

# 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) 39  
(25 de setiembre al 1 de octubre de 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 39 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(**)
<b>Total</b>	<b>114</b>	<b>99</b>	<b>15</b>

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

(\*\*) Paciente con antecedente de VIH positivo.

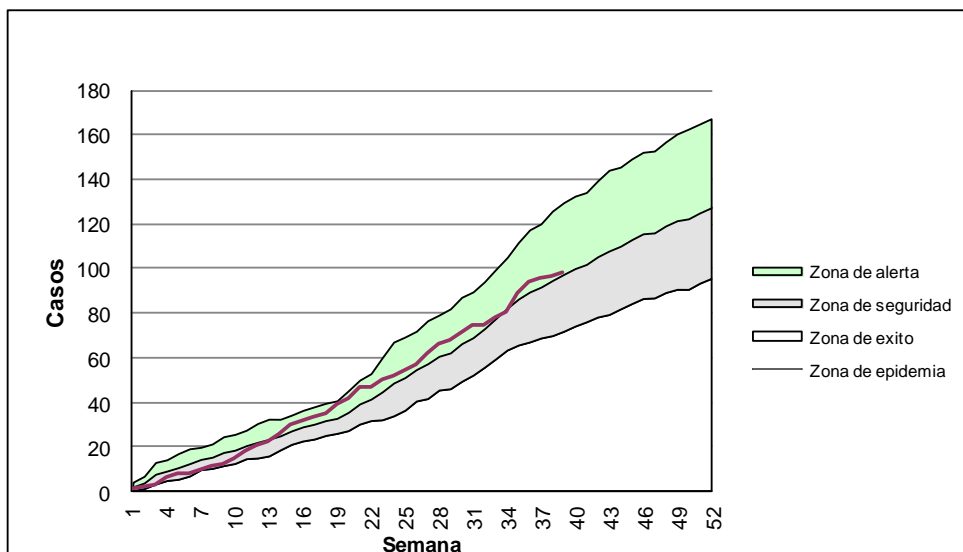
(\*\*\*) 1 de los casos con antecedente de VIH positivo.

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 39 se notificaron un total de 116 meningitis. De ellas el 17,2 % correspondieron a meningitis de probable etiología viral y 9 % corresponden a meningitis viral confirmadas por laboratorio, el 29% meningitis por Neumococo, el 9,4 % 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 pág. Web ([http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_4499\\_1.html](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.



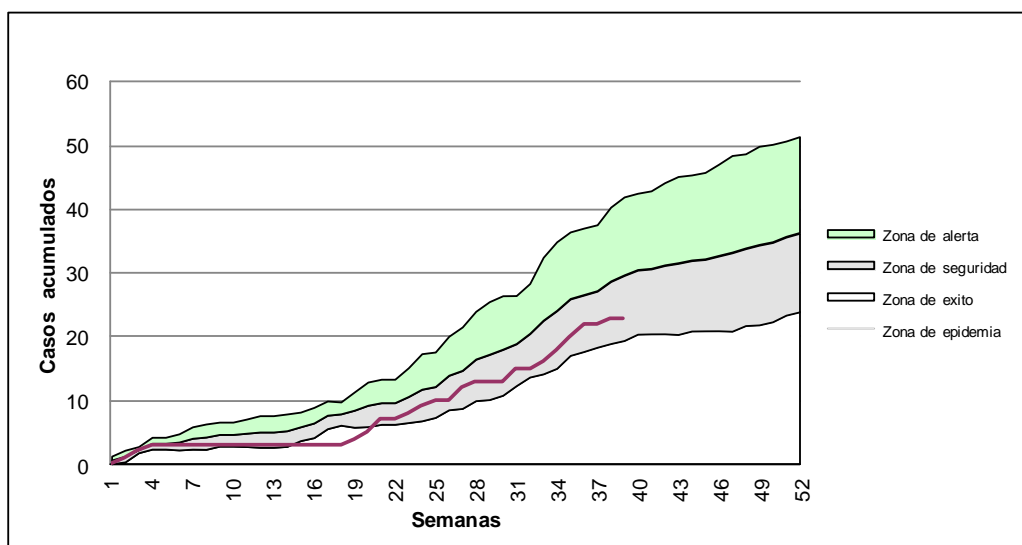
El corredor endémico acumulado a la SE 39 para meningitis (por todas las etiologías) transcurre en **zona de alerta**.

## 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 acumulado a la SE 39 de 2011.

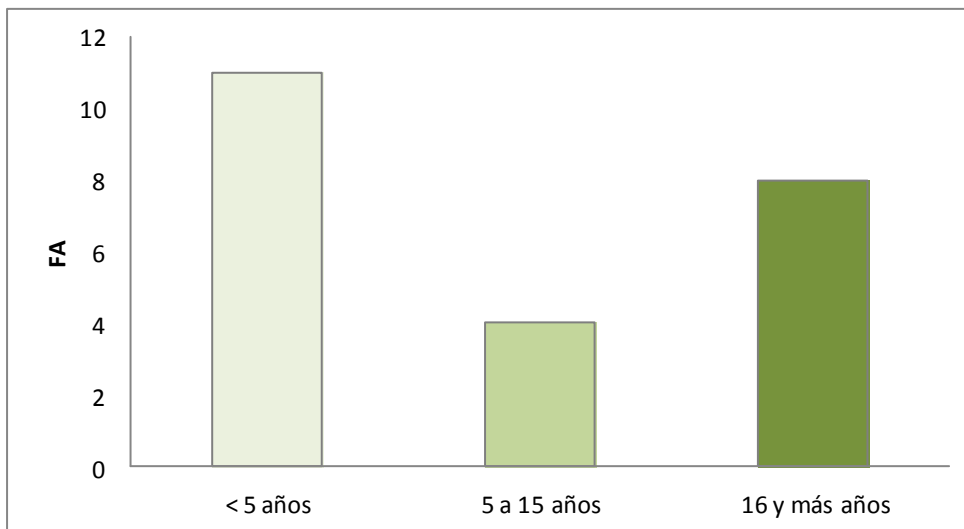
Años	N° Casos	N° fallecidos	Tasa de incidencia (por 100.000 hab.)	Letalidad (%)
2010	18	5	0.53	27.7
2011	23	3	0.68	13.0

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



El corredor acumulado para enfermedad meningocócica a la SE 39 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 39 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 39

Serogrupo	< 5 años	5 a 15 años	16 y más años	Total
B	9	2	4	15
C	0	1	1	2
Y	0	1	2	3
Z	0	0	0	0
W135	2	0	1	3
Total	11	4	8	23

## 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](#).**

Para ver las últimas publicaciones de:

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

Ver boletín SE 38 en: [http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia\\_5428\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_5428_1.html).-

### 3 - SITUACION HEPATITIS A

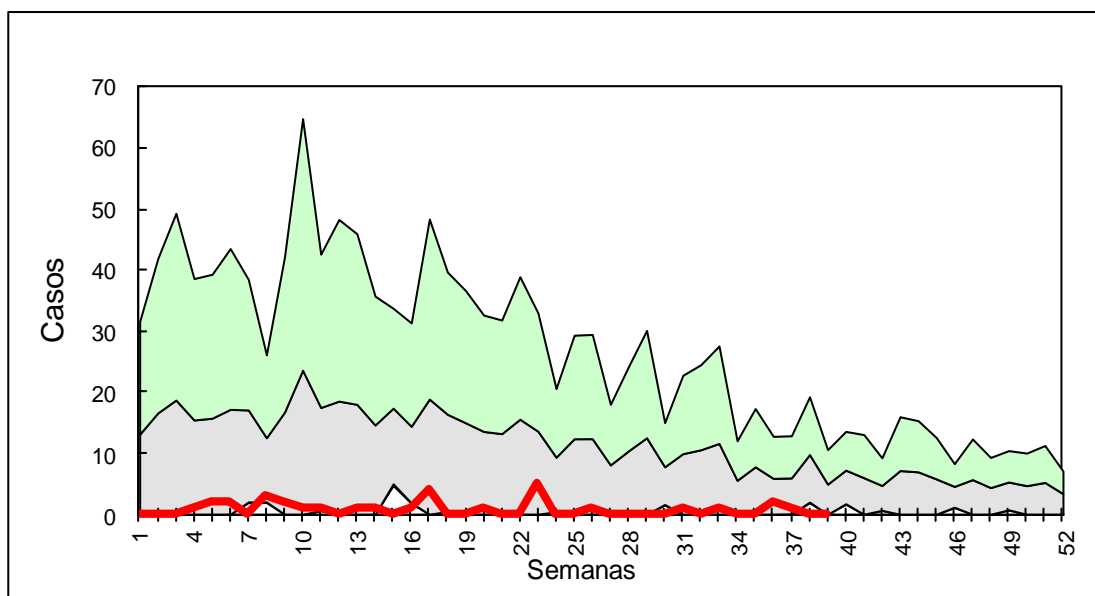
La **Hepatitis A** es un evento de notificación obligatoria dentro de la primer semana de la sospecha del caso. En Uruguay, la hepatitis a virus A es una enfermedad endémica con brotes epidémicos.

Tabla N° 4: Distribución de casos de hepatitis A notificados, según Departamento. Uruguay SE 39.

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	14
Canelones	3
Colonia	1
Durazno	4
Paysandú	1
Río Negro	2
Rivera	1
Rocha	2
San José	1
Sin dato	2
<b>TOTALES</b>	<b>31</b>

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 39 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.

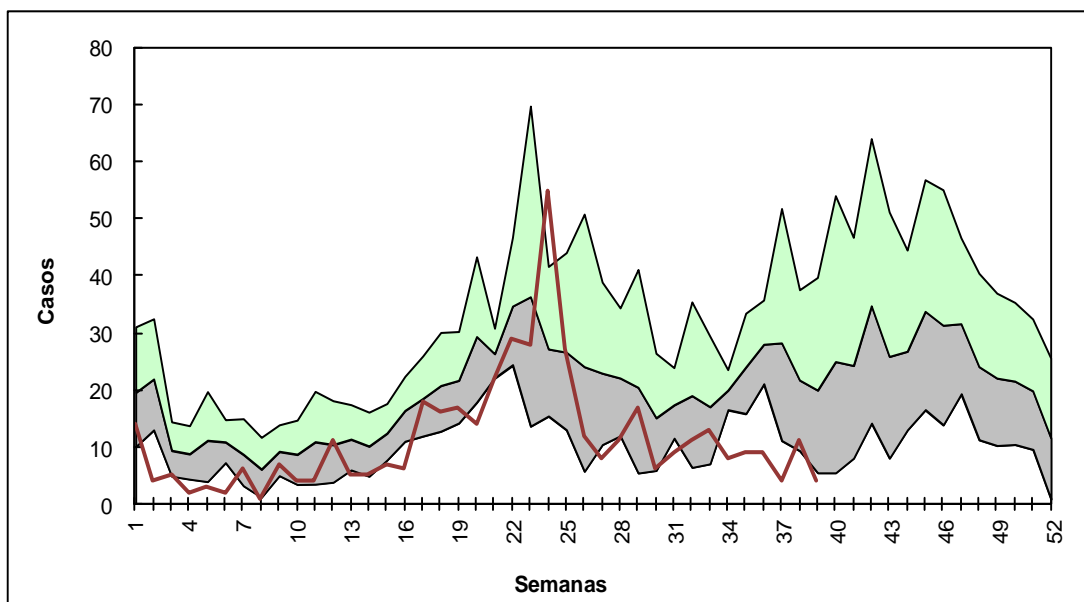
Tabla N° 5: Distribución de casos notificados de varicela, según departamento. Uruguay SE 39

DEPARTAMENTO	CASOS
Montevideo	118
Canelones	58
Artigas	8
Cerro Largo	12
Colonia	17
Durazno	7
Florida	15
Lavalleja	33
Maldonado	20
Paysandú	33
Río Negro	6
Rivera	4
Rocha	27
Salto	27
San José	11
Soriano	4
Treinta y tres	7
Tacuarembó	35
Sin dato	13
<b>Total</b>	<b>455</b>

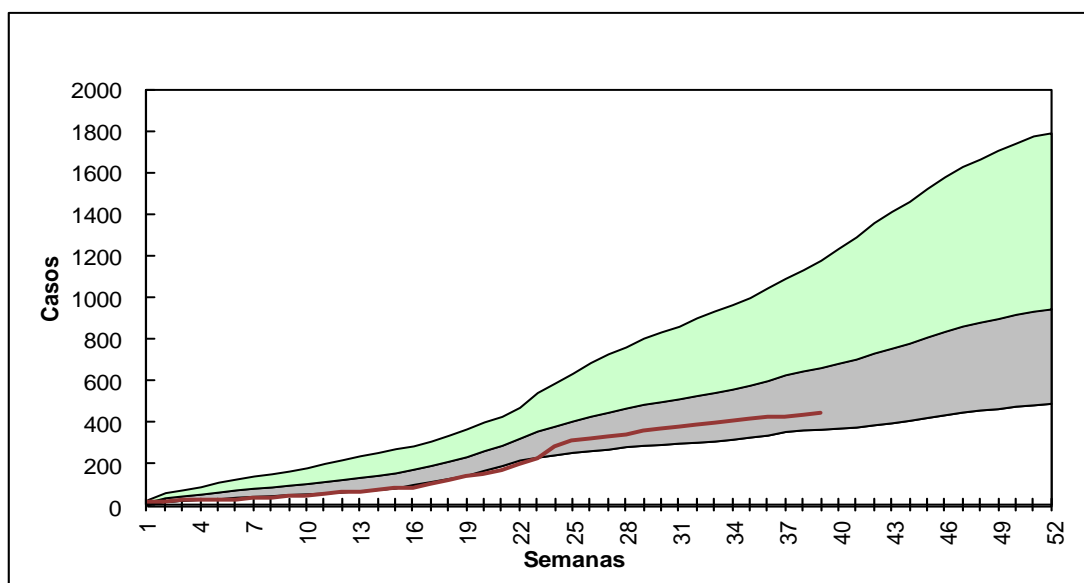
No se han recibido notificaciones de casos de varicela desde el departamento de Flores a la fecha de realizado el presente boletín.



**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 superó la zona de alerta. A la SE 39 el corredor semanal nuevamente transcurre en **zona de seguridad**.

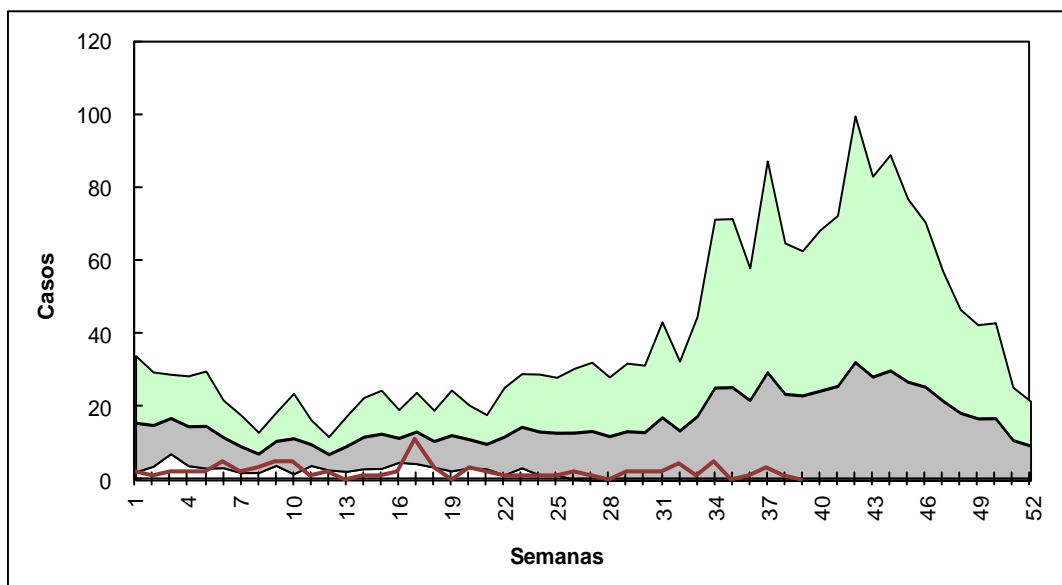
En cuanto al corredor acumulado, el número de casos transcurrió en **zona de seguridad** durante todo el año.

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.

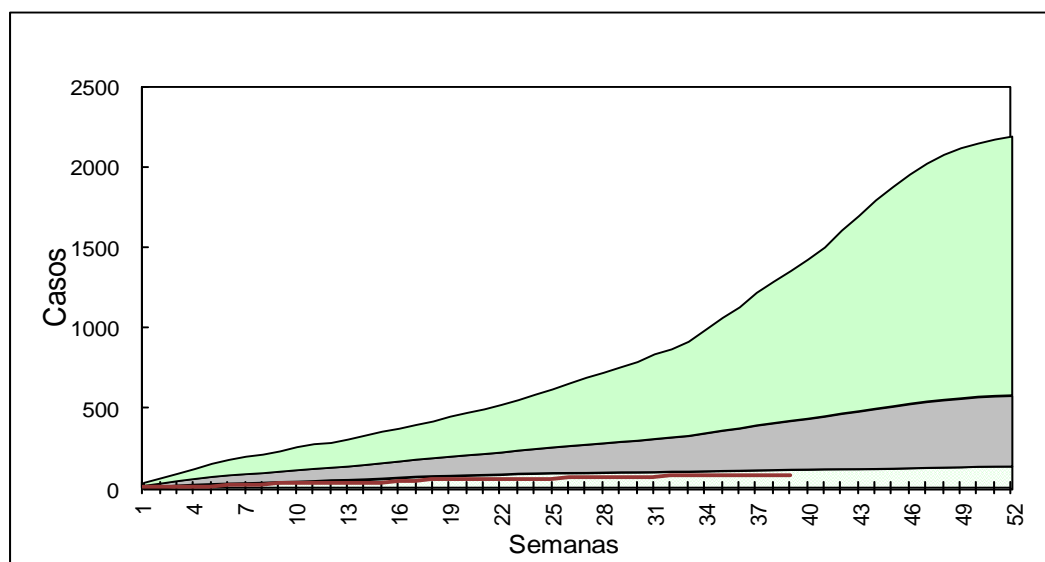
## 5 - SITUACION PAROTIDITIS

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 39, 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.

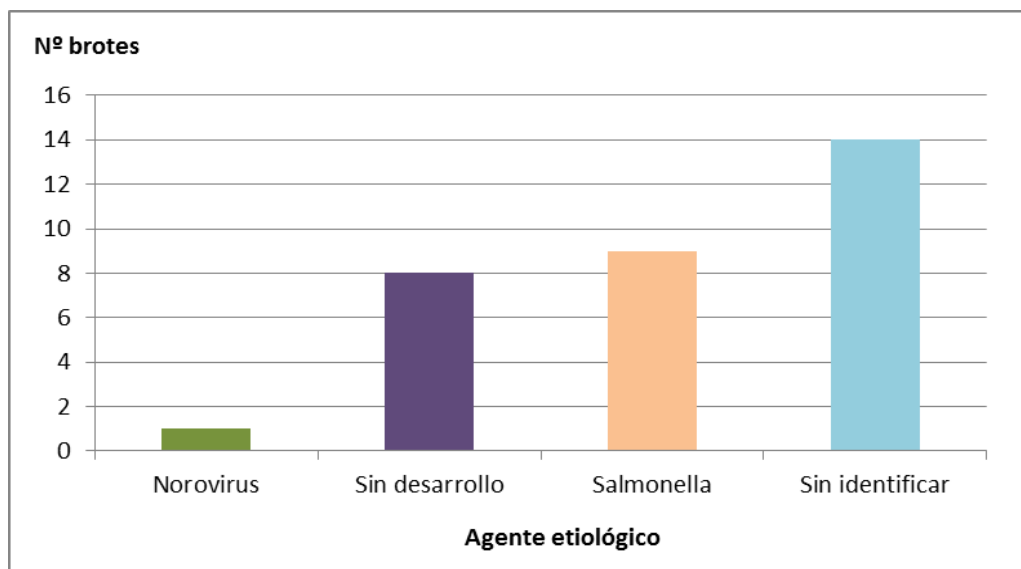
## 6 - SITUACION ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS (ETA)

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	N° DE 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
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>290</b>

**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.

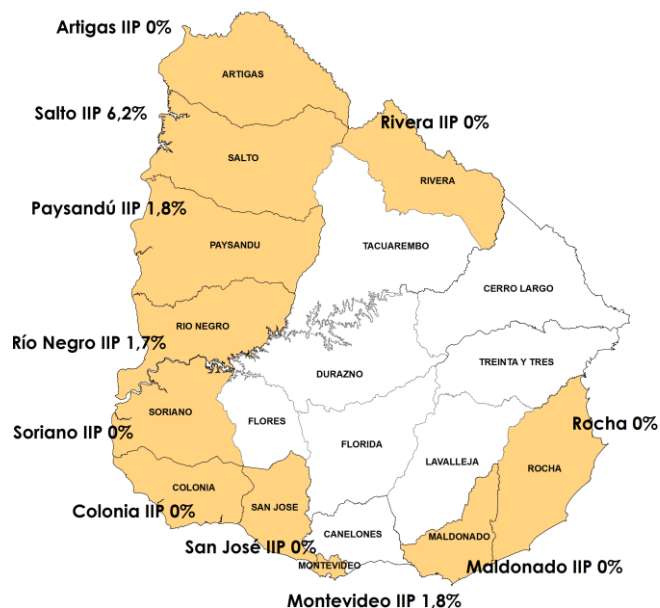
En cuanto al **vector**, este ha sido **identificado en varios departamentos** del país.

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.

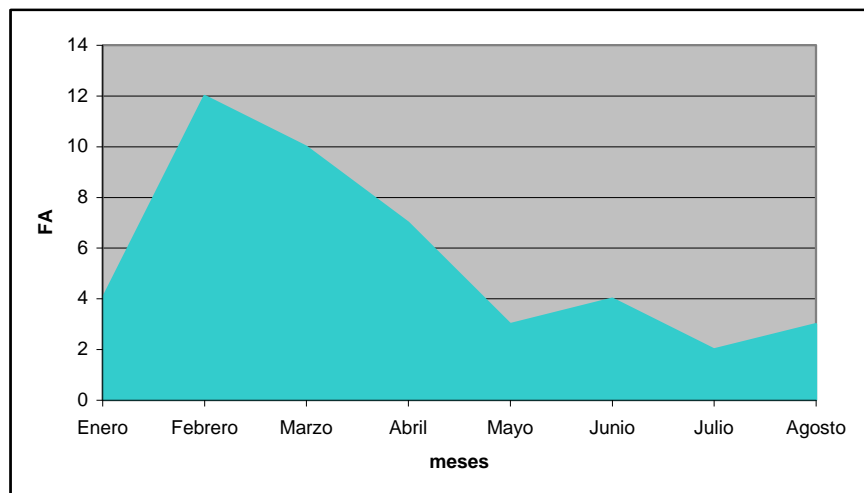
Los casos confirmados se registraron únicamente al sur del Río Negro hasta el año 2010 en que se confirmó el primer caso al norte, en el departamento de Artigas.

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

## 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**



MES	CASOS
Enero	4
Febrero	12
Marzo	10
Abril	7
Mayo	3
Junio	4
Julio	2
Agosto	3
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

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.-

(\*) La información de Sífilis congénita se actualiza mensualmente.-

## 10 - SITUACION LEPTOSPIROSIS

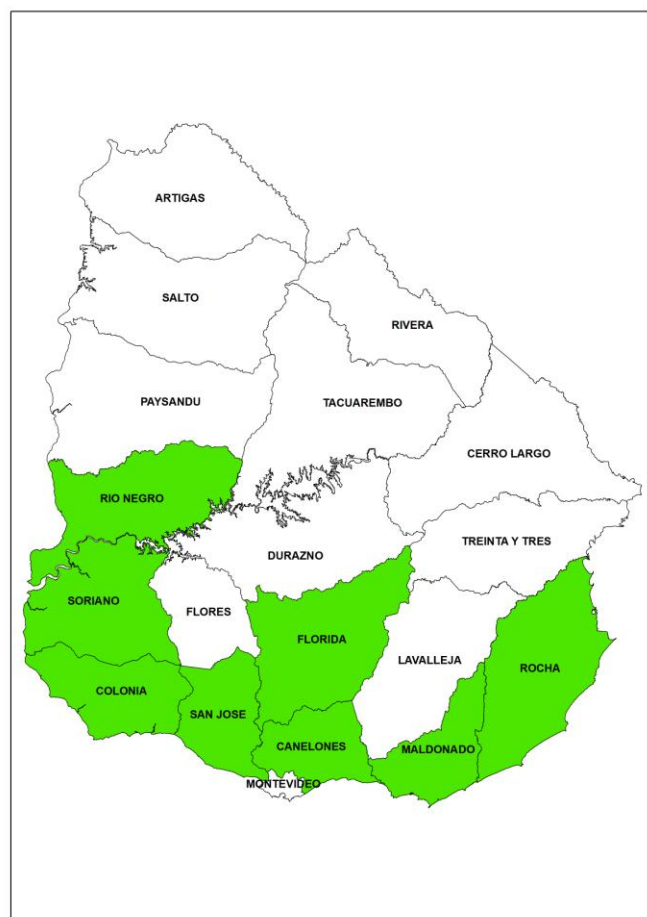
Leptospirosis es un evento de notificación obligatoria dentro de la primera semana de sospecha del caso.

A la SE 38 de 2011 se han confirmado 12 casos no registrándose fallecimientos por esta causa.

**Tabla N° 7:** Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 34.

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
<b>TOTALES</b>	<b>12</b>

**Mapa N° 2:** Distribución de casos notificados confirmados de Leptospirosis según departamento. Uruguay a la SE 34.



## 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 primer 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.

