



General de Vigilancia de la Salud

Edición N° 11

Semana Epidemiológica: 11

27 de marzo– 2015

**Dra. Águeda Cabello**

Dirección General de Vigilancia de la Salud  
(DGVS)

**Editores**

**Dr. Iván Allende**

Dirección de Vigilancia de Enfermedades  
Transmitidas por Vectores -DGVS

**Dra. Andrea Ojeda**

Centro Nacional de Enlace-DGVS

**Colaboradores de esta Edición:**

- **Dra. Marta von Horoch**  
Unidad de Monitoreo y Evaluación
- **Desirée Recalde**  
Unidad de Gestión de Datos.
- **Lic. Bettiana Martínez**  
Epidemióloga de Guardia.
- **Dra. Katia Peralta**  
Epidemióloga de Guardia.
- **Gloria Morel**  
Cartografía
- **Responsable de la publicación en la WEB: Julio González**

# Boletín

*Epidemiológico*

*Semanal*

El Boletín Epidemiológico es el órgano oficial de difusión de la DGVS y comunica la situación de los eventos bajo Vigilancia establecidos según Resolución SG N° 190/2013 del MSPBS, que reglamenta los Artículos 28° referente a la notificación obligatoria de eventos y 37° relacionado con eventos sujetos a vigilancia epidemiológica; la Ley N° 836/80 del Código Sanitario y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005).

En este Boletín se incluye información sobre las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), casos sospechosos o confirmados, detectados y notificados en todo el sistema de salud y especialmente en los niveles locales.

Este número contiene datos de la SE 11 (15 de marzo al 21 de marzo)

## Contenido

○ Tabla de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)	2
○ Dengue	2-3
○ Chikungunya	4
○ Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	5-6
○ Resumen del año	6-7
○ Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	8
○ Ébola	8-9
○ Información de interés general	10

## Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

En la siguiente tabla se presentan datos comparativos entre el 2015 y los dos años precedentes, en el mismo período, de números de casos y tasas de incidencia de las enfermedades de notificación obligatoria de la SE 1 (4 de enero) hasta la SE 11 (21 de marzo).

Los datos del año 2015 están sujetos a modificación.

**Tabla 1: Enfermedades de Notificación Obligatoria**  
**Casos confirmados registrados en los años 2013, 2014 y 2015**

Enfermedades de Notificación Obligatoria	Año 2013		Año 2014		Año 2015	
	N° de Casos	Tasa x 100,000 hab.	N° de Casos	Tasa x 100,000 hab.	N° de Casos	Tasa x 100,000 hab.
Dengue	60.837	897	1.218	18	1.103	16
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
Leishmaniasis Visceral	29	0	22	0	23	0
Chagas agudo	7	0	3	0	1	0
Chagas Crónico	144	2	78	1	66	1
Paludismo	4	0	3	0	1	0
Paratuberculosis	6	0	3	0	4	0
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
Sarampión	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0	0	0	0	0	0
Tétanos Neonatal*	0	0	0	0	0	0
Tétanos Otras Edades	0	0	2	0	0	0
Tos Convulsa	14	0	34	0	7	0
Paradisis	43	1	27	0	30	0
Difteria	0	0	0	0	0	0
Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)	0	0	0	0	0	0
Cólera	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica						
con MBA	0	0	0	0	1	0
sin MBA	0	0	0	0	0	0
Hantavirus (S.P.H.)	0	0	0	0	3	0
Intoxicación por Pesticidas	37	1	66	1	34	0
Rabia Humana	0	0	0	0	0	0
Rabia Canina	0	0	0	0	0	0
Accidentes Oídicos	29	0	29	0	56	1
Fiebre Tifóidea	0	0	0	0	0	0
SARS	0	0	0	0	0	0
Peste	0	0	0	0	0	0
Brucelosis	0	0	0	0	0	0
Leptospirosis	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis**	203	3	156	2	156	2

\*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos

\*\*Datos a la semana 4

\*\*\* Estos datos no incluyen la información de Banco de Sangre

Fuente: Datos compilados por UGD/DGVS

Los datos de 2015 se encuentran sujetos a modificación debido a procesos de verificación que requieren los sistemas de vigilancia integrados, antes de que la información aparezca agregada en alguna semana epidemiológica.

## Dengue

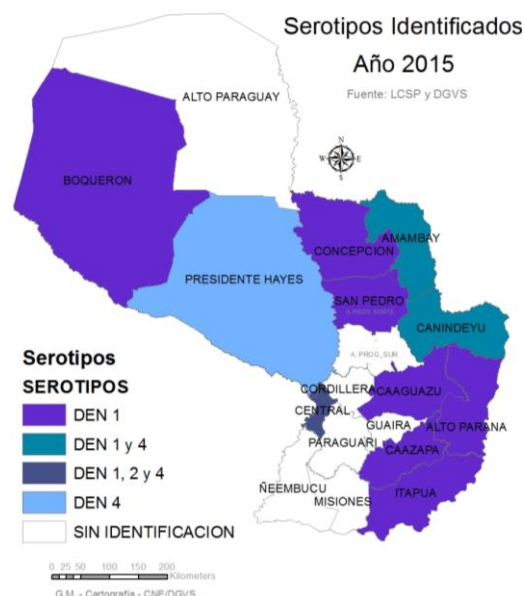
Desde el **4 de enero** (SE 1) hasta el **21 de marzo** (SE 11), se han notificado **11.968** casos de síndrome febril agudo, de los cuales **1.103 (9,2 %)** fueron casos confirmados de Dengue, **1.339 (11,1 %)** descartados y continúan como sospechosos **9.526 (79,5 %)**

Teniendo en cuenta la procedencia de las notificaciones y su frecuencia, se distribuyen de la siguiente manera: **Área Metropolitana: 7.762 (64,8 %)**, eje Centro Oriental: **3.505 (29,2%)**; eje Centro Occidental: **285 (2,3 %)**; eje Norte: **273 (2,2%)**, eje Sur: **113 (0,9 %)**, eje Chaco: **30 (0,2%)**.

En el periodo mencionado, el LCSP ha identificado circulación simultánea de **DEN-1, DEN 2, DEN-4** en **AMA, Caaguazú, Alto Paraná, Canindeyú, San Pedro Norte, Concepción, Amambay, Caazapá, Presidente Hayes, Boquerón e Itapúa**.

Es importante recordar que durante el año 2014 han circulado los serotipos DEN-1, DEN-2 y DEN-4, por tanto es esperable que persista el patrón de circulación simultánea.

## PARAGUAY



**Tabla 2: Distribución de casos**

Periodo: Desde la SE 1 hasta la SE 11

EJES	DEPARTAMENTOS	TOTAL NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	SOSPECHOSOS	DESCARTADOS
AREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	1477	58	874	545
	CENTRAL	6272	119	5989	164
	PTE. HAYES ( Barrios de Villa Hayes: Sub Urbano Chaco I, Sub Urbano Remansilo, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Remansilo )	13	0	13	0
TOTAL EJE AREA METROPOLITANA		7762	177	6876	709
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	156	3	79	74
	PARAGUARI	129	1	47	81
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		285	4	126	155
CENTRO ORIENTAL	GUIAIRA	55	4	28	23
	CAAZAPA	11	1	10	
	CAAGUAZU	1625	707	787	131
	ALTO PARANA	926	102	678	146
	CANINDEYU	888	64	821	3
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		3505	878	2324	303
NORTE	CONCEPCION	31	3	24	4
	AMAMBAY	172	25	68	79
	SAN PEDRO NORTE	35	10	20	5
	SAN PEDRO SUR	35	1	31	3
TOTAL EJE NORTE		273	39	143	91
SUR	ITAPUA	89	3	36	50
	ÑEMBUCCU	21	0	2	19
	MISIONES	3	0	3	0
	TOTAL EJE SUR		113	3	41
CHACO	PRESIDENTE HAYES	19	1	13	5
	ALTO PARAGUAY	1	0	1	0
	BOQUERON	10	1	2	7
TOTAL EJE CHACO		30	2	16	12
Total general		11968	1103	9526	1339

Fuente: Base Nacional de Febriles - DGVS / MSPyBS. Datos sujetos a modificación

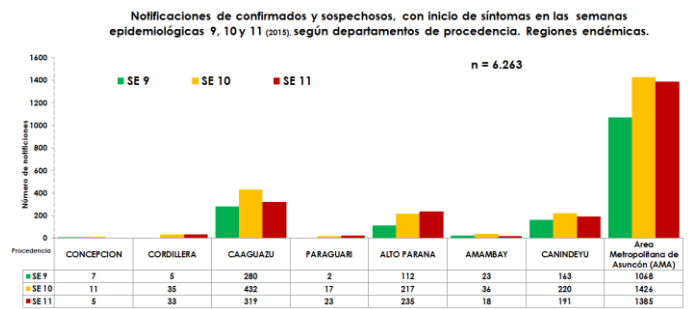
**Notificaciones de Sx. Febril agudo con sospecha de dengue.**

En la SE 11 se notificaron un total de **2.268 febriles**. Continúan con brotes activos los departamentos de: **Canindeyú, Caaguazú, Alto Paraná.** El **Área Metropolitana de Asunción (AMA), Amambay, Caazapá, Itapúa, San Pedro Norte y Cordillera** no se encuentran con brotes activos, sino **con incremento de casos**. Los restantes departamentos del país se encuentran en **riesgo bajo**. Se recomienda sostener las estrategias de vigilancia, investigación y control (Ver mapa).

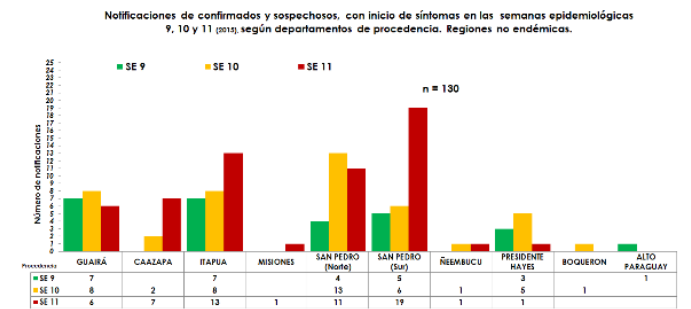
Entre las semanas 9 y 11 del corriente año se registraron un total de **6.393** notificaciones de casos sospechosos y confirmados procedentes de **18** departamentos, **principalmente en AMA con 3.879 notificaciones, Caaguazú con 1.031, Canindeyú 574 y Alto Paraná con 564 notificaciones.**

De estas, un total de **6.263 (97,9 %)** corresponde a regiones endémicas del país. Las regiones no endémicas generaron un total de **130 (2 %)** notificaciones ninguna de las regiones han tenido períodos mayores a 3 semanas sin casos notificados (Ver gráfico 2).

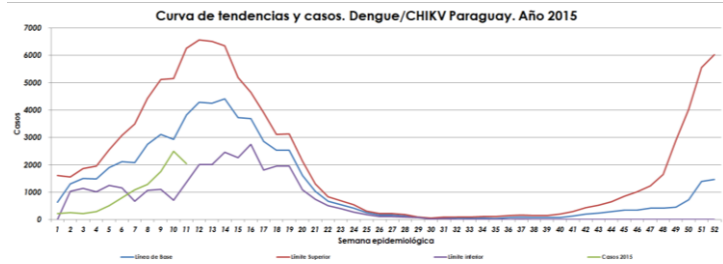
**Gráfico 1**



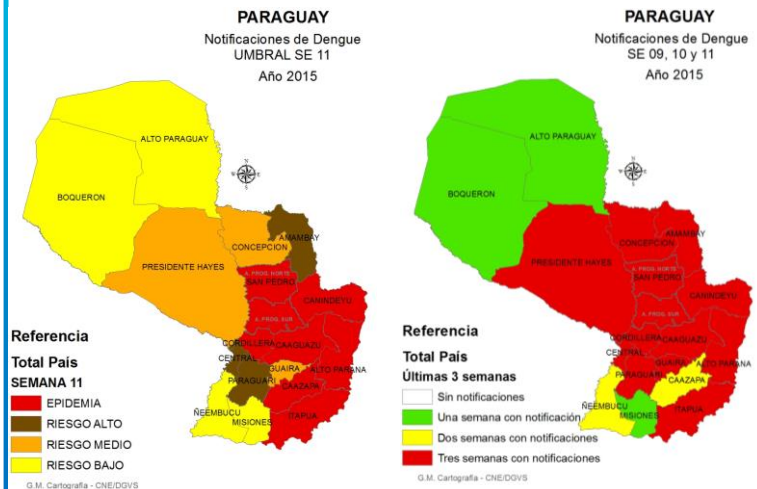
**Gráfico 2**



**Gráfico 3**



**Mapas de Riesgo. SE 11**



## Enfermedad por virus Chikungunya (CHIKV)

Actualmente y hasta la **SE 11** los países afectados con **circulación autóctona** de este agente infeccioso son: Estados Unidos de América, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Colombia, Venezuela y Caribe, Guyanas, Bahamas, Belice, Trinidad & Tobago, Jamaica, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Honduras, México, Bermuda, Ecuador, Paraguay y Bolivia (Ver Mapa).

Uruguay es el país que no ha registrado casos confirmados.



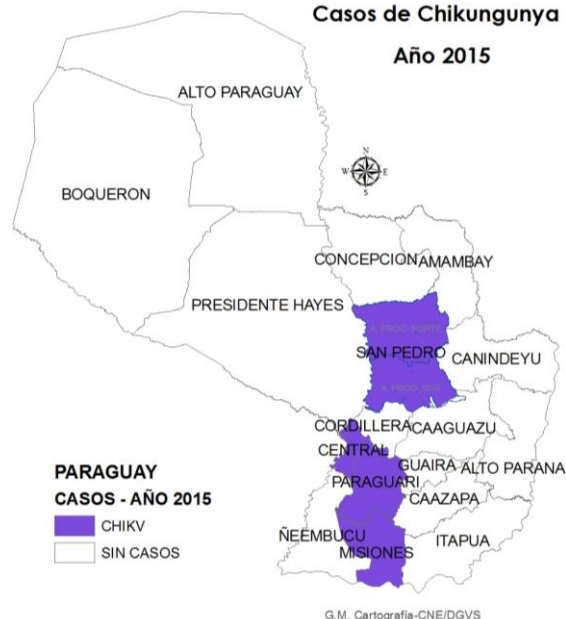
### Situación actual en Paraguay.

Desde 11/01/2015 (SE 2) hasta la fecha se confirmaron un total de **515** casos de Chikungunya, de éstos **271** fueron por laboratorio de referencia y **244** por nexos epidemiológico

Los casos confirmados se encuentran en **15 de 19 distritos de Central**, excepto, Nueva Italia, Itaugúa, Ypacaraí y Mariano Roque Alonso, además en al menos 11 barrios de Asunción.

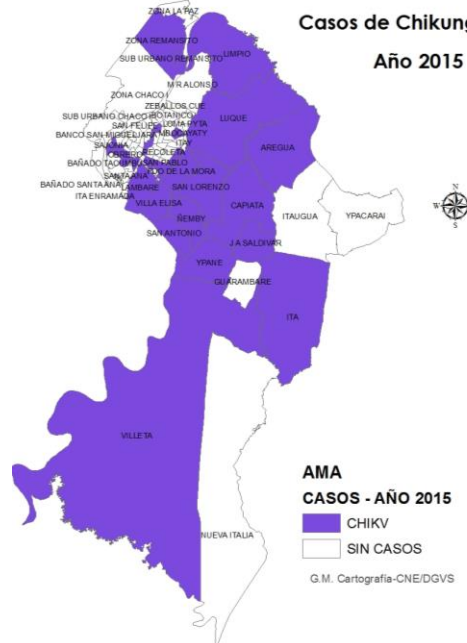
Se registraron otros casos confirmados en los departamentos de **Misiones, San Pedro Norte, San Pedro Sur, y Paraguari** secundarios a los casos del Área metropolitana de Asunción.

### PARAGUAY Casos de Chikungunya Año 2015



### Área Metropolitana de Asunción (AMA)

#### Casos de Chikungunya Año 2015



# Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)

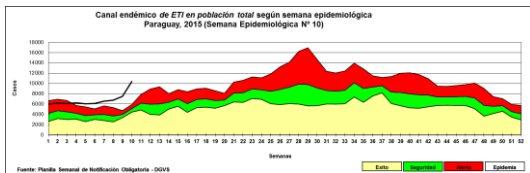
Semana 10 - 2015

En la **SE 10**, la notificación de ETI por Planilla Semanal se presentó por encima de lo esperado para la época, con una tasa de incidencia de **148** por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados alcanzó el **4,6%** y la de fallecidos por IRAG **3,1%**. Según datos de laboratorio, en las SE 1 a 10, se identificaron principalmente virus **Sincitial Respiratorio** y **Adenovirus**.

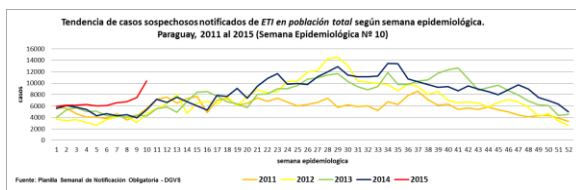
## 1. Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)

Según lo registrado en Planilla Semanal de Notificación Obligatoria, a nivel nacional, las consultas por ETI acumuladas durante las SE 1 a SE 10 del año 2015 (04 de enero al 14 de marzo- 2015) ascienden a **68.110**, presentando un comportamiento por encima de lo esperado para la época del año. La notificación presentó un aumento pasando de **7499** consultas en la SE 9 a **10388** en la SE 10, con una tasa de **148,3** por 100.000 habitantes. (Gráficos 4 y 5)

**Gráfico 4**



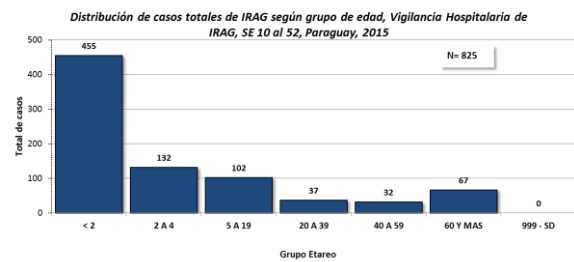
**Gráfico 5**



## 2- Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI y Hospitalizados por IRAG:

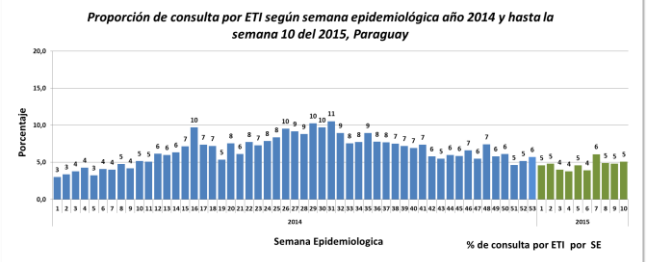
En la vigilancia centinela, en lo que se refiere a la proporción de consultas por ETI, en la semana 10 fue del **5,1%** (443/8662) del total de consultas, similar a lo registrado el año pasado para la misma época (**5%**).

**Gráfico 6: Proporción de consultas por ETI entre todas las consultas por SE, Vigilancia Centinela, SE 10 Paraguay, 2015.**



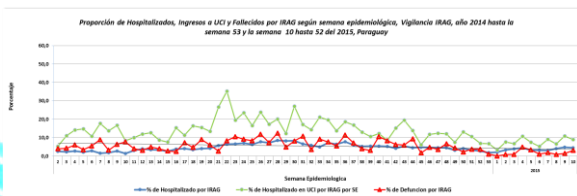
Durante las SE 1 a 10 se hospitalizaron un total de **825** casos de IRAG en los centros centinelas. La proporción de Hospitalizados por Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en los **Centros Centinelas con respecto al total de hospitalizados fue del 4,6%** (125/2723). De los casos hospitalizados en la última semana, el grupo de edad mayormente afectado fue el de los menores de 5 años (77/125).

**Gráfico 7: Distribución de casos de IRAG según grupos de edad, Vigilancia Centinela, SE 10, Paraguay, 2015**



Durante las semanas 1 a 10 del año fueron admitidos en UCI 89 casos de IRAG y en la última semana, en los Centros Centinelas, la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del 9 % (10/111) y la de fallecidos por IRAG fue de 3,1% (3/98). Los datos acumulados registran 19 fallecidos por IRAG en los Centros Centinela, y cuatro casos asociados a virus respiratorios, 2 a VSR, 1 a Adenovirus y 1 a Influenza B.

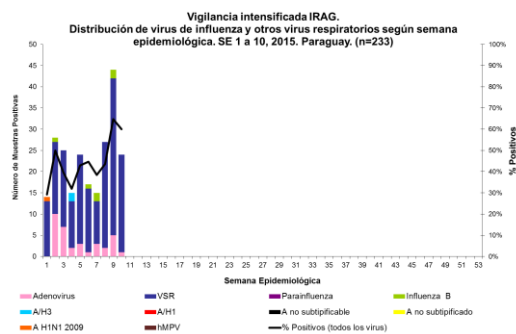
**Gráfico 8: Proporción de Hospitalizados, ingresos a UCI y fallecidos por IRAG según semana epidemiológica, SE 9, Vigilancia Centinela, Paraguay, 2.015**



### Circulación viral

Durante las primeras semanas del año, en la vigilancia centinela de IRAG se obtuvo una positividad acumulada a virus respiratorios del 45,1% (233/517). Entre los virus identificados la mayor proporción fue para el VSR (81%), seguidos del Adenovirus (14%).

**Gráfico 9: Distribución de virus respiratorios según semanas epidemiológicas, Vigilancia Centinela de IRAG, Paraguay, 2.014**



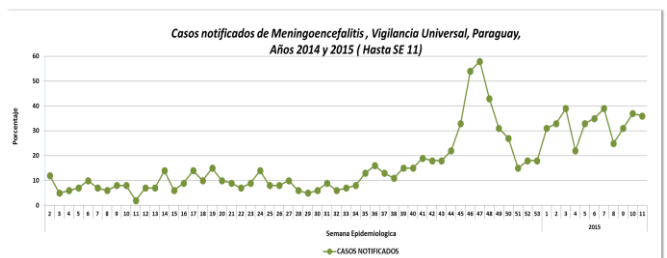
## Situación Epidemiológica. Vigilancia Universal de Meningoencefalitis

### Resumen del Año 2015, SE 1 a 11

**Resumen 2014:** Durante el año 2014 el total de las notificaciones fue de 735 casos, de los cuales se han cerrado como Meningitis 504 casos, siendo más frecuentes las compatibles con etiología viral (69%), seguidas de las bacterianas (25%). *Streptococcus pneumoniae* fue el agente etiológico bacteriano más frecuentemente identificado (45%), seguido del *Staphylococcus aureus* (15%). Entre los agentes virales el *Enterovirus* fue el más frecuente (24/28 casos confirmados).

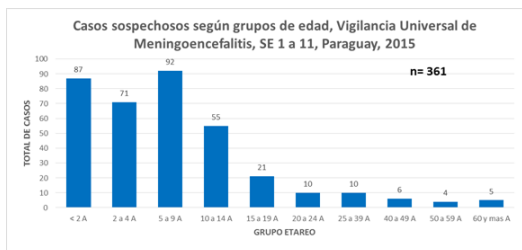
Durante las primeras 11 semanas del año 2015 (del 04 de enero al 21 de marzo) se han registrado 361 notificaciones en el Sistema de Vigilancia Universal de **Meningoencefalitis Aguda**. La curva de tendencia de los años 2014 y 2015 muestran el aumento asociado al brote de Meningoencefalitis por **ENTEROVIRUS** reportados al sistema de vigilancia desde el último trimestre del año 2014. Se ha registrado un descenso en las notificaciones desde mediados del mes de diciembre, sin embargo se mantiene la circulación del virus por encima de lo esperado en las primeras semanas de este año (Gráfico 10)

**Gráfico 10: Casos Sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica. Años 2014-2015 (Hasta la SE 11), Paraguay.**



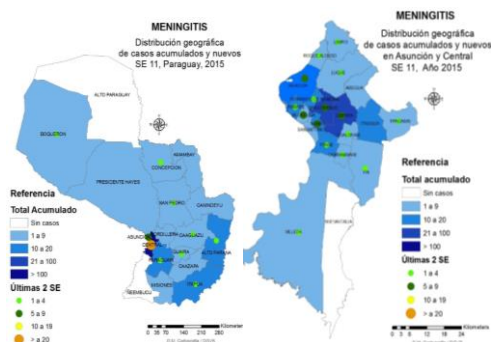
La distribución por grupo etario se mantiene con un neto predominio en los **escolares** (5 a 14 años) y menores de 2 años. La menor incidencia se registró en el grupo de adultos mayores (50 y más años). (Gráfico 11).

**Gráfico 11. Casos sospechosos de Meningoencefalitis por grupos de edades. SE 1 a 11, Paraguay, 2015.**



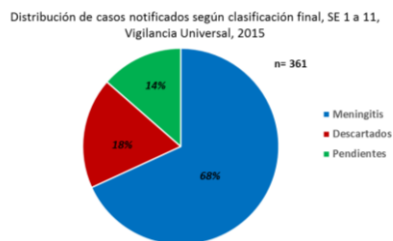
De acuerdo al sitio de procedencia, la mayoría de los casos corresponden al Departamento de Central (63%), seguidos de Asunción (15%), Paraguarí (4%), Alto Paraná e Itapúa (3,3%) y San Pedro (2%) (Gráfico 12).

**Gráfico 12. Distribución de casos sospechosos de Meningoencefalitis según procedencia. SE 1 a 11, Paraguay, 2015.**



A la fecha del informe el 86% (312) de los casos cuentan con clasificación final, quedando pendientes de cierre aún el 14% (49). (Gráfico 13).

**Gráfico 13: Distribución de casos notificados, según Clasificación final, SE 1 a 11, Paraguay, 2015.**



Fueron descartados con otros diagnósticos 66 casos (18%). De los casos que reunieron criterios de Meningitis (246), los más frecuentes fueron compatibles con probable etiología viral, siendo éstos 215 casos (87%), de los cuales se confirmaron 14 (5%). Las meningitis de causa bacteriana representaron el 12%; de éstas se pudo identificar el agente en 13 de los casos.

**Meningitis Bacteriana Aguda:** Fue identificado el agente bacteriano etiológico en 13 casos. *Streptococcus pneumoniae* (4 casos) y *Haemophilus influenzae* (4 casos) fueron los agentes más frecuentes, seguidos del *Staphylococcus aureus* (1 caso), *Neisseria meningitidis* (1 caso), *Streptococcus agalactiae* (1 caso), *Streptococcus Pyogenes* (1 caso) y *Acinetobacter* (1 caso).

**Mortalidad asociada a Meningitis Bacteriana:** En este período 2015 (SE 1 a 11) se produjeron 5 defunciones por meningitis bacteriana. Los casos fallecidos estuvieron asociados a *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus Pyogenes* y *Acinetobacter*.

**Meningitis/Encefalitis Viral:** Las Meningitis de probable etiología Viral representaron el 87% (215/246) de los casos acumulados. Se confirmaron 14 casos, 13 fueron identificados como *Enterovirus* y uno como *Herpesvirus*.

Se observó el aumento del número de casos asociados a Enterovirus a partir de la SE 36 del año 2014, llegando al pico máximo en la SE 47, con el posterior descenso en las últimas semanas del año. La circulación de Enterovirus persiste con una intensidad moderada, demostrándose el aumento de nuevo desde las primeras semanas del año 2015.

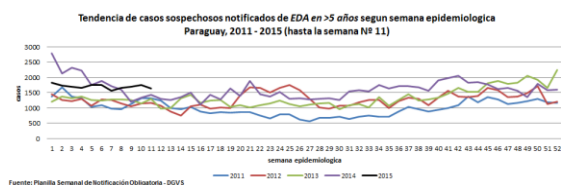
**Mortalidad asociada a Meningitis/Encefalitis Viral:** No se registraron muertes asociadas al aumento de casos relacionados al Enterovirus durante el periodo del informe.

### Enfermedad diarreica Aguda (EDA)

Se acumulan en lo que va del año **33.034** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en todo el país y en todas las edades, siendo la tasa de incidencia de 39.6 por cien mil habitantes, con una leve diferencia del 8% a la semana anterior. El 43% (14.287) corresponden a diarreas en menores de 5 años y 57% (18.747) diarreas en mayores de 5 años.

En la semana epidemiológica 11, se registraron 2.774 consultas por EDAs, presentando comportamiento diferente que en años anteriores.

**Gráfico 14**



## Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional bajo vigilancia. Enfermedad por Virus Ébola (EVE)

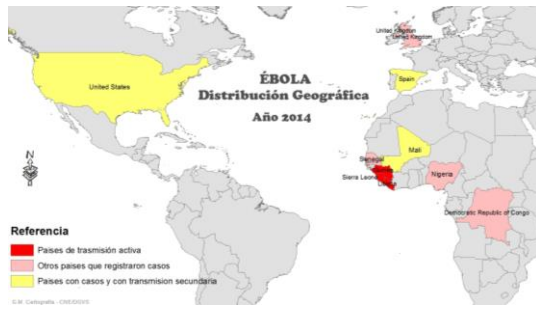
En diciembre del 2013 se inició una epidemia en el África occidental y en la actualidad los países afectados son: Guinea, Liberia, Sierra Leona.

La Declaración de la OMS sobre la Reunión del Reglamento Sanitario Comité Internacional de Emergencia en cuanto al Brote de Ébola en África Occidental, emitida el 08 de Agosto de 2014 recomienda que:

- ✦ El brote de Ébola en África Occidental constituye un "acontecimiento extraordinario" y un riesgo para la salud pública de otros Estados;
- ✦ Las posibles consecuencias de la propagación internacional son particularmente graves en vista de la virulencia del virus, los patrones de transmisión de la comunidad y la institución de salud intensivos, y los sistemas de salud débiles en la mayoría de los países en riesgo actualmente afectados y una respuesta internacional coordinada se considera esencial para detener y revertir la propagación internacional de Ébola.
- ✦ Es esencial una respuesta internacional coordinada para detener y revertir la propagación internacional del virus.



## Distribución geográfica de EVE



Confirmado, probables y sospechosos de casos y muertes por la enfermedad del virus del Ébola en Guinea, Liberia, Sierra Leona  
Actualizado 25 de marzo del 2015.  
Disponible en:  
<http://apps.who.int/ihri/eventinformation/system/files/WHO%20Ebola%20Response%20Roadmap%20-%20Situation%20Report%2031%202015-03-25.pdf>

Países	Definición de caso	Total	Totales (muertes)
Guinea	Confirmados	3011	1865
	Probables	398	398
	Sospechosos	20	‡
<b>Totales</b>		<b>3429</b>	<b>2263</b>
Liberia **	Confirmados	3151	‡
	Probables	1879	‡
	Sospechosos	4572	‡
<b>Totales</b>		<b>9602</b>	<b>4301</b>
Sierra Leona	Confirmados	8520	3381
	Probables	287	208
	Sospechosos	3034	158
<b>Totales</b>		<b>11841</b>	<b>3747</b>
<b>Total General</b>		<b>24872</b>	<b>10311</b>

Los datos se basan en la información oficial reportada por los ministerios de salud. Estos números están sujetos a cambios debido a la reclasificación en curso, investigación retrospectiva y la disponibilidad de los resultados de laboratorio. \* No reportado debido a la alta proporción de casos probables y Sospecha Que se reclasifican. ‡ Datos no disponibles.

## PAÍSES CON UN CASO INICIAL O TRANSMISIÓN LOCALIZADA

Cinco países: (Malí, Nigeria, Senegal, España, Estados Unidos y El Reino Unido) han informado de casos importados procedentes de un país con transmisión generalizada e intensa. Nigeria, Senegal y Mali lograron la interrupción de la transmisión, EEUU, España y Reino Unido no reportaron transmisión comunitaria sostenida.

## Información de Interés General

- ↳ [Chikungunya](#). Situación Epidemiológica, Manejo clínico, Planificación, Información para población.
- ↳ [Recomendaciones generales para viajeros](#) "Sitio oficial de la Dirección de Vigilancia de la Salud/ Ministerio de Salud.
- ↳ [Plan de Contingencia](#) de la Dirección de Vigilancia de la Salud. MSP y BS.
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 2](#), Riesgo de introducción de Sarampión
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 3](#), Aumento de notificaciones de síndrome febril agudo y el riesgo de diseminación en todo el territorio nacional

[Portal de Alertas de la Dirección de Vigilancia de la Salud. MSP y BS.](#)

- ↳ [Ébola, Plan Nacional](#) de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción en Paraguay.

[Actualización](#), Enfermedad del virus del Ébola en África Occidental. [Sitio de Brotes Epidémicos de la OMS](#). [La Directora General de la OMS informa sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola a las misiones ante las Naciones Unidas en Ginebra](#)

- ↳ [Enfermedad por el virus Ébola](#), Preparación y respuesta en las Américas. OPS/OMS
- ↳ [Alerta 5](#), Riesgo de Transmisión de Enfermedad por virus Ébola (EVE), Portal de Alertas y Actualizaciones epidemiológicas. Dirección General de Vigilancia.
- ↳ [Meningitis](#), Informaciones generales.
- ↳ [Sarampión en las Américas](#), Alerta y Respuesta Mundiales (GAR)
- ↳ [Actualización](#), Cólera en las Américas
- ↳ [Brote de sarampión](#) en la Región Europea.

## Fuentes de Información

- Centro Nacional de Enlace (CNE) – UER/DGVS
- Unidad de Gestión de Datos (UGD) – DGVS
- Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)
- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – (SENEPA)
- Hospitales Centinelas para ETI e IRAG
- Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA)