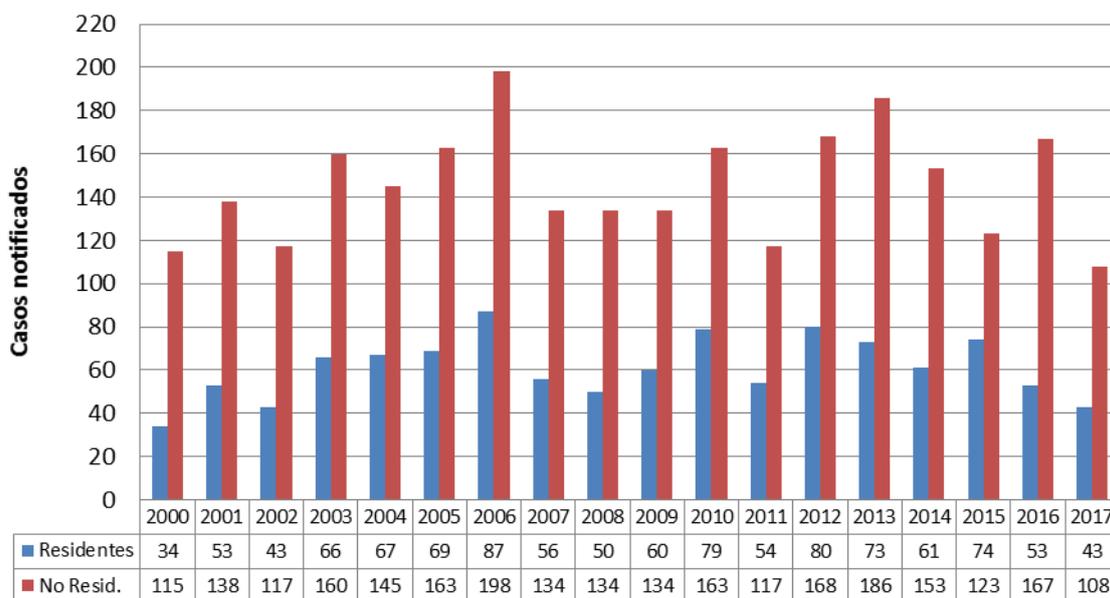
9.4.1. Situación en Ciudad de Buenos Aires hasta la SE 19-2017

En este apartado se consideran las meningoencefalitis notificadas durante el período comprendido entre las SE 1 y 19 tanto en series históricas como en el análisis 2016 - 2017

En el año 2017 hasta la SE 19 fueron notificados al sistema de vigilancia de la Ciudad de Buenos Aires fueron notificados 154 casos totales de meningoencefalitis, fueron descartados 4 casos que correspondieron a otras patologías. De los 150 casos de meningoencefalitis, 43 (29%) correspondieron a residentes de la Ciudad, 108 (71%) a no residentes de la Ciudad.

En el siguiente gráfico se presenta la serie histórica de casos notificados de meningoencefalitis hasta la semana epidemiológica 19, período 2000-2017 según lugar de residencia. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Meningoencefalitis - Casos notificados según lugar de residencia
CABA. Serie histórica hasta SE 19 años 2000-2017

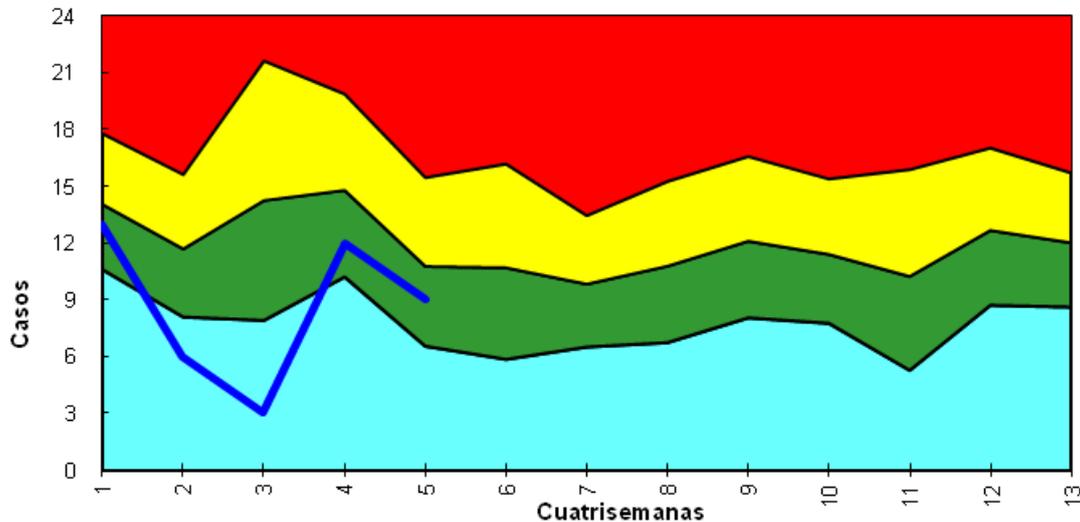


Fuente: SNVS C2 y SIVILA

En la serie histórica de 18 años hasta la SE 19 que se presenta queda expuesto que las notificaciones de los no residentes superaron en todos los años a los residentes. En el año en curso los no residentes representaron el 70 % del total de casos de meningoencefalitis notificados.

A continuación se grafica el corredor endémico de meningoencefalitis de la Ciudad construido en base a datos de los 7 años previos.

Gráfico 4. Corredor endémico cuatrisesmanal de meningoencefalitis 2017. Curva de casos hasta SE 19. CABA. Históricos 7 años: 2010 a 2016



Fuente: SNVS C2, SIVILA y base GOE

En la siguiente tabla se presentan los casos notificados, tasas y porcentajes según grupos de edad en los dos años analizados hasta la SE 19.

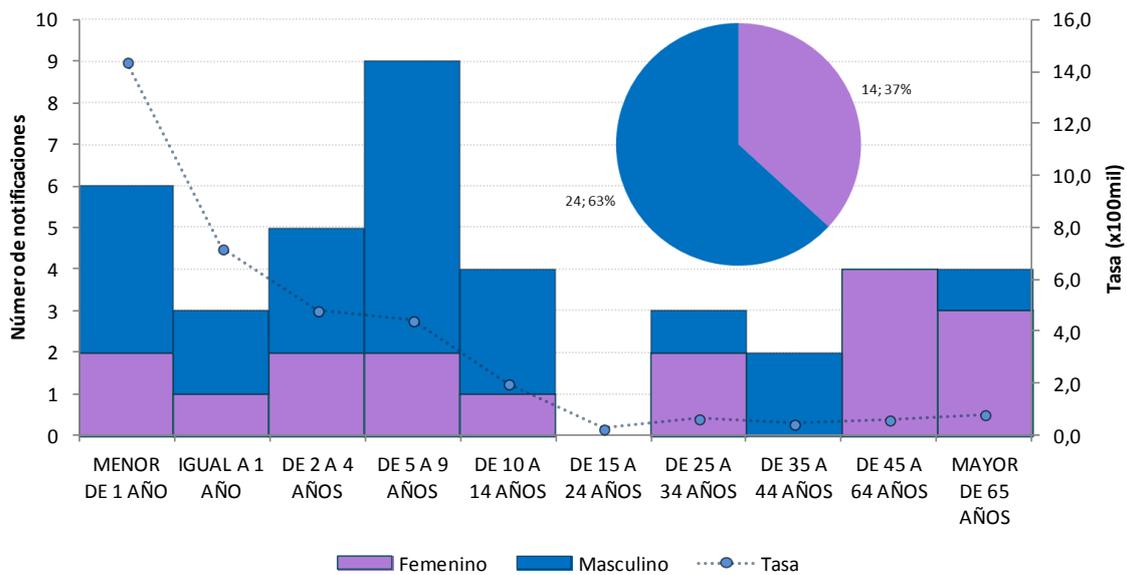
Tabla 2. Casos y distribución porcentual según grupos de edad de Meningoencefalitis totales. Residentes de la CABA. Años 2016-2017 hasta SE 19.

