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

/gcba buenosaires.gob.ar

Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

N° 113 Año III / 19 de Octubre de 2018
Información hasta SE 40

Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN

Buenos Aires Ciudad — Vamos Buenos Aires

AUTORIDADES CABA

Jefe de Gobierno
Lic. Horacio Rodríguez Larreta

Vicejefe de Gobierno
Cont. Diego Santilli

Ministerio de Salud
Dra. Ana María Bou Pérez

Subsecretaría de Planificación Sanitaria
Dr. Daniel Carlos Ferrante

Gerencia Operativa de Epidemiología
Mg. Julián Antman

EQUIPO DE LA GERENCIA OPERATIVA DE EPIDEMIOLOGÍA

Integrantes del Equipo de trabajo
Prof. Noelia Bartfay
Dr. Jorge Chaui
Dra. Susana Devoto
Yasmin El Ahmed
Dr. Manuel Fernández
Florencia De Florio
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Marco Muñoz
Mg. Mariela Rodríguez
Lic. Mara Tesoriero
Dra. Mónica Valenzuela
Lic. Hernán Zuberman

Data Entrys
Germán Adell
Rosalía Paez Pérez
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

Integrantes de la Residencia Postbásica en Epidemiologia
Jefa: Dra. Marina Longordo
Instructora: Dra. Luisa Piatti
Dra. Natalia Aráoz Olivos
Dra. Ana Delgado
Dra. Paula Machado
Vet. Eugenia Toytoyndjian

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

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

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

Monasterio 480, CABA

Foto de portada: Serie "Personalidades de la cultura vinculadas con la Ciudad de Buenos Aires"
Mercedes Sosa.
Nació en 1935 en San Miguel de Tucumán. Fue considerada como la mayor exponente del folklore argentino. Fundadora del Movimiento del Nuevo Cancionero y una de las exponentes de la Nueva canción latinoamericana. Incursionó en otros géneros como el tango, el rock y el pop. Entre sus discos se destacaron: *Canciones con fundamento* (1965), *Yo no canto por cantar* (1966), *Mujeres argentinas* (1969), *Homenaje a Violeta Parra* (1971), *Cantata sudamericana* (1972), *Mercedes Sosa interpreta a Atahualpa Yupanqui* (1977), *Mercedes Sosa en Argentina* (1982*), Alta fidelidad* (1997). Su carrera alcanzó la consagración popular en 1965 en la quinta edición del Festival Folklórico de Cosquín. En 1967 hizo una exitosa gira por los Estados Unidos y Europa. Durante la última dictadura debió exiliarse 1979, primero en París y luego en Madrid. Volvió a la Argentina en febrero de 1983, realizó una serie de recitales históricos a sala repleta en el Teatro Ópera de Buenos Aires. En los años 1990 Mercedes Sosa se consagró como una de las mejores cantantes del mundo. Continuó dando recitales exitosos dentro y fuera de Argentina. En 1991 publicó su álbum número 30, *De mí*, título tomado de la canción de Charly García. El 28 de enero de 1997 cerró el Festival de Cosquín incorporando al mencionado artista. A mediados de 2009, editó el que sería el último disco de su vida: *Cantora II,* el segundo volumen de duetos que realizó con 35 artistas nacionales e internacionales. En el disco, hizo dúo con Gustavo Cerati en *"Zona de promesas"*. Cantora I y II, fue considerado por algunos críticos como "de antología", incluyeron a músicos como Joan Manuel Serrat, Luis Alberto Spinetta, Caetano Veloso, Soledad, Orozco-Barrientos y Gustavo Santaolalla, León Gieco, Teresa Parodi y Víctor Heredia. De manera póstuma, ganó en la categoría mejor álbum folclórico por Cantora 1. Este mismo trabajo ganó el segundo Grammy como mejor diseño de portada. El 1 de abril de 1992 en el Salón Dorado del Honorable Concejo Deliberante fue declarada Ciudadana Ilustre de la Ciudad de Buenos Aires. Falleció el 4 de Octubre de 2009. Foto: www.mercedesosa.org.

INDICE

SOBRE LAS TAPAS DEL BES 5
NUEVA EDITORIAL 6
I. EL BES 7
I.1. INTRODUCCIÓN 7
I.2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS 7
I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS 2.0 7
I.2.B. Otras fuentes 7
II. RESUMEN EJECUTIVO 8
III. TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO 9
IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS 11
IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL 11
IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO 11
IV.3. GASTROENTÉRICAS 11
IV.4. HEPATITIS 11
IV.5. INMUNOPREVENIBLES 11
IV.6. INTOXICACIONES 12
IV.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS 12
IV.8. OTRAS 12
IV.9. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES 12
V. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CABA. AÑO 2017. PARTE I: GRAVEDAD Y ESTACIONALIDAD. 13
V.1. INTRODUCCIÓN 13
V.2. METODOLOGÍA 13
V.2.A. Universo 13
V.2.B. Metodología 14
V.3. RESULTADOS 14
V.3.A. Total de pacientes ingresados 14
V.3.B. Gravedad de la lesión 14
V.3.C. Pacientes ingresados por mes 15
V.4. CONCLUSIONES 16
V.5. BIBLIOGRAFÍA 17
VI. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES 18
VI.1. INTRODUCCIÓN 18
VI.2. SITUACIÓN NACIONAL 18
VI.3. SITUACIÓN EN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES 20
VI.3.A. Infecciones invasivas por Streptococcus pyogenes en residentes de la Ciudad 21
VI.3.A.i. Manifestaciones clínicas 22
VI.3.A.ii. Materiales en los que se halló el germen: 22
VI.4. VIGILANCIA DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES 22
VI.4.A. Recomendaciones: Recomendaciones para el personal de salud 23
VI.4.B. Recomendaciones para la comunidad 23
VI.4.C. Recomendaciones para la comunidad educativa 24
VII. AVANCE DE META DE LA CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE SARAMPION-RUBEOLA (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). CABA 25
VIII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS 26
VIII.1. INTRODUCCIÓN 26
VIII.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA 26
VIII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS 27
VIII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 40. 28
VIII.5. MORTALIDAD POR IRA 29
VIII.6. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS 29
IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES 32

SOBRE LAS TAPAS DEL BES

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

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

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

NUEVA EDITORIAL

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

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

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

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

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

Es por ello que este boletín, además, presenta un breve análisis de la situación de la enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes, dando cuenta de un importante hallazgo de la vigilancia epidemiológica ocurrido este año en nuestra Ciudad.

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

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

I. EL BES...

I.1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

I.2.A. Fuentes de datos: Implementación del nuevo SNVS 2.0

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

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

I.2.B. Otras fuentes

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

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

II. RESUMEN EJECUTIVO

Se presenta el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Salud de CABA (BES). De acuerdo a las características de cada uno de los eventos bajo vigilancia, se exponen de manera detallada con diferente periodicidad. En la actualidad, a partir de la encuesta realizada recientemente, se está revisando dicha periodicidad y en próximos BES se presentarán los cambios.

Informes semanales/otros:

- ✓ **Vigilancia de lesiones ocasionadas por siniestros viales en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2017**
- ✓ **Vigilancia de las enfermedades invasivas por *Streptococcus pyogenes***
- ✓ **Avance de meta de la campaña de seguimiento de sarampión-rubeola (niños/as de 1 a 4 años)**
- ✓ **Actualización semanal de Infecciones Respiratorias Agudas**

Resumen:

El evento parotiditis muestra una disminución con respecto al mismo período del año previo, mientras que las Hepatitis A, B, C y sin especificar presentaron un aumento. Respecto del grupo inmunoprevenibles, los casos de enfermedad febril exantemática aumentaron su notificación considerablemente (es decir, el sistema de presentó con mucha mayor sensibilidad para la notificación de casos sospechosos de sarampión/rubeola). Se observa una disminución en la mayoría de los eventos de meningitis y meningoencefalitis, a excepción de meningoencefalitis sin especificar etiología. Dentro de las enfermedades zoonóticas y por vectores, se verifica una disminución en la notificación de hantavirosis y leptospirosis. Por último, en el 2018 se presentó un incremento de los casos de paludismo importados respecto del mismo período del año anterior.

Este boletín es posible gracias al compromiso de los efectores de salud públicos y privados que se involucran en la tarea de vigilancia. El equipo de la gerencia agradece los trabajos remitidos para ser difundidos a través de esta publicación e invita a continuar el envío de los mismos para su divulgación y enriquecimiento de los BES.

III.TABLA CONSOLIDADA POR GRUPO DE EVENTO

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

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

La información que se presenta a continuación es la acumulada hasta la **SE 40** del corriente año (finalizada el 29 de septiembre) 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 40** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	174	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	293	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	307		-34
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	25	24		-4
	ARANEISMO	2	2	0	
	OFIDISMO	1	1	0	
Gastroentéricas	DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS	181	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	1	2	1	
Hepatitis	HEPATITIS A	13	32	19	
	HEPATITIS B	53	60		13
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	2	1	-1	
	HEPATITIS C	49	54		10
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	18	18	
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	78	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	14	495	481	
	PAF*	8	4	-4	
	PAROTIDITIS	258	101		-61
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	68	24		-65
	POR METALES PESADOS	2	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	112	75		-33
	POR OTROS TÓXICOS	48	16	-32	
	POR PLAGUICIDAS	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	1	0	

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

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

Notificaciones de casos acumulados hasta la **SE 40** en **Residentes** de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Grupo de eventos	Evento	2017	2018	Diferencia de casos	Variación porcentual
Meningitis y Meningoencefalitis	MENINGOENCEFALITIS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE	3	2	-1	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	5	5	0	
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	12	7	-5	
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	
	MENINGITIS TUBERCULOSA	2	0	-2	
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	5	2	-3	
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	7	6	-1	
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	19	24	5	
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	5	3	-2	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	20	12	-8	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	20	8	-12	
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	9	3	-6	
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	
Otras	LEPRA	3	0	-3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	611		-14
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	25	24	
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 105			
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)				
	FIEBRE CHIKUNGUNYA				
	FIEBRE AMARILLA				
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	2	2	
	HANTAVIROSIS	35	17	-18	
	PSITACOSIS	9	8	-1	
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	5	5	
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	7	7	
	LEPTOSPIROSIS	45	15	-30	
	PALUDISMO	1	6	5	
	TRIQUINOSIS	0	1	1	
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	6	4	-2	

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

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

IV. DETALLE DE LA NOTIFICACIÓN POR GRUPO DE EVENTOS

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

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
De transmisión vertical	CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*	6	1	123	44	174	6	1	91	6	104		-40
	CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*	118	0	0	0	118	90	0	0	0	90		-24
	SÍFILIS CONGÉNITA*	40	16	198	39	293	33	16	147	4	200		-32
	SÍFILIS EN EMBARAZADA*	466	0	0	0	466	307	0	0	0	307		-34

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

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

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

IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Envenenamiento por animal ponzoñoso	ALACRANISMO	5	9	11	0	25	2	4	18	0	24		-4
	ARANEISMO	1	1	0	0	2	0	0	2	0	2	0	
	OFIDISMO	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	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	181	0	0	0	181	163	0	0	0	163		-10
	DIARREAS BACTERIANAS	17	0	0	0	17	12	0	0	0	12	-5	
	DIARREAS VIRALES	3	0	0	0	3	3	0	0	0	3	0	
	DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	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 33 2017-2018** en el **BES N° 106.**

