



Buenos Aires Ciudad



Salud

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

Dr. Jorge Chaui
Dra. Susana Devoto
Yasmin El Ahmed
Floencia De Florio
Dr. Manuel Fernández
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Marco Muñoz
Mg. Mariela Rodríguez
Ulises Rubinschik
Lic. Mara Tesoriero
Dra. Mónica Valenzuela
Lic. Hernán Zuberma

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Julia Rosas
Instructora: Dra. Florentina Pastene
Dra. Paula Machado
Vet. Eugenia Toytoyndjian
Lic. David Herman
Dra. Yael Dobzewicz

*Data Entry*s

Germán Adell
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 “Buenos Aires según pasan las décadas”. Foto modificada de: Archivo General de la Nación. Escuelas Primarias 1950. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar>

INDICE

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA.....	3
INDICE ₄	
I. EDITORIAL	5
II. EL BES.....	6
II.1. INTRODUCCIÓN.....	6
II.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	6
II.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS ^{2.0}	6
II.2.B. Otras fuentes.....	6
III. RESUMEN EJECUTIVO	7
IV. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO	8
V. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS.....	10
V.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL	10
V.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO.....	10
V.3. GASTROENTÉRICAS	10
V.4. HEPATITIS	10
V.5. INMUNOPREVENIBLES	10
V.6. INTOXICACIONES	10
V.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	11
V.8. OTRAS.....	11
V.9. ZONÓTICAS Y POR VECTORES.....	11
VI. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CABA. AÑO 2017. PARTE III: CARACTERIZACIÓN DE LOS LESIONADOS GRAVES Y FALLECIDOS.....	12
VI.1. INTRODUCCIÓN.....	12
VI.2. METODOLOGÍA.....	12
VI.2.A. Universo.....	12
VI.2.B. Metodología	12
VI.3. RESULTADOS.....	12
VI.3.A. Pacientes ingresados según sexo, grupo etario y lugar de residencia	12
VI.3.B. Pacientes lesionados graves y fallecidos según tipo de usuario de la vía	14
VI.3.C. Pacientes lesionados graves y fallecidos según región anatómica lesionada.	17
VI.4. CONCLUSIONES.....	17
VII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI.....	18
VII.1. INTRODUCCIÓN.....	18
VII.1.A. Sobre el informe de las ETMAa.....	18
VII.1.B. Nota metodológica	18
VII.2. SITUACIÓN NACIONAL Y REGIONAL	18
VII.2.A. Situación regional en las Américas	19
VII.2.B. Situación actual en Argentina	19
VII.3. ETMAA EN LA CABA 2018-2019.....	19
VII.3.A. Antecedentes y situación actual	20
VII.3.B. Dengue	23
VII.3.A. Fiebre amarilla	27
VII.3.B. Zika.....	28
VII.3.C. Fiebre Chikungunya	28
IX. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	29
IX.1. INTRODUCCIÓN.....	29
IX.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	29
IX.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	30
IX.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 21/2019.	30
IX.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS.....	32
IX.6. AVANCE SEMANAL DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL HASTA LA SE 22.	37
X. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS	38
X.1. INTRODUCCIÓN.....	38
X.2. SITUACIÓN EN ARGENTINA	38
X.2.A. Situación nacional (Mayo 2018)	38
X.3. SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA.....	39
X.3.A. Antecedentes año 2016.....	39
X.3.B. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2019 (hasta SE 20)	40
X.3.C. Características de la población	40
X.3.D. Distribución según efectores	42
X.3.E. Evaluación de los casos	43
X.4. CONFIRMACIÓN DE CASOS DE LOS 3 CENTROS EN BACTERIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS DE LA CABA. 2018.....	47
X.4.A. Efectores de referencia	47
X.4.B. Resultados	47
X.4.C. Algunas conclusiones de interés	49
XI. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	51

I. EDITORIAL

En los primeros meses del 2019 continuamos fortaleciendo el análisis y difusión de la información. Y lo seguimos plasmando en forma semanal a través del Boletín Epidemiológico Semanal (BES).

Desde el inicio del año, diferentes Direcciones, Gerencias y Coordinaciones del Ministerio de Salud, trabajamos en forma articulada con otras áreas de gobierno, como el Ministerio de Ambiente y Espacio Público, el Observatorio de Seguridad Vial (Secretaría de transporte) y la APRA (Agencia de Protección Ambiental) entre otras; con estas áreas se llevan a cabo diferentes desarrollos tales como: el sostenimiento de la estrategias de prevención y control de las ETMAa, el fortalecimiento de la Vigilancia de los siniestros viales y el monitoreo de la calidad del aire en CABA. Damos cuenta de estas actividades integrales, entre muchas otras, porque sus resultados están aquí exhibidos.

Podemos destacar también que durante el mes de marzo, la Ciudad de Buenos Aires, a través de la Gerencia Operativa de Epidemiología (GOE), junto con el trabajo de todos y cada uno de los efectores y, en especial, el Hospital Muñiz, participó en la misión internacional independiente, coordinada por la OMS/OPS, junto con el Ministerio de Salud de la Nación, en el marco de la Certificación de la eliminación del Paludismo en Argentina. Los resultados de dicha evaluación serán compartidos por esta vía cuando estén disponibles.

Además, continuamos trabajando en la mejora y el seguimiento de la vigilancia y control de las enfermedades de transmisión vertical, a través de la interacción con las epidemiologías intermedias. Esto se da en el marco de las actividades integrales con todos los ámbitos involucrados: Maternidad e Infancia, la Coordinación Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), APS, laboratorios, y cada uno de los equipos de salud de todo el ámbito de la salud de la CABA.

Los avances en el robustecimiento de la información sobre los casos de TBC permitieron conocer de manera más exhaustiva el seguimiento de los usuarios y su tratamiento; este trabajo, del mismo modo que todos los ejes mencionados, se lleva a cabo de manera sostenida por los equipos del nivel central, intermedio y locales tarea. En especial, se destaca en este BES el inicio de la participación activa de la Red de TBC en el análisis del Informe de TBC que se publica sistemáticamente. En próximas entregas, profesionales de dicha red expondrán sus análisis sobre este evento priorizado por la Gestión de la Ciudad.

El incremento de la participación en la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud se ve reflejado en la incorporación de nuevos usuarios, y son auspiciosas las capacitaciones realizadas con efectores privados durante el mes de marzo.

Reforzando la necesidad e importancia del BES como producto actualizado de la información epidemiológica de la Ciudad, seguimos instando al envío de trabajos epidemiológicos por parte de todos los equipos de los diferentes niveles, así como el Pasteur con el análisis continuo de rabia, los profesionales de Odontología con el informe del BES N° 134 y, seguro, con todos los trabajo que vendrán!

Hasta la próxima!



Mg. Julián Antman
Gerente Operativo de Epidemiología
Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud, CABA

II. EL BES...

II.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.

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

II.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.

II.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.

III. RESUMEN EJECUTIVO

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

INFORMES ESPECIALES:

- ✓ Vigilancia de lesiones ocasionadas por siniestros viales de la CABA. Año 2017. Parte III: Caracterización de los lesionados graves y fallecidos.
- ✓ Confirmación de casos de los 3 Centros en Bacteriología de la Tuberculosis de la CABA. 2018.

SITUACIÓN VIGILANCIA PERIÓDICA:

- ✓ Vigilancia de las ETMAa.
- ✓ Vigilancia de las Infecciones Respiratorias.
- ✓ Vigilancia de la TBC 2019 hasta SE 20.

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.

IV. 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 21** del corriente año (finalizada el 25 de mayo) y se compara con el mismo período del año 2018 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 21** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2018	2019	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	79	38		-52
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	70	55		-21
	SÍFILIS CONGÉNITA	130	94		-28
	SÍFILIS EN EMBARAZADA	203	167		-18
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	22	12	-10	
	ARANEISMO	3	1	-2	
	OFIDISMO	1	0		
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	127	135		6
	DIARREAS BACTERIANAS	9	4	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	0	-3	
	DIFTERIA	0	0		
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	1	-1	
Hepatitis	HEPATITIS A	26	11	-15	
	HEPATITIS B	42	24		-43
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	25	24	
	HEPATITIS C	40	21	-19	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	4	4	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	18	0	-18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE	32	29		-9
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA) ★	165	27		-84
	PAF	0	0		
	PAROTIDITIS	88	17	-71	
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	20	8	-12	
	POR METALES PESADOS	32	0	-32	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	30	12	-18	
	POR OTROS TÓXICOS	15	5	-10	
	POR PLAGUICIDAS	1	1	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	-1	

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

★ Fe de erratas: En los BES 140, 141, 142, 143 y 144, por un error en la confección de la tabla, se invirtieron los casos entre los años, habiendo colocado, por ejemplo, en el 143, un total de 111 casos para el 2019 y 13 para el 2018, siendo, en realidad, 111 para el año pasado y 13 para el actual. Por ello ahora se constata que son 170 los casos notificados en el 2018 hasta la SE 20 y 28 en el 2019. Lo mismo aplica para las tablas “V. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS” en la sección “inmunoprevenibles”.

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 21** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2018	2019	Diferencia de casos	Variación porcentual
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	-2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	5	1	-4	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	2	-2	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0		
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	1		
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	2	1	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	3	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	12	16	4	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	1	4	3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	8	2	-6	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	7	5		
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0		
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	2	-1	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0		
Otras	LEPRA	0	1	1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)	12	8	-4	
	LISTERIOSIS	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0		
	TUBERCULOSIS	480	467		-3
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	11	2	-9	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)				
	FIEBRE CHIKUNGUNYA				
	FIEBRE AMARILLA				
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	2	3	1	
	HANTAVIROSIS	12	84	72	
	PSITACOSIS	8	1	-7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	3	2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	4	3	-1	
	LEPTOSPIROSIS	12	31	19	
	PALUDISMO	6	10	4	
	TRIQUINOSIS	1	0	-1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	4	11	7	

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.

V. 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.

V.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO	8	1	49	21	79	4	0	32	2	38		-52
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	70	0	0	0	70	55	0	0	0	55		-21
	SÍFILIS CONGÉNITA	21	12	84	13	130	17	0	71	6	94		-28
	SÍFILIS EN EMBARAZADA	203	0	0	0	203	167	0	0	0	167		-18

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

V.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	2	3	17	0	22	8	0	4	0	12		-10
	ARANEISMO	0	0	3	0	3	0	0	0	1	1		-2
	OFIDISMO	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0		

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

V.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	127	0	0	0	127	135	0	0	0	135		6
	DIARREAS BACTERIANAS	9	0	0	0	9	4	0	0	0	4		-5
	DIARREAS VIRALES	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0		-3
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1		

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

V.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	17	2	6	1	26	10	0	0	1	11		-15
	HEPATITIS B	17	6	19	0	42	17	3	1	3	24		-43
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	10	15	0	25		24
	HEPATITIS C	23	1	15	1	40	6	5	9	1	21		-48
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4		4
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	8	0	10	0	18	0	0	0	0	0		-18

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

V.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCE	9	0	22	1	32	3	0	24	2	29		-9
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)	3	0	70	92	165	2★	0	15	10	27		-84
	PAF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	PAROTIDITIS	12	1	75	0	88	3	0	14	0	17		-71

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

★ Un caso corresponde a un turista de nacionalidad rusa que visitó la Ciudad de Buenos Aires.

V.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	0	0	20	0	20	7	0	1	0	8		-12
	POR METALES PESADOS	8	0	24	0	32	0	0	0	0	0		-32
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	1	0	29	0	30	2	0	9	1	12		-18
	POR OTROS TÓXICOS	6	0	9	0	15	5	0	0	0	5		-10
	POR PLAGUICIDAS	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1		0
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0		-1

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

V.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	-2
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	3	0	2	0	5	1	0	0	0	1	-4
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	0	0	4	0	4	0	0	2	0	2	-2
	MENINGITIS OTROS GERMESES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	1	0	1	0	2	1
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	0	1	10	1	12	0	0	16	0	16	4
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	1	1	1	0	3	0	4	3
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	7	0	1	0	8	2	0	0	0	2	-6
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	1	0	5	1	7	0	0	5	0	5	-2
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	2	0	0	1	3	2	0	0	0	2	-1
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

V.8. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)	12	0	0	0	12	8	0	0	0	8	-4	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	TUBERCULOSIS	480	0	0	0	480	467	0	0	0	467		-3

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

V.9. ZONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2018					2019					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	5	1	5	0	11	1	0	1	0	2	-9
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa										
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)											
	FIEBRE CHIKUNGUNYA											
	FIEBRE AMARILLA											
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	2	0	2	0	0	3	0	3	1
	HANTAVIROSI	1	0	6	5	12	0	2	15	67	84	72
	PSITACOSIS	0	0	8	0	8	0	1	0	0	1	-7
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	0	0	1	1	0	2	0	3	2
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	4	0	4	0	0	3	0	3	-1
	LEPTOSPIROSIS	0	1	7	4	12	1	0	10	20	31	19
	PALUDISMO	2	1	2	1	6	3	0	5	2	10	4
	TRIQUINOSIS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	2	2	4	0	0	9	2	11	7

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.

VI. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CABA. AÑO 2017. PARTE III: CARACTERIZACIÓN DE LOS LESIONADOS GRAVES Y FALLECIDOS.

VI.1. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la tercera edición de una serie de cuatro publicaciones en conjunto entre el Observatorio de Seguridad Vial -OSV- (de la Secretaría de Transporte del GCBA) y la Gerencia Operativa de Epidemiología (del Ministerio de Salud del GCBA) sobre la vigilancia de las lesiones ocasionadas por siniestros viales durante el año 2017.

El OSV recolecta los datos de este evento en los 13 Hospitales de Agudos de la Ciudad y se sistematiza dicha información para caracterizar la situación y proponer diferentes acciones en función de la misma.

La segunda caracterización de los datos mostró que, durante el 2017, hubo un aumento de las tasas de lesiones por siniestros viales sobre el total de la asistencia en las guardias de urgencia de los efectores públicos relevados. La información desagregada por hospital permite confirmar que el mayor número de lesionados así como el aumento en las tasas de consulta registradas en 2017 se debe a una mejora en el registro de la información con saltos particularmente altos en los Hospitales Ramos Mejía, Santojanni y Durand.

Los informes completos se encuentran disponibles en:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf

https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_127_se_2_vf.pdf

Esta edición tiene como objetivo analizar las características de los lesionados graves y fallecidos, esto es, la distribución según género, grupo etario y lugar de residencia, así como también la distribución por tipo de usuario de la vía. Por último, también se analiza la distribución según la región anatómica lesionada.

VI.2. METODOLOGÍA

VI.2.A. *Universo*

El relevamiento de datos se llevó a cabo en los 13 Hospitales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2017. Cabe recordar que la totalidad de los auxilios que el SAME efectúa en la vía pública son derivados a estos 13 efectores para su primera atención hospitalaria.

VI.2.B. *Metodología*

El detalle de la metodología que se utilizó en el presente análisis puede consultarse en:

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf.

La clasificación de los pacientes ingresados por siniestros viales según tipo de egreso y atención recibida puede consultarse en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf

VI.3. RESULTADOS

VI.3.A. *Pacientes ingresados según sexo, grupo etario y lugar de residencia*

A continuación, se presentan los pacientes graves y fallecidos por siniestros viales según sexo en el año 2017.

Tabla 1. Pacientes graves y fallecidos por siniestros viales según sexo.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2017. Valores absolutos y porcentajes.

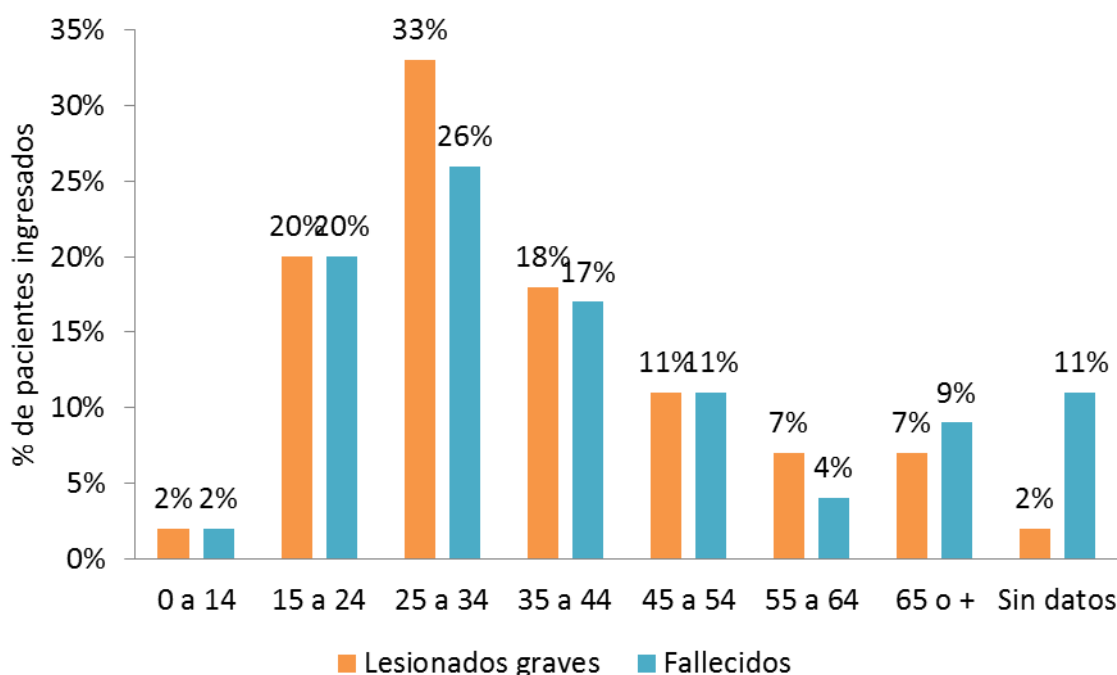
Sexo	Lesionados graves		Fallecidos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	319	24%	15	33%	334	24%
Masculino	1008	76%	30	65%	1038	76%
Sin datos	2	0,1%	1	2%	3	0,2%
Total	1329	100%	46	100%	1375	100%

Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad

En lo que respecta a los datos sociodemográficos, se observa una mayor prevalencia del sexo masculino tanto para los lesionados graves (76%) como para los fallecidos (65%). En cuanto a la distribución de edad, tanto la mayor cantidad de lesionados graves como la de fallecidos tenía entre 25 a 34 años de edad (33% y 26%, respectivamente).

En el gráfico 1 se presenta el porcentaje de pacientes graves y fallecidos por siniestros viales según edad, ocurridos en el año 2017.

Gráfico 1. Pacientes graves y fallecidos por siniestros viales según rango de edad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, año 2017.
Porcentajes (lesionados graves n=1329, fallecidos n=46).



Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad

En los dos tipos de eventos, la mediana de edad fue de 32 años (RI 20). Esta tendencia fue similar a los datos analizados para el año 2016.

Es importante destacar que el gráfico presentado no da cuenta del riesgo de lesionarse o fallecer que presenta cada rango etario, sino que solo se muestra la distribución entre las edades. En próximos trabajos se presentarán las tasas de fallecimiento y gravedad, dando cuenta del riesgo según el grupo. Esto se hace relacionando los casos con la población.

En la tabla 2 se presenta el porcentaje de pacientes graves y fallecidos según lugar de residencia.

Tabla 2. Pacientes graves y fallecidos por causa de un siniestro vial según lugar de residencia.
Ciudad de Buenos Aires, año 2017. Valores absolutos y porcentajes

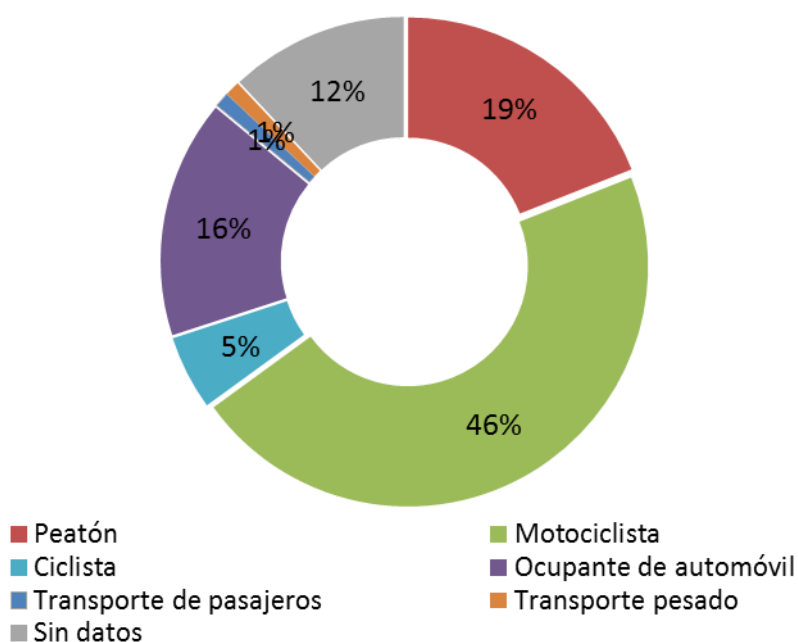
Lugar de residencia	Lesionados graves		Fallecidos		Total	
	F	%	F	%	F	%
CABA	345	26%	15	33%	360	26%
GBA	177	13,3%	2	4%	179	13%
Sin datos	805	60,5%	29	63%	836	60,8%
Otro	2	0,2%	0	0%	2	0,2%
Total	1329	100%	46	100%	1375	100%

Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad.

En lo que respecta al lugar de residencia del 61% de los casos no pudo determinarse el lugar donde residían, el resto de los casos, 26% residían en CABA, y el 13% en el Gran Buenos Aires. Sólo dos lesionados graves poseían domicilio en el interior del país.

VI.3.B. *Pacientes lesionados graves y fallecidos según tipo de usuario de la vía*

En el siguiente gráfico se observan los lesionados graves y fallecidos por siniestros viales según el tipo de usuario de la vía ocurridos durante el año 2017.

Gráfico 2. Lesionados graves y fallecidos por causa de un siniestro vial según tipo de usuario de la vía.
CABA, año 2017. Porcentajes. (n=1375).

Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad.

Del total de los lesionados graves y fallecidos el 46% eran motociclistas, 19% eran peatones, 16% viajaba en un vehículo de 4 ruedas o más y 5% ciclistas. De la misma forma que se planteó en párrafos precedentes, es de destacar que el porcentaje de pacientes que presentaron lesiones graves o fallecieron se relaciona con la población que utiliza cada vía. En este sentido, sería importante dimensionar, a modo de ejemplo, el peso que cobra el 5% de los ciclistas, teniendo en cuenta que los peatones en la ciudad representan mucho más de 4 veces la cantidad de quienes se mueven en bicicleta. En próximos análisis intervendrá el denominador “total de peatones” y/o “total de ciclistas” para tener una mayor o más real aproximación al riesgo que presentan los usuarios de las vías.

El mayor porcentaje de lesionados graves corresponde a motociclistas (46%), seguido por los peatones (19%) y ocupantes de automóvil (16%). En cuanto a los fallecidos, el mayor porcentaje de fallecidos corresponde a los peatones (35%) seguido por motociclistas (33%) y ocupantes de automóvil (15%).

A continuación, se presentan el número absoluto y el porcentaje de lesionados graves y fallecidos según tipo de usuario de la vía.

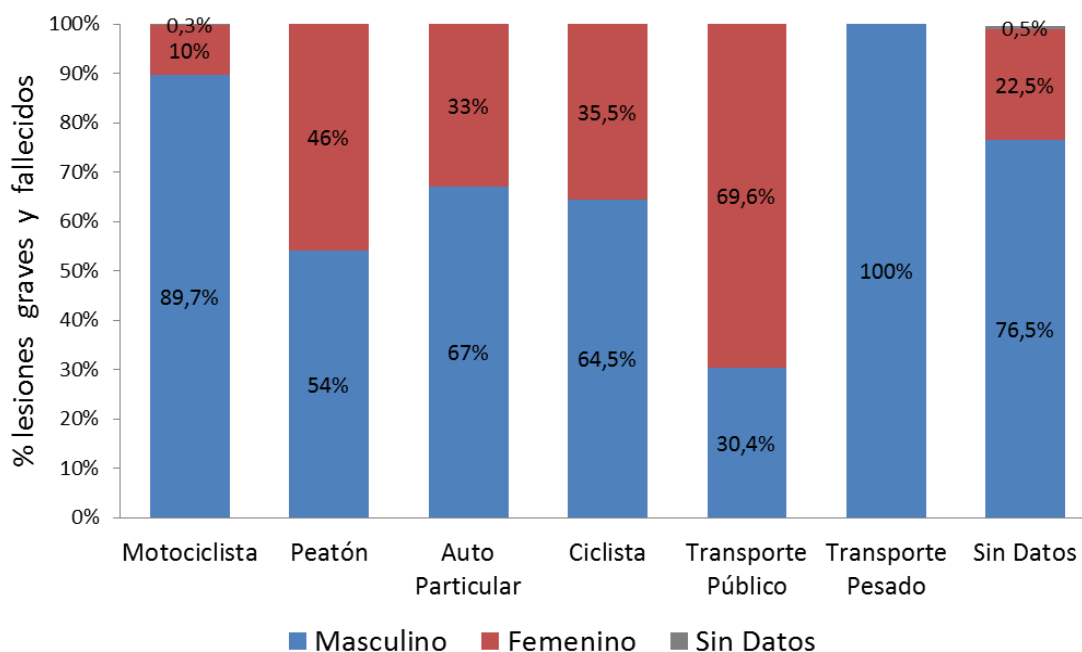
Tabla 3. Número y porcentaje de lesionados graves y fallecidos según tipo de usuario de la vía. CABA, año 2017.

Año 2017	Lesionados Graves		Fallecidos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Peatón	252	19%	16	35%	268	19%
Motociclista	616	46%	15	33%	631	46%
Ciclista	61	5%	1	2%	62	5%
Ocupante de automóvil	220	16%	7	15%	227	16%
Transporte de pasajeros	20	1%	0	0%	20	1%
Transporte de cargas	7	1%	0	0%	7	1%
Sin datos	153	12%	7	15%	160	12%
Total	1329	100%	46	100%	1375	100%

El 70% de los lesionados graves y fallecidos eran usuarios vulnerables de la vía.

A continuación, se presenta el porcentaje de pacientes que presentaron lesiones graves y pacientes fallecidos según sexo y tipo de usuario de la vía.

Gráfico 3. Porcentaje de Lesionados graves y fallecidos por causa de un siniestro vial según sexo y tipo de usuario de la vía. CABA, año 2017. (n=1375).



Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad.

Con respecto a la distribución de usuarios lesionados graves y fallecidos por sexo, se observa una clara preeminencia del sexo masculino en todos los usuarios excepto en el transporte público, en donde 69,6% de las víctimas son mujeres y en el caso de los peatones donde el porcentaje de mujeres es del 46%. Nuevamente,

esto es muy probable que, en realidad, esté en relación con el mayor uso del transporte público por parte de las mujeres y, en el caso de peatones, que la distribución poblacional de las personas que están en la vía pública a pie sea semejante a la de la población en general. De la misma manera, cabría preguntarse por los usuarios generales (no lesionados ni fallecidos) de motocicleta y transporte pesado.

Gráfico 4. Número y porcentaje de lesionados graves y fallecidos por causa de un siniestro vial según rango de edad y tipo de usuario de la vía. CABA, año 2017. (n=1375).

Tipo de Usuario		Motociclista		Peatón		Auto Particular		Ciclista	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	menos de 5	0	0%	3	1%	2	1%	1	2%
	5 a 14	5	1%	16	6%	11	5%	0	0%
	15 a 24	155	25%	33	12%	34	15%	18	29%
	25 a 34	244	39%	40	15%	79	35%	18	29%
	35 a 44	122	0	37	14%	44	19%	9	15%
	45 a 54	62	10%	31	12%	20	9%	9	15%
	55 a 64	27	4%	31	12%	18	8%	4	6%
	65 a 74	7	1%	34	13%	8	4%	1	1%
	75 o más	0	0%	32	12%	8	3%	0	0%
	Sin Datos	9	1%	8	3%	3	1%	2	3%
	Total	631	100%	265	100%	227	100%	62	100%

En cuanto a la distribución de usuarios lesionados graves y fallecidos por rango etario, en el caso de los motociclistas y ocupantes de automóvil la franja etaria más afectada es la de 25 a 34 años. En el caso de los ciclistas, prevalece esta misma franja junto con la de los 15 a 34 años de edad. En cambio, en el caso de los peatones, si bien no se observa una prevalencia de alguna franja etaria en particular, los grupos de 55 años en adelante superan ampliamente a los porcentajes de los mismos grupos de edad de los otros usuarios de la vía.

Como se ha aclarado con anterioridad, las tablas presentadas no dan cuenta del riesgo de lesionarse o fallecer que presenta cada sexo o rango etario sino que sólo muestra la distribución de estas características para cada grupo de usuario.

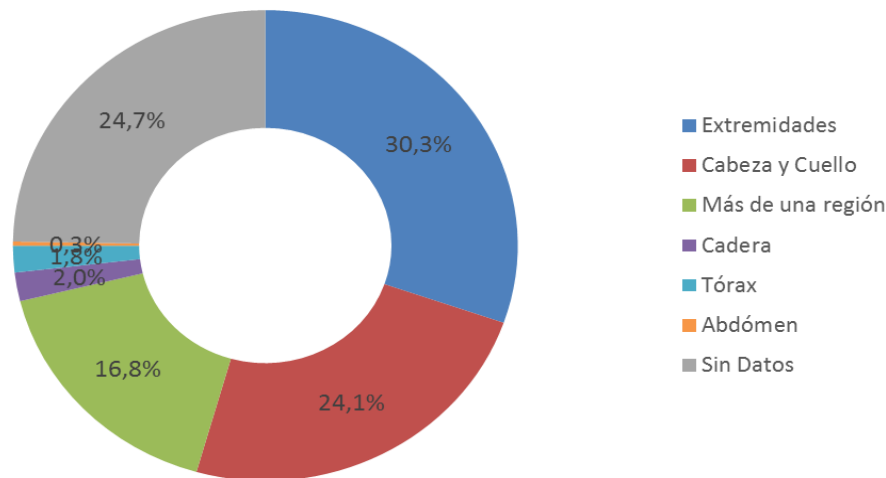
Tabla 5. Número de Pacientes lesionados graves a causa de un siniestro vial por tipo de usuario según días de internación en Hospital Público. CABA, año 2017. (n=181).

Lesionados Graves	Cantidad	Promedio de días de Internación
Peatón	44	14
Motociclista	86	14
Ciclista	9	13
Ocupante de automóvil	18	8

Si analizamos el promedio de días de internación de lesionados graves por tipo de usuario, podemos ver que los usuarios vulnerables de la vía (peatones, ciclistas y motociclistas) tienen el promedio más alto de días de internación (14 días) comparado a los ocupantes de automóvil que tienen casi la mitad (8 días).

VI.3.C. Pacientes lesionados graves y fallecidos según región anatómica lesionada.

Gráfico 5. Porcentaje de Pacientes graves y fallecidos según región anatómica lesionada. CABA, año 2017. (n=1375).



Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad.

En cuanto a la región anatómica lesionada, la región que más prevalece son las extremidades (30,3%) seguido por cabeza y cuello (24,1%). En tercer lugar se ubican los pacientes con más de una región lesionada (16,8%). Por último, el porcentaje de sin datos de la región lesionada es del 24,7%.

VI.4. CONCLUSIONES

Continuando con el trabajo iniciado en el año 2016, la presente edición tuvo por objetivo dar cuenta de la distribución según género, grupo etario, lugar de residencia, tipo de usuario de la vía y región anatómica lesionada de los pacientes graves y fallecidos ingresados por siniestros viales a los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad.

Respecto del perfil de los lesionados graves y fallecidos no se registraron cambios en relación con el año previo, dado que el 76% eran de sexo masculino y la franja etaria con la mayor cantidad de graves y fallecidos es la de 25 a 34 años. Esto coincide con datos nacionales¹ e internacionales²³ sobre el perfil de las víctimas por lesiones de tránsito. En cuanto a los tipos de usuario, se pudo observar que la mayor parte de los lesionados graves siguen siendo los motociclistas, a diferencia del año previo le siguen los peatones y luego los ocupantes de automóvil⁴. Esto refuerza las conclusiones obtenidas a partir de los datos reportados por fuentes policiales para la Ciudad de Buenos Aires acerca de las lesiones según usuario de la vía⁵ y confirma que los motociclistas predominan entre los lesionados graves y fallecidos. Si analizamos el promedio de días de internación de lesionados graves por tipo de usuario, se observa que los usuarios vulnerables de la vía (peatones, ciclistas y motociclistas) registran el mayor promedio de días de internación (14 días), casi el doble que los ocupantes de automóvil (8 días).

¹ Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2016). Estadísticas vitales. Información básica. Año 2015. Serie 5 (59). Buenos Aires.

[HTTP://WWW.DEIS.MSAR.GOV.AR/INDEX.PHP/ESTADISTICAS-VITALES/](http://www.deis.msar.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/)

² Declaración de Brasilia. Segunda conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados. Brasilia, 18-19 de noviembre 2015. [HTTP://WWW.WHO.INT/VIOLENCE_INJURY_PREVENTION/ROAD_TRAFFIC/FINAL_DRAFT_BRASILIA_DECLARATION_ES.PDF](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/final_draft_brasilia_declaration_es.pdf)

³ Organización Panamericana de la Salud (2009). Informe sobre el estado de la seguridad vial en la región de las Américas. Washington. D.C. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/gsrss_paho.pdf

⁴ Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires (2016). Informe Estadístico sobre la Siniestralidad Vial de los usuarios vulnerables de la vía en la Ciudad de Buenos Aires: Motociclistas. Secretaría de Transporte, GCBA.

⁵ Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Informe Estadístico sobre la Siniestralidad Vial en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2016. Secretaría de Transporte, GCBA.

VII. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO Aedes Aegypti

VII.1. INTRODUCCIÓN

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

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

De acuerdo a los escenarios teóricos de riesgo que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, según la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, nos encontramos en el Escenario 3: RIESGO ALTO.

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

VII.1.B. Nota metodológica

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

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

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

VII.2. SITUACIÓN NACIONAL Y REGIONAL

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

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

VII.2.A. *Situación regional en las Américas*

La situación epidemiológica de las ETMAa en las Américas se encuentra disponible en: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_141_se_16_vf.pdf

VII.2.B. *Situación actual en Argentina⁶*

En el país, hasta la SE 20 del 2019 se registraron casos positivos para dengue desde la SE 1 en forma sostenida. Fueron notificados 1885 casos positivos (confirmados y probables) sin registro de antecedente de viaje. Fueron definidas áreas de circulación de virus dengue serotipo DEN1 en Buenos Aires, CABA, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Santa Fe. Se registraron casos confirmados de virus dengue serotipo DEN4 en la CABA (2), en Jujuy (2) y en Misiones (10) y fueron registrados casos confirmados DEN1 Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, Santiago del Estero y Tucumán.

Las áreas con transmisión sostenida de virus dengue serotipo DEN1 identificadas en 4 provincias fueron, en Jujuy: Aguas Calientes, El Acheral, Fraile Pintado y Libertador Gral. San Martín; en Misiones: Puerto Iguazú, Puerto Libertad, Andresito y Posadas; en Salta: localidades de los departamentos Gral. José de San Martín, Orán y Rivadavia y, en Santa Fe: ciudad de Santa Fe y Rosario.

Se identificaron áreas de transmisión localizada de virus dengue serotipo DEN1 en Buenos Aires (Partido Gral. San Martín e Ituzaingó); Chaco (Juan José Castelli); Formosa (Ingeniero Juárez) y CABA (en comunas 4 y 9). Fueron registrados casos confirmados de dengue fuera de las áreas en brote en las siguientes jurisdicciones: Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán.

Fueron registrados 120 casos positivos para dengue con antecedente de viaje, de los que 52 corresponden a viajes hacia áreas dentro del país con circulación viral (con identificación del serotipo DEN1 en 25 casos). Los 68 casos restantes presentan el antecedente previo de viaje a Brasil (serotipos DEN1, DEN2 y DEN4), Paraguay (serotipos DEN1 y DEN4), y en menor medida a Bolivia (serotipo DEN1) y otros países.

Se detectó un caso probable de Fiebre Chikungunya en la provincia de Salta (SE 5). Fueron notificados casos importados con antecedente de viaje a Brasil previo al inicio de los síntomas en CABA, provincia de Buenos Aires y Neuquén.

En Argentina hasta SE 20 de 2019 no se registraron casos de fiebre amarilla.

VII.3. ETMAa EN LA CABA 2018-2019

En la Ciudad de Buenos Aires desde la **SE 27 de 2018** (1° de julio de 2018, inicio de la temporada 2018/2019) hasta la **SE 22 de 2019** (finalizada el 1° de junio de 2019) se notificaron un total de **319 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 292 casos de Dengue, 8 casos de Fiebre Amarilla, 7 de Fiebre Chikungunya y 12 para todos los eventos de infección por Virus Zika.

En la SE 2 se notificaron los primeros casos confirmados de dengue, con antecedente de viaje, de la temporada 2018/2019: Tres casos en los que se identificó DEN1 pertenecían al mismo grupo familiar, con antecedente de viaje a Brasil; en un cuarto caso, también con antecedente de viaje a Brasil, fue identificado DEN2. **En SE 22 fue identificado: un caso de dengue importado por serotipo DEN3 con antecedente de viaje a Australia y el Sudeste Asiático y otro caso por DEN2, con antecedente de viaje a Brasil.**

Desde la SE 3 hasta SE 22 se confirmaron 26 casos de dengue sin antecedente de viaje. Fueron identificados 2 conglomerados de casos, ubicados en comunas 9 y 4. En 11 pacientes fue identificado el serotipo DEN1 y en 2 el serotipo DEN4.

⁶ https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_452_SE_20.pdf

En la SE 6 se confirmó un caso importado de Fiebre Chikungunya en un turista en tránsito y en SE 19 fue confirmado otro caso importado de Fiebre Chikungunya en un residente temporario de la Ciudad.

