

Boletín Epidemiológico

Para acceder al evento, haga clic en el nombre.

[Leptospirosis](#)

[Meningitis](#)

[Dengue](#)

[Parotiditis](#)

[Varicela](#)

[Infección
Respiratoria Aguda
Grave \(IRAG\)](#)

[Hantavirosis](#)

[Hepatitis A](#)

[Sífilis Congénita](#)

[Enfermedad Transmitida por
Alimentos \(ETA\)](#)

***Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 30 (24 al
30 de julio del 2011)***

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 N° 1: Distribución de casos de meningitis notificados confirmados según etiología y evolución. Uruguay a la SE 30 de 2011.

Etiología	N° casos	Evolución	
		Alta	Fallecidos
Meningococo	4	4	0
Neumococo	27	20	7
Haemophilus Influenzae tipo b	2	2	0
Haemophilus Influenzae otros tipos	1	0	1
Otros gérmenes identificados	3	2	1
Desconocida (*)	23	20	3
Viral	8	7	1
Probable viral	18	17	1(**)
Total	86	72	14

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

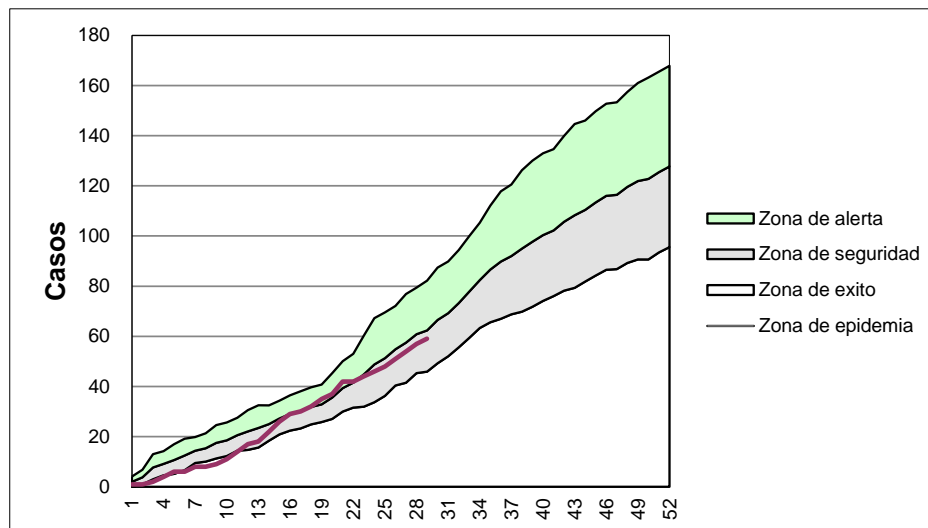
(**) Paciente con antecedente de VIH positivo.

Como **enfermedad meningocócica** se presentaron además de los casos de meningitis, 9 casos de meningococcemia (2 casos fallecidos).

Durante el presente año, a la SE 30, se notificaron un total de 85 meningitis. De ellas el 21.1 % correspondieron a meningitis de probable etiología viral y 9.4 % corresponden a meningitis viral confirmadas por laboratorio, el 32% a meningitis por Neumococo, el 5 % a meningitis por Meningococo y el 7% a meningitis provocadas por otros gérmenes (H. Influenza y otros).

En las meningitis virales se identificaron: 6 Enterovirus y 2 Herpes simple Tipo 1. La vigilancia de estas meningitis se está fortaleciendo a través de un protocolo nacional que permitirá identificar la etiología, por lo que se espera disminuir los casos “desconocidos”. Dicho protocolo está disponible en la pág. Web (http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4499_1.html).

Gráfico N° 1: Corredor endémico acumulado de meningitis agudas supuradas por todas las etiologías.



El corredor endémico acumulado a la SE 30 para meningitis (por todas las etiologías) transcurre en zona de seguridad.

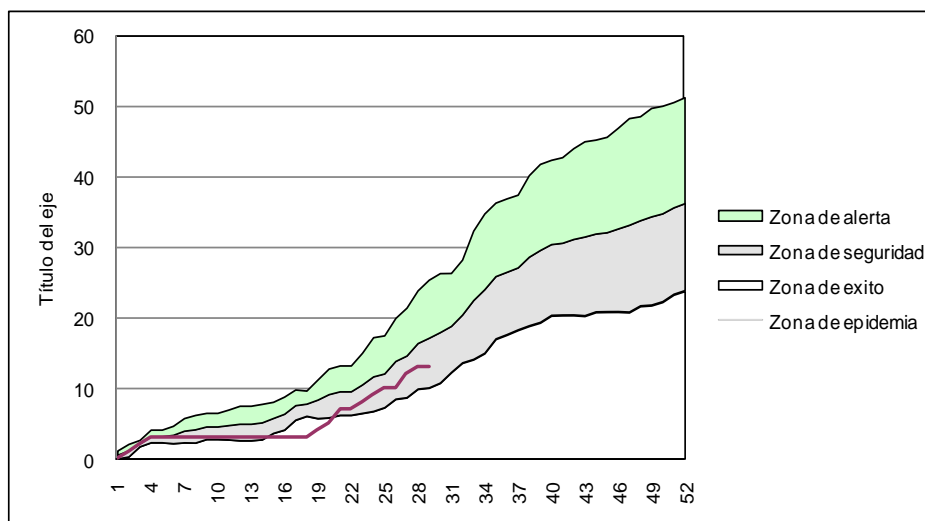
Enfermedad meningocócica: datos comparativos a la fecha, de los años 2010 y 2011.

Tabla N° 2: Distribución de casos notificados confirmados de enfermedad meningocócica. Uruguay a la SE 30 de 2011.

