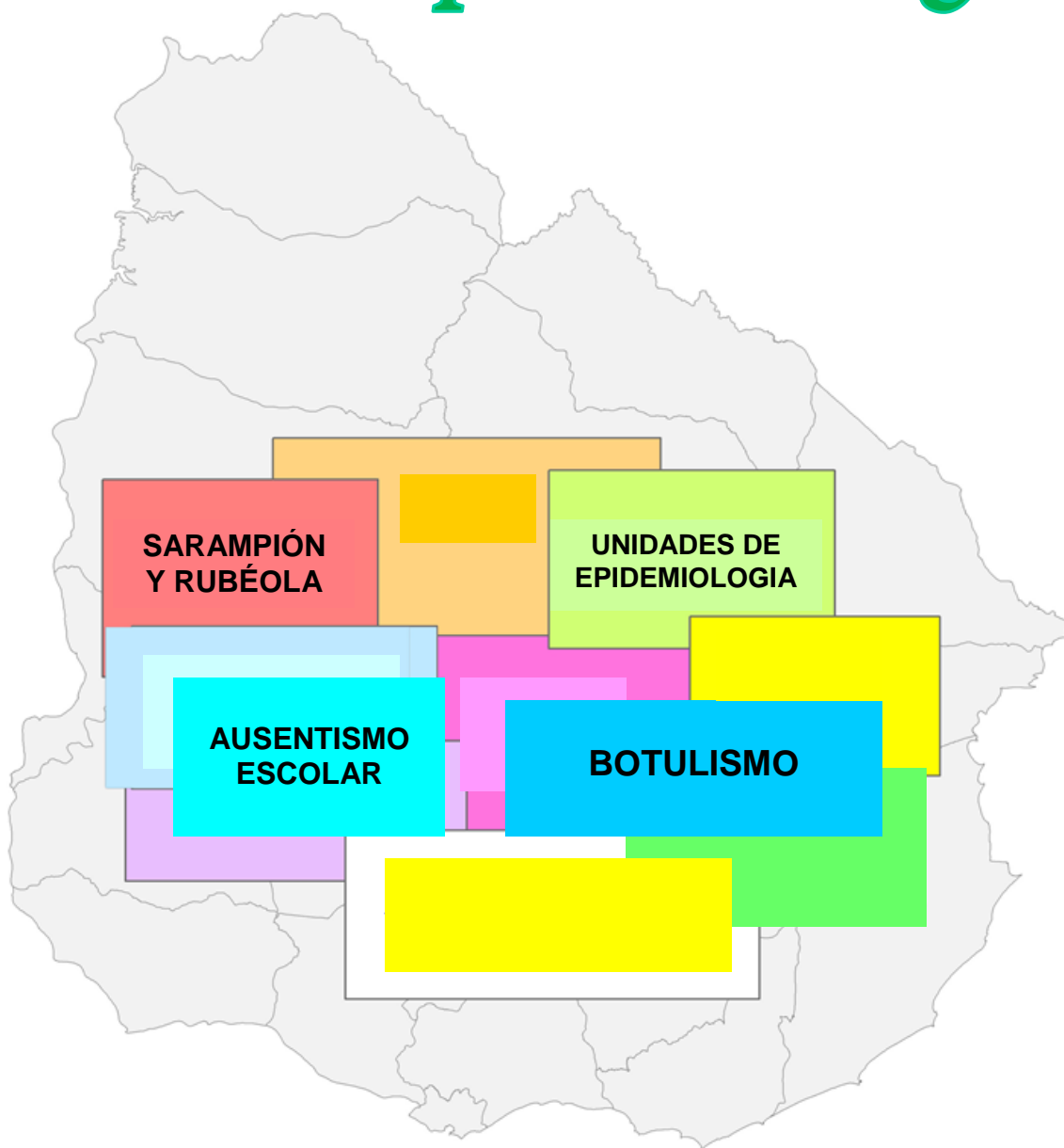




Boletín Epidemiológico



*Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 38
(22 de setiembre 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

1- UNIDADES DEPARTAMENTALES DE EPIDEMIOLOGÍA.....	4
2-SARAMPIÓN Y RUBÉOLA	6
3- BOTULISMO.....	9
4-AUSENTISMO ESCOLAR.....	14

