



buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nº 98 Año III / 6 de Julio de 2018
Información hasta SE 25

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

Prof. Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Dra. Susana Devoto
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Florencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Lic. Mariela Rodríguez
Lic. Mara Tesoriero
Dra. Mónica Valenzuela
Lic. Hernán Zuberma

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

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

Data Entrys

Germán Adell
Marco Muñoz
Rosalía Paez Pérez
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie "Personalidades de la cultura vinculadas con la Ciudad de Buenos Aires"

Homero Manzi

Nació en Santiago del Estero el 1 de noviembre de 1907. Fue un letrista, político y director de cine argentino, autor de tangos y milongas –género que renovó y jerarquizó en su complejidad poética-. Se crió en Añatuya hasta los nueve años, posteriormente, su infancia transcurrió en el barrio de Pompeya. En su obra, matizó su familiaridad con la cultura del arrabal porteño y su identidad santiagueña. Como periodista trabajó en revistas como *Micrófono* y *Radiolandia*, que también dirigió; colaboró en los diarios *Crítica*, *El Sol* y *El Combate*. Amigo de Cátulo Castillo, se dedicó junto a él a la literatura y el teatro. Escribió, dirigió y actuó en producciones locales y trabajó como profesor de literatura hasta 1930. En la década del 40 compuso: *Milonga sentimental* -grabada por Carlos Gardel-, *Malena*, *Milonga del 900*, y *Sur*, producciones que se han convertido en clásicos del género. Musicalizó algunas películas y produjo varios guiones, entre ellos el de *Nobleza gaucha*, *Escuela de campeones*, *Todo un hombre*, *Donde mueren las palabras* y *Rosa de América*. Adaptó la novela *La guerra gaucha*, de Leopoldo Lugones. Fundó la Artistas Argentinos Asociados, junto con Petrone, Demare, Sebastián Chiola y el productor García Smith, que sería uno de los pilares de la cinematografía nacional. El 3 de mayo de 1951 falleció en Buenos Aires. En el barrio de Boedo, la mítica esquina de San Juan y Boedo lleva su nombre, así como también organizaciones culturales del barrio le rinden homenaje. En el presente año, en la Sala de Exposiciones de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, se rindió un homenaje a su obra.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES	6
EDITORIAL.....	7
I. EL BES.....	8
I.1. INTRODUCCIÓN.....	8
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	8
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS ^{2.0}	8
I.2.B. Otras fuentes	8
II. RESUMEN EJECUTIVO	9
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO	10
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	12
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL	12
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12
IV.3. GASTROENTÉRICAS	12
IV.4. HEPATITIS	12
IV.5. INMUNOPREVENIBLES.....	12
IV.6. INTOXICACIONES	13
IV.7. LESIONES.....	13
IV.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS.....	13
IV.9. OTRAS.....	13
IV.10. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	14
V. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2017.	15
V.1. INTRODUCCIÓN.....	15
V.2. SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017.....	15
V.3. PARA EL DEBATE	20
VI. VIGILANCIA DE COQUELUCHE.....	21
VI.1. SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2017-2018 HASTA LA SE 25.....	21
VI.1.A. Cobertura de Inmunizaciones - Informe preliminar	25
VI.1.B. Estudios de foco	25
VII. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	26
VII.1. INTRODUCCIÓN.....	26
VII.2. SITUACIÓN NACIONAL	26
VII.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. AÑOS 2017-2018 (HASTA SE 25)	26
VII.3.A. Diarreas Agudas (agrupadas)	26
VII.3.A. Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)	29
VII.3.B. Resultados de laboratorio hasta SE 25 de 2018.....	32
VII.3.C. Diarreas Bacterianas hasta SE 25 de 2018	32
VIII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI	33
VIII.1. INTRODUCCIÓN.....	33
VIII.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAA	33
VIII.1.B. Nota metodológica	33
VIII.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL.....	33
VIII.2.A. Situación regional (sin actualización en este BES)	34
VIII.2.A.i. Fiebre Amarilla en Brasil	34
VIII.2.B. Situación actual en Argentina	34
VIII.3. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-26).....	35
VIII.3.A. Antecedentes y situación actual.....	35
VIII.3.B. Dengue	39
VIII.3.C. Fiebre amarilla.....	40
VIII.3.D. Zika.....	41
VIII.3.E. Fiebre Chikungunya	41



IX.	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	42
IX.1.	INTRODUCCIÓN.....	42
IX.2.	SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	42
IX.3.	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	43
IX.4.	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	43
IX.4.A.	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	44
IX.4.B.	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	44
IX.4.C.	<i>Neumonía</i>	45
IX.4.D.	<i>Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	46
IX.4.E.	<i>Mortalidad por IRA</i>	46
IX.5.	VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS	48
X.	VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS Y ENFERMEDADES INVASIVAS	51
X.1.	INTRODUCCIÓN.....	51
X.2.	NOTA METODOLÓGICA	51
X.3.	SITUACIÓN NACIONAL AÑO 2018 HASTA SE 25.....	51
X.4.	SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES AÑO 2018 HASTA SE 25	52
X.4.A.	<i>Meningoencefalitis e infecciones invasivas según edad y sexo</i>	53
X.4.B.	<i>Meningoencefalitis según etiología</i>	54
X.4.C.	<i>Distribución por comunas</i>	55
X.4.D.	<i>Notificación por efectores</i>	55
X.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....	58



SOBRE LAS TAPAS DEL BES

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

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

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

EDITORIAL

(Del BES 95)

A comienzos de 2017, habiendo recibido la caracterización detallada de la tuberculosis durante el 2016, le solicité a la Gerencia Operativa de Epidemiología comenzar a publicar -como lo hacía con el resto de los eventos-, la situación epidemiológica esta patología en la Ciudad de Buenos Aires. Estos informes se integraron al BES, de manera ininterrumpida, hasta la actualidad y se profundizaron recientemente mediante un análisis en el cuál se detalló la situación de los menores de 20 años en el periodo 2017-2018.

Es precisamente a partir de conocer y dar cuenta de la información sobre la situación actual de la enfermedad, que desde el Ministerio nos propusimos trabajar intensamente para controlar esta importante problemática de Salud Pública. Si bien comenzamos desde el primero momento, la concreción de este objetivo se plasma en el Plan integral de Abordaje de la TBC en la CABA que presentamos en este Boletín.

A partir de tres grandes dimensiones: 1. Abordaje integral, 2. Conocimiento de la evaluación y derivación por los neumotisiólogos y 3. Incremento de intersectorialidad, monitoreo y capacitación permanente, el plan trabaja en los lineamientos fundamentales para el trabajo en la CABA con la TBC.

En este abordaje integrado, intervienen distintas instancias ministeriales, de otros ámbitos de gobierno como así también organizaciones de la sociedad civil. El plan representa una herramienta de vital importancia para los trabajadores de la salud de nuestra ciudad. En el mismo, explicitamos los lineamientos estratégicos para la gestión, la ejecución de acciones y monitoreo de la situación de salud. Las líneas de acción desarrolladas tienen como objetivo intervenir para lograr el control y posterior descenso de la incidencia de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires, en especial en los menores de 20 años.

Al igual que todos los otros informes realizados sobre la temática, invitamos a leer críticamente y participar de la elaboración continua del plan, para continuar trabajando todos y cada uno junto con sus equipos.



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

I. EL BES...

I.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.2.B. Otras fuentes

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

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

II. RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de CABA (BES). De acuerdo a las características de cada uno de los eventos bajo vigilancia, se exponen de manera detallada con diferente periodicidad¹.

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.

Informes mensuales:

- [Situación Coqueluche](#)
- [Situación Diarreas Agrupadas y Diarrea Aguda Sanguinolenta \(DAS\)](#)

INFORME ESPECIAL: [ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017.](#)

Resumen cualitativo del BES

En líneas generales se observa una disminución de la notificación en la mayoría de los grupos de eventos. Este descenso podría atribuirse, en parte, a la reciente implementación del SNVS2.0 como vía de notificación oficial. Se observa una disminución global en la notificación de enfermedades de transmisión vertical. La notificación de casos de hepatitis A, hepatitis C y sin especificar muestran un aumento, tal como se presentó en el BES N° 94, esto podría estar vinculado con el aumento de notificaciones de efectores privados. Respecto del grupo de eventos inmunoprevenibles, los casos de enfermedad febril exantemática aumentaron su notificación considerablemente. Hasta la SE 25 de 2018 se registraron tres casos de sarampión confirmados en la ciudad, dos con antecedente de viaje y un tercero vinculado a la importación. En este contexto se observó un aumento en la sensibilidad del sistema de notificación, con un aumento de los casos sospechosos, muchos de los cuales se encuentran pendientes de clasificación final. Durante los períodos analizados no se encontraron casos confirmados de rubéola o rubéola congénita. El evento parotiditis muestra una disminución con respecto al mismo período del año previo. Dentro de las intoxicaciones, las medicamentosas, por monóxido de carbono y por otros tóxicos muestran una disminución en la notificación.

Se observa una disminución en la mayoría de los eventos de meningitis y meningoencefalitis, a excepción de meningitis por *H. Influenzae*, meningitis bacteriana por otros agentes y meningoencefalitis sin especificar etiología. Se presenta una disminución de la notificación de los casos de tuberculosis y de Síndrome Urémico Hemolítico. Dentro de las enfermedades zoonóticas y por vectores, se observa una disminución en la notificación de los eventos hantavirus y leptospirosis. Por último, en el 2018 se presentó un aumento de la notificación de los casos de paludismo importados, respecto del mismo período del año anterior.

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

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

III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 25** del corriente año (finalizada el 23 de junio) y se compara con el mismo período del año 2017 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 25** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	127	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	122	91		-25
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	302	171		-43
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	97	93		-4
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	37	51		38
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	136	56		-59
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	253	299		18
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	382	342		-10
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	211	116		-45
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	445	183		-59
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	21	23		10
	ARANEISMO	2	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS				
	DIARREAS BACTERIANAS				
	DIARREAS VIRALES				
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	2	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	5	25	20	
	HEPATITIS B	34	28		-18
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	28	30		7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCE*	VER INFORME COQUELUCE			
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*				
	PAF*	8	173	165	
	PAROTIDITIS	0	4	4	
	VARICELA	183	86		-53
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	448	322		-28
	POR METALES PESADOS	48	20		-58
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	2	4	2	
	POR OTROS TÓXICOS	52	22		-58
	POR PLAGUICIDAS	36	14	-22	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	0	1	1	
		1	1	0	

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 25** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	43	27		-37
	MORDEDURA POR RATA	3	3	0	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	5	3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	9	4	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	3	-4	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	15	17	2	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	2	1	-1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	9	0	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	14	6	-8	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	3	-1	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	1	4	3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	33	11	-22	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	-1	
	TUBERCULOSIS*	565	464		-18
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)				
	FIEBRE CHIKUNGUNYA				
	FIEBRE AMARILLA				
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	30	12	-18	
	PSITACOSIS	8	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	37	11	-26	
	PALUDISMO	1	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	5	4	-1	

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

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

IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	5	0	100	22	127	3	1	71	4	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	0	0	0	85	49	0	0	0	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	19	8	76	19	122	16	10	65	0	91		-25
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	302	0	0	0	302	171	0	0	0	171		-43

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la SE 22 2017-2018 en el **BES N° 95**.

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

IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	4	9	8	0	21	2	4	17	0	23		10
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

IV.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS												
	DIARREAS BACTERIANAS												
	DIARREAS VIRALES												
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	

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

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

IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	5	0	0	0	5	17	2	5	1	25	20	
	HEPATITIS B	18	5	11	0	34	13	0	15	0	28	-1	-18
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	22	1	5	0	28	19	0	10	1	30	2	7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	8	0	10	0	18	18	

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

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE	VER INFORME DE COQUELUCHE											
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*												
	PAF*	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	4	
	PAROTIDITIS	13	19	151	0	183	12	1	73	0	86	-97	-53

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

La caracterización de las [Coqueluche](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

IV.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	11	7	30	0	48	0	0	20	0	20		-58
	POR METALES PESADOS	0	2	0	0	2	0	0	4	0	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	25	17	8	2	52	1	0	21	0	22		-58
	POR OTROS TÓXICOS	28	1	7	0	36	6	0	8	0	14	-22	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	

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

IV.7. LESIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	5	38	0	0	43	26	0	1	0	27		-37
	MORDEDURA POR RATA	0	3	0	0	3	2	1	0	0	3	0	

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

IV.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	1	0	2	3	0	2	0	5	3
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	2	3	0	9	0	0	4	0	4	-5
	MENINGITIS OTROS GERMESES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	-2
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	6	0	1	0	7	3	0	0	0	3	-4
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	2	1	9	3	15	0	1	15	1	17	2
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	-1
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	0	0	0	9	8	0	1	0	9	0
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	2	7	2	14	1	0	5	0	6	-8
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	0	1	0	4	2	0	0	1	3	-1
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

IV.9. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	0	0	1	2	1	1	0	4	3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	33	0	0	0	33	11	0	0	0	11	-22	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	TUBERCULOSIS*	565	0	0	0	565	464	0	0	0	464		-18

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

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

Los datos presentados de **Tuberculosis de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 76** y hasta la **SE 23 2017-2018** en el **BES N° 96**.

IV.10. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	2	1	1	0	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)												
	FIEBRE CHIKUNGUNYA												
	FIEBRE AMARILLA												
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	1	0	29	0	30	1	0	6	5	12	-18	
	PSITACOSIS	4	0	4	0	8	0	0	8	0	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	1	4	17	15	37	0	1	7	3	11	-26	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	5	0	5	0	0	2	2	4	-1	

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

La caracterización de [Dengue, Zika y Chikungunya](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

V. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2017.

V.1. INTRODUCCIÓN²

Las lesiones ocasionadas por mordeduras de animales de compañía constituyen un problema de importancia para la salud, por un lado se relaciona con los traumas directos y los derivados posteriormente tanto físicos como psicológicos, así como con aspectos relacionados con la transmisión potencial de una enfermedad mortal como es la rabia.

Actualmente la rabia no se encuentra erradicada; aún se registran casos en animales de compañía de países limítrofes e incluso en provincias del norte de nuestro país. Asimismo en la Ciudad de Buenos Aires (CABA) se mantiene el ciclo aéreo de la rabia a través de los murciélagos. Éstos, al padecer la enfermedad, y por la afectación del sistema nervioso central, presentan: incoordinación, problemas de su sistema de radar, parálisis y muerte. Los perros y gatos domésticos, así como las personas, pueden tomar contacto con estos animales enfermos o muertos y contagiarse de rabia.

Por las situaciones previamente descritas y la gravedad de la enfermedad, la cual una vez presentados los síntomas es 100% mortal, es importante llevar a cabo diversas estrategias para su prevención: la promoción de la tenencia responsable de animales de compañía, con énfasis en la obligatoriedad de la vacunación anual antirrábica de perros y gatos a partir de los 3 meses de edad; y el tratamiento integral ante los casos de mordeduras de animales, con la atención inmediata, la derivación dentro de las 24hs al Hospital Durand (HD) y la notificación obligatoria a través del SNVS^{2,0}.

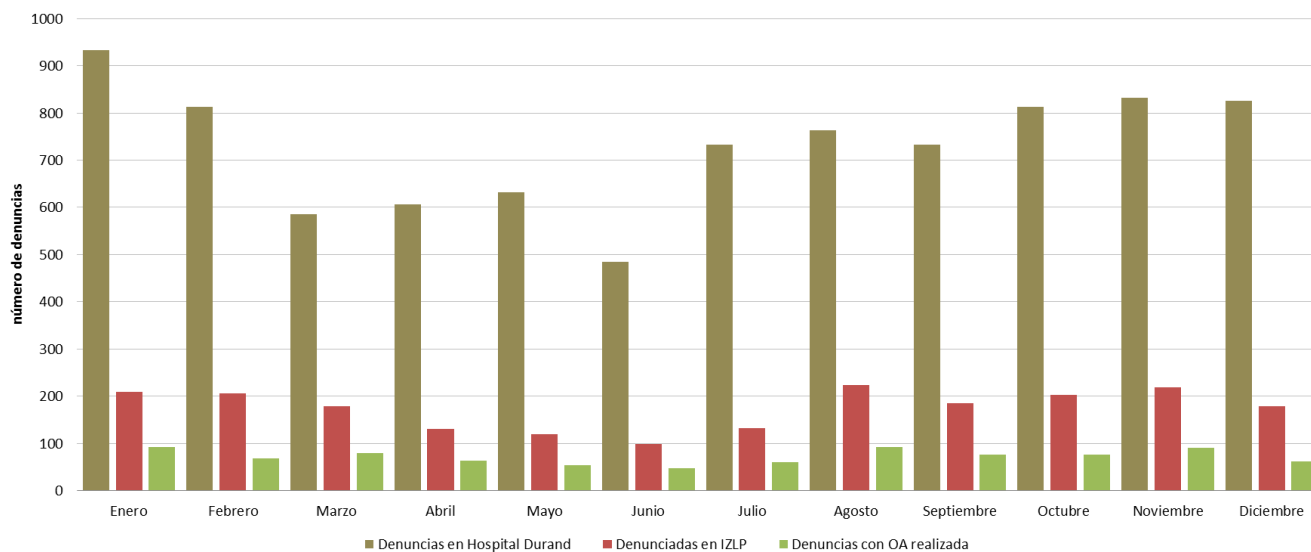
Respecto del animal agresor, debe denunciarse ante el Instituto de Zoonosis Luis Pasteur (IZLP) de forma tal de poder realizar la observación antirrábica correspondiente durante los 10 días posteriores al incidente para evaluar la presentación de síntomas compatibles con la rabia. Si no se presentaran signos clínicos dentro de ese período, no existiría riesgo de transmisión del virus. La observación antirrábica se puede realizar de forma domiciliaria, a cargo del personal del IZLP o de veterinarios de práctica privada, o mediante internación del animal en el IZLP. Ante la muerte del animal se procede al diagnóstico mediante análisis de laboratorio por inmunofluorescencia, PCR y ensayo biológico.

V.2. SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017

En la CABA, durante el año 2017 se registraron 8.756 denuncias por mordeduras en el HD, se iniciaron 2.084 causas para el seguimiento de animales en el IZLP y se completó la observación antirrábica obligatoria en 866 animales.

A continuación se presenta un gráfico que expone la relación entre las denuncias efectuadas en el HD, el IZLP y las observaciones antirrábicas realizadas durante el año 2017. Se puede observar que las lesiones por mordeduras denunciadas en el Instituto Pasteur representaron alrededor del 20% del total de los casos iniciados en el Hospital Durand. Asimismo los animales que son fueron sometidos a la observación antirrábica, una vez realizada la denuncia en el IZLP, no superaron el 50%. Innumerables factores intervienen en esta dinámica, desde cuestiones administrativas y logísticas hasta prejuicios y desconocimiento.

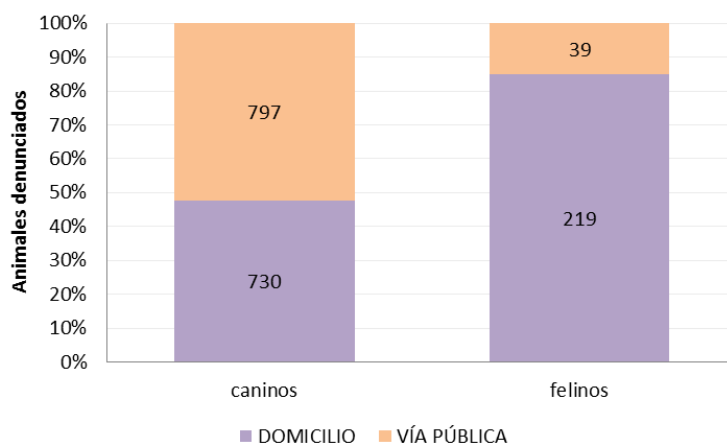
² Guía para la prevención, vigilancia y control de la rabia en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. 2018.

