

  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 54 Año II / 1 de Septiembre de 2017
Información hasta SE 33

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

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

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

Data Entrys

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

Jefa: Lic. María Florencia Barreto
Instructora: Lic. Silvina Bernasconi
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Marina Longordo
Dra. Paula Machado
Dra. Yasmin Paredes Falzone
Dra. Solana Rapaport
Lic. Carla Agustina Santomaso

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie Barrios
Parque Patricios. Cine Teatro Urquiza. Caseros 2826, entre Zavaleta y Esteban de Luca

INDICE

1. EDITORIAL: UN AÑO DEL BES	6
2. EL BES.....	7
2.1. INTRODUCCIÓN	7
2.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	7
2.2.1. <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i>	7
2.2.2. <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i>	8
2.2.3. <i>Otras fuentes</i>	8
3. RESUMEN EJECUTIVO	9
4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	10
5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS.....	12
5.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	12
5.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12
5.3. GASTROENTÉRICAS.....	12
5.4. HEPATITIS.....	13
5.5. INMUNOPREVENIBLES.....	13
5.6. INTOXICACIONES.....	13
5.7. LESIONES.....	13
5.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	14
5.9. OTRAS	14
5.10. RESPIRATORIAS	14
5.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	14
6. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO	15
6.1. GENERALIDADES.....	15
6.2. FUENTES DE EMISIÓN.....	15
6.3. EFECTOS SOBRE LA SALUD	16
6.4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN	17
6.5. LÍMITES ADMISIBLES SEGÚN NORMATIVA	17
6.6. VALORES REGISTRADOS EN LAS ESTACIONES DE MONITOREO ATMOSFÉRICO DE LA CIUDAD	19
6.7. COMENTARIO	21
6.8. ¿CÓMO CONSULTAR DIARIAMENTE LA CONTAMINACIÓN?	21
6.9. CITAS BIBLIOGRÁFICAS	23
7. VIGILANCIA DE COQUELUCHE	23
7.1. SITUACIÓN EN ARGENTINA.....	23
7.2. SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 33.....	23
7.2.1. <i>Cobertura de Inmunizaciones</i>	29
7.2.2. <i>Estudios de Foco</i>	30
8. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	30
8.1. INTRODUCCIÓN	30
8.2. SITUACIÓN NACIONAL.....	31
8.3. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	31
8.4. SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 33.....	31
8.4.1. <i>Diarreas Agudas (agrupadas)</i>	31
8.4.2. <i>Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)</i>	35
9. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.....	39
9.1. INTRODUCCIÓN	39
9.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA.....	39
9.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	40
9.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	40
9.4.1. <i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	40
9.4.2. <i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	42
9.4.3. <i>Neumonía</i>	43
9.4.4. <i>Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	44
9.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	47
9.6. MORTALIDAD POR IRA	50



9.7.	VIGILANCIA DE IRAG POR UNIDADES CENTINELAS (UCIRAG).....	51
9.7.1.	<i>Introducción</i>	51
9.7.2.	<i>Análisis de los casos de las UCIRAG - SE 22 a SE 34 de 2017</i>	51
9.8.	MORTALIDAD GENERAL CON RESCATE VIROLÓGICO DE INFLUENZA	55
9.9.	DISPENSA DE OSELTAMIVIR	55
9.10.	VACUNAS	56
10.	VIGILANCIA DE POLIOMIELITIS	58
10.1.	INTRODUCCIÓN	58
10.2.	NOTA METODOLÓGICA.....	58
10.3.	SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ACTUAL	59
10.3.1.	<i>Situación internacional</i>	59
10.3.2.	<i>Situación Nacional</i>	61
10.4.	SITUACIÓN EN CIUDAD DE BUENOS AIRES.....	62
10.4.1.	<i>Notificaciones según efectores</i>	64
10.4.2.	<i>Diagnóstico final</i>	65
10.4.3.	<i>Evolución</i>	66
10.4.4.	<i>Antecedentes inmunitarios</i>	66
10.4.5.	<i>Distribución por comunas (Residentes de la CABA)</i>	66
10.5.	BROTE DE MIELOPATÍA FLÁCCIDA CAUSADA POR EL ENTEROVIRUS D68	66
10.5.1.	<i>Antecedentes</i>	66
10.5.2.	<i>El brote en Argentina</i>	67
11.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	68
12.	ANEXO	70
12.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	70
12.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS	72
12.3.	INMUNOPREVENIBLES	74
12.4.	INTOXICACIONES.....	76
12.5.	MENINGOENCEFALITIS	77
12.6.	OTROS EVENTOS.....	78
12.7.	RESPIRATORIOS	80
12.8.	TRANSMISIÓN VERTICAL	82
12.9.	ZOONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES	83



1. EDITORIAL: UN AÑO DEL BES

Celebramos un año de haber iniciado un proyecto como el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), concebido con el objetivo de otorgarle un lugar de relevancia a la epidemiología en la Ciudad de Buenos Aires. Desde el inicio de este proyecto, nos propusimos que el BES se constituya en una herramienta estratégica para conocer y analizar críticamente la diversidad de los escenarios cotidianos en los que se desarrollan los procesos de trabajo, y de este modo orientar acciones de investigación, prevención, promoción y control más eficientes y eficaces. Creemos que este objetivo está cumplido. Y vamos por más.

Desde la Gerencia de Epidemiología se han publicado cincuenta y dos Boletines, en los cuales se ha difundido la información epidemiológica de la Ciudad de Buenos Aires. El BES cumple así, con una de las funciones más importantes de la gestión: la retroalimentación del sistema, el empoderamiento de los equipos. De esta forma, también a través de los veintiséis informes especiales en los cuales han participado distintos efectores, programas y hasta otros ministerios en la difusión de sus actividades, reconocemos la importancia de la labor que desarrollan día a día los distintos grupos de trabajo, cumpliendo con la tarea nodal no solo de asistir a la población, sino de generar la información primaria para que luego sea consolidada en las diferentes instancias.

En el camino que transitamos, nos encontramos con los distintos equipos de trabajo, intercambiamos realidades, analizamos con los efectores pero también en los efectores las transformaciones propuestas. Entendemos que la práctica cotidiana nos presenta dificultades pero sin embargo nos desafía; que la comunicación es compleja, sin embargo sus dificultades nos interrogan; que las nuevas herramientas nos cuestionan la cotidianeidad pero al mismo tiempo nos impulsan. Por eso nos llena de orgullo cumplir un periodo de trabajo que fue -y sin dudas seguirá siendo- acompañado de entusiasmo y de la apuesta cotidiana por mejorar y profundizar en una herramienta potente que nos permita comprender más y mejor la realidad del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



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

2. EL BES...

2.1. *Introducción*

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

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

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

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

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

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

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

La estrategia de Vigilancia Clínica, módulo C2 del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), implica la recolección sistemática de los casos que fueron atendidos y registrados por los profesionales en la Hoja de consultorio, en los distintos efectores de salud, que incluye también los datos de los libros de guardia y la información de los pacientes internados.

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

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

En las tablas de los eventos diferenciando los establecimientos que notifican ([Anexo](#)) se muestra la información de todos los eventos notificados de manera exclusiva, a través del Módulo de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS-C2). Se tomaron en cuenta aquellos que contaban con más de 20 notificaciones en alguno de todos los eventos en los dos años analizados. Los establecimientos que no contaban con

este mínimo de casos no se presentan en dichas tablas. Los datos que se observan son de todos los casos atendidos en los efectores, ya sean residentes como no residentes de la CABA. Los grupos de eventos están divididos en CeSAC y en “Segundo nivel” con sus respectivos subtotaes y los porcentajes que representan para la totalidad de la notificación para ese evento.

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

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

2.2.3. Otras fuentes

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

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

3. RESUMEN EJECUTIVO

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

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

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

En esta edición se presenta:

Informe especial: [Contaminación ambiental Material Particulado](#).

Autores: Departamento de Salud Ambiental, Gerencia de Epidemiología y Agencia de Protección Ambiental, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se exhiben en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 33 de 2017**, los siguientes resultados:

- Aumento de las notificaciones de [Alacranismo](#), [Parotiditis](#), [Secreción genital](#), [Sífilis sin especificar \(tanto en mujeres como en varones\)](#).
- Dentro del Grupo de las [Zoonosis](#), hubo un aumento de las notificaciones en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Aumento de las notificaciones de los eventos [Chagas crónico en embarazadas](#) y [Sífilis en embarazadas](#).
- Las tasas más elevadas de [DAS](#) en residentes de CABA, se situaron en las comunas 7, 8 y 9. Se observa un incremento en la notificación en la Comuna 7.
- Cerca de la mitad de los casos (46%) de [Coqueluche](#) ocurren en menores de 2 meses. Las coberturas más bajas se registran entre las embarazadas, al igual que los refuerzos del año y de los 11 años.

Este boletín es posible gracias al compromiso de los efectores de salud públicos y privados que se involucran en la tarea de vigilancia.

El equipo de la gerencia agradece los trabajos remitidos para ser difundidos a través de esta publicación e invita a continuar el envío de los mismos para su divulgación y enriquecimiento de los BES.

¹**Semanal:** Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016 en residentes de la Ciudad, Situación de los ENO, comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 2016, según grupos de eventos y criterio epidemiológico de diagnóstico en residentes de la Ciudad. En anexo, el total de las notificaciones según efector y evento, Vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas, Vigilancia de Diarrea Aguda y Diarrea Aguda Sanguinolenta (DAS). **Mensual:** Vigilancia de Coqueluche, Vigilancia de Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE), Vigilancia de Enfermedades Transmitidas por el Mosquito Aedes aegypti (ETMAa), Vigilancia de Enfermedades de Transmisión Vertical (Chagas y Sífilis congénita y en embarazadas), Vigilancia de Meningoencefalitis, Vigilancia de Parálisis Agudas Flácidas (PAF), Vigilancia de Síndrome Urémico Hemolítico, Vigilancia de la Tuberculosis.

4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 33** del corriente año (finalizada el 19 de agosto) y se compara con el mismo período del año 2016 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 33** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	118	75		-36
	SÍFILIS CONGÉNITA*	117	127		9
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	167	248		49
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	142	142		0
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	47	52		11
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	150	154		3
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	270	315		17
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	497	526		6
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	75	44		-41
SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	102	86		-16	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	22	21	
	OFIDISMO	2	0	-2	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS BACTERIANAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS VIRALES	VER INFORME DIARREAS			
	DIFTERIA	0	0	0	
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0		
Hepatitis	HEPATITIS A	4	7	3	
	HEPATITIS B	55	25		-55
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	25	26		4
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	1	0	-1		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE			
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	4	5	1	
	PAF*	VER INFORME PAF			
	PAROTIDITIS	85	113		33
VARICELA	1197	876		-27	
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	118	53		-55
	POR METALES PESADOS	6	2	-4	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	111	57		-49
	POR OTROS TÓXICOS	69	38		-45
	POR PLAGUICIDAS	1	0	-1	
POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	-2		

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 33** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	62	45		-27
	MORDEDURA POR RATA	38	5	-33	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	3	0	-3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	2	1	-1	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	2	1	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	4	3	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	7	5	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	11	20	9	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	3	3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	22	9	-13	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	10	11	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	4	1	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	6	1	-5	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	16	25	9	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	806	548		-32
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	10960	8398		-23
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	20076	16832		-16
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	2289	2406		5
	NEUMONIA	6292	5333		-15
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	52	63		21
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	12011	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	18	0	-18	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSI	23	35	12	
	FIEBRE AMARILLA	1	6	5	
	PSITACOSIS	2	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	32	45		41
	PALUDISMO	1	1	0	
	TRIQUINOSIS	1	0	-1	

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

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

5. 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.

5.1. De transmisión vertical y sexual

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	3	0	88	27	118	5	0	60	10	75		-36	
	SÍFILIS CONGÉNITA*	44	7	50	16	117	26	10	75	16	127		9	
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	167	0	0	0	167	248	0	0	0	248		49	
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					142	142	0
	SECRECIÓN PURULENTA EN VARONES											47	52	11
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES											150	154	3
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES											270	315	17
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES											497	526	6
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES											75	44	-41
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES											102	86	-16

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas** son hasta la **SE 30** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 51**.

Los datos presentados de **Chagas Agudo Congénito** son hasta la **SE 32** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 53**.

5.2. Envenenamiento por animal ponzoñoso

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

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	0	0	1	0	1	4	9	9	0	22	21
	OFIDISMO	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	-2

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

Hasta la SE 33 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 5 y 14.

5.3. Gastroentéricas

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

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

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

5.4. Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	2	0	0	2	4	7	0	0	0	7	3	
	HEPATITIS B	18	36	1	0	55	20	5	0	0	25	-4	-55
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1	
	HEPATITIS C	8	15	2	0	25	23	1	2	0	26	1	4
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1	

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

De la siguiente tabla se evidencia una disminución de la notificación de casos en 2017 con respecto a 2016 hasta la SE 33, sobretudo en la Hepatitis B y C.

5.5. Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE												
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	8	9	0	0	1	4	5	-4		
	PAF*	VER INFORME PAF											0	
	PAROTIDITIS	22	18	45	0	85	11	18	84	0	113	28	33	
	VARICELA	NO CORRESPONDE					NO					876	-27	

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

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

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

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

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

5.6. Intoxicaciones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	45	22	51	0	118	13	7	33	0	53	-65	-55
	POR METALES PESADOS	2	1	2	1	6	0	2	0	0	2	-4	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	43	42	26	0	111	27	17	11	2	57	-54	-49
	POR OTROS TÓXICOS	49	9	11	0	69	28	2	8	0	38	-31	-45
	POR PLAGUICIDAS	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	

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

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

5.7. Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	34	0	28	0	62	5	40	0	0	45	-17	-27
	MORDEDURA POR RATA	32	0	6	0	38	2	3	0	0	5	-33	

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

5.8. Meningitis y Meningoencefalitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	2	0	0	1	3	0	0	0	0	0	-3
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	0	0	0	1	1	0	2	0	2	4	3
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	2	0	0	1	3	3	2	2	0	1	-2
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	2	1	0	3	1	0	0	0	1	-2
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	3	0	1	0	4	3
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	2	0	0	0	2	6	0	1	0	7	5
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	5	3	4	1	13	4	1	12	3	20	7
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	3
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	25	1	1	0	27	9	1	0	0	10	-17
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	7	1	2	13	2	2	7	2	13	0
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	4	0	0	0	4	4	0	1	0	5	1
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

5.9. Otras

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	6	0	0	0	6	1	0	0	0	1	-5	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	16	0	0	0	16	25	0	0	0	25	9	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	TUBERCULOSIS*	806	0	0	0	806	548	0	0	0	548	-258	-32

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

Los datos presentados de **Tuberculosis** son hasta la **SE 31** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 52**.

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** son hasta la **SE 30** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 51**.

5.10. Respiratorias

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

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	20076					16832						-16
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	2289					2406						5
	NEUMONIA	6292					5333						-15

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

5.11. Zoonóticas y por vectores

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	3	0	1	0	4	1	0	0	0	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	52	0	0	0	52	63	0	0	0	63	11	21
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	6132	579	5035	265	12011	2	31	54	456	543	-6580	-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	0	0	0	5	1	3	14	18	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	0	0	0	8	1	4	18	14	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	18	0	18	0	0	0	0	0	-18	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	0	0	23	0	23	1	0	34	0	35	12	52
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	6	0	6	5	
	PSITACOSIS	1	0	1	0	2	4	0	5	0	9	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	2	1	22	7	32	1	4	25	15	45	13	41
	PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
TRIQUINOSIS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1		

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

De las Leptospirosis notificadas en 2017, cerca del 86% de los casos no contó con el dato de residencia y para Hantaviriosis el porcentaje es de 75%.

Los datos presentados de **Dengue, Zika y Chikungunya** corresponden hasta la **SE 24** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°45**.

Los datos presentados de **Chagas Crónico en Embarazada** corresponden hasta la **SE 32** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°53**.

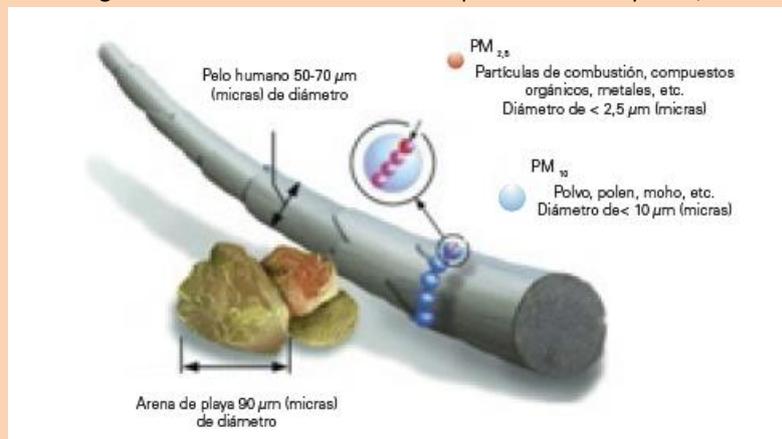
6. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO

6.1. Generalidades

La atmósfera contiene varios gases que, en concentraciones mayores que las normales, pueden ser peligrosos para los seres humanos, animales y plantas. Todos estos gases potencialmente tóxicos se denominan “contaminantes del aire”. Entre ellos se encuentran: monóxido de carbono (CO), el dióxido de azufre (SO₂) y el dióxido de nitrógeno (NO₂).

Además de los gases, la atmósfera contiene una gran variedad de partículas sólidas y líquidas, de variados tamaños. El material particulado en suspensión (MPS) en el aire incluye partículas totales en suspensión (PTS), material particulado con diámetro aerodinámico mediano inferior a 10 µm (MP 10) y 2,5 µm (MP 2,5) (Figura 1) respectivamente, partículas finas y ultrafinas.

Figura 1. Ilustración del tamaño de las partículas PM 10 y PM 2,5.



Fuente: EPA, 2010, Our Nation's Air-statud and trends though 2008. Informe de la EPA 454/R-09-002. Agencia de Protección del Medio ambiente de los Estados Unidos. Extraído de la Agencia de Medio Ambiente.2013.

6.2. Fuentes de emisión

El MPS se puede generar en el ambiente exterior como interior y consiste en una mezcla compleja de gases y partículas suspendidas en el aire, generalmente producidas como resultado de la combustión de diferentes fuentes.

Las partículas pueden ser naturales, por acción de la naturaleza o antropogénicas, por intervención de la actividad humana. Algunos ejemplos de partículas naturales son las cenizas volcánicas, pólenes, material mineral.

De las partículas antropogénicas una de las fuentes principales es el tránsito automotor, la quema de biomasa (compuestos derivados de la combustión), y las actividades industriales.

Dentro de las actividades industriales las más relevantes son la metalurgia, las cementeras y las centrales térmicas.

Según las fuentes que producen el PM observamos también su diferente composición por ejemplo pueden estar compuestas por carbono, SO_2 , NO_3 , bromo, sodio, metales pesados (plomo, mercurio), asbesto, hidrocarburos.

Las partículas también se clasifican según su tamaño, las más gruesas que provienen de la minería, el suelo o las rocas. Las más pequeñas menores cuya fuente son los motores de autos centrales o industrias.

Asimismo las partículas pueden ser primarias o secundarias, en las primarias se emiten directamente a la atmósfera, en las secundarias son resultado de la interacción de gases precursores.

6.3. Efectos sobre la salud

Los efectos a la salud del PM dependen de su composición y del tamaño de las partículas (Figura 2). Las partículas de mayor tamaño (PM 10) se depositan en las vías altas, mientras que las pequeñas llegan hasta la periferia del pulmón (PM 2,5).

El mecanismo por el cual el material particulado afecta las vías respiratorias, es de tipo inflamatorio, al ser captadas por los macrófagos una vez que llegan a los alveolos.

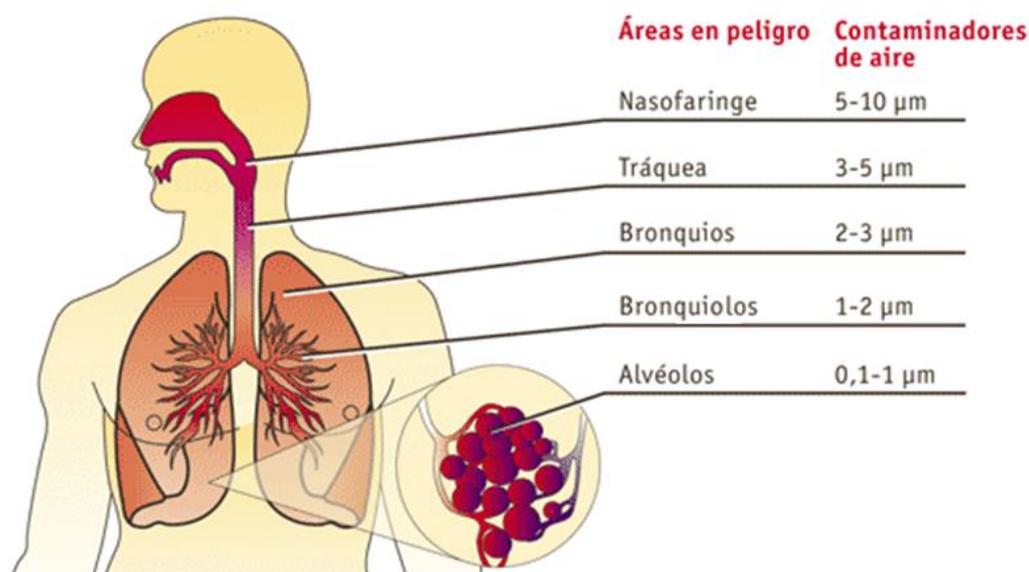
Si la composición del PM es ácido, provoca una reacción a nivel del epitelio respiratorio con exacerbaciones de episodios de asma.

La exposición al PM 10 produce irritación inflamación y aumento de la infecciones respiratorias. También existe evidencia de la relación entre retraso de crecimiento intrauterino durante la exposición a PM 2,5 durante el primer mes del embarazo.

Con respecto a la exposición crónica, se ha asociado al material particulado con aumentos de morbilidad respiratoria y cardiaca.

Por otro lado la contaminación del aire interior en los hogares está asociada al nivel socioeconómico. Así los hogares con menor nivel socioeconómico usan como fuente de energía la combustión de biomasa, carbón, Kerosene, gas envasado y gas natural. Esto produce altos niveles de material particulado en el aire interior, que superan los niveles recomendados para el aire exterior.

Figura 2. Distribución del material particulado según su tamaño en el aparato respiratorio.



Fuente: <https://es.slideshare.net/alejandravallesoto/efectos-de-la-contaminacin-atmosfrica-sobre-la-salud-de-la-poblacin>

6.4. Medidas de prevención

Es importante considerar la vigilancia de la calidad del aire exterior para mejorar la calidad de vida de nuestras comunidades.

Se proponen una serie de medidas tales como: mejorar el transporte público para disminuir el uso de vehículos particulares, uso de combustibles menos contaminantes, control e inventario de emisiones de las industrias, actualización y cumplimiento de las normas vigentes de calidad de aire, concientizar y capacitar a los equipos de salud sobre los riesgos de la exposición a la contaminación del aire, etc.

6.5. Límites admisibles según normativa

En la tabla 1 se detallan los límites máximos permisibles según la Ley 1356 de la Ciudad de Buenos Aires y en la tabla 2 se describen los niveles según las guías de la OMS².

En referencia a la tabla con los valores de la OMS, para el caso de material particulado menor a 10 micrones (PM 10), los límites admisibles de contaminación atmosférica se encuentran fijados entre los Objetivos 1 y 2. Para material particulado menor a 2,5 micrones (PM 2,5), los límites se encuentran fijados entre los Objetivos 1 y 3.

Tabla 1. Estándares de Calidad de Aire según normativa del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

	Tiempo de promedio	Estándar µg / m ³	Carácter del estándar
Material particulado en suspensión PM10	24hs	150	primario
	1 año (promedio aritmético)	50	Primario y secundario
Material particulado en suspensión PM 2,5	24hs	65	Primario y secundario
	1 año (promedio aritmético)	15	Primario y secundario
Partículas sedimentables (flujo másico vertical)	1 mes	1mg/cm ³	Primario

Fuente: Ley 1356 CABA y Decreto Reglamentario 198-GCABA-06

²Guías de calidad del aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. 2005, OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69478/1/WHO_SDE_PHE_OEH_o6.o2_spa.pdf

Tabla 2. Niveles guía para medición de material particulado en aire atmosférico. Actualización Mundial 2005

	Tiempo de promedio		Estándar $\mu\text{g} / \text{m}^3$	Fundamento del nivel elegido
Material particulado en suspensión PM 10	24hs	Objetivo intermedio 1 (OI-1)	150	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Objetivo intermedio 2 (OI-1)	100	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 2,5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Objetivo intermedio 3 (OI-3)	75	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 1,2% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Guía de calidad del aire (GCA)	50	Basado en la relación entre los niveles de MP de 24 horas y anuales
	1 año (promedio aritmético)	Objetivo intermedio 1 (OI-1)	70	Estos niveles están asociados con el riesgo de mortalidad a largo plazo alrededor de un 15% mayor que con el nivel de la GCA
		Objetivo intermedio 2 (OI-1)	50	Además de otros beneficios para la salud, éstos niveles reducen el riesgo de mortalidad prematura en un 6 % aproximadamente (2-11%) en comparación con el nivel de OI-1
		Objetivo intermedio 3 (OI-3)	30	Además de otros beneficios para la salud, éstos niveles reducen el riesgo de mortalidad prematura en un 6 % aproximadamente (2-11%) en comparación con el nivel de OI-2
		Guía de calidad del aire (GCA)	20	Estos niveles son los niveles más bajos con los cuales se ha demostrado, con más del 95% de confianza, que la mortalidad total, cardiopulmonar y por cáncer de pulmón, aumenta en respuesta a la exposición prolongada al PM2.
Material particulado en suspensión PM 2,5	24hs	Objetivo intermedio 1 (OI-1)	75	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Objetivo intermedio 2 (OI-1)	50	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 2,5% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Objetivo intermedio 3 (OI-3)	37,5	Basado en coeficientes de riesgo publicados en estudios multicéntricos y metaanálisis (incremento de alrededor del 1,2% de la mortalidad a corto plazo sobre el valor de las GCA)
		Guía de calidad del aire (GCA)	25	Basado en la relación entre los niveles de MP de 24 horas y anuales
	1 año (promedio aritmético)	Objetivo intermedio 1 (OI-1)	35	Estos niveles están asociados con el riesgo de mortalidad a largo plazo alrededor de un 15% mayor que con el nivel de la GCA
		Objetivo intermedio 2 (OI-1)	25	Además de otros beneficios para la salud, éstos niveles reducen el riesgo de mortalidad prematura en un 6 % aproximadamente (2-11%) en comparación con el nivel de OI-1
		Objetivo intermedio 3 (OI-3)	15	Además de otros beneficios para la salud, éstos niveles reducen el riesgo de mortalidad prematura en un 6 % aproximadamente (2-11%) en comparación con el nivel de OI-2
		Guía de calidad del aire (GCA)	10	Estos niveles son los niveles más bajos con los cuales se ha demostrado, con más del 95% de confianza, que la mortalidad total, cardiopulmonar y por cáncer de pulmón, aumenta en respuesta a la exposición prolongada al PM2.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

6.6. Valores registrados en las estaciones de Monitoreo Atmosférico de la Ciudad

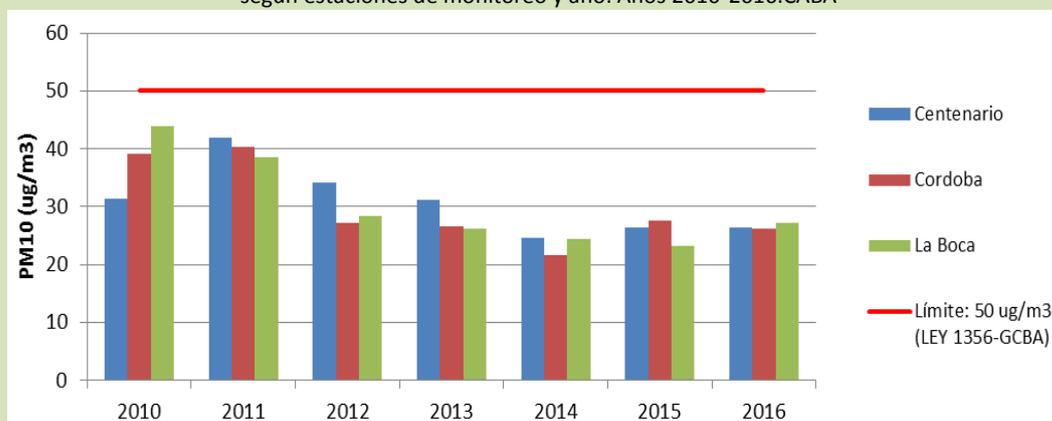
A continuación se presentan una serie de gráficos que permiten observar los valores de Material Particulado menor a 10 micrones (PM 10), en las estaciones de Monitoreo de Calidad del Aire que posee la Ciudad (La Boca, Parque Centenario y Córdoba), las cuales registran las concentraciones de éste contaminante en forma continua (durante 24 horas, los 365 días del año), mediante métodos homologados internacionalmente.

En el gráfico 1 se presentan las concentraciones anuales de PM 10, entre los años 2010 a 2016, registradas en las 3 estaciones de Monitoreo Atmosférico que conforman la Red de la Ciudad de Buenos Aires.

En el período evaluado los niveles de contaminación se encontraron por debajo de los límites admisibles establecidos por la normativa local (Ley 1356-GCBA). No obstante, si se realiza la comparación entre los niveles guías y objetivos intermedios que establece la OMS para promedios anuales, se observa que durante los años 2010 a 2013, se ha cumplido con el objetivo 2 (50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$), y que a partir de 2014 los valores se encuentran por debajo del objetivo 3 (30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).



Gráfico 1. Concentraciones promedios anuales de Material Particulado Menor a 10 micrones (PM10) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016.CABA



Fuente: Agencia de Protección Ambiental- Dirección General de Control Ambiental- Gerencia Operativa de Determinaciones. Ambientales y Laboratorio

De acuerdo a la serie histórica de mediciones registradas en las tres estaciones de Monitoreo Atmosférico, durante los años 2010 a 2016 y en virtud de lo que puede observarse en los gráficos de concentraciones máximas horarias y percentil 95 de concentraciones horarias (Gráficos 2 y 3), se infiere que, en términos generales, los valores registrados en forma horaria se registraron por debajo de los límites establecidos por la Ley 1356-GCBA (150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$).

La única excepción a esta situación se observó en el año 2011, cuando se presentaron excedencias a éste límite, como consecuencia de la presencia de material particulado proveniente de la erupción volcánica del Pehue- cordón Caulle (Chile).

Gráfico 2. Concentraciones máximas registradas anualmente sobre promedios de 24 horas de Material Particulado menor a 10 micrones (PM₁₀) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016. CABA.

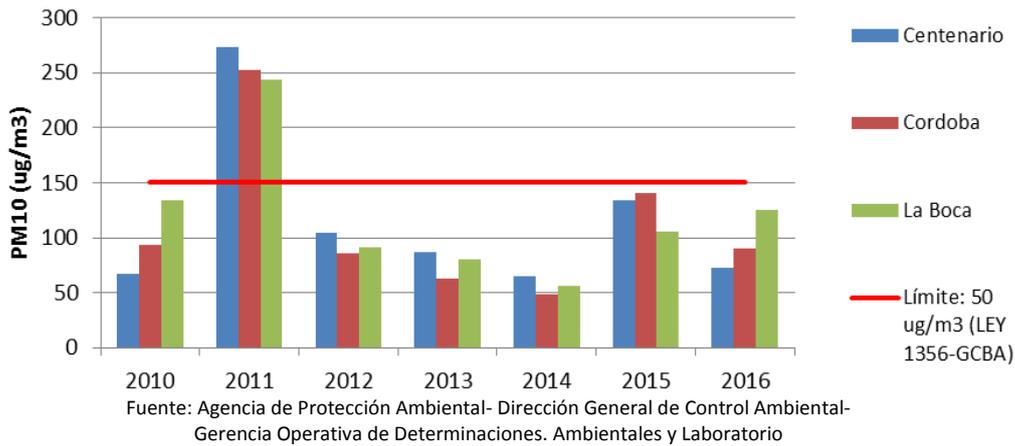
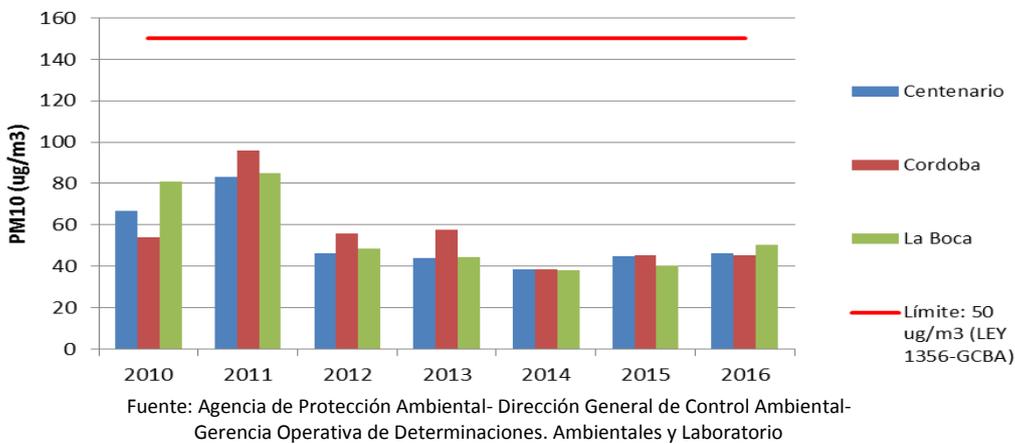
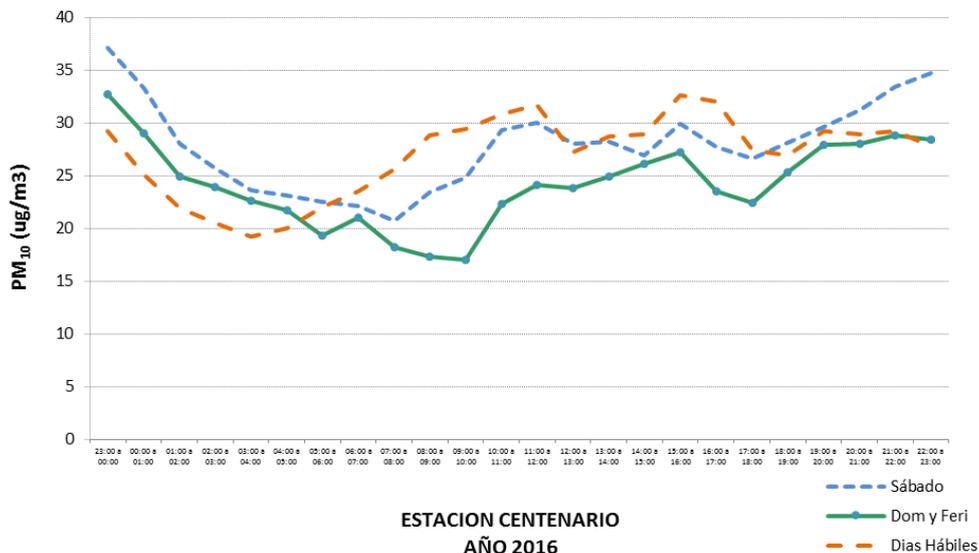


Gráfico 3. Percentil 95 de Concentraciones promedio de 24 horas de Material Particulado menor a 10 micrones (PM₁₀) según estaciones de monitoreo y año. Años 2010-2016. CABA.



Finalmente, en el gráfico 4 se presenta el perfil horario de contaminación por PM₁₀, medido en la estación Centenario, la cual se considera más representativa con respecto al transporte de la Ciudad, por la cantidad de tránsito, avenidas, calles y circulación a ambos sentidos.

Gráfico 4. Perfil horario (24 hs.) de Contaminación por Material Particulado menor a 10 micrones (PM₁₀) Año 2016. Estación Parque Centenario. CABA



Es evidente la mayor concentración de material particulado (PM10), en los horarios de mayor tránsito (11-12 hs. y 16-17 hs.), los días hábiles y sábados.

6.7. Comentario

Como se ha expuesto en el presente documento, la Agencia de Protección Ambiental (APRA), presenta un historial de monitoreo de la contaminación del aire por Material Particulado menor a 10 micrones (PM10), cumpliendo los estándares internacionales, medido en tres estaciones situadas en puntos clave de la Ciudad de Buenos Aires.

Durante el periodo 2010-2016 se verificó que los niveles del contaminante criterio referido, presentaron una tendencia a la disminución en función del tiempo. Por otro lado los valores registrados, salvo escasas excepciones, se encontraron dentro de los límites admisibles establecidos por la normativa local.

No obstante, se estaría actualmente en condiciones de adecuar la normativa local a los objetivos intermedios propuestos por la OMS. Estas políticas permitirían disminuir el riesgo de exposición de la población al material particulado.

6.8. ¿Cómo consultar diariamente la contaminación?

A continuación se muestra un gráfico para los profesionales y la población que resulta de gran ayuda para consultar en forma diaria el estado de contaminación por Material Particulado menor a 10 micrones (PM10).

A través de un gradiente de colores se visualizan los rangos de exposición, los efectos sobre la salud y las recomendaciones. Se propone familiarizarse con su lectura para conocer y prevenir los efectos de la contaminación atmosférica. Se puede acceder al mismo desde la siguiente página de internet del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: <http://www.buenosaires.gob.ar/agenciaambiental/controlambiental/datos-diarios-de-monitoreo-de-calidad-de-aire>

Figura 3. Monitoreo diario de calidad del aire. Agencia de Protección Ambiental

Niveles diarios de contaminación del aire

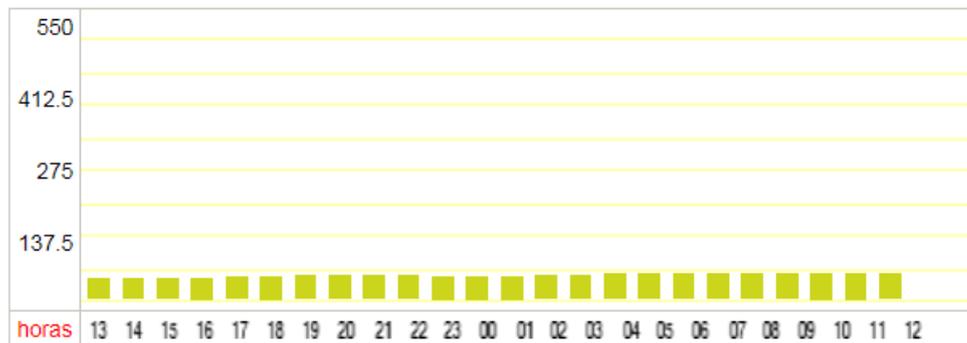
Contaminante Estación

Fecha

Buscar

Contaminante: PM10 Material Particulado respirable menor a 10 micrones (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$ – microgramo por metro cúbico) - Promedio móvil 24 horas - promedio 24 horas anteriores

Las mediciones que se muestran corresponden al periodo desde las 13 hs del día anterior hasta las 12 hs del día seleccionado.



Referencia de contaminante

Referencia de PM10			
Rango	Color	Efecto	Recomendacion
Hasta 54 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Ninguno	Ninguna
entre 55 y 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Ninguno	Ninguna
entre 121 y 150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Ninguno	Ninguna
entre 151 y 254 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Aumenta la probabilidad de ocurrencia de síntomas respiratorios y agravamiento de enfermedades pulmonares, como asma	Personas con enfermedades respiratorias como asma, deben limitar los esfuerzos al aire libre
entre 255 y 354 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Aumento de síntomas respiratorios y agravamiento de enfermedades pulmonares, como asma; Posibles efectos respiratorios en la población en general.	Personas con enfermedades respiratorias como asma, deben limitar los esfuerzos al aire libre
entre 355 y 424 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Aumento significativo de síntomas respiratorios y agravamiento de enfermedades pulmonares, como asma, aumenta la probabilidad de ocurrencia de efectos respiratorios en la población en general	Personas con enfermedades respiratorias como asma, deben evitar las actividades al aire libre, el resto de la población en especial los ancianos y los chicos, deben limitar los esfuerzos al aire libre
mayor a 425 $\mu\text{g}/\text{m}^3$		Serío agravamiento de síntomas respiratorios y enfermedades pulmonares, como asma. Aparición de efectos respiratorios en la población en general	Toda la población debe limitar cualquier esfuerzo al aire libre; las personas con enfermedades respiratorias, como asma deben permanecer en lugares cerrados.

6.9. Citas bibliográficas

- Dra Cecilia Marchetti “Contaminación y contaminantes del aire exterior”; Manual de Salud Ambiental Infantil OPS, Ministerio de Salud Gobierno de Chile, Ministerio de Salud República Argentina 2009.
- Guías de Calidad de Aire de la OMS relativas al material particulado, el ozono, el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre. Actualización Mundial 2005, Organización Mundial de la Salud, 2006.
- http://www.aragonaire.es/particulatematter.php?n_action=classification (visto 18 /7/2017).

7. VIGILANCIA DE COQUELUCHE

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

7.1. Situación en Argentina

A nivel nacional, entre las SE 1 y 23 del año 2017 se registraron 2573 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales se confirmaron 406 (15,8%), con un pico en la SE 22. La incidencia de coqueluche confirmado en el país hasta esta fecha fue de 0,93/100.000 habitantes.

Las provincias de Tierra del Fuego, Salta, Entre Ríos y Mendoza registraron hasta la SE 23 las mayores tasas de coqueluche del país. La mitad de los casos confirmados se presentaron en niños menores de un año, si bien también se observaron casos en adultos jóvenes³

7.2. Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 33

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

Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de coqueluche según provincia de residencia. Período 2016-2017 hasta SE 33.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	233	47,6%	143	61,6%
CAPITAL FEDERAL	126	25,7%	71	30,6%
OTRAS PROVINCIAS	63	12,9%	10	4,3%
DESCONOCIDA	68	13,9%	8	3,4%
Total	490	100%	232	100%

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

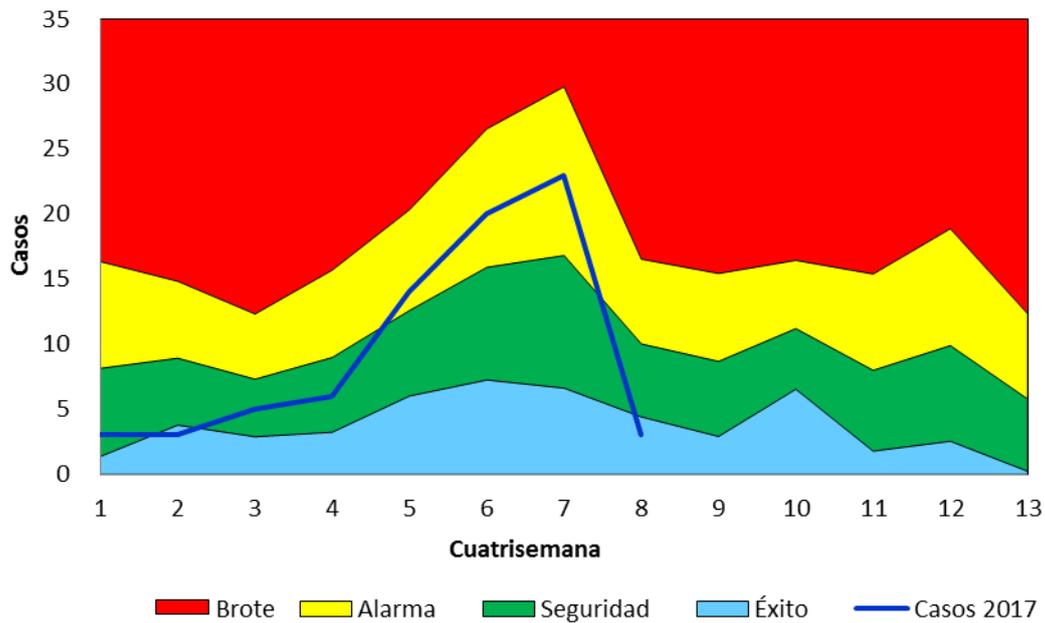
Comparando el mismo período en el año pasado, se observa que los casos notificados en la Ciudad de Buenos Aires se redujeron cerca de la mitad en el año 2017.

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

³ Boletín Integrado de Vigilancia N° 365, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N365-SE25.pdf

En el siguiente gráfico se muestra el corredor endémico cuatrisesmanal de casos en residentes de la Ciudad.

Gráfico 1. Casos notificados de coqueluche. Corredor endémico cuatrisesmanal. Residentes de la CABA.
Año 2017 hasta cuatrisesmana 8 *



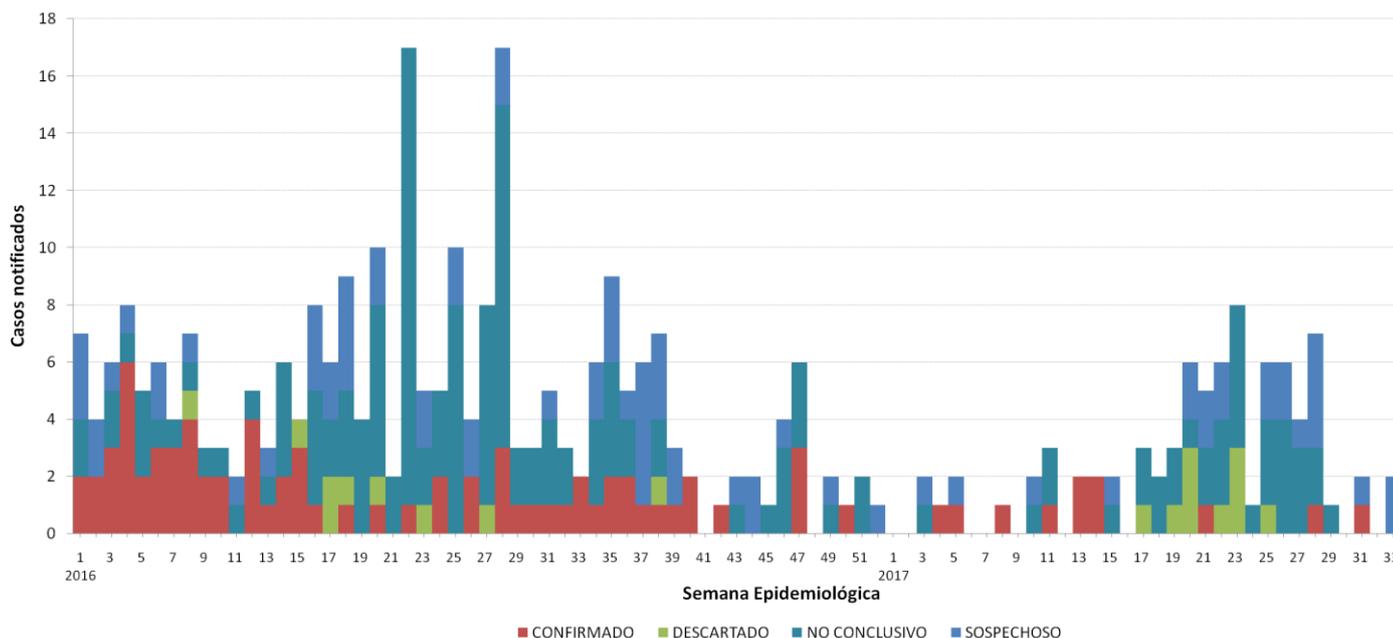
Fuente: SNVS, C2 y SIVILA y base de la GOE.

*Para la construcción del corredor se utilizaron los últimos 7 años, excluyendo el año 2012. Se incluyeron todos los casos notificados.

Entre las cuatrisesmanas 5 y 7 de este año, la notificación de casos transcurrió en la zona de alarma, evidenciándose una disminución en la notificación en la última cuatrisesmana en coincidencia con lo sucedido en años anteriores.

Se grafica a continuación los casos notificados según clasificación final desde el 2016 hasta la SE 33 de 2017 en residentes de la CABA.

Gráfico 2. Casos notificados de coqueluche según clasificación final.
Residentes de la CABA. Años 2016 (n=254) a SE 33 de 2017 (n=79)



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

En el gráfico se observa la magnitud de la notificación durante el 2016 en comparación con 2017. A sí mismo, se demuestra la estacionalidad en la distribución de casos.

En 2016 el mayor número de notificaciones se registró en las SE 24 y 28, mientras que en 2017 las notificaciones se concentraron entre las SE 19 y 28.

El porcentaje de casos confirmados en 2017 es de 14% (11 casos), mientras que en 2016 para el mismo periodo fue de 29% (56 casos). Sin considerar los casos descartados hasta la SE 33 se registraron 186 casos en el 2016 y 69 en el año actual.

Entre los 69 casos de este año un 55% son mujeres y un 45% son varones.

No se notificaron fallecimientos hasta la SE 33 de este año, mientras que en este periodo de 2016 se registraron dos fallecidos.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de casos y tasas por grupos de edad en el período 2016 y 2017 en residentes de la CABA hasta la SE 33. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 2. Casos notificados de coqueluche y tasas por 100. 000 habitantes según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Hasta SE 33. Años 2016-2017

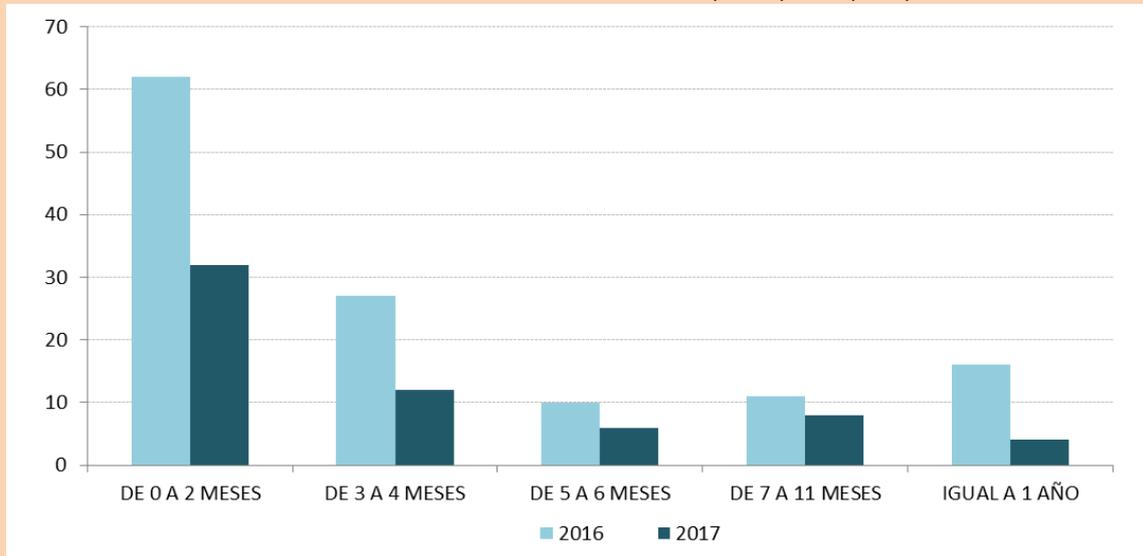
Grupo edad	2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MENOR DE 1 AÑO	110	261,9	58	139,0
IGUAL A 1 AÑO	16	38,1	4	9,6
DE 2 A 4 AÑOS	9	7,2	5	4,0
DE 5 A 9 AÑOS	2	1,0	0	0,0
DE 10 A 14 AÑOS	0	0,0	0	0,0
MAS DE 15 AÑOS	3	0,1	2	0,1
SIN ESPECIFICACION	46		0	
Total	186	6,1	69	2,3

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

En ambos períodos analizados, se observa que las tasas más elevadas se encuentran en el grupo etario de menores de 1 año, representado el 84% de los casos de 2017 y el 59% en 2016. Este dato es coincidente con la situación nacional.