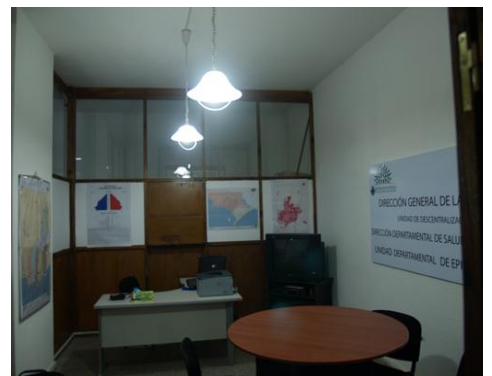
1- UNIDADES DEPARTAMENTALES DE EPIDEMIOLOGÍA

La Unidad Departamental de Epidemiología (UDE), es una estructura y organización dependiente de las Direcciones Departamentales de Salud, que entre sus funciones está, desarrollar mecanismos formales y sistemáticos de coordinación con servicios de salud públicos y privados (servicios de asistencia, laboratorios, hospitales, sanatorios, clínicas), intendencias, agencias de control ambiental, líderes comunitarios, etc., en cada ciudad, localidad, pueblo, etc., para obtener e intercambiar datos necesarios para construir el perfil epidemiológico departamental.

La División Epidemiología a través del Departamento de Vigilancia en Salud y la Unidad de Descentralización ha logrado la inauguración de cinco UDE en el año 2010, (Salto, Paysandú, Colonia, Rivera, Maldonado) y de ocho, en el año 2011 (Rocha, Rio Negro, Tacuarembó, Artigas, Treinta y Tres, Soriano, San José, Canelones).

Las UDE tienen los siguientes objetivos:

- Objetivos generales:
 - Realizar y mantener actualizado el perfil epidemiológico departamental.
 - Proteger y promover la salud de la población del departamento
- Objetivos específicos:
 - Implementar y desarrollar la red de vigilancia nacional a nivel local.
 - Establecer un sistema permanente de mejora de la cantidad y calidad de la información que se recibe de los efectores de salud, poniendo en práctica las diferentes estrategias de vigilancia.
 - Contar con información demográfica, de producción, zonas de riesgo, principales causas de mortalidad, cobertura de salud del departamento, etc. geo referenciada, actualizada periódicamente y disponible.
 - Detectar, investigar e intervenir en riesgos y eventos de importancia para la salud pública, ejecutando las acciones prevención y control correspondientes



El logro de estos objetivos depende de una serie de acciones dentro de las cuales se destacan: recabar información de diferentes fuentes a través de la notificación obligatoria de enfermedades, egresos hospitalarios, estadísticas vitales provenientes de distintos entes



estatales, MSP, INE, BPS, ASSE; detectar los problemas de salud prioritarios del departamento y elaborar un plan de trabajo en consecuencia; contar con datos demográficos relacionados con causas de mortalidad, cobertura de salud, zonas de riesgo; establecer un sistema de mejora de la información recibida de los efectores de salud; construir indicadores para investigar la situación de salud.

Estas nuevas estructuras organizacionales cuentan con una planta física con la logística necesaria para desempeñar un normal funcionamiento de las tareas de investigación y administración, como así también espacio acorde para una adecuada atención a la ciudadanía y medios de comunicación.

De acuerdo a la necesidad de cada DDS, se adjudicaron insumos y se realizaron reformas en la planta física, a fin de optimizar el trabajo de la misma.

Actualmente se están realizando reuniones de trabajo en cada departamento a fin de dar seguimiento y apoyo al plan operativo de cada UDE.



2-SARAMPIÓN Y RUBÉOLA

En los últimos años se vienen reportando brotes de sarampión en varios países a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió en abril del corriente año que el sarampión está resurgiendo en todo el planeta con la mayor incidencia de casos en África, Europa y Asia.

(<http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=23278>)

En los países de la región se han registrado casos confirmados importados y en algunos países casos relacionados a importación.

Tabla N° 1.

