



  /gcba

buenosaires.gob.ar

# Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 95 Año III / 15 de Junio de 2018  
Información hasta SE 22

Gerencia Operativa de Epidemiología  
SSPLSAN



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

## **AUTORIDADES CABA**

### **Jefe de Gobierno**

Lic. Horacio Rodríguez Larreta

### **Vicejefe de Gobierno**

Cont. Diego Santilli

### **Ministerio de Salud**

Dra. Ana María Bou Pérez

### **Subsecretaría de Planificación Sanitaria**

Dr. Daniel Carlos Ferrante

### **Gerencia Operativa de Epidemiología**

Mg. Julián Antman

## EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

### Integrantes del Equipo de trabajo

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

### Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiología

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

### Data Entry

Germán Adell  
 Marco Muñoz  
 Rosalía Paez Pérez  
 Bianca Spirito  
 Christian Turchiaro

ISSN 2545-6792 (en línea)

ISSN 2545-7004 (correo electrónico)

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

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>  
[gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar](mailto:gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar)  
 Tel.: 4123-3240

**Monasterio 480, CABA**

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

#### Quino

Nació en Mendoza en 1932. Humorista Gráfico e historietista. Estudió en la escuela de Bellas Artes de Mendoza. Publicó su primera página de humor en el semanario *Esto Es*, a partir de entonces empezó a publicar en medios como: *Leoplán*, *TV Guía*, *Vea y Lea*, *Damas y Damitas*, *Usted*, *Panorama*, *Adán*, *Atlántida*, *Che*, el diario *Democracia*, entre otros. En 1954 publicó regularmente en *Rico Tipo* y luego en *Tía Vicenta* y *Dr. Merengue*. En 1963 nace el personaje de Mafalda, la misma se publicó por primera vez en *Leoplán*, luego en el semanario *Primera Plana* y en el diario *El Mundo*. Mafalda, al igual que sus otros personajes, reflejó las vicisitudes de nuestro país y del mundo en los últimos cincuenta años. Cercanos al imaginario de varias generaciones, sus creaciones se destacaron por la preocupación por la política mundial y otras significaciones de gran importancia social. Los protagonistas de sus viñetas suelen ser gente común que mediante escenas alegóricas visibilizaron con empatía la miseria y el absurdo de la condición humana y las instituciones, develando sus fallos y limitaciones. Las historietas de Quino fueron editadas en formato libro y traducidas a distintos idiomas, recibió variados premios internacionales y expuso sus trabajos en muestras y exposiciones en distintos países de Latinoamérica y Europa. En 2005, la plaza que se encuentra en Santos Dumont y Conde -Colegiales- fue bautizada con el nombre Mafalda. En 2008, la empresa Subterráneos de Buenos Aires construyó un mural de azulejos integrado con los personajes de Mafalda a lo largo del pasillo que une las estaciones Perú y Catedral. En 2009, en la esquina de Defensa y Chile -San Telmo - se inauguró una escultura del mencionado personaje realizada por el artista Pablo Irgang.

# INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES .....	6
EDITORIAL.....	7
I. EL BES.....	8
I.1. INTRODUCCIÓN.....	8
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS .....	8
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS <sup>2.0</sup> .....	8
I.2.B. Otras fuentes .....	8
II. RESUMEN EJECUTIVO .....	9
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO .....	10
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS .....	12
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL .....	12
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO .....	12
IV.3. GASTROENTÉRICAS .....	12
IV.4. HEPATITIS .....	12
IV.5. INMUNOPREVENIBLES.....	12
IV.6. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS.....	13
IV.7. OTRAS.....	13
IV.8. ZONÓTICAS Y POR VECTORES .....	13
V. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO AEDES AEGYPTI .....	14
V.1. INTRODUCCIÓN.....	14
V.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAA .....	14
V.1.B. Nota metodológica .....	14
V.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL.....	14
V.2.A. Situación regional (sin actualización en este BES) .....	15
V.2.A.i. Fiebre Amarilla en Brasil .....	15
V.2.B. Situación actual en Argentina .....	15
V.1. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-23).....	16
V.1.A. Antecedentes y situación actual.....	17
V.1.B. Dengue .....	20
V.1.C. Fiebre amarilla.....	23
V.1.D. Zika .....	23
V.1.E. Fiebre Chikungunya .....	23
VI. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS .....	24
VI.1. INTRODUCCIÓN.....	24
VI.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA .....	24
VI.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS .....	25
VI.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA .....	25
VI.4.A. Enfermedad Tipo Influenza (ETI) .....	26
VI.4.B. Bronquiolitis en menores de 2 años .....	26
VI.4.C. Neumonía .....	27
VI.4.D. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).....	28
VI.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS .....	28
VI.6. AVANCE SEMANAL DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL HASTA LA SE 23.....	31
VII. VIGILANCIA DE SÍFILIS .....	32
VII.1. INTRODUCCIÓN.....	32
VII.1.A. Definiciones de caso.....	33
VII.1.B. Modalidad de notificación .....	34
VII.1.C. Seguimiento clínico .....	35
VII.2. NOTA METODOLÓGICA .....	35
VII.3. SITUACIÓN NACIONAL .....	35

VII.4.	ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 22 .....	35
VII.5.	ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 22 .....	37
VII.5.A.	<i>Sífilis congénita</i> .....	37
VII.5.B.	<i>Sífilis en embarazadas</i> .....	40
VIII.	VIGILANCIA DEL SINDROME URÉMICO HEMOLITICO .....	44
VIII.1.	SITUACIÓN CIUDAD DE BUENOS AIRES 2010-2016. ....	44
VIII.2.	SITUACIÓN NACIONAL .....	44
VIII.3.	ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017 -2018 HASTA LA SE 22 .....	45
IX.	PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TBC.....	49
I.	INTRODUCCIÓN .....	52
1.1	JUSTIFICACIÓN DEL PLAN OPERATIVO .....	52
1.1.1	<i>Generalidades</i> .....	52
1.1.2	<i>Antecedentes</i> .....	52
1.1.3	<i>Priorización</i> .....	52
2	OBJETIVOS .....	52
2.1	GENERALES.....	52
2.2	ESPECÍFICOS/METAS .....	53
2.2.1	<i>Abordaje integral desde los CESAC</i> .....	53
2.2.2	<i>Conocimiento evaluación y derivación por los neumotisiólogos</i> .....	53
2.2.3	<i>Incremento de intersectorialidad, monitoreo y capacitación permanente</i> .....	53
3	ACTIVIDADES GENERALES DE ACUERDO A OBJETIVOS.....	53
3.1	ABORDAJE INTEGRAL DESDE LOS CESAC .....	53
3.2	CONOCIMIENTO EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN POR LOS NEUMOTISIÓLOGOS.....	54
3.3	INCREMENTO DE INTERSECTORIALIDAD, MONITOREO Y CAPACITACIÓN PERMANENTE .....	54
4	INDICADORES GENERALES .....	55
5	ACCIONES IMPLEMENTADAS Y PROGRAMADAS .....	55
5.1	BARRIO 31 .....	55
5.2	VILLA 1-11-14 .....	56
5.3	VILLA 20.....	56
5.4	VILLA 21-24 .....	56
5.5	DISPOSITIVO DE TRABAJO PARA EL EQUIPO DE SALUD.....	56
6	ANEXO.....	57
6.1	CIRCUITO GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN FINAL .....	57
6.1.1	<i>Centro de Salud</i> .....	57
6.1.2	<i>Hospital</i> .....	58
6.2	MATERIALES.....	59
6.2.1	<i>Folletería para difusión</i> .....	59
6.2.2	<i>Carnet de seguimiento de tuberculosis</i> .....	60
6.2.3	<i>Díptico</i> .....	61
X.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....	62

## **SOBRE LAS TAPAS DEL BES**

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

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

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

## EDITORIAL

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

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

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

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

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



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

## I. EL BES...

### I.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

#### I.2.A. *Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS*<sup>2.0</sup>

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

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

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

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



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



## II. RESUMEN EJECUTIVO

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

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

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

**En este boletín se presenta como documento especial el [Plan Integrado de Abordaje de la Tuberculosis en la CABA](#)**

Además los siguientes informes mensuales:

- Situación [Sífilis Congénita y en embarazadas](#)
- Situación [Síndrome Urémico Hemolítico \(SUH\)](#)
- Como todos en todos los BES actuales: Situación ETMAa y Respiratorias

### Resumen cualitativo del BES

En líneas generales se observa una disminución de la notificación en la mayoría de los grupos de eventos. Este descenso podría atribuirse, en parte, a la reciente implementación del SNVS<sup>2.0</sup> como vía de notificación oficial.

Respecto del grupo de eventos inmunoprevenibles, coqueluche disminuyó su notificación en relación al año anterior. Durante los períodos analizados no se encontraron casos confirmados de rubéola o rubéola congénita. Hasta la SE 22 de 2018 se registraron tres casos de sarampión confirmados en la ciudad, dos con antecedente de viaje y un tercero vinculado a la importación. En este contexto se observó un aumento en la sensibilidad del sistema de notificación, con un aumento de los casos sospechosos, mucho de los cuales se encuentran pendientes de clasificación final.

Se observa un aumento en la notificación de casos de hepatitis A, hepatitis C y sin especificar. Tal como se presentó en el BES N°94, este aumento está vinculado con notificaciones de efectores privados.

Cabe destacar la disminución de la notificación en el grupo de evento de enfermedades respiratorias, en especial del evento bronquiolitis en menores de 2 años. Asimismo tanto Chagas agudo congénito como crónico en embarazadas mostraron una disminución del 33% y 45% respectivamente.

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.

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

### III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 22** del corriente año (finalizada el 2 de junio) y se compara con el mismo período del año 2017 mostrando el aumento o descenso en las columnas “diferencia de casos” -donde se presenta la diferencia absoluta entre un año y el otro (por ser menos de 20 casos)- y “variación porcentual” (para los eventos como más de 20 casos).

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 22** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	96	64		-33
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	67	37		-45
	SÍFILIS CONGÉNITA*	VER INFORME SIFILIS			
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	VER INFORME SIFILIS			
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	21	23		10
	ARANEISMO	2	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	125	115		-8
	DIARREAS BACTERIANAS	13	8	-5	
	DIARREAS VIRALES	2	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	2	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	4	25	21	
	HEPATITIS B	32	28		-13
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	24	30		25
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	46	29	-17	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	6	53	47	
	PAF*	0	2	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 22** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
<b>Meningitis y Meningoencefalitis</b>	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	2	2	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	2	5	3	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	7	4	-3	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	2	1	-1	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	5	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	15	5	-10	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	2	1	-1	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	6	-3	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	13	6	-7	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	1	3	2	
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0		
<b>Otras</b>	LEPRA	1	4	3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	VER INFORME SUH			
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	
	TUBERCULOSIS*	393	290		-26
<b>Zoonóticas y por vectores</b>	BRUCELOSIS	1	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa			
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	30	12	-18	
	PSITACOSIS	8	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	34	11	-23	
	PALUDISMO	1	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	4	4	0		

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

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

## IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

### IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	4	0	71	21	96	3	1	58	2	64		-33
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	67	0	0	0	67	37	0	0	0	37		-45
	SÍFILIS CONGÉNITA*	VER INFORME SIFILIS											
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	VER INFORME SIFILIS											

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

Los datos presentados de **Chagas Congénita y en Embarazadas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 73** y hasta la **SE 20 2017-2018** en el **BES N° 93**.

La caracterización de **Sífilis Congénita y en Embarazada** se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

### IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	4	9	8	0	21	2	4	17	0	23		10
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2	0	
	OFIDISMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

### IV.3. GASTROENTÉRICAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	125	0	0	0	125	115	0	0	0	115		-8
	DIARREAS BACTERIANAS	13	0	0	0	13	8	0	0	0	8	-5	
	DIARREAS VIRALES	2	0	0	0	2	3	0	0	0	3	1	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	0	0	0	1	2	0	0	0	2	1	

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

Los datos presentados de **Diarreas de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 21 2017-2018** en el **BES N° 94**.

### IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	4	0	0	0	4	17	2	5	1	25	21	
	HEPATITIS B	18	5	9	0	32	13	0	15	0	28	-13	
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	18	1	5	0	24	19	0	10	1	30	25	
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	8	0	10	0	18	18	

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

Los datos de **Hepatitis virales de 2017-2018** hasta la **SE 21** se presentan en un informe especial en el **BES N° 94**.

### IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	10	0	31	5	46	9	0	19	1	29	-37	
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	5	6	3	0	38	12	53	47	
	PAF*	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	

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

Los datos presentados de **Coqueluche de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 21 2017-2018** en el **BES N° 94**.

#### IV.6. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Meningitis y meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	-2
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	1	0	1	0	2	2	0	3	0	5	-3
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	1	2	0	7	0	0	4	0	4	3
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	2	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	4	0	1	0	5	2	0	0	0	2	3
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	2	1	9	3	15	0	0	4	1	5	10
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	0	1	0	1	2	0	0	0	1	1	1
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	9	0	0	0	9	6	0	0	0	6	3
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	2	7	1	13	1	0	4	1	6	7
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	1	0	0	0	1	1	1	0	1	3	-2
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

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

#### IV.7. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	0	0	1	2	1	1	0	4	3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	VER INFORME SUH											
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	TUBERCULOSIS*	393	0	0	0	393	290	0	0	0	290		-26

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

Los datos presentados de **Tuberculosis de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 76** y hasta la **SE 15 2017-2018** en el **BES N° 88**.

La caracterización de [Síndrome Urémico Hemolítico](#) se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

#### IV.8. ZONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	2	1	1	0	4	3	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa											
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE CHIKUNGUNYA	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE AMARILLA	VER INFORME ETMAa											
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	
	HANTAVIROSI	1	0	29	0	30	1	0	6	5	12	-18	
	PSITACOSIS	4	0	4	0	8	0	0	8	0	8	0	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	LEPTOSPIROSIS	1	4	15	14	34	0	1	7	3	11	-23	
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	3	1	1	0	5	4	
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	4	0	4	0	0	2	2	4	0	

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

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

## V. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL MOSQUITO Aedes Aegypti

### V.1. INTRODUCCIÓN

#### V.1.A. Sobre el informe semanal de las ETMAa

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

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

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

#### V.1.B. Nota metodológica

La presentación sistemática de los datos de las ETMAa tiene como objetivo describir la notificación oficial realizada al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), donde hasta el 28 de abril de 2018 se analiza la integración de los módulos C2 y SIVILA y a partir de esa fecha, los datos provenientes del SNVS 2.0,

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

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

### V.2. SITUACIÓN REGIONAL Y NACIONAL

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

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

## V.2.A. Situación regional (sin actualización en este BES)

### V.2.A.i. Fiebre Amarilla en Brasil

En Brasil, según el último reporte actualizado al 16/05/2018, desde el 1 de julio de 2017 se notificaron 1.266 casos humanos confirmados de fiebre amarilla, con 415 fallecidos<sup>2</sup>. Los estados que notificaron casos confirmados fueron São Paulo (516 casos; 163 defunciones), Minas Gerais (520 casos; 177 defunciones), Rio de Janeiro (221 casos; 71 defunciones), Distrito Federal (1 caso fatal) y Espírito Santo (14 casos; 1 fallecido). En la siguiente tabla se muestra la distribución de los casos notificados según estado de residencia.

**Tabla 1.** Distribución de casos humanos sospechosos de Fiebre Amarilla notificados en Brasil. Periodo 1 julio de 2017 hasta la SE 19 2018\*

REGIÃO	UF (LPI)	CASOS NOTIFICADOS	CASOS DESCARTADOS	CASOS EM INVESTIGAÇÃO	CASOS CONFIRMADOS			
					TOTAL	CURAS	ÓBITOS	LETALIDADE (%)
Norte	Acre	2	1	1				
	Amapá	6	4	2				
	Amazonas	8	6	2				
	Pará	46	33	13				
	Rondônia	9	8	1				
	Roraima	3	3					
	Tocantins	25	17	8				
Nordeste	Alagoas	8	8					
	Bahia	70	45	25				
	Ceará	4	3	1				
	Maranhão	9	7	2				
	Paraíba	5	5					
	Pernambuco	8	5	3				
	Piauí	11	6	5				
	Rio Grande do Norte	5	2	3				
	Sergipe	3	3					
Centro-Oeste	Distrito Federal	81	72	9	1		1	100,0
	Goiás	75	44	31				
	Mato Grosso	14	10	4				
	Mato Grosso do Sul	13	11	2				
Sudeste	Espírito Santo	127	107	20	6	5	1	16,7
	Minas Gerais	1593	900	693	520	343	177	34,0
	Rio de Janeiro	1346	630	716	223	150	73	32,7
	São Paulo	2885	1978	907	516	353	163	31,6
Sul	Paraná	126	119	7				
	Rio Grande do Sul	56	41	15				
	Santa Catarina	51	28	23				
<b>TOTAL</b>		<b>6589</b>	<b>4091</b>	<b>1232</b>	<b>1266</b>	<b>851</b>	<b>415</b>	<b>32,8</b>

Fuente: Informe N°26– 2017-2018. Monitoramento do Período Sazonal da Febre Amarela Brasil – 2017/2018

En el período antes mencionado (julio de 2017 – 16 de Mayo 2018) se registró un número mayor de casos en todo el país respecto a igual periodo del año anterior (julio 2017 a Semana Epidemiológica 19, con notificación de: 771 casos confirmados).

Respecto a las epizootias se confirmaron 752 y 1695 permanecen en estudio; (periodo julio 2017 a semana epidemiológica 19 de 2018). El número de epizootias confirmadas es menor que para el mismo periodo del año anterior (SE 19- 2017: 1.561; SE 19- 2018: 752).

Según la última actualización de OPS (20/03/2018), hasta la fecha, no hay evidencia de que el *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión.<sup>3</sup>

### V.2.B. Situación actual en Argentina<sup>4</sup>

En 2018, hasta la SE 21, se notificaron 6714 casos sospechosos para arbovirosis, de los que 615 tienen antecedente de viaje hacia áreas con circulación activa de arbovirus dentro y fuera del país y 6099 no presentan el antecedente de viaje.

Se registraron casos de dengue sin antecedente de viaje hacia áreas con circulación viral confirmada en 14 provincias del país.

<sup>2</sup> Modificado de: Ministério da Saúde. Informe N°22. Monitoramento de Período Sazonal de Febre Amarela. Brasil 2017-2018. Disponible en <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/09/Informe-FA.pdf>

<sup>3</sup> [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=2178&Itemid=40784&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=2178&Itemid=40784&lang=es)

<sup>4</sup> <http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/BIV410SE22.pdf>



En la provincia de Buenos Aires fue confirmada la circulación del serotipo viral Den 1 en los partidos de Avellaneda, Lomas de Zamora, Morón y Quilmes. Se registraron 67 casos en Avellaneda (47 confirmados y 20 probables); 13 en Morón (7 confirmados y 6 probables); 13 en Lomas de Zamora (10 confirmados y 3 probables) y 59 casos en Quilmes (17 confirmados y 32 probables). Además, se presentaron casos de dengue sin antecedente de viaje en los siguientes partidos: Almirante Brown (7 probables); Berazategui (3 confirmados y 9 probables); Esteban Echeverría (1 probable), Ezeiza (2 confirmados y 2 probables); Florencio Varela (1 confirmado); General San Martín (1 confirmado y 1 probable); Ituzaingó (1 confirmado); José C. Paz (3 probables); La Matanza (27 confirmados y 17 probables); La Plata (1 probable), Lanús (6 confirmados y 2 probables); Merlo (3 confirmados); Moreno (1 probable); Navarro (1 probable); Olavarría (1 probable); Ramallo (1 probable); San Miguel (2 probables); Tigre (2 probables); Tres de febrero (4 confirmados y 8 probables); Vicente López (1 confirmado); Villa Gesell (1 probable).

En Córdoba capital fueron notificados 18 casos de dengue, 17 confirmados y 1 probable (Barrio Jardín).

En Corrientes se registra circulación localizada de virus dengue serotipo Den 1 en las localidades Corrientes capital, Mercedes y Saladas. En la localidad de Corrientes se registraron 60 casos (4 confirmados y 56 probables), en 5 barrios de la ciudad. En Mercedes se notificaron 8 casos de dengue. En la localidad de Saladas se presentaron 46 casos (7 confirmados y 39 probables). Se registraron casos aislados en Virasoro (1 probable) 1 Santo Tomé (1 confirmado y 2 probables).

En la provincia de Chaco registra circulación de virus dengue serotipo Den 1 en los departamentos de 2 de Abril, Chacabuco, O'Higgins, General Belgrano y en la localidad de Resistencia, además de casos en otros 11 departamentos provinciales; con 206 casos (54 confirmados y 152 probables) en 2 de Abril; 177 casos (60 confirmados y 117 probables) en Chacabuco; 31 casos (6 casos confirmados y 25 probables) en O'Higgins; 102 casos (3 confirmados y 99 probables) en Gral. Belgrano. En la ciudad de Resistencia se registra circulación viral en 2 barrios, con 32 casos (10 confirmados y 22 probables). También se registraron 22 casos confirmados y 93 probables en los departamentos de 12 de octubre (10 probables); 9 de Julio (2 confirmados y 16 probables); Almte. Brown (1 probable), Bermejo (4 confirmados y 9 probables), Comandante Fernández (3 confirmados y 16 probables), Fray Justo Sta. Ma. De Oro (6 probables), Gral. Güemes (2 confirmados y 4 probables), Independencia (3 confirmados y 9 probables); Lib. Gral. San Martín (4 probables y 7 confirmados), Mayor Fontana (10 probables); San Fernando (4 confirmados y 4 probables) y San Lorenzo (1 probable).

En Entre Ríos fue confirmada la circulación de virus dengue serotipo Den 1 en Paraná, con 4 casos confirmados y 2 probables. También se registró 1 caso confirmado (Den 1) en Concordia.

En la provincia de Formosa se notificaron 107 casos positivos (21 confirmados y 86 probables) en los departamentos Formosa, Matacos y Patiño. Se registró 1 caso probable en Laguna Blanca (departamento de Pilcomayo). En otras provincias fueron notificados 34 casos con antecedente de viaje a Formosa.

En la provincia de Misiones se notificaron 46 casos confirmados de dengue y 15 probables en Puerto Rico. Además fueron notificados casos en Posadas (8 confirmados y 3 probables) y Puerto Iguazú (9 confirmados).

En la capital de la provincia de Santiago del Estero se registraron 70 casos confirmados y 35 probables de dengue, con identificación de virus dengue serotipo Den 1; fueron notificados 4 casos confirmados y 2 probables sin antecedente de viaje en La Banda y un caso confirmado en Termas de Río Hondo.

En Jujuy fue detectado 1 caso probable en la localidad de Perico.

En Mendoza se notificó 1 caso probable en Godoy Cruz.

En Salta se registraron 2 casos confirmados y 3 probables en el departamento Gral. San Martín, 1 caso probable en San Antonio de los Cobres y 7 casos probables en San Ramón de la Nueva Orán.

En Santa Fe se registraron casos de dengue sin antecedente de viaje en los departamentos Castellanos (1 probable), Gral. Obligado (1 confirmado), Rosario (3 confirmados y 1 probable).

En Tucumán fue notificado 1 caso confirmado en Concepción y un caso probable respectivamente en San Miguel de Tucumán, Quilmes, departamento de Leales y La Ramada.

## V.1. ETMAA EN LA CABA 2017 (SE 26-52)-2018 (SE 1-23)

**Desde el inicio del año hasta el 9 de junio de 2018 (semana Epidemiológica 23) fueron notificados 114 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje.** En la Ciudad de Buenos Aires desde la SE 26 de 2017 (inicio de la temporada 17/18) hasta la SE 23 de 2018 se notificaron un total de 585 casos de ETMAA en residentes de la CABA, incluyendo confirmados, probables, sospechosos y descartados; con



o sin antecedente de viaje. Dentro de ellos se notificaron 508 casos de Dengue, 36 casos de Fiebre Amarilla, 11 de Fiebre Chikungunya y 30 para todos los eventos de infección por Virus Zika.

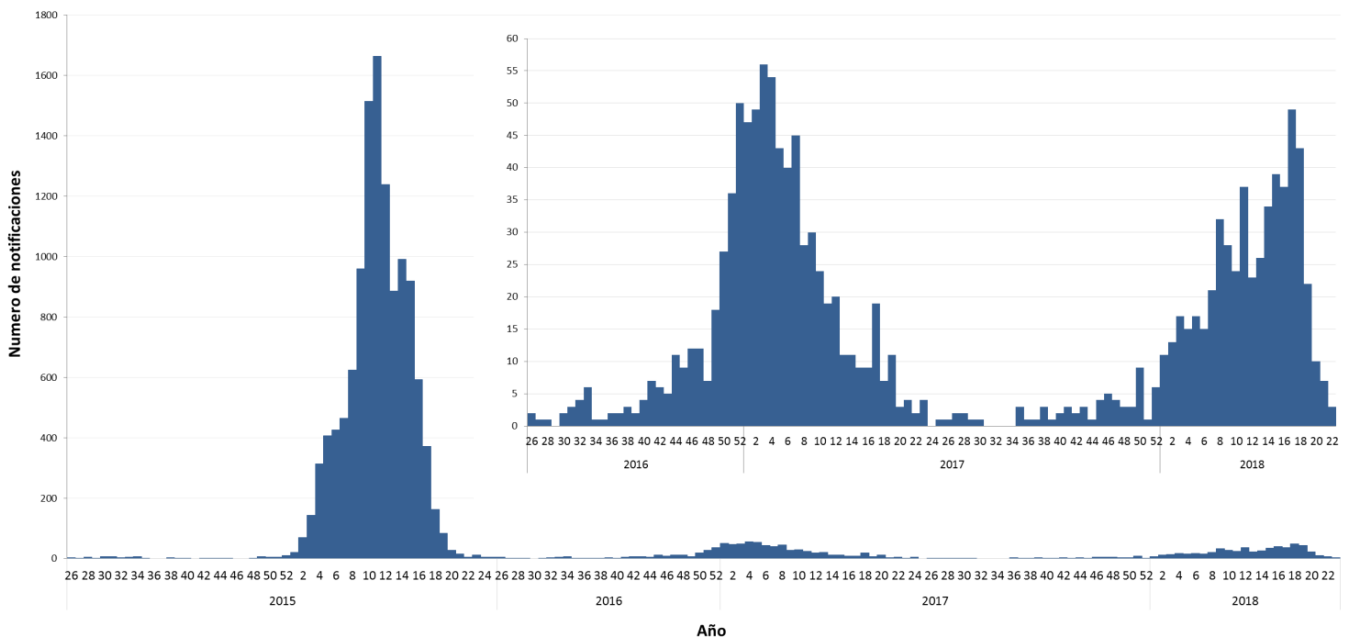
Los casos confirmados de fiebre amarilla en residentes de la CABA son 3, todos CON antecedente de viaje a Brasil.

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

### V.1.A. Antecedentes y situación actual

Se presentan los casos notificados, de residentes de la Ciudad, para todas las ETMAa desde la SE 26 de 2015, los años 2016 y 2017, hasta la SE 23 de 2018. El gráfico en menor escala muestra lo ocurrido desde la SE 26 de 2016 hasta la SE 23 de 2018.

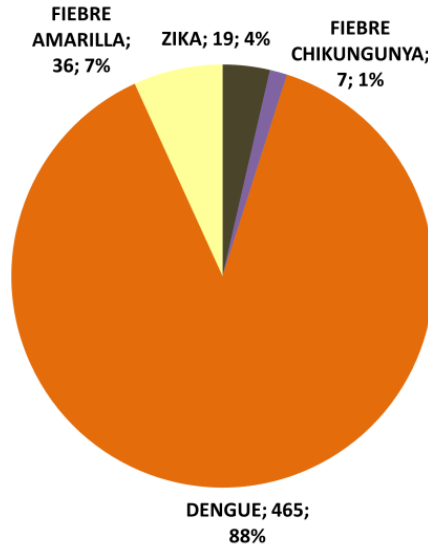
**Gráfico 1.** Casos notificados de ETMAa según semana epidemiológica. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 26-52, n=82)-2016 (SE 1-52, n=12.114)-2017 (SE 1-52, n=653)- 2018 (SE 1-23, n=527).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En el siguiente gráfico se muestran las diferentes frecuencias de notificación por evento para cada ETMAa en las SE 1-23 de 2018, en la que se observa preponderancia del evento dengue (n=465).

**Gráfico 2.** Número y proporción de notificaciones de ETMAa según evento. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-23, 2018 (N=527).

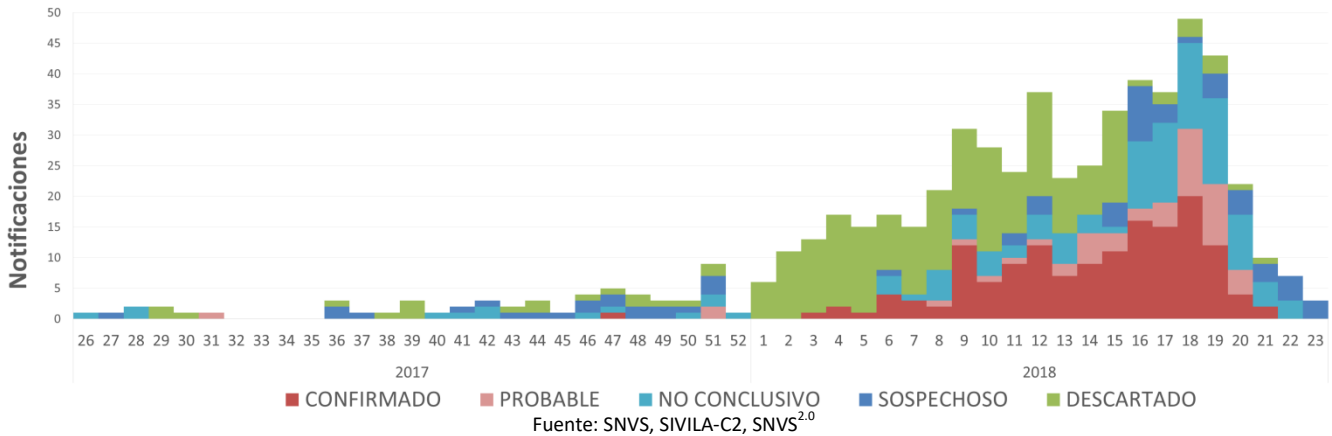


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

De los casos notificados en el período comprendido entre las SE 1 a 23 de 2018, 138 contaron con antecedente de viaje, 218 no presentaron antecedente de viaje y los casos restantes no registraron antecedente al respecto en el SNVS.

El gráfico siguiente muestra la distribución temporal de las notificaciones de ETMAa a lo largo del período correspondiente al segundo semestre de 2017 y el año 2018 hasta la SE 23.

**Gráfico 3.** Notificaciones de ETMAa por SE según criterio diagnóstico. Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2017 (n=58) y SE 1-23; 2018 (n=527).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En el segundo semestre de 2017, la notificación se mantuvo baja, con un incremento leve hacia la SE 51. En 2018 hasta la SE 23 se observa un aumento sostenido de la notificación desde la primera SE del año, con la mayor notificación registrada en la SE 18 y descenso posterior del número de notificaciones.

**Tabla 1.** Notificaciones de ETMAa por evento según criterio diagnóstico. Residentes de la CABA. SE 1-23. 2017-2018.

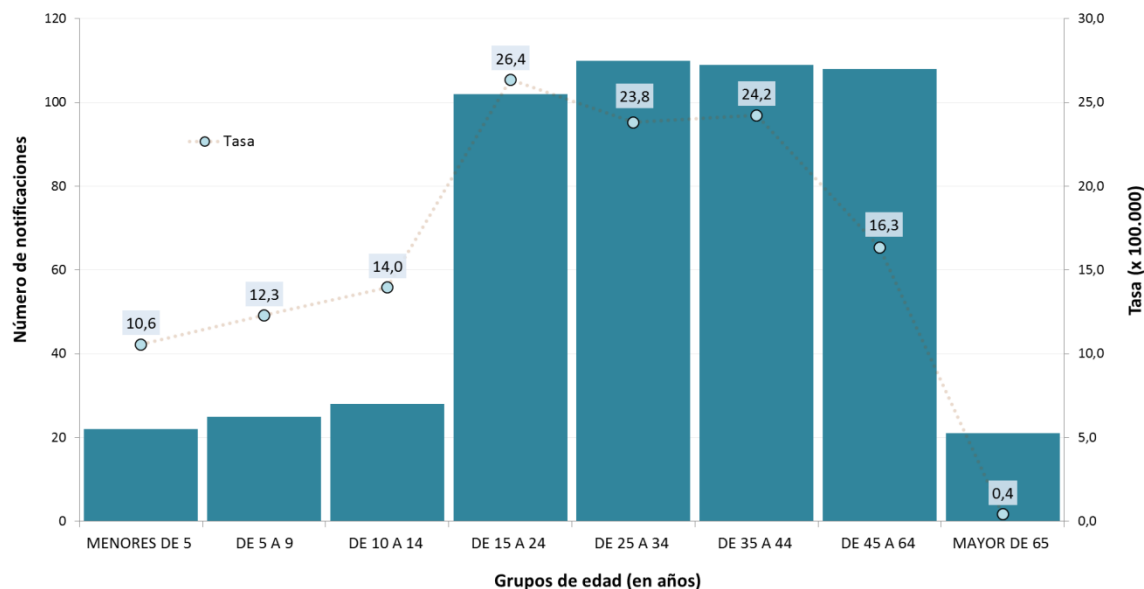
EVENTO	2017				Total	2018				Total	Diferencia de casos
	C	P	S	D		C	P	S	D		
DENGUE SOSPECHOSO	2	32	7	471	512	145	45	103	172	465	-47
FIEBRE CHIKUNGUNYA	0	4	3	32	39	0	0	1	6	7	-32
FIEBRE AMARILLA	0	0	2	0	2	3	0	28	5	36	34
ZIKA: Enfermedad por virus del Zika	1	1	0	23	25	0	1	1	5	7	-18
ZIKA: Infección por virus del Zika en el embarazo	0	1	1	4	6	0	0	3	1	4	-2
ZIKA: Transmisión vertical del virus del Zika SIN síndrome congénito	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
ZIKA: SGB u otros síndromes neurológicos con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ZIKA: Síndrome congénito con sospecha de asoc. con Zika	0	1	0	0	1	0	0	5	2	7	6
ZIKA: Aborto o muerte fetal con sospecha de asoc. con Zika	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	-1
<b>Total general</b>	<b>3</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>532</b>	<b>587</b>	<b>148</b>	<b>46</b>	<b>142</b>	<b>191</b>	<b>527</b>	<b>-60</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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

En las SE 1-23 de 2018 la notificación de casos de ETMAa fue menor que la notificación de igual periodo de 2017 para todos los eventos en vigilancia, con excepción de Fiebre Amarilla y el síndrome congénito con sospecha de asociación con virus del Zika.

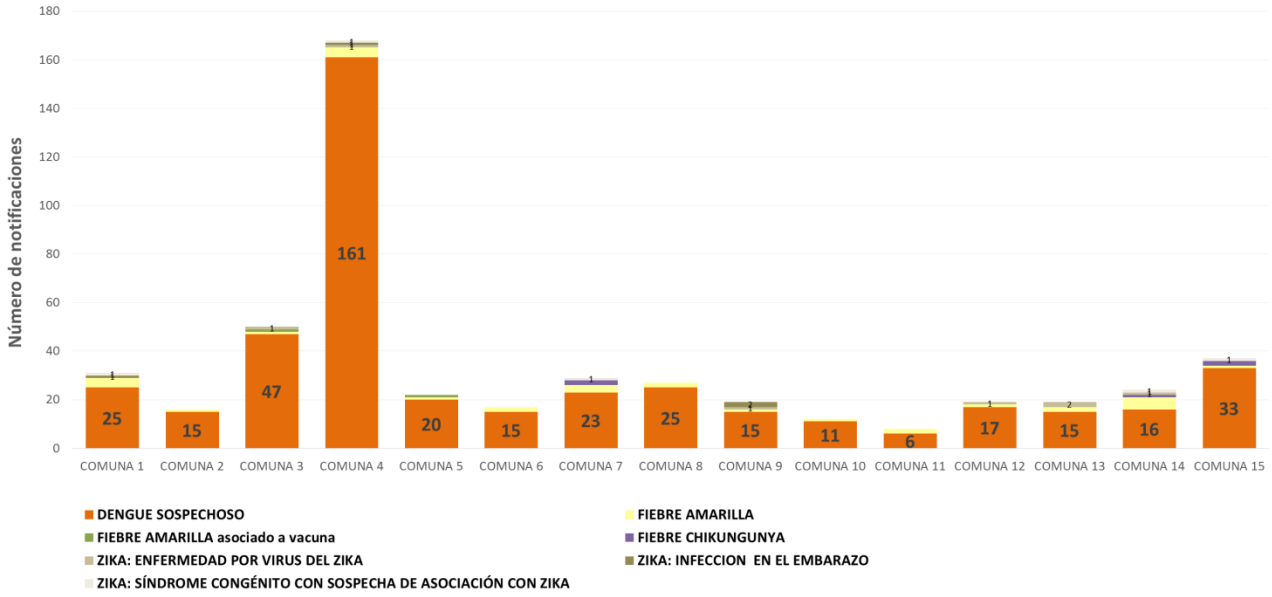
El gráfico siguiente muestra el número de notificaciones por grupos de edad y las tasas correspondientes.

**Gráfico 4.** Notificaciones de casos de ETMAa y tasas específicas cada 100.000 hab. Según grupo de edad. Residentes de la CABA. SE 1-23. 2018 (n=527).Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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

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

**Gráfico 5. Notificaciones de ETMAa según Comuna de residencia y evento.**  
Residentes de la CABA. Entre las SE 1-23. 2018 (n=498)



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

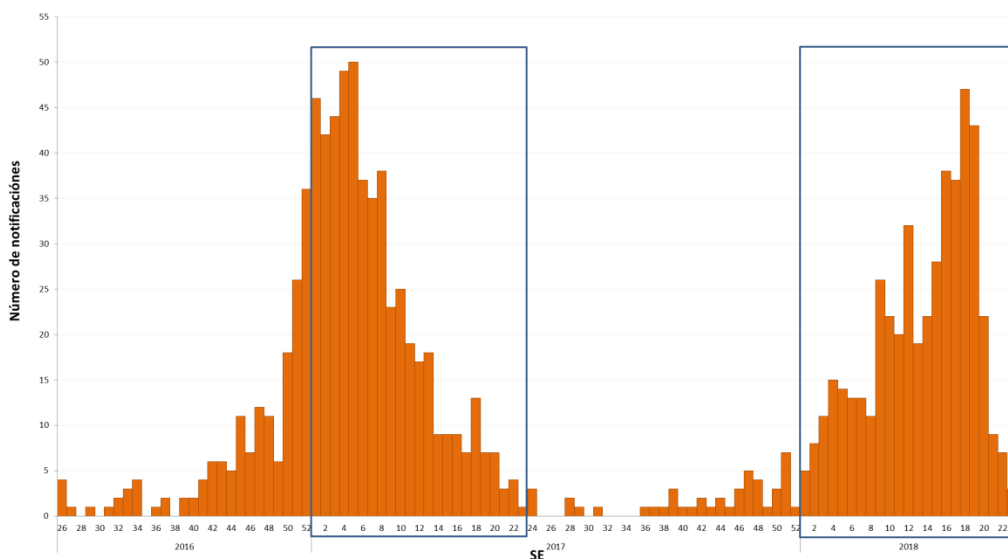
En las SE 1-23 de 2018, se registraron notificaciones para las ETMAa en todas comunas de la Ciudad, siendo la comuna 4 la que presenta el mayor número de notificaciones.

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

### V.1.B. Dengue

A continuación, se presenta la situación en la CABA, desde la SE 26 a la 52 de 2016, SE 1 a 52 de 2017 y SE 1 a 23 de 2018, de los pacientes notificados para Dengue.

**Gráfico 6. Notificaciones de dengue según semana epidemiológica.**  
Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2016 (n=171)- SE 1-52; 2017 (n=557)- SE 1-23; 2018 (n=465).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

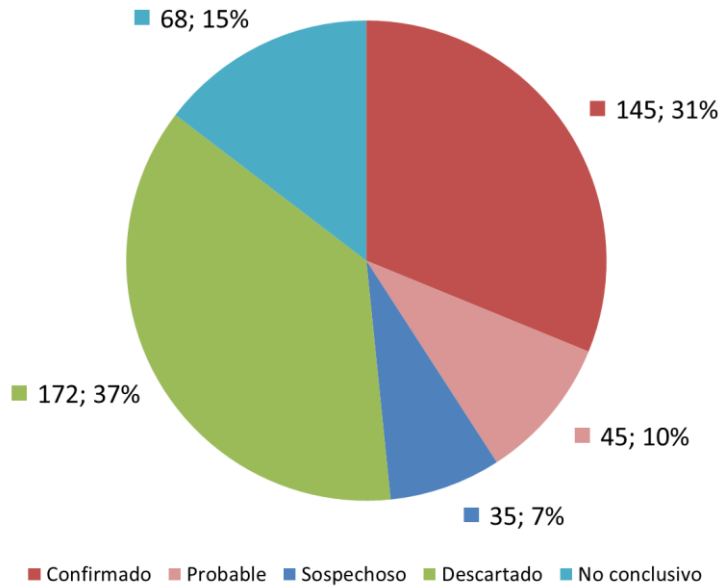
Al comparar las SE 1-23 de los años 2017 y 2018, se observa que las notificaciones fueron mayores para cada una de las SE del año 2017 hasta la SE 8. Desde la SE 9 en adelante los casos semanales notificados en 2018

son superiores a los del año previo, con la mayor frecuencia registrada en SE 18. La notificación de casos se encuentra en descenso desde hace 5 semanas. La fecha de inicio de síntomas del último caso notificado hasta el momento fue el 03/06/2018.

En las SE 1-23 de 2018, se observó un predominio leve de las notificaciones en el sexo femenino (52%).

En el siguiente gráfico se presentan las notificaciones según criterio diagnóstico en las SE 1 a 23 del año 2018.