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

Gráfico 3. Casos de coqueluche en niños menores de 2 años de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. Años 2016 (n=126)-2017 (n=62)



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

Tomando en cuenta todos los grupos etarios, hasta la SE 33 del 2017, cerca de la mitad de los casos (46%) ocurren en menores de 2 meses. Estos resultados podrían relacionarse con la baja cobertura de vacunación en embarazadas, indicada para proteger a este grupo a través del pasaje transplacentario de anticuerpos.

En la próxima tabla se presentan los casos de coqueluche por comunas y las tasas por 100.000 habitantes durante las SE 1-33 de 2016 y 2017. Se excluyeron del análisis los casos descartados.

Tabla 3. Casos de coqueluche y tasas por 100. 000 habitantes según comuna de residencia. Residentes de la CABA. SE 1-33. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia de casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
1	18	7,1	4	1,6	-14
2	2	1,3	0	0,0	-2
3	5	2,6	9	4,7	4
4	23	9,7	9	3,8	-14
5	2	1,1	5	2,7	3
6	2	1,1	0	0,0	-2
7	8	3,3	7	2,9	-1
8	10	4,4	10	4,4	0
9	5	2,9	5	2,9	0
10	3	1,8	0	0,0	-3
11	4	2,1	3	1,6	-1
12	3	1,4	1	0,5	-2
13	2	0,8	1	0,4	-1
14	5	2,2	3	1,3	-2
15	8	4,4	4	2,2	-4
Residentes SD*	18		0		-18
Desconocidos**	68		8		-60
Total CABA	186	6,1	69	2,3	-117

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

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

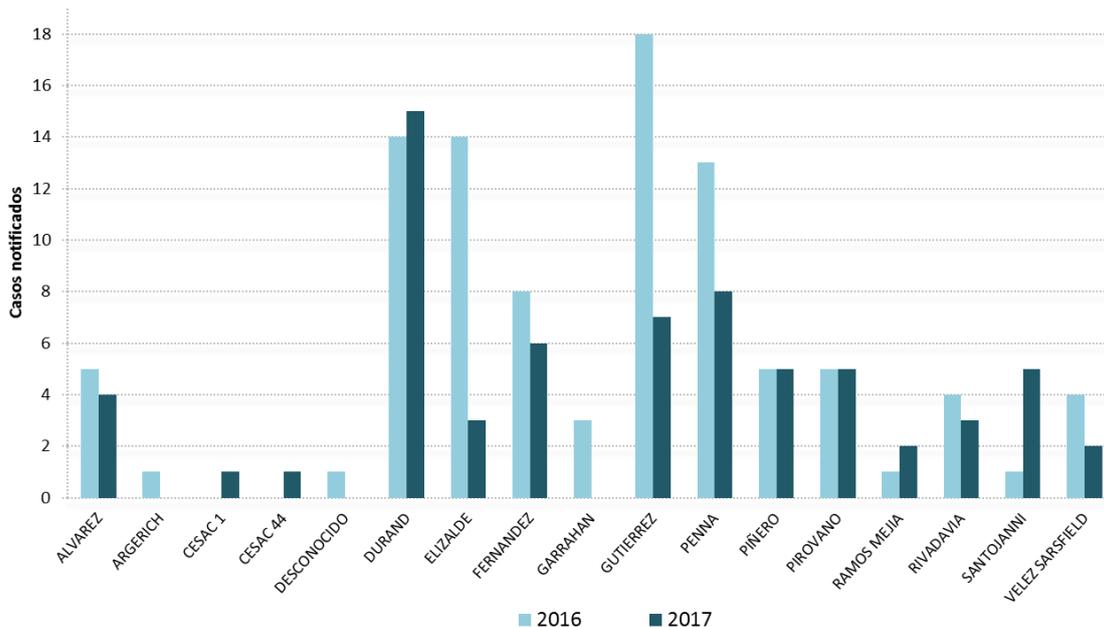
En el marco de un descenso de los casos de coqueluche en la ciudad en el período estudiado, el análisis por comunas muestra que esta caída fue mayor en las comunas 1 y 4. La comuna 1 pasó de representar el 18% de los casos notificados con domicilio en 2016 al 7% en 2017; mientras que la comuna 4 concentraba el 23% de los casos notificados con domicilio en 2016 y este año representa el 15%.

Se destaca una mejoría en el registro de los datos de residencia.

En el siguiente gráfico se presentan los casos notificados de coqueluche según institución de asistencia en efectores públicos, residentes de la CABA.⁴

⁴ No siempre la institución de asistencia es la institución notificadora. En ocasiones se reciben notificaciones a través de SIVILA de laboratorio que procesan las muestras detallando las instituciones de asistencia.

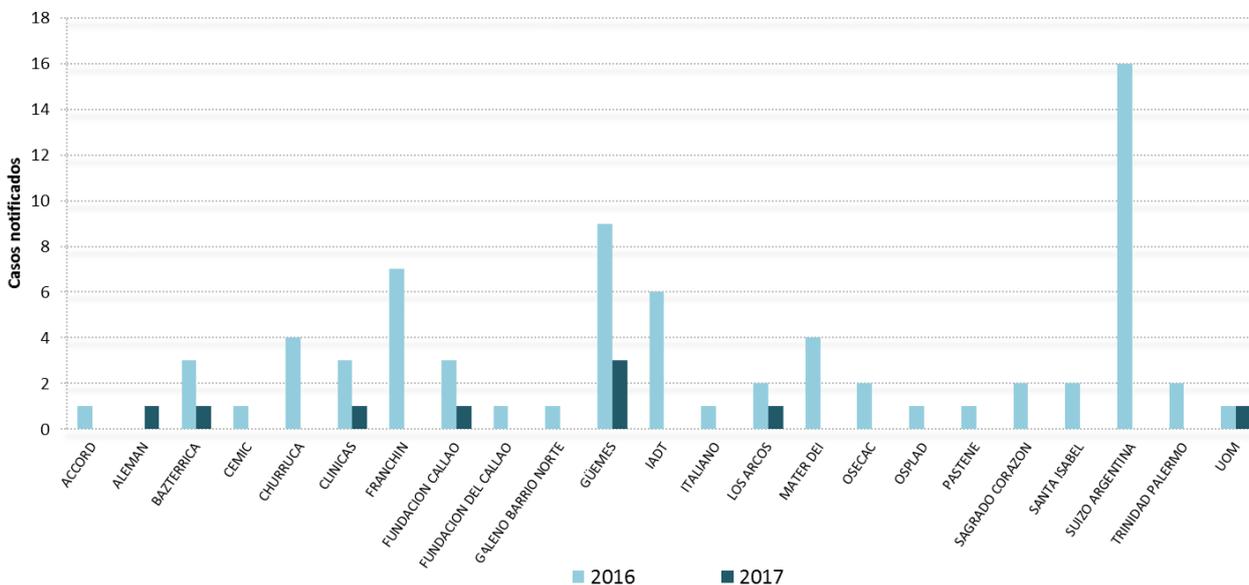
Gráfico 4. Casos notificados de coqueluche según establecimiento de asistencia. Efectores públicos. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. Años 2016 (n= 97) y 2017 (n=67)



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

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

Gráfico 5. Casos notificados de coqueluche según establecimiento de asistencia. Efectores privados. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. Años 2016 (n=73) y 2017 (n=9)



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

Durante el año 2017, el 85% (67) de los casos notificados fueron atendidos en efectores públicos de la Ciudad, mientras que en 2016 para el mismo período fue del 48% (94).

En 2016 hubo 24 casos notificados (12%) donde no se registró efector de asistencia, en 21 de los cuales fueron notificados por laboratorios privados; en 2017 únicamente en 3 casos de los notificados (4%) no se registra este dato.

7.2.1. Cobertura de Inmunizaciones

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



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

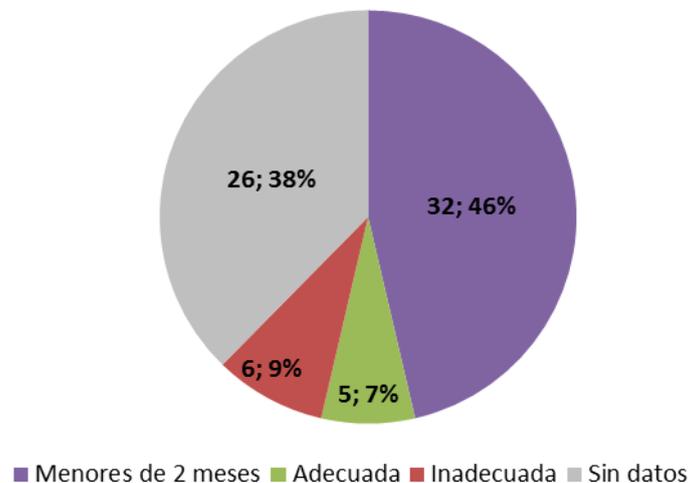
	VACUNA	DOSIS APLICADAS	PORCENTAJE DE COBERTURA
< DE 1 AÑO	PENTAVALENTE 1º	38.325	91,5
	PENTAVALENTE 2º	35.299	84,3
	PENTAVALENTE 3º	34.088	81,4
1 AÑO	CUADRUPLÉ REFUERZO	29.804	71,2
6 AÑOS	TRIPLE BACTERIANA	33.823	82,8
11 años	TRIPLE ACELULAR	29.572	74,8
Embarazadas	TRIPLE ACELULAR	24.914	59,5

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

Como se observa en la tabla las coberturas más bajas se registran entre las embarazadas, al igual que los refuerzos del año y de los 11 años.

En los casos notificados de coqueluche en residentes de la CABA (exceptuando los descartados), se registran pocos datos de vacunación.

Gráfico 6. Casos de coqueluche según vacunación adecuada para la edad Residentes de la CABA. Hasta SE 33 (n=69)



Fuente: Estudios de foco, SIC.

Como se observa en el 46% de los casos se trata de menores de 2 meses donde la vacunación aún no está indicada. Para estos casos no se cuenta con datos sobre la vacunación de la madre durante el embarazo. De todos modos, en el 70% de los mayores de 2 meses no se reportó el dato de vacunación con vacuna Quíntuple.

7.2.2. Estudios de Foco

Hasta la SE 33 se recibieron 71 notificaciones de casos sospechosos de coqueluche en residentes de la ciudad, todos con datos de domicilio. Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología se enviaron 69 estudios de foco, de los cuales se realizaron 51. En 27 casos se realizaron los estudios de foco de manera completa.



Ante un caso de sospecha de coqueluche es importante relevar la vacunación de los contactos e indicar quimioprofilaxis cuando corresponda. Según las Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina 2012 indican las siguientes acciones para contactos familiares y cercanos:⁵

Vacunación:

Los contactos familiares y otros contactos estrechos de pacientes con coqueluche confirmada menores de 7 años, a los que se les ha aplicado por lo menos 4 dosis de vacuna contra la coqueluche, deberán recibir una dosis de refuerzo de DTP, a menos que ya hubieran recibido 1 dosis en los últimos 3 años.

Los contactos menores de 7 años que no estuvieran vacunados o que hubieran recibido menos de cuatro dosis de vacuna contra coqueluche deben iniciar o continuar la vacunación de acuerdo con el calendario. A los niños que hubieran recibido su tercera dosis 6 o más meses antes de la exposición se les debe aplicar la cuarta dosis en ese momento.

Los contactos mayores de 7 años con esquemas incompletos de vacunación deben recibir una dosis de vacuna dTpa. Asimismo, debe verificarse que los niños de 11 años ya hayan recibido la dosis del calendario correspondiente a su edad.

Quimioprofilaxis post-exposición:

Se considera contacto:

- A todo paciente con contacto directo cara a cara por un período no definido con el caso sintomático.
- Compartir espacio reducido (la misma habitación) por más de una hora con el caso sintomático.
- Contacto directo (sin protección) con secreciones respiratorias orales o nasales de un caso sintomático.

Hay grupos que presentan un riesgo adicional: menores de 1 año, Inmunocomprometidos, personal con alta exposición, pacientes con enfermedades crónicas.

Se indica quimioprofilaxis a todos los contactos familiares y otros contactos cercanos, incluyendo niños en jardines maternos o aquellos que estando en otras situaciones, cumplan con la definición de contacto de cualquier caso que reuniera la definición de sospechoso de coqueluche, independientemente del estado de Inmunización o edad, comenzando dentro de las 3 semanas del contacto.

Los antibióticos usados (macrólidos) son los mismos, tanto para el tratamiento como para la quimioprofilaxis.

Los casos sospechosos deben mantenerse separados de lactantes y niños de corta edad durante al menos los primeros 5 días de tratamiento.

8. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

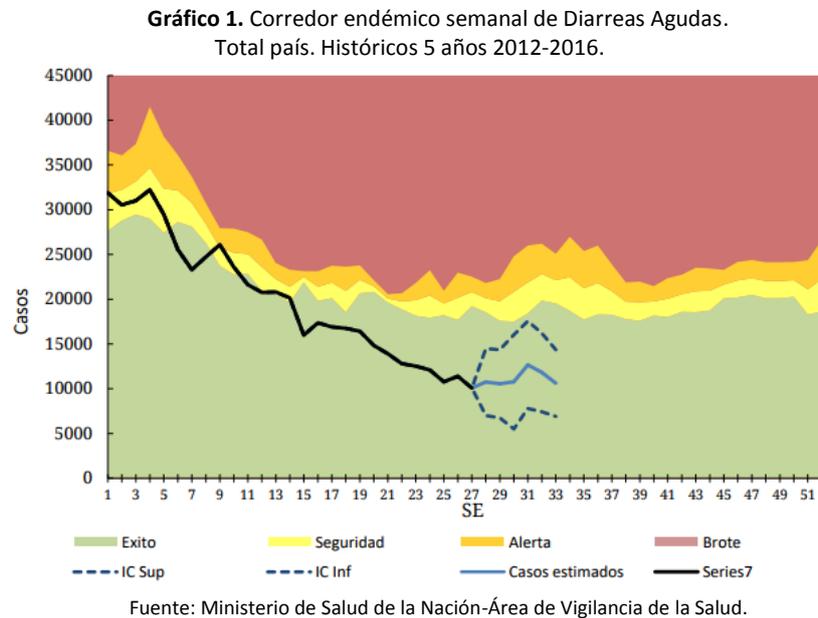
8.1. Introducción

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

⁵ Se puede acceder a través del siguiente enlace: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

8.2. Situación Nacional

A nivel nacional, en el año 2016 hasta las SE 52 se notificaron 1.043.235 casos de diarrea aguda con una tasa de 2393,9 por 100.000 habitantes. En el siguiente gráfico se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 52 del periodo 2012-2015, a nivel país⁶.



Hasta la SE 29 del año 2017, se notificaron 546.862 en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2015-2017), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja (1260/100.000 hab.).

En el año 2016, hasta la SE 29 se notificaron 606.266 casos de diarreas, cuya tasa fue de 1390,8/100.000 hab.

Entre 2016 y 2017, se observó una disminución en la diferencia de tasas de notificación del 8% con respecto a la misma semana del año anterior.

Como se mostrará posteriormente, la notificación del 2016 para CABA coincide con el decremento en la notificación de este evento para el mismo año, mostrando un comportamiento estacional semejante⁷.

8.3. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2010-2016

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

8.4. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 33.

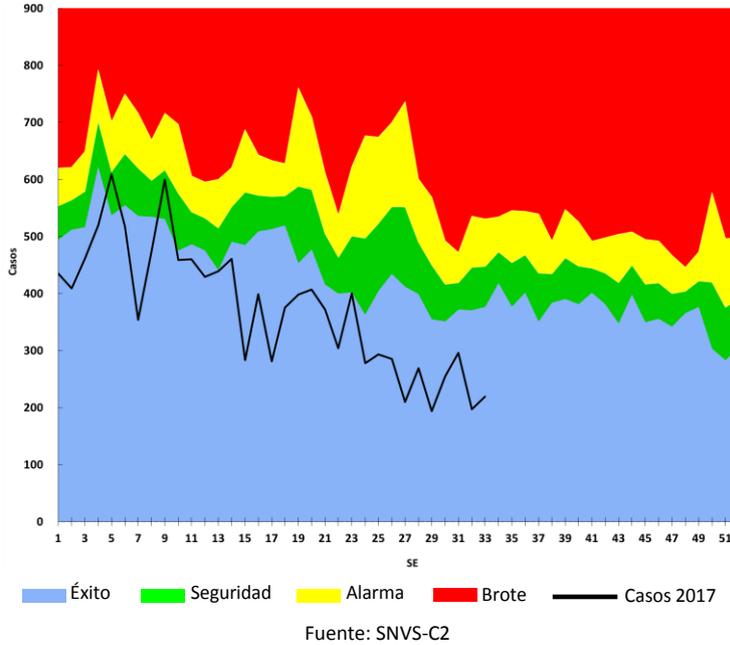
8.4.1. Diarreas Agudas (agrupadas)

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

⁶http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N361-SE21.pdf

⁷http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_Vigilancia_N370-SE29.pdf

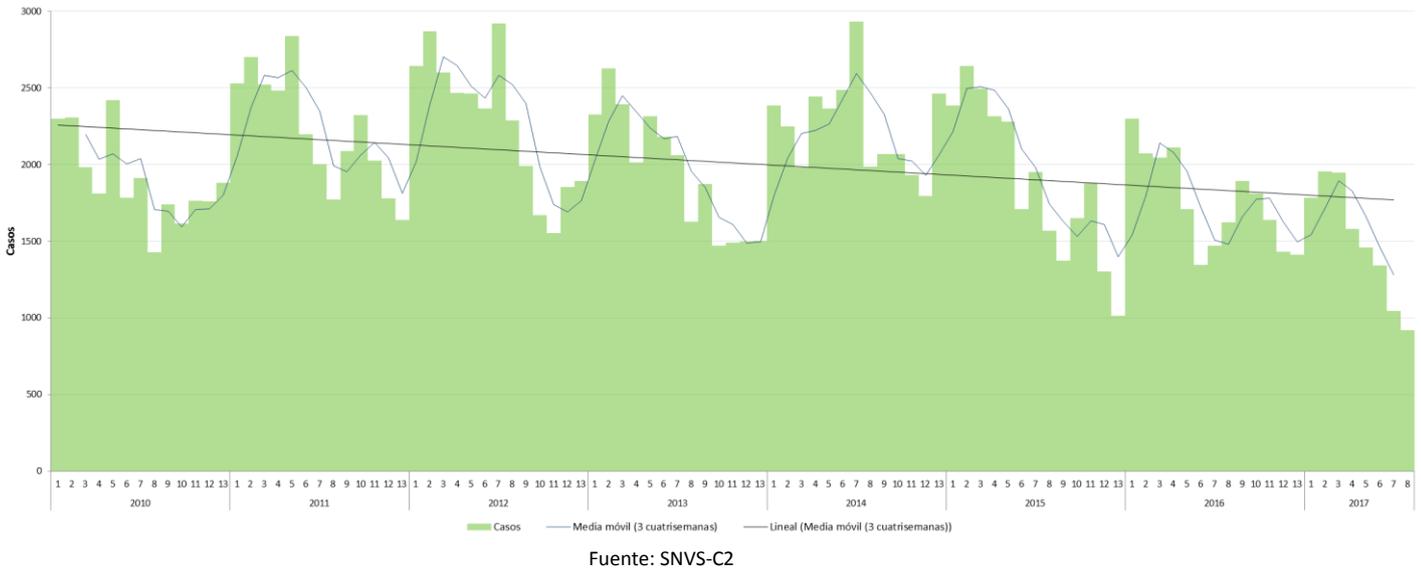
Gráfico 2. Corredor endémico semanal de Diarreas agudas. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 33.



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

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 8). Se graficó la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se trazó la línea de tendencia para todo el período.

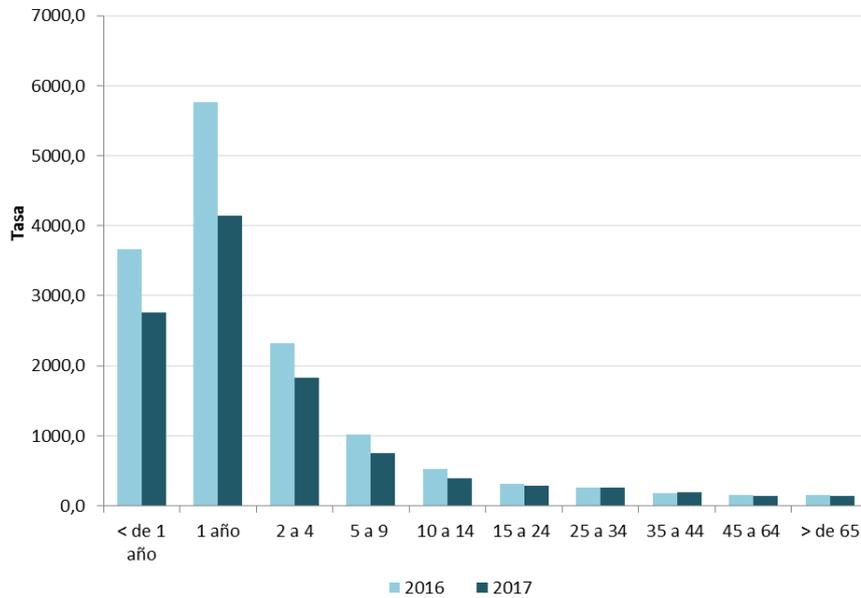
Gráfico 3. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. CS 8. Periodo 2010-2017 (n=197.253).



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

En el año 2016 y 2017 hasta la SE 33 se notificaron 15.101 y 12.342 casos de diarrea respectivamente. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100.000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. 2016-2017.

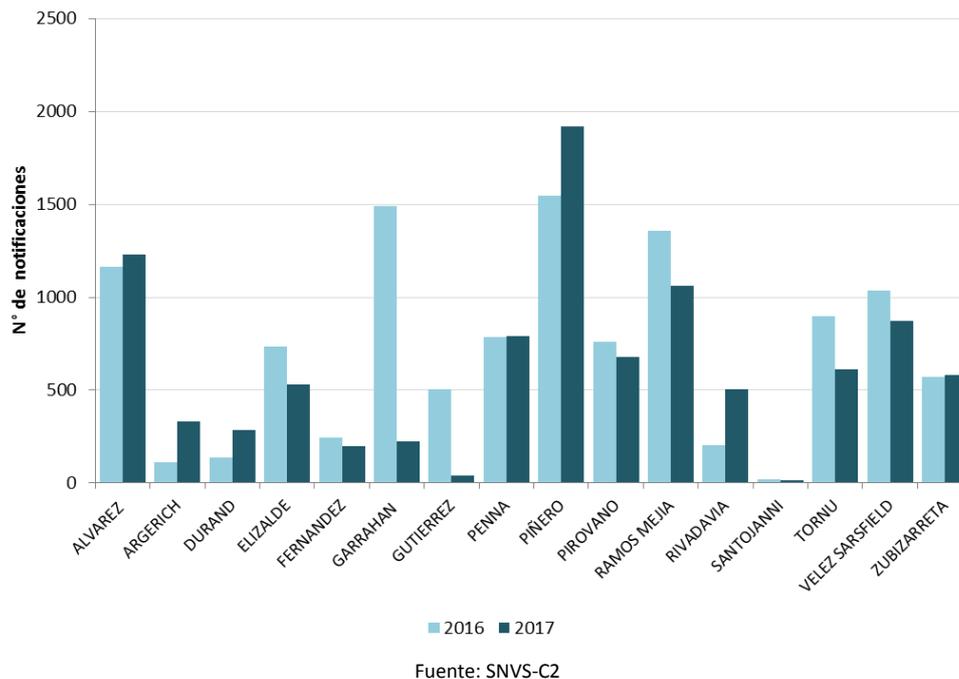


Fuente: SNVS-C2

La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2017, a la misma semana que el 2016, presenta un descenso porcentual del 18,2%. Como en todos los análisis anteriores, la tasa más elevada fue en el grupo etario de 1 año para los dos períodos analizados. En el año 2016 hasta la SE 33, la tasa en este grupo de edad fue de 5760,4/100.000 hab. Se observa que la misma registró un descenso del 28% con respecto a la SE 33 de 2017, la cual fue de 4137,9/100.000 hab.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 33 en el periodo 2016-2017 por hospitales públicos de la Ciudad.

Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según hospitales públicos. Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017.



