



  /gcba

buenosaires.gob.ar

# Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nº 73 Año III / 12 de Enero de 2018  
Información hasta SE 52 / 2017

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 GiboinMazzola  
Vet. Cecilia González Lebrero  
Dra. Esperanza Janeiro  
Lic. Mariela Rodríguez  
Lic. Mara Tesoriero  
Dra. Mónica Valenzuela

### Data Entrys

Germán Adell  
Marco Muñoz  
Rosalía Paez Pérez  
Bianca Spirito  
Christian Turchiaro

### Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto  
Instructora: Lic. Silvina Bernasconi  
Dra. Natalia AráozOlivos  
Dra. Ana Delgado  
Dra. Marina Longordo  
Dra. Paula Machado  
Dra. Yasmin Paredes Falzone  
Dra. Solana Rapaport  
Lic. Carla Agustina Santomaso

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](mailto:gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar)

Tel.: 4123-3240

Monasterio 480, CABA

*Foto de portada: Serie Barrios. Villa Riachuelo.*

# INDICE

EDITORIAL.....	6	
<b>1 EL BES...</b> .....	<b>7</b>	
1.1 INTRODUCCIÓN .....	7	
1.2 NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS .....	7	
1.2.1 <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i> .....	7	
1.2.2 <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i> .....	8	
1.2.3 <i>Otras fuentes</i> .....	8	
<b>2 RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>9</b>	
<b>3 TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS</b> .....	<b>10</b>	
<b>4 DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS</b> .....	<b>12</b>	
4.1 DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL .....	12	
4.2 ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO .....	12	
4.3 GASTROENTÉRICAS.....	12	
4.4 HEPATITIS .....	13	
4.5 INMUNOPREVENIBLES.....	13	
4.6 INTOXICACIONES.....	13	
4.7 LESIONES.....	13	
4.8 OTRAS.....	14	
4.9 RESPIRATORIAS.....	14	
4.10 ZONÓTICAS Y POR VECTORES .....	14	
<b>5 MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016.</b> .....	<b>15</b>	
5.1 INTRODUCCIÓN .....	15	
5.2 DEFINICIÓN DE CASO .....	15	
5.3 NOTA METODOLÓGICA.....	15	
5.4 SITUACIÓN MUNDIAL.....	15	
5.5 SITUACIÓN EN ARGENTINA 2015.....	16	
5.6 SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016.....	16	
5.6.1 <i>Según residencia</i> .....	16	
5.6.2 <i>Según causas de muerte general y grupos de edad.</i> .....	16	
5.6.3 <i>Según sexo y edad</i> .....	17	
5.6.4 <i>Según intencionalidad</i> .....	19	
5.6.5 <i>Según mecanismos de muerte</i> .....	21	
<b>6 SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES</b> .....	<b>22</b>	
6.1 INTRODUCCIÓN .....	22	
6.2 SITUACIÓN MUNDIAL .....	23	
6.2.1 <i>Acceso al tratamiento</i> .....	25	
6.3 SITUACIÓN NACIONAL EN LA REPÚBLICA ARGENTINA .....	26	
6.3.1 <i>Nota Metodológica</i> .....	26	
6.3.2 <i>Análisis</i> .....	26	
6.4 SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CABA) .....	29	
6.4.1 <i>Nota Metodológica</i> .....	29	
6.4.2 <i>Análisis</i> .....	29	
6.5 COMENTARIOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	39	
<b>7 VIGILANCIA DE CHAGAS CONGÉNITO Y EN EMBARAZADAS</b> .....	<b>40</b>	
7.1 INTRODUCCIÓN .....	40	
7.2 SITUACIÓN MUNDIAL .....	40	
7.3 SITUACIÓN NACIONAL.....	40	
7.4 ANÁLISIS DE CHAGAS CONGÉNITO Y EN EMBARAZADAS 2016-2017 .....	40	
7.4.1 <i>Chagas congénito</i> .....	40	
7.4.2 <i>Chagas en embarazadas</i> .....	43	
<b>8 VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS</b> .....	<b>46</b>	
8.1 INTRODUCCIÓN .....	46	
8.2 SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA.....	46	

8.3	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS.....	47
8.4	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA.....	48
8.4.1	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i> .....	48
8.4.2	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i> .....	50
8.4.3	<i>Neumonía</i> .....	52
8.4.4	<i>Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i> .....	53
8.5	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	56
8.6	MORTALIDAD POR IRA.....	59
<b>9</b>	<b>VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS Y ENFERMEDADES INVASIVAS.....</b>	<b>61</b>
9.1	INTRODUCCIÓN.....	61
9.2	NOTA METODOLÓGICA.....	62
9.3	SITUACIÓN NACIONAL.....	62
9.4	SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	64
9.4.1	<i>Meningoencefalitis e infecciones invasivas según etiología</i> .....	66
9.4.2	<i>Coberturas de inmunizaciones</i> .....	68
9.4.3	<i>Evolución</i> .....	69
9.4.4	<i>Distribución por comunas</i> .....	70
9.4.5	<i>Notificación por efectores</i> .....	71
<b>10</b>	<b>ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....</b>	<b>73</b>
<b>11</b>	<b>ANEXO: EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO.....</b>	<b>76</b>
11.1	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	76
11.2	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS.....	78
11.3	INMUNOPREVENIBLES.....	80
11.4	INTOXICACIONES.....	82
11.5	MENINGOENCEFALITIS.....	83
11.6	OTROS EVENTOS.....	84
11.7	RESPIRATORIOS.....	86
11.8	TRANSMISIÓN VERTICAL.....	88
11.9	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	89



## EDITORIAL

(Presentado en el BES N° 71)

Llegamos al final del 2017. Muy probablemente el receptor del BES N° 71, enviado hoy 31/12, lea estas palabras en el 2018. Y para no ser la excepción, las siguientes líneas editoriales presentan el trillado pero no por ello innecesario componente de balance anual.

En el año que pasó, el quehacer cotidiano de la epidemiología de la Ciudad de Buenos Aires estuvo signado por una constante construcción de productos y revisión de proceso de trabajo. En este sentido, más allá de -y junto con- la producción cuantitativa del área (52 BES con una veintena de informes especiales -la mitad de ellos desarrollados por los ámbitos locales-, 8 Boletines para la gestión intermedia, 22 informes de seguimiento del Plan de ETMAA, más de 25 capacitaciones presenciales para el fortalecimiento de la Vigilancia Clínica y laboratorial, incremento del porcentaje de participación de los CESAC y efectores privados en la vigilancia, mejora de los indicadores de seguimiento, entre otros desarrollos), es preciso destacar, a modo de ejemplo, un cambio que tomó la gestión a partir del uso de la información epidemiológica.

En efecto, es a partir de la construcción conjunta de todas las áreas del Ministerio de Salud, de la revisión de los procesos de trabajo a la luz de los datos y de la apuesta al uso real de la epidemiología y la vigilancia como herramientas para la gestión, que se promovió un abordaje diferente de la Tuberculosis en la Ciudad de Buenos Aires.

Y es por ello que aprovecho el espacio para continuar impulsando este trabajo, donde las diferentes subsecretarías del Ministerio de Salud, sus Direcciones Generales y Gerencias Operativas de manera integrada, comenzaron a involucrarse en forma conjunta con los ámbitos locales, dándole continuidad al trabajo que se viene desarrollando hace años, pero haciendo énfasis, además, en el desarrollo del Plan de Salud propuesto por este ministerio, implementando el uso de la Historia Clínica Electrónica, en el empadronamiento, el seguimiento de los tratamientos por parte de los Equipos Básicos, en la descentralización de la medicación, en el acompañamiento, rectoría y capacitación por parte del programa y red de TBC, en fin... en la puesta en agenda de un trabajo necesario y articulado de todo el ministerio de salud.

Para el 2018, queda renovado el compromiso, las ganas y el trabajo, estos son los componentes que permiten profundizar la labor, porque apostar a seguir construyendo herramientas que nos potencien, constituye el camino para comprender la complejidad del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado de la Ciudad y trabajar en su mejora.



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

## 1 EL BES...

### 1.1 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.

### 1.2 Nota metodológica sobre la presentación de los datos

#### 1.2.1 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 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 subtotales y los porcentajes que representan para la totalidad de la notificación para ese evento.

### **1.2.2 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 requieran 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.

### **1.2.3 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.

## 2 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<sup>1</sup>.

De acuerdo a las sugerencias plasmadas en la encuesta sobre el BES, a partir de esta edición se incorpora la utilización de iconos, colores e hipervínculos que señalan la relevancia de información para facilitar la lectura.

Aquella información completamente actualizada y que se considera de mayor relevancia para su lectura, está marcada en su título con este ícono:  y coloreada en verde. La información actualizada y de la cual se sugiere su lectura, se señala con esta imagen:  y se pinta de naranja.

En la presente Edición se comparten los siguientes informes especiales:

- [Mortalidad por Lesiones de Causas Externas. CABA 2016.](#)
- [Situación de las Hepatitis Virales.](#)

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se exhiben en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 52de 2017**, los siguientes resultados:

- Incremento en el acumulado de todos los eventos de transmisión vertical, probablemente atribuido a la mejora de la vigilancia. Leve aumento de las Hepatitis virales, en especial la C. Importante incremento acumulado de las parotiditis y las meningoencefalitis.
- [Vigilancia de Chagas congénita y en embarazadas.](#)
- [Vigilancia de las Meningoencefalitis y enfermedades invasivas.](#)

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.

<sup>1</sup>**Semanal:** 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, 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. En anexo, el total de las notificaciones según efector y evento, Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas, Vigilancia de Diarrea Aguda y Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS). **Mensual:** Vigilancia de Coqueluche, Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE), Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito *Aedes aegypti* (ETMAa), Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vertical (Chagas y Sífilis congénita y en embarazadas), Vigilancia de Meningoencefalitis, Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF), Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico, Vigilancia de la Tuberculosis.

### 3 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 52** del corriente año (finalizada el 30 de diciembre) 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 52** 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*	VER INFORME CHAGAS			
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*				
	SÍFILIS CONGÉNITA*	253	379		50
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	383	569		49
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	319	317		-1
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	131	120		-8
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	277	344		24
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	280	318		14
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	512	530		4
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	78	45		-42
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	103	86		-17
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	3	31	28	
	OFIDISMO	2	1	-1	
Gastroentéricas	DIARREAS	37021	35949		-3
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	219	243		11
	DIARREAS BACTERIANAS	12	27	15	
	DIARREAS VIRALES	31	8	-23	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	2	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	7	23	16	
	HEPATITIS B	68	68		0
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	42	63		50
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	4	17	13	
Inmunoprevenibles	COQUELUCE*	254	116		-54
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	13	13	0	
	PAF*	7	6	-1	
	PAROTIDITIS	135	331		145
	VARICELA	3982	3124		-22
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	176	82		-53
	POR METALES PESADOS	17	4	-13	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	176	105		-40
	POR OTROS TÓXICOS	103	62		-40
	POR PLAGUICIDAS	1	1	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	6	1	-5	

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

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	74	54		-27
	MORDEDURA POR RATA	49	7	-42	
Meningitis y meningoencefalitis	VER INFORME MENINGITIS				
Otras	LEPRA	12	3	-9	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	25	47		88
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	1153	1096		-5
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	24239	20968		-13
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	40774	34701		-15
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	4551	5723		26
	NEUMONIA	13750	13195		-4
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	12066	555	-11511	
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	19	50		163
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	10	43		330
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	20	0	-20	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	28	42	14	
	FIEBRE AMARILLA	1	8	7	
	PSITACOSIS	2	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	3	0	-3	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	48	48		0
	PALUDISMO	1	1	0	
	TRIQUINOSIS	4	0	-4	

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)

## 4 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.

### 4.1 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*	VER INFORME CHAGAS											
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	VER INFORME CHAGAS											
	SÍFILIS CONGÉNITA*	55	9	163	26	253	54	19	268	38	379		50
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	383	0	0	0	383	569	0	0	0	569		49
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-1
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-8
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						24
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						14
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						4
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-42
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-17

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas** son hasta la **SE 50** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 71**.

La caracterización de [Chagas Agudo Congénito y en Embarazadas](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

### 4.2 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	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	0	2	0	3	7	11	13	0	31	28	
	OFIDISMO	1	1	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	

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

Hasta la SE 52 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 2, 5, 8 y 14.

### 4.3 Gastroentéricas

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-3
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	219	0	0	0	219	243	0	0	0	243		11
	DIARREAS BACTERIANAS	12	0	0	0	12	27	0	0	0	27	15	
	DIARREAS VIRALES	31	0	0	0	31	8	0	0	0	8	-23	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	

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

Los datos presentados de **Diarreas** son hasta la **SE 49** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 70**.

#### 4.4 Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	5	0	0	2	7	23	0	0	0	23	16	
	HEPATITIS B	31	36	1	0	68	44	5	19	0	68		0
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1	
	HEPATITIS C	24	16	2	0	42	49	1	13	0	63		50
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	2	0	2	0	4	2	0	15	0	17	13	

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

#### 4.5 Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	71	0	175	8	254	12	0	91	13	116		-54
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	12	13	0	0	3	11	14	1	
	PAF*	0	0	7	0	7	0	0	5	1	6	-1	
	PAROTIDITIS	27	26	82	0	135	36	32	263	0	331		145
	VARICELA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					3124	

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 Poliomeilitis 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 de **Coqueluche** son hasta la **SE 49** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 70**.

#### 4.6 Intoxicaciones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	68	38	70	0	176	27	7	48	0	82		-53
	POR METALES PESADOS	3	1	12	1	17	0	2	1	1	4	-13	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	52	87	37	0	176	31	26	46	2	105		-40
	POR OTROS TÓXICOS	80	9	14	0	103	49	2	11	0	62		-40
	POR PLAGUICIDAS	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	2	0	6	1	0	0	0	1	-5	

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.

#### 4.7 Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	46	0	28	0	74	9	45	0	0	54		-27
	MORDEDURA POR RATA	43	0	6	0	49	3	4	0	0	7	-42	

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

## 4.8 Otras

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	10	0	2	0	12	1	0	2	0	3	-9	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	25	0	0	0	25	47	0	0	0	47		88
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	1153	0	0	0	1153	1096	0	0	0	1096		-5

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

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** son hasta la **SE 50** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 71**.

Los datos presentados de **Tuberculosis** son hasta la **SE 51** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 72**.

## 4.9 Respiratorias

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					24239	NO CORRESPONDE					20968	-13
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					40774	NO CORRESPONDE					34701	-15
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					4551	NO CORRESPONDE					5723	26
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					13750	NO CORRESPONDE					13195	-4

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

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

## 4.10 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	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	6113	576	5048	329	12066	3	34	32	486	555		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	6	1	11	1	19	1	3	12	34	50	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	7	0	2	1	10	0	4	7	32	43	33	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	1	19	0	20	0	0	0	0	0	-20	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSI	0	0	28	0	28	2	0	39	1	42		50
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	7	1	8	7	
	PSITACOSIS	1	0	1	0	2	4	0	5	0	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	1	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	3	1	33	11	48	1	4	28	15	48		0
	PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
	TRIQUINOSIS	4	0	0	0	4	0	0	0	0	0	-4	

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

De las Leptospirosis notificadas en 2017, cerca del 81% de los casos no contó con el dato de residencia y para Hantavirus el porcentaje es de 67%.

Los datos presentados de **Dengue, Zika y Chikungunya** son hasta la **SE 51** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 72**.

## 5 MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016.

### 5.1 Introducción

Para consultar el primer informe realizado sobre el **periodo 2010-2015** en la CABA referirse al BES N° 1 descargándolo del siguiente link:

[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_1\\_se\\_32\\_20160826\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf).

Para consultar el segundo informe acerca de la mortalidad por LCE en Adultos Mayores para el mismo periodo descargar el siguiente link:

[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_4\\_se\\_35\\_20160916\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf).

### 5.2 Definición de caso

Las Lesiones de Causas Externas (LCE) se definen como el daño físico que resulta de la exposición del cuerpo humano en forma súbita a niveles intolerables de energía. La energía causante de la lesión puede provenir de diversas fuentes: mecánica, radiante, térmica, eléctrica, química. Del mismo modo, pueden producirse lesiones funcionales que se originan ante la falta de elementos vitales (ej. agua, aire, calor) como en el caso del ahogamiento, la estrangulación y el congelamiento<sup>2</sup>.

### 5.3 Nota metodológica

Las LCE son clasificadas según el mecanismo y la intencionalidad que las origina. Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)<sup>3</sup> Capítulo XX: "CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD" (Códigos V00 al Y98) se dividen en: No intencionales, Intencionales (Suicidios y Agresiones), Indeterminadas y Complicaciones de la Atención Médica y Quirúrgica. Si bien estas últimas integran el mencionado capítulo no corresponden a la categoría de muertes violentas, por lo cual no se incluyen en el presente informe.

Para el cálculo de las tasas de mortalidad ajustadas por edad según comunas se utilizaron los denominadores poblacionales provistos por la Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la CABA (DGEyC) según proyecciones Censo 2010 realizados por el INDEC.

Solo para el análisis según residencia, se incluyeron todos los fallecidos en 2016 por LCE en la Ciudad de Buenos Aires, abarcando tanto residentes como no residentes.

### 5.4 Situación mundial

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las que se encuentran las LCE matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo. Para el año 2020 se estima aumenten al 67% de la carga de enfermedad mundial, las mismas se incrementaron a nivel mundial en virtud de la transición demográfica y epidemiológica<sup>4</sup>.

Según la OMS, a nivel mundial cada año, 1,4 millones de personas pierden la vida debido a lesiones de causa externa producidas en situaciones de violencia. Por cada persona que muere, hay muchas más que presentan lesiones y con diversos problemas de salud. Los homicidios y los suicidios representan el 80% de muertes rela-

<sup>2</sup> Instructivo para el registro de datos en las unidades centinela del sistema de vigilancia de lesiones, SIVILE.

<http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/prevencion-y-control-de-lesiones>

<sup>3</sup> [http://cie10.org/Cie10\\_Descargas.html](http://cie10.org/Cie10_Descargas.html)

<sup>4</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

cionadas con la violencia. Entre los jóvenes menores de 25 años por cada suicidio consumado, se llevan a cabo 100 intentos. El 90% de las lesiones por causas externas ocurren en países de ingresos bajos y medios.<sup>5</sup>

En 2015, la tasa mundial de mortalidad por lesiones en siniestros viales en países de ingresos bajos fue de 28,5/100.000 hab. mientras que en países con ingresos medianos-altos, registró una tasa de 19,1/100.000 hab.<sup>6</sup>

La Vigilancia de la Salud permite conocer la ocurrencia, distribución y los factores condicionantes de los eventos de salud-enfermedad. Las LCE pueden prevenirse a partir del desarrollo de Programas Intersectoriales de Prevención y Promoción de la Salud, para lo cual resulta imprescindible conocer las circunstancias de ocurrencia de estos eventos.

### 5.5 Situación en Argentina 2015

Durante el año 2015 en Argentina, la tasa de mortalidad por LCE fue de 47,2/100.000 hab. Las LCE constituyeron la primera causa de muerte en el grupo de edad de 5 a 34 años y la segunda en el grupo de edad de 35 a 44 para ambos sexos. En el mencionado año, la tasa de mortalidad específica por LCE en varones fue 70,1/100.000 habitantes, más del triple que las tasas de las mujeres, la cual fue de 20/100.000 hab.<sup>7</sup>

### 5.6 Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016

#### 5.6.1 Según residencia

En la siguiente tabla se presenta la mortalidad por LCE ocurrida en la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia durante el año 2016.

**Tabla 1.** Número y porcentaje de defunciones por LCE según lugar de residencia. Año 2016.

Residencia	2016	
	Acumulado	Porcentaje
Buenos Aires	276	27,1%
CABA	665	65,3%
Sd CABA*	5	0,5%
Otras Provincias	72	7,1%
<b>Total</b>	<b>1018</b>	<b>100</b>

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA  
Sd\* Residentes de CABA sin domicilio.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2016 ocurrieron 30.421 defunciones en residentes de CABA. El 2,2% (670) del total correspondió a LCE, sin embargo estas defunciones ocurrieron en la población más joven. Se observó un leve descenso (6%) con respecto al año 2015.

#### 5.6.2 Según causas de muerte general y grupos de edad.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad específicas por grupos de edad y causa, se resumen las cinco primeras causas de muerte para cada grupo etario. A partir del grupo de 15 a 19 años los datos se discriminan según sexo.

<sup>5</sup><http://www.who.int/features/factfiles/violence/es/>

<sup>6</sup><http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>

<sup>7</sup><http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

**Tabla 2.** Tasas de mortalidad específica por grupo de edad y principales causas de muerte. Residentes CABA. Año 2016. (0-44 años)

Grupos Etarios	< 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años	
	Sexo		Ambos sexos		Ambos sexos		Ambos sexos		Varones	Mujeres										
1° causa	PERI	NEU	TUM	NEU	CE	CE	CE	TUM	CE	TUM	CE	TUM	CE	TUM	CV	TUM	CV	TUM	CV	TUM
2° causa	MALF	TUM	NEU	TUM	TUM	TUM	TUM	CE	INF	CE	INF	CE	CV	RES	CE	INF	TUM	CV	CE	CV
3° causa	RES	RES	RES	CE	CV	RES	INF	INF	TUM	RES	TUM	RES	CE	TUM	CE	TUM	CV	CE	CE	INF
4° causa	INF	CE	MALF	MALF	RES	NEU	NEU	RES	CV	CV	RES	CV	RES	CV	INF	CE	RES	RES	RES	CE
5° causa	NEU	CV	RES	CV	INF	CV	RES	NEU	RES	NEU	RES	NEU	RES	INF	INF	RES	RES	RES	RES	RES

**Tabla 3.** Tasas de mortalidad específica por grupo de edad y principales causas de muerte\*. Residentes CABA. Año 2016. (45- 80 y más años)

Grupos Etarios	45 a 49 años		50 a 54 años		55 a 59 años		60 a 64 años		65 a 69 años		70 a 74 años		75 a 79 años		80 y mas	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres												
1° causa	CV	TUM	CV	TUM	TUM	TUM	TUM	TUM	CV	TUM	CV	TUM	CV	CV	CV	CV
2° causa	TUM	CV	TUM	CV	CV	CV	CV	CV	TUM	CV	TUM	CV	TUM	TUM	RES	RES
3° causa	RES	RES	DIG	RES	RES	RES	TUM	TUM								
4° causa	CE	DIG	INF	DIG	DIG	CE	DIG	DIG	DIG	GEN	DIG	DIG	DIG	DIG	GEN	GEN
5° causa	INF	INF	CE	INF	INF	INF	INF	INF	INF	DIG	GEN	GEN	DIG	GEN	INF	INF

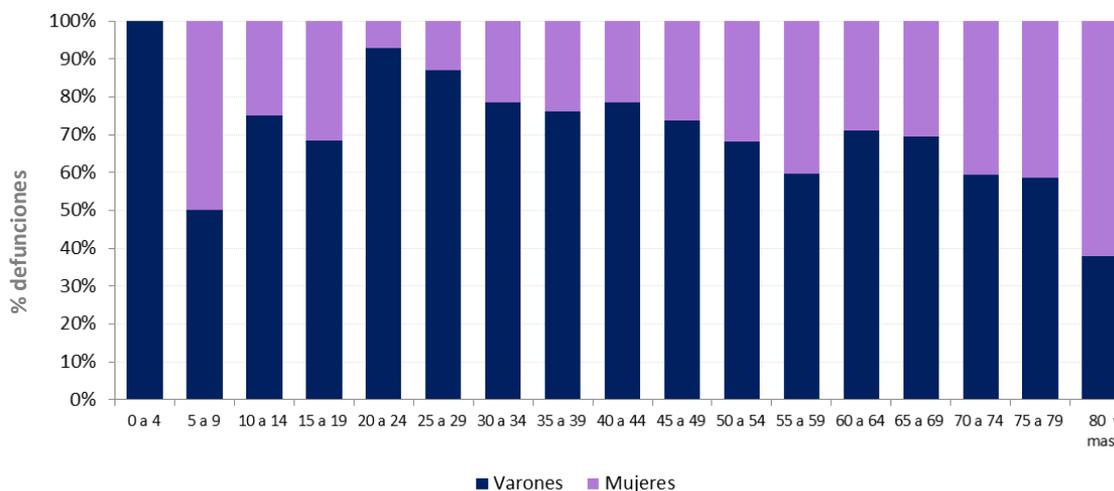
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

\*Malformaciones Genéticas (MALF) – Perinatales (PERI) – Enfermedades Neurológicas (NEU) – Enfermedades Cardiovasculares (CV) – Causas Externas (CE) – Tumores (TUM) – Enfermedades Respiratorias (RES) – Enfermedades Infecciosas (INF) – Enfermedades Genitourinarias (GEN).

Las LCE constituyeron la primera causa de muerte en la población joven evidenciando en ambos sexos, la magnitud de las lesiones de causas externas en la población de 15 años a 34 años. Según sexo, para los varones las lesiones por causas externas constituyeron la primera causa de muerte en el grupo de 15 a 30 años, y continúan mientras que para las mujeres, se encuentran entre las primeras cuatro hasta los 44 años.

### 5.6.3 Según sexo y edad

A continuación se presenta la distribución porcentual de las defunciones por LCE según grupos de edad.

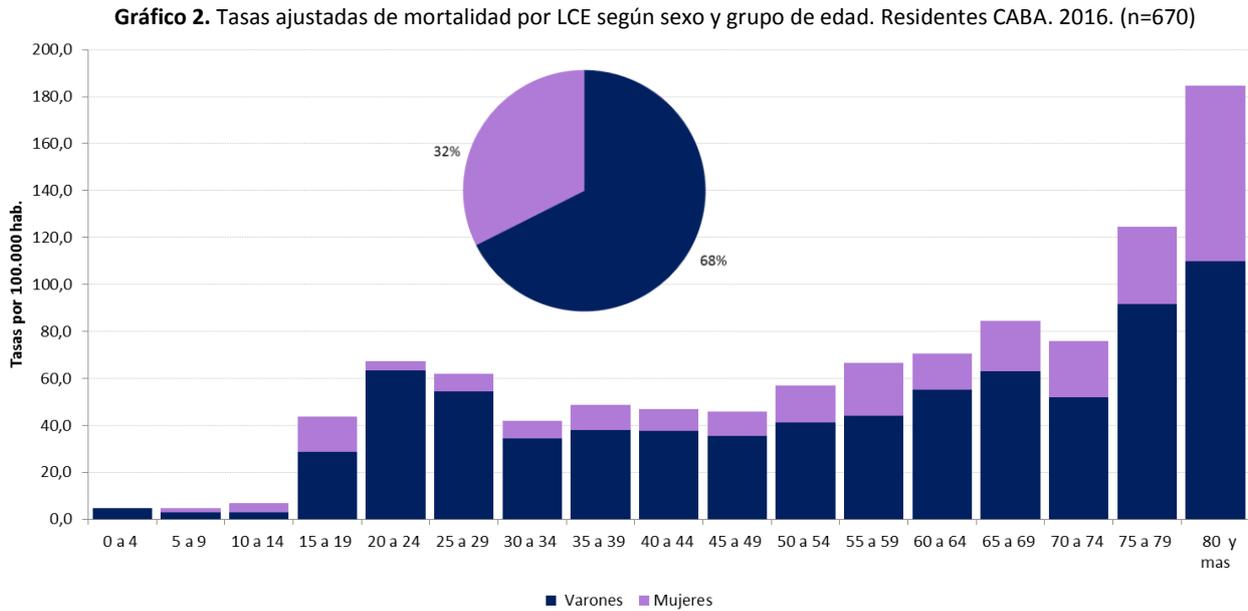
**Gráfico 1.** Distribución porcentual de las defunciones por LCE según grupos de edad. Residentes CABA. 2016 (n=670).

Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

En los grupos etarios de 15 a 79 años, la participación porcentual de los varones es mayor, sin embargo a partir de los 25 años, las defunciones por estas causas en mujeres incrementa su peso paulatinamente hasta superar a los varones en el grupo de edad de 80 años<sup>8</sup>. No obstante, esta diferencia en el último grupo mencionado no implica mayor incidencia de las LCE entre los varones que entre las mujeres, tal como se observa en el gráfico 2.

<sup>8</sup>Los tres primeros grupos de edad presentaron menos de cinco casos por franja etaria frente a un promedio de 51 casos por grupo de edad

A continuación se presentan las Tasas específicas según sexo y edad de mortalidad por LCE en el año 2016.



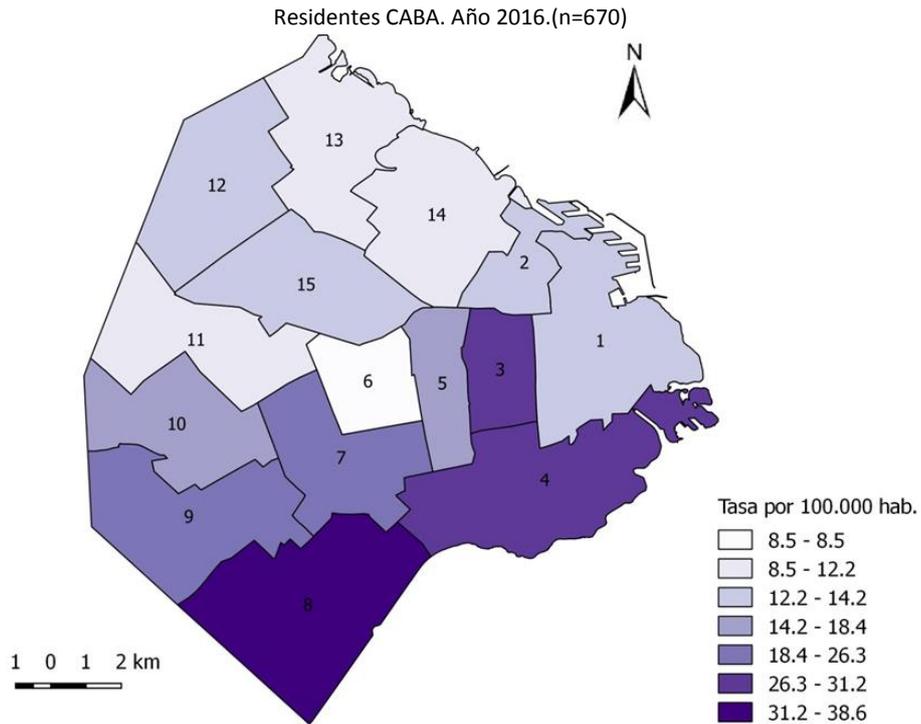
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

En efecto, se observa que la tasa de mortalidad por LCE en los varones es mayor en todos los grupos etarios incluyendo el de 80 y más. En este último caso, esto se debe a que la población de mujeres es mayor en este grupo etario.

En el resto de los grupos de edad, los varones al menos triplicaron, las tasas de mortalidad de las mujeres. El grupo de varones de 20 a 24 años presentó la tasa más elevada por estas causas 63,5/100.000 hab.

A continuación se presentan las tasas de mortalidad por LCE ajustadas por edad según comuna en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires ocurridas en el año 2016.

