

  /gcba

buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 46 Año II / 7 de Julio de 2017
Información hasta SE 25

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



 Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno

Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud

Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología

Mg. Julián Antman

GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo

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

Data Entry

Germán Adell
Nicolás Argañaraz
Marco Muñoz
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

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

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

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

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie Barrios
Monte Castro. Plaza Don Bosco. Lope de Vega 1485.

INDICE

1. EDITORIAL	6
2. EL BES	7
2.1. INTRODUCCIÓN	7
2.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	7
2.2.1. <i>Módulo de Vigilancia Clínica (SNVS-C2)</i>	7
2.2.2. <i>Módulo Sistema de Vigilancia por Laboratorios (SNVS-SIVILA)</i>	8
2.2.3. <i>Otras fuentes</i>	8
3. RESUMEN EJECUTIVO	9
4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS	10
5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS	12
5.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL.....	12
5.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO	12
5.3. GASTROENTÉRICAS.....	12
5.4. HEPATITIS.....	13
5.5. INMUNOPREVENIBLES.....	13
5.6. INTOXICACIONES.....	13
5.7. LESIONES.....	14
5.8. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS	14
5.9. OTRAS	14
5.10. RESPIRATORIAS	14
5.11. ZONÓTICAS Y POR VECTORES	15
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS	16
6.1. INTRODUCCIÓN	16
6.2. NOTA METODOLÓGICA.....	16
6.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LOS AGENTES INFECCIOSOS	16
6.3.1. <i>Transmisión y estacionalidad</i>	17
6.4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN	18
6.4.1. <i>Inmunización</i>	18
6.4.2. <i>Quimioprofilaxis</i>	19
6.4.3. <i>Medidas generales de prevención:</i>	20
6.5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA	20
6.5.1. <i>Objetivos de la Vigilancia de las meningoencefalitis</i>	20
6.5.2. <i>Notificación</i>	21
<i>Los casos de meningoencefalitis de cualquier etiología deben notificarse con estas características:</i>	21
6.5.3. <i>Investigación en terreno</i>	21
6.6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS.....	22
6.6.1. <i>Mundial</i>	22
6.6.2. <i>Nacional</i>	22
6.7. SITUACIÓN EN LA CABA.....	24
6.7.1. <i>Meningoencefalitis según lugar de residencia: serie histórica</i>	24
6.7.2. <i>Meningoencefalitis en residentes de la CABA</i>	25
6.7.3. <i>Meningoencefalitis bacteriana situación 2017 hasta SE 25</i>	26
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS	31
7.1. INTRODUCCIÓN	31
7.2. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	31
7.2.1. <i>Agente etiológico</i>	31
7.2.2. <i>Incubación y transmisibilidad</i>	31
7.2.3. <i>Cuadro clínico y complicaciones</i>	31
7.2.4. <i>Diagnóstico</i>	32
7.3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL	32
7.3.1. <i>Vacunación</i>	32
7.3.2. <i>Otras medidas de prevención</i>	33
7.4. VIGILANCIA DE PAROTIDITIS.....	33

7.4.1.	<i>Definición de Caso sospechoso</i>	34
7.4.2.	<i>Notificación del caso y toma de muestra</i>	34
7.4.3.	<i>Investigación en terreno</i>	35
7.5.	SITUACIÓN HISTÓRICA DE LA PAROTIDITIS EN ARGENTINA	35
7.6.	SITUACIÓN ACTUAL DE PAROTIDITIS.....	36
7.6.1.	<i>Situación Mundial</i>	36
7.6.2.	<i>Situación en Argentina</i>	38
7.6.3.	<i>Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires</i>	39
8.	VIGILANCIA DE COQUELUCHE	42
8.1.	SITUACIÓN EN ARGENTINA.....	42
8.2.	SITUACIÓN EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 25.....	42
8.2.1.	<i>Cobertura de Inmunizaciones</i>	47
9.	VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS	48
9.1.	INTRODUCCIÓN	48
9.2.	SITUACIÓN NACIONAL.....	48
9.3.	SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2010-2016.....	48
9.4.	SITUACIÓN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 2016-2017 HASTA SE 25.....	49
9.4.1.	<i>Diarreas Agudas (agrupadas)</i>	49
9.4.2.	<i>Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)</i>	52
9.4.3.	<i>Vigilancia por laboratorio</i>	56
10.	VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	56
10.1.	INTRODUCCIÓN	56
10.2.	SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA.....	56
10.3.	SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS	57
10.4.	SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA	58
10.4.1.	<i>Enfermedad Tipo Influenza (ETI)</i>	58
10.4.2.	<i>Bronquiolitis en menores de 2 años</i>	60
10.4.3.	<i>Neumonía</i>	61
10.4.4.	<i>Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)</i>	62
10.5.	VIGILANCIA POR LABORATORIO (SIVILA).....	65
10.1.	VIGILANCIA DE IRAG POR UNIDADES CENTINELAS (UCIRAG).....	69
10.1.1.	<i>Introducción</i>	69
10.1.2.	<i>Análisis de los casos de las UCIRAG - SE 22 a SE26 de 2017</i>	69
10.2.	MORTALIDAD GENERAL CON RESCATE VIROLÓGICO DE INFLUENZA	71
10.3.	DISPENSA DE OSELTAMIVIR	71
10.4.	VACUNAS	72
11.	VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS	72
11.1.	INTRODUCCIÓN	72
11.2.	ANÁLISIS DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2016-2017	73
11.2.1.	<i>Antecedentes año 2016</i>	73
11.2.2.	<i>Situación hasta la SE 25 de 2017</i>	73
12.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES	77
13.	ANEXO. EVENTOS POR ESTABLECIMIENTO	78
13.1.	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	78
13.2.	GASTROENTÉRICAS Y HEPATITIS	80
13.3.	INMUNOPREVENIBLES	82
13.4.	INTOXICACIONES.....	84
13.5.	LESIONES	85
13.6.	MENINGOENCEFALITIS	87
13.7.	OTROS EVENTOS.....	88
13.8.	RESPIRATORIOS	90
13.9.	TRANSMISIÓN VERTICAL	92
13.10.	ZOONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES	93

1. EDITORIAL

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

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

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

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

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

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

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



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

2. EL BES...

2.1. *Introducción*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3. Otras fuentes

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

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

3. RESUMEN EJECUTIVO

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

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 la Tuberculosis, 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.

A partir de la presentación integrada de los datos de C2 y SIVILA se presenta en forma resumida, en el acumulado hasta la **SE 25 de 2017**, los siguientes resultados:

- Aumento de las notificaciones de Alacranismo y Secreción genital.
- Dentro del Grupo de las Zoonosis, hubo un aumento de las notificaciones en Leptospirosis, Hantavirus, Fiebre Amarilla y Psitacosis.
- Se notificaron un total de **635 casos de TBC en residentes de la CABA**. Las tasas más elevadas de la Ciudad se encuentran en las comunas 1, 7, 8 y 9.
- En lo que va del año, se notificaron un total de **56 casos de Coqueluche en residentes de la CABA**. Esta cifra representa un 50% menos que a igual período del 2016.

En esta edición del BES se presenta:

- ✓ Informe especial: Situación epidemiológica de las meningoencefalitis bacterianas
- ✓ Informe especial: Situación epidemiológica de las parotiditis

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.

4. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTOS

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 25** del corriente año (finalizada el 24 de junio) y se compara con el mismo período del año 2016 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 25** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	83	27		-67
	SÍFILIS CONGÉNITA*	91	51		-44
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	115	137		19
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	92	88		-4
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES	33	36		9
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES	111	131		18
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES	201	205		2
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES	359	316		-12
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES	61	31		-49
SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES	81	56		-31	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	1	21	20	
	OFIDISMO	2	0	-2	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	VER INFORME DIARREAS			
	DIARREAS BACTERIANAS	8	3	-5	
	DIARREAS VIRALES	9	1	-8	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	1	0	
Hepatitis	HEPATITIS A	3	4	1	
	HEPATITIS B	39	6	0	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	1	2	1	
	HEPATITIS C	20	10	-10	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	1	0	-1	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE			
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	4	5	1	
	PAF*	3	2	-1	
	PAROTIDITIS	62	80		29
	VARICELA	801	400		-50
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	85	39		-54
	POR METALES PESADOS	4	4	0	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	70	48		-31
	POR OTROS TÓXICOS	53	34		-36
	POR PLAGUICIDAS	2	0	-2	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	3	1	-2	

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 25** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2016	2017	Diferencia de casos	Variación porcentual
Lesiones	EN EL HOGAR	630	714		13
	EN ESCUELA	110	74		-33
	LABORALES	269	156		-42
	SIN ESPECIFICAR	23501	19353		-18
	VIALES	2424	2346		-3
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	54	45		-17
	MORDEDURA POR RATA	31	4	-27	
Meningitis y Meningoencefalitis	VER INFORME MENINGOENCEFALITIS				
Otras	LEPRA	5	1	-4	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	16	23	7	
	LISTERIOSIS	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0		
	TUBERCULOSIS	VER INFORME TBC			
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	7539	3567		-53
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	15475	9594		-38
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	1594	1136		-29
	NEUMONIA	4437	3175		-28
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	4	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	39	15	-24	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	12011	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	5	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	8	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	14	0	-14	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	
	HANTAVIROSIS	16	26	10	
	FIEBRE AMARILLA	1	5	4	
	PSITACOSIS	1	8	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	2	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	3	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	30	37		23
	PALUDISMO	1	1	0	
	TRIQUINOSIS	1	0	-1	

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

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

5. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

5.1. De transmisión vertical y sexual

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL	
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL			
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	3	0	66	14	83	1	0	25	1	27			
	SÍFILIS CONGÉNITA*	33	4	42	12	91	14	5	32	0	51		-44	
Enfermedades de Transmisión Sexual	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	115	0	0	0	115	137	0	0	0	137		19	
	SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR VARONES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE					92	88	-4
	SECRECIÓN PURULENTO EN VARONES											33	36	-9
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES											111	131	18
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES											201	205	2
	SÍFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES											359	316	-12
	SÍFILIS TEMPRANA EN MUJERES											61	31	-49
	SÍFILIS TEMPRANA EN VARONES											81	56	-31

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

Los datos presentados de **Sífilis Congénita y en Embarazada** son hasta la **SE 22** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 43**.

Los datos presentados de **Chagas Agudo Congénito** son hasta la **SE 24** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 45**.

5.2. Envenenamiento por animal ponzoñoso

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

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	0	0	1	0	1	4	9	8	0	21	20
	OFIDISMO	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	-2

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

Hasta la SE 25 del año 2017 fueron notificados casos de alacranismo en la mayoría de las comunas de la Ciudad, encontrándose casos confirmados en las comunas 5, 8, 14, y 15.

5.3. Gastroentéricas

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Gastroentéricas	DIARREAS	VER INFORME DIARREAS					VER INFORME DIARREAS					
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS											
	DIARREAS BACTERIANAS	8	0	0	0	8	3	0	0	0	3	-5
	DIARREAS VIRALES	9	0	0	0	9	1	0	0	0	1	-8
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0

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

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

5.4. Hepatitis

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Hepatitis	HEPATITIS A	1	0	0	2	3	4	0	0	0	4	1
	HEPATITIS B	14	24	1	0	39	6	0	0	0	6	-33
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	1	0	0	1	0	2	0	0	2	1
	HEPATITIS C	7	12	1	0	20	9	0	1	0	10	-10
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	-1

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

De la siguiente tabla se evidencia una disminución de la notificación de casos en 2017 con respecto a 2016 hasta la SE 25, sobretodo en la Hepatitis B y C.

5.5. Inmunoprevenibles

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016				2017				DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL		
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S			D	TOTAL
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	VER INFORME COQUELUCHE											
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	4	4	8	0	0	1	4	5	-3	
	PAF*	0	0	5	0	3	0	0	2	0	2	-1	
	PAROTIDITIS	18	12	32	0	62	11	12	57	0	80		29
	VARICELA	NO CORRESPONDE				801	NO CORRESPONDE				400		-50

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

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

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

Los casos de **Coqueluche** notificados como sospechosos en la tabla incluyen tanto los sospechosos como los sospechosos no conclusivos, estos últimos son casos clínicamente compatibles pero con estudio de PCR negativo. La caracterización de [Coqueluche](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

5.6. Intoxicaciones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016				2017				DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL		
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S			D	TOTAL
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	32	14	39	0	85	10	6	23	0	39		-54
	POR METALES PESADOS	2	1	0	1	4	0	2	2	0	4	0	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	31	17	22	0	70	23	16	7	2	48		-31
	POR OTROS TÓXICOS	34	8	11	0	53	27	1	6	0	34		-36
	POR PLAGUICIDAS	1	1	0	0	2	0	0	0	0	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.

5.7. Lesiones

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Lesiones	EN EL HOGAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						13
	EN ESCUELA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-33
	LABORALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-42
	SIN ESPECIFICAR	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-18
	VIALES	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-3
	MORDEDURA POR MURCIÉLAGO	26	0	28	0	54	5	40	0	0	45		-17
	MORDEDURA POR RATA	25	0	6	0	31	1	3	0	0	4		-27

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

5.8. Meningitis y Meningoencefalitis

La caracterización de Meningitis y Meningoencefalitis se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado de [meningoencefalitis](#).

5.9. Otras

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	5	0	0	0	5	1	0	0	0	1		-4
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	16	0	0	0	16	23	0	0	0	23		7
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	TUBERCULOSIS	VER INFORME TBC					VER INFORME TBC						

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

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

Los datos presentados de **Síndrome Urémico Hemolítico** corresponden hasta la **SE 22** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°43**.

5.10. Respiratorias

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

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Respiratorias	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-53
	ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-38
	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-29
	NEUMONIA	NO CORRESPONDE					NO CORRESPONDE						-28

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

5.11. Zoonóticas y por vectores

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2016					2017					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	3	0	1	0	4	1	0	0	0	1	-3	
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS	39	0	0	0	39	15	0	0	0	15	-24	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)*	6132	579	5035	265	12011	2	31	54	456	543		-95
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)*	5	0	0	0	5	1	3	14	18	36	31	
	FIEBRE CHIKUNGUNYA*	8	0	0	0	8	1	4	18	14	37	29	
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	15	0	15	0	0	0	0	0	-15	
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HANTAVIROSI	0	0	16	0	16	1	0	25	0	26	10	
	FIEBRE AMARILLA	0	1	0	0	1	0	0	5	0	5	4	
	PSITACOSIS	0	0	1	0	1	4	0	4	0	8	7	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	LEPTOSPIROSIS	2	1	22	7	32	1	4	20	15	40		25
	PALUDISMO	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	
TRIQUINOSIS	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	-1		

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

De las Leptospirosis notificadas en 2017, cerca del 84% de los casos no contó con el dato de residencia y para Hantavirus el porcentaje es de 76%.

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

Los datos presentados de **Chagas Crónico en Embarazadas** corresponden hasta la **SE 24** y se desarrolla de manera ampliada en el **BES N°45**.

6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS

6.1. Introducción

La meningoencefalitis aguda bacteriana es una enfermedad infecciosa grave, de distribución universal, que continúa siendo causa de morbimortalidad a pesar de los avances en la prevención, el diagnóstico y tratamiento.

La epidemiología actual de las meningoencefalitis bacteriana se modificó a partir de la incorporación de vacunas al programa regular en niños y adultos (vacunas contra el neumococo y Hib) Los agentes que ocasionan meningitis bacteriana en la infancia están relacionados con la edad. En el período neonatal predominan el *Streptococcus agalactiae* y las enterobacterias, principalmente *E. coli* K1, siendo menos frecuente la *Listeria monocytogenes*. En lactantes y niños *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* son los agentes etiológicos más frecuentes. Si bien la incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae b* ha disminuido debido a la incorporación de la vacuna conjugada, hay que tener en cuenta que pueden observarse casos en niños que no han sido vacunados o con vacunación incompleta.

Lo mismo ocurre con la incorporación al calendario de la vacuna antineumocócica conjugada 13 valente en el año 2012 para niños menores de 2 años, observándose un descenso de las meningitis neumocócicas. Asimismo, en el año en curso se incorporó al calendario la vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente en la infancia.

Debido a la relevancia clínica y epidemiológica, todos los casos de meningoencefalitis deben ser notificados a las autoridades sanitarias, dentro de las 24 horas de la sospecha clínica. La vigilancia individualizada de todos los tipos de meningitis permite: detectar epidemias o brotes, con respuesta rápida frente a los mismos, identificar los agentes etiológicos y las modificaciones en la epidemiología de la enfermedad.

La notificación temprana determina acciones oportunas y eficaces sobre los contactos y la comunidad.

6.2. Nota metodológica

En el siguiente apartado se describirá los casos de meningoencefalitis bacterianas exponiendo el análisis histórico de algunas variables y a continuación la información desde la Semana epidemiológica (SE) 1 a la 25 del año 2017 que provienen de la notificación por canales oficiales: SNVS (módulos C2/SIVILA) y SIC (Sistema de Información epidemiológica de CABA).

El análisis de las infecciones invasivas no meníngeas será realizado en próximas actualizaciones.

Los casos fueron notificados a través de estos sistemas por los efectores públicos y privados de la Ciudad. El análisis de los mismos se realizó de manera individual a fin de evitar duplicaciones, excluyendo los casos descartados e integrando la información en una base unificada.

Se incluyeron como residentes de CABA a todos aquellos que se domicilian en la Ciudad y aquellos casos atendidos en efectores de la CABA cuyo domicilio es desconocido al momento del análisis.

La construcción de las tasas, se realizó en base a las proyecciones poblacionales aportadas por la Dirección de Estadística y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

6.3. Epidemiología de los agentes infecciosos

***Haemophilus influenzae* (Hi):** cocobacilo gramnegativo. Se han identificado seis serotipos antigénicos capsulados (designados con las letras "a" a la "f"). *H. influenzae* serotipo b (Hib) es el agente más patogénico, causante de las infecciones invasivas como las meningoencefalitis. Las cepas que carecen de cápsula de polisacárido se denominan generalmente no tipificables y producen infecciones de mucosas como otitis media aguda.¹

¹ Mandell, Douglas y Bennet Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Edición 2016. Elsevier.

***Neisseria meningitidis* (meningococo):** diplococo gramnegativo, 13 serogrupos identificados y los seis más frecuentemente aislados son: A, B, C, W 135, Y, y Z.

***Streptococcus pneumoniae* (neumococo):** diplococo grampositivo. Se han identificado 90 serotipos y más de 40 subgrupos de neumococos, sin embargo, 11 de los serotipos más comunes causan aproximadamente 75% de todas las infecciones invasivas en niños.

En la tabla siguiente se especifican las características más importantes de los agentes etiológicos más frecuentes

Tabla 1. Características de las principales bacterias responsables de meningoencefalitis

Agente etiológico	<i>HAEMOPHILUS INFLUENZAE</i> (HI)	<i>NEISSERIA MENINGITIDIS</i> (MENINGOCOCO)	<i>STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE</i> (NEUMOCOCO)
Tipo de bacteria	Cocobacilo gramnegativo	Diplococo gramnegativo	Diplococo grampositivo lanceolado
Reservorio	Los seres humanos		
Distribución	Mundial		
Estacionalidad	Otoño y primavera	Invierno y primavera	Invierno y primavera
Transmisión	De persona a persona, por las secreciones nasales y de la faringe		
Periodo de transmisión	Mientras esté en el tracto respiratorio y hasta 24 horas después del inicio de la antibioticoterapia específica.		
Portador	Sí		
Incubación	2 a 4 días	1 a 10 días (usualmente menos de 4)	1 a 3 días
Susceptibilidad	El riesgo más alto está entre los 2 meses y los 3 años de edad aunque declina después de los 2 años. Es poco frecuente en los mayores de 5 años.	Los más susceptibles son los lactantes, con un pico entre los de 3 y 5 meses. También afecta a los adolescentes y adultos jóvenes, en especial los que viven en condiciones de hacinamiento.	Más frecuente entre 2 meses y 3 años de edad, aunque declina después de los 18 meses. Vuelve a aumentar después de los 65 años. Los portadores de algunas enfermedades crónicas tienen un riesgo aumentado.
Inmunidad	La inmunidad puede ser adquirida pasivamente por vía transplacentaria o activamente por infección previa o inmunización		

Fuente: Heymann DL (ed.). El control de las enfermedades transmisibles. Decimotava edición. Washington, D.C.: OPS; 2005 (Publicación Científica No. 613)

6.3.1. Transmisión y estacionalidad²

La transmisión se produce de persona a persona por contacto a través de gotitas de Flügge y contacto directo con secreciones nasofaríngeas infectadas.

La transmisibilidad es importante en lugares cerrados y semicerrados, como instituciones educativas, guarderías entre otros.

El Hi, en general no presenta estacionalidad bien definida. Sin embargo, estudios realizados en la era prevacunal han descrito en países de clima templado una estacionalidad con picos de incidencia durante los meses de otoño y primavera. El riesgo de infección por Hi es mayor en los niños de 2 meses a 3 años de edad, aunque declina después de los 2 años y es poco frecuente después de los 5 años.

El neumococo se presenta en todos los climas y estaciones, con un aumento de la incidencia de neumonía neumocócica en el invierno y la primavera en los países de clima templado. La infección por el neumococo es más frecuente entre los 2 meses y los 3 años de edad, aunque declina después de los 18 meses y vuelve a aumentar después de los 65 años, teniendo mayor riesgo de enfermar aquellas personas con enfermedades crónicas.

Con relación al meningococo, la mayor incidencia de casos se observa durante el invierno y la primavera. Las tasas de ataque más altas se registran en los menores de 1 año, con un pico entre los 3 y 5 meses de edad, pero también afecta a adolescentes y adultos jóvenes, en especial si viven en hacinamiento. Otras condiciones individuales de riesgo para infecciones por el meningococo incluyen asplenia, inmunodeficiencias adquiridas o

² Modificado de: Vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años: Guía práctica. Washington, D.C.: OPS, © 2009. (Publicación Científica y Técnica No. 633)

congénitas, la aglomeración de personas, la pobreza, la exposición activa o pasiva al humo del tabaco y las infecciones concurrentes de las vías respiratorias superiores. Los brotes se definen como más de 10 casos por 100.000 habitantes, en un área determinada, existiendo relación epidemiológica entre los casos y con predominio de un serogrupo.

El Hi, el neumococo y el meningococo son agentes que colonizan habitualmente orofaringe de personas asintomáticas, consideradas portadoras.

Para HI se estima que del 1% al 5% de las personas no inmunizadas pueden ser portadoras, siendo este porcentaje más alto entre los preescolares. Para meningococo entre 5% y 15% de los adolescentes y adultos jóvenes pueden ser portadores en su nasofaringe. Este estado de portador es poco frecuente en niños pequeños y raro en adultos mayores (1%).

La prevalencia de portadores de neumococo es más alta en niños, en especial los que frecuentan guarderías, y en adultos que tienen contacto íntimo con ellos, colonizando la nasofaringe hasta en un 40% de los menores de 2 años.

6.4. Medidas de prevención

6.4.1. Inmunización

Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACYW)

Se incorporó al Calendario regular Nacional a partir del año 2017, de forma gratuita y obligatoria para:

- Niños que cumplan los 3 meses a partir de enero de 2017 (nacidos a partir de octubre de 2016). El esquema incluye tres dosis a los 3, 5 y 15 meses.
- Niños y niñas que cumplan 11 años a partir de enero de 2017 (nacidos a partir del año 2006): una única dosis.³

Vacuna 13 valente conjugada contra el neumococo

Incorporada al calendario regular de Vacunación en el año 2011. Su fórmula incluye 13 serotipos de neumococo (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9B, 14, 18C, 19A, 19F y 23F). Contempla la aplicación de 2 dosis en la infancia y un refuerzo (2, 4 y 12 meses respectivamente). Todos los niños entre 2 y 5 años deberán contar con esquema completo de vacuna contra neumococo con VCN13 (estrategia iniciada en el año 2011). Aquellos niños que así no lo certifiquen deberán recuperar esquemas según lo establecido en los Lineamientos Técnicos de Introducción de la vacuna conjugada contra neumococo – 2011 del nivel Nacional⁴

También se indica esta vacuna en los adultos mayores de 65 años y a las personas entre 5 y 64 años denominados huéspedes especiales, que por su patología tienen predisposición a un mayor riesgo de enfermedad invasiva por neumococo. Aquellas personas que hubieran recibido primero la vacuna Antineumocócica 23 valente, que contiene polisacáridos capsulares de neumococo de los siguientes 23 serotipos: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F, luego continuarán con vacuna conjugada 13 valente, para completar el esquema secuencial.⁵

Vacuna Anti *Haemophilus Influenzae b*

Incorporada al Calendario Nacional de vacunación en 1998. En menores de un año se utiliza combinada como vacuna quintuple (DTP-Hib-HB) a los 2, 4 y 6 meses y a los 18 meses como vacuna cuádruple (DTP-Hib).

La indicación de vacuna monovalente anti-Hib se circunscribe a personas inmunocomprometidas mayores de 5 años infectados con VIH (sintomáticos o asintomáticos), aun con esquema completo y para niños mayores

³Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/index.php/component/content/article/46-ministerio/588-nuevas-vacunas>

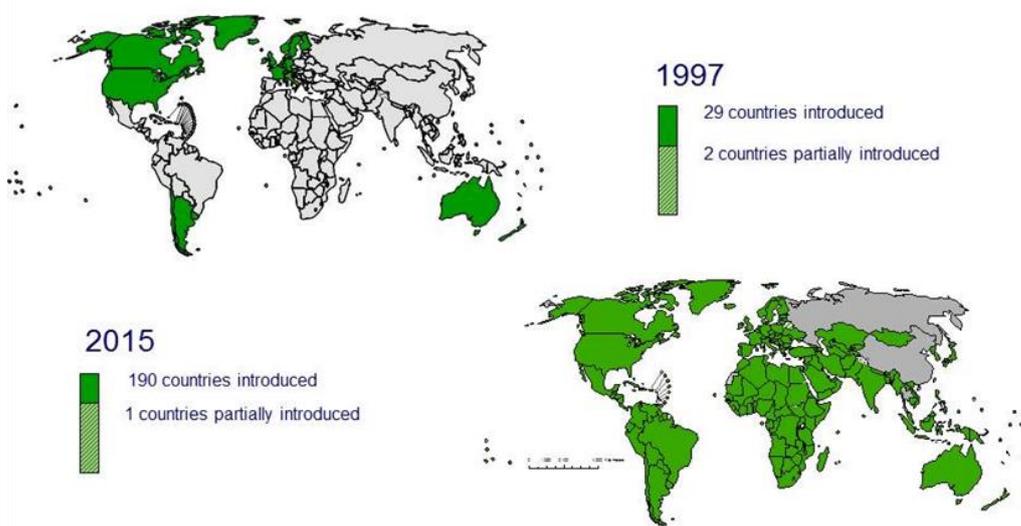
⁴Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000438cnt-2011-10_lineamientos-neumococo-2011.pdf

⁵Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/programasdesalud/vacunaseinmunizacion/vacuna-contra-el-neumococo>

de 5 años esplenectomizados, con deficiencias IgG2, pacientes con cáncer o trasplantados con precursores hematopoyéticos, aun con esquema completo.

En el mapa siguiente se muestran los países que han incorporado la vacuna anti-*Haemophilus influenzae b* desde el inicio de la recomendación.

Mapa 2. Países que introdujeron la vacuna anti Hib entre 1997 y 2015



Fuente: WHO/UNICEF. Estimación de coberturas revisión 2015, julio 2016.⁶

Argentina fue uno de los primeros países en la incorporación de esta vacuna al programa regular.

6.4.2. Quimioprofilaxis

Se instaura en contactos cercanos para meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas por *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae b*.

Se define como contacto a todo individuo que permanezca en contacto con el caso índice por un período de al menos 4 hs durante 5 días y dentro de los 7 días del inicio de síntomas en el caso.

Para meningococo, además:

- Convivientes, centros de cuidado diurno, jardines maternas, de infantes, personas que durmieron o comieron frecuentemente en la misma habitación que la persona infectada, comunidades semicerradas.
- Cualquier persona expuesta directamente a las secreciones orofaríngeas del paciente (compartir utensilios de mesa, cepillos dentales, comidas, bebidas, besos, estornudo, tos).

Para *Haemophilus influenzae*, además:

A todo el grupo familiar o conviviente independientemente de la edad cuando:

- Hubiera un niño menor de 4 años (48 meses) no vacunado o incompletamente vacunado.
- Hubiera un niño menor de 12 meses.
- Hubiera un niño con inmunocompromiso aunque tenga esquema completo.

Contactos de Jardines maternas, de infantes y unidades de atención pediátrica:

- Si hay contactos < de 24 meses, incompletamente vacunados, se realiza igual que con los contactos familiares.

⁶ Disponible en: http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/sentinel/Hib/en/

- Cuando se presenten 2 o más casos en un período de 60 días o menor, si hay contactos no inmunizados o con inmunización incompleta, se realizará profilaxis a tal grupo de menores y el personal supervisor.

(A todos completar el esquema de vacunas según calendario)

No se indica quimioprofilaxis:

- Si hay contactos familiares menores de 4 años pero completamente inmunizados.
- Si la población del jardín menor de 48 meses está completamente vacunada.
- Si no hay contactos menores de 48 meses.

Para meningococo no está indicada la profilaxis más allá de los 14 días del contacto con el caso índice. Para *Haemophilus* no se indica pasados los 7 días del contacto con el caso índice.

En la tabla 2 se especifican los esquemas de quimioprofilaxis. Nm=*Neisseria meningitidis*, Hib=*Haemophilus influenzae*

Tabla 2. Profilaxis antibiótica para meningoencefalitis y otras enfermedades invasivas por *Neisseria meningitidis* y *Haemophilus influenzae*, según grupos de edad

Rifampicina	< de 1 mes	5 mg/kg/dosis. VO	Nm Cada 12 hs/ durante 2 días. Hib cada 24 hs/ 4 días
	1 mes o mayores	10 mg/kg/dosis VO D. Mx 600 mg	
	Adultos	600 mg /dosis VO Mx 600 mg	
Ceftriaxona	< 15 años	125 mg IM	Única dosis Nm y Hib
	>= 15 años y embarazo	250 mg IM	
Ciprofloxacina	>= 18 años	500 mg VO	Única dosis Nm y Hib

Fuente: Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Edición 2016

6.4.3. Medidas generales de prevención:

- Ventilación de los ambientes institucionales y familiares.
- Evitar el hacinamiento
- Limpieza de superficies con hipoclorito de sodio
- Lavado de manos
- Higiene cuidadosa de alimentos, biberones,
- No compartir chupetes ni utensilios
- Exclusión de la actividad laboral o escolar a todo individuo febril
- Control estricto de ausentismo en instituciones (laborales, escolares y otras) para detección de otros casos sospechosos o confirmados.

6.5. Vigilancia Epidemiológica

6.5.1. Objetivos de la Vigilancia de las meningoencefalitis

- Detectar brotes o epidemias.
- Detectar cambios en el comportamiento epidemiológico.
- Intervenir eficaz y adecuadamente en casos individuales o en los brotes y ejecutar las medidas de prevención y control sobre las personas o el medio.

- Conocer la incidencia y características de la distribución de los diferentes agentes en la comunidad.
- Generar información para fundamentar por ejemplo, la introducción de nuevas vacunas. Monitorear el impacto de las ya existentes.