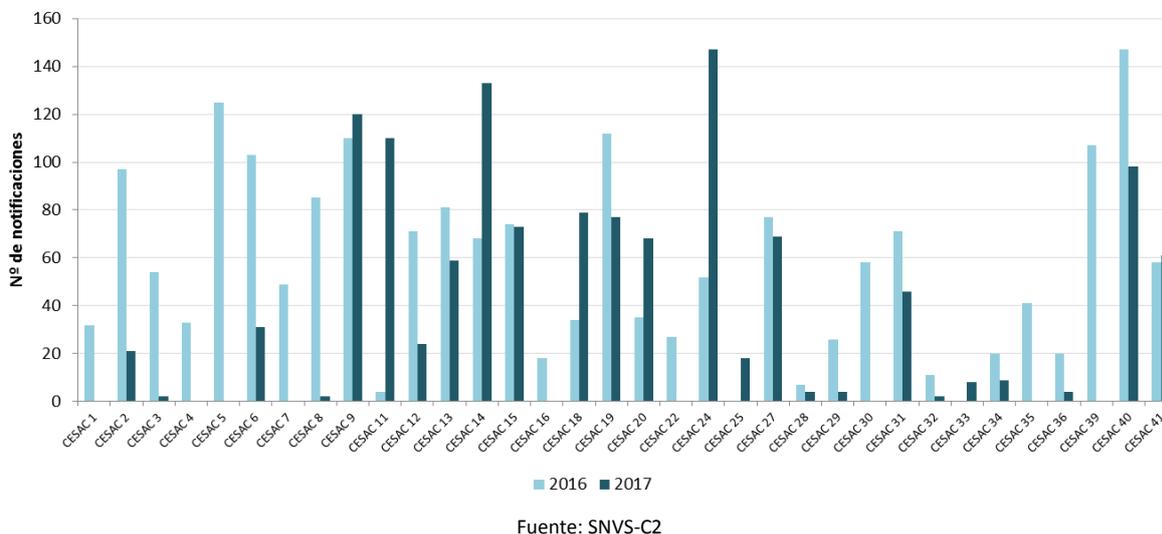
En el año 2016 hasta la SE 33 los hospitales públicos de la Ciudad realizaron el 76,5% (11.556) de las notificaciones de Diarreas Agudas, y los CeSAC el 12,6% (1907) del total. El 10,8% (1638) restante corresponde a las notificaciones de efectores privados, realizada en su totalidad por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como se dijo, en el presente año, hasta la SE 33 las notificaciones descendieron globalmente un 18,2% con respecto al año anterior. No obstante, las notificaciones de los efectores públicos continuaron siendo la amplia mayoría, concentrando el 80,3% del total (9871). En la SE 33 se sumó el Htal. Gutierrez a la notificación semanal de este evento.

Por su parte, los CeSAC redujeron su participación relativa en las notificaciones, representando el 10,3% (1269), mientras que el 9,7% restante (1202) corresponde al Hospital Italiano.

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

Gráfico 6. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017.



Hasta la SE 33 del año 2017 los CeSAC notificaron un 33,4% menos de casos de Diarreas Agudas que en el mismo periodo del año anterior.

En 2017 hasta la SE 33, ocho CeSAC superaron el número de notificaciones realizadas en el año anterior, mientras que tres comenzaron a realizar notificaciones de dicha patología.

8.4.2. Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)

En el período 2016-2017, hasta la SE 33, se notificaron 158 y 171 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

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

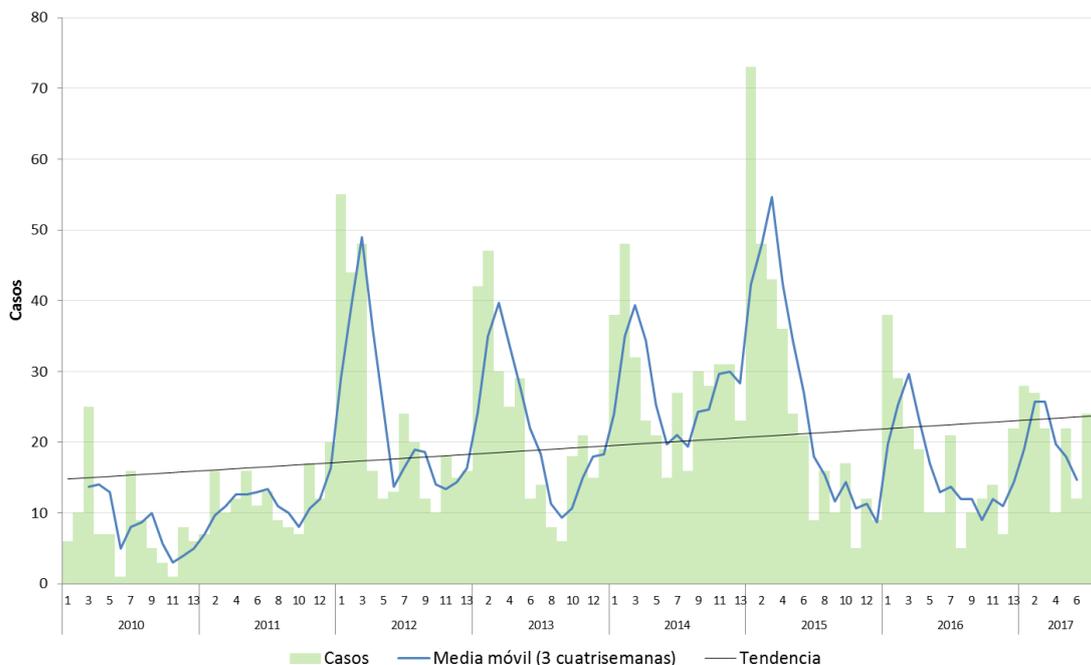
Tabla 5. Número y porcentaje de notificaciones de DAS según provincia de residencia. Período 2016-2017 hasta SE 33.

Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	2	1,3	86	33,5
CAPITAL FEDERAL	135	84,4	164	63,8
DESCONOCIDA	23	14,4	7	2,7
Total	160	100,0	257	100,0

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

A continuación se presenta la serie temporal de casos de DAS por cuatrisesmana epidemiológica durante el periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 8). Se grafica la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se traza la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 7. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Período 2010-2017. CS 8 (n=1904)



Fuente: SNVS-C2

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de esta patología. Se verifica en el periodo 2012-2014 un

particular incremento durante los meses de invierno/primavera. Hasta la cuatrisesmana 6 del año 2017, se observa un descenso en las notificaciones con respecto a la misma cuatrisesmana de los años bajo estudio.

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



Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según comunas.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	4	1,6	7	2,8	3
2	1	0,7	0	0,0	-1
3	9	4,7	10	5,2	1
4	5	2,1	6	2,5	1
5	3	1,6	3	1,6	0
6	1	0,5	3	1,6	2
7	25	10,4	39	16,2	14
8	47	20,8	42	18,5	-5
9	15	8,8	17	10,0	2
10	5	2,9	10	5,9	5
11	0	0,0	4	2,1	4
12	5	2,3	11	5,1	6
13	4	1,7	4	1,7	0
14	0	0,0	1	0,4	1
15	7	3,8	5	2,7	-2
Residentes Sd*	0	0	9	0	
Desconocidos**	27	0	0	0	
Total CABA	158	5,2	171	5,6	13

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

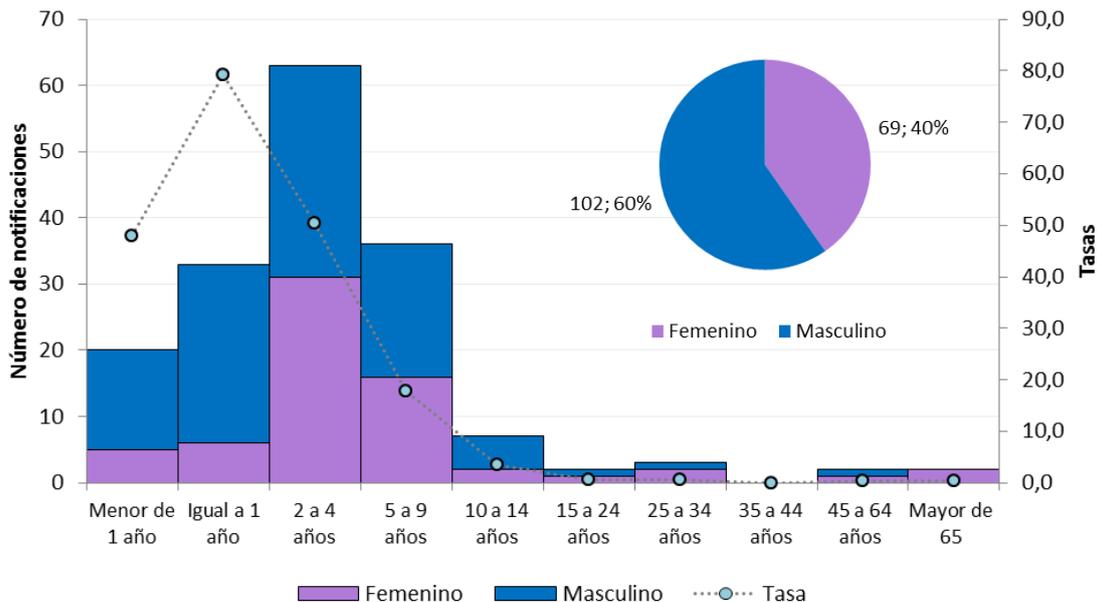
*Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Se observa que las tasas más elevadas de DAS, en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 7, 8 y 9. A pesar de que los casos en la comuna 8 disminuyeron en un 10,6% con respecto a la SE 32 del 2016, la tasa de notificación de DAS en esta comuna continúa siendo tres veces más alta que la tasa global de la CABA. En la comuna 7 se refleja un incremento en la notificación de los casos del 56%.

Con respecto a la SE 33 del año 2016, en las comunas 10 y 12, han duplicado las tasas de notificación.

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

Gráfico 8. Número de notificaciones y tasas por 100 mil hab. de DAS por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. 2017 (n=171)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el año 2017, hasta la SE 33, la tasa del grupo etario de 1 año superó la tasa de los menores de 1 año, así como también la tasa del grupo de 2 a 4 años.

En la siguiente tabla se expresan los casos de DAS y su distribución porcentual según grupos de edad de los residentes en CABA hasta la SE 33. La propuesta de la misma es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico previos con la tasa-).

Tabla 2. Casos y distribución porcentual de DAS según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017

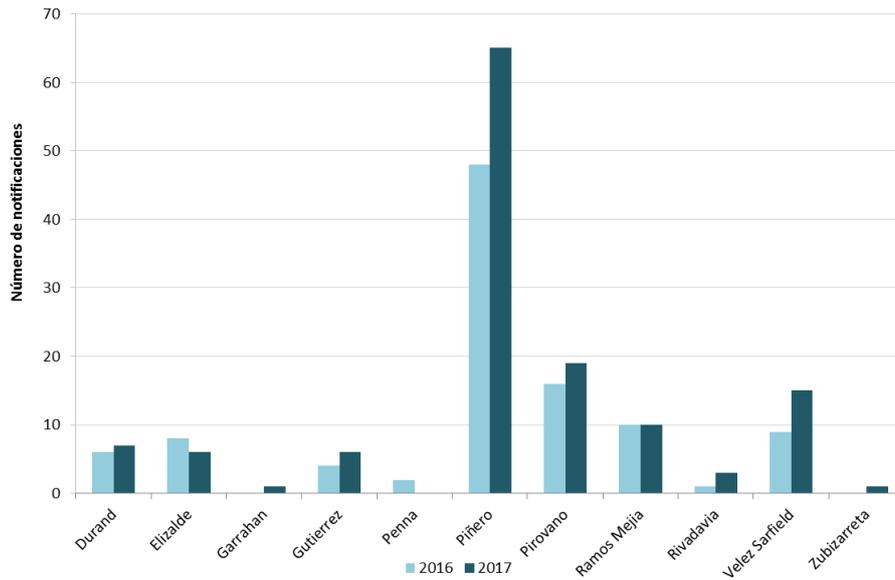
Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
< 1 año	19	12%	20	12%
1 año	24	15%	33	19%
2 a 4	57	36%	63	37%
5 a 9	38	24%	36	21%
10 a 14	9	6%	7	4%
15 a 24	4	3%	2	1%
25 a 34	2	1%	3	2%
35 a 44	0	0%	0	0%
45 a 64	2	1%	2	1%
> 65	0	0%	2	1%
S/D	3		3	
Total	158	100%	171	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 33.

Gráfico 9. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017.

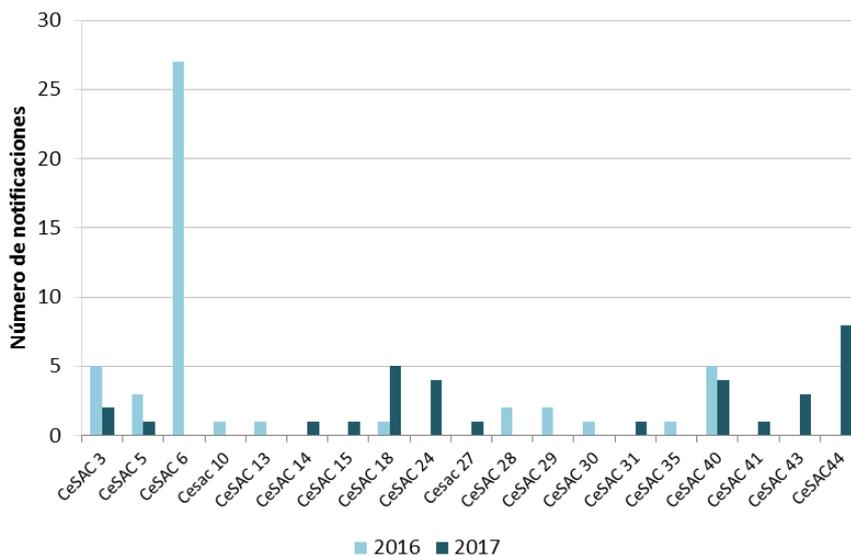


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 33 del año 2017, el 77,8% (133) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 18,7% (32) por CeSAC y un 3,5% (6) por efectores privados.

A continuación, se presentan las notificaciones de DAS según CeSAC en residentes de la CABA hasta la SE 33.

Gráfico 10. Número de notificaciones de DAS según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el año 2017, se observó un descenso en la notificación de DAS en los CeSAC, en un porcentaje cercano al 34,6%, con respecto al año anterior. En el presente año, han comenzado a notificar esta patología, cinco efectores de salud.

9. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

9.1. Introducción

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

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

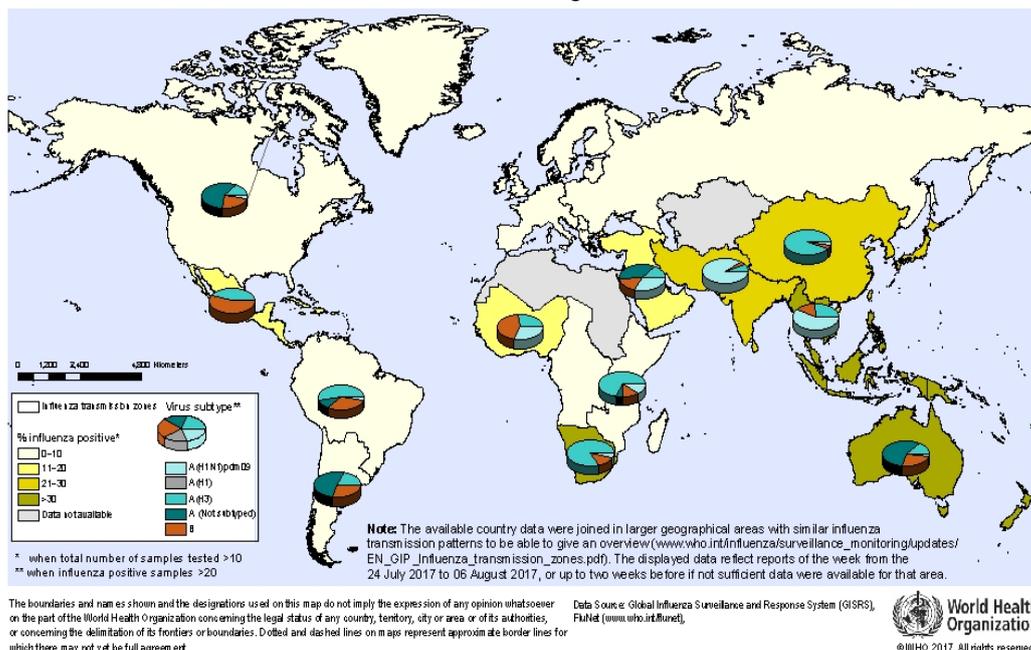
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

9.2. 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 influenza.⁸

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 18 de agosto de 2017



En América del Norte, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios ha disminuido. La circulación de Influenza B continuó predominando en dicha región, pero con bajas detecciones reportadas.

En el Caribe también se ha notificado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios. En Jamaica, la actividad de influenza comenzó a descender en semanas recientes, en relación a los niveles observados en las temporadas anteriores; y las hospitalizaciones por IRAG permanecieron por debajo de los niveles esperados.

En América Central, la mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen bajos o en disminución y se ha reportado escasa actividad de influenza.

En la Sub-Región Andina, en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja. La actividad elevada de VSR y hospitalizaciones asociadas a IRAG con circulación de influenza A(H3N2) continuaron

⁸Para obtener más información consulte http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

en Colombia. En Bolivia, se notificó descenso de la actividad de influenza, con predominio de influenza A(H3N2). La circulación de influenza A(H3N2) en Perú aumentó ligeramente con baja actividad de IRAG y neumonía.

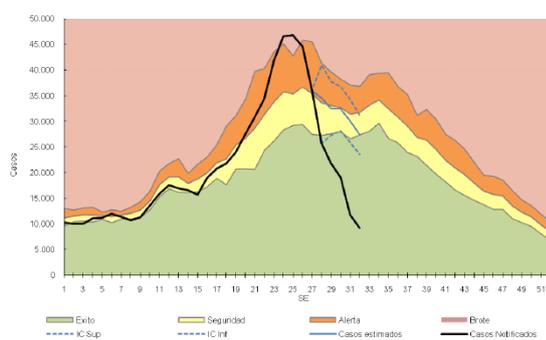
En Brasil, los casos acumulados de IRAG y fallecidos durante la SE 31 fueron mayores a los niveles observados en las temporadas 2014-2015; y la mayoría de los casos de IRAG se reportaron en la región suroeste; en general, 79% (n=261) de todos los fallecidos presentaban factores de riesgo.

En Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, la actividad de ETI y la actividad de IRAG comenzaron a descender en semanas recientes, con predominio de influenza A(H3N2).

9.3. Situación Argentina: Resumen corredores endémicos

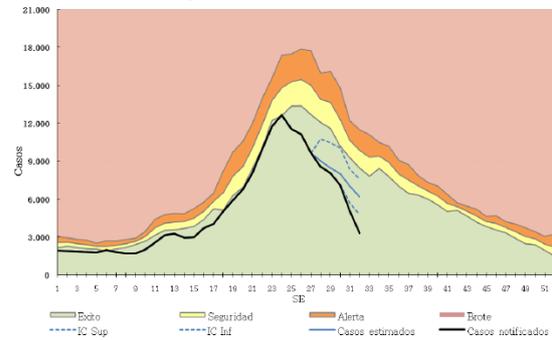
Se presentan, extraídos de la última actualización del BIV, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE32. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



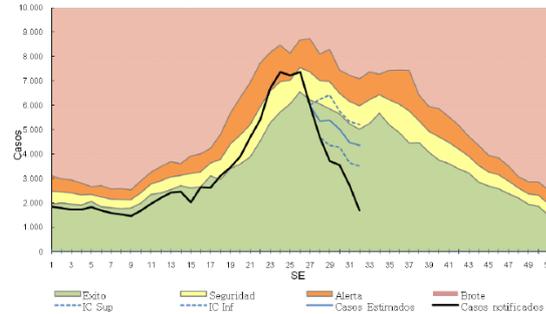
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE32. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



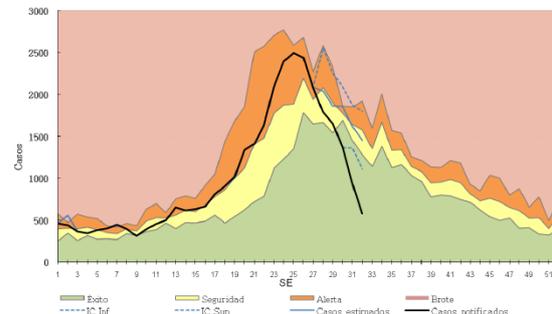
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE32. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2017 hasta SE32. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



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.

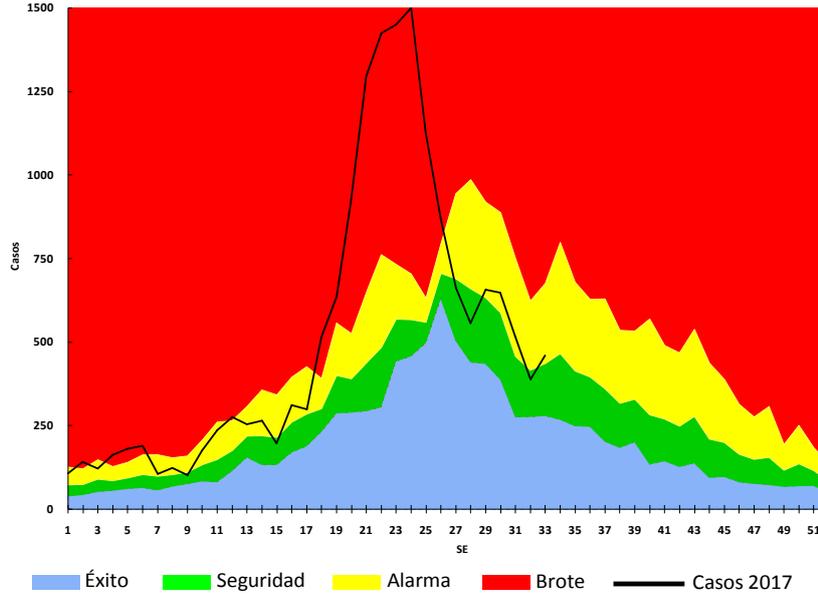
9.4. Situación de las IRA en la CABA

9.4.1. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2017, la caracterización de ETI según efectores notificadores, la notificación según establecimientos y grupos de edad, y la comparación de casos e Índices Epidemiológicos (acumulado hasta la SE 33), entre los años 2016 y 2017.

A continuación, se muestra el corredor endémico semanal de ETI para el corriente año.

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

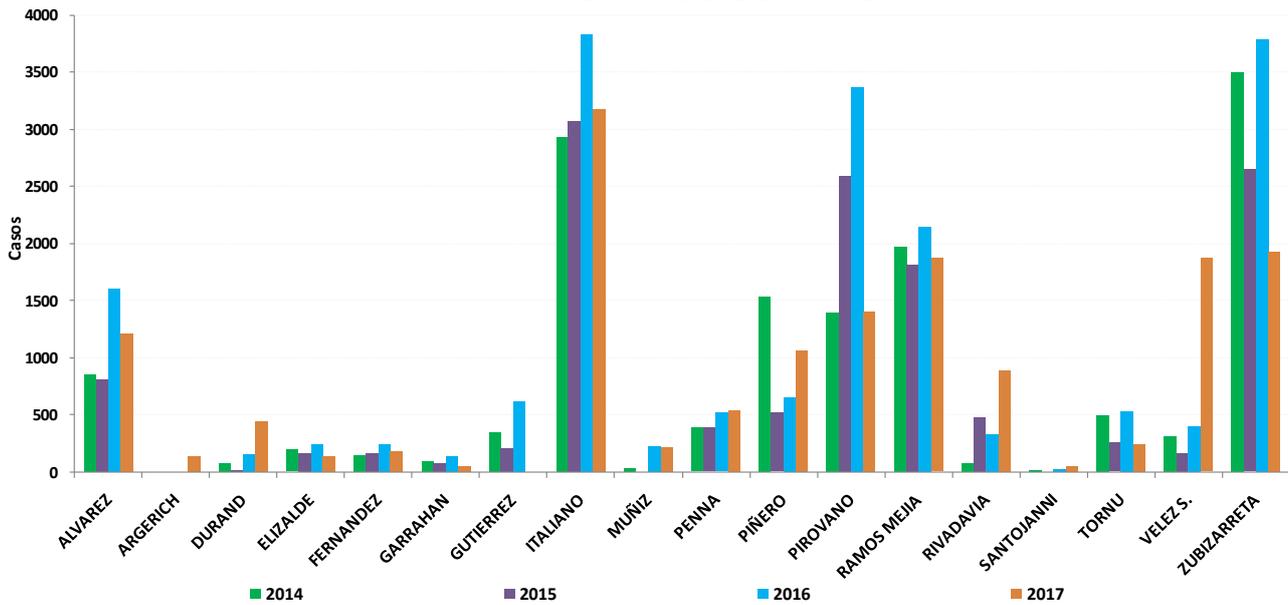


Fuente: SNVS-C2

Desde la semana 15 la curva de casos 2017 inició una sostenida tendencia en ascenso, ingresando en zona de brote desde la semana 18 y alcanzando el máximo de circulación entre semanas 21 a 27, coincidiendo con la mayor circulación de virus influenza y VSR. En las últimas semanas observadas se evidencia una tendencia declinante en la notificación, ingresando nuevamente en niveles endémicos. El cambio de tendencia en las últimas semanas (incremento y posterior estabilización de la notificación), coincide con el patrón histórico, y la curva de casos permanece cercana a la zona de seguridad.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 33, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 33.

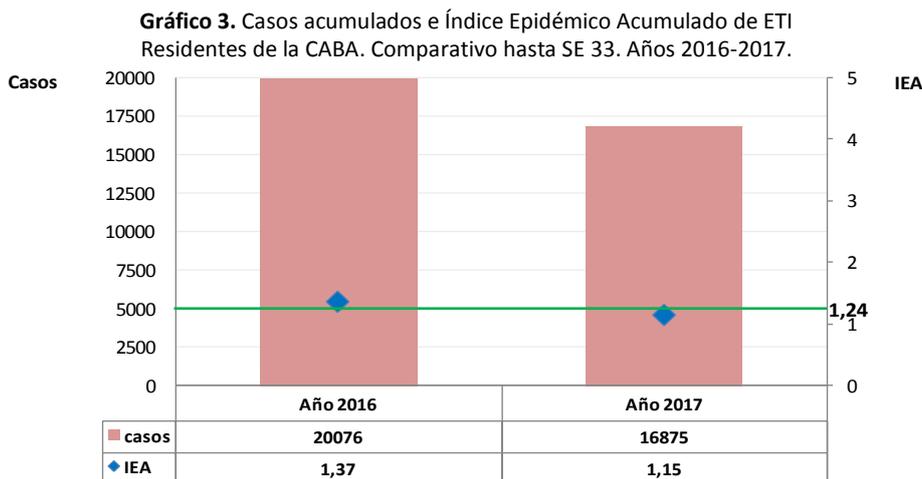


Fuente: SNVS-C2

En los años observados se verifica la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Debe señalarse la escasa notificación en el corriente año, por parte de los hospitales Garrahan, Santojanni y Argerich y la nula participación del Gutiérrez en la notificación de ETI.

