

Boletín Epidemiológico

**Dirección Ejecutiva de Salud Pública,
Dirección de Epidemiología Emergencias y
Desastres.
Dirección Regional de Salud Ayacucho, Perú**



PERÚ

Ministerio
de SaludDirección Regional
de Salud Ayacucho

Boletín Epidemiológico -
Ayacucho 27 - 2017



Al 08 de Julio de 2017

EDITORIAL

CONTENIDO

La Medicina Veterinaria y la Vigilancia de las Enfermedades Zoonóticas en el Perú.

Las zoonosis constituyen un grupo de enfermedades de los animales que son transmitidas al hombre por contacto directo con el animal enfermo, a través de algún fluido corporal o mediante la presencia de vectores intermediarios como mosquitos u otros insectos. Aproximadamente el 61 % de los agentes patógenos para humanos son zoonóticos y el 75 % de los patógenos emergentes son de origen animal. (1,2)

La importancia de las enfermedades zoonóticas no tiene precedentes, por su actual magnitud e impacto en la salud pública nivel global. La intensa actividad productiva y comercial ligada a la movilización de personas y de animales, además del desplazamiento de productos y sub productos de origen pecuario, genera nuevos retos para los sistemas de vigilancia, pues la implementación de acciones de salud pública requiere de información oportuna y de calidad. (3)

En este contexto, el control de las zoonosis constituye uno de los retos más complejos en salud pública, que requiere de la implementación de esfuerzos multidisciplinarios, destacando entre ellos los de la medicina veterinaria. El riesgo de transmisión de la mayoría de estas enfermedades, depende de la magnitud del problema en los reservorios, vectores o animales susceptibles; es por ello que la vigilancia de estas enfermedades requiere no solo de la detección oportuna de la enfermedad, sino de la identificación de los factores asociados a su presentación.

El sistema de vigilancia epidemiológica en el país, incluye un conjunto de acciones dirigidas a la recolección sistemática de información sobre problemas zoonóticos específicos; asimismo incluye el análisis y difusión de la información para su oportuna utilización en el diseño e implementación de acciones de prevención, control o eliminación de estas enfermedades. Cuatro enfermedades zoonóticas y dos daños por accidentes por animales ponzoñosos fueron incluyéndose progresivamente en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el país; es así que la rabia y la peste se vigila sistemáticamente desde la década del 90, mientras que la leptospirosis, carbunco, ofidismo, loxoscelismo desde el año 2000 (2). Adicionalmente a mediados del año 2015, el Sistema nacional de Vigilancia Epidemiológica, mediante la "Directiva Sanitaria No 065-MINSA/DGE-V.01", establece los procedimientos para que además de la vigilancia de los enfermedades zoonóticas en las personas, se realice la notificación ///

Artículo de actualidad:

La Medicina Veterinaria y la Vigilancia de las Enfermedades Zoonóticas en el Perú. Pág. 1 – 2.

Análisis de situación de salud:

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma) en la región Ayacucho, hasta la SE 27 - 2017. Pág. 3 – 6.

Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas y las disenterías en la región Ayacucho, hasta la SE 27 - 2017. Pág. 6-8.

Situación de la malaria vivax en la región Ayacucho, 2017 (hasta la SE 27). Pág. 9.

Situación de la vigilancia de Febriles en la región Ayacucho, 2017 (hasta la SE 27). Pág. 10-11.

Indicadores de monitoreo de la notificación semanal:

Indicadores de monitoreo de la notificación de casos, en la semana epidemiológica 27 - 2017. Pág. 12.

///... inmediata de las epizootias, teniendo como principales aliados estratégicos al personal médico veterinario del Servicio Nacional de Sanidad Animal del Ministerio de Agricultura del Perú.

La peste cuyos primeros intentos de vigilancia y búsqueda activa de casos datan desde 1903, con el control de las personas que viajaban en los tranvías del Callao, hasta años recientes en los que se prioriza la vigilancia de epizootias en roedores y cuyes como principal predictor para la ejecución de acciones orientadas a disminuir el riesgo de presentación de casos. Esta zoonosis hasta mediados del siglo pasado afectó a casi la totalidad de las regiones de la costa y a partir de los años 60, se concentra en la sierra de los departamentos de Piura, Cajamarca, La Libertad y Lambayeque. Sin embargo el año 1994, se reportó un brote en la Costa de Lambayeque y a partir el 2009 se evidenció la reemergencia de esta zoonosis en la costa del departamento de La Libertad. Durante los últimos quince años fueron notificados 134 casos confirmados de peste, el 91% de ellos de peste bubónica y 5% neumónica y el otro 4 % septicémica. La letalidad durante este periodo fue del 6% (08 fallecidos). (4,5) La rabia, es otra de las enfermedades zoonóticas sujetas a vigilancia, enfermedad que durante la década del 70 causó 269 fallecidos y que durante los últimos 15 años, se redujo en más del 50% (139 defunciones). Sin embargo esta reducción fue gracias al control de la rabia transmitida por mordedura de can, que disminuyó de 161 casos notificados en el periodo 1990-1999 a 10 casos durante el periodo 2000-2015. La transmisión de la rabia silvestre, se mantiene latente en 14 departamentos de la región amazónica del país, en los cuales entre el 2013 y 2015, se reportaron 668 casos de rabia animal y que debido a la atención oportuna de los focos no se reportaron casos de rabia humana. En este periodo fueron notificados 5 casos de rabia humana procedentes de comunidades nativas amazónicas, en las que no fueron evidenciadas las epizootias y cuyas características sociales, geográficas y culturales limitan el acceso a los servicios de salud.

La Leptospirosis, considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Internacional de las Epizootias (OIE), como la zoonosis de mayor difusión en el mundo, constituyendo un problema emergente de salud pública en países tropicales y sub-tropicales (3,6), constituye también un problema zoonótico prioritario en el Perú. Hasta el año 2011, presentó un comportamiento endémico con brotes esporádicos, relacionados a exposición a potenciales fuentes de infección. Sin embargo entre los años 2012 y 2014, esta zoonosis muestra claramente un comportamiento epidémico, favorecido por el incremento del riesgo de exposición posterior a las inundaciones presentadas en la Amazonia (5), y durante los últimos dos años se observa persistencia de transmisión en esta región así como brotes esporádicos en la costa y la sierra del país.

El carbunco, enfermedad también de notificación obligatoria, muestra un comportamiento endémico, con focos de transmisión ubicados principalmente en la costa, pero que podría presentarse en cualquier parte del país, adquirido por contacto con productos derivados de animales infectados,

(cueros, lanas, etc.), Durante el periodo 2000-2014, fueron notificados 343 casos en 12 departamentos del país y el año 2015 se presentó uno de los brotes de mayor magnitud notificados hasta la fecha, este ocurrió en el distrito de Chulucanas de la provincia de Morropón en Piura, con un total de 54 casos notificados (7,5) y 6 animales muertos.

Ofidismo y loxoscelismo son los daños de mayor impacto entre los causados por accidentes por animales ponzoñosos en el país. Durante los últimos 5 años fueron notificados 16,826 casos, el 75% de ellos por ofidismo y si bien la letalidad es relativamente baja (0.5% en ofidismo y 0.3% en loxoscelismo), estos daños se presentan con diferentes grados de severidad, pudiendo llegar a producir graves secuelas en la persona afectada.

Referencias Bibliográficas

1. Vigilancia de las enfermedades zoonóticas. Portal Web.DGEMINSA.2014.
2. Ministerio de Salud Argentina. Programa Nacional de Control de Enfermedades Zoonóticas. Página web: <http://www.msal.gov.ar/>
3. Flores, R. 2010. La Situación Actual de las Zoonosis más frecuentes en el Mundo. Gaceta Médica de México.
4. MINSAL. Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la rabia humana en el Perú. 2008.
5. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
6. Acha PN et al. Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales, 2003.
7. OMS.2010. World Health Statistics 2010.
8. Salinas, D.2004. Carbunco: Una investigación clínica de los andes peruanos. UNMS. An Fac Med Lima 2004; 65(4).

Lic. Guisela Lucy Sulca Jayo
Resp. Vigilancia Metaxénicas y Zoonóticas

Dirección de Epidemiología, Emergencias y Desastres
Análisis Situacional de Salud

Situación epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas (IRA), neumonías y SOB (asma), Ayacucho en la Región Ayacucho, hasta la SE 27 - 2017.

