

Montevideo 18 de setiembre de 2012.

INFORME DE ACTUALIZACION SITUACIÓN TOS CONVULSA

(a la semana epidemiológica 37 de 2012)

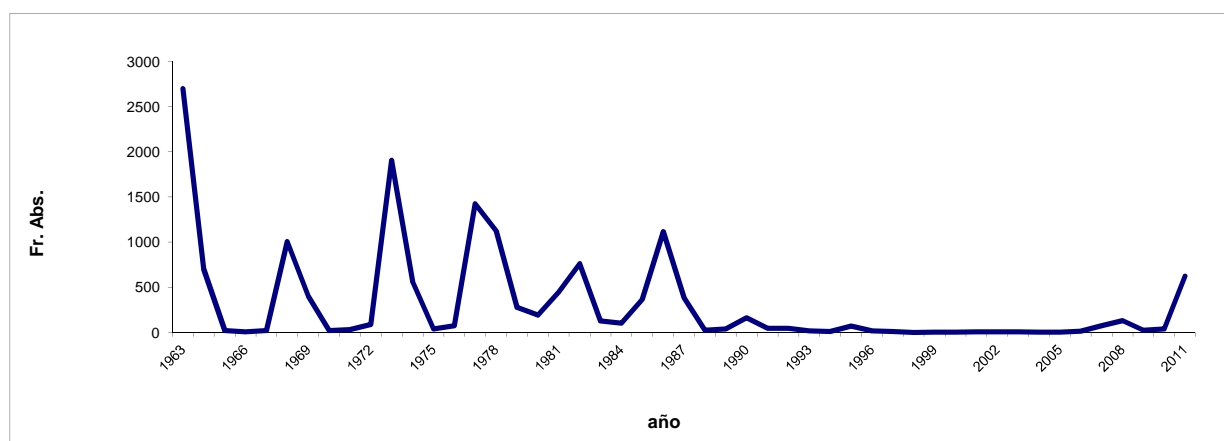
Introducción

La **tos convulsa** es una enfermedad infecciosa aguda del tracto respiratorio, con alta transmisibilidad cuya etiología en la mayoría de los casos es ***Bordetella pertussis*** y con menor frecuencia a ***Bordetella parapertussis***.

Para Uruguay, constituye históricamente un evento de notificación obligatoria con una sub notificación importante. Hasta el año 2011 formaba parte de los Eventos de Notificación Obligatoria del Grupo B (Código 2004) lo que implicaba la posibilidad de realizar la notificación dentro de la primera semana de sospecha diagnóstica. Actualmente y ante la puesta en vigencia del nuevo Código Nacional de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (Código 41/012), la misma pertenece a los eventos del Grupo A (notificación ante todo caso sospechoso dentro de las primeras 24 horas).

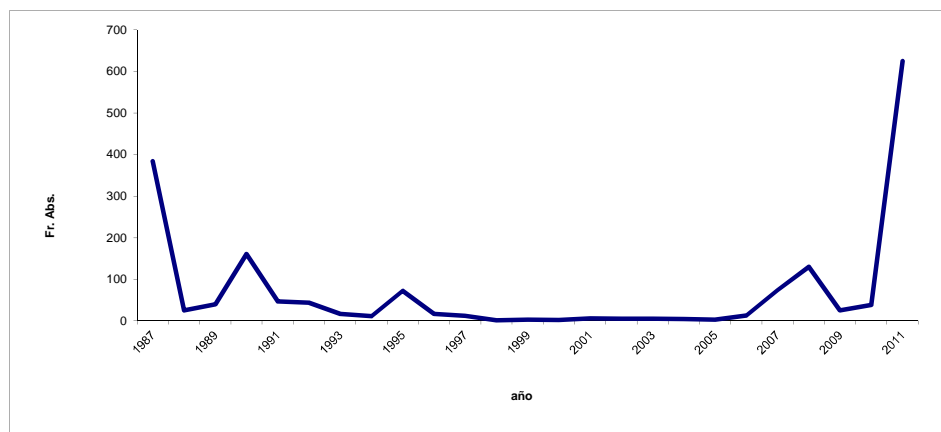
En lo que respecta al comportamiento de este evento, y a partir de la incorporación de la vacuna para la tos convulsa en el año 1963 como parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), se apreció una disminución en el número de casos notificados registrándose posteriormente un comportamiento endemo-epidémico con brotes cada 3 – 4 años (Gráfico Nº 1)

Gráfico Nº 1. Distribución de casos notificados de tos convulsa según año. Uruguay 1963-2011



El último aumento en el número de casos a nivel nacional se registró 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 (Gráfico Nº 2).