Fuente de la infección de los casos confirmados de sarampión y de rubéola para el periodo entre las semanas 01-34 2012									
Subregión y País		Sarampión				Rubéola			
		I	RI	CAP	D	I	RI	CAP	D
AND	BOL	1							
	COL		69						
	ECU								1
	PER								
BRA	VEN	1							
	BRA	1							
	CRI								
	GTM								
CAP	HND								
	NIC								
	PAN								
	SLV								
CAR	CAR								
	CUB								
	DOM								
	GLP								
LAC	GUF								
	HTI								
	MTQ								
	PRI								
MEX	MEX								
	CAN	5			1	1			
	USA	20	22		6	1			3
	ARG	1							
SOC	CHL								
	PRY								
	URY								
TOTAL		29	91		7	2			4

I: importado; RI: relacionado con importación;
CAP: Caso adquirido en el país; D: Desconocido.

En el Boletín Semanal de Sarampión/Rubéola. Vol 18 N° 34 (25/08/2012) de OPS, se puede observar la Tabla N°1 con el numero de casos confirmados de sarampión y rubéola.

En cuanto a Sarampión, hasta la SE 34 del corriente, los países que han identificado casos confirmados importados o relacionados con importación fueron: Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Venezuela, Estados Unidos y Canadá. El país que mas casos registró fue Ecuador con 69 casos relacionados a importación y en segundo lugar Estados Unidos con un total de 48 casos.

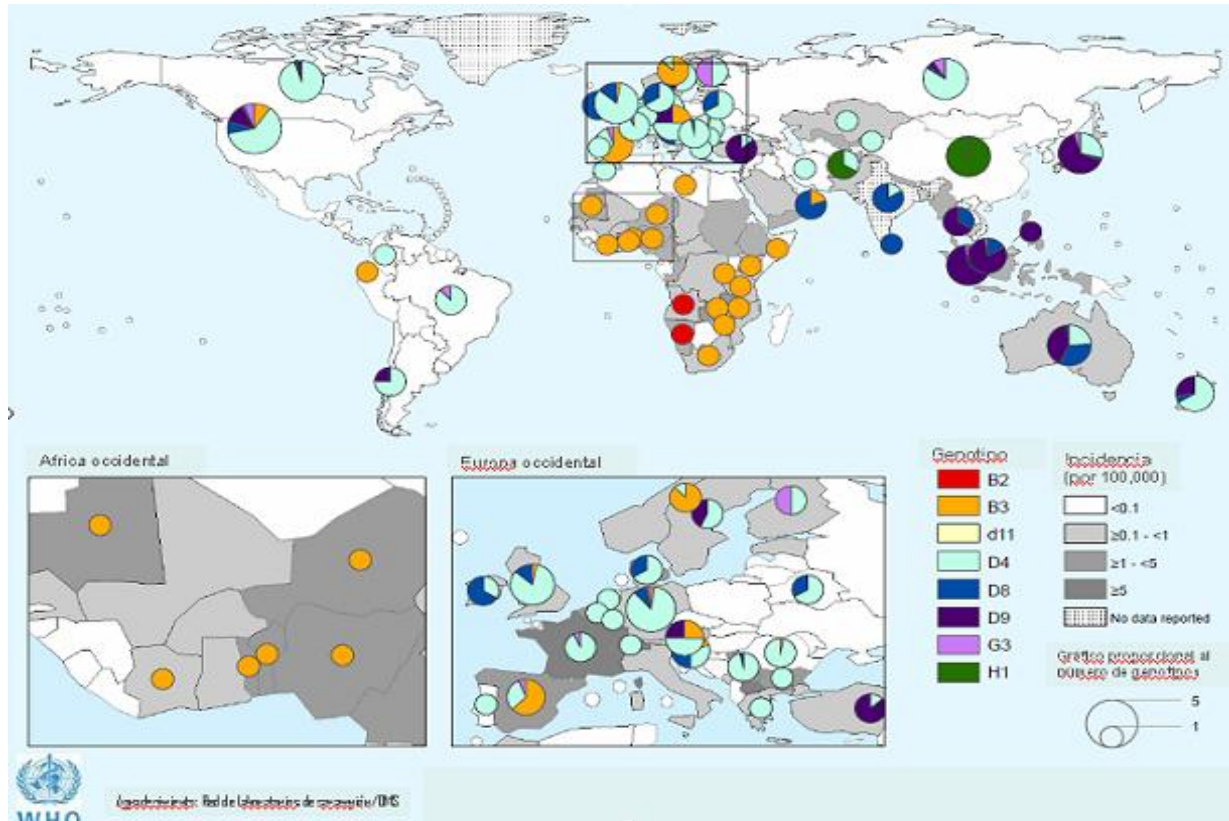
En referencia a Rubéola, en el mismo periodo se han identificado casos en Colombia, Canadá y Estados Unidos.

