



General de Vigilancia de la Salud

Edición N° 5

Semana Epidemiológica: 5

13 de febrero – 2015

Dra. Águeda Cabello

Dirección General de Vigilancia de la Salud
(DGVS)

Editores

Dr. Iván Allende

Dirección de Vigilancia de Enfermedades
Transmitidas por Vectores -DGVS

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.
- **Dra. Katia Peralta**
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 5 (1 de febrero hasta el 7 de febrero)

Contenido

○ Tabla de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)	2
○ Dengue	2-3
○ Chikungunya	4
○ Vigilancia de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)	5-6
○ Enfermedades diarreicas agudas (EDA)	6
○ Situación Epidemiológica Vigilancia Universal de Meningoencefalitis	7-8
○ Ébola	9
○ Información de interés general	10

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 5 (7 de febrero).

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	
	N° de Casos	Tasa x 100.000 hab.	N° de Casos	Tasa x 100.000 hab.	N° de Casos	Tasa x 100.000 hab.
Dengue	22.306	329	716	10	85	1
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
Leishmaniosis Visceral	13	0	14	0	13	0
Chagas agudo	0**	0	0**	0	1	0
Chagas Crónico	0**	0	0**	0	14	0
Paludismo	4	0	3	0	0	0
Parálisis Aguda Fláccida	1	0	1	0	1	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	0	0	0	0	0	0
Tos Convulsa	13	0	16	0	3	0
Parotiditis	15	0	6	0	6	0
Difteria	0	0	0	0	0	0
Enf. Transmit. por Alimentos (FTA)	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Gastrointestinales	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica con MBA	0	0	0	0	0	0
Enf. Meningocócica sin MBA	0	0	0	0	0	0

*Tétanos Neonatal por 1000 nacidos vivos
** Sin información

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.

Dengue

Desde el 4 de enero (SE 1) hasta el 7 de febrero (SE 5), se han notificado al sistema de vigilancia **1.775** casos de síndrome febril agudo, de los cuales **85** fueron casos confirmados de Dengue por laboratorio y nexa, **253** descartados y continúan como sospechosos **1.437**

Teniendo en cuenta la procedencia de las notificaciones y su frecuencia, se distribuyen de la siguiente manera: **Área Metropolitana: 1.523 (85,8 %)**, eje Centro Oriental: **176 (9,9 %)**; eje Centro Occidental: **29 (1,6 %)**; eje Norte: **26 (1,4%)**, eje Sur: **14 (0,7 %)**, eje Chaco: **7 (0,3%)**. Los datos de la SE 5 aún pueden sufrir modificaciones.

En lo que va del año, el LCSP ha identificado circulación simultánea **DEN-1, DEN-4** en **AMA, Caaguazú, Alto Paraná y Canindeyú**. 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 y casos esporádicos en distintas localidades.

PARAGUAY

Circulación Viral
Año 2015

Fuente: LCSP y DGVS



Tabla 2: Distribución de casos

Notificaciones de Dengue. Paraguay, 2015
Período: SE 5

EJE	DEPARTAMENTOS	TOTAL NOTIFICADOS	CONFIRMADOS	SOSPECHOSOS	DESCARTADOS	
ÁREA METROPOLITANA	ASUNCIÓN	268	22	114	132	
	CENTRAL	1253	16	1189	48	
	FTE. HAYES (Barrios de Villa Hayes, Sub Urbano Chaco I, Sub Urbano Fernando, Zona Chaco I, Zona La Paz, y Fernando)	2	0	2	0	
TOTAL EJE ÁREA METROPOLITANA		1523	38	1305	180	
CENTRO OCCIDENTAL	CORDILLERA	12	0	11	1	
	PARAGUARI	17	0	7	10	
TOTAL EJE CENTRO OCCIDENTAL		29	0	18	11	
CENTRO ORIENTAL	GUAIRÁ	12	0	7	5	
	CAAZAPA	0	0	0	0	
	CAAGUAZÚ	56	33	11	12	
	ALTO PARANA	42	11	32	19	
	CANINDEYÚ	46	3	42	1	
TOTAL EJE CENTRO ORIENTAL		176	47	92	37	
NORTE	CONCEPCION	1	0	1	0	
	AMAMBAY	23	0	9	14	
	SAN PEDRO NORTE	2	0	2	0	
	SAN PEDRO SUR	0	0	0	0	
TOTAL EJE NORTE		26	0	12	14	
SUR	ITAPUA	13	0	7	6	
	ÑEMBUCÚ	1	0	0	1	
	MISIONES	0	0	0	0	
TOTAL EJE SUR		14	0	7	7	
OCCIDENTAL	PRESIDENTE HAYES	5	0	3	2	
	ALTO PARAGUAY	0	0	0	0	
	BOQUERÓN	2	0	0	2	
	TOTAL EJE OCCIDENTAL		7	0	3	4
	TOTAL general		1775	85	1437	253

