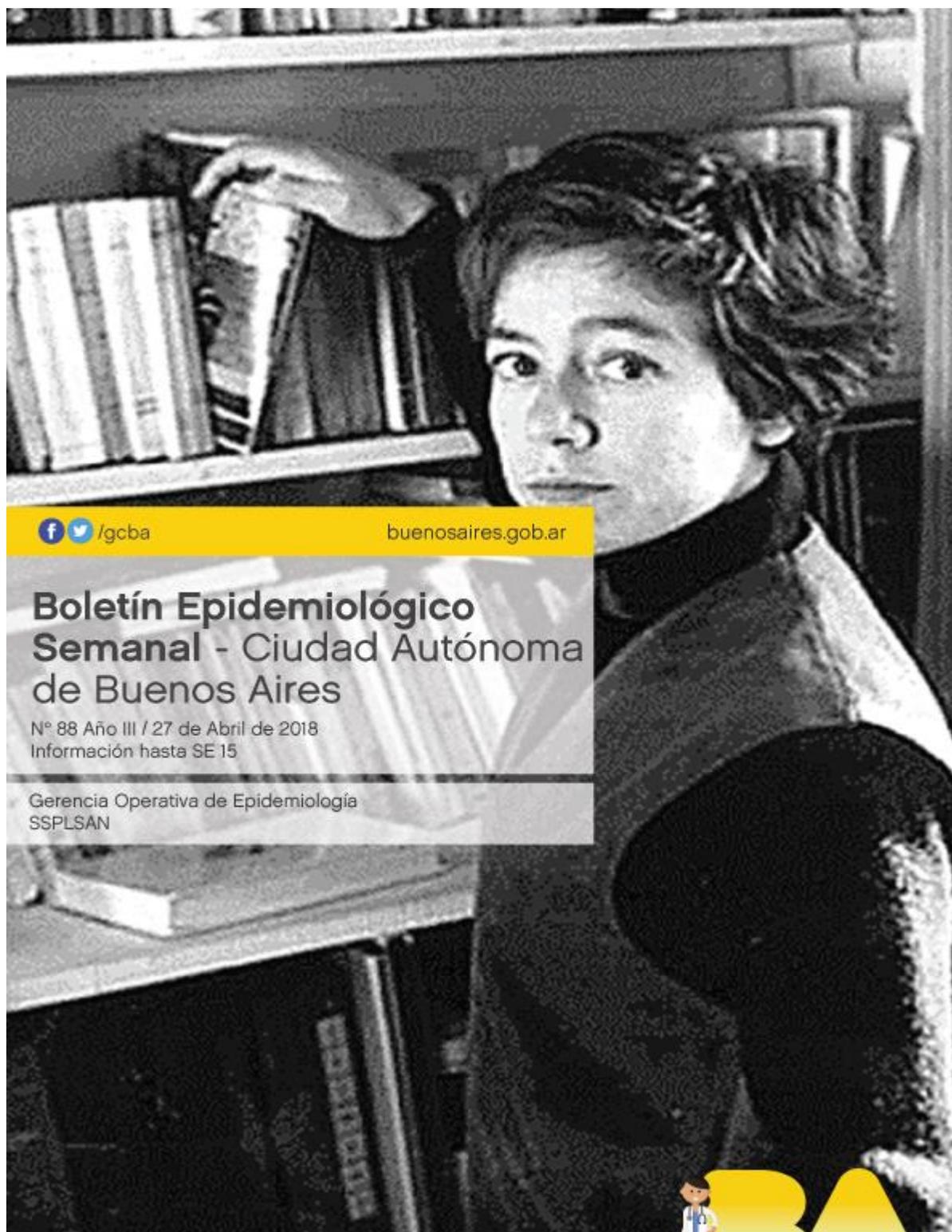


ISSN 2545-6792 (en línea)
ISSN 2545-7004 (correo electrónico)



  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 88 Año III / 27 de Abril de 2018
Información hasta SE 15

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

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

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

Data Entrys

Germán Adell
 Marco Muñoz
 Rosalía Paez Pérez
 Bianca Spirito
 Christian Turchiaro

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

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

Alejandra Pizarnik

Nació en Buenos Aires en 1939. Su obra poética se inscribió en la corriente neosurrealista, destacándose como una figura de vanguardia en la literatura argentina. Cursó estudios de filosofía y periodismo, su formación artística comenzó de la mano del pintor Batlle Planas. Entre 1960 y 1964 vivió en París, donde trabajó para la revista *Cuadernos*, realizó traducciones y críticas literarias, su formación prosiguió en la prestigiosa universidad de La Sorbona. Durante sus años en Francia comenzó su amistad con el escritor Julio Cortázar y con el poeta mexicano Octavio Paz. Entre sus títulos más destacados figuran *La tierra más ajena* (1955), *Árbol de Diana* (1962) y *Extracción de la piedra de locura* (1968). Después de su muerte se editaron varias de sus obras, entre las que destaca *Textos de sombra y últimos poemas* (1982), que incluye la obra teatral *Los poseídos entre lilas* y la novela *La bucanera de Pernambuco o Hilda la polígrafa*. También, de manera póstuma, fue reeditado el conjunto de sus textos en el volumen *Obras completas* (1994); sus cartas quedaron recogidas en *Correspondencia* (1998). Murió en 1972 en la Ciudad de Buenos Aires. En el año 2016 en el barrio de Recoleta, la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires colocó una placa en su homenaje.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES	6
EDITORIAL	7
I. EL BES	8
I.1. INTRODUCCIÓN	8
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	8
I.2.A. Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)	8
I.2.B. Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)	9
I.2.C. Otras fuentes	9
II. RESUMEN EJECUTIVO	10
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	11
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	13
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL	13
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	13
IV.3. GASTROENTÉRICAS	13
IV.4. HEPATITIS	13
IV.5. INMUNOPREVENIBLES	14
IV.6. INTOXICACIONES	14
IV.7. LESIONES	14
IV.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	14
IV.9. OTRAS	15
IV.10. RESPIRATORIAS	15
IV.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	15
V. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES FEBRILES EXANTEMÁTICAS Y CASOS DE SARAMPIÓN DE LA CABA	16
V.1. INTRODUCCIÓN	16
V.1.A. Sobre el sarampión en la CABA	16
V.1.B. El 2018: vacunación y eventos masivos	16
V.2. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN EL MUNDO	16
V.3. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS	18
V.4. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SRC EN ARGENTINA	19
V.5. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	19
V.5.A. Primer caso detectado	19
V.5.A.i. Generalidades y fechas de interés	19
V.5.A.ii. Laboratorio	19
V.5.A.iii. Investigación epidemiológica	20
V.5.B. Segundo caso detectado	21
V.5.B.i. Generalidades y fechas de interés	21
V.5.B.ii. Laboratorio	22
V.5.B.iii. Investigación epidemiológica	22
V.5.C. Tercer caso detectado	23
V.5.C.i. Generalidades y fechas de interés	23
V.5.C.ii. Laboratorio	24
V.5.C.iii. Investigación epidemiológica	24
V.5.D. Comentarios para los tres casos	25
V.6. VIGILANCIA DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA	25
V.6.A. Definiciones operacionales de caso sospechoso	25
V.6.A.i. Definición operacional de caso sospechoso de Sarampión-Rubéola:	25
V.6.A.ii. Definición operacional de caso sospechoso de Síndrome de Rubéola Congénita	26
V.6.B. Pasos de la Vigilancia	26
VI. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI	28
VI.1. INTRODUCCIÓN	28
VI.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAa	28
VI.1.B. Nota metodológica	28
VI.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL	28



VI.2.A.	<i>Situación regional</i>	29	
VI.2.A.i.	<i>Fiebre Amarilla en Brasil</i>	29	
VI.2.B.	<i>Situación actual en Argentina</i>	29	
VI.3.	ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-16)	30	
VI.3.A.	<i>Antecedentes y situación actual</i>	31	
VI.3.B.	<i>Dengue</i>	34	
VI.3.C.	<i>Fiebre amarilla</i>	35	
VI.3.D.	<i>Zika</i>	36	
VI.3.E.	<i>Fiebre Chikungunya</i>	36	
VII.	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	37	
VII.1.	INTRODUCCIÓN	37	
VII.2.	SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA	37	
VII.3.	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS.....	38	
VII.4.	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	38	
VII.4.A.	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	38	
VII.4.B.	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	40	
VII.4.C.	<i>Neumonía</i>	41	
VII.4.D.	<i>Infeción Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	42	
VII.5.	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA)	45	
VIII.	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y SITUACIÓN MENORES DE 20 AÑOS.	48	
VIII.1.	INTRODUCCIÓN	48	
VIII.2.	SITUACIÓN EN ARGENTINA.....	48	
VIII.2.A.	<i>Actualización casos y tasas históricas</i>	48	
VIII.2.B.	<i>Evaluación 2016 total país</i>	50	
VIII.3.	SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE LA TBC EN LA CABA.....	50	
VIII.3.A.	<i>Antecedentes año 2017</i>	50	
VIII.3.B.	<i>Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018</i>	50	
VIII.3.C.	<i>Características de la población</i>	52	
VIII.3.C.i.	<i>Sexo y edad</i>	52	
VIII.3.C.ii.	<i>Localización y co-morbilidades</i>	53	
VIII.3.D.	<i>Distribución según efectores</i>	54	
VIII.3.E.	<i>Evaluación de los casos</i>	57	
VIII.4.	ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN MENORES DE 20 AÑOS.	59	
VIII.4.A.	<i>Situación nacional</i>	59	
VIII.4.A.i.	<i>Tendencia histórica</i>	59	
VIII.4.A.ii.	<i>Comparación provincial y variación porcentual</i>	60	
VIII.4.A.iii.	<i>Evaluación de los casos</i>	61	
VIII.4.B.	<i>Situación en CABA</i>	62	
VIII.4.B.i.	<i>Tendencia y variación porcentual 2016-2018</i>	62	
VIII.4.B.ii.	<i>Tasas según comuna y grupo de edad</i>	63	
VIII.4.B.iii.	<i>Evaluación de los casos</i>	65	
IX.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	67	
X.	ANEXO: EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO	69	
X.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	69	
X.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS.....	71	
X.3.	INMUNOPREVENIBLES	73	
X.4.	INTOXICACIONES.....	75	
X.5.	MENINGOENCEFALITIS	76	
X.6.	OTROS EVENTOS.....	77	
X.7.	RESPIRATORIOS	78	
X.8.	TRANSMISIÓN VERTICAL	80	
X.9.	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES	81	

SOBRE LAS TAPAS DEL BES

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

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

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

EDITORIAL

El presente BES constituye una edición muy importante para este Ministerio. Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología, se presentan dos informes que dan cuenta y condensan el significativo proceso de trabajo que, creemos, venimos realizando.

El primer análisis describe la situación epidemiológica de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires. En el mismo, se examina de manera particular la situación de los jóvenes menores de 20 años afectados por esta patología.

De acuerdo a los lineamientos nacionales y regionales, y en consonancia con la necesidad de continuar priorizando el abordaje de este evento, desde el Ministerio de Salud se lanzó un intenso trabajo de articulación con diversas instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de fortalecer el trabajo territorial.

De esta manera, al proceso emprendido se sumaron nuevas acciones intensificadas en los barrios más afectados: búsqueda activa de casos, continuidad de cuidados a través del primer nivel de atención, abordajes y nuevas estrategias no tradicionales para adherencia de los pacientes, entre otras actividades de fortalecimiento.

A nivel central se desarrollan capacitaciones para los equipos de salud, vigorizando el sistema de información y la gestión del trabajo de manera integrada. Este proceso se despliega en forma articulada con las diferentes áreas de gobierno mediante un abordaje sistémico, ya que esta compleja enfermedad así lo requiere.

El segundo informe describe la investigación epidemiológica que se llevó a cabo frente a un caso confirmado sin viaje de sarampión. Mediante una labor que incluyó numerosas acciones de profesionales y de todo el equipo de Salud de diferentes ámbitos, se logró encontrar la probable fuente de infección del caso y, a partir de esto, afirmar que se trató de un caso relacionado con la importación. Quedan aún pendientes determinaciones de laboratorio que certifiquen genotipo y linaje del virus. La vigilancia clínica y de laboratorio de este evento de salud debe ser sostenida a lo largo del tiempo con una elevada sensibilidad y calidad, a fin de mantener al país y a la ciudad libre de la probable reintroducción del virus salvaje del sarampión y la rubéola.

Con la convicción de que el compromiso emprendido da cuenta de los cambios y que la transparencia en la difusión de las acciones es parte sustancial de la epidemiología, esperamos que estos análisis sean de utilidad para el trabajo diario de los equipos y que constituyan herramientas para los equipos de salud.

Hasta el próximo BES!



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

I. EL BES...

I.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

I.2.A. 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 y las ETI) 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 2018, en relación con el acumulado del 2017 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 subtotales y los porcentajes que representan para la totalidad de la notificación para ese evento.

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

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

1.2.C. Otras fuentes

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

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

II. RESUMEN EJECUTIVO

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

- [Vigilancia de la Tuberculosis y situación en menores de 20 años](#)
- [Vigilancia de las EFE y descripción de los casos de Sarampión de la CABA](#)

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se exhiben en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 15 de 2018**, los siguientes resultados generales:

- Incremento en la notificación de las infecciones de transmisión sexual, en especial sífilis.
- Leve aumento en algunas meningoencefalitis
- Incremento de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves
- Como todos en todos los BES actuales: Situación ETMAa y Respiratorias

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.

III.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 15** del corriente año (finalizada el 7 de abril) y se compara con el mismo período del año 2017 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 15** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	52	51		-2
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	43	26		-40
	SÍFILIS CONGÉNITA*	113	77		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	193	109		-44
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	64	59		-8
	SECRECIÓN PURULENTA EN VARONES	28	37		32
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	78	43		-45
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	143	207		45
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	232	254		9
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	134	89		-34
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	276	150		-46
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	20	22	2	
	ARANEISMO	2	1	-1	
	OFIDISMO	0	0	0	
Gastroentéricas	DIARREAS	7794	8854		14
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	78	86		10
	DIARREAS BACTERIANAS	11	8	-3	
	DIARREAS VIRALES	2	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	2	18	16	
	HEPATITIS B	23	13	-10	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	1	0	
	HEPATITIS C	15	20	5	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	16	16	
Inmunoprevenibles	COQUELUCE*	12	15	3	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	3	53	50	
	PAF*	0	2	2	
	PAROTIDITIS	35	54		54
	VARICELA	311	201		-35
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	39	11	-28	
	POR METALES PESADOS	0	0	0	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	21	13	-8	
	POR OTROS TÓXICOS	36	13	-23	
	POR PLAGUICIDAS	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	1	0	

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 15** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	40	27	-13	-33
	MORDEDURA POR RATA	3	2	-1	
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	1	1	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	5	4	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	3	4	1	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	1	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	1	1	0	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	9	4	-5	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	1	1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	8	3	-5	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	8	4	-4	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	1	3	2	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	1	0	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	25	6	-19	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	
	TUBERCULOSIS*	VER INFORME TBC			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	1184	936		-21
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	2701	3292		22
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	300	443		48
	NEUMONIA	1242	1363		10
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	1	0	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	
	HANTAVIROSI	28	8	-20	
	PSITACOSIS	6	8	2	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	28	5	-23	
	PALUDISMO	1	2	1	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	2	1	-1	

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

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

IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	2	0	34	16	52	3	1	46	1	51		-2
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	43	0	0	43	43	26	0	0	0	26		-40
	SÍFILIS CONGÉNITA*	16	2	82	13	113	12	5	60	0	77		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	193	0	0	0	193	109	0	0	0	109		-44
Enfermedades de Transmisión Sexual	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					59	-8
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					28	32
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					78	-45
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					143	45
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					232	9
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					134	-34
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					276	-46

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

Los datos presentados de **Chagas Congénito y en Embarazada de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 73** y hasta la SE 12 2017-2018 en el **BES N° 85**.

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 75** y hasta la SE 14 2017-2018 en el **BES N° 87**.

IV.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	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	4	9	7	0	20	2	4	16	0	22		10
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	1	0	1	-1	
	OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

IV.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
Gastroentéricas	DIARREAS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					7794	8854	14
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	78	0	0	0	78	86	0	0	0	86		10	
	DIARREAS BACTERIANAS	11	0	0	0	11	8	0	0	0	8	-3		
	DIARREAS VIRALES	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1		
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0		

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

Los datos presentados de las **Diarreas de 2016-2017** hasta la SE 52 se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la SE 13 2017-2018 en el **BES N° 86**.

IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	2	0	0	0	2	13	2	3	0	18	16	
	HEPATITIS B	10	5	8	0	23	10	0	3	0	13	-10	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	
	HEPATITIS C	10	1	4	0	15	16	0	4	0	20	5	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	7	0	9	0	16	16	

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

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	5	0	7	0	12	7	0	7	1	15	3		
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	2	3	2	0	45	6	53	50		
	PAF*	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2		
	PAROTIDITIS	3	5	27	0	35	10	1	43	0	54		54	
	VARICELA	NO CORRESPONDE					311	NO CORRESPONDE					201	

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 Poliomiélitis 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.

Los datos presentados de las **Diarreas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 13 2017-2018** en el **BES N° 86**.

IV.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	8	6	25	0	39	0	0	11	0	11	-28	
	POR METALES PESADOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	7	10	4	0	21	1	0	12	0	13	-8	
	POR OTROS TÓXICOS	28	1	7	0	36	6	0	7	0	13	-23	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	

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

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.

IV.7. LESIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	5	35	0	0	40	26	0	1	0	27		-33
	MORDEDURA POR RATA	0	3	0	0	3	1	1	0	0	2	-1	

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

IV.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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	0	0	1	2	0	3	0	5	4
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	1	1	1	0	3	0	0	4	0	4	5
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	2
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	0	0	6	3	9	0	0	4	0	4	13
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	8	0	0	0	8	3	0	0	0	3	10
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	2	0	5	1	8	0	1	3	0	4	11
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	1	0	0	0	1	1	1	0	1	3	3
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

IV.9. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	25	0	0	0	25	6	0	0	0	6	-19	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TUBERCULOSIS*	VER INFORME TBC											

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

La caracterización de [Tuberculosis](#) se desarrolla de manera ampliada en el apartado correspondiente.

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 76** y hasta la **SE 14 2017-2018** en el **BES N° 87**.

IV.10. RESPIRATORIAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					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					936	-21
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					3292	22
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					443	48
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					1363	10

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

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

IV.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	1	0	27	0	28	1	0	3	4	8	-20	
	PSITACOSIS	4	0	2	0	6	0	0	8	0	8	2	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	0	4	13	11	28	0	0	4	1	5	-23	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	1	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	2	0	2	0	0	1	0	1	-1	

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

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

V. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES FEBRILES EXANTEMÁTICAS Y CASOS DE SARAMPIÓN DE LA CABA

V.1. INTRODUCCIÓN

V.1.A. *Sobre el sarampión en la CABA*

En esta edición, se expondrán fundamentalmente los casos de sarampión confirmados de la Ciudad.

Ante la circulación del virus de sarampión en países de América y el resto del mundo, la importación de casos es actualmente la forma de entrada del mismo al país y la Ciudad.

Se deberá tener en cuenta que la Ciudad de Buenos Aires no presenta casos autóctonos desde 1999 y que confluyen en el momento actual varios factores que pueden desencadenar un brote ante la introducción de un caso: el incremento de susceptibles; la vigilancia cuya tasa de detección, durante varios años, no llegó a la establecida internacionalmente; bajas coberturas de vacunación y que la Ciudad representa el punto más importante del país para la entrada y salida de turistas hacia y desde otros países del mundo.

La principal medida para evitar la reintroducción y diseminación del virus del sarampión y la rubéola es sin duda la vacunación de la población susceptible; ésta, junto a un sistema de vigilancia (clínica y de laboratorio) de alta calidad y suficientemente sensible son los pilares para impedir la producción de brotes relacionados con la importación y mantener eliminada esta enfermedad. El sistema de Vigilancia cumple el rol fundamental: detectar oportunamente los casos sospechosos a fin de accionar de manera rápida y efectiva.

En los países donde la inmunización ha reducido sustancialmente la incidencia del sarampión, si las coberturas de vacunación no se mantienen elevadas, puede dar como resultado el resurgimiento de la enfermedad.²

V.1.B. *El 2018: vacunación y eventos masivos*

En los meses de septiembre y octubre de 2018 se realizará en Argentina la Campaña Nacional de Seguimiento de Vacunación con triple viral aplicada como dosis extra en niños de 1 a 4 años, de acuerdo a la Resolución Ministerial 2334-E/2017 publicada en el Boletín Oficial el 7 de diciembre de 2017³. Esta campaña se realiza cada 4 años y el objetivo es reducir la población susceptible vacunando al menos al 95% de esta población.

Se debe recordar que en los próximos meses se realizarán dos eventos deportivos masivos que congregarán a personas de diferentes nacionalidades:

- **Viajeros al exterior: Copa Mundial de la FIFA 2018 (14 de junio al 14 de julio)**, con sede en Rusia.
- **Viajeros que ingresarán al país: Juegos Olímpicos para la Juventud, Buenos Aires 2018 (6 al 18 de octubre)**. La Ciudad presenta la mayoría de las instalaciones dónde se realizarán las actividades y además la Villa Olímpica de la Juventud situada en la Comuna 8, que será el hogar, durante dos semanas, de los jóvenes atletas de todo el mundo. En el desarrollo de Juegos, la Villa albergará, entre otros, a 3.998 atletas y 2.170 miembros de los equipos técnicos.

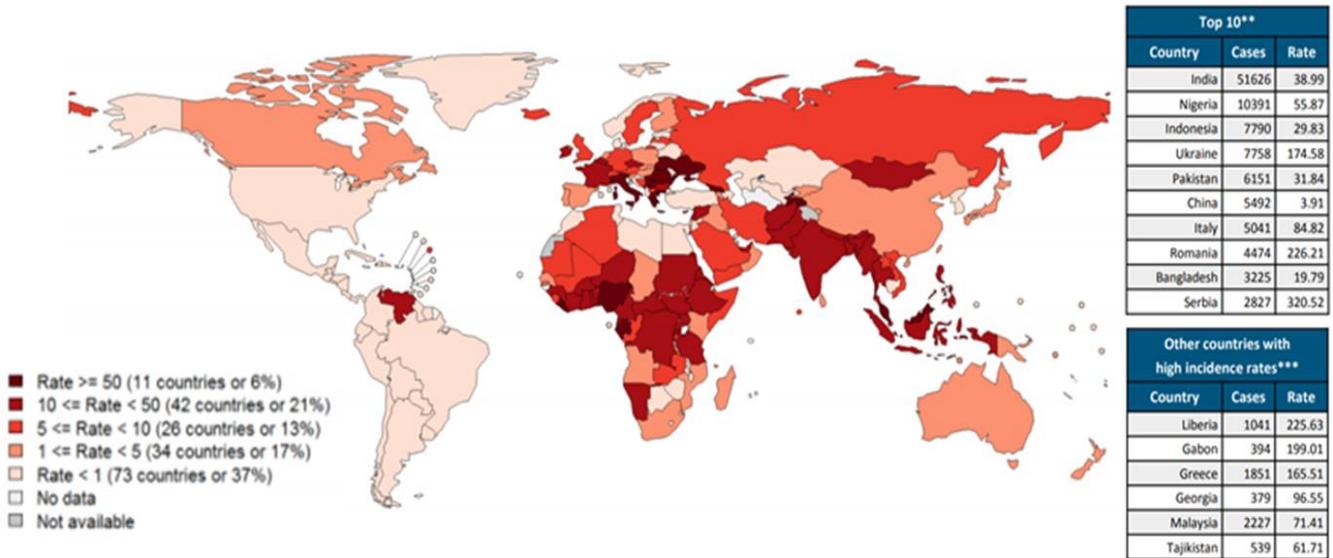
V.2. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN EN EL MUNDO

En el mapa que a continuación se presenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) expone las tasas de casos confirmados por millón de habitantes según país en un período de 12 meses

²Modificado de: Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire 28 APRIL 2017, 92th YEAR / 28 AVRIL 2017, 92e ANNÉE No 17, 2017, 92, 205–228 Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf?ua=1>

³ Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNorma/175832/20171207>

Mapa 1. Tasas de incidencia acumulada de sarampión por millón de habitantes según países. Período 12 meses, marzo 2017 a febrero de 2018.

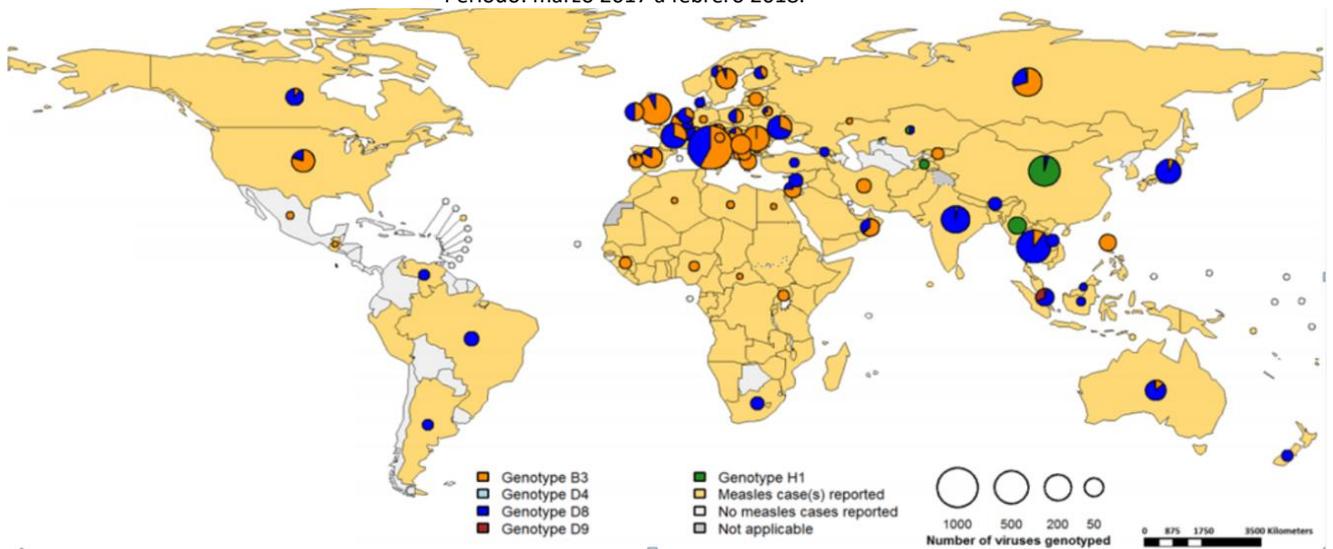


Fuente: Organización Mundial de la Salud. Basado en datos recibidos hasta el mes de abril de 2018.

La mayoría de los Estados Miembros presentan a la OMS informes mensuales sobre casos sospechosos y confirmados de sarampión y rubéola identificados a través de sus sistemas nacionales de vigilancia de enfermedades. En general, la cantidad de casos informados refleja una pequeña proporción de la cantidad real de casos que ocurren en la comunidad. Muchos casos no buscan atención médica o, si se diagnostican, no se informan. Además, hay un retraso de uno a dos meses en informar. Por estos motivos, los datos proporcionados no representan el número real de casos, especialmente los que ocurren en el último mes o dos meses.

En el siguiente mapa se muestran los genotipos de sarampión identificados en un período de 12 meses.

Mapa 2. Distribución de genotipos de sarampión según países. Período: marzo 2017 a febrero 2018.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Basado en datos recibidos hasta el mes de abril de 2018.

Gráficos circulares proporcionales a la cantidad de virus secuenciados.

De acuerdo a la base de datos MeaNS (Genotipos), los genotipos B3 y D8 son los de mayor distribución mundial en el período analizado.

V.3. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS⁴

En la siguiente tabla se presentan los datos de casos de sarampión en la región de las Américas publicados en el último boletín semanal de sarampión-rubéola de la Organización Panamericana de la Salud.

Tabla 1 Clasificación de casos sospechosos de sarampión en las Américas
Período: SE 01-15, Año 2018

Subregión y país		Casos sospechosos 2017	Sarampión confirmado 2018			Año/Sem. último caso conf. de sarampión
			Clin.	Lab.	Total	
AND	BOL	52	0	0	0	2000-40
	COL	596	0	11	11	2018-15
	ECU	169	0	1	1	2018-13
	PER	165	0	2	2 ^a	2018-08
	VEN	142	0	279	279 ^a	2018-04
BRA	BRA	912	0	96	96	2018-14
CAP	CRI	16	0	0	0	2014-09
	GTM	223	0	1	1	2018-03
	HND	87	0	0	0	1998-16
	NIC	108	0	0	0	1994-14
	PAN	22	0	0	0	2011-20
	SLV	87	0	0	0	2001-19
CAR	CAR	102	0	1	1	2018-03
LAC	CUB	171	0	0	0	1993-27
	DOM	0	0	0	0	2011-18
	HTI	63	0	0	0	2001-39
MEX	MEX	1195	0	4	4 ^a	2018-14
NOA	CAN	5	5	2018-14
	USA	41	41 ^b	2018-13
SOC	ARG	69	0	1	1	2018-12
	CHL	41	0	0	0	2015-27
	PRY	234	0	0	0	1998-44
	URY	0	0	0	0	1999-08
TOTAL		4454	0	442	442	--

Fuente: OPS/OMS: Boletín semanal de sarampión 14 de abril 2018.

