



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

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

Data Entrys

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto
Instructora: Lic. Silvana Bernasconi
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Marina Longordo
Dra. Paula Machado
Dra. Solana Rapaport
Lic. Agustina Santomaso

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

*Foto de portada: Serie Barrios
La Boca. Puente Nicolás Avellaneda.*

INDICE

EDITORIAL	6
1. EL BES	7
1.1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS.....	7
1.2.1. <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i>	7
1.2.2. <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i>	8
1.2.3. <i>Otras fuentes</i>	8
2. RESUMEN EJECUTIVO	9
3. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	10
4. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	12
4.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	12
4.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO.....	12
4.3. GASTROENTÉRICAS.....	12
4.4. HEPATITIS.....	13
4.5. INMUNOPREVENIBLES.....	13
4.6. INTOXICACIONES.....	13
4.7. LESIONES.....	14
4.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS.....	14
4.9. OTRAS.....	14
4.10. RESPIRATORIAS.....	14
4.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES.....	15
5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER	16
5.1. INTRODUCCIÓN.....	16
5.2. LA IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.....	17
5.3. NOTA METODOLÓGICA.....	18
5.4. MORBILIDAD POR CÁNCER (SITUACIÓN INTERNACIONAL Y NACIONAL).....	19
5.5. MORTALIDAD POR CÁNCER EN EL MUNDO.....	21
5.6. MORTALIDAD POR CÁNCER EN ARGENTINA.....	22
5.7. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	24
5.8. COMENTARIOS.....	28
6. VIGILANCIA DE COQUELUCHE	29
6.1. INTRODUCCIÓN.....	29
6.2. NOTA METODOLÓGICA.....	29
6.3. DEFINICIÓN DE CASO.....	29
6.4. ESQUEMA DE VACUNACIÓN.....	30
6.5. SITUACIÓN EN ARGENTINA.....	30
6.6. SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 21.....	30
6.6.1. <i>Cobertura de Inmunizaciones</i>	35
7. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	36
7.1. INTRODUCCIÓN.....	36
7.2. NOTA METODOLÓGICA.....	36
7.2.1. <i>Modalidad de notificación/vigilancia</i>	37
7.2.2. <i>Situación Nacional</i>	37
7.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	38
7.4. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 21.....	38
7.4.1. <i>Diarreas Agudas (agrupadas)</i>	38
7.4.2. <i>Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)</i>	41
7.4.3. <i>Vigilancia por laboratorio</i>	44
8. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	44
8.1. INTRODUCCIÓN.....	44
8.1.1. <i>Situación mundial y regional de la transmisión de influenza</i>	45
8.1.2. <i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	45
8.1.3. <i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	48
8.1.4. <i>Neumonía</i>	49

8.1.5.	<i>Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	50
8.2.	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	52
8.3.	PACIENTES CON MORTALIDAD POR INFLUENZA	54
8.4.	DISPENSA DE OSELTAMIVIR	54
8.5.	VACUNAS.....	55
9.	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS	56
9.1.	INTRODUCCIÓN.....	56
9.2.	NOTA METODOLÓGICA PARA EL ANÁLISIS DE LA NOTIFICACIÓN EN CABA.....	56
9.2.1.	<i>Definición de caso</i>	56
9.3.	ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2016 -2017	57
9.3.1.	<i>Antecedentes año 2016</i>	57
9.3.2.	<i>Situación hasta la SE 21 de 2017</i>	57
10.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	62
11.	ANEXO. EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO	63
11.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	63
11.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS.....	65
11.3.	INMUNOPREVENIBLES	67
11.4.	INTOXICACIONES	69
11.5.	LESIONES	70
11.6.	MENINGOENCEFALITIS.....	72
11.7.	OTROS EVENTOS	73
11.8.	RESPIRATORIOS.....	75
11.9.	TRANSMISIÓN VERTICAL.....	77
11.10.	ZOONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES.....	79

EDITORIAL

En el marco del último editorial asumimos el compromiso del abordaje de la Vigilancia de las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las cuales ocupan un lugar central en el Proceso Salud-Enfermedad-Cuidado en la CABA.

Dada su magnitud y necesidad de análisis, consideramos central profundizar el conocimiento de la morbi-mortalidad que generan las ECTN; éstas representan la principal causa de muerte a nivel mundial y resulta fundamental conocer la dimensión de su trascendencia social y económica en la Ciudad de Buenos Aires, en especial para el logro de políticas integrales tendientes a su disminución o control.

Para tal fin, desde la Gerencia Operativa de Epidemiología de esta Subsecretaría, en conjunto con otras áreas del ministerio, se comenzó a abordar el análisis de la problemática de la morbi-mortalidad en la CABA, en el contexto de la situación del país y del mundo.

En este boletín se presenta un primer informe sobre la situación del cáncer en el ámbito de la Ciudad, de la nación y del mundo, tomando diferentes fuentes para el análisis. Este trabajo es el primero de otros por venir, tanto en el análisis de la situación de esta patología como de otras problemáticas de las denominadas ECNT.

Junto con el trabajo citado, nos da satisfacción sostener el compromiso de la presentación continua de la información periódica tanto semanal como mensual. De esta manera, desde el inicio de la propuesta continuamos difundiendo de manera mensual la vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH), Meningoencefalitis, Enfermedades Transmitidas por Mosquitos (ETMAa), Coqueluche, Sífilis Congénita y en embarazadas, Parálisis Aguda Flácida, Chagas congénita y en embarazadas, mientras que semanalmente se da cuenta de la vigilancia de DAS (diarreas agudas sanguinolentas), Tuberculosis e Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS). Asimismo, que-remos mencionar que a partir del próximo boletín se comenzarán a publicar los primeros resultados de las Unidades Centinelas de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (UCIRAG).

Por último, invito a completar la encuesta, donde deseamos que evalúen críticamente este producto para mejorarlo día a día.

Seguimos trabajando juntos y esperamos que desde cada espacio en el que desempeñamos nuestras prácticas esta herramienta pueda ser de utilidad para transformar y enriquecer el conocimiento sobre los eventos de salud-enfermedad-cuidado de las comunidades con las que trabajamos día a día.



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

1. EL BES...

1.1. *Introducción*

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

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

El primero es devolver, consolidada y sistematizada, la información vertida por los servicios a través de los diferentes sistemas de información. Como se adelantó en la Editorial, **a partir del BES N°9 los datos provienen de la integración de los módulos de la Vigilancia Clínica (SNVS-C2) y de Laboratorio (SNVS-SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.3. Otras fuentes

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

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

2. RESUMEN EJECUTIVO

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

Semanal:

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

Mensual:

7. Vigilancia de Coqueluche.
8. Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE).
9. Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito Aedes aegypti (ETMAa).
10. Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vertical (Chagas y Sífilis congénita y en embarazadas)
11. Vigilancia de Meningoencefalitis.
12. Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF)
13. Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico.

Informes especiales

- Situación Epidemiológica del Cáncer

El presente informe se realizó en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer, representado por los siguientes profesionales: Dra. Graciela Abriata y Dr. Guillermo Macías.

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se presenta en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 21 de 2017**, los siguientes resultados:

- Aumento de las notificaciones de Alacranismo y Secreción genital.
- Leve incremento en la notificación algunas Meningoencefalitis.
- Aumento de la notificación de SUH.
- Dentro del Grupo de las Zoonosis, hubo un aumento de las notificaciones en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Se notificaron 118 casos de **Coqueluche** atendidos en la Ciudad, con **35 residentes**. Siendo un tercio de los mismos menores de 2 meses de edad.
- Se notificaron un total de **568 casos de TBC en residentes de la CABA**. Las tasas más elevadas de la Ciudad se encuentran en las comunas 1, 7, 8 y 9.

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.

3. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 21** del corriente año (finalizada el 27 de mayo) y se compara con el mismo período del año 2016 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

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

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	71	24		-66
	SÍFILIS CONGÉNITA*	81	37		-54
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	96	74		-23
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	68	81		19
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	26	31		19
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	97	116		20
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	181	175		-3
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	324	293		-10
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	55	28		-49
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	65	48		-26
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	20	19	
	OFIDISMO	2	0	-2	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS				
	DIARREAS BACTERIANAS	8	2	-6	
	DIARREAS VIRALES	8	1	-7	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	3	3	0	
	HEPATITIS B	27	6	0	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	14	7	-7	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	1	0	-1	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE			
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	5	5	0	
	PAF*	3	2	-1	
	PAROTIDITIS	49	27		-45
	VARICELA	666	325		-51
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	70	35		-50
	POR METALES PESADOS	3	2	-1	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	38	23		-39
	POR OTROS TÓXICOS	38	34		-11
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	-2	

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

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

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

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	EN EL HOGAR	541	613		13
	EN ESCUELA	89	50		-44
	LABORALES	236	129		-45
	SIN ESPECIFICAR	19896	16256		-18
	VIALES	1962	1982		1
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	50	43		-14
	MORDEDURA POR RATA	25	4	-21	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	1	-1	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	2	1	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	1	6	5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0		
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	4	3	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	3	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	10	21	11	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0		
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	25	8	-17	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	10	6	-4	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	1	-2	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0			
Otras	LEPRA	2	1	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	13	18	5	
	LISTERIOSIS	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0		
	TUBERCULOSIS	VER INFORME TBC			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	4849	2368		-51
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	10321	5476		-47
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	1040	492		-53
	NEUMONIA	3036	2014		-34
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	33	20		-39
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	11980	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	12	0	-12	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	14	25	11	
	FIEBRE AMARILLA	1	5	4	
	PSITACOSIS	0	8	8	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	24	35		46
	PALUDISMO	1	1	0	
TRIQUINOSIS	1	0	-1		

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

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

4. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

4.1. De transmisión vertical y sexual

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	3	0	58	10	71	1	0	22	1	24		-66
	SÍFILIS CONGÉNITA*	27	2	41	11	81	12	4	21	0	37		-54
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	95	0	1	0	96	71	2	1	0	74		-23
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						19
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						19
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						20
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-3
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-10
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-49
SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-26	

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

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

Los datos presentados de **Chagas Agudo Congénito** son hasta la **SE 20** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 41**.

4.2. Envenenamiento por animal ponzoñoso

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

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

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

Hasta la SE 21 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 5, 8, 14, y 15.

4.3. Gastroentéricas

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

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

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

4.4. Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Hepatitis	HEPATITIS A	1	0	0	2	3	3	0	0	0	3	0
	HEPATITIS B	5	21	1	0	27	6	0	0	0	6	-21
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1
	HEPATITIS C	4	9	1	0	14	6	0	1	0	7	-7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1

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

De la siguiente tabla se evidencia una disminución de la notificación de casos en 2017 con respecto a 2016 hasta la SE 21, sobretodo en la Hepatitis B y C.

4.5. Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE					VER INFORME COQUELUCHE						
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	0	3	3	0	0	4	1	5	2	
	PAF*	0	0	3	0	3	0	0	2	0	2	-1	
	PAROTIDITIS	13	12	25	0	50	4	4	24	0	32		-36
	VARICELA	NO CORRESPONDE					666	NO CORRESPONDE					325

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

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

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

Los casos de **Coqueluche** notificados como sospechosos en la tabla incluyen tanto los sospechosos como los sospechosos no conclusivos, estos últimos son casos clínicamente compatibles pero con estudio de PCR negativo.

La caracterización del **Coqueluche** se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

4.6. Intoxicaciones

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

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

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

4.7. Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	EN EL HOGAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						13
	EN ESCUELA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-44
	LABORALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-45
	SIN ESPECIFICAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-18
	VIALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						1
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	22	0	28	0	50	5	38	0	0	43		-14
	MORDEDURA POR RATA	19	0	6	0	25	1	3	0	0	4	-21	

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

4.8. Meningitis y meningoencefalitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					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	1	0	0	0	1	-1
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	0	0	1	0	0	2	0	2	1
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	1	0	0	0	1	1	3	2	0	6	5
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	4	0	0	0	4	3
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	6	1	2	1	10	4	0	14	3	21	11
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	23	1	1	0	25	8	0	0	0	8	-17
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	5	1	1	10	1	0	5	0	6	-4
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	-2
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

4.9. Otras

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

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

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

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** corresponden hasta la **SE 18** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 39**. La próxima actualización será en el N° 43.

4.10. Respiratorias

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

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-51
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-47
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-53
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-34

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

4.11. Zoonóticas y por vectores

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	3	0	1	0	4	1	0	0	0	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	33	0	0	0	33	20	0	0	0	20		-39
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)*	6123	575	5019	263	11980	2	30	98	413	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)*	5	0	0	0	5	1	3	16	16	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA*	8	0	0	0	8	1	4	21	11	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	13	0	13	0	0	0	0	0	-13	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSI	0	0	15	0	15	1	0	25	0	26	11	
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	5	0	5	4	
	PSITACOSIS	0	0	1	0	1	4	0	4	0	8	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	0	1	19	6	26	1	4	17	14	36		38
	PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
TRIQUINOSIS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1		

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

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

Los datos presentados de **Dengue, Zika y Chikungunya** corresponden hasta la **SE 20** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°41**.

Los datos presentados de **Chagas Crónico en embarazadas** corresponden hasta la **SE 20** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°41**.

5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER

5.1. Introducción

El cáncer forma parte del grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), junto con las enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y diabetes. Estas enfermedades, se encuentran entre los problemas más comunes y más costosos para la salud pública.

Esta patología comprende un conjunto de entidades nosológicas caracterizadas por crecimiento descontrolado de células anormales que presentan morfología, manifestaciones clínicas, pronóstico y determinantes diferentes.

El cáncer es un tema de interés cada vez más creciente en las agendas de discusión de problemas sanitarios en todos los países del mundo, ya que constituye, según la región, la segunda o tercera causa de muerte. La "International Agency for Research on Cancer" (IARC)¹ estimó, en el año 2012, a nivel internacional: 14,1 millones de nuevos casos, 8,2 millones de muertes y 32,6 millones de personas viviendo con cáncer (dentro de los 5 años de diagnóstico).

En las regiones que incluyen países con ingresos medios y bajos, ocurrió el 57% (8 millones) de los nuevos casos de cáncer; el 65% (5,3 millones) de las muertes por cáncer y el 48% (15,6 millones) de los casos prevalentes de cáncer a 5 años.

La tasa global de incidencia de cáncer estandarizada por edad y sexo es casi un 25% mayor en varones que en mujeres, con una tasa de 205 casos por 100.000 varones y 165 casos por 100.000 mujeres.

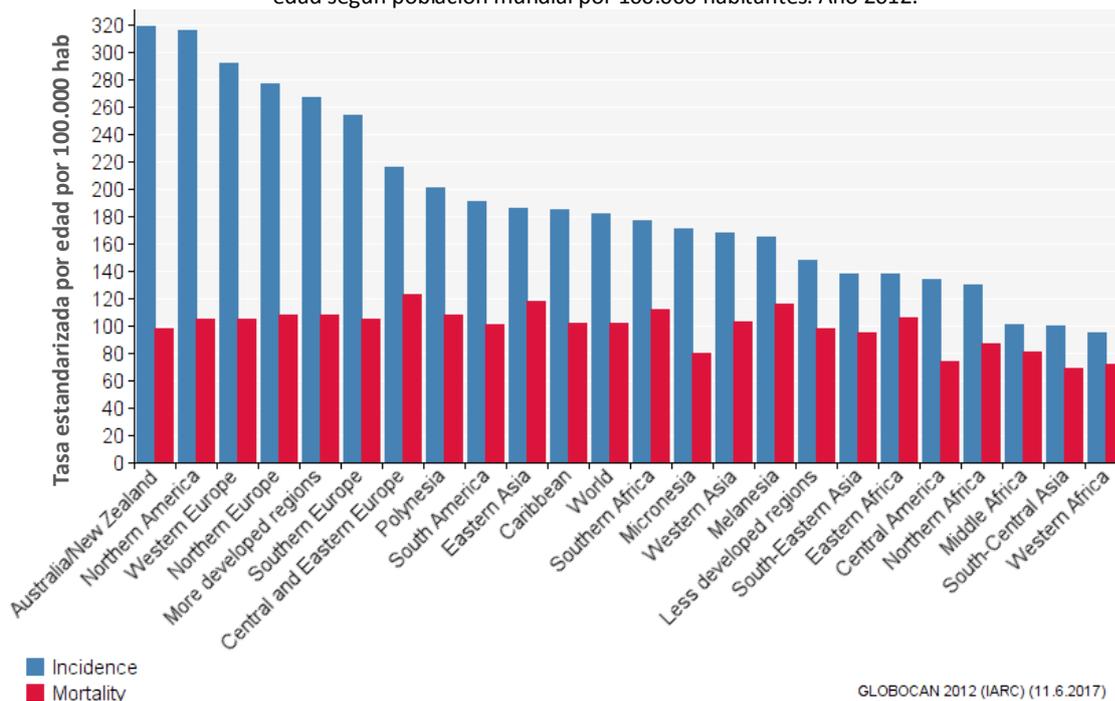
Los datos vinculados con el cáncer deben ser estudiados con mucha atención, ya que su análisis puede conllevar a conclusiones parciales respecto de la forma en que las poblaciones se mueren y enferman. Los determinantes sociales de la salud, como se sabe, también actúan de manera diferencial en este evento.

Así, como se verá en los próximos párrafos, si bien la mayor incidencia se encuentra en los países denominados "desarrollados"², en términos generales, la situación relativa es similar a cualquier otra patología.

El siguiente gráfico, se presenta, como un apretado resumen, esta diferencia entre la morbi-mortalidad según región del mundo.

¹IARC. GLOBOCAN 2012 http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

²No es posible, en lo acotado del presente análisis, abordar de manera exhaustiva conceptos como transición demográfica o mosaico epidemiológico. De la misma manera, no es factible abreviar en la discusión sobre las implicancias ideológico-técnicas del concepto de "países desarrollados" y "subdesarrollados". Para los fines de este artículo descriptivo, se pretende dar cuenta que la inequidad existente en el mundo respecto de la pobreza extrema, acceso a salud y educación, igualdad de género y mortalidad por causas reducibles también opera en el cáncer.

Gráfico 1. Incidencia y mortalidad mundial de cáncer. Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes. Año 2012.

Como se observa, en las “regiones más desarrolladas”, la razón incidencia/mortalidad es aproximadamente de 2,8 a 1, vale decir que por cada tres casos de cáncer diagnosticados se muere uno. En el otro extremo, en el oeste de África, por cada enfermo prácticamente hay otro que se muere (0,8, para ser exactos).

En general, las tasas de incidencia masculina presentan diferencias hasta 5 veces mayores entre las diferentes regiones del mundo. Por ejemplo, los indicadores oscilan entre 79 por 100.000 varones en África Occidental y 365 por 100.000 varones en Australia/Nueva Zelanda.

Se observó menor variación en las tasas regionales de incidencia femenina (casi tres veces) con tasas que oscilan entre 103 por 100.000 mujeres en el sur de Asia Central a 295 por 100.000 mujeres en América del Norte.

Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas.

En términos de mortalidad, hay menor variabilidad regional que la incidencia, siendo las tasas apenas 15% más altas en las regiones más desarrolladas que en aquellas menos desarrolladas, pero el 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica.

5.2. La importancia de la Vigilancia de la Salud de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

En la actualidad, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen la principal causa de mortalidad mundial. Las enfermedades crónicas se caracterizan por su larga duración, progresividad y curación no previsible, pudiendo requerir tratamiento y control durante una extensa e indeterminada cantidad de años.

La Vigilancia epidemiológica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles permite planificar, mediante la información producida y analizada, herramientas para la planificación de acciones de prevención.

En el marco de la Residencia Postbásica de Epidemiología Aplicada del Ministerio de Salud de CABA que se desarrolla en la Gerencia Operativa de Epidemiología, profesionales de la GOE realizan anualmente rotaciones por el Instituto Nacional del Cáncer (INC). Dichos profesionales participaron de la construcción del “Atlas de mor-

alidad por cáncer 2007-2011 y “Atlas de mortalidad por cáncer 20011-2015”, realizando el procesamiento, análisis y redacción del capítulo correspondiente a la Ciudad de Buenos Aires.

5.3. *Nota metodológica*

El siguiente documento se estructura en tres segmentos; en el primero se describe la situación internacional y regional de la morbilidad y mortalidad por cáncer, en comparación con la Argentina y la incidencia de morbilidad por localización tumoral estimada para el país, por fuentes internacionales.

En el segundo, se calcula la mortalidad nacional y provincial según sexo con fuentes locales y; finalmente la descripción de la evolución de la mortalidad por cáncer según sexo para la ciudad de Buenos Aires, en la cual se comparan dos quinquenios 2007-2011 y 2011-2015, a través de fuentes locales.

Para la comparación internacional de datos de morbilidad y mortalidad, se utilizaron las estimaciones de la IARC correspondiente al año 2012. Para el análisis de la mortalidad a nivel nacional, se utilizaron las bases de mortalidad provistas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica y reporte del Cáncer (SIVER/INC).

Para el análisis de los datos de mortalidad correspondientes a la Ciudad de Buenos Aires, se utilizaron: el “Atlas de mortalidad por Cáncer 2007-2011” y el “Atlas de mortalidad por cáncer en Argentina 2011-2015”³

Los datos de población corresponden al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y a la Dirección General de Estadísticas y Censos del GCABA. Se utilizaron las poblaciones desagregadas por sexo y grupos quinquenales de edad correspondientes al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 con sus proyecciones inter-censales para los años 2011, 2012, 2013, 2014 y 2015. Para el cálculo de las Tasas Ajustadas por grupos de edad (TAE) se utilizó la población mundial estándar⁴

Para el análisis de la mortalidad en la CABA, se utilizaron los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. El criterio de inclusión correspondió a los diagnósticos en los cuales la causa básica de defunción correspondió a tumores malignos en los periodos 2007-2011 y 2011-2015.

Para la identificación de sitios tumorales se construyeron diagnósticos topográficos según los códigos C00-C97 del Código Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10). No se incluyeron para los análisis tumores in situ, benignos y de comportamiento incierto o desconocido (D00-D48); ni los casos sin codificación o sin dato de comuna (Tabla 1).

³Los datos presentados en este trabajo corresponden a una publicación de próxima aparición, el Atlas de mortalidad por Cáncer de la Ciudad de Buenos Aires 2011-2015. Se decidió trabajar con este quinquenio dado que el 2015 era, al momento de la elaboración del mismo, el último año con datos disponibles de mortalidad. Se analizaron comparativamente estos datos con los publicados en el Atlas de mortalidad por cáncer de la Ciudad de Buenos Aires 2007-2011 (también publicado por el INC en el año 2014), dado que es el único análisis disponible en esta área con características metodológicas semejantes. Es por ello que se superpone el año 2011 en la comparación.

⁴http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf

Tabla 1. Agrupación de la mortalidad por cáncer según la localización del tumor.