6.5.2. Notificación

Los casos de meningoencefalitis de cualquier etiología deben notificarse con estas características:

- **Modalidad:** Individual
- **Periodicidad:** Inmediata, dentro de las 24 horas de la sospecha clínica.
- Vía de notificación SNVS, módulos C2 y SIVILA
- **Instrumento de recolección de datos:** Ficha específica.(exclusivamente para manejo al interior del efector asistencial (hospital, clínica o sanatorio) y para el envío de muestras al laboratorio del mismo efector o bien al laboratorio al que se derive la muestra para tipificación de germen o PCR.

Incluir en la Notificación la siguiente información sobre el caso: Apellido y Nombres. Edad. Fecha de Nacimiento. Sexo. DNI (si tiene). Lugar de residencia: dirección, teléfono, localidad y provincia dónde reside. Si corresponde: Fecha de la última dosis de vacuna y número total de dosis recibidas. Fecha de inicio de síntomas. Lugar de internación y teléfono.

Para efectores que son Nodo SNVS (Todos los efectores públicos y algunos del sector privado) deberán realizar la carga de datos inmediata en los módulos C2 y SIVILA (según corresponda al servicio interviniente). La carga en SIVILA debe ser realizada por el efector que genere la muestra y en caso necesario se realizará la derivación virtual al Laboratorio de mayor complejidad para tipificación o PCR.

Para efectores de CABA que tienen **acceso al EPISIC** (Sistema de Información epidemiológica complementaria de la CABA): deberán completar en él todos los datos complementarios del paciente necesarios para un adecuado seguimiento y facilitar las acciones de prevención y control. Es fundamental el diagnóstico final al que se arriba y la evolución del caso (alta con secuelas, Alta sin secuelas, defunción).

Clave de alta al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y acceso al EPISIC: Todos los efectores privados y de la Seguridad social (al igual que los públicos) deben notificar los casos de este evento y de todos los demás, a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Para ello, se cuenta con la gestión de los usuarios, capacitación y retroalimentación de los casos notificados. Se debe solicitar un usuario y contraseña para tal fin mediante el envío de un mail a la Gerencia de Epidemiología: gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar.⁷

6.5.3. Investigación en terreno

Todo caso de meningoencefalitis requiere de investigar en el terreno los contactos del caso: convivientes, institucionales u otros contactos estrechos. Las acciones y medidas de control dependerán de cada caso en particular, variando desde medidas generales de prevención a profilaxis antibiótica específica.

En los casos en que la etiología corresponda a enfermedad inmunoprevenible se controlaran los carnets de vacuna entre los contactos (familiares, institucionales o estrechos) debiendo contar con las vacunas completas según calendario regular de inmunizaciones. (*ver arriba medidas de prevención y control*).

Los datos recabados de la investigación deberán cargarse al EPISIC por el efector que corresponda a la residencia, o a la institución dónde el paciente concurra.

⁷Para aquellos efectores que aún No son Nodo y no poseen por el momento acceso al EPISIC, deberán enviar los datos por mail o teléfono a la Gerencia Operativa de Epidemiología: epidemiologicacaba@buenosaires.gob.ar. Teléfonos: 011 4123-3240 al 42 o teléfono de guardia epidemiológica: 1158076424.

6.6. Situación epidemiológica de las meningoencefalitis

6.6.1. Mundial

El 24 de marzo, la OMS publicó información sobre el brote por meningitis a meningococo que afectaba a Nigeria. Desde diciembre de 2016 hasta el 19 de marzo de 2017 (semana epidemiológica 11) se habían notificado 1407 casos sospechosos de meningitis, 211 de ellos mortales (tasa de letalidad del 15%) en 40 zonas administrativas locales (ZAL) de cinco estados de Nigeria. Solo en la semana epidemiológica 11, 26 zonas locales de los cinco estados han notificado 361 casos. El grupo de edad más afectado fue el de 5 a 14 años, que representó aproximadamente la mitad de los casos. Ambos sexos se están vieron afectados por igual. El serotipo de Neisseria meningitidis predominante en este brote es el C.

Asimismo en febrero de 2017 fue publicado por la misma organización un brote que se registró en Togo desde el 1 de enero de 2017, 19 distritos sanitarios notificaron 201 casos sospechosos de meningitis, 17 de ellos mortales. En las muestras de 14 de estos casos la PCR confirmó la presencia de Neisseria meningitidis del serogrupo W.

Estos dos países forman parte del llamado cinturón de la meningitis del África subsahariana, donde se registran a nivel mundial, las tasas más altas de la enfermedad. El cinturón de la meningitis está constituido por (26 países). que se extienden desde Senegal al oeste hasta Etiopía al este

6.6.2. Nacional⁸

A continuación se presentan datos seleccionados de meningoencefalitis, publicados en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación.

En las tablas siguientes se muestran los casos nacionales por provincia en el trienio 2015- 2017, excluyendo a Ciudad de Buenos Aires que se desarrollará en el apartado de Situación en Ciudad de Buenos Aires. Los datos fueron obtenidos del SNVS módulo C2.

⁸ Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

Tabla 3. Meningoencefalitis total- Casos y tasas acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la SE 19. Argentina, por Provincia. Años 2015-2017

PROVINCIA	2015		2016		2017		Diferencia tasas 2016/2017
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
BUENOS AIRES	200	1,20	157	0,93	170	0,99	8%
Córdoba	179	5,02	154	4,27	80	2,17	-48%
Entre Ríos	54	4,09	50	3,75	67	4,92	34%
Santa Fe	53	1,56	69	2,01	48	1,38	-30%
Centro	624	2,23	570	2,02	492	1,71	-14%
Mendoza	24	1,27	36	1,89	49	2,51	36%
San Juan	23	3,11	34	4,55	14	1,83	-59%
San Luis	23	4,83	20	4,14	23	4,64	15%
Cuyo	70	2,26	90	2,87	86	2,68	-4%
Corrientes	26	2,43	21	1,94	17	1,54	-19%
Chaco	29	2,54	28	2,42	105	8,89	275%
Formosa	0	0,00	7	1,20	0	0,00	-100%
Misiones	12	1,01	14	1,16	18	1,46	29%
NEA	67	1,68	70	1,74	140	3,41	100%
Catamarca	10	2,52	5	1,25	15	3,68	200%
Jujuy	29	3,98	12	1,63	2	0,27	-83%
La Rioja	11	2,99	17	4,56	3	0,78	-82%
Salta	62	4,65	36	2,66	42	3,02	17%
Santiago del Estero	7	0,75	20	2,13	21	2,19	5%
Tucumán	24	1,51	34	2,11	9	0,54	-74%
NOA	143	2,67	124	2,29	92	1,66	-26%
Chubut	5	0,88	6	1,04	5	0,84	-17%
La Pampa	10	2,91	3	0,87	6	1,70	100%
Neuquén	13	2,10	6	0,95	18	2,78	200%
Río Negro	13	1,86	15	2,12	10	1,37	-33%
Santa Cruz	2	0,62	1	0,30	5	1,44	400%
Tierra del Fuego	4	2,63	6	3,83	3	1,82	-50%
Sur	47	1,74	37	1,35	47	1,66	27%
Total PAIS ARGENTINA	951	2,20	891	2,04	857	1,93	-4%

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia (BIV) N° 364 – SE 24- 2017 (sin CABA). Ministerio de salud de la Nación.

En la tabla número 4 se exponen los casos nacionales de meningoencefalitis bacterianas para el mismo trienio.

Tabla 4. Meningitis Bacteriana. Casos y Tasas Acumulados por 100000 habitantes.
Hasta la SE 19. Argentina, por Provincia. Años 2015 - 2017

PROVINCIA	2015		2016		2017		Diferencia tasas 2016/2017
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
BUENOS AIRES	98	0,59	45	0,27	63	0,37	40%
Córdoba	11	0,31	22	0,61	12	0,33	-45%
Entre Ríos	3	0,23	9	0,67	10	0,74	11%
Santa Fe	18	0,53	17	0,50	18	0,52	6%
Centro	174	0,62	129	0,46	143	0,50	11%
Mendoza	17	0,90	10	0,52	13	0,67	30%
San Juan	4	0,54	7	0,94	2	0,26	-71%
San Luis	4	0,84	4	0,83	3	0,61	-25%
Cuyo	25	0,81	21	0,67	18	0,56	-14%
Corrientes	16	1,49	11	1,02	9	0,82	-18%
Chaco	11	0,96	10	0,87	5	0,42	-50%
Formosa	0	0,00	7	1,20	0	0,00	-100%
Misiones	4	0,34	8	0,66	11	0,89	38%
NEA	31	0,78	36	0,89	25	0,61	-31%
Catamarca	2	0,50	0	0,00	8	1,96	
Jujuy	7	0,96	5	0,68	0	0,00	-100%
La Rioja	1	0,27	6	1,61	2	0,52	-67%
Salta	16	1,20	10	0,74	12	0,86	20%
Santiago del Estero	3	0,32	1	0,11	2	0,21	100%
Tucumán	5	0,31	7	0,43	6	0,36	-14%
NOA	34	0,64	29	0,54	30	0,54	3%
Chubut	4	0,71	4	0,69	1	0,17	-75%
La Pampa	4	1,17	1	0,29	4	1,14	300%
Neuquén	3	0,48	1	0,16	3	0,46	200%
Río Negro	8	1,14	9	1,27	4	0,55	-56%
Santa Cruz	1	0,31	1	0,30	2	0,58	100%
Tierra del Fuego	3	1,97	4	2,56	1	0,61	-75%
Sur	23	0,85	20	0,73	15	0,53	-25%
Total PAIS ARGENTINA	287	0,67	235	0,54	231	0,52	-2%

Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia (BIV) N° 364 – SE 24- 2017 (sin CABA). Ministerio de salud de la Nación.

Para el año 2017 las tres provincias con mayor tasa de notificación de meningoencefalitis por todas las causas fueron: Chaco, Entre Ríos y San Luis

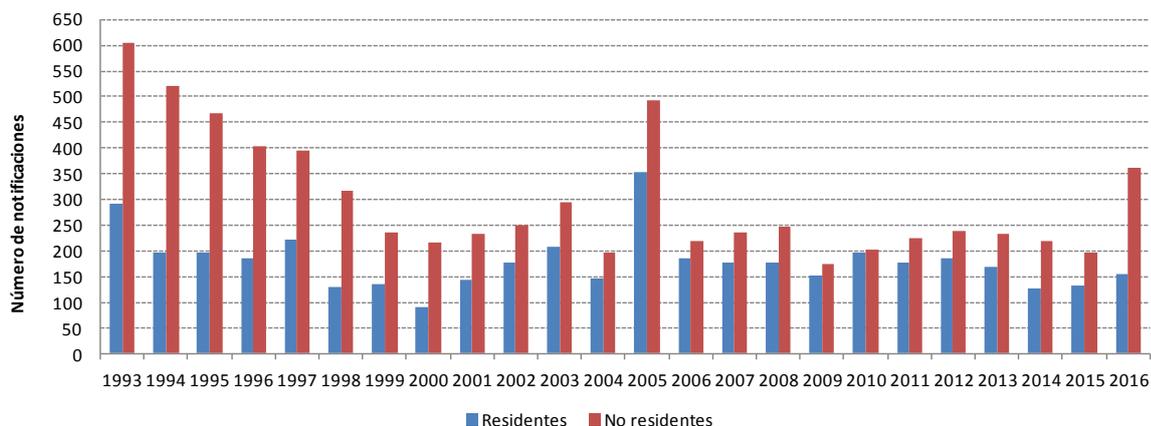
Las provincias con mayor tasa de notificación de meningococcal bacteriana para el año 2017 a la SE 19 fueron Catamarca y La Pampa.

6.7. Situación en la CABA

6.7.1. Meningococcal según lugar de residencia: serie histórica

En el siguiente gráfico se expone la serie histórica de 23 años de meningococcal por todas las causas, notificadas al sistema de vigilancia por efectores públicos, privados y de la seguridad social de la Ciudad de Buenos Aires.

Gráfico 1. Meningococcal totales. Número de notificaciones según lugar de residencia. CABA. Serie histórica 1993-2016.

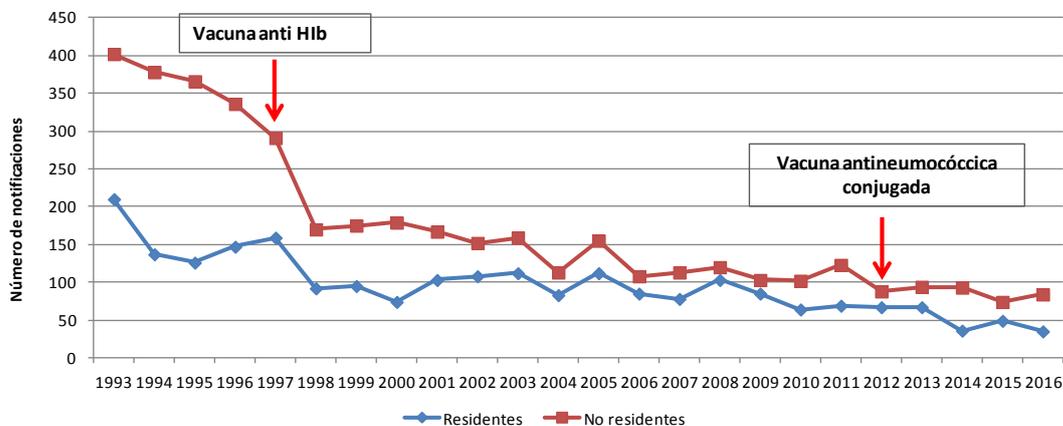


Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Las notificaciones de no residentes asistidos en la CABA excedieron en todos los años a la de residentes. El porcentaje de no residentes notificados varió de un 51% a 73% en la serie analizada. Los mayores porcentajes de notificaciones en no residentes (igual o mayor al 70%) se observaron en los años 1994/95/98/2000 y 2016.

En el gráfico siguiente se muestra la curva de casos notificados de meningococcal bacterianas según lugar de residencia.

Gráfico 2. Meningococcal bacterianas. Casos anuales notificados según lugar de residencia. CABA. Serie histórica 1994-2016.



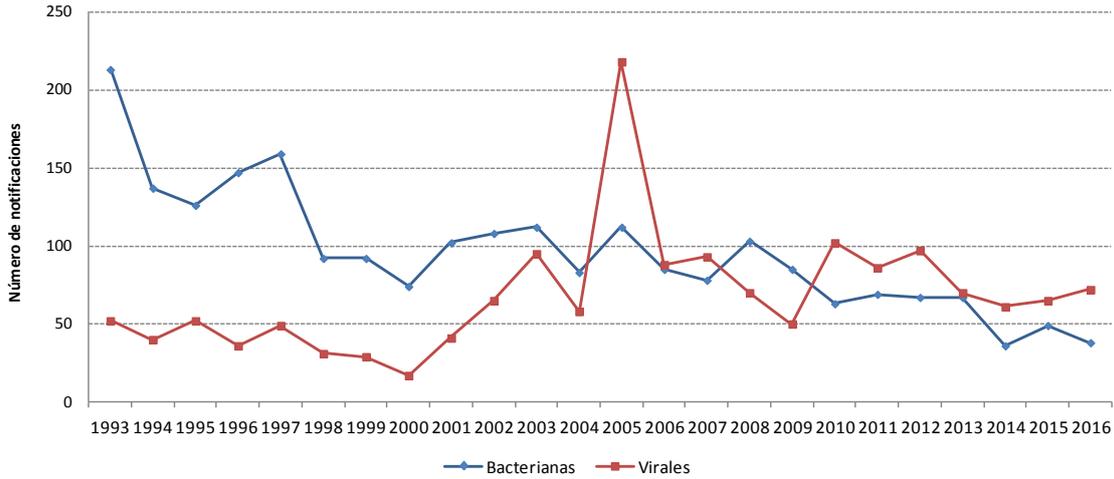
Fuente: SNVS -C2/SIVILA

En la serie queda demostrado el descenso de casos de meningococosis bacterianas. La curva de casos presenta la misma forma en Residentes y No residentes de la CABA, aunque el descenso en los residentes es menor.

6.7.2. Meningoencefalitis en residentes de la CABA

En el siguiente gráfico se exponen las curvas de meningococosis bacterianas y virales en residentes de la Ciudad.

Gráfico 3. Número de notificaciones de meningococosis bacterianas y virales. Residentes de la CABA. Serie histórica 1993-2016.

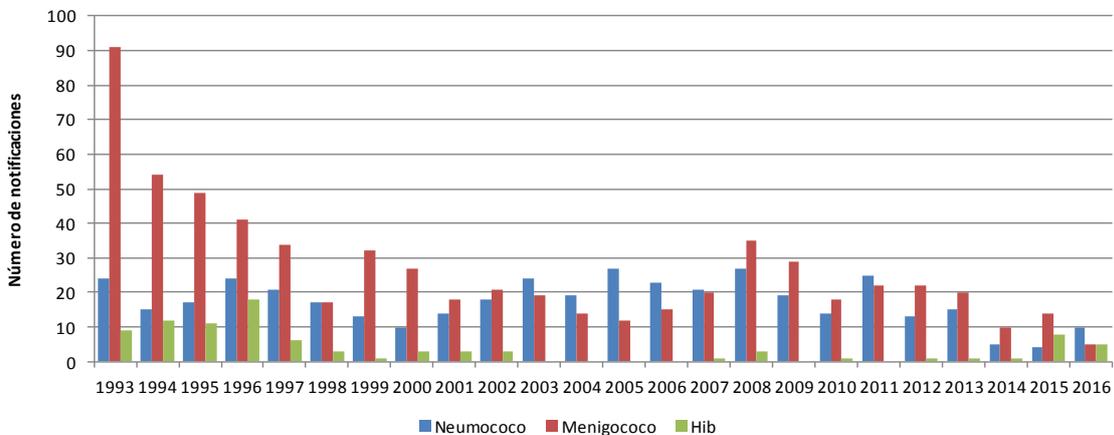


Fuente: SNVS, C2/SIVILA

El mayor número de notificaciones de meningococosis bacterianas en 1993 se debió al brote de Meningococo a serogrupo B que afectó a la CABA y al país. El pico de meningococosis virales del año 2005 fue provocado por el brote de enterovirus.

En el gráfico que a continuación se presenta se muestra las notificación de meningococosis bacterianas según las tres principales etiologías: Neumococo, meningococo y Haemophilus influenzae b.

Gráfico 4. Número de notificaciones de meningococosis bacterianas según germen Residentes de la CABA. Serie histórica 1993-2016.



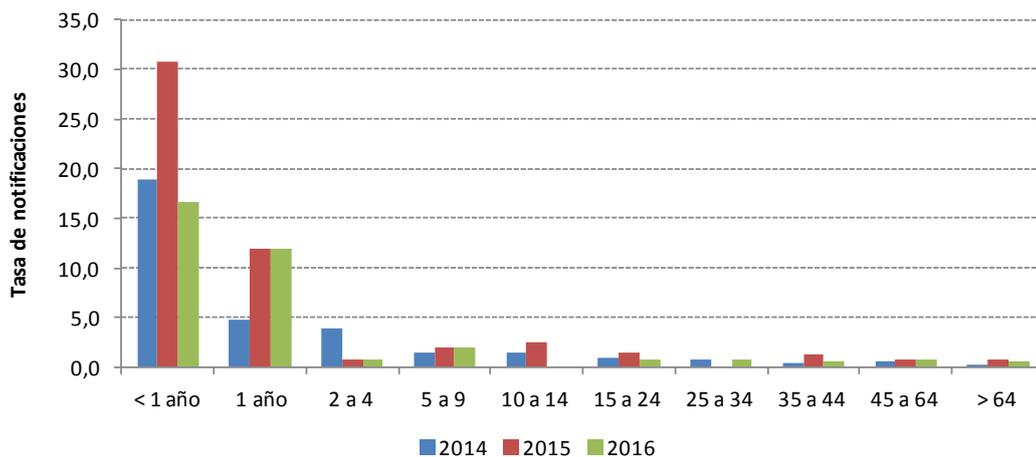
Fuente: SNVS -C2/SIVILA

A partir del brote por meningococo b en el año 1993, las infecciones por este germen tienen tendencia descendente. El neumococo ha permanecido estable hasta el año 2013. A partir del año 2014 se observa un descenso en el número de notificaciones.

Con respecto a las meningitis por Hib, si bien siempre ha sido un número bajo de notificaciones, queda evidenciado el descenso a partir del año 1998 con incremento de las mismas en los dos últimos años analizados.

En el gráfico siguiente se exponen las tasas de notificación de meningocelitis bacterianas según grupos de edad en el trienio 2014-2016.

Gráfico 5. Tasas de notificación de meningocelitis bacterianas según grupos de edad Residentes de la CABA. 2014-2016.



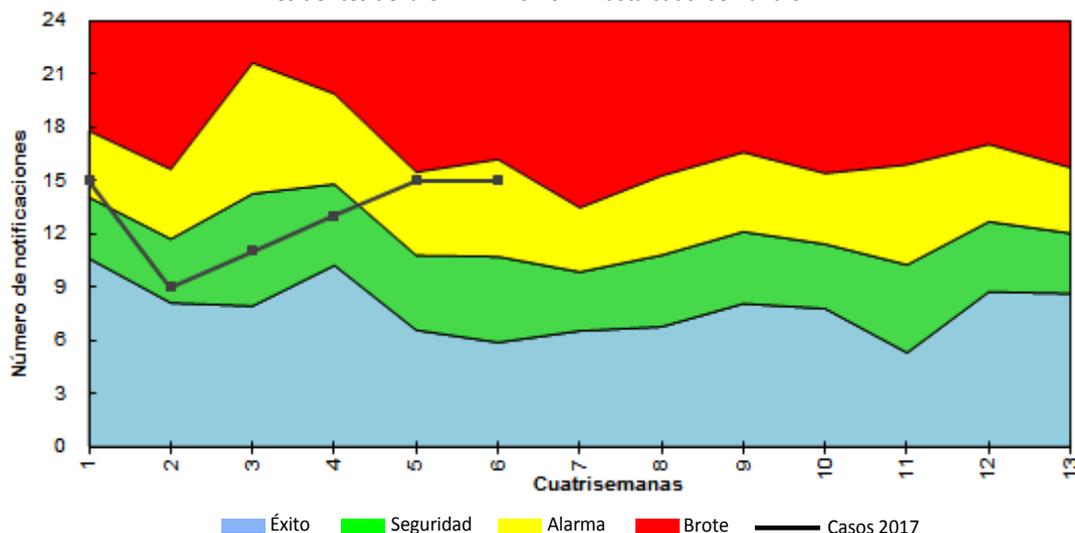
Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Los menores de 1 año ostentan las tasas más elevadas, coincidiendo con la tendencia histórica.

6.7.3. Meningocelitis bacteriana situación 2017 hasta SE 25

A continuación se presenta el corredor endémico cuatrisesmanal de meningocelitis por todas las causas en residentes hasta la cuatrisesmana 6 completa (SE 24).

Gráfico 6. Corredor endémico cuatrisesmanal de meningocelitis totales.. Residentes de la CABA. Año 2017 hasta cuatrisesmana 6*.



Fuente: Fuente: SNVS, C2/SIVILA *Sujeto a modificaciones según clasificación diagnóstica final.

El pico de ascenso a la zona de alarma en cuatrisesmanas 5 y 6 debió al incremento de meningoencefalitis bacterianas.

En la siguiente tabla, se presentan los números absolutos de casos notificados.

Tabla 5. Casos y Tasas por 100000 habitantes de meningoencefalitis totales.
Residentes de la CABA. Años 2016-2017 hasta SE 25

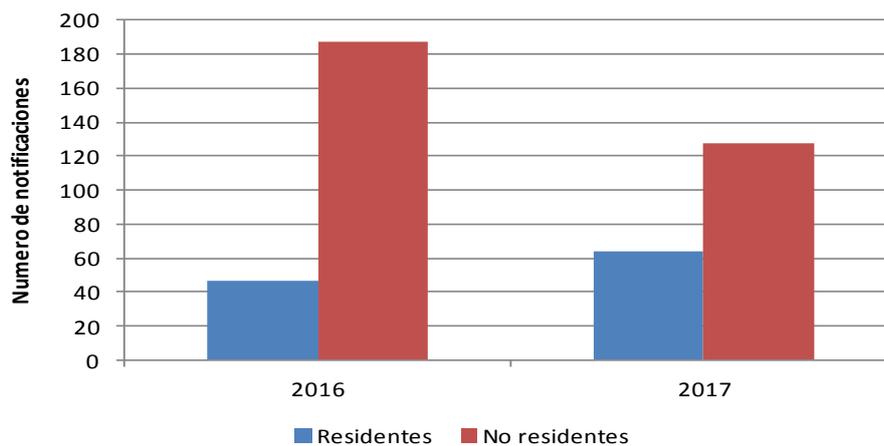
	BACTERIANAS		VIRALES		OTRAS ETIOLOGÍAS		TOTAL	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2016	10	0,3	29	0,9	8	0,3	47	1,5
2017	25	0,8	22	0,7	17	0,6	64	2,1

Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Hasta la SE 25 del año en curso se notificó un 36% más de casos que en el 2016. Para el año 2017 en otras etiologías, el total de las mismas corresponde a meningoencefalitis sin especificar etiología.

Respecto del lugar de residencia de las notificaciones, en el gráfico siguiente se muestran las meningoencefalitis por todas las causas notificadas desde efectores públicos y privados.

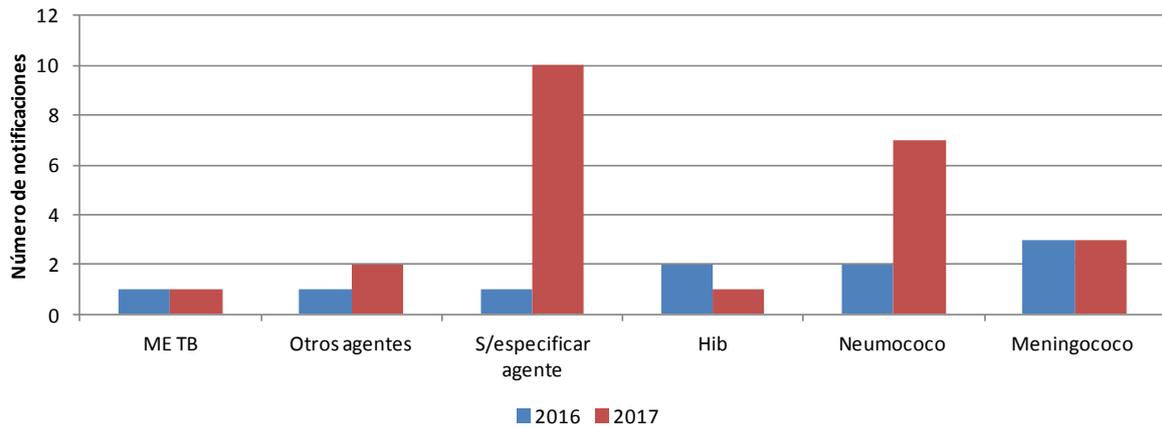
Gráfico 7. Número de notificaciones de meningoencefalitis totales según lugar de residencia
CABA. Años 2016-2017 hasta SE 25



Fuente: SNVS -C2/SIVILA

El porcentaje de notificaciones en no residentes fue de 79,9 y 66,7 para los años 2016 y 2017 respectivamente.

En el gráfico a continuación, se exponen las meningoencefalitis bacterianas según diagnóstico etiológico.

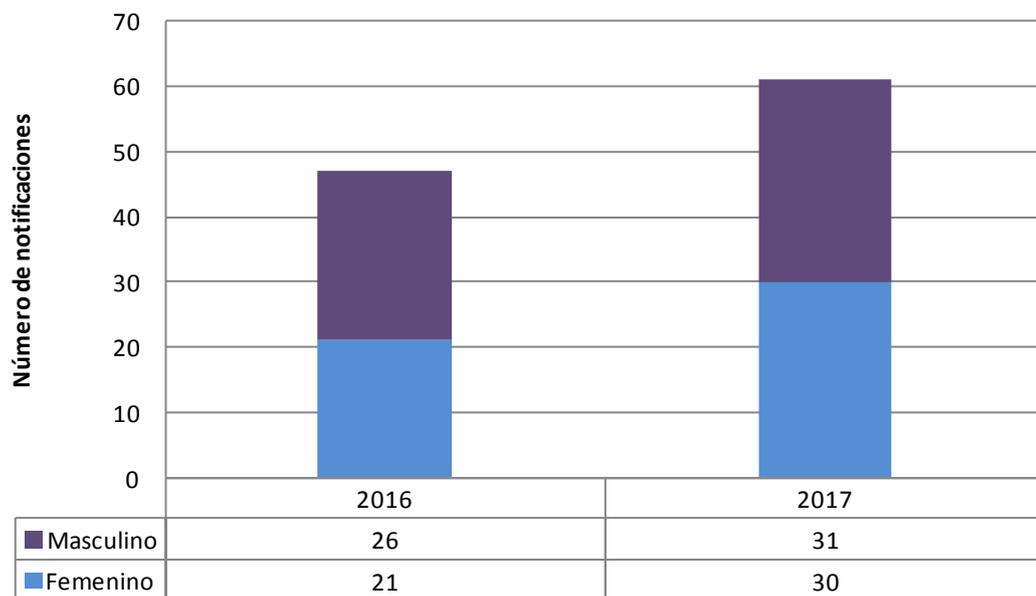
Gráfico 8. Número de notificaciones de meningoencefalitis bacterianas según etiología Residentes de la CABA. Años 2016-2017 (n=25) hasta SE 25

Fuente: SNVS -C2/SIVILA ME TB: Meningoencefalitis Tuberculosa

Las notificaciones de meningoencefalitis sin especificar agente y las causadas por neumococo se incrementaron en el año 2017, aunque se debe tener en cuenta que estos datos están sujetos a modificación.

Tipificaciones: Un caso de *Neisseria meningitidis* a serogrupo B y de las meningoencefalitis por *Streptococcus pneumoniae* 1 caso serotipo 10 A.

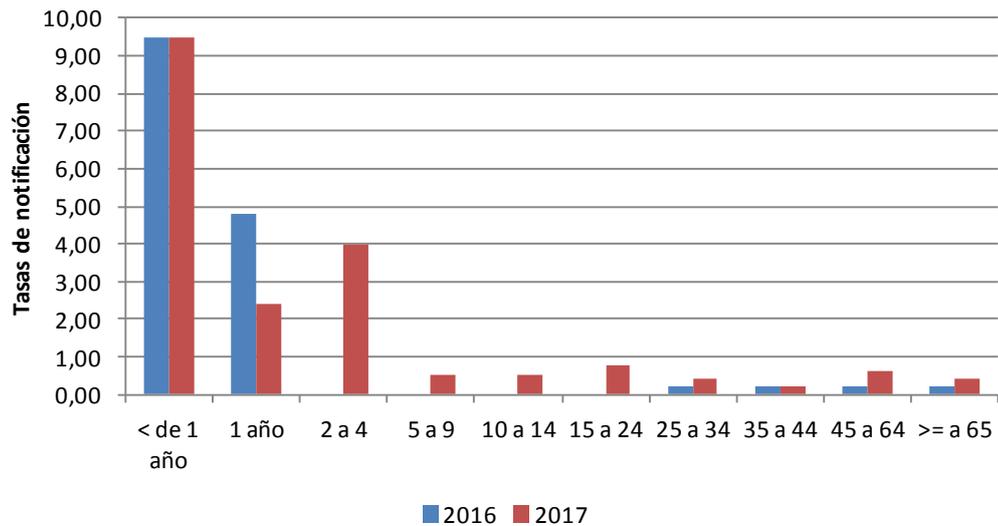
Se muestra a continuación la distribución según sexo para el periodo analizado.

Gráfico 9. Número de notificaciones de meningoencefalitis según sexo Residentes de la CABA. Años 2016-2017 hasta SE 25

Fuente: SNVS -C2/SIVILA

No hay diferencias significativas en la diferenciación por sexo para cada año.

La gráfico que se presenta a continuación muestra la distribución según los diferentes grupos de edad.

Gráfico 10. Número de notificaciones de **meningoencefalitis bacterianas** según grupos de edad Residentes de la CABA. Años 2016-2017 hasta SE 25

Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Las tasas de menores de 1 año exceden al resto de los grupos. En el año 2017 el grupo de 2 a 4 años es el segundo en frecuencia.

En la Tabla 6 se expresa la distribución de casos y tasas de meningoencefalitis por todas las causas por comunas de la CABA.

Tabla 6. Casos y Tasas por 100000 habitantes de meningoencefalitis totales. Residentes de la CABA. Años 2016-2017 hasta SE 25*

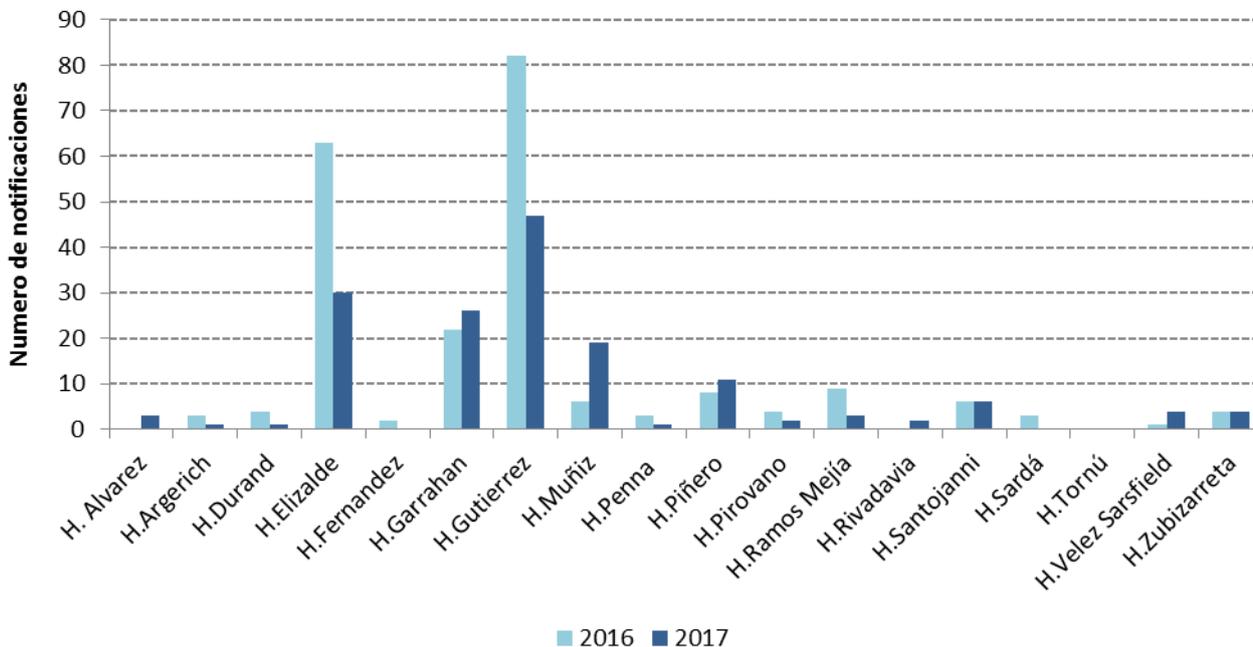
Comunas	2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
1	3	1,2	5	2,0
2	0	0,0	4	2,7
3	3	1,6	6	3,1
4	13	5,5	9	3,8
5	2	1,1	0	0,0
6	1	0,5	4	2,2
7	3	1,2	3	1,2
8	11	4,9	12	5,3
9	1	0,6	6	3,5
10	1	0,6	2	1,2
11	2	1,1	7	3,7
12	1	0,5	1	0,5
13	2	0,8	1	0,4
14	0	0,0	0	0,0
15	2	1,1	2	1,1
Total general	45	1,5	62	2,0

Fuente: SNVS -C2/SIVILA

* En dos casos para cada año no se pudo contar con dirección exacta

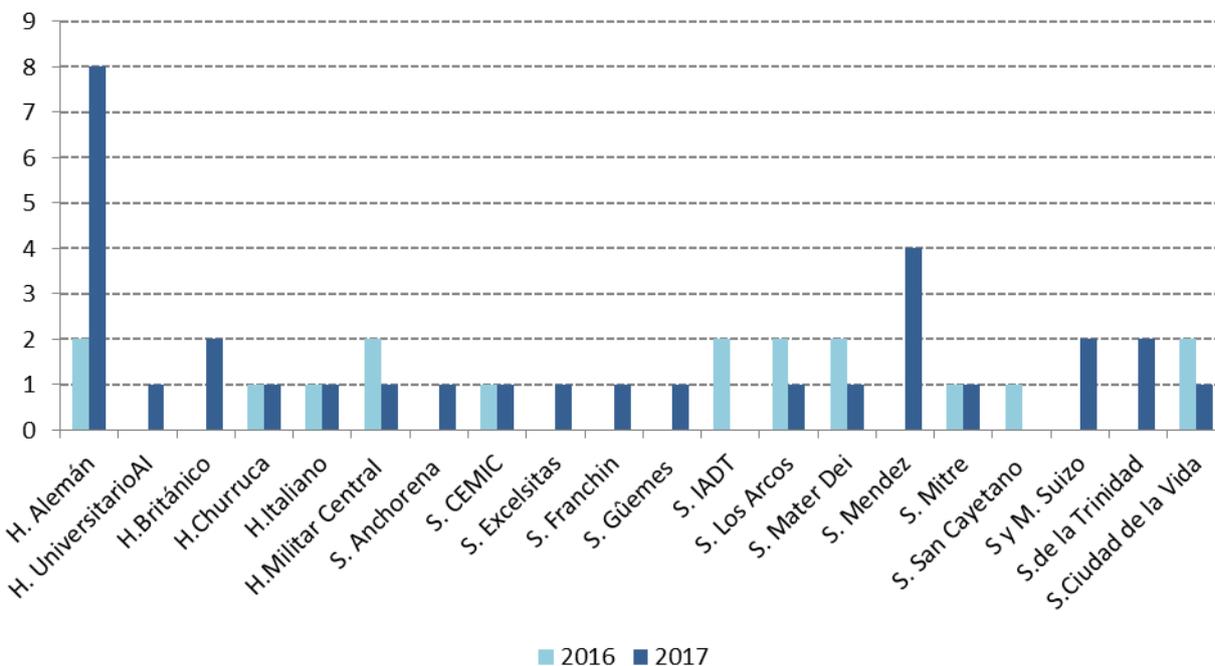
Para el año 2017, a la semana 25 la comuna de residencia de los casos, con mayor número de notificaciones fue la comuna 8. La comuna 11 evidencia un incremento respecto a la misma semana del año anterior.

Gráfico 11. Número de notificaciones de meningoencefalitis totales según efector público notificador Residentes y no residentes de la CABA. Años 2016 (n=220)-2017(n=157) hasta SE 25



Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Gráfico 12. Número de notificaciones de meningoencefalitis totales según efector privado notificador Residentes y no residentes de la CABA. Años 2016 (n=18)-2017(n=48) hasta SE 25



Fuente: SNVS -C2/SIVILA

Hasta la SE 25 del año 2017, el 77% (157/48) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, para el año 2016 el porcentaje fue de un 98.9% (220/18).

7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS

7.1. Introducción

La parotiditis epidémica (fiebre urliana) es una infección vírica aguda, sistémica, endémica en todo el mundo y los seres humanos son los únicos huéspedes naturales del virus. La enfermedad es en general, benigna y autolimitada y un tercio de las personas afectadas tiene una infección subclínica. Puede producir una infección más grave en individuos que han pasado la pubertad que en los niños.⁹

Debido a que el diagnóstico de parotiditis es clínico en un 99%, algunos de los casos podrían corresponder a una etiología diferente a la urliana (enterovirus, Epstein Barr, virus Parainfluenza 1 y 3 y Adenovirus).

Es una enfermedad prevenible mediante el uso de la vacuna triple viral que está incluida en el Calendario Nacional de Inmunizaciones desde 1998.

Antes del uso universal de esta vacuna, el virus de la fiebre urliana era el segundo agente causal de patologías neurológicas, ya sea en forma esporádica o en brotes. La incidencia de casos ha disminuido desde la incorporación de la vacuna.

La vacunación actualmente no tiene por objetivo la eliminación de la enfermedad, por lo cual es esperable que ocurran casos y brotes de la misma.¹⁰

7.2. Descripción de la enfermedad

Se manifiesta frecuentemente como una tumefacción no exudativa de la parótida, dolorosa a la palpación y de otras glándulas salivales, producida por el virus de la parotiditis. Otras manifestaciones menos frecuentes de la parotiditis son: sordera, meningitis, encefalitis, orquiepididimitis, ooforitis y pancreatitis.

7.2.1. Agente etiológico

El virus de la parotiditis pertenece a la familia Paramyxoviridae, género: Rubulavirus. Aunque se conoce un serotipo, se han determinado 13 genotipos (A-M) de acuerdo con la secuenciación de la proteína SH, que es la proteína más variable en todas las cepas del virus de la parotiditis.

7.2.2. Incubación y transmisibilidad

El período de incubación varía de 12 a 25 días, generalmente 18 días

Se transmite de persona a persona a través de las secreciones respiratorias eliminadas por una persona infectada al hablar, toser o estornudar, o bien por contacto directo con cualquier objeto contaminado con las secreciones respiratorias del enfermo.

El período de transmisibilidad máxima ocurre unas 48 horas antes del comienzo de la enfermedad y durante el período de estado (hasta 9 días posteriores al inicio de los síntomas). Las infecciones subclínicas pueden producir también diseminación viral.

7.2.3. Cuadro clínico y complicaciones

El 15-20% de las infecciones son asintomáticas, el 40-50% presentan síntomas inespecíficos de las vías respiratorias superiores, el 30-40% muestran la clínica típica de la enfermedad.

Es característico que los síntomas prodrómicos sean inespecíficos (febrícula, anorexia, malestar y cefalea). Durante el período de estado el principal síntoma es la tumefacción dolorosa en la región parotídea, que progresa hasta su tamaño máximo a los 2-3 días siguientes. El dolor más intenso acompaña al período de incremento rápido del tamaño, sumado a otalgia y molestias al comer y beber. En el punto álgido la tumefacción eleva el

⁹ Mandell, Douglas y Bennet Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Edición 2016. Elsevier.

¹⁰ Situación epidemiológica de la Parotiditis en Argentina. Noviembre de 2015. Ministerio de salud de la Nación

lóbulo de la oreja en sentido superolateral. La glándula parótida agrandada oculta el ángulo de la mandíbula. El orificio del conducto de Stenon suele aparecer edematoso y eritematoso. La tumefacción parotídea, que inicialmente es unilateral, en el 70 % de los casos se vuelve bilateral. En un 10% de los casos pueden verse afectadas también las glándulas salivales submaxilar y sublingual, pero es infrecuente como única manifestación.

El virus de la parotiditis es altamente neurotrófico observándose pleocitosis en el líquido cefalorraquídeo en aproximadamente el 50% de los pacientes sin evidencias clínicas de afectación del SNC. El pronóstico en estos casos es muy bueno y la recuperación total. Se produce meningitis clínica en 1-10 % y encefalitis en 1/6000 casos de parotiditis, esta última, si bien poco frecuente, es una complicación grave.

La orquiepididimitis es la manifestación extrasalival más frecuente de la enfermedad en el adulto. Aparece en el 20-30% de los varones afectados generalmente entre los 15 y 29 años de edad. Su aparición puede ser en la primera o segunda semana de la enfermedad. El inicio es súbito con fiebre alta, escalofríos, cefaleas, vómitos y dolor testicular. La esterilidad es excepcional.

La ooforitis aparece en 5% de las mujeres pospuberales con parotiditis y se presenta con dolor abdominal bajo, fiebre y vómitos. Es infrecuente la menopausia prematura y disminución de la fertilidad.

Pueden aparecer artralgias y artritis luego de 1 a 3 semanas de la enfermedad y pueden durar hasta 5 semanas. El proceso se resuelve espontáneamente y sin lesión articular residual.

Otras manifestaciones poco frecuentes: Pancreatitis, que cursa con dolor abdominal alto, escalofríos, fiebre y vómitos. Es infrecuente que sea una manifestación grave.

Complicaciones: Las posibles complicaciones son neuritis del nervio auditivo, o del facial, la mielitis, la artritis, la miocarditis (15 %) y las hematológicas. La neuritis del nervio auditivo (1/3400 a 1/20000) puede conducir a la sordera neurosensorial; el comienzo es brusco con tinnitus, ataxia y vómitos, seguidos de sordera permanente unilateral en el 80 % de los casos.

7.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico clásico de la parotiditis es clínico. Se establece por el antecedente de la exposición y la tumefacción parotídea dolorosa.

El diagnóstico de laboratorio se basa fundamentalmente en detección viral por técnica de PCR, cultivo viral o serología. Esta última es sólo complementaria y es de mayor utilidad en pacientes no vacunados.

El virus suele estar presente en la saliva alrededor de 1 semana, desde 2-3 días antes hasta 4-5 días posteriores al inicio de la tumefacción parotídea. Sin embargo se ha aislado desde 6 días antes y hasta 9 días después de la enfermedad clínica. Además se puede recuperar de saliva de personas con cuadros subclínicos y también manifestaciones extrasalivales. Una revisión reciente de los datos de excreción del virus ha concluido que la misma es relativamente baja 5 días después de la enfermedad clínica.

Se ha detectado viruria durante las primeras 2 semanas de la enfermedad.

7.3. Medidas de prevención y control

7.3.1. Vacunación

La medida de prevención primaria específica es la vacuna triple viral, que genera protección contra sarampión, rubéola y paperas. Alrededor del 99% de los vacunados desarrolla inmunidad para las tres enfermedades luego de la segunda dosis.

Para el componente parotiditis la eficacia es de 75-95% y la inmunogenicidad mayor al 95%. La eficacia depende de la cepa y concentración del virus que contiene la vacuna. La eficacia y la eventual pérdida de inmunidad por vacuna con el tiempo, explica la ocurrencia de parotiditis en personas vacunadas adultas.

El Calendario Nacional de Vacunación contempla un esquema de dos dosis, la primera a los 12 meses y la segunda al ingreso escolar (5-6 años). Este esquema está vigente desde el año 1998.

Se considera evidencia de protección a los que hayan padecido la enfermedad, o recibido 2 dosis de vacuna con componente parotídeo con intervalo de 28 días y siendo mayores de 1 año, o sean mayores de 50 años de edad o que acrediten constancia de serología positiva.

De acuerdo con la situación epidemiológica actual se recomienda revisar esquema de vacunación con Triple Viral, según edad, comprobada por carnet:

Entre 1 y 4 años una dosis de triple Viral.

Entre 5 y 50 años dos dosis de triple viral.

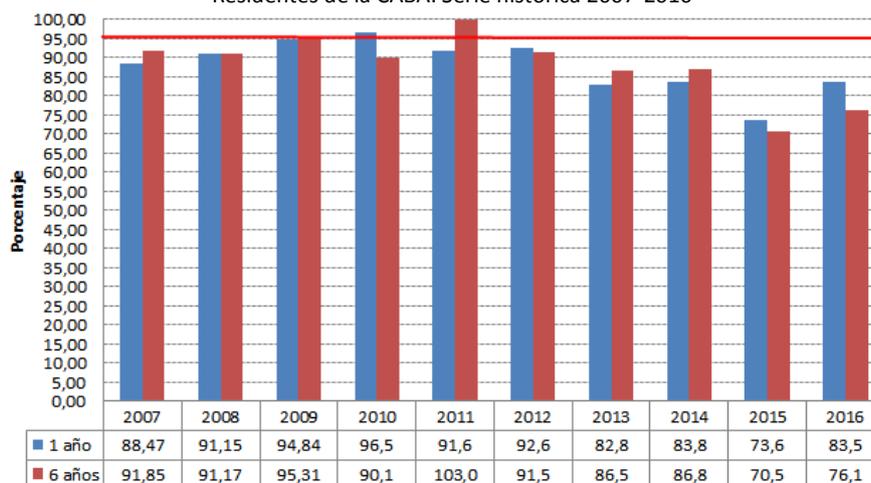
En caso de no tener esquema completo de acuerdo al calendario se aplicarán las dosis faltantes.

Para lograr el control de la enfermedad es necesario alcanzar y mantener altas coberturas de vacunación ($\geq 95\%$) con dos dosis de vacuna triple viral, así mismo como la vacunación en adultos, aprovechando cualquier contacto con el sistema sanitario.

Entre los adultos hay grupos que tienen más riesgo de adquirir la enfermedad: trabajadores de la salud, trabajadores de jardines maternos, expuestos a situación de brote, viajes internacionales e inmigraciones recientes, personal militar, estudiantes terciarios y universitarios, personas con VIH con más de 200 CD4.

En el siguiente gráfico se presentan las coberturas de vacunación de vacuna Triple viral en residentes de la Ciudad de Buenos Aires al año (TV1) y los 6 años (TV2) en porcentaje

Gráfico 1. Coberturas de Vacuna Triple viral al año y 6 años en porcentaje. Residentes de la CABA. Serie histórica 2007-2016



Fuente: Programa de Inmunizaciones CABA.

En los cuatro últimos años se observa una tendencia a la disminución de las coberturas poblacionales por debajo del 95% que compromete a ambas dosis de calendario.

7.3.2. Otras medidas de prevención

Excluir a los afectados de instituciones durante 9 días a partir del inicio de tumefacción glandular. Lavado cuidadoso de manos con agua y jabón. No compartir cubiertos, vasos y otros. Limpieza de superficies. (picaportes, juguetes, mesas y otros).

7.4. Vigilancia de parotiditis

La parotiditis es una Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO)

Categoría: Transmisibles

Grupo: Inmunoprevenibles

Estrategia de vigilancia: Clínica y de laboratorio

Modalidad: Individual

Periodicidad: Semanal

En situación de brote comunitario o institucional la notificación es inmediata.

7.4.1. Definición de Caso sospechoso

Enfermedad de comienzo agudo con tumefacción uni o bilateral, autolimitada a la parótida u otra glándula salival, de duración igual o mayor a 2 días y sin otra causa aparente.

7.4.2. Notificación del caso y toma de muestra

Notificación: incluir la siguiente información sobre el caso: Apellido y Nombres. Edad. Fecha de Nacimiento. Sexo. DNI (si tiene). Lugar de residencia: dirección, teléfono, localidad y provincia dónde reside. Fecha de la última dosis de vacuna y número total de dosis recibidas. Fecha de inicio de síntomas. Lugar de asistencia y teléfono.

Toma de muestra:

Material:

Saliva: para detección viral. Se debe recolectar dentro de los 3 días de iniciado, no más allá de los 11 días posteriores. Masajear la glándula parótida durante 30 segundos y recolectar la muestra en un recipiente estéril. Almacenar la saliva a 4°C y realizar envío refrigerado dentro 24/48hs. (Instituto Malbrán, Departamento de Neurovirosis),

Orina: para detección viral. En recipiente estéril (frasco de urocultivo), hasta 14 días del inicio de los síntomas. (Hospital de niños Ricardo Gutiérrez, Servicio de Virología)

Optar por una de estas dos alternativas (saliva u orina). Estos dos son de elección para el diagnóstico.

La muestra para serología se utiliza como complemento de la detección viral en saliva y es de mayor utilidad en pacientes no vacunados. Recolectar muestra de sangre entera en tubo seco, separar el suero y almacenarlo a 4°C. Realizar el envío refrigerado dentro de las 24/48hs.

Remitir las muestras al laboratorio de referencia junto con la Ficha epidemiológica específica completa.

Metodología de notificación

Para efectores que son Nodo SNVS (Todos los efectores públicos y algunos del sector privado) deberán realizar la carga de datos inmediata en los módulos C2 y SIVILA (según corresponda al servicio interviniente). La carga en SIVILA debe ser realizada por el efector que genere la muestra y en caso necesario se realizará la derivación virtual al Laboratorio de mayor complejidad para tipificación o PCR.

Para efectores de CABA que tienen **acceso al EPISIC** (Sistema de Información epidemiológica complementaria de la CABA): deberán completar en él todos los datos complementarios del paciente necesarios para un adecuado seguimiento y facilitar las acciones de prevención y control. Es fundamental el diagnóstico final al que se arriba y la evolución del caso (alta con secuelas, Alta sin secuelas, defunción).

Clave de alta al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y acceso al EPISIC: Todos los efectores privados y de la Seguridad social (al igual que los públicos) deben notificar los casos de este evento y de todos los demás, a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Para ello, se cuenta con la gestión de los usuarios, capacitación y retroalimentación de los casos notificados. Se debe solicitar un usuario y contraseña para tal fin mediante el envío de un mail a la Gerencia de Epidemiología: gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar.¹¹

¹¹Para aquellos efectores que aún No son Nodo y no poseen por el momento acceso al EPISIC, deberán enviar los datos por mail o teléfono a la Gerencia Operativa de Epidemiología: epidemiologiaca@buenosaires.gob.ar. Teléfonos: 011 4123-3240 al 42 o teléfono de guardia epidemiológica: 1158076424.

7.4.3. Investigación en terreno

1. **Reforzar el aislamiento de tipo respiratorio** durante 9 días desde el comienzo de la tumefacción parotídea. La persona afectada no deberá acudir a instituciones laborales, educativas, eventos grupales. Se debe **informar al paciente** sobre el mecanismo y duración de la transmisión para que en ese período evite el contacto estrecho con personas susceptibles, en especial los que no se pueden vacunar (embarazada e inmunocomprometidos). Los susceptibles y que no puedan ser vacunados por contraindicación deben ser aislados de la escuela/o ámbito laboral hasta 26 días de la aparición del último caso.

2. **No se recomienda cuarentena ni cierre de instituciones.**

3. **Investigar sobre** personas expuestas durante el periodo de transmisibilidad (desde 6-7 días antes del inicio de la enfermedad hasta 9 días después): compañeros de aula, compañeros de juego, convivientes en la misma casa, compañeros de trabajo, etc.

4. **Suministrar información** acerca de la enfermedad y la importancia de la consulta ante aparición síntomas. Indicar las medidas preventivas generales arriba enunciadas.

5. **Vacunación con triple viral (sarampión-rubéola-parotiditis) en contactos susceptibles.** Se considera contacto susceptible al individuo que no tiene antecedentes de haber padecido parotiditis, o sin documentación de haber recibido vacuna triple viral, o menor de 50 años, o con serología negativa.

Revisar carnet de vacunas y asegurar esquemas completos de los contactos, en especial en grupos de personas que comparten dormitorios o están en condiciones de hacinamiento: cárceles, escuelas, fuerzas armadas, contingentes que asisten a eventos sociales o deportivos.

Se debe tener una dosis de triple viral entre 1 y 4 años y dos dosis a partir de los 5 años. Si no tiene esquema completo para la edad, aplicar las dosis necesarias según el Calendario vigente

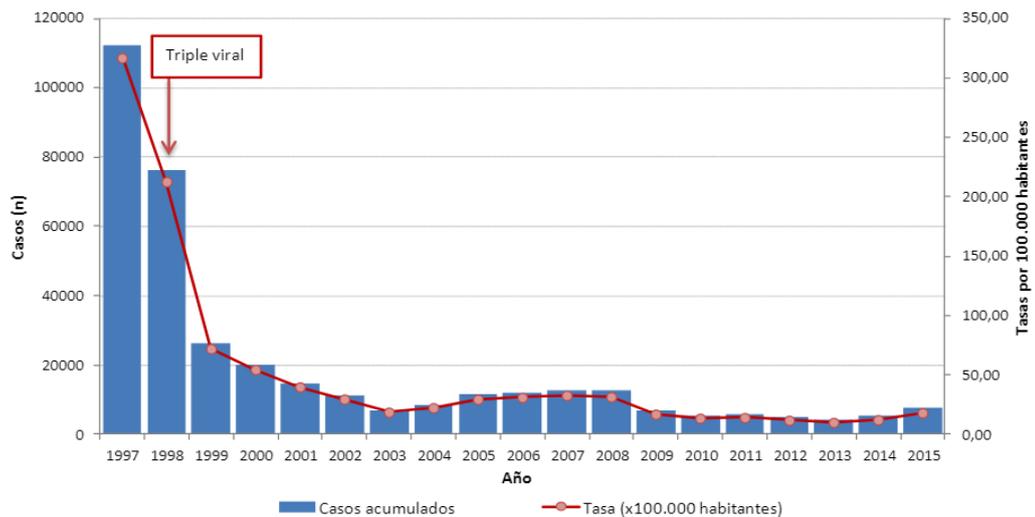
Se tendrá en cuenta que:

- La vacuna triple viral no es una herramienta de bloqueo para el componente parotiditis ya que no existe evidencia de la eficacia en su aplicación post-exposición
- La vacunación en el contexto de aparición de casos, tiene como objetivo aprovechar la oportunidad para completar los esquemas y disminuir susceptibles, para futuros contactos.
- La vacunación no exacerba los síntomas de la enfermedad en caso de estar incubándola.

7.5. Situación histórica de la parotiditis en Argentina

A partir de la inclusión de la triple viral en el Calendario Nacional en el año 1988 se observó un descenso de las tasas de incidencia de parotiditis.

El descenso se estabilizó entre 2001 hasta el año 2008 en aproximadamente 30 por cien mil habitantes, descendiendo luego a 13,08 casos anuales por cien mil habitantes entre 2009 y 2014. Entre la SE 1 y 44 de 2015, la tasa acumulada es 18,09 casos por cien mil habitantes (Grafico 1)

Gráfico 2. Número de casos y tasas de parotiditis, Argentina 1997–2015.

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

La tasa acumulada de parotiditis registrada en 1997 fue 316,96 por cien mil habitantes. Durante el año 2014, se registraron 12,22 casos por cien mil habitantes. Esto representa una reducción de 96,14% en relación a la tasa observada para 1997¹².

En el año 2012 ocurrió un brote de parotiditis en adultos jóvenes no vacunados de una comunidad cerrada identificándose al genotipo K como agente causal.

Desde mediados de 2014 a mediados de 2015 se produjo un brote que afectó al país identificándose como causante al genotipo G.

7.6. Situación actual de parotiditis

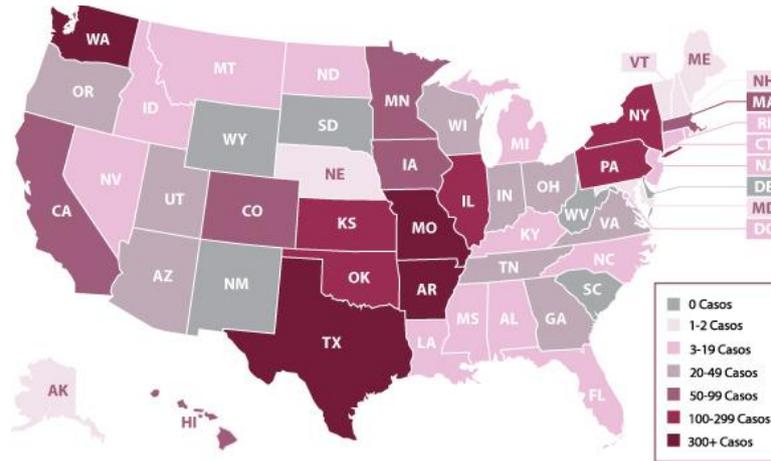
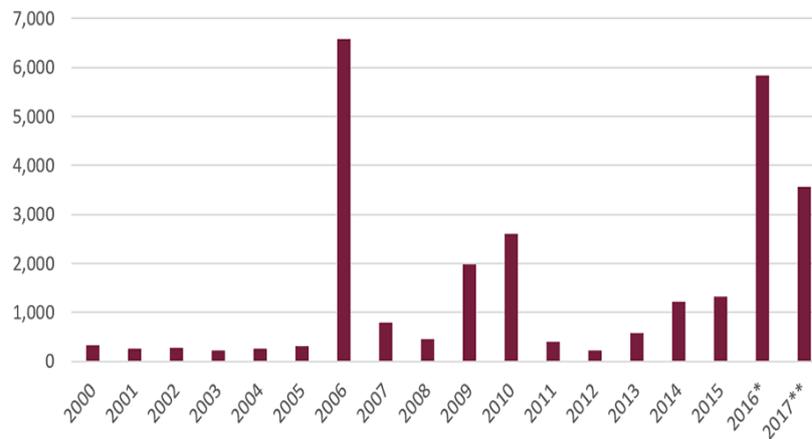
7.6.1. Situación Mundial

La parotiditis es endémica en el mundo por lo que anualmente los países presentan casos o brotes de la patología.

Estados Unidos de América

Desde de 1 de enero hasta el 20 de junio del 2017, 44 estados y Washington D.C. han notificado a los CDC 3.562 casos de infección por paperas.

¹² Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

Mapa 1. Número de casos de parotiditis según estados. Estados Unidos. Año 2017 hasta el 17 de junioFuente: CDC.¹³**Gráfico 3.** Número de casos de parotiditis según año. Estados Unidos. Serie histórica 2000-2017**

*El recuento de casos es preliminar y está sujeto a cambios.

**Casos hasta el 17 de junio de 2017. El recuento de casos es preliminar y está sujeto a cambios.

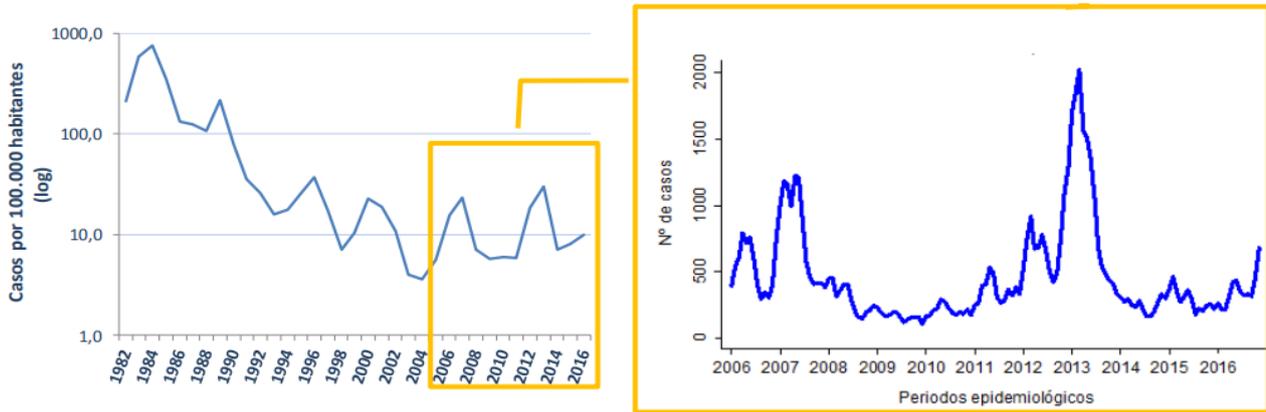
Fuente: CDC

España

En los últimos 20 años se han producido 4 ondas epidémicas de parotiditis (1994-1997, 1998- 2003, 2004-2009 y 2010-2014); la última alcanzó su pico máximo en el año 2013 (13.880 casos; 29,5 casos por 100.000 habitantes)

¹³ Disponible en: <https://www.cdc.gov/mumps/outbreaks>

Gráfico 4. Logaritmo de la tasa de incidencia de parotiditis. España. Serie histórica 1982- 2016 y número de casos cuatrisesmanales del período 2006-2016.



Fuente: Casos agregados notificados. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. España.

Después de un año amesetamiento en 2014 (3.310 casos; 6,84 casos por 100.000 habitantes) la enfermedad repuntó en 2015 (3.653 casos; 8,1 casos por 100.000 habitantes) y en 2016 ha mantenido la tendencia al alza (4.800 casos; 10,3 casos por 100.000 habitantes), marcando el inicio de la fase ascendente de una nueva onda epidémica.

Durante el año 2017 a la semana epidemiológica 9 se observó un incremento de casos respecto al mismo período del año anterior.

Tabla 1. Número de casos de parotiditis. España. Años 2016-2017 a la SE 9.

	Casos notificados a SE 9	Casos acumulados del año
2016	56	534
2017	166	2118

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. España

La incidencia de parotiditis en 2016 presentó un rango amplio. Las tasas más altas se registraron en Aragón y Castilla y León (21,6 casos por 100.000 hab.) y en Galicia (18,4 casos por 100.000 hab. Durante el año en curso varias provincias españolas registraron un incremento de casos respecto al año 2016.

7.6.2. Situación en Argentina

En la tabla que se presenta a continuación se expone la situación actual de parotiditis Nacional, discriminada por provincias del país.

Tabla 2. Número de casos acumulados y Tasas por 100000 habitantes.
Hasta la SE 19. Argentina por Provincia. Años 2015-2017

PROVINCIA	2015		2016		2017		Diferencia tasas 2016/2017
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
No residentes	62		14		24		
Residentes	92	3,01	51	1,67	26	0,85	-49%
Total CABA	154		65		50		
BUENOS AIRES	920	5,52	580	3,44	363	2,11	-37%
Córdoba	239	6,70	2361	65,46	544	14,77	-77%
Entre Ríos	390	29,51	149	11,17	93	6,84	-38%
Santa Fe	216	6,36	402	11,73	152	4,37	-62%
Centro	1919	6,85	3557	12,58	1202	4,18	-66%
Mendoza	230	12,20	271	14,21	236	12,11	-13%
San Juan	27	3,65	31	4,15	38	4,97	23%
San Luis	23	4,83	24	4,97	31	6,25	29%
Cuyo	280	9,03	326	10,39	305	9,50	-6%
Corrientes	6	0,56	4	0,37	3	0,27	-25%
Chaco	15	1,31	8	0,69	7	0,59	-13%
Formosa	9	1,55	11	1,88	3	0,50	-73%
Misiones	17	1,43	8	0,66	6	0,49	-25%
NEA	47	1,18	31	0,77	19	0,46	-39%
Catamarca	6	1,51	16	3,99	13	3,19	-19%
Jujuy	22	3,02	33	4,48	29	3,85	-12%
La Rioja	5	1,36	5	1,34	0	0,00	-100%
Salta	54	4,05	80	5,92	68	4,90	-15%
Santiago del Estero	37	3,99	108	11,51	129	13,46	19%
Tucumán	97	6,09	79	4,90	236	14,27	199%
NOA	221	4,13	321	5,93	475	8,56	48%
Chubut	13	2,29	9	1,56	11	1,84	22%
La Pampa	23	6,70	32	9,24	25	7,09	-22%
Neuquén	23	3,71	217	34,50	55	8,50	-75%
Río Negro	53	7,58	80	11,29	62	8,51	-23%
Santa Cruz	6	1,87	15	4,55	22	6,33	47%
Tierra del Fuego	21	13,79	108	69,01	36	21,83	-67%
Sur	139	5,15	461	16,78	211	7,43	-54%
Total PAIS ARGENTINA	2606	6,04	4696	10,77	2212	4,97	-53%

Fuente: área Vigilancia. Ministerio de salud de la Nación. Boletín Integrado de vigilancia N° 364-SE24¹⁴

A la SE 19 las tres provincias con mayor incremento en la diferencia de tasas para el año 2017 fueron: Tucumán (199%), Santa Cruz (47%) y San Luis (29%).

7.6.3. Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

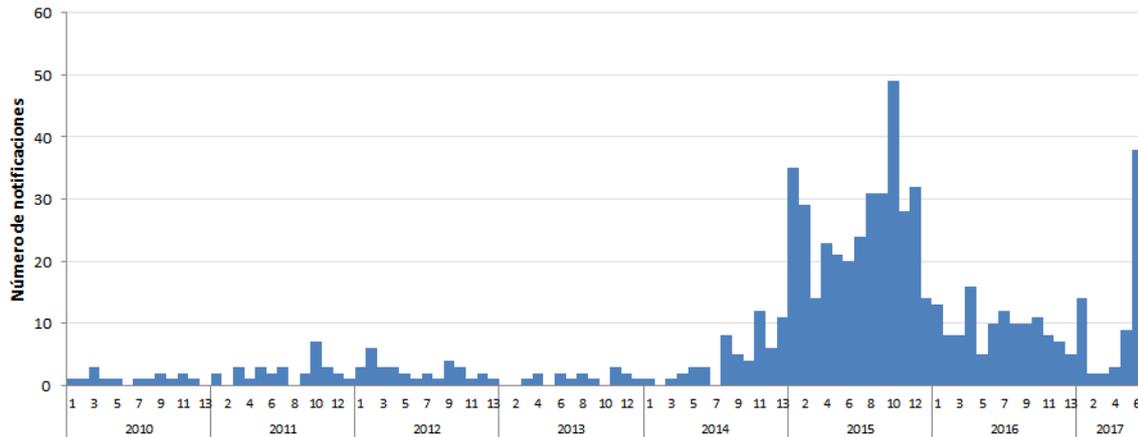
Al igual que en el resto de los países del mundo Argentina y la Ciudad de Buenos Aires son endémicas para esta patología presentando anualmente casos de la misma.

Durante el año en curso se produjo un brote de parotiditis, en una comunidad semicerrada de la CABA. El grupo etario fluctuó entre los 19 a 35 años y desconocían su estado previo de vacunación. En base a las muestras remitidas al Instituto Malbrán para tipificación se determinó como causante del brote al genotipo G.

En la serie histórica cuatrisesemanal 2010-2017 que debajo se presenta, evidenció un incremento de casos notificados a partir de la cuatrisesmana 8 del año 2014.

¹⁴ Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_Vigilancia_N366-SE26.pdf

Gráfico 5. Número de notificaciones de parotiditis por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Serie histórica anual 2010-2017*



Fuente: SNVS C2. * 2017 hasta cuatrisesmana 6

Hasta la SE 25 las notificaciones del año 2017 (80 casos) sólo fueron superadas por las notificaciones ocurridas en el año 2015 (145 casos) a igual semana epidemiológica

En la siguiente tabla se muestra la distribución por grupo etario, en la serie analizada (años completos).

Tabla 3. Casos notificados de parotiditis y tasas según grupos de edad. Residentes de la CABA. Serie histórica anual 2013- 2016.

Grupos de edad en años	2013		2014		2015		2016	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
MENOR QUE 1	0	0,0	0	0,0	2	4,7	1	2,4
IGUAL A 1	0	0,0	1	2,4	5	11,9	6	14,3
DE 2 A 4	5	4,0	4	3,2	57	45,4	26	20,8
DE 5 A 9	6	2,9	12	5,8	60	29,2	30	14,7
DE 10 A 14	2	1,1	2	1,0	42	21,6	17	8,6
DE 15 A 24	2	0,5	20	5,0	112	28,4	22	5,6
DE 25 A 34	0	0,0	10	2,1	39	8,3	11	2,4
DE 35 A 44	0	0,0	6	1,4	15	3,4	5	1,1
DE 45 A 64	0	0,0	1	0,2	9	1,4	3	0,5
MAYOR DE 65	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0
Total	15	0,5	56	1,8	343	11,2	121	4,0

Fuente: SNVS C2

El grupo de edad de 2 a 4 años es el más afectado en la serie analizada excepción del año 2014. Se evidencia el incremento de tasas para todos los grupos etarios en el año 2015.

La siguiente tabla muestra la distribución por grupos de edad analizados a la SE 25 para todos los años.

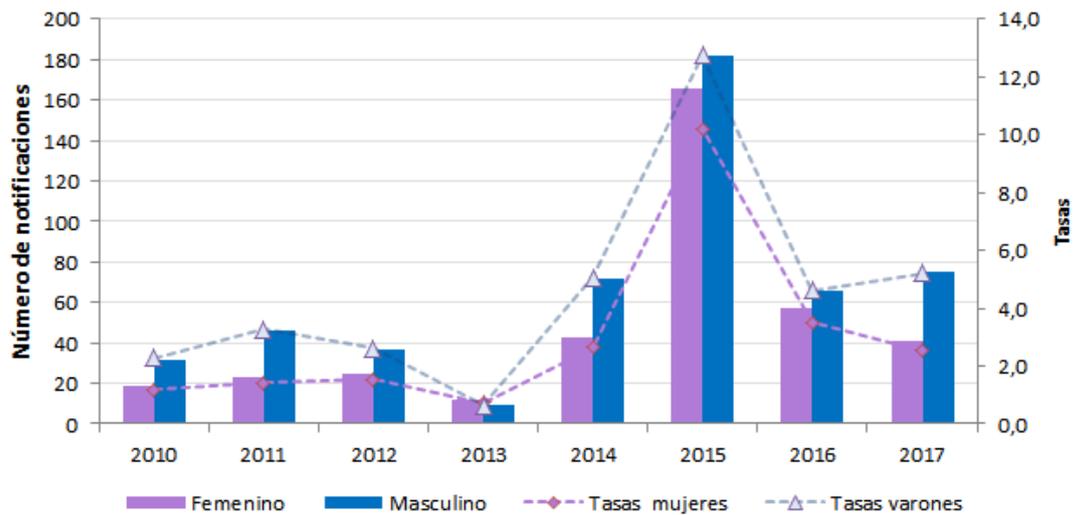
Tabla 4. Casos notificados de parotiditis y tasas según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Serie histórica 2014- 2017 hasta la SE 25.

Grupos de edad en años	2014		2015		2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
MENOR QUE 1	0	0,0	1	2,4	1	2,4	0	0,0
IGUAL A 1	1	2,4	4	9,5	2	4,8	1	2,4
DE 2 A 4	2	1,6	26	20,7	10	8,0	6	4,8
DE 5 A 9	4	1,9	21	10,2	19	9,3	17	8,4
DE 10 A 14	1	0,5	22	11,3	9	4,6	23	11,5
DE 15 A 24	2	0,5	41	10,4	9	2,3	16	4,1
DE 25 A 34	0	0,0	15	3,2	4	0,9	9	1,9
DE 35 A 44	0	0,0	9	2,0	3	0,7	5	1,1
DE 45 A 64	0	0,0	3	0,5	3	0,5	2	0,3
MAYOR DE 65	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	10	0,3	142	4,6	60	2,0	79	2,6

Fuente: SNVS C2

Del análisis a la misma semana epidemiológica para los diferentes años de la serie, se observó el desplazamiento de los grupos de edad más afectados hacia edades mayores.

Gráfico 6. Número de notificaciones de parotiditis y tasas según sexo.
Residentes de la CABA. Serie histórica 2010-2017 *



Fuente: SNVS C2. *Año 2017 hasta SE 25.

El predominio del sexo masculino varió entre el 52 y 67% en los años analizados. Se excluyó para el cálculo de porcentaje el año 2013 debido al escaso número de notificaciones.

La tabla a continuación muestra la distribución por efector notificador en el año 2017 hasta la SE 25.

Tabla 5. Número de notificaciones de parotiditis según efector asistencial.
Residentes de la CABA. Año 2017 hasta SE 25.

EFECTOR	No residentes	Residentes	Total a SE 25
ARGERICH	0	6	6
DURAND	0	1	1
GARRAHAN	0	3	3
GUTIERREZ	1	1	2
MUÑIZ	2	2	4
PENNA	2	4	6
PIÑERO	2	19	21
RAMOS MEJIA	4	18	22
RIVADAVIA	1	3	4
SANTOJANNI	0	2	2
TORNU	5	5	10
VELEZ SANSFIELD	10	15	25
ZUBIZARRETA	7	1	8
Total general	34	64	114

Fuente: SNVS C2

De los Hospitales que cuentan con Área Programática. Los 6 casos del Htal. Argerich fueron notificados por los centros de salud. Los CeSAC han contribuido en la notificación de casos de los Hospitales Piñero, Ramos Mejía, Santojanni y Velez Sarsfield.

8. VIGILANCIA DE COQUELUCHE

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

8.1. Situación en Argentina

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 23 del año 2017 se registraron 2573 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales se confirmaron 406 casos (15,8%). Hasta la SE 23 del año 2017 la mitad de los casos confirmados se presentaron en niños menores de un año.¹⁵

8.2. Situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 25

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

¹⁵ Boletín Integrado de Vigilancia N° 365, Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N365-SE25.pdf

Tabla 1. Número y porcentaje de notificaciones de Coqueluche según provincia de residencia. Periodo 2016-2017 hasta SE 25.

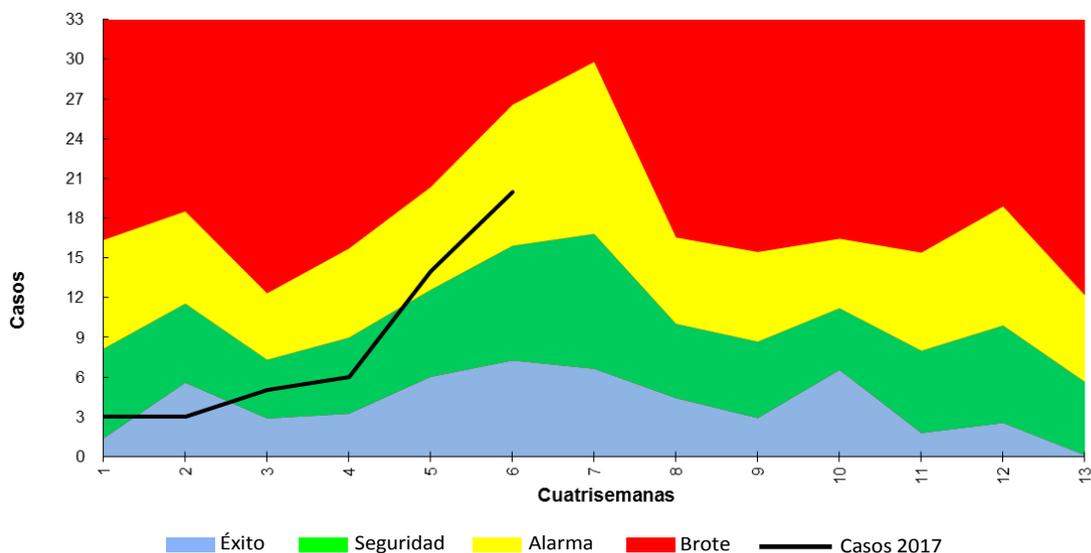
Residencia	2016		2017	
	Acumulado	Porcentual	Acumulado	Porcentual
BUENOS AIRES	155	50,8%	93	60,4%
CAPITAL FEDERAL	93	30,5%	53	34,4%
OTRAS PROVINCIAS	2	0,7%	5	3,2%
DESCONOCIDA	55	18,0%	3	1,9%
Total	305	100%	154	100%

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

Para el análisis de este evento se consideran todos los casos notificados con residencia en la Ciudad de Buenos Aires y aquellos que no registren datos de residencia asistidos en efectores de la Ciudad.

En el grafico 1 se muestra el corredor endémico cuatrisesmanal de casos en residentes de la Ciudad.

Gráfico 1. Casos notificados de coqueluche. Corredor endémico cuatrisesmanal. Residentes de CABA. Año 2017 hasta cuatrisesmana 6.*



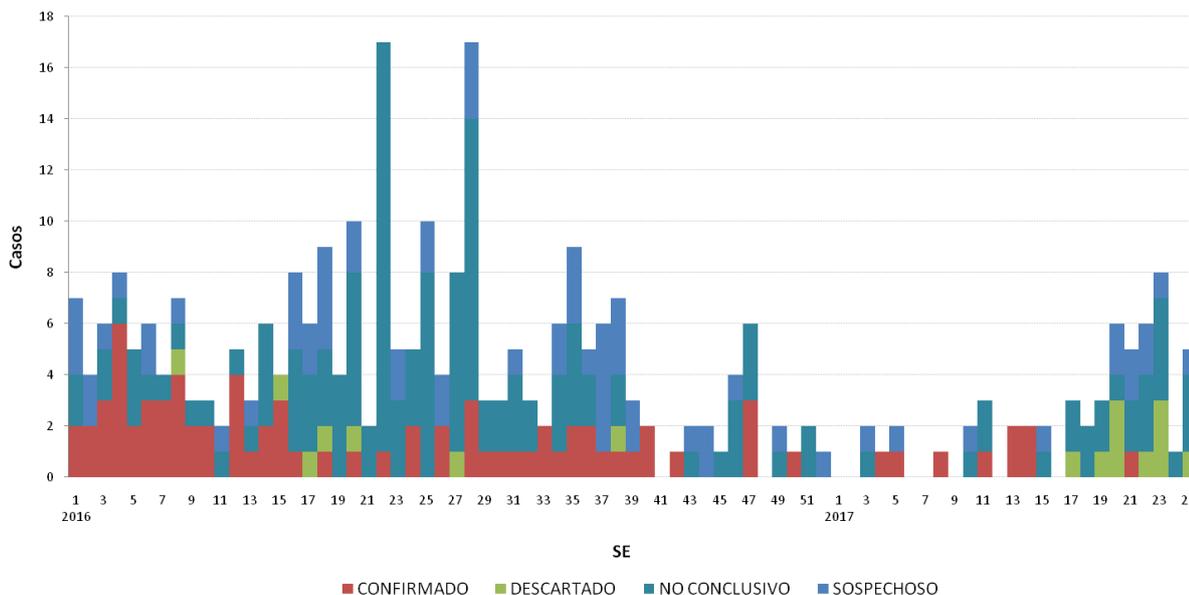
Fuente: SNVS, C2 y SIVILA y base de la GOE.

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

En la cuatrisesmana 5 y 6 del 2017 la notificación de casos acumulados transcurre en la zona de alarma.

Se grafican a continuación los casos notificados según clasificación final del caso en el periodo 2016 hasta la SE 25 de 2017 en residentes de CABA.

Gráfico 2. Casos notificados de Coqueluche según clasificación final.
Residentes de la CABA. Años 2016 (n=254) a SE 25 de 2017 (n=56)



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

En el gráfico se observa la estacionalidad en la distribución de casos. En 2016 el mayor número de notificaciones se observa en las SE 24 y 28 mientras que durante el período analizado de 2017, ocurre un corrimiento observándose desde la SE 20, 22 y 23 pero de mucha menor magnitud.

La notificación de casos de coqueluche en residentes de la ciudad en el 2017, a la misma semana que 2016, presenta un descenso del 62,4%, pasando de 149 casos a 56 en 2017.

En ambos periodos se observó un predominio del sexo femenino, siendo el 59% del total en 2017. Hasta la semana 25 de este año no se notificó ningún fallecido.

En la tabla 2 se presenta la distribución de casos y tasa por grupos de edad en el periodo 2016 y 2017 en residentes de la CABA.

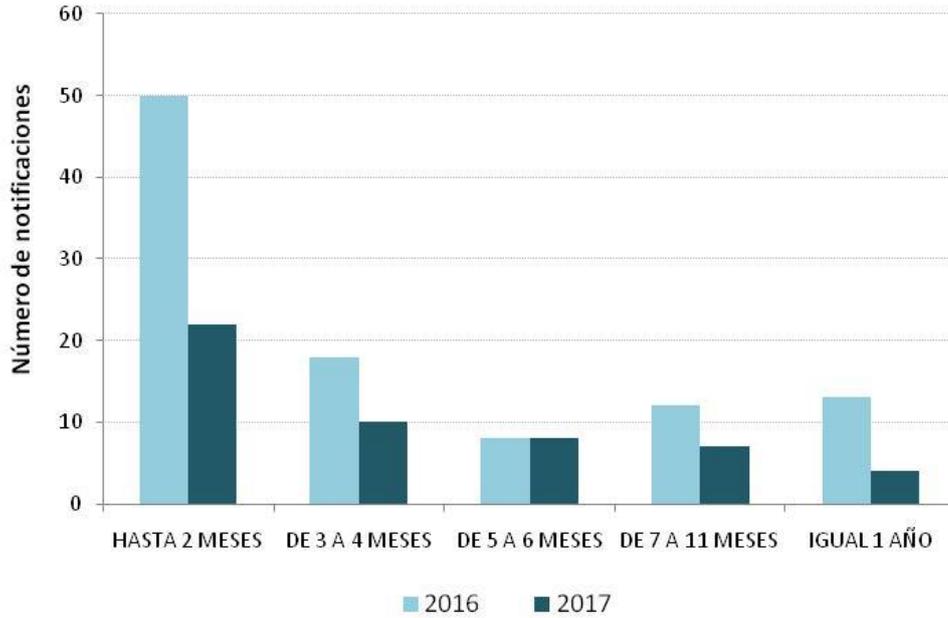
Tabla 2. Casos de Coqueluche y tasas por 100.000 hab según grupos de edad.
Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Años 2016-2017

Grupo edad	2016		2017	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
MENOR DE 1 AÑO	88	209,5	47	112,7
IGUAL A 1 AÑO	13	31,0	4	9,6
DE 2 A 4 AÑOS	7	5,6	4	3,2
DE 5 A 9 AÑOS	1	0,5	0	0,0
DE 10 A 14 AÑOS	0	0,0	0	0,0
MAS DE 15 AÑOS	3	0,1	1	0,0
SIN ESPECIFICACION	37	1,2	0	0,0
Total	149	4,9	56	1,8

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

En ambos períodos analizados, se observa que la tasa más elevada se encuentra en el grupo etario de menores de 1 año coincidiendo con la situación nacional. A continuación se presenta en el gráfico 3 la distribución de casos notificados en este grupo de edad.

Gráfico 3. Casos notificados de Coqueluche en niños de hasta 1 año de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 21. Años 2016 (n=101)-2017 (n=51)

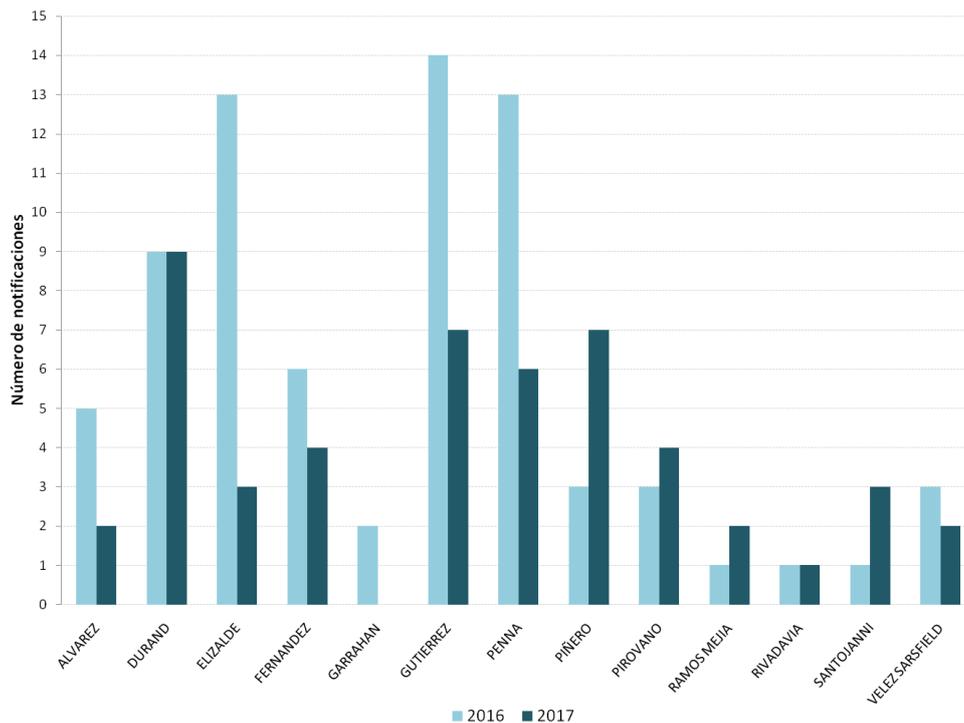


Fuente: SNVS, SIVILA-C2 y base de la Gerencia.

La mayor cantidad de casos notificados corresponden al grupo de menores a 2 meses, siendo cerca del 34% del total de notificaciones para el año 2016 y del 39% para el 2017 a la misma SE. Estos resultados podrían relacionarse con el inicio del esquema de vacunación primario que se indica a partir de los dos meses de vida (Pentavalente).

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

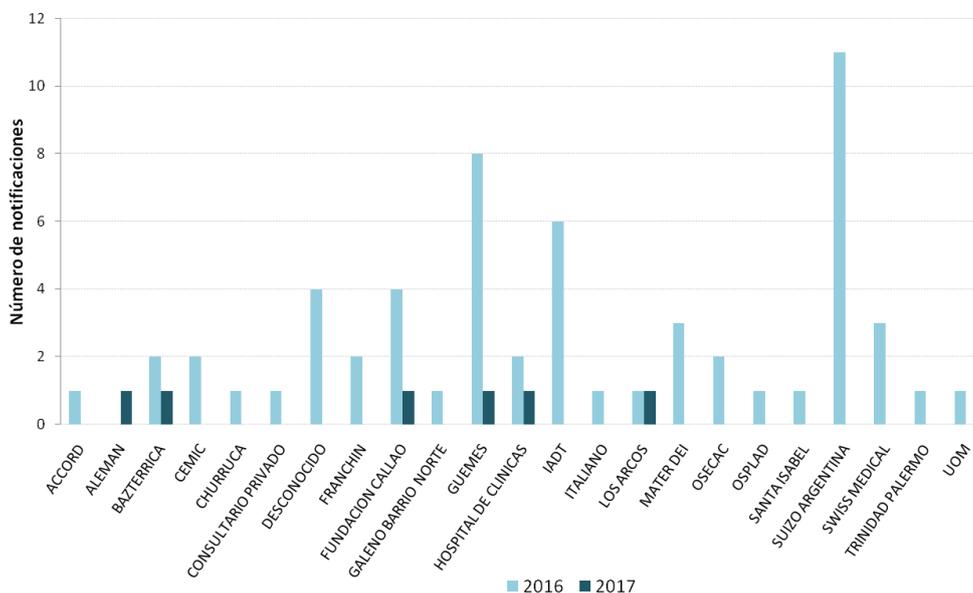
Gráfico 4. Casos notificados de Coqueluche según efectores públicos. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Años 2016 (n= 75) y 2017 (n=50)



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

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

Gráfico 5. Casos notificados de Coqueluche según efectores privados.
Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Años 2016 (n=59) y 2017 (n=6)



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

Durante el año 2017, el 89,3% (50) de los casos notificados fueron atendidos en efectores públicos de la Ciudad, mientras que en 2016 para el mismo periodo fue el 50,3% (75). Respecto a la cantidad de efectores privados notificadores, en el año 2016 sumaron 22 frente a los 6 del 2017, para la SE 25.

En la Tabla 3 se presentan los casos de coqueluche por comunas y las tasas por 100.000 habitantes durante las SE 1-25 de 2016 y 2017.

Tabla 3. Casos de Coqueluche y tasas por 100.000 hab. según comuna de residencia.
Residentes de la CABA. SE 1-25. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia de casos
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	
1	14	5,6	2	0,8	-12
2	1	0,7	0	0,0	-1
3	3	1,6	10	5,2	7
4	21	8,8	9	3,8	-12
5	2	1,1	4	2,1	2
6	2	1,1	0	0,0	-2
7	6	2,5	4	1,7	-2
8	9	4,0	10	4,4	1
9	3	1,8	6	3,5	3
10	4	2,4	1	0,6	-3
11	2	1,1	2	1,1	0
12	1	0,5	1	0,5	0
13	2	0,8	1	0,4	-1
14	4	1,8	2	0,9	-2
15	8	4,4	1	0,5	-7
Residentes SD*	11		0		-11
Desconocidos**	56		3		-53
Total CABA	149	4,9	56	1,8	-93

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

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

En el marco de un descenso en la notificación de coqueluche en la ciudad de 2017 a 2016 hasta la SE 25, el análisis por comunas muestra que este descenso fue mayor en comunas 1, 4 y 15. La comuna 3 triplicó la cantidad de casos respecto al año anterior.

8.2.1. Cobertura de Inmunizaciones

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

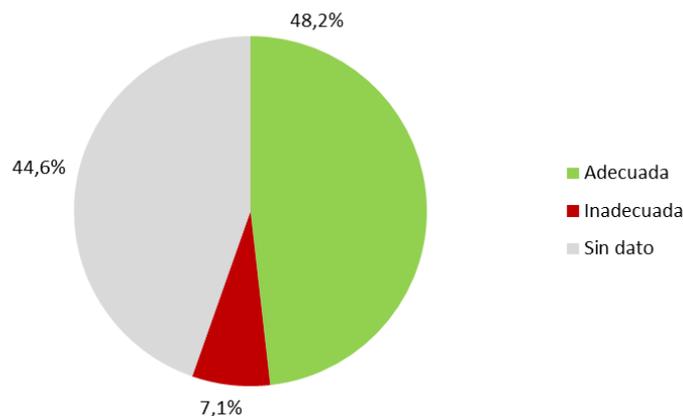
Tabla 4. Coqueluche. Cobertura de vacunación. Año 2016. CABA

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

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

Se analizó la calidad del dato de vacunación para los casos notificados por Coqueluche en 2017 hasta la SE 25. Los casos se clasificaron en vacunación adecuada o inadecuada para la edad y sin datos. A continuación se presentan el gráfico con los datos de vacunación.

Gráfico 6. Casos notificados de Coqueluche según situación de vacunación. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Años 2017 (n=56)



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

Como se observa en el gráfico, hasta la SE 25 el 45% de los casos no hay registro sobre vacunación. En un 7,1% de los casos podemos afirmar que la vacunación es insuficiente (4 casos). Excluyendo los menores de 2 meses edad, solo se cuentan con datos de vacunación para 12 casos, de los cuales 3 son clasificados como vacunación inadecuada.

No se realiza análisis de vacunación en embarazadas por la falta de registro de esta variable.

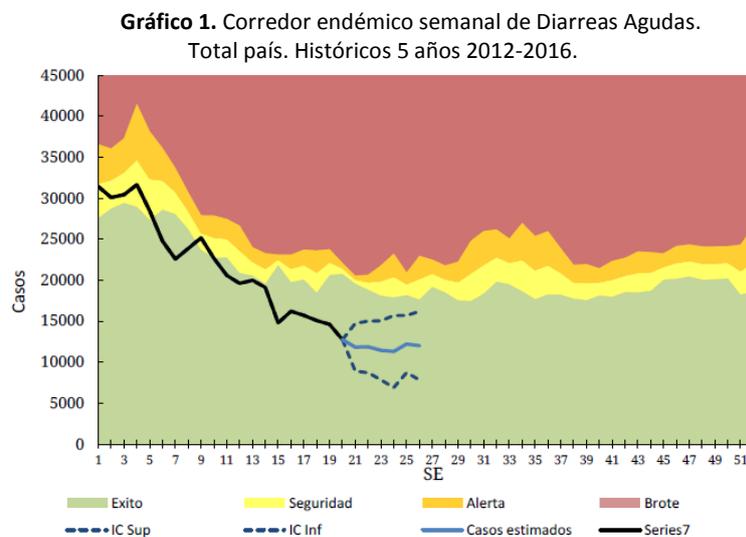
9. VIGILANCIA DE DIARREAS AGUDAS

9.1. Introducción

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

9.2. Situación Nacional

A nivel nacional, en el año 2016 hasta las SE 52 se notificaron 1.043.235 casos de diarrea aguda con una tasa de 2393,9 por 100.000 habitantes. En el siguiente gráfico se presenta el corredor endémico semanal de Diarreas agudas hasta la SE 52 del periodo 2012-2015, a nivel país¹⁶.