Gráfico 1. Relación entre las denuncias por mordeduras en H. Durand, IZLP y observaciones antirrábicas realizadas (n= 8756) Año 2017.

Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

En el Instituto Pasteur, cuando se presenta la denuncia del evento se realiza un breve cuestionario con algunos datos del incidente y del animal.

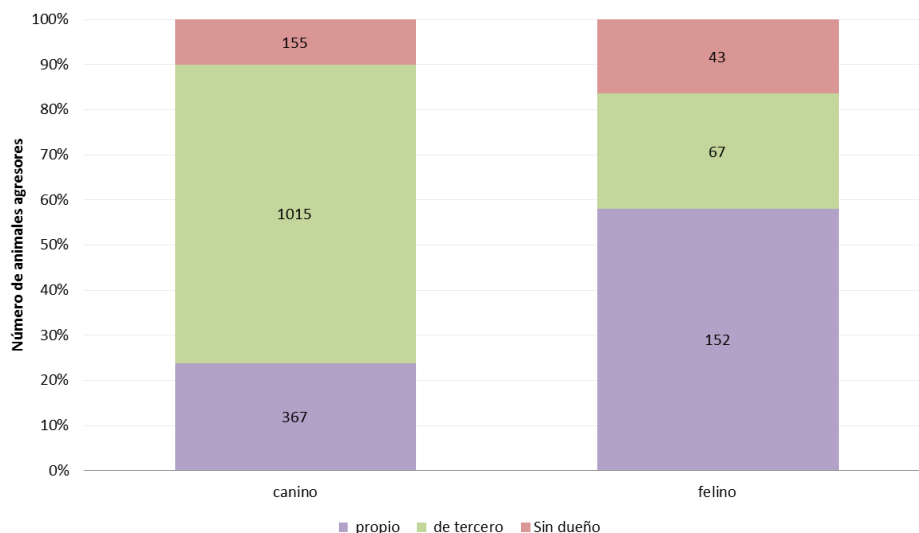
Al evaluar el lugar físico donde se produjo la agresión, sobre las 1.785 denuncias de las que se tienen datos, se observa lo siguiente:

Gráfico 2. Número de animales denunciados según lugar donde se produjo la lesión y especie. IZLP. Año 2017.

Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP.

Respecto del lugar donde se produce la agresión se constata que, para los caninos, la diferencia entre los casos acontecidos en vía pública, respecto de los que se produjeron en domicilios, es significativa. Para el caso de mordeduras producidas por felinos, se observa una clara preponderancia a producirse las agresiones en el domicilio.

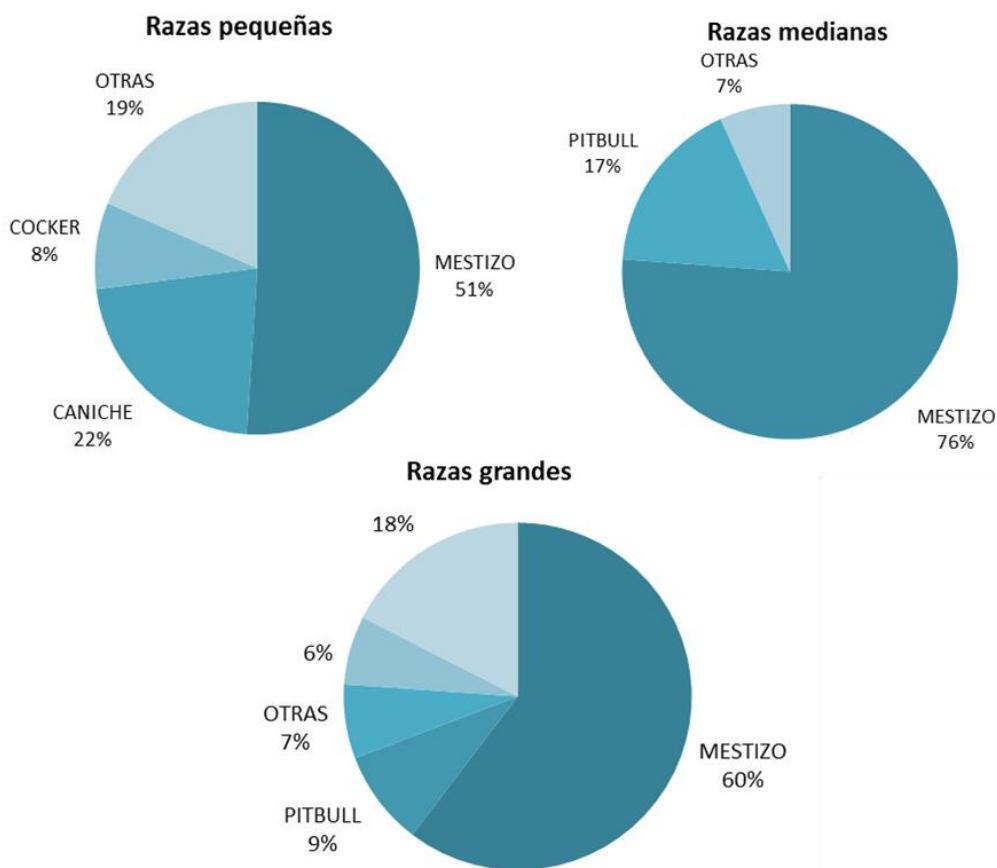
Respecto de la relación entre las personas y los animales agresores sobre 1.799 denuncias de las cuales se tienen datos, se puede observar lo siguiente:

Gráfico 3. Número de animales denunciados según tenencia y especie. IZLP. Año 2017

Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

Si se observa el tipo de tenencia de los caninos agresores, la mayoría corresponde a animales que no tienen relación directa con la persona mordida. Para el caso de las agresiones de felinos se observa lo contrario, siendo que las mordeduras se producen en mayor parte por los propios animales.

Al analizar en caracterizar los datos consignados de los caninos agresores se observan diferencias a considerar.

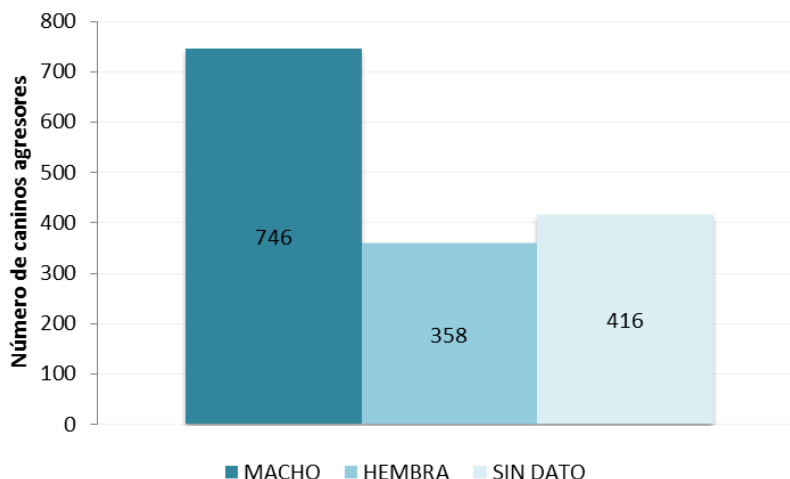
Gráfico 4. Porcentaje de caninos agresores por tamaño y raza. Año 2017.

Fuentes: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

Respecto de las razas se registraron 510 (33,6%) caninos de alguna raza y 1010 (66,4%) caninos mestizos en la población mordedora; mientras que en la población total de caninos de la Ciudad de Buenos Aires (Población estimada 2017=446000 caninos)³ se encuentra el 54% de caninos de raza y el 46% de caninos indefinidos. La diferencia de proporciones, respecto de las razas entre la población general de caninos y la población mordedora, es significativa.

En el siguiente gráfico se observar el sexo de los caninos agresores, sobre un total de 1.520 denuncias con datos.

Gráfico 5. Número de caninos agresores por sexo. Año 2017.

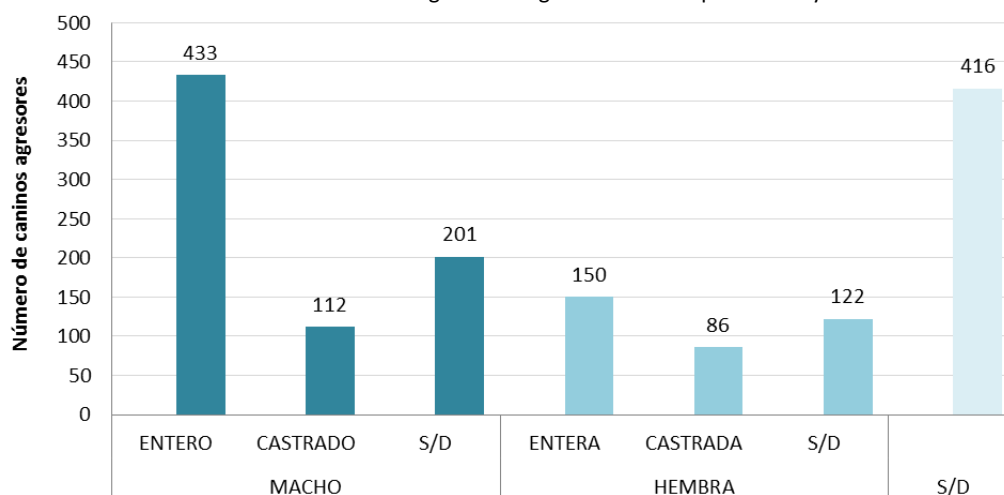


Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

En la población de caninos mordedores el 67,6% es macho, mientras que el 32,4% son hembras. Respecto de la población total de caninos de la Ciudad de Buenos Aires⁴, el 47% es macho y el 53% es hembra, registrándose una diferencia con las proporciones de la población mordedora.

En cuanto a la condición reproductiva de los caninos agresores, sobre 1520 denuncias con datos, se ve lo siguiente:

Gráfico 6. Número de Caninos agresores según condición reproductiva y sexo- año 2017



Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

³ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

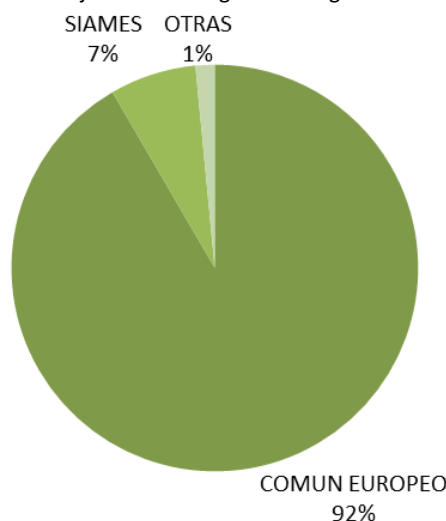
⁴ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

Según condición reproductiva de los caninos agresores, se observa que el 79,4% de los caninos machos mordedores no está castrado, mientras que el 20,6% sí lo está. En la población total de caninos⁵ se verifica que el 77,4% de los machos no están castrados y el 22,6% si lo está.

La diferencia de proporciones entre estas dos poblaciones no es significativa mientras que sí lo es en las hembras mordedoras, ya que el 63,6% está castrada, mientras que en la población total de caninos el porcentaje de hembras bajo esta condición es del 41%.

Al analizar los datos de los felinos agresores, sobre 262 denuncias realizadas, se observa respecto de las razas de los mismos lo presentado en el Gráfico 9.

Gráfico 7. Porcentaje de Felinos agresores según raza- año 2017

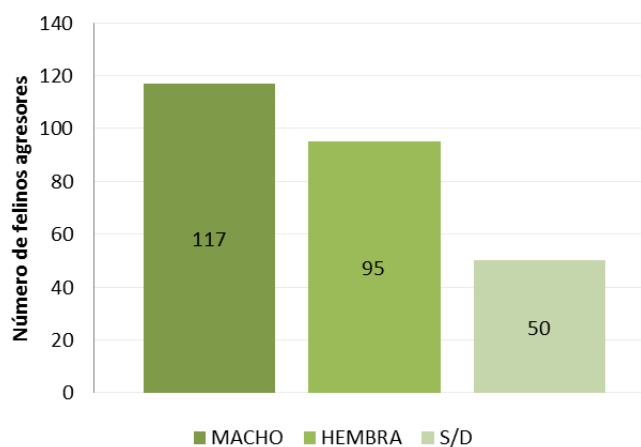


Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

Para el caso de los datos consignados de los felinos agresores, se registraron 22 (8,5%) felinos de alguna raza y 240 (92,5%) felinos “común europeo” en la población mordedora; mientras que en la población total de felinos de la Ciudad de Buenos Aires⁶ (Población estimada 2017= 260.000 felinos) se observa que el 17% de felinos de raza y el 83% de felinos comunes.

En cuanto al sexo de los felinos, en la población mordedora el 55.2% es macho, mientras que el 44.8% son hembras.

Gráfico 8. Número de Felinos agresores por sexo. Año 2017.



Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

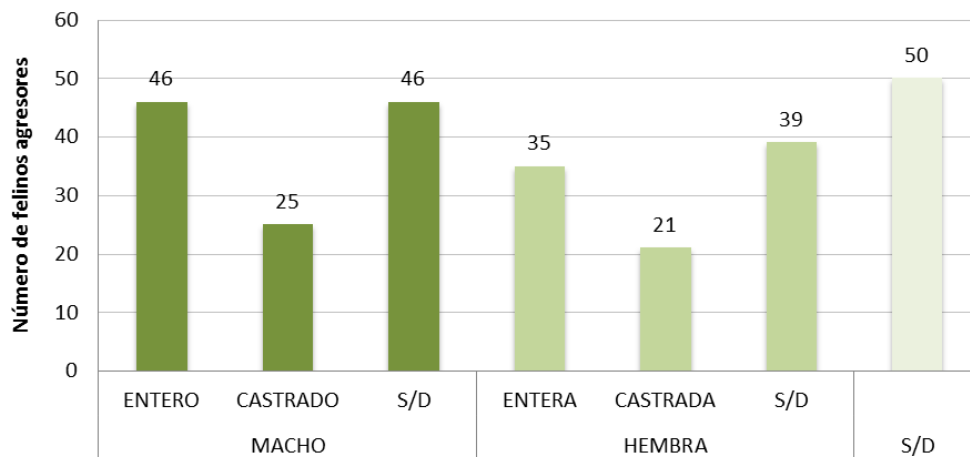
⁵ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

⁶ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

Respecto de la población total de felinos⁷, vemos que el 47% es macho y el 53% es hembra, registrándose una diferencia significativa con las proporciones de la población mordedora (IC: 0,015; 0,149 y $p=0$).

En tanto a la condición reproductiva se refiere, sobre 262 felinos agresores, se registraron los datos según se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 9. Número de Felinos agresores según condición reproductiva y sexo- año 2017



Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

El 64,8% de los felinos machos mordedores no está castrado, mientras que el 35,2% sí lo está. En la población total de felinos⁸ se observa que el 18,2% de los machos es entero y el 81,8% está castrado. En la población de hembras mordedoras se observa que el 62,5% está entera, mientras que en la población total de felinos el porcentaje de hembras enteras es del 23,3%.

V.3. PARA EL DEBATE

Es importante abrir visibilidad sobre el juicio colectivo que suele escucharse como argumento para “evitar” la observación antirrábica del animal. Éste, se sabe, tiene relación directa con la falta de información y la responsabilidad que cada tenedor asume al momento de hacerse cargo de un animal de compañía. Las características de la población agresora de caninos y felinos y sus diferencias con la población total de animales de compañía de la Ciudad de Buenos Aires pueden brindar puntos de partida para comenzar con la educación para la tenencia responsable apuntando a los grupos de mayor riesgo.

Asimismo parte de este trabajo abreva y va en línea de la necesidad de mejorar el sistema de denuncia a través de plataformas informáticas compartidas entre los efectores implicados en el manejo de accidentes por mordeduras y facilitar el cumplimiento del período de observación mediante la descentralización, teniendo en cuenta que en la actualidad para el inicio de la observación se debe concurrir con el animal al IZLP. El SNVS 2.0 es un camino posible para este punto.

Junto con lo anterior, a la fecha, no hay sanción aplicable a quien no cumple la observación antirrábica de su animal, derivando en el tratamiento de vacunación correspondiente sobre el lesionado.

⁷ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

⁸ Informe módulo de tenencia responsable y sanidad de perros y gatos. ENH 2014, CABA. Disponible en https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wpcontent/uploads/2016/02/eah_2014_tenencia_responsable_perros_gatos.pdf

VI. VIGILANCIA DE COQUELUCHE

La tos ferina, conocida también como coqueluche, es una enfermedad infecciosa aguda de las vías aéreas, altamente contagiosa, cuyo principal agente causal es *Bordetella pertussis*. Es una causa importante de morbi-mortalidad infantil con un estimado de 50 millones de casos y 300.000 defunciones anuales registradas a nivel global. La tasa de letalidad en países en desarrollo puede llegar hasta un 4% en los lactantes menores de 12 meses.

A pesar de ser una enfermedad prevenible mediante vacunación, en la región de las Américas aún es un problema de salud pública en varios países. El número total de casos anuales registrados oscila entre 15.000 y 34.000 en los últimos diez años.⁹

La situación a nivel mundial según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se actualizó previamente en el BES 62.¹⁰ Durante 2018 se han reportado brotes en los Estados Unidos, Venezuela, Armenia, Austria, Australia, Nueva Zelanda y China.¹¹

Coqueluche es un evento que se presenta de manera mensual en este Boletín Epidemiológico Semanal. Para consultar la introducción completa, la nota metodológica, definición de casos y el esquema de vacunación referirse al BES N°42 descargándolo del siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf

Para conocer el informe de la situación nacional, remitirse al último Boletín Integrado de Vigilancia con evaluación de esta enfermedad.¹²

VI.1. SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2017-2018 HASTA LA SE 25.

A continuación se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de coqueluche según provincia de residencia. Años 2017-2018 hasta SE 25.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	118	62,4%	78	65,0%
CABA	57	30,2%	38	31,7%
DESCONOCIDA	5	2,6%	1	0,8%
OTRAS PROVINCIAS	9	4,8%	3	2,5%
Total	189	100%	120	100%

Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

Comparando con el año anterior, hasta la SE 25, se observa que los casos notificados en la Ciudad de Buenos Aires en términos globales se redujeron en un 33% en 2018. Del total de notificaciones casi un 97% corresponde a residentes de CABA y de la provincia de Buenos Aires.

Para el siguiente análisis, los casos que no registren datos de provincia de residencia se considerarán como residentes de la Ciudad de Buenos Aires.

A continuación se presenta el corredor endémico cuatrisesmanal de notificaciones hasta la cuatrisesmana 6 de 2018 en residentes de la CABA.