**Gráfico 7.** Notificaciones de dengue según clasificación. Residentes de la CABA. Entre las SE 1-23; 2018 (n=465).

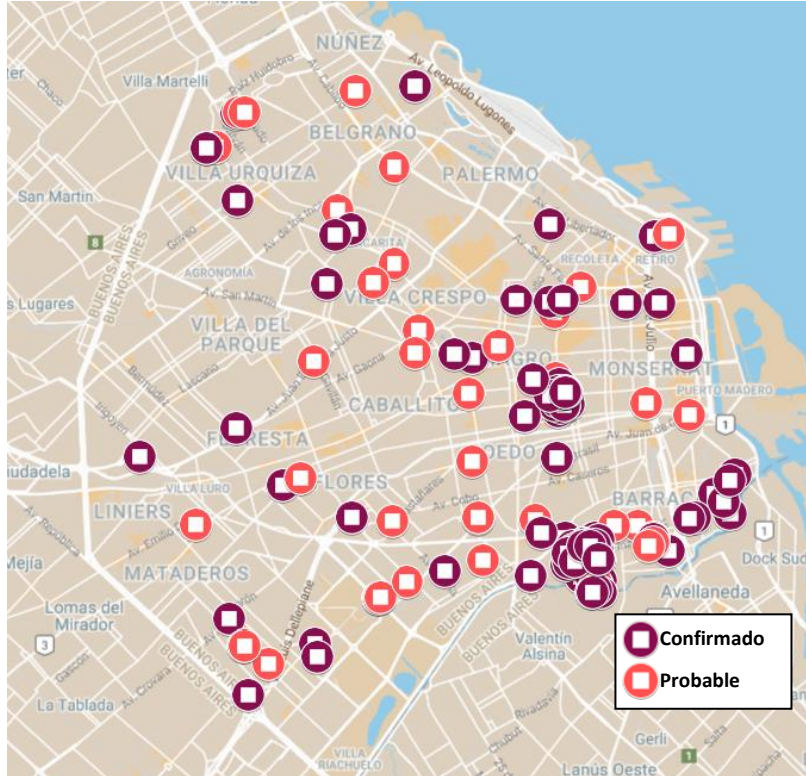


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

Entre los casos con resultados de laboratorio disponibles, en aquellos “no conclusivos”, esto se debe a que requieren una segunda muestra para el diagnóstico de los mismos.

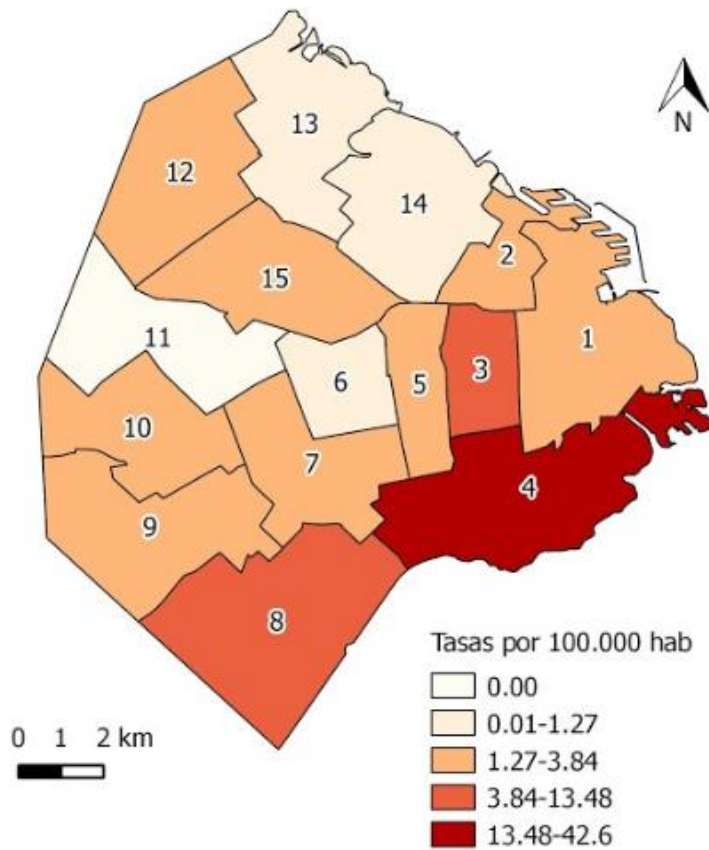
En el siguiente mapa se presenta la distribución geográfica de los casos de dengue, confirmados y probables, desde el inicio de la temporada 2017/18, en SE 26 del año 2017, hasta SE 23 del año 2018, mientras que el mapa 2 da cuenta de la tasa acumulada por comuna en el año 2018 hasta SE 23.

**Mapa 1.** Dengue. Casos confirmados y probables. Residentes de la CABA. Entre las SE 26-52; 2017 (n=4) y SE 1-23; 2018 (n=190).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

**Mapa 2.** Dengue. Casos confirmados y probables. Tasas por 100.000 habitantes por Comuna Residentes de la CABA. SE 1-23; 2018.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

**En 2018, entre las SE 3 y 20, se confirmaron 30 casos de dengue con antecedente de viaje**, con domicilio en 11 comunas de la Ciudad (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13 y 15). Los pacientes habían viajado a Brasil, Cuba, Paraguay, Perú y México y, en nuestro país, a las provincias de Formosa, Corrientes y Misiones. El serotipo detectado fue DEN 1, a excepción de un paciente proveniente de México en el que se detectó serotipo DEN 2 en SE 7.

**Hasta la SE 21 fueron notificados 114 casos de Dengue confirmados en residentes de la Ciudad, sin antecedente de viaje.** La fecha de inicio de síntomas del último caso confirmado hasta el momento fue el 22/05/2018.

Del total de casos sin antecedente de viaje, 67 corresponden al conglomerado de casos de la comuna 4 y 19 al de la comuna 3. Los restantes casos se distribuyen en las comunas 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 12, 13 y 15. El serotipo detectado es DEN 1.

El laboratorio de Referencia Nacional confirmó el caso de **dengue serotipo DEN 2 sin antecedente de viaje** con domicilio en la comuna 15. No fueron detectados otros casos relacionados con el mismo.

En un caso confirmado se encuentra pendiente la certificación del antecedente de viaje.

**Fue asistido en un centro asistencial público de la Ciudad un paciente residente en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, sin antecedente de viaje, en el que se identificó por PCR el serotipo viral DEN 2.** La muestra fue enviada para su confirmación al laboratorio de Referencia Nacional.

### **V.1.C. Fiebre amarilla**

Entre las SE 1-23 del 2018 fueron notificados 36 casos sospechosos de Fiebre Amarilla. En 27 casos se ha constatado el antecedente de viaje, mientras que los restantes no registran dicho dato en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

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

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

### **V.1.D. Zika**

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

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

En las SE 1 a 23 de 2018 se notificaron 19 casos sospechosos de infección por Virus Zika: 7 de Enfermedad por Virus Zika, 4 de infección por Virus Zika en el embarazo, 7 casos de Síndrome Congénito con sospecha de asociación con Virus Zika y un caso de transmisión vertical viral sin síndrome congénito. Diez casos cuentan con el registro de viaje y en los restantes no se registra dicho dato en el SNVS.

Se registró un caso probable de Enfermedad por Virus Zika, con antecedente de viaje a Brasil (Río de Janeiro).

### **V.1.E. Fiebre Chikungunya**

Desde la SE 26 a la 52 de 2017, se notificaron 4 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya en residentes de la Ciudad, el último en SE 44. En relación al antecedente de viaje, 3 cuentan con el mismo y el resto no registra dicho dato en Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Ningún caso resultó confirmado en residentes de la Ciudad.

En las SE 1 a 23 de 2018 se notificaron 7 casos sospechosos de Fiebre Chikungunya, 6 de los cuales fueron descartados.



## VI. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

### VI.1. INTRODUCCIÓN

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

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

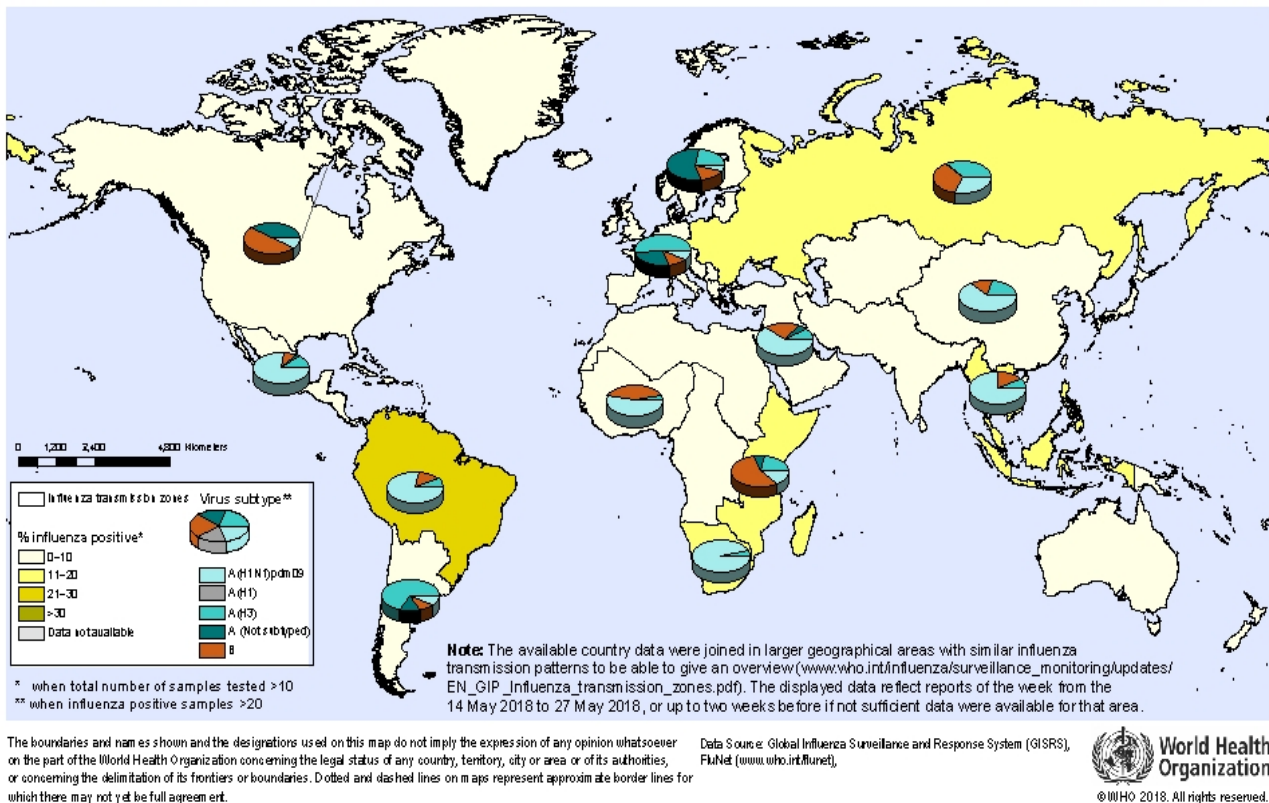
Así mismo, la información completa de la Argentina se encuentra disponible y actualizada semanalmente en el Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de Nación:

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

### VI.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<sup>5</sup>.

**Mapa 1.** Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión  
Actualización al 8 de Junio de 2018



En América del Norte la actividad de influenza inició una pendiente decreciente luego de llegar al valor máximo en semanas previas, según lo esperado para el período, en Canadá, México y los Estados Unidos.

En el Caribe la actividad de influenza aumentó y se reportó una actividad disminuida de VSR en la mayoría de la subregión. En República Dominicana, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 inició una pendiente en descenso.

En América Central los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y VSR se encuentran en descenso en toda la subregión. En Guatemala y Honduras, la

<sup>5</sup>Para obtener más información consultar

[http://www.who.int/influenza/surveillance\\_monitoring/updates/latest\\_update\\_GIP\\_surveillance/en/](http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/)



actividad de influenza continuó elevada con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B, con baja incidencia de neumonía, en general.

En la Sub-región Andina la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable en la sub-región. La actividad de IRAG asociada a influenza continuó elevada en Bolivia, con co-circulación de influenza B y A(H1N1)pdm09.

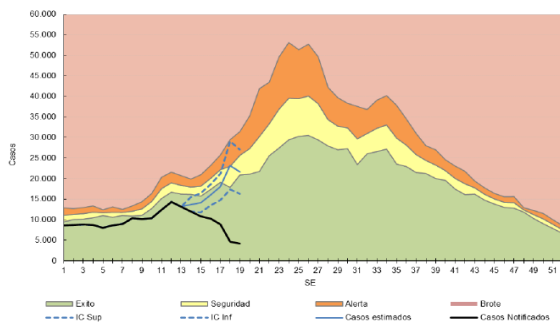
En Brasil y Cono Sur los niveles de influenza y VSR continuaron bajo los niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúa baja, con predominio de influenza B.

Situación Global: La actividad de influenza volvió a los niveles inter-estacionales en la mayoría de los países de la zona templada del hemisferio norte. La actividad aumentó en algunos países del Caribe. En la zona templada del hemisferio sur, la actividad de influenza aumentó, pero se mantuvo por debajo de los umbrales estacionales en la mayoría de los países. A nivel mundial, los subtipos A y B de influenza estacional representaron aproximadamente la misma proporción de detección de influenza.

### VI.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

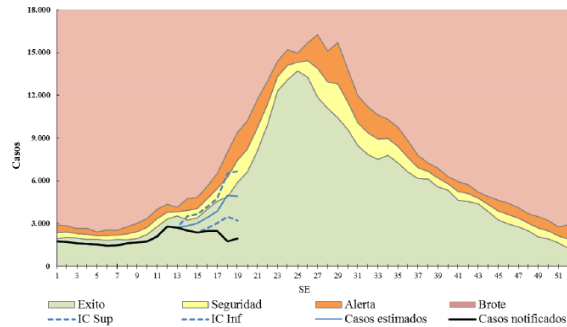
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país, en el año 2018.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE19. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



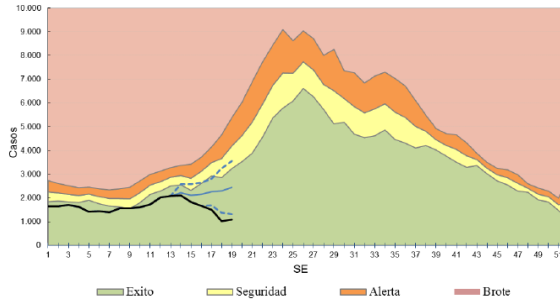
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolititis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE19. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



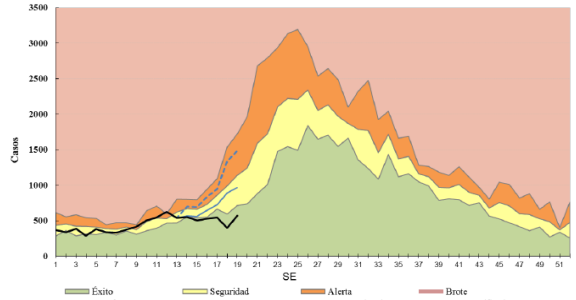
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE19. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG. Curva de 2018 hasta SE19. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



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

### VI.4. SITUACIÓN DE LAS IRA EN LA CABA

#### Nota metodológica:

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

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

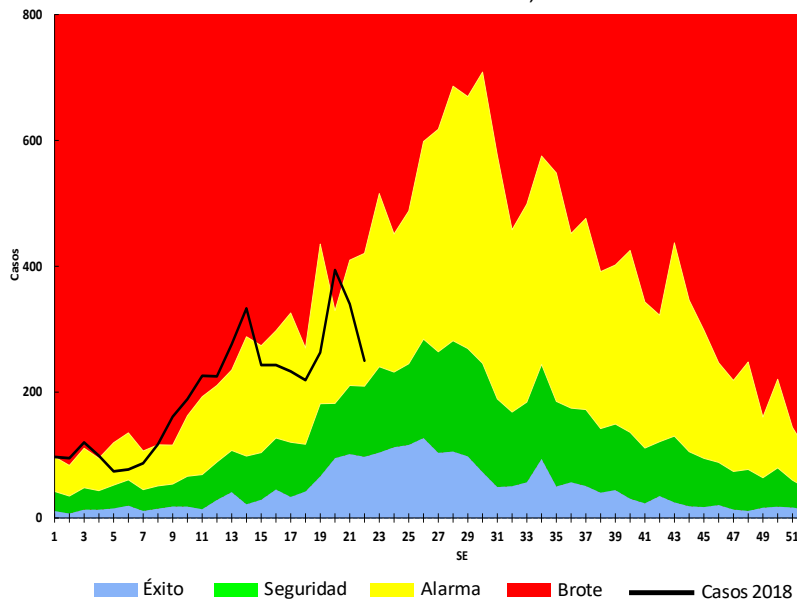
Para las IRA, se eligieron seis hospitales públicos y uno privado, que se considera son representativos del comportamiento de la notificación total. Los Hospitales seleccionados son: Álvarez, Pirovano, Piñero, Zubizarreta, Ramos Mejía, Gutiérrez; y por parte del sector privado el Hospital Italiano.

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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de ETI, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 22 de 2018.

**Grafico 1.** Corredor endémico semanal de Enfermedad tipo Influenza (ETI). Residentes en CABA. Hasta SE 22, año 2018.



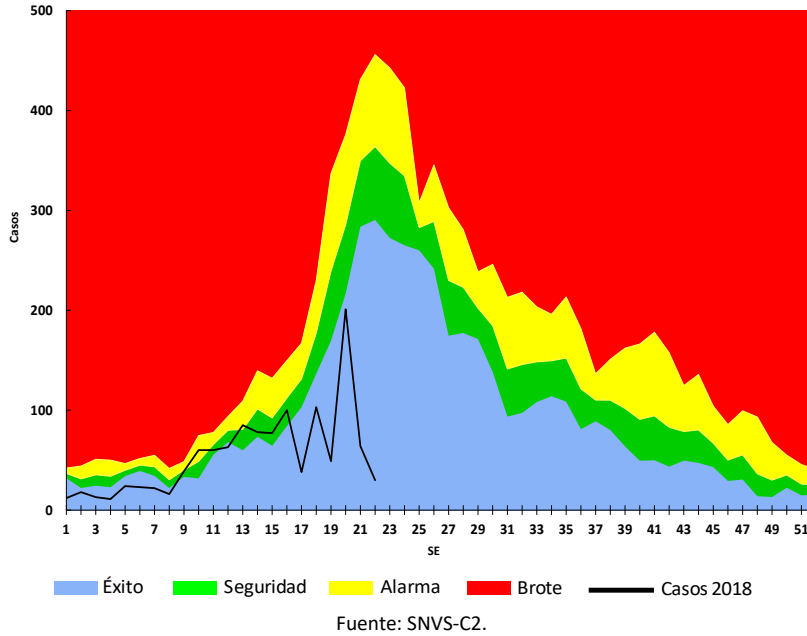
Fuente: SNVS-C2.

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

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de bronquiolitis, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 22 de 2018.

**Gráfico 2.** Corredor endémico semanal de Bronquiolitis en menores de 2 años Residentes en CABA. Hasta SE 22, año 2018.

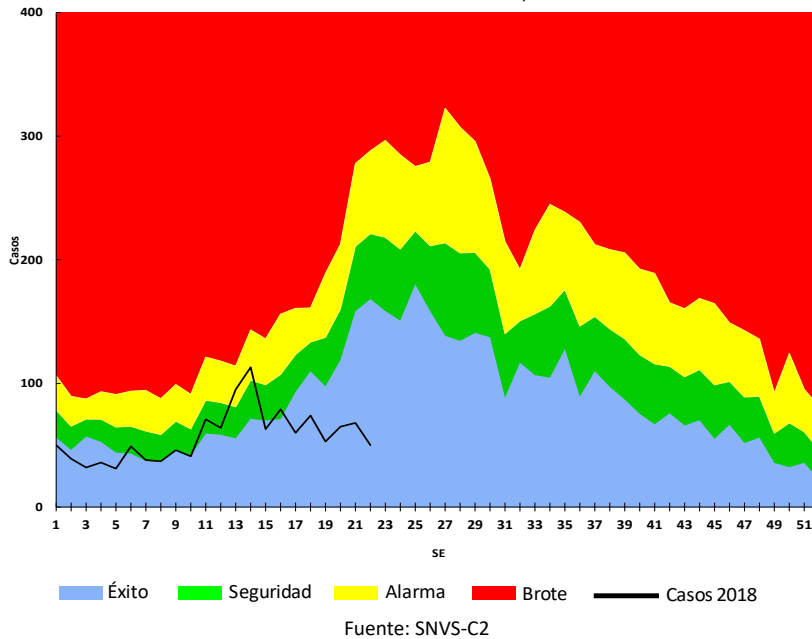


Hasta la SE 22 del corriente año, la curva de casos de bronquiolitis transcurre por zona de éxito, dentro de los valores esperados, pero con marcadas variaciones. La caída de la curva en la última semana refleja el retraso en la notificación por parte de algunos hospitales.

**VI.4.C. Neumonía**

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 de neumonía, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 22 de 2018.

