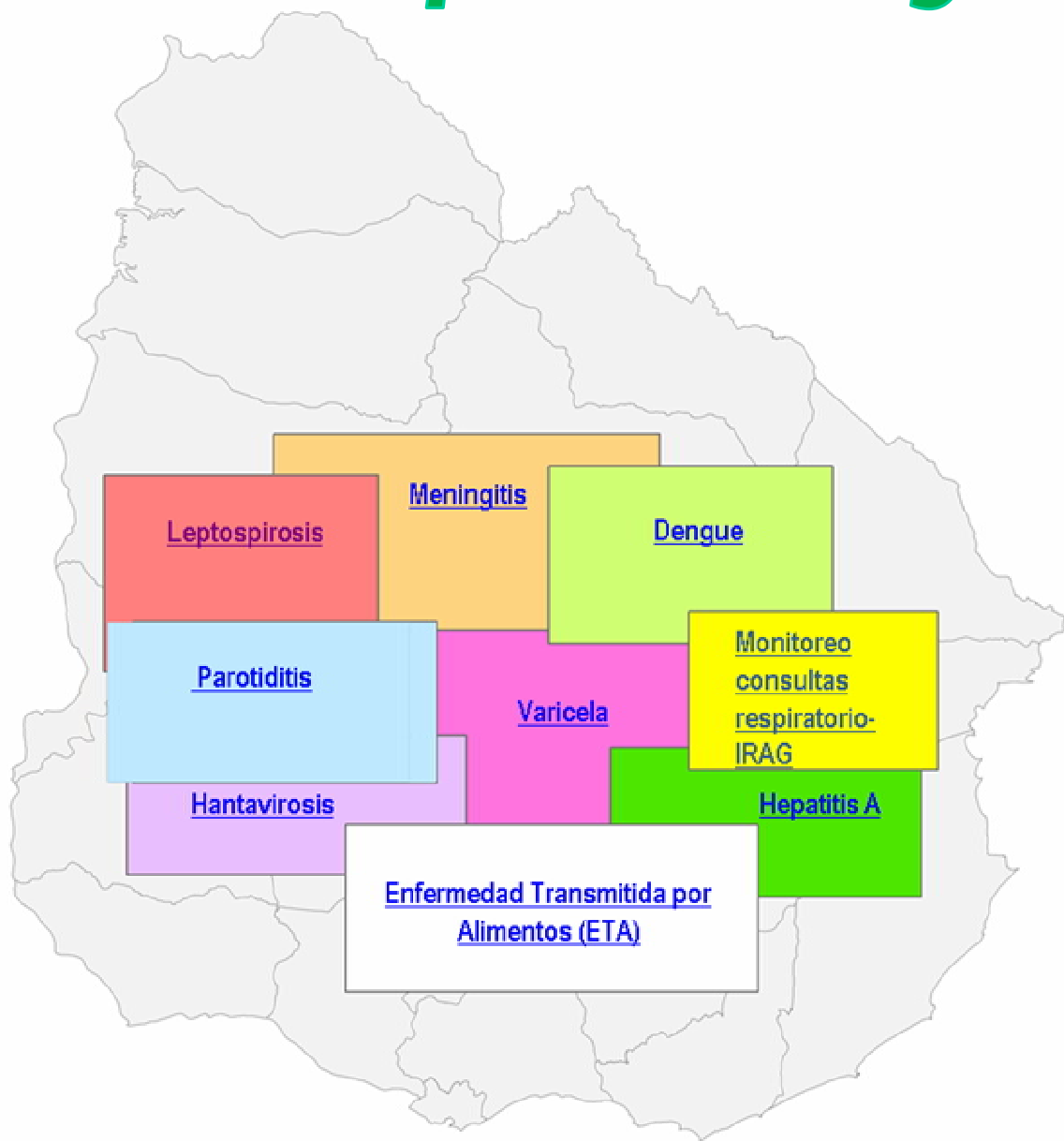


Boletín Epidemiológico



*Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 24
(16 de junio 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

ACTUALIZACIÓN DEL CÓDIGO NACIONAL DE ENFERMEDADES Y EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.....	4
DENGUE	5
VIGILANCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS	7
MENINGITIS	12
AUSENTISMO ESCOLAR.....	16

DENGUE

El dengue es un evento de notificación obligatoria dentro de las primeras 24 hs de la sospecha del caso.

Antecedentes nacionales relevantes respecto al evento y su vector:

- 1916- Último caso de dengue Autóctono
- 1958- Eliminación del Vector
- 1997-Reintroducción del vector
- Desde el año 1916 a la fecha no se han confirmado casos autóctonos de este evento (Fase 0).

- **Casos importados confirmados registrados en los últimos años y tipificación:**

En el año 2010 se confirmaron **5 casos importados** con antecedentes de viaje a Brasil (2 casos), Colombia (1 caso), Paraguay (1 caso) y Venezuela (1 caso).

En cuanto al **tipo de virus Dengue** identificado: Dengue tipo 1 (3 casos); Dengue tipo 2 (1 caso) y Dengue tipo 3 (1 caso).

Durante el año 2011, se registraron un total de **6 casos importados** confirmados con antecedentes de viaje a Brasil (4 casos) y Paraguay (2 casos). Fueron obtenidas muestras que permitieron realizar **la tipificación** en 2 casos, resultando ambos Virus Dengue tipo 1.

A la **SE 24 de 2012** se registró **1 caso confirmado importado** (antecedente de viaje a Paraguay). Su **tipificación** corresponde a Virus Dengue tipo 1.

- **En referencia al vector:**

Este ha sido **identificado en varios departamentos** del país, utilizándose actualmente la estrategia de monitoreo vectorial de Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRAA).

Durante el año 2011 se aplicó esta estrategia en dos campañas. Los Departamentos donde se llevó a cabo así como los índices encontrados lucen en los mapas 1 y 2.

Durante ambas campañas se detectó presencia del vector en los Departamentos de: Salto, Paysandú, Soriano y Montevideo registrándose cambios en los índices de Infestación aérea.

Esto se acompaña en la región de la comunicación de casos confirmados en Provincia de Bs As (Argentina), por lo que se fortaleció por parte de este Ministerio la campaña de prevención a través de las medidas de control vectorial.