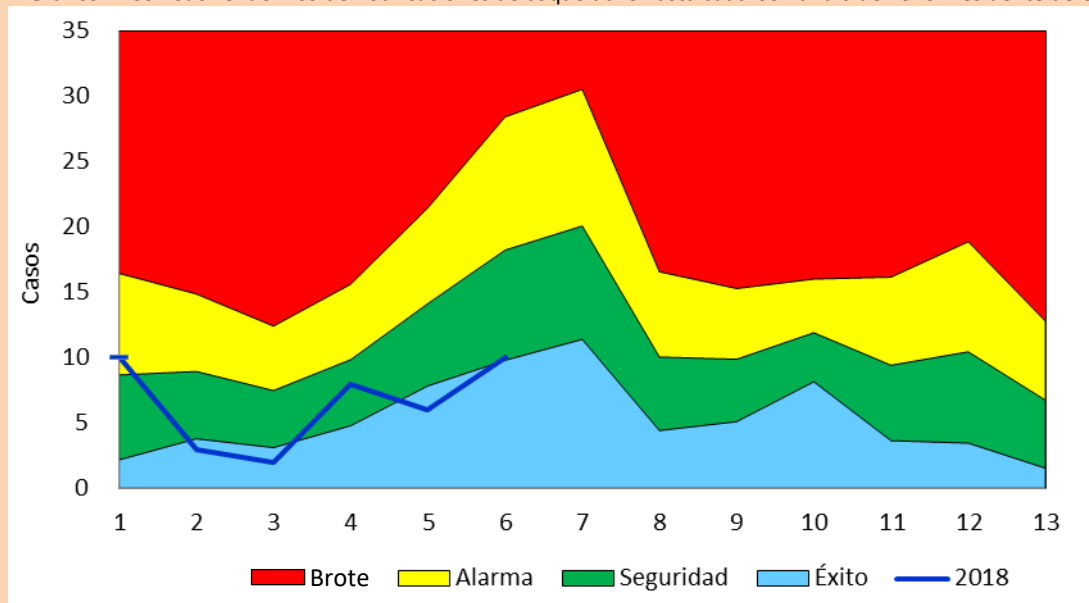
⁹ OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19325&Itemid=270&lang=en

¹⁰ http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_62_se_41_vf.pdf http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/passive/pertussis/en/

¹¹ Disponible en: www.promedmail.org

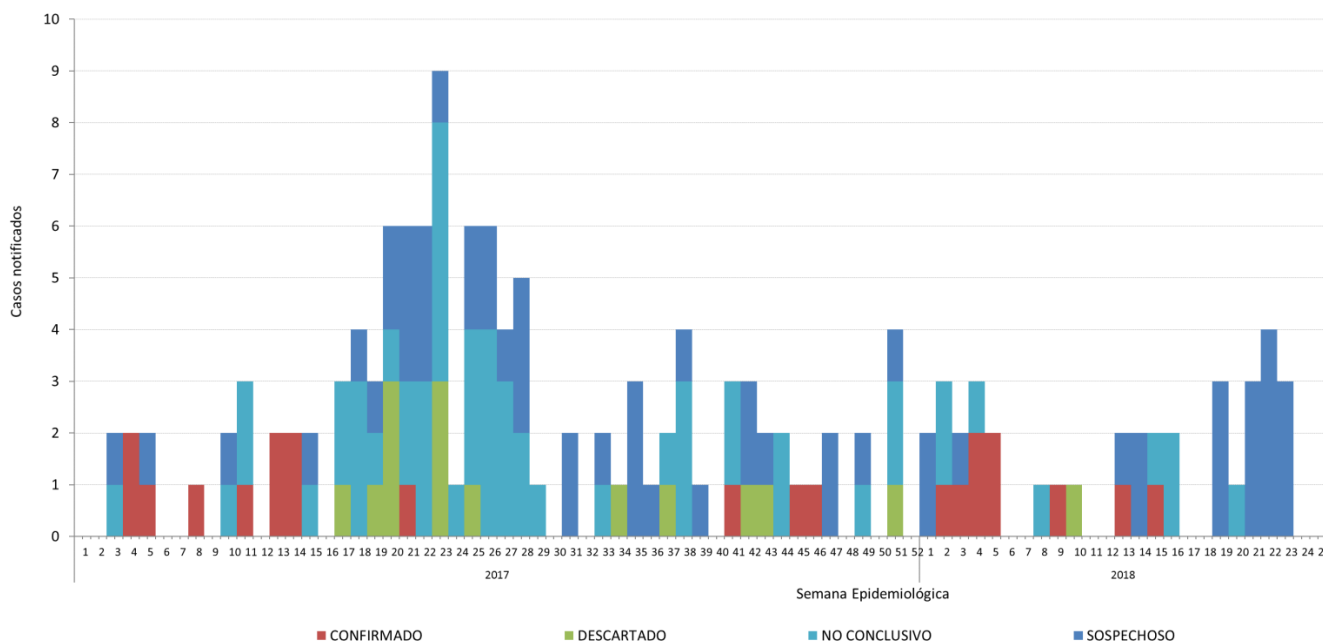
¹² Boletín Integrado de Vigilancia N° 379, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_Vigilancia_379.pdf

Gráfico 1. Corredor endémico de notificaciones de coqueluche hasta cuatrisesmana 6 de 2018. Residente de CABA.Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

Como puede observarse la notificación transcurre hasta el momento en zonas de seguridad y éxito. El descenso de la curva hasta la cuatrisesmana 5 pudo deberse a una demora en las notificaciones, teniendo en cuenta la implementación del nuevo sistema de vigilancia (SNVS^{2.0}). En la última cuatrisesmana se observa un incremento en la notificación, alcanzando la zona de seguridad.

A continuación se grafican los casos notificados según clasificación final, durante los años 2017 y 2018, en residentes de la CABA.

Gráfico 2. Casos notificados de coqueluche según clasificación final. Residentes de la CABA. Años 2017 (n=114) y 2018 hasta SE 25 (n=39).Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

Hasta la SE 25 de 2018 en residentes de la CABA se notificaron 39 casos de Coqueluche: 9 casos confirmados, 8 con resultado no conclusivo, 21 clasificados como sospechosos y un caso descartado con PCR negativa para *Bordetella pertusis* y aislamiento de Picornavirus.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de casos y tasas por grupos de edad en los años 2017 y 2018 en residentes de la CABA. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 2. Número de casos notificados de coqueluche y tasas por 100.000 habitantes según grupos de edad. Residentes de la CABA. Años 2017 (n=53) y 2018 (n=38) hasta SE 25.

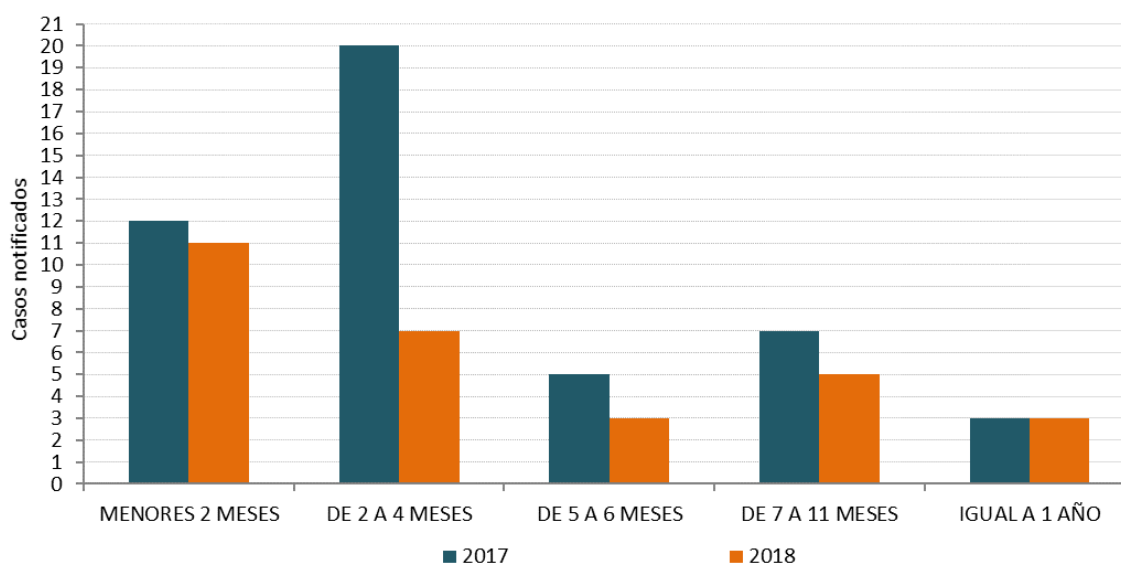
Grupo edad	2017		2018	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MENOR DE 1 AÑO	44	105,47	26	62,80
IGUAL A 1 AÑO	3	7,19	3	7,24
DE 2 A 4 AÑOS	4	3,21	6	4,83
DE 5 A 9 AÑOS	0	-	1	0,5
DE 10 A 14 AÑOS	0	-	0	-
MAYOR DE 15 AÑOS	2	0,08	0	-
SIN DATOS	0	-	2	-
Total	53	1,73	38	1,24

Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

Si bien las tasas más elevadas se encuentran en el grupo etario de menores de 1 año tanto en 2017 como en 2018, se observa una disminución del 40% con respecto al año previo. El caso perteneciente al grupo mayor de 15 años registrado en 2017 se trata de un caso confirmado en una mujer de 52 años, con resultado de PCR positivo para *B. pertussis*.

A continuación se presenta la distribución de casos en menores de 2 años.

Gráfico 3. Número de casos de coqueluche en niños menores de 2 años de edad. Residentes de la CABA hasta la SE 25. Años 2017 (n=47)-2018 (n=27).



Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

En el año 2017 las notificaciones se presentaron predominantemente en el grupo de 2 a 4 meses, en cambio en el año 2018 el mayor número de casos se registra en menores de 2 meses.

En la siguiente tabla se presentan los casos de coqueluche por comunas y las tasas por 100.000 habitantes durante los años 2017 y 2018 hasta la SE 25. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 3. Casos de coqueluche y tasas por 100.000 habitantes según comuna de residencia.
Residentes de la CABA. Años 2017-2018 hasta la SE 25.

Comunas	2017		2018		Diferencia de casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
1	2	0,8	6	2,4	4
2	0	0,0	0	0,0	0
3	9	4,7	2	1,0	-7
4	7	2,9	3	1,3	-4
5	4	2,1	1	0,5	-3
6	0	0,0	4	2,2	4
7	4	1,7	1	0,4	-3
8	11	4,9	8	3,5	-3
9	5	2,9	3	1,8	-2
10	0	0,0	1	0,6	1
11	1	0,5	1	0,5	0
12	1	0,5	0	0,0	-1
13	1	0,4	1	0,4	0
14	2	0,9	1	0,4	-1
15	1	0,5	3	1,6	2
Residentes SD*	0	-	2	-	2
Desconocidos**	5	-	1	-	-4
Total CABA	53	1,7	38	1,2	-15

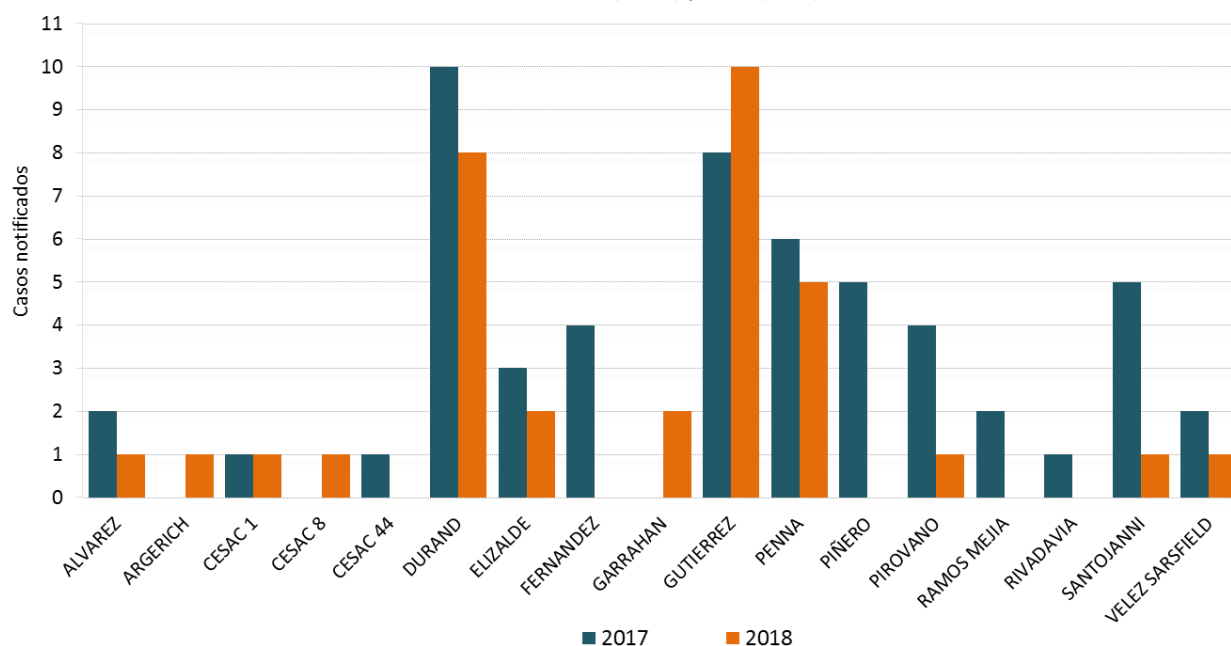
Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

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

Hasta la SE 25 de 2018, se observa una leve disminución de la notificación de residentes de la CABA con respecto al 2017. Las comunas 1, 6, 8 y 15 concentran el mayor porcentaje de las notificaciones. En 3 casos en 2018 no se constató el domicilio del paciente.

En el siguiente gráfico se presentan todos los casos notificados (incluyendo descartados) de los residentes de la CABA según institución de asistencia en efectores públicos.

Gráfico 4. Casos notificados de coqueluche según establecimiento de asistencia. Efectores públicos.
Residentes de la CABA. Años 2017 (n= 54) y 2018 (n=34) hasta la SE 25.



Fuente: SNVS: C2/SIVILA/SNVS^{2.0}

Tanto en 2017 como en 2018, hasta la SE 25, se mantiene una amplia mayoría de notificaciones de los efectores públicos (cercana al 90% en ambos períodos) con respecto a los privados. En el gráfico se excluyó un caso de paciente con residencia en la CABA que fue asistido y notificado en un centro de salud de la provincia de Córdoba.

Para el mismo período analizado, se notificaron por efectores privados seis casos de residentes de la CABA en el 2017 (Fundación Callao, Clínica Bazterrica, Sanatorio Güemes, Hospital Alemán, Sanatorio de Los Arcos y laboratorio privado), uno por el hospital de Clínicas (hospital universitario) y cuatro casos en el 2018 (dos de Sanatorio Güemes, uno del Hospital Alemán y otro de Sanatorio de los Arcos).

VI.1.A. Cobertura de Inmunizaciones - Informe preliminar

En la siguiente tabla se presenta información sobre las coberturas de vacunación de Pentavalente, Cuádruple, Triple Bacteriana y Triple Bacteriana acelular del año 2017 brindada por el programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 4. Coqueluche. Cobertura de vacunación. Año 2017. CABA

	VACUNA	PORCENTAJE DE COBERTURA
< DE 1 AÑO	PENTAVALENTE 1º	91,3
	PENTAVALENTE 2º	86,1
	PENTAVALENTE 3º	76,9
1 AÑO	CUADRUPLÉ REFUERZO	81,8
6 AÑOS	TRIPLE BACTERIANA	82,3
11 años	TRIPLE ACELULAR	77,0
Embarazadas	TRIPLE ACELULAR	77,9

Fuente: Programa de Inmunizaciones, Ministerio de Salud, GCBA.

Como se observa en la tabla las coberturas más bajas se registran entre las embarazadas, al igual que la tercera dosis de Pentavalente y de los 11 años.

En los casos notificados de coqueluche en residentes de la CABA (exceptuando el caso descartado), se registran pocos datos de vacunación. Se desagregan en el análisis los menores de 2 meses, que todavía no poseen indicación de vacunación para *B. pertussis* y sólo serán protegidos con anticuerpos maternos al vacunar a la embarazada con dpTa.

Tabla 5. Casos de coqueluche según vacunación para la edad.
Residentes de la CABA. 2017-2018 hasta la SE 25.

Vacunación	2017	2018
Menores de 2 meses	12	11
Adecuada	7	3
Inadecuada	5	3
Sin datos	29	21
Total	53	38

Fuente: SIC/SNV^{2,0}

VI.1.B. Estudios de foco

Durante el 2018 hasta la SE 25, se enviaron 38 estudios de foco de los casos notificados de residentes de la CABA (descontando el caso con domicilio desconocido). De estos se realizaron 21 y sólo 12 de manera completa.

VII. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

VII.1. INTRODUCCIÓN

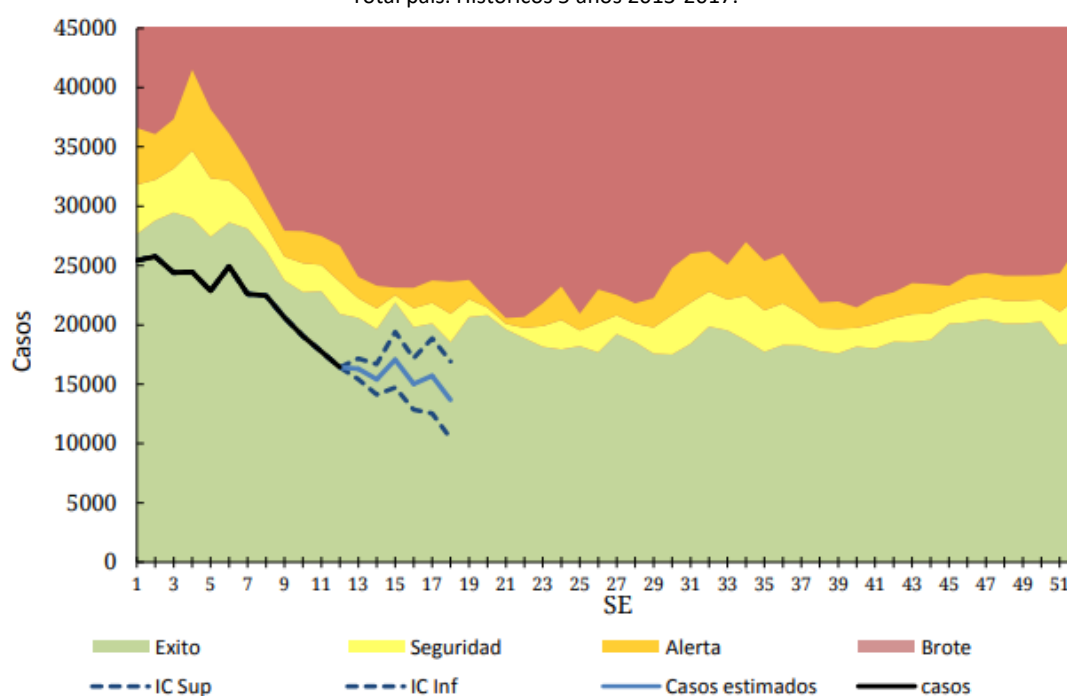
La introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES.

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

VII.2. SITUACIÓN NACIONAL

En el siguiente gráfico se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 14 del periodo 2013-2017, a nivel país¹³.

Gráfico 1. Corredor endémico semanal de Diarreas Agudas 2018.
Total país. Históricos 5 años 2013-2017.



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

Hasta la SE 14 del año 2018, se notificaron 295.375 casos de diarreas agudas en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2016-2018), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja (663.8/100.000 hab.).

En el año 2017 hasta la SE 14 se notificaron 373.993 casos de diarreas, cuya tasa anual fue de 840,5/100.000 hab. Entre 2017 y 2018, se observó una disminución en la diferencia de tasas de notificación del 21% con respecto a la misma semana del año anterior.

VII.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES. AÑOS 2017-2018 (HASTA SE 25)

VII.3.A. Diarreas Agudas (agrupadas)

A partir de la SE 25 del presente año, en el marco de la mejora de los procesos de trabajo y la optimización de recursos para el fortalecimiento de la vigilancia, tanto a nivel nacional como desde la CABA, se propuso que

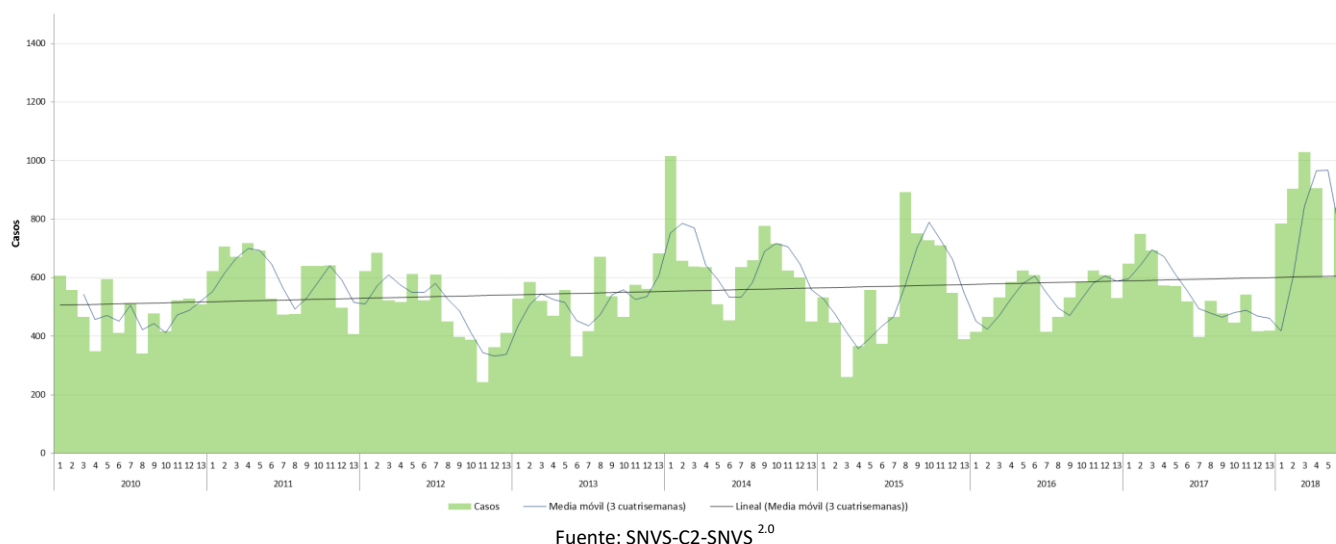
¹³ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_411_se23.pdf

la notificación de las Diarreas agudas agrupadas (al igual que los demás eventos con esta modalidad de notificación), sea realizada exclusivamente por un grupo de efectores seleccionados. Los Hospitales de la CABA que realizarán las notificaciones agrupadas son, en una primera instancia y mientras se evalúa esta definición: P. Piñero, P. Pirovano, A. Zubizarreta, R. Gutiérrez y el Htal. Italiano de Buenos Aires.

Este cambio en la gestión de los datos aboga en favor del aprovechamiento de los recursos, si bien todos los efectores que lo decidan podrán optar por sostener sus notificaciones agrupadas, contarán con mayor disponibilidad para realizar la vigilancia de los eventos nominales que requieren mayor nivel de calidad de los datos relevados, para continuar fortaleciendo la Vigilancia de la salud. Asimismo, desde lo metodológico, los casos presentados, continúan mostrando una tendencia a la hora de evaluar la situación de cada evento, en este caso, diarreas.

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2018 (hasta la cuatrisesmana 6 de 2018). Se graficó la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se trazó la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 2. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica hasta C6. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2018 (n=60.855)

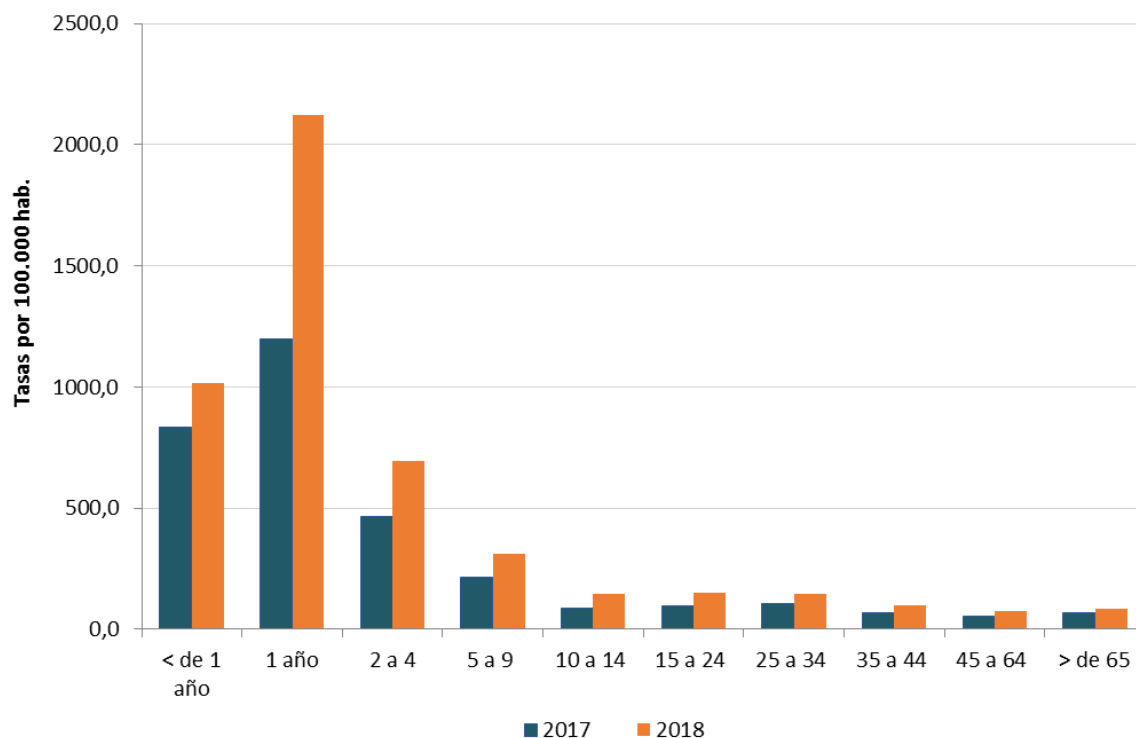


En el gráfico presentado se verificó la estacionalidad esperable en las semanas del periodo estival a lo largo de la serie histórica, atribuido probablemente a las diarreas virales. En el periodo 2012-2014 se observó un incremento de las notificaciones totales en relación al 2015 en adelante.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 25 en el periodo 2017-2018 por hospitales públicos de la Ciudad.

En el año 2017 y 2018 hasta la SE 25 en la CABA, se notificaron en los efectores seleccionados 4006 y 5745 casos de diarrea respectivamente. Se observa un aumento en la notificación del 43% con respecto a la misma SE del año anterior. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

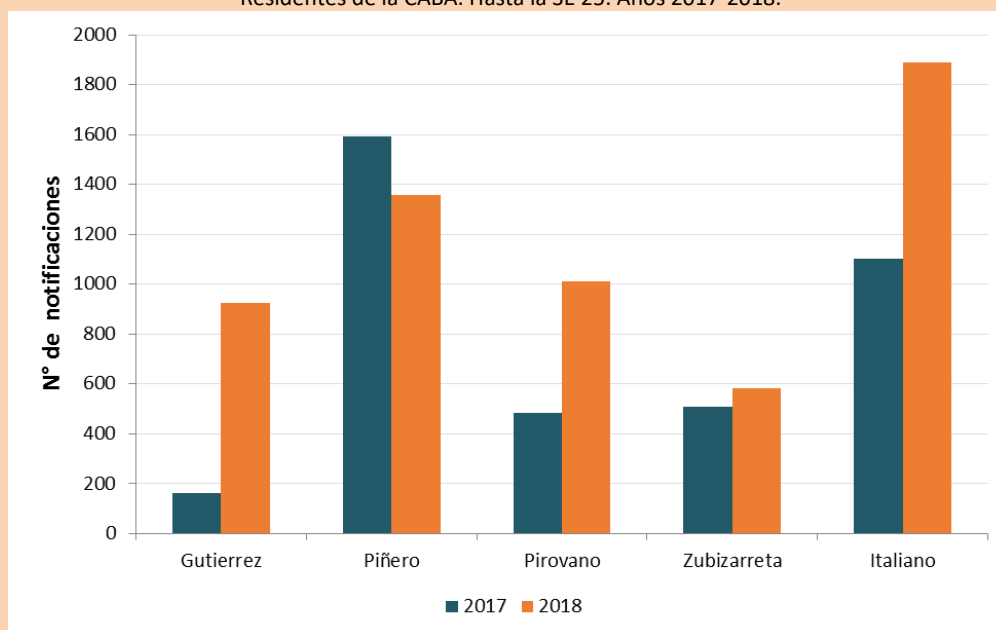
Gráfico 3. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100. 000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. 2017-2018.



Fuente: SNVS-C2-SNVS ^{2.0}

La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2018, presenta un aumento en la notificación del 43% con respecto a la SE 25 de 2017. En el periodo 2017-2018 hasta la SE 25, las tasas más elevadas correspondieron al grupo de 1 año. La tasa de notificación en este grupo de edad fue de 130,8/100.000 hab. para el año 2017, y 187,3/100.000 hab. para el año 2018.

Gráfico 4. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según efectores notificadores. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2017-2018.



Fuente: SNVS-C2-SNSV ^{2.0}

En el año 2018 hasta la SE 25, se observa que entre los hospitales notificadores aumentaron la notificación en un casi 20% con respecto al año anterior -cuatro de estos efectores superaron la notificación-. El 35 % de las notificaciones de este evento fue realizado por el Hospital Italiano, el cual aumento su notificación con respecto al año anterior en un 63%.

VII.3.A. *Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)*

En el período 2017-2018, hasta la SE 25, se notificaron 141 y 144 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

A continuación se se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

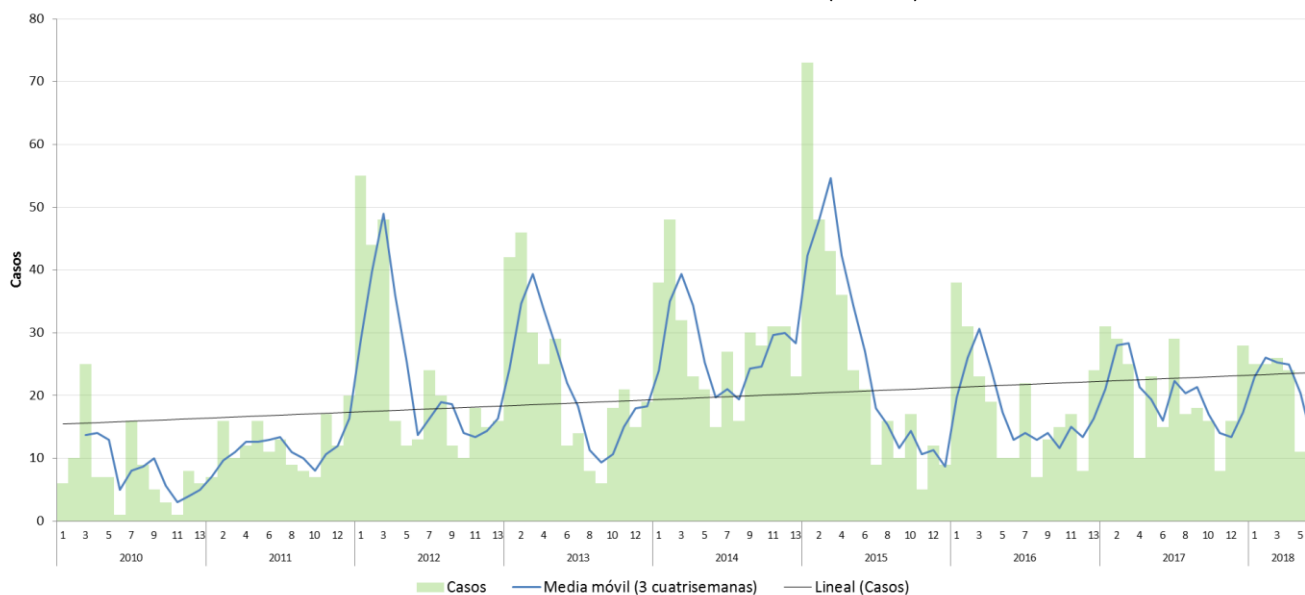
Tabla 6. Número y porcentaje de notificaciones de DAS según provincia de residencia.
Período 2017-2018 hasta SE 25.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	68	32,5	93	39,2
CABA	137	65,6	144	60,8
DESCONOCIDA	4	1,9	0	0,0
Total	209	100,0	237	100,0

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS ^{2.0} y base de la GOE

A continuación se presenta la serie temporal de casos de DAS por cuatrisesmana epidemiológica durante el periodo 2010-2018 (hasta la cuatrisesmana 6). Se grafica la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se traza la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica (hasta C06).
Residentes de la CABA. Período 2010-2018. (n=2.154)



Fuente: SNVS-C2-SNVS ^{2.0}

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de esta patología. En el año 2018, hasta la cuatrisesmana 5, se observa similar tendencia que en los años anteriores.

En la siguiente tabla se presentan los casos de DAS con domicilio de residencia en la Ciudad, las tasas por 100.000 hab. y la diferencia de casos entre el año 2017 y 2018 según comunas.

Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100. 000 hab. según comunas.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2017-2018

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	7	2,8	10	3,9	3
2	0	0,0	0	0,0	0
3	9	4,7	6	3,1	-3
4	6	2,5	5	2,1	-1
5	2	1,1	1	0,5	-1
6	3	1,6	1	0,5	-2
7	32	13,3	28	11,6	-4
8	40	17,7	28	12,4	-12
9	12	7,0	11	6,4	-1
10	6	3,5	15	8,8	9
11	2	1,1	4	2,1	2
12	10	4,7	8	3,7	-2
13	2	0,8	0	0,0	-2
14	0	0,0	6	2,6	6
15	3	1,6	11	6,0	8
Residentes Sd*	0		10		10
Desconocidos**	7		0		-7
Total CABA	141	4,6	144	4,7	3

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2,0}

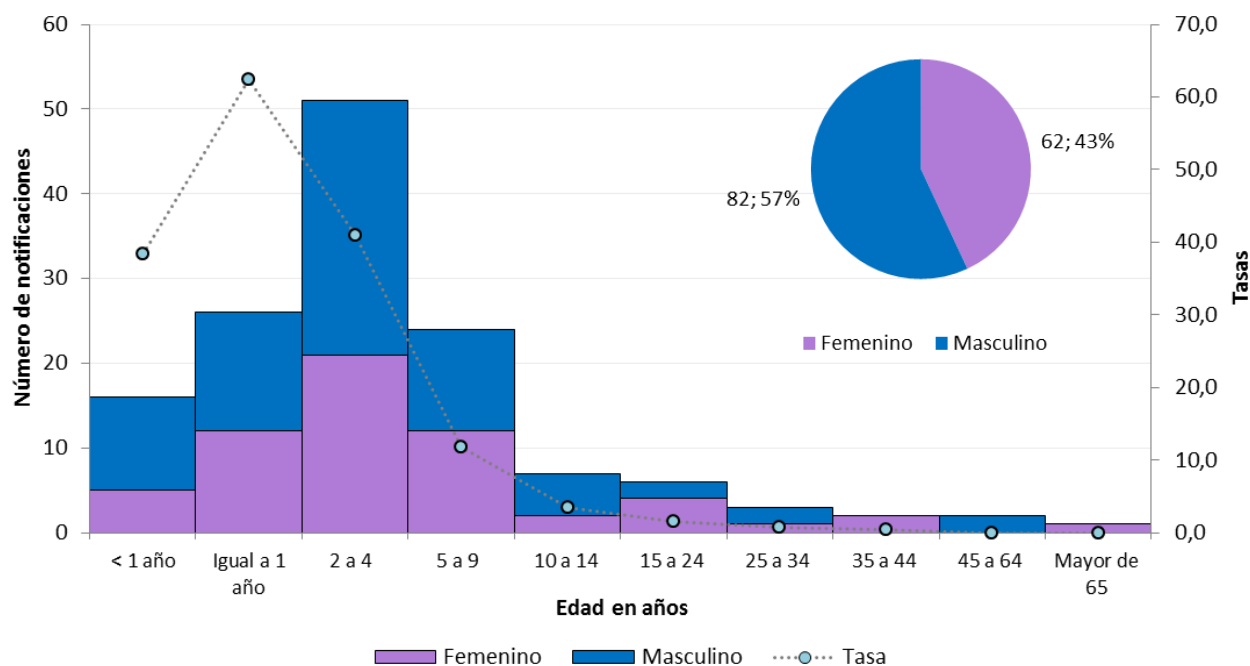
*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

En el año 2018 hasta la SE 25, se observa que cinco comunas superaron la tasa de notificación de la Ciudad. Las tasas más elevadas de DAS, se observaron en las comunas 7, 8, 9, 10. Se observa un aumento en la tasa de notificaciones de la Comuna 15 con respecto a la misma semana del año anterior.

A pesar de que los casos notificados en la comuna 8 disminuyeron con respecto al 2017, superaron ampliamente la tasa global de la CABA.

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

Gráfico 6. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. 2018 (n=144)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS ^{2,0}

En el año 2018, la tasa del grupo etario de 1 año superó ampliamente la tasa de los menores de 1 año, así como también la tasa del grupo de 2 a 4 años. Con respecto al año 2017, se observa un incremento en la tasa de notificación de DAS en los grupos de edad de 0 a 4 años.

En la siguiente tabla se expresan los casos de DAS y su distribución porcentual según grupos de edad de los residentes en CABA hasta la SE 21. La propuesta de la misma es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico previo con la tasa-).

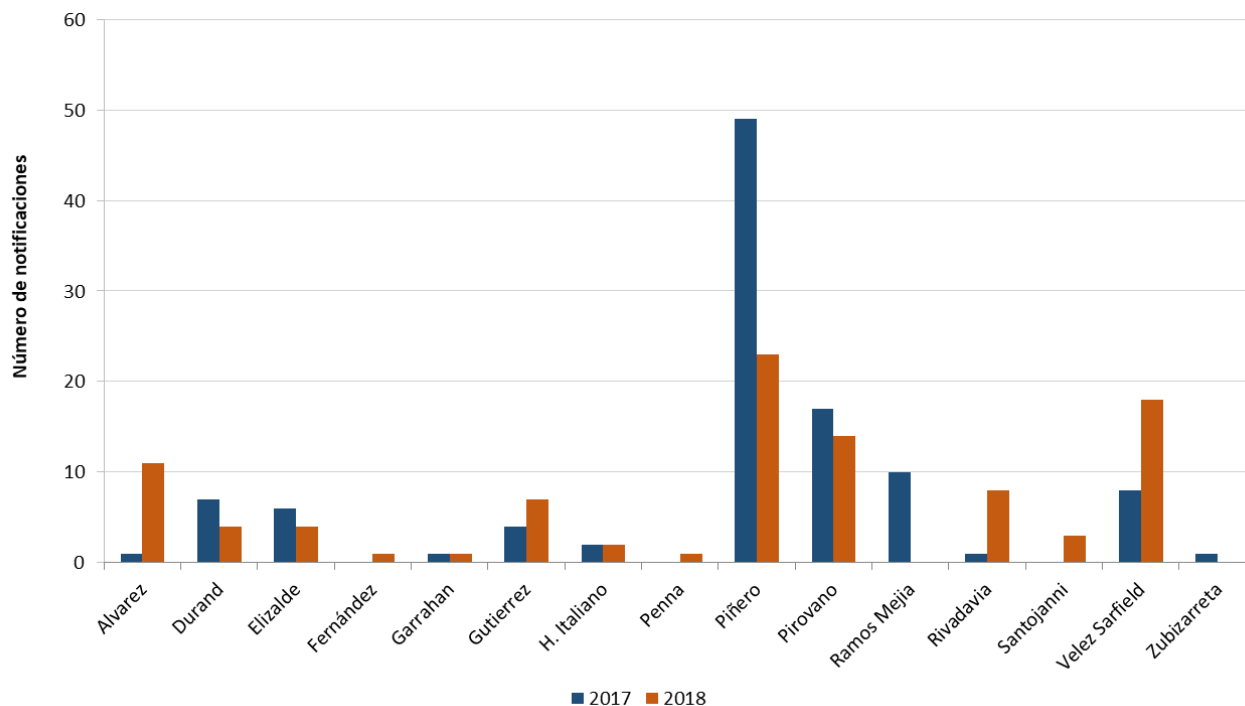
Tabla 2. Casos y distribución porcentual de DAS según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2017-2018.

Grupo de edad	Casos 2017	%	Casos 2018	%
< 1 año	14	10%	16	11%
1 año	28	20%	26	18%
2 a 4 Años	52	37%	51	35%
5 a 9 Años	29	21%	24	17%
10 a 14 años	8	6%	7	5%
15 a 24 Años	3	2%	6	4%
25 a 34 Años	2	1%	3	2%
35 a 44 Años	0	0%	2	1%
45 a 64 Años	1	1%	2	1%
> 65 Años	1	1%	1	1%
S/D	3		6	
Total	141	100%	144	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS ^{2,0}

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 25.

Gráfico 7. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2017-2018.



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

Hasta la SE 21 del año 2018, el 67,5% (74) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 20% (23) por CeSAC y un 6% (7) por efectores privados. En relación a la comparación anual con el año anterior a la misma SE, se observa una mayor participación de los hospitales públicos y privados en la notificación.

VII.3.B. Resultados de laboratorio hasta SE 25 de 2018

Hasta la SE 25 se obtuvieron 29 casos de DAS de residentes y no residentes con resultados de laboratorio: 18 corresponden a *Shigella*, 11 *flexneri*, 2 *Shigella sonnei*, un aislamiento de *Salmonella sp* y 4 de *E. Coli*. De estos últimos en dos se detectó verotoxina positiva O-157.

VII.3.C. Diarreas Bacterianas hasta SE 25 de 2018

En el año 2018, se han notificado 14 casos de Diarreas Bacterianas de residentes y no residentes con resultados de laboratorio por rescate en coprocultivo. En 6 casos se obtuvo desarrollo de *Shigella* - los cuales corresponden a *Shigella flexneri*- y en 3 casos de *Salmonella* sin serotipificar y 3 casos de STEC con resultado positivo para O-157.

VIII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEADES AEGYPTI

VIII.1. INTRODUCCIÓN

VIII.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAA

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

Dentro de los escenarios teóricos que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, relacionados con la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, en la actualidad nos encontramos en el N° 0.

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

VIII.1.B. Nota metodológica

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

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

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

VIII.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL

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

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

VIII.2.A. Situación regional (sin actualización en este BES)

VIII.2.A.i. Fiebre Amarilla en Brasil

En Brasil, según el último reporte actualizado al 16/05/2018, desde el 1 de julio de 2017 se notificaron 1.266 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, con 415 fallecidos¹⁴. Los estados que notificaron casos confirmados fueron São Paulo (516 casos; 163 defunciones), Minas Gerais (520 casos; 177 defunciones), Rio de Janeiro (221 casos; 71 defunciones), Distrito Federal (1 caso fatal) y Espírito Santo (14 casos; 1 fallecido). En la siguiente tabla se muestra la distribución de los casos notificados según estado de residencia.

Tabla 1. Distribución de casos humanos sospechosos de Fiebre Amarilla notificados en Brasil. Periodo 1 julio de 2017 hasta la SE 19 2018*

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	2	1	1				
	Amapá	6	4	2				
	Amazonas	8	6	2				
	Pará	46	33	13				
	Rondônia	9	8	1				
	Roraima	3	3					
	Tocantins	25	17	8				
Nordeste	Alagoas	8	8					
	Bahia	70	45	5				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	9	7	2				
	Paraíba	5		5				
	Pernambuco	8	5	3				
	Piauí	11	6	5				
	Rio Grande do Norte	5	2	3				
	Sergipe	3	3					
Centro-Oeste	Distrito Federal	81	72	8	1		1	100,0
	Goiás	75	44	1				
	Mato Grosso	14	10	4				
	Mato Grosso do Sul	13	11	2				
Sudeste	Espírito Santo	127	107	14	6	5	1	16,7
	Minas Gerais	1593	900	173	520	343	177	34,0
	Rio de Janeiro	1346	630	493	223	150	73	32,7
	São Paulo	2885	1978	391	516	353	163	31,6
Sul	Paraná	126	119	7				
	Rio Grande do Sul	56	41	15				
	Santa Catarina	51	28	3				
TOTAL		6589	4091	1232	1266	851	415	32,8

Fuente: Informe N°26– 2017-2018. Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018

En el período antes mencionado (julio de 2017 – 16 de Mayo 2018) se registró un número mayor de casos en todo el país respecto a igual periodo del año anterior (julio 2017 a Semana Epidemiológica 19, con notificación de: 771 casos confirmados).

Respecto a las epizootias se confirmaron 752 y 1695 permanecen en estudio; (periodo julio 2017 a semana epidemiológica 19 de 2018). El número de epizootias confirmadas es menor que para el mismo periodo del año anterior (SE 19- 2017: 1.561; SE 19- 2018: 752).

Según la última actualización de OPS (20/03/2018), hasta la fecha, no hay evidencia de que el *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión.¹⁵

VIII.2.B. Situación actual en Argentina¹⁶

En 2018, hasta la SE 24, se notificaron 7.475 casos sospechosos para arbovirosis, de los que 660 tienen antecedente de viaje hacia áreas con circulación activa de arbovirus dentro y fuera del país y 6.815 no presentan el antecedente de viaje.

En nuestro país en 2018 hasta SE 24 se registró la transmisión de virus dengue serotipo DEN 1 en las provincias de Buenos Aires, Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones, Entre Ríos, Salta y Santiago del Estero, localizándose en las siguientes ciudades, departamentos y localidades: Córdoba (provincia de Córdoba); 2 de

¹⁴ Modificado de: Ministério da Saúde. Informe N°22. Monitoramento de Período Sazonal de Febre Amarela. Brasil 2017-2018. Disponible en <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Informe-FA.pdf>

¹⁵ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=2178&Itemid=40784&lang=es

¹⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_412_se25.pdf

Abril, Chacabuco, O'Higgins y General Belgrano y Resistencia (provincia de Chaco); Corrientes, Mercedes y Saladas (provincia de Corrientes); Paraná (provincia de Entre Ríos), Formosa, Mataros y Patiño (provincia de Formosa), Puerto Rico (provincia de Misiones), Santiago del Estero (provincia de Santiago del Estero), Avellaneda, Lomas de Zamora, Morón y Quilmes (provincia de Buenos Aires) y comunas 3 y 4 (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Fueron notificados casos aislados confirmados y probables sin antecedente de viaje en otras comunas de la CABA y partidos de Buenos Aires, Misiones, Chaco, Jujuy, Mendoza, Salta, Santa Fe y Tucumán.

En relación a las patologías ocasionadas por el virus Zika, fue notificada la transmisión viral en la provincia de Salta, con casos en Embarcación (6), Salvador Mazza (11), Pichanal (15), Tartagal (1) y Orán (7). No se registraron casos en embarazadas y se encuentra en estudio un caso de SGB con resultados positivos para Zika.

En el caso registrado sin antecedente de viaje en la SE 10 en La Matanza (provincia de Buenos Aires) no se hallaron nuevos casos relacionados.

Desde la emergencia del virus del Zika en Argentina en el 2016 y hasta la SE 24 de 2018 se notificaron un total de 8 casos confirmados de síndrome congénito asociados a virus del Zika. De 5 casos autóctonos, los 3 últimos detectados fueron niños nacidos en la provincia de Salta, (octubre y noviembre de 2017). Las madres habrían adquirido la infección durante el brote de Zika ocurrido en la provincia entre SE 5 y 22 de 2017. Los otros 2 casos correspondieron a nacimientos ocurridos durante el año 2016 (Tucumán y Santa Fe). Los casos importados se identificaron en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los casos fueron estudiados en las jurisdicciones correspondientes, y se confirmaron en el laboratorio nacional de referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH-ANLIS).

No se notificaron nuevos casos importados de Fiebre amarilla.

En el presente año no se ha registrado circulación de virus Chikungunya.

VIII.3. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-26)

Desde el inicio del año hasta el 30 de junio de 2018 (semana Epidemiológica 26) **fueron notificados 114 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje.** En la Ciudad de Buenos Aires desde la SE 26 de 2017 (inicio de la temporada 17/18) hasta la SE 26 de 2018 se notificaron un total de **600 casos de ETMAA en residentes de la CABA**, incluyendo confirmados, probables, sospechosos y descartados; con o sin antecedente de viaje. Dentro de ellos se notificaron 51 casos de Dengue, 36 casos de Fiebre Amarilla, 12 de Fiebre Chikungunya y 30 para todos los eventos de infección por Virus Zika.

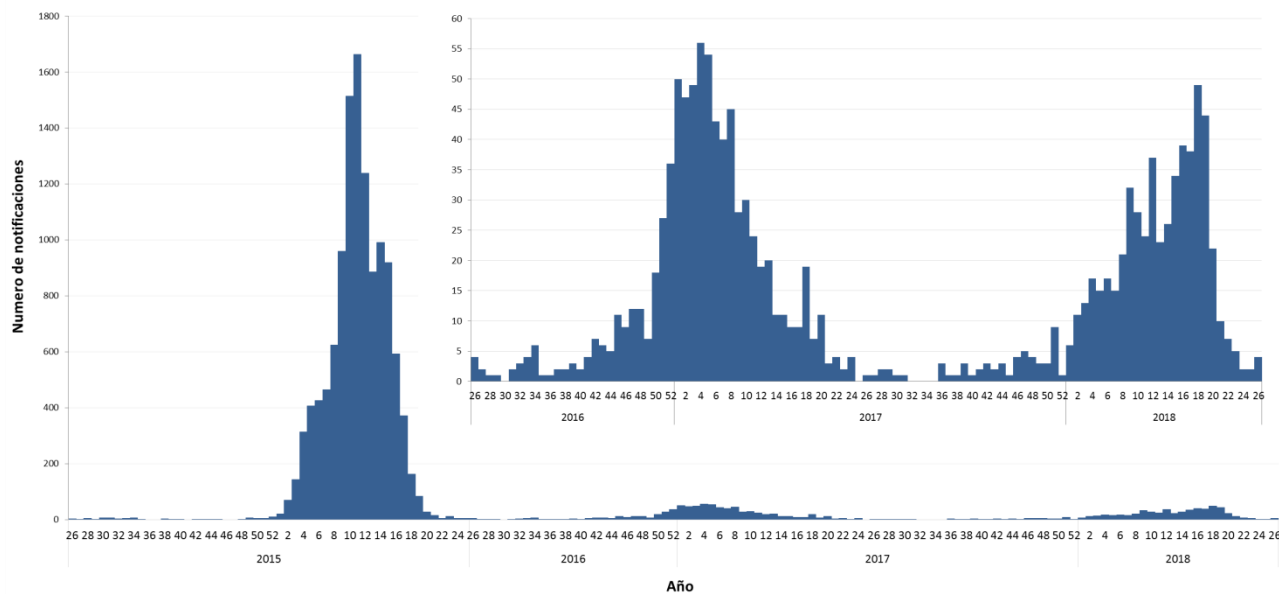
Los casos confirmados de fiebre amarilla en residentes de la CABA son 3, todos CON antecedente de viaje a Brasil.

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

VIII.3.A. Antecedentes y situación actual

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

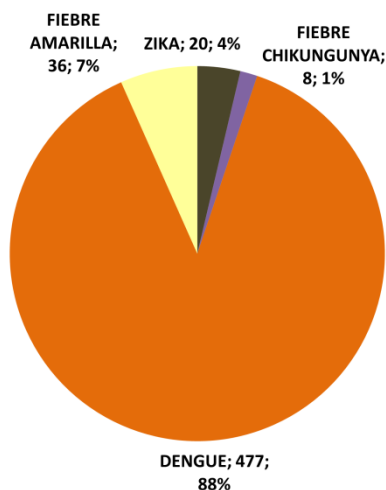
Gráfico 10. Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA.
Año 2015 (SE 26-52, n=82)-2016 (SE 1-52, n=12.114)-2017 (SE 1-52, n=653)- 2018 (SE 1-26, n=543).



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

En el siguiente gráfico se muestran las diferentes frecuencias de notificación por evento para cada ETMAa en las SE 1-26 de 2018, en la que se observa preponderancia del evento dengue (n=477).

Gráfico 11. Número y proporción de notificaciones de ETMAa según evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-26, 2018 (N=541).

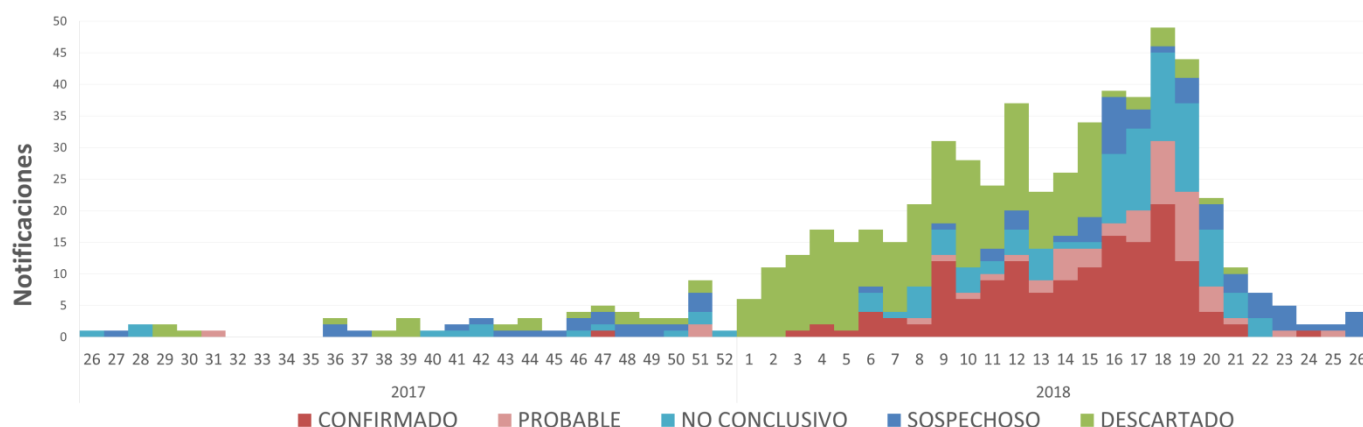


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

De los casos notificados en el período comprendido entre las SE 1 a 26 de 2018, 141 contaron con antecedente de viaje, 220 no presentaron antecedente de viaje y los casos restantes no registraron antecedente al respecto en el SNVS.

El gráfico siguiente muestra la distribución temporal de las notificaciones de ETMAa a lo largo del período correspondiente al segundo semestre de 2017 y el año 2018 hasta la SE 26.

Gráfico 12. Notificaciones de ETMAa por SE según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2017 (n=58) y SE 1-26; 2018 (n=541).



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

En el segundo semestre de 2017, la notificación se mantuvo baja, con un incremento leve hacia la SE 51. En 2018 hasta la SE 26 se observa un aumento sostenido de la notificación desde la primera SE del año hasta SE 18, con descenso posterior del número de notificaciones.

Tabla 3. Notificaciones de ETMAa por evento según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. SE 1-26. 2017-2018.

EVENTO	2017				Total	2018				Total	Diferencia de casos
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	2	32	8	473	515	147	49	109	172	477	-38
FIEBRE CHIKUNGUNYA	0	4	3	32	39	0	0	2	6	8	-31
FIEBRE AMARILLA	0	0	2	0	2	3	0	26	7	36	34
ZIKA: Enfermedad por virus del Zika	1	1	1	23	26	0	1	1	5	7	-19
ZIKA: Infección por virus del Zika en el embarazo	0	1	2	4	7	0	0	3	1	4	-3
ZIKA: Transmisión vertical del virus del Zika SIN síndrome congénito	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
ZIKA: SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asoc.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
ZIKA: Síndrome congénito con sospecha de asoc. con Zika	0	1	3	0	4	0	0	6	2	8	4
ZIKA: Aborto o muerte fetal con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
Total general	3	39	19	535	596	150	50	148	193	541	-55

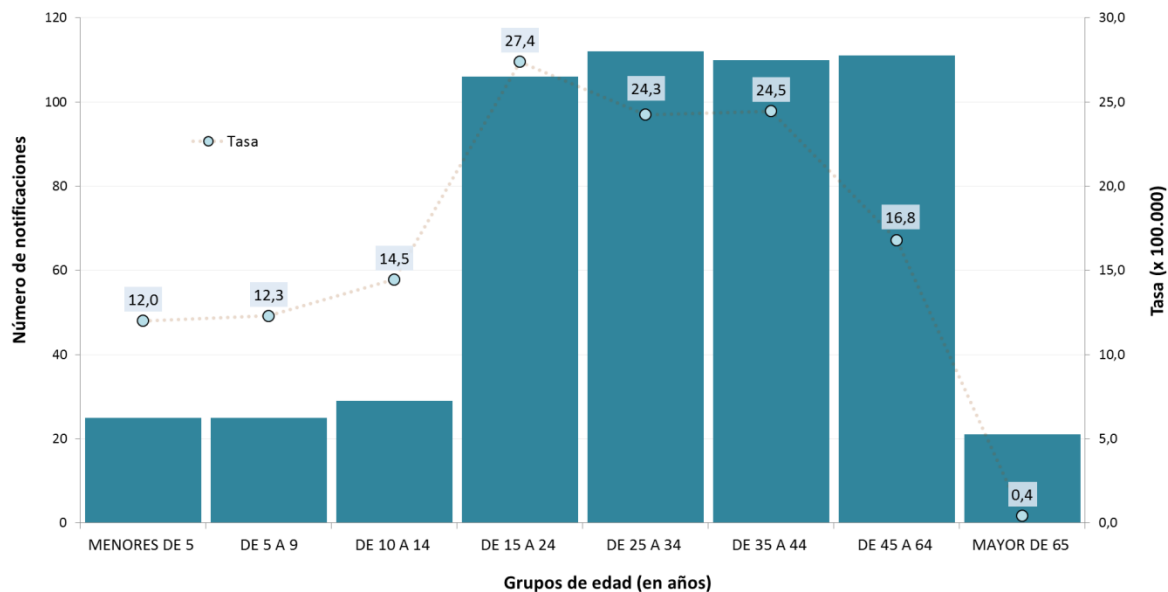
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

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

En las SE 1-26 de 2018 la notificación de casos de ETMAa fue menor que la notificación de igual periodo de 2017 para todos los eventos en vigilancia, con excepción de Fiebre Amarilla y el síndrome congénito con sospecha de asociación con virus del Zika.

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

Gráfico 13. Notificaciones de casos de ETMAa y tasas específicas cada 100.000 hab. Según grupo de edad. Residentes de la CABA. SE 1-26. 2018 (n=539).