Años	Nº Casos	Nº fallecidos	Tasa de incidencia (por 100.000 hab.)	Letalidad (%)
2010	8	2	0.23	25
2011	13	2	0.38	15.3

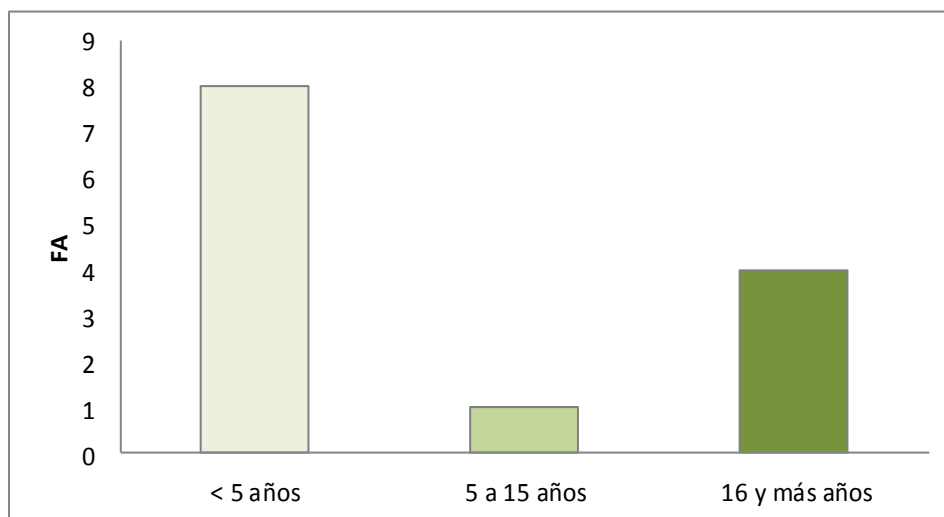
En el presente año, se observa un aumento en la tasa de incidencia, sin embargo el corredor endémico muestra que se transcurre en la zona de seguridad.

Gráfico N° 2: Corredor endémico acumulado enfermedad meningocócica.



El corredor acumulado para enfermedad meningocócica a la SE 30 transcurre en zona de seguridad.

Gráfico N° 3: Distribución de casos de Enfermedad Meningocócica según grupo etáreo. Año 2011.



A la SE 30 del presente año se observa un mayor número de casos de Enfermedad Meningocócica en niños menores de 5 años, siendo el comportamiento habitual para este evento.

2 - SITUACIÓN ACTUAL de las IRAG (Actualización al 30 de Julio de 2011)

En Uruguay, la vigilancia de enfermedad respiratoria se realiza a través de tres estrategias:

- Vigilancia activa de Infección respiratoria aguda grave (IRAG)
- Monitoreo de emergencias móviles
- Vigilancia centinela de Enfermedad tipo Influenza (ETI)

El sistema de vigilancia activa de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) se encuentra en funcionamiento en todos los hospitales del país desde el 4 de julio del 2010. A través de dicho monitoreo se desarrolla la vigilancia epidemiológica y virológica en forma integrada de las IRAG.

La información generada a través del sistema es procesada en tiempo real. La misma se encuentra disponible a través del link <https://colo1.msp.gub.uy/epidemiologia/servlet/iraggrafmenu>

Esta estrategia, permite determinar las características epidemiológicas de la influenza y otras enfermedades respiratorias virales, identificar casos de enfermedad en forma temprana, detectar brotes de enfermedades respiratorias virales inusuales o inesperados y conocer la tendencia que presenta el evento.

Al igual que lo reportado en el resto de los países del Cono Sur, Uruguay presenta niveles de actividad a la semana epidemiológica (SEPI) 30 similares a los detectados en igual período de 2010. (Ver gráficos)

Gráfico N° 4:

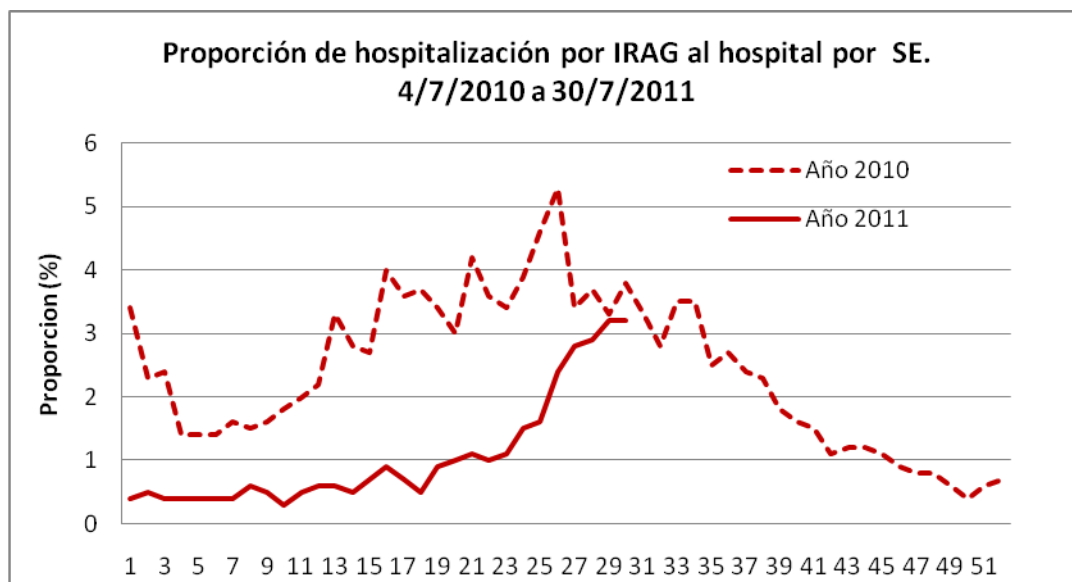
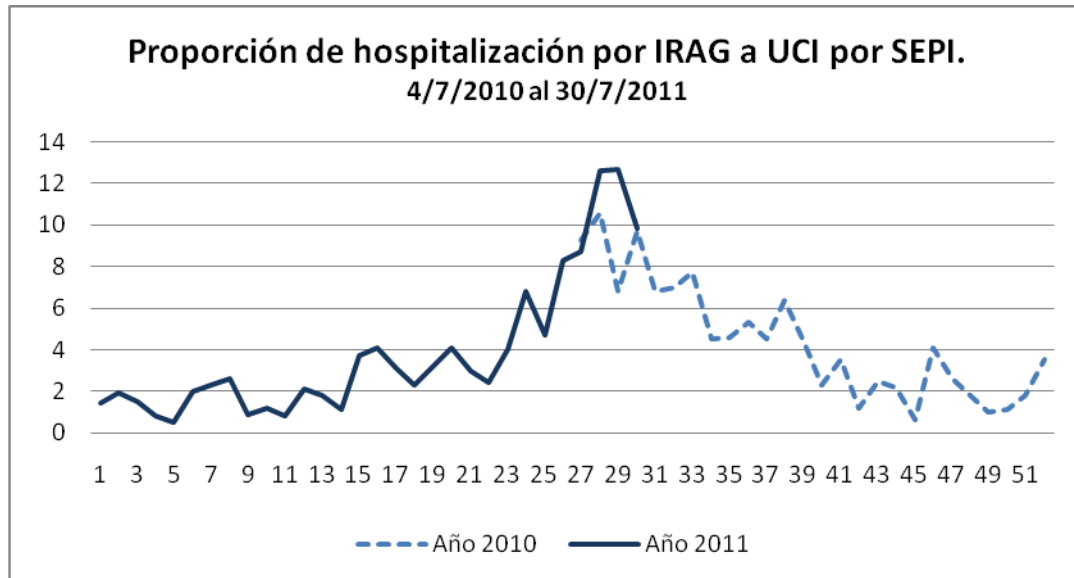