Desde el 31/12/2017 al 14/04/2018 (SE 1-15) han sido notificados 442 casos confirmados de sarampión en la región de las Américas. Venezuela, Brasil y los Estados Unidos suman el 94,1% de los casos confirmados en la región, correspondiendo el 63,1, 21,7 y 9,3% respectivamente a dichos países.

En la tabla 2 se muestra la clasificación de los casos confirmados según la fuente de infección, para el mismo período.

Tabla 2 Fuente de la infección de los casos confirmados de sarampión y de rubéola
Período SE 01-15. Año 2018

Subregión y País		Sarampión			
		I	RI	CAP	D
AND	BOL	11			
	COL				
	ECU				1
	PER				2
	VEN		84		195
BRA	BRA				96
CAP	CRI				
	GTM	1			
	HND				
	NIC				
	PAN				
	SLV				
CAR	CAR	1			
LAC	CUB				
	DOM				
	HTI				
MEX	MEX	4			
NOA	CAN	5			
	USA	16	25		
SOC	ARG				1
	CHL				
	PRY				
	URY				
TOTAL		39	109	0	295

Fuente: OPS/OMS: Boletín semanal de sarampión 14 de abril 2018

I= Importado. RI= Relacionado con la importación. CAP= Caso adquirido en el país. D= caso de origen desconocido

⁴ OPS/OMS: Boletín semanal de sarampión 14 de abril 2018

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730&Itemid=39426&lang=es

En el 69% de los casos notificados por Venezuela y el 100% de los casos reportados por Brasil, (entre los países con mayor número de notificaciones) no se pudo identificar su origen a la fecha de la publicación de este boletín. El primer caso notificado por Argentina (CABA) estaba, aún a esa fecha, clasificado como de origen desconocido pues no se había hallado su origen.

V.4. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN, LA RUBÉOLA Y EL SRC EN ARGENTINA ⁵

En Argentina no se registran casos endémicos de sarampión desde el año 2000 y de rubéola y síndrome de rubeola congénita desde el 2009.

Desde entonces se registraron hasta el año 2017: 29 casos de sarampión importados y relacionados a la importación. En 2009, 3 casos en CABA y 1 en Santa Fe; en 2010, 17 casos en provincia de Buenos Aires posterior al Mundial de Fútbol de Sudáfrica; en 2011, 2 casos en Río Negro y 1 caso en Santa Fe; en 2012, 1 caso en CABA y 1 en provincia de Buenos Aires, en 2014, 1 un caso en CABA y en 2017 3 casos en la provincia de Tucumán.

Durante el año 2018 se detectaron 3 casos confirmados de Sarampión residentes en la Ciudad de Buenos Aires y no han sido notificados otros casos en otras provincias del país.

V.5. SITUACIÓN DEL SARAMPIÓN Y RUBÉOLA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

En el transcurso del año 2018 fueron confirmados en residentes de la Ciudad de Buenos Aires tres casos de sarampión, dos de ellos importados y un caso relacionado con la importación. No fueron confirmados casos de rubéola ni SRC en la Ciudad.

Un caso de sarampión fue confirmado en una lactante de 8 meses, sin antecedente de viaje.

Dos casos fueron confirmados en adultos, que presentaron como antecedente epidemiológico viaje al sudeste asiático.

V.5.A. Primer caso detectado

V.5.A.i. Generalidades y fechas de interés

- **SE 13: Lactante de 8 meses sin antecedente de viaje (Caso índice).**
- Se trató de un lactante de 8 meses, domiciliado en la comuna 5 de la Ciudad. No presentó antecedentes de viajes ni visitas recibidas de áreas con circulación activa del virus.
- Paciente no vacunada por no corresponder por edad.
- **21/03** inicia con fiebre, catarro bronquial y nasal. **25/03** exantema. (Consultas: telefónica y a domicilio)
- **26/03** consulta efector asistencial de la Ciudad donde se decide la internación para observación y diagnóstico.
- **27/03** se obtiene resultado de IgM positiva realizada en el efector de asistencia y es comunicado en el mismo día en horas de la noche a la Gerencia Operativa de Epidemiología (GOE).
- **28/03** Inicio de la Investigación: Interrogatorio: padres y profesional asistente. Toma de muestras que fueron derivadas al laboratorio de referencia local (laboratorio de Virología del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez). En las últimas horas del día se obtienen como resultados: IgM positiva y se realiza la caracterización molecular (genotipificación) de los virus de sarampión detectados por qRT-PCR en las muestras de suero y orina. Las secuencias nucleotídicas resultantes coincidieron en ambas muestras, revelando que la cepa fue del **genotipo D8**.

V.5.A.ii. Laboratorio

La muestra es derivada días más tarde al Servicio Virosis Respiratorias del INEI-ANLIS” Dr. Carlos G. Malbrán”. Laboratorio de Referencia Nacional, quien confirma el genotipo y además provee información

⁵ Boletín Integrado de Vigilancia. N° 395– SE 52 2017. Ministerio de Salud de la Nación

adicional, estableciéndose su linaje que tiene una homología del 100% con cepas reportadas en 2017 por varios países, entre ellos Italia, Malasia, Tailandia y Japón.

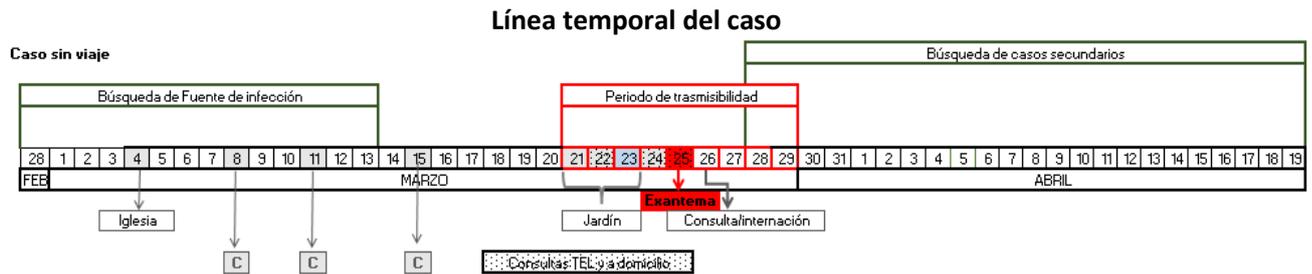
Hasta la fecha de ocurrencia de este caso en el 2018, este linaje solo había sido reportado por Tailandia.

Cabe mencionar que la secuencia obtenida difiere con la cepa que en la actualidad circula en Venezuela y que ha producido casos en Brasil.

V.5.A.iii. Investigación epidemiológica

Inició 28/03:

Teniendo en cuenta el relato de familiares se confecciona la línea temporal a fin de facilitar: la identificación de la fuente de infección, determinar los contactos y realizar el seguimiento de los mismos e identificar precozmente casos secundarios. El interrogatorio para obtención de datos fue realizado en más de una oportunidad



Fuente: GOE. Ministerio de salud

C= Consulta (se refiere tanto a consultas clínicas como servicios de exámenes complementarios)

Para búsqueda de fuente de infección:

Se identificaron los lugares que la paciente frecuentó y por los que se desplazó teniendo en cuenta los periodos de incubación (mínimo y máximo) previos al inicio de los síntomas.

- Se realizó búsqueda activa retrospectiva de casos en:

Tres hospitales públicos generales de agudos donde pudiera haber concurrido la fuente de infección teniendo en cuenta el domicilio del caso y lugares frecuentados.

Centros de Salud del GCBA a través del sistema informatizado.

Institución de asistencia del caso.

Institución no educativa.

Para búsqueda de probables casos secundarios:

Seguimiento de contactos teniendo también en cuenta lugares frecuentados y desplazamientos durante el período de transmisibilidad.

Medidas de prevención y control:

En contactos: Vacunación de bloqueo descendiendo edad de vacunación (6 meses a 11 meses). Una dosis extra de vacuna entre los contactos de 1 a 4 años y completar dos dosis a quienes no las tuvieran entre los 5 años en adelante a excepción de los nacidos antes de 1965. Gammaglobulina a contactos menores de 6 meses.

Posta de vacunación y en zona aledaña a institución no educativa donde concurría una vez a la semana.

Monitoreo de coberturas y vacunación en escuelas y jardines de infantes y maternales de la ciudad con la finalidad de vacunar a los no vacunados o con vacunación incompleta, completando esquemas.

Evaluación de coberturas en personal de salud vacunando a quienes no cuenten con dos dosis con componente sarampión.

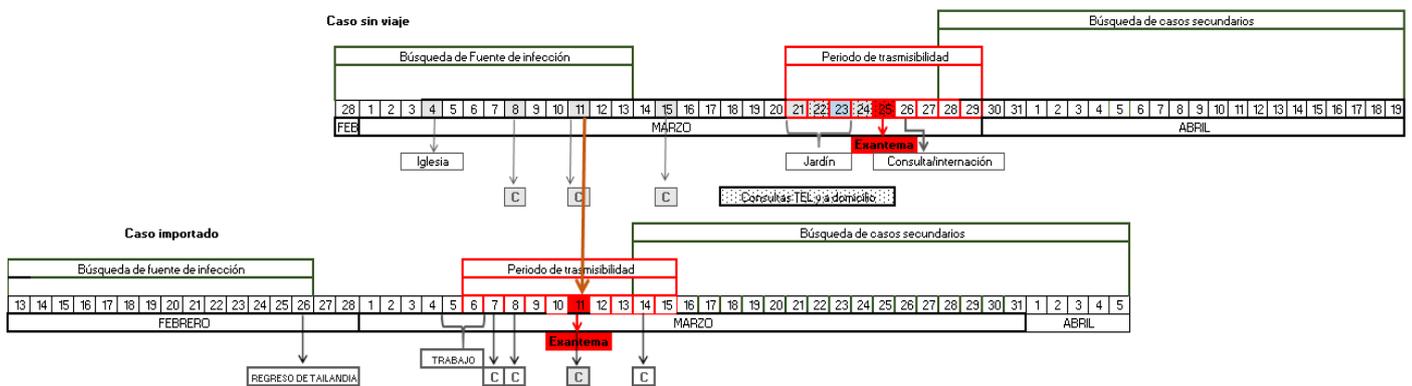
Difusión del caso a través de medios masivos, por parte de profesionales del Ministerio de Salud: autoridades, expertos, Gerente Operativo de Epidemiología destinado a: profesionales de la salud y comunidad en general de a fin de dar a conocer la situación y divulgar medidas de prevención y control.

Otras actividades:

- ✓ Fueron estudiados por laboratorio aquellos pacientes notificados como sospechosos de enfermedades transmitidas por mosquitos que hayan presentado también exantema como parte del cuadro clínico.

- ✓ Se inició un ciclo de reuniones semanales desde la notificación del caso a la actualidad: para: evaluar las conductas adecuadas para cada situación y momento; seguimiento de la investigación y de las acciones realizadas con presencia de Ministra de salud, otras autoridades del mismo ministerio, como integrantes del comité de expertos y participación de todos los sectores involucrados en la investigación y en las acciones a nivel comunitario (atención primaria, atención comunitaria, áreas programáticas correspondientes a la residencia del caso y a lugares frecuentados. Programa de inmunizaciones, Gerencia de Epidemiología, De la reunión inicial participaron además: Subsecretaria del Ministerio de Salud de la Nación, Directora de Epidemiología Nacional, Director de Epidemiología de la Provincia de Buenos Aires, profesionales de prensa y comunicación de la Ciudad y Provincia de Buenos Aires.
- ✓ Actualizaciones periódicas del caso sobre el curso de la investigación, dividida por escenarios que se distribuyen a autoridades e involucrados.
- ✓ Elaboración de partes de prensa
- ✓ Evolución del caso:
- ✓ La paciente evolucionó favorablemente, sin presentar complicaciones.
- ✓ Conclusiones del caso:
- ✓ En el seguimiento de los contactos no fueron detectados casos secundarios.
- ✓ **En la búsqueda retrospectiva se identificó un caso de enfermedad febril exantemática con antecedente de viaje a Tailandia e Indonesia, constituyéndose el paciente en la probable fuente de infección por estar vinculado epidemiológicamente con el caso Índice que fuera ya confirmado por laboratorio, (la cepa identificada en el caso índice es la que circuló por Tailandia en 2018). El caso importado concurre a la misma institución de salud que el caso índice y coincidieron en un día en el mismo ambiente físico y horario. El hallazgo del nexo epidemiológico entre los dos casos requirió más de una intervención por parte de los profesionales de efector asistencial.**

Líneas temporales de ambos casos:



Fuente: GOE. Ministerio de salud

C= Consulta (se refiere tanto a consultas clínicas como servicios de exámenes complementarios)

La notificación, comunicación del caso y alerta epidemiológica sensibilizaron ampliamente al sistema de salud.

No fueron detectados casos confirmados en las notificaciones de otros casos sospechosos, notificados al sistema de Vigilancia (sin relación de contacto con el caso índice).

V.5.B. Segundo caso detectado

V.5.B.i. Generalidades y fechas de interés

- **Momento de ocurrencia del caso: SE 12. Notificación: SE 14.**
- **Paciente de 26 años con antecedente de viaje.**

- El día 9/04/2018 la Gerencia Operativa de Epidemiología toma conocimiento de un caso de sarampión con resultado de IgM positiva realizada en efector privado, en paciente residente de la Ciudad de Buenos Aires.
- Paciente de 26 años. Sexo femenino. Residencia habitual CABA. Comuna 1
- Antecedente de viaje a: Singapur, Camboya, Tailandia y 12 horas en Tokio.
- Fechas de viaje: salida 10/02/18 con regreso el 06/03/18.
- Fecha de ingreso al país: 06/03/18. Asintomática
- Fecha de inicio de fiebre: 15/03 Fecha inicio del exantema: 20/03
- 20/03: exantema generalizado 2 días. Por referencia de la paciente al tercer día, el mismo era inexistente. Siempre se mantuvo en buen estado general, en condición de ambulatoria.
- No consulta ya que fue asistida por familiar médico. Sólo concurre a consulta médica en efector de salud para alta médica y autorización de reingreso laboral, 17 días post exantema (06/04), lo que generó la notificación. Sí se dirigió a laboratorio con orden realizada por familiar el día: 23/03/18, en que se toma muestra de sangre.
- Vacunación con componente sarampión: asegura vacunación previa.
- Viajeros acompañantes: Amigas.

V.5.B.ii. Laboratorio

23/03: concurre al laboratorio de efector privado (dónde no tuvo tiempo de espera) y se realiza extracción de muestra de sangre. Se efectúa serología para: Virus de Epstein-Barr y citomegalovirus: IgM negativa e IgG positiva para ambos.

Serología para sarampión **IgM positiva**.

V.5.B.iii. Investigación epidemiológica

Inicio 09/04:

Al tomar conocimiento del caso se interroga a la paciente a fin de obtener datos complementarios: clínicos, del itinerario y desde su regreso lugares visitados y otros contactos durante el período de transmisibilidad.

Se solicita al laboratorio dónde se procesó la primera muestra, una alícuota de la misma y se solicita una segunda muestra de sangre y primer muestra de orina que se derivan al Servicio Virosis Respiratorias del INEIANLIS" Dr. Carlos G. Malbrán". Laboratorio de Referencia Nacional.

Resultados de laboratorio obtenidos: IgM positiva para sarampión. Seroconversión de IgG, confirmándose el caso.

Se confecciona la línea temporal:



Fuente: GOE. Ministerio de salud

Teniendo en cuenta la misma se da inicio a la investigación Para detección de fuente de infección y casos secundarios:

Para búsqueda de fuente de infección:

Lugares probables de infección:

Tailandia: permaneció del 21/02/18 al 4/03/18

21 al 25 de Febrero: Koh Phi Phi.

25 de Febrero al 03 de marzo: Koh Phangan.

3 de marzo al 4 de marzo: Bangkok

Japón: 5 de marzo (Tokio) escala de 12 horas. Visitan punto turístico. Tren de ida y vuelta al aeropuerto.

Vuelos de regreso: Bangkok- Tokio / Tokio- Nueva York / Nueva York- Ezeiza/

Ingreso al país: 06/03/2018

Para búsqueda de probables casos secundarios (entre el 23 de marzo y el 14 de abril):

Contactos familiares convivientes y no convivientes.

Contactos del lugar de trabajo.

Lugares donde concurrió.

Se realizó relevamiento de contacto interrogando síntomas compatibles y antecedente de vacunación e indicando dosis de vacuna a los incompletamente vacunados.

Otras acciones:

Se comunica el caso a autoridades de CABA, Ministerio de salud Nacional y otros actores involucrados.

Se investigó nexo epidemiológico con el primer caso detectado, no hallándose el mismo.

Se siguieron estudiando casos sospechosos notificados que no presentaron nexo con el caso.

Fueron estudiados por laboratorio aquellos pacientes notificados como sospechosos de enfermedades transmitidas por mosquitos que hayan presentado también exantema como parte del cuadro clínico.

Se incluyó a este caso en las e reuniones semanales.

Se realiza parte de prensa.

Actualizaciones periódicas del caso sobre el curso de la investigación, dividida por escenarios.

Elaboración de partes de prensa

Conclusión:

Caso Importado de Sarampión.

No fueron detectados casos secundarios.

No se halló ninguna relación de probable contacto con el caso confirmado sin viaje.

V.5.C. Tercer caso detectado

V.5.C.i. Generalidades y fechas de interés

- **Síntomas SE 11: Paciente de 21 años con antecedente de viaje a Tailandia e Indonesia.**
- En el marco de la búsqueda activa (realizada como parte de la investigación del primer caso de sarampión confirmado sin antecedente de viaje de nuestra Ciudad), el día 19 de abril aproximadamente 19 hs. la Gerencia de Epidemiología es informada de un caso sospechoso de sarampión en un paciente con antecedente de viaje a Tailandia e Indonesia.
- Paciente de sexo masculino y 21 años de edad. Domiciliado en la comuna 11 de la Ciudad de Buenos Aires
- Fecha de inicio de fiebre: 06/03/2018
- Fecha de inicio del exantema: 11/03/2018
- Antecedente de viaje: Tailandia e Indonesia. Destinos visitados: Bangkok, Phuket, Ko Phi Phi, Bali, escala en aeropuerto de Singapur. (3 hs.)
- Fecha de Salida: 29/01/2018. Fecha de regreso al país: 26/02/2018
- Fecha de toma de muestra para sarampión: 20/04/2018
- Vacunación con componente sarampión: No recuerda.
- Viajeros acompañantes: familiar (uno).

V.5.C.ii. Laboratorio

Lugar de toma de muestra y procesamiento: Por la mañana laboratorio de referencia de la Ciudad. Fecha procesamiento: 20/04/2018

Se derivó también muestra de suero al laboratorio de referencia Nacional a las 16 hs. del 20/04/2018.

Laboratorio del efector de asistencia: Serología para: Virus de Epstein-Barr (EBV) y citomegalovirus (CMV): IgM negativa e IgG negativas para ambos. Otras determinaciones sin resultados positivos.

V.5.C.iii. Investigación epidemiológica

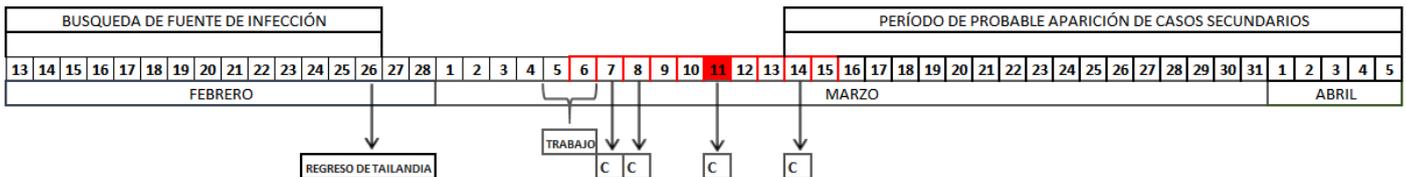
Inicio 20/04:

19/02 Se recibe notificación del caso y comunicación con el efector asistencial para ampliar información.

20/02

- Comunicación con los efectores (asistencial y de laboratorio) a fin de organizar la derivación del paciente para toma y envío de muestras de sangre. (laboratorios de referencia de CABA y Nacional).
- Ingreso de muestra al laboratorio de referencia CABA 11 hs. Laboratorio de referencia Nacional 16 hs.
- Obtención de resultados de laboratorio 20/04. Laboratorio de referencia de CABA. IgM positiva. PCR positiva en muestra de sangre. Confirmación del caso de sarampión importado. Pendiente: Eventual genotipificación (muestra tardía con escasa carga viral).
- Se interroga al paciente para ampliación de la información. Se elabora la línea temporal

Línea temporal



- Fuente: GOE. Ministerio de salud

C= Consulta (se refiere tanto a consultas clínicas como servicios de exámenes complementarios)

Para búsqueda de fuente de infección (Del 13/02 al 26/02):

Destinos probables de infección:

- Phuket, (Tailandia), aquí permaneció en total 13 días; desde el 08/02 al 17/02 y del 19/02 al 24/02 a la madrugada. No recuerda contactos con fiebre y exantema.
- Kho Phi Phi (Tailandia) del 17 al 19/02.
- Bangkok (Tailandia), del 24 al 25 por la noche.
- 25/02: aprox. 22 hs. emprende el regreso desde Bangkok, con escala en Aeropuerto de Estambul de 6 a 7 hs.
- 26/02: Arriba a Ezeiza aprox. 23.30 hs

Todo el viaje asintomático y fuera del período de transmisibilidad

Para búsqueda de casos secundarios (14/03 al 05/04):

Familiares convivientes y no convivientes: todos asintomáticos un solo niño de 5 años al que se indica segunda dosis de triple viral. Resto certificar dos dosis con componente de sarampión.

Amigos: contacto con 4 amigos, asintomáticos.

Trabajo: Ninguno de los contactos laborales presentó fiebre y exantema (sólo concurrió el primer día del período de transmisibilidad).

Actividades sociales: sólo un lugar de comidas.

Efector asistencial: Los profesionales de dicho efector realizaron dos búsquedas activas en el mismo. En la primera se detecta el caso sospechoso y en la segunda se logra establecer ámbito y horario de trabajo en el que coincidió con el caso índice.

Actualmente realizando búsqueda activa de este caso en relación a sus días de consulta.

Evolución del caso:

Paciente ambulatorio todo el proceso. Sin complicaciones.

Conclusión:

Caso importado confirmado.

Se encuentra nexos epidemiológico con caso índice.

No fueron detectados al momento

Pendiente:

- Concluir la investigación de laboratorio. Genotipificación, linaje. (escasa carga viral por el tiempo transcurrido)
- Continuar con la investigación epidemiológica de contactos del caso (laborales, del efector asistencial, y personales) a fin detectar otros afectados y controlar esquemas de vacunación.

V.5.D. Comentarios para los tres casos

- Se continúan aún acciones de vacunación en la población.
- Persiste la investigación de los casos.

La notificación de casos sospechosos desde la detección del primer caso se ha incrementado de manera importante, tanto por efectores públicos como privados de la CABA. A la Semana epidemiológica actual se ha alcanzado la tasa de notificación internacionalmente establecida.

La notificación de casos sospechosos desde la detección del primer caso se ha incrementado de manera importante, tanto por efectores públicos como privados de la CABA. A la Semana epidemiológica actual (17) la Ciudad ha alcanzado la tasa de notificación internacionalmente establecida de 2 casos/100.000 habitantes.

V.6. VIGILANCIA DE SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Dada la semejanza en el cuadro clínico, la investigación epidemiológica y los estudios de laboratorio, **la vigilancia de sarampión y rubéola se realiza en forma integrada como Enfermedad Febril Exantemática (EFE)**, utilizando una definición de caso única para ambas patologías.

V.6.A. Definiciones operacionales de caso sospechoso

V.6.A.i. Definición operacional de caso sospechoso de Sarampión-Rubéola:

Paciente de cualquier edad que presente fiebre y exantema o paciente en que el profesional sospeche sarampión o rubéola.

Esto implica por un lado que:

- 1- Si el profesional **No** sospecha sarampión ni rubéola, pero el paciente presenta fiebre y exantema, el facultativo debe cumplir los pasos de la vigilancia.
- 2- Si el profesional sospecha la enfermedad aunque el paciente no cumpla los estrictos criterios, debe efectuar los pasos de la vigilancia. Esto último aplica por ejemplo a casos de rubéola donde, puede no haberse registrado fiebre o haber presentado sólo febrícula.

A esta vigilancia se integra la del Síndrome de Rubéola Congénita:

V.6.A.ii. Definición operacional de caso sospechoso de Síndrome de Rubéola Congénita

Menor de 1 año de edad, de quien el trabajador de salud sospecha SRC debido a que: 1) se le ha detectado una o más de las siguientes anormalidades luego del nacimiento: cataratas congénitas, defectos cardíacos congénitos, púrpura o hipoacusia; y/o 2) existe una historia de infección por rubéola (confirmada o sospechosa) de la madre durante el embarazo.

V.6.B. **Pasos de la Vigilancia**

1- **Notificar el caso.** Todo profesional que asista a un caso sospechoso deberá confeccionar la ficha epidemiológica (para uso interno), con datos completos, a fin de ser luego ingresada al SNVS^{2.0} modo de notificación del caso. Si el profesional aún no tiene usuario para ingreso al sistema, deberá primero realizar el curso de capacitación del SNVS que se gestiona (para Ciudad de Buenos Aires) a través del mail snvscaba@gmail.com. Mientras esto ocurra pueden realizarse las notificaciones a través del referente de epidemiología institucional (si el paciente está siendo asistido en una institución que ya notifica) y/o directamente por mail a epidemiologiacaba@buenosaires.gob.ar⁶.

2- **Indicar la toma de muestras** en todo caso sospechoso: suero, orina y aspirado o hisopado nasofaríngeo (según el tiempo que medie entre el exantema y la toma de muestra). Si la muestra de suero para IgM fue tomada antes del 5º día post exantema, se requiere tomar una segunda muestra de suero a los 10-14 días de la primera para evitar los posibles falsos negativos. Muestra de orina y aspirado o hisopado nasofaríngeo para detección viral: orina (hasta el día 14 post exantema) y/o hisopado nasofaríngeo (ideal hasta el 4º día post exantema, aceptable hasta el día 7 post exantema).

Si se excede de los plazos estipulados para la tomas de muestra, ante caso altamente sospechoso, comunicarse al mail arriba citado para notificación o al teléfono de guardia epidemiológica.

3- **El laboratorio** del efector que toma las muestras las muestras, deberá remitir las mismas al laboratorio de referencia de la Ciudad para serología y estudio virológico⁷, la derivación de muestras es de dos tipos: **Física:** a través a través del transporte de muestras del GCBA (para entidades estatales). Las muestras, deben conservarse en cuerpo central de la heladera (no congelar) y derivarse en 48 hs. al laboratorio de referencia de la Ciudad⁸ (para pacientes asistidos en efectores de la Ciudad de Buenos Aires) y **On line:** notificando el caso al SNVS^{2.0} y derivando de manera virtual para que el resultado sea cargado, a esa derivación, por el laboratorio de referencia. Si el laboratorio local aún no tiene usuario para ingreso al sistema realizar la misma gestión explicada en el ítem "Notificación del caso".

El laboratorio de referencia investigará los dos virus (sarampión y rubéola) ya que la Vigilancia es integrada para ambas patologías.

4- **Investigación epidemiológica en terreno:** La notificación oportuna determinará el inicio precoz de las acciones de prevención y control comunitarias. Estas deben realizarse **sin esperar los resultados de laboratorio**. Los productos iniciales de la misma serán cargados al SNVS^{2.0}, dentro de las 48 hs. de la notificación, por el efector que corresponda. En una segunda etapa se completarán los datos del seguimiento de la investigación en el mismo sistema.

Las actividades de prevención y control a realizar se basan en:

- **Elaborar la línea temporal del caso** (variará si se tiene la certeza de sarampión o de rubéola o se construye para ambas enfermedades) sirve para definir los períodos de transmisibilidad e incubación y es necesario para precisar el período de tiempo que se deberá evaluar para identificar la fuente de infección y detectar los casos secundarios.

⁶ Teléfono de guardia epidemiológica para efectores de CABA: (011) 5807-6424

⁷ Laboratorio de Virología del Htal. Gutiérrez. Tel: 4964-3118.

⁸ Laboratorio de Virología del Htal. Gutiérrez. Tel: 4964-3118.

- **Aislamiento del paciente:** mientras se encuentre en período de transmisibilidad (cuatro días posteriores a la aparición del exantema en casos no complicados para sarampión y hasta por lo menos 4 días post exantema para rubéola).
- **Seguir la ruta del caso:** Investigar todos los lugares que ha frecuentado el paciente (contactos personales e institucionales) para así identificar sus contactos y realizar el seguimiento de los mismos.
- **Realizar vacunación de bloqueo** con vacuna con componente sarampión-rubéola a los contactos del caso. En caso sospechoso: Se completa esquema de vacunación según calendario Nacional vigente. Si el caso es confirmado, las medidas a tomar dependerán de la situación epidemiológica imperante y se asumirá conjuntamente con las autoridades sanitarias.
- **Efectuar acciones de monitoreo rápido de cobertura** en áreas de ocurrencia de casos para identificar a los no vacunados y completar esquemas.

Esquema de vacunación: Los niños reciben la vacuna Triple Viral al año de edad y al ingreso escolar (5-6 años).

- De 12 meses a 4 años: deben acreditar UNA DOSIS de vacuna Triple Viral.
- De 5 a 50 años: deben acreditar DOS DOSIS de vacuna con Doble o Triple Viral después del primer año de vida.