Se verifica mayor participación en la notificación de ETI por parte de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia y Penna. Es poco probable que esta comparación de la actividad anual de ETI por efector presente cambios, dado que está finalizando la fase estacional.

En el gráfico siguiente se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 33.



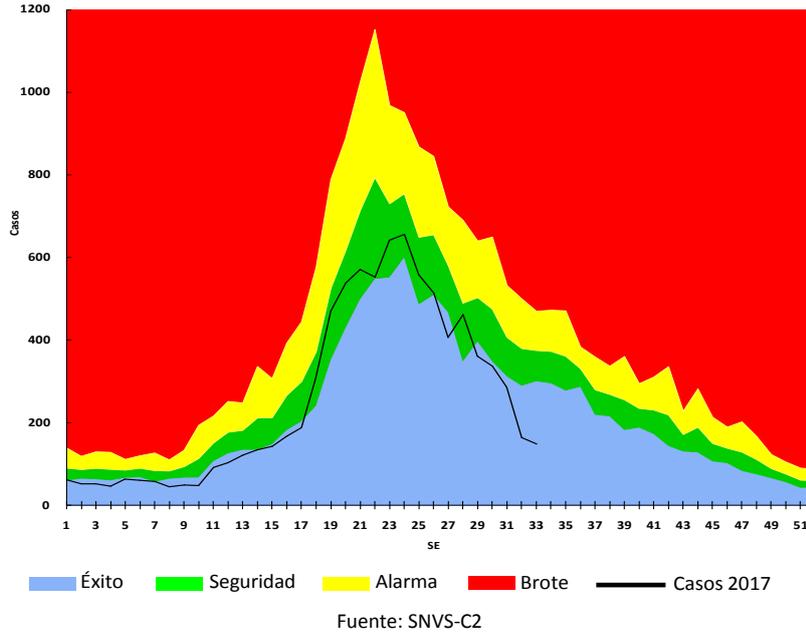
Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,37), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017 fue menor y se encuentra por debajo del límite establecido por el IEA.

Aún considerando la fase epidémica que presentó la curva de casos de ETI entre semanas 21 a 27, el Índice Epidémico Acumulado (IEA), evidencia que la incidencia hasta semana 33 del 2017 no superó los valores esperados.

9.4.2. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta la caracterización de bronquiolitis en menores de 2 años en corredor endémico semanal, y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 33, entre los años 2016 y 2017.

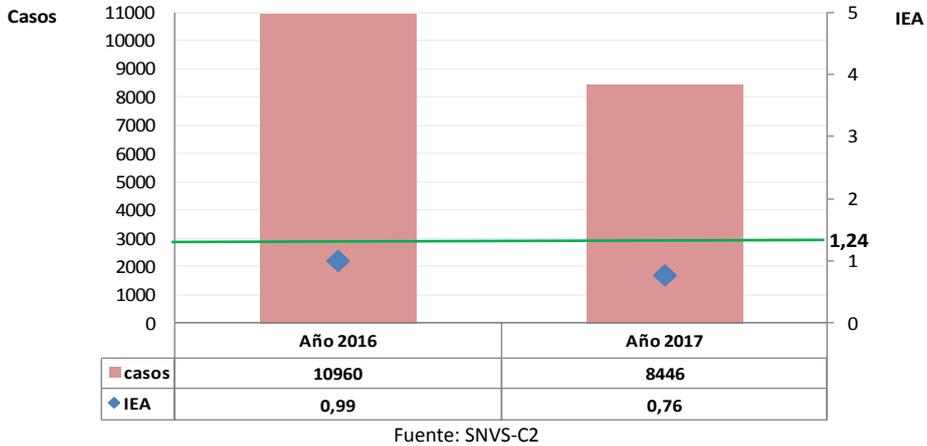
Gráfico 4. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017.



En el gráfico anterior se muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de éxito y de seguridad, dentro de los valores esperados hasta la última semana observada. Se verificó un sostenido ascenso entre las semanas 10 a 18 y una sostenida declinación entre las semanas 24 a 33.

En el siguiente gráfico se observa la comparación de los casos acumulados y el índice epidémico hasta la SE 33.

Gráfico 5. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 33. Años 2016-2017.

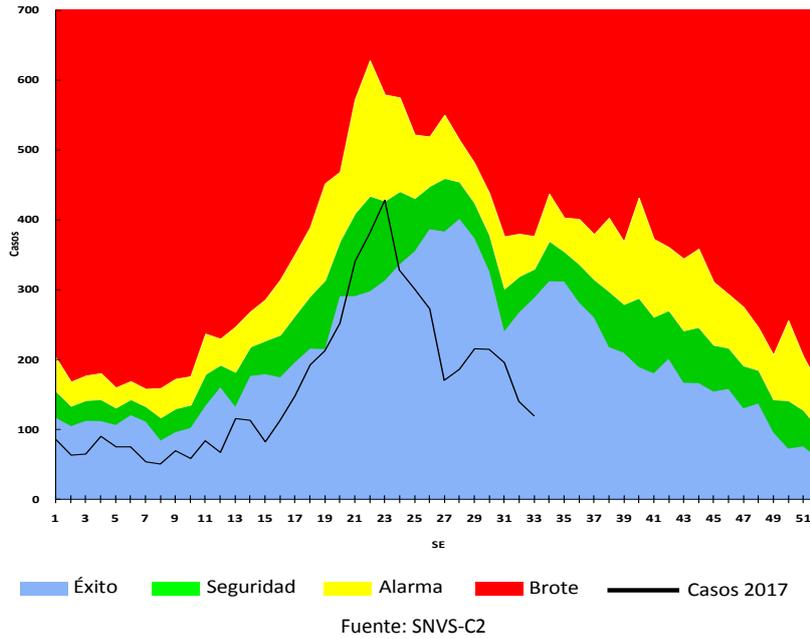


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 es de menor magnitud, indicando también, valores dentro de lo esperado.

9.4.3. Neumonía

A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 33, entre los años 2016 y 2017.

Gráfico 6. Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes de la CABA. Año 2017.



La curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 33, estuvo transitando por zonas de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con un máximo en semana 23, compatible con la fase estacional esperable. Se aprecia una tendencia declinante, que coincide con el patrón histórico.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de los casos notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 33.

Gráfico 7. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Neumonía. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 33. Años 2016-2017.

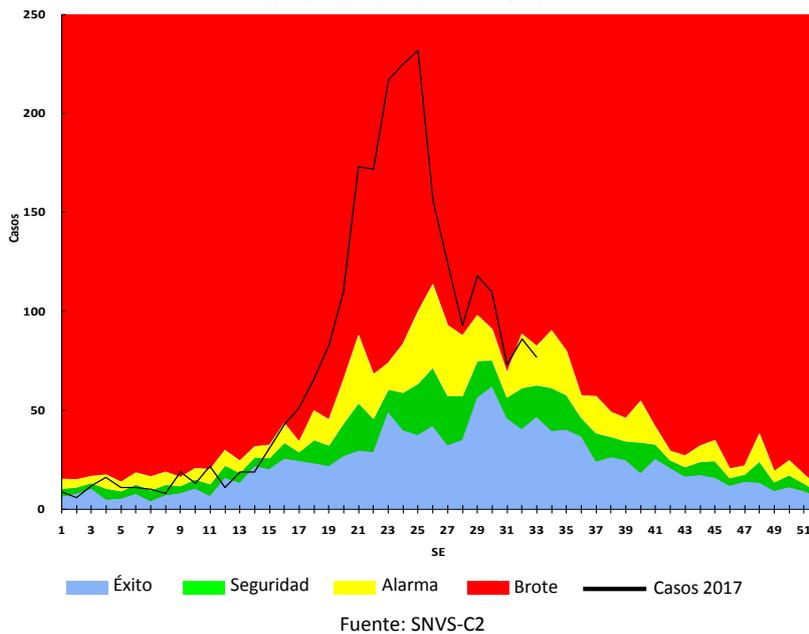


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 fue de menor magnitud y también indicó valores de IEA dentro de lo esperado.

9.4.4. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

A continuación, se presenta la caracterización de IRAG en corredores endémicos semanales. El gráfico siguiente muestra la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 33.

Gráfico 8. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017.

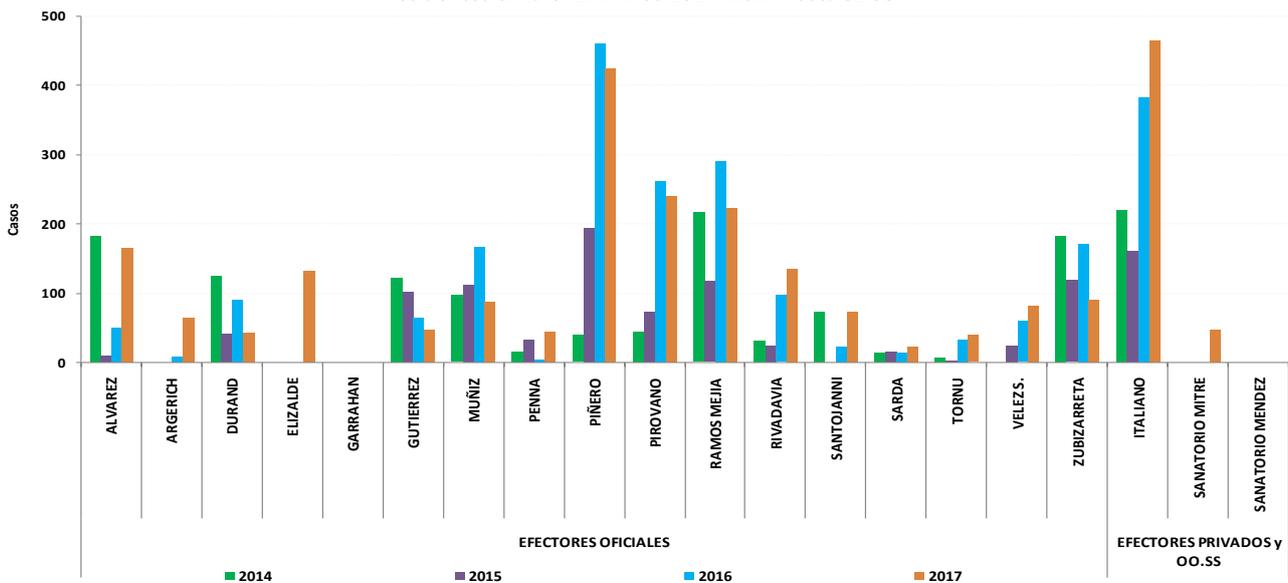


Fuente: SNVS-C2

La notificación de IRAG registró un incremento sostenido desde la semana 12, que superó el valor máximo esperado, permaneciendo en zona de brote hasta semana 31. Actualmente la incidencia comunicada es declinante pero permaneciendo en zona de alarma, con un comportamiento variable, coincidente con el patrón histórico.

El gráfico a continuación presenta la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 33, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 9. Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 33.



Fuente: SNVS-C2

El incremento de la incidencia de IRAG está determinado por la notificación de los efectores presentados en el gráfico anterior, donde el principal establecimiento lo constituye el Hospital Italiano con el 19,2% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero, Pirovano y Ramos Mejía; estos 4 establecimientos concentraron el 55,7 % de las notificaciones de IRAG.

La tabla a continuación muestra que en la distribución por edad de los casos de IRAG notificados, predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos concentran el 67,4% de las mismas.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad Residentes de la CABA. Hasta la SE 33. Año 2017.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	851	35,1	35,1
De 2 a 4 años	166	6,8	41,9
De 5 a 14 años	164	6,8	48,7
De 15 a 24 años	57	2,3	51,0
De 25 a 34 años	58	2,4	53,4
De 35 a 44 años	75	3,1	56,5
De 45 a 64 años	207	8,5	65,0
Mayores de 64 años	784	32,3	97,3
Sin especificar edad	65	2,7	100,0
TOTAL	2427	100,0	-

Fuente: SNVS-C2.

En el siguiente gráfico se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 33.

Gráfico 10. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de IRAG. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 33. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 33, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2017, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,76), que superó el límite esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2016, también superó el límite esperado, y es similar en magnitud al año 2017.

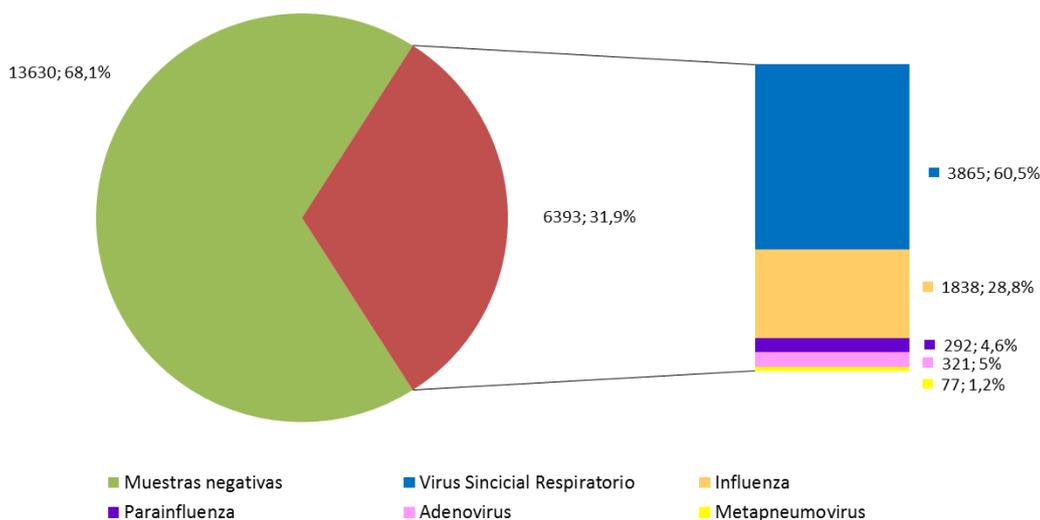
Cabe señalar que el aumento de la notificación de IRAG del corriente año, podría atribuirse, en parte, a una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, debido al intenso trabajo de capacitación y difusión realizado por la Gerencia de Epidemiología y a la constitución de las Unidades Centinela de IRAG en 4 establecimientos.

9.5. Vigilancia por laboratorio (SIVILA)

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

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

Gráfico 11. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 33. Año 2017. N=20.023

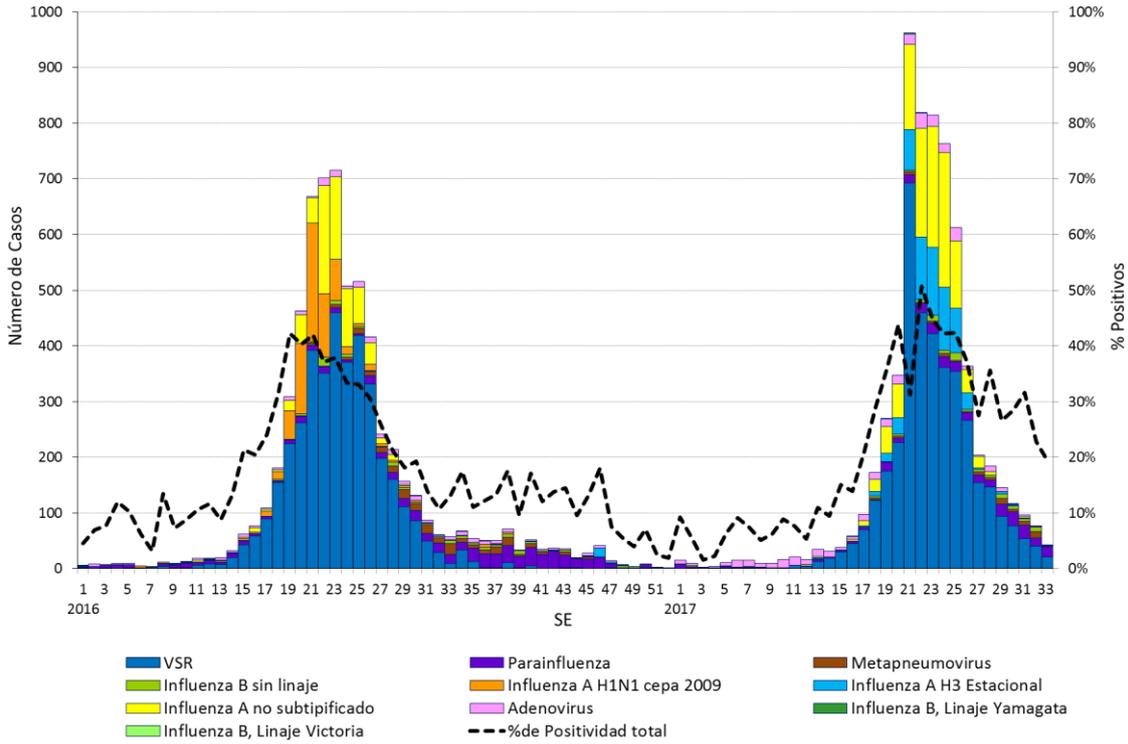


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, el 31,9% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 60,5% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 28,8%. **Hasta la SE 19 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.

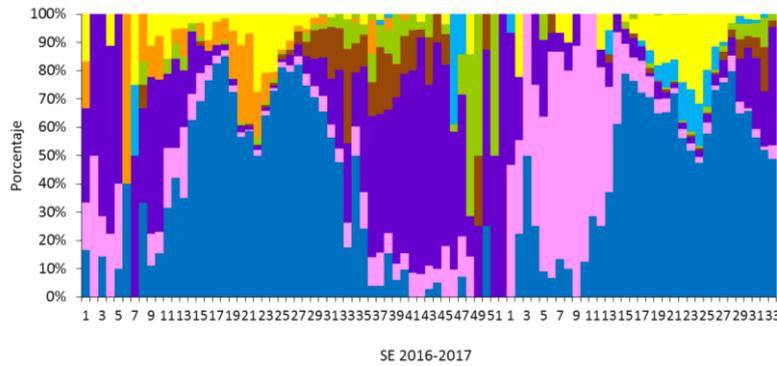
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 12. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-33; N=6.393)



Fuente: SNVS-SIVILA

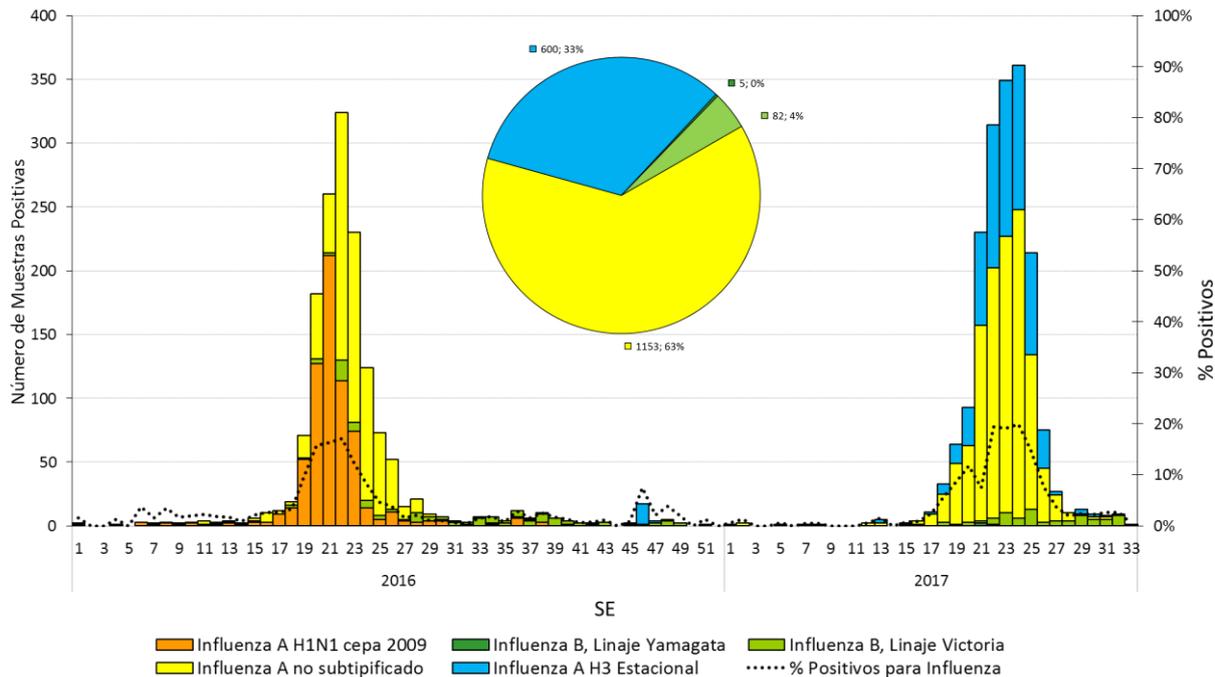
Gráfico 13. Distribución porcentual de virus respiratorios
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-33; N=6.393)



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 33, se observa un predominio de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) seguido de Influenza, a diferencia del 2016 donde prevaecía Adenovirus seguido de Parainfluenza. A partir de la SE 17 comienzan a crecer porcentualmente los casos de Influenza, destacándose dentro de ellas la Influenza A de manera similar a lo que se observó en las mismas SE del año anterior.

Gráfico 14. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017 (SE 1-33; N=1839).



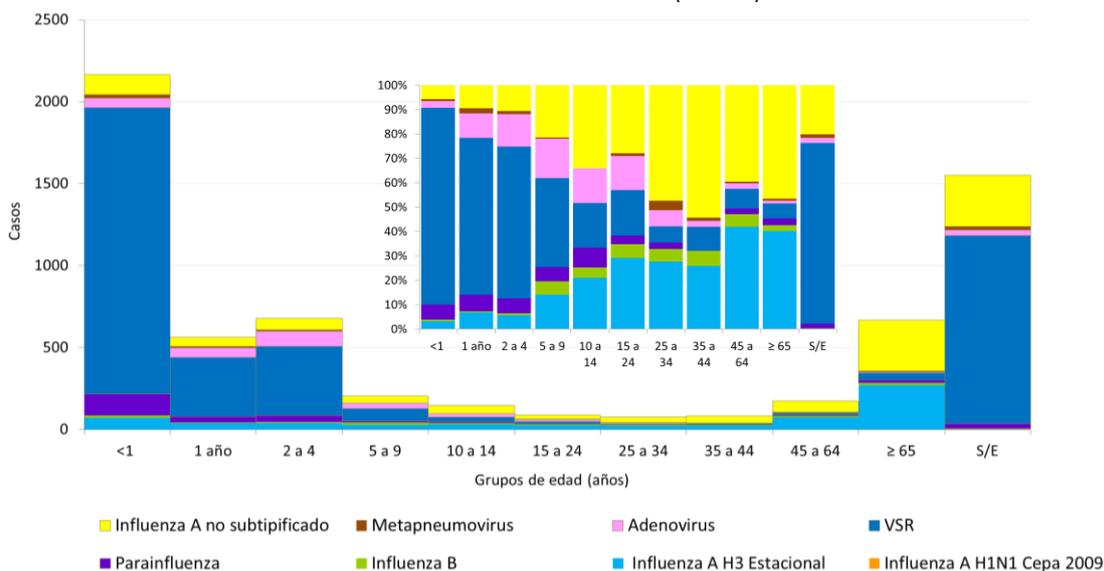
Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 33 se notificaron 1153 casos de Influenza A no subtipificado, 600 de Influenza A H3 estacional y 87 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 33% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior 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 1538 casos con identificación de virus influenza, la mayoría correspondió a Influenza A sin subtipificar, seguido por Influenza A/H1N1. Se detectaron 676 casos de Influenza A/H1N1 cepa 2009.

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

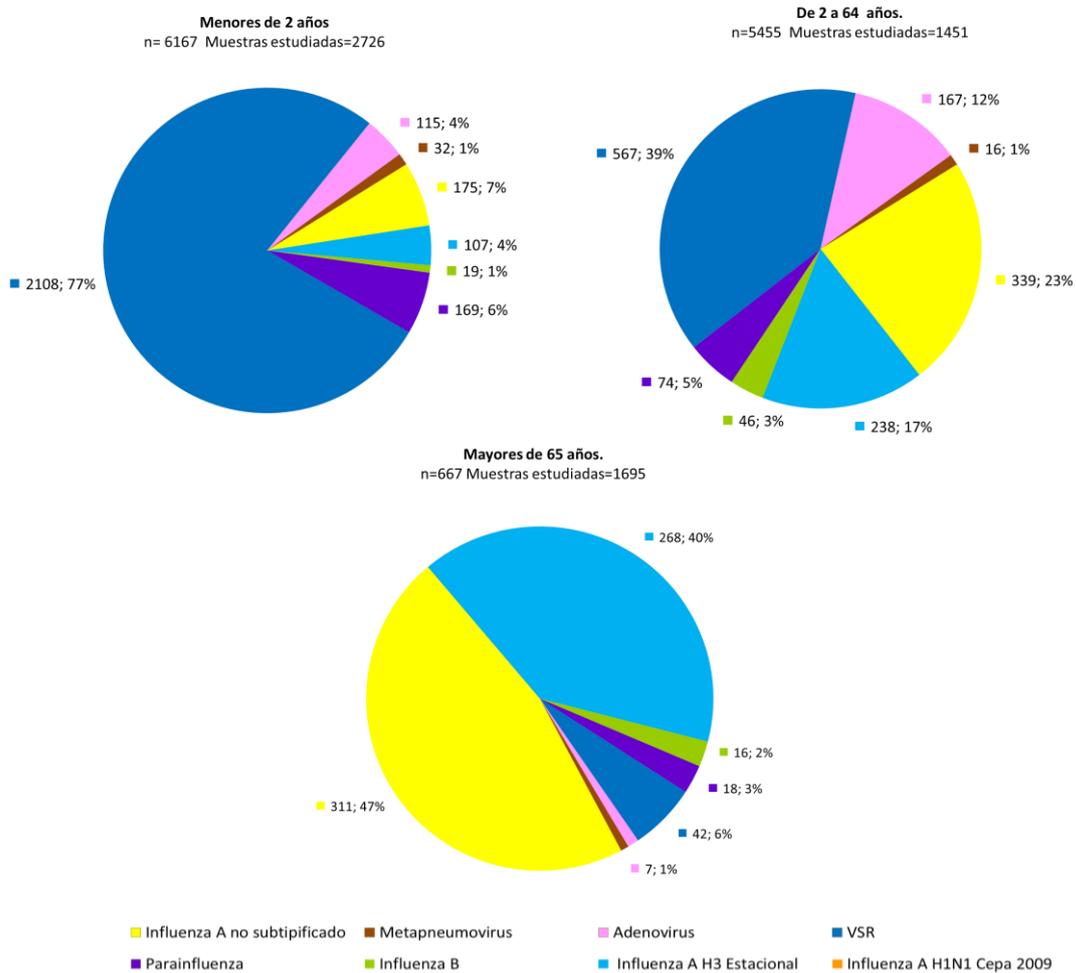
Gráfico 15. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-33)



Fuente: SNVS-SIVILA

Hasta la SE 33 del 2017, se observa que la mayor cantidad de notificaciones se realizó en menores de 4 años y mayores de 65 años. En este grupo etario predomina Influenza aún sin subtipificar.