**Gráfico 3.** Corredor endémico semanal de Neumonía. Residentes en CABA. Hasta SE 22, año 2018.

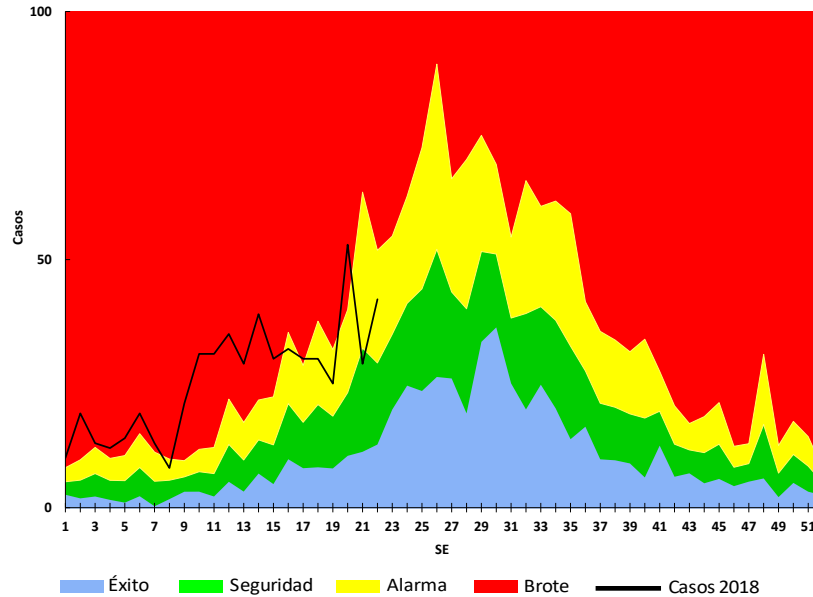


Hasta la SE 22 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurre entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados. La caída de la curva en la última semana refleja el retraso en la notificación por parte de algunos hospitales.

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

A continuación, se presenta el corredor endémico semanal 2018 las IRAG, según nota metodológica y efectores seleccionados, hasta la SE 22 de 2018.

**Gráfico 4.** Corredor endémico semanal de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Residentes en CABA. Hasta SE 22, año 2018.

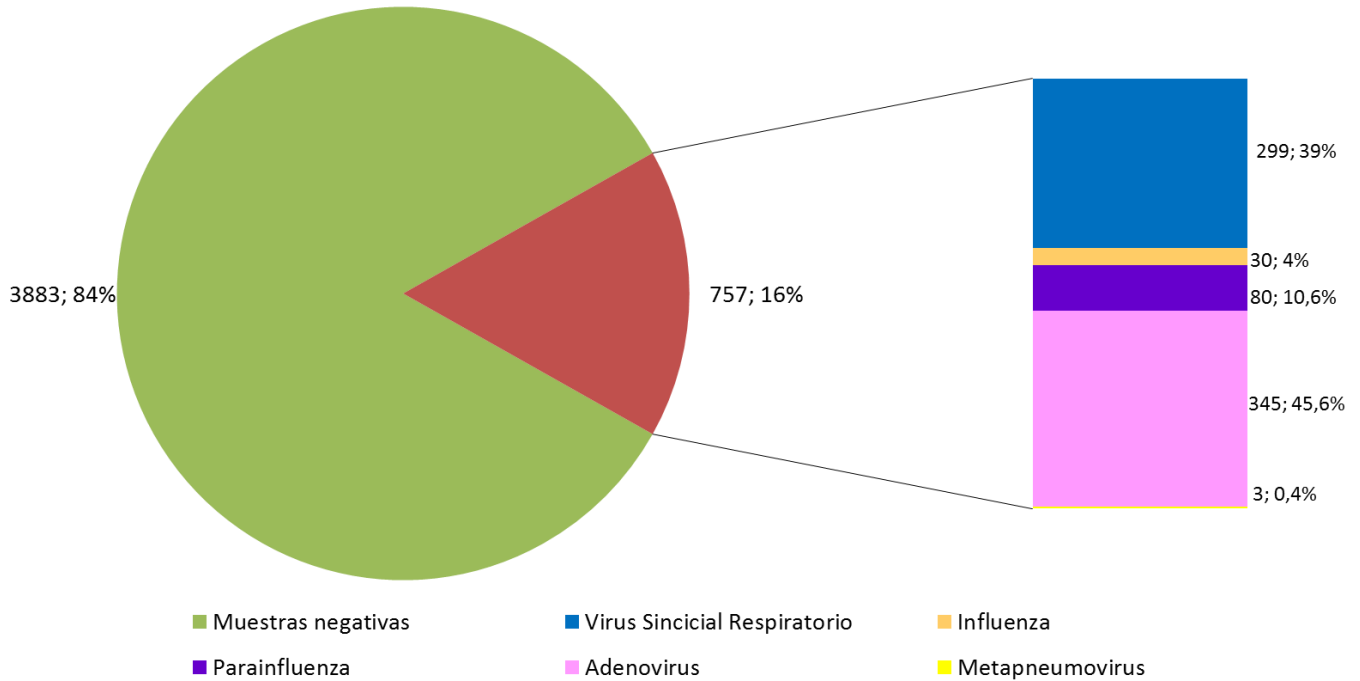


La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año; hasta la SE 3 y entre zonas de alarma y brote entre SE 4 y 9. Desde la semana 9 se inicia una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados. Actualmente, la incidencia también oscila entre ambas zonas mencionadas. El incremento de casos en la última semana, ocurre a pesar del retraso en la notificación por parte de algunos hospitales.

#### VI.5. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

Los datos que se presentan a continuación corresponden a las notificaciones efectuadas al SNVS, módulo de laboratorio SIVILA de pacientes con domicilio de residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se presenta el total de muestras de laboratorio positivas y negativas a virus respiratorios, así como la circulación de los tipos y subtipos de virus respiratorios identificados y el porcentaje de casos confirmados totales, según semana epidemiológica.

**Gráfico 5.** Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones.  
Residentes de la CABA. Hasta SE 22. Año 2018. N=4.640



Fuente: SNVS 2.0-SIVILA

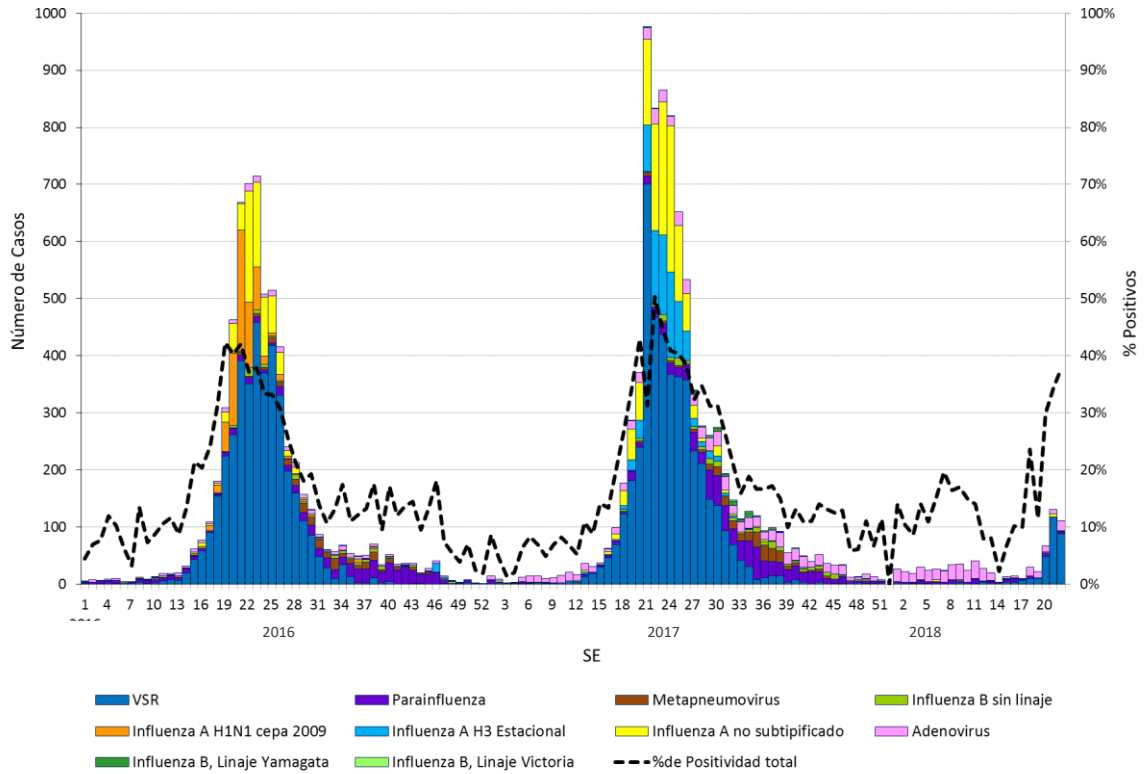
Hasta la SE 22 de 2018, se analizaron 4.640 muestras de las cuales 757 dieron positivas para algún virus.

En el año 2017, hasta la SE 22 el 24% resultó positivo para algún virus. De ellas en el 51% fue Virus Sincial Respiratorio (VSR) el principal virus aislado, seguido de Influenza con el 33,4% del total de las muestras positivas.

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

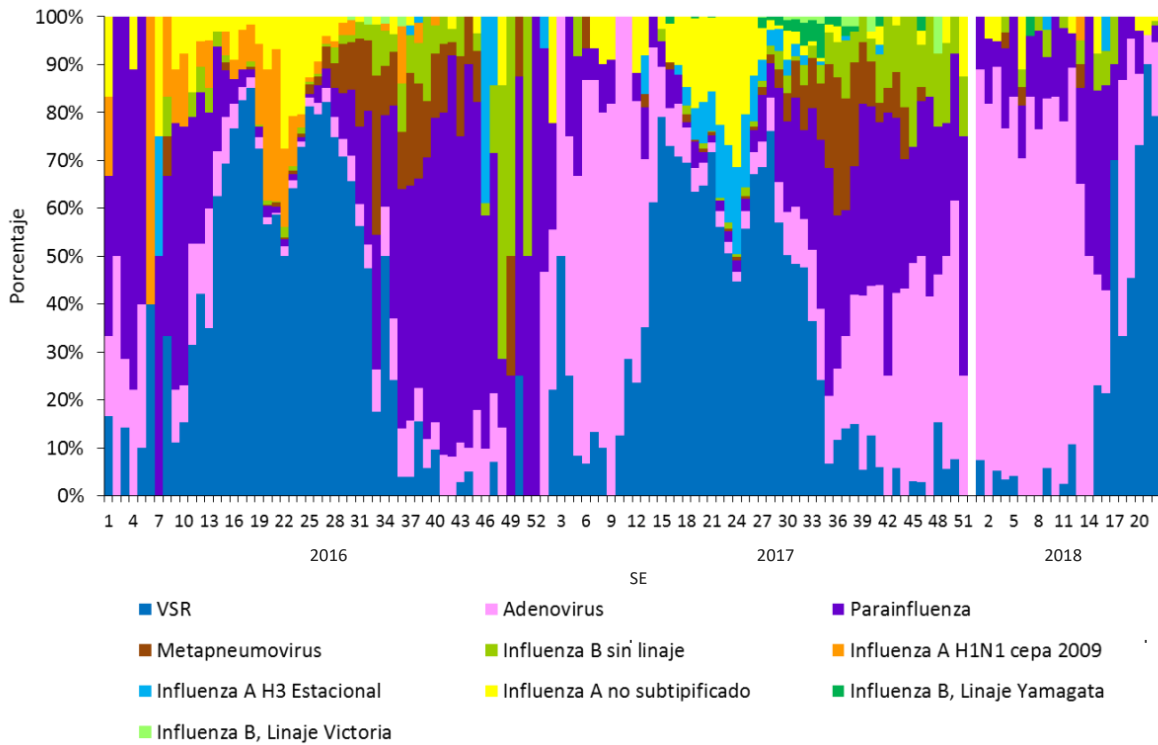
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

**Gráfico 6. Distribución virus respiratorios por SE.**  
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-22; N=757)



Fuente: SNVS-SIVILA

**Gráfico 7. Distribución porcentual de virus respiratorios**  
Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52; N=6.460)-2017 (SE 1-52; N=8.503)-2018 (SE 1-22; N=757).

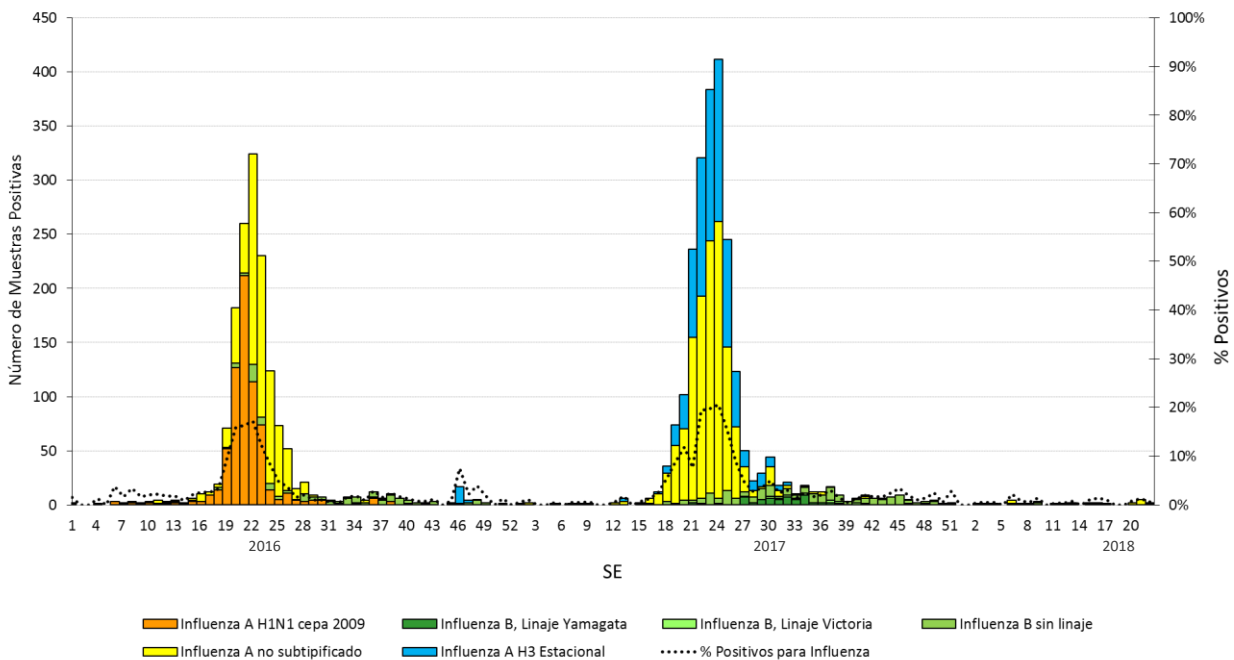


Fuente: SNVS-SIVILA-SNVS<sup>2.0</sup>

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 22 del año 2017 y 2018, se observa similar distribución.

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

**Gráfico 8.** Muestras positivas para Influenza y proporción de positivos sobre muestras analizadas. Residentes de la CABA. Año 2016 (SE 1-52, N=1.545)-2017 (SE 1-51; N=2.293)-2018 (SE 1-22; N=30)



Fuente: SNVS-SIVILA

Hasta la SE 21 de 2018, de las 30 muestras positivas para influenza, 18 resultaron positivas para influenza A y 12 para Influenza B sin linaje y un caso de Influenza B linaje Yamagata.

En el año 2017, hasta la SE 22 se notificaron 438 casos de Influenza A no subtipificado, 148 de Influenza A H3 estacional y 17 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 25% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Del análisis global del año 2017, se observó que el 37% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional. Con respecto a la circulación de Influenza A/H1N1, en el año 2017 no se identificó este virus en el total de muestras analizadas.

**VI.6. AVANCE SEMANAL DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL HASTA LA SE 23.**

**Tabla 2.** Dosis aplicadas de vacuna trivalente estacional. Hasta el 7 de Junio de 2018. Residentes CABA

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS +UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	73.712	16.746	9.495	2.589	28.192	16.104	66.726	79.294

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	280.249	98,3%		30,2%	44,9%	25,6%		

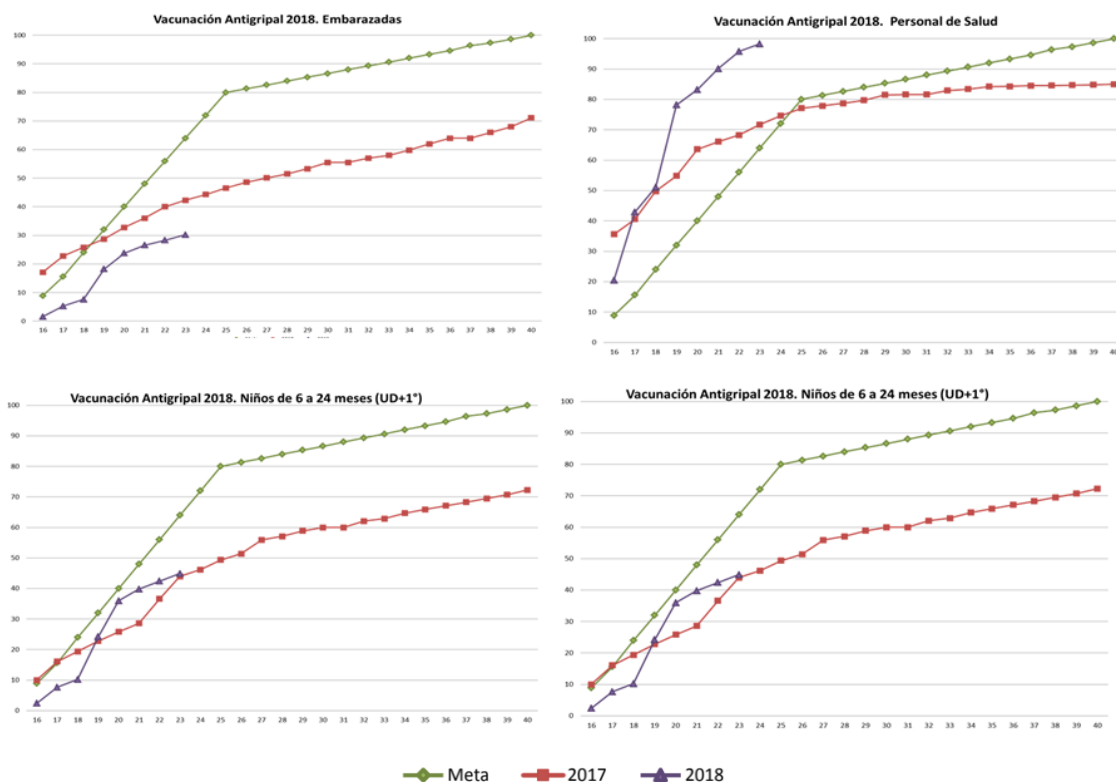
Fuente: Programa de inmunizaciones. Ministerio de Salud. GCBA

**Antineumocócica conjugada Huespedes especiales Residentes: 9.089**

**Antineumocócica conjugadas mayores de 65 años Residentes: 20.685**

A continuación se presenta los gráficos de vacunación antigripal comparando la cobertura 2018 con la meta y cobertura de 2017.

**Gráfico 9.** Coberturas de vacunación antigripal. Años 2017, 2018 y meta según población destinataria



Fuente: Programa de Inmunizaciones de la CABA.

## VII. VIGILANCIA DE SÍFILIS

### VII.1. INTRODUCCIÓN

Como se ha expresado en el boletín n° 92<sup>6</sup> la sífilis es una enfermedad infectocontagiosa producida por la bacteria *Treponema pallidum*. Se transmite fundamentalmente por contacto sexual y por transmisión perinatal durante el embarazo y a través del canal de parto<sup>7</sup>. Afecta tanto a varones como a mujeres y los síntomas surgen dos o tres semanas después del contacto sexual sin protección.

Las infecciones perinatales por sífilis representan en la actualidad una problemática por su gran impacto en la morbilidad y mortalidad materno-infantil. A pesar de existir medidas profilácticas eficaces y que es una patología que podría eliminarse mediante un control prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas y sus parejas, la sífilis sigue constituyendo un problema de Salud Pública a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Su eliminación reduciría el número de abortos, muertes fetales, partos prematuros, neonatos de bajo peso al nacer y muertes perinatales<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_92\\_se\\_19\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf)

<sup>7</sup> Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, República Argentina, 2016. Disponible en:

[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000853cnt-2016-07\\_guia-transmision-perinatal.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000853cnt-2016-07_guia-transmision-perinatal.pdf).

<sup>8</sup> Eliminación mundial de la sífilis congénita: Fundamentos y estrategias para la acción, Organización Mundial de la Salud, 2008. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43856/9789243595856\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43856/9789243595856_spa.pdf?sequence=1).



En América Latina y el Caribe, la prevalencia en embarazadas varía de un país a otro (del 0,1% al 7,0%). En 2015, la tasa de sífilis congénita estimada fue de 1,7 casos por 1000 nacidos vivos en la Región<sup>9</sup>.

En Argentina, de las embarazadas estudiadas para sífilis durante el 2016, 2,68% resultaron positivas para pruebas no treponémicas (PNT), mientras que en 2017 el 3,16% fueron positivas para dichas pruebas<sup>10</sup>.

En residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), se notificaron al módulo SNVS- C2 con modalidad agrupada 1336 casos de sífilis en 2016 y 1899 casos en 2017. Las PNT en embarazadas residentes de CABA fueron positivas en 1,7% en 2016 y 5,1% en 2017<sup>11</sup>.

El esfuerzo de la gestión está dirigido hacia la eliminación de la transmisión materno-infantil (TMI) de VIH, Sífilis Congénita y control de Chagas congénito.

En **2010** los Estados de Miembros de la OPS asumieron el compromiso de eliminación de la TMI del VIH y la sífilis en la Región de las Américas. En **2012** se constituye a nivel nacional la Comisión de Gestión Integrada para la vigilancia, prevención y eliminación de la transmisión perinatal del VIH, sífilis, hepatitis B y el control del Chagas congénito en Argentina (**CoNaGel-TP**). En **2016** se renueva y amplía el compromiso elaborando un Plan de acción a realizar entre **2016-2021** con el **Objetivo** de contribuir a poner fin al SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) como problemas de salud pública en la Región

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

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

### VII.1.A. Definiciones de caso<sup>12</sup>

#### Sífilis temprana en varones

Todo varón, mayor de 18 meses, que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en pene, escroto, mucosa perianal o en cavidad oral con adenopatía/s satélite/s; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas y/o en faneras con o sin pruebas de laboratorio específicas.

