

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) 38
(del 18 al 24 de setiembre 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 Nº 1: Distribución de casos de meningitis notificados confirmados según etiología y evolución. Uruguay acumulado a la **SE 38 de 2011**.

Etiología	Nº casos	Evolución	
		Alta	Fallecidos
Meningococo	10	10	0
Neumococo	33	26	7
Haemophilus Influenzae tipo b	3	3	0
Haemophilus Influenzae otros tipos	2	1	1
Otros gérmenes identificados	5	4	1
Desconocida (*)	31	28	3
Viral	10	8	2(**)
Probable viral	20	19	1(**)
Total	114	99	15

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

(**) Paciente con antecedente de VIH positivo.

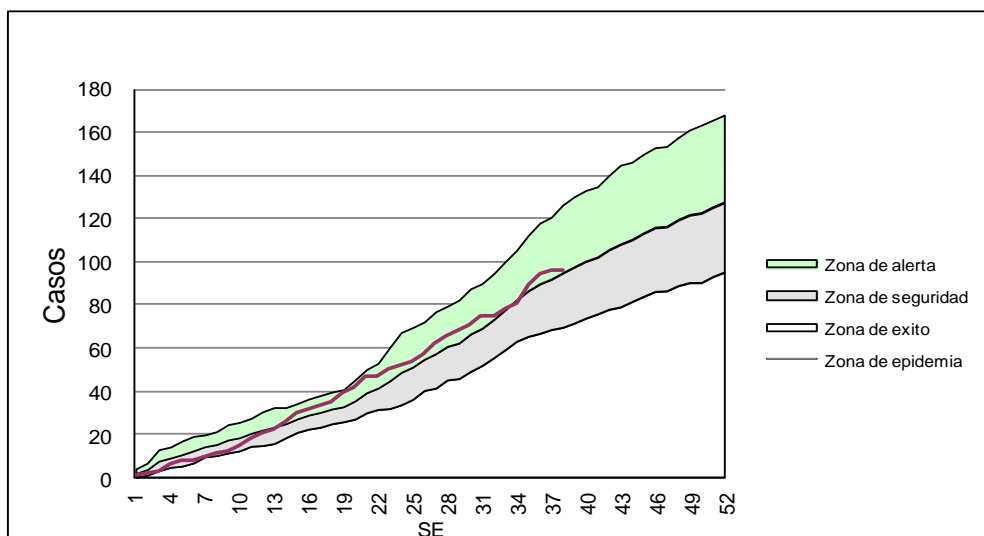
(***) 1 de los casos con antecedente de VIH positivo.

Como **enfermedad meningocócica** se presentaron además de los casos de meningitis, **12 casos de meningococemia** (3 casos fallecidos).

Durante el presente año, a la SE 38 se notificaron un total de **114 meningitis**. De ellas el 17 % correspondieron a meningitis de probable etiología viral y 9 % corresponden a meningitis viral confirmadas por laboratorio, el 29% meningitis por Neumococo, el 9 % a meningitis por Meningococo y el 9 % a meningitis provocadas por otros gérmenes (H. Influenza y otros).

En las meningitis virales se identificaron: 6 Enterovirus, 2 Herpes simple Tipo 1 y 2 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 página 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.



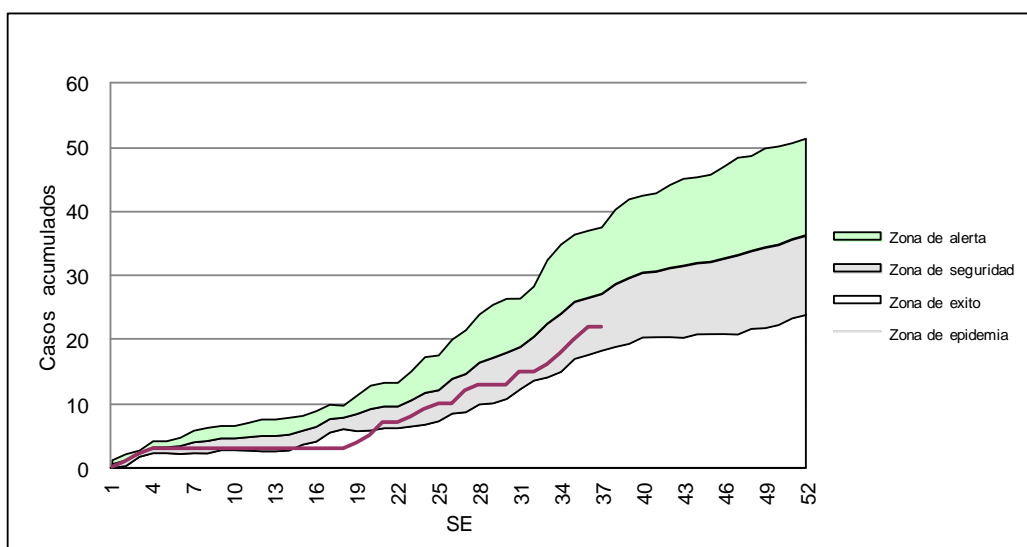
El corredor endémico acumulado a la SE 38 para meningitis (por todas las etiologías) transcurre en **zona de alerta**.

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 38 de 2011.

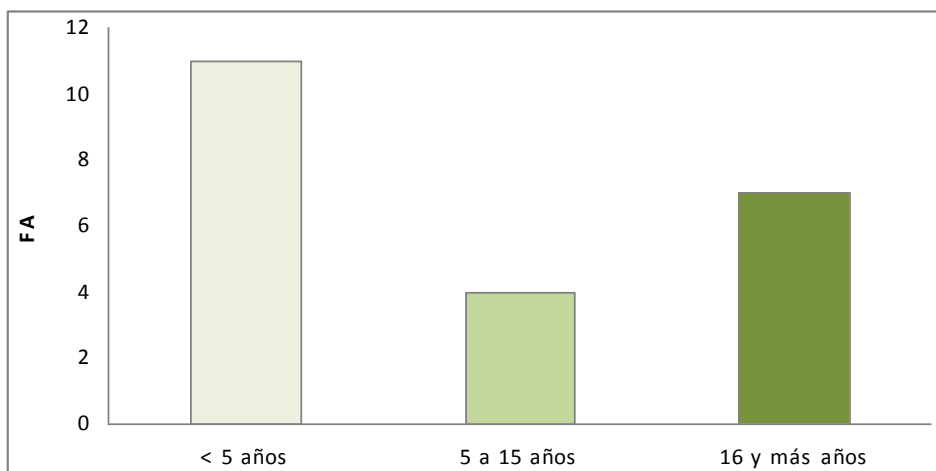
Años	Nº Casos	Nº fallecidos	Tasa de incidencia (por 100.000 hab.)	Letalidad (%)
2010	18	5	0.53	27.7
2011	22	3	0.65	13.6

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



El corredor acumulado para enfermedad meningocócica a la SE 38 transcurre en **zona de seguridad**.

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



En cuanto a la distribución por grupo etáreo, a la SE 38 del presente año, se observa un **mayor número de casos de enfermedad meningocócica** en niños menores de 5 años, siendo este el **comportamiento habitual** para el evento.

Tabla N° 3: Distribución de los casos de enfermedad meningocócica según serogrupo y grupo etáreo. Año 2011 SE 1 a 38

Serogrupo	< 5 años	5 a 15 años	16 y más años	Total
B	9	2	4	15
C	0	1	0	1
Y	0	1	2	3
Z	0	0	0	0
W135	2	0	1	3
Total	11	4	7	22

2 - SITUACIÓN ACTUAL de las IRAG.-

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)

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

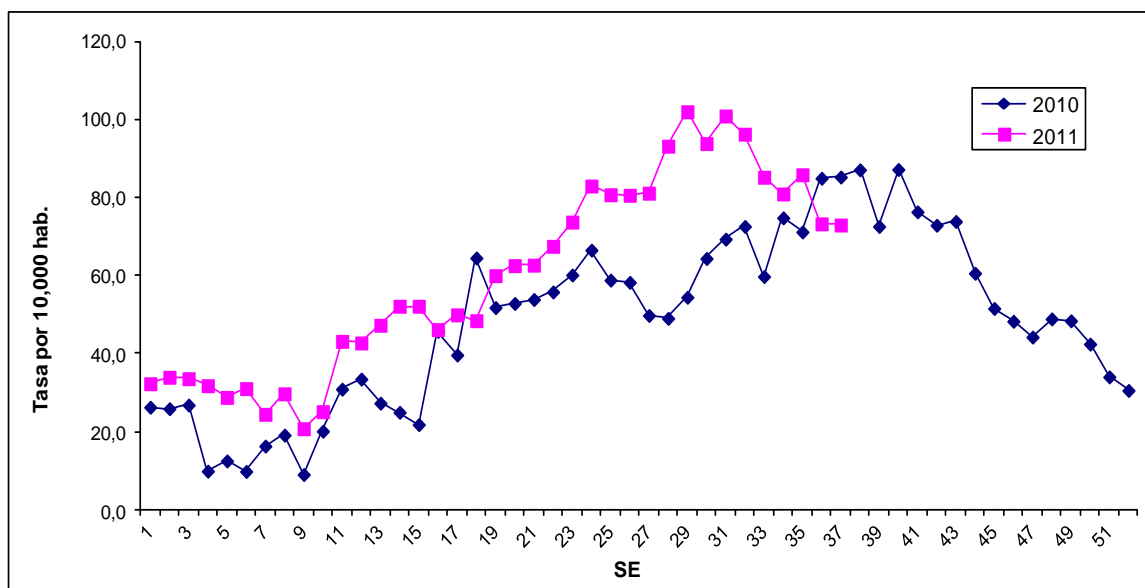
La información de IRAG a la SE 38 no ha tenido variaciones. Para ver la última publicación [haga clic aquí](#).-

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° 4: Comparativo del monitoreo de consultas por causa respiratorias año 2010-2011.



Desde la SE 31 se observa un **descenso de las consultas** por causa respiratorias en las unidades móviles.

2.2 - Vigilancia Centinela Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

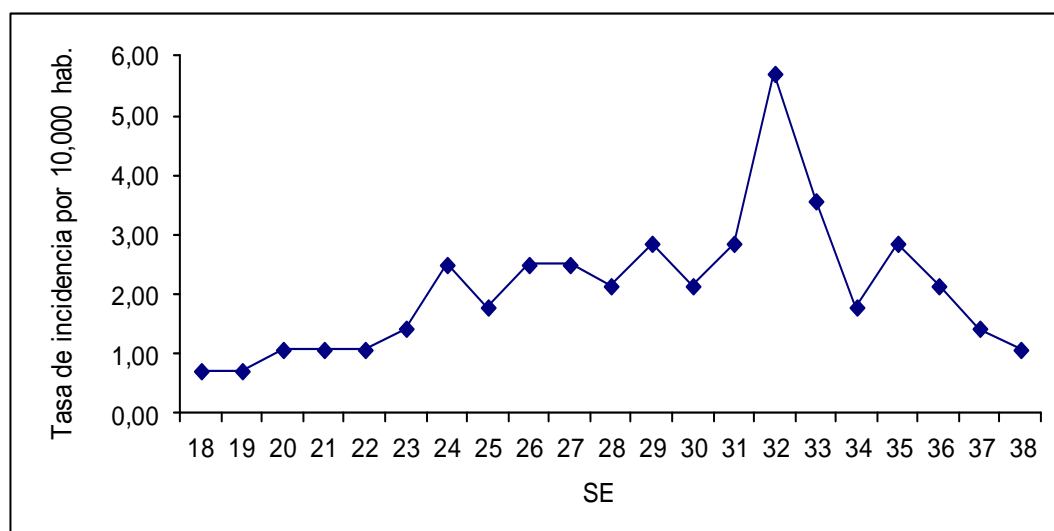
Se realiza la vigilancia centinela de ETI, en 3 puestos seleccionados en diferentes puntos del país.

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

La vigilancia laboratorial identifica del total de muestras que 40 % son negativas y 25,5 % son positivas, de las cuales, el 33% H1N1 pandémico, el 33 % son VRS y el 33% 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° 5: 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 últimas semanas, marcando la máxima intensidad en la SE 31.
- ✓ En lo que va de 2011 se han confirmado 192 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) causados por Influenza A H1N1 pandémica, de los cuales 24 fallecieron. La obesidad es el factor de riesgo más frecuente en este grupo de pacientes.
- ✓ En las últimas semanas aumentó la proporción de aislamientos de Influenza A H3N2 y descendido la Influenza A, H1N1 pandémica. Continúa circulando además VRS y parainfluenza (hasta lo informado a la fecha).
- ✓ La vigilancia de móviles muestra un descenso en el número de consultas por causa respiratoria desde la SE 31.

2. 3- Monitoreo de ausentismo escolar – Análisis a la SE 38.-

Desde DEVISA, se realiza el monitoreo del ausentismo escolar en dos instituciones de Montevideo (a los efectos del presente Boletín llamadas Institución “A” e Institución “B”) desde el año 2007 a la fecha.

A la SEPI 37 del corriente año, no se evidencia un aumento en la tasa de ausentismo promedio semanal en las mismas (Gráficos 4 y 5). 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 SEPI 37, coincidiendo con el momento de pandemia por Influenza A (H1N1). Luego se observa el retorno en los niveles de ausentismo habituales.

Gráfico N° 4: Distribución de Tasa de Ausentismo Promedio Semanal, según SE- Institución “A”. Período 2007-2011

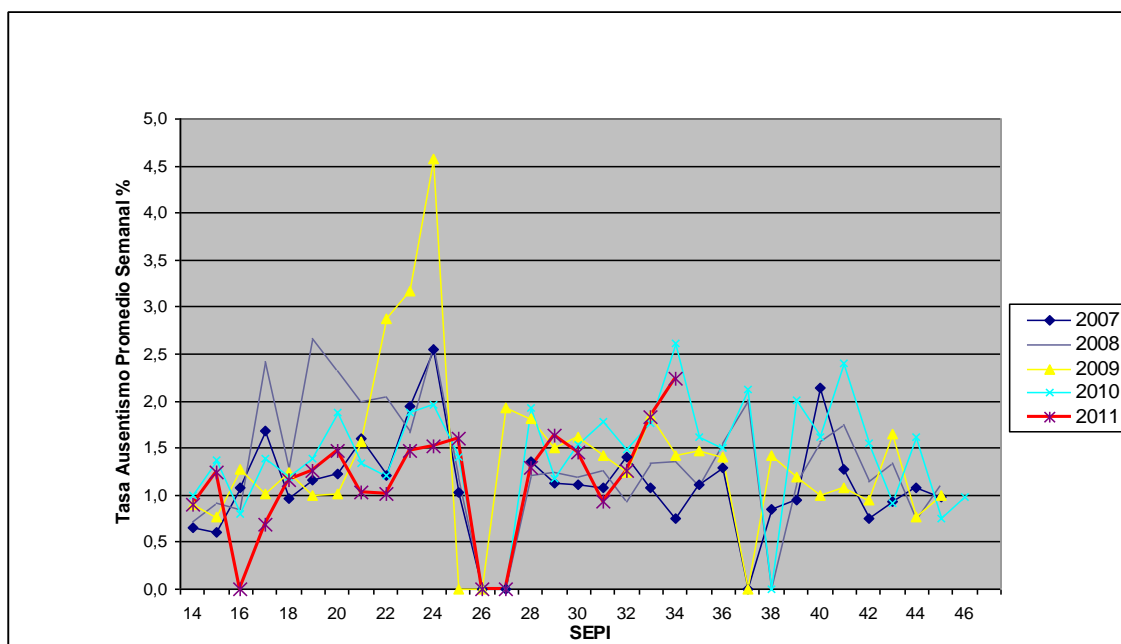
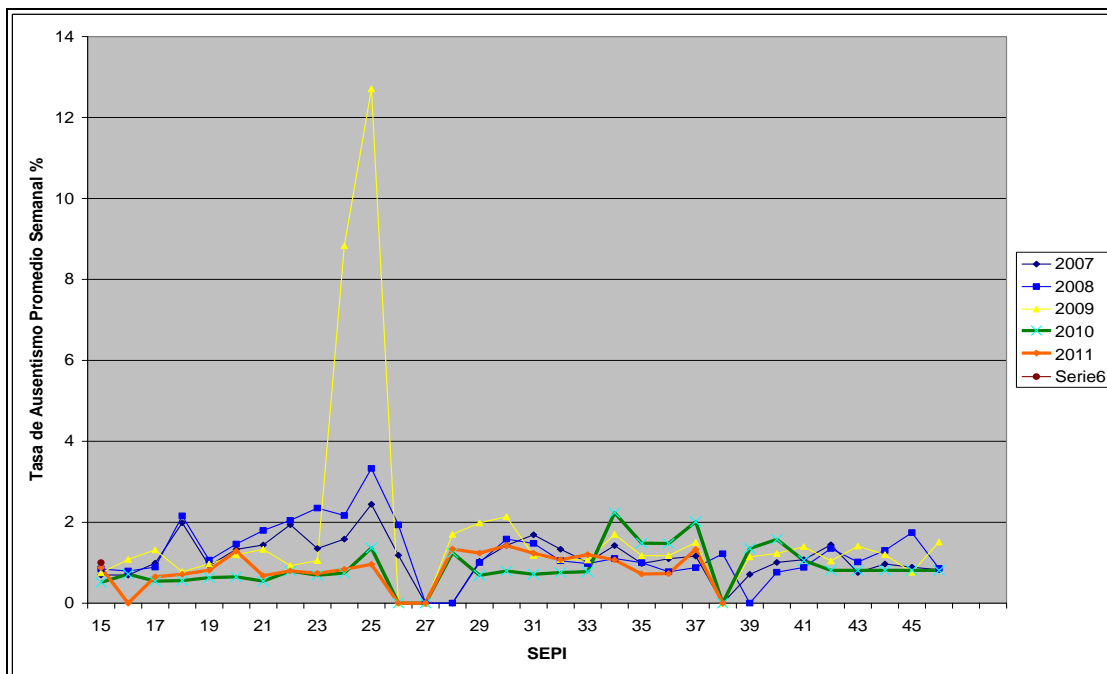