Antecedente

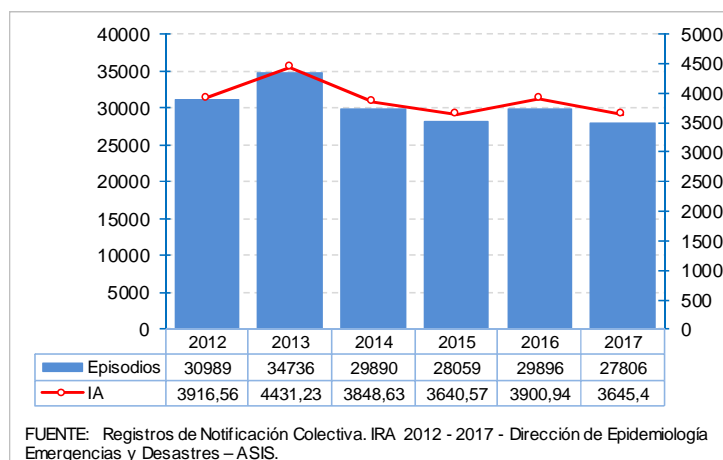
La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, realiza la vigilancia epidemiológica de la tendencia y el comportamiento de las IRA desde 1999, a través de la Directiva N° 001-DGSP/SUBPCIRA-02/99, que fue actualizada con la Directiva Sanitaria N° 046 - MINSA/DGE-V.01 con R.M. N° 506-2012/MINSA del 18 de junio de 2012, que norma la notificación de las IRA, neumonías y defunciones por neumonía, con prioridad en los grupos de riesgo: menores de 5 años y de 60 años a más a nivel nacional, en forma colectiva, de más de 7 mil establecimientos de salud (públicos y privados) seleccionados como unidades notificantes de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

Situación actual

En la región Ayacucho, hasta la SE 27 del presente año, se han notificado 27806 episodios de IRA en menores de 5 años, lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 3645,4 episodios de IRA x 10, 000 menores de 5 años. (Fig. 1).

En el presente año, los episodios de IRA y la incidencia acumulada muestran un comportamiento decreciente de 255,54 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2016.

Figura 1: Episodios e incidencias acumuladas de IRA en menores de 5 años, Ayacucho 2012* - 2017* (*SE 27).

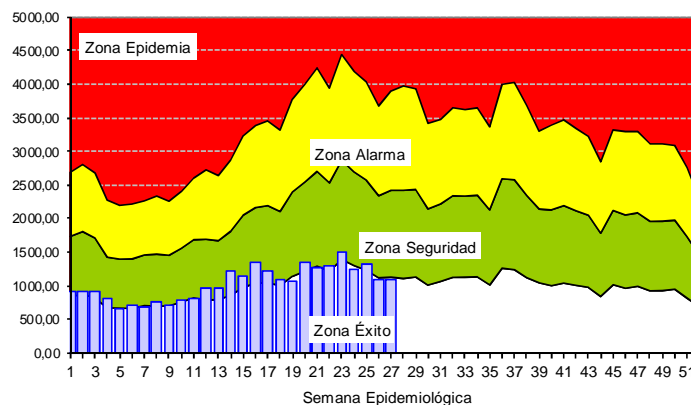


El mayor porcentaje de estas atenciones 99,6 % fueron por IRAs no complicadas (atenciones por infecciones respiratorias agudas de vías respiratorias altas, que incluyen resfriado común, faringitis aguda, bronquitis

aguda y otitis media) y 0,4 % por neumonías no complicadas y neumonías complicadas.

La tendencia de las IRA no complicadas en el año 2017 muestra un patrón dentro de lo esperado según el canal endémico, ubicándose en la zona de éxito. (Fig. 2).

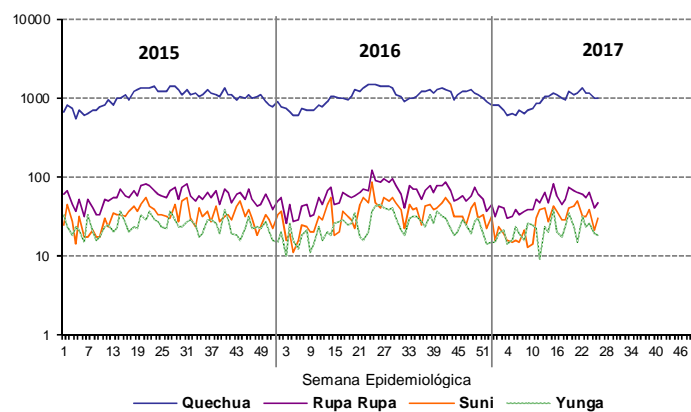
Figura 2. Canal endémico de IRA en menores de 5 años, Ayacucho SE 27 - 2017.



FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2007 - 2017 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

A la SE 27 del 2017 la IA de IRA x 10, 000 menores de 5 años es mayor en la región quechua que representa el 90,35 % mientras que en las regiones rupa-rupa, suni y yunga se observa un comportamiento decreciente con un 9,65 %. (Fig. 3)

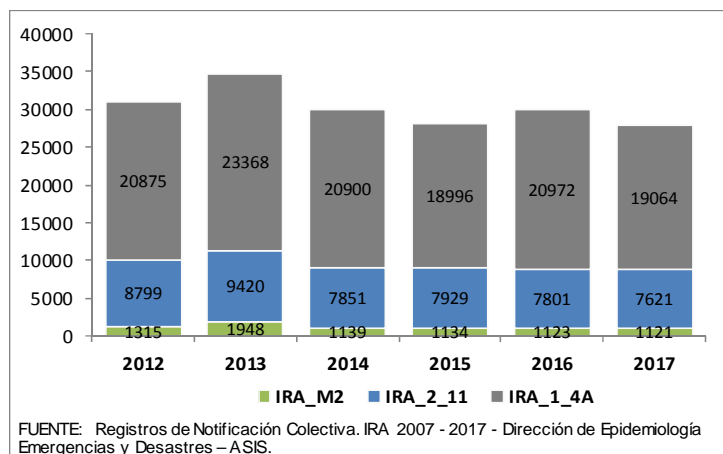
Figura 3. Incidencia de IRA en menores de 5 años por regiones naturales. Ayacucho, 2015* - 2017* (*SE 27).



FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2015 - 2017 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Al analizar los episodios de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) según grupos de edad, tenemos que el grupo de edad que aporta mayor número de episodios es el grupo de 1 a 4 años con 19064 episodios, que representa el 68,6 % del total de episodios de IRAs notificados en menores de 5 años. Mientras que el grupo de 2 a 11 meses representa el 27,4 % con 7621 episodios; finalmente el grupo menores de 2 meses solo aporte el 4 % (1121) (Fig. 4).

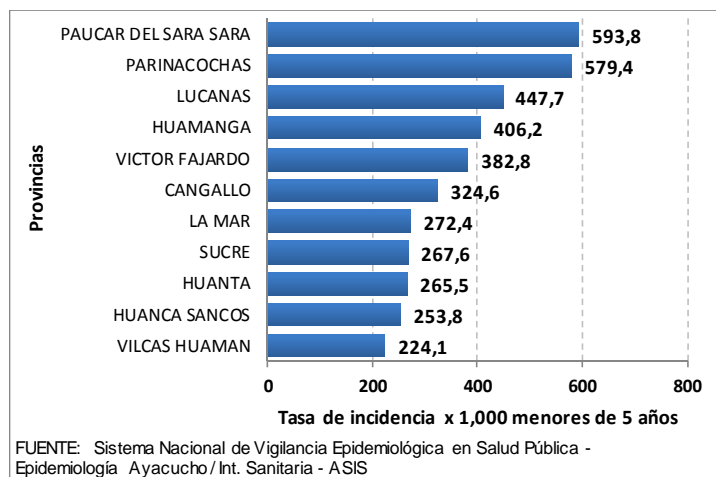
Figura 4: Episodios de IRA según grupos de edad, Ayacucho 2012* - 2017* (*SE 27).



El 43,31% (12043) del total de episodios de las infecciones respiratorias agudas (IRA) se concentran en la provincia de HUAMANGA (TIA de 406,2 x 1 000 menores de 5 años).

Las provincias que presentan la más alta tasa de incidencia acumulada son: PAUCAR DEL SARA SARA TIA de 593,8 x 1 000 menores de 5 años (652 casos); seguido por la provincia de PARINACOCHAS TIA de 579,4 x 1 000 menores de 5 años (2065 casos); provincia de LUCANAS TIA de 447,7 x 1 000 menores de 5 años (3012 casos). Mientras que la provincia de VILCAS HUAMAN presenta la tasa más baja con 224,1 x 1 000 menores de 5 años (585 casos). (Fig. 5).

Figura 5: Episodios de IRA según provincias. Ayacucho 2017 (*SE 27).

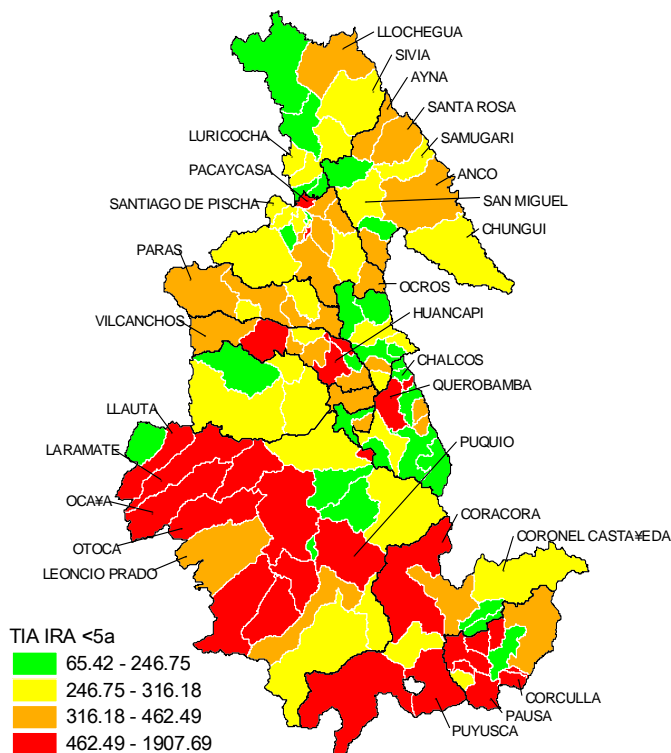


Al analizar al interior de la región por distritos, tenemos 30 de los 117 distritos que se encuentran en riesgo por presentar una tasa entre 462,49 y 2399,1 por 1,000 menores de 5 años en lo que va del año de la semana 01 hasta la semana 27. (Mapa 1).

En lo que va del año, los siguientes distritos presentaron mayor incidencia acumulada de IRA: ANDRES AVELINO CACERES DORREGARAY IA de 2399,1 (1070 episodios), SANTA LUCIA IA de 1907,7 (124 episodios), PAUSA IA de 1096,7 (295 episodios), SAISA IA de 980,8 (51 episodios), LARAMATE IA de

923,1 (144 episodios), CORACORA IA de 778,7 (1256 episodios), SAN JOSE DE USHUA IA de 772,7 (17 episodios).

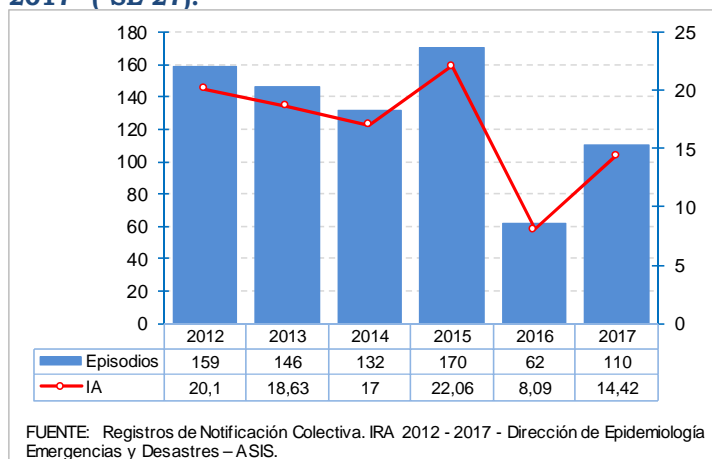
Mapa 1: Riesgo para Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años. Ayacucho 2017*



Neumonías en menores de 5 años

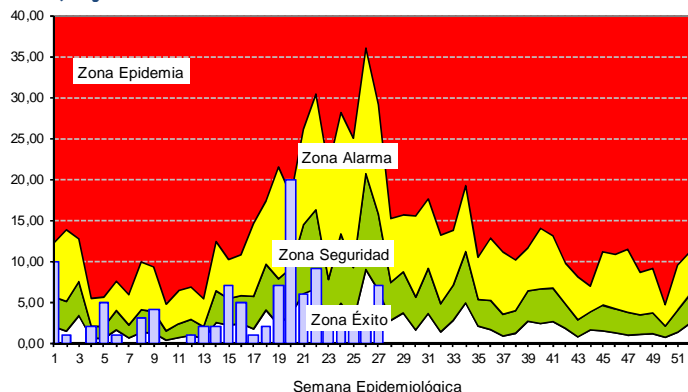
Hasta la SE 27 se notificaron 110 episodios de neumonías no complicadas en menores de 5 años, que representa una IA de 14,42 episodios de neumonía x 10, 000 menores de 5 años. La TIA en relación al año anterior para el mismo periodo tiene un comportamiento creciente con un 6,33 %. El 42,36 % (86/203) de los casos de neumonías no complicadas y las neumonías complicadas fueron hospitalizados. (Fig. 6).

Figura 6: Episodios e incidencias acumuladas de neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2012* - 2017* (*SE 27).



La curva epidémica de las neumonías en menores de 5 años presenta una tendencia ascendente y se mantiene en la zona de éxito (Fig. 5).

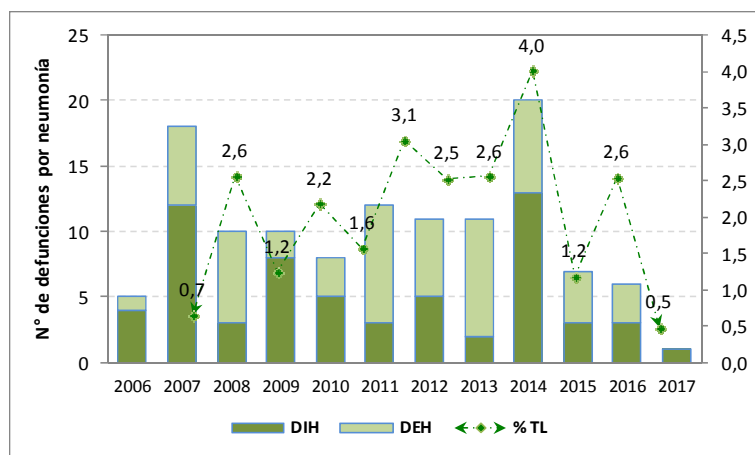
Figura 7. Canal endémico de neumonías en menores de 5 años, Ayacucho. SE 27 - 2017.



FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2007 - 2017 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

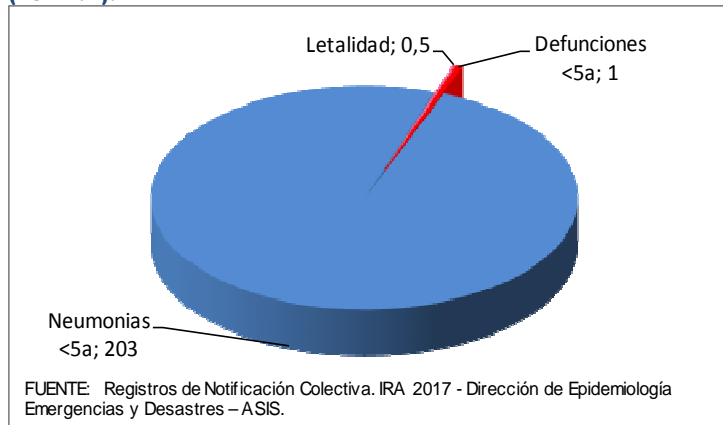
A la SE 27 - 2017, para la región Ayacucho se han notificado 1 defunciones por neumonía en menores de 5 años siendo el 100 % (1/1) intrahospitalarias. Al hacer el análisis de la tendencia de la TL (tasa de letalidad) por neumonía en menores de 5 años, se observa que en relación a los últimos 3 años para el mismo periodo se nota un comportamiento decreciente con 2,06 %. (Fig. 8).

Figura 8. Defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2006 - 2017* (*SE 27).



La TL por neumonía en menores de 5 años a nivel de la región Ayacucho hasta la SE 27 - 2017 es de 0,49 %. (Fig. 9).

Figura 9. Neumonías, defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en menores de 5 años, Ayacucho 2017* (*SE 27).



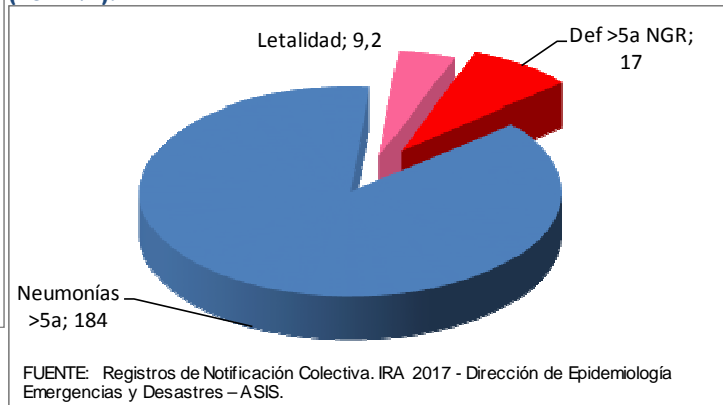
FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2017 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Neumonías en mayores de 5 años

Para los mayores de 5 años, grupo también considerado de riesgo para neumonía, a la SE 27 - 2017, se han notificado 184 episodios de neumonía con una IA a nivel regional de 0,3 x 10, 000 mayores de 5 años, con un comportamiento decreciente de 0,32 %; si comparamos el año anterior para el mismo periodo que fue de 0,62 x 1 000 mayores de 5 años.

Hasta la SE 27 - 2017 Se han notificado 17 defunciones en este grupo de riesgo y una TL regional de 9,24 % que tiene un comportamiento decreciente en 6,04 % en relación al año 2016 que fue de 15,28 %. El 94,12 % (16/17) de las defunciones por neumonías fueron intrahospitalarias. (Fig. 10).

Figura 10. Neumonías, defunciones y tasa de letalidad (%) por neumonías en mayores de 5 años, Ayacucho 2017* (*SE 27).

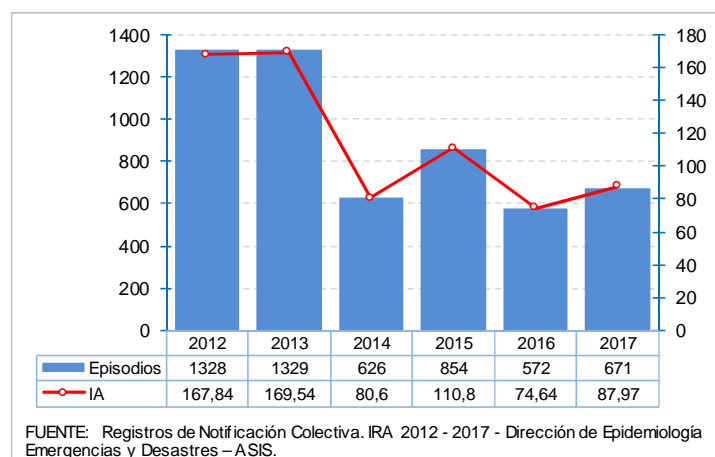


FUENTE: Registros de Notificación Colectiva. IRA 2017 - Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Síndrome obstructivo bronquial (SOBA) en menores de 5 años

Hasta la SE 27 - 2017 se han notificado 671 episodios de síndrome obstructivo bronquial (SOB)/asma en menores de 5 años, con una IA (incidencia acumulada) de 87,97 % episodios de (SOB)/asma x 10, 000 en menores de 5 años, que presenta una tendencia creciente en relación al año 2016. (Fig. 11).

Figura 11: Episodios e incidencias acumuladas de SOBA/Asma en menores de 5 años, Ayacucho 2012* - 2017* (*SE 27).



Conclusiones:

- Se observa una tendencia decreciente en la IA de IRA en menores de 5 años de 255,54 % comparada con el mismo periodo del año anterior y la tendencia de su curva epidémica es descendente.
- La IA de neumonías es de 14,42 x 10, 000 menores de 5 años, con una tendencia creciente comparada en el mismo periodo del año anterior.
- En el grupo de menores de 5 años, se han notificado 1 defunciones por neumonía en menores de 5 años con una tasa de letalidad de 0,49 en relación al año anterior con una tendencia decreciente en 2,06 %.
- En el grupo de mayores de 5 años, la IA en neumonías es de 0,3 x 10, 000, menor que en el 2016. La TL es de 9,24 % menor que en el 2016.

Recomendaciones

- Fortalecer las acciones de prevención de IRA y neumonías con énfasis en los grupos de mayor riesgo: menores de 5 años y adultos de 60 años a más.
- Promover en la población el reconocimiento precoz de las señales de alarma en neumonía, para un diagnóstico y tratamiento oportuno disminuyendo el riesgo de muerte.
- Fomentar campañas de vacunación contra influenza y neumococo con énfasis en los grupos de mayor riesgo asimismo hábitos saludables a fin de evitar la diseminación de infecciones respiratorias.
- Fomentar el uso del protocolo de atención en enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en los establecimientos de salud del primer nivel.

Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las disintéricas Región Ayacucho. Región Ayacucho, hasta la SE 27 - 2017.

Antecedentes

Las EDA continúan siendo un problema de salud mundial, especialmente en los países en desarrollo, donde representan una importante causa de morbilidad y mortalidad en niños menores de 5 años. A pesar de la reducción de la mortalidad que se ha producido en los últimos años, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, son la segunda causa de mortalidad en el mundo, cada año matan más de 760 000 niños menores de 5 años y que ocurren más de mil millones de episodios [1].

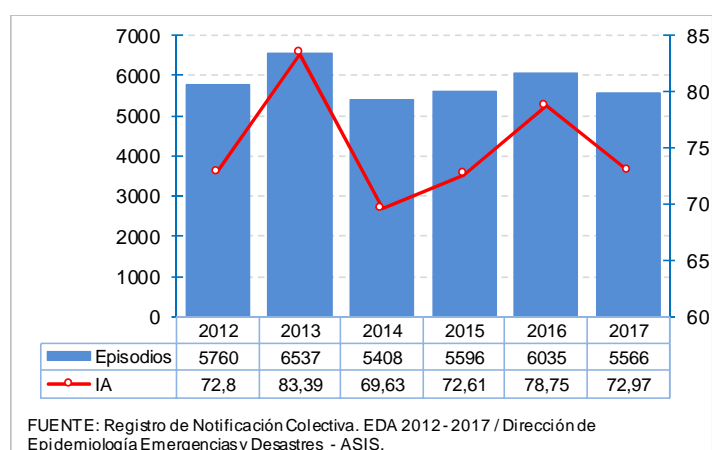
La causa principal de muerte es la deshidratación lo cual resulta por pérdida de líquidos y electrolitos. La diarrea es una causa importante de desnutrición, esto se debe a que durante la enfermedad los pacientes comen menos por la anorexia y se reduce transitoriamente la capacidad de absorción intestinal [2].

En promedio los niños padecen 3.3 episodios de diarrea por año, pero en algunas regiones, el promedio pasa de 9 episodios anuales; es común, donde estas enfermedades son frecuentes, que los niños pasen el 15% de sus vidas con diarreas [3]. Los episodios múltiples de diarrea en el primer año de vida pueden deteriorar el estado nutricional y causar graves secuelas.

Situación actual

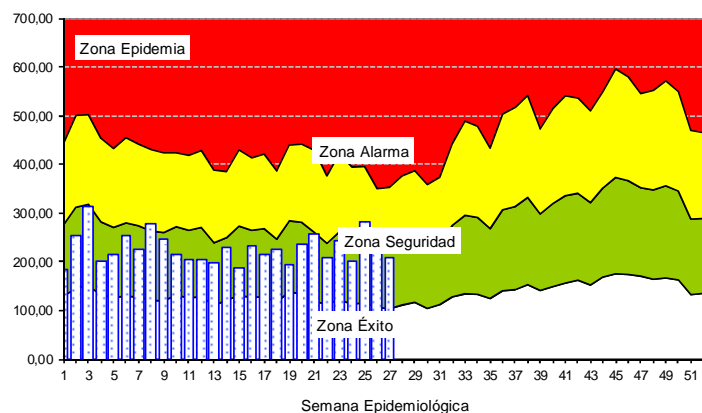
En la región Ayacucho, hasta la SE 27 del presente año, se han notificado 5566 episodios de EDA en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 72,97 episodios de EDA x 1 000 menores de 5 años, observándose un comportamiento decreciente de 5,78 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo periodo del año 2016 (Fig. 12).

Figura 12: Episodios e incidencias acumuladas de EDA en menores de 5 años, Región Ayacucho. 2012* - 2017* (*SE 27).



Generalmente se evidencia mayor porcentaje de EDA en los meses de verano, sin embargo los episodios notificados estuvieron dentro de lo esperado en la zona de seguridad según el canal endémico (Fig. 11).

