

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL

Fecha: Lunes 12 de Mayo - Asunción, Paraguay

Boletín N° 18 Año 6

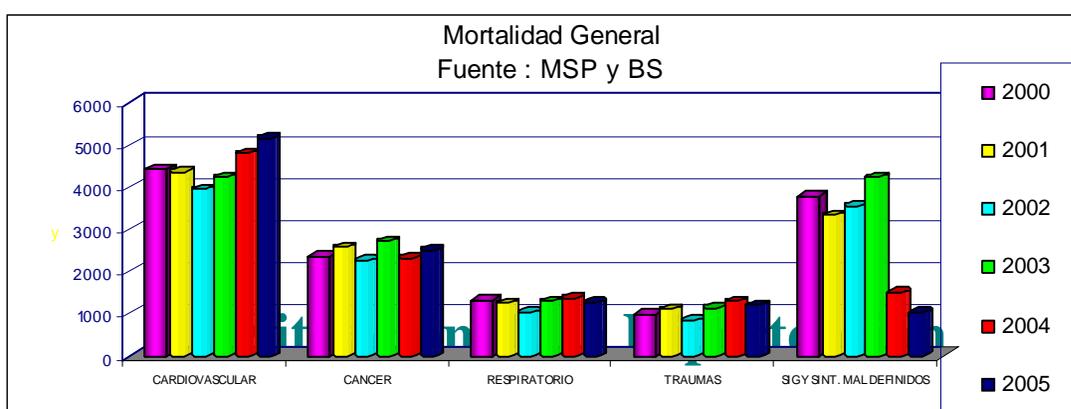
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL-MSPBS
DIRECCION GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD-DGVS

Semana Epidemiológica N° 18
27/04/ al 3/03/08

13 de Mayo- Día de la hipertensión arterial EPIDEMIOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES DEL PARAGUAY

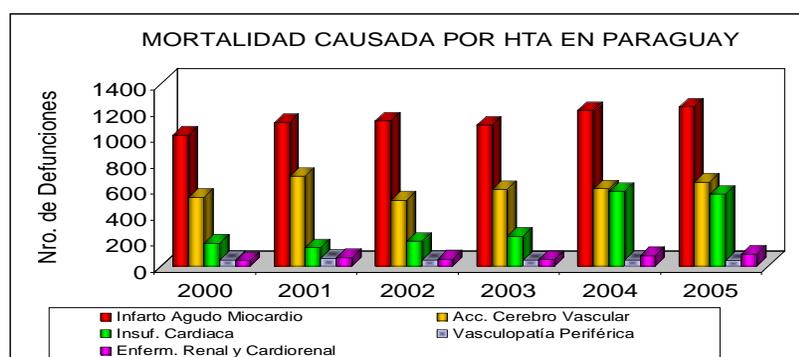
En el análisis de las causas generales de mortalidad en nuestro país de los primeros 5 años de la era 2000 (fig. 1), se ha registrado que las causas cardio y cerebro vasculares ocupan el primer lugar, seguidos en segundo lugar de cáncer, el tercer lugar ocupan en forma compartida las afecciones respiratorias y los traumas en sus diferentes formas (accidentes, asesinatos, suicidios, etc). Se registro una leve tendencia a la disminución de la mortalidad cardiovascular hasta el año 2002 elevándose nuevamente desde el 2003 hasta el 2005 hasta valores más elevados que los años anteriores. Por otro lado el registro de signos y síntomas mal definidos experimentaron un efecto contrario: elevándose hasta el 2003 y reduciéndose notablemente hasta el 2005. Por lo expuesto consideramos que la tendencia disminuida de la mortalidad cardio y cerebro-vascular hasta el año 2002 puede deberse a la falta de datos fidedignos que probablemente fueron mejorando en los últimos años.

Figura 1. Mortalidad general por causas. Paraguay 2000-2005



Según los datos estadísticos del Dep. de Bioestadística del MSP y BS entre las afecciones cardiovasculares provocadas por la HTA, el Infarto Agudo de miocardio constituye la primera causa de muerte la que va en aumento año tras año llegando al 2005 a cerca de 1200 muertes; le sigue el accidente cerebro-vascular en segundo lugar, seguido por la insuficiencia cardiaca la que aumento en forma considerable en los últimos 5 años. (Fig. 2).

Figura 2. Mortalidad Causada por HTA en Paraguay



VIGILANCIA DE MENINGITIS

La meningitis es una enfermedad generalmente grave, que tiene variadas complicaciones según el agente que la causa.: Virus o bacterias.

A.-Meningitis bacteriana: los tres agentes patógenos que con mayor frecuencia producen meningitis bacteriana son el Haemophilus influenzae tipo b, la Neisseria meningitidis, mejor conocida como meningococo, y el Streptococcus pneumoniae, llamado comúnmente neumococo.

Estas bacterias son habitantes normales de la garganta y la nariz de muchas personas, y sólo en algunas penetra en el cuerpo y produce la enfermedad. Se transmiten por el aire y por contacto (tos, estornudos, besos, etc.).

2.- **Meningitis víricas:** los agentes causantes de la mayor parte de las meningitis víricas pertenecen al grupo de los enterovirus, la enfermedad que producen cura sin secuelas en casi todos los casos. Suelen presentarse en pequeños brotes o epidemias en el verano y el otoño, y se transmiten por las heces y la saliva.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE NEUROINFECCIONES EN PARAGUAY

La meningitis es una enfermedad de notificación obligatoria e inmediata. Ante la sospecha clínica del cuadro el manejo del paciente a parte del área clínica debe ser acompañado por el seguimiento epidemiológico. Por estas razones es prioridad la notificación inmediata con la sospecha. El procedimiento de punción lumbar (PL) para obtener el líquido cefalorraquídeo es imprescindible para orientar el origen de la neuroinfección y fundamentalmente aislar el agente infeccioso involucrado. Por lo cual si no existe una contraindicación absoluta de realizar una PL, ESTE PROCEDIMIENTO NO DEBE SER OBVIADO.

La quimioprofilaxis antimicrobiana está orientada a evitar casos secundarios de meningitis bacteriana, pero no de la totalidad de las neuroinfecciones. Por esta razón este manejo debe ser bien conocido, ya que la meningitis bacteriana por meningococo y por Haemophilus influenzae tipo b son los dos tipos que ameritan este tipo de manejo con los contactos cercanos al paciente afectado.

Haciendo referencia a esto último, un contacto es definido como aquella persona que ha estado como mínimo 4 horas diarias conviviendo con la persona enferma los últimos 7 días antes del inicio del cuadro infeccioso. Por esta razón no todos deben recibir quimioprofilaxis. A la fecha (12-05-08) contamos entonces con un total de 117 casos notificados, de los cuales 28 casos fueron descartados. Los restantes 89 casos se distribuyen acorde a la tabla que se anexa a este informe dependiendo de las características del citoquímico: 54 bacterianas, de los cuales 12 fueron confirmados con el aislamiento bacteriano. Los restantes quedan como probables de meningitis bacteriana. Se suman además, 24 encefalitis de origen aparente viral por clínica y citoquímico del LCR (sin cultivo viral). Un total de 7 casos de encefalitis secundarias a vacunas son reportados además a la fecha.

Es importante resaltar que los casos actualmente manejados son los esperados según controles y vigilancia de años anteriores, y no nos encontramos con una epidemia o brote de meningitis, ya que no ha habido un aumento abrupto de casos en tiempo y lugar determinado comparado con años anteriores
Fuente: DIVET

Meningitis según origen			
BACTERIANAS	TOTAL	TUBERCULOSAS	TOTAL
MBA por N. meningitidis	2	Meningitis por TBC sospechosa	4
MBA por S. Pneumoniae	7	TOTAL TUBERCULOSAS	4
MBA por Hib	2	VIRALES	
MBA por Salmonella enteritidis	1	Meningoencefalitis viral sospecha	24
MBA sin agente aislado.,	24	TOTAL VIRALES	24
MBA sospecha clínica sin PL	6	Virales post Vac AA	6
MBA sin datos de cultivo	1	Total virales post vac AA	6
MBA por S Pneumoniae sosp	3	Virales post vacunales	
MBA por N Meningitidis sosp	2	Encefalopatías post vacunal sosp	1
MBA por PL traumática	1	Total virales post vacunales	1
MBA con cultivo en investigación	3	TOTAL GENERAL	89
MBA por bacilo gram negativo no fermentador dudoso	1		
MBA por citoquímico sin procesado de cultivo	1		
TOTAL BACTERIANAS	54		

Dr. GUALBERTO PIÑÁNEZ, Director DGVS
Comité Editorial
DRA. MALVINA PAEZ, Coordinadora
DR. FLORIANO CALDEROLI, Asesor DGVS
DRA. MARÍA ANGÉLICA LEGUIZAMÓN SAMANIEGO

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Manuel Domínguez e/ Brasil y Rojas Silva.
Edificio del SENEPA 1er Piso.
Telefax: 203 998/208 217
Correo Electrónico: dgvspv@gmail.com.