Los niños que viajen a zonas endémicas o con circulación del virus deberán recibir una dosis de vacuna triple viral a partir de los 6 meses de edad, dos semanas previas al viaje. Esta dosis debe repetirse al año y al ingreso escolar.

Las embarazadas no deben vacunarse por tratarse de una vacuna a virus vivos.

Las personas nacidas antes de 1965 no necesitan vacunarse porque son considerados inmunes

VI. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEADES AEGYPTI

VI.1. INTRODUCCIÓN

VI.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAa

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

Dentro de los escenarios teóricos que históricamente presenta la Ciudad de Buenos Aires, relacionados con la presencia o no del vector y la ocurrencia de casos, en la actualidad nos encontramos en el N° 3, de Riesgo alto.

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

VI.1.B. Nota metodológica

La presentación sistemática de los datos de las ETMAa tiene como objetivo describir la notificación oficial realizada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) ya sea a través de la estrategia de Vigilancia por laboratorio (SIVILA) como por la Vigilancia Clínica (C2).

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

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

VI.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL

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

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

VI.2.A. Situación regional

VI.2.A.i. Fiebre Amarilla en Brasil

En Brasil, según el último reporte actualizado al 17/04/2018, desde el 1 de julio de 2017 se notificaron 1.157 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, con 342 fallecidos⁹. Los estados que notificaron casos confirmados fueron São Paulo (459 casos; 114 defunciones), Minas Gerais (480 casos; 156 defunciones), Rio de Janeiro (197 casos; 64 defunciones), Distrito Federal (1 caso fatal) y Espirito Santo (6 casos; 1 fallecido). En la siguiente tabla se muestra la distribución de los casos notificados según estado de residencia.

Tabla 1. Distribución de casos humanos sospechosos de Fiebre Amarilla notificados en Brasil. Periodo 1 julio de 2017 hasta la SE 15 2018*.

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	1	1					
	Amapá	5	2	3				
	Amazonas	7	5	2				
	Pará	42	31	11				
	Rondônia	9	8	1				
	Roraima	3	3					
	Tocantins	17	15	2				
Nordeste	Alagoas	8	2	6				
	Bahia	62	35	27				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	7	5	2				
	Paraíba	5		5				
	Pernambuco	6	4	2				
	Piauí	9	6	3				
	Rio Grande do Norte	3	2	1				
	Sergipe	2	2					
	Centro-Oeste	Distrito Federal	74	43	30	1		1
Goiás		66	37	29				
Mato Grosso		10	8	2				
Mato Grosso do Sul		13	10	3				
Sudeste	Espirito Santo	119	88	25	5	5	1	16,7
	Minas Gerais	1444	656	294	494	338	156	31,6
	Rio de Janeiro	453	172	84	197	133	64	32,5
	São Paulo	2558	1655	444	459	339	120	26,1
Sul	Paraná	110	102	8				
	Rio Grande do Sul	49	34	15				
	Santa Catarina	45	22	23				
TOTAL		5131	2951	1023	1157	815	342	29,6

Fuente: Informe N°22– 2017-2018. Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018

En el período antes mencionado (julio de 2017 –17 de Abril de 2018) se registró un número mayor de casos en todo el país respecto a igual periodo del año anterior (julio 2017 a semana epidemiológica 15, con notificación de: 733 casos confirmados).

Respecto a las epizootias se confirmaron 711 y 2037 permanecen en estudio; (periodo julio 2017 a semana epidemiológica 15 de 2018). El número de epizootias confirmadas es menor que para el mismo periodo del año anterior (SE 15- 2017: 1.240; SE 15- 2018: 704).

Según la última actualización de OPS (20/03/2018), hasta la fecha, no hay evidencia de que el *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión.¹⁰

VI.2.B. Situación actual en Argentina¹¹

En 2018, hasta la SE 14, se notificaron 3537 casos sospechosos para arbovirosis, de los que 384 registran antecedente de viaje hacia áreas con circulación activa de arbovirus dentro y fuera del país y 3083 no presentan el antecedente de viaje.

En relación al Dengue, se registró transmisión localizada del serotipo Den 1 en las ciudades de Formosa (Formosa), Mercedes (Corrientes), comuna 3 y 4 (CABA), Charata (Chaco), Córdoba (Córdoba) y partidos de

⁹ Modificado de: [Ministério da Saúde. Informe N°22. Monitoramento de Período Sazonal de Febre Amarela. Brasil 2017-2018. Disponible en http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/19/Informe-FA-22.pdf](http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/19/Informe-FA-22.pdf)

¹⁰ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=2178&Itemid=40784&lang=es

¹¹ <http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/BIV407SE15.pdf>

Morón y Avellaneda (provincia de Buenos Aires). Además, en las provincias de Buenos Aires, CABA, Chaco, Misiones, Salta y Tucumán se notificaron casos aislados probables y confirmados.

En la provincia de Buenos Aires se confirmó la circulación del virus dengue serotipo Den 1 en los partidos de Avellaneda y Morón. Se registraron 21 casos confirmados y 9 probables en el partido de Avellaneda: Avellaneda (7), Dock Sud (1), Sarandí (3), Villa Domingo (16) y Wilde (3). En el partido de Morón fueron identificados 4 casos confirmados y 3 casos probables. Se registraron casos, además, en 14 partidos: Berazategui (1 confirmado y 3 probables), Gral. San Martín (2 probable), José C Paz (1 probable), La Matanza (7 confirmados y 2 probables), Lanús (2 confirmados), Lomas de Zamora (4 confirmados y 1 probable), Merlo (1 confirmado y 2 probables), Navarro (1 probable), Olavarría (1 probable), Quilmes (4 confirmados y 9 probables), San Miguel (1 probable), Tigre (1 probable), Almirante Brown (3 probables), y Ezeiza (1 confirmado).

En Córdoba capital fueron notificados 10 casos de dengue, 8 confirmados y 2 probables (Barrio Jardín).

En Corrientes se notificaron 8 casos en la ciudad de Mercedes, 2 casos de dengue con residencia en la ciudad de Corrientes (1 confirmado y otro) y un caso probable en Gob. Virasoro.

En la provincia de Chaco, en Charata se notificó la circulación viral de dengue, serotipo Den 1 (16 casos confirmados y 4 probables). Se registraron 3 casos confirmados en Resistencia, Barranqueras y Presidencia Roque Sáenz Peña. Además 2 casos probables en Castelli y 3 en P. Roque Sáenz Peña (departamento Comandante Fernández) y uno en Campo Largo (departamento Independencia).

En la capital de la provincia de Formosa se notificaron 38 casos positivos (6 confirmados y 32 probables). Se registró 1 caso probable en Laguna Blanca, departamento de Pilcomayo. En otras provincias fueron notificados 14 casos (5 probables y 9 confirmados) con antecedente de viaje a Formosa.

En la provincia de Misiones se notificaron 9 casos confirmados de dengue y 2 probables: Dos casos confirmados en Posadas, 2 en Garupá, 5 en Puerto Rico, 1 caso probable en la ciudad de Eldorado y otro en Apóstoles.

En Salta se registraron 3 casos probables en Salta capital y 2 casos probables en la localidad de Tartagal, que se encuentran en investigación.

En Tucumán fue notificado 1 caso probable de dengue con residencia en San Miguel de Tucumán y otro caso probable en Quilmes (departamento de Leales).

En Argentina fueron notificados 7 casos de Fiebre Amarilla importados, con antecedente de viaje a Brasil sin antecedentes de vacunación. Seis de los 7 casos tienen el antecedente común de haber visitado Isla Grande en Río de Janeiro (además de otros destinos de ese país) y uno Ouro Preto en el estado de Minas Gerais.

Con respecto a Fiebre Chikungunya: No se registra circulación de virus Chikungunya hasta el momento.

En relación a la infección por virus Zika, en Salta capital se notificó un caso probable sin registro de viaje, con fecha de inicio de síntomas en SE 5, y en SE 11 se notificó un caso positivo para Zika en La Matanza, provincia de Buenos Aires, cuya investigación epidemiológica se encuentra en curso. En la SE 14 se registró un caso confirmado de infección por virus Zika en la localidad Profesor Salvador Mazza, departamento General San Martín, provincia de Salta, con FIS en la SE 10 sin antecedente de viaje y se están investigando posibles casos relacionados.

Otros arbovirus: Se encuentran en investigación 2 casos probables y 1 caso confirmado de flavivirus sin especificar en Córdoba, 4 casos probables de flavivirus en Buenos Aires, 1 caso probable en Chaco, 1 caso probable en Salta y un caso probable en Tucumán.

VI.3. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-16)

Desde el inicio del año hasta el 25 de abril de 2018 (Semana Epidemiológica 17, aún en curso a la edición de este boletín), fueron notificados 62 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje. En la Ciudad de Buenos Aires desde la SE 26 de 2017 (inicio de la temporada 17/18) hasta la SE 16 de 2018 se notificaron un total de **404 casos de ETMAa en residentes de la CABA**, incluyendo confirmados, probables, sospechosos y descartados; con o sin antecedente de viaje. Dentro de ellos se

notificaron 334 casos de Dengue, 32 casos de Fiebre Amarilla, 10 de Fiebre Chikungunya y 28 para todos los eventos de infección por Virus Zika.

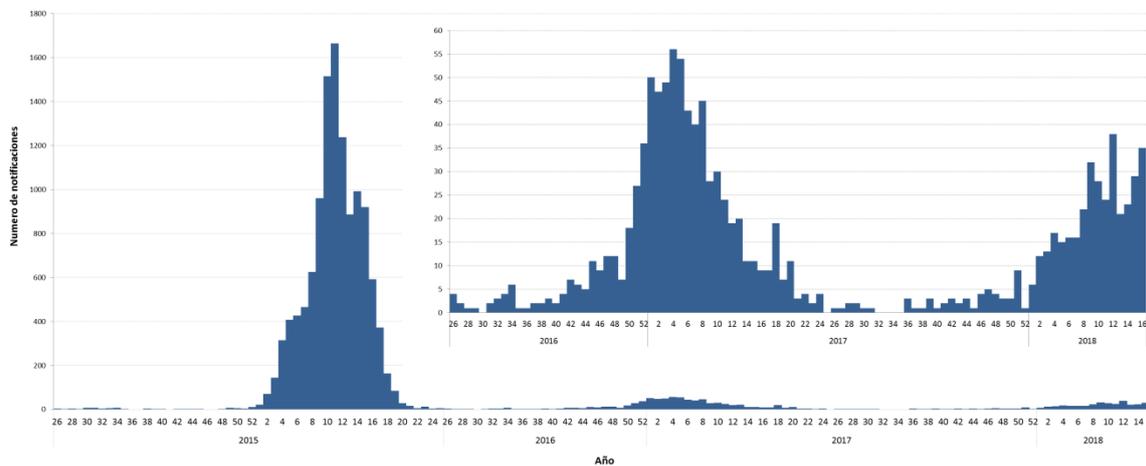
En la actualidad son 3 los casos confirmados de fiebre amarilla en residentes de la CABA, todos CON antecedente de viaje a Brasil.

Se recuerda que en la detección y notificación de los casos están involucrados todos los efectores asistenciales, tanto del sector público como privado o de las OOS. La normativa vigente está disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/plan-preventivo-ante-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos>. Los temas vinculados con las definiciones de casos sospechosos y los procedimientos de notificación de casos y vigilancia de laboratorio se encuentran descriptos en las páginas 4 a 8 del documento.

VI.3.A. Antecedentes y situación actual

Se presentan los casos notificados, de residentes de la Ciudad, para todas las ETMAa desde la SE 26 de 2015, los años 2016 y 2017, hasta la SE 16 de 2018. El gráfico en menor escala muestra lo ocurrido desde la SE 26 de 2016 hasta la SE 16 de 2018.

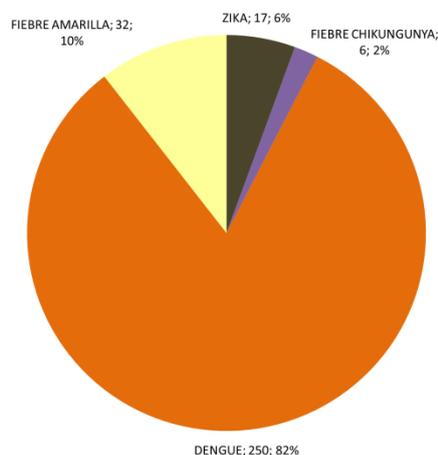
Gráfico 1. Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 26-52, n=82)-2016 (SE 1-52, n=12.114)-2017 (SE 1-52, n=653)- 2018 (SE 1-16, n=346).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

En el siguiente gráfico se muestran las diferentes frecuencias de notificación por evento para cada ETMAa en las SE 1-16 de 2018, en la que se observa preponderancia del evento dengue (n=291).

Gráfico 2. Número y proporción de notificaciones de ETMAa según evento. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-16, 2018 (N=346).

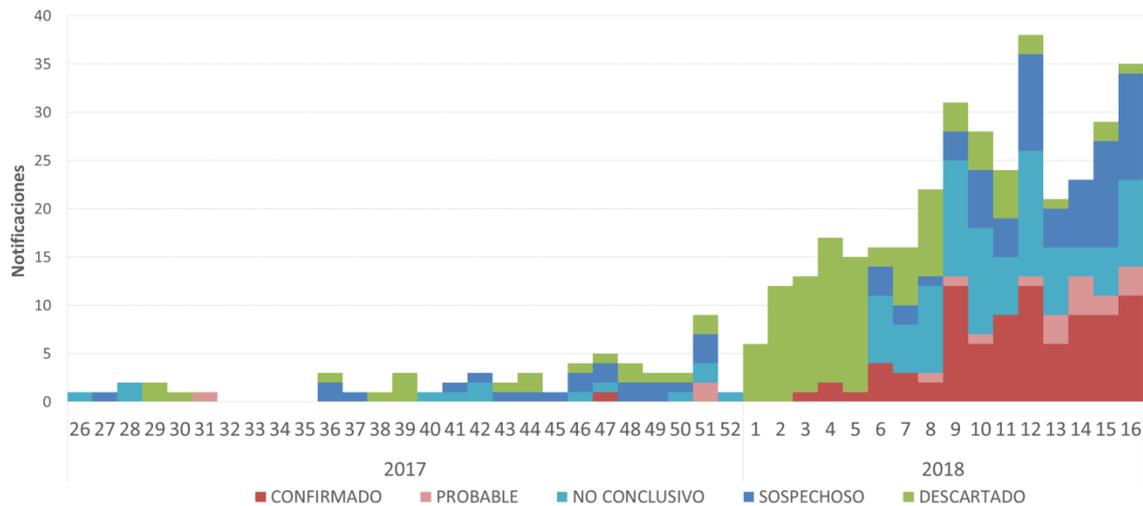


Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

De los casos notificados en el período comprendido entre las SE 1 a 16 de 2018, 106 contaron con antecedente de viaje, 107 no presentaron antecedente de viaje y los casos restantes no registraron antecedente al respecto en el SNVS.

El gráfico siguiente muestra la distribución temporal de las notificaciones de ETMAa a lo largo del período correspondiente al segundo semestre de 2017 y el año 2018 hasta la SE 16.

Gráfico 3. Notificaciones de ETMAa por SE según criterio diagnóstico. Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2017 (n=58) y SE 1-16; 2018 (n=346)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

En el segundo semestre de 2017, la notificación se mantuvo baja, con un incremento leve hacia la SE 51. En 2018 hasta la SE 16 se observa un aumento sostenido de la notificación desde la primera SE del año, con la mayor notificación registrada en la SE 12, seguida de SE 16.

Tabla 3. Notificaciones de ETMAa por evento según criterio diagnóstico. Residentes de la CABA. SE 1-16. 2017-2018.

EVENTO	2017				Total	2018				Total	Diferencia de casos
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	2	30	1	437	470	84	15	115	77	291	-179
FIEBRE CHIKUNGUNYA	0	4	1	28	33	0	0	1	5	6	-27
FIEBRE AMARILLA	0	0	2	0	2	3	0	24	5	32	30
ZIKA: Enfermedad por virus del Zika	1	1	0	21	23	0	1	1	5	7	-16
ZIKA: Infección por virus del Zika en el embarazo	0	1	1	3	5	0	0	3	1	4	-1
ZIKA: Transmisión vertical del virus del Zika SIN síndrome congénito	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
ZIKA: SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZIKA: Síndrome congénito con sospecha de asoc. con Zika	0	1	0	0	1	0	0	4	1	5	4
ZIKA: Aborto o muerte fetal con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
Total general	3	37	5	491	536	87	16	149	94	346	-190

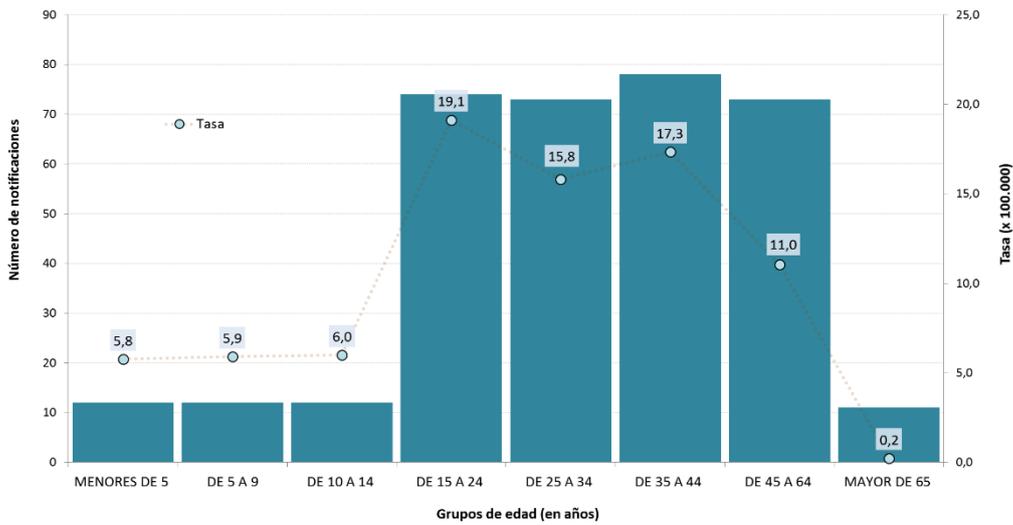
Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

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

En las SE 1-16 de 2018 la notificación de casos de ETMAa fue menor que la notificación de igual periodo de 2017 para todos los eventos en vigilancia, con excepción de Fiebre Amarilla y el síndrome congénito con sospecha de asociación con virus del Zika.

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

Gráfico 4. Notificaciones de casos de ETMAa y tasas específicas cada 100.000 hab. Según grupo de edad. Residentes de la CABA. SE 1-16. 2018 (n=346).

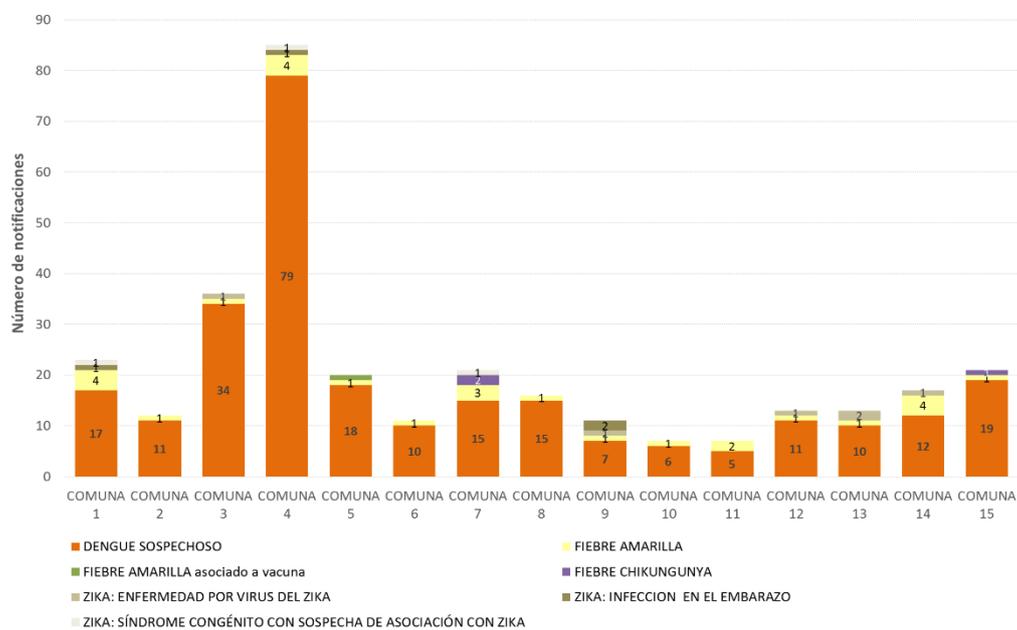


Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

Según el análisis de los grupos de edad, el mayor número de notificaciones se encuentra entre los 15 y los 64 años, con la mayor tasa para el grupo de 15 a 24 años.

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

Gráfico 5. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-16. 2018 (n=313).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2.

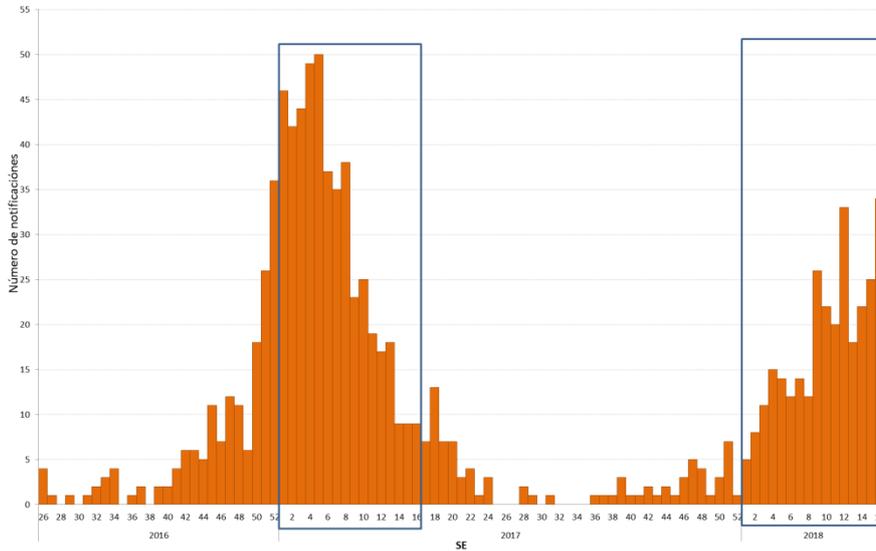
En las SE 1-16 de 2018, se registraron notificaciones para las ETMAa en todas comunas de la Ciudad, siendo la comuna 4 la que presenta el mayor número de notificaciones.

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

VI.3.B. Dengue

A continuación, se presenta la situación en la CABA, desde la SE 26 a la 52 de 2016, SE 1 a 52 de 2017 y SE 1 a 16 de 2018, de los pacientes notificados para Dengue.

Gráfico 6. Notificaciones de dengue según semana epidemiológica. Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2016 (n=171)- SE 1-52; 2017 (n=557)- SE 1-16: 2018 (n=291).



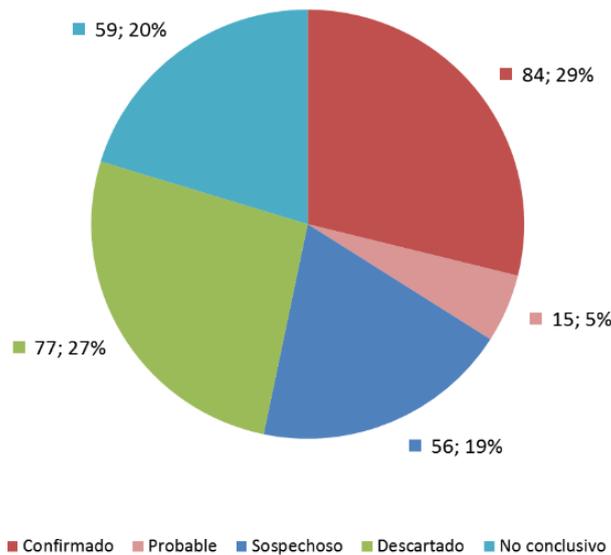
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Al comparar las SE 1-16 de los años 2017 y 2018, se observa que las notificaciones fueron mayores para cada una de las SE del año 2017 hasta la SE 8. Desde la SE 9 en adelante los casos semanales notificados en 2018 son superiores a los del año previo.

En las SE 1-16 de 2018, no se observó predominio de las notificaciones según sexo.

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico en las SE 1 a 16 del año 2018.

Gráfico 7. Notificaciones de dengue según clasificación. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-16; 2018 (n=291).

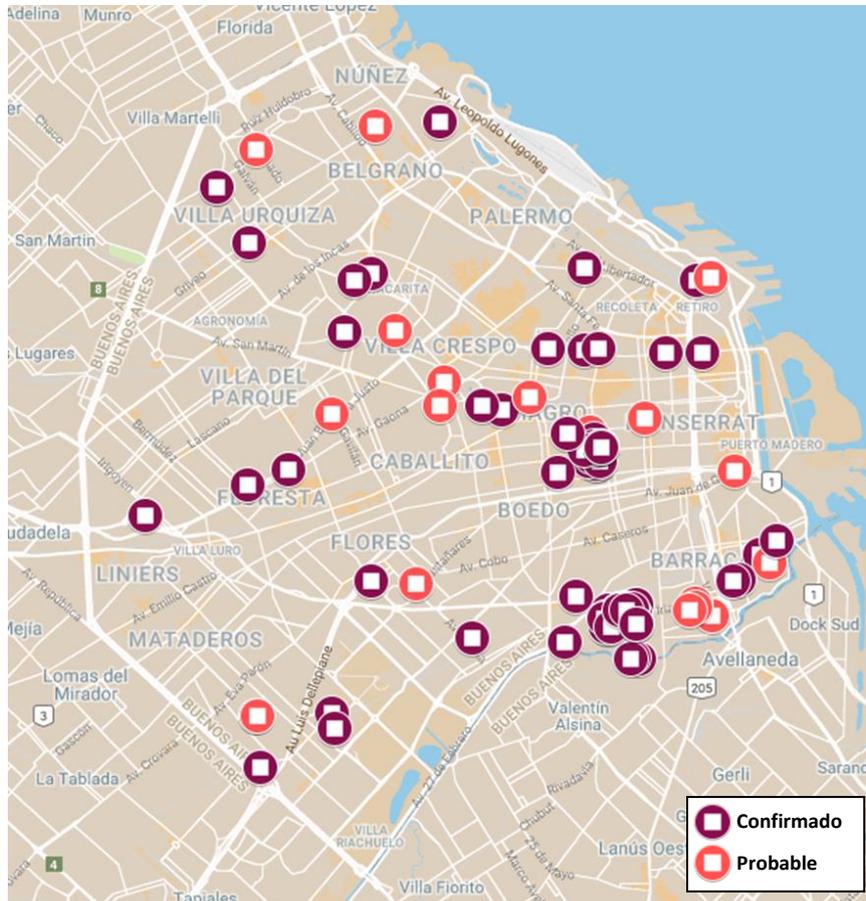


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, es importante señalar que en aquellos “sospechosos”, esto se debe a que requieren una segunda muestra para la confirmación o el descarte de dichos casos.

En el siguiente mapa se presenta la distribución geográfica de los casos de dengue, confirmados y probables, desde el inicio de la temporada 2017/18, en SE 26 del año 2017, hasta SE 16 del año 2018.

Mapa 1. Casos confirmados y probables de dengue.
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2017 (n=4) y SE 1-16; 2018 (n=99)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En 2018 fueron confirmados 22 casos de dengue importados, entre las SE 3 y 16, con domicilio en 10 comunas de la Ciudad (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 13 y 14). Los pacientes habían viajado a Brasil, Paraguay, México y, en nuestro país, a las provincias de Formosa y Corrientes. El serotipo detectado fue Den 1, salvo en un paciente proveniente de México en el que se detectó serotipo Den 2 en SE 7.

Hasta la SE 17 aún en curso, fueron notificados 62 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje. Del total, 34 corresponden al conglomerado de casos de la comuna 4 y 16 de la comuna 3. Los restantes 12 casos se distribuyen en las comunas 2, 4, 5, 10, 12 y 15. El serotipo detectado es Den 1.

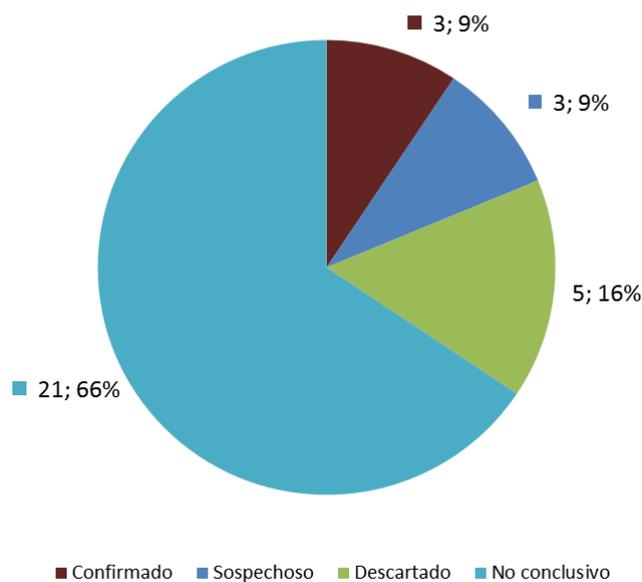
El día 25/04 fue notificado un caso confirmado de dengue serotipo Den 2 sin antecedente de viaje en la comuna 15; la muestra será analizada en el laboratorio de Referencia Nacional.