**Mapa 1.** Tasas de mortalidad general ajustadas por edad según comuna de residencia por 100.000 Hab.



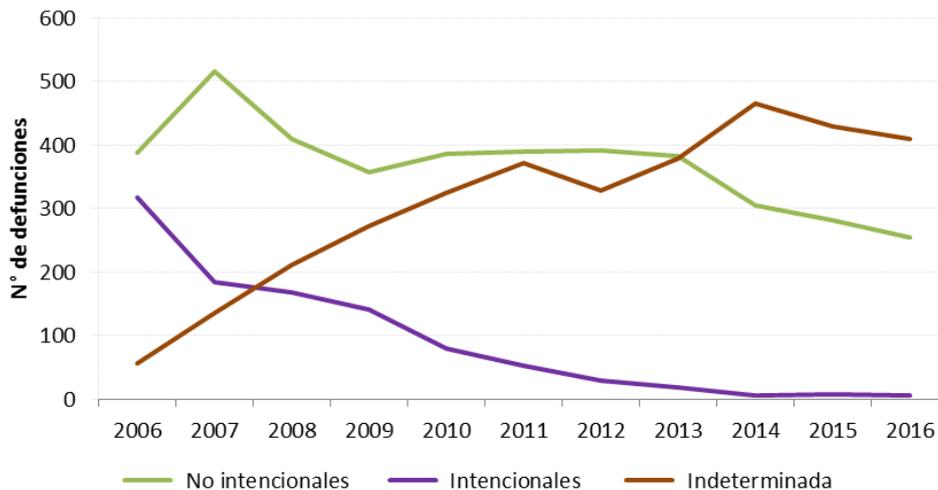
Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA.

La tasa general de mortalidad por LCE en CABA para el año 2016, fue de 19,6/100.000 hab. Las comunas 3,4 y 8 presentaron las tasas más altas. La comuna 8 mostró una tasa de 38,6/100.000 hab. la misma duplicó la global de la CABA.

#### 5.6.4 Según intencionalidad

A continuación se presenta la serie histórica de defunciones por LCE durante el período 2006-2016 en Residentes de la CABA.

**Gráfico 3.** Nº de defunciones por LCE según intencionalidad. Ambos sexos. Residentes CABA. 2006-2016 (n=8.458).



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

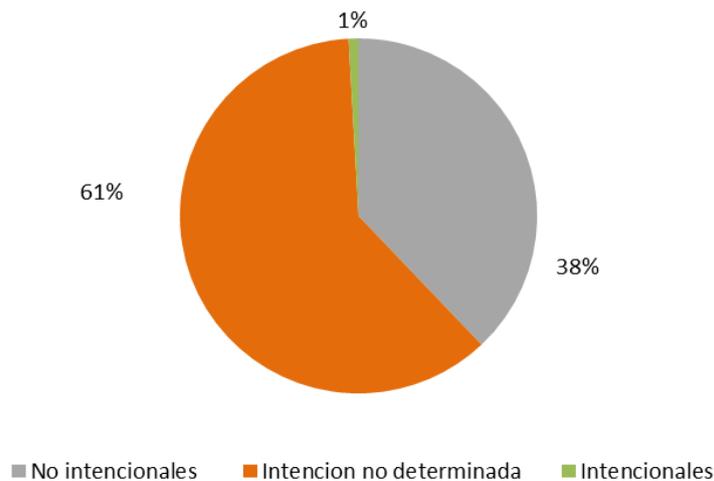
Según los datos analizados, en el periodo de estudio para ambos sexos, las LCE clasificadas como intencionales (suicidios y agresiones) presentaron un descenso de 317 registros en 2006 a 6 en 2016, a expensas de un importante aumento de las LCE clasificadas como Indeterminadas.

Con respecto a las Lesiones causadas por siniestros viales, a lo largo de la serie histórica se observa un descenso en el registro de casos. Si bien hasta el 2015, esta tendencia presentó facetas de alzas y bajas, durante el 2016, no se clasificaron defunciones con los códigos V00-V99. Las defunciones ocurridas por estas causas en residentes fueron registradas a partir del relevamiento realizado por el Observatorio de Seguridad Vial de la CABA en las guardias hospitalarias de efectores estatales durante el año 2016. Este análisis se encuentra disponible en el BES N°47: [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_47\\_se\\_26\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf)

Esta tendencia refleja la necesaria revisión sobre el registro y codificación de los casos. De cara a la mejora de esta situación, durante el año 2016, se ha realizado un trabajo de fortalecimiento de la vigilancia de las lesiones por siniestros viales en conjunto con el Observatorio de Seguridad Vial de la CABA. El mismo radica en la mejora de la calidad de los datos a partir de otorgarle al registro mayor fiabilidad y consistencia, el robustecimiento de su nivel de detalle tanto del lesionado como de las circunstancias en las que ocurrió la lesión.

A continuación se analiza la distribución porcentual de las defunciones por LCE según la intencionalidad de la lesión.

**Gráfico 4.** Distribución porcentual según intencionalidad en ambos sexos. Residentes CABA. 2016 (n=670)<sup>9</sup>.



Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

El porcentaje de LCE clasificadas como de “Intención no determinada” fue de 61% (410), en estas causas se incluyen lesiones por envenenamiento, ahogamiento, exposición a fuego, disparo de arma de fuego, estrangulamiento y sofocación, golpe contra objetos, atrapamiento/aplastamiento producidas sin confirmación de la intencionalidad ejercida al momento de la lesión.

Con respecto a las LCE clasificadas como “No intencionales” del total de registros codificados como tales, el 83,4% (212) correspondió al código X59: Exposición Accidental a factores no especificados. La misma no proporciona información sobre las circunstancias ni el mecanismo que produjo la muerte.

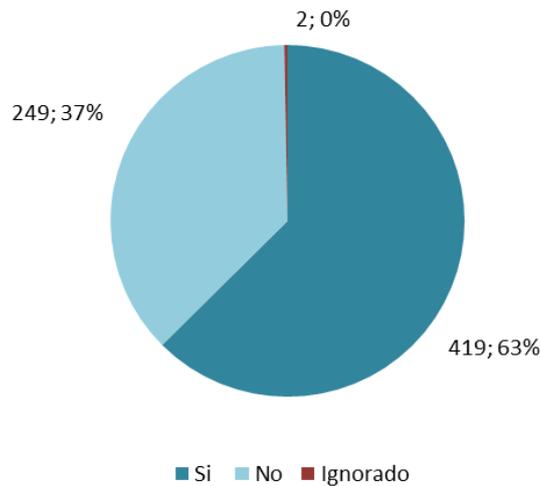
<sup>9</sup>Las complicaciones de la Atención Médica y Quirúrgica consignadas con los códigos (Y40-Y88) se consignan como No Clasificables según la DEIS (Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud de la Nación), no obstante corresponden al Capítulo XX del CIE-10. <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>

Los resultados demuestran la necesidad de realizar un análisis detallado de las muertes violentas en la población estudiada y mejorar la codificación de las causas de muerte inespecíficas, para poseer información confiable para la gestión y la toma de decisiones en distintos niveles.

Las LCE clasificadas como “Intencionales” corresponden a agresiones y suicidios, durante el año 2016 fueron registrados solamente 6 casos con estos códigos (5 agresiones y 1 suicidio).

A continuación se presenta la distribución porcentual de las defunciones por LCE en residentes de la CABA de acuerdo a la atención médica recibida durante la lesión que condujo a la muerte.

**Gráfico 5.** Distribución porcentual de los fallecidos por LCE según atención médica recibida durante la lesión. Residentes CABA. 2016 (n=670)

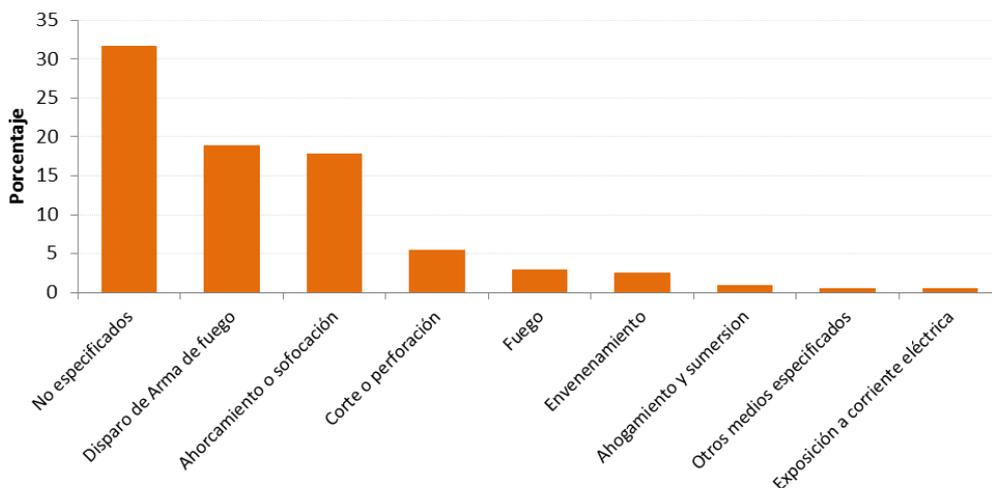


Fuente: Elaboración propia con datos provenientes de la Dirección General de Estadísticas y Censo. Ministerio de Hacienda. CABA

### 5.6.5 Según mecanismos de muerte

En el siguiente gráfico se presenta la distribución porcentual de los mecanismos de muerte que dieron origen a las LCE para ambos sexos en residentes de CABA durante el año 2016.

**Gráfico 6.** Distribución porcentual de Mortalidad por LCE según Mecanismo de la Lesión. Ambos sexos. Residentes CABA. 2016. (n=670)



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de mortalidad de la Dirección General de Estadística y Censos, CABA

Según mecanismos de muerte en el 31,6%(335) de las LCE el mecanismo correspondió a mecanismo “No Especificados”. En esta categoría se desconocen los factores intervinientes que dieron origen a la lesión.

De las lesiones con datos completos, constituyeron las principales mecanismos de muerte Disparo de arma de fuego 19% (127) para los varones y Ahorcamiento o sofocación 17,9% (120) para las mujeres respectivamente.

Para los varones, las lesiones producidas por disparo de arma de fuego arrojaron las tasas más altas en todos los grupos de edad. En el grupo etario de 25 a 29 años, presentaron una tasa de mortalidad de 18,7/100.000 hab. mientras que en las mujeres la misma fue de 0,8/100.000 hab.

Para las mujeres, el ahorcamiento o sofocación constituyó el primer mecanismo de muerte. Se observó que en el grupo etario de 35 a 39, las mujeres presentaron una tasa de 4,1/100.000 hab.

## 6 SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES

### 6.1 Introducción

Aunque las hepatitis virales son conocidas desde la antigüedad, los grandes avances en su conocimiento han ocurrido en los últimos 35 años<sup>10</sup>.

Las hepatitis virales (CIE10; cap. B15-B19), son enfermedades transmisibles, de evolución aguda y/o crónica, que alcanzan importancia mundial constituyendo un importante problema de salud pública por su morbimortalidad y también debido a los recursos de salud y económicos que insume, primordialmente, el tratamiento de las personas con hepatitis crónica.

Los virus que con mayor frecuencia producen hepatitis son:

- Hepatotropos primarios: virus de la hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC), D (VHD), E (VHE).
- Otros virus productores de hepatitis viral y que acompañan a enfermedades sistémicas: Herpes virus humano (Citomegalovirus humano, CMVH); Herpes virus humano, (virus de Epstein Barr, EBV); Herpes virus humano 1 (Virus del herpes simple 1, VHS1); Herpes virus humano 3 (Virus varicela-zóster VVZ); Virus de la fiebre amarilla (VFA); Virus del dengue 1-3; Virus de la rubéola; Parvovirus humano B 19 (PVB19).
- Por último: Virus TT (TTV) asociado a hepatitis post-transfusional no A-E; Virus SEN, Agente GBV-C.

Los virus hepatotropos tienen distintas formas de transmisión y evolución clínica. Los virus de la hepatitis A y de la hepatitis E se transmiten por vía fecal-oral mientras que los de las hepatitis B y C se transmiten principalmente por vía parenteral. El modo de transmisión sexual es el más frecuente para virus B en zonas de baja endemia como la Argentina, mientras que las prácticas o derivados parenterales son el modo de transmisión más frecuente para el virus de la hepatitis C.

Por su parte, el virus de la hepatitis D es un virus defectivo, ya que para resultar infeccioso la persona debe portar el virus de la hepatitis B. Estos virus tienen también distintos periodos de incubación: 15-45 días para VHA o hasta seis meses para VHB.

Los virus hepatotropos pueden causar enfermedad aguda y los virus B y C pueden afectar al hígado en forma crónica, llevando a la insuficiencia hepática y al hepatocarcinoma. Los virus B y C son carcinogénicos a través de su replicación persistente en la infección crónica.<sup>11</sup>

Las infecciones por VHB y VHC están íntimamente vinculadas con el carcinoma hepatocelular primario (CHP). Algunos trabajos estiman que el riesgo de contraer CHP es 200 veces más frecuente en los portadores de VHB que en personas no infectadas<sup>12</sup>.

<sup>10</sup>Los virus de la hepatitis: del A al TT. Revista médica de Chile, 127(10), 1161-1163. Año 1999. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999001000001>

<sup>11</sup>Hepatitis virales. Guía para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2016

Las hepatitis B, C y D se consideran infecciones de baja prevalencia en Argentina. Como en muchos otros países del mundo, la hepatitis E está subdiagnosticada a nivel nacional; no obstante, se la considera endémica y aún se desconoce su impacto real.

Para definiciones de caso y diagnóstico de los diferentes tipos de Hepatitis virales, referirse a la Guía para los equipos de salud del Ministerio de Salud de la Nación<sup>13</sup>.

En la Argentina, la hepatitis A ha ocasionado brotes epidémicos cada tres a cuatro años hasta el año 2005, momento en el que se incorporó la vacuna al año de edad en el Calendario Nacional de Vacunación (Resolución Ministerial Nº653/05). Hasta entonces la hepatitis A era la causa principal de fallo hepático fulminante en la Argentina en niños menores de 10 años, llegando en algunos casos a la necesidad del trasplante hepático, con mayor frecuencia en niños de 5 años de edad.

A fines del año 2000 se incorporó la vacunación contra la hepatitis B para los recién nacidos en el Calendario Nacional de Inmunización y en 2003 se incluyó la vacunación contra la hepatitis B a los 11 años. A mediados del año 2012 se recomendó la inmunización universal de todas las personas adultas.

## 6.2 Situación Mundial<sup>14</sup>

En el mundo, la infección por VHB es la causa más frecuente de hepatitis aguda y crónica, de cirrosis y de CHP. La frecuencia de infección por VHB y los patrones de transmisión varían considerablemente según la región.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que alrededor de 325 millones de personas en todo el mundo viven con el virus de la hepatitis crónica B (VHB) o hepatitis C (VHC), señalando que la gran mayoría de estas personas carece de acceso a métodos de diagnóstico y tratamiento. Como resultado, millones de personas corren el riesgo de una lenta progresión a enfermedad hepática crónica, cáncer y muerte.

La Hepatitis viral causó 1,34 millones de muertes en 2015; un número comparable de muertes causadas por tuberculosis y VIH. Pero mientras que ha disminuido la mortalidad por tuberculosis y VIH, las muertes por hepatitis están aumentando. Cerca de 1,75 millones de personas se infectaron con VHC en 2015, alcanzando un total global de personas viviendo con hepatitis C de 71 millones.

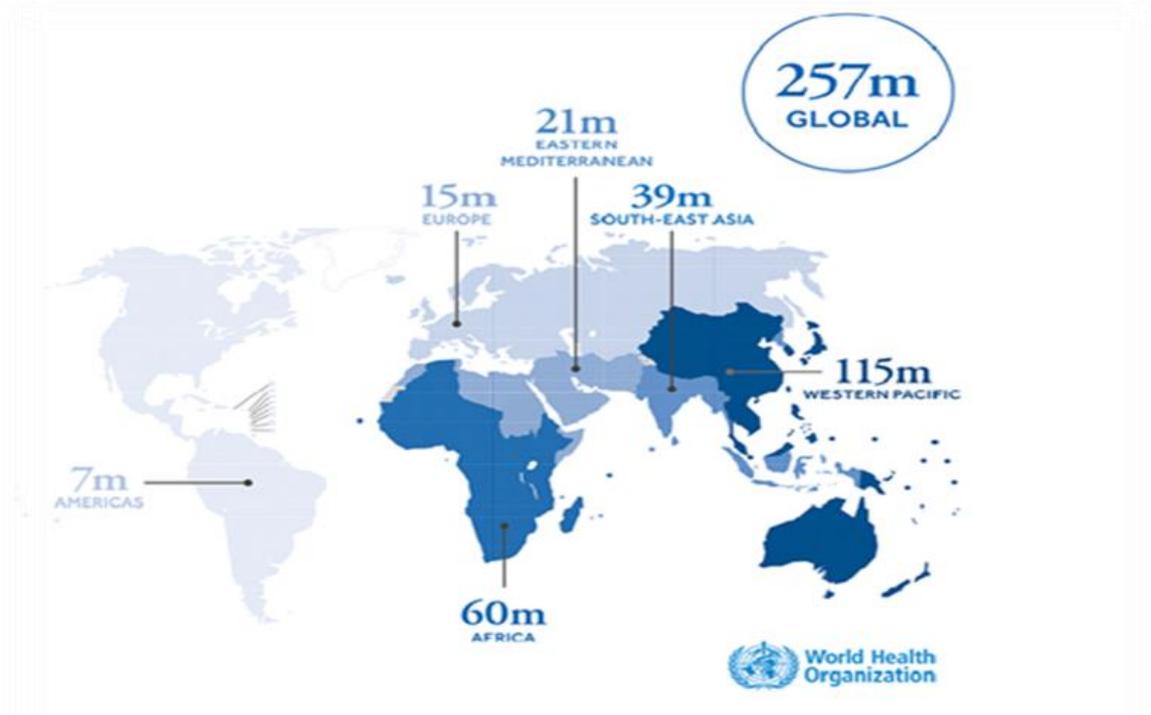
Aunque están aumentando las muertes totales por hepatitis, las nuevas infecciones de VHB están disminuyendo, gracias a la creciente cobertura de la vacunación de VHB entre los niños. A nivel mundial, el 84% de los niños nacidos en el año 2015 recibió las 3 dosis recomendadas de la vacuna contra la hepatitis B. Entre la era de la vacuna (que, según el año de introducción puede variar desde la década de 1980 hasta el 2000) y 2015, la proporción de niños menores de 5 años de edad con infecciones nuevas se redujo de 4,7% a 1,3%. Sin embargo, unas 257 millones de personas, mayormente adultos nacidos antes de la introducción de la vacuna VHB, vivían con la infección de hepatitis B crónica en 2015.

La distribución de la Hepatitis B varía ampliamente en las regiones de OMS, siendo las regiones africanas, Asia y el pacífico occidental, aquellas con mayor incidencia. (Mapa 1).

<sup>12</sup> Manual de Procedimientos Estandarizados de Vigilancia Epidemiológica de las Hepatitis Virales. Ministerio de Salud de México. 2012

<sup>13</sup> Hepatitis virales. Guía para los equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Año 2016

<sup>14</sup> Global Hepatitis Report, 2017. OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>

**Mapa 2.** Distribución mundial de la incidencia de Hepatitis B. Año 2015.

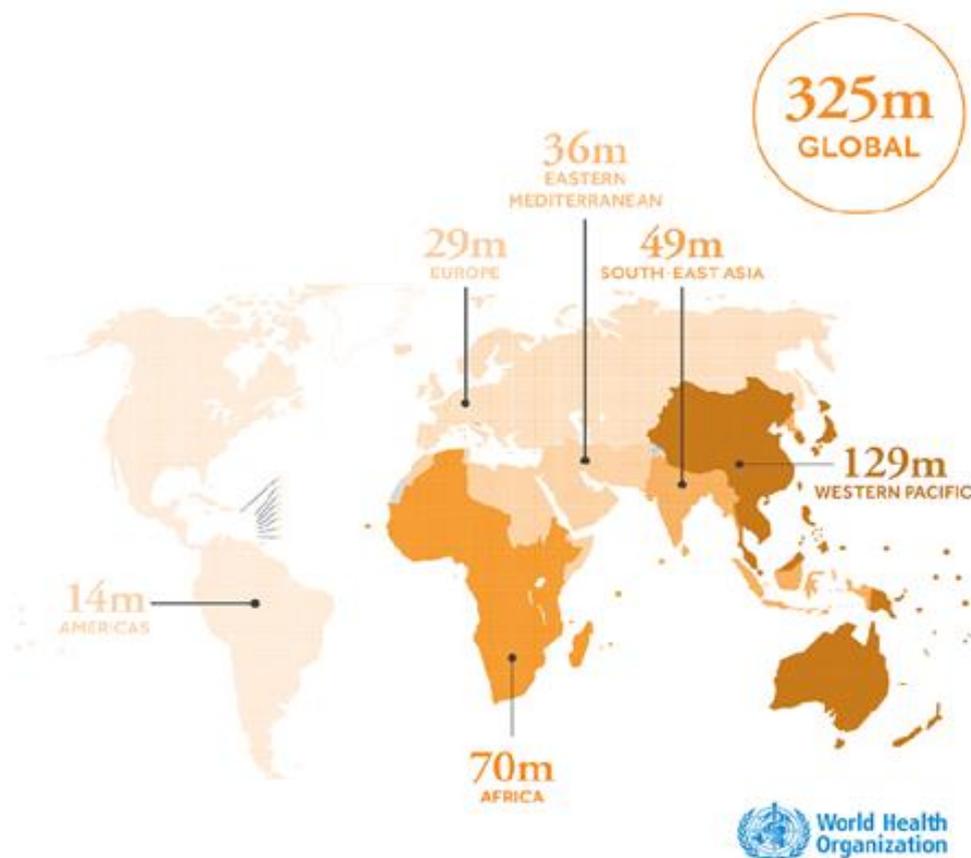
Fuente: Global Hepatitis Report, 2017. OMS.

Respecto de la Hepatitis C, la mayor carga de enfermedad se observa en el norte de África, el mediterráneo oriental, Eurasia y el pacífico occidental como se observa en el siguiente mapa.

**Mapa 3.** Distribución mundial de la incidencia de Hepatitis C. Año 2015

Fuente: Global Hepatitis Report, 2017. OMS.

Cuando se combinan ambas incidencias, se aprecia que África y el pacífico occidental concentran la mayor carga de enfermedad respecto de hepatitis virales (Mapa 3).

**Mapa 4.** Distribución mundial de la incidencia de Hepatitis B y C. Año 2015.

Fuente: Global Hepatitis Report, 2017. OMS.

### 6.2.1 Acceso al tratamiento

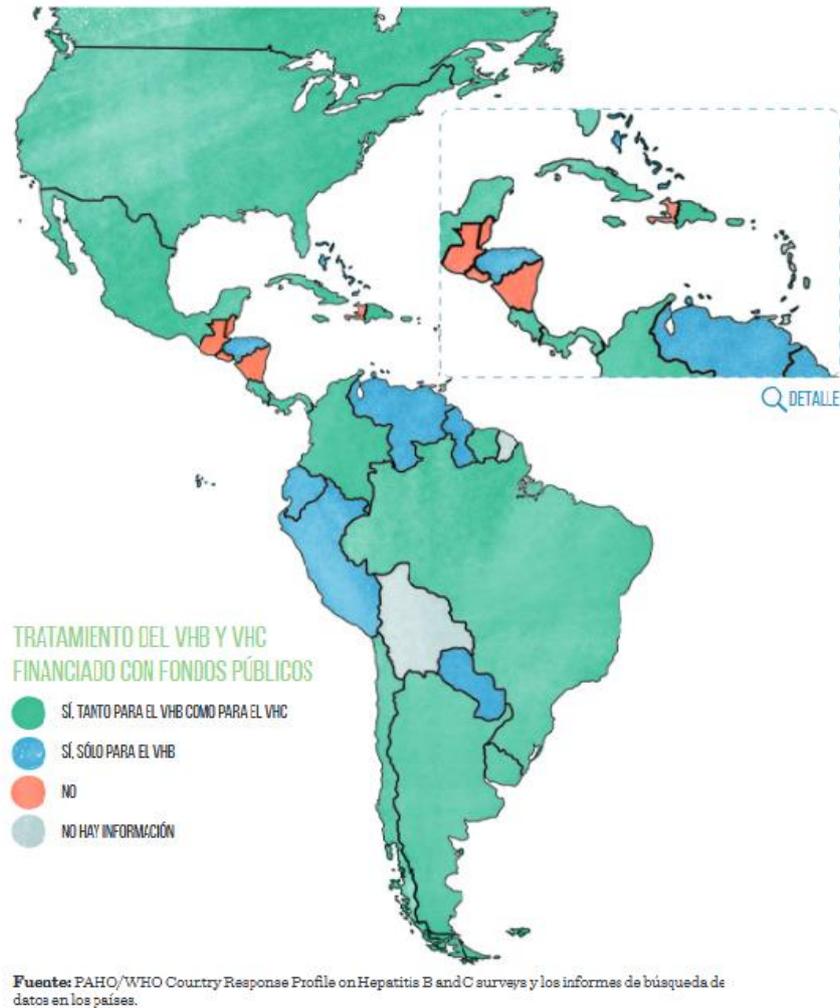
No hay actualmente vacuna contra el VHC y el acceso a tratamiento antiviral para VHB y VHC es aún escaso. La estrategia mundial para hepatitis viral tiene como objetivo tratar el 80% de las personas con VHB y VHC en 2030.

La OMS señala que sólo el 9% de todas las infecciones por VHB y 20% de las infecciones por VHC fueron diagnosticadas en el año 2015.

Una fracción aún más pequeña (8%) de los pacientes diagnosticados con la infección de VHB (1,7 millones de personas) estaban en tratamiento y sólo el 7% de los pacientes diagnosticados con infección por VHC (1,1 millones de personas), habían iniciado tratamiento curativo durante ese año.

La infección por VHB requiere tratamiento de por vida, y actualmente se recomienda el medicamento tenofovir, ya ampliamente utilizado en el tratamiento del VIH. La hepatitis C puede curarse en un tiempo relativamente corto con los antivirales de acción directa altamente eficaces (DAAs).

En la región de las Américas, solo 18 países de 37 que informaron su situación epidemiológica sobre hepatitis disponen de tratamiento financiado con fondos públicos para hepatitis B y C. Argentina es uno de los países con cobertura de tratamiento para ambas infecciones (mapa 4).

**Mapa 5.** Tratamiento del VHB y VHC financiado con fondos públicos. Región de las Américas. Año 2017.

### 6.3 Situación Nacional en la República Argentina

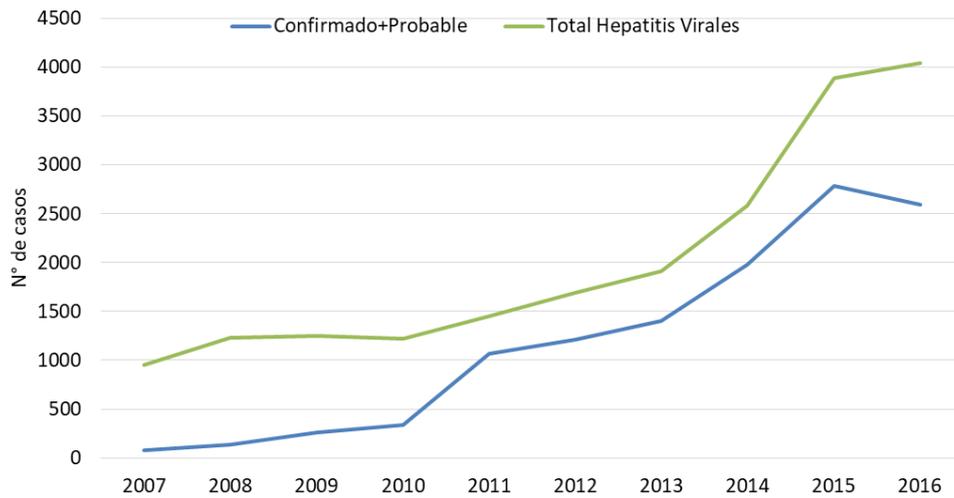
#### 6.3.1 Nota Metodológica<sup>15</sup>

Para el análisis de hepatitis A se adoptaron sólo casos SIVILA y UC (se excluyeron los casos de C2 por carecer de la confirmación por laboratorio). Para el análisis de Hepatitis B y C se eligieron todos los casos confirmados y probables de C2 y se reclasificaron los casos de SIVILA y UC según los algoritmos vigentes (incluye casos provenientes de la notificación en población general, bancos de sangre, control de embarazo)

#### 6.3.2 Análisis

En el siguiente gráfico se presenta la notificación de casos de hepatitis virales entre los años 2007 y 2016.

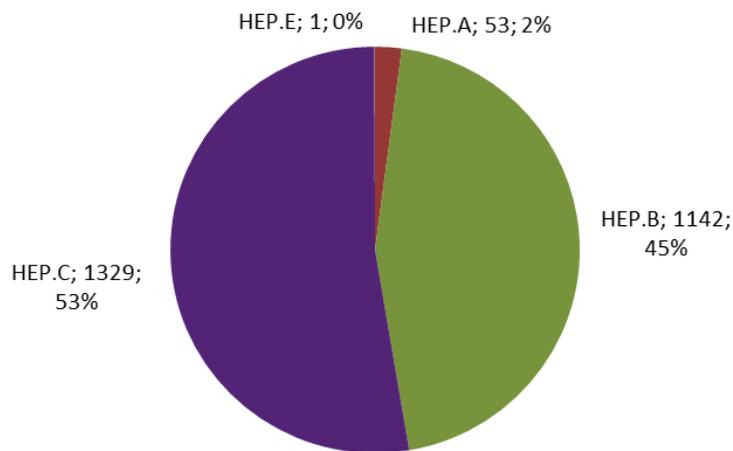
<sup>15</sup>26<sup>va</sup> Reunión Anual de Unidades Centinela para Hepatitis virales. Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre 2017.

**Gráfico 1.** Número de notificaciones de Hepatitis Virales según año. Argentina. Años 2007-2016.

Fuente: SNVS (C2-SIVILA-UC). Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

Se registraron 20.215 casos sospechosos en ese período y se confirmaron 11.897 de los mismos (59%). La notificación de casos presentó una tendencia creciente en el periodo observado, pero la confirmación de los mismos modificó su tendencia entre los años 2015 a 2016.

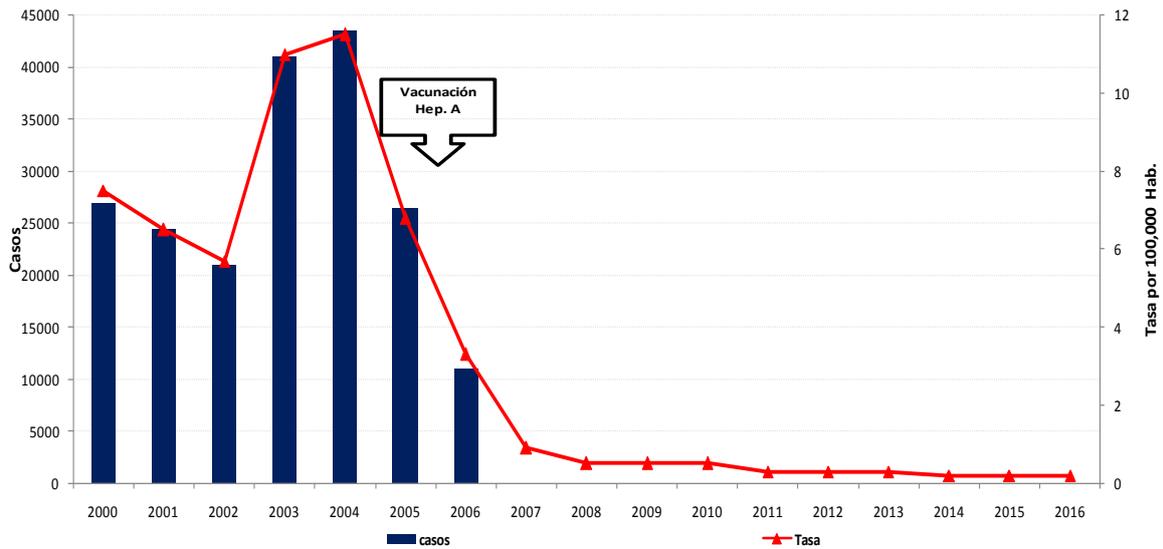
En el siguiente gráfico se muestra la distribución de las hepatitis virales confirmadas según tipo de virus identificado, en el bienio 2015-2016.

**Gráfico 2.** Distribución porcentual de casos confirmados de hepatitis virales según virus identificado. Argentina. Años 2015-2016 (n=2.525)

Fuente: SNVS (C2-SIVILA-UC). Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

Más del 50% de los nuevos casos de hepatitis virales corresponden a VHC y junto con VHB suman el 98% de los casos. El peso relativo de la infección por VHA es reducido. No hay notificación de infección por VHE en el periodo observado.

En el siguiente gráfico se observa la evolución de la notificación de Hepatitis A en el país, con la marcación del inicio de la vacunación obligatoria instituida en el Calendario Nacional, en el año 2005.

**Gráfico 3.** Número y tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis A según año. Argentina. Años 2000-2016.

Fuente: Elaboración de la DICEI sobre la base a datos del SNVS C2. Ministerio de Salud de la Nación

Se aprecia la caída en la notificación de casos desde la inclusión de la vacunación, registrando una tasa nacional menor a 1 caso por 100.000 habitantes en los últimos años.

En el gráfico siguiente se muestra la evolución de la notificación de Hepatitis B en el país, durante el periodo 2007-2016.

**Gráfico 4.** Notificación de casos sospechosos y confirmados de Hepatitis B según año. Argentina. Años 2007-2016.

Fuente: SNVS (C2-SIVILA-UC). Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

La notificación y la tasa de casos totales notificados presentaron una tendencia en ascenso en el periodo mencionado, pero la tasa de casos confirmados, luego de un incremento entre los años 2010 y 2011, se mantuvo estable, con leves variaciones y no presentó el patrón de ascenso de los casos totales notificados.

Se podría inferir que el sistema de vigilancia habría aumentado su sensibilidad para la detección y notificación de este evento, pero no ocurriría lo mismo con los casos confirmados. No obstante, la tasa de incidencia de VHB se hallaría alrededor de 1 caso/100.000 habitantes a nivel nacional.

A continuación, se muestra la evolución de la notificación de Hepatitis C en el país, durante el periodo 2007-2016.

**Gráfico 5.** Notificación de casos sospechosos y confirmados de Hepatitis C según año. Argentina. Años 2007-2016.



Fuente: SNVS (C2-SIVILA-UC). Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

A diferencia de la comunicación de VHB, la curva de notificación histórica de casos sospechosos y confirmados de VHC presenta un patrón similar.

Se aprecia un incremento en la denuncia de casos entre los años 2010 y 2015, con un leve descenso en el año 2016; este comportamiento es prácticamente igual para los casos sospechosos y confirmados. Desde el año 2014, la tasa de notificación de casos confirmados se mantiene por encima de 1 caso/100.000 habitantes a nivel nacional.

## 6.4 Situación en la Ciudad de Buenos Aires (CABA)

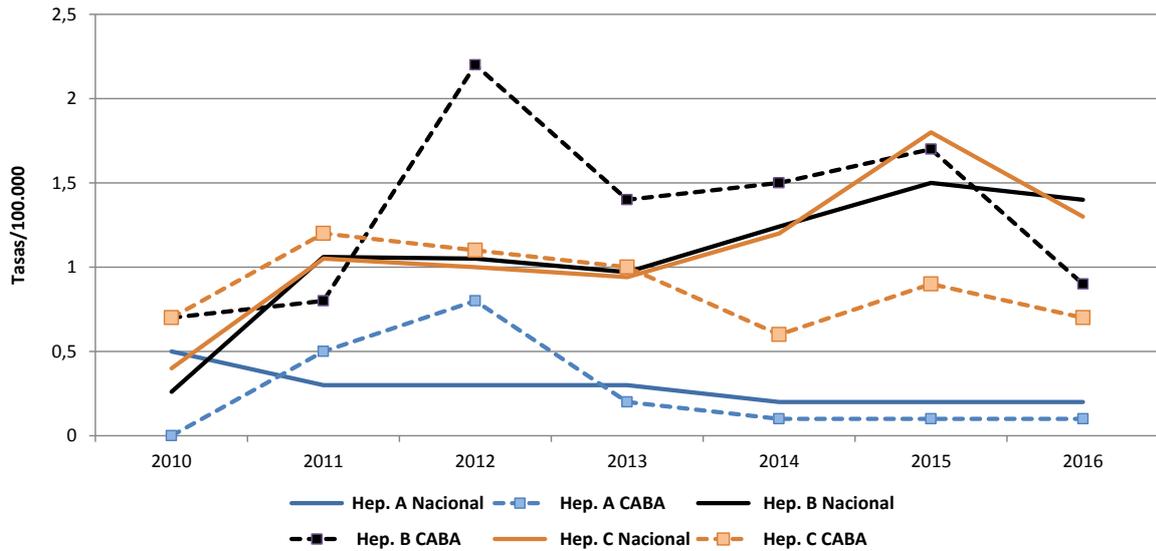
### 6.4.1 Nota Metodológica

Para el análisis de los casos de hepatitis virales se tomaron todos los casos confirmados y probables<sup>16</sup>, residentes en CABA, notificados a través del SNVS, tanto en el módulo C2 como SIVILA, entre los años 2010 a 2017. Se eliminaron los casos duplicados y se consolidó una base depurada. No se consideraron los casos con residencia desconocida.

### 6.4.2 Análisis

En el gráfico siguiente se expone la comparación entre el Nivel Nacional y la Ciudad de Buenos Aires de las tasas de notificación por 100.000 hab. de Hepatitis virales A, B y C, confirmadas, entre los años 2010-2016.

<sup>16</sup>Hepatitis virales. Guía para el equipo de salud. Programa Nacional de Hepatitis Virales. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016. Páginas 24, 25 y 26, de la numeración de la guía.

**Gráfico 6.** Tasas de notificación cada 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis A, B y C. Argentina y Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2016.

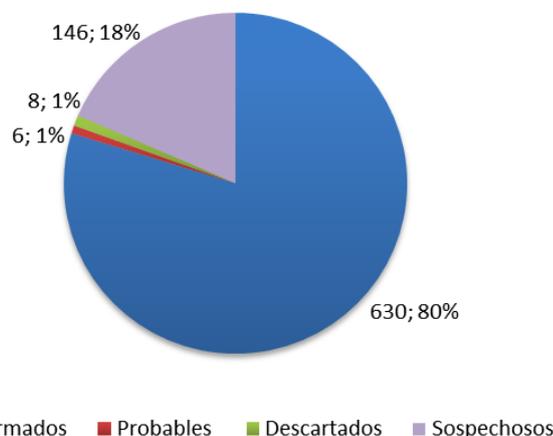
Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA y Dirección Nacional de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

Hepatitis A: se observó un descenso en la curva de notificación para ambas jurisdicciones. Entre los años 2011 y 2012 la curva de CABA experimentó un incremento de la tasa que contrasta con la estabilidad de la tasa a nivel Nacional.

Hepatitis B: La tasa de notificación mostró una tendencia francamente ascendente hasta el año 2015, estabilizándose hacia el año 2016. Para CABA la curva de la tasa muestra cambios más abruptos a través de los años y con una caída brusca para el año 2016.

Hepatitis C: El comportamiento de las tasas de notificación para este tipo de hepatitis es la que más difiere entre el nivel Nacional y la Ciudad de Buenos Aires. Las tasas nacionales muestran un incremento persistente de casos hasta el año 2015 con descenso en el 2016. En La ciudad de Buenos Aires se evidenció una tendencia en descenso sostenido a partir del año 2011.

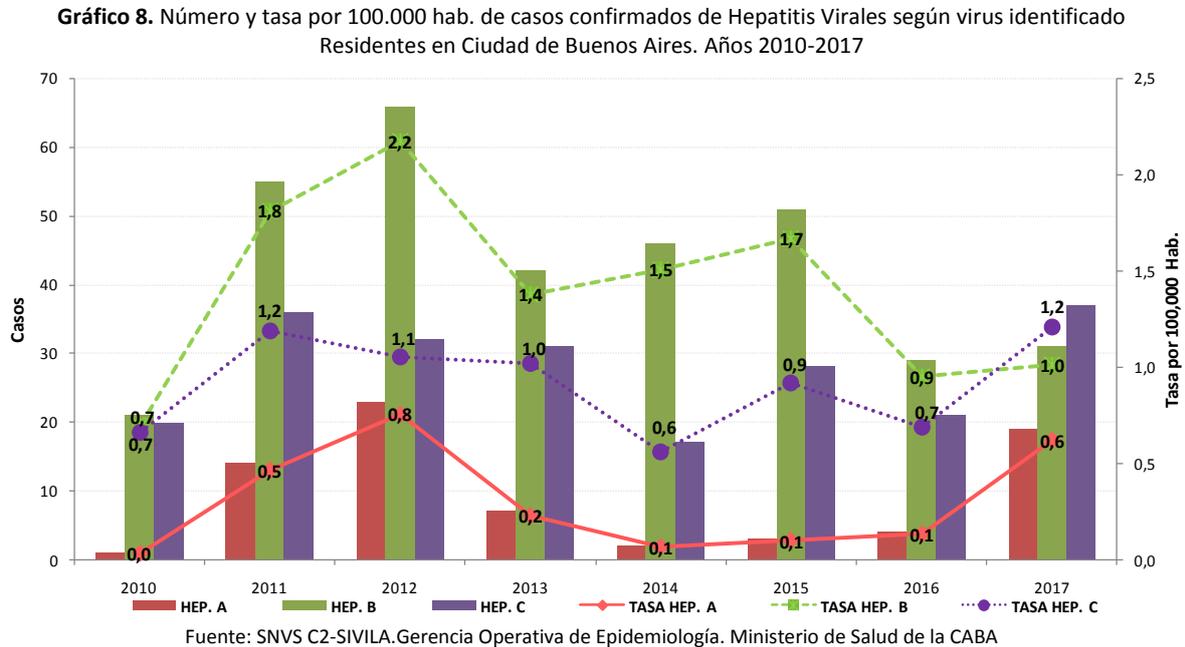
En el gráfico 7 se muestra el número total de casos notificados en residentes de la CABA durante el período 2010-2017 y su clasificación según criterio epidemiológico.

**Gráfico 7.** Número de casos y porcentaje de notificaciones de hepatitis virales según criterio epidemiológico Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2017. (n=790)

Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Del total de casos notificados, los clasificados como confirmados y probables (definitivos) suman 636 casos (81%).

En el siguiente gráfico se presenta la notificación de hepatitis virales. Casos confirmados y probables y sus respectivas tasas en residentes de la CABA, entre los años 2010 y 2017.



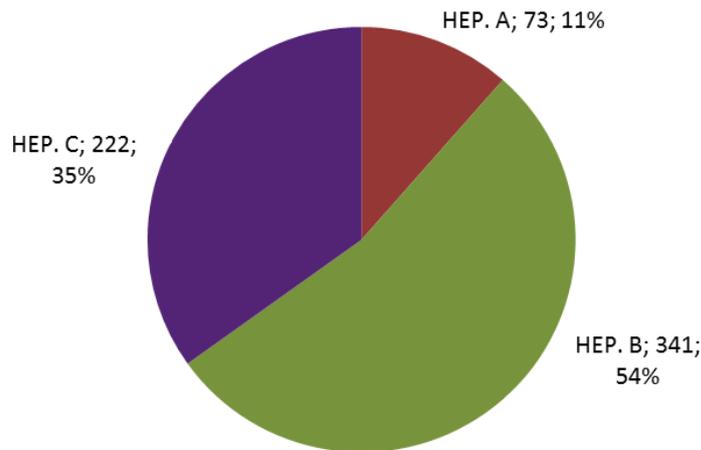
La notificación de casos de Hepatitis A se ha mantenido en niveles bajos entre los años 2013 a 2016, pero se registra un aumento (82%), durante el presente año, siendo el grupo entre 45 a 64 años, el principal protagonista de este incremento, seguido por el grupo de 25 a 34 años. A pesar de esta mayor notificación, la tasa se mantiene por debajo de 1 caso/100.000 habitantes.

La hepatitis por VHB es la hepatitis viral de mayor incidencia en la CABA; la máxima notificación se registró en el año 2012 con una tasa de 2,4 casos/100.000 habitantes. Desde dicho año presentó una tendencia descendente, estabilizándose alrededor de 1 caso/100.000 habitantes en el corriente año.

La notificación de hepatitis por VHC se ha mantenido estable, cerca de 1 caso/100.000 habitantes, en el periodo observado. No obstante, se verifica un incremento del 28,6% en dicha notificación en el corriente año, superando el valor del indicador antes descripto.

A continuación, se describe la distribución de los casos confirmados y probables de hepatitis virales según tipo de virus identificado.

**Gráfico 9.** Distribución de casos confirmados y probables de Hepatitis Viral según identificación por laboratorio. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2017. (n=636)

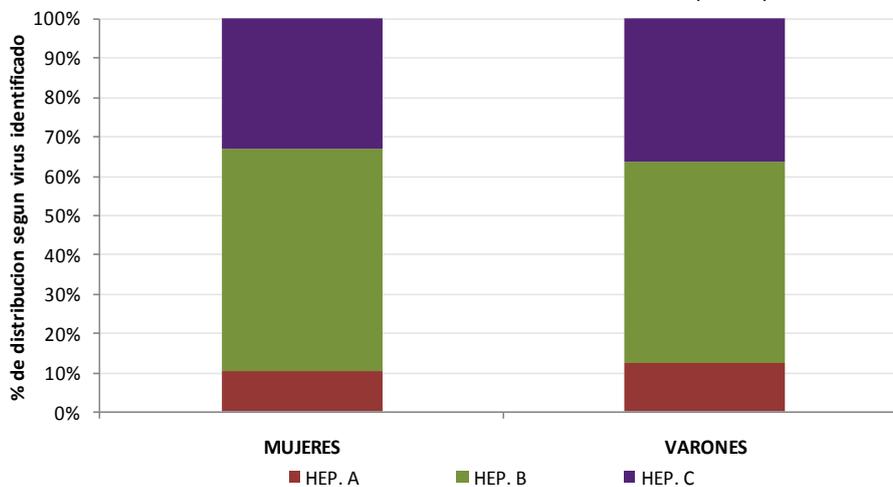


Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Es evidente la carga de enfermedad generada por las hepatitis por VHB y VHC, que concentran el 89% de los casos confirmados y comunicados en el periodo mencionado.

En el siguiente gráfico se describe la distribución de los casos confirmados y probables de hepatitis viral según tipo de virus identificado y sexo.

**Gráfico 10.** Distribución de casos confirmados y probables de Hepatitis Viral según identificación y sexo Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2017. (n=632)

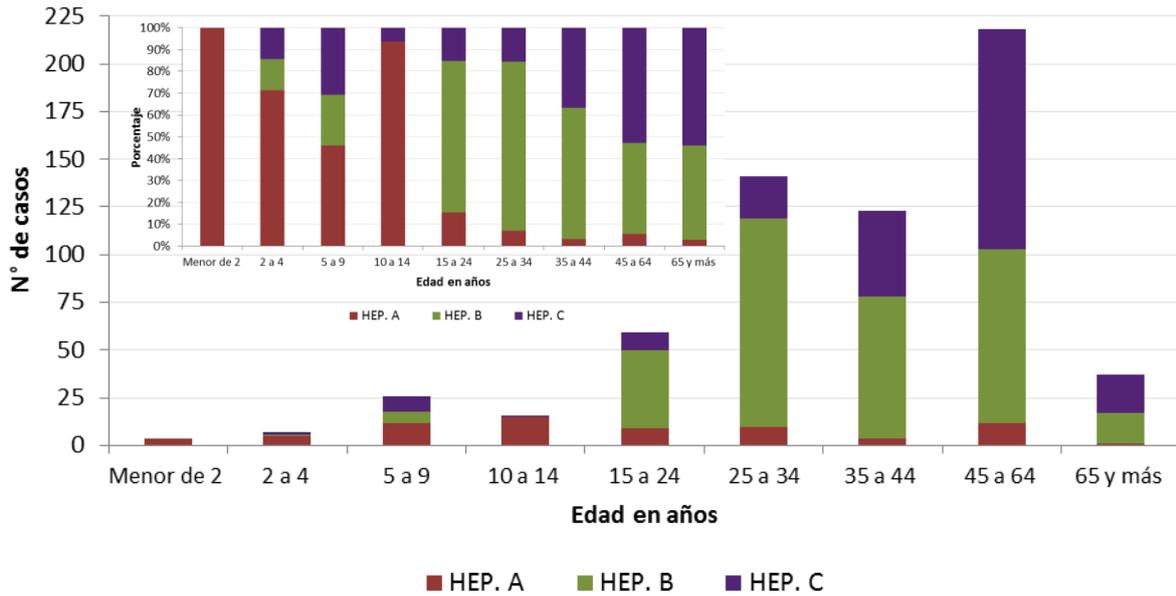


Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Prácticamente el 45% de los casos de hepatitis virales corresponden a pacientes mujeres y un 55% son casos masculinos.

La distribución de la infección por los tres tipos de virus en ambos sexos es similar, pero en varones se observa mayor proporción de casos de hepatitis por VHA y VHC. No obstante, en ambos sexos la hepatitis B es predominante.

A continuación, se describe el comportamiento de los diferentes tipos de hepatitis virales teniendo en cuenta los casos definitivos (confirmados y probables), según grupos de edad.

**Gráfico 11.** Número de casos definitivos y porcentaje de Hepatitis Virales según virus y grupos de edad Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Años 2010-2017. (n=636)

Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Las hepatitis virales se concentran en los grupos entre 15 a 64 años. La hepatitis A (de transmisión fecal-oral, persona a persona, y/o por consumo de agua y alimentos contaminados), tiene importante presencia en los menores de 15 años, seguida por la hepatitis B.

La infección por VHB predomina entre los 15 a 34 años y la hepatitis por C en los grupos de mayor edad. Debe recordarse que la transmisión de VHB es fundamentalmente sexual, mientras que la transmisión de VHC ocurre principalmente por vía parenteral, procedimientos médicos invasivos, drogas intravenosas y procedimientos invasivos no médicos (tatuajes, piercing, etc.).

En las tablas a continuación se exhiben los casos, proporciones y tasas de notificación de casos (confirmados+probables), según tipo de hepatitis para los cuatrienios 2010-2013 y 2014-2017, en total y discriminados por comunas. Se construyeron los indicadores para dos cuatrienios, para observar la evolución de los mismos en los periodos establecidos.

Los porcentajes de casos con dos dígitos están señalados en amarillo fuerte. Las tasas señaladas con color, reflejan el orden en el cual se sitúan las comunas según el valor del indicador; desde rojo intenso (tasas más altas) a verde intenso (tasas más bajas).

**Tabla 1.** Hepatitis Virales. Casos, porcentajes y tasas de notificación\* según comuna de residencia e identificación viral. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2010-2013.

COMUNA	HEP. A			HEP. B			HEP. C		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
1	0	0,0	0,0	13	7,1	1,0	5	4,2	0,4
2	1	2,4	0,1	5	2,7	0,7	2	1,7	0,3
3	2	4,8	0,2	39	21,2	4,1	31	26,1	3,2
4	6	14,3	0,5	14	7,6	1,2	8	6,7	0,7
5	2	4,8	0,2	9	4,9	1,0	10	8,4	1,1
6	4	9,5	0,4	7	3,8	0,8	4	3,4	0,4
7	5	11,9	0,4	17	9,2	1,4	9	7,6	0,8
8	6	14,3	0,5	11	6,0	1,0	7	5,9	0,6
9	1	2,4	0,1	4	2,2	0,5	7	5,9	0,8
10	0	0,0	0,0	14	7,6	1,6	13	10,9	1,5
11	2	4,8	0,2	3	1,6	0,3	3	2,5	0,3
12	4	9,5	0,4	36	19,6	3,4	11	9,2	1,0
13	0	0,0	0,0	2	1,1	0,2	0	0,0	0,0
14	2	4,8	0,2	3	1,6	0,3	4	3,4	0,4
15	3	7,1	0,3	7	3,8	0,8	5	4,2	0,5
Sin Datos	4	9,5	-	0	0,0	-	0	0,0	-
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>	<b>0,2</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>	<b>1,2</b>	<b>119</b>	<b>100,0</b>	<b>0,8</b>

\* Tasa de notificación de casos (confirmados + probables) por 100.000 habitantes residentes por comuna  
Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

**Tabla 2.** Hepatitis Virales. Casos, porcentajes y tasas de notificación\* según comuna de residencia e identificación viral. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2014-2017

COMUNA	HEP. A			HEP. B			HEP. C		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
1	1	3,2	0,1	13	8,3	1,0	15	14,6	1,2
2	4	12,9	0,5	1	0,6	0,1	4	3,9	0,5
3	2	6,5	0,2	48	30,6	5,0	15	14,6	1,6
4	3	9,7	0,3	16	10,2	1,3	13	12,6	1,1
5	0	0,0	0,0	12	7,6	1,3	8	7,8	0,9
6	1	3,2	0,1	10	6,4	1,1	2	1,9	0,2
7	2	6,5	0,2	11	7,0	0,9	4	3,9	0,3
8	1	3,2	0,1	10	6,4	0,9	5	4,9	0,4
9	1	3,2	0,1	7	4,5	0,8	4	3,9	0,5
10	0	0,0	0,0	6	3,8	0,7	7	6,8	0,8
11	1	3,2	0,1	1	0,6	0,1	2	1,9	0,2
12	2	6,5	0,2	4	2,5	0,4	7	6,8	0,7
13	3	9,7	0,3	7	4,5	0,6	5	4,9	0,4
14	4	12,9	0,4	4	2,5	0,4	1	1,0	0,1
15	3	9,7	0,3	5	3,2	0,5	5	4,9	0,5
Sin Datos	3	9,7	-	2	1,3	-	6	5,8	-
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>	<b>0,2</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>1,0</b>	<b>103</b>	<b>100,0</b>	<b>0,6</b>

\* Tasa de notificación de casos (confirmados + probables) por 100.000 habitantes residentes por comuna  
Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Con respecto a la hepatitis A, en el primer cuatrienio, las comunas 4, 7 y 8 concentraron el 40,5% de los casos, mientras que el segundo cuatrienio, dicha concentración se desplazó a las comunas 2 y 14 con el 26% de los casos.

Las tasas de notificación de hepatitis A se mantuvieron debajo de 1 caso/100.000 habitantes, en ambos cuatrienios. En la mayoría de las comunas, dichas tasas de hepatitis A se redujeron en el último cuatrienio; las tasas más elevadas (por encima del valor general), persisten en las comunas 2 y 14, seguidas por comunas 4, 13 y 15.

Los casos de hepatitis B en el primer cuatrienio se concentraron en las comunas 3 y 12 (41%), mientras que en el cuatrienio 2014-2017, en la comuna 3 ocurrieron el 30,6% de los casos.

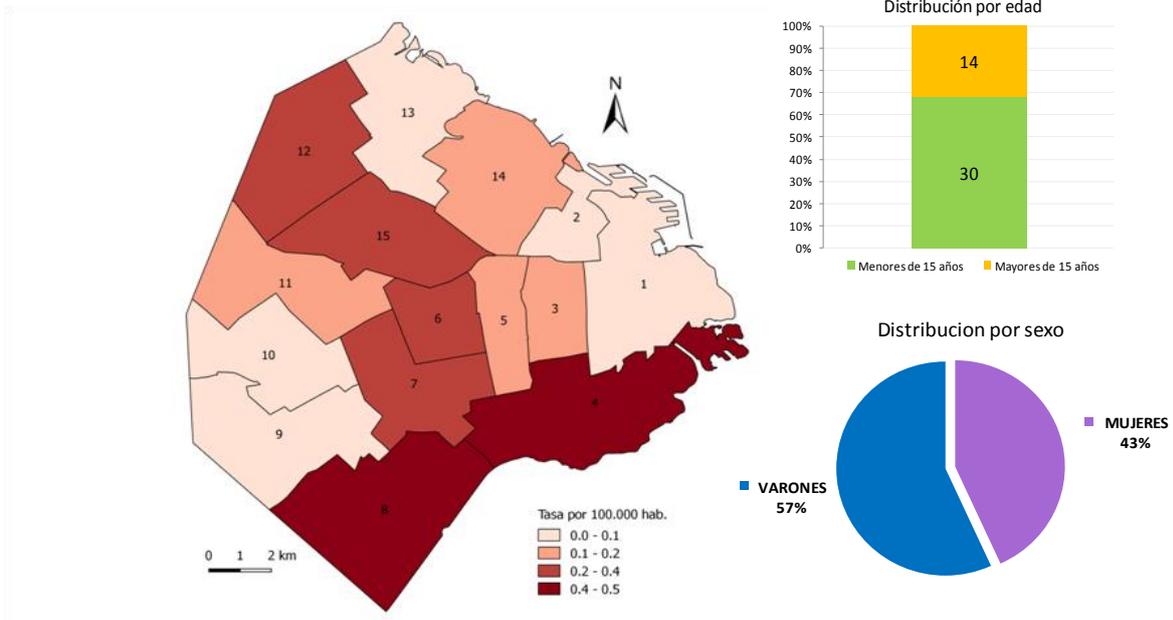
La hepatitis B redujo la tasa de notificación en un 16% entre ambos cuatrienios. En la comuna 12 la tasa disminuyó un 88% entre periodos; pero persiste un alto riesgo en la comuna 3, con un incremento del 22% en la tasas de notificación. Las comunas 4, 5 y 6 también presentan indicadores por encima del valor general.

Con respecto a hepatitis C, en el primer cuatrienio, las comunas 3 y 10 concentraron el 37% de los casos, mientras que el segundo cuatrienio, las comunas 1, 3 y 4 reunieron el 42% de los casos. La tasa general de infección por el virus de la hepatitis C también se redujo un 25% entre cuatrienios. Pero la infección por VHC, presenta cinco comunas por encima del indicador general de la Ciudad, siendo la Comuna 3 la de mayor riesgo, seguida por las comunas 1, 4 y 5. Un patrón semejante al observado con hepatitis B.

En los mapas 5 y 6 se muestran las tasas de notificación de hepatitis A según comunas de residencia, y la distribución de casos según grupos de edad y sexo, comparando los cuatrienios mencionados.

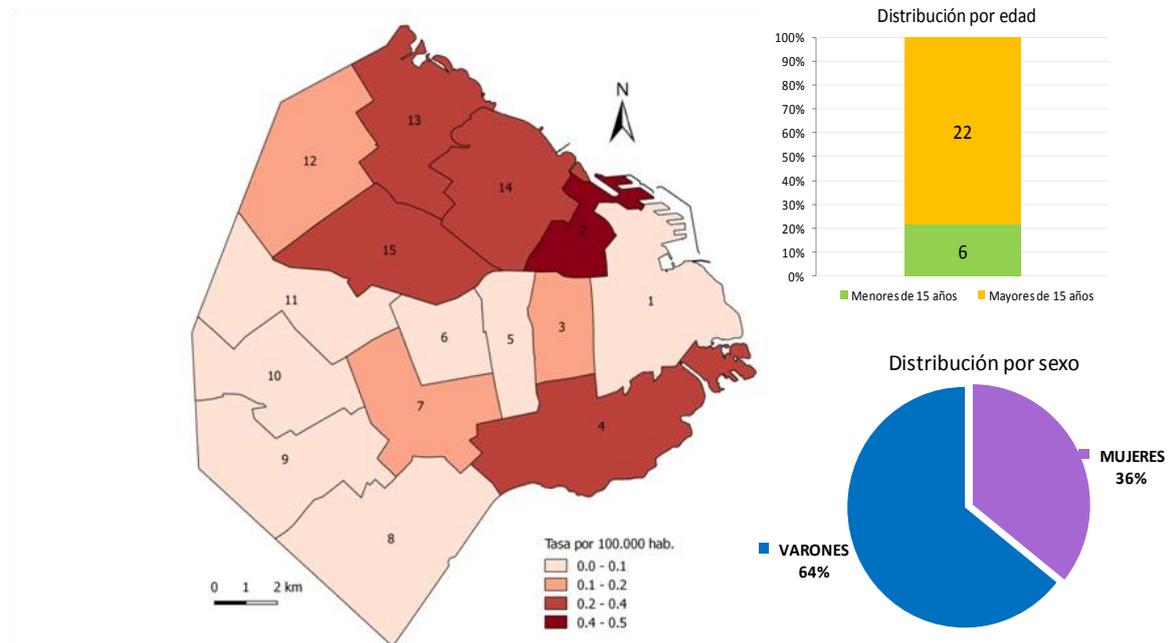
Esta descripción particular de la infección notificada por VHA, se realiza para observar si el patrón de cambio de la hepatitis A coincide con el observado y publicado a nivel internacional en los últimos años.

**Mapa 6.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis A según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2010-2013.



Fuente: SNVS C2-SIVILA.Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

**Mapa 7.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis A según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2014-2017.



Fuente: SNVS C2-SIVILA.Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

Como se comentó anteriormente, se redujo la incidencia notificada de hepatitis A en casi toda la ciudad; cabe señalar el hecho de que las tasas más altas se desplazaron del sur al norte de la jurisdicción.

Aún más llamativo es el comportamiento en la Comuna 2, que pasó de mostrar las tasas más bajas, a encauzar la incidencia notificada en el último cuatrienio.

Este desplazamiento geográfico fue acompañado de un cambio sociodemográfico; en el primer cuatrienio, el 68% de casos de hepatitis A fueron menores de 15 años y el 32% de los mismos en mayores de dicha edad. En

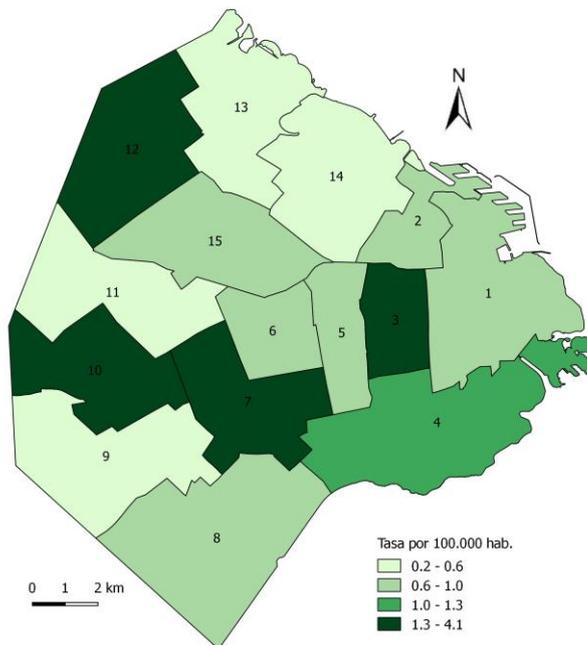
el segundo cuatrienio los casos menores de 15 años fueron el 14%, mientras que los casos mayores de dicha edad concentraron el 86%.

Además de este “envejecimiento” y desplazamiento de los casos hacia las comunas del norte, se registra una “masculinización” de los mismos, dado que el primer cuatrienio el 57 % de los casos fueron varones, mientras que en el segundo cuatrienio el 64% de dichos casos fueron varones (12,3% de incremento).

Este cambio témporo-espacial y sociodemográfico ocurrido con la infección por VHA es coherente con afirmaciones provenientes de recientes publicaciones científicas indicando un aumento de la hepatitis A en adultos susceptibles, mayormente en hombres jóvenes y de mediana edad que tienen sexo con hombres (HSH)<sup>17, 18</sup>.

En los mapas 7 y 8 se muestran las tasas de casos confirmados (confirmados y probables) de hepatitis B según comunas de residencia, comparando los cuatrienios mencionados.

**Mapa 8.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis B según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2010-2013.

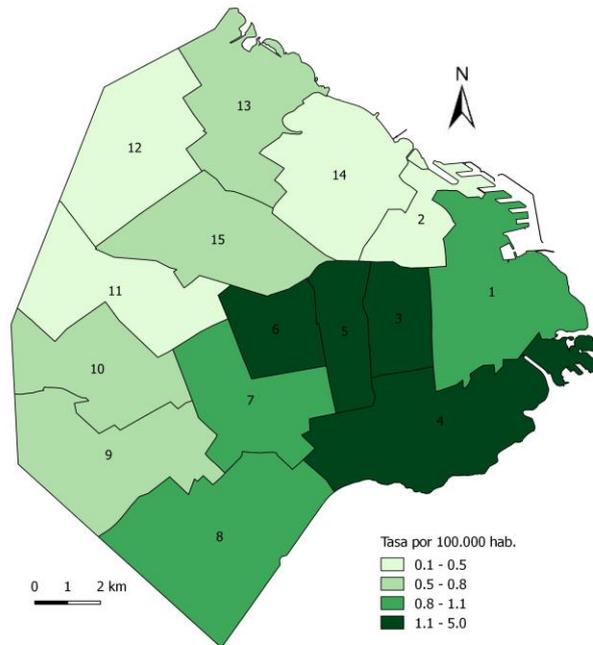


Fuente: Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

**Mapa 9.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis B según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2014-2017

<sup>17</sup>Hepatitis A outbreak in HIV-infected MSM and in PrEP-using MSM despite a high level of immunity, Lyon, France, [www.eurosurveillance.org](http://www.eurosurveillance.org), January to June 2017

<sup>18</sup>Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/>

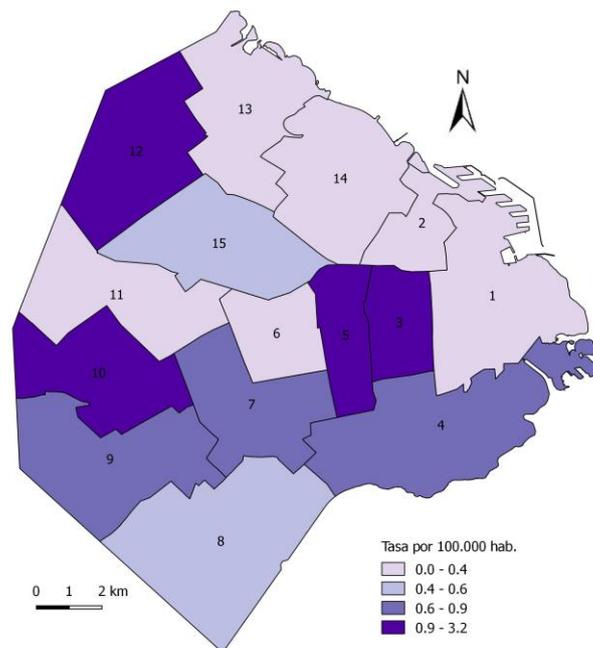


Fuente: SNVS C2-SIVILA.Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

En el cuatrienio 2010-2013, las mayores tasas de notificación de hepatitis B se registraron en las comunas 3, 7, 10 y 12. La Comuna 4 también presentó elevada ocurrencia. La infección por VHB se redujo en el cuatrienio 2014-2017, pero las mayores incidencias se desplazaron a las comunas 3, 4, 5 y 6, del sur y centro de la ciudad. Persiste un alto riesgo en la comuna 3, entre ambos periodos.

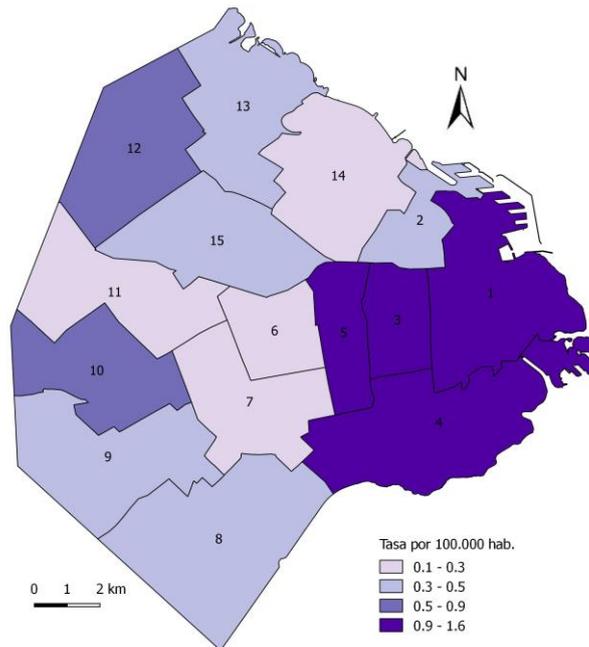
En los siguientes mapas se exponen las tasas de casos confirmados (confirmados y probables) de hepatitis C según comunas de residencia, comparando los cuatrienios mencionados,.

**Mapa 10.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis C según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2010-2013.



Fuente: SNVS C2-SIVILA.Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

**Mapa 11.** Tasa por 100.000 hab. de casos confirmados de Hepatitis C según comuna de residencia Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Cuatrienio 2014-2017



Fuente: SNVS C2-SIVILA. Gerencia Operativa de Epidemiología. Ministerio de Salud de la CABA

La evolución de la infección por VHC entre cuatrienios presenta un patrón similar a la infección por VHB. las mayores tasas de notificación de hepatitis C se registraron en las comunas 3, 5, 10 y 12.

La infección por VHC se redujo en el cuatrienio 2014-2017, pero las mayores incidencias se desplazaron a las comunas 1, 3, 4 y 5, del sur y centro de la ciudad. Persiste un alto riesgo en las comunas 3 y 5 entre ambos periodos.

### 6.5 Comentarios sobre la situación de las hepatitis virales en Ciudad de Buenos Aires

La incidencia notificada de hepatitis A no supera 1 caso/100.000 habitantes en el periodo estudiado. Por el contrario, la incidencia comunicada de hepatitis B y C superan este valor en algunos años. Prácticamente el 90% de las hepatitis virales registradas en el periodo estudiado corresponden a la suma de hepatitis B y C.

Casi el 45 % de los casos de hepatitis virales corresponden a pacientes mujeres y un 55% son casos masculinos. La distribución de la infección por los tres tipos de virus en ambos sexos es similar, pero en varones se observa mayor proporción de casos de hepatitis por VHA y VHC.

En el año 2017 se verifica un incremento en la notificación de casos, fundamentalmente a expensas de hepatitis A (82%) y de hepatitis C (28%).

La tasa de notificación de hepatitis A se redujo en la mayoría de las comunas, pero persiste elevada en la comuna 2, y en general, con una mayor casuística en hombres jóvenes y de mediana edad.

La hepatitis B redujo su tasa de notificación entre ambos cuatrienios, pero persiste una alta incidencia en las comunas 3, 4, 5 y 6, del sur y centro de la ciudad.

La hepatitis C presenta un patrón de notificación similar a la infección por VHB, con mayores incidencias en las comunas 1, 3, 4 y 5, del sur y centro de la ciudad.

En síntesis, se evidencia un mayor riesgo de infección en las comunas del sur de la Ciudad (1, 4, 7 y 8) y en ciertas comunas del centro de la Ciudad (3, 5 y 6).

## 7 VIGILANCIA DE CHAGAS CONGÉNITO Y EN EMBARAZADAS

### 7.1 Introducción

Para consultar el primer informe realizado sobre el **periodo 2010-2016** en la CABA, al igual que la introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación, definiciones de caso y seguimiento clínico, referirse al BES N°41 descargándolo del siguiente link:

[http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_41\\_se20\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_41_se20_vf.pdf).

### 7.2 Situación Mundial

En el año 2016 la Organización Mundial de la Salud elaboró el Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022<sup>19</sup>; en él se abordan principalmente la vigilancia, la atención, el control y la eliminación de varias enfermedades entre las cuales se destaca Chagas. Se calcula que en el mundo hay entre 6 y 7 millones de personas infectadas por *Trypanosoma cruzi*, el parásito causante de la enfermedad de Chagas. La enfermedad de Chagas se encuentra sobre todo en zonas endémicas de 21 países de América Latina.<sup>20</sup>

Argentina y Brasil tienen el mayor número de afectados del mundo (1,5 y 1.2 millones de personas respectivamente), y Bolivia es el país con más prevalencia (6,1%, llegando al 60% en algunas zonas del país). Estados Unidos (con un número estimado de 300.000 afectados) y España (con entre 48.000 y 80.000) son los países no endémicos con más número de afectados.<sup>21</sup> La OMS afirma que el diagnóstico de la infección en las embarazadas, sus recién nacidos y los humanos es esencial.

### 7.3 Situación Nacional

De acuerdo a los datos oficiales de la última edición del Boletín Integrado de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología de Nación, hasta la SE 48 de 2016 se notificaron 2276 casos de Chagas agudo congénito en la Argentina. Para el mismo período de 2017 el total es de 2065.

### 7.4 Análisis de Chagas congénito y en embarazadas 2016-2017

#### 7.4.1 Chagas congénito

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

**Tabla 4.** Número y porcentaje de notificaciones de Chagas Congénito según provincia de residencia. Periodo 2016-2017 hasta SE 52.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	257	57,9%	311	55,1%
CABA	183	41,2%	225	39,9%
OTRAS PROVINCIAS	2	0,5%	4	0,7%
DESCONOCIDA	2	0,5%	24	4,3%
Total	444	100%	564	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

<sup>19</sup> Plan de acción para la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022; Organización Mundial de la Salud, 2016.

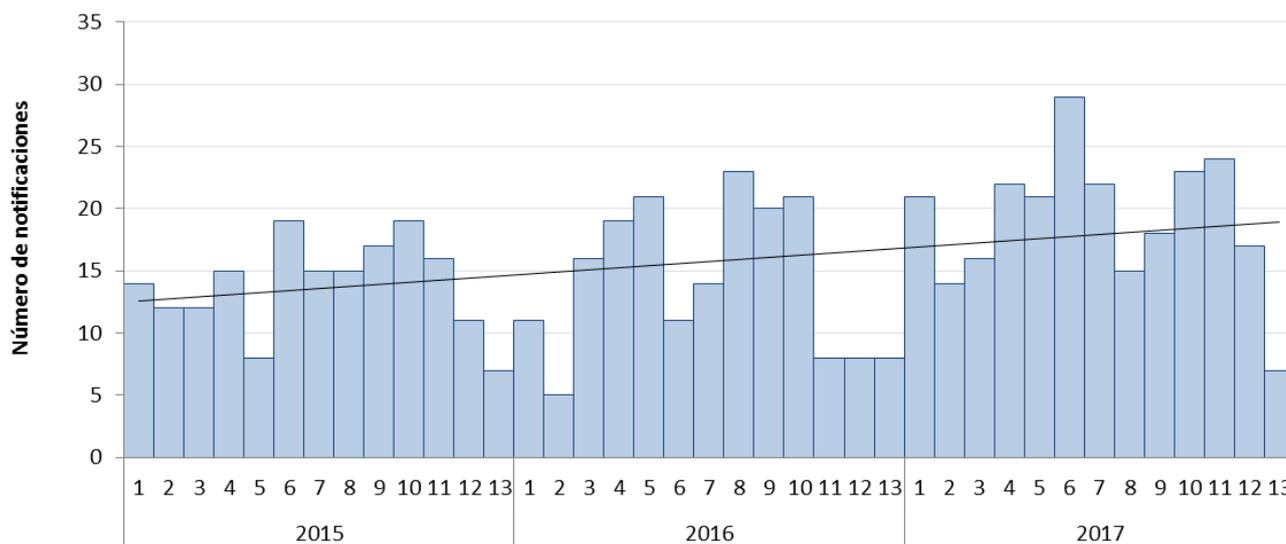
<sup>20</sup> <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/>

<sup>21</sup> <http://www.findechagas.com/2017/04/findechagas-dia-mundial-del-chagas-14.html?spref=tw>

A partir de aquí se considerarán para el análisis todos los casos notificados con residencia en la Ciudad de Buenos Aires y desconocida.

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones desde 2015 a SE 52 de 2017 por cuatrisesmana epidemiológica en residentes de la CABA.

**Gráfico 1.** Número de notificaciones de Chagas Congénito según cuatrisesmana. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 1-52; n=180), 2016 (SE 1-52; n=185), 2017 (SE 1-52; n=249).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Como se expresó al inicio de este análisis, se continúan mejorando los sistemas de notificación y la cobertura de este evento, así como de Chagas en el embarazo.

En la tabla se presenta el número y el porcentaje de notificaciones de Chagas congénito en el periodo 2016-2017.

**Tabla 5.** Número y porcentaje de notificaciones de Chagas Congénito según criterio epidemiológico. Residentes de la CABA. Hasta SE 52, 2016-2017.

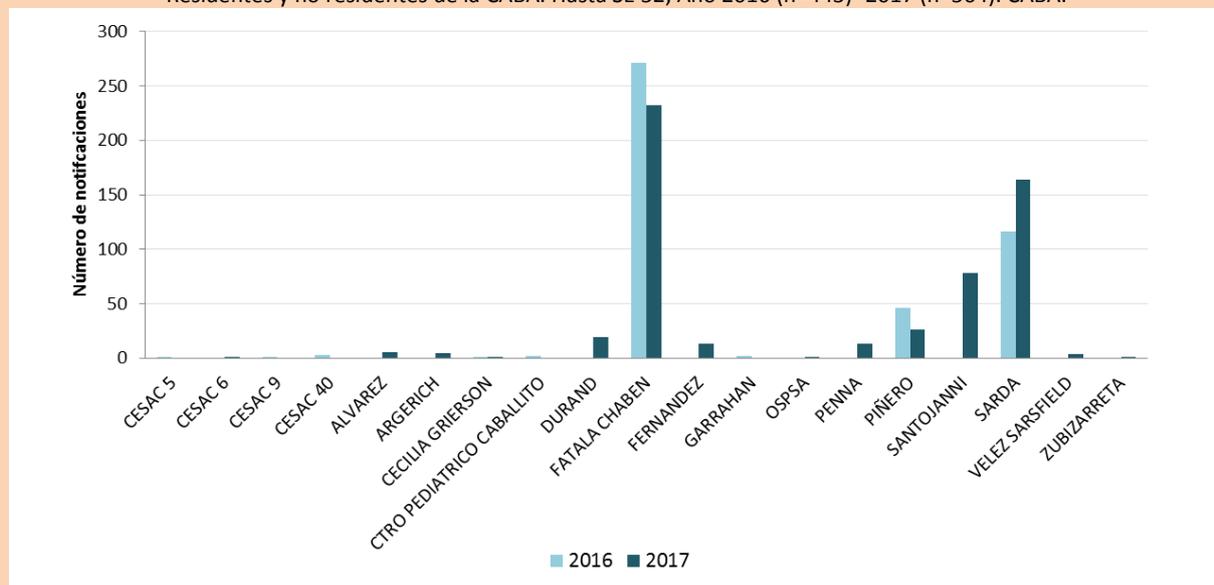
Criterio diagnóstico	2016		2017	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
Confirmado	4	2,2%	6	2,4%
Probable	2	1,1%	4	1,6%
Sospechoso	126	68,1%	218	87,6%
Descartado	53	28,6%	21	8,4%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>	<b>249</b>	<b>100%</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

De los casos notificados hasta la SE 52 en 2016, cerca del 69,2% no consignan diagnóstico definitivo y cierre del caso, constando aún como notificaciones sospechosas y probables. Teniendo en cuenta los meses de seguimiento, todos los casos ya deberían contar con el diagnóstico definitivo, el tratamiento si correspondiese y el cierre del caso en el SNVS.

A continuación se exponen las notificaciones acumuladas por efector notificador en **residentes y no residentes** de la CABA hasta la SE 52 de los años 2016 y 2017.

**Gráfico 2.** Número de notificaciones de Chagas Congénito según establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta SE 52, Año 2016 (n=443) -2017 (n=564). CABA.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 24 casi la totalidad de los casos 2017 eran notificados del Instituto Nacional de Chagas Fatala-Chaben. Esto se vio modificado debido que el Hosp. Piñero, el Htal. Santojanni y otros establecimientos comenzaron a actualizar la notificación de los casos.

En el siguiente gráfico se presenta el número de notificaciones según comuna de residencia de las niños/as notificados con Chagas Congénito durante el año 2016-2017.

**Tabla 6.** Número de notificaciones y tasas x 1000 nacidos vivos de Chagas Congénito según Comuna de residencia. Hasta SE 52, 2016-2017. CABA.

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	16	5,2	14	4,5	-2
2	0	0,0	4	2,4	4
3	4	1,6	6	2,4	2
4	30	8,4	17	4,7	-13
5	1	0,5	2	0,9	1
6	1	0,5	3	1,4	2
7	49	14,6	51	15,2	2
8	51	14,3	65	18,2	14
9	10	4,6	26	12,0	16
10	5	2,6	9	4,6	4
11	2	0,9	4	1,9	2
12	2	0,8	1	0,4	-1
13	3	1,1	1	0,4	-2
14	4	1,4	1	0,3	-3
15	4	1,8	8	3,6	4
Residentes Sd*	1		13		12
Desconocidos**	2		24		22
<b>Total CABA</b>	<b>185</b>	<b>4,8</b>	<b>249</b>	<b>6,5</b>	<b>64</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

Las comunas del Sur de la Ciudad acumulan el 77% (140) de los casos totales de la CABA en 2016 y el 71% (159) para 2017.

#### 7.4.2 Chagas en embarazadas

En la siguiente tabla se analizan los casos de notificación agrupada en el módulo SNVS-SIVILA en mujeres embarazadas.

**Tabla 7.** Número y porcentaje de notificaciones agrupadas de Chagas en Embarazada. Hasta SE 52, Año 2016-2017. CABA.

Año (SE 1-52)	Positivas	Total	% Positividad
2016	49	1584	3,1
2017	273	10.829	2,5

Fuente: SNVS, SIVILA

Las notificaciones hasta la SE 52 de 2017 aumentaron un 584% con respecto al año anterior, presentando un porcentaje de positividad de las muestras menor. **Este aumento en las notificaciones agrupadas puede atribuirse a las capacitaciones y al trabajo en conjunto que se viene realizando con los laboratorios de la Ciudad. Esta información permite dar cuenta, cada vez más, de la realidad respecto de esta patología y, sobre todo, lograr una mayor responsabilización por parte de los equipos de salud en el abordaje del evento.**

Las mujeres embarazadas positivas deben notificarse de manera individual con los datos completos para poder realizar el correcto seguimiento de los casos. Esto se ve reflejado en el total del siguiente cuadro donde se presenta el número de notificaciones nominales según residencia.

**Tabla 8.** Número y porcentaje de notificaciones de Chagas en Embarazada según provincia residencia. Hasta SE 52, Año 2016-2017. CABA.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	75	50,7%	135	49,3%
CABA	73	49,3%	118	43,1%
DESCONOCIDA	0	0%	21	8%
Total	148	100%	274	100%

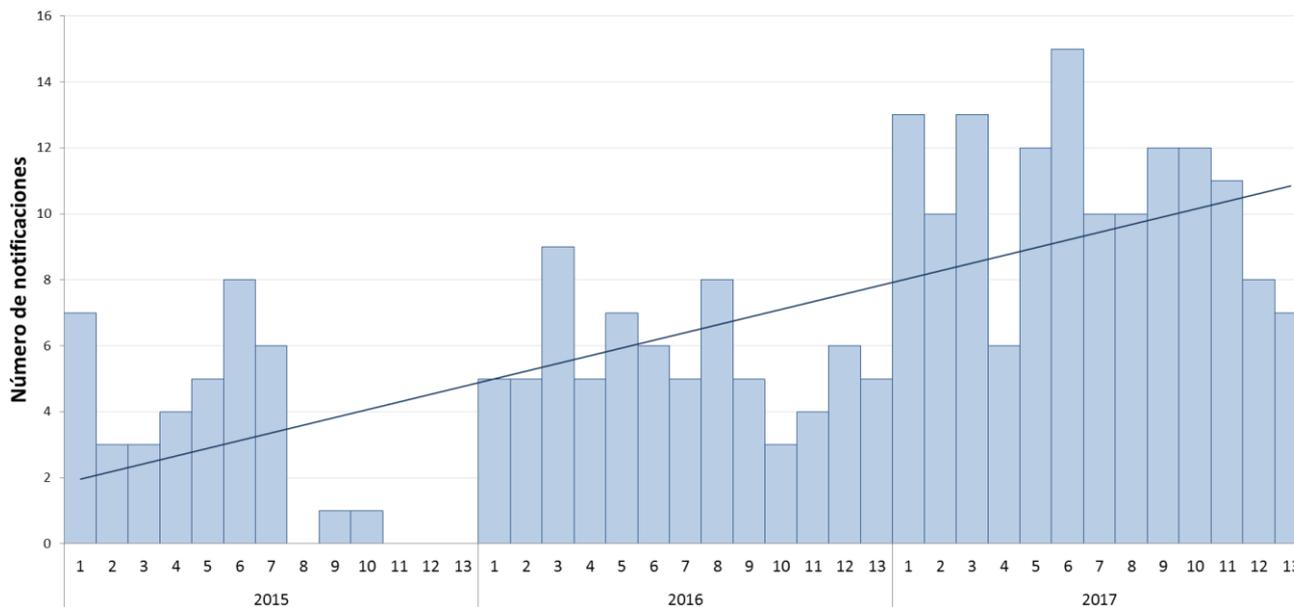
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Si bien se observa un ascenso en los casos notificados, se muestra una reducción porcentual en los residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

A partir de la siguiente tabla se considera para el análisis todos los residentes con domicilio desconocido y provincia de residencia la Ciudad de Buenos Aires.

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones desde 2015 a SE 52 de 2017 por cuatrisesmana epidemiológica en residentes de la CABA.

**Gráfico 3.** Número de notificaciones de Chagas en embarazada por cuatrisesmana epidemiológico. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 1-52; n=38) 2016 (SE 1-52; n=73)-2017 (SE 1-52; n=139).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

A partir de la mejora en la notificación de los casos se observa una diferencia con respecto a los primeros informes, indicando una tendencia en aumento con respecto a los años anteriores.

A continuación se presenta el número y porcentaje de casos de Chagas en embarazadas según grupos de edad.

**Tabla 9.** Número y porcentaje de casos de Chagas en embarazadas según grupo de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 52, 2016-2017.

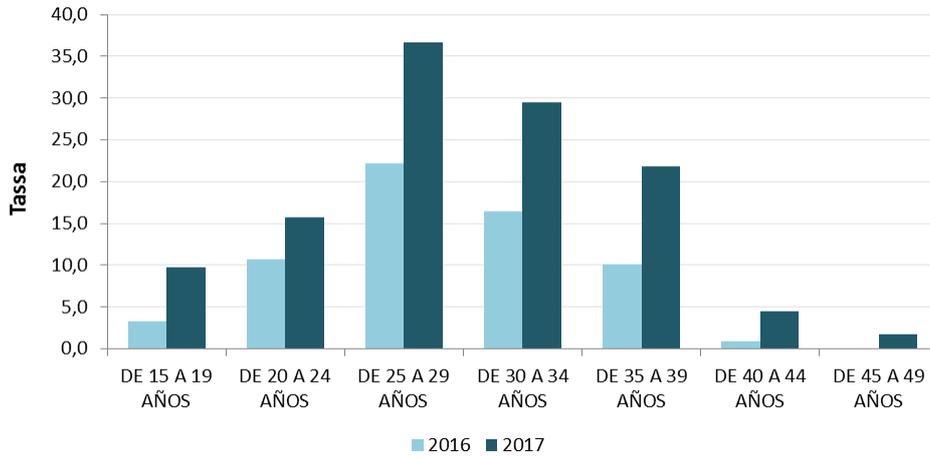
Grupo de edad	2016		2017	
	Casos	%	Casos	%
DE 15 A 19 AÑOS	3	4%	9	7%
DE 20 A 24 AÑOS	11	15%	16	12%
DE 25 A 29 AÑOS	26	36%	42	31%
DE 30 A 34 AÑOS	20	27%	36	26%
DE 35 A 39 AÑOS	12	16%	26	19%
DE 40 A 44 AÑOS	1	1%	5	4%
DE 45 A 49 AÑOS	0	0%	2	1%
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>136</b>	<b>100%</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el período de estudio, hasta la SE 52 se observa un aumento en la notificación de Chagas en embarazadas con respecto al mismo periodo del año 2016. En ambos años se observa similar orden de distribución porcentual por grupo de edad, pero con variaciones entre los dos años.

En el gráfico siguiente se exponen las tasas de casos notificados según grupos de edad y año hasta la SE 52.

**Gráfico 4.** Tasa de casos notificados cada 100.000 mujeres de Chagas en Embarazadas según grupo de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 52, 2016 (n=73)-2017 (n=136).

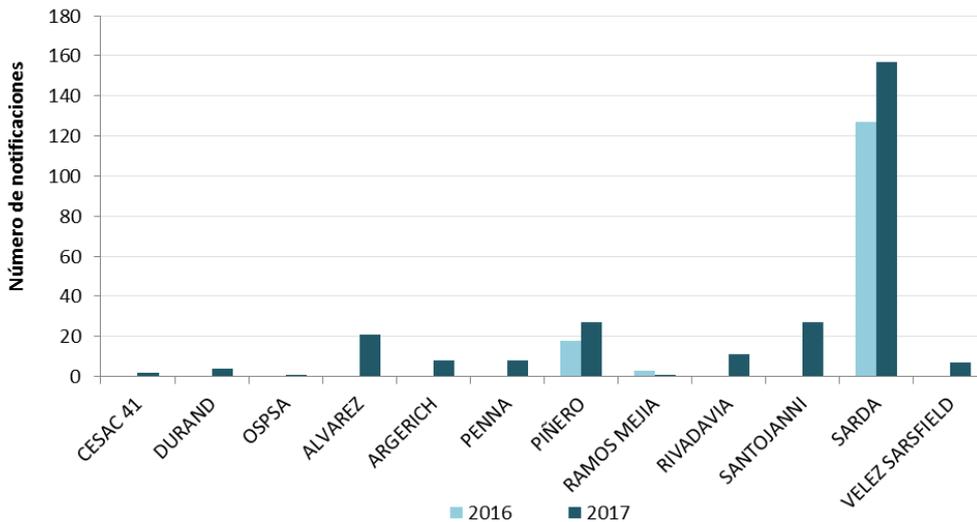


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Comparando los grupos de edad, se observa que la tasa más alta (36,7/100 mil mujeres en edad fértil) se presenta en el grupo de mujeres de 25 a 29 años donde se notificaron 42 casos en embarazadas en el año 2017, presentando más del doble de la tasa general. La tasa para este grupo de edad en 2016 fue de 22,1/100 mil, similar al del grupo de edad de 30 a 34 años (16,4/100 mil).

En el gráfico siguiente se presenta el número de casos de acuerdo al establecimiento notificador hasta la semana epidemiológica 52 en 2016 y 2017 de mujeres embarazadas, tanto para **residentes como no residentes**, con diagnóstico de Chagas.

**Gráfico 5.** Número de casos de Chagas en Embarazadas según establecimiento notificador. Residentes y NO residentes de la CABA. Hasta SE 52, 2016 (n=148)-2017 (n=274).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Se observa que, dentro de la poca notificación de este evento, hay numerosos efectores que comenzaron a participar de la denuncia de casos.

**Tabla 10.** Número de notificaciones y tasas 100.000 mujeres en edad fértil de Chagas en Embarazadas según Comuna de residencia. Hasta SE 52, 2016-2017. CABA.

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	1	1,8	2	3,5	1
2	0	0,0	3	8,5	3
3	0	0,0	0	0,0	0
4	9	17,3	8	15,4	-1
5	1	2,4	2	4,9	1
6	0	0,0	0	0,0	0
7	30	59,0	29	57,3	-1
8	26	51,3	39	77,3	13
9	3	8,8	17	50,2	14
10	0	0,0	1	2,9	1
11	0	0,0	4	10,6	4
12	0	0,0	0	0,0	0
13	0	0,0	0	0,0	0
14	0	0,0	2	3,8	2
15	0	0,0	0	0,0	0
Residentes Sd*	3		11		8
Desconocidos**	0		21		21
<b>Total CABA</b>	<b>73</b>	<b>11,0</b>	<b>139</b>	<b>21,0</b>	<b>66</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

A partir de la tabla se puede observar la concentración de las notificaciones en tres comunas de la Ciudad. Las comunas del Sur de la Ciudad acumulan el 93% (68) de los casos totales de la CABA en 2016 y el 79% (93) para 2017.

## 8 VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### 8.1 Introducción

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

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

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

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

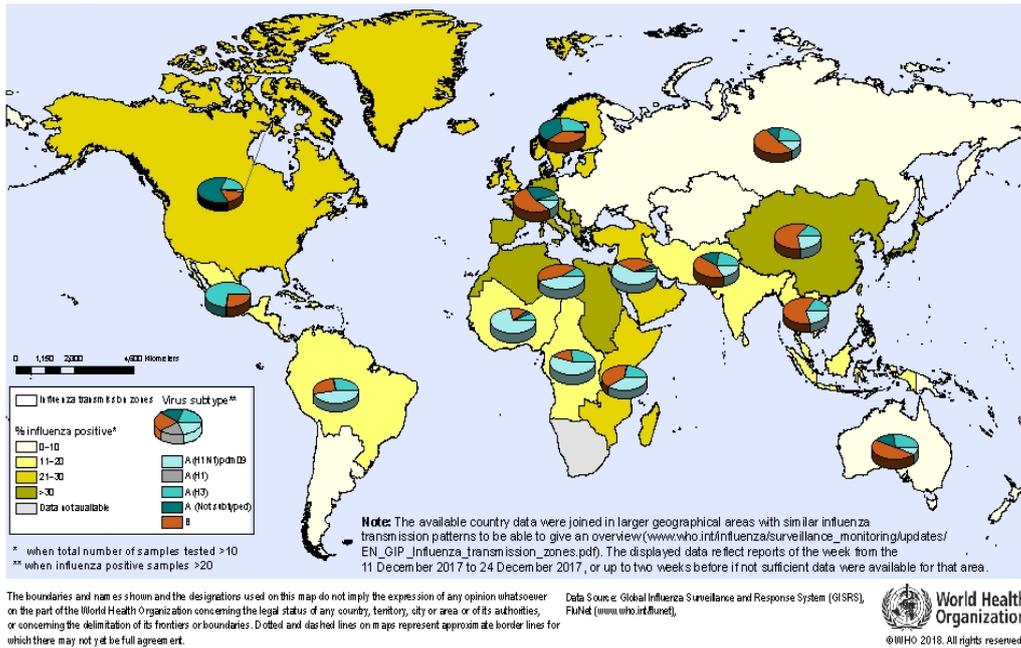
### 8.2 Situación mundial y regional de la transmisión de influenza

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza<sup>22</sup>.

<sup>22</sup>Para obtener más información consultar

[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/)

**Mapa 1.** Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión  
Actualización al 7 de enero de 2018



En América del Norte la actividad de influenza ha comenzado a aumentar en Canadá, México y los Estados Unidos. El virus Influenza A(H3N2) e influenza B co-circulan en la sub-región. En los Estados Unidos y México, el aumento de la actividad del ETI aumentó por encima del umbral establecido.

En el Caribe la actividad de influenza disminuyó ligeramente y se reportó una actividad moderada del VSR en la mayoría de la subregión. La actividad IRAG también siguió disminuyendo.

En América Central, los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de la influenza y el VSR disminuyó en toda la subregión. En Panamá, la actividad persistente del VSR fue reportada con neumonía y las hospitalizaciones asociadas con IRAG disminuyeron desde las últimas semanas.