Grupo de edad	Casos 2016	Tasa	%	Casos 2017	Tasa	%
MENOR DE 1 AÑO	13	31,0	29%	6	14,4	14%
IGUAL A 1 AÑO	3	7,1	7%	3	7,2	7%
DE 2 A 4 AÑOS	7	5,6	16%	6	4,8	14%
DE 5 A 9 AÑOS	9	4,4	20%	9	4,4	21%
DE 10 A 14 AÑOS	4	2,0	9%	4	2,0	9%
DE 15 A 24 AÑOS	1	0,3	2%	1	0,3	2%
DE 25 A 34 AÑOS	2	0,4	4%	3	0,6	7%
DE 35 A 44 AÑOS	4	0,9	9%	2	0,4	5%
DE 45 A 64 AÑOS	1	0,2	2%	4	0,6	9%
MAYOR DE 65 AÑOS	1	0,2	2%	4	0,8	9%
SIN ESPECIFICACION	0			1		
Total	45			43		

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

En 2016, el 52% de meningoencefalitis ocurrieron en menores de 5 años, en 2017 el porcentaje fue de 35%. La tasa más elevada en ambos años analizados se presentó en los menores de 1 año correspondiéndose con la tendencia histórica.

En el gráfico siguiente se presentan las notificaciones y tasas por 100.000 habitantes de casos en residentes por grupos etarios hasta la SE 19 de 2017.

Gráfico 5. Número de notificaciones y tasas por 100.000 hab. según grupos de edad y sexo de Meningoencefalitis totales. Residentes de la CABA. Hasta SE 19, Año 2017 (n=43).

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

Las tasas de notificación demostraron que el grupo más afectado fue el de menores de 1 año, correspondiéndose con la tendencia histórica. Un caso sin datos de sexo.

El rango de edad fue de 35 días a 86 años, con una mediana de 8 años. El 35% de los casos, se sitúa en los pacientes menores de 5 años.

9.4.2. Notificación por efectores y comunas

Para este análisis se toman todos los casos notificados, incluso los que luego fueron descartados. En el año 2016, fueron notificados 217 casos inicialmente sospechosos de meningoencefalitis, hasta la SE analizada; de estos, 202 casos (93%), fueron asistidos y notificados por instituciones públicas de la ciudad y 15 (6,6%) fueron asistidos por el subsector privado y de la seguridad social.

En el año 2017, de los 154 casos de meningoencefalitis notificados, hasta la SE analizada, 132 casos (86%), fueron atendidos en instituciones públicas de la ciudad y 22 (14,3%) fueron asistidos por el subsector privado y de la seguridad social.

En la tabla siguiente se seleccionaron los efectores asistenciales que a la semana epidemiológica 19 presentaron notificaciones en los años analizados.

Tabla 3. Meningoencefalitis totales. Casos notificados según efector y lugar de residencia. CABA. Hasta SE 19. Años 2016–2017

Efector	2016			2017		
	Residentes	No Residentes	Total	Residentes	No Residentes	Total
ALEMÁN	1	1	2	7	0	7
ALVAREZ	0	0	0	1	0	1
ARGERICH	1	2	3	0	0	0
BRITANICO	0	0	0	0	2	2
CEMIC	0	0	0	0	1	1
CHURRUCA	0	1	1	0	1	1
CLINICA CIUDAD DE LA VIDA	0	2	2	0	1	1
DURAND	0	1	1	0	0	0
ELIZALDE	11	50	61	1	25	26
FERNANDEZ	1	2	3	0	0	0
GARRAHAN	1	19	20	4	19	23
GÜEMES	0	1	1	0	1	1
GUTIERREZ	4	72	76	4	33	37
HOSPITAL MILITAR CENTRAL	0	1	1	0	1	1
IADT	1	1	2	0	0	0
ITALIANO	1	0	1	0	1	1
MANLAB/SWISS MEDICAL	0	1	1	0	0	0
MATER DEI	1	0	1	1	0	1
MENDEZ	0	0	0	3	0	3
MILITAR CENTRAL	0	1	1	0	0	0
MUÑIZ	3	3	6	3	10	13
PENNA	1	2	3	0	1	1
PIÑERO	5	1	6	10	0	10
PIROVANO	3	1	4	2	1	3
RAMOS MEJIA	3	4	7	2	2	4
RIVADAVIA	0	0	0	1	0	1
SANATORIO LOS ARCOS	1	0	1	1	0	1
SANATORIO MITRE	1	0	1	0	1	1
SANTOJANNI	4	1	5	2	2	4
SARDA	2	1	3	0	0	0
TRINIDAD	0	0	0	1	0	1
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	0	0	0	0	1	1
VELEZ SANSFIELD	0	1	1	1	4	5
ZUBIZARRETA	1	2	3	2	1	3
Total general	45	169	214	44	107	151

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

Durante los años 2016-2017 los hospitales pediátricos notificaron el 73 y 57 % respectivamente de los casos hasta la semana epidemiológica 19. Le siguen en orden de frecuencia el Hospital Muñiz con 2,8% en 2016 y 8,6% en 2017. Entre los hospitales generales de agudos los hospitales Piñero, Santojanni y Ramos Mejía. De los efectores privados, el Hospital Alemán es el que presentó mayor número de notificaciones.

En la siguiente tabla se presentan los casos y tasas de meningoencefalitis por comuna de residencia hasta la SE 19.

Tabla 4. Casos y tasas por 100.000 hab. por comuna de residencia de meningoencefalitis totales. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Año 2016-2017.*

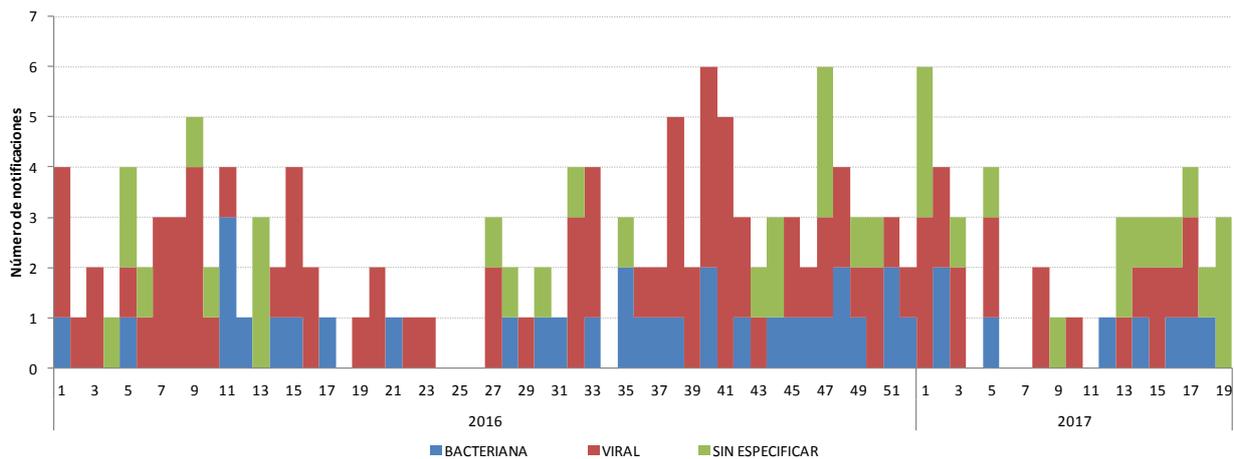
Comunas	2016		2017		Diferencia
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	3	1,2	3	1,2	0
2	0	0,0	4	0,0	4
3	3	1,6	4	2,1	1
4	14	5,9	4	1,7	-10
5	2	1,1	0	0,0	-2
6	0	0,0	2	1,1	2
7	3	1,2	3	1,2	0
8	10	4,4	8	3,5	-2
9	1	0,6	4	2,3	3
10	1	0,6	2	1,2	1
11	1	0,5	6	3,2	5
12	2	0,9	1	0,5	-1
13	2	0,8	0	0,0	-2
14	0	0,0	0	0,0	0
15	0	0,0	0	0,0	0
Total CABA	42	1,4	41	1,3	-1

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

La tasa global de la ciudad fue menor en el año en curso. Se evidenció el descenso en la tasa de notificación en residentes de las comunas 4 y 8, y un incremento de las mismas en los residentes de la comuna 11.

