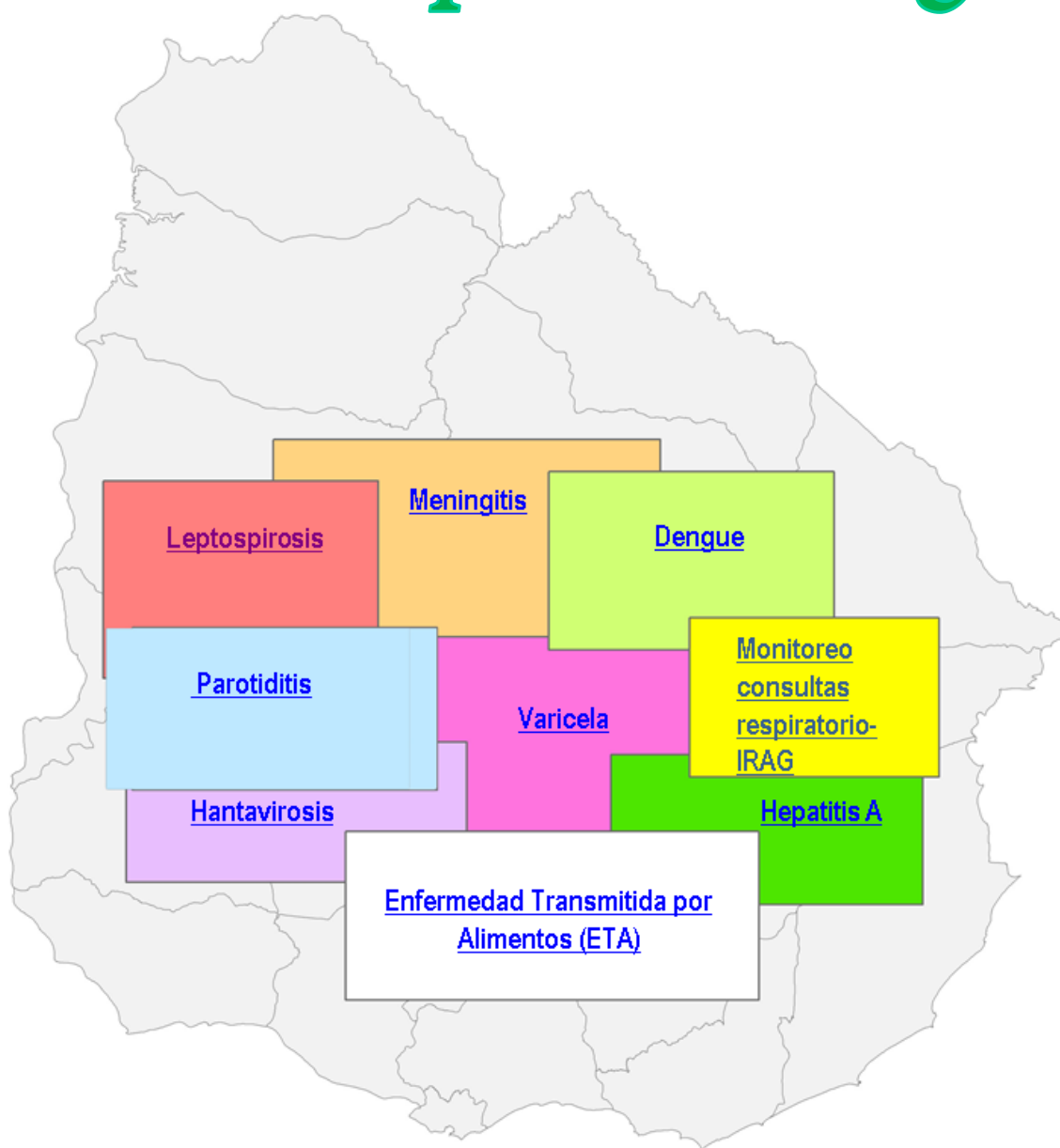


Boletín Epidemiológico



*Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 16
(21 de abril 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- SITUACION MENINGITIS Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

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 notificados confirmados según etiología y evolución. Uruguay SE 16 de 2012.

Etiología	Nº casos	Evolución	
		Alta	Fallecidos
Meningococo	3	3	0
Neumococo	5	5	0
Haemophilus Influenzae tipo b	0	0	0
Haemophilus Influenzae otros tipos	0	0	0
Otros gérmenes identificados (*)	2	0	2
Desconocida (**)	14	14	0
Meningitis a Enterovirus	12	12	0
Meningitis a Herpes Virus Tipo 1	1	1	0
Meningitis a Virus San Luis	1	1	0
Probable viral	16	16	0
Total	54	52	2

(*) Ambos casos corresponden a Meningitis a *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, en pacientes con factores de riesgo.

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

Como **enfermedad meningocócica** se presentaron además de los casos de meningitis, 4 casos de meningococcemia (2 de los casos fallecieron).