CIE-10	SITIO	CIE-10	SITIO
C00	Labio	C50	Mama
C01-02	Lengua, otros	C51-52	Vulva-vagina
C03-06	Boca	C53	Cuello de útero
C07-08	Parótida, Glándulas Salivales	C54	Cuerpo de útero
C09-10	Orofaringe	C55	Útero no especificado
C11	Nasofaringe	C56	Ovario
C12-13	Hipofaringe	C57	Otros órganos femeninos
C14	Faringe y mal definidos	C60, 63	Pene, otros genitales
C15	Esófago	C61	Próstata
C16	Estómago	C62	Testículo
C17	Intestino Delgado	C64-66, 68	Riñón, otros urinarios
C18-21	Colon - Recto	C67	Vejiga
C22	Hígado	C69	Ojo
C23-24	Vesícula, Conducto extrahepático	C70-72	Encéfalo, otros SNC
C25	Páncreas	C73	Tiroides
C30-31	Fosa Nasal, Senos, otros Cavity nasal	C74	Otras glándulas endócrinas
C32	Laringe	C81	Linfoma de Hodgkin
C33-34	Pulmón	C82-85	Linfoma no Hodgkin
C37-38	Otros órganos torácicos	C88-90	Mieloma
C40-41	Hueso	C91	Leucemia Linfoide
C43	Piel, Melanoma	C92	Leucemia Mieloide
C44	Piel, No Melanoma	C93-94	Otras Leucemias
C45	Mesotelioma	C95	Leucemia no especificada
C46	Sarcoma de Kaposi	C96-98	Otros tumores no incluidos en el análisis
C47-49	Tejidos blandos	C99	Mal definidos y metástasis

Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10^o)

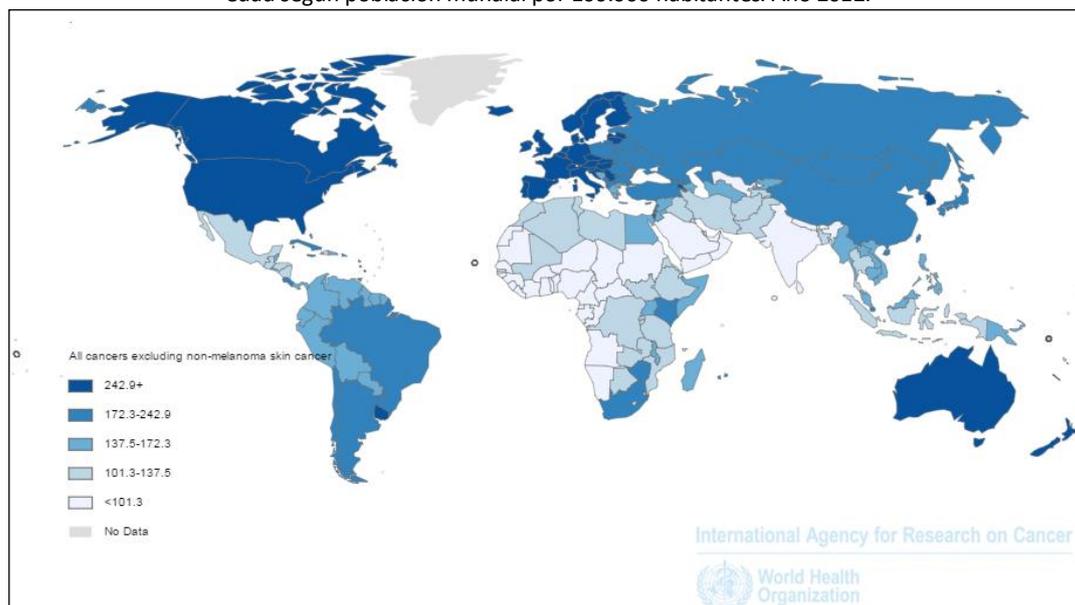
El análisis incluyó el cálculo de la cantidad de muertes por sitio tumoral, su distribución porcentual y la Tasa Ajustada por Edad (TAE) según sexo en residentes de la CABA.

La cantidad de defunciones registradas en los quinquenios 2007-2011 y 2011-2015 se presentan analizadas según localización del tumor y desagregada según sexo, para la Ciudad de Buenos Aires.

5.4. Morbilidad por Cáncer (situación internacional y nacional)

En el mapa 1, se presenta la incidencia de morbilidad a nivel mundial por cáncer, expresada según tasas ajustadas por edad cada 100.000 hab. para el año 2012.

Mapa 1. Incidencia mundial de cáncer. Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes. Año 2012.



Fuente: Globocan (IARC) <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx#>

A nivel internacional, Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta (172,3-242,9/100.000 habitantes). Para el año 2012, se ha estimado una incidencia en ambos sexos de 217 casos nuevos por año cada 100.000 habitantes.

La incidencia estimada para nuestro país es una de las más altas de América del Sur, junto con Uruguay, sin embargo es menor a los indicadores señalados para Canadá y Estados Unidos.

A continuación se presenta la distribución absoluta y relativa de casos nuevos estimados según sexo y localización tumoral para el año 2012 en Argentina.

Tabla 2. Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por según localizaciones tumorales. Argentina. Año 2012.

Sitio tumoral	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)
Mama	19386	16.8			19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4		
Cérvix	4956	4.3			4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0			2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
TOTAL*	115162	100.0	54953	100.0	60209	100.0

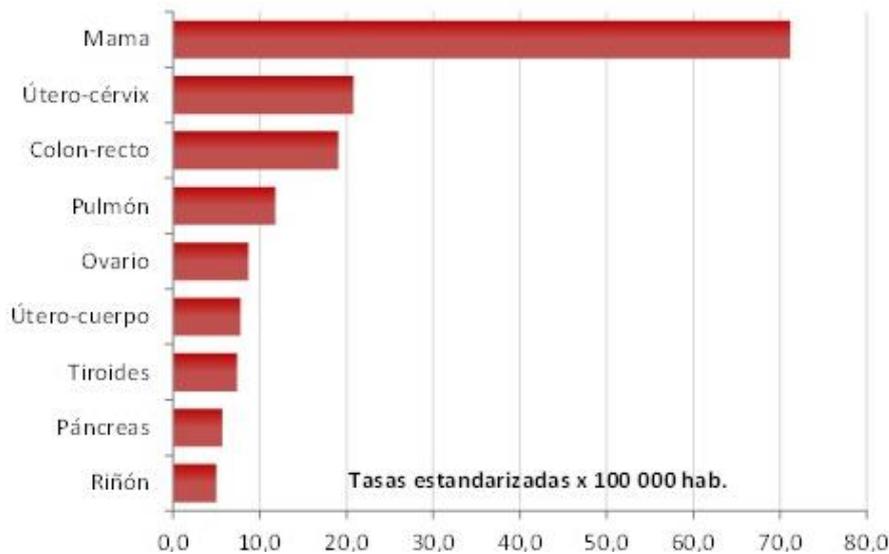
Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, 2016.

El cáncer de mama constituyó el evento con mayor frecuencia con más de 19.000 casos nuevos por año (17% del total de casos y 32% del total de tumores en mujeres).

En varones, los tres primeros sitios tumorales (próstata, pulmón y colon-recto), concentran casi 48% de los casos y en mujeres (mama, colon-recto y cérvix), el 51% de los mismos.

En ambos sexos, el cáncer de colon-recto y el de pulmón constituyen el segundo y tercer sitio, respectivamente, en importancia. Los tres tipos de cáncer mencionados sumarían el 38,4% del total de los casos anuales.

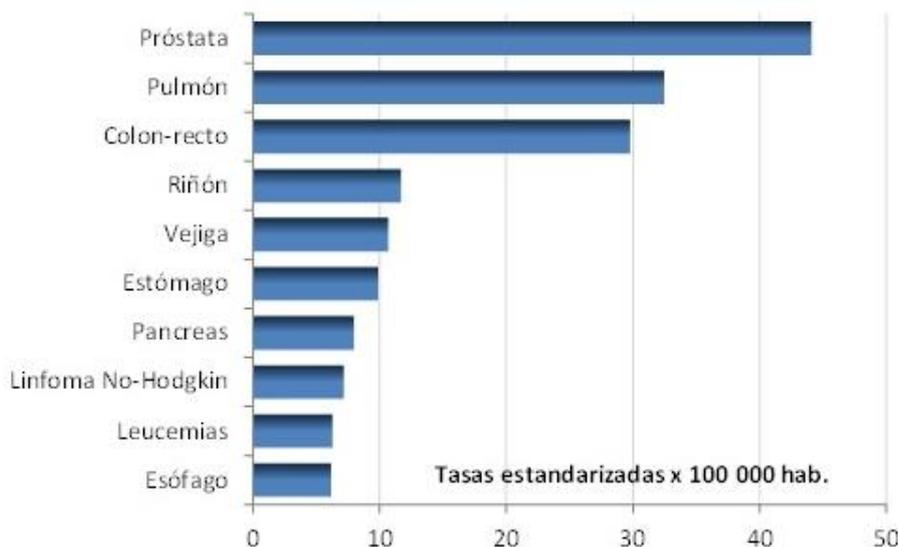
En el gráfico 2 se presenta la incidencia estimada de cáncer en mujeres expresada mediante las tasas ajustadas por edad, según principales localizaciones a nivel nacional, para el año 2012.

Gráfico2. Incidencia estimada de cáncer en mujeres. Tasas ajustadas por edad según localización por 100.000 hab. Argentina. Año 2012.

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, 2016.

El cáncer de mama es la neoplasia con mayor estimación de incidencia en mujeres, con una tasa de 71 casos/100.000 mujeres, seguido por útero-cérvix y colon-recto, con menor riesgo.

En el gráfico 3 se presenta la incidencia estimada de cáncer en varones, expresada mediante las tasas ajustadas por edad, según las principales localizaciones a nivel nacional para el año 2012.

Gráfico3. Incidencia de cáncer en varones, Tasas ajustadas por edad según localización por 100.000 habitantes. Argentina. Año 2012

Fuente: Elaborado por SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012. Argentina, 2016.

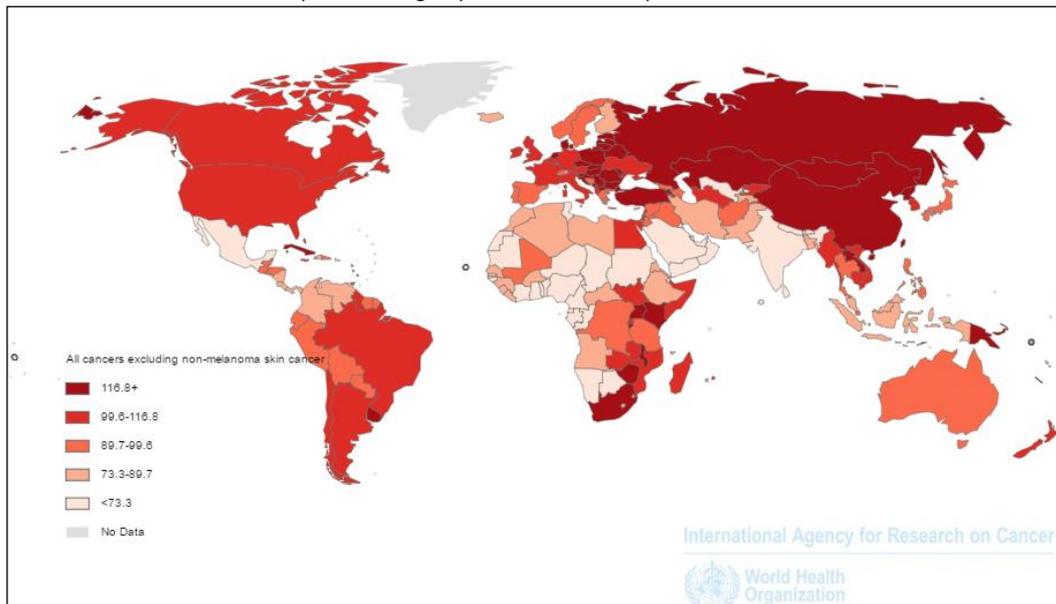
En hombres, la mayor estimación de incidencia corresponde a los sitios tumorales, próstata (44/100.000 hombres), pulmón (32,5/100.000 hombres) y colon-recto (29,8/100.000 hombres).

5.5. Mortalidad por Cáncer en el mundo

En el mapa 2 se presentan los indicadores de mortalidad a nivel internacional mediante las tasas estimadas por grupos de edad, para el año 2012.

Mapa 2. Mortalidad mundial de cáncer.

Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes. Año 2012.

Fuente: Globocan (IARC) <http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx#>

La Argentina se encuentra dentro del rango de países con mortalidad media-alta (99,5-116,8/100.000 habitantes), para neoplasias. La tasa de mortalidad ajustada, en Argentina, es una de las más altas de América del Sur, junto con Uruguay, Chile y Brasil, y similar a los indicadores señalados para Canadá y Estados Unidos.

5.6. Mortalidad por Cáncer en Argentina

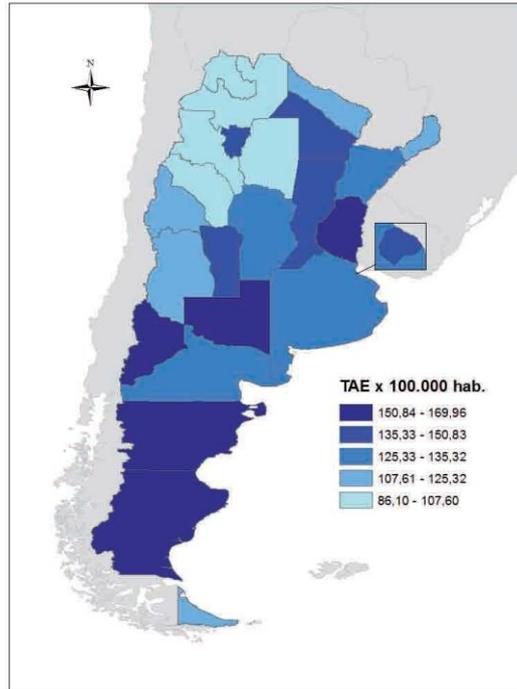
En ambos sexos, los tumores representan el 20% del total de las defunciones que se producen anualmente en el país; aproximadamente 60.000 muertes por año, de las cuales, más del 90% se producen en personas mayores de 44 años de edad⁵.

En el mapa 3, se presenta la mortalidad por cáncer en varones según tasas ajustadas por edad por población mundial y su distribución porcentual en el periodo 2011-2015, por provincia, a nivel nacional.

En varones, la Ciudad de Buenos Aires presenta un riesgo medio-alto (135,3-150,8/100.000), comparado con el resto de las jurisdicciones del país.

⁵SIVER/INC–Ministerio de Salud de la Nación en base a registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2016

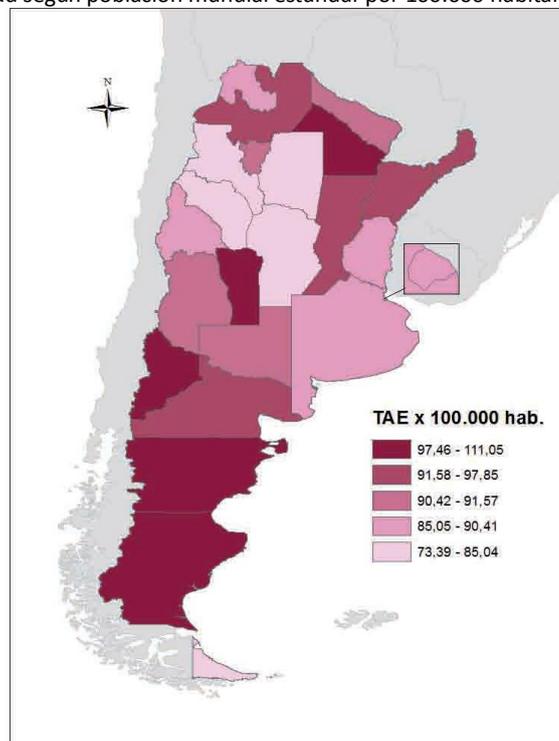
Mapa 3. Mortalidad por cáncer en varones según provincias
Tasas ajustadas por edad según población mundial estándar por 100.000Hab. Argentina, 2011-2015



Fuente: SIVER

En el mapa 4, se muestra la mortalidad por cáncer en mujeres según provincias en el periodo 2011-2015 a nivel nacional.

Mapa 4. Mortalidad por cáncer en Mujeres
Tasas ajustadas por edad según población mundial estándar por 100.000 habitantes. Argentina, 2011-2015



Fuente: SIVER

La Ciudad de Buenos Aires, con una tasa ajustada de 88 óbitos/100.000 habitantes mujeres, presenta un riesgo medio-bajo (85,0-90,4/100.000 habitantes), comparado con el resto de las jurisdicciones del país.

5.7. Mortalidad por Cáncer en la Ciudad de Buenos Aires

En la tabla 3 se presenta la mortalidad por Cáncer en varones residentes en CABA, según localización expresada a través de tasas brutas y ajustadas por edad, y la distribución porcentual en el periodo 2011-2015

Tabla 3. Mortalidad por Cáncer según sitios tumorales en varones
Tasa bruta y ajustada por edad por 100.000 hab. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015

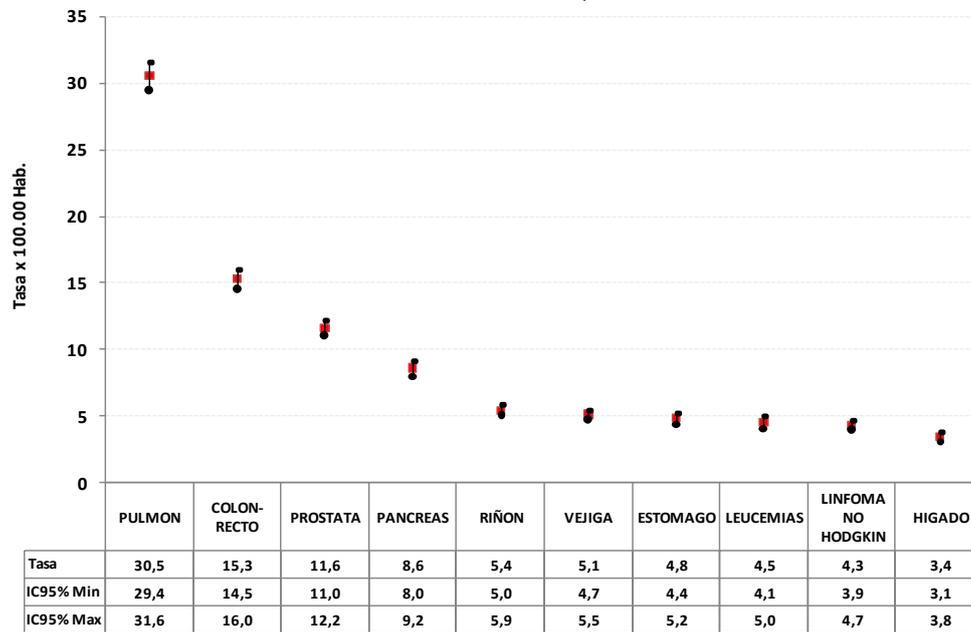
Sitio	Tasa Bruta	Tasa ajustada	(IC95%)	Porcentaje
C33-34 Pulmón	47,0	30,5	(29,4-31,6)	22,8
C18-21 Colon - Recto	26,6	15,3	(14,5-16)	12,9
C61 Próstata	25,1	11,6	(11-12,2)	12,2
C25 Páncreas	13,8	8,6	(8-9,2)	6,7
C64-66, 68 Riñón, otros urinarios	8,4	5,4	(5-5,9)	4,1
C67 Vejiga	9,7	5,1	(4,7-5,5)	4,7
C16 Estómago	8,0	4,8	(4,4-5,2)	3,9
C91-95 Leucemias	7,2	4,5	(4,1-5)	3,5
C82-85 Linfoma no Hodgkin	6,8	4,3	(3,9-4,7)	3,3
C22 Hígado	5,3	3,4	(3,1-3,8)	2,6
C15 Esófago	5,1	3,2	(2,9-3,6)	2,5
C70-72 Encéfalo, otros SNC	4,5	3,2	(2,9-3,6)	2,2
C32 Laringe	3,5	2,3	(2-2,6)	1,7
C92 Leucemia Mieloide	3,5	2,2	(1,9-2,5)	1,7
C43 Piel, Melanoma	3,6	2,2	(1,9-2,5)	1,7
C88-90 Mieloma	2,7	1,6	(1,4-1,9)	1,3
C23-24 Vesícula, C. extrahepático	2,6	1,6	(1,3-1,8)	1,3
C91 Leucemia Linfoide	2,1	1,5	(1,2-1,7)	1,0
C47-49 Tejidos blandos	1,6	1,0	(0,8-1,3)	0,8
C01-02 Lengua, otros	1,3	0,8	(0,7-1)	0,6
C95 Leucemia no especificada	1,6	0,8	(0,7-1)	0,8
C40-41 Hueso	1,0	0,8	(0,6-1,1)	0,5
C44 Piel, No Melanoma	1,4	0,7	(0,6-0,9)	0,7
C81 Linfoma de Hodgkin	0,9	0,6	(0,5-0,8)	0,4
C45 Mesotelioma	1,0	0,6	(0,5-0,8)	0,5
C62 Testículo	0,6	0,5	(0,3-0,7)	0,3
C73 Tiroides	0,6	0,4	(0,3-0,6)	0,3
C03-06 Boca	0,6	0,4	(0,3-0,6)	0,3
C37-38 Otros órganos torácicos	0,5	0,3	(0,2-0,5)	0,3
C60, 63 Pene, otros genitales	0,5	0,3	(0,2-0,5)	0,3
C09-10 Orofaringe	0,4	0,3	(0,2-0,4)	0,2
C07-08 Parótida, Glándulas Salivales	0,5	0,3	(0,2-0,4)	0,2
C17 Intestino Delgado	0,4	0,3	(0,2-0,4)	0,2
C50 Mama	0,3	0,2	(0,1-0,3)	0,1
C11 Nasofaringe	0,2	0,1	(0,1-0,2)	0,1
C14 Faringe y mal definidos	0,2	0,1	(0,1-0,2)	0,1
C46 Otros Tumores Malignos	0,2	0,1	(0,1-0,2)	0,1
C74 Otras glándulas endócrinas	0,1	0,1	(0-0,2)	0,0
C30-31 Fosa Nasal, Senos, otros	0,1	0,1	(0-0,2)	0,1
C69 Ojo	0,1	0,0	(0-0,1)	0,0
C93-94 Otras Leucemias	0,0	0,0	(0-0,1)	0,0
C12-13 Hipofaringe	0,0	0,0	(0-0)	0,0
C00 Labio	0,0	0,0	(0-0)	0,0
Mal definidos y metástasis	14,0	8,3	(7,7-8,8)	6,8
Total	206,0	124,2	(122-126,3)	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Atlas de Mortalidad, 2011-2015.

En varones, los sitios tumorales pulmón, colon-recto y próstata, concentran el 48% de la mortalidad por neoplasias. Considerando los primeros 10 sitios, suman 77% de los óbitos por esta causa.