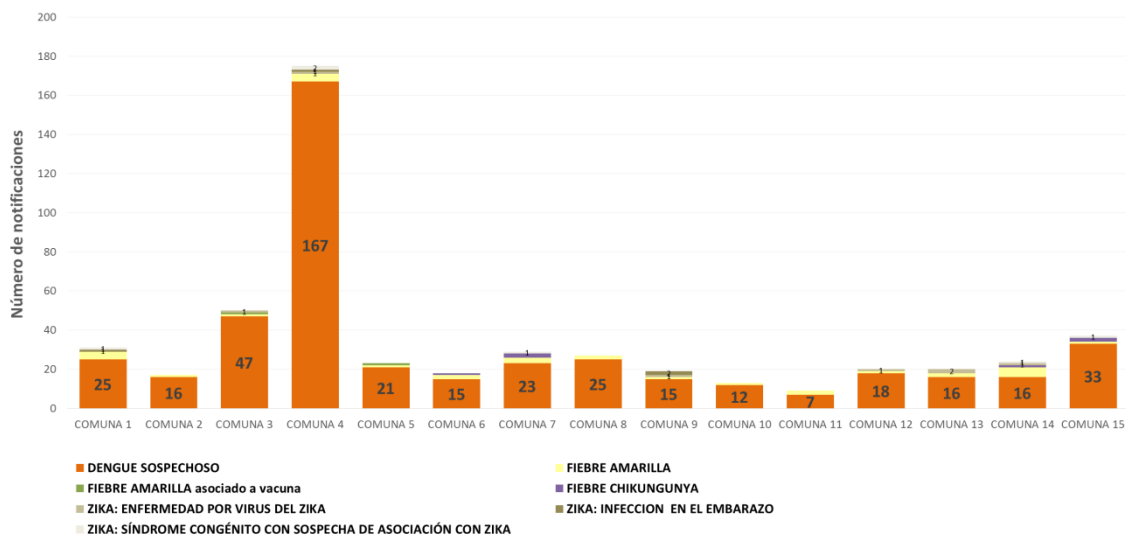


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

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

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

Gráfico 14. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-26. 2018 (n=512).



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

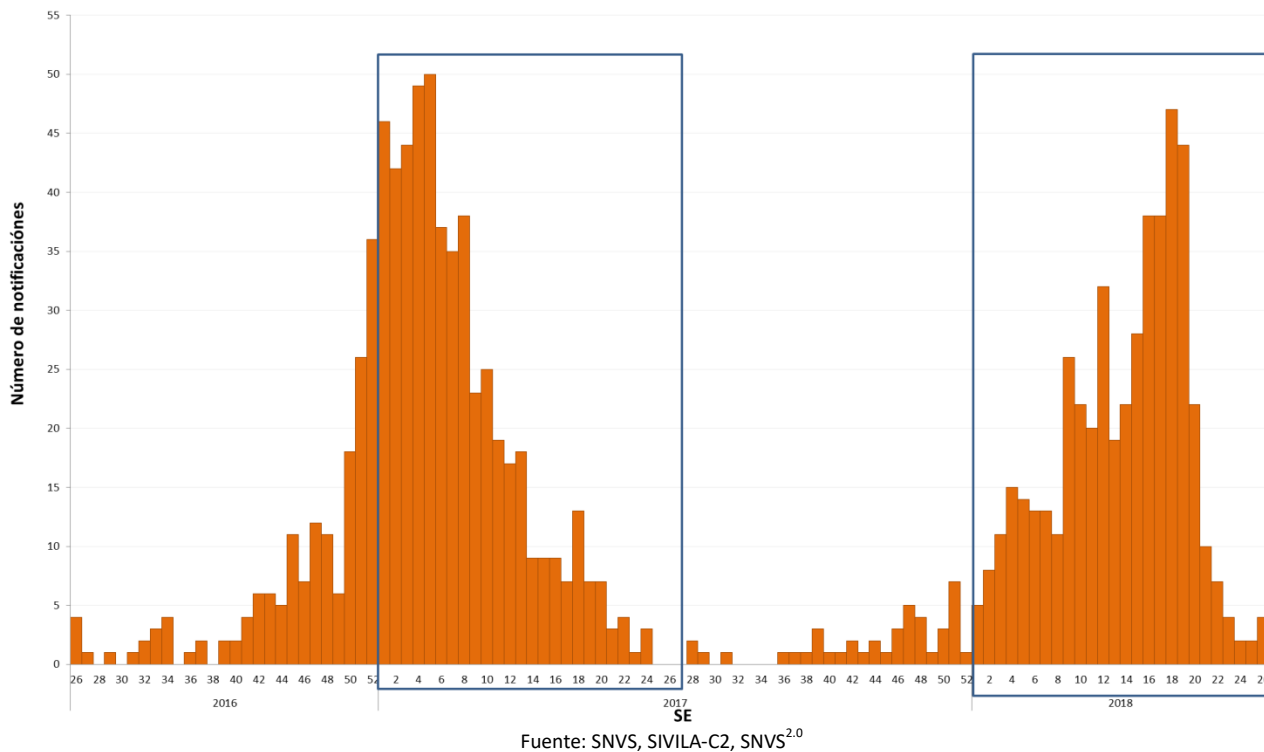
En las SE 1-26 de 2018, se registraron notificaciones para las ETMAa en todas comunas de la Ciudad, siendo la comuna 4 la que presenta el mayor número de notificaciones.

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

VIII.3.B.Dengue

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

Gráfico 15. Notificaciones de dengue según semana epidemiológica.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2016 (n=171)- SE 1-52; 2017 (n=557)- SE 1-26: 2018 (n=477).

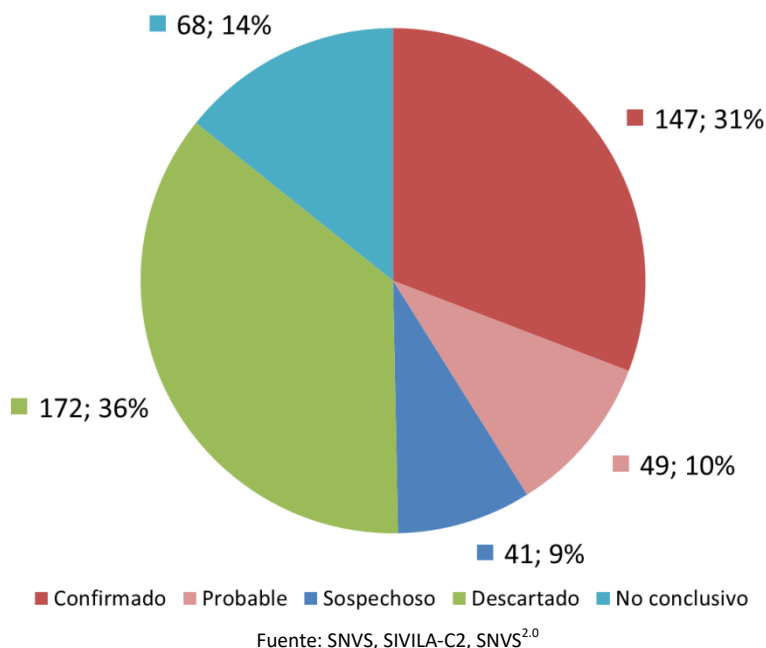


Al comparar las SE 1-26 de los años 2017 y 2018, se observa que las notificaciones fueron mayores para cada una de las SE del año 2017 hasta la SE 8. Desde la SE 9 en adelante los casos semanales notificados en 2018 son superiores a los del año previo, con la mayor frecuencia registrada en SE 18. A partir de la SE 19 la notificación de casos se encuentra en descenso. La fecha de inicio de síntomas del último caso notificado hasta el momento fue el 13/06/2018.

En las SE 1-26 de 2018, no se observan diferencias según sexo en las notificaciones.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico en las SE 1 a 26 del año 2018.

Gráfico 16. Notificaciones de dengue según clasificación.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-26; 2018 (n=477)



Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, en aquellos “no conclusivos”, esto se debe a que requieren una segunda muestra para el diagnóstico de los mismos.

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

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

Del total de casos sin antecedente de viaje, 67 corresponden al conglomerado de casos de la comuna 4 y 19 al de la comuna 3. Los restantes casos se distribuyen en las comunas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13 y 15. El serotipo detectado es DEN 1.

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

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

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

VIII.3.C. Fiebre amarilla

Entre las SE 1-26 del 2018 fueron notificados 36 casos sospechosos de Fiebre Amarilla. En 27 casos se ha constatado el antecedente de viaje, mientras que los restantes no registran dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

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

Un cuarto caso confirmado en residente de la Ciudad está asociado a la vacunación antiamarilica, y fue confirmado por el laboratorio de referencia nacional (IgM y reacción de neutralización en placa). En el laboratorio de referencia nacional se encuentra en estudio otro caso probablemente asociado a la vacuna.

VIII.3.D. Zika

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

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

En las SE 1 a 26 de 2018 se notificaron 20 casos sospechosos de infección por Virus Zika: 7 de Enfermedad por Virus Zika, 4 de infección por Virus Zika en el embarazo, 8 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika y un caso de transmisión vertical viral sin síndrome congénito. Diez casos cuentan con el registro de viaje y en los restantes no se registra dicho dato en el SNVS.

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

VIII.3.E. Fiebre Chikungunya

Desde la SE 26 a la 52 de 2017, se notificaron 4 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya en residentes de la Ciudad, el último en SE 44. En relación al antecedente de viaje, 3 cuentan con el mismo y el resto no registra dicho dato en Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ningún caso resultó confirmado en residentes de la Ciudad.

En las SE 1 a 26 de 2018 se notificaron 8 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, 6 de los cuales fueron descartados.

IX. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

IX.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.

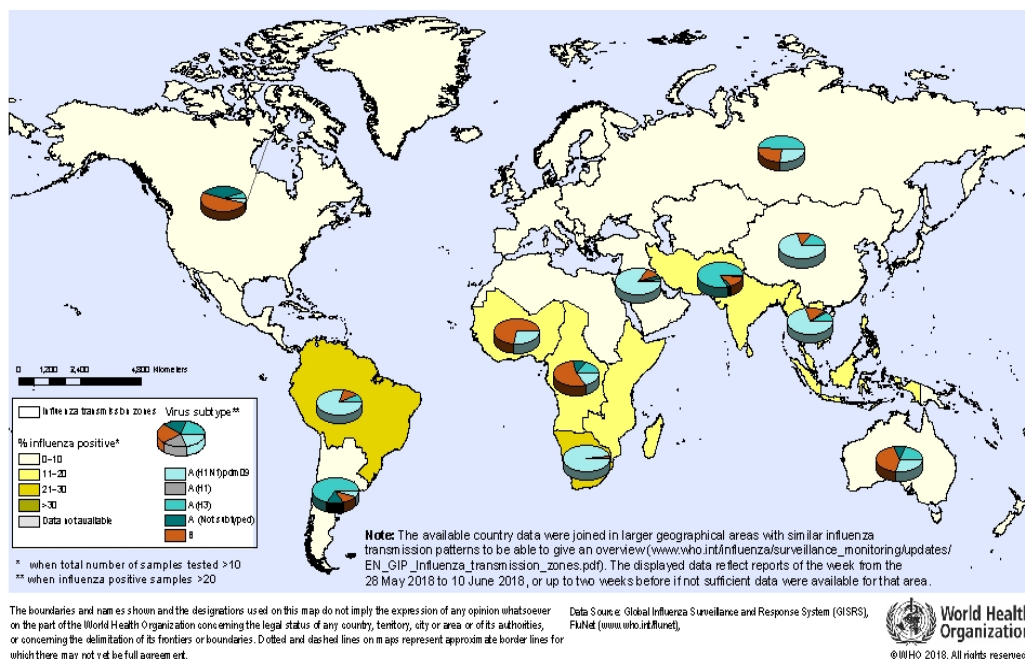
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

IX.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 influenza¹⁷.

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 21 de Junio de 2018



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

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

En América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentra en descenso en toda la sub-región.

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

¹⁷ Para obtener más información consultar

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

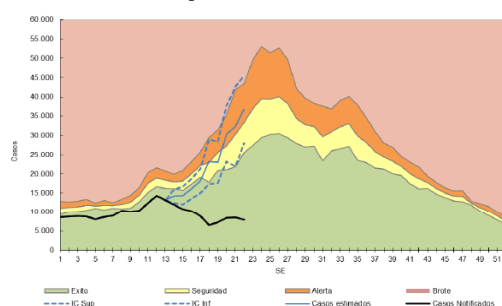
En Brasil y Cono Sur los niveles de influenza continuaron dentro de los niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúa baja, en general, y la actividad de VSR aumentó a niveles estacionales.

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

IX.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

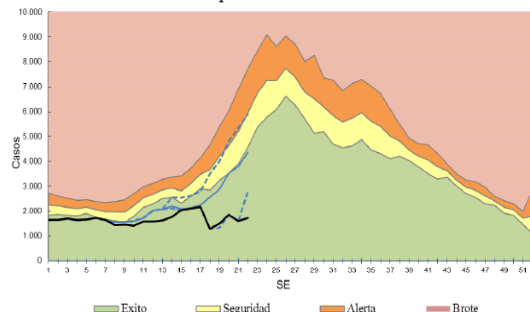
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país, en el año 2018.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE22. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



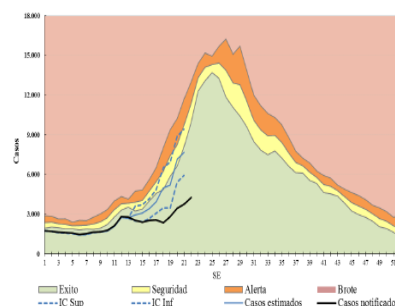
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE22. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



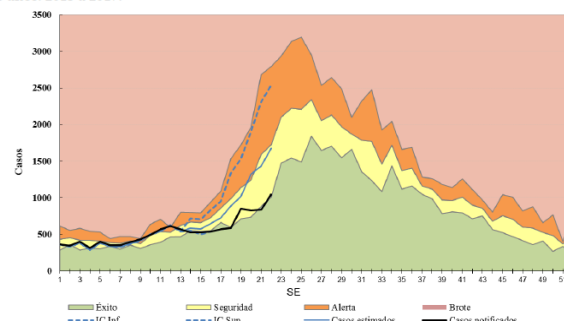
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE22. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2018 hasta SE22. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

IX.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA

Nota metodológica:

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

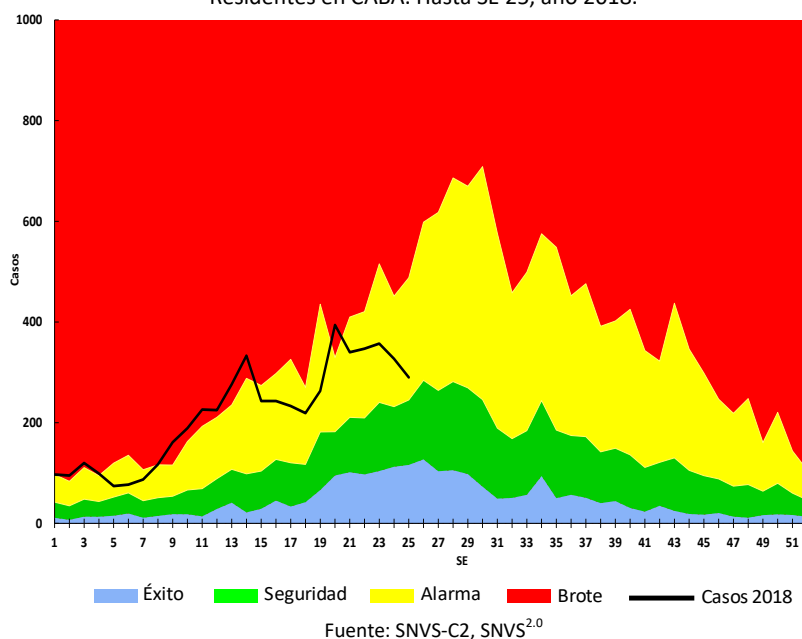
Para las IRA, se eligieron seis hospitales públicos y uno privado, que se considera son representativos del comportamiento de la notificación total. Los Hospitales seleccionados son: Álvarez, Pirovano, Piñero, Zubizarreta, Ramos Mejía, Gutiérrez; y por parte del sector privado el Hospital Italiano.

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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de ETI, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 25 de 2018.

Grafico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI).
Residentes en CABA. Hasta SE 25, año 2018.

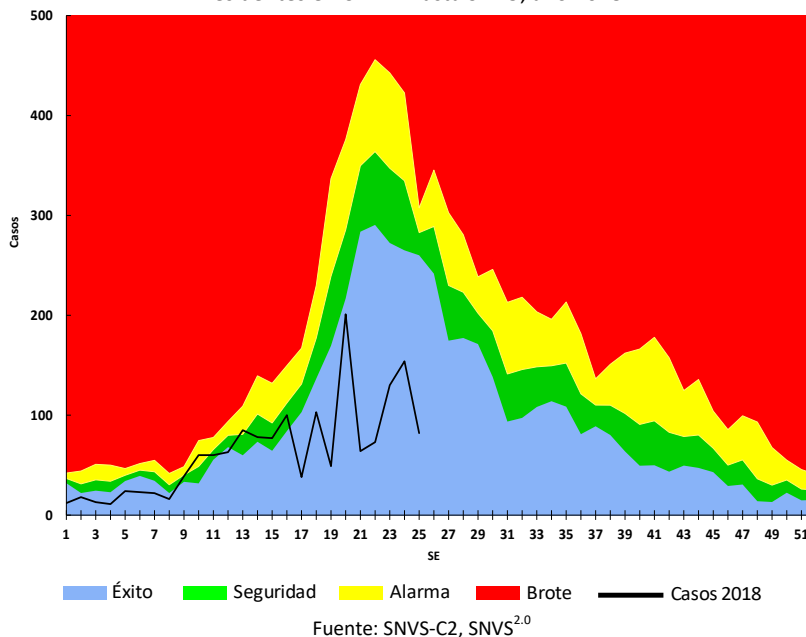


La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 se observa una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En las últimas semanas, la incidencia permanece en zona de alarma, con una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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de bronquiolitis, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 25 de 2018.

Grafico 2. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años Residentes en CABA. Hasta SE 25, año 2018.

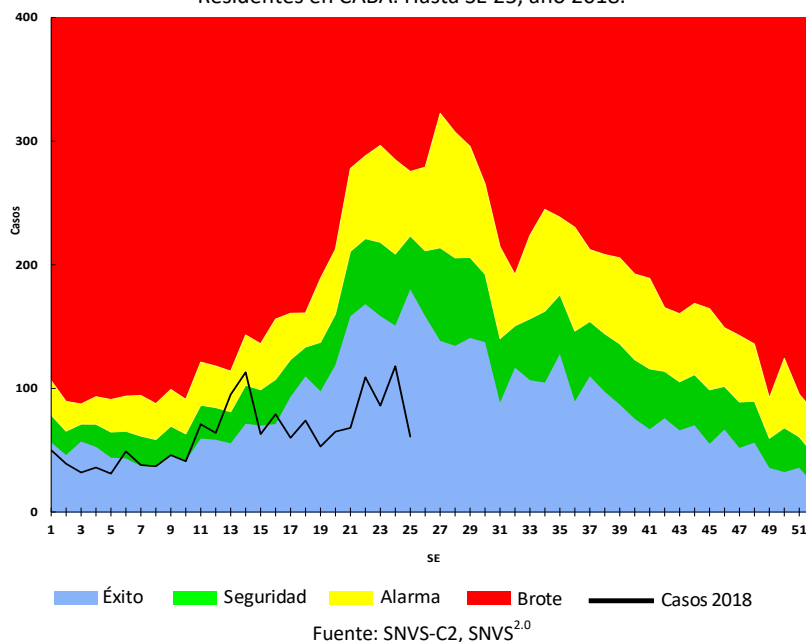


Hasta la SE 25 del corriente año, la curva de casos de bronquiolitis transcurre por zona de éxito, dentro de los valores esperados, pero con marcadas variaciones, con caída de la curva en la última semana; existe retraso en la notificación por parte del hospital Italiano.

IX.4.C. Neumonía

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de neumonía, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 25 de 2018.

Gráfico 3. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes en CABA. Hasta SE 25, año 2018.