9.4.3. Etiologías de las meningoencefalitis

En el siguiente gráfico se presenta la frecuencia de casos de meningoencefalitis por etiología del año 2016 hasta la SE 19 de 2017 en residentes de la CABA.

Gráfico 6. Casos notificados de meningoencefalitis, según etiología Residentes de la CABA. Años 2016 (n=126)-2017 hasta SE 19 (n=43).

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

En 2017, de 43 casos en residentes, 19 casos correspondieron a etiología viral, 9 a bacterianas y 15 no se especifica etiología. Algunos de estos diagnósticos son provisorios, ya que el diagnóstico definitivo de los casos puede ser modificado por el efector en SNVS C2, SIVILA o SIC.

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones 2016-2017 hasta la SE 19 según etiología y su criterio epidemiológico.

Tabla 5. Número de notificaciones según etiología y criterio epidemiológico de las meningoencefalitis. Residentes de la CABA. Hasta la SE 19. Año 2016-2017.

ETIOLOGÍA	EVENTO	2016				2017				Diferencia de
		C	P	S	Total	C	P	S	Total	
BACTERIANA	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	0	1	0	0	2	2	3
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	1	0	0	1	1	3	0	4	5
	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	0	2	0	0	0	0	2
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	1	0	0	1	2	0	0	2	3
	MENINGOENCEFALITIS Y OTRAS FORMAS INVASIVAS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	0	0	3	1	0	0	1	4
VIRAL	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	1	0	1	1
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	1	3	0	0	3	4
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	16	1	1	18	7	0	0	7	25
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE	3	4	1	8	2	1	5	8	16
SIN ESPECIFICAR	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	6	1	2	9	3	0	12	15	24
Total meningoencefalitis		34	6	4	44	19	5	19	43	-1

Fuente: SNVS C2 y SIVILA

Las meningoencefalitis virales y sin especificar etiología son las que representan el mayor número de casos.

9.4.4. Vigilancia de las meningoencefalitis (Breve recordatorio)

Debido a la importancia de contar con información que exprese fielmente la situación de estas patologías en la Ciudad de Buenos Aires, es que la Gerencia Operativa de Epidemiología, renueva esfuerzos para cumplir con determinados y fundamentales objetivos en la vigilancia de las meningoencefalitis de CABA como:

1.- Estimación cuantitativa la magnitud del problema. 2.- Conocer con precisión la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad de estas patologías. 3.- Identificar los agentes infecciosos y monitorear los cambios en la presentación de los mismos. 4.- Determinar la distribución geográfica 5.- Evaluar las medidas de control y prevención. 6.- Identificar precozmente brotes y epidemias que pudieran ocurrir. 7.- La información obtenida es fundamental para finalmente determinar prioridades para la salud pública respecto del tema que nos ocupa.

Aunque los datos actualmente obtenidos, permiten cumplir algunos de los objetivos de la vigilancia y se conocen ciertos aspectos de la epidemiología de la patología en la CABA, es necesario el esfuerzo conjunto para avanzar en este proceso:

- **Incrementar la notificación** de efectores privados y algunos públicos a fin de determinar con mayor precisión la carga de enfermedad de estas infecciones neurológicas en la Ciudad.
- Obtener datos que son vitales para una vigilancia de alta calidad como: **1- Datos del Líquido cefalorraquídeo (LCR) 2- Diagnóstico final del paciente**, (que puede variar luego de varios días del ingreso del paciente). **3- Evolución del caso** (fallecimiento, presencia o no de secuelas al alta) **4- En las de etiología inmunoprevenibles el dato de vacunación** del paciente es fundamental. **5- Tipificación de las cepas** en las meningoencefalitis bacterianas. **6- En las acciones de control:** el número total de contactos, si se le

explicitaron las medidas de prevención y control. Realización o no de charlas escolares, la vigilancia implica el seguimiento de los contactos (familiares o institucionales) a fin de detectar la aparición o no de casos secundarios.

Para efectores que son Nodo SNVS (Todos los efectores públicos y algunos del sector privado) Si cambia el diagnóstico del caso se deberá cargar también en el SNVS), modificándolos en los módulos C2 o SIVILA según corresponda al servicio interviniente.

Para efectores con acceso al EPISIC (Sistema de Información epidemiológica complementaria): deberán completar en él todos los datos arriba expuestos.

Para aquellos efectores que aún No son Nodo y no poseen por el momento, acceso al EPISIC, deberán enviar los datos por mail o teléfono a la Gerencia Operativa de Epidemiología¹⁰

Clave de alta al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y acceso al EPISIC: Todos los efectores privados que No son Nodo pueden solicitar clave y solicitud de acceso al EPISIC al mail de la Gerencia de Epidemiología: gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar

10. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

10.1. Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos.

A pesar de que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población, la falta de detección de casos, los abandonos del tratamiento y, más recientemente, la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, generan que la tuberculosis en la actualidad siga siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente como causa de enfermedad y también de muerte¹¹.

10.2. Nota metodológica para el análisis de la notificación en CABA

En el siguiente apartado se analizarán los casos de TBC durante el año 2016 y hasta la SE 19 del año 2017. Los datos se consolidaron a partir de la notificación a través del SNVS (tanto del módulo C2 como SIVILA y el módulo TBC) y de la base de datos proporcionada por el Programa de Tuberculosis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los casos fueron analizados de manera individual, evitando duplicaciones de datos e integrando la información en una base unificada.

La construcción de las tasas, se realizó en base a las proyecciones poblacionales 2016-2017 aportadas por la Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para el análisis se considera como residentes de la CABA aquellos casos donde el domicilio se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y aquellas personas que se atendieron en efectores de la Ciudad y no se registra dicho dato.

10.2.1. Definición de caso

Caso confirmado de TB: un caso pulmonar con baciloscopía (BK) de esputo inicial positiva para BAAR realizada en laboratorio con calidad garantizada. Paciente con rescate e identificación de *Mycobacterium tubercu-*

¹⁰ epidemiologiocababuenosaires.gob.ar Teléfonos: 0114123-3240 al 42 o teléfono de guardia epidemiológica: 1158076424

¹¹ Tuberculosis: Guía para el Equipo de Salud, 2ª edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2014.

losis de muestra clínica, ya sea por cultivo u otro método nuevo de identificación (pruebas de biología molecular).

10.3. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el periodo 2016 -2017

El siguiente análisis se realiza sobre el número de casos notificados de Residentes de la CABA incluyendo aquellos con provincia de residencia desconocida.