En el marco del protocolo de la vigilancia de las Meningitis/Meningoencefalitis/Encefalitis virales que se lleva a cabo desde el 1/10/10 (http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4499_1.html) se han identificado:

- 1- En pacientes con clínica de meningitis viral se identificó: 12 *Enterovirus*, 1 *Herpes Virus Tipo 1 y 2* y 1 *San Luis*.
- 2- En pacientes con clínica de Meningoencefalitis se identificó: 1 *Enterovirus*.
- 3- En pacientes con clínica de Encefalitis se identificó: 1 *Herpes tipo 1* y 1 *Enterovirus*
- 4- Pacientes con clínica de Meningo-encefalitis y encefalitis virales que no fue identificado germen: 5

En cuanto a los gérmenes hallados se destaca:

- Entre los meses de febrero y marzo de 2012, se han aislado un total de 3 casos de Meningitis/Encefalitis por **Virus de San Luis**. Todos los casos presentaron clínica de Meningitis/encefalitis. En cuanto a la procedencia, dos casos residían en Montevideo y un caso en San José. Las edades se distribuyen en un rango entre 10 a 49 años. Todos los casos presentaron buena evolución y fueron dados de alta sin secuelas.
- Con la información actualmente disponible no se identifica nexo epidemiológico entre los mismos.
- Se realizaron las investigaciones y las medidas de control recomendadas. A su vez se realizó un comunicado al Equipo de Salud y se recordó la vigencia de la obligatoriedad desde 1º/10/2010 de la notificación y el envío de muestras al DLSP de todo paciente adulto o pediátrico, que cumpla con la definición de caso sospechoso de encefalitis/meningitis/meningoencefalitis de probable etiología viral según protocolo Web (http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4499_1.html).

- Por otro lado se destaca una mayor notificación de casos de **Meningitis por Enterovirus** en edad pediátrica. La mayoría de los casos son procedentes de Montevideo, y han presentado buena evolución. Ante la situación el MSP realizó una revisión del tema y un comunicado al Equipo de Salud.

Enfermedad meningocócica: datos comparativos a la fecha, de los años 2011 y 2012.

Tabla Nº 2: Distribución de casos notificados confirmados de enfermedad meningocócica. Uruguay SE 16 de 2011-2012.

Años	Nº Casos	Nº fallecidos	Tasa de incidencia (por 100.000 hab.)	Letalidad (%)
2011	5	1	0.14	20
2012	7	2	0.20	28.5

Gráfico Nº 1: Distribución de casos de Enfermedad Meningocócica según grupo etario. Año 2012 a la SE 16.

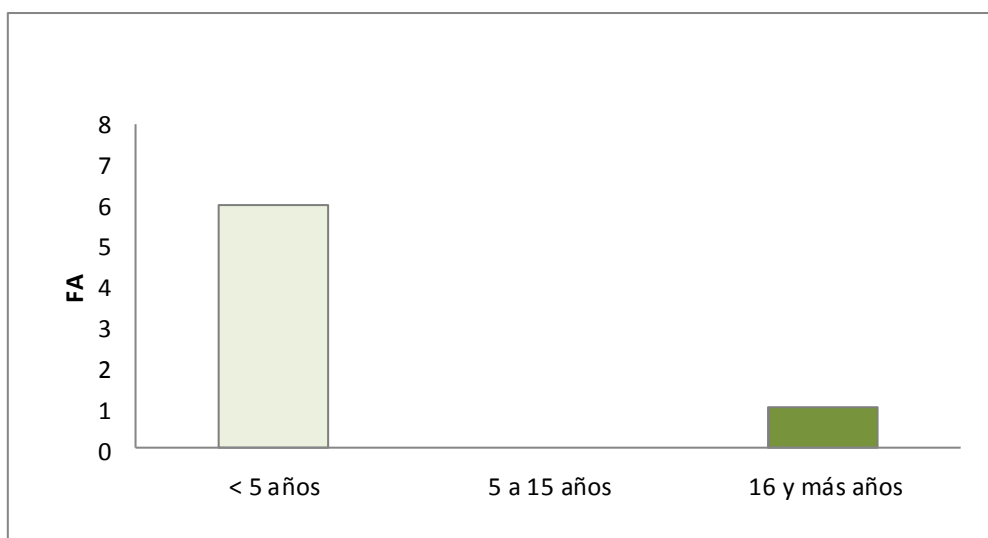


Tabla Nº 3: Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según serogrupo y grupo etario. Año 2012 SE 16.

Serogrupo	< 5 años	5 a 15 años	16 y más años	Total
B	4	0	1	5
C	2	0	0	2
Y	0	0	0	0
Z	0	0	0	0
W135	0	0	0	0
Total	6	0	1	7

Si bien la tasa de incidencia de Enfermedad meningocócica a igual período del año previo (SE 16) es mayor, el aumento, no se acompaña de un aumento significativo en la letalidad así como tampoco se corresponde con situaciones de Brote o un cambio en el grupo etario tradicionalmente afectado.

En cuanto a los serogrupos identificados, destacamos que se mantiene característicamente para nuestro país el predominio del serogrupo B, registrándose dos casos de serogrupo C, sin nexo epidemiológico entre ambos.

En los últimos años nuestro país registra un promedio anual de dos identificaciones anuales por Meningococo Serogrupo C, por lo que se mantiene estrecha vigilancia

Meningitis Neumocócica: datos comparativos a la fecha, de los años 2011 y 2012.

Tabla Nº 4. Distribución de casos notificados confirmados de Meningitis a Neumococo. Uruguay a la SE 16 de 2011-2012.

AÑOS	Nº CASOS	Nº FALLECIDOS	TASA INCIDENCIA (POR 100.000 HAB)	LETALIDAD (%)
2011	13	3	0.38	23
2012	5	0	0.14	0

En cuanto a las Meningitis a Neumococo, se observa una disminución en la tasa de incidencia al mismo periodo en comparación con el año 2011. Se destaca que en el presente año no se han registrado casos fallecidos por esta causa.

2- SITUACION DE TOS CONVULSA

La **tos convulsa** es una enfermedad infecciosa respiratoria, aguda, con alta transmisibilidad.

Reconoce como etiología a **Bordetella pertussis** y en menor medida también a **Bordetella parapertussis**.

En nuestro país, la tos convulsa es un evento de notificación obligatoria del Grupo B (dentro de la primer semana de sospecha diagnóstica) con una sub notificación importante.

A partir de la incorporación de la vacuna para la Tos Convulsa en Uruguay en el año 1963 se apreció una disminución en el número de casos notificados registrándose posteriormente un comportamiento endemo-epidémico con brotes cada 3 – 4 años.

El último aumento en el número de casos se identificó en el año 2008, con un posterior descenso durante los años 2009 y principios de 2010, observándose a partir de allí una tendencia al ascenso con pico máximo de casos durante el segundo semestre de 2011.

A su vez, a nivel regional se ha reportado un aumento en el número de casos de tos convulsa desde el año 2010. Estos países reportan que el aumento es a expensas de casos en el grupo de edad menor a un año, con mayor letalidad fundamentalmente en menores de 6 meses.

(<http://epi.minsal.cl>; <http://www.msal.gov.ar/hm/site/boletin-vigilancia.asp>; www.vigisalud.gov.py)

En nuestro país, durante el año 2011 se registró un aumento en el número de casos notificados de tos convulsa a DEVISA con un total de 630 casos notificados al culminar el año. (Gráficos Nº 2 y 3).

Este aumento además de un mayor número de casos del evento, puede deberse a una mayor notificación del mismo por la sensibilización del personal de salud. Como fue referido ut supra, históricamente tos convulsa fue un evento con una sub notificación importante.

Gráfico N° 2: Distribución de casos de tos convulsa notificados según año. Uruguay 1963-2011.

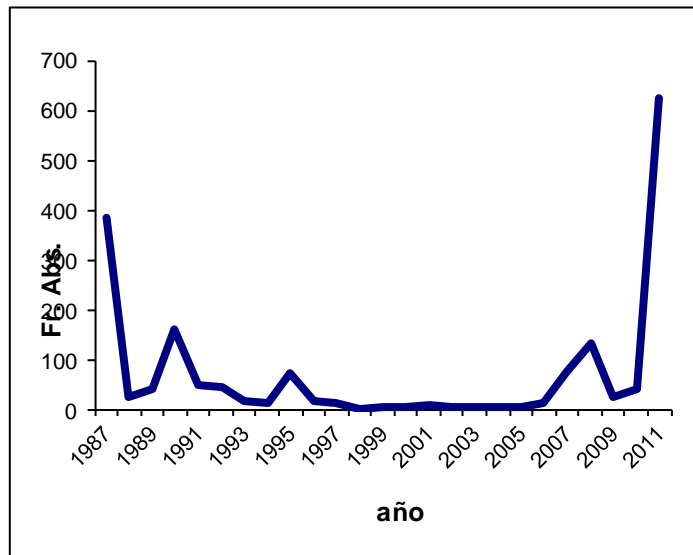
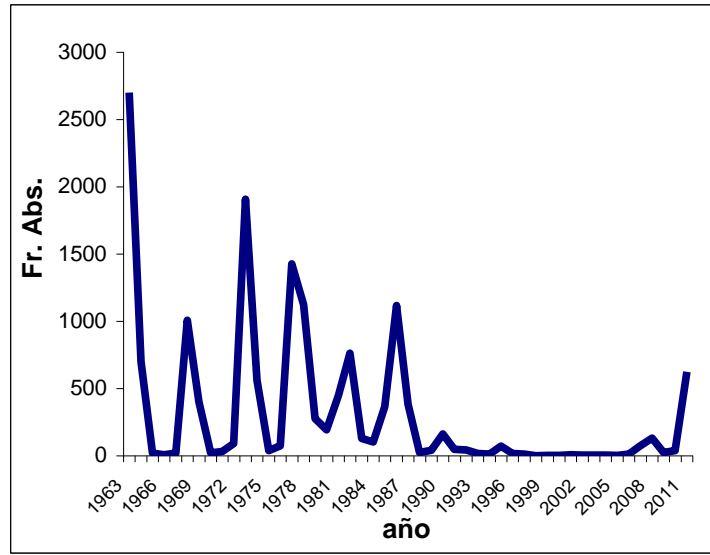
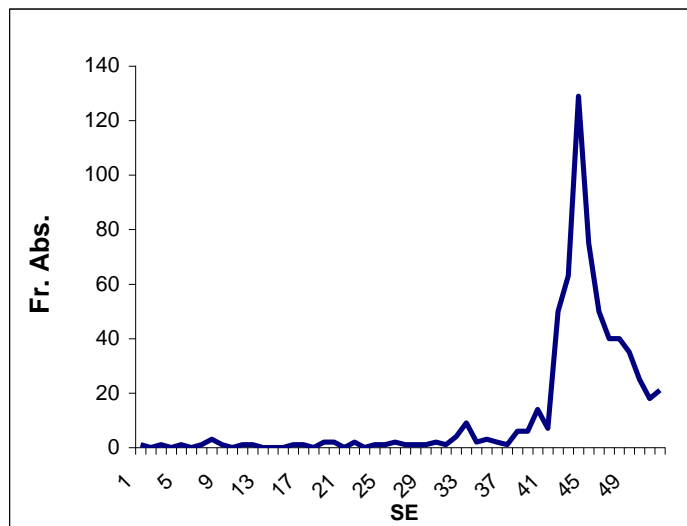


Gráfico N° 3: Distribución de casos de tos notificados de tos convulsa según año. Uruguay 1987-2011.



En los gráficos N° 2 y 3 se aprecia la distribución de casos notificados de Tos Convulsa según año. Se observa una clara distribución endemo-epidémica con brotes cada 3-4 años. El número de casos registrados en 2011 fue el mayor desde 1987.

Gráfico N° 4: Distribución de casos notificados de tos convulsa según SE. Uruguay 2011 SE 52.



A partir de la SE 34 de 2011 se comenzó a registrar un aumento en el número de casos notificados llegando al máximo en la SE 44 con 129 casos, para posteriormente registrarse un descenso, cerrando el año con 24 casos en la SE 52.

Gráfico Nº 5: Distribución de casos de tos convulsa según edad. Uruguay 2011.

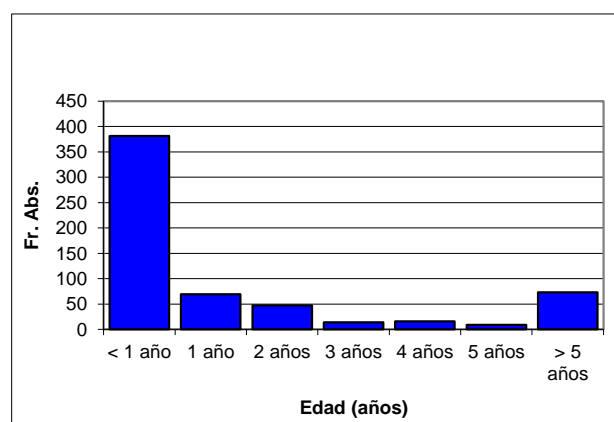
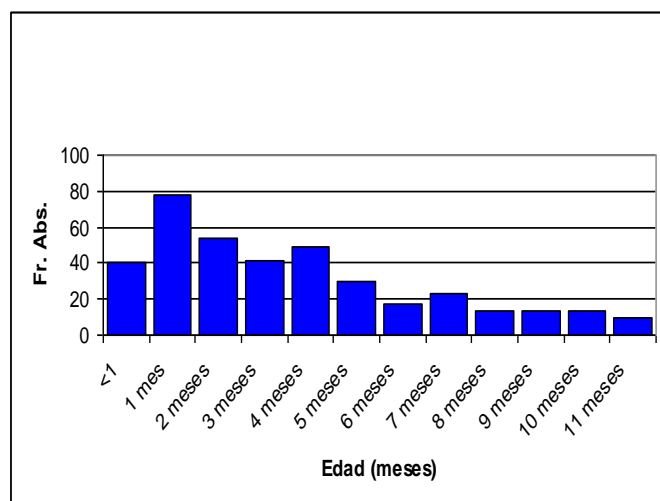


Gráfico Nº 6: Distribución de casos de tos convulsa en menores de 1 año según edad. Uruguay 2011.



En cuanto a la distribución por edades, durante el año 2011, más del 70% de los casos notificados correspondieron a edades iguales o menores a 1 año. A su vez, dentro de esta edad, el mayor número de casos se identifica en los menores de 1 mes. Gráficos Nº 4 y 5.

Durante el año 2011, dentro del grupo etario de menores de un año se aprecia un franco predominio en los primeros 6 meses de vida.

Gráfico Nº 7: Distribución de casos de tos convulsa según edad. Uruguay 2012 SE 16.

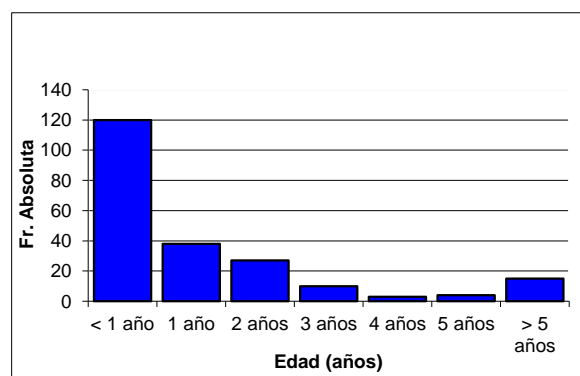
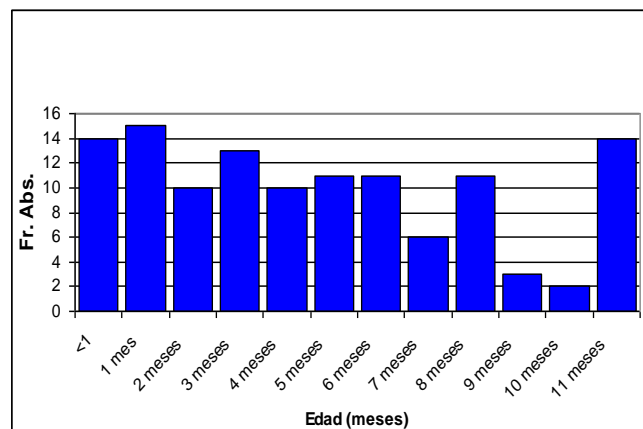


Gráfico Nº 8: Distribución de casos de tos convulsa en menores de un año según edad. Uruguay 2012 SE 16.