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

Hasta la SE 21 del año 2017, se notificaron 450.495 en todo el país. Tomando en cuenta los últimos tres años (2015-2017), el actual es el que presenta la tasa de notificación más baja (1013,48/100.000 hab.)

En el año 2016, hasta la SE 21 se notificaron 506.296 casos de diarreas, cuya tasa fue de 1161/100.000 hab.

Entre 2016 y 2017, se observó una disminución en la diferencia de tasas de notificación del 11% con respecto a la misma semana del año anterior.

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

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

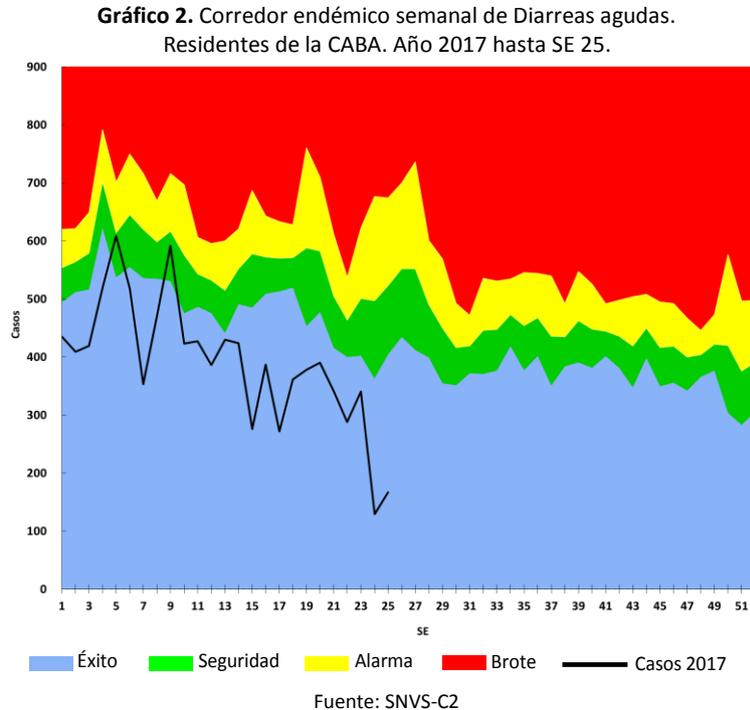
La situación histórica (2010-2016) de las diarreas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede consultarse en el BES N°35: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_35_se14_vf.pdf.

¹⁶http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N361-SE21.pdf

9.4. Situación Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2016-2017 hasta SE 25.

9.4.1. Diarreas Agudas (agrupadas)

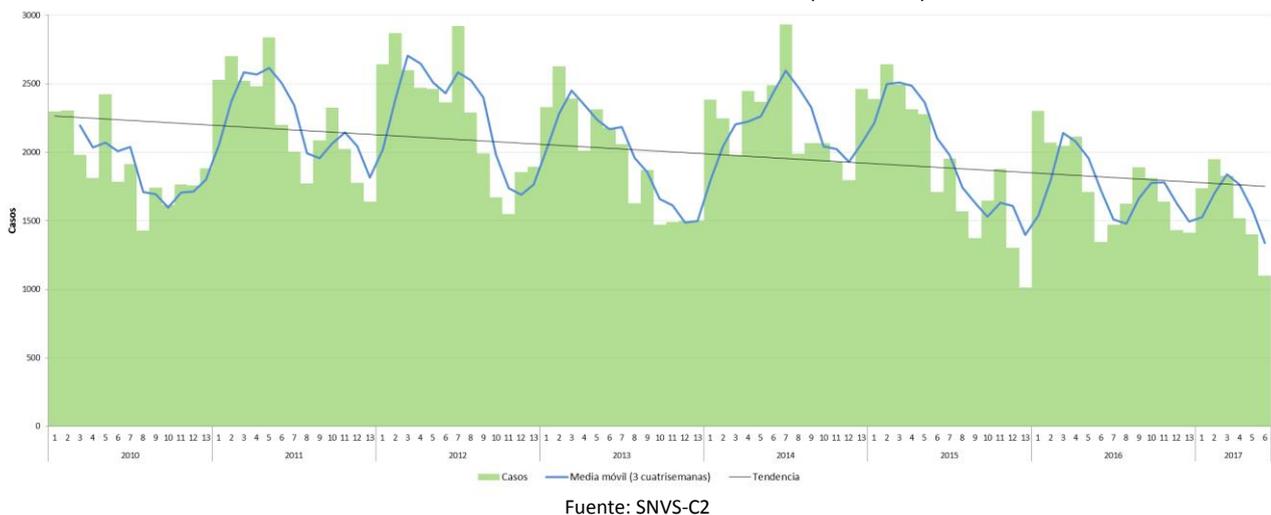
A continuación se presenta el corredor semanal de las Diarreas agudas en residentes notificadas a través del SNVS por los efectores de la Ciudad.



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

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

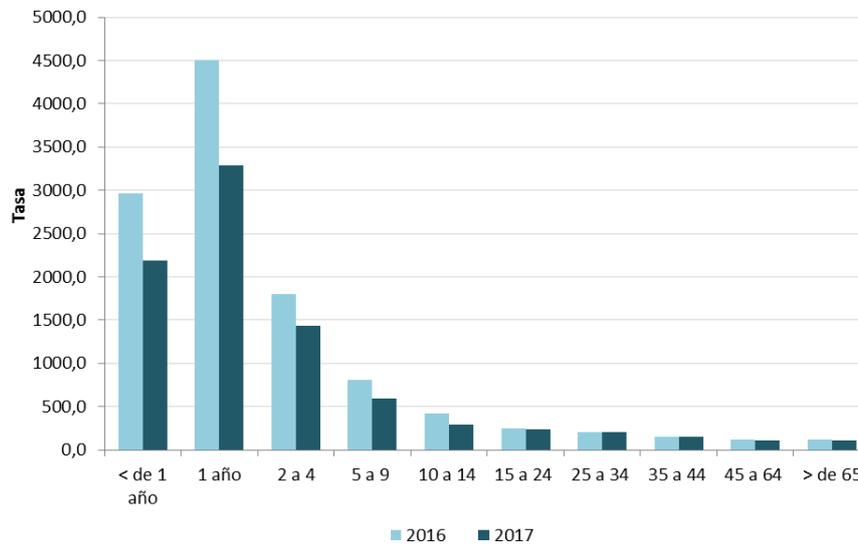
Gráfico 3. Número de notificaciones de Diarreas Agudas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. CS 6. Periodo 2010-2017 (n=194.752).



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

En el año 2016 y 2017 hasta la SE 25 se notificaron 11.940 y 9.743 casos de diarrea respectivamente. En el siguiente gráfico se presentan las tasas de notificaciones según grupos de edad.

Gráfico 4. Tasas de notificaciones de Diarreas Agudas por 100.000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. 2016-2017.

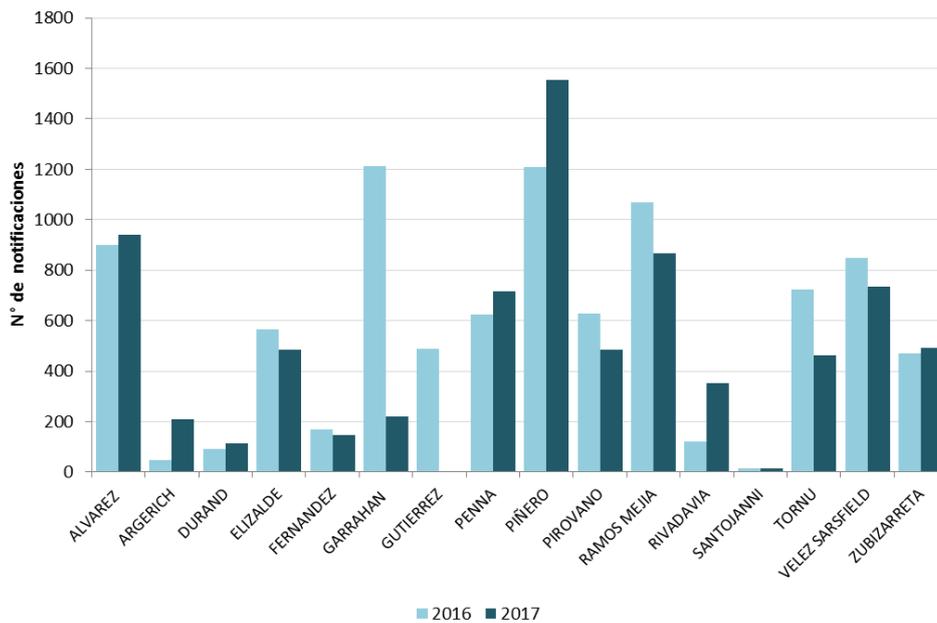


Fuente: SNVS-C2

La tasa de notificación de las Diarreas Agudas en el 2017, a la misma semana que el 2016, presenta un descenso porcentual del 18,5%. Como en todos los análisis anteriores, la tasa más elevada fue en el grupo etario de 1 año para los dos períodos analizados. En el año 2016 hasta la SE 25, la tasa en este grupo de edad fue de 4502/100.000 hab. Se observa que la misma registró un descenso del 27% con respecto a la SE 25 de 2017, la cual fue de 3286/100.000 hab.

A continuación se observan el número de notificaciones de Diarreas agudas agrupadas hasta la SE 25 en el periodo 2016-2017 por hospitales públicos de la Ciudad.

Gráfico 5. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según hospitales públicos. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017.



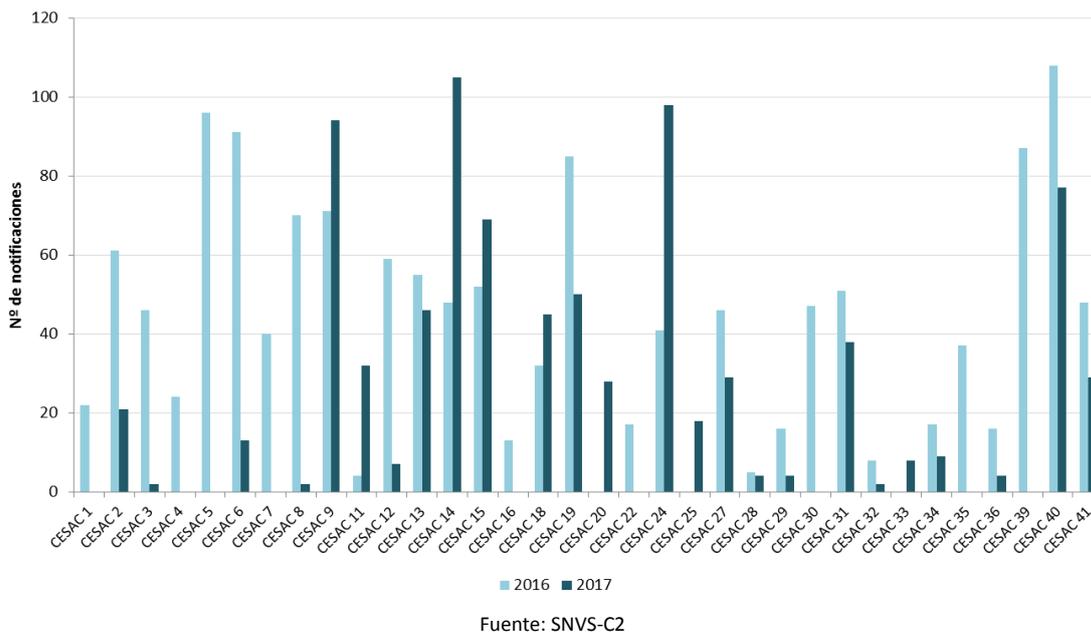
Fuente: SNVS-C2

En el año 2016 hasta la SE 25 los hospitales públicos de la Ciudad realizaron el 77% (9179) de las notificaciones de Diarreas Agudas, y los CeSAC el 11,8% (1413) del total. El 11,3%(13044) restante corresponde a las notificaciones de efectores privados, realizada en su totalidad por el Hospital Italiano de Buenos Aires.

Como se dijo, en el presente año, hasta la SE 25 las notificaciones descendieron globalmente un 21% con respecto al año anterior. No obstante, las notificaciones de los efectores públicos continuaron siendo la amplia mayoría, concentrando el 80% del total (7795). Por su parte, los CeSAC redujeron su participación relativa en las notificaciones, representando el 8,6% (834), mientras que el 11,3% restante (1100) corresponde al Hospital Italiano.

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

Gráfico 6. Número de notificaciones de Diarreas Agudas según CeSAC.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017.



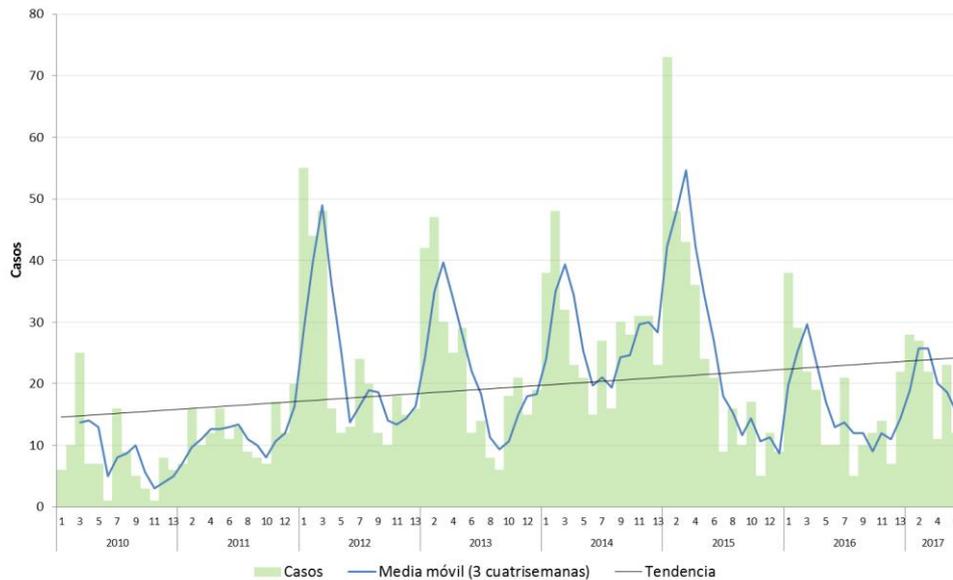
Hasta la SE 24 del año 2017 los CeSAC notificaron un 53% menos de casos de Diarreas Agudas que en el mismo periodo del año anterior. En la SE 25 se registra un aumento en el número de notificaciones de los Centros de Salud, permitiendo reducir la brecha en la comparación interanual a un 40%.

En 2017 hasta la SE 25, cinco CeSAC superaron el número de notificaciones realizadas en el año anterior, mientras que tres comenzaron a realizar notificaciones de dicha patología.

9.4.2. Diarrea aguda Sanguinolenta (DAS)

En el período 2016-2017, hasta la SE 25, se notificaron 131 y 129 casos de DAS respectivamente en residentes de la CABA.

A continuación se presenta la serie temporal de casos de DAS por cuatrisesmana epidemiológica durante el periodo 2010-2017 (hasta la cuatrisesmana 6). Se grafica la media móvil de tres semanas con la finalidad de suavizar la estacionalidad. Por último, se traza la línea de tendencia para todo el período.

Gráfico 7. Número de notificaciones de Diarreas Agudas Sanguinolentas por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2017. CS 6 (n=1892)

Fuente: SNVS-C2

Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisesmanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de esta patología. Se verifica en el periodo 2012-2014 un particular incremento durante los meses de invierno/primavera. Hasta la cuatrisesmana 6 del año 2017, se observa un descenso en las notificaciones con respecto a la misma cuatrisesmana de los años bajo estudio.

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

Tabla 1. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según comunas. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	3	1,2	6	2,4	3
2	1	0,7	0	0,0	-1
3	8	4,2	9	4,7	1
4	3	1,3	8	3,3	5
5	2	1,1	2	1,1	0
6	0	0,0	3	1,6	3
7	24	10,0	27	11,2	3
8	41	18,2	32	14,1	-9
9	12	7,0	11	6,4	-1
10	5	2,9	6	3,5	1
11	0	0,0	1	0,5	1
12	4	1,9	10	4,7	6
13	4	1,7	2	0,8	-2
14	0	0,0	0	0,0	0
15	7	3,8	3	1,6	-4
Residentes Sd*	0	0	9	0	
Desconocidos**	17	0	0	0	
Total CABA	131	4,3	129	4,2	-2

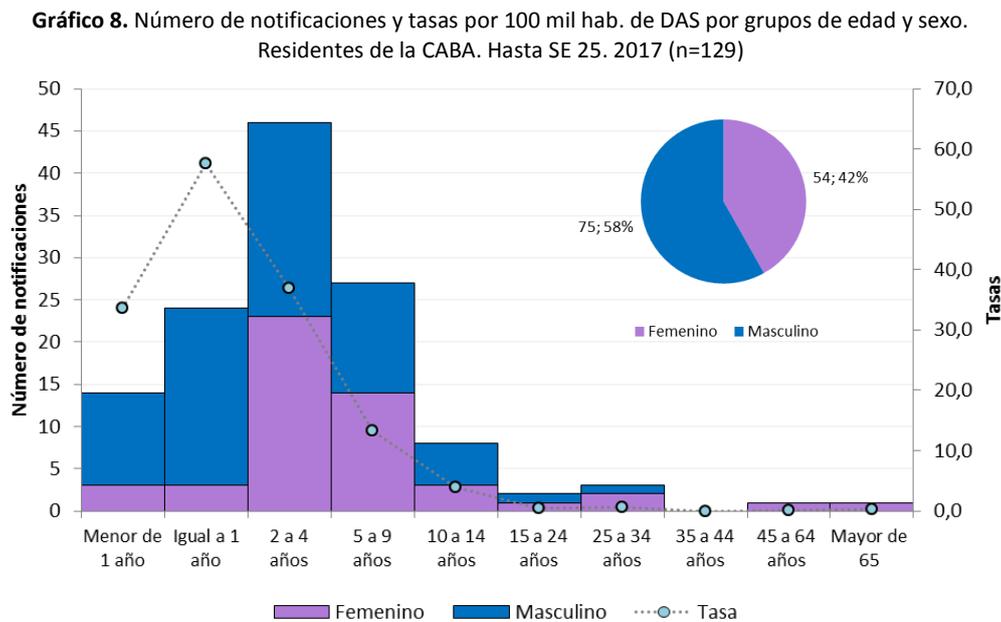
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

Se observa que las tasas más elevadas de DAS, en el periodo de estudio, se situaron en las comunas 7, 8 y 9. A pesar de que los casos en la comuna 8 disminuyeron en un 22% con respecto a la SE 25 del 2016, la tasa de notificación de DAS en esta comuna continúa siendo cuatro veces más alta que el total de la CABA.

Con respecto a la SE 25 del año 2016, las comunas 1,4 y 12, han duplicado las tasas de notificación. En términos generales, si bien la dispersión entre comunas sigue siendo elevada, se observa que se redujo entre las mismas.

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



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

En el año 2017, hasta la SE 25, la tasa del grupo etario de 1 año duplicó la tasa de los menores de 1 año, y duplicó la tasa del grupo de 2 a 4 años.

En la siguiente tabla se expresan los casos de DAS y su distribución porcentual según grupos de edad de los residentes en CABA hasta la SE 25. La propuesta de la misma es verificar el eventual cambio en las proporciones de los grupos afectados (no implica mayor o menor riesgo -expresado en el gráfico previos con la tasa-).

Tabla 2. Casos de DAS y tasas por 100.000 hab. según grupos de edad. Residentes de la CABA. Hasta la SE25. Años 2016-2017

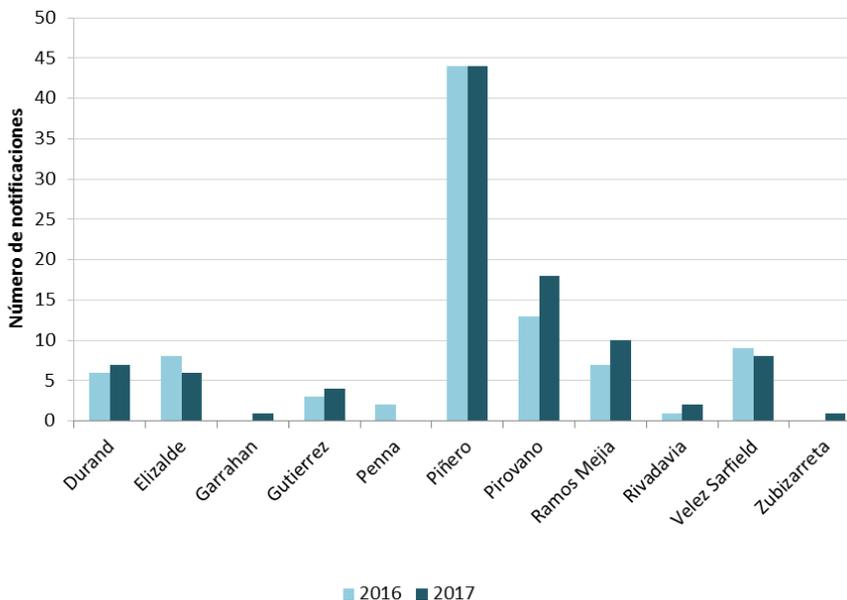
Grupo de edad	Casos 2016	%	Casos 2017	%
< 1 año	18	14%	14	11%
1 año	21	16%	24	19%
2 a 4	49	37%	46	36%
5 a 9	30	23%	27	21%
10 a 14	6	5%	8	6%
15 a 24	3	2%	2	2%
25 a 34	2	2%	3	2%
35 a 44	0	0%	0	0%
45 a 64	1	1%	1	1%
> 65	0	0%	1	1%
S/D	1		3	
Total	131	100%	129	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

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

A continuación se expone el número de casos notificados según efector en la CABA hasta la SE 25.

Gráfico 9. Número de notificaciones de DAS según hospital público de la Ciudad. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017.

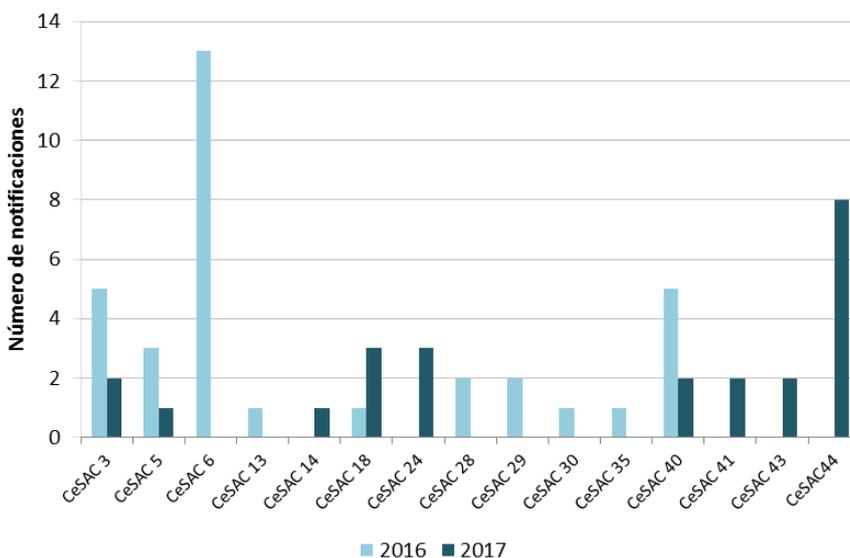


Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Hasta la SE 25 del año 2017, el 78% (101) de las notificaciones fueron realizadas por hospitales públicos de la CABA, un 18,6% (24) por CeSAC y un 3% (4) por efectores privados.

A continuación, se presentan las notificaciones de DAS según CeSAC en residentes de la CABA hasta la SE 22.

Gráfico 10. Número de notificaciones de DAS según CeSAC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Durante el año 2017, se observó un descenso en la notificación de DAS en los CeSAC, en un porcentaje cercano al 29%, con respecto al año anterior. En el presente año, han comenzado a notificar esta patología, cinco efectores de salud.

9.4.3. Vigilancia por laboratorio

En el año 2017 hasta la SE 25, del total de notificaciones de DAS, en solo el 32,2% (30) se obtuvieron resultados de laboratorio. Se identificaron como principales agentes causales *Shigella flexneri* y *Shigella sonnei*.

Asimismo, en el mismo período, fueron notificados solo 3 casos de diarreas con resultado de laboratorio, 1 caso de diarrea viral y 4 de diarreas bacterianas. En el primero se identificó como agente causal rotavirus, mientras que los casos de diarreas bacterianas resultaron *Escherichia coli* O-157 y STEC NO 0157.

10. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

10.1. Introducción

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

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

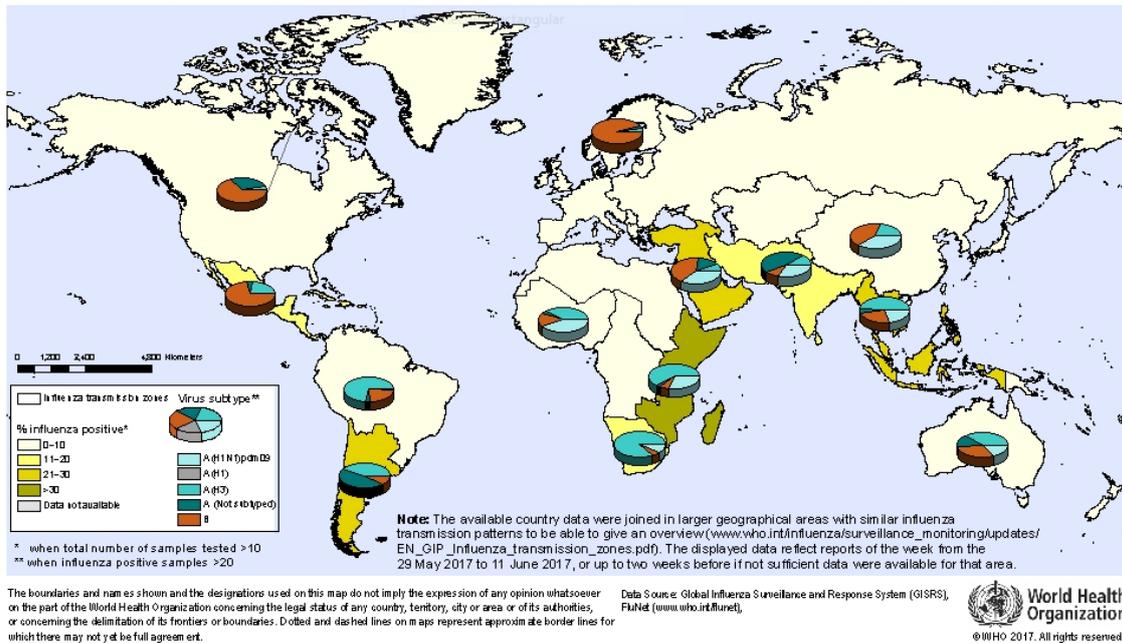
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación: <http://www.msal.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

10.2. Situación mundial y regional de la transmisión de influenza

La información mundial sobre influenza se clasifica por zonas de transmisión, que son grupos geográficos de países, áreas o territorios con patrones similares de transmisión de influenza.¹⁷

¹⁷Para obtener más información consulte http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 28 de junio de 2017



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

En el Caribe también se ha notificado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios. En Cuba y en Jamaica, la actividad de permaneció similar a los niveles observados en las temporadas anteriores.

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

En el Cono Sur, los niveles de influenza y VSR reflejaron una tendencia al aumento, a niveles estacionales, en toda la sub-región. En Bolivia, se notificó mayor actividad de influenza, con co-circulación de influenza A (H3N2) y B.

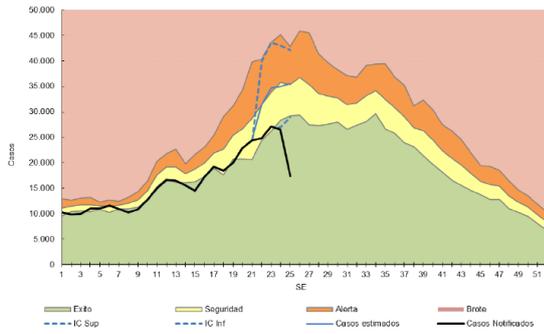
En Brasil, los casos acumulados de IRAG y fallecidos durante la SE 24 fueron mayores a los niveles en 2015-2016; y la mayoría de los casos de IRAG se reportaron en la región suroeste.

En Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, la actividad de ETI y de IRAG aumentaron sobre el umbral de alerta, con predominio de influenza A(H3N2) en semanas recientes.

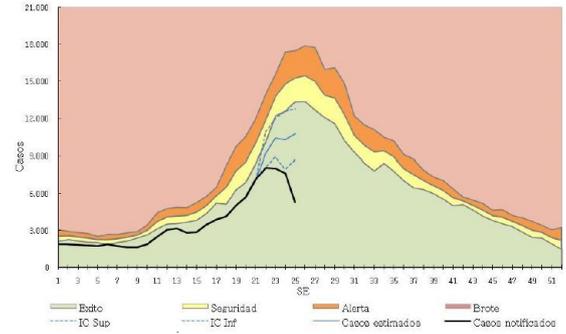
10.3. Situación Argentina: Resumen corredores endémicos

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

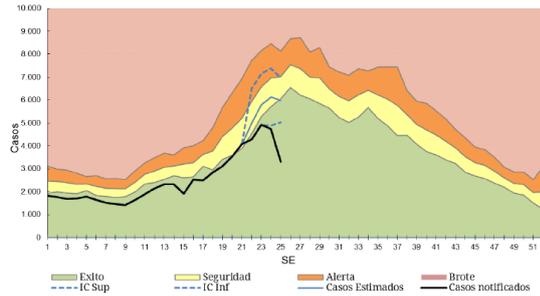
Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE25. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



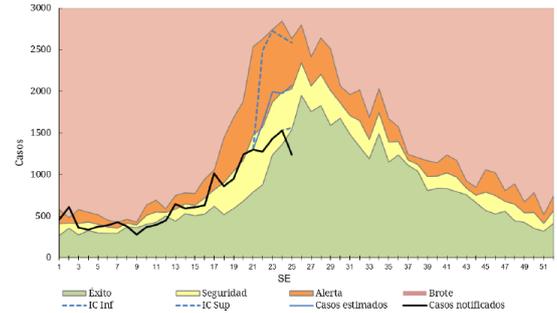
Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE25. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2017. Curva de casos y estimaciones hasta la SE25. Total país. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2017 hasta SE25. Históricos 5 años: 2012 a 2016.



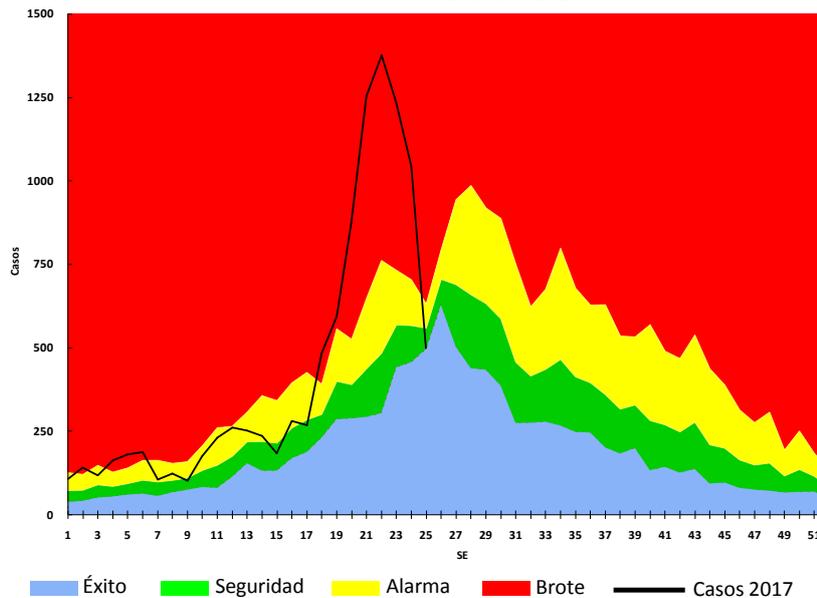
10.4. Situación de las IRA en la CABA

10.4.1. Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2017, la caracterización de ETI según efectores notificadores, la notificación según establecimientos y grupos de edad, y la comparación de casos e Índices Epidemiológicos (Acumulado hasta la SE 25 y Cuatrisesmanal S22-S25), entre los años 2016 y 2017.

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

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

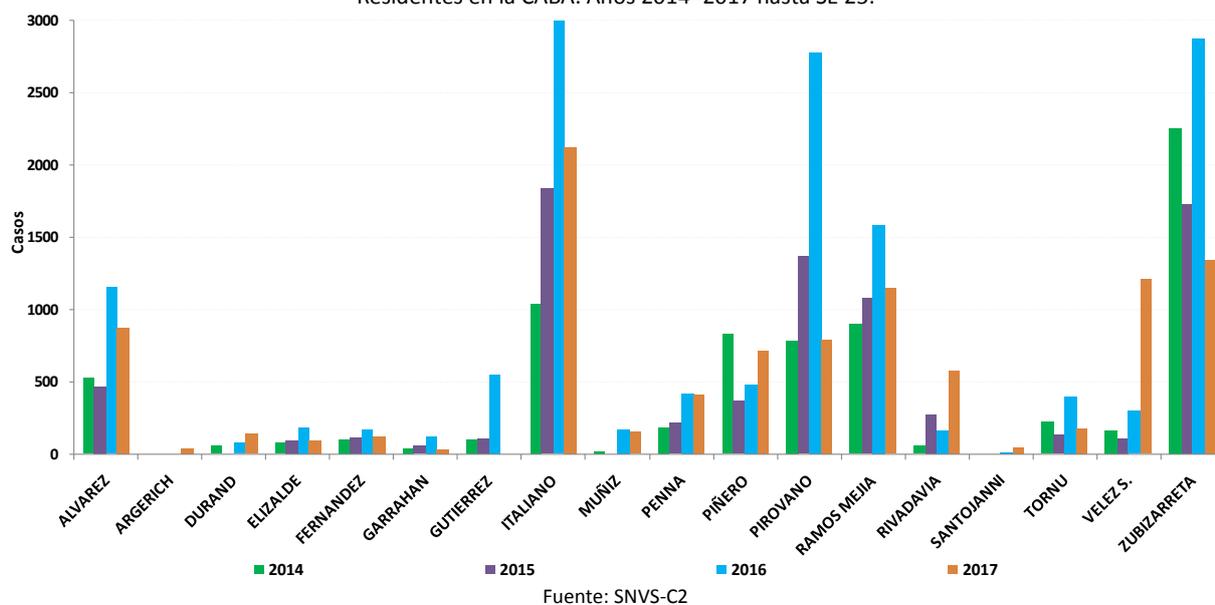


Fuente: SNVS-C2

Desde la semana 15 la curva de casos 2017 inició una sostenida tendencia en ascenso, transitando en las últimas semanas por zona de brote, coincidiendo con la mayor circulación de virus influenza y VSR. El valor máximo registrado en semana 22, supera la media de los últimos años. En la última semana observada se evidencia una tendencia al descenso, probablemente debido al atraso en la notificación.

El gráfico 2 presenta la notificación histórica de casos de ETI acumulados hasta la semana epidemiológica 25, en el conjunto de efectores hospitalarios.

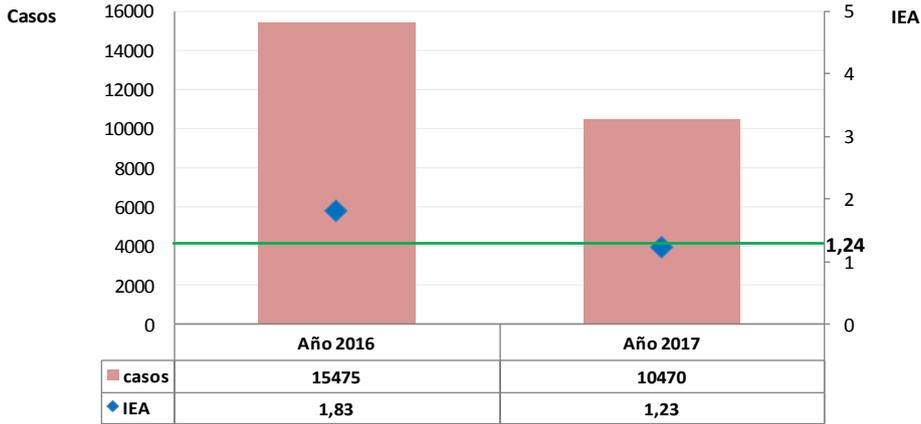
Gráfico 2. Notificación de Enfermedad tipo Influenza (ETI), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 25.



Se aprecia el diferencial de actividad entre los mismos. En los años presentados se verifica la mayor actividad de vigilancia de ETI en los hospitales Álvarez, Italiano, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía y Zubizarreta. Por otro lado, hay efectores que no han notificado casos en el mismo período. Debe señalarse la escasa o nula notificación de ETI por parte de los hospitales Garrahan y Gutiérrez en el corriente año y el comienzo de la notificación por parte del Santojanni y Argerich. También se observa mayor participación en la notificación de ETI por parte de los hospitales Vélez Sarsfield, Rivadavia y Penna. Dado que esta comparación de la actividad anual de ETI ya se está realizando durante la fase estacional, es llamativo el diferencial de notificación entre los hospitales relevados.

En el gráfico 3 se presenta la comparación de los casos de ETI notificados y acumulados hasta la semana epidemiológica 25.

Gráfico 3. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de ETI Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 25. Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

Se observa que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=1,83), que superó el valor máximo esperado. La incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017, comenzó a superar los valores esperados, acercándose a superar el límite establecido para el IEA. Dicho incremento es ms evidente cuando se compara el Índice Epidémico para la última cuatrisesmana (entre semanas epidemiológicas 22 a 25).

En el gráfico 4 se presenta la comparación de los casos de ETI notificados durante la cuatrisesmana epidemiológica S22 a S25.

Gráfico 4. Casos acumulados e Índice Epidémico Cuatrisesmanal de ETI Residentes de la CABA. Comparativo Cuatrisesmana S22-S25. Años 2016-2017.



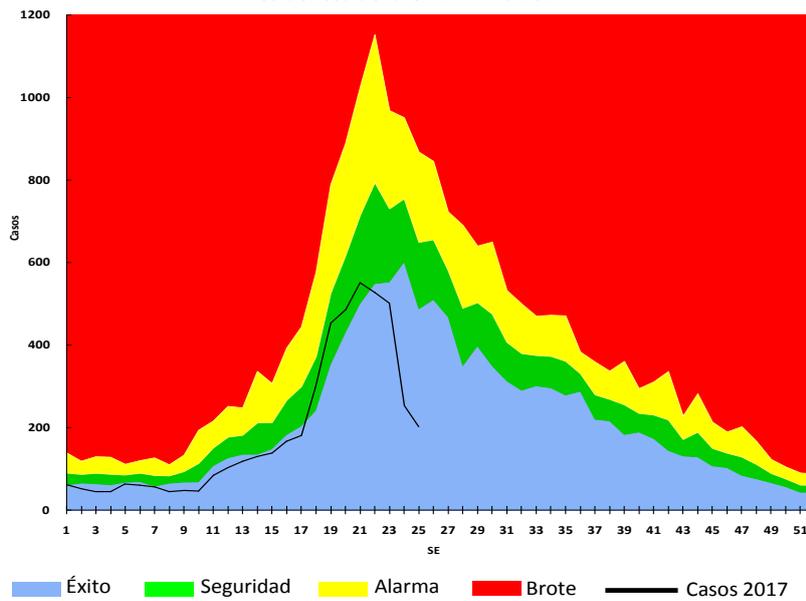
Fuente: SNVS-C2.

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

10.4.2. Bronquiolitis en menores de 2 años

A continuación, se presenta la caracterización de bronquiolitis en menores de 2 años en corredor endémico semanal, y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 25, entre los años 2016 y 2017.

Gráfico 5. Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Año 2017.

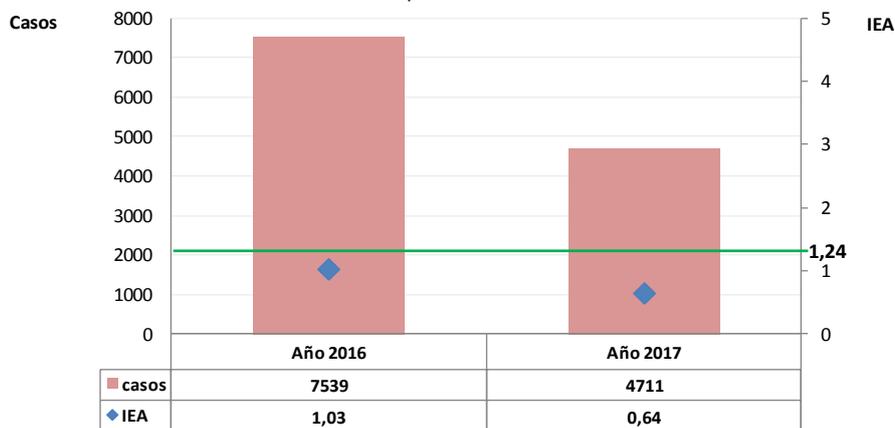


Fuente: SNVS-C2

El gráfico 5 muestra la curva de casos 2017, que estuvo transitando por zona de éxito, dentro de los valores esperados. No obstante, debe señalarse el cambio de la tendencia, con sostenido ascenso entre las semanas 10 a 18 y su posterior estabilización, con tendencia declinante hasta la semana 25.

En el gráfico 6 se observa la comparación de los casos acumulados y el índice epidémico hasta la SE25.

Gráfico 6. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Bronquiolitis en menores de 2 años. Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 25. Años 2016-2017.



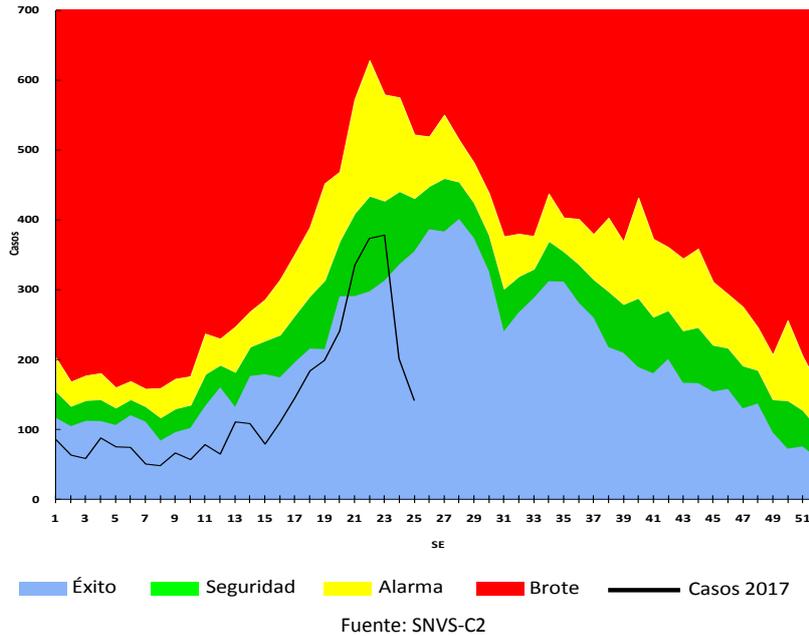
Fuente: SNVS-C2

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

10.4.3. Neumonía

A continuación, se presenta la caracterización de Neumonía en corredores endémicos semanales y por total de casos acumulados y la comparación de casos e Índice Epidémico Acumulado hasta la SE 25, entre los años 2016 y 2017.

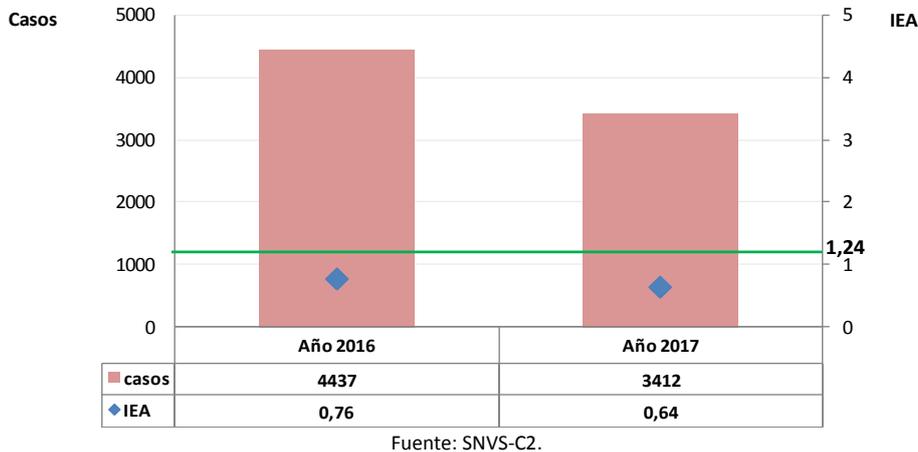
Gráfico 7. Corredor endémico semanal de Neumonía.
Residentes de la CABA. Año 2017.



La curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 25, estuvo transitando por zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, con un máximo en semana 23, compatible con la fase estacional esperable. En las últimas semanas observadas se aprecia una tendencia declinante

En el gráfico 8 se muestra la comparación de los casos notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 25.

Gráfico 8. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de Neumonía.
Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 25. Años 2016-2017.

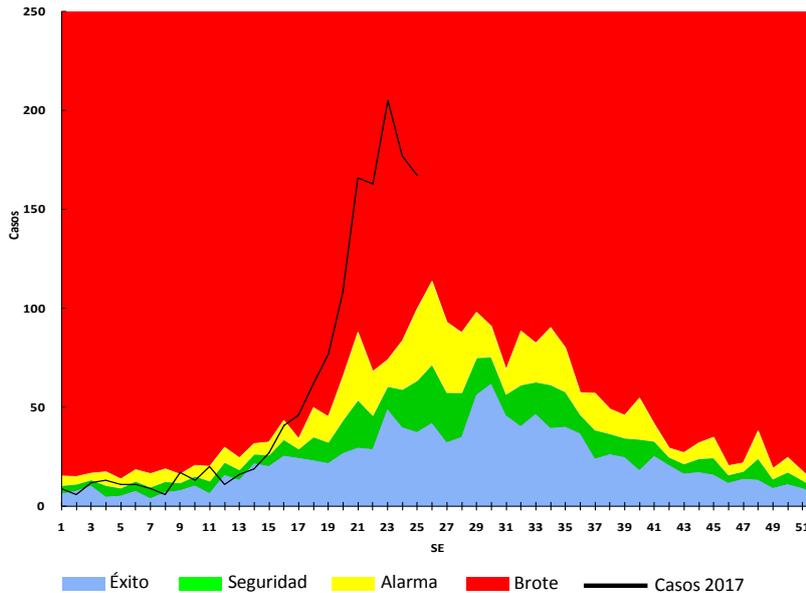


La notificación más elevada ocurrió en el año 2016, pero con un índice epidémico que no superó el valor máximo esperado. La incidencia notificada en el mismo periodo del año 2017, también indicó valores dentro de lo esperado.

10.4.4. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

A continuación, se presenta la caracterización de IRAG en corredores endémicos semanales. El gráfico siguiente muestra la curva de casos 2017, hasta la semana epidemiológica 25.

Gráfico 9. Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes de la CABA. Año 2017.

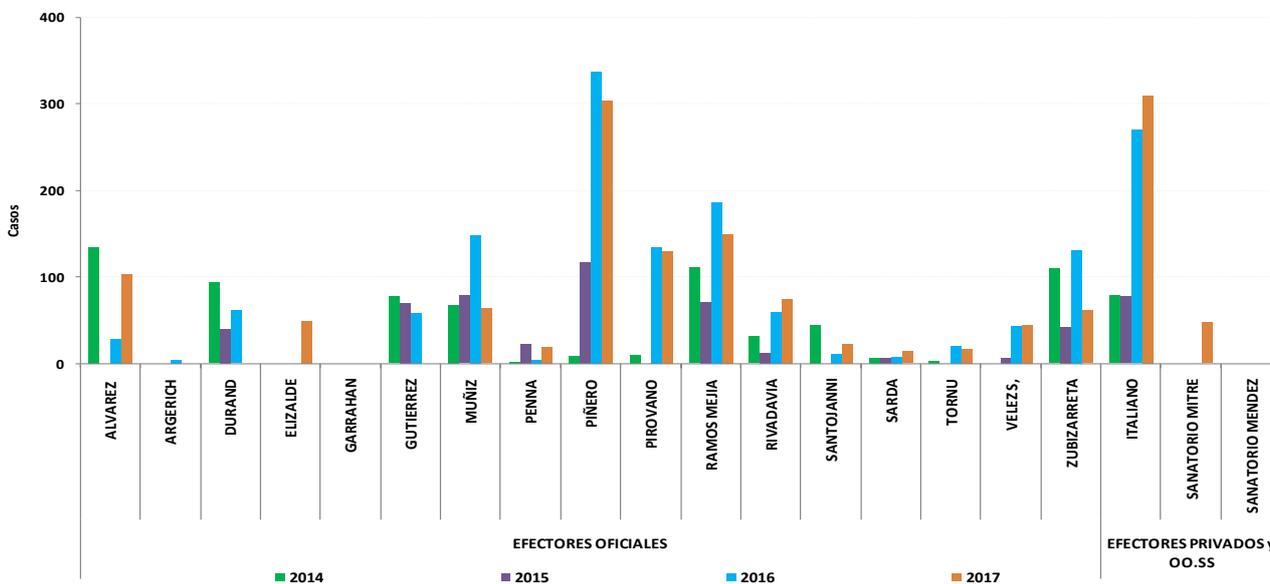


Fuente: SNVS-C2

La notificación de IRAG registra un incremento sostenido desde la semana 12, que superó el valor máximo esperado hasta la semana informada.

El gráfico a continuación presenta la notificación histórica de casos de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 25, en el conjunto de efectores hospitalarios.

Gráfico 10. Notificación de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), según efectores hospitalarios. Residentes en la CABA. Años 2014–2017 hasta SE 25.



Fuente: SNVS-C2

El notable aumento de la incidencia de IRAG está determinado por la notificación de los efectores presentados en la gráfico 10, donde el principal establecimiento es el Hospital Italiano con el 21,9% de las denuncias, seguido por los hospitales Piñero y Ramos Mejía; estos 3 establecimientos concentraron el 54% de las notificaciones de IRAG.

La tabla 1 muestra que en la distribución por edad de los casos de IRAG, predomina el grupo de mayores de 64 años, seguido del grupo menor de 2 años.

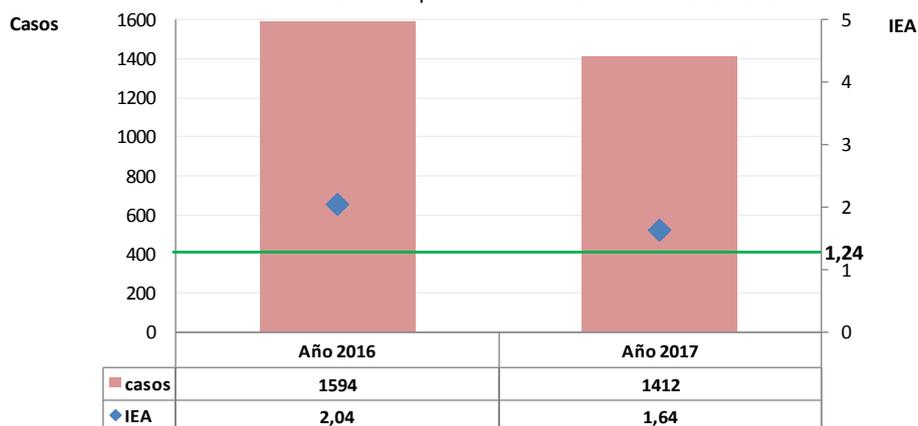
Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad
Residentes de la CABA. Hasta la SE25. Año 2017.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2017		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	418	29,6	29,6
De 2 a 4 años	96	6,8	36,4
De 5 a 14 años	92	6,5	42,9
De 15 a 24 años	35	2,5	45,4
De 25 a 34 años	37	2,6	48,0
De 35 a 44 años	45	3,2	51,2
De 45 a 64 años	128	9,1	60,3
Mayores de 64 años	502	35,6	95,8
Sin especificar edad	59	4,2	100,0
TOTAL	1412	100,0	-

Fuente: SNVS-C2.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de los casos notificados de IRAG acumulados hasta la semana epidemiológica 25.

Gráfico 11. Casos acumulados e Índice Epidémico Acumulado de IRAG.
Residentes de la CABA. Comparativo hasta SE 25. Años 2016-2017

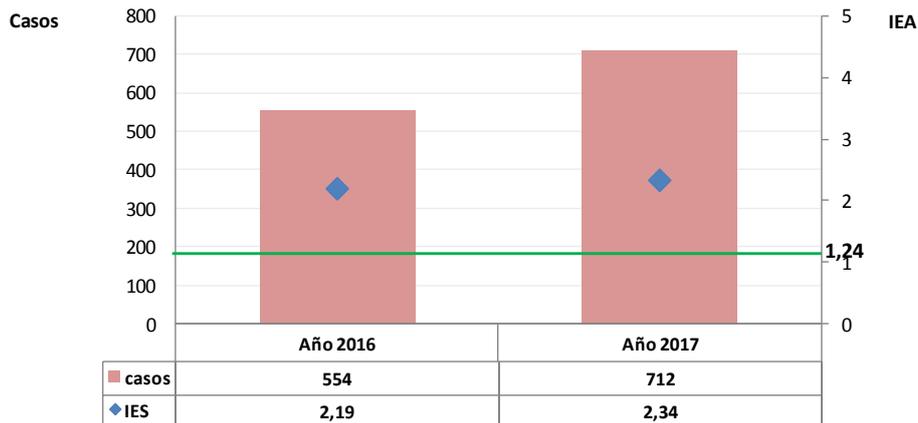


Fuente: SNVS-C2.

La comparación de los casos de IRAG notificados acumulados hasta la semana epidemiológica 25, muestra que la notificación más elevada ocurrió en el año 2016, con un índice epidémico acumulado (IEA=2,04), que superó el valor de los años previos. Actualmente la incidencia acumulada, notificada en el mismo periodo del año 2017, también supera el límite esperado, con el aumento registrado en las últimas semanas.

En el gráfico 12 se presenta la comparación de los casos de IRAG notificados durante la cuatrisesmana epidemiológica 22 a 25.

Gráfico 12. Casos acumulados e Índice Epidémico Cuatrisesmanal de IRAG Residentes de la CABA. Comparativo Cuatrisesmana S22-S25 Años 2016-2017.



Fuente: SNVS-C2.

Se observa que en ambas cuatrisesmanas de los años 2016 y 2017, se verificó un índice epidémico que superó el valor máximo esperado; la magnitud del aumento de la incidencia es mayor en la cuatrisesmana del presente año.

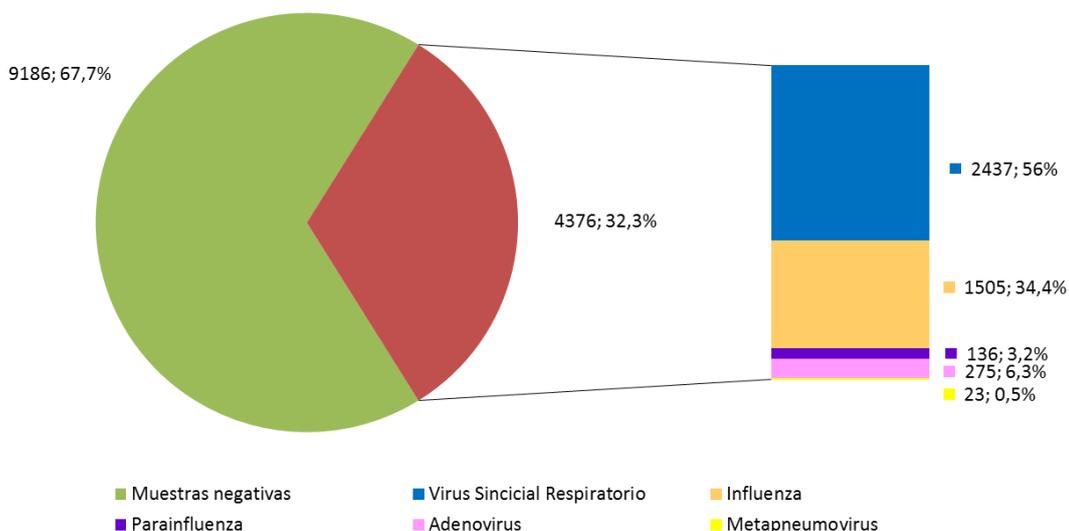
Cabe señalar que el aumento de la notificación de IRAG del corriente año, podría atribuirse, en parte, a una mayor sensibilidad del sistema de vigilancia, debido al intenso trabajo de capacitación y difusión realizado por la Gerencia de Epidemiología y a la constitución de las Unidades Centinela de IRAG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

10.5. 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 13. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones. Residentes de la CABA. Hasta SE 25. Año 2017. N=13.562

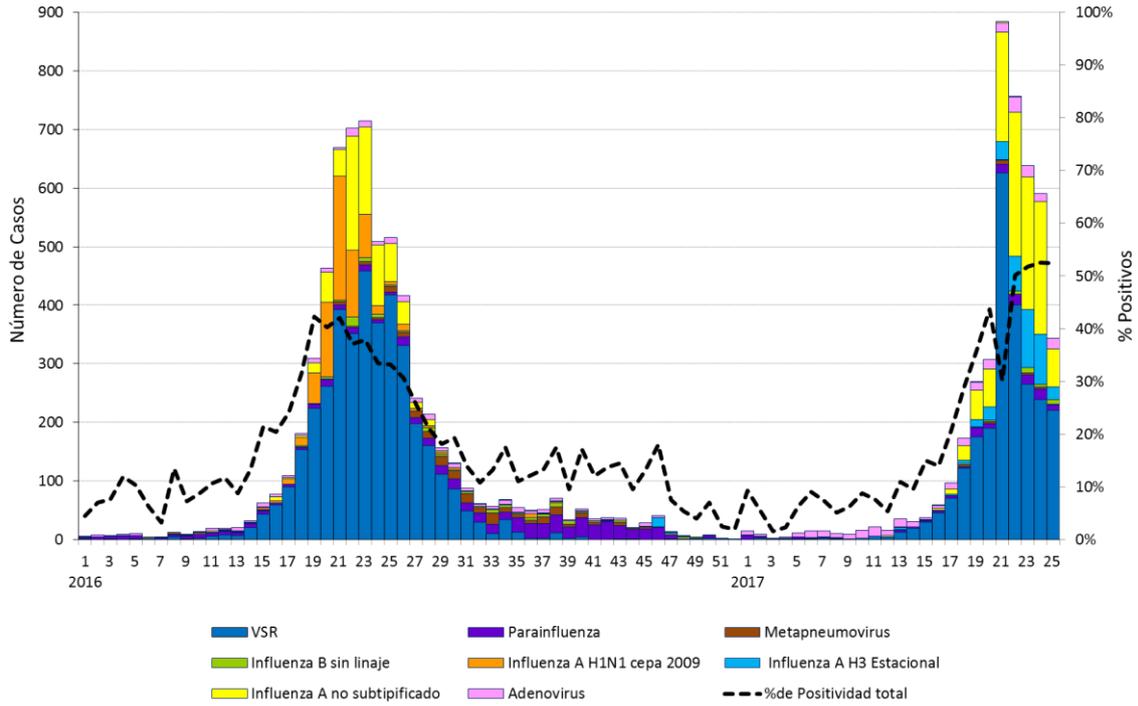


Fuente: SNVS-SIVILA

Del total de muestras analizadas, el 32,3% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 56% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 34,4%. **Hasta la SE19 se identificaba como segundo virus aislado el Adenovirus seguido de Influenza, invirtiéndose desde la SE 21.** Hasta la SE 52 de 2016, de 25.073 muestras estudiadas, resultaron positivas 6.447.