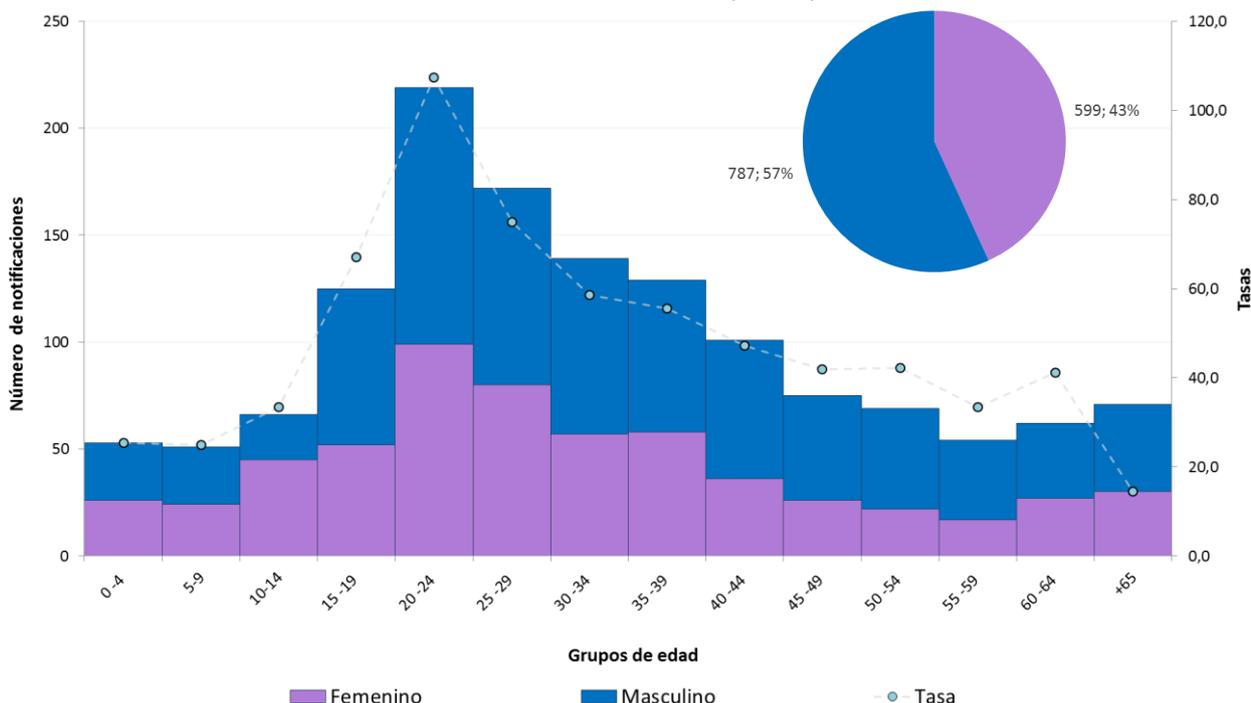
En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta la SE 19 de **2017** se notificaron **512 casos de TBC en residentes de la CABA, de un total de 1050 asistidos**. Las tasas más elevadas de la Ciudad se encuentran en las comunas 1, 7, 8 y 9. Según edad, las tasas más altas se encuentran en los grupos de 15 a 34 años.

10.3.1. Antecedentes año 2016

En el año 2016 se notificaron un total de 3140 casos de tuberculosis atendidos en establecimientos de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Del total, el 54,4% (1708) son residentes de la provincia de Buenos Aires, el 38% (1201) de la CABA, en el 7,2% de los casos (227) no se cuenta con el dato de provincia de residencia y sólo 4 casos residen en otras provincias.

A continuación, se presentan los casos y tasas de TBC según sexo, en residentes de CABA en el año 2016.

Gráfico 1. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de TBC por grupos de edad por sexo. Residentes CABA. Año 2016 (n=1386).

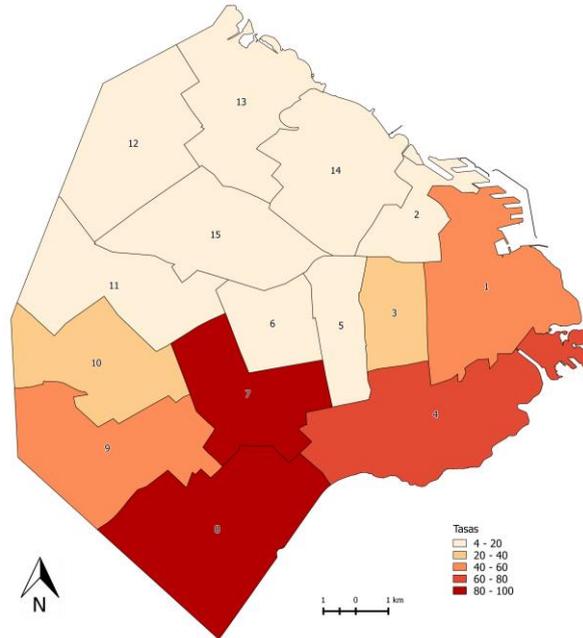


Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA. Tasa x 100 mil habitantes.

En todos los grupos de edad, los varones presentaron tasas más altas de TB a excepción del grupo de 10 a 14 años en el que las mujeres la duplicaron. El grupo etario de 20 a 24 años presentó las tasas de TB más elevadas en 2016 tanto en varones como en mujeres, con una tasa general para ese rango de 106,9 cada 100 mil.

A continuación, se presenta el mapa de tasa por Comuna de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de las notificaciones de 2016.

Mapa 1. Tasas de notificaciones de TBC por Comuna.
CABA. Año 2016 (n=1428)



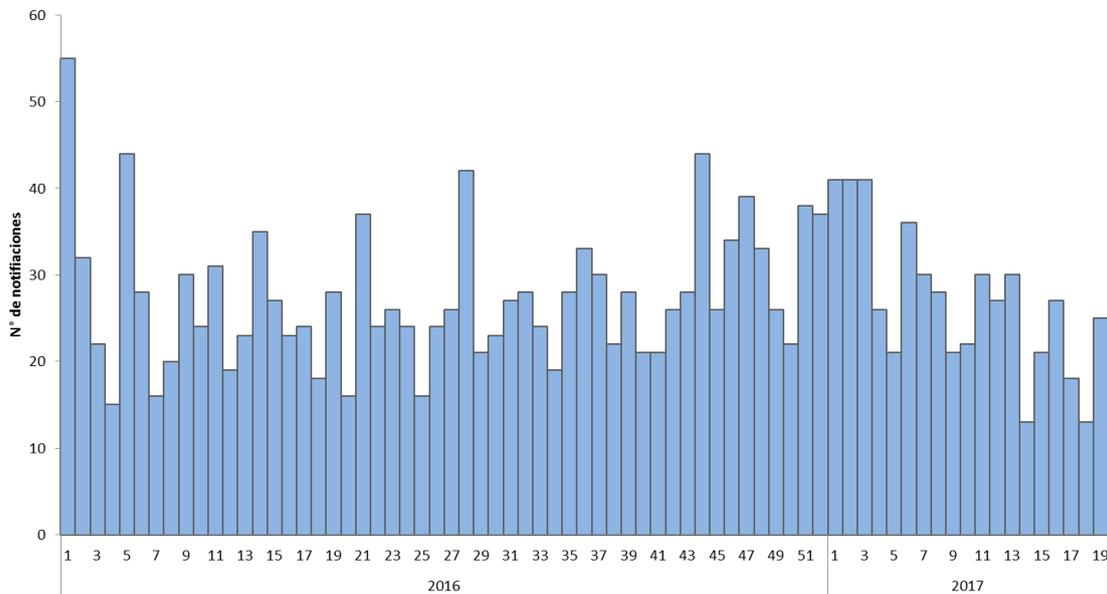
Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.
Tasa x 100 mil habitantes.

Se observan en el Sur de la Ciudad las tasas más altas de TBC, encontrándose la más alta en la comuna 8 con 100 por 100 mil habitantes seguido de la comuna 7 con una tasa de 95 por 100 mil, mientras que la tasa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue de 46,7 cada 100 mil hab. en el año 2016.

10.3.2. Situación hasta la SE 19 de 2017

En el siguiente Gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC de residentes CABA en el año 2016 y hasta la SE 19 del año 2017.

Gráfico 2. Número de notificaciones de TBC. Residentes de la CABA.
Año 2016 (SE 1-52; n=1428)-2017 (SE 1-19; n=511).



Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.

Hasta la SE 19 del año 2017 se notificaron 512 casos de tuberculosis, el 77,5% (396) con dato de residencia en comunas de la CABA, el 12 % (54) en CABA pero sin datos de domicilio y el 11,9% (61) restante no cuenta ni con dato de domicilio ni de provincia de residencia.

En la siguiente tabla se presentan el número de notificaciones y tasas por comuna hasta la SE 19 de los años 2016-2017.

