



Gobierno Regional del Cusco
 Dirección Regional de Salud Cusco

U.E. 409 Dirección Hospital Alfredo Callo Rodríguez - Sicuani
 Unidad de Inteligencia Sanitaria - Epidemiología



BOLETIN EPIDEMIOLOGICO N° 7-2018



DR. ALFREDO CONDORI CACERES
 Director de la Unidad Ejecutora 409 – HACR- Sicuani.

C.P.C. FRANCISCA CUEVA MAMANI.
 Administrador de la Unidad Ejecutora 409 HACR- Sicuani.

TEC. MOISES YANQUI PUCUHUANCA
 Jefe de RR.HH. de la Unidad Ejecutora 409 HACR- Sicuani.

MC. NUBIA SOCKI BLANCO PILLCO
 Jefa de la Unidad de Inteligencia Sanitaria del HACR- S.

LIC. DANCY SONIA LABRA HUAMANVILCA DE AVENDAÑO
 Responsable de Epidemiología

INDICE

1	Daños Estacionarios	Pág. 3
2	Mortalidad Materna	Pag.7
3	Mortalidad Perinatal	Pág. 8
4	Enfermedades Transmisibles	Pág. 9
5	Infecciones Intrahospitalario	Pág. 15
6	Noticias Epidemiológicas	Pág. 19

FIEBRE MAYARO

FIEBRE MAYARO

Del virus Mayaro se conoce muy poco, pero en los brotes que se han presentado principalmente en Sudamérica se detalla que la infección se presenta con algunos o todos estos síntomas.

- DOLOR DE CABEZA Y FIEBRE
- NAUSEAS Y DIARREA
- INFLAMACIÓN DE LAS ARTICULACIONES
- DOLOR MUSCULAR

ERUPCIONES EN FORMA DE MANCHAS ROJAS EN PECHO, ESPALDA Y EXTREMIDADES.

ADULTO
 Vive unas pocas semanas, sin superar el mes.

Estos mosquitos abundan en zonas tropicales, pero solo los infectados transmiten el virus.

CRECIMIENTO DEL MOSQUITO

- HUEVOS DE 2 A 4 DÍAS
- LARVA DE 5 A 8 DÍAS
- 4 CICLOS DE CRECIMIENTO DE 48 HORAS CADA UNO
- PUPA DE 1 A 2 DÍAS
- ULTIMA ETAPA DE MADURACIÓN

EL MOSQUITO

El *Aedes aegypti* es un insecto pequeño, de color oscuro con rayas blancas en el dorso y en las patas y emite un resplandor plateado, según la incidencia de la luz sobre su cuerpo. Es de hábitos diurnos, está activo a media mañana y poco antes de oscurecer.

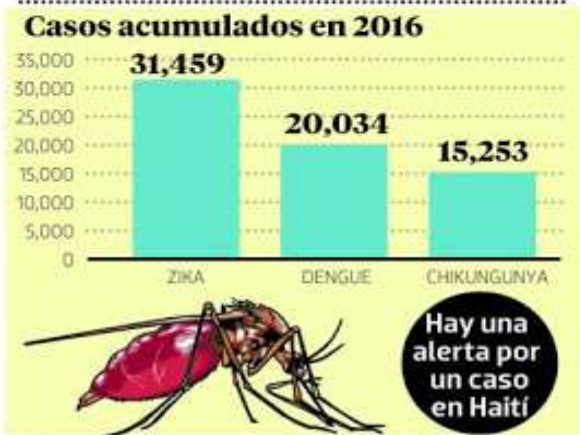
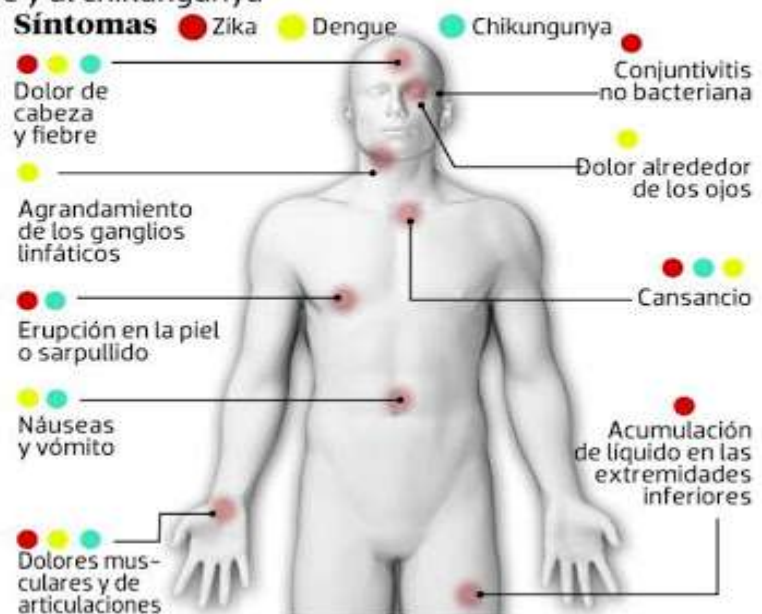
LA FIEBRE MAYARO (CIE-10 A92.8): Es una zoonosis producida por un arbovirus, género Alphavirus, familia Togavirus, endémico en bosques húmedos tropicales de la región tropical de Sur América transmitido por mosquitos Haemagogus. Los casos humanos se asocian con exposiciones recientes a ambientes húmedos boscosos donde habitan los vectores. La enfermedad es parecida al dengue, con un inicio rápido de fiebre, dolores generalizados, cefalea, dolor retroocular, mareos, artralgias generalizadas y edema articular muchas veces incapacitante. El curso de la enfermedad es autolimitado, de tres a cinco días, no letal, no obstante, las artralgias pueden durar semanas o meses.

VIRUS MAYARO: El virus Mayaro es un virus transmitido por mosquitos en zonas boscosas y selváticas de Sudamérica y Centroamérica, sobre todo en la zona del Amazonas. Se conoce desde hace más de 60 años, y ha producido brotes no muy importantes, sobre todo en personas que habitan en localidades colindantes a la selva, y en trabajadores de la industria forestal.

Mayaro, otra enfermedad que transmite el Aedes aegypti

Amenaza El zancudo es el causante de otra enfermedad viral denominada mayaro, la cual presenta síntomas muy similares al dengue y al chikungunya

Síntomas del mayaro
 Fiebre y mareos
 Dolores en las articulaciones
 Dolor de cabeza y de ojos
Se presenta más en zonas rurales o selváticas



INFOGRAFÍA: EL HERALDO / MANUEL RODRÍGUEZ

FUENTE: OMS

CAUSAS DE LA FIEBRE POR EL VIRUS MAYARO: El virus Mayaro es un tipo de arbovirus. Los arbovirus (Arthropod borne virus) son virus transmitidos por artrópodos como los mosquitos. Dentro de este tipo de virus transmitidos por mosquitos hay virus muy conocidos como el zika, el dengue, el chikungunya o el virus de la fiebre amarilla. Muchos de ellos son parecidos en su distribución geográfica, e incluso en los síntomas.

El virus de la fiebre Mayaro es un virus de tipo RNA que pertenece al género Alphavirus, de la familia Togavirus. El virus Chikungunya también es un Alphavirus. Otros Alphavirus son el virus Sindbis, los virus de las encefalitis equinas oriental, occidental y venezolana, el virus del Río Ross, y el virus O'nyong'nyong. Hay otro género dentro de los Togavirus, los Rubivirus. El ejemplo típico de este género es el virus de la rubéola.

El virus Mayaro se aisló por primera vez de la sangre de un paciente que tenía una enfermedad febril en la localidad de Mayaro, en la isla de Trinidad, en 1954. Posteriormente ha habido algunos brotes epidémicos en localidades rurales y semirurales de la Panamazonia. Las zonas más afectadas por brotes ocasionales de virus Mayaro están sobre todo en el Norte de Brasil, aunque también ha aparecido en Perú, Bolivia, Surinam, Guayana Francesa, Guayana, Colombia, Brasil y Venezuela. Ha habido algunos casos aislados importados en países fuera del área endémica.

SÍNTOMAS DE LA FIEBRE POR EL VIRUS MAYARO: El principal síntoma del virus Mayaro es un cuadro febril inespecífico, que no se puede distinguir clínicamente de otras enfermedades virales, producidas también por virus que se transmiten por la picadura de mosquitos en zonas selváticas. Es una enfermedad muy parecida al dengue y al chikungunya.

La persona afectada por fiebre mayaro presenta un inicio rápido de fiebre (de más de 38°C) con escalofríos. Además, suele presentar otros síntomas acompañantes como son dolores generalizados, de articulaciones y músculos. Las articulaciones, además de dolorosas, pueden estar inflamadas, con edema de las mismas. Suele haber además dolor de cabeza y dolor por detrás de los ojos, con fotofobia (el dolor aumenta con la exposición a la luz).

La mayoría de los pacientes se quejan de mareo y debilidad intensa. Puede haber erupción cutánea en forma de manchas rojas en el pecho, las piernas, la espalda, los brazos y, a veces, en la cara. Además, pueden aparecer náuseas, diarrea y dolor abdominal, junto a pérdida de apetito y disminución de la ingesta de alimentos. En algunos casos el cuadro se acompaña de algo de tos, dolor de garganta, o congestión nasal. Las manifestaciones hemorrágicas también son posibles.

En general es una enfermedad de curso benigno que se resuelve por sí sola. Los síntomas suelen durar entre 2 y 5 días, salvo los dolores articulares, que son uno de los síntomas más característicos de esta fiebre. A veces, los dolores articulares pueden durar meses, afectando sobre todos a muñecas, tobillos, codos, rodillas y dedos. Hay quien lo ha llamado la fiebre zombi porque por los dolores articulares el paciente puede tener dificultades para caminar, pero claramente es una exageración dirigida a generar titulares alarmistas en la prensa.

DIAGNÓSTICO DE LA FIEBRE POR EL VIRUS MAYARO: Para diagnosticar la fiebre mayaro en primer lugar hay que sospechar que pueda haber afectación por este virus. El contacto reciente con zonas selváticas o boscosas tropicales húmedas de Sudamérica y Centroamérica es el factor de riesgo más importante, sobre todo si se reportan picaduras de mosquitos –aunque éstas pueden haber pasado inadvertidas. Los trabajadores de las zonas boscosas o selváticas tienen mayor riesgo de sufrir esta fiebre.

Como los síntomas son inespecíficos, a priori es imposible realizar un diagnóstico sólo en base a la clínica. **El cuadro clínico es muy similar al zika, el dengue y el chikungunya.** Analíticamente puede detectarse una bajada del número de glóbulos blancos en sangre. Las plaquetas y las pruebas de función hepática suelen ser normales. Sin embargo, los hallazgos que pueda haber en los análisis de sangre no son específicos de la fiebre mayaro.

El diagnóstico de confirmación de la fiebre mayaro requeriría métodos de laboratorio específicos como el aislamiento viral por la inoculación de cultivos celulares con una muestra de sangre, con posterior aplicación de pruebas serológicas, o por aplicación de técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para amplificar el material genético del virus.

Las pruebas serológicas, es decir, la detección de anticuerpos contra el virus Mayaro en la sangre de un paciente infectado son costosas, y sus resultados tardan mucho tiempo. Los anticuerpos se pueden detectar a partir del tercer o cuarto día de la infección. Otras técnicas, como la PCR en sangre, son rápidas y proporcionan un diagnóstico confirmación. Sin embargo, el virus sólo permanece en sangre entre dos y seis días desde el inicio de la infección.

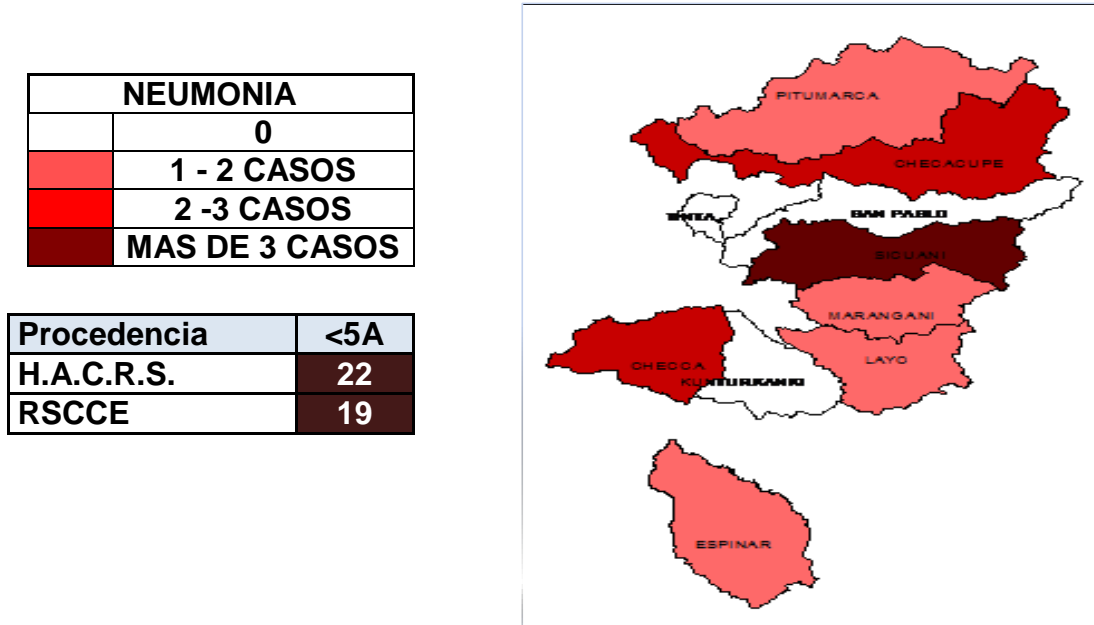
PREVENCIÓN:

- Usar repelentes.
- Usa ropa que cubre tus extremidades.
- Usa mosquiteros para dormir.
- Asegúrate de tapar los recipientes que contengan agua y lávalos frecuentemente.
- Elimina y mantén limpio o vacío los objetos que puedan acumular agua de lluvia.