Gráfico 16. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus por grupo de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-33).

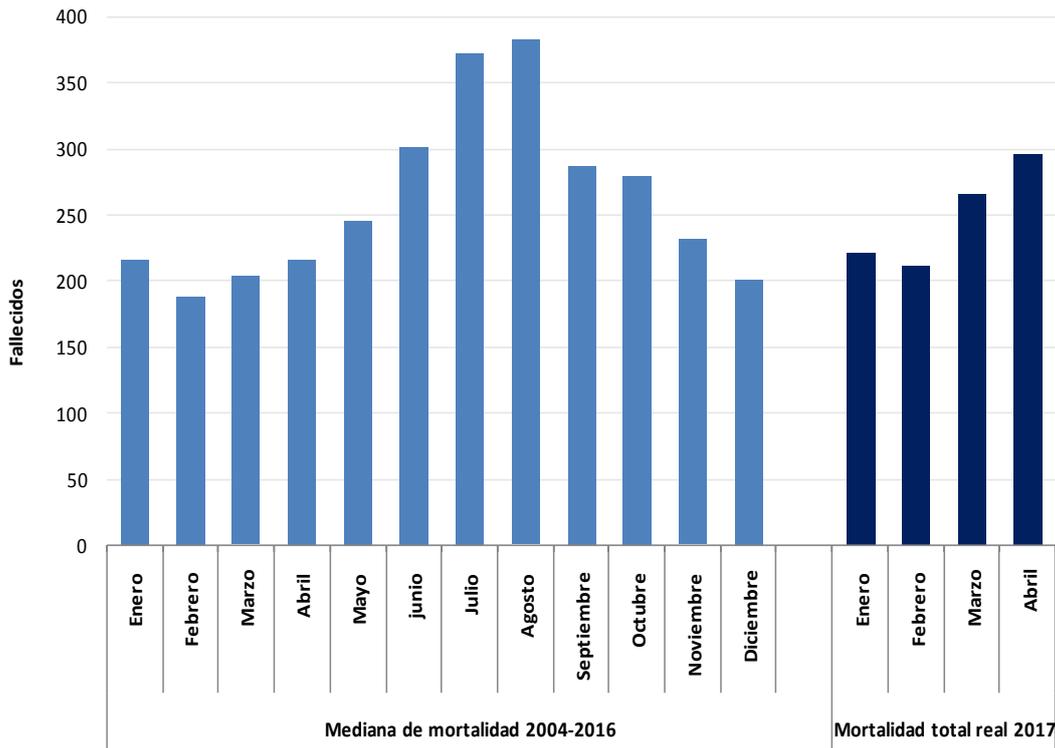


Fuente: SNVS-SIVILA

9.6. Mortalidad por IRA

En el siguiente gráfico se presenta la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (CIE 10°. J10-J22*) en residentes de CABA, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Hasta la fecha se han recibido los datos correspondientes al periodo enero-abril del año 2017.

Se compara la mediana del mes de abril del periodo 2004-2016 y la totalidad de óbitos por las causas mencionadas en abril de 2017. La comparación de la mortalidad de los meses anteriores se realizó en los BES N°43 y N°47.

Gráfico 17. Mortalidad por IRA (CIE 10°. J10-J22*). Mediana según mes del periodo 2004-2016 y total de fallecidos. Residentes de la CABA. Enero-Abril 2017.

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

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

En abril de 2017 fallecieron 296 personas por infecciones respiratorias agudas. Comparando dicho valor con la mediana de fallecidos de abril del periodo 2004-2016 (216 óbitos), se observa que para el presente año ocurrieron 80 óbitos más de los esperados, siendo este incremento del 37%.

9.7. Vigilancia de IRAG por Unidades Centinelas (UCIRAG)

9.7.1. Introducción

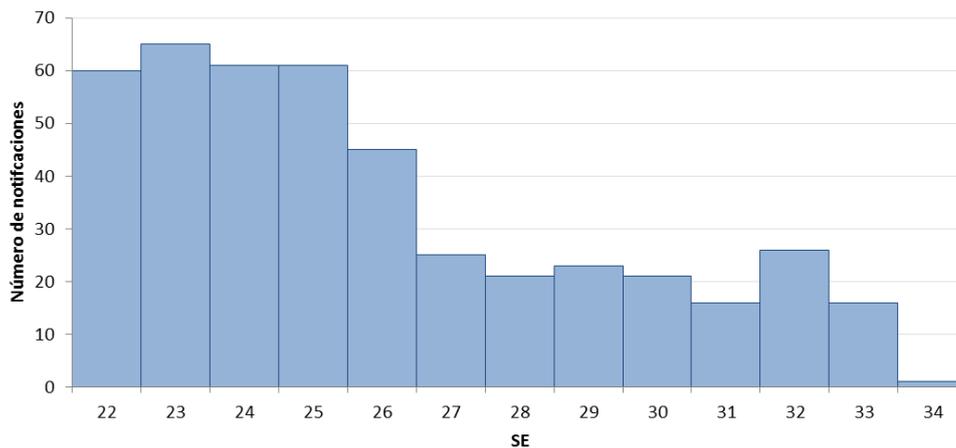
La introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a partir del BES 44. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_44_se_23.pdf

9.7.2. Análisis de los casos de las UCIRAG - SE 22 a SE 34 de 2017

El siguiente informe corresponde a notificaciones realizadas por las cuatro UCIRAG a través del SNVS, desde la SE 22 a la SE 34 de 2017. Se debe remarcar que las notificaciones corresponden a los pacientes internados que cumplen con la definición de caso sin tener en cuenta su lugar de residencia.

A continuación se muestra la distribución de las notificaciones por semana epidemiológica desde la SE 22 a la actual de 2017.

Gráfico 18. Número de notificaciones de IRAG según semana epidemiológica.
SE 22 a 34 de 2017 (n=441). CABA

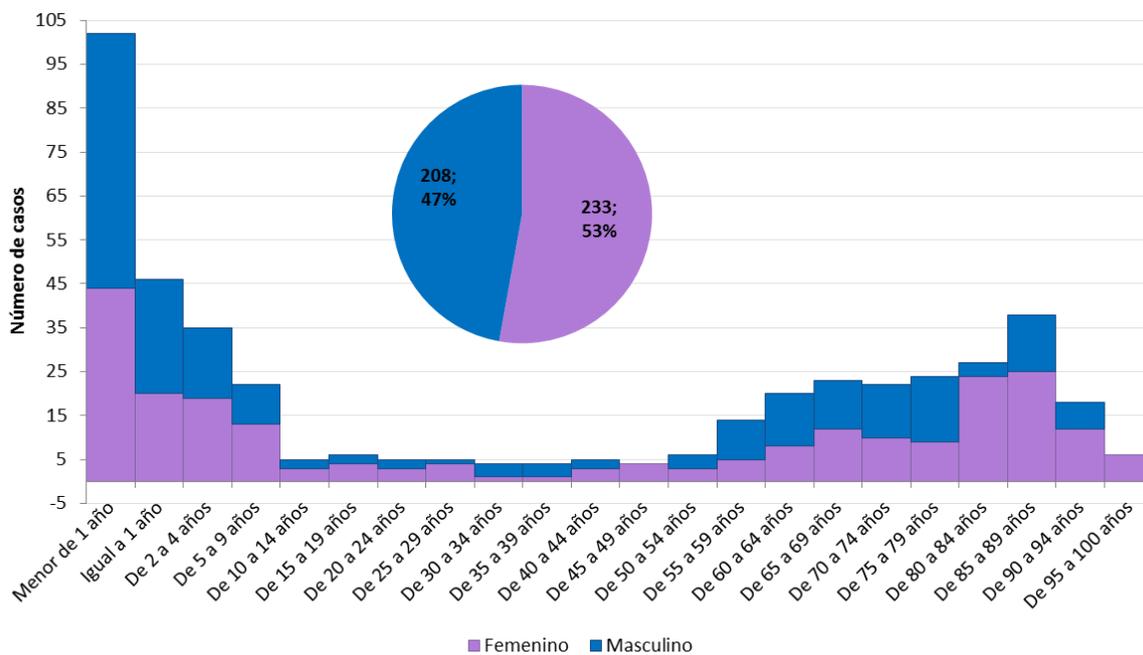


Fuente: SNVS-UCIRAG

La distribución que se refleja en las notificaciones realizadas por las Unidades Centinela (UC) es coincidente con la curva de distribución de los virus respiratorios notificados por laboratorios.

El gráfico a continuación muestra las notificaciones de las UCIRAG por rangos de edad y sexo.

Gráfico 19. Número de notificaciones de IRAG según grupos de edad y sexo.
Desde SE 22 a 34 de 2017 (n=441). CABA.



Fuente: SNVS-UCIRAG

De los 441 casos, 68,3% (301) presentaron comorbilidades. En la tabla a continuación se enumeran las comorbilidades de los pacientes consignados. Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede presentar más de una patología previa.

Tabla 2. Comorbilidades. SE 22 a 34 de 2017. CABA.

Comorbilidades	Total
Otras	183
Hipertensión	107
EPOC	60
Inmunocompromiso	49
Diabetes	37
Insuf cardiaca	31
Enf neuromuscular	30
Asma	28
Obesidad	25
Enf renal	18
Enf cerebrovascular	16
TBC	2
Embarazo	1

Fuente: SNVS-UCIRAG

Dentro de la categoría de otras comorbilidades se encuentran patologías hematológicas, oncológicas y cardiopatías, entre otras.

La siguiente tabla enumera los diagnósticos clínicos de internación de los pacientes notificados en las UCIRAG.

Tabla 3. Diagnóstico clínico de internación. SE 22 a 34 de 2017. CABA.

Diagnóstico clínico	Total	Porcentual
Neumonía de la comunidad	209	47,4
Bronquiolitis	81	18,4
Otros	48	10,9
EPOC REAGUDIZADO	24	5,4
ETI	20	4,5
IRAG no precisada	19	4,3
BOR	14	3,2
Bronquitis	7	1,6
ASMA	7	1,6
Shock	6	1,4
Sepsis	3	0,7
BRONCOESPASMO	2	0,5
Faringitis	1	0,2
Total general	441	100

Fuente: SNVS-UCIRAG

Más del 45% de los diagnósticos fueron neumonía, que se presentó en su gran mayoría en menores de 10 años (al igual que las ETI) y mayores de 55 años.

La siguiente tabla muestra la cobertura de vacunación antigripal en los pacientes que cumplen con los criterios de aplicación. La diferencia del total de notificaciones corresponde a pacientes con rangos de edad o características que no cumplen con indicación de vacunación.

Tabla 4. Número y porcentaje de vacunación antigripal en pacientes con criterio de aplicación.
SE 22 a 34 de 2017. CABA.

Vacunación antigripal	Sin comorbilidades (corresponde por edad)	Con comorbilidades	Total	Porcentaje de vacunación
Sin vacuna	24	163	187	52,4%
Con vacunación	8	81	89	24,9%
Sin datos	24	57	81	22,7%
Total	56	301	357	100%

Fuente: SNVS-UCIRAG

En la siguiente tabla se presenta el total de los pacientes notificados por UCIRAG según vacunación y condición de egreso. No se toman en cuenta los casos que no presentan los datos de vacunación y/o de egreso.



Tabla 5. Número de pacientes vacunados por condición de egreso.
SE 22 a 34 de 2017. CABA.

		Fallecidos		Total
		SI	NO	
Vacunación	Si	5	68	73
	NO	25	144	169
Total		30	212	242

Fuente: SNVS-UCIRAG

De los pacientes que contaban con vacunación falleció el 6,8% (5/73), mientras que el porcentaje dentro de los no vacunados fue del 14,8% (25/169). Este tipo de análisis es el que se propone realizar con la información provista a través de las UCIRAG. Conforme se cuenten con datos más robustos, se evaluarán otras características de los pacientes internados por enfermedades respiratorias.

De los pacientes que cuentan con egreso de internación 256 presentaron mejoría, 11 permanecen internados, 6 se derivaron a otro efector de salud y 43 fallecieron. **De estos últimos, el total de los casos presentaban comorbilidades al momento de la internación.** Los resultados virológicos de estos pacientes se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 6. Número y porcentaje de fallecidos por diagnóstico virológico. SE 22-34 de 2017. CABA.

Etiología	Número de Casos	Porcentaje
Negativo	16	37%
Virus Influenza A subtipo H3 estacional	13	30%
Sin muestra	7	16%
Muestra no apta para el diagnóstico	2	5%
Virus Influenza A sin subtipificar	2	5%
VSR	1	2%
Rhinovirus	1	2%
Virus Parainfluenza 1	1	2%
Virus Parainfluenza 1	43	100%

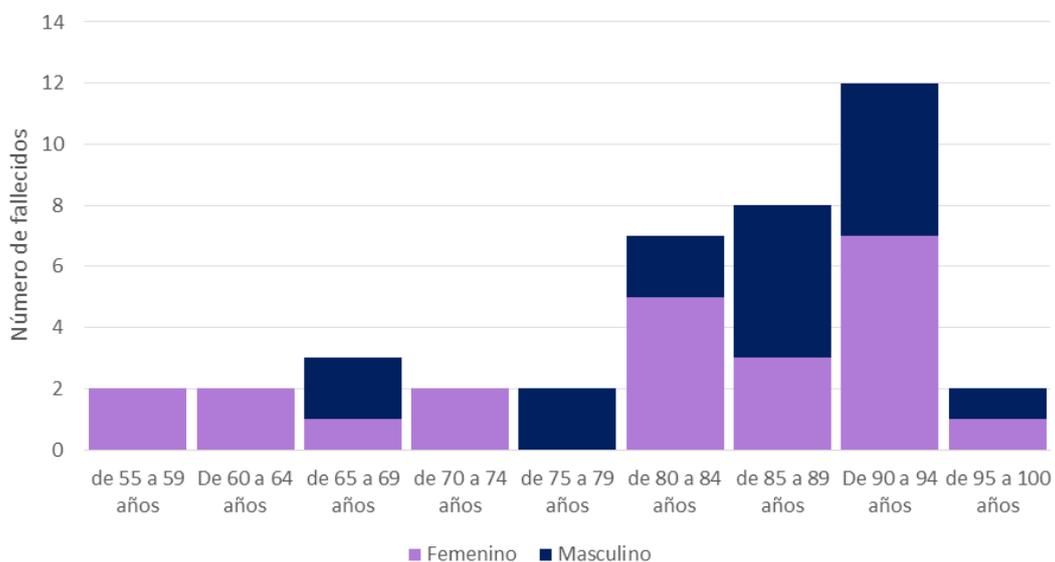
Fuente: SNVS-UCIRAG

9.8. Mortalidad general con rescate virológico de Influenza

De los datos obtenidos del módulo C2 y de las UCIRAG, desde la SE 20 a la SE 34, en **residentes de la Ciudad** se notificaron 40 casos de personas fallecidas con aislamiento de Virus Influenza. Del total, 32 fueron subtipo H3 estacional, 6 Influenza A sin subtipificar, y 2 Virus Influenza B.

De los pacientes, 32 presentaban comorbilidades, 7 sin datos. Del total, 24 pacientes no contaban con vacunación antigripal actual.

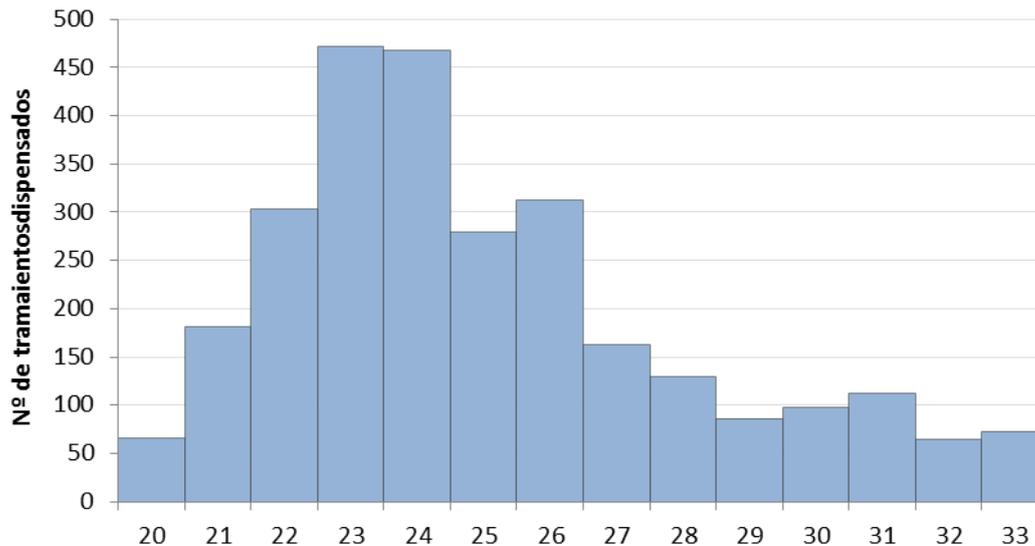
Los fallecidos por grupo de edad se muestran en el gráfico a continuación.

Gráfico 20. Número de fallecidos por Influenza según grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. SE 20-34 de 2017 (n=40).

Fuente: SNVS, C2-UCIRAG

9.9. Dispensa de Oseltamivir

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

Gráfico 21. Total de tratamientos dispensados según SE, de SE 20 a 33 de 2017.

Fuente: Farmacia del Hospital Muñiz

Durante el periodo del 14 de mayo al 29 de julio se dispensaron, desde la farmacia del Hospital “Dr. F. Muñiz”, 2558 tratamientos para pacientes ambulatorios o internados.

Como es de esperar, el número de tratamientos dispensados por semana epidemiológica presenta una distribución semejante a los casos notificados de por virus respiratorios.

9.10. Vacunas

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

Las vacunas antigripales cepa 2017 se comenzaron a distribuir a partir del 29 de marzo, 20 días antes con respecto al año anterior. Desde el inicio de la campaña hasta el 24 de Agosto (SE 34), se aplicaron 477.438 dosis en los vacunatorios de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 20% de las mismas. Esta información surge de los datos enviados por los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

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

Tabla 7. Dosis aplicadas en residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE34, 17 de Agosto de 2017.

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	73.156	17.661	12.328	2.792	39.953	24.004	94.080	109.485

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

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

Tabla 8. Porcentaje de Cobertura de residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 34, 17 de Agosto de 2017.

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	361.600	84,1%		59%	63,6%	38,2%		

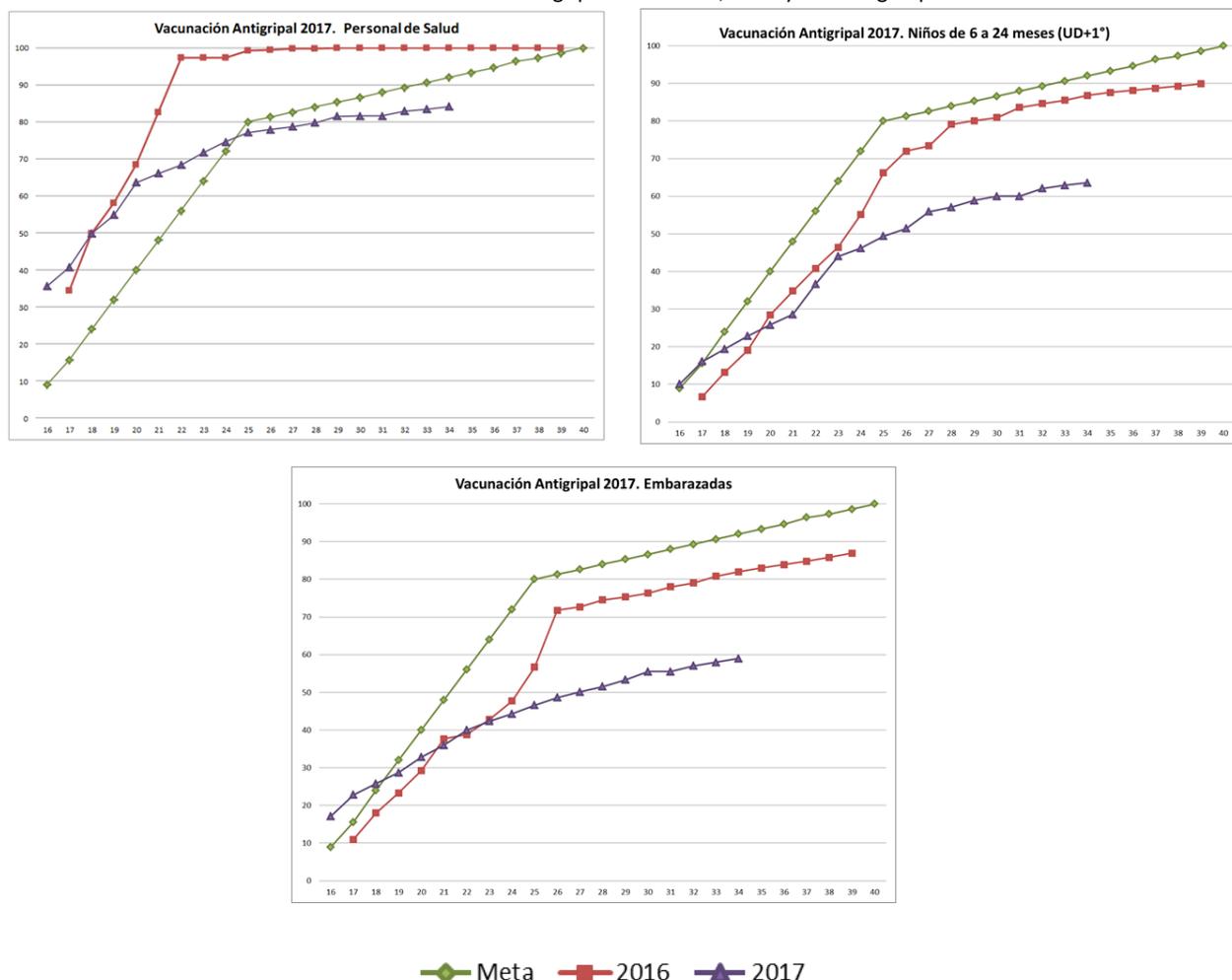
Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 13.482

Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 45.734

A continuación se presenta los gráficos de vacunación antigripal comparando la cobertura 2016 con la meta y cobertura de 2017.

Gráfico 22. Coberturas de vacunación antigripal. Años 2016, 2017 y meta según población destinataria.



Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.



10. VIGILANCIA DE POLIOMIELITIS

10.1. Introducción

La poliomielitis es una enfermedad viral de transmisión fecal-oral que afecta el sistema nervioso central, provocando parálisis permanente principalmente en niños menores de 5 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) es uno de los asociados en la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis, la mayor alianza público-privada en pro de la salud, que ha logrado reducir en un 99% el número de casos de poliomielitis. El objetivo de la Iniciativa es hacer llegar a todos los niños la vacuna antipoliomielítica y ofrecer a las generaciones futuras un mundo sin poliomielitis.

De cada 200 infecciones, una produce parálisis irreversible, y un 5 a 10% de los casos paralíticos fallecen por parálisis de los músculos respiratorios.

Mientras haya un solo niño infectado, los niños de todos los países corren el riesgo de contraer la poliomielitis. Si no se erradica la enfermedad en los últimos reductos restantes, se podrían producir hasta 200.000 nuevos casos anuales en diez años en todo el mundo.

Las estrategias que permitieron la erradicación de la poliomielitis en las Américas son esencialmente las mismas que permitirán mantener a nuestros países libres de la enfermedad. Consisten en alcanzar y mantener coberturas de vacunación mayores al 95% y asegurar una vigilancia epidemiológica adecuada, lo cual, supone la investigación inmediata de los casos y el control agresivo de los brotes.⁹

La vigilancia se realiza a través de la notificación de todos los casos de Parálisis Agudas Flácidas (PAF) en menores de 15 años que no sean producidas por trauma grave o en todo paciente en quien se sospeche poliomielitis (definición de caso).

Para información sobre epidemiología y transmisión, cuadro clínico, diagnóstico, prevención, tratamiento y vigilancia ver Boletín epidemiológico N°41 SE 20¹⁰.