IV.4. HEPATITIS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Hepatitis	HEPATITIS A	13	0	0	0	13	21	2	7	2	32	19	
	HEPATITIS B	33	5	15	0	53	27	5	28	0	60		13
	HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE	0	2	0	0	2	0	1	0	0	1	-1	
	HEPATITIS C	34	1	14	0	49	31	5	17	1	54		10
	HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	HEPATITIS SIN ESPECIFICAR	0	0	0	0	0	8	0	10	0	18	18	

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

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Inmunoprevenibles	COQUELUCHE*	10	0	59	9	78	9	0	35	1	45		-42
	EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*	0	0	1	13	14	6	24	437	28	495	481	
	PAF*	0	0	6	2	8	0	0	3	1	4	-4	
	PAROTIDITIS	23	25	210	0	258	14	1	86	0	101		-61

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

Los datos presentados de **Coqueluche de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrollan de manera ampliada en el **BES N° 74** y hasta la **SE 29 2017-2018** en el **BES N° 102.**

IV.6. INTOXICACIONES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Intoxicaciones	MEDICAMENTOSA	20	7	41	0	68	4	0	20	0	24		-65
	POR METALES PESADOS	0	2	0	0	2	0	0	4	0	4	2	
	POR MONÓXIDO DE CARBONO	35	32	43	2	112	6	0	67	2	75		-33
	POR OTROS TÓXICOS	38	2	8	0	48	6	0	10	0	16	-32	
	POR PLAGUICIDAS	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
	POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	

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

IV.7. 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	3	0	0	0	3	2	0	0	0	2	-1
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA POR OTROS AGENTES	4	0	1	0	5	3	0	2	0	5	0
	MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE	4	3	5	0	12	0	0	7	0	7	-5
	MENINGITIS OTROS GERMENES NO BACTERIANAS NI VIRALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGITIS TUBERCULOSA	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	-2
	MENINGOENCEFALITIS POR OTROS VIRUS	5	0	0	0	5	1	0	1	0	2	-3
	MENINGOENCEFALITIS POR STREPTOCOCCO NEUMONIAE	6	0	1	0	7	5	0	1	0	6	-1
	MENINGOENCEFALITIS SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA	3	1	12	3	19	1	1	19	3	24	5
	MENINGOENCEFALITIS MICOTICAS Y PARASITARIAS	2	1	1	1	5	1	0	1	1	3	-2
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES POR ENTEROVIRUS	18	1	1	0	20	11	0	1	0	12	-8
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES SIN ESPECIFICAR AGENTES	3	4	10	3	20	1	0	6	1	8	-12
	MENINGOENCEFALITIS VIRALES URLEANAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	MENINGOENCEFALITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	7	0	1	1	9	2	0	0	1	3	-6
	MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA < 5 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

IV.8. OTRAS

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS	VARIACIÓN PORCENTUAL
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL		
Otras	LEPRA	1	0	2	0	3	0	0	0	0	0	-3	
	SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUH)*	44	0	0	0	44	14	0	0	0	14	-30	
	LISTERIOSIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	BOTULISMO DEL LACTANTE	1	0	0	0	1	3	0	0	0	3	2	
	TUBERCULOSIS*	708	0	0	0	708	611	0	0	0	611		-14

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

Los datos presentados de **Tuberculosis de 2016-2017** hasta la **SE 52** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 76** y hasta la **SE 31 2017-2018** en el **BES N° 104.**

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

IV.9. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES

GRUPO DE EVENTO	EVENTO	2017					2018					DIFERENCIA DE CASOS
		C	P	S	D	TOTAL	C	P	S	D	TOTAL	
Zoonóticas y por vectores	BRUCELOSIS	1	0	0	0	1	6	2	17	0	25	24
	DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)	VER INFORME ETMAa BES 105										
	ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)											
	FIEBRE CHIKUNGUNYA											
	FIEBRE AMARILLA											
	FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
	HANTAVIROSIS	1	0	33	1	35	1	0	7	9	17	-18
	PSITACOSIS	4	0	5	0	9	0	0	8	0	8	-1
	LEISHMANIASIS CUTÁNEA	0	0	0	0	0	5	0	0	0	5	5
	LEISHMANIASIS VISCERAL	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	7
	LEPTOSPIROSIS	1	4	25	15	45	0	1	8	6	15	-30
	PALUDISMO	1	0	0	0	1	4	1	1	0	6	5
	TRIQUINOSIS	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
	VIRUS DE LA ENCEFALITIS DE SAN LUIS	0	0	6	0	6	0	0	2	2	4	-2

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

La caracterización de **Dengue, Zika y Chikungunya** se desarrolla de manera ampliada en el **BES N° 105.**

V. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CABA. AÑO 2017. PARTE I: GRAVEDAD Y ESTACIONALIDAD.

V.1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo, para el año 2015, los traumatismos causaron 5 millones de muertes, casi tres de cada diez fueron como consecuencia de un incidente de tránsito. La mortalidad por siniestros viales, que a nivel mundial es de 18,3 defunciones por cada 100.000 habitantes, es mayor en los países de ingresos bajos, donde alcanza las 28,5 defunciones cada 100.000 habitantes. En Argentina, de acuerdo a datos publicados por la Dirección Nacional del Observatorio Vial del Ministerio de Transporte de la Nación, en el año 2017 hubo 5.420 defunciones en el lapso de los 30 días ocasionadas por el tránsito, representando una Tasa de Mortalidad (TBM) de 12,3 por cada 100.000 habitantes. En la Ciudad de Buenos Aires se estima que para dicho año hubo 151 víctimas fatales en el lapso de los 30 días, lo que representa una TBM de 4,9 cada 100.000 habitantes.

La fuente primaria para la elaboración de las estadísticas de siniestralidad vial de la Ciudad al igual que en la mayoría de los países son los datos policiales. Las fuerzas policiales generalmente registran las víctimas fatales y lesionadas que ocurren en el lugar del hecho o bien en los días cercanos al mismo[1] y no suelen contar con información que permita distinguir entre heridos leves y graves. A su vez, el enfoque de sistema seguro adoptado en el Plan de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires se basa en el principio ético de que las muertes y lesiones graves a consecuencia de los siniestros viales son inaceptables. Tanto las muertes como las lesiones graves causan un enorme sufrimiento humano así como costos económicos y sociales que deben ser evitados. En función de ello, resulta necesario tomar medidas tendientes a complementar los datos policiales con información sobre el número de heridos graves y de fallecidos en el lapso de los 30 días que se obtiene de los registros sanitarios.

Con esta meta, desde 2016 el Observatorio de Seguridad Vial dependiente de la Subsecretaría de Movilidad Sustentable y Segura, Ministerio de Desarrollo Urbano y Transporte del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) con el apoyo técnico de la Gerencia Operativa de Epidemiología y de la Subsecretaría de Atención Hospitalaria del Ministerio de Salud, del GCBA, lleva adelante un proyecto de vigilancia epidemiológica de lesionados por siniestros viales hasta 30 días posteriores al mismo en los 13 Hospitales de Agudos de la Ciudad. Este proyecto busca monitorear anualmente la cantidad de lesionados que ingresan al sistema hospitalario a causa de un siniestro vial y conocer la gravedad del traumatismo, las características demográficas, el tipo de usuario de la vía así como la distribución geográfica de los lesionados graves y fallecidos.

El presente informe corresponde a la primera edición de una serie de cuatro publicaciones que se realizaran de manera periódica acerca de la vigilancia epidemiológica de lesiones ocasionadas por siniestros viales durante el año 2017. En esta edición se describirán los resultados generales de la vigilancia de lesionados por siniestros viales efectuada por el OSV durante el año 2017, a saber, el total de lesionados ingresados así como la gravedad de las lesiones y su estacionalidad comparándolo con los datos del 2016. En la segunda edición se presentarán datos relevantes para la gestión hospitalaria, en la tercera se caracterizará a los lesionados graves y fallecidos y en la cuarta se analizará la carga global por enfermedad que representan los siniestros viales en la Ciudad.

V.2. METODOLOGÍA

V.2.A. Universo

El relevamiento de datos se llevó a cabo en los 13 Hospitales de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2018. Cabe recordar que la totalidad de los auxilios que el SAME efectúa en la vía pública son derivados a estos 13 efectores para su primera atención hospitalaria.

[1] La Organización Mundial de la Salud [3] define a las víctimas mortales causadas por el tránsito como: «cualquier persona que fallece inmediatamente o dentro de un período de 30 días como consecuencia de un traumatismo causado por un accidente de tránsito»

V.2.B. Metodología

El detalle de la metodología que se utilizó en el presente análisis puede consultarse en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf.

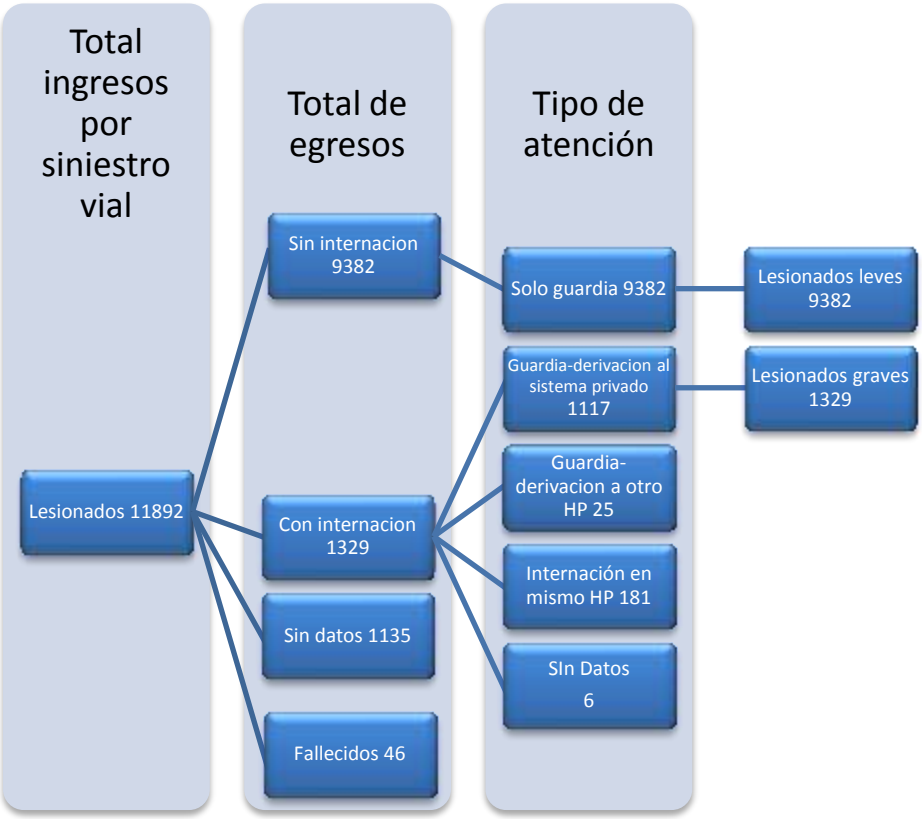
V.3. RESULTADOS

V.3.A. Total de pacientes ingresados

A partir del relevamiento de los libros de Guardia se registraron durante el año 2017, 11.892 pacientes ingresados por causa de un siniestro vial.

La Figura I muestra la clasificación de los pacientes de acuerdo al tipo de egreso (con o sin internación) y al tipo de atención recibida.

Figura 1. Esquema de la clasificación de los pacientes ingresados por siniestros viales según el tipo de egreso y el tipo de atención recibida. CABA, año 2017.



