

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO



Semanal

SE 1 (1 de enero) a SE 28 (15 de julio)

Edición Nro. 24- Año 2017

El Boletín Epidemiológico es el documento 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 1 (1 de enero) a SE 28 (15 de julio)

Relevantes de la semana

[Actualización Epidemiológica:
Conjuntivitis; 16 de junio,
OPS/OMS.](#)

Contenido

Cumplimiento en las notificaciones por Regiones Sanitarias	1
Tabla de enfermedades de notificación obligatoria	2
Vigilancia del Síndrome febril agudo	3
Monitoreo de las notificaciones	4
Enfermedades transmitidas por vectores-Dengue	4-5
Enfermedades transmitidas por vectores-Chikungunya	5
Enfermedades transmitidas por vectores- Virus Zika	6-7
Síndrome congénito, SGB y otras manifestaciones neurológicas asociados al virus del Zika	7-8
Caracterización de los casos de Leptospirosis y Situación de la Malaria	9
Situación de la Fiebre Amarilla en las Américas	10
Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	11-16
Vigilancia Universal de Meningoencefalitis	17-19
Enfermedad Meningocócica	20-21
Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	22
Alertas y actualizaciones epidemiológicas nacionales e internacionales	23
Fuentes de Información	24

LA VIGILANCIA Y CONTROL EN SALUD PÚBLICA 2017

Todos los integrantes del Sistema de vigilancia en salud pública, que generen información de interés, deberán efectuar la notificación de aquellos eventos de reporte obligatorio definidos en la Resolución S.G. N°190/2013 del MSPBS, dentro de los términos de estructura de datos, clasificación, periodicidad y destino señalados en los mismos, y observando los estándares de calidad, veracidad y oportunidad de la información notificada.

De esta manera, las unidades notificadoras locales, distritales y departamentales a través de la Unidad Epidemiológica Regional (UER) deben efectuar el envío de la notificación a la Unidad de Gestión de Datos (UGD) de la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) los días miércoles hasta de las 12:00 a.m. únicamente al correo notifica.dgvs@gmail.com o al número de fax 021 – 208.217.

El resultado del procesamiento y análisis de los datos recibidos semanalmente es expuesto en el presente boletín. La información aquí contenida está sujeta a los ajustes que se presenten en cada semana epidemiológica.

CUMPLIMIENTO EN LA NOTIFICACIÓN SE 28

ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) tiene una distribución por regiones sanitarias (18), cada región sanitaria cuenta con una UER, a la cual reportan las unidades notificadoras de los servicios públicos y privados, de acuerdo a su área de cobertura. Cabe mencionar que la región sanitaria de San Pedro cuenta con dos áreas programáticas (norte y sur).

Remitieron sus consolidados de eventos de notificación obligatoria oportunamente a la UGD, el 100% (19/19) de las Unidades Epidemiológicas Regionales durante la semana epidemiológica 28/2017.

Se cuenta con 1159 unidades notificadoras en las 18 regiones sanitarias, de las cuales, reportaron al sistema de vigilancia el 94,2% (1092/1159) durante la semana 28/2017.

Para el reporte semanal de eventos de notificación obligatoria de la semana 28/2017, el país cumplió en promedio 95,7%, representando una notificación muy buena, a pesar de las variaciones en las distintas regiones sanitarias (Mapa 1).

De manera a formar parte del sistema de notificación del MSPBS y pasar a ser una unidad notificadora, los servicios de salud deben contactar con su UER y cumplir un tiempo de cuatro (4) semanas de notificación oportuna a fin de ser considerada una unidad notificadora permanente del sistema.

Mapa1

PARAGUAY

Porcentaje de Cumplimiento de Notificaciones
Semana Epidemiológica 28 - Año 2017

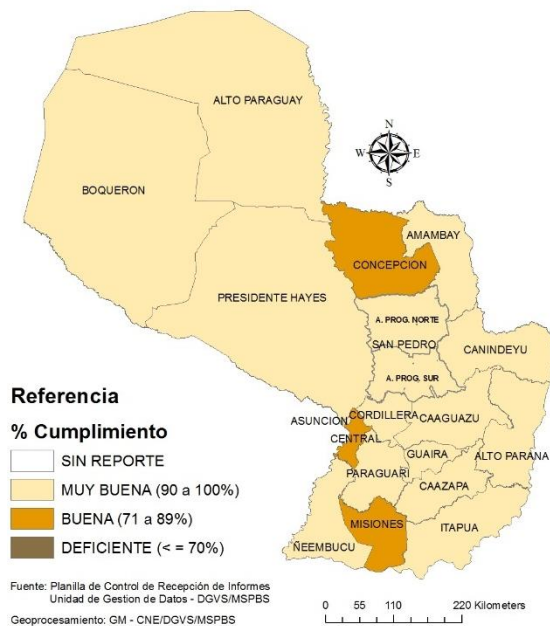


TABLA 1

Enfermedades de Notificación Obligatoria	Año 2015		Año 2016		Año 2017		
	Nº de Casos	Tasa x 100.000 hab.	Nº de Casos	Tasa x 100.000 hab.	Nº de Casos	Tasa x 100.000 hab.	
Vectoriales y ***Zoonóticas	Dengue	14.532	215	2.535	37	297	4
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
	Leishmaniosis Visceral	49	1	33	0	21	0
	Chagas agudo	1	0	13	0	0	0
	Chagas Crónico	258	4	1866 ***	28	313 **	5
	Paludismo ****	5	0	7	0	1	0
Inmunoprevenibles	Parálisis Aguda Fláccida *****	13	0	9	0	16	0
	Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
	Sarampión	0	0	0	0	0	0
	Rubeola	0	0	0	0	0	0
	Tétanos Neonatal *	0	0	0	0	0	0
	Tétanos Otras Edades	3	0	3	0	5	0
	Tos Convulsa	13	0	17	0	18	0
	Parotiditis	91	1	94	1	247	4
	Difteria	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Gastroentéricas	Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)	28	0	59	1	0	0
	Cólera	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica	con MBA	6	0	7	0	9	0
	sin MBA	0	0	0	0	0	0
Otros eventos	Hantavirus (S.P.H.)	3	0	4	0	1	0
	Intoxicación por Pesticidas	98	1	74	1	69	1
	Rabia Humana	0	0	0	0	0	0
	Rabia Canina	0	0	0	0	0	0
	Accidentes Ofídicos	142	2	50	1	80	1
	Fiebre Tifoidea	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	1	0
	Leptospirosis	0	0	8	0	31	0

*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos

** Distribuidos en 128 embarazadas, 3 congénitos, y 182 en otros. Este año aún no fueron incluidos los datos de Banco de Sangre.

*** En este año se incluyen datos proveídos por el Banco de Sangre

**** Casos Confirmados de Paludismo importado

***** Datos obtenidos de la Vigilancia de PAF

Fuente: Datos compilados por UGD/DGVS

Los datos de 2017 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.



VIGILANCIA DEL SÍNDROME FEBRIL.

Desde la SE 1 hasta la SE 28 del año en curso, dentro del Sistema de Vigilancia se registraron un total de **297** casos confirmados y **1.294** casos probables para dengue; para Chikungunya **5** casos fueron confirmados y **19** fueron clasificados como probables; y **33** febriles fueron confirmados para otros diagnósticos¹.