#### Sífilis temprana en mujeres (excluye embarazadas)

Toda mujer **no embarazada, mayor de 18 meses**, que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas, y/o en faneras con o sin pruebas de laboratorio específicas.

#### Sífilis sin especificar en varones

Todo varón asintomático, mayor de 18 meses, que presente PNT reactivas (VDRL/USR/RPR) para sífilis.

#### Sífilis sin especificar en mujeres

Toda mujer asintomática **no embarazada, mayor de 18 meses**, que presente PNT reactivas (VDRL/USR/RPR) para sífilis.

#### Sífilis Congénita

- Todo recién nacido, aborto o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio, o

<sup>9</sup> ETMI- PLUS: Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas, Organización Panamericana de la Salud, Julio del 2017. Disponible en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=41278&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=41278&Itemid=270&lang=en)

<sup>10</sup> Tamizaje en mujeres embarazadas para Sífilis y Chagas, Boletín Integrado de Vigilancia, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, N° 407, SE 15 2018, p. 88. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/BIV\\_407\\_SE15.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/BIV_407_SE15.pdf).

<sup>11</sup> Vigilancia de sífilis, Boletín epidemiológico semanal, Gerencia Operativa de Epidemiología, Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires, N° 75, Año 2, SE 2 2018, p. 31-42. Disponible en: [http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes\\_75\\_se\\_2\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gov.ar/sites/gcaba/files/bes_75_se_2_vf.pdf).

<sup>12</sup> Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS), Ministerio de Salud de la Nación, 2014.

- Todo recién nacido con evidencia clínica de sífilis congénita: hidrops fetal no inmunológico, lesiones ampollares, exantema macular, rinitis mucosa o hemorrágica. Otras manifestaciones frecuentes pero inespecíficas como hepatoesplenomegalia, ictericia, adenopatías generalizadas, neumonitis, compromiso de SNC. En estudios complementarios, osteocondritis, anemia hemolítica y plaquetopenia. Otras manifestaciones sugestivas de aparición más tardía como condilomas planos, síndrome nefrótico, alteraciones oculares, o secuelas como nariz en silla de montar, dientes de Hutchinson, o

- Todo niño menor de 18 meses con pruebas no treponémicas o treponémicas reactivas (en los que no se pueda constatar el adecuado tratamiento de la madre).

### **Sífilis en embarazadas**

Toda mujer embarazada que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas: úlcera indurada no dolorosa en región genital, mucosa perianal con adenopatía/s satélite/s o en cavidad oral; lesiones compatibles en tronco, miembros superiores e inferiores (especialmente en palmas y plantas) y/o mucosas, y/o en faneras o algún resultado de laboratorio con PNT reactiva (caso probable) o prueba treponémica positiva (caso confirmado).

### **VII.1.B. Modalidad de notificación**

A partir del 29/04/2018 se encuentra operativo el SNVS 2.0 en la plataforma del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.

### **Sífilis Congénita<sup>6</sup>**

Todo profesional que asista a un recién nacido y registre en la planilla de consulta/registros de internación alguno de los siguientes diagnósticos: sífilis congénita, lúes congénita, sepsis luética, o cualquier otro cuadro en el que el médico sospeche compromiso sifilítico del recién nacido, deberá ser notificado a través del SNVS<sup>2.0</sup> como sífilis congénita con modalidad individual nominal, con periodicidad semanal ante caso sospechoso, siendo necesario que, una vez confirmado o descartado dicho diagnóstico se consigne como tal en el sistema.

En la solapa laboratorio, se notificará a través del evento sífilis congénita del grupo Infecciones de Transmisión Vertical en ficha individual/nominal a todo niño menor de 18 meses estudiado para sífilis por el laboratorio. Para cada muestra que se procese a partir de la primera de un determinado caso, se abrirá un nuevo estudio en la ficha individual previamente registrada. Según las pruebas realizadas y resultados obtenidos deberán consignarse las siguientes interpretaciones de resultados:

-En el caso de obtenerse un resultado positivo para estudios realizados por las siguientes pruebas: PCR, fondo oscuro, deberá consignarse como resultado de laboratorio “sífilis congénita confirmada, *Treponema pallidum*”.

- En el caso de obtenerse un resultado reactivo para estudios realizados por las siguientes pruebas: USR, VDRL, RPR, deberá consignarse como resultado de laboratorio “caso sospechoso – resultado no conclusivo”.

-En el caso de obtenerse un resultado no reactivo en la muestra del niño y haberse comprobado resultados reactivos en la madre para estudios realizados por las siguientes pruebas: USR, VDRL, RPR, deberá consignarse como interpretación de resultado “caso expuesto – resultado no conclusivo”. Recordar que se debe solicitar siempre el par serológico madre-niño para poder analizar al mismo tiempo la diferencia de títulos de las PNT entre la madre y el niño.

- En el caso de obtenerse un resultado reactivo para la siguiente prueba: VDRL en líquido cefalorraquídeo (LCR) deberá consignarse como resultado de laboratorio “neurosífilis”.

- En el caso de resultados reactivos para estudios realizados mediante las siguientes pruebas después de los 18 meses de vida: TP-PA, EIA, FTA-Abs, TPHA, métodos rápidos, deberá consignarse como resultado de laboratorio “sífilis congénita confirmada por serología”.

- En el caso de obtener resultados negativos con pruebas treponémicas después de los 18 meses deberá consignarse como interpretación de resultados “caso descartado”.

### **Sífilis en embarazada<sup>6</sup>**

Todo profesional que asista a una mujer embarazada y registre en la planilla de consulta alguno de los siguientes diagnósticos: sífilis, sífilis primaria, sífilides, secundarismo, chancro, lúes, lúes primaria o secundaria,

úlceras luéticas, erupción sifilítica y/o presente pruebas positivas para sífilis, deberá notificarlo a través del SNVS<sup>2.0</sup> como sífilis en embarazada, con modalidad individual nominal y periodicidad semanal. En la solapa laboratorio se registrará de forma individual/nominal durante la semana epidemiológica en la que se detecte la primera reactividad o positividad (tanto de técnicas de tamizaje como confirmatorias) a través del evento sífilis en embarazadas. Para cada muestra que se procese a partir de la primera de un determinado caso, se abrirá un nuevo estudio en la ficha individual previamente registrada.

#### **Sífilis temprana y sin especificar<sup>6</sup>**

Notificación nominal agrupada semanal al SNVS.

### **VII.1.C. Seguimiento clínico**

Al recién nacido bajo estudio, se le realizará seguimiento clínico y serológico durante el primer año de vida con controles en el 1°, 2°, 3°, 6° meses y al año de vida.

La ficha epidemiológica de seguimiento de recién nacido, hijo de madre con PNT positiva, es una herramienta para facilitar el seguimiento de los casos ya que permite en un solo instrumento consignar toda la información referida al tratamiento de la gestante, su pareja y el recién nacido. Estos datos deben ser remitidos al Área Programática si es un efector de la misma o a Promoción y Protección si es un Servicio del Hospital.

## **VII.2. NOTA METODOLÓGICA**

En el siguiente apartado se analizarán los casos de Sífilis acumulados del año 2017 y 2018, provenientes de la notificación al SNVS, tanto del módulo C2 como SIVILA. A partir de la SE 18 se utilizaron los datos parciales provenientes del SNVS<sup>2.0</sup> para los casos notificados nominales de Sífilis en embarazos y congénitas.

Se analizarán los casos de notificación agrupada en el módulo SNVS-C2, de los eventos Sífilis sin especificar y temprana en mujeres y varones, y las notificaciones agrupadas en el módulo SNVS-SIVILA de las pruebas treponémicas (PT) y no treponémicas (PNT) tanto en varones y mujeres como en mujeres embarazadas.

Todos los casos individuales fueron cotejados uno a uno para evitar duplicados e integrar la información en una misma base. La información demográfica fue obtenida de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DGEyC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para la construcción de las tasas de Sífilis en Embarazadas, se utilizaron las proyecciones de la población de mujeres entre 15 y 44 años de edad del Censo 2010. El análisis de tasas de Sífilis Congénita por comuna fue realizado en base a los nacidos vivos 2016.

## **VII.3. SITUACIÓN NACIONAL**

En Argentina, los casos acumulados de Sífilis congénita hasta la SE 14 del año 2018 notificados fueron 806 de los cuales se confirmaron 329. Esto representa, en comparación con el mismo período del año 2017, similar número de casos notificados con un 6,8% más de casos confirmados<sup>13</sup>. Para Sífilis en mujeres (sin especificar y temprana) en 2017 las notificaciones fueron 1656 en C2, y en SIVILA 2849 dieron PNT+ y 1469 PT+ mientras que en 2018 fueron 3032 en C2 y 2490 PNT+ y 1492 PT+. Para Sífilis en varones (sin especificar y temprana) en 2017 las notificaciones fueron 1706 en C2, y en SIVILA 1976 dieron PNT+ y 1159 PT+ mientras que en 2018 fueron 2785 en C2 y 1703 PNT+ y 1061 PT+.

## **VII.4. ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 22**

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

<sup>13</sup> Boletín integrado de vigilancia [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_410\\_se22.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_410_se22.pdf)

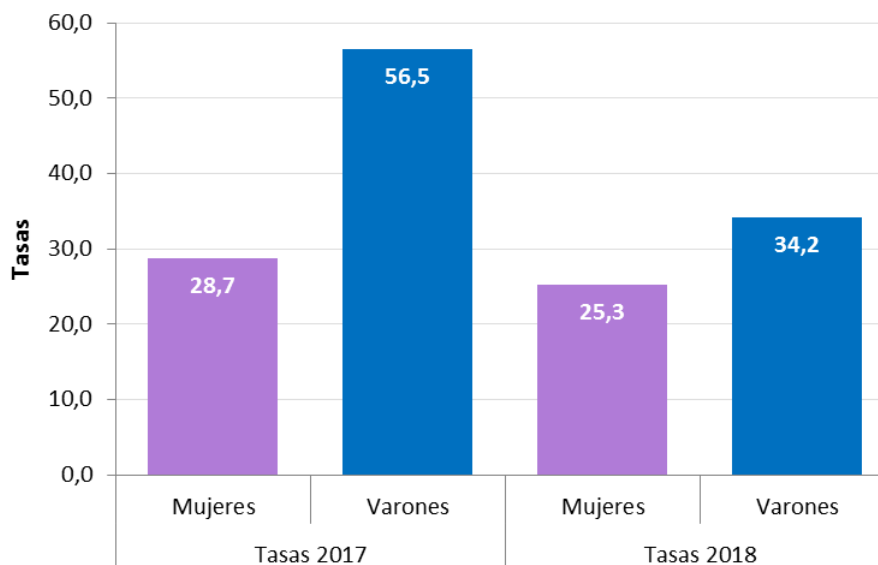
**Tabla 1.** Número de notificaciones agrupadas de Sífilis y porcentaje de positividad según sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 22.

Sexo	2017					2018				
	C2	SIVILA				C2	SIVILA			
	Notificados	PNT (+/total)	PNT (% POSIT)	PT (+/total)	PT (%POSIT)	Notificados	PNT (+/total)	PNT (% POSIT)	PT (+/total)	PT (%POSIT)
Mujeres	468	253/4571	5,5%	64/107	59,81%	412	202/4386	4,6%	135/329	41,03%
Varones	808	177/2570	6,9%	69/88	78,4%	489	153/2874	5,3%	120/170	70,6%
Embarazadas	-	605/11695	5,2%	345/549	62,8%	-	414/9089	4,6%	287/348	82,5%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En todas las notificaciones de las Pruebas No Treponémicas y Treponémicas se observa un leve disminución en 2018 con respecto a la misma SE de 2017 con excepción de las PT en embarazadas donde el porcentaje es mayor con respecto al año anterior.

En el gráfico a continuación se muestran la tasa en mujeres y varones de notificaciones, hasta la SE 22 de 2017 y 2018, de la suma de sífilis temprana y sin especificar.

**Gráfico 1.** Tasas de notificaciones de Sífilis temprana y sin especificar según sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017 (n=1276) -2018 (n=901) hasta SE 22.Fuente: SNVS-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En los años 2017 y 2018 hasta la SE 22, se observa que las tasas de varones superaron a las de las mujeres. De las notificaciones de sífilis temprana y sin especificar, el 37% para 2017 y el 47% en 2018 correspondieron a mujeres.

La siguiente tabla describe las tasas según sexo y grupos de edad para el periodo 2017-2018 hasta la SE 22 en residentes de la Ciudad.

**Tabla 2.** Tasas de notificaciones de Sífilis temprana y sin especificar según grupos de edad y sexo. Residentes de la CABA. Periodo 2017 (n=1250) -2018 (n=848) hasta SE 22.

Grupos de edad	Tasas 2017		Tasas 2018	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
0 a 4 años	4,9	2,8	5,9	1,9
5 a 9 años	1,0	0,0	0,0	0,0
10 a 14 años	9,3	0,0	2,1	3,0
15 a 24 años	84,3	59,6	85,8	62,2
25 a 34 años	49,3	116,4	46,8	65,0
35 a 44 años	37,8	87,4	25,2	48,1
45 a 64 años	17,6	66,2	11,5	20,8
> de 65	3,6	11,6	2,6	7,2
Total	28,7	56,5	25,3	34,2

Fuente: SNVS C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En el año 2017 hasta la SE 22, la tasa de notificación en los varones se encontró por encima de las de las mujeres en los grupos de edad a partir de los 25 años, encontrándose la relación inversa en los grupos de 10 a 24 años donde las mujeres presentan una tasa mayor. El grupo de 25 a 34 años presentó cerca del 31% de las notificaciones tanto para el 2017 como para el 2018, de manera similar el grupo de 15 a 24 años, presentó cerca del 22% para el 2017 y el 34% para el 2018. Con respecto a los casos notificados en menores de 10 años, se gestionará su correcta notificación.

## VII.5. ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 22

### VII.5.A. Sífilis congénita

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

**Tabla 3.** Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis Congénita según provincia de residencia. Periodo 2017-2018 hasta SE 22.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	130	42,6%	90	46,9%
CABA	122	40,0%	91	47,4%
DESCONOCIDO	53	17,4%	11	5,7%
Total	305	100%	192	100%

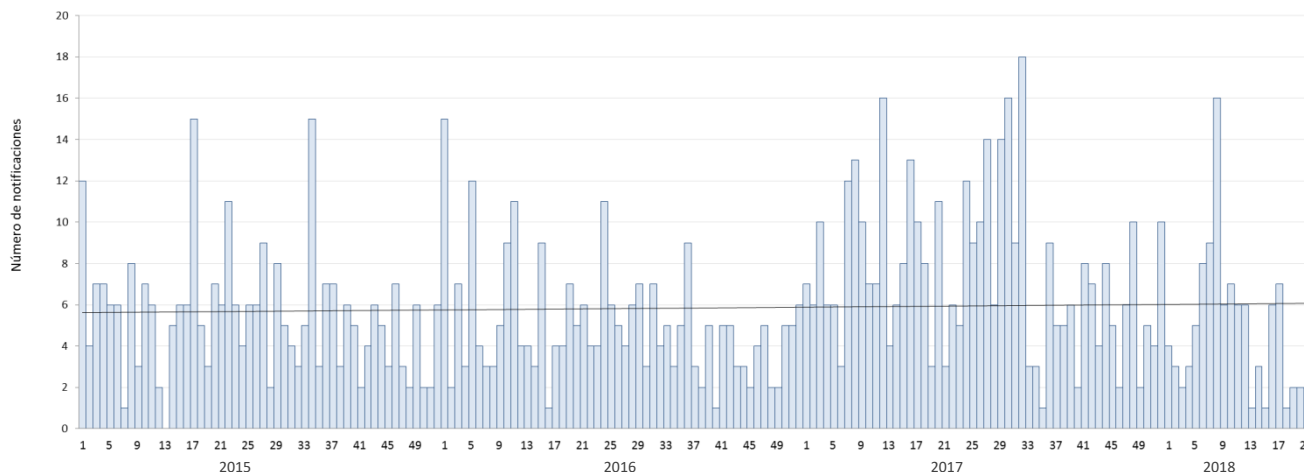
Fuente: SNVS, SIMILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En 2018 hasta la SE 22, la notificación de los no residentes descendió con respecto al año anterior en un 30,8%, en residentes de la CABA una disminución del 25,4%. Las notificaciones sin datos de provincia de residencia se redujeron en un 79,2%.

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

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

**Gráfico 2.** Número de notificaciones de Sífilis Congénita según SE. Residentes de la CABA.  
Año 2015 (SE 1-52; n=285), 2016 (SE 1-52; n=262), 2017 (SE 1-52; n=393), 2018 (SE 1-22; n=102).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

Como se viene expresando desde el inicio de este análisis, se continúan mejorando los sistemas de notificación y la cobertura de este evento, así como de Sífilis en el embarazo, lo que se refleja en el aumento de las notificaciones de 2017 con respecto a semanas anteriores.

En la tabla se presenta el número y el porcentaje de notificaciones de Sífilis congénita en el periodo 2017-2018 hasta SE 22.

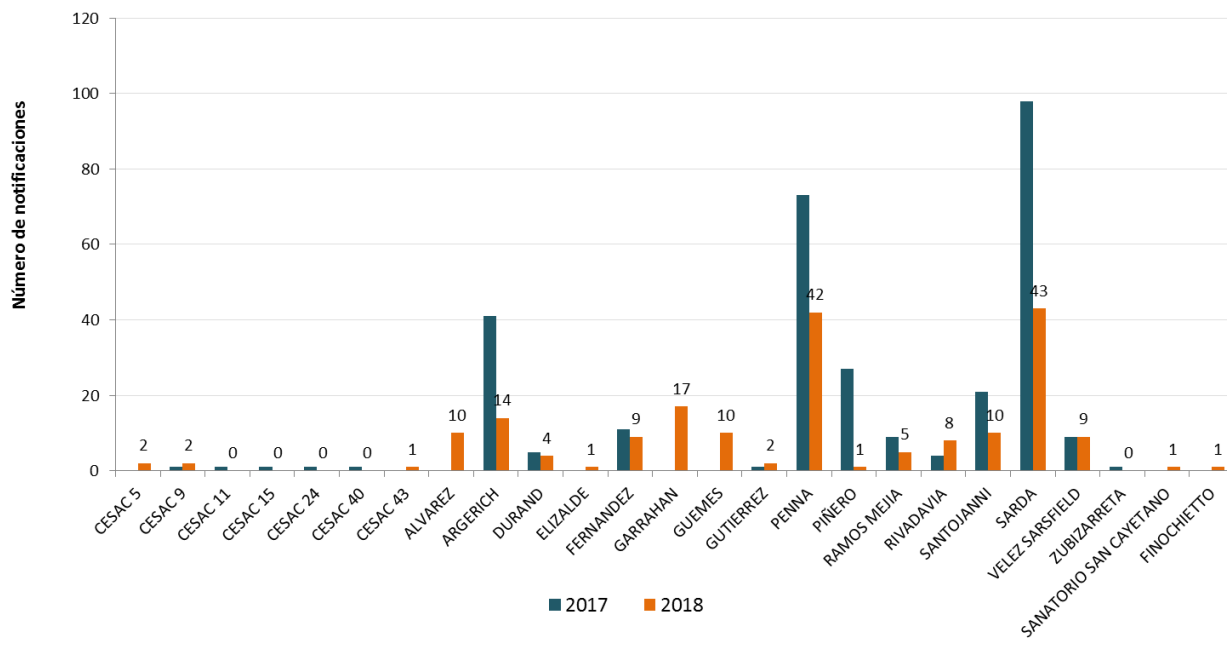
**Tabla 4.** Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis Congénita según criterio epidemiológico.  
Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 22.

Criterio diagnóstico	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
Confirmado	19	10,9%	16	15,7%
Probable	8	4,6%	10	9,8%
Sospechoso	76	43,4%	65	63,7%
Descartado	19	10,9%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100%</b>	<b>91</b>	<b>100%</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

De estos casos, hasta lo notificado hasta la SE 22 en 2017 el 58,9% de los casos no cuentan con diagnóstico definitivo y cierre del caso, constando aún como notificaciones sospechosas y probables siendo que ya deberían contar con el diagnóstico definitivo, el tratamiento si correspondiese y el cierre del caso en el SNVS.

A continuación se exponen las notificaciones acumuladas por efector notificador **en residentes y no residentes** de la CABA hasta la SE 22 de los años 2017 y 2018.

**Gráfico 3.** Número de notificaciones de Sífilis Congénita según Hospital notificador. CABA. Periodo 2017 (n=305) - 2018 (n=192) hasta SE 22.Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En el año 2017 hasta la SE 22, el Hospital Penna notificó el 24% (73) y la maternidad Sardá el 32% (98) de los casos y el Argerich el 13% (41). En el mismo período del 2018 se produjo un descenso porcentual en las notificaciones del 37%.