VI.3.C. Fiebre amarilla

Entre las SE 1-16 del 2018 fueron notificados 32 casos sospechosos de Fiebre Amarilla. En 26 casos se ha constatado el antecedente de viaje, mientras que los restantes no registran dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico en las SE 1 a 16 del año 2018.

Gráfico 8. Notificaciones de Fiebre Amarilla según clasificación.
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-16; 2018 (n=32)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Desde el inicio del año 2018 hasta la SE 12, en la Ciudad de Buenos Aires se asistieron 6 casos de Fiebre Amarilla. Todos ellos con antecedente de viaje a Brasil y sin antecedentes de vacunación. De los mencionados, 3 casos correspondieron a residentes de la Ciudad y 3 a no residentes.

Un cuarto caso confirmado en residente de la Ciudad está asociado a la vacunación antiamarílica, y fue confirmado por el laboratorio de referencia nacional (IgM y reacción de neutralización en placa). Se encuentra en estudio en el laboratorio de referencia nacional otro caso probablemente asociado a la vacuna.

VI.3.D. Zika

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

En 2017, desde la SE 26 a la 52, se notificaron 11 casos en residentes de la Ciudad, los últimos en SE 51; 6 cuentan con el registro de viaje y el resto no registra dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Los casos notificados de Enfermedad por Virus Zika fueron 4; 4 casos de infección por Virus Zika en el embarazo; y 3 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika.

En las SE 1 a 16 de 2018 se notificaron 17 casos sospechosos de infección por Virus Zika: 7 de Enfermedad por Virus Zika, 4 de infección por Virus Zika en el embarazo, 5 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika y un caso de transmisión vertical viral sin síndrome congénito. Nueve casos cuentan con el registro de viaje y en los restantes no se registra dicho dato en el SNVS.

VI.3.E. Fiebre Chikungunya

Desde la SE 26 a la 52 de 2017, se notificaron 4 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya en residentes de la Ciudad, el último en SE 44. En relación al antecedente de viaje, 2 no cuentan con el mismo y el resto no registra dicho dato en Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ningún caso resultó confirmado en residentes de la Ciudad.

En las SE 1 a 16 de 2018 se notificaron 6 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya.

VII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

VII.1. INTRODUCCIÓN

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

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

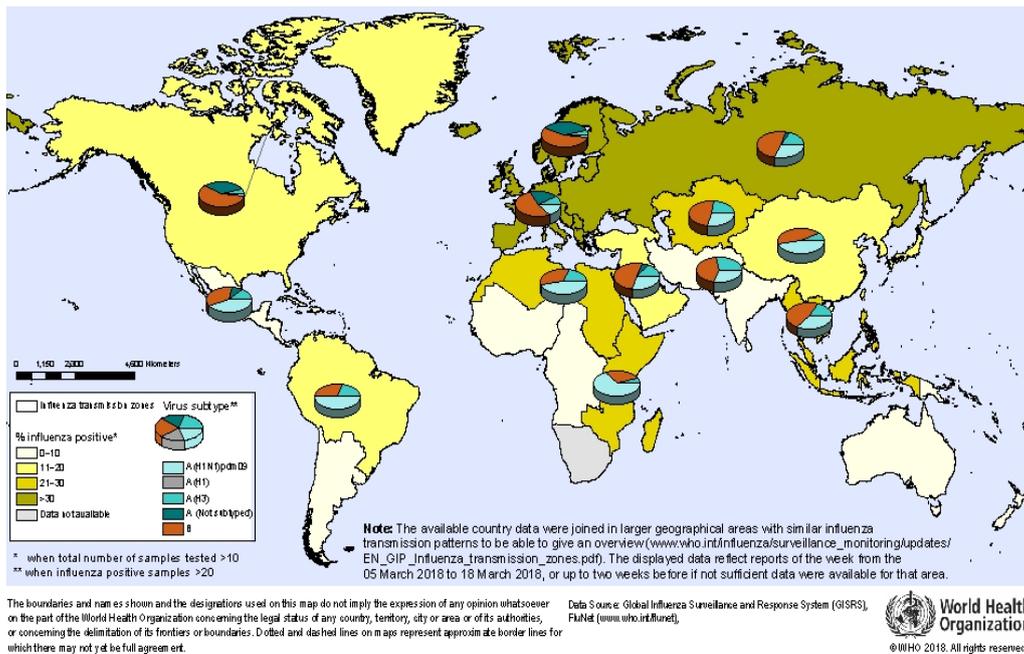
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

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

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza¹².

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 30 de Marzo de 2018



En América del Norte la actividad de influenza inició una pendiente decreciente luego de llegar al pico en semanas previas según lo esperado para el período en Canadá, México y los Estados Unidos. Los virus Influenza A(H3N2) e influenza B co-circularon en la subregión. En los Estados Unidos y Canadá, la actividad de ETI descendió, en tanto en México se registró un ligero descenso en la actividad de IRAG/ETI dentro de lo esperado.

En el Caribe la actividad de influenza aumentó en la mayoría de la subregión; continuó elevada en Territorios Franceses, Jamaica y Puerto Rico, con co-circulación de influenza A(H1N1), A(H3N2) y B. En República Dominicana, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 aumentó en las últimas semanas.

En América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentran en descenso en toda la subregión. En Panamá, fue reportada actividad disminuida de VSR en las últimas semanas.

¹²Para obtener más información consultar

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

En la Sub-región Andina la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable. La actividad de IRAG asociada a influenza aumentó en Bolivia, con predominio de influenza B y A(H1N1)pdm09. En Colombia, se reportó menor actividad de influenza; mientras que en Perú, la actividad de IRAG, IRA y neumonía permaneció dentro de lo esperado, con mayores detecciones de influenza en general.

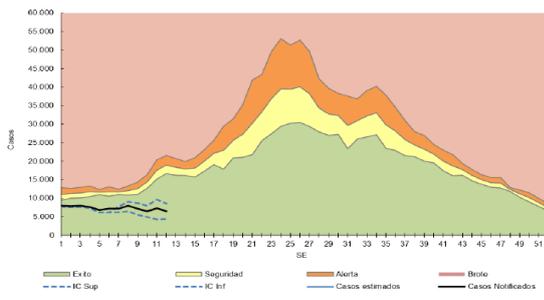
En Brasil y Cono Sur los niveles de influenza y VSR continuaron bajo los niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. En Brasil, co-circularon influenza A(H3N2) e Influenza A(H1N1)pdm09 en semanas recientes.

Situación Global: La actividad de influenza se mantuvo alta, pero parece haber alcanzado su punto máximo en algunos países de la zona templada del hemisferio norte. En la zona templada del hemisferio sur, la actividad se mantuvo en niveles interestacionales. En todo el mundo, influenza A e influenza B representaron una proporción similar de detecciones de influenza.

VII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

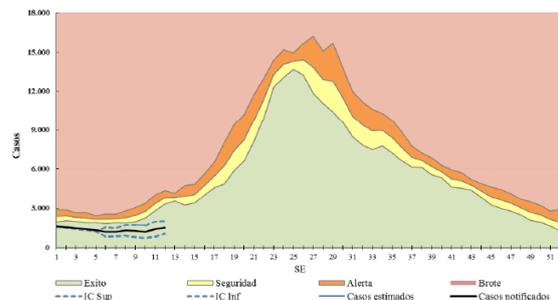
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país, en el año 2018.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE12. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



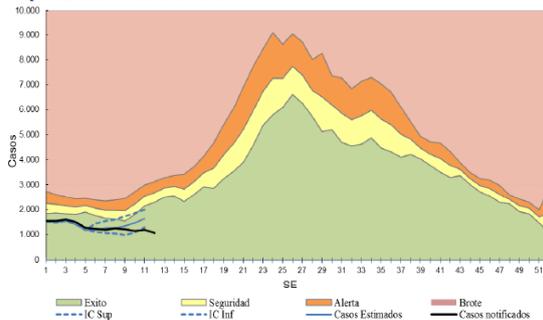
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE12. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



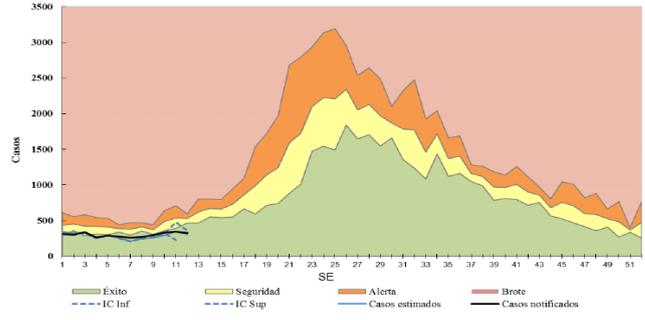
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE12. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2018 hasta SE12. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

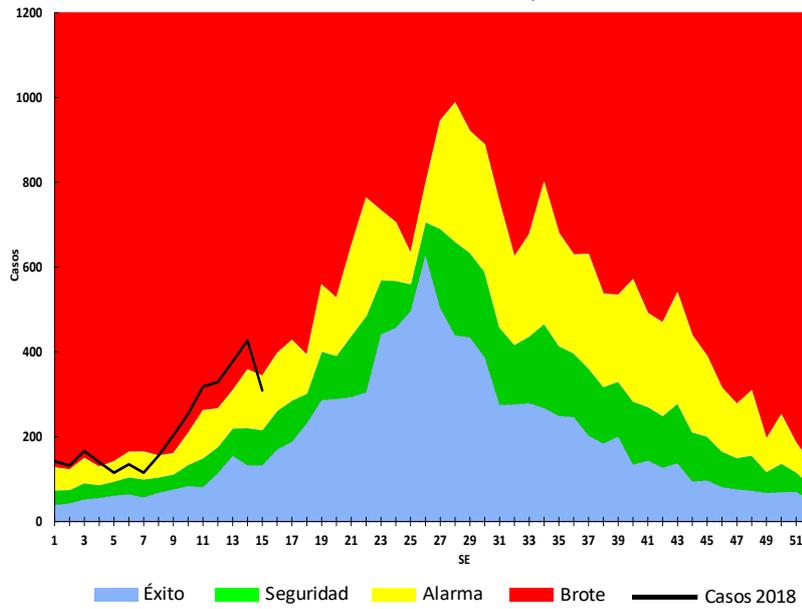
VII.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018, la caracterización de la notificación de ETI según establecimientos notificadores y la comparación de casos, tasas de notificación e Índice Epidémico acumulado hasta la SE 15, entre los años 2017 y 2018.

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

Grafico 1. Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes en CABA. Hasta SE 15, año 2018.



Fuente: SNVS-C2.

La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 se observa una tendencia en ascenso, ingresando en zona de brote desde la SE 9.

En el siguiente gráfico se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 15, en los años 2017 y 2018.

Grafico 2. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de ETI Residentes de la CABA. Comparativo a SE 15. Años 2017-2018.

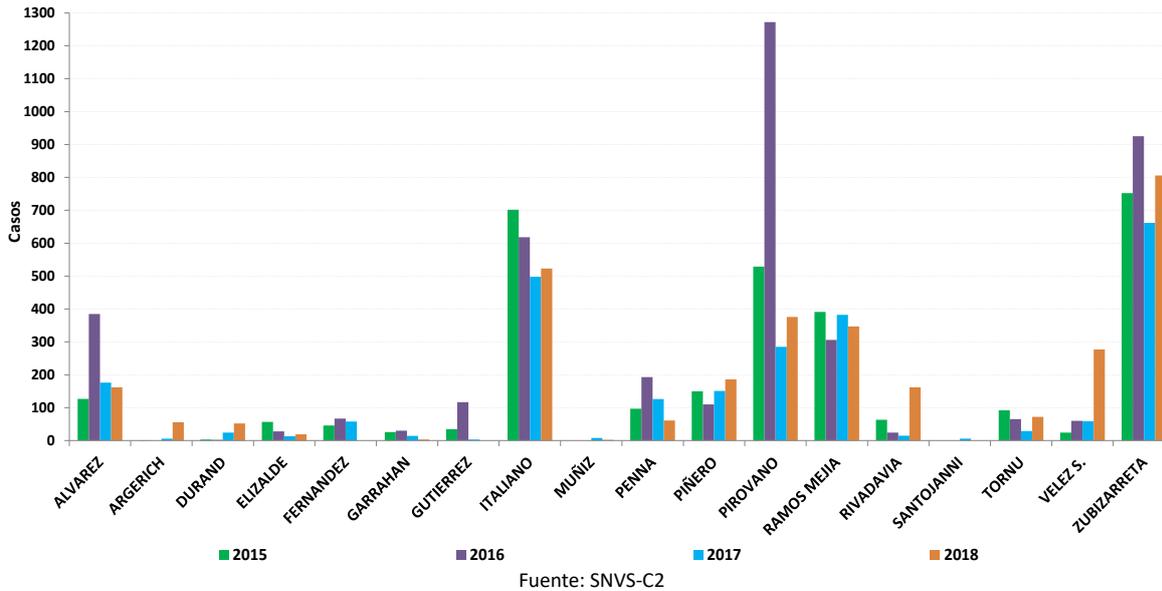


Fuente: SNVS-C2.

La notificación de casos hasta la semana 15, es superior en el corriente año, pero en ambos años, los respectivos índices epidémicos acumulados no superan el valor máximo esperado. Las tasas de notificación acumuladas hasta dicha semana, en los años 2017 y 2018, fueron de 89,0 casos/100.000 hab. y 109,3 casos/100.000 hab., respectivamente. La tasa del año 2018 fue 18,6% mayor, respecto del mismo indicador en 2017.

En el siguiente gráfico se presenta la notificación histórica de casos de ETI entre los años 2015 - 2018, hasta la semana epidemiológica 15, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Grafico 3. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes de la CABA. Hasta SE 15 Años 2015–2018.

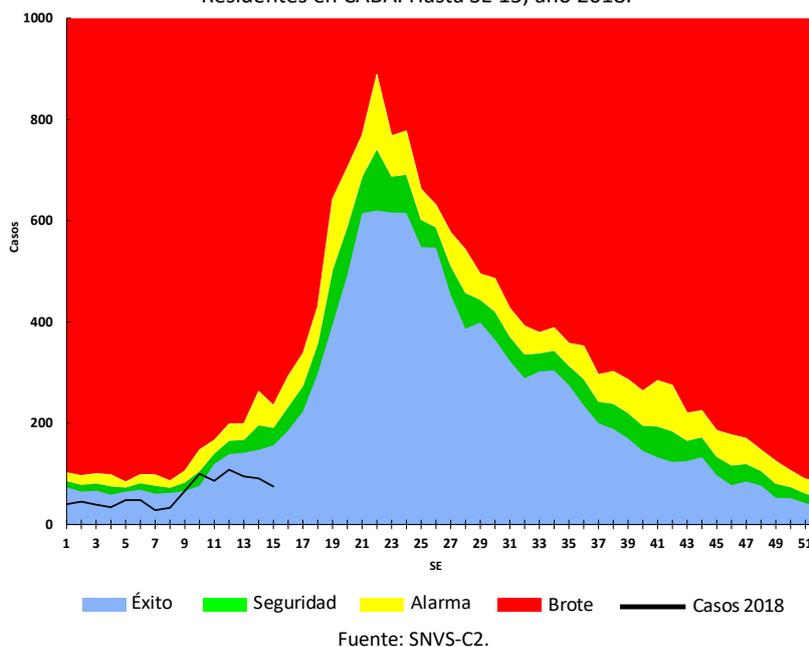


Hasta la semana epidemiológica 15, en los años observados, se verifica una mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Pirovano, Ramos Mejía, Zubizarreta, Penna y Piñero. En el corriente año, también, se observa actividad en los hospitales Argerich, Durand, Elizalde, Rivadavia, Vélez Sarsfield y Tornú. Los hospitales Garrahan, Gutiérrez, Fernández, Muñiz y Santojanni no registraron notificación de ETI en el presente año 2018. (Ver escala).

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

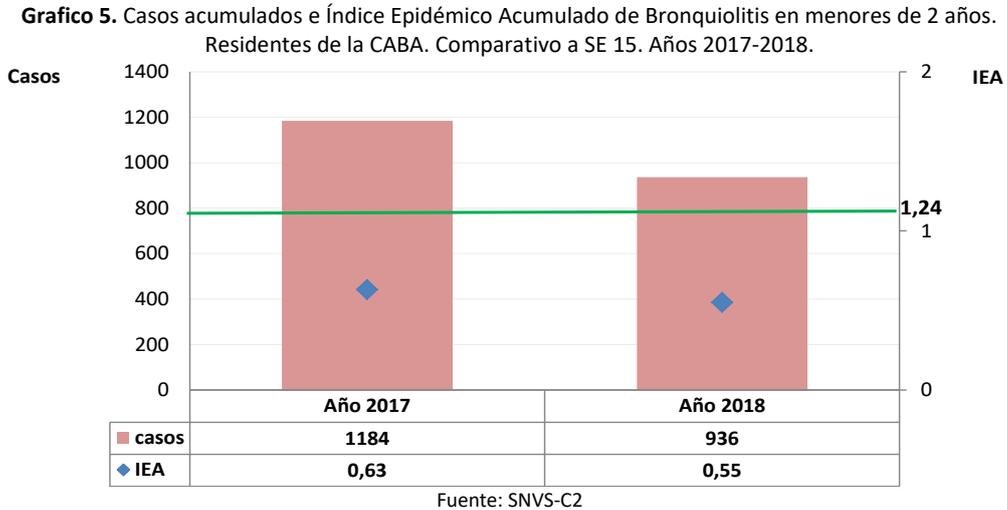
A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de bronquiolitis en menores de 2 años y la comparación de casos, tasas de notificación e Índice Epidémico acumulado hasta la SE 15, entre los años 2017 y 2018.

Grafico 4. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años Residentes en CABA. Hasta SE 15, año 2018.



Hasta la SE 15 del corriente año, la curva de casos de bronquiolitis transcurre por zona de éxito, dentro de los valores esperados, con un leve descenso en las últimas semanas.

En el siguiente gráfico se presenta la comparación de los casos de bronquiolitis en menores de 2 años, notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 15, en los años 2017 y 2018.

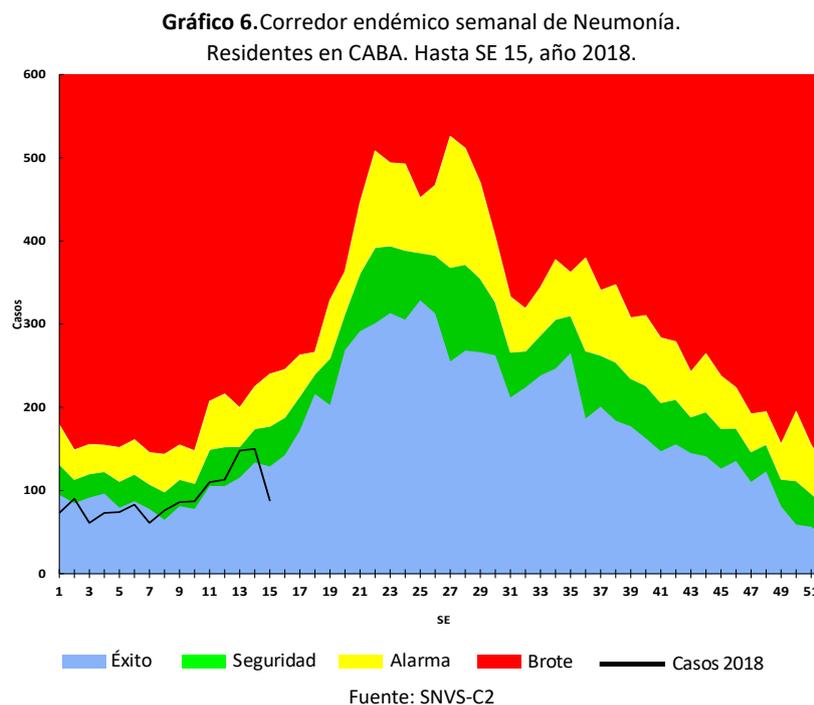


La notificación más elevada ocurrió en el año 2017, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado (IEA=0,63). La incidencia notificada en el año 2018 es de menor magnitud, indicando también, valores del indicador IEA dentro de lo esperado.

Las tasas de notificación acumuladas hasta dicha semana, en los años 2017 y 2018, fueron de 1489,0 casos/100.000 hab. y 1177,1 casos/100.000 hab., respectivamente. La tasa del año 2018 fue 26,5% menor, respecto del mismo indicador en 2017.

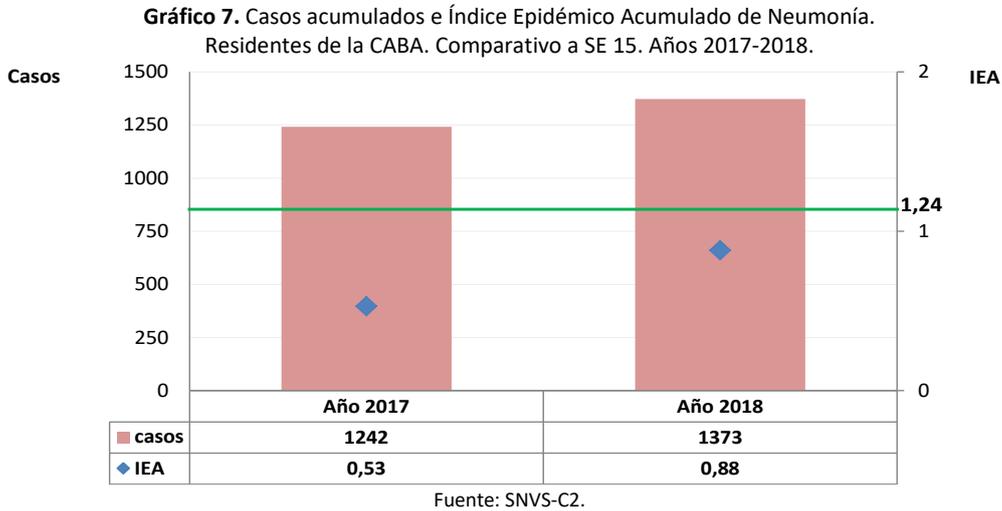
VII.4.C. Neumonía

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de neumonía y la comparación de casos, tasas de notificación e Índice Epidémico acumulado hasta la SE 15, entre los años 2017 y 2018.



Hasta la SE 15 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurre entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con tendencia en ascenso. El descenso de la curva en la última semana podría deberse a retraso en la notificación.

En el siguiente gráfico se presenta la comparación de los casos de neumonía, notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 15, en los años 2017 y 2018.



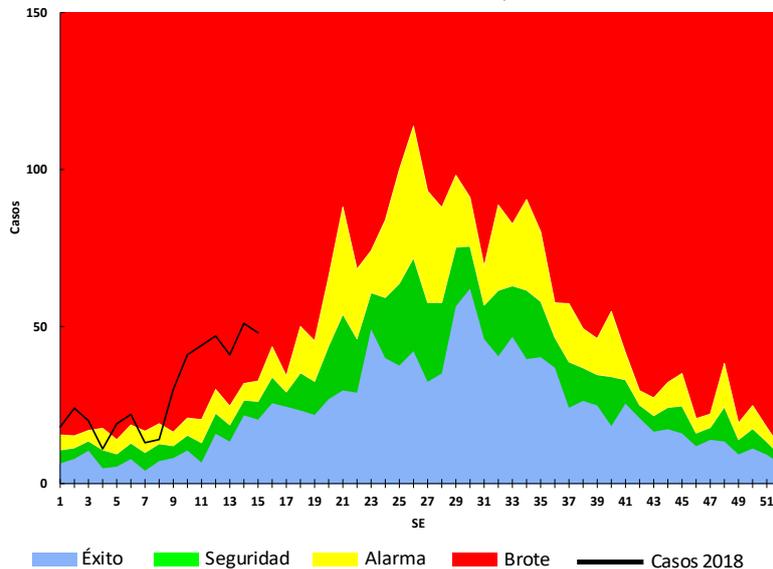
La notificación más elevada ocurrió en el año 2018, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado (IEA=0,88). La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017 fue de menor magnitud y también indicó valores de IEA dentro de lo esperado.

Las tasas de notificación acumuladas hasta dicha semana, en los años 2017 y 2018, fueron de 40,9 casos/100.000 hab. y 45,2 casos/100.000 hab., respectivamente. La tasa del año 2018 fue 9,5% mayor, respecto del mismo indicador en 2017.

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de IRAG y la comparación de casos, tasas de notificación e Índice Epidémico acumulado hasta la SE 15, entre los años 2017 y 2018.

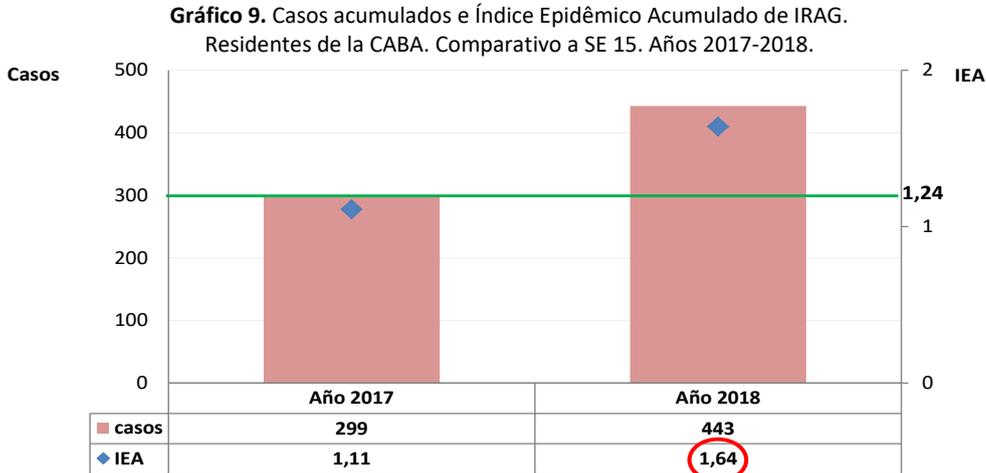
Gráfico 8. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes en CABA. Hasta SE 15, año 2018.



Fuente: SNVS-C2

La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo por zona de brote hasta la SE 3 y entre zonas de alarma y brote entre SE 4 y 9. Desde la semana 9 se inicia una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados.

En el siguiente gráfico se presenta la comparación de los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 15, en los años 2017 y 2018.



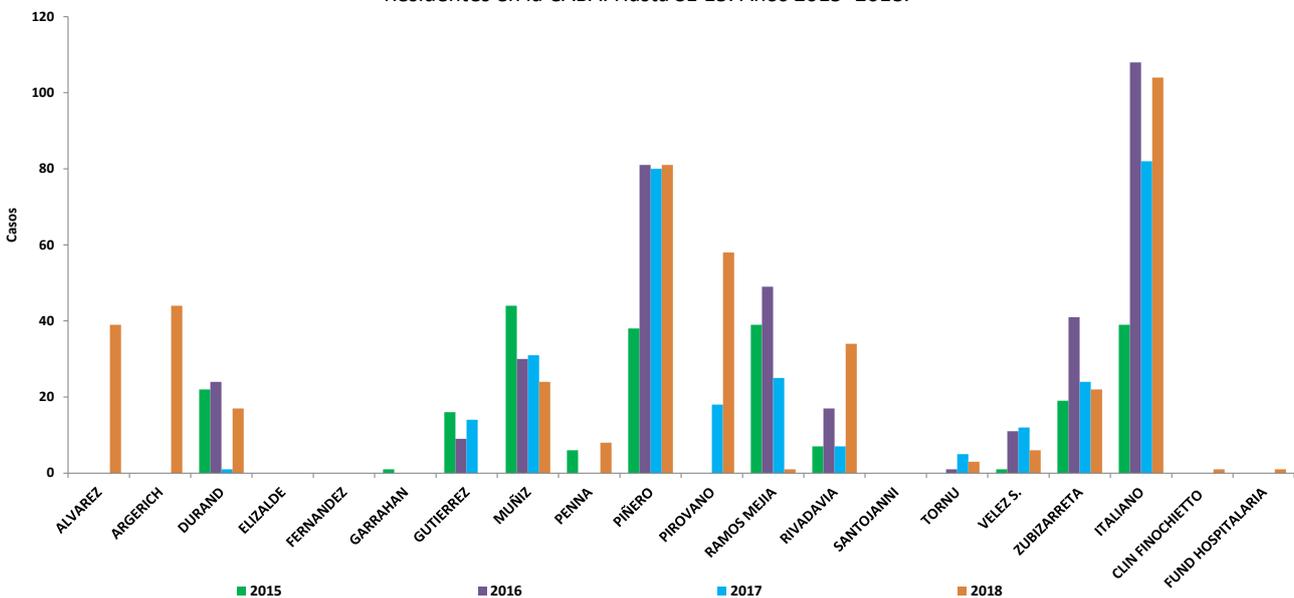
Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados, muestra que la notificación más elevada ocurre en el corriente año, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,64), superando el límite esperado. La incidencia acumulada hasta la SE 15 del año 2017 fue de menor magnitud, con un IEA, dentro de valores esperados (IEA=1,11).

