Boletín Epidemiológico Semanal - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
N° 107 Año III / 7 de Septiembre de 2018
Información hasta 3E 34
Gerencia Operativa de Epidemiología
SSPLSAN
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
Mg. Mariela Rodríguez
Lic. Mara Tesoriero
Dra. María Aurelia Giboin Mazzola
Vet. Cecilia González Lebrero
Dra. Esperanza Janeiro
Mg. Mariela Rodríguez
Lic. Mara Tesoriero

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
Dra. Yasmin Paredes Falzone
Lic. Carla Agustina Santomaso
Dra. Mercedes Bloch
Vet. Eugenia Toytoydjian

Data Entrys
Germán Adell
Marco Muñoz
Rosalía Paez Pérez
Bianca Spirito
Christian Turchiaro

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

Gerencia Operativa de Epidemiología
Subsecretaria 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”
Paloma Herrera

INDICE
SOBRE LAS TAPAS DEL BES ........................................................................................................... 5
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
  I.3. RESUMEN EJECUTIVO ................................................................................................. 8
II. 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. ACTUALIZACIÓN AVANCE DE META VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL A NIÑOS/AS DE 6 A 11 MESES. CABA .......................... 13
VI. VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS ................................. 14
  VI.1. INTRODUCCIÓN........................................................................................................... 14
  VI.2. SITUACIÓN MUNDIAL Y REGIONAL DE LA TRANSMISIÓN DE INFLUENZA ........ 14
  VI.3. SITUACIÓN ARGENTINA: RESUMEN CORREDORES ENÉMICO ............................. 15
  VI.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENÉMICO HASTA SE 34 .............................. 15
  VI.5. MORTALIDAD POR IRA ............................................................................................. 17
     VI.5.A. Análisis general ...................................................................................................... 17
     VI.5.B. Sobre la mortalidad: En síntesis........................................................................... 20
  VI.6. VIGILANCIA POR LABORATORIO SNVS ................................................................. 20
VII. VIGILANCIA DE SÍFILIS .................................................................................................. 23
  VII.1. INTRODUCCIÓN........................................................................................................ 23
  VII.2. ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 34 23
  VII.3. ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 34 25
     VII.3.A. Sífilis congénita ................................................................................................. 25
     VII.3.B. Sífilis en embarazadas ....................................................................................... 27
VIII. VIGILANCIA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ............................................. 31
  VIII.1. SITUACIÓN CIUDAD DE BUENOS AIRES 2010-2016 ............................................. 31
  VIII.2. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017-2018 HASTA LA SE 34 31
IX. ÍNDICE DE TEMAS ESPECIALES DE PUBLICACIONES ANTERIORES ........................... 35
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
(Del BES 100)

Esta edición, donde se cumplen 100 boletines, quisimos que sea especial.

No sólo por el aniversario de un número redondo, sino por la posibilidad de presentar el trabajo que, de manera interdisciplinaria, se realiza para controlar y prevenir la TBC en los diferentes efectores de salud de la Ciudad.

En relación con el BES, estamos entusiasmados con el logro y el sostenimiento de un proyecto donde se plasma y transparenta la situación epidemiológica de la ciudad. Nos enorgullece el compromiso de todos y cada uno de los establecimientos y equipos del Sistema de Salud en trabajar de manera integrada en la construcción constante de este producto.

Al mismo tiempo, aprovechamos para felicitar a todos los equipos de los distintos Hospitales y Centros de Salud de la CABA, ya que todos ellos participan –al realizar y dar cuenta de sus actividades– en construir diariamente un abordaje diferente de la TBC que, desde la gestión de salud de la CABA, se promueve y fortalece día a día. Si bien es un arduo camino el que nos propusimos recorrer y comenzamos a andar, estamos seguros que contar con una Red de Cuidados Progresivos, descentralizar los procesos, fortalecer la atención primaria, centralizar los sistemas de información, son la vía regia para mejorar la salud de la Ciudad.

Los trabajos presentados en esta edición describen las acciones realizadas por los efectores locales. En su mayoría actividades intersectoriales e interdisciplinarias en las que se implementaron estrategias de prevención y/o control de la TBC.

Consideramos que es de gran relevancia para el trabajo diario hacer visible la tarea que los equipos desarrollan; es mediante esto que se puede dar cuenta y monitorear la transformación de los datos en información para la acción.

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.¹

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informes mensuales:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓ Vigilancia de Sífilis congénito y en embarazadas</td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Vigilancia de SUH</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Informes semanales/otros:</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>✓ Actualización semanal de Infecciones Respiratorias Agudas</td>
</tr>
<tr>
<td>✓ Actualización avance de meta de vacunación con triple viral a niños/as de 6 a 11 meses. CABA.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Resumen:**

El evento parotiditis muestra una disminución con respecto al mismo período del año previo, así como también en la notificación de los casos de Coqueluche. Dentro de las intoxicaciones, las medicamentosas, por monóxido de carbono y por otros tóxicos muestran una disminución en la notificación.

Respecto del grupo de eventos inmunoprevenibles, los casos de enfermedad febril exantemática aumentaron su notificación considerablemente. En este contexto se observó un aumento en la sensibilidad del sistema de notificación, con un acrecentamiento de los casos sospechosos, muchos de los cuales se encuentran pendientes de clasificación fina. Se observa una disminución en la mayoría de los eventos de meningitis y meningoencefalitis, a excepción de meningitis por H. Influenzae, meningitis bacteriana por otros agentes y meningoencefalitis sin especificar etiología. Dentro de las enfermedades zoonóticas y por vectores, se observa una disminución en la notificación de los eventos hantavirosis y leptospirosis. Por último, en el 2018 se presentó un aumento de la notificación de los casos de paludismo importados, respecto del mismo período del año anterior.

Con respecto a las Infecciones Respiratorias, el 26% de un total de 13.591 muestras analizadas, resultaron positivas para algún virus. De los mismos, los más frecuentes fueron: VSR, Influenza y Parainfluenza. La notificación de SUH descendió 68% con respecto a la SE 34 del año 2017.

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

¹ **Semanal:** Situación de los Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), comparando los casos notificados acumulados a la misma semana del año 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 Fláccidas (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 34 del corriente año (finalizada el 25 de agosto) 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 34 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo de eventos</th>
<th>Evento</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>Diferencia de casos</th>
<th>Variación porcentual</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>De transmisión vertical</strong></td>
<td>CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*</td>
<td>157</td>
<td>93</td>
<td>-64</td>
<td>-41</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*</td>
<td>106</td>
<td>80</td>
<td>-26</td>
<td>-25</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SÍFILIS CONGÉNITA*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SÍFILIS EN EMBARAZADA*</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Envenenamiento por animal ponzñoso</strong></td>
<td>ALACRANISMO</td>
<td>22</td>
<td>24</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ARANEÍSMO</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OPIÓDICO</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gastroentéricas</strong></td>
<td>DIÁRREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS</td>
<td>181</td>
<td>163</td>
<td>-18</td>
<td>-10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DIÁRREAS BACTERIANAS</td>
<td>17</td>
<td>12</td>
<td>-5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DIÁRREAS VIRALES</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DÍTÉRIA</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hepatitis</strong></td>
<td>HEPATITIS A</td>
<td>7</td>
<td>32</td>
<td>-25</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS B</td>
<td>40</td>
<td>60</td>
<td>-20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS C</td>
<td>39</td>
<td>54</td>
<td>-35</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>-18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS SIN ESPECIFICAR</td>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>-18</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Inmunoprevenibles</strong></td>
<td>COQUELUCHE*</td>
<td>78</td>
<td>45</td>
<td>-33</td>
<td>-42</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EFE (SARAMPIÓN–RUBEOLA)*</td>
<td>10</td>
<td>338</td>
<td>303</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAP*</td>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAROTIDITIS</td>
<td>236</td>
<td>101</td>
<td>-135</td>
<td>-57</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Intoxicaciones</strong></td>
<td>MEDICAMENTOSA</td>
<td>61</td>
<td>24</td>
<td>-31</td>
<td>-61</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>POR METALES PESADOS</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>POR MONÓXIDO DE CARBONO</td>
<td>94</td>
<td>75</td>
<td>-18</td>
<td>-20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>POR OTROS TÓXICOS</td>
<td>44</td>
<td>16</td>
<td>-28</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>POR PLAGUICIDAS</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 34 en Residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo de eventos</th>
<th>Evento</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>Diferencia de casos</th>
<th>Variación porcentual</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Meningitis y Meningoencefalitis</td>
<td>Meningoencefalitis por Haemophilus Influenzae</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis bacteriana por otros agentes</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis bacteriana sin especificar agente</td>
<td>10</td>
<td>7</td>
<td>-3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningitis otros germenes no bacterianas ni virales</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningitis tuberculosa</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis por otros virus</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>-2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis por Streptococco Neumoniae</td>
<td>7</td>
<td>6</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis sin especificar etiología</td>
<td>17</td>
<td>24</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis micóticas y parasitarias</td>
<td>4</td>
<td>3</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis virales por Enterovirus</td>
<td>11</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis virales sin especificar agentes</td>
<td>17</td>
<td>8</td>
<td>-9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis por Neisseria Meningitidis</td>
<td>5</td>
<td>3</td>
<td>-2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Meningoencefalitis tuberculosa &lt; 5 años</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Otras</td>
<td>Lepra</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>-3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Síndrome urémico hemolítico (SUH)*</td>
<td>42</td>
<td>12</td>
<td>-30</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Listeriosis</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Botulismo del lactante</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tuberculosis*</td>
<td>708</td>
<td>611</td>
<td>-14</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Zoonóticas y por vectores</td>
<td>Brucelosis</td>
<td>1</td>
<td>25</td>
<td>24</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dengue (Notificación individual)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Zika (Todos los eventos)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fiebre Chikungunya</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fiebre Amarilla</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fiebre del Nilo Occidental</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Hantavirosis</td>
<td>33</td>
<td>17</td>
<td>-16</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Psitacosis</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>-1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leishmaniasis cutânea</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leishmaniasis visceral</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Leptospirosis</td>
<td>42</td>
<td>15</td>
<td>-27</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Paludismo</td>
<td>1</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Triquinosis</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Virus de la Encefalitis de San Luis</td>
<td>6</td>
<td>4</td>
<td>-2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 (item 4), presentando los datos ampliados según el criterio epidemiológico de clasificación del caso. Por lo tanto las especificaciones metodológicas son las descriptas anteriormente.

IV.1. DE TRANSMISIÓN VERTICAL Y SEXUAL

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>De transmisión vertical</td>
<td>CHAGAS AGUDO CONGÉNITO*</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>113</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CHAGAS CRÓNICO EN EMBARAZADAS*</td>
<td>106</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SIFILIS CONGÉNITA*</td>
<td>106</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>SIFILIS EN EMBARAZADA*</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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

IV.2. ENVENENAMIENTO POR ANIMAL PONZOÑOSO

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Envenenamiento por animal ponzoñoso</td>
<td>ALACRANISMO</td>
<td>4</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ARANISMO</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>OPIDISMO</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

IV.3. GASTROENTÉRICAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastroentéricas</td>
<td>DIARREAS AGUDAS SANGUINOLIENTAS</td>
<td>181</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DIARREAS BACTERIANAS</td>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DIARREAS VÍRREAS</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>DIPTERIA</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>FIEBRE TIFÓIDEA Y PARATIFÓIDEA</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


IV.4. HEPATITIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Hepatitis</td>
<td>HEPATITIS A</td>
<td>7</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS B</td>
<td>22</td>
<td>5</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS B EN BANCOS DE SANGRE</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS C</td>
<td>27</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS C EN BANCOS DE SANGRE</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>HEPATITIS SIN ESPECIFICAR</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

IV.5. INMUNOPREVENIBLES

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Inmunoprevenibles</td>
<td>COQUELUCHE*</td>
<td>10</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EFE (SARAMPIÓN-RUBEOLA)*</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PAF*</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PARAOTITIS</td>
<td>15</td>
<td>24</td>
<td>197</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

IV.6. INTOXICACIONES

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MEDICAMENTOSA</td>
<td>C</td>
<td>P</td>
<td>S</td>
<td>D</td>
<td>TOTAL</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>17</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>POR METALES PESADOS</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>POR MONOXIDO DE CARBONO</td>
<td>32</td>
<td>26</td>
<td>34</td>
<td>2</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>POR OTROS TÓxicOS</td>
<td>34</td>
<td>2</td>
<td>8</td>
<td>0</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>POR PLAGUICIDAS</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>POR PLAGUICIDAS DE USO DOMÉSTICO</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

IV.7. MENINGITIS Y MENINGOENCEFALITIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MENINGOENCEFALITIS POR INFLUENZA</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA SIN ESPECIFICAR AGENTE</td>
<td>4</td>
<td>2</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS OTROS GÉNEROS BACTERIANOS</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS TUBERCULOSA</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS POR OTROS VIRUS</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS VIRAL POR SINDROME URÉMICO</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR ETIOLOGIA</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>11</td>
<td>8</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS MOCOTASAS Y PARASITARIAS</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS VIRAL POR ENCEFALITIS</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS VIRAL SIN ESPECIFICAR AGENTES</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
<td>8</td>
<td>2</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS VIRAL POR NEISSERIA MENINGITIDES</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>MENINGITIS TUBERCULOSA + SÍNTOMAS</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

IV.8. OTRAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LEPRA</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO (SUIR)*</td>
<td>42</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>ENFERMEDAD</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>BRUCELOSIS</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>TUBERCULOSIS</td>
<td>708</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>708</td>
<td>611</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: 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.

La caracterización de Síndrome Urémico Hemolítico se desarrolla de manera ampliada en el siguiente apartado.

IV.9. ZOONÓTICAS Y POR VECTORES

<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPO DE EVENTO</th>
<th>EVENTO</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>DIFERENCIA DE CASOS</th>
<th>VARIACIÓN PORCENTUAL</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BRUCELOSIS</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>DENGUE (NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL)</td>
<td>VER INFORME ETMA BES 105</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZIKA (TODOS LOS EVENTOS)</td>
<td>FIEBRE CHIKUNGUNYA</td>
<td>FIEBRE AMARILLA</td>
<td>FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL</td>
<td>HANTAVIRUSOS</td>
<td>PSITACOSIS</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>0</td>
<td>22</td>
<td>15</td>
<td>42</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
<td>6</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Notas: 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. ACTUALIZACIÓN AVANCE DE META VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL A NIÑOS/AS DE 6 A 11 MESES. CABA.

Desde el 6 de agosto se está vacunando con triple viral (Sarampión, Rubeola y Paperas) a los niños/as entre 6 y 11 meses. Se está llevando a cabo en efectores públicos, vacunatorios adheridos y privados de la Ciudad de Buenos Aires.

En CABA, la meta es vacunar a **20.068 niños/as**, correspondiente al 50% de una cohorte de recién nacidos/as.

Se presenta a continuación el avance de meta, donde se determina llegar al objetivo en 8 semanas, que sería el tiempo durante el cual se vacunaría, teniendo en cuenta el último caso confirmado. Semanalmente se estima vacunar un 12,5% de la cohorte completa, es decir, 2.508 niños/as.

**Gráfico 1. Avance semanal de vacunación con SRP de niños/as de 6 a 11 meses. Residentes de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2018.**

A 3 semanas de haber comenzado la vacunación, se alcanzó el 39,3 % de la meta, correspondiente a un porcentaje levemente mayor que el esperado.
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.gob.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 influenza².

Mapa 1. Porcentaje de muestras positivas para influenza por zonas de transmisión
Actualización al 21 de Agosto de 2018

En América del Norte la actividad de influenza se encontró a niveles inter-estacionales 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, y Haití, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 continuó elevada.

En América Central Los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y la circulación de influenza y VSR se encontraron en descenso en toda la sub-región, excepto Panamá y Guatemala donde la actividad de VSR aumentó. En Guatemala, la actividad de influenza continuó elevada con predominio de influenza A(H1N1)pdm09, y la actividad de IRAG fue similar a la temporada previa. En El Salvador, se reportó circulación aumentada de influenza A(H1N1)pdm09 y B.

Para obtener más información consultar

²Para obtener más información consultar
En la Sub-región Andina La actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable. La actividad de IRAG disminuyó en Bolivia, con predominio de VSR. En Perú, la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y la incidencia de IRAG permaneció elevada, con aumento de la circulación de VSR. En Colombia, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 disminuyó levemente.

En Brasil y Cono Sur Los niveles de influenza aumentaron a niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza A. En Brasil, los casos de IRAG asociados a influenza permanecieron elevados en relación a temporadas previas, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09. En Paraguay, Chile y Uruguay, la actividad de IRAG aumentó en relación a los niveles de VSR e influenza A(H3N2).

Situación Global: En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad de influenza se mantuvo elevada en América del Sur y continuó disminuyendo en el sur de África, mientras que se mantuvo por debajo del umbral estacional en Australia y Nueva Zelanda y en niveles interestacionales en la mayoría de las zonas templadas del hemisferio norte. Los informes de actividad de influenza se informaron como disminuidos en algunos países del Caribe. En todo el mundo, los virus del subtipo A de influenza estacional representaron la mayoría de las detecciones.

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](image1)

![Argentina: Corredor endémico semanal de Bronquiolitis 2018](image2)

![Argentina: Corredor endémico semanal de Neumonía 2018](image3)

![Argentina: Corredor endémico semanal de IRAG 2018](image4)


VI.4. VIGILANCIA CLÍNICA: CORREDORES ENDÉMICOS HASTA SE 34.

Se presentan los corredores endémicos semanales de los cuatro eventos vigilados, en los residentes de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 2018.
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 33.

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 las últimas semanas, existe retraso en la notificación por parte del hospital Gutiérrez.

La curva 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. Se aprecia importante descenso de la curva en las últimas semanas, transitando por zona de éxito, pero existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Piñero y Gutiérrez.

Hasta la SE 33 del corriente año, la curva de casos de neumonía transcurrió entre zona de éxito y seguridad, dentro de los valores esperados; existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Piñero y Gutiérrez.

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. Actualmente, la incidencia transcurre por zona de alarma, pero existe retraso en la notificación por parte de los hospitales Zubizarreta y Gutiérrez.

La tabla a continuación muestra la distribución por edad de los casos de IRAG notificados entre las semanas 18 a 34 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 62% de los casos de IRAG notificados en el período mencionado.
VI.5. MORTALIDAD POR IRA

VI.5.A. Análisis general

Se presenta la Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (CIE 10. J10-J22*) en residentes de CABA, del cuatrimestre enero-abril del corriente año 2018, de acuerdo a los registros de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

En el siguiente gráfico se compara la mortalidad de enero-abril de 2018 respecto de la mediana de dichos meses en el periodo 2004-2017.

| GRUPOS DE EDAD | AÑO 2018 |  |
|----------------|-----------|
| Nº     | %        | % Acumulado |
| Menores de 2 años | 453 | 38,0 | 38,0 |
| De 2 a 4 años | 118 | 9,9 | 47,9 |
| De 5 a 14 años | 117 | 9,8 | 57,7 |
| De 15 a 24 años | 29 | 2,4 | 60,1 |
| De 25 a 34 años | 34 | 2,8 | 63,0 |
| De 35 a 44 años | 88 | 7,4 | 70,4 |
| De 45 a 64 años | 58 | 4,9 | 75,2 |
| Mayores de 64 años | 286 | 24,0 | 99,2 |
| Sin especificar edad | 10 | 0,8 | 100,0 |
| TOTAL | 1193 | 100,0 | - |

Fuente: SNVS 2.0.

En la siguiente tabla se muestran las diferencias de mortalidad entre los fallecidos totales por IRA, según mes, en el año 2018 y su respectiva mediana 2004-2017 de mortalidad.

Table 1. Casos notificados de IRAG según grupos de edad
Residentes de la CABA. SE 18 a 34. Año 2018

| GRUPOS DE EDAD | AÑO 2018 |  |
|----------------|-----------|
| Nº     | %        | % Acumulado |
| Menores de 2 años | 453 | 38,0 | 38,0 |
| De 2 a 4 años | 118 | 9,9 | 47,9 |
| De 5 a 14 años | 117 | 9,8 | 57,7 |
| De 15 a 24 años | 29 | 2,4 | 60,1 |
| De 25 a 34 años | 34 | 2,8 | 63,0 |
| De 35 a 44 años | 88 | 7,4 | 70,4 |
| De 45 a 64 años | 58 | 4,9 | 75,2 |
| Mayores de 64 años | 286 | 24,0 | 99,2 |
| Sin especificar edad | 10 | 0,8 | 100,0 |
| TOTAL | 1193 | 100,0 | - |

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

En la siguiente tabla se muestran las diferencias de mortalidad entre los fallecidos totales por IRA, según mes, en el año 2018 y su respectiva mediana 2004-2017 de mortalidad.
Entre enero y abril de 2018, la mortalidad mensual por estas causas superó a la mediana mensual respectiva del periodo 2004-2017. Hasta la fecha, los meses de enero y febrero registraron la mayor mortalidad. En el siguiente gráfico se observa la tasa de mortalidad por las causas mencionadas, entre los meses de enero a abril, entre los años 2004 a 2018. En el periodo observado y en los meses estudiados, se observa la caída de la mortalidad entre los años 2008 a 2012. A partir del año 2013 se quiebra la tendencia, comenzando un ciclo ascendente de la mortalidad.

Respecto del mes de enero, los años 2014, 2016 y 2018 registraron la mayor mortalidad del periodo observado. Respecto del mes de febrero, la mayor mortalidad se observó en el año 2016; similar patrón a febrero se verifica para los meses de marzo y abril, en dicha serie histórica.

En el siguiente gráfico se compara la mortalidad del 1\º cuatrimestre durante los años mencionados en la serie histórica. Se evidencia que el primer cuatrimestre de los años 2016 y 2017 registró la mayor mortalidad en el periodo analizado.
En el siguiente gráfico se aprecia, el corredor endémico cuatrisemanal de la mortalidad por las causas mencionadas. La curva de mortalidad en las primeras cuatrisemanas circuló por zona de alarma. Existe retraso en la notificación de este evento por parte de la Dirección de Estadísticas y Censos de la CABA.

En la siguiente tabla se muestra la mortalidad por IRA en el cuatrimestre enero-abril de 2018 discriminada por grupos de edad. El mayor peso relativo y riesgo de mortalidad por las causas mencionadas se concentra en los mayores de 64 años.
**VI.5.B. Sobre la mortalidad: En síntesis...**

Con los datos de mortalidad disponibles, se verifica que el mayor riesgo de mortalidad por las causas descriptas, se halla fundamentalmente en los mayores de 64 años. También se estima que la mortalidad observada al final del año 2018 será similar a la del año pasado, pero menor a la registrada en el año 2016.

**VI.6. 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.


<table>
<thead>
<tr>
<th>GRUPOS DE EDAD</th>
<th>OBITOS</th>
<th>%</th>
<th>Tasa</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Menor de 5 años</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>5-14 años</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>15-64 años</td>
<td>73</td>
<td>7,9</td>
<td>0,4</td>
</tr>
<tr>
<td>65 y más años</td>
<td>856</td>
<td>92,1</td>
<td>18,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total</strong></td>
<td>929</td>
<td><strong>100,0</strong></td>
<td><strong>3,3</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Tasa específica por 100.000 habitantes residentes de la CABA

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


Hasta la SE 34 de 2018, se analizaron 13.591 muestras de las cuales 3.560 dieron positivas para algún virus. En el año 2017 hasta la SE 34, del total de muestras analizadas, el 31,0% resultó positivo para algún virus. De estas últimas, en el 60,2% fue aislado el virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 28,2%.
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 56% fue aislado el Virus Sincicial Respiratorio (VSR), seguido de Influenza con el 34,4%. 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 10](image1)


![Gráfico 11](image2)
Al comparar los tipos de virus existentes en las muestras analizadas hasta la SE 34 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 12. 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 1-34; N=700)

Hasta la SE 34 de 2018, de las 700 muestras positivas para influenza, 184 resultaron positivas para influenza A, 126 muestras dieron positivas para Influenza A no subtipificado y 513 Influenza B sin subtipificar.

En el año 2017, hasta la SE 34 se notificaron 1152 casos de Influenza A no subtipificado, 601 de Influenza A H3 estacional y 98 casos de Influenza B sin especificar. Se observa que el 34,2% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año anterior en el que predominó H1N1 como subtipo identificado. 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. En dicho año, 23% de los casos de Influenza correspondieron a H3 estacional, a diferencia del año 2016 en el que predominó H1N1 como subtipo identificado.
VII. VIGILANCIA DE SÍFILIS

VII.1. INTRODUCCIÓN

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

La Introducción, las Definiciones de caso, Modalidad de notificación, Seguimiento clínico y la Nota metodológica se desarrollan de manera detallada en el BES N°95 que se encuentra en el siguiente link: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_95_se_22_vf.pdf

VII.2. ANÁLISIS DE SÍFILIS TEMPRANA Y SIN ESPECIFICAR, 2017-2018, HASTA SE 34

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 SNVS². 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.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2017</th>
<th></th>
<th></th>
<th>2018</th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C2</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNT (+/total)</td>
<td>57,38%</td>
<td>72,8%</td>
<td>4,7%</td>
<td>63,0%</td>
<td>4,5%</td>
<td>82,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>SIVILA</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mujeres</td>
<td>470/8975</td>
<td>757</td>
<td>5,2%</td>
<td>134/184</td>
<td>1251</td>
<td>43,11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Varones</td>
<td>348/4868</td>
<td>1064</td>
<td>7,1%</td>
<td>608/965</td>
<td>1251</td>
<td>72,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Embarazadas</td>
<td>-</td>
<td>1064/20594</td>
<td>5,2%</td>
<td>63,0%</td>
<td>416/9269</td>
<td>4,5%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA, C2, SNVS²

En las notificaciones de las Pruebas Treponémicas en mujeres y varones se observa un leve aumento en 2018 con respecto a la misma SE de 2017, con porcentajes de positividad menores. En embarazadas hay una disminución en las notificaciones, con respecto al año anterior, presentando un aumento en los porcentajes de positividad de las PT.

En el gráfico a continuación se muestran la tasa en mujeres y varones de notificaciones, hasta la SE 34 de 2017 y 2018, de la suma de sífilis temprana y sin especificar.
En los años 2017 y 2018 hasta la SE 34, se observa que las tasas de varones superaron a las de las mujeres. De las notificaciones de sífilis temprana y sin especificar, el 38% 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 34 en residentes de la Ciudad.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupos de edad</th>
<th>Tasas 2017</th>
<th>Tasas 2018</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Mujeres</td>
<td>Varones</td>
</tr>
<tr>
<td>0 a 4 años</td>
<td>8,9</td>
<td>6,5</td>
</tr>
<tr>
<td>5 a 9 años</td>
<td>2,0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>10 a 14 años</td>
<td>16,5</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>15 a 24 años</td>
<td>132,3</td>
<td>93,0</td>
</tr>
<tr>
<td>25 a 34 años</td>
<td>82,4</td>
<td>180,1</td>
</tr>
<tr>
<td>35 a 44 años</td>
<td>63,8</td>
<td>129,0</td>
</tr>
<tr>
<td>45 a 64 años</td>
<td>26,3</td>
<td>104,6</td>
</tr>
<tr>
<td>&gt; de 65</td>
<td>5,5</td>
<td>19,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>46,5</td>
<td>87,5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En el año 2017, 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 35% para el 2018. Con respecto a los casos notificados en menores de 10 años, de corresponder se gestionará su correcta notificación.
VII.3. **ANÁLISIS DE SÍFILIS CONGÉNITA Y EN EMBARAZADAS 2017-2018, HASTA SE 34**

**VII.3.A. Sífilis congénita**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Residencia</th>
<th>2017 Acumulado</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>2018 Acumulado</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BUENOS AIRES</td>
<td>202</td>
<td>40,6%</td>
<td>207</td>
<td>50,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>CABA</td>
<td>222</td>
<td>44,7%</td>
<td>192</td>
<td>47,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCONOCIDO</td>
<td>71</td>
<td>14,3%</td>
<td>8</td>
<td>2,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>OTRAS PROV.</td>
<td>2</td>
<td>0,4%</td>
<td>1</td>
<td>0,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>497</td>
<td>100%</td>
<td>408</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En 2018 hasta la SE 34, la notificación de los no residentes aumentó con respecto al año anterior en un 2%, en residentes de la CABA una disminución del 13,5%. Las notificaciones sin datos de provincia de residencia se redujeron en un 88,7%.

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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Residencia</th>
<th>2017 Acumulado</th>
<th>Porcentaje</th>
<th>2018 Acumulado</th>
<th>Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BUENOS AIRES</td>
<td>202</td>
<td>40,6%</td>
<td>207</td>
<td>50,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>CABA</td>
<td>222</td>
<td>44,7%</td>
<td>192</td>
<td>47,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCONOCIDO</td>
<td>71</td>
<td>14,3%</td>
<td>8</td>
<td>2,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>OTRAS PROV.</td>
<td>2</td>
<td>0,4%</td>
<td>1</td>
<td>0,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>497</td>
<td>100%</td>
<td>408</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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.

En la tabla se presenta el número y el porcentaje de notificaciones de Sífilis congénita en el periodo 2017-2018 hasta SE 34.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Criterio diagnóstico</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Acumulado</td>
<td>Porcentaje</td>
</tr>
<tr>
<td>Confirmado</td>
<td>40</td>
<td>13,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Probable</td>
<td>16</td>
<td>5,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sospechoso</td>
<td>198</td>
<td>67,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>Descartado</td>
<td>39</td>
<td>13,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>293</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS².0

De estos casos, hasta lo notificado hasta la SE 34 en 2017 el 73,1% 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 34 de los años 2017 y 2018.

Gráfico 3. Número de casos de Sífilis congénita según CeSAC. Hasta SE 34, 2017 (n=7)-2018 (n=9). CABA.

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS².0

Gráfico 4. Número de notificaciones de Sífilis Congénita según Hospital notificador. CABA. Periodo 2017 (n=490) - 2018 (n=397) hasta SE 34.

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS².0
En el año 2017 hasta la SE 34, el Hospital Penna notificó el 22% (111) y la maternidad Sardá el 35% (175) de los casos y el Argerich el 13% (66). En el mismo período del 2018 se produjo un descenso porcentual en las notificaciones del 17,9%.

En el siguiente gráfico se presenta el número de notificaciones según comuna de residencia de las niños/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 34, 2017-2018. CABA.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Comunas</th>
<th>2017 Casos</th>
<th>2017 Tasas</th>
<th>2018 Casos</th>
<th>2018 Tasas</th>
<th>Diferencia casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>24</td>
<td>7,7</td>
<td>10</td>
<td>3,2</td>
<td>-14</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>1</td>
<td>0,6</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>14</td>
<td>5,7</td>
<td>9</td>
<td>3,6</td>
<td>-5</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>32</td>
<td>8,9</td>
<td>19</td>
<td>5,3</td>
<td>-13</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>4</td>
<td>1,9</td>
<td>4</td>
<td>1,9</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>1</td>
<td>0,5</td>
<td>6</td>
<td>2,9</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>19</td>
<td>5,6</td>
<td>16</td>
<td>4,8</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>32</td>
<td>9,0</td>
<td>23</td>
<td>6,5</td>
<td>-9</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>11</td>
<td>5,1</td>
<td>8</td>
<td>3,7</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>3</td>
<td>1,5</td>
<td>5</td>
<td>2,6</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>2,4</td>
<td>2</td>
<td>0,9</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>0,4</td>
<td>1</td>
<td>0,4</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>0,7</td>
<td>3</td>
<td>1,1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>3</td>
<td>1,4</td>
<td>4</td>
<td>1,8</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Residentes Sd**</td>
<td>70</td>
<td>81</td>
<td>11</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Desconocidos**</td>
<td>71</td>
<td>8</td>
<td>-63</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Total CABA</td>
<td>293</td>
<td>7,6</td>
<td>200</td>
<td>5,2</td>
<td>-93</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Las comunas del Sur de la Ciudad acumulan el 42% (94) de los casos totales de la CABA en 2017 y el 30% (66) 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.3.B. Sífilis en embarazadas

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


<table>
<thead>
<tr>
<th>Residencia</th>
<th>2017 Acumulado</th>
<th>2017 Porcentaje</th>
<th>2018 Acumulado</th>
<th>2018 Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BUENOS AIRES</td>
<td>233</td>
<td>33,2%</td>
<td>268</td>
<td>46,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>CABA</td>
<td>285</td>
<td>40,7%</td>
<td>287</td>
<td>49,6%</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCONOCIDO</td>
<td>181</td>
<td>25,8%</td>
<td>20</td>
<td>3,5%</td>
</tr>
<tr>
<td>OTRAS PROV</td>
<td>2</td>
<td>0,3%</td>
<td>4</td>
<td>0,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>701</td>
<td>100%</td>
<td>579</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2

Del total de casos notificados por año, en el año 2018, se observó un descenso del 17% (122) 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 34 de 2018 por semana epidemiológica en residentes de la CABA.

**Gráfico 5.** Número de notificaciones de Sífilis en embarazadas según SE. Residentes de la CABA. Año 2015 (SE 1-52; n=341), 2016 (SE 1-52; n=395), 2017 (SE 1-52; n=617), 2018 (SE 1-34, n=307).

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 34, 2017-2018.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupo de edad</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Casos</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 10 A 14 AÑOS</td>
<td>4</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 15 A 19 AÑOS</td>
<td>87</td>
<td>19%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 20 A 24 AÑOS</td>
<td>155</td>
<td>33%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 25 A 29 AÑOS</td>
<td>85</td>
<td>18%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 30 A 34 AÑOS</td>
<td>50</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 35 A 39 AÑOS</td>
<td>29</td>
<td>6%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 40 A 44 AÑOS</td>
<td>6</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>DE 45 A 49 AÑOS</td>
<td>0</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Sin datos</td>
<td>50</td>
<td>11%</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>466</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En ambos años, hasta la SE 34, los porcentajes de notificación por grupo de edad no presentan diferencias importantes.
Gráfico 6. Tasas cada 100 mil mujeres de casos notificados de Sífilis en Embarazadas según grupo de edad. Residentes de CABA. Hasta SE 34, 2017 (n=416)-2018 (n=304).

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 155 casos en embarazadas en el año 2017 y 104 en el actual. La tasa para este grupo de edad en 2017 fue de 150,2/100.000 hab., mientras que en 2018 para el mismo grupo de edad, fue de 102,2/100.000 hab.

En el gráfico a continuación se presenta el número de casos de acuerdo al establecimiento notificador hasta la semana epidemiológica 34 en 2017 y 2018 de mujeres embarazadas con diagnóstico de Sífilis, tanto en residentes como no residentes de la Ciudad.

Gráfico 7. Número de casos de Sífilis en Embarazadas según CeSAC. Hasta SE 34, 2017 (n=34)-2018 (n=39). CABA.

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS®

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS®
A continuación, se muestran los casos y tasas por comuna de residencia de la Ciudad de Buenos Aires.

**Tabla 8.** Número de notificaciones y tasas por 100 mil mujeres en edad fértil de Sífilis en Embarazadas según Comuna de residencia. Hasta SE 34 2017-2018. CABA.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Comunas</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>Diferencia casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Casos</td>
<td>Tasas</td>
<td>Casos</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>34</td>
<td>59,9</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>2</td>
<td>5,6</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>17</td>
<td>39,4</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>54</td>
<td>103,5</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>13</td>
<td>25,6</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>38</td>
<td>75,0</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>14</td>
<td>41,1</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>5</td>
<td>14,6</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>5</td>
<td>13,2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>2</td>
<td>4,4</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>1</td>
<td>2,0</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>1,9</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>6</td>
<td>15,2</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Residentes Sd*</td>
<td>91</td>
<td>74</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Desconocidos**</td>
<td>181</td>
<td>20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total CABA</strong></td>
<td><strong>466</strong></td>
<td><strong>70,0</strong></td>
<td><strong>307</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS2.0

La tasa global de casos notificados de Sífilis para embarazadas el año 2017 hasta la SE 34 en CABA fue de 70,0/100.000 mujeres en edad fértil. En el año 2018 se presentó un descenso del 33,8%, siendo de 46,4/100.000 mujeres en edad fértil.
**VIII. VIGILANCIA DEL SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO**


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


**VIII.2. ANÁLISIS DE LOS CASOS NOTIFICADOS DURANTE EL PERIODO 2017 -2018 HASTA LA SE 34**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Provincia</th>
<th>2017 Acumulado</th>
<th>2017 Porcentaje</th>
<th>2018 Acumulado</th>
<th>2018 Porcentaje</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BUENOS AIRES</td>
<td>55</td>
<td>52,4</td>
<td>34</td>
<td>66,7</td>
</tr>
<tr>
<td>CABA</td>
<td>36</td>
<td>34,3</td>
<td>14</td>
<td>27,5</td>
</tr>
<tr>
<td>OTRAS PROVINCIAS</td>
<td>5</td>
<td>4,8</td>
<td>2</td>
<td>3,9</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCONOCIDO</td>
<td>8</td>
<td>7,6</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>105</td>
<td>100,0</td>
<td>51</td>
<td>100,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS²³

A continuación se presenta la serie temporal del periodo 2010-2018 (hasta la cuatrisemana 8). Se gráfico 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.
Según estacionalidad, se observa una tendencia ascendente en las cuatrisemanas correspondientes a la temporada estival de acuerdo al comportamiento usual de dicha patología, siendo la máxima de notificación entre las cuatrisemanas 1 y 2. Durante el año 2017 hasta la cuatrisemana 13, se presentó similar tendencia que en los años anteriores.

En el periodo 2017-2018 hasta la SE 30 se notificaron 32 y 12 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 34, por grupos de edad y el porcentaje de cada grupo sobre el total de las notificaciones en dicho período.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Edad</th>
<th>Casos 2017</th>
<th>%</th>
<th>Casos 2018</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Menor de 1 año</td>
<td>3</td>
<td>6,8</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>1 año</td>
<td>10</td>
<td>22,7</td>
<td>2</td>
<td>14,3</td>
</tr>
<tr>
<td>2 años</td>
<td>12</td>
<td>27,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>3 años</td>
<td>5</td>
<td>11,4</td>
<td>7</td>
<td>50,0</td>
</tr>
<tr>
<td>4 años</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>5 años</td>
<td>2</td>
<td>4,5</td>
<td>3</td>
<td>21,4</td>
</tr>
<tr>
<td>6 años</td>
<td>3</td>
<td>6,8</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>7 años</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>8 años</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
<td>1</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>10 años</td>
<td>3</td>
<td>6,8</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>12 años</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>1</td>
<td>7,1</td>
</tr>
<tr>
<td>53 años</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>64 años</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Sin Datos</td>
<td>1</td>
<td>2,3</td>
<td>0</td>
<td>0,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>44</td>
<td>100</td>
<td>14</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 34.

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 año (13/100.000).

En el año 2018 hasta la SE 34 la tasa más alta de notificaciones de SUH se observó en el grupo de edad de 2 a 4 años (5,6/100.000). Fueron notificados casos en el mencionado grupo etario y en el de 5 a 9 años. Hasta la SE 34 del 2018, se notificó un caso de 12 años.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Comunas</th>
<th>2017</th>
<th>2018</th>
<th>Diferencia de casos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>COMUNA 1</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 2</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 3</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 4</td>
<td>0</td>
<td>2</td>
<td>-2</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 5</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 6</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>-2</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 7</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 8</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>-2</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 9</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 10</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
<td>-4</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 11</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 12</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 13</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
<td>-4</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 14</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
<td>-2</td>
</tr>
<tr>
<td>COMUNA 15</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>Residentes SD*</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>44</td>
<td>14</td>
<td>-30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Fuente: SNVS, SIVILA-C2, SNVS2.0

*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 período 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 30, según efector.

**Gráfico 3.** Casos de SUH notificados según establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 34. Años 2017 (n=105)-2018(n=51).

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 34, 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 88,6% de los casos.

Los efectores del sector privado en el año 2018 han notificado 12 casos de SUH, 7 de estos corresponden a residentes de CABA.

**Gráfico 4.** Casos de SUH notificados según tipo de establecimiento notificador. Residentes y no residentes de la CABA. Hasta la SE 34. Años 2017-2018.

En el año 2018 hasta la SE 34, los efectores públicos de la CABA notificaron 34 casos –residentes y no residentes– y 10 casos fueron notificados por efectores privados y de Obras Sociales.
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
   http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_5_se_36_20160922_vf.pdf
   http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_7_se_38_20160710_vf.pdf
   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_22_se_1_vf.pdf
    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 anállisis.  
    http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_42_se21_vf_1.pdf
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_54_se_33_vf.pdf
http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/bes_57_se_36_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_63_se_42_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.
36. SITUACIÓN DE LAS HEPATITIS VIRALES. BES N° 73, Año III, 12 de Enero de 2018.