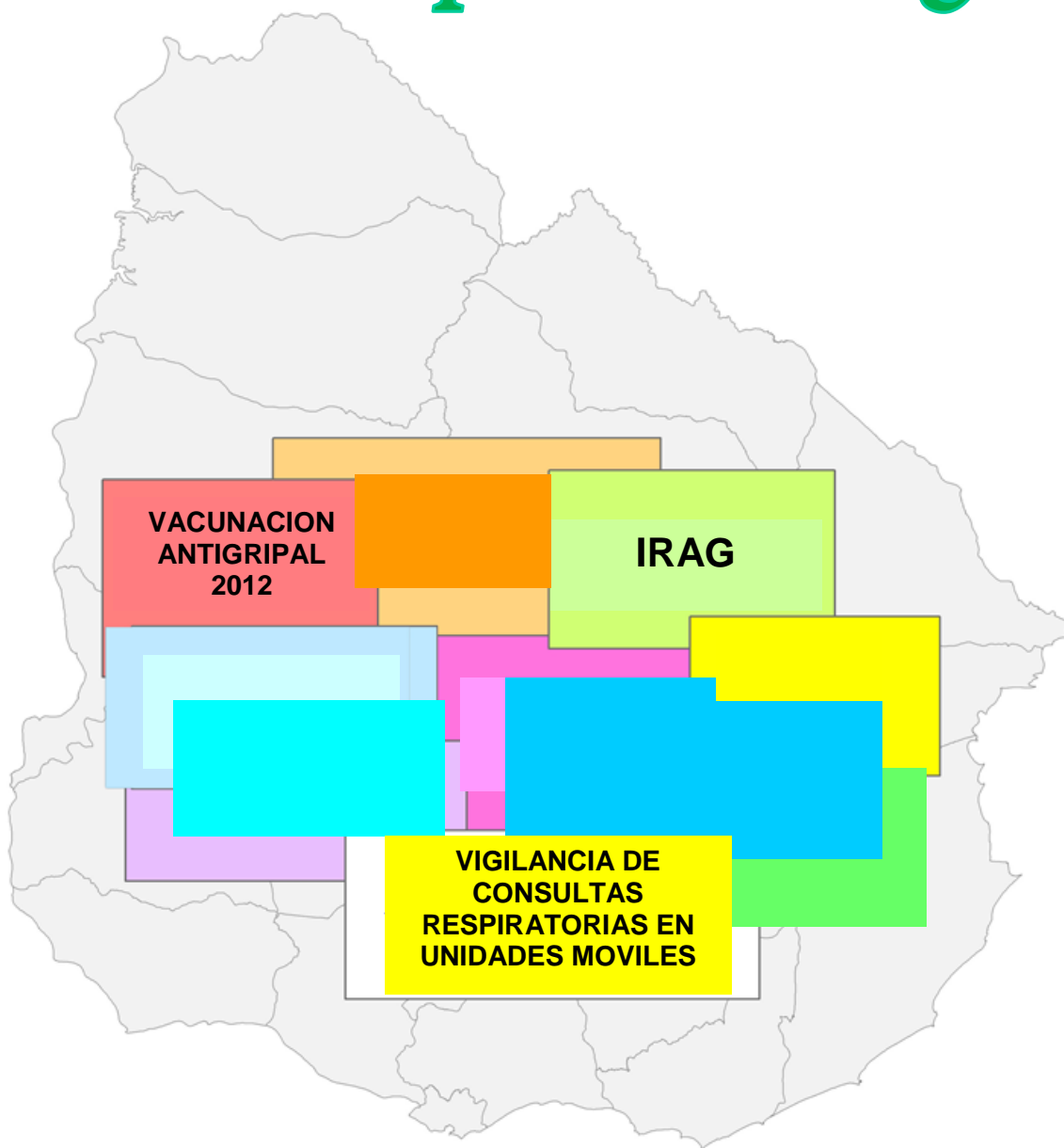




Boletín Epidemiológico



*Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 34
(25 de agosto de 2012)*

El presente documento contiene información actualizada de los eventos de notificación obligatoria, según el Código Nacional Vigente.

Es elaborado por el departamento de Vigilancia en Salud de la División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública, con datos provenientes de las diferentes áreas de dicha División.

La vigilancia y la disponibilidad de estos datos es posible, dado que existen profesionales de la salud e instituciones que responden al cumplimiento de la notificación obligatoria.

Se utiliza como período de presentación de la información, el calendario epidemiológico que incluye 52 semanas epidemiológicas (SE) que dividen los 365 días del año.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS | 4 |
| – INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG) | 4 |
| – MONITOREO DE CONSULTAS POR CAUSA RESPIRATORIAS EN UNIDADES MÓVILES ... | 9 |
| VACUNACION ANTIGRIPE 2012 | 11 |

VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

– INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG)

Durante el año 2011 se llevó a cabo la vigilancia universal de las IRAG a nivel nacional a través de los comités de Infecciones Intrahospitalarias de las instituciones de asistencia.

Durante el presente año, la vigilancia de las IRAG se realiza a través de estrategia centinela. Para ello fueron definidas instituciones centinela en las cuales la vigilancia se continúa desarrollando a través de los Comités de Infecciones.

Se presenta un análisis comparativo de los casos de IRAG a igual período de los años 2011 y 2012 (a la SE 34 evoluciones temporales y las presentaciones de casos según grupos etarios).

Dado que los casos son registrados como frecuencia absoluta (numero de casos) y que como fue mencionado las estrategias de vigilancia 2011 y 2012 son diferentes, no es posible realizar comparaciones en cuanto a la carga de enfermedad.

