

Edición N° 47

Semana Epidemiológica: 47

04 de Diciembre – 2015

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.
- **Lic. Bettiana Martínez**
Epidemióloga de Guardia.
- **Lic. Claudia Barrios**
Epidemióloga de Guardia.
- **Gloria Morel**
Cartografía
- **Responsable de la publicación en la WEB: Julio González**

Boletín

Epidemiológico

Semanal

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

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

Este número contiene datos de la SE 47 (22 de noviembre al 28 de noviembre)

Contenido

○ Tabla de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)	2
○ Vigilancia de Síndrome Febril, Dengue y Chikungunya	3-5
○ Chikungunya en las Américas	6
○ Fiebre del Zika	7-8
○ Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	9-11
○ Situación Epidemiológica Vigilancia Universal de Meningoencefalitis	12-14
○ Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	15
○ Ébola	16-17
○ Información de interés general	18

Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

En la siguiente tabla se presentan datos comparativos entre el 2015 y los dos años precedentes, en el mismo período, de números de casos y tasas de incidencia de las enfermedades de notificación obligatoria de la SE 1 (4 de enero) hasta la SE 47 (28 de noviembre). Los datos del año 2015 están sujetos a modificación.

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

Enfermedades de Notificación Obligatoria	Año 2013		Año 2014		Año 2015		
	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	132.231	2016	2.586	39	15.239	226
	Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
	Leishmaniosis Visceral	93	1	106	2	84	1
	Chagas agudo	2	0	5	0	1	0
	Chagas Crónico	939	14	683	10	708	11
Paludismo	11	0	8	0	7	0	
Inmunoprevenibles	Parálisis Aguda Fláccida	16	0	15	0	25	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	4	0	6	0	3	0
	Tos Convulsa	77	1	94	1	30	0
	Parotiditis	153	2	138	2	171	3
Difteria	0	0	0	0	0	0	
Enfermedades Gastroentéricas	Enf. Transmit. por Alimentos (ETA)	16	0	6	0	0	0
	Cólera	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica	con MBA	9	0	4	0	9	0
	sin MBA	2	0	2	0	1	0
Otros eventos	Hantavirus (S.P.H.)	2	0	11	0	11	0
	Intoxicación por Pesticidas	212	3	220	3	174	3
	Rabia Humana	0	0	0	0	0	0
	Rabia Canina	0	0	1	0	0	0
	Accidentes Ofídicos	83	1	138	2	180	3
	Fiebre Tifoidea	0	0	1	0	0	0
	SARS	0	0	0	0	0	0
	Peste	0	0	0	0	0	0
	Brucelosis	0	0	0	0	0	0
	Leptospirosis	0	0	0	0	0	0
	Tuberculosis**	1682	26	1728	26	1850	27

*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos

**Datos a la semana 38

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

Fuente: Datos compilados por UGD/DGVS

Los datos de 2015 se encuentran sujetos a modificación debido a procesos de verificación que requieren los sistemas de vigilancia integrados, antes de que la información aparezca agregada en alguna semana epidemiológica. Los confirmados de Dengue incluyen tres casos con co-infección (DEN/CHIKV).

Vigilancia de Síndrome febril Agudo

Desde el **4 de enero (SE 1)** hasta el **28 de noviembre (SE 47)**, se han notificado **53.104** casos de síndrome febril agudo, de los cuales **15.236 (28,69%)** fueron casos confirmados de Dengue (**4.564 por laboratorio y 10.672 por nexos**), **4.288 (8,56%)** casos de CHIKV (**873 por laboratorio y 3.415 por nexos**), se registraron **3** co-infecciones (DEN/CHIKV) y **18 (0,03%)** fueron confirmados para otros diagnósticos. Se descartaron **14.204 (26,75%)** y continúan como sospechosos **19.355 (36,45%)**. En esta edición se incluyen casos confirmados de dengue y Chikungunya con cierres retrospectivos. (Tabla 2)

Teniendo en cuenta la procedencia de las notificaciones y su frecuencia, se distribuyen de la siguiente manera: **Área Metropolitana 30.328 (57,11%)**, **eje Centro Oriental 17.379 (32,73%)**; **eje Norte 3.676 (6,92%)**; **eje Centro Occidental 1.068 (2,01%)**; **eje Sur 282 (0,53 %)** y **eje Chaco 371 (0,70%)**.

Dengue. Serotipos

En el periodo mencionado, el LCSP ha identificado la circulación simultánea de los siguientes serotipos: **DEN-1, DEN 2, DEN-4** en **AMA**. En **Presidente Hayes, Boquerón, Amambay, Canindeyú** se identificaron **DEN-1** y **DEN-4**; los departamentos donde se identificó solo **DEN-1** fueron: **Concepción, San Pedro, Guairá, Caaguazú, Caazapá, Itapúa, Misiones, Paraguarí, Cordillera, Alto Paraná y Ñeembucú**. (Mapa 1)

En las últimas semanas se identifican la co-circulación de DEN-1 y DEN-4 en el distrito de Pedro Juan Caballero- Amambay. En tanto que en Canindeyú, Alto Paraná y Asunción la circulación de DEN- 1.

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

Mapa 1

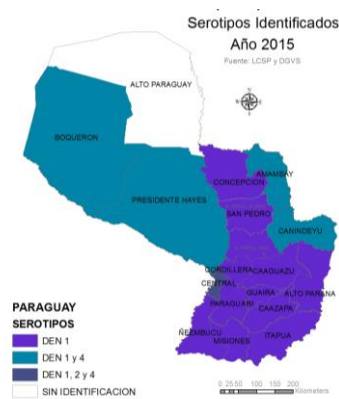


Tabla 2: Distribución de casos. Síndrome Febril Agudo.