10.2. Nota metodológica

Los datos de la situación internacional fueron extraídos de publicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los que corresponden a la situación Nacional se obtuvieron del Informe especial de Poliomielitis del Boletín Integrado de Vigilancia N° 369.

Para el análisis de los años 2016-2017 se extrajeron datos hasta la semana epidemiológica 33. La notificación provino del SNVS Módulo C2 y la ampliación de la información se obtuvo del Sistema de Información Epidemiológica Complementaria de la Gerencia (EPISIC). En el caso de poliomielitis, por ser patología en etapa de erradicación, se analizaron en varios apartados los casos totales notificados discriminando residentes de no residentes de la CABA.

Los datos demográficos fueron obtenidos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁹ Modificado de <http://polioeradication.org> Iniciativa Global para la erradicación de la poliomielitis.

¹⁰ http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_41_se20_vf.pdf

10.3. Situación Epidemiológica actual

10.3.1. Situación internacional

La poliomielitis sigue siendo endémica en tres países: Afganistán, Nigeria y Pakistán. Hasta que se interrumpa la transmisión del poliovirus en estos países, todos los países del mundo siguen expuestos a la importación, especialmente los más vulnerables, como aquellos con servicios de salud pública y de inmunización deficientes o vínculos comerciales o turísticos con países endémicos.¹¹

Los países con brotes son aquéllos que han detenido la transmisión endémica del poliovirus salvaje pero sufren la reintroducción de la enfermedad, ya sea a través de la importación de poliovirus salvaje o derivado de la vacuna de otro país, o bien de la aparición y circulación del poliovirus derivado de la vacuna.¹²

Tabla 3. Casos mundiales reportados de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV) y de poliovirus derivados de vacunas (cVDPV). Años 2016 y 2017 al 30 de agosto.

Total cases	Year-to-date 2017		Year-to-date 2016		Total in 2016	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Globally	9	40	21	3	37	5
—In Endemic Countries	9	0	21	0	37	2
—In Non-Endemic Countries	0	40	0	3	0	3

Fuente: Global Polio Eradication Initiative. OMS.

Tabla 4. Casos mundiales reportados WPV y de cVDPV, según desglose de casos por país. Años 2016-2017 al 30 de agosto.

Countries	Year-to-date 2017		Year-to-date 2016		Total in 2016		Onset of paralysis of most recent case	
	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV	WPV	cVDPV
Afghanistan	6	0	6	0	13	0	9-Jul-2017	NA
Democratic Republic Of The Congo	0	7	0	0	0	0	NA	12-Jun-2017
Lao People's Democratic Republic	0	0	0	3	0	3	NA	10-Jan-2016
Nigeria	0	0	2	0	4	1	20-Aug-2016	27-Oct-2016
Pakistan	3	0	13	0	20	1	10-Jun-2017	16-Dec-2016
Syrian Arab Republic	0	33	0	0	0	0	NA	9-Jul-2017

Fuente: Global Polio Eradication Initiative. OMS.

¹¹ Modificado de: <http://polioeradication.org/where-we-work/polio-endemic-countries/>

¹² Disponible en: <http://polioeradication.org/where-we-work/polio-outbreak-countries/>

En la última semana se detectaron en muestras ambientales dos nuevos poliovirus salvajes tipo 1 (WPV1) en Pakistán; 6 nuevos poliovirus tipo 2 derivados de la vacuna (cVDPV2) en Siria; y un nuevo caso de cVDPV2 en República Democrática del Congo.

En la región de las Américas la Comisión Independiente de Expertos declaró la Eliminación de la Circulación de Poliovirus Salvaje del Continente Americano en agosto de 1994.

El día 23 de Agosto de 2017 se cumplieron 26 años libres de polio en la Región de las Américas.

En la tabla siguiente se muestran los casos esperados y reportados de PAF en las Américas según sub-región y país en el año 2017 hasta la SE 32.

Tabla 3.. Casos esperados y reportados de Parálisis Agudas Flácidas (PAF)
Año 2017 hasta la SE 32.

Sub Region	Country	Population <15 years*	Expected AFP cases	Reported AFP cases 2017/32
AND	BOL	3,488,083	35	13
	COL	11,622,602	116	81
	ECU	4,705,464	47	26
	PER	8,786,980	88	33
	VEN	8,765,312	88	47
BRA	BRA	47,426,629	474	191
CAP	CRI	1,065,783	11	22
	GTM	6,032,750	60	24
	HND	3,221,178	32	32
	NIC	1,814,682	18	9
	PAN	1,073,291	11	13
	SLV	1,625,466	16	31
CAR	CAR	1,758,319	18	6
LAC	CUB	1,830,247	18	9
	DOM	3,155,763	32	7
	HTI	3,616,958	36	4
MEX	MEX	34,977,953	350	313
NOA	CAN	5,797,902	58	6
	USA	61,098,121	NR	NR
SOC	ARG	10,987,085	110	93
	CHL	3,603,758	36	44
	PRY	2,077,285	21	16
	URY	731,231	7	1
Total		229,262,842	1682	1021

Fuente: Boletín semanal de Polio. Vigilancia de las PAF en las Américas. OPS/OMS¹³

No fueron detectados casos confirmados ni compatibles de poliomiélitis en las Américas a la SE 32 del año 2017. De todos los países de la región, sólo cinco de ellos (21,7%) alcanzaron los casos de PAF esperados para la SE analizada (Costa Rica, Honduras, Panamá, El Salvador, y Chile).

Es de notar cómo los Estados Unidos es el único país que no cumple en informar su situación en relación con este evento.

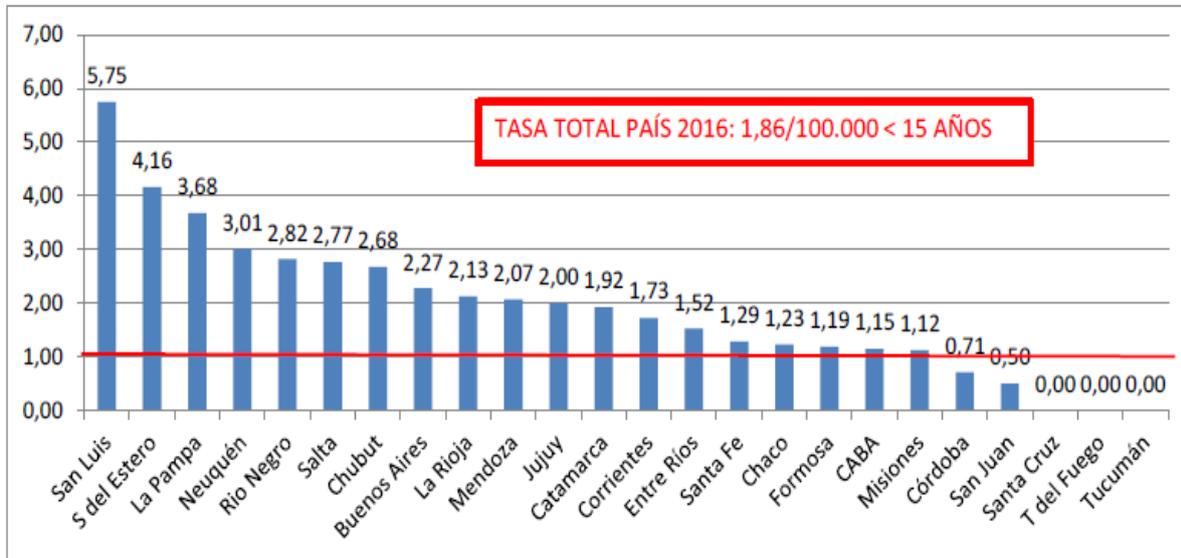
¹³ Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=295&Itemid=3626&lang=es

10.3.2. Situación Nacional ¹⁴

En el año 2016, la situación nacional de PAF mostró que se alcanzó la tasa internacionalmente estipulada (1 caso/100.000 habitantes menores de 15 años).

¹⁴ Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N374-SE34.pdf

Gráfico 1: Tasas de Notificación de P.A.F. según jurisdicción. SE 1 a 52, año 2016. Argentina.

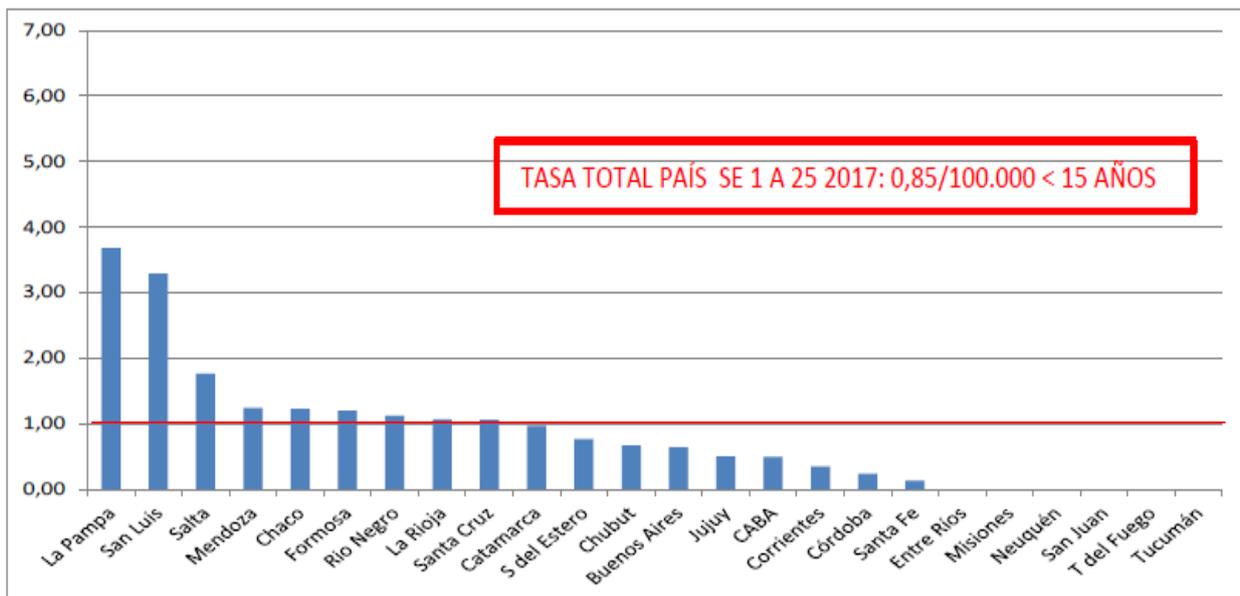


Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia | N° 369–SE 29- 2017| Página 97 de 103

De las 24 jurisdicciones, la Ciudad de Buenos Aires alcanza la tasa de notificación esperada, ubicándose en el lugar 18 del país.

En el siguiente gráfico se presenta la tasa de notificación según jurisdicción del año 2017 hasta la SE 25.

Gráfico 2: Tasas de Notificación de P.A.F. según jurisdicción. SE 1 a 25, año 2017. Argentina.



Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia | N° 369 – SE 29- 2017| Página 97 de 103

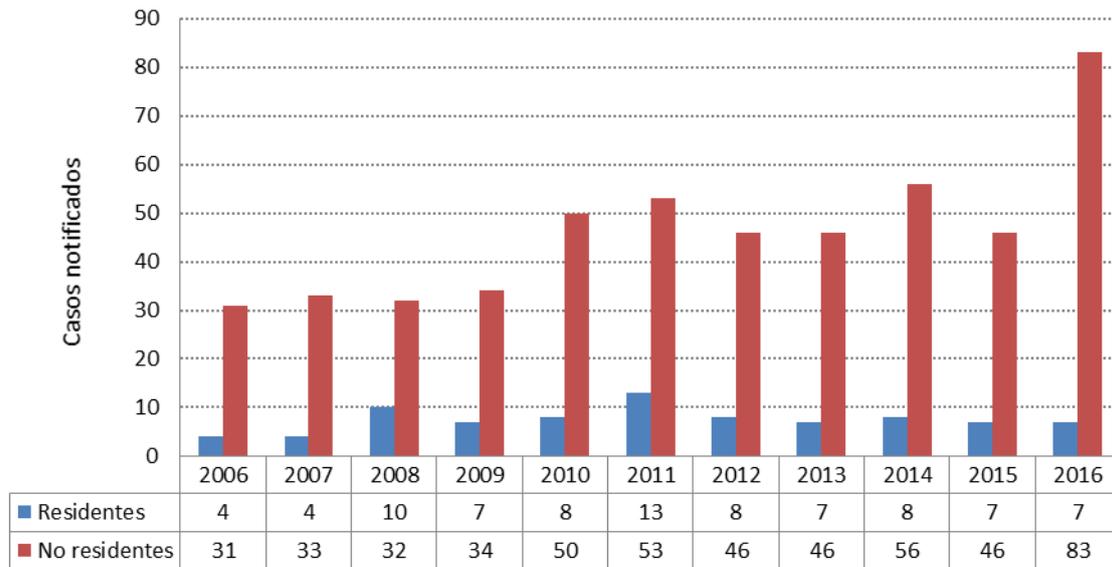
Si bien la Ciudad de Buenos Aires no alcanza la tasa de 1/100.000 habitantes menores de 15 años, se debe tener en cuenta que en el gráfico se analizó de la SE 1 a la 25 del año 2017.

10.4. Situación en Ciudad de Buenos Aires

A continuación se presenta la serie histórica 2006-2016 de casos totales anuales de PAF según lugar de residencia.



Gráfico 23. Parálisis Agudas Flácidas. Casos anuales notificados según lugar de residencia.
CABA. Serie histórica 2006-2016



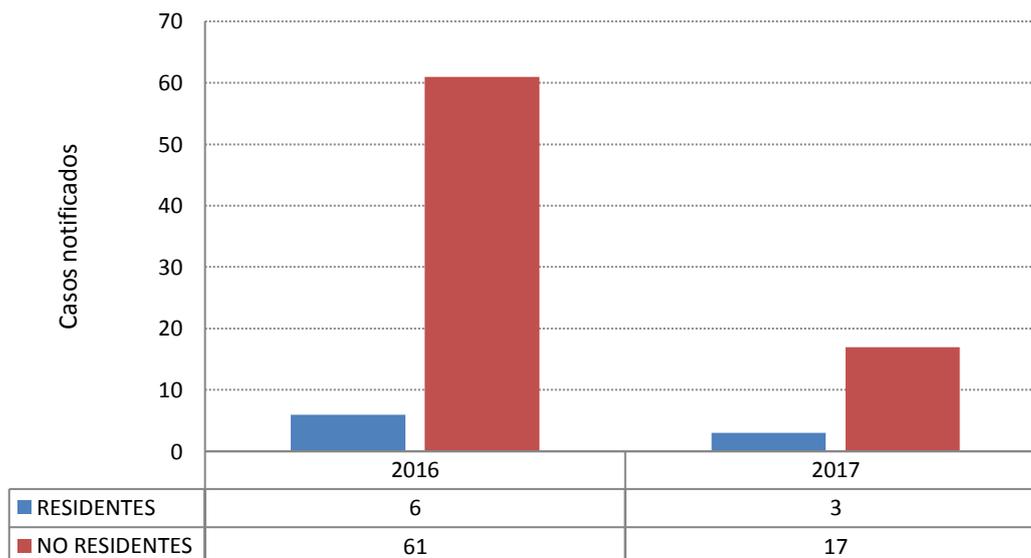
Fuente: SNVS-C2 y base de la Gerencia Operativa de Epidemiología (GOE) M. Salud CABA.

La mediana de notificación entre los años 2006 y 2015 fue: para residentes de la CABA de 7,5 casos (rango de 4 a 13 casos notificados) y para no residentes de 46 casos (rango de 31 a 56 casos anuales notificados)

En la serie de 11 años se muestra el incremento en la notificación de casos en el año 2016 en los pacientes no residentes.

En el siguiente gráfico se presenta el número de casos notificados al sistema de vigilancia de la CABA según lugar de residencia en los años 2016-2017 hasta la semana epidemiológica 33. En ese período fueron notificados 67 casos totales de PAF en el año 2016 y 20 casos en 2017.

Gráfico 4. Parálisis Agudas Flácidas. Casos notificados según lugar de residencia.
CABA. Años 2016-2017 hasta la SE 33



Fuente: SNVS-C2

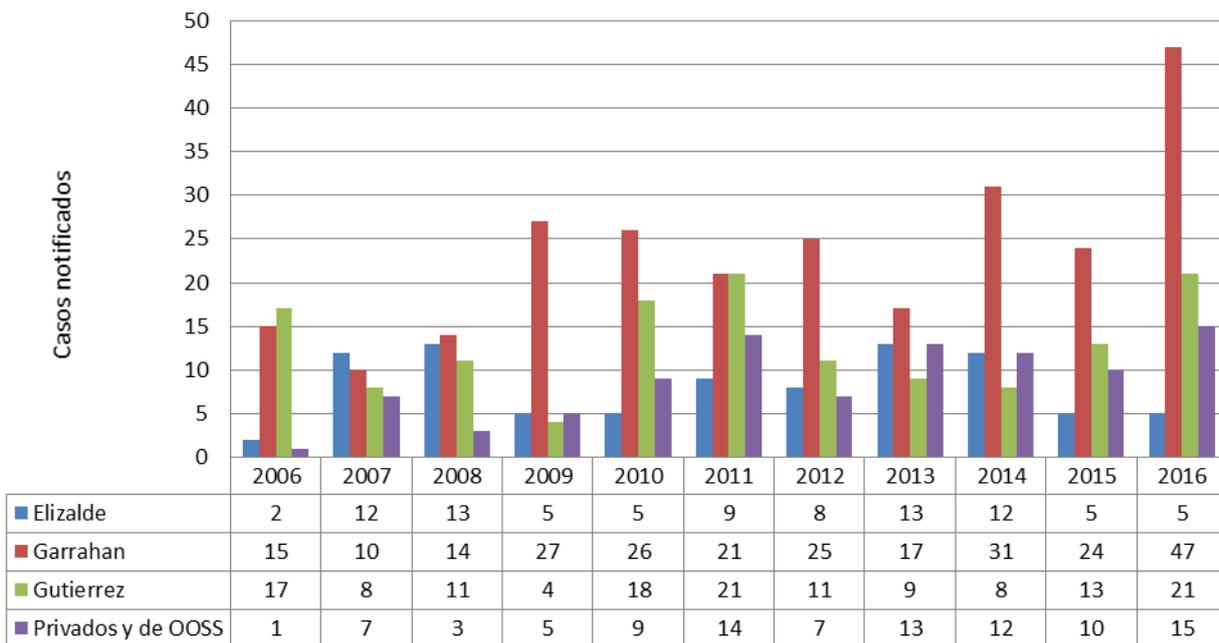
En el año 2016 se observó hasta la SE 33 un incremento porcentual de 300% en la notificación de casos respecto del año en curso, fundamentalmente a expensas de no residentes de la CABA.

El incremento observado en el año 2016 que quedó evidenciado en los gráficos anteriores, podría deberse a la sensibilización del sistema de salud frente a un brote de mielopatía flácida aguda asimétrica causada por el enterovirus D68 en el curso del año 2016 (que se detallará al final del informe).

10.4.1. Notificaciones según efectores

Siguiendo con el análisis de la serie histórica, al discriminar por efectores notificadores, se pudo observar que el incremento en la notificación en el año 2016 se debió fundamentalmente a la realizada por el Hospital Garrahan, que si bien generalmente asiste al mayor número de casos, en el año 2016 llegó a su valor más elevado en la serie analizada, como lo expone el gráfico siguiente.

Gráfico 5. Parálisis Agudas Flácidas. Casos anuales notificados según efector
CABA. Serie histórica 2006-2016



Fuente: SNVS C2

En el año 2016 el hospital Garrahan alcanzó el valor más elevado de la serie incrementando en un 34% su notificación con respecto del año de mayor valor para ese efector (año 2014= 31 notificaciones).

A continuación se exponen las notificaciones recibidas por efector notificador para los años 2016-2017 a la SE 33.

Tabla 4. Parálisis Agudas Fláccidas. Casos notificados según efectores de la Ciudad. CABA. Años 2016- 2017 hasta SE 33

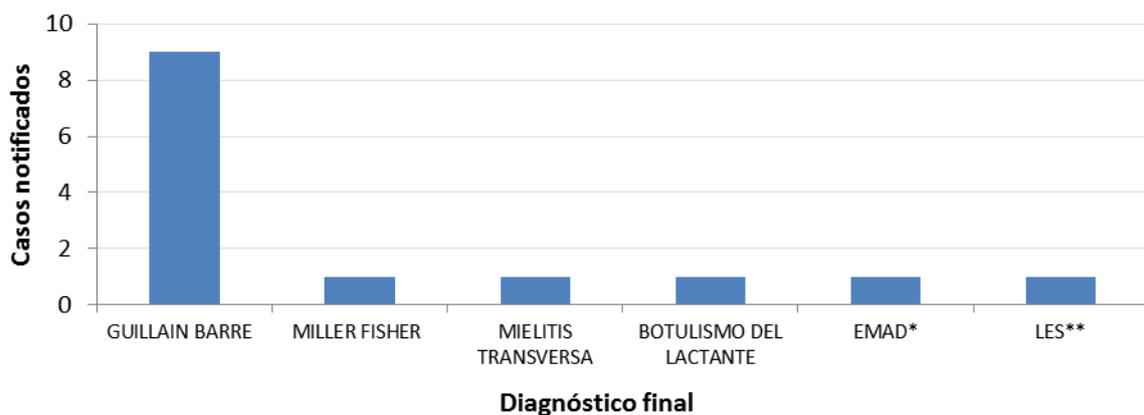
EFECTOR	2016		2017	
	RESIDENTES	NO RESIDENTES	RESIDENTES	NO RESIDENTES
GARRAHAN	3	31	0	6
GUTIERREZ	1	17	1	4
ELIZALDE	0	2	0	7
Total Público	4	50	1	17
ANCHORENA	0	2	0	0
CEMIC	0	2	0	0
ESPAÑOL	0	2	0	0
CIUDAD DE LA VIDA	0	1	0	0
FRANCHIN	0	1	0	0
HOSPITAL NAVAL	0	1	0	0
ITALIANO	0	1	0	0
LOS ARCOS	0	0	1	0
MATER DEI	1	1	0	0
TRINIDAD PALERMO	1	0	1	0
PRIVADO	2	11	2	0
Total general	6	61	3	17

Fuente: SNVS C2

Hasta la semana epidemiológica 33, el mayor porcentaje de casos corresponde a las notificaciones del sector público: 81% para el año 2016 y 90% para el 2017. Se observó un franco descenso de notificaciones de los efectores Garrahan y Gutiérrez e incremento en los casos comunicados por el hospital Elizalde.

10.4.2. Diagnóstico final

En el gráfico siguiente se presenta el diagnóstico final obtenido. Para el año 2017 se obtuvo el dato en 14 casos (70%), siendo el diagnóstico más frecuente el Síndrome de Guillain Barré.

Gráfico 6. Parálisis Agudas Fláccidas. Diagnóstico final en residentes y no residentes. CABA. Año 2017 hasta la SE 33

Fuente: SNVS-C2

*EMAD: Encefalomielitis aguda diseminada

**LES: Lupus eritematoso sistémico

En el transcurso del año 2017 hasta la SE 33 no fueron confirmados casos de poliomielitis, ni poliomielitis parálitica asociada a vacuna ni por virus Sabin derivado tanto en residentes como en no residentes de la Ciudad.

En los 3 casos de residentes de la Ciudad, 2 tienen como diagnóstico: Guillain Barré y botulismo del lactante. El tercer caso, de notificación reciente, tiene pendiente el diagnóstico final.

10.4.3. Evolución

En el año 2016 se registró un óbito en una paciente no residente de 4 meses de edad con diagnóstico final de tumor teratoideo- rabdoide atípico del sistema nervioso central a los 57 días del inicio de la parálisis.

No fueron notificadas defunciones en el período analizado para el año 2017 (residentes y no residentes).

10.4.4. Antecedentes inmunitarios

En el año 2017 de los 20 casos totales notificados se obtuvo el dato de vacunación en 12 de ellos (60%). En los 12 casos los pacientes tuvieron vacunación completa con OPV sin antecedente de vacunación en los 30 días previos. En dos de los 3 casos de residentes de CABA no se obtuvo este dato.

10.4.5. Distribución por comunas (Residentes de la CABA)

En la siguiente tabla se muestra la distribución geográfica de residencia de los casos según comunas de la ciudad.

Tabla 5. Parálisis Agudas Flácidas. Casos según comunas de la Ciudad.
CABA. Años 2016- 2017 hasta SE 33

COMUNA	2016	2017	Total general
2	2	0	2
8	2	0	2
10	0	1	1
11	0	1	1
12	1	0	1
13	0	1	1
14	1	0	1
Total general	6	3	9

Fuente: SNVS-C2

No se encuentran diferencias importantes en la distribución de casos por comunas.

10.5. Brote de mielopatía flácida causada por el enterovirus D68

(Mielopatía flácida asimétrica aguda por lesión de la neurona motora espinal causada por el enterovirus D68)

10.5.1. Antecedentes

El enterovirus D68 (EV-D68) es uno de los más de 100 tipos de enterovirus no-polio. El virus se identificó por primera vez en California en 1962. Desde entonces y, aunque es un serotipo de baja incidencia, su circulación ha sido documentada en diferentes países del mundo, siempre asociado a procesos agudos del tracto respiratorio, generalmente leves, que en raras ocasiones podían ser graves y precisar hospitalización.

En 2014 y 2015, los Estados Unidos, Canadá, España, entre otros países, notificaron un aumento significativo de casos asociados a EV-D68 con enfermedad respiratoria severa. Alto número de casos cursaban con complicaciones neurológicas de pronóstico incierto y dificultad para recuperarse de la parálisis.



La mayoría de estos pacientes tenían anormalidades particulares en la médula espinal en la resonancia magnética nuclear (RMN), por lo cual se caracterizaron como cuadros de mielitis aguda para distinguirlas de otros cuadros de parálisis agudas flácidas.

10.5.2. El brote en Argentina¹⁵

Entre la primera semana de abril y Julio de 2016, se registró un aumento inusual de casos de mielitis en el Hospital Garrahan. Once niños, seis hombres, con una edad media de 3 años presentaron mielitis flácida aguda. La procedencia incluía distintas localidades de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. No hubo casos relacionados entre sí.

En todos los casos, la mielitis flácida aguda coincidió con infección de las vías respiratorias superiores y / o fiebre.

Todos los niños eran inmunocompetentes; un paciente tenía una comorbilidad asociada (polimicrogira, sin manifestaciones clínicas hasta la aparición de la mielitis y con una Resonancia Magnética Nuclear (RMN) previa sin patología bulbar, protuberancial o en la médula espinal).

Nueve niños presentaban mielitis flácida bilateral y asimétrica de los miembros superiores, 1 con monoplejía de miembros superiores y 1 con hemiparesia. Los nervios craneales estuvieron involucrados en 6 pacientes y 4 requirieron ventilación mecánica.

En 5 pacientes se observó también la afectación del bulbo raquídeo y la protuberancia. Ninguno de los pacientes presentó lesiones supratentoriales.

RMN: patológica con signos de mielitis con afectación del asta anterior.

En 4 de 11 niños, el enterovirus humano subtipo D68 (HEV-D68) fue identificado en la vía aérea y en 1 de 11 también en el líquido cefalorraquídeo. En los pacientes restantes se detectaron diferentes variantes de enterovirus A, B y C, así como rinovirus en 1 e influenza en otro. La identificación de diferentes enterovirus que circulan en nuestro medio y cuya excreción viral luego de las infecciones es intermitente, sería un hallazgo, por lo que no podría establecerse una asociación causal fehaciente con los cuadros clínicos presentados. Los casos en los que el virus no fue detectado fueron considerados como "falsos negativos" ya que las muestras se recogieron tardíamente en el curso de la enfermedad. Cuando se sospecha de mielitis flácida asociada con HEV-D68, el hisopo nasofaríngeo es el método de elección para buscar el agente viral. Para evitar falsos negativos, se debe haber tomado un hisopo nasofaríngeo en la primera semana.

Dentro de los tratamientos instituidos, se incluyeron pulsos de metilprednisolona (n: 9), gammaglobulina endovenosa (n: 5) y plasmaféresis en 3 niños. No está demostrado que el tratamiento antiviral específico mejore el pronóstico de los pacientes.

Cuatro pacientes tuvieron empeoramiento del cuadro clínico con progresión de la debilidad, por lo cual requirieron el ingreso a Terapia Intensiva.

En el seguimiento a 30 días, dos de los pacientes permanecieron con asistencia respiratoria mecánica y 4 pacientes presentaron ligera mejoría, con recuperación del sostén cefálico. Sin embargo, todos los niños presentaron paresia residual en los miembros comprometidos. Ningún paciente falleció.

¹⁵ Aumento inusual de casos de mielitis en un hospital pediátrico en Argentina. Pérez MG, Rosanova MT, Freire MC, et al. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(4):364-369.
 - Enterovirus D68 infection in a cluster of children with acute flaccid myelitis, Buenos Aires, Argentina, 2016. Ruggieri, Victor et al. *European Journal of Paediatric Neurology*, Disponible en: [www.ejpn-journal.com/article/S1090-3798\(17\)30025-9/pdf](http://www.ejpn-journal.com/article/S1090-3798(17)30025-9/pdf)

11. 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_o.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_o.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_o.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. INTERVENCIÓN 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_seg_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" - 1º 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

12. ANEXO**Eventos por establecimiento**

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

12.1. Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																								
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1											2	2		1		-1									
CESAC 11				1		-1	1	1	0																
CESAC 13				1		-1													1		-1				
CESAC 14		1	1	1		-1	2	-2		2	2		2	6	4		3	3		2		-2			
CESAC 15	22	3	-19	2		-2	6	-6		2	2		3	2	-1				1		-1				
CESAC 16											1	1													
CESAC 18		1	1								1	1			1	1									
CESAC 19		2	2								3	3			5	5				1		-1			
CESAC 20		1	1		2	2					2	2			1	1									
CESAC 22				1		-1																			
CESAC 24	1	35	34		1	1	1	1	0		5	5		2	2		2	2							
CESAC 27	2		-2												1	1									
CESAC 3																	1	-1							
CESAC 30							2	-2			4	4					1	-1							
CESAC 31														2	2										
CESAC 34																			1		-1				
CESAC 35							1	-1			3	3		1	1	0	1	-1							
CESAC 36											1	1			1	1									
CESAC 39	2		-2																						
CESAC 40	1	1	0	1		-1					1	1		3	5	2		1	1				2	2	
CESAC 41	2		-2								1	1					1	-1							
CESAC 5				2		-2									1	1							1		-1
CESAC 6											1	1													
CESAC 7											3	3													
CESAC 8							1	-1			3	3													
CESAC 9								1	1		2	2		3	2	-1	2	1	-1	2		-2	2		-2
Subtotal (CeSAC)	30	44	14	9	3	-6	14	3	-11	0	37	37	13	30	17	6	7	1	8	0	-8	3	2	-1	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	14%	22%		12%	4%		6%	1%		0%	14%		3%	7%		1%	1%		5%	0%		2%	1%		

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																							
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
FUNCEI				4		-4	1		-1					2	2	9	17	8	9		-9	23	24	1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	1	0	12	12	0	4		-4				15	6	-9	32	23	-9	9	5	-4	28	21	-7
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	3	1	-2	19	22	3	6	2	-4				16	24	8	32	52	20	20	9	-11	42	25	-17
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1		-1													1		-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	4		-4																2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		6	6	5	3	-2	10	35	25					2	2	1	2	1		3	3		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		12	12	7	2	-5	22	21	-1				10	4	-6	11	15	4					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	6	5	6	11	5	2	3	1	9	20	11	13	4	-9	6	5	-1	14	4	-10	4	4	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES							1	1	0			2	2	0	4	4	-4	20		-20	1	1	0	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	114	71	-43		4	4		1	1	3	15	12	12	7	-5	13	11	-2		5	5	1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	61	30	-31							2	16	14	10	4	-6	11	7	-4	2	1	-1		4	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		1	1	1		-1					13	13	6	2	-4	6	1	-5	8	1	-7	6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1		-1	3		-3		13	13	5	4	-1	3	4	1	2	4	2	4	2	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1	1	0		5	5		3	3	14	26	12		34	34		52	52		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1					1	1	20	12	-8		27	27		33	33		5	5		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		2	2	3	3	0	1	1	0	10	2	-8	4	1	-3	12	1	-11	1		-1	3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1		-1	2		-2	5	3	-2	3		-3	4	2	-2	3		-3	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU		1	1	1		-1	10	3	-7							4		-4	2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES		1	1				2	10	8							3		-3				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO		2	2	1	1	0	5	11	6		3	3	59	43	-16	86	50	-36	14	5	-9	13	10	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	2	5	3		5	5	37	33	-4	39	34	-5	6	1	-5	13	5	-8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													6	6	0	17	6	-11	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1	2	2	0	9	2	-7				1	4	3		5	5		2	2		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				2	2		1	1	1		1	1		2	2	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA		1	1		1	1	3	2	-1	2	6	4	20	25	5	11	10	-1		3	3	6	1	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				3	3		3	2	-1	10	8	-2	19	33	14	13	11	-2	8	6	-2	3	3	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		2	2	2	1	-1	81	61	-20	25	23	-2	112	143	31	279	335	56	3	5	2	9	15	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	1	-1				48	19	-29	23	17	-6	4	7	3	4	10	6	4	6	2	4	13	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2	16	14	6	6	6	2	17	15	48	40	-8	9	3	-6	15	1	-14	1	6	5	2	2	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES								2	2	11	1	-10												
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										29	6	-23		1	1				4		-4	4		-4
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										73		-73	1		-1				5		-5	17		-17
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1	1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	191	155	-36	67	78	11	217	203	-14	284	232	-52	364	423	59	616	688	72	139	72	-67	185	137	-48
Porcentaje sobre las notificaciones totales	86%	78%		88%	96%		94%	99%		100%	86%		97%	93%		99%	99%		95%	100%		98%	99%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	221	199	-22	76	81	5	231	206	-25	284	269	-15	377	453	76	622	695	73	147	72	-75	188	139	-49

12.2. Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos												
CESAC 1				32		-32					2	2							
CESAC 11				4	115	111													
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23													
CESAC 12				71	24														
CESAC 13				81	59	-22													
CESAC 14		1	1	68	133	65													
CESAC 15		1	1	74	73	-1													
CESAC 16				18		-18							1	1					
CESAC 18	4	4	0	34	79	45							1	1					
CESAC 19				112	77	-35													
CESAC 2				97	21	-76													
CESAC 20				35	68	33													
CESAC 22				27		-27													
CESAC 24		5	5	52	147	95							1	2	1				
CESAC 27		2	2	77	69	-8													
CESAC 28	2		-2	7	4	-3													
CESAC 29				26	4	-22													
CESAC 3	3	3	0	54	2	-52	1		-1										
CESAC 30				58		-58													
CESAC 31	3	1	-2	71	46	-25													
CESAC 34				20	9	-11													
CESAC 35				41		-41													
CESAC 36				20	4	-16													
CESAC 39				107		-107													
CESAC 4				33		-33													
CESAC 40	4	4	0	147	98	-49				1		-1							
CESAC 41		1	1	58	61	3													
CESAC 5	4	1	-3	125		-125		1	1							1			-1
CESAC 6	38		-38	103	31	-72													
CESAC 7				49		-49	1		-1										
CESAC 8				85	2	-83													
CESAC 9				110	120	10													
Subtotal (CeSAC)	58	23	-35	1896	1269	-580	2	1	-1	1	2	1	1	4	3	1	0		-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	26%	10%		8%	7%		50%	13%		4%	6%		4%	10%		33%	0%		

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA		2	2																
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					6	6													
FUNCEI												3	3						
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1492	222	-1270													
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				2854	673	-2181													
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				572	581	9							1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	953	873	-80					1	1		1	1		1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	3	2	205	505	300					1	1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		4	4	20	68	48													
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	6	14	8	1027	869	-158					1	1		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	6	11	5	490	376	-114												1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				18	17	-1													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				9	11	2				1	1								
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	112	319	207			1	1			1	1	0		5	5	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				72	289	217						2	1	-1			5	5	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		5	5	136	285	149													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	96	107	11													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				897	614	-283													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				107	87	-20													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	13	16	3	760	678	-82						2	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	7	12	5	228	302	74									2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				243	198	-45						1	1		2				-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				29	61	32								1					-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	1	0	1163	1232	69													
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				204	151	-53													
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				784	789	5						1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2		-2	808	803	-5		1		-1		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	10	11	1	1355	1060	-295					9	12	3	4	9				5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	9	10	1	214	221	7					6	4	-2	6	4				-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	57	71	14	1544	1918	374					3	2	-1	2	2				0
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	6	1	-5	24	60	36						1	1		4	5			1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	5	6	1	735	528	-207			1	1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	22	20	-2	1828	1708	-120			2	2								1	
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	3	6	3	505	42	-463			2	2									
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	13	17	4	649		-649		1		-1									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA											3		-3						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES											1		-1	2					-2
MC/CMB - Pirovano					2	2													
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		3	3	1638	1202	-436													
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	163	217	54	21771	16857	-4914	2	7	5	25	29	4	22	38	16	2	1	-1	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	74%	90%		92%	93%		50%	88%		96%	94%		96%	90%		67%	100%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	221	240	19	23667	18126	-5494	4	8	4	26	31	5	23	42	19	3	1	-2	

12.3. Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1				3		-3
CESAC 11		1	1		18	18
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 12		18		1	5	
CESAC 13				27	9	-18
CESAC 14				17	31	14
CESAC 15				11	4	-7
CESAC 16	1		-1	7		-7
CESAC 18		1	1	6	10	4
CESAC 19	2		-2	11	10	-1
CESAC 2				11	1	-10
CESAC 20	1	1	0	4	14	10
CESAC 24		4	4	4	6	2
CESAC 27				17	6	-11
CESAC 28				8	3	-5
CESAC 29				2		-2
CESAC 3				3		-3
CESAC 30	3		-3	9		-9
CESAC 31	3	1	-2	4	6	2
CESAC 34				6		-6
CESAC 35				6		-6
CESAC 36		1	1	3		-3
CESAC 39	1		-1	18		-18
CESAC 4				17		-17
CESAC 40	2		-2	15	5	-10
CESAC 41	2	8	6	6	1	-5
CESAC 5	2		-2	29		-29
CESAC 6				47	2	-45
CESAC 7	1		-1	16		-16
CESAC 8	1		-1	11		-11
CESAC 9		5	5	4	8	4
Subtotal (CeSAC)	19	40	3	323	140	-187
Porcentaje sobre las notificaciones totales	17%	24%		18%	12%	

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
FUNCEI	2		-2	1	1	0
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1	2	1		4	4
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		2	2	1	5	4
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	20	4	-16	61	11	-50
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				105	21	-84
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	1	1	0	41	11	-30
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1	8	7	67	41	-26
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		3	3	2	45	43
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		2	2		7	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD	8	18	10	35	50	15
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD - NO RESIDENTES	3	10	7	38	21	-17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				4	1	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				2	17	15
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		2	2	3	17	14
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1	64	49	-15
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				44	16	-28
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	4	3	-1	35	34	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	3	2	3	14	11
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				42	21	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				6	1	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				58	49	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				13	1	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				61	92	31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				13	15	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	17	5	-12	44	40	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	11	6	-5	46	50	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	13	30	17	115	134	19
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	7	5	34	21	-13
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	3	17	14	176	126	-50
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1	2	1	1	16	15
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	2		-2	74	33	-41
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	119	63	-56
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	55	11	-44
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1	64		-64
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	95	128	33	1429	1040	-389
Porcentaje sobre las notificaciones totales	83%	76%		82%	88%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	114	168	36	1752	1180	-576

12.4. Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	MEDICAMENTOSA			POR HIDROCARBUROS			POR MONÓXIDO DE CARBONO			POR OTROS TÓXICOS			POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			IPOR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			POR METALES PESADOS		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC					1	1															
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES								5	5												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	4	5	1				2	6	4	1		-1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1		-1					4	4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA			3		3			4	4		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES																					
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	25	10	-15		1	1	6	7	1	47	31	-16		1	1				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	9	1	-8					5	5	3		-3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI								1	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH					1	1		1	1							1		-1	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																			3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	37	7	-30				9	1	-8	9		-9	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	4	2	-2				3		-3		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO								6	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		3	3					1	1	2		-2							2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	24	23	-1				49	29	-20	8	6	-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES							1	7	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	20	5	-15				17	1	-16	2	1	-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES							1		-1	1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4		-4				17	5	-12		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1																		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES								3	3												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							9		-9												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							10		-10												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	129	59	-70	0	3	3	124	90	-34	73	41	-32	2	1	-1	1	0	-1	7	2	-5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%			100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	129	59	-70	0	3	3	124	90	-34	73	41	-32	2	1	-1	1	0	-1	7	2	-5

12.6. Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1		2	2
CESAC 13	1	1	0
CESAC 14	12	2	-10
CESAC 18	19	4	-15
CESAC 19	6	2	-4
CESAC 20	15	6	-9
CESAC 24	11	6	-5
CESAC 28	4		-4
CESAC 3	1		-1
CESAC 31	5		-5
CESAC 36		2	2
CESAC 40	12	8	-4
CESAC 41	6		-6
CESAC 5	19		-19
CESAC 6	2		-2
Subtotal (CeSAC)	113	33	-80
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	8%	

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos									
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	117	45	-72	10	2	-8			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	227	93	-134	2	1	-1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	10		-10				4	2	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	50	4	-46				14	18	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		4	4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	10	6						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	12	8	-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	5	5	0				1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	7	8	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	3	4	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		19	19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		9	9				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	21	17	-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	45	17	-28						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	4	7	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	1	2	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	40	27	-13						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	26	26	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	33	7	-26						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	31	9	-22	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	46	38	-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	17	3	-14						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							8	7	-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							2	9	7
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							7	6	-1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1	3	2						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								5	5
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	15	8	-7						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	23	19	-4					1	1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	738	405	-333	13	3	-10	37	49	12
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	92%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	851	438	-413	13	3	-10	37	49	12

12.7. Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	45		-45	5		-5				64		-64
CESAC 11		130	130	13	385	372				1	21	20
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	41	14			256					7	7	-1
CESAC 13	33	10	-23	75	43	-32				22	3	-19
CESAC 14	39	66	27	9	89	80				12	34	22
CESAC 15	112	57	-55	18	29	11				32	23	-9
CESAC 16	13		-13	34		-34				20		-20
CESAC 18	199	16	-183	254	18	-236				47	9	-38
CESAC 19	315	207	-108	29	105	76				66	70	4
CESAC 2	122	3	-119							95	1	-94
CESAC 20	59	36	-23	30	23	-7				27	28	1
CESAC 22	8		-8	33		-33				22		-22
CESAC 24	14	153	139	17	123	106				23	53	30
CESAC 27	37	21	-16	78	37	-41				23	3	-20
CESAC 28	2		-2	40	7	-33				9		-9
CESAC 29	20		-20	4	3	-1				18		-18
CESAC 3	98		-98	34		-34				58		-58
CESAC 30	69		-69	30		-30				14		-14
CESAC 31	34	63	29	118	57	-61				10	22	12
CESAC 34	39		-39	246	28	-218				12		-12
CESAC 35	44		-44	4		-4				31		-31
CESAC 36	2		-2							9		-9
CESAC 39	63		-63	16		-16				10		-10
CESAC 4	43		-43	3		-3				10		-10
CESAC 40	88	76	-12	3	32	29				33	33	0
CESAC 41	20	29	9	19	115	96				37	11	-26
CESAC 5	74		-74	7		-7				33		-33
CESAC 6	51	26	-25	112	25	-87				23	11	-12
CESAC 7	74		-74	13		-13				33		-33
CESAC 8	64		-64							21		-21
CESAC 9	187	92	-95	1	25	24	111		-111	67	51	-16
Subtotal (CeSAC)	2009	1022	-960	1245	1415	-86	111	0	-111	889	386	-504
Porcentaje sobre las notificaciones totales	11%	7%		4%	6%		3%	0%		9%	5%	

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos												
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					20	20						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	81	30	-51	222	217	-5	167	88	-79	229	276	47
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	61	21	-40	254	243	-11	222	194	-28	419	446	27
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	322	6	-316	137	46	-91				193	9	-184
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	859	24	-835	334	269	-65				553	50	-503
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	87	50	-37	3791	1935	-1856	171	90	-81	225	101	-124
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1070	551	-519	6262	2906	-3356	263	189	-74	483	263	-220
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	327	422	95	327	892	565	97	136	39	145	309	164
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	96	135	39	55	159	104	17	27	10	24	57	33
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	194	213	19	395	1870	1475	59	82	23	155	246	91
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	201	205	4	206	1064	858	50	30	-20	95	102	7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	52	44	-8	23	54	31	23	74	51	174	101	-73
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	99	54	-45	7	3	-4	7	66	59	149	78	-71
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	166	831	665	1	137	136	8	64	56	77	254	177
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	141	679	538	8	136	128	1	79	78	73	184	111
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	681	586	-95	156	412	256	90	38	-52	183	162	-21
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	190	199	9	52	122	70	53	30	-23	186	60	-126
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	74	25	-49	531	242	-289	33	40	7	221	79	-142
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	29	22	-7	85	19	-66	3	2	-1	38	21	-17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	734	263	-471	3367	1409	-1958	261	239	-22	225	191	-34
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	326	137	-189	847	533	-314	60	56	-4	24	25	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	226	223	-3	244	184	-60				223	161	-62
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	96	81	-15	77	50	-27				55	49	-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	610	394	-216	1611	1212	-399	50	165	115	263	173	-90
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	148	52	-96	413	145	-268	6	8	2	55	23	-32
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	471	327	-144	516	534	18	4	44	40	278	182	-96
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	886	686	-200	426	506	80	7	92	85	288	171	-117
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	474	540	66	2149	1872	-277	291	223	-68	837	734	-103
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	265	256	-9	411	478	67	148	116	-32	303	252	-51
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	3070	2587	-483	647	1060	413	460	424	-36	450	608	158
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	35	168	133	6	50	44	4	43	39	5	32	27
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	666	524	-142	246	128	-118		115	115	100	91	-9
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	2858	2090	-768	823	269	-554		388	388	284	414	130
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	321	36	-285	615	3	-612	65	48	-17	156	26	-130
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	363	112	-251	702		-702	348	220	-128	208	108	-100
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	72	43	-29				14	22	8	1		-1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	115	70	-45				30	11	-19			
MC/CMB - Pirovano	1		-1	10	25	15						
SANATORIO MITRE								48	48			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	315	250	-65	3836	3179	-657	383	465	82	1257	1237	-20
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	16782	12936	-3846	29792	22383	-7409	3395	3956	561	8634	7275	-1359
Porcentaje sobre las notificaciones totales	89%	93%		96%	94%		97%	100%		91%	95%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	18791	13958	-4806	31037	23798	-7495	3506	3956	450	9523	7661	-1863

12.8. Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 20		1	1			
CESAC 24		1	1			
CESAC 40	1	1	0	4		-4
CESAC 7						
CESAC 9		1	1			
Subtotal (CeSAC)	1	4	3	4	0	-4
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	3%		3%	0%	

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1	4	3	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	9	10	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	4	7	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	3	7	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		6	6		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		5	5		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	12	6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	6	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	2	6	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	6	7	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	19	15	-4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	11	9	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	15	3	-12			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	39	27	-12	28	26	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	8		-8	9		-9
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	15		-15	37		-37
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	30		-30	44		-44
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	178	133	-45	119	32	-87
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	97%		97%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	179	137	-42	123	32	-91

12.9. Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES												
	BRUCELOSIS			DENGUE AGRUPADO			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1				9		-9				3	3	0	
CESAC 13				5		-5					2	2	
CESAC 14				8	2	-6					2	2	
CESAC 15										4		-4	
CESAC 16				2		-2	1		-1		1	1	
CESAC 18				50		-50				57	5	-52	
CESAC 19				5		-5				1	3	2	
CESAC 20				5		-5				2	1	-1	
CESAC 24				16		-16				1	4	3	
CESAC 28				8		-8				3		-3	
CESAC 29				1		-1				2		-2	
CESAC 3				1		-1							
CESAC 30				26		-26							
CESAC 31				1	2	1				3		-3	
CESAC 35				26		-26					1	1	
CESAC 36				13		-13							
CESAC 39				1		-1							
CESAC 4										1		-1	
CESAC 5				1		-1				20		-20	
CESAC 6				1		-1				1		-1	
CESAC 7		2	-2	5		-5				8		-8	
CESAC 8				57		-57				2	3	1	
CESAC 9				1		-1							
Subtotal (CeSAC)		2	0	-2	242	4	-238	1	0	-1	108	25	-83
Porcentaje sobre las notificaciones totales		67%	0%		4%	9%		33%	0%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS			BRUCELOSIS			LEISHMANIASIS MUCOSA			LEISHMANIASIS VISCERAL			TRIQUINOSIS			DENGUE AGRUPADO			FIEBRE CHIKUNGUNYA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ													1		-1	1413		-1413	1		-1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES					11	11		1	1		1	1	65	1	-64	801		-801	2		-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1		3	3				2	1	-1		1	1					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA					1	1										94		-94			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES					1	1										8		-8	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																	1	1	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1											2	2	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD																396		-396		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES																6		-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																482		-482			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																24		-24			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																7		-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																	1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND																151		-151		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU																154		-154			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES																	1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																280		-280			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ																364	12	-352			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																	9	9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL																266		-266			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA																706		-706			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA																107		-107			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																763	15	-748			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																17		-17			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES																57		-57			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ																				1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES					1								1		-1						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																24		-24	1		-1
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES																5		-5			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1	0	-1	1	17	16	0	1	1	3	2	-1	67	2	-65	6125	41	-6084	8	5	-3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			33%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		96%	91%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	3	17	14	0	1	1	3	2	-1	67	2	-65	6367	45	-6322	8	5	-3

Notificaciones hasta la SE 33 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA															35			35			
FUNCEI															80			-80			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑOZ		1	1								4	4			236			47			-189
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑOZ - NO RESIDENTES				1	1	0	1	1	0	1	8	7			294			77	1	1	-217
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC															140			4			-136
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	4	3						214			11	1	1	-203
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA															114			16			-98
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES							1	1	0						241			20			-221
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA															548			26			-522
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES															101			11			-90
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD															215			5			-210
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES															200			2			-198
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI															231			7			-224
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES							1	1	0						79			1			-78
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH															74						-74
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				2	1	-1						24						-24
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1												84			5			-79
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1												19			7			-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU															68			21			-47
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES															22			6			-16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO															151			15			-136
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES					1	1	1		-1						54			5	1		-49
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ											1	1			8						8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL															245			3			-242
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES								1	1						38			1			-37
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								1	1						27			11			-16
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				1		-1									19			14			-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA															89			12			-77
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES															92			5			-87
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO											1	-1			293			32			-261
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES															37						-37
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1												50			3			-47
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES															163			18			-145
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ															77			5			-72
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	2		-2												126						-126
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA															3						-3
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES															3						-3
SANATORIO MITRE															17						17
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO															462			92	2	1	-1
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES															196			32			-164
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN															30						-30
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES															36			5			-31
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	3	4	1	2	2	0	5	10	5	2	13	11	5175	579	-4596	3	3	0	1	5	4
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%	100%		100%	100%		67%	100%		98%	96%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	3	4	1	2	2	0	5	10	5	3	13	10	5283	604	-4679	3	3	0	1	5	4