Fuente: Base Nacional de Fiebriles - DGVIS / MSP/YS. Datos sujetos a modificación

Notificaciones de Sx. Febril agudo con sospecha de dengue.

En la **SE 5** se notificaron un total de **478** febriles. Ningún departamento se encuentra en epidemia. El **Área Metropolitana de Asunción (AMA)** y **Canindeyú** se encuentran en riesgo alto y **Guairá** y **Paraguarí** en riesgo moderado, los restantes departamentos del país en riesgo bajo. Se recomienda sostener las estrategias de vigilancia, investigación y control (Ver mapa).

Entre las semanas 3 y 5 del corriente año se registraron un total de **1.013** notificaciones de casos sospechosos y confirmados procedentes de 10 departamentos. De estas, un total de **997** (98,5 %) corresponde a regiones endémicas del país. Las regiones no endémicas generaron un total de **16** (1,5 %) notificaciones y entre ellas **Caazapá, Misiones, San Pedro Sur, Ñeembucú, Boquerón** y **Alto Paraguay** han tenido períodos mayores a 3 semanas sin casos notificados (corte de circulación) (Ver gráfico 2).

Gráfico 1

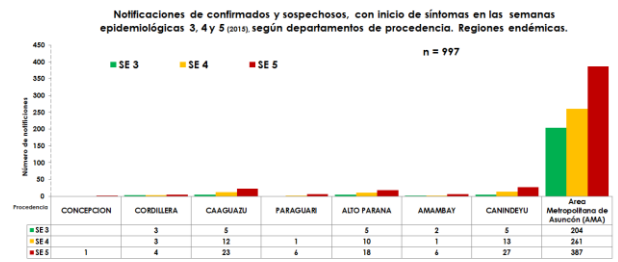


Gráfico 2

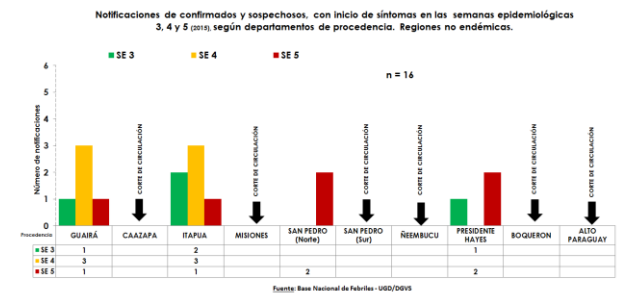
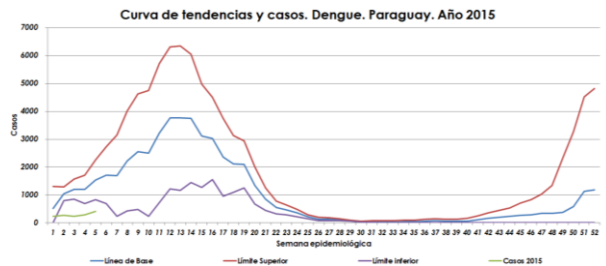
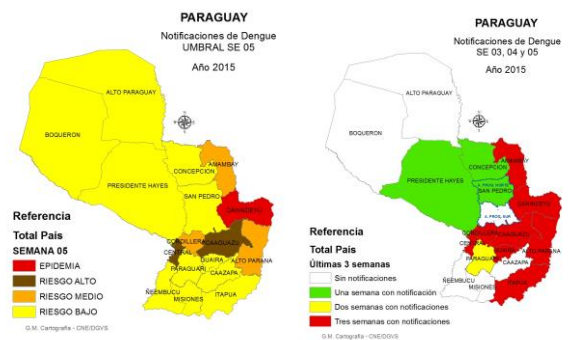


Gráfico 3



Mapas de Riesgo. SE 5



Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional bajo vigilancia Enfermedad por virus Chikungunya (EVCh)

Actualmente y hasta la **SE 5** los países afectados con **circulación autóctona** de este agente infeccioso son: Estados Unidos de América, Costa Rica, El Salvador, Panamá, Colombia, Venezuela y Caribe, Guyanas, Bahamas, Belice, Trinidad & Tobago, Jamaica, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Honduras, México, Bermuda, Ecuador y Paraguay

Se han registrado casos **importados** en Cuba, Bolivia, Perú, Chile, Barbados, Islas Caimán, Canadá, Argentina y Ninguno de estos países reportó transmisión comunitaria sostenida. (Ver Mapa).



Siguen vigentes las recomendaciones para viajeros a destinos donde existe transmisión activa de este virus: **no exponerse a picaduras de mosquitos; consultar al centro asistencial más cercano o comunicarse con la Dirección General de Vigilancia de la Salud** (notifica.dgvs@gmail.com ; 0985-588279) en caso de que aparezcan síntomas **(fiebre+dolores articulares)** en las dos semanas siguientes del regreso al país.

Situación actual en Paraguay.

Hasta la fecha se confirmaron por **laboratorio de referencia nacional** un total de **36** casos de CHIKUNGUYA con transmisión comunitaria en los siguientes distritos del departamento Central: **Fernando de la Mora, Villa Elisa, Luque, Ypané y Ñemby.**

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

Semana 4 - 2015

En la **SE 4**, la notificación de ETI por Planilla Semanal se presentó levemente por encima de lo esperado para la época, con una tasa de incidencia de **89** por 100.000 habitantes. En la Vigilancia Centinela de IRAG la proporción de hospitalizados alcanzó el **3,6%** y la de fallecidos por IRAG **2,9%**. Según datos de laboratorio, en las SE 1 a 4, se identificaron principalmente virus **Sincitial Respiratorio** y **Adenovirus**.

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

Según lo registrado en Planilla Semanal de Notificación Obligatoria, a nivel nacional, las consultas por ETI acumuladas en las cuatro primeras semanas del año 2015 (4 al 31 de enero - 2015) ascienden a **24.485**, presentando un comportamiento levemente por encima de lo esperado para la época del año. La notificación se mantuvo en cifras similares, **6124** consultas en la SE 3 y **6249** en la SE 4, con una tasa de **89,2** por 100.000 habitantes (Gráficos 4 y 5)

Gráfico 4

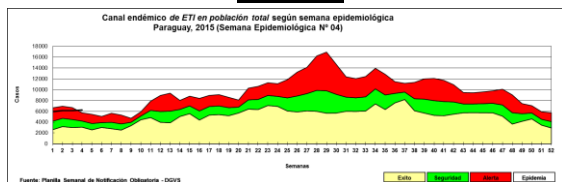
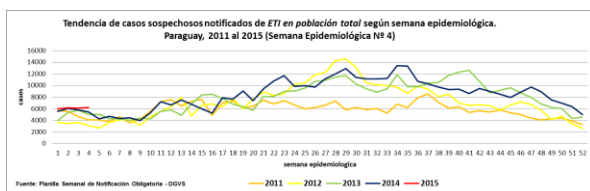


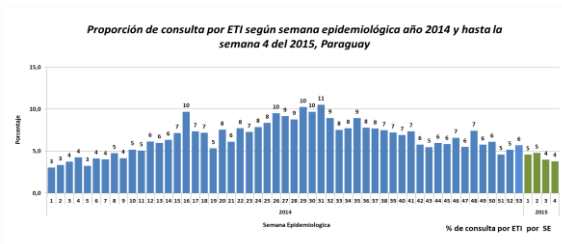
Gráfico 5



2- Vigilancia Centinela: Monitoreo de Consultas por ETI y Hospitalizados por IRAG:

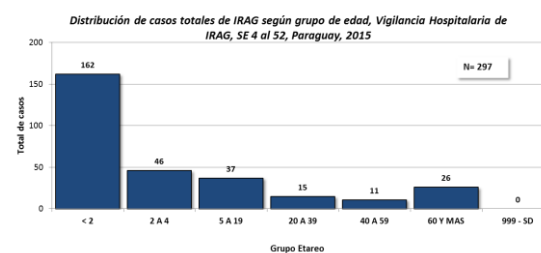
En la vigilancia centinela, en lo que se refiere a la proporción de consultas por ETI, en la semana 4 fue del **3,8%** (317/8327) del total de consultas, similar a lo registrado el año pasado para la misma época (**4%**).

Gráfico 6: Proporción de consultas por ETI entre todas las consultas por SE, Vigilancia Centinela, SE 4 Paraguay, 2015



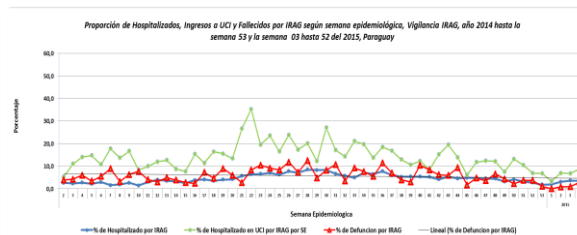
Durante las SE 1 a 4 se hospitalizaron un total de **297** casos de IRAG en los centros centinelas. La proporción de Hospitalizados por Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en los Centros Centinelas con respecto al total de hospitalizados fue del **3,6% (89/2489)**. De los casos hospitalizados en la última semana, el grupo de edad mayormente afectado fue el de los menores de 5 años (**59/89**).

Gráfico 7: Distribución de casos de IRAG según grupos de edad, Vigilancia Centinela, SE 4, Paraguay, 2015



Durante las semanas 1 a 4 del año fueron admitidos en UCI 30 casos de IRAG y en la última semana, en los Centros Centinelas, la proporción de ingresos a UCI por IRAG fue del **8,7 % (9/103)** y la de fallecidos por IRAG fue de **2,9% (3/103)**. Los datos acumulados registran 6 fallecidos por IRAG en los Centros Centinela.

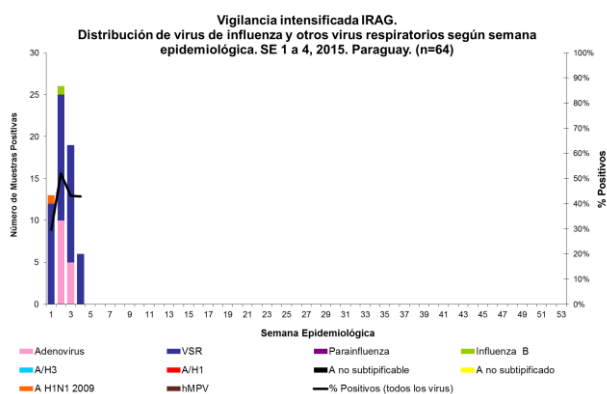
Gráfico 8: Proporción de Hospitalizados, ingresos a UCI y fallecidos por IRAG según semana epidemiológica, SE 4, Vigilancia Centinela, Paraguay, 2015



Circulación viral

Durante las primeras semanas del año, en la vigilancia centinela de IRAG se obtuvo una positividad acumulada a virus respiratorios del 42% (64/152). Entre los virus identificados la mayor proporción fue para el VSR (73%), seguidos del Adenovirus (23%).

Gráfico 9: Distribución de virus respiratorios según semanas epidemiológicas, Vigilancia Centinela de IRAG, Paraguay, 2.014

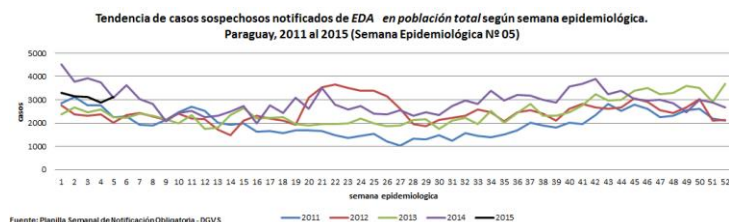


Enfermedad diarreica Aguda (EDA)

Se acumulan en lo que va del año **15.554** registros de consultas por episodios de Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), en todo el país y en todas las edades, siendo la tasa de incidencia de **44,5 por cien mil** habitantes, con una diferencia del **8,3 %** con respecto a la semana anterior. El **44% (6.866)** corresponden a diarreas en menores de 5 años y **56% (8.688)** diarreas en mayores de 5 años.

En la semana epidemiológica 5, se registraron **3.120** consultas por EDA, presentando comportamiento diferente que en años anteriores.