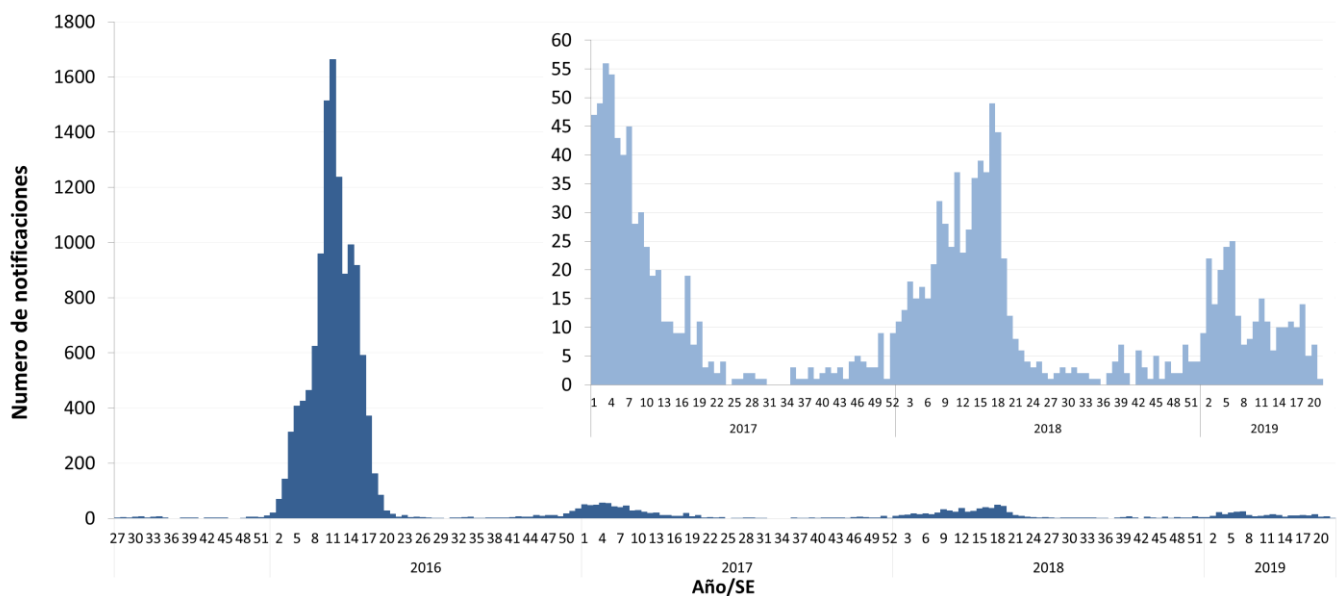
Se recuerda que en la detección y notificación de los casos están involucrados todos los efectores asistenciales, tanto del sector público como privado o de las OOS. La normativa vigente está disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/plan-preventivo-ante-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos>. Los temas vinculados con las definiciones de casos sospechosos y los procedimientos de notificación de casos, vigilancia de laboratorio y acciones de control se encuentran descriptos en las páginas 4 a 9 del documento.

VII.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, 2017, 2018 y 2019 (hasta la SE 22). El gráfico en menor escala muestra lo ocurrido desde la SE 27 de 2017 hasta la SE 22 de 2019.

Gráfico 1. Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA.

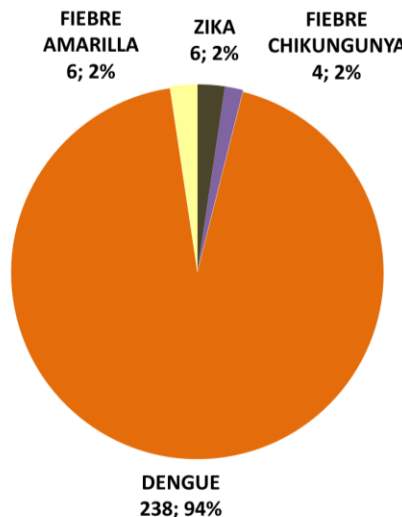
Año 2015 (SE 26-52, n=82)-2016 (SE 1-52, n=12.114)-2017 (SE 1-52, n=652)-2018 (SE 1-52, n=610)-2019 (SE 1-22 n=254).



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 1-22 de 2019, en la que se observa preponderancia del evento dengue (n=238).

Gráfico 2. Número y proporción de notificaciones de ETMAa según evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-22, 2019 (N=254)

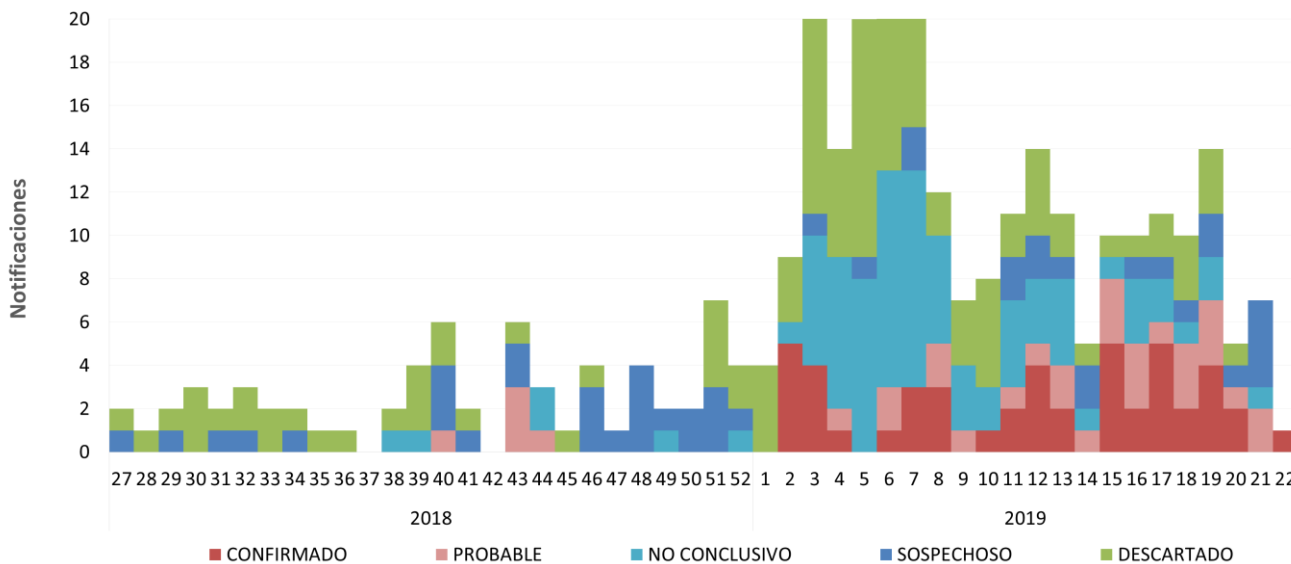


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2,0}

De los casos notificados en el período comprendido entre las SE 1 a 22 de 2019, 98 contaron con antecedente de viaje, 70 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 2018 y el año 2019 hasta la SE 22.

Gráfico 3. Notificaciones de ETMAa por SE según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. Entre las SE 27-52 de 2018 (n=65) y SE 1-22 de 2019 (n=254).



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

En 2019, entre las SE 3 y 8 se observó un aumento sostenido del número de las notificaciones. En las semanas posteriores no alcanza la magnitud de las referidas.

Tabla 1. Notificaciones de ETMAa por evento según criterio diagnóstico.
Residentes de la CABA. SE 1-22. 2018-2019.

EVENTO	2018				Total	2019				Total	Diferencia de casos
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	147	48	5	270	470	45	26	86	81	238	-232
FIEBRE CHIKUNGUNYA	0	0	1	6	7	2	1	1	0	4	-3
FIEBRE AMARILLA	3	0	26	8	37	0	0	3	3	6	-31
ZIKA: Enfermedad por virus del Zika	0	1	1	5	7	0	0	1	1	2	-5
ZIKA: Infección por virus del Zika en el embarazo	0	0	3	1	4	0	0	2	0	2	-2
ZIKA: Transmisión vertical del virus del Zika SIN síndrome congénito	0	0	4	0	4	0	0	0	0	0	-4
ZIKA: SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZIKA: Síndrome congénito con sospecha de asoc. con Zika	0	0	5	1	6	0	0	2	0	2	-4
ZIKA: Aborto o muerte fetal con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	150	49	45	291	535	47	27	95	85	254	-281

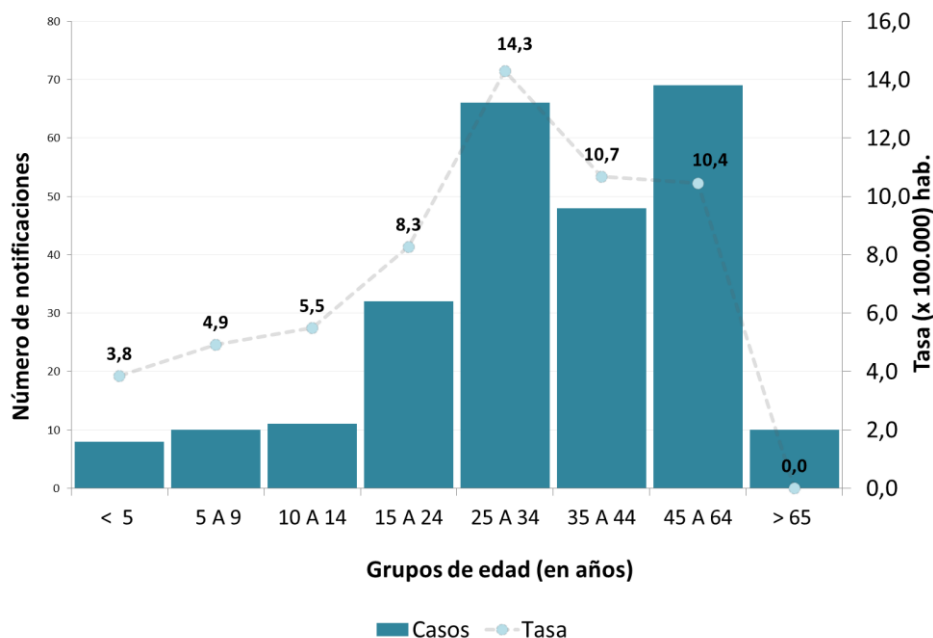
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

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

En las SE 1-22 de 2019 la notificación total de casos de ETMAa fue menor a la notificación en igual periodo de 2018, El número de casos notificados para dengue, Fiebre Chikungunya, Fiebre Amarilla y eventos relacionados con el virus Zika fue menor en 2019. No se registraron notificaciones para 2 de los eventos relacionados con el virus Zika.

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

Gráfico 4. Notificaciones de casos de ETMAa y tasas específicas cada 100.000 hab. Según grupo de edad.
Residentes de la CABA. SE 1-22. 2019 (n=254).

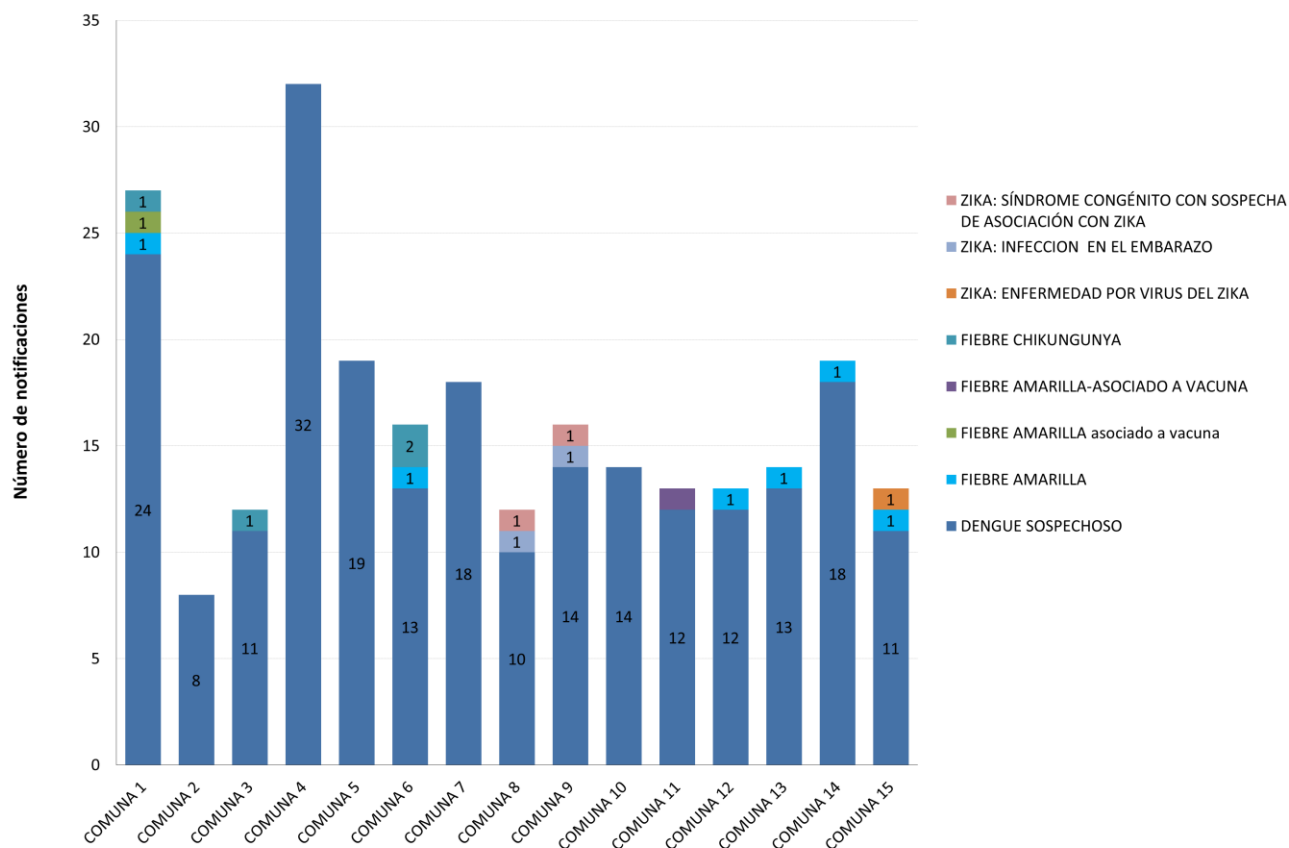


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

Se registraron notificaciones en todos los grupos de edad. En la presente semana epidemiológica el mayor número de notificaciones se encuentra en el grupo de 45 a 64 años. La tasa más elevada corresponde al grupo de 25 a 34 años.

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

Gráfico 5. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-22. 2019 (n=254).



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

En las SE 1-22 de 2019, se realizaron notificaciones para las ETMAa en las 15 comunas de la Ciudad. El mayor número se registra en la comuna 4.

Predominó el sexo masculino (57%).

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

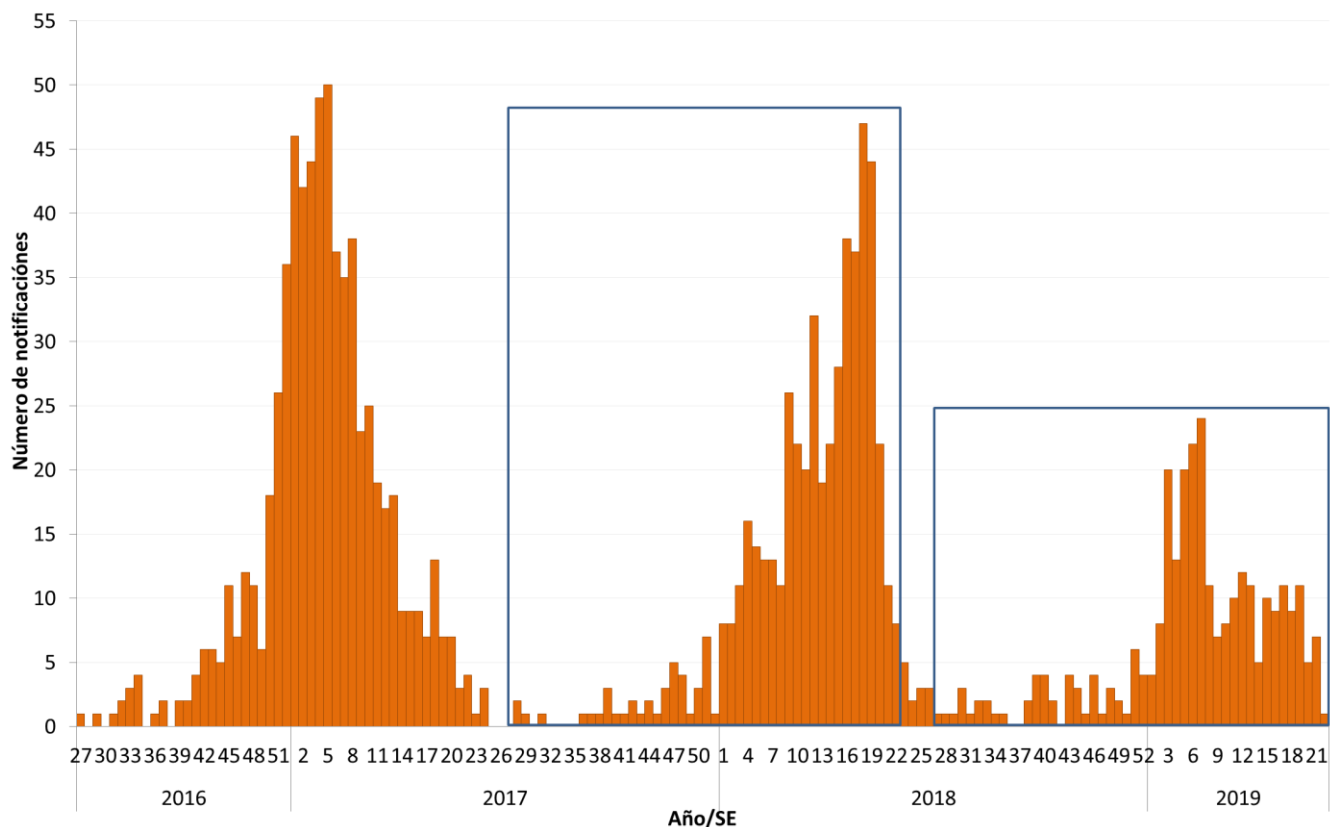
VII.3.B. Dengue

VII.3.B.i. Casos históricos y comparación con los actuales

A continuación, se presenta la situación en la CABA, desde la SE 26 a la 52 de 2016, SE 1 a 52 de 2017, SE 1 a 52 de 2018 y SE 1-22 de 2019, de los pacientes notificados para Dengue.

Gráfico 6. 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 1-52: 2018 (n=586)-SE 1-22 2019 (n=254).



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

Las tasas de notificación de casos de dengue correspondientes a las SE 27/2017 a 21/2018 y SE 27/2018 a 21/2019 muestran valores mayores en el periodo 2017/2018 (temporada 2017/2018: n=512; 16,8 casos/100000 hab. y temporada 2018/2019: n=292; 9,5 casos/100000 hab.).

El cuadro siguiente presenta los casos confirmados en residentes de la Ciudad en los años 2016, 2017, 2018 y 2019 hasta la SE 22 según el antecedente de viaje.

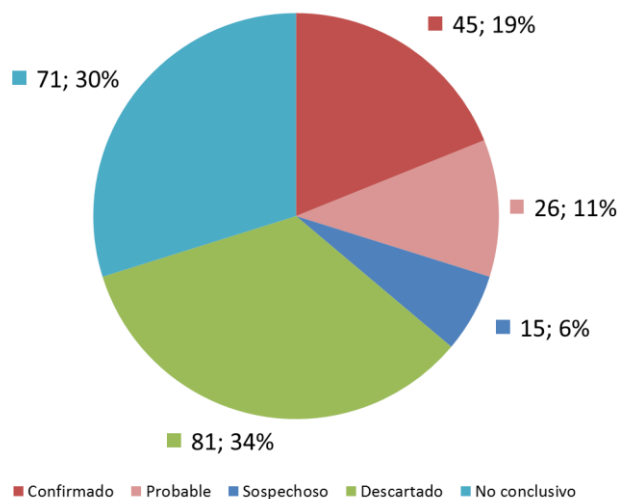
Tabla 2. Casos confirmados de dengue según antecedente de viaje.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-22. 2016-2019.

Antecedente de viaje	2016	2017	2018	2019
SI	446	1	32	18
NO	5651	1	114	26
SIN DATO	3	0	1	1
TOTAL	6100	2	147	45

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

VII.3.B.ii. Descripción de la situación 2019

Gráfico 7. Notificaciones de dengue según clasificación. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-22; 2019 (n=238).



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

Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, aquellos “no conclusivos”, se deben al requerimiento de una segunda muestra para el diagnóstico de los mismos.

Entre las SE 1-22 de 2019, 88 casos notificados cuentan con antecedente de viaje, 70 no viajaron, y los restantes no registraron antecedente al respecto en el SNVS.

Se observó el predominio del sexo masculino (58%). Se han notificado casos sospechosos de dengue con domicilio en las 15 comunas de la ciudad.

Los casos confirmados de dengue incluyen aquellos con resultados positivos de neutralización, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y, en las situaciones definidas de brote, resultados positivos de NS1, IgM específica o nexo epidemiológico.

Desde SE 3 hasta SE 22 se notificaron 26 casos confirmados de dengue sin antecedente de viaje en 9 comunas de la Ciudad: 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 14 y 15. Fueron identificados conglomerados de casos en comunas 9 y 4. **Entre SE 20 y SE 22 no fueron detectados nuevos casos de dengue, con última fecha de inicio registrada en SE 19.**

En la SE 3 se detectó el primer caso confirmado (DEN1) sin antecedente de viaje en la temporada 2018/2019, domiciliado en la comuna 5. El paciente, varón de 15 años, presentó buena evolución. Fueron realizadas las acciones de control de foco correspondientes.

En la semana epidemiológica 8 fue confirmado un caso de dengue sin antecedente de viaje, en el que se identificó el serotipo DEN4. El paciente, de 28 años, se domicilia en comuna 1 y presentó buena evolución.

En la SE 9, durante la realización de las acciones de control de foco fue detectado otro caso sospechoso, familiar conviviente del anterior, con igual fecha de inicio de síntomas, y se confirmó dengue a serotipo DEN4. El joven de 16 años presentó buena evolución. En el relevamiento de casos de síndrome febril agudo inespecífico durante las acciones de control no se encontraron otros casos de dengue.

Un paciente de 37 años, notificado en SE 11 presentó resultados positivos para dengue, con identificación del serotipo viral DEN1. Se domicilia en la Comuna 10 y presentó buena evolución clínica. Se clasificó el caso como sin antecedente de viaje, ya que del análisis de los antecedentes surge que en los lugares de desplazamiento en los días previos al inicio de los síntomas, no existe circulación comprobada del virus del dengue.

En SE 12 se confirmaron 2 casos sin antecedente de viaje. Una paciente residente en la comuna 9 y un paciente con domicilio en comuna 7. Tuvieron buena evolución clínica. En ambos casos se identificó el serotipo DEN1. Según la investigación llevada a cabo no se relacionaban epidemiológicamente con casos anteriores.

En SE 13 fueron confirmados 2 nuevos casos sin antecedente de viaje a lugares con circulación comprobada del virus del dengue. Ambos fueron identificados como serotipo DEN1. Uno de los casos fue una paciente con domicilio en la comuna 14, con buena evolución. El segundo caso reside en comuna 9. Esta paciente, se relaciona temporal y espacialmente con el previamente informado de la misma comuna. Además, ante el hallazgo de 2 casos probables de dengue domiciliados en las cercanías -que inicialmente no presentaban antecedente de viaje-, se amplió la investigación epidemiológica. Si bien las acciones de control de foco ya habían sido implementadas, se intensificó el relevamiento ambiental y la búsqueda activa de febriles.

En SE 15 fue confirmado un caso de dengue sin antecedente de viaje en la comuna 10, espacialmente alejado del informado en SE 11 (20 cuadras). Se identificó el serotipo viral DEN1. El paciente presentó buena evolución. En SE 16 se confirmó otro caso con igual serotipo en una paciente domiciliada a 500 metros aproximadamente del anterior. No fue informado hasta el momento aumento del número de casos de febriles en el área. Se realizaron actividades de control de foco y preventivas en la zona correspondiente.

En SE 16 también fue confirmado un caso sin antecedente de viaje en la comuna 15, en el que se identificó el serotipo DEN1. En las cercanías (igual manzana) fue detectado un caso probable de dengue sin antecedente de viaje.

En SE 17 fue confirmado un caso sin antecedente de viaje en la comuna 4, siendo identificado el serotipo DEN1, y otro en la comuna 9.

En SE 18 fueron notificados un caso confirmado en comuna 11 y otro en comuna 4. En el caso de la comuna 11 no se identificó serotipo y se clasificó como sin antecedente de viaje, debido a que en el lugar de desplazamiento del paciente en los días previos al inicio de los síntomas, no existiría circulación viral comprobada. El caso confirmado sin antecedente de viaje de la comuna 4 se relacionó con el informado la semana previa.

Hasta SE 22 en comuna 4 fueron identificados un total de 6 casos de dengue sin antecedente de viaje relacionados temporal y espacialmente, con fechas de inicio de síntomas entre SE 17 y 19. En 4 casos fue identificado el serotipo DEN 1.

En el conglomerado de casos de comuna 9 fueron notificados un total de 10 casos hasta SE 22, con fechas de inicio de síntomas de SE 11 hasta SE 18. En 4 casos fue identificado el serotipo DEN 1.

En un caso registrado como confirmado sin serotipo por un laboratorio privado, no fue registrado el antecedente de viaje.

En 2019, desde SE 2 hasta SE 22 fueron notificados 18 casos confirmados importados de dengue. En 12 casos se identificó el serotipo viral: DEN1 (8 casos), DEN2 (2 casos), DEN3 (1 caso) y DEN4 (1 caso).

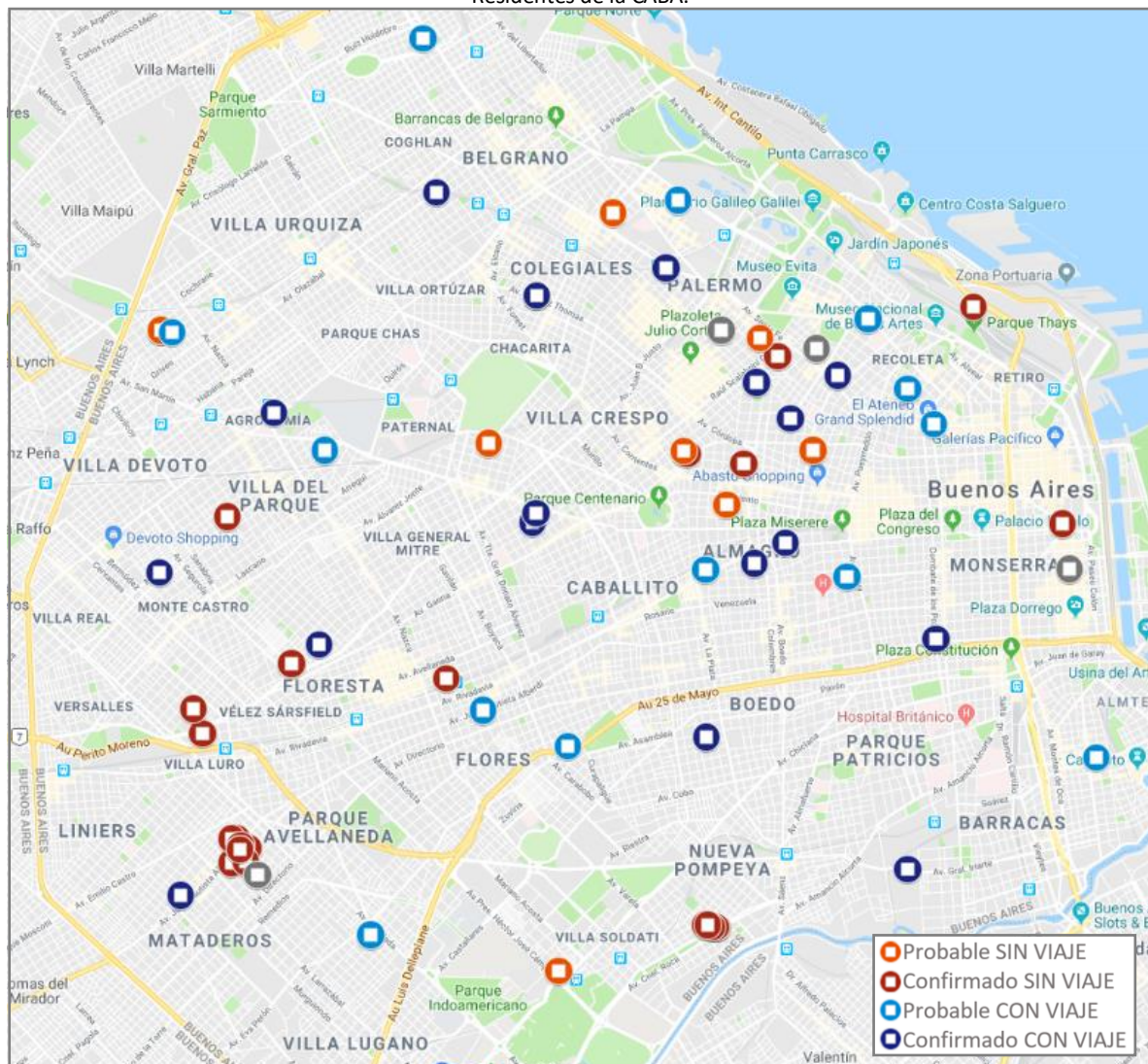
Siete pacientes presentaron antecedente de viaje a Misiones, se registraron en las SE 2, 4, 6, 7 (2 casos), 8 y 13, domiciliándose en las comunas 3, 6, 7, 11, 14 (2 casos) y 15. Siete casos presentaron antecedente de viaje a Brasil, se registraron en las SE 2, 3, 19 y 20, con domicilio en las comunas 5 (2 casos), 10, 13 (3 casos) y 14. Un caso tiene antecedente de viaje a República Dominicana (SE 3, comuna 9) y otro a Tailandia (SE 7, comuna 2). El

caso en el que identificó DEN4, de SE 11, se domicilia en comuna 4 y tiene antecedente de viaje a Paraguay. En SE 22 se identificó el segundo caso importado de DEN2, ya consignado entre los casos, con antecedente de viaje a Brasil. En igual semana fue detectado también un caso importado de DEN3, con domicilio en comuna 6, tiene antecedente de viaje a Australia y el Sudeste Asiático y fecha de inicio de síntomas en SE 21.

VII.3.B.iii. Georreferencia de los casos 2019

En el inicio del año 2019, los casos de dengue se corresponden con pacientes que presentan antecedente de viaje a una zona con circulación viral comprobada, sobre todo en los dos primeros meses del año. Luego surgen los primeros casos SIN VIAJE, que en la SE 26 alcanzan los 26 confirmados arriba citados, que se pueden apreciar en el siguiente mapa.

Mapa 1. Notificaciones confirmadas y probables de dengue según antecedente de viaje y clasificación. Actualización al 02/6/2019.
Residentes de la CABA.



VII.3.A. *Fiebre amarilla*

En 2018 fueron notificados 39 casos sospechosos de Fiebre Amarilla. En 32 casos se constató 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.

En 2019, hasta la SE 22 fueron notificados 6 casos, de los cuales 3 fueron descartados.

VII.3.B. Zika

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

En las SE 1 a 52 de 2018 se notificaron 28 casos sospechosos de infección por Virus Zika: 9 de Enfermedad por Virus Zika, 5 de infección por Virus Zika en el embarazo, 10 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika y 4 casos de transmisión vertical viral sin síndrome congénito. Doce casos cuentan con el registro de viaje y en los restantes no se registra dicho dato en el SNVS.

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

En 2019 hasta la SE 22 fueron notificados 6 casos: Dos casos sospechosos de enfermedad por virus Zika, dos casos sospechosos de Enfermedad por Virus Zika en el embarazo y dos casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika.

VII.3.C. Fiebre Chikungunya

En las SE 1 a 52 de 2018 se notificaron 12 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, 9 de los cuales fueron descartados.

En 2019 hasta la SE 22 fueron notificados 4 casos sospechosos. En SE 6 se confirmó un caso importado de Fiebre Chikungunya. El paciente, un turista en tránsito proveniente de Río de Janeiro, Brasil, fue asistido ambulatoriamente. Se realizó el estudio de foco en el área de la comuna 1 correspondiente al hotel en el cual el paciente estuvo alojado.

En la SE 19 fue confirmado otro caso importado de Fiebre Chikungunya en un paciente que residió temporariamente en la comuna 3, proveniente de Río de Janeiro, Brasil.

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.

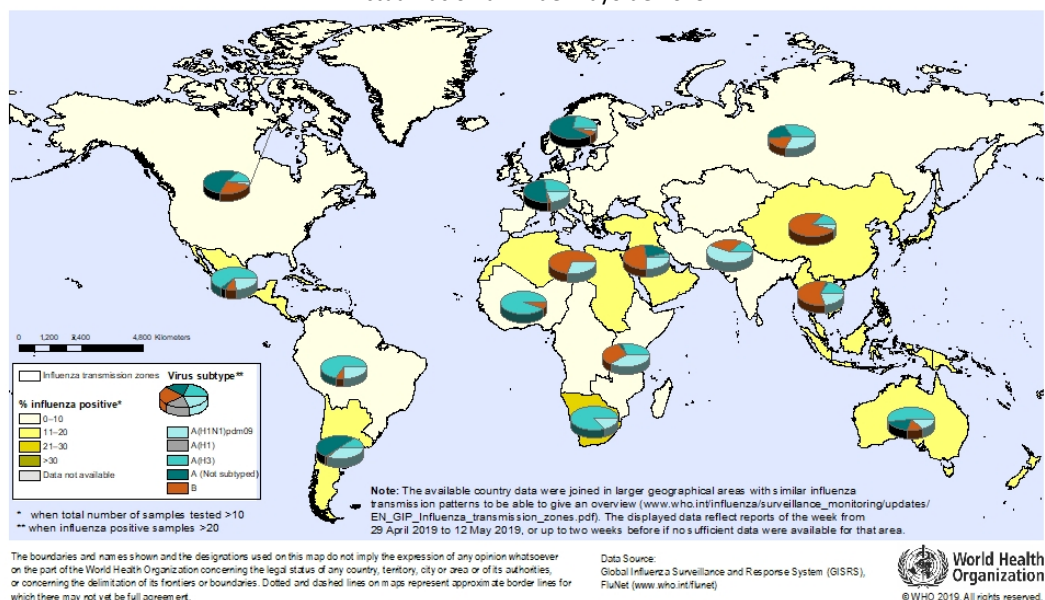
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

<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 influenza⁷.

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 24 de Mayo de 2019



En América del Norte La actividad de influenza continuó en disminución.

En el Caribe La actividad de influenza disminuyó con predominio de influenza A(H3N2), y se informó una baja actividad de VSR. Puerto Rico reportó un aumento de la actividad de influenza.

En América Central La circulación de influenza permaneció a niveles bajos en la subregión. La actividad de influenza e IRAG aumentó ligeramente en Costa Rica con circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). En El Salvador, la actividad de IRAG aumentó asociada a circulación de VSR.

En la Sub-región Andina Se reportó baja actividad de influenza, con predominio de influenza A(H3N2). La actividad de VSR continuó elevada en Bolivia y Colombia.

En Brasil y Cono Sur Se reportó una mayor actividad de influenza en toda la subregión. En Chile, la actividad de influenza e IRAG presentó un pico en SE 20, con circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) simultáneamente. La actividad de VSR aumentó en Paraguay con baja transmisibilidad de influenza.

⁷Para obtener más información consultar

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

Situación Mundial: en las zonas templadas del hemisferio sur, las detecciones de influenza aumentaron; en Australia y Nueva Zelanda fueron predominantemente influenza A(H3N2) e influenza B. En Sudáfrica, se detectó predominantemente influenza A(H3N2). En África oriental, occidental y media, la actividad de influenza fue baja en todos los países que reportaron. En general en Europa, la actividad de influenza fue baja. En el norte de África, las detecciones de influenza fueron bajas en todos los países informantes. En Asia occidental, la actividad de influenza fue baja, pero aún se reportan detecciones en algunos países de la Península Arábiga. En el este de Asia, la actividad de influenza disminuyó, pero continuó el reporte de detecciones.

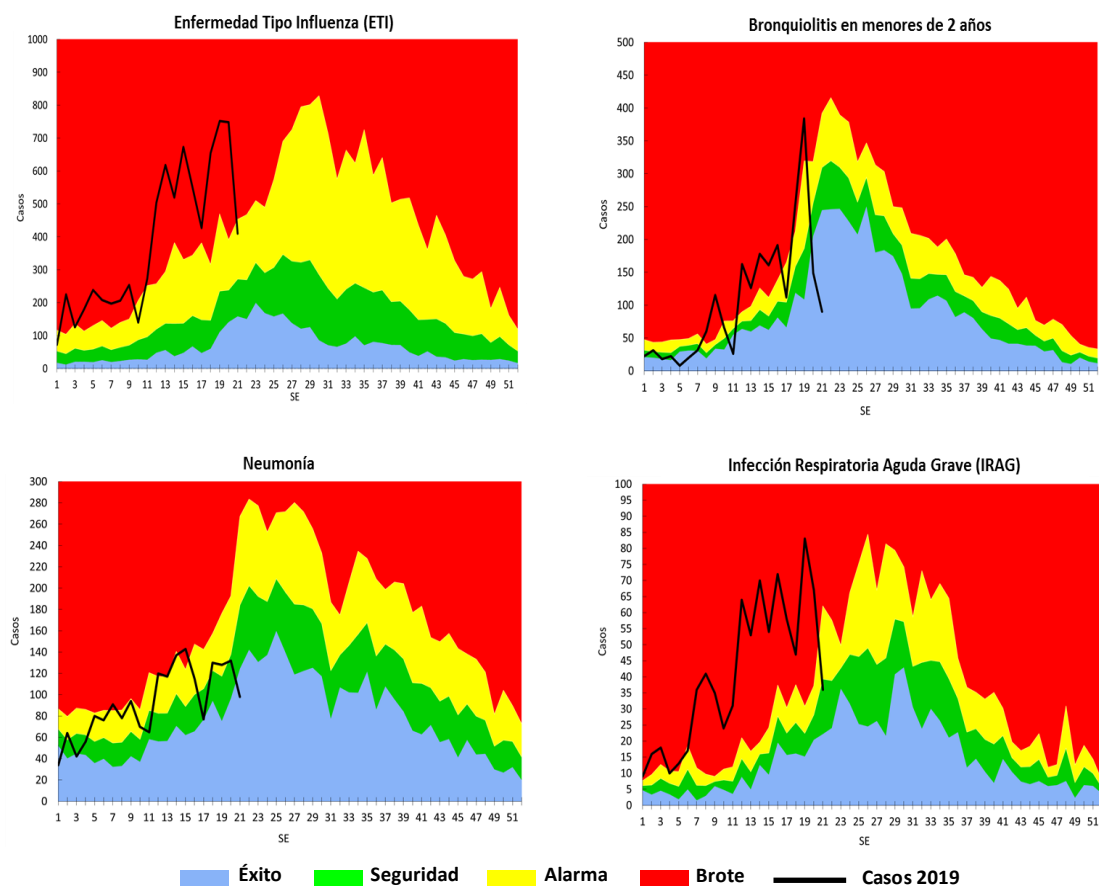
IX.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

En esta edición no se incorporaron los corredores endémicos nacionales de los eventos respiratorios bajo vigilancia, debido a que se ha detectado que el número de establecimientos notificadores ha variado a lo largo del tiempo. Es por esta razón que las autoridades nacionales están adecuando la metodología de cálculo de corredores para mejorar la comparabilidad de la información, lo cual se verá reflejado en los próximos corredores nacionales.

IX.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 21/2019.

Se presentan los corredores endémicos semanales de los cuatro eventos vigilados, en los residentes de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2019.

Gráfico 1,2,3 4. Corredores endémicos semanales de los eventos IRA bajo vigilancia clínica
Residentes en CABA. Hasta SE 21, año 2019.



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.

La comparación del patrón estacional entre estos cuatro eventos muestra que la incidencia máxima esperada en el corriente año, para ETI e IRAG, se hallaría entre las semanas epidemiológicas 26 a 30. Mientras que, para bronquiolitis en menores de 2 años y neumonía, dicho máximo ocurriría entre las semanas 20 a 29.

Con la actualización del registro (que aún persiste atrasado en ciertos efectores), se evidencia que solo el evento “neumonía” se mantuvo dentro de los casos esperables, pero con tendencia al incremento.

Por el contrario, dicha actualización permite ver que la incidencia de ETI se incrementó desde SE 11, superando los casos esperados, manteniéndose en zona de brote y con una caída de la curva en las últimas semanas, producto del retraso en la notificación.

La misma situación ocurrió con bronquiolitis en menores de 2 años, que al completar el registro, permite visualizar el aumento de casos notificados desde la SE 13, circulando entre zona de brote y alarma. La caída de la curva en las últimas semanas es producto del retraso en la notificación.

La notificación de IRAG se mantuvo en zona de alarma desde el inicio del año, con tendencia al aumento desde la SE 6 y superando los valores esperados entre las SE 7 a SE 20, con una caída en la última semana, producto del atraso en la notificación.

Debe señalarse que por la persistencia en el retraso en la notificación, el patrón observado y descrito en estos corredores es provisorio.

Las tablas a continuación muestran la distribución por edad de los casos de IRAG residentes en CABA (independientemente de la etiología), notificados hasta la semana epidemiológica 21 del año 2019. El número de casos se ha incrementado un 44,0% desde el último registro y la mayoría pertenecen al grupo de mayores de 64 años y menores de 2 años, que acumulan el 53,9% de los mismos.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad
Residentes en CABA. Hasta la SE 21. Año 2019.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2019		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	213	24,9	24,9
De 2 a 4 años	77	9,0	33,9
De 5 a 14 años	134	15,7	49,6
De 15 a 24 años	35	4,1	53,7
De 25 a 34 años	23	2,7	56,4
De 35 a 44 años	32	3,7	60,1
De 45 a 64 años	70	8,2	68,3
Mayores de 64 años	248	29,0	97,3
Sin especificar edad	23	2,7	100,0
TOTAL	855	100,0	-

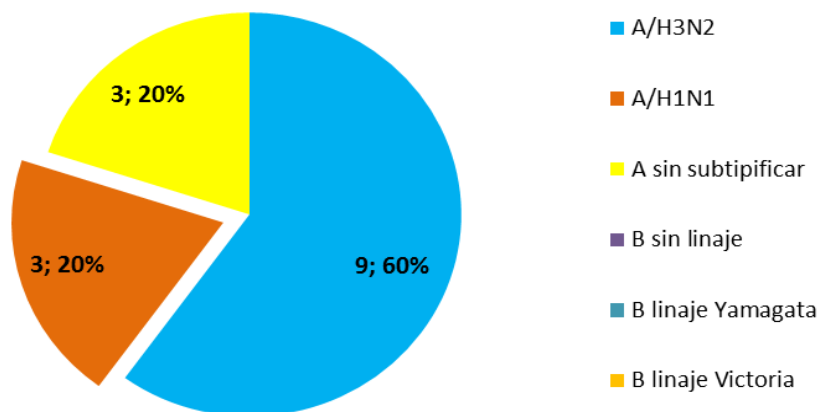
Fuente: SNVS 2.0.

Hasta el cierre de este análisis, se han notificado 15 casos de IRAG residentes en CABA, con identificación de virus influenza, cuya distribución se observa en los siguientes gráfico y tabla.

Dichos casos representan el 1,7% del total de eventos “IRAG” notificados en residentes de CABA. Los mismos presentaban factores de riesgo y/o comorbilidades. Solo tres (3) casos registraban antecedentes de vacunación antigripal (una dosis). No hay datos de vacunación en la mayoría de los registros.

Todos evolucionaron favorablemente, con excepción de un óbito, en una paciente de sexo femenino de 94 años.

Gráfico 5. Casos de IRAG con identificación de virus influenza. Distribución porcentual Residentes de la CABA. Hasta SE 21 Año 2019. N=15



Fuente: SNVS 2.0.

Tabla 2. Casos notificados de IRAG según grupos de edad, con identificación de virus Influenza CABA. Hasta SE 21. Año 2019.

Grupos de edad	Residentes	No residentes	Total
Menores de 2 años	4	2	6
De 2 a 4 años	3	2	5
De 5 a 14 años	0	2	2
De 15 a 24 años	0	2	2
De 25 a 34 años	0	1	1
De 35 a 44 años	0	1	1
De 45 a 64 años	3	3	6
Mayores de 64 años	5	2	7
Sin especificar edad	0	0	0
TOTAL	15	15	30

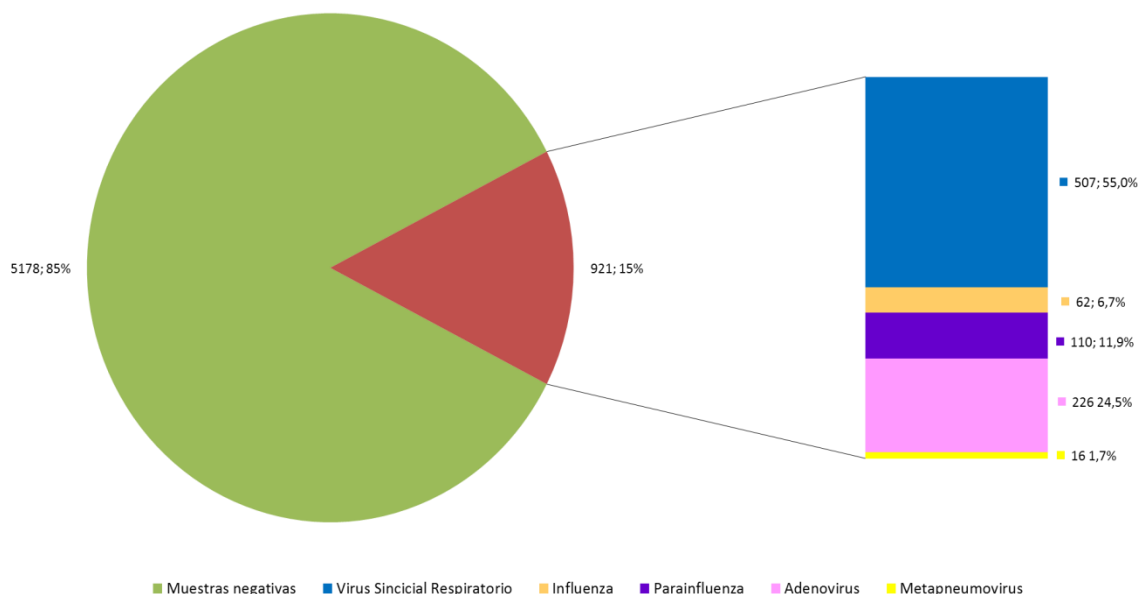
Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

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 6. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 21 Año 2019. N=6099

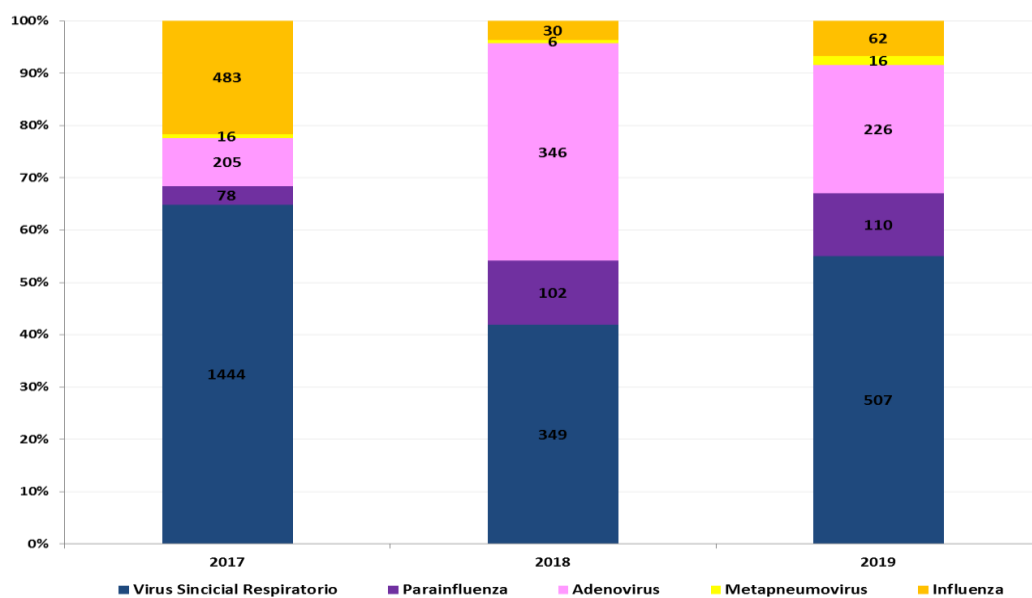


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 21 de 2019, se analizaron 6099 muestras de las cuales el 15% (921) dieron positivas para algún virus. Los virus identificados en mayor proporción son VSR, Adenovirus y Parainfluenza.

En el siguiente gráfico y hasta la SE 21, se observa una mayor detección de virus Influenza en los años 2017 y 2019. También se aprecia la presencia predominante de VSR y Adenovirus.

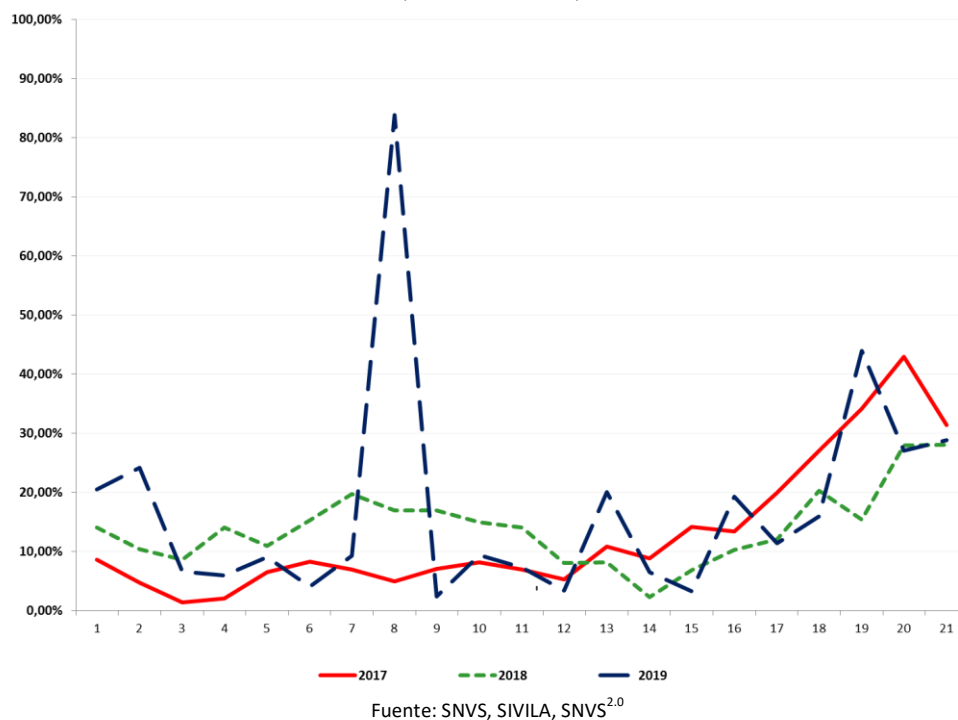
Gráfico 7. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 20. Años 2017, 2018 y 2019. Año 2017 n=2226; Año 2018 n=833; Año 2019 n=921



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

El porcentaje de identificación viral por SE muestra que, en general, entre semanas 1 a 12 hubo mejor rendimiento en los años 2018 y 2019; además se observa una situación excepcional en la SE 8 del 2019. A partir de la semana 14 se observa mayor proporción de identificación en el año 2017 y 2019, en especial, en las últimas semanas.

Gráfico 8. Distribución porcentual de identificación de virus respiratorios por semana epidemiológica
Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2017, 2018 y 2019.
Año 2017 n=2226; Año 2018 n=833; Año 2019 n=921



En el siguiente gráfico se presentan por semana epidemiológica (SE), los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 9. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-52; N=8503)-2018 (SE 1-52; N=6001)-2019 (SE 1-21; N=912)

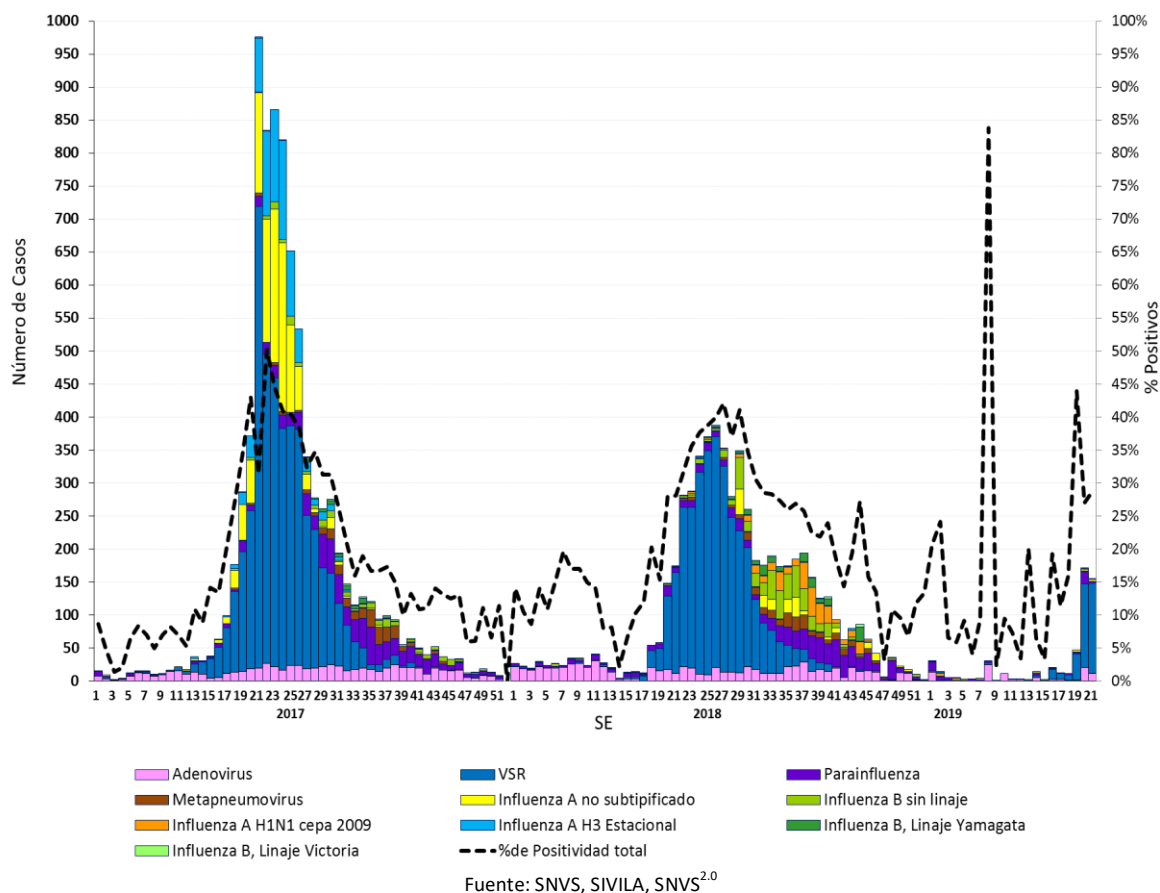
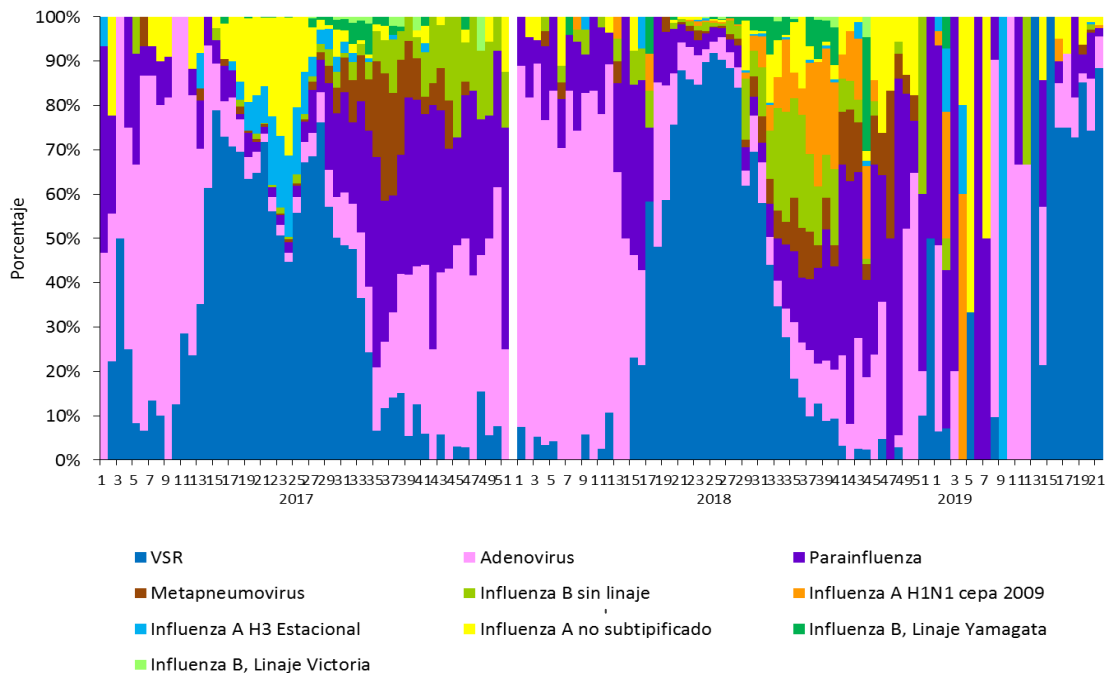
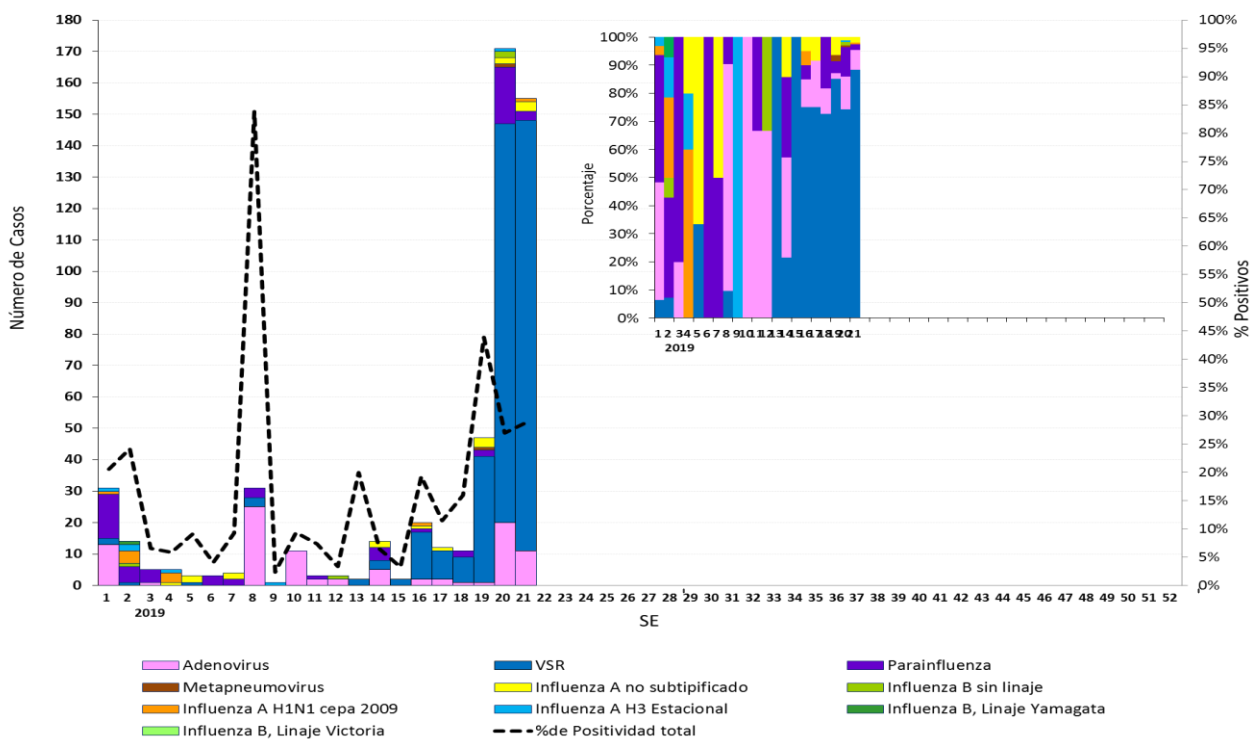


Gráfico 10. Distribución porcentual de virus respiratorios. Residentes de la CABA
Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-52; N=8503)-2018 (SE 1-52; N=6001)-2019 (SE 1-21; N=912)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Gráfico 11 Distribución porcentual de virus respiratorios. Residentes de la CABA
Residentes de la CABA. Año 2019 (SE 1-21; N=912)

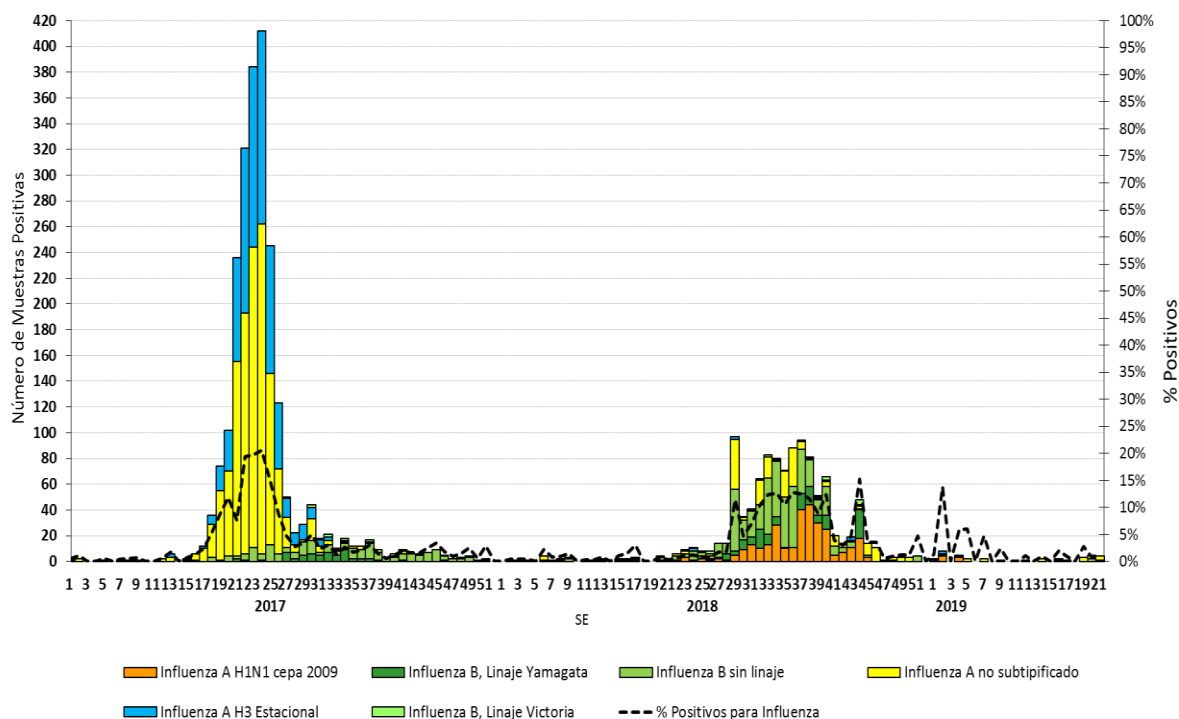


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Se verifica un perfil similar de predominio de actividad viral por parte de VSR y Adenovirus, comparando similares periodos entre los años 2017 y 2019, pero con mayor circulación de virus influenza en el año 2017.

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

Gráfico 12 Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas.
Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-52; N=2293)- Año 2018 (SE 1-52. N=1101)- Año 2019 (SE 1-21 N=62)

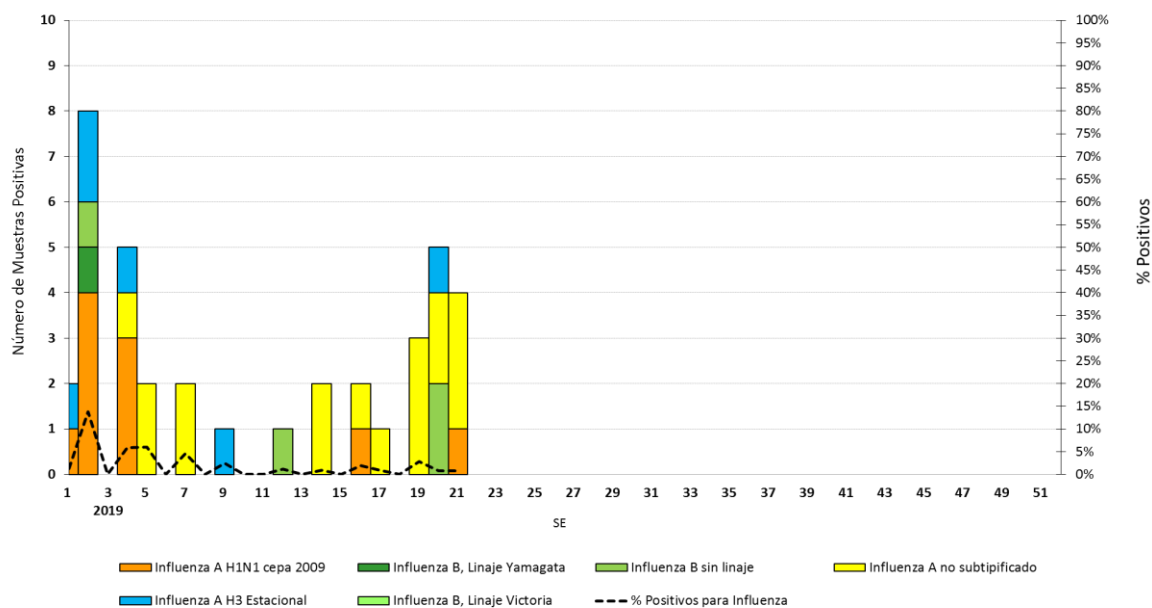


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 21 del año 2019, de las 62 muestras positivas para influenza notificadas, 54 (87%), correspondían a influenza A. En el acumulado del mismo periodo, hubo mayor porcentaje de rescate de virus influenza en el año 2017, respecto del año en curso.

En el siguiente grafico se aprecia de manera detallada la circulación viral de Influenza notificada en las primeras semanas del corriente año. Se verifica una mayor identificación en las últimas semanas, con predominio de Influenza A no subtipificado, en el periodo analizado.

Gráfico 13. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas.
Residentes de la CABA. Año 2019 (SE 1-21 N=62)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

IX.6. AVANCE SEMANAL DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL HASTA LA SE 22.

A continuación, se presentan las dosis de vacunas aplicadas hasta el 30 de mayo de 2018.

Tabla 2. Dosis aplicadas de vacuna trivalente estacional. Hasta el 16 de Mayo de 2019. Residentes CABA

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	71.173	14.463	7.313	1.330	23.749	10.826	66.190	97.501

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZA DAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	282.847	89,0%		27,1%	44,0%	20,1%		

**Antineumocócica conjugada
Huespedes especiales residentes:
6.059**

**Antineumocócica conjugada
mayores de 65 años Residentes:
12.293**

Fuente: Programa de inmunizaciones. Ministerio de Salud. GCBA

X. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

X.1. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una infectopatía cuyo agente etiológico es el *Mycobacterium tuberculosis*. Dada su mayoritaria localización pulmonar se transmite la infección por vía aérea entre población que presenta, entre otros factores, hacinamiento e inmunodeficiencia. La prevención primaria se basa en el diagnóstico precoz (control de contactos, búsqueda de sintomáticos respiratorios) y un tratamiento eficaz con la mayor supervisión posible y la vacunación de los neonatos con BCG (para bajar el riesgo de localizaciones graves y la extensión de las lesiones).

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

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

En 2016 a nivel mundial, se estima que 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad.

Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que debería acelerarse al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis.⁸

La Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, comparten el objetivo común de poner fin a la epidemia mundial de TB para el periodo 2016-2035. Las metas de dicha estrategia consisten en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia en un 80% de aquí a 2030.⁹ A nivel mundial se presentan como amenazas la aparición de cepas multi-resistentes a los fármacos, así como la problemática de la co-infección con VIH.

X.2. SITUACIÓN EN ARGENTINA

X.2.A. Situación nacional (Mayo 2018)

Según el último reporte del Instituto de Enfermedades Respiratorias (INER) Emilio Coni en la Argentina se notificaron 11.436 casos de tuberculosis en 2018, con una tasa de 25,7 por 100.000 habitantes. En la siguiente tabla se presenta la información completa del país¹⁰.

⁸ OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

⁹ OMS. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

¹⁰ Es necesario tener en cuenta que, aunque sea información del año 2018, la misma está sujeta a modificaciones permanentes de acuerdo al seguimiento y actualización de los casos.

Tabla 1. Avance de la notificación de casos de tuberculosis, todas las formas, por grupo de edad. República Argentina, por jurisdicción de residencia. 2018

Jurisdicción de Residencia	Población	Todos los Casos		Casos Pediátricos, Adolescentes y de 20 años o más						
		Número	Tasa ¹	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	< 20	>= 20	S/I
Argentina	44494502	11436	25,70	410	239	365	1101	2115	9234	87
Buenos Aires	17196396	5573	32,41	187	112	182	615	1096	4445	32
C. A. B. A.	3068043	1254	40,87	54	29	72	146	301	950	3
Catamarca	408152	37	9,07	1	3	0	1	5	32	0
Chaco	1180477	426	36,09	17	17	12	37	83	307	36
Chubut	598380	108	18,05	4	6	6	11	27	81	0
Córdoba	3683937	397	10,78	12	6	5	23	46	351	0
Corrientes	1101084	213	19,34	0	0	2	22	24	187	2
Entre Ríos	1360443	203	14,92	4	5	5	12	26	177	0
Formosa	595129	217	36,46	18	6	8	23	55	162	0
Jujuy	753891	422	55,98	9	9	9	32	59	363	0
La Pampa	352378	42	11,92	2	1	1	2	6	36	0
La Rioja	383220	24	6,26	1	0	1	4	6	18	0
Mendoza	1949293	167	8,57	15	11	12	7	45	121	1
Misiones	1233177	179	14,52	10	7	4	14	35	143	1
Neuquén	646784	32	4,95	1	0	0	1	2	30	0
Río Negro	728403	69	9,47	0	0	2	4	6	62	1
Salta	1388532	795	57,25	46	14	19	66	145	648	2
San Juan	764464	57	7,46	0	0	0	2	2	47	8
San Luis	495629	34	6,86	2	1	1	2	6	28	0
Santa Cruz	347593	73	21,00	1	1	0	0	2	71	0
Santa Fe	3481514	644	18,50	13	8	14	52	87	557	0
Sgo. del Estero	958251	121	12,63	4	1	3	5	13	107	1
Tierra del Fuego	164944	14	8,49	0	1	1	0	2	12	0
Tucumán	1654388	271	16,38	9	0	6	19	34	237	0
S. P. F. ²	-	40	-	0	0	0	0	0	40	0
Sin Especificar	-	24	-	0	1	0	1	2	22	0

¹ Tasa por 100.000 habitantes.² Servicio Penitenciario Federal.**Nota:** La información presentada en el informe estadístico se obtuvo del procesamiento de los datos descargados del Módulo de TB del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) el **06 de Mayo de 2019**.**Fuente:** Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", con base en los datos de los Programas de Control de la Tuberculosis de las 24 Jurisdicciones del país. Ministerio de Salud, Argentina, Mayo de 2019.

Las provincias de Jujuy y Salta son las que presentan las tasas más altas del país, 55,98 y 57,25 por 100.000 hab. Respectivamente, duplicando la tasa nacional, de 25,7 por 100.000 hab. La Rioja, Neuquén, San Juan y Tierra del Fuego registran los valores más bajos. La Ciudad de Buenos Aires se encuentra en el tercer lugar con una tasa de casi 40,8 por 100.000 habitantes.

X.3. SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA

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

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

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf

http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_56_se_35_vf.pdf

X.3.A. Antecedentes año 2016

La información del año 2017 se presentó en el BES N° 129 y anteriores. Se puede descargar en el siguiente link: https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_129_se_4_vf.pdf

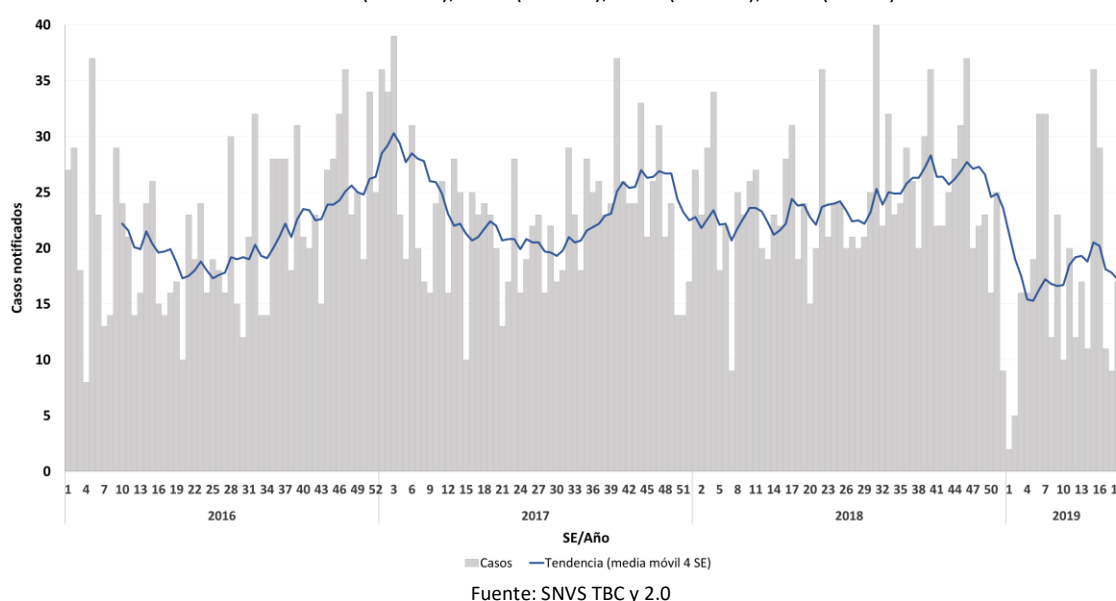
X.3.B. *Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2019 (hasta SE 20)*

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2018 se notificaron 2788 casos totales de TBC de los cuales 1258 (45%) poseen datos de residencia en la CABA (79 de los cuales no tienen en dato de comuna de residencia, los cuales se incluyen en todo el análisis como residentes de la CABA). El resto pertenece a otras jurisdicciones del país, casi en su totalidad, a la Provincia de Buenos Aires y, en especial, al AMBA.

En el año 2019 hasta la SE 20 se notificaron 988 casos totales de TBC de los cuales 383 poseen datos de residencia en la CABA (29 no cuentan con datos de comuna de residencia, los cuales se incluyen en el análisis como residentes de la CABA).

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC en residentes de la CABA en los años 2016, 2017, 2018 y 2019 hasta la SE 20 (teniendo en cuenta que la información del 2018 puede aún presentar modificaciones en relación con la posible notificación atrasada de algunos casos).

Gráfico 1. Casos notificados de TBC. Residentes de la CABA.
Años: 2016 (n=1142), 2017 (n=1194), 2018 (n=1258), 2019 (n=383)



Como se observa en los números absolutos, la tendencia en los últimos 3 años cerrados da cuenta de un leve incremento en la notificación. Esta situación, probablemente, está vinculada con una mayor sensibilidad en la captación de los casos, ya que, a partir del año 2017, quienes participan de la notificación y -en general- del abordaje de la TBC, son muchos actores más del sistema de salud de la CABA.

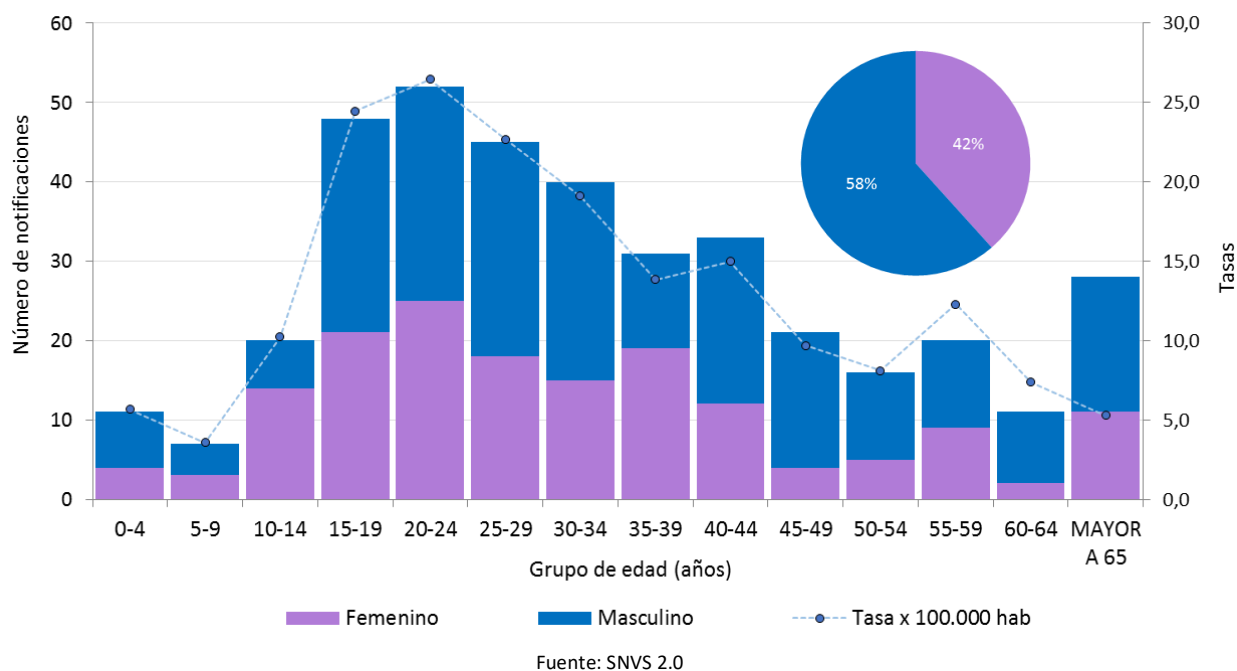
A partir del 2019, el Sistema de Vigilancia para la TBC pasó a ser el SNVS 2.0, por este motivo -como ocurre cuando comienza la implementación de todo sistema- se observa un descenso en la notificación. Este hecho, igualmente, está siendo mejorado día a día y se estima contar con la misma cobertura y antes de fin de año.

X.3.C. *Características de la población*

X.3.C.i. Sexo y edad

En el siguiente gráfico se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo en residentes de la CABA hasta la SE 20 de 2019.

Gráfico 2. Casos notificados de TBC y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo.
Residentes de la CABA. Año 2019 (n=383).

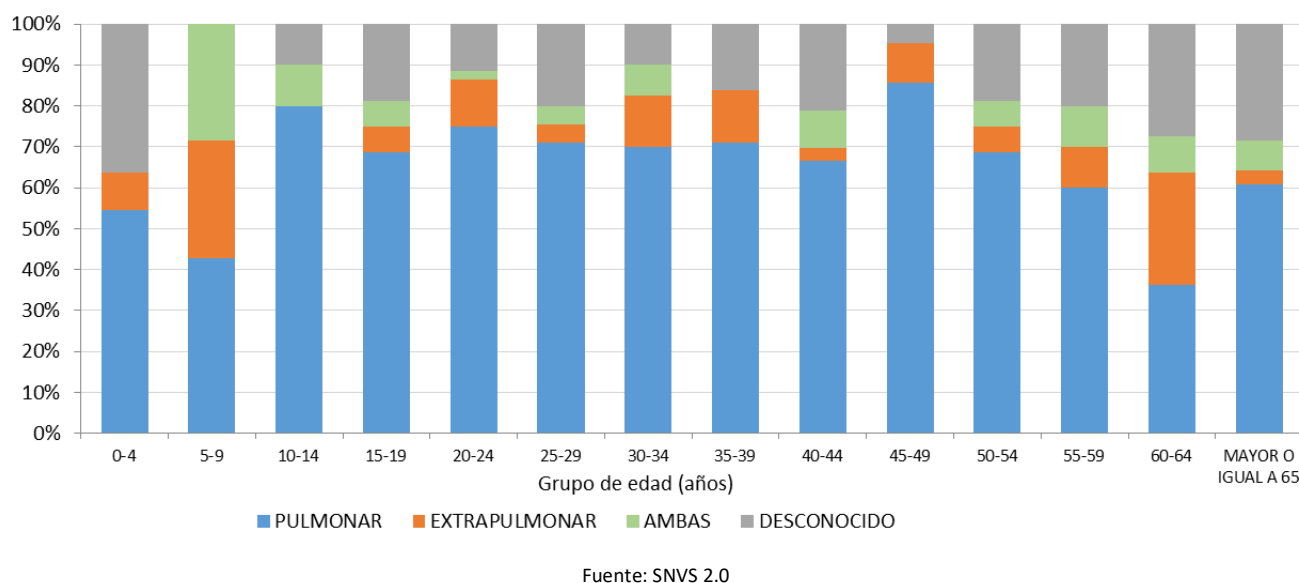


La mayor cantidad de notificaciones se registra en el grupo de 20 a 24 años cuya tasa fue de 26,5/100.000 hab. con un predominio en el sexo masculino. La mediana de edad fue de 30 años (RI de 24). Ello permite inferir 2 escenarios: infección por TB en edades tempranas de la vida con desarrollo posterior de enfermedad por TB y fuente de infección sostenida en los grupos etarios mencionados.

X.3.C.ii. Localización y comorbilidades

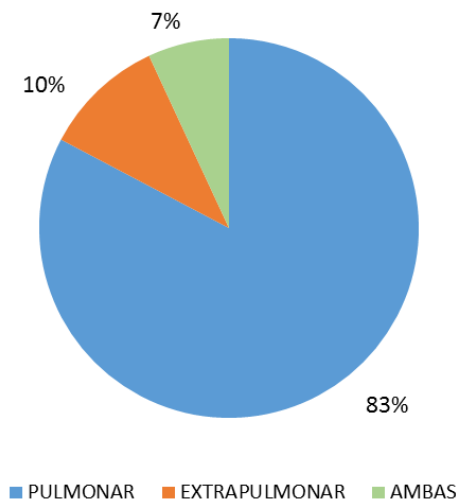
A continuación, se describe la localización de la enfermedad según grupo etario de los casos notificados en las semanas 1-20 de 2019 en residentes de la CABA.

Gráfico 3. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización y grupos de edad.
Residentes de la CABA. Año 2019. n=383



Se observó que el 68,7% (n=263) de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 8,6% (n=33) extrapulmonar y un 5,7% (n=22) presentó ambos compromisos. En el 17% (n=65) de los casos no se obtuvo información sobre la localización de la enfermedad. Es de destacar la presentación de la forma pulmonar como la principal en todos los grupos etarios.

Gráfico 4. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización
Residentes de la CABA. Año 2019. n=318



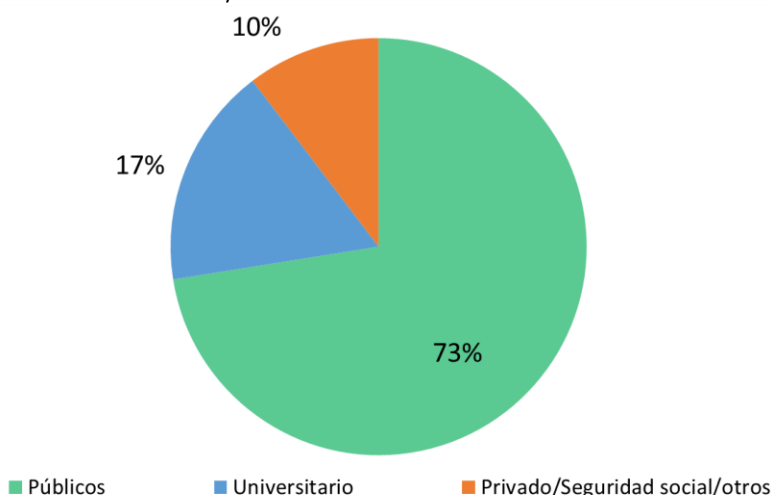
Fuente: SNVS 2.0

Se observó que el 68,7% (n=263) de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 8,6% (n=33) extrapulmonar y un 5,7% (n=22) presentó ambos compromisos. En el 17% (n=65) de los casos no se

X.3.D. Distribución según efectores

En el siguiente gráfico se indican los casos de tuberculosis de residentes y no residentes de la CABA, según el tipo de establecimiento notificador, hasta la SE 20 de 2019.

Gráfico 5. Porcentaje de casos según tipo de establecimiento notificador.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2019. n=987



Fuente: SNVS 2.0

Con respecto a los establecimientos de salud que participan en la notificación el 84,4% de los casos son notificados por efectores de gestión pública y universitaria. Los restantes casos (119) corresponde al sector privado o de la seguridad social.

A continuación se exponen el total de notificaciones realizadas por el total de efectores de la CABA, tanto para Residentes como para no Residentes (exclusivamente de Provincia de Buenos Aires -PBA-) durante el periodo 2017-2018 (hasta la SE 52) y 2019 (hasta la SE 21).

Tabla 1. Notificaciones de TBC en Residentes según efectores públicos de la CABA.
Periodo 2017-2018 (hasta la SE 52); 2019(hasta la SE 20).

Establecimiento de notificación	Residentes PBA			Residentes CABA			Total asistidos en CABA	%
	2017	2018	2019	2017	2018	2019		
ALVAREZ	13	14	3	42	33	8	113	1,7%
ARGERICH	25	39	10	34	21	16	145	2,2%
CLINICAS	39	59	14	37	37	10	196	3,0%
DURAND	21	15	5	30	28	14	113	1,7%
ELIZALDE	81	69	42	19	26	10	247	3,8%
FERNANDEZ	29	54	11	59	63	16	232	3,5%
FERRER	45	85	29	9	25	2	195	3,0%
GARRAHAN	26	44	15	14	23	6	128	1,9%
GUTIERREZ	41	59	13	37	32	6	188	2,9%
MUÑIZ	512	434	194	252	276	129	1797	27,3%
PENNA	45	51	28	55	36	6	221	3,4%
PIÑERO	25	28	5	172	158	33	421	6,4%
PIROVANO	7	14	5	8	12	8	54	0,8%
RAMOS MEJIA	43	23	19	34	50	23	192	2,9%
RIVADAVIA	19	13	4	30	25	6	97	1,5%
SANTOJANNI	33	26	15	17	33	11	135	2,0%
TORNU	84	39	35	63	55	16	292	4,4%
VACCAREZZA	264	282	115	129	162	29	981	14,9%
VELEZ SANSFIELD	12	13	3	14	19	11	72	1,1%
ZUBIZARRETA	23	19	5	5			52	0,8%
TOTAL CESACS	1	5	2	16	25	19	68	1,0%
CASA MASANTONIO	6	2		15	27		50	0,8%
OSACAC CONGRESO	59	1	28	36	2	13	139	2,1%
ITALIANO	19	15	8	14	21	1	78	1,2%
FRANCHIN	19	3	3	12	1	3	41	0,6%
Otros (Priv., OOS y Púb. < 20 casos totales)	25	24	33	10	19	28	139	2,1%
Sin dato	56	85	2	20	37		200	3,0%
Totalsegún año	1572	1515	646	1183	1246	424	6586	100%
Total según residencia	3733 (57%)			2853 (43%)				

Fuente: SNVS 2.0

En los tres años descriptos, han notificado al menos un caso de TBC un total de 100 efectores ubicados en la Ciudad de Buenos Aires. De éstos, 24 asistieron al 94% de los casos diagnosticados en el período y 9 a casi el 70% (Muñiz, Vaccarezza, Piñero, Tornú, Fernández, Penna, Clínicas, Ferrer, Elizalde).

Solo se notificaron, en los tres años, un total de 67 casos (sobre 6653 -1%-) en provincias que no son Buenos Aires, siendo Chaco y Salta las principales.

X.3.E. Evaluación de los casos

X.3.E.i. Introducción

A continuación, se presenta la evaluación de los casos notificados en residentes de la CABA desde el 1 de enero de 2017 hasta el 31 de agosto de 2018, considerando que deberían haber cumplido el tratamiento pasados 8 meses al mes de mayo de 2019. Para una mejor comprensión, se presentan las cohortes por

separado, en primer lugar el análisis de los casos notificados en 2017 y luego los correspondientes al pasado año.

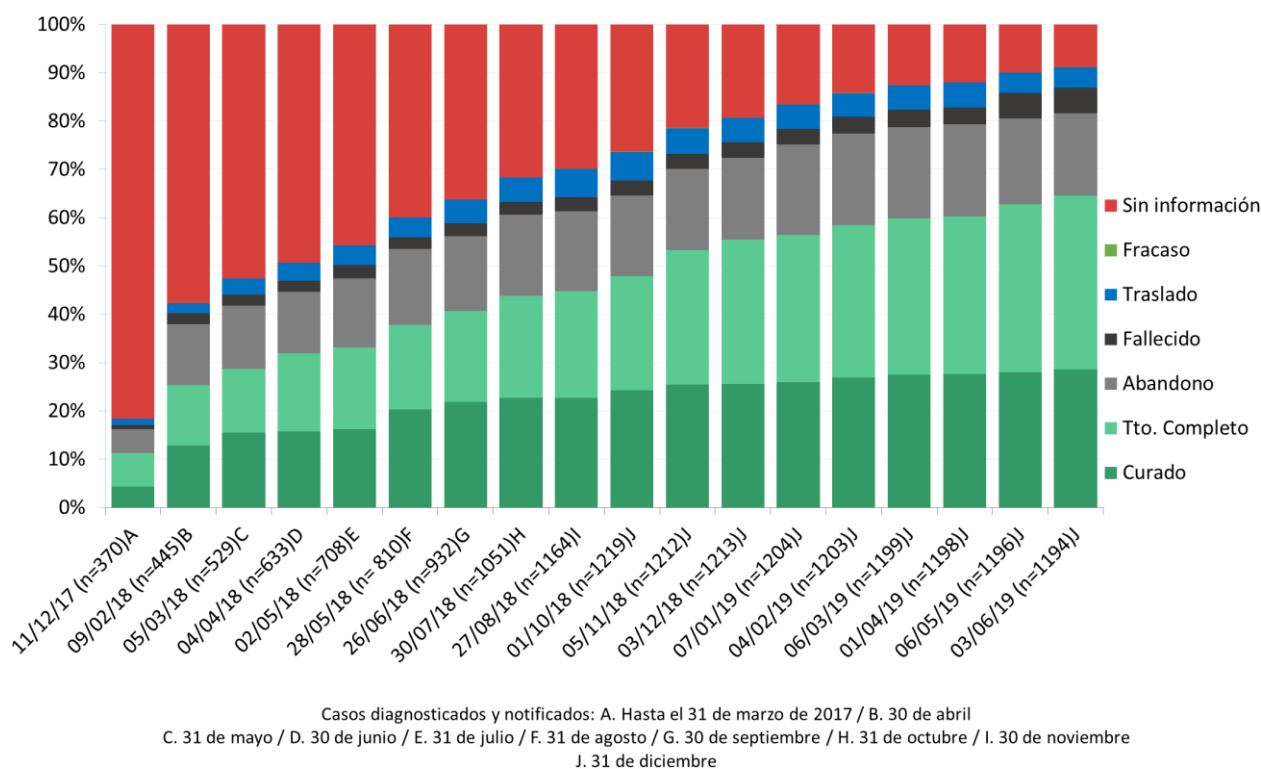
Se considerarán las siguientes definiciones acordes a las Normas Técnicas 2013 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis¹¹:

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

X.3.E.ii. Cohorte 2017

Teniendo en cuenta 8 meses desde el inicio de tratamiento, en el siguiente gráfico se presenta el progreso acumulado en la consignación de la evaluación final.

Gráfico 6. Seguimiento de la evaluación final de casos de TB (incluyendo Sin Información) notificados entre el 1/1/17 y el 31/12/17. Residentes de la CABA. N=1194. Fecha de corte: 03/06/19.



Fuente: SNVS-TBC

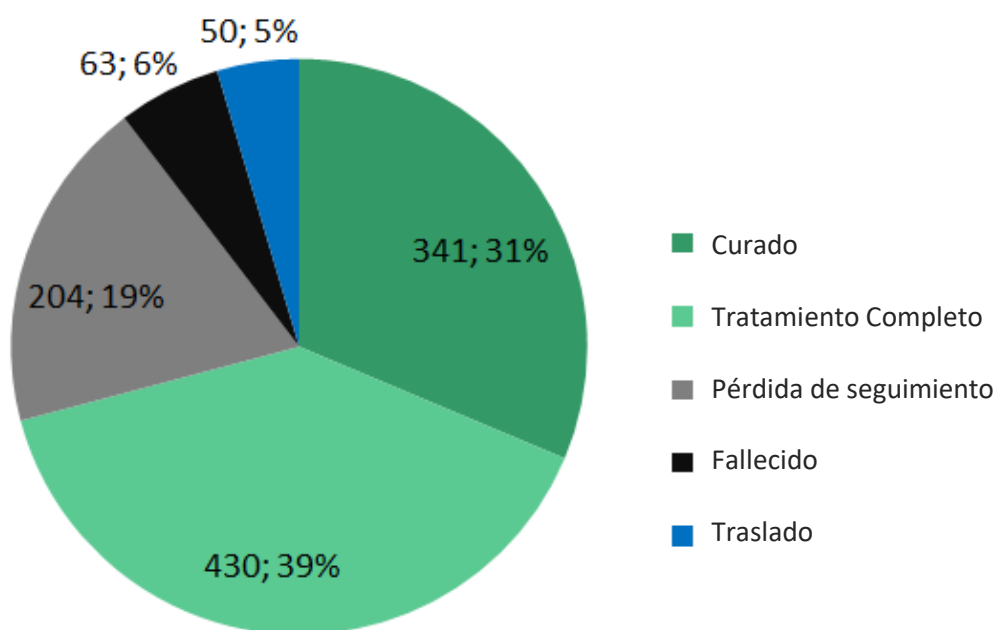
¹¹ Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

Como se observa, hay una clara tendencia a la mejora del indicador en forma acumulada. Luego de un año y 5 meses de seguimiento se pasó de un conocimiento del 20% de los casos notificados pasados 8 meses a casi un 92% de todos los casos acumulados desde el inicio del período de análisis.

Esta es la última presentación de este indicador para la cohorte 2017, que habrá concluido con una mejora de más del 250% respecto del promedio de los últimos 10 años. La evaluación del tratamiento, en promedio, había sido de un 25%, vale decir, que había un desconocimiento de 3 de cada 4 pacientes en el sistema formal de notificación.

En relación con la distribución de los casos conocidos (1088 de los 1194), en el siguiente gráfico se presentan los resultados que, prácticamente, no variarán.

Gráfico 7. Distribución de la evaluación final en casos de TB con datos de evolución notificados entre el 1/1/17 y el 31/12/17. Residentes de la CABA. N=1088.



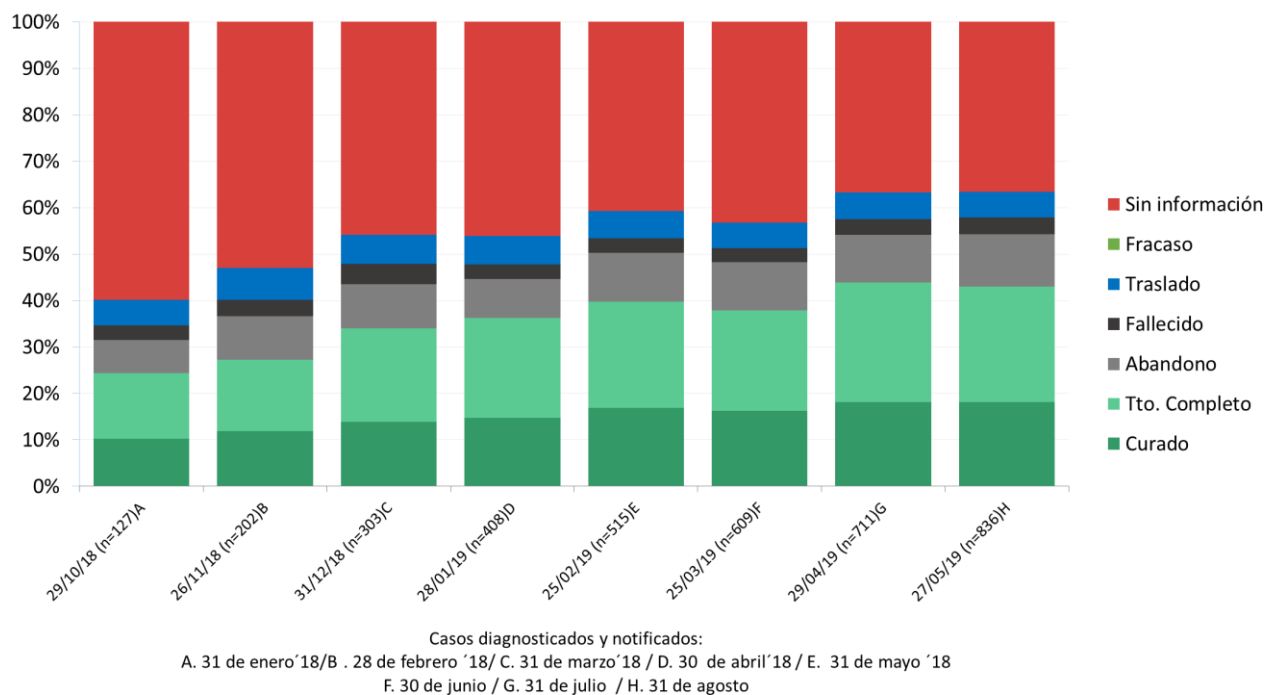
Fuente: SNVS-TBC

De acuerdo a los datos de seguimiento de los casos notificados durante el 2017 y que efectivamente cuentan con información, se observa que un 70% el tratamiento fue exitoso. La pérdida de seguimiento alcanza el 19%. El total de fallecidos en el período es de 63.

X.3.E.iii. Cohorte 2018

Los datos de los casos correspondientes a la cohorte 2018 -que aún tiene casos que no deberían haber terminado el tratamiento por no haber pasado 8 meses de su diagnóstico, se presentan a continuación.

Gráfico 8. Seguimiento de la evaluación final de casos de TB (incluyendo Sin Información) notificados desde el 1/1/18 y el 31/08/18 Residentes de la CABA. N=836. Fecha de corte: 03/06/19

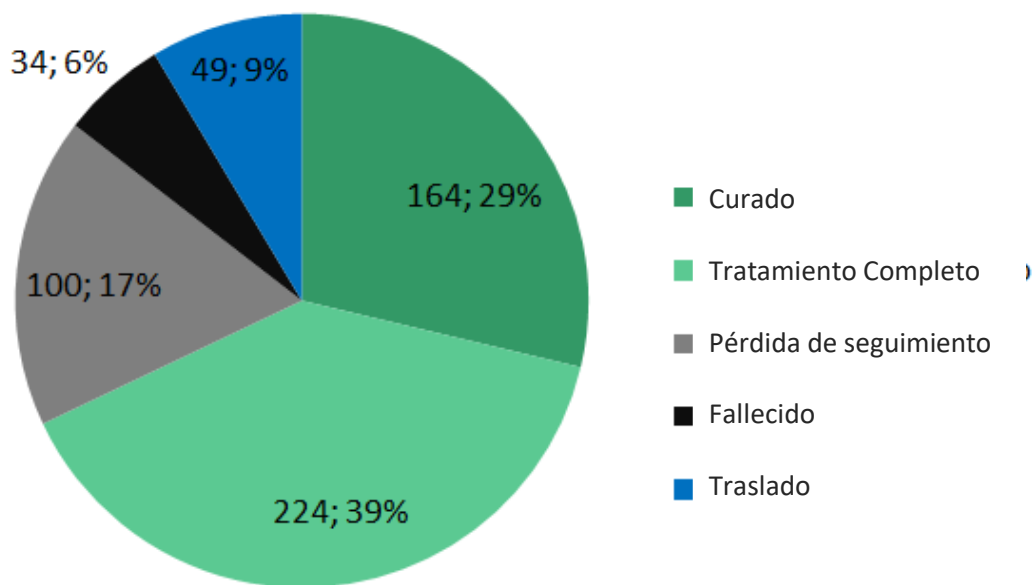


Fuente: SNVS-TBC

De los casos del 2018, a la fecha, se conoce el 62% de su status respecto del tratamiento. Es un indicador que se encuentra en permanente mejora.

En el gráfico siguiente se expone la situación de aquellos con información (530 de los 836).

Gráfico 9. Distribución de la evaluación final en casos de TB con datos de evolución notificados entre el 1/1/18 y el 31/08/18. Residentes de la CABA. N=530.



X.3.E.iv. Sobre la mortalidad 2017

En el 2017 se notificaron 63 pacientes fallecidos residentes de la CABA, de éstos, está consignado que 7 vivían en situación de calle. En 27 casos se identificaron factores de riesgo: 18 casos con infección por VIH, y dentro de estos 4 presentaban otro factor de riesgo agregado. La media de edad es de 32 años.

X.4. CONFIRMACIÓN DE CASOS DE LOS 3 CENTROS EN BACTERIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS DE LA CABA. 2018.

Autoras: Nora Costa (1), Rita Armitano (2), Marisa Gutierrez (3)

(1) Bioq, Jefa Centro de Referencia en Bacteriología de la Tuberculosis del Htal Muñiz

(2) Bioq, Profesional de planta Centro de Referencia en Bacteriología de la Tuberculosis del Htal Piñero

(3) Med. A/C Centro de Referencia en Bacteriología de la Tuberculosis del Htal Tornú

X.4.A. *Efectores de referencia*

Para realizar el estudio y confirmación de la TBC, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 3 Centros de Referencia en Bacteriología de la tuberculosis, que se encuentran funcionando en los Hospitales Muñiz, Piñero y Tornú. En estos efectores se procesa casi la totalidad de las muestras de pacientes con sospecha clínica de tuberculosis, del nivel público. De acuerdo a la información presentada, se desprende la importancia de contar con laboratorios especializados para poder realizar, en forma rápida y eficiente, la detección del bacilo de la tuberculosis en muestras clínicas de pacientes donde se sospecha la presencia de la enfermedad.

Los tres laboratorios referenciales tienen la capacidad operativa para realizar los test diagnósticos necesarios:

Examen baciloscopico directo: (ya sea por técnica de Ziehl Neelsen o por Auramina), con informe impreso del resultado dentro de las 24 horas de realizado, y con la posibilidad de un informe urgente cuando así se lo solicite, dentro de las siguientes 2 o 3 horas de recibida la muestra en el laboratorio.

Cultivo: se realiza la descontaminación de las muestras, en las cabinas de bioseguridad de los laboratorios, para poder proceder a la siembra de los materiales en paralelo, en los medios de Lowenstein Jensen (solido) y en el sistema MGIT 960 (medio liquido). Con la inclusión del sistema automatizado MGIT 960, se han acortado los tiempos de detección de micobacterias del cultivo en forma muy significativa, ya que es un medio de cultivo líquido enriquecido, con lectura continua, que ha permitido que, a partir de los 4 días de incubación, ya pueda evidenciarse el desarrollo de micobacterias en los tubos.

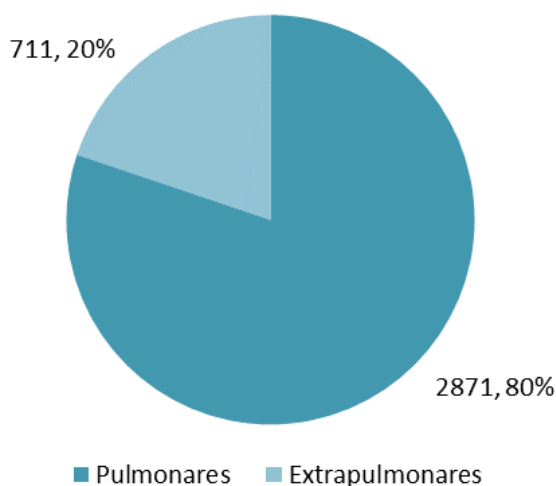
Test de sensibilidad: se dispone de la posibilidad de hacer test de sensibilidad a los tuberculostaticos de primera línea (Isoniazida y Rifampicina) tanto en medio de Lowenstein Jensen como en medio liquido en sistema MGIT 960.

Test genotípicos: se ha incorporado en forma reciente el sistema GeneXpert, una determinación de PCR en tiempo real que permite saber, en un periodo de 2 horas y media, si el complejo *Mycobacterium tuberculosis* está presente en una muestra clínica, y si hay alguna mutación del sitio *rpoB* que implique una resistencia a la Rifampicina.

X.4.B. *Resultados*

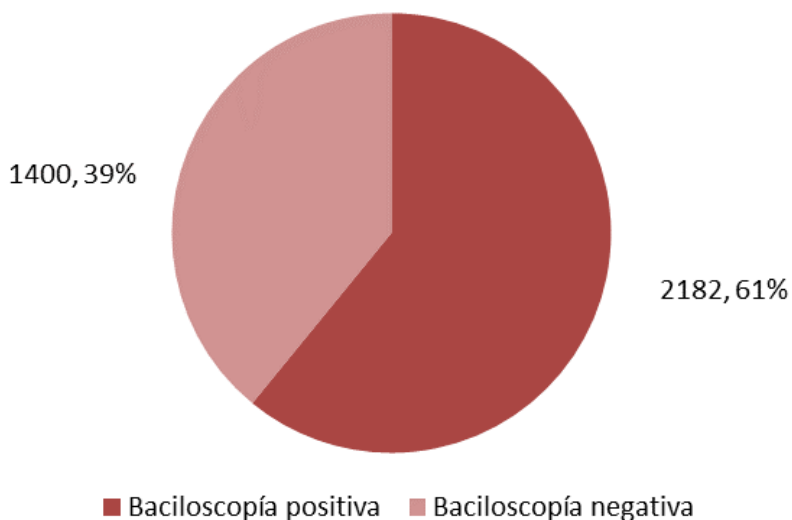
Durante el año 2018, los laboratorios de referencia procesaron por cultivo 14.676 muestras (pulmonares y extrapulmonares), de las cuales el 24% (3582) resultaron positivas para *Mycobacterium tuberculosis*.

A continuación, se realiza la caracterización los resultados teniendo en cuenta, por un lado, el tipo de muestra procesada de acuerdo a la localización y, en segundo lugar, en función del resultado previo de baciloscopía.

Gráfico 10. Porcentaje de muestras procesadas con resultados de **cultivo positivos según localización**. N: 3582

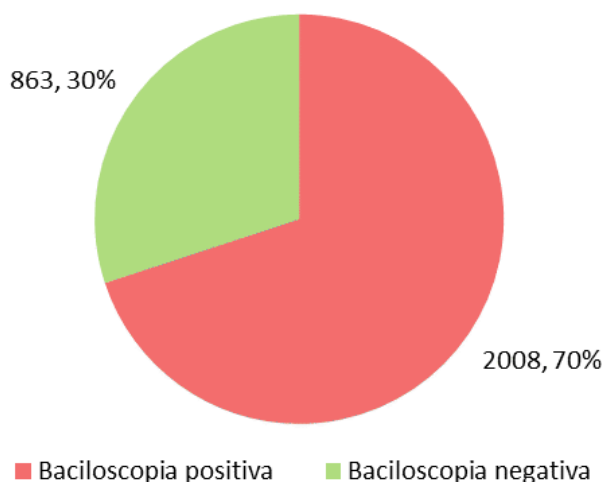
Como es de esperar de acuerdo a la epidemiología de la TBC, la mayoría de las muestras procesadas correspondía a localización pulmonar.

Teniendo en cuenta el resultado por baciloscopia que presentaban los materiales previamente, se verifican los resultados de los cultivos en los siguientes gráficos.

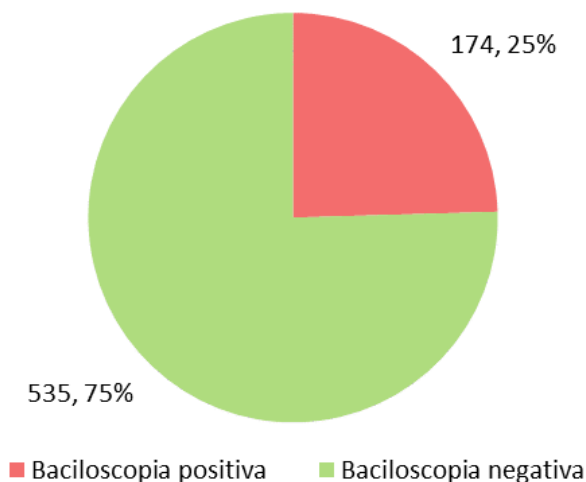
Gráfico 11. Porcentaje de cultivos positivos **según resultado de la baciloscopia**. N: 3582

En 4 de cada 10 muestras procesadas donde el resultado del cultivo dio positivo, la baciloscopia había resultado negativa.

Específicamente analizando las muestras pulmonares, los resultados previos de las baciloscopías se distribuyen de acuerdo al siguiente gráfico.

Gráfico 12. Porcentaje de baciloscopías positivas en materiales **pulmonares con cultivo positivo**. N: 2871

Se constata que en las muestras pulmonares 3 de cada 10 eran negativas por baciloscopia.

Gráfico 13. Porcentaje de baciloscopías positivas en materiales **extrapulmonares con cultivo positivo**. N: 711

En el caso las muestras extrapulmonares, si bien es una proporción mucho menor, los cultivos positivos se dieron frente a un 75% de muestras que habían resultado negativas por baciloscopia.

X.4.C. Algunas conclusiones de interés

1. Teniendo en cuenta el total de cultivos positivos (pulmonares y extrapulmonares), donde se obtuvo desarrollo de *Mycobacterium tuberculosis*, el 39% tenía una baciloscopia negativa. Este análisis concuerda con la ya conocida sensibilidad de la baciloscopia (50 a 80%) lo que hace que si bien constituye una aproximación inicial importante para el diagnóstico temprano de la TBC, no es posible prescindir del cultivo.

2. En los materiales extrapulmonares, la realización del cultivo es absolutamente imprescindible, ya que más del 75% de los diagnósticos se hicieron a través de esta técnica. Esto también coincide con la disminución de la sensibilidad en los materiales extrapulmonares. En este caso solo alcanzó el 25%.
3. Teniendo en cuenta el impacto de la tuberculosis en la sociedad y la importancia de un diagnóstico temprano y seguimiento adecuado para poder generar acciones que corten la cadena de transmisión, es de fundamental importancia establecer líneas de gestión que, sin perder de vista la eficacia y la eficiencia, aseguren la disponibilidad continua de profesionales especializados trabajando en laboratorios con la provisión constante de equipamiento e insumos adecuados para realizar la detección temprana y contribuir a la seguridad de la sociedad en su conjunto.

XI. 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
 43. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017. BES N°98, Año III 6 de Julio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_98_se_25_vf_1.pdf

44. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017. BES N° 99, Año III 13 de Julio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
45. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018. **Periodicidad Mensual.** BES N° 99, Año III 13 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
46. INFORMES ESPECIALES: Trabajos a cargo de cinco efectores sobre el abordaje de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires. JULIO 2018. BES N° 100, Año III. 20 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_100_se_27_vf.pdf
47. ACTUALIZACIÓN SITUACION SARAMPION y ACCIONES INTENSIFICADAS DE VIGILANCIA Y CONTROL. JULIO 2018. BES N° 101, Año III. 27 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_101_se_28_vf.pdf
48. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2017. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf
49. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf
50. VIGILANCIA DE PALUDISMO EN ARGENTINA. 2005-2018. BES N°116, Año III. 9 de Noviembre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_116_se_43_vf.pdf
51. IMPACTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA E INTENSIFICADA EN EL CONTROL DE PACIENTES CON SÍFILIS. HOSPITAL VÉLEZ SARSFIELD. 2016-2017. Autoras: Dras. Deandreis, Cora; Fassi, Cecilia; Requena Olavarria, Janisse; Savorini, Andrea. Hospital Vélez Sarsfield. BES N° 118, Año III. 23 de Noviembre de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_118_se_45_vf.pdf
52. INFORME ESPECIAL: VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CABA. AÑO 2017. PARTE II ATENCIÓN HOSPITALARIA. EN VÍNCULO CON EL OBSERVATORIO DE SEGURIDAD VIAL. BES n° 127, Año IV. 24 de Enero 2019. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_127_se_2_vf.pdf
53. INFORME DE CAMPAÑA “LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL”. Diciembre 2018. CABA. BES N°134, Año IV. 15 de Marzo 2019. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_134_se_9_vf.pdf
54. INFORME ESPECIAL: “SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN VERTICAL (SÍFILIS, CHAGAS, HEPATITIS B Y VIH) EN EL HTAL. GRAL. DE AGUDOS. DR. C ARGERICH. AÑOS 2016-2018”. 24 de Mayo de 2019. https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_144_se-19_vf.pdf Autoras: Dras. Viviana Aguirre, Clara Canan, Mercedes Caimari, Silvina Bernasconi, Ana Laura Delgado, M. Paula Machado. Colaboradoras: Romero, Carolina; Leonel Mármol- Badia, Marcela; Ramallo, Silvia; Nieto, Fabiola –Dra. Viviana Quintela, Dra. Marta González.