Tabla 2
Vigilancia de Síndrome Febril-Paraguay-2017 (SE 1 a la SE 28)

EJES	DEPARTAMENTOS	CONFIRMADOS			PROBABLES (DENGUE)	PROBABLES (CHIKUNGUNYA)	FALLECIDOS CONFIRMADOS DENGUE
		DENGUE	CHIKV	Otros			
AREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	30	0	5	12	6	0
	CENTRAL	82	1	7	996	5	0
	PTE. HAYES (Barrios de Villa Hayes: Sub Urbano Chaco I, Sub Urbano Remansito, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Remansito)	3	0	0	3	0	0
TOTAL EJE AREA METROPOLITANA		115	1	12	1.011	11	0
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	8	0	1	14	0	0
	PARAGUARI	38	4	1	23	7	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		46	4	2	37	7	0
CENTRO ORIENTAL	GUAIRA	0	0	0	0	0	0
	CAAZAPA	1	0	3	1	0	0
	CAAGUAZU	1	0	1	0	0	0
	ALTO PARANA	0	0	1	2	1	0
	CANINDEYU	0	0	1	0	0	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		2	0	6	3	1	0
NORTE	CONCEPCION	4	0	2	13	0	0
	AMAMBAY	0	0	1	0	0	0
	SAN PEDRO NORTE	0	0	0	0	0	0
	SAN PEDRO SUR	1	0	0	1	0	0
TOTAL EJE NORTE		5	0	3	14	0	0
SUR	ITAPUA	1	0	1	0	0	0
	ÑEEMBUCU	2	0	2	7	0	0
	MISIONES	0	0	0	2	0	0
TOTAL EJE SUR		3	0	3	9	0	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	9	0	1	31	0	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	1		0	0
	BOQUERON	117	0	5	189	0	0
TOTAL EJE CHACO		126	0	7	220	0	0
Total general		297	5	33	1.294	19	0

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

¹Hasta la SE 28 (15 de julio) fueron confirmados 31 casos de Leptospirosis. 1 caso confirmado de SPH, y 1 caso confirmado de Malaria importada.

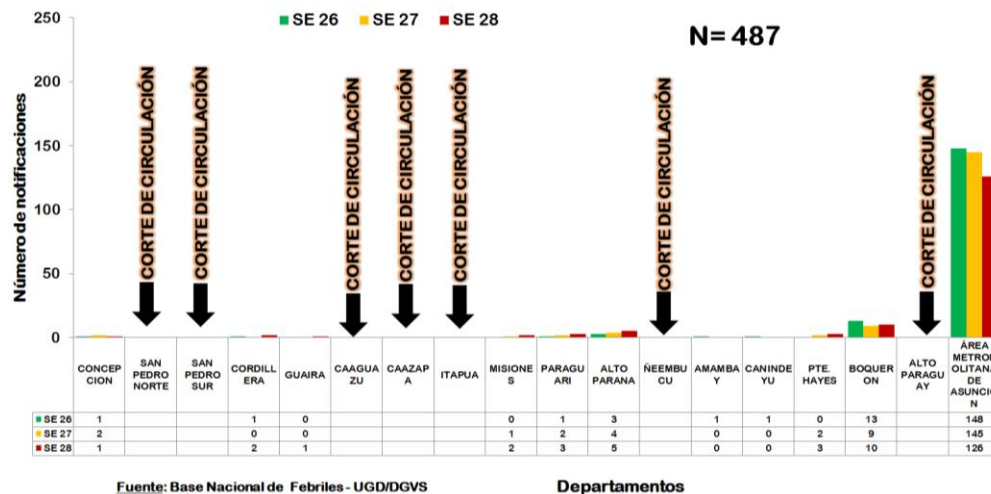
MONITOREO DE LAS NOTIFICACIONES DE CASOS FEBRILES.

En las últimas 3 semanas (SE 26, 27 y 28), se registraron un total de 487 notificaciones de síndrome febril agudo, los mismos proceden principalmente del Área Metropolitana de Asunción (AMA).

En las últimas tres semanas los departamentos de San Pedro (Área Programática Norte y Área Programática Sur), Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Ñeembucú, y Alto Paraguay no registraron notificaciones con sospecha de Dengue, Zika o Chikungunya, por lo que, actualmente, se posicionan como departamentos con corte de circulación viral para estas enfermedades.

Gráfico 1

Notificaciones de confirmados, probables y sospechosos, con inicio de síntomas en las semanas 26, 27 y 28 año 2017. Según departamentos de procedencia.



DENGUE SEROTIPOS CIRCULANTES.

Desde la semana 1 hasta la semana 28, el Laboratorio Central de Salud Pública ha identificado la circulación del serotipo DEN-1 en 12 departamentos del país. Hasta la fecha se confirmaron **297** casos de dengue. (Mapa 2)

Los casos confirmados acumulados, en orden decreciente, corresponden a los siguientes departamentos: Boquerón, Central, Paraguari, Capital, Cordillera, Presidente Hayes, Ñeembucú, Concepción, Caaguazú, Itapúa, Caazapá y San Pedro (Área Programática Sur).

Mapa 2

DENGUE
Serotipos Identificados
Año 2017



Además, se registró un total de **1.294** casos probables de Dengue.

Requirieron hospitalización 173 pacientes con diagnóstico de dengue, tanto confirmados como probables, desde la SE 1 hasta la SE 28; entre éstos, el grupo etario de 20 a 39 años es el más afectado y con predominio del sexo femenino.

CHIKUNGUNYA DEPARTAMENTOS CON CIRCULACIÓN DE CHIKV.

En lo que va del año, hasta la SE 28, se confirmaron **5 casos** de Chikungunya; los casos corresponden a pacientes procedentes de los departamentos de Paraguarí (4) y Central (1). El último caso confirmado se registró en el distrito de Mariano Roque Alonso, departamento Central.

Además, se registraron **19 casos probables** en los siguientes departamentos:

Central, en 4 distritos: Villa Elisa (2), Limpio (1) Luque (1), San Lorenzo (1).

Asunción, en 6 barrios: San Pablo, Obrero Tablada Nueva, San Vicente, La Encarnación, y Silvio Petrossi

Paraguarí, en 6 distritos: Carapeguá, Yaguarón, Paraguarí, Pirayú, Acahay y Sapucaí.

Alto Paraná, en 1 distrito: Ciudad del Este (1).

Actualmente, no se registran brotes activos de Chikungunya.

Mapa 3

PARAGUAY
CHIKUNGUNYA
Distribución Geografica
Año 2017



VIRUS DE ZIKA EN PARAGUAY.

En total, desde la SE 1 hasta la SE 28, se notificaron al sistema de vigilancia **393** casos con sospecha de Zika, de los cuales **2** fueron confirmados por laboratorio y **2** fueron determinados como casos probables, **85** continúan sospechosos y **304** fueron descartados para Zika. (Tabla 3).

Tabla 3

Casos de Zika acumulados. Confirmados (autóctonos/importados), sospechosos, descartados y fallecidos.
Paraguay. SE 1 a la 28. Año 2017

EJES	DEPARTAMENTOS	TOTAL NOTIFICADOS	CASOS AUTÓCTONOS CONFIRMADOS	CASOS IMPORTADOS CONFIRMADOS	PROBABLES	SOSPECHOSOS	DESCARTADOS	FALLECIDOS RELACIONADOS A ZIKA
ÁREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	110	1	0	1	33	75	0
	CENTRAL	128	1	0	0	39	88	0
	PTE. HAYES (Barrios de Villa Hayes: Sub Urbano Chaco), Sub Urbano Remansito, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Remansito)	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL EJE AREA METROPOLITANA		238	2	0	1	72	163	0
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	22	0	0	0	3	19	0
	PARAGUARI	26	0	0	0	0	26	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		48	0	0	0	3	45	0
CENTRO ORIENTAL	GUAIRA	4	0	0	0	0	4	0
	CAAZAPA	6	0	0	1	0	5	0
	CAAGUAZU	11	0	0	0	0	11	0
	ALTO PARANA	15	0	0	0	3	12	0
	CANINDEYU	3	0	0	0	1	2	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		39	0	0	1	4	34	0
NORTE	CONCEPCION	17	0	0	0	3	14	0
	AMAMBAY	13	0	0	0	1	12	0
	SAN PEDRO NORTE	3	0	0	0	0	3	0
	SAN PEDRO SUR	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL EJE NORTE		33	0	0	0	4	29	0
SUR	ITAPUA	5	0	0	0	1	4	0
	ÑEMBUUCU	3	0	0	0	0	3	0
	MISIONES	3	0	0	0	0	3	0
TOTAL EJE SUR		11	0	0	0	1	10	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	6	0	0	0	1	5	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	0	0	0	0	0
	BOQUERON	18	0	0	0	0	18	0
	TOTAL EJE CHACO		24	0	0	0	1	23
Total general		393	2	0	2	85	304	0

Fuente: Base Nacional de virus del Zika - DGVS / MSPyBS. Datos sujetos a modificación

ENFERMEADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Distribución geográfica de los casos confirmados y probables de Zika, SE 1 a la SE 28

Mapa 5



Los casos confirmados corresponden a los departamentos: Central y Capital.
Los que fueron clasificados como probables proceden de: Caazapá y Central.

SINDROME CONGENITO ASOCIADO CON LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL ZIKA.

Situación de las Américas.

Desde octubre de 2015 y hasta la fecha, 26 países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados de síndrome congénito asociados a la infección por el virus del Zika.

Desde la última actualización epidemiológica, de fecha 25 de mayo, ningún país o territorio confirmó por primera vez casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika. El número de casos confirmados de síndrome congénito se publica de manera semanal en el sitio oficial de la OPS/OMS y se encuentra disponible en el siguiente enlace:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12390&Itemid=42090&lang=en

Situación del Paraguay.

En nuestro país, hasta la semana 28, se han reportado al sistema de vigilancia 26 casos de microcefalias sospechosos de estar asociados al virus del Zika, de los cuales 17 casos ya fueron descartados como casos asociados al virus del Zika; mientras que 9 casos continúan en estudio.

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ Y OTRAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADOS AL VIRUS DEL ZIKA.

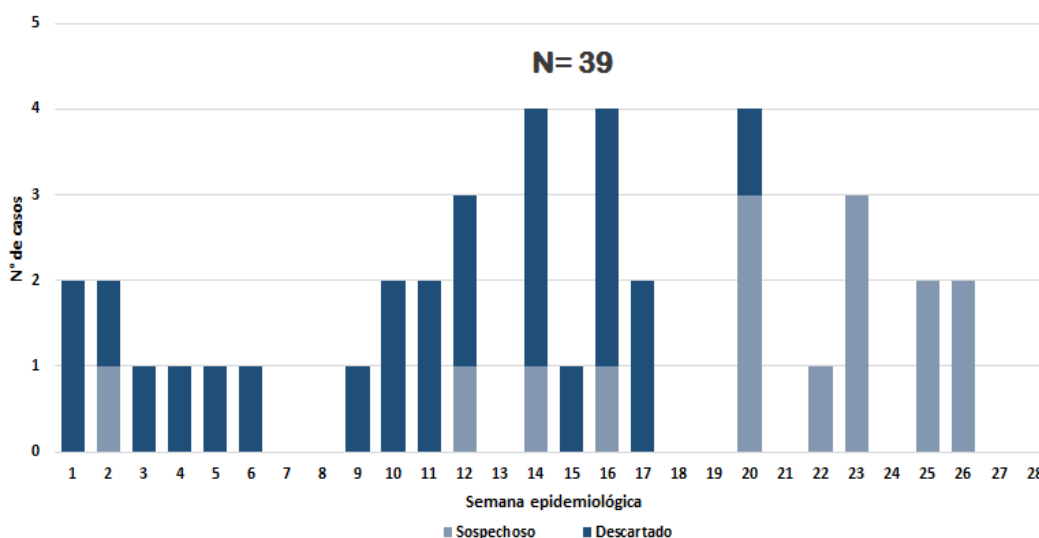
Entre el 1 de enero y el 15 de julio (SE 1 a SE 28) de 2017, fueron notificados 39 casos de Síndrome de Guillen Barré (SGB) al sistema de vigilancia nacional.

Según la procedencia de los pacientes, las notificaciones corresponden a 13 departamentos, todos de la Región Oriental. Los departamentos con mayor número de notificaciones son el Dpto. Central con el 30,7 % (12), seguido de Alto Paraná y Asunción con 10,26% (4), respectivamente.

Según la posible asociación a infección por virus Zika, 27 fueron descartados y 12 continúan como sospechosos.

Gráfico 2

Número de casos de Síndrome de Guillain Barré, por semana epidemiológica y clasificación. Paraguay SE 1 a SE 28. Año 2017



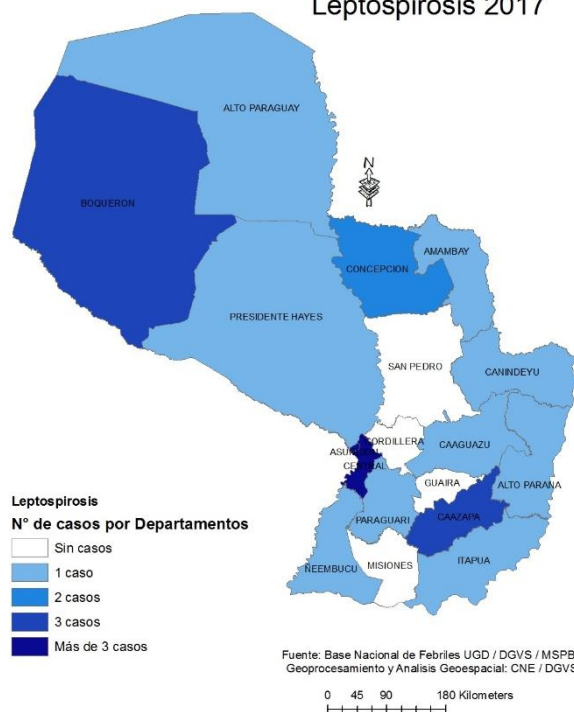
CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE LEPTOSPIROSIS

Desde la SE 1 hasta la SE 28, ingresaron al sistema de vigilancia 42 notificaciones con sospecha de leptospirosis, de los cuales se confirmaron un total de 31 casos y continúan pendientes 11 casos sospechosos.

Los casos confirmados proceden principalmente de los Departamentos de Central (7), Capital (5) y Boquerón (4). El último caso confirmado, hasta el cierre de esta edición, corresponde a la SE 26 y procede del distrito de Mcal. Estigarribia de Boquerón.

El grupo etario más afectado fue el de 20 a 39 años, siendo de similares proporciones en ambos sexos. Requirieron hospitalización el 51,6% (16/31) de los pacientes; en general con buena evolución clínica.

Mapa 6
PARAGUAY
Leptospirosis 2017



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

SITUACIÓN MUNDIAL DE LA MALARIA.

El Paraguay no se registraron casos autóctonos en lo que va del año, sin embargo, se detectó un caso confirmado de malaria importado, el caso procede de Guinea Ecuatorial.

El siguiente link contiene mapas con los datos de endemidad de la Malaria por país y/o territorio.

https://www.cdc.gov/malaria/travelers/about_maps.html

FIEBRE AMARILLA. SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS.

Mapa 7

AMÉRICA



En la América del Sur, los países que han notificado casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla son: **Brasil, Colombia, Bolivia, Perú, Ecuador y Suriname.**

A continuación, la actualización sobre la situación en, **Bolivia, Ecuador, Perú y Brasil.**

En **Bolivia**, fue confirmado un nuevo caso de fiebre amarilla en la SE 25 de 2017, con el cual alcanza a un total de dos casos confirmados en 2017.

En **Ecuador**, se notificaron tres casos fatales de fiebre amarilla en las semanas epidemiológicas 8, 20 y 26 de 2017. Los tres casos correspondieron a hombres adultos, sin antecedente vacunal y que adquirieron la infección en la provincia de Sucumbíos.

En **Perú**, hasta la SE 24 de 2017, se habían notificado 20 casos confirmados y probables de fiebre amarilla, incluidas tres defunciones. Al igual que lo ocurrido el año 2016, la mayoría de los casos ocurrieron en el departamento Junín.

En **Brasil**, desde el inicio del brote en diciembre de 2016 y hasta el 31 de mayo de 2017 se notificaron 3.240 casos de fiebre amarilla (792 confirmados, 1.929 descartados y 519 sospechosos en investigación) incluidas 435 defunciones (274 confirmadas, 124 descartadas y 37 en investigación). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 34,5%.

Los casos notificados se registran en 398 municipios, mientras que los casos confirmados se circunscriben a 131 municipios de 7 estados (Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Pará, Rio de Janeiro, São Paulo y Tocantins).

Desde el inicio del brote y hasta el 18 de mayo de 2017 se notificaron 3.850 muertes en primates no humanos (PNH), de las cuales 642 fueron confirmadas para fiebre amarilla, 96 fueron descartadas, y 1.448 permanecen en investigación.

No se reportan cambios en el número de casos notificados por los otros países.

Fuente:

[OPS/OMS: Actualización Epidemiológica de la Fiebre Amarilla 10 de julio, 2017](#)



VIGILANCIA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG).

SEMANA 28-2017

La información presentada en esta actualización se obtiene a partir de los datos aportados por las Unidades Epidemiológicas Regionales, los Centros Centinelas de ETI e IRAG y la información del Centro Nacional de Influenza-LCSP.

En la SE 28 -2017, la notificación de ETI por Planilla Semanal sitúa la curva de tendencia en la franja epidémica del corredor endémico, con una tasa de incidencia de 285,2 por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados se mantiene en el 9% y la de fallecidos por IRAG en el 11%. Según datos de laboratorio, la actividad de los virus respiratorios se mantiene con predominio de *Virus Sincitial Respiratorio*, *Influenza A H3* e *Influenza B*.

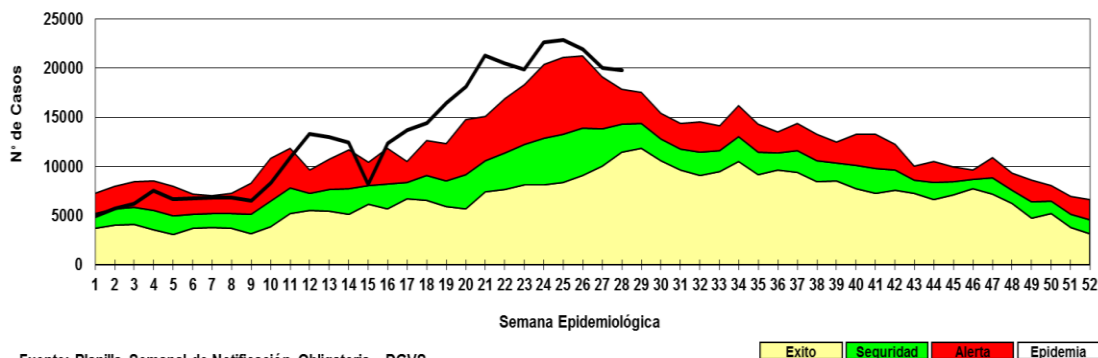
1- Vigilancia Universal: Tendencia e intensidad de la actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI).

Según lo registrado en Planilla Semanal de Notificación Obligatoria, a nivel nacional, las consultas por ETI acumuladas durante las semanas 1 a 28 del año 2017 (01 de enero al 15 de julio) ascienden a 368.387. La curva de tendencia presentó un leve descenso en las dos últimas semanas, manteniéndose aún en la franja epidémica del corredor endémico (Gráfico 3).

La notificación pasó de 20.057 consultas en la semana 27 del 2017 a 19.829 en la SE 28, con una tasa de 285,2 por 100.000 habitantes, lo que representó un descenso del 1,1%. Se evidencia un adelantamiento en al menos 4 semanas la epidemia estacional de cuadros respiratorios alcanzando mayor magnitud en relación a los últimos 5 años.

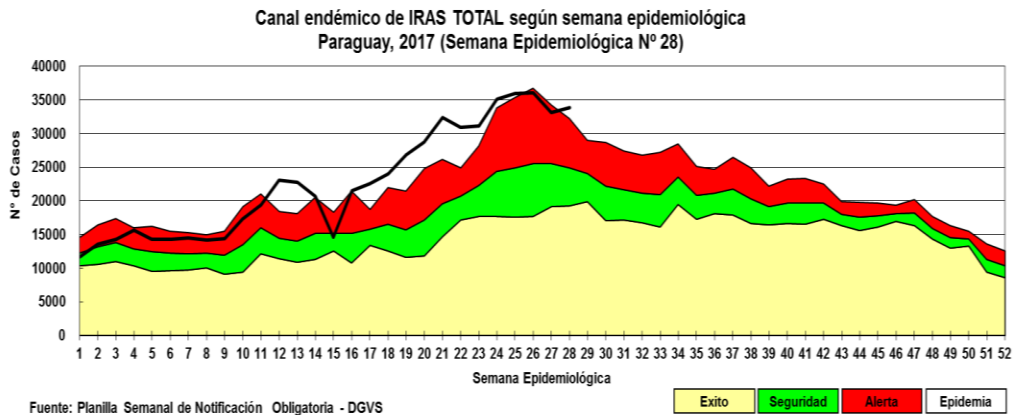
Gráfico 3

Canal endémico de ETI en población total según semana epidemiológica
Paraguay, 2017 (Semana Epidemiológica N° 28)



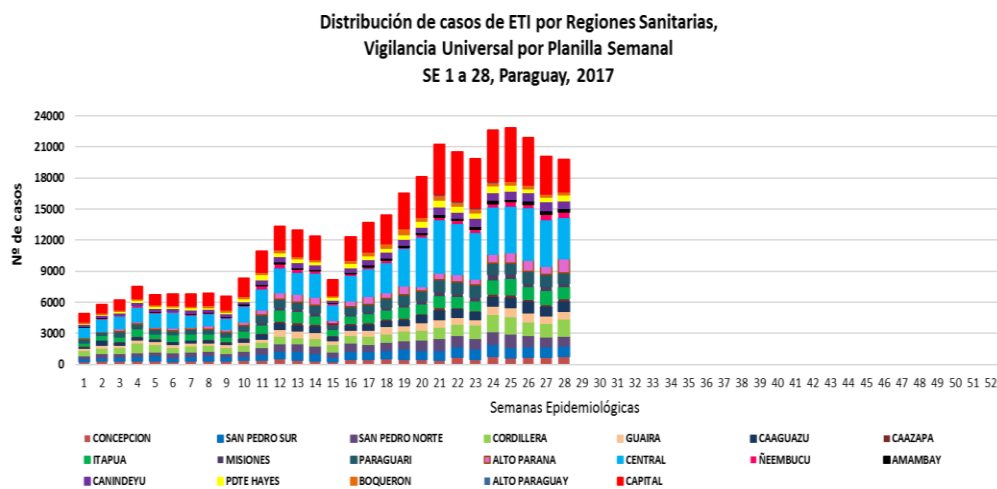
Al analizar el corredor endémico de las IRAS, se evidencia un leve aumento con respecto a la semana anterior, alcanzando 33.883 consultas en la semana 28; situándose en la franja epidémica del corredor endémico (Gráfico 4).

Gráfico 4



Al analizar las notificaciones por Regiones Sanitarias, tres regiones presentaron un aumento mayor al 20% con respecto a la semana anterior (Alto Paraná, Caazapá y Cordillera) y otras 2 (Caaguazú y Presidente Hayes) presentaron un aumento entre el 10 y 20% (Gráfico 5)

Gráfico 5



2- Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI.

En la vigilancia centinela, la proporción de consultas por ETI presentó un leve descenso con respecto a la semana anterior llegando al 13.5% (1.80/8.006) del total de consultas, manteniéndose por debajo de la curva epidémica promedio para la época del año y evidenciando además el adelantamiento de la temporada en relación a los últimos 3 años (Gráfico 6).

Todos los Centros Centinelas presentaron un descenso con respecto a la semana anterior (Gráfico 7).

Gráfico 6

Proporción de consultas por ETI en centros centinela, según semana epidemiológica. Paraguay. Año 2017, SE 28
(comparación con los años 2014-2016)

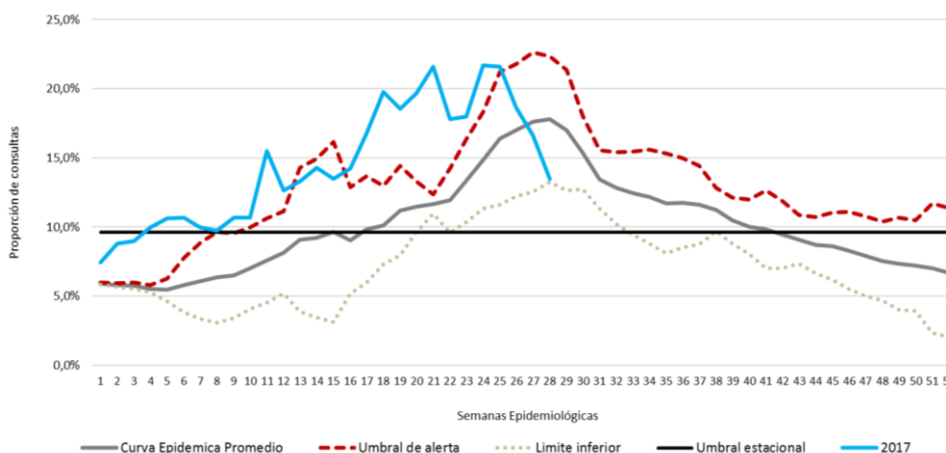
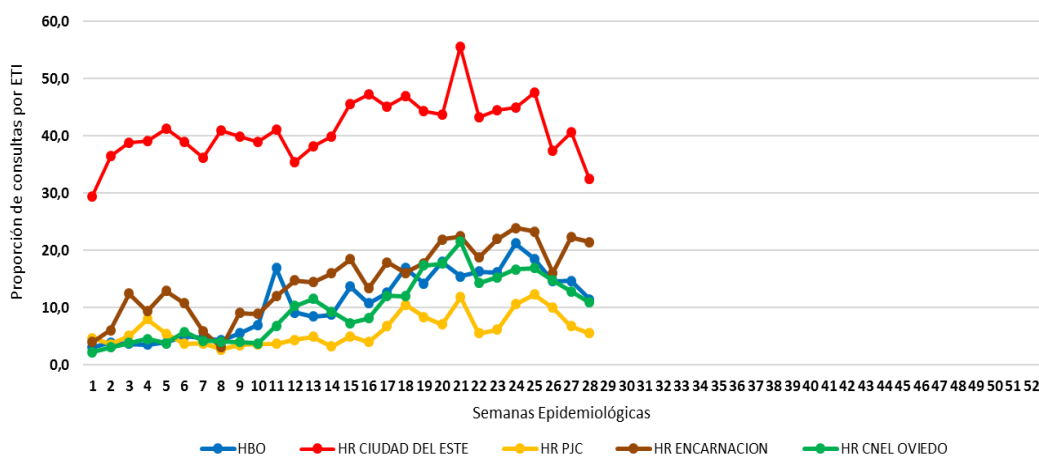


Gráfico 7

Proporción de Consultas por ETI según Centros Centinelas
SE 1 a 28, Año 2017

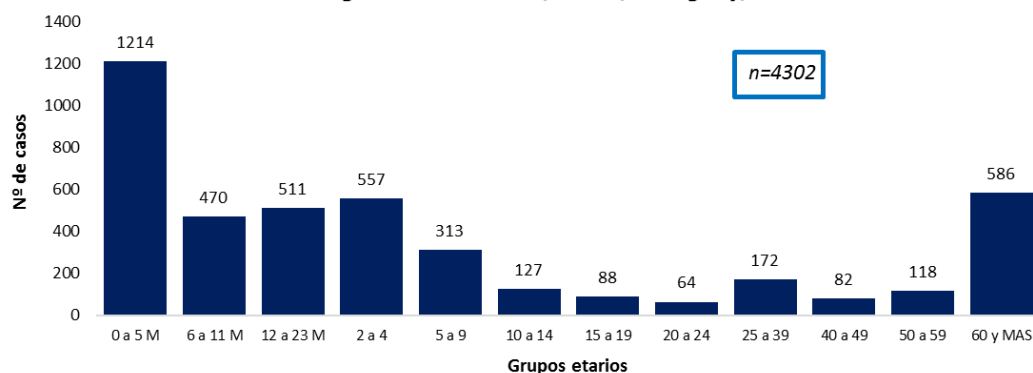


3. Vigilancia Centinela: Monitoreo y Caracterización de Hospitalizados por IRAG

Desde las SE 1 a la 28 se hospitalizaron un total de **4.302** casos de IRAG en los centros centinelas. La distribución de los casos hospitalizados acumulados mantiene el patrón esperado, siendo los grupos de edad extremos los mayormente afectados.

Gráfico 8

Distribución de casos de IRAG según grupos de edad, Vigilancia Centinela, SE 28, Paraguay, 2017



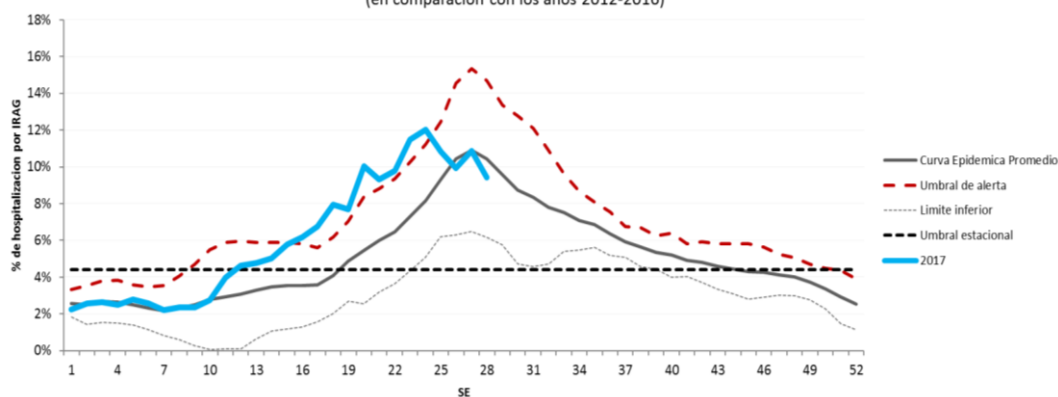
Fueron admitidos a UCI 453 casos de IRAG y se registraron 238 fallecidos por IRAG en los Centros Centinela, estando asociados a virus respiratorios 37 casos (21 a Influenza A/H3, 7 a Influenza B, 6 a VSR, 2 a Metapneumovirus humano, y 1 a Parainfluenza).

La proporción de Hospitalizados por IRAG alcanzó el 9 % (236/2.500), proporción que se encuentra por debajo de la curva epidémica promedio (Gráfico 9).

Así mismo en la SE 28 la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del 15,4% (20/130) y la de fallecidos por IRAG 11% (14/127).

Gráfico 9

Proporción de Hospitalizados por IRAG según semana epidemiológica. Vigilancia Centinela. Paraguay, 2.017 - SE 28 (en comparación con los años 2012-2016)

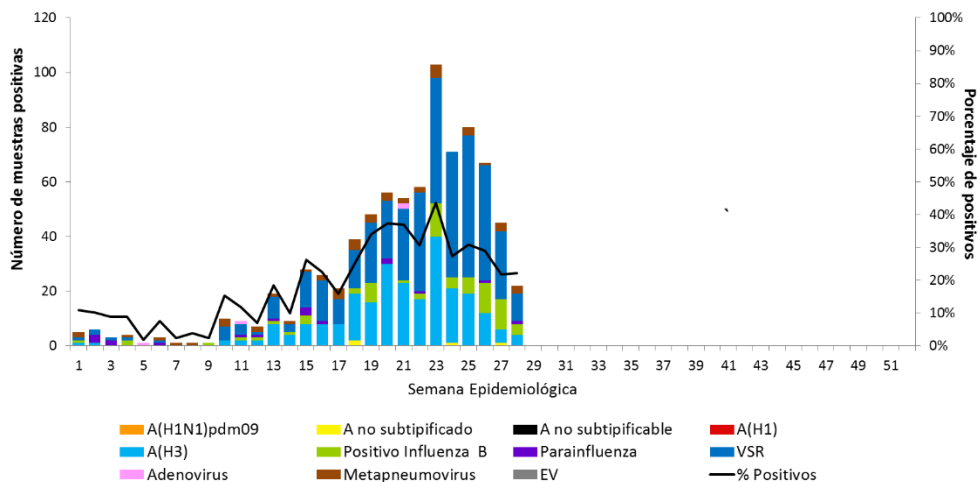


Circulación viral

Desde la SE 1 a la SE 28 del año 2017, en la vigilancia centinela de IRAG el porcentaje de positividad acumulado continúa en aumento alcanzando el 24,5%. En la última semana los virus detectados fueron el Sincitial Respiratorio, Influenza B e Influenza A/H3, Metapneumovirus y Parainfluenza.

Gráfico 10

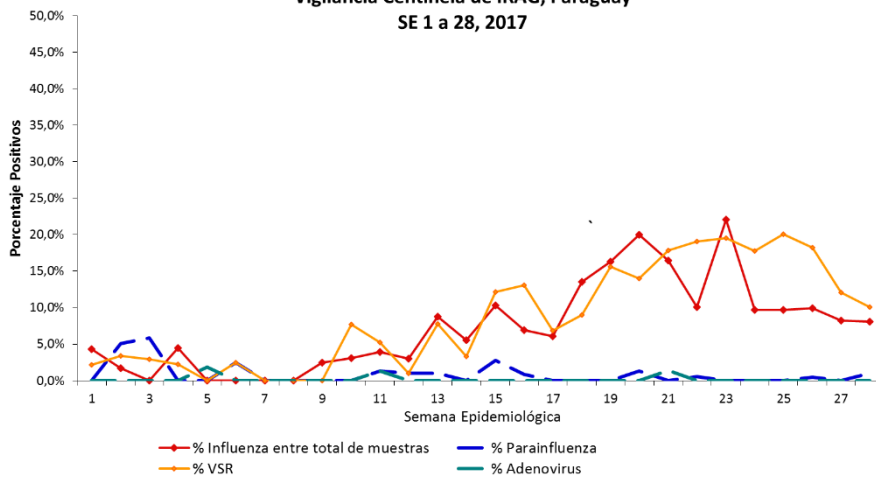
Vigilancia Centinela de IRAG.
Distribución de virus de influenza y otros virus respiratorios según semana epidemiológica. SE 1 a 28 2017. Paraguay. (n=797)



El porcentaje de positividad entre los virus respiratorios se mantiene por encima del 20% (Gráfico 8) siendo los de mayor incremento el VSR y el Influenza, llegando en la última semana al 10,1% y 8,1% respectivamente (Gráfico 11)

Gráfico 11

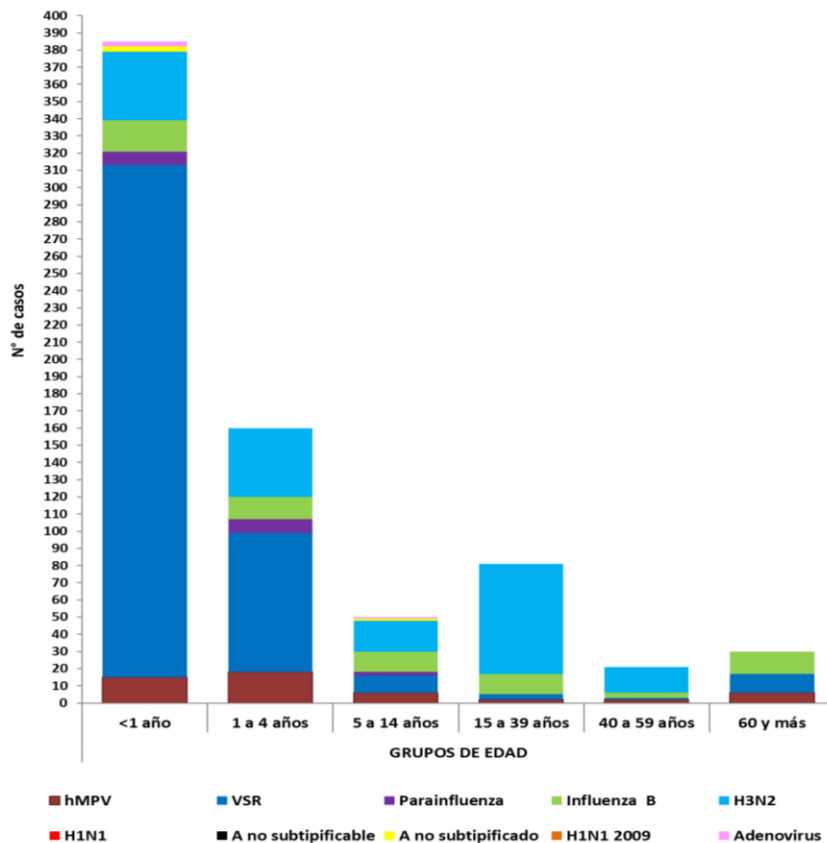
Porcentaje de Pruebas Positivas a Influenza, en comparación con Otros Virus Respiratorios
Vigilancia Centinela de IRAG, Paraguay
SE 1 a 28, 2017



Al analizar la distribución de virus respiratorios según grupos de edades, se puede ver como el VSR se destaca como el predominante en los menores de 5 años, mientras que a partir de esta edad cobra fuerza el virus de Influenza, siendo en los adolescentes y adultos el más frecuente (Gráfico 12)

Gráfico 12

Distribución de virus respiratorios en vigilancia de IRAG según grupos de edad, Paraguay, SE 1 a 28, 2017 (n=797)



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA UNIVERSAL DE MENINGOENCEFALITIS

Resumen 2016: Durante todo el año 2016 el total de las notificaciones fue de 640 casos, de los cuales se han cerrado como Meningitis 366 casos, siendo más frecuentes las compatibles con etiología viral (52%), seguidas de las bacterianas (45%). *Streptococcus pneumoniae* fue el agente etiológico bacteriano más frecuentemente aislado (41%), seguido del *N. meningitidis* (22%). Entre los agentes virales el Enterovirus fue el más frecuentemente identificado (35%).

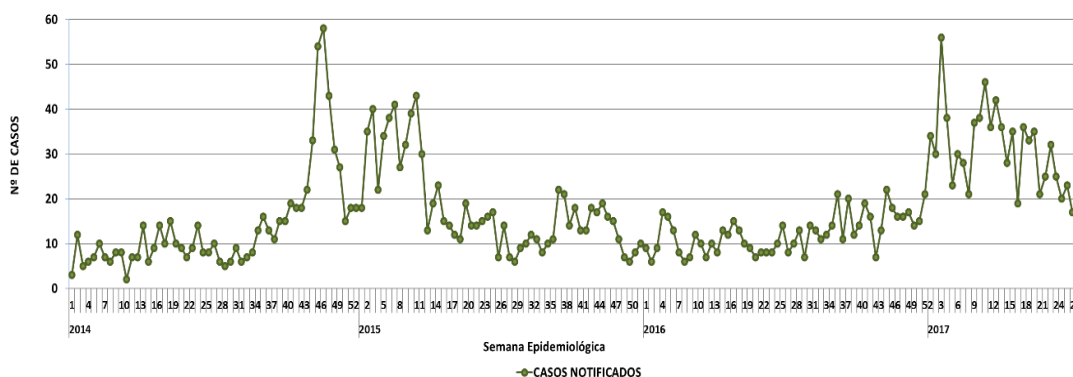
Resumen del Año 2017, SE 1 a 28

En las primeras 28 SE del 2017 (del 1 de enero al 15 de julio) se han registrado 861 notificaciones en el Sistema de Vigilancia Universal de Meningoencefalitis Aguda.

La curva de tendencia muestra el aumento de las notificaciones a finales del 2016 alcanzando el pico en la SE 3 del 2017, con un descenso gradual en las últimas semanas tal y como se espera según lo observado en la temporada anterior. (Gráfico 13).

Gráfico 13

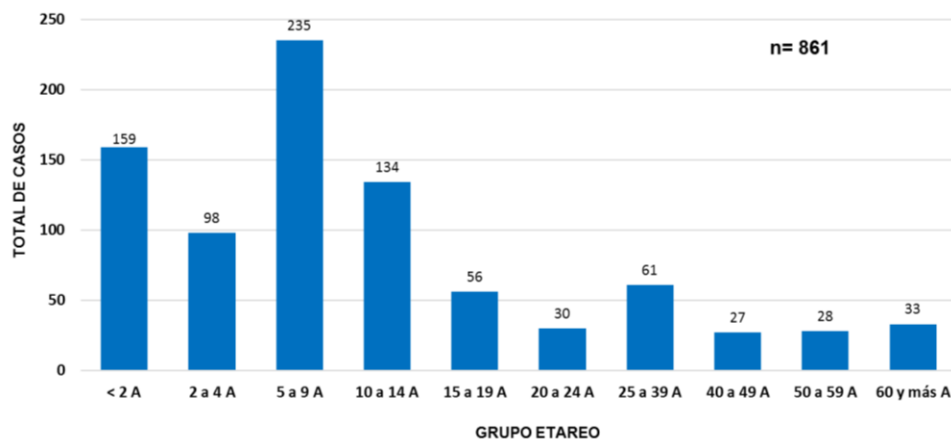
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica, Vigilancia Universal, Paraguay, Años 2014 al 2017 (Hasta SE 28)



Según grupos etarios, si bien se ven afectadas todas las edades, los casos se concentran en el grupo de escolares (5 a 9 años), seguido de los lactantes (menores de 2 años) y los adolescentes (de 10 a 14 años) (Gráfico 14).

Gráfico 14

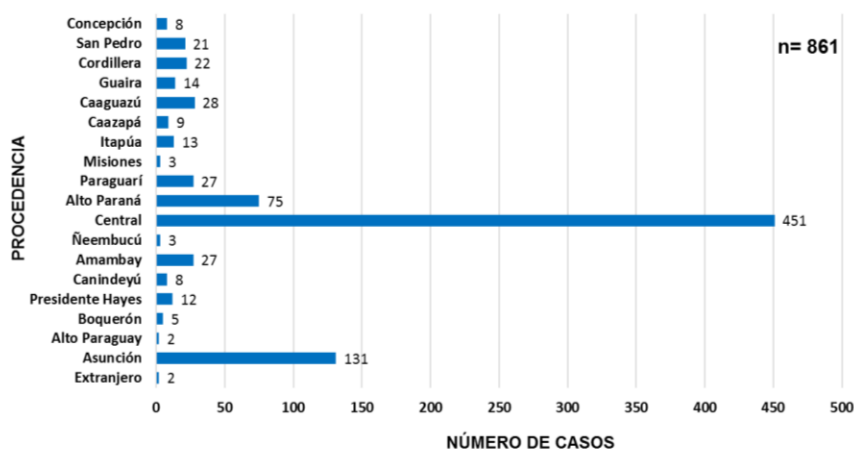
Casos sospechosos según grupos de edad, Vigilancia Universal de Meningoencefalitis, SE 1 a 28, Paraguay, 2017



De acuerdo a la procedencia, la mayoría de los casos notificados fueron oriundos de los departamentos de Central (52%), Asunción (15%), Alto Paraná (9%) (Gráfico 15).

Gráfico 15

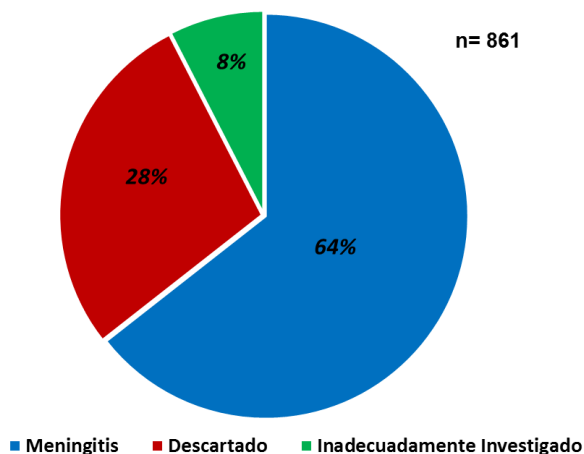
Casos sospechosos de Meningoencefalitis notificados según procedencia, SE 1 a 28, Paraguay, 2017



A la fecha del informe el 100% de los casos cuentan con clasificación final. Fueron descartados con otros diagnósticos 241 casos (28%). De los casos que reunieron criterios de Meningitis (554), las meningitis de probable etiología bacteriana representan el 17% (95) y los casos compatibles con probable etiología viral fueron 80% (420) (Gráfico 16)



Gráfico 16
Distribución de casos notificados según clasificación final, SE 1 a 28,
Vigilancia Universal, Paraguay, 2017



Meningitis

Bacteriana Aguda: Fueron notificados 95 casos probables de **Meningitis Bacteriana Aguda**, de los cuales fue posible la identificación del agente causal en 48 casos (confirmados) que corresponden a *S. pneumoniae* (20 casos), *N. meningitidis* (9 casos), *Staphylococcus aureus* (7 casos), *H. influenzae* (4 casos), *Leptospira* (2 casos), *Cocos Grampositivos* (2 casos), *St. viridans*, *E. cloacae*, *P. aeruginosa* y *E. coli* (1 caso respectivamente).

Mortalidad asociada a Meningitis Bacteriana: Durante este período se produjeron 10 defunciones por meningitis bacteriana confirmada, los mismos fueron atribuibles a *S. pneumoniae*(4), *S. aureus* (3), *H. influenzae*(2), y *Leptospira*.

Tabla 4. Letalidad asociada a MBA por agente bacteriano.

Agente	Letalidad %
<i>Haemophilus influenzae</i>	50 (2/4)
<i>Staphylococcus aureus</i>	43 (3/7)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	20 (4/20)

Meningitis/Encefalitis Viral: Las Meningoencefalitis de probable etiología Viral representaron el 80% (440) de los casos acumulados. En 206 casos fue identificado el virus causal en el LCR siendo **Enterovirus** (191 casos), **Herpes Simple Virus(HSV)** (8), **Virus Varicela Zóster(VVZ)** (5), **Herpes Virus Humano tipo 7 (HVH-7)** y **Virus de Epstein Barr (VEB)**.

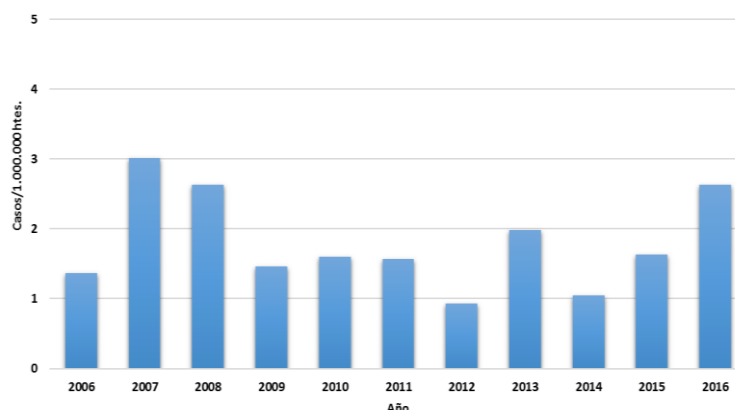
Mortalidad asociada a Meningitis/Encefalitis Viral: No se registró mortalidad asociada a los casos de etiología viral hasta la fecha del informe.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA.

La vigilancia de la enfermedad meningocócica culminó el año 2016 con una tasa de 0,26 casos/100.000 htes. que se encuentra dentro de las más bajas de la región, con una mediana anual de 2 casos/1.000.000 htes. en los últimos 10 años (Gráfico 17).

Gráfico 17

Tasas de incidencia de Enfermedad Meningocócica por año.
Paraguay 2006-2016.



Desde el inicio del año 2017 hasta la SE 28, han sido notificados 10 casos de los cuales nueve han sido clasificados como Meningitis Bacteriana Aguda por *N. meningitidis* mientras uno corresponde a la clasificación de Enfermedad Meningocócica sin Meningitis Bacteriana Aguda (EM sin MBA). En la Tabla 5 se pueden observar las características generales de los casos.

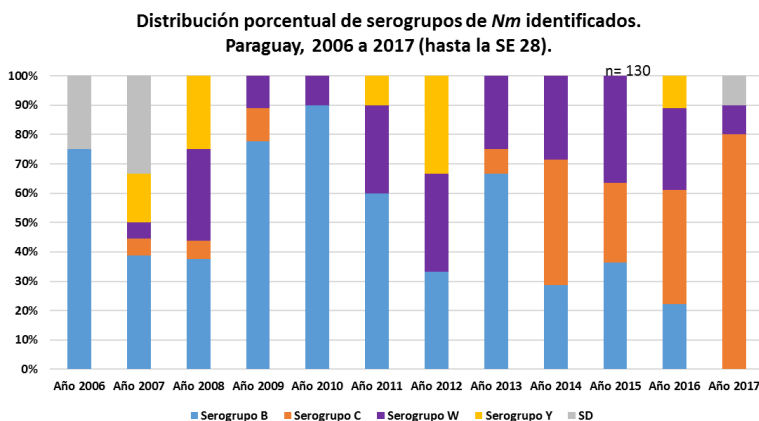
Tabla 5

Casos de Enfermedad meningocócica notificados, Paraguay, Año 2017.

Características de casos de E. Meningocócica	%	
Edad (años)	Mediana 12	NA
	Rango (2-57)	NA
Sexo (masculino)	6	60
Clasificación final		
MBA	9	90
EM sin MBA	1	10
Ingreso a UCI	4	40
Egreso		
Curado	10	100
Secuelas	1	10

En cuanto a la distribución porcentual de serogrupos de *N. meningitidis* se observan variaciones en los últimos años, desde el año 2006 se observa como del claro predominio del Serogrupo B fue debilitado por la aparición de otros serogrupos como el C, W e Y (Gráfico 18).

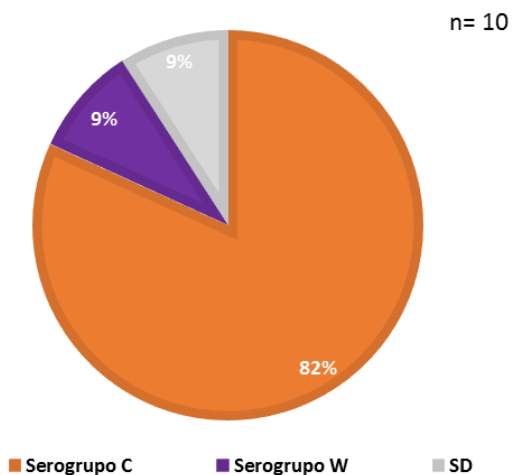
Gráfico 18



En las primeras 28 SE del año 2017, se observa un predominio del serogrupo C. Todos los casos han sucedido de manera aislada, en decir, sin nexo epidemiológico entre los mismos ni evidencia de transmisión comunitaria sostenida de la enfermedad (Gráfico 19).

Gráfico 19

Distribución de Serogrupos de *Nm* en casos de EM.
Paraguay, 2017 SE 1-28



Mortalidad asociada a Enfermedad Meningocócica. No se han registrado fallecimientos en casos notificados a nuestro sistema de Vigilancia.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA).

Desde la semana 1 a la semana 28 se acumulan un total de **106.945** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en todo el país y en todas las edades. El **42,77%** (45.881) corresponde a diarreas en menores de 5 años y **57,22%** (61.064) a diarreas en mayores de 5 años.

En la semana epidemiológica **28**, se registraron **1.537** consultas en menores y **1.740** en pacientes mayores, totalizando **3.277** consultas por EDA en todo el país. La tasa de incidencia global fue de **47, 1** por 100.000 habitantes y se observa en la distribución geográfica que solo el departamento de Ñeembucú y la Capital superaron 100 casos por cada 100.000 habitantes.

Mapa 8

Tasa de incidencia por 100.000 habitantes
Enfermedad Diarreica Aguda



ALERTAS Y ACTUALIZACIONES EPIDEMIOLÓGICAS NACIONALES E INTERNACIONALES.

- [“Quinta reunión del Comité de Emergencias establecido en virtud del Reglamento Sanitario Internacional \(2005\) acerca de la microcefalia, otros trastornos neurológicos y el virus del Zika”](#)
- [“Actualización epidemiológica – Cólera en Republica de Kenia, 21 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Infección humana. Virus de la gripe aviar A \(H7N9\) en China, 19 de julio., OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Hepatitis E aguda en Nigeria, 12 de julio., OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Cólera en Nigeria, 12 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Fiebre Amarilla, 10 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio \(MERS-CoV\) – Arabia Saudita, 06 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio \(MERS-CoV\) – Arabia Saudita, 06 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualizaciones sobre las recomendaciones de vacunación contra la fiebre amarilla para viajeros internacionales relacionadas con la situación actual en Brasil, 04 de abril. OPS/OMS”](#)

[Alertas y Recomendaciones generales. MSPBS](#)

- [Alertas 1: Circulación del virus de la Fiebre Amarilla.](#)



Fuentes de información

- Centro Nacional de Enlace (CNE)- DGVS
- Unidad de Gestión de Datos (UGD)- DGVS
- Unidad de Monitoreo y Evaluación (UME)-DGVS
- Unidad de Análisis (UDA)-DGVS
- Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)
- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo – (SENEPA)
- Hospitales Centinelas para ETI e IRAG.
- Unidades Epidemiológicas Regionales (UER)



www.vigisalud.gov.py

Es una publicación de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, MSPSB.

Dra. Águeda Cabello
Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS)

Editores

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.

Dra. Lorena Grau
Epidemióloga de Guardia

Lic. Bettiana Martínez
Epidemióloga de Guardia.

Lic. Claudia Barrios
Epidemióloga de Guardia.

Lic. Dora Ramírez
Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PEEC)

Lic. Mabel Mármol
Centro Nacional de Enlace-DGVS

Gloria Morel
Cartografía

Responsable de la publicación en la WEB: Lic. Mabel Mármol