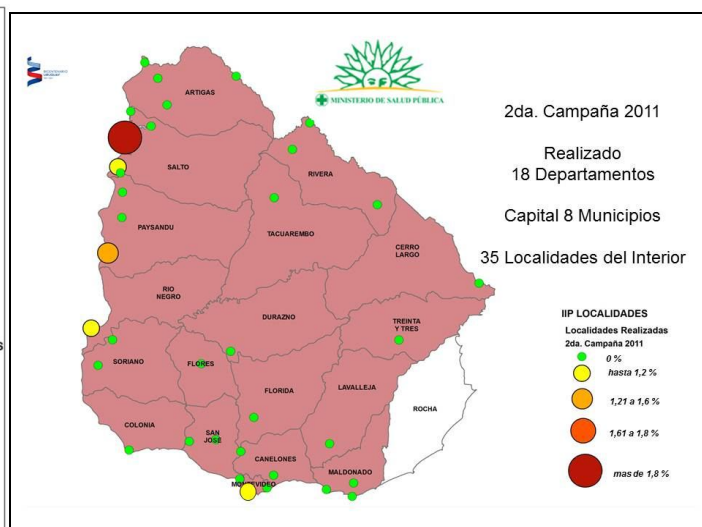
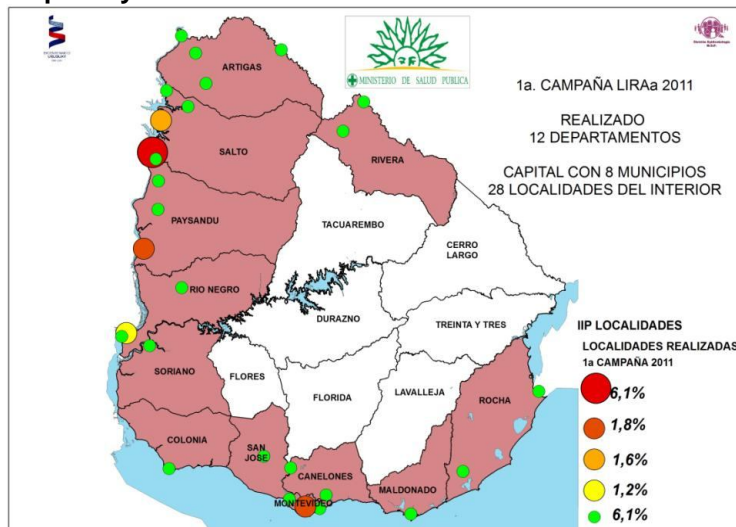
Durante el año 2012 se aplicó nuevamente la estrategia LIRAA. Los resultados de la primera campaña lucen en los mapas 3 y 4.

En el mapa N° 3 puede apreciarse que en localidades de los departamentos de Paysandú y Salto se registraron índices de infestación que implican alto riesgo.

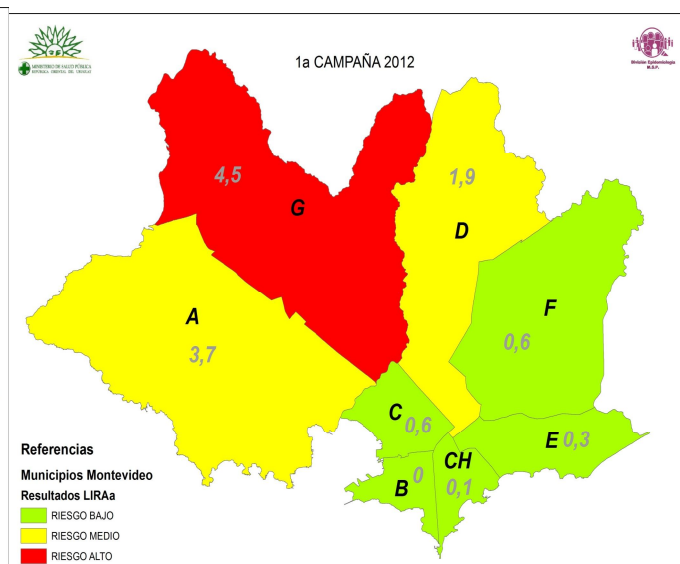
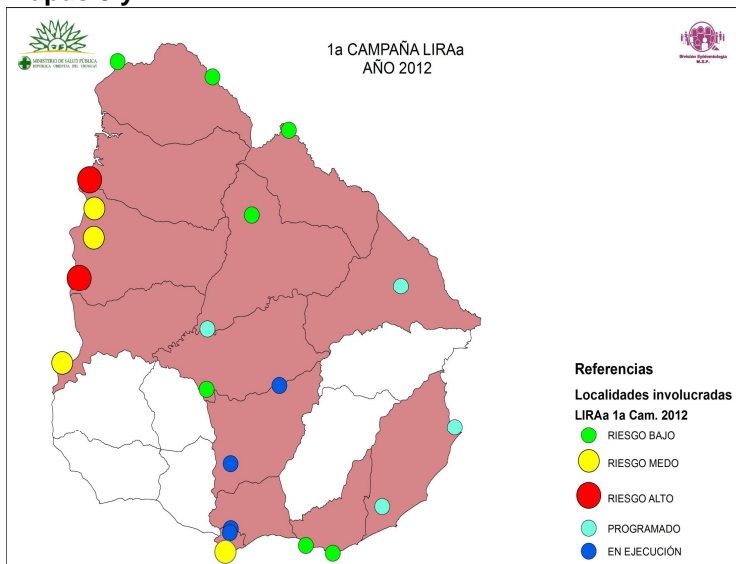
El Mapa N° 4 muestra índices de infestación que implican alto riesgo en el Municipio G, y mediano en los municipios A y D.

Estos hallazgos indican la necesidad de continuar e intensificar las medidas de descacharrización con la finalidad de eliminar los posibles lugares de reproducción del vector.

Mapas 1 y 2:



Mapas 3 y 4.



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 28 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 24, 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. El mismo comportamiento se observa con los ingresos a UCI por esta causa (Gráficos N° 1 y 3).

En el mismo período de 2012, los ingresos por IRAG predominan francamente en los menores de 5 años y de sexo masculino. En los adultos, el grupo de 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 edades pediátricas (Gráficos N° 2 y 4).

Grafico N° 1.- Año 2011

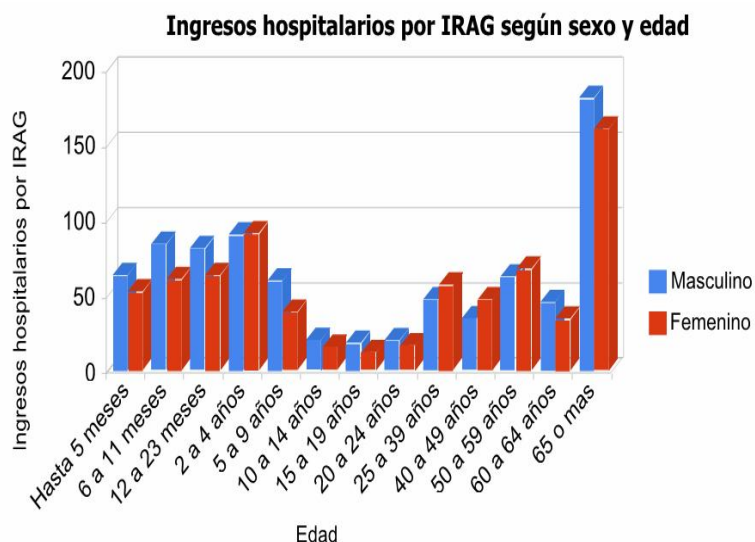


Grafico N° 2.- Año 2012

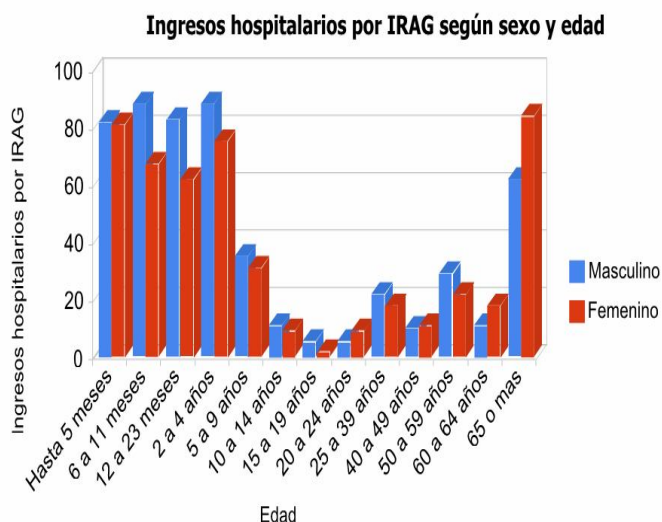


Grafico Nº 3.- Año 2011

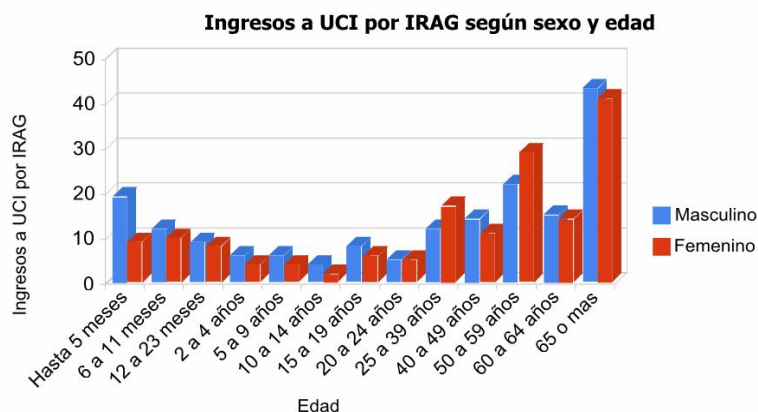
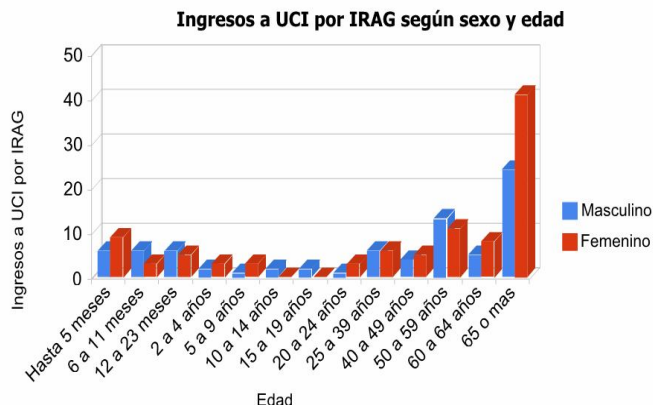


Grafico Nº 4.- Año 2012



Tanto en el año 2011 como en 2012, las defunciones por IRAG predominaron en pacientes mayores de 65 años y de sexo masculino (Gráficos Nº 5 y 6).

Grafico Nº 5.- Año 2011

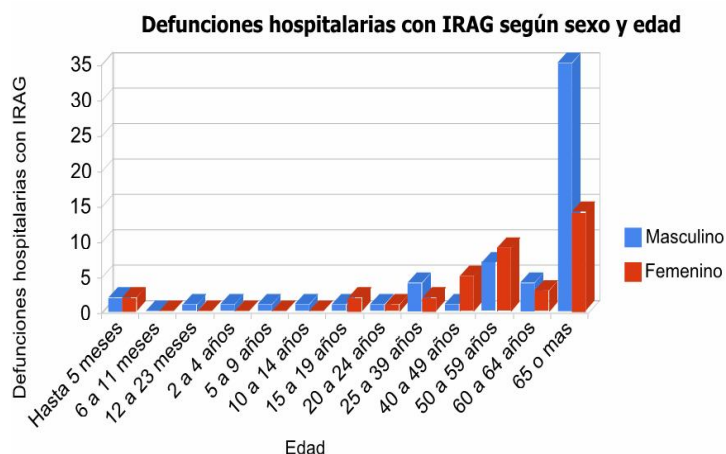
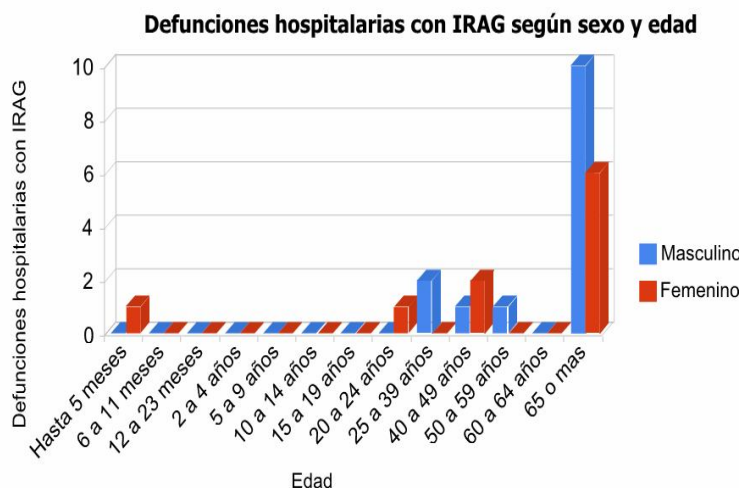