Durante el año 2011 hasta la SE 34, el mayor número de ingresos hospitalarios por IRAG se registraron en el grupo etario de mayores de 65 años, seguido por los menores de 5 años, no registrándose diferencias entre uno y otro sexo. En cuanto a los ingresos a UCI por esta causa la mayor frecuencia se registra nuevamente en los mayores de 65 años seguido por el grupo etario de 50 a 59 años (Gráficos N° 1 y 3).

En el mismo período de 2012, los ingresos hospitalarios por IRAG predominan francamente en los menores de 5 años. En los adultos, el grupo con mayor número de ingresos corresponde a los mayores de 65 años. Sin embargo, los ingresos a UCI por IRAG en 2012 predominan en el grupo de mayores de 65 años y no en edades pediátricas (Gráficos N° 2 y 4).

Gráfico N° 1.- Año 2011

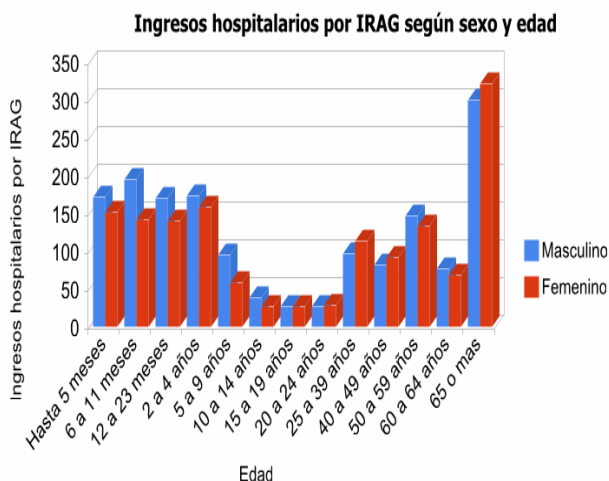


Gráfico N° 2.- Año 2012

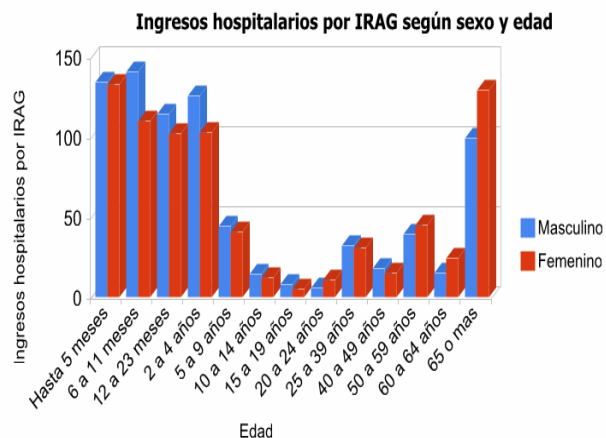


Gráfico N° 3.- Año 2011

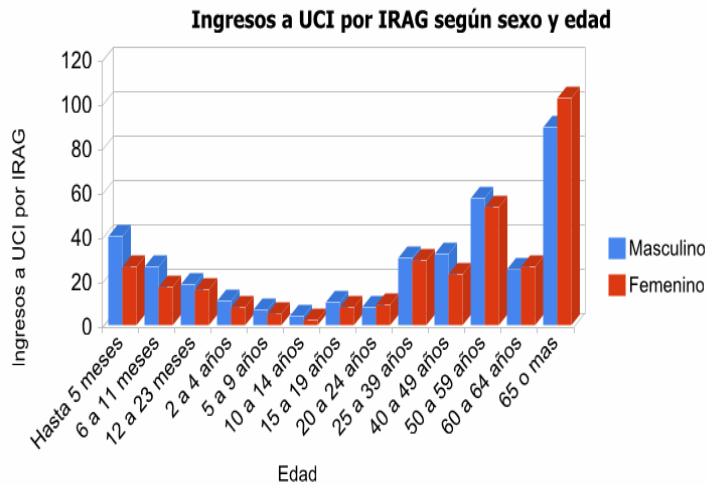
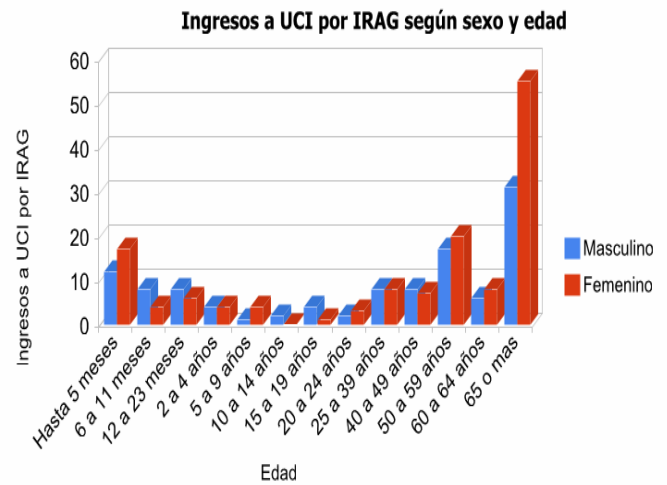


Gráfico N° 4.- Año 2012



Tanto en el año 2011 como en 2012, las **defunciones por IRAG** predominaron en pacientes mayores de 65 años y de sexo masculino (Gráficos N° 5 y 6).

Gráfico N° 5.- Año 2011

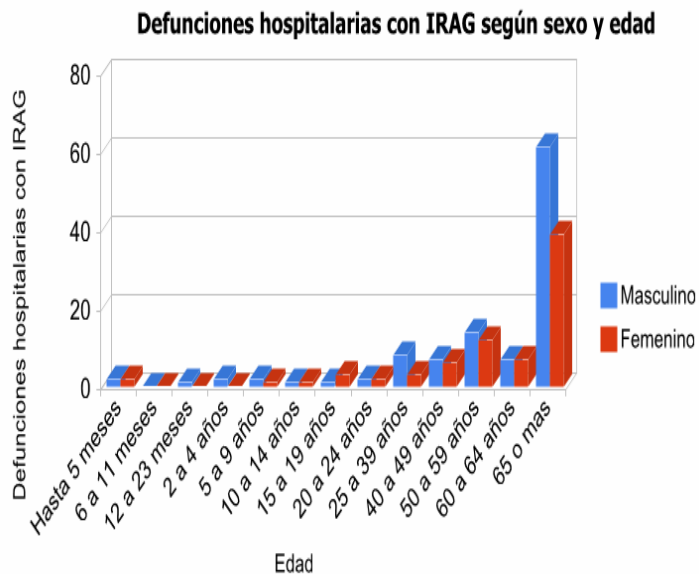
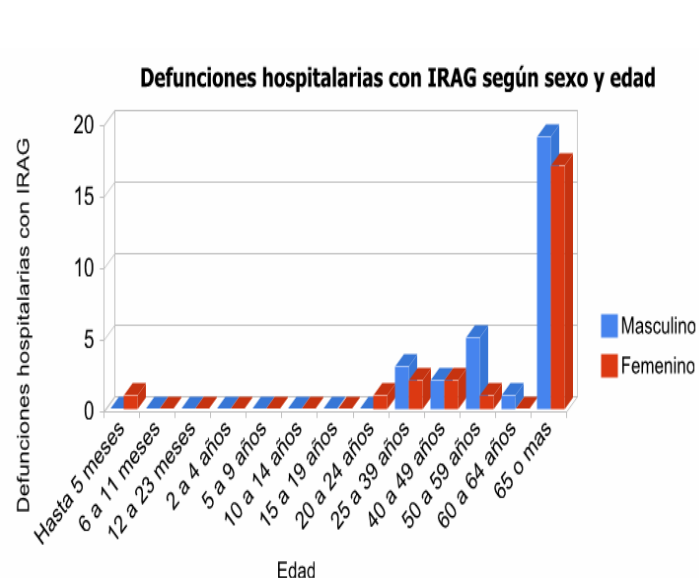


Gráfico N° 6.- Año 2012



La **proporción de ingresos hospitalarios por IRAG** (en el total de ingresos) presenta un incremento a partir de la SE 14-15 en ambos años para hacerse máximo en las SE 30 y 31 en 2011 y en la SE 27 en 2012.

A la SE 34, la proporción observada durante 2011 fue de aproximadamente 2,5% mientras que la proporción en 2012 corresponde a un 1,5 %.

Mientras tanto, la **proporción de ingresos a UCI por IRAG** (en el total de ingresos a UCI) registró sus máximos anuales en la SE 31 en 2011 y 24 en 2012. A la SE 34, corresponden al 9% del total de los ingresos a UCI en 2011 y a aproximadamente el 4% en 2012. (Gráficos N° 7 y 8).

Gráfico N° 7.- Proporción de ingresos hospitalarios por IRAG y proporción de ingresos a UCI por IRAG. Uruguay a la SE 34 de 2011

Proporción de IRAG en ingresos hospitalarios e ingresos a UCI y defunciones hospitalarias

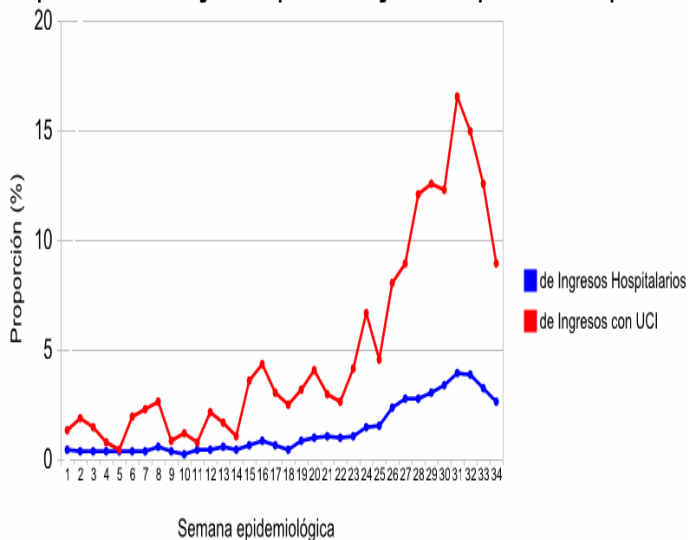


Gráfico N° 8.- Proporción de ingresos hospitalarios por IRAG y proporción de ingresos a UCI por IRAG. Uruguay a la SE 34 de 2012

Proporción de IRAG en ingresos hospitalarios e ingresos a UCI y defunciones hospitalarias

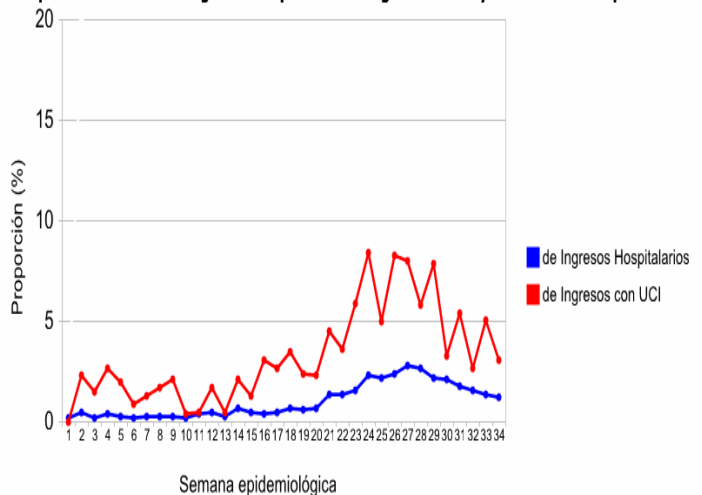


Gráfico N° 9.- Año 2011.

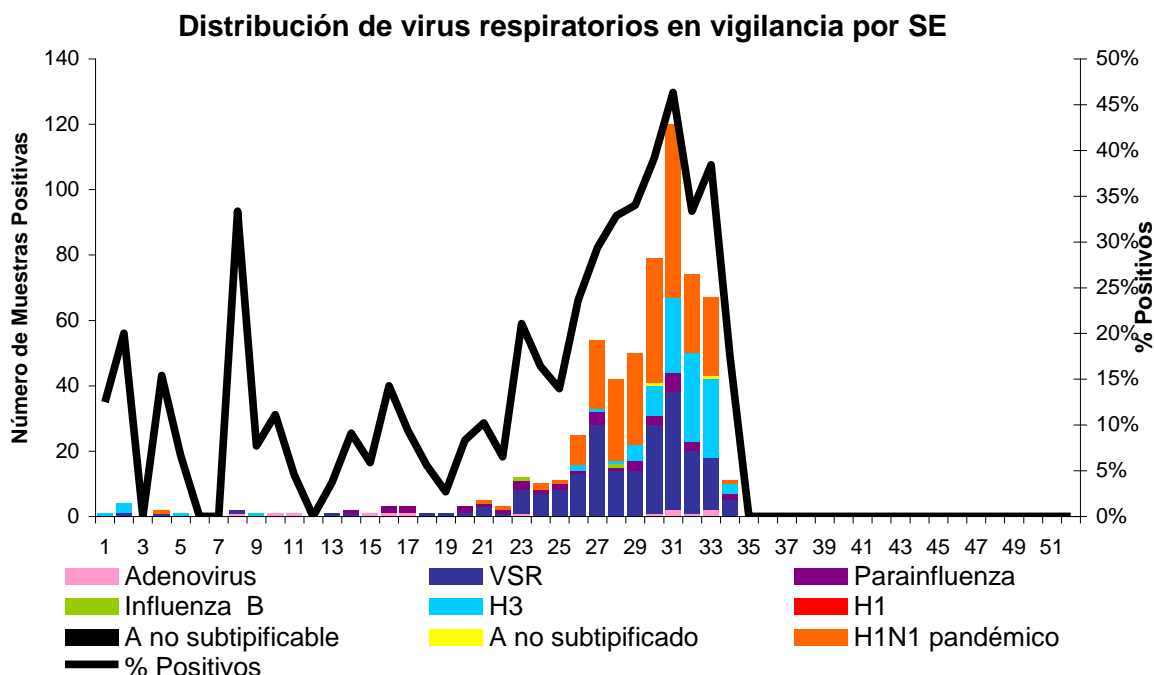
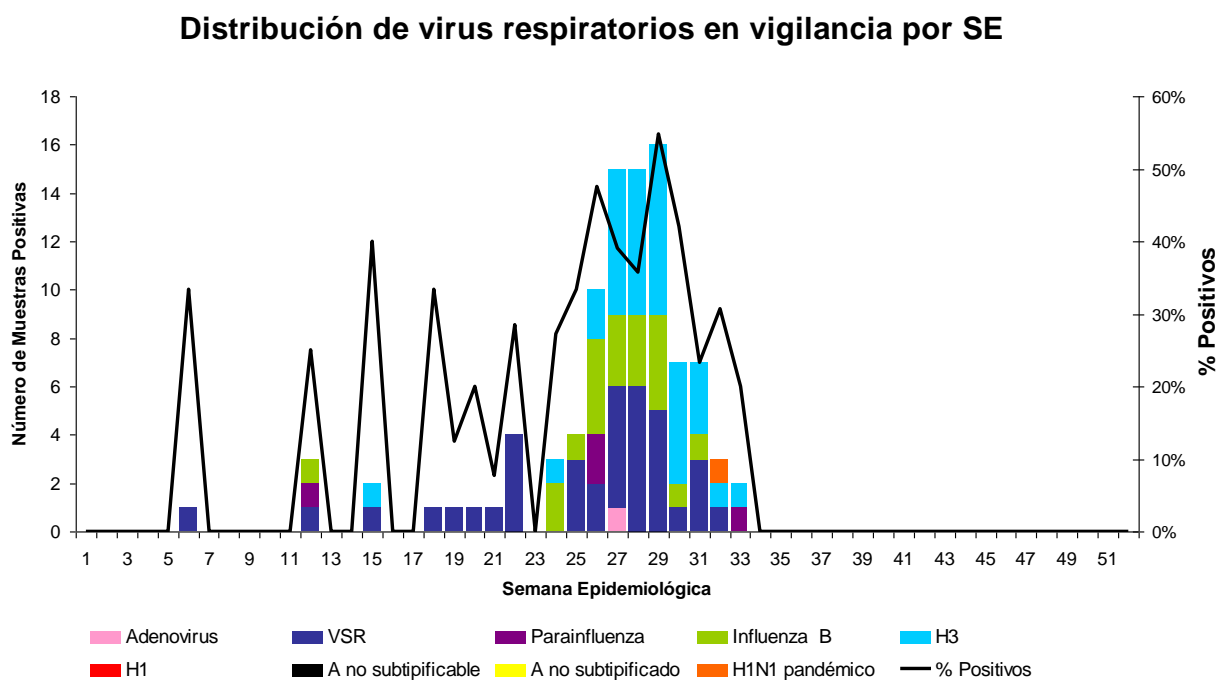


Gráfico N° 10.- Año 2012



El análisis de la **vigilancia laboratorial** a través de las muestras estudiadas **durante el año 2011 (Gráfico N° 9)** en el período SE 1 a la SE 34, permite identificar aislamientos virales desde la SE 1 con un aumento a partir de la SE 23 que se hace máximo en la SE 31. En cuanto a los virus identificados, Influenza A H3 se asila desde

la SE 1 a la 9 (los aislamientos en las SE 2 a la 9 corresponden a 1 caso por semana por lo cual no se aprecia claramente en el gráfico) habiendo un intervalo de varias semanas libre de casos, identificándose nuevamente a partir de la SE 26.

A partir de la SE 20 se comienza a identificar con mayor frecuencia el Virus Sinsicial Respiratorio (VSR) y a partir de la SE 21 Influenza A H1N1. El pico máximo anual registrado en la SE 31 correspondió principalmente a Influenza A H1N1 Pandémico, VSR e Influenza A H3N2.

El análisis del mismo período del **2012 (Gráfico Nº 10)**, permite identificar el primer aislamiento en la SE 6 correspondiendo a VSR. En la SE 12 se realiza la primera identificación de Influenza B y de Parainfluenza. En la SE 15 se aísla Influenza A H3. En la SE 27 se realiza la primera identificación de Adenovirus y a la SE 32 la primera identificación de Influenza A H1N1 Pandémico.

Al igual que en el año previo, el mayor número de aislamientos se realiza a partir de las SE 22 y 23 con máximo en la SE 29, correspondiendo este pico a VSR, Influenza A H3 y Influenza B.

Gráfico Nº 11.- Año 2011.

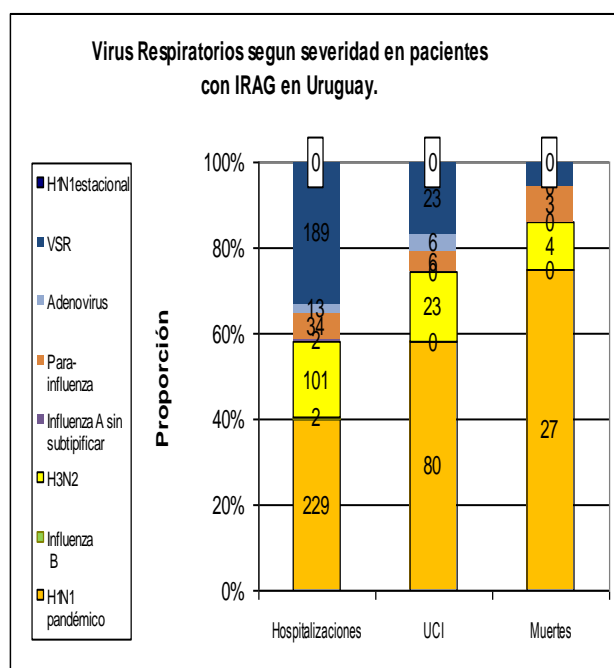
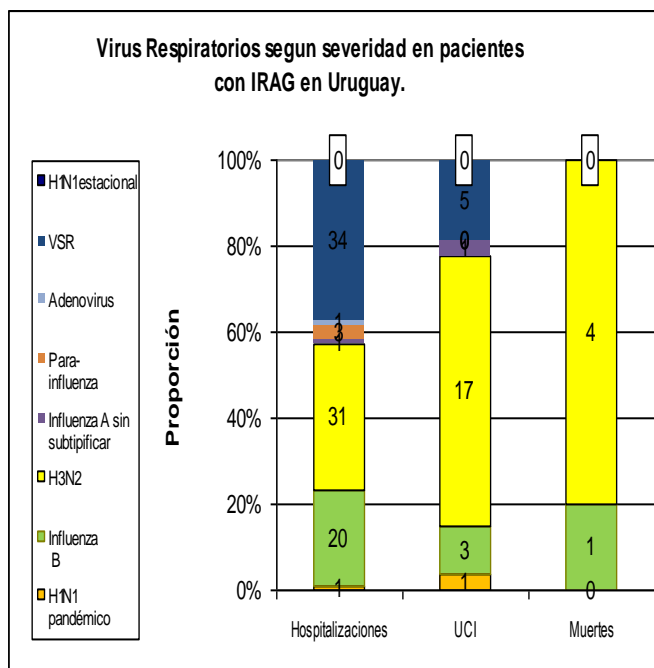


Gráfico Nº 12.- Año 2012



El análisis de los virus identificados según la gravedad del cuadro de IRAG (pacientes hospitalizados, hospitalizados que requirieron UCI y fallecidos), muestra que hasta la SE 34 de 2011 (Gráfico Nº 11):

- En los casos que requirieron internación los virus que predominaron fueron Influenza A H1N1

Pandémica (40%), VSR (33%) e Influenza A H3N2 (18%)

- En los casos que requirieron ingreso a UCI, Influenza A H1N1 Pandémica correspondió al 58% de los casos seguido de Influenza A H3N2 y VSR con el 17% cada uno.
- En los casos fallecidos, el 75% de los aislamientos correspondieron a Influenza A H1N1 Pandémica y el resto a Influenza A H3N2, Parainfluenza y VSR.

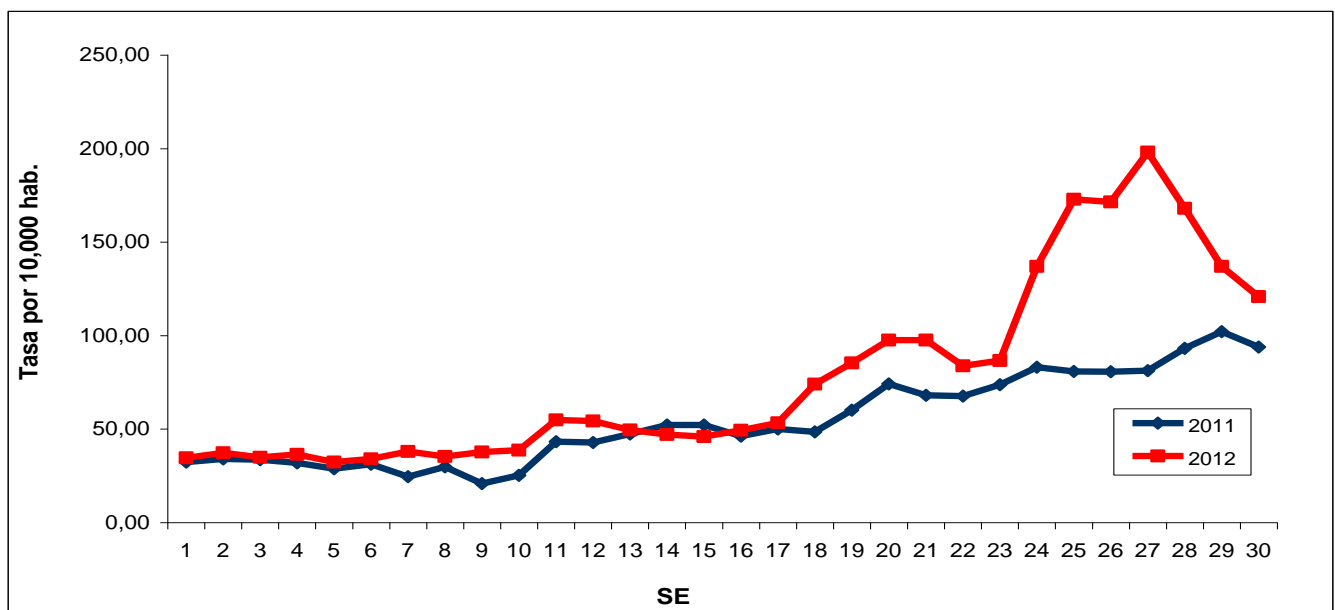
El análisis para el **mismo período 2012 (Gráfico N° 12)** muestra:

- En los casos que requirieron internación los virus que predominaron fueron VSR (37%), Influenza H3N2 (34%), seguido por Influenza B (22%) y
- En los casos que requirieron ingreso a UCI, predominó en frecuencia Influenza H3N2 (17 casos en total de 27) seguido por VSR (5 en 27) e Influenza B (3 en 27).
- Se registraron un total de 5 casos con identificación etiológica en el marco de la vigilancia, correspondiendo 4 a Influenza A H3N2 y un caso a Influenza B.

– MONITOREO DE CONSULTAS POR CAUSA RESPIRATORIAS EN UNIDADES MÓVILES

Para determinar la carga de enfermedad por cuadros respiratorios, se realiza un monitoreo semanal del número de consultas en Emergencias Médicas Móviles del departamento de Montevideo.

Gráfico N° 13.- Tasa de consultas por cuadros respiratorios en Unidades móviles según SE. Uruguay 2011-2012 a la SE 30.



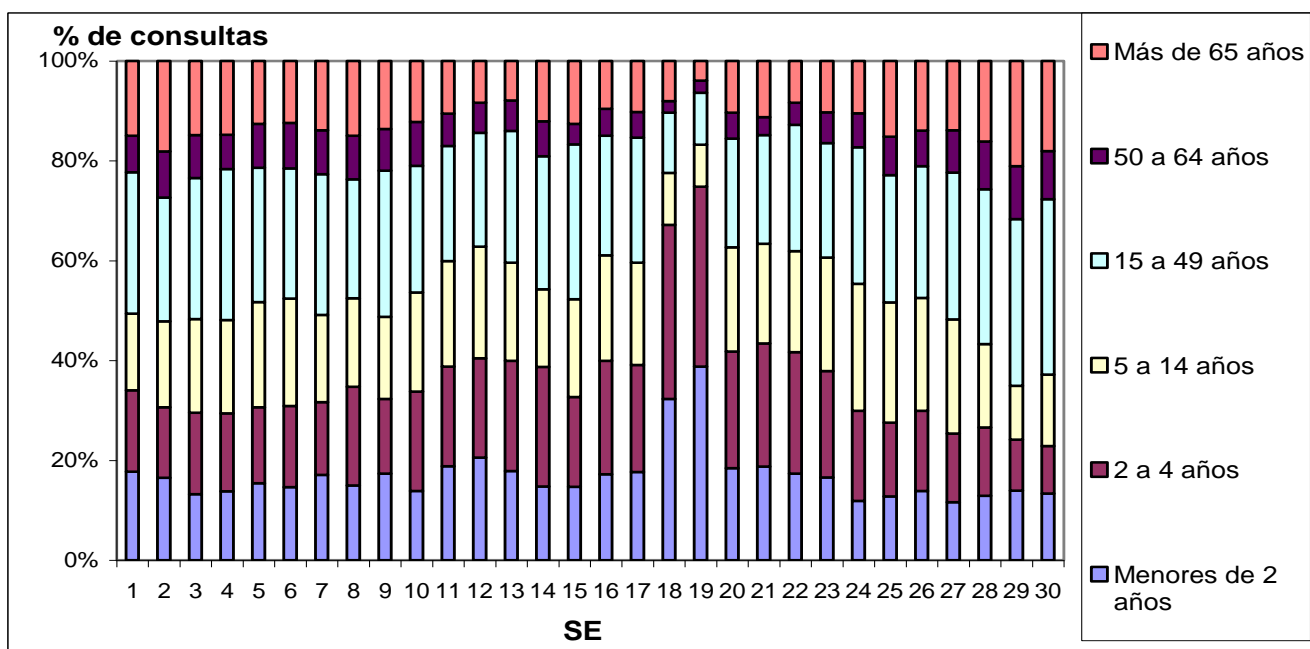
Durante todas las SE del año 2012, como puede observarse en el Grafico N° 13, la tasa de consultas por causa respiratoria fue igual o superior a los valores observados durante 2011, a excepción de las SE 14 y 15 donde fue levemente menor.

Durante 2012 el máximo en las tasas de consultas se observa en la SE 27, comportamiento similar al analizado en los ingresos hospitalarios en la vigilancia de IRAG (página 6).

En cuanto a la comparación de las tasas de consultas en los años 2011 y 2012, la diferencia entre ambas se hace mayor a partir de la semana 17, siendo máximas hacia la SE 27, donde la tasa 2012 corresponde al doble registrada a la misma fecha de 2011.

A la SE 30 del corriente, la diferencia de tasas entre ambos años nuevamente disminuye.

Gráfico N° 14.- Consultas respiratorias en Unidades Móviles según grupo de edad y semana epidemiológica. Uruguay 2012 SE 30.



Al analizar las consultas según grupo etario durante el año 2012 (Grafico N° 14) se aprecia que las consultas en edad pediátrica correspondieron al 50% o mas del total de las consultas en la mayor parte del año, con máximo en las SE 18 y 19 en las cuales se alcanzó aproximadamente un 80%.

A la SE 30, el 40% de las consultas corresponden a menores de 15 años.

VACUNACION ANTIGRI PAL 2012

Durante el año 2012 se utilizó la vacuna antigripal trivalente recomendada por OMS para el Hemisferio Sur. Se compró un 20% mas vacuna antigripal en comparación al año 2011 (523.200 dosis presentación adultos y 200.000 dosis en presentación pediátrica utilizada hasta los 17 años)

La duración de la campaña fue de tres meses y medio (16 abril al 31 julio).

Los **objetivos de la campaña** de vacunación antigripal del presente año fueron:

- 1- Aumentar las coberturas de los grupos prioritarios, en especial trabajadores de la salud, embarazadas y puérperas
- 2- Alcanzar nuevos grupos: docentes.
- 3- Reducir las formas severas y complicaciones en pacientes de riesgo.
- 4- Reducir la trasmisibilidad a población mas vulnerable.
- 5- Reducir la trasmisibilidad a comunidades cerradas.

La distribución de dosis administradas por grupo etario y por departamento luce en la Tabla N° 1.

Tabla N° 1. Distribución de dosis administradas según departamento y grupo etario. Uruguay campaña de vacunación 2012.

| DEPARTAMENTO | GRUPOS DE EDADES | | | | | | | | | | | TOTAL |
|----------------|------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-----|--------|
| | 6-23m | 2-4a | 5-14a | 15-24a | 25-34a | 35-44a | 45-54a | 55-64a | 65-74a | 75y + | s/d | |
| ARTIGAS | 222 | 337 | 848 | 552 | 774 | 805 | 961 | 1115 | 1219 | 950 | 0 | 7783 |
| CANELONES | 1992 | 2392 | 3857 | 2109 | 3430 | 3317 | 3202 | 4182 | 6078 | 6033 | 0 | 36592 |
| CERRO LARGO | 317 | 461 | 1018 | 588 | 870 | 1026 | 1002 | 1174 | 1418 | 1172 | 0 | 9046 |
| COLONIA | 737 | 858 | 1704 | 872 | 1732 | 1765 | 1812 | 2314 | 3188 | 3909 | 0 | 18891 |
| DURAZNO | 346 | 370 | 750 | 440 | 771 | 745 | 742 | 824 | 1072 | 1154 | 0 | 7214 |
| FLORES | 144 | 207 | 309 | 92 | 224 | 211 | 267 | 310 | 578 | 457 | 0 | 2799 |
| FLORIDA | 361 | 362 | 796 | 350 | 629 | 758 | 704 | 1249 | 1423 | 1450 | 0 | 8082 |
| LAVALLEJA | 196 | 254 | 544 | 250 | 351 | 466 | 579 | 656 | 1116 | 1203 | 0 | 5615 |
| MALDONADO | 1847 | 1777 | 2583 | 1143 | 2149 | 2148 | 2055 | 2412 | 3002 | 3290 | 0 | 22406 |
| MONTEVIDEO | 10001 | 16182 | 17265 | 10645 | 18877 | 18636 | 18372 | 23552 | 32600 | 36487 | 0 | 202617 |
| PAYSANDU | 547 | 638 | 1545 | 1068 | 1779 | 1460 | 1326 | 1612 | 2104 | 2227 | 0 | 14306 |
| RIO NEGRO | 198 | 353 | 766 | 368 | 642 | 630 | 582 | 796 | 853 | 748 | 0 | 5936 |
| RIVERA | 332 | 454 | 1278 | 720 | 1023 | 1094 | 1406 | 1536 | 1859 | 1538 | 0 | 11240 |
| ROCHA | 321 | 457 | 870 | 365 | 743 | 817 | 885 | 1025 | 1281 | 1239 | 0 | 8003 |
| SALTO | 664 | 670 | 1312 | 914 | 1418 | 1191 | 1126 | 1428 | 2243 | 1682 | 0 | 12648 |
| SAN JOSE | 963 | 1269 | 2300 | 1088 | 1741 | 1808 | 1781 | 1966 | 2164 | 2324 | 0 | 17404 |
| SORIANO | 427 | 707 | 1659 | 498 | 1079 | 1149 | 1180 | 1572 | 1910 | 1913 | 0 | 12094 |
| TACUAREMBO | 329 | 706 | 1334 | 841 | 1183 | 1279 | 1252 | 1485 | 1853 | 1422 | 0 | 11684 |
| TREINTA Y TRES | 352 | 326 | 766 | 329 | 508 | 539 | 637 | 651 | 880 | 772 | 0 | 5760 |
| TODO EL PAIS | 20296 | 28780 | 41504 | 23232 | 39923 | 39844 | 39871 | 49859 | 66841 | 69970 | 0 | 420120 |

Fuente: Dpto. Inmunizaciones CHLA-EP

La cobertura en los grupos prioritarios luce en la Tabla N° 2. De la misma se desprende que el personal de salud fue el grupo con mayor adhesión a la campaña con una cobertura del 43% y las embarazadas el de menor adhesión con una cobertura del 18,4%.

Tabla N° 2. Cobertura vacunal (%) según grupo prioritario.
Campaña vacunación antigripal. Uruguay 2012

| Grupo prioritario | Población total estimada | Numero de dosis administradas | Cobertura (%) |
|--------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------|
| Personal de salud | 50.000 | 21.590 | 43% |
| Embarazadas | 36.000 | 6.620 | 18,4% |
| Niños 6m-4a | 205.569 | 49.076 | 24% |
| Mayores de 65 años | 461.926 | 136.811 | 30% |

EVALUACION DE LA CAMPAÑA

Se logró la promoción en un contexto de trabajo interdisciplinario. Se incluyó a varios Programas del MSP y al Departamento de Comunicación y Salud, enfocando la prevención mas integral de las infecciones respiratorias, considerando la vacunación como una herramienta más en este contexto.

El **número de dosis administrada durante 2012** (420.120) mantuvo cifras similares a la de años anteriores (exceptuando el año post pandémico)

2008: 322.468 dosis

2009: 366.708 dosis

2010: 529.394 dosis

2011: 441.781 dosis

No se logró el objetivo de aumentar la cobertura esperada de 20% más de vacunación con respecto a 2011, por lo que hubo sobrante de vacuna.

PROPUESTAS PARA EL 2013

- Mejorar la adhesión de los grupos prioritarios, promoviendo una actitud pro-activa de los usuarios y comprometiendo a los trabajadores de la salud en contacto con ellos para promover la vacunación oportuna.
- Trabajo colaborativo entre MSP (Inmunizaciones, Vigilancia en Salud, Comunicaciones), la CHLA-EP, OPS, academia, sociedades científicas, instituciones de salud públicas y privadas, medios de comunicación y ONG.
- Favorecer la adhesión del personal de salud, tanto a la vacunación individual como a la promoción de la vacunación en los grupos prioritarios.
- Optimizar la comunicación con la población sobre la gripe y sus medidas de prevención, empoderar a los medios masivos de comunicación en su rol de nexo.
- Educar sobre ventajas y falsas contraindicaciones

VIGILANCIA DE LOS ESAVI

Desde el año 2010 se ha comenzado a desarrollar un Sistema de Notificación de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación e Inmunización (ESAVI), llevado a cabo por integrantes de la Unidad de Farmacovigilancia del Departamento de Medicamentos e Inmunizaciones de la División Epidemiología del MSP.

Desde esa fecha se instó a los profesionales de la salud y al público en general, notificar dichos eventos en el formulario oficial según el instructivo correspondiente, ambos disponibles en la pagina web del MSP (http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4933_1.html)

El formulario puede enviarse a través de las siguientes vías de comunicación: - Unidad de Farmacovigilancia, MSP: Telefax: 2 4028032/ 33 E-mail: notifv@msp.gub.uy o farmacovigilancia@msp.gub.uy Dirección: Av. 18 de Julio 1892, Planta Baja, Oficina 12 - Inmunizaciones, MSP: Telefax: 2 4080280 E-mail: inmunizaciones@msp.gub.uy Dirección: Av. 18 de Julio 1892, 4º piso, Oficina 410.

En el marco de esta vigilancia, durante la campaña de vacunación antigripal 2012 se identificaron:

- 20 ESAVI en un total de 12 personas (hubo personas con mas de un ESAVI).

- 12 de los 20 ESAVI fueron clasificados como graves. Únicamente se vincularon a vacunación 6 ESAVI.
- Los ESAVI mas frecuentemente identificados fueron: Fiebre, reacción cutánea extendida, erupción, reacción local, reacción cutánea alérgica y vómitos.
- Todos los ESAVI tuvieron buena evolución no registrándose fallecidos.