Las tasas de notificación acumuladas hasta dicha semana, en los años 2017 y 2018, fueron de 9,8 casos/100.000 hab. y 14,6 casos/100.000 hab., respectivamente. La tasa del año 2018 fue 32,5% mayor, respecto del mismo indicador en 2017.

El siguiente gráfico muestra la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 15, en el conjunto de efectores hospitalarios, entre los años 2015 a 2018.

Gráfico 10. Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Hasta SE 15. Años 2015–2018.



Fuente: SNVS-C2

Hasta la SE 15, en los años observados, se verifica una mayor actividad de vigilancia de IRAG en los hospitales públicos Muñiz, Piñero, Ramos Mejía, Rivadavia y Zubizarreta. En el sector privado, la notificación de IRAG se concentra en el hospital Italiano.

En el año 2018 y hasta la SE 15, los hospitales Álvarez, Argerich, Durand, Muñiz, Piñero, Pirovano, Rivadavia, Zubizarreta e Italiano, presentaron la mayor notificación de IRAG. También se observa actividad en los hospitales, Ramos Mejía, Penna, Tornú y Vélez Sarsfield.

Los hospitales Elizalde, Garrahan, Gutiérrez, Santojanni y Fernández no registraron notificación de IRAG en el corriente año. (Ver escala).

Hasta el cierre de este informe el principal establecimiento notificador de IRAG es el Hospital Italiano, con el 23,5% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero, Pirovano, Álvarez, y Argerich. Estos 5 establecimientos concentraron, el 73,6% de las notificaciones de IRAG.

La tabla a continuación muestra que, en la distribución por edad de los casos de IRAG notificados hasta la SE 15 del año 2018, predomina el grupo de mayores de 64 años, seguido del grupo menor de 2 años. Ambos grupos de edad suman el 49,9 % de los casos de IRAG.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Hasta SE 15. Año 2018.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2018		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	85	19,2	19,2
De 2 a 4 años	54	12,2	31,4
De 5 a 14 años	48	10,8	42,2
De 15 a 24 años	12	2,7	44,9
De 25 a 34 años	19	4,3	49,2
De 35 a 44 años	25	5,6	54,9
De 45 a 64 años	54	12,2	67,1
Mayores de 64 años	136	30,7	97,8
Sin especificar edad	10	2,3	100,0
TOTAL	443	100,0	-

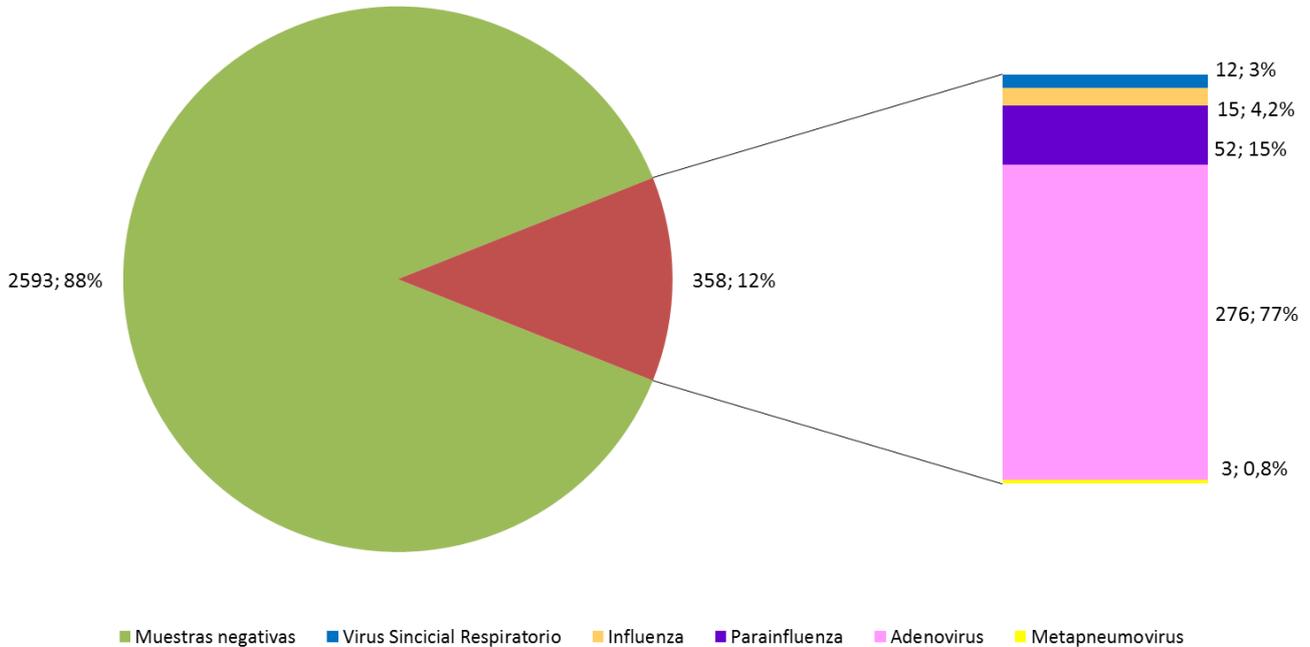
Fuente: SNVS-C2.

VII.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 15. Año 2018. N=2951



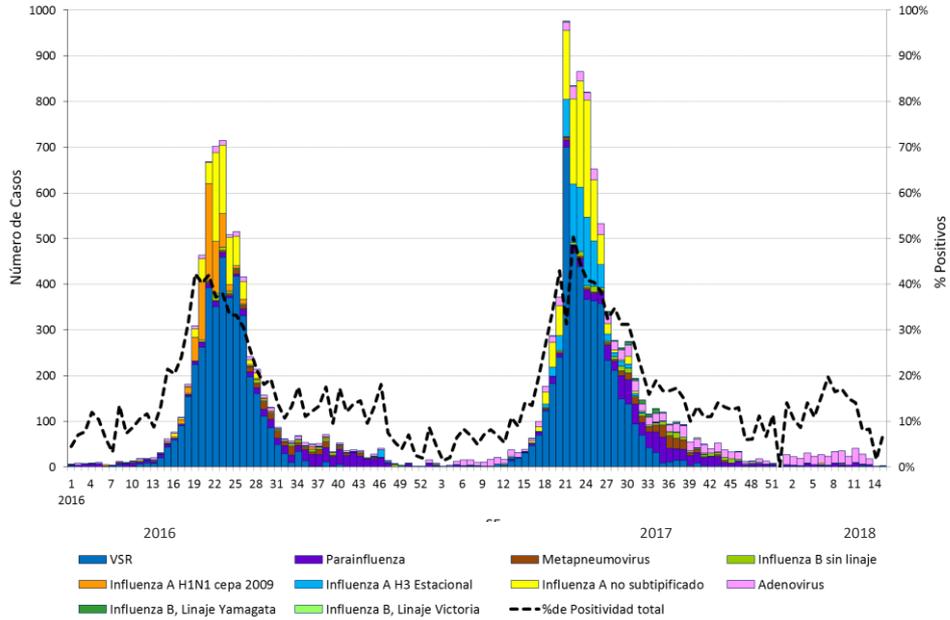
Fuente: SNVS-SIVILA

Hasta la SE 15 de 2018, se analizaron 2951 muestras de las cuales 358 dieron positivas para algún virus. En el año 2017, hasta la SE 15 el 7,6% resultó positivo para algún virus. De ellas en el 63,2% fue Adenovirus el principal virus aislado, seguido de Parainfluenza con el 13,8% del total de las muestras positivas.

Del total de las 25.073 muestras analizadas en 2017, el 27,2% (6.447) resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 53,1% fue aislado el virus Sincial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 26,7%. Hasta la SE 19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.

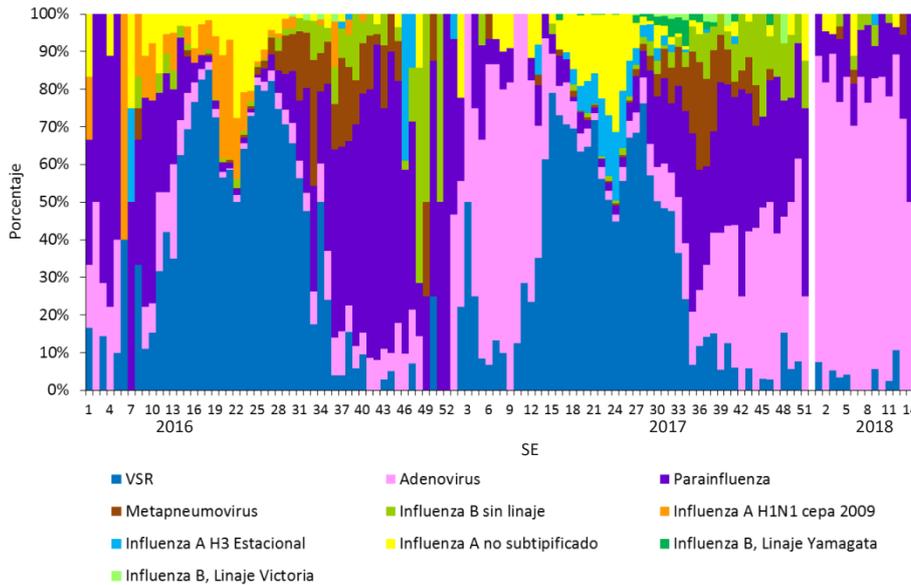
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 12. Distribución virus respiratorios por SE.
 Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-15; N=358)



Fuente: SNVS-SIVILA

Gráfico 13. Distribución porcentual de virus respiratorios
 Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-15; N=358).

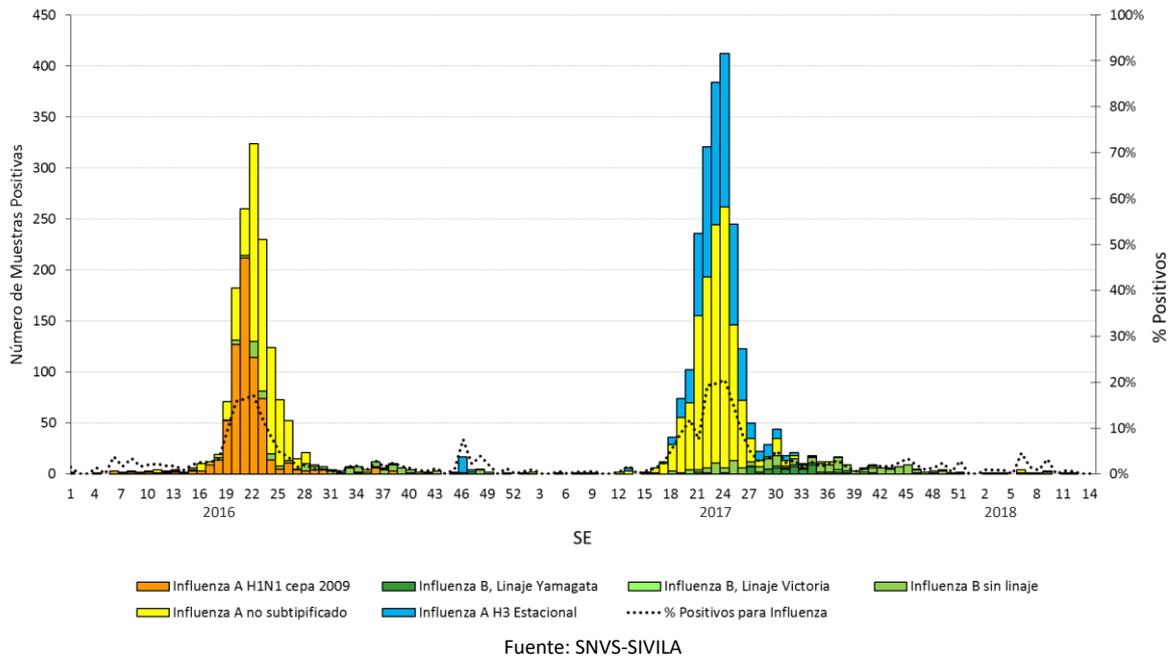


Fuente: SNVS-SIVILA

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 15 del año 2017 y 2018, se observa similar distribución.

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

Gráfico 14. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52, N=1.545)-2017 (SE 1-51; N=2.293)-2018 (SE 1-15; N=15)



Hasta la SE 15 de 2018, de las 15 muestras positivas para influenza, 7 resultaron positivas para influenza A y 8 para Influenza B sin linaje.

En el año 2017, hasta la SE 15 se notificaron 9 casos de Influenza A no subtipificado y 2 Influenza B sin linaje. Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas. A la semana 6 de 2018, solo se notificaron tres casos de Influenza aún sin subtipificar.

VIII. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y SITUACIÓN MENORES DE 20 AÑOS¹³.

VIII.1. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad. Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. La incidencia mundial de la TB está disminuyendo en aproximadamente un 2% al año, ritmo que habría que acelerar al 4–5% anual si se quieren alcanzar las metas fijadas para 2020 en la Estrategia Fin a la Tuberculosis.¹⁴

La Estrategia Fin a la Tuberculosis de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, comparten el objetivo común de poner fin a la epidemia mundial de TB para el periodo 2016-2035. Las metas de dicha estrategia consisten en reducir su mortalidad en un 90%, y su incidencia en un 80% de aquí a 2030.¹⁵

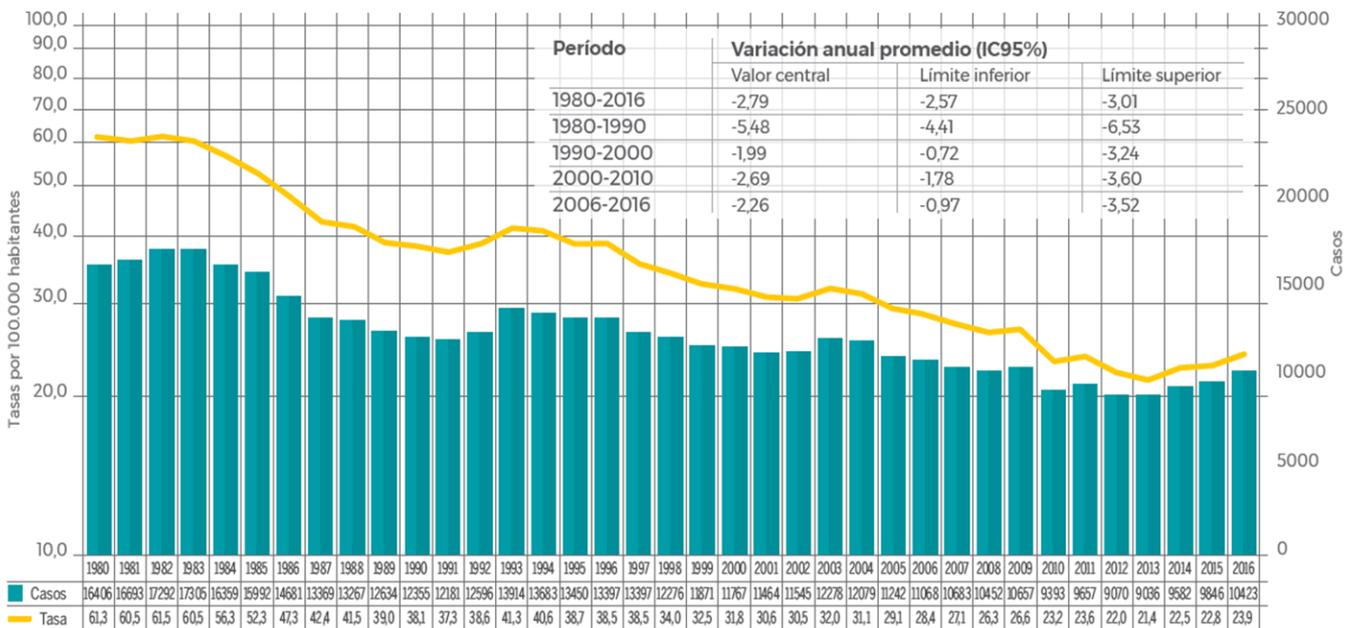
En este informe, junto con la presentación y actualización mensual y sistemática de los datos, se realiza un breve análisis de la situación de los menores de 20 años. Dada la importancia del evento en este grupo de edad, se considera significativo que, dentro de la prioridad que tiene el abordaje de la TBC en general, se le dé mayor visibilidad a la situación de los niños y adolescentes.

VIII.2. SITUACIÓN EN ARGENTINA

VIII.2.A. Actualización casos y tasas históricas

A continuación se presentan la tasa por 100.000 habitantes y el número de casos de TBC en Argentina durante el periodo 1980-2016.

Gráfico 1. Tasa por 100.000 habitantes y número de casos de TB en casos nuevos y recaídas. Argentina, 1980-2016



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni"
Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

¹³ La Gerencia Operativa de Epidemiología agradece especialmente al Dr. Juan Carlos Bossio del INER-CONI y a la Dra. Teresa Strella, Directora de Epidemiología de Chubut, por la mirada crítica general y aportes específicos a este informe. El mismo no hubiera sido posible sin sus apreciadas colaboraciones.

¹⁴ OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

¹⁵ OMS. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

El Boletín N° 1 de Tuberculosis presentó la actualización de los casos al año 2016. En el gráfico precedente se observa claramente el descenso constante en la incidencia de TBC desde 1980. En dicho año se notificaron 61,3 casos cada 100.000 habitantes, cifra que se redujo a 23,9 en 2016. Esta reducción representa un 60,1% en la tasa de notificación. La variación anual promedio (VAP) de las tasas de notificación de casos nuevos y recaídas para el periodo mencionado, fue de -2,79%. En el periodo 2006 a 2010, se observó una reducción de 2,26% menor al decenio previo, siendo en ambos casos estadísticamente significativa. **En los últimos cuatro años (2013-2016) la tendencia se invirtió con una velocidad de aumento de 3,55% anual.**¹⁶

Según el último reporte del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, en el año 2017 se notificaron 10.466 casos, con una tasa de 23,76 casos/100.000 habitantes.

A continuación se presentan los casos y tasas por grupo de edad y jurisdicción, con datos del SNVS-TBC al 2 de Febrero de 2018.

Tabla 1. Casos notificados y tasas por 100.000 habitantes¹, de todas las formas, por grupo de edad. Argentina, por jurisdicción de notificación. Año 2017.

Jurisdicción de Residencia	Población	Todos los Casos		Casos Pediátricos, Adolescentes y de 20 años o más						
		Número	Tasa ¹	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	< 20	>= 20	S/I
Argentina	44044811	10466	23,76	386	189	307	989	1871	8533	62
Buenos Aires	17020012	5377	31,59	183	102	152	537	974	4380	23
C. A. B. A.	3063728	1177	38,42	60	28	50	120	258	907	12
Catamarca	404433	25	6,18	0	0	0	1	1	23	1
Chaco	1168165	213	18,23	4	1	11	21	37	176	0
Chubut	587956	93	15,82	5	1	1	8	15	78	0
Córdoba	3645321	337	9,24	6	9	11	29	55	282	0
Corrientes	1090938	151	13,84	0	2	0	12	14	137	0
Entre Ríos	1347508	216	16,03	5	4	5	20	34	174	8
Formosa	589916	82	13,90	6	0	2	9	17	65	0
Jujuy	745252	405	54,34	4	4	14	42	64	341	0
La Pampa	349299	45	12,88	1	2	2	3	8	37	0
La Rioja	378047	38	10,05	0	0	0	2	2	35	1
Mendoza	1928304	159	8,25	3	1	6	11	21	137	1
Misiones	1218771	227	18,63	16	4	3	16	39	187	1
Neuquén	637913	40	6,27	0	0	2	3	5	35	0
Río Negro	718646	66	9,18	3	0	1	5	9	56	1
Salta	1370283	690	50,35	56	17	21	70	164	523	3
San Juan	755994	50	6,61	1	0	0	2	3	41	6
San Luis	489225	37	7,56	1	0	2	2	5	31	1
Santa Cruz	338542	58	17,13	2	0	0	0	2	56	0
Santa Fe	3453674	595	17,23	22	11	20	49	102	492	1
Santiago del	948172	106	11,18	5	2	0	10	17	89	0
Tierra del Fuego	160720	11	6,84	0	1	0	0	1	9	1
Tucumán	1633992	201	12,30	3	0	2	11	16	185	0
S. P. F. ²	-	40	-	0	0	0	1	1	38	1
Sin Especificar	-	27	-	0	0	2	5	7	19	1

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni"
Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

² Servicio Penitenciario Federal

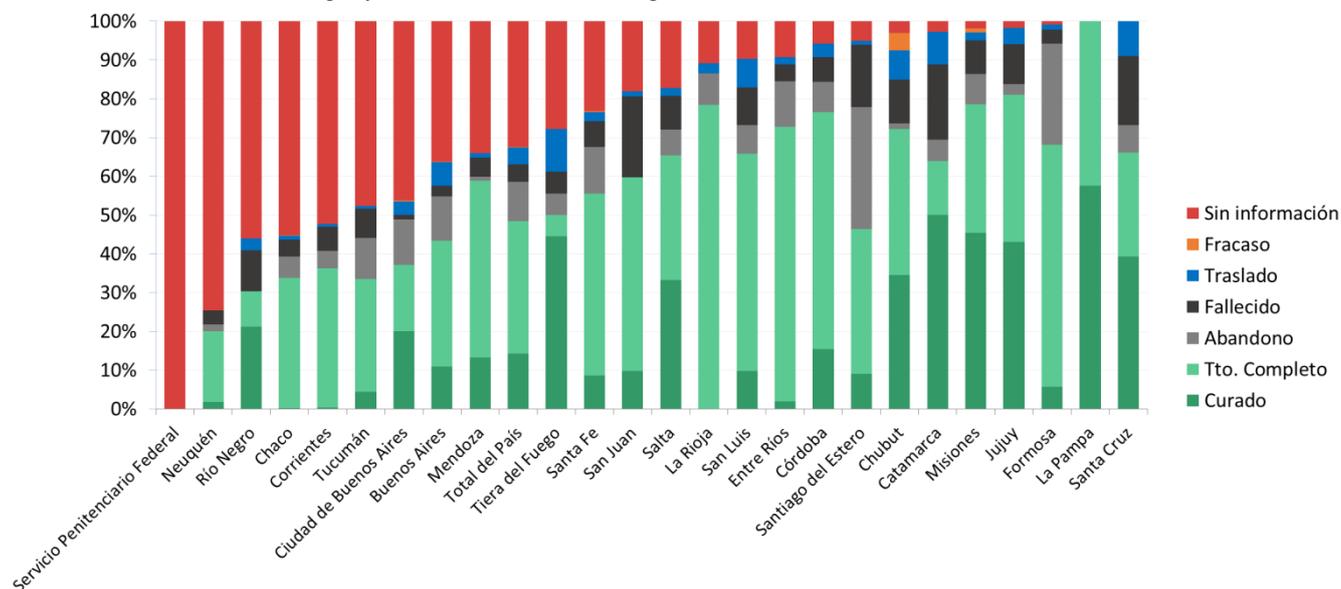
Las provincias de Jujuy y Salta son aquellas que presentan las tasas más altas del país, duplicando la media nacional, mientras que Neuquén, Catamarca y San Juan registran los valores más bajos. La Ciudad de Buenos Aires se encuentra en el tercer lugar dentro de las regiones con mayores tasas.

¹⁶ Boletín sobre Tuberculosis en la Argentina N°1. Año 1-Marzo 2018. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de SIDA. Enfermedades de Transmisión Sexual. Hepatitis y TBC.

VIII.2.B. Evaluación 2016 total país

Se presentan los datos de todo el país respecto del total de los casos con registro de evaluación del tratamiento.

Gráfico 2. Evaluación final del total de casos de TBC notificados en 2016. Según jurisdicción de residencia. Argentina. Información al 3 de abril de 2018.



Casos diagnosticados y notificados en 2016 obtenidos del componente de tuberculosis del SNVS el 3 de abril de 2018.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

El gráfico precedente debe analizarse en función de la tabla 1 de la página previa, teniendo en cuenta los denominadores que representa cada barra. Con esa salvedad, y teniendo en cuenta que para el total país se desconoce la situación del resultado del tratamiento en un 32% de los casos, pueden revisarse los diferenciales entre las provincias. En lo que compete a la Ciudad de Buenos Aires, es de destacar (en función de lo que se presentará más adelante) que para el año 2016 "cerrado", alcanza el 54%.

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

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

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

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

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

VIII.3.A. Antecedentes año 2017

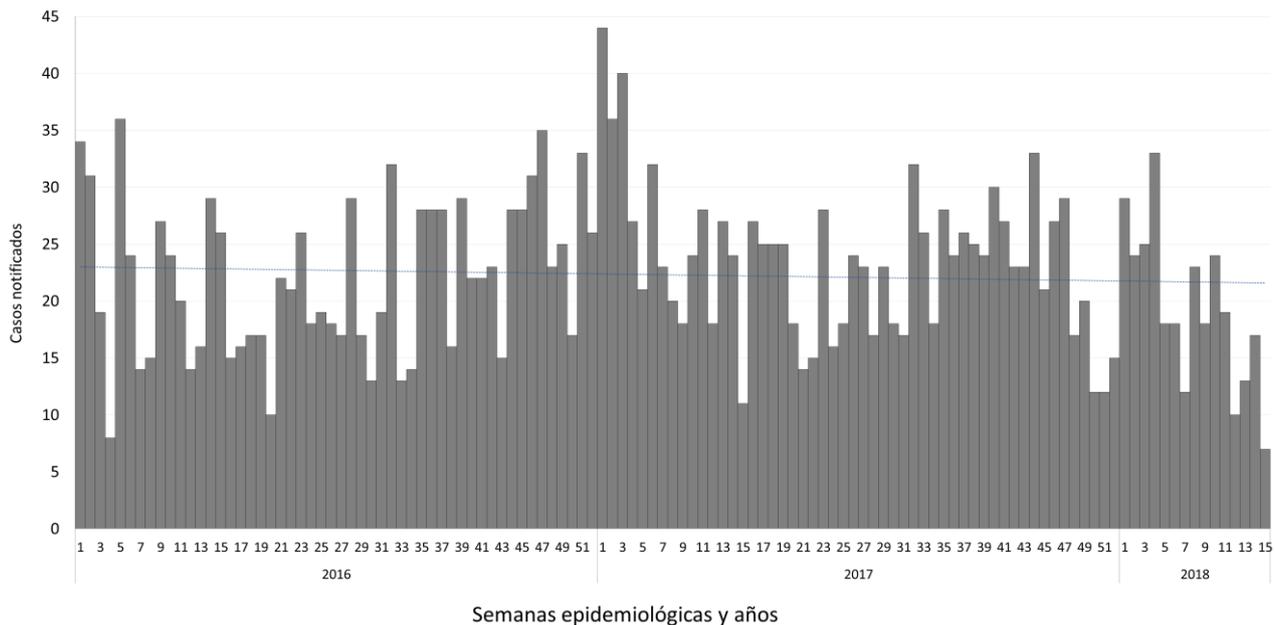
La información del año 2017 se presentó en el BES N° 76 y anteriores. Se puede descargar en el siguiente link: http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_76_se_3_vf_0.pdf.

VIII.3.B. Análisis de los casos de tuberculosis notificados durante el año 2018

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el año 2018 se notificaron 635 casos totales de TBC, 263 con datos de residencia en comunas de la CABA, 25 casos de la CABA pero sin datos de domicilio y 2 casos que no cuenta con dato de domicilio ni de provincia de residencia, los cuales se incluirán en el análisis como residentes de la CABA.

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC en residentes de la CABA en los años 2016, 2017 y hasta la SE 15 de 2018, junto con la línea de tendencia.

Gráfico 3. Casos notificados de TBC. Residentes de la CABA.
Años: 2016 (n=1147) - 2017 (n=1218) - 2018 hasta SE 1-15 (n=290).



Fuente: SNVS TBC

En las últimas semanas se observa un menor número de casos notificados, probablemente por un retraso en la notificación propio de los eventos de denuncia semanal. Junto con lo anterior, teniendo en cuenta todo el período de análisis, se observa una leve tendencia a la disminución en la notificación de los casos. Sin dudas que esto tiene que examinarse a la luz de los datos de todo el país para los últimos años y del seguimiento de esta tendencia en los meses siguientes.

A continuación se presenta la distribución de tasas por comuna en los años 2017-2018 hasta la SE 15.

Tabla 2. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna.
Residentes de la CABA. Años 2017 –2018 hasta la SE 15.

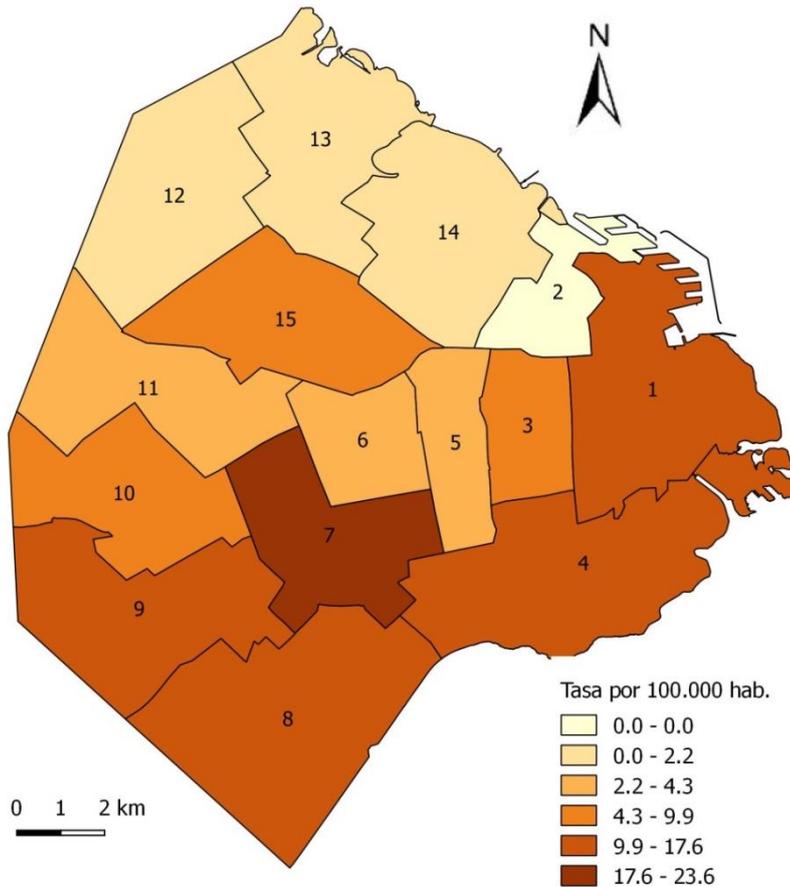
Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	53	20,9	31	12,2	-22
2	9	6,0	0	0,0	-9
3	22	11,4	12	6,2	-10
4	42	17,6	35	14,6	-7
5	12	6,4	8	4,3	-4
6	5	2,7	6	3,2	1
7	76	31,6	57	23,6	-19
8	51	22,5	40	17,6	-11
9	32	18,8	24	14,0	-8
10	12	7,0	14	8,2	2
11	7	3,7	6	3,2	-1
12	4	1,9	3	1,4	-1
13	2	0,8	4	1,7	2
14	6	2,6	5	2,2	-1
15	10	5,5	18	9,9	8
Residentes SD*	43		25		-18
Desconocidos**	7		2		-5
Total CABA	393	12,8	290	9,5	-103

Fuente: SNVS-TBC

*Residentes sin datos de domicilio.

**Sin datos de provincia de residencia

Mapa 1. Tasas de notificación de casos de TBC por 100.000 habitantes. Residentes de la CABA. 2018 (SE 1-15; n=263).



Fuente: SNVS-TBC

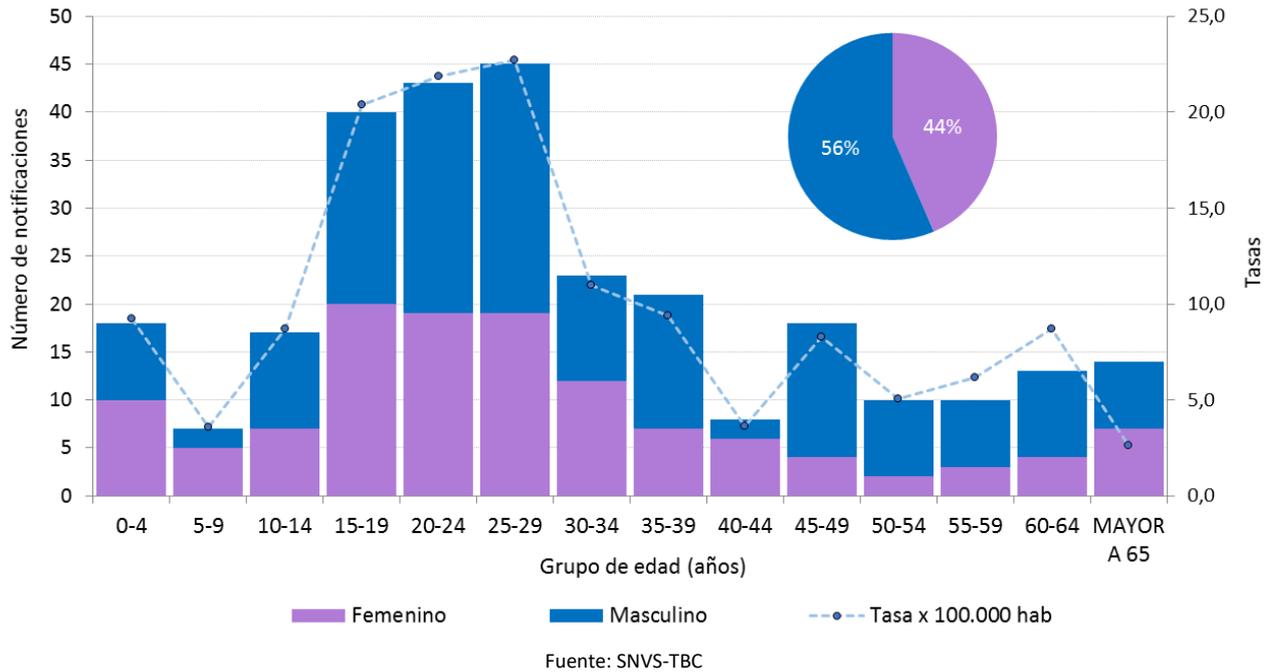
Las Comunas 1, 4, 7, 8, 9 y 15 son las más afectadas, registrando tasas por encima de la media. En la Comuna 7 se concentran la mayoría de los casos, los cuales representan el 19,6% del total de casos notificados en residentes. Se observa en 2018 una disminución relativa en la tasa de notificación de la comuna 4 y 7 con respecto de 2017.

VIII.3.C. Características de la población

VIII.3.C.i. Sexo y edad

En el siguiente gráfico se presentan los casos y tasas por grupo de edad y sexo en residentes de la CABA hasta la SE 15 de 2018. Para este análisis se excluyeron 3 casos sin registro de la edad.

Gráfico 4. Casos notificados de TBC y tasas x 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=287).

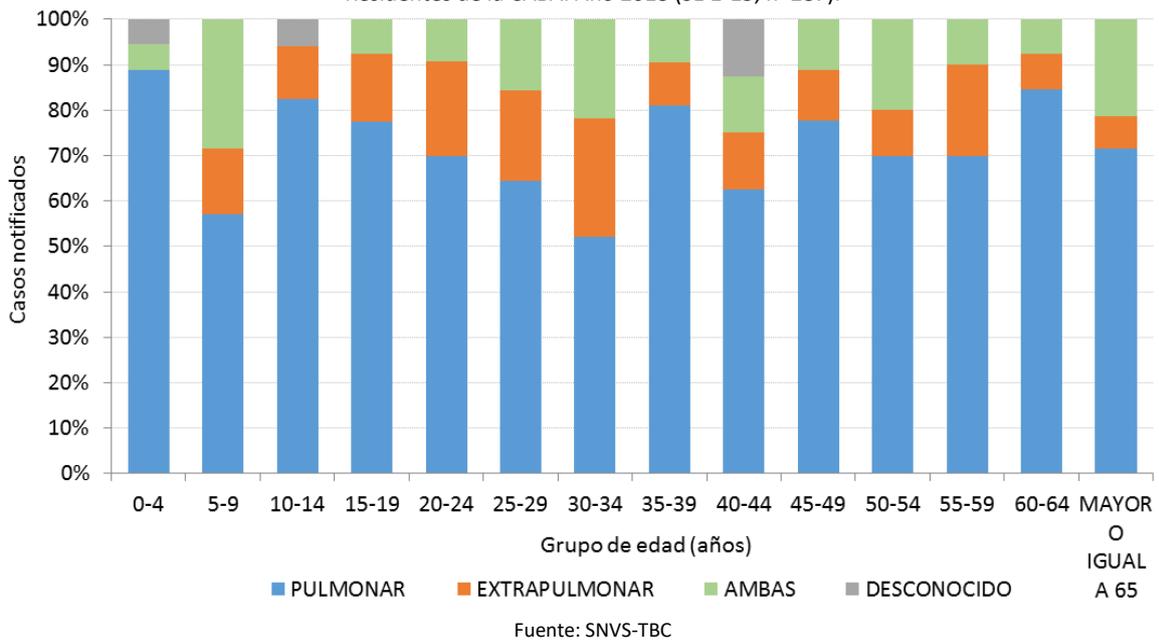


La mayor cantidad de notificaciones se registra en varones de 15 a 29 años. La mediana de edad fue de 26 años. Ello permite inferir 2 escenarios: infección por TB en edades tempranas de la vida con desarrollo posterior de enfermedad por TB y fuente de infección sostenida en los grupos etarios mencionados, para los menores de 10 años que totalizan casi el 10% de la notificación.

VIII.3.C.ii. Localización y co-morbilidades

A continuación se describe la localización de la enfermedad según grupo etario de los casos notificados en las semanas 1-15 de 2018 en residentes de la CABA.

Gráfico 5. Porcentaje de casos notificados de TBC según localización y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=287).

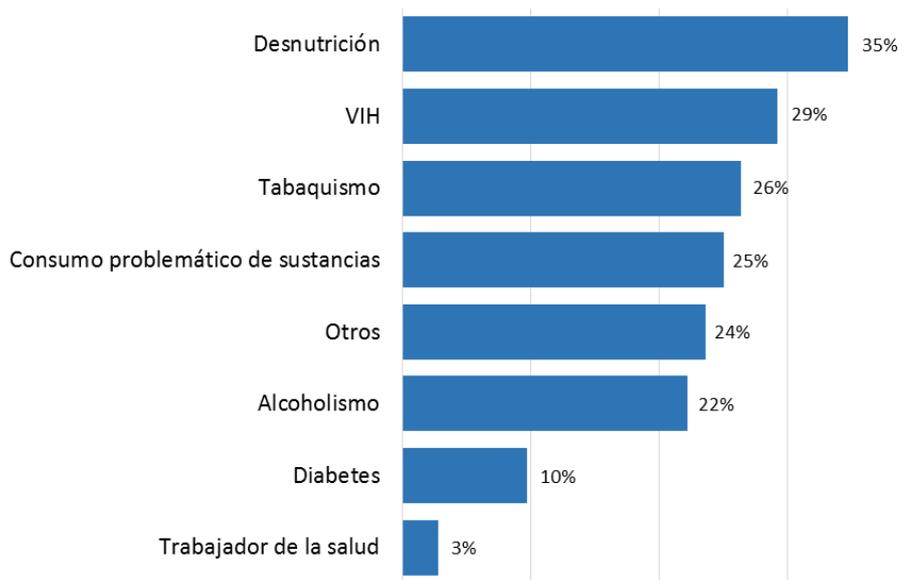


Se observó que el 72% de los casos residentes de la CABA presentaron afectación únicamente pulmonar, 15% extrapulmonar y un 12% presentó ambos compromisos. En el 1% de los casos no se obtuvo información sobre la localización de la enfermedad. Es de destacar la presentación de la forma pulmonar como la principal en el grupo etario de menores de 15 años, fundamentalmente en menores de 4 años, donde casi el 90% corresponde a la presentación pulmonar.

El análisis de la población de residentes también muestra que el 25% presenta algún tipo de factor de riesgo (72 pacientes)¹⁷. De ellos, 44 pacientes presentaron desnutrición y alcoholismo.

A continuación se presenta el porcentaje de los casos de tuberculosis según factores de riesgo sobre el total de pacientes con algún factor de riesgo. Cabe aclarar que los mismos no son excluyentes, ya que un mismo paciente puede presentar más de un factor de riesgo.

Gráfico 6. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis según tipo de factor de riesgo. Residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n= 72).



Fuente: SNVS-TBC

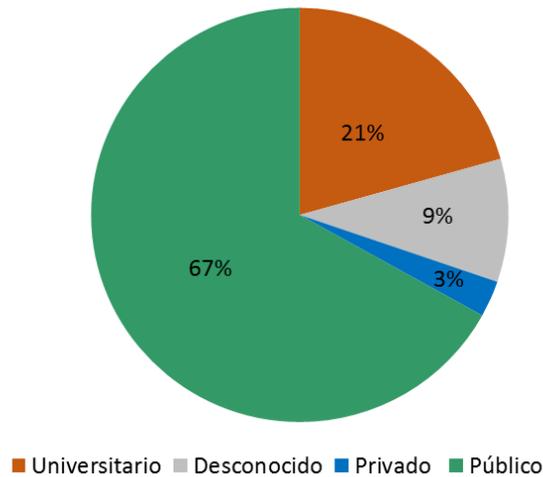
La desnutrición resultó ser la principal condición asociada a la tuberculosis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la misma puede presentarse como parte del cuadro clínico cuando la enfermedad se diagnostica en etapas avanzadas. El 29% de los casos reportados se encuentra asociado a co-infección con VIH. En el 75% de las notificaciones no se obtuvo información sobre la existencia de factores de riesgo. Del total de los casos notificados en residentes de la CABA, se identificó la condición de hacinamiento en 39 casos.

VIII.3.D. Distribución según efectores

En el siguiente gráfico se indican los casos de tuberculosis de residentes y no residentes de la CABA, según el tipo de establecimiento notificador, entre las SE 1 y 15 de 2018.

¹⁷ Factores de riesgo recabados: diabetes, alcoholismo, desnutrición, consumo problemático de sustancias, tabaquismo, infección por VIH y ser trabajador de la salud.

Gráfico 7. Porcentaje de casos según tipo de establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=653)

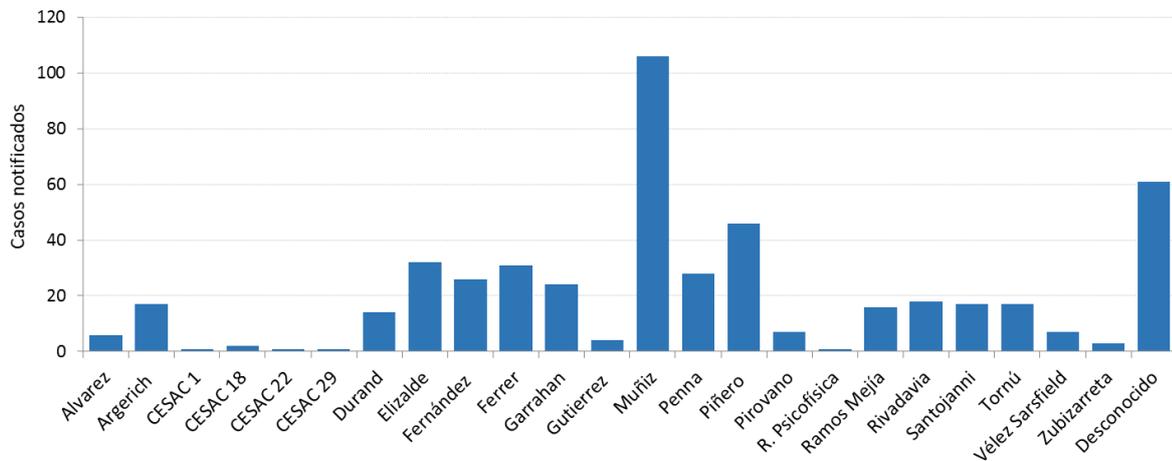


Fuente: SNVS-TBC

Con respecto a los establecimientos de salud que participan en la notificación el 87,5% de los casos son notificados por efectores de gestión pública y universitaria. El 9,6% de los casos cuenta con dato desconocido de establecimiento notificador lo que repercute en el análisis de la situación actual.

A continuación se muestran los casos totales atendidos en la CABA, por establecimiento notificador.

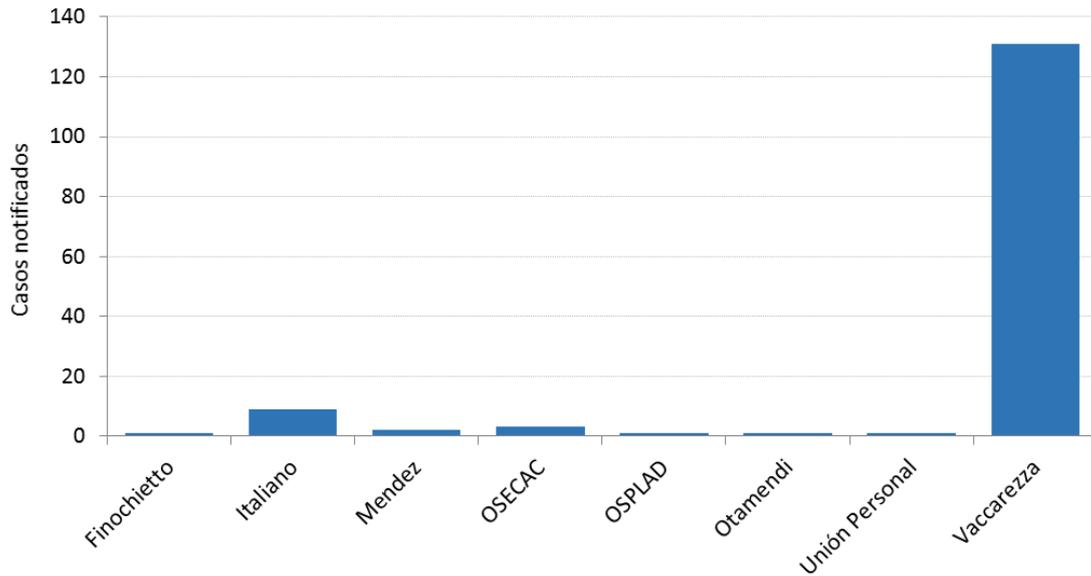
Gráfico 8. Casos notificados por establecimiento notificador público y desconocido. Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=486).



Fuente: SNVS-TBC

A continuación se muestran los casos totales atendidos en la CABA, por establecimiento notificador privado y universitario.

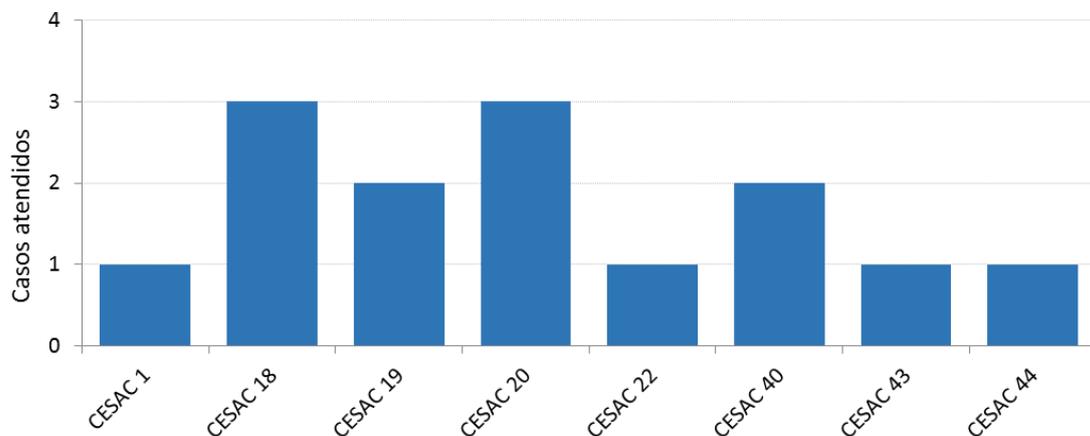
Gráfico 9. Casos notificados por establecimiento notificador privado y universitario.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=149).



Fuente: SNVS-TBC

A continuación se presentan los casos que recibieron tratamiento en Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (CeSAC), incluyendo residentes y no residentes.

Gráfico 10. Casos tratados en CeSAC.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=14).

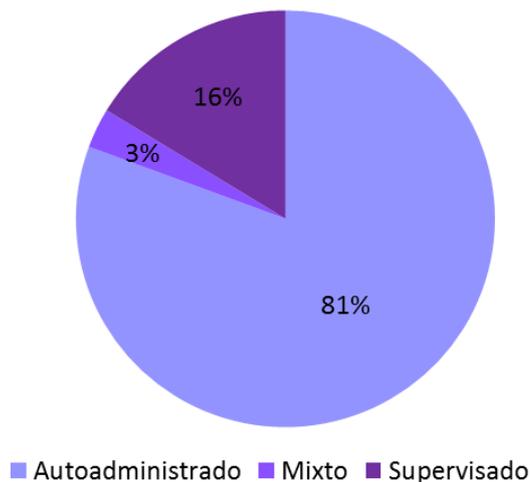


Fuente: SNVS-TBC

En el marco de la estrategia basada en el plan de Salud de la Ciudad y a partir del fortalecimiento de la Atención primaria de la Salud y la conformación de una red de cuidados progresivos, se está trabajando fuertemente la descentralización del seguimiento de esta enfermedad y su realización desde el primer nivel de atención. En este sentido, continúa la derivación de pacientes para tratamiento en los CeSAC de la ciudad. El 43% de los casos se asistieron en los CeSAC 18 y 20.

En el siguiente gráfico se presenta la modalidad de tratamiento de los casos atendidos en las SE 1-15 de 2018, en los que se consignó esta información.

Gráfico 11. Modalidad de tratamiento en porcentaje.
Residentes y no residentes de la CABA. Año 2018 (SE 1-15, n=485).



Fuente: SNVS-TBC

En el 23,6% de las notificaciones no se cuenta con ese dato, tanto de residentes como de no residentes. Si se consideran los 485 casos con esta información, el 81% (391) recibió tratamiento autoadministrado, 16% (79) supervisado y 3 % (15) mixto.

VIII.3.E. Evaluación de los casos

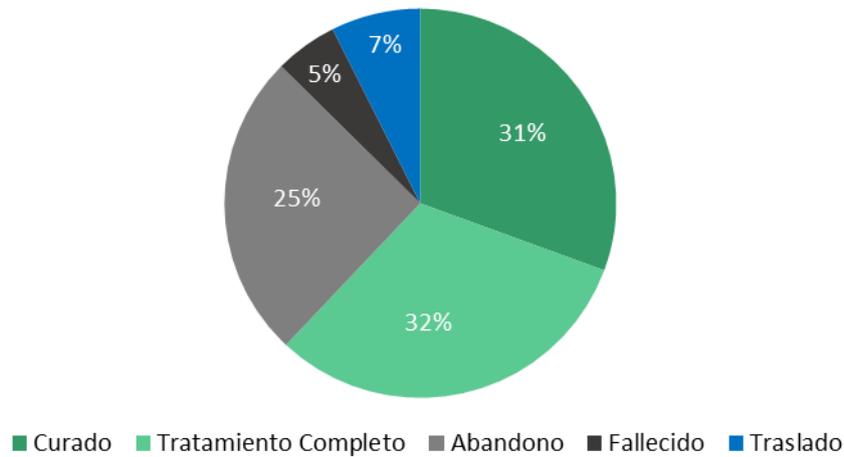
A continuación, se presenta la evaluación de los casos notificados en residentes de la CABA hasta la SE 30, considerando que deberían haber cumplido al menos 9 meses de tratamiento. De 709 casos notificados en ese período, se cuenta con datos de evolución en un 52% (366 casos).

Se considerarán las siguientes definiciones acordes a las Normas Técnicas 2013 del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis¹⁸:

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

¹⁸ Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000278cnt-normas-tecnicas-2013-tuberculosis.pdf>

Gráfico 12. Porcentaje de pacientes con diagnóstico de tuberculosis hasta la SE 30 de 2017 con datos de evolución. Residentes de la CABA (n=366).

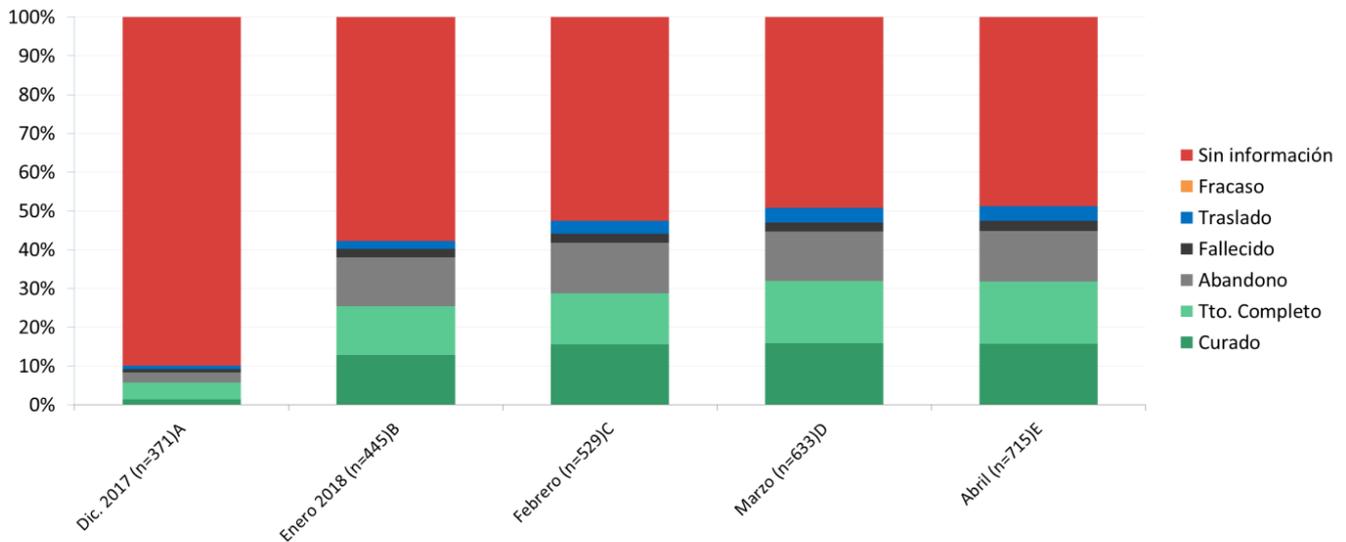


Fuente: SNVS-TBC

De los 19 pacientes fallecidos notificados en este período, 16 presentaban factores de riesgo: infección por VIH (8), diabetes mellitus (3), alcoholismo (3), uso problemático de sustancias (3) y tabaquismo (2). Del total de fallecidos, 5 se encontraban en situación de calle. En 1 de los casos se constató monorresistencia a isoniazida. No se notificaron fracasos de tratamiento en este período.

Teniendo en cuenta 9 meses desde el inicio de tratamiento, en el siguiente gráfico se muestra el progreso en el registro de la evaluación final.

Gráfico 13. Evaluación final de casos de tuberculosis notificados en 2017. Residentes de la CABA.



Casos diagnosticados y notificados: A: Hasta el 31 de marzo de 2017 / B: Hasta el 30 de abril de 2017 / C: Hasta el 31 de mayo de 2017 / D: Hasta el 30 de junio de 2017 / E: Hasta 31 de julio de 2017

Fuente: SNVS-TBC

Se observa la clara tendencia en la mejora del indicador desde el inicio de la presentación a la fecha. Si bien la progresión en los últimos cortes ha sido más lenta, la misma se mantiene en ascenso. Se continúa trabajando para mejorar la consignación de los datos de evaluación final en el módulo SNVS-TBC. Es de notar que se está cerca de alcanzar para el 2017, no habiendo llegado a mitad de año 2018, los mismos valores que para el 2016 (51 actual vs 54% todo el 2016).

VIII.4. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN MENORES DE 20 AÑOS.

La problemática general de la Tuberculosis en la Argentina y en la Ciudad de Buenos Aires comparten un denominador común: la necesidad de abordar, específicamente, a los adolescentes y niños con esta enfermedad.

Como ya se dijo y se verá nuevamente más adelante, la situación de esta patología para el conjunto de los grupos de edad, se presenta desde hace 8 años como una meseta, donde luego de casi 30 años de franco descenso, la incidencia de la TBC es, período tras período, la misma. Pero esta meseta, en el grupo de menores de 20 años y, en especial, en los de 15 a 19, tiene diferenciales muy importantes.

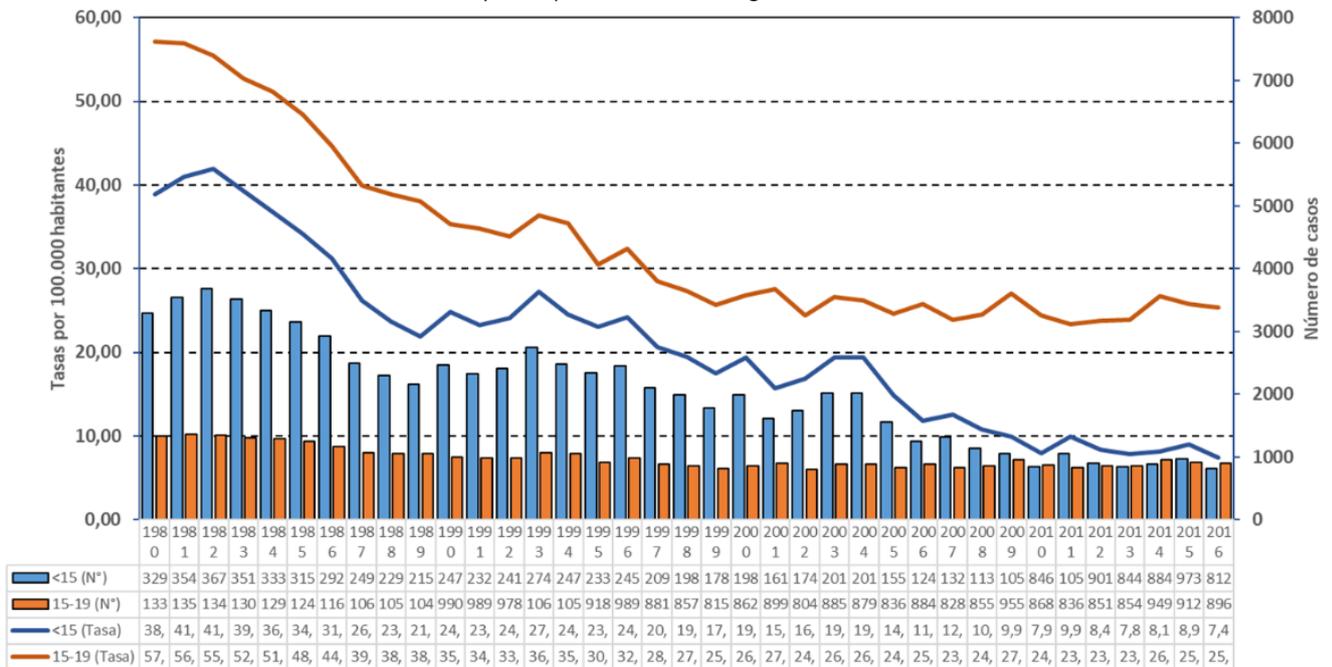
Por lo dicho, en este apartado se realizará una breve descripción de los casos notificados de tuberculosis menores de 20 años, comparando los indicadores nacionales y provinciales con los de la CABA, con la finalidad de comprender mejor la situación y apostar a su mejora por parte de todos los actores involucrados.