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

**Tabla 5.** Número de notificaciones y tasas x 1000 nacidos vivos de Sífilis Congénita según Comuna de residencia. Hasta SE 22, 2017-2018. CABA.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	13	4,2	5	1,6	-8
2	0	0,0	1	0,6	1
3	9	3,6	3	1,2	-6
4	19	5,3	7	2,0	-12
5	3	1,4	1	0,5	-2
6	0	0,0	2	1,0	2
7	13	3,9	6	1,8	-7
8	22	6,2	12	3,4	-10
9	8	3,7	2	0,9	-6
10	2	1,0	5	2,6	3
11	2	0,9	2	0,9	0
12	0	0,0	1	0,4	1
13	1	0,4	1	0,4	0
14	0	0,0	0	0,0	0
15	0	0,0	1	0,5	1
Residentes Sd*	30		42		12
Desconocidos**	53		11		-42
<b>Total CABA</b>	<b>175</b>	<b>4,5</b>	<b>102</b>	<b>2,6</b>	<b>-73</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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

Las comunas del Sur de la Ciudad acumulan el 51% (62) de los casos totales de la CABA en 2017 y el 22% (27) para 2018. Esta disminución del porcentaje se correlaciona con la cantidad de residentes de la Ciudad con datos de comuna desconocida, ya que las tasas en las comunas del sur siguen siendo las más elevadas.

### VII.5.B. Sífilis en embarazadas

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

**Tabla 6.** Número y porcentaje de notificaciones de Sífilis en embarazadas según provincia residencia. Hasta SE 22, Año 2017-2018.

Residencia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	159	34,4%	104	37,8%
CABA	166	35,9%	149	54,2%
DESCONOCIDO	136	29,4%	22	8,0%
OTRAS PROV	1	0,2%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>462</b>	<b>100%</b>	<b>275</b>	<b>100%</b>

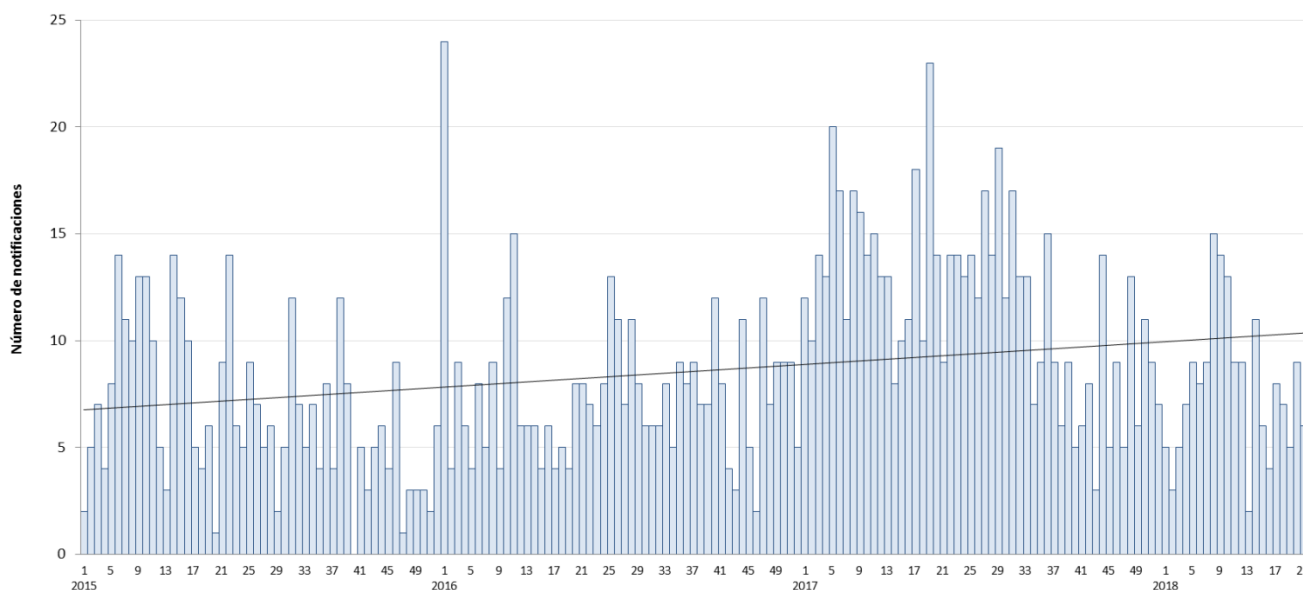
Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Del total de casos notificados por año, en el año 2018, se observó un descenso del 41% (187) en las notificaciones.

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

Se presenta en el siguiente gráfico las notificaciones desde 2015 a SE 22 de 2018 por semana epidemiológica en residentes de la CABA.

**Gráfico 4.** Número de notificaciones de Sífilis en embarazadas según SE. Residentes de la CABA. Año 2015(SE 1-52; n=342), 2016 (SE 1-52; n=395), 2017 (SE 1-52; n=616), 2018 (SE 1-22; n=171).



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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



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

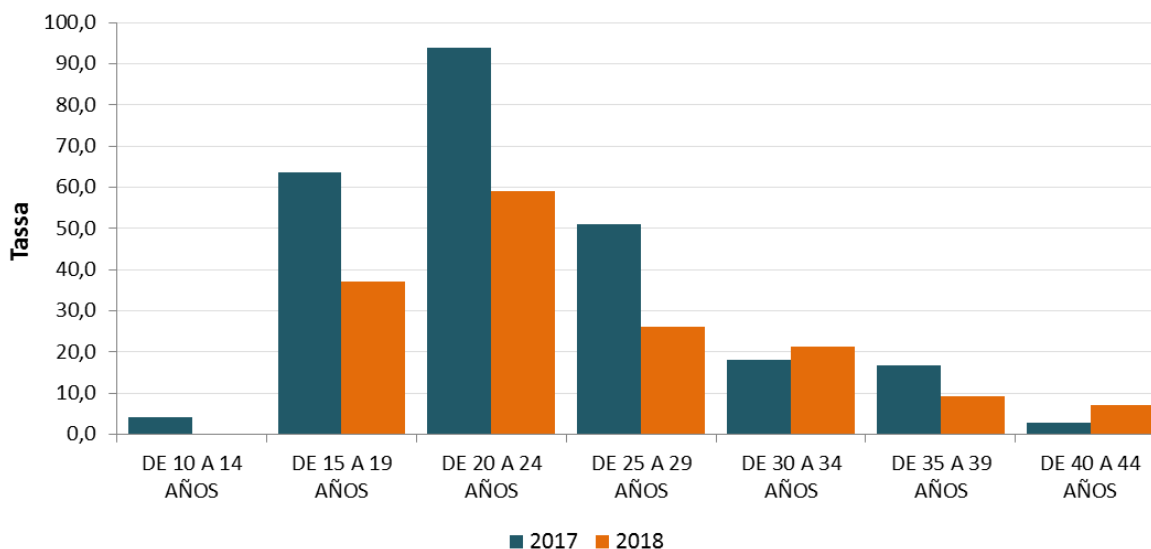
**Tabla 7.** Número y porcentaje de casos de Sífilis en embarazadas según grupo de edad. Residentes de CABA. Hasta SE 22, 2017-2018.

Grupo de edad	2017		2018	
	Casos	%	Casos	%
DE 10 A 14 AÑOS	4	1%	0	0%
DE 15 A 19 AÑOS	59	20%	34	20%
DE 20 A 24 AÑOS	97	32%	60	35%
DE 25 A 29 AÑOS	60	20%	30	18%
DE 30 A 34 AÑOS	22	7%	26	15%
DE 35 A 39 AÑOS	20	7%	11	6%
DE 40 A 44 AÑOS	3	1%	8	5%
DE 45 A 49 AÑOS	0	0%	0	0%
Sin datos	37	12%	2	1%
Total	302	100%	171	100%

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

En ambos años, hasta la SE 22, los porcentajes de notificación por grupo de edad no presentan diferencias importantes.

**Gráfico 5.** Tasas cada 100 mil mujeres de casos notificados de Sífilis en Embarazadas según grupo de edad. Residentes de CABA. Hasta SE 22, 2017 (n=265)-2018 (n=169).

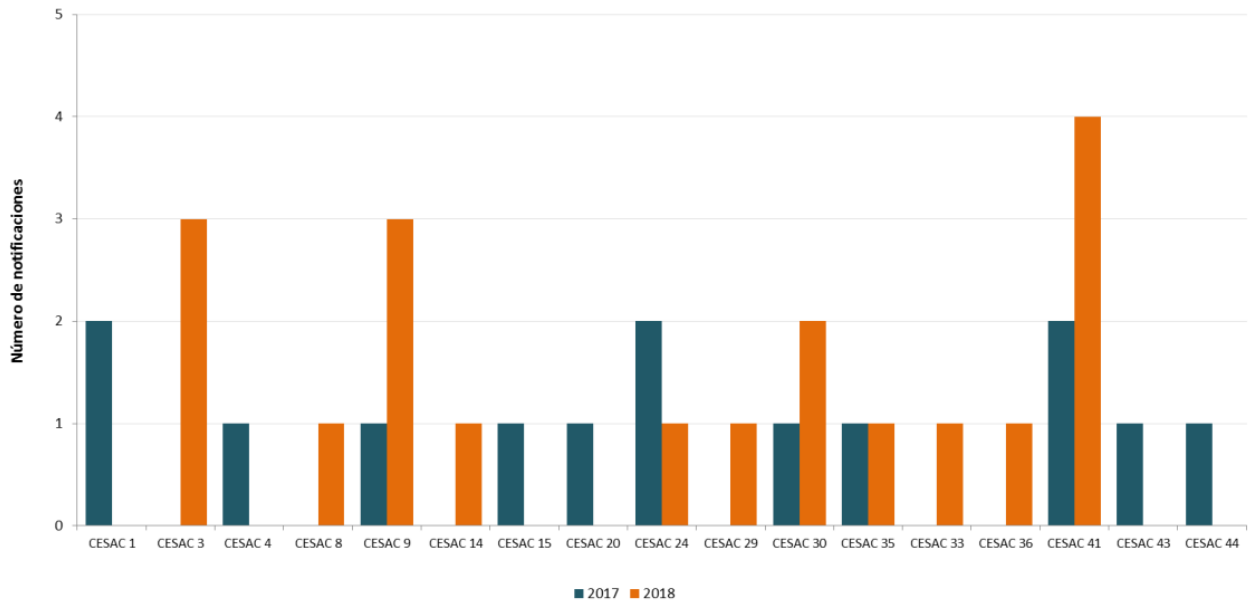


Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

Comparando los grupos de edad, se observa que la tasa más alta se presenta en el grupo de mujeres de 20 a 24 años donde se notificaron 97 casos en embarazadas en el año 2017 y 60 en el actual. La tasa para este grupo de edad en 2017 fue de 94,0/100.000 hab., mientras que en 2018 para el mismo grupo de edad, fue de 59,0/100.000 hab.

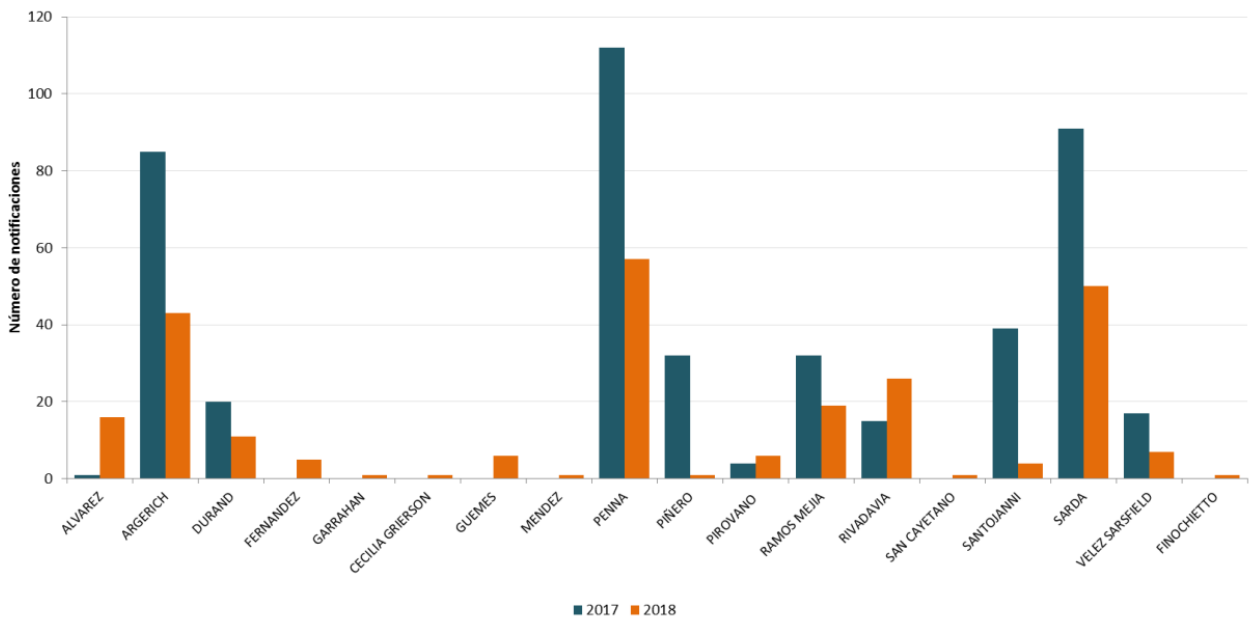
En el gráfico a continuación se presenta el número de casos de acuerdo al establecimiento notificador hasta la semana epidemiológica 22 en 2017 y 2018 de mujeres embarazadas con diagnóstico de Sífilis, tanto en residentes como no residentes de la Ciudad.

**Gráfico 6.** Número de casos de Sífilis en Embarzadas según CeSAC.  
Hasta SE 22, 2017 (n=14)-2018 (n=19). CABA.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

**Gráfico 7.** Número de casos de Sífilis en Embarzadas según Hospital notificador.  
Hasta SE 18, 2017 (n=448)-2018 (n=256). CABA.



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

Hasta la SE 22 del año 2018, se observó mayor participación de los CeSAC, nueve efectores han superado el número de notificaciones realizadas en el mismo periodo del año anterior.

**Tabla 8.** Número de notificaciones y tasas por 100 mil mujeres en edad fértil de Sífilis en Embarazadas según Comuna de residencia. Hasta SE 22 2017-2018. CABA.

Comunas	2017		2018		Diferencia casos
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
1	21	37,0	14	24,8	-7
2	1	2,8	3	8,5	2
3	14	32,5	6	14,0	-8
4	27	51,8	33	63,6	6
5	1	2,4	4	9,7	3
6	0	0,0	5	12,7	5
7	12	23,6	7	13,8	-5
8	29	57,2	7	13,9	-22
9	10	29,3	4	11,8	-6
10	4	11,6	2	5,9	-2
11	3	7,9	3	7,9	0
12	1	2,2	1	2,2	0
13	0	0,0	2	3,9	2
14	0	0,0	0	0,0	0
15	4	10,1	1	2,6	-3
Residentes Sd*	39		57		18
Desconocidos**	136		22		-114
<b>Total CABA</b>	<b>302</b>	<b>45,4</b>	<b>171</b>	<b>25,8</b>	<b>-131</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

La tasa global de casos notificados de Sífilis para embarazadas el año 2017 hasta la SE 22 en CABA fue de 45,4/100.000 mujeres en edad fértil. En el año 2018 se presentó un descenso del 43,1%, siendo de 25,8/100.000 mujeres en edad fértil.

## VIII. VIGILANCIA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) 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 medidas de prevención y control referirse al BES N°43 descargándolo del siguiente link: [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_43\\_se\\_22\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_43_se_22_vf.pdf).

La situación en la Ciudad de Buenos Aires de SUH hasta la SE 52 de los años 2016-2017, se encuentra en el BES N° 75, en el siguiente link: [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_75\\_se\\_2\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_75_se_2_vf.pdf)

### VIII.1. SITUACIÓN CIUDAD DE BUENOS AIRES 2010-2016.

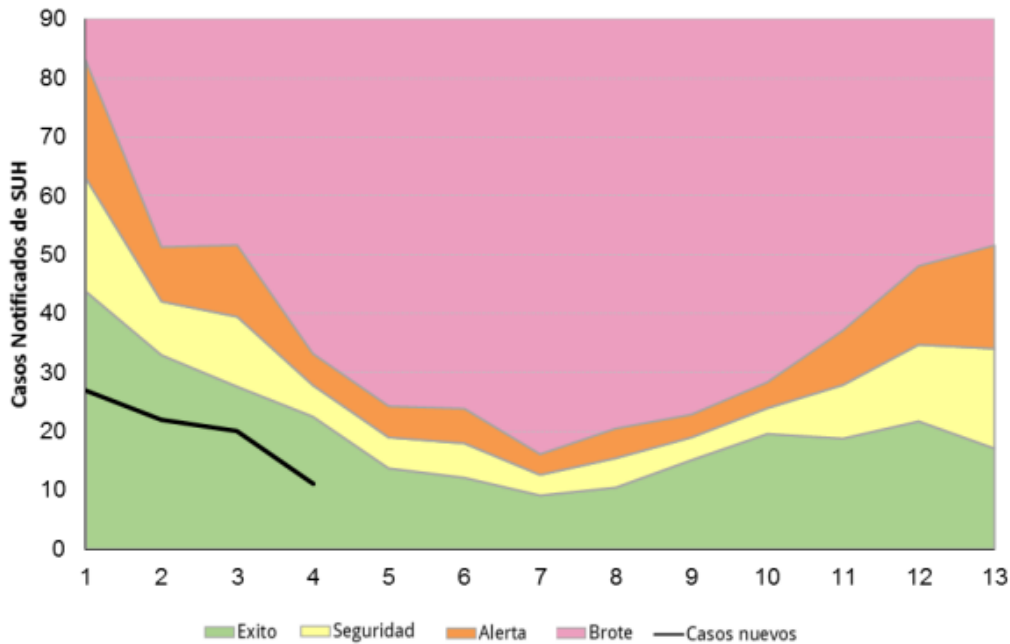
La situación histórica (2010-2016) de SUH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires puede consultarse en el BES N° 35: [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_35\\_se14\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_35_se14_vf.pdf).

**Nota aclaratoria:** Los casos analizados por la GOE corresponden a las notificaciones realizadas hasta la **SE 22 del periodo 2018**, mientras que los casos presentados acerca de la situación nacional por el Ministerio de Salud de la Nación, conciernen **hasta la SE 17 del año 2018**.

### VIII.2. SITUACIÓN NACIONAL

Argentina presenta la mayor tasa de incidencia mundial de SUH en niños menores a 5 años de edad, constituyendo un problema crítico para la salud pública. En Argentina, donde el SUH es endémico, se producen entre 300 y 500 casos nuevos por año, con una tasa de incidencia anual promedio de 1 caso cada 100.000 habitantes.

**Gráfico 1.** Corredor endémico cuatrisesenal de SUH. 2017 hasta CS 4 (N=81).  
Total País Históricos. 2013-2017.<sup>14</sup>



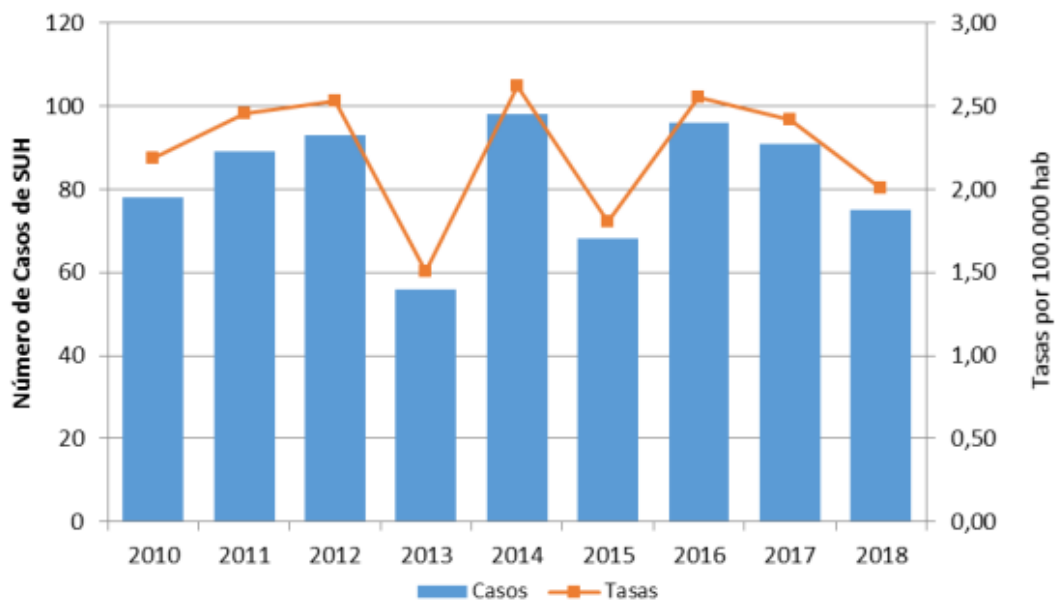
Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

<sup>14</sup> [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv\\_410\\_se22.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_410_se22.pdf)

A nivel nacional, la curva de casos notificados en el 2018 en el corredor por cuatrisesmanas epidemiológicas transcurrió al inicio del año por la zona de éxito hasta la SE 22.

A continuación se presentan los casos y tasas notificados de SUH en menores de 5 años en Argentina hasta la SE 22 de 2018.

**Gráfico 2.** Casos y tasas notificados de SUH en menores de 5 años. Argentina. Años 2010-2018 hasta SE 22.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

En Argentina, hasta la SE 17 de 2018 se notificaron 75 casos de SUH en menores de 5 años, la mediana de casos notificados para el periodo 2010-2017 hasta la misma SE correspondió a 82 casos. La tasa acumulada para la SE 17 de 2018 fue de 2,1 casos por 100.000 en este grupo etario. La tasa acumulada más alta de este período se registró en el año 2014 (2,62) y la más baja en 2013 (1,51). La tasa acumulada correspondiente hasta la SE17 de 2018 fue de 0,18 casos cada 100.000 habitantes.

### VIII.3. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017 -2018 HASTA LA SE 22

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

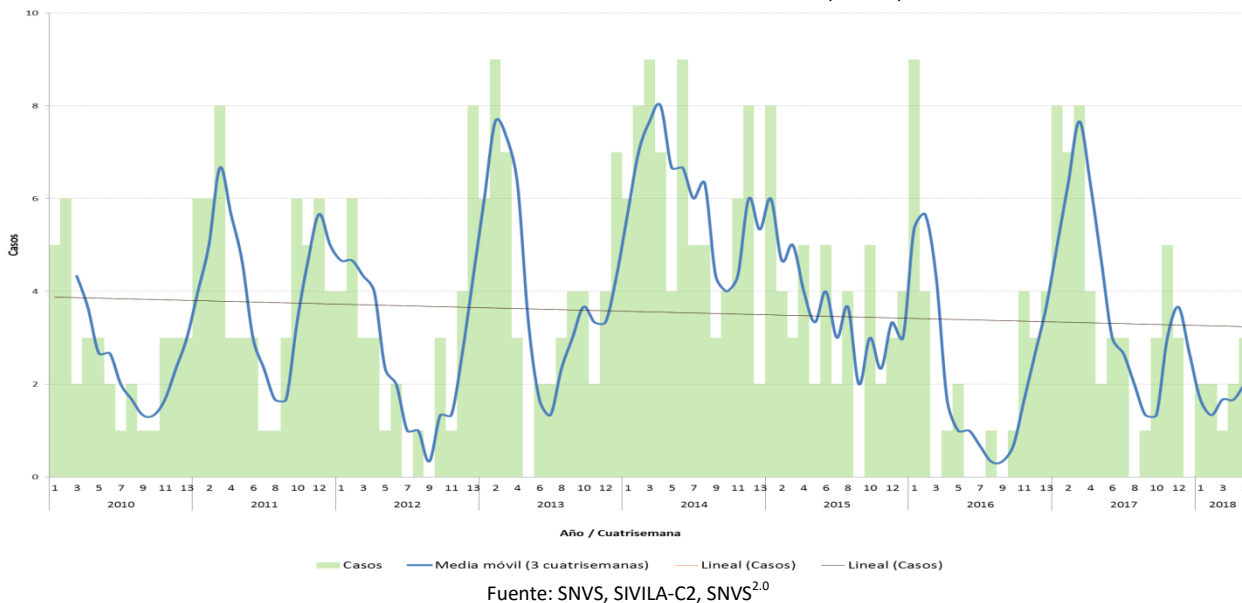
**Tabla 1.** Número y porcentaje de notificaciones de SUH según provincia de residencia. Periodo 2017-2018 hasta SE 22.

Provincia	2017		2018	
	Acumulado	Porcentaje	Acumulado	Porcentaje
BUENOS AIRES	47	55,3	26	66,7
CABA	26	30,6	11	28,2
OTRAS PROVINCIAS	5	5,9	2	5,1
DESCONOCIDO	7	8,2	0	0,0
Total	85	100,0	39	100,0

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2018 (hasta la cuatrisesmana 5). 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 SUH por cuatrisesmana epidemiológica. Residentes de la CABA. Periodo 2010-2018. CS 5. (N=388)



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

En el periodo 2017-2018 hasta la SE 22 se notificaron 33 y 11 casos de SUH respectivamente de residentes con domicilio en la CABA.

En la tabla 2 se muestran los casos notificados, en los años 2017 y 2018 hasta la SE 22, por grupos de edad y el porcentaje de cada grupo sobre el total de las notificaciones en dicho período.

**Tabla 2.** Número de notificaciones y porcentaje de SUH según edad. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 22.

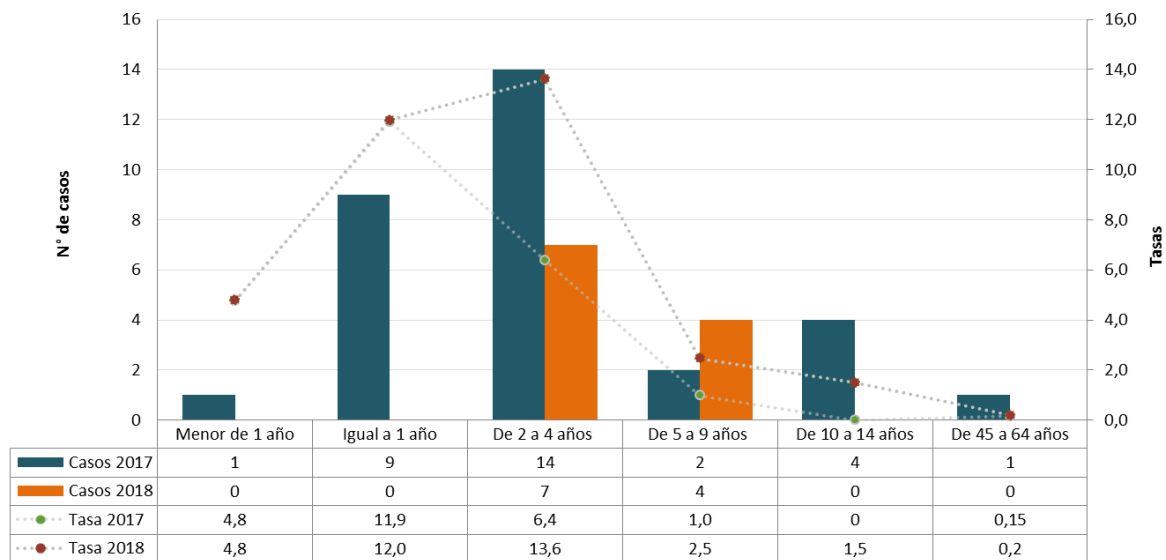
Edad	Casos 2017	%	Casos 2018	%
Menor de 1 año	2	6,1	0	0,0
1 año	8	24,2	0	0,0
2 años	9	27,3	0	0,0
3 años	4	12,1	7	63,6
4 años	1	3,0	0	0,0
5 años	1	3,0	3	27,3
6 años	0	0,0	0	0,0
7 años	1	3,0	0	0,0
8 años	0	0,0	1	9,1
10 años	3	9,1	0	0,0
12 años	1	3,0	0	0,0
53 años	1	3,0	0	0,0
64 años	1	3,0	0	0,0
Sin Datos	1	3,0	0	0,0
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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

A continuación se presenta el número de notificaciones y tasas de SUH según grupos de edad residentes en la CABA en el periodo 2017-2018 hasta la SE 22.

**Gráfico 4.** Número de notificaciones y Tasas de SUH según grupos de edad. Residentes de la CABA. Periodo 2017-2018 hasta SE 22



Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

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

En el año 2018 hasta la SE 22 la tasa más alta de notificaciones de SUH se observó en el grupo de edad de 2 a 4 años (13,6/100.000). Solo fueron notificados casos en el mencionado grupo etario y en el de 5 a 9 años.

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

**Tabla 3.** Casos notificados de SUH según Comuna de residencia. CABA. Hasta SE 22. Años 2017-2018.

Comunas	2017	2018	Diferencia de casos
COMUNA 1	2	1	-1
COMUNA 2	1	1	0
COMUNA 3	3	2	-1
COMUNA 4	0	2	2
COMUNA 5	1	1	0
COMUNA 6	2	1	-1
COMUNA 7	2	1	-1
COMUNA 8	2	0	-2
COMUNA 9	1	0	-1
COMUNA 10	3	0	-3
COMUNA 11	1	0	-1
COMUNA 12	0	1	1
COMUNA 13	2	1	-1
COMUNA 14	2	0	-2
COMUNA 15	1	0	-1
Residentes SD*	10	0	-10
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>11</b>	<b>-22</b>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS<sup>2.0</sup>

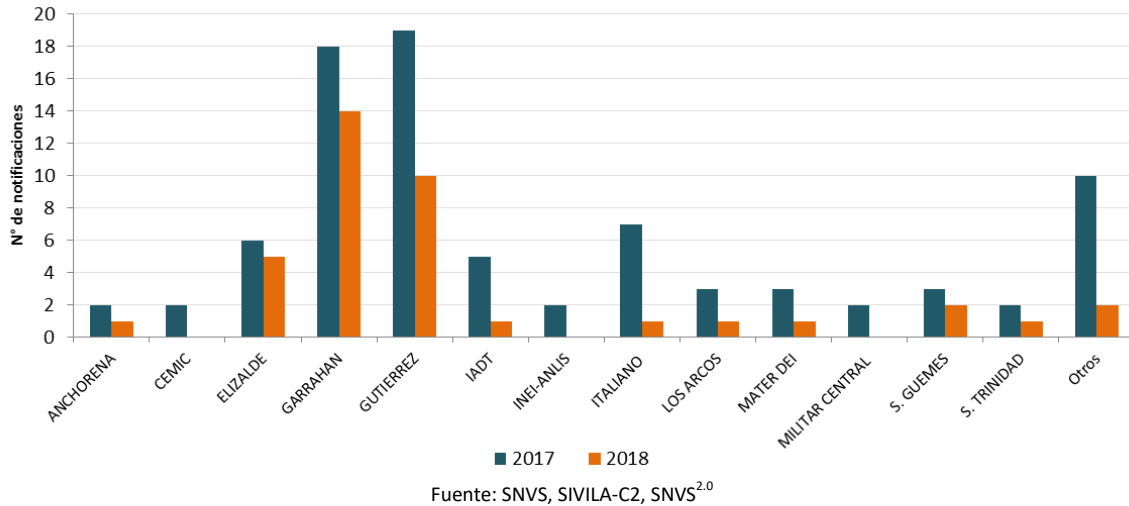
\*Residentes sin datos de domicilio



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

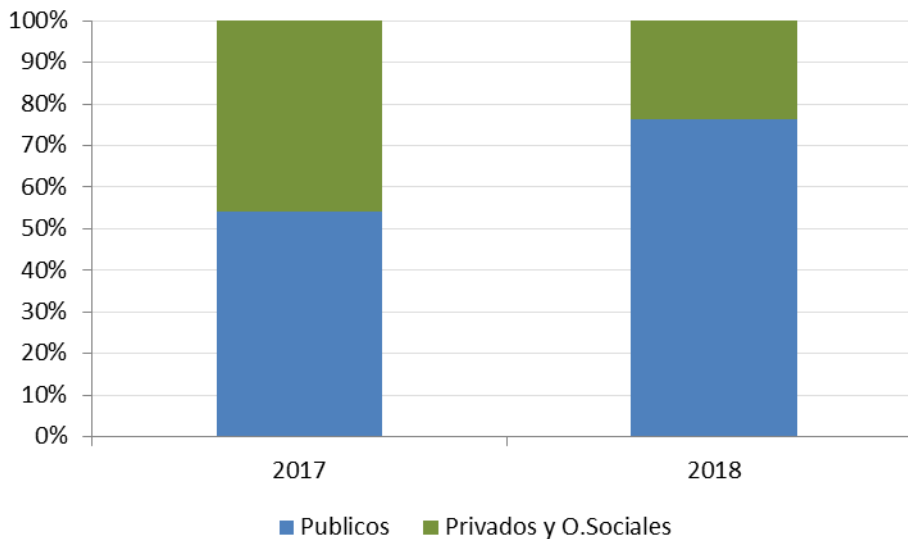
A continuación se exponen los casos atendidos en CABA, tanto para residentes como no residentes, en el año 2018 hasta la SE 22, según efector.

**Gráfico 5.** Casos de SUH notificados según establecimiento notificador.  
Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 22. Años 2017 (n=85)-2018(n=39).



En el año 2018 hasta la SE 18, los efectores públicos de la CABA notificaron 26 casos –residentes y no residentes- y 5 casos fueron notificados por efectores privados y de Obras Sociales.

**Gráfico 6.** Casos de SUH notificados según tipo de establecimiento notificador.  
Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 22. Años 2017-2018



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

En el año 2018 hasta la SE 22, las instituciones privadas y de Obras Sociales disminuyeron la notificación de casos de SUH con respecto a los efectores públicos. Los efectores públicos notificaron el 76,9% de los casos.

Los efectores del sector privado en el año 2018 han notificado 8 casos de SUH, 5 de estos corresponden a residentes de CABA.

# PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TBC

MINISTERIO DE SALUD DE LA CABA

Junio de 2018

## Composición del Grupo de Trabajo

### **Subsecretaria de Atención Primaria**

Dirección General de Atención Primaria

Dirección General de Salud Comunitaria

Dirección de Redes y Programas de base ambulatoria

Programa de Tuberculosis

### **Subsecretaria de Planificación Sanitaria**

Gerencia Operativa de Epidemiología

Gerencia Operativa de Estadística

Dirección General de Planificación Operativa

Gerencia de Planificación de Redes y Programas

### **Subsecretaría de Atención Hospitalaria**

## **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

### **Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria**

Dr. Gabriel Battistella

### **Subsecretaría de Atención Hospitalaria**

Dr. Aldo Caridi

### **Subsecretaría de Administración del Sistema de Salud**

Ing. Francisco Ruete

## INDICE DEL PLAN

I.	INTRODUCCIÓN .....	52
1.1	JUSTIFICACIÓN DEL PLAN OPERATIVO .....	52
1.1.1	<i>Generalidades</i> .....	52
1.1.2	<i>Antecedentes</i> .....	52
1.1.3	<i>Priorización</i> .....	52
2	OBJETIVOS .....	52
2.1	GENERALES.....	52
2.2	ESPECÍFICOS/METAS .....	53
2.2.1	<i>Abordaje integral desde los CESAC</i> .....	53
2.2.2	<i>Conocimiento evaluación y derivación por los neumotisiólogos</i> .....	53
2.2.3	<i>Incremento de intersectorialidad, monitoreo y capacitación permanente</i> .....	53
3	ACTIVIDADES GENERALES DE ACUERDO A OBJETIVOS.....	53
3.1	ABORDAJE INTEGRAL DESDE LOS CESAC .....	53
3.2	CONOCIMIENTO EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN POR LOS NEUMOTISIÓLOGOS.....	54
3.3	INCREMENTO DE INTERSECTORIALIDAD, MONITOREO Y CAPACITACIÓN PERMANENTE .....	54
4	INDICADORES GENERALES .....	55
5	ACCIONES IMPLEMENTADAS Y PROGRAMADAS .....	55
5.1	BARRIO 31 .....	55
5.2	VILLA 1-11-14 .....	56
5.3	VILLA 20.....	56
5.4	VILLA 21-24 .....	56
5.5	DISPOSITIVO DE TRABAJO PARA EL EQUIPO DE SALUD.....	56
6	ANEXO.....	57
6.1	CIRCUITO GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN FINAL .....	57
6.1.1	<i>Centro de Salud</i> .....	57
6.1.2	<i>Hospital</i> .....	58
6.2	MATERIALES.....	59
6.2.1	<i>Folletería para difusión</i> .....	59
6.2.2	<i>Carnet de seguimiento de tuberculosis</i> .....	60
6.2.3	<i>Díptico</i> .....	61
X.	ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES.....	62

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 JUSTIFICACIÓN DEL PLAN OPERATIVO

### 1.1.1 Generalidades

En la Ciudad de Buenos Aires, al igual que en la Argentina, la TBC no ha descendido sino que presenta un aumento constante, en especial en la TBC pediátrica y adolescente.

Dada la situación epidemiológica de la TBC en todo el país, en el AMBA y, en especial, en la Ciudad de Buenos Aires, con sus diferenciales e inequidades al interior de la misma, se presenta un plan operativo integral que aporta los lineamientos estratégicos, objetivos, actividades y prioridades con la visión de controlar y disminuir a mediano plazo la incidencia de la TBC en la CABA.

### 1.1.2 Antecedentes

Desde mayo del año 2016, diferentes áreas del Ministerio de Salud se encuentran trabajando con la finalidad de colocar en la agenda sanitaria la necesidad de abordar la TBC de una manera diferente a la que actual para intentar cambiar una situación que viene empeorando, como se dijo, desde hace al menos 5 años y más.

A principios de 2017 se comenzó a presentar la situación de la TBC de manera sistemática en el Boletín Epidemiológico Semanal. El 30 de Junio de 2017 se presentó una Comunicación Oficial que planteó los lineamientos generales del nuevo abordaje, a saber:

1. Empadronamiento, asignación a Equipos de Salud y notificación al SNVS-TBC.
2. Creación/fortalecimiento de comités interdisciplinarios para el seguimiento de los pacientes con TBC.
3. Descentralización de la medicación.

Al mismo tiempo y en la actualidad, se trabaja con la Red de TBC para fortalecer los vínculos de trabajo entre los neumotisiólogos y los diferentes ámbitos de abordaje (atención primaria, epidemiología, entre otros).

### 1.1.3 Priorización

Este plan operativo propone especialmente tomar en cuenta la priorización de todas las acciones vinculadas con el abordaje de la TBC de acuerdo al Plan de Salud de la Ciudad, fortaleciendo la estrategia de Atención Primaria de la Salud y haciendo foco en los ámbitos más vulnerados y con mayor cantidad de casos, de acuerdo a la situación epidemiológica.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GENERALES

1. **Abordaje integral:** Abordar en forma integral e interdisciplinaria los casos que se encuentran en las áreas de responsabilidad de los CESAC en el marco del Plan de Salud 2016-19.
2. **Conocimiento evaluación y derivación por los neumotisiólogos:** Conocer la evaluación de los casos de pacientes atendidos en todos los efectores una vez terminado el tratamiento.
3. **Incremento de intersectorialidad, monitoreo y capacitación permanente:** Incrementar la articulación y abordaje intersectorial desde la gestión central, monitorear los indicadores epidemiológicos y realizar capacitación permanente en servicio con diferentes actores. Involucrar en este sentido a organizaciones barriales, mesas de salud de distintos sitios y comunidad en general. Asimismo, en este punto se incluye la articulación con en AMBA y la Provincia de Buenos Aires.

## 2.2 ESPECÍFICOS/METAS

### 2.2.1 *Abordaje integral desde los CESAC*

- Implementación de nominalización, empadronamiento, apertura de HCE y seguimiento a través de la misma a todos los pacientes que se dispensen tratamiento.
- Abordar al 100% de los contactos familiares e institucionales de los casos índices notificados en el 2017 y 2018.
- Realizar el TDO de manera gradual hasta alcanzar al 100% de los casos tratados, garantizando la medicación y favoreciendo la contrarreferencia con Htal y la recaptación en caso de abandono.
- Realizar acciones locales con activos comunitarios.

### 2.2.2 *Conocimiento evaluación y derivación por los neumotisiólogos*

- Lograr la contrarreferencia y la derivación a los CESAC del 100% de los casos por parte de los Neumotisiólogos participando de la red de cuidados progresivos.
- Lograr la consignación en el SNVS-TBC de la evaluación del 100% de los casos atendidos en los servicios de neumotisiología una vez finalizado el tratamiento o constatado el abandono o fallecimiento del paciente.
- Implementación de nominalización, empadronamiento, apertura de HCE y seguimiento a través de la misma a todos los pacientes que se dispensen tratamiento.

### 2.2.3 *Incremento de intersectorialidad, monitoreo y capacitación permanente*

- Implementar la estrategia de Control de TBC en grandes ciudades
- Acompañar y promocionar actividades con otros ministerios y organismos de la Ciudad, Organizaciones sociales, Iglesias, CPI, clubes, talleres, entre otros
- Evaluar permanentemente la situación epidemiológica, seguimiento de indicadores y difusión de la información (mortalidad, coinfección con VIH, Mortalidad, Letalidad, Grupos de edad)
- Promover, Gestionar y realizar actividades de capacitación permanente en servicio y con diferentes actores

## 3 ACTIVIDADES GENERALES DE ACUERDO A OBJETIVOS

### 3.1 ABORDAJE INTEGRAL DESDE LOS CESAC

- Empadronar y asignar equipo de salud de acuerdo a georreferencia del paciente.
- Seguimiento del paciente y registro de la evolución en HCE.
- Abordar interdisciplinaria e intersectorialmente al caso índice, los contactos familiares e institucionales (laborales, escolares).
- En caso de ser necesario realizar el estudio de foco correspondiente e indicar la quimioprofilaxis de ser necesario.
- De acuerdo al esquema de medicación indicada garantizar la provisión de medicación mensual, que estará disponible en las farmacias de los diferentes efectores donde el paciente esté en tratamiento.
- El tipo de tratamiento deberá ser: Tratamiento Supervisado, Directamente Observado (TDO), en todo el horario de atención del CeSAC. Asimismo, se evaluará la posibilidad/necesidad/opción de tratamientos basados en la comunidad.