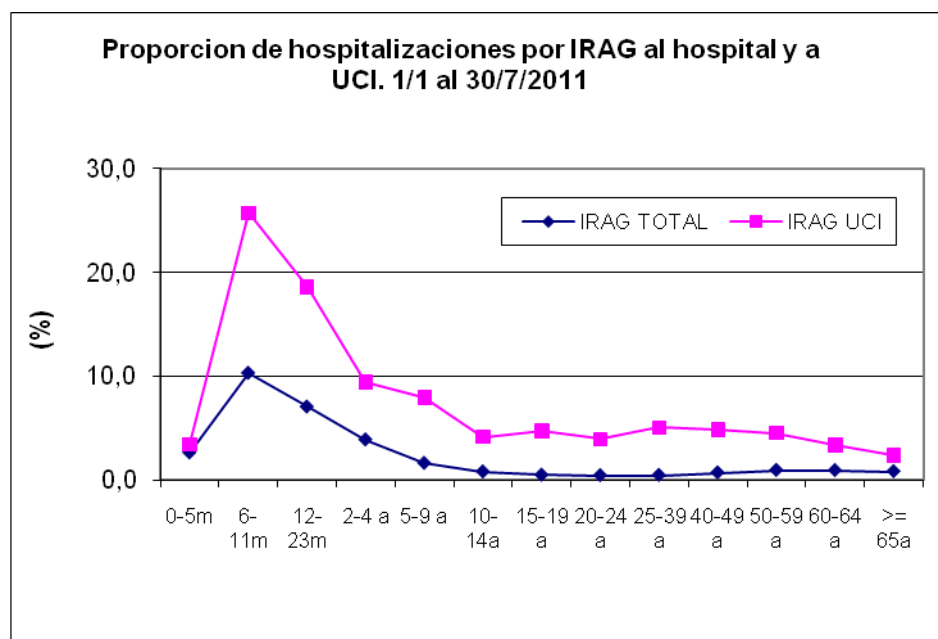
Gráfico N° 5:



En las últimas semanas epidemiológicas (SE) la proporción de ingresos hospitalarios por IRAG respecto al total de ingresos, la proporción de IRAG que requirió ingreso a una unidad de cuidado intensivo (UCI) respecto al total de ingresos a UCI y la proporción de fallecimientos por IRAG respecto al total de fallecimientos se incrementó paulatinamente y permanece en niveles similares a los esperados para la época en curso, al igual que lo reportado por la mayoría de los países de la región.

Es esperable que los niveles de actividad mencionados se estabilicen en las próximas SE y que comiencen a descender de acuerdo al patrón estacional típico de las IRAG.

Gráfico N° 6:



La mayor proporción de ingresos por IRAG al hospital y a UCI en relación a los ingresos totales aconteció en el grupo de menores de 9 años y principalmente en <2 años.

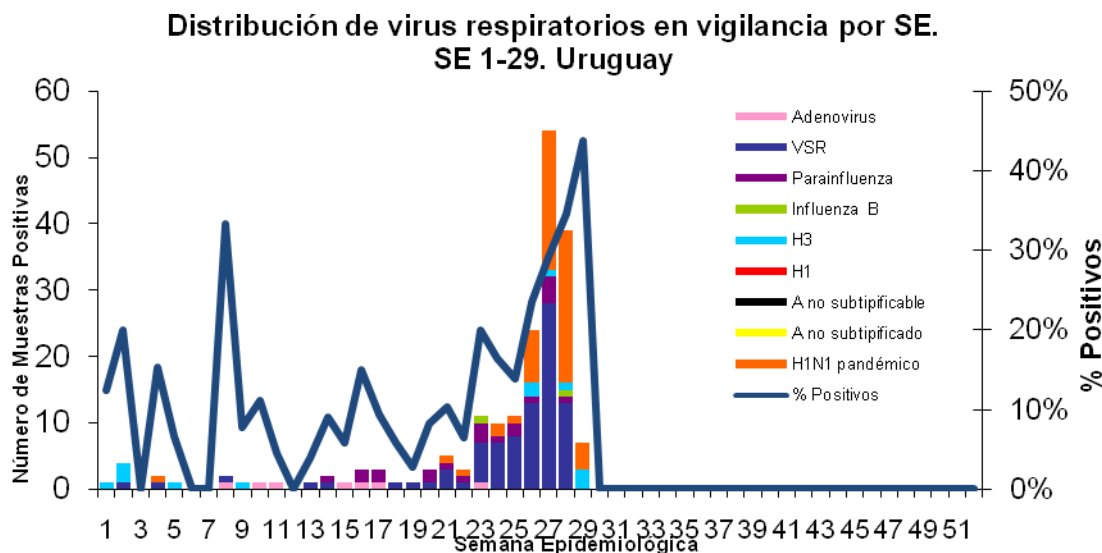
En lo que va del 2011 la positividad de los casos de IRAG para virus respiratorios es baja (18,2%) y menor aún para búsqueda de virus influenza (7%). Aunque en las últimas semanas, la positividad de las muestras supera el 30%. Hay una predominio de Influenza A dentro de los virus influenza circulantes.

Tabla N° 3:

% de muestras positivas virus respiratorios	18,2%
% de muestras positivas para influenza	7,0%
% positivo para influenza A en muestras positivas	6,9%
% de influenza pandémica H1N1 en positivos para influenza	80,8%
% de influenza pandémica H1N1 en positivos para influenza A	82,9%

La distribución de los virus identificados por el Departamento de Laboratorios de Salud Pública provenientes de casos de IRAG ocurridos en 2011 hasta la SE 29 se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 7:



Se ha producido un aumento de la circulación de virus respiratorios a partir de la SE 21. De las muestras procesadas positivas correspondiendo el 36,8% a VRS, 29,6% a Influenza A (33% a H3N2 y 67% H1N1 pandémica), 17% Adenovirus, 14,8% a Parainfluenza (totales acumulados a la SE 29 parcial), 0,5% Flu B y 1,3% otros virus respiratorios. Este comportamiento es semejante al reportado por otros países de la región.