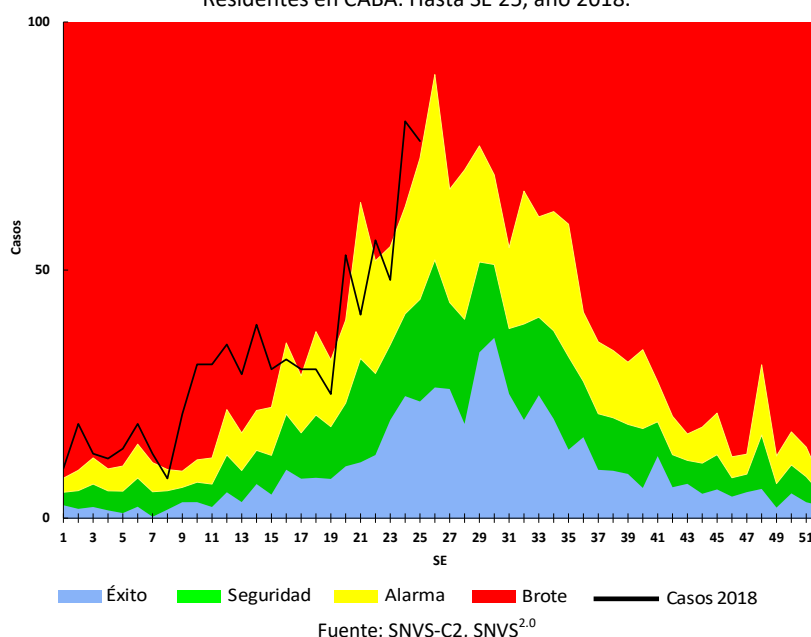


Hasta la SE 25 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurre entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados. Se verifica un incremento en la notificación en las últimas semanas, pero con caída de la curva en la última semana; existe retraso en la notificación por parte del hospital Italiano.

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 las IRAG, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 25 de 2018.

Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes en CABA. Hasta SE 25, año 2018.



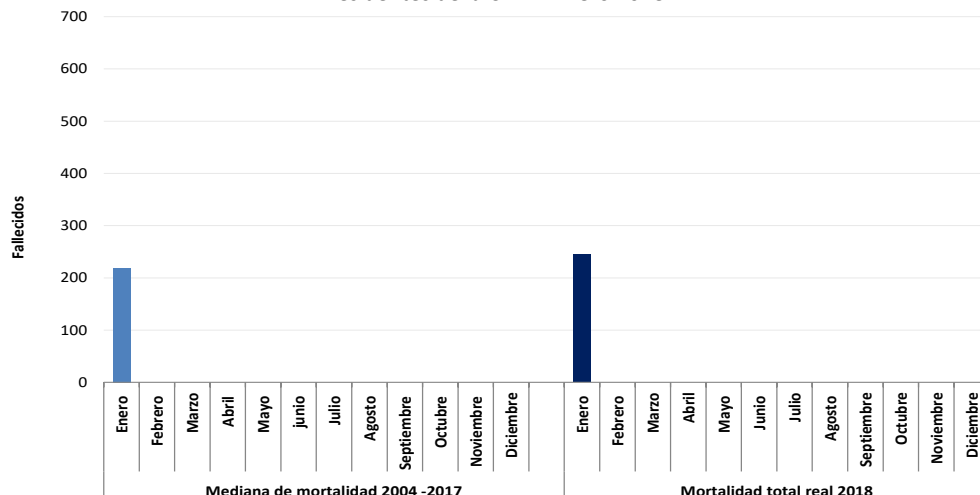
La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año; hasta la SE 3 y entre zonas de alarma y brote entre SE 4 y 9. Desde la semana 9 se inicia una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados. Actualmente, la incidencia también oscila entre ambas zonas mencionadas. La SE 25 transcurre por zona de brote, con una leve caída. Este evento no registra retraso en la notificación.

IX.4.E. Mortalidad por IRA

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

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

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



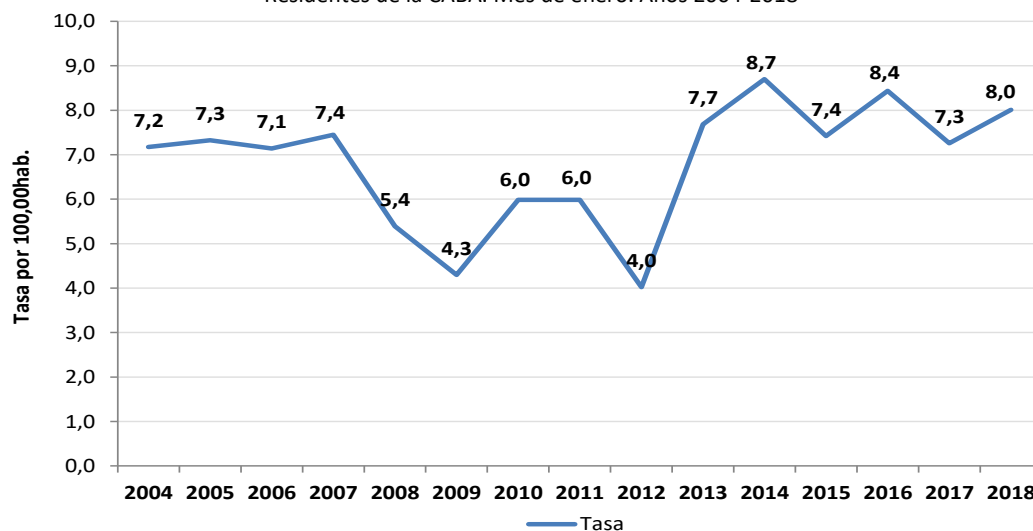
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

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

En enero de 2018 fallecieron 245 personas por las causas mencionadas. La mortalidad de dicho mes fue un 10,8% superior a la mediana de fallecidos del mismo mes en el periodo 2004-2017 (218,5 óbitos).

En el siguiente grafico se observa la tasa de mortalidad del mes de enero por las causas mencionadas, entre los años 2004 a 2018. El menor registro de mortalidad en enero ocurrió en los años 2009 y 2012; por el contrario, enero del corriente año constituye uno de los eneros con mayor mortalidad, en la serie histórica estudiada.

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



*Tasa específica por 100.000 habitantes residentes de la CABA

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

En la siguiente tabla se muestra la mortalidad por IRA en el mes de enero de 2018 discriminada por grupos de edad

Tabla 1 Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Distribución porcentual según grupos de edad Residentes de la CABA. Enero 2018

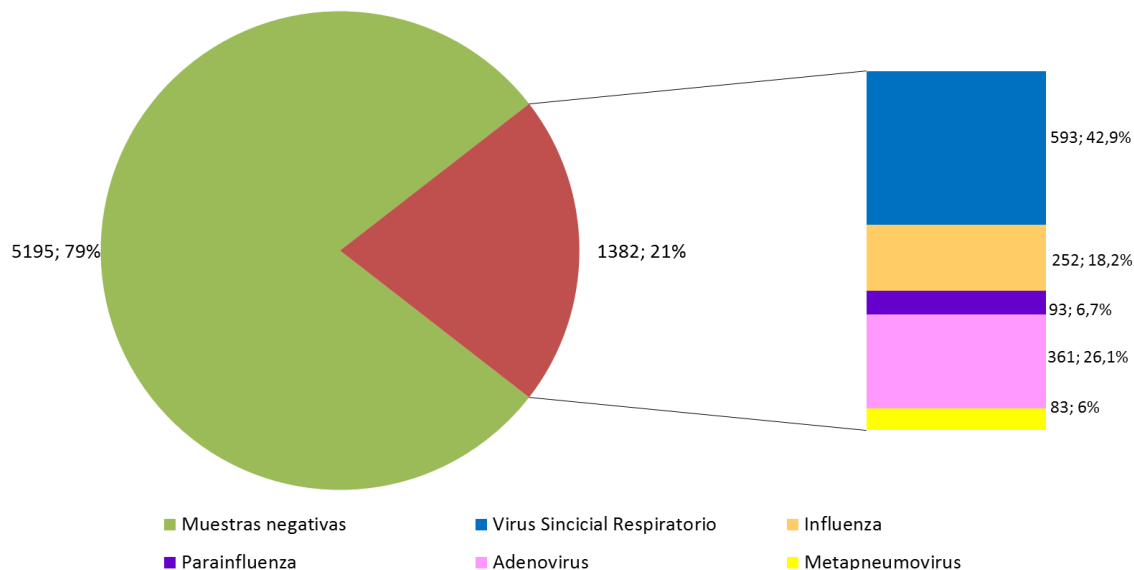
GRUPOS DE EDAD	OBITOS	%
Menor de 5 años	0	0,0
5-14 años	0	0,0
15-64 años	25	10,2
65 y más años	220	89,8
Total	245	100,0

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

La mortalidad predominante corresponde al grupo de 65 y más años.

IX.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las notificaciones efectuadas al SNVS, módulo de laboratorio SIVILA de pacientes con domicilio de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se presenta el total de muestras de laboratorio positivas y negativas a virus respiratorios, así como la circulación de los tipos y subtipos de virus respiratorios identificados y el porcentaje de casos confirmados totales, según semana epidemiológica.

Gráfico 7. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Año 2018. N=6.577Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

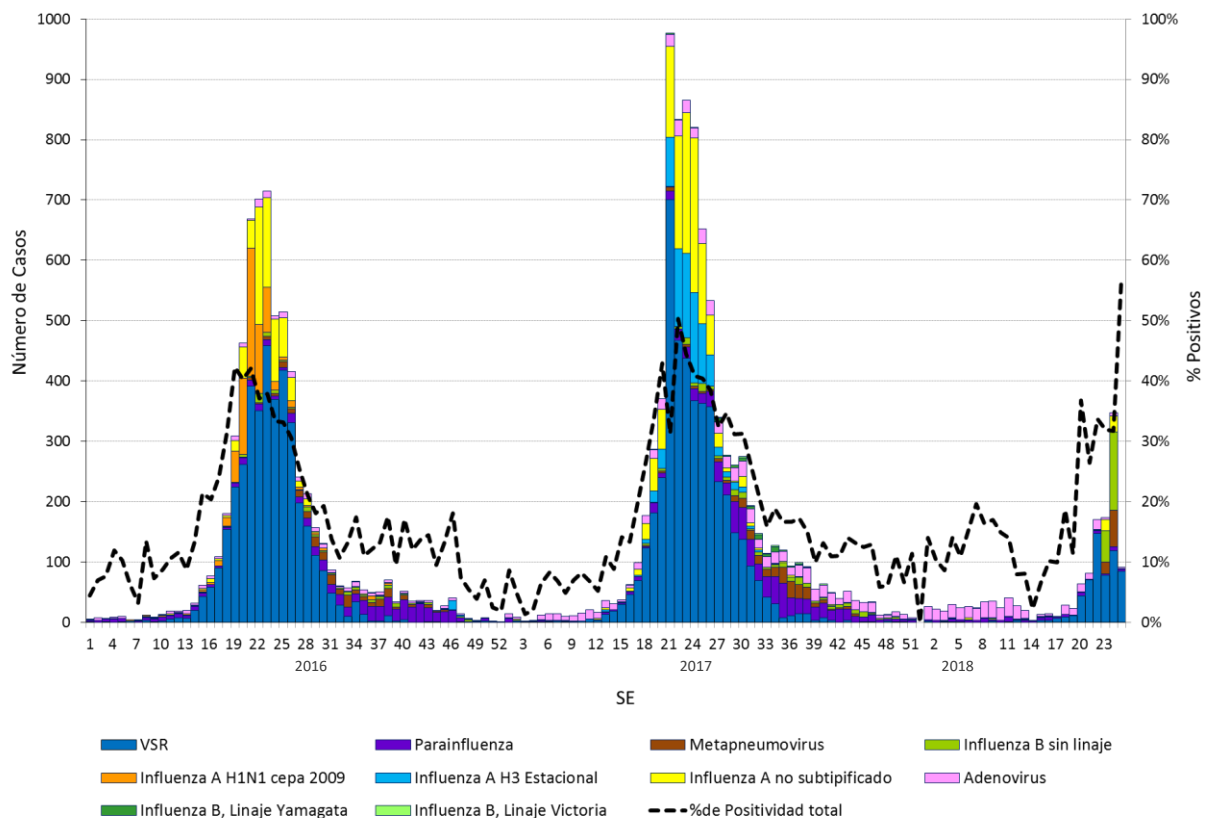
Hasta la SE 25 de 2018, se analizaron 6.577 muestras de las cuales 1382 dieron positivas para algún virus.

En el año 2017, hasta la SE 25 el 32,2% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 51% fue aislado el virus Sincial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 35,8%.

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

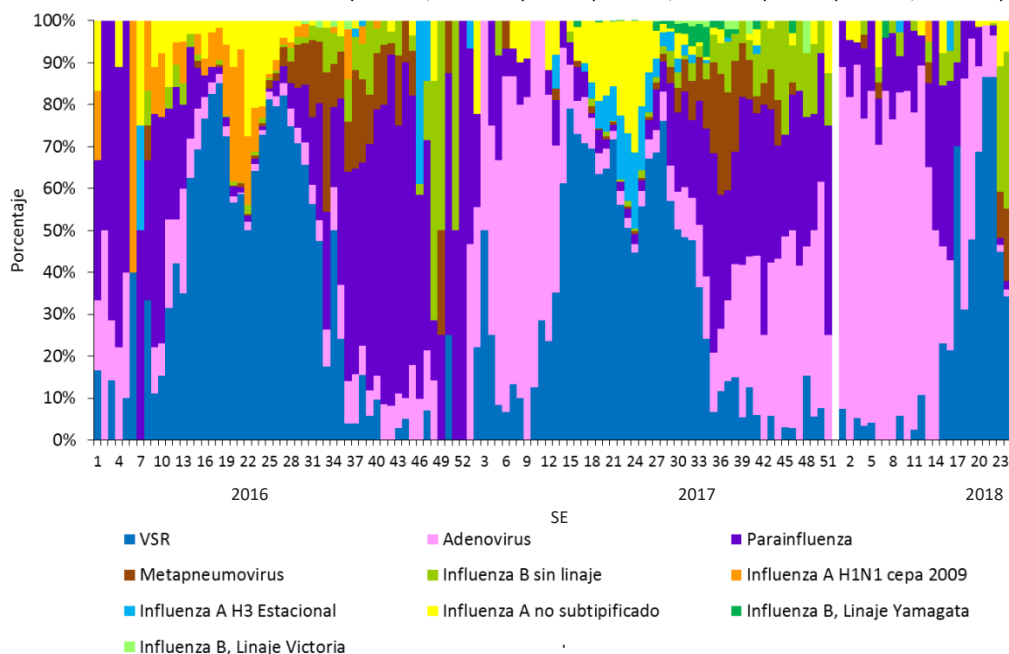
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 8. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-25; N=1382)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Gráfico 9. Distribución porcentual de virus respiratorios
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-25; N=1382).

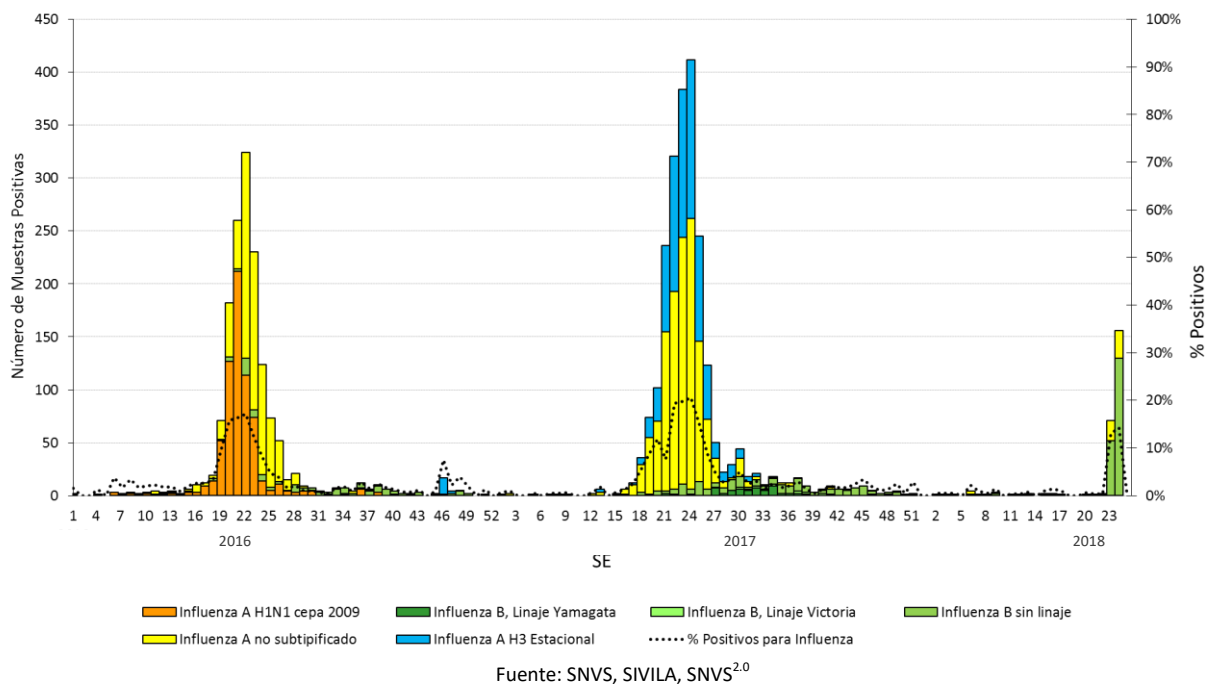


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 25 del año 2017 y 2018, se observa similar distribución.

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

Gráfico 10. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=1.545)-2017 (SE 1-51; N=2.293)-2018 (SE 1-25; N=252)



Hasta la SE 25 de 2018, de las 25 muestras positivas para influenza, 58 resultaron positivas para influenza A.

En el año 2017, hasta la SE 25 se notificaron 1111 casos de Influenza A no subtipificado, 341 de Influenza A H3 estacional y 38 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 25% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas. En dicho año, 23% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año 2016 en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.

X. VIGILANCIA DE LAS MENINGOENCEFALITIS Y ENFERMEDADES INVASIVAS

X.1. INTRODUCCIÓN

Las meningoencefalitis de cualquier etiología son patologías de notificación obligatoria, exigen denuncia inmediata y nominalizada ante la sospecha. Todos los tipos de meningoencefalitis deben notificarse por las vías oficiales que a partir del 29 de Abril de 2018 es el SNVS^{2.0}. El médico asistencial y el laboratorio que recibe la muestra deberán ingresar los datos al Sistema Nacional de Vigilancia. La información vertida en éste genera un alerta que desencadena acciones de prevención y control comunitarias que variarán según el tipo de meningoencefalitis notificada. El resultado de dichas acciones deberá también incorporarse al SNVS^{2.0} en la pestaña Epidemiología.

La introducción, modalidad de notificación, medidas de prevención, vigilancia de meningoencefalitis, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES¹⁸

X.2. NOTA METODOLÓGICA

En este apartado se presenta las meningoencefalitis y enfermedades invasivas. Las notificaciones provienen del Sistema Nacional de Vigilancia. 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 de los siete años anteriores; y se presentan los datos hasta la cuatrisesmana 6 completa de 2018.

En enfermedades invasivas se toman aquellas producidas por: *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae* en este último caso, se excluyen las neumonías.

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.

X.3. SITUACIÓN NACIONAL AÑO 2018 HASTA SE 25

Según el extracto tomado del Boletín N° 412/2018 del Ministerio de Salud de la Nación, hasta la semana epidemiológica 14 del año 2018, fueron notificados 707 casos de meningitis de todas las etiologías en todo el país. En la siguiente tabla se presenta la distribución según etiología, 2017 y 2018 hasta la semana epidemiológica 14.

¹⁸ Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_412_se25.pdf

Tabla 1. Eventos ordenados por grupo con umbral por encima de 0 (cero) (n=68/90). Argentina. SE1 a SE14. Años 2017/2018.