En cuanto a los genotipos identificados con mayor frecuencia en la región, según información de OPS a diciembre de 2011 son el Genotipo D4 y B3, los mismos que tienen mayor circulación en Europa. (Figura N°1)

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730&Itemid=39426&lang=es

Figura N°1 Distribución mundial de genotipos de Sarampión. Actualizados al 07/12/11.

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=730&Itemid=39426&lang=es

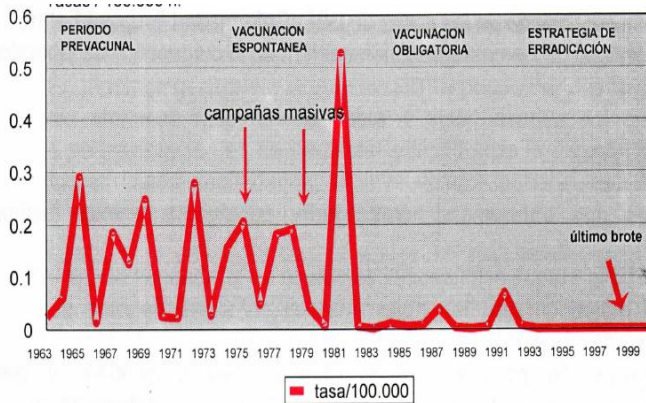


En nuestro país, Sarampión y Rubéola son eventos de notificación obligatoria dentro de las primeras 24 horas de la sospecha del caso, según Código nacional vigente (Decreto 41/012).

Si bien los eventos bajo vigilancia son Sarampión y Rubéola, **la estrategia de vigilancia actual implica el estudio de todo caso de enfermedad eruptiva febril en la que no se cuente con diagnóstico clínico.**

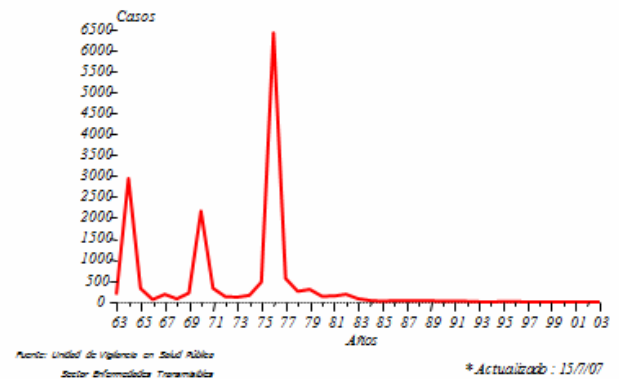
Los últimos casos confirmados de Sarampión a nivel nacional datan del año 1999 (brote relacionado a casos importados) y los de Rubéola del año 2000.

Grafico Nº 1. Distribución de tasas de Sarampión en 100.000 habitantes según año. Uruguay 1963 – 2000.



Fuente: MSP, Div. Epidemiología, Dep. de Vigilancia Epidemiológica.

Grafico Nº 2. Distribución de casos de Rubéola según año. Uruguay 1963 – 2003.



Fuente: Unidad de Vigilancia en Salud Pública
Sector Enfermedades Transmisibles

*Actualizado: 15/7/07

La vacuna triple viral (Sarampión-Rubéola-Papera) se encuentra dentro del esquema obligatorio de vacunación, con aplicación de dosis a los 12 meses y 5 años. En el Grafico Nº 1, puede apreciarse que la mayor disminución en el número de casos se dio luego de la incorporación de la vacuna dentro del esquema obligatorio.

Dada la situación internacional descrita previamente con brotes en varios países del mundo, el MSP realizó recomendaciones a los viajeros http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_6502_1.html tanto para la protección individual como colectiva (evitar la transmisión a nivel nacional de enfermedades que Uruguay ha estado libre desde hace varios años). Para ello, recomendó revisar y si es necesario actualizar el esquema de vacunación contra sarampión y rubéola.

En caso de viaje internacional se recomienda:

- que todo niño entre 6 meses y 1 año reciba una dosis de vacuna SRP. A los 15 meses deberá recibir una dosis de refuerzo y continuará con su esquema de vacunación según el cronograma vigente.
- que todo adulto mayor de 20 años y hasta los 45 años que no haya recibido dos dosis de vacuna SRP o no lo pueda documentar, reciba una dosis de vacuna SRP.

Idealmente la vacuna SRP debe administrarse al menos 2 semanas antes de la partida.

Constituyen excepciones a esta indicación los viajeros que presenten contraindicaciones para recibir vacunas contra el sarampión y la rubéola (por ejemplo, embarazadas).

Por otras contraindicaciones o precauciones consultar el link:
http://www.msp.gub.uy/vacunas2011/Caracteristicas_del_CEV_Parte_B/player.html

Las vacuna SRP se administrará en forma gratuita en cualquier vacunatorio del país ante la presentación de

receta médica.

Para conocer el vacunatorio más cercano ingresar a: <http://www.msp.gub.uy/vacunas/index.html>

Toda persona que haya viajado y que a su regreso presente algún síntoma, principalmente fiebre, síntomas respiratorios y/o erupción en la piel, debe consultar al médico y comunicarlo rápidamente a DEVISA (Departamento de Vigilancia en Salud – División Epidemiología) al teléfono 24091200 o por correo electrónico: vigilanciaepi@msp.gub.uy.

Del mismo modo, todo personal del equipo de salud que asista a una persona con esta sintomatología debe realizar la notificación a DEVISA, según el código nacional vigente referido ut supra. Es importante consignar el antecedente de viaje, a que destino y en que fecha.

3- BOTULISMO

3.1. Conceptos generales: ^{1 2}

Agente etiológico: *Clostridium botulinum*; bacilo gram positivo anaerobio estricto.

Requiere temperaturas de 20°-37° C (la óptima varía según el grupo) y pH entre 6.6-7.2.

Se clasifica en **cuatro grupos** fisiológicos: I (proteolítico, toxinas A, B, F); II (no proteolítico, toxinas B, E, F); III (toxinas C, D) y IV (toxina G).

La espora es la forma de resistencia (soporta la ebullición hasta 22 horas; es destruida por el calor a presión durante 4-20 minutos). Se encuentra ampliamente distribuido en tierra, heces de animales y sedimento marino, aunque tanto la carga de esporas como el tipo varían por regiones. Las esporas del tipo A predominan en Argentina, Brasil y Paraguay; las del tipo B en el oeste de los Estados Unidos; y, las del tipo E en Alaska y en la zona de los grandes lagos de los Estados Unidos y Canadá. La enfermedad humana es producida por los tipos A, B, E y F.

La toxina botulínica (cadena de polipéptidos) es termosensible. Se destruye por ebullición durante 10 minutos. La dosis letal para el hombre es de 0.01 mg.

Epidemiología: La presentación de casos de botulismo transmitido por alimentos (ingestión de alimentos con la toxina) ocurre habitualmente en forma de brotes de corta duración, por alimentos de elaboración casera y

¹ <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo2/modulo2c.html>

². OPS; "El control de las enfermedades transmisibles" ; 18ª edición, 2005

ocasionalmente de origen comercial. Los alimentos vehículo de transmisión varían según las zonas, lo cual está relacionado con la distribución de los tipos de esporas presentes. En los Estados Unidos y América del Sur, predominan los vegetales (morrones, espárragos, etc) y las frutas, mientras que en Canadá los productos marinos.

Es necesario un lapso entre la preparación del alimento y su consumo que se denomina período de preparación de la toxina o período de incubación extrínseco.

La distribución de la toxina en el alimento varía según se trate de un contenido líquido (por ejemplo conservas vegetales o de frutas) en los que es uniforme, comparado con lo que ocurre con alimentos sólidos (carne en conserva) en que una parte puede tener mayor concentración.

Otras formas de presentación son: botulismo del lactante y botulismo intestinal producidos por la ingestión de alimentos contaminados con esporos que germinan y producen la toxina en la luz intestinal. Dado que el mecanismo es similar, desde 1999 se utiliza la denominación de botulismo intestinal para los casos que ocurren en lactantes y adultos. Son de presentación esporádica. El mayor número de notificaciones de botulismo intestinal en lactantes se registra en los Estados Unidos y en Argentina, el rango de edad es 1-12 meses y la mediana 13 semanas con un 94 % de los casos en menores de 6 meses.

Clínica: El período de incubación 12 horas- 5 días (promedio 12-36 horas para la ETA., destacándose que a mayor toxina ingerida, menor latencia y a menor incubación, mayor gravedad).

El período de invasión o comienzo cursa sin fiebre con manifestaciones:

- Nerviosas (diplopía, visión borrosa, cefalea, vértigo, pesadez de párpados, astenia y adinamia).
- Respiratorias (disnea, insuficiencia respiratoria)
- Digestivas (náuseas, dolores abdominales, pirosis, hiporexia);

El período de estado no tiene una delimitación precisa con el anterior. Se caracteriza por el compromiso Ocular del II par (disminución agudeza visual, estrechamiento del campo visual, ceguera para los colores, ceguera), del III par (diplopía, visión borrosa, fotofobia, estrabismo, discoria, midriasis, disminución o ausencia de la secreción lagrimal).

Respiratorio, afectación del X par y nervio frénico (paresia o parálisis de los músculos respiratorio que resulta en taquipnea, disnea, respiración superficial, aleteo nasal, tiraje subcianos/cianosis, disminución o abolición del reflejo tusígeno).

De la fonación, pares craneales X y XII (disartria, disfonía, voz cuchicheada, dificultad para mover la lengua) Digestivas, pares craneales V, IX y X (dificultad para abrir la boca, hipo o asialia, veloplejías, disfagia,

hipoestesia faríngea, paresia gastrointestinal, constipación). Musculares: debilidad muscular, paresia y parálisis con predominio proximal. Otras (urinaria, X par, paresia vesical).

Evoluciona en 7-15 días, pero a veces la recuperación puede demorar meses.

Existen diferencias en las manifestaciones clínicas según el tipo de toxina causal.

Es muy importante el conocimiento de los síntomas para la orientación diagnóstica que determinará las acciones sobre la persona, la notificación y las intervenciones de salud pública.

La letalidad varía por brote y lugar de ocurrencia.

En el botulismo intestinal del lactante la sintomatología tiene un amplio espectro. Es constante la tríada: hipotonía, constipación y reflejo fotomotor lento. La primera manifestación es la constipación. Varios días después se presentan la hipotonía muscular y la disminución de la fuerza que son progresivas y provocan la insuficiencia respiratoria.

Tratamiento: Es específico y de sostén. El tratamiento específico se realiza con suero antitóxico trivalente (A, B, E) equino cuya dosificación varía según el laboratorio productor.

El tratamiento de sostén es clave para mantener la función respiratoria (con capacidad vital menor de 12 ml/kg está indicada la asistencia respiratoria mecánica) y el adecuado aporte.

3.4 Antecedentes Históricos a nivel Nacional

Esta enfermedad se presenta en forma ocasional o en pequeños brotes.

En Uruguay los últimos casos confirmados se registraron en el año 1999, correspondiendo a un brote de botulismo alimentario en personas procedentes del Departamento de Colonia, con un total de 3 casos, y un fallecimiento, donde el alimento implicado fueron morrones en conserva.

3.5 Situaciones vinculadas a Botulismo en los años 2010, 2011 y 2012:

Entre los meses de noviembre y diciembre de 2010 y enero y febrero de 2011, se identificaron 4 casos sospechosos de botulismo en habitantes de la ciudad de Paysandú.

La media de edad de los casos fue de 55 años (rango 24-80), siendo todas las pacientes de sexo femenino, procedentes de la ciudad de Paysandú.

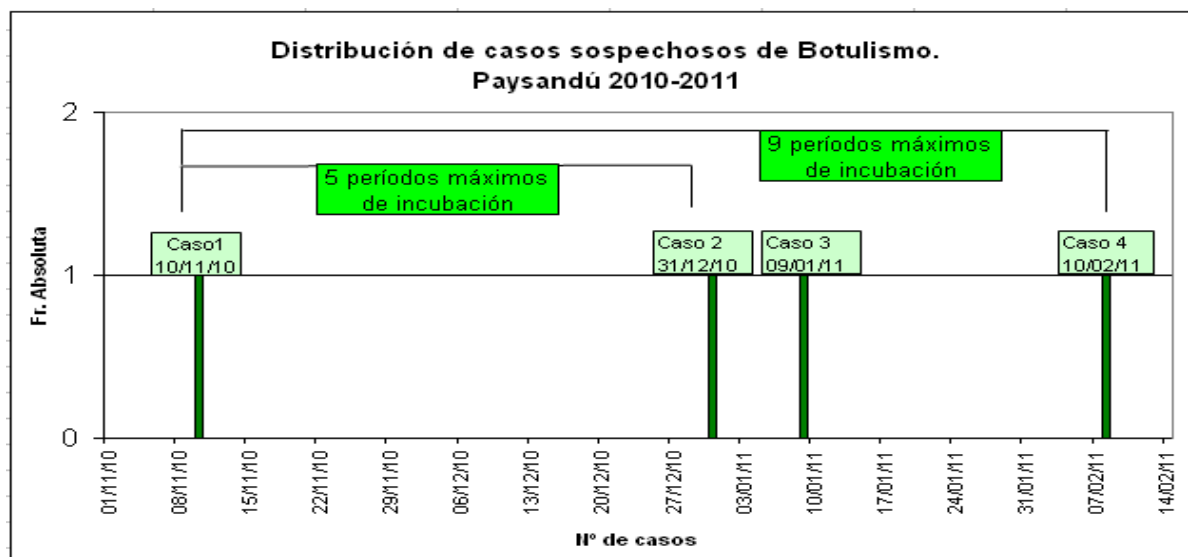
Todos los casos presentaron sintomatología neurológica de inicio agudo, de evolución céfalo-caudal, con alteración inicial de pares craneanos (diplopía, visión borrosa, ptosis palpebral, disfagia, disartria) que evolucionó a cuadriparesia a predominio proximal, conservando movilidad distal. Ninguno de los casos presentó alteración de conciencia ni fiebre, siendo la evolución en todos ellos hacia la insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y ventilación invasiva.

Todos presentaron buena evolución con alta a domicilio.

En los casos que fueron notificados en forma oportuna se realizó la administración de antitoxina botulínica.

Las fechas de inicio de síntomas de los casos mencionados se presentan en la curva epidemiológica.

Gráfico N° 3- Fechas de inicio de sintomatología de los casos sospechosos de Botulismo. Paysandú años 2010 – 2011.



Ante la identificación de los cuatro casos referidos en la ciudad de Paysandú en los años 2010 y 2011 se realizó la investigación de sospecha de **Brote de Botulismo de probable origen alimentario en dicha ciudad.**

Al mismo tiempo que se realizó la investigación de los casos y de la o las posible/s fuente/s, se iniciaron desde la División Epidemiología en conjunto con la Dirección Departamental de Salud de Paysandú, una serie de acciones en vistas al fortalecimiento de las Medidas de Prevención y Control a nivel Departamental y nacional así como de las coordinaciones interinstitucionales y comunicación internacional a organismos sanitarios:

- Trabajo coordinado con los técnicos del Centro de Información y asesoramiento toxicológico Nacional.
- Se elaboró comunicados a la población y al equipo de salud sobre el evento en general y sus medidas de control y prevención
- Conferencia de prensa por parte de autoridades Ministeriales.
- Reporte de situación desde el Centro Nacional de Enlace para el RSI

Junto con estas medidas se comenzó una vigilancia activa a nivel nacional para identificar nuevos posibles casos sospechosos.

A pesar de las investigaciones realizadas a nivel departamental, no fue aislada toxina botulínica en ninguno de los alimentos analizados.

Durante el año 2012, hasta la SE 38, se identificó un único caso confirmado procedente de Montevideo. En este caso pudo aislarse toxina botulínica A, tanto en materias fecales como en el alimento analizado. Fue administrada antitoxina botulínica y el caso presentó buena evolución.

A continuación se recogen algunos de los comunicados referidos y sus link para consulta:

**A: COMUNICADO A LOS EQUIPOS DE SALUD REFERIDO A LA IDENTIFICACION EN EL PAIS DE 3 CASOS
SOSPECHOSOS DE BOTULISMO 14.01.2011**

(http://www.msp.gub.uy/uc_4817_1.html)

Se han identificado en el país tres casos sospechosos de Botulismo que a la fecha se encuentran en investigación. Ante esta situación el Ministerio de Salud Pública:

1. Recuerda que se trata de una intoxicación aguda causada por la toxina de *Clostridium botulinum*.
2. Exhorta al Equipo de Salud a considerar el diagnóstico ante pacientes que cumplan las siguientes definiciones:

CASO SOSPECHOSO DE BOTULISMO: Enfermedad grave, de comienzo agudo, con manifestaciones clínicas del sistema nervioso principalmente, ptosis palpebral, visión borrosa, diplopía y parálisis flácida descendente y simétrica que puede evolucionar a insuficiencia respiratoria y paro respiratorio.

CASO SOSPECHOSO DE BOTULISMO DEL LACTANTE: Todo lactante que presente estreñimiento, inapetencia, indiferencia, ptosis palpebral, dificultad a la deglución y aparición de debilidad progresiva que puede evolucionar a insuficiencia y paro respiratorio.

Ante la identificación de un caso sospechoso, realizar la notificación al Departamento de Vigilancia en Salud, dentro de las primeras 24 hs. por al menos una de las siguientes vías:

Tel: 2 409 12 00

Fax: 2 408 58 38

Página web: www.msp.gub.uy

B: COMUNICADO DE BUENAS PRACTICAS PARA LA MANIPULACION DE ALIMENTOS

http://www.msp.gub.uy/uc_4833_1.html

¿CÓMO PODEMOS PREVENIR EL BOTULISMO ALIMENTARIO?

El botulismo alimentario es prevenible. La bacteria *Clostridium botulinum* puede causar la enfermedad cuando se encuentra presente en un alimento que posee condiciones propicias para multiplicarse y producir la toxina: temperatura apropiada, alimentos de baja acidez, con alto contenido de agua y almacenados en ausencia de oxígeno.

En particular las conservas y enlatados caseros se han vinculado frecuentemente a brotes de botulismo en todo el mundo. Si bien es excepcional, ello también ha ocurrido a partir de alimentos enlatados o conservas industriales.

¿QUÉ SE DEBE HACER?

- No se deben utilizar las latas que se encuentren oxidadas, abolladas, o que no lleven la etiqueta correspondiente
- Verificar la fecha de vencimiento de los alimentos
- No se deben utilizar latas hinchadas o aquellas que al abrirlas desprendan gas o mal olor
- De abrir un alimento enlatado que no se consume completamente se aconseja que el alimento restante se trasvase a un recipiente limpio que se pueda tapar. El mismo debe mantenerse refrigerado
- Llevar la temperatura interna de los alimentos a 85°C durante 5 minutos (o llevarlos a temperatura de ebullición por un par de minutos) destruirá la toxina. Considere esta medida en particular si se trata de conservas caseras.
- Para controlar el botulismo en el ámbito doméstico una de las medidas más eficaces es evitar la realización de conservas caseras. El problema es de tal gravedad y seriedad que la industria conservera se ha ocupado de controlar sus procesos para eliminar este tipo de microorganismos. Para que una conserva casera sea segura debería ser tratada al baño maría durante al menos dos horas y media en olla a presión durante un mínimo de 20 minutos.

4-AUSENTISMO ESCOLAR



Este Ministerio a través del Dpto. de Vigilancia en Salud, desarrolla desde hace algunos años, dentro de las distintas estrategias de vigilancia, el monitoreo de ausentismo escolar en algunas Instituciones educativas privadas del Departamento de Montevideo.

Esta información, se considera de vital importancia para el país como herramienta para detectar un posible comportamiento inusual de un evento de salud de importancia para la salud pública.

Con el propósito de fortalecer esta actividad se ha diseñado un software que permita ampliar éste monitoreo a otros Centros dependientes de CODICEN y MEC, abarcando instituciones de todos los departamentos del país,

para así obtener una visión más aproximada a la realidad Nacional. Este sistema de monitoreo permitirá a la población y al equipo de Salud acceder permanentemente a la información en tiempo real.

El Grafico Nº 4 muestra los primeros datos preliminares y sujetos a cambios que se han obtenido con esta estrategia. En ella se aprecia un aumento en el ausentismo promedio hacia la SE 27. Los motivos del mismo que permite identificar el sistema corresponden en primer lugar a “causas climáticas” (implica la no concurrencia de los alumnos a los centros educativos por las condiciones del clima) y en segundo lugar en frecuencia a cuadros respiratorios. A la SE 36 el promedio semanal de ausentismo es aproximadamente un 10% menos que el registrado a la SE 27.

Gráfico Nº 4.-