La distribución según grupo etario hasta la SE 16 de 2012 muestra una distribución similar a la de 2011 con un mayor número de casos en menores de un año. En el gráfico Nº 8 se aprecia una distribución más homogénea en el grupo etario de menores de un año

Ante el aumento del número de casos registrado, se comenzó la campaña de vacunación con la vacuna antipertussis acelular en el mes de noviembre del año 2011, administrada en forma gratuita a los siguientes grupos:

1. Personal de salud a cargo del cuidado de niños menores de 6 meses.
2. Cuidadores de niños menores de 6 meses que trabajen en centros de educación o guarderías.
3. Embarazadas en el tercer trimestre del embarazo.
4. Madres y padres de niños menores de 6 meses.

La campaña se extendió inicialmente hasta el 31 de enero de 2012.

En virtud de la situación identificada, el M.S.P. realizó durante el año 2011 una serie de recomendaciones que pueden encontrarse en las páginas:

www.msp.gub.uy

http://www.msp.gub.uy/uc_5759_1.html

http://www.msp.gub.uy/uc_5777_1.html

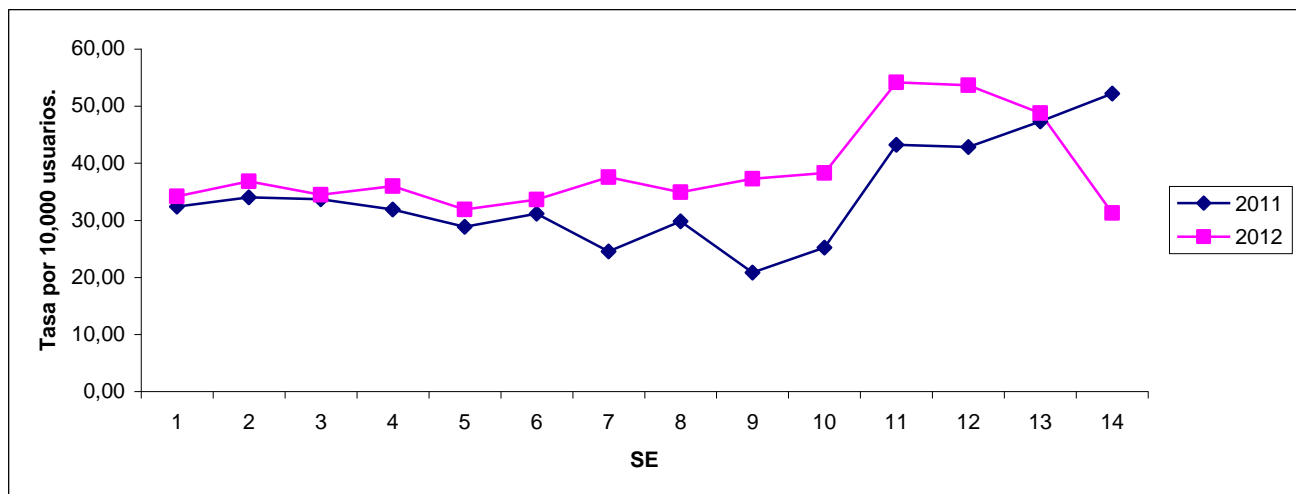
http://www.msp.gub.uy/uc_5783_1.html

3- MONITOREO DE CONSULTAS AMBULATORIAS POR CAUSA RESPIRATORIA (emergencias móviles)

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

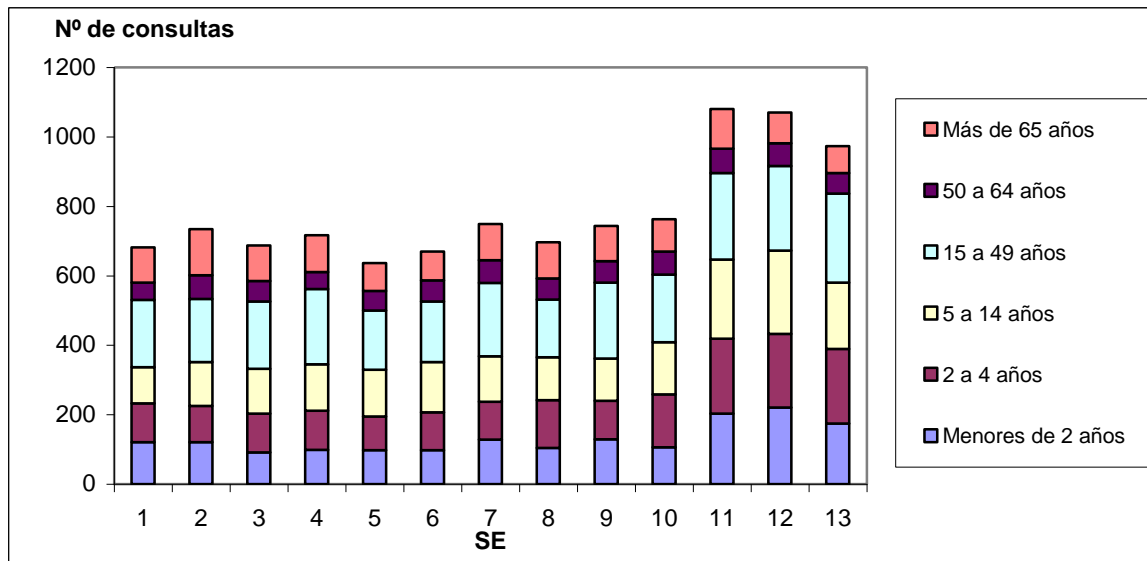
La información recabada de este modo, permite detectar cambios en el nivel de actividad y comportamiento de los agentes prevalentes en la época causantes de afecciones respiratorias.

Gráfico Nº 9: Distribución de tasa de consultas por cuadros respiratorios según semana epidemiológica. Unidades Móviles. Montevideo. 2011-2012 a SE14.



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 observado en el año previo, registrándose una disminución en las semanas 13 y 14.

Gráfico N° 10: Distribución de consultas respiratorias según grupo de edad y semana epidemiológica. Unidades móviles. Uruguay SE14.

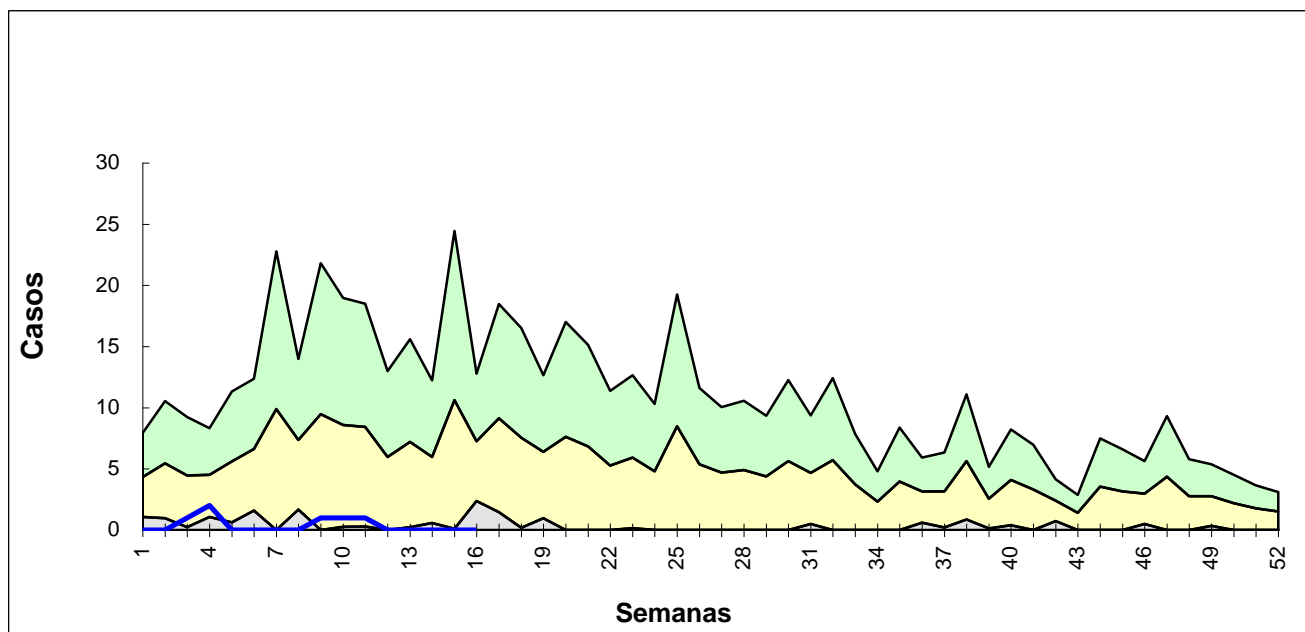


Durante las semanas 11, 12 y 13 se observa un aumento en el número de consultas por causa respiratoria en unidades móviles de Montevideo. Si bien existe un aumento en todos los grupos etarios, este predomina en los grupos de menores de 14 años.

4- SITUACION HEPATITIS A

La **hepatitis A** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de la sospecha del caso. En Uruguay, la Hepatitis a virus A es una enfermedad endémica con brotes epidémicos.

Gráfico N° 11: Corredor endémico semanal de hepatitis A. Uruguay SE 16.



Desde la incorporación de la vacuna para la Hepatitis A en el esquema nacional de vacunación en el año 2010 se observa una disminución en el número de casos y en el número y magnitud de los brotes por este evento.

Durante el año 2012 se continúa registrando un descenso en el número de casos notificados. A su vez se destaca que no se han registrado a la fecha brotes por este evento.

A la SE 16 el corredor semanal de Hepatitis A transcurre en zona de éxito.

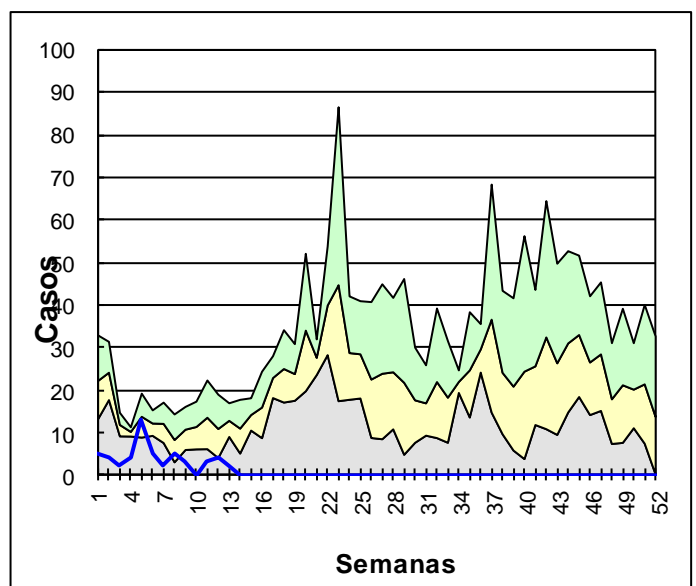
5- SITUACION VARICELA

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

Tabla Nº 5: Distribución de casos notificados de varicela, según Departamento. Uruguay SE 14.