Gráfico N° 5: Distribución de Tasa de Ausentismo Promedio Semanal según SE- Institución “B” Período 2007-2011.-



3 - SITUACION HEPATITIS A

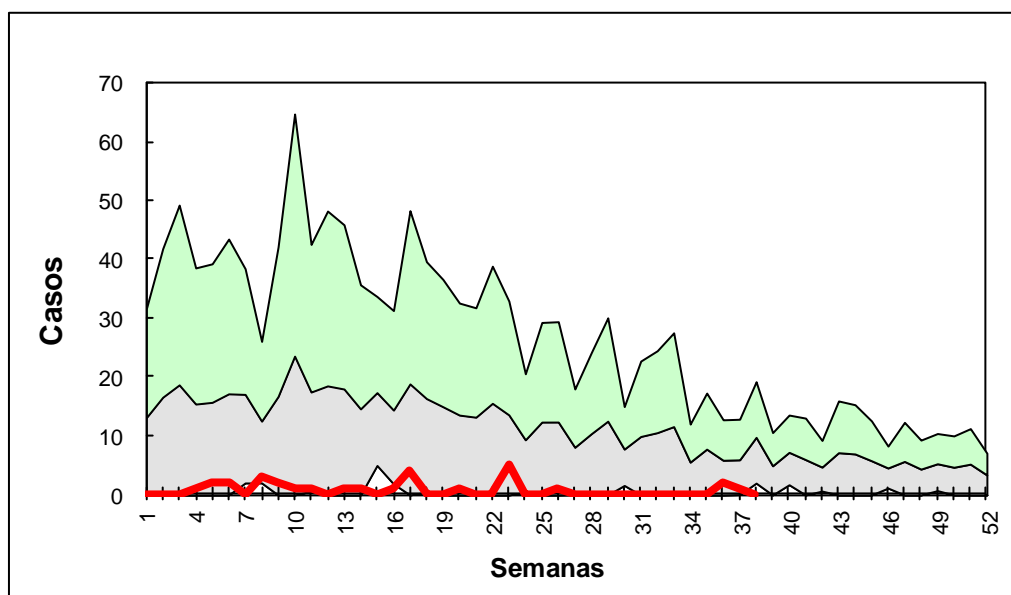
La **Hepatitis A** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primer semana de la sospecha del caso. En Uruguay, la hepatitis a virus A es una enfermedad endémica con brotes epidémicos.

Tabla N° 4: Distribución de casos de hepatitis A notificados, según Departamento. Uruguay SE 38.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	14
Canelones	3
Colonia	1
Durazno	1
Paysandú	1
Río Negro	2
Rivera	1
Rocha	1
San José	1
Sin dato	2
TOTALES	27

Los departamentos de Artigas, Cerro Largo, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado, Salto, 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° 6: Corredor endémico semanal de hepatitis A.



El corredor endémico semanal, para hepatitis A a la SE 38 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 acumulado a la SE 38.-

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	118
Canelones	58
Artigas	8
Cerro Largo	12
Colonia	14
Durazno	3
Florida	15
Lavalleja	33
Maldonado	20
Paysandú	33
Río Negro	5
Rivera	4
Rocha	26
Salto	27
San José	11
Soriano	4
Tacuarembó	34
Treinta y tres	6
Sin dato	10
Total	417

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

Gráfico N° 7: Corredor endémico semanal de varicela.

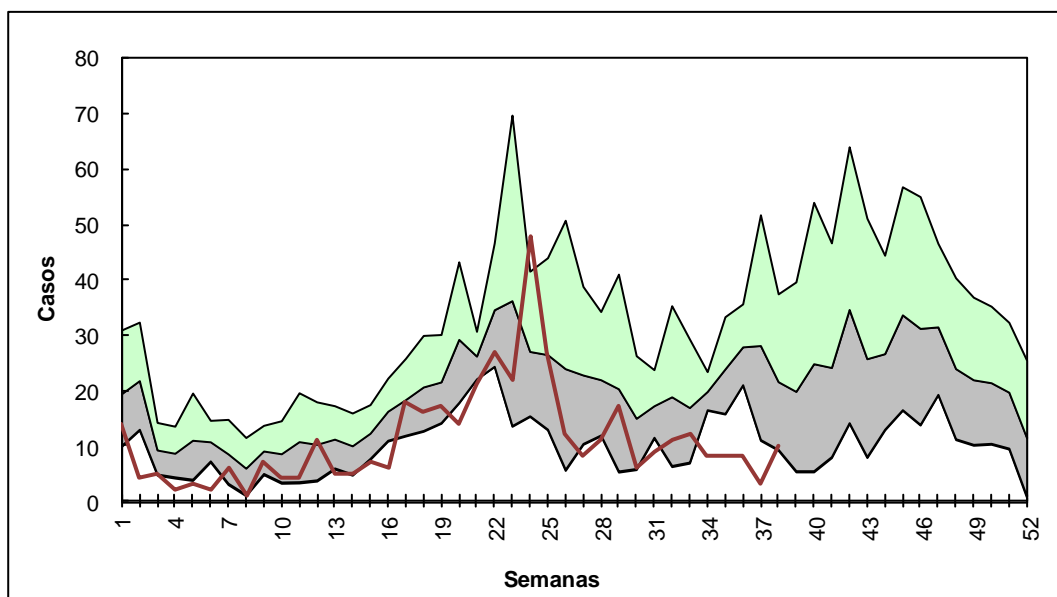
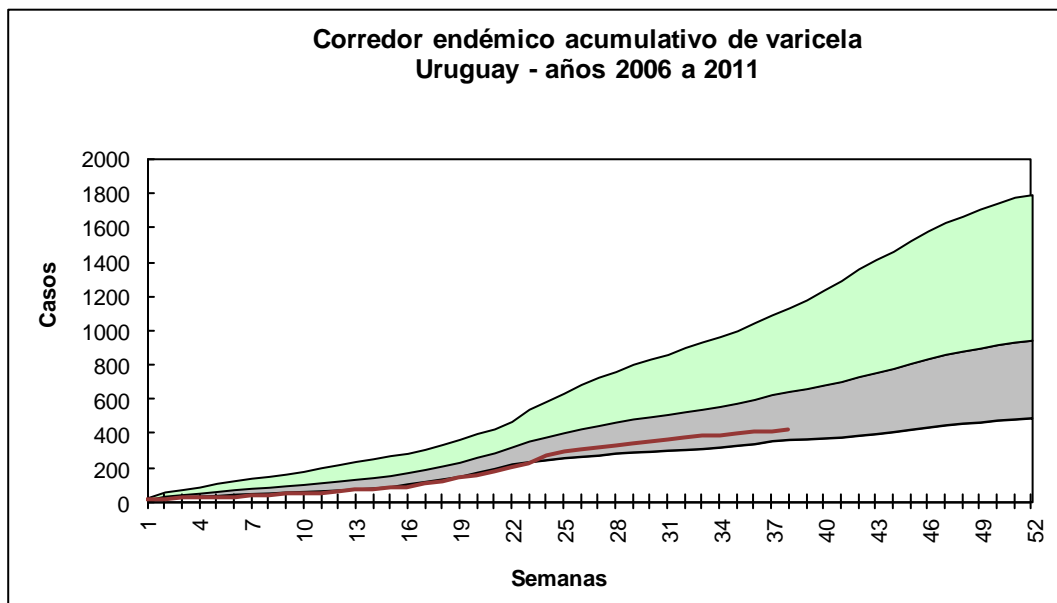


Gráfico N° 8: Corredor endémico acumulado de varicela.



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 38 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 las situaciones autolimitadas.

5 - SITUACION PAROTIDITIS

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

Gráfico N° 9: Corredor endémico semanal de parotiditis.

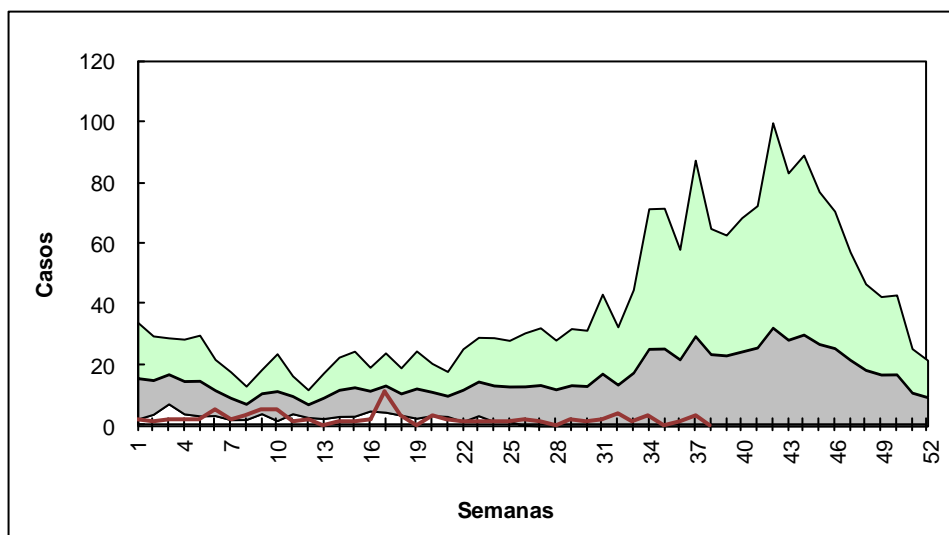
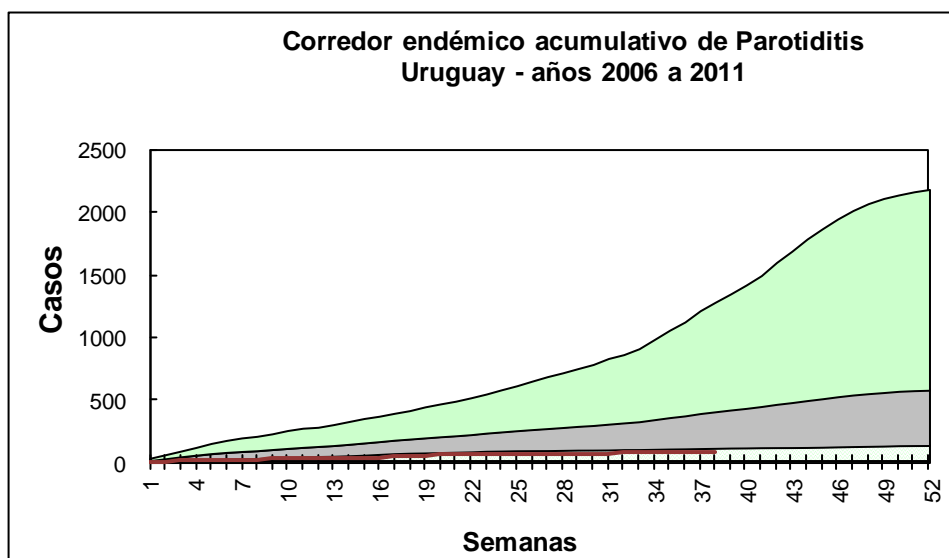


Gráfico N° 10: Corredor endémico acumulado de parotiditis



En el año en curso a la SE 38, 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.

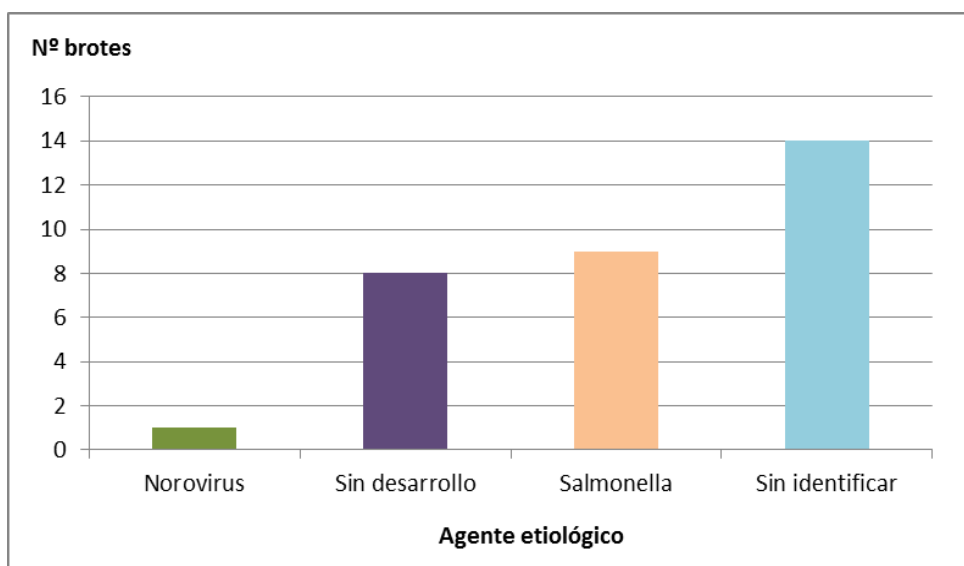
6 - SITUACION ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)

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 acumulado a la SE 38.

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
Agosto	2	100
TOTAL	32	290

Gráfico N° 11: Distribución de brotes de ETA según agente. Uruguay acumulado a la SE 38 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 29% del total), mientras que en el 44% 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 fecha.

A la SE 38 se 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.

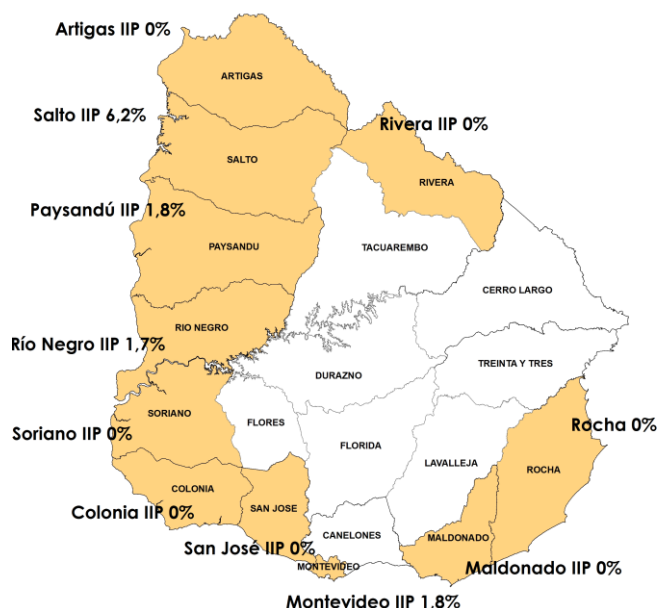
Actualmente la estrategia de monitoreo vectorial utilizada es el Levantamiento de Índices Rápidos para *Aedes aegypti* (LIRAA).

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

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

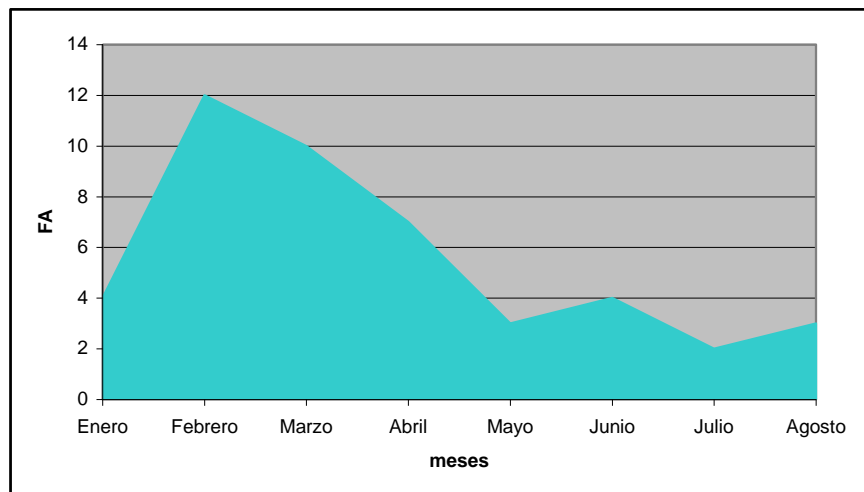
Por más información, [haga clic aquí](#).

9 - SIFILIS CONGENITA

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.

Gráfico N° 12: 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
Agosto	3
TOTAL	45

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 38 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 38.

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
Sin dato	0
TOTALES	12

Mapa N° 2: Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 38.

