

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO



Semanal

SE 1 (1 de enero) a SE 38 (23 de setiembre)

Edición Nro. 34- 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 38 (23 de setiembre)

Relevantes de la semana

[“Actualización Epidemiológica: Peste en Madagascar, 02 de octubre, 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	8-9-10
Caracterización de los casos de Leptospirosis	11
Situación de la Malaria y de la Fiebre Amarilla en las Américas	12
Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	13-16
Vigilancia Universal de Meningoencefalitis Aguda	17-20
Enfermedad Meningocócica	21-24
Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	25
Alertas y actualizaciones epidemiológicas nacionales e internacionales	26
Fuentes de Información	27

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 38

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).

El 100% (19/19) de las Unidades Epidemiológicas Regionales remitieron sus consolidados de eventos de notificación obligatoria oportunamente a la UGD, durante la semana epidemiológica 38/2017.

Las 18 regiones sanitarias cuentan con 1160 unidades notificadoras, de las cuales, reportaron al sistema de vigilancia 95,3% (1105/1160) durante la semana 38/2017.

El país cumplió en promedio 95,6% del reporte semanal de eventos de notificación obligatoria en la semana 38/2017, representando una notificación muy buena, a pesar de las variaciones en las distintas regiones sanitarias (Mapa 1).

A fin de formar parte del sistema de notificación del MSPBS y 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 38 - Año 2017

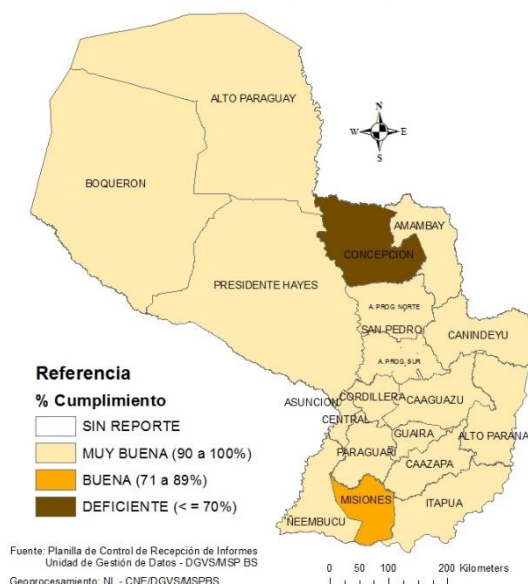


TABLA 1

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	14.878	220	2.537	37	314	5
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
	Leishmaniosis Visceral	72	1	43	1	27	0
	Chagas agudo	1	0	15	0	0	0
	Chagas Crónico	432	6	2026 ****	30	515 **	8
	Paludismo ****	6	0	10	0	2	0
Inmunoprevenibles	Parálisis Aguda Fláccida ****	24	0	17	0	20	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	4	0	8	0
	Tos Convulsa	19	0	22	0	25	0
	Parotiditis	156	2	207	3	621 *****	9
	Difteria	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Gastroentéricas	Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)	34	1	130	2	141	2
	Cólera	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica	con MBA	8	0	13	0	19	0
	sin MBA	0	0	1	0	1	0
Otros eventos	Hantavirus (S.P.H.)	5	0	7	0	1	0
	Intoxicación por Pesticidas	141	2	81	1	156	2
	Rabia Humana	0	0	0	0	0	0
	Rabia Canina	0	0	0	0	0	0
	Accidentes Ofídicos	156	2	58	1	162	2
	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	5	0
	Leptospirosis	0	0	10	0	39	1

*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos

** Distribuidos en 207embarazadas, 4 congénitos, y 304 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

***** Incluye 14 brotes de Parotiditis reportados este año a la DGVS

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 38 del año en curso, dentro del Sistema de Vigilancia se registraron un total de **314** casos confirmados y **1.416** casos probables para dengue; **5** casos fueron confirmados para chikungunya y **39** fueron clasificados como probables; y **42** febriles fueron confirmados para otros diagnósticos¹.

Tabla 2
Vigilancia de Síndrome Febril-Paraguay-2017 (SE 1 a la SE 38)

EJES	DEPARTAMENTOS	CONFIRMADOS			PROBABLES (DENGUE)	PROBABLES (CHIKUNGUNYA)	FALLECIDOS CONFIRMADOS DENGUE
		DENGUE	CHIKV	Otros			
AREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	34	0	6	15	10	0
	CENTRAL	84	1	7	1.047	15	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		121	1	13	1.065	25	0
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	8	0	1	17	0	0
	PARAGUARI	38	4	1	24	7	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		46	4	2	41	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	5	2	0
	CANINDEYU	0	0	1	3	5	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		2	0	7	9	7	0
NORTE	CONCEPCION	4	0	2	35	0	0
	AMAMBAY	0	0	1	1	0	0
	SAN PEDRO NORTE	0	0	1	0	0	0
	SAN PEDRO SUR	1	0	0	1	0	0
TOTAL EJE NORTE		5	0	4	37	0	0
SUR	ITAPUA	1	0	1	26	0	0
	ÑEMBUCU	2	0	2	7	0	0
	MISIONES	0	0	0	3	0	0
TOTAL EJE SUR		3	0	3	36	0	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	9	0	1	33	0	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	1		0	0
	BOQUERON	128	0	11	195	0	0
TOTAL EJE CHACO		137	0	13	228	0	0
Total general		314	5	42	1.416	39	0

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

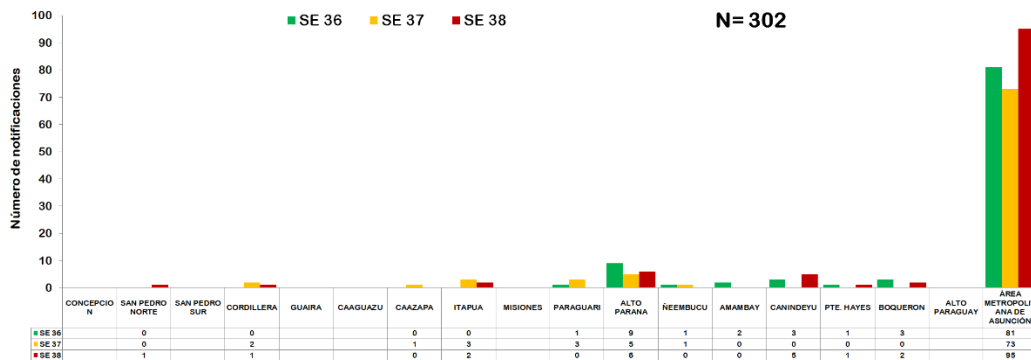
¹Hasta la SE 38 (23 de setiembre) fueron confirmados 39 casos de Leptospiriosis. 1 caso confirmado de SPH, y 2 casos confirmados de Malaria importada.

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 36, 37 y 38), se registraron un total de 302 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 36, 37 y 38. Año 2017.



Fuente: Base Nacional de Febriles - UGD/DGVS

Departamentos

Mapa 2

Monitoreo de febriles, circulación viral y casos confirmados SE 36, 37 y 38 - Año 2017



En cuanto a la distribución geográfica, se observó que, en las últimas tres semanas, se confirmaron dos casos de Dengue en los departamentos de, Central (1) y Capital (1).