Tabla 1. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC según Comuna.
Residentes de la CABA. Hasta la SE19. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	56	22,2	54	21,3	-2
2	5	3,3	7	4,7	2
3	27	14,0	32	16,6	5
4	68	28,5	44	18,4	-24
5	6	3,2	20	10,7	14
6	5	2,7	4	2,2	-1
7	79	32,9	83	34,5	4
8	81	35,9	64	28,2	-17
9	42	24,7	39	22,9	-3
10	16	9,4	23	13,5	7
11	10	5,3	10	5,3	0
12	4	1,9	1	0,5	-3
13	6	2,5	5	2,1	-1
14	4	1,8	4	1,8	0
15	18	9,9	6	3,3	-12
Residentes Sd*	15		54		39
Desconocidos**	72		62		-10
Total CABA	514	16,8	512	16,7	-2

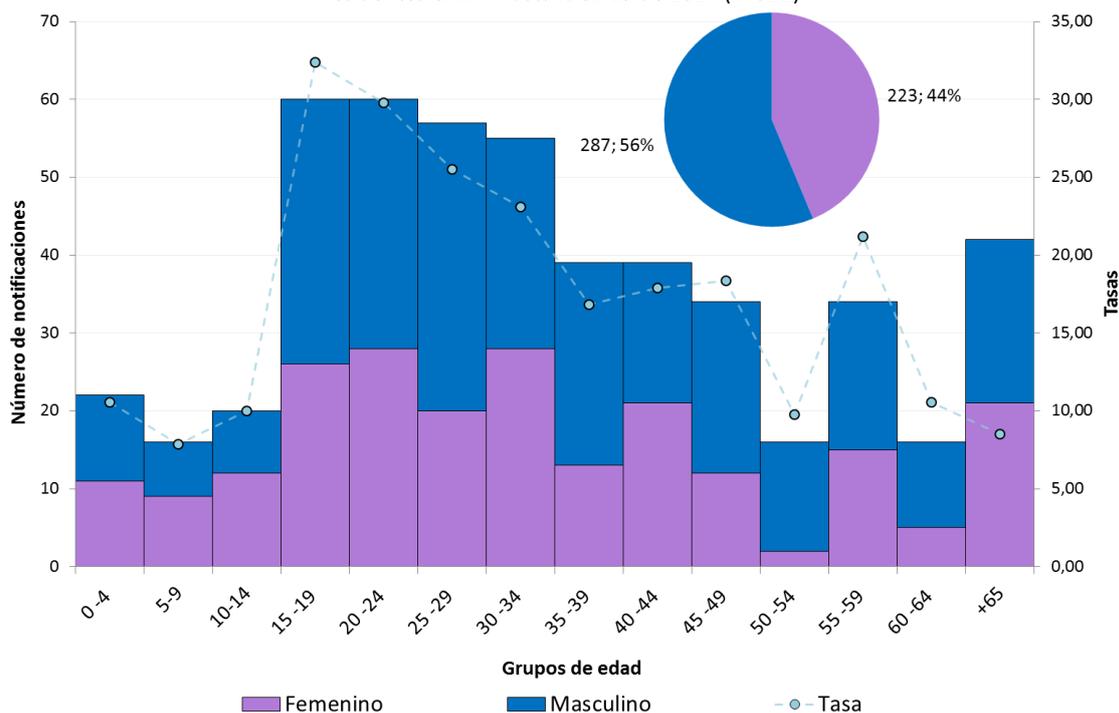
Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.
*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Hasta la semana analizada de 2017, se mantienen las mayores tasas en el sur de la Ciudad, como se evidencia en el mapa de 2016, con un número de casos notificados estable con respecto al año anterior.

Hasta la semana analizada de 2016, 14 personas de las 442 del total, se encontraban en situación de calle, y en el 2017 fueron 18 de los 450 notificados.

A continuación se grafican los casos y tasas por grupo de edad y sexo hasta la SE 19 de 2017 en Residentes de la CABA.

Gráfico 3. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC por grupos de edad por sexo. Residentes CABA. Hasta la SE 19 de 2017 (n=512).



Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA. Tasa x 100 mil habitantes.

Más de la mitad del total de los casos corresponden a hombres. Con respecto a las tasas, las más elevadas se observan en los rangos de 15 a 24 años.

En la siguiente tabla se muestran los casos notificados, en los años 2016 y 2017 hasta la SE 19, por rango de edad y el porcentaje de cada grupo sobre el total de las notificaciones en dicho período.

Tabla 2. Número de notificaciones y porcentaje de TBC según grupo de edad. CABA. Hasta SE 19 de 2016-2017

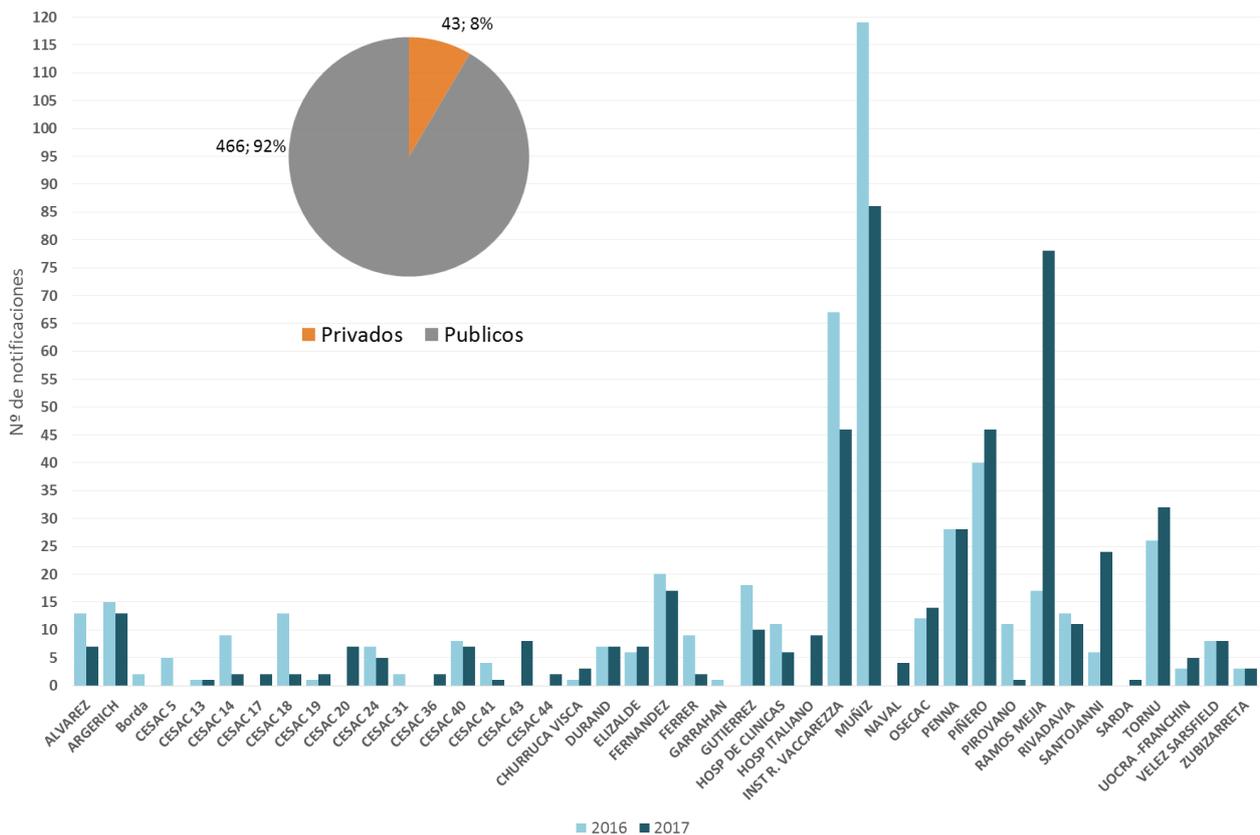
Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
DE 0 A 4 AÑOS	21	4%	22	4%
DE 5 A 9	25	5%	16	3%
DE 10 A 14	20	4%	20	4%
DE 15 A 19	50	10%	60	12%
DE 20 A 24	77	15%	60	12%
DE 25 A 29	62	12%	57	11%
DE 30 A 34	51	10%	55	11%
DE 35 A 39	45	9%	39	8%
DE 40 A 44	31	6%	39	8%
DE 45 A 49	25	5%	34	7%
DE 50 A 54	32	6%	16	3%
DE 55 A 59	16	3%	34	7%
DE 60 A 64	17	3%	16	3%
MAYOR DE 65 AÑOS	22	4%	42	8%
SIN ESPECIFICAR	20	4%	2	
TOTAL	514	100%	512	100%

Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.

Comparando ambos años, los grupos etarios más afectados se encuentran entre 15 a 34 años, 47% de los casos en 2016 y 46% de los casos en 2017. Se observa además un incremento en el corriente año en el grupo de 55 a 59 años y en mayores de 65 años con respecto a 2016.

En el siguiente Gráfico se indican las notificaciones según el establecimiento de salud que atendió a pacientes hasta la SE 19 de los años 2016 y 2017.

Gráfico 4. Número de notificaciones por establecimiento de atención de TBC. Residentes CABA. Hasta la SE 19 de 2016 (n=506)-2017 (n=509)



Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.

Hasta la SE 19 de 2016, el Hospital Muñiz realizó alrededor del 24% de las notificaciones, siendo del 17% en el mismo período de 2017.

Del total de las notificaciones hasta la SE 19 del año 2017, el 8,4% (43) fueron realizadas en establecimientos privados o de Obras Sociales. El restante 91,6% (466) de los pacientes se atendieron en efectores públicos de la CABA, de ellos el 83,5% corresponden a hospitales y el 8,1% restantes a Centros de Salud.

De las notificaciones de 2017 hasta la SE 19, 315 contaban con datos de localización de la TBC mientras que en 2016, para el mismo período, en 394 notificaciones de 514, se pudo obtener dicho dato. A continuación, se presenta la tabla con detalle de estas notificaciones.

Tabla 3. Número y porcentaje por localización de TBC.
Residentes CABA. Hasta la SE 19 de 2016.

Localización	2016		2017	
	Casos	%	Casos	%
Pulmonar	301	76,4%	227	72,1%
Extrapulmonar	72	18,27%	74	23,49%
Ambas	21	5,33%	14	4,44%
Sin datos	120		197	
Total	514	100%	512	100%

Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.

Teniendo en cuenta la totalidad de las notificaciones con datos de localización, el 2017 cuenta con mayor porcentaje de las extrapulmonares con respecto al año anterior, siendo en su mayoría de localización pleural en ambos años.

En relación a la modalidad del tratamiento, se registra falta de datos para la mayoría de los casos para 2016 y 2017, pero en el último año se registraron 7 casos de tratamiento supervisado. Esta modalidad no fue constatada durante el año 2016.

11. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

- MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- 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.
- VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.
- MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.
- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016.
- DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016.
- INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016.
- 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.
- ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
- 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.
- INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017.
- 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.

- 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.

12. ANEXO. EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO

En las siguientes tablas figuran todos los establecimientos que cuentan con un número total de notificaciones mayor a 20, en los dos años analizados. La información aquí provista es parcial y sujeta a modificaciones.

12.1. Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																				
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 11				1		-1	1	1	0												
CESAC 13																			1		-1
CESAC 14													2		-2				1		-1
CESAC 15													1	2	1						
CESAC 18		1	1																		
CESAC 19		1	1											1	1						
CESAC 20					2	2															
CESAC 24		32	32				1		-1					1	1		2	2			
CESAC 27	2		-2											1	1						
CESAC 3																1		-1			
CESAC 30							2		-2												
CESAC 31														1	1						
CESAC 35							1		-1		2	2		1	1						
CESAC 40				1		-1							1	4	3						
CESAC 41	1		-1								1	1				1		-1			
CESAC 5														1	1						
CESAC 7											1	1									
CESAC 8							1		-1												
CESAC 9													1	2	1		1	1	1	1	-1
Subtotal (CeSAC)	3	34	31	2	2	0	6	1	-5	0	4	4	5	14	9	2	3	1	3	0	-3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	2%	27%		4%	4%		6%	1%		0%	4%		2%	6%		1%	1%		3%	0%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																								
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES			
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	
FUNCEI				1		-1	1		-1							7	5	-2	4		-4	18	12	-6	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1	6	11	5	1		-1				1	6	5	5	21	16	7	3	-4	14	13	-1	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	1	1	0	15	20	5	2	1	-1				3	17	14	7	40	33	12	9	-3	29	21	-8	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		3	3	3	2	-1	5	27	22					2	2	1	2	1		3	3				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		9	9	3	1	-2		15	15				10	4	-6	8	12	4							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		4	4	5	2	-3		1	1		9	9	12	3	-9		3	3	12		-12	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES								1	1		2	2	1	1	0				20		-20	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD	92	48	-44		3	3				1	5	4	4	4	0	11	6	-5		1	1	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD - NO RESIDENTES	45	19	-26							1	7	6	5	1	-4	6	1	-5	2		-2		1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1		-1						5	5	3	1	-2	-3	1	-2	-3	8		-8		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1		-1	3		-3		4	4	3		-3	3	2	-1	1		-1	4		-4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH					2	2		1	1	5	10	5		14	14		19	19		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES											5	2	-3		8	8		16	16		4	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND				3		-3	1		-1	7	1	-6	4		-4	4		-4					2	-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1		-1	2		-2	2	2	0	3		-3	2		-2	2		-2				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU							6		-6							3		-3							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES							2	2	0							1		-1					1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				1	1	0	4	4	0		2	2	32	24	-8	50	27	-23	11	2	-9	9	6	-3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	2	4	2		1	1	21	17	-4	19	20	1	5		-5	7	3	-4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													6		-6	12	6	-6	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1	1	1	0	3	2	-1					1	-1		1	1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES																1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA							2	1	-1				8	7	-1	4	6	2		3	3	2	1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES					1	1	1	2	1	2		-2	10	19	9	8	3	-5	4	4	0	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		1	1	2	2	0	36	25	-11	14	15	1	83	72	-11	183	163	-20	2	3	1	6	5	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2		-2				30	4	-26	15	12	-3	4	7	3	3	13	10	3	3	0	4	8	4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO		6	6		5	5	2	13	11	25	5	-20	9	3	-6	15	1	-14		6	6	2	1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES								1	1		9	-9													
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										18	6	-12		1	1				4		-4	4		-4	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										40		-40							1		-1	9		-9	
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1	1	
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	141	92	-49	44	51	7	103	104	1	144	88	-56	223	211	-12	356	368	12	99	42	-57	120	76	-44	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	98%	73%		96%	96%		94%	99%		100%	96%		98%	94%		99%	99%		97%	100%		100%	100%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	144	126	-18	46	53	7	109	105	-4	144	92	-52	228	225	-3	358	371	13	102	42	-60	120	76	-44	

12.2. Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1				19		-19												
CESAC 11				4	23	-19												
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	-23												
CESAC 12				37	7	-30												
CESAC 12 - NO RESIDENTES				2	3													
CESAC 13				43	45	-2												
CESAC 14				37		-37												
CESAC 15				41	41	0												
CESAC 18	2	2	0	30	15	-15												
CESAC 19				56	36	-20												
CESAC 2				54	21	-33												
CESAC 20					24	-24												
CESAC 24				34	56	-22								1	-1			
CESAC 27				37	29	-8												
CESAC 3	3	3	0	39	2	-37	1		-1									
CESAC 30				42		-42												
CESAC 31	3	1	-2	39	24	-15												
CESAC 34				16	9	-7												
CESAC 35				28		-28												
CESAC 39				63		-63												
CESAC 4				21		-21												
CESAC 40	2	1	-1	76	38	-38				1		-1						
CESAC 41				40	9	-31												
CESAC 5		1	-1	83		-83		1	-1							1		-1
CESAC 6	23		-23	70	10	-60												
CESAC 7				36		-36	1		-1									
CESAC 8				55	2	-53												
CESAC 9				54	65	-11												
Subtotal (CeSAC)	33	8	-25	1056	482	-575	2	1	-1	1	0	-1	0	1	1	1	0	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	22%	6%		7%	4%		67%	20%		20%	0%		0%	7%		50%		