En el gráfico 4 se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad en varones residentes en Ciudad de Buenos Aires, según los diez principales sitios tumorales, con sus intervalos de confianza (IC95%).

Gráfico 4. Mortalidad por Cáncer. Tasas ajustadas por edad por 100.000 hab.
Varones Residentes en CABA. Quinquenio 2011-2015



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Atlas de Mortalidad, 2011-2015.

Los indicadores de mortalidad más elevados correspondieron a los sitios pulmón, colon-recto y próstata. El riesgo de mortalidad por cáncer de pulmón prácticamente duplica el riesgo de morir por la segunda causa (49,8% más riesgo) y también es 62% mayor respecto de la tercera causa (próstata).

En la tabla 4 se presenta la mortalidad por Cáncer en mujeres residentes en CABA, según localización expresada a través de tasas brutas y ajustadas por edad, y la distribución porcentual en el periodo 2011-2015

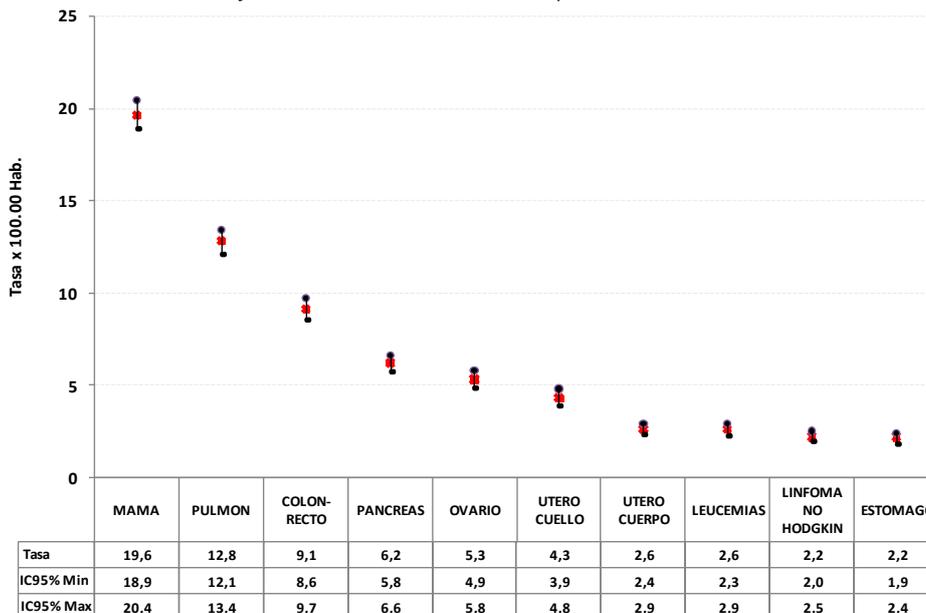
Tabla 4. Mortalidad por Cáncer según sitios tumorales en mujeres. Tasa bruta y ajustada por edad por 100.000 hab. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Quinquenio 2011-2015

Sitio	Tasa Bruta	Tasa ajustada	(IC95%)	Porcentaje
C50 Mama	39,4	19,6	(18,9-20,4)	20,7
C33-34 Pulmón	25,1	12,8	(12,1-13,4)	13,2
C18-21 Colon - Recto	23,2	9,1	(8,6-9,7)	12,2
C25 Páncreas	16,0	6,2	(5,8-6,6)	8,4
C56 Ovario	9,8	5,3	(4,9-5,8)	5,2
C53 Útero cuello	6,2	4,3	(3,9-4,8)	3,3
C54 Útero cuerpo	6,0	2,6	(2,4-2,9)	3,2
C91-95 Leucemias	5,4	2,6	(2,3-2,9)	2,9
C82-85 Linfoma no Hodgkin	5,0	2,2	(2-2,5)	2,6
C16 Estómago	5,1	2,2	(1,9-2,4)	2,7
C70-72 Encéfalo, otros SNC	3,3	2,0	(1,7-2,2)	1,7
C22 Hígado	3,4	1,4	(1,2-1,6)	1,8
C64-66, 68 Riñón, otros urinarios	3,1	1,4	(1,2-1,6)	1,6
C23-24 Vesícula, C. extrahepático	3,4	1,3	(1,1-1,5)	1,8
C92 Leucemia Mieloide	2,5	1,2	(1-1,5)	1,3
C15 Esófago	2,7	1,1	(0,9-1,3)	1,4
C67 Vejiga	3,2	1,1	(0,9-1,2)	1,7
C43 Piel, Melanoma	2,1	1,0	(0,9-1,2)	1,1
C88-90 Mieloma	2,6	1,0	(0,8-1,2)	1,4
C47-49 Tejidos blandos	1,7	0,9	(0,8-1,1)	0,9
C91 Leucemia Linfoide	1,5	0,7	(0,6-0,9)	0,8
C95 Leucemia no especificada	1,5	0,6	(0,5-0,8)	0,8
C45 Mesotelioma	0,8	0,4	(0,3-0,5)	0,4
C40-41 Hueso	0,6	0,4	(0,3-0,5)	0,3
C32 Laringe	0,9	0,4	(0,3-0,5)	0,5
C51-52 Otros Tu malignos de órganos g	1,1	0,4	(0,3-0,5)	0,6
C37-38 Otros órganos torácicos	0,7	0,3	(0,2-0,4)	0,4
C01-02 Lengua, otros	0,8	0,3	(0,2-0,4)	0,4
C73 Tiroides	0,8	0,3	(0,2-0,4)	0,4
C44 Piel, No Melanoma	0,8	0,3	(0,2-0,4)	0,4
C81 Linfoma de Hodgkin	0,5	0,3	(0,2-0,4)	0,2
C03-06 Boca	0,6	0,2	(0,2-0,3)	0,3
C57 Otros genitales	0,4	0,2	(0,1-0,3)	0,2
C74 Otras glándulas endócrinas	0,1	0,2	(0,1-0,3)	0,1
C09-10 Orofaringe	0,3	0,1	(0,1-0,2)	0,1
C17 Intestino Delgado	0,3	0,1	(0,1-0,2)	0,2
C07-08 Parótida, Glándulas Salivales	0,2	0,1	(0-0,2)	0,1
C11 Nasofaringe	0,2	0,1	(0-0,1)	0,1
C30-31 Fosa Nasal, Senos, otros	0,2	0,1	(0-0,1)	0,1
C69 Ojo	0,1	0,0	(0-0,1)	0,0
C12-13 Hipofaringe	0,0	0,0	(0-0,1)	0,0
C14 Faringe y mal definidos	0,1	0,0	(0-0)	0,0
C93-94 Otras Leucemias	0,0	0,0	(0-0)	0,0
C00 Labio	0,0	0,0	(0-0)	0,0
C46 Otros Tumores Malignos	0,0	0,0	(0-0)	0,0
C58 Placenta	0,0	0,0	(0-0)	0,0
Mal definidos y metástasis	14,0	5,7	(5,3-6,1)	7,4
Total general	190,2	88,3	(86,6-89,9)	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Atlas de Mortalidad, 2011-2015.

En mujeres, los sitios tumorales mama, pulmón y colon-recto concentran el 46% de la mortalidad por neoplasias. Considerando los primeros 10 sitios, suman 74% de los óbitos por esta causa.

En el gráfico 5 se presenta la mortalidad por cáncer según los diez principales sitios tumorales en mujeres residentes en CABA y las tasas ajustadas por edad cada 100.000 hab. con sus intervalos de confianza (IC95%).

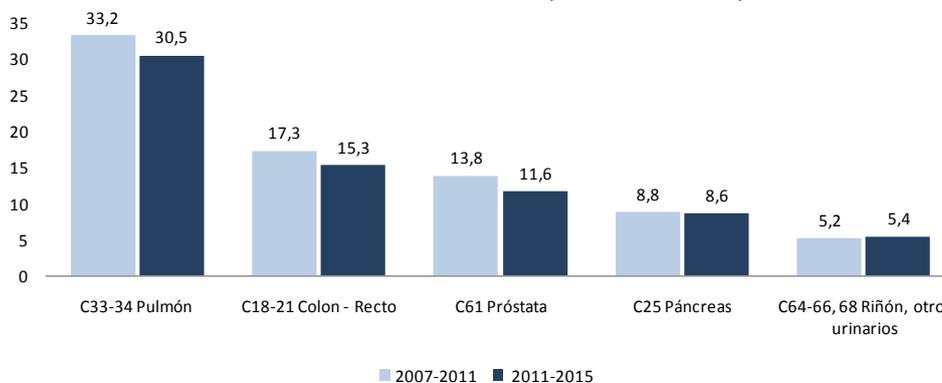
Gráfico5. Mortalidad por Cáncer. Tasas ajustadas por edad por 100.000 hab. Mujeres Residentes en CABA. Quinquenio 2011-2015

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Atlas de mortalidad, 2011-2015

Los indicadores de mortalidad más elevados correspondieron a los sitios mama, pulmón y colon-recto. La diferencia del riesgo de mortalidad entre los tres primeros sitios no es tan amplia como lo observado en varones. La mortalidad por cáncer de mama es 35% mayor respecto al sitio pulmón y también 53% mayor respecto de la tercera causa en mujeres (colon-recto).

Para observar la evolución de la mortalidad por cáncer en Ciudad de Buenos Aires se compararon las tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo de los quinquenios 2007-2011 y 2011-2015. Se contrastaron los indicadores de los 5 principales sitios tumorales, por sexo, entre ambos quinquenios.

En el gráfico 6 se presentan las tasas de mortalidad en varones ajustadas por edad, según los cinco principales sitios tumorales en los quinquenios 2007-2011 y 2011-2015 en residentes de la CABA.

Gráfico 6. Tasas de mortalidad en varones, ajustadas por edad, por 100.000 hab. según sitios tumorales. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Quinquenios 2007-2011 y 2011-2015.

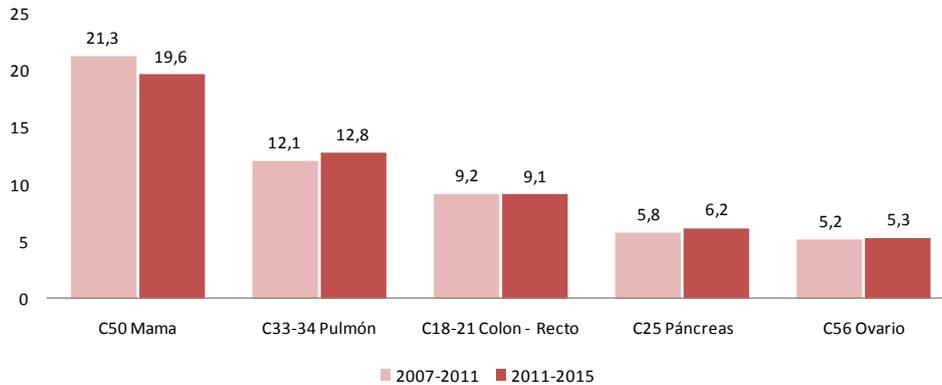
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, INDEC y Atlas de Mortalidad por Cáncer de la Ciudad de Buenos Aires 2007-2011 y 2011-2015.

Se observa que en los varones coinciden los 5 principales sitios tumorales en ambos periodos analizados. Prácticamente todos los sitios tumorales manifiestan un leve descenso en el último quinquenio, exceptuando

los tumores de Riñón y otros urinarios, en los cuales se observa un leve incremento. La reducción de la mortalidad entre quinquenios para los tres primeros sitios es del 8,1%, 11,5% y 15,9%, respectivamente.

En el gráfico 7 se presentan las tasas de mortalidad ajustadas por edad, en mujeres según los cinco principales sitios tumorales en los quinquenios 2007-2011 y 2011-2015 en residentes de la CABA.

Gráfico 7. Tasas de mortalidad en mujeres, ajustadas por edad, por 100.000 hab. según sitios tumorales. Residentes en Ciudad de Buenos Aires. Quinquenios 2007-2011 y 2011-2015.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la DEIS, INDEC y Atlas de Mortalidad por Cáncer de la Ciudad de Buenos Aires 2007-2011 y 2011-2015

En el grupo de las mujeres, coinciden también los 5 principales sitios tumorales en ambos periodos analizados. Al compararlos se observa un leve descenso en la tasa para el sitio tumoral Mama (7,9%). La mortalidad por colon-recto y ovario prácticamente no se ha modificado, y se aprecia ascenso para los sitios Pulmón y Páncreas (5,8% y 6,8% respectivamente).

5.8. Comentarios

En la comparación internacional y de acuerdo a lo observado en el presente análisis, la Argentina presentaría un riesgo de morbi-mortalidad medio-alto.

En el ámbito nacional, los varones residentes en la ciudad de Buenos Aires presentarían un riesgo de mortalidad medio-alto y las mujeres residentes en CABA, un riesgo de mortalidad medio-bajo comparado con el resto de las provincias del país.

En los varones residentes en CABA, la comparación entre quinquenios, mostró un descenso en la tasa de mortalidad en los sitios tumorales pulmón, colon-recto y próstata, que constituyen los 3 principales sitios en ambos periodos; en el resto de los sitios las tasas se mantuvieron estables.

En las mujeres residentes en CABA, el principal sitio tumoral (Mama), experimentó un descenso entre ambos quinquenios, pero en pulmón y páncreas se manifestó un leve ascenso de la tasa ajustada de mortalidad. En relación a los otros sitios correspondientes al género femenino, se mantuvo estable el indicador de mortalidad en colon-recto y ovario.

6. VIGILANCIA DE COQUELUCHE

6.1. Introducción

El coqueluche es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias causada por *Bordetella pertussis*, altamente contagiosa y constituye una de las primeras causas de morbi-mortalidad en la población infantil. Es prevenible mediante la oportuna vacunación, pero las coberturas subóptimas, la pérdida natural de anticuerpos posvacunación y la falta de inmunidad duradera luego de la infección natural son factores que colaboran con la propagación de la enfermedad.⁶

Su sintomatología varía desde formas leves a severas. Es una enfermedad endemoepidémica, con brotes cada 3-5 años.

En el año 2012, la OPS reportó un aumento en el número de casos de tos ferina en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Guatemala, México, Paraguay, Venezuela y Estados Unidos, aún con coberturas de vacunación con DPT3 mayores al 90% en la región.⁷

Si bien dicha patología puede afectar cualquier grupo de edad, la población más susceptible son los menores de 1 año y 6 meses, ya que padecen la enfermedad de forma más severa y con alto riesgo de mortalidad. La mayoría de los casos se describen en menores de 6 meses, quienes presentan mayor frecuencia de hospitalización, complicaciones y muerte.

La letalidad puede alcanzar el 15% en los países en desarrollo, siendo más alta en los lactantes⁸.

La vigilancia epidemiológica de este evento es de suma importancia, ya que permite analizar la incidencia de la enfermedad, las coberturas de vacunación, detectar áreas y grupos de riesgo y evaluar la eficacia de las estrategias de control.

6.2. Nota metodológica

En el siguiente apartado se analizan los casos de coqueluche en residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde la Semana Epidemiológica (SE) 1 a la 21 del 2017, comparándola con el 2016. Se incluyen en el análisis los casos con domicilio en CABA, y aquellos casos que fueron atendidos en efectores de la Ciudad sin datos de provincia de residencia.

Los datos provienen de la notificación a través del SNVS (tanto del módulo C2 como SIVILA) y las notificaciones recibidas en la Gerencia Operativa de Epidemiología de efectores privados aún no constituidos en nodos del SNVS. Todos los casos fueron revisados de manera individual, evitando duplicados e integrando la información en una base unificada.

Se realiza una revisión constante de las bases de datos a fin de actualizar casos y evitar duplicados, por lo que el número de notificaciones puede presentar leves variaciones respecto al informe previo.

Para la construcción de las tasas, se utilizaron las proyecciones poblacionales del Censo 2010 aportados por la Dirección de Estadística y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

6.3. Definición de caso

La notificación se debe realizar ante la sospecha de manera inmediata y con modalidad individual.

⁵ Tos convulsa, aumento de casos y muertes. PRONACEI, 2012. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000454cnt-2013-10_alerta-n01-tos-convulsa-2012.pdf

⁷ Alerta Epidemiológica Tos Ferina (Coqueluche), PAHO, 2012. Disponible en: www.paho.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=-E3M156P7DavGhqoc1xOIQivPfrC3wuHrr7vPB_BnOE,&dl

⁸ Norma Nacional de Vigilancia y control de coqueluche. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/norma-coque.pdf>

Caso sospechoso: Pacientes con clínica compatible, sin resultados de laboratorio o resultados pendientes, en:

- Menores de 6 meses: Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: Apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: Tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.
- Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante.⁹

Caso confirmado: Paciente con resultado de laboratorio positivo por PCR específica y clínica compatible de coqueluche.

Caso con resultado no conclusivo: Paciente con clínica compatible de coqueluche y resultado de laboratorio negativo por PCR específica.

Caso descartado: Paciente con muestra de laboratorio negativa por PCR y resultado de virológico positivo para otro agente causal.

6.4. Esquema de Vacunación

La vacunación contra *B. pertussis* incluye un esquema primario (2-4-6 meses) y dos refuerzos con componente celular (15-18 meses y 4-6 años), una dosis a los 11 años y en cada embarazo a partir de las 20 semanas de gestación (independientemente de la edad, intervalo intergenésico y antecedente de vacunación con dTpa), con vacuna triple bacteriana acelular. También se indica la vacunación del personal de salud en contacto con niños.

6.5. Situación en Argentina

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 12 del año 2017 se registraron 620 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales se confirmaron 198 casos (24%). Hasta la SE 10 del año 2017 se produjeron un 31 % menos casos con respecto a la misma semana del año anterior, aunque el retraso en la notificación que podría estar subestimando la situación actual. Durante el 2016, hasta la semana epidemiológica 13 los casos de coqueluche se duplicaron respecto de la misma época del año 2015.¹⁰

6.6. Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 21.

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

⁹Boletín Integrado de Vigilancia N° 306, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N306-SE16.pdf>

¹⁰Boletín Integrado de Vigilancia N° 357 y N° 306, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N357-SE17.pdf<http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N306-SE16.pdf>

Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de Coqueluche según provincia de residencia. Período 2016-2017 hasta SE 21.

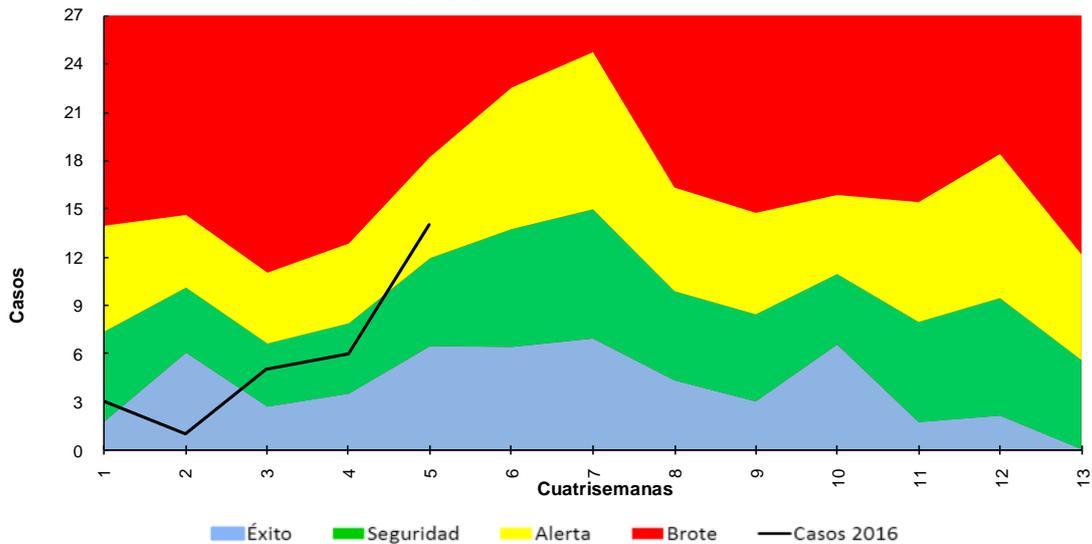
Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	138	54,8%	78	66,1%
CAPITAL FEDERAL	78	31,0%	33	28,0%
OTRAS PROVINCIAS	2	0,8%	5	4,2%
DESCONOCIDA	34	13,5%	2	1,7%
Total	252	100%	118	100%

Fuente: Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia

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

En residentes de la CABA en ambos periodos se observó un predominio del sexo femenino, siendo alrededor del 60% del total. No se registró hasta SE 21 en ambos años ningún fallecimiento.

A continuación, en el gráfico 1 se muestra el corredor endémico cuatrisesmanal en casos de residentes notificados por los efectores de la Ciudad.

Gráfico 1. Casos notificados de coqueluche. Corredor endémico cuatrisesmanal. Residentes de CABA. Año 2017 hasta cuatrisesmana 5.*

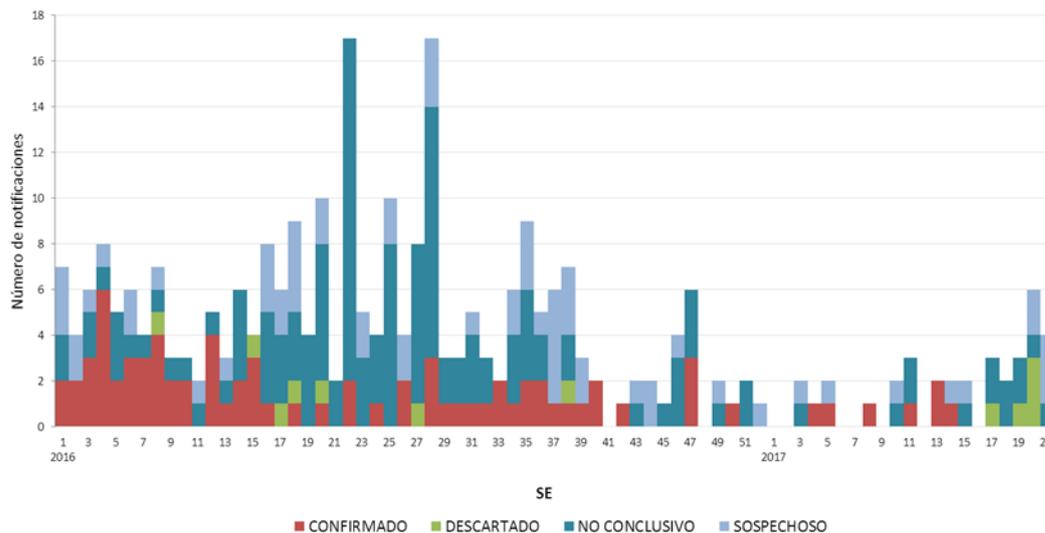
Fuente: SNVS, C2 y SIVILA y base de la GOE.

*Para la construcción del corredor se utilizaron los últimos 7 años, excluyendo el año 2012. Se excluyeron los casos con domicilio desconocido.

En la cuatrisesmana 5 durante el 2017 los casos transcurren en zona de alerta.

Se grafican a continuación los casos notificados según clasificación final del caso, en el periodo 2016 hasta la SE 21 de 2017 en residentes de CABA.

Gráfico 2. Casos notificados de Coqueluche según clasificación final. Residentes de la CABA. Años 2016 (n=253) a SE 21 de 2017 (n=35)



Fuente: Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia

En el gráfico se observa la estacionalidad en la distribución de casos. En 2016 el mayor número de notificaciones se observa en las SE 22 y 28, en cambio, durante el período analizado de 2017, esto sucede en la SE 20.

La tasa de notificación de coqueluche en el 2017, a la misma semana que 2016, presenta un descenso porcentual de notificaciones del 68,8%.

En la tabla 1 se presenta la distribución de casos y tasa por grupos de edad en el periodo 2016 y 2017 en residentes de la CABA.

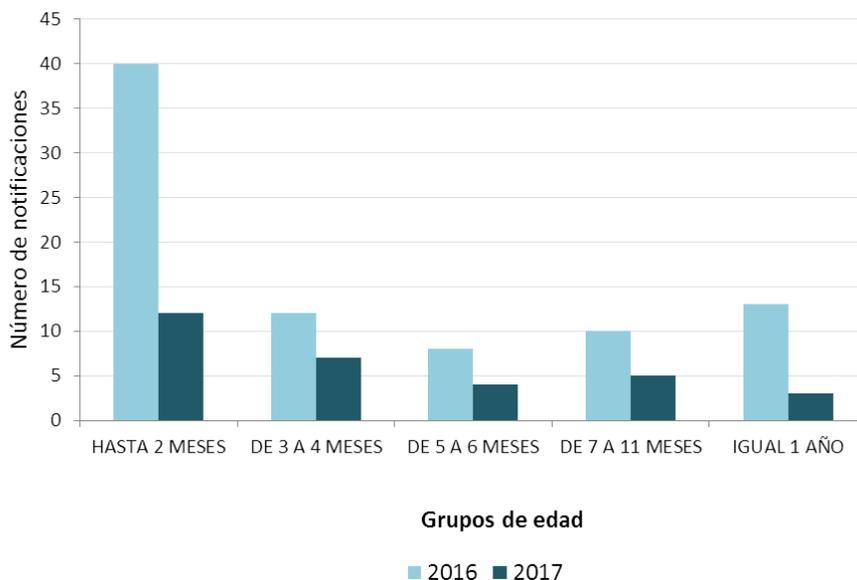
Tabla 2. Casos de Coqueluche y tasas por 100.000 hab según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2016-2017

Grupo edad	2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MENOR DE 1 AÑO	70	166.7	28	67.1
IGUAL A 1 AÑO	13	31.0	3	7.2
DE 2 A 4 AÑOS	7	5.6	3	2.4
DE 5 A 9 AÑOS	1	0.5	0	0.0
DE 10 A 14 AÑOS	0	0.0	0	0.0
MAS DE 15 AÑOS	3	0.1	1	0.0
SIN ESPECIFICACION	18	0.6	0	0.0
Total	112	3.7	35	1.1

Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

En ambos períodos analizados, se observa que la tasa más elevada se encuentra en el grupo etario de menores de 1 año. Por este motivo, a continuación se presenta en el gráfico 3 la distribución de casos notificados en este grupo de edad.

Gráfico 3. Casos notificados de Coqueluche en niños de hasta 1 año de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2016 (n=83)-2017 (n=31)

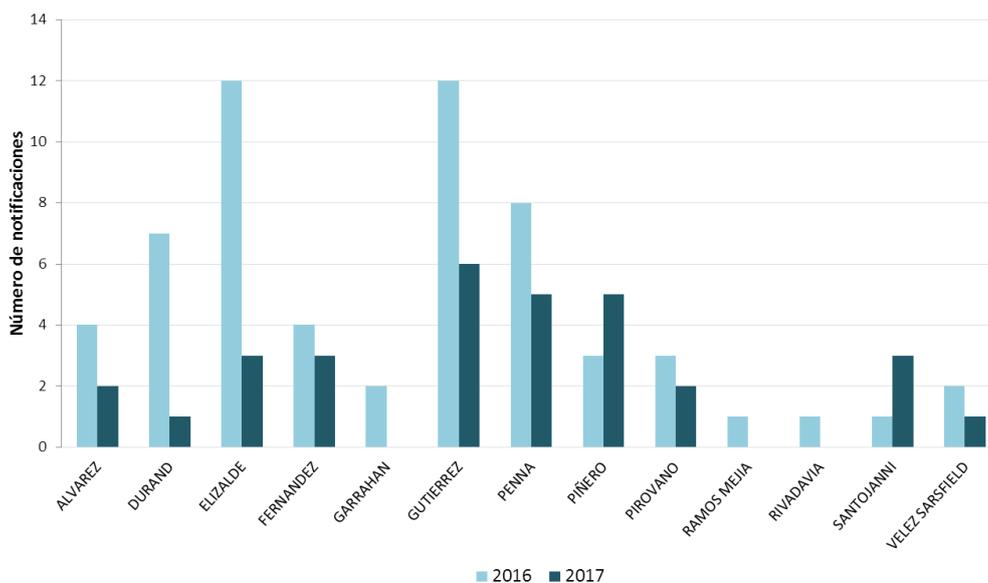


Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

La mayor cantidad de casos notificados corresponden al grupo de menores a 2 meses, siendo cerca del 50% del total de notificaciones para el año 2016 y del 40% para el 2017 a la misma SE. Estos resultados podrían relacionarse con el inicio del esquema de vacunación primario que se indica a partir de los dos meses de vida (Pentavalente).

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados de coqueluche por efector público en residentes de CABA.

Gráfico 4. Casos notificados de Coqueluche según efectores públicos. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2016 (n= 60) y 2017 (n=31)

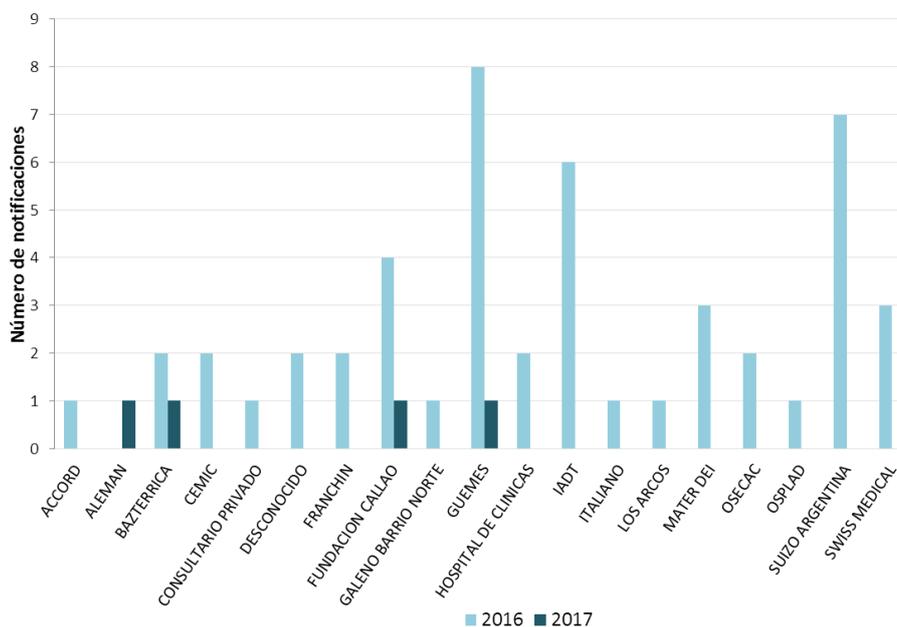


Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

Durante el año 2017, de los casos notificados el 88,6% (31) fueron atendidos en efectores públicos de la Ciudad, mientras que en 2016 fue el 53,6% (60).

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados de coqueluche por efector privado en residentes de CABA y sin datos de residencia.

Gráfico 5. Casos notificados de Coqueluche según efectores privados.
Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2016 (n=49) y 2017 (n=4)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

En la Tabla 3 se presentan los casos de coqueluche por comunas y las tasas por 100.000 habitantes durante las SE 1-21 de 2016 y 2017.

Tabla 3. Casos de Coqueluche y tasas por 100.000 hab. según grupos de edad.
Residentes de la CABA. SE 1-21. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia de casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
1	12	4,8	2	0,8	-10
2	1	0,7	0	0,0	-1
3	2	1,0	5	2,6	3
4	14	5,9	7	2,9	-7
5	2	1,1	1	0,5	-1
6	2	1,1	0	0,0	-2
7	5	2,1	4	1,7	-1
8	8	3,5	6	2,6	-2
9	3	1,8	4	2,3	1
10	3	1,8	1	0,6	-2
11	2	1,1	1	0,5	-1
12	1	0,5	0	0,0	-1
13	2	0,8	1	0,4	-1
14	3	1,3	1	0,4	-2
15	7	3,8	0	0,0	-7
Residentes SD*	45		2		-43
Desconocidos**	34		2		-32
Total CABA	146	4,8	37	1,2	-109

Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

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

Se observa que las tasas más altas de notificación de casos de coqueluche en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 4,1 y 15 para el año 2016. En 2017, las comunas del Sur presentan una tasa que duplican la tasa general de la Ciudad.

6.6.1. Cobertura de Inmunizaciones

En la siguiente tabla se presentan las coberturas de vacunación de Pentavalente, Cuádruple, Triple Bacteriana y Triple Bacteriana acelular del año 2016 brindadas por el programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 4. Coqueluche. Cobertura de vacunación. Año 2016. CABA

	VACUNA	DOSIS APLICADAS	PORCENTAJE DE COBERTURA
< DE 1 AÑO	PENTAVALENTE 1º	38.325	91,5
	PENTAVALENTE 2º	35.299	84,3
	PENTAVALENTE 3º	34.088	81,4
1 AÑO	CUADRUPLE REFUERZO	29.804	71,2
6 AÑOS	TRIPLE BACTERIANA	33.823	82,8
11 años	TRIPLE ACELULAR	29.572	74,8
Embarazadas	TRIPLE ACELULAR	24.914	59,5

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

Para el esquema primario de tres dosis de pentavalente, se observa una cobertura promedio del 85,7% y una mediana de 84,3% en la Ciudad de Buenos Aires, lo que resulta acorde a los objetivos planteados para el 2015 por la OMS de alcanzar una cobertura del 90% a nivel nacional y del 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente con 3 dosis de vacunas que contengan antígenos de la difteria, tétanos y tos ferina. Para el 2020 tal objetivo es una cobertura del 90% a nivel nacional y del 80% en cada distrito o unidad administrativa equivalente con todas las vacunas que figuren en los programas nacionales, a no ser que haya otras recomendaciones.¹¹

Para los refuerzos de cuádruple y triple acelular así como en vacunación en embarazadas, las coberturas son menores. Es fundamental reforzar las indicaciones de vacunación en las embarazadas con el fin de proteger a los niños que por su edad presentan esquema de vacunación primario incompleto¹².

En el análisis de los datos de vacunación que provienen de las bases consistidas por la GOE, éstos se clasificaron como: adecuados, inadecuados o sin datos según la edad y su correspondiente esquema de vacunación con componente Pertussis en base al Calendario Nacional de vacunación. El mismo dio como resultado que hasta la SE 21 en ambos años, el 43% de los casos notificados en residentes de CABA no cuentan con datos completos de vacunación (n=48 y n=15 respectivamente). En el presente año, el 48,6% (17) presentan inmunización adecuada para la edad y 8,9% (10) inadecuada. En tanto que en el 2016 el 48,2% (54) es adecuada y 8,6% (3) inadecuada para la edad.

¹¹ Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020. OMS, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf

¹² Boletín Integrado de Vigilancia N° 357, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N357-SE17.pdf

7. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

7.1. Introducción

Las enfermedades gastroentéricas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los niños de corta edad. Diversos factores confluyen en la producción de este evento, los cuales se deben a condiciones de vida precarias tales como: malnutrición, fuentes de agua no aptas para el consumo y alimentos elaborados o almacenados de manera inadecuada. Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente.¹³

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

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

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

Los gérmenes causantes de DAS pueden ser potencialmente productores de Shigatoxina (stx). Estas toxinas, cuyos genes estructurales se encuentran en fagos codificados por cromosomas bacterianos, serían potencialmente predictoras del desencadenamiento de Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) en el 5 a 10% de los afectados.¹⁴

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

7.2. Nota metodológica

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

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

¹³<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>. En este apartado de sistematización semanal no es posible dar cuenta de la complejidad multifactorial que este evento muestra en su emergencia. Pero se pretende recalcar que es una de las patologías donde las condiciones básicas de vida, el acceso a servicios y los determinantes económico-sociales estructurales más impactan en la morbi-mortalidad y gravedad general de las poblaciones que las padecen.

¹⁴Consenso de Diarreas Agudas en la infancia. Sociedad Argentina de Pediatría. Disponible en <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consenso-de-diarreas-agudas-en-la-infancia.pdf>

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

7.2.1. Modalidad de notificación/vigilancia

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

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

Definición de caso

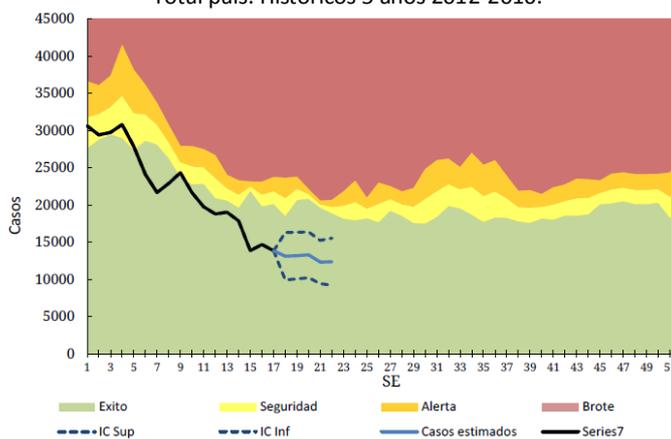
Diarrea aguda (DA): paciente que presenta un aumento de la frecuencia, fluidez o volumen de las deposiciones acompañados por pérdida de agua y electrolitos de distinta magnitud por laboratorio¹⁵ y duración menor de 14 días. Puede o no contar con identificación del agente etiológico por el laboratorio.¹⁶

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

7.2.2. Situación Nacional

A nivel nacional, en el año 2016 hasta las SE 52 se notificaron 1.043.235 casos de diarrea aguda con una tasa de 2393,9 por 100.000 habitantes. En el gráfico 1 se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 52 del periodo 2012-2015, a nivel país¹⁷.

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



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

Hasta la SE 16 del año 2017, se notificaron 380.788 en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2015-2017), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja (873,56/100.000 hab.)

En el año 2016, hasta la SE 17 se notificaron 447.410 de diarreas, cuya tasa fue de 1037/100.000 hab.

¹⁵ Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria. <http://www.snvs.msal.gov.ar/descargas/Manual%20de%20Normas%20y%20Procedimientos%202007.pdf>

¹⁶ Libro Azul de Infectología Pediátrica, 4ta edición (2012). Sociedad Argentina de Pediatría. Buenos Aires, Argentina

¹⁷ http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N361-SE21.pdf

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

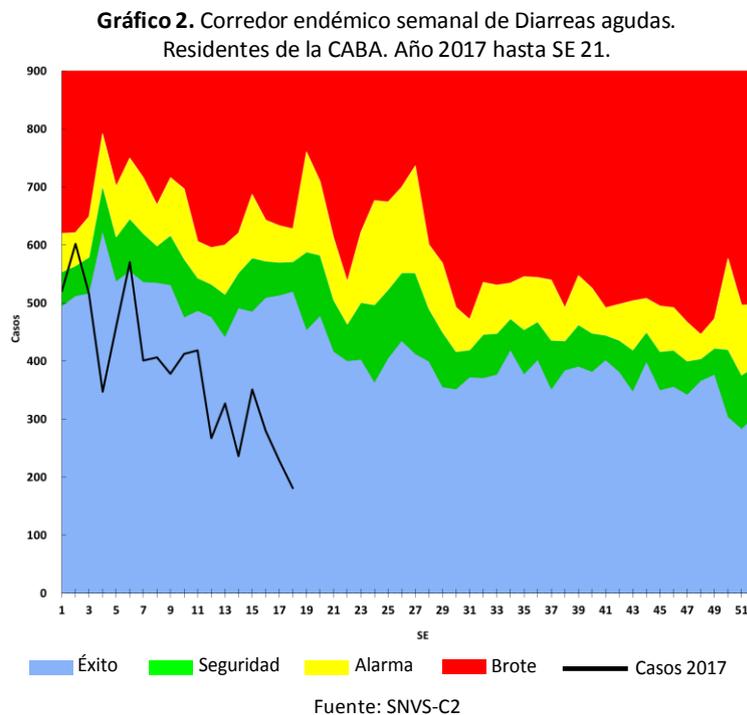
7.3. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2010-2016.

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

7.4. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 21.

7.4.1. Diarreas Agudas (agrupadas)

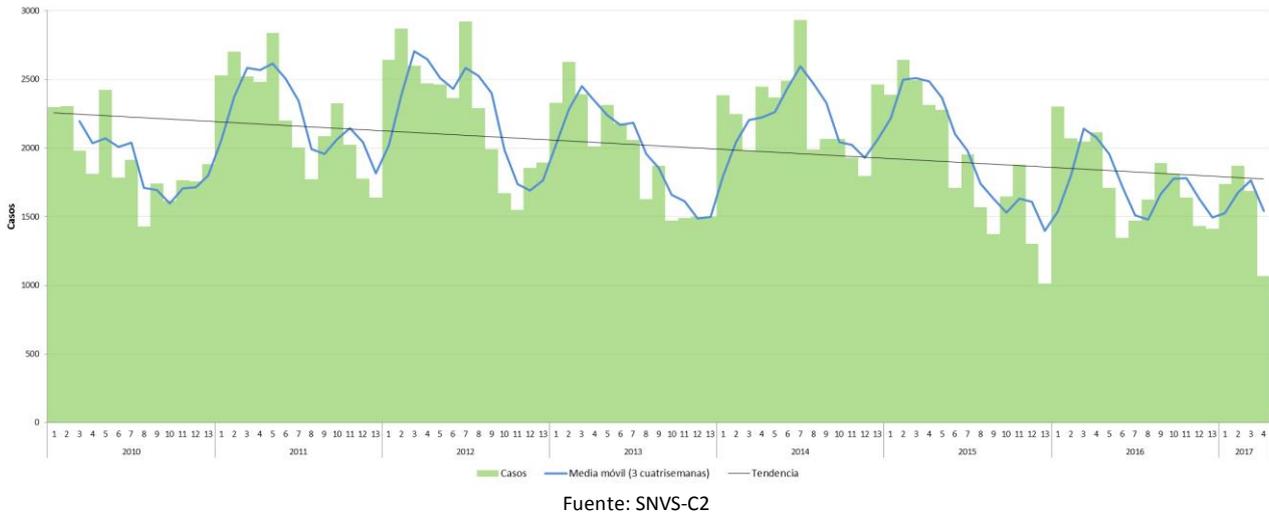
A continuación se presenta el corredor semanal de las Diarreas agudas en residentes notificadas a través del SNVS por los efectores de la Ciudad.



Como se observa claramente, los casos del año 2017 se presentan hasta la semana analizada en zona de éxito. En concordancia con lo que se expresa en el corredor nacional arriba mencionado.

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

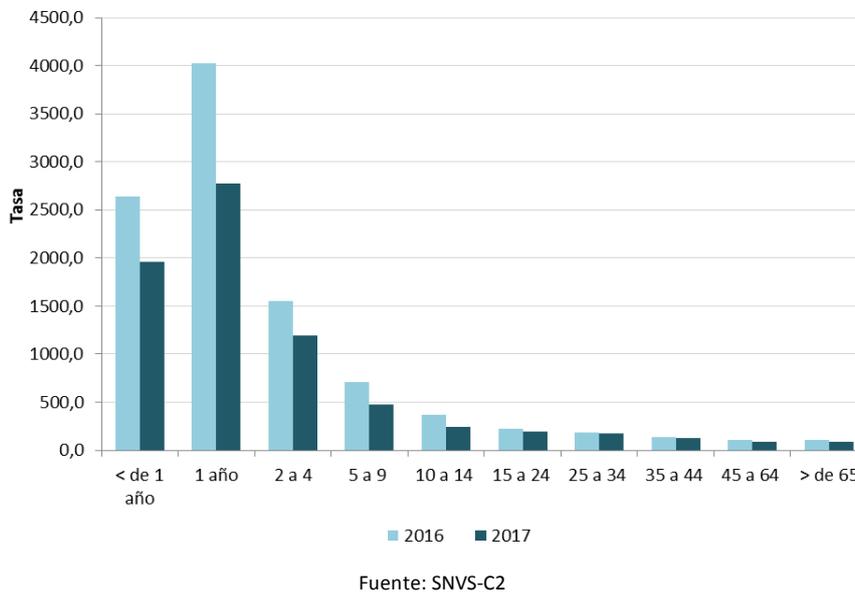
Gráfico 3. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017(n=190.582).



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

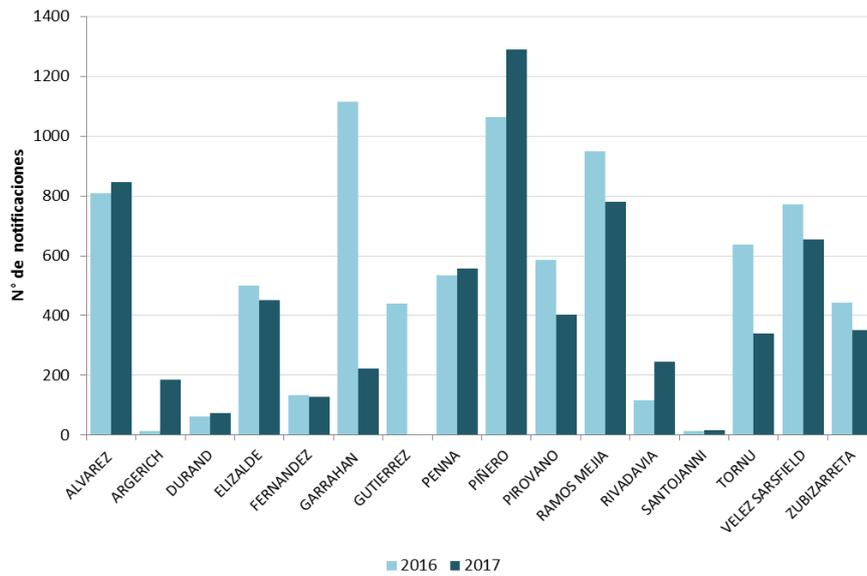
En el año 2016 y 2017 hasta la SE 21 se notificaron 10.529 y 8090 casos de diarrea respectivamente. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100.000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. 2016-2017.



La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2017, a la misma semana que el 2016, presenta un descenso porcentual del 23%. Como en todos los análisis anteriores, la tasa más elevada fue en el grupo etario de 1 año para los dos períodos analizados. En el año 2016 hasta la SE 21, la tasa en este grupo de edad fue de 4030/100.000 hab. Se observa que la misma casi duplicó a la tasa correspondiente a la de la SE 21 de 2017, la cual fue de 2771,4/100.000 hab.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 21 en el periodo 2016-2017 por hospitales públicos de la Ciudad.

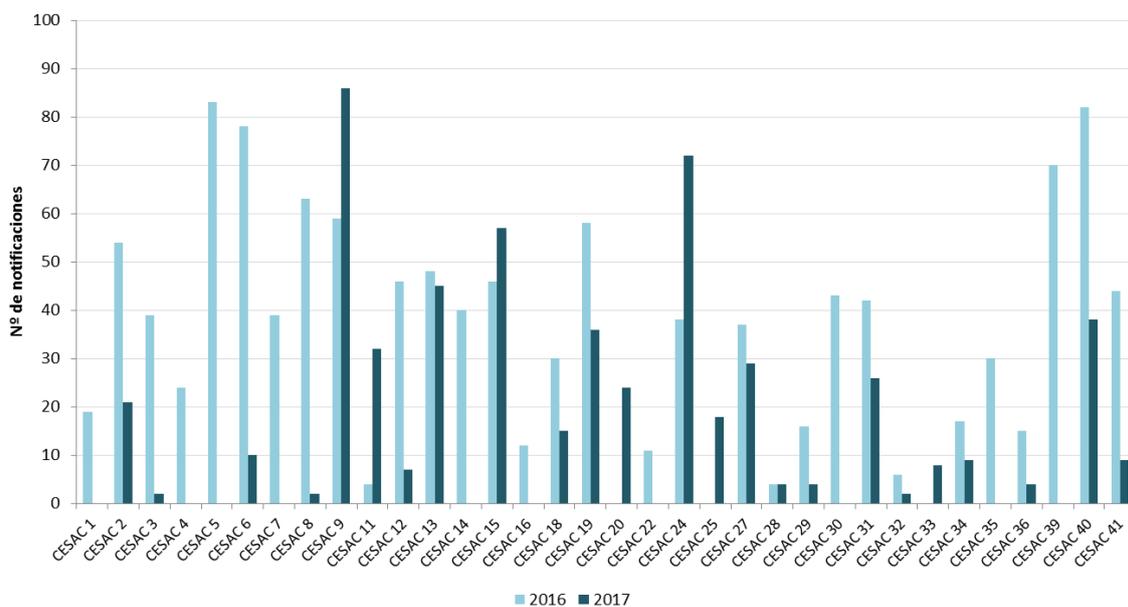
Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según hospitales públicos. Residentes de la CABA. Hasta la SE 21. Años 2016-2017.

Fuente: SNVS-C2

En el año 2016 hasta la SE 21 los hospitales públicos de la Ciudad realizaron el 77% (8187) de las notificaciones de Diarreas Agudas, y los CeSAC el 11,3% (1197) del total. El 11,5%(1219) restante corresponde a las notificaciones de efectores privados, realizada en su totalidad por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como se dijo, en el presente año, hasta la SE 21 las notificaciones descendieron globalmente un 23% con respecto al año anterior. No obstante, las notificaciones de los efectores públicos continuaron siendo la amplia mayoría, concentrando el 81% del total (6542). Por su parte, los CeSAC redujeron su participación relativa en las notificaciones, representando el 7% (560), mientras que el 13% restante (1046) corresponde al Hospital Italiano.

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

Gráfico 6. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 21. Años 2016-2017.

Fuente: SNVS-C2

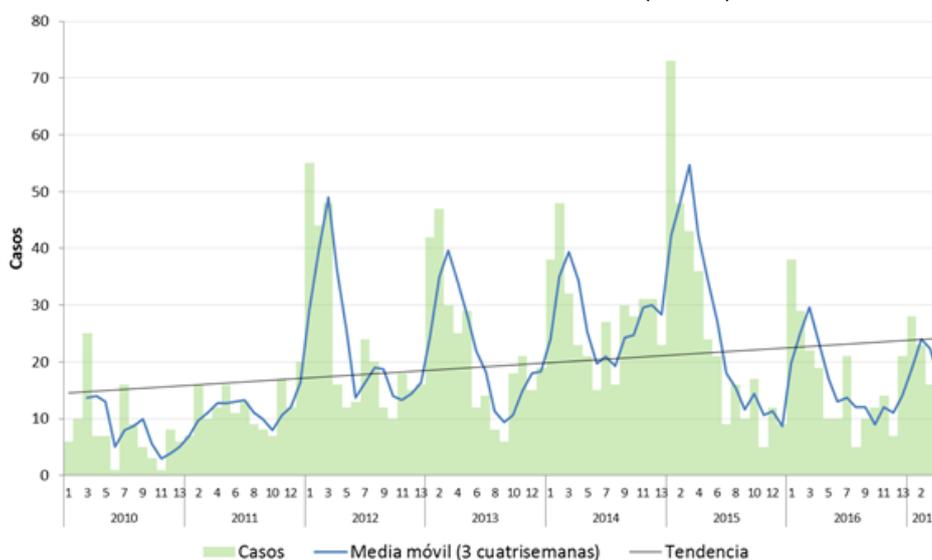
Hasta la SE 21 del año 2017 los CeSAC notificaron un 53% menos que en el mismo periodo del año anterior. Se observa que en 2016 diez CeSAC que notificaron 10 o más casos, en 2017 no notificaron ninguno. En cambio, tres CeSAC que en 2017 realizaron notificaciones no habían realizado ninguna el año anterior. En la SE 21 del presente año, se observa que cuatro CeSAC notificaron en 2017 el doble de casos que en 2016.

7.4.2. Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS)

En el período 2016-2017, hasta la SE 21, se notificaron 118 y 109 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

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

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



Fuente: SNVS-C2

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

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

Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según comunas.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 21. Años 2016-2017

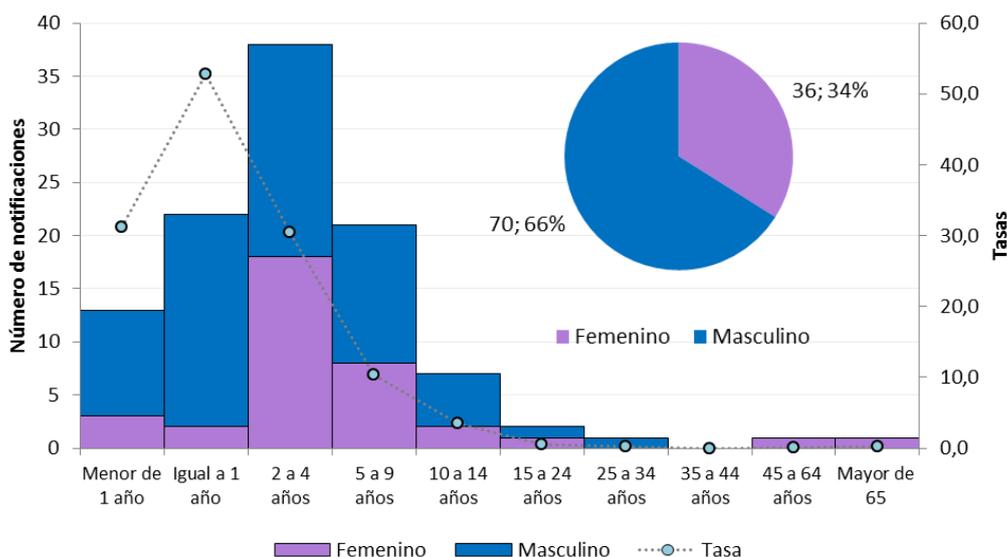
Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	3	1,2	4	1,6	1
2	0	0,0	0	0,0	0
3	8	4,2	9	4,7	1
4	3	1,3	6	2,5	3
5	2	1,1	2	1,1	0
6	0	0,0	3	1,6	3
7	19	7,9	23	9,6	4
8	36	15,9	27	11,9	-9
9	12	7,0	10	5,9	-2
10	4	2,4	4	2,3	0
11	0	0,0	0	0,0	0
12	4	1,9	9	4,2	5
13	4	1,7	2	0,8	-2
14	0	0,0	0	0,0	0
15	7	3,8	3	1,6	-4
Residentes Sd*	0	0	6	0	
Desconocidos**	16	0	0	0	
Total CABA	118	3,9	108	3,5	-10

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

Se observa que las tasas más elevadas de DAS, en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 7, 8 y 9 para el período de estudio. En el presente año hasta la SE 21, en la comuna 8, se observó un descenso del 25% en las notificaciones con respecto al año 2016.

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

Gráfico 8. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS por grupos de edad y sexo.
Residentes de la CABA. Hasta SE 21. 2017 (n=106)

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el año 2017, hasta la SE 21, la tasa del grupo etario de 1 año duplicó la tasa de los menores de 1 año, y duplicó la tasa del grupo de 2 a 4 años.

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

Tabla 2. Casos de DAS y tasas por 100. 000 hab. según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Hasta la SE21. Años 2016-2017

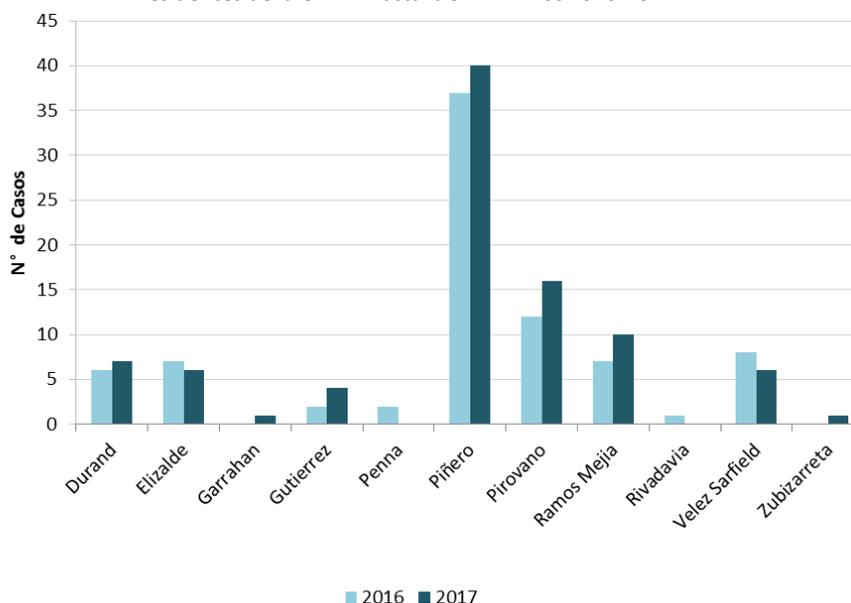
Grupo de edad	Casos 2016	Tasa	Casos 2017	Tasa
< 1 año	17	40,5	13	31,2
1 año	18	42,9	22	52,7
2 a 4	45	35,9	38	30,5
5 a 9	26	12,7	21	10,3
10 a 14	5	2,5	7	3,5
15 a 24	3	0,8	2	0,5
25 a 34	2	0,4	1	0,2
35 a 44	0	0,0	0	0,0
45 a 64	1	0,2	1	0,2
> 65	0	0,0	1	0,2
S/D	1		3	
Total	118	3,9	109	3,6

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 20.

Gráfico 9. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 21. Años 2016-2017.

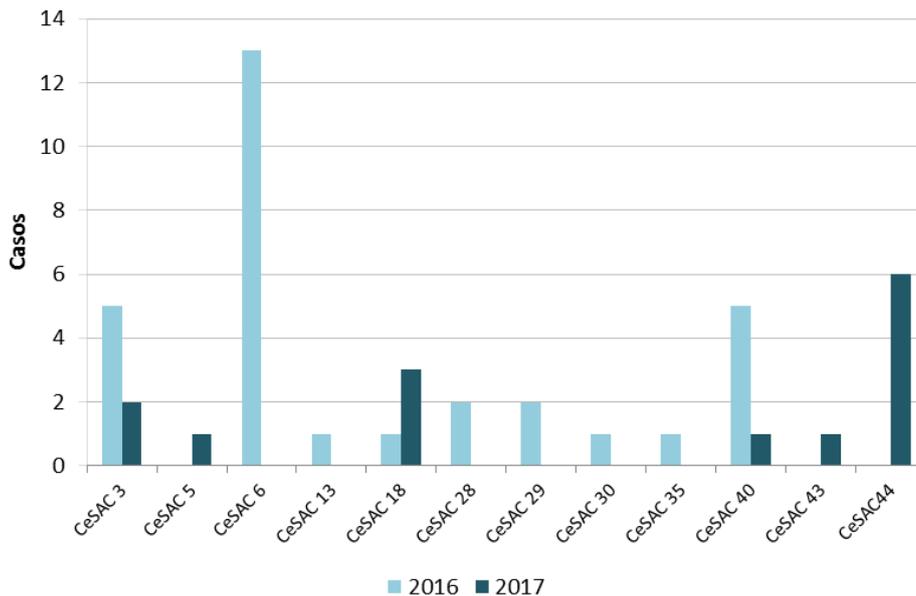


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 21 del año 2017, el 82% (87) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 13% (14) por CeSAC y un 4,3% (4) por efectores privados. Se observó un descenso en la notificación del 26% con respecto a al mismo periodo del 2016.

A continuación, se presentan las notificaciones de DAS según CeSAC en residentes de la CABA hasta la SE 21.

Gráfico 10. Número de notificaciones de DAS según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 21. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el año 2017, se observó un descenso en la notificación de DAS en los CeSAC, en un porcentaje cercano al 55%, con respecto al año anterior.

Hasta la SE 21 del presente año, tres CeSAC comenzaron a notificar esta patología, mientras que seis establecimientos que en el año 2016 realizaron notificaciones, en el presente año no notificaron ningún caso de DAS.

7.4.3. Vigilancia por laboratorio

En el año 2017 hasta la SE 21, del total de notificaciones de DAS, en solo el 32,2% (30) se obtuvieron resultados de laboratorio. Se identificaron como principales agentes causales *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei*.

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

8. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

8.1. Introducción

En esta sección se presentará la situación epidemiológica internacional y regional de los eventos relacionados a las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), los datos de la jurisdicción CABA notificados por los módulos C2y SIVILA y por la modalidad Unidad Centinela del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

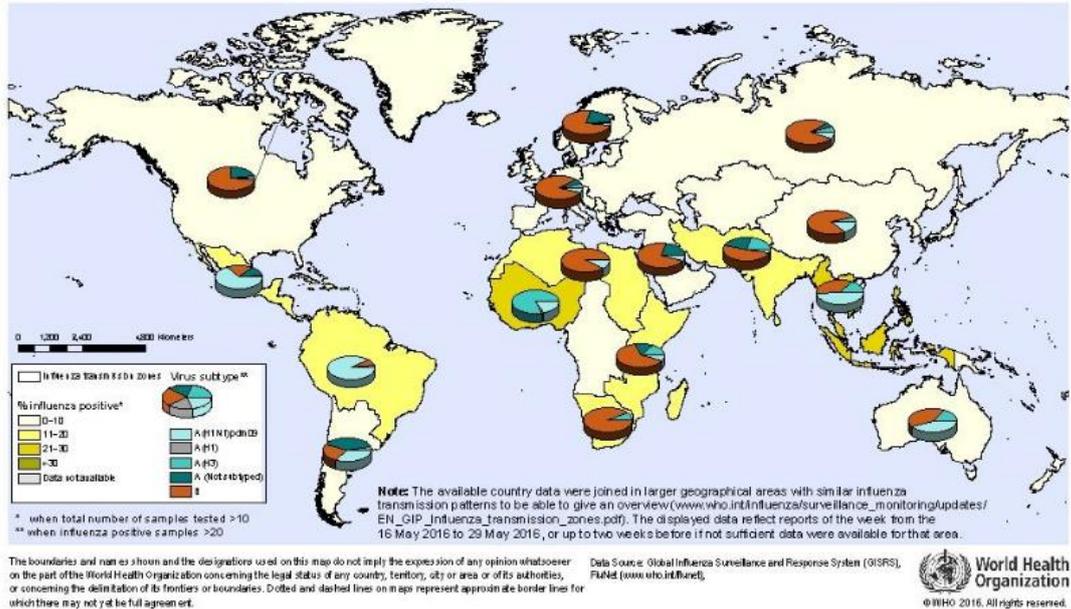
Toda esta información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto.

Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación: <http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

8.1.1. Situación mundial y regional de la transmisión de influenza

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza.¹⁸

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 06 de junio de 2017



La actividad de la influenza en el hemisferio norte continuó disminuyendo. En el mismo predominó la circulación de virus influenza B; en los últimos meses la actividad ha disminuido a niveles inter-estacionales. En el hemisferio sur la actividad de influenza comenzó a aumentar, con co-circulación de los virus de influenza A (H3N2) y B. La actividad del virus sincicial respiratorio (VSR) también aumentó.

En algunos países de las subregiones Andina y del Cono Sur, la actividad de influenza y otros virus respiratorios aumentó antes de lo observado en temporadas anteriores. En la actualidad, varios países están reportando transmisión activa del VSR y/o influenza. Ecuador informó transmisión de activa de influenza desde marzo, con predominio de A(H1N1)pdm09.

En el Cono Sur, Brasil informó alta transmisión de influenza, con preponderancia de A(H1N1)pdm09, que ha ido disminuyendo en las últimas semanas. En Chile y Paraguay, se observó un aumento de las detecciones del virus Sincicial respiratorio, mientras que la identificación de influenza sigue siendo baja, con un predominio de A(H1N1)pdm09, pero presencia simultánea de influenza B.

En Argentina y Uruguay, la actividad se halla en aumento, con identificación predominante de VSR e influenza AH3 estacional.

8.1.2. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

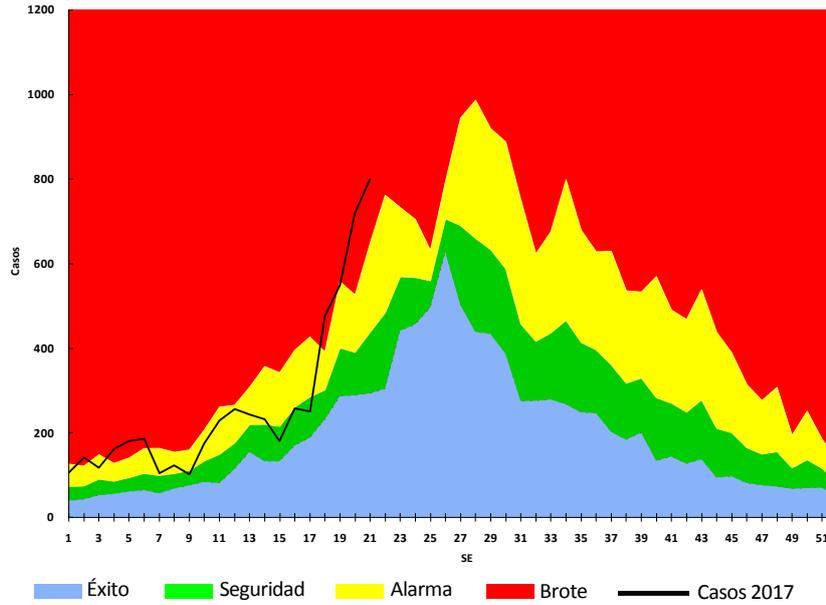
A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2017, la caracterización de ETI según efectores notificadores, la notificación según establecimientos y grupos de edad, y la comparación de casos e Índices Epidemiológicos (Acumulado hasta la SE 20y Cuatrisesmanal s18-s21), entre los años 2016 y 2017.

El Grafico 1 muestra el corredor endémico semanal de ETI para el corriente año.

¹⁸Para obtener más información consulte

www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/EN_GIP_Influenza_transmission_zones.pdf

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

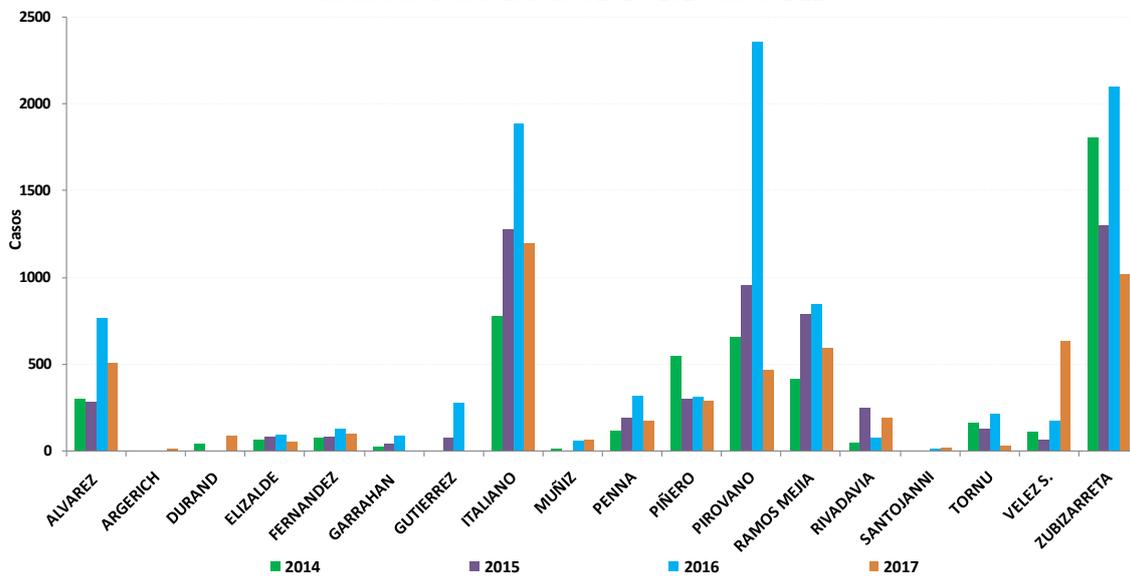


Fuente: SNVS-C2

Desde la semana 15 la curva de casos 2017 inició una sostenida tendencia en ascenso, transitando en las últimas semanas por zona de brote, coincidiendo con la mayor circulación de virus influenza y VSR. La curva de incremento se observa adelantada respecto del patrón histórico esperado.

El gráfico 2 presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 21, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 21.



