



COVID-19: Actualización epidemiológica al 17/03/2020

El 31 de diciembre de 2019, las autoridades de salud de China informaron sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida en la provincia de Hubei, con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin poder identificar la fuente del brote (1).

Posteriormente el 7 de enero de 2020, las autoridades de ese país, identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia *Coronaviridae*, que fue denominado inicialmente como “nuevo coronavirus”, 2019- nCoV (1) y posteriormente recibió su denominación oficial como SARS-CoV-2. La enfermedad causada por este virus fue entonces denominada COVID-19.

A la fecha existe un permanente análisis en cuanto al comportamiento de esta enfermedad a nivel mundial, así como a la gravedad y a la capacidad de transmisión.

Por lo antes mencionado, la vigilancia de esta infección está construyéndose a medida que la Organización Mundial de la Salud (OMS) comparte la información recabada y analizada.

A la fecha la OMS reporta la ocurrencia de 167515 casos confirmados en todo el mundo, con 6606 defunciones. Se han reportado casos en 150 países¹.

Estrategia de vigilancia y situación nacional al 17/03/2020

En Uruguay, la vigilancia epidemiológica de COVID-19 se realiza en base a lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, y se encuentra estructurada del siguiente modo:

1. Vigilancia de casos sospechosos de COVID-19.
2. Intensificación de vigilancia centinela de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).
3. Monitoreo de Plan Invierno.
4. Monitoreo de consultas ambulatorias en emergencias móviles.

¹ World Health Organization. Coronavirus disease 2019. Situation Report-56 (16 de marzo de 2020). Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200316-sitrep-56-covid-19.pdf?sfvrsn=9fda7db2_6



1. Vigilancia de casos sospechosos

Un caso sospechoso de COVID-19, se considera un “evento de Salud Pública de importancia nacional”, por lo cual es de notificación obligatoria según el Decreto de “Enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria” (41/012).

La definición de caso sospechoso actual es la siguiente²

Criterios clínicos		Criterios epidemiológicos
Fiebre y síntomas o signos de enfermedad respiratoria aguda alta y/o baja (tos, rinitis, odinofagia, disnea, aumento de la frecuencia respiratoria)	Y	Cualquier persona que haya tenido contacto cercano* con un caso confirmado de COVID-19 en los 14 días previos al inicio de los síntomas
Fiebre y síntomas o signos de enfermedad respiratoria baja (tos, disnea, aumento de frecuencia respiratoria) que requiera internación	Y	Historia de viaje a un área afectada** en los 14 días previos al inicio de los síntomas
Fiebre con cuadro agudo respiratorio bajo (neumonía, síndrome de distrés respiratorio agudo) que requiere internación en cuidados intensivos, sin agente etiológico identificado en los estudios de laboratorio realizados	Y	Sin identificación de posible exposición

* Por **contacto cercano** se entiende por toda persona que permaneció a menos de dos metros de un caso confirmado de COVID-19 (se incluye al personal de salud).****Área afectada** es el país o región donde existe transmisión sostenida de COVID-19. Se actualizará según la evolución de la situación epidemiológica.

Esta definición de caso es una guía para la orientación del personal del equipo de salud. Cada situación es evaluada en conjunto con técnicos del Departamento de Vigilancia en Salud del MSP.

La confirmación de casos en Uruguay está a cargo del Departamento de Laboratorios de Salud Pública, dependiente de la División Epidemiología (DLSP). El DLSP es el centro de referencia de vigilancia de virus respiratorios en el país y punto focal de la red de vigilancia regional, en el marco de la OPS/OMS (SARINET/FLUNET).

² Fuente: modificado de Centers for Disease Control and Prevention.
<https://emergency.cdc.gov/han/2020/HAN00428.asp>



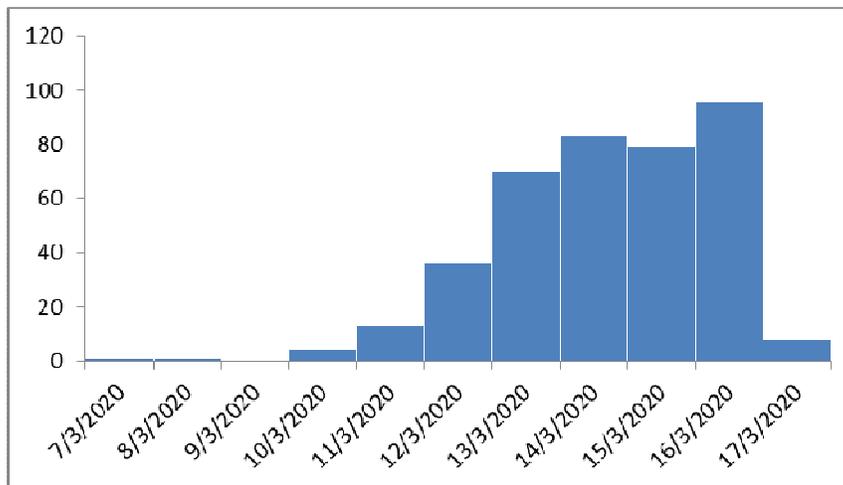
A continuación se presenta la situación epidemiológica de COVID-19 en Uruguay actualizada a la semana epidemiológica 12 (17/3).