Vigilancia de Síndrome Febril-Paraguay 2015

Período: Desde la SE 1 hasta la SE 47

EJES	DEPARTAMENTOS	CONFIRMADOS								SOSPECHOSOS FEBRILES	DESCARTADOS GENERAL	FALLECIDOS DENGUE
		DENGUE (LAB.+ NEXO)	DENGUE LABOR.	DENGUE EPIDEMIOL.	CHIKV	CHIKV LABORATORIO	CHIKV NEXO EPIDEMIOLOGICO	Co-infección DEN/CHIKV	Otros			
ÁREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	1907	613	1294	235	174	61	0	1	2572	1638	1
	CENTRAL	1897	258	1639	3967	623	3344	2	0	11449	6612	0
	PTL. HAYES (Barrios de Villa Hayes: Sub Urbano Chaco I, Sub Urbano Remansillo, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Remansillo)	22	1	21	2	2	0	0	0	12	12	0
TOTAL EJE AREA METROPOLITANA		3826	872	2954	4204	799	3405	2	1	14033	8262	1
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	48	29	19	30	20	10	0	1	146	384	0
	PARAGUARI	30	29	1	44	44	0	0	0	7	378	0
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		78	58	20	74	64	10	0	1	153	762	0
CENTRO ORIENTAL	GUIAIRA	194	54	140	1	1	0	0	0	67	145	0
	CAAZAPA	30	21	9	0	0	0	0	0	11	28	0
	CAAGUAZU	4536	1049	3487	0	0	0	0	0	497	593	1
	ALTO PARANA	3189	1507	1682	1	1	0	0	0	1801	2520	2
	CANINDEYU	2201	554	1647	0	0	0	0	2	1172	391	0
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		10150	3185	6965	2	2	0	0	2	3548	3677	3
NORTE	CONCEPCION	47	20	27	0	0	0	0	0	185	82	0
	AMAMBAY	566	163	403	0	0	0	0	1	861	592	0
	SAN PEDRO NORTE	407	139	268	1	1	0	1	0	191	359	0
	SAN PEDRO SUR	86	65	21	2	2	0	0	1	184	110	0
	TOTAL EJE NORTE		1106	387	719	3	3	0	1	2	1421	1143
SUR	ITAPUA	20	19	1	0	0	0	0	1	20	164	0
	NEEMBUCU	4	4	0	0	0	0	0	0	2	44	0
	MISIONES	2	2	3	3	3	0	0	1	21	21	0
TOTAL EJE SUR		26	25	1	3	3	0	0	2	22	229	0
CHACO	PRESIDENTE HAYES	15	4	11	1	1	0	0	2	157	46	0
	ALTO PARAGUAY	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	0
	BOQUERON	35	33	2	1	1	0	0	7	20	81	0
TOTAL EJE CHACO		50	37	13	2	2	0	0	10	178	131	0
Total general		15236	4564	10672	4288	873	3415	3	18	19355	14204	4

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

Esta edición incluye casos confirmados de Dengue y Chikungunya con cierres retrospectivos.

Notificaciones de Sx. Febril agudo.

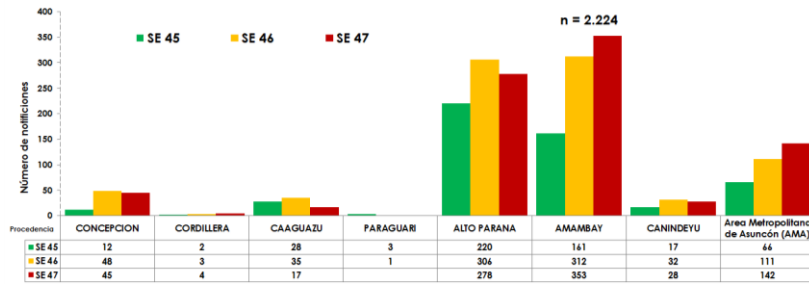
En la **SE 47** se notificaron un total de **1.079** febriles en todo el país. En el Área Metropolitana de Asunción (AMA) continua el número de notificaciones dentro del rango esperado para esta temporada del año, con un **riesgo medio**.

En los departamentos de **Concepción y Guairá**, se registra un aumento de casos febriles. **Alto Paraná** (Ciudad del Este) y **Amambay** (Pedro Juan Caballero) registran brotes activos de dengue, donde se encuentran trabajando en la vigilancia activa del Síndrome febril.

Los restantes departamentos del país se encuentran en **riesgo bajo**. Se recomienda sostener las estrategias de vigilancia, investigación y control (**Ver mapa**). Entre las semanas **45 y 47** del corriente año se registraron un total de **2.806** notificaciones de casos sospechosos y confirmados procedentes de todos los departamentos, **principalmente en AMA con 319 notificaciones, Alto Paraná (804), Caaguazú (80), Amambay (826) y San Pedro Sur (16) notificaciones**. De éstas, un total de **2.224 (95,90%)** corresponde a regiones endémicas del país. Las regiones no endémicas generaron un total de **95 (4,09%)** notificaciones. *Solo el departamento de Misiones se encuentran con corte de circulación*, teniendo un período mayor a 3 semanas sin notificaciones (**Ver gráfico 2**).

Gráfico 1

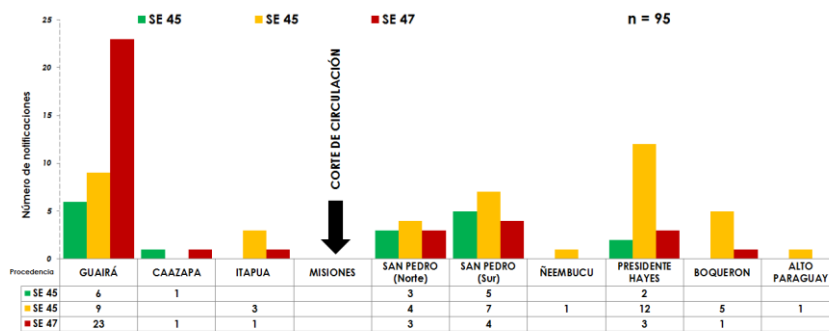
Notificaciones de confirmados y sospechosos, con inicio de síntomas en las semanas epidemiológicas 45, 46 y 47 (2015), según departamentos de procedencia. Regiones endémicas.



Fuente: Base Nacional de Febriles-UGD/DGVS

Gráfico 2

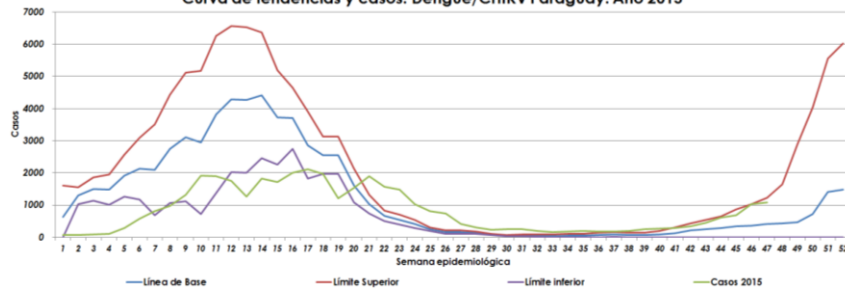
Notificaciones de confirmados y sospechosos, con inicio de síntomas en las semanas epidemiológicas 45, 46 y 47 (2015), según departamentos de procedencia. Regiones no endémicas.



Fuente: Base Nacional de Febriles-UGD/DGVS

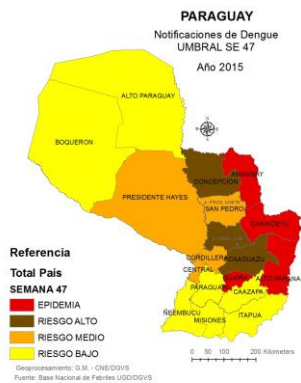
Gráfico 3

Curva de tendencias y casos. Dengue/CHIKV Paraguay. Año 2015



Mapas de Riesgo. SE 47

Mapa 2



Mapa 3



Fiebre del Zika

Es una enfermedad causada por el **virus Zika (ZIKV)**, puede causar fiebre leve, exantema, conjuntivitis no purulenta, dolores de cabeza, en los músculos y articulaciones. Se transmite por la picadura del **mosquito del género Aedes**, que es el mismo que puede transmitir **dengue o chikungunya** y que está presente en las zonas tropicales y subtropicales de las Américas. Tras la picadura del mosquito, los síntomas de enfermedad aparecen generalmente después de un periodo de incubación de tres a doce días. Una de cada cuatro personas no desarrolla los síntomas de la enfermedad y en quienes sí son afectados, **la enfermedad es usualmente leve** y puede durar de entre dos y siete días. Su manifestación clínica es muchas veces similar a la del dengue. El tratamiento consiste en aliviar el dolor y la fiebre o cualquier otro síntoma que cause molestias al paciente. No hay una vacuna específica contra el virus.

Situación en la Américas

Desde 2014, la circulación autóctona del virus Zika se ha detectado en las Américas. En febrero de 2014, las autoridades de salud pública de **Chile** confirmaron el primer caso de transmisión autóctona de infección por el virus Zika en la **Isla de Pascua**, y los casos se reportaron hasta junio del 2014. Los recientes brotes de fiebre del virus Zika en diferentes regiones del mundo demuestran que el arbovirus es de fácil propagación y dispersión a través de los territorios donde se encuentra el vector Aedes.

A partir de mayo de 2015, las autoridades de salud pública del **Brasil** confirmaron la transmisión autóctona, actualmente, hasta la SE 45, se han detectado casos autóctonos del virus Zika en los siguientes estados: **Alagoas, Amazonas, Bahía, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Paraná, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Río de Janeiro, Rio Grande do Norte, Roraima, Rondonia, Tocantins, y Sao Paulo.**

En **Colombia**; se registran casos autóctonos en **cinco** departamentos del país: **Bolívar, Córdoba, Norte de Santander, San Andrés y Sucre.** Los municipios con presencia del virus son **Arjona, Cartagena, Córdoba, Santa Rosa, Turbaco, Montería, San Cayetano, San Andrés y Sincelejo.**

En **Guatemala**, se confirma un caso autóctono en el departamento de **Zacapa.**

En **el Salvador**; se detecta circulación autóctona de Zika procedente de **Concepción Batres, Jiquilisco, Usulután, Tonacatepeque.**

En **México**, en fecha 27 de noviembre se han reportado dos casos autóctonos de Zika en **Nuevo León y Chiapas.**

En **Venezuela**, se detecta circulación autóctona de Zika procedente del **estado de Bolívar.**

En **Panamá**, 3 casos confirmados de circulación autóctono de Zika procedente **del distrito Alligandi, provincia Guna Yala.**

Y en **Surinam**, con 4 nuevos casos ha sido confirmado nuevamente por la CARPHA.

Mapa 6



Zika, Situación en Paraguay

El 27 de noviembre del 2015, el Laboratorio de Referencia Nacional comunica el hallazgo de infección por el virus Zika, en **6 muestras**, que arrojan resultados positivos por método **RT-PCR**.

Los casos fueron hallados a partir de conglomerados de febriles cuyas muestras resultaron negativas para dengue y chikungunya; y proceden del Departamento de Amambay, específicamente, del distrito de Pedro Juan Caballero.

Los **6 casos** viven en zona de frontera seca entre Ponta Porá, Brasil, y Pedro Juan Caballero, Amambay, quienes rutinariamente se movilizan entre ambas ciudades. Se encuentran distribuidos en **4 barrios del distrito de Pedro Juan Caballero**: San Gerardo (3), San Antonio (1), Guaraní (1), Mariscal Estigarribia (1).

Distribución por sexo: 3 son de sexo femenino y 3 de sexo masculino. Las edades van desde 14 a 45 años.

Iniciaron síntomas entre las SE 44 y 45, presentando fiebre, cefalea, mialgia, artralgia, dolor retro ocular y náuseas. Consultaron en forma ambulatoria, en distintos servicios de la red: Hospital Regional de Amambay (4) y Puesto de Salud (2).

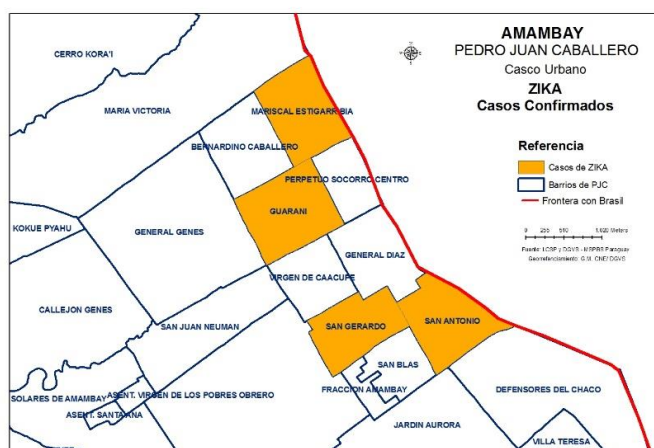
Antecedentes Epidemiológicos:

De los 6 casos, solo 2 refieren antecedentes de viaje dentro del territorio nacional, al departamento de Concepción; en los distritos de Yvyja'u y Horqueta respectivamente.

Las acciones tomadas desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, son:

- 📌 Vigilancia intensificada en zonas de frontera.
- 📌 Se intensificará la vigilancia del síndrome febril agudo en embarazadas y se hará el seguimiento hasta el nacimiento.
- 📌 Se intensifican las actividades de control con SENEPA.
- 📌 La vigilancia laboratorial continuará en zonas de frontera para confirmar y/o descartar los casos

Mapa 7



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

Resumen del Año 2015, SE 1 a 46

En la **SE 46**, la notificación de ETI por Planilla Semanal se presentó dentro de lo esperado para la época, con una tasa de incidencia de **125** por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados alcanzó el **3,1%** y la de fallecidos por IRAG **6,8%**. Según datos de laboratorio, la actividad de virus respiratorios es baja, identificándose aún Metapneumovirus y

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 SE 1 a SE 46 del año 2015 (04 de enero al 21 de noviembre- 2015) ascienden a **488.484**, presentándose dentro de lo esperado para la época. La notificación pasó de **8.973** consultas en la SE 45 a **8.471** en la SE 46, con una tasa de **125,4** por 100.000 habitantes. (Gráficos 4 y 5)

Gráfico 4

Canal endémico de ETI en población total según semana epidemiológica
Paraguay, 2015 (Semana Epidemiológica N° 46)

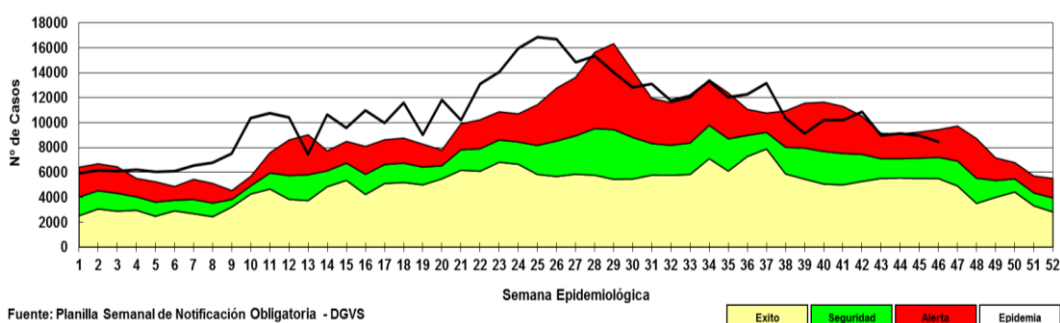
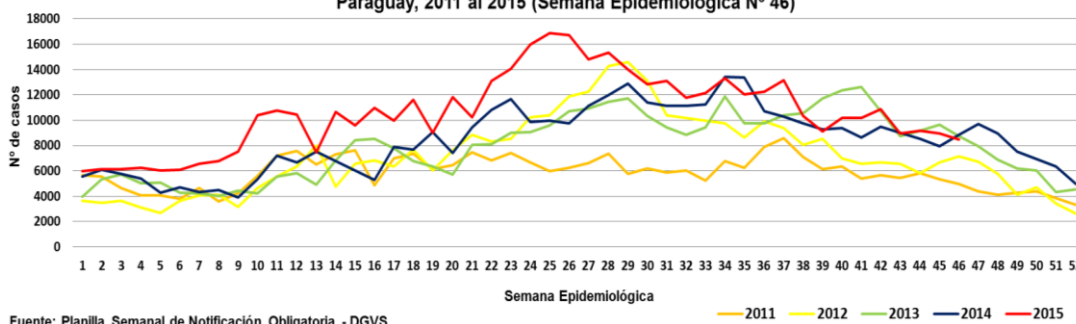


Gráfico 5

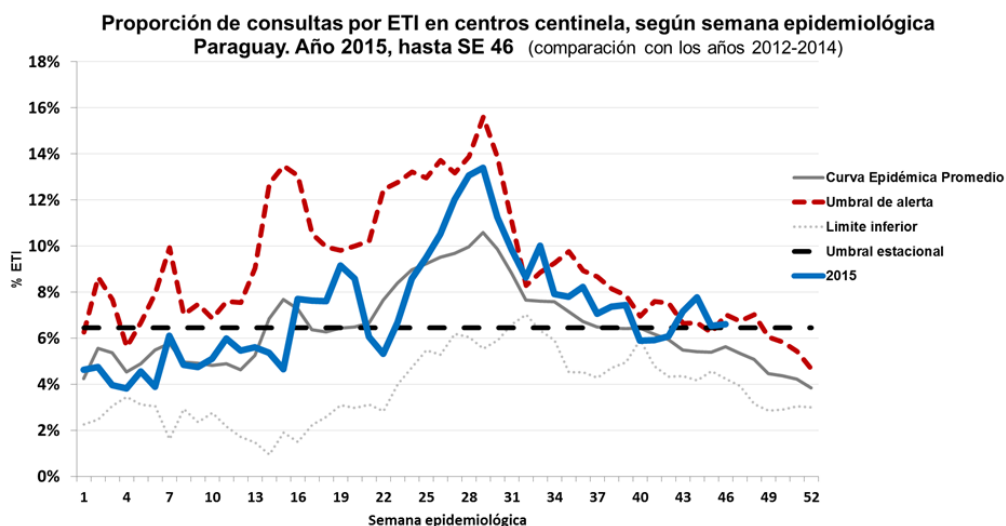
Tendencia de casos sospechosos notificados de ETI en población total según semana epidemiológica.
Paraguay, 2011 al 2015 (Semana Epidemiológica N° 46)



Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI.

En la vigilancia centinela, en lo que se refiere a la proporción de consultas por ETI, en la semana 46 fue del **6,6%** (581/8795) del total de consultas, ubicándose de nuevo dentro del umbral de estacional. (Gráfico 6).

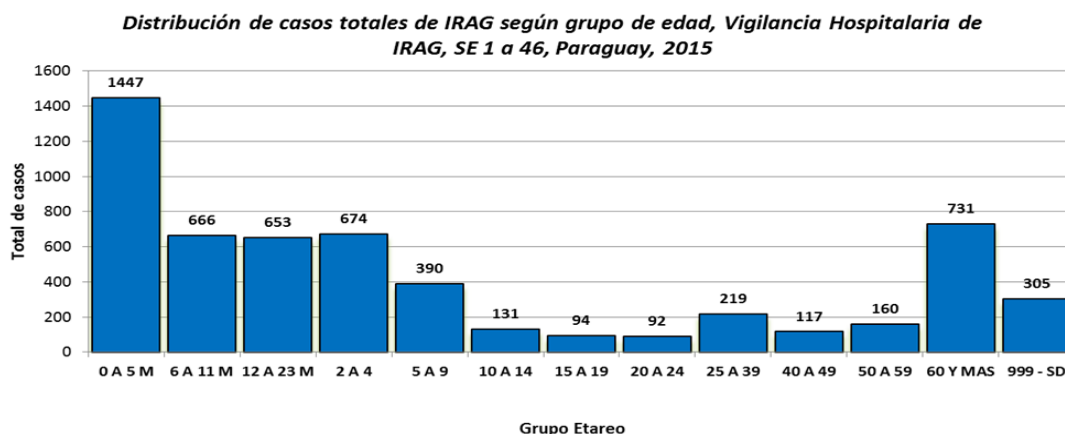
Gráfico 6: Proporción de consultas por ETI entre todas las consultas por SE. Vigilancia Centinela, SE 46 Paraguay, 2015.



Vigilancia Centinela: Monitoreo y Caracterización de Hospitalizados por IRAG

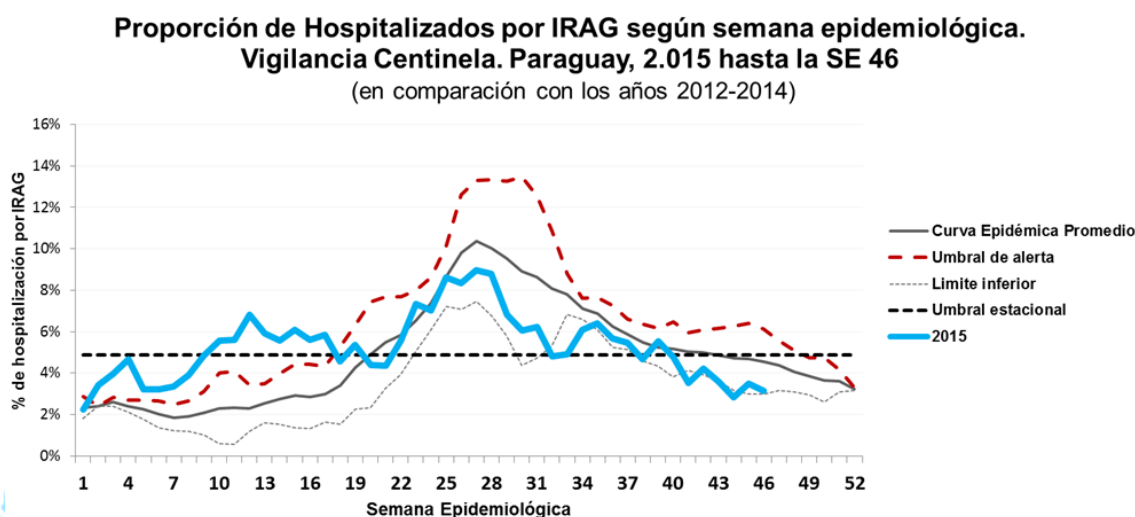
Durante las SE 1a 46 se hospitalizaron un total de **5.679** casos de IRAG en los centros centinela. De los casos hospitalizados en la última semana, el grupo de edad mayormente afectado fue el de los menores de 5 años (54/78). (Gráfico 4). Fueron admitidos en UCI desde inicio del año **576** casos de IRAG y los datos acumulados registran **326** fallecidos por IRAG en los Centros Centinela, estando **88** casos asociados a virus respiratorios: 25 a VSR, 16 a Influenza A/H1N1 2009, 15 a Influenza B, 12 a Influenza A/H3, 10 a Adenovirus, 9 a Metapneumovirus y 1 a Parainfluenza.

Gráfico 7: Distribución de casos de IRAG según grupos de edad. Vigilancia Centinela, SE 46, Paraguay, 2015



La proporción de Hospitalizados por IRAG se ubica por debajo del umbral estacional, representando en la última semana el **3,1%** (78/2496), así mismo en la SE 45 la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del **6,8%** (8/117) y la de fallecidos por IRAG fue de **2,7%** (2/75). (Gráfico 8)

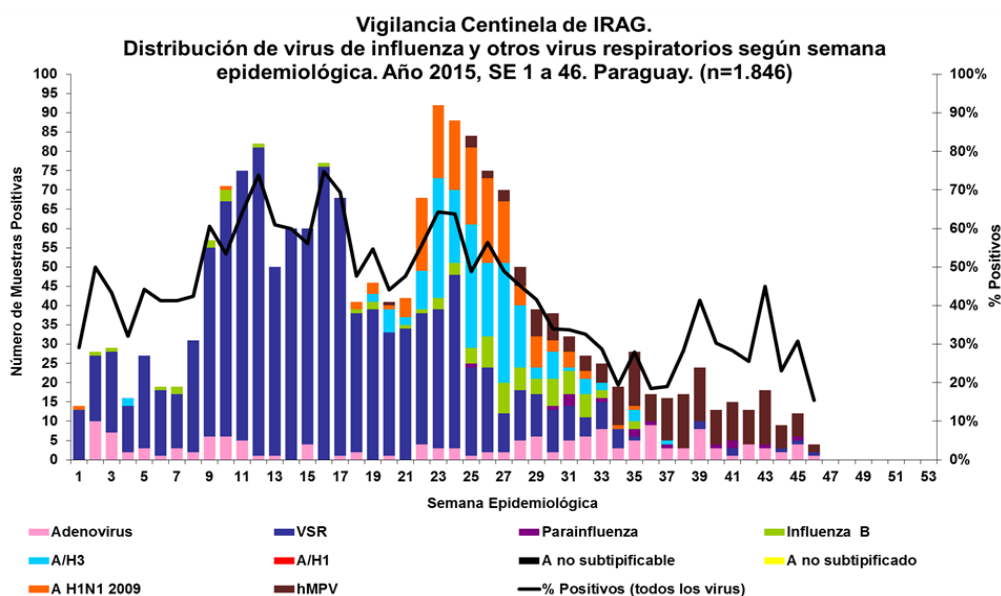
Gráfico 8: Proporción de Hospitalizados, ingresos a UCI y fallecidos por IRAG según semana epidemiológica, SE 46. Vigilancia Centinela, Paraguay, 2.015.



Circulación Viral

Durante las semanas 1 a 46 del año, en la vigilancia centinela de IRAG se obtuvo una positividad acumulada a virus respiratorios del **46,6%** (1846/3959). En las últimas semanas se observa baja actividad de virus respiratorios, persistiendo circulación de Metapneumovirus y Adenovirus. (Gráfico 9)

Gráfico 9: Distribución de virus respiratorios según semanas epidemiológicas. Vigilancia Centinela de IRAG, Paraguay, 2.015



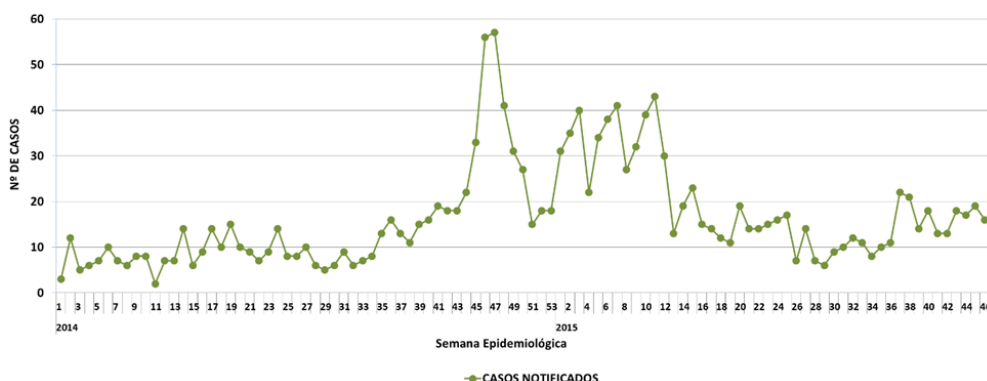
Situación Epidemiológica Vigilancia Universal de Meningoencefalitis Resumen del Año 2015, SE 1 a 47

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

Desde las semanas 1 a 47 del año 2015 (4 de enero al 28 de noviembre) se han registrado **905** notificaciones en el Sistema de Vigilancia Universal de **Meningoencefalitis Aguda**. La curva de tendencia de los años 2014 y 2015 muestra el aumento asociado al brote de Meningoencefalitis por **ENTEROVIRUS** desde el último trimestre del año 2014, retornando a las cifras esperadas a partir de la SE 21 del corriente año (fines del mes de mayo). (Gráfico10).

Gráfico 10

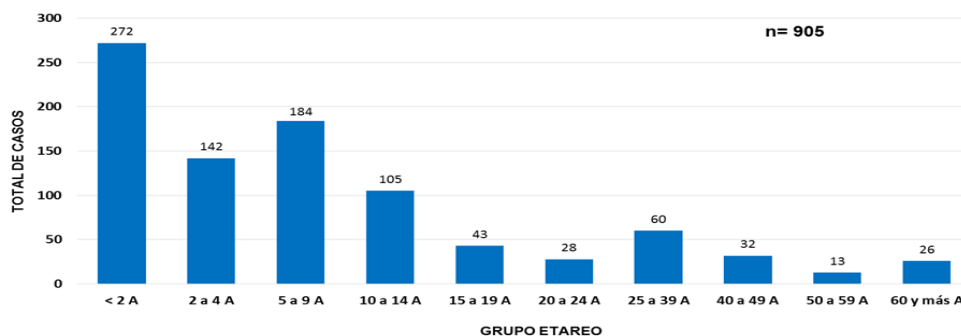
Casos sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica, Vigilancia Universal, Paraguay, Años 2014 y 2015 (Hasta SE 47)



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

Gráfico 11

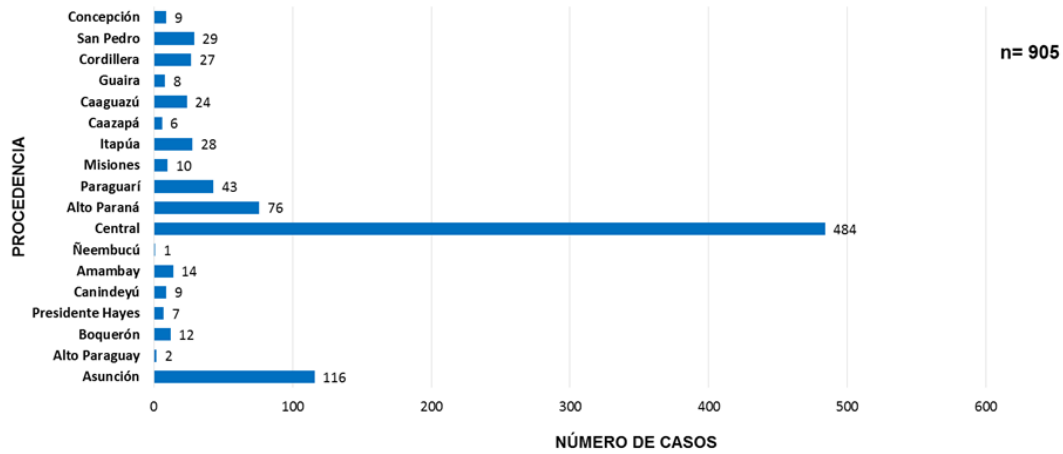
Casos sospechosos según grupos de edad, Vigilancia Universal de Meningoencefalitis, SE 1 a 47, Paraguay, 2015



De acuerdo al sitio de procedencia, la mayoría de los casos corresponden al Departamento de **Central (53,5%)**, seguidos de **Asunción (13%)**, **Alto Paraná (8%)**, **Paraguarí (5%)** e **Itapúa (3,3%)**. (Gráfico 12).

Gráfico 12

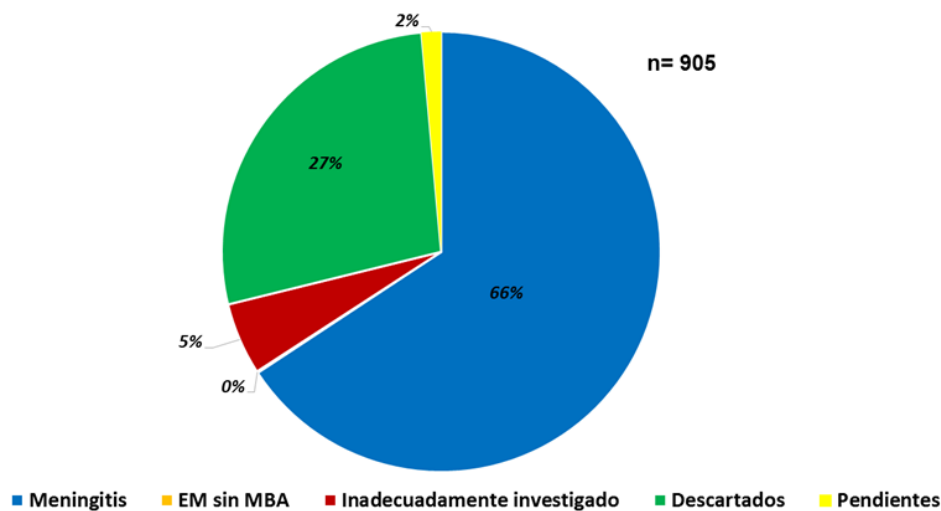
Casos sospechosos de Meningoencefalitis notificados según procedencia, SE 1 a 47, Paraguay, 2015



A la fecha del informe el 98,6% (892) de los casos cuentan con clasificación final, quedando pendientes de cierre aún el 1,4% (13). El 5,4% de los casos (49) se consideró como inadecuadamente investigado debido a que no se pudo realizar la punción lumbar con fines diagnósticos (Gráfico 13).

Gráfico 13

Distribución de casos notificados según clasificación final, SE 1 a 47, Vigilancia Universal, Paraguay, 2015



Fueron descartados con otros diagnósticos 248 casos (27,4%). De los casos que reunieron criterios de Meningitis (594), los más frecuentes fueron compatibles con probable etiología viral, siendo éstos 450 casos (75,6%), y de los cuales se confirmaron 89 (15%). Las meningitis de causa bacteriana representaron el 22% (129); de éstas se pudo identificar el agente en 69 casos.

Meningitis Bacteriana Aguda: Fue identificado el agente bacteriano etiológico en 69 casos y además se presentó un caso de Enfermedad Meningocócica sin meningitis (EM sin MBA).

Streptococcus pneumoniae (27 casos) y **Neisseria meningitidis** (9 EM con MBA y 1 caso de EM sin MBA), fueron los agentes más frecuentes, seguidos del **Staphylococcus aureus** (14 casos), **Haemophilus influenzae** (4 casos), **E. coli** (4 casos), y 2 casos de los siguientes agentes: **Diplococcus Grampositivo**, **Streptococcus pyogenes** y **Cocos Grampositivo**. Además se identificó **Streptococcus agalactiae**, **Acinetobacter**, **Serratia marcescens** y **Listeria monocytogenes** en un caso respectivamente.

En cuanto a los serogrupos identificados en Enfermedad meningocócica el más frecuente fue el **B** (4 casos), seguidos del **C** (3 casos) y del **W** (3 casos).

Cuadro 1.

Cuadro 1. Serogrupos de *N. meningitidis* identificados, Año 2015. (* EM sin MBA)

SEMANA EPIDEMIOLOGICA	EDAD	AGENTE CAUSAL	IDENTIFICADO EN	TIPO	OBITO
5	1 año	NEISSERIA MENINGITIDIS	PCR DE LCR	W	SI
22	3 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	LATEX Y CULTIVO DE LCR	Y/W	NO
23	19 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	PCR DE HMC	C	SI
25	2 meses	NEISSERIA MENINGITIDIS	PCR DE LCR	B	NO
27	27 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	LATEX	C	NO
28	9 meses	NEISSERIA MENINGITIDIS	PCR DE LCR	W	NO
30	30 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	CULTIVO DE PCR DE LCR	B	SI
30	2 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	PCR DE LCR	B	NO
44	11 años	NEISSERIA MENINGITIDIS	LATEX Y CULTIVO DE LCR	C	NO
44	24 años	NEISSERIA MENINGITIDIS*	PCR DE HMC	B	SI

Mortalidad asociada a Meningitis Bacteriana: En este período 2015 (SE 1 a 47) se produjeron 36 defunciones por meningitis bacteriana, en 23 casos se identificó el agente causal y en 13 no se pudo identificar. La letalidad asociada a **Streptococcus pneumoniae** en lo que va del año es de **33%** (9/27 casos); la de **Neisseria meningitidis** **40%** (4/10 casos) y la de **Staphylococcus aureus** **36%** (5/14 casos). Las restantes defunciones estuvieron asociadas a **E. coli** (2 casos), **Streptococcus Pyogenes** (1 caso), **Acinetobacter** (1 caso) y **Serratia marcescens** (1 caso), y **Coco Grampositivo** (1 caso).

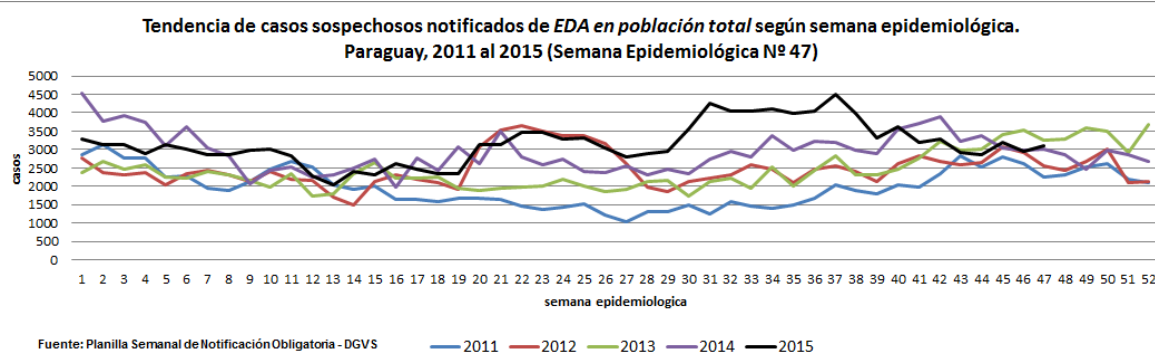
Meningitis/Encefalitis Viral: Las Meningitis de probable etiología Viral representaron el 76% (450/594) de los casos acumulados. Se confirmaron 89 casos, 75 fueron identificados como **Enterovirus**, seis **Adenovirus**, seis **Herpesvirus**, uno de los cuales fue **Herpesvirus 6**, un **Epstein-Barr** y un **Parvovirus**.

Mortalidad asociada a Meningitis/Encefalitis Viral: en forma acumulada se ha registrado dos defunciones asociadas a meningitis viral.

Enfermedad diarreica Aguda (EDA)

Se acumulan en lo que va del año **148.364** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en todo el país y en todas las edades. El **44,08 % (65.401)** corresponden a diarreas en menores de 5 años y **55,90% (82.941)** diarreas en mayores de 5 años. En la semana epidemiológica **47**, se registraron **3.123** consultas por EDA, siendo la tasa de incidencia de **46,2** por 100.000 habitantes. En el gráfico se puede observar un leve ascenso en la SE 47 en la tendencia de EDA, en comparación con la semana anterior, presentando comportamiento similar que años anteriores.

Gráfico 14



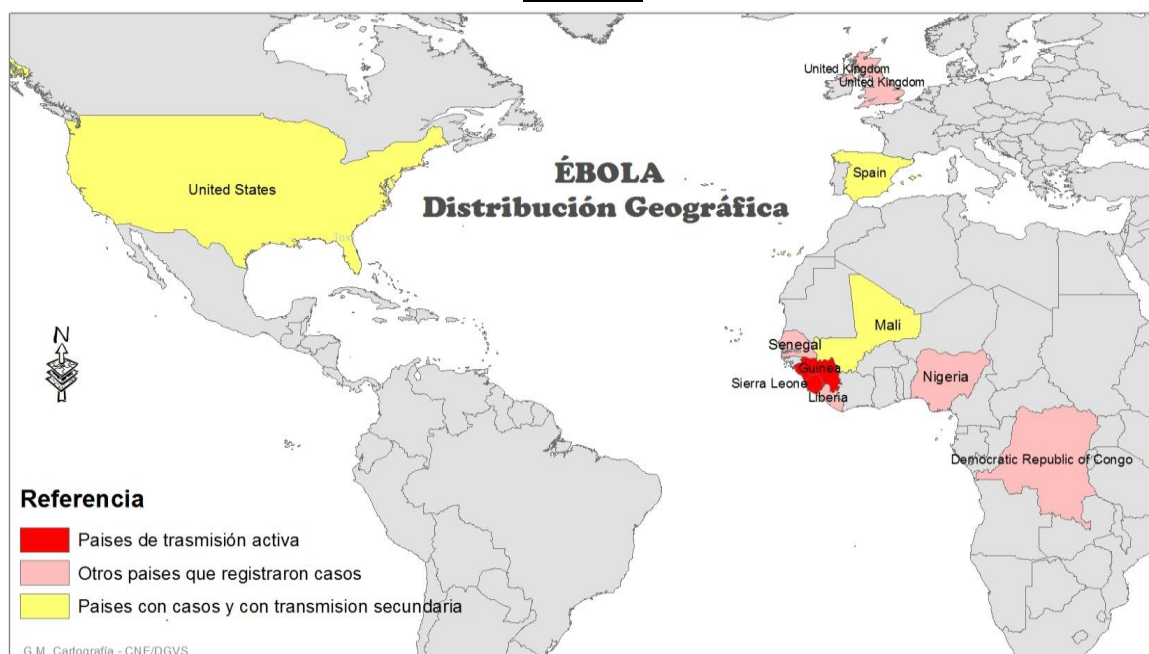
Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional bajo vigilancia. Enfermedad por Virus Ébola (EVE).

En diciembre del 2013 se inició una epidemia en el África occidental y en la actualidad los países afectados son: Guinea y Sierra Leona. **La Declaración de la OMS sobre la Reunión del Reglamento Sanitario Comité Internacional de Emergencia en cuanto al Brote de Ébola en África Occidental, emitida el 8 de Agosto de 2014 recomienda que:**

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

Distribución geográfica de EVE

Mapa 6



Confirmados, probables y sospechosos de casos y muertes por la enfermedad del virus del Ébola en Guinea, Liberia, Sierra Leona
 Actualizado 02 de Diciembre del 2015.
 Disponible en: <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-2-december-2015>

Países	Definición de caso	Casos acumulados	Casos en los 21 últimos días	Muertes Acumuladas
Guinea	Confirmados	3351	0	2083
	Probables	453	*	453
	Sospechosos	0	*	‡
Totales		3804	0	2536
Liberia	Confirmados	3151	0	‡
	Probables	1879	*	‡
	Sospechosos	5636	*	‡
Totales		10666	0	4806
Liberia **	Confirmados	9	3	3
	Probables	*	*	‡
	Sospechosos	‡	*	‡
Totales		9	3	3
Sierra Leona	Confirmados	8704	0	3589
	Probables	287	*	208
	Sospechosos	5131	*	158
Totales		14122	0	3955
	Confirmados	15215	3	‡
	Probables	2619	*	‡
	Sospechosos	10767	*	‡
Total General		28601	3	11300

Los datos se basan en la información oficial reportada por los ministerios de salud. Estos números están sujetos a cambios debido a la reclasificación en curso, investigación retrospectiva y la disponibilidad de los resultados de laboratorio. * No reportado debido a la alta proporción de casos probables y sospechosos que se reclasificó. ‡ Datos no disponibles. ** Los casos reportados antes de 09 de mayo 2015 están sombreados en azul. Debido a la vigilancia permanente y la validación retrospectiva de casos y defunciones, estos totales pueden estar sujetos a revisión. † Sierra Leona fue declarado libre de la transmisión del virus del Ébola en la población humana el 7 de noviembre de 2015, y ahora ha entrado en un período de 90 días de mayor vigilancia.

Información de Interés General

- ↳ [Chikungunya](#). Situación Epidemiológica, Manejo clínico, Planificación, Información para población.
- ↳ [Chikungunya](#). OPS/OMS
- ↳ [Recomendaciones generales para viajeros](#) "Sitio oficial de la Dirección de Vigilancia de la Salud/ Ministerio de Salud.
- ↳ [Plan de Contingencia](#) de la **Dirección de Vigilancia de la Salud. MSP y BS.**
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 2](#). Riesgo de introducción de Sarampión
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 4](#): Riesgo de Transmisión comunitaria de virus Zika. Riesgos de Propagación del virus a través de los viajeros.
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 5](#): ETI (Enfermedad Tipo Influenza) e IRAG (Infecciones Respiratorias Agudas Graves)
- ↳ [Portal de Alertas de la Dirección de Vigilancia de la Salud. MSP y BS.](#)
- ↳ [Ébola, Plan Nacional](#) de preparación y respuesta ante el riesgo de introducción en Paraguay.
- ↳ [Actualización](#). Enfermedad del virus del Ébola en África Occidental. **Sitio de Brotes Epidémicos de la OMS.** [La Directora General de la OMS informa sobre el brote de enfermedad por el virus del Ébola](#) a las misiones ante las Naciones Unidas en Ginebra
- ↳ [Enfermedad por el virus Ébola](#). Preparación y respuesta en las Américas. OPS/OMS
- ↳ [Alerta 5](#), Riesgo de Transmisión de Enfermedad por virus Ébola (EVE), Portal de Alertas y Actualizaciones epidemiológicas. Dirección General de Vigilancia.
- ↳ [Meningitis](#). Informaciones generales.
- ↳ [Actualización](#), Incremento de casos de microcefalia en Brasil.
- ↳ [Actualización](#), por virus Zika en Panamá.
- ↳ [Actualización](#), por virus ZIKA en Panamá.
- ↳ [Actualización](#), (MERS-CoV) - Arabia Saudita

Fuentes de Información

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