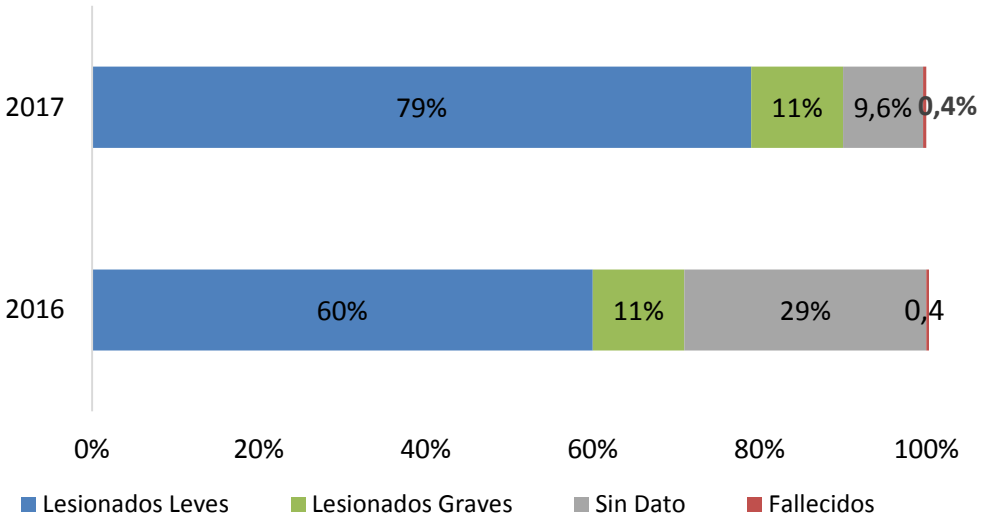
Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 hospitales de agudos de la Ciudad.

V.3.B. Gravedad de la lesión

Del total de lesionados registrados, 9.382 (79%) egresaron sin requerimiento de internación, 1.329 (11%) permanecieron internados (1.117 en el sistema privado, 181 en un hospital público) y 6 lesionados graves de los cuales no se pudo determinar su lugar de derivación, 46 (0,4%) fallecieron en el lapso de los 30 días y 1.135 (9,6%) pacientes no contaban con información acerca de su egreso.

En el gráfico 1 se indica la distribución porcentual de los pacientes ingresados por siniestros viales según gravedad de la lesión para los años 2017 y 2016. Comparativamente, en 2016 del total de lesionados registrados, el 60% fueron lesionados leves, 11% fueron graves, 0,4% fallecieron en el lapso de los 30 días y 28,6% no contaban con información acerca de su egreso. Estos datos sugieren que en 2017 hubo una importante disminución del sin datos en favor de un aumento de los casos de lesiones leves.

Gráfico 1. Porcentaje de pacientes ingresados por siniestros viales en función de la gravedad de la lesión. CABA, año 2017. Valores en porcentajes 2016 (n= 9.492) y 2017 (n=11. 892).



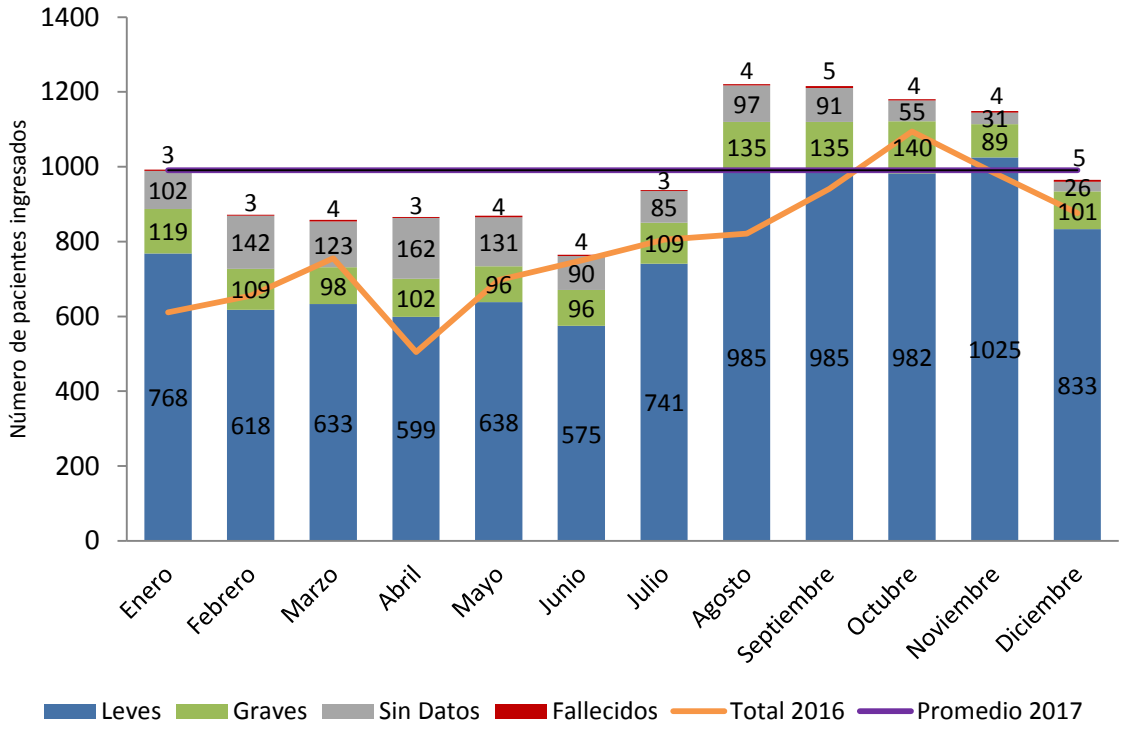
Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 hospitales de agudos de la Ciudad.

Por otra parte, en 2017 el 84% de los lesionados graves fueron derivados al sistema privado de salud por lo que no pudo hacerse el seguimiento de su evolución en el lapso de los 30 días. Esta tendencia es muy similar a la observada en 2016, cuando el 89% de los casos graves fueron derivados al sector privado de salud.

V.3.C. Pacientes ingresados por mes

A continuación en el gráfico 2, se presenta el total de pacientes ingresados de acuerdo a su gravedad y según mes en efectores públicos.

Gráfico 2. Pacientes ingresados a causa de un siniestro vial por gravedad según mes de ingreso. CABA, año 2017. Valores absolutos (n=11.892).



Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

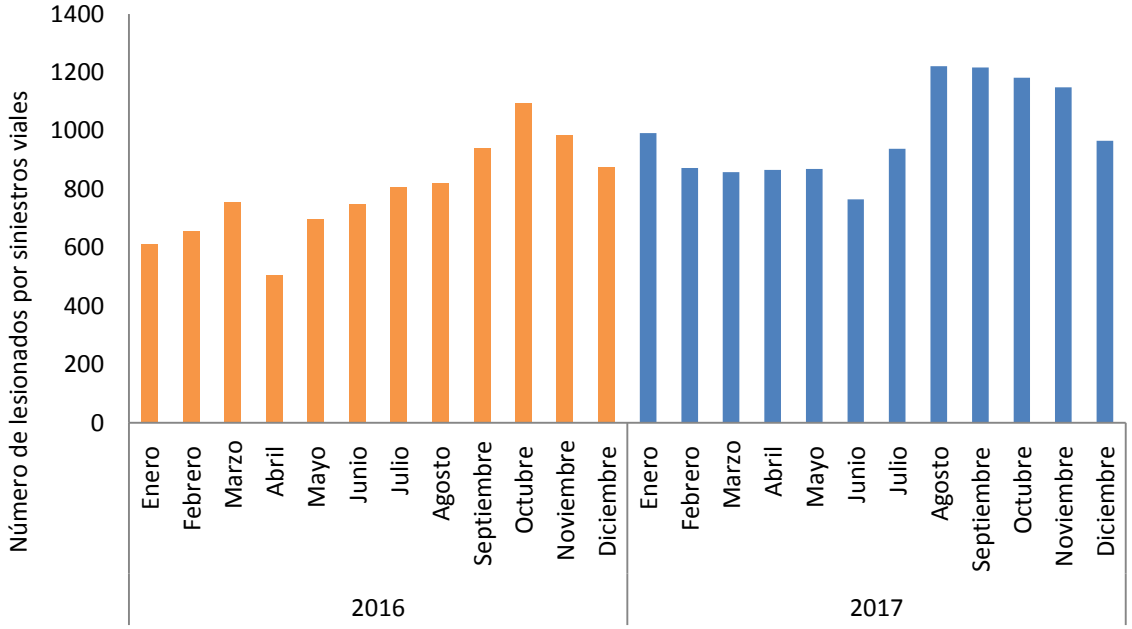
en base a relevamientos propios en los 13 hospitales de agudos de la Ciudad.

El promedio de pacientes ingresados a causa de un siniestro vial fue de 991 por mes. Los meses de agosto a noviembre se encuentran por encima del promedio anual, siendo agosto el mes con más pacientes registrados.

Si bien la cantidad de casos registrados en 2017 fue mayor a la de 2016, la evolución mensual fue similar.

En el Grafico 3 se aprecia que la cantidad de registros por mes se mantiene relativamente estable entre el segundo semestre de 2016 y el primero de 2017, lo cual sugiere que el incremento observado a lo largo del año 2016 puede deberse a la mejora en el proceso de recolección de la información, consiguiendo que en 2017 se parta de cifras con un menor nivel de subregistro.

Gráfico 3. Pacientes ingresados a causa de un siniestro vial según mes de ingreso. CABA, años 2016-2017. Valores absolutos (n 2016=9.462; n 2017= 11.892)



Fuente: Observatorio de seguridad vial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en base a relevamientos propios en los 13 hospitales de agudos de la Ciudad.

V.4. CONCLUSIONES

Continuando con el trabajo iniciado en el año 2016, la presente edición tuvo por objetivo identificar la cantidad de lesionados a causa de un sinestro vial ingresados a los 13 Hospitales de agudos de la Ciudad así como la distribución de gravedad y el patrón temporal.

La distribución de la gravedad de los traumatismos se mantuvo estable, siendo graves el 11% de los mismos. Respecto del número de fallecidos, el registro también fue mayor al del año previo, esto puede deberse a una mejora en los procesos de búsqueda. Cabe destacar que este no es el total de víctimas fatales por siniestros viales de la Ciudad sino aquellas que fueron registradas por el sistema de salud público, la mayor parte de las víctimas fatales por siniestros viales ocurren en la vía pública y no son trasladadas al Hospital dado que ya no requieren de atención médica. En este sentido, cabe destacar que el seguimiento efectivo de heridos graves a 30 días sólo pudo ser realizado en el 13,61% de los mismos, que son los que permanecieron internados en el sistema público de salud, el resto fueron derivados.

De acuerdo a los datos relevados durante 2017, se observó un incremento en el registro de los lesionados pasando de un promedio mensual de 730 a uno de 991, se considera que este aumento se debe a una mejora en el registro dado que se observa una continuidad en el número de casos entre el segundo semestre de 2016 y el primero de 2017 a pesar de que patrón temporal observado sugiere que en los primeros meses del año los lesionados deberían ser menos y aumentar hacia el segundo semestre. Los datos preliminares del primer semestre de 2018 abonan esta hipótesis dado que sus valores son similares a los del primer semestre de 2017,

es decir son valores inferiores a los del segundo semestre de 2017. Finalmente, durante 2017 también se observó una importante disminución del "sin datos" en lo que respecta a la gravedad de la lesión lo que sugiere mejoras en el registro en relación al año previo.

En la próxima edición se presentará información relevante para la gestión hospitalaria como la duración de la internación de los pacientes lesionados y la cantidad de ingresos por hospital.

V.5. BIBLIOGRAFÍA

- Anuario Estadístico de siniestralidad vial (2017). Dirección Nacional del Observatorio Vial del Ministerio de Transporte de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/seguridadvial/observatoriovial/estadisticas
- Declaración de Brasilia. Segunda conferencia Mundial de Alto Nivel sobre Seguridad Vial: es hora de resultados. Brasilia, 18-19 de noviembre 2015. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/Final_Draft_Brasilia_declaration_ES.pdf
- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html
- International Transport Forum (2010). Illustrated glossary for transport statistics (4th Edition).EUROSTAT, United Nations Economic Commission for Europe.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2016). Estadísticas vitales. Información básica. Año 2015. Serie 5 (59). Buenos Aires. http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/
- Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires (2016). Informe Estadístico sobre la Siniestralidad Vial de los usuarios vulnerables de la vía en la Ciudad de Buenos Aires: Motociclistas. Secretaría de Transporte, GCBA.
- Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Informe Estadístico sobre la Siniestralidad Vial en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2016. Secretaría de Transporte, GCBA.
- Observatorio de Seguridad Vial de la Ciudad de Buenos Aires. Vigilancia de lesiones ocasionadas por siniestros viales en la Ciudad de Buenos Aires 2016
- OMS (2009). Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial: es hora de pasar a la acción. www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009
- OMS (2015). Sitio web. Centro de prensa. Nota descriptiva. Las 10 principales causas de defunción. Principales causas de defunción en cada grupo de países, en función de sus ingresos. Consulta noviembre 2017:
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Informe sobre el estado de la seguridad vial en la región de las américas. Washington. D.C. http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/gsrrs_paho.pdf

VI. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

VI.1. INTRODUCCIÓN

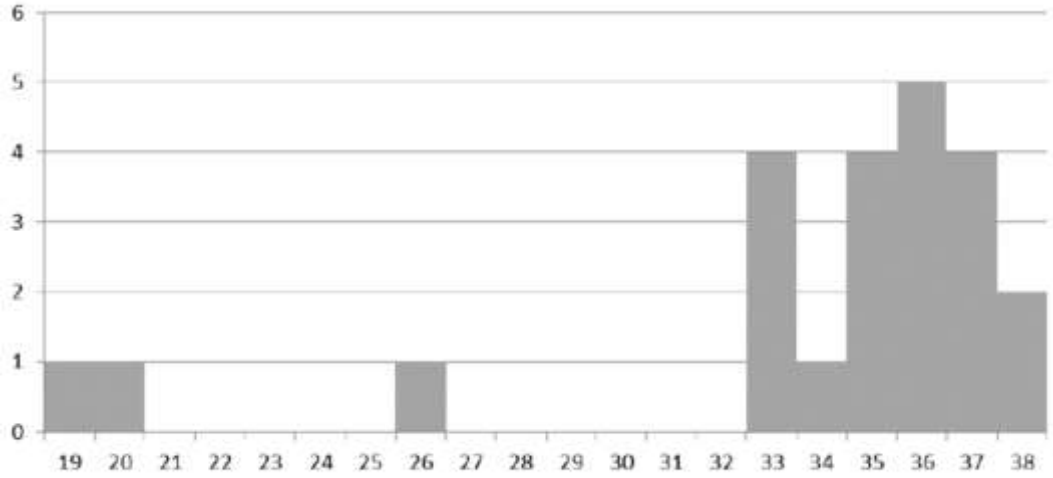
En las últimas décadas, se ha observado un incremento global de las infecciones invasivas por Streptocuccus pyogenes en Europa y Norte América, pero la causa no ha sido determinada. Esta carga de enfermedad se supone más alta en países en desarrollo, especialmente debido a fiebre reumática y sus secuelas. En Europa, la incidencia es de 2,79 casos/100.000 habitantes/año, con una incidencia pediátrica estimada de 0,12-3,1/100.000 niños/año. La mortalidad pediátrica está entre el 3,6-8,3%, pero en su forma más grave, el síndrome de shock tóxico estreptocócico (STSS), puede alcanzar el 30%. En Estados Unidos, en población general, se estiman anualmente de 10.000 a 13.000 casos de infección severa o invasiva por Streptococcus pyogenes, de los cuales alrededor de 1.600 fallecen por esta causa (letalidad 10%). Para ambos grupos de edades, se trata de un evento con estacionalidad, registrando el 90% de los casos graves durante los meses de invierno e inicios de la primavera. Respecto de factores de riesgo asociados a infección invasiva el antecedente de varicela, traumatismos, eczemas e impétigos son los más frecuentemente identificados. Para todas las edades, la identificación de los serotipos M1 y M3 del Streptococcus pyogenes se asocia a una mayor gravedad. En Argentina, los serotipos prevalentes, en base a datos aportados Laboratorio Nacional de Referencia- por él identificados en infección invasiva por Streptococcus pyogenes en población general durante el período 2000- 2016 fueron M12, M1, y M. A partir del año 2017 se observa un incremento del aislamiento de serotipo M3 principalmente en población pediátrica y no se registraron resistencias antimicrobianas específicas[2].

VI.2. SITUACIÓN NACIONAL[3]

A partir de la semana 37, semana en que se incorpora a la vigilancia a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud la Infección Invasiva por *Streptococcus pyogenes* o *Streptococcus β-hemolítico* del grupo A (SGA).

Desde ese momento y hasta el 20/09/2018 se recibieron en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 23 notificaciones de casos confirmados de Infección invasiva por SGA con 8 fallecidos.

Gráfico 4. Casos confirmados de Infección Invasiva por Streptococcus pyogenes notificados al SNVS2.0
Según semana de ocurrencia. SE1 a 38. Argentina.

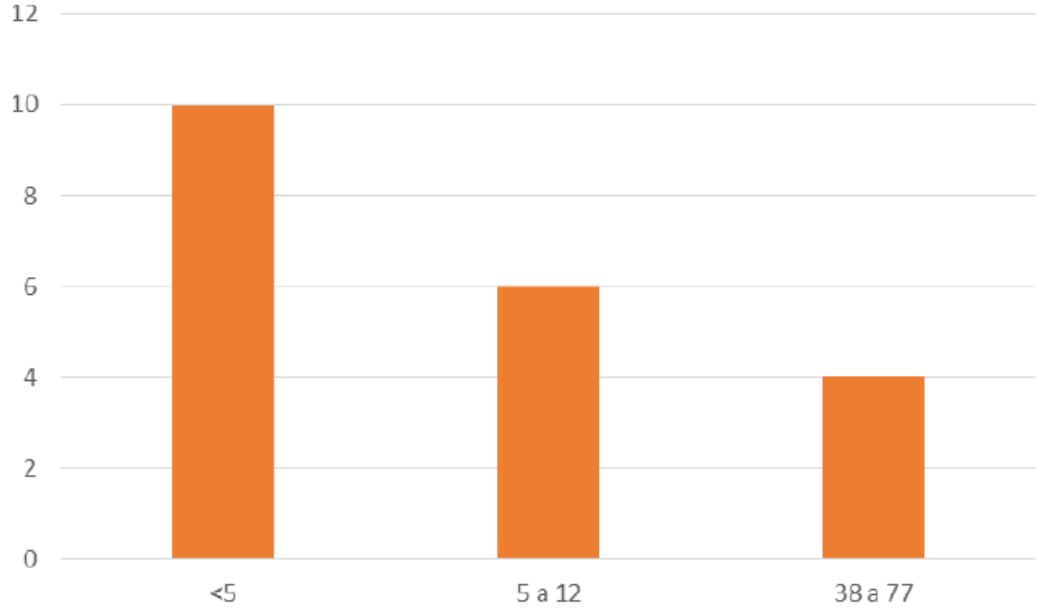


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0 |

[2] Boletín Integrado de Vigilancia | N° 423– SE 38 2018 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_423_se38.pdf
[3] Boletín Integrado de Vigilancia | N° 423– SE 38 2018 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_423_se38.pdf

Como puede observarse, si bien los casos comenzaron a notificarse en el SNVS2.0 a partir de la SE37, se registran en el sistema casos ocurridos en semanas previas notificados en forma retrospectiva.

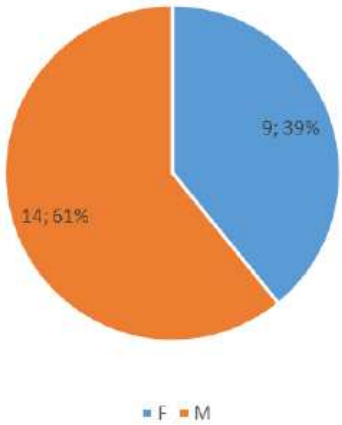
Gráfico 5. Casos de Infección invasiva por Streptococcus pyogenes notificados al SNVS2.0, según agrupamiento de edad. Argentina. SE 1 a 38.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

De los 23 casos, 19 son menores de 12 años y 4 casos corresponden a adultos, con un mayor número de casos de sexo masculino.

Gráfico 6. Casos de Infección invasiva por Streptococcus pyogenes notificados al SNVS2.0 según sexo. Argentina. SE 1 a 38



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

La presentación clínica más frecuente entre los casos fue la neumonía.

Tabla 1: Frecuencia de formas clínicas de los casos notificados de Infección Invasiva por SGA.
SE1 a 38 de 2018. Argentina.

Forma clínica predominante	*Casos*
NEUMONÍA	7
FIEBRE SIN FOCO	4
SHOCK SEPTICO	3
FASCITIS NECROTIZANTE	2
SEPSIS	2
Sin dato	5
Total	**23**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

Nueve de los casos consignan antecedentes: 4 presentaron cuadros compatibles con infección respiratoria aguda viral, 2 lesiones en piel; 2 varicela; 1 escarlatina.

En 3 de los casos se registraron coinfecciones: 2 con Influenza y Adenovirus y 1 con Metapneumovirus.

Según informa el Laboratorio de Referencia, Hasta el momento los aislamientos procesados corresponden mayormente al clon emm1.0-ST 28 no evidenciándose hasta la fecha patrones de mayor virulencia en las cepas siendo sensibles a todos los antibióticos estudiados.

Tabla 2: Casos notificados de Infección Invasiva por SGA según provincia.
SE1 a 38 de 2018. Argentina.

Provincia	*Casos notificados*
BUENOS AIRES	11
CABA	4
CATAMARCA	3
ENTRE RIOS	1
MENDOZA	1
MISIONES	1
RIO NEGRO	1
SANTA FE	1
Total general	23

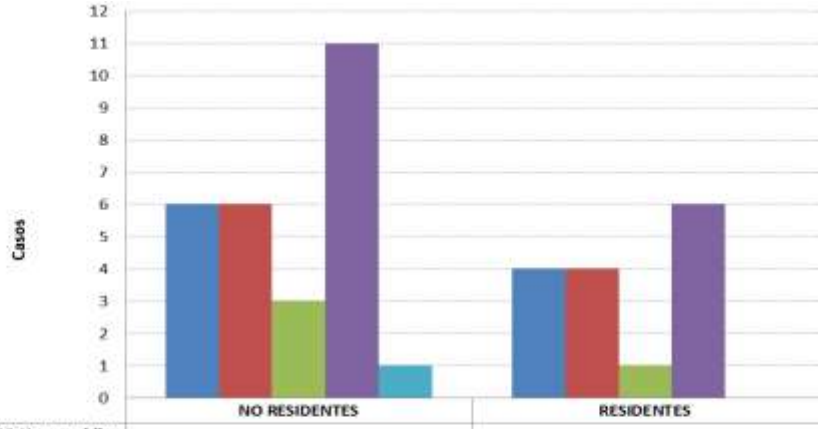
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

VI.3. SITUACIÓN EN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Durante la SE 36 fueron notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 5 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* en pacientes en edad pediátrica, que fueron asistidos en un mismo efector de salud de nuestra Ciudad. Ante esta situación que se caracterizó por la detección de un número inusual de casos en un breve período de tiempo, fue emitido en dicha oportunidad un alerta epidemiológico.

En el período comprendido entre las semanas epidemiológicas 1 a 41 del año 2018 fueron notificados al sistema de vigilancia 42 casos de enfermedades invasivas en residentes como no residentes de la Ciudad asistidos en efectores de la CABA.

Gráfico 7. Casos notificados de infecciones invasivas según germen. Residentes y no residentes. CABA. Año 2018 SE 1 a 41



	NO RESIDENTES	RESIDENTES
INFECCIONES INVASIVAS POR Haemophilus influenzae	6	4
INFECCIONES INVASIVAS POR Streptococcus pneumoniae	6	4
INFECCIONES INVASIVAS POR NEISSERIA MENINGITIDIS	3	1
INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCO PYOGENES	11	6
INFECCIONES INVASIVAS SIN RECATE DE GERMEN	1	

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

Del total de casos el 40.5% correspondió a enfermedades invasivas por *Streptococcus pyogenes*

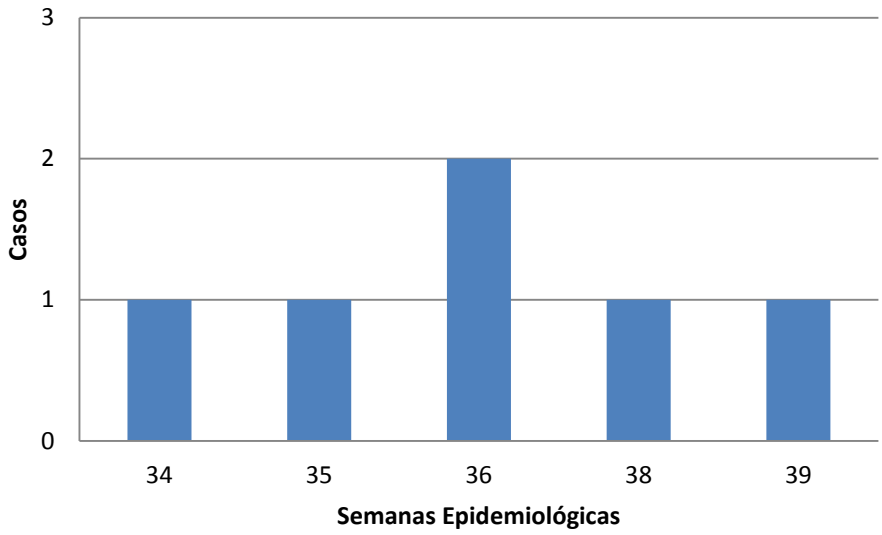
Se debe recordar que a partir de la semana 37, se incorporó a la vigilancia (a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud) la Infección Invasiva por *Streptococcus pyogenes* o Streptococcus β-hemolítico del grupo A (SGA).

VI.3.A. Infecciones invasivas por Streptococcus pyogenes en residentes de la Ciudad

En el período analizado fueron notificados 7 casos en residentes de la CABA descartándose uno de ellos, otro fue clasificado como probable y los 5 restantes fueron confirmados.

A continuación se exponen los 6 casos (probables y confirmados) en residentes según semana epidemiológica (SE) de consulta.

Gráfico 8. Casos notificados de infecciones invasivas en Residentes según SE Ciudad de buenos Aires. Año 2018 SE 1 a 41



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

La detección de casos en residentes de CABA inició a partir de la SE 34 del año en curso.

En cuanto a la distribución por sexo: 4 pacientes pertenecieron al sexo masculino y 2 al femenino.

El rango de edad varió ente los 7 meses y 44 años (7 meses y 3, 5, 8, 11 y 44 años) El caso del adulto ocurrió en un paciente con enfermedad oncológica de base.

VI.3.A.i. Manifestaciones clínicas

- ✓ 3 casos presentaron neumonía con derrame, de los cuales 2 pacientes con cuadro de shock séptico.
- ✓ 1 caso neumonía sin derrame
- ✓ 2 casos con cuadro de síndrome febril sin foco

VI.3.A.ii. Materiales en los que se halló el germen:

- ✓ 2 casos en cultivo de Líquido pleural
- ✓ 1 caso en Líquido pleural y hemocultivo.
- ✓ 2 casos en hemocultivos
- ✓ 1 caso en fauces cuyos hemocultivos fueron negativos y que se clasificó como probable.

La coinfección con Influenza A H1N1 se certificó en tres casos.

En la siguiente tabla se muestra la evolución de los casos en residentes de la CABA.

Tabla Casos notificados de infecciones invasivas en Residentes según evolución CABA. Año 2018 SE 1 a 41.

Evolución	Número de casos
ALTA SIN SECUELAS	3
BUENA EVOLUCIÓN	2
FALLECIDO	1
Total general	**6**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. SNVS2.0

Los 2 casos que se clasifican como buena evolución se refieren a evolución favorable pero aún permanecen internados, para completar tratamiento o por patología de base.

De acuerdo al tipo de efector asistencial: Un caso fue asistido en efector privado y cinco casos en efectores públicos de la Ciudad. De estos últimos, tres fueron atendidos por el Hospital Elizalde.

VI.4. VIGILANCIA DE INFECCIONES INVASIVAS POR STREPTOCOCCUS PYOGENES[4]

A continuación se transcribe la normativa a cumplir para la vigilancia de estas infecciones desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación.

Las formas **no** invasivas de infecciones por Streptococcus pyogenes (SGA) **no son eventos de notificación obligatoria** (las anginas, la escarlatina o las infecciones cutáneas superficiales o impétigo) porque son consideradas enfermedades frecuentes que no constituyen en sí riesgos para la salud pública y cuyas medidas de control se restringen al ámbito de la atención adecuada de los casos y no a medidas de prevención y control de índole poblacional.

Ante la presentación en la Semana Epidemiológica 36 de un número de casos de enfermedad invasiva por SGA, en un mismo lugar y tiempo, con evolución tórpida, con afectación de la población infantil; el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud se adecuó para recoger la información detallada sobre estos y otros casos que estén ocurriendo en el país, con el propósito de profundizar la caracterización de los casos.

[4] Boletín Integrado de Vigilancia | N° 423– SE 38 2018 Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_423_se38.pdf

A partir de ese momento, las infecciones invasivas por Stretptococcus pyógenes deben notificarse al Sistema Nacional de Vigilancia. Según la presentación clínica, los casos deben notificarse en la modalidad nominal del SNVS2.0, en alguno de estos tres eventos nominales.

- Infección respiratoria aguda bacteriana (neumonías u otra IRA baja), consignando en la clasificación el agente etiológico
- Meningoencefalitis consignando en la clasificación el agente etiológico
- Otras infecciones invasivas

Las muestras tomadas en los laboratorios institucionales con identificación Streptococcus pyogenes deben derivarse al servicio de Bacteriología Especial (INEI-ANLIS) el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al servicio Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana .

Por otra parte, el retraso del pico estacional de virus Influenza que se observa este año, coincidiendo con el final del invierno (cuando habitualmente ocurre en los meses de junio y julio) puede configurar una situación epidemiológica propicia para la sobreinfección bacteriana de las infecciones respiratorias agudas virales, actuando como un factor predisponente para el desarrollo de neumonía por Streptococcus pyogenes. Por este motivo es importante recalcar las medidas de prevención y control tanto para el personal de salud como para la comunidad. La situación epidemiológica y nuevas recomendaciones conforme a la situación epidemiológica.

VI.4.A. Recomendaciones: Recomendaciones para el personal de salud

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las infecciones invasivas por Streptococcus pyogenes:
- Notificar todos los casos confirmados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (toda detección de SGA en sitios normalmente estériles),
- Incluir en la notificación la información sobre la forma de presentación clínica, antecedentes de la enfermedad actual, comorbilidades y antecedentes epidemiológicos, así como las muestras analizadas, determinaciones y resultados obtenidos
- Derivar los aislamientos de infecciones invasivas (no se deben remitir aislamientos de sitios no estériles como hisopados de fauces) al Servicio de Bacteriología Especial del INEI-ANLIS, el cual confirmará identificación y determinación del tipo M y derivará los mismos al Servicio de Antimicrobianos (INEI-ANLIS), para estudios de resistencia antimicrobiana.
- Tras el diagnóstico microbiológico inicial, se debe instaurar tratamiento antibiótico apropiado.
- Garantizar las medidas preventivas habituales dispuestas por el equipo de control de infecciones (respiratorias y/o de contacto según corresponda) a nivel institucional así como la adecuada higiene hospitalaria.
- Todos los contactos estrechos de un caso de enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes deben ser informados de los signos y síntomas de la enfermedad.
- Se aconsejará a los contactos de los casos que consulten rápidamente ante la aparición de síntomas: fiebre, dolor de garganta, dolor muscular localizado, o cualquier otra manifestación de infección por SGA.

VI.4.B. Recomendaciones para la comunidad

- Consultar rápidamente a un servicio de salud ante aparición de fiebre más dolor de garganta, sarpullido o lesiones en la piel.
- Evitar la manipulación de alimentos durante el período de enfermedad o con heridas o infecciones en la piel.
- En establecimientos que alberguen grupos de población vulnerable, promover y garantizar el cumplimiento de las prácticas de control de infecciones.
- Mantener la higiene de las manos lavándose con agua y jabón.
- Limpiar y ventilar todos los ambientes a diario.

VI.4.C. Recomendaciones para la comunidad educativa

- Ante casos esporádicos o aislados en instituciones (escuelas, guarderías, etc.) no es necesario tomar medidas especiales.
- Todo conglomerado de casos debe ser investigado para identificación de la fuente y forma de diseminación.
- Se debe promover y garantizar el lavado de manos frecuente (con agua y jabón o alcohol gel si se dispusiera). • En las instituciones con comedores, evitar la manipulación de alimentos durante el período de enfermedad o con heridas o infecciones en la piel. • Ventilar todos los ambientes a diario. • Mantener la limpieza y desinfección de las instalaciones en forma rutinaria. No es necesario utilizar ningún protocolo adicional. • Promover la vacunación antigripal según calendario. • Monitorear el ausentismo escolar. No es necesario el cierre de las instituciones escolares.

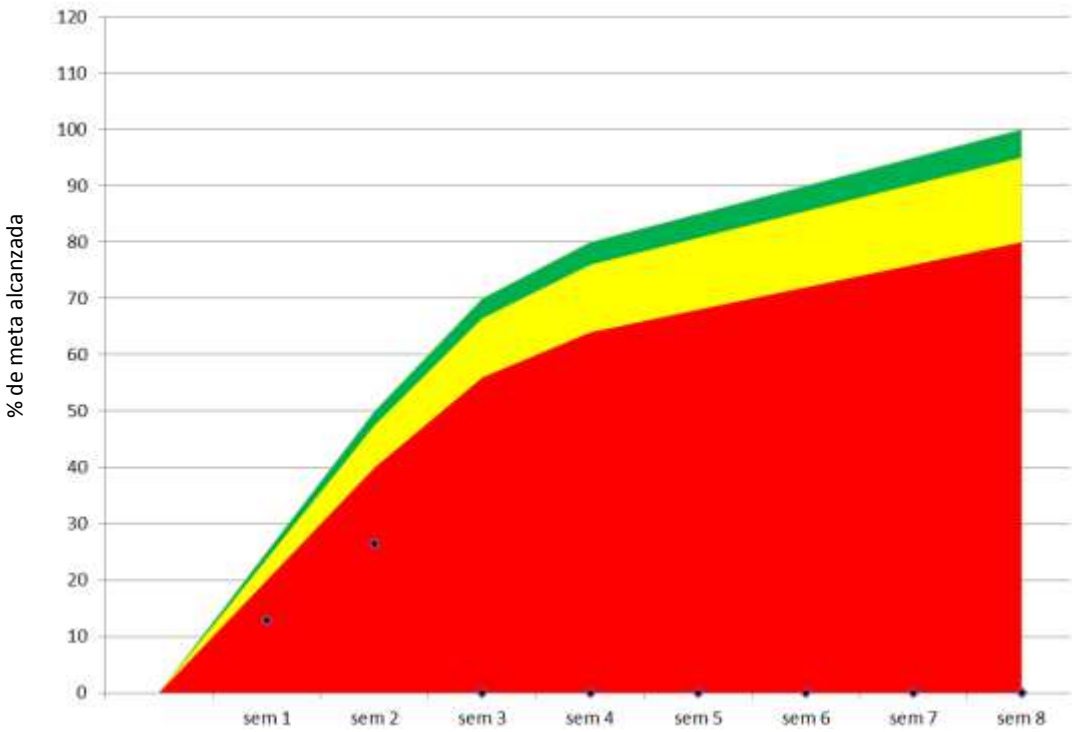
En todos los casos: • Se debe promover la vacunación antigripal en la población objetivo. • Las personas enfermas deben evitar concurrir a lugares públicos (trabajo, escuela) y restringir los contactos hogareños. • No automedicarse ni promover la automedicación. En el caso de recibir indicación médica de tratamiento antibiótico, completar el esquema (no acortar ni abandonar los tratamientos anticipadamente). La utilización inadecuada de los antibióticos promueve la resistencia bacteriana, hecho que atenta contra su efectividad en el futuro.

VII. AVANCE DE META DE LA CAMPAÑA DE SEGUIMIENTO DE SARAMPION-RUBEOLA (NIÑOS/AS DE 1 A 4 AÑOS). CABA.

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

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

Gráfico 9. Campaña de seguimiento de Sarampión-rubeola. Avance de meta de segunda semana. CABA.



Fuente: Programa de inmunizaciones CABA.

El objetivo de la segunda semana fue alcanzar el 50% de la meta global, el porcentaje obtenido fue de 25,4%. Los efectores públicos alcanzaron el 68,1% en el periodo (27.564).

VIII. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

VIII.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).

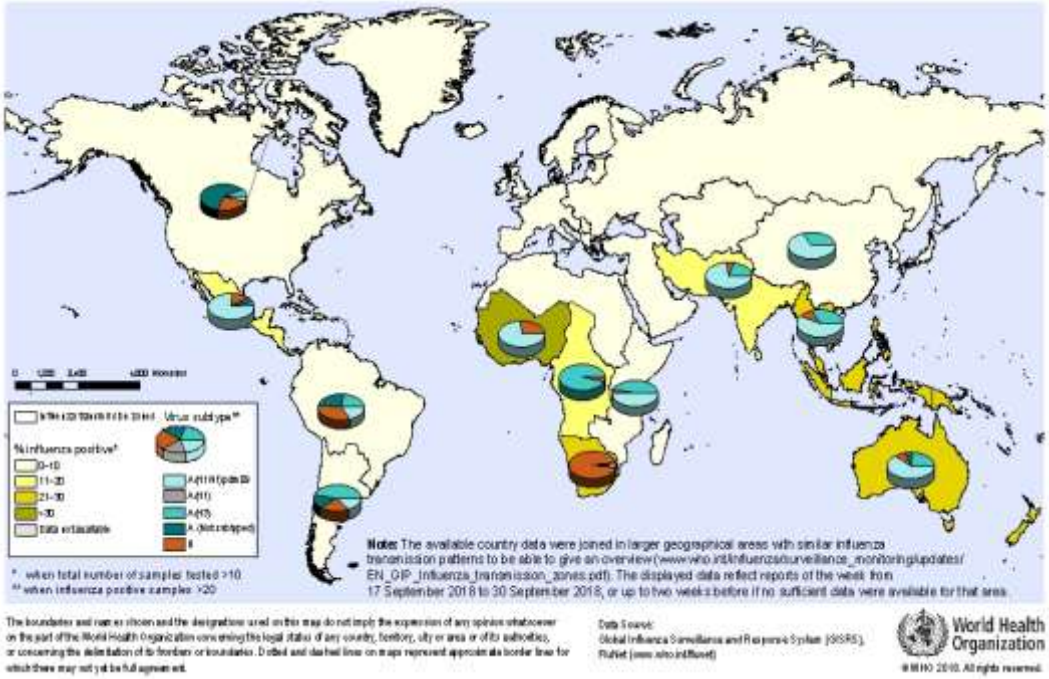
Toda esta información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular y del sector salud en su conjunto.

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.gob.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia

VIII.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[5].

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 12 de Octubre de 2018



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

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

En América Central Los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se reportó un aumento en la circulación de influenza en la sub-región. En Panamá y Guatemala la circulación de VSR continúo elevada; en tanto, las detecciones de influenza permanecieron bajas. En El Salvador y Nicaragua se reportó circulación aumentada de influenza A(H1N1)pdm09 y B.

[5]Para obtener más información consultar
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/

En la Sub-región Andina La actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable. La actividad de Influenza e IRAG disminuyó en Bolivia. En Perú, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y la incidencia de IRAG comenzó a disminuir, con aumento de la circulación de VSR. En Venezuela, circuló influenza con predominio de influenza A(H1N1)pdm09.

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

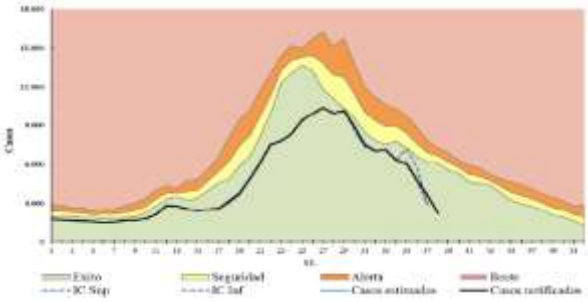
Situación Global: En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad de influenza disminuye en América del Sur y en el sur de África. Dicha actividad se mantuvo en niveles estacionales bajos en Australia y Nueva Zelanda y en niveles interestacionales en la mayoría de las zonas templadas del hemisferio norte. Se informaron más detecciones de influenza en algunos países del sur y sudeste de Asia En todo el mundo, los virus del subtipo A de influenza estacional representaron la mayoría de las detecciones

VIII.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENDÉMICOS

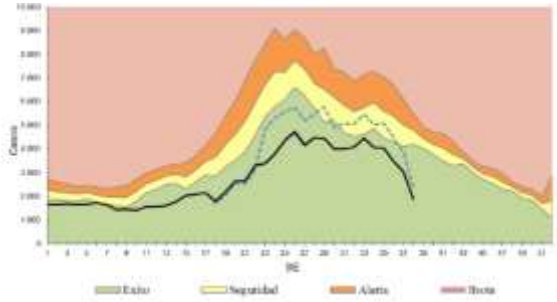
Se presentan, extraídos de la última actualización del Boletín Integrado de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación, los corredores endémicos de los cuatro eventos presentados en este apartado para todo el país, en el año 2018.

Argentina: Corredor endémico semanal de ETI 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 38. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.

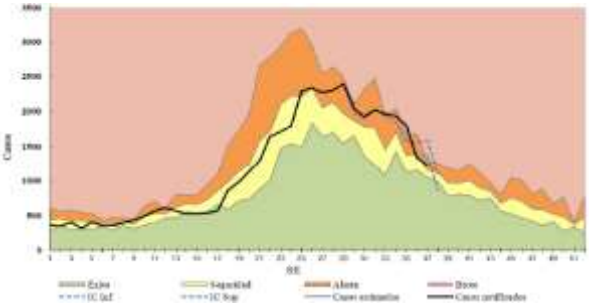
Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 38. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 38. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.



Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG 2018. Curva de casos y estimaciones hasta la SE 38. Total país. Históricos 5 años: 2013 a 2017.

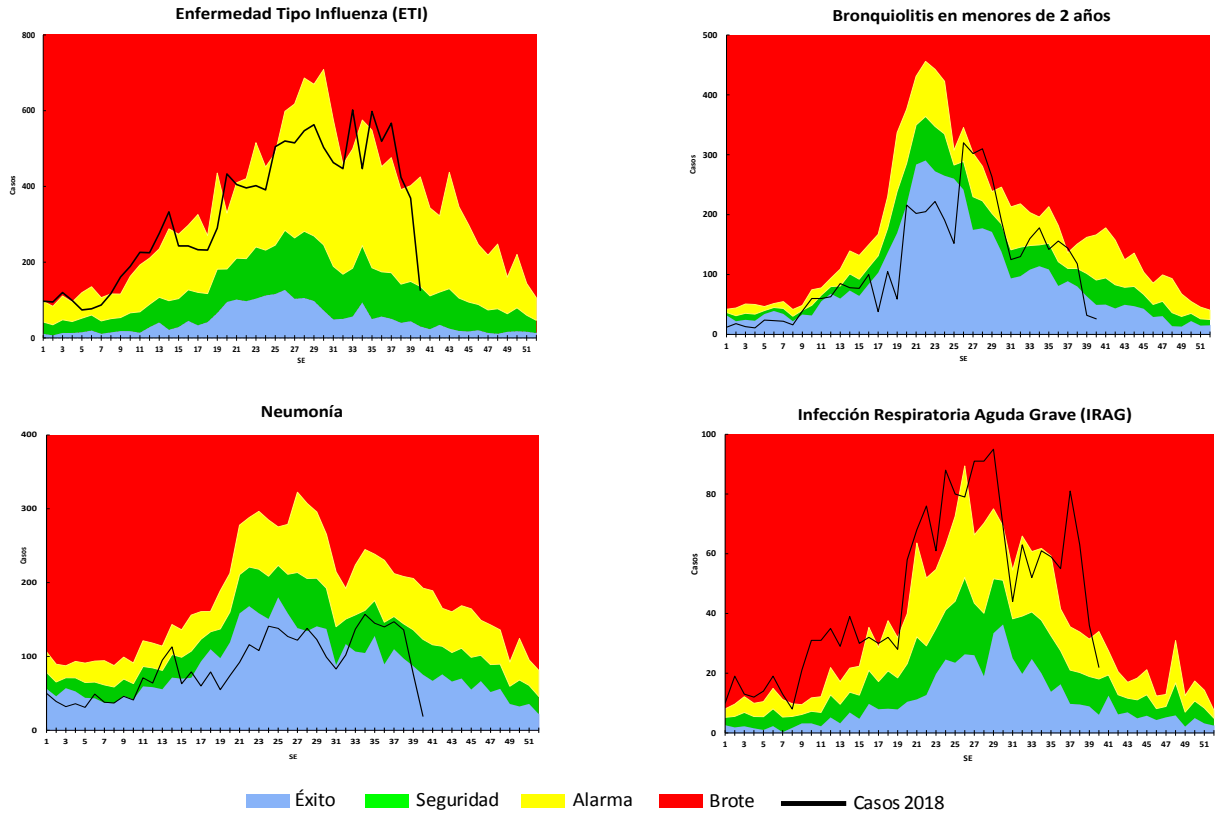


Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2.

VIII.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 40.

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

Gráficos 10, 11, 12, 13 Corredores endemicos semanales de los eventos IRA bajo vigilancia clinica Residentes en CABA. Hasta SE 40, año 2018.



Fuente: SNVS 2.0.

La comparación del patrón estacional entre estos cuatro eventos muestra que la incidencia máxima esperada para ETI e IRAG se hallaría entre las semanas epidemiológicas 26 a 30. Mientras que, para bronquiolitis en menores de 2 años y neumonía, dicho máximo ocurriría entre las semanas 20 a 27. Por tanto, en bronquiolitis y neumonía ya se observan en fase de disminución respecto de ETI e IRAG, que aún continúan con alta incidencia, en zona de alarma hasta la SE 39, aún considerando el retraso en la notificación.

La curva de casos de ETI transcurrió dentro de los valores esperados entre las semanas 4 a 7 del corriente año. A partir de la SE 8 de observó una tendencia en ascenso de la incidencia, alternando entre zona de alarma y brote. En las últimas semanas, la incidencia permanece en zona de alarma. En la semana 37 se observa un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas, producto de la difusión mediática desproporcionada con la situación de las infecciones por *S. Pyogenes*. En las últimas semanas se verifica retraso en la notificación.

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

Hasta la SE 40 del corriente año, la notificación de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados, pero con un cambio de tendencia de la curva en las semanas 36-37 por la causa ya mencionada. Persiste el retraso en la notificación en las últimas semanas.

La notificación de IRAG en 2018 se inició superando los casos esperados, transcurriendo entre zona de alarma y brote desde el comienzo del año. Desde la semana 9 se inició una tendencia en ascenso ingresando a zona de brote, superando los casos esperados hasta la SE 31. En la semana 37 se observa un salto hacia zona de brote, pero entre semanas 36 a 37 ocurrió una demanda extraordinaria de consultas e internaciones, producto de la situación mediática mencionada. En SE 40, la incidencia regresa a zona de alarma, pero continúa el retraso en la notificación en las últimas semanas.

La tabla a continuación muestra la distribución por edad de los casos de IRAG notificados entras las semanas 18 a 40 del año 2018 (cuando comenzó a funcionar el SNVS 2.0); predomina el grupo menor de 2 años, seguido del grupo de mayores de 64 años. Ambos grupos de edad suman el 61,3% de los casos de IRAG notificados en el periodo mencionado.

Tabla 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad
Residentes de la CABA. SE 18 a 40. Año 2018.

GRUPOS DE EDAD	AÑO 2018		
	Nº	%	% Acumulado
Menores de 2 años	580	37,1	37,1
De 2 a 4 años	141	9,0	46,1
De 5 a 14 años	155	9,9	56,0
De 15 a 24 años	35	2,2	58,3
De 25 a 34 años	39	2,5	60,8
De 35 a 44 años	134	8,6	69,3
De 45 a 64 años	91	5,8	75,1
Mayores de 64 años	378	24,2	99,3
Sin especificar edad	11	0,7	100,0
TOTAL	**1564**	**100,0**	**-**

Fuente: SNVS 2.0.

VIII.5. MORTALIDAD POR IRA

Para consultar la situación de la mortalidad por IRA hasta Mayo de 2018:
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_112_se_39_vf.pdf

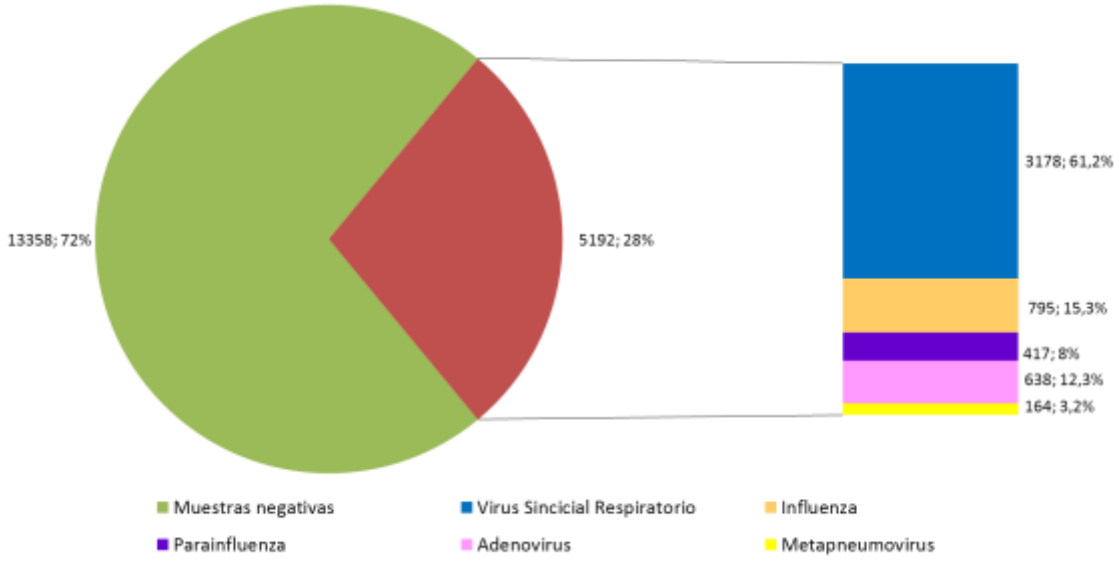
VIII.6. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS

A continuación se presentan los datos hasta la SE 39, teniendo en cuenta el proceso de mejoramiento de los datos. Así mismo, se clasificaron los datos que se encontraban en estudio según su diagnóstico final.

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 14. Circulación Viral Global. Distribución porcentual de determinaciones.
Residentes de la CABA. Hasta SE 39 Año 2018. N=18.550

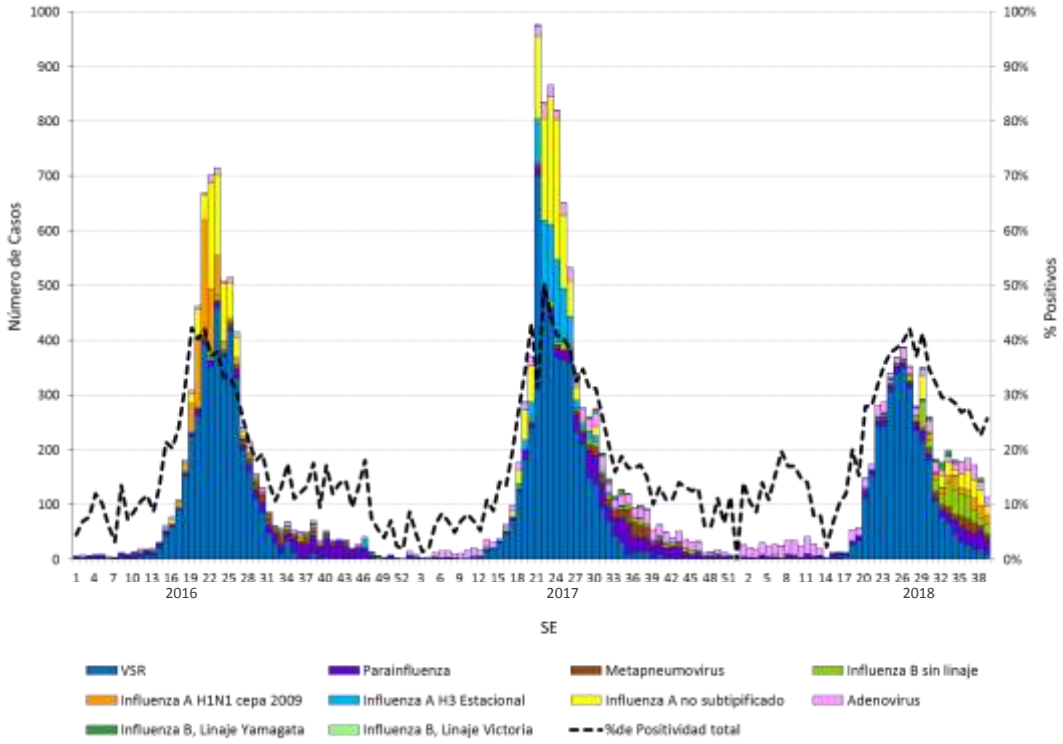


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Hasta la SE 40 de 2018, se analizaron 18.550 muestras de las cuales 5192 dieron positivas para algún virus. Este 28% es similar a lo que ocurrió en el 2017 hasta la misma semana, donde el porcentaje de positividad alcanzaba un 30,7%.

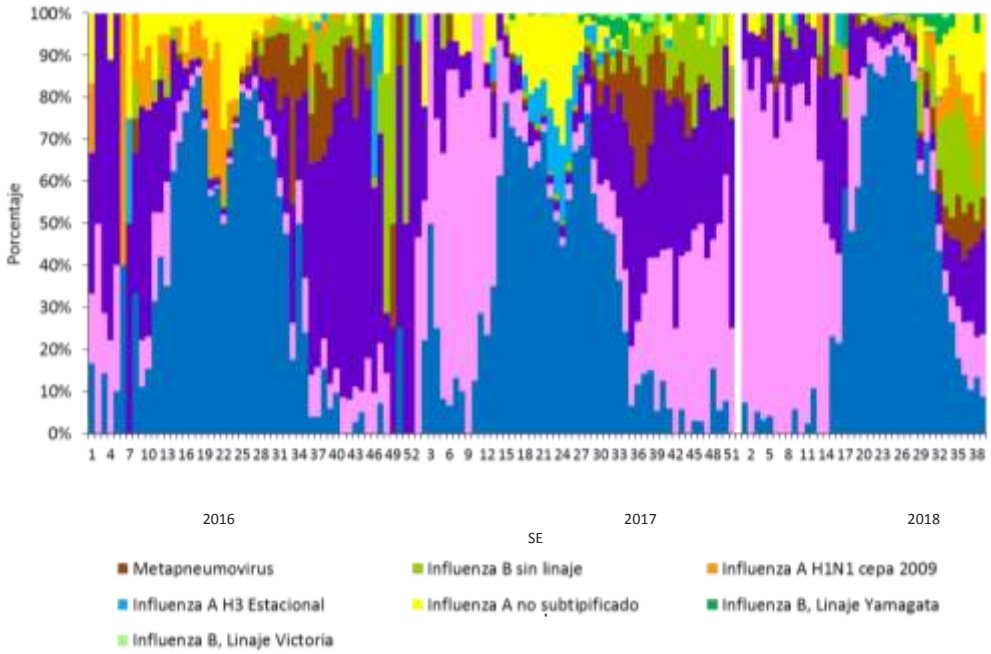
En el siguiente gráfico se presentan por SE los resultados por diagnóstico virológico de las muestras positivas.

Gráfico 15. 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 1-39; N=5.192)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Gráfico 16. 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 1-39; N=5.192).

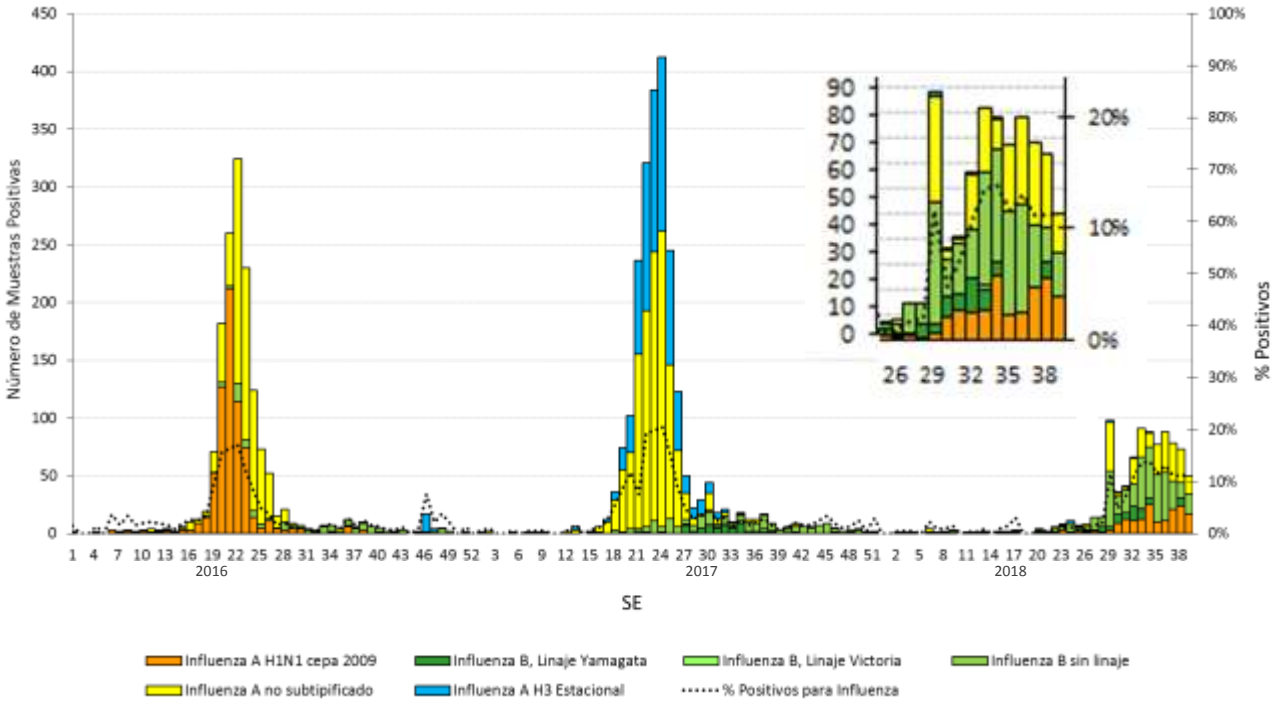


Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 39 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 17. 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 1-39 N=795)



Fuente: SNVS, SIVILA, SNVS[2.0]

Hasta la SE 39 de 2018, de las 903 muestras positivas para influenza: 444 resultaron positivas para "B sin subtipificar", 459 muestras positivas para influenza A, y 186 para Influenza H1N1.

IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES

1. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
2. VIGILANCIA DE VIRUS ZIKA: BES N° 1, Año I, 18 de agosto de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_1_se_32_20160826_vf_0.pdf
3. MORBI-MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN CABA. Serie Histórica 2006-2015: BES N° 4, Año I, 16 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_4_se_35_20160916_vf.pdf
4. VIGILANCIA DE FIEBRE CHIKUNGUNYA: BES N° 5, Año I, 23 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
5. MORBILIDAD POR LESIONES: BES N° 6, Año I, 30 de septiembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_6_se_37_20160930_vf.pdf
6. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 7, Año I, 7 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
7. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO): BES N° 8, Año I, 14 de octubre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_8_se_39_20161014__vf_0.pdf
8. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL BROTE DE DENGUE 2016 EN EL HOSPITAL DURAND: BES N° 12, Año I, 14 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_12_se_43_vf.pdf
9. DENGUE: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR ABEL ZUBIZARRETA: BES N° 13, Año I, 18 de noviembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_13_20161120_vf.pdf
10. INFECCIONES PERINATALES: SÍFILIS EN EMBARAZADAS Y CONGÉNITA: BES N° 15, Año I, 2 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes__15_vf.pdf
11. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE - LEY DE CALIDAD DE AIRE EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
12. ACTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS: BES N° 17, Año I, 16 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_17_vf.pdf
13. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR MOSQUITOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "COSME ARGERICH": BES N° 18, Año I, 23 de diciembre de 2016. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_18_vf.pdf
14. INFORME ESPECIAL DE BROTE. BROTE INTRAFAMILIARDE BOTULISMO ALIMENTARIO: BES N° 21, Año II, 13 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_21_se52_vf.pdf
15. INFORME ESPECIAL: ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO, ALACRANISMO: BES N° 22, Año II, 20 de enero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_22_se_1_vf.pdf
16. INFORME ESPECIAL: TÉTANOS OTRAS EDADES (NO NEONATAL): BES N° 26, Año II, 17 de febrero de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_26_se_5_2017_vf.pdf
17. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MONÓXIDO DE CARBONO: BES N° 29, Año II, 10 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_29_se_8_2017_vf.pdf
18. INVESTIGACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL LOCAL DE LA EPIDEMIA DE ETM. INTERVENCIONES PREVENTIVAS PARA SU CONTENCIÓN. ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HTAL GRAL. DE AGUDOS "JUAN A. FERNÁNDEZ" 2015-2016: BES N° 30, Año II, 17 de marzo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_30_se9_vf.pdf
19. SALUD AMBIENTAL, VIGILANCIA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE AIRE. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO - DIÓXIDO DE NITRÓGENO: BES N° 40, Año II, 26 de mayo de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_40_se19_vf.pdf
20. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER: BES N° 42, Año II, 9 de junio de 2017. Fe de erratas: Los datos de las tablas 3 (pág. 23) y 4 (pág. 25) y los gráficos 4 (pág. 24) y 5 (pág. 26) no corresponden a Argentina (como aparece en el título), sino a la Ciudad de Buenos Aires. En próximas presentaciones se hará mención a este análisis. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
21. MORTALIDAD POR CÁNCER EN LA CABA SEGÚN COMUNAS. COMPARACIÓN 2006-2010/2011-2015: BES N° 45, Año II, 30 de junio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_45_se_24_vf.pdf
22. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PAROTIDITIS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
23. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS MENINGOENCEFALITIS BACTERIANAS: BES N° 46, Año II, 7 de julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_46_se_25_vf_3.pdf
24. VIGILANCIA DE LESIONES OCASIONADAS POR SINIESTROS VIALES EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: BES N°47, Año II, 14 de Julio de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_47_se_26_vf.pdf
25. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL BES: BES N° 48, Año II, 21 de Julio de 2017 http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_48_se_27_vf.pdf

26. TUBERCULOSIS EN ÁREA PROGRAMÁTICA DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" - 1° SEMESTRE 2017: BES N° 50, Año II, 4 de agosto de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_50_se_29_vf.pdf
27. CONTAMINANTE ATMOSFÉRICO: MATERIAL PARTICULADO: BES N° 54, Año II, 1º de septiembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE SÍFILIS EN EL HTAL. ARGERICH 2016: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y NUEVAS PERSPECTIVAS: BES N° 57, Año II, 22 de septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_vf.pdf
29. DETERMINANTES SOCIALES Y MORTALIDAD POR CÁNCER EN COMUNAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. QUINQUENIO 2011-2015.: BES N° 58, Año II, 29 de Septiembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_58_se_37_vf.pdf
30. PREVALENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y PERCEPCIÓN DE RIESGO EN EMBARAZADAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2016.: BES N° 59, Año II, 6 de Octubre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_59_se_38_vf.pdf
31. PAROTIDITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "PARMENIO PIÑERO" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA: BES N° 60, Año II, 13 de Octubre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_60_se_39_vf.pdf
32. TABAQUISMO PASIVO Y SU EFECTO EN LA SALUD INFANTIL ¿QUÉ CAMBIÓ EN 11 AÑOS? HOSPITAL ZUBIZARRETA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2017: BES N° 63, Año II, 3 de Noviembre de 2017.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_63_se_42_vf.pdf
33. EPIDEMIOLÓGICA DE DIFTERIA: BES N° 66, Año II, 24 de Noviembre de 2017.
http://www.ash.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_66_se_45_vf.pdf
Fe de erratas: en el apartado referido al calendario de inmunizaciones se omitió consignar la dosis de dTpa correspondiente a los 11 años de edad, siendo indicado el refuerzo de dT cada 10 años a partir de esta última. En la versión que figura en la página web ya fue modificado este comentario.
34. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL CESAC N°35 FOCALIZADO EN LOS VARONES. 2005-2011. CABA: BES N° 68, Año II, 8 de Diciembre de 2017. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_68_se_47_vf.pdf
35. MORTALIDAD POR LESIONES DE CAUSAS EXTERNAS. CABA 2016. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_73_se_52-2017_vf_0.pdf
37. INFORME DE CAMPAÑA "LUCHA CONTRA EL CANCER BUCAL". BES N°81, Año III, 9 de Marzo de 2018.CABA. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_81_se_8_vf.pdf
38. VIGILANCIA DE LA TUBERCULOSIS Y ANALISIS DE LA SITUACION EN MENORES DE 20 AÑOS. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
39. VIGILANCIA DE LAS EFE Y DESCRIPCION DE LOS CASOS DE SARAMPION DE LA CABA. BES N° 88, Año III, 27 de Abril 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes-88_se-15_vf.pdf
40. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LOS CASOS DE SIFILIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. COSME ARGERICH. AÑOS 2016 Y 2017.BES N° 92, Año III 25 de Mayo 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_92_se_19_vf.pdf
41. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 2017-2018. BES N° 94, Año III 8 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_94_se_21_vf.pdf
42. PLAN INTEGRADO DE ABORDAJE DE LA TUBERCULOSIS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.BES N°95, Año III 15 de Junio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf
43. ANÁLISIS DE LAS LESIONES OCASIONADAS POR MORDEDURAS DE ANIMALES DE COMPAÑÍA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES- AÑO 2017. BES N°98, Año III 6 de Julio 2018.
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_98_se_25_vf_1.pdf
44. VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIDOS A LA VACUNACIÓN O INMUNIZACIÓN (ESAVI) DURANTE EL AÑO 2017. BES N° 99, Año III 13 de Julio 2018. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
45. VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA RABIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES. JUNIO 2018. **Periodicidad Mensual.** BES N° 99, Año III 13 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_99_se_26_vf.pdf
46. INFORMES ESPECIALES: Trabajos a cargo de cinco efectores sobre el abordaje de la TBC en la Ciudad de Buenos Aires. JULIO 2018. BES N° 100, Año III. 20 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_100_se_27_vf.pdf
ACTUALIZACIÓN SITUACION SARAMPION y ACCIONES INTENSIFICADAS DE VIGILANCIA Y CONTROL. JULIO 2018. BES N° 101, Año III. 27 de Julio. http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_101_se_28_vf.pdf