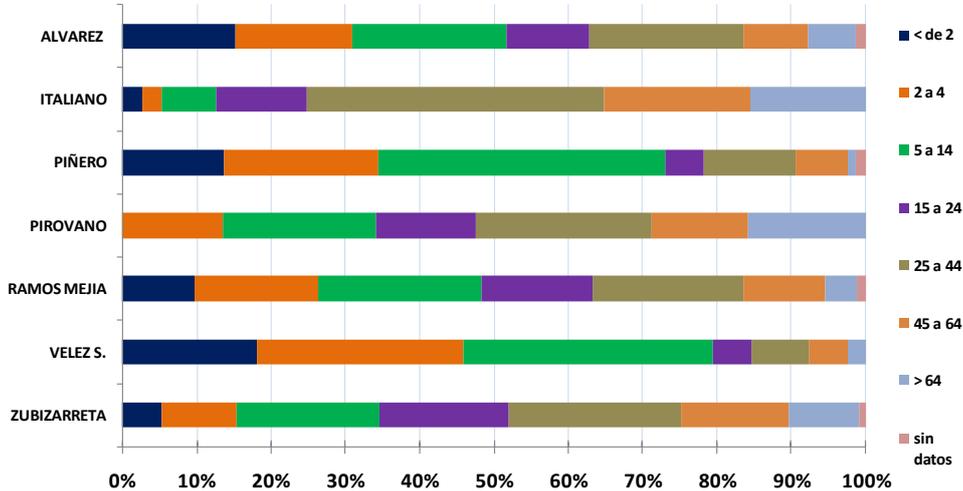
Fuente: SNVS-C2

Se aprecia el diferencial de actividad entre los mismos. En los años presentados se verifica la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Por otro lado, hay efectores que no han notificado casos en el mismo período. Debe señalarse la ausencia de notificación de ETI por parte de los hospitales Garrahan y Gutiérrez en el corriente año. También se observa mayor participación en la notificación de ETI por parte del hospital Vélez Sarsfield en el corriente año. Dado que esta compa-

ración de la actividad anual de ETI ya se está realizando durante la fase estacional, es llamativo la escasa o nula notificación en ciertos hospitales relevados.

En el gráfico 3 se muestra la notificación de los casos de ETI según grupos de edad en establecimientos seleccionados.

Gráfico 3.Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según principales efectores y grupos de edad Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 21.

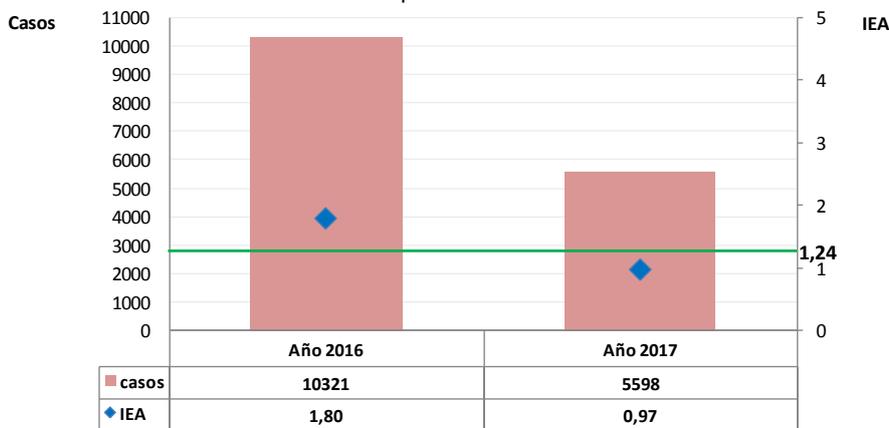


Fuente: SNVS-C2

Se ha incluido al hospital Vélez Sarsfield por la mayor presencia en la notificación de ETI en el presente año. En los hospitales Álvarez, Piñero y Vélez Sarsfield presentan mayor proporción de casos denunciados en el grupo menor de 2 años. El hospital Italiano continua presentando la mayor proporción de casos entre 25 a 44 años de edad. El hospital Pirovano no registra casos menores de 2 años. Los hospitales Piñero y Vélez Sarsfield muestran la mayor participación del grupo de 5 a 14 años en las notificaciones de ETI. Solo los hospitales Ramos Mejía y Zubizarreta presentan una casuística por edad con distribución más homogénea.

En el gráfico 4 se presenta la comparación de los casos de ETI notificados hasta la semana epidemiológica 21.

Gráfico 4.Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de ETI Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 21. Años 2016-2017.

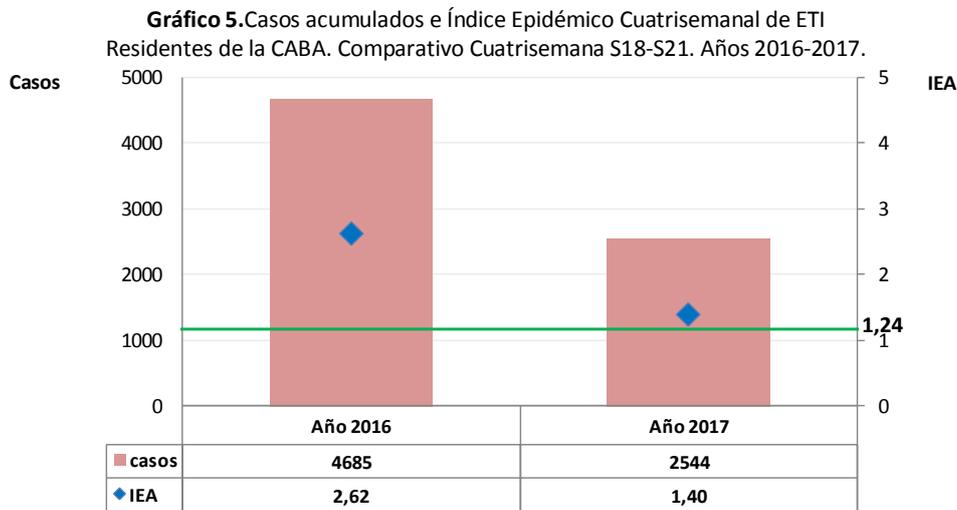


Fuente: SNVS-C2.

Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,80), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017, aún indica valores dentro de lo esperado, a pesar del aumento registrado en las últimas semanas.

Dicho incremento se identifica con mayor certeza cuando se compara el Índice Epidémico por la última cuatrisesmana.

En el gráfico 5 se presenta la comparación de los casos de ETI notificados durante la cuatrisesmana epidemiológica S18 a S21.



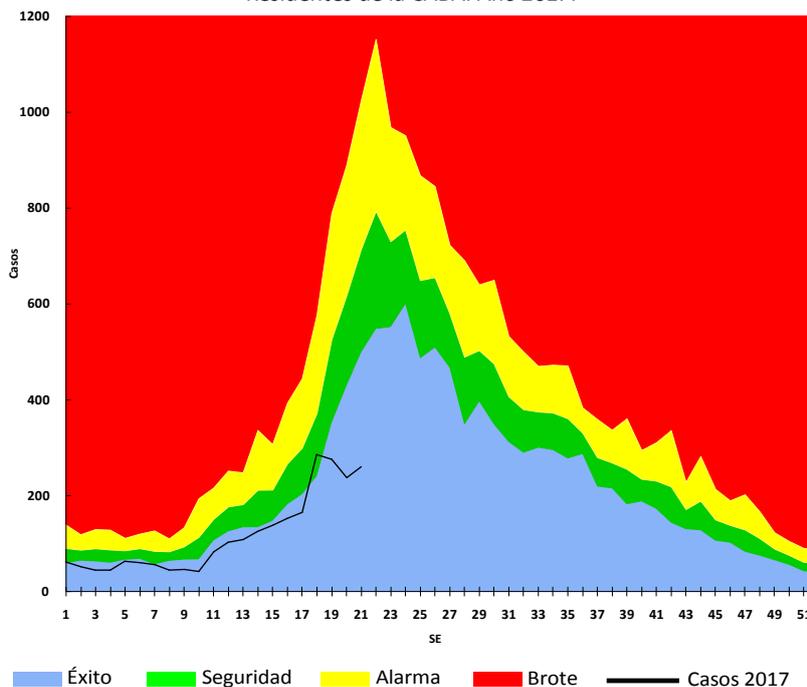
Fuente: SNVS-C2.

Se observa que en ambos periodos de los años 2016 y 2017, se verificó un índice epidémico cuatrisesmanal que superó el valor máximo esperado, aunque la magnitud del aumento de la incidencia es menor en el corriente año.

8.1.3. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta la caracterización de bronquiolitis en menores de 2 años en corredor endémico semanal, y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 21, entre los años 2016 y 2017.

Gráfico 6. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017.

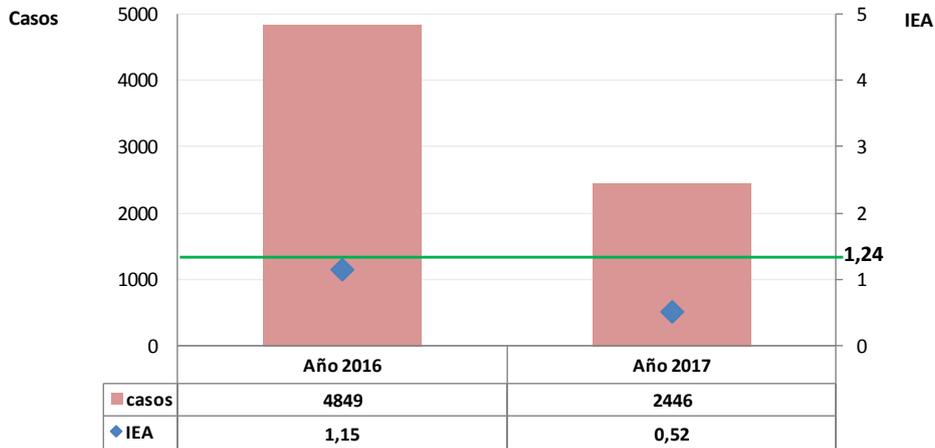


Fuente: SNVS-C2

El gráfico 6 muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de éxito, dentro de los valores esperados hasta la semana epidemiológica 21. No obstante, debe señalarse el cambio de la tendencia, en sostenido ascenso desde la semana 10.

En el gráfico 7 se observa la comparación de los casos acumulados y el índice epidémico hasta la SE21.

Gráfico 7. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 21. Años 2016-2017.



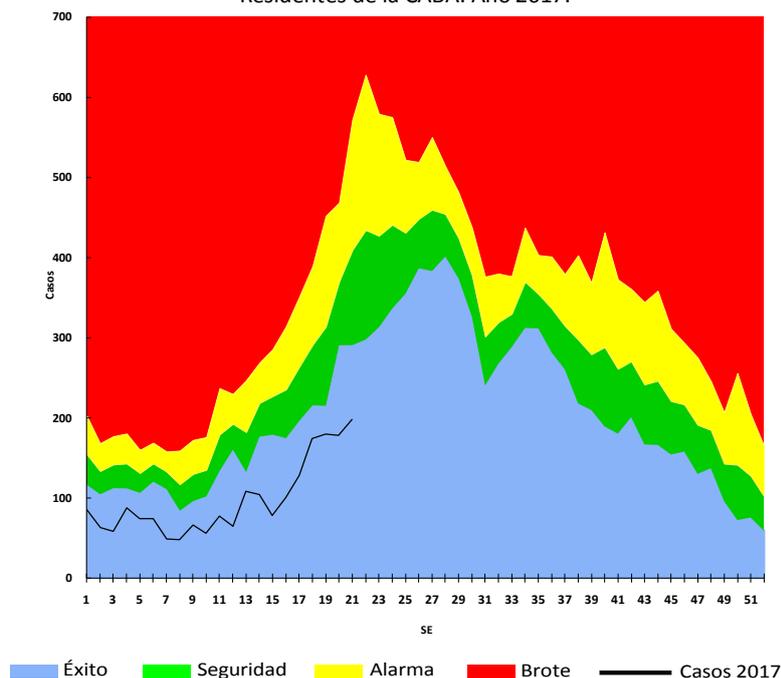
Fuente: SNVS-C2

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

8.1.4. Neumonía

A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 21, entre los años 2016 y 2017.

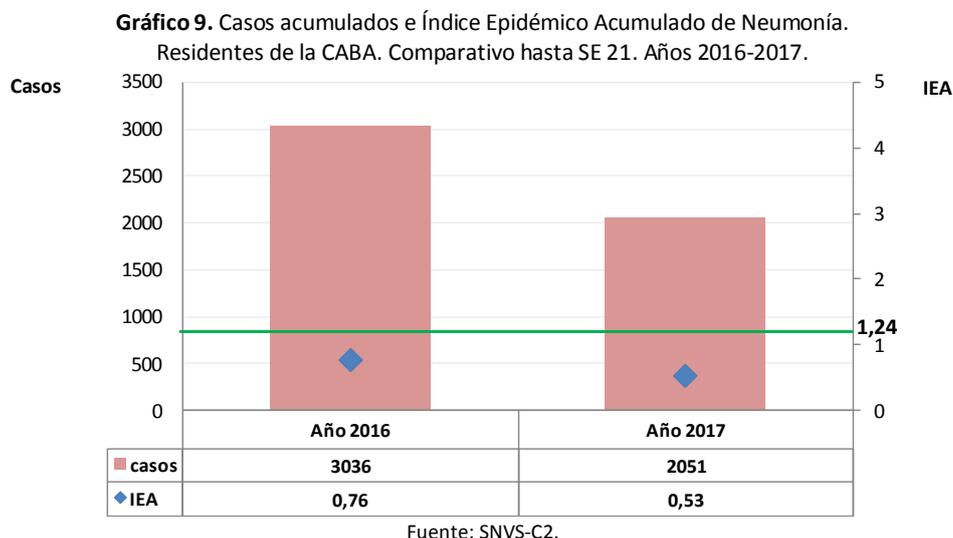
Gráfico 8. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes de la CABA. Año 2017.



Fuente: SNVS-C2

La curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 21, estuvo transitando por zona de éxito, dentro de los valores esperados, pero con tendencia en aumento, compatible con la fase estacional esperable.

En el gráfico 9 se muestra la comparación de los casos notificados hasta la semana epidemiológica 21.

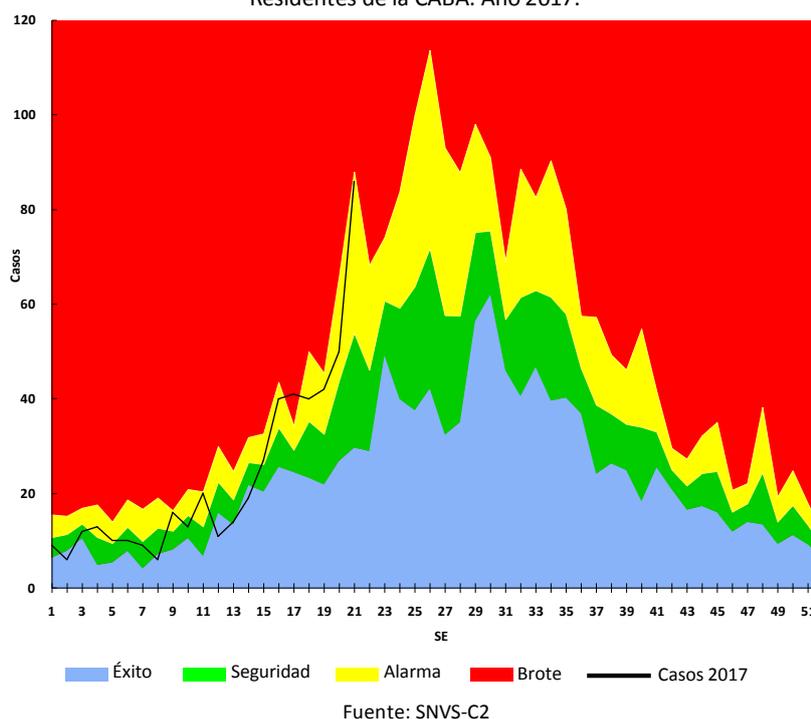


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 también indicó valores dentro de lo esperado.

8.1.5. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

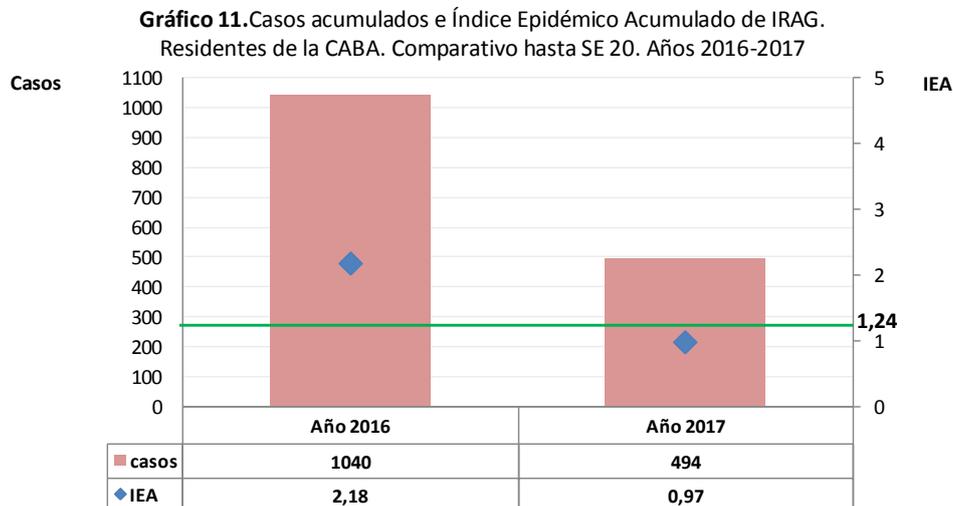
A continuación, se presenta la caracterización de IRAG en corredores endémicos semanales. El gráfico 10 muestra la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 21.

Gráfico 10. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017.



La notificación de IRAG registra un incremento sostenido desde la semana 12, aunque dentro de los valores esperados. ES probable que en próximas semanas, la incidencia supere los valores esperados. Esta situación se abordará en detalle a través de las Unidades Centinelas de IRAG.

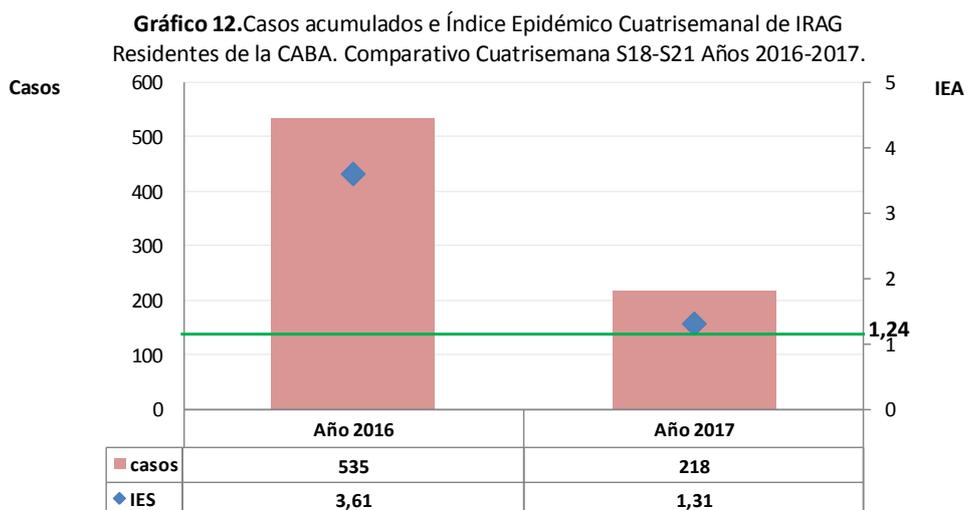
En el gráfico 11 se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG hasta la semana epidemiológica 21.



Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados hasta la semana epidemiológica 21, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=2,18), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017, aún indica valores dentro de lo esperado, a pesar del aumento registrado en las últimas semanas. Dicho incremento se identifica con mayor certeza cuando se compara el Índice Epidémico por la última cuatrisesmana.

En el gráfico 12 se presenta la comparación de los casos de IRAG notificados durante la cuatrisesmana epidemiológica 18 a 21.



Fuente: SNVS-C2.

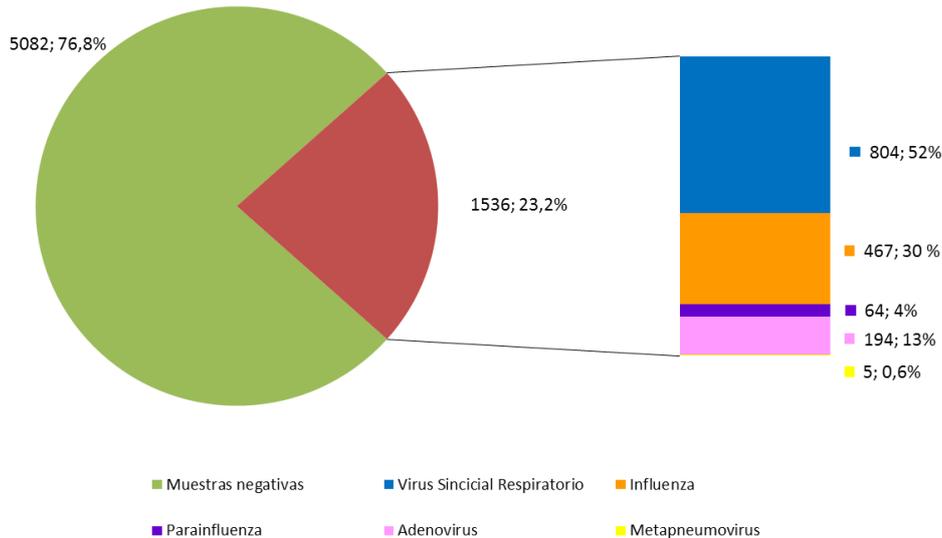
Se observa que en ambos periodos de los años 2016 y 2017, se verificó un índice epidémico cuatrisesmanal que superó el valor máximo esperado, aunque la magnitud del aumento de la incidencia es menor en el corriente año.

8.2. Vigilancia por laboratorio (SIVILA)

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las notificaciones efectuadas al SNVS, módulo de laboratorio SIVILA, de pacientes con domicilio de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se presenta el total de muestras de laboratorio positivas y negativas a virus respiratorios, así como la circulación de los tipos y subtipos de virus respiratorios identificados y el porcentaje de casos confirmados totales, según semana epidemiológica.

Gráfico 13. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Año 2017. N=6618

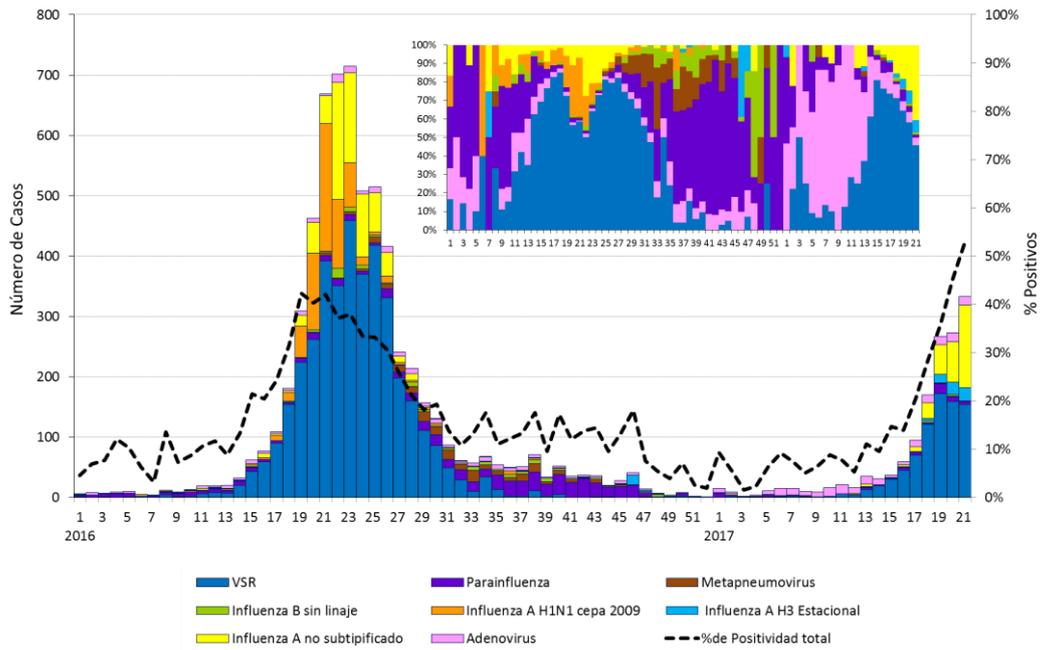


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, el 21,8% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 56% fue aislado el virus Sincial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 26%. **Hasta la SE19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose en la semana actual.** Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6.447.

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

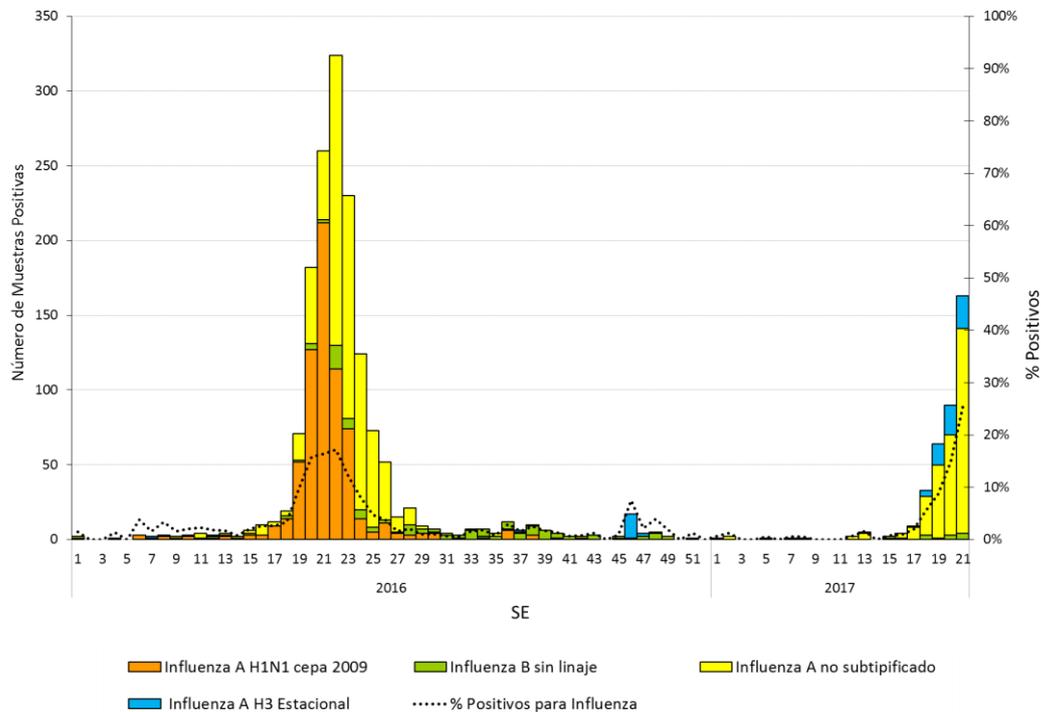
Gráfico 14. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6460)-2017 (SE 1-20; N=1444)



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 21, se observa un predominio de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) seguido de Influenza, a diferencia del 2016 donde prevalecía Adenovirus seguido de Parainfluenza. A partir de la SE 17 comienzan a crecer porcentualmente los casos de Influenza, destacándose dentro de ellas la Influenza A de manera similar a lo que se observó en las mismas SE del año anterior.

Gráfico 15. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017 (SE 1-21; N=467).



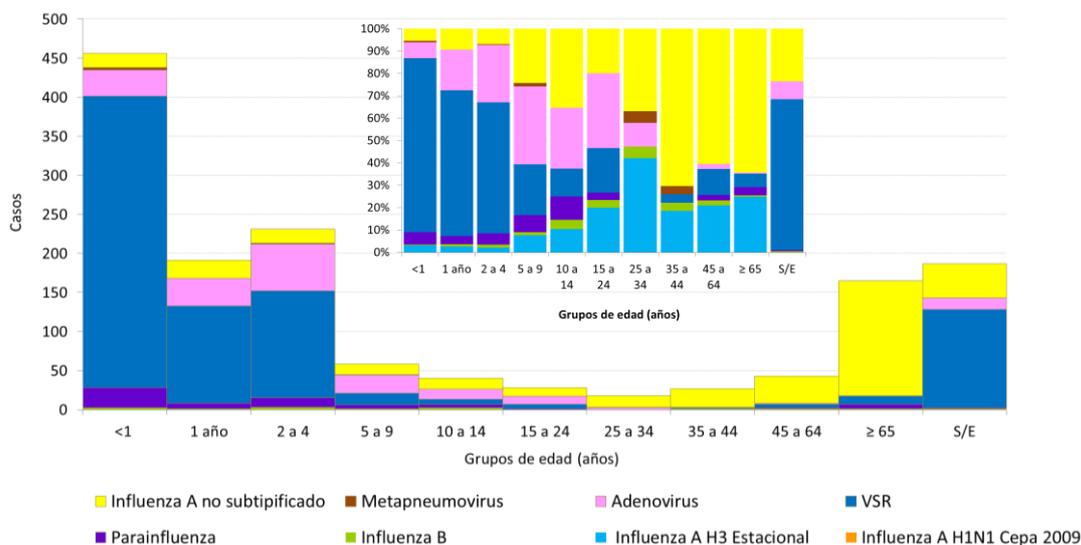
Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 21 se notificaron 350 casos de Influenza A no subtipificado, 102 de Influenza A H3 estacional y 15 casos de Influenza B sin especificar.

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

En el gráfico 16 se presentan los casos con diagnóstico según tipo de virus respiratorios por grupos de edad.

Gráfico 16. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-21)



Hasta la SE 21 del 2017, observa que la mayor cantidad de notificaciones se realizó en menores de 4 años y mayores de 65 años. En este grupo etario predomina Influenza sin subtipificar.

8.3. Mortalidad por Influenza

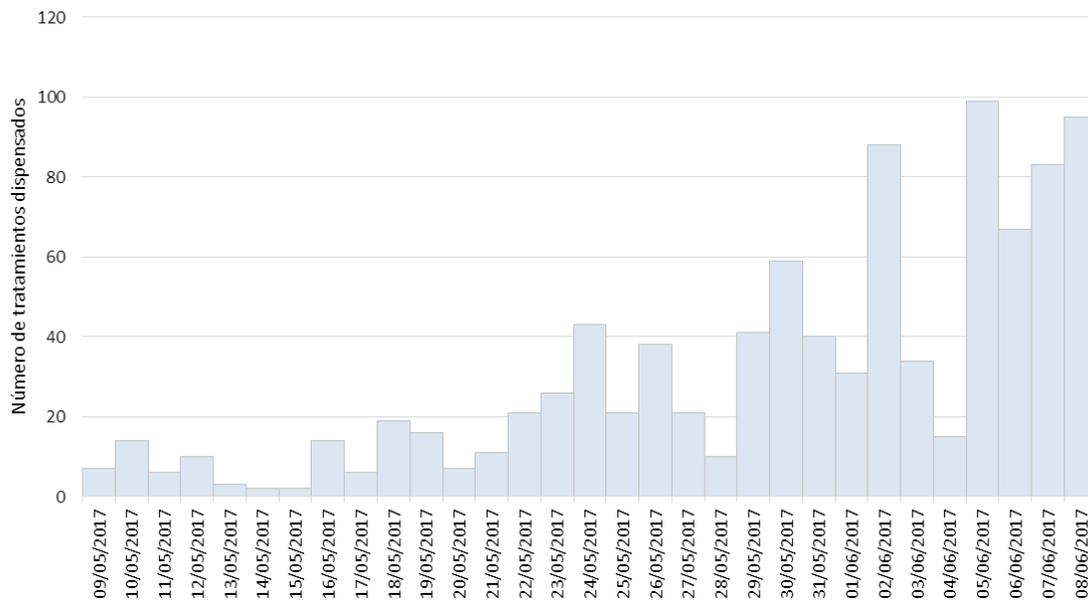
Hasta la SE 21, en residentes de la Ciudad se notificaron al módulo C2 del SNVS, 4 casos de personas fallecidas con aislamiento de Virus Influenza H3 estacional. De los pacientes, 2 se encontraban en el grupo de edad 45 a 64 años, con datos de comorbilidad y vacunación antigripal aplicada. Los otros 2 eran mayores de 64 años sin contar con datos de comorbilidad o vacunación. Dos de los casos residían en la Comuna 3, 1 en la 1 y 1 en la 6

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

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

8.4. Dispensa de Oseltamivir

En el siguiente gráfico siguiente se presentan los tratamientos dispensados a pacientes desde la farmacia del Hospital "F. Muñiz" según fecha.

Gráfico 17. Total tratamientos dispensados según fecha. Del 09/05/2017 al 08/06/2017.

Fuente: Farmacia del Hospital Muñiz

Durante el periodo mayo-septiembre se dispensaron, desde la farmacia del Hospital “Dr. F. Muñiz”, 949 tratamientos para pacientes ambulatorios o internados.

8.5. Vacunas

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

Las vacunas antigripales cepa 2017 se comenzaron a distribuir a partir del 29 de marzo, 20 días antes con respecto al año anterior. Desde el inicio de la campaña hasta el 25 de mayo (SE 21), se aplicaron 298.331 dosis en los vacunatorios de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 20% de las mismas. Esta información surge de los datos enviados por los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

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

Tabla 3. Dosis aplicadas en residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 22. 2017.

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	59.413	13.586	8.397	2.285	22.960	11.884	59.621	83.905

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

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

Tabla 4. Porcentaje de Cobertura de residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 22. 2017

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	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	253.754	68,3%		40%	36,6%	18,9%		

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 8.347

Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 29.631

9. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

9.1. Introducción

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

A pesar de que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado lograría la curación en la mayoría de los pacientes, con la consiguiente disminución de las fuentes de infección y el riesgo de contraer la enfermedad en la población, la falta de detección de casos, los abandonos del tratamiento y, más recientemente, la aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos tradicionales, generan que la tuberculosis en la actualidad siga siendo un importante problema de salud pública, por el daño que provoca, principalmente como causa de enfermedad y también de muerte¹⁹.

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

En el siguiente apartado se analizarán los casos de TBC durante el año 2016 y hasta la SE 21 del año 2017. Los datos se consolidaron a partir de la notificación a través del SNVS (tanto del módulo C2 como SIVILA y el módulo TBC) y de la base de datos proporcionada por el Programa de Tuberculosis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Todos los casos fueron analizados de manera individual, evitando duplicaciones de datos e integrando la información en una base unificada.

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

9.2.1. Definición de caso

Caso confirmado de TB: un caso pulmonar con baciloscopía (BK) de esputo inicial positiva para BAAR realizada en laboratorio con calidad garantizada. Paciente con rescate e identificación de *Mycobacterium tuberculosis* de muestra clínica, ya sea por cultivo u otro método nuevo de identificación (pruebas de biología molecular).

¹⁹ Tuberculosis: Guía para el Equipo de Salud, 2ª edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2014.

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

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

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta la SE 21 de **2017** se notificaron **568 casos de TBC en residentes de la CABA, de un total de 1176 asistidos**. Las tasas más elevadas de la Ciudad se encuentran en las comunas 1, 7, 8 y 9. Según edad, las tasas más altas se encuentran en los grupos de 15 a 34 años.

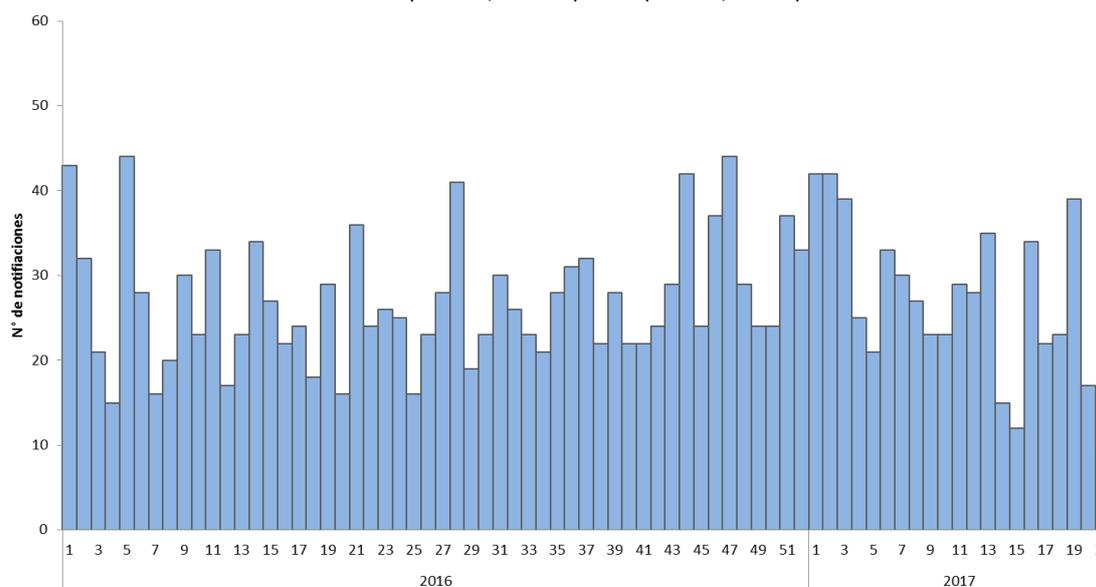
9.3.1. Antecedentes año 2016

La información del año 2016 se presentó en el BES N° 40 y anteriores. Se puede descargar en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf.

9.3.2. Situación hasta la SE 21 de 2017

En el siguiente Gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC de residentes CABA en el año 2016 y hasta la SE 21 del año 2017.

Gráfico 1. Número de notificaciones de TBC. Residentes de la CABA.
Año 2016 (SE 1-52; n=1408)-2017 (SE 1-21; n=568).



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

Hasta la SE 21 del año 2017 se notificaron 568 casos de tuberculosis, el 77,6% (441) con dato de residencia en comunas de la CABA, el 12% (60) en CABA pero sin datos de domicilio y el 11,8% (67) restante no cuenta ni con dato de domicilio ni de provincia de residencia.

En la siguiente tabla se presentan el número de notificaciones y tasas por comuna hasta la SE 21 de los años 2016-2017.

Tabla 1. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC según Comuna. Residentes de la CABA. Hasta la SE21. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	64	25,4	64	25,3	0
2	5	3,3	7	4,7	2
3	29	15,1	34	17,6	5
4	72	30,2	48	20,1	-24
5	7	3,7	25	13,4	18
6	5	2,7	4	2,2	-1
7	85	35,4	91	37,8	6
8	93	41,2	70	30,9	-23
9	45	26,4	43	25,2	-2
10	17	10,0	24	14,1	7
11	9	4,7	11	5,8	2
12	5	2,3	2	0,9	-3
13	6	2,5	5	2,1	-1
14	5	2,2	4	1,8	-1
15	20	11,0	9	4,9	-11
Residentes Sd*	15		60		45
Desconocidos**	75		67		-8
Total CABA	557	18,2	568	18,5	11

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

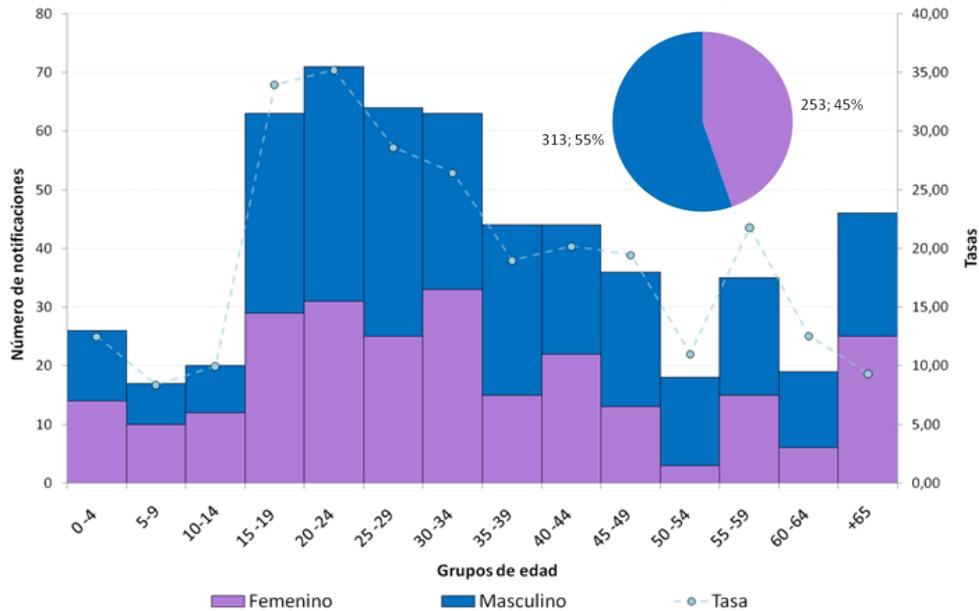
*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

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

Las tasas más elevadas se registran en las Comunas 1, 7, 8 y 9 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hasta la SE 21 de 2016, 16 personas de las 551 del total, se encontraban en situación de calle, y en el 2017 21 casos de los 568 notificados.

A continuación se grafican los casos y tasas por grupo de edad y sexo hasta la SE 21 de 2017 en Residentes de la CABA.

Gráfico 2. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC por grupos de edad por sexo. Residentes CABA. Hasta la SE 21 de 2017 (n=566).

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

En el año 2017, hasta la SE 21 la tasa de varones es de 21,8/100.000 hab. mientras que la de las mujeres es de 15,5/100.000 hab. La mayor cantidad de notificaciones se encuentran en los grupo etarios de 15 a 34 años, donde la tasa más elevada está representada por el grupo de 20 a 24 años.

En la siguiente tabla se muestran los casos notificados, en los años 2016 y 2017 hasta la SE 21, por rango de edad y el porcentaje de cada grupo sobre el total de las notificaciones en dicho período.

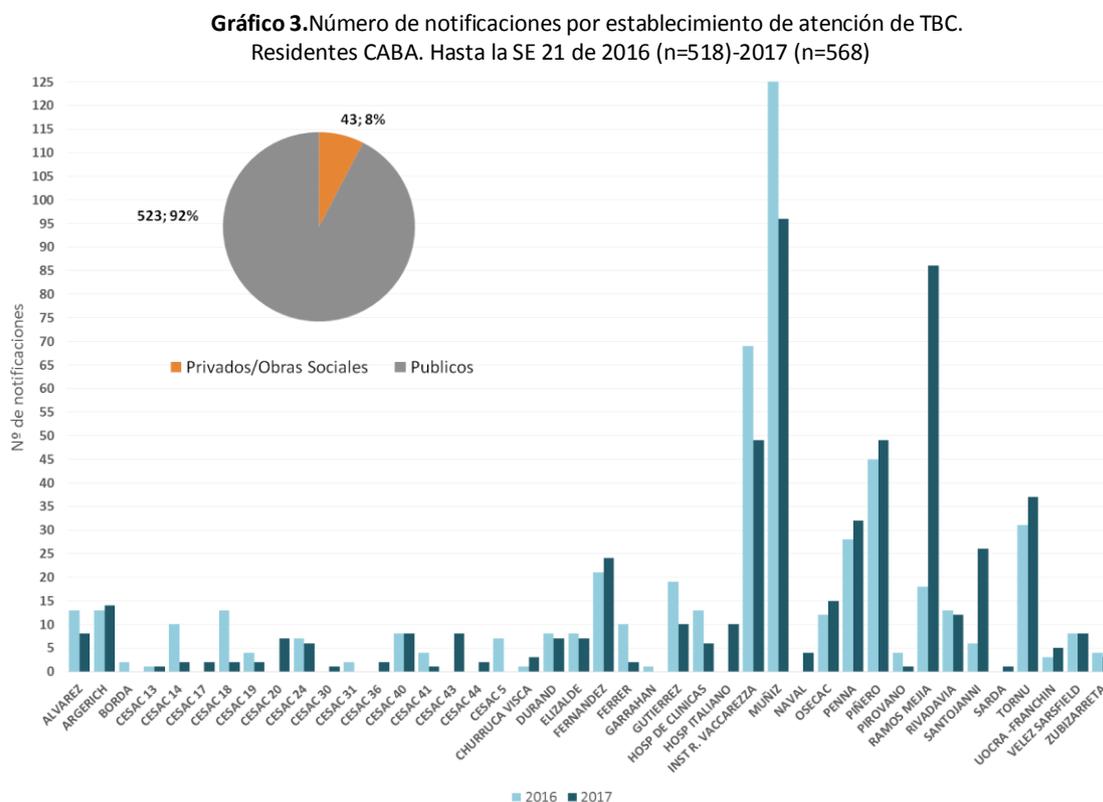
Tabla 2. Número de notificaciones y porcentaje de TBC según grupo de edad. CABA. Hasta SE 21 de 2016-2017

Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
DE 0 A 4 AÑOS	22	4%	26	5%
DE 5 A 9	28	5%	17	3%
DE 10 A 14	22	4%	20	4%
DE 15 A 19	54	10%	63	11%
DE 20 A 24	83	15%	71	13%
DE 25 A 29	67	12%	64	11%
DE 30 A 34	54	10%	63	11%
DE 35 A 39	47	8%	44	8%
DE 40 A 44	34	6%	44	8%
DE 45 A 49	28	5%	36	6%
DE 50 A 54	33	6%	18	3%
DE 55 A 59	19	3%	35	6%
DE 60 A 64	19	3%	19	3%
MAYOR DE 65 AÑOS	26	5%	46	8%
SIN ESPECIFICAR	21	4%	2	0%
TOTAL	557	100%	568	100%

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

Comparando ambos años, los grupos etarios más afectados se encuentran entre 15 a 34 años, 47% de los casos en 2016 y 46% de los casos en 2017. Se observa además un incremento en el corriente año en el grupo de 40 a 44, 55 a 59 años y en mayores de 65 años con respecto a 2016.

En el siguiente Gráfico se indican las notificaciones según el establecimiento de salud que atendió a pacientes hasta la SE 21 de los años 2016 y 2017.