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA		2	2																
CTRO MED SEGUROLASA - NO RESIDENTES					6	6													
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1041	125	-916													
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				1974	342	-1632													
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				400	329	-71							1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	624	652	28								1	1		1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1		-1	112	207	95						1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1		32	32													
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	5	4	-1	726	582	-144								1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES		4	2	338	240	-98													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				13	11	-2													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				7	8	1													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	9	177	168		1	1			1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				8	147	139									2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		5	5	52	75	23													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	49	61	12													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				586	305	-281													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				69	58	-11													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	12	12	0	568	381	-187						2	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	7	5	166	182	16									2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				115	124	9						1	1		2		-2		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				17	45	28								1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL		1	1	725	757	32													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				87	95	8													
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				492	458	-34													
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1		-1	506	503	-3													
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8	10	2	877	699	-178						1		-1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	8	8	0	134	142	8													
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	45	40	-5	1012	1262	250					2	1	-1	2	2	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	4	1	-3	22	9	-13								4	4	0			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2	5	3	475	427	-48		1	1										
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	13	18	5	1314	1400	86		2	2										
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	2	3	1	407		-407													
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	9	10	1	534		-534	1		-1										
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA											1		-1						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES														1		-1			
SOC ITALIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO		2	2	1127	947	-180													
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	118	135	17	14586	10788	-3798	1	4	3	4	6	2	11	13	2	1	0	-1	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	78%	94%		93%	96%		33%	80%		80%	100%		100%	93%		50%			
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	151	143	-8	15642	11270	-4373	3	5	2	5	6	1	11	14	3	2	0	-2	

12.3. Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 11					1	1
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 13				3	3	0
CESAC 14				8		-8
CESAC 15				4	2	-2
CESAC 18				6	4	-2
CESAC 19	1		-1	2	5	3
CESAC 2				7	1	-6
CESAC 20		1	1		3	3
CESAC 24				3	2	-1
CESAC 27				12		-12
CESAC 3				3		-3
CESAC 30				2		-2
CESAC 31	3	1	-2	2	1	-1
CESAC 34				3		-3
CESAC 39				7		-7
CESAC 4				4		-4
CESAC 40	2		-2	7	2	-5
CESAC 41	1		-1	2		-2
CESAC 6				36	2	-34
CESAC 7	1		-1	7		-7
CESAC 8	1		-1	5		-5
CESAC 9		1	1	2	4	2
Subtotal (CeSAC)	9	3	-6	125	31	-94
Porcentaje sobre las notificaciones totales	14%	8%		13%	7%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
FUNCEI	1		-1	1		-1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑOZ - NO RESIDENTES					2	2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	10	2	-8	35	6	-29
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				45	15	-30
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				34	7	-27
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		3	3	42	22	-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		1	1	1	8	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	7	1	-6	20	14	-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	4	2	28	7	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				1	17	16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				1	14	13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1	42	32	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				29	11	-18
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1	3	2	24	10	-14
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	3	2	2	7	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				42	3	-39
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				20	16	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				23	31	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				10	9	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	11	4	-7	20	11	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	6	2	-4	24	17	-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8		-8	58	31	-27
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	5	3	15	5	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2	5	3	84	46	-38
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1		-1	39	32	-7
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	3		-3	62	44	-18
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	45		-45
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES				55		-55
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	56	37	-19	813	419	-394
Porcentaje sobre las notificaciones totales	86%	93%		87%	93%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	65	40	-25	938	450	-488

12.4. Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																	
	INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA			INTOXICACION POR HIDROCARBUROS			INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO			INTOXICACIÓN POR OTROS TÓXICOS			INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			INTOXICACION POR METALES PESADOS		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC					1	1												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES								5	5									
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	5	3					1	1	1		-1	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	12	6	-6				4	2	-2	28	28	0		1	1	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	5	1	-4					5	5	2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	24	4	-20				4	1	-3	6		-6	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	4	1	-3				3		-3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		1	1							1		-1				2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	14	15	1				9	13	4	2	5	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	12	4	-8				7		-7		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4		-4				13	3	-10		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1															
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	78	37	-41	0	1	1	40	30	-10	40	35	-5	2	1	-1	5	0	-5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	78	37	-41	0	1	1	40	30	-10	40	35	-5	2	1	-1	5	0	-5

12.5. Lesiones

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	1		-1							1		-1			
CESAC 11		3	3		1	1		3	3						
CESAC 13										1		-1			
CESAC 15	9	2	-7				2	2	0	1		-1	9		-9
CESAC 18	4		-4												
CESAC 19	5	1	-4												
CESAC 2	2		-2												
CESAC 20		1	1												
CESAC 27	4	3	-1										1		-1
CESAC 30	6		-6				1		-1	1		-1			
CESAC 34		9	9												
CESAC 35	2		-2												
CESAC 40	11	2	-9												
CESAC 41													1		-1
CESAC 5							1		-1	2		-2			
CESAC 6										10		-10			
CESAC 8	12	1	-11	1		-1								1	1
CESAC 9	1	8	7				1	1	0		1	1			
Subtotal (CeSAC)	57	30	-27	1	1	0	5	6	1	16	1	-15	11	1	-10
Porcentaje sobre las notificaciones totales	8%	4%		1%	2%		2%	3%		0%	0%		0%	0%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES											11	11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		20	20	15		-15	31	13	-18	2327	2193	-134	179	139	-40
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	104		-104	3		-3	37	20	-17	1238	1089	-149	131	54	-77
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	4	26	22		3	3		1	1	11	58	47		9	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES										2	8	6		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD		6	6		2	2	49	33	-16	2740	2594	-146	147	182	35
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD - NO RESIDENTES							17	29	12	757	608	-149	45	64	19
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	4	6	2							2		-2	166	173	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	12	4	-8							2		-2	121	54	-67
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2	117	115	1	16	15	3	7	4	16	223	207	2	14	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	6	93	87	1	12	11	6	6	0	9	187	178		17	17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	3	20	17	8		-8	27	21	-6	19	4	-15	77	55	-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	8	7				17	9	-8	5	1	-4	60	38	-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	143	15	-128	13		-13	6		-6	1750	810	-940	134	59	-75
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	22	44	22	1		-1	2		-2	144	46	-98	29	18	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	162	211	49	21	18	-3	59	31	-28	1397	832	-565	293	229	-64
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	63	89	26	8	4	-4	12	4	-8	328	344	16	78	62	-16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										269	225	-44			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES										68	65	-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	81	80	1		-1	21	13	-8	2623	1856	-767	105	65	-40
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		6	6					3	3	441	213	-228		9	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	10		-10	6		-6	1		-1	3082	2213	-869	187	149	-38
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1		-1				1		-1	1623	1031	-592	21	22	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA				2		-2				1949	1213	-736	371	490	119
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										59	25	-34	3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	47	14	-33	10		-10				1698	1726	28	52	204	152
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES										32	17	-15	3	25	22
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE										158	149	-9			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES										143	165	22			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	70		-70							90		-90	10		-10
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	40		-40							60		-60	5		-5
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	695	760	65	90	55	-35	289	190	-99	23042	17906	-5136	2219	2132	-87
Porcentaje sobre las notificaciones totales	92%	96%		99%	98%		98%	97%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	752	790	38	91	56	-35	294	196	-98	23058	17907	-5151	2230	2133	-97

12.7. Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 13	1	1	0
CESAC 14	9	2	-7
CESAC 18	16	4	-12
CESAC 19	1	2	1
CESAC 20		6	6
CESAC 24	6	5	-1
CESAC 3	1		-1
CESAC 31	3		-3
CESAC 40	11	5	-6
CESAC 41	5		-5
CESAC 5	11		-11
CESAC 6	1		-1
Subtotal (CeSAC)	65	25	-40
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	7%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos									
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	69	45	-24	4	1	-3			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	132	93	-39	1		-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	6		-6				4	2	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	29	1	-28				13	14	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	7	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	7	8	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	5	3					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	5	7	2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	1	2	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		19	19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		9	9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	3	11	8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	12	8	-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	3	1	-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	29	21	-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	14	19	5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	20	7	-13						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	21	9	-12	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	33	38	5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	12	3	-9						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							5	4	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							2	7	5
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							6	6	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	7	5	-2						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	11	13	2						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	422	348	-74	6	1	-5	31	38	7
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	93%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	487	373	-114	6	1	-5	31	38	7

12.8. Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	17		-17							39		-39
CESAC 11		25	25	3	48	45					3	3
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	19	2	-17							5	4	-1
CESAC 12 - NO RESIDENTES					1					1	3	
CESAC 13	11	6	-5	5		-5				8	1	-7
CESAC 14	15		-15	6		-6				5		-5
CESAC 15	21	12	-9	8	1	-7				8	9	1
CESAC 18	66		-66	68		-68				15		-15
CESAC 19	243	32	-211	4		-4				15	11	-4
CESAC 2	40	3	-37							50	1	-49
CESAC 20		1	1								5	5
CESAC 24	1	69	68		3	3				6	15	9
CESAC 27	12	1	-11	40		-40				11		-11
CESAC 3	30		-30							12		-12
CESAC 30	35		-35	8		-8				7		-7
CESAC 31	8	6	-2	57	23	-34				4	3	-1
CESAC 34	10		-10	108	28	-80				5		-5
CESAC 35	11		-11							8		-8
CESAC 39	19		-19	1		-1				7		-7
CESAC 4	25		-25	2		-2				5		-5
CESAC 40	44	5	-39							16	2	-14
CESAC 41	9		-9	15	2	-13				17	2	-15
CESAC 5	7		-7							14		-14
CESAC 6	39	1	-38	112		-112				2		-2
CESAC 7	11		-11							14		-14
CESAC 8	32		-32							12		-12
CESAC 9	57	43	-14		7	7	35		-35	29	8	-21
Subtotal (CeSAC)	782	229	-553	437	128	-310	35	0	-35	315	73	-244
Porcentaje sobre las notificaciones totales	14%	8%		4%	2%		3%	0%		9%	3%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos												
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					20	20						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	3	1	-2	11	24	13	58	34	-24	54	58	4
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		2	2	10	42	32	86	86	0	95	111	16
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	139	3	-136	52	1	-51				101	4	-97
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	230	15	-215	89	7	-82				220	29	-191
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	37	19	-18	1592	859	-733	63	37	-26	120	38	-82
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	327	130	-197	2456	1179	-1277	70	42	-28	143	100	-43
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	45	77	32	51	62	11	25	16	-9	53	86	33
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	15	14	-1	3	11	8	8	2	-6	6	18	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	53	42	-11	95	279	184	25	20	-5	51	33	-18
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	38	23	-15	56	151	95	16	9	-7	33	15	-18
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	8	8	0	2	6	4	1			74	27	-47
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	15	9	-6	3		-3	3		-3	52	10	-42
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	33	93	60	1	5	4				8	98	90
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	22	62	40	6	1	-5				6	71	65
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	106	7	-99	2	24	22	29	1	-28	63	28	-35
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	56	3	-53		10	10	9	2	-7	101	17	-84
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	26	5	-21	115	11	-104	1			100	12	-88
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	9	1	-8	18	4	-14	1		-1	16	11	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	243	59	-184	1938	387	-1551	41	42	1	82	32	-50
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	102	34	-68	508	169	-339	10	5	-5	17	5	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	100	116	16	97	88	-9				108	74	-34
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	41	61	20	35	31	-4				33	36	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	100	77	-23	510	272	-238		5	5	114	75	-39
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	24	12	-12	68	21	-47		1	1	17	8	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	166	56	-110	247	104	-143				128	34	-94
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	215	96	-119	169	74	-95				95	29	-66
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	107	126	19	577	459	-118	91	44	-47	213	175	-38
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	35	70	35	81	79	-2	25	22	-3	63	68	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1108	683	-425	173	257	84	156	158	2	105	248	143
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	27	4	-23		4	4	3		-3	3		-3
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	241	157	-84	50	31	-19				26	12	-14
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	772	492	-280	180	69	-111				74	83	9
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	93		-93	184		-184	26		-26	57		-57
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	119		-119	227		-227	84		-84	54		-54
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	17		-17				2		-2			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	17		-17				7		-7			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	102	52	-50	1069	736	-333	174		-174	592	434	-158
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	4791	2609	-2182	10675	5477	-5198	1014	526	-488	3077	2079	-998
Porcentaje sobre las notificaciones totales	86%	92%		96%	98%		97%	100%		91%	97%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	5573	2838	-2735	11112	5605	-5508	1049	526	-523	3392	2152	-1242

12.9. Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 24		1	1			
CESAC 40	1		-1	2		-2
CESAC 9		1	1			
Subtotal (CeSAC)	1	2	1	2	0	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	4%		3%	0%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	6	4	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	1	1	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	6	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		2	2		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		3	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	3	-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	1	-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	2	3	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2	3	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	9	10	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	7	4	-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	8	2	-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	24		-24	19		-19
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	8		-8	7		-7
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	9		-9	23		-23
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	14		-14	26		-26
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	108	46	-62	75	2	-73
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	96%		97%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	109	48	-61	77	2	-75

12.10. Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES					
	DENGUE AGRUPADO			DENGUE CLÁSICO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1	9		-9	3	3	0
CESAC 13	5		-5		2	2
CESAC 14	1		-1		2	2
CESAC 15				4		-4
CESAC 18	50		-50	57	5	-52
CESAC 19	5		-5	1	3	2
CESAC 2						
CESAC 20	5		-5	2	1	-1
CESAC 24	16		-16	1	3	2
CESAC 30	26		-26			
CESAC 31	1	2	1	3		-3
CESAC 35	26		-26		1	1
CESAC 39	1		-1			
CESAC 4				1		-1
CESAC 5	1		-1	20		-20
CESAC 6	1		-1	1		-1
CESAC 7	5		-5	8		-8
CESAC 8	57		-57	2	3	1
CESAC 9	1		-1			
Subtotal (CeSAC)	210	2	-208	103	23	-80
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	8%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS			BRUCELOSIS			LEISHMANIASIS MUCOSA			LEISHMANIASIS VISCERAL			TRIQUINOSIS			DENGUE AGRUPADO			FIEBRE CHIKUNGUNYA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ													1		-1	1413		-1413			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES					6	6		1	1		1	1	19		-19	801		-801	2		-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC																					
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1		1	1				1	1	0		1	1					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA					1	1										89		-89			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES					1	1										8		-8	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																	1	1	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1													1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD																396		-396		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES																6		-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																482		-482			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																23		-23			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																7		-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND																151		-151		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU																154		-154			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																280		-280			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ																364	6	-358			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																	9	9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL																266		-266			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA																706		-706			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA																107		-107			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																763	7	-756			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																17		-17			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES																57		-57			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ																				1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES					1																
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																18		-18			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES																3		-3			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1	0	-1	1	10	9	0	1	1	1	2	1	20	1	-19	6111	23	-6088	6	5	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		97%	92%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	1	10	9	0	1	1	1	2	1	20	1	-19	6321	25	-6296	6	5	-1

Notificaciones hasta la SE 19 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA															35	35					
FUNCEI														80	-80						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1							4	4		236	45	-191				1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1		-1	1		-1	1	8	7	294	75	-219		1	1		2	2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC													140	4	-136						
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	2	1				214	9	-205		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA													113	16	-97						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES								1	1				240	20	-220						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA													548	24	-524						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES													101	10	-91						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD													212	5	-207						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES													200	2	-198						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI													229	7	-222						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES								1	1				78	1	-77						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH													74		-74						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES							1	1	0				24		-24						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1										84	5	-79						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES													19	7	-12						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU													68	20	-48						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES													22	6	-16						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO													151	14	-137						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES							1		-1				54	5	-49	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													7		7						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL													244	3	-241						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES								1	1				38	1	-37					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								1	1				26	11	-15						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES													19	14	-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA													89	11	-78						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES													92	5	-87						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO													293	32	-261						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES													37		-37						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1										48	3	-45						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES													159	18	-141						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ													77	5	-72						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		2		-2									126		-126						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA													3		-3						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													3		-3						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO													462	88	-374	1	1	0			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES													196	29	-167						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN													30		-30						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES													36	5	-31						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	2	3	1	1	0	-1	4	7	3	1	12	11	5159	542	-4617	2	3	1	1	4	3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%			100%	100%		100%	100%		98%	96%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	2	3	1	1	0	-1	4	7	3	1	12	11	5262	565	-4697	2	3	1	1	4	3