Gráfico 10



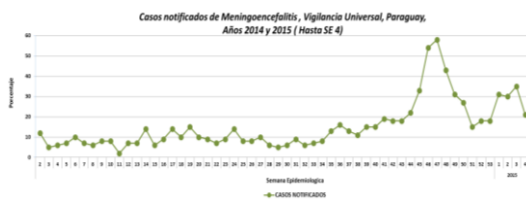
Situación Epidemiológica Vigilancia Universal de Meningoencefalitis

Resumen del Año 2015, SE 1 a 4

Resumen 2014: Durante el año 2014 el total de las notificaciones fue de **733** casos, de las cuales se han cerrado como Meningitis **504** casos, siendo las más frecuentes las compatibles con etiología viral (69%), seguidas de las bacterianas (25%). **Streptococcus pneumoniae** fue el agente etiológico bacteriano más frecuente, representando el 45%, seguidos del **Staphylococcus aureus** (15%). Entre los agentes virales el **Enterovirus** fue el identificado más frecuentemente (24 casos).

Durante las primeras cuatro semanas del año 2015 (04 al 31 de enero- 2015) se han registrado **117** notificaciones en el Sistema de Vigilancia Universal de **Meningoencefalitis**. La curva de tendencia de los años 2014 y 2015 muestran el aumento asociado al brote de Meningoencefalitis por **ENTEROVIRUS** reportados al sistema de vigilancia desde el último trimestre del año 2014. Se ha registrado un descenso en las notificaciones desde mediados del mes de diciembre, sin embargo hay evidencia de la persistencia en la circulación del virus, demostrándose durante las dos primeras semanas del año 2015 un leve incremento en las notificaciones. (Gráfico 11)

Gráfico 11: Casos Sospechosos de Meningoencefalitis según semana epidemiológica. Años 2014-2015 (Hasta la SE 4), Paraguay.



La distribución por grupo etario mostró un neto predominio en los **escolares** (5 a 14 años), seguidos de los menores de 2 años. La menor incidencia se registró

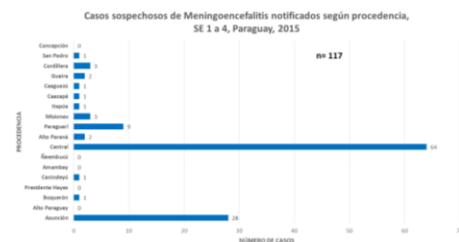
en el grupo de adultos mayores (50 y más años). (Gráfico 12).

Gráfico 12. Casos sospechosos de Meningoencefalitis por grupos de edades. SE 1 a 4, Paraguay, 2015.



De acuerdo al sitio de procedencia, la mayoría de los casos corresponden al Departamento de Central (55%), seguidos de Asunción (24%), Paraguari (2,5%) y Cordillera (2,5%). (Gráfico 13).

Gráfico 13. Distribución de casos sospechosos de Meningoencefalitis según procedencia, SE 1 a 4, Paraguay, 2015.



A la fecha del informe el 76% (89) de los casos cuentan con clasificación final, quedando pendientes de cierre aún el 24% (28). (Gráfico 14).

Gráfico 14: Distribución de casos notificados, según Clasificación final, SE 1 a 4, Paraguay, 2015.



Fueron descartados con otros diagnósticos 20 casos (17%). De los casos que reunieron criterios de

Meningitis (69), los más frecuentes fueron compatibles con probable etiología viral, siendo éstos 60 casos (87%), de los cuales se confirmaron 4 (7%). Las meningitis de causa bacteriana representaron el 13%; de éstas se pudo identificar el agente en 5 de los casos.

Meningitis Bacteriana Aguda: Fue identificado el agente bacteriano etiológico en 5 casos. **Streptococcus pneumoniae** fue el agente etiológico más frecuente (2 casos), seguidos del **Staphylococcus aureus** (1 caso), **Haemophilus influenzae** (1 caso) y otro agente **gram positivo** (1 caso).

Mortalidad asociada a Meningitis Bacteriana: En este período 2015 (SE1 a 4) se produjeron 3 defunciones por meningitis. Los casos fallecidos estuvieron asociados al **Streptococcus pneumoniae** en un caso, al **Staphylococcus aureus** en un caso, y a un **Gram positivo** en un caso.

Meningitis/Encefalitis Viral: Las Meningitis de probable etiología Viral representaron el 87% (60/69) de los casos acumulados. Se confirmaron 4 casos, todos fueron identificados como **Enterovirus**.

Se observó el aumento del número de casos asociados a Enterovirus a partir de la SE 36 del año 2014, llegando al pico máximo en la SE 47, con el posterior descenso en las últimas semanas del año. La circulación de Enterovirus persiste aunque con una intensidad menor, demostrándose un aumento de nuevo durante las primeras dos semanas del año 2015.

Mortalidad asociada a Meningitis/Encefalitis Viral: No se registraron muertes asociadas al aumento de casos relacionados al Enterovirus ni a probable etiología viral durante el periodo del informe.

Enfermedad por Virus Ébola (EVE)

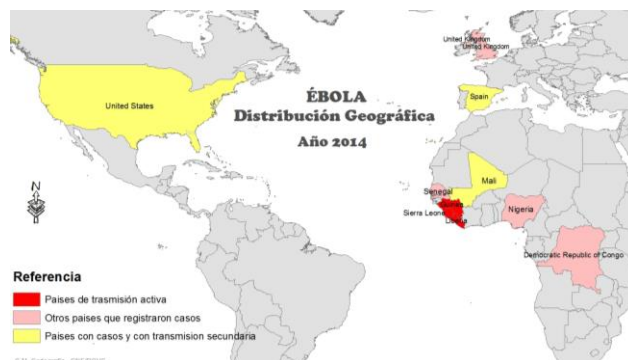
En diciembre del 2013 se inició una epidemia en el África occidental y en la actualidad los países afectados son: Guinea, Liberia, Sierra Leona.

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 08 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



PAÍSES CON UN CASO INICIAL O TRANSMISIÓN LOCALIZADA

Cinco países: (Malí, Nigeria, Senegal, España, Estados Unidos y El Reino Unido) han informado de casos importados de un país con transmisión generalizada e intensa. Nigeria y Senegal ya lograron la interrupción de la transmisión, Malí sigue vigilando riesgos, EEUU y España no reportaron transmisión comunitaria sostenida y el Reino Unido reportó recientemente un caso que compromete a un profesional de la salud, voluntario en Sierra Leona y que iniciara síntomas el 29 de diciembre

Confirmado, probables y sospechosos de casos y muertes por la enfermedad del virus del Ébola en Guinea, Liberia, Sierra Leona
Actualizado 04 de febrero del 2015.
Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151311/1/roadmapsitrep_4Feb15_eng.pdf?ua=1

Países	Definición de caso	Total	Totales (muertes)
Guinea	Confirmados	2608	1597
	Probables	347	347
	Sospechosos	20	‡
Totales		2975	1944
Liberia	Confirmados	3143	‡
	Probables	1870	‡
	Sospechosos	3732	‡
Totales		8745	3746
Sierra Leona	Confirmados	8059	2910
	Probables	287	208
	Sospechosos	2394	158
Totales		10740	3276
Total General		22460	8966

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 se reporta debido a la alta proporción de casos probables y sospechosos que se reclasifican. ‡ Datos no disponibles.

Información de Interés General

- ↳ [Chikungunya](#). Situación Epidemiológica, Manejo clínico, Planificación, Información para población.
- ↳ [Alerta Epidemiológica: Fiebre por chikungunya y dengue en las Américas](#), Portal de Alertas de la 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° 1](#) Riesgo de Transmisión comunitaria de virus Chikungunya (CHIKV) en el Área metropolitana de Asunción (AMA).
- ↳ [Alerta Epidemiológica N° 2](#), Riesgo de introducción de Sarampión [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.
- ↳ [Sarampión en los Estados Unidos](#), Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC)

[Actualización](#), Infección humana por el virus A (H7N9) - China,

- ↳ [Actualización](#); Infección por coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en Arabia Saudí

- ↳ [Actualización](#); caso de infección por coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en Qatar.
- ↳ [Actualización](#); Infección por coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) en los Emiratos Árabes Unidos:

Fuentes de Información

- Centro Nacional de Enlace (CNE) - UER/DGVS
- Unidad de Gestión de Datos (UGD) - DGVS
- Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)
- Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo - (SENEPA)
- Hospitales Centinelas para ETI e IRAG
- Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA)