

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 \(ETA\)](#)

[Leishmaniasis Visceral](#)

***Actualizado a la semana epidemiológica (SE) 33
(14 de agosto al 20 de agosto 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 33** de 2011.

Etiología	N° casos	Evolución	
		Alta	Fallecidos
Meningococo	5	5	0
Neumococo	28	21	7
Haemophilus Influenzae tipo b	3	3	0
Haemophilus Influenzae otros tipos	1	0	1
Otros gérmenes identificados	4	3	1
Desconocida (*)	26	23	3
Viral	9	8	1
Probable viral	18	17	1(**)
Total	94	80	14

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

(**) Paciente con antecedente de VIH positivo.

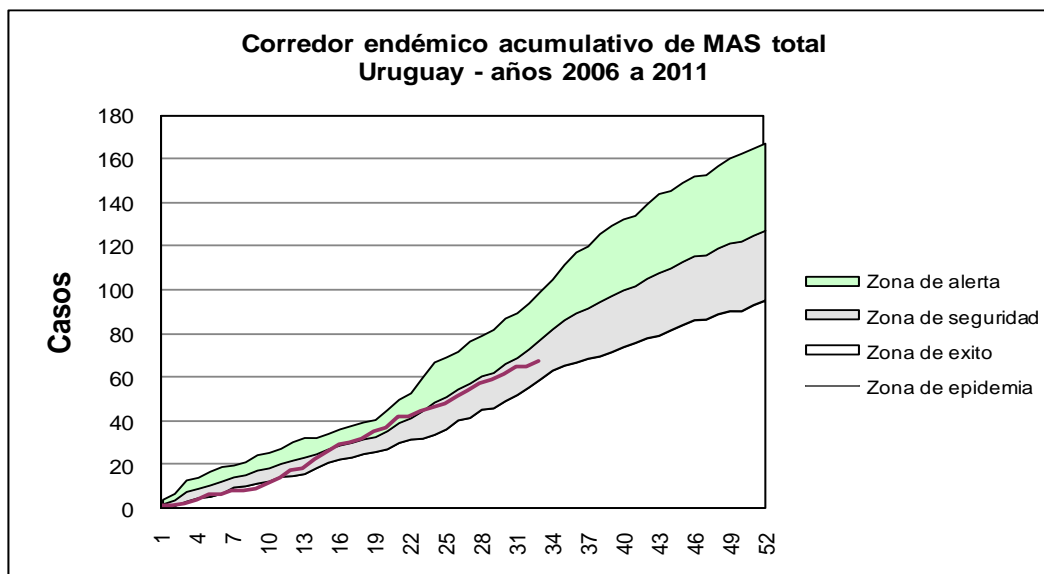
Como **enfermedad meningocócica** se presentaron además de los casos de meningitis, 9 casos de meningococemia (2 casos fallecidos).

Durante el presente año, a la SE 33 se notificaron un total de 94 meningitis. De ellas el 19% correspondieron a meningitis de probable etiología viral y 9.5 % corresponden a meningitis viral confirmadas por laboratorio, el 30% a meningitis por Neumococo, el 5.3 % a meningitis por Meningococo y el 8.5% a meningitis provocadas por otros gérmenes (H. Influenza y otros).

En las meningitis virales se identificaron: 6 Enterovirus, 2 Herpes simple Tipo 1 y 1 varicela zoster. 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. Año 2006-2011.



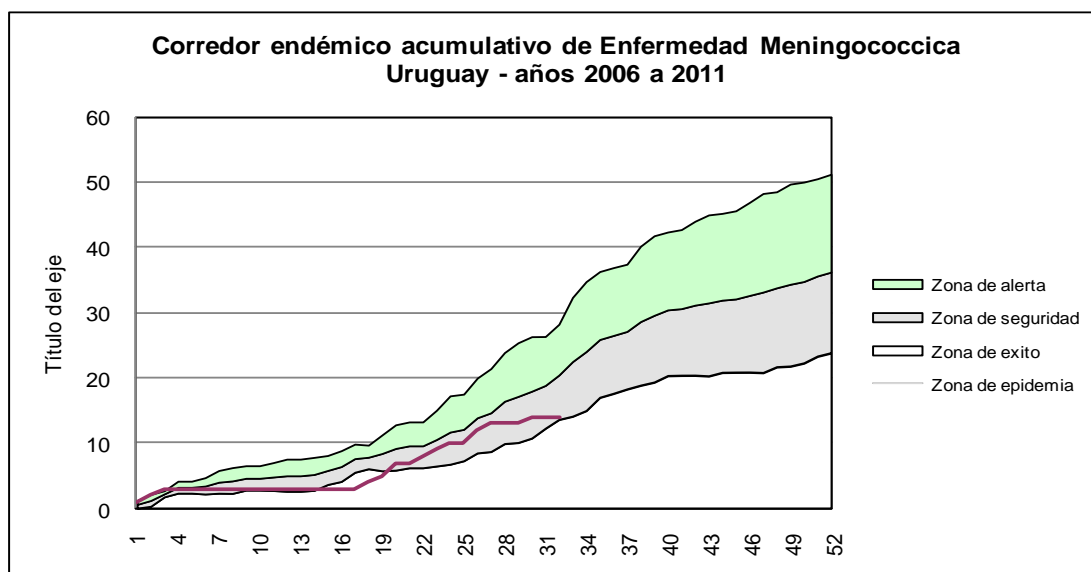
El corredor endémico acumulado a la SE 33 para meningitis (por todas las etiologías) transcurre en **zona de seguridad**.

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 33 de 2011.

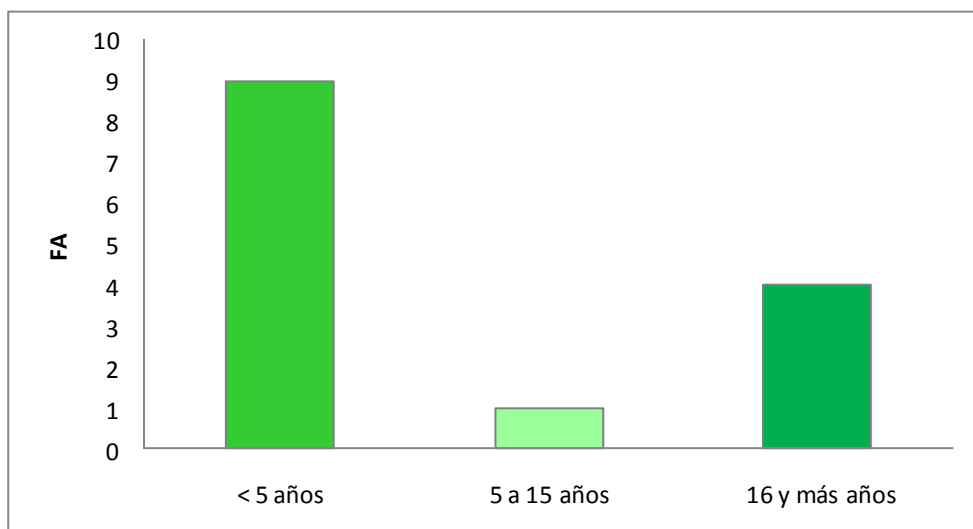
Años	Nº Casos	Nº fallecidos	Tasa de incidencia (por 100.000 hab.)	Letalidad (%)
2010	14	3	0.41	21.4
2011	14	2	0.42	14.3

Gráfico N° 2: Corredor endémico acumulado enfermedad meningocócica. Año 2006-2011



El corredor acumulado para enfermedad meningocócica a la SE 33 transcurre en **zona de seguridad**.

Gráfico N° 3: Distribución de casos de enfermedad meningocócica según grupo etáreo. Año 2011.



A la SE 33 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 20 de Agosto 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>

Uruguay presenta niveles altos de actividad de influenza en la semana epidemiológica (SE) 32 con un desplazamiento del pico, quizá por una presentación más tardía de la temporada en éste año (Ver gráficos).

Gráfico N° 4: Proporción de hospitalización por IRAG al hospital por SE. 4/7/2010 a 20/8/2011.

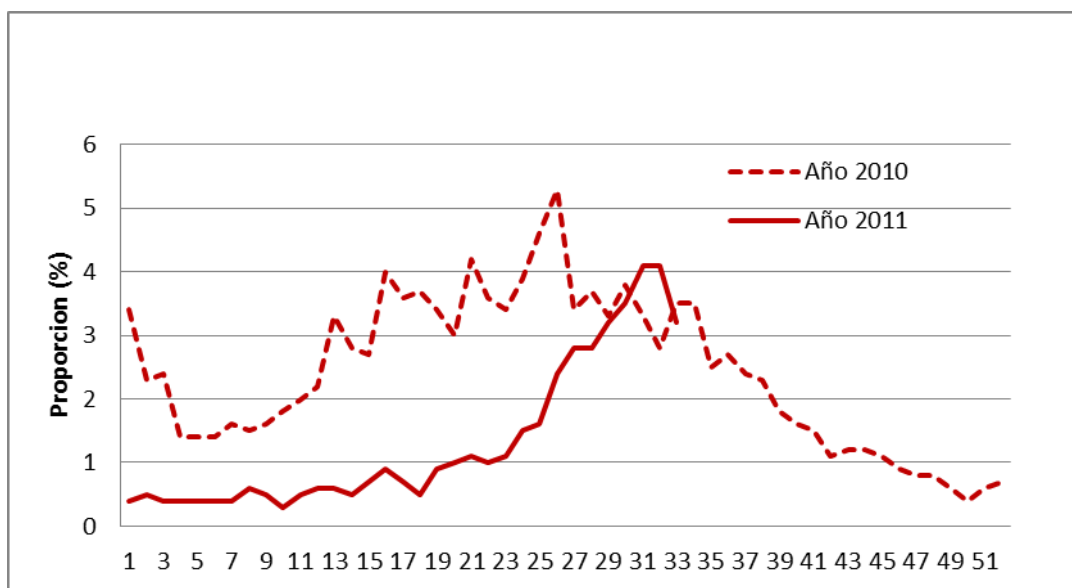
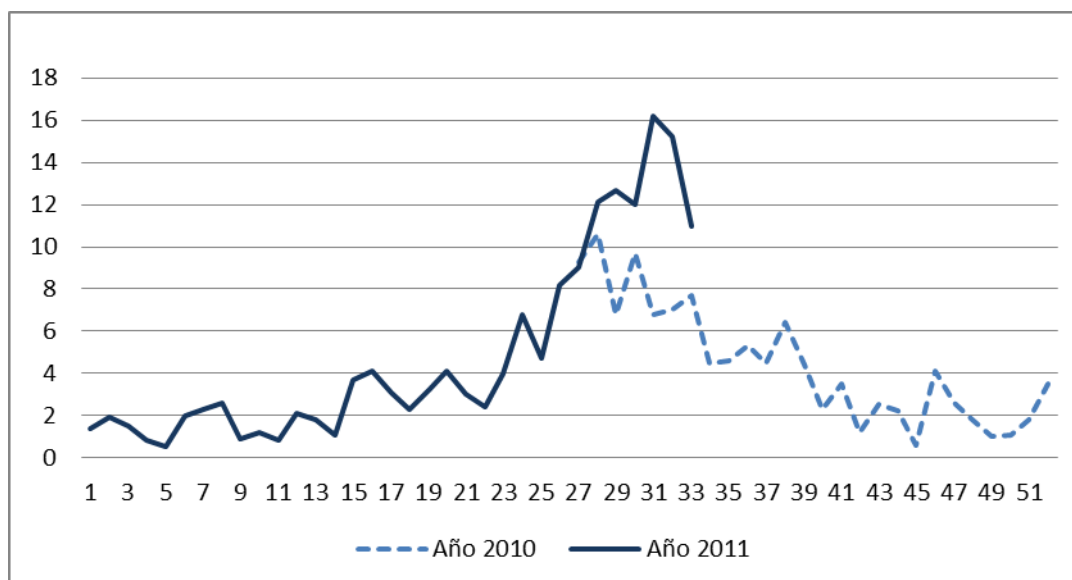
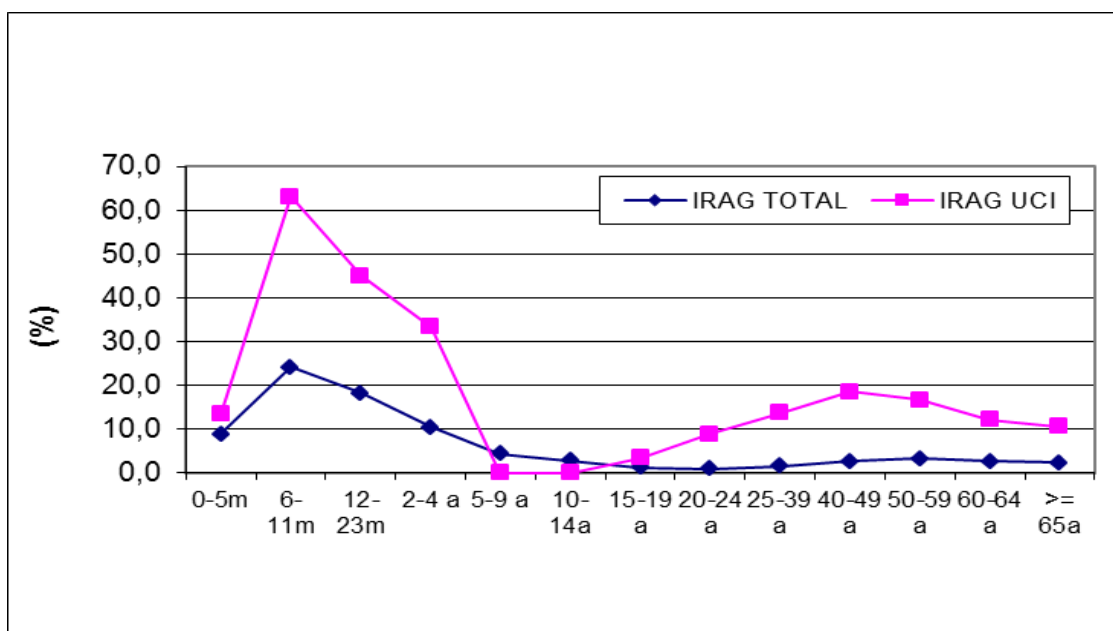


Gráfico N°5: Proporción de hospitalización por IRAG a UCI por SE. 4/7/2010 al 20/8/2011.



La proporción de ingresos a UCI por IRAG se incrementó paulatinamente y desde la SE 28 ha sido mayor que la proporción del año 2010 en la misma época. Estamos en plena temporada de influenza, en el pico estacional. En las 2 últimas semanas los niveles de actividad han descendiendo, aunque las bajas temperaturas de esta semana pueden incrementar los casos.

Gráfico N°6: Proporción de hospitalizaciones por IRAG al hospital y a UCI. SE 31-33.



En las últimas semanas, la proporción de ingresos a UCI por IRAG del total de ingresos, es mayor en los grupos de <4 años y de 25 a 59 años.

En la proporción de ingresos al hospital por IRAG se destaca el grupo de < de 4 años.

Gráfico N°7: Virus Respiratorios según severidad en pacientes con IRAG en Uruguay. SE 1-33.

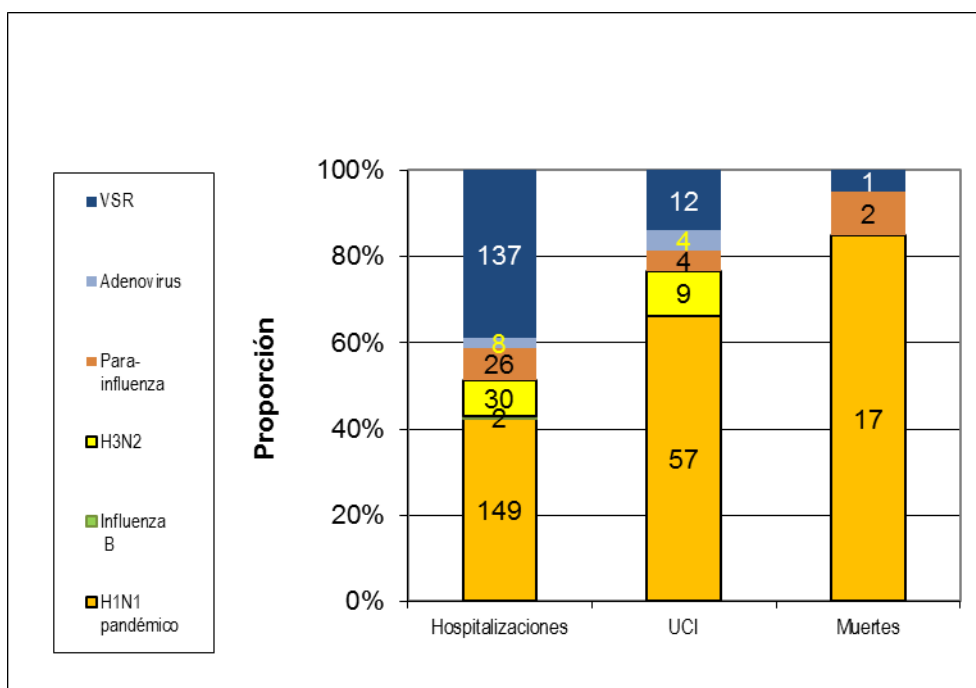


Tabla N° 3:

Virus respiratorios según severidad en pacientes con IRAG, tasas de ingreso a UCI y mortalidad SEPI 1-33								
	Virus aislados							
	H1N1 pandémico	Influenza B	H3N2	Para-influenza	Adenovirus	VSR	Otros	Total
Hospitalizaciones	149	2	30	26	8	137	10	362
UCI	57	0	9	4	4	12	3	89
Muertes	17	0	0	2	0	1	0	20
Tasa de ingresos a UCI (por mil)	38,3	0,0	30,0	15,4	50,0	8,8	30,0	24,6
Tasa de mortalidad (por mil)	11,4	0,0	0,0	7,7	0,0	0,7	0,0	5,5

De los 149 pacientes ingresados al hospital **con confirmación de virus H1N1** pandémico, un 38% se trasladó a UCI y fallecieron 17 pacientes (11,4% tasa de letalidad).