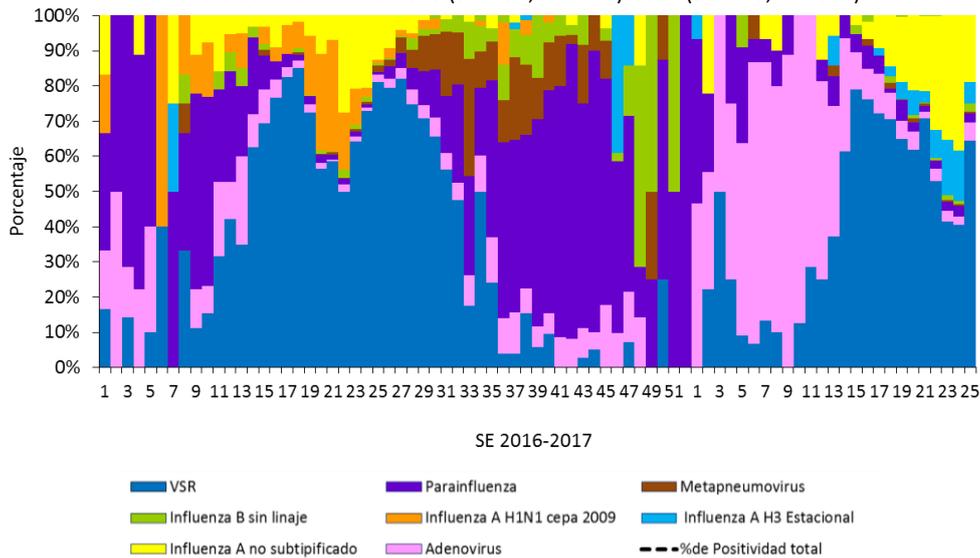
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 14. Distribución virus respiratorios por SE.
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6460)-2017 (SE 1-25; N=4366)



Fuente: SNVS-SIVILA

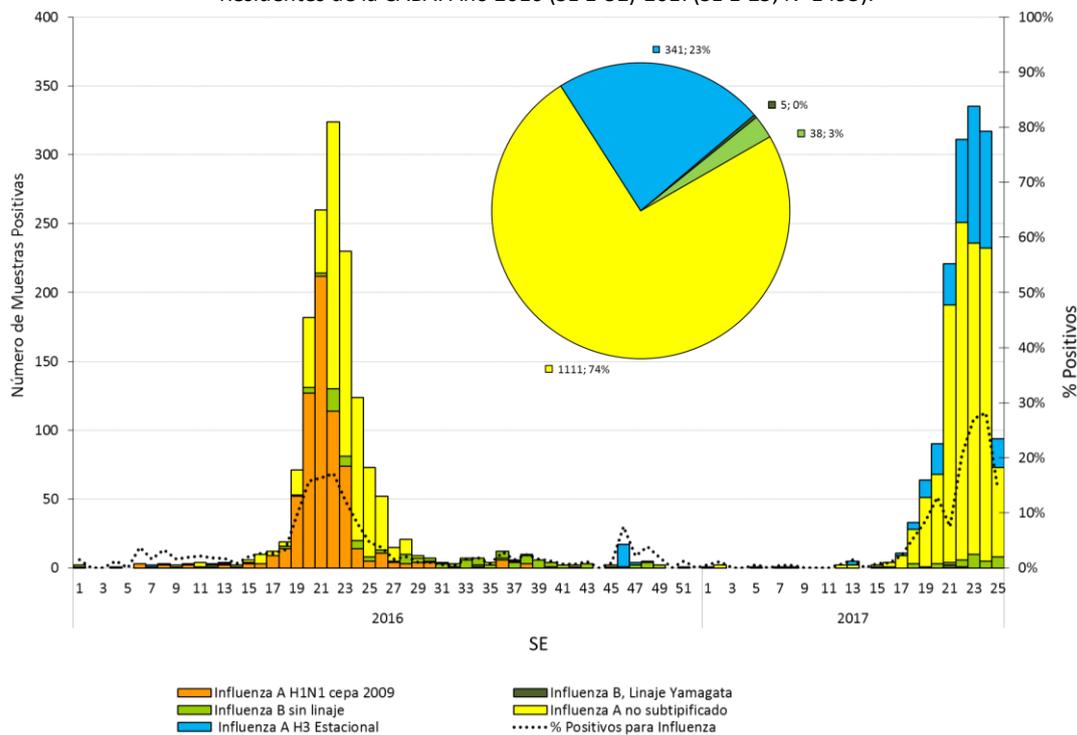
Gráfico 15. Distribución porcentual de virus respiratorios
Residentes de la CABA Año 2016 (SE 1-52; N=6460)-2017 (SE 1-25; N=4366)



Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 25, se observa un predominio de Virus Sincicial Respiratorio (VSR) seguido de Influenza, a diferencia del 2016 donde prevalecía Adenovirus seguido de Parainfluenza. A partir de la SE 17 comienzan a crecer porcentualmente los casos de Influenza, destacándose dentro de ellas la Influenza A de manera similar a lo que se observó en las mismas SE del año anterior.

Gráfico 16. Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52)-2017(SE 1-25; N=1495).



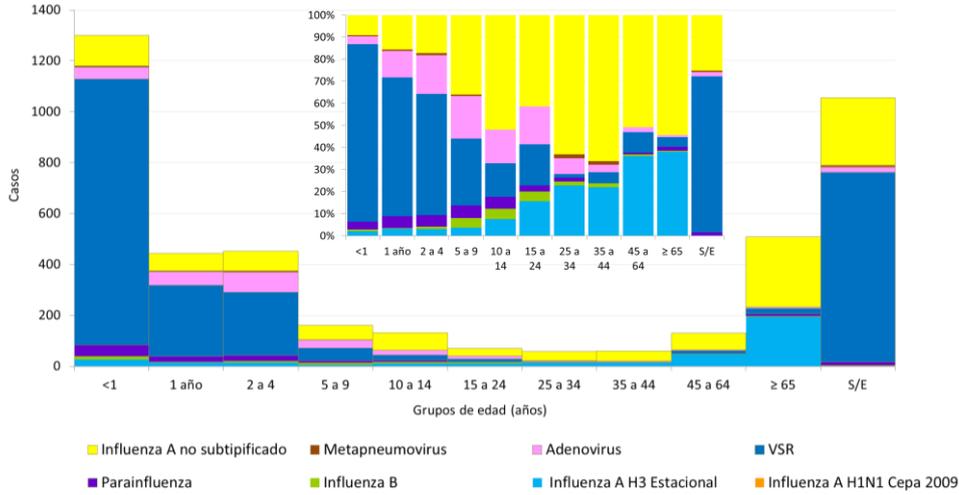
Fuente: SNVS-SIVILA

En el año 2017, hasta la SE 25 se notificaron 1111 casos de Influenza A no subtipificado, 341 de Influenza A H3 estacional y 38 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 23% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.

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

En el gráfico 17 se presentan los casos con diagnóstico según tipo de virus respiratorios por grupos de edad.

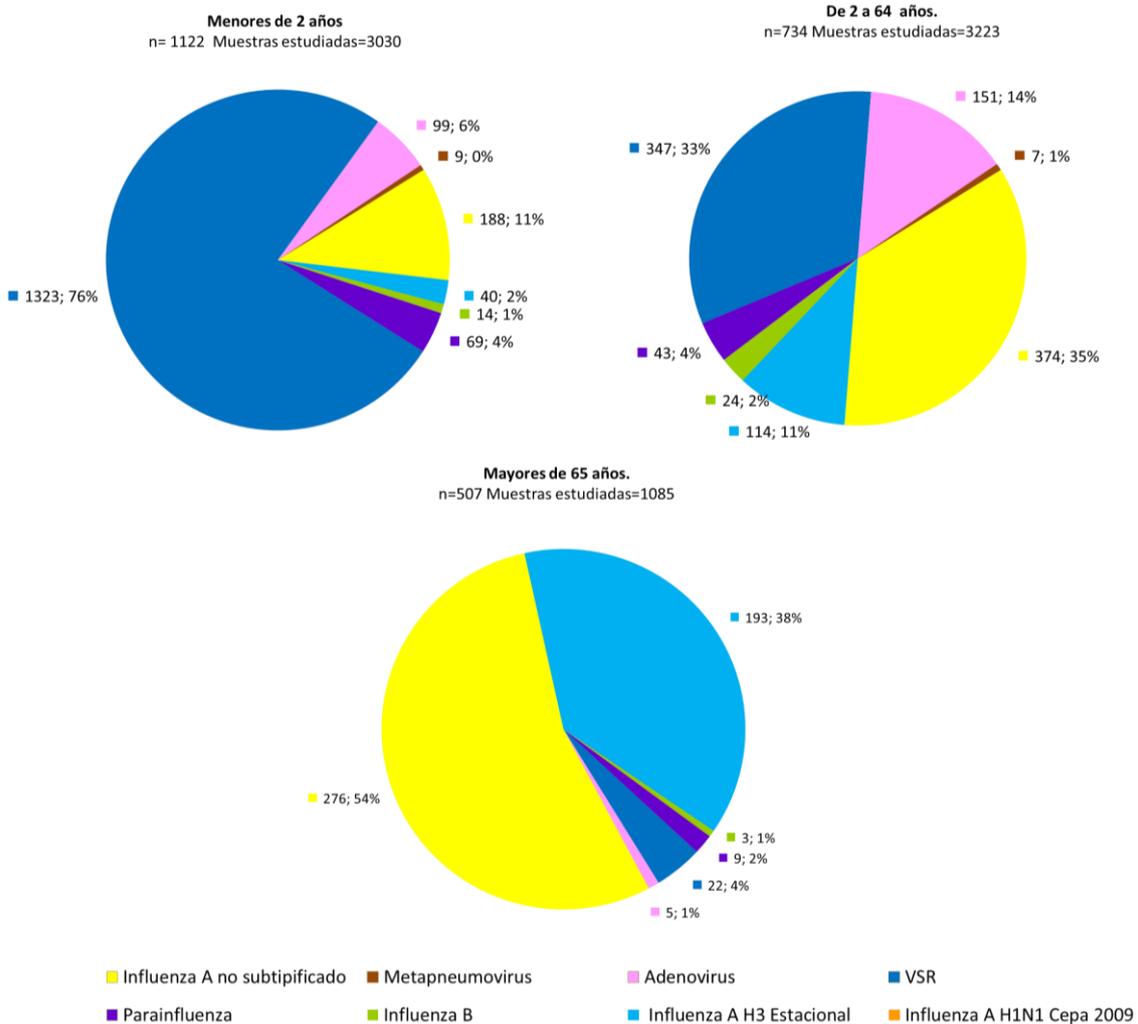
Gráfico 17. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus y grupos de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-25)



Fuente: SNVS-SIVILA

Hasta la SE 25 del 2017, se observa que la mayor cantidad de notificaciones se realizó en menores de 4 años y mayores de 65 años. En este grupo etario predomina Influenza aún sin subtipificar.

Gráfico 18. Número de casos con diagnóstico positivo según tipo de virus por grupo de edad. Residentes de la CABA. Año 2017 (SE 1-25).



Fuente: SNVS-SIVILA

10.1. Vigilancia de IRAG por Unidades Centinelas (UCIRAG)

10.1.1. Introducción

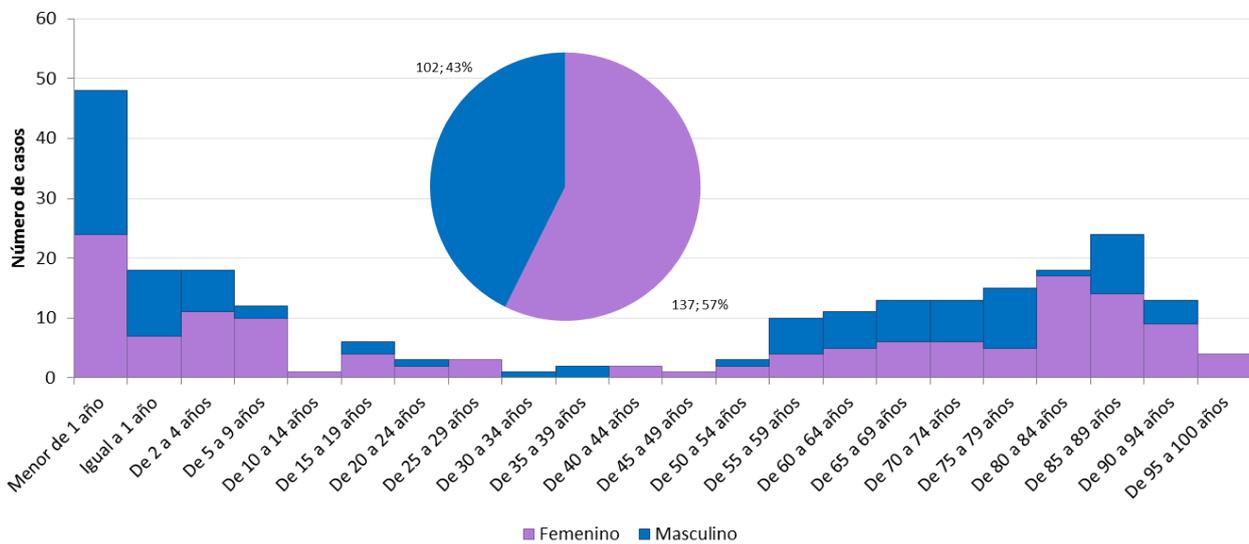
La introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a partir del BES 44.

10.1.2. Análisis de los casos de las UCIRAG - SE 22 a SE26 de 2017.

El siguiente informe corresponde a notificaciones realizadas por las cuatro UCIRAG a través del SNVS, desde la SE 22 a la SE 26 de 2017. Se debe remarcar que las notificaciones corresponden a los pacientes internados que cumplen con la definición de caso sin tener en cuenta su lugar de residencia.

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

Gráfico 19. Número de notificaciones de IRAG según grupos de edad y sexo.
Desde SE 22 a 25 de 2017 (n=239). CABA.



Fuente: SNVS-UCIRAG

De los 239 casos, 66,5% (159) presentaron comorbilidades. En la tabla a continuación se enumeran las comorbilidades de los pacientes consignados. Hay que tener en cuenta que un mismo paciente puede presentar más de una patología previa.

Tabla 1. Comorbilidades. SE 22 a 26 de 2017. CABA.

Comorbilidades	Total
Otras	88
Hipertensión	61
EPOC	37
Inmunocompromiso	28
Diabetes	22
Insuf cardiaca	20
Asma	16
Enf neuromuscular	15
Obesidad	15
Enf renal	14
Enf cerebrovascular	7
Embarazo	1
TBC	1

Fuente: SNVS-UCIRAG

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

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

Tabla 2. Diagnóstico clínico de internación. SE 22 a 26 de 2017. CABA.

Diagnóstico clínico	Total	Porcentual
Neumonía de la comunidad	103	43,1
Bronquiolitis	36	15,1
Otros	27	11,3
ETI	19	7,9
IRAG no precisada	13	5,4
EPOC REAGUDIZADO	13	5,4
Neumonía	10	4,2
Bronquitis	6	2,5
BOR	3	1,3
Shock	3	1,3
Sepsis	2	0,8
ASMA	2	0,8
BRONCOESPASMO	2	0,8
Total	239	100

Fuente: SNVS-UCIRAG

Casi el 50% de los diagnósticos fueron neumonía, que se presentó en su gran mayoría en menores de 10 años (al igual que las ETI) y mayores de 55 años.

La siguiente tabla muestra la aplicación de la vacuna antigripal según criterio de aplicación. La diferencia del total de notificaciones corresponde a pacientes con rangos de edad o características que no cumplen con indicación de vacunación.

Tabla 3. Número y porcentaje de vacunación antigripal en pacientes con criterio de aplicación.

SE 22 a 26 de 2017. CABA.

Vacunación antigripal	Mayores de 65 años y entre 6-24 meses (Sin comorbilidades)	Con comorbilidades	Total	Porcentaje de vacunación
Sin vacuna	11	87	98	54,1%
Con vacunación	4	32	36	19,9%
Sin datos	16	31	47	26,0%
Total	31	150	181	100%

Fuente: SNVS-UCIRAG

De los pacientes que cuentan con egreso de internación 104 presentaron mejoría, 3 se derivaron a otro efector de salud y 25 fallecieron. **De estos últimos, 24 presentaban comorbilidades al momento de la internación, como resultados virológicos de estos pacientes se diagnosticaron 10 con Virus Influenza A subtipo H3 estacional, 2 Virus Influenza A sin subtipificar, 6 negativos y el resto aún se encuentran en estudio.**

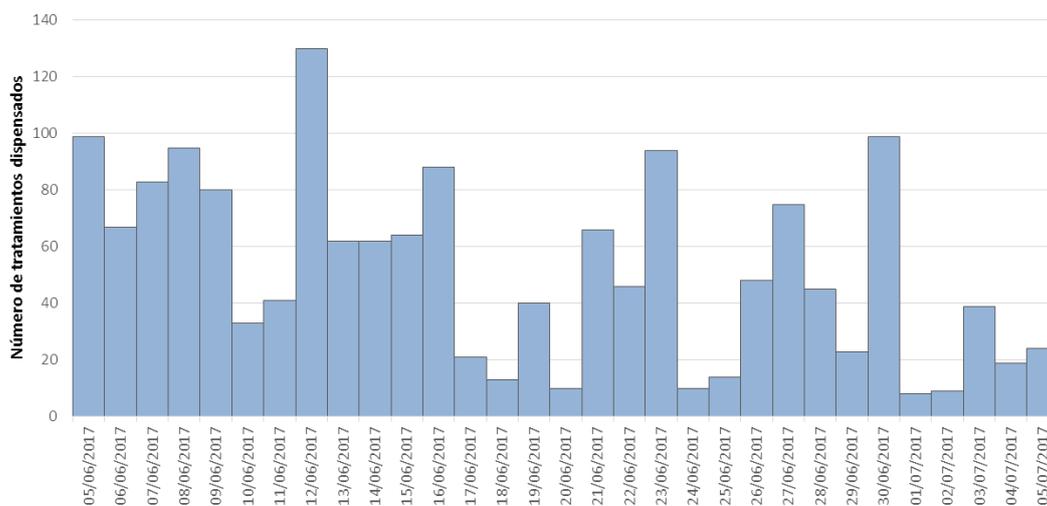
10.2. Mortalidad general con rescate virológico de Influenza

De los datos obtenidos del módulo C2 y de las UCIRAG, desde la SE 20 a la SE 26, en residentes de la Ciudad se notificaron 18 casos de personas fallecidas con aislamiento de Virus Influenza. Del total, 15 fueron subtipo H3 estacional y 3 Influenza A sin subtipificar.

De los pacientes, 16 presentaban comorbilidades, 2 sin datos y 11 del total no contaban con vacunación antigripal actual. Los rangos de edad de los fallecidos fueron, 1 de 55 a 59 años, 5 de 60 a 69 años, 3 de 70 a 79 años, 8 de 80 a 89 años, y 1 caso mayor de 90 años.

10.3. Dispensa de Oseltamivir

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

Gráfico 20. Total tratamientos dispensados según fecha. Del 05/06/2017 al 05/07/2017.

Fuente: Farmacia del Hospital Muñiz

Durante el periodo mayo-septiembre se dispensaron, desde la farmacia del Hospital "Dr. F. Muñiz", 1607 tratamientos para pacientes ambulatorios o internados.

10.4. Vacunas

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

Las vacunas antigripales cepa 2017 se comenzaron a distribuir a partir del 29 de marzo, 20 días antes con respecto al año anterior. Desde el inicio de la campaña hasta el 29 de junio (SE 25), se aplicaron 412.731 dosis en los vacunatorios de la Ciudad, correspondiendo a NO residentes el 20% de las mismas. Esta información surge de los datos enviados por los vacunatorios públicos, adheridos y privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

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

Tabla 4. Dosis aplicadas en residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 25, 29 de junio de 2017.

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	67.773	14.108	10.170	2.603	32.260	17.505	83.611	102.279

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

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

Tabla 5. Porcentaje de Cobertura de residentes de la CABA. Desde el inicio hasta SE 25, 29 de junio de 2017.

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	cobertura %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	320.039	77,9%		48,6	51,4%	27,9%		

Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 10412

Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 34.171

11. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS

11.1. Introducción

Los datos aquí presentados se nutren de diferentes fuentes de notificación: Módulo TBC de SNVS, SIVILA, C2 y base de datos del programa de Tuberculosis. Desde la Gerencia Operativa de Epidemiología se está gestionando la implementación de la notificación oficial, en forma exclusiva, a través del Módulo SNVS-TBC. Hasta

tanto los efectores notificadores regularicen la carga por este medio, se utilizan las distintas fuentes para que los datos sean lo más representativos y completos posibles.

La vigilancia de tuberculosis se publica con periodicidad semanal. La introducción completa, la nota metodológica, modalidad de notificación y definiciones de caso, pueden obtenerse en las versiones anteriores a este BES.

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

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

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hasta la SE 24 de 2017 se notificaron **646 casos de TBC en residentes de la CABA, de un total de 1319 asistidos**. Las tasas más altas se registran entre los varones, en el rango etario de 15 a 34 años. La zona sur de la ciudad sigue siendo la más afectada, registrándose en las comunas 7, 8, 9, 1 y 4 tasas por encima de la media.

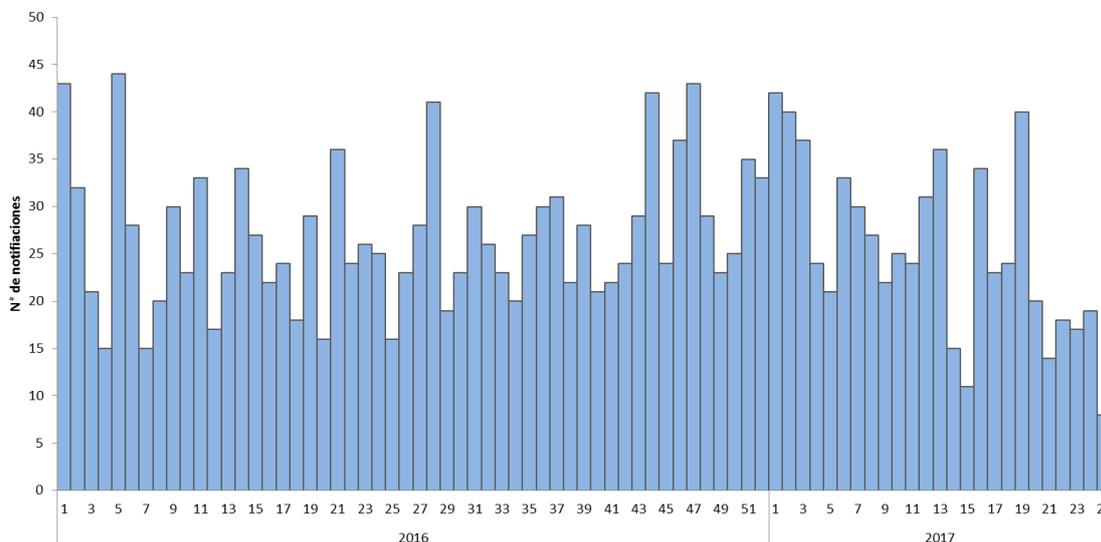
11.2.1. Antecedentes año 2016

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

11.2.2. Situación hasta la SE 25 de 2017

En el siguiente Gráfico se expresa el número de notificaciones de TBC de residentes CABA en el año 2016 y hasta la SE 24 del año 2017.

Gráfico 1. Número de notificaciones de TBC. Residentes de la CABA.
Año 2016 (SE 1-52; n=1398)-2017 (SE 1-25; n=635).



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

Hasta la SE 25 del año 2017 se notificaron 635 casos de tuberculosis, el 77,5% (492) con dato de residencia en comunas de la CABA, el 20% (127) en CABA pero sin datos de domicilio y el 2,5% (16) restante no cuenta ni con dato de domicilio ni de provincia de residencia.

En la siguiente tabla se presentan el número de notificaciones y tasas por comuna hasta la SE 25 de los años 2016-2017.

Tabla 1. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC según Comuna. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017

Comunas	2016		2017		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	79	31,3	65	25,7	-14
2	8	5,3	9	6,0	1
3	34	17,7	39	20,2	5
4	78	32,7	56	23,4	-22
5	10	5,4	28	15,0	18
6	7	3,8	7	3,8	0
7	95	39,6	97	40,3	2
8	104	46,1	85	37,5	-19
9	56	32,9	44	25,8	-12
10	22	12,9	25	14,7	3
11	12	6,3	11	5,8	-1
12	6	2,8	3	1,4	-3
13	7	3,0	6	2,5	-1
14	5	2,2	4	1,8	-1
15	21	11,5	13	7,1	-8
Residentes Sd*	64		127		63
Desconocidos**	33		16		-17
Total CABA	641	21,0	635	20,7	-6

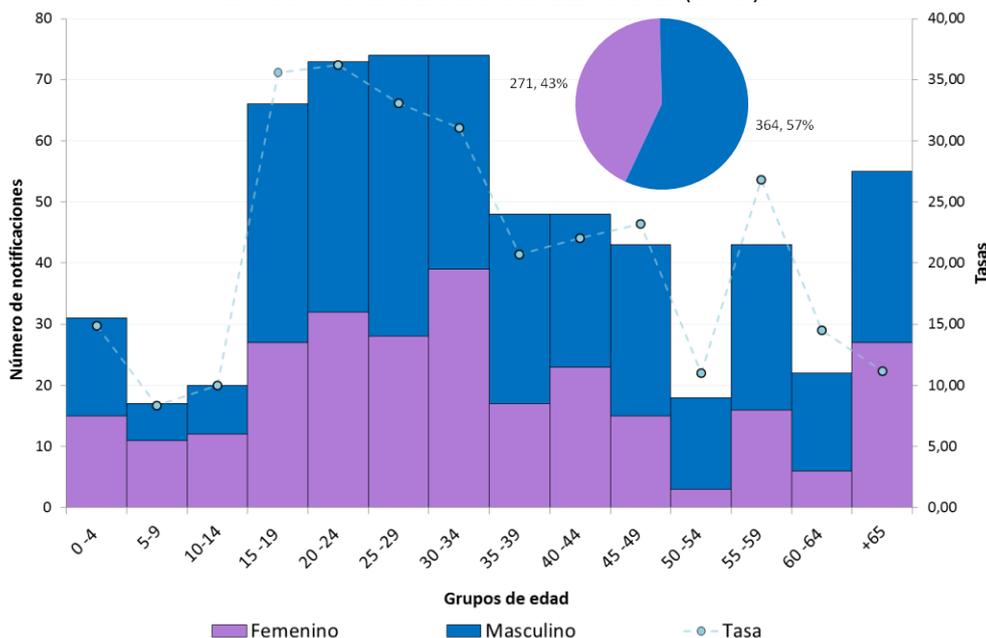
Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA.
 *Residentes sin datos de domicilio. **Sin datos de provincia de residencia

Las comunas que presentan tasas más elevadas son las: 7, 8, 9, 1 y 4. Las Comunas 4, 8 y 1 se comportan con un descenso en la notificación respecto al año anterior, mientras que la que la Comuna 5 muestra el mayor aumento de 2016 a 2017 (5,4 y 15,0 respectivamente). También se destaca el dato de aumento en las notificaciones de residentes de la ciudad sin domicilio, que pasó de 10% en 2016 y 20% en 2017.

Con respecto a la situación habitacional de los casos se observa una leve disminución en la proporción de casos notificados que se encontraban en situación de calle. Hasta la SE 25 de 2017 se notificaron 23 casos (3,6%) y en el mismo periodo del año 2016 esta condición se vio representada en un 2,7% (17 casos).

A continuación se grafican los casos y tasas por grupo de edad y sexo hasta la SE 25 de 2017 en Residentes de la CABA.

Gráfico 2. Número de notificaciones y tasas x 100 mil hab. de TBC por grupos de edad por sexo. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25 de 2017 (n=635).



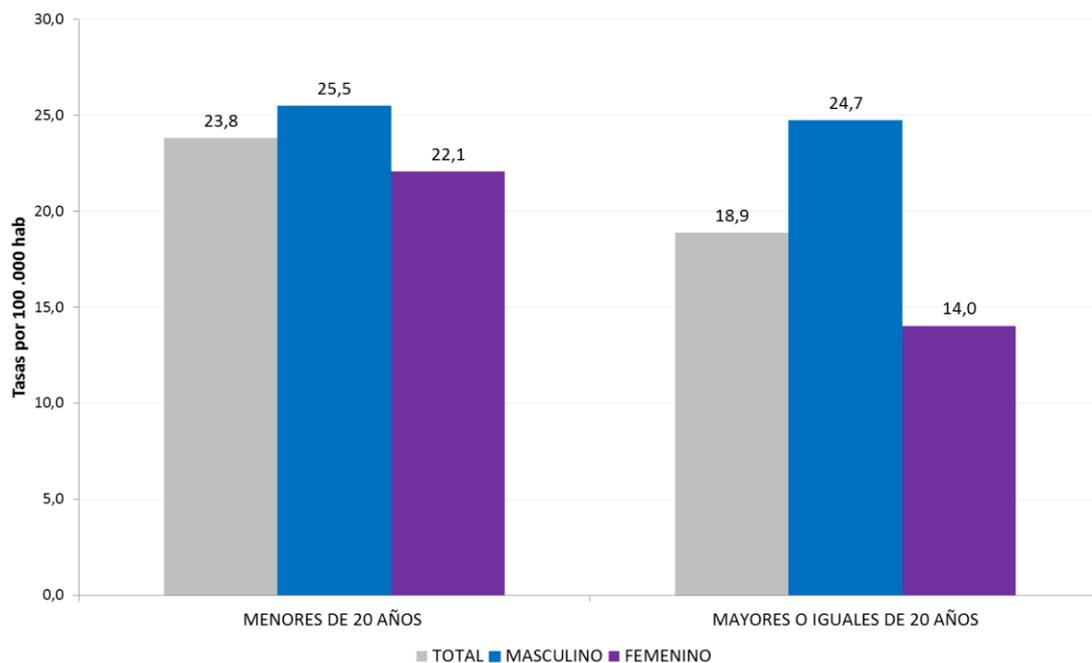
Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA. Tasa x 100 mil habitantes.

En el año 2017, hasta la SE 25 la mayor cantidad de notificaciones se encuentran en los grupo etarios de 15 a 34 años. Dentro de este grupo la franja etaria de 15 a 24 años presenta las tasas más altas.

Respecto a la distribución de los casos según sexo se observa una leve predominancia de los varones que representan el 57% del total de los casos.

A fin de analizar la diferencia de sexo según las edades en este evento, se presenta el siguiente gráfico con las tasas de casos de TBC por 100 mil habitantes según estas variables.

Gráfico 3. Tasas x 100 mil hab. de TBC por sexo y grupo de edad.
Residentes de la CABA. Hasta la SE 25 de 2017 (n=635).

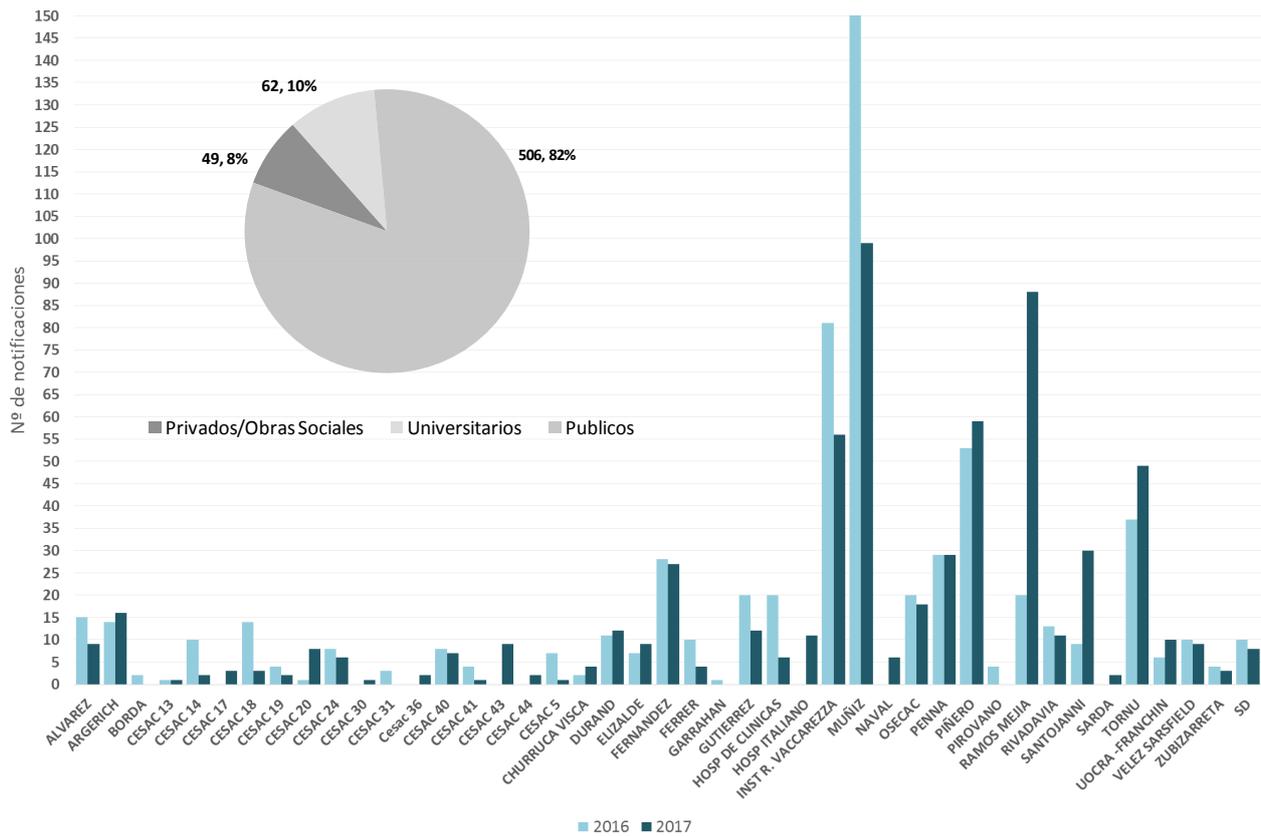


Fuente: SNVS (C2, SIVILA, TBC), Programa de Tuberculosis de la CABA. Tasa x 100 mil habitantes.