VIII.4.A. Situación nacional

VIII.4.A.i. Tendencia histórica

A continuación se presenta la serie histórica con datos aportados por Programa Nacional de Control de Tuberculosis, con el número de casos y tasas según los grupos de menores de 15 años y entre 15 y 19 años.

Gráfico 14. Tendencia de la notificación de casos de TB todas las formas en menores de 20 años. Número de casos y tasas por 100.000 hab. Argentina. 1980 -2016.



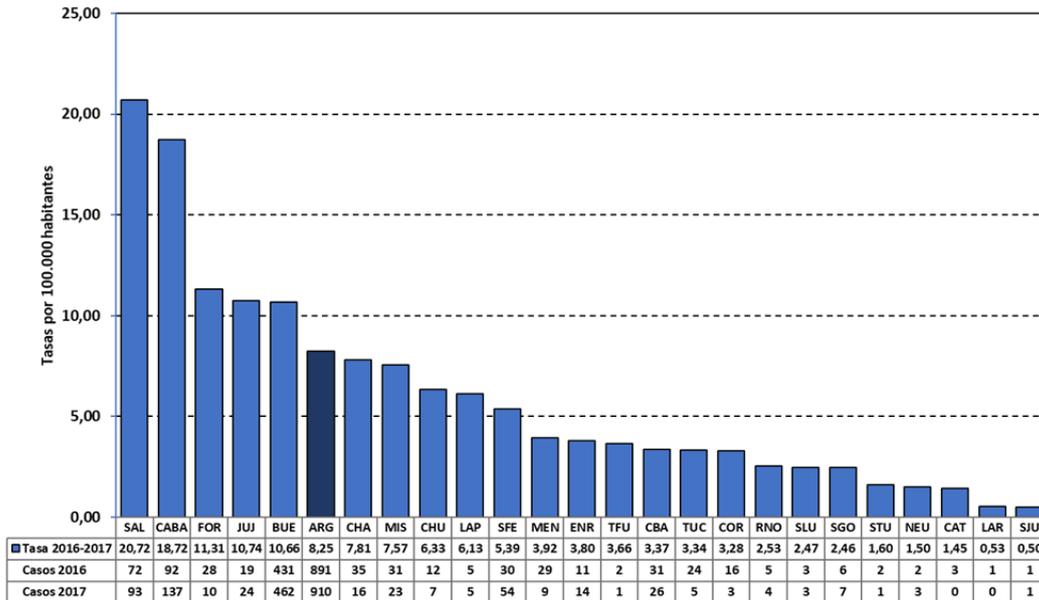
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS).

Se destaca el descenso sostenido de la notificación de menores de 15 años, con una tendencia estable de notificación de adolescentes entre 15 y 19 años, en el periodo 1980-2000 a partir de entonces, se observa un amesetamiento del reporte con una tasa en 2016 de 25/100.000 igual a 1999, mientras la tasa en menores de 15 años se mantiene en descenso sostenido con alguna variación interanual.

VIII.4.A.ii. **Comparación provincial y variación porcentual**

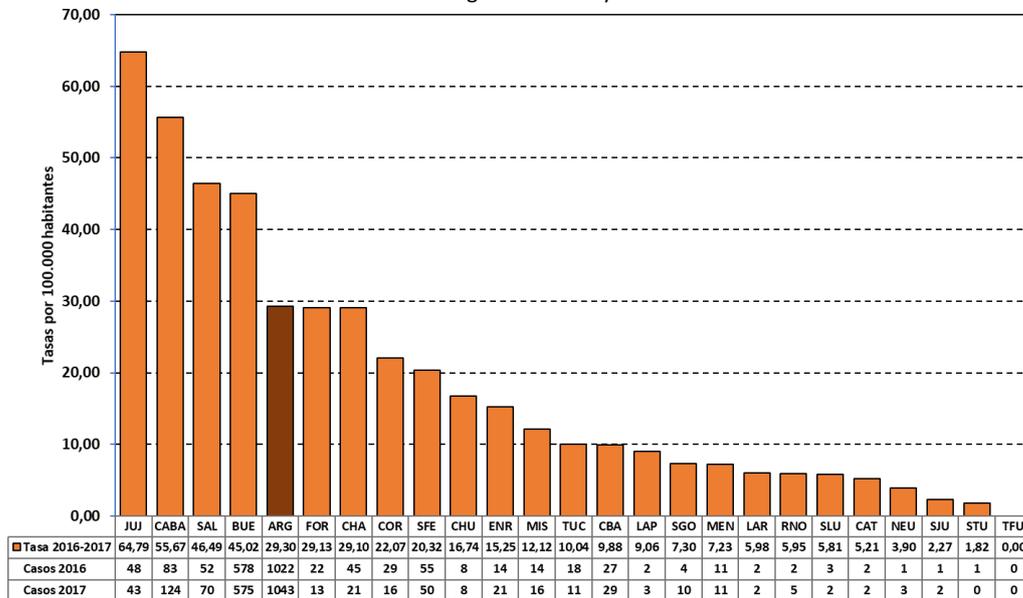
A continuación se presenta la notificación de casos de TBC en menores de 15 años por residencia número de casos y tasas bianuales por 100.000 habitantes. Argentina y CABA 2016 y 2017.

Gráfico 15. Notificación de casos de TBC en menores de 15 años por residencia número de casos y tasas bianuales por 100.000 hab. Argentina 2016-2017.



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán" con base de datos del Programa Nacional y de los Programas Provinciales de TB. Ministerio de Salud de la Nación. Agosto 2017

Gráfico 16. Notificación de casos de TBC de 15 a 19 años. Número de casos y tasas bianuales por 100.000 hab. Argentina-2016 y 2017.

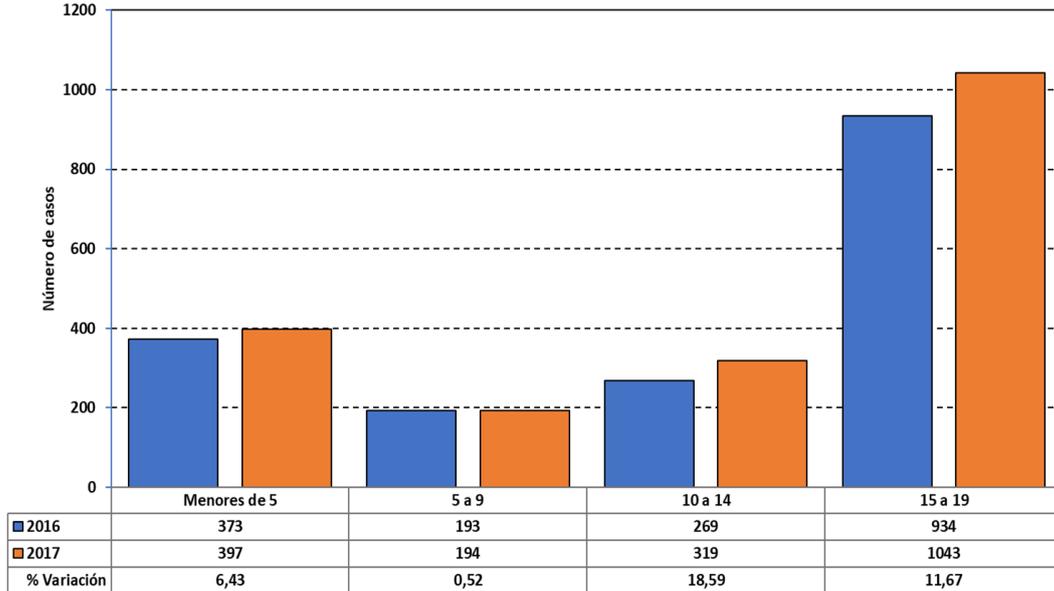


Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán" con base de datos del Programa Nacional y de los Programas Provinciales de TB. Ministerio de Salud de la Nación. Agosto 2017.

Es de notar los diferenciales entre los extremos de los gráficos. Las provincias más afectadas, en general, representan una tasa 10 veces superior a las que se encuentran con menores valores.

En el período de estudio, tanto en menores de 15 como en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de la CABA se ubicó en segundo lugar superando incluso a la tasa global nacional.

Gráfico 17. Notificación de casos de TB menores de 20 años, por grupo quinquenal de edad. Número de casos y variación porcentual. Argentina 2016 y 2017*.



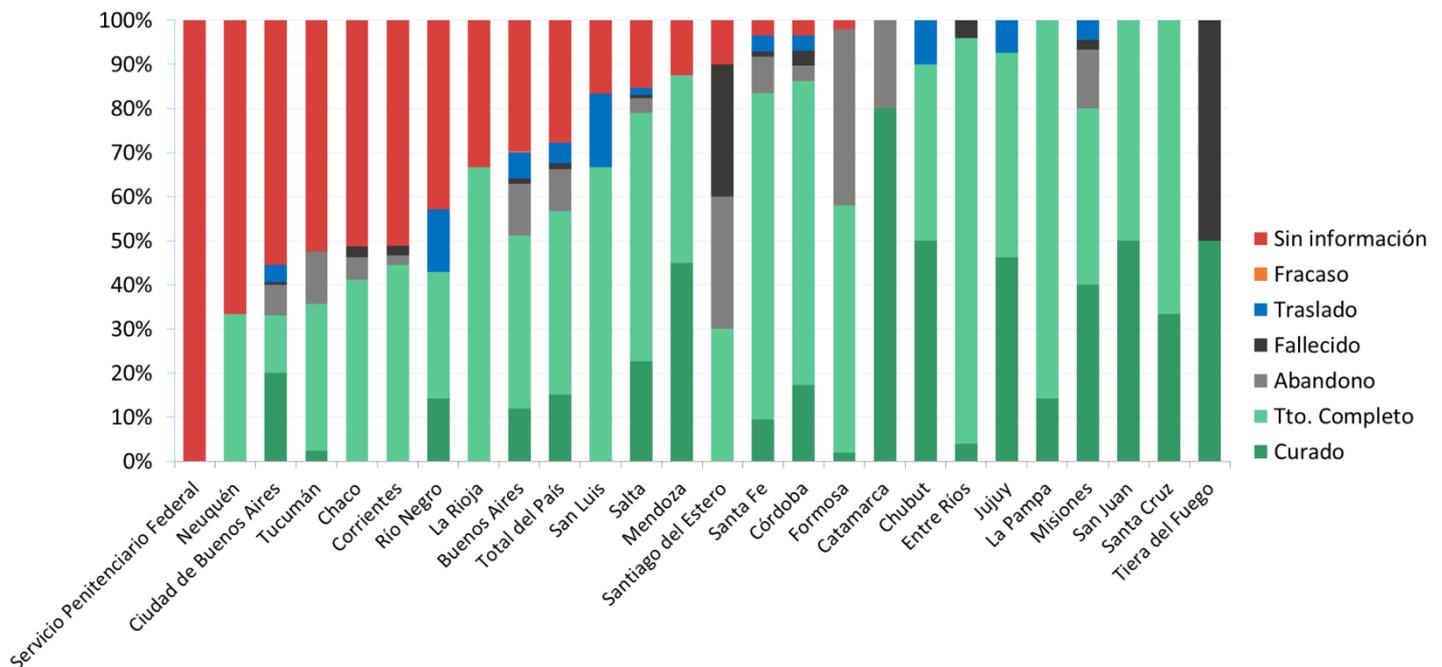
Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán" con base de datos del Programa Nacional y de los Programas Provinciales de TB. Ministerio de Salud de la Nación. Agosto 2017.
*Número de casos registrados en el componente de TBC del SNVS al 3 de abril del año siguiente.

En todos los grupos se aprecia incremento en el Nº de casos respecto del año anterior, con la variación porcentual en el grupo de 10 a 14 años (18,59%) seguido del grupo de 15 a 19 años (11,67%). Esto podría estar explicado por cierta la falta de acceso a los servicios de salud por parte de los niños a medida que se alejan del año o la primera infancia, donde se deja de realizar el control del niño sano.

VIII.4.A.iii. Evaluación de los casos

Se presenta la evaluación de los casos según provincias.

Gráfico 18. Evaluación final de casos de TBC menores de 20 años notificados en 2016. Según jurisdicción de residencia. Argentina. Información al 3 de abril de 2018.



Casos diagnosticados y notificados en 2016 obtenidos del componente de tuberculosis del SNVS el 3 de abril de 2018.

Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni" Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán" con base de datos del Programa Nacional y de los Programas Provinciales de TB. Ministerio de Salud de la Nación. Agosto 2017

Se observa que, en líneas generales, los resultados del tratamiento para los menores de 20 años, entre las provincias, se mantienen respecto del total de casos. Se observa una leve mejor en el total país, siendo para este indicador un 72% de consignación del dato (en el total era de 68%). Se observa, además, que en provincias con menor incidencia el conocimiento (o la consignación de éste) de la evaluación del tratamiento mejora.

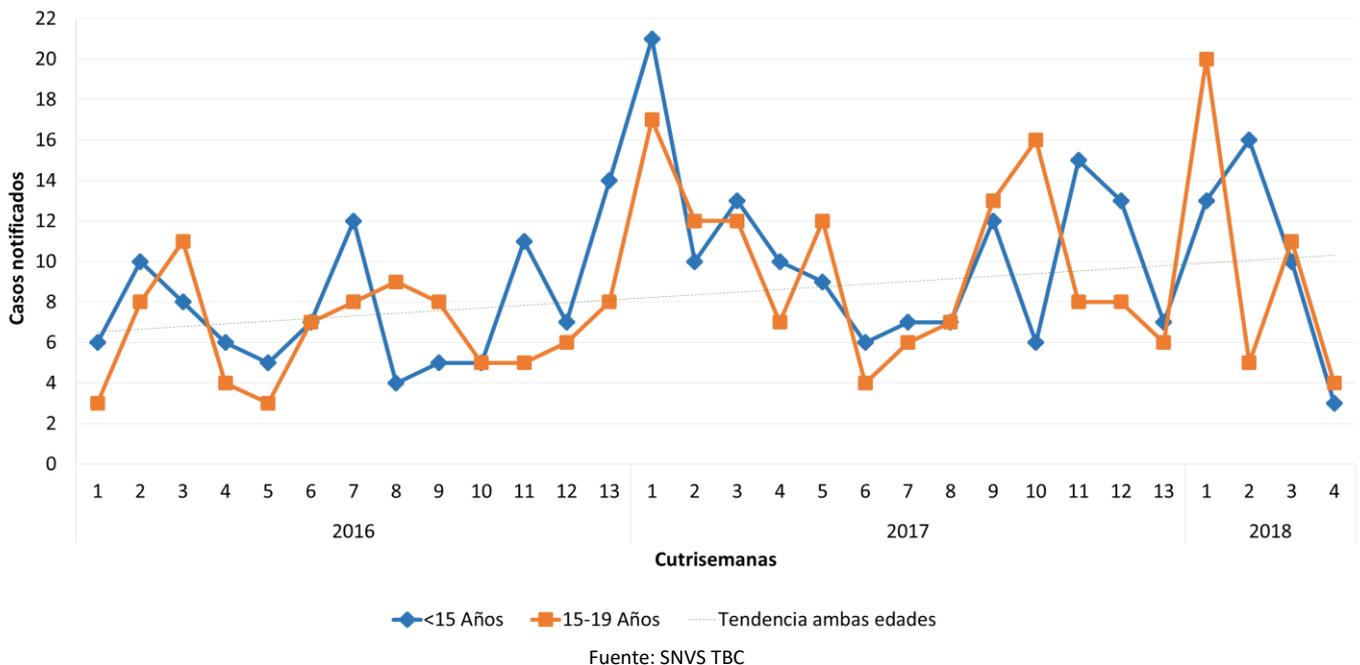
Respecto del análisis comparativo con la Ciudad de Buenos Aires, se observa que para el período 2016, la evaluación del tratamiento de los casos alcanzó un 45%. Por este motivo, como se verá en el próximo apartado, es que se decidió realizar un seguimiento intensivo de este indicador, planteando (como para el total de los casos) el monitoreo mensual a 9 meses de diagnosticado del caso.

VIII.4.B.Situación en CABA

VIII.4.B.i. Tendencia y variación porcentual 2016-2018

En el siguiente gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC según grupo etario en residentes de la CABA en los años 2017 por cuatrisesmana hasta la SE 15 de 2018.

Gráfico 19. Casos notificados de TBC menores de 20 años según grupo etario. Residentes de la CABA. Año 2016 (n=185), 2017 (n=264) y Cuatrisesmana 1 - 4 de 2018 (n=82)

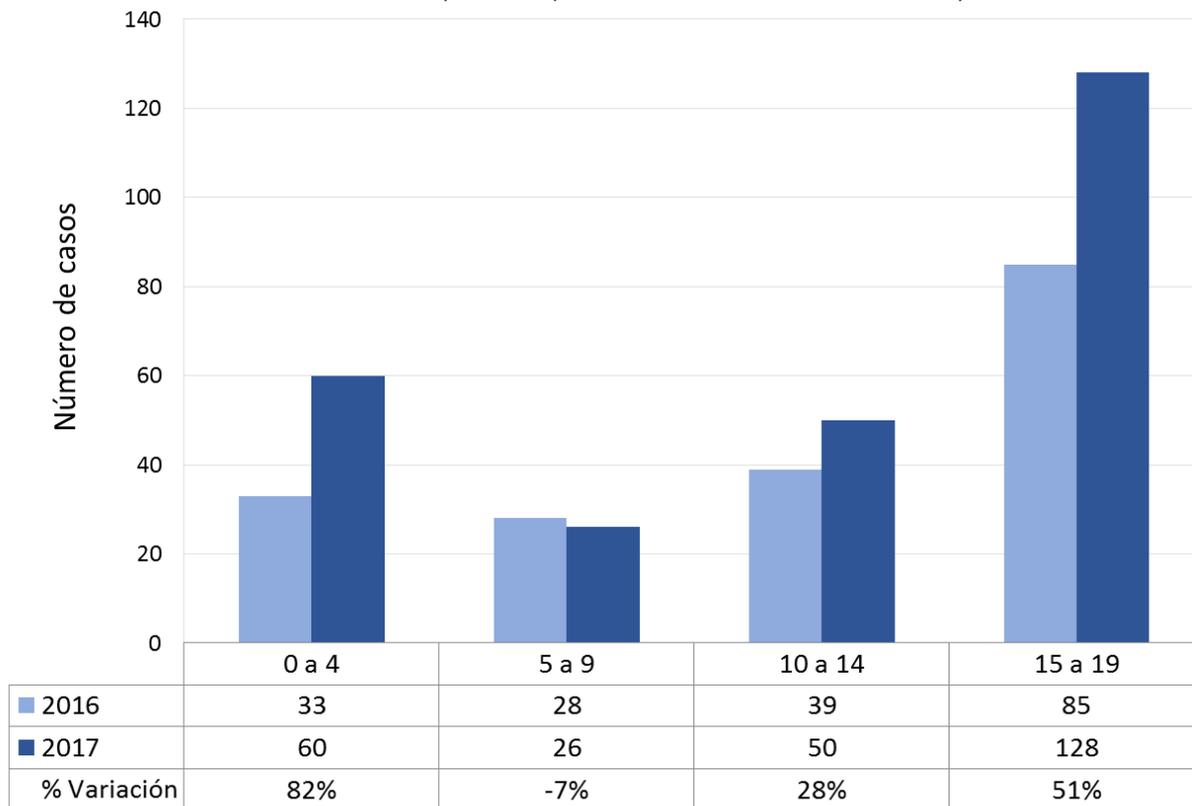


Como se observa y se conoce, la TBC no presenta una marcada estacionalidad. Pero es de notar que en las primeras semanas del 2017 y 2018 se notificaron más casos. Probablemente esto tenga que ver con un dato de consignación más que de ocurrencia de los casos, pero se indagará con mayor detalle.

De la misma manera, puede observarse, para el análisis de todo el período, una leve tendencia en aumento en la notificación. Esto puede deberse a la mejora y priorización de la notificación, pero es necesario atender a los valores absolutos y su incremento. La cantidad de casos totales por grupo de edad es semejante, siendo en el grupo de menores de 15, un total de 278 y 15 a 19, 253.

En el siguiente gráfico se presenta la variación porcentual entre el 2016 y 2017.

Gráfico 20. Notificación de casos de TB menores de 20 años, por grupo quinquenal de edad. Número de casos y variación porcentual. Residentes de la CABA. 2016 y 2017*.



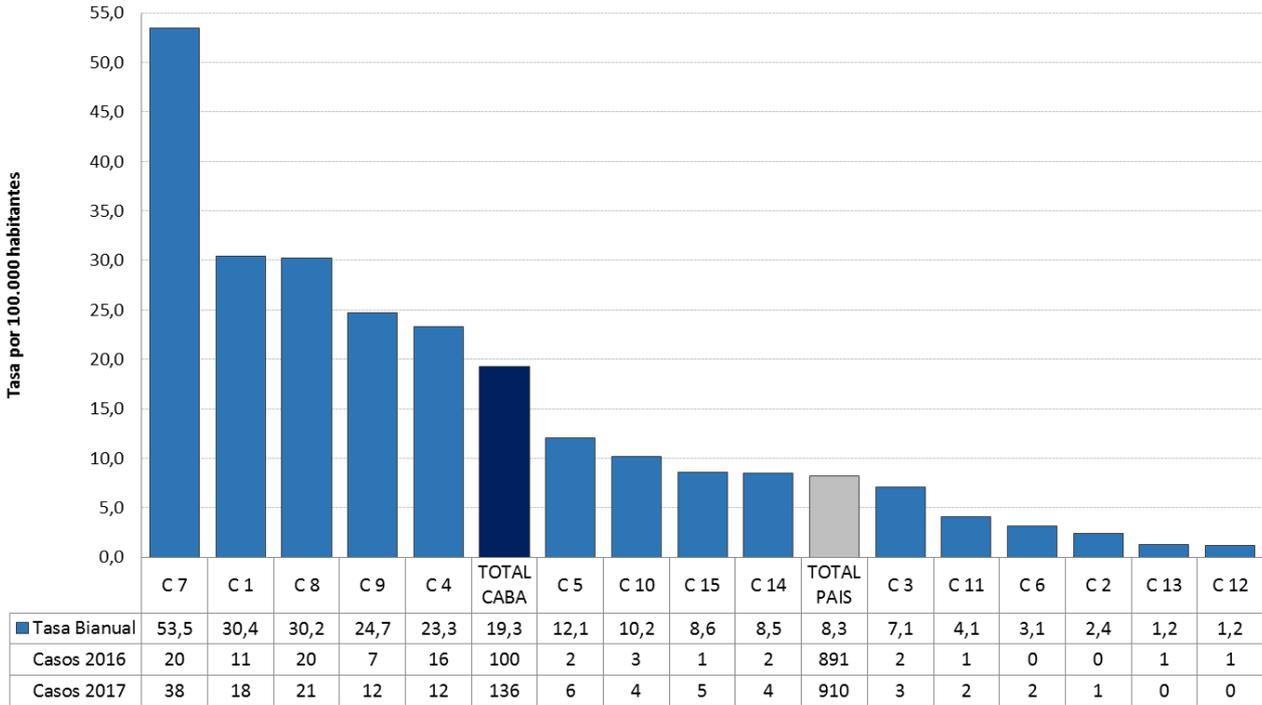
Fuente: SNVS TBC

Como ya se expresó, el importante incremento en el número de casos entre los dos años analizados puede estar influenciado por una mejora del sistema de información. Sin embargo, es preciso atender no solo los casos absolutos sino las características de la TBC en estos grupos de edad y las probabilidades de presentar la enfermedad luego de la infección. En este sentido, la aparición constante y el aumento de casos bacilíferos en los grupos de 15 a 19 hace que cobre mayor importancia el seguimiento de esta población.

VIII.4.B.ii. Tasas según comuna y grupo de edad

A continuación se presentan los gráficos de la situación por grupos de edad en los dos años que se analizan. La tasa, como en los gráficos precedentes nacionales, se muestra en forma bianual y los casos para cada año.

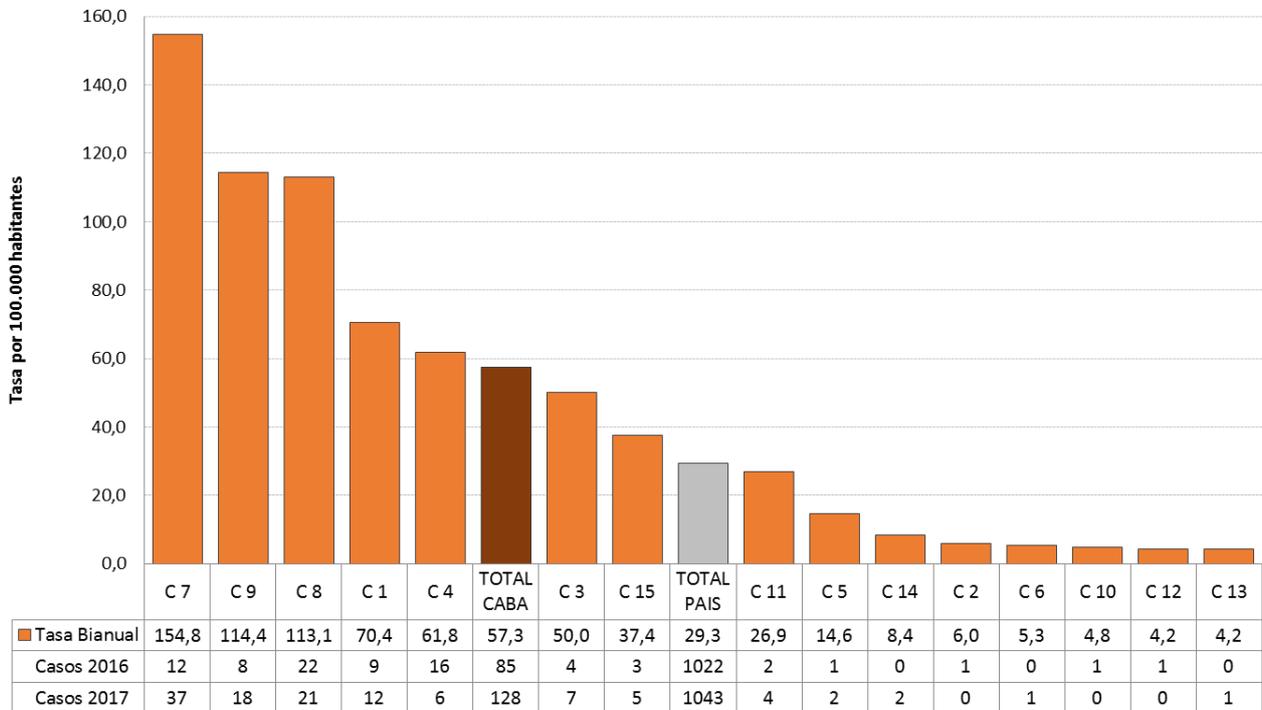
Gráfico 21. Notificación de casos de TBC de menores de 15 años. Número de casos y tasas bianuales por 100.000 hab. CABA y total país 2016 y 2017



Fuente: SNVS-TBC

Con respecto al grupo etario de menores de 15 años, se observa cómo la Ciudad duplica la tasa país. Asimismo, las comunas 1 y 8 superaron ampliamente la tasa global de la CABA, mientras que en la comuna 7 la misma prácticamente se triplica.

Gráfico 22. Notificación de casos de TBC de 15 a 19 años. Número de casos y tasas bianuales por 100.000 hab. CABA y total país. 2016 y 2017.



Fuente: SNVS-TBC

En las comunas 7, 9 y 8, las tasas del grupo de 15 a 19 años, superaron ampliamente la tasa global de la Ciudad y casi cuadruplican la del total país. La comuna 7 presenta, además, más del doble de la tasa de Jujuy,

provincia con el valor más elevado de todo el país (casi 65 x 100.000). Esta misma comuna, casi triplica la tasa de CABA.

Tabla 3. Casos notificados y tasas x 100.000 habitantes de TBC según Comuna. Residentes de la CABA menores de 20 años. Años 2017 –2018 hasta la SE 15.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	15	23,9	11	17,5	-4
2	1	3,5	0	0,0	-1
3	1	2,2	2	4,3	1
4	8	10,3	10	12,8	2
5	2	4,6	0	0,0	-2
6	1	2,4	1	2,4	0
7	26	37,2	24	34,3	-2
8	13	15,0	15	17,2	2
9	9	18,1	3	6,0	-6
10	3	6,7	3	6,7	0
11	3	6,3	1	2,1	-2
12	0	0,0	1	1,9	1
13	0	0,0	1	1,9	1
14	1	2,1	1	2,1	0
15	1	2,2	4	8,8	3
Residentes SD*	11		4		-7
Desconocidos**	3		1		-2
Total CABA	98	12,3	82	10,3	-16

Fuente: SNVS-TBC

*Residentes sin datos de domicilio.

**Sin datos de provincia de residencia

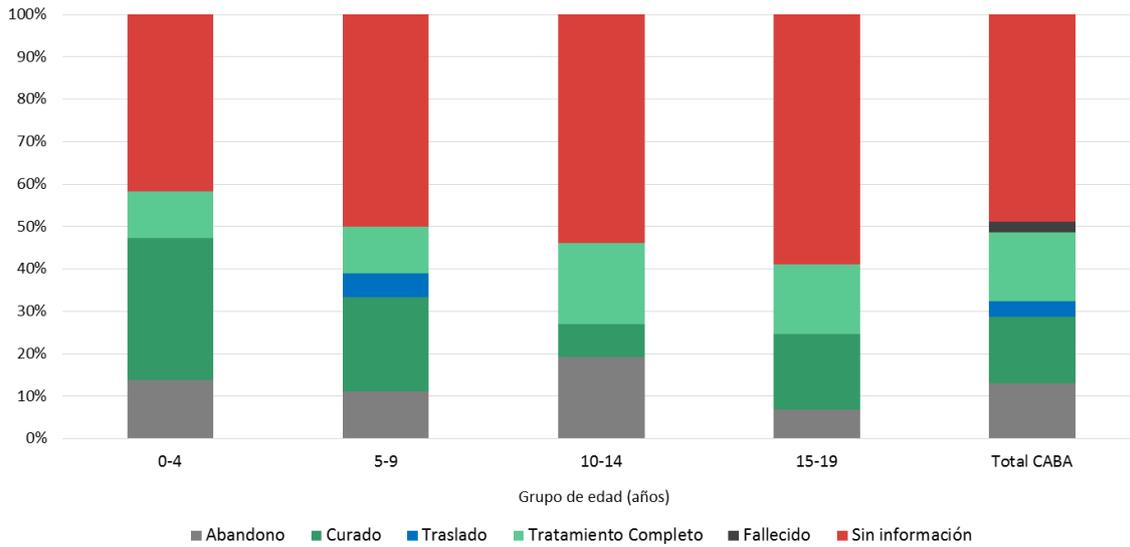
La situación respecto del 2017 para el año actual, hasta la SE 15, no varía sustancialmente. Sí es de notar que, a diferencia de la tabla que incluye todos los grupos de edad, la disminución de un año a otro es menor. Así, como se observó en la tabla, hasta la SE 15 del 2017 se habían notificado 393 casos y en el 2018, 290; esto representa una disminución del 26%, mientras que para los menores de 20, los datos absolutos dan cuenta de una disminución del 16% (98 a 82).

Respecto de la situación según comunas, es de notar la importante disminución en la comuna 9. Si bien los casos absolutos son bajos, la tasa total que presenta en 2018 ocupa el 7^{mo} lugar, mientras que para el 2017, el valor de 18,1 ocupaba el 3^{ro}.

VIII.4.B.iii. Evaluación de los casos

Teniendo en cuenta 9 meses desde el inicio de tratamiento, en el siguiente gráfico se muestra el progreso en el registro de la evaluación final, de aquellos casos en menores de 20 años, notificados entre el 01/01/17 y el 31/07/2017.

Gráfico 23. Evaluación final de casos de TBC. Residentes de la CABA.
Periodo 01/01/2017-31/07/2017



Fuente: SNVS-TBC

Como se dijo en apartados anteriores, la visualización de este indicador en tiempo real (con 9 meses de finalizado y no a “año cerrado”, que suele ser con casi 15 meses posteriores), permite monitorear de manera más acabada la situación respecto del tratamiento de los casos en todos los grupos de edad. Asimismo, allí donde -para el 2016- se había alcanzado un conocimiento total del 45%, a la fecha y restando aún varios meses para cerrar el 2017, se superó, en promedio, dicho valor.

Si bien resta continuar mejorando muchísimo, el trabajo priorizado sobre la TBC por parte de la Ciudad y las diferentes acciones que se están implementando e intensificando, dan cuenta que este es el camino a seguir.

Respecto de los grupos de edad entre los menores de 20, cabe destacar la menor consignación de datos en los casos de 15-19 años y el número de abandonos en los pacientes de 10-14 años. Estos últimos llegan a alcanzar el 19,2% en este grupo, duplicando y triplicando a los números de las demás edades estudiadas.

IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

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

21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017.
http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". diciembre 2017.CABA.http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf

X. 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.

X.1. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	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		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos																								
CESAC 1									1		-1	1		-1							1	4	3	
CESAC 10													2	2		1	1			1	1			
CESAC 11							1		-1										1	1		1	1	
CESAC 13					1	1																		
CESAC 14	1		-1							1	1	2	1	-1								1	1	
CESAC 15		3	3	1		-1							4	4		3	3		1	1				
CESAC 16															1		-1	1		-1				
CESAC 18	1		-1									1	3	2										
CESAC 19	1		-1									1		-1		2	2		3	3				
CESAC 20				2		-2									1	1	1					2	2	
CESAC 22															1	1	1	1		-1		2	2	
CESAC 24	12	3	-1				1			1		1	6			3								
CESAC 25												1		-1										
CESAC 26													1	1					1	1				
CESAC 26																								
CESAC 27												1	1	0										
CESAC 29											1	1	5	5		1	1							
CESAC 3											3	3	1	1		1	1							
CESAC 3 - NO RESIDENTES												1		-1	1		-1							
CESAC 30											1	1	1	1		2	2							
CESAC 31												1	1	0				1	1		2	2		
CESAC 33											1	1				1	1	1		-1	1		-1	
CESAC 35												1	1	0	2		-2							
CESAC 36										1	1	1	1	0										
CESAC 39												1	1	0				1		-1				
CESAC 4 - NO RESIDENTES										1		-1												
CESAC 40	1		-1										3		-3	2	2		1	1		1	1	
CESAC 41										1	3	2		2	2	1	1	0		3	3			
CESAC 41 - NO RESIDENTES		1	1																					
CESAC 45													1		-1									
CESAC 5				3		-3						9	3	-6				1	2	1				
CESAC 6													1											
CESAC 7										1		-1	1	1	0				2	5	3			
CESAC 8											1	1		2	2									
CESAC 9		4	4	1		-1				1	3	2	2	9	7	1	5	4						
Subtotal (CeSAC)	16	11	3	7	1	-6	1	1	-1	6	15	10	29	47	12	6	24	15	7	19	12	2	13	11
Porcentaje sobre las notificaciones totales	15%	15%		13%	2%		1%	1%		6%	14%		13%	15%		2%	6%		4%	17%		1%	7%	

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	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	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
FUNCEI		1	1		4	4		5	5					1	1	2	17	15		1	1	12	15	3	
FUND HOSPITALARIA - HOSP PRIVADO DE NIÑOS - NO RESIDENTES														3	3		2	2						1	1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	1		-1	11	2	-9							6	2	-4	21	2	-19	3	2	-1	13	5	-8	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	1	1	0	20	4	-16	1	5	4				17	14	-3	40	21	-19	9	9	0	21	14	-7	
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	7	5	1	4	3	22	3	-19				2	3	1	2	1	-1	3	2	-1			1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	9	7	-2	1	5	4	11	11	0				3	5	2	11	5	-6		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	4		-4	1	3	2		2	2	7	4	-3	1	2	1	2	5	3					1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES										1	1	0													
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD	48	1	-47	3		-3				2	2	0	4	2	-2	4	9	5	1		-1	2	1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARSFIELD - NO RESIDENTES	19	1	-18							5	6	1				2	1	-1	1	3	2	2	1	-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		5	5		1	1				7		-7	2	2	0	1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		7	7		2	2		1	1	11	1	-10	1	4	3	3		-3	1		-1	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		7	7		1	1		12	12	10	8	-2	12	47	35	18	62	44	1	2	1		5	5	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		4	4							2	16	14	10	48	38	15	67	52	4	1	-3		1	1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND								1	1	6	7	1	3		-3	10	5	-5	1	2	1	1	1	0	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES										3	1	-2	3	1	-2	6		-6	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				1	1	1	5	4						1	1		6	6							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES							4		-4								2	2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				1		-1	4		-4	2	2	0	20	34	14	21	28	7	1	3	2	6	4	-2	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES					4	2	-2			1	1	16	22	6	14	27	13		2	2	2	2	5	3	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										4	4		27	27	17	44	27	105	54	-51	230	103	-127		
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																			3	3			9	9	
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL		3	3	1	8	7	1	6	5	6	6		21	21		8	8		2	2					
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES					1	1		1	1	1	1					1	1								
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA		4	4		2	2	1	1	0				4	5	1	4	4	0	3		-3	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES		3	3	3		-3	2		-2	1	1	16	4	-12	5	1	-4	4	1	-3	1			-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	1		-1	1	6	5	26	14	-12	11	4	-7	58	9	-49	124	33	-91	3		-3	6		-6	
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES		2	2		4	5	1	9	7	-2	5		5		-5	7	1	-6	3		-3	9		-9	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	6	1	-5	2	3	1	8	9	1	23	13	-10	3	4	1	1	5	4	6	2	-4	1		-1	
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES							1	1	0							3	3	2					1	1	
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES		5	5											1	1										
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ					1	1					1	1					1	1							
INST MUNIC DE OBRA SOCIAL-SANATORIO J. MENDEZ - NO RESIDENTES														1	1		1	1		1	1				
MC/CMB - Argerich		4	4																						
SANATORIO GÜEMES											4	4													
SANATORIO SAN CAYETANO										1	1														
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																							1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	91	63	-28	45	48	3	90	84	-6	99	91	-8	186	266	80	330	361	31	150	91	-59	310	169	-141	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	85%	85%		87%	98%		99%	99%		94%	86%		87%	85%		98%	94%		96%	83%		99%	93%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	107	74	-7	52	49	-3	91	85	-5	105	106	1	215	313	-1	336	385	-1	157	110	-6	312	182	-10	

X.2. GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
CESAC 1				22	27	5		1	1										
CESAC 1 - NO RESIDENTES				3		-3													
CESAC 10				9	38	29													
CESAC 11		1	1	47	40	-7				1		-1							
CESAC 12				10	15	-2													
CESAC 12 - NO RESIDENTES				5		-2													
CESAC 13				37	62	25													
CESAC 13 - NO RESIDENTES				1		-1													
CESAC 14	1	1	0	73	48	-25					2	2							
CESAC 15	2	1	-1	58	47	-11				1		-1							
CESAC 16				15	10	-5				1		-1							
CESAC 17					5	5													
CESAC 18	2		-2	42	72	30													
CESAC 19		1	1	41	40	-1													
CESAC 2				24	31	7													
CESAC 2 - NO RESIDENTES				6															
CESAC 20				25	55	30		1	1										
CESAC 21				10	33	23													
CESAC 22		1	1	13	13	0				1		-1	1	1	0				
CESAC 22 - NO RESIDENTES					1	1													
CESAC 23				3	3	3					1	1							
CESAC 24		2		33	75	-1				1			1						1
CESAC 25				18	1	-17													
CESAC 26				9	4	-5													
CESAC 26					2	2													
CESAC 27				53	10	-43													
CESAC 27 - NO RESIDENTES				2		-2													
CESAC 28				4	2	-2													
CESAC 29		1	1	4	23	19													
CESAC 3	3	1	-2	2	6	4													
CESAC 3 - NO RESIDENTES				7		-7													
CESAC 30		2	2		27	27													
CESAC 31	1		-1	24	22	-2													
CESAC 32				2	4	2													
CESAC 33				15	21	6							1	1					
CESAC 34				15	13	-2													
CESAC 35				22	33	11													
CESAC 36				5	23	18													
CESAC 38				1	16	15													
CESAC 39		1	1	32	36	4													
CESAC 4				18	11	-7				2	1	-1		1	1				
CESAC 40	2		-2	58	52	-6					1	1							
CESAC 40 - NO RESIDENTES				1		-1													
CESAC 41				28	31	3													
CESAC 41 - NO RESIDENTES				4	4	4													
CESAC 45				21	40	19													
CESAC 5	4	5	1	62	93	31	2		-2	3		-3	2		-2				
CESAC 6		1		19	77						1								
CESAC 6 - NO RESIDENTES				14															
CESAC 7				24	16	-8													
CESAC 8		2	2	21	19	-2													
CESAC 9				63	30	-33													
CESAC 9 - NO RESIDENTES				5		-5													
Subtotal (CeSAC)	15	20	2	1023	1231	123	2	2	0	9	7	-4	4	3	0	0	1	0	0
Porcentaje sobre las notificaciones totales	11%	12%		8%	9%		40%	7%		41%	25%		18%	11%			3%		

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
CEMIC - CTRO ED MED E INV CLIN "NORBERTO QUIRNO"							1	1										
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA	2	1	-1		1	1												
CTRO DE ESTUDIOS INFECTOLOGICOS DR STAMBOULIAN - NO RESIDENTES		1	1															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES				6		-6												
FUNCEI							4	4					1	1				
FUND HOSPITALARIA - HOSP PRIVADO DE NIÑOS - NO RESIDENTES				16		-16												
HOSP BRITANICO DE BUENOS AIRES - NO RESIDENTES	1		-1															
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ							2	2		1	1							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1		1	2	2		2	2							
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				737	588	-149												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				1955	1400	-555												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				283	274	-9							1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1		-1	551	453	-98							1	1	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		5	5	122	370	248	4	4	1		-1		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		4	4	13	63	50				1	1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	1	14	13	526	535	9				1	1	1			-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	1	11	10	219	206	-13												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		1	1	8	27	19												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		3	3	8	11	3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				187	210	23												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				152	176	24												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	4	2	-2	62	369	307												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	2	1	-1	48	44	-4												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				405	461	56												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				62	70	8	1	1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	12	12	0	326	359	33			2		-2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	7	8	1	151	133	-18	1	1				2			-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		1	1	92	1	-91	3	3	1	2	1		1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				32		-32	1	1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	10	10	0	686	757	71	1	1										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	2	2	0	88	97	9												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	1	1	0	513	328	-185												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				520	332	-188												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	9		-9	575	721	146			6		-6	7			-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	7	1	-6	119	81	-38			2		-2	4			-4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	29	24	-5	1052	925	-127			1		-1	1			-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1	7	9	2						2			-2			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	4	5	1	361	356	-5	1		-1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	18	22	4	1228	1133	-95	2	1	-1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	3	11	8	42	6	-36												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	8	8	0	475		-475												
MC/CMB - Argerich				10	7	-3												
MC/CMB - Pirovano				2		-2												
MC/CMB - Velez Sarfield				2		-2												
OSECAC CONGRESO - NO RESIDENTES	1		-1															
OSECAC ONCE - NO RESIDENTES	1		-1															
SANATORIO DE LOS ARCOS - NO RESIDENTES		1	1															
SANATORIO GÜEMES	2		-2				4	4		14	14		20	20		30	30	
SANATORIO MATER DEI	1		-1															
SOC ITALIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO	2	2	0	824	1333	509												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	117	151	34	12449	11853	-596	3	25	22	13	21	8	18	25	7	0	30	30
Porcentaje sobre las notificaciones totales	89%	88%		92%	91%		60%	93%		59%	75%		82%	89%			97%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	132	171	39	13472	13084	-388	5	27	22	22	28	0	22	28			31	

X.3. INMUNOPREVENIBLES

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos						
CESAC 10	2		-2			
CESAC 12				1		
CESAC 13		1	1	1		-1
CESAC 14		4	4			
CESAC 15		3	3	2		-2
CESAC 16	1	1	0			
CESAC 17						
CESAC 18				6		-6
CESAC 19		1	1	5		-5
CESAC 2		1	1	1		-1
CESAC 20	1		-1	3		-3
CESAC 22	1	2	1			
CESAC 24		3		1	14	
CESAC 25				1		-1
CESAC 26		1	1			
CESAC 27				3		-3
CESAC 28					1	1
CESAC 30		2	2			
CESAC 31		1	1	1		-1
CESAC 33		1	1	1		-1
CESAC 35	1		-1			
CESAC 36	1		-1			
CESAC 38	1		-1			
CESAC 39	2	2	0			
CESAC 40				2		-2
CESAC 40 - NO RESIDENTES				1		-1
CESAC 41	2	2	0			
CESAC 45		2	2			
CESAC 5	1	2	1			
CESAC 6		1		2		
CESAC 6 - NO RESIDENTES	1					
CESAC 7		4	4			
CESAC 8		1	1			
CESAC 9		1	1	4		-4
Subtotal (CeSAC)	14	36	19	35	15	-30
Porcentaje sobre las notificaciones totales	29%	34%		6%	4%	

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1		9	9
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		5	5	2	6	4
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	7	9	2	27	15	-12
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				62	21	-41
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		2	2	7	5	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	3	1	-2	18	18	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	4	3	5	13	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	1	3	2	10	19	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	3	1	-2	6	9	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				1	1	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				16	24	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				12	14	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	1		-1	27	8	-19
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1	9	1	-8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU		2	2	11	8	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				7	4	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				1	11	10
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				12		-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				31	28	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				9		-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	4	2	-2	15	4	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	4		-4	21	12	-9
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		3	3	28	3	-25
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	3	4	1	5	3	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4	3	-1	45	25	-20
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	2		-2			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		2	2	26	13	-13
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES		1	1	41	41	0
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	1		-1	11		-11
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES				38		-38
MC/CMB - Argerich				4		-4
SANATORIO GÜEMES		25	25			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	34	69	35	508	320	-188
Porcentaje sobre las notificaciones totales	71%	66%		94%	96%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	48	105	0	543	335	-8

X.4. INTOXICACIONES

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	INTOXICACIÓN																		
	MEDICAMENTOSA			POR HIDROCARBUROS			POR MONÓXIDO DE CARBONO			POR OTROS TÓXICOS			POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			
	Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
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	5	4	-1				1	1	0									1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1																
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA								9	9		4	4							
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES								1	1		2	2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	6		-6				2		-2	28	4	-24	1		-1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	1		-1				5		-5										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND								3	3										
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	5	10	5				1		-1		1	1	1	1	1				
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	1	0							1		-1							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	1		-1	1	1	1					2	2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL								2	2										
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	17	12	-5				13	4	-9	6		-6							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES											2	2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	4		-4							1	3	2							
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1		-1							
SANATORIO GÜEMES								1	1										
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	40	28	-12	1	1	0	27	21	-6	37	18	-19	1	1	0	0	1	1	
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%			100%		
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	40	28	-3	1	1		27	21		37	18	-9	1	1	-1		1		

X.5. MENINGOENCEFALITIS

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS																													
	MICÓTICAS Y PARASITARIAS			POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE			BACTERIANA POR OTROS AGENTES			BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE			POR OTROS VIRUS			POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE			SIN ESPECIFICAR ETIOLOGÍA			VIRALES POR ENTEROVIRUS			VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTE			OTRAS FORMAS INVASIVAS POR NEISSERIA MENINGITIDIS		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos																														
ASOC CIVIL HOSPITAL ALEMÁN																														
CLIN Y MATERNIDAD SANTA ISABEL SA																														
FLENI - FUND LUCHA CONTRA ENF NEUROLÓGICAS INFANCIA																														
FLENI - FUND LUCHA CONTRA ENF NEUROLÓGICAS INFANCIA - NO RESIDENTES																														
HOSP BRITÁNICO DE BUENOS AIRES - NO RESIDENTES																														
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ																														
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES																														
HOSP DE PEDIATRÍA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC																														
HOSP DE PEDIATRÍA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SÁRSFIELD																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNÁNDEZ																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJÍA																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJÍA - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																														
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																														
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES																														
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ																														
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES																														
HOSP MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR COSME ARGERICH - NO RESIDENTES																														
INST ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO SA																														
OS DEL PERS GRÁFICO - CLIN CIUDAD DE VIDA - NO RESIDENTES																														
SANATORIO DE LA TRINIDAD																														
SANATORIO GÜEMES																														
SANATORIO MATER DEI																														
SANATORIO MITRE																														
SOCIETARIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO																														
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHINI																														
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHINI - NO RESIDENTES																														
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	0	2	2	5	6	1	1	7	6	14	11	-3	4	4	0	3	7	4	27	23	-4	19	11	-8	20	11	-9	5	7	2
Porcentaje sobre las notificaciones totales		100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES		2		5	6	-1	1	7	1	14	11	-3	4	4		3	7	4	27	23	0	19	11	-2	20	11	-1	5	7	

X.6. OTROS EVENTOS

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos
CESAC 13	1		-1
CESAC 14	2		-2
CESAC 16	1		-1
CESAC 17	2		-2
CESAC 18	4		-4
CESAC 19	2		-2
CESAC 20	6		-6
CESAC 24	4		
CESAC 35	1		-1
CESAC 4	1	3	2
CESAC 40	7		-7
CESAC 5		2	2
CESAC 8	2		-2
Subtotal (CeSAC)	33	5	-24
Porcentaje sobre las notificaciones totales	9%	14%	

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
ASOC CIVIL HOSPITAL ALEMAN - NO RESIDENTES							1		-1
CEMIC - CTRO ED MED E INV CLIN "NORBERTO QURNO"							2		-2
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	44		-44	1		-1			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	93		-93						
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC							2	1	-1
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1				13	6	-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	1	-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	5	7	2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	10		-10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	3		-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	3		-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	4		-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	5		-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	18		-18						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	8		-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	11		-11						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	8		-8						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	5		-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				2		2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	18		-18						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	16		-16						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	7		-7						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	9		-9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	34		-34						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	3		-3						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							2	3	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							6	1	-5
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							5	6	1
HOSP MILITAR CENTRAL CIRUJANO MAYOR COSME ARGERICH - NO RESIDENTES							1		-1
HOSP NAVAL CIRUJANO MAYOR DR PEDRO MALLO							1		-1
INST ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SA							2		-2
INST ARGENTINO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO SA - NO RESIDENTES							2		-2
LABORATORIO ZABALA							1		-1
OPSA - OS PARA EL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA		1	1						
SANATORIO ANCHORENA SA							1	1	0
SANATORIO DE LOS ARCOS							2		-2
SANATORIO DE LOS ARCOS - NO RESIDENTES							1	1	0
SANATORIO GÜEMES		23	23				1	2	1
SANATORIO MATER DEI							1		-1
SOC ITALIANA DE BENEF - HOSP ITALIANO							4		-4
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	5		-5						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	13		-13						
UOM - POLICLINICO CENTRAL - NO RESIDENTES							1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	329	32	-297	1	2	1	49	22	-27
Porcentaje sobre las notificaciones totales	91%	86%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	362	37	-7	1	2		49	22	0

X.7. RESPIRATORIOS

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	RESPIRATORIAS								
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			NEUMONÍA		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos									
CESAC 1	1		-1				2	1	-1
CESAC 1 - NO RESIDENTES	1		-1						
CESAC 10		9	9					4	4
CESAC 11	3	5	2	7	1	-6	10	2	-8
CESAC 12	3	4	-1	32	4	-8	4	4	
CESAC 12 - NO RESIDENTES				1			3		
CESAC 13	3		-3		19	19		11	11
CESAC 14	7	4	-3	5		-5	3	8	5
CESAC 15	14	14	0		4	4	9	6	-3
CESAC 16	6	2	-4	3	4	1	4	3	-1
CESAC 17								2	2
CESAC 18		2	2		5	5		6	6
CESAC 19	34	29	-5	1	2	1	13	10	-3
CESAC 2	3	2	-1		5	5	1	3	2
CESAC 2 - NO RESIDENTES	1								
CESAC 20	1	2	1	2	4	2	6	7	1
CESAC 21	1	2	1		4	4	1	6	5
CESAC 22				11	8	-3	4	3	-1
CESAC 23		1	1						
CESAC 24	17	6	-9	3	12		10	8	
CESAC 25	1		-1	2		-2			
CESAC 26	1	7	6				2	1	-1
CESAC 27	2	6	4	6	1	-5	2	7	5
CESAC 28				6	6	0			
CESAC 29		6	6		4	4		3	3
CESAC 3		5	5		2	2			
CESAC 3 - NO RESIDENTES	1		-1				1		-1
CESAC 30		4	4		8	8		3	3
CESAC 31	4	2	-2	21	3	-18	3	1	-2
CESAC 32							1		-1
CESAC 33	1	1	0	2	2	0	3	2	-1
CESAC 34				28	3	-25	3	2	-1
CESAC 35	1	3	2	2	2	0	7	5	-2
CESAC 36	1	1	0	3	9	6		1	1
CESAC 38		2	2		2	2			-2
CESAC 39	6	7	1	20	20	0	4	2	-2
CESAC 4	1	5	4				4	2	-2
CESAC 40	11	7	-4	2	3	1	3	3	0
CESAC 40 - NO RESIDENTES	2		-2						
CESAC 41	7	3	-4	15	14	-1	5	3	-2
CESAC 41 - NO RESIDENTES		1	1					1	1
CESAC 45	1	2	1		2	2	1	2	1
CESAC 5	5	8	3	5	2	-3	9	9	0
CESAC 6	3	11			7			1	5
CESAC 6 - NO RESIDENTES	3								
CESAC 7	7	16	9		12	12	11	3	-8
CESAC 8	3	8	5	1	25	24	4	5	1
CESAC 9	37	11	-26	8	11	3	7	9	2
CESAC 9 - NO RESIDENTES	4		-4						
Subtotal (CeSAC)	197	198	-3	186	210	29	143	153	11
Porcentaje sobre las notificaciones totales	10%	12%		5%	4%		8%	8%	

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA							1	1				
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES				20		-20						
FUND HOSPITALARIA - HOSP PRIVADO DE NIÑOS							1	1				
FUND HOSPITALARIA - HOSP PRIVADO DE NIÑOS - NO RESIDENTES		11	11	32	32		1	1		1	1	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ				8	2	-6	31	24	-7	31	95	64
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	1	1	0	19	7	-12	78	72	-6	74	236	162
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	26	26	0	14	3	-11				39	37	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	87	70	-17	19	11	-8				130	119	-11
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	12	11	-1	662	806	144	24	22	-2	25	43	18
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	66	89	23	898	1109	211	26	68	42	75	87	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	33	24	-9	15	162	147	7	34	27	39	71	32
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	5	6	1	3	30	27		2	2	1	5	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SRSFIELD	12	26	14	59	277	218	12	6	-6	21	33	12
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SRSFIELD - NO RESIDENTES	6	24	18	22	160	138	5	3	-2	8	14	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	6	6	0	6		-6				25	31	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	8	10	2		2	2				11	9	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	45	50	5	6	56	50		44	44	66	71	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	24	43	19	3	27	24		38	38	51	73	22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	7	77	70	24	52	28	1	17	16	24	25	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	3	14	11	10	18	8	2	3	1	13	9	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	1	2	1	29	72	43	5	3	-2	22	28	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	2	2	0	4	12	8				14	6	-8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	44	108	64	285	376	91	18	58	40	20	54	34
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	27	54	27	122	152	30	1	12	11	1	9	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	83		-83	58		-58				55	30	-25
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	44		-44	28		-28				29		-29
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	49	33	-16	176	162	-14		39	39	51	55	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	9	3	-6	10	25	15	1		-1	5	2	-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	77	35	-42	126	61	-65	1	8	7	43	38	-5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	113	56	-57	88	42	-46	2	11	9	33	20	-13
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	85	18	-67	382	322	-60	25	1	-24	112	137	25
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	51		-51	70	16	-54	17		-17	55	7	-48
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	389	216	-173	151	186	35	80	81	1	178	134	-44
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	4		-4	2	1	-1		1	1		1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	84	70	-14	13	19	6				7	17	10
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	233	329	96	44	36	-8				38	61	23
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	13	3	-10	3		-3	14		-14	15		-15
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	137		-137	28		-28	33		-33	22		-22
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA		1	1									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES		3	3									
MC/CMB - Argerich	4	4	0							2	1	-1
MC/CMB - Pirovano				1	2	1						
SANATORIO GÜEMES				1	1							
SANATORIO SAN CAYETANO												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	29	29	0	498	523	25	82	104	22	328	311	-17
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1819	1454	-365	3906	4762	856	465	654	189	1663	1870	207
Porcentaje sobre las notificaciones totales	90%	88%		95%	96%		100%	100%		92%	92%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	2016	1652	-89	4092	4972	183	465	654	28	1806	2023	-22

X.8. TRANSMISIÓN VERTICAL

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
CESAC 11	1		-1			
CESAC 18		1	1			
CESAC 34		1	1			
CESAC 40	1		-1			
CESAC 5		2	2			
CESAC 6 - NO RESIDENTES				1		-1
CESAC 9		2	2			
Subtotal (CeSAC)	2	6	4	1	0	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	8%		5%	0%	

Notificaciones hasta la SE 15 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2017 - 2018	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2017	2018	Dif. De Casos	2017	2018	Dif. De Casos
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES		3	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	3	3	0		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	1	2	1		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	6	4	-2		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	2	1	-1	2	1	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	3	5	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	3	2	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1	8	7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	3	1	-2	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	12	9	-3	3	3	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL		6	6		9	9
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		1	1		3	3
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	2	2	0		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	10	5	-5		8	8
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	1	2	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	19	2	-17	12		-12
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	1	1	0			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA					1	1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES				1	1	0
SANATORIO GÜEMES		9	9			
SANATORIO SAN CAYETANO		1	1			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	71	72	1	20	34	14
Porcentaje sobre las notificaciones totales	97%	92%		95%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	73	78	-1	21	34	-1