Gráfico Nº 2. Distribución de casos notificados de tos convulsa según año. Uruguay 1987-2011



Situación Epidemiológica

A) Situación Epidemiológica Regional

La tos convulsa es una causa importante de morbi-mortalidad infantil con un estimado de 50 millones de casos y 300.000 defunciones anuales a nivel global. La tasa de letalidad en países en desarrollo puede llegar hasta 4% en los lactantes menores de 12 meses.

En las Américas, el número total de casos anuales registrados oscila entre 20.000 a 30.000. La cobertura de vacunación con DPT3 a nivel de la Región registrado en el 2009 fue de 93%. No obstante, a pesar de ello, se siguen detectando brotes en varios países.

Durante 2011 e inicios de 2012 se registró un aumento en el número de casos en Argentina, Colombia, Chile, Canadá y USA; con casos predominantemente en adolescentes y en neonatos, con mayor letalidad fundamentalmente en menores de 6 meses.

Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) reiteró las recomendaciones formuladas por el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por vacunación en su reunión de julio de 2011.¹

¹ Alerta Epidemiológica OPS – Tos Ferina en las Américas (2 de marzo 2012) (<http://epi.minsal.cl>; <http://www.msal.gov.ar/hm/site/boletin-vigilancia.asp>; www.vigisalud.gov.py)

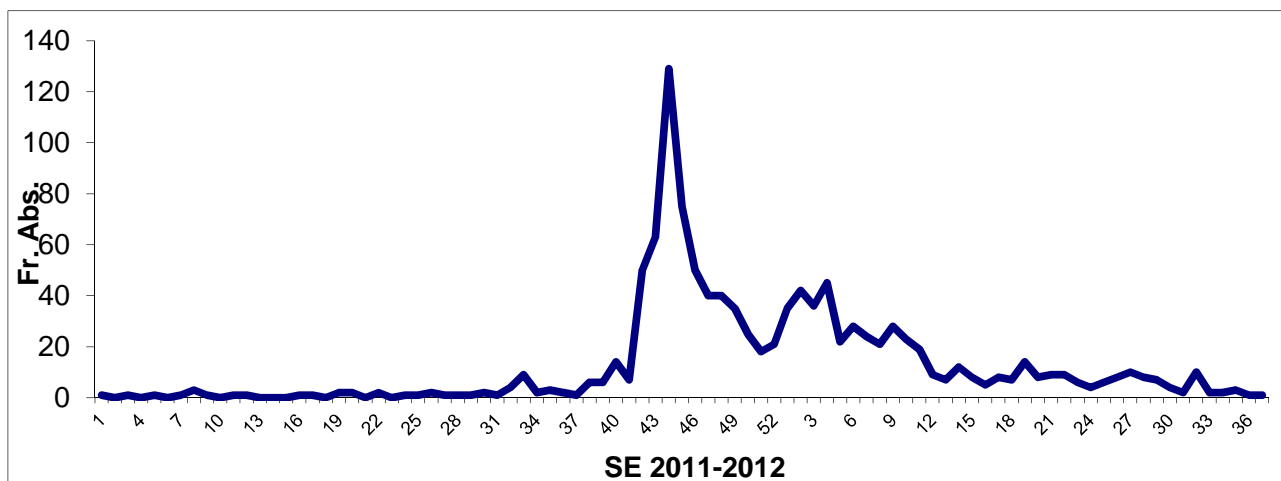
B) Situación Epidemiológica Nacional

En Uruguay, durante el año 2011 se registró un brote con un total de 630 casos al culminar el año. Esta es la cifra más alta de notificación de casos desde el año 1987 (Gráficos Nº 1 y 2).

Este aumento podría corresponder a un mayor número de casos del evento esperado acorde a la situación epidemiológica regional y al resultado de una mayor notificación del mismo producto de la sensibilización del personal de salud.

La cobertura vacunal para la vacuna anti pertussis se ha mantenido históricamente, como para la mayoría de las vacunas incluidas en el CEV, por encima del 95%. Desde el año 1987 al 2010, el rango de coberturas para esta vacuna (se toma como trazadora la 3ª dosis de vacuna pentavalente que es donde está incluida la vacuna anti pertussis) es de entre 98 y 94%, con un promedio de 97%.

Gráfico Nº 3. Distribución de casos notificados de tos convulsa según SE. Uruguay desde la SE 1 de 2011 a la SE 37 de 2012.



Hasta la Semana Epidemiológica (SE) 34 de 2011 como puede apreciarse en el Gráfico Nº 3, se registraron números bajos de notificaciones. A partir de allí se registró un aumento de las mismas llegando al máximo en la SE 44 con 129 casos, seguido por un descenso gradual, cerrando el año con 24 casos en la SE 52.

Del análisis inicial realizado, se concluyó que los casos notificados estaban en aumento acorde a lo ocurrido en otros países de la región. Si bien la interpretación de los datos en el contexto del alto grado de subnotificaciones tiene limitaciones, la tendencia global ascendente se viene constatando desde el año 2007 y tuvo su máxima expresión durante las últimas SE de 2011.

Uno de los aspectos más destacados y agravantes de la situación fue que se reportaron muertes en lactantes pequeños por esta causa.

Ante el aumento del número de casos, desde el Ministerio de Salud Pública, se emprendieron varias acciones de prevención y control:

- Reuniones con expertos nacionales del área de pediatría y pediatría intensiva.
- Elaboración de comunicados dirigidos al equipo de salud donde se recuerda las características epidemiológicas y clínicas de esta infección y las principales medidas de prevención y tratamiento ante los casos sospechosos y sus contactos.
- Campaña de vacunación anti pertussis. La misma se realizó desde noviembre de 2011 al 29 de febrero de 2012 con vacuna triple bacteriana con componente pertussis acelular (dpTa) en forma gratuita a los siguientes grupos:
 - o Personal de salud a cargo del cuidado de niños menores de 6 meses.
 - o Cuidadores de niños menores de 6 meses que trabajen en centros de educación o guarderías.
 - o Embarazadas en el tercer trimestre del embarazo.
 - o Madres y padres de niños menores de 6 meses.
- Inclusión de la vacuna anti pertussis acelular contenida en la vacuna triple bacteriana (dpaT) en el Certificado Esquema de Vacunación (CEV) para adolescentes a los 12 años en forma universal, gratuita y obligatoria a partir del 1º de febrero de 2012 (sustituyó a la vacuna doble bacteriana anti difteria y anti tetánica, dT)

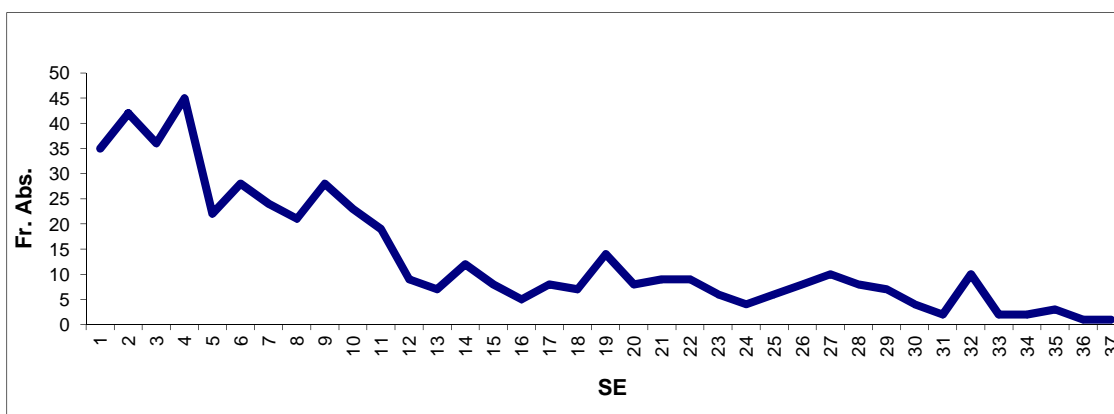
La campaña de vacunación llevada a cabo entre noviembre y febrero tuvo baja adherencia entre los grupos de riesgo incluidos. Se administraron 39552 dosis.