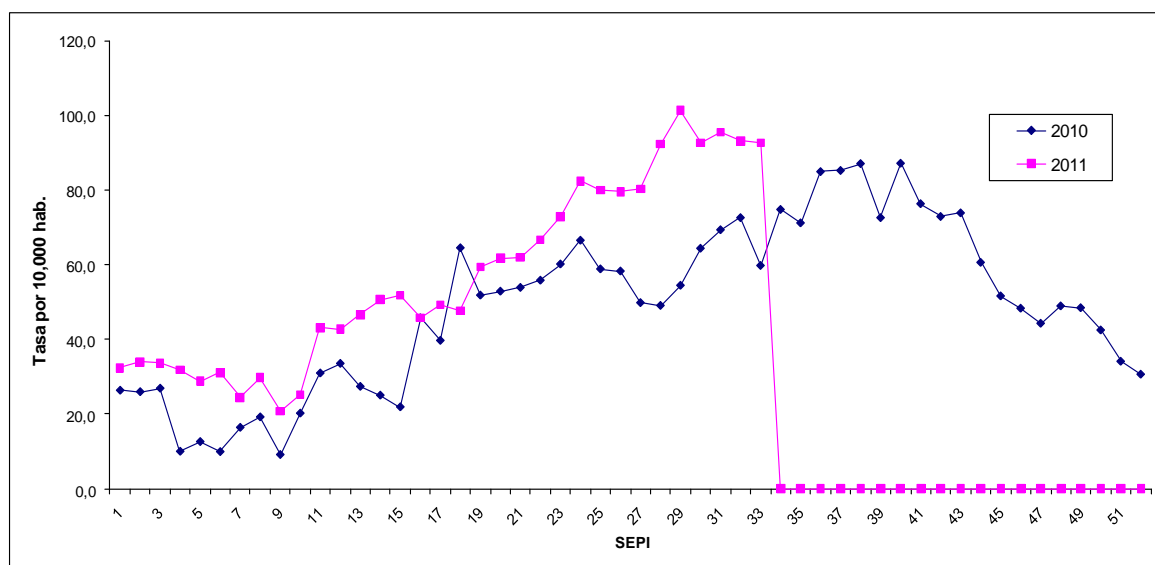
De los 17 fallecidos por H1N1 pandémico, 14 tenían comorbilidad (8 presentaron obesidad, 5 enfermedad cardíaca crónica, 4 inmunodepresión, 4 diabetes, uno EPOC, uno enfermedad renal crónica y otro enfermedad neurológica crónica). Tenían entre 7 a 89 años, con una mediana de 56 años.

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° 8: 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 24 al mismo período del año 2010. Es posible constatar un nuevo aumento en la SE 28.

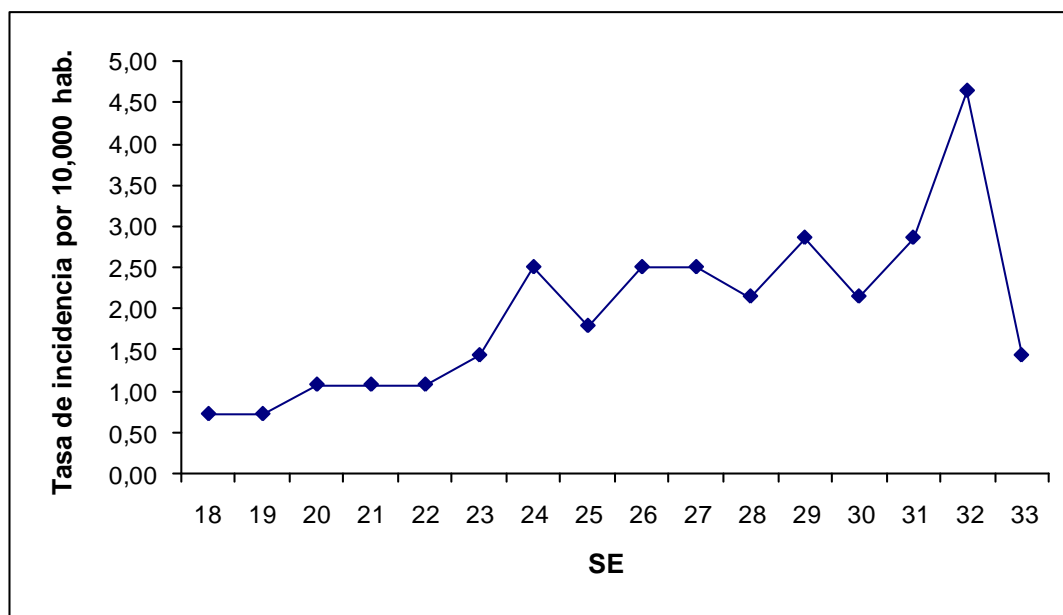
2. 2 - Vigilancia Centinela Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

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 42 % son negativas y 22 % son positivas, de las cuales, el 50 % H1N1 pandémico, el 35.7 % son VRS y el 12.5% corresponde a H3 N2. A la fecha del boletín se continúan procesando muestras.

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.

Gráfico N° 9: Distribución de número de casos de ETI según SE a partir de mayo 2011.



En suma:

- ✓ Los ingresos hospitalarios y a UCI por IRAG han descendido en las 2 últimas semanas, aunque es esperable un cambio luego de los intensos fríos registrados en los últimos días que puedan mantener e incluso aumentar la intensidad de Influenza en la próxima semana.
- ✓ En lo que va de 2011 se han confirmado 149 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causados por Influenza A H1N1 pandémica, de los cuales 17 fallecieron. La obesidad es el factor de riesgo identificado más frecuentemente en los fallecidos.
- ✓ En cuanto a la vigilancia de ETI su comportamiento es similar al ocurrido con IRAG.

2.3 – Monitoreo de Ausentismo Escolar – Análisis a la SE 33.-

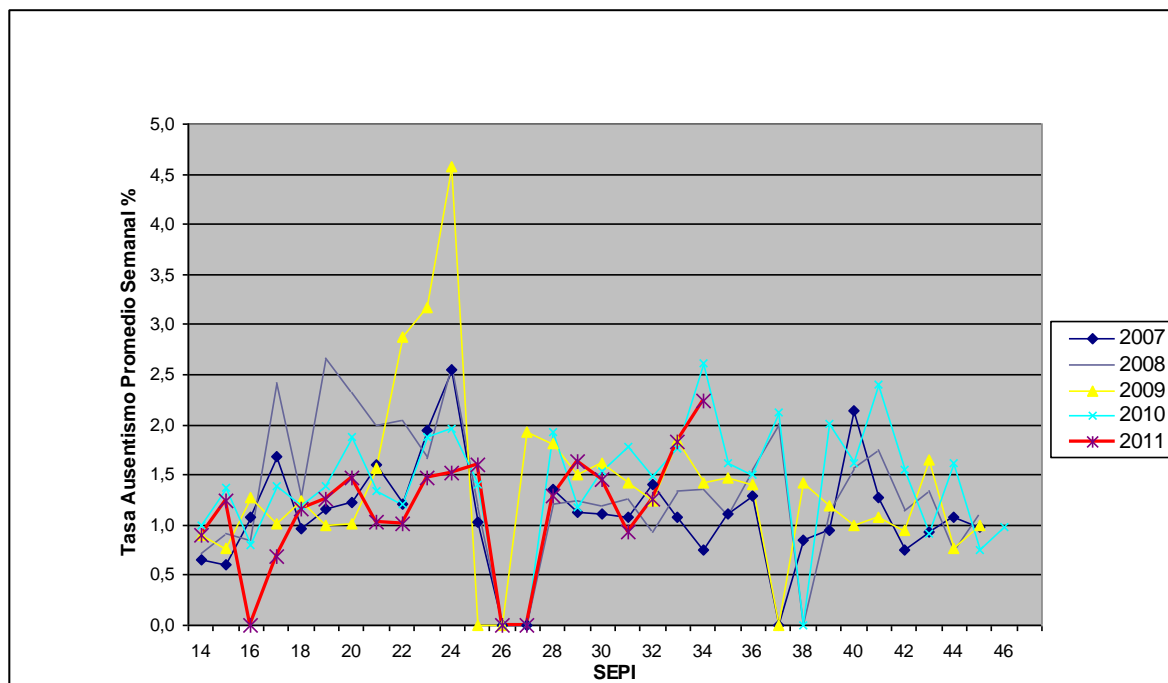
Desde DEVISA, se realiza el monitoreo del ausentismo escolar en dos instituciones de Montevideo desde el año 2007 a la fecha.

A la SE 33 del corriente año, **NO SE EVIDENCIA UN AUMENTO** en la tasa de ausentismo promedio semanal en las mismas (Gráfico 10).

El comportamiento del ausentismo escolar del año 2011 es semejante al observado al de los años 2007, 2008, 2010, con mínimas variaciones.

El año 2009 se diferencia claramente de años previos, constatándose un incremento importante del ausentismo hasta la SE 37, coincidiendo con el momento de pandemia por Influenza A (H1N1). Luego se observa el retorno en los niveles de ausentismo.

Gráfico N° 10: Distribución de tasa de ausentismo promedio semanal, según SE- Período 2007-2011.



3 - SITUACION HEPATITIS A

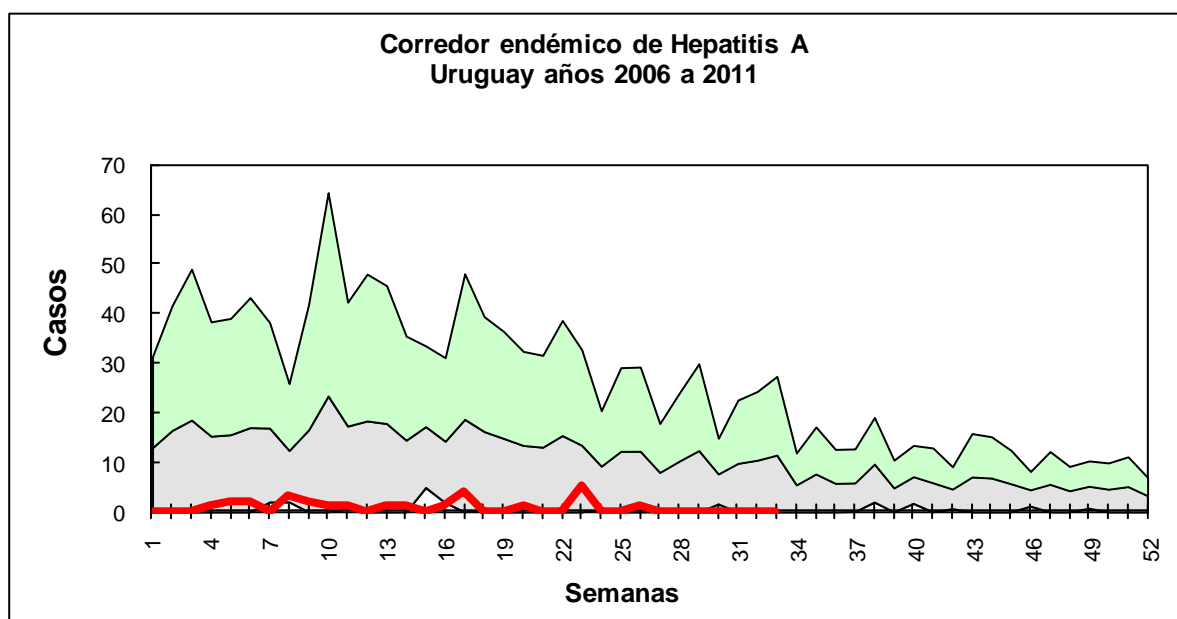
La **hepatitis A** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primer semana de la sospecha del caso. En Uruguay, la hepatitis a virus A es una enfermedad endémica con brotes epidémicos.

Tabla N° 4: Distribución de casos de hepatitis A notificados, según departamento. Uruguay SE 33.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	14
Canelones	3
Colonia	1
Durazno	1
Paysandú	1
Río Negro	2
Rivera	1
Rocha	1
Sin dato	2
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 a la SE de realizado el presente Boletín.

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



El corredor endémico semanal, para hepatitis A a la SE 33 transcurre en **zona de éxito** en el presente año.

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 33

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	89
Canelones	43
Artigas	7
Colonia	13
Cerro Largo	5
Durazno	2
Florida	13
Lavalleja	33
Maldonado	17
Paysandú	30
Río Negro	5
Rivera	4
Rocha	22
Salto	19
San José	9
Soriano	4
Tacuarembó	26
Treinta y Tres	3
Sin dato	10
Total	354

No se han recibido notificaciones de casos de varicela desde el departamento de Flores a la fecha de realizado el presente Boletín.

Gráfico N° 12: Corredor endémico semanal de varicela.

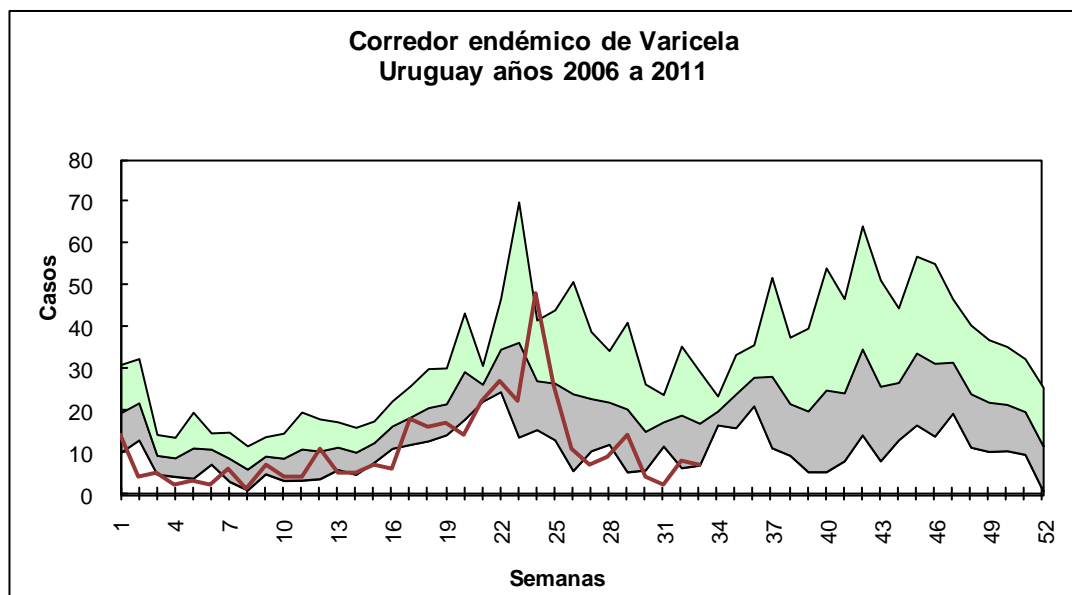
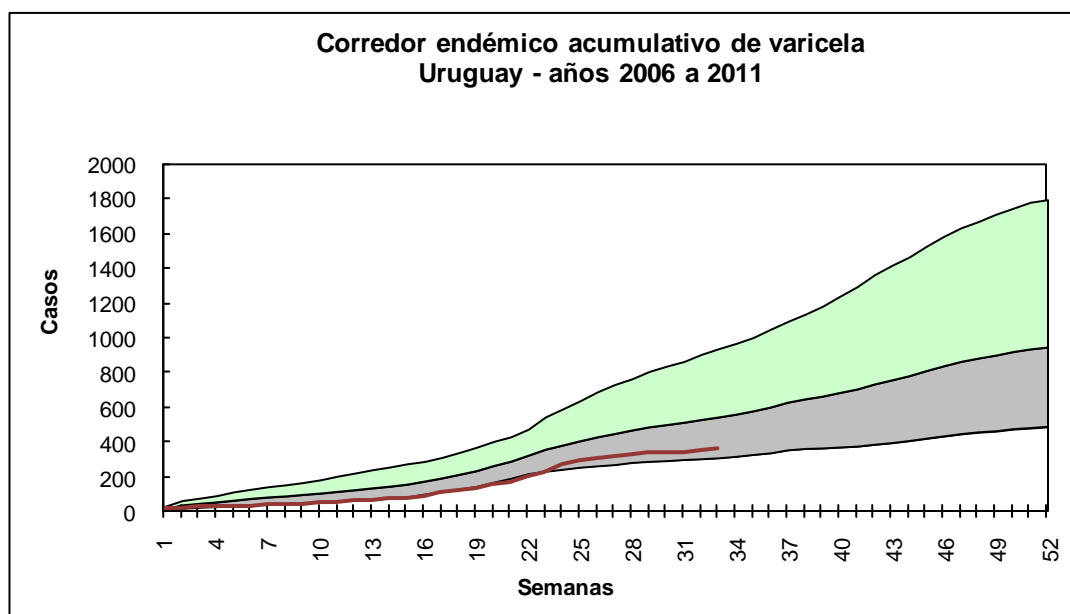


Gráfico N° 13: Corredor endémico acumulado de varicela.



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 33 el corredor semanal nuevamente transcurre en **zona de seguridad**.

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.

5 - SITUACION PAROTIDITIS

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

Gráfico N° 14: Corredor endémico semanal de parotiditis.

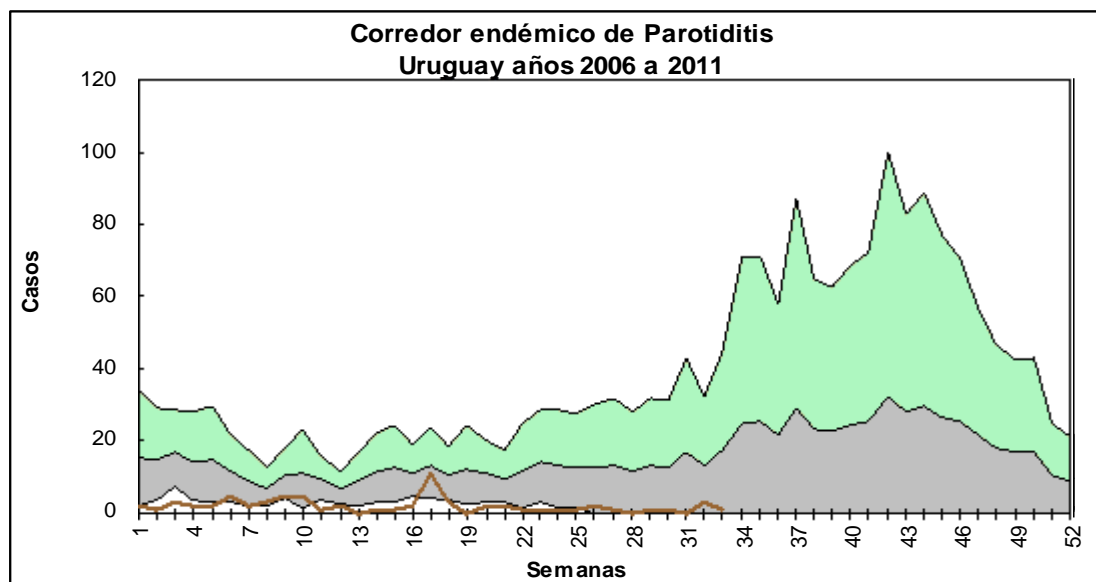
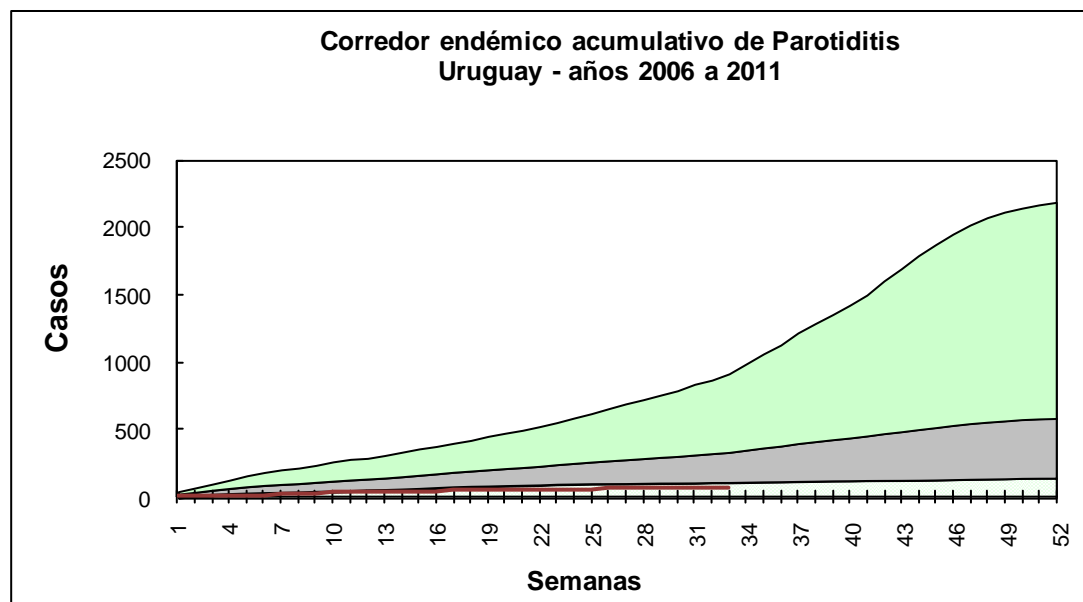


Gráfico N° 15: Corredor endémico acumulado de parotiditis



En el año en curso a la SE 33, el corredor semanal transcurre en **zona de seguridad** y el 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, intercalado por brotes que ocurren cada 2, 3 a 7 años, más frecuentemente a fines del invierno y comienzo de la primavera. Por lo tanto podría ser esperable un aumento del número de notificaciones en las próximas semanas.

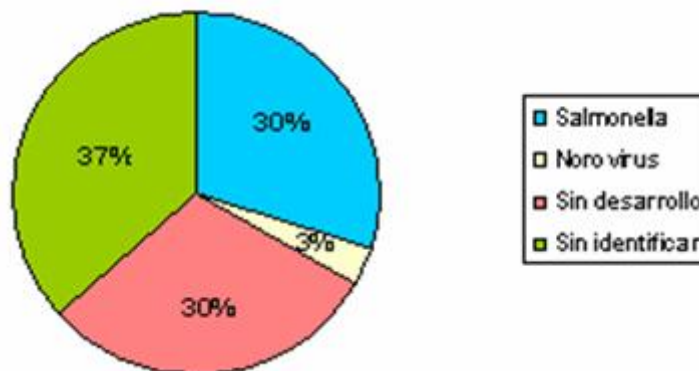
6 - SITUACION ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)

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 33.

MES	Nº 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

Gráfico N° 16: Distribución de brotes de ETA según agente. Uruguay a la SE 33 de 2011.



El resultado de los agentes fue identificado, tanto en muestras de alimentos, en muestras humanas 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 en el 37% de los casos no se identificó 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 33 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.

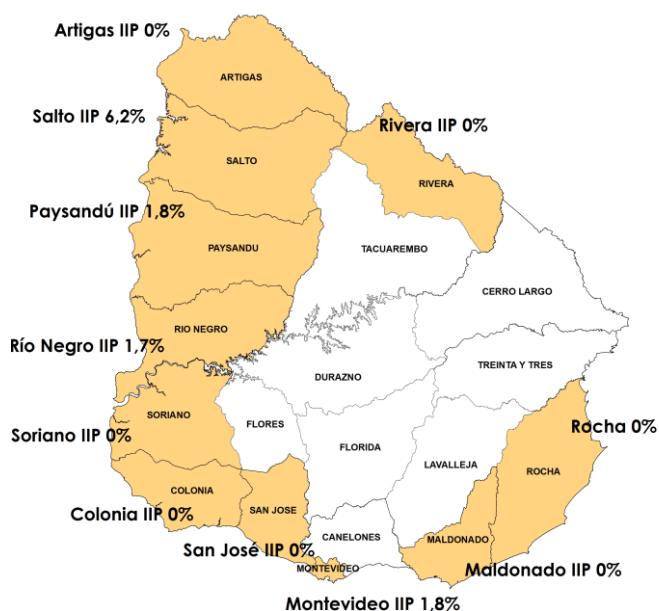
Actualmente la estrategia de monitoreo vectorial utilizada es el Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRaA).

El mismo 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:
SIG – DEVISA



BICENTENARIO
URUGUAY



8 - SITUACION HANTAVIROSIS

Hantaviriosis 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.

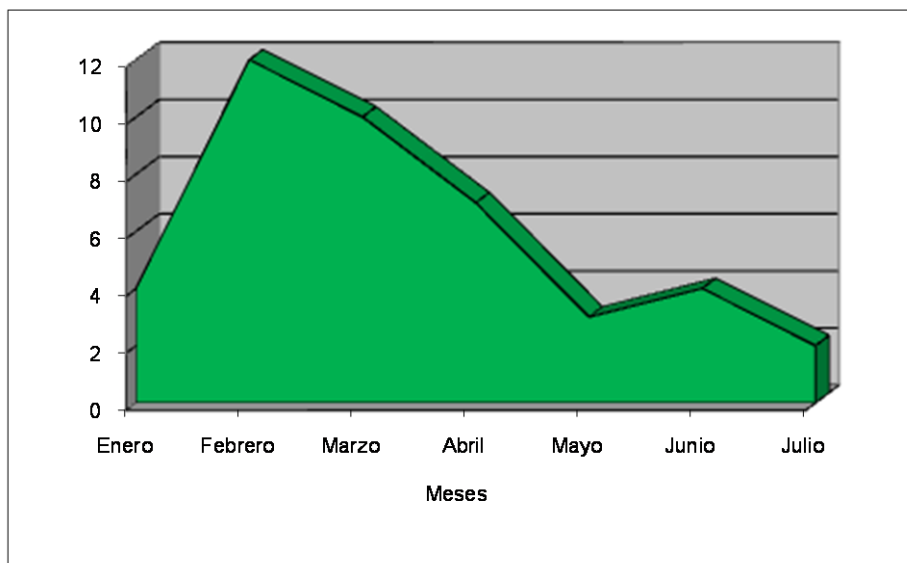
Los casos confirmados se registraron únicamente al sur del Río Negro hasta el año 2010 en que se confirmó el primer caso al norte, en el departamento de Artigas.

A la SE 33 de 2011 se han confirmado 3 casos (dos procedentes de Montevideo y uno de Canelones) **con un caso fallecido.**

9 - SIFILIS CONGENITA

Tabla N° 7: Distribución de la sífilis congénita durante el año 2011.

Gráfico N° 17: 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.

Es importante aclarar que las notificaciones de sífilis congénita que recibe DEVISA actualmente corresponden a VDRL o RPR positivo de sangre de cordón umbilical, lo que no corresponde a la definición clínico-epidemiológica de sífilis congénita. Para ello existe una propuesta de trabajo desde las maternidades, utilizando herramientas más específicos para acercarnos a la situación real de este evento



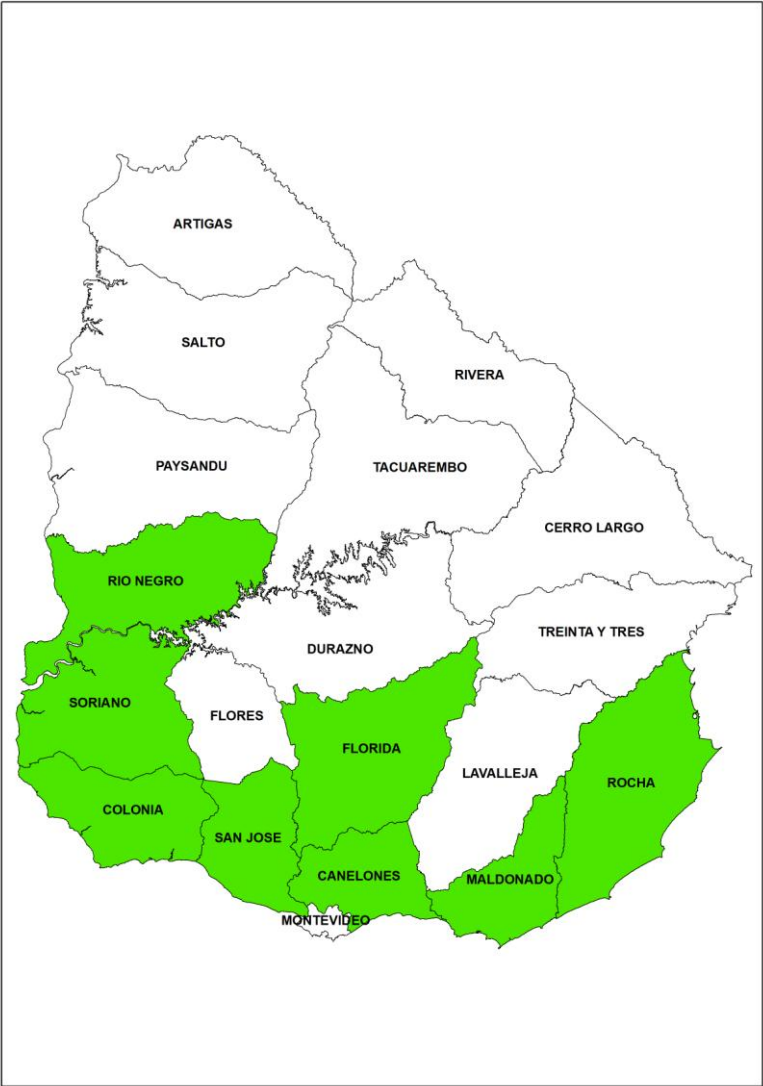
10 - SITUACION LEPTOSPIROSIS

Leptospirosis es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.
A la SE 33 de 2011 se han confirmado 12 casos no registrándose fallecimientos por esta causa.

Tabla N° 8: Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 33.

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

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	0
Canelones	1
Artigas	0
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
TOTAL	12



11- LEISHMANIASIS VISCERAL

Las leishmaniasis se considera una enfermedad reemergente y un problema creciente de salud pública en el mundo.

Situación Mundial y Regional



La forma clínica visceral (LV) es una zoonosis grave, presente en alrededor de 76 países que ocasiona aproximadamente 50.000 muertes/año, producida por la *Leishmania chagasi* (sinonimia *infantum*) y transmitida por la *Lutzomyia longipalpis*, potencialmente fatal en casi todos los casos, si no se la trata. En las Américas, se han registrado casos de LV en 12 países con una incidencia de aproximadamente 4.000 casos/año.

En Argentina se identificó la presencia del vector *L. longipalpis* en el año 2000, confirmándose los primeros casos de LVC (Forma cutánea) y LV en el año 2006

En Brasil en los estados más próximos a nuestro país, se notificó el primer caso sospechoso en el año 2008 en el estado de Rio Grande del Sul, municipio São Borja, realizándose en el año 2009 la primera notificación de caso confirmado

Situación Nacional

Nuestro país cuenta con registro en el año 2009 de un caso de leishmaniasis canina (Pacheco da Silva et al., 2009) sin tipificación de especie, ni registro de posible transmisión vertical. Se realizó en el año 2010 el primer Levantamiento entomológico constatándose la presencia de *L. longipalpis* en los Departamentos Salto y Artigas (Bella Unión).

Características de las zonas con hallazgo del vector

Salto: Zoológico: Cerca de la entrada principal; Trampa: cerca de la jaula de los monos, rodeada de arbustos; Condiciones ambientales: suelo húmedo, sombreado, ambiente modificado, zona de pasaje de personas

Artigas: (Bella Unión) Domicilio de familia de clase media baja; Periferia de Bella Unión – sin presencia de ambiente selvático. Características ambientales extremadamente propicias para proliferación del vector: suelo húmedo, sombreado, muchas plantas, materia orgánica en abundancia, plantación de hortalizas presencia de gallinero y establo. Frontera con Brasil y Argentina.

Este año se recibió la visita de una consultora de OPS-OMS realizándose posteriormente una encuesta serológica de canes en Bella Unión los días 26 y 27 de julio. La misma se llevó adelante gracias al aporte de 300 tests donados por Brasil y se aplicó en 100 perros, con autorización de sus dueños, en el área cercana a la manzana donde se encontró el vector. Gracias a la lectura rápida (15 minutos) y a la cooperación de la población en general se obtuvo la muestra deseada en dos días, todos los perros estudiados fueron **NEGATIVOS**.

Uruguay posee entonces en los Departamentos mencionados y sobre todo en la localidad de Bella Unión, condiciones ambientales propicias y un número excesivo de canes muchos sin dueño, y la mayoría de vida libre, lo que lleva a considerar a esta localidad de alto riesgo para la transmisión de la enfermedad.

En los países de la región existe preocupación por la dispersión del vector Norte - Sur así como un cambio en la epidemiología de la enfermedad que se ha instalado en áreas urbanas y peri-urbanas de los grandes centros poblados.