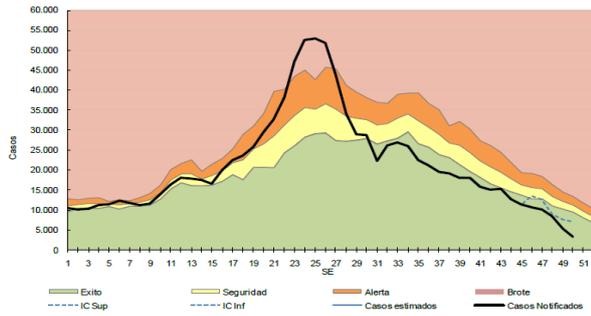
En la Sub-región Andina la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja y estable.

En Brasil y Cono Sur los niveles de influenza y VSR reflejaron una tendencia al descenso a niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúan en descenso.

### 8.3 Situación Argentina: Resumen corredores endémicos

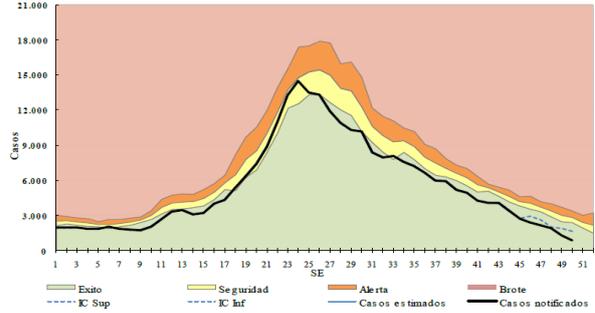
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE50. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



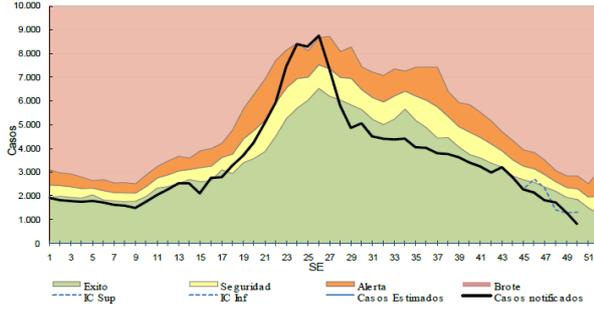
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE50. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



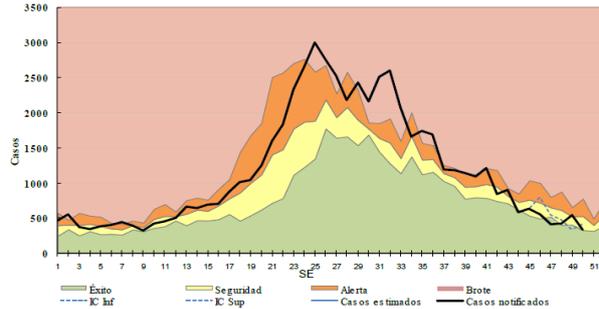
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE47. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2017 hasta SE50. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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

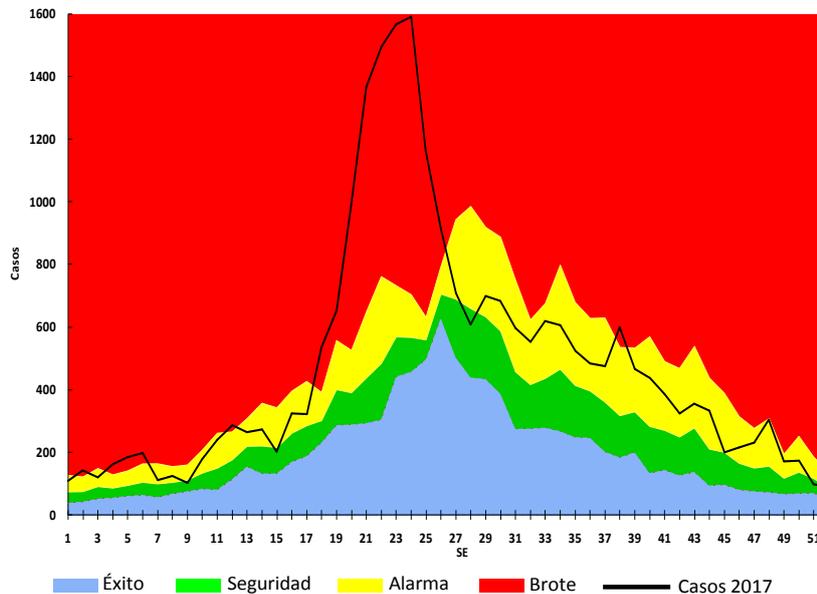
## 8.4 Situación de las IRA en la CABA

### 8.4.1 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 Índices Epidemiológicos (acumulado hasta la SE 52), entre los años 2016 y 2017.

A continuación, se muestra el corredor endémico semanal de ETI para el corriente año.

Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 52

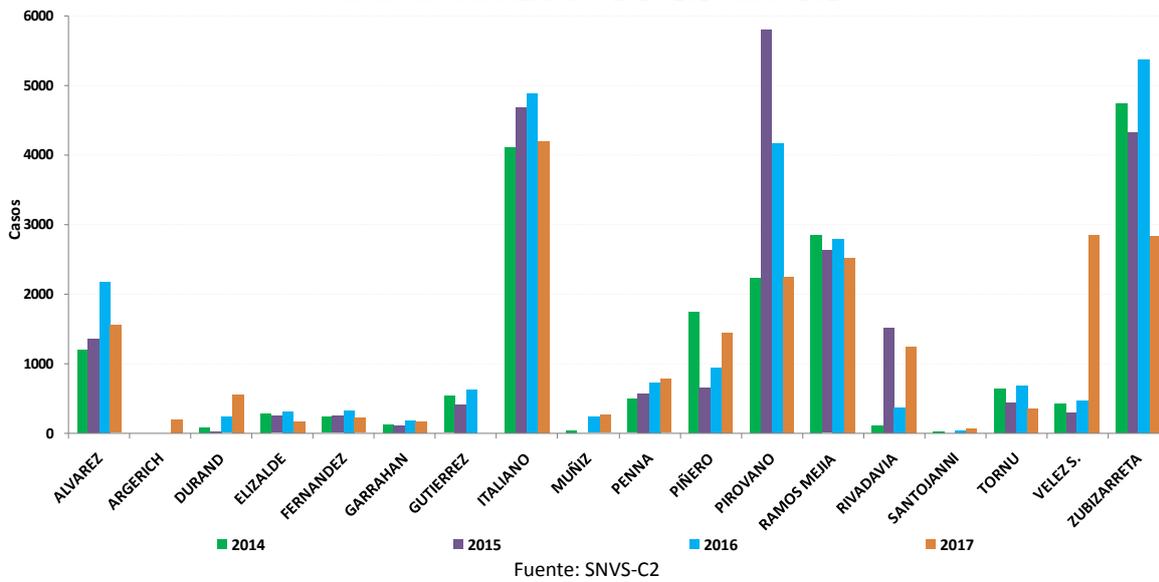


Fuente: SNVS-C2

Desde la semana 15 la curva de casos 2017 inició una sostenida tendencia en ascenso, ingresando en zona de brote desde la semana 18 y alcanzando el máximo de circulación entre semanas 21 a 27, coincidiendo con la mayor circulación de virus influenza y VSR. En las últimas semanas observadas se evidencia una tendencia declinante en la notificación, en niveles endémicos, e ingresando en zona de seguridad.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 52, en el conjunto de efectores hospitalarios.

**Gráfico 2.** Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes de la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 52.

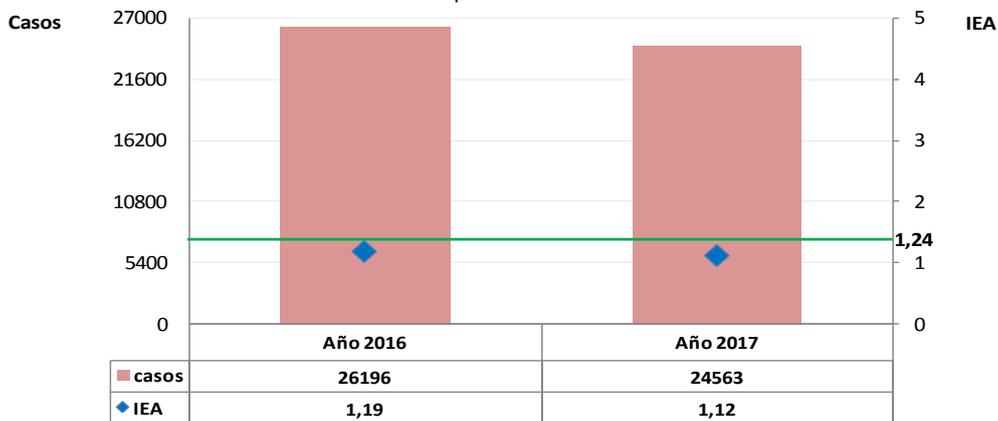


En los años observados se verificó la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Debe señalarse la escasa notificación ocurrida en el año 2017, por parte de los hospitales Argerich, Garrahan, Santojanni, y la nula notificación de ETI por parte del hospital Gutiérrez.

Se verifica mayor participación en esta notificación por parte de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia, Penna y Durand.

En el gráfico siguiente se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 52.

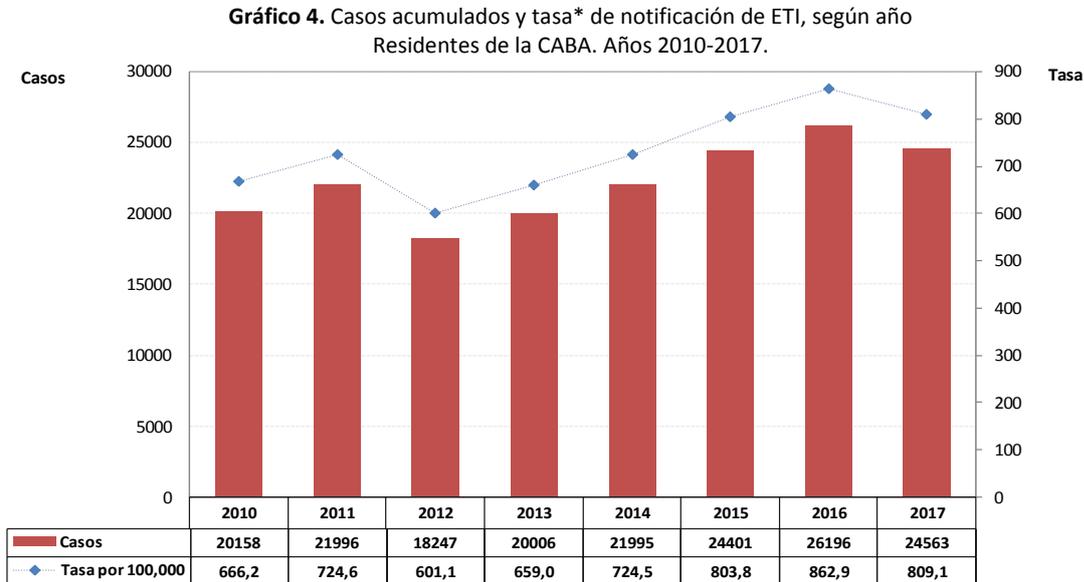
**Gráfico 3.** Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de ETI Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 52. Años 2016-2017.



Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,19), que no superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017 fue menor y se encuentra por debajo del límite establecido por el IEA.

Aun considerando la fase epidémica que presentó la curva de casos de ETI entre semanas 21 a 27 del año 2017, el Índice Epidémico Acumulado (IEA), evidencia que la incidencia hasta la semana 52, no superó los valores acumulados esperados para dicho año.

En el gráfico 4 se muestran los casos acumulados y tasas de notificación de ETI entre los años 2010 a 2017 completos.



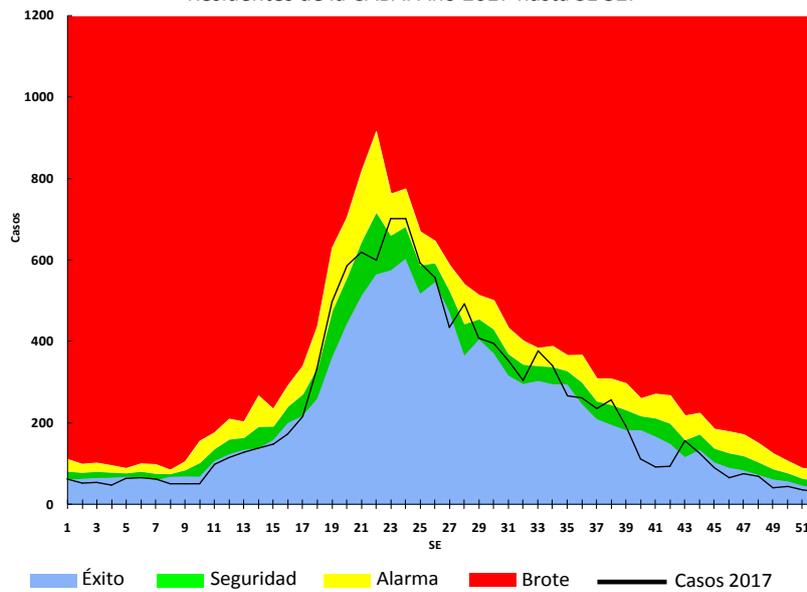
\*Tasa por 100.000 habitantes. Fuente: SNVS-C2.

La comparación anual, durante 10 años, evidencia la tendencia al crecimiento en la notificación de casos de ETI hasta el año 2016; dicha tendencia se estabilizó en el último año.

#### 8.4.2 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 52, entre los años 2016 y 2017.

**Gráfico 5.** Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 52.

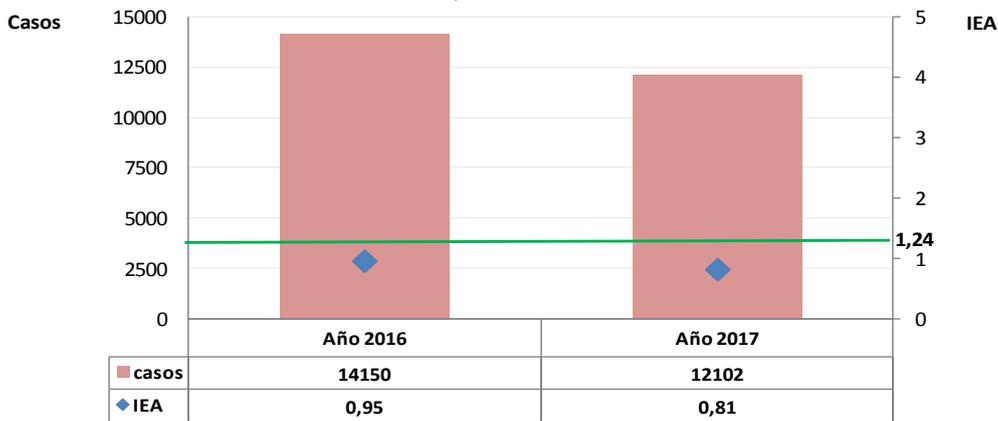


Fuente: SNVS-C2

En el gráfico 6 se muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de seguridad y éxito, dentro de los valores esperados hasta la semana 52. Se verificó un ascenso entre las semanas 10 a 18 y una sostenida declinación en zona de éxito, hasta finalizar el año epidemiológico.

En el siguiente gráfico se observa la comparación de los casos acumulados y el Índice Epidémico hasta la SE 52.

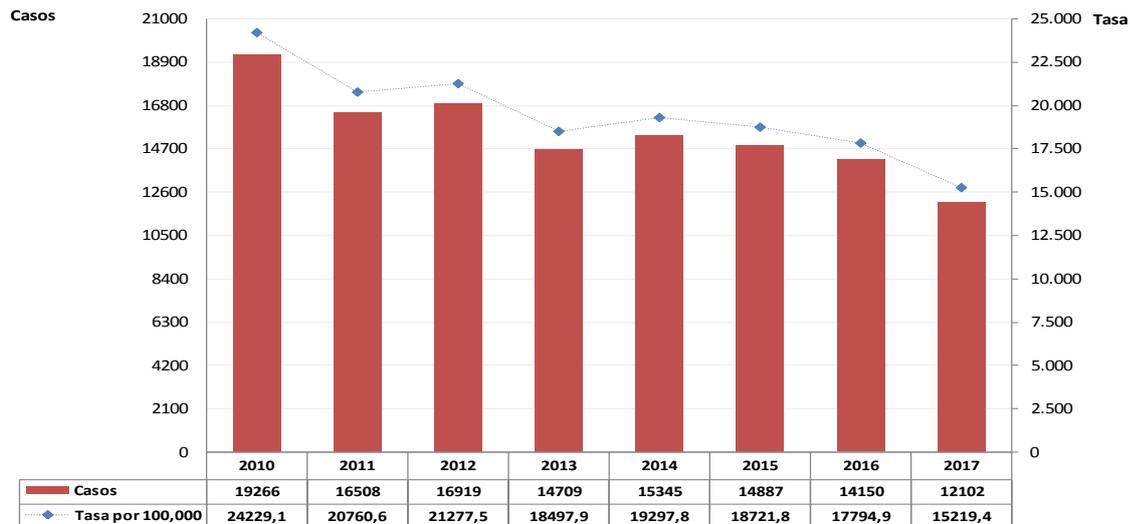
**Gráfico 6.** Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 52. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2

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 año 2017 es de menor magnitud, indicando también, valores del indicador IEA dentro de lo esperado.

En el gráfico 7 se muestran los casos acumulados y tasas de notificación de bronquiolitis en menores de 2 años, entre los años 2010 a 2017 completos.

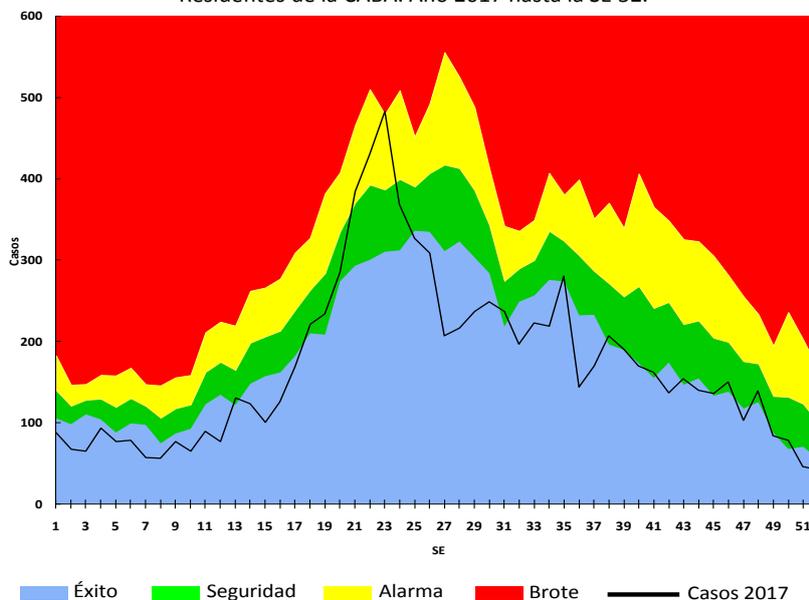
**Gráfico 7.** Casos acumulados y tasa\* de notificación de Bronquiolitis en menores de 2 años, según año Residentes de la CABA. Años 2010-2017.

\*Tasa por 100.000 habitantes. Fuente: SNVS-C2.

La comparación anual, durante 10 años, evidencia la tendencia declinante en la notificación de casos de bronquiolitis en menores de 2 años, presentando la tasa más baja del periodo en el año 2017.

### 8.4.3 Neumonía

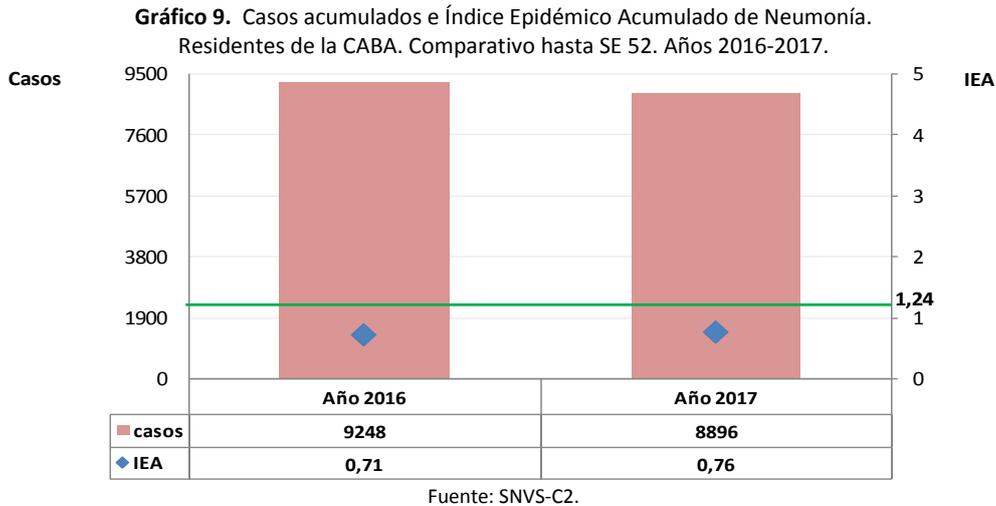
A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 52, entre los años 2016 y 2017.

**Gráfico 8.** Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta la SE 52.

Fuente: SNVS-C2

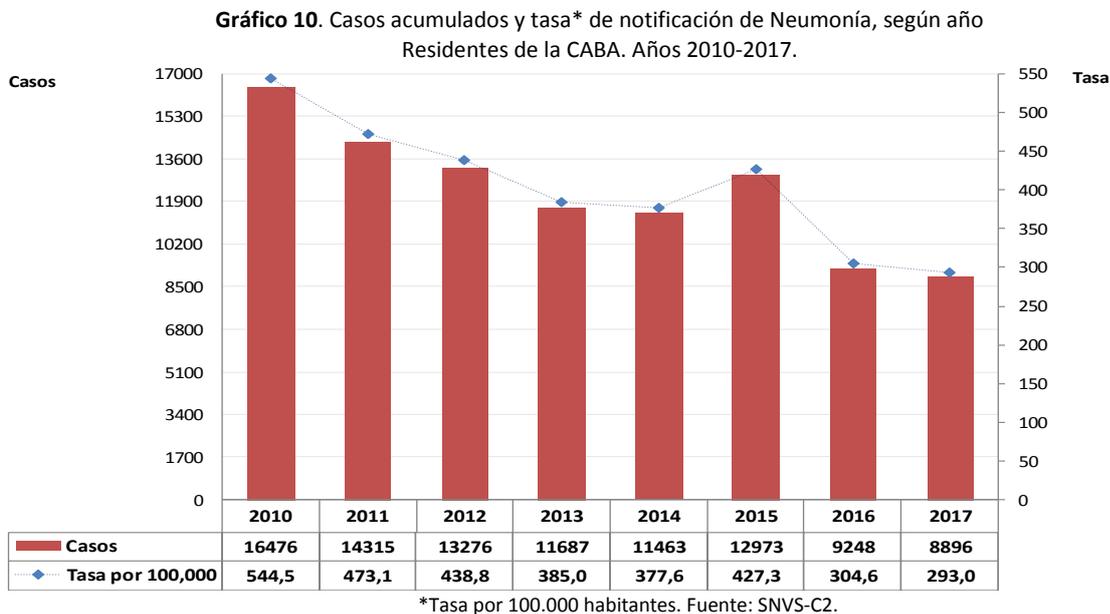
La curva de casos 2017, estuvo transitando por zonas de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con un máximo en semana 23, que ingreso a zona de alarma, compatible con la fase estacional esperable. Se aprecia una tendencia declinante, en zona de éxito, con variaciones que coinciden con el patrón histórico.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de los casos notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 52.



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 fue de menor magnitud y también indicó valores de IEA dentro de lo esperado.

En el gráfico 10 se muestran los casos acumulados y tasas de notificación de Neumonía, entre los años 2010 a 2017 completos.

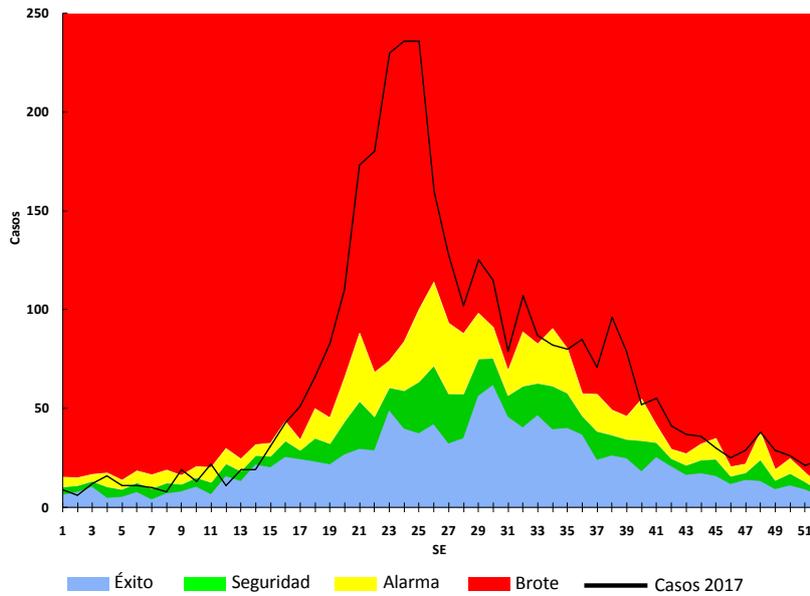


La comparación anual, durante 10 años, evidencia la tendencia declinante en la notificación de casos de neumonía, presentando la tasa más baja del periodo en el año 2017.

#### 8.4.4 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 52.

**Gráfico 11.** Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 52.

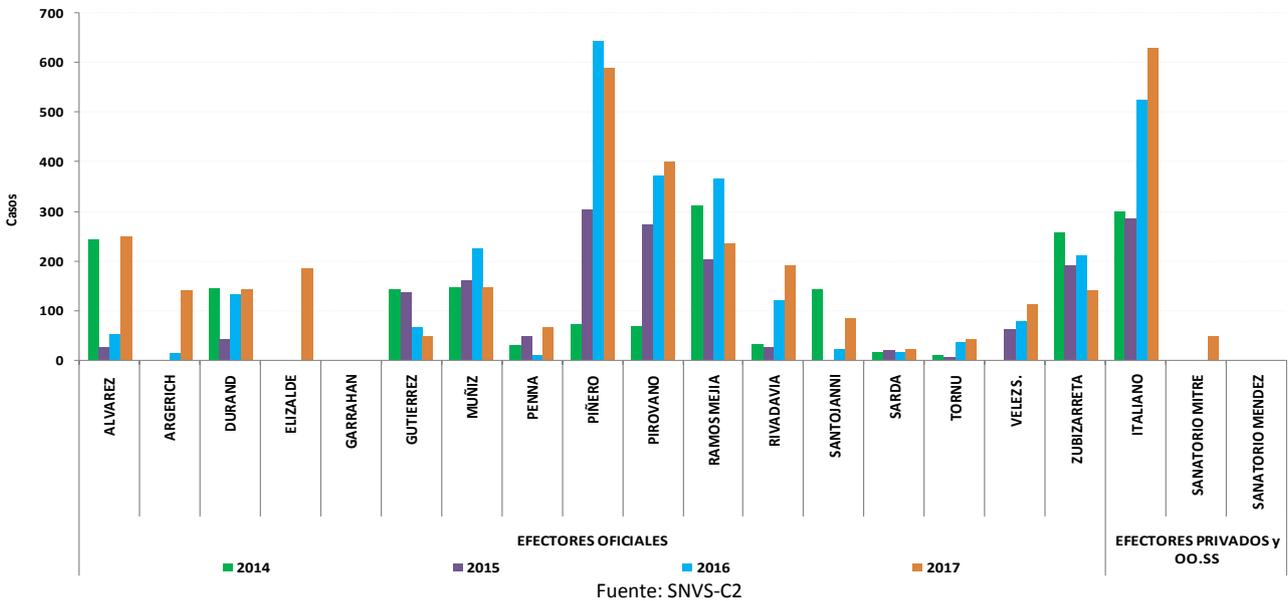


Fuente: SNVS-C2

La notificación de IRAG registró un incremento sostenido desde la semana 12, que superó el valor máximo esperado, permaneciendo prácticamente en zona de brote hasta el final del año, con una tendencia declinante, y variaciones que coinciden con el patrón histórico.

El siguiente gráfico muestra la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 52, en el conjunto de efectores hospitalarios.

**Gráfico 12.** Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 52.



Fuente: SNVS-C2

El incremento de la incidencia de IRAG está determinado por la notificación de los efectores presentados en el gráfico anterior, donde el principal establecimiento lo constituye el Hospital Italiano con el 18% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero, Pirovano, Álvarez y Ramos Mejía; estos 5 establecimientos concentraron el 61% de las notificaciones de IRAG.

La tabla a continuación muestra que en la distribución por edad de los casos de IRAG notificados, predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos concentran el 64,5% de las mismas.

**Tabla 1.** Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. Hasta la SE 52. Año 2017.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	1168	33,7	33,7
De 2 a 4 años	268	7,7	41,4
De 5 a 14 años	263	7,6	49,0
De 15 a 24 años	78	2,3	51,3
De 25 a 34 años	97	2,8	54,1
De 35 a 44 años	103	3,0	57,1
De 45 a 64 años	335	9,7	66,7
Mayores de 64 años	1067	30,8	97,5
Sin especificar edad	85	2,5	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>3464</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>

Fuente: SNVS-C2.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 52, en los años 2016 y 2017.

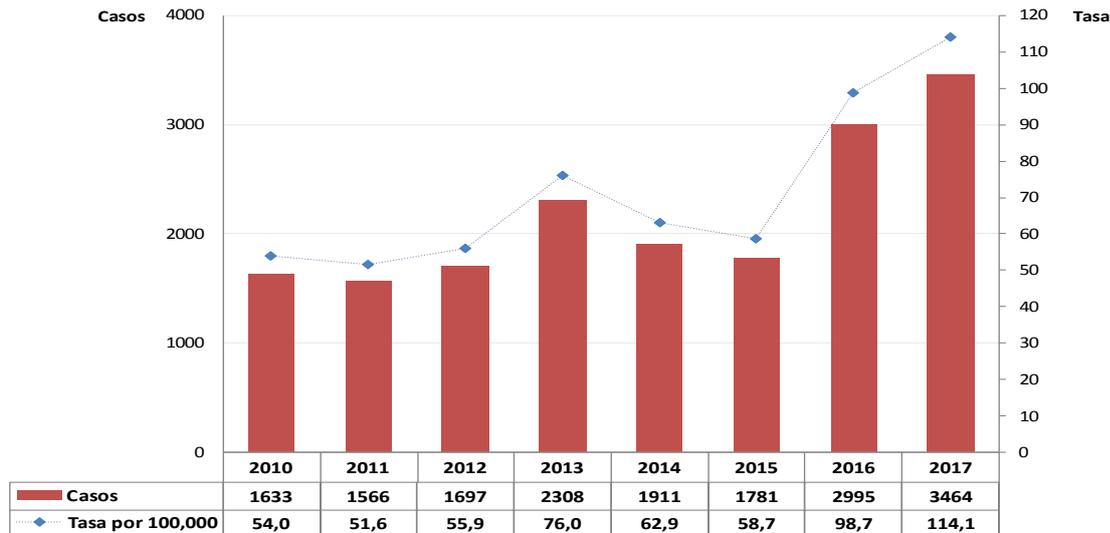
**Gráfico 13.** Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de IRAG. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 52. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2017, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,81), que superó el límite esperado. La incidencia acumulada, en el año 2016, también superó el límite esperado, con un IEA superior a 1,24 (IEA= 1,68).