Grupo	Eventos	Acum SE 14/2017	Acum SE 14/2018
Meningoencefalitis y otras infecciones invasivas	Mening. y otras inv. por N. meningitidis	31	17
	Mening. bacteriana por otros agentes	31	33
	Mening. bacteriana sin especificar agente	97	61
	Mening. micóticas y parasitarias	12	21
	Mening. por Haemophilus influenzae	20	18
	Mening. por otros virus	35	29
	Mening. por Streptococcus pneumoniae	17	23
	Mening. sin especificar etiología	148	125
	Meningoencefalitis Virales por Enterovirus	94	57
	Mening. virales sin esp. agente	221	162
	Mening. virales urleanas	1	0

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Boletín Integrado de Vigilancia N°412 - SNVS – C2. SNVS^{2.0}

La tasa del nivel nacional fue de 1,6 casos /100.000 hab. Para que resulte posible su comparación se extrajeron los casos de meningoencefalitis de CABA a la misma SE lo que representó una tasa de 1/100.000 hab.

X.4. SITUACIÓN EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES AÑO 2018 HASTA SE 25

Hasta la SE 25 del año 2018 se notificaron 162 casos totales de meningoencefalitis e infecciones invasivas; fueron descartados 4 casos que correspondieron a otras patologías. El 34, 6% (56) correspondieron a residentes de la CABA.

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones del SNVS^{2.0} según lugar de residencia.

Tabla 2. Número de notificaciones de Meningoencefalitis y enfermedades invasivas
Según provincia de residencia. Periodo 2017-2018 hasta SE 25.

Residencia	2017	2018
RESIDENTES	81	56
NO RESIDENTES	108	106
TOTAL	189	162

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

En la siguiente tabla se presentan las notificaciones del SNVS^{2.0} en Residentes de la CABA según criterio epidemiológico.

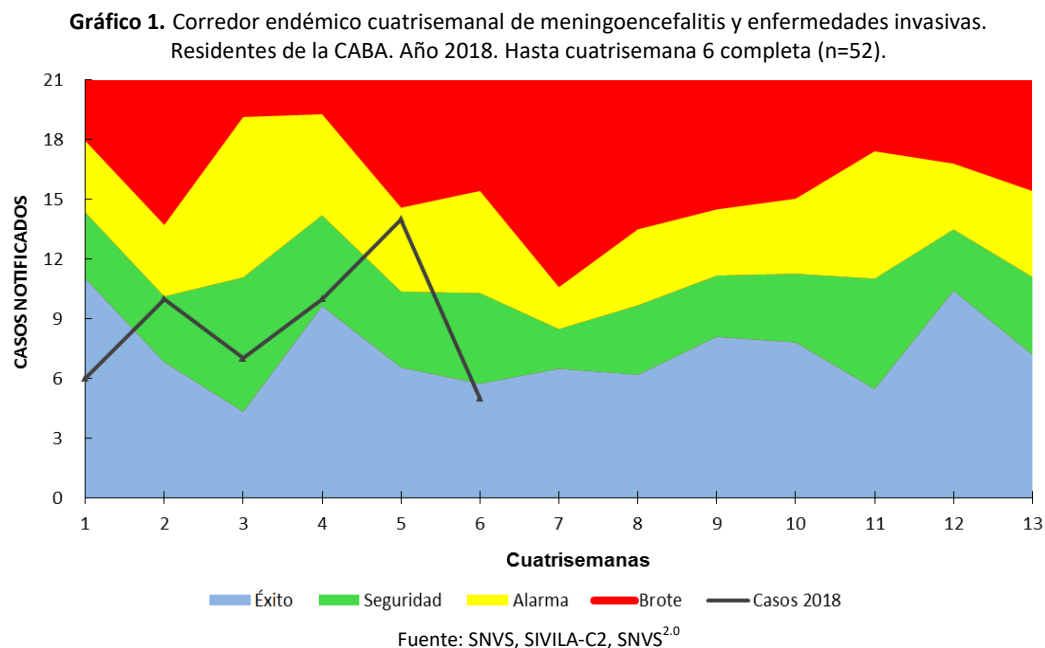
Tabla 3. Número de notificaciones de Meningoencefalitis y enfermedades invasivas
Según criterio epidemiológico. Residentes de CABA. Año 2018 hasta SE 25.

	Confirmados	Probables	Sospechosos	Descartados	Total
Meningoencefalitis	21	1	27	4	53
Invasivas No meníngeas	3	0	0	0	3
TOTAL	24	1	27	4	56

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

Excluyendo los 4 casos descartados, de las 52 notificaciones restantes fueron confirmados 46,1%, mientras que aún persisten sin clasificación final el 51,9%.

A continuación se expone el corredor endémico cuatrisesenal de meningoencefalitis y enfermedades invasivas totales en residentes, excluyendo los casos descartados.

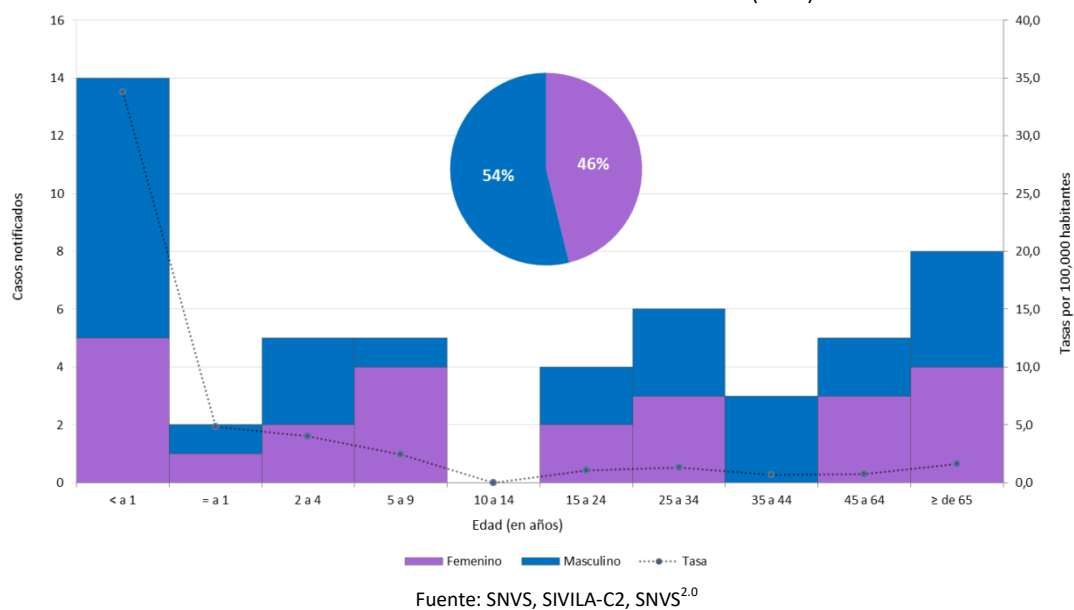


La curva de casos tránsito por la zona de éxito y seguridad a excepción de la Cuatrisesmana 5, en la cual se superó el percentilo 50, llegando a zona de alarma.

X.4.A. Meningocefalitis e infecciones invasivas según edad y sexo

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

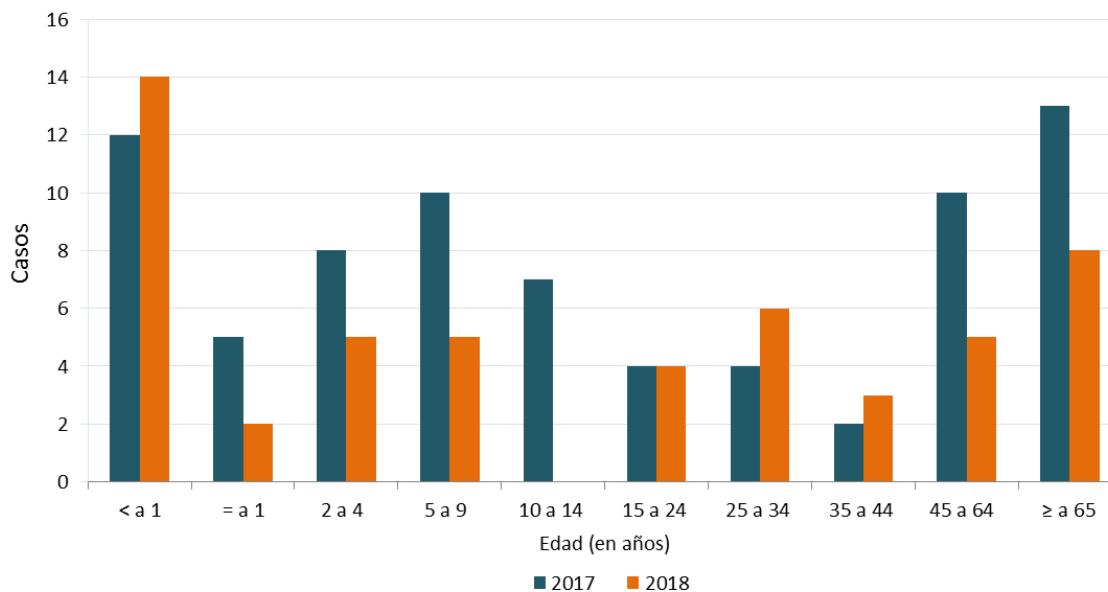
Gráfico 2. Casos y tasas de meningocefalitis e infecciones invasivas totales por 100.000 habitantes según sexo y grupo etario. Residentes de la CABA. Año 2018 hasta la SE 25. (n=52)



El grupo de menores de un año registró la tasa más alta: 33.6 casos/100.000 menores de 1 año. En la Ciudad de Buenos Aires la tasa global fue de 1.6 casos/ 100.000 hab. Se observó un ligero predominio en varones.

A continuación se presentan los casos según grupos de edad comparando el período 2017/2018 a igual semana epidemiológica

Gráfico 3. Casos de meningoencefalitis e infecciones invasivas según grupo etario. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Año 2017 (n=75)-2018 (n=52).



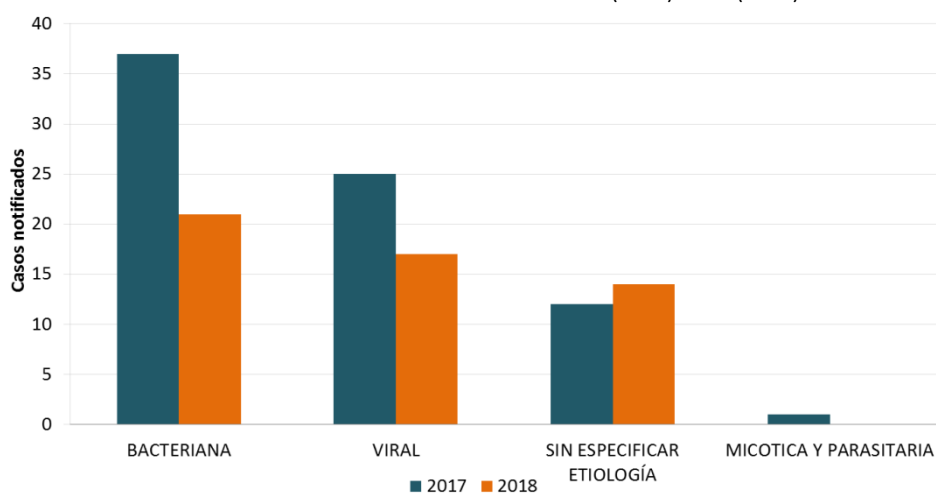
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

Si comparamos los casos de 2018 respecto a 2017 según grupo etario, en ambos años se observa la predominancia de casos en el grupo de menores de un año. En el año 2018 se observa una menor notificación menor en todos los grupos etarios a excepción de los grupos: < de 1 año, 25 a 44 años.

X.4.B. Meningoencefalitis según etiología

En el gráfico siguiente se compara, para las **meningoencefalitis**, la frecuencia de casos notificados por principales categorías diagnósticas para el año 2017 y 2018 hasta la semana epidemiológica 25. Se excluyó el caso de infecciones invasivas no meníngeas.

Gráfico 4. Casos notificados de meningoencefalitis según principales categorías diagnósticas. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Año 2017 (n=75)-2018 (n=52).



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

Hasta al SE 25 de 2018 en residentes de la CABA:

Respecto de la etiología viral, fueron notificados 17 casos (32,0% del total de las meningoencefalitis); mientras que en 2017 se registraron 25 meningoencefalitis de etiología viral (33.3% de las meningoencefalitis notificadas) para la misma semana epidemiológica.

En cuanto a las meningoencefalitis bacterianas se registraron 21 casos, y para el mismo período del año 2017, 37 casos.

X.4.C. 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 25.

Tabla 4. Casos y tasas de meningoencefalitis por comuna de residencia.
Residentes de la CABA. Año 2017-2018. Hasta la SE 25.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	6	2,4	5	2,0	-1
2	5	3,3	3	2,0	-2
3	9	4,7	3	1,6	-6
4	9	3,8	8	3,3	-1
5	1	0,5	0	0,0	-1
6	4	2,2	3	1,6	-1
7	2	0,8	6	2,5	4
8	13	5,7	5	2,2	-8
9	6	3,5	1	0,6	-5
10	3	1,8	0	0,0	-3
11	8	4,2	4	2,1	-4
12	1	0,5	2	0,9	1
13	1	0,4	5	2,1	4
14	0	0,0	4	1,8	4
15	2	1,1	2	1,1	0
Residentes Sd*	5	-	0	-	-5
Desconocidos**	4	-	1	-	-3
Total CABA	79	31,2	52	20,4	-27

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

*Residentes de la ciudad sin datos de domicilio.

**Sin datos de provincia de residencia

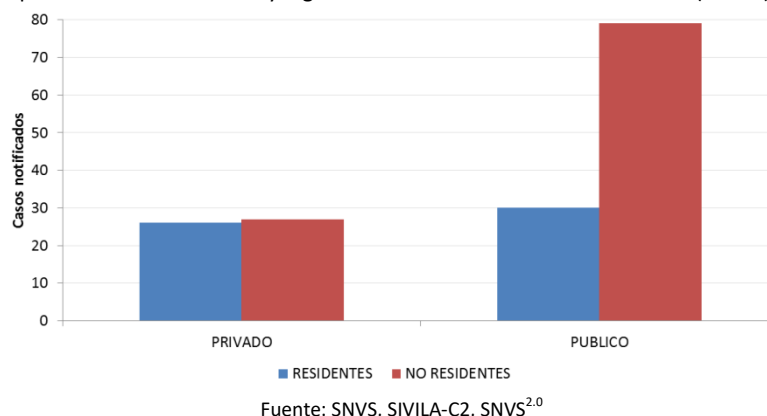
El menor número de casos notificados en el año 2018 modificó la tasa por comunas siendo la comuna 4 la que ostenta la tasa más elevada. La tasa de la comuna 4 representa aproximadamente el doble de la tasa global de la ciudad. La comuna 7 se ubicó en segundo lugar. En el año 2018, también se observa una disminución de los casos de residentes sin datos y desconocidos.

La diferencia de tasas entre ambos años es de 10.8 casos/100.000 habs. más para el año 2017.

X.4.D. Notificación por efectores

El siguiente gráfico tiene como objetivo evidenciar la carga de notificaciones de meningoencefalitis e infecciones invasivas realizada por los efectores de la CABA hasta la SE 8 del año 2018.

Para ello se englobaron todas las notificaciones recibidas de meningoencefalitis e infecciones invasivas incluyendo los casos posteriormente descartados, tanto de residentes como no residentes asistidos en instituciones de salud de la Ciudad.

Gráfico 5. Casos notificados de meningoencefalitis e infecciones invasivas según tipo de efector notificador y lugar de residencia. Año 2018 hasta SE 25 (n=162).

El 67.3% del total de las notificaciones fueron aportadas por el subsector público de salud.

Entre los efectores públicos, los residentes representaron el 27.5% de los casos notificados y los No residentes el 72.5%. En cambio, en las notificaciones aportadas por efectores privados no se registraron diferencias importantes entre atención a residentes y No residentes. No existen diferencias importantes en la notificación de casos de residentes entre el sector público y privado a la semana epidemiológica 25.

En los siguientes cuadros se presentan las notificaciones de efectores públicos y privados en 2017 y 2018, hasta la semana epidemiológica 8 según lugar de residencia.

Tabla 5. Casos notificados de meningoencefalitis e infecciones invasivas en efectores públicos según lugar de residencia. Residentes y No residentes. Años 2017-2018 hasta SE 25.

Notificador estatal	2017			2018		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
ALVAREZ	2	2	4	0	0	0
ARGERICH	1	1	2	2	3	5
DURAND	2	0	2	1	0	1
ELIZALDE	3	29	32	3	26	29
FERNANDEZ	0	0	0	1	0	1
GARRAHAN	8	19	27	1	20	21
GUTIERREZ	4	9	13	5	12	17
MUÑIZ	5	14	19	3	3	6
PENNA	0	1	1	1	2	3
PIÑERO	11	0	11	4	1	5
PIROVANO	3	1	4	0	1	1
RAMOS MEJIA	4	3	7	1	3	4
RIVADAVIA	2	0	2	2	1	3
SANTOJANNI	7	3	10	2	1	3
SARDA	0	1	1	0	1	1
TORNU	0	0	0	1	0	1
VELEZ SARSFIELD	2	4	6	1	0	1
ZUBIZARRETA	1	1	2	1	4	5
ALVAREZ GUTIERREZ	0	1	1	0	0	0
ARGERICH GUTIERREZ	0	0	0	0	1	1
ZUBIZARRETA CHURRUCA	1	0	1	0	0	0
INTERZONAL GANDULFO	0	0	0	1	0	1
Total general	56	89	145	30	79	109

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

Tabla 6. Casos notificados de meningoencefalitis e infecciones invasivas en efectores privados y de la seguridad social según lugar de residencia. Residentes y No residentes. Años 2017-2018 hasta SE 25.

Notificador privado y OOSS	2017			2018		
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL	RESIDENTES	NO RESIDENTES	TOTAL
ALEMAN	8	0	8	5	4	9
ANCHORENA	0	1	1	1	0	1
BRITANICO	0	3	3	0	2	2
CEMIC	0	1	1	1	1	2
CHURRUCA	0	1	1	0	0	0
CLINICA CIUDAD DE LA VIDA	0	1	1	0	0	0
CLINICA EXCELSITAS	1	0	1	0	0	0
ESPAÑOL	0	0	0	1	0	1
FINOCHIETTO	0	0	0	0	1	1
FLENI	0	0	0	4	7	11
IADT	0	0	0	1	0	1
ITALIANO	0	1	1	2	0	2
LOS ARCOS	1	0	1	1	0	1
MANLAB	5	5	10	0	2	2
MATER DEI	1	0	1	1	0	1
MENDEZ	4	0	4	0	0	0
MILITAR	0	1	1	1	1	2
MITRE	0	1	1	0	0	0
SAGRADO CORAZON	1	0	1	1	2	3
SANATORIO GUEMES	0	1	1	3	4	7
SWISS MEDICAL	1	1	2	0	0	0
TRINIDAD	1	0	1	2	0	2
UAI	1	0	1	0	0	0
UOCRA	0	1	1	0	0	0
TRINIDAD MITRE	1	0	1	0	0	0
CLINICAS GUTIERREZ	0	1	1	0	0	0
SANATORIO FRANCHIN	0	0	0	1	0	1
SANTA ISABEL	0	0	0	1	0	1
CENTRALAB	0	0	0	0	1	1
CLINICA DEL SOL	0	0	0	0	1	1
OSUOMRA	0	0	0	0	1	1
Total general	25	19	44	26	27	33

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

La notificación del sector privado se incrementó para los no residentes y permaneció estable para los residentes de CABA respecto del año 2017.

Entre los efectores públicos, los hospitales pediátricos concentraron el 61.6% de los casos notificados. Entre las instituciones de salud privadas el Hospital Alemán y el Instituto FLENI reunieron el 60.6% en el año 2018.

X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014_vf_0.pdf
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_15_vf.pdf
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. *Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis.*
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf

22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017.
http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017.BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf
42. PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.BES N°95, Año III 15 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf