



/gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 118 Año III / 23 de Noviembre de 2018
Información hasta SE 45

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
 Marco Muñoz
 Mg. Mariela Rodríguez
 Lic. Mara Tesoriero
 Dra. Mónica Valenzuela
 Lic. Hernán Zuberman

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
 Vet. Eugenia Toytoyndjian

Data Entrys

Germán Adell
 Rosalía Paez Pérez
 Bianca Spirito
 Christian Turchiaro

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

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

Enrique Pinti

Nació en Buenos Aires en 1939. Es actor, humorista, director teatral, escritor y dramaturgo argentino. Su producción artística se expresó a través de distintos medios: escribió obras infantiles y para adultos; también dirigió e interpretó espectáculos de su autoría aparte de protagonizar una gran cantidad de *music halls* y shows de café-concert. Como humorista, su trabajo se caracteriza por el desarrollo de monólogos con un lenguaje ácido en los que describe el escenario político nacional y mundial. Es considerado uno de los exponentes máximos del Café Concert junto con Antonio Gasalla y Carlos Perciavalle.

Algunos de sus mayores éxitos fueron: *Historias recogidas* (1973 a 1975), *Historias recogidas II* (1978 a 1979), *El Show de Enrique Pinti* (1980 a 1981), *Vote Pinti* (1983). En 1984 estrenó en Buenos Aires la obra *Salsa Criolla* -una saga histórico-musical que recorre la historia argentina y que se convirtió en el éxito más rotundo de su carrera- *Salsa Criolla* (1985), *Pinti y Aparte* (1992), *El Infierno del Pinti* (1997), *Pericon.com.ar* (2000) y *Antes de que me olvide* (2010). Actuó en las películas *Flop* (1990) con Víctor Laplace y Federico Luppi; y *Perdido por perdido* (1993) junto a Ricardo Darín.

En 2001 recibió el Premio Konex como Actor de Musical. Desde 2002 y hasta el 2004, presentó su humorístico musical *Candombe Nacional* en el Maipo, con el cual realizó una gira nacional e internacional por Uruguay, España y Chile. En el año 2009, fue declarado Ciudadano Ilustre de la Ciudad por la Legislatura porteña. En mayo de 2015, reestrenó en el Teatro Liceo "Salsa Criolla" al cumplirse 30 años de su estreno. En enero de 2017 se estrenó en el teatro Liceo "Otra vez sopa -un álbum de recuerdos, que ojalá! sean recuerdos-". Un unipersonal donde despliega su irónica visión sobre la realidad nacional y mundial. Al igual que en obras anteriores, los monólogos se intercalan con números musicales. Foto modificada de: www.eldia.com.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES	5
NUEVA EDITORIAL (DEL BES 113)	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. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	12
IV.8. OTRAS.....	12
IV.9. ZONÓTICAS Y POR VECTORES.....	12
V. IMPACTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA E INTENSIFICADA EN EL CONTROL DE PACIENTES CON SÍFILIS.	
HOSPITAL VÉLEZ SARFIELD. 2016-2017.	13
V.1. RESUMEN EJECUTIVO	13
V.2. INTRODUCCIÓN	14
V.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	15
V.4. OBJETIVOS	15
V.4.A. General	15
V.4.B. Específicos.....	15
V.5. RESUMEN DE ANTECEDENTES Y CARACTERIZACIÓN DEL CONSENSO	15
V.5.A. Generalidades.....	15
V.5.B. Consenso Interno sobre sífilis del Hospital Vélez Sarsfield (diagnóstico, tratamiento, seguimiento y notificación).....	16
V.5.B.i. Sobre el estudio diagnóstico	16
V.5.B.ii. Sobre la Notificación al Equipo de Epidemiología (P y P/AP).....	17
V.5.B.iii. Sobre los métodos diagnósticos	17
V.5.B.iv. Sobre el tratamiento	17
V.6. RESULTADOS SELECCIONADOS	18
V.6.A. Servicios notificadores.....	18
V.6.B. Sífilis en el embarazo	19
V.6.B.i. Sobre el tratamiento	19
V.6.C. Tratamiento de la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.....	20
V.7. CONCLUSIONES.....	21
V.8. RECOMENDACIONES	23
V.9. BIBLIOGRAFÍA	23
VI. AVANCE DE META CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE S/R (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). 7 ^{MA} SEMANA. CABA.	25
VII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	26
VII.1. INTRODUCCIÓN	26
VII.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	26
VII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	27
VII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 45.	27
VII.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS	29
VIII. VIGILANCIA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO	33
VIII.1. INTRODUCCIÓN.....	33
VIII.1.A. Definiciones de caso.....	33
VIII.2. SITUACIÓN NACIONAL.....	33
VIII.3. SITUACIÓN CIUDAD DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	34
VIII.4. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017 -2018 HASTA LA SE 45.....	35
VIII.4.A. Sobre los casos.....	38
IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	39

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*

NUEVA EDITORIAL (DEL BES 113)

Entre los meses de Agosto y septiembre, desde la Gerencia Operativa de Epidemiología, se realizó una encuesta sobre el Boletín Epidemiológico Semanal, con el objetivo de conocer la opinión de los lectores y, a partir de sus sugerencias, realizar cambios para mejorarlo.

Nos satisfizo conocer el alto porcentaje de receptores que consideraron que el BES es importante para su trabajo. Sostenemos que es un producto de difusión de la información epidemiológica de la CABA, de este modo responde a uno de los más firmes objetivos de la epidemiología, y al mismo tiempo plasma y retroalimenta el trabajo diario de cada equipo, el cual a veces no es visible por el intenso ritmo laboral del campo de la salud.

La encuesta fue un instrumento diseñado para reconocer la importancia que cada lector tiene, porque su uso debe fundamentalmente responder a las necesidades que la práctica nos demanda: conocer la situación de los eventos, hacer foco en alguno o algunos en particular (y lo hemos experimentado en este año con el brote de Sarampión, por ejemplo), acercarles a los usuarios información útil, práctica, concisa, necesaria, a veces para intervenciones, otras para profundizar un tema y, en todos los casos, para dimensionar cómo el dato se transforma en información para la acción.

A partir de una de las opiniones que más reflejó la encuesta, en este Boletín se presenta el primero de cuatro informes sobre la situación epidemiológica de los Siniestros Viales en la CABA, producto de un trabajo articulado con el Observatorio de Seguridad vial. Es de vital importancia dimensionar la magnitud de estos eventos, razón por la cual, planificamos continuar su publicación con seguimientos periódicos.

También se tomaron, de todas las encuestas respondidas, las sugerencias sobre cuál es el formato más útil y práctico de presentación de la información, tanto en su extensión, tratamiento de los datos presentados, periodicidad de la misma, priorización de eventos y nuevas incorporaciones.

La intención es continuar revisando críticamente todo nuestro quehacer en virtud de mejorar los diferentes procesos de trabajo y productos que construimos. Asimismo esperamos que estos cambios y los por venir, contribuyan a mejorar la calidad de este Boletín de acuerdo a lo esperado por la mayoría de ustedes... hasta la próxima!



Dr. Daniel Carlos Ferrante
Subsecretario de Planificación Sanitaria
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. En la actualidad, a partir de la encuesta realizada recientemente, se está revisando dicha periodicidad y en próximos BES se presentarán los cambios.

Informes semanales/otros:

- ✓ [Avance de meta de la campaña de seguimiento de sarampión-rubeola \(niños/as de 1 a 4 años\)](#)
- ✓ [Vigilancia del Síndrome urémico hemolítico](#)
- ✓ [Actualización semanal de Infecciones Respiratorias Agudas.](#)

Informe especial:

- ✓ [Impacto de la Vigilancia Epidemiológica Activa e Intensificada en el control de pacientes con Sífilis. Hospital Vélez Sarsfield. 2016-2017](#)

Resumen:

- ✓ No se observan cambios de importancia en la notificación respecto del BES 118.

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.

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 45** del corriente año (finalizada el 10 de noviembre) 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 45** 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*	174	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	293	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	307		-34
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	26	28		8
	ARANEISMO	3	3	0	
	OFIDISMO	1	3	2	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	181	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	2	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	19	33	14	
	HEPATITIS B	58	99		71
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	54	85		57
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	78	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	15	544	529	
	PAF*	8	4	-4	
	PAROTIDITIS	289	118		-59
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	78	29		-63
	POR METALES PESADOS	54	85		57
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	122	90		-26
	POR OTROS TÓXICOS	56	16	-40	
	POR PLAGUICIDAS	0	2	2	
	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 45** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	5	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	7	7	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	12	8	-4	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	3	0	-3	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	6	2	-4	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	8	9	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	21	33		57
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	7	4	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	26	14	-12	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	23	11	-12	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	10	4	-6	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0		
Otras	LEPRA	3	2	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	611		-14
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	34	33	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 116			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa BES 116			
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa BES 116			
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa BES 116			
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	39	22		-44
	PSITACOSIS	9	8	-1	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	11	11	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	12	12	
	LEPTOSPIROSIS	45	27		-40
	PALUDISMO	1	13	12	
	TRIQUINOSIS	0	4	4	
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	7	9	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)

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*	6	1	123	44	174	6	1	91	6	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	0	0	0	118	90	0	0	0	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	40	16	198	39	293	33	16	147	4	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	0	0	0	466	307	0	0	0	307		-34

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la **SE 34 2017-2018** en el **BES N° 107**.

Los datos presentados de **Chagas Congénito y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 73** y hasta la **SE 36 2017-2018** en el **BES N° 109**.

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	5	10	11	0	26	4	4	20	0	28		8
	ARANEISMO	1	2	0	0	3	0	0	3	0	3	0	
	OFIDISMO	0	1	0	0	1	3	0	0	0	3	2	

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	181	0	0	0	181	163	0	0	0	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	0	0	0	17	12	0	0	0	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	0	0	0	3	3	0	0	0	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	2	0	0	0	2	2	0	0	0	2	0	

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

Los datos presentados de **Diarreas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 33 2017-2018** en el **BES N° 106**.

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	19	0	0	0	19	23	2	7	1	33	14	
	HEPATITIS B	36	5	17	0	58	45	18	35	1	99		71
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	39	1	14	0	54	54	7	23	1	85		57
	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	59	9	78	9	0	35	1	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	2	13	15	6	1	430	107	544	529	
	PAF*	0	0	6	2	8	0	0	3	1	4	-4	
	PAROTIDITIS	31	28	230	0	289	15	1	102	0	118		-59

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 29 2017-2018** en el **BES N° 102**.

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	24	7	47	0	78	6	0	23	0	29		-63
	POR METALES PESADOS	39	1	14	0	54	54	7	23	1	85		57
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	37	32	51	2	122	6	0	82	2	90		-26
	POR OTROS TÓXICOS	45	2	9	0	56	7	0	9	0	16	-40	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	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. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	5	0	0	0	5	2	0	0	0	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	4	1	2	0	7	3	0	4	0	7	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	3	5	0	12	0	0	8	0	8	-4	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	6	0	0	0	6	1	0	1	0	2	-4	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	0	1	0	8	7	0	2	0	9	1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	3	2	12	4	21	1	1	28	3	33		57
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	4	1	1	1	7	1	0	2	1	4	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	24	1	1	0	26	13	0	1	0	14	-12	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	5	5	10	3	23	1	0	9	1	11	-12	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	8	0	1	1	10	2	0	1	1	4	-6	
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.8. 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	2	0	3	1	0	1	0	2	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	0	0	0	44	14	0	0	0	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	0	0	1	3	0	0	0	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	0	0	0	708	611	0	0	0	611		-14

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

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 31 2017-2018** en el **BES N° 104**.

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la **SE 34 2017-2018** en el **BES N° 107**.

IV.9. 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	6	8	20	0	34	33		
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 116												
	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	37	1	39	1	0	6	15	22		-44	
	PSITACOSIS	4	0	5	0	9	0	0	8	0	8	-1		
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	11	0	0	0	11	11		
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	12	0	12	12		
	LEPTOSPIROSIS	1	4	25	15	45	0	1	10	16	27		-40	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	8	1	2	2	13	12		
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	3	0	4	4		
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	7	0	7	0	0	4	5	9	2			

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 N° 116**.

V. IMPACTO DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA E INTENSIFICADA EN EL CONTROL DE PACIENTES CON SÍFILIS. HOSPITAL VÉLEZ SANSFIELD. 2016-2017.¹

AUTORAS: DRAS. DEANDREIS, CORA; FASSI, CECILIA; REQUENA OLAVARRIA, JANISSE; SAVORINI, ANDREA. HOSPITAL VÉLEZ SANSFIELD.

V.1. RESUMEN EJECUTIVO

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de reservorio humano exclusivo, producida por el *Treponema pallidum*. Se adquiere por contacto sexual, transplacentario, transfusión sanguínea e inoculación directa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad nos encontramos ante una epidemia de sífilis a nivel mundial, con unos 5,6 millones de personas que contraen esta enfermedad anualmente. Ante este aumento de casos también evidenciado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de la CABA solicitó a los Equipos de Epidemiología intensificar la vigilancia. Por este motivo y siendo una Enfermedad de Notificación Obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) según la Ley 15.465, el Equipo de Epidemiología del Hospital Vélez Sarsfield (HVS), integrado por profesionales del Depto. Área Programática, tomó la iniciativa de realizar una vigilancia activa de casos e involucrar a todos los Servicios implicados en la atención.

El **objetivo** del presente trabajo es demostrar que a través de la Vigilancia Epidemiológica Intensificada con búsqueda activa de casos y la optimización del trabajo interdisciplinario se obtuvieron mejoras en el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente y sus contactos.

Se **trata de un estudio epidemiológico** descriptivo, retrospectivo y longitudinal, cuyos datos fueron obtenidos de las siguientes fuentes: Fichas Epidemiológicas de Sífilis confeccionadas durante los años 2016 y 2017 y notificadas al Equipo de Epidemiología, Planillas de registro de casos en forma agrupada según grupo etario según clasificación del SNVS, Historias Clínicas de Consultorios Externos e Internación, Libro de registro de atención diaria de pacientes en el Departamento de Urgencias, Planillas de entrega de Penicilina G Benzatínica realizadas por Farmacia, Listado con resultados de VDRL y prueba treponémicas de Laboratorio, Libro de Enfermería de aplicación de Penicilina G Benzatínica en Consultorios Externos; de donde se obtuvieron las variables analizadas en este trabajo que incluyeron datos filiatorios, edad, sexo, resultado de pruebas treponémicas y no treponémicas, clasificación de la enfermedad según estadio clínico, número de dosis y fecha de inicio de tratamiento, identificación de la semana de embarazo en el momento del diagnóstico, médico tratante y Servicio al que pertenece. Todos estos datos fueron volcados a una planilla Microsoft Office Excel por el Equipo de Epidemiología lo que permitió el análisis.

Como **resultados principales** se destacan: De los 216 pacientes con diagnóstico de sífilis asistidos desde 01 de enero de 2016 al 31 de diciembre de 2017 en el HVS, (N=216), 93 pacientes (43%) corresponden al año 2016 y 123 pacientes (57%) al año 2017.

La media de edad es de 27 años (edad mínima de 1 año y máxima de 75 años). Excluyendo las sífilis congénitas y los mortinatos.

En cuanto al sexo, en el año 2016 el 47% corresponden a varones, con una relación de masculinidad de 0,88. En el año 2017 el dato disminuye a 36%, con una relación de masculinidad de 0,56. Excluyendo las sífilis congénitas y los mortinatos.

En cuanto a los Servicios notificantes las fuentes fueron: CeSAC 36, Dermatología, Infectología, Laboratorio, Neonatología, Obstetricia, P y P, Pediatría, Clínica Médica, Farmacia, Ginecología y Hemoterapia.

¹ El documento aquí publicado es una síntesis de un trabajo completo del mismo nombre realizado por las autoras para las recientes XXXVI JORNADAS MULTIDISCIPLINARIAS DE SALUD, XXVII JORNADAS DE EMERGENTOLOGÍA, XXII JORNADAS DE ENFERMERÍA, IX JORNADAS DE RESIDENTES Y CONCURRENTES del Hospital Vélez Sarsfield. El mismo ganó el premio como "Mejor trabajo" y desde la Gerencia tenemos el placer y el orgullo de poder presentarlo en este espacio. Felicitamos a las autoras y agradecemos esta posibilidad, ya que compartir la experiencia de trabajo y los logros que ella conquistó, son el germen para la construcción de alternativas en otros efectores.

Según categorías diagnósticas en el 2016, los 93 pacientes, se registraron 10 (10,8%) con sospecha de Sífilis Congénita, 19 (20,4%) embarazadas con Sífilis, 33 (35,4%) Sífilis sin especificar en hombres, 23 (24,7%) Sífilis sin especificar en mujeres.

En el año 2017, de 123 se incrementó a un 16,3% (20 casos) las sospechas de Sífilis Congénitas, asimismo aumentó a 32,5% (40 casos) la notificación de Sífilis en embarazadas.

Según cumplimiento de tratamiento, en el año 2016 de 93 pacientes se obtuvo datos de la realización de tratamiento completo en 31 pacientes (33,3%), y sin datos en 62 pacientes (66,7%) mientras que en el 2017, de 123 pacientes se obtuvo datos de realización de tratamiento completo en 113 pacientes (91,9%), tratamiento incompleto 2 pacientes (1,6%), y ausencia de tratamiento en 8 pacientes (6,5%). En cuanto al cumplimiento de tratamiento en embarazadas, durante los años 2016 y 2017 se notificaron 59 casos. En el año 2016 de 19 sólo se obtuvo datos de tratamiento completo en el 52,6%, y sin datos 47,4 %. En el año 2017 de 40 obtuvimos datos de tratamiento completo en el 95%, y tratamiento incompleto 5 %.

Según tratamiento realizado por la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es se obtuvieron los siguientes datos: En el año 2016 de nuestra muestra n: 93, 11 pacientes corresponden a neonatos y niños por lo que son excluidos de este análisis. De los 82 pacientes restantes en el 84,2% de los casos no hay datos referentes a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es, y en 15,8% se pudo recabar datos. En el 2017 de 123 pacientes, 21 corresponden a neonatos y niños por lo que son excluidos de este análisis. De los 102 pacientes analizados el 34,3% no se cuenta con ningún dato referente a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es, y el 65,7% se pudo recabar datos.

A modo de conclusión, se especifica que en cuanto al total de número de casos, se registró un aumento en la incidencia entre los dos años en estudio. La variación puede deberse a la mayor sensibilidad del sistema de notificación local a partir de las mejoras interdisciplinarias implementadas. Analizando la distribución según edad observamos una media similar en ambos años. Con respecto a la distribución por sexo podríamos inferir que la predominancia del sexo femenino se debe al testeado de rutina para Sífilis en las embarazadas y al mayor acercamiento al sistema de salud que posee la población femenina. En relación a las fuentes de notificación se evidencia un incremento notable en la notificación a partir del 1 de octubre de 2016 que coincide con la implementación del Consenso Interno, mostrando en el caso de embarazadas un incremento que supera el doble de un año a otro.

Según cumplimiento de tratamiento se evidencia en el 2017 un aumento sustancial de pacientes con tratamiento completo con respecto al año precedente, que está relacionado con la posibilidad de contactar al paciente con VDRL positiva por tener sus datos completos en la Ficha Epidemiológica, y por la mejora en la accesibilidad al tratamiento penicilínico a través de su aplicación en Consultorios Externos y no sólo en el Servicio de Dermatología, como se hacía hasta septiembre de 2016.

En el año 2017 se observa una mejora en la oportunidad diagnóstica y de tratamiento con mayor número de embarazadas captadas antes del 3^{er} trimestre de embarazo.

En el año 2017 se observa un aumento de pareja/s y/o contacto/s sexual/es que fueron testeadas con VDRL y realizaron el tratamiento con Penicilina G Benzatínica, en relación al año 2016.

Nuestro trabajo pone en evidencia la necesidad de implementar estrategias basadas en un enfoque de Salud Pública orientado a prevenir las enfermedades, promover la salud y garantizar la calidad de vida de la población en su conjunto, fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento a nivel local, y realizar intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales que incluyan: educación sexual integral, procreación responsable, prevención y asesoramiento sobre ITS y VIH, prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos y promoción del uso de preservativos en la población en general. Nuestro desafío como Equipo Epidemiológico del HVS es continuar mejorando la Vigilancia Epidemiológica de Sífilis.

V.2. INTRODUCCIÓN

La Sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de reservorio humano exclusivo, producida por una bacteria *Treponema pallidum*, que se adquiere por contacto sexual, transplacentario, transfusión sanguínea e inoculación directa, que representa un problema de Salud Pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la actualidad nos encontramos ante una epidemia de Sífilis a nivel mundial, con unos 5,6 millones de personas que contraen esta enfermedad anualmente. En el año 2009, nuestro país adhirió a la iniciativa regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de disminuir

la transmisión vertical de Sífilis a menos de 0,5 por mil nacidos vivos y lograr alcanzar una tasa de transmisión vertical de VIH a menos del 2 % para el año 2015.

Coincidiendo con el aumento de la incidencia de Sífilis a nivel mundial, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires también registró mayor número de casos, especialmente relacionados con Transmisión Vertical. Por este motivo la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) solicitó a los Equipos de Epidemiología locales intensificar su vigilancia, debido a que es una Enfermedad de Notificación Obligatoria, según la Ley 15.465, al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS).

Se presenta un estudio realizado con pacientes que fueron notificados al Equipo de Epidemiología del Hospital Vélez Sarsfield (HVS), integrado por profesionales del Depto. Área Programática (AP) que realizan la tarea intra y extramural, con diagnóstico de Sífilis en el período comprendido entre los años 2016-2017, cuyo objetivo es demostrar que a través de la Vigilancia Epidemiológica Intensificada con búsqueda activa de casos y la optimización del trabajo interdisciplinario, se lograron mejoras en el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.

V.3. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Aumento de la incidencia de Sífilis tanto a nivel de CABA como en el mundo.

V.4. OBJETIVOS

V.4.A. General

Demostrar que a través de la Vigilancia Epidemiológica Intensificada con búsqueda activa de casos y la optimización del trabajo interdisciplinario se obtuvieron mejoras en el diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente y sus contactos.

V.4.B. Específicos

- Caracterizar a la población de pacientes en cuanto a edad y sexo.
- Identificar los Servicios notificantes.
- Clasificar la enfermedad según categoría diagnóstica.
- Evaluar cumplimiento de tratamiento en recién nacidos, hombres, mujeres, embarazadas y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.
- Cuantificar la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es de los pacientes con diagnóstico de Sífilis.
- Identificar la semana de gestación al momento del diagnóstico y tratamiento en pacientes embarazadas con Sífilis.

V.5. RESUMEN DE ANTECEDENTES Y CARACTERIZACIÓN DEL CONSENSO

V.5.A. Generalidades

El aumento de casos de Sífilis mencionado por la OMS como una epidemia a nivel mundial, también se hizo evidente en la CABA. Por este motivo la Gerencia Operativa de Epidemiología del Ministerio de Salud del Gobierno de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) solicitó a los Equipos de Epidemiología locales intensificar su vigilancia debido a que es una Enfermedad de Notificación Obligatoria, según la Ley 15.465, al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS).

Ante esta solicitud el Equipo de Epidemiología del HVS, comenzó a planificar estrategias para mejorar la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de la Sífilis en embarazadas y en adultos sexualmente activos, ampliando el área de Vigilancia Epidemiológica a hombres y mujeres en edad reproductiva con potencial para futuros embarazos, enfocándose en cortar la cadena epidemiológica de transmisión de la enfermedad tendiente

a disminuir la incidencia de Sífilis Congénita, haciendo especial hincapié en la pesquisa, diagnóstico y tratamiento de la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.

El marco logístico para poder implementar dicha estrategia implicó que el Equipo de Epidemiología convocara a todos los Servicios involucrados en la detección, diagnóstico y tratamiento de dicha enfermedad (Clínica Médica, Dermatología, Enfermería, Farmacia, Ginecología y Obstetricia, Hemoterapia, Infectología, Laboratorio, Neonatología, Pediatría y Trabajo Social), realizando un Consenso Interno el 29 de septiembre de 2016, alcanzando de esta manera una mejora en el abordaje de estos pacientes y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es

La implementación y puesta en práctica de estas normativas evidencian una mejora que se demuestra en la descripción de nuestro trabajo.

A modo de aclaración hasta agosto de 2016 los datos para la notificación de casos provenían del relevamiento realizado por P y P de las planillas de atención médica diaria de Consultorios Externos y Departamento de Urgencias, donde los casos se registraban en forma agrupada por grupo etario sin poder discriminar datos filiatorios para el adecuado control y seguimiento del paciente y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es. Sólo el Servicio de Neonatología realizaba la notificación a través de Fichas Epidemiológicas para los casos de Sospecha de Sífilis Congénita. A partir de la implementación del Consenso Interno el 01 de octubre de 2016 los datos se obtienen de las Fichas Epidemiológicas utilizadas para tal fin, por todos los Servicios que intervienen en la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de los casos con diagnóstico de Sífilis y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.

En el contexto de la Vigilancia activa e intensificada en el control de pacientes con Sífilis, el Equipo de Epidemiología solicitó a los Servicios de Farmacia y Laboratorio que informe en forma semanal las dosis de Penicilina G Benzatínica aplicadas y los resultados de las VDRL y pruebas treponémicas realizadas, respectivamente. Esto permite al Equipo de Epidemiología realizar una búsqueda activa de pacientes con VDRL positivas logrando contactar al paciente evitando la demora en el retiro de resultados, y anticipándolos a los profesionales de la Salud que asistieron al paciente. La Trabajadora Social del Equipo de Epidemiología, contacta a los pacientes para que concurren a la brevedad a su médico para iniciar el tratamiento correspondiente. También realiza el seguimiento de la/s pareja/s y/o su/s contacto/s sexual/es de pacientes con Sífilis a fin de que concurren para testeo con VDRL y/o tratamiento, debido a que muchas veces, y tal como se evidencia a nivel mundial (OMS), muestran reticencia para los mismos. En el caso de pacientes embarazadas con VDRL positiva se avisa al Servicio de Obstetricia para que el médico tratante contacte a la paciente para iniciar tratamiento.

V.5.B. Consenso Interno sobre sífilis del Hospital Vélez Sarsfield (diagnóstico, tratamiento, seguimiento y notificación)

Realizado el 29 de septiembre de 2016, implementado a partir del 01 de octubre de 2016, y actualizado en julio de 2017.

V.5.B.i. Sobre el estudio diagnóstico

- En la orden de VDRL se deberá consignar Nombre/s, Apellido/s, DNI y Teléfono.
- Aclarar si la paciente está embarazada, ya que un resultado positivo en estas pacientes representa una Urgencia y requiere notificación inmediata a Epidemiología dentro de las 24 hs para su localización e inicio de tratamiento.
- Poner la palabra DIAGNOSTICO si es la 1^{ra} vez que se solicita la VDRL, y SEGUIMIENTO si es VDRL de control, ya que en el caso de embarazo el Laboratorio realizará directamente la confirmación con prueba Treponémica.
- Si se trata de un neonato consignar también Nombre/s y Apellido/s de la madre.

V.5.B.ii. Sobre la Notificación al Equipo de Epidemiología (P y P/AP)

Entendiendo la importancia que tiene el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la Sífilis para disminuir la incidencia en la población general y en la Transmisión Vertical, se requiere la Notificación Inmediata a través de la Ficha Epidemiológica correspondiente. Esto permite: realizar la Notificación Obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) del Ministerio de Salud de la Nación, contactar a los pacientes y su/s pareja/s sexual/es para testeo e inicio de tratamiento, control de adherencia al tratamiento y citación en caso de abandono.

- PARA REALIZAR LA NOTIFICACIÓN SE DEBERÁ
 - Completar las Fichas Epidemiológicas para la Notificación según corresponda: Sífilis, Sífilis en Embarazada y Sífilis Congénita; que deberán ser entregadas a la División P y P personalmente, bajo puerta por fuera del horario o enviadas por mail.
 - Consignar los datos completos del paciente, de la/s pareja/s sexual/es y en el caso de Sífilis Congénita, los datos de ambos padres.
 - Notificar dentro de las 24 hs del diagnóstico en el caso de Sífilis en Embarazadas y Sífilis Congénita.
 - Notificar dentro de la semana del diagnóstico: Sífilis sin especificar (VDRL positiva sin síntomas) o temprana (VDRL positiva con lesiones genitales y/o en piel).

V.5.B.iii. Sobre los métodos diagnósticos

El *Treponema pallidum* es una bacteria no cultivable en medios artificiales. Existen dos tipos de ensayos para el diagnóstico:

1. Detección de *Treponema pallidum*: Microscopía de Campo Oscuro, Amplificación en cadena de la polimerasa (PCR) e Inmunofluorescencia directa. Estas pruebas proveen un diagnóstico de certeza, pero un resultado negativo no descarta la Sífilis, debido a que la presencia de *Treponema Pallidum* en lesiones puede afectarse por varias causas.

2. Pruebas Serológicas:

a. Pruebas no treponémicas (PNT): Detectan anticuerpos no específicos llamados reaginas, dirigidos contra antígenos lipoidales que se desprenden a causa del daño celular y posiblemente de los mismos treponemas. Las PNT pueden dar falsos positivos que no se correlacionan con la enfermedad. Estas pruebas son la VDRL (Venereal Disease Research Laboratory),USR (VDRL modificada para suero no calentado) y RPR (con agregado de partículas de carbón y lectura macroscópica). En Argentina, el antígeno más utilizado es el de la USR, aunque es comúnmente llamado VDRL. Cabe aclarar, que la VDRL es la única prueba validada, hasta el presente, para ser utilizada en LCR.

b. Pruebas treponémicas (PT): Detectan anticuerpos específicos dirigidos contra proteínas del *Treponema pallidum*. Estas pruebas confirmatorias son la TP-PA (aglutinación de partículas para *Treponema pallidum*), MHA-TP o HA-TP (microhemaglutinación o hemaglutinación), FTA-abs (inmunofluorescencia), y EIA o ELISA (Enzimoinmunoensayo). En Argentina, las más utilizadas son la MHA-TP y la TP-PA.

V.5.B.iv. Sobre el tratamiento

La Penicilina G parenteral es la droga de elección en todas las etapas de la enfermedad. Las preparaciones (benzatínica o cristalina) y la duración del tratamiento varían según la etapa (temprana o tardía) y las manifestaciones clínicas de la enfermedad (que haya o no enfermedad neurológica). La eficacia es máxima y no existe resistencia.

- En pacientes con VDRL positiva debe iniciarse al momento del diagnóstico para evitar oportunidades perdidas.

- En el caso de la/s pareja/s sexual/es del paciente con VDRL positiva que en los 30 días previos al diagnóstico mantuvo/mantuvieron relaciones sexuales no protegidas, debe/en recibir una dosis de Penicilina G Benzatínica, pues la VDRL puede ser negativa al inicio y luego positivizarse.
- La aplicación de la Penicilina G Benzatínica está a cargo de Enfermería del Sector donde se encuentra el médico/a que realiza el diagnóstico (Consultorios Externos, Dermatología, Maternidad, Internación, Guardia, CeSAC 36), la medicación se entrega a Enfermería, en Farmacia, contra entrega de la receta.
- Cobertura Porteña en Salud (COPS): denunciar por Tel (4639-7456) o mail (hvsepidemiologia@gmail.com) al Equipo de Epidemiología y derivar al paciente al Consultorio de PyP de Lunes a Viernes de 8 a 12 hs con la orden de Penicilina G Benzatínica y la Ficha Epidemiológica correspondiente para que reciba la 1ra dosis.
- En la Receta deberá consignarse:
 - Nombre/s, Apellido/s, DNI y Teléfono.
 - Cantidad de dosis indicadas y la/s fecha/s de aplicación de Penicilina B.
 - Diagnóstico: Sífilis.
 - Si el tratamiento lo realiza porque su pareja es positiva consignar Nombre/s y Apellido/s de la pareja.

No hay acuerdo universal en cuanto a la duración del tratamiento (dosis). En embarazadas la penicilina es la única droga con eficacia documentada para el tratamiento de la Sífilis, se indica en 3 dosis (una por semana) de Penicilina G benzatínica 2.400.000 U, IM, y en caso de alergia a la droga se realiza la desensibilización previa (acuerdo universal en este punto).

Siempre se debe avisar al paciente la posibilidad de un fenómeno de Jarisch-Herxheimer dentro de las 12 horas de aplicada la primera dosis (para evitar falsos diagnósticos de alergia al ATB) Para pacientes alérgicos, las alternativas terapéuticas son: Doxiciclina 100mg. cada 12hs. por 14 días (oral) o Tetraciclina 500mg. cada 6hs. por 14 días (oral).

V.6. RESULTADOS SELECCIONADOS

V.6.A. Servicios notificadores

En cuanto a los Servicios notificadores en el año 2016, las fuentes de los 93 pacientes fueron: CeSAC 36: 1 (1.07%), Dermatología 11 (11.82 %), Infectología 1 (1.07%), Laboratorio 3 (3%), Neonatología 17 (18%), Obstetricia 7 (7.52%), P y P 52 (55.91%), Pediatría 1 (1.07%).

Durante el año 2017, las fuentes de notificación de los 123 pacientes fueron: Clínica Médica 1 (0,8%), Dermatología 12 (9,8%), Farmacia 7 (5,7%), Ginecología 6 (4,9%), Hemoterapia 1 (0,8%), Infectología 3 (2,4%), Laboratorio 47 (38,2%), Neonatología 18 (14,6%), Obstetricia 27 (22%), Sección Control de Salud (P y P) 1 (0,8%).

Tabla 1. Servicios que notificaron casos de Sífilis al Equipo de Epidemiología atendidos en el Hospital Vélez Sarsfield. Período 2016- 2017

SERVICIOS NOTIFICATES	Año 2016		Año 2017	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
CeSAC 36	1	1,07%	0	0%
CLINICA MEDICA	0	0%	1	0,81%
DERMATOLOGIA	11	11,83%	12	9,78%
FARMACIA	0	0%	7	5,7%
GINECOLOGIA	0	0%	6	4,9%
HEMOTERAPIA	0	0%	1	0,81%
INFECTOLOGIA	1	1,07%	3	2,40%
LABORATORIO	3	3,22%	47	38,21%
NEONATOLOGÍA	17	18,28%	18	14,63%
OBSTETRICIA	7	7,53%	27	21,95%
UROLOGÍA	0	0%	0	0%
PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD	52	55,93%	1	0,81%
PEDIATRÍA	1	1,07%	0	0%

Fuente: Elaboración propia

V.6.B. Sífilis en el embarazo

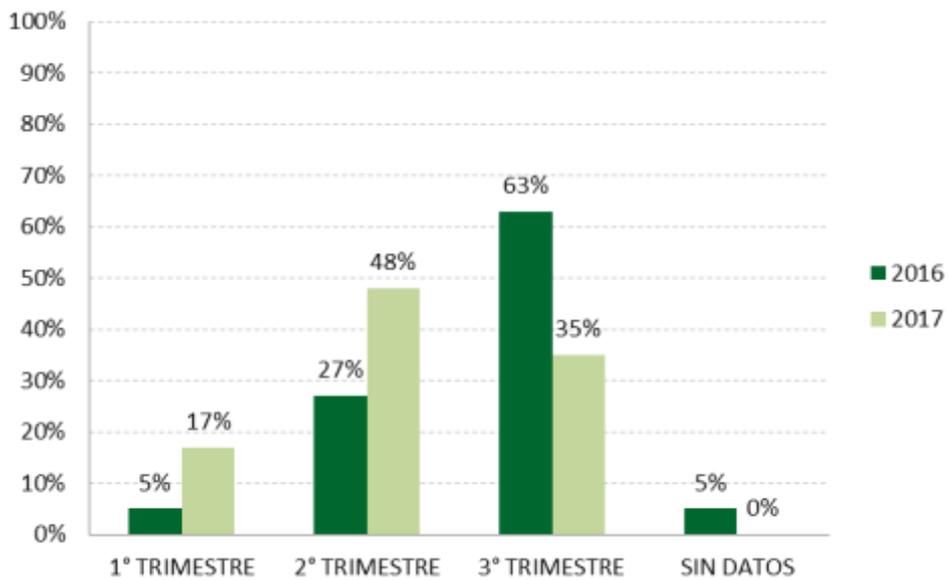
V.6.B.i. Sobre el tratamiento

Dada la importancia que conlleva la detección temprana y el tratamiento oportuno 30 días antes de la fecha de parto, por las consecuencias que trae en la morbilidad perinatal (muerte prenatal, muerte neonatal, prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades Congénitas), discriminamos nuestra muestra según el trimestre de embarazo donde se realizó la detección y tratamiento.

En el año 2016 de los 93 pacientes, 19 correspondían a embarazadas que cursaban al momento de la detección y tratamiento: 1^{er} trimestre: 1 (5,3%), 2^{do} trimestre: 5 (26,3%), 3^{er} trimestre: 12 (63,1%), sin datos: 1 (5,3%)

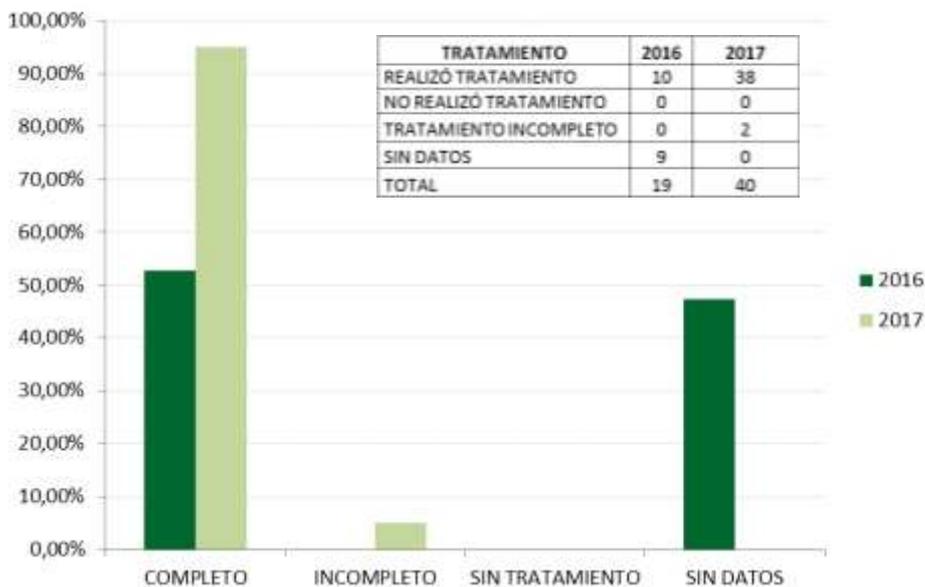
En el año 2017 de los 123 pacientes, 40 correspondían a embarazadas que cursaban al momento de la detección y tratamiento: 1^{er} trimestre: 7 (17%), 2^{do} trimestre: 19 (48%), 3^{er} trimestre 14 (35%).

Gráfico 1. Pacientes embarazadas con diagnóstico de Sífilis atendidos en el Hospital Vélez Sarsfield, según trimestre de embarazo al momento de la detección e inicio de tratamiento. Período 2016- 2017.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2. Porcentaje y total de pacientes embarazadas con diagnóstico de Sífilis atendidas en el Hospital Vélez Sarsfield, según cumplimiento de tratamiento. Período. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia

V.6.C. *Tratamiento de la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es*

Dada la importancia que conlleva el tratamiento de la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es para evitar la diseminación de la enfermedad y lograr el control de la misma, se presentan los datos resultados recabados.

Año 2016 de nuestra muestra n: 93, 11 pacientes corresponden a neonatos y niños por lo que son excluidos de este análisis.

De los 82 pacientes restantes:

- En 69 (84,2%) casos no hay datos referentes a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es,
- En 13 (15,8%) casos se pudo recabar datos referentes a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es, de éstos:
 - 4 (30,8%) casos poseen VDRL Reactiva y recibieron tratamiento,
 - 2 (15,4%) casos la VDRL fue No Reactiva, pero de todos modos recibieron tratamiento dado que eran parejas de embarazadas,
 - 4 (30,8%) poseen VDRL No reactiva y NO recibieron tratamiento,
 - 3 (23,1%) NO se les solicitó VDRL, pero 1 caso recibió tratamiento.

Si tomamos en cuenta solo al grupo de embarazadas n: 19, en 8 casos (42,1%) no se cuenta con ningún dato referente a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es y en 11 casos (57,9%) sí.

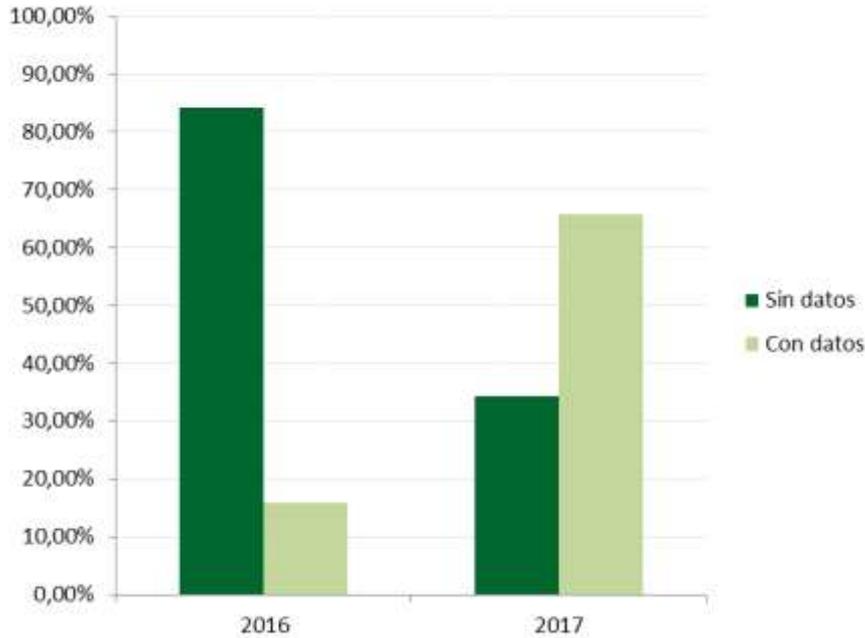
Año 2017 de nuestra muestra n: 123, 21 pacientes corresponden a neonatos y niños por lo que son excluidos de este análisis.

De los 102 pacientes analizados:

- En 35 (34,3%) casos no se cuenta con ningún dato referente a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es,
- De los 67 restantes (65,7%), en los cuales se pudo recabar datos referentes a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es, se obtuvo que:
 - 33 (49,3%) poseen VDRL Reactiva y recibieron tratamiento,
 - 8 (11,9%) poseen VDRL No Reactiva y no recibieron tratamiento,
 - 7 (10,5%) poseen VDRL No reactiva, pero de todos modos recibieron tratamiento, según Consenso Interno,
 - 7 (10,5%) No se estudiaron y recibieron tratamiento,
 - 10 (14,9%) No se estudiaron ni recibieron tratamiento,
 - 2 poseen VDRL reactiva y No recibieron tratamiento.

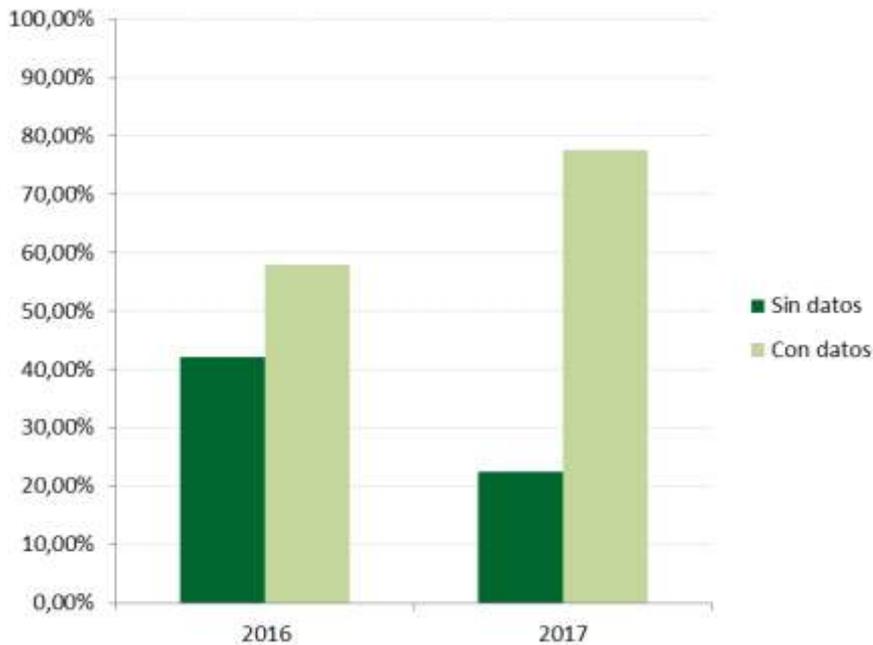
Si tomamos en cuenta solo al grupo de embarazadas n: 40, en 9 casos (22,5%) no se cuenta con ningún dato referente a la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es y en 31 casos (77,5%) sí.

Gráfico 3. Datos relevados en pareja/s y/o contacto/s sexual/es de pacientes diagnosticados en el Hospital Vélez Sarsfield. Período. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4. Datos relevados en pareja/s y/o contacto/s sexual/es de pacientes EMBARAZADAS diagnosticados en el Hospital Vélez Sarsfield. Período. 2016-2017.



Fuente: Elaboración propia

V.7. CONCLUSIONES

La vigilancia de las ITS es relevante ya que tiene un impacto en la Salud Pública debido a que previene la diseminación de la enfermedad, disminuye la transmisión y la adquisición de ITS; logra el diagnóstico precoz y establece el tratamiento oportuno; fortalece el trabajo de los Servicios involucrados en la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de los pacientes con Sífilis y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.

De nuestro estudio obtuvimos las siguientes conclusiones:

Del total de nuestros pacientes (N=216) se observa un mayor número de casos en el año 2017 (n=123) con respecto al 2016 (n=93) lo cual refleja un aumento en la incidencia del 32%. Concluimos que esta variación obedece a la mayor sensibilidad del sistema de notificación local a partir de las mejoras interdisciplinarias implementadas.

Analizando la distribución según edad observamos una media similar en ambos años (27.29 años en el año 2016 y 26.91 años en el año 2017), adultos jóvenes con potencialidad para futuros embarazos y con tendencia a adoptar conductas de riesgo para la adquisición de ITS, que coincide con estadísticas nacionales.

Con respecto a la distribución por sexo encontramos una predominancia femenina en ambos años con un aumento de la misma en el año 2017, con una relación aproximada de hombre/mujer 1:1.8. Podríamos inferir que esto se debe al testeo de rutina para Sífilis en las embarazadas y al mayor acercamiento al sistema de salud que posee la población femenina.

En relación a las fuentes de notificación de casos se observa que los Servicios de Neonatología y Dermatología muestran mínimas variaciones entre ambos años, dado que tenían incorporada la obligatoriedad de la notificación de esta enfermedad. En el Servicio de Obstetricia se evidencia un incremento notable en la notificación a partir del 1 de octubre de 2016 que coincide con la implementación del Consenso Interno, teniendo un alto impacto por la importancia de la Transmisión Vertical de la Sífilis.

En el año 2017 los Servicios de Ginecología, Clínica Médica e Infectología muestran un aumento en los casos notificados con respecto al año 2016.

Según la clasificación diagnóstica se evidencia un aumento de la notificación de casos en embarazadas en el año 2017 con respecto al año 2016 en un 110%. Esto representa un logro para el objetivo principal que es evitar los casos de transmisión vertical con las consecuencias para el recién nacido.

En cuanto al aumento de casos de Sífilis Congénita notificados en el año 2017 con respecto al año 2016, inferimos que podría deberse en parte a la indicación de la Gerencia Operativa de Epidemiología del GCABA de notificar los mortinatos como Sospecha de Sífilis Congénita, acorde a la definición de Caso, en embarazadas con VDRL positivas (en 2017 de 20 casos notificados, 5 corresponden a mortinatos: 25 %).

En cuanto a la categoría de Sífilis Temprana en el año 2017 se observa un aumento significativo en la notificación con datos completos con respecto al año 2016.

Según cumplimiento de tratamiento de neonatos, hombres, mujeres, embarazadas y sus contactos sexuales se observa que:

- En el caso del tratamiento de Neonatos el cumplimiento es en el 100% de los casos ya que el mismo se realiza durante la internación en Neonatología durante los 10 días que corresponden al mismo.
- Con respecto a los adultos en el año 2016, en el 66.66 % no se obtuvieron datos de tratamiento, en el 33.33 % restante se logró obtener el registro de tratamiento a partir de la Ficha Epidemiológica implementada desde el 1 de Octubre de 2016.
- En el año 2017, y debido a las mejoras implementadas por el Equipo de Epidemiología, se obtuvieron datos de tratamiento en el 100% de los casos notificados
- En el año 2017 se evidencia un aumento sustancial de pacientes con tratamiento completo con respecto al año 2016 (91,86 % versus 33,33 %), que está relacionado con posibilidad de contactar al paciente con VDRL positiva por tener sus datos completos en la Ficha Epidemiológica, y por la mejora en la accesibilidad al tratamiento penicilínico a través de la aplicación de la misma en Consultorios Externos y no sólo en el Servicio de Dermatología, como se hacía hasta septiembre de 2016.

En relación con el tratamiento de las embarazadas se evidencia un aumento de casos con tratamiento completo en el año 2017 con respecto al año 2016. Este incremento no es indicativo de falta de tratamiento de los casos detectados en el 2016, dado que no se contaba desde el Equipo de Epidemiología, con una sistemática que permitiera el registro de casos y el seguimiento del tratamiento.

Según el trimestre de embarazo donde se realiza la detección y tratamiento, en el año 2017 se observa un incremento de los casos diagnosticados y tratados en el 1er y 2do trimestre de embarazo respecto al año 2016, con un aumento de embarazadas con tratamiento completo. La oportunidad diagnóstica en este grupo tiene un alto impacto debido a la importancia que conlleva la detección temprana y el tratamiento oportuno 30 días antes de la fecha de parto, por las consecuencias que trae en la morbilidad perinatal (muerte prenatal,

muerte neonatal, prematuridad, septicemia, neumonía, conjuntivitis neonatal y deformidades Congénitas). Este aumento de casos en embarazadas diagnosticadas y tratadas antes del 3er trimestre de embarazo se debe a la implementación del Consenso Interno a partir del 01 de octubre de 2016.

Con respecto al tratamiento realizado por la/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es (están excluidos de este análisis los neonatos y niños) de acuerdo al relevamiento de los datos obtenidos, se observa que se pudieron recabar datos filiatorios en forma significativamente mayor en el año 2017 con respecto al año 2016. Esto se debe a la completud de datos de las Fichas Epidemiológicas y a la preocupación compartida de los profesionales intervinientes, ya que existe el riesgo de reinfección si la pareja no realiza el tratamiento, de mayor relevancia en el caso de las embarazadas aumentado la probabilidad de Transmisión Vertical pese al correcto tratamiento materno.

En el año 2017 se observa un aumento de pareja/s y/o contacto/s sexual/es que fueron testeadas con VDRL y realizaron el tratamiento con Penicilina G Benzatínica, en relación al año 2016. El porcentaje de pareja/s y/o contacto/s sexual/es de pacientes con Sífilis que recibió tratamiento penicilínico en el año 2017 (70 %) fue mayor al año 2016 (53,84%), esto se debe al acuerdo realizado con respecto a indicar Penicilina G Benzatínica cuando en los 30 días previos al diagnóstico mantuvieron relaciones sexuales no protegidas, independientemente del resultado de su VDRL, pues ésta puede ser negativa al inicio y luego positivizarse.

V.8. RECOMENDACIONES

Este trabajo sobre Sífilis pone en evidencia la necesidad de implementar estrategias basadas en un enfoque de Salud Pública orientado a prevenir las enfermedades, promover la salud y garantizar la calidad de vida de la población en su conjunto, fortalecer los sistemas de vigilancia y seguimiento a nivel local, y realizar intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales que incluyan: educación sexual integral, procreación responsable, prevención y asesoramiento sobre ITS y VIH, prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos y promoción del uso de preservativos en la población en general.

En el Equipo de Salud es esencial la participación de todos los profesionales en:

- La detección precoz, tratamiento oportuno y seguimiento del paciente con Sífilis y la evaluación de su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.
- Notificación adecuada al Equipo de Epidemiología del HVS a través de las Fichas Epidemiológicas.
- Promover el control prenatal en la mujer embarazada y su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es.
- Pedir las pruebas para sífilis, VIH y hepatitis B en la primera consulta a la embarazada y a su/s pareja/s y/o contacto/s sexual/es dentro de la rutina del control prenatal, y volver a solicitarlas en el 2do y 3er trimestre.
- Solicitar el tamizaje para sífilis en el periparto.
- Recomendar el uso de preservativo durante el embarazo.
- Nuestro desafío como Equipo Epidemiológico del HVS es continuar mejorando la Vigilancia de Sífilis.
- Proponemos realizar reuniones periódicas con todos los profesionales involucrados con el fin de difundir los resultados de las prácticas implementadas, consultar sobre las dificultades que surgen y buscar soluciones en conjunto.
- Revisar el Consenso Interno y el flujograma de derivación de pacientes para facilitar el acceso de los mismos y la labor médica.
- Lograr el adecuado seguimiento durante un año de los recién nacidos con sospecha de Sífilis Congénita, según normas Nacionales, objetivo que se ve facilitado a partir de la incorporación al staff médico de nuestro Hospital de una Médica Especialista en Infectología Pediátrica.

V.9. BIBLIOGRAFÍA

- Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
- Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. PLoS Med 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396

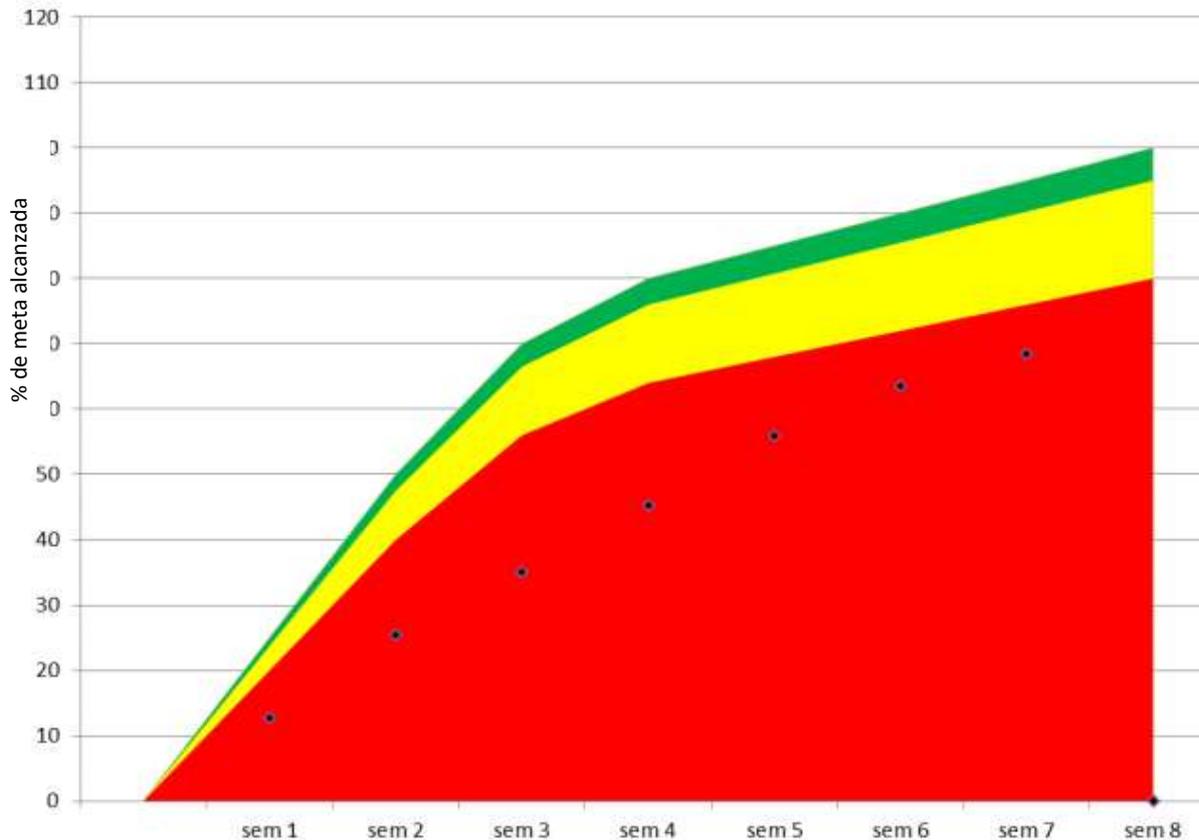
- Organización Mundial de la Salud. 69.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. 22 de abril de 2016. Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud VIH, 2016-2021
- Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) Dirección de Sida y ETS, Dirección de Epidemiología, Laboratorio Nacional de Referencia de ITS, INEI-ANLIS, Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014.
- Prevención de la transmisión perinatal de Sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Año 2016.
- Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas 03/03/2017 | CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

VI. AVANCE DE META CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE S/R (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). 7^{MA} SEMANA. CABA.

A partir del 1° de octubre comenzó la Campaña Nacional de Vacunación contra Sarampión, Rubeola y Paperas, con el propósito de mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y síndrome de rubeola congénita en Argentina. **La misma se llevará a cabo en forma intensiva desde el 1° de octubre hasta el 30 de noviembre.**

Todos los/as niños/as de 13 meses a 4 años inclusive, tienen que recibir una dosis adicional de vacuna triple viral, aunque ya estén vacunados/as. La población meta para CABA es de 159.064 niños/as.

Gráfico 5. Campaña de seguimiento de Sarampión-rubeola. Avance de meta de séptima semana. CABA.



Fuente: Programa de inmunizaciones CABA.

El objetivo de la séptima semana fue lograr el 90% de la meta global, el porcentaje alcanzado fue de 63,5%.

Los efectores públicos vacunaron a 108.598 niños y niñas de la población objetivo, obteniéndose una cobertura 68,5% a la semana analizada.

Gráfico 6. Campaña de seguimiento Sarampión –rubeola. Número de vacunados y porcentaje de cobertura según edad. CABA. Semana 1 a 7.

	1 año	2 años	3 años	4 años	Total
Población	33.446	40.136	41.866	43.716	159.164
Vacunados	22.253	29.146	29.289	28.310	108.998
Cobertura	66,53	72,62	69,96	64,76	68,5%

Fuente: Programa de inmunizaciones CABA.

VII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

VII.1. INTRODUCCIÓN

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

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

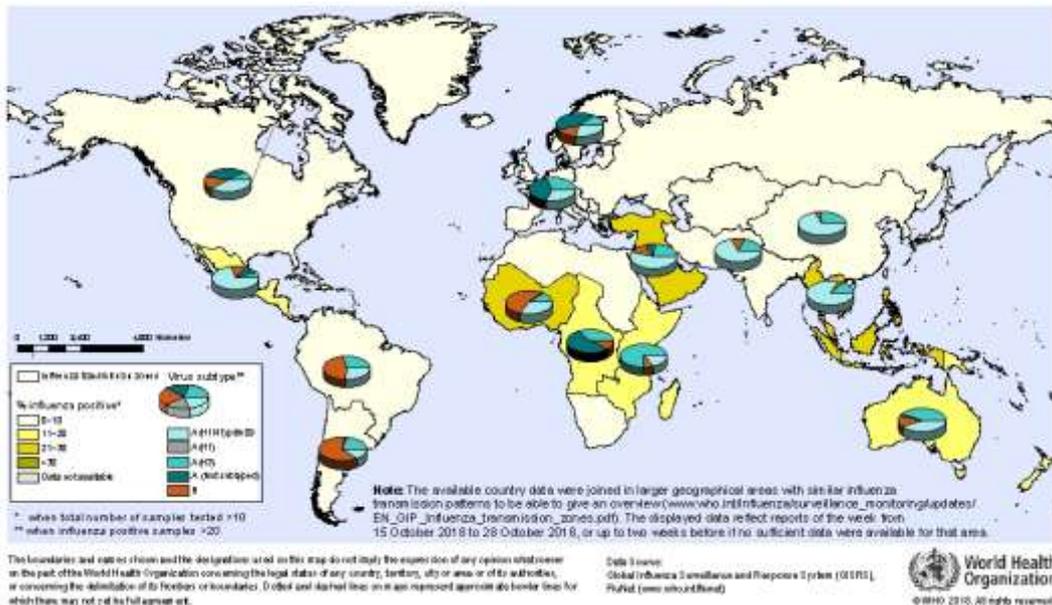
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

VII.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza².

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 09 de Noviembre de 2018



En América del Norte la actividad de influenza continuó en niveles bajos en Canadá y los Estados Unidos, con co-circulación de A(H1N1)pdm09 y B. En México, se reportó un aumento de la actividad de influenza e IRAG con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y B.

En el Caribe La actividad de influenza disminuyó y se reportó una baja actividad VSR en la mayoría de la subregión. En Cuba y Haití, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 se asoció con mayor actividad de IRAG.

En América Central Los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y la actividad de influenza presentó un aumento en la sub-región. En Panamá y Guatemala la circulación de VSR continuó elevada. En Costa Rica, El Salvador y Nicaragua se reportó actividad aumentada de influenza A(H1N1)pdm09 e IRAG.

En la Sub-región Andina La actividad de influenza y otros virus respiratorios disminuyó. En Bolivia, La actividad de IRAG se incrementó, con baja circulación de Influenza. En Ecuador y Perú, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 aumentó ligeramente con menor proporción de hospitalizaciones por IRAG. En Venezuela, circuló influenza con predominio de influenza A(H1N1)pdm09.

²Para obtener más información consultar

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

En Brasil y Cono Sur Los niveles de influenza disminuyeron a niveles estacionales en toda la sub-región y alcanzó un máximo tardío en Paraguay, Argentina y Uruguay. En Brasil, los casos de IRAG asociados a influenza A(H1N1)pdm09 disminuyeron. En Paraguay, Chile y Uruguay, la actividad de IRAG disminuyó en relación a los niveles de influenza A(H3N2) y B.

Situación Global: En la zona templada del hemisferio norte, la actividad de influenza se mantuvo en niveles interestacionales. En algunos países de Asia meridional y sudoriental se notificó un aumento de las detecciones de influenza. En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad de influenza regresó a niveles casi interestacionales. En todo el mundo, los virus de subtipo A de influenza estacional representaron la mayoría de las detecciones.

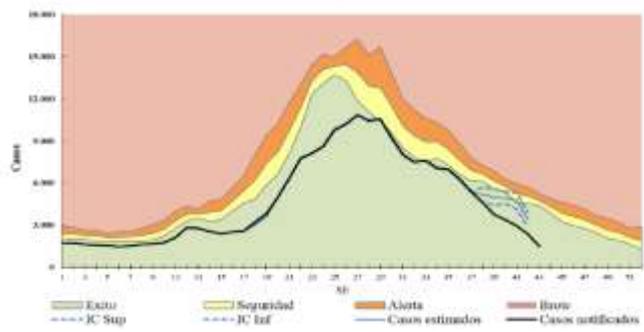
VII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

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

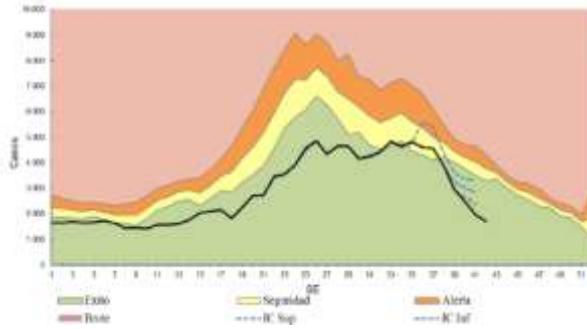
Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 42. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



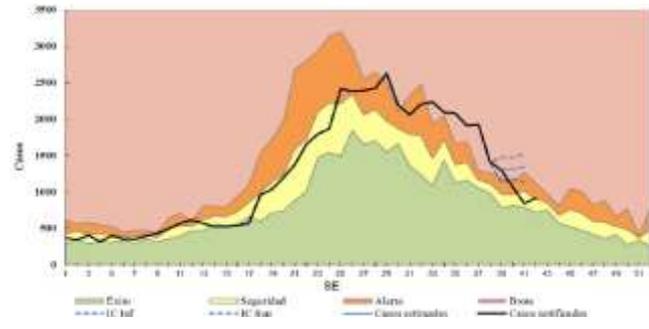
Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 42. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 42. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 42. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.

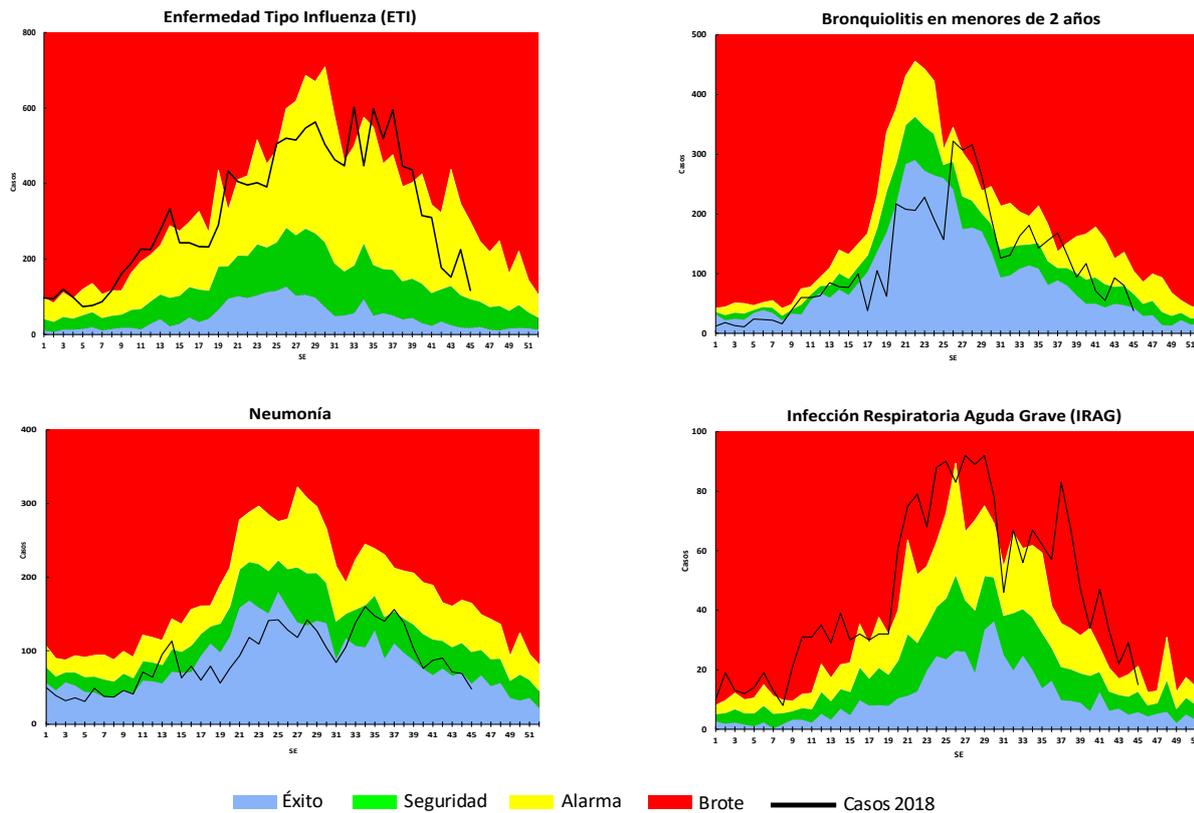


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

VII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 45.

Se presentan los corredores endémicos semanales de los cuatro eventos vigilados, en los residentes de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2018.

Gráficos 7, 8, 9, 10 Corredores endémicos semanales de los eventos IRA bajo vigilancia clínica Residentes en CABA. Hasta SE 45, año 2018.



Fuente: SNVS 2.0.

La comparación del patrón estacional entre estos cuatro eventos muestra que la incidencia máxima esperada para ETI e IRAG se hallaría entre las semanas epidemiológicas 26 a 30. Mientras que, para bronquiolitis en menores de 2 años y neumonía, dicho máximo ocurriría entre las semanas 20 a 27. Los cuatro eventos se observan en fase de disminución, pero aún existe retraso en la notificación.

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 observó una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En la semana 37 se observó un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas, producto de la difusión mediática desproporcionada por la situación de las infecciones por *S. Pyogenes*. En las últimas semanas la notificación ha descendido a zona de alarma, pero persiste cierto retraso en la notificación.

La incidencia de casos de bronquiolitis transcurrió entre zonas de éxito y seguridad hasta la SE 29, con excepción del pico observado en SE 26, que alcanzó zona de alarma. La curva continúa transitando por zona de éxito. El cambio de tendencia de la curva entre semanas 36-37, se atribuyó a la demanda extraordinaria de consultas, producto de la difusión mediática desproporcionada por la situación de las infecciones por *S. Pyogenes*. Actualmente se observa disminución de la incidencia y en zona de éxito, pero persiste el retraso en la notificación en las últimas semanas.

Hasta la SE 45 del corriente año, la notificación de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, pero con un cambio de tendencia de la curva en las semanas 36-37 por la causa ya mencionada. Persiste cierto retraso en la notificación en las últimas semanas.

La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año. Desde la semana 9 se inició una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados hasta la SE 31. En la semana 37 se observa un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas e internaciones, producto de la situación mediática mencionada. En SE 45, la incidencia notificada disminuye hasta zona de alarma, pero continúa el retraso en la notificación en las últimas semanas.

A menos de dos meses de finalizar el año epidemiológico 2018, se hace evidente que ETI e IRAG son los eventos respiratorios agudos con mayor incidencia y situaciones de brote en el corriente año.

La tabla a continuación muestra la distribución por edad de los casos de IRAG notificados entras las semanas 18 a 45 del año 2018 (cuando comenzó a funcionar el SNVS 2.0); predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos de edad suman el 59,5% de los casos de IRAG notificados en el periodo mencionado.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. SE 18 a 45. Año 2018.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2018		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	655	36,3	36,3
De 2 a 4 años	181	10,0	46,3
De 5 a 14 años	190	10,5	56,9
De 15 a 24 años	38	2,1	59,0
De 25 a 34 años	46	2,5	61,5
De 35 a 44 años	149	8,3	69,8
De 45 a 64 años	116	6,4	76,2
Mayores de 64 años	419	23,2	99,4
Sin especificar edad	11	0,6	100,0
TOTAL	1805	100,0	-

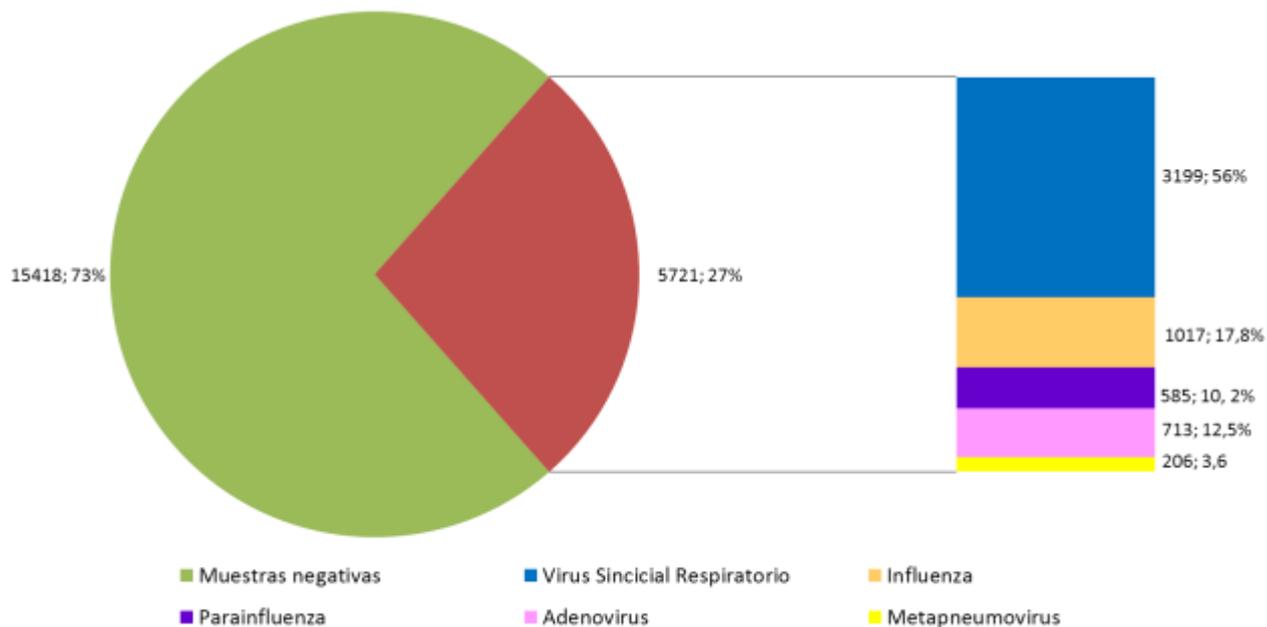
Fuente: SNVS 2.0.

VII.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

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

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

Gráfico 1. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 45 Año 2018. N=21.139

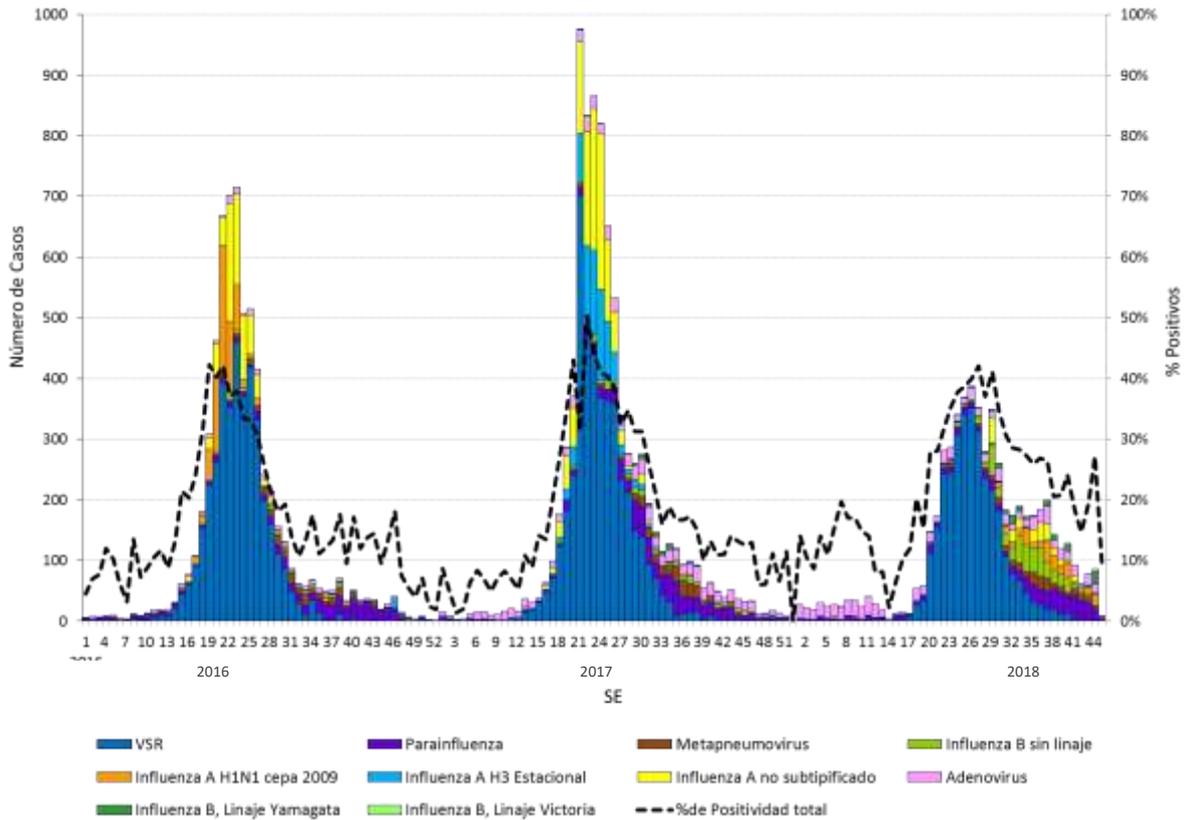


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Hasta la SE 45 de 2018, se analizaron 21.139 muestras de las cuales 5.721 dieron positivas para algún virus. Del total de muestras analizadas, el 28,8% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 54,8% fue aislado el virus Sincial Respiratorio(VSR), seguido de Influenza con el 26,2%. **Hasta la SE19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.** Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6.447.

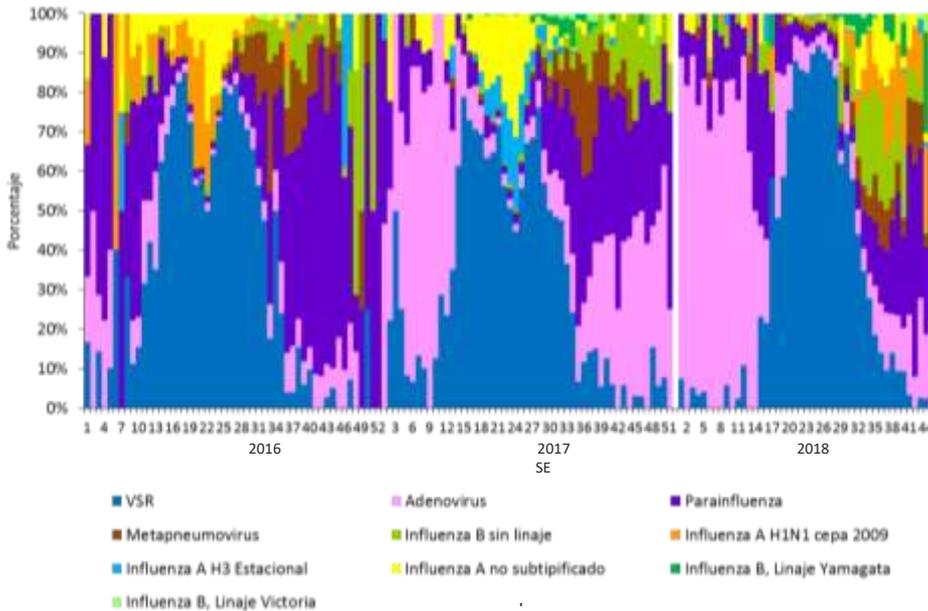
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 2. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-45; N=5.721)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Gráfico 3. Distribución porcentual de virus respiratorios. Residentes de la CABA
Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-45; N=5.721).

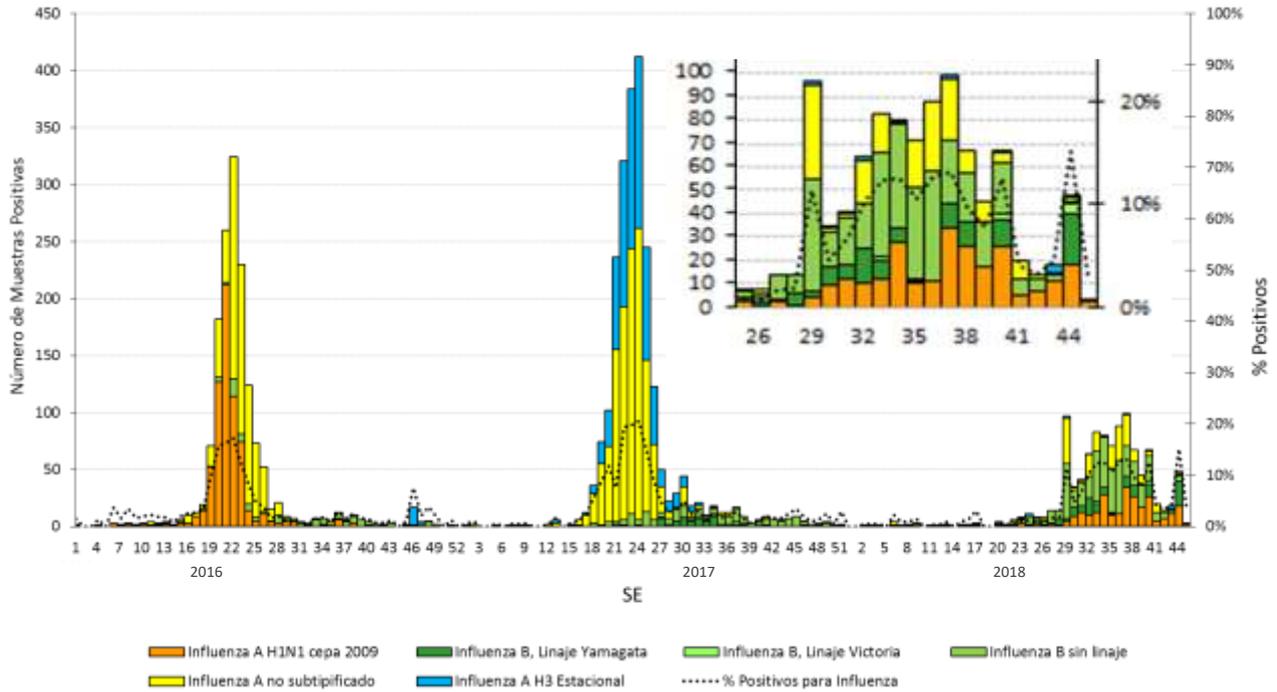


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS^{2.0}

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 45 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 4. 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 1-45, N=1024)



Hasta la SE 45 de 2018, de las 1039 muestras positivas para influenza, 483 muestras positivas para influenza A, 210 casos Influenza A no subtipificado; 431 resultaron positivas para “B sin subtipificar”, y 256 para Influenza H1N1.

En el año 2017, hasta la SE 45 se notificaron 210 casos de Influenza A no subtipificado, 685 de Influenza A H3 estacional y 225 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 36,4% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior -2016- en el que predominó H1N1 como subtipo identificado. 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 1.538 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por InfluenzaA/H1N1. Se detectaron 676 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

VIII. VIGILANCIA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

VIII.1. INTRODUCCIÓN³

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) es una enfermedad de comienzo agudo con anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y daño renal que se presenta generalmente a continuación de un episodio de diarrea con o sin sangre, principalmente en niños menores de 5 años. Estos síntomas pueden acompañarse con fiebre, vómitos, dolor abdominal y anuria u oliguria. Además, puede afectar otros órganos como sistema nervioso central, pulmones, páncreas y corazón y llevar a la muerte debido a complicaciones neurológicas, intestinales, cardíacas o a infecciones intercurrentes. El período de incubación es de dos a diez días, con una media de tres o cuatro días, y el de transmisibilidad hasta tres semanas o más en los niños y de una semana o menos en los adultos, después del comienzo de la diarrea.

En la Argentina el agente etiológico más comúnmente asociado a SUH es un patógeno zoonótico transmitido por los alimentos y el agua: *Escherichia coli* productor de toxina Shiga (STEC), cuyo serotipo más frecuente es O157:H7, aunque hay más de 100 serotipos que poseen un potencial patógeno similar.

VIII.1.A. Definiciones de caso

Persona de cualquier edad que presenta la triada característica:

Anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia y compromiso renal agudo; con o sin antecedentes de diarrea con o sin sangre en las 3 semanas previas;

o

Persona de cualquier edad con la presencia de al menos dos de los siguientes criterios:

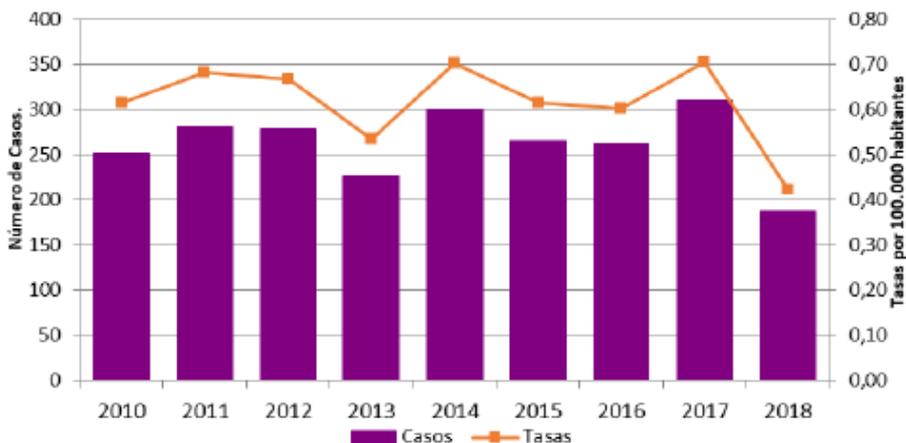
Anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, compromiso renal agudo. Y con confirmación de laboratorio de STEC como agente etiológico, por al menos uno de los siguientes criterios: aislamiento de STEC, detección de toxina Shiga libre en materia fecal, detección de anticuerpos anti-LPS

La definición de caso de SUH es clínica y el laboratorio aporta especificidad sobre el agente causal. Sin embargo, un caso en el que no se identifique el agente sigue siendo un caso de SUH. Sólo se utiliza el criterio de diagnóstico de STEC para completar el diagnóstico de SUH en personas que presentan solo dos de los tres criterios clínicos característicos.

VIII.2. SITUACIÓN NACIONAL

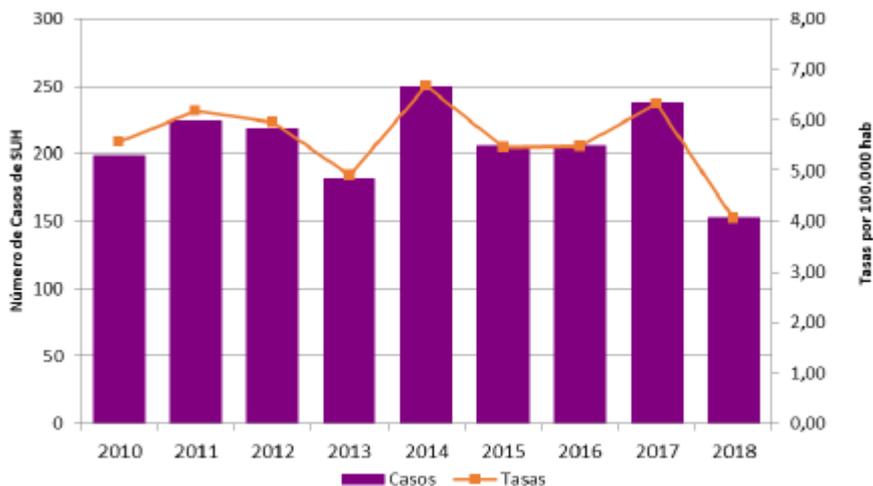
Durante el 2018 hasta la SE 40 se notificaron 188 casos de SUH. La tasa acumulada correspondiente hasta la SE40 de 2018 fue de 0,42 casos cada 100.000 habitantes.

³ Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_427.pdf

Gráfico 11. Casos y tasas de SUH (cada 100.000 habitantes). Argentina. SE1 a SE40, años 2010-2018

Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) SIVILA-C2-UC y SNVS 2.ª

De los 188 casos notificados, 152 (80%) corresponden a menores de 5 años. En este grupo de edad la mediana de casos notificados para el periodo 2010-2017 hasta la misma SE40 fue de 213 casos. La tasa acumulada correspondiente para la SE40 de 2018 fue de 4,07 casos por 100.000 menores de 5 años.

Gráfico 12. Casos y tasas notificados de SUH en menores de 5 años. Argentina. Años 2010-2018

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

Según edad, en el año 2018 hasta la SE40, el 42% de los casos se concentró en el grupo de 2 a 4 años y la tasa específica de notificación más alta se observó en el grupo de 1 año con 7,51 casos cada 100.000 habitantes.

VIII.3. SITUACIÓN CIUDAD DE BUENOS AIRES 2010-2016.

La situación en la Ciudad de Buenos Aires de SUH hasta la SE 52 de los años 2016-2017, se encuentra en el BES N° 75, en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_75_se_2_vf.pdf

Nota aclaratoria: Los casos analizados por la GOE corresponden a las notificaciones realizadas hasta la **SE 45 del periodo 2018**, mientras que los casos presentados acerca de la situación nacional por el Ministerio de Salud de la Nación, conciernen **hasta la SE 40 del año 2018**.

VIII.4. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017-2018 HASTA LA SE 45

En la tabla 1 se presentan las notificaciones de los efectores de la Ciudad de Buenos Aires según lugar de residencia.

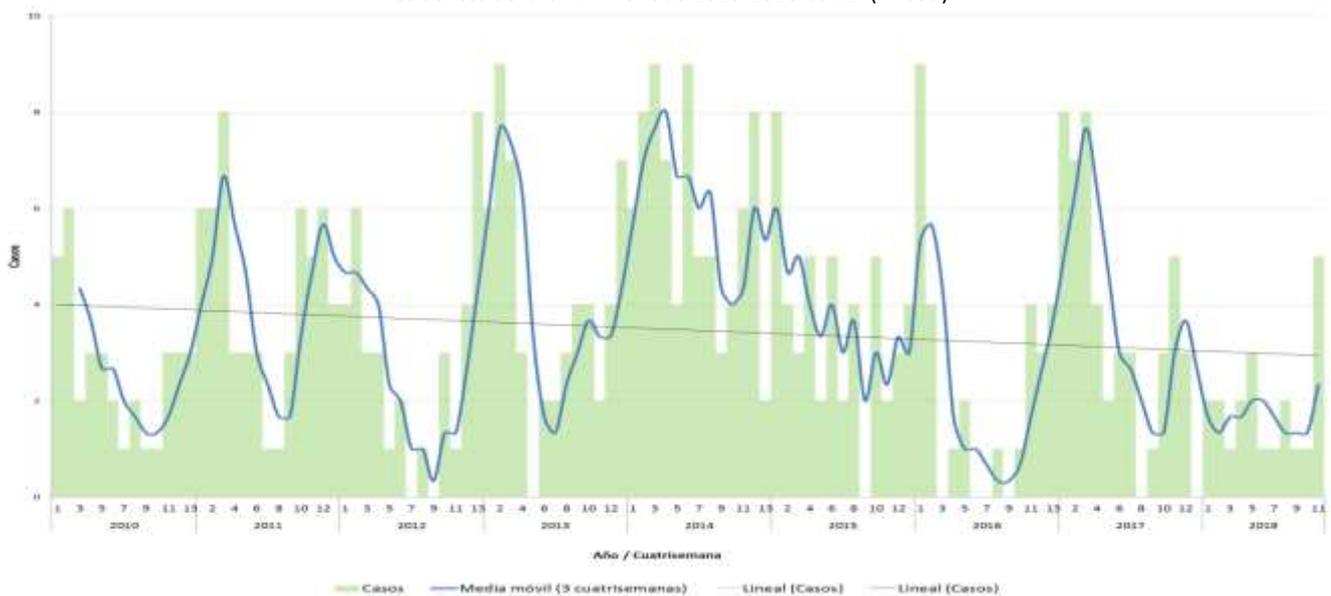
Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de SUH según provincia de residencia. Período 2017-2018 hasta SE 45.

Provincia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	58	50,4	41	63,1
CABA	39	33,9	21	32,3
OTRAS PROVINCIAS	0	0,0	2	3,1
DESCONOCIDO	9	7,8	0	0,0
Total	115	100,0	65	100,0

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

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2018 (hasta la cuatrisesmana 11). 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 1. Número de notificaciones de SUH por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Período 2010-2018. CS 11. (N=399)



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

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de dicha patología, siendo la máxima de notificación entre las cuatrisesmanas 1 y 2. Durante el año 2017 hasta la cuatrisesmana 13, se presentó similar tendencia que en los años anteriores.

En el periodo 2017-2018 hasta la SE 45 se notificaron 39 y 21 casos de SUH respectivamente de residentes con domicilio en la CABA.

En la tabla 2 se muestran los casos notificados, en los años 2017 y 2018 hasta la SE 45, por edad y el porcentaje de cada grupo sobre el total de las notificaciones en dicho período.

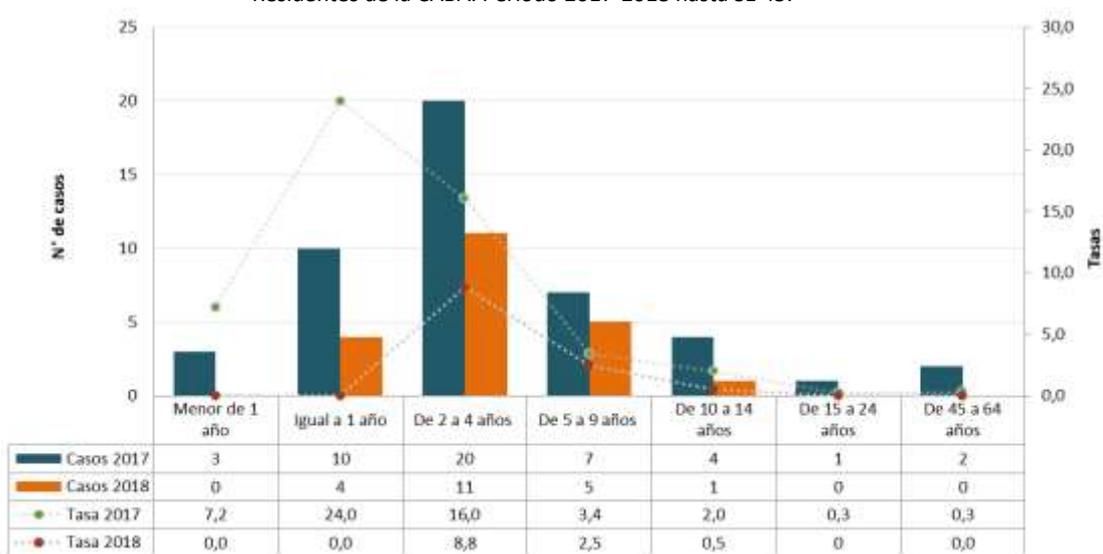
Tabla 2. Número de notificaciones y porcentaje de SUH según edad. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 45.

Edad	Casos 2017	%	Casos 2018	%
MENOR QUE 1 AÑO	4	8,3	0	0
1	10	20,8	4	19,0
2	13	27,1	1	4,8
3	6	12,5	10	47,6
4	1	2,1	0	0
5	2	4,2	3	14,3
6	3	6,25	0	0
7	2	4,2	0	0
8	0	0	2	9,5
10	3	6,25	0	0
12	1	2,1	1	4,8
18	1	2,1	0	0
53	1	2,1	0	0
64	1	2,1	0	0
Total	48	100,0	21	100

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

El objetivo de esta información es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico siguiente con las tasas-).

A continuación se presenta el número de notificaciones y tasas de SUH según grupos de edad residentes en la CABA en el periodo 2017-2018 hasta la SE 45.

Gráfico 2. Número de notificaciones y Tasas de SUH según grupos de edad. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 45.Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2,0}

En el periodo 2010-2016 hasta la SE 52, la tasa de notificación del grupo de 1 año prácticamente duplicó a la de los dos grupos más afectados que le siguieron: 2 a 4 años (tasa de 14 por 100.000 habitantes) y menores de 1 años (13/100.000).

En el año 2018 hasta la SE 45 la tasa más alta de notificaciones de SUH se observó en el grupo de edad de 2 a 4 años (8,8/100.000), en el año 2017 la tasa en este grupo duplicó la actual. En el mencionado grupo etario fueron notificados 11 casos. Hasta la SE 45 del 2018, se notificó un solo caso de un paciente mayor de 9 años.

A continuación se presentan los casos de SUH en residentes según comuna durante el periodo 2017-2018.

Tabla 3. Casos notificados de SUH según Comuna de residencia.
CABA. Hasta SE 45. Años 2017-2018.

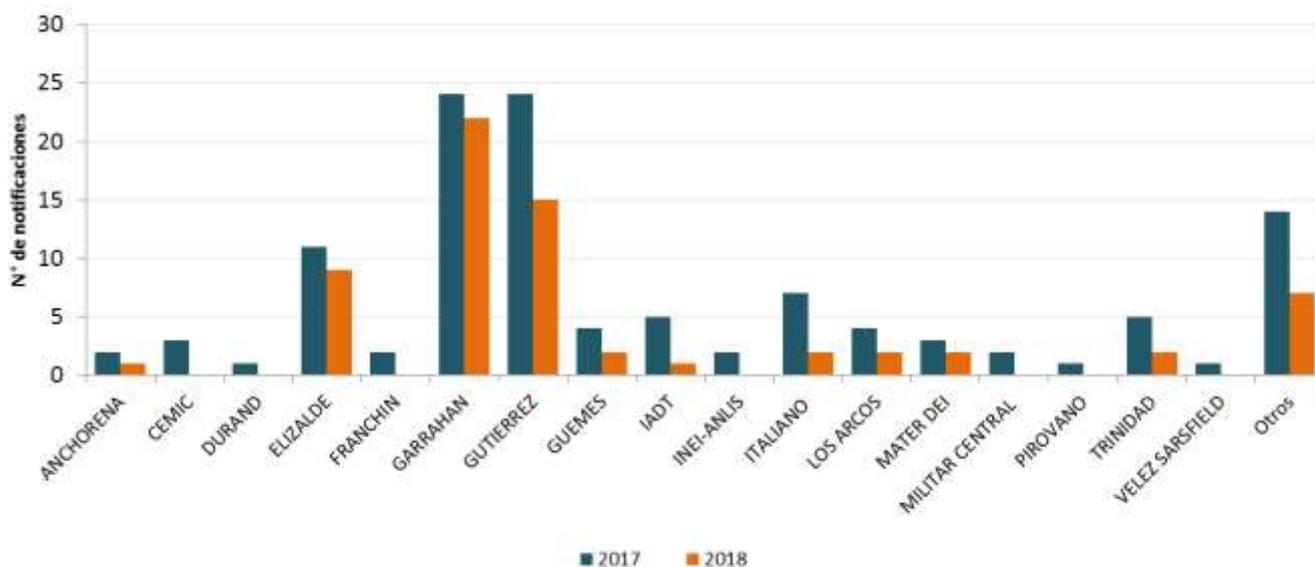
Comunas	2017	2018	Diferencia de casos
COMUNA 1	2	2	0
COMUNA 2	3	2	-1
COMUNA 3	4	2	-2
COMUNA 4	1	3	2
COMUNA 5	1	1	0
COMUNA 6	3	1	-2
COMUNA 7	2	2	0
COMUNA 8	4	1	-3
COMUNA 9	2	1	-1
COMUNA 10	4	1	-3
COMUNA 11	1	2	1
COMUNA 12	0	1	1
COMUNA 13	5	1	-4
COMUNA 14	2	0	-2
COMUNA 15	1	1	0
Residentes SD*	13	0	-13
Total	48	21	-27

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

*Residentes sin datos de domicilio

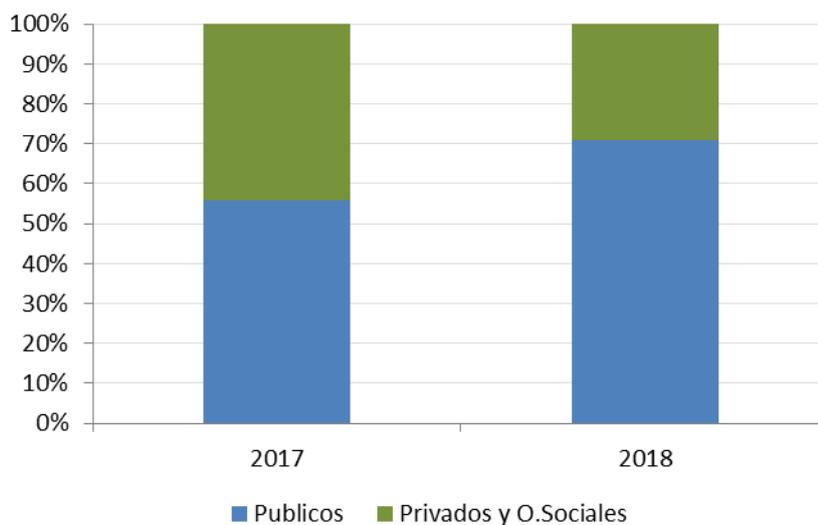
En el periodo 2010-2017, si bien la fuente de contagio puede o no estar asociada al lugar de residencia, se observó que las comunas del Sur de la Ciudad acumularon el 41,8% (103) de los casos de la CABA en el periodo mencionado -siempre teniendo en cuenta los casos donde se consignó el domicilio-.

A continuación se exponen los casos atendidos en CABA, tanto para residentes como no residentes, en el año 2018 hasta la SE 45, según efector.

Gráfico 3. Casos de SUH notificados según establecimiento notificador.
Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 45. Años 2017 (n=115)-2018 (n=65).Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS^{2.0}

En el año 2018 hasta la SE 45, los efectores públicos de la CABA notificaron 47 casos –residentes y no residentes- y 18 casos fueron notificados por efectores privados y de Obras Sociales.

Gráfico 4. Casos de SUH notificados según tipo de establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 45. Años 2017-2018



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

En el año 2017 se observó que las instituciones privadas incrementaron su participación en la notificación en más del 100% con respecto al año anterior. Hasta la SE 52 del año 2017, el 55,3% (68) de las notificaciones fueron realizadas por efectores públicos de la CABA y el 44,7% (55) por establecimientos privados.

En el año 2018 hasta la SE 45, las instituciones privadas y de Obras Sociales disminuyeron la notificación de casos de SUH con respecto a los efectores públicos. Los efectores públicos notificaron el 72,3% de los casos.

Los efectores del sector privado en el año 2018 han notificado 18 casos de SUH, 10 de estos corresponden a residentes de CABA.

VIII.4.A. Sobre los casos

En el año 2018 hasta la SE 45, fueron notificados 65 casos de SUH en residentes y no residentes de la Ciudad de Buenos Aires. De los cuales, 21 fueron residentes de CABA; de estos, obtuvieron resultados de laboratorio en 10 casos, 6 muestras resultaron STEC O157, 1 caso con resultado STEC no O157. Cabe mencionar que en cinco casos, la confirmación de diagnóstico fue únicamente clínica.

IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

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

22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017 http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017. http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf
- Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017. BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf
42. PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. BES N°95, Año III 15 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf
43. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017. BES N°98, Año III 6 de Julio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_98_se_25_vf_1.pdf

44. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017. BES N° 99, Año III 13 de Julio 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
45. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018. **Periodicidad Mensual**. BES N° 99, Año III 13 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
46. INFORMES ESPECIALES: Trabajos a cargo de cinco efectores sobre el abordaje de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires. JULIO 2018. BES N° 100, Año III. 20 de Julio.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_100_se_27_vf.pdf
47. ACTUALIZACIÓN SITUACION SARAMPION y ACCIONES INTENSIFICADAS DE VIGILANCIA Y CONTROL. JULIO 2018. BES N° 101, Año III. 27 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_101_se_28_vf.pdf
48. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. AÑO 2017. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf
49. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. BES N° 113, Año III. 19 de Octubre 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_113_se_40_vf.pdf
50. VIGILANCIA DE PALUDISMO EN ARGENTINA. 2005-2018. BES N°116, Año III. 9 de Noviembre 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_116_se_43_vf.pdf