En el gráfico 14 se muestran los casos acumulados y tasas de notificación de IRAG, entre los años 2010 a 2017 completos.

**Gráfico 14.** Casos acumulados y tasa\* de notificación de IRAG, según año Residentes de la CABA. Años 2010-2017.

\*Tasa por 100.000 habitantes. Fuente: SNVS-C2.

La comparación anual, durante 10 años, evidencia dos tipos de comportamiento; entre los años 2010 a 2015, cierta estabilidad en la notificación. A partir del año 2016 se evidencia un importante aumento en la denuncia de casos, siendo el año 2017, el año con la máxima notificación del periodo analizado.

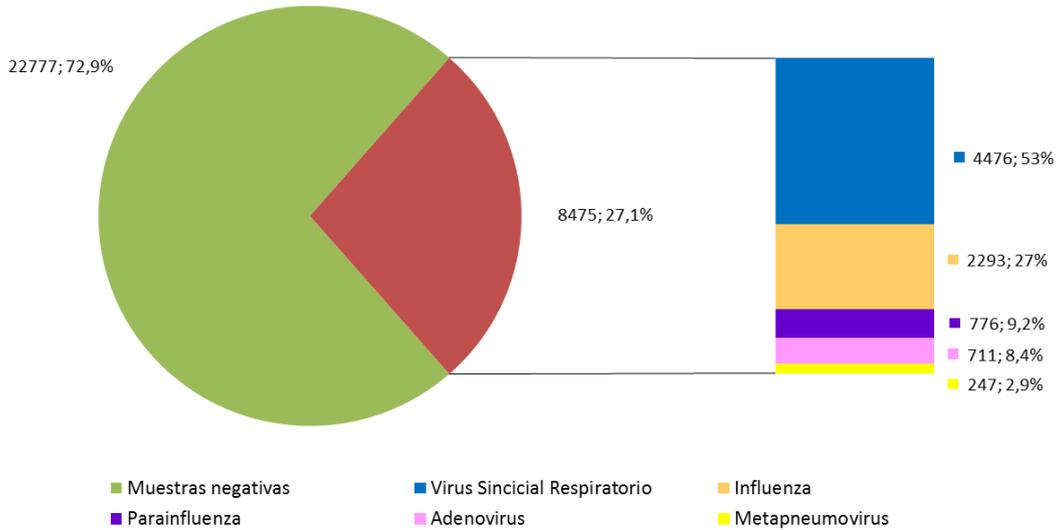
Cabe señalar que el aumento de la notificación de IRAG entre los años 2016-2017, podría atribuirse, en parte, a una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, debido al intenso trabajo de capacitación y difusión realizado por la Gerencia de Epidemiología, en especial, en el último año, con la constitución de las Unidades Centinela de IRAG en 4 establecimientos.

### 8.5 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 15.** Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 52. Año 2017. N=31.252.

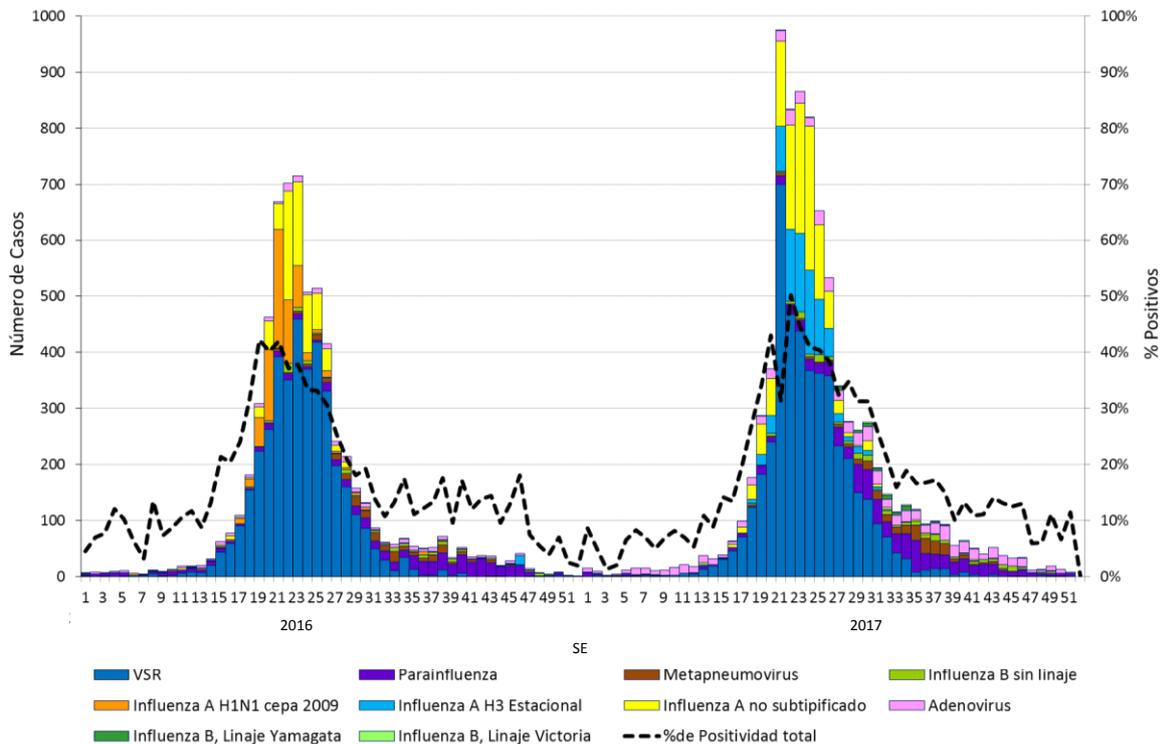


Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017 hasta la SE 52, el 27,1% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 53% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 26,7%. Hasta la SE 19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21 hasta la SE 52.

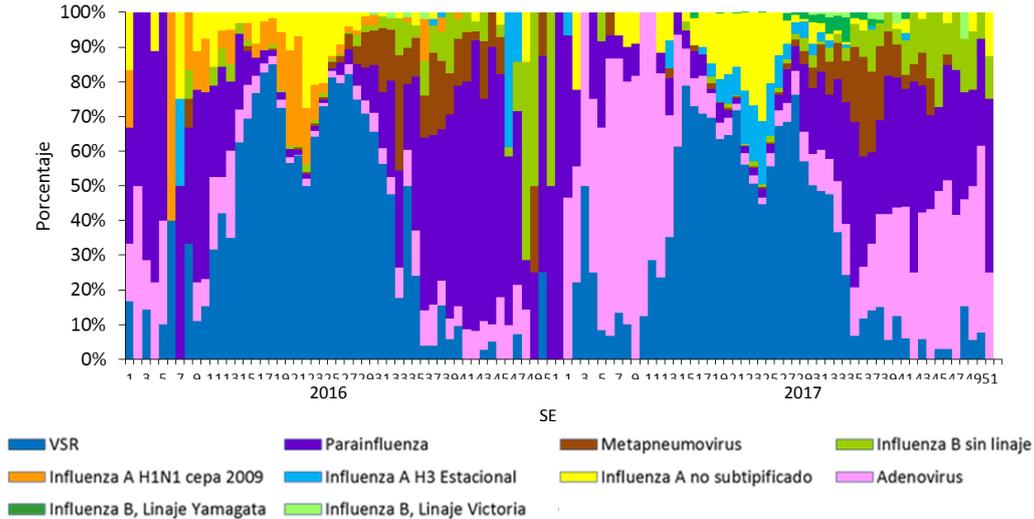
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

**Gráfico 16.** Distribución virus respiratorios por SE. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.475)



Fuente: SNVS-SIVILA

**Gráfico 17. Distribución porcentual de virus respiratorios**  
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.475)



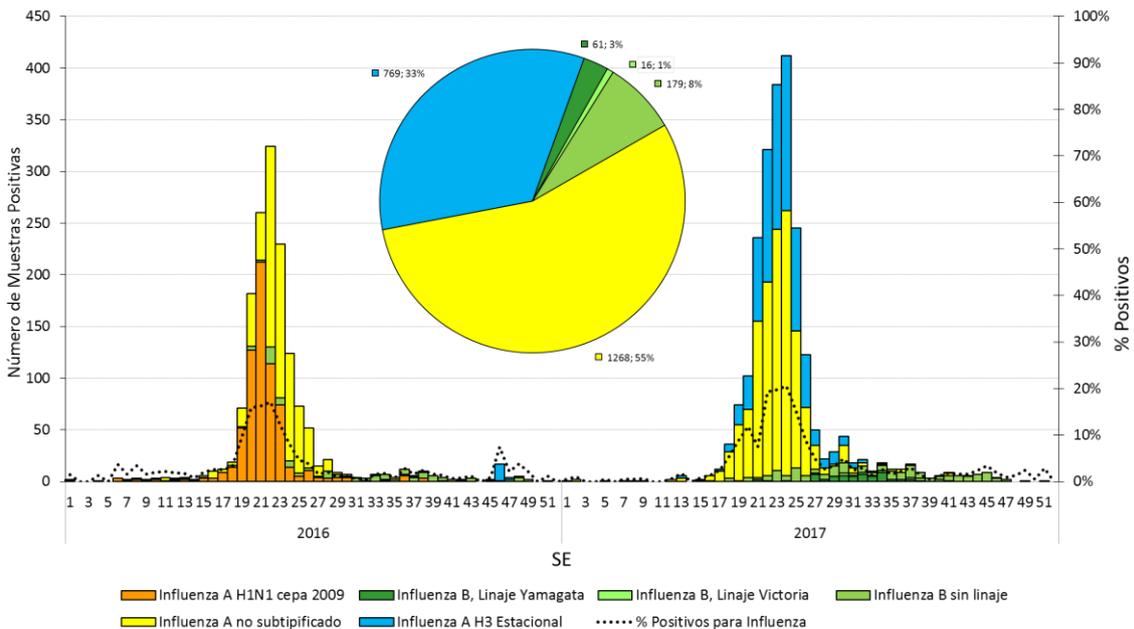
Fuente: SNVS-SIVILA

Se observa que con respecto al año 2016, se incrementó el total de muestras analizadas en un 25%.

El año 2016 y 2017 hasta la SE 52, presentaron similar patrón de distribución del VSR, manteniéndose estable a lo largo del periodo. En el año 2017, el adenovirus presentó un aumento en las primeras y últimas cuatro cuatrisesmanas del año.

Dentro de los virus Influenza A se observa en el año 2017 un predominio de Influenza A H3 estacional a diferencia del año 2016 en el que los virus subtipificados correspondieron exclusivamente al virus Influenza A H1 N1. En el siguiente gráfico se detalla la mencionada distribución.

**Gráfico 18. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas.**  
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52, N=1.545)-2017(SE 1-51; N=2.293).



Fuente: SNVS-SIVILA

Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año 2016 en el que este virus representó un porcentaje de 1,3% del total de muestras positivas para Influenza.

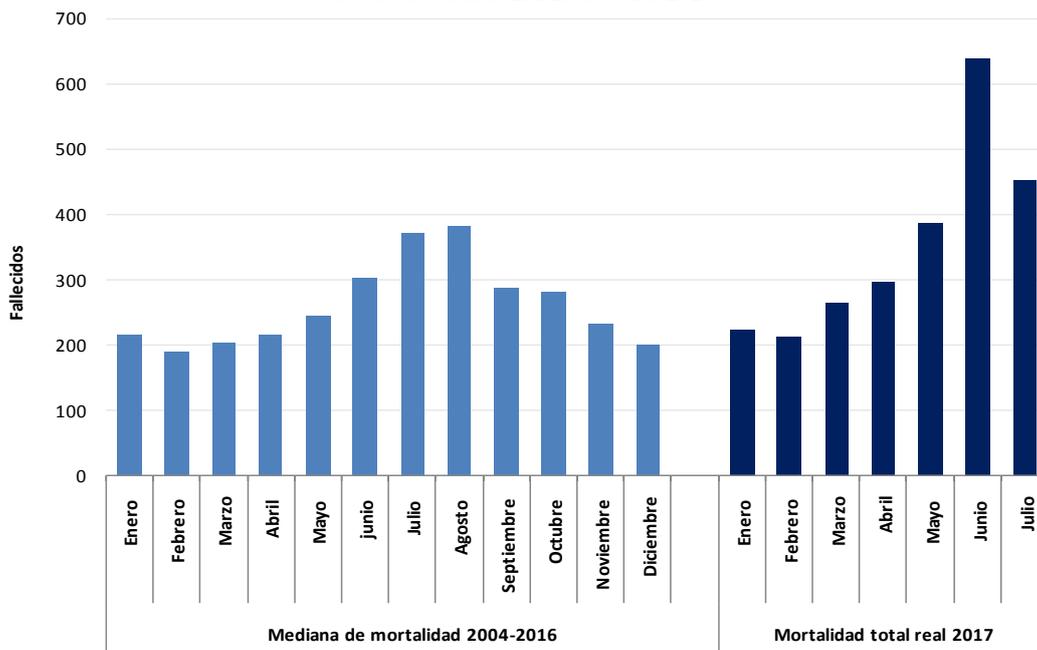
Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas. Mientras que el año anterior, la circulación sostenida de Influenza A/H1N1, comenzó a observarse a partir de la semana 6 hasta la SE 40. En dicho año, de un total de 1.538 casos con identificación de virus Influenza, el 46,5% correspondió a Influenza A sin subtipificar, mientras que para el año 2017 de un total de 2.293 muestras estuvo representado por el 62,2%.

## 8.6 Mortalidad por IRA

En el siguiente gráfico se presenta la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (CIE 10. J10-J22\*) en residentes de CABA, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Hasta la fecha se han recibido los datos correspondientes al periodo enero-julio del año 2017.

Se compara la mediana del mes de mayo del periodo 2004-2016 y la totalidad de óbitos por las causas mencionadas en julio de 2017. La comparación de la mortalidad de los meses anteriores se realizó en los BES N°43, N°47, N°50, N°56, N°58 y N°65.

**Gráfico 19.** Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22\*). Mediana según mes del periodo 2004-2016 y total de fallecidos Residentes de la CABA. Enero-Julio 2017.



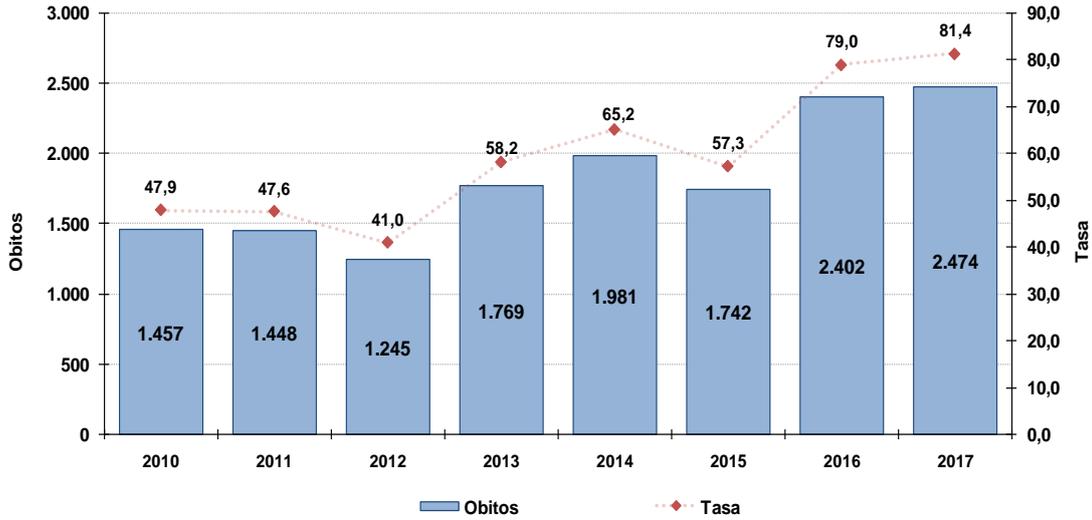
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

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

En julio de 2017 fallecieron 452 personas por infecciones respiratorias agudas. Comparando dicho valor con la mediana de fallecidos del mismo mes en el periodo 2004-2016 (373 óbitos), se observa que para el mes de julio del año 2017, ocurrieron 79 óbitos más de los esperados, siendo este incremento del 21%.

A continuación se compara la mortalidad acumulada en el primer semestre, por año, en el periodo 2010 - 2017.

**Gráfico 20.** Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22). Casos y tasas\* de Enero a Julio según año. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017.

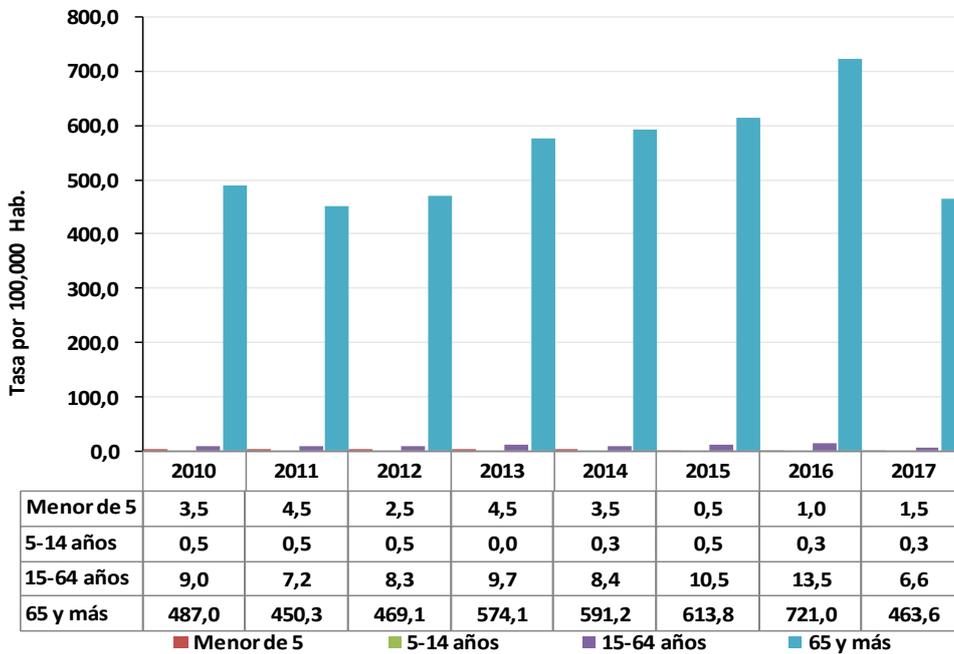


\*Tasa por 100.000 habitantes residentes de la CABA  
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

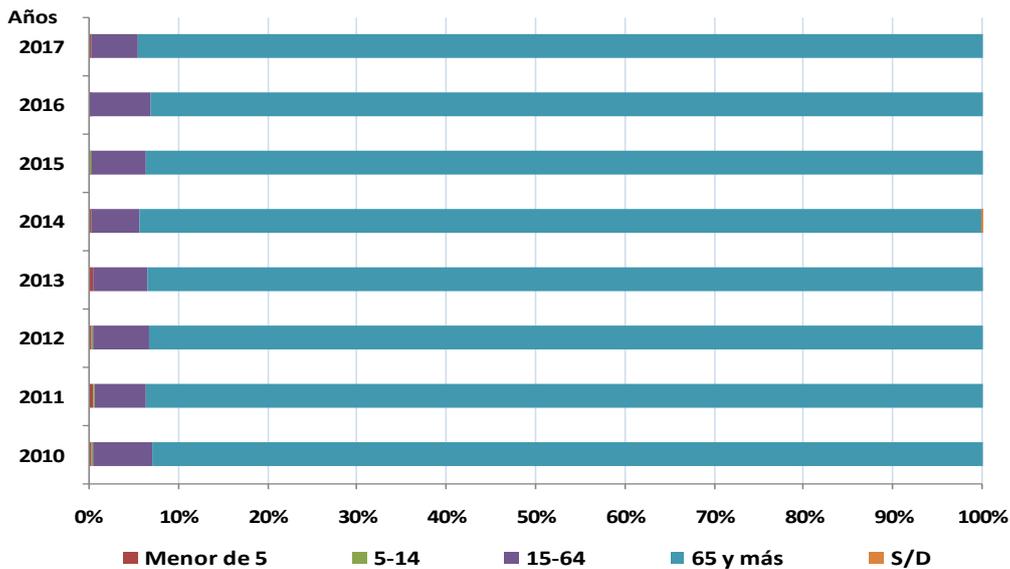
A lo largo del periodo observado se aprecia una tendencia al aumento de la mortalidad por IRA en el primer semestre, registrándose los indicadores más elevados en el bienio 2016-2017.

En los siguientes gráficos se muestra la mortalidad por IRA en el periodo mencionado, discriminado por grupos de edad, según tasas específicas y valores porcentuales; los años 2010 a 2016 exhiben valores anuales y para 2017 las cifras corresponden al primer semestre.

**Gráfico 21.** Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22\*). Tasas específicas según grupos de edad y año Residentes de la CABA. Periodo 2004-2017\*



\*Año 2017, valores correspondientes al primer semestre  
\*Tasa por 100.000 habitantes residentes de la CABA  
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

**Gráfico 22.** Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22\*). Distribución porcentual según grupos de edad y año Residentes de la CABA. Periodo 2004-2017\*

\*Año 2017, valores correspondientes al primer semestre

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

En el periodo observado, la mortalidad predominante corresponde al grupo de 65 y más años. En los años 2014 y 2017 se aprecia la mayor participación de este grupo, con el 94% de los fallecidos por estas causas.

## 9 VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS Y ENFERMEDADES INVASIVAS

### 9.1 Introducción

La meningoencefalitis son entidades potencialmente fatales que responden a una variedad de etiologías principalmente bacterianas y virales. Varias de sus causas pueden ser prevenibles con la vacunación, tanto de etiología viral o bacteriana. Las últimas vacunas que contribuyen al descenso de estas entidades fueron: las causadas por las bacterias *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

La vacuna con componente para el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se incluyó en el Calendario Nacional de Vacunación en 1998 determinando un descenso significativo de las meningoencefalitis de etiología bacterianas. En el año 2011 el Ministerio de Salud de la Nación incorporó, de manera universal al calendario nacional, la vacuna conjugada 13 valente para niños menores de 2 años y continuó con la vacunación de adultos mayores y personas en riesgo con vacuna polisacárida 23 valente; reforzando esta estrategia, con recomendación de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn), definió agregar la vacuna conjugada contra neumococo 13 valente para personas mayores de 2 años pertenecientes a los grupos vulnerables y mayores de 65 años, a través de un esquema secuencial y mediante una estrategia bianual 2017-2018.<sup>23</sup>

En enero 2017 se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación la vacuna antimeningocócica tetravalente conjugada ACYW<sup>24</sup>. Esta vacuna está indicada en dos dosis a los 3, 5 meses y un refuerzo a los 15 meses de vida. Se indica también a los adolescentes de 11 años con una única dosis con el objetivo final de impactar en la disminución de la transmisión de la *Neisseria meningitidis* (Nm) a la población vulnerable. El fundamento de este objetivo consiste en disminuir la portación nasofaríngea de Nm, y así contribuir a la disminución de la inci-

<sup>23</sup> Vacunación contra el neumococo. Lineamientos técnicos. Ministerio de Salud de la Nación.

[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000947cnt-Lineamientos\\_neumo\\_adultos\\_WEB.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000947cnt-Lineamientos_neumo_adultos_WEB.pdf)

<sup>24</sup> Desde 2015 se encuentra asimismo autorizada por ANMAT la comercialización de la vacuna antimeningocócica contra el serogrupo B.

dencia de la enfermedad en el grupo más vulnerable (menores de 5 años no vacunados y especialmente los niños menores de dos meses, para los cuales no se cuenta con vacuna). Esta estrategia ofrecería no sólo el beneficio de la protección directa del grupo vacunado, sino también la protección indirecta que genera la disminución en la transmisión de la bacteria hacia la población vulnerable.<sup>25</sup>

La aplicación de vacunas sigue siendo una de las principales acciones como forma de prevenir enfermedades. Uno de los problemas principales consiste en la baja cobertura en vacunas, siendo la cobertura, divergente no solo según las diferentes zonas sino incluso diferencias de la cobertura de una vacuna a otra. Esto constituye un problema de salud pública, ya que la no aplicación de las mismas produce un aumento de las enfermedades que previenen. Estas enfermedades inmunoprevenibles pueden ser causa de enfermedad severa, presencia de secuelas o muerte.

La modalidad de notificación, medidas de prevención, vigilancia de meningoencefalitis en general y de meningoencefalitis bacterianas en particular, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES'26

## 9.2 Nota metodológica

En este apartado se consideran las meningoencefalitis notificadas durante el período comprendido entre las SE 1 y 52 de 2017 provenientes de la notificación a través del SNVS (módulos C2/SIVILA). 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. Para la construcción del corredor endémico se tomaron los datos hasta la cuatrisesmana epidemiológica 13 completa.

**En determinados apartados se tomaron en cuenta por separado los casos notificados de infecciones invasivas por *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*, o meningoencefalitis por estos gérmenes, lo que se aclaró en el texto.**

El número de casos y la clasificación final están sujetos a modificaciones dependiendo del diagnóstico final al alta del paciente y datos que surjan del laboratorio.

Los denominadores poblacionales para confección de las tasas, se tomaron de las proyecciones aportadas por la Dirección de Estadística y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## 9.3 Situación Nacional

Tomando como bibliografía el último Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación (hasta la semana epidemiológica 48/2017) fueron notificados, a nivel nacional, 2080 casos de meningitis de todas las etiologías, alcanzando una tasa global país de 4,7 casos por 100.000 habitantes.<sup>27</sup>

En la siguiente tabla se presenta la distribución por provincias y regiones de los años 2015, 2016 y 2017 hasta la semana epidemiológica 48.

<sup>25</sup> Fundamentos de la introducción de la vacuna tetravalente (acyw) conjugada contra meningococo al Calendario Nacional de Inmunizaciones. Ministerio de Salud de la Nación. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000927cnt-2016-12\\_lineamientos-meningo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000927cnt-2016-12_lineamientos-meningo.pdf)

<sup>26</sup> Disponible en: [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_36\\_se15\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_36_se15_vf.pdf) y [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_46\\_se\\_25\\_vf\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf)

<sup>27</sup> Boletín Integrado de Vigilancia. Ministerio de Salud de Nación. [http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/BIV\\_393\\_SE01.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/BIV_393_SE01.pdf)

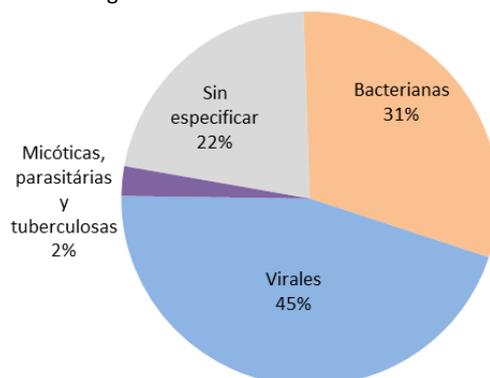
**Tabla 2.** Casos y tasas por 100.000 habitantes de meningitis (todas las causas) por provincias y regiones. Argentina. Años 2015-2017 hasta SE 48.

PROVINCIA	2015		2016		2017		Diferencia tasas 2016/2017
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
BUENOS AIRES	401	2,41	364	2,16	397	2,31	9%
<b>Total CABA</b>	<b>284</b>		<b>336</b>		<b>301</b>		
No residentes	168		224		174		
Residentes	116	3,80	112	3,66	127	4,14	13%
Córdoba	393	11,02	357	9,90	247	6,70	-31%
Entre Ríos	145	10,97	148	11,09	154	11,32	4%
Santa Fe	86	2,53	146	4,26	129	3,71	-12%
<b>Centro</b>	<b>1309</b>	<b>4,67</b>	<b>1351</b>	<b>4,78</b>	<b>1228</b>	<b>4,27</b>	<b>-9%</b>
Mendoza	66	3,50	67	3,51	90	4,62	34%
San Juan	62	8,39	74	9,90	42	5,49	-43%
San Luis	46	9,66	42	8,70	42	8,47	0%
<b>Cuyo</b>	<b>174</b>	<b>5,61</b>	<b>183</b>	<b>5,83</b>	<b>174</b>	<b>5,42</b>	<b>-5%</b>
Corrientes	50	4,67	57	5,27	48	4,36	-16%
Chaco	75	6,56	55	4,76	187	15,84	240%
Formosa	0	0,00	24	4,11	52	8,74	117%
Misiones	32	2,69	28	2,33	34	2,76	21%
<b>NEA</b>	<b>157</b>	<b>3,94</b>	<b>164</b>	<b>4,07</b>	<b>321</b>	<b>7,81</b>	<b>96%</b>
Catamarca	14	3,53	21	5,24	18	4,41	-14%
Jujuy	68	9,34	28	3,80	11	1,46	-61%
La Rioja	17	4,62	23	6,17	13	3,39	-43%
Salta	113	8,47	99	7,32	117	8,43	18%
Santiago del Estero	25	2,69	40	4,26	55	5,74	38%
Tucumán	56	3,52	66	4,09	29	1,75	-56%
<b>NOA</b>	<b>293</b>	<b>5,48</b>	<b>277</b>	<b>5,12</b>	<b>243</b>	<b>4,38</b>	<b>-12%</b>
Chubut	17	3,00	19	3,29	18	3,01	-5%
La Pampa	22	6,41	13	3,76	13	3,69	0%
Neuquén	25	4,03	23	3,66	45	6,96	96%
Río Negro	39	5,58	30	4,23	23	3,16	-23%
Santa Cruz	11	3,43	3	0,91	10	2,88	233%
Tierra del Fuego	9	5,91	10	6,39	5	3,03	-50%
<b>Sur</b>	<b>123</b>	<b>4,55</b>	<b>98</b>	<b>3,57</b>	<b>114</b>	<b>4,02</b>	<b>16%</b>
<b>Total PAIS ARGENTINA</b>	<b>2056</b>	<b>4,77</b>	<b>2073</b>	<b>4,76</b>	<b>2080</b>	<b>4,67</b>	<b>0%</b>

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia N°393 - SNVS – C2

La tasa más alta se presentó en la región del noreste y la más baja se presentó en la región sur del país. Entre las provincias, las tasas más elevadas correspondieron a Chaco y Entre Ríos.

En el gráfico siguiente se presenta la distribución porcentual del total de casos nacionales de meningitis según etiología.

**Gráfico 1.** Distribución porcentual de las meningitis según etiología. Argentina. Años 2017 hasta SE 48.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Boletín Integrado de Vigilancia N°393 - SNVS – C2

**Meningitis bacterianas:** se registraron 637 casos de en todo el país con una tasa de 1,4 casos por 100.000 habitantes. Observándose a nivel regional menor variabilidad respecto del total de las meningitis. La región sur

registró la tasa más baja con 1,34 casos por 100.000 habitantes. La región del noreste presentó la tasa más alta: 1,63 casos por 100.000 habitantes.

