Boletín Epidemiológico Semanal

17

Del 21 al 27 de Abril de 2013

Dirección Regional Salud Tumbes

Dr. Luis Miguel Flores Merino
Director General

Dirección Ejecutiva de Epidemiología

Dra. María Edith Solís Castro
Médico - Director

Tec. Carlos Eladio Olivares Barrientos
Coordinador Regional de Vigilancia Epidemiológica

Bach. Ronald Edward Hernández Vargas
Responsable de Notificación

Lic. Silvia Violeta Conde Sosa
Equipo Técnico

Lic. María Gabriela Oviedo Mesaldi
Equipo Técnico

PTCI. Gerson Adhemir Rodríguez Vilela
Equipo Técnico

Teléfono: 072 522427
Telefax: 072 523789

email:epitumbes@dge.gob.pe

Visite nuestra Web:
www.diresatumbes.gob.pe

Presentación

La Dirección Ejecutiva de Epidemiología hace llegar el presente boletín correspondiente a la Semana Epidemiológica 17, el cual contiene información actualizada del comportamiento de los principales daños sujetos a vigilancia epidemiológica, que han sido notificados en la presente semana por los establecimientos de la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Región.

Influenza: La importancia de la vigilancia y prevención

La Influenza es una enfermedad viral respiratoria que causa morbimortalidad importante por poder presentarse no solo de manera estacional sino también en epidemias cuando surge una nueva cepa ante la cual no ha habido inmunidad previa. Se van a ver afectados especialmente en grupos de alto riesgo como son los muy pequeños o los ancianos o personas con enfermedades crónicas (1). Se estima que cada año la influenza afecta entre 5 a 15% de la población mundial y causa anualmente entre 250 000 y 500 000 muertes al año. Las epidemias de Influenza ocurren usualmente durante el otoño y el invierno en países de clima templado. En países como el nuestro se ha observado sin embargo un patrón distinto, en las zonas cálidas de la costa y en la selva donde hay una gran humedad y altas temperaturas, la transmisión del virus de Influenza ocurre a lo largo de todo el año, mientras en las zonas secas de los andes es en la época de invierno donde se dan con mayor frecuencia los casos de Influenza (2).

En Estados Unidos se estima que las muertes asociadas a la Influenza varían entre 3 000 y 48 000 durante un brote estacional. La temporada de influenza 2011-2012 fue una de las más leves de las últimas décadas, a pesar que predominaron los virus Influenza A (H3N2), los cuales usualmente se han asociado a mayores tasas de complicaciones y muerte que los virus de Influenza A estacional (H1N1) y que la Influenza B (3). El año pasado se describieron también cepas de Influenza A