El día 13 de marzo, se realizó la primera confirmación de COVID-19 en Uruguay. Desde la fecha se han confirmado 30 casos:

- 28 de ellos no requirieron ingreso hospitalario.
- 2 casos requirieron ingreso hospitalario por insuficiencia respiratoria leve.
- No se han registrado a la fecha casos graves ni defunciones.

A la fecha de realización del presente informe se han recepcionado 392 notificaciones de casos sospechosos al Departamento de Vigilancia en Salud.

Figura 1. Número de notificaciones diarias de casos sospechosos de COVID-19, según fecha de notificación. Uruguay, marzo 2020 (al 17/03/2020)



A continuación se presenta la distribución de casos confirmados según las principales variables de interés.



Tabla 1. Distribución de casos confirmados de COVID-19 según sexo y grupo de edad. Uruguay 2020 (al 17/03/2020)

Grupo de edad	Sexo		Total
	F	M	
menor a 15	0	0	0
15 a 24	3	1	4
25 a 34	3	1	4
35 a 44	3	3	6
45 a 54	1	3	4
55 a 64	6	5	11
65 a 74	1	0	1
75 y más	0	0	0
Total	17	13	30

Tabla 2. Distribución de casos confirmados a COVID-19 según departamento de residencia. Uruguay 2020 (al 17/03/2020).

Departamento	Casos
Canelones	2
Colonia	1
Maldonado	1
Montevideo	24
Salto	2
Total	30

Figura 2. Distribución de signos y síntomas en casos confirmados de COVID-19. Uruguay 2020 (al 17/03/2020).

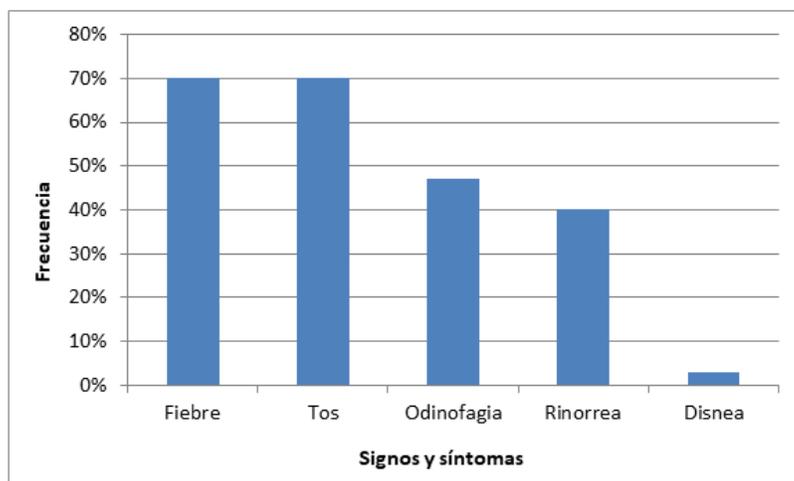
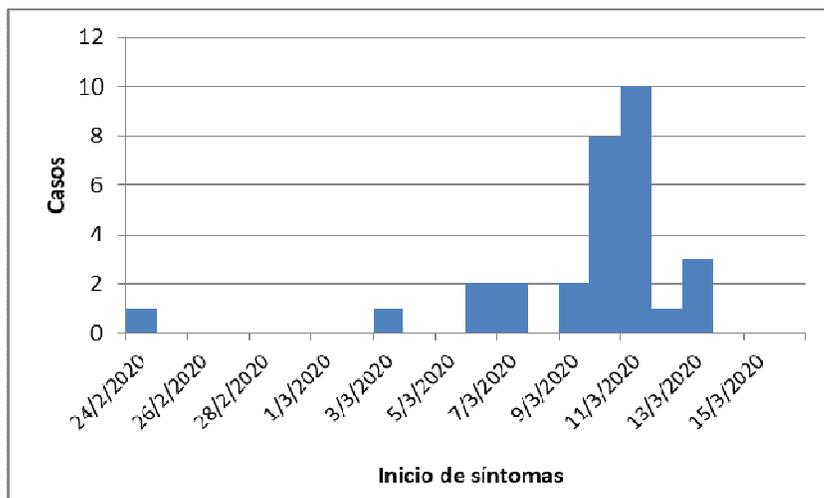




Figura 3. Distribución de casos confirmados de COVID-19, según fecha de inicio de síntomas. Uruguay 2020 (al 17/03/2020).



Se identificaron como “contacto” de casos confirmados a 374 personas como resultado de la investigación epidemiológica desarrollada. Estas personas fueron contactadas por técnicos del Departamento de Vigilancia en Salud para indicar medidas de aislamiento y despistar la existencia de sintomatología compatible con COVID-19. Se brindó asimismo, la instrucción de cómo proceder en caso de presentar dicha sintomatología.

Del total de contactos identificados, se han detectado 19 casos confirmados laboratorialmente.

Del análisis de la información del total de los casos confirmados se puede concluir la ocurrencia de:

- Un brote de casos de COVID-19, conformado por un caso índice y 19 casos secundarios
- Diez casos aislados en los que se identificó antecedente de viaje a una zona de transmisión conocida en los 14 días previos al inicio de los síntomas. Se trata de viajeros provenientes de Italia y España.



2. Intensificación de vigilancia centinela de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)

En Uruguay se lleva a cabo una vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) y enfermedad tipo influenza (ETI). En el contexto actual, se intensificó esta vigilancia centinela incorporando el estudio de coronavirus en las muestras.

La vigilancia de las infecciones respiratorias se inició en 2010 con el seguimiento de los episodios de IRAG, a través de una vigilancia de carácter universal que abarcaba a todos los prestadores del país. Desde el año 2015 se simplificó la vigilancia de IRAG, dando lugar a la implementación de un sistema de vigilancia centinela con la participación de seis centros de salud distribuidos en todo el territorio nacional. Estos centros centinelas de prestadores públicos y privados, recogen la información de los pacientes, notifican los casos a través del sistema informático de vigilancia de infecciones hospitalarias del MSP y envían muestras respiratorias al Departamento de Laboratorios de Salud Pública (DLSP), en donde se realiza el diagnóstico virológico. Actualmente, se trata de tres centros ubicados en Montevideo (dos públicos y uno privado) y tres en el interior del país (uno público y dos privados). Esta vigilancia se realiza durante todo el año.

En junio de 2017 se implementó el programa de vigilancia de ETI, que se lleva a cabo en los mismos centros centinela en donde se realiza la vigilancia de IRAG. La ETI es definida por la presencia de fiebre de 38°C o más, acompañada de tos u odinofagia. Puede o no asociarse a mialgias, cefalea, astenia u otros síntomas habitualmente relacionados con la infección por influenza (WHO, 2014). Cada centro colaborador debe enviar al DLSP un máximo de 10 muestras respiratorias (aspirados o hisopado según corresponda) por semana. Esta muestra debe ser obtenida de un usuario que cumpla con la definición de ETI y que tenga hasta 5 días de iniciado el cuadro clínico.

A la fecha de realización del presente informe no se ha detectado un incremento de casos de IRAG respecto a lo esperado para la fecha (a la semana epidemiológica 12).



3. Monitoreo de Plan Invierno

Todos los años se solicita a los prestadores del SNIS el reporte diario de los siguientes indicadores:

- Ocupación hospitalaria por todas las causas.
- Ocupación hospitalaria en UCI por IRAG.
- Ingresos por todas las causas en cuidados moderados y UCI de adultos y pediatría.
- Ingresos por IRAG en UCI de adultos y pediatría.

Al comienzo del Plan Invierno, cada prestador releva sus capacidades instaladas, incluida la dotación de camas, ventiladores y sus planes de preparación frente al incremento de la demanda que ocurre durante el invierno, principalmente a expensas de infecciones respiratorias.

En 2020, se inició el mencionado Plan el día 16 de marzo.

4. Monitoreo de consultas ambulatorias

En forma semanal se realiza el monitoreo de las consultas ambulatorias por causa respiratoria en emergencias móviles.

Del análisis del corredor endémico de Infección respiratoria aguda a la SEPI 10 (07.03.20) no surge evidencia de aumento de consultas por causa respiratoria. Sin embargo, de acuerdo a un relevamiento preliminar realizado por la División Epidemiología y en base a los casos de infección respiratoria reportados al Departamento de Vigilancia en Salud que no cumplen con la definición de caso vigente, existe evidencia de un incremento de las infecciones respiratorias leves en la última semana. Se estima que el aumento reciente del número de consultas por cuadros de infección respiratoria (sin criterio de gravedad) se encuentra en el entorno de al menos 30% por encima de las consultas habituales. Este parámetro es preliminar y se hará evidente a través de la vigilancia de consultas ambulatorias en las próximas semanas.

En suma:

- **A la fecha se registran 30 casos confirmados acumulados de COVID-19 en Uruguay**
- **No se han registrado casos graves ni letales.**
- **No ha habido casos confirmados en población pediátrica ni en mayores de 65 años.**
- **La situación actualmente implica la ocurrencia de un brote relacionado con un caso índice y casos aislados en personas provenientes de zonas de transmisión conocida.**
- **Existe evidencia presuntiva de la existencia de circulación silente comunitaria, sin impacto a nivel hospitalario, pero con sobrecarga significativa de servicios ambulatorios y de los servicios de emergencia móvil**
- **La evolución de la situación en el país obliga a rever la actual estrategia de vigilancia del evento en el Uruguay.**