Durante el año 2012, se detectó un leve incremento en las notificaciones en la SE 4, con 42 casos notificados.

El número de notificaciones semanales desde la SE 12 ha mostrado una tendencia en descenso.

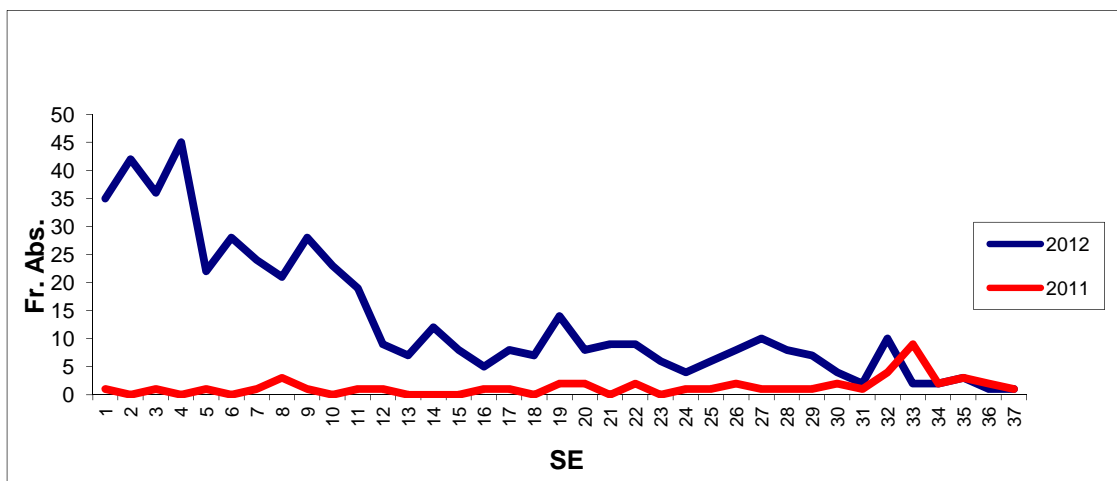
Este fenómeno podría corresponder a una disminución en el número de casos real, pero también a una persistente subnotificación o notificación tardía (Gráfico Nº 4)

Gráfico Nº 4. Distribución de casos de tos convulsa según SE a la SE 37. Uruguay 2012.



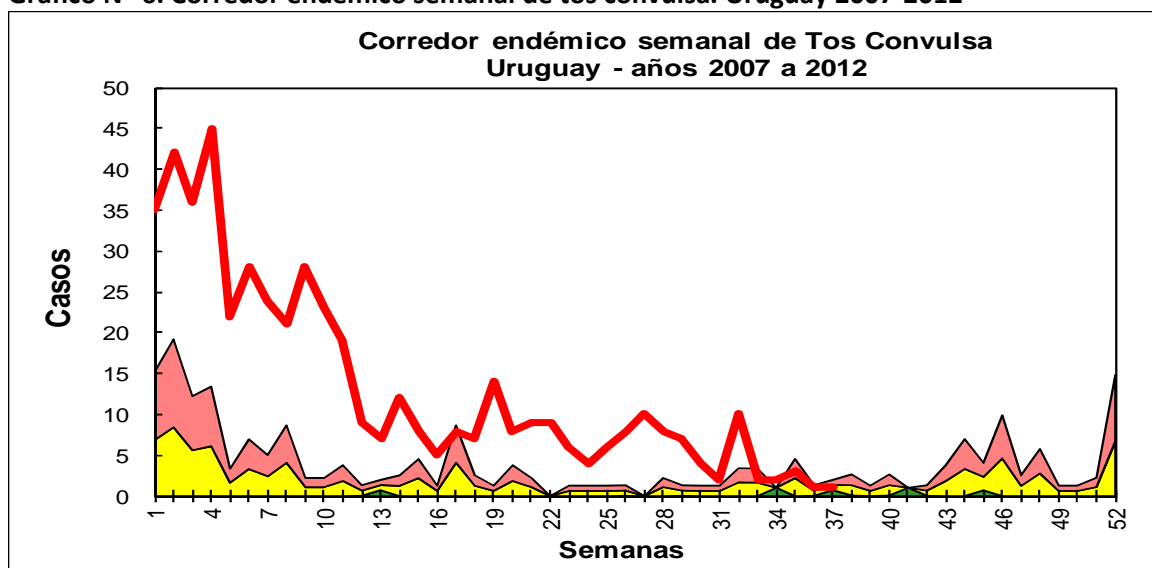
Si se realiza el comparativo de la distribución temporal de los casos notificados a la SE 37 en los años 2011 y 2012 (Gráfico Nº 5), se destaca que si bien todo el año 2012 ha presentado mayor número de notificaciones que el 2011, actualmente (a la SE 37) ambos años registran un número de casos similares (1 y 2 casos).

Gráfico Nº 5. Distribución de casos de tos convulsa según SE. Uruguay a la SE 37 de 2011 y 2012.



El corredor endémico semanal de esta enfermedad, muestra que durante el 2012, en prácticamente todas las semanas se han registrado número de casos notificados mayor al esperado observándose que a partir de la semana epidemiológica 33 el corredor semanal se encuentra en zona de seguridad (Gráfico 6).

Gráfico Nº 6. Corredor endémico semanal de tos convulsa. Uruguay 2007-2012



En relación al comportamiento del evento según edades y luego de haber mencionado previamente el patrón registrado en los países de la región, la distribución por edades durante el año 2011 permitió observar que más del 70% de los casos notificados correspondieron a edades iguales o menores a 1 año. A su vez, dentro de este grupo etario, se apreció un franco predominio en los primeros 6 meses de vida. Gráficos Nº 7 y 8.

Gráfico Nº 7: Distribución de casos de tos convulsa según edad. Uruguay 2011

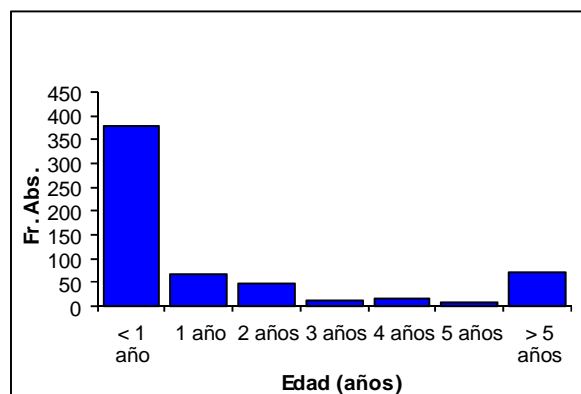
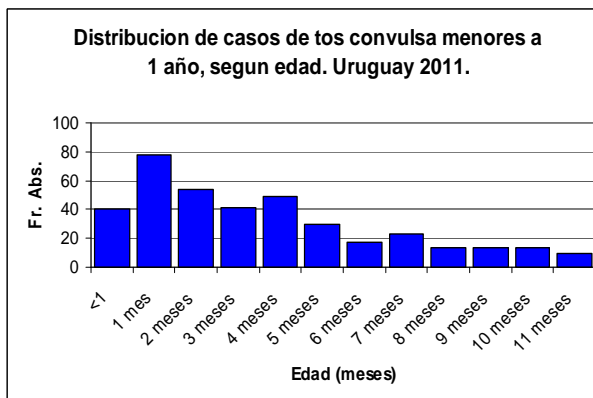


Gráfico Nº 8: Distribución de casos de tos convulsa en menores de 1 año según edad. Uruguay 2011



Durante el presente año (Gráfico Nº 9) la distribución según grupo etario hasta la SE 37 muestra una distribución similar a la de 2011, con el mayor número de casos concentrados en pacientes de un año o menores de esa edad. En el gráfico Nº 10 se aprecia que si bien en el grupo de menores de un año la mayoría de casos continua concentrándose en los menores de 6 meses, la distribución es más homogénea que en el año previo.

Gráfico Nº 9: Distribución de casos de tos convulsa según edad. Uruguay 2012 SE 37

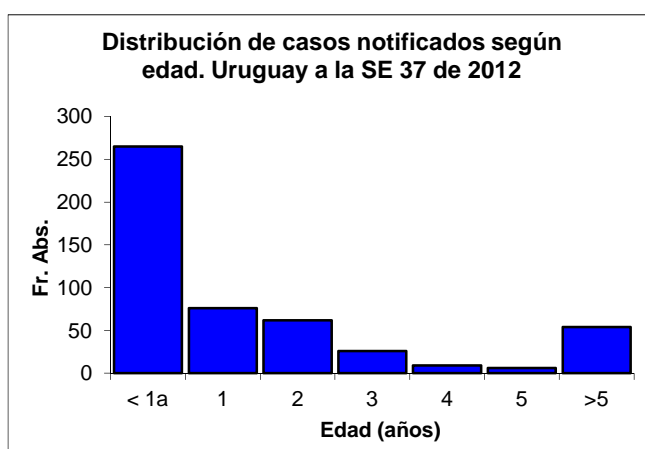
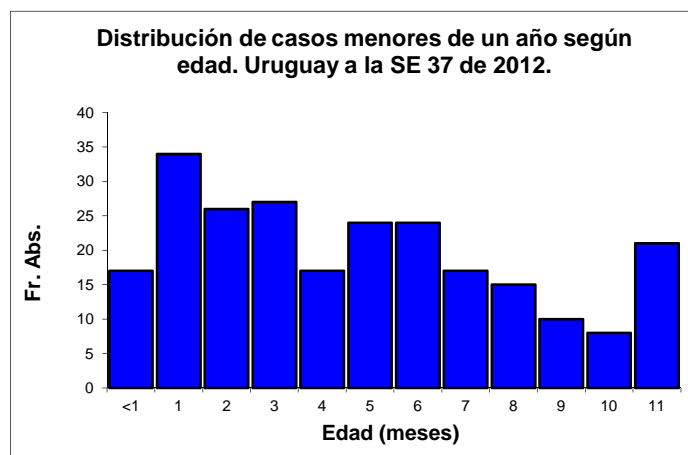


Gráfico Nº 10: Distribución de casos de tos convulsa en menores de un año según edad.



Como se observa en la tabla N°1 la tasa de notificación de tos convulsa en Uruguay es de 12.63 por 100.000 habitantes, los departamentos de Rocha, Montevideo y Colonia son los que presentan las mayores tasas de notificaciones. En cambio Durazno, Flores y Río Negro no han notificado casos de tos convulsa al departamento de vigilancia en salud

Tabla N°1. Distribución de las tasas de notificaciones de tos convulsa por departamento. Año 2012

Departamento	Tasa*100,000
ROCHA	34,10
MONTEVIDEO	22,96
COLONIA	16,54
MALDONADO	15,74
CANELONES	12,17
SAN JOSE	9,94
FLORIDA	9,89
PAYSANDU	8,59
RIVERA	6,25
TREINTA Y TRES	6,06
TACUAREMBO	5,17
CERRO LARGO	3,30
LAVALLEJA	3,23
ARTIGAS	2,52
SALTO	2,33
SORIANO	1,13
DURAZNO	0,00
FLORES	0,00
RIO NEGRO	0,00
TOTAL	12,63

A la SEPI 37 del año en curso el departamento de vigilancia en salud ha recibido 6 notificaciones de casos fallecidos con tos convulsa, de los cuales 5, tenían menos de 2 meses.

De acuerdo a los datos obtenidos de diversas fuentes de vigilancia y teniendo en cuenta el creciente aumento de casos regionales y nacionales de tos convulsa, el equipo de epidemiología del MSP se encuentra analizando la situación en forma permanente y ha tomado las siguientes medidas:

1. Convocar la comisión de expertos en el tema
2. Adoptar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre medidas preventivas tanto en situación de brote como durante la epidemia.
3. Mantener la vigilancia centinela en los laboratorios de 3 instituciones representativas del país.
4. Medir el impacto de las medidas de inmunización de adolescentes.
5. Evaluar las otras recomendaciones de inmunización según se generen las nuevas evidencias científicas.

Recordamos que la puesta en vigencia del nuevo Código Nacional de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria (Código 41/012), la misma pertenece a los eventos del Grupo A (notificación ante todo caso sospechoso dentro de las primeras 24 horas).