- Supervisar que el paciente con TBC y los contactos estén cumpliendo con el tratamiento o la quimioprofilaxis correspondiente.
- Generar la contrarreferencia con Hospitales y la recaptación en casos de abandono.
- Notificar en SNVS directamente o a través del área Programática.
- Realizar un análisis de la situación para identificar las necesidades y las tareas específicas que requerirían de actividades comunitarias integradas de prevención y control de la TBC.
- Elaborar un mapeo de actores sociales locales (organizaciones de sociedad civil, ONG, redes sociales de apoyo, instituciones gubernamentales, etc) que estén trabajando en salud, vivienda, transporte, empleo, educación y otros, en el área geográfica identificada para promover alianzas y redes sociales.
- Identificar entre ellas las que trabajan ya en tuberculosis y las que tienen interés y potencial de hacerlo, e identificar las mejores estructuras comunitarias existentes para las actividades comunitarias de prevención y control de la TBC.
- Involucramiento de los medios de comunicación locales en la prevención y control sociales de la TBC y reforzar el establecimiento de redes para potenciar el efecto de las acciones y favorecer su sustentabilidad.
- Identificar oportunidades de contacto y trabajo coordinado de los equipos de salud con los actores sociales locales para atender sinérgicamente las necesidades de los afectados por la tuberculosis, ampliar el conocimiento del contexto local y aumentar la capacidad para llegar a grupos de alta vulnerabilidad social.
- Identificar oportunidades de contacto con los enfermos y su familia a través de sus organizaciones y en las actividades desplegadas con los equipos en articulación con otras redes de soporte.
- Identificar instancias de coordinación con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales centrales y locales (reuniones o mesas de salud), donde los equipos de salud y referentes comunitarios puedan promover la integración de actividades de prevención y control de la TBC y hacer sinergia con las acciones de los otros actores.
- Generar tableros de control desde el área de estadística con los datos de las HCE que permitan un seguimiento adecuado de los procesos.

### **3.2 CONOCIMIENTO EVALUACIÓN Y DERIVACIÓN POR LOS NEUMOTISIÓLOGOS**

- Realizar la derivación activa a los CESAC primero y paulatinamente, a partir de la implementación de la HCE, a través de los mesones de los Hospitales.
- Consignar en la HCE el seguimiento del paciente en sus distintas fases de tratamiento: primera fase, segunda fase, finalización de tratamiento.
- Organizar encuentros junto con referentes de CESAC, del área programática, de los hospitales y otros actores para dar cuenta de la situación de la evaluación de los casos.
- Participar activamente de la red de cuidados progresivos, tanto en la atención como en la capacitación.

### **3.3 INCREMENTO DE INTERSECTORIALIDAD, MONITOREO Y CAPACITACIÓN PERMANENTE**

- Implementar la estrategia de Control de TBC en grandes ciudades
- Acompañar y promocionar actividades con otros ministerios y organismos de la Ciudad, Organizaciones sociales, Iglesias, CPI, clubes, talleres, entre otros

- Evaluar permanentemente la situación epidemiológica, seguimiento de indicadores y difusión de la información (mortalidad, coinfección con VIH, Mortalidad, Letalidad, Grupos de edad)
- Realizar en conjunto con neumotisiólogos, trabajadores sociales, sociedades científicas, entre otros actores, capacitaciones en servicio para el conocimiento de las diferentes estrategias de atención, las mejoras en la asistencia, características del TDO, entre otras.

## 4 INDICADORES GENERALES

A continuación se enumeran una breve selección de indicadores programáticos de resultados y de impacto para el seguimiento de la ejecución del Plan integrado Operativo para el abordaje de la TBC en la CABA. Estos indicadores se priorizarán de acuerdo a la situación epidemiológica y posibilidad de seguimiento.

1. **Tasa de notificación de casos nuevos y recaídas de TB todas las formas:** Total de casos nuevos y recaídas de TB en el último año/ población total x100.000 hab.
2. **Porcentaje de evaluación:** Total de casos con consignación de evaluación en el último año/ total de casos notificados x 100.
3. **Tasa de Mortalidad Total por TB:** Total de muertos con y por TB / población total x100.000 hab.
4. **Tasa de tratamientos completos:** Total de casos de casos pulmonares con ED (+) que completaron el tratamiento y que no fue fracaso/ Total de casos nuevos pulmonares con ED (+)
5. **Tasa de abandono:** Total de casos de casos pulmonares con ED (+) que abandonaron el tratamiento por más de 2 meses / Total de casos nuevos pulmonares con ED (+)
6. **Pacientes Bajo TDO:** Total de casos nuevos pulmonares con ED(+) que realizaron TDO/ Total de casos nuevos pulmonares ED (+) notificados.

## 5 ACCIONES IMPLEMENTADAS Y PROGRAMADAS

### 5.1 BARRIO 31

- Acceso a tratamientos para TBC: todos los CeSACs del barrio cuentan con la medicación.
- Se conformó un sistema de información centralizado que unifica los casos y los distribuye georreferenciadamente.
- Se confeccionó un listado con los pacientes sin datos de tratamiento relevados por la GO Epidemiología del Ministerio de Salud de CABA del último año (49 casos). Los datos fueron compartidos con los CeSACs y el Área Programática.
- Se conformaron mesas de trabajo InterCeSAC por territorio con características sociodemográficas similares a fin de definir estrategias de abordaje comunes de la problemática
- Se trabaja en la unificación de criterios diagnóstico y tratamiento; para esto se planifica capacitación a cargo del programa de TBC y APS para el equipo de Salud de los CeSAC enfocado a estrategias de abordaje territorial, diagnóstico y *screening*, para fines de Junio.
- Se contactaron por medio de los equipos territoriales a todos los casos georeferenciados realizando el seguimiento y control de los mismos.
- Los equipos realizaron recaptaciones por distintas vías: llamados telefónicos, visita al domicilio y contacto con instituciones y pudieron relevarse 43 domicilios (87%)



- Se comenzó tratamiento en aquellos casos que abandonaron y se completaron datos de aquellos que finalizaron tratamiento.

## **5.2 VILLA 1-11-14**

- Se organizaron reuniones de trabajo entre equipos de salud de los cesac, el servicio de neumonología del Hospital Piñero, el área de epidemiología local y del Ministerio de Salud. Se acordaron estrategias de bordaje y seguimiento de los pacientes y sus contactos.
- Se iniciarán mesas de trabajo en el barrio. Para esto se acordó la realización de un material de difusión (Anexo) que está en proceso de impresión.
- Todos los CESAC cuentan con la medicación para los pacientes con tuberculosis.

## **5.3 VILLA 20**

- Se organizaron reuniones de trabajo entre los equipos de salud de los Cesac 18 y 43, neumonología y epidemiología del Hospital Piñero, Area Programática, laboratorio, y referentes del Hospital Grierson. Se acordaron los circuitos y derivaciones de los pacientes. Se trabaja en un material de difusión.

## **5.4 VILLA 21-24**

- Se trabaja con los referentes de los equipos de salud de los CESAC 1, 8, 30 y 35 en los circuitos de los pacientes con tuberculosis. Se organizó para la semana del 19 de junio reunión con vecinos del barrio para poner en agenda la problemática.

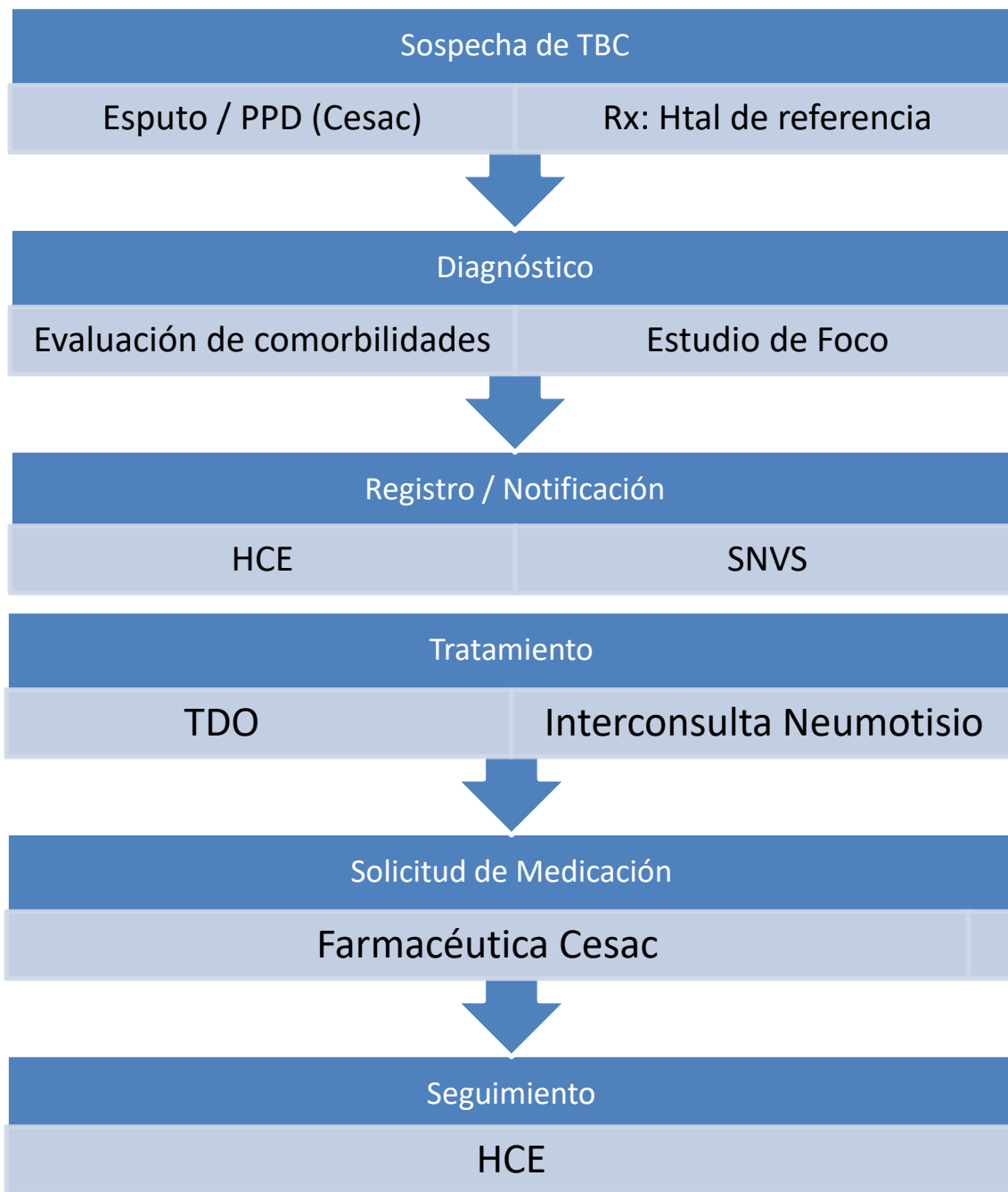
## **5.5 DISPOSITIVO DE TRABAJO PARA EL EQUIPO DE SALUD**

Se realizará próximamente y luego de manera sistemática el dispositivo: "Prevención y control de la TBC en el equipo de salud: estrategias de implementación en residencias de Medicina General y Familiar y Clínica Médica de la ciudad de Buenos Aires", donde se trabajarán diferentes aspectos de la prevención del equipo de salud en el tratamiento de este evento.

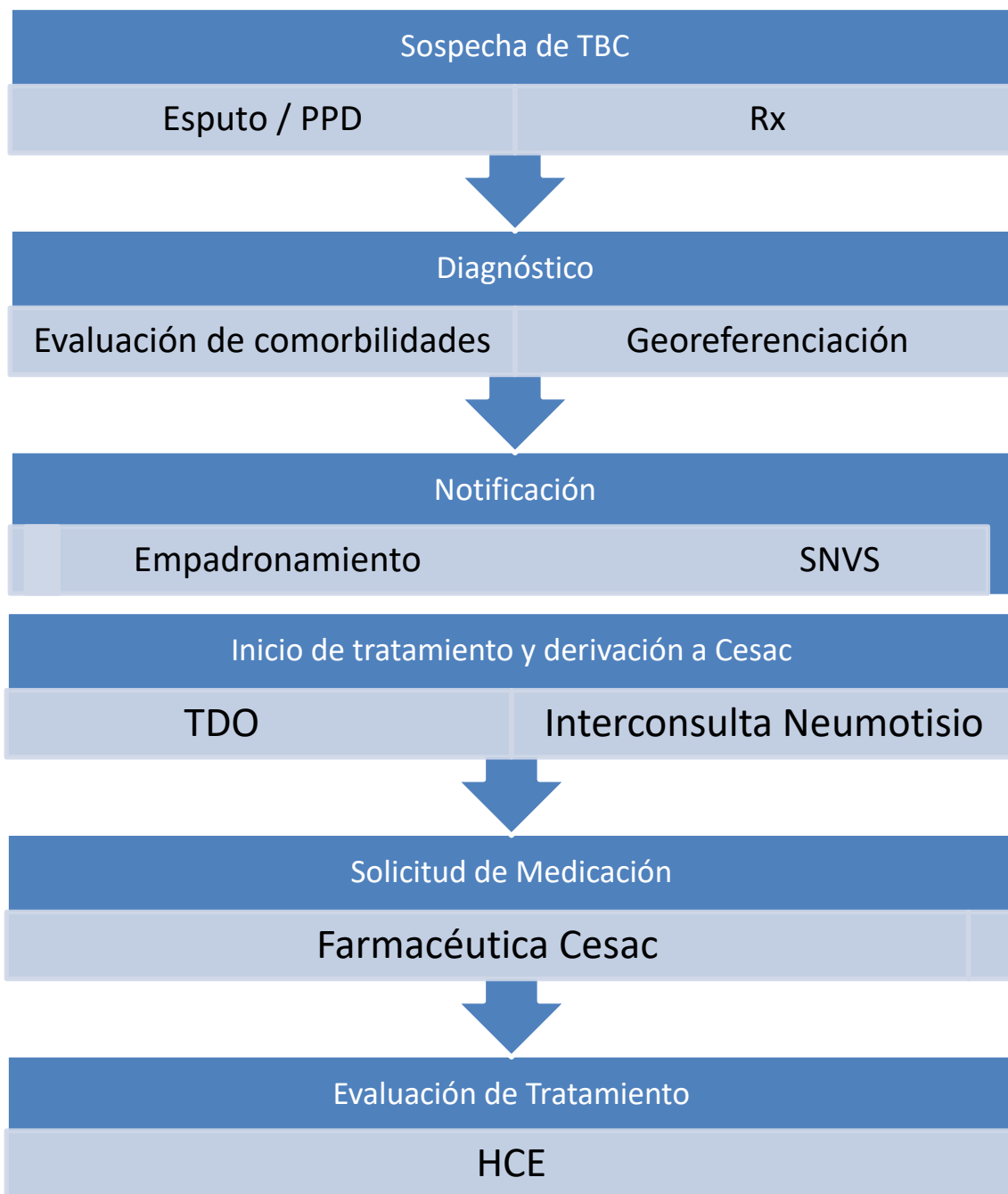
## 6 ANEXO

### 6.1 CIRCUITO GENERAL DE LA NOTIFICACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN FINAL

#### 6.1.1 Centro de Salud



**6.1.2 Hospital**



## 6.2 MATERIALES

### 6.2.1 Folletería para difusión


 /BASalud
 buenosaires.gob.ar/salud

# Tuberculosis

## Una enfermedad curable



Si tenés tos por más de 15 días, consultá en tu Centro de Salud.

**El diagnóstico temprano, es fundamental para el tratamiento y cura.**

 **La atención, tratamiento y medicación son gratuitos.**

**Centros de salud de tu barrio:**  
 Villa Soldati (CeSAC N° 6): Mariano Acosta 3673  
 Parque Avellaneda (CeSAC N° 13): Directorio 4210  
 Villa Lugano 3 (CeSAC N° 14): Horacio Casco 4446  
 Villa Lugano 4 (CeSAC N° 18): Batlle Ordoñez 5080  
 Flores 1 (CeSAC N° 19): Curapaligüe 1905  
 Flores 2 (CeSAC N° 20): Ana María Janer y Charrúa 2330 (Barrio 1 11 14)  
 Ramón Carrillo (CeSAC N° 24): Martínez Castro y Laguna (Pasaje L)  
 Flores 3 (CeSAC N° 31): Ana María Janer y Agustín De Vedia  
 Flores 4 (CeSAC N° 40): Esteban Bonorino 1729  
 Villa Lugano 6 (CeSAC N° 43): Fonrouge 4377  
 Villa Lugano 7 (CeSAC N° 44): Saraza 4202


MINISTERIO DE SALUD







### 6.2.3 Díptico




**Centros de salud de tu barrio:**

<p><b>Villa Soldati</b> (CeSAC N° 8): Mariano Acosta 3673</p> <p><b>Parque Avellaneda</b> (CeSAC N° 13): Directorio 4210</p> <p><b>Villa Lugano 3</b> (CeSAC N° 14): Horacio Casco 4446</p> <p><b>Villa Lugano 4</b> (CeSAC N° 18): Batlle Ordoñez 5080</p>	<p><b>Flores 1</b> (CeSAC N° 19): Curapaligüe 1905</p> <p><b>Flores 2</b> (CeSAC N° 20): Ana María Janer y Charriá 2330 (Barrio 11114)</p> <p><b>Ramón Carrillo</b> (CeSAC N° 24): Martínez Castro y Laguna (Pasaje L)</p> <p><b>Flores 3</b> (CeSAC N° 31): Ana María Janer y Agustín De Vedia</p>	<p><b>Flores 4</b> (CeSAC N° 40): Esteban Bonorino 1729</p> <p><b>Villa Lugano 6</b> (CeSAC N° 43): Forvovue 4377</p> <p><b>Villa Lugano 7</b> (CeSAC N° 44): Saraza 4202</p>
---	---	---

/BASalud
buenosaires.gob.ar/salud

## Tuberculosis

### Una enfermedad curable



MINISTERIO DE SALUD


/BASalud
buenosaires.gob.ar/salud

**¿Qué es la Tuberculosis? (TBC)**  
Es una enfermedad que afecta generalmente los pulmones pero también puede enfermar a otras partes del cuerpo. Es curable, tomando la medicación adecuada.


**¿Cómo nos enfermamos?**  
Se transmite de persona enferma de TBC a persona sana por medio de las gotitas que despedimos al hablar, toser o estornudar. **No es una enfermedad hereditaria.**

**¿Quiénes pueden enfermarse?**  
Todos podemos contraer esta enfermedad, cualquiera sea nuestra edad o sexo. Si compartimos varias horas diarias con una persona con Tuberculosis debemos realizarnos un control médico de forma urgente aunque nos sintamos bien.


**¿Cómo podemos prevenirla?**




Lavemos nuestras manos con agua y jabón.



Cubramos nuestra boca y nariz al estornudar o toser.






Iluminemos con luz solar y ventilemos los ambientes.



Mantengamos una alimentación saludable.


**¿Cuándo debemos consultar al médico?**


Principalmente si tenemos tos que dura más de 15 días pero también ante pérdida de peso, falta de apetito, fiebre persistente o sudoración nocturna.

**TRATAMIENTO**


**¿Qué debemos tener en cuenta sobre el tratamiento?**



Nos indicarán medicación, controles clínicos, análisis de sangre, análisis de esputo y radiografías de tórax, para confirmar que el tratamiento está siendo efectivo.




Es posible que durante el tratamiento nuestra orina, saliva o lágrimas tengan una coloración naranja y que aumente nuestra sensibilidad al sol.



Si tomamos anticonceptivos (píldoras o inyecciones) consultemos por métodos alternativos ya que estos se vuelven menos eficaces con el tratamiento.

**Es muy importante no suspender o abandonar el tratamiento, porque generamos recaídas en la enfermedad con más riesgos para la salud, las bacterias pueden volverse resistentes y vamos a tener que tomar nuevos medicamentos durante más tiempo.**



**El diagnóstico temprano a través de la consulta médica, es fundamental para el tratamiento y cura.**

**La atención, tratamiento y medicación son gratuitos.**

## X. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_1\\_se\\_32\\_20160826\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf)
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_1\\_se\\_32\\_20160826\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf)
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_4\\_se\\_35\\_20160916\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf)
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_5\\_se\\_36\\_20160922\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf)
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_6\\_se\\_37\\_20160930\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf)
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_7\\_se\\_38\\_20160710\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf)
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_8\\_se\\_39\\_20161014\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014_vf_0.pdf)
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_12\\_se\\_43\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf)
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_13\\_20161120\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf)
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_15\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_15_vf.pdf)
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_17\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf)
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_17\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf)
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_18\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf)
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIAR DE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_21\\_se52\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf)
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_22\\_se\\_1\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf)
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_26\\_se\\_5\\_2017\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf)
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_29\\_se\\_8\\_2017\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf)
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_30\\_se9\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf)
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017.  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_40\\_se19\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf)
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. *Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis.*  
[http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_42\\_se21\\_vf\\_1.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf)
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017.

- [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_45\\_se\\_24\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf)
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_46\\_se\\_25\\_vf\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf)
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_46\\_se\\_25\\_vf\\_3.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf)
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_47\\_se\\_26\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf)
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017 [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_48\\_se\\_27\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf)
26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_50\\_se\\_29\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf)
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_54\\_se\\_33\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf)
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_57\\_se\\_36\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf)
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_58\\_se\\_37\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf)
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017 [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_59\\_se\\_38\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf)
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_60\\_se\\_39\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf)
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_63\\_se\\_42\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf)
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017. [http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_66\\_se\\_45\\_vf.pdf](http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf) Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_68\\_se\\_47\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf)
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_73\\_se\\_52-2017\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf)
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_73\\_se\\_52-2017\\_vf\\_0.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf)
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_81\\_se\\_8\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf)
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88\\_se-15\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf)
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88\\_se-15\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf)
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017.BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_92\\_se\\_19\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf)
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. [http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes\\_94\\_se\\_21\\_vf.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf)