

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SALA DE SITUACION 2016

Hasta Semana Epidemiológica 18

Actualización 13/05/2016

Gerencia Operativa de Epidemiología
Dirección General de Informática Clínica, Epidemiología y Estadística
Subsecretaría de Planificación Sanitaria

La vigilancia epidemiológica de las IRA`s resulta esencial para:

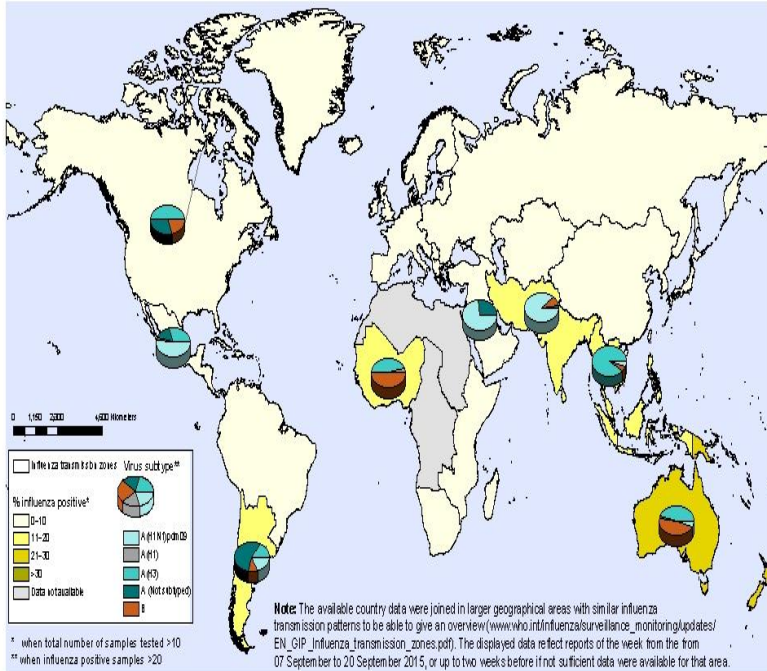
- **Detectar precozmente el ascenso estacional del número de casos en cualquier época del año.**
- **Identificar los grupos poblacionales afectados y sus características.**
- **Establecer la frecuencia, distribución y características de los agentes etiológicos involucrados.**

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.

Situación Mundial

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza
By influenza transmission zone

Status as of 01 October 2015



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



A nivel mundial, la actividad de influenza se mantuvo constante o disminuyó, pocos países reportan niveles elevados de enfermedad respiratoria.

En América del Norte y en Europa la actividad gripal se mantuvo baja, con niveles interestacionales en todas las regiones. En Estados Unidos aumentó el virus sincicial respiratorio (VSR).

En los países tropicales de América, la actividad de influenza se mantuvo baja, con excepción de Cuba, donde hubo numerosos casos de infecciones respiratorias severas asociados a Influenza A (H1N1) pdm09 y VSR.

En el sur de Asia se reportaron bajos niveles de actividad con excepción de India donde se incremento la actividad especialmente de Influenza A (H1N1) pdm09. La actividad decreció en el sur de China.

En el sur de África la actividad de Influenza se mantuvo baja con predominio del tipo B.

En Australia la actividad de Influenza ha disminuido, con excepción del sur de Australia donde hubo un aumento de la Influenza con predominio tipo B seguida por Influenza A(H3N2).

<http://www.who.int/csr/don/17-july-2016-mers-korea/es/>
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/es/>
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/



Situación Regional

Hasta Semana 18. Año 2016

América del Norte: Disminución de actividad de influenza. Se observó co-circulación de influenza A (predominio de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B, con aumento de detecciones de influenza B en Canadá. La actividad de ETI incrementó en la SE 15 en Canadá, mientras que el nivel de neumonías en México y de ETI en los Estados Unidos continúa disminuyendo y acercándose al umbral de fin de estación.

Caribe: Se observa una actividad baja de influenza y de otros virus respiratorios en la mayoría de los países. Surinam y Aruba reportaron circulación activa de influenza A(H1N1)pdm09.

América Central: La actividad de influenza y de otros virus respiratorios descendieron, excepto en Guatemala y El Salvador. En Guatemala continúan los niveles elevados de A(H1N1)pdm09, mientras que en El Salvador se reportó incremento de A(H1N1)pdm09.

Sub-región Andina: Aumentaron algunos indicadores de infección respiratoria aguda. Se reportó incremento de influenza A(H1N1)pdm09 en Ecuador y Perú; y de VSR en Colombia y Ecuador.

Brasil y Cono Sur: Continúa el nivel elevado de influenza A(H1N1)pdm09 para esta época del año. En el Cono Sur se observó un incremento de los niveles de influenza y VSR en la mayoría de los países, aunque todavía se mantiene en niveles bajos o inferiores al umbral estacional.

La vigilancia de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en la Ciudad de Buenos Aires se realiza mediante la identificación y notificación del caso sospechoso y de los resultados de estudios virológicos por laboratorios de referencia.

NOTIFICACION AGRUPADA POR GRUPOS DE EDAD

Definiciones operativas para carga de casos

Bronquiolitis en menores de 2 años

Todo niño menor de 2 años, con primer o segundo episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre.

Enfermedad tipo Influenza

Aparición súbita de fiebre mayor de 38° con tos o dolor de garganta, en ausencia de otras causas

Neumonías

Enfermedad respiratoria aguda febril con tos, dificultad respiratoria y taquipnea

Infección respiratoria aguda grave (IRAG)= IRA internado

Cuadro clínico representado por la aparición súbita de fiebre superior a 38°C, más tos o dolor de garganta asociado a disnea o dificultad para respirar y que requiera hospitalización.

NOTIFICACION INDIVIDUAL INMEDIATA Definiciones operativas para carga de casos

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS FALLECIDOS

Cualquier caso de IRA (ETI, Bronquiolitis, Neumonía) que fallece. Registro agrupado en C2 y Ficha Individual al G. O. de Epidemiología

GRIPE HUMANA CONFIRMADO DE INFLUENZA A/H1N1: *Caso sospechoso de IRA con diagnóstico de laboratorio positivo para influenza A/H1N1, por laboratorios de referencia de la Ciudad o Nacional*

INFLUENZA HUMANA POR UN NUEVO SUBTIPO DE VIRUS: *Todos los casos confirmados para Influenza A, por otros serotipos No estacionales (emergentes)*

SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO 2016 (SARS)

Casos probables (definición provisional adaptada de OPS/OMS)

A) Paciente con infección respiratoria aguda y signos clínicos, radiológicos o histopatológicos de enfermedad pulmonar parenquimatosa (por ejemplo, neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo) que requieran hospitalización, **con uno o más de los siguientes criterios:**

- La **enfermedad forma parte de un conglomerado** de casos que tiene lugar en un período de 14 días, independientemente del lugar de residencia o de los antecedentes de viaje, a menos que se hayan identificado otras causas.
- La enfermedad afecta a un profesional sanitario que ha estado trabajando en un entorno donde se atiende a pacientes con infecciones respiratorias agudas graves, en particular pacientes que requieren cuidados intensivos, independientemente del lugar de residencia o de los antecedentes de viaje, a menos que se hayan identificado otras causas
- Que la **persona desarrolle un cuadro clínico imprevisto y grave** a pesar de recibir el tratamiento apropiado, independientemente del lugar de residencia o antecedentes del viaje, aunque se haya identificado la etiología; siempre y cuando esa etiología identificada no explique totalmente la presentación o evolución clínica del paciente.

B) Personas con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de gravedad y/o con signo-sintomatología gastrointestinal (diarrea, vómitos, dolor abdominal), que hayan visitado dentro de los 14 días previos, países o regiones con circulación de MersCoV o que hayan tenido contacto íntimo con un caso confirmado o probable de infección por MersCoV.

Caso confirmado

Paciente con infección por el nuevo coronavirus confirmada mediante pruebas de laboratorio en laboratorios de referencia Nacional o Regional (CDC)

Flujograma

Total de Casos de IRA (ETI, Bronquiolitis, Neumonía)
Registro en SNVS-C2, agrupado por edades

Casos de IRA internados (IRAG)
Registro en SNVS-C2, agrupado por edades
Se toman muestras para identificación viral

IRA FALLECIDO
Registro en SNVS-C2, agrupado
por edades/ FICHA

LABORATORIO VIROLOGICO
Muestras en SNVS-SIVILA

Muestras (+)
CASO CONFIRMADO INFLUENZA
Registro en SNVS- C2, INDIVIDUAL
FICHA

Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

Bronquiolitis en menores de 2 años

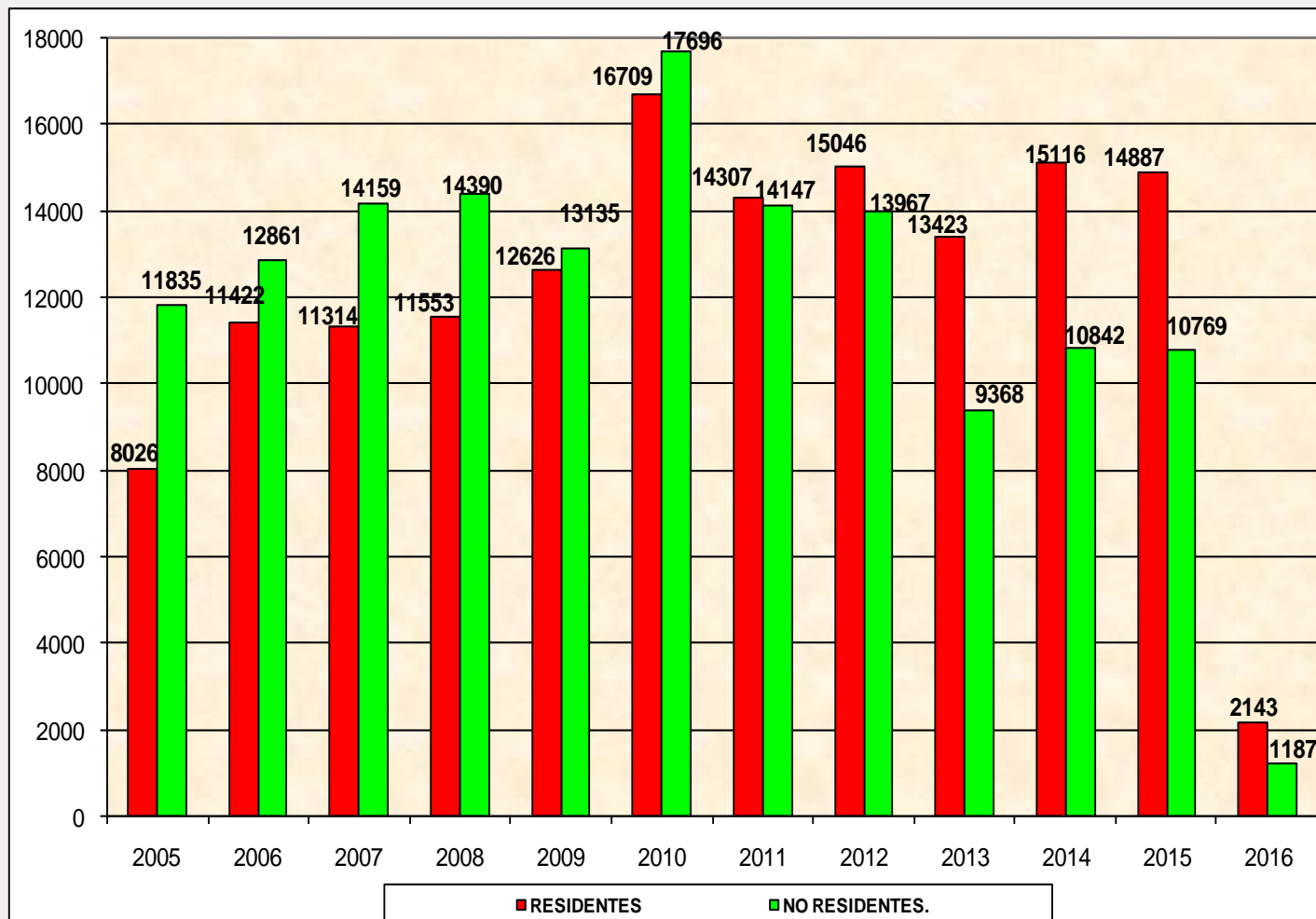
Total de casos notificados según residencia habitual
Serie histórica 2005 – 2016 *

La serie histórica demostró una tendencia en ascenso hasta 2010 con predominio en no residentes

Entre los años 2004 al 2010, el número de casos de NO residentes asistidos en la ciudad superaba a los casos en residentes

Este patrón se ha invertido desde el año 2011, predominando la notificación en residentes.

En el corriente año y hasta la semana epidemiológica 18, el 42% de la notificación de bronquiolitis correspondió a NO residentes



* Año 2016, hasta la semana 18

Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

9

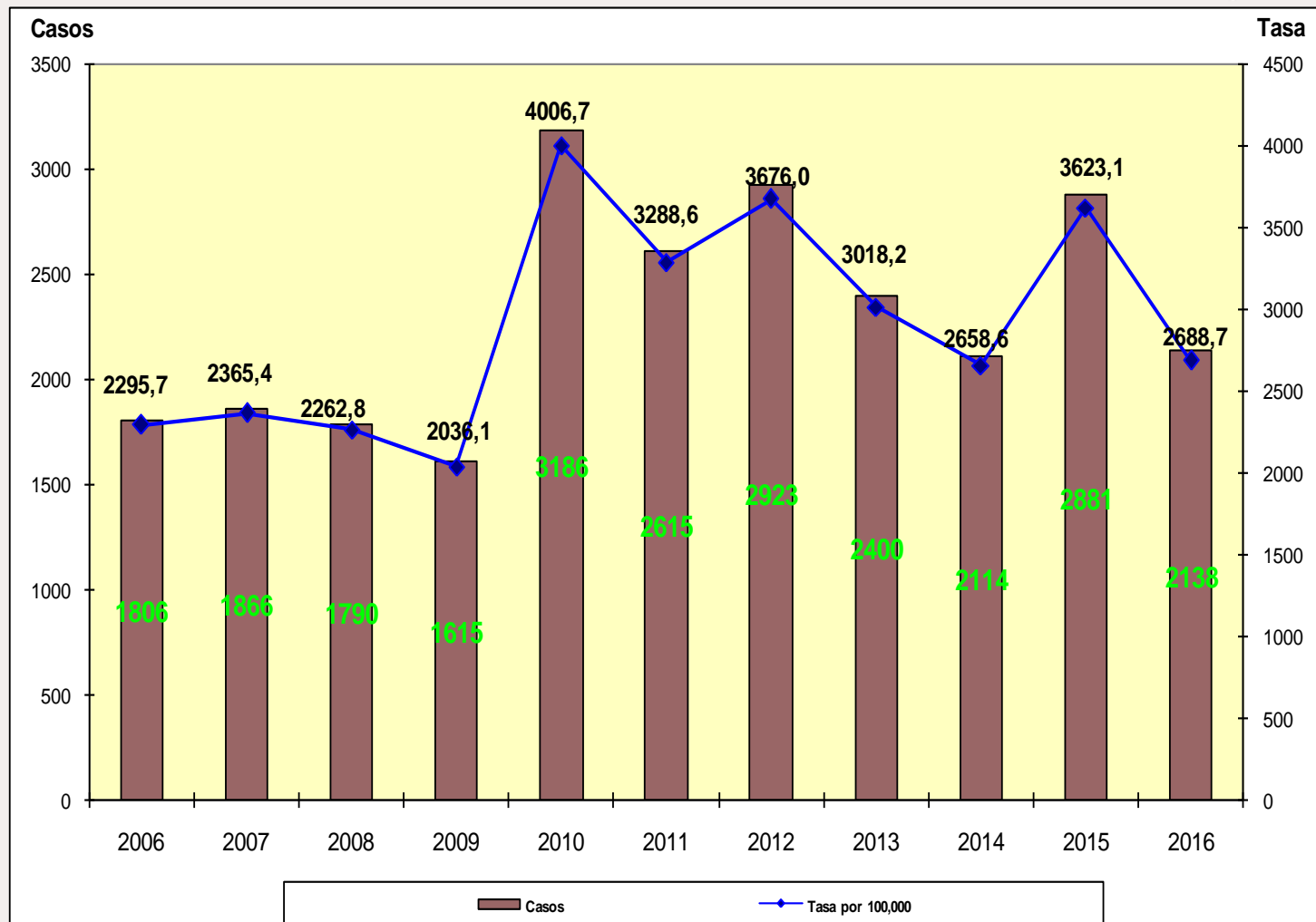
Bronquiolitis en menores de 2 años

Casos acumulados y
Tasa de notificación
por 100.000 habitantes
menores de 2 años

Residentes en Ciudad de
Buenos Aires
Serie histórica comparada
hasta semana 18
2004 – 2016

La serie histórica comparada hasta la SE 18, (comparación de iguales períodos) demostró que la notificación en el año 2016 fue una de las mas bajas de los últimos seis años (hasta la SE 18).

No obstante, debe recordarse el retraso en la notificación de datos en las últimas semanas



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

10

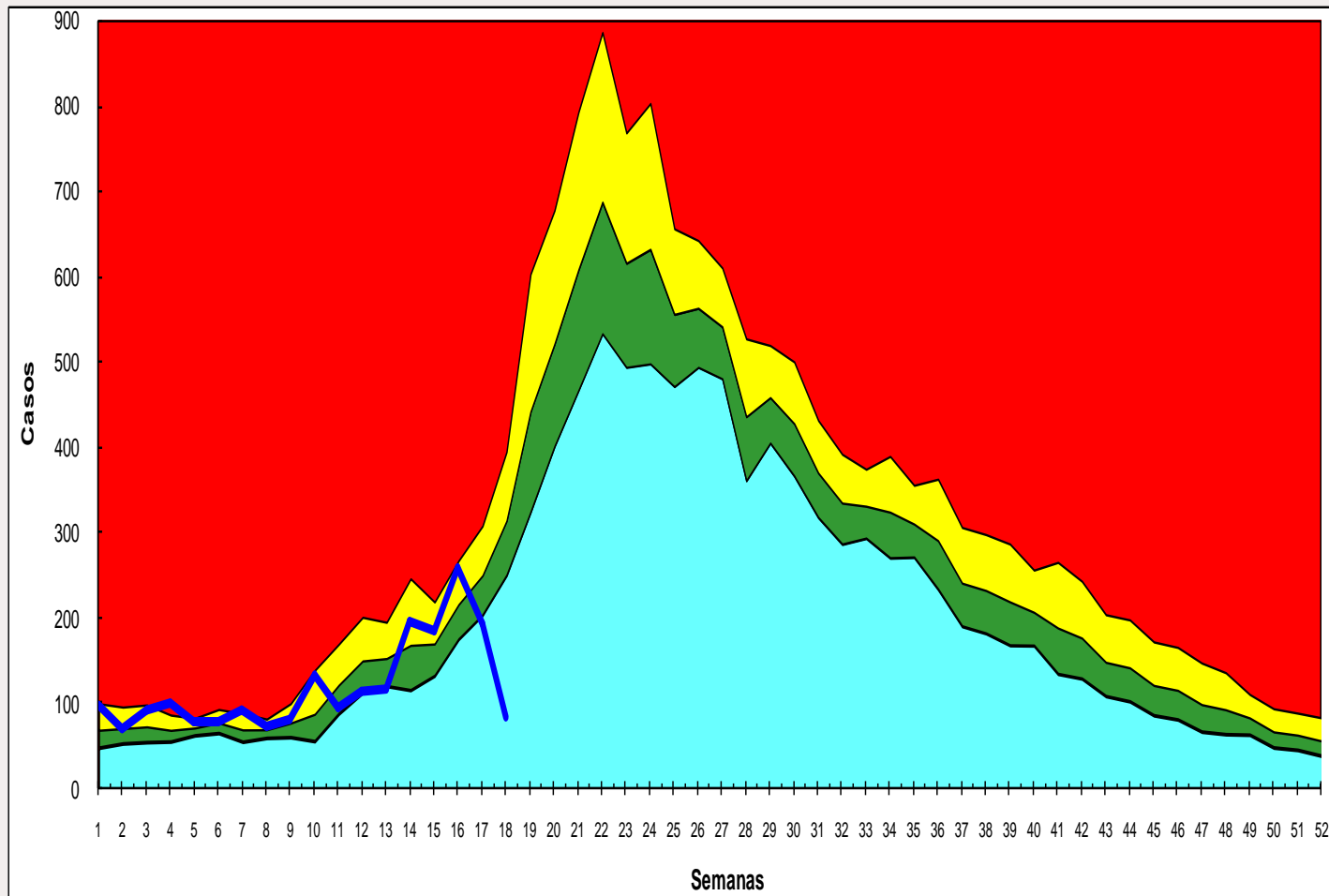
Bronquiolitis en menores de 2 años

**Corredor endémico semanal
hasta SE 18**
**Residentes en Ciudad de
Buenos Aires. Año 2016**

La curva de casos del 2016 ha transcurrido desde el inicio entre las zonas de alarma y seguridad.

Desde la semana 9, la curva de casos inició una tendencia ascendente, sin atravesar la zona de brote y se mantiene dentro de los valores esperados.

La caída en la curva en las últimas semanas es debida al retraso en la notificación



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

11

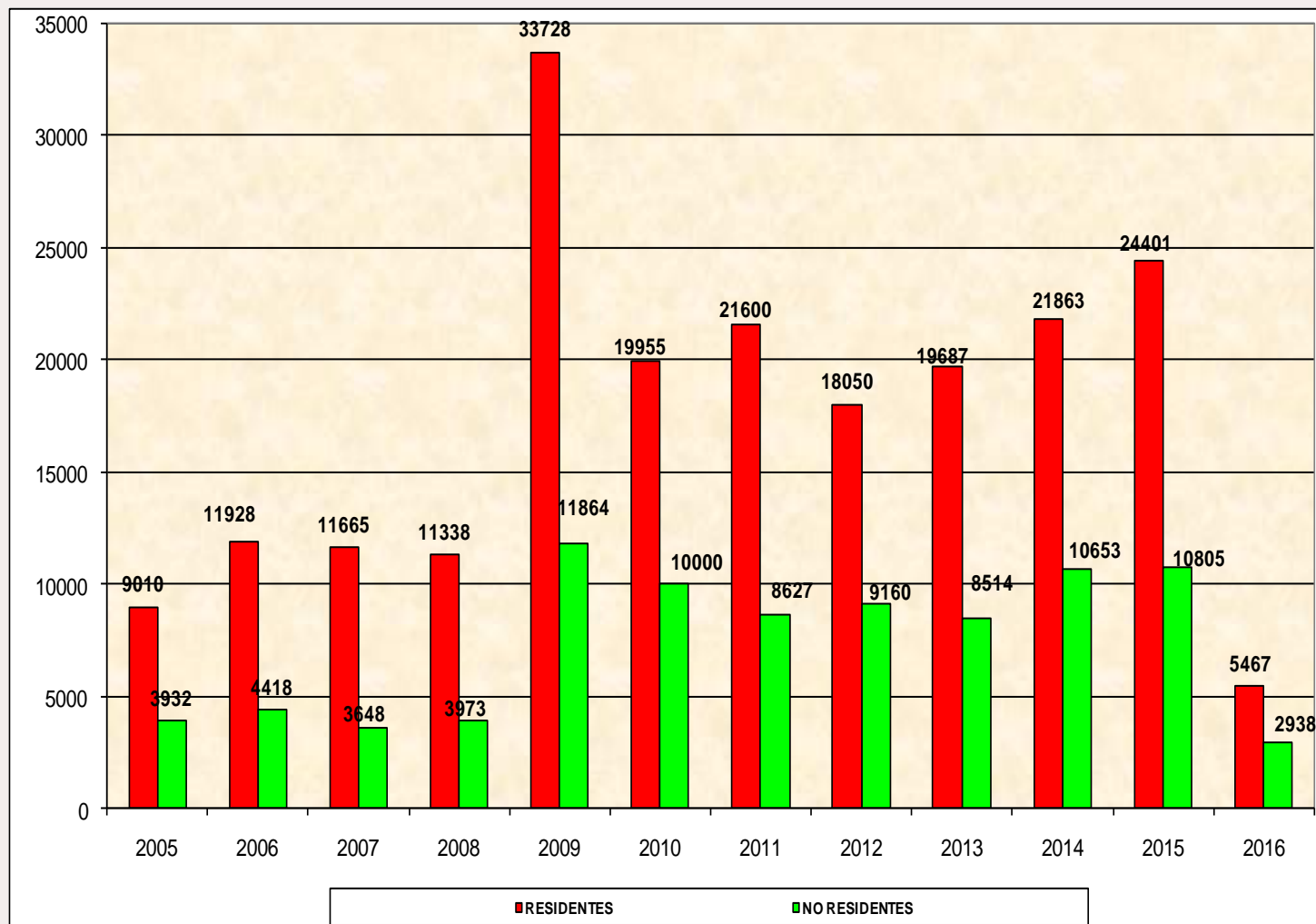
Enfermedad tipo Influenza (ETI)

**Total de casos notificados
según residencia habitual**
Serie histórica 20054 – 2016*

En esta serie histórica se observa el predominio de los casos de ETI atendidos en residentes sobre No residentes

En el corriente año, el 31% de la notificación de ETI correspondió a NO residentes

*Año 2016, hasta la semana 18



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

12

Enfermedad tipo Influenza (ETI)

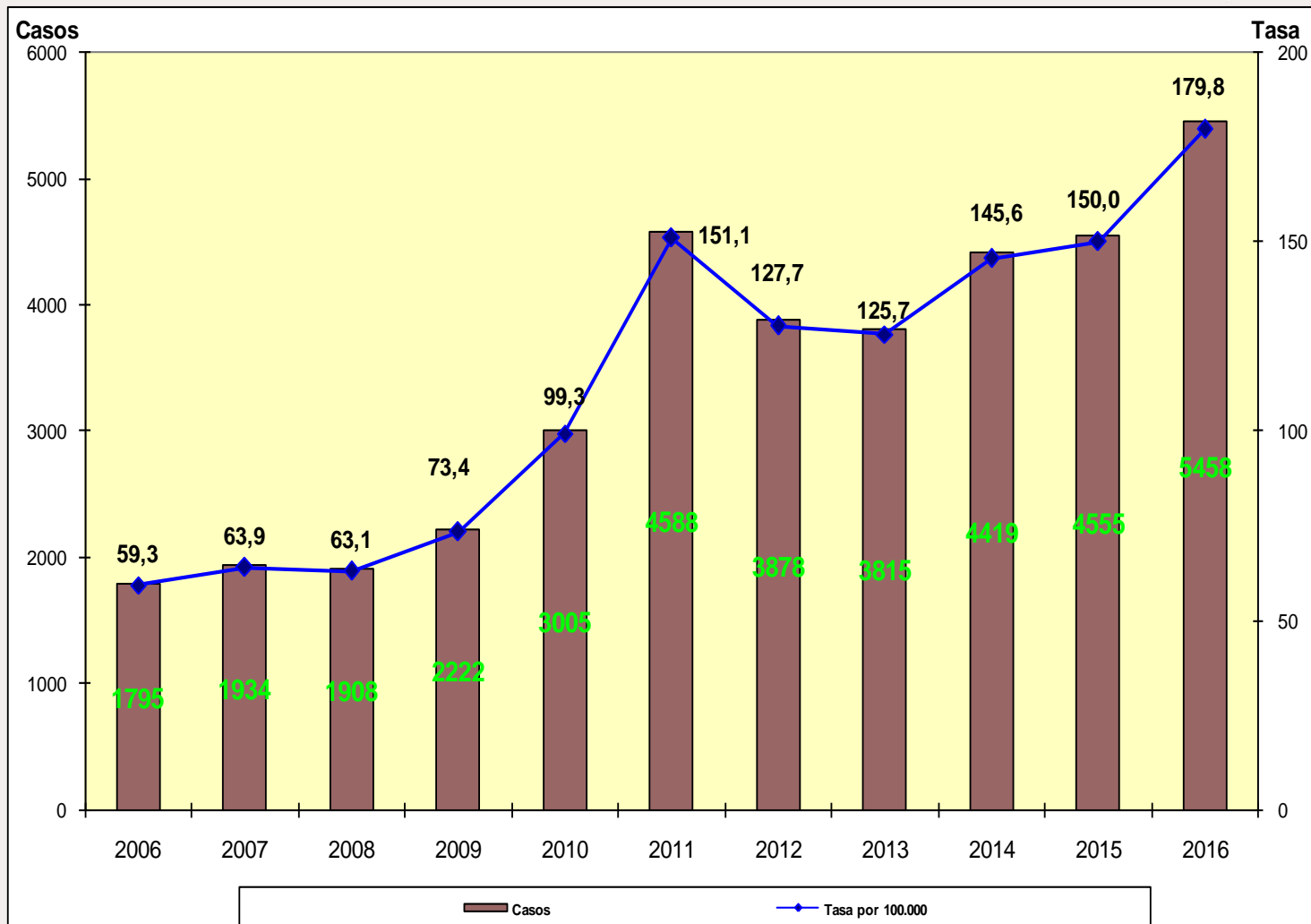
Casos acumulados y
Tasa de notificación por
100.000 habitantes

Residentes en CABA
Serie histórica comparada
hasta semana 18
2006 – 2016

La serie histórica comparada, (comparación de iguales períodos), demostró que la notificación en el año 2016 presentó una tasa superior al año anterior (hasta la SE 18).

El acumulado de ETI hasta la semana 18 del presente año, representó el mayor valor del periodo analizado.

Debe recordarse el retraso en la notificación de datos en las últimas semanas



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

13

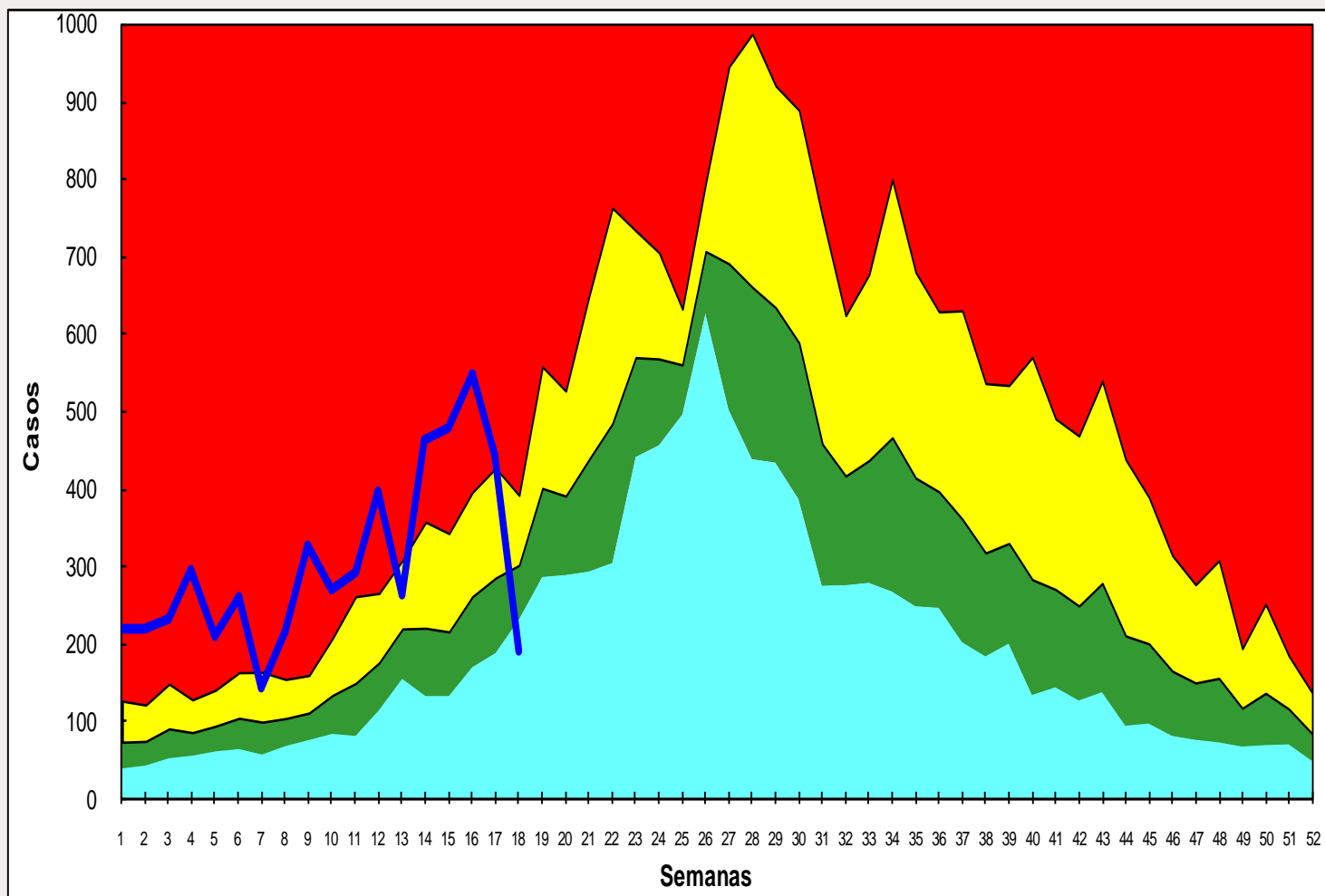
Enfermedad tipo
Influenza
(ETI)

**Corredor endémico semanal
hasta SE 18**

**Residentes en Ciudad de
Buenos Aires. Año 2016**

La curva de casos transitó en zona de brote desde comienzos del año.

El descenso de la curva en las ultimas semanas es debido al retraso en la notificación.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

14

Neumonías

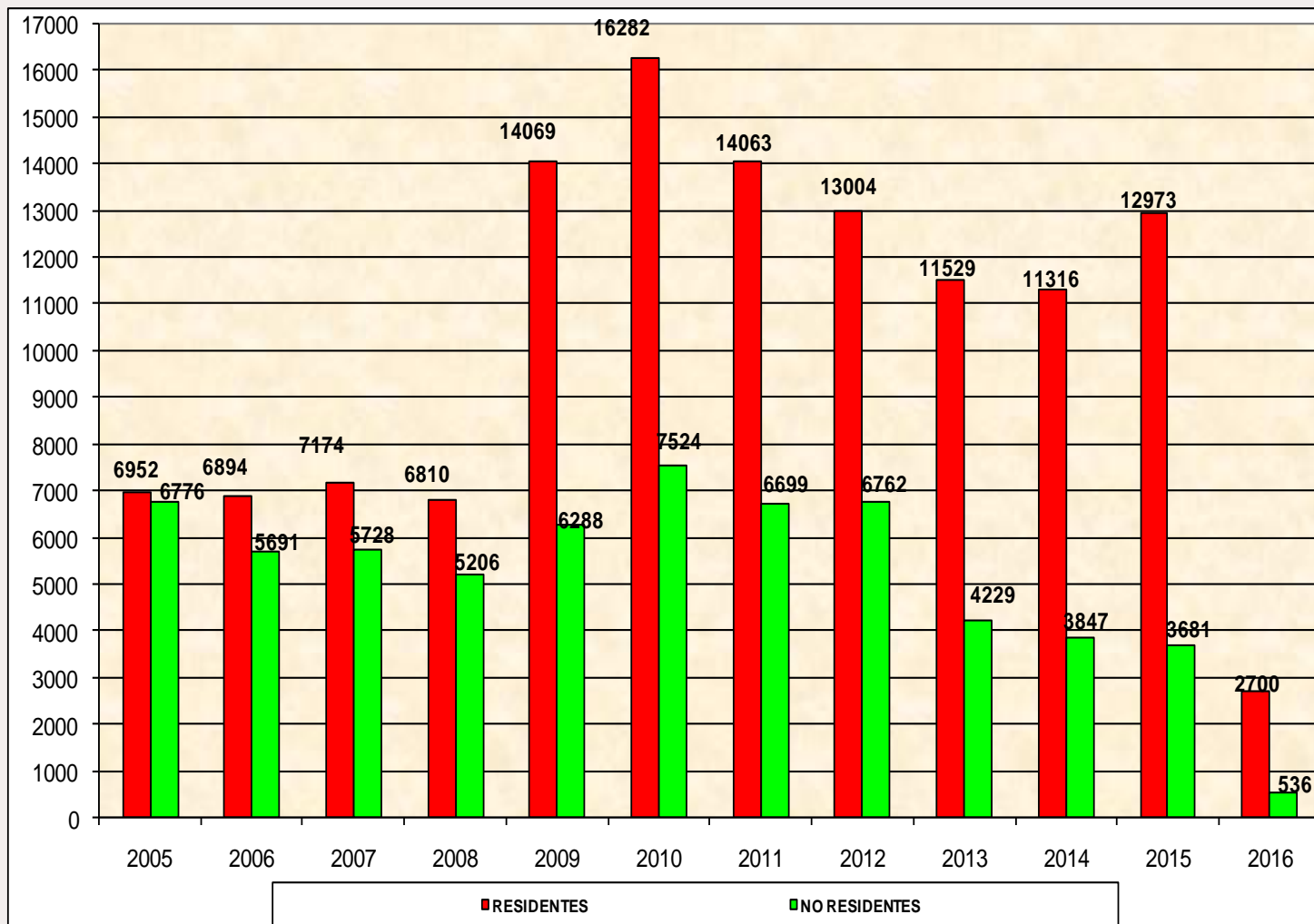
Total de casos notificados según residencia habitual
Serie histórica 2005-2016*

En neumonías se observó el mismo patrón de distribución de años anteriores, con predominio de los casos en residentes de la Ciudad.

En el corriente año, el 28% de la notificación de Neumonías correspondió a NO residentes

Se observó una tendencia declinante en la notificación hasta el año 2014, el máximo reportado en el año 2010; tendencia que se invirtió en el año 2015..

*Año 2016, hasta la semana 18



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

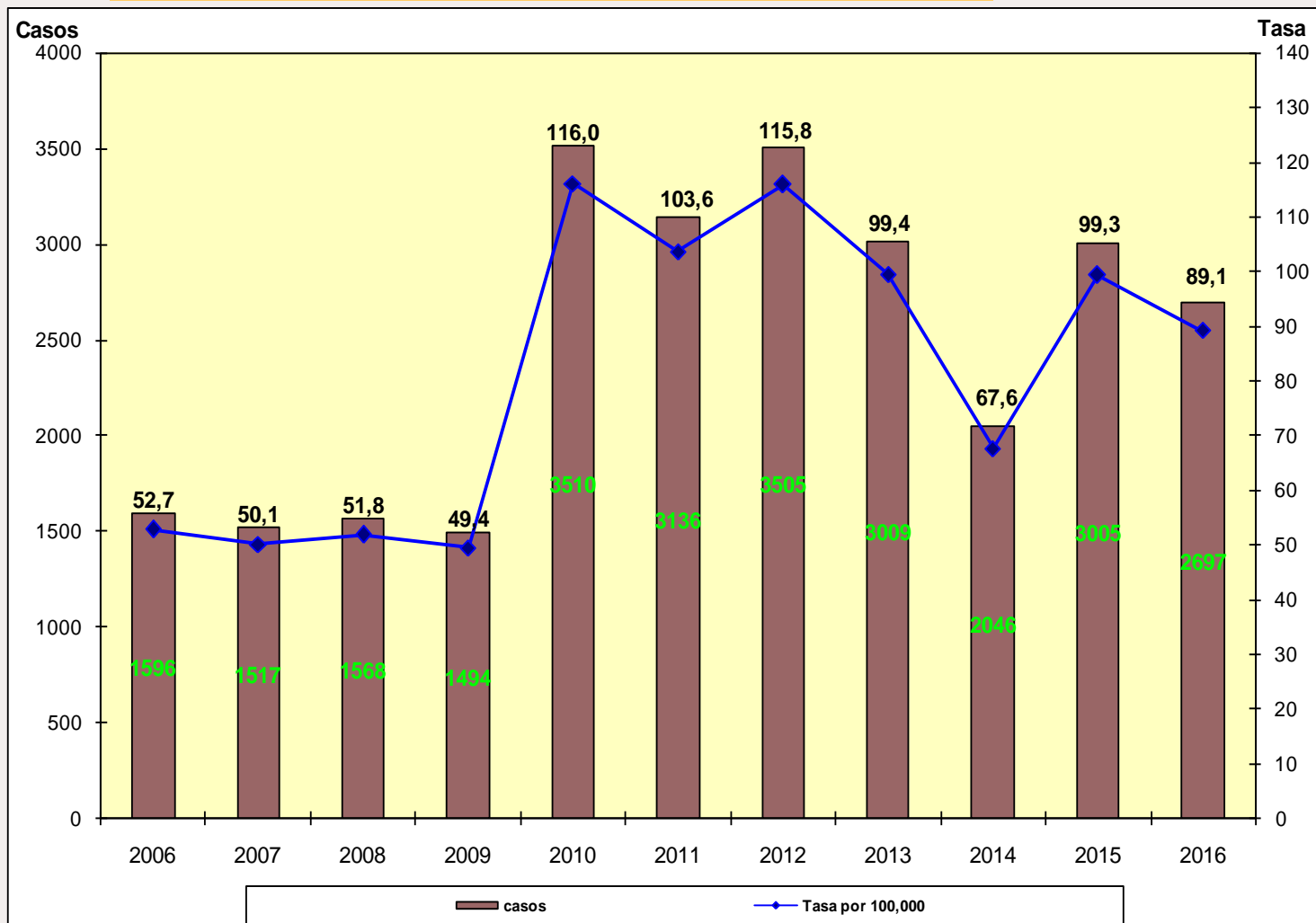
15

Neumonías

Casos acumulados y
Tasa de notificación
por 100.000 habitantes

Residentes en Ciudad
de Buenos Aires
Serie histórica comparada
hasta semana 18
2006 – 2016

La serie histórica comparada (comparación de iguales períodos), demostró que, hasta la SE 18, la notificación en el año 2016 fue inferior respecto del año anterior e inferior al cuatrienio 2010-2013.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

16

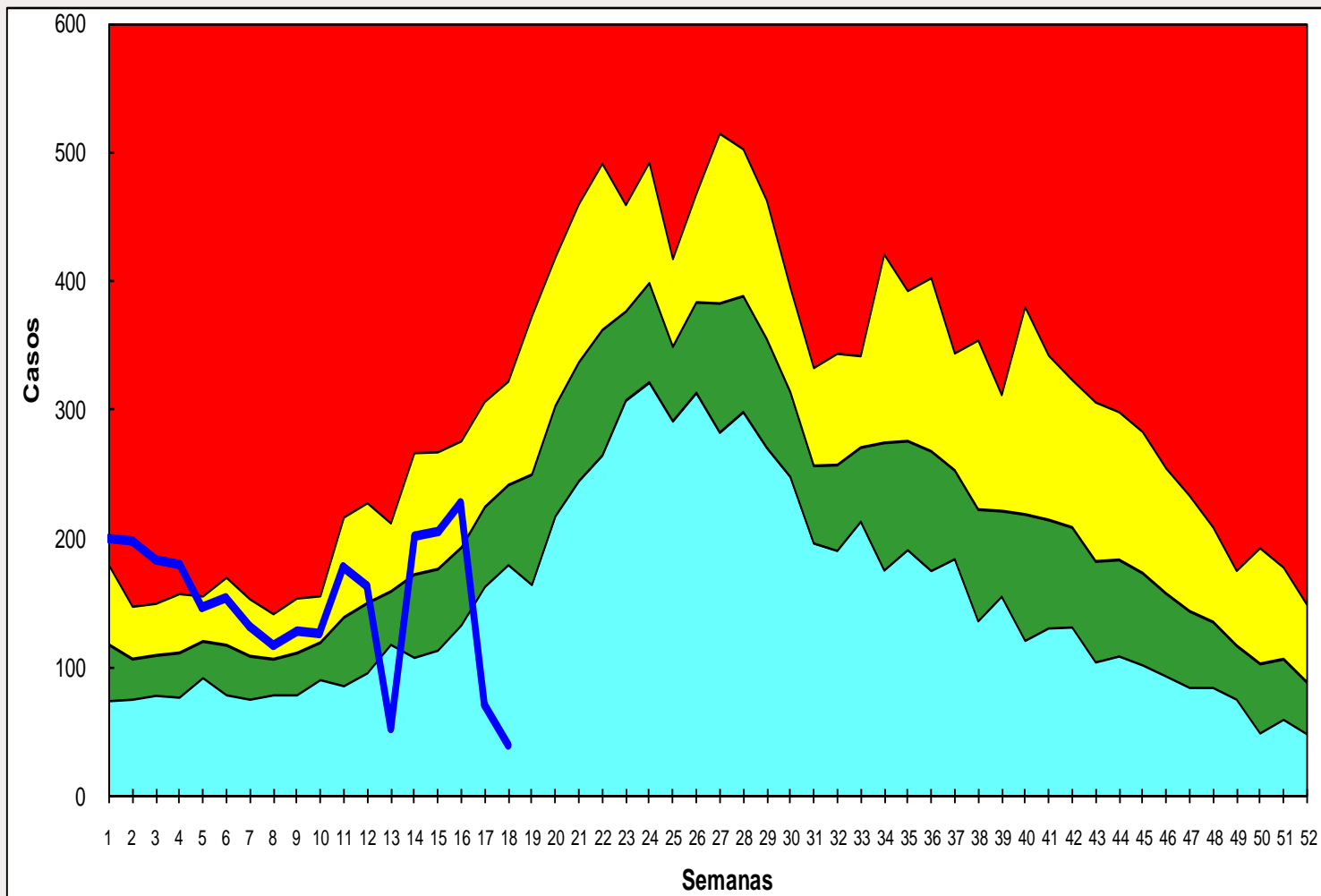
Neumonías

**Corredor Endémico semanal
hasta SE 18**

**Residentes en Ciudad
de Buenos Aires
Año 2016**

La curva de casos del año 2016 se inició en zona de brote, para luego transcurrir entre zonas de alarma y seguridad, desde la semana 5.

La caída en la curva en las ultimas semanas es debida al retraso en la notificación



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

17

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA INTERNADOS (IRAG)

Notificación Semanal Según Residencia

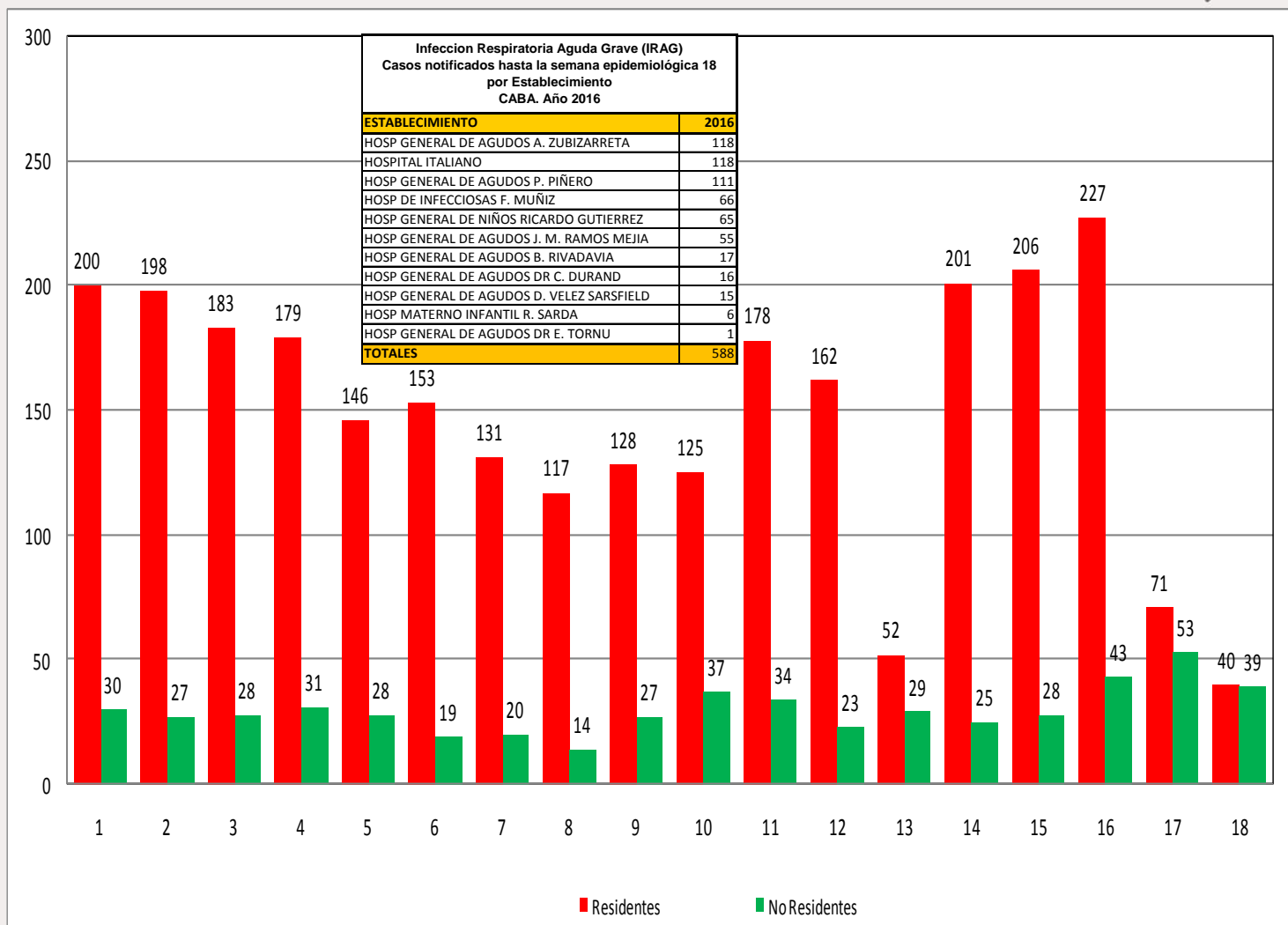
CABA. Año 2016
Hasta semana 18

Los casos nuevos de pacientes hospitalizados semanalmente y notificados como IRAG muestran predominio de casos residentes.

Es evidente el retraso de la notificación en las ultimas semanas.

Hasta la fecha, este evento ha sido notificado por 10 hospitales públicos y 1 establecimiento privado.

La notificación por instituciones, también indica el subregistro por el resto de los efectores asociados al SNVS.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

18

Circulación Viral Global

Distribución Porcentual de Determinaciones

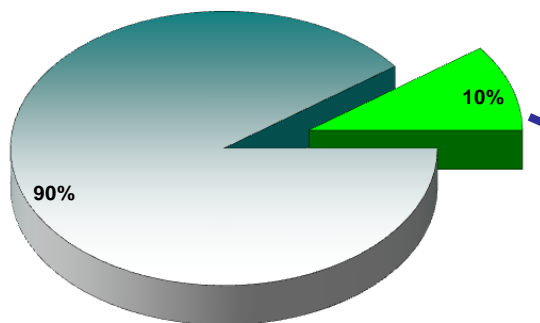
Red de laboratorios
SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2016
(Acumulado hasta semana 18)

De 2158 determinaciones de virus respiratorios en pacientes internados y ambulatorios, notificadas al SIVILA, hubo identificación viral en 220 de las mismas (10%)

Predominó la circulación de VSR (38%) e Influenza (29%). Seguido por Parainfluenza, y Adenovirus.

Se registraron 39 casos de influenza por virus A(H1N1)pdm09.

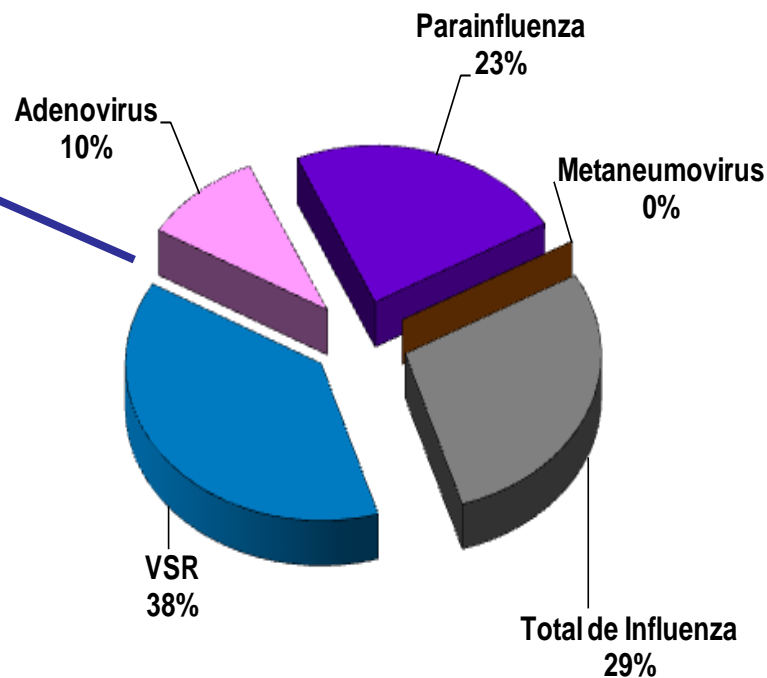
N = 2158



■ Determinaciones negativas

■ Determinaciones positivas

N = 220



■ Total de Influenza

■ VSR

■ Adenovirus

■ Parainfluenza

■ Metaneumovirus

Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

19

Circulación Viral Global

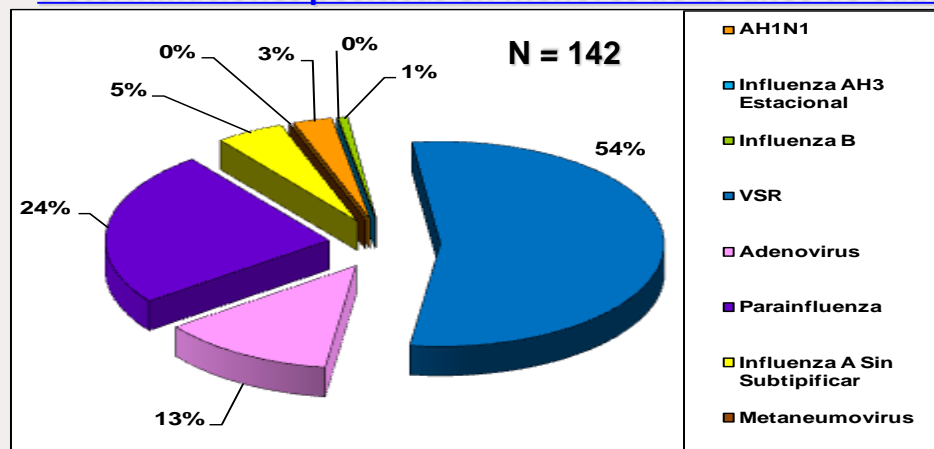
**Determinaciones positivas
por Grupos de Edad
y Tipo de virus**

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2016
(Acumulado hasta SE 18)

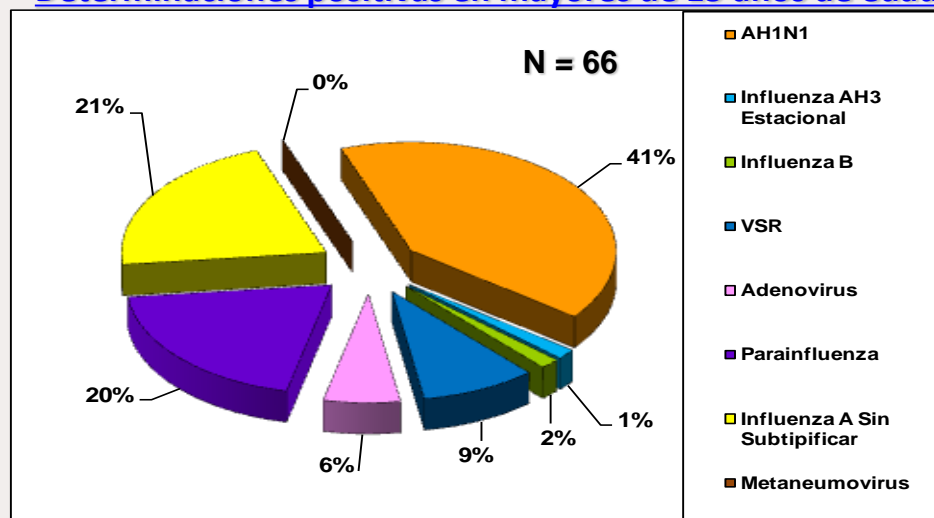
En los menores de 15 años predominó la circulación de VSR y Parainfluenza.

En los mayores de 15 años el número de muestras estudiadas es mucho menor, con identificación predominante de Influenza A/H1N1 e Influenza A sin subtipificar.

Determinaciones positivas en menores de 15 años de edad



Determinaciones positivas en mayores de 15 años de edad



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

20

SIVILA

**Muestras analizadas
y porcentaje de positividad
según semana
epidemiológica**

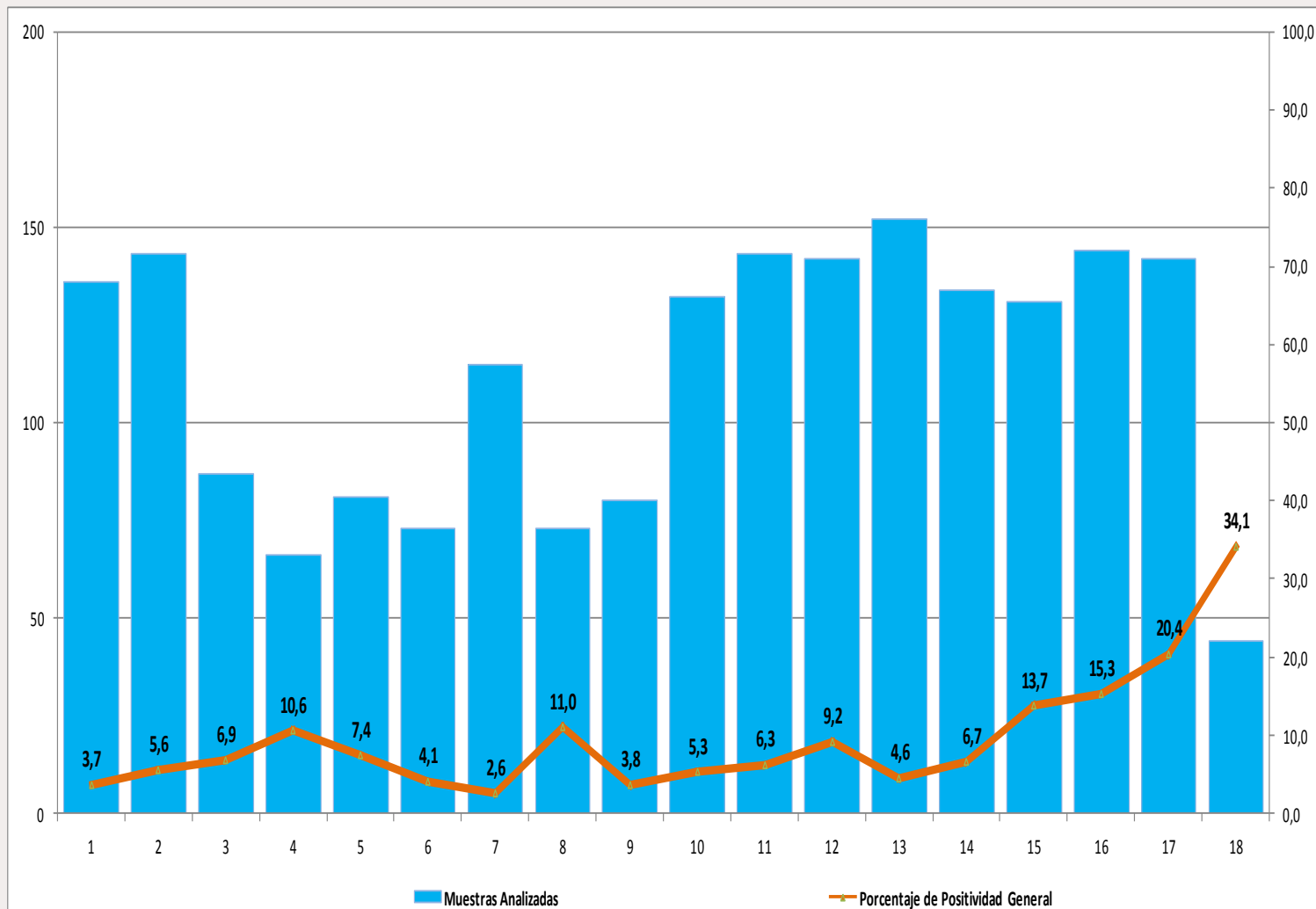
Hasta semana 18

**Laboratorios oficiales
y privados
CABA. Año 2016**

Hasta la semana 13, porcentaje de identificación viral en las muestras se mantuvo relativamente estable

A partir de la semana 14 comenzó a incrementarse la proporción de identificación positiva, con tendencia ascendente.

Se observa importante retraso en la notificación en semana 18.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

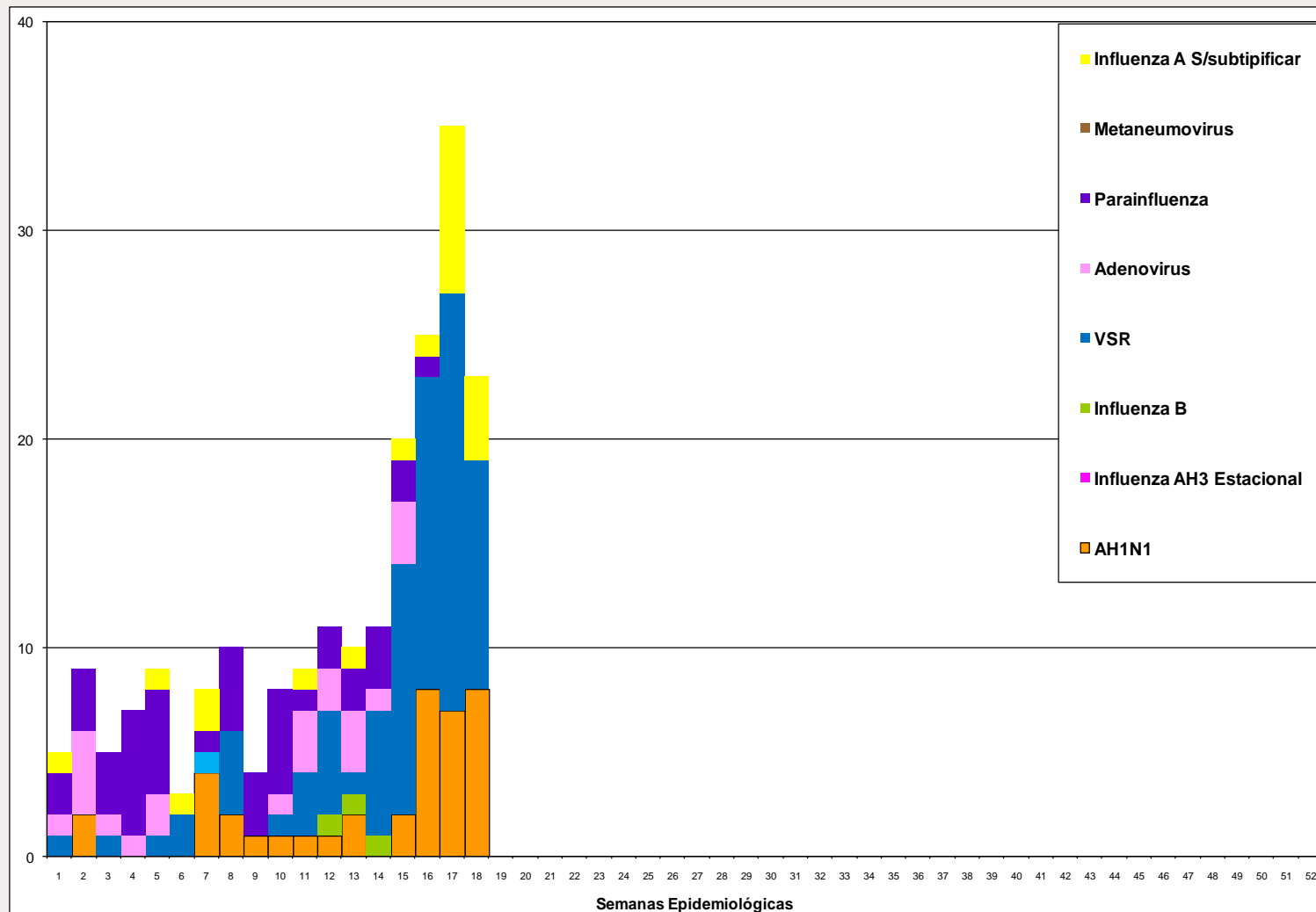
Circulación Viral Global Resultados por semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de
Buenos Aires
Año 2016

(Acumulado hasta SE 18)

Predominó la circulación de Parainfluenza y Adenovirus, desde el inicio del año 2016 hasta la semana 5. A partir de la semana se incrementó la circulación de Influenza estacional A/H1N1, VSR e Influenza A sin subtipificar.

Se observó subregistro de notificaciones en las últimas semanas.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

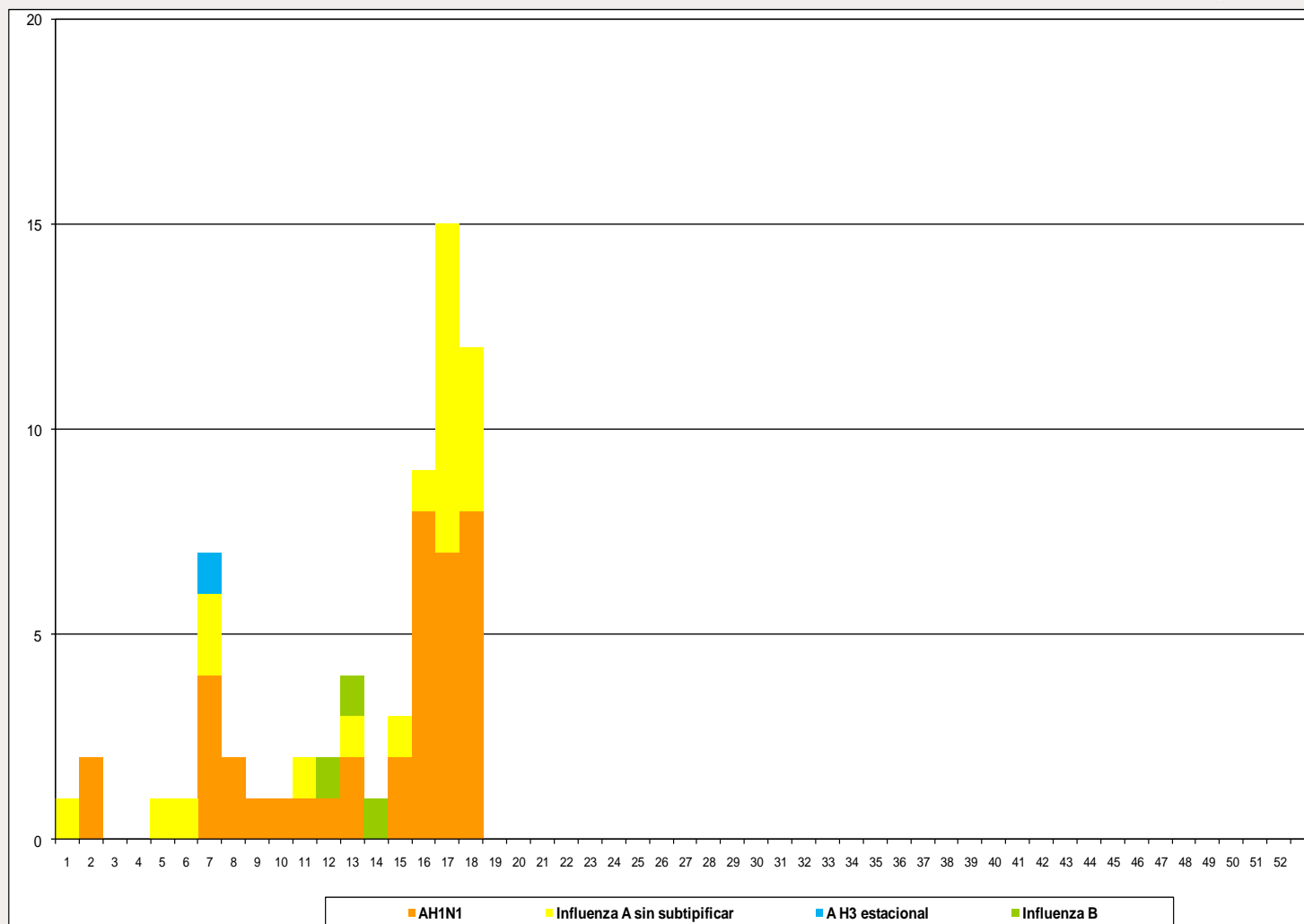
**Casos positivos
para virus Influenza
según tipo y subtipo por
semana epidemiológica**

**SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Año 2016
(Acumulado hasta SE 18)**

La circulación sostenida de Influenza A(H1N1), comienza a observarse a partir de la semana 7.

También es elevada, la notificación de Influenza A sin subtipificar.

Hasta esta semana es mínima la detección de Influenza B y AH3 estacional.



Actualización 13/05/2016

Fuente: SNVS - SIVILA

23

Circulación Viral Total Virus Influenza

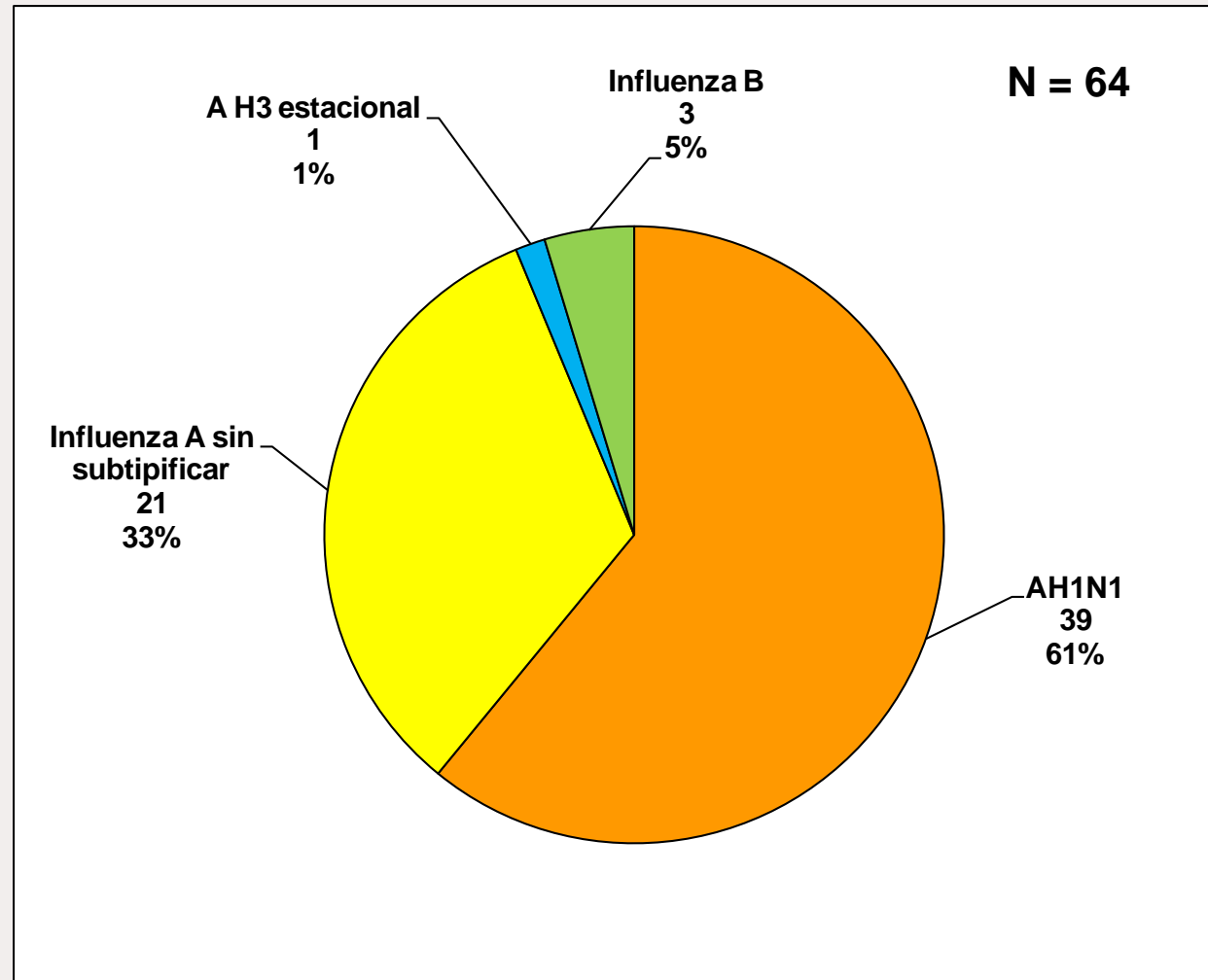
Distribución de casos
según aislamiento

Red de laboratorios
SIVILA

Ciudad de Buenos Aires
Año 2016
(Acumulado hasta
semana 18)

Del total de 64 casos con
identificación de virus influenza,
la mayoría correspondió a
Influenza A/H1N1, seguido por
Influenza A sin subtipificar.

Se detectaron 39 casos de
Influenza A/H1N1pdm09.



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

24

Circulación Viral Global

Distribución absoluta y porcentual por Edad y Tipo de virus

SIVILA

Ciudad de Buenos Aires

Año 2016

(Acumulado hasta SE 18)

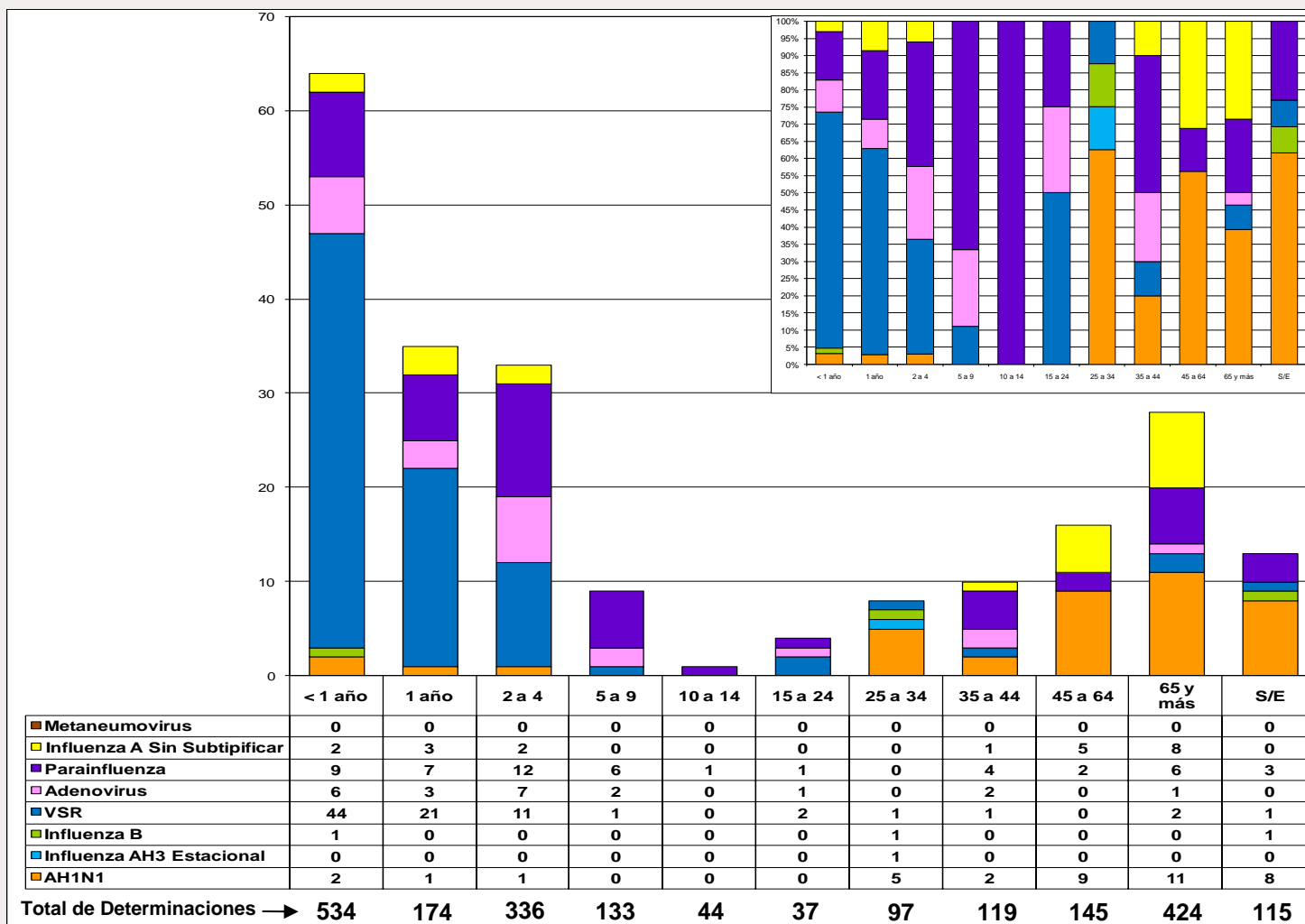
La mayoría de las muestras estudiadas correspondieron a menores de 15 años.

En dichas edades se identificó el predominio de VSR, Parainfluenza y Adenovirus.

En mayores de 15 años se identificó la mayoría de los casos de Influenza A.

Es elevado el número de muestras sin identificación de edad.

En las muestras positivas sin identificación de edad se observó un patrón de distribución viral similar al de mayores de 15 años



Actualización 13/05/2016

Fuente: G. O. de Epidemiología. GCBA

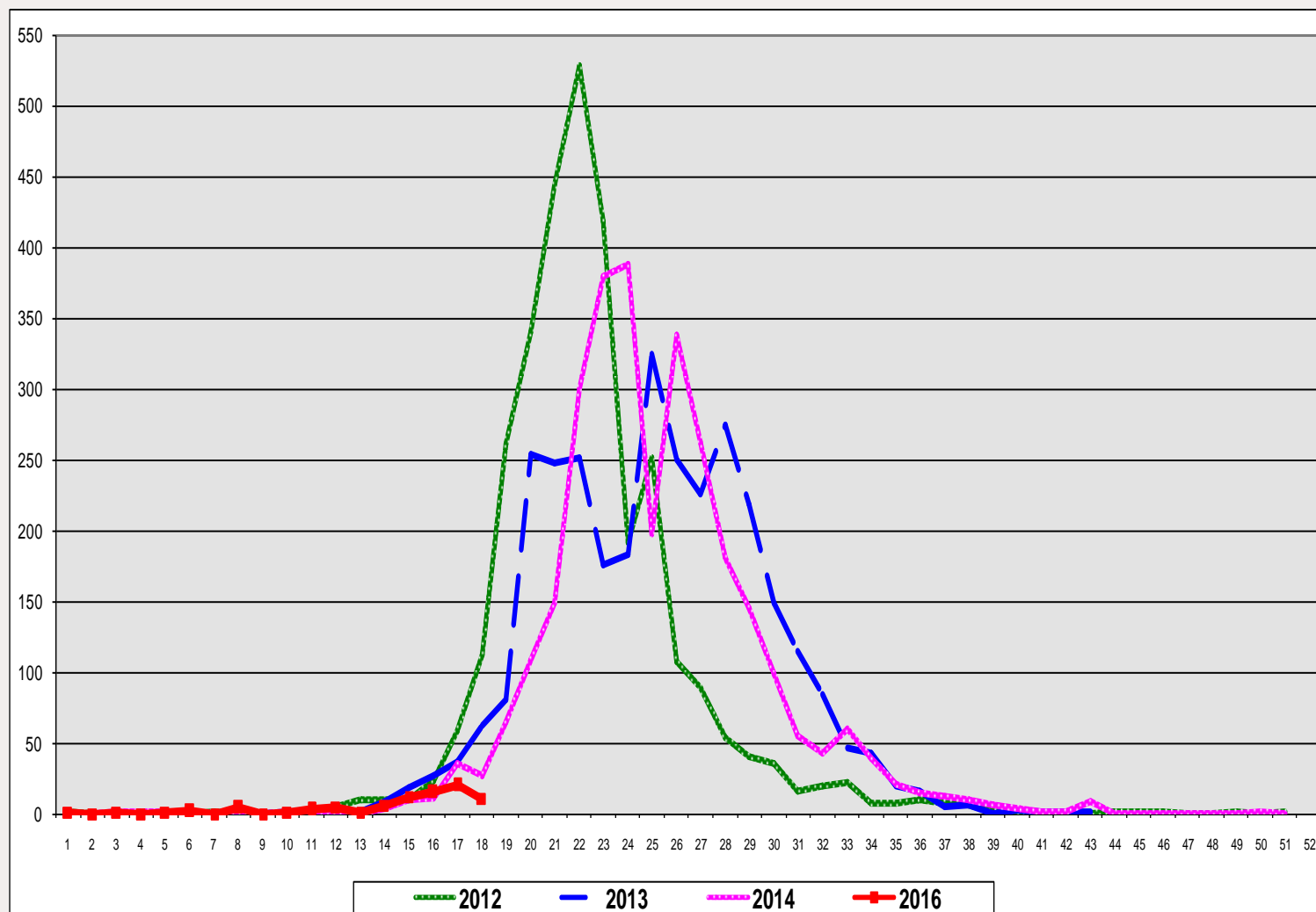
**Circulación de Virus
Sincicial Respiratorio (VSR)**
**Resultados por
semana epidemiológica**

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2012 - 2016

La notificación de VSR
mostró escasa circulación
hasta la semana 13 del
corriente año

A partir de la semana 14
comenzó a observarse un
incremento sostenido de
dicha circulación, pero la
incidencia es menor a la
observada en los años
anteriores.

La caída en la curva en las
últimas semanas se debe a
retraso en la notificación
del SIVILA.



Actualización 13/05/2016

Fuente: SNVS - SIVILA

26

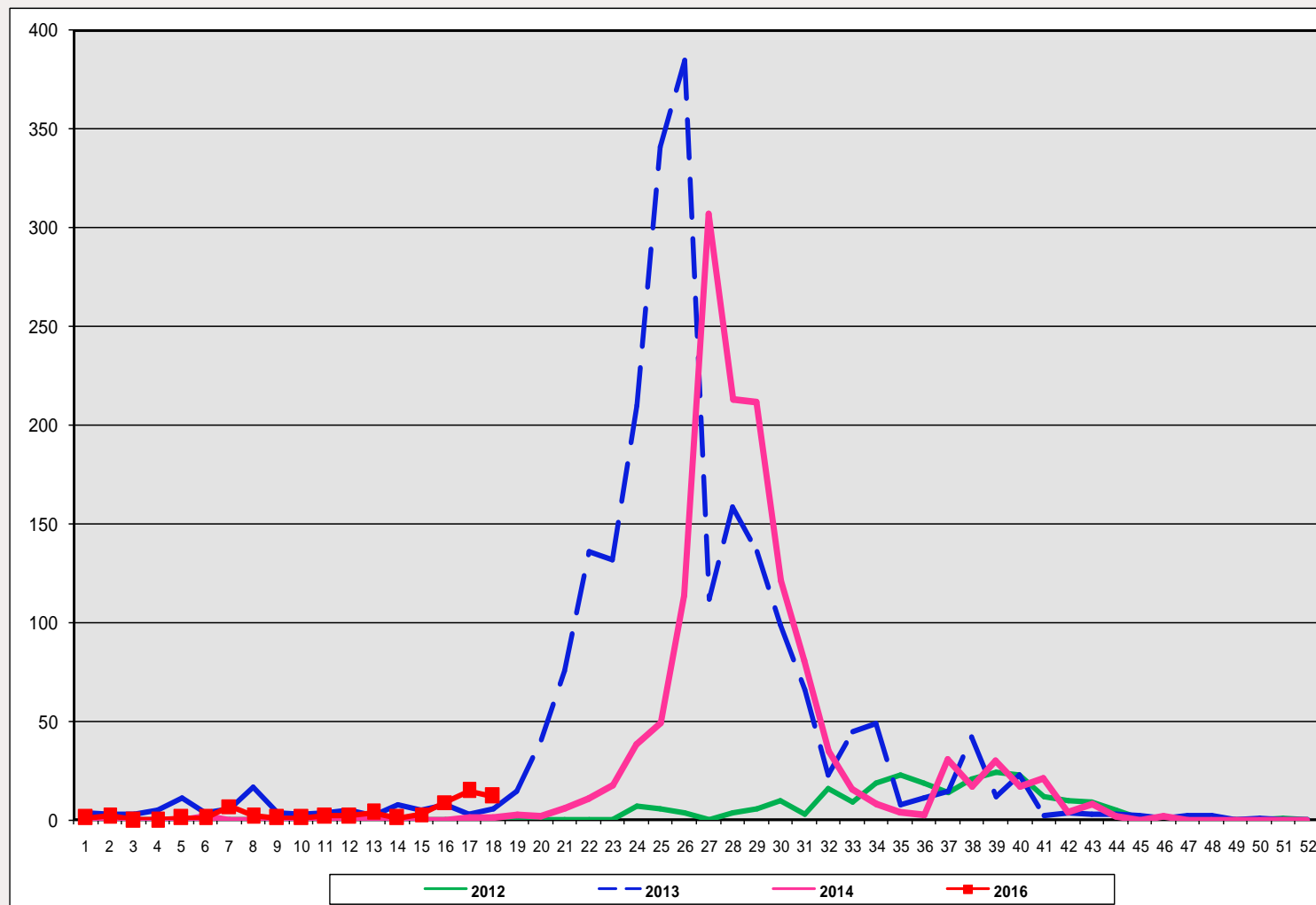
Circulación de Virus Influenza

Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2012 - 2016

La notificación del **total** de virus influenza hasta la semana 18 del corriente año mostró una escasa circulación, con incremento a partir de la semana 16; dicho incremento superó la incidencia de años anteriores.

Existe retraso en la notificación del SIVILA en las últimas semanas.



Actualización 13/05/2016

Fuente: SNVS - SIVILA

27

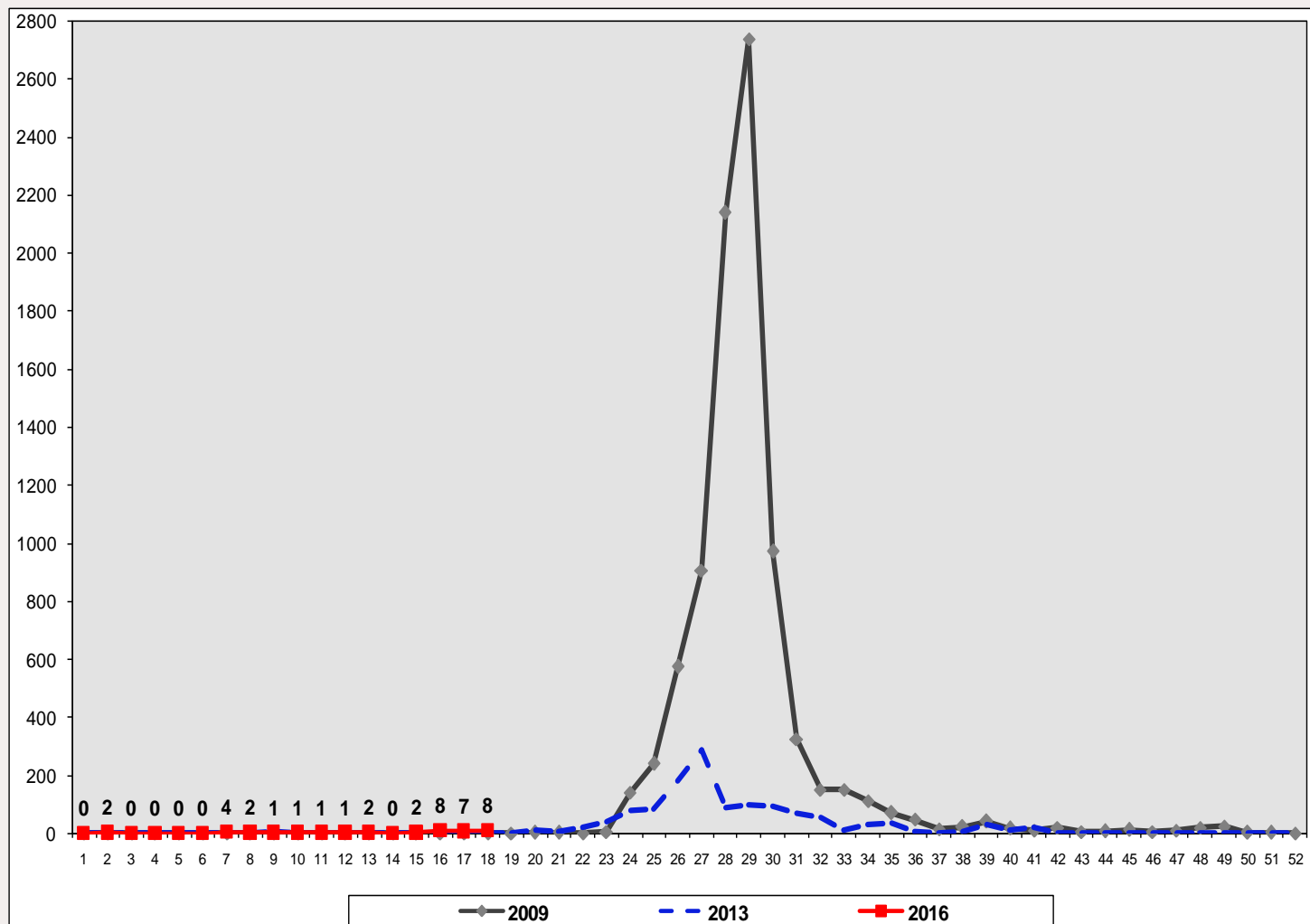
Circulación de Virus Influenza A/H1N1pdm09

Resultados por
semana epidemiológica

SIVILA
Ciudad de Buenos Aires
Años 2009, 2013 y 2016

En el año 2009 (pandemia de Influenza por A/H1N1), el máximo de circulación notificada se observó entre semanas 28 y 30 con 2740 casos (ver escala).

En el corriente año y hasta semana 18, se observó escasa circulación de influenza A/H1N1, pero con tendencia creciente en las ultimas semanas.



Actualización 13/05/2016

Fuente: SNVS - SIVILA

28

CAMPAÑA NACIONAL DE VACUNACION 2016

VIRUS DE INFLUENZA

JURISDICCION CIUDAD DE BUENOS AIRES

Datos al 05/05/2016

Desde el inicio de la campaña hasta la fecha se aplicaron 148.285 dosis en los hospitales públicos de la Ciudad, siendo el 23% de los vacunados, NO residentes

Esto representa 40% más comparado a la misma fecha del año anterior.

PROVINCIA / DEPARTAMENTO	DOSIS APLICADAS							
	VACUNA TRIVALENTE ESTACIONAL							
	PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	PUERPERAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS +UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS + UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	35.538	3.920	3.922	1.438	8.629	2.782	26.357	40.273

JURISDICCION	DOSIS APLICADAS	COBERTURA EN %						
		PERSONAL DE SALUD	Personal esencial	EMBARAZADAS	NIÑOS DE 6m A 2a 1° DOSIS+UD	NIÑOS DE 6m A 2a 2° DOSIS+UD	2 a 64 años con factores de Riesgo	65 y + años
CABA RESIDENTES	120.353	49.8%		18,0%	13,2%	4,3%		36,2%

TOTAL DE DOSIS APLICADAS A RESIDENTES: 120.353

TOTAL DE DOSIS APLICADAS A NO RESIDENTES: 27.932

TOTAL DE DOSIS APLICADAS: 148.285

RESUMEN SITUACION EN CABA Hasta semana epidemiológica 18

- La curva de casos de bronquiolitis en menores de 2 años se observó entre zonas de alerta y seguridad.
- La curva de casos de ETI se observó en zona de brote desde comienzo del año
- La curva de casos de neumonía se observó inicialmente por zona de brote y luego desciende para transcurrir por zonas de alerta y seguridad.
- Existe evidencia de subregistro y retraso en la notificación de casos de IRAG .
- Se registró un 10% de identificación viral en las muestras analizadas.
- La circulación viral global en los casos de IRA en menores de 15 años mostró predominio de VSR, Parainfluenza y Adenovirus
- La circulación viral global en los casos de IRA en mayores de 15 años mostró predominio de Influenza A(H1N1) y A sin subtipificar
- La mayor circulación de virus Influenza comenzó a partir de semana 7; desde la semana 16 se observaron valores superiores respecto de los años 2013 y 2014.
- Se notificaron 39 casos de Influenza AH1N1; el total de los mismos presentaban antecedentes de comorbilidad y sin datos de vacunación antigripal

Recomendación breve para estudio de coronavirus

Todo paciente que cumpla con la definición de caso de neumonía o IRAG y tenga antecedente de viaje en los últimos 14 días a países o regiones donde hay circulación de MERS – CoV y se han notificado casos de infección en humanos, o constituya un contacto cercano de un caso con esas características, deberá ser estudiado para diagnóstico etiológico de Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en el Laboratorio Nacional de Referencia de Influenza y otros virus respiratorios.

G. O. de Virología

INEI –ANLIS Dr Carlos G. Malbrán

Av. Vélez Sársfield 563 (1281) Ciudad de Buenos Aires

Tel. 0054 11 4301-1035

Email: ebaumeister@anlis.gov.ar, respivirus@anlis.gov.ar

--Aislar inmediatamente a las personas identificadas como en riesgo de tener una infección MERS-CoV. Los pacientes deben permanecer en habitaciones individuales o se deben agrupar los que tienen el mismo diagnóstico etiológico. Si el diagnóstico etiológico no es posible, debe existir una separación espacial de al menos 1 metro entre pacientes con el mismo diagnóstico clínico y con riesgo epidemiológico. Limitar el movimiento del paciente fuera del área de aislamiento y asegurarse de que usa máscara médica cuando se encuentra fuera de su habitación.

- El equipo de salud debe utilizar los siguientes elementos si trabaja a menos de 1 metro del paciente: guantes, camisolín de manga larga, protección para ojos y barbijo N95 o equivalente.

- Tomar precauciones al realizar procedimientos que generen aerosoles y al transportar muestras.

- Realizar higiene de las manos antes y después del contacto con el paciente y su entorno e inmediatamente después de la eliminación del barbijo.

- Limitar el número de personas presentes en la sala al mínimo necesario para la atención del paciente y las visitas del mismo, quienes deben tomar las mismas precauciones que el equipo de salud.

- Limpiar y desinfectar las superficies de contacto con el paciente (por ejemplo, la cama) después de su uso.

- Inmediatamente notificar a las autoridades del Ministerio de Salud de la Ciudad, sobre la sospecha de caso de MERS-CoV.

El equipo de la Gerencia Operativa de Epidemiología agradece a los profesionales asistenciales, de epidemiología y de los laboratorios de virología de los efectores públicos y privados que participan activamente en la vigilancia y control de las enfermedades respiratorias agudas.

Gerencia Operativa de Epidemiología
Dirección General de Informática Clínica, Epidemiología y Estadística
Subsecretaría de Planificación Sanitaria

Correo electrónico institucional: gerenciaepicaba@buenosaires.gob.ar

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/epidemiologia>

Tel.: 4123-3240/41/42 - Fax: 4123-3191

Monasterio 480 1º piso - C1284AEJ