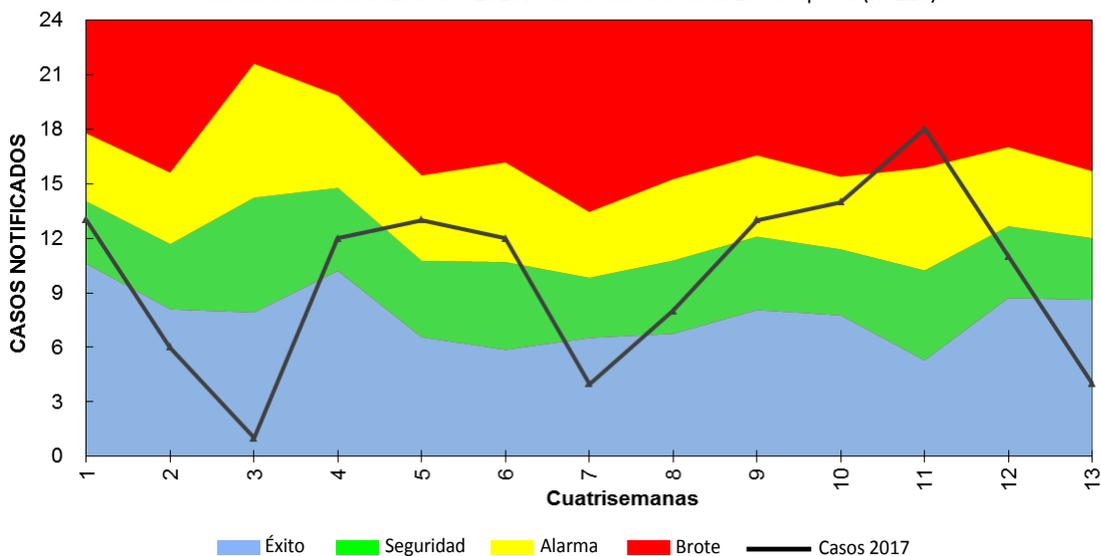
**Meningitis virales:** hasta la semana 48 se sumaron 939 casos, con una tasa de 2,1 casos por 100.000 habitantes. A nivel regional, la tasa más baja se registró en el noroeste con 1,3 casos por 100.000 habitantes. La tasa más alta la registró la región de cuyo con 3,3 casos por 100.000 habitantes.

#### 9.4 Situación en la Ciudad de Buenos Aires

Hasta la SE 52 del año 2017 se notificaron 458 casos totales de meningoencefalitis e infecciones invasivas; fueron descartados 20 casos (4,4%) que correspondieron a otras patologías. De las 438 notificaciones restantes que incluyeron casos sospechosos, probables y confirmados, 146 casos (33,3%) correspondieron a residentes de la Ciudad y 276 casos (63,0%) a no residentes. En 16 casos (3,7%) no se cuenta con el dato de provincia de residencia, por lo que en adelante será incluido en el análisis de residentes de la Ciudad.

A continuación se expone el corredor endémico cuatrisesmanal de meningoencefalitis totales en residentes, excluyendo los casos descartados.

**Gráfico 2.** Corredor endémico cuatrisesmanal de meningoencefalitis totales. Residentes de la CABA. Año 2017. Hasta cuatrisesmana 13 completa (n=129).

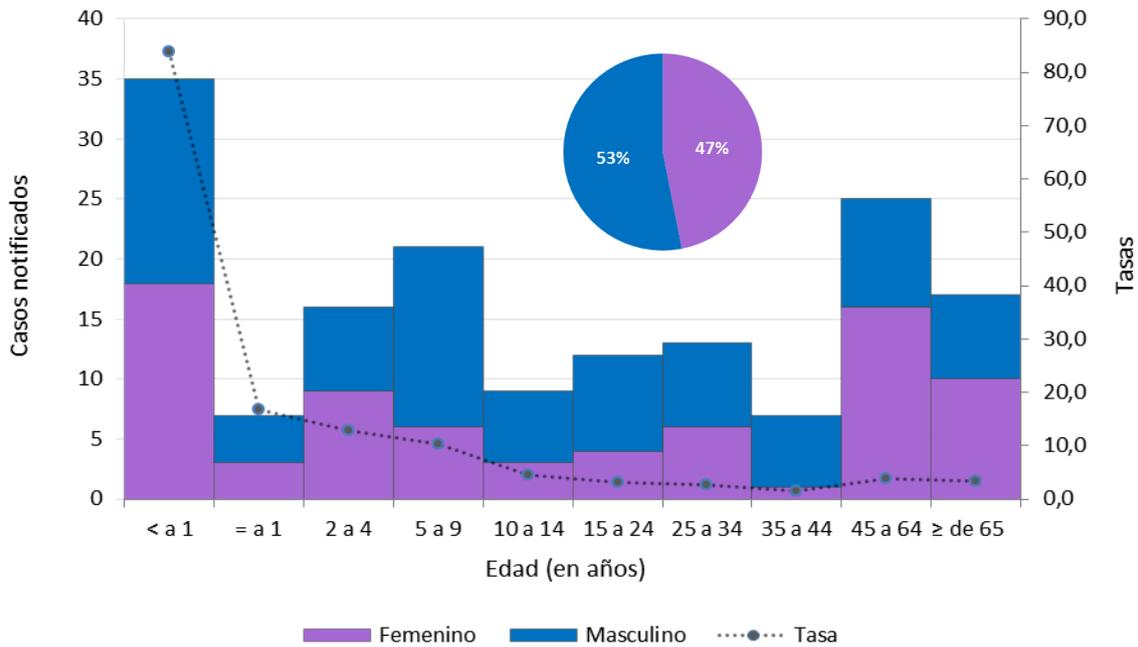


Fuente: SNVS-C2- SIVILA.

En el transcurso del año 2017 la distribución de los casos notificados mostró un patrón irregular respecto del corredor construido con los datos de los siete años previos. En la cuatrisesmana 11 la notificación alcanzó la zona de brote con 18 casos notificados donde predominó la etiología viral. No se registraron diferencias en el número total de notificaciones de meningoencefalitis en el año 2017 respecto del 2016.

En el siguiente gráfico se describe la distribución de casos y tasas por 100.000 habitantes para el año analizado de meningoencefalitis e infecciones invasivas según sexo y grupo etario en residentes de la CABA. Se excluyeron los casos descartados. Dentro de las enfermedades invasivas se incluyeron aquellas producidas por *Haemophilus influenzae*, meningococo y neumococo excluyendo las neumonías

**Gráfico 3.** Casos y tasas de meningococosis e infecciones invasivas totales por 100.000 habitantes según sexo y grupo etario. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta la SE 52. (n=162)



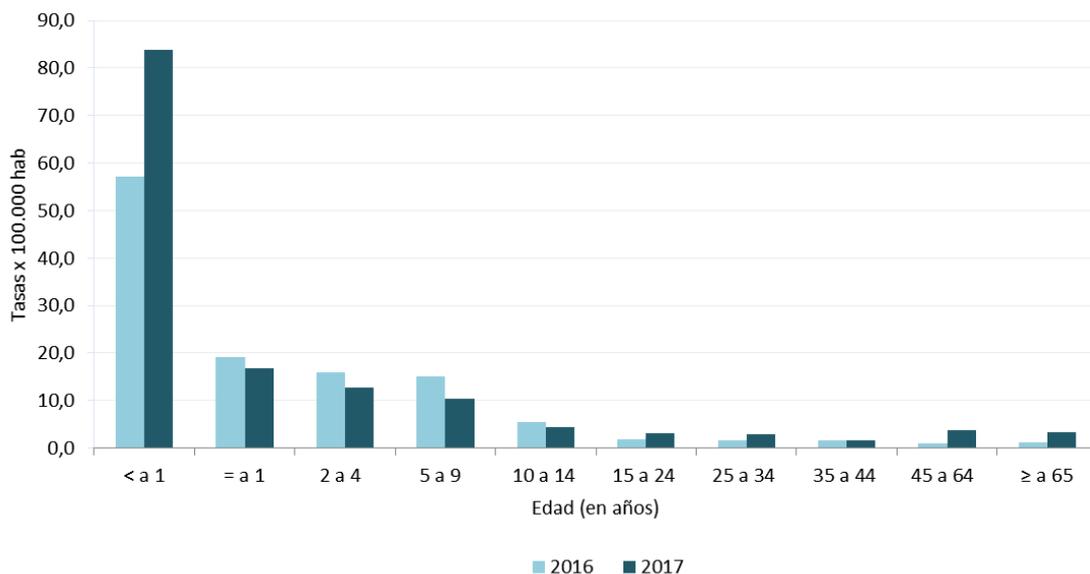
Fuente: SNVS, C2- SIVILA.

El rango de edad fue de 16 días a 85 años, con una mediana de 11 años y una media de 23 años.

Los más afectados fueron los menores de 1 año. El 36% de los casos fueron menores de 5 años. Globalmente se observó un leve predominio en el sexo masculino. Los varones predominaron en el grupo de 5 a 9 años y las mujeres en el del 45 a 64 años.

A continuación se presenta la comparación de tasas por 100.000 habitantes de meningococosis e infecciones invasivas totales en residentes por grupos etarios entre los años 2016 y 2017 hasta la semana epidemiológica 52. Durante el año 2017 se ha reforzado la notificación de enfermedades invasivas por meningococo, *Haemophilus influenzae* y neumococo.

**Gráfico 12.** Tasas de meningococosis e infecciones invasivas totales x 100.000 habitantes según grupos etarios. Residentes de la CABA. Años 2016 (n=129) – 2017 (n=162) hasta SE 52.



Fuente: SNVS, C2- SIVILA.

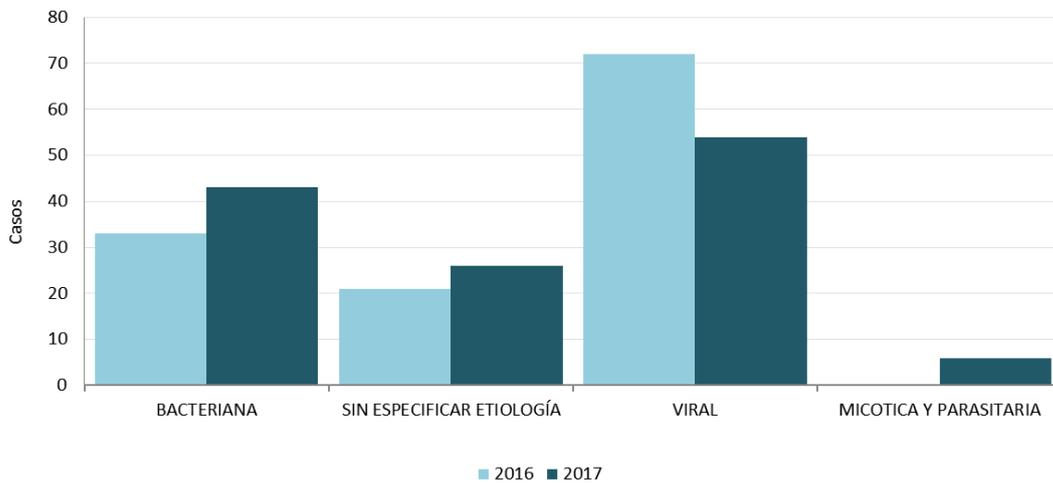
Las tasas de notificación descendieron a medida que se incrementa la edad. En los menores de un año el incremento porcentual fue de 50% para el año 2017 respecto del 2016, distribuyéndose de manera uniforme entre la etiología viral y bacteriana. En el grupo etario de 15 a 24 años y de 45 en adelante predominó la etiología bacteriana, y fundamentalmente en el grupo de 65 años y más, las enfermedades invasivas por neumococo.

#### 9.4.1 Meningoencefalitis e infecciones invasivas según etiología

En este apartado se expondrán las principales categorías diagnósticas y los aislamientos invasores en las muestras analizadas para meningoencefalitis y/o infecciones invasivas lo que se aclarará en el texto.

En el gráfico siguiente se compara, para las **meningoencefalitis**, la frecuencia de casos notificados por principales categorías diagnósticas en los años 2016 y 2017 hasta la semana epidemiológica 52. Se excluyeron las infecciones invasivas no meníngeas.

**Gráfico 13.** Casos notificados de meningoencefalitis según principales categorías diagnósticas. Residentes de la CABA. 2016 (n=126) - 2017 (n=129) hasta la SE 52.

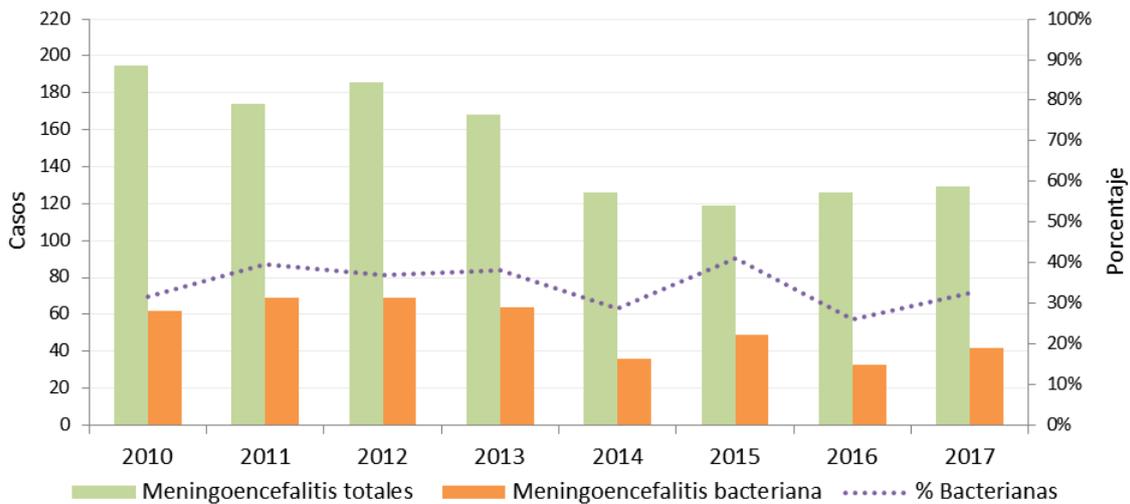


Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

En el año 2017, se evidenció un 30% de incremento de las meningoencefalitis de etiología bacteriana y un 24% de las sin especificar. Las meningoencefalitis virales descendieron un 25%.

A continuación se representa la relación porcentual entre las meningoencefalitis bacterianas respecto del total de casos de meningitis en la serie histórica 2010-2017.

**Gráfico 14.** Casos de meningocefalitis bacterianas y proporción sobre meningitis totales. Residentes de la CABA. Años 2010-2017.



Fuente: SNVS, C2-SIVILA

En todo el periodo analizado, la proporción de meningitis bacterianas representó el 35% del total de las meningocefalitis. La variación porcentual anual de las de meningocefalitis bacterianas respecto del total osciló entre 41% en 2015 y el 26% en 2016.

En la tabla siguiente los casos de meningocefalitis e infecciones invasivas bacterianas por Hib, MN, y S. pneumoniae según tipificación y residencia en Ciudad de Buenos Aires o fuera de ella.

**Tabla 2.** Casos notificados de meningococcal meningitis e infecciones invasivas según tipificación y residencia.  
Año 2017 hasta SE 52. N=121

TIPIFICACIÓN	RESIDENTES	NO RESIDENTES	Total
<i>Haemophilus influenzae</i>			
A	0	1	1
B	3	7	10
No tipable	4	4	8
Sin tipificar	2	1	3
Sin Datos	5	4	9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>31</b>
<i>Neisseria meningitidis</i>			
B	3	6	9
C	0	1	1
W	1	1	2
Y	1	1	2
Sin tipificar	2	0	2
Sin Datos	4	7	11
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>27</b>
<i>Streptococcus pneumoniae</i>			
3	0	4	4
10A	1	0	1
11A	0	1	1
12F	1	0	1
16F	0	1	1
19A	1	0	1
23B	1	0	1
43	1	0	1
En estudio	1	1	2
Sin tipificar	12	17	29
SD	10	11	21
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>35</b>	<b>63</b>
<b>Total general</b>	<b>53</b>	<b>68</b>	<b>121</b>

Fuente: SNVS-C2. Servicio de Bacteriología Clínica. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"

\*Sin Datos= sin datos de tipificación

De los 121 casos de las infecciones por estos agentes analizados notificados, en el 34% no se cuenta con datos de tipificación. Entre las infecciones por *Neisseria meningitidis*, de los serogrupos tipificados, el serogrupo B fue el detectado con mayor frecuencia. El *Haemophilus influenzae b* fue el más frecuentemente identificado fundamentalmente en no residentes. Entre las infecciones invasivas predominó el *Streptococcus pneumoniae* (63%).

#### 9.4.2 Coberturas de inmunizaciones

Se presenta a continuación las coberturas de inmunizaciones para el año 2016 y residentes de Ciudad de Buenos Aires.

**Tabla 3.** Coberturas de inmunizaciones en porcentaje.  
Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Año 2016

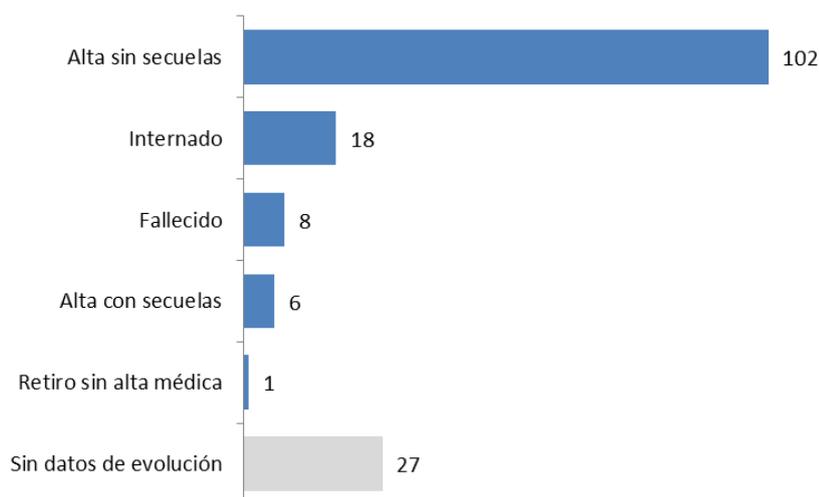
Vacuna	% de cobertura
BCG EN MATERNIDAD	86,2
SABIN/IPV 1º	93,8
SABIN/IPV 2º	84,4
SABIN 3º	79,8
SABIN REFUERZO 1 año	75
SABIN REFUERZO 6 años	80,3
PENTAVALENTE 1º	91,5
PENTAVALENTE 2º	84,3
PENTAVALENTE 3º	81,4
CUADRUPLE REFUERZO	71,2
TRIPLE BACTERIANA	82,8
TRIPLE ACELULAR 11 AÑOS	74,8
TRIPLE ACELULAR EMBARAZADAS	59,5
NEUMOCÓCCICA 1º	89,7
NEUMOCÓCCICA 2º	82
NEUMOCÓCCICA 3º	63,9
TRIPLE VIRAL 1º	83,5
TRIPLE VIRAL REFUERZO	76,1
VARICELA	71,8

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires.

### 9.4.3 Evolución

Para el análisis de evolución de los casos en residentes de la CABA, se tomaron las meningococosis por todas las causas y las infecciones invasivas por meningococo, neumococo y *Haemophilus influenzae*.

**Gráfico 15.** Evolución de casos notificados de meningococosis e infecciones invasivas.  
Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 52 (n=162)



Fuente: Base de datos GO Epidemiología

De los 162 casos (residentes y pacientes con domicilio desconocido), en 27 casos (17%) se desconoce la evolución del paciente. De los 27 casos sin el dato, 12 (44%) corresponden a notificaciones tardías de infecciones invasivas de laboratorios públicos en las que no se pudieron recuperar datos clínicos ni filiatorios. De los restantes 15 casos, 5 de ellos fueron notificados por efectores privados y 11 por efectores públicos.

Contabilizando los casos con los que se cuenta datos de evolución (135 casos) un 75,6% fueron altas sin secuelas (102/135). Un 4,4% de los casos con datos de evolución recibieron alta con secuelas y un 5,9% fallecieron.

Del análisis por grupos etarios de los 8 óbitos surgió:

- 1- Grupo menores de un año: 1 caso de enfermedad invasiva por neumococo.
- 2- Grupo de 15 a 24 años: 1 caso de meningoencefalitis bacteriana por otros agentes con sospecha de tuberculosis en paciente con inmunocompromiso.
- 3- Grupo de 45 a 64 años: 2 casos meningoencefalitis sin especificar etiología.
- 4- Grupo de 65 y más años: 4 casos: 1 caso de infección invasiva y 1 caso de meningoencefalitis ambos por *Streptococcus pneumoniae*, 1 caso de meningoencefalitis viral sin especificar agente y 1 caso de meningoencefalitis sin especificar etiología.

En cuanto a los pacientes que obtuvieron el alta y presentaron secuelas, se recabó la siguiente información:

- 1 caso: paciente de 7 años, meningoencefalitis tuberculosa con hidrocefalia aguda, requirió válvula de derivación ventrículo peritoneal (VDVP) con secuela neurológica.
- 2 casos (5 años y 9 meses de edad) meningoencefalitis sin especificar etiología y por virus del Herpes 6 respectivamente que presentaron como secuela síndrome convulsivo
- 1 caso en paciente de 54 años con meningoencefalitis por neumococo, en que no se especificó el tipo de secuela.
- En dos casos no se recibió información del tipo de secuela.

#### 9.4.4 Distribución por comunas

En la siguiente tabla se presentan los casos y tasas de meningoencefalitis/infecciones invasivas por comuna de residencia hasta la semana epidemiológica 52.

**Tabla 6.** Casos y tasas de meningoencefalitis por comuna de residencia. Residentes de la CABA. Año 2017. Hasta la SE 52.

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	14	5,6	14	5,5	0
2	4	2,7	6	4,0	2
3	15	7,8	13	6,7	-2
4	21	8,8	19	8,0	-2
5	4	2,1	8	4,3	4
6	4	2,2	5	2,7	1
7	11	4,6	11	4,6	0
8	27	12,0	23	10,1	-4
9	2	1,2	13	7,6	11
10	3	1,8	3	1,8	0
11	5	2,6	13	6,8	8
12	5	2,3	7	3,3	2
13	5	2,1	1	0,4	-4
14	3	1,3	0	0,0	-3
15	3	1,6	6	3,3	3
Residentes Sd*	1		4		3
Desconocido**	2		16		14
<b>Total CABA</b>	<b>129</b>	<b>4,2</b>	<b>162</b>	<b>5,3</b>	<b>33</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

\*Residentes de la ciudad sin datos de domicilio.

\*\*Sin datos de provincia de residencia

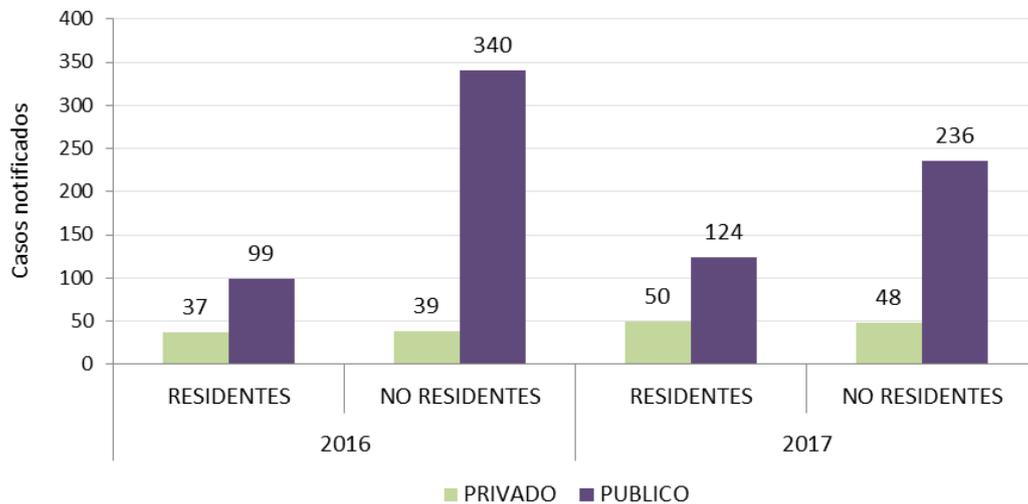
La tasa de la comuna 8 continuó siendo la más alta, representando aproximadamente el doble de la tasa global de la ciudad. La comuna 4 y la comuna 9 se ubicaron en segundo y tercer lugar de las tasas más altas de la ciudad. Respecto al año anterior se observa un aumento de la tasa de la ciudad de un 26%. La comuna 9 registró el mayor aumento de casos y tasas respecto del año pasado.

También hubo un incremento de los casos sin datos de localidad (que se analizan como residentes), estos casos corresponden en su mayoría a notificaciones tardías de un laboratorio público donde no se pudieron recuperar los datos de residencia.

#### 9.4.5 Notificación por efectores

El siguiente gráfico tiene como objetivo evidenciar la carga de notificaciones por los efectores de la CABA para residentes y no residentes de la misma hasta la SE 52. Para ello se englobaron todas las notificaciones recibidas de meningocelalitis e infecciones invasivas incluyendo los casos posteriormente descartados.

**Gráfico 16.** Casos notificados de meningocelalitis e infecciones invasivas según tipo de efector notificador y lugar de residencia. Años 2016 (n=515) - 2017 (n=458) hasta SE 52



Fuente: SNVS: SIVILA-C2.

Los efectores públicos aportan el mayor número de notificaciones al sistema de vigilancia. Por cada notificación de un efector privado se recibieron 3,7 notificaciones de efectores públicos en 2017 y 5,8 en 2016. Es decir, se observa un incremento en la notificación del sector privado.

Respecto a la residencia de los pacientes, en 2017 el 34% de las notificaciones se consideraron residentes (con datos de residencia en la ciudad o desconocidos), este porcentaje fue de 26% en 2016. El peso de los residentes varía según el tipo de efector. En los efectores privados los residentes representan la mitad de las notificaciones en 2016 y 2017. En los efectores públicos el peso de los residentes fue de 34,4% en 2017 y 22,6% en 2016.

Para la elaboración de las siguientes tablas se tomaron las mismas variables que para el gráfico anterior (todas las notificaciones de meningocelalitis e infecciones invasivas incluyendo los casos posteriormente descartados tanto en residentes como no residentes de CABA). Se presenta a continuación la frecuencia de casos por efector público notificador según lugar de residencia.

**Tabla 7.** Casos notificados de meningocelitis e infecciones invasivas  
Según efector público notificador y lugar de residencia. Años 2016 - 2017 hasta SE 52.

Notificador	2016			2017		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
ALVAREZ	4	0	4	4	3	7
ARGERICH	1	3	4	1	2	3
DURAND	5	3	8	7	0	7
ELIZALDE	21	108	129	5	49	54
FERNANDEZ	2	3	5	0	0	0
GARRAHAN	6	35	41	13	42	55
GUTIERREZ	5	135	140	12	85	97
MUÑIZ	5	17	22	10	21	31
PENNA	4	6	10	2	8	10
PIÑERO	15	3	18	19	2	21
PIROVANO	6	2	8	4	2	6
RAMOS MEJIA	13	11	24	7	4	11
RIVADAVIA	2	1	3	6	0	6
SANTOJANNI	5	3	8	19	6	25
SARDA	2	1	3	4	2	6
TORNU	1	0	1	2	0	2
VELEZ SANSFIELD	0	3	3	3	6	9
ZUBIZARRETA	2	6	8	5	4	9
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA	0	0	0	1	0	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>99</b>	<b>340</b>	<b>439</b>	<b>124</b>	<b>236</b>	<b>360</b>

Fuente: SNVS: SIVILA-C2

Hasta la semana analizada, los hospitales pediátricos Gutiérrez, Garrahan y Elizalde fueron los que notificaron más casos. Representaron en el 2016 el 70,6% de las notificaciones totales y en 2017 el 64,6%.

En cuarto lugar el Muñiz, especializado en infecciosas, aportó el 9% de las notificaciones, frente al 5% del año anterior.

La mayoría de los hospitales generales de agudos aumentaron su peso relativo en el total de las notificaciones (a excepción de los Hospitales Argerich, Fernández y Ramos Mejía). Se destaca el aumento de la notificación de los Hospitales Santojanni y Vélez Sarsfield.

Respecto a la residencia de los pacientes, si bien en términos globales el 34% de las notificaciones corresponden a residentes, este dato muestra variabilidad según los efectores, siendo el Elizalde el que asiste al porcentaje más bajo de residentes (9%). Para los Hospitales Rivadavia, Durand y Tornú el total de las notificaciones se consideran residentes. Esto puede estar condicionado a la ubicación geográfica del efector y medios de movilidad para acceder a los mismos.

A continuación se desagregan los datos de notificación en 2016 y 2017 por efectores privados y lugar de residencia.

**Tabla 8.. Casos notificados de meningocelalitis e infecciones invasivas**  
Según efector privado y de la Seguridad Social notificador y lugar de residencia. Años 2016 -2017 hasta SE 52.

Notificador	2016			2017		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
ALEMAN	12	2	14	13		13
ANCHORENA	4	3	7	1	1	2
BAZTERRICA	1		1			0
BRITANICO		2	2		4	4
CEMIC	1	1	2	1	1	2
CHURRUCA		1	1		2	2
CLINICA CIUDAD DE LA VIDA		4	4		1	1
CLINICA EXCELSITAS			0	1		1
CLINICA ZABALA			0	1		1
FINOCHIETTO		1	1			0
ESPAÑOL			0	1	1	2
FLENI			0	2	2	4
FRANCHIN		2	2			0
FUNDACION HOSPITALARIA			0		1	1
GÜEMES	1	4	5	6	4	10
IADT	1	2	3	1		1
ITALIANO	2	3	5	1	2	3
ITOIZ		1	1			0
LOS ARCOS	3		3	2	3	5
MANLAB	1	1	2	9	15	24
MATER DEI	3	2	5	2		2
MENDEZ	3		3	4		4
MILITAR		5	5		1	1
MITRE	1		1	1	1	2
POLICLÍNICO DEL DOCENTE	1	1	2			0
SAGRADO CORAZON	2	1	3	1	5	6
SANATORIO SAN CAYETANO		3	3			0
SWISS MEDICAL	1		1		3	3
TRINIDAD			0	2		2
UAI			0	1		1
UOCRA			0		1	1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>37</b>	<b>39</b>	<b>76</b>	<b>50</b>	<b>48</b>	<b>98</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

La notificación del sector privado se incrementó un 28,9% en el año 2017, destacándose el aumento del laboratorio MANLAB. En 2017 los efectores que más notificaciones realizaron fueron: el laboratorio MANLAB (24% de las notificaciones de efectores privados), el hospital Alemán (13%) y el Sanatorio Güemes (10%).

## 10 ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_1\\_se\\_32\\_20160826\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf)
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_1\\_se\\_32\\_20160826\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf)
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_4\\_se\\_35\\_20160916\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf)
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_5\\_se\\_36\\_20160922\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf)
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_6\\_se\\_37\\_20160930\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf)
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_7\\_se\\_38\\_20160710\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf)

7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_8\\_se\\_39\\_20161014\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014_vf_0.pdf)
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_12\\_se\\_43\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf)
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_13\\_20161120\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf)
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_15\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_15_vf.pdf)
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_17\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf)
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_17\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf)
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_18\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf)
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_21\\_se52\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf)
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_22\\_se\\_1\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf)
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_26\\_se\\_5\\_2017\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf)
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_29\\_se\\_8\\_2017\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf)
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_30\\_se9\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf)
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_40\\_se19\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf)
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. *Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis.* [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_42\\_se21\\_vf\\_1.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf)
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_45\\_se\\_24\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf)
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_46\\_se\\_25\\_vf\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf)
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_46\\_se\\_25\\_vf\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf)
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N° 47, Año II, 14 de Julio de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_47\\_se\\_26\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf)
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_48\\_se\\_27\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf)
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_50\\_se\\_29\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf)

27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_54\\_se\\_33\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf)
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_57\\_se\\_36\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf)
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_58\\_se\\_37\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf)
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017 [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_59\\_se\\_38\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf)
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_60\\_se\\_39\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf)
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_63\\_se\\_42\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf)
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017. [http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_66\\_se\\_45\\_vf.pdf](http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf) Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de Tpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_68\\_se\\_47\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf)

## 11 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.

### 11.1 Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																							
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES			SECRECIÓN GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECIÓN 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																								
CESAC 1												4	4	2	9	7	1	1	3	3	1	2	1	1
CESAC 10				1	1									4	4	2	2	4	4	4	2	2	2	2
CESAC 11				1	-1	1	1	0						4	4	2	2	3	3					
CESAC 12							1									1								
CESAC 13				1	-1		1	1						3	3	1	1	1	2	1				
CESAC 14		2	2	1	-1	2	-2				3	3	2	8	6	6	6	2	2	0				
CESAC 15	27	24	-3	2	1	-1	6	-6			4	4	3	7	4	4	4	3	4	1		2	2	
CESAC 16		1	1								1	1	1	0		3	3	1	1					
CESAC 18		1	1								1	1		5	5	2	2							
CESAC 19	1	2	1								5	5	4	12	8	4	4	1	2	1		1	1	
CESAC 2														2	2	1	1	4	4		1	1	1	
CESAC 2 - NO RESIDENTES																		1						
CESAC 20		1	1		2	2					2	2		5	5									
CESAC 21														4	4	1	1	1	1					
CESAC 22				1	-1								1	1	0		1	1	1	1				
CESAC 24	2	37			2	-1	1	1				7		6		2								
CESAC 25														1	1									
CESAC 26		1	1										1	3	2				2	2				
CESAC 27	2		-2										1	1										
CESAC 29											1	1	1	13	12	1	3	2	2	6	4		3	3
CESAC 3							1	1					1	9	8	2	-2	2	2	1	2	1	2	1
CESAC 30							2	-2			4	4	1	4	3	3	3	0						
CESAC 31														3	3				2	2				
CESAC 32													2		-2									
CESAC 33	1	1											5	5	1	3	2	4	4	1	3	2	2	
CESAC 34													1	1	1	1	1	-1				2	2	
CESAC 35							1	-1			4	4	1	9	8	1	4	3	5	5	1	2	1	
CESAC 36											1	1		3	3	1	-1					1	1	
CESAC 38													2	2					2	2				
CESAC 39	2		-2										1	1	0	1	1	1	1	0		2	2	
CESAC 39- NO RESIDENTES	2		-2										1	-1				1	-1					
CESAC 4													7	7		2	2	2	2		1	1	1	
CESAC 40	3	1	-2	1	-1						2	2	5	7	2	2	2	1	1	0		2	2	
CESAC 41	3		-3								5	2	-3	3	3	0	5	3	-2	2	2	1	1	
CESAC 45													1	1					2	2				
CESAC 5				2	3	1							20	20	2	6	4	1	9	8	2	3	1	
CESAC 6											2			3		2								
CESAC 6 - NO RESIDENTES																			2					
CESAC 7											3	3		7	7	2	2		10			1	1	
CESAC 8							1	1	0		3	3	1	4	3	2	2	0	1	1	0	1	1	
CESAC 9	1	1	0		2	2		2	2		3	3	4	18	14	4	2	-2	3	3	0	2	2	
Subtotal (CeSAC)	43	72	-6	9	11	0	15	7	-7	5	52	38	35	199	152	22	67	40	18	84	63	8	34	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	26%		8%	8%		5%	2%		1%	12%	6%	20%		2%	5%		9%	35%		3%	12%		

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																							
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTO 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		
	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
FUNCEI				9		-9	2		-2				1	2	1	19	21	2	11		-11	32	24	-8
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	2	1	20	22	2	4	5	1				16	16	0	47	68	21	17	15	-2	38	60	22
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	3	5	2	25	33	8	6	4	-2				20	41	21	61	90	29	31	21	-10	67	47	-20
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1		-1													1		-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	4		-4																2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	6	4	6	3	-3	15	36	21				5	5	3	5	2		4	4		1	1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	13	12	7	4	-3	36	28	-8		1	1	17	33	16	35	65	30		13	13	1	5	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	7	6	6	18	12	2	6	4	13	33	20	18	9	-9	8	15	7	15	4	-11	4	6	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES				2	2	2	2	3	1	1	3	2	4	3	-1	5	1	-4	20		-20	3	2	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	175	72	-103	11	5	-6	4	1	-3	6	22	16	12	13	1	19	18	-1		10	10	5	4	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	90	31	-59	6		-6	1		-1	9	26	17	11	6	-5	13	14	1	2	2	0	1	9	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		7	7	4	1	-3		11	11	29	16	-13	7	29	22	8	11	3	9	2	-7	6	1	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		5	5	2		-2	3	4	1		14	14	11	16	5	6	16	10	3	12	9	4	3	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	5	4		5	5		5	5	28	47	19		99	99	1	127	126		1	1		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				1	4	3	26	27	1	1	74	73	1	97	96	2	7	5	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		2	2	3	3	0	1	3	2	13	13	0	5	20	15	20	39	19	2	5	3	5	17	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1	1	0	2		-2	8	8	0	3	4	1	9	11	2	4	2	-2	2	1	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1	1	1	1		-1	15	6	-9							6	3	-3	2		-2	3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES		1	1				5	13	8						5	1	-4					2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO		3	3	2	1	-1	9	13	4	1	3	2	93	75	-18	135	99	-36	21	12	-9	21	12	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	5	7	2	3	7	4	54	55	1	69	71	2	11	5	-6	20	8	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	4	4	4								2	2	7	10	3	17	17	0	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	2	1	2	5	3	11	5	-6		4	4	1	15	14		15	15		3	3		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		3	3		2	2	2	4	2		1	1		6	6	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA		2	2		1	1	3	2	-1	2	9	7	27	36	9	16	16	0		6	6	7	3	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				4	4	3	4	1	1	10	19	9	29	48	19	16	20	4	10	10	0	3	5	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		6	6	3	4	1	102	93	-9	30	36	6	183	150	-33	384	340	-44	3	5	2	10	15	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	2	0				59	28	-31	31	24	-7	4	9	5	4	12	8	4	6	2	4	13	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	14	25	11	6	6	9	25	16	72	43	-29	10	14	4	24	16	-8	4	8	4	2	5	3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES							2	2	14	1	-13		1	1		4	4							
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																							1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES														4	4								1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES																			1		-1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	2		-2							35	6	-29		1	1				5		-5	5		-5
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										87		-87	1		-1	1		-1	5		-5	22		-22
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ														2	2					2	2		3	3
SANATORIO GÜEMES										6	6													
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1	1
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSs)</b>	<b>298</b>	<b>204</b>	<b>-94</b>	<b>110</b>	<b>120</b>	<b>10</b>	<b>302</b>	<b>312</b>	<b>10</b>	<b>418</b>	<b>371</b>	<b>-47</b>	<b>535</b>	<b>796</b>	<b>261</b>	<b>933</b>	<b>1213</b>	<b>280</b>	<b>186</b>	<b>155</b>	<b>-31</b>	<b>268</b>	<b>251</b>	<b>-17</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>87%</b>	<b>74%</b>		<b>92%</b>	<b>92%</b>		<b>95%</b>	<b>98%</b>		<b>99%</b>	<b>88%</b>		<b>94%</b>	<b>80%</b>		<b>98%</b>	<b>95%</b>		<b>91%</b>	<b>65%</b>		<b>97%</b>	<b>88%</b>	
<b>Total CIUDAD DE BUENOS AIRES</b>	<b>341</b>	<b>276</b>	<b>-100</b>	<b>119</b>	<b>131</b>	<b>10</b>	<b>317</b>	<b>319</b>	<b>3</b>	<b>423</b>	<b>423</b>	<b>-9</b>	<b>570</b>	<b>995</b>	<b>413</b>	<b>955</b>	<b>1280</b>	<b>320</b>	<b>204</b>	<b>239</b>	<b>32</b>	<b>276</b>	<b>285</b>	<b>9</b>

## 11.2 Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	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
CESAC 1		1	1	69	115	46					2	2						
CESAC 10		3	3		112	112												
CESAC 11	2	1	-1	22	256	234				1	1							
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23												
CESAC 12				79	94	1								1				
CESAC 13				108	175	67	1	1					1	1				
CESAC 14		1	1	157	198	41												
CESAC 15		3	3	134	240	106				2	2		2	2				
CESAC 16				39	60	21				1	1			1	1			
CESAC 18	7	4	-3	91	143	52							1	1				
CESAC 19				143	121	-22												
CESAC 2		1	1	169	128	-41												
CESAC 2 - NO RESIDENTES					28	20												
CESAC 20				138	132	-6												
CESAC 21					31	31												
CESAC 22				38	71	33				1	1		2	2				
CESAC 24	1	9		84	228	7							1	2				
CESAC 25				35	19	-16												
CESAC 26				26	31	5												
CESAC 27		2	2	116	94	-22				1	1							
CESAC 28	2		-2	26	4	-22												
CESAC 29		1	1	44	58	14				1	1		1	1				
CESAC 3	6	4	-2	87	63	-24	1	-1										
CESAC 30		1	1	87	65	-22												
CESAC 31	6	1	-5	106	73	-33												
CESAC 32				22	2	-20												
CESAC 33				6	75	69				4	1	-3	1	1		1	1	
CESAC 34				26	45	19												
CESAC 35	3	2	-1	87	92	5												
CESAC 36				26	67	41												
CESAC 38					34	34												
CESAC 39		1	1	152	131	-21												
CESAC 39 - NO RESIDENTES				34		-34												
CESAC 4		1	1	60	79	19					6	6						
CESAC 40	4	5	1	228	147	-81				1	1	0						
CESAC 41	1	2	1	100	169	69												
CESAC 45				17	77	60												
CESAC 5	7	7	0	214	281	67	2	2		3	3		2	2	1			-1
CESAC 6	38	1		146	116	3												
CESAC 6 - NO RESIDENTES					21													
CESAC 7		1	1	73	113	40	1	-1		1	1							
CESAC 8		1	1	114	89	-25												
CESAC 9	1	1	0	203	184	-19								2	2			
Subtotal (CeSAC)	78	54	5	3334	4276	811	2	3	1	5	21	16	1	16	13	1	1	0
Porcentaje sobre las notificaciones totales	24%	14%		9%	12%		29%	10%		11%	29%		2%	18%		17%	4%	

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	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 SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					6	6												
FUNCEI							2	-2					3	3				
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ								1	1									
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC		1	1	2199	1971	-228												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				4543	4614	71												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				920	791	-129		1	1				2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	1520	1254	-266				1	1	0	1	1	0	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	9	8	286	873	587		2	2		1	1		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		5	5	37	125	88					1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	9	24	15	1429	1402	-27					2	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	12	23	11	745	607	-138											1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		1	1	24	139	115												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		1	1	12	19	7		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2	2	0	319	515	196		5	5	1	5	4		8	8			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				210	466	256				2	1	-1		11	11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	2	5	3	235	514	279		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	192	150	-42				1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				1359	797	-562												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				155	135	-20												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	16	26	10	1275	1218	-57	1	2	1		2	2	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	11	23	12	446	547	101								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				348	229	-119					1	1		3		-3		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				69	69	0								1		-1		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	10	9	1949	2006	57												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		1	1	284	229	-55												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				1265	1340	75					1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2	1	-1	1209	1324	115	1		-1		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	17	18	1	2150	1956	-194		1	1	18	12	-6	15	9	-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	14	13	-1	359	350	-9				7	4	-3	15	4	-11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	98	86	-12	2502	2767	265				5	5	0	2	7	5	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	7	2	-5	35	62	27					4	4	4	7	3			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	6	7	1	1006	846	-160		1	1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	27	28	1	2725	2703	-22		2	2							2		-2
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	4	7	3	505	42	-463		2	2									
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	15	22	7	649		-649	1	1	0									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										3		-3	1		-1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										4		-4	4		-4			
MC/CMB - Pirovano				5	2	-3												
OS DEL PERS IND DE LA CARNE - CLIN RAWSON				34		-34												
SANATORIO GÜEMES		2	2					4	4		11	11		18	18		25	25
SANATORIO MITRE								2	2									
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		5	5	2582	1202	-1380												
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>245</b>	<b>328</b>	<b>83</b>	<b>33582</b>	<b>31270</b>	<b>-2312</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>42</b>	<b>52</b>	<b>10</b>	<b>50</b>	<b>73</b>	<b>23</b>	<b>5</b>	<b>26</b>	<b>21</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>76%</b>	<b>86%</b>		<b>91%</b>	<b>88%</b>		<b>71%</b>	<b>90%</b>		<b>89%</b>	<b>71%</b>		<b>98%</b>	<b>82%</b>		<b>83%</b>	<b>96%</b>	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	323	382	88	36916	35546	-1501	7	29	22	47	73	26	51	89	36	6	27	21

**11.3 Inmunoprevenibles**

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1	1	13	12	17		-17
CESAC 10		5	5			
CESAC 11	1	4	3		18	18
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 12		19		2	5	
CESAC 13		5	5	41	9	-32
CESAC 14	2	1	-1	33	31	-2
CESAC 15		6	6	28	15	-13
CESAC 16	1	8	7	7		-7
CESAC 18	1	1	0	20	11	-9
CESAC 19	2	1	-1	20	10	-10
CESAC 2		2	2	29	1	-28
CESAC 2 - NO RESIDENTES				3	2	-1
CESAC 20	1	2	1	36	14	-22
CESAC 21		5	5			
CESAC 22	1	9	8		6	6
CESAC 24		5		7	75	2
CESAC 25		1	1	8	1	-7
CESAC 26	1	8	7			
CESAC 27		2	2	21	6	-15
CESAC 28				18	3	-15
CESAC 29	1		-1	2	1	-1
CESAC 3		3	3	9		-9
CESAC 30	4	2	-2	33		-33
CESAC 31	3	2	-1	10	6	-4
CESAC 32				10		-10
CESAC 33		6	6	4	1	-3
CESAC 34		2	2	8		-8
CESAC 35	3	16	13	7		-7
CESAC 36		4	4	17		-17
CESAC 38		6	6			
CESAC 39	1	5	4	20		-20
CESAC 39- NO RESIDENTES				5		-5
CESAC 4	1		-1	44		-44
CESAC 40	2	1	-1	44	5	-39
CESAC 41	6	12	6	29	14	-15
CESAC 45		2	2			
CESAC 5	4	12	8	29		-29
CESAC 6		1		64	2	-3
CESAC 6 - NO RESIDENTES		1				
CESAC 7	2	4	2	16		-16
CESAC 8	1	4	3	23		-23
CESAC 9	3	5	2	78	14	-64
Subtotal (CeSAC)	42	185	117	742	251	-501
Porcentaje sobre las notificaciones totales	22%	44%		19%	8%	

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
FUNCEI	4		-4	2	1	-1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	4	3	1	19	18
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		4	4	2	14	12
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	27	41	14	116	128	12
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				217	222	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1	2	1	76	33	-43
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	3	9	6	126	65	-61
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		14	14	10	132	122
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		8	8	1	20	19
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	10	25	15	134	181	47
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	9	12	3	78	74	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				2	40	38
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				4	10	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	99	88	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		2	2	67	74	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		4	4	118	108	-10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1	76	22	-54
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	8	4	-4	143	60	-83
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	3	4	1	15	34	19
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				100	99	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				19	17	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				143	73	-70
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				39	6	-33
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				169	184	15
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				16	20	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	21	8	-13	119	125	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	17	7	-10	113	123	10
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	20	35	15	221	331	110
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	7	8	1	74	53	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	5	22	17	371	216	-155
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1	2	1	9	18	9
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2		-2	130	81	-49
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	274	148	-126
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	55	11	-44
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	1	2	1	64		-64
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ					1	1
OS DEL PERS IND DE LA CARNE - CLIN RAWSON				5		-5
SANATORIO GÜEMES		13	13			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	1		-1		1	1
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>147</b>	<b>232</b>	<b>85</b>	<b>3209</b>	<b>2832</b>	<b>-377</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>78%</b>	<b>56%</b>		<b>81%</b>	<b>92%</b>	
<b>Total CIUDAD DE BUENOS AIRES</b>	<b>189</b>	<b>417</b>	<b>202</b>	<b>3951</b>	<b>3083</b>	<b>-878</b>

## 11.4 Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	MEDICAMENTOSA			POR HIDROCARBUROS			POR MONÓXIDO DE CARBONO			POR OTROS TÓXICOS			POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			POR METALES PESADOS		
	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																					
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1	1																
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							5	5		3	3										
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	5	7	2			4	6	2	1		-1	1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	1	-3				4	4													
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		5	5				22	22		6	6										
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1				2	4	2	2	2										
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	41	19	-22	1	1	10	9	-1	74	48	-26	1	1	0				1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	12	3	-9				5	5	8	2	-6										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI							1	1													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				1	1		1	1							1		-1	1	5	4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES									1		-1							8	2	-6	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	49	9	-40			12	5	-7	11		-11	1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	5	2	-3			3		-3	1	1	0										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO							6	6													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	1	3	2				1	1	4		-4							3		-3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	39	36	-3			93	42	-51	8	7	-1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES		1	1			1	7	6													
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	25	6	-19			18	1	-17	3	1	-2						1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES		1	1			1		-1	1		-1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	5		-5			25	5	-20		1	1	1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1																		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE						3		-3													
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							3	3													
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ						9		-9													
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES						10		-10													
OS DEL PERS IND DE LA CARNE - CLIN RAWSON	2		-2																		
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO							4	4													
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>189</b>	<b>94</b>	<b>-95</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>191</b>	<b>131</b>	<b>-60</b>	<b>112</b>	<b>71</b>	<b>-41</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>-3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>-6</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>			<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	189	94	-95	0	3	3	191	131	-60	112	71	-41	4	1	-3	1	1	0	13	7	-6



**11.6 Otros eventos**

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS									
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1		2	2							
CESAC 13	3	1	-2							
CESAC 14	13	3	-10							
CESAC 16		3	3							
CESAC 18	22	6	-16							
CESAC 19	16	3	-13							
CESAC 20	24	6	-18							
CESAC 21		1	1							
CESAC 24	21	10								
CESAC 25	3		-3							
CESAC 26		1	1							
CESAC 28	4		-4							
CESAC 29								2	2	
CESAC 3	1		-1							
CESAC 30	1		-1							
CESAC 31	9		-9							
CESAC 33	2	1	-1							
CESAC 35		2	2							
CESAC 36	1	2	1							
CESAC 4		1	1							
CESAC 40	21	8	-13							
CESAC 41	6		-6							
CESAC 5	19		-19		1	1				
CESAC 6	2	1								
CESAC 7		1	1							
CESAC 8		3	3							
Subtotal (CeSAC)	168	55	-101	0	1	1	0	2	2	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	12%	11%		0%	14%		0%	3%		

Notificaciones hasta la SE 52 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	206	45	-161	10	2	-8			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	366	93	-273	4	2	-2			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	19		-19				7	2	-5
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	83	4	-79				26	23	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		8	8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	11	14	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	2	10	8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	1	3	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	17	8	-9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	7	5	-2				2	2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	16	8	-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	8	4	-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	2	19	17						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1	9	8				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	33	17	-16						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	55	17	-38						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	6	7	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	2	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ					1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	59	27	-32						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	47	26	-21						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	64	7	-57						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	44	9	-35	2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	64	38	-26						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	20	3	-17						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							2	1	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							9	7	-2
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							5	11	6
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							11	11	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1	4	3						
OS DEL PERS IND DE LA CARNE - CLIN RAWSON	1		-1						
SANATORIO GÜEMES	1	21	20				1	3	2
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	1		-1					6	6
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	20	8	-12						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	34	19	-15				1	1	0
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>1194</b>	<b>435</b>	<b>-759</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>-10</b>	<b>63</b>	<b>67</b>	<b>4</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>88%</b>	<b>89%</b>		<b>100%</b>	<b>86%</b>		<b>100%</b>	<b>97%</b>	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1362	490	-860	16	7	-9	63	69	6

## 11.7 Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 52 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	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1	60	18	-42	12	17	5				95	30	-65
CESAC 10		24	24		29	29					19	19
CESAC 11	4	157	153	13	444	431				6	67	61
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	41	44	3	5	328	323				10	35	25
CESAC 13	48	37	-11	136	122	-14				33	14	-19
CESAC 14	62	86	24	13	120	107				17	43	26
CESAC 15	171	103	-68	26	94	68				46	68	22
CESAC 16	16	15	-1	35	77	42				30	23	-7
CESAC 18	207	35	-172	267	39	-228				75	32	-43
CESAC 19	344	259	-85	42	136	94				96	94	-2
CESAC 2	150	25	-125		42	42				97	29	-68
CESAC 2 - NO RESIDENTES	16	6	-10		11	11				8	10	2
CESAC 20	89	49	-40	31	28	-3				46	46	0
CESAC 21		17	17		8	8					19	19
CESAC 22	8	18	10	38	100	62				25	31	6
CESAC 24	14	195	181	26	136	110				34	72	38
CESAC 25	8	1	-7	4	2	-2				4		-4
CESAC 26	11	16	5	14	6	-8				9	24	15
CESAC 27	54	44	-10	85	45	-40				29	15	-14
CESAC 28	2		-2	77	13	-64	3	3		11	2	-9
CESAC 29	29	28	-1	8	16	8				28	16	-12
CESAC 3	137	73	-64	53	35	-18				79	24	-55
CESAC 30	89	13	-76	39	18	-21				22	9	-13
CESAC 31	43	69	26	155	64	-91				14	27	13
CESAC 32	1		-1							13	1	-12
CESAC 33	4	31	27	2	64	62				3	33	30
CESAC 34	47	6	-41	361	31	-330	1	1		19	8	-11
CESAC 35	60	48	-12	9	71	62				44	58	14
CESAC 36	2	17	15	1	63	62				15	17	2
CESAC 38		13	13		12	12				15	15	0
CESAC 39	79	50	-29	24	167	143				26	39	13
CESAC 39 - NO RESIDENTES	12		-12	6		-6				10		-10
CESAC 4	58	39	-19	6	25	19				16	16	0
CESAC 40	115	82	-33	9	45	36				54	46	-8
CESAC 41	25	61	36	31	142	111				44	30	-14
CESAC 45		12	12		8	8				16	16	0
CESAC 5	107	69	-38	18	72	54				54	61	7
CESAC 6	61	45	-16	112	60	-52				39	17	-22
CESAC 6 - NO RESIDENTES	14		-14		3	3					6	6
CESAC 7	127	140	13	29	81	52				51	89	38
CESAC 8	78	64	-14	13	97	84				29	26	-3
CESAC 9	243	128	-115	23	71	48	111	-111		90	78	-12
Subtotal (CeSAC)	2622	2174	-618	1723	2957	839	111	4	-107	1321	1311	-59
Porcentaje sobre las notificaciones totales	11%	10%	-1%	4%	9%	2%	0%	0%	0%	10%	10%	0%

Notificaciones hasta la SE 52 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. MUÑOZ	81	35	-46	224	254	30	223	145	-78	292	490	198
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑOZ - NO RESIDENTES	63	23	-40	254	283	29	344	305	-39	544	778	234
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	394	310	-84	176	163	-13				300	286	-14
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1133	1133	0	407	510	103				861	801	-60
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	102	63	-39	5361	2832	-2529	212	139	-73	294	138	-156
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1373	716	-657	8961	4130	-4831	360	251	-109	693	359	-334
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	405	524	119	367	1242	875	119	191	72	183	467	284
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	109	160	51	64	254	190	20	30	10	28	85	57
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	246	301	55	467	2851	2384	78	112	34	220	368	148
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	261	293	32	237	1586	1349	62	46	-16	134	165	31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	67	109	42	27	59	32	23	83	60	262	237	-25
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	104	63	-41	9	4	-5	7	71	64	212	125	-87
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	264	925	661	3	192	189	14	140	126	154	351	197
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	210	744	534	10	191	181	2	142	140	117	273	156
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	803	773	-30	230	543	313	132	141	9	281	240	-41
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	267	284	17	122	155	33	84	127	43	244	89	-155
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	88	40	-48	676	317	-359	34	40	6	286	124	-162
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	42	26	-16	102	38	-64	3	2	-1	52	32	-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	881	445	-436	4168	2238	-1930	372	399	27	267	306	39
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	409	255	-154	1090	876	-214	79	94	15	26	50	24
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	334	264	-70	315	206	-109				294	187	-107
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	148	93	-55	96	59	-37	3		-3	82	51	-31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	892	539	-353	2164	1548	-616	53	248	195	367	239	-128
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	189	77	-112	469	188	-281	7	12	5	67	30	-37
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	592	479	-113	728	774	46	8	66	58	382	287	-95
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1100	1052	-48	563	699	136	10	182	172	352	266	-86
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	726	682	-44	2795	2515	-280	365	235	-130	1320	1020	-300
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	403	302	-101	484	540	56	185	116	-69	414	323	-91
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4078	3396	-682	942	1445	503	644	588	-56	777	861	84
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	49	170	121	10	50	40	5	47	42	12	32	20
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	805	692	-113	304	165	-139		184	184	133	115	-18
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	3618	3037	-581	953	336	-617		584	584	386	625	239
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	321	36	-285	615	3	-612	65	48	-17	156	26	-130
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	363	112	-251	702		-702	348	220	-128	208	108	-100
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	75	47	-28				16	22	6	1		-1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	119	79	-40				33	13	-20			
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ					11	11		1	1		23	23
MC/CMB - Pirovano	2		-2	14	25	11				1		-1
OS DEL PERS IND DE LA CARNE - CLIN RAWSON	8		-8	12		-12				2		-2
SANATORIO MITRE								48	48			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	386	295	-91	4884	4200	-684	524	647	123	1963	1807	-156
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>21510</b>	<b>18574</b>	<b>-2936</b>	<b>39005</b>	<b>31502</b>	<b>-7503</b>	<b>4434</b>	<b>5719</b>	<b>1285</b>	<b>12367</b>	<b>11764</b>	<b>-603</b>
Porcentaje sobre las notificaciones totales	89%	90%		96%	91%		98%	100%		90%	90%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	24132	20748	-3554	40728	34459	-6664	4545	5723	1178	13688	13075	-662

## 11.8 Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
CESAC 1	1		-1			
CESAC 11		1	1			
CESAC 15	1	1	0			
CESAC 20		1	1			
CESAC 24		1				
CESAC 34		2	2			
CESAC 40	1	1	0	4		-4
CESAC 5	1	1	0	1		-1
CESAC 6 - NO RESIDENTES					1	
CESAC 9		5	5	1		-1
Subtotal (CeSAC)	4	13	8	6	1	-6
Porcentaje sobre las notificaciones totales	2%	6%		4%	1%	

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1	7	6	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	2	1		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	12	9	-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	3	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	5	9	4		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	5	9	4		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	3	9	6		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	2	9	7		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	18	12			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	8	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	4	6	2		8	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2		12	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		34	34		17	17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL					5	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	7	11	4		4	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	26	23	-3		14	14
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	13	12	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	17	5	-12			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	48	27	-21	38	26	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	10		-10	10		-10
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	20		-20	46		-46
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	35		-35	52		-52
SANATORIO GÜEMES		2	2			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	225	210	-15	148	97	-51
Porcentaje sobre las notificaciones totales	98%	94%		96%	99%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	229	223	-7	154	98	-57

**11.9 Zoonosis y transmitidas por vectores**

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES															
	BRUCELOSIS			DENGUE AGRUPADO			HIDATIDOSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			
	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
CESAC 1				9		-9		1	1				4	3	-1	
CESAC 10				1		-1								1	1	
CESAC 13				5		-5							2	2	0	
CESAC 14				8		-8								2	2	
CESAC 15													4		-4	
CESAC 16				2		-2				1		-1		1	1	
CESAC 18				50	1	-49							57	5	-52	
CESAC 19				5	1	-4							2	3	1	
CESAC 20				5		-5							2	1	-1	
CESAC 24				16									1	4		
CESAC 25				2		-2								2	2	
CESAC 28				8		-8							3		-3	
CESAC 29				1		-1							2		-2	
CESAC 3				2		-2										
CESAC 30				26	4	-22										
CESAC 31				1	2	1							3		-3	
CESAC 32														1	1	
CESAC 35				26		-26							1	1	0	
CESAC 36				13	1	-12										
CESAC 39				1		-1										
CESAC 39- NO RESIDENTES													1		-1	
CESAC 4					5	5							1		-1	
CESAC 40				2		-2							1		-1	
CESAC 5				1	17	16							22	1	-21	
CESAC 6				1									1			
CESAC 7		2		-2	7	1	-6						8		-8	
CESAC 8				57		-57							3	3	0	
CESAC 9				1		-1							1		-1	
Subtotal (CeSAC)		2	0	-2	250	32	-201	0	1	1	1	0	-1	119	30	-91
Porcentaje sobre las notificaciones totales		40%	0%		4%	43%		0%	8%		17%	0%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 52 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		
	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																					
FUNCEI												3		-3							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ												1		-1	1413		-1413	1		-1	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1	12	11	1	1	0		1	1	81	1	-80	801	-801	2		-2	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1		3	3				3	1	-2		1	1			1	3	2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA					1	1										94	-94				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES					1	1							1		-1	8	-8	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																5	5	2		-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1										2	2	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD																396	-396		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES																6	-6				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																482	-482				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																24	-24				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																8	-8				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																	1	1			
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 E. TORNU - NO RESIDENTES																	1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																283	-283				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ																364	12	-352			
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. A. PENNA - NO RESIDENTES												1	1	0							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA																107	-107				
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																763	13	-750			
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		-1	1		-1						1		-1							
SANATORIO GÜEMES					1	-1															
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO														3	3	24	-24	1		-1	
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES																5	-5				
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>88</b>	<b>6</b>	<b>-82</b>	<b>6129</b>	<b>43</b>	<b>-6086</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>-3</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>100%</b>			<b>60%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>96%</b>	<b>57%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>	
<b>Total CIUDAD DE BUENOS AIRES</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>-2</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>88</b>	<b>6</b>	<b>-82</b>	<b>6379</b>	<b>75</b>	<b>-6287</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>-3</b>

Notificaciones hasta la SE 52 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																					
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO			
	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
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA													6	37	31							
FUNCEI													82		-82							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	2	1	1	-1					4	4	242	48	-194					1	1	0	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				2	1	-1	3	1	-2	4	13	9	304	77	-227	1	1	0			4	4
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC							1		-1				140	4	-136							
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							3	7	4		5	5	217	16	-201	1	2	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA													116	16	-100							
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	1	1				1	1	0				241	21	-220							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA													556	26	-530							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES													103	11	-92							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD													219	5	-214							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES													201	2	-199							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI													238	8	-230							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES							1	1	1				80	1	-79							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH													76		-76							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				2	1	-1				24		-24							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1										84	5	-79							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	1	1										22	7	-15							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU													75	23	-52							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES													23	7	-16							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO													152	15	-137							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1	1	1	1		-1				54	5	-49	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										1	1		9		9							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL													245	3	-242							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES							1	1	1				38	1	-37					1	1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								2	2				31	12	-19							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				1		-1							21	14	-7							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA													91	12	-79							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES													93	6	-87							
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1		-1	306	30	-276							
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES													37		-37							
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1	1	1										50	5	-45							
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	1	1	1										175	19	-156							
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ													78	5	-73							
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	3		-3										128	1	-127							
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA													3		-3							
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													3		-3							
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ													2	2	0							
SANATORIO GÜEMES		4	4										5	23	18							
SANATORIO MITRE													8	18	10							
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO													495	105	-390	2	3	1				
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES													203	37	-166							
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN													30		-30							
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES													36	5	-31							
<b>Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>5333</b>	<b>641</b>	<b>-4692</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>Porcentaje sobre las notificaciones totales</b>	<b>100%</b>	<b>92%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>83%</b>	<b>100%</b>		<b>98%</b>	<b>96%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>		
<b>Total CIUDAD DE BUENOS AIRES</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>5452</b>	<b>671</b>	<b>-4783</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>5</b>