Grafico Nº 6.- Año 2012



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 la SE 28 en 2011 y en la SE 26 en 2012.

A la SE 28, la proporción observada durante 2011 fue de aproximadamente 12% mientras que la proporción 2012 corresponde a un 6 %.

Mientras tanto, la proporción de ingresos a UCI por IRAG (en el total de ingresos a UCI) se mantuvo constante hasta la SE 16-18, a partir de las cuales comienza a ascender llegando a máximos de aproximadamente 4% a la SE 28. (Gráficos Nº 7 y 8).

Grafico Nº 7.- Proporción de ingresos hospitalarios por IRAG y proporción de ingresos a UCI por IRAG. Uruguay a la SE 28 de 2011

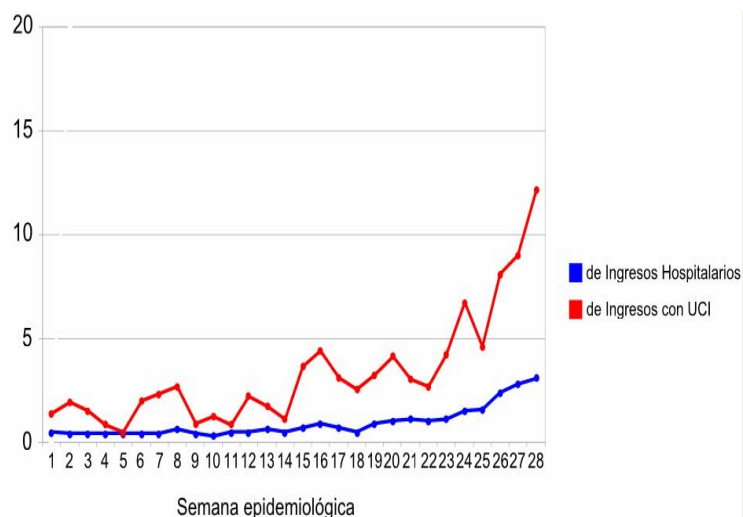


Grafico Nº 8.- Proporción de ingresos hospitalarios por IRAG y proporción de ingresos a UCI por IRAG. Uruguay a la SE 28 de 2012

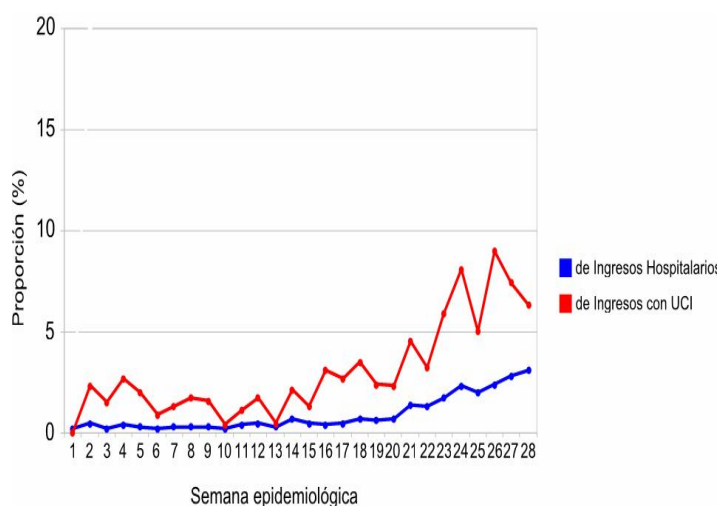


Grafico Nº 9.- Año 2011.

Distribución de virus respiratorios en vigilancia por SE

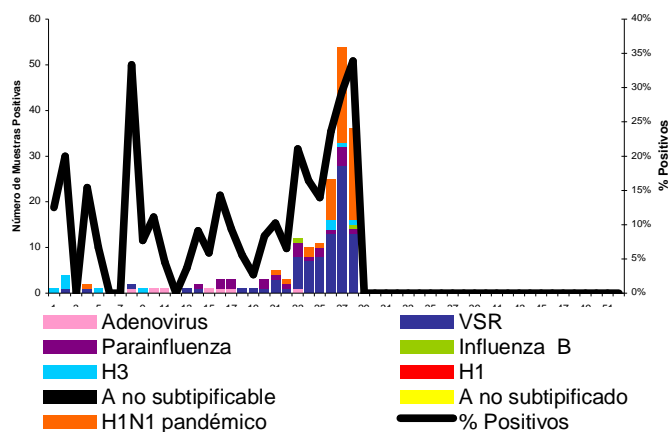
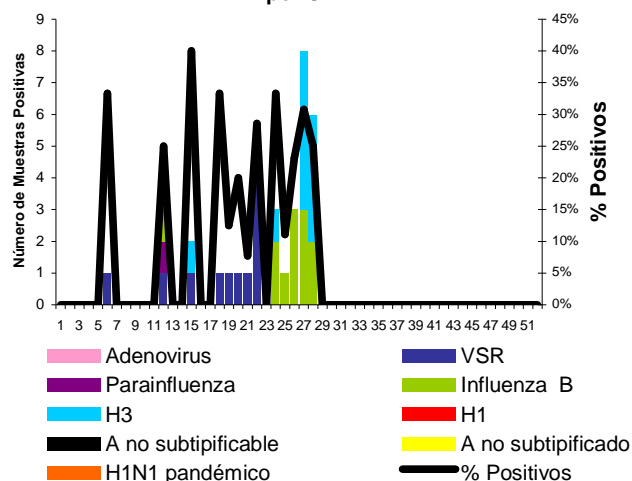


Grafico Nº 10.- Año 2012

Distribución de virus respiratorios en vigilancia por SE



El análisis de la **vigilancia laboratorial** a través de las muestras estudiadas **durante el año 2011 (Grafico Nº 9)** en el período SE 1 a la SE 28, permite identificar aislamientos virales desde la SE 1 con un aumento a partir de la SE 23 que se hace máximo en la SE 27. En cuanto a los virus identificados, Influenza A H3 se asila desde la SE 1 a la 9, habiendo un intervalo de varias semanas libre de casos, identificándose nuevamente en las SE 26, 27 y 28.

