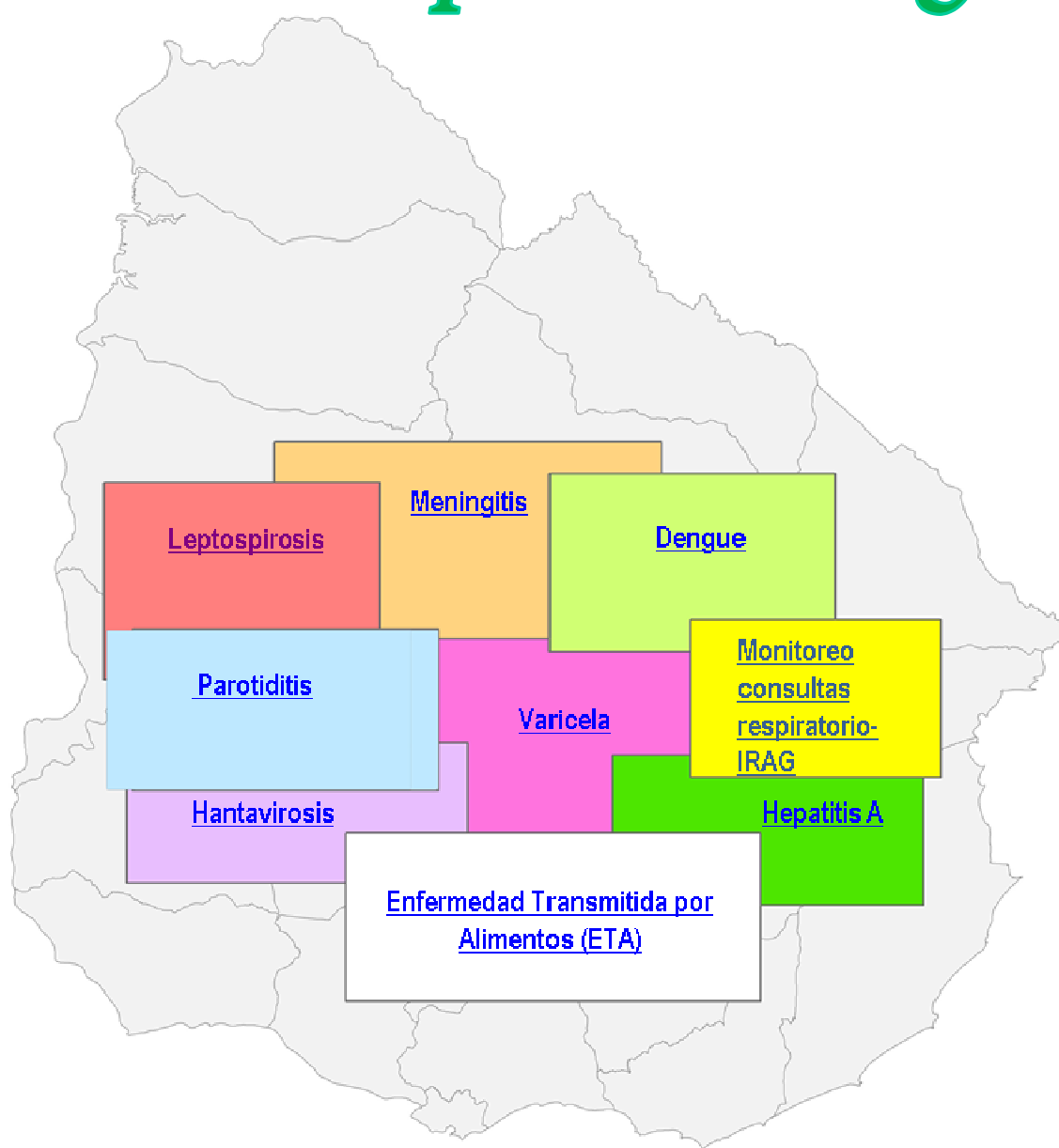


Boletín Epidemiológico



*Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 20
(19 de mayo 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 Epidemiológica 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.

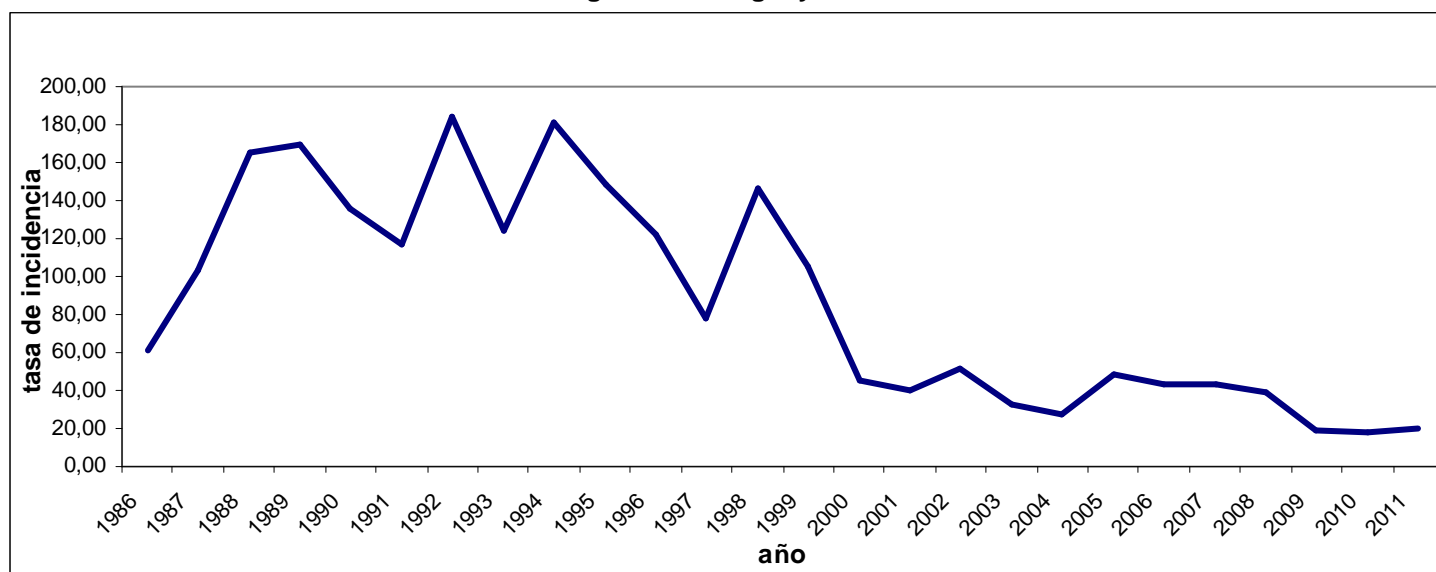
1- VARICELA

La varicela es un evento de notificación obligatoria del grupo B, notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.

Presentó un claro comportamiento endemo-epidémico, con brotes cada 2 -3 años hasta el año 1999 cuando fue introducida la vacuna en el esquema obligatorio (Gráfico 1).

A partir de esa fecha se registra una clara tendencia en descenso con máximos de casos en los años 2002 y 2005.

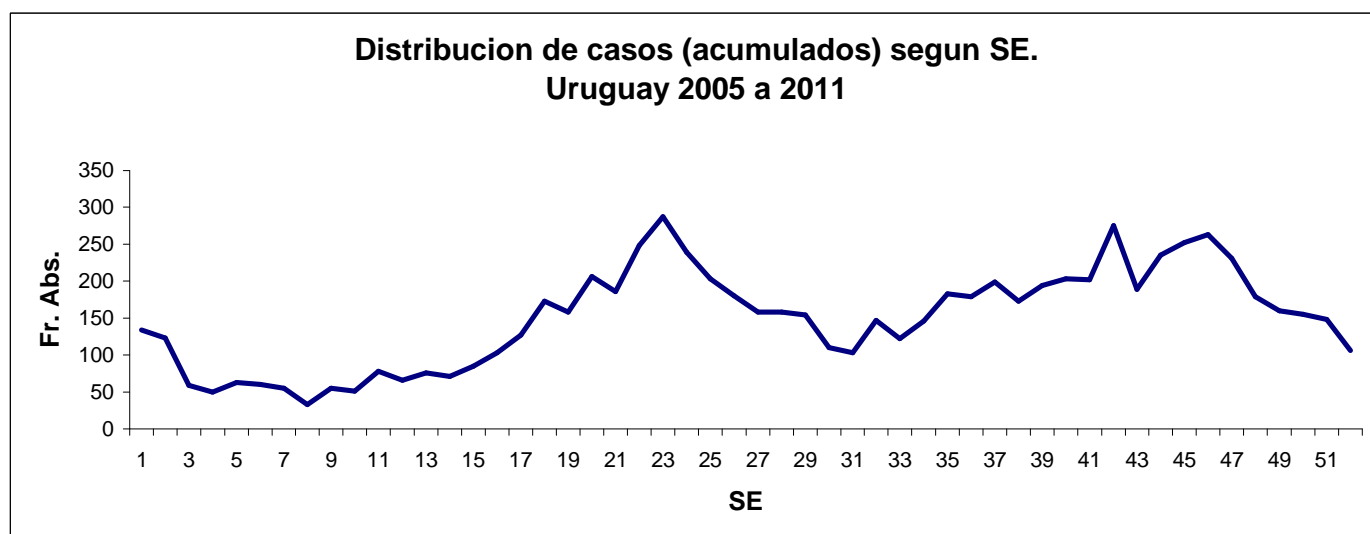
Gráfico N°1. Tasa de incidencia de varicela según año. Uruguay 1986-2011.



En cuanto a la distribución temporal, varicela clásicamente predomina en épocas de otoño y primavera. El Gráfico N°2 presenta el número de casos acumulados entre los años 2005 a 2011 en cada una de las SE mostrando este predominio temporal (máximos en las SE 22 –mayo- y 42 –octubre-).

Gráfico N°2.

Distribución de casos (acumulados) según SE. Uruguay 2005 a 2011



En cuanto a las edades de los casos, el análisis de las medidas de resumen de edad, muestran que desde 2005 a 2010, los casos se presentaron en poblaciones cada vez de mayor edad.

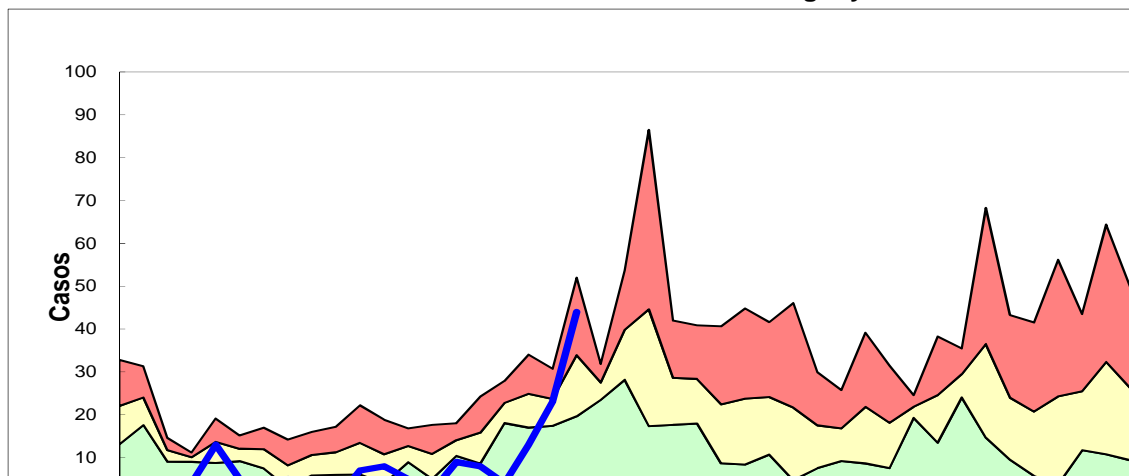
En el año 2011 se produce un descenso de todas las medidas de resumen de edad (media, mediana, modo).

A la SE 20 de 2012 nuevamente las edades corresponden a poblaciones de mayor edad, retomando el comportamiento visualizado desde 2005 a 2010.

Situación 2012:

Durante 2012, como puede apreciarse en el corredor endémico semanal (Grafico 3) se ha transcurrido en la zona de éxito hasta la semana 19 y 20 en las que el número de casos ha aumentado, siguiendo la tendencia de distribución temporal, llegando a transcurrir en zonas de seguridad y alerta (SE 20).

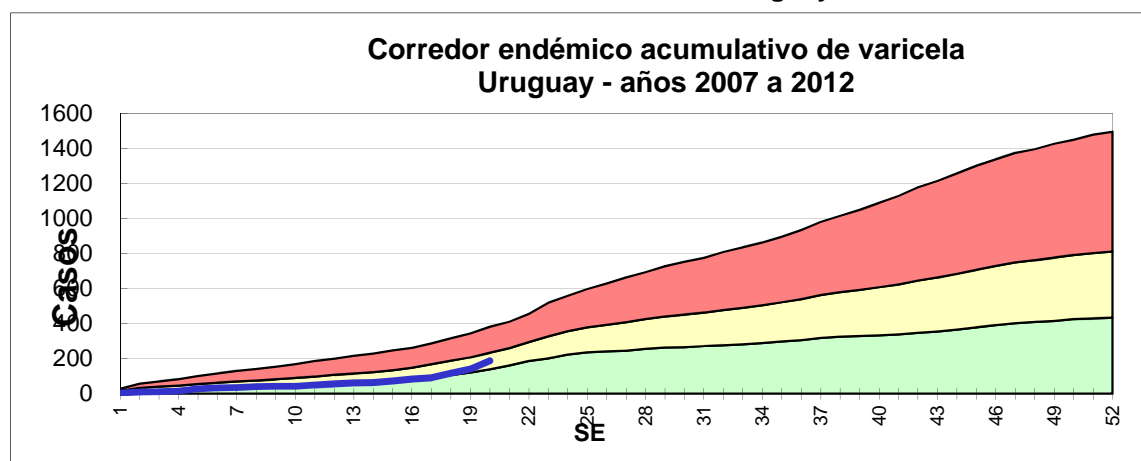
Grafico N°3. Corredor endémico semanal de Varicela 2012. Uruguay.



Por su parte el corredor endémico acumulado ha transcurrido en zona de éxito durante todo el año, alcanzando la zona de seguridad durante la SE 20.

Durante las últimas semanas se han recibido notificaciones de brotes en instituciones cerradas (principalmente instituciones educativas) con casos tanto en vacunados como no vacunados.

Grafico N° 4. Corredor endémico acumulado de Varicela. Uruguay.



2- DENGUE

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

Los antecedentes nacionales relevantes respecto al evento y su vector son los siguientes:

- 1916-Dengue Autóctono
- 1958-Eliminación del mosquito
- 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:

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).

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).

A la **sepi 20 de 2012** se registró 1 caso confirmado importado (antecedente de viaje a Paraguay).

• En referencia al vector:

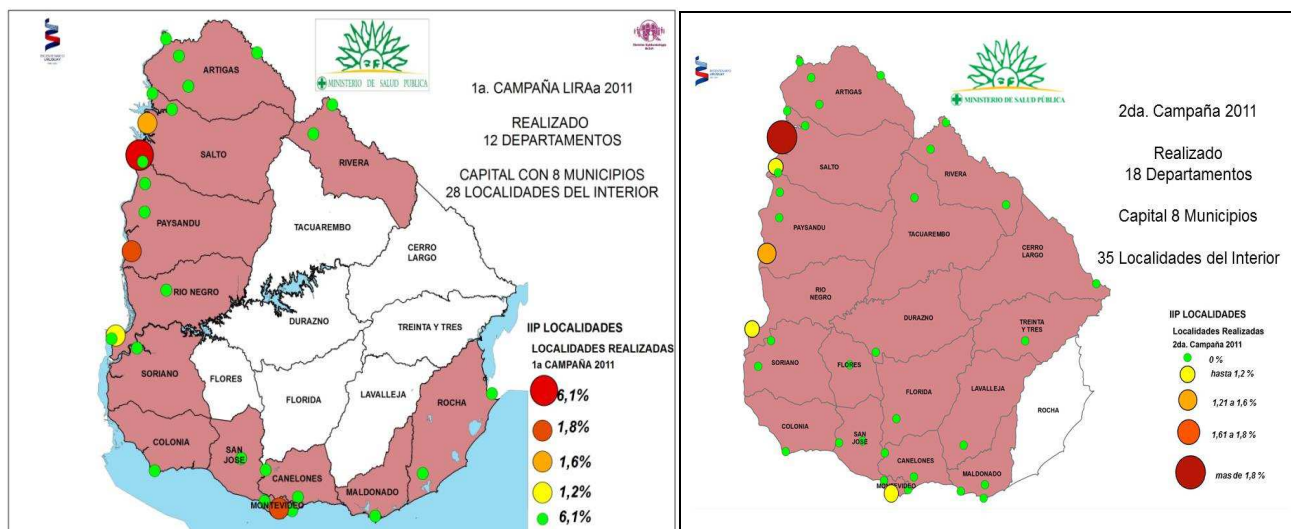
Este ha sido **identificado en varios departamentos** del país, utilizándose actualmente la estrategia de monitoreo vectorial de Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRAa).

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 aédica.

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.

Mapas 1 y 2:

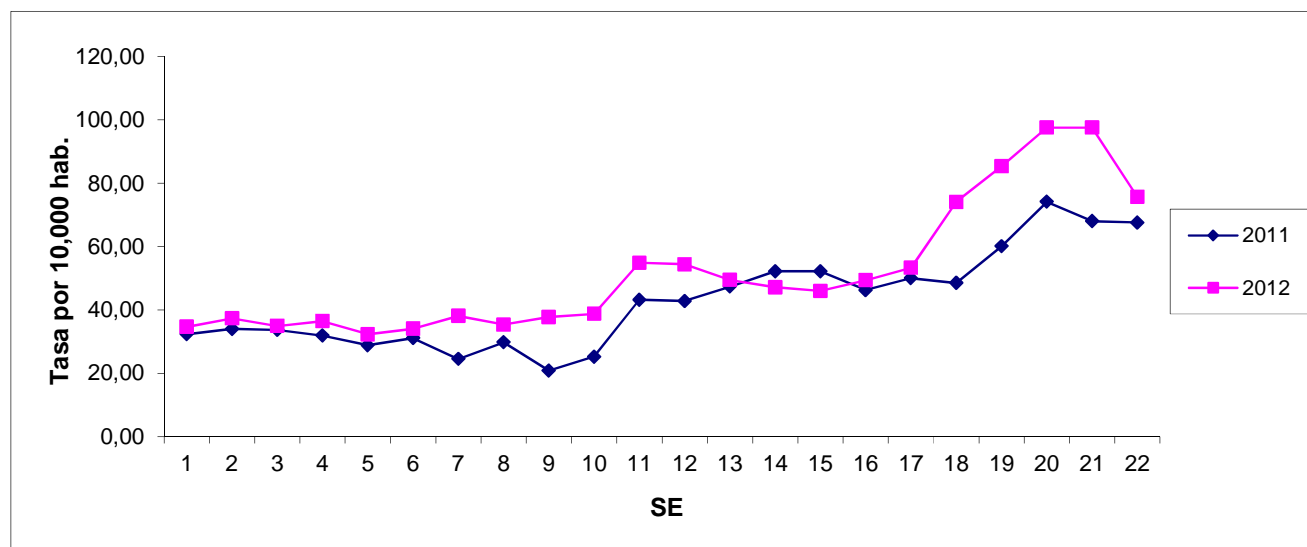


3- RESPIRATORIO

Las infecciones respiratorias durante el año 2012 se vigilan a través de dos estrategias: consultas en unidades móviles de Montevideo y vigilancia centinela de IRAG.

En referencia a la vigilancia de consultas por causa respiratoria en unidades móviles, el comparativo de las tasas de consulta en los años 2011 y 2012 muestra una distribución con un aumento a partir de la SE18 en 2011 y SE 17 en el 2012. El aumento en el número de consultas en el año en curso ha sido mayor que el del año anterior. En la última semana el numero de casos tiende a disminuir.

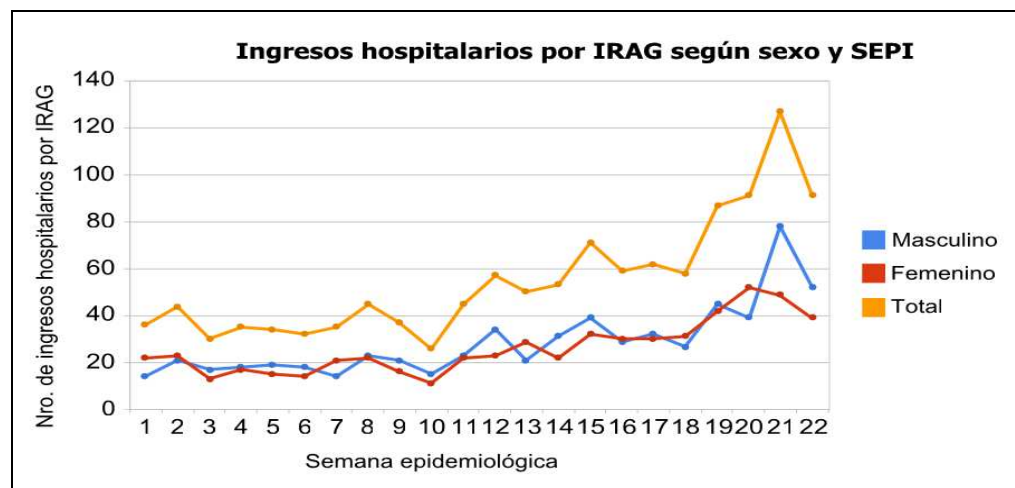
Grafico Nº 5. Tasa de consultas por causa respiratoria en unidades móviles de Montevideo. 2011/2012.



Como fue mencionado, en el presente año se continúa con la vigilancia de las IRAG (infecciones respiratorias agudas graves que requieren internación) a través de la Comisión de Infecciones Hospitalarias.

El Grafico Nº 6 muestra que a partir de la SE 17 el numero de ingresos hospitalarios por IRAG aumenta (se comprueba el mismo hallazgo que para las consultas en unidades móviles). Si bien la distribución por sexo durante el año no tiene diferencia significativa, en la ultima SE la diferencia es mayor.

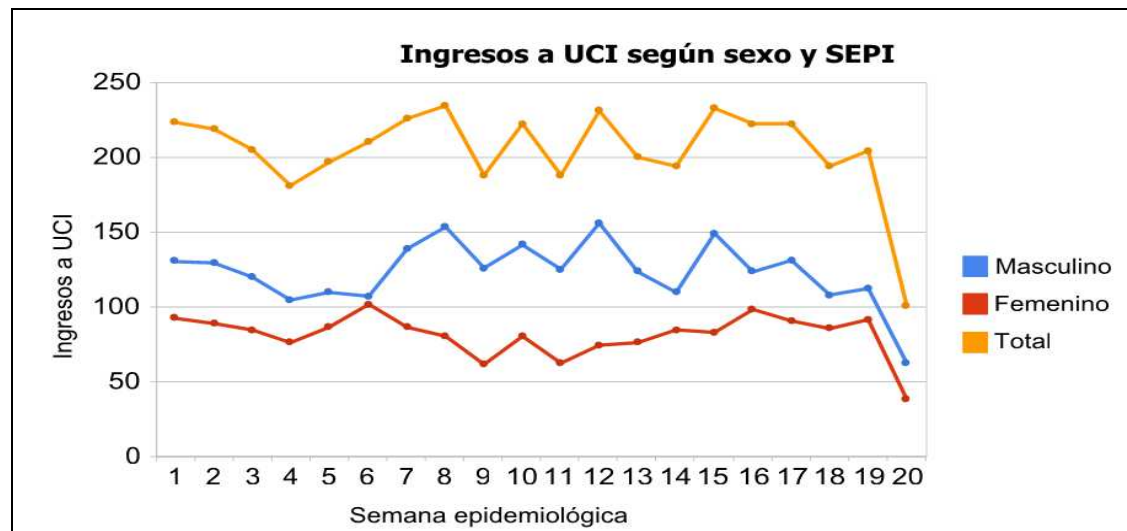
Grafico Nº 6.



En referencia a los ingresos a UCI por IRAG, se aprecia una oscilación entre 160 y 240 ingresos durante todo el año, llegando al mínimo registro anual en la SE 20 (100 ingresos).

El ingreso a UCI por IRAG ha sido mayor en el sexo masculino en todas las SE.

Grafico Nº 7.



Al analizar las defunciones por IRAG, se aprecia un predominio en el grupo etario de mayores de 65 años, seguido del grupo de 50 a 59 años. El número de muertes es mayor en el sexo masculino en comparación al femenino principalmente en los mayores de 25 años.

Grafico Nº 8.