Departamento	Casos
Montevideo	23
Canelones	8
Tacuarembó	4
Paysandú	4
Salto	2
Florida	2
Artigas	2
Rocha	1
Maldonado	1
Colonia	1
San José	1
Durazno	1
Soriano	1
Lavalleja	0
Cerro Largo	1
T y Tres	0
Río Negro	0
Rivera	0
Total	52

Gráfico Nº 12: Corredor endémico semanal de varicela. Uruguay SE 14

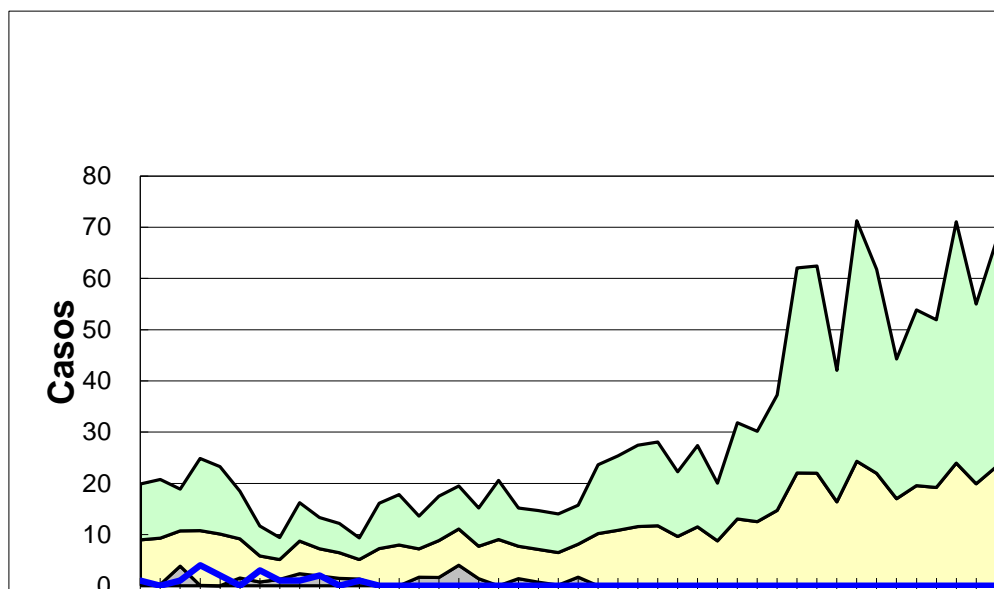


A la SE 14 el corredor semanal y el acumulado de varicela transcurren en **zona de éxito**.

6- SITUACION PAROTIDITIS

La **parotiditis** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.

Gráfico N° 13: Corredor endémico semanal de parotiditis. SE 14. Uruguay



En el año en curso a la SE 14, el corredor semanal y el acumulado de parotiditis transcurren en zona de éxito.

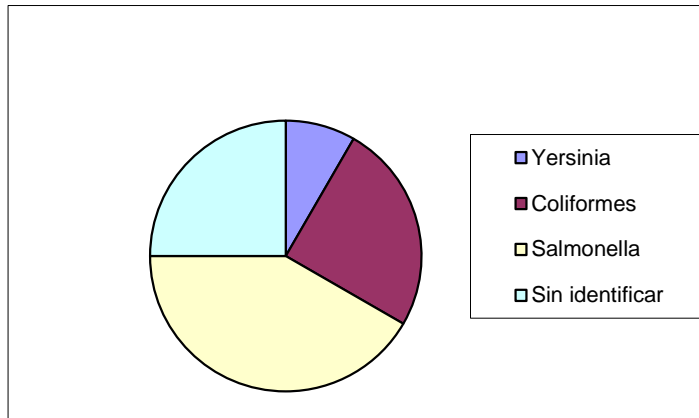
Si bien la notificación de la parotiditis es obligatoria, su omisión es habitual, al igual que en otros países. Característicamente esta enfermedad presenta un comportamiento endémico, intercalado por brotes que ocurren cada 2, 3 a 7 años, más frecuentemente a fines del invierno y comienzo de la primavera.

7- SITUACION ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)

Tabla N° 6: Distribución de brotes de ETA y número de afectados según mes. Uruguay SE 16

Departamento	Nº Brotes	Nº Afectados
Montevideo	6	25
Rocha	2	10
Salto	2	66
Paysandú	1	28
Maldonado	1	10
Total	12	139

Gráfico N° 14: Distribución de brotes de ETA. Según agente. Uruguay a la SE 16. 2012



En nuestro país así como a nivel Mundial el número de casos y Brotes de ETA muestran una tendencia creciente identificándose con mayor proporción dentro de los agentes bacterianos *Salmonella* sp

El resultado de los agentes fue identificado, tanto en muestras de alimentos, muestras humanas o en ambas.

Durante el presente año el germen aislado con mayor frecuencia fue **Salmonella** (correspondiendo al 42% del total), mientras que el 25% se relaciona a los casos sin identificar el germen, entendiéndose como aquellos en los que no se logró obtener muestra de alimento ni muestra clínica para su correspondiente estudio.

8- SITUACION DENGUE

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

En Uruguay no se han confirmado casos autóctonos de este evento (Fase 0).

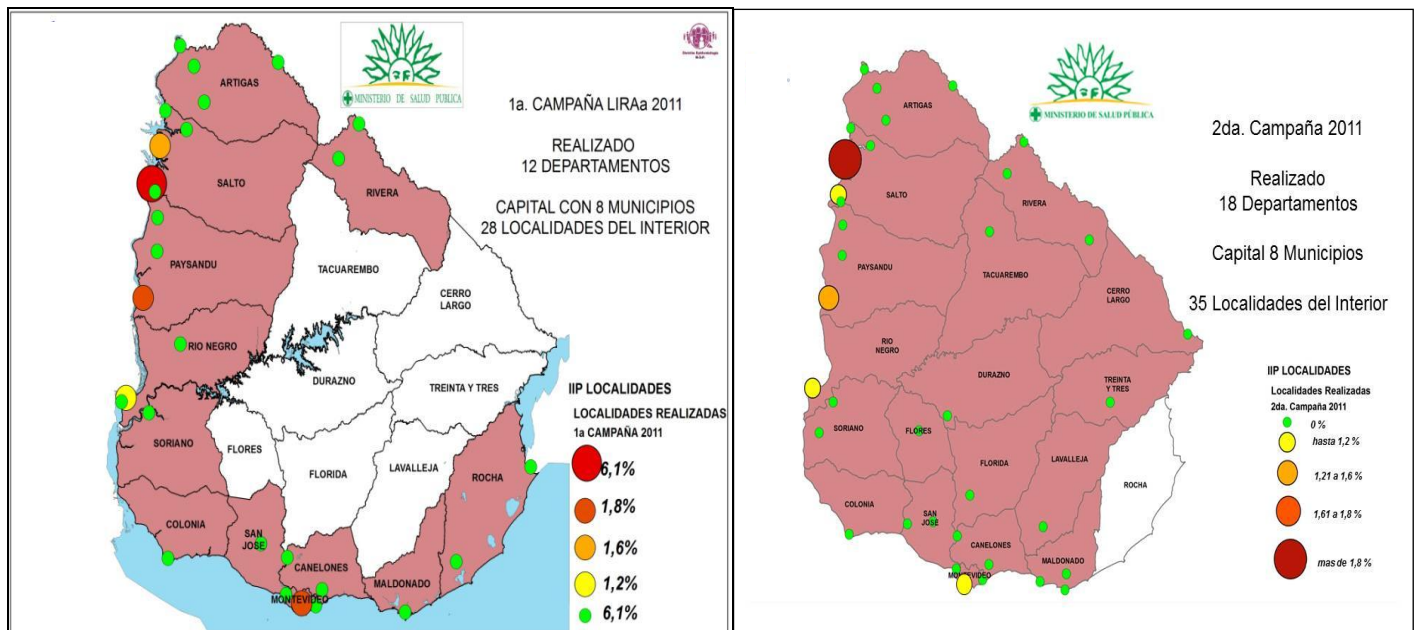
A la **SE 16** se registraron: **1 caso confirmado** importado (con antecedente de viaje a Paraguay), **9 casos descartados por laboratorio y 7 casos sospechosos** que están en seguimiento en espera de resultados. En cuanto al **vector**, este ha sido **identificado en varios departamentos** del país.

Actualmente la estrategia de monitoreo vectorial utilizada es el Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRaA).

Durante el año 2011 se aplicó esta estrategia durante dos campañas. Durante las campañas fue aplicado en los departamentos coloreados según se muestra en los mapas 1 y 2. Los índices de infestación encontrados lucen en las referencias.

Durante ambas campañas se detectó presencia del vector en los Departamentos de: Salto, Paysandú, Soriano y Montevideo (ver referencias en los Mapas 1 y 2) registrándose cambios en los índices de Infestación aérea.

Mapas 1 y 2: Departamentos donde fue aplicado el LIRAA e índices de infestación encontrados.



Fuente de datos:

DCP – IDE

Fuente de atributos:

“Unidad de Zoonosis y Vectores” – DEVISA

Fuente armado:

SIG – DEVISA

9- SITUACION HANTAVIROSIS

Hantavirus es un evento de notificación obligatoria dentro de las primeras 24 h de sospecha del caso. Se ha presentado en forma endémica, con registro de un solo brote en el año 2002.

La confirmación de los casos notificados en nuestro país, se realiza en forma centralizada en el Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

Los casos confirmados se registraron únicamente al sur del Río Negro hasta el año 2010 en que se confirmó el primer caso al norte, en el departamento de Artigas.

A la SE 16 de 2012 se ha confirmado 1 caso (fallecido) procedente de Montevideo.

Se reinstaló la búsqueda del reservorio (roedores) en conjunto con la Facultad de Ciencias de la Universidad de la República.

10- SITUACION LEPTOSPIROSIS

Leptospirosis es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.

A la SE 16 de 2012 se han confirmado 23 casos.

Tabla Nº 7: Distribución de casos notificados de Leptospirosis, según departamento. Uruguay SE 16.

Departamento	FA
Canelones	3
Cerro Largo	3
Maldonado	3
Montevideo	2
Paysandú	1
Rivera	2
Salto	2
Flores	1
San José	3
Rocha	2
Soriano	1
Treinta y tres	2
TOTAL	25

En la SE 16 se notificaron e investigaron un total de 3 brotes (Cerro Largo, Maldonado, Salto) oportunamente investigados y comunicados.-