A partir de la SE 20 se comienza a identificar con mayor frecuencia el VSR y a partir de la SE 26 Influenza A H1N1, correspondiendo a estos dos virus al aumento en el número de casos referido a partir de la SE 23 con máximo en la 27.

El análisis del mismo período del **2012 (Gráfico N° 10)**, permite identificar el primer aislamiento en la SE 6 correspondiendo a VSR, manteniéndose hasta la SE 21, en donde comienza a predominar Influenza B e Influenza A H3. 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 27, correspondiendo a VSR, Influenza B e Influenza A H3.

Gráfico N° 11.- Año 2011.

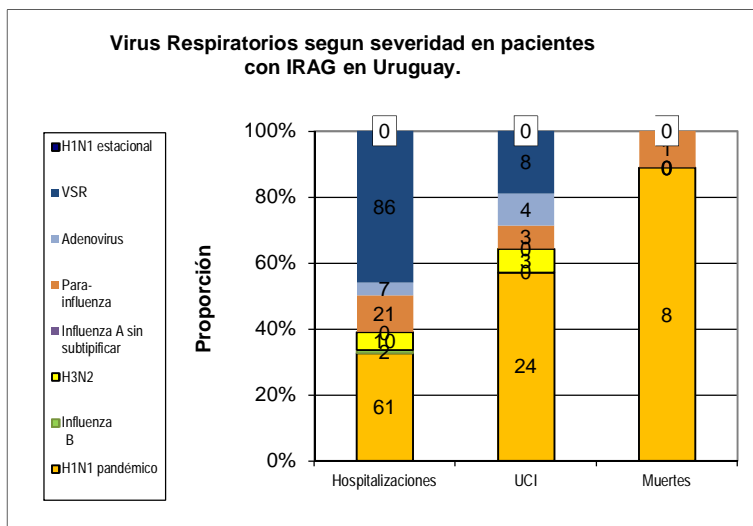
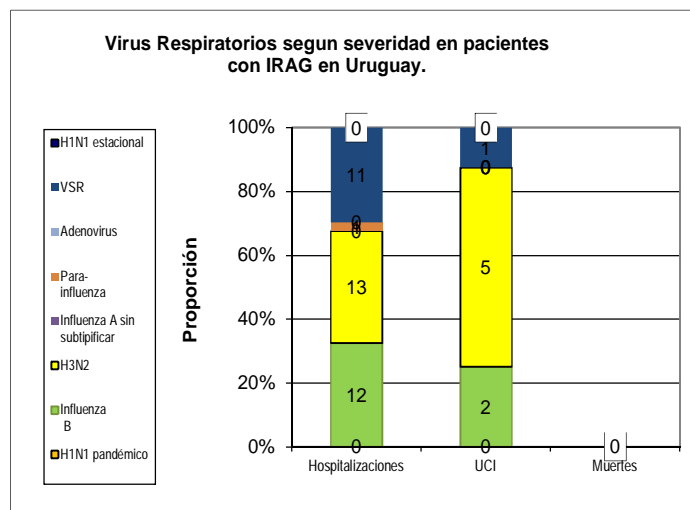


Gráfico N° 12.- Año 2012



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 28 de 2011 (Gráfico N° 11):

- En los casos que requirieron internación los virus que predominaron fueron VSR (44%), seguido por Influenza A H1N1 Pandémica (31%) y Parainfluenza (10,7%)
- En los casos que requirieron ingreso a UCI, Influenza A H1N1 Pandémica correspondió al 53,3% de los casos seguido de VSR con el 17,7%.
- En los casos fallecidos, el 88,9% de los aislamientos correspondieron a Influenza A H1N1 Pandémica y el resto a Parainfluenza.

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

- En los casos que requirieron internación los virus que predominaron fueron Influenza H3N2 (35%), seguido por Influenza B (32 %) y VSR (29,7%).
- En los casos que requirieron ingreso a UCI, predominó en frecuencia Influenza H3N2 (62,5%) seguido por Influenza B (25%) y VSR (12,5%)

- 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.

Durante todas las SE del año 2012, como puede observarse en el Gráfico 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 algo menor.

Durante 2012, las tasas de consulta se hacen máximas hacia la SE 25, llegando en la SE 26 al doble de la tasa registrada a la misma fecha de 2011.

Durante la mayor parte de las semanas epidemiológicas del año en curso, el número de consultas por cuadro respiratorio en las unidades móviles donde se realiza éste monitoreo fue mayor al número de consultas en el año previo, registrándose un aumento en la semana 17.

Gráfico N° 13.- Tasa de consultas por cuadros respiratorios en Unidades móviles según SE. Uruguay 2011-2012 a la SE 26.