Hasta los 19 años de edad no se evidencian diferencias en cuanto a sexo. Entre los mayores de 20 años la diferencia de tasas entre varones y mujeres es de más 10 puntos, 27,5 y 16,3 respectivamente.

En el siguiente Gráfico se indican las notificaciones según el establecimiento de salud que atendió a pacientes hasta la SE 25 de los años 2016 y 2017.

Gráfico 4. Número de notificaciones por establecimiento de atención de TBC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25 de 2016 (n=641)-2017(n=635)



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

En el año 2016 se evidencia una notificación mayormente concentrada en hospitales especializados, como el Hospital Muñiz y el Vaccarezza. En lo que va de este año se observa mayor participación de hospitales de agudos, efectores privados y centros de salud.

De las 635 notificaciones de 2017 hasta la SE 25, 443 contaban con datos de localización de la TBC mientras que en 2016, para el mismo período, en 500 notificaciones se pudo obtener dicho dato. A continuación, se presenta la tabla con detalle de estas notificaciones.

Tabla 2. Número y porcentaje por localización de TBC. Residentes de la CABA. Hasta la SE 25. Años 2016-2017.

Localización	2016		2017	
	Casos	%	Casos	%
Pulmonar	378	75,60	319	72,01
Extrapulmonar	97	19,40	94	21,22
Ambas	25	5,00	30	6,77
Sin datos	141		181	
Total	641	100	635	100

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

Las localizaciones extrapulmonares más frecuentes para 2017 son: pleural (63 casos) y la ganglionar (23 casos).

En relación a la modalidad del tratamiento, en ambos años se registra falta de datos para la mayoría de los casos. Des de las 635 notificaciones de 2017 se registraron 147 tratamientos autoadministrados, 21 supervisados y 2 mixtos.

12. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

- MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.
- MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016.
- VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.
- MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.
- SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.
- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016.
- DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016.
- INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016.
- SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
- ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.
- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016.
- INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017.
- INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017.
- SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017.
- INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017.
- SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017.
- 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. En la página web del BES semanal se encuentra la versión corregida.**
- MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017.

13. 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.

13.1. Enfermedades de transmisión sexual

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																							
	SECRECION GENITAL EN MUJERES			SECRECION GENITAL PURULENTO EN VARONES			SECRECION GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1											1	1												
CESAC 11				1	-1	1	1	0																
CESAC 13				1	-1														1	-1				
CESAC 14				1	-1								2	-2				1	-1					
CESAC 15											1	1	1	2	1									
CESAC 18		1	1											1	1									
CESAC 19		2	2											3	3									
CESAC 20		1	1		2	2					1	1												
CESAC 22				1	-1																			
CESAC 24		34	34				1	-1		1	1		1	1		2	2							
CESAC 27	2		-2											1	1									
CESAC 3																1	-1							
CESAC 30							2	-2								1	-1							
CESAC 31														1	1									
CESAC 34																		1	-1					
CESAC 35							1	-1		2	2		1	1										
CESAC 39	1		-1																					
CESAC 40		1	1	1	-1								1	5	4								1	1
CESAC 41	2		-2								1	1				1	-1							
CESAC 5				1	-1									1	1							1	-1	
CESAC 7											1	1												
CESAC 8							1	-1																
CESAC 9										2	2		3	2	-1	1	1	0	2		-2	2		-2
Subtotal (CeSAC)	5	39	34	6	2	-4	6	1	-5	0	10	10	7	18	11	4	3	-1	5	0	-5	3	1	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	23%		10%	3%		4%	1%		0%	6%		3%	6%		1%	1%		4%	0%		2%	1%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL																										
	SECRECIÓN GENITAL EN MUJERES			SECRECIÓN GENITAL PURULENTA EN VARONES			SECRECIÓN GENITAL SIN ESPECIFICAR EN VARONES			SIFILIS EN EMBARAZADA			SIFILIS SIN ESPECIFICAR MUJERES			SIFILIS SIN ESPECIFICAR VARONES			SIFILIS TEMPRANA MUJERES			SIFILIS TEMPRANA VARONES					
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos			
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos			
FUNCEI				1		-1	1		-1							8	5	-3	5			5			19	14	-5
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1	8	12	4	3		-3				2	6	4	6	21	15	9	4	-5	9	4	-5	17	15	-2
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	1	1	0	17	21	4	6	1	-5				4	17	13	8	40	32	18	9	-9	35	22	-13			
HOSP DE PEDIATRÍA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	4		-4																2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		5	5	4	2	-2	6	30	24				2	2	0	1	2	1		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	11	11	0	6	2	-4		17	17				10	4	-6	10	13	3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	4	3	5	4	-1	2	3	1	4	13	9	13	4	-9	5	3	-2	14		-14	4	4	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES							1	1	0				2	2	0	1	-1	-2	20		-20	1	1	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	104	71	-33	3		-3		1	1	2	13	11	6	7	1	13	9	-4		3	3	1	1	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	50	27	-23							1	13	12	8	4	-4	8	4	-4	2	1	-1		2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		1	1	1		-1							10	10	0	4	2	-2	3	1	-2	8	1	-7	6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				1		-1	3		-3				5	5	0	4	0	-4	3	4	1	2	4	2	4	2	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		1	1		3	3		2	2	7	13	6		21	21		32	32		1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES										8	5	-3		15	15		21	21		4	4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND				3		-3	1		-1	8	1	-7	4		-4	5	1	-4				2		-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				1		-1	2		-2	3	2	-1	3		-3	3	1	-2	2		-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU							9		-9							3		-3									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES							2	7	5							1		-1				1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO		1	1	1	1	0	4	7	3		2	2	43	32	-11	66	38	-28	13	2	-11	9	7	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				1		-1	2	4	2		2	2	27	25	-2	26	27	1	5		-5	8	4	-4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													6		-6	16	6	-10	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		-1	2	1	-1	5	2	-3				1	1	0		3	3		2	2				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES					1	1										1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA		1	1		1	1	3	1	-2	2	2	0	9	23	14	7	9	2		3	3	6	1	-5			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				3	3	0	1	2	1	10	2	-8	10	28	18	9	9	0	7	4	-3	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA		1	1	2	2	0	50	27	-23	18	18	0	97	82	-15	207	182	-25	2	3	1	8	7	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	1	-1				37	4	-33	20	14	-6	4	7	3	3	13	10	3	3	0	4	8	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO		6	6		5	5	2	14	12	37	37	0	9	3	-6	15	1	-14		6	6	2	2	0			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES								1	1	9	1	-8															
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA										25	6	-19		1	1					4	-4	4		-4			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES										51		-51	1		-1					4	-4	10		-10			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																									1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	163	132	-31	53	61	8	140	124	-16	205	161	-44	267	289	22	431	445	14	121	53	-68	143	93	-50			
Porcentaje sobre las notificaciones totales	97%	77%		90%	97%		96%	99%		100%	94%		97%	94%		99%	99%		96%	100%		98%	99%				
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	168	171	3	59	63	4	146	125	-21	205	171	-34	274	307	33	435	448	13	126	53	-73	146	94	-52			

13.2. Gastroentéricas y hepatitis

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GRASTROENTÉRICAS						HEPATITIS												
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR			
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos												
CESAC 1				22		-22													
CESAC 11				4	32	28													
CESAC 11 - NO RESIDENTES					23	23													
CESAC 12				59	7	-3													
CESAC 13				55	46	-9													
CESAC 14				48		-48													
CESAC 15				52	61	9													
CESAC 16				13		-13													
CESAC 18	3	2	-1	32	45	13													
CESAC 19				85	50	-35													
CESAC 2				61	21	-40													
CESAC 20					28	28													
CESAC 22				17		-17													
CESAC 24		1	1	41	98	57							2	2					
CESAC 27				46	29	-17													
CESAC 28	2		-2	5	4	-1													
CESAC 3	3	3	0	46	2	-44	1		-1										
CESAC 30				47		-47													
CESAC 31	3	1	-2	51	38	-13													
CESAC 34				17	9	-8													
CESAC 35				37		-37													
CESAC 39				87		-87													
CESAC 4				24		-24													
CESAC 40	4	2	-2	108	77	-31				1		-1							
CESAC 41		1	1	48	29	-19													
CESAC 5	4	1	-3	96		-96		1	1							1			-1
CESAC 6	23		-23	91	13	-78													
CESAC 7				40		-40	1		-1										
CESAC 8				70	2	-68													
CESAC 9				71	94	23													
Subtotal (CeSAC)	42	11	-31	1373	708	-616	2	1	-1	1	0	-1	0	2	2	1	0		-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	24%	6%		7%	5%		67%	17%		6%	0%		0%	8%		33%	0%		

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	GASTROENTÉRICAS						HEPATITIS											
	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS			DIARREAS			HEPATITIS A			HEPATITIS B			HEPATITIS C			HEPATITIS SIN ESPECIFICAR		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																		
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA		2	2															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					6	6												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC				1214	222	-992												
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				2352	673	-1679												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				469	477	8							1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		1	1	754	740	-14								1	1	1	1	-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	1	1	0	122	315	193					1	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1	1	50	49												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	5	7	2	850	731	-119					1	1		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	4	7	3	395	307	-88											1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI				13	16	3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				7	9	2		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	1		-1	47	203	156		1	1		1	1		3	3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				40	192	152								4	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		5	5	91	113	22												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	3	2	67	76	9												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU				723	445	-278												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES				87	67	-20												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	12	14	2	629	484	-145					2	2		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	2	10	8	188	226	38								2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				169	145	-24					1	1		2				-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				19	53	34							1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1		1	900	905	5												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				144	108	-36												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA				623	717	94												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2		-2	656	687	31												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8	11	3	1068	866	-202					8	5	-3	3	2	-1		
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	8	10	2	166	166	0					2	2	0	5	3	-2		
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	53	48	-5	1208	1315	107					3	1	-2	2	2	0		
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	5	1	-4	23	9	-14					1	1		4	5	1		
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	3	6	3	565	484	-81		1	1									
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	17	18	1	1501	1535	34		2	2							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	3	4	1	488		-488												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	11	10	-1	631		-631	1		-1									
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA											2		-2					
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES														2				-2
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO		2	2	1344	1100	-244												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	136	162	26	17554	13442	-4112	1	5	4	15	15	0	20	24	4	2	1	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	76%	94%		93%	95%		33%	83%		94%	100%		100%	92%		67%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	178	173	-5	18927	14150	-4728	3	6	3	16	15	-1	20	26	6	3	1	-2

13.3. Inmunoprevenibles

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1				2		-2
CESAC 11		1	1		1	1
CESAC 11 - NO RESIDENTES					1	1
CESAC 12				1		
CESAC 13				7	3	-4
CESAC 14				10		-10
CESAC 15				4	2	-2
CESAC 16	1		-1	4		-4
CESAC 18		1	1	6	8	2
CESAC 19	1		-1	5	5	0
CESAC 2				8	1	-7
CESAC 20		1	1		3	3
CESAC 24		3	3	3	5	2
CESAC 27				13		-13
CESAC 28				6		-6
CESAC 3				3		-3
CESAC 30	2		-2	2		-2
CESAC 31	3	1	-2	4	1	-3
CESAC 34				6		-6
CESAC 35				4		-4
CESAC 39	1		-1	10		-10
CESAC 4				4		-4
CESAC 40	2		-2	8	2	-6
CESAC 41	1	5	4	3	1	-2
CESAC 5				4		-4
CESAC 6				40	2	-38
CESAC 7	1		-1	9		-9
CESAC 8	1		-1	6		-6
CESAC 9		3	3	4	4	0
Subtotal (CeSAC)	13	15	2	176	39	-136
Porcentaje sobre las notificaciones totales	16%	14%		14%	6%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INMUNOPREVENIBLES					
	PAROTIDITIS			VARICELA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos						
FUNCEI	2		-2	1		-1
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		2	2			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES		2	2		2	2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	13	3	-10	42	11	-31
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES				69	21	-48
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA				36	8	-28
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		4	4	50	31	-19
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		3	3	1	12	11
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1		5	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD	8	15	7	26	18	-8
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES	2	9	7	30	13	-17
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES				3	1	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH				1	17	16
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES				1	14	13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1	47	34	-13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES				36	14	-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	2	3	1	27	15	-12
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	1	3	2	2	7	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO				42	3	-39
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES				6		-6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ				29	35	6
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES				3	1	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL				40	44	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES				13	9	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	13	5	-8	29	30	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	8	4	-4	37	35	-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	10	16	6	84	49	-35
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	2	5	3	27	12	-15
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2	9	7	113	46	-67
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	1		-1	47	32	-15
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	4		-4	84	47	-37
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ		1	1	54		-54
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1	63		-63
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1	1		-1
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	69	89	20	1044	567	-477
Porcentaje sobre las notificaciones totales	84%	86%		86%	94%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	82	104	22	1220	606	-613

13.4. Intoxicaciones

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	INTOXICACIÓN																				
	INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA			INTOXICACION POR HIDROCARBUROS			INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO			INTOXICACIÓN POR OTROS TÓXICOS			INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS DE USO DOMESTICO			INTOXICACIÓN POR PLAGUICIDAS SIN IDENTIFICAR			INTOXICACION POR METALES PESADOS		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC					1	1															
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES								5	5												
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	2	5	3					1	1	1		-1	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA								2	2												
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	17	7	-10		1	1	4	5	1	33	29	-4		1	1				1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	6	1	-5					5	5	2		-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI								1	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH					1	1										1		-1	1	2	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES																			3		-3
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	28	6	-22				8	1	-7	8		-8	1		-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	4	2	-2				3		-3												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO								6	6												
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ		2	2							1		-1							2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	14	20	6				17	19	2	8	6	-2									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES							1	2	1												
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	18	4	-14				14		-14	2	1	-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										1		-1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	4		-4				16	5	-11		1	1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	1		-1																		
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							9		-9												
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							4		-4												
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								4	4												
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	94	47	-47	0	3	3	76	56	-20	56	37	-19	2	1	-1	1	0	-1	7	2	-5
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%			100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	94	47	-47	0	3	3	76	56	-20	56	37	-19	2	1	-1	1	0	-1	7	2	-5

13.5. Lesiones

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	1		-1							1		-1			
CESAC 11		4	4		1	1		3	3				1		-1
CESAC 13										1		-1			
CESAC 15	10	3	-7	1		-1	2	2	0	1		-1	9	1	-8
CESAC 18	4		-4												
CESAC 19	5	1	-4												
CESAC 2	2		-2												
CESAC 20		1	1												
CESAC 24		2	2		1	1									
CESAC 27	7	3	-4										1		-1
CESAC 28													2		-2
CESAC 3	1		-1												
CESAC 30	6		-6				1		-1	1		-1			
CESAC 34		9	9												
CESAC 35	3		-3												
CESAC 40	18	2	-16	1		-1									
CESAC 41	1		-1										1		-1
CESAC 5							1		-1	2		-2			
CESAC 6										10		-10			
CESAC 8	13	1	-12	1		-1								1	1
CESAC 9	1	9	8		1	1	1	1	0		1	1			
Subtotal (CeSAC)	72	35	-37	3	3	0	5	6	1	16	1	-15	14	2	-12
Porcentaje sobre las notificaciones totales	8%	3%		2%	3%		1%	2%		0%	0%		0%	0%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	LESIONES														
	DEL HOGAR			EN ESCUELAS			LABORALES			SIN ESPECIFICAR			VIALES		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos															
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES											11	11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		20	20	15		-15	68	15	-53	3258	2687	-571	266	190	-76
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	104		-104	3		-3	56	21	-35	1620	1402	-218	132	62	-70
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	5	37	32		5	5		1	1	12	135	123		11	11
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		1	1							2	19	17		2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD		22	22	3	5	2	59	46	-13	3457	3507	50	189	217	28
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES		6	6	2	2	0	49	37	-12	919	858	-61	60	83	23
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	5	8	3		1	1				2	3	1	237	206	-31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	12	5	-7							2		-2	165	105	-60
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	14	147	133	4	18	14	3	7	4	78	274	196	19	46	27
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	10	117	107	3	12	9	6	7	1	58	232	174	4	59	55
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	7	20	13	9		-9	36	23	-13	20	6	-14	99	63	-36
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	1	8	7				21	11	-10	5	1	-4	72	42	-30
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	193	36	-157	13		-13	9		-9	2303	1326	-977	183	97	-86
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	23	74	51	2		-2	3		-3	194	82	-112	51	20	-31
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	200	288	88	29	34	5	65	45	-20	1700	1275	-425	380	329	-51
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	77	126	49	11	10	-1	13	7	-6	426	514	88	93	86	-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ										350	299	-51			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES										88	84	-4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	1	83	82	1		-1	23	13	-10	3250	2666	-584	142	104	-38
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES		6	6					3	3	731	355	-376	5	51	46
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	11	1	-10	8	8	0	1		-1	4027	3648	-379	291	249	-42
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	2		-2				2		-2	2096	1590	-506	28	33	5
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA				2		-2				2534	1624	-910	522	601	79
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES										69	32	-37	7		-7
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	49	14	-35	22		-22				2222	1726	-496	72	231	159
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES										36	17	-19	3	31	28
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE										174	173	-1			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES										173	171	-2	9		-9
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	72		-72							97		-97	10		-10
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	40		-40							68		-68	5		-5
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	826	1019	193	127	95	-32	414	236	-178	29971	24717	-5254	3044	2918	-126
Porcentaje sobre las notificaciones totales	92%	97%		98%	97%		99%	98%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	898	1054	156	130	98	-32	419	242	-177	29987	24718	-5269	3058	2920	-138

13.7. Otros eventos

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS		
	TUBERCULOSIS		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 13	1	1	0
CESAC 14	10	2	-8
CESAC 18	16	4	-12
CESAC 19	5	2	-3
CESAC 20	1	6	5
CESAC 24	8	6	-2
CESAC 28	4		-4
CESAC 3	1		-1
CESAC 31	4		-4
CESAC 40	11	8	-3
CESAC 41	5		-5
CESAC 5	13		-13
CESAC 6	1		-1
Subtotal (CeSAC)	80	29	-51
Porcentaje sobre las notificaciones totales	13%	7%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	OTROS								
	TUBERCULOSIS			LEPRA			SINDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos									
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	87	45	-42	7	1	-6			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	173	93	-80	2		-2			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	6		-6				4	2	-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	36	3	-33				14	16	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	4	7	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA		10	10						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES		3	3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	9	8	-1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	2	5	3					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	7	8	1						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	2	4	2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH		19	19						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES		9	9						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	10	17	7						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	20	17	-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	4	1	-3						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	1	1	0						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	29	25	-4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	19	23	4						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	22	7	-15						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	24	9	-15	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	40	38	-2						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	15	3	-12						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE							1		-1
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES							6	6	0
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ							2	9	7
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES							6	6	0
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	1		-1						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO								5	5
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN	11	5	-6						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHIN - NO RESIDENTES	13	13	0						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	535	376	-159	10	1	-9	33	45	12
Porcentaje sobre las notificaciones totales	87%	93%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	615	405	-210	10	1	-9	33	45	12

13.8. Respiratorios

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017
CESAC 1	37		-37	2		-2				52		-52
CESAC 11		36	36	13	86	73				1	3	2
CESAC 11 - NO RESIDENTES		23	23		15	15					6	6
CESAC 12	34	2								6	4	
CESAC 13	23	6	-17	61	2	-59				16	1	-15
CESAC 14	35		-35	8		-8				9		-9
CESAC 15	58	28	-30	17	9	-8				22	17	-5
CESAC 16	10		-10	31		-31				17		-17
CESAC 18	198		-198	253	1	-252				40		-40
CESAC 19	288	57	-231	28	37	9				33	22	-11
CESAC 2	88	3	-85							70	1	-69
CESAC 20	22	5	-17	27	6	-21				18	11	-7
CESAC 22	3		-3	20		-20				15		-15
CESAC 24	14	114	100	11	85	74				17	44	27
CESAC 27	17	1	-16	58		-58				15		-15
CESAC 28	2		-2	33	6	-27				6		-6
CESAC 3	67		-67							40		-40
CESAC 30	48		-48	21		-21				13		-13
CESAC 31	23	7	-16	96	33	-63				7	13	6
CESAC 34	21		-21	200	28	-172				8		-8
CESAC 35	33		-33	3		-3				19		-19
CESAC 39	51		-51	13		-13				9		-9
CESAC 4	34		-34	3		-3				7		-7
CESAC 40	62	17	-45	3	18	15				25	16	-9
CESAC 41	13	9	-4	19	24	5				29	3	-26
CESAC 5	36		-36	6		-6				21		-21
CESAC 6	44	1	-43	112	5	-107				18	3	-15
CESAC 7	34		-34	7		-7				18		-18
CESAC 8	51		-51							15		-15
CESAC 9	149	65	-84		16	16	84		-84	53	25	-28
Subtotal (CeSAC)	1495	374	-1089	1045	371	-674	84	0	-84	619	169	-448
Porcentaje sobre las notificaciones totales	12%	6%		4%	3%		3%	0%		9%	4%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	RESPIRATORIAS											
	BRONQUIOLITIS EN MENORES DE 2 AÑOS			ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI)			INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)			NEUMONÍA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos												
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES					20	20						
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ	54	17	-37	171	153	-18	148	64	-84	142	160	18
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES	45	13	-32	182	164	-18	170	136	-34	235	265	30
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC	227	6	-221	120	18	-102				148	9	-139
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	580	24	-556	291	136	-155				394	50	-344
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA	70	28	-42	2873	1215	-1658	131	48	-83	179	59	-120
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES	760	296	-464	4810	1929	-2881	183	91	-92	371	171	-200
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	199	247	48	160	452	292	60	75	15	101	177	76
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	42	77	35	26	89	63	14	20	6	18	39	21
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	129	129	0	298	1197	899	44	45	1	107	148	41
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	127	114	-13	173	695	522	38	20	-18	67	67	0
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI	26	20	-6	11	44	33	12	8	-4	124	40	-84
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES	71	21	-50	6	3	-3	7	7	0	112	30	-82
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	116	386	270	1	32	31	4		-4	40	138	98
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	95	324	229	8	45	37	1		-1	47	112	65
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	436	104	-332	81	142	61	61	1	-60	117	54	-63
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES	84	24	-60	36	38	2	26	2	-24	139	23	-116
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU	60	10	-50	395	145	-250	20		-20	168	38	-130
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES	24	6	-18	58	13	-45	2		-2	27	14	-13
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO	493	129	-364	2776	790	-1986	134	130	-4	134	105	-29
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES	202	73	-129	691	305	-386	33	29	-4	19	15	-4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ	150	150	0	168	126	-42				168	116	-52
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES	70	71	1	62	43	-19				41	45	4
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL	330	213	-117	1153	776	-377	29	68	39	203	107	-96
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES	115	33	-82	292	91	-201	5	1	-4	44	15	-29
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	349	237	-112	420	410	-10	4	19	15	220	130	-90
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	621	407	-214	359	334	-25	6	32	26	228	109	-119
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	268	311	43	1583	1146	-437	187	134	-53	501	532	31
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	130	152	22	309	218	-91	94	62	-32	197	154	-43
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	2091	683	-1408	479	346	-133	337	184	-153	315	326	11
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	30	4	-26	2	8	6	4		-4	5		-5
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE	471	358	-113	187	94	-93		31	31	69	52	-17
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES	2000	1242	-758	655	199	-456		120	120	190	257	67
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ	263		-263	549		-549	59		-59	142		-142
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES	338		-338	626		-626	312		-312	178		-178
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	61	22	-39				8	12	4	1		-1
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	72	27	-45				22		-22			
SANATORIO MITRE								48	48			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO	231	161	-70	2996	2126	-870	270	268	-2	912	812	-100
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	11430	6119	-5311	23007	13542	-9465	2425	1655	-770	6103	4369	-1734
Porcentaje sobre las notificaciones totales	88%	94%		96%	97%		97%	100%		91%	96%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	12925	6493	-6400	24052	13913	-10139	2509	1655	-854	6722	4538	-2182

13.9. Transmisión vertical

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 24		1	1			
CESAC 40	1	1	0	2		-2
CESAC 9		1	1			
Subtotal (CeSAC)	1	3	2	2	0	-2
Porcentaje sobre las notificaciones totales	1%	3%		2%	0%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	TRANSMISIÓN VERTICAL					
	SÍFILIS CONGÉNITA			CHAGAS AGUDO CONGÉNITO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CTRO MED SEGUROLA SA - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES		2	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA	8	4	-4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES	2	1	-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD	3	5	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES	2	6	4			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI		2	2	2	2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES		5	5	1	1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH	6	4	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	7	2	-5			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND	2	3	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA	3	5	2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES	15	12	-3			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA	8	6	-2			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES	13	2	-11			
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO	34	27	-7	22		-22
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES	8		-8	8		-8
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		1	1			
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA	12		-12	27		-27
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES	21		-21	37		-37
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	145	89	-56	94	3	-91
Porcentaje sobre las notificaciones totales	99%	97%		98%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	146	92	-54	96	3	-93

13.10. Zoonosis y transmitidas por vectores

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y VECTORIALES					
	DENGUE AGRUPADO			DENGUE CLÁSICO		
Establecimientos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
CESAC 1	9		-9	3	3	0
CESAC 13	5		-5		2	2
CESAC 14	1		-1		2	2
CESAC 15				4		-4
CESAC 16	2		-2		1	1
CESAC 18	50		-50	57	5	-52
CESAC 19	5		-5	1	3	2
CESAC 20	5		-5	2	1	-1
CESAC 24	16		-16	1	4	3
CESAC 28	8		-8	3		-3
CESAC 30	26		-26			
CESAC 31	1	2	1	3		-3
CESAC 35	26		-26		1	1
CESAC 39	1		-1			
CESAC 4				1		-1
CESAC 5	1		-1	20		-20
CESAC 6	1		-1	1		-1
CESAC 7	5		-5	8		-8
CESAC 8	57		-57	2	3	1
CESAC 9	1		-1			
Subtotal (CeSAC)	220	2	-218	106	25	-81
Porcentaje sobre las notificaciones totales	3%	8%		2%	4%	

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	ENCEFALITIS POR ARBOVIRUS			BRUCELOSIS			LEISHMANIASIS MUCOSA			LEISHMANIASIS VISCERAL			TRIQUINOSIS			DENGUE AGRUPADO			FIEBRE CHIKUNGUNYA		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ													1		-1	1413		-1413			
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES					11	11		1	1		1	1	30	1	-29	801		-801	2		-2
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES	1		-1		2	2				2	1	-1		1	1					2	2
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA					1	1										93		-93			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES					1	1										8		-8	1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA																	1	1	2		-2
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES					1	1													1		-1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD																396		-396		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SARFIELD - NO RESIDENTES																6		-6			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI																482		-482			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES																24		-24			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH																7		-7			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND																151		-151		1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU																154		-154			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO																280		-280			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ																364	6	-358			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ - NO RESIDENTES																	9	9			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL																266		-266			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA																706		-706			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA																107		-107			
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES												1									
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO																763	7	-756			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE																17		-17			
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES																57		-57			
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ																				1	1
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES					1																
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO																24		-24			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES																5		-5			
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	1	0	-1	1	16	15	0	1	1	3	2	-1	31	2	-29	6124	23	-6101	6	5	-1
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%			100%	100%			100%		100%	100%		100%	100%		97%	92%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	0	-1	1	16	15	0	1	1	3	2	-1	31	2	-29	6344	25	-6319	6	5	-1

Notificaciones hasta la SE 25 Casos Acumulados CIUDAD DE BUENOS AIRES Años 2016 - 2017	ZONOSIS Y TRANSMITIDAS POR VECTORES																				
	HIDATIDOSIS			LEISHMANIASIS CUTÁNEA			LEPTOSPIROSIS			PSITACOSIS			DENGUE CLÁSICO			HANTAVIROSIS			PALUDISMO		
	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos	2016	2017	Dif. De Casos
Establecimientos																					
CLIN FINOCHIETTO CENTRAL DE CIRUGIA														35	-35						
FUNCEI													80	-80							
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ		1	1							4	4	236	47	-189				1	1	0	
HOSP DE INFECCIOSAS F. MUÑIZ - NO RESIDENTES				1		-1	1	1	0	1	8	7	294	77	-217		1	1	2	2	
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC													140	4	-136						
HOSP DE PEDIATRIA PROF DR J. GARRAHAN - SAMIC - NO RESIDENTES							1	3	2				214	9	-205		1	1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA													114	16	-98						
HOSP GENERAL DE AGUDOS A. ZUBIZARRETA - NO RESIDENTES								1	1				241	20	-221						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA													548	26	-522						
HOSP GENERAL DE AGUDOS B. RIVADAVIA - NO RESIDENTES													101	10	-91						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD													214	5	-209						
HOSP GENERAL DE AGUDOS D. VELEZ SANSFIELD - NO RESIDENTES													200	2	-198						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI													230	7	-223						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DONACION F. SANTOJANNI - NO RESIDENTES								1	1				79	1	-78						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH													74		-74						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. ARGERICH - NO RESIDENTES	1		-1				2	1	-1				24		-24						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND		1	1										84	5	-79						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR C. DURAND - NO RESIDENTES		1	1										19	7	-12						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU													68	21	-47						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR E. TORNU - NO RESIDENTES													22	6	-16						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO													151	15	-136						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR I. PIROVANO - NO RESIDENTES							1		-1				54	5	-49	1		-1			
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR J. A. FERNANDEZ													8	8							
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - CAPITAL													245	3	-242						
HOSP GENERAL DE AGUDOS DR T. ALVAREZ - NO RESIDENTES								1	1				38	1	-37					1	1
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA								1	1				26	11	-15						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. A. PENNA - NO RESIDENTES				1		-1							19	14	-5						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA													89	12	-77						
HOSP GENERAL DE AGUDOS J. M. RAMOS MEJIA - NO RESIDENTES													92	5	-87						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO										1		-1	293	32	-261						
HOSP GENERAL DE AGUDOS P. PIÑERO - NO RESIDENTES													37		-37						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE		1	1										48	3	-45						
HOSP GENERAL DE NIÑOS P. DE ELIZALDE - NO RESIDENTES													162	18	-144						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ													77	5	-72						
HOSP GENERAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ - NO RESIDENTES		2	-2										126		-126						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA													3		-3						
HOSP MATERNO INFANTIL R. SARDA - NO RESIDENTES													3		-3						
SANATORIO MITRE														17	17						
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO													462	92	-370	1	1	0			
SOC ITALIANA DE BENEF -HOSP ITALIANO - NO RESIDENTES													196	30	-166						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHINI													30		-30						
UOCRA - CLIN VICTORIO FRANCHINI - NO RESIDENTES													36	5	-31						
Subtotal (Hospitales Públicos y establecimientos privados y OOSS)	3	4	1	2	0	-2	5	9	4	2	12	10	5169	574	-4595	2	3	1	1	4	3
Porcentaje sobre las notificaciones totales	100%	100%		100%			100%	100%		100%	100%		98%	96%		100%	100%		100%	100%	
Total CIUDAD DE BUENOS AIRES	3	4	1	2	0	-2	5	9	4	2	12	10	5275	599	-4676	2	3	1	1	4	3