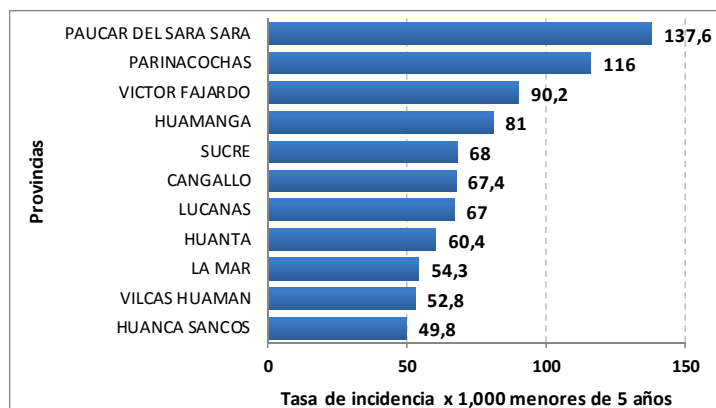
Figura 13. Canal endémico de EDA en menores de 5 años, Región Ayacucho. SE 27 - 2017.



FUENTE: NOTISP – Dirección de Epidemiología / ASIS

Las provincias que presentan la más alta tasa de incidencia acumulada de Edas Acuosa en menores de 5 años son: PAUCAR DEL SARA SARA TIA de 137,6 x 1 000 menores de 5 años (149 episodios); seguido por la provincia de PARINACOCHAS TIA de 116 x 1 000 menores de 5 años (411 episodios); provincia de VICTOR FAJARDO TIA de 90,2 x 1 000 menores de 5 años (209 episodios). Mientras que la provincia de HUANCA SANCOS presenta la tasa más baja con 49,8 x 1 000 menores de 5 años (58 episodios). (Fig. 14).

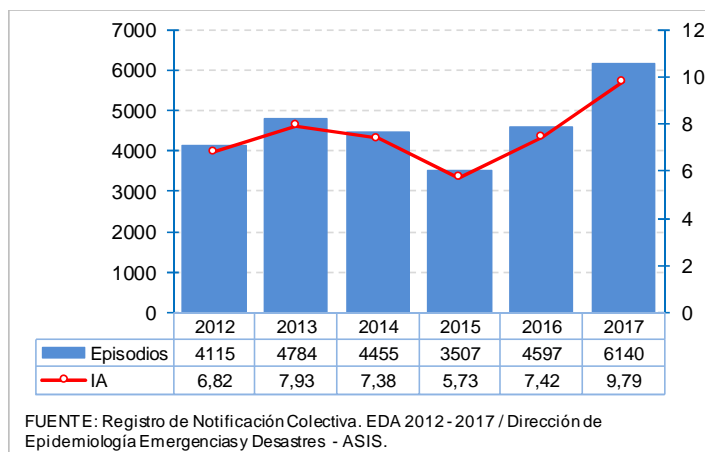
Figura 14: Episodios de EDA Acuosa según provincias. Ayacucho. 2017* (*SE 27).



FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2017* / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Hasta la SE 27 del presente año en la región Ayacucho, se han notificado 6140 episodios de enfermedades diarreicas agudas en mayores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 9,79 episodios de EDA x 1 000 mayores de 5 años, observándose un comportamiento creciente de 2,37 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2016 (Fig. 15).

Figura 15: Episodios e incidencias acumuladas de EDA en mayores de 5 años, Región Ayacucho. 2012* - 2017* (*SE 27).

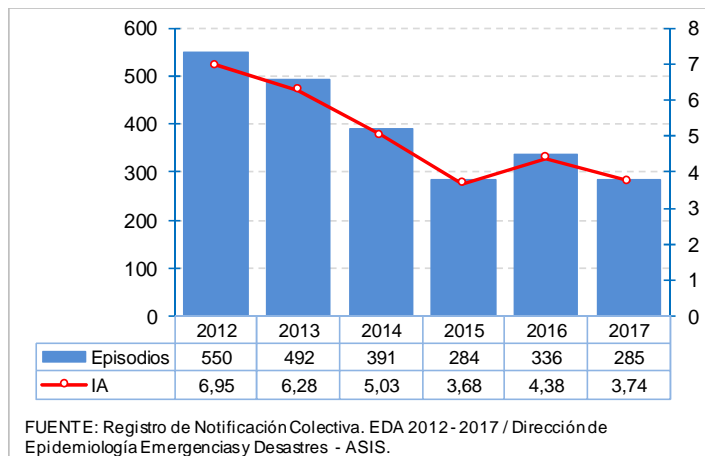


FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2012 - 2017 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Enfermedades diarreicas disintéricas

En la región Ayacucho, hasta la SE 27 del presente año, se han notificado 285 episodios de enfermedades diarreicas disintéricas en menores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 3,74 episodios de disenterías x 1 000 menores de 5 años; observándose un comportamiento decreciente de 0,64 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2016 (Fig. 16).

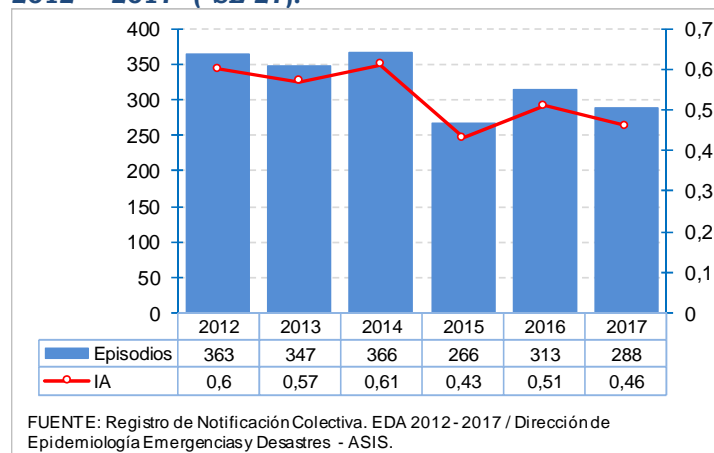
Figura 16: Episodios e incidencias acumuladas de EDA disintéricas en menores de 5 años Región Ayacucho. 2012* - 2017* (*SE 27).



FUENTE: Registro de Notificación Colectiva. EDA 2012 - 2017 / Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres - ASIS.

Hasta la SE 27 del presente año en la región Ayacucho, se han notificado 288 episodios de enfermedades diarreicas disintéricas en mayores de 5 años, con una incidencia acumulada (IA) de 0,46 episodios de EDA x 1 000 mayores de 5 años, observándose un comportamiento decreciente de 0,05 % en relación a la Incidencia Acumulada reportada para el mismo período del año 2016 (Fig. 17).

Figura 17: Episodios e incidencias acumuladas de EDA disintéricas en mayores de 5 años Región Ayacucho. 2012* - 2017* (*SE 27).



Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Las enfermedades diarreicas. Nota descriptiva N° 330. Abril 2013. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/>
2. Hevia Bernal, Daisy. Enfermedad Diarreica Aguda: Un problema siempre emergente. Boletín de Medicina General Integral. 2002.
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades Diarreicas. Prevención y tratamiento. Epidemiología y etiología de las diarreas. OPS; 1995.

Situación epidemiológica de la malaria por plasmodium vivax en la región Ayacucho, 2017 (hasta la SE 27).

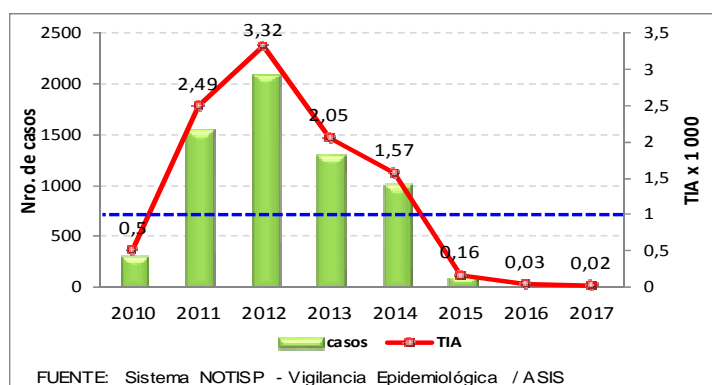
La malaria (o paludismo) es causado por parásitos de la familia Plasmodium y transmitido por los mosquitos Anopheles hembra.

A comienzos del siglo XXI, la malaria fue objeto de amplia atención como un problema prioritario de salud mundial. Este renovado interés puso fin a una era de descuido entre los años sesenta y finales de los noventa del siglo anterior y vino a contrarrestar los aumentos extraordinarios de las tasas de morbilidad y mortalidad. Para lograr que las tendencias de la malaria sigan descendiendo, son necesarios un compromiso político inquebrantable, una financiación considerable y previsible, y un aumento de la colaboración regional.

Análisis:

Hasta la Semana Epidemiológica 27 - 2017, se ha notificado a nivel de la región Ayacucho 13 casos de malaria vivax; notificándose 10 (56,52 %) casos de malaria vivax menos que el año 2016. La tasa de incidencia acumulada (TIA) es de 0,019 casos por 1 000 hab. (Fig. 18).

Figura 18. Tendencia de casos de malaria y TIA, Ayacucho. Años 2016 - 2017 (SE 27).



El 38,46% (5) del total de casos se concentran en el distrito de Anchiuay (TIA de 0,87 x 1 000 hab.); el 23,08% en el distrito de Anco (TIA de 0,26 x 1 000 hab.); el 15,38% en el distrito de Santa rosa (TIA de 0,18 x 1 000 hab.). (Tabla 1)

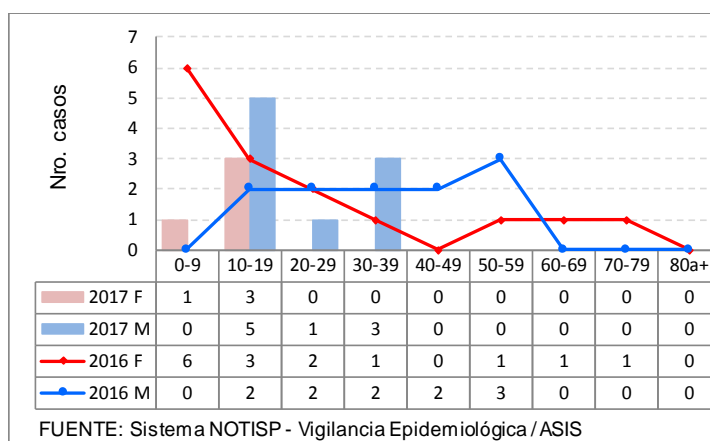
Tabla 1. Distribución semanal de casos de malaria según distritos, Ayacucho. 2016* - 2017* (*SE 27).

DISTRITOS	Acum. a la SE 27 - 2016		Acum. a la SE 27 - 2017	
	Casos	TIA	Casos	TIA
Anco	15	1,32	3	0,26
Llochegua	3	0,27	0	0,00
Santa rosa	2	0,18	2	0,18
Sivia	1	0,07	0	0,00
Samugari	2	0,25	2	0,25
Anchiuay	0	0,00	5	0,87
Canayre	0	0,00	1	0,33
Región Ayacucho	23	0,03	13	0,019

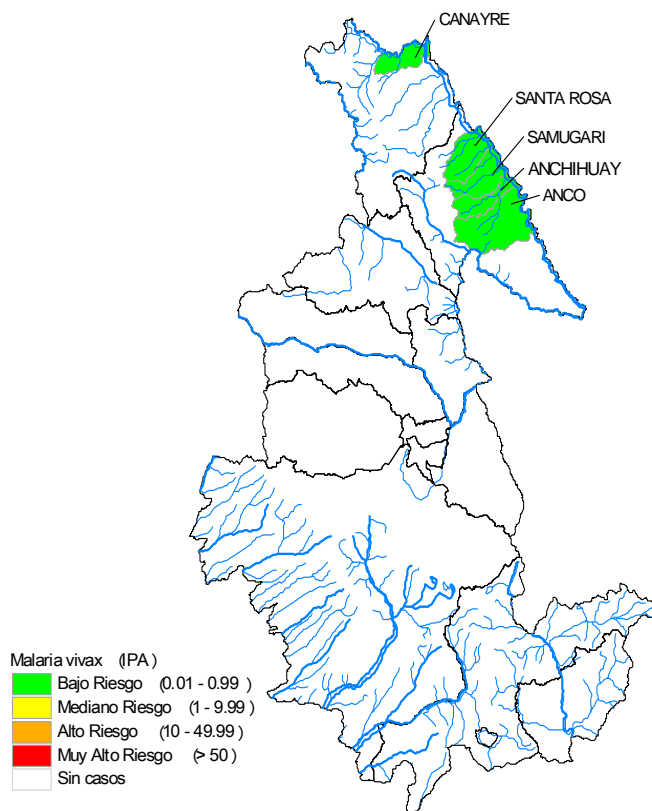
El 69,23 % (9) de los casos son hombres, mientras que el 30,77 % son mujeres. El promedio de edad es 48,55 años, el rango oscila entre 1 a 98 años y una mediana de 48,5 años.

Por grupos de edad, se tiene que la mayoría de casos corresponde al grupo de (10-19 años) con 61,54 % (8), seguido del grupo de (0-9 años) con 7,69 % (1). El mayor riesgo para malaria vivax lo presentan el grupo de (0-9 años) con una TIA de 0,01 casos por 1 000 habitantes. (Fig. 19)

Figura 19. Casos de malaria vivax según grupos de edad y sexo. Ayacucho, 2013 - 2017 (SE 27).



Mapa 2. Mapa de riesgo por distritos para malaria vivax. Ayacucho, 2017 (SE 27).



Vigilancia Epidemiológica de Febriles, Ayacucho. 2017* (Hasta la S.E. 27)

Antecedentes

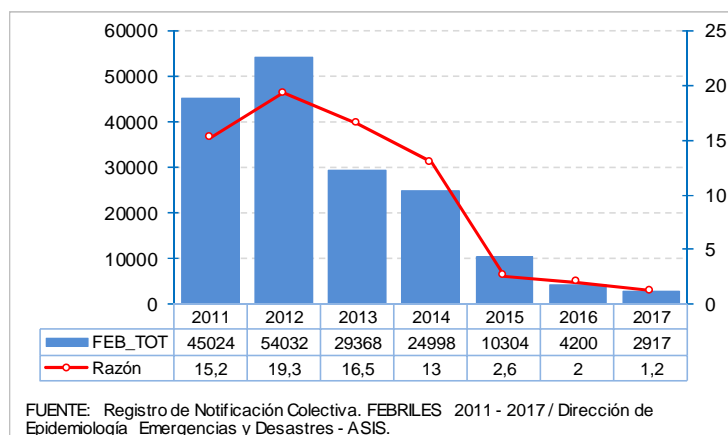
La Dirección General de Epidemiología (DGE) del Ministerio de Salud, realiza la vigilancia epidemiológica de Febriles desde el año 2005, a través de la Directiva N° 064-MINSA/OGE-V.01, que fue actualizada con la Directiva Sanitaria N° 057 - MINSA/DGE - INS. V.01 con R.M. N° 734-2014/MINSA del 26 de setiembre del 2014, que norma la Vigilancia Epidemiológica y Diagnóstico de Laboratorio de la Fiebre de Chikungunya en el Perú.

El personal de salud debe realizar la vigilancia de febriles (temperatura axilar igual o mayor a 38 °C) con o sin foco de infección desde menores de 1 año hasta mayores de 65 años de edad que acude a un establecimiento de salud en búsqueda de atención, con la finalidad de detectar incrementos inusuales de casos y para que el personal de epidemiología analice las tendencias, de acuerdo a las siguientes consideraciones.

Situación actual

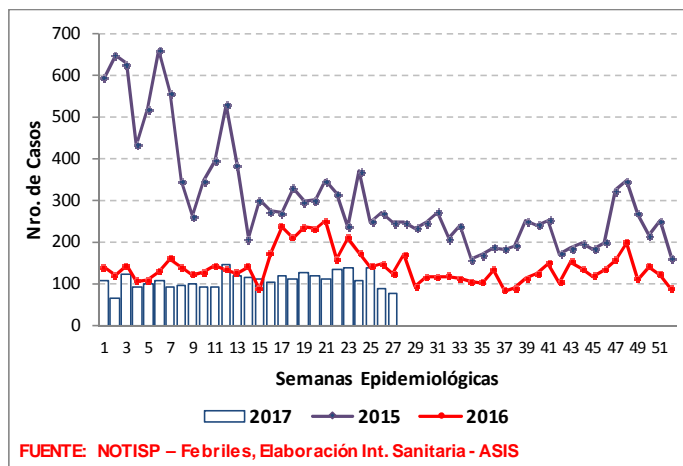
En la región Ayacucho, hasta la SE 27 del presente año, se han notificado 2917 casos de febriles totales, con una razón de 1,2 febriles x cada 100 atenciones, observándose un comportamiento decreciente de 0,8 % en relación a los febriles notificados para el mismo período del año 2016 (Fig. 20).

Figura 20: Casos de Febriles Totales y Razón, Región Ayacucho. 2011* - 2017* (*SE 27).



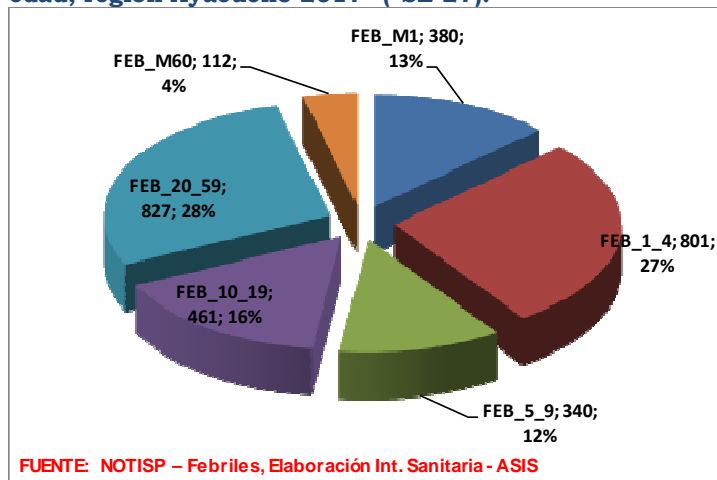
El comportamiento semanal de los casos de febriles totales notificados, hasta la SE 27 del presente año, se puede evidenciar que en relación a la semana anterior tenemos 12 casos menos notificados, que muestra un comportamiento decreciente en un 0,2 %. (Fig. 21).

Figura 21: Tendencia por semanas de Febriles Totales según años, región Ayacucho 2015* - 2017* (*SE 27).

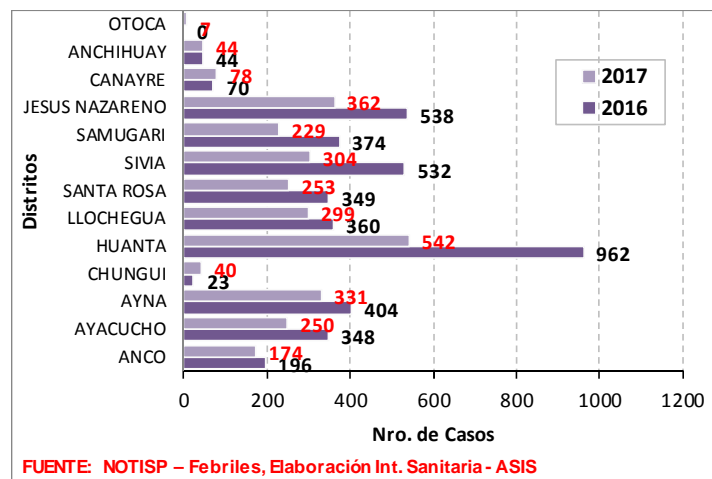


El mayor porcentaje de los febriles notificados hasta la SE 27 aporta el grupo de edad 20_59 años, con un 28,4 % (827) del total de Febriles notificados; seguido del grupo de edad 1_4 años con un 27,5 % (801); seguido por el grupo de 10_19 años con 15,8 % (461) del total de febriles notificados. (Fig. 22)

Figura 22: Casos de Febriles Totales según grupos de edad, región Ayacucho 2017* (*SE 27).



El 18,6 % (542) del total de febriles notificados por la región Ayacucho, hasta la SE 27 del 2017 se concentran en el distrito de HUANTA (Razón de 0,9 x cada 100 atenciones); el 12,4 % (362) en el distrito de JESUS NAZARENO (Razón de 1,7 x cada 100 atenciones); el 11,4 % (331) en el distrito de AYNA (Razón de 2 x cada 100 atenciones). (Fig. 23 y Tabla 2)

Figura 23: Casos de Febriles Totales según distritos, región Ayacucho 2016* - 2017* (*SE 27).**Tabla 02: Casos de Febriles Totales y Razón según distritos, región Ayacucho 2016* - 2017* (*SE 27).**

Distritos	2016*			2017*		
	Casos	N° Atenc.	Razón	Casos	N° Atenc.	Razón
ANCO	196	6442	3	174	7140	2,4
AYACUCHO	348	76199	0,5	250	97016	0,3
AYNA	404	14108	2,9	331	16436	2
CHUNGUI	23	662	3,5	40	729	5,5
HUANTA	962	56744	1,7	542	58321	0,9
LLOCHEGUA	360	6955	5,2	299	8871	3,4
SANTA ROSA	349	10590	3,3	253	10736	2,4
SIVIA	532	11208	4,7	304	11881	2,6
SAMUGARI	374	9452	4	229	12346	1,9
JESUS NAZARENO	538	19234	2,8	362	21254	1,7
CANAYRE	70	1318	5,3	78	2378	3,3
ANCHIHUAY	44	1980	2,2	44	2288	1,9
OTOCA	0	0	0	7	140	5
SANTA LUCIA	0	0	0	3	118	2,5
Total DIRESA	4200	214892	2	2916	249654	1,2

FUENTE: NOTISP - Febriles / Epidemiología - ASIS

Tabla 03: Casos de Febriles Totales y Razón según Establecimientos de Salud, región Ayacucho 2016* - 2017* (*SE 27).

Establecimientos de Salud	2016*			2017*		
	Casos	N° Atenc.	Razón	Casos	N° Atenc.	Razón
HOSP. APOYO HUANTA	962	56744	1,7	542	58321	0,9
HOSP. APOYO JESUS NAZARENO	604	20857	2,9	374	21987	1,7
HOSP. APOYO SIVIA	346	5773	6	177	7354	2,4
HOSP. APOYO SAN FRANCISCO	329	12134	2,7	257	13322	1,9
C.S. SANTA ROSA	298	8590	3,5	190	8848	2,1
HOSP. REGIONAL AYACUCHO	282	74576	0,4	238	96283	0,2
C.S. PALMAPAMPA	249	6385	3,9	129	9230	1,4
C.S. LLOCHEGUA	246	3978	6,2	151	3983	3,8
C.S. SAN MARTIN	118	4102	2,9	55	3171	1,7
P.S. TRIBOLINE	89	2672	3,3	81	2775	2,9
P.S. CANAYRE	82	1883	4,4	84	2753	3,1
P.S. MONTERRICO	81	1758	4,6	46	1270	3,6
P.S. MAYAPO	48	566	8,5	48	1709	2,8
P.S. ROSARIO	46	1290	3,6	35	1116	3,1
P.S. AMARGURA	45	815	5,5	44	1256	3,5
P.S. ANCHIHUAY	40	2145	1,9	45	2373	1,9
P.S. MACHENTE	31	1075	2,9	33	1520	2,2
P.S. SIMARIVA	29	916	3,2	8	237	3,4
P.S. PICHIHUILLCA	29	917	3,2	36	1075	3,3
P.S. TUTUMBARO	27	838	3,2	14	642	2,2
P.S. MATUCANA	26	492	5,3	9	177	5,1
P.S. BUENA GANA	26	462	5,6	34	1284	2,6
P.S. SAN GERARDO	24	593	4	6	216	2,8
P.S. NUEVA SANTA ROSA	24	829	2,9	15	400	3,8
P.S. SAN JOSE DE VILLA VISTA	23	662	3,5	51	960	5,3
P.S. VILLA MEJORADA	14	411	3,4	8	331	2,4
P.S. NUEVA JERUSALEN	13	495	2,6	2	64	3,1
P.S. ROSARIO ACON	11	357	3,1	8	229	3,5
P.S. ARHUIMAYO	11	448	2,5	10	286	3,5
P.S. CHIHUILLO ALTO SAN ANTONIO	10	320	3,1	19	939	2
P.S. CANAL	7	311	2,3	13	637	2
P.S. GLORIA SOL NACIENTE	6	80	7,5	11	215	5,1
P.S. MARINTARI	6	375	1,6	57	1857	3,1
P.S. LECHEMAYO	5	460	1,1	25	1084	2,3
P.S. YARURI	4	196	2	4	233	1,7
P.S. AREQUIPA	3	90	3,3	5	60	8,3
P.S. CORAZONPATA	3	80	3,8	14	249	5,6
P.S. COMUMPIARI	1	135	0,7	1	85	1,2
P.S. GUAYAQUIL	1	60	1,7	7	450	1,6
P.S. CHUVIVANA	1	22	4,5	2	77	2,6
P.S. CONCEPCION LARAMATE	0	0	0	1	13	7,7
C.S. LLAUTA	0	0	0	1	0	#DIV/0!
P.S. HUANCA	0	0	0	3	118	2,5
P.S. PUERTO AMARGURA	0	0	0	18	338	5,3
P.S. CHONGOS CARMEN PAMPA	0	0	0	0	0	0
NIVEL I-1	0	0	0	0	0	0
P.S. OTOCA	0	0	0	6	127	4,7
Total DIRESA	4200	214892	2	2917	249654	1,2

Indicadores de monitoreo de la notificación de casos

Indicadores de monitoreo de la notificación en la semana epidemiológica 27 - 2017.

Los indicadores de monitoreo contribuyen a mejorar la disposición de información oportuna y de calidad en el Sistema Regional de Vigilancia Epidemiológica, que permiten el procesamiento y análisis para la toma de decisiones en la prevención y control de los daños sujetos a vigilancia epidemiológica en Salud Pública.

La ponderación de indicadores equivale al 100%.

En la SE 27 - 2017 la Red Regional de Epidemiología obtuvo un puntaje ponderado de 93,9 sobre 100 puntos calificado como Optimo.

El indicador más bajo para la SE 27 fue Oportunidad con 70 sobre 100 %, calificado como Debil.

Respecto a los demás indicadores, la Red Regional de Epidemiología alcanzó en Cobertura con (97,42%), Seguimiento (100%) y Regularización (100%) calificando como Optimo y Optimo respectivamente. Y los indicadores de Retroinformación y (100%) (%) respectivamente. (Fig. 1).

Figura 1: Indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica por Microredes de Salud, DIRESA Ayacucho SE 27 - 2017.

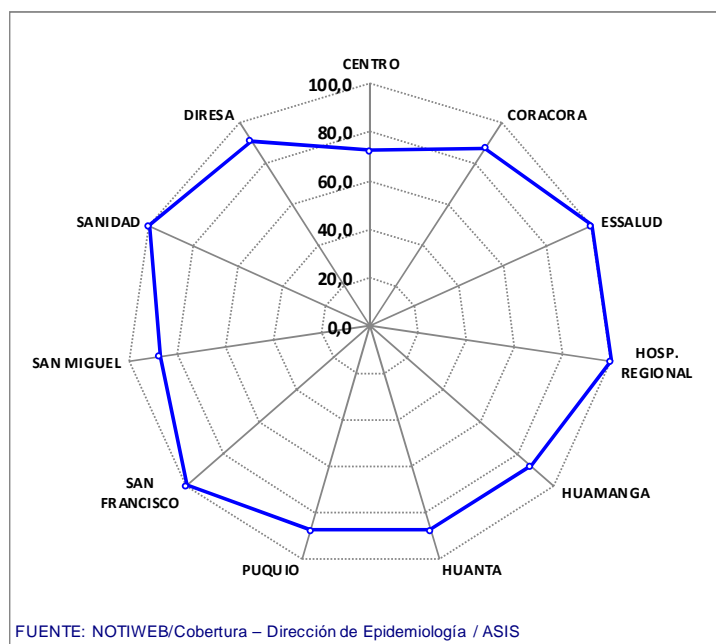
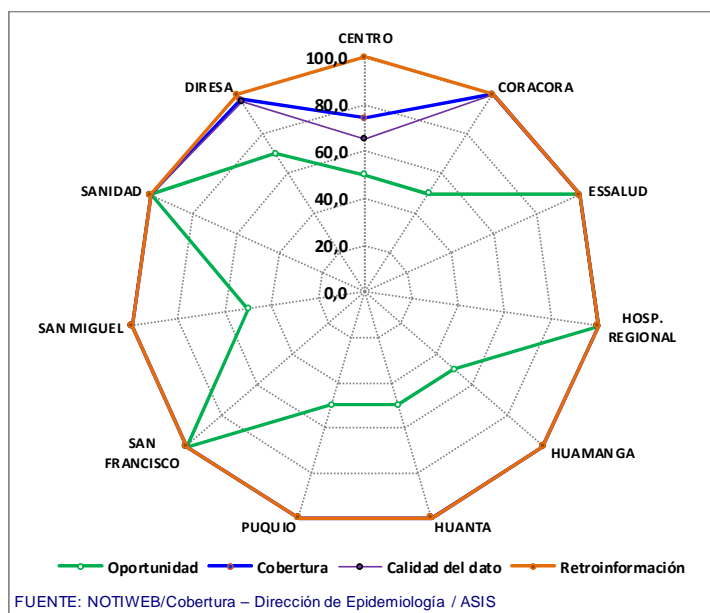
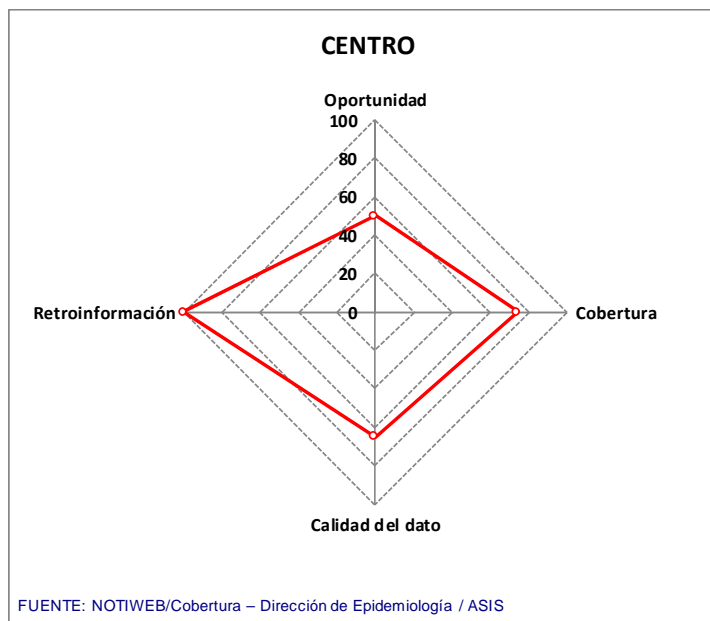


Figura 2: Puntaje desagregado de los indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica, Ayacucho SE 27 - 2017.



Analizando los indicadores de monitoreo semanal a nivel de Redes, a la SE 27, podemos observar que la Red de Salud CENTRO obtuvo el puntaje más bajo 72,3% calificando como Debil. El indicador más bajo en esta Red de Salud fue, Oportunidad con 50% del total calificado. (Fig. 3).

Figura 3: Puntaje desagregado de los indicadores de monitoreo de la información del sistema de vigilancia epidemiológica. Red de Salud CENTRO, SE 27 - 2017.



Dirección Regional de Salud Ayacucho

Dr. Gualberto SEGOVIA MEZA
Director Regional

Equipo Editor

Lic. Edgar Américo Quispe Quintana
Director Ejecutivo de Vigilancia en salud Pública

Blga. Vanessa García Apaico
Directora de Epidemiología Emergencias y Desastres

Lic. Else Mayú Quispe Vallejo

Lic. Guisela Lucy Sulca Jayo

Blga. Noemí Contreras Villanueva

Obst. Jessenia Del Pila Rodríguez Gozme

Téc. Inform. Iván Bonilla García
Resp. Análisis Situacional de Salud

Unidad Técnica de Notificación

Téc. Teófanos Hinostroza Tineo
Secretaria. Beatriz Cecilia Coras Cruz
Téc. Inform. Zayda Gisela Sarmiento Casavilca

Boletín Epidemiológico

El Boletín Epidemiológico (Ayacucho), es la publicación oficial de la Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres, de la Dirección Ejecutiva de Salud Pública – Dirección Regional de Salud Ayacucho. El Boletín, se edita semanalmente; cada volumen anual tiene 52 o 53 números, y estos últimos números consolidan el análisis anual.

El Boletín epidemiológico, publica la situación o tendencias de las enfermedades o eventos sujetos a notificación obligatoria, las normas acerca de la vigilancia epidemiológica en salud pública en el Perú, los informes técnicos de brotes y otras emergencias sanitarias, resúmenes de trabajos de investigación desarrollados por el personal de la Red Nacional de Epidemiología y otras informaciones de interés para el personal de salud del país y de la región.

Visite nuestra Web:

<http://www.saludayacucho.gob.pe/web/index.php/dvsp-epidemiologia-boletines-epidemiologicos-2012>.

La información del presente Boletín Epidemiológico, procede de la notificación de 400 establecimientos de salud de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, registrados en el sistema nacional de notificación epidemiológica, de estos 359 son Unidades Notificantes, 07 Redes de Salud, 49 Microredes, reconocidos con Resolución Directoral de la Dirección Regional de Salud Ayacucho.

La RENACE está conformada por establecimientos del Ministerio de Salud, EsSalud y otros del sector en sus diferentes niveles de las 33 Direcciones de Salud que tiene el Perú.

La información contenida en la sección de tendencia del boletín es actualizada cada semana o mes. Los datos y análisis son provisionales y pueden estar sujetos a modificación. Esta información es suministrada semanalmente por las Redes de Salud, cuya fuente es el registro semanal de enfermedades y eventos sujetos a notificación inmediata o semanal. La Semana Epidemiológica inicia el día domingo de cada semana y concluye el día sábado siguiente.

Los artículos de investigación son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones oficiales de la Dirección General de Epidemiología.

Dirección Ejecutiva de Salud Pública
Dirección de Epidemiología Emergencias y Desastres
Dirección Regional de Salud Ayacucho

Ayacucho,
Teléfono: (066) 490400 Anexo: 108