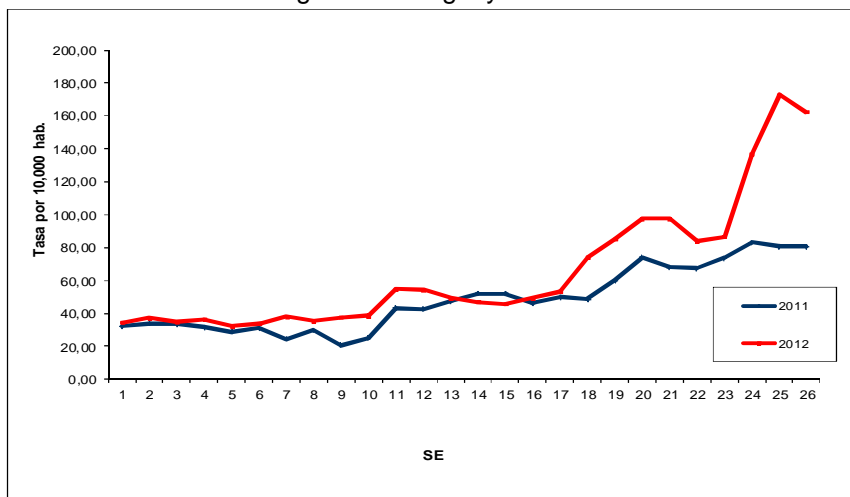
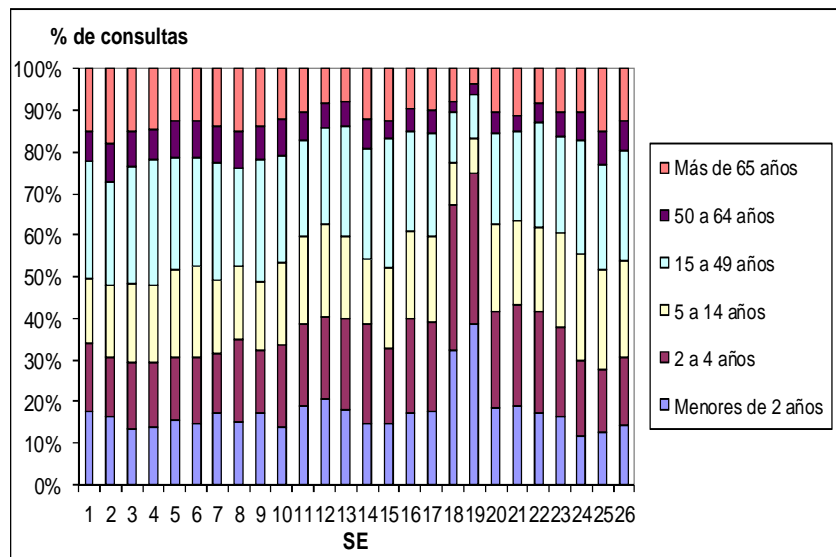


Gráfico N° 14.- Consultas respiratorias en Unidades Móviles según grupo de edad y semana epidemiológica. Uruguay 2012 SE 26.



Al analizar las consultas según grupo etario durante el año 2012 (Gráfico N° 14) se aprecia que las consultas en edad pediátrica correspondieron al 50% o mas del total de las consultas durante todo el año, con máximo en las SE 18 y 19 en las cuales se alcanzó aproximadamente un 80%. A la SE 26, el 50% de las consultas corresponden a menores de 15 años.

MENINGITIS

La **meningitis** y la **enfermedad meningocócica** son eventos de notificación obligatoria al Departamento de Vigilancia en Salud dentro de las primeras 24 horas de sospecha del caso.

Tabla Nº 1. Distribución de casos de meningitis/encefalitis notificados confirmados según etiología y evolución. Uruguay a la **SE 25** de 2012.

Etiología	Nº casos	Evolución		
		Alta	Fallecidos	Seguimiento
Meningococo	4	4	2	0
Neumococo	15	7	4	4
Haemophilus Influenzae tipo b	3	0	0	3
Haemophilus Influenzae otros tipos	0	0	0	0
Otros gérmenes identificados	0	0	0	0
Desconocida (*)	23	18	0	3
Viral (**)	38	38	0	0
Probable viral	32	31	0	1
Total	115	98	6	11

(*) Corresponden a meningitis agudas supuradas sin germen identificado.

(**) Casos corresponden a Meningitis/Encefalitis/Meningoencefalitis viral.

Como **enfermedad meningocócica** se presentaron además de los casos de meningitis:

- 6 casos de meningococcemia (2 de los casos evolucionaron al fallecimiento).
- Conjuntivitis a Meningococo: caso ambulatorio con buena evolución.

Gráfico Nº 15.- Corredor endémico acumulado de meningitis agudas supuradas por todas las etiologías. Año 2007-2012.

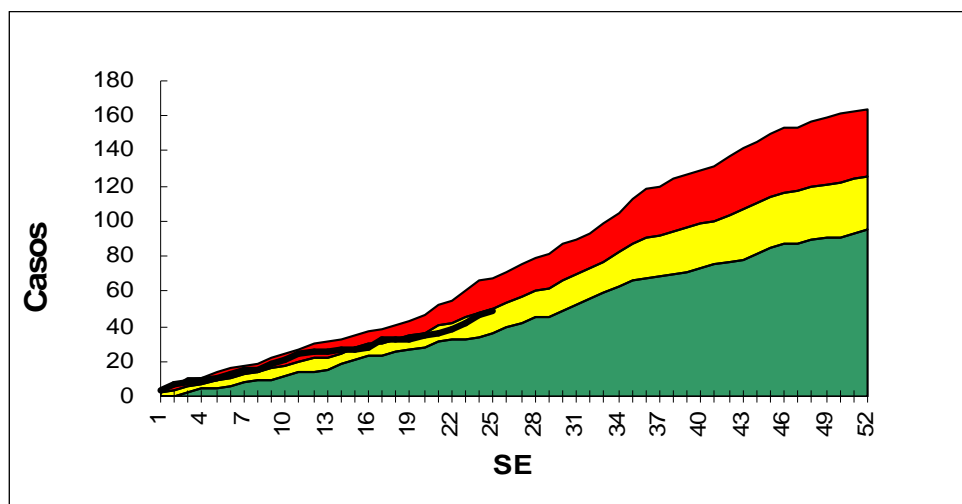
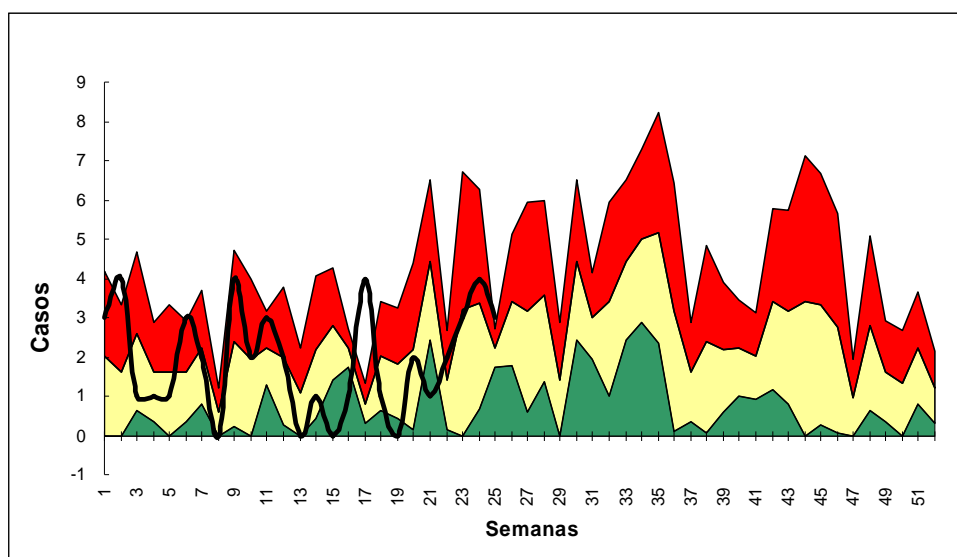


Gráfico N° 16.- Corredor endémico semanal de meningitis agudas supuradas por todas las etiologías. Año 2007-2012.



El corredor endémico acumulado para meningitis agudas supuradas (por todas las etiologías) en el presente año ha transcurrido en zonas de seguridad y alerta. A la fecha de cierre del presente informe, transcurre en el límite entre ambas zonas (Gráfico N° 15).

En cuanto al corredor endémico semanal durante 2012 ha transcurrido en zonas de éxito, seguridad y alerta. Durante una única semana los valores observados fueron mas allá de los esperados (SE 17). Al cierre del presente informe el corredor transcurre en de zona de alerta (Gráfico N° 16).

1- Enfermedad meningocócica:

Durante el año 2012 el número de casos observados de Enfermedad Meningococcica se ha registrado dentro de las zonas de alerta y seguridad tanto para el corredor acumulado como en el semanal. (Gráficos N° 17 y 18)

Gráfico N° 17.- Corredor endémico acumulado de E. Meningococcica. Uruguay 2007-2012

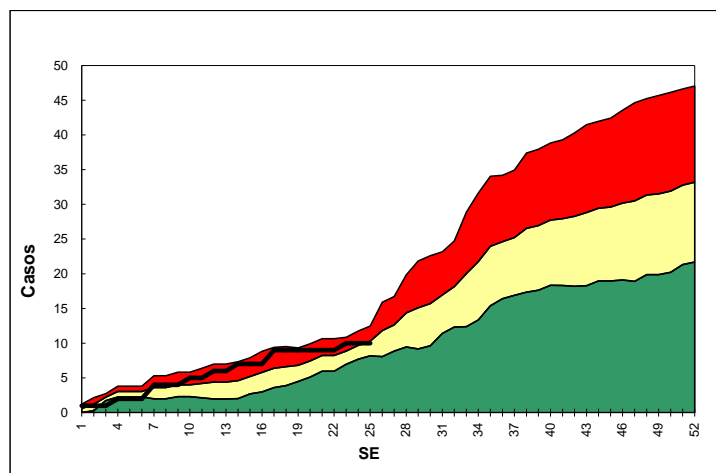
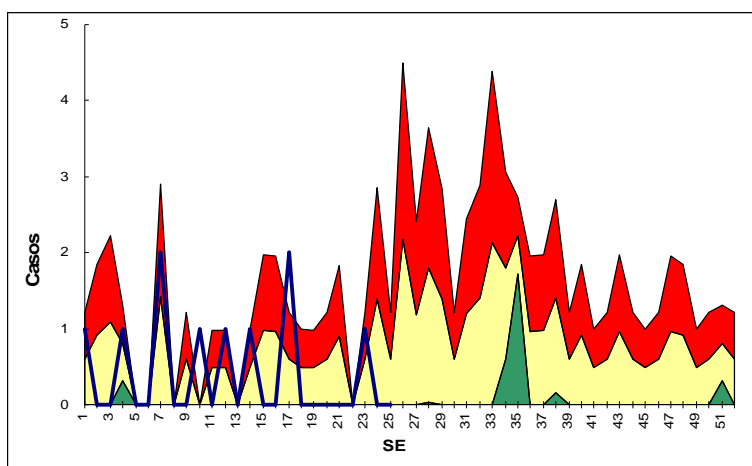


Gráfico N° 18. Corredor endémico semanal de E. Meningococcica. Uruguay 2007-2012



Tanto el **número de casos** como las tasas de incidencia al mismo periodo en los años 2011-2012, son iguales. En referencia a **los fallecidos**, a la SE 25 en 2011 se había registrado un caso mientras que a la misma SE de 2012 se han registrado 2 casos.

En cuanto a las **edades**, 9 de los 10 casos del año 2012 corresponden a menores de 5 años, mientras que un único caso es mayor de 16 años.

Del estudio de los **serogrupos** identificados, destacamos que se mantiene el predominio del serogrupo B, registrándose dos casos de serogrupo C.

2- Meningitis Neumocócica:

En el año 2012 las meningitis a Neumococo han estado dentro de los valores esperados durante todo el año a excepción de la SE 1, donde se registraron valores superiores a lo esperado.

A la SE 25, tanto el corredor endémico acumulado como el semanal transcurren en zona de seguridad (Graficos 19 y 20).

Gráfico Nº 19 : Corredor endémico acumulado de Meningitis Neumocócica. Año 2007-2012.

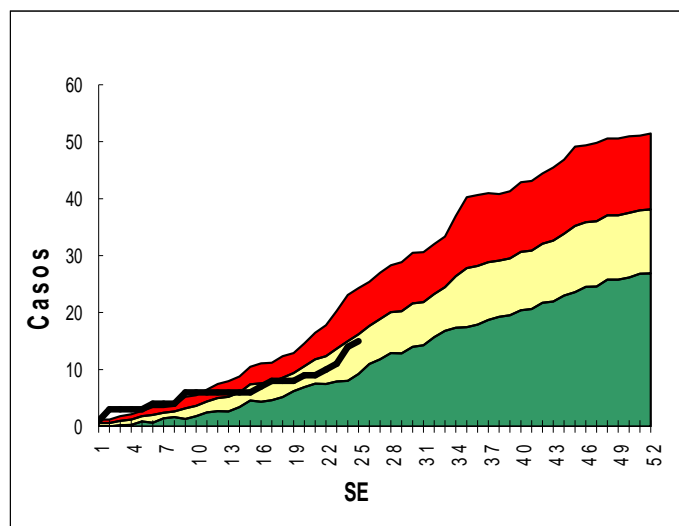
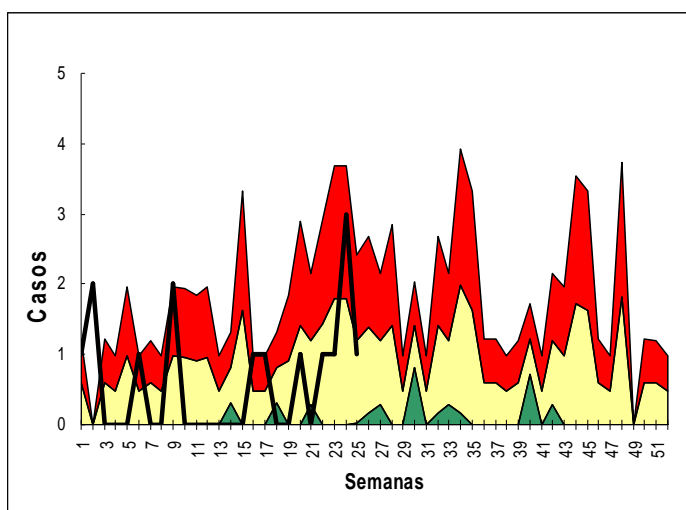


Gráfico Nº 20: Corredor endémico semanal de meningitis Neumocócica.



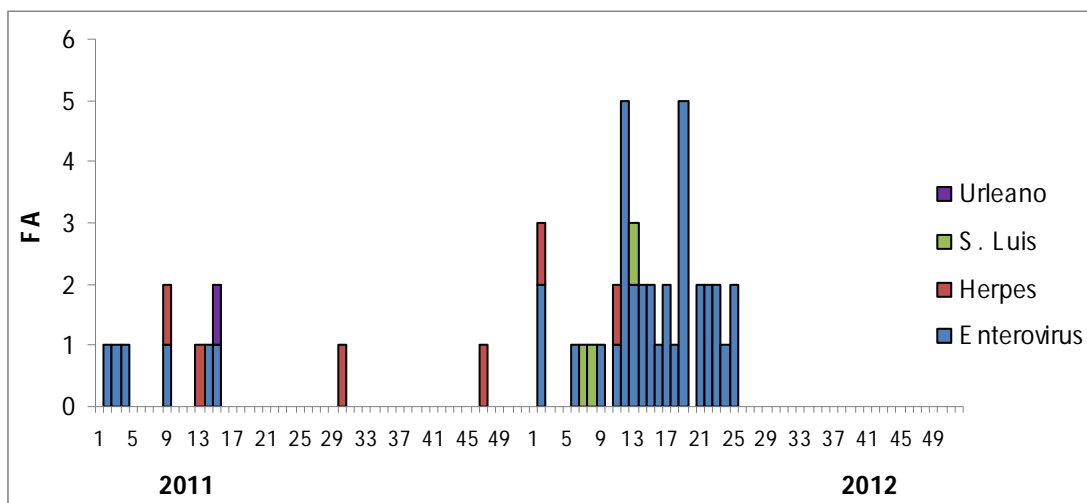
El análisis comparativo del numero de casos y las tasas de incidencia al mismo período, en el años 2011 se habian registrado 21 casos (tasa de incidencia 0.62 x 100.000 hab.) y en 2012 15 casos (tasa de incidencia 0.44 x 100.000). En cuanto a los fallecidos, en el 2012 se han registrado 4 casos y en el mismo período de 2011 se identificaron 5.

3- Meningitis- Encefalitis Virales

La vigilancia de las Meningitis-Encefalitis Virales se ha fortalecido a través del protocolo Nacional de Vigilancia (disponible en la pág. Web (http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4499_1.html)).

Esta estrategia ha permitido identificar a la semana 25 del presente año: 33 casos confirmados de Meningitis/Encefalitis a *Enterovirus*, 3 casos de *San Luis* y 3 casos por *Herpes Virus Tipo 1 y 2*.

Gráfico Nº 21.-: Distribución de casos confirmados de Meningitis/Encefalitis según agente, Años 2011- 2012.



Meningitis/Encefalitis a Enterovirus:

En lo que respecta a este agente, hasta la SE 25 de 2012 se ha detectado una tendencia creciente tanto en el número de casos notificados como confirmados respecto a igual fecha del año previo. Este aumento corresponde principalmente a casos en edad pediátrica. No fue identificado nexo entre los casos y todos evolucionaron favorablemente no registrándose fallecimiento.

Es importante destacar que la estrategia de vigilancia a través del protocolo mencionado contribuye a la mejora de la vigilancia por lo que el aumento del número de casos puede estar influenciado por la mejor vigilancia.

Meningitis/Encefalitis San Luis (M/E a VSL)

En nuestro país se contaba con registro de un caso individual confirmado previo a la puesta en marcha del este protocolo. A la SE 25 de 2012, se han identificado 3 casos.

Tabla Nº2. Casos confirmados de (M/E a VSL), según edad, fecha de inicio, procedencia, institución y evolución. Uruguay 2012 a SE25.

Edad	Fecha inicio	Domicilio	Evolución
49	26/03/2012	Montevideo	Alta
23	16/02/2012	San José.	Alta
10	19/02/2012	Montevideo	Alta

Los casos corresponden a pacientes con clínica de Meningitis/encefalitis, procedentes de los departamentos de Montevideo y San José. No fue identificado nexo epidemiológico entre los casos y todos evolucionaron favorablemente. Se investigó junto con la Unidad de Zoonosis y vectores para profundizar la investigación de campo en lo que respecta al control vectorial.

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 22 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.

Grafico Nº 22.-