El gráfico 2 muestra los aislamientos de virus influenza por SE, donde se observa un predominio de virus influenza A H1N1 pandémico en las últimas semanas, con muy baja circulación de H3N2 y de Influenza B.

Gráfico N° 8:

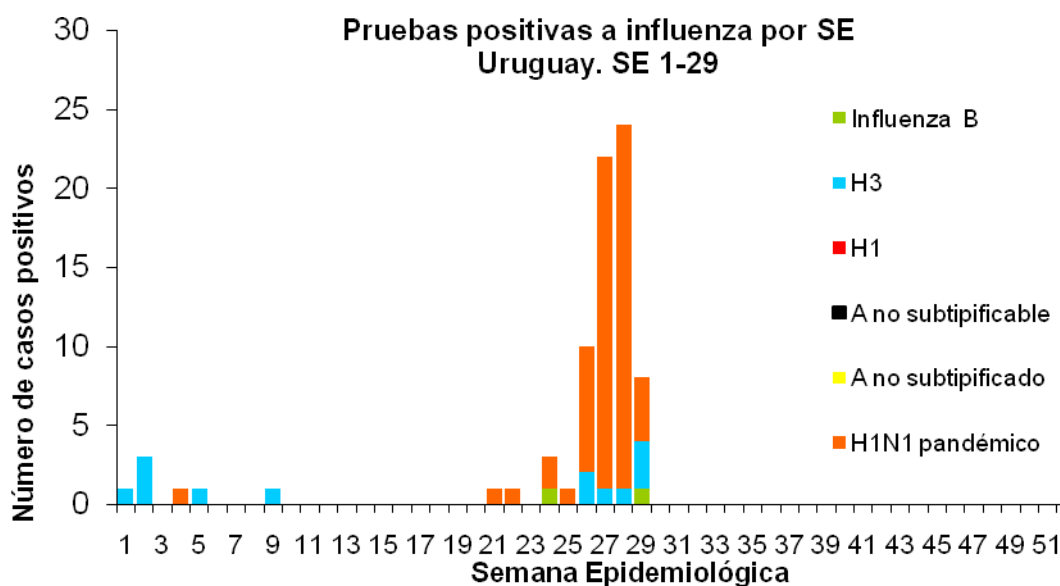
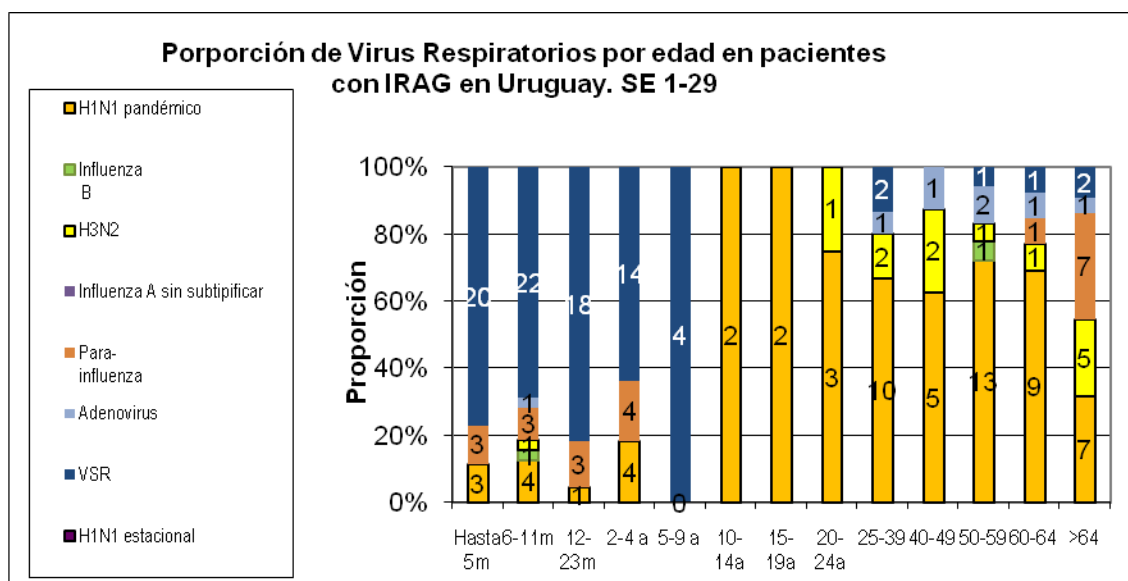


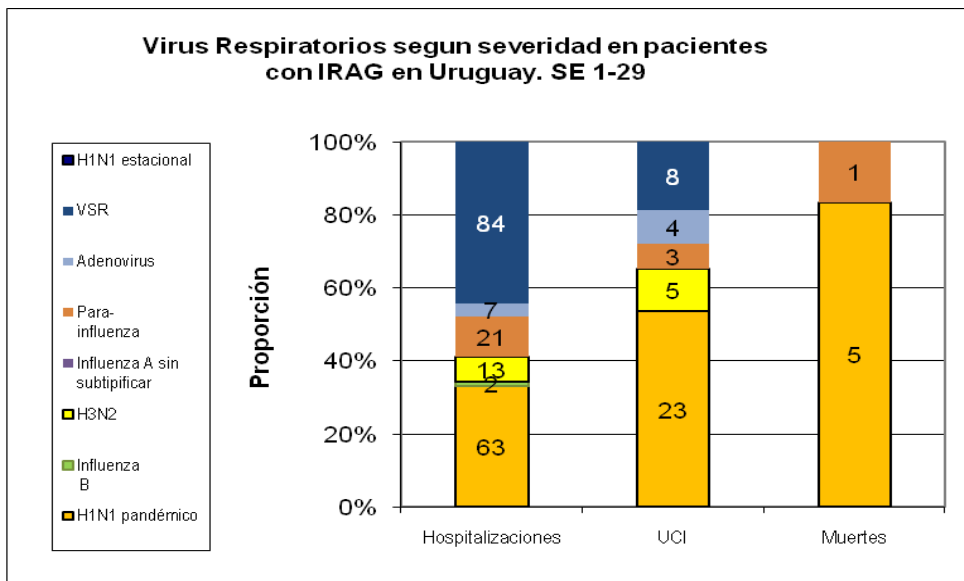
Gráfico N° 9:



En menores de 9 años predomina el VRS.

Los aislamientos de Influenza A H1N1 pandémica se identificaron en todos los grupos de edad, con predominio en el grupo de 10 a 64 años. En adultos de 60 y más, se aislaron todos los virus identificados, con predominio de Parainfluenza e Influenza A H1N1 pandémica.

Gráfico N° 10:



Hasta la fecha, de los 59 casos confirmados de H1N1 ingresados al hospital, un 36,5% ingresó a UCI y de los casos confirmados de VRS ingresaron a UCI un 9,5% de los hospitalizados.

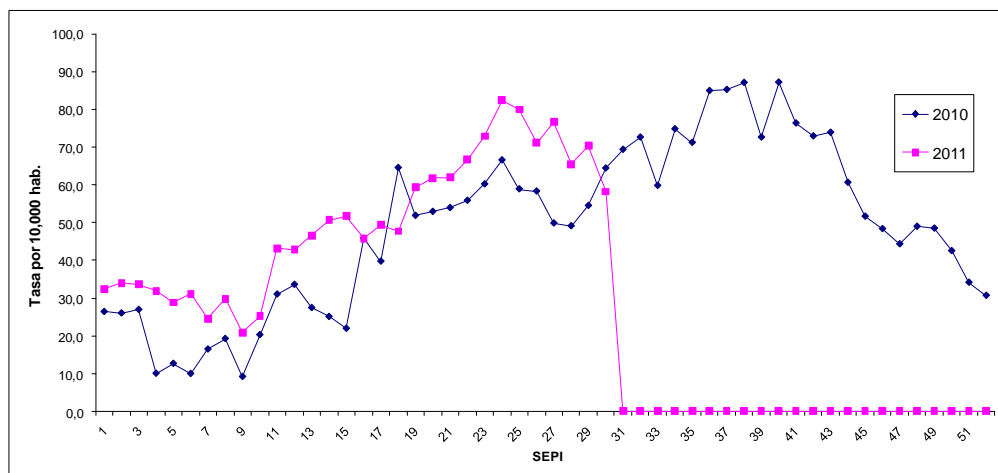
De los casos de IRAG confirmados por laboratorio, fallecieron 4 casos, 3 por H1N1 pandémica y 1 por Parainfluenza.

2. 1- Monitoreo de consultas ambulatorias de enfermedad 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 infecciones respiratorias.

Gráfico N° 11: Comparativo del monitoreo de consultas por causa respiratorias año 2010-2011.



Se observa un aumento en el número de consultas por todas las causas respiratorias, a partir de la SE 21 al mismo período del año 2010.

2. 2 - Vigilancia Centinela Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

Se realiza la vigilancia centinela de ETI, en 3 puestos seleccionados en diferentes puntos del país.

El comportamiento de ETI a la fecha, es el esperado para la época.

La vigilancia laboratorial identifica del total de muestras que 46 % son negativas y 33 % son positivas, de las cuales, el 50 % H1N1 pandémico, el 35.7 % son VRS y el 12.5% corresponde a H3 N2.

Definición ETI: Presencia de fiebre mayor o igual a 38° C, acompañada de tos o dolor de garganta, sin presencia de otro diagnóstico, con asistencia ambulatoria.

En suma:

- ✓ Es posible objetivar un aumento de la circulación de virus respiratorios en Uruguay a partir de la SE 21, marcando el inicio de la temporada de influenza.
- ✓ Se observa un aumento en el número de consultas ambulatorias (emergencias móviles) respecto al año 2010.
- ✓ Los virus aislados predominantemente circulantes a la semana epidemiológica 29 son el Virus Respiratorio Sincicial (VRS), Influenza A y Parainfluenza. En lo que va de 2011 se han confirmado 59 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causados por Influenza A H1N1 pandémica en Uruguay, de los cuales 3 fallecieron.
- ✓ Es esperable que los niveles de actividad de infecciones respiratorias mencionados comiencen a descender en las próximas semanas de acuerdo al patrón estacional típico de este evento.
- ✓ La vigilancia de IRAG y monitoreo de consultas ambulatorias, se desarrolla en forma sistemática a nivel nacional, de modo de detectar cualquier cambio en la situación actual y/o de determinar la necesidad de implementar medidas sanitarias adicionales. Esta semana el MSP publicó una nueva alerta a la población estimulando la adopción de medidas de control y se insiste al cuerpo médico evaluar el tratamiento empírico con Oseltamivir en hospitalizados y pacientes con factores de comorbilidad, al menos.

3 - SITUACION HEPATITIS A

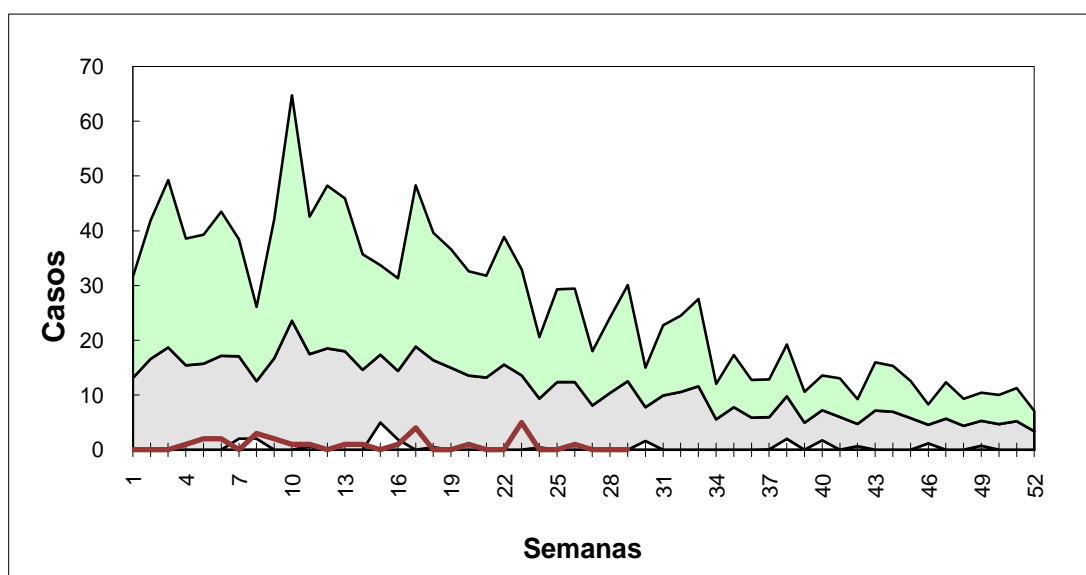
La **Hepatitis A** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primer semana de la sospecha del caso. En Uruguay, la Hepatitis a virus A es una enfermedad endémica con brotes epidémicos.

Tabla N° 4: Distribución de casos de Hepatitis A notificados, según Departamento. Uruguay SE 30.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	14
Canelones	3
Río Negro	2
Otros/SD	2
Colonia	1
Durazno	1
Paysandú	1
Rivera	1
Rocha	1
TOTALES	26

Los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres no han reportado casos de Hepatitis A a DEVISA al 30 de julio de este año.

Gráfico N° 12: Corredor endémico semanal de Hepatitis A.



El corredor endémico semanal, para Hepatitis A a la SE 30 transcurre en zona de éxito en el presente año.

La aparición de casos de hepatitis A se relaciona estrechamente con las condiciones de higiene personal y del medio, la calidad del agua y los alimentos.

Por tanto, su incidencia está muy vinculada con el estado socioeconómico de cada país. Cualquier persona puede contraer la hepatitis A.

Existen ciertas condiciones que, aumentan la probabilidad de enfermar.

- Personas que viven con alguien infectado de hepatitis A.
- Niños que asisten a guarderías y las personas que trabajan en una guardería de niños.
- Personas que viajan a otros países donde la hepatitis A es endémica y no poseen los anticuerpos.
- Personas que practican el anilingus en sus relaciones sexuales.

4 - SITUACION VARICELA

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

Tabla N° 5: Distribución de casos notificados de varicela, según Departamento. Uruguay SE 30.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	85
Canelones	38
Lavalleja	33
Paysandú	27
Tacuarembó	25
Rocha	22
Salto	19
Maldonado	16
Colonia	13
Florida	13
Sin Dato	10
San José	9
Artigas	7
Río Negro	5
Cerro Largo	4
Rivera	4
T y Tres	3
Durazno	2
Soriano	2
Total	337

Gráfico N° 13: Corredor endémico semanal de varicela.

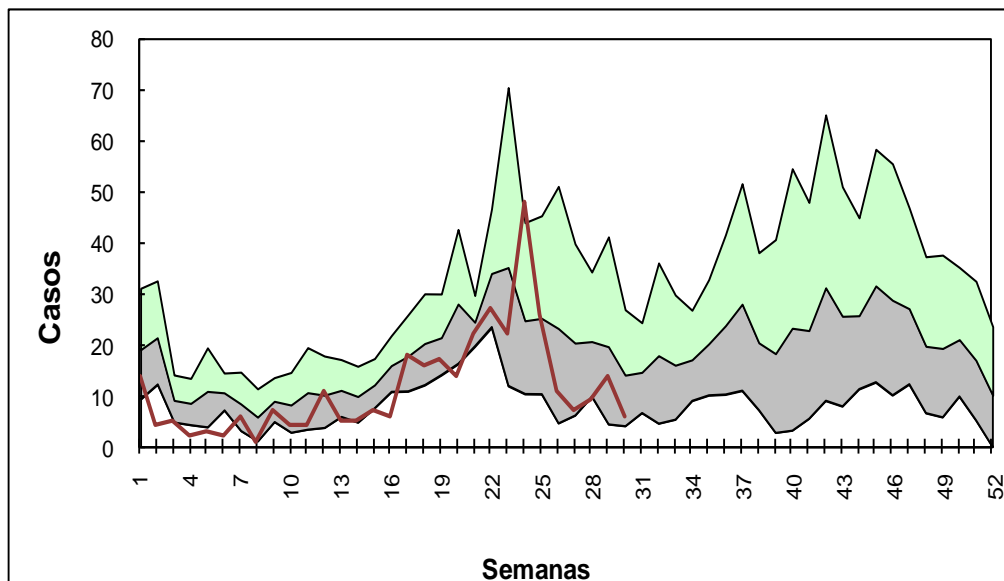
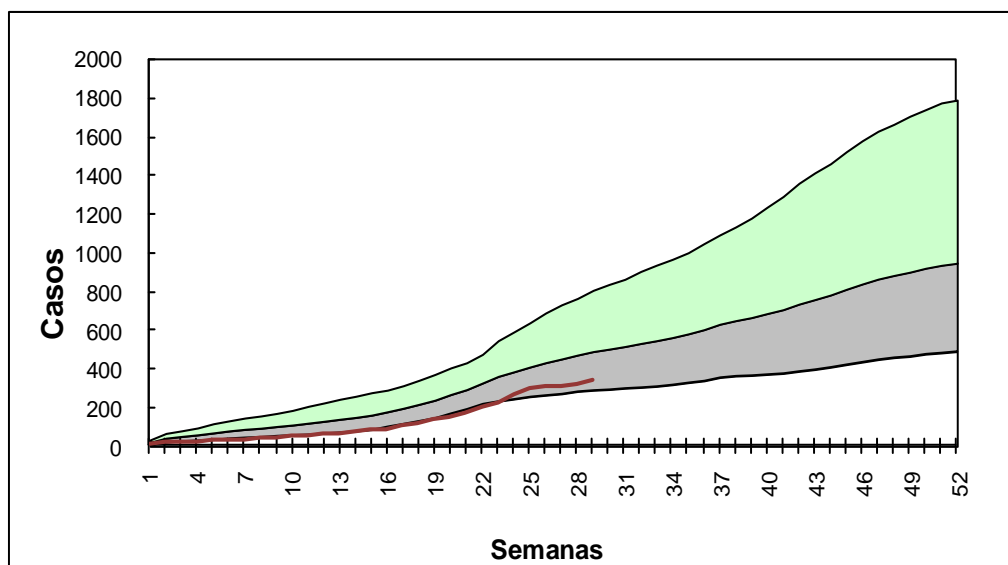


Gráfico N° 14: Corredor endémico acumulado de varicela.



En referencia al corredor semanal de varicela, durante todo el año el número de casos se ubicó en la **zona de seguridad** a excepción de la SE 25 que alcanzó la zona de alerta. A la SE 30 el corredor semanal nuevamente transcurre en **zona de seguridad** al igual que el corredor acumulado.

En cuanto al corredor acumulado, el número de casos transcurrió en **zona de seguridad** durante todo el año.

En el presente año se han notificado e investigado brotes intrafamiliares o en centros educativos, tanto en población vacunada, como no vacunada en varios departamentos del país, en la mayoría de los casos autolimitados.

No hemos recibido notificaciones de casos de varicela desde el departamento de Flores hasta el 30 de julio del presente año.

5 - SITUACION PAROTIDITIS

La **Parotiditis** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primer semana de sospecha del caso.

Gráfico N° 15: Corredor endémico semanal de parotiditis.

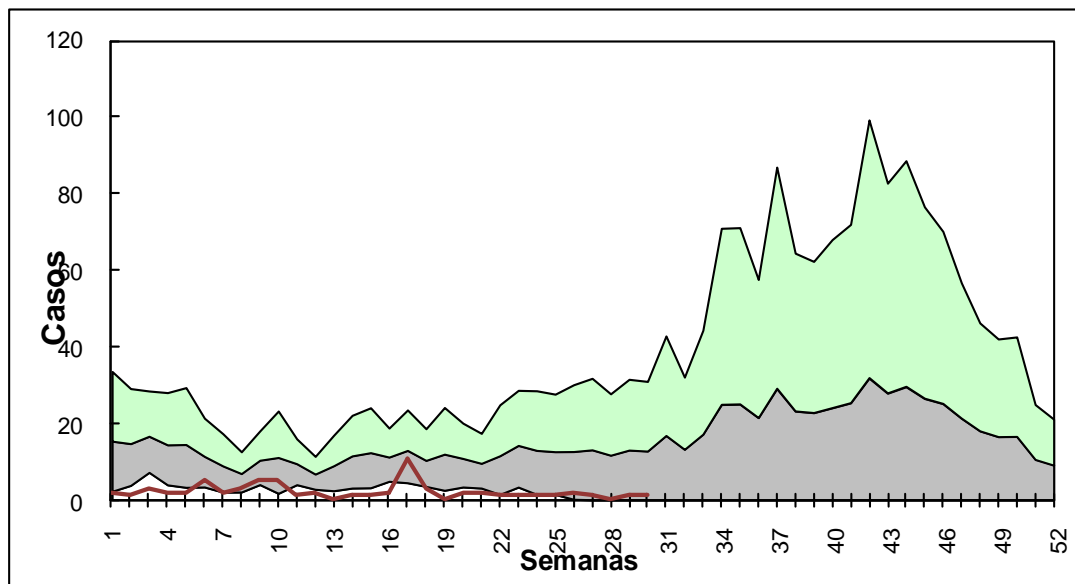
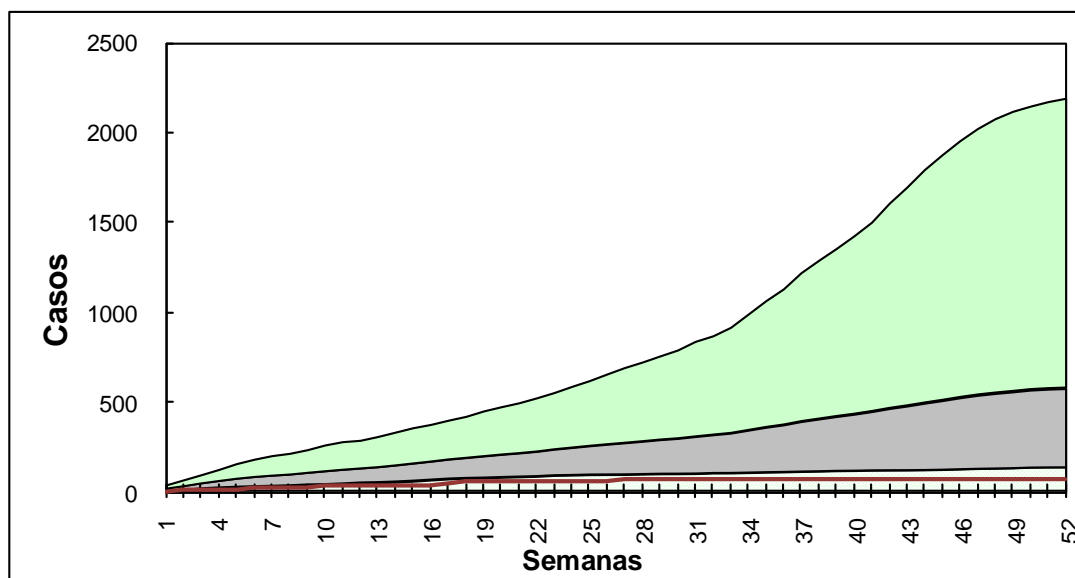


Gráfico N° 16: Corredor endémico acumulado de parotiditis



En el año en curso tanto a la SE 30, el corredor semanal y acumulado transcurre 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, intercalada por brotes que ocurren cada 2, 3 a 7 años, preferentemente a fines del invierno y comienzo de la primavera, por lo antes mencionamos podría ser esperable un aumento del número de notificaciones en las próximas semanas.

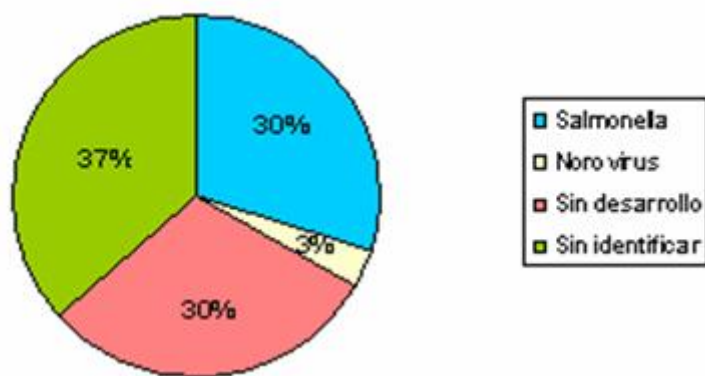
6 - SITUACION ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)

La ETA es un evento de notificación dentro de las primeras 24 h. de la sospecha del caso.

Tabla N° 6: Distribución de brotes de ETA y número de afectados según mes. Uruguay a la SE 30.

MES	N° Brotes	Afectados
Enero	10	109
Febrero	5	14
Marzo	4	12
Abril	3	20
Mayo	6	24
Junio	1	4
Julio	1	7
TOTAL	30	190

Grafico N° 17: Distribución de brotes de ETA según agente. Uruguay a la SE 30 de 2011.



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

Durante el presente año, el **mayor número de brotes de ETA** se notificaron durante el **mes de enero**. A su vez, el germen aislado con mayor frecuencia fue **Salmonella** (correspondiendo al 30% del total), mientras que el 37% se relaciona a los casos sin identificar el germen, entendiéndose como aquellos en los que no se logró obtener muestra de alimento ni clínica para su correspondiente estudio.

7 - 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), habiéndose estudiado y descartado un total de 28 casos sospechosos.

A la SE 30 han sido **confirmados 5 casos de dengue importado**, con antecedente de viaje a Brasil en tres de ellos y a Paraguay en dos.

En cuanto al **vector**, este ha sido **identificado en varios departamentos** del país.

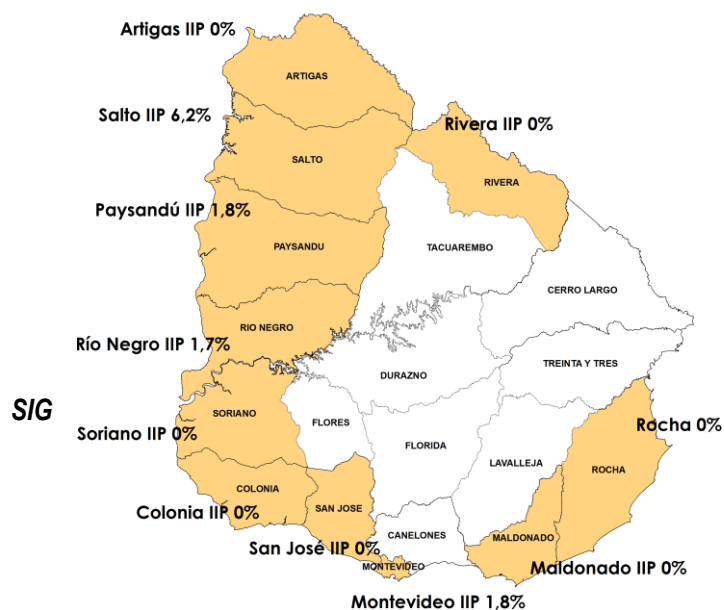
Actualmente la estrategia de monitoreo vectorial utilizada es el Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRAA).

La cual se llevó a cabo en 25 localidades del interior y en 8 municipios de Montevideo, resultando monitoreados 11 departamentos.

Mapa 1:

Localidades que aplicaron LIRAA al 20 de Julio de 2011

(*) Índice de infestación predial (IIP)



Monitoreo:

25 localidades interior
8 Municipios en Montevideo
11 Departamentos

Fuente de datos:
DCP – IDE

Fuente de atributos:
“Unidad de Zoonosis y Vectores” – DEVISA

Fuente armado:
– DEVISA

8 - SITUACION HANTAVIROSIS

Hantavirus es un evento de notificación obligatoria dentro de las primeras 24 hs 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.

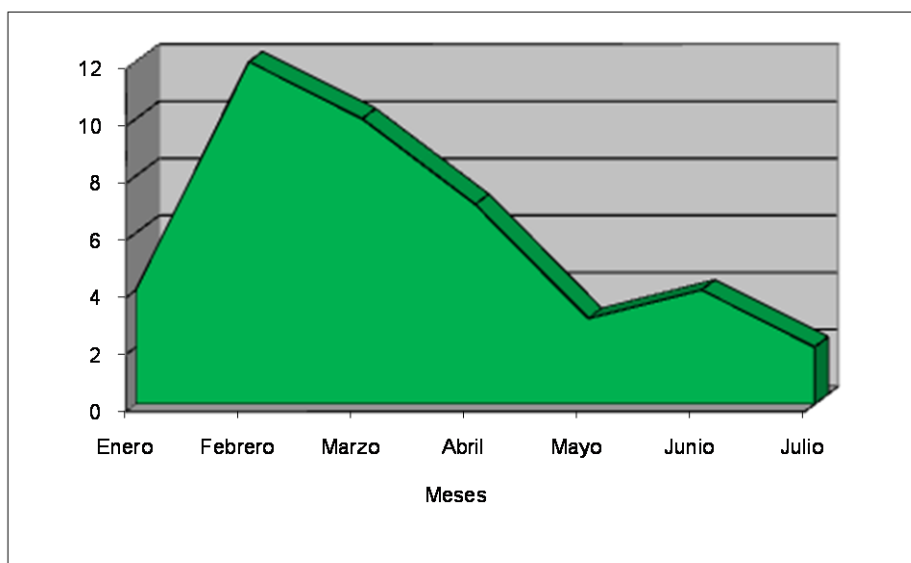
Los casos confirmados se registraron únicamente al sur del Río Negro hasta el año 2010 en que se confirmó el primer caso al norte, en el departamento de Artigas.

A la SE 30 de 2011 se han confirmado 3 casos (dos procedentes de Montevideo y uno de Canelones) **con un caso fallecido**.

9 - SIFILIS CONGENITA

Gráfico N° 18: Distribución de la Sífilis Congénita durante el año 2011.

Tabla N° 7: Distribución de la Sífilis Congénita durante el año 2011.



MES	Casos
Enero	4
Febrero	12
Marzo	10
Abril	7
Mayo	3
Junio	4
Julio	2
TOTAL	42

A fines del año 2007 se comunicó a los servicios de salud públicos y privados, la obligatoriedad de la denuncia semanal de los casos de sífilis congénita y de ello se aprecia en la grafica, si bien los casos descendieron en el 2010.

10 - SITUACION LEPTOSPIROSIS

Leptospirosis es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.
A la SE 30 de 2011 se han confirmado 12 casos no registrándose fallecimientos por esta causa.

Mapa N° 2: Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 30

Tabla N° 8: Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 30.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	0
Artigas	0
Canelones	1
Cerro Largo	0
Colonia	1
Durazno	0
Flores	0
Florida	1
Lavalleja	0
Maldonado	1
Paysandú	0
Río Negro	1
Rivera	0
Rocha	4
Salto	0
San José	1
Soriano	2
Tacuarembó	0
Treinta y tres	0
Otros /SD	0
TOTALES	12

