

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO



Semanal

SE 1 (1 de enero) a SE 30 (29 de julio)

Edición Nro. 26- 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 30 (29 de julio)

Relevantes de la semana

[Actualización Epidemiológica: Fiebre Amarilla; 02 de agosto 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	5
Enfermedades transmitidas por vectores-Chikungunya	6
Situación del virus Zika en América del Sur	7
Virus Zika en Paraguay	7-8
Síndrome congénito, SGB y otras manifestaciones neurológicas asociados al virus del Zika	8-9
Caracterización de los casos de Leptospirosis y Situación de la Malaria	10
Situación de la Fiebre Amarilla en las Américas	11
Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	12-17
Vigilancia Universal de las Meningoencefalitis	18-20
Enfermedad Meningocócica	21-22
Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	23
Alertas y actualizaciones epidemiológicas nacionales e internacionales	24
Fuentes de Información	25

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Edificio de Información Estratégica y Vigilancia de la Salud
Avenida Petrossi y Constitución
Teléfono: (021) 204 743

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 30

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 30/2017.

Se cuenta con 1159 unidades notificadoras en las 18 regiones sanitarias, de las cuales, reportaron al sistema de vigilancia 95.3% (1104/1159) durante la semana 30/2017.

Para el reporte semanal de eventos de notificación obligatoria de la semana 30/2017, el país cumplió en promedio 96%, 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 30 - Año 2017

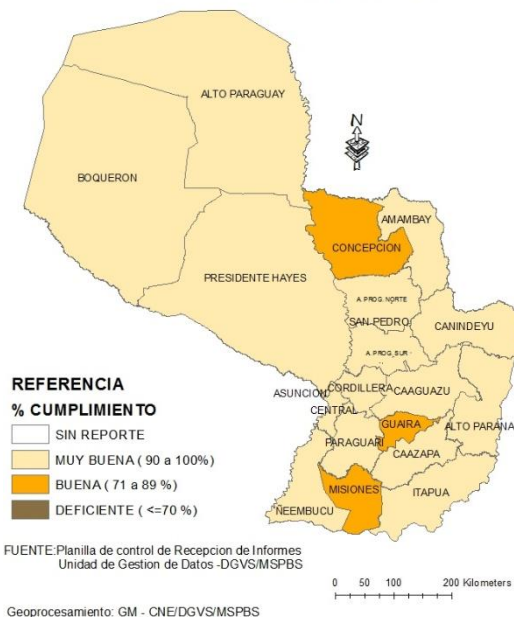


TABLA 1

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	14.627	217	2.536	37	304	4
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
	Leishmaniosis Visceral	54	1	35	1	22	0
	Chagas agudo	1	0	13	0	0	0
	Chagas Crónico	307	5	1924 ***	28	393 **	6
	Paludismo ****	6	0	9	0	2	0
Inmunoprevenibles	Parálisis Aguda Fláccida *****	15	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	19	0	18	0
	Parotiditis	130	2	99	1	263	4
	Difteria	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Gastroentéricas	Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)	28	0	59	1	38	1
	Cólera	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica	con MBA	8	0	9	0	10	0
	sin MBA	0	0	0	0	1	0
Otros eventos	Hantavirus (S.P.H.)	3	0	4	0	1	0
	Intoxicación por Pesticidas	110	2	76	1	116	2
	Rabia Humana	0	0	0	0	0	0
	Rabia Canina	0	0	0	0	0	0
	Accidentes Ofídicos	147	2	50	1	87	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	34	0

*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos

** Distribuidos en 160 embarazadas, 4 congénitos, y 229 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 30 del año en curso, dentro del Sistema de Vigilancia se registraron un total de **304** casos confirmados y **1.327** casos probables para dengue; para Chikungunya **5** casos fueron confirmados y **19** fueron clasificados como probables; y **37** febriles fueron confirmados para otros diagnósticos¹.

Tabla 2
Vigilancia de Síndrome Febril-Paraguay-2017 (SE 1 a la SE 30)

EJES	DEPARTAMENTOS	CONFIRMADOS			PROBABLES (DENGUE)	PROBABLES (CHIKUNGUNYA)	FALLECIDOS CONFIRMADOS DENGUE
		DENGUE	CHIKV	Otros			
AREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	31	0	6	14	6	0
	CENTRAL	82	1	7	995	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		116	1	13	1.012	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	2	2	1	0
	CANINDEYU	0	0	1	0	0	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		2	0	7	3	1	0
NORTE	CONCEPCION	4	0	2	18	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	19	0	0
SUR	ITAPUA	1	0	1	26	0	0
	ÑEMBUCU	2	0	2	7	0	0
	MISIONES	0	0	0	2	0	0
TOTAL EJE SUR		3	0	3	35	0	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	9	0	1	31	0	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	1	0	0	0
	BOQUERON	123	0	7	190	0	0
TOTAL EJE CHACO		132	0	9	221	0	0
Total general		304	5	37	1.327	19	0

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

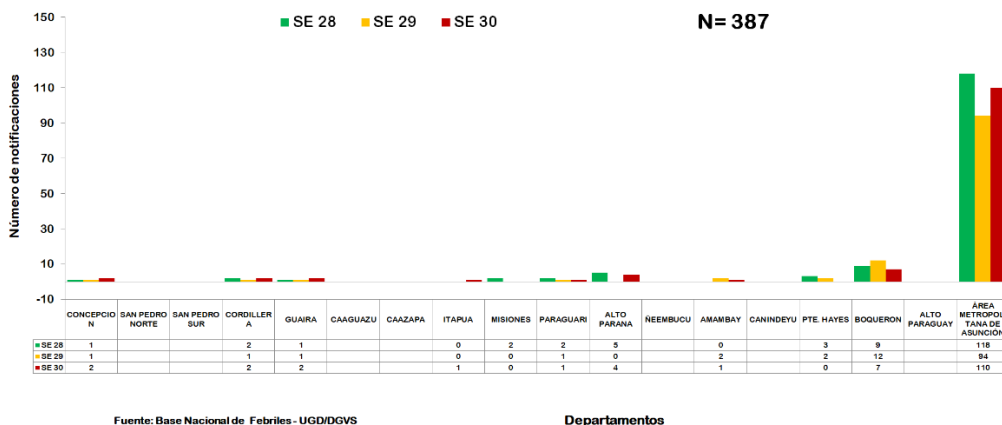
¹Hasta la SE 29 (22 de julio) fueron confirmados 34 casos de Leptospirosis. 1 caso confirmado de SPH, y 2 casos confirmados de Malaria importada.

MONITOREO DE LAS NOTIFICACIONES DE SINDROME FEBRIL AGUDO.

El monitoreo de febriles incluye la vigilancia de: Dengue, Chikungunya, Leptospirosis, Hantavirus, Malaria, Fiebre Amarilla y Zika. En las últimas 3 semanas (SE 28, 29 y 30), se registraron un total de 387 notificaciones de síndrome febril agudo, los mismos proceden principalmente del Área Metropolitana de Asunción (AMA), seguido del departamento de Boquerón.

Gráfico 1

Notificaciones de Sx. febril agudo, según departamento de procedencia. SE 28, 29 y 30. Año 2017.

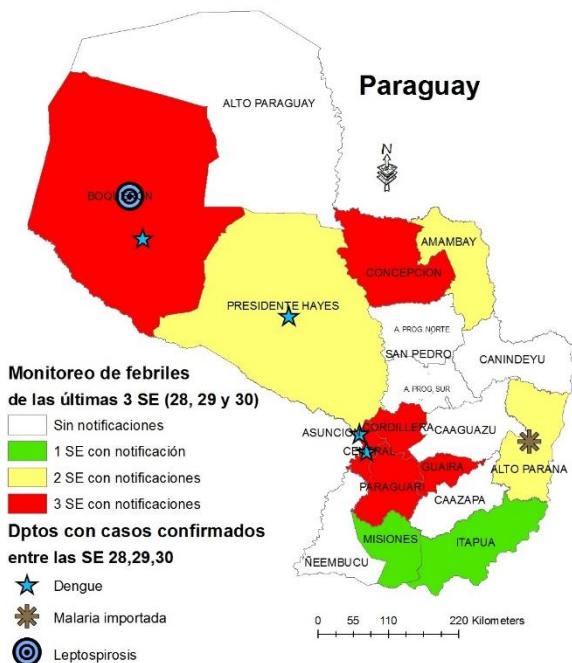


Fuente: Base Nacional de Febriles - UGD/DGVS

Departamentos

Mapa 2

Monitoreo de febriles, circulación viral y casos confirmados SE 28, 29 y 30 - Año 2017



En cuanto a la distribución geográfica, se observó que, en las últimas tres semanas, se confirmaron casos de Dengue en: Boquerón, Pte. Hayes, Asunción y Central. Además, se confirmó un caso importado de malaria en el departamento de Alto Paraná, y un caso de Leptospirosis en Boquerón.

Hasta el cierre de esta edición, los departamentos de San Pedro (A.P. Norte y Sur), Caaguazú, Caazapá, Canindeyú, Ñeembucú, y Alto Paraguay no registraron notificaciones de febriles ni casos confirmados, por lo que, actualmente, se posicionan como departamentos con corte de circulación viral para éstas enfermedades bajo vigilancia. (Gráfico 1)

DENGUE SEROTIPOS CIRCULANTES.

Desde la semana 1 hasta la semana 29, el Laboratorio Central de Salud Pública ha identificado la circulación del serotipo DEN-1 en 12 departamentos del país. Hasta la fecha se confirmaron **304** casos de dengue. (Mapa 2)

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

Mapa 3



Además, se registró un total de **1.327** casos probables de Dengue.

Requirieron hospitalización **181** pacientes con diagnóstico de dengue, tanto confirmados como probables, desde la SE 1 hasta la SE 30; 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 29, 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 Petirossi

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 4

PARAGUAY

CHIKUNGUNYA
Distribución Geográfica
Año 2017



SITUACIÓN DEL VIRUS ZIKA EN AMERICA DEL SUR.

Desde la SE 1 hasta la SE 14 de 2017, se observó una tendencia creciente de casos sospechosos y confirmados notificados en esta subregión a expensas del aumento registrado en Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Ecuador y Perú. Entre las SE 15 y 25 de 2017, en promedio se registraron 863 casos sospechosos y confirmados semanales en la subregión.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, 26 de julio de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017

VIRUS DE ZIKA EN PARAGUAY.

En total, desde la SE 1 hasta la SE 30, se notificaron al sistema de vigilancia **398** casos con sospecha de Zika, de los cuales **2** fueron confirmados por laboratorio y **2** fueron determinados como casos probables, **87** continúan sospechosos y **307** fueron descartados para Zika. (Tabla 3).

Tabla 3

Casos de Zika acumulados. Confirmados (autóctonos/importados), sospechosos, descartados y fallecidos.
Paraguay. SE 1 a la 30. Año 2017

EJES	DEPARTAMENTOS	TOTAL NOTIFICADOS	CASOS AUTÓCTONOS CONFIRMADOS	CASOS IMPORTADOS CONFIRMADOS	PROBABLES	SOSPECHOSOS	DESCARTADOS	FALLECIDOS RELACIONADOS A ZIKA
ÁREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	112	1	0	1	34	76	0
	CENTRAL	130	1	0	0	41	88	0
	PTE. HAYES (Barrios de Villa Hayes: Sub Urbano Chaco I, Sub Urbano Remansito, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Remansito)	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL EJE AREA METROPOLITANA		242	2	0	1	75	164	0
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	22	0	0	0	3	19	0
	PARAGUARI	27	0	0	0	1	26	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		49	0	0	0	4	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	1	16	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	2	31	0
SUR	ITAPUA	5	0	0	0	1	4	0
	ÑEEMBUCU	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		398	2	0	2	87	307	0

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

Distribución geográfica de los casos confirmados y probables de Zika, SE 1 a la SE 30

Mapa 5



Los casos confirmados corresponden a los departamentos de Central y Capital y los que fueron clasificados como probables, son de Caazapa y Central.

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

Situación de las Américas.

Desde octubre de 2015, 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 (25 de mayo, 2017) ningún país o territorio confirmó por primera vez casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika.

En las últimas ocho semanas (SE 22 a SE 29 de 2017) Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guadalupe, Guatemala, Guayana Francesa, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico y San Martín actualizaron el número de casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus 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 30, se han reportado al sistema de vigilancia 26 casos de microcefalias sospechosas de estar asociadas al virus del Zika, de los cuales 8 casos continúan en estudio, mientras que 18 casos ya fueron descartados.

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

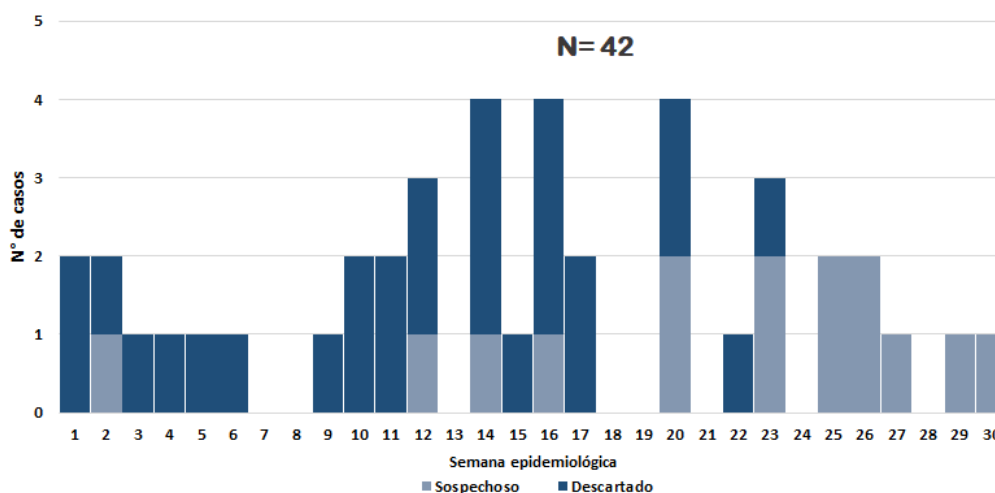
Entre el 1 de enero y el 29 de julio (SE 1 a SE 30) de 2017, fueron notificados 42 casos de Síndrome de Guillen Barré (SGB) al sistema de vigilancia nacional.

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 33,3 % (14), seguido de Alto Paraná 12% (5) y Asunción con 9,5% (4).

Según la posible asociación a infección por virus Zika, 27 fueron descartados y 15 continúan como sospechosos.

Gráfico 2

Número de casos de Síndrome de Guillain Barré, por semana epidemiológica y clasificación. Paraguay SE 1 a SE 30. Año 2017



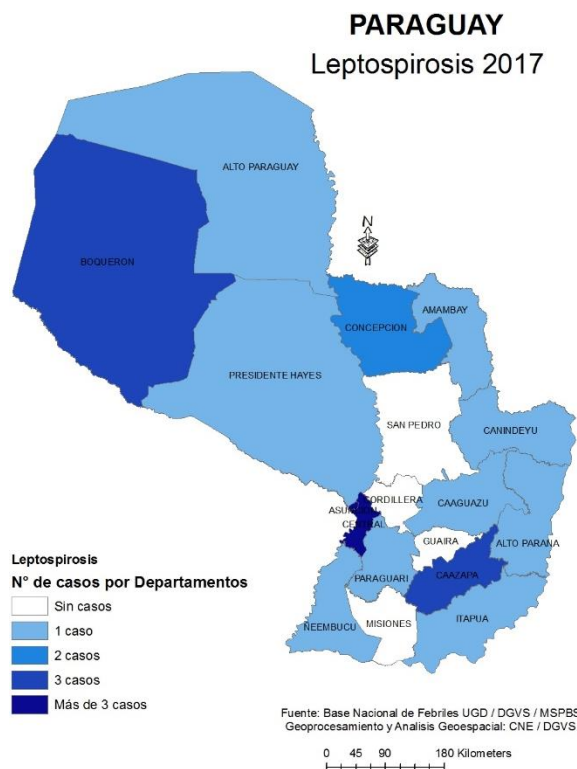
CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE LEPTOSPIROSIS

Desde la SE 1 hasta la SE 30, ingresaron al sistema de vigilancia 42 notificaciones con sospecha de leptospirosis, de los cuales se confirmaron un total de 34 casos y continúan pendientes 8 casos sospechosos.

Los casos confirmados proceden principalmente de los Departamentos de Central (7), Capital (6) y Boquerón (6). 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 52,9% (18/34) de los pacientes; en general con buena evolución clínica.

Mapa 6



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

SITUACIÓN MUNDIAL DE LA MALARIA.

En lo que va del año, no se registraron casos autóctonos de Malaria, se registró un caso confirmado de malaria importado en el país, procedente 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



En la América del Sur, desde la semana epidemiológica (SE) 1 de 2016 y hasta la SE 30 de 2017, el Estado Plurinacional de **Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Suriname** han notificado casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla.

Desde la última actualización epidemiológica de fiebre amarilla publicada el 10 de julio del 2017, solo Bolivia notificó nuevos casos.

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

Actualización sobre la situación de la Fiebre Amarilla en Bolivia.

En Bolivia, entre las SE 3 y la SE 30 de 2017, se confirmaron 5 casos de fiebre amarilla, incluidas 3 defunciones, con una tasa de letalidad de 60%.

Ninguno de los casos tiene antecedentes de vacunación contra la fiebre amarilla y todos se infectaron en áreas conocidas de riesgo para transmisión de fiebre amarilla, en los Departamentos La Paz (4 casos) y Cochabamba (1 caso). El rango de edad de los casos oscila entre 9 y 48 años de edad y la mayoría (80%) son de sexo masculino.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, 02 de agosto de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG). SEMANA 30-2017

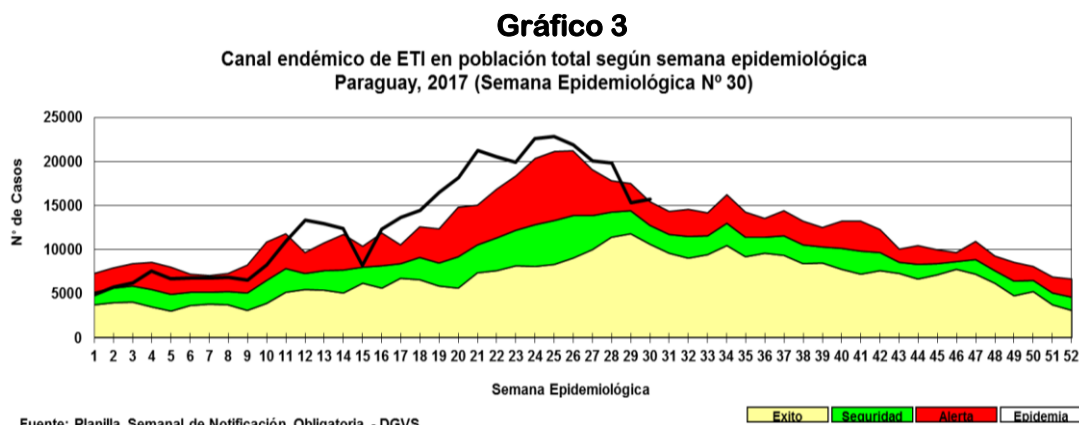
La información presentada en esta actualización se obtiene a partir de los datos aportados por las Unidades Epidemiológicas Regionales, los Centros Centinelas de ETI e IRAG y la información del Centro Nacional de Influenza-LCSP.

En la SE 30 -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 226 por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados se mantiene en el 7% y la de fallecidos por IRAG en el 9,6%. Según datos de laboratorio, la actividad de los virus respiratorios se encuentra en descenso existiendo en la última semana predominio de *Virus Sincitial respiratorio*, *Metapneumovirus* 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 30 (01 de enero al 29 de julio) ascienden a 399.418. La curva de tendencia presentó un leve aumento en la última semana, llegando a la franja de Epidemia del corredor endémico (Gráfico 3).

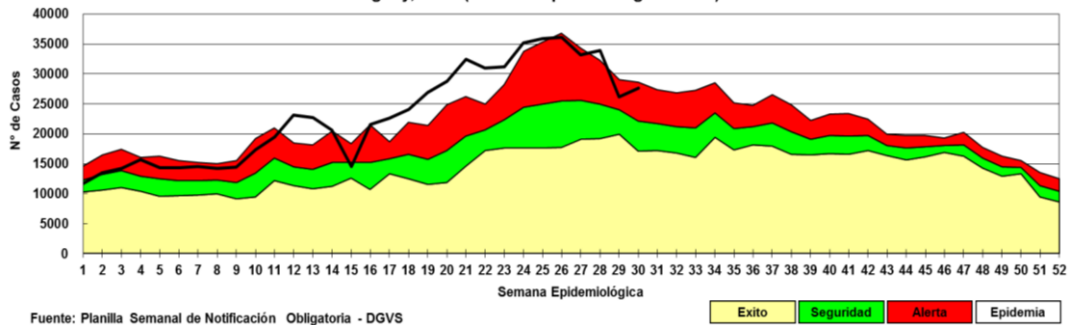
La notificación pasó de 15.300 consultas en la semana 29 del 2017 a 15.731 en la SE 30, con una tasa de 226.2 por 100.000 habitantes, lo que representó un descenso del 2,8%.



Al analizar el corredor endémico de las IRAS, también se evidencia un aumento con respecto a la semana anterior, alcanzando 27.600 consultas en la semana 30; situando la curva de tendencia en la franja de alerta del corredor endémico (Gráfico 4).

Gráfico 4

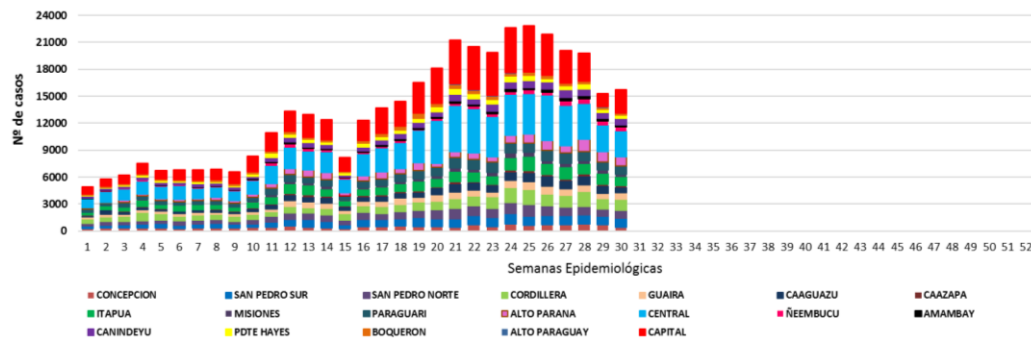
Canal endémico de IRAS TOTAL según semana epidemiológica
Paraguay, 2017 (Semana Epidemiológica N° 30)



Al analizar las notificaciones por Regiones Sanitarias, sólo tres regiones, Capital Guairá y San Pedro presentaron un aumento mayor al 20% con respecto a la semana anterior, las demás regiones presentaron un descenso en las notificaciones por ETI. (Gráfico 5).

Gráfico 5

Distribución de casos de ETI por Regiones Sanitarias,
Vigilancia Universal por Planilla Semanal
SE 1 a 30, Paraguay, 2017



2- Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI.

En la vigilancia centinela, la proporción de consultas por ETI presentó un descenso con respecto a la semana anterior llegando al 14% (1.054/7.666) 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).

El único Centro Centinela que presentó un ascenso con respecto a la semana anterior fue el HRCDE (Gráfico 7).

Gráfico 6

Proporción de consultas por ETI en centros centinela, según semana epidemiológica. Paraguay. Año 2017, SE 30
(comparación con los años 2014-2016)

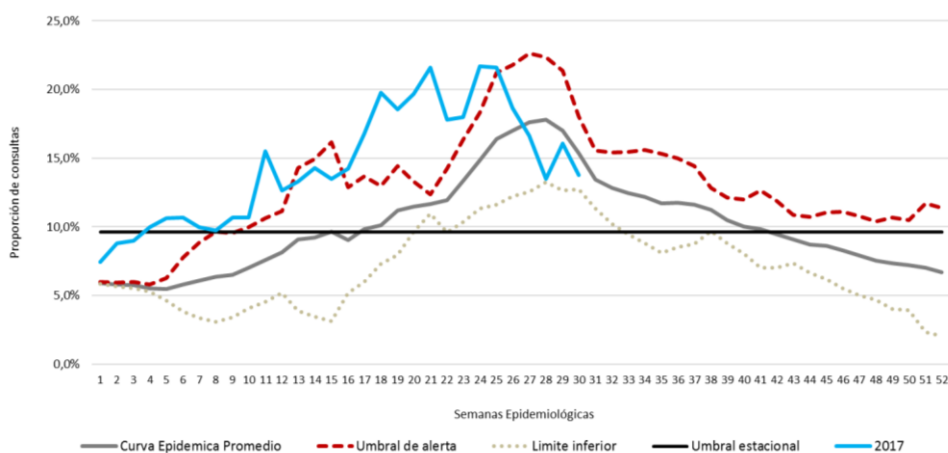
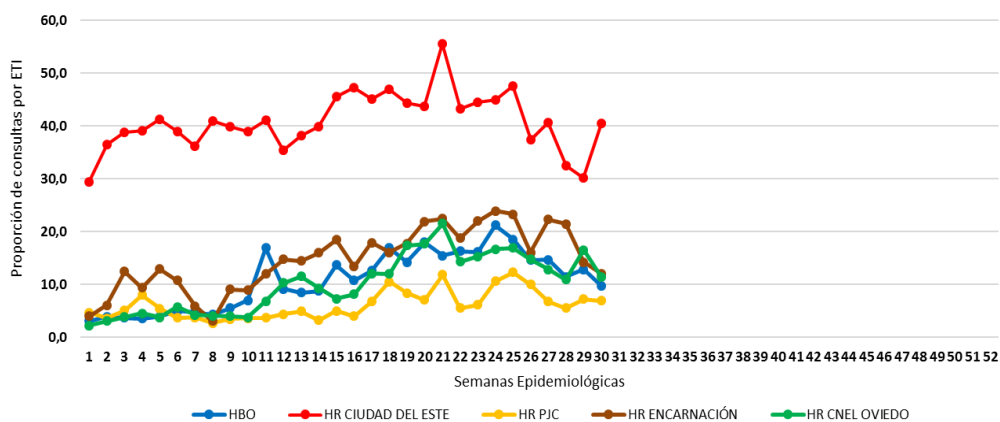


Gráfico 7

Proporción de Consultas por ETI según Centros Centinelas
SE 1 a 30, Año 2017

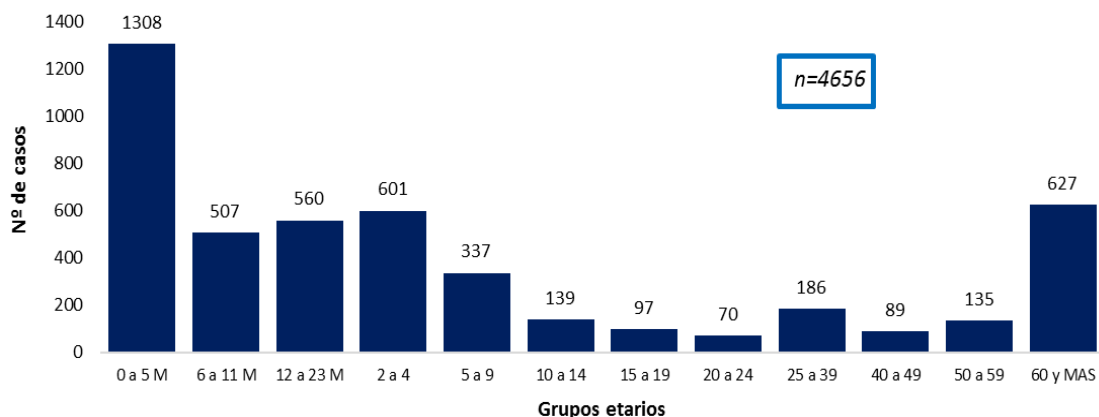


3. Vigilancia Centinela: Monitoreo y Caracterización de Hospitalizados por IRAG

Desde las SE 1 a la 30 se hospitalizaron un total de 4.656 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 30, Paraguay, 2017

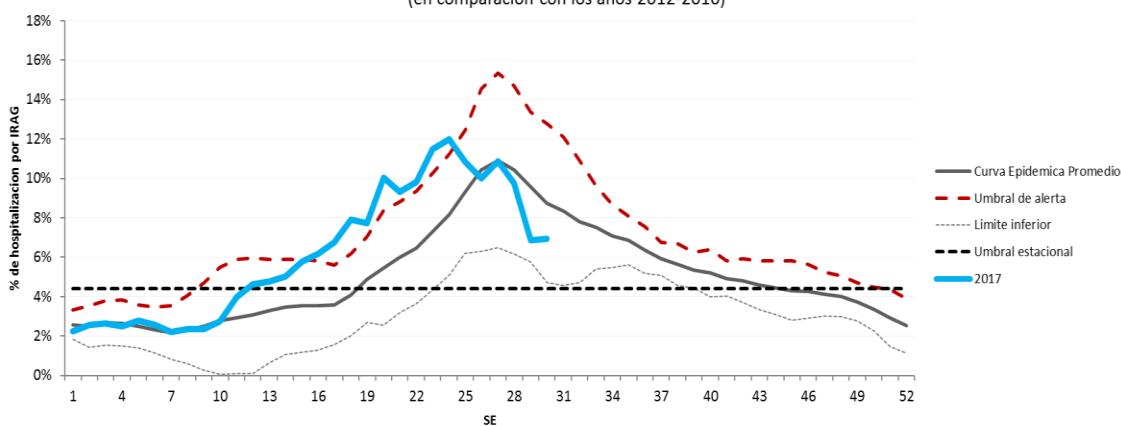


Fueron admitidos a UCI 497 casos de IRAG y se registraron 259 fallecidos por IRAG en los Centros Centinela, estando asociados a virus respiratorios 40 casos (23 a Influenza A/H3, 7 a Influenza B, 6 a VSR, 2 a Metapneumovirus humano, y 2 a Parainfluenza).

La proporción de Hospitalizados por IRAG alcanzó el 7% (177/2.550), proporción que se encuentra por debajo de la curva epidémica promedio. (Gráfico 7). Así mismo en la SE 30 la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del 12% (16/133) y la de fallecidos por IRAG 9,6% (13/135).

Gráfico 9

Proporción de Hospitalizados por IRAG según semana epidemiológica. Vigilancia Centinela. Paraguay, 2.017 - SE 30
(en comparación con los años 2012-2016)

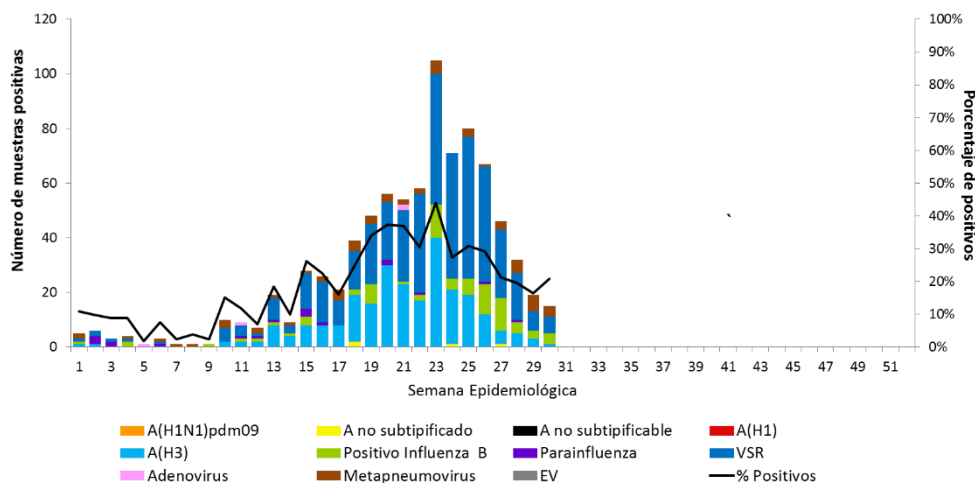


Circulación viral

Desde la SE 1 a la SE 30 del año 2017, en la vigilancia centinela de IRAG el porcentaje de positividad acumulado se mantuvo en un 24%. En la última semana los virus detectados fueron el *Metapneumovirus*, *Influenza A/H3*, *Virus Sincitial respiratorio e Influenza B*.

Gráfico 10

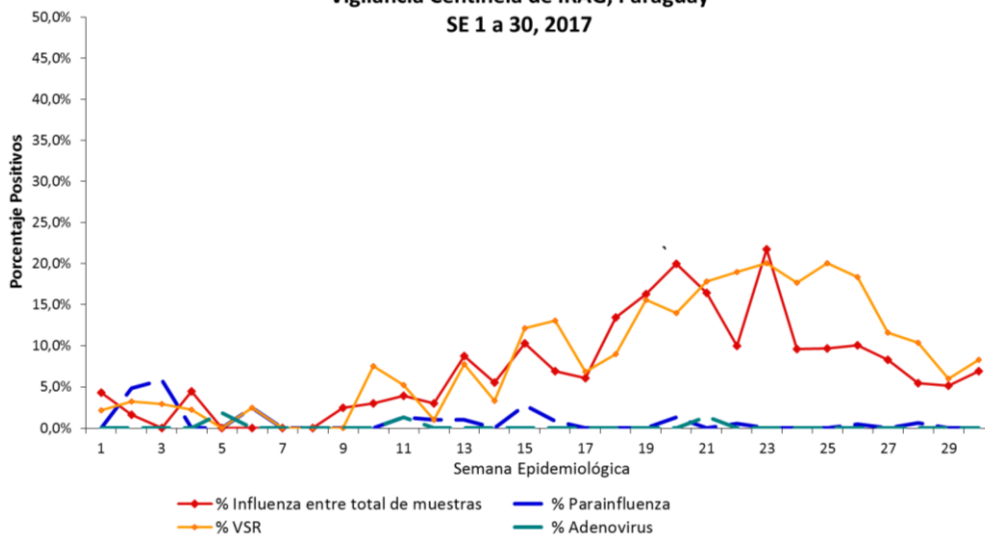
Vigilancia Centinela de IRAG.
Distribución de virus de influenza y otros virus respiratorios según semana epidemiológica. SE 1 a 30 2017. Paraguay. (n=844)



El porcentaje de positividad entre los virus respiratorios (Gráfico 10) llegó en la última semana a un 6,8% el virus Influenza y a un 8,3% el VSR (Gráfico 11).

Gráfico 11

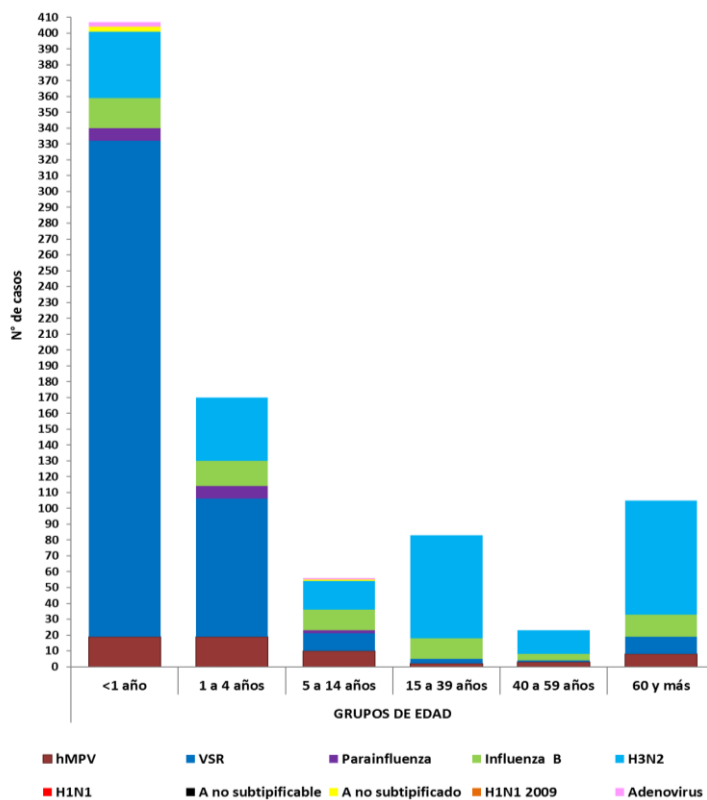
Porcentaje de Pruebas Positivas a Influenza, en comparación con Otros Virus Respiratorios
Vigilancia Centinela de IRAG, Paraguay
SE 1 a 30, 2017



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 30, 2017 (n=844)



VIGILANCIA UNIVERSAL DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

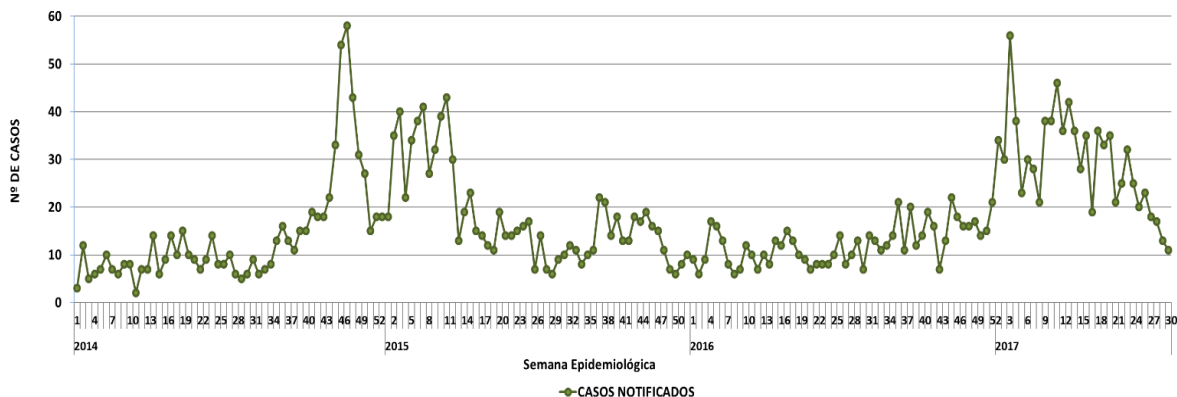
Resumen 2016: Durante todo el año 2016 el total de las notificaciones fue de 640 casos, de los cuales se han cerrado como Meningitis 366 casos, siendo más frecuentes las compatibles con etiología viral (52%), seguidas de las bacterianas (45%). *Streptococcus pneumoniae* fue el agente etiológico bacteriano 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 30

En lo que va del año 2017 (1 de enero al 29 de julio) SE 30, se han registrado 887 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 (Gráfico13).

Gráfico 13

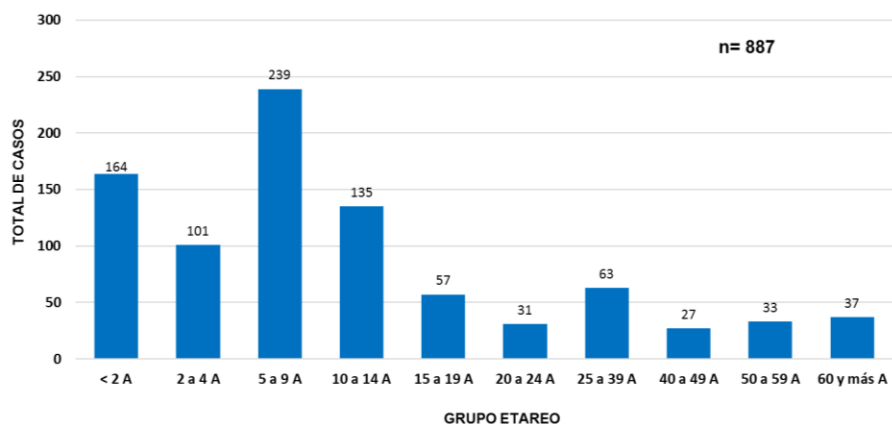
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica, Vigilancia Universal, Paraguay, Años 2014 al 2017 (Hasta SE 30)



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

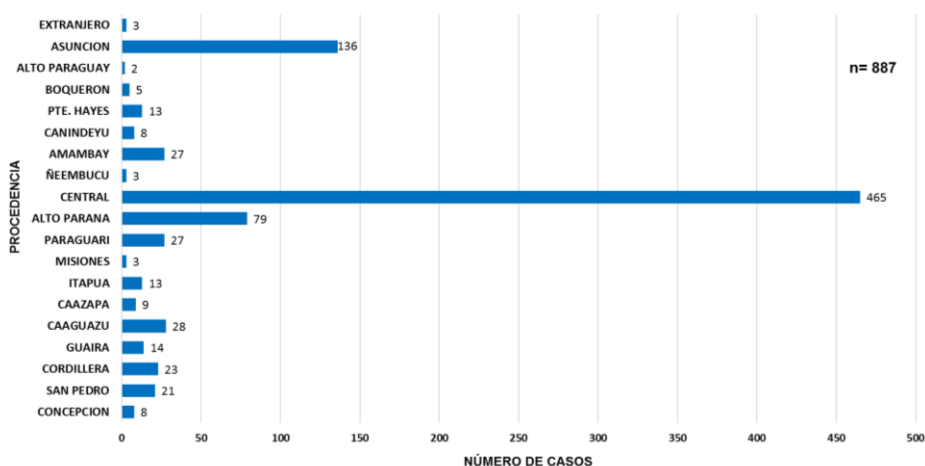
Casos sospechosos según grupos de edad, Vigilancia Universal de Meningoencefalitis, SE 1 a 30, Paraguay, 2017



De acuerdo a la procedencia, la mayoría de los casos notificados fueron oriundos de los departamentos de Central (52,4%), Asunción (15%), Alto Paraná (9%) (Gráfico 15).

Gráfico 15

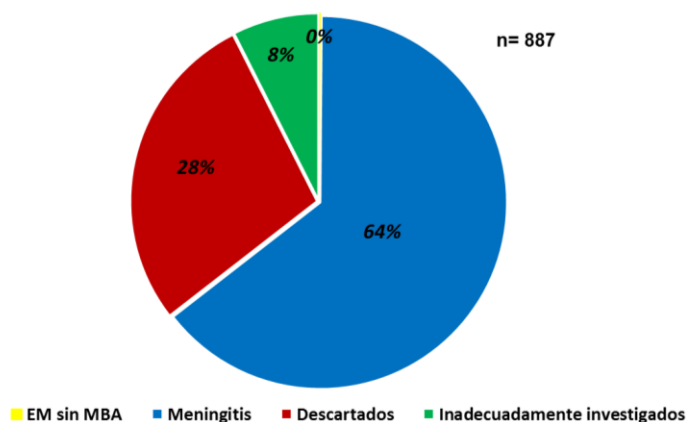
Casos sospechosos de Meningoencefalitis notificados según procedencia, SE 1 a 30, Paraguay, 2017



A la fecha del informe el 100% de los casos cuentan con clasificación final. Fueron descartados con otros diagnósticos 249 casos (28%). De los casos que reunieron criterios de Meningitis (571), las meningitis de probable etiología bacteriana representan el 17,5% (100) y los casos compatibles con probable etiología viral fueron 79,2% (452) (Gráfico 16)

Gráfico 16

Distribución de casos notificados según clasificación final, SE 1 a 30, Vigilancia Universal, Paraguay, 2017



Meningitis Bacteriana Aguda: Fueron notificados 100 casos probables de Meningitis Bacteriana Aguda, de los cuales del agente causal en 48 casos (confirmados) que corresponden a *S. pneumoniae* (21 casos), *N. meningitidis* (10 casos), *Staphylococcus aureus* (7 casos), *H. influenzae* (4 casos), *Leptospira* (2 casos), *Cocos Grampositivos* (2 casos), *St. viridans*, *E. cloacae*, *P. aeruginosa*, *E. coli* y *E. Meningoseptica* (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>	19 (4/21)

Meningitis/Encefalitis Viral: Las Meningoencefalitis de probable etiología Viral representaron el 79,2% (452) de los casos acumulados. En 207 casos fue identificado el virus causal en el LCR siendo *Enterovirus* (191 casos), *Herpes Simple Virus* (HSV) (8), *Virus Varicela Zóster* (VZV) (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.

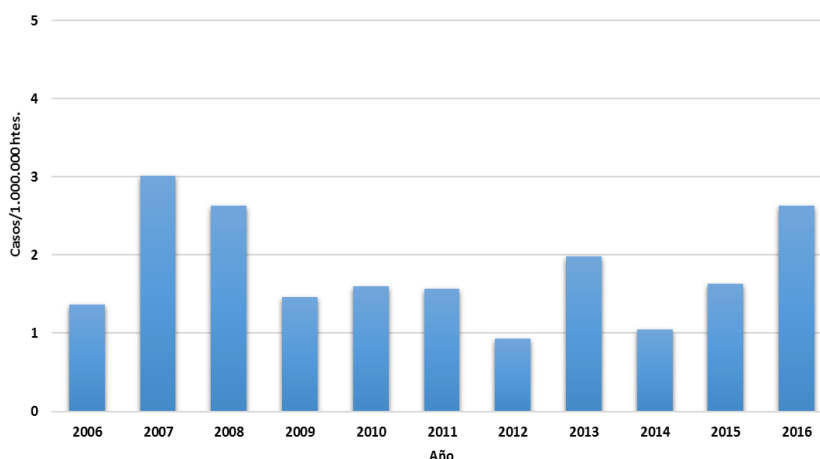


ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA.

La vigilancia de la enfermedad meningococcica 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 16

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



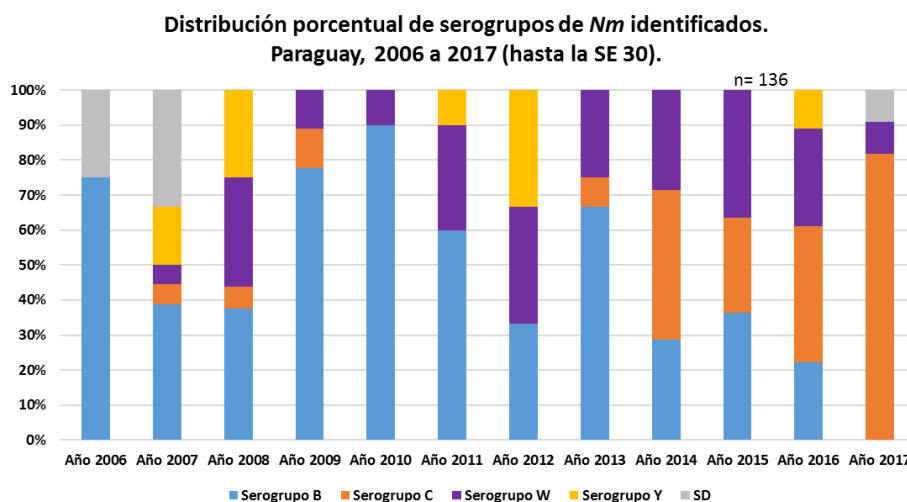
Desde el inicio del año 2017 hasta la SE 30, han sido notificados 11 casos de los cuales diez han sido clasificados como Meningitis Bacteriana Aguda por N. meningitidis mientras uno corresponde a la clasificación de Enfermedad Meningocócica sin Meningitis Bacteriana Aguda (EM sin MBA). En la Tabla 2 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 9 años Rango (2-59)	NA NA
Sexo (masculino)	7	63
	n	%
Clasificación final		
MBA	10	91
EM sin MBA	1	9
Ingreso a UCI	4	36
Egreso		
Curado	10	91
Secuelas	1	9

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 17)

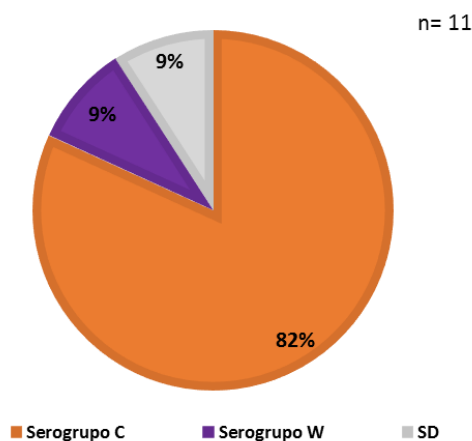
Gráfico 17



En las primeras 30 SE del año 2017, se observa un predominio del serogrupo C. Existe nexo epidemiológico intrafamiliar de 2 casos (Gráfico 18).

Gráfico 18

Distribución de Serogrupos de *Nm* en casos de EM.
Paraguay, 2017 SE 1-30



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

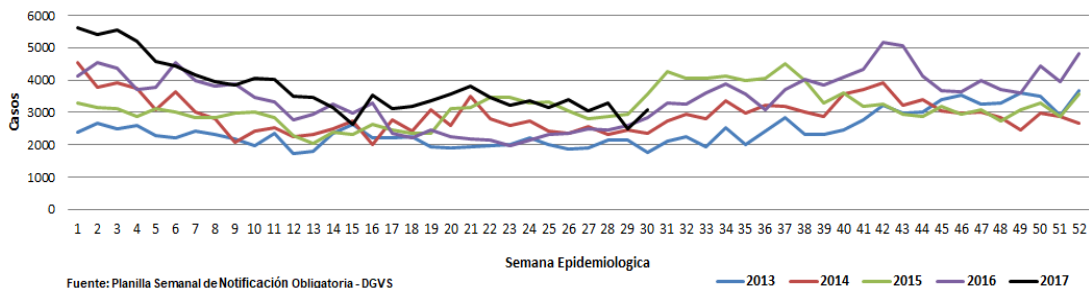
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA).

Desde la semana 1 a la semana 30 se acumulan un total de **112.517** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en todo el país y en todas las edades. El **42,89%** (48.327) corresponde a diarreas en menores de 5 años y **57,10%** (64.190) a diarreas en mayores de 5 años.

En la semana epidemiológica **30**, se registraron **1.373** consultas en menores y **1.694** en pacientes mayores, totalizando **3.067** consultas por EDA en todo el país.

Gráfico 19

Tendencia de casos notificados de EDA en población total según semana epidemiológica. Paraguay, 2013 al 2017 (Semana Epidemiológica N° 30)



Se observa en la curva de tendencia, que para la presente semana se registró un leve aumento de casos con respecto a la SE 29, este comportamiento es similar a tendencia de años anteriores para misma época del año.

Mapa 8

Tasa de incidencia por 100.000 habitantes
Enfermedad Diarreica Aguda



En la semana epidemiológica **30**, la tasa de incidencia global de EDA, fue de **44, 1** por 100.000 habitantes y se observa en la distribución geográfica que solo el departamento de Ñeembucú superó 100 casos por cada 100.000 habitantes.

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: Infección humana. Virus de la gripe aviar A \(H7N9\) en China, 07 de agosto, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Dengue en Costa de Marfil, 04 de agosto, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Fiebre Amarilla, 02 de agosto, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Virus Zika en las Américas, 25 de julio, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización epidemiológica – Cólera en Republica de Kenia, 21 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 vigentes. 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