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

Hasta la SE 21 de 2016, el Hospital Muñiz realizó alrededor del 25% de las notificaciones, siendo del 17% en el mismo período de 2017. Se observa que en relación a la SE 21 de 2016, en el presente año a nivel global, los efectores de salud notificaron un 3% menos que en el año 2016. Ocho nuevas instituciones comenzaron a notificar en 2017.

Del total de las notificaciones hasta la SE 21 del año 2017, el 7,7% (43) fueron realizadas en establecimientos privados o de Obras Sociales. El restante 92,3% (516) de los pacientes se atendieron en efectores públicos de la CABA, de ellos el 84,4% corresponden a hospitales y el 7,9% restantes a Centros de Salud.

De las notificaciones de 2017 hasta la SE 21, 339 contaban con datos de localización de la TBC mientras que en 2016, para el mismo período, en 421 notificaciones de 557, se pudo obtener dicho dato. A continuación, se presenta la tabla con detalle de estas notificaciones.

Tabla 3. Número y porcentaje por localización de TBC.
Residentes CABA. Hasta la SE 21 de 2016.

Localización	2016		2017	
	Casos	%	Casos	%
Pulmonar	322	76,5%	247	72,9%
Extrapulmonar	76	18,05%	78	23,01%
Ambas	23	5,46%	14	4,13%
Sin datos	136		229	
Total	557	100%	568	100%

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

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

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

10. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

- MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016.
- VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.
- MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.
- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016.
- DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016.
- INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016.
- SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
- ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016.
- INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017.
- SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017.
- INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017.
- 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.

11. ANEXO. EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO

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

11.1. Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																					
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 11				1		-1	1	1	0													
CESAC 13																			1		-1	
CESAC 14													2		-2				1		-1	
CESAC 15													1	2	1							
CESAC 18		1	1																			
CESAC 19		1	1											1	1							
CESAC 20					2	2																
CESAC 24		33	33				1	-1		1	1		1	1		2	2					
CESAC 27	2		-2											1	1							
CESAC 3																1	-1					
CESAC 30							2	-2														
CESAC 31														1	1							
CESAC 34																			1		-1	
CESAC 35							1	-1		2	2		1	1								
CESAC 39	1		-1																			
CESAC 40				1		-1							1	4	3							
CESAC 41	1		-1							1	1					1	-1					
CESAC 5														1	1							
CESAC 6																						
CESAC 7										1	1											
CESAC 8							1	-1														
CESAC 9										2	2		1	2	1		1	1	1	1		-1
Subtotal (CeSAC)	4	35	31	2	2	0	6	1	-5	0	7	7	5	14	9	2	3	1	4	0	-4	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	23%		4%	3%		5%	1%		0%	7%		2%	6%		1%	1%		4%	0%		

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																							
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																								
FUNCEI				1	-1	1		-1							8	5	-3	4		-4	18	14	-4	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1	6	11	5	1		-1			1	6	5	21	16	7	3	-4	14	14	0		
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	1	1	0	15	21	6	2	1	-1			3	17	14	7	40	33	12	9	-3	29	21	-8	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		4	4	3	2	-1	5	29	24			2	2	1	2	1		3	3					
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		11	11	3	2	-1		16	16			10	4	-6	8	12	4							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		4	4	5	2	-3		1	1		9	9	12	4	-8	2	3	14		-14	1	2	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES								1	1		2	2	1	1	0	1	-1	20		-20	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	92	65	-27		3	3				1	5	4	4	7	3	13	7	-6		3	3	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	45	24	-21							1	10	9	7	4	-3	8	4	-4	2		-2		2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1		-1					5	5	3	1	-2	3	1	-2	8		-8	6	-6	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1		-1	3		-3		4	4	3		-3	3	2	-1	2		-2	4	-4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				2		2		1	1	5	13	8		18	18		25	25		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES										5	4	-1		9	9		17	17		4	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND				3		-3	1		-1	7	1	-6	4		-4	4		-4			2		-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1		-1	2		-2	3	2	-1	3		-3	2		-2	2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU							6		-6							3		-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES							2	4	2							1		-1				1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				1	1	0	4	5	1		2	2	36	26	-10	55	30	-25	11	2	-9	9	-3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	2	4	2		2	2	24	20	-4	21	23	2	5		-5	7	-4	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													6		-6	14	6	-8	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1	1	1	0	3	2	-1				1	1	0	1	1	1	1	1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES							1	1								1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA							2	1	-1	1		-1	8	8	0	4	6	2		3	3	2	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES							3	1	2	1	5		-5	10	19	9	8	5	-3	7	4	-3	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		1	1	2	2	0	37	27	-10	16	16	0	92	82	-10	195	182	-13	2	3	1	6	7	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	1	-1				31	4	-27	17	14	-3	4	7	3	3	13	10	3	3	0	4	8	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO		6	6		5	5	2	14	12	28	5	-23	9	3	-6	15	1	-14		6	6	2	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES								1	1	9		-9												
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										19	6	-13		1	1				4		-4	4	-4	
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										47		-47							1		-1	9	-9	
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1	
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	141	118	-23	44	56	12	105	113	8	164	100	-64	241	240	-1	385	406	21	105	45	-60	121	84	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	97%	77%		96%	97%		95%	99%		100%	93%		98%	94%		99%	99%		96%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	145	153	8	46	58	12	111	114	3	164	107	-57	246	254	8	387	409	22	109	45	-64	121	84	

11.2. Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GRASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos												
CESAC 1				19		-19													
CESAC 11				4	32	28													
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23													
CESAC 12				46	7	-39													
CESAC 13				48	45	-3													
CESAC 14				40		-40													
CESAC 15				46	57	11													
CESAC 18	2	2	0	30	15	-15													
CESAC 19				58	36	-22													
CESAC 2				54	21	-33													
CESAC 20					24	24													
CESAC 24				38	72	34								2	2				
CESAC 27				37	29	-8													
CESAC 3	3	3	0	39	2	-37	1		-1										
CESAC 30				43		-43													
CESAC 31	3	1	-2	42	26	-16													
CESAC 34				17	9	-8													
CESAC 35				30		-30													
CESAC 39				70		-70													
CESAC 4				24		-24													
CESAC 40	2	1	-1	82	38	-44				1		-1							
CESAC 41				44	9	-35													
CESAC 5		1	1	83		-83		1	1								1		-1
CESAC 6	23		-23	78	10	-68													
CESAC 7				39		-39	1		-1										
CESAC 8				63	2	-61													
CESAC 9				59	86	27													
Subtotal (CeSAC)	33	8	-25	1133	543	-590	2	1	-1	1	0	-1	0	2	2	1	0		-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	21%	5%		7%	4%		67%	20%		17%	0%		0%	13%		50%			

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GRASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																		
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA		2	2															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					6	6												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1114	222	-892												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				2122	673	-1449												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				443	351	-92						1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	658	710	52						1		1	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1		-1	118	246	128					1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1		42	42												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	5	5	0	772	655	-117					1	1		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	4	4	0	366	270	-96												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				13	16	3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO				7	8	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	15	184	169		1	1			1	1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				12	153	141								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		5	5	62	75	13												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	49	61	12												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				636	339	-297												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				78	62	-16												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	12	13	1	585	403	-182					2	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	7	5	170	194	24								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				134	129	-5					1	1	2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				17	48	31							1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL		1	1	808	845	37												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				95	99	4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				533	513	-20												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1		-1	569	566	-3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8	11	3	950	779	-171					1		-1					
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	8	8	0	138	152	14												
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	49	45	-4	1064	1289	225					2	1	-1	2	2	0		
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	5	1	-4	23	9	-14						1	1	4	5	1		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2	6	4	500	452	-48		1	1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	15	18	3	1379	1479	100		2	2									
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	2	4	2	440		-440												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	9	10	1	588		-588	1		-1									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA											2		-2					
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													2		-2			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		2	2	1219	1046	-173												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	125	147	22	15677	12076	-3601	1	4	3	5	8	3	12	14	2	1	0	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	79%	95%		93%	96%		33%	80%		83%	100%		100%	88%		50%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	158	155	-3	16810	12619	-4191	3	5	2	6	8	2	12	16	4	2	0	-2

11.3. Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
CESAC 1						
CESAC 11					1	1
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 12				1		-1
CESAC 13				3	3	0
CESAC 14				8		-8
CESAC 15				4	2	-2
CESAC 18				6	4	-2
CESAC 19	1		-1	2	5	3
CESAC 2				7	1	-6
CESAC 20		1	1		3	3
CESAC 24				3	3	0
CESAC 27				12		-12
CESAC 3				3		-3
CESAC 30				2		-2
CESAC 31	3	1	-2	2	1	-1
CESAC 34				4		-4
CESAC 35				2		-2
CESAC 39				9		-9
CESAC 4				4		-4
CESAC 40	2		-2	7	2	-5
CESAC 41	1		-1	2		-2
CESAC 6				37	2	-35
CESAC 7	1		-1	7		-7
CESAC 8	1		-1	5		-5
CESAC 9		1	1	2	4	2
Subtotal (CeSAC)	9	3	-6	132	32	-100
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	6%		13%	6%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
FUNCEI	1		-1	1		-1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES					2	2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	10	3	-7	37	11	-26
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				52	21	-31
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				35	7	-28
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		3	3	45	26	-19
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		1	1	1	8	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	8	3	-5	21	16	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	5	3	29	8	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO				1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				1	17	16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				1	14	13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1	44	32	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				29	11	-18
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1	3	2	24	10	-14
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	3	2	2	7	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				42	3	-39
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				20	16	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				3	1	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				30	37	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				10	9	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	11	4	-7	20	15	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	6	4	-2	26	21	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8	1	-7	69	37	-32
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	5	3	15	10	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2	5	3	90	46	-44
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1		-1	39	32	-7
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	68	45	-23
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	47		-47
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES				57		-57
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	58	44	-14	866	466	-400
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	94%		87%	94%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	67	47	-20	998	498	-500

11.4. Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA			INTOXICACION POR HIDROCARBUROS			INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO			INTOXICACIÓN POR OTROS TÓXICOS			INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			INTOXICACION POR METALES PESADOS		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC					1	1															
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES								5	5												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	5	3					1	1	1		-1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES																					
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA								2	2												
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES																					
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	16	7	-9	1	1		4	2	-2	31	28	-3		1	1				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	6	1	-5					5	5	2		-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																1					-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																			2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	25	5	-20				4	1	-3	7		-7	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	4	1	-3				3		-3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		2	2							1		-1							2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	14	17	3				9	13	4	4	6	2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	12	4	-8				7		-7		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4		-4				14	3	-11		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1																		
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	84	42	-42	0	2	2	41	36	-5	47	36	-11	2	1	-1	1	0	-1	5	0	-5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%	100%			100%	100%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	84	42	-42	0	2	2	41	36	-5	47	36	-11	2	1	-1	1	0	-1	5	0	-5

11.5. Lesiones

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	1		-1							1		-1			
CESAC 11		4	4		1	1		3	3						
CESAC 13										1		-1			
CESAC 15	9	2	-7				2	2	0	1		-1	9		-9
CESAC 18	4		-4												
CESAC 19	5	1	-4												
CESAC 2	2		-2												
CESAC 20		1	1												
CESAC 27	4	3	-1										1		-1
CESAC 3	1		-1												
CESAC 30	6		-6				1		-1	1		-1			
CESAC 34		9	9												
CESAC 35	2		-2												
CESAC 40	12	2	-10												
CESAC 41													1		-1
CESAC 5							1		-1	2		-2			
CESAC 6										10		-10			
CESAC 8	12	1	-11	1		-1								1	1
CESAC 9	1	9	8		1	1	1	1	0		1	1			
Subtotal (CeSAC)	59	32	-27	1	2	1	5	6	1	16	1	-15	11	1	-10
Porcentaje sobre las notificaciones totales	7%	4%		1%	3%		1%	3%		0%	0%		0%	0%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES										11	11				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		20	20	15		-15	50	15	-35	2647	2440	-207	195	174	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	104		-104	3		-3	38	21	-17	1305	1220	-85	131	59	-72
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	4	31	27		3	3		1	1	11	90	79		9	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES										2	11	9		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD		18	18	1	2	1	55	33	-22	2908	3121	213	176	182	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES		5	5	2		-2	48	29	-19	783	752	-31	47	64	17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	4	8	4		1	1				2	3	1	192	190	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	12	4	-8							2		-2	136	68	-68
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	5	130	125	3	17	14	3	7	4	45	242	197	2	24	22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	6	100	94	1	12	11	6	6	0	14	199	185		28	28
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	4	20	16	8		-8	32	21	-11	20	4	-16	83	55	-28
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	8	7				17	9	-8	5	1	-4	60	38	-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	162	21	-141	13		-13	7		-7	1922	1053	-869	145	78	-67
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	22	65	43	1		-1	2		-2	166	72	-94	42	19	-23
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	172	235	63	23	25	2	62	33	-29	1524	955	-569	330	256	-74
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	64	100	36	9	6	-3	13	4	-9	373	388	15	85	70	-15
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										300	238	-62			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES										77	70	-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	81	80	1		-1	21	13	-8	2826	2258	-568	121	90	-31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		6	6					3	3	510	252	-258		49	49
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	10		-10	6		-6	1		-1	3438	2568	-870	210	177	-33
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	1		-1				1		-1	1812	1177	-635	24	25	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA				2		-2				2113	1398	-715	421	541	120
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										62	26	-36	3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	47	14	-33	15		-15				1867	1726	-141	64	205	141
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES										33	17	-16	3	25	22
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE										163	156	-7			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES										156	165	9			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	72		-72							93		-93	10		-10
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	40		-40							62		-62	5		-5
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	731	866	135	103	66	-37	356	195	-161	25241	20613	-4628	2485	2427	-58
Porcentaje sobre las notificaciones totales	93%	96%		99%	97%		99%	97%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	790	898	108	104	68	-36	361	201	-160	25257	20614	-4643	2496	2428	-68

11.7. Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 13	1	1	0
CESAC 14	10	2	-8
CESAC 18	16	4	-12
CESAC 19	5	2	-3
CESAC 20		6	6
CESAC 24	6	6	0
CESAC 3	1		-1
CESAC 31	3		-3
CESAC 40	11	7	-4
CESAC 41	5		-5
CESAC 5	13		-13
CESAC 6	1		-1
Subtotal (CeSAC)	72	28	-44
Porcentaje sobre las notificaciones totales	14%	7%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos									
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	79	45	-34	6	1	-5			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	144	93	-51	1		-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	6		-6				4	2	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	31	1	-30				14	15	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	7	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	7	8	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	5	3					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	5	7	2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	1	3	2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		19	19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		9	9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	5	11	6						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	17	8	-9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	3	1	-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	29	24	-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	15	20	5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	20	7	-13						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	21	9	-12	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	35	38	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	14	3	-11						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							6	5	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							2	8	6
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							6	6	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	7	5	-2						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	11	13	2						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	458	353	-105	8	1	-7	33	41	8
Porcentaje sobre las notificaciones totales	86%	93%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	530	381	-149	8	1	-7	33	41	8

11.8. Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	26		-26							46		-46
CESAC 11		36	36	10	86	76					3	3
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	27	2	-25							6	4	-2
CESAC 13	15	6	-9	9		-9				12	1	-11
CESAC 14	23		-23	8		-8				8		-8
CESAC 15	38	27	-11	8	7	-1				11	13	2
CESAC 18	138		-138	186		-186				25		-25
CESAC 19	260	32	-228	21		-21				21	11	-10
CESAC 2	49	3	-46							56	1	-55
CESAC 20		1	1								5	5
CESAC 24	14	93	79	5	23	18				15	27	12
CESAC 27	12	1	-11	40		-40				11		-11
CESAC 3	46		-46							20		-20
CESAC 30	37		-37	11		-11				9		-9
CESAC 31	11	6	-5	63	23	-40				5	3	-2
CESAC 34	12		-12	129	28	-101				6		-6
CESAC 35	17		-17							9		-9
CESAC 39	29		-29	5		-5				7		-7
CESAC 4	29		-29	2		-2				7		-7
CESAC 40	53	5	-48	1		-1				20	2	-18
CESAC 41	12		-12	17	2	-15				22	2	-20
CESAC 5	7		-7							16		-16
CESAC 6	42	1	-41	112		-112				7		-7
CESAC 7	18		-18							14		-14
CESAC 8	37		-37							12		-12
CESAC 9	100	60	-40		16	16	52		-52	35	14	-21
Subtotal (CeSAC)	1052	296	-756	627	200	-427	52	0	-52	400	92	-308
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	7%		4%	2%		3%	0%		9%	3%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos												
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					20	20						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	15	5	-10	58	64	6	84	37	-47	72	76	4
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	2	2	0	56	74	18	109	99	-10	122	144	22
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	168	6	-162	80	3	-77				115	9	-106
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	331	24	-307	164	27	-137				278	50	-228
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	59	21	-38	2098	1018	-1080	86	44	-42	145	53	-92
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	393	184	-209	3313	1513	-1800	97	71	-26	222	139	-83
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	69	135	66	68	189	121	30	37	7	63	117	54
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	17	25	8	6	34	28	9	6	-3	8	27	19
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	76	71	-5	174	613	439	35	25	-10	76	60	-16
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	65	52	-13	107	319	212	23	11	-12	47	27	-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	17	8	-9	5	16	11	8		-8	96	30	-66
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	28	9	-19	4	3	-1	6	2	-4	75	11	-64
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	54	211	157	1	5	4				9	112	103
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	46	110	64	8	1	-7	1		-1	11	83	72
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	190	7	-183	2	24	22	43	1	-42	81	28	-53
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	56	3	-53		10	10	9	2	-7	101	17	-84
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	41	5	-36	209	28	-181	2		-2	131	22	-109
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	14	1	-13	36	7	-29	1		-1	23	12	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	344	78	-266	2360	462	-1898	74	61	-13	96	44	-52
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	142	44	-98	603	197	-406	22	13	-9	17	5	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	111	121	10	124	95	-29				128	80	-48
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	48	65	17	43	34	-9				33	37	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	168	139	-29	765	503	-262	14	42	28	148	95	-53
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	49	26	-23	120	58	-62	1	1	0	21	12	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	223	77	-146	318	126	-192				152	43	-109
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	354	119	-235	243	92	-151	6	1	-5	131	33	-98
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	159	183	24	842	591	-251	125	75	-50	275	256	-19
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	60	91	31	153	111	-42	42	32	-10	99	88	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	1453	683	-770	307	285	-22	213	170	-43	179	289	110
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	29	4	-25		7	7	3		-3	3		-3
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	317	226	-91	89	50	-39				42	31	-11
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	1154	879	-275	360	139	-221				103	174	71
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	125		-125	272		-272	35		-35	75		-75
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	189		-189	333		-333	158		-158	87		-87
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	33		-33				4		-4			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	31		-31				11		-11			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	152	114	-38	1882	1192	-690	233		-233	713	576	-137
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	6782	3728	-3054	15203	7910	-7293	1484	730	-754	3977	2780	-1197
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	93%		96%	98%		97%	100%		91%	97%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	7834	4024	-3810	15830	8110	-7720	1536	730	-806	4377	2872	-1505

11.9. Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 24		1	1			
CESAC 40	1		-1	2		-2
CESAC 9		1	1			
Subtotal (CeSAC)	1	2	1	2	0	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	4%		2%	0%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	6	4	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	2	2	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	6	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		2	2		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		3	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	4	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	2	-5			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	2	3	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	3	3	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	11	10	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	7	5	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	9	2	-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	26		-26	20		-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	8		-8	7		-7
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	10		-10	26		-26
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	19		-19	29		-29
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	121	50	-71	82	2	-80
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	96%		98%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	122	52	-70	84	2	-82

11.10. Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES					
	DENGUE AGRUPADO			DENGUE CLÁSICO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1	9		-9	3	3	0
CESAC 13	5		-5		2	2
CESAC 14	1		-1		2	2
CESAC 15				4		-4
CESAC 18	50		-50	57	5	-52
CESAC 19	5		-5	1	3	2
CESAC 2						
CESAC 20	5		-5	2	1	-1
CESAC 24	16		-16	1	4	3
CESAC 30	26		-26			
CESAC 31	1	2	1	3		-3
CESAC 35	26		-26		1	1
CESAC 39	1		-1			
CESAC 4				1		-1
CESAC 5	1		-1	20		-20
CESAC 6	1		-1	1		-1
CESAC 7	5		-5	8		-8
CESAC 8	57		-57	2	3	1
CESAC 9	1		-1			
Subtotal (CeSAC)	210	2	-208	103	24	-79
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	8%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS			BRUCELOSIS			LEISHMANIASIS MUCOSA			LEISHMANIASIS VISCERAL			TRIQUINOSIS			DENGUE AGRUPADO			FIEBRE CHIKUNGUNYA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ													1		-1	1413		-1413			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES					11	-11		1	1		1	1	19	1	-18	801		-801	2		-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1		1	1				1	1	0		1	1					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA					1	1										92		-92			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES					1	1										8		-8	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																		1	1	2	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1													1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD																396		-396		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES																6		-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																482		-482			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																23		-23			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																7		-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND																151		-151		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU																154		-154			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																280		-280			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ																364	6	-358			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																	9	9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL																266		-266			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA																706		-706			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA																107		-107			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																763	7	-756			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																17		-17			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES																57		-57			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES					1	-1															
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																24		-24			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES																5		-5			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1	0	-1	1	15	14	0	1	1	2	2	0	20	2	-18	6122	23	-6099	6	5	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		97%	92%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	1	15	14	0	1	1	2	2	0	20	2	-18	6332	25	-6307	6	5	-1

Notificaciones hasta la SE 21 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA														35	35						
FUNCEI													80		-80						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1							4	4	236	45	-191					1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1		-1	1	1	0	1	8	7	294	77	-217		1	1		2	2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC												140	4	-136							
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	3	2			214	9	-205		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA												113	16	-97							
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES								1	1			240	20	-220							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA												548	25	-523							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES												101	10	-91							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD												214	5	-209							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES												200	2	-198							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI												230	7	-223							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES								1	1			79	1	-78							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH												74		-74							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				1	1	0			24		-24							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1									84	5	-79							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES												19	7	-12							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU												68	21	-47							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES												22	6	-16							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO												151	15	-136							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES							1		-1			54	5	-49	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													7	7							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL												245	3	-242							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES								1	1			38	1	-37						1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								1	1			26	11	-15							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES												19	14	-5							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA												89	12	-77							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES												92	5	-87							
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1				-1	293	32	-261				
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES												37		-37							
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1									48	3	-45							
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES												160	18	-142							
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ												77	5	-72							
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		2				-2						126		-126							
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA												3		-3							
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES												3		-3							
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO												462	92	-370	1	1	0				
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES												196	30	-166							
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN												30		-30							
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES												36	5	-31							
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	3	3	0	1	0	-1	4	9	5	2	12	10	5165	553	-4612	2	3	1	1	4	3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%			100%	100%		100%	100%		98%	96%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	3	3	0	1	0	-1	4	9	5	2	12	10	5268	577	-4691	2	3	1	1	4	0