I.- DAÑOS DE ESTACION

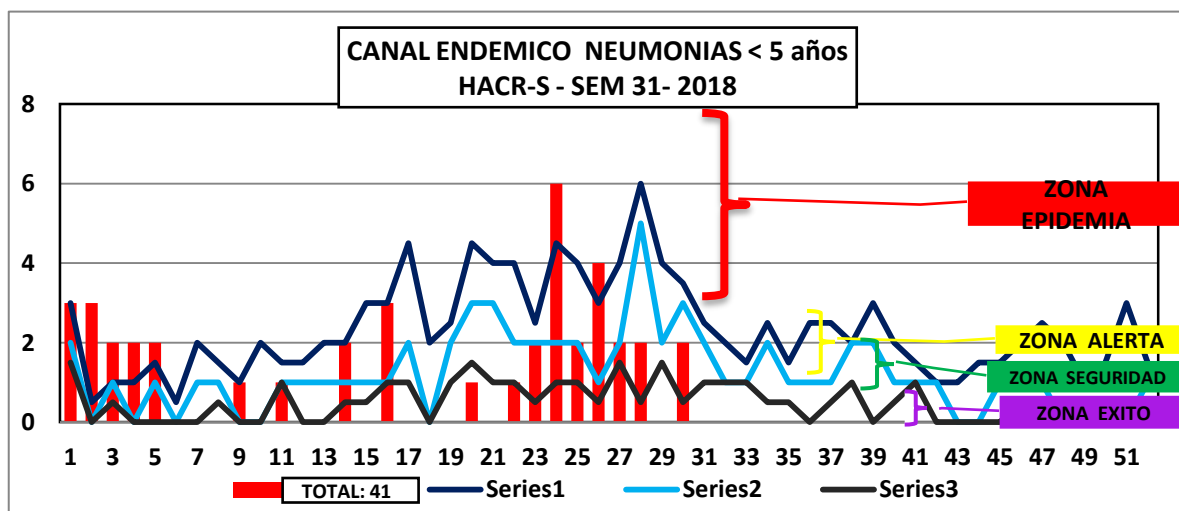
MAPA DE NEUMONIAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HACR-S. 2018

Figura 1. Mapa I.A. de Neumonías niños <5 años HACR-S, 2018 (hasta la S.E. N° 31)



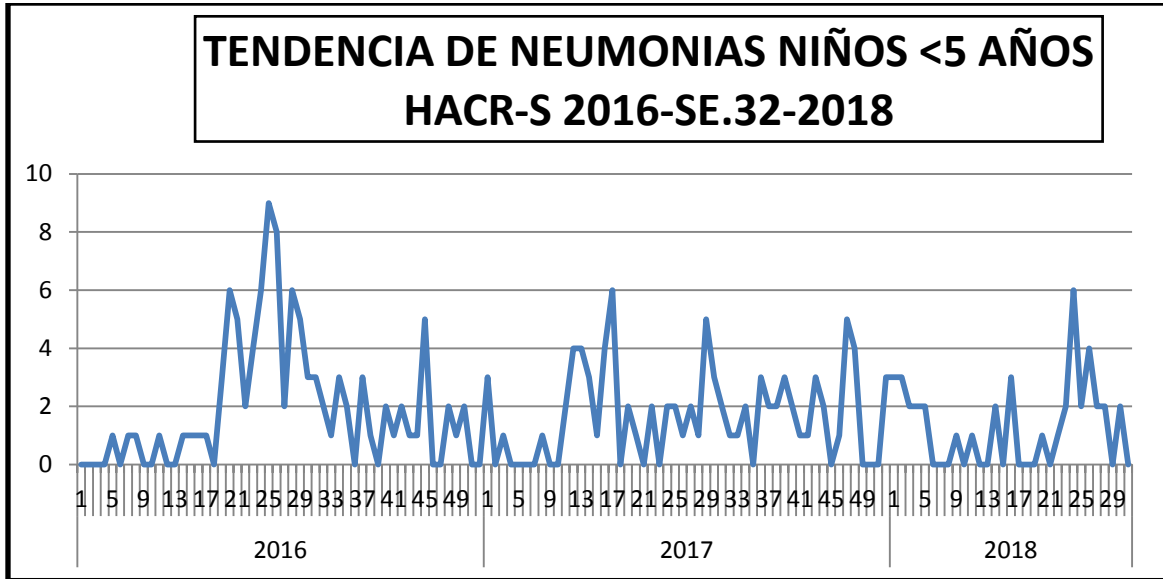
SITUACION DE LAS NEUMONIAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Figura 1. Canal Endémico de casos de Neumonías en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31-2018.



A la Semana Epidemiológica N°31 - 2018, no se ha notificado ningún caso de neumonía procedente de la población del HACR); teniendo un acumulado de 41 casos de Neumonía en niños menores de 5 años de las cuales (22 corresponden a la jurisdicción de Hospital y 19 procedente RSCCE), lo cual nos indica que nos encontramos en una **ZONA DE EXITO**. Sin embargo, el H.A.C.R.S. viene promoviendo actividades preventivas promocionales lideradas comité de ALERTA Y RESPUESTA para hacer frente a estas bajas temperaturas de acuerdo a la declaratoria de estado de Emergencia por Bajas Temperaturas.

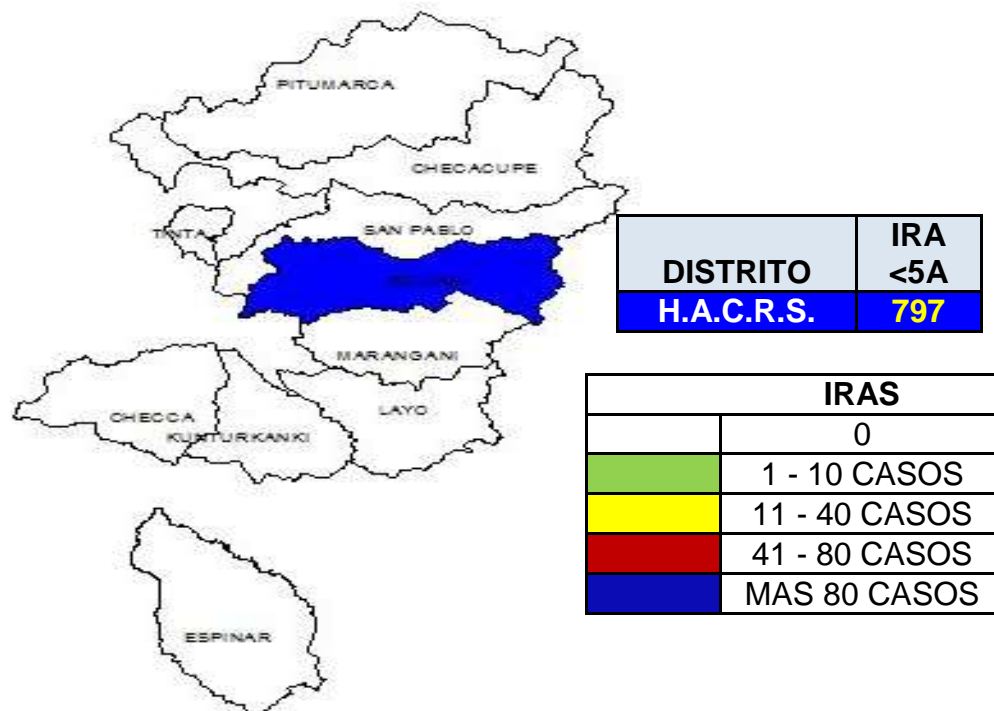
Figura 3. Tendencia de Neumonías en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31-2018.



La Tendencia de Neumonías en niños menores de >5; a la Semana Epidemiológica N° 31- 2018 se evidencia que los casos de Neumonía están en descenso encontrándonos en **ZONA DE EXITO**, a diferencia del año 2017 y 2016 a la S.E N°, sin embargo el comité de ALERTA Y RESPUESTA continua realizando actividades afrontando estas bajas temperaturas.

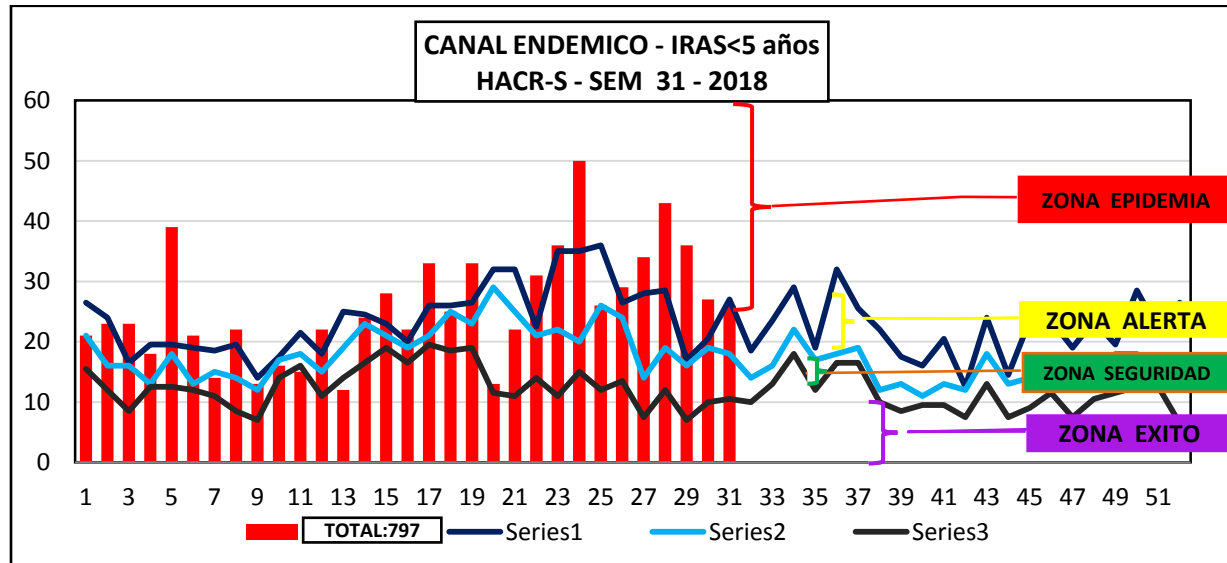
MAPA DE IRAS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HACR-S.

Figura 4. Mapa I.A. de IRAS niños <5 años HACR-S, 2018 (hasta la S.E. N° 31)



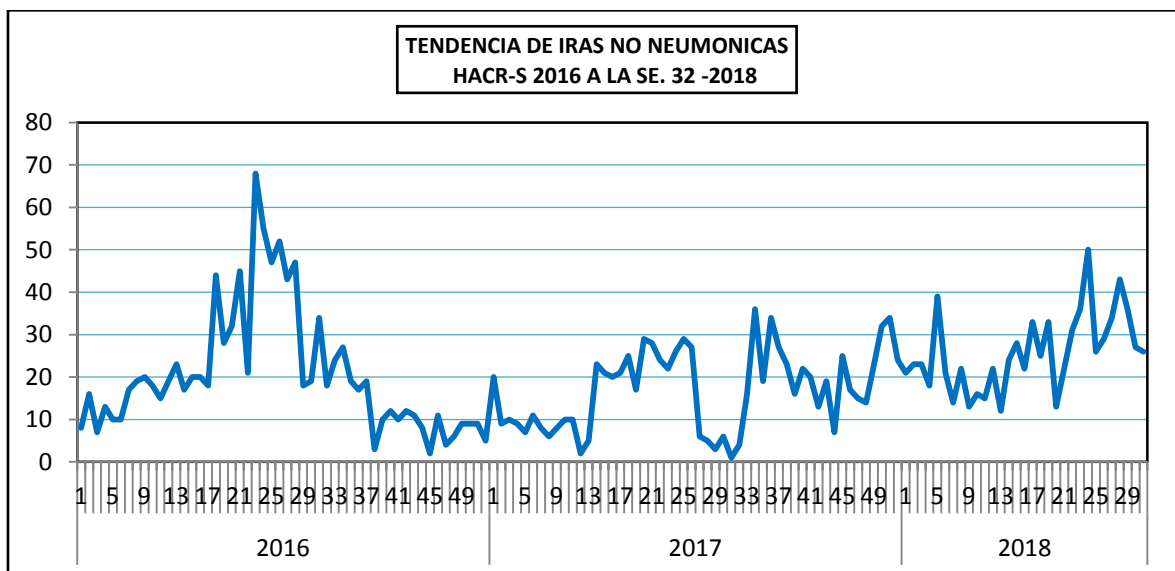
SITUACION DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Figura 2. Canal Endémico de casos de IRAS en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31-2018.



A la Semana Epidemiológico N° 31 – 2018; se notifica 26 casos de IRAS, haciendo un acumulado de 797 casos de Infecciones Respiratorias Agudas en niños menores de 5 años en el HCR-S., lo cual nos indica que nos encontramos en **ZONA ALERTA**, sin embargo en las semana 3, 5, 6, 8, 12, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 26, 27 28, 29 y 30 estuvimos en **EPIDEMIA** para lo cual se cuenta con el plan de contingencia de IRAS para la toma de decisiones y acciones con el Comité de ALERTA Y RESPUESTA los mismos que vienen tomando las acciones correspondientes.

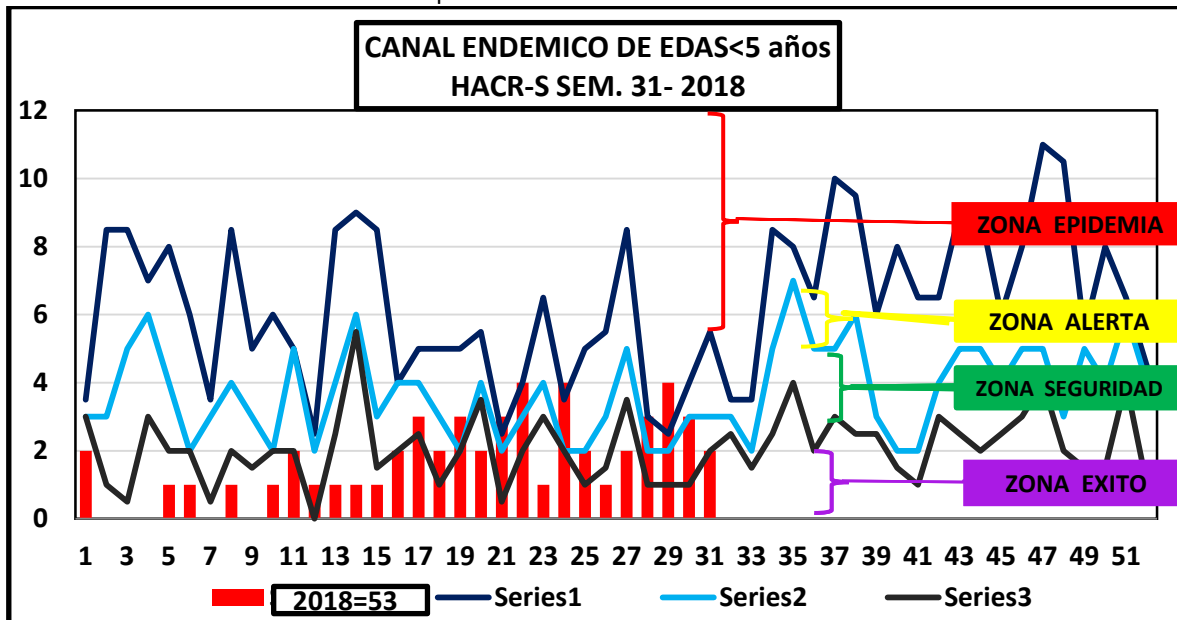
Figura 6. Tendencia de IRAS en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31-2018



La tendencia de infecciones respiratoria aguda en niños menores de >5; a la Semana Epidemiológica N° 31-2018 se evidencia un aumento de los casos, a comparación al año 2017 y 2016 esta tendencia fue menor, por lo cual se tiene la intervención del comité de ALERTA Y RESPUESTA los mismos que vienen desarrollando campañas en las comunidades con un equipo multidisciplinario para hacer frente a estas bajas temperaturas.

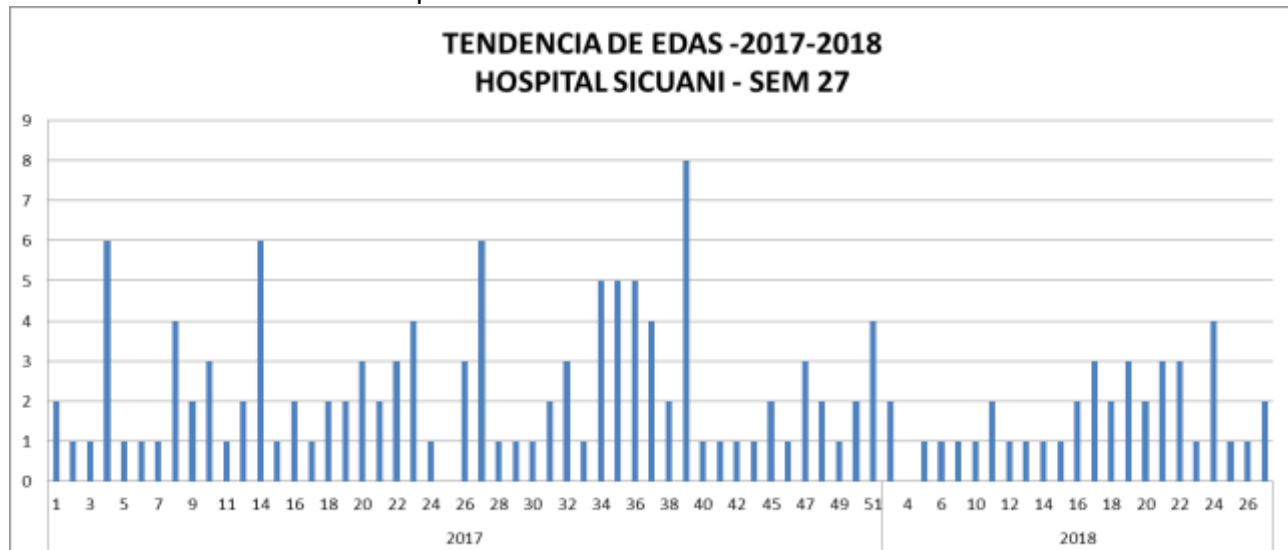
SITUACION DE LAS ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS EN MENORES DE 5 AÑOS

Figura 3. Canal Endémico de casos de EDAS no Complicadas en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31 – 2018.



A la Semana Epidemiológico N° 31 – 2018; se notifica 2 casos de EDAS procedente de Sicuani con lo cual se tiene un acumulado de 53 casos de Enfermedades Diarreicas Aguda en niños menores de 5 años en el H.A.C.R.S. Lo cual indica que nos encontramos en una **ZONA DE ÉXITO**, sin embargo en las semanas 21, 22, y 24 estuvimos en **ZONA DE EPIDEMIA**, para lo cual el H.A.C.R.S. viene tomando acciones promoviendo actividades preventivas promocionales lideradas por la estrategia de niño y promoción de la salud.

Figura 8. Tendencia de EDAS no Complicadas en niños < 5 años HACR-S hasta la S.E N° 31-2018.



La Tendencia de Enfermedades diarreicas aguda en niños menores de >5; A la Semana Epidemiológica N° 31-2018, se observa que la tendencia esta en ascenso en comparación a la semana 31 del 2017; razón por la cual se sigue promoviendo actividades preventivo promocionales lideradas por la estrategia niño y PRONSA del HACR.

II.- MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD MATERNA

Figura 9. Casos de Muertes maternas HACR-S 2011-2018.

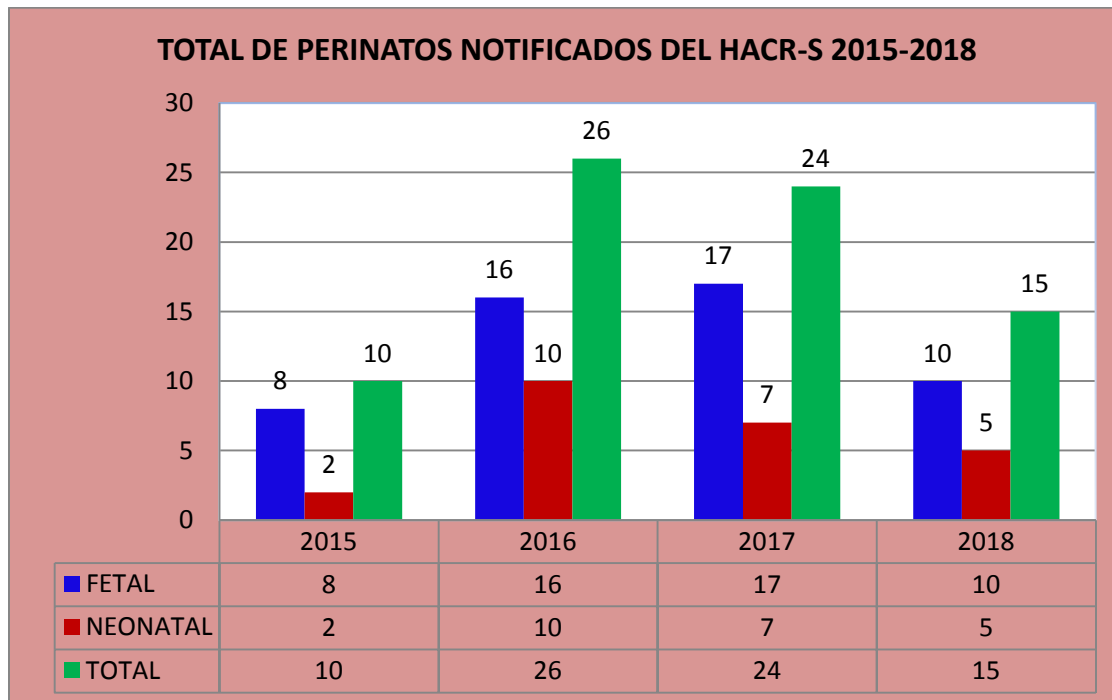


A la Semana Epidemiológica N° 31 - 2018, no se ha notificado ningún caso de muertes maternas; sin embargo se observa que en los años 2011 y 2013 se presentó 01 caso de mortalidad materna en el HACR- Sicuani.

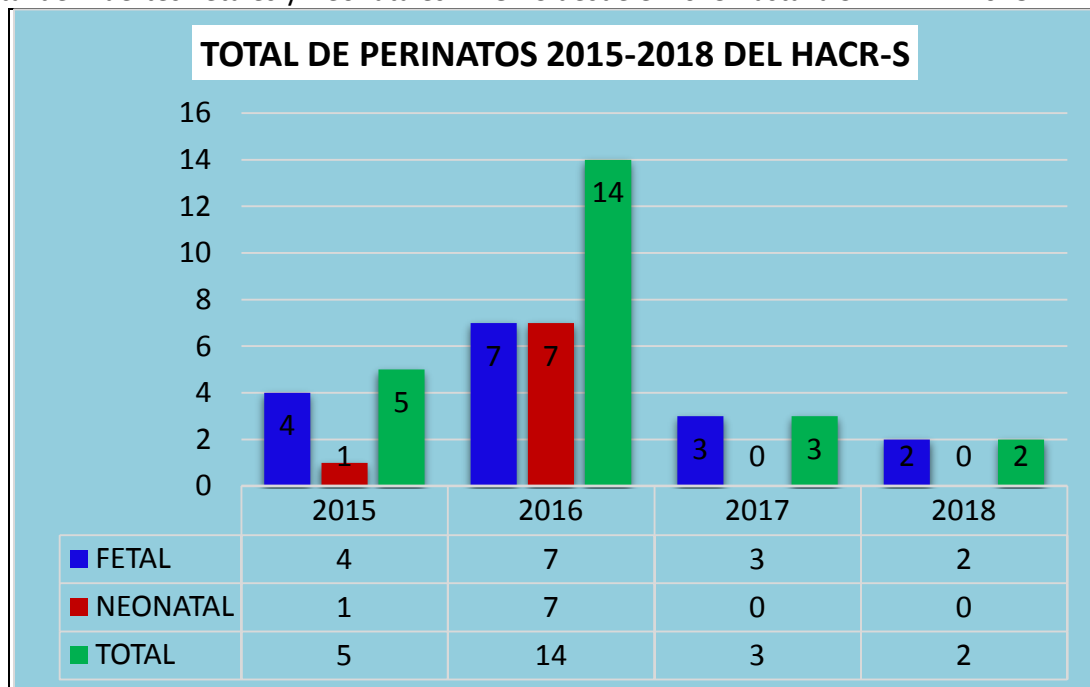
SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE MORTALIDAD PERINATAL

Tabla 1. Casos de Muertes perinatales notificados por el HACR-S 2015-2016-2017 hasta la S.E. N°31 -2018

DISTRITO	EE.SS. NOTIFICANTE	EE.SS. DE ORIGEN	2015			2016			2017			2018		
			FETAL	NEONATAL	TOTAL	FETAL	NEONATAL	TOTAL	FETAL	NEONATAL	TOTAL	FETAL	NEONATAL	TOTAL
KUNTURKANKI	HACR-S	C.S. DESCANSO				1		1	3	1	4			
	HACR-S	PS. PONGOÑA						2			2			
YANAOCA	HACR-S	C.S. YANAOCA				3	1	4		1	1			
QUEHUE	HACR-S	PS. QUEHUE								1	1			
LANGUI	HACR-S	HACR-S	1		1									
LAYO	HACR-S	LAYO	1	1	2		2	2					1	1
MARANGANI	HACR-S	PS. OCCOBAMBA								1	1			
	HACR-S	C.S. TECHO OBRERO											1	1
	HACR-S	CS. MARANGANI	1		1	1		1	1		1	1		1
SICUANI	HACR-S	HOSPITAL SICUANI	4	1	5	7	7	14	3		3	2		2
	HACR-S	PS. QUEHUAR							1	1	2	1		1
	HACR-S	CS. PAMPAPHALLA							2	1	3	2		2
	HACR-S	PS. LA FLORIDA								1	1			
PITUMARCA	HACR-S	PS. PITUMARCA						1	0	1	1			1
	HACR-S	HACR-S	1		1	1		1	0	1				
TINTA	HACR-S	PS. TINTA							1		1	1		1
SAN PABLO	HACR-S	PS. SANTA BARBARA							1		1	1		1
CHECACUPE	HACR-S	CHECACUPE				1		1					1	1
	HACR-S	HACR-S				1		1						
COMBAPATA	HACR-S	PS. CHIARA							1		1			
	HACR-S	COMBAPATA										1		1
JULIACA	HACR-S	HACR-S				1		1						
CUSCO	HACR-S	HACR-S							1		1		1	1
AREQUIPA	HACR-S	HACR-S											1	1
TOTAL EN GENERAL			8	2	10	16	10	26	17	7	24	10	6	15

Figura 10. Total de casos de Muertes Perinatales HACR-S año 2015-2018 hasta la S.E N° 31.

A la Semana Epidemiológico N° 31 – 2018, se notifica un total de 15 casos de Muertes Perinatales, de los cuales 10 son Fetales y 5 Neonatal; en el año 2015 se tuvo 10 casos, para el año 2016 se incrementó a 26 y en año 2017 solo se disminuyó a 24 casos.

Figura 11. Total de Muertes Fetales y Neonatales HACR-S desde el 2015 hasta la S.E N° 27- 2018.

A la Semana Epidemiológico N°31 - 2018, se ha notifica 2 casos de muertes perinatales las mismas que son Fetales correspondiente al HACR-S, también observamos que en el año 2015 se tubo (5 muertes perinatales), en el 2016 (14 muertes perinatales) y el año 2017 (3 casos). Evidenciando que estas casos están disminuyendo.

SITUACION DE LOS CASOS DE MORTALIDAD PERINATAL SEGÚN MATRIZ BABIES

Tabla N° 2. Casos de muertes perinatales según lugar de ocurrencia y peso/edad al fallecer notificado por el HACR-S hasta la S.E. N° 31-2018.

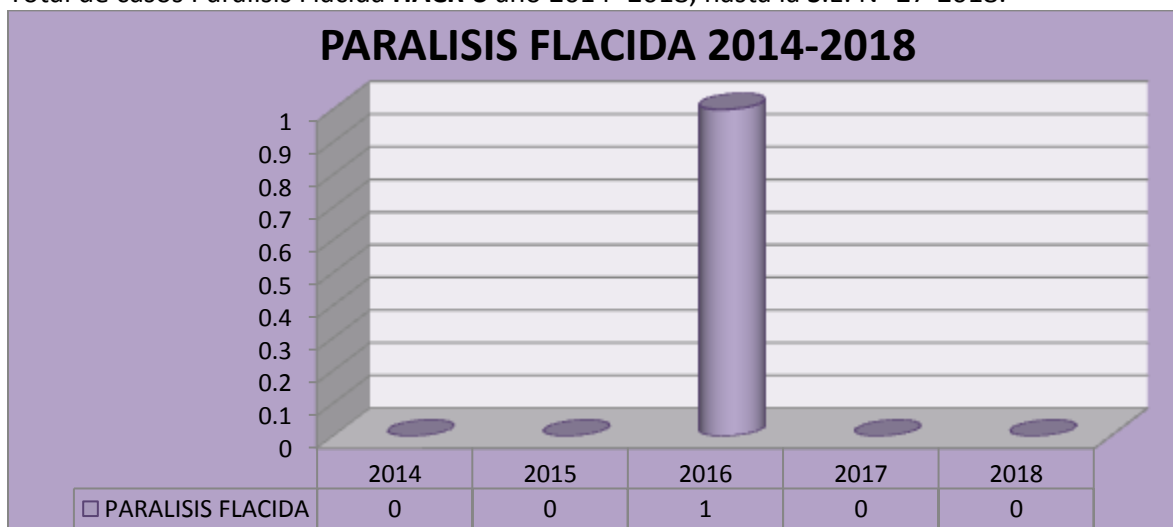
PROCEDECENCIA	ANTEPARTO	INTRAPARTO	POSPARTO	TOTAL	PRIMERAS 24 H.	1-7 DIAS	8-21 DIAS	TOTAL
MBPN (500-1499 GR)	2	1	2	5	1	1		2
BPN (1500-2499GR)	1		1	2	1			1
PN (> 2500GR)	6		2	8	1			1
IGNORADO							1	1
TOTAL	9	1	5	15	3	1	1	5

En la MATRIZ BABIES hasta la S.E. N° 31 – 2018 en el HACR-S se tiene un acumulado de 15 muertes perinatales; de los cuales; el 66.7% corresponde a muerte fetal y el 33.3% a muertes Neonatales; con respecto al peso el 53.3% tenían pesos mayor a 2500 gr, el 13.3% tenía BPN y el otro 33.3% tenía MBPN; en cuanto al sexo el 46.7% eran del sexo Masculino, 53.3% de sexo Femenino y por último, el 60% de las muertes perinatales se suscitaron en la comunidad lo que indica que las Visitas Domiciliarias no son efectivas en el seguimiento y monitoreo de la gestante en el último trimestre y la captación; y el 40% ocurrido en el Hospital 1 de ellos por ser muy prematuro, otro por presentar síndrome dismórfico a causa del alcohol acompañado de su prematuridad, 2 por Síndrome de Membrana Hialina y el último neonato de 13 días por sepsis bacteriana procedente del CS. Techo Obrero.

III. ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE PARALISIS FLACIDA

Figura 12. Total de casos Parálisis Flácida HACR-S año 2014 -2018, hasta la S.E. N° 27-2018.



A la semana Epidemiológico N° 31 - 2018, no se ha presentado ningún caso de Parálisis flácida en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani, sin embargo en el gráfico podemos observar que el año 2016 se notificó un caso probable el mismo que fue descartado con el examen de laboratorio.

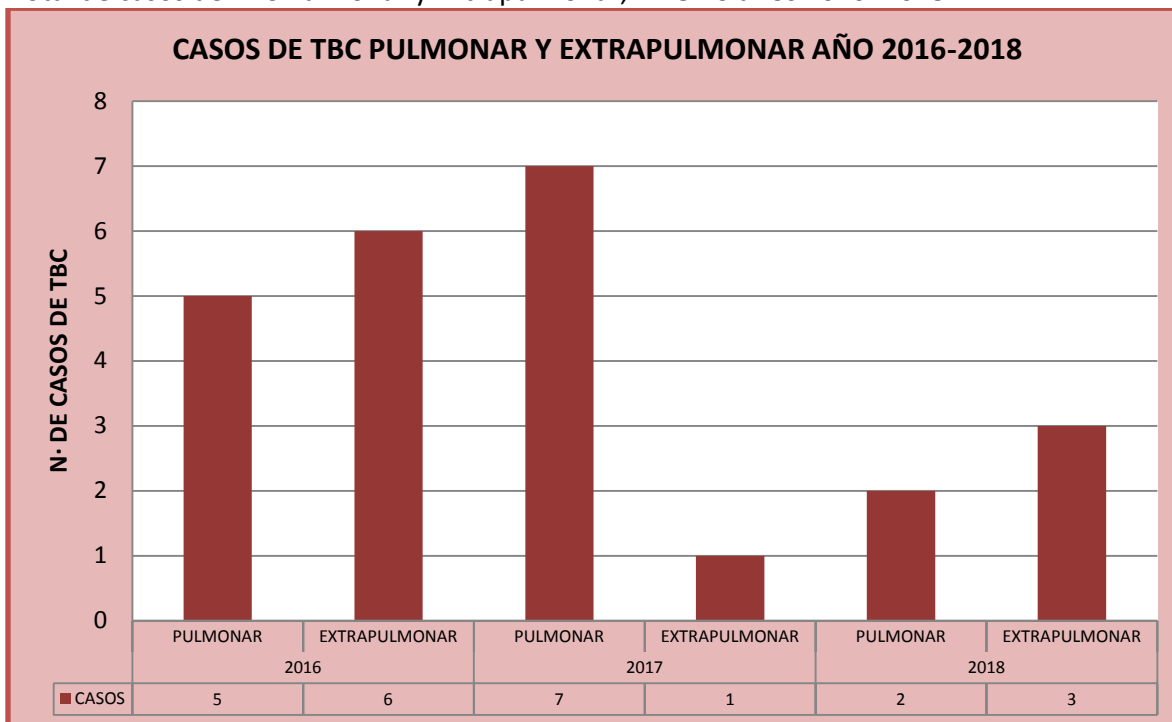
SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE TUBERCULOSIS

Tabla 3. Casos de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, **HACR-S** hasta la S.E. N° 27 -2018

AÑO		2016		2017		2018	
EE.SS NOTIFICA	ESTABLECIMIENTO	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	PULMONAR	EXTRAPULMONAR	PULMONAR	EXTRAPULMONAR
H.A.C.R.S.	H. SICUANI	5	6	7	0	1	1
	PS. LA FLORIDA			0	1		
	TECHO OBRERO			1	0		
	C.S PAMPAPHALLA			1	0		
	PS. OCCOBAMBA					1	
	C.S.COMBAPATA						1
	PS. PAMPAMARCA						1
TOTAL		5	6	9	1	2	3

Hasta la S.E. N° 31 – 2018, el Hospital Alfredo Callo Rodríguez ha notificado 5 casos de Tuberculosis, 3 TBC Extrapulmonar (01 de Combapata, 1 Sicuani y 1 de Pampamarca) y 2 TBC pulmonar (1 del PS. Occobamba y otro de Sicuani); también se observa que en el año 2016 se tubo 11 casos; el 2017 10 casos entre TBC Pulmonar y Extrapulmonar respectivamente.

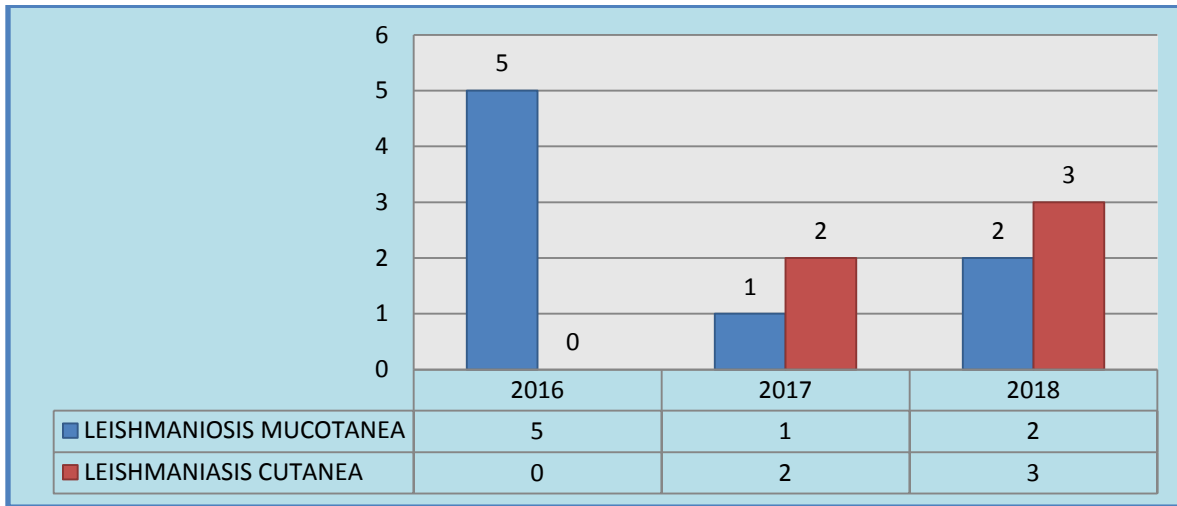
Figura 13. Total de casos de TBC Pulmonar y Extrapulmonar, **HACR-S** años 2016 -2018.



A la Semana Epidemiológico N° 31 - 2018 se notifica 5 casos de Tuberculosis de las cuales, 2 es Pulmonar procedente de (PS. Occobamba y 1 es población del HACR-S) y 3 Extra pulmonar (1 es población del HACR, CS. Combapata y 1 Pampamarca), sin embargo en el año 2016 se notificó un total de 11 casos de TBC entre ellas, 05 fueron Pulmonar y 06 Extra pulmonares y el año 2017 se notifico 8 casos de las cuales, 07 fueron Pulmonar y 01 Extra pulmonares solo población correspondiente al HACR-S.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIOSIS

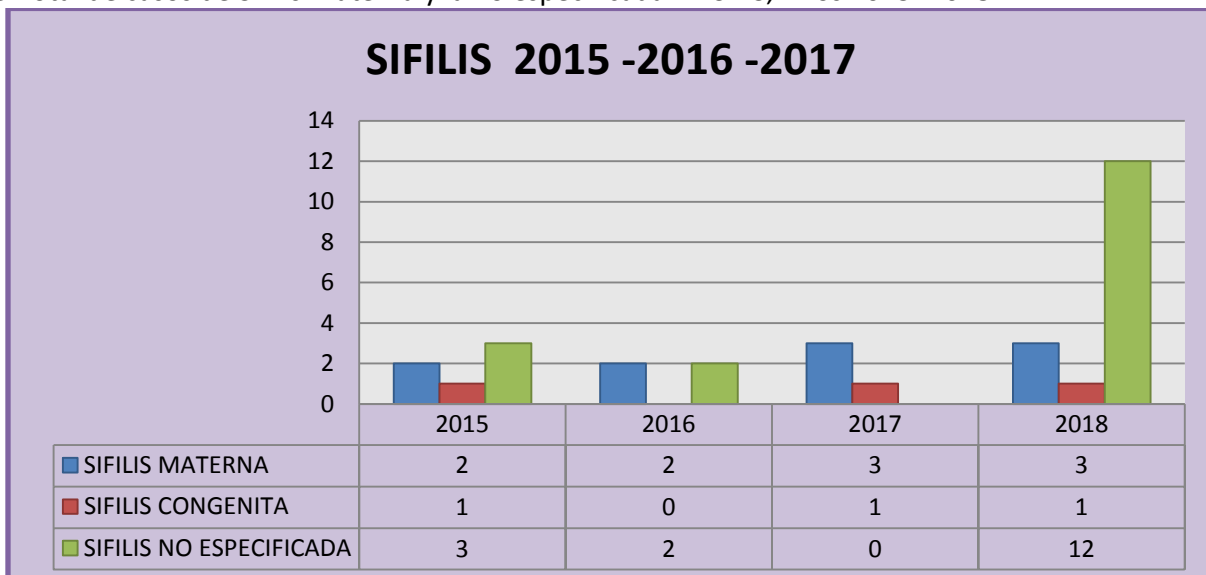
Figura 14. Total de casos de Leishmaniosis HACR-S año 2014 -2018.



A la Semana Epidemiológico N°31 - 2018, se notifica 1 caso de Leishmaniosis cutánea confirmado en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani teniendo un acumulado de 5 casos (2 Leishmaniosis mucocutánea y 3 cutaneas) respectivamente; sin embargo para el año 2016 se notificaron un total de 05 casos de Leishmaniosis Mucocutánea y el año 2017 se notifico 1 caso de Leishmaniosis Mucocutánea, 2 Leishmaniosis Cutánea respectivamente.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE SIFILIS

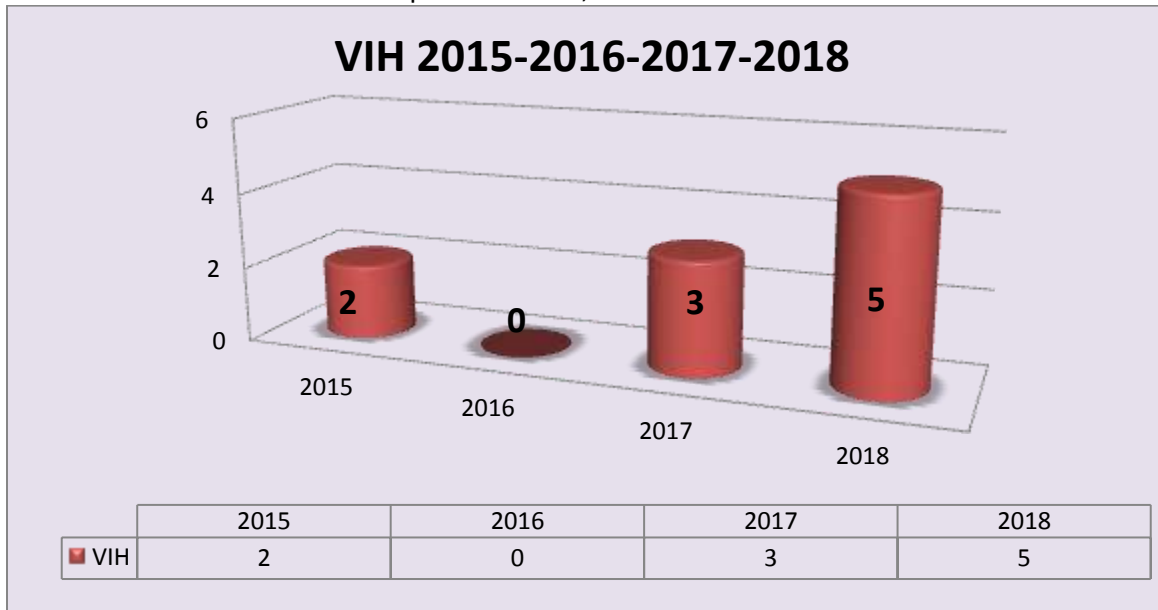
Figura 15. Total de casos de Sífilis Materna y la no especificada HACR-S, Años 2015 -2018.



A la Semana Epidemiológica N° 31 - 2018, se notifica 16 casos de Sífilis en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, de los cuales 03 casos son Sífilis materna, 1 caso de sífilis congénita y 12 casos de Sífilis no especificada, sin embargo en el año 2015 se notificó 06 casos de los cuales 02 fueron Sífilis Materna, 1 sífilis congénita y 03 Sífilis no especificada, el año 2016 se tuvo un total de 02 casos de Sífilis no especificada y el año 2017 se tuvo un total de 04 casos de las mismas 3 Sífilis materna y 1 Sífilis no especificada; a comparación de los años anteriores se puede observar que los caso de sífilis no especifica están en aumento.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH

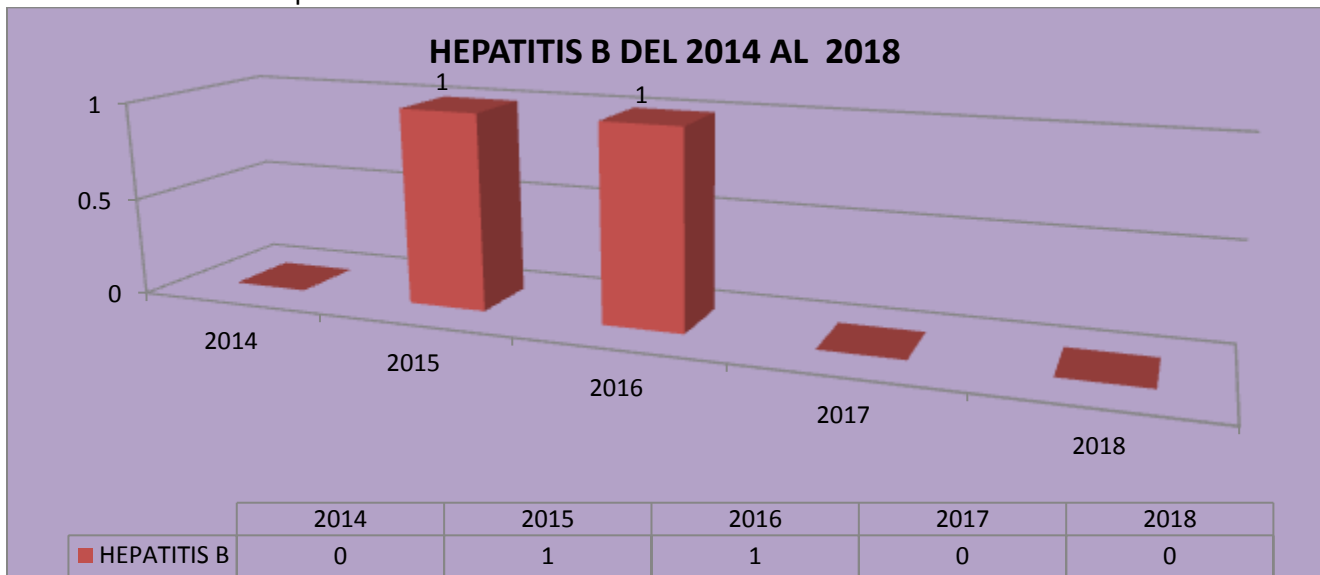
Figura 16. Total de casos de VIH notificados por el HACR-S, Años 2015 -2018.



A la Semana Epidemiológica N° 31 – 2018, se notifica 05 casos de VIH en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, sin embargo en el año 2015 se notificó 02 casos, el 2016 no se tuvo ningún caso y el año 2017 se tuvo un total de 03 casos. Estos casos son con TIRA REACTIVA Y ELISA se sigue esperando los resultados por TARGA; como se puede observar en el grafico los casos de VIH también están en aumento.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE HEPATITIS B

Figura 17. Total de casos Hepatitis B HACR-S año 2014 -2018.



A la Semana epidemiológica N° 31 - 2018, no se notificó ningún caso de Hepatitis B en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez - Sicuani, sin embargo en el año 2015 se notificó 01 caso y el año 2016 también se notifica 01 caso.

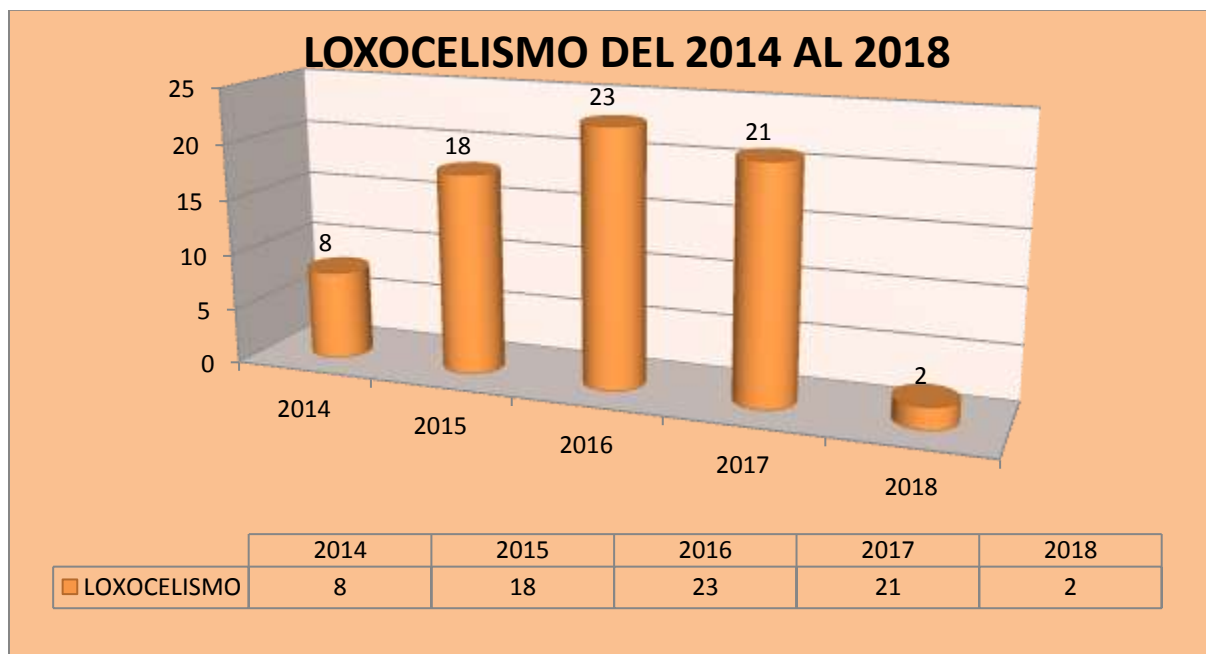
SITUACION EPIDEMIOLOGICA DE LOXOCELISMO

Tabla 4. Casos de Loxocelismo HACR-S año 2016 – 2018 hasta la S.E N°31.

TOTAL DE LOXOCELISMO NOTIFICADO POR EL HACR-S 2016-2018

PROVINCIA	DISTRITO	EE.SS. NOTIFICANTE	2016	2017	2018
CANCHIS	SICUANI	HOSPITAL SICUANI	11	14	2
	SAN PEDRO	HOSPITAL SICUANI	2	1	
	SAN PABLO	HOSPITAL SICUANI	1		
	CHECACUPE	HOSPITAL SICUANI	1		
	MARANGANI	HOSPITAL SICUANI	3		
	COMBAPATA	HOSPITAL SICUANI	1		
	TINTA	HOSPITAL SICUANI		3	
ACOMAYO	ACOS	HOSPITAL SICUANI		1	
CANAS	CHECCA	HOSPITAL SICUANI	1	1	
	YANAOCA	HOSPITAL SICUANI	2		
ESPINAR	ESPINAR	HOSPITAL SICUANI	1		
	ALTO PICHIGUA	HOSPITAL SICUANI		1	
TOTAL LOXOCELISMO			23	21	2

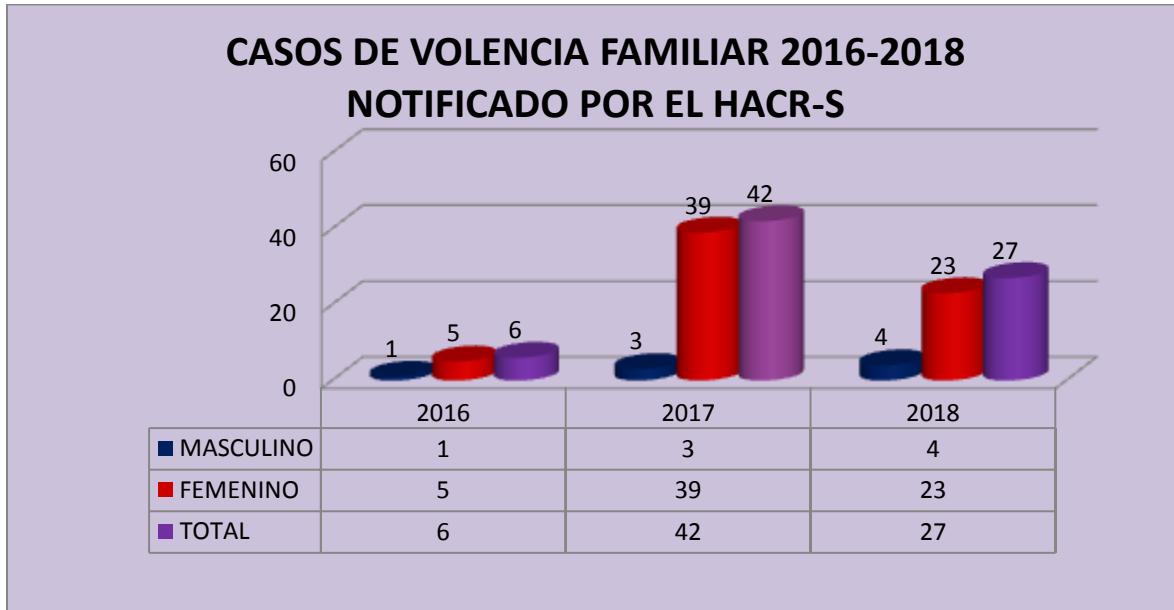
Figura 18. Total de casos de Loxocelismo HACR-S año 2014 -2018.



A la Semana Epidemiológico N°31 – 2018, se notificó 2 caso de loxocelismo procedente de la comunidad de Hercca (mordedura de araña que se dio en Sicuani) , Sin embargo en el año 2016 se notificó un total de 23 casos de Loxocelismo y de los cuales, 19 casos provenientes de la Provincia de Canchis y 03 de la Provincia de Canas y solo 11 casos pertenecientes al distrito de Sicuani y el 2017 se notifica un total de 21 casos; de las mismas 14 casos del Distrito de Sicuani y 7 procedentes de otros Distritos.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE VIOLENCIA FAMILIAR

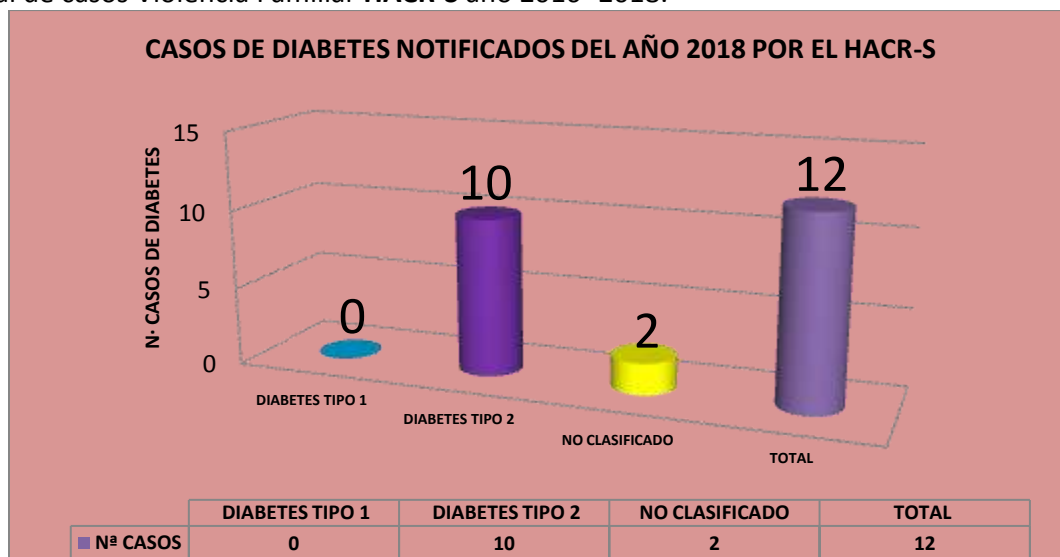
Figura 19. Total de casos Violencia Familiar HACR-S año 2016 -2018.



A la Semana Epidemiológica N°27 - 2018, se notificó 27 casos de violencia familiar de las cuales 23 son de sexo femenino y 4 masculino en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez - Sicuani, sin embargo en el año 2016 se notificó 6 casos y el año 2017 también se notifica 42 casos.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE DIABETES

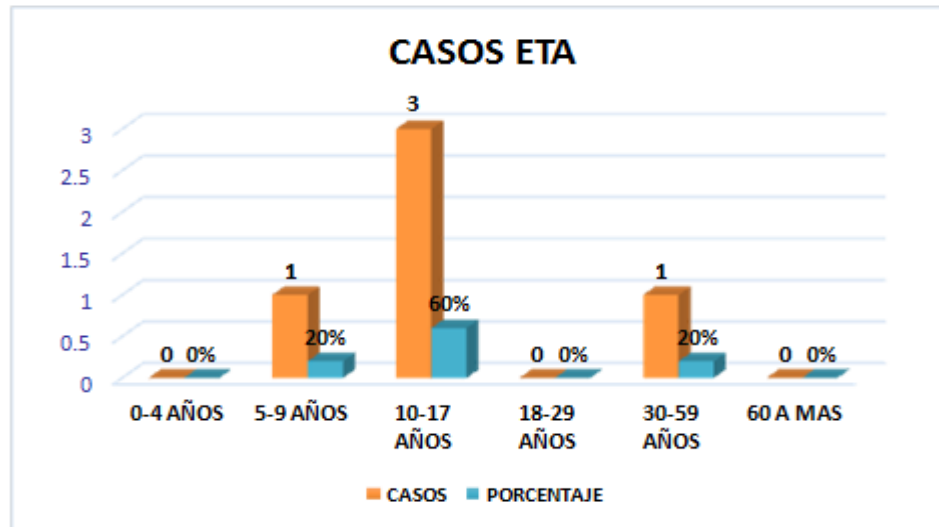
Figura 20. Total de casos Violencia Familiar HACR-S año 2016 -2018.



A la Semana epidemiológica N° 27 - 2018, se notificó 12 casos de Diabetes; 10 diabetes tipo II y 2 otros Diabetes; los mismos que vienen siendo controlados y tratados en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez – Sicuani.

SITUACION EPIDEMIOLÓGICA DE BROTES

Figura 21. Total de casos coincidentes de ETA según la edad atendidos por el HACR-S año 2018.



Considerado como Evento Coincidente con Intoxicación Alimentaria ya que no se identifica el agente causal, ni la asociación del alimento implicado, Reportándose solo 05 casos, 03 casos oscilan entre los 10-17 años de edad que corresponde al 60%, Sin embargo se continua realizando las supervisiones respectivas para las mejoras de condiciones sanitarias en las instituciones que ofrecen apoyo a la población, por parte de Salud Ambiental del HACR y la RSCCE.

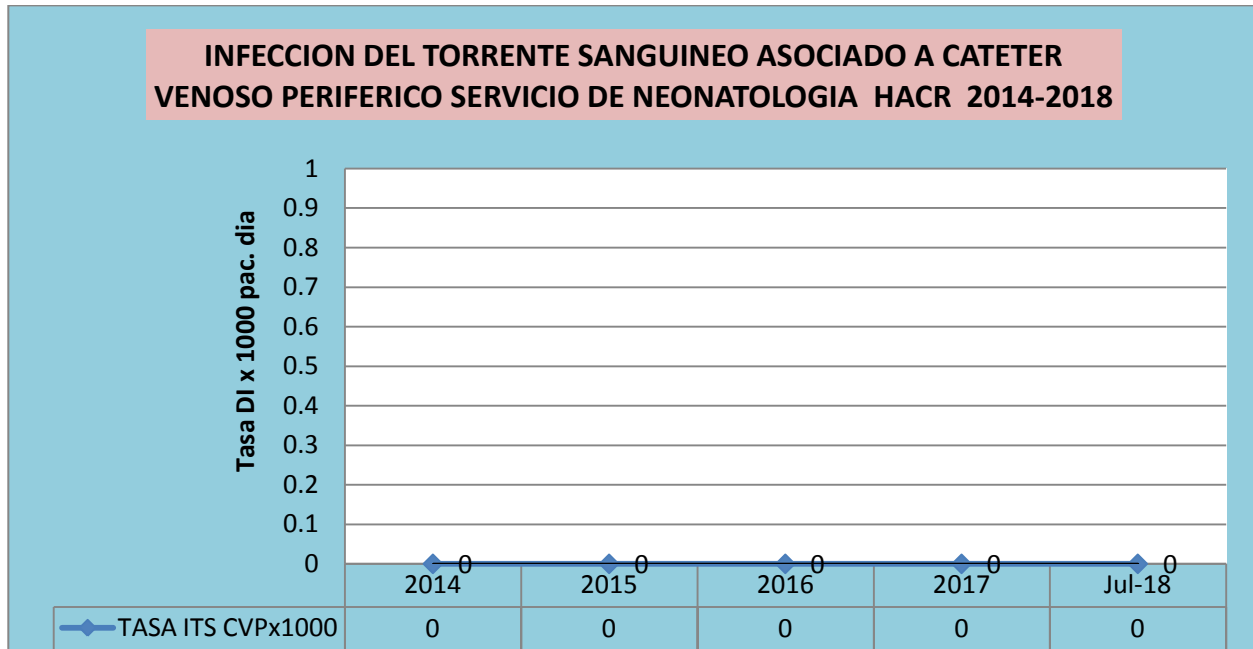
IV. INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Tabla 5. TASAS DE INCIDENCIA Y EL CUMPLIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS 2018.

MES	NEONATOLOGIA			GINECO-OBSTETRICIA			MEDICINA	CIRUGIA		
	Tasa ITS CVC x 1000	Tasa ITS CVP x 1000	Tasa Neum VM x 1000	Tasa Endomet PV x 100	Tasa Endomet PC x 100	Tasa IHO PC x 100		Tasa ITU CUP Qx. x 1000	Tasa IHO Colcist. x 100	Tasa IHO Hernia Ing. x 100
Enero	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Febrero	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Marzo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Abril	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Mayo	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Junio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Julio	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.44	0.00	0.00	0.00	0.00

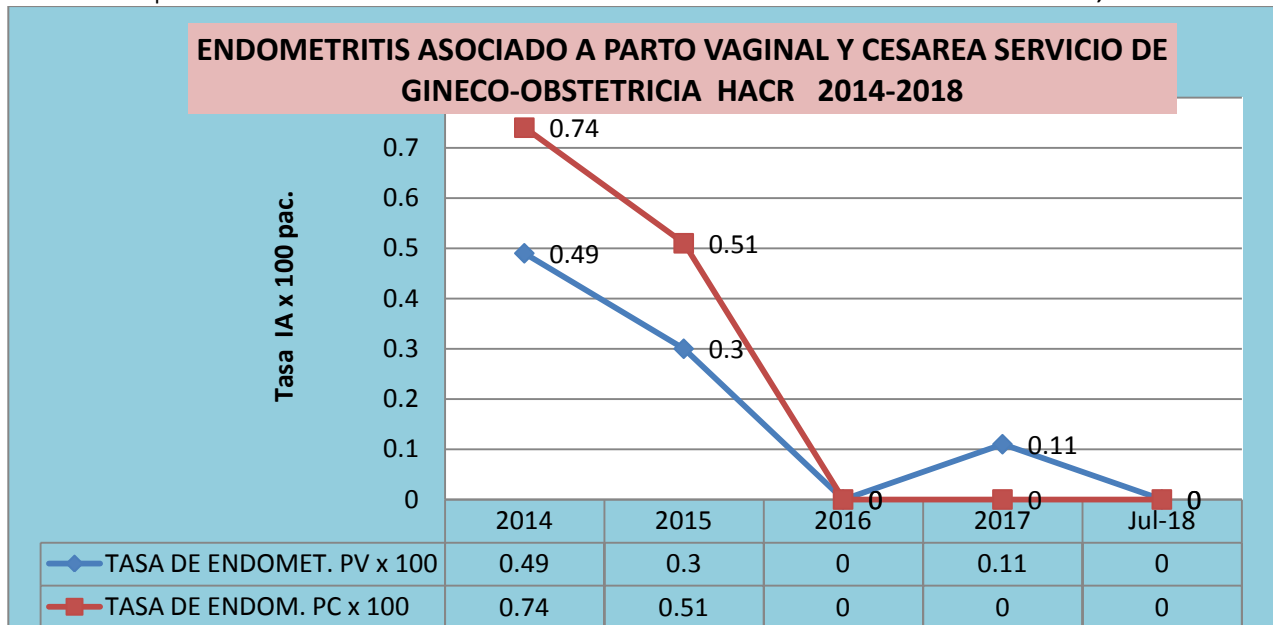
En la tabla podemos observar que a la S.E. 31 - 2018, el Hospital Alfredo Callo Rodríguez, ha presentado una tasa de incidencia de Infecciones de Heridas Operatorias asociadas a Parto por cesárea de 2.44 por 100 pacientes de infecciones intrahospitalarias en el servicio de Gineco-Obstetricia; de los 4 servicios Hospitalarios donde se realiza la Vigilancia Epidemiológica de las IAAS-IIH es el único servicio que presenta 1 IAAS los tres restantes están con una tasa de 0.

Figura 22. Tasa DI x 1000 pacientes día en el Servicio de Neonatología en ITS asoci. a CVP del HACR-S, año 2014 - 2018.



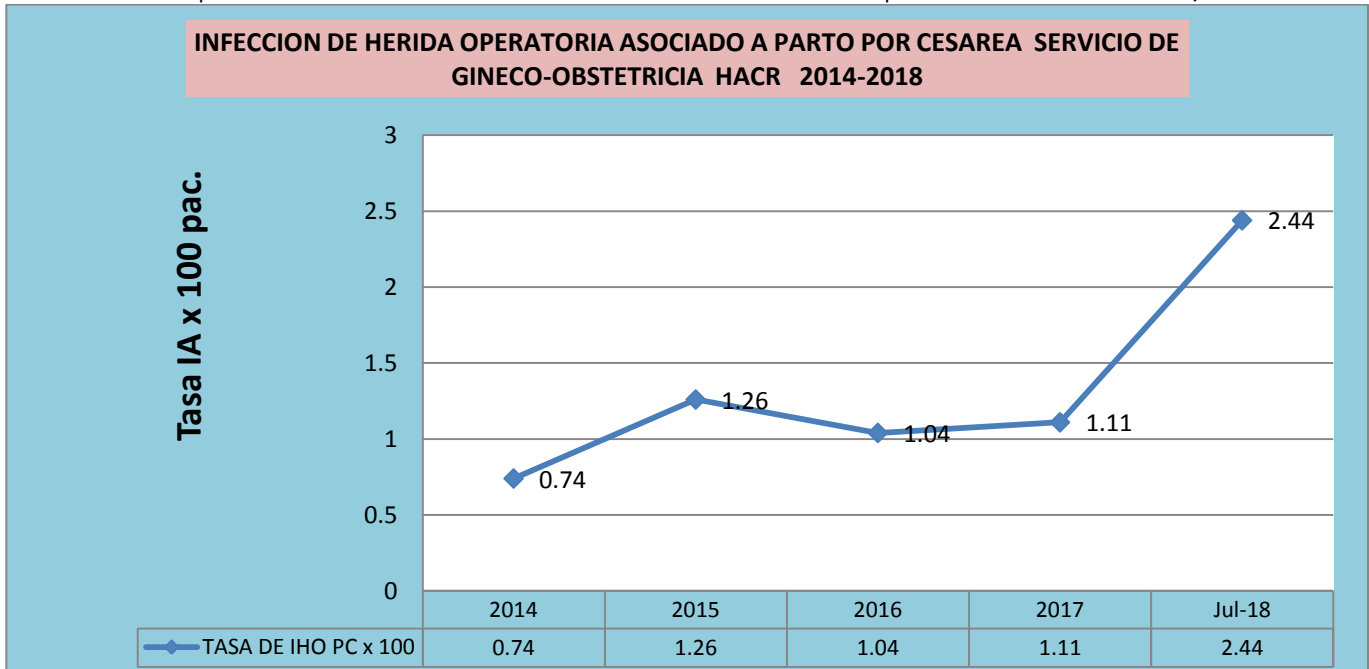
El grafico nos permite observar que en el Servicio de Neonatología del Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani la tasa de densidad de incidencia de Infecciones del Torrente Sanguíneo asociado a CVP es 0 por 1000 pacientes por día, esto desde el año 2014 hasta el mes de Julio del 2018.

Figura 23. Tasa IA x 100 pacientes día en el servicio de Gineco-Obstetricia de Endometritis asociada a PV – PC del HACR-S, año 2014 – 2018.



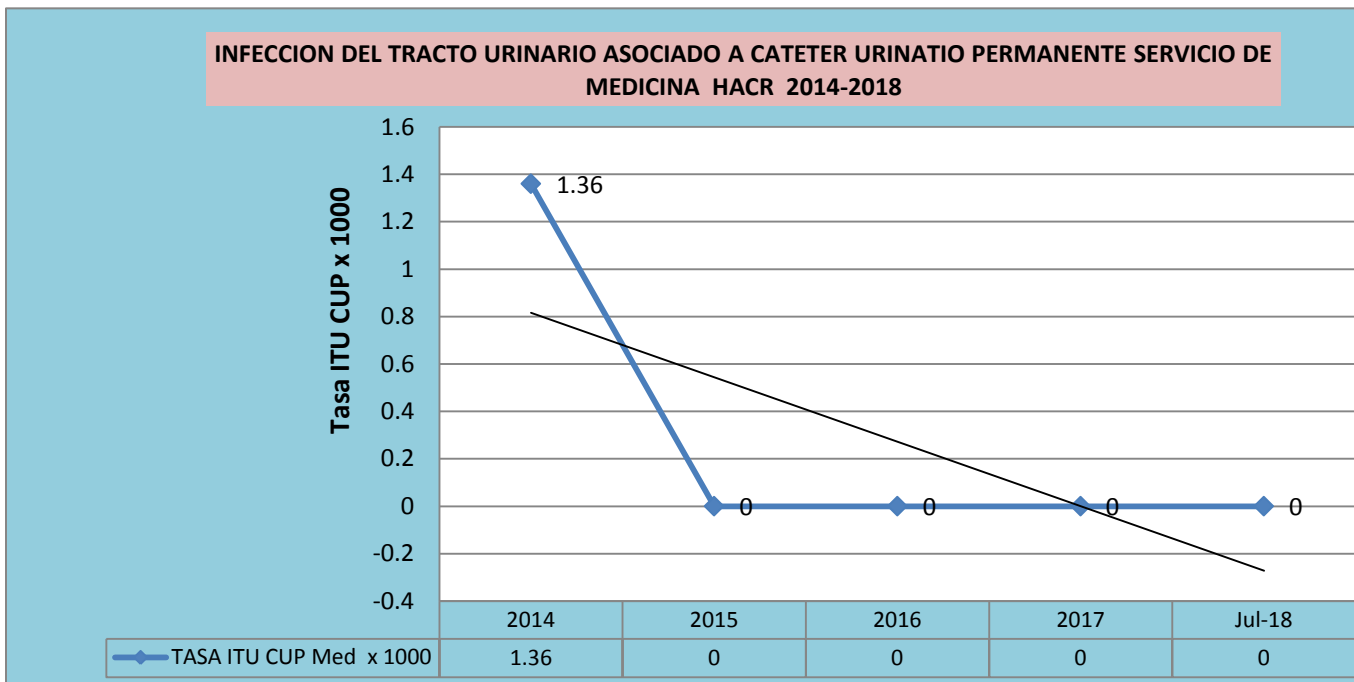
El grafico nos permite observar que en el Servicio de Gineco-Obstetricia la tasa de incidencia de Endometritis asociado al Parto Vaginal y Cesárea hasta al mes de Julio de este año es de 0 casos por 100 pacientes; sin embargo estas tasas en el año 2017 fueron (la tasa de endometritis asociado a parto vaginal fue de 0.11 y parto por cesárea fue 0 por 100 pacientes), el año 2015 la (tasa de endometritis asociado a parto vaginal fue de 0.3 y parto por cesárea fue 0.51 por 100 pacientes) 2014 la (tasa de endometritis asociado a parto vaginal fue de 0.49 y parto por cesárea fue 0.74 por 100 pacientes) respectivamente.

Figura 24. Tasa IA x 100 pacientes en el Servicio de Gineco-Obstetricia de Infección de herida operatoria asociada a PC del HACR-S, año 2016 - 2018.



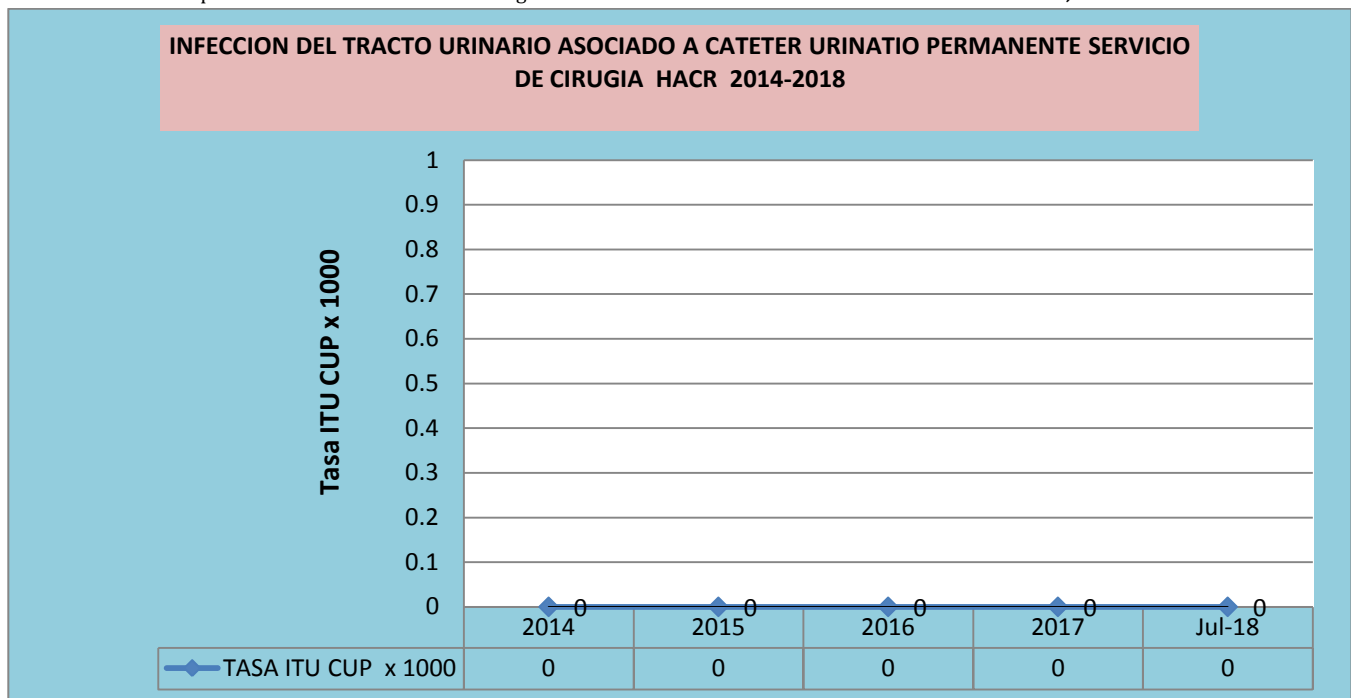
El gráfico nos permite observar que en el Servicio de Gineco – Obstetricia del H.A.C.R. a Julio del 2018 la tasa de incidencia de Infecciones de Heridas Operatorias asociadas a Parto por Cesárea es 2.44 por 100 pacientes, en el año 2017 se notificó una tasa de 1.11, en los años 2016 una tasa de 1.04, el año 2015 una tasa de 1.26 y el 2014 una tasa de 0.74 por 100 pacientes.

Figura 25. Tasa DI x 1000 pacientes día en el Servicio de Medicina densidad de incidencia en ITU asociada a CUP del HACR-S, año 2014-2018.



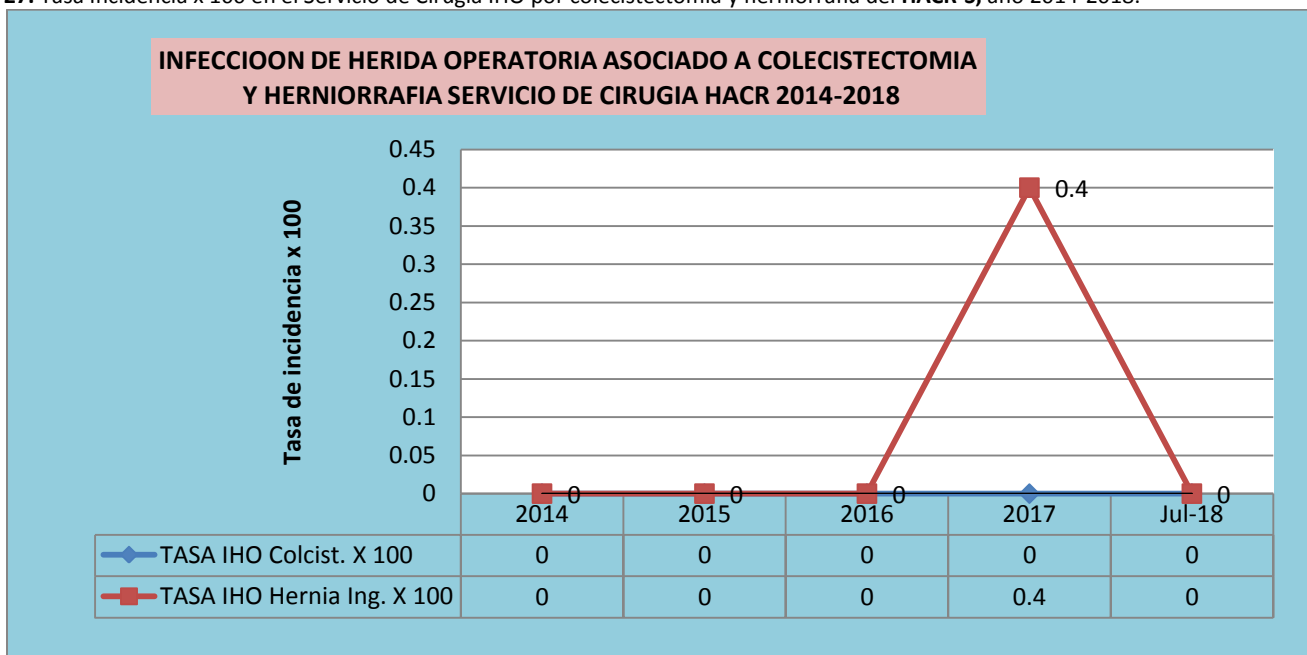
El gráfico nos permite observar que en el Servicio de Medicina la densidad de Incidencia de Infección del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario permanente al mes de Julio del año 2018 es de 0 por 1000 pacientes día en el H.A.C.R.S., esto ya desde el año 2015 según se observa en el gráfico sin embargo el año 2014 se tuvo una tasa de 1.36 por 1000 pacientes.

Figura 26. Tasa DI x 1000 pacientes día en el Servicio de Cirugía de densidad de incidencia de ITU asoci. a CUP del HACR-S, año 2014- 2018.



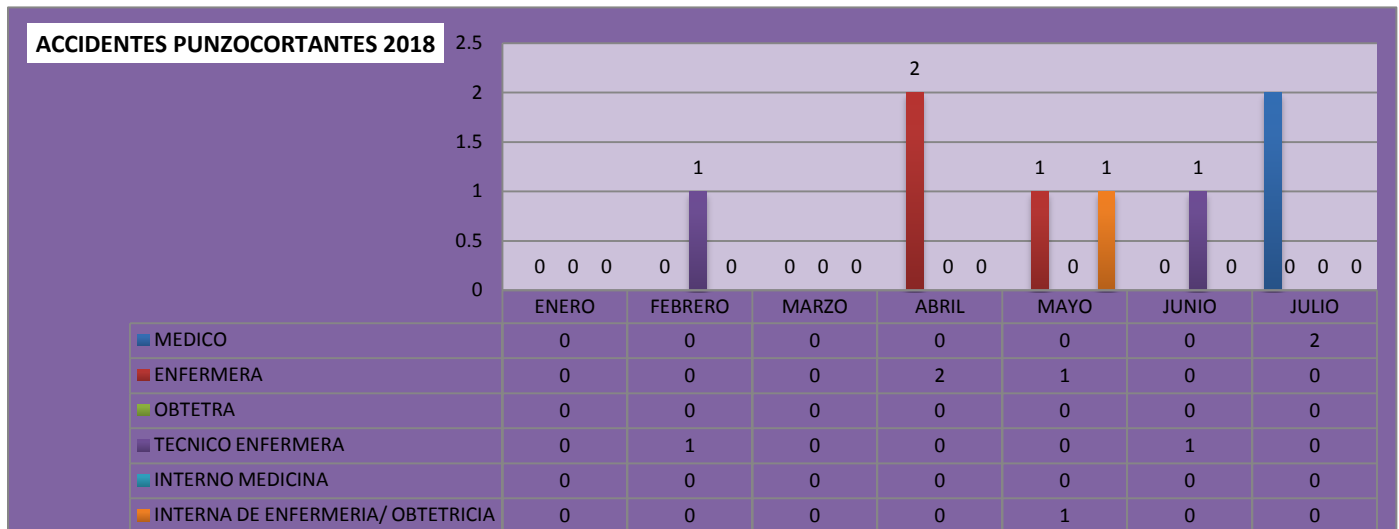
El grafico nos permite observar que en el Servicio de Cirugía, la densidad de incidencia de Infección del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario permanente al mes de Julio del 2018 es de 0 por 1000 pacientes día en el H.A.C.R.S., esto ya desde el año 2014.

Figura 27. Tasa Incidencia x 100 en el Servicio de Cirugía IHO por colecistectomía y herniorrafia del HACR-S, año 2014-2018.



El grafico nos permite observar que en el Servicio de Cirugía la tasa de incidencia de Infecciones de Herida Operatoria por Colecistectomía es de 0 por 100 pacientes al mes de Julio de este año, esto ya desde el año 2014; también observamos que la tasa de incidencia de Infecciones de Herida Operatoria por Herniorrafia es de 0 por 100 pacientes al mes de Mayo del 2018 sin embargo en el año 2017 se tuvo una tasa de incidencia de 0.4 por 100 pacientes lo cual fue una presentación inusual en este año a comparación del años anteriores según se observa en el gráfico.

Figura 28. Total de casos de accidentes punzocortantes notificado por el HACR-S año 2018.



El grafico nos permite observar que en el HACR al mes de Julio se notifica 02 accidente punzocortante; teniendo un acumulado de 08 casos reportados en los meses de (Febrero 1, Abril 2, mayo 2, Junio 1 y Julio 2) respectivamente.

V.- EPI NOTICIAS

Actualización de Alerta Epidemiológica

Riesgo de introducción y circulación del virus de sarampión debido a casos importados, Perú – 02 de agosto de 2018

CÓDIGO: AE – CDC N° 009 - 2018

I. Objetivo

Mantener informados a los servicios de salud del país públicos y privados sobre la situación actual del sarampión en Perú ante el alto riesgo de transmisión local a partir de casos importados, a fin de mantener una vigilancia intensificada del síndrome febril eruptivo.

II. Antecedentes

El sarampión es una enfermedad transmisible febril, aguda, de transmisión respiratoria, siendo aún una de las principales causas de morbimortalidad entre los menores de 5 años, cuya manifestación principal es la erupción máculo papular. Su periodo de incubación desde la exposición hasta la instalación de la erupción es de 14 días, (7 –18 días), puede ser transmitido desde 4 días antes hasta 4 días después de la instalación de la erupción.

En septiembre del 2016 se declaró la eliminación del sarampión de las Américas; sin embargo, el sarampión es una enfermedad de alta transmisibilidad, por lo que su actual circulación tiene gran relevancia por ser una región altamente interconectada por el turismo, lo que ha conllevado a un mayor flujo migratorio en los últimos años y un mayor riesgo de transmisión.

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y la SE 28 de 2018 se notificaron 2.472 casos confirmados de sarampión en 11 los países de la Región de las Américas: Antigua y Barbuda (1 caso), Argentina (5 casos), Brasil (677casos), Canadá (19 casos), Colombia (40 casos), Ecuador (17 casos), Estados Unidos de América (91 casos), Guatemala (1 caso), México (5 casos), Perú (3 casos) y la República Bolivariana de Venezuela (1.613 casos).

En el Perú, el último caso autóctono reportado fue en el año 2000, en el distrito de Ventanilla (Región Callao). En el año 2008 se identificó un caso importado de la India y en el 2015, 4 casos relacionados a la importación.

III. Situación actual

En el presente año, se han confirmado 4 casos de sarampión, de los cuales dos fueron clasificados como: **Casos confirmados con fuente de infección desconocida** con lugar probable de infección la ciudad de Juliaca-Puno con genotipo de la India y 2 **casos importados** procedentes de Venezuela que desarrollaron el cuadro clínico en nuestro país. Un caso adicional confirmado en Ecuador y clasificado en ese país como caso importado ingreso al Perú después del periodo de contagiosidad.

Estos últimos casos se presentaron entre la SE 26 y 28, en menores entre 1 y 4 años. Los casos se desplazaron desde Tumbes a la ciudad de Lima, por vía terrestre, a los distritos de San Juan de Lurigancho y Puente Piedra. El caso de Puente Piedra se detectó al seguimiento como contacto (hermano) del caso detectado en Ecuador y que ingreso al Perú luego de haber estado en aislamiento durante el periodo de contagiosidad, siendo notificado por el Centro Nacional de Enlace (RSI) ecuatoriano. El otro caso fue notificado por el Hospital San Juan de Lurigancho de Lima. Actualmente, todos con evolución favorable.

IV. Medidas a tomar

Las GERESA/DIRESA/DIRIS, redes y establecimientos de salud públicos y privados deberán continuar con el fortalecimiento de la vacunación, intensificación de la vigilancia epidemiológica y de laboratorio del síndrome febril con erupción maculo-papular a fin de asegurar respuestas rápidas para la toma de decisión y/o control de casos sospechosos o confirmados de sarampión y otras acciones de prevención y control.

La principal medida para evitar la diseminación del virus del sarampión es la vacunación de la población susceptible, junto con un sistema de vigilancia sensible para detectar oportunamente todo caso sospechoso de sarampión y de inmediato tomar medidas de contención.

Vigilancia epidemiológica

• Notificación de casos e investigación de casos:

- Difundir a todo el personal de salud la **definición de caso sospechoso de sarampión**: *“Toda persona de cualquier edad, de quien un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo-papular, no vesicular”.*
- **Notificación inmediata de todo caso sospechoso** y llenado de ficha de investigación clínico-epidemiológica por parte de personal de salud responsable de la atención médica del caso, quien reporta el caso al responsable de epidemiología o quien haga sus veces en el establecimiento de salud. (Ver anexo 1 para otras definiciones de caso)
- El responsable de epidemiología realizará el llenado correcto de la ficha, legibilidad de la letra y la consistencia de los datos escritos en la ficha. Asimismo, realizará el visado obligatorio de la ficha de investigación clínico-epidemiológica. Simultáneamente se enviará una copia de la ficha de investigación a laboratorio para que realice la obtención de la muestra para aislamiento viral y serología e **investigación epidemiológica dentro de 48 horas de conocido el caso** según lo establecido en la *“Directiva Sanitaria N°049 MINSA/DGE-V-01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Sarampión, Rubéola y otras Enfermedades Febriles Eruptivas”.*
- Se implementará la notificación diaria de casos sospechosos de sarampión. Cada GERESA/DIRESA/DIRIS reportará al Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades vía correo electrónico brotos_dge@dge.gob.pe la notificación positiva de casos y negativa en caso de no tener ningún casos sospechoso. En los casos en que la notificación sea positiva, se remitirá adicionalmente la ficha de investigación escaneada, el corte para el envío de la información será a las 15:00 horas.
- Se debe de implementar una sala de situación de contingencia, que contenga información epidemiológica, seguimiento de contactos, información sobre la BAI, avance de las coberturas de vacunación y será actualizada de manera semanal.

• Medidas de Contención:

Un paciente con sarampión es contagioso desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema; se deben tomar medidas para evitar y controlar la propagación de la infección, como el aislamiento y monitoreo de los contactos.



Todas las personas encargadas de la investigación de los pacientes sospechosos de sarampión o rubéola deben estar vacunadas.

Aislamiento: Los pacientes sospechosos de sarampión deben permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio del exantema. Durante este período de aislamiento, no deben tener contacto con miembros de la familia susceptibles (por ejemplo, lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán recibir visitas de personas vacunadas.

Hospitalización:

- Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, los pacientes con sarampión no deben ser hospitalizados a menos que sea totalmente necesario. En este caso los centros hospitalarios deben tomar precauciones para impedir la transmisión intrahospitalaria.
- Todos los trabajadores de salud deben ser inmunes al sarampión (Vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo, lavado de manos, empleo de guantes cuando se manipulen secreciones orgánicas, utilización de batas), deben tomarse precauciones especiales para evitar la propagación de agentes patógenos transportados por el aire. La puerta de la habitación debe mantenerse cerrada, y no se debe permitir el acceso a ninguna persona susceptible.
- El paciente sólo debe salir o ser trasladado fuera de la habitación cuando sea imprescindible de usar una mascarilla.

Monitoreo de los contactos cercanos:

- Se deben detectar todos los contactos cercanos de un paciente sospechoso de padecer sarampión y se deben vigilar estrechamente durante las cuatro semanas que siguen al día del inicio del exantema en el paciente. Son contactos todas las personas que vivían en la misma casa u otras dependencias cercanas al paciente sospechoso mientras este era contagioso.
- Debe confeccionarse una lista detallada de todos los contactos con sus nombres y direcciones. Se debe averiguar las vacunas que han recibido, si han presentado síntomas o signos clínicos sugestivos de sarampión o rubéola, y si han viajado últimamente.
- Los contactos que aún no han recibido dos dosis de la vacuna deben considerarse como susceptibles y ser vacunados inmediatamente.
- Los contactos cercanos deben permanecer en sus viviendas (cuarentena domiciliaria), no deben asistir a la escuela, al trabajo o a otros centros muy concurridos, como iglesias, clubes o guarderías.
- Si han transcurrido menos de cinco días desde el inicio del exantema en el paciente sospechoso de sarampión, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto a la permanencia en sus hogares, estén vacunados o no. Se les debe informar sobre los síntomas prodrómicos, y deben recibir instrucciones para que permanezcan en casa si aparecieran tales síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas y entren en contacto con las autoridades sanitarias.

- **Vacunación contra Sarampión:**

El equipo técnico de inmunizaciones debe evaluar las coberturas de vacunación de SPR a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.



Vacunación preventiva:

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 5 años para lograr y mantener coberturas homogéneas del 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los distritos del país.
 - Cierre de brechas para culminar barrido de vacunación 2016.
 - Garantizar las dos dosis de la vacuna contra SPR en el niño menor de 2 años (1ra dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses).
 - El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 05 años
 - Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años que por alguna razón no fueron vacunados.
 - En caso de demanda de vacunación establecer un puesto de vacunación de atención rápida.
 - Mantener el stock de vacunas al día en cada establecimiento de salud.
 - Intensificar actividades regulares de educación en las salas de espera, hospitalización y en salas de urgencia.
- Debe vacunarse contra el sarampión a poblaciones en mayor riesgo de contagiarse:
 - Personal de salud (asistencial y de salud pública),
 - Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde la frontera norte hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos,
 - Niños de 1 a 4 años zonas de frontera,
 - Trabajadores del sector turismo, migraciones, aduana, comerciantes formales e informales,
 - Personal de educación que tiene contactos con niños, cuidadores de niños y adultos mayores en guarderías y asilos,
 - Trabajadoras sexuales
 - Viajeros internacionales que salen del país hacia lugares donde hay transmisión de sarampión (Europa, Asia).
 - Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión y deben ser vacunadas con prioridad de los niños de 1 a 4 años.

**Vacunación frente a la ocurrencia de casos:**

- Se vacunará con la vacuna triple viral (SPR) o doble viral (SR) disponible, en las siguientes circunstancias:
 - Ante la presencia de Caso Sospechoso: El establecimiento de salud responsable del ámbito donde reside el caso, dará el inicio del bloqueo dentro de las 72 horas y comprende la vacunación de los niños entre 1 a 4 años, que no tienen el esquema de vacunación completo.
 - El ámbito de vacunación en zona urbana comprenderá un total de 121 manzanas distribuidas alrededor de la manzana donde se encuentra la vivienda del caso (hasta 5 manzanas a la redonda), y en zona rural comprenderá a todas las viviendas de la comunidad.
 - Ante la presencia de Caso Confirmado: Se procederá a vacunar, a TODOS los contactos identificados dentro de las primeras 72 horas. El nivel nacional, determinará los rangos de edades

a vacunarse y establecerá los lineamientos correspondientes en función del análisis epidemiológico.

- Ante caso confirmado con Casos Secundarios: Esta vacunación deberá realizarse también dentro de las primeras 72 horas de confirmación del caso secundario y el nivel nacional.
- Convocar al equipo técnico de inmunizaciones para evaluar las coberturas de vacunación de SPR (2) y tasas de notificación e investigación de casos de sarampión/rubéola a nivel distrital y establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.

Procedimientos para la obtención de muestras para el diagnóstico de sarampión o rubéola

Cada GERESA/DIRESA debe contar con la disponibilidad de insumos para la obtención de muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y medios de transporte viral, así como el traslado oportuno de las muestras al laboratorio referencial del INS, dentro de 5 días de captado el caso.

- Se obtendrá una muestra de sangre e hisopados nasal y faríngeo, al primer contacto con el paciente sospechoso de sarampión o rubéola.

Suero sanguíneo: Para detección de anticuerpos anti-sarampión o anti-rubéola

- Extraer 5 ml de sangre venosa en tubo sin anticoagulante.
- Centrifugar a 2500 rpm x 10 min (si no hay centrifuga dejar el tubo en reposo por 2 horas para que se separe el coágulo del suero).
- Trasvasar el suero a un criovial estéril. Rotular el criovial con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C y trasladar inmediatamente al INS; hasta que el laboratorio regional realice el diagnóstico serológico.
- Se debe obtener y enviar una segunda muestra de suero en los siguientes casos:
 - Cuando la muestra de sangre ha sido obtenida antes de los tres días del inicio de la erupción.
 - Cuando se obtuvo resultados VALOR LIMITE O INDETERMINADO, debiendo realizarse a los 15 días de inicio de la erupción para evaluar seroconversión.

Hisopado nasal y faríngeo: Para diagnóstico molecular

- Obtener muestras de hisopado nasal y faríngeo hasta los primeros 5 días de iniciada la erupción.
- Para la obtención de la muestra se deberá usar el kit para toma de muestra (02 hisopos de dacrón estéril y medio de transporte viral MTV), conservado a temperatura +2 a +8°C
- Luego de humedecer uno de los hisopos en el MTV, se obtendrá la muestra de una de las fosas nasales realizando movimientos rotatorios.
- Con el segundo hisopo y utilizando un baja lengua, se obtendrá la muestra de la parte posterior de la faringe.
- Colocar ambos hisopos en el MTV² y romper el excedente del mango de los hisopos para permitir el cierre hermético del tubo.
- Rotular el tubo con apellidos y nombres, edad, fecha de obtención de muestra y procedencia
- Conservar a temperatura +2 a +8°C



- Enviar la muestra inmediatamente al Instituto Nacional de Salud (INS) manteniendo la cadena de frío de +2 a +8°C.

Acciones de promoción de la salud:

- Identificar los espacios o instancias multisectoriales o quien haga sus veces (Consejo Regional de Salud, Mesas de concertación de lucha contra la pobreza, Mesas multisectorial de Salud, Redes de instituciones educativas, Programas sociales entre otros) a nivel regional y local para que la DIRESA en coordinación con el gobierno regional de a conocer la información básica y oportuna para fomentar el cumplimiento del esquema de vacunación y la vacunación en grupos de riesgo.
- Identificar los espacios o instancias comunales (juntas vecinales, organizaciones sociales de base entre otros) o quien haga sus veces para el fortalecimiento de la difusión acerca de los mensajes claves relacionados a la enfermedad y la importancia de detectar oportunamente los casos sospechosos.
- Establecer contacto y coordinación con grupos de inmigrantes organizados en la jurisdicción de la GERESA/DIRESA, dada la posibilidad de que un nuevo inmigrante en periodo de incubación podría llegar y tener contacto con ellos, si alguna persona desarrollara un cuadro de sospecha de sarampión, debe ser llevado a un establecimiento de salud para ser evaluado y tomar las medidas pertinentes de control epidemiológico.
- Implementar un plan comunicacional dirigido a la población general, puntos de entrada (aeropuertos, puertos y pasos fronterizos) con mensajes claves de identificación de signos y síntomas, teléfono de contacto con sistema 24/7 y listado de establecimientos de salud disponibles para la atención.
- Fortalecer el trabajo con los Agentes Comunitarios de Salud, con énfasis en los siguientes temas: Importancia de la vacunación de acuerdo al esquema de vacunación regular, comportamiento saludable, conocimiento básico sobre la sintomatología de un caso sospechoso y su reporte oportuno al establecimiento de salud más cercano.
- Continuar con la capacitación al personal de salud para garantizar la pronta identificación, notificación e investigación de todo caso de enfermedad febril eruptiva.
- Las actividades diarias y semanales continuarán hasta el alta epidemiológica (contados a partir de la presentación del último caso confirmado hasta tres periodos de incubación).

Los directores de los hospitales/institutos del MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policiales, sector privado, GERESA/DISA/DIRESA/DIRIS y establecimientos de salud, así como laboratorios de diagnóstico, deberán difundir y velar por el cumplimiento de la presente alerta.

Lima, 02 de agosto de 2018

Anexo 1

Definiciones:

Enfermedad febril eruptiva: grupo de infecciones, Incluye el sarampión, rubeola y otras, caracterizadas por fiebre y erupción de la

Erupción máculo - papular. Erupción cutánea aguda y extensa caracterizada por la presencia de máculas o pápulas y que son usualmente manifestación de una enfermedad sistémica.

Nexo epidemiológico: Es la relación que existe de una persona con un caso confirmado por laboratorio de una enfermedad febril eruptiva. Se confirma mediante investigación epidemiológica y sirve para confirmar un caso sospechoso.

Caso sospechoso de Sarampión/Rubéola (SR): Toda persona de cualquier edad, de quién un trabajador de salud sospecha que tiene sarampión o rubéola, o todo caso que presente fiebre y erupción máculo papular generalizada, No vesicular.

Caso confirmado: Un caso sospechoso de sarampión o rubéola que se confirma por cualquiera de las siguientes situaciones:

a) Por criterio clínico, epidemiológico y de laboratorio: Debe cumplir los tres criterios:

Criterio Clínico	Fase pre-eruptiva: <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre alta - Tos - Conjuntivitis Fase eruptiva: <ul style="list-style-type: none"> - Exantema maculo papular no vesicular de progresión céfalo-caudal en 3 a 4 días. Fase descamativa: <ul style="list-style-type: none"> - Descamación fina - Duración 3 a 4 días
Criterio Epidemiológico	<ul style="list-style-type: none"> - Procedencia de zona endémica o donde se está desarrollando un brote o epidemia. - Ser contacto de un caso confirmado
Criterio de Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> - Demostración de anticuerpos IgM para sarampión - Aumento en 4 veces el título de IgG para sarampión en la segunda muestra, obtenida 2 semanas después de la primera muestra.

b) Por aislamiento viral: del virus sarampión o rubéola en muestras de hisopado nasal y faríngeo.

c) Por nexo epidemiológico a otro caso confirmado.

d) Por clínica: Es un caso sospechoso que no se ha investigado adecuadamente, por cualquiera de las siguientes razones:

- El paciente murió antes de que se concluyera la investigación,
- El paciente no pudo ser localizado,

- El paciente se perdió durante el seguimiento.

Esta situación no debe presentarse ya que se considera como falla del sistema de vigilancia.

Caso descartado: es un caso sospechoso que ha sido objeto de una investigación completa y que no cumple con los criterios clínico, epidemiológico, de laboratorio; el aislamiento viral es negativo y no tiene nexos epidemiológico.

Caso importado: Un caso importado de sarampión o rubéola es el caso en quien se ha confirmado la infección y que la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas demuestran que estuvo expuesto fuera del continente americano o del país durante los 7 a 21 días anteriores al inicio del exantema, para el caso de la sarampión, y de 12 a 23 días, para el caso de rubéola. Los resultados de la secuenciación molecular del virus aislado en estos casos deben ser compatibles con los que circulan en el país de procedencia donde probablemente ocurrió la infección.

Caso relacionado con importación: Es un caso confirmado que según la investigación epidemiológica y las pruebas virológicas estuvo expuesto localmente al virus, formando parte de la cadena de transmisión iniciada por un caso importado

Caso confirmado con fuente de infección desconocido: Es un caso confirmado en el que no se pudo detectar la fuente de infección.

Caso confirmado asociado a la vacuna: Es cuando cumple con los cinco criterios que se indican a continuación:

- El exantema apareció 7 a 14 días después de la vacunación SPR o SR.
- El paciente tuvo enfermedad exantemática con o sin fiebre pero no presentó tos u otros síntomas respiratorios que acompañen al exantema
- La investigación epidemiológica exhaustiva no logró detectar un caso primario ni casos secundarios.

La muestra de sangre, que contenía anticuerpos IgM específicos, se obtuvo entre los 8 y 56 días después de la vacunación.

El resultado de aislamiento viral confirma que es un virus vacunal no salvaje.

Caso primario: Individuo que introduce la enfermedad en el grupo bajo estudio. No necesariamente es el primer caso diagnosticado en el grupo.

Caso índice: Es el primer caso sospechoso de sarampión, rubéola u otra enfermedad febril eruptiva en un grupo poblacional definido que se somete a la atención del investigador.

Brote de sarampión: En ausencia de casos autóctonos luego de haber logrado la eliminación de la transmisión del sarampión salvaje en el Perú, la existencia de un solo caso de sarampión confirmado por laboratorio se considera como un brote confirmado de sarampión.

Epidemias de sarampión: Antes de que la vacuna se introdujera en 1963 y se generalizara su uso, cada 2 a 3 años se registraban importantes epidemias de sarampión en todo el mundo, las que llegaban a causar cerca de dos millones de muertes al año. En el Perú la última epidemia ocurrió en 1992 la cual se extendió a todos los departamentos del país notificándose a la OGE/MINSA 22,605 casos y 347 fallecidos.