Hasta el cierre de esta edición, los departamentos de Concepción, San Pedro (A.P. Sur), Caaguazú, Guairá, Misiones y Alto Paraguarí no registraron notificaciones de febriles ni casos confirmados, por lo que, actualmente, se posicionan como departamentos con corte de circulación viral para estas enfermedades bajo vigilancia.

DENGUE SEROTIPOS CIRCULANTES.

Desde la semana 1 hasta la semana 38, el Laboratorio Central de Salud Pública ha identificado la circulación del serotipo DEN-1 en 12 departamentos del país. Hasta la fecha se confirmaron **314** casos de dengue (Mapa 2).

El último caso confirmado fue en la SE 38, y corresponde al departamento de Central, distrito de Mariano Roque Alonso.

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 **1.416** casos probables de Dengue.

Requirieron hospitalización **200** pacientes con diagnóstico de dengue, tanto confirmados como probables, desde la SE 1 hasta la SE 38; entre éstos, el grupo etario de 20 a 39 años es el más afectado, con predominio del sexo femenino.

CHIKUNGUNYA DEPARTAMENTOS CON CIRCULACIÓN DE CHIKV.

En lo que va del año, hasta la SE 38, 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 **39 casos** probables en los siguientes departamentos:

Central, en 10 distritos: Villa Elisa (2), Limpio (1) Luque (1), San Lorenzo (2), Ñemby (1), Lambaré

(1), Itaugua (4), J. A Saldívar (1), Capiatá (1), Fdo. de la Mora (1).

Asunción, en 8 barrios: San Pablo, Obrero, Tablada Nueva, San Vicente, La Encarnación, Silvio Petirosi, Terminal y Republicano.

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

Alto Paraná, en 2 distrito: Ciudad del Este y Presidente Franco.

Canindeyú, en 1 distrito: Salto del Guairá.

Hasta el cierre de esta edición, no se registran brotes activos de Chikungunya.

Mapa 4
PARAGUAY
CHIKUNGUNYA
Distribución Geografica
Año 2017



SITUACIÓN DEL VIRUS ZIKA EN AMERICA DEL SUR.

Desde la SE 14 de 2017 se observa una tendencia decreciente de casos sospechosos y confirmados notificados en esta subregión. En la última actualización de la OPS, entre la SE 21 y 30 de 2017 en promedio se registraron 293 casos sospechosos y confirmados semanales en la subregión.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica, 25 de agosto de 2017, Washington, D.C. OPS/OMS. 2017

VIRUS DE ZIKA EN PARAGUAY.

En total, desde la SE 1 hasta la SE 38, se notificaron al sistema de vigilancia 466 casos con sospecha de Zika, de los cuales 4 fueron confirmados por laboratorio y 2 fueron determinados como casos probables, 90 continúan sospechosos y 370 fueron descartados para Zika (Tabla 3).

Tabla 3

Casos de Zika acumulados. Confirmados (autóctonos/importados), sospechosos, descartados y fallecidos. Paraguay. SE 1 a la 38. Año 2017

EJES	DEPARTAMENTOS	TOTAL NOTIFICADOS	CASOS AUTÓCTONOS CONFIRMADOS	CASOS IMPORTADOS CONFIRMADOS	PROBABLES	SOSPECHOSOS	DESCARTADOS	FALLECIDOS RELACIONADOS A ZIKA
AREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	135	2	0	1	34	98	0
	CENTRAL	151	1	0	0	38	112	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		286	3	0	1	72	210	0
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	26	0	0	0	4	22	0
	PARAGUARI	29	0	0	0	1	28	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		55	0	0	0	5	50	0
CENTRO ORIENTAL	GUAIRA	4	0	0	0	0	4	0
	CAAZAPA	7	0	0	1	0	6	0
	CAAGUAZU	14	0	0	0	1	13	0
	ALTO PARANA	20	0	0	0	6	14	0
	CANINDEYU	5	0	0	0	1	4	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		50	0	0	1	8	41	0
NORTE	CONCEPCION	17	0	0	0	0	17	0
	AMAMBAY	14	0	0	0	1	13	0
	SAN PEDRO NORTE	4	0	0	0	1	3	0
	SAN PEDRO SUR	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL EJE NORTE		35	0	0	0	2	33	0
SUR	ITAPUA	6	0	0	0	2	4	0
	ÑEMBUKU	3	0	0	0	0	3	0
	MISIONES	3	0	0	0	0	3	0
TOTAL EJE SUR		12	0	0	0	2	10	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	8	1	0	0	0	7	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	0	0	0	0	0
	BOQUERON	20	0	0	0	1	19	0
TOTAL EJE CHACO		28	1	0	0	1	26	0
Total general		466	4	0	2	90	370	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 38

Mapa 5



Durante el año 2017 y hasta el 23 de setiembre (SE 38), se confirmaron en Paraguay, 4 casos de Zika, que corresponden a los departamentos de: Capital (2 casos), Central (1 caso), y Presidente Hayes (1 caso).

Los últimos casos confirmados se registraron en las SE 31 y SE 33.

Además, se identificaron, en las SE 1 y 3, dos casos que fueron clasificados como probables, y que corresponde a las regiones de Caazapa y Asunción.

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

Situación de las Américas.

Desde octubre de 2015, 27 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 (26 de julio) Guyana se ha sumado a la lista de países que confirmaron casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika.

La última actualización regional fue en entre las SE 30 a SE 33 de 2017; Brasil, Colombia, Ecuador, los Estados Unidos de América, Martinica, México, Panamá y Puerto Rico 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 epidemiológica 38, se han reportado al sistema de vigilancia 38 casos de microcefalias sospechosos de estar asociados al virus del Zika, de los cuales 7 casos continúan en estudio, mientras que 31 casos ya fueron descartados.

Según la distribución geográfica de los casos que continúan en estudio, el departamento Central es el que registra 4 casos pendientes de cierre, seguido de Cordillera, Canindeyú, y Presidente Hayes, con un caso en estudio cada región sanitaria.

Mapa 6
PARAGUAY

**Sx. Congénito y Microcefalia
con sospecha de asociación
a virus Zika**

Año 2017

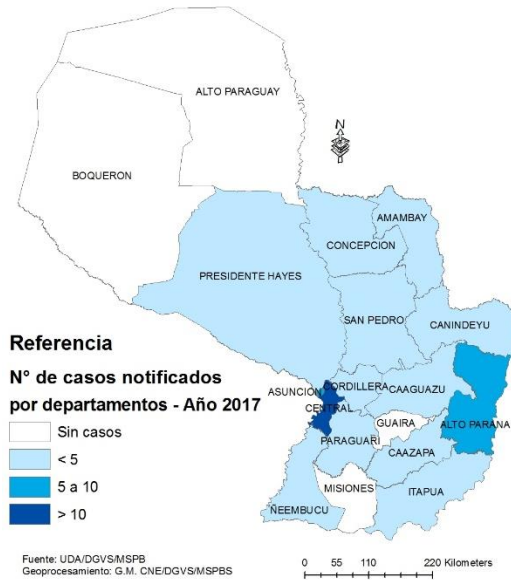


SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ Y OTRAS MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS ASOCIADOS AL VIRUS DEL ZIKA.

Entre el 1 de enero y el 23 de setiembre (SE 1 a SE 38) de 2017, fueron notificados 58 casos de Síndrome de Guillen Barré (SGB) al sistema de vigilancia nacional.

Mapa 7

Distribución geográfica de notificaciones de Síndrome de Guillain Barré con probable asociación a Zika



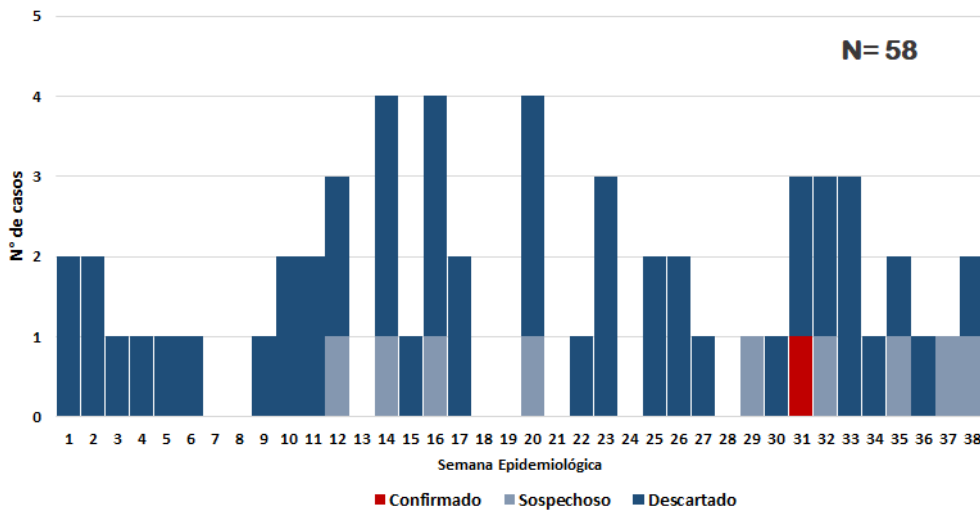
Según procedencia de los pacientes, las notificaciones corresponden a 14 departamentos, 13 de la Región Oriental y un caso en la Región Occidental, en el departamento de Presidente Hayes.

Las principales regiones sanitarias con casos notificados son: Central 20 (34,5%), Alto Paraná y Asunción 7 (12,2%) notificaciones respectivamente.

Según la posible asociación a infección por virus Zika, se confirmó un caso en la SE 31, se descartaron 48, y 9 continúan sospechosos.

Gráfico 2

Número de casos de Síndrome de Guillain Barré, por semana epidemiológica y clasificación. Paraguay SE 1 a SE 38. Año 2017



ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

CARACTERIZACIÓN DE CASOS DE LEPTOSPIROSIS.

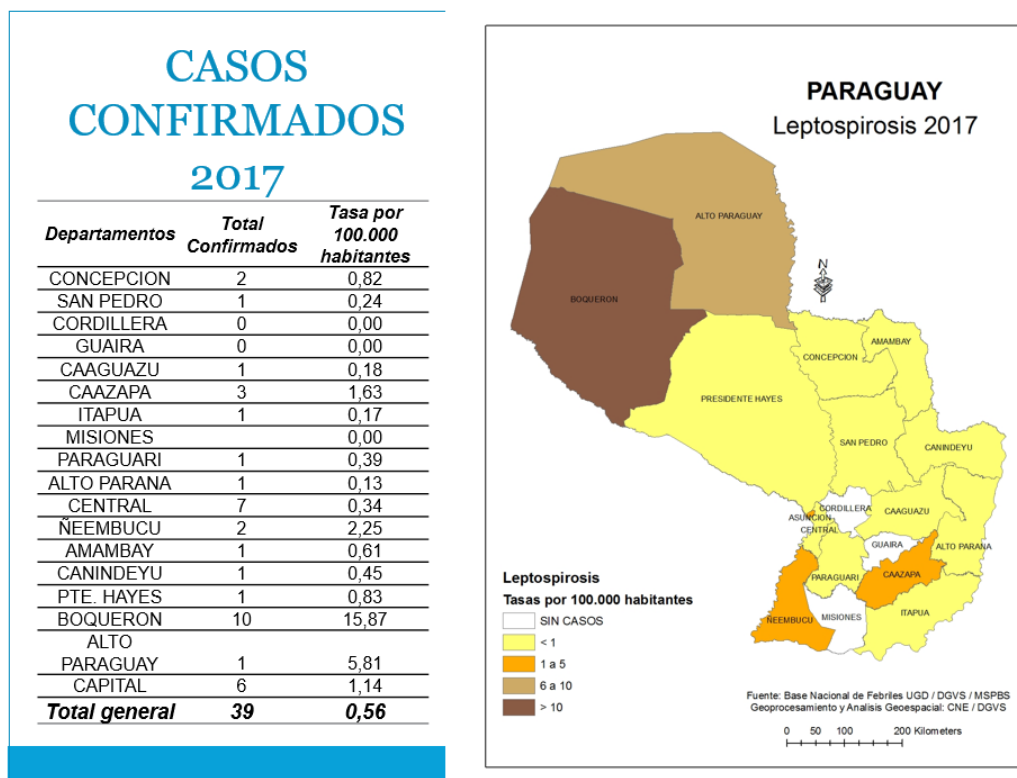
Desde la SE 1 hasta la SE 38, ingresaron al sistema de vigilancia 50 notificaciones con sospecha de leptospirosis, de los cuales se confirmaron un total de 39 casos y continúan pendientes 11 casos sospechosos.

Los casos confirmados proceden principalmente de los Departamentos de Boquerón (10), Central (7), y Capital (6).

El grupo etario más afectado fue el de 20 a 39 años, siendo de similares proporciones en ambos sexos. Requirieron hospitalización el 50% (19/38) de los pacientes; en general con buena evolución clínica.

Grafico 3

Número de casos confirmados de Leptospirrosis, según semana de FIS. Paraguay. Año 2017.



Para la semana epidemiológica 38, la tasa de incidencia país sigue siendo de 0,56 casos por 100000 habitantes, en cuanto a la distribución geográfica, se observa que la región de Boquerón registró la tasa más alta, con 15,87 casos por 100000 habitantes.



SITUACIÓN MUNDIAL DE LA MALARIA.

En lo que va del año, no se registraron casos autóctonos; se registraron dos casos confirmados de malaria importados en el país.

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

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

VIGILANCIA DE ENFERMEDAD TIPO INFLUENZA (ETI) E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS GRAVES (IRAG). SEMANA 38-2017

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 38 -2017, la notificación de ETI por Planilla Semanal sitúa la curva de tendencia en la franja de alerta del corredor endémico, con una tasa de incidencia de 196,4 por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados se mantiene en el 5 % y la de fallecidos por IRAG en el 4,6%. Según datos de laboratorio, la actividad de los virus respiratorios se encuentra con actividad baja detectándose en las últimas semanas circulación de Influenza B, Parinfluenza y Metapneumovirus.

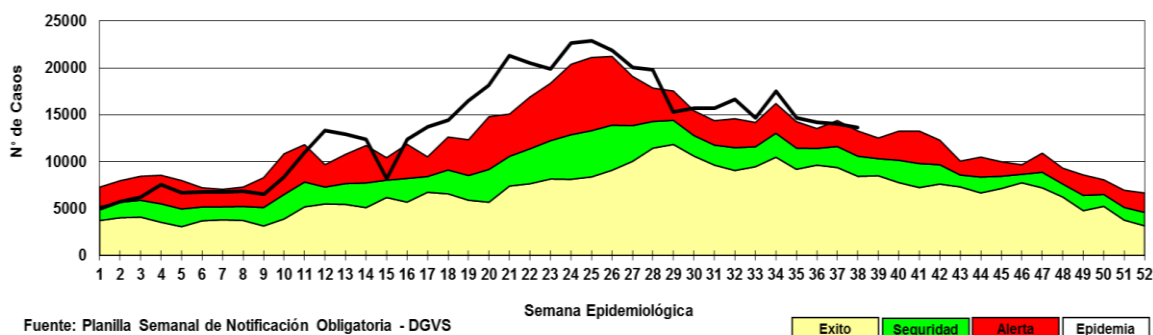
1- Vigilancia Universal: Tendencia e intensidad de la actividad de Enfermedad Tipo Influenza (ETI).

Según lo registrado en Planilla Semanal de Notificación Obligatoria, a nivel nacional, las consultas por ETI acumuladas durante las semanas 1 a 38 (01 de enero al 23 de setiembre) ascienden a 520.387. La curva de tendencia se encuentra en descenso en la última semana, posicionándose en la franja de alerta del corredor endémico (Gráfico 4).

La notificación pasó de 14.006 consultas en la semana 37 del 2017 a 13.665 en la SE 38, con una tasa de 196,4 por 100.000 habitantes.

Gráfico 4

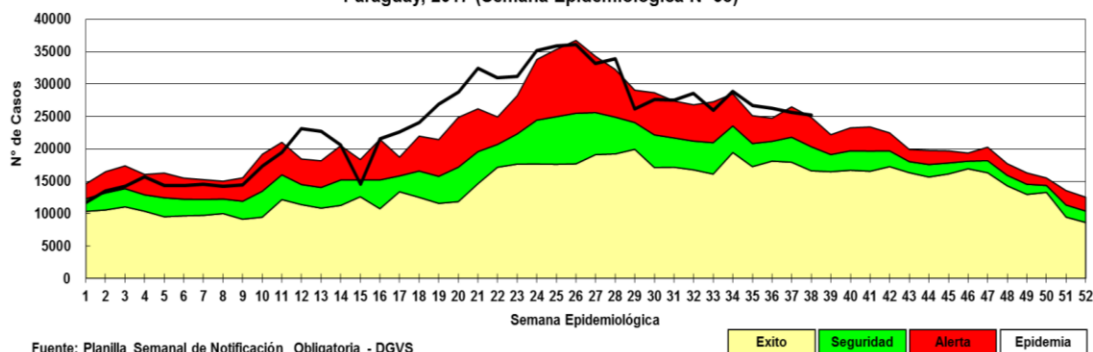
Canal endémico de ETI en población total según semana epidemiológica
Paraguay, 2017 (Semana Epidemiológica N° 38)



Al analizar el corredor endémico de las IRAS, se evidencia una meseta con respecto a la semana anterior, alcanzando 25.166 consultas en la semana 38; situando la curva de tendencia en la transición a la franja epidémica del corredor endémico (Gráfico 5).

Gráfico 5

Canal endémico de IRAS TOTAL según semana epidemiológica
Paraguay, 2017 (Semana Epidemiológica N° 38)

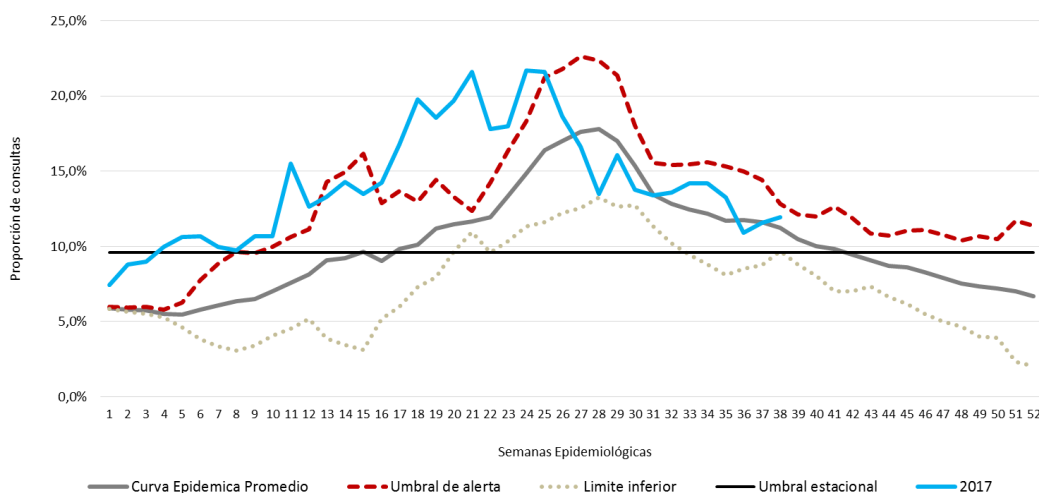


2- Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI.

En la vigilancia centinela, la proporción de consultas por ETI se mantuvo en el orden del 12% (891/7.454) del total de consultas, ubicándose levemente por encima de la curva epidémica promedio (Gráfico 6).

Gráfico 6

Proporción de consultas por ETI en centros centinela, según semana epidemiológica. Paraguay. Año 2017, SE 38
(comparación con los años 2014-2016)

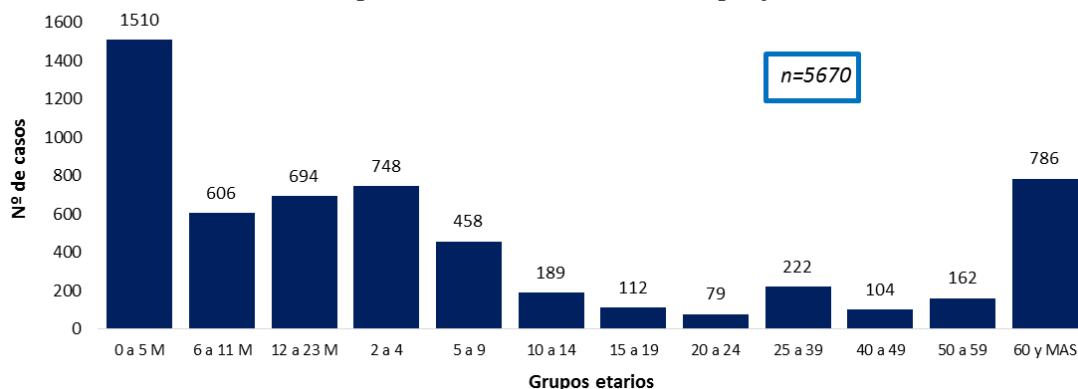


3. Vigilancia Centinela: Monitoreo y Caracterización de Hospitalizados por IRAG

Desde las SE 1 a la 38 se hospitalizaron un total de 5.670 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 7

Distribución de casos de IRAG según grupos de edad, Vigilancia Centinela, SE 38, Paraguay, 2017

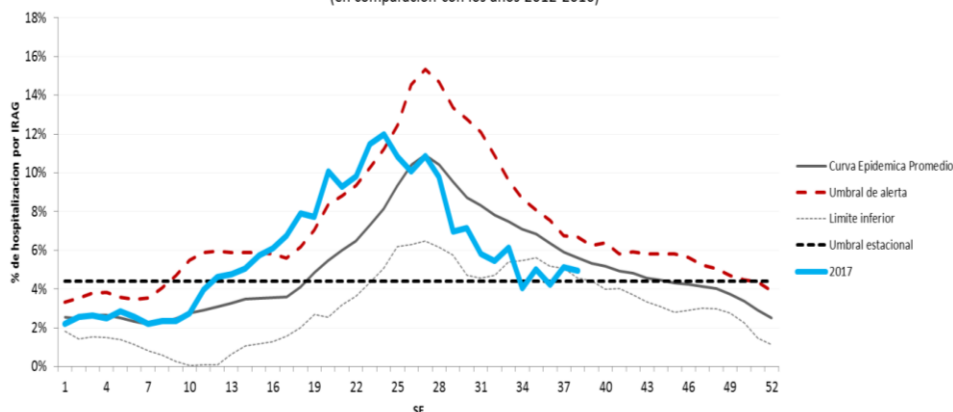


Fueron admitidos a UCI 626 casos de IRAG y se registraron 341 fallecidos por IRAG en los Centros Centinela, estando asociados a virus respiratorios 49 casos (25 a Influenza A/H3, 9 a Influenza B, 11 a VSR, 2 a Metapneumovirus humano, y 2 a Parainfluenza).

La proporción de Hospitalizados por IRAG se mantuvo en el 5% (123/2.478), proporción que se encuentra por debajo del umbral estacional (Gráfico 8). Así mismo en la SE 38 la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del 5,3% (9/170) y la de fallecidos por IRAG 4,6% (5/109).

Gráfico 8

Proporción de Hospitalizados por IRAG según semana epidemiológica. Vigilancia Centinela. Paraguay, 2.017 - SE 38 (en comparación con los años 2012-2016)

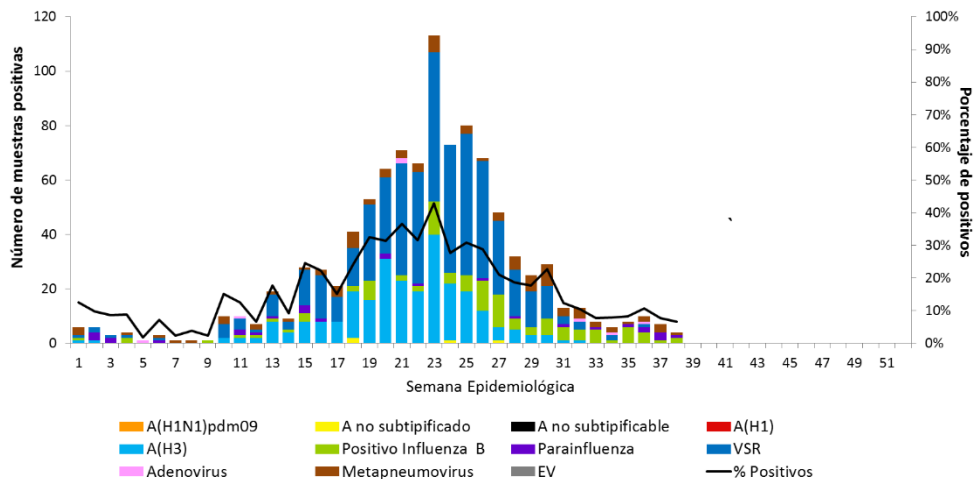


Circulación viral

Desde la SE 1 a la SE 38 del año 2017, en la vigilancia centinela de IRAG el porcentaje de positividad acumulado se mantuvo en el 21,5%. En la última semana los virus detectados fueron el Influenza B, Parainfluenza y Metapneumovirus (Gráfico 9).

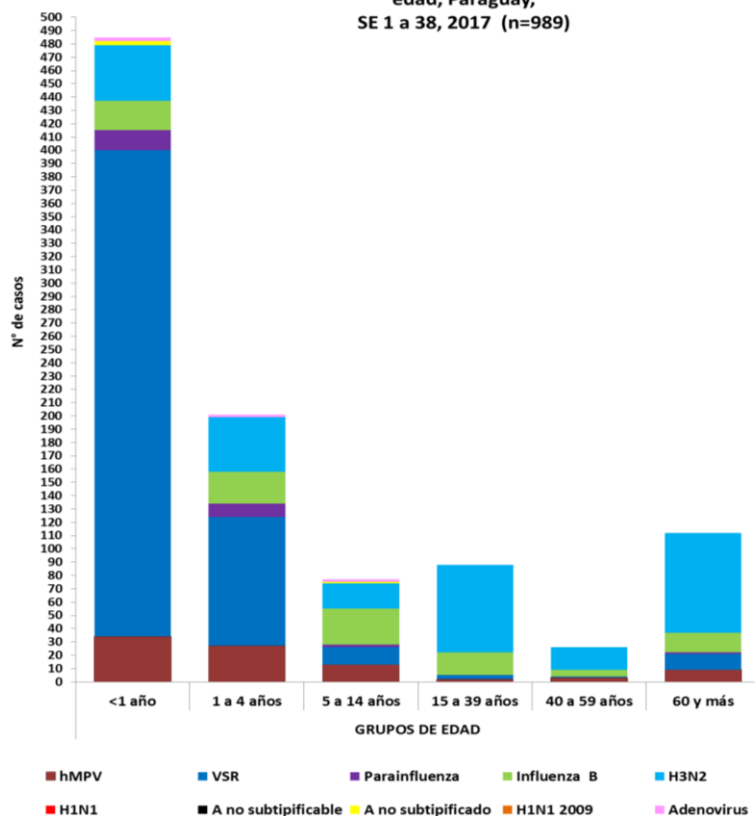


Gráfico 9
Vigilancia Centinela de IRAG.
Distribución de virus de influenza y otros virus respiratorios según semana epidemiológica. SE 1 a 38 2017. Paraguay. (n=989)



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 10).

Gráfico 10
Distribución de virus respiratorios en vigilancia de IRAG según grupos de edad, Paraguay, SE 1 a 38, 2017 (n=989)



VIGILANCIA UNIVERSAL DE MENINGOENCEFALITIS AGUDA

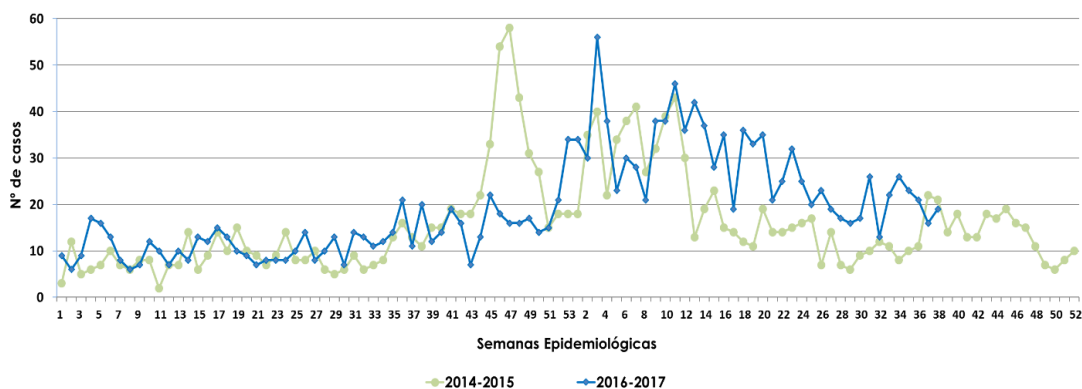
Resumen 2016: Durante todo el año 2016 el total de las notificaciones fue de 640 casos, de los cuales se han cerrado como Meningitis 366 casos, siendo más frecuentes las compatibles con etiología viral (52%), seguidas de las bacterianas (45%). *Streptococcus pneumoniae* fue el agente etiológico bacteriano 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 38

Desde la SE 1 y hasta la 38 (del 1 de enero al 23 de setiembre) se han registrado 1064 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 una tendencia al descenso gradual a partir de la semana 20 aunque se observa un incremento en la última semana con relación a lo observado en la anterior (Gráfico 11).

Gráfico 11

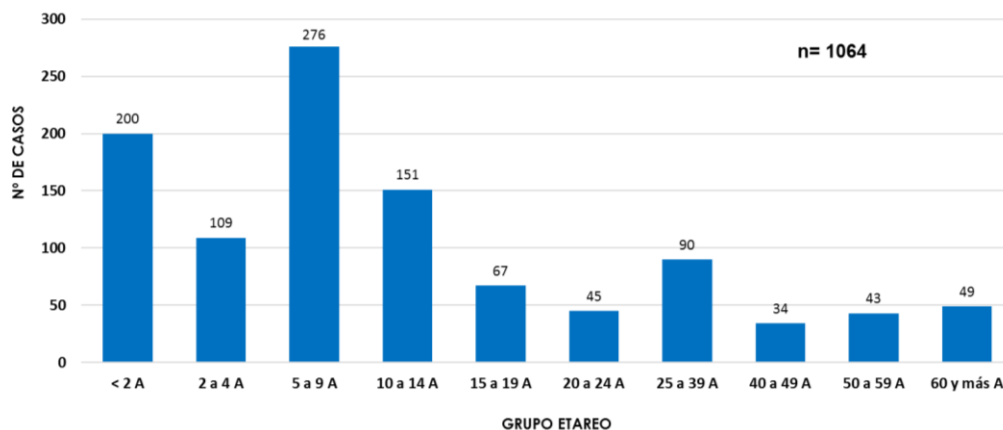
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica, Vigilancia Universal. Paraguay, 2014-2015 y 2016-2017 (Hasta SE 38)



En la distribución de los casos 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 (<2 años) y los adolescentes (10 a 14 años) (Gráfico 12).

Gráfico 12

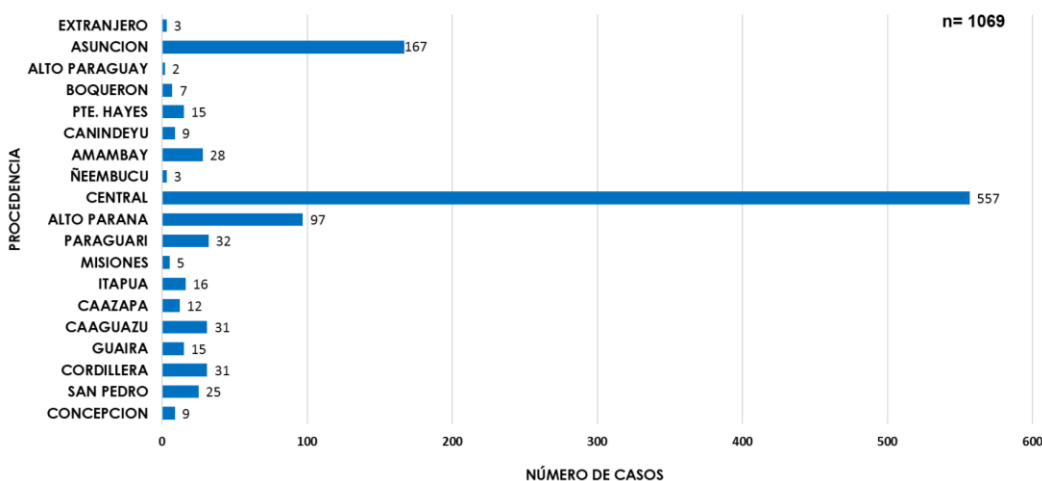
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según grupos de edad, Vigilancia Universal. Paraguay 2017, SE 1 a 38



De acuerdo a la procedencia, la mayoría de los casos notificados fueron oriundos de los departamentos de Central (52,3%), Asunción (15,7%), Alto Paraná (9.1%) (Gráfico 13).

Gráfico 13

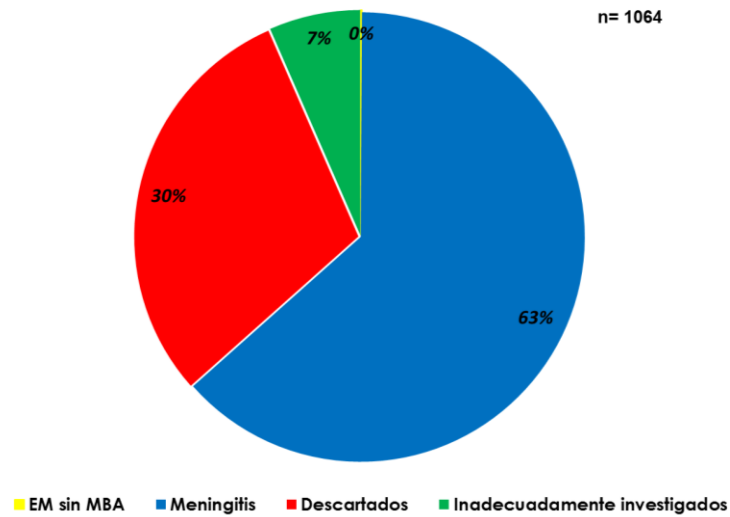
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según procedencia, Vigilancia Universal, Paraguay 2017, SE 1 a 38



A la fecha del informe el 100% de los casos cuentan con clasificación final. Fueron descartados con otros diagnósticos 319 casos (30%). De los casos que reunieron criterios de Meningitis (674), las meningitis de probable etiología bacteriana representan el 20% (132) y los casos compatibles con probable etiología viral fueron 76% (514) y un 4% que corresponden a otras etiologías (Gráfico 14).

Gráfico 14

Distribución de casos sospechosos de meningoencefalitis según clasificación final. Vigilancia Universal, Paraguay 2017, SE 1 a 38




Meningitis Bacteriana Aguda: Fueron notificados 132 casos probables de Meningitis Bacteriana Aguda, de los cuales fue posible la identificación del agente causal en 70 casos (confirmados) que corresponden a *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *Staphylococcus aureus*, *H. influenzae*, *Leptospira*, Cocos grampositivos, *St. viridans*, *E. cloacae*, *P. aeruginosa* y *E. coli* en orden descendente de frecuencia. (Tabla 4).

Tabla 4

Agentes Bacterianos identificados en Meningitis, Paraguay 2017 SE 1-38.

Meningitis Bacteriana Aguda	
AGENTES IDENTIFICADOS	Nº
<i>S. pneumoniae</i>	30
<i>N. meningitidis</i>	19
<i>S. aureus</i>	8
<i>H. influenzae</i>	5
Leptopiras	2
Cocos grampositivos	2
<i>E. coli</i>	1
<i>E. faecalis</i>	1
<i>P. aeruginosa</i>	1
<i>S. viridans</i>	1
TOTAL	70



Mortalidad asociada a Meningitis Bacteriana: Durante este período se produjeron 13 defunciones por meningitis bacteriana confirmada, las mismas fueron atribuibles a *S. pneumoniae* (5), *S. aureus* (3), *H. influenzae* (2), *Leptospira* y *N. meningitidis* (1) (Tabla 5).

Tabla 5
Letalidad asociada a MBA por agente bacteriano.

Agente	Letalidad	
	%	
<i>Haemophilus influenzae</i>	40	(2/5)
<i>Staphylococcus aureus</i>	38	(3/8)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	17	(5/30)
<i>Neisseria meningitidis</i>	10	(2/19)

Meningitis/Encefalitis Viral: Las Meningoencefalitis de probable etiología Viral representaron el 76% (514) de los casos acumulados. En 227 casos fue identificado el virus causal en el LCR siendo estos *Enterovirus* (204 casos), *Herpes Simple Virus(HSV)* (14), *Virus Varicela Zóster(VVZ)*(6), *Herpes Virus Humano tipo 7 (HVH-7)* (2) y *Virus de Epstein Barr (VEB)*.

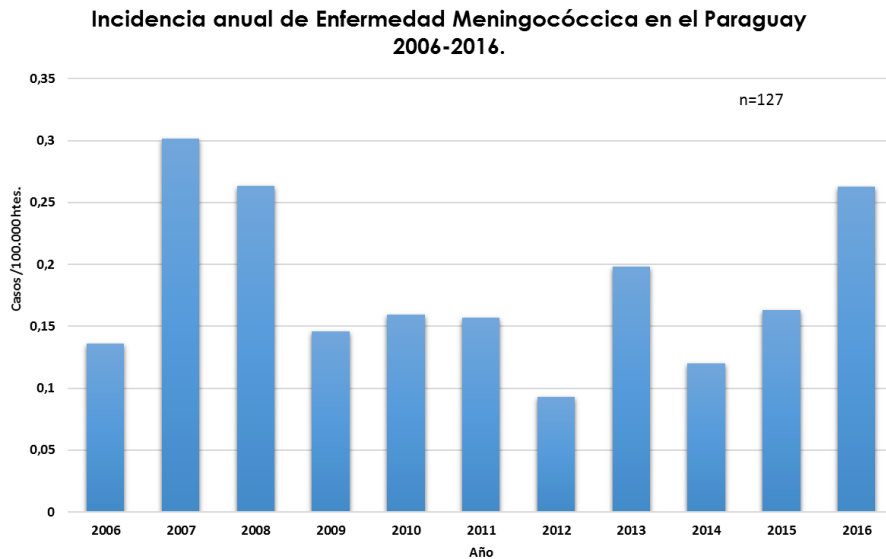
Mortalidad asociada a Meningitis/Encefalitis Viral: Se han registrado 2 defunciones asociadas a etiología viral, atribuidas al *Herpes Simple Virus(HSV)* y al *Virus Varicela Zóster (VVZ)*.

VIGILANCIA UNIVERSAL DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA

Antecedentes

La vigilancia de la enfermedad meningocócica culminó el año 2016 con una tasa de 0.26 casos/100.000 habitantes, manteniéndose por debajo del límite superior histórico observado en los últimos 10 años, con tasas de incidencia que se encuentran entre las más bajas de la región¹ (Gráfico 15).

Gráfico 15

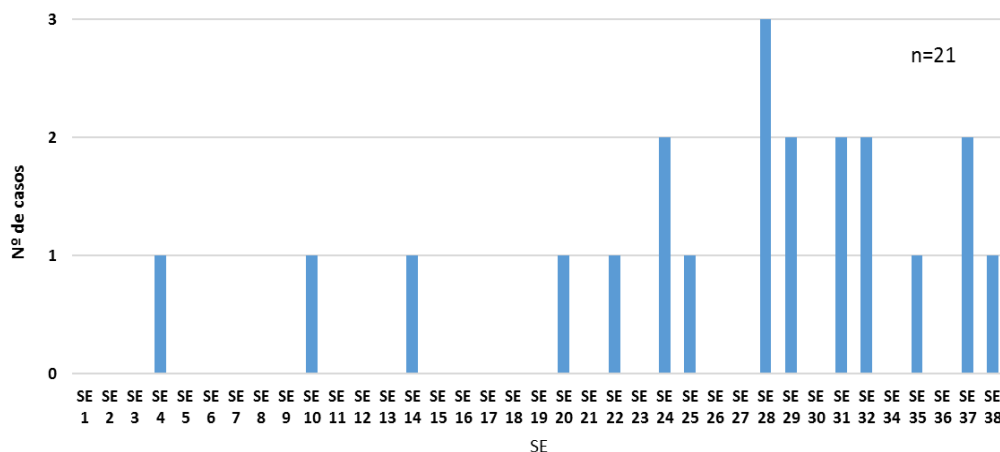


En las primeras 38 semanas de 2017 se han registrado 21 casos de Enfermedad Meningocócica, con una tasa de incidencia actual de 0.41 casos por 100.000 habitantes. A partir de la SE 24 se ha observado un aumento en la incidencia coincidente con la época del año en que habitualmente se observa un mayor número de casos (Gráfico 16).

1. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2018/infectious-diseases-related-to-travel/meningococcal-disease>

Gráfico 16

Distribución de casos de Enfermedad meningocócica según Semana Epidemiológica (SE), Vigilancia Universal, Paraguay, 2017



En el análisis según la procedencia de los casos se detectó que dicho aumento estaba relacionado a la X Región Sanitaria por lo que en la SE 31 fue emitida la Alerta epidemiológica para los servicios de salud.

Los casos han sido clasificados como “Meningitis Bacteriana Aguda por *N. meningitidis*” en 19 de ellos, mientras uno corresponde a “Enfermedad Meningocócica sin Meningitis Bacteriana Aguda” (EM sin MBA) y un caso presentó un cuadro clínico compatible con Púrpura fulminante, fallecida y en quien no se obtuvo recuperación del agente causal, pero por las características típicas de las lesiones petequiales y la evolución del caso se decide asumir como un caso de meningococemia (Tabla 6).

Tabla 6

Clasificación clínica de casos.	
Meningitis meningocócica	19
Meningococemia	2 (1 solo clínica)
Total	21

En la Tabla 7 se pueden observar las características generales de los casos registrados por el sistema de vigilancia.

Tabla 7

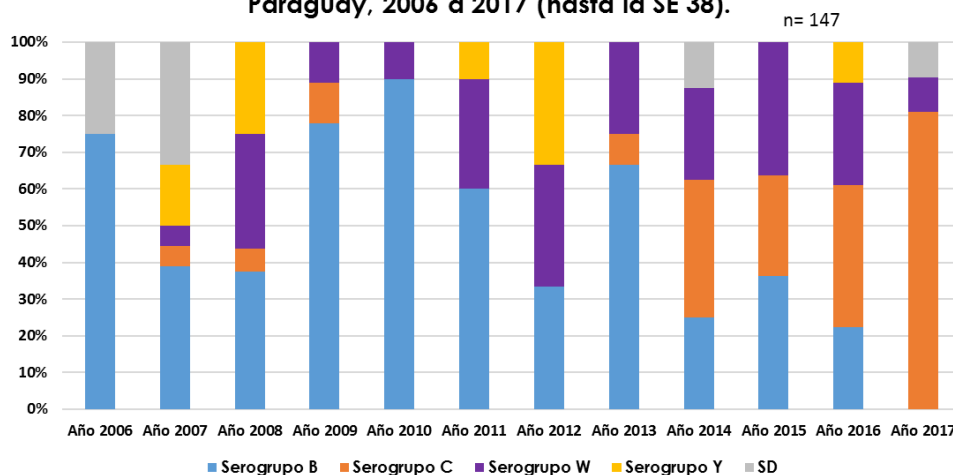
**Casos de Enfermedad meningocócica notificados. Paraguay, 2017, SE 1-38
(n=21)**

Edad (años)	Mediana	12
	Rango	0,7-59
	n	%
Sexo (masculino)	10	48
Sexo (femenino)	11	52
Clasificación final		
MBA	19	90,5
EM sin MBA	2	9,5
Ingreso a UCI	7	33,3
Egreso		
Curado	16	90,5
Fallecido	3	14,3
Secuelas	1	4,7

En cuanto a la distribución porcentual de serogrupos de N. meningitidis desde el año 2006 se observa como el claro predominio del Serogrupo B ha sido atenuado en los últimos años por la aparición de otros serogrupos como el C, W e Y (Gráfico 17)

Gráfico 17

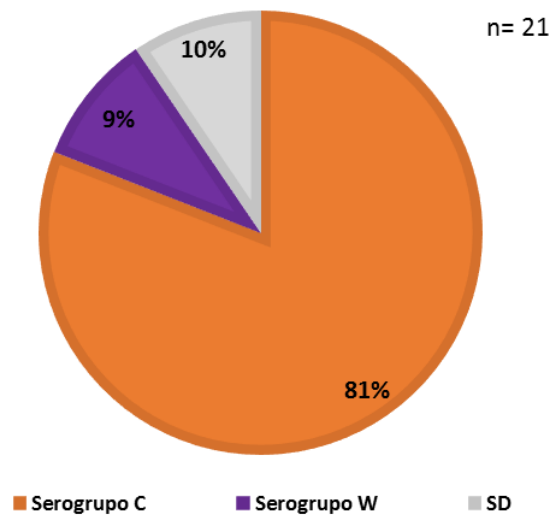
**Distribución porcentual de serogrupos de Nm identificados.
Paraguay, 2006 a 2017 (hasta la SE 38).**



En las primeras 38 SE del año 2017, se observa un predominio del serogrupo C que ha sido identificado en 17/21 casos confirmados. En dos de los casos no ha sido posible la identificación del serogrupo (Gráfico 18).



Gráfico 18
Distribución de Serogrupos de Nm en casos de EM.
Paraguay, 2017 SE 1-38



Mortalidad asociada a Enfermedad Meningocócica: Durante este período se produjeron 3 defunciones relacionada a esta enfermedad, todos menores de 1 año (9 meses, 8 meses y 4 meses respectivamente); dos casos con Meningitis Bacteriana aguda por *N. meningitidis* del serogrupo C y otro caso en quien no se obtuvo recuperación del agente causal, pero asumido como un caso de meningococemia por las características clínicas.

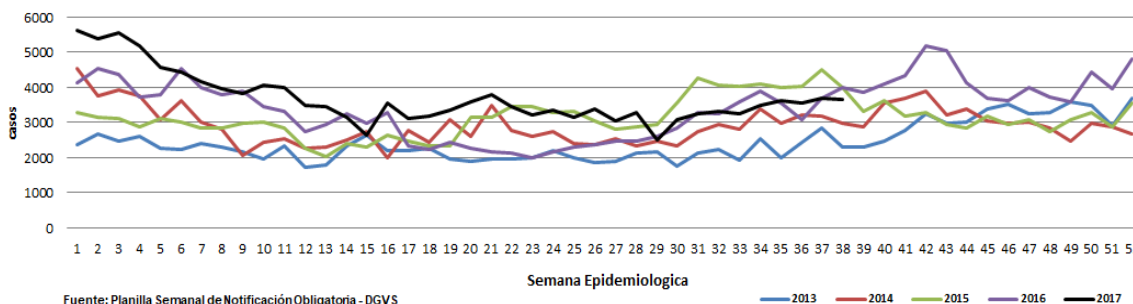
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA).

Desde la semana 1 a la semana epidemiológica 38 se acumulan un total de **140.355** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en todo el país y en todas las edades. El **42,92%** (60.244) corresponde a diarreas en menores de 5 años y **57,07%** (80.111) a diarreas en mayores de 5 años.

En la semana epidemiológica **38**, se registraron **1.649** consultas en menores y **2.000** en pacientes mayores, totalizando **3.649** consultas por EDA en todo el país.

Gráfico 19

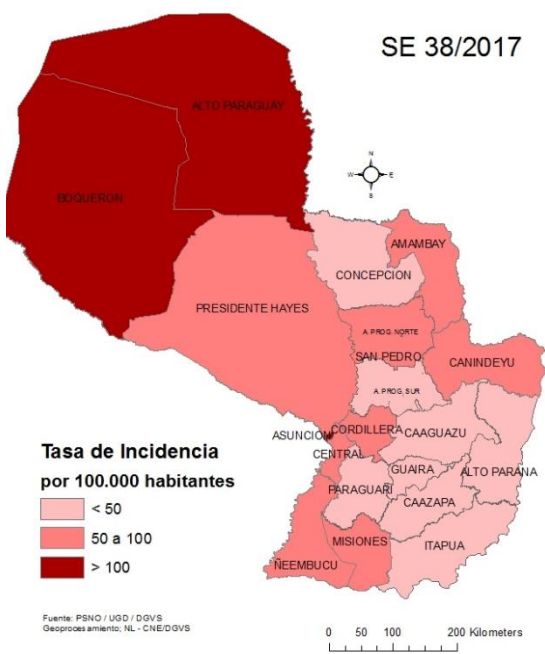
Tendencia de casos sospechosos notificados de EDA según semana epidemiológica. Paraguay, 2013 al 2017
(Semana Epidemiológica N° 38)



En el gráfico se observa, que la curva de tendencia presenta un comportamiento sostenido en las últimas semanas, similar a lo registrado en el año 2016 para la misma época del año.

Mapa 9

Tasa de Incidencia por 100.000 habitantes
Enfermedad Diarreica Aguda



En la semana epidemiológica **38**, la tasa de incidencia global de EDA, fue de **52, 5** por 100.000 habitantes y se observa en la distribución geográfica que los departamentos de, Boquerón, Alto Paraguay y Capital, superaron 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: Peste en Madagascar, 02 de octubre, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Chikungunya en Italia, 29 de setiembre, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Sarampión, 22 de setiembre, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Coronavirus causante del Síndrome respiratorio de Oriente Medio, MERS-COV en Emiratos Árabes Unidos, 20 de setiembre, OPM/OMS”](#)
- [“Actualización epidemiológica – Infección Humana de la gripe aviar A \(H7N9\), en China, 13 de setiembre, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Virus Zika en las Américas, 25 de agosto, OPS/OMS”](#)
- [“Actualización Epidemiológica: Fiebre Amarilla, 02 de agosto, OPS/OMS”](#)





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

