

  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Nº 99 Año III / 13 de Julio de 2018
Información hasta SE 26

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

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

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

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

Data Entrys

Germán Adell
 Marco Muñoz
 Rosalía Paez Pérez
 Bianca Spirito
 Christian Turchiaro

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

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

Alfredo Alcón

Nació el 3 de marzo de 1930 en Ciudadela. Actor y director. Actuó en más de cincuenta películas, más de cuarenta obras de teatro y varias telenovelas. Ingreso a los catorce años al Conservatorio de Arte Dramático. Comenzó a trabajar en 1954 como actor de radio. En 1955 filma su primera película: *El amor nunca muere*. En 1963, actuó por primera vez en el Teatro San Martín con la dirección de Margarita Xirgu. Con Leopoldo Torre Nilsson desempeñó algunos de sus roles cinematográficos más importantes: *El Santo de la espada* (1970), *Un guapo del 900* (1960), *Martín Fierro* (1968), *La maffia* (1972), *Los siete locos* (1973) y *Boquitas pintadas* (1974). En 1975, interpretó al Diablo en *Nazareno Cruz y el lobo*, de Leonardo Favio. En 1964, protagonizó *Los inocentes*, de Juan Antonio Bardem, trabajo que le permitió incursionar en el cine español. En 1997 interpretó, con dirección de Norma Aleandro y junto a Julio Bocca, *Llanto por la muerte* de Ignacio Sánchez Mejías, espectáculo en el cual el bailarín danzaba mientras el actor recitaba esta elegía de García Lorca. Ese mismo año participó en el álbum *Alta fidelidad*, de Mercedes Sosa y Charly García en la canción *Los sobrevivientes*. En dirección teatral dirigió *Final de partida*, de Samuel Beckett en 1991, para la función inaugural del teatro Andamio 90 y nuevamente en 2013, en la sala Casacuberta del Teatro San Martín. Recibió varias distinciones tanto nacionales como internacionales entre las que se cuentan: seis Premios ACE por sus trabajos en teatro, incluyendo el ACE de Oro (1992) y en 2005 la Asociación de Cronistas Cinematográficos de la Argentina le otorgó el Cóndor de Plata a la trayectoria. En el año 2002, fue distinguido por la Legislatura porteña como Ciudadano ilustre de la Ciudad de Buenos Aires. Falleció el 11 de abril de 2014. Fue despedido en el Teatro San Martín, cuyo hall central fue posteriormente bautizado con su nombre en su honor.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES	5
EDITORIAL.....	6
I. EL BES.....	7
I.1. INTRODUCCIÓN	7
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	7
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS 2.0	7
I.2.B. Otras fuentes	7
II. RESUMEN EJECUTIVO.....	8
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO	9
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS.....	11
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	11
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	11
IV.3. GASTROENTÉRICAS	11
IV.4. HEPATITIS	11
IV.5. INMUNOPREVENIBLES	11
IV.6. INTOXICACIONES	12
IV.7. LESIONES	12
IV.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	12
IV.9. OTRAS.....	12
IV.10. ZONÓTICAS Y POR VECTORES.....	12
V. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017.....	13
V.1. INTRODUCCIÓN	13
V.1.A. Nota metodológica	13
V.2. ESAVI NOTIFICADOS EN EL AÑO 2017	14
V.2.A. Clasificación de los ESAVI	17
V.2.B. Conclusiones	18
VI. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	19
VI.1. INTRODUCCIÓN	19
VI.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	19
VI.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	20
VI.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA.....	20
VI.4.A. Enfermedad Tipo Influenza (ETI).....	21
VI.4.B. Bronquiolitis en menores de 2 años	21
VI.4.C. Neumonía	22
VI.4.D. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	23
VI.4.E. Mortalidad por IRA	23
VI.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS	25
VII. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA - CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018.....	28
VII.1. INTRODUCCIÓN	28
VII.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	28
VII.2.A. Observación de animales mordedores.....	28
VII.2.B. Detección de virus rábico en muestras mediante diagnóstico de laboratorio.....	29
VII.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL.....	31
VII.3.A. Vacunación de animales y control poblacional mediante esterilizaciones quirúrgicas.....	31
VII.3.B. Educación para la salud.....	32
VII.3.C. Acciones de control de focos de rabia.....	32
VII.3.D. Seguimiento de animales con exposición a murciélagos positivos a rabia o no analizables.....	33
VIII. VIGILANCIA DE SÍFILIS	34
VIII.1. INTRODUCCIÓN	34
VIII.2. SITUACIÓN NACIONAL.....	34
VIII.3. ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 26.....	34
VIII.4. ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 26	36
VIII.4.A. Sífilis congénita.....	36
VIII.4.B. Sífilis en embarazadas.....	38
X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	42

SOBRE LAS TAPAS DEL BES

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

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

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

EDITORIAL

(Del BES 95)

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

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

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

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

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



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

I. EL BES...

I.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.2.B. **Otras fuentes**

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

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

II. RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de CABA (BES). De acuerdo a las características de cada uno de los eventos bajo vigilancia, se exponen de manera detallada con diferente periodicidad.¹

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

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

Informes mensuales:

- [Situación Sífilis](#)

INFORMES ESPECIALES

[VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN \(ESAVI\) DURANTE EL AÑO 2017.](#)

Autores: Curti P., Inglese A., Rancaño C., Saia M., Marcos A.
Colaboradores: Santomaso C., Machado MP., Paredes Y.

[VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018.](#)

Instituto de Zoonosis Luis Pasteur

Resumen cualitativo del BES

Para los eventos de notificación obligatoria no se encuentran diferencias significativas con el resumen del BES N° 98.

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

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

III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 26** del corriente año (finalizada el 30 de junio) y se compara con el mismo período del año 2017 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 26 en Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	127	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	VER INFORME SIFILIS			
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	VER INFORME SIFILIS			
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	22	23		5
	ARANEISMO	2	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	
Gastroentéricas	DIARREAS	0	0	0	
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	141	144		2
	DIARREAS BACTERIANAS	15	10	-5	
	DIARREAS VIRALES	2	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	2	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	5	25	20	
	HEPATITIS B	35	28	-7	-20
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	28	30	2	7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	68	39	-29	-43
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	8	176	168	
	PAF*	0	4	4	
	PAROTIDITIS	191	86	-105	-55
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	51	20	-31	-61
	POR METALES PESADOS	2	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	52	22	-30	-58
	POR OTROS TÓXICOS	37	14	-23	
	POR PLAGUICIDAS	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	1	0	

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 26** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	43	27		-37
	MORDEDURA POR RATA	4	3	-1	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	5	3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	9	4	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	3	-4	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	15	17	2	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	4	1	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	10	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	14	7	-7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	3	-1	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0		
Otras	LEPRA	1	4	3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	33	11	-22	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	-1	
	TUBERCULOSIS*	565	464		-18
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 98			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)				
	FIEBRE CHIKUNGUNYA				
	FIEBRE AMARILLA				
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	30	12	-18	
	PSITACOSIS	8	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	38	11	-27	
	PALUDISMO	1	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	5	4	-1		

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

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

IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	5	0	100	22	127	3	1	71	4	79		-38
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	85	0	0	0	85	49	0	0	0	49		-42
	SÍFILIS CONGÉNITA*	VER INFORME SIFILIS											
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	VER INFORME SIFILIS											

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

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

La caracterización de las [Sífilis Congénita y en Embarazadas](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	4	9	9	0	22	2	4	17	0	23		5
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

IV.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	141	0	0	0	141	144	0	0	0	144		2
	DIARREAS BACTERIANAS	15	0	0	0	15	10	0	0	0	10	-5	
	DIARREAS VIRALES	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	

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

Los datos presentados de **Diarreas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la SE 25 2017-2018 en el **BES N° 98**.

IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	5	0	0	0	5	17	2	5	1	25	20	
	HEPATITIS B	19	5	11	0	35	13	0	15	0	28	-7	-20
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	22	1	5	0	28	19	0	10	1	30	2	7
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	8	0	10	0	18	18	

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

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	10	0	49	9	68	9	0	29	1	39	-29	-43
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	7	8	3	0	155	18	176	168	
	PAF*	0	0	0	0	0	0	0	3	1	4	4	
	PAROTIDITIS	13	19	159	0	191	12	1	73	0	86	-105	-55

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

Los datos presentados de **Coqueluche de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la SE 25 2017-2018 en el **BES N° 98**.

IV.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	12	7	32	0	51	0	0	20	0	20		-61
	POR METALES PESADOS	0	2	0	0	2	0	0	4	0	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	25	17	8	2	52	1	0	21	0	22		-58
	POR OTROS TÓXICOS	28	1	8	0	37	6	0	8	0	14	-23	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	

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

IV.7. LESIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	5	38	0	0	43	26	0	1	0	27		-37
	MORDEDURA POR RATA	1	3	0	0	4	2	1	0	0	3	-1	

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

IV.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	1	0	2	3	0	2	0	5	3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	2	3	0	9	0	0	4	0	4	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	3	0	0	0	3	1	0	0	0	1	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	6	0	1	0	7	3	0	0	0	3	-4	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	2	1	9	3	15	0	1	15	1	17	2	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	1	1	1	1	4	0	0	0	1	1	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	0	0	0	9	9	0	1	0	10	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	2	7	2	14	1	0	5	1	7	-7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	0	1	0	4	2	0	0	1	3	-1	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

IV.9. OTRAS

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

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

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

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

IV.10. ZONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	2	1	1	0	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 98											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)												
	FIEBRE CHIKUNGUNYA												
	FIEBRE AMARILLA												
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	1	0	29	0	30	1	0	6	5	12	-18	
	PSITACOSIS	4	0	4	0	8	0	0	8	0	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	1	4	18	15	38	0	1	7	3	11	-27	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	5	0	5	0	0	2	2	4	-1	

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

La caracterización de [Dengue, Zika y Chikungunya](#) se desarrolla de manera ampliada en el BES 98.

V. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017.

Autores: Curti P., Inglese A., Rancaño C., Saia M., Marcos A.

Colaboradores*: Santomaso C., Machado MP., Paredes Y.

*Este informe se realizó en marco de rotaciones de la Residencia Post-básica de Epidemiología Aplicada por el Programa de Inmunizaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en los meses de febrero a mayo de 2018.

V.1. INTRODUCCIÓN

Los Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización o ESAVI se definen como todo cuadro clínico que aparece luego de la administración de una vacuna y que supuestamente pueda atribuirse a la misma. Incluye los errores programáticos relacionados con la vacunación. Un ESAVI grave es todo aquel evento que resulte en hospitalización o fallecimiento. Es importante mencionar que un ESAVI, si bien denota una asociación temporal, no implica necesariamente una relación de causa y efecto. La causalidad entre el evento y la vacunación se determinará mediante la investigación del caso.²

El Programa de Inmunizaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires utiliza la siguiente clasificación de los ESAVI según su nexos causal:

- **Reacción Coincidente:** Definitivamente no relacionado a la vacuna (enfermedad producida por otra etiología)
- **Reacción relacionada con un error en la inmunización:** El ESAVI es causado por una manipulación, prescripción o administración inapropiada de la vacuna y por lo tanto, es prevenible.
- **Reacción relacionada a la vacuna:** El ESAVI está relacionado con una o más de las propiedades inherentes de las vacunas.
- **Reacción relacionada con la ansiedad por la inmunización:** El ESAVI se produce debido a la ansiedad respecto al acto de vacunación.
- **Reacción no concluyente:** La evidencia disponible no permite determinar la etiología.

La vigilancia de ESAVI la realiza el Programa de Inmunizaciones del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ante la detección de un ESAVI debe darse la atención o derivación inmediata, completar la ficha de notificación y enviarla a la brevedad posible al Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires (inmunizaciones@buenosaires.gob.ar).³

El Programa de Inmunizaciones tiene como función principal organizar y programar la gestión, distribución y provisión de insumos inmunobiológicos y de material descartable. Para más información sobre el Programa, horarios de vacunatorios y Calendario de Vacunación se puede consultar el siguiente enlace:

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/vacunaseinmunizacion>

V.1.A. Nota metodológica

La información aquí presentada surge del análisis de la base de datos de ESAVI del Programa de Inmunizaciones de la Ciudad de Buenos Aires, alimentada por las notificaciones realizadas por efectores públicos y privados de la ciudad. Se incluyen residentes y no residentes de la ciudad, sin realizar distinción entre ellos.

Para calcular las tasas se utilizó como denominador las dosis aplicadas en 2017 en la Ciudad de Buenos Aires, tanto a residentes como no residentes. Se cuenta con datos de aquellas vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación del sector público, de la seguridad social y privado.

Respecto a la clasificación de los ESAVI según nexos causal se utilizó la clasificación del Programa de Inmunizaciones.

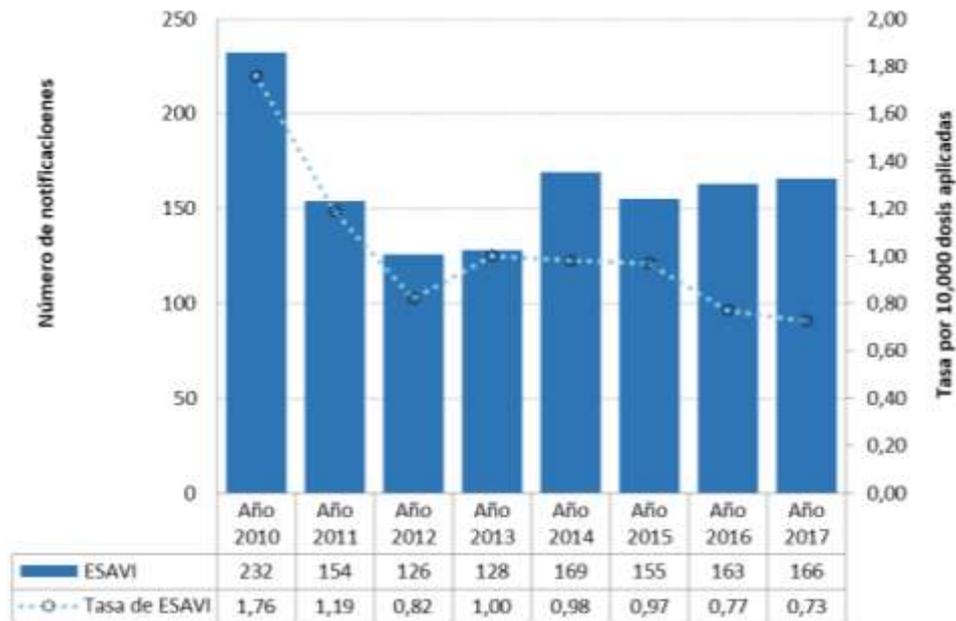
² Manual de vacunación segura: ESAVI - Argentina 2012. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000448cnt-2014-01_manual-vacunacion-segura-esavi.pdf

³ Ficha de ESAVI disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000475cnt-2018-03_ficha-notificacion-esavi.pdf

V.2. ESAVI NOTIFICADOS EN EL AÑO 2017

Durante el año 2017 se recibieron 166 notificaciones de ESAVI realizadas por efectores de la Ciudad de Buenos Aires. Teniendo en cuenta las dosis aplicadas en 2017 en la Ciudad de Buenos Aires, la tasa de ESAVI fue de 0,73 cada 10.000 dosis aplicadas.

Gráfico 1. Frecuencia de ESAVI y tasa por 10.000 dosis aplicadas por año. Ciudad de Buenos Aires (residentes y no residentes). Serie histórica 2010-2017.



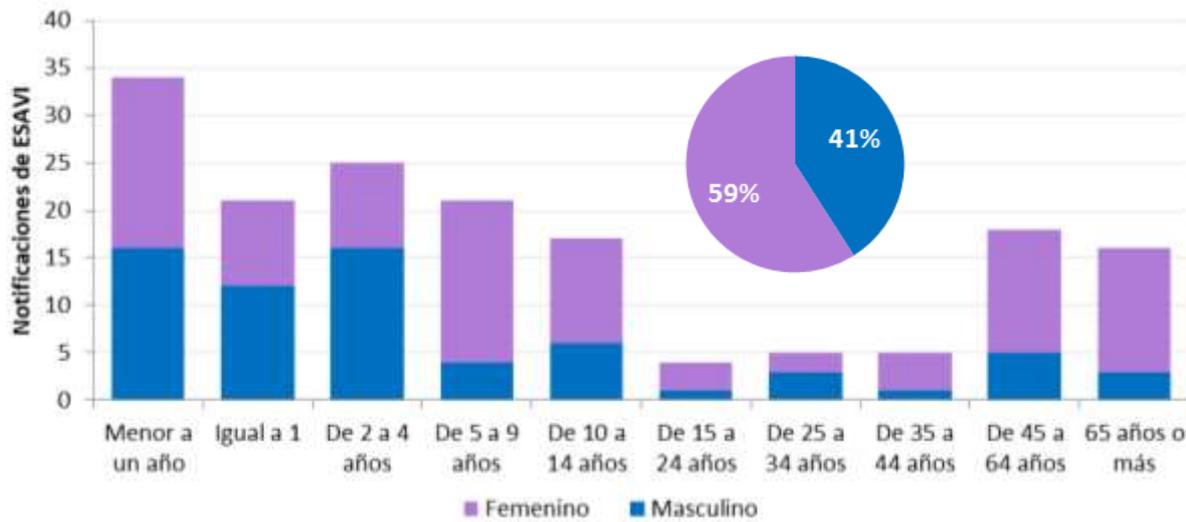
Fuente: Programa de Inmunizaciones GCBA

En la serie histórica se evidencia una tendencia estable de la tasa de notificación de ESAVI, con la excepción de 2010 donde se registró mayor notificación en contexto de una sensibilización del sistema de vigilancia en relación a la vacuna antigripal con la cepa pandémica.

Se recibieron notificación de ESAVI relacionados a 24 vacunas. El 52,4% de las notificaciones se asociaron a la vacuna antigripal, antineumocócica de 13 serotipos, pentavalente, varicela o VPH cuadrivalente. Si se analizan los ESAVI en función de las dosis aplicadas se destacan la vacuna de Neumo 23 serotipos y Varicela con alta tasa de ESAVI. En el caso de Neumo 23 es una vacuna con alta reactogenicidad, sin registro casos graves en 2017. En el caso de la vacuna de varicela la frecuencia de ESAVI se vio afectada por errores programáticos (13/14).

El siguiente gráfico muestra la distribución de los eventos por sexo y grupo de edad de los ESAVI notificados.

Gráfico 2. Distribución de ESAVI según grupos de edad y sexo.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.



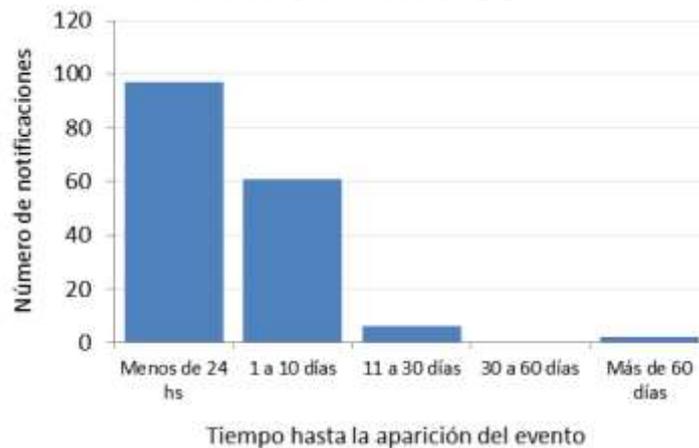
Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

La edad de los afectados estuvo comprendida en un rango de menores de 1 año hasta 93 años. El 71,0% de las notificaciones ocurrieron en los menores de 11 años, con una mediana de 5 años. La distribución de los ESAVI por edad se relaciona con la aplicación de vacunas según el Calendario Nacional de Vacunación, concentrada en los niños y con aumento en los adultos mayores.

Respecto a la distribución por sexo, se registró mayor proporción de mujeres en los grupos de edad mayores de 6 años. Este predominio podría relacionarse a mayor acceso a la vacunación y a los servicios de salud entre las mujeres.

En cuanto al tiempo de aparición de los síntomas se observó una mediana de menos de 24 horas, con un rango de 0 a 473 días. El caso que se presentó a los 473 días de la vacunación corresponde a una osteomielitis crónica de rodilla por *Mycobacterium bovis* cepa Calmette-Guerin en un paciente con sospecha de inmunodeficiencia. A continuación se muestra la distribución por tiempo hasta la aparición del evento.

Gráfico 3. ESAVI según tiempo hasta la aparición del evento desde la vacunación.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.

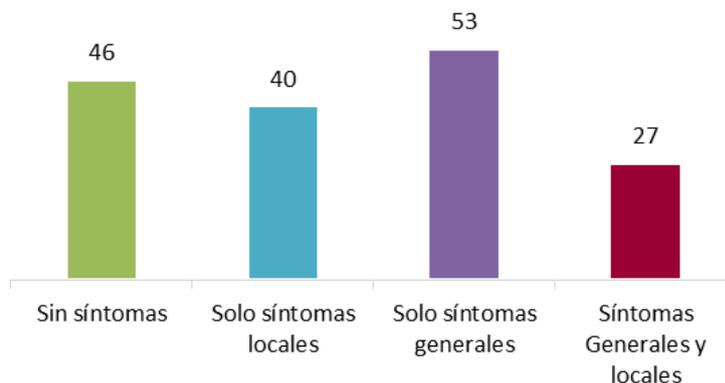


Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

El 58,4% de los casos ocurrió durante el día de administrada la vacuna, el 36,7% entre el día y 10 post-vacunación, 3,6% entre 11-30 días y el 1,2% luego de los 60 días.

Respecto al tipo de síntomas, en el siguiente gráfico se muestra la frecuencia del tipo de síntoma que registraron los ESAVI.

Gráfico 4. Frecuencia de ESAVI según tipo de síntoma presentado.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.

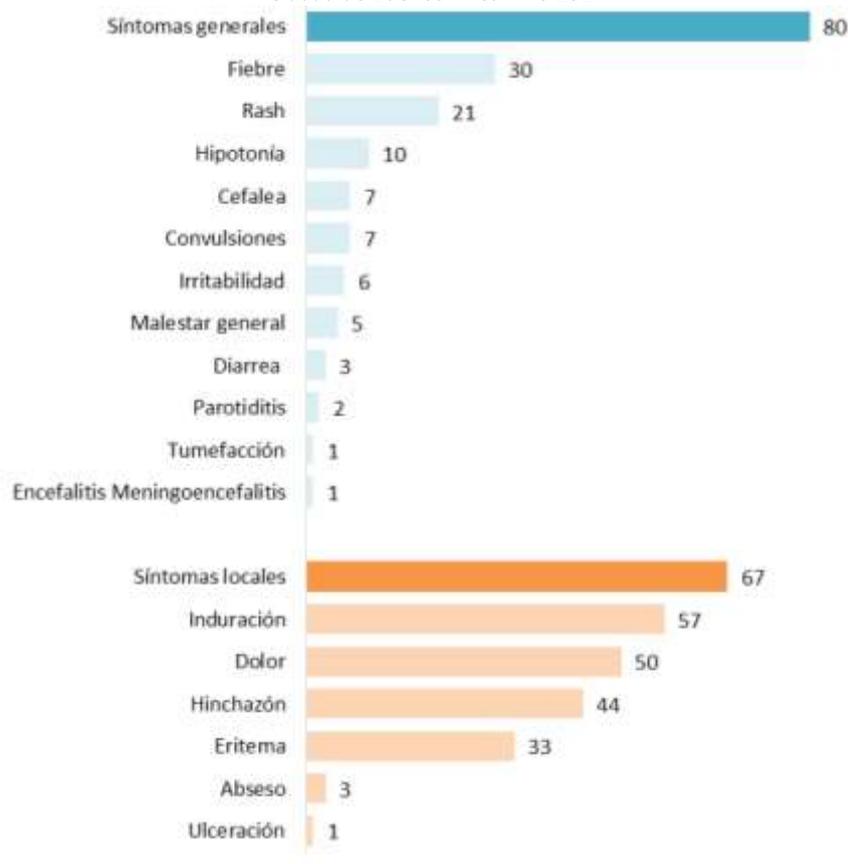


Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

En un 27,7% de los ESAVI notificados no se presentaron síntomas, se trataron de errores programáticos. En un 16,3% se presentaron tanto síntomas generales como locales.

En los siguientes gráficos se presentan la frecuencia de los síntomas registrados:

Gráfico 5. Frecuencia de ESAVI según tipo de síntoma y síntoma presentado.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.



Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

En un 48,2% se presentaron síntomas generales y en un 40,4% locales. El síntoma general más frecuente fue la fiebre y en segundo lugar el rash. Respecto a los síntomas locales se observa mayor simultaneidad de los síntomas de dolor, induración y eritema.

En la siguiente tabla se presentan los ESAVI el tipo de síntomas según vacuna relacionada.

Gráfico 6. Frecuencia de ESAVI según tipo de síntoma presentado y vacuna asociada.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.

Vacuna asociada	Generales	Locales
Antigripal	12	10
Pneumo 23	7	11
Pentavalente	10	7
Prevenar 13	10	9
VPH cuadrivalente	8	2
DPT	2	7
dT	4	6
Triple Viral	6	2

Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

Las vacunas que concentraron la mayor cantidad de registros de síntomas generales y locales: antigripal, peumo 23, pentavalente y prevenar 13. La VPH cuadrivalente y la triple Viral se destacan por presentar síntomas generales y en menor medida síntomas locales; mientras que la DPT registra varios casos de síntomas locales y en menor medida generales.

V.2.A. Clasificación de los ESAVI

En la siguiente tabla se presenta la distribución de ESAVI según su relación causal con la vacuna.

Gráfico 7. Distribución de ESAVI según relación causal con la vacuna.
Ciudad de Buenos Aires. Año 2017.



Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

El 56,6% de los ESAVI se clasificaron como relacionados con la vacuna y el 30,7% como errores programáticos. En 3,6% se descartó que el evento se haya relacionado con la vacunación y en el 3,0% se relacionó con la ansiedad por la vacunación. En el 6,0% de los casos no se pudo determinar el nexo causal con la vacunación.

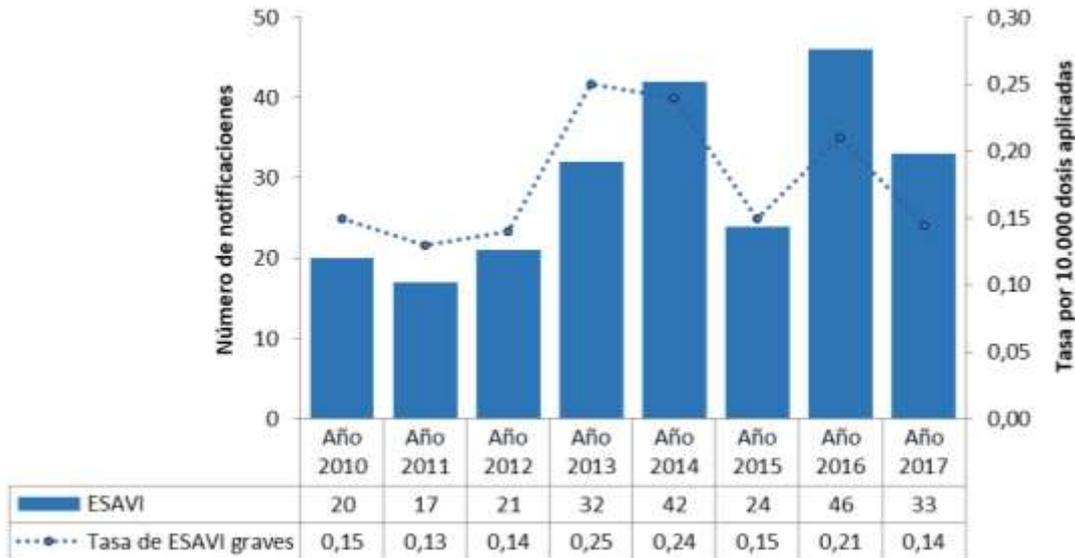
Entre los ESAVI relacionados con la vacunación se destacaron las vacuna antigripal (15), la Pentavalente (14), Prevenar 13 serotipos (13), Neumo 23 serotipos (11) y DPT (7).

En relación a los **ESAVI relacionados con la ansiedad** de la vacunación se registraron en la aplicación de los vacunas de los 11 años.

En lo que respecta a los errores programáticos, los errores más frecuentes fueron errores en el intervalo inter-dosis y no corresponder a la edad. Las vacunas más frecuentemente asociadas a errores programáticos fueron antivariela, bOPV y antigripal. Este seguimiento es fundamental para fortalecer la capacitación y la prevención de errores.

Respecto a su gravedad, se pueden distinguir ESAVI graves como aquellos que requieren internación. En 2017 no se registró ningún evento letal asociado a vacunación. En el siguiente gráfico se presenta el número de ESAVI hospitalizados y la tasa por 10.000 dosis aplicadas para la serie histórica 2010 a 2017.

Gráfico 8. Frecuencia de ESAVI graves y tasa por 10.000 dosis aplicadas por año. Ciudad de Buenos Aires. Serie histórica 2010-2017.



Fuente: Programa de Inmunizaciones. GCBA

Durante 2017, se notificaron 33 ESAVI graves, con una tasa de 0,14/10.000 dosis aplicadas. El valor de 2017 es bajo en relación a la serie histórica donde se registraron tasas que oscilan entre 0,13 y 0,25 eventos cada 10.000 dosis aplicadas.

Las vacunas más frecuentemente asociadas a ESAVI graves fueron la pentavalente, antigripal y antineumocócica conjugada de 13 serotipos. Estas vacunas son las que involucran mayor cantidad de dosis aplicadas en 2017. En el caso de la Pentavalente, aplicadas en 2017, la tasa de ESAVI hospitalizado cada 10.000 dosis aplicadas fue de 0,59 mientras que la tasa de ESAVI grave para la vacuna antigripal fue de 0,16 por 10.000 aplicadas.

El 42,4% de los casos de ESAVI graves presentaban condiciones médicas relevantes o enfermedades de base.

V.2.B. Conclusiones

A modo de síntesis se destacan los siguientes resultados de la vigilancia de ESAVI durante el año 2017:

- Se recibieron 166 notificaciones de ESAVI realizadas por efectores de la Ciudad de Buenos Aires alcanzando una tasa de 0,73 cada 10.000 dosis aplicadas.
- El 52,4% de las notificaciones se asociaron a la vacuna antigripal, antineumocócica de 13 serotipos, pentavalente, varicela o VPH cuadrivalente.
- El 71,0% de las notificaciones ocurrieron en los menores de 11 años, con una mediana de 5 años.
- El 56,6% de los ESAVIs se clasificó como relacionado con la vacuna y el 30,7% como error programático.
- Se notificaron 33 ESAVIs graves, con una tasa de 0,14 cada 10.000 dosis aplicadas. No se registró ningún fallecimiento asociado a la vacunación.

Resulta primordial sensibilizar a todo el personal de salud para continuar y mantener la notificación de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), a fin de poder garantizar siempre la seguridad de las

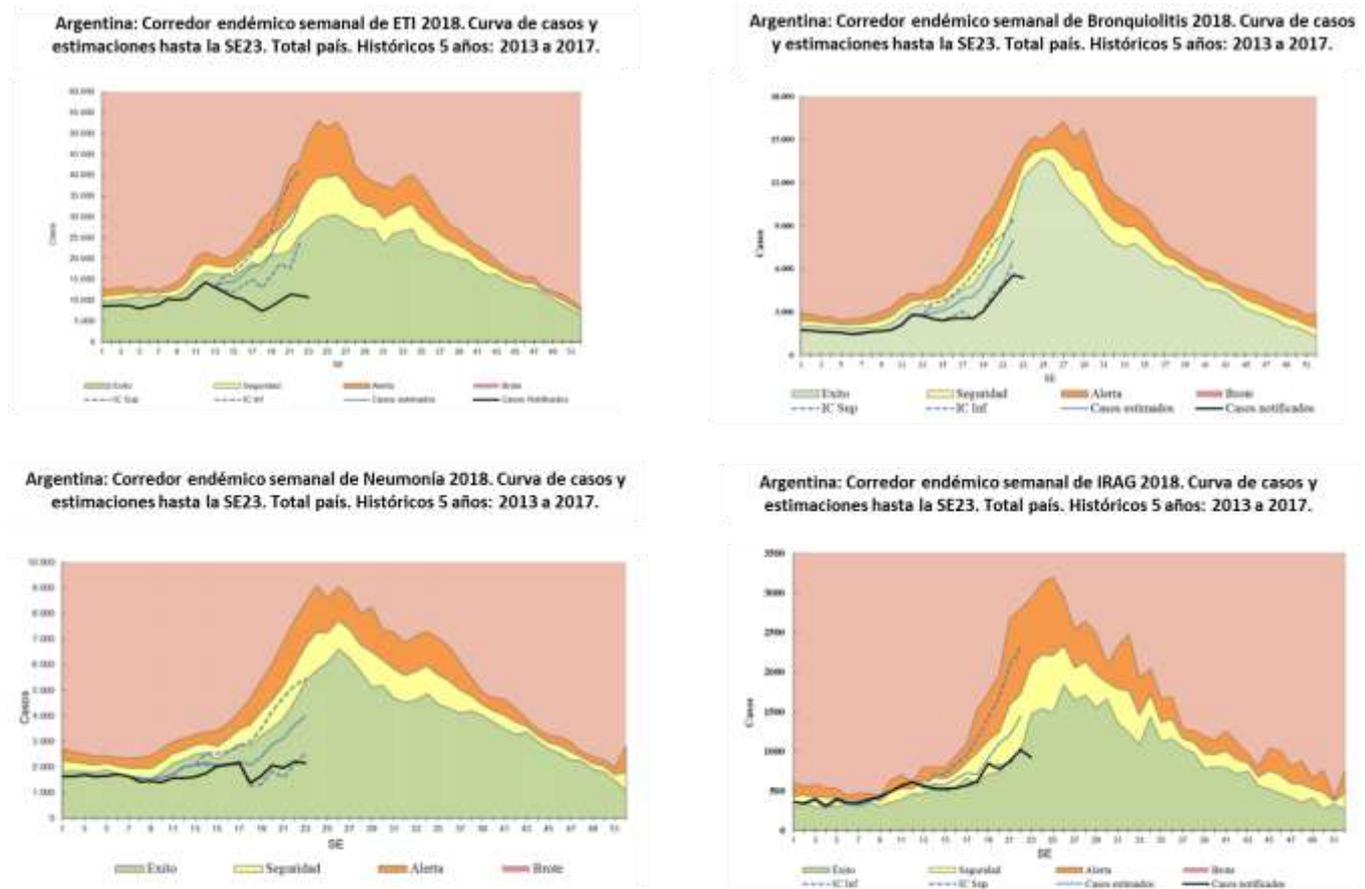
la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 aumentó, en tanto la de IRAG disminuyó ligeramente. En Colombia, la actividad de influenza permaneció elevada asociada a casos de IRA.

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

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

VI.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

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



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

VI.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA

Nota metodológica:

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

Asimismo, se cuenta con la notificación de los Centros de Salud a través de una exportación de la Historia Clínica Electrónica.

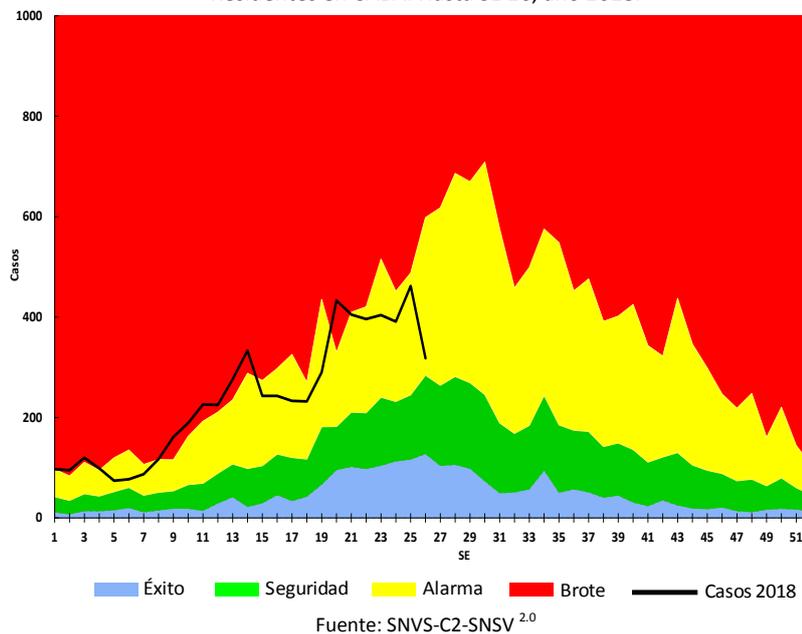
Para las IRA, se eligieron seis hospitales públicos y uno privado, que se considera son representativos del comportamiento de la notificación total. Los Hospitales seleccionados son: Álvarez, Pirovano, Piñero, Zubizarreta, Ramos Mejía, Gutiérrez; y por parte del sector privado el Hospital Italiano.

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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de ETI, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 26 de 2018.

Grafico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes en CABA. Hasta SE 26, año 2018.

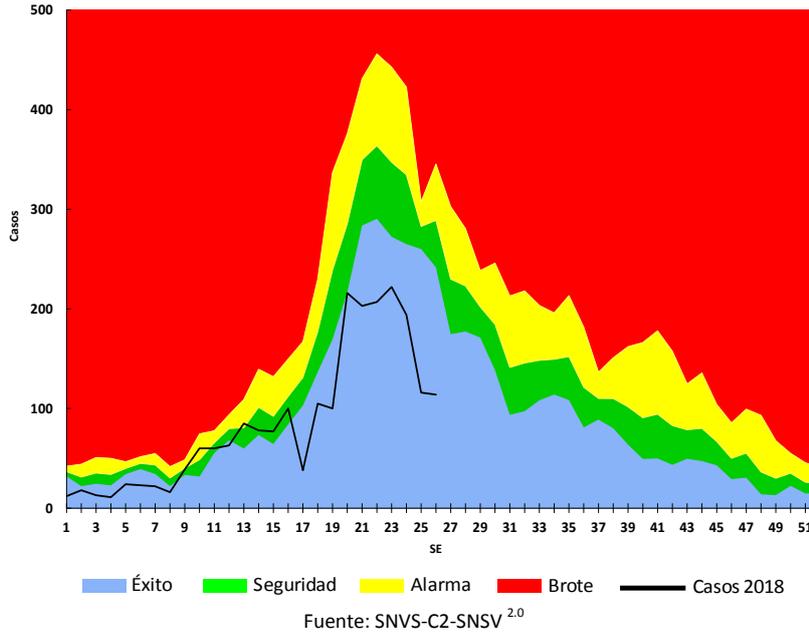


La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 se observa una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En las últimas semanas, la incidencia permanece en zona de alarma, con una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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de bronquiolitis, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 26 de 2018.

Gráfico 2. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años Residentes en CABA. Hasta SE 26, año 2018.

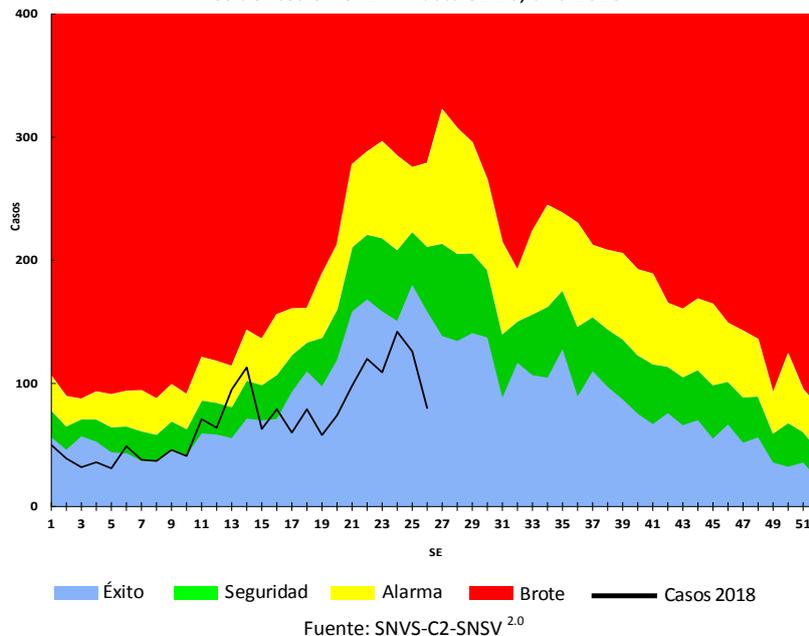


Hasta la SE 26 del corriente año, la curva de casos de bronquiolitis transcurre por zona de éxito, dentro de los valores esperados, y con caída de la curva en la última semana; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Italiano, Gutiérrez y Piñero.

VI.4.C. Neumonía

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de neumonía, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 26 de 2018.

Gráfico 3. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes en CABA. Hasta SE 26, año 2018.

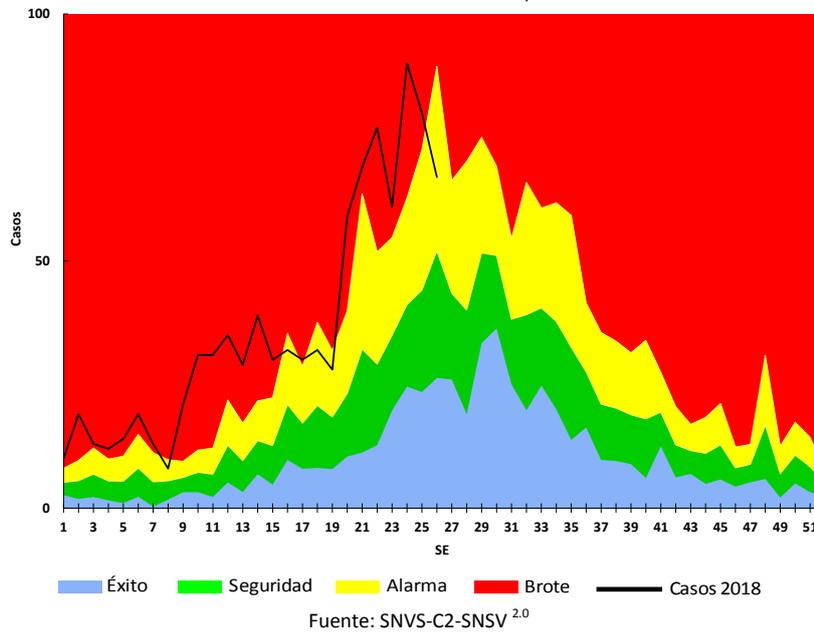


Hasta la SE 26 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados. Se verifica un incremento en la notificación en las últimas semanas, pero con caída de la curva en la última semana; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Italiano, y Gutiérrez.

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de las IRAG, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 26 de 2018.

Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes en CABA. Hasta SE 26, año 2018.



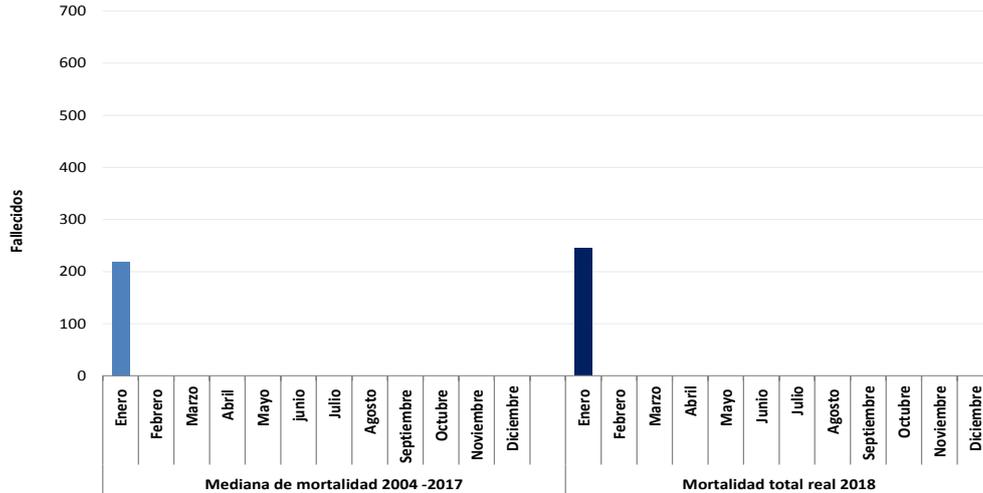
La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año; hasta la SE 3 y entre zonas de alarma y brote entre SE 4 y 9. Desde la semana 9 se inicia una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados. Actualmente, la incidencia también oscila entre ambas zonas mencionadas. La SE 26 una caída, pero existe retraso en la notificación por parte del hospital Gutiérrez.

VI.4.E. Mortalidad por IRA

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

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

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



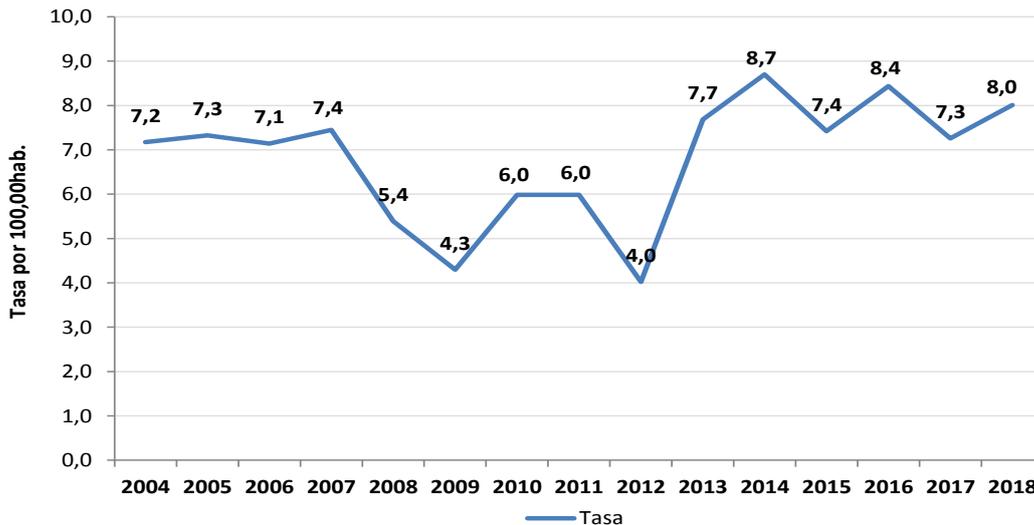
Fuente: GOE, sobre la base de datos de la Dirección de Estadísticas y Censos. GCBA

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

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

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

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



*Tasa especifica por 100.000 habitantes residentes de la CABA

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

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

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

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

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

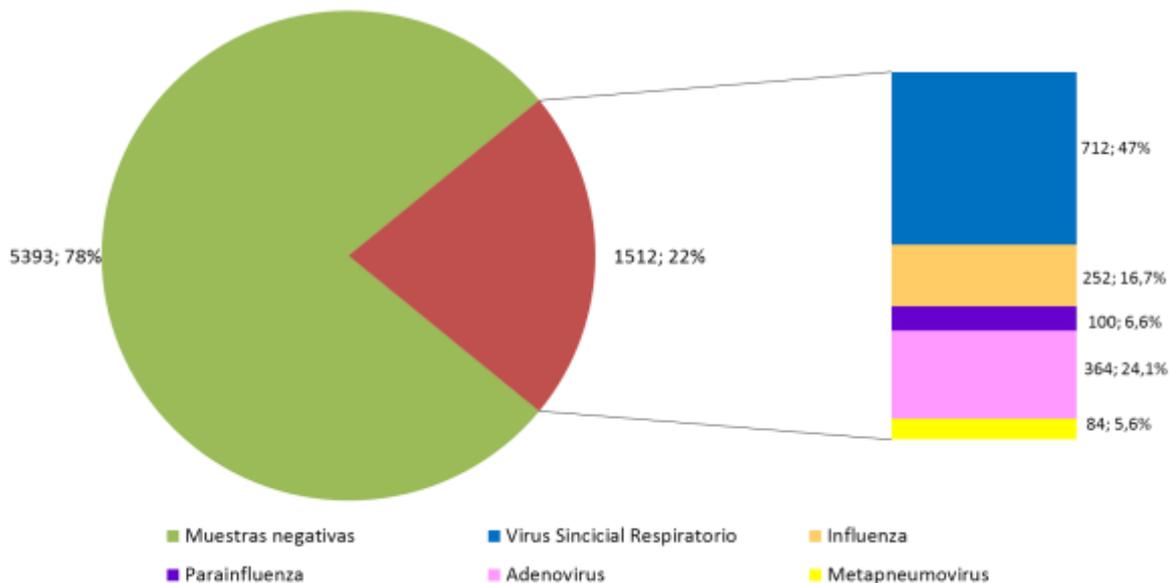
La mortalidad predominante corresponde al grupo de 65 y más años.

VI.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

NOTA: A continuación se presentan los datos preliminares hasta la SE 26. Se encuentran en proceso de actualización y análisis nuevas notificaciones realizadas entre las SE 20 y 24.

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

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

Gráfico 7. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 26. Año 2018. N=6.905Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 26 de 2018, se analizaron 6.905 muestras de las cuales 1.512 dieron positivas para algún virus.

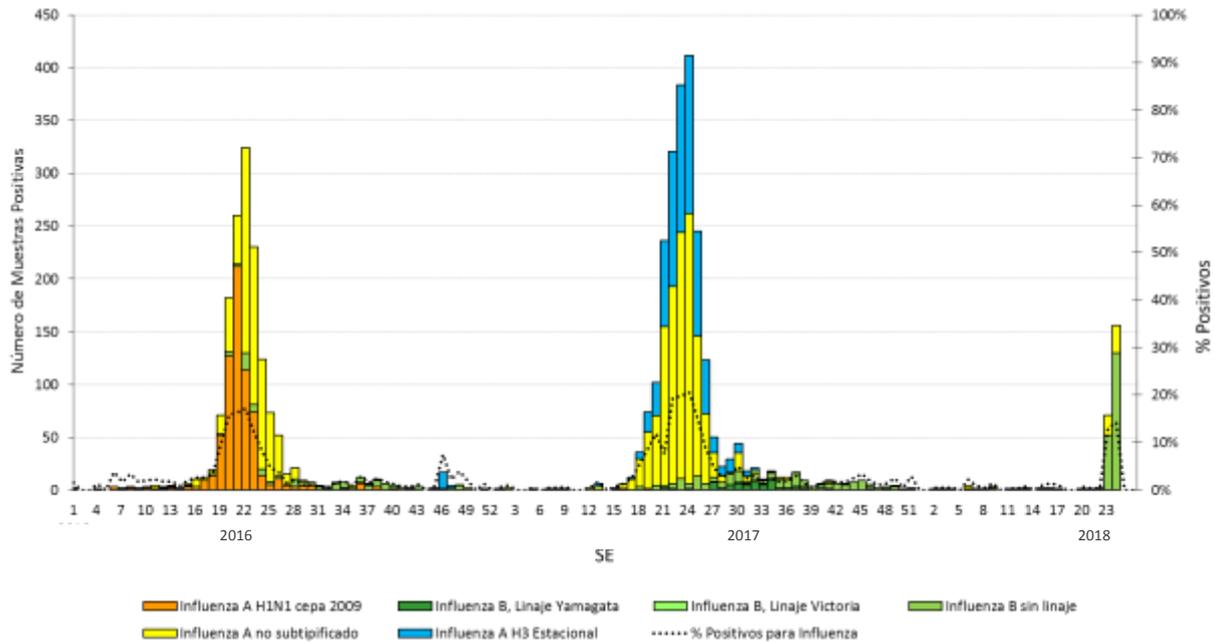
En el año 2017 hasta la SE 26, del total de muestras analizadas, el 32,2% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 58% fue aislado el virus Sincial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 32,7%.

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

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 26 del año 2017 y 2018, se observa similar distribución.

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

Gráfico 10. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52, N=1.545)-2017 (SE 1-51; N=2.293)-2018 (SE 1-26; N=252)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 26 de 2018, de las 252 muestras positivas para influenza, 58 resultaron positivas para influenza A, 55 muestras dieron positivas para Influenza A no subtipificado y 193 Influenza B sin subtipificar.

En el año 2017, hasta la SE 26 se notificaron 1204 casos de Influenza A no subtipificado, 432 de Influenza A H3 estacional y 45 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 25% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas. En dicho año, 23% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año 2016 en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.

VII. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018.

VII.1. INTRODUCCIÓN

La rabia es una enfermedad viral, de distribución mundial que afecta al hombre y a todos los mamíferos tanto domésticos como silvestres, con una letalidad del 100% afectando el sistema nervioso central. Se transmite por medio de la inoculación del virus contenido en la saliva del animal infectado, principalmente por mordeduras o el lamido de heridas, o por predación cuando un animal caza un murciélago infectado y toma contacto con el virus desde el encéfalo del quiróptero. Otras formas de transmisión, menos frecuentes son por trasplante de tejidos infectados o por aerosoles.

Existen diferentes genotipos del virus que dan lugar a los denominados ciclos de la rabia. Estos se pueden clasificar, en función de las características de sus reservorios naturales, en “ciclo terrestre” con genotipos adaptados a mamíferos terrestres y “ciclo aéreo” con genotipos adaptados a quirópteros (murciélagos hematófagos y no hematófagos, insectívoros y frugívoros). A su vez, en función de la distribución geográfica de la enfermedad, hablamos de “ciclo urbano” y “ciclo rural o silvestre”.

En la década del 1960, la República Argentina presentaba una compleja situación dada por doce provincias con transmisión de rabia a través de perros (Salta, Jujuy, Tucumán, Formosa, Chaco, Santa Fe, Corrientes, Misiones, Córdoba, San Juan, Mendoza y Buenos Aires), sumándose en la década siguiente una provincia más (Santiago del Estero). La enfermedad adquirió mayor magnitud y gravedad en el año 1976, en el que se registraron 5.573 casos de rabia animal. A raíz de tal situación se fortalecieron las medidas de intervención basadas en la vacunación masiva de animales, eliminación de reservorios sin dueño y sin control, la vigilancia epidemiológica, la educación para la salud, la sanción de legislación específica de control y la promoción comunitaria. Estas acciones tuvieron como consecuencia una marcada disminución en el número de casos, debido principalmente al control efectuado en Buenos Aires, provincia que constituía más del 95% de la casuística nacional. Así, en el período 1988-1997 se logró reducir a tres las provincias afectadas (Salta, Tucumán y Santiago del Estero). Luego, en el período 1998-2006 sólo se registraron brotes en las provincias de Salta y Jujuy. En los últimos 5 años, se ha reducido el número de casos registrados de rabia canina, circulando el virus en las provincias de Salta, Jujuy, Chaco y Formosa.

En la Ciudad de Buenos Aires la rabia se encuentra controlada, siendo endémica entre los murciélagos. El último caso registrado de rabia canina fue a fines del 2008, con el diagnóstico post mortem de un perro proveniente de Bolivia. En abril de ese mismo año, se había registrado un caso de rabia en felino por contacto con un murciélago infectado⁵.

VII.2. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica permite alertar en forma temprana acerca de la ocurrencia de casos y del riesgo de transmisión en un lugar y tiempo determinados, registrar la tendencia a través del tiempo en diferentes áreas geográficas y monitorear las variantes de los virus circulantes. Su propósito es servir a las acciones de prevención y control, y a la orientación de las políticas públicas.

La confirmación del diagnóstico por el laboratorio especializado y la efectiva notificación de los casos humanos y animales resultan elementos fundamentales para la vigilancia¹.

VII.2.A. Observación de animales mordedores

Los perros y secundariamente los gatos constituyen los principales transmisores de la rabia urbana en su ciclo terrestre. Cuando se produce una lesión por mordedura o contacto infectante, los animales mordedores deben observarse durante 10 días consecutivos a partir del inicio de dicha exposición. Los únicos animales factibles de observación antirrábica son los caninos, felinos y hurones domésticos.

En la Ciudad de Buenos Aires (CABA) el Centro de Referencia para la atención de los casos humanos de lesiones por mordeduras de animales es el Hospital Durand. Desde allí, las personas son derivadas al Instituto de

⁵ Guía para la prevención, vigilancia y control de la rabia en Argentina- Ministerio de Salud- República Argentina- 2018. Disponible en: <file:///C:/Users/residente/Downloads/5544340A01.pdf>

Zoonosis Luis Pasteur (IZLP) para registrar las denuncias y realizar el seguimiento de los animales agresores. La observación antirrábica se puede realizar por veterinarios del IZLP (por internación o de manera domiciliaria) o por veterinarios de la práctica privada de manera domiciliaria.

A continuación se grafica el número de denuncias de animales mordedores registrados por el IZLP durante los meses de enero a mayo de 2018 según especie involucrada.

Gráfico 9. Número de denuncias de animales mordedores según especie. Periodo Enero-Junio de 2018. CABA-IZLP.



Fuente: División Coordinación Operativa- Estadística y Epidemiología- IZLP

En el primer semestre de 2018 se registraron las denuncias de 1085 animales mordedores: 924 caninos y 161 felinos. De estas denuncias, fueron observados 506 animales.

Durante Junio de 2018 se denunciaron en el IZLP 103 mordeduras, 83 correspondientes a caninos, 20 correspondientes a felinos. Las observaciones se realizaron sobre 53 animales; 1 fue internado en el IZLP, 28 fueron observados por personal del Instituto de manera domiciliaria, y 24 fueron observados por veterinarios de la actividad privada (con monitoreo por el IZLP). Se derivaron 10 animales a los Centros de Zoonosis de los municipios según el lugar de residencia. No se pudo realizar la observación antirrábica a 41 animales lo que derivó en la notificación de 33 tenedores de animales agresores.

VII.2.B. Detección de virus rábico en muestras mediante diagnóstico de laboratorio

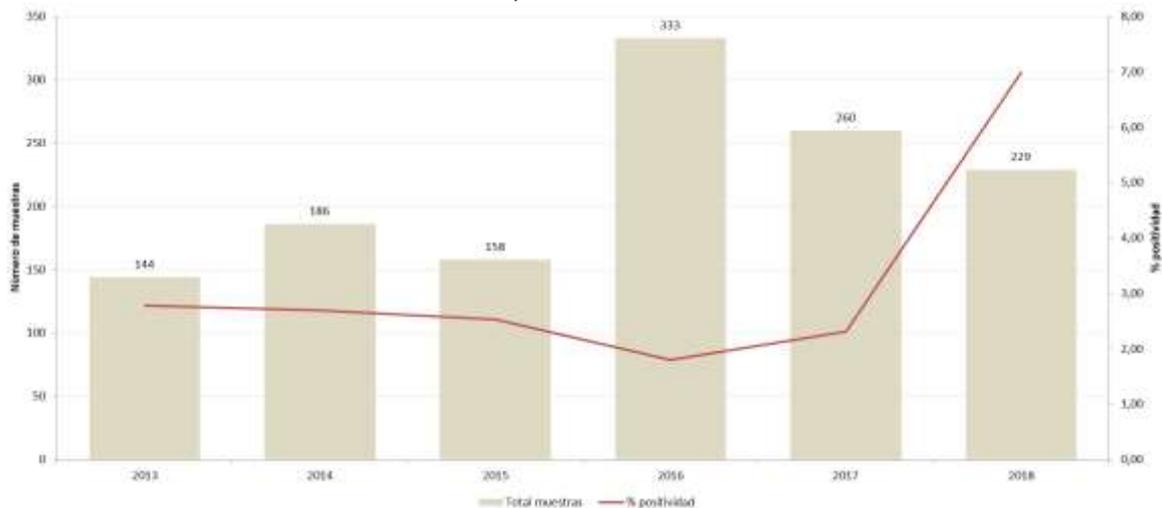
En caso de muerte o eutanasia del animal sospechoso, **siempre** se debe estudiar en forma inmediata muestras de cerebro para el diagnóstico de laboratorio, y en especial en los casos de exposición humana.

El Departamento de Diagnóstico y Producción de Productos Biológicos del IZLP, es el encargado de analizar las muestras de animales sospechosos. Mediante el análisis por Inmunofluorescencia, PCR y ensayo biológico, se registraron durante desde Enero a Junio de 2018, los siguientes resultados para las muestras provenientes de la Ciudad de Buenos Aires.

Tabla 1. Número de muestras analizadas y porcentaje de positividad de diagnóstico de rabia por especie. Enero a Junio 2018. CABA-IZLP.

Especie	Positivos	Negativos	Totales	% Positividad
Caninos	0	26	26	0
Felinos	0	53	53	0
Quirópteros	16	213	229	6,99
Roedores	0	10	10	0

Fuente: Departamento de Diagnóstico y Producción de Productos Biológicos- Estadística y Epidemiología- IZLP

Gráfico 10. Número de muestras procesadas y porcentaje de positividad de quirópteros. Período 2013-2017 y 1º semestre de 2018. CABA-IZLP.

Fuente: Estadística y Epidemiología- IZLP

Los murciélagos resultantes positivos a rabia, diagnosticados durante el primer semestre de 2018, provinieron de los siguientes barrios: Monserrat, San Nicolás (Comuna 1), Balvanera (Comuna 3), Parque Patricios (Comuna 4), Caballito (Comuna 6), Flores, Parque Chacabuco (Comuna 7), Villa Real (Comuna 10), Villa Urquiza (Comuna 12), Núñez, Belgrano (Comuna 13), Palermo (Comuna 14) y Chacarita (Comuna 15).

A su vez, el IZLP, como Laboratorio Coordinador del Centro Nacional de Referencia y Coordinación, efectuó el análisis sobre muestras provenientes de diferentes provincias.

Se muestran a continuación los resultados correspondientes a Junio de 2018 para diagnóstico de rabia:

Tabla 2. Número de muestras analizadas para diagnóstico de rabia por especie, provincia y localidad. Junio 2018.

Provincia	Localidad	Especie	Positivo	Negativo
BS. AS.	Pehuajó	Canino (perro)	0	1
BS. AS.	Ezeiza		0	1
SALTA	Salvador Mazza		2	2
SALTA	Salta		0	1
JUJUY	Perico		0	1
NEUQUEN	San Martín Andes	Canino (zorro)	0	1
RIO NEGRO	Bariloche		1	0
BS. AS.	Guernica	Felino	0	1
CORDOBA	Rio Cuarto		0	1
CORDOBA	Jesús María		0	1
CHUBUT	Trelew		0	1
RIO NEGRO	Gral. Roca		0	1
BS. AS.	Balcarce	Quiróptero	2	1
CORDOBA	Rio Cuarto		2	0
CORDOBA	Capilla del Monte		1	0
CORDOBA	San Carlos Minas		1	0
SALTA	Salta		0	2
RIO NEGRO	Viedma	Bovino	0	1
CORDOBA	Icho Cruz		8	0
CORDOBA	El Saucecito		1	0
CORDOBA	Rio Cuarto		0	1
Total			18	17

Fuente: Departamento de Diagnóstico y Producción de Productos Biológicos- Estadística y Epidemiología- IZLP

VII.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Para la prevención y control es fundamental establecer una serie de medidas orientadas a evitar que se produzca la transmisión de la enfermedad y limitar los riesgos de transmisión frente a la detección de un caso. Dichas medidas contemplan:

- Vacunación de animales domésticos de compañía y control de la reproducción en perros y gatos.
- Educación para la salud.
- Acciones de control de focos de rabia.
- Seguimiento de animales con exposición a murciélagos positivos a rabia o no analizables.

VII.3.A. Vacunación de animales y control poblacional mediante esterilizaciones quirúrgicas

El IZLP a través de la División de Acciones Comunitarias para la Salud, la División de Medicina Veterinaria y la Residencia de Veterinaria en Salud Pública, lleva a cabo la vacunación y esterilización quirúrgica de caninos y felinos. Las mismas se realizan en consultorios y quirófano dentro del IZLP y en barrios, villas y asentamientos de la Ciudad de Buenos Aires.

Se vacunan caninos y felinos a partir de los tres meses de edad, con revacunación anual, y se esterilizan machos y hembras de ambas especies a partir de los 6 meses de edad.

Durante la *Campaña de Vacunación Antirrábica*, llevada a cabo por el IZLP en los meses de abril y mayo de 2018, se vacunaron **54.995 caninos** y **12.162 felinos**. A su vez, mediante la vacunación permanente a cargo del Departamento de Prevención y Control de Zoonosis del IZLP, durante el 1er semestre de 2018, se vacunaron 5.977 caninos y 1.518 felinos. Respecto de las esterilizaciones quirúrgicas realizadas en dicho período, se practicaron sobre 813 caninos y 1.091 felinos.

Durante Junio de 2018 en la CABA, se vacunaron 721 caninos y 217 felinos. Asimismo se procedió a la esterilización de 503 animales.

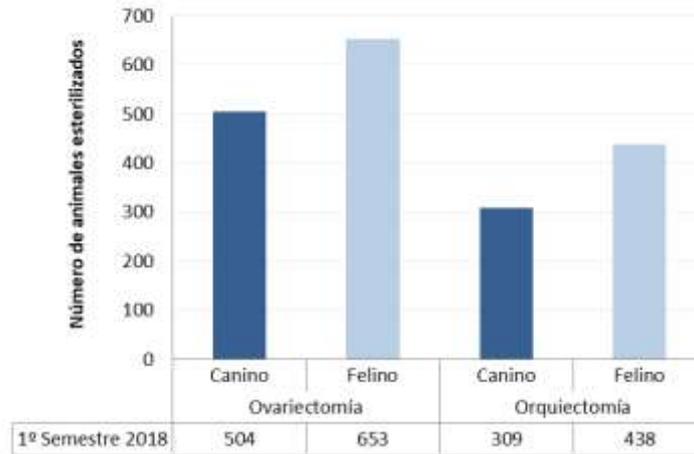
Gráfico 11. Número de vacunaciones por especie*. Enero a Junio de 2018. CABA-IZLP



Fuente: Estadística y Epidemiología- IZLP

*Solo las que se realizan desde los operativos permanente sin contabilizar la Campaña Antirrábica

Gráfico 12. Número de esterilizaciones quirúrgicas por especie y sexo*. Enero a Junio de 2018. CABA-IZLP.



Fuente: Estadística y Epidemiología- IZLP

*Solo las que se realizan desde los operativos permanente sin contabilizar la Campaña Antirrábica

VII.3.B. Educación para la salud

Mediante la educación para la Promoción de la salud las personas comprenden la magnitud de la enfermedad, las responsabilidades que implican la tenencia de mascotas y la importancia de interrumpir la cadena de transmisión de la rabia. Se trata de motivar a los miembros de la comunidad para que tengan mayores conocimientos de la situación de la rabia en su región, así como la importancia de reportar cualquier accidente de posible exposición a virus de la rabia y de acudir con prontitud a las instituciones de salud.

En el IZLP, a través de la División de Medicina Veterinaria, se dictan talleres de manejo y tenencia responsable de animales de compañía, previa inscripción en el servicio de Internación. Durante el primer semestre de 2018 se llevaron a cabo 34 talleres, mediante los cuales los tenedores practicaron técnicas de adiestramiento para mejorar la conducta de sus animales. A su vez, La Residencia de Veterinaria en Salud Pública realizó 6 dispositivos de “sala de espera” sobre rabia en murciélagos, para concientizar a las personas mientras aguardan ser atendidos; y en el Centro de Atención Familiar (CAF) de Villa 20 trabajaron realizando 4 talleres de tenencia responsable de animales de compañía.

VII.3.C. Acciones de control de focos de rabia.

Ante la confirmación de un caso de rabia en la CABA, el IZLP a través de la División de Acciones Comunitarias, lleva adelante el estudio y las acciones de control de foco que comprenden diferentes actividades: visita domiciliaria al inmueble o establecimiento donde fue hallado el caso, entrevista epidemiológica para establecer datos sobre exposiciones humanas y/o animales, antecedentes de vacunación antirrábica y revacunación de caninos y felinos expuestos, comunicación de riesgos, condiciones de aislamiento. En el caso de murciélagos positivos se identificarán sitios de refugios de colonias y condiciones que favorezcan la dispersión de las mismas. En todos los casos, se establece un área perifocal para la comunicación de riesgos, recopilar información sobre posibles contactos, vacunar/ revacunar animales, entre otras.

En el primer semestre de 2018 se llevaron a cabo 16 controles de foco por rabia en murciélagos en la CABA. Se visitaron 5.072 domicilios, se vacunaron 116 caninos y 45 felinos, y se identificaron 2 colonias de quirópteros en edificios de Av. De Mayo al 1100 y 1300.

Durante Junio de 2018 no se realizaron acciones de control de foco de rabia ya que no se diagnosticaron casos positivos a la enfermedad.

VII.3.D. Seguimiento de animales con exposición a murciélagos positivos a rabia o no analizables.

Los caninos y felinos con exposición fehacientes o potencial con murciélagos con diagnóstico de rabia o no factibles de estudio, deben ser aislados y controlados en función de los antecedentes de la vacunación antirrábica. Se deben vacunar o revacunar inmediatamente todos los animales expuestos y se categorizarán de acuerdo a la respuesta post vacunal a través de la titulación de anticuerpos rábicos en muestras pareadas.

Se realizó el control en aislamiento estricto por 6 meses de 1 canino y 42 felinos sin antecedentes de vacuna antirrábica. A su vez, se realizó el seguimiento domiciliario por 45 días de 113 caninos y 17 felinos con antecedentes de vacuna antirrábica y adecuada y oportuna respuesta post vacunal.

VIII. VIGILANCIA DE SÍFILIS

VIII.1. INTRODUCCIÓN

Desde 2016 la Gerencia Operativa de Epidemiología de CABA se propone lograr integración del sistema, visibilidad del problema y puesta en la agenda de trabajo del MSAL. Para esto se trabaja en la integración de actores involucrados y gestión a partir de datos con diferenciales en las necesidades de información e intensifica la **revisión crítica de los procesos de trabajo**, considerando necesario el monitoreo sistemático de indicadores.

Nuestro principal objetivo es **Garantizar en el niño expuesto perinatal seguimiento, diagnóstico y eventual tratamiento**

La Introducción, las Definiciones de caso, Modalidad de notificación, Seguimiento clínico y la Nota metodológica se desarrollan de manera detallada en el BES N°95 que se encuentra en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf

VIII.2. SITUACIÓN NACIONAL

Para Sífilis en mujeres (sin especificar y temprana) hasta la SE 23 de 2017 las notificaciones fueron 616 en C2, y en SIVILA 272 dieron PNT+ y 77 PT+ mientras que para las mismas semanas de 2018 fueron 531 en C2 y 204 PNT+ y 76 PT+. Para Sífilis en varones (sin especificar y temprana) en 2017 las notificaciones fueron 1030 en C2, y en SIVILA 120 dieron PNT+ y 89 PT+ mientras que en 2018 fueron 688 en C2 y 120 PNT+ y 89 PT+.⁶

VIII.3. ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 26

Los datos que se presentan a continuación corresponden a notificaciones con modalidad agrupada en el SNVS, tanto en el módulo C2 como SIVILA hasta la SE 17 de 2018 y desde la SE 18 es el nuevo SNVS^{2.0}. Los eventos que se incluyen en el número de notificaciones clínicas son Sífilis temprana y sin especificar, tanto en varones como en mujeres. Las notificaciones de laboratorio corresponden a pruebas treponémicas (PT) y no treponémicas (PNT) tanto en varones como en mujeres en general y embarazadas.

Tabla 1. Número de notificaciones agrupadas de Sífilis y porcentaje de positividad según sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 26.

Sexo	2017					2018				
	C2	SIVILA				C2	SIVILA			
	Notificados	PNT (+/total)	PNT (% POSIT)	PT (+/total)	PT (%POSIT)	Notificados	PNT (+/total)	PNT (% POSIT)	PT (+/total)	PT (%POSIT)
Mujeres	696	329/5903	5,5%	106/178	59,81%	473	245/5295	4,6%	181/553	32,73%
Varones	1167	233/3254	6,9%	85/112	78,4%	541	195/3499	5,6%	161/245	65,7%
Embarazadas	-	768/14752	5,2%	431/712	62,8%	-	431/9089	4,7%	303/348	87,1%

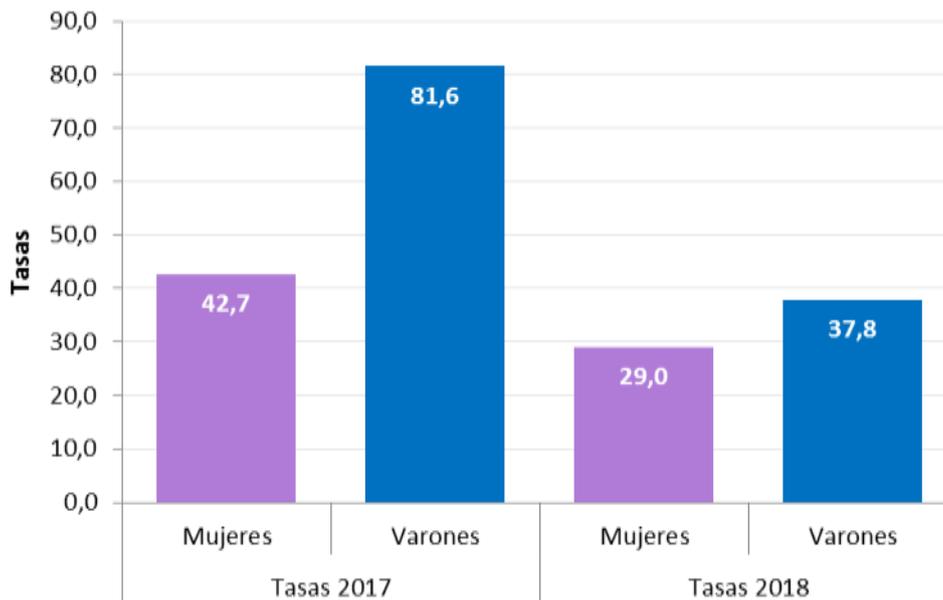
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

En todas las notificaciones de las Pruebas No Treponémicas y Treponémicas se observa un leve aumento en 2018 con respecto a la misma SE de 2017, con porcentajes de positividad menores.

En el gráfico a continuación se muestran la tasa en mujeres y varones de notificaciones, hasta la SE 26 de 2017 y 2018, de la suma de sífilis temprana y sin especificar.

⁶ Boletín integrado de vigilancia https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_413_se27.pdf

Gráfico 1. Tasas de notificaciones de Sífilis temprana y sin especificar según sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017 (n=1863) -2018 (n=1014) hasta SE 26.



Fuente: SNVS-C2, SNVS^{2.0}

En los años 2017 y 2018 hasta la SE 26, se observa que las tasas de varones superaron a las de las mujeres. De las notificaciones de sífilis temprana y sin especificar, el 37% para 2017 y el 47% en 2018 correspondieron a mujeres.

La siguiente tabla describe las tasas según sexo y grupos de edad para el periodo 2017-2018 hasta la SE 26 en residentes de la Ciudad.

Tabla 2. Tasas de notificaciones de Sífilis temprana y sin especificar según grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017 (n=1820) -2018 (n=961) hasta SE 26.

Grupos de edad	Tasas 2017		Tasas 2018	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
0 a 4 años	5,9	7,4	5,9	1,9
5 a 9 años	2,0	0,0	0,0	0,0
10 a 14 años	14,5	0,0	3,1	3,0
15 a 24 años	135,3	106,9	101,1	68,9
25 a 34 años	71,9	163,0	53,5	75,1
35 a 44 años	51,7	116,5	28,2	53,6
45 a 64 años	25,2	89,4	13,1	21,9
> de 65	4,2	18,8	2,9	7,7
Total	42,7	81,6	29,0	37,8

Fuente: SNVS C2, SNVS^{2.0}

En el año 2017 hasta la SE 26, la tasa de notificación en los varones se encontró por encima de las de las mujeres en los grupos de edad a partir de los 25 años, encontrándose la relación inversa en los grupos de 10 a 24 años donde las mujeres presentan una tasa mayor. El grupo de 25 a 34 años presentó cerca del 31% de las notificaciones tanto para el 2017 como para el 2018, de manera similar el grupo de 15 a 24 años, presentó cerca del 26% para el 2017 y el 35% para el 2018. Con respecto a los casos notificados en menores de 10 años, de corresponder se gestionará su correcta notificación.

VIII.4. ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 26

VIII.4.A. Sífilis congénita

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

Tabla 3. Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis Congénita según provincia de residencia. Periodo 2017-2018 hasta SE 26.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	151	41,8%	103	47,9%
CABA	151	41,8%	104	48,4%
DESCONOCIDO	59	16,3%	8	3,7%
Total	361	100%	215	100%

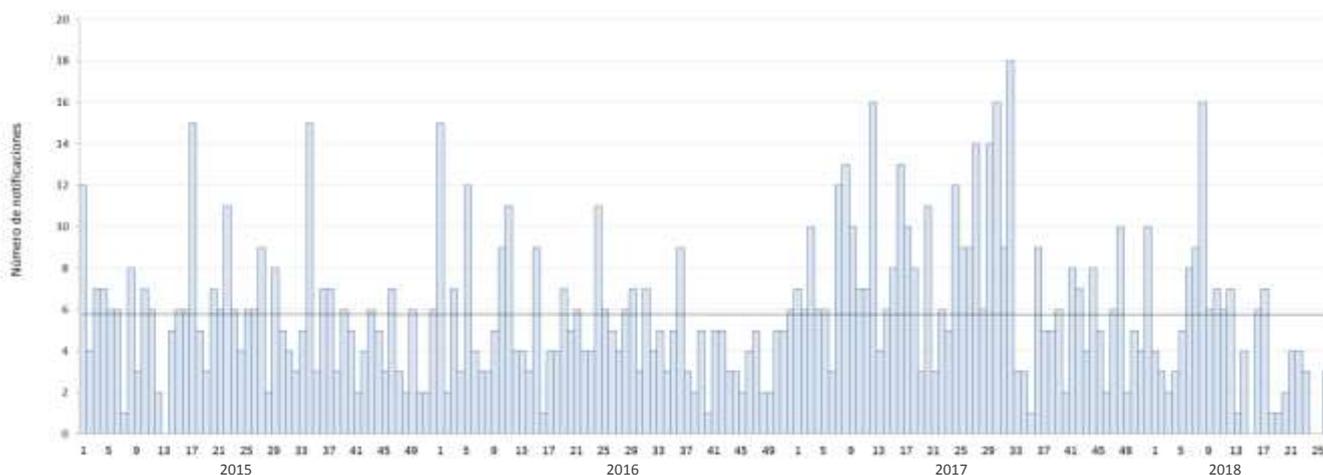
Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

En 2018 hasta la SE 26, la notificación de los no residentes descendió con respecto al año anterior en un 31,8%, en residentes de la CABA una disminución del 31,1%. Las notificaciones sin datos de provincia de residencia se redujeron en un 86,4%.

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

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones desde 2015 a 2018 por semana epidemiológica en residentes de la CABA.

Gráfico 2. Número de notificaciones de Sífilis Congénita según SE. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 1-52; n=285), 2016 (SE 1-52; n=262), 2017 (SE 1-52; n=392), 2018 (SE 1-22; n=112).



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

Como se viene expresando desde el inicio de este análisis, se continúan mejorando los sistemas de notificación y la cobertura de este evento, así como de Sífilis en el embarazo.

En la tabla se presenta el número y el porcentaje de notificaciones de Sífilis congénita en el periodo 2017-2018 hasta SE 26.

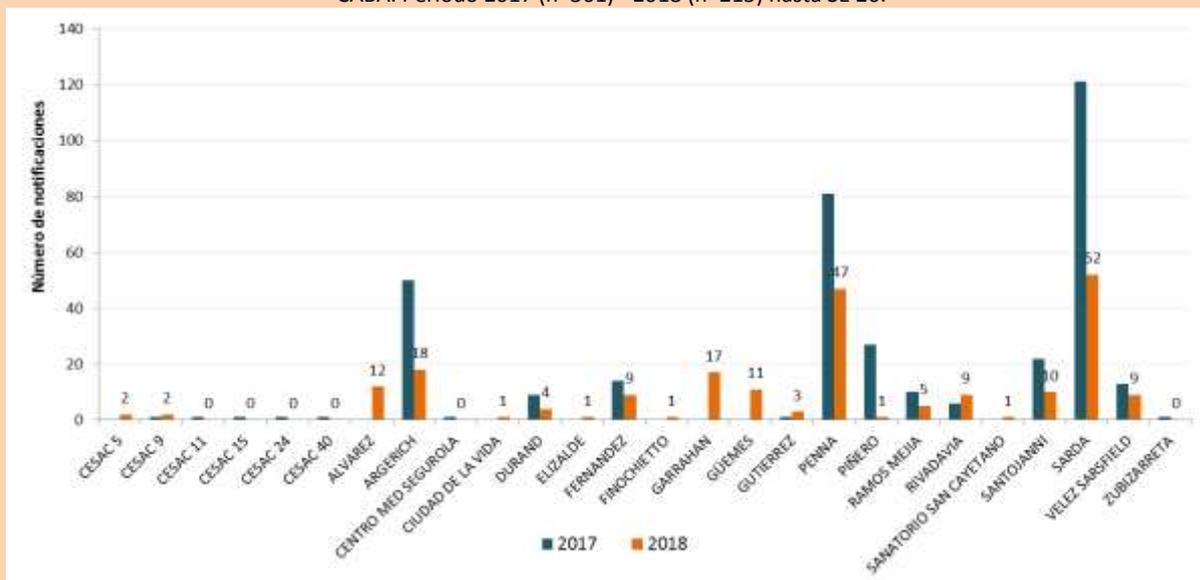
Tabla 4. Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis Congénita según criterio epidemiológico. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 26.

Criterio diagnóstico	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
Confirmado	23	6,4%	20	9,3%
Probable	11	3,0%	15	7,0%
Sospechoso	150	41,6%	77	35,8%
Descartado	26	7,2%	0	0,0%
Total	210	100%	112	100%

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

De estos casos, hasta lo notificado hasta la SE 26 en 2017 el 44,6% de los casos no cuentan con diagnóstico definitivo y cierre del caso, constando aún como notificaciones sospechosas y probables siendo que ya deberían contar con el diagnóstico definitivo, el tratamiento si correspondiese y el cierre del caso en el SNVS.

A continuación se exponen las notificaciones acumuladas por efector notificador **en residentes y no residentes** de la CABA hasta la SE 26 de los años 2017 y 2018.

Gráfico 3. Número de notificaciones de Sífilis Congénita según Hospital notificador. CABA. Periodo 2017 (n=361) - 2018 (n=215) hasta SE 26.Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

En el año 2017 hasta la SE 26, el Hospital Penna notificó el 22% (81) y la maternidad Sardá el 34% (121) de los casos y el Argerich el 14% (50). En el mismo período del 2018 se produjo un descenso porcentual en las notificaciones del 40,4%.

En el siguiente gráfico se presenta el número de notificaciones según comuna de residencia de las niños/as notificados con Sífilis Congénita durante el año 2017-2018.

Tabla 5. Número de notificaciones y tasas x 1000 nacidos vivos de Sífilis Congénita según Comuna de residencia. Hasta SE 26, 2017-2018. CABA.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	16	5,2	6	1,9	-10
2	0	0,0	1	0,6	1
3	11	4,4	5	2,0	-6
4	22	6,1	9	2,5	-13
5	3	1,4	1	0,5	-2
6	0	0,0	4	1,9	4
7	15	4,5	6	1,8	-9
8	25	7,0	13	3,6	-12
9	8	3,7	3	1,4	-5
10	3	1,5	5	2,6	2
11	4	1,9	2	0,9	-2
12	1	0,4	1	0,4	0
13	2	0,7	2	0,7	0
14	0	0,0	0	0,0	0
15	3	1,4	1	0,5	-2
Residentes Sd*	38		45		7
Desconocidos**	59		8		-51
Total CABA	210	5,4	112	2,9	-98

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

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

Las comunas del Sur de la Ciudad acumulan el 46% (70) de los casos totales de la CABA en 2017 y el 21% (31) para 2018. Esta disminución del porcentaje se correlaciona con la cantidad de residentes de la Ciudad con datos de comuna desconocida, ya que las tasas en las comunas del sur siguen siendo las más elevadas.

VIII.4.B. Sífilis en embarazadas

A continuación se presenta el número de notificaciones de sífilis en embarazadas según residencia en el periodo de estudio.

Tabla 6. Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis en embarazadas según provincia residencia. Hasta SE 26, Año 2017-2018.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	183	33,9%	128	39,0%
CABA	198	36,7%	179	54,6%
DESCONOCIDO	157	29,1%	21	6,4%
OTRAS PROV	2	0,4%	0	0,0%
Total	540	100%	328	100%

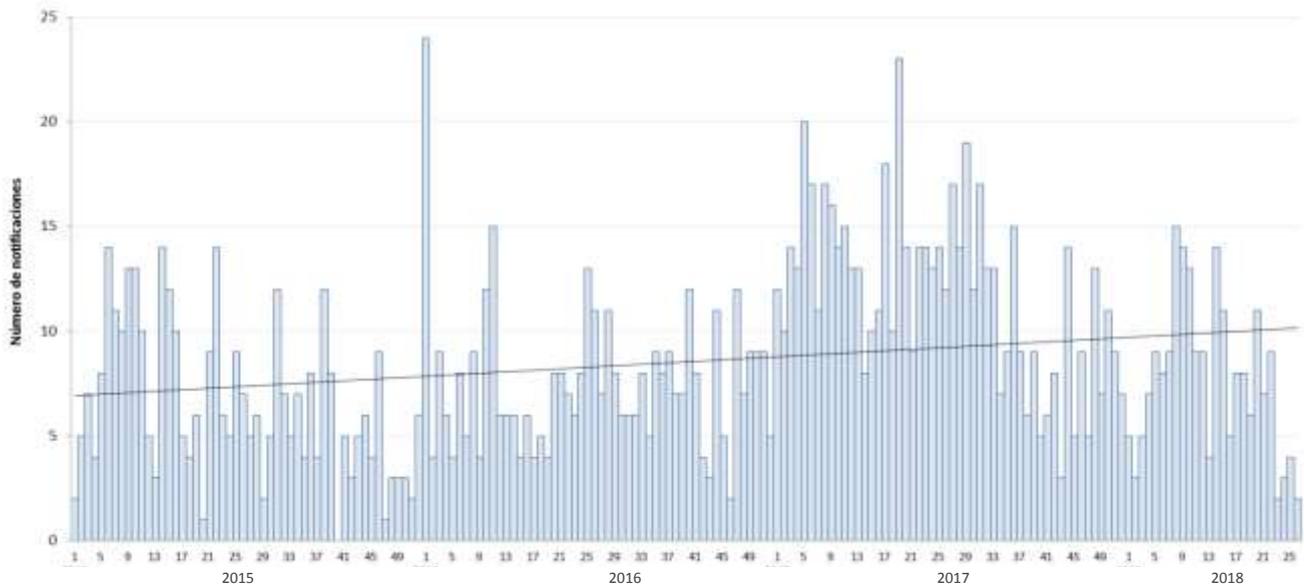
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Del total de casos notificados por año, en el año 2018, se observó un descenso del 39% (212) en las notificaciones.

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

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones desde 2015 a SE 26 de 2018 por semana epidemiológica en residentes de la CABA.

Gráfico 4. Número de notificaciones de Sífilis en embarazadas según SE. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 1-52; n=342), 2016 (SE 1-52; n=395), 2017 (SE 1-52; n=617), 2018 (SE 1-26; n=200).



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

Se observa un importante incremento en la notificación de este evento respecto al patrón observado en periodos anteriores para todas las semanas epidemiológicas.

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

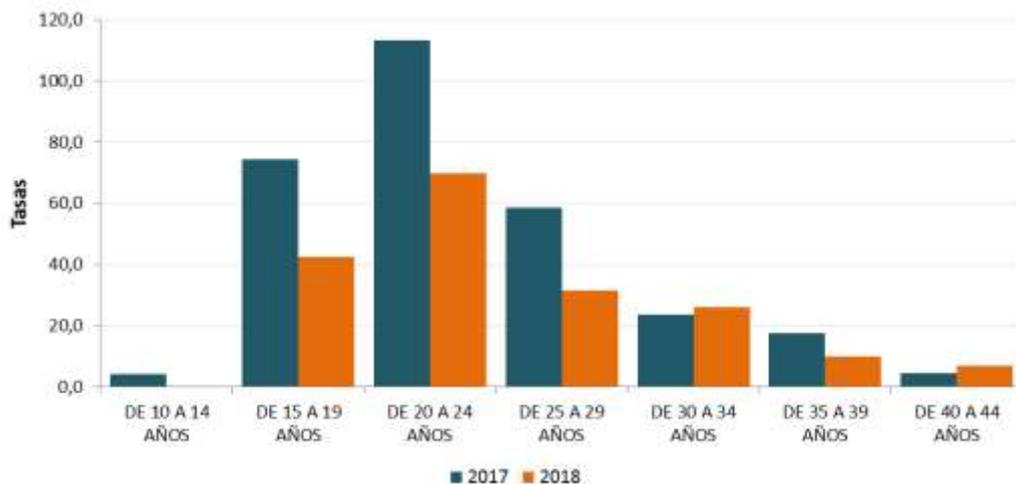
Tabla 7. Número y porcentaje de casos de Sífilis en embarazadas según grupo de edad. Residentes de CABA. Hasta SE 26, 2017-2018.

Grupo de edad	2017		2018	
	Casos	%	Casos	%
DE 10 A 14 AÑOS	4	1%	0	0%
DE 15 A 19 AÑOS	69	19%	39	20%
DE 20 A 24 AÑOS	117	33%	71	36%
DE 25 A 29 AÑOS	69	19%	36	18%
DE 30 A 34 AÑOS	29	8%	32	16%
DE 35 A 39 AÑOS	21	6%	12	6%
DE 40 A 44 AÑOS	5	1%	8	4%
DE 45 A 49 AÑOS	0	0%	0	0%
Sin datos	41	12%	2	1%
Total	355	100%	200	100%

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

En ambos años, hasta la SE 26, los porcentajes de notificación por grupo de edad no presentan diferencias importantes.

Gráfico 5. Tasas cada 100 mil mujeres de casos notificados de Sífilis en Embarazadas según grupo de edad. Residentes de CABA. Hasta SE 26, 2017 (n=355)-2018 (n=200).

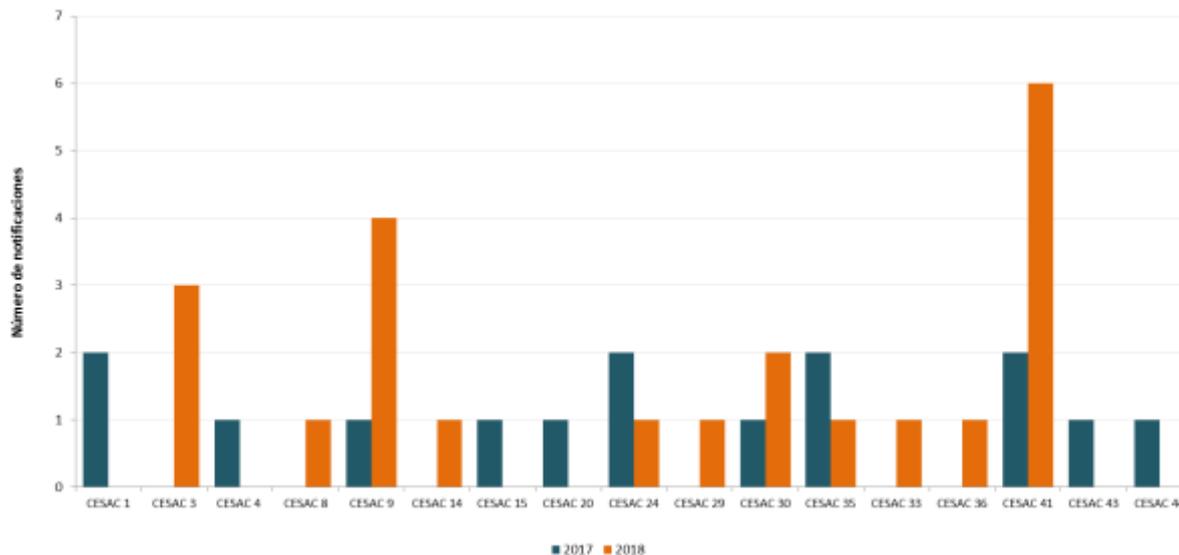


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

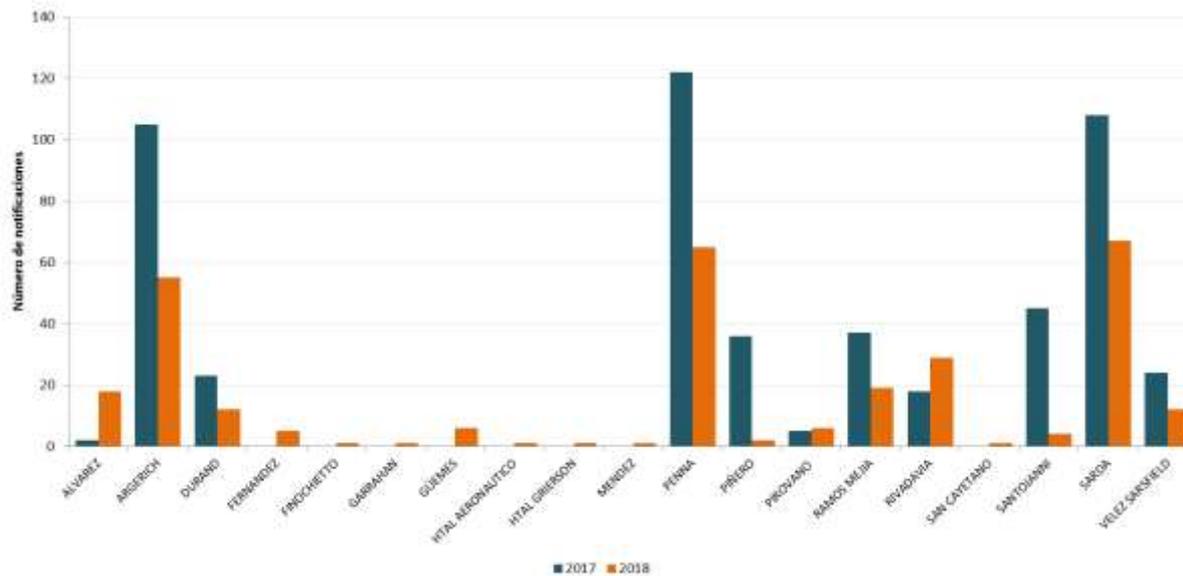
Comparando los grupos de edad, se observa que la tasa más alta se presenta en el grupo de mujeres de 20 a 24 años donde se notificaron 117 casos en embarazadas en el año 2017 y 71 en el actual. La tasa para este grupo de edad en 2017 fue de 113,4/100.000 hab., mientras que en 2018 para el mismo grupo de edad, fue de 69,8/100.000 hab.

En el gráfico a continuación se presenta el número de casos de acuerdo al establecimiento notificador hasta la semana epidemiológica 26 en 2017 y 2018 de mujeres embarazadas con diagnóstico de Sífilis, tanto en residentes como no residentes de la Ciudad.

Gráfico 6. Número de casos de Sífilis en Embarazadas según CeSAC. Hasta SE 22, 2017 (n=15)-2018 (n=22). CABA.



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

Gráfico 7. Número de casos de Sífilis en Embarzadas según Hospital notificador. Hasta SE 18, 2017 (n=448)-2018 (n=256). CABA.Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 26 del año 2018, se observó mayor participación de los CeSAC, nueve efectores han superado el número de notificaciones realizadas en el mismo periodo del año anterior.

Tabla 8. Número de notificaciones y tasas por 100 mil mujeres en edad fértil de Sífilis en Embarzadas según Comuna de residencia. Hasta SE 26 2017-2018. CABA.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	26	45,8	18	31,8	-8
2	1	2,8	3	8,5	2
3	14	32,5	7	16,3	-7
4	33	63,3	47	90,6	14
5	1	2,4	4	9,7	3
6	0	0,0	7	17,8	7
7	12	23,6	8	15,8	-4
8	35	69,1	9	17,8	-26
9	13	38,1	5	14,8	-8
10	5	14,6	3	8,8	-2
11	4	10,5	3	7,9	-1
12	2	4,4	1	2,2	-1
13	1	2,0	2	3,9	1
14	0	0,0	0	0,0	0
15	5	12,7	2	5,1	-3
Residentes Sd*	46		60		14
Desconocidos**	157		21		-136
Total CABA	355	53,4	200	30,2	-155

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

La tasa global de casos notificados de Sífilis para embarazadas el año 2017 hasta la SE 26 en CABA fue de 53,4/100.000 mujeres en edad fértil. En el año 2018 se presentó un descenso del 43,4%, siendo de 30,2/100.000 mujeres en edad fértil.

X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014_vf_0.pdf
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_15_vf.pdf
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. *Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis.*
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf

24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017.
http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017. BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf
42. PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. BES N°95, Año III 15 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf
43. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017. BES N°98, Año III 6 de Julio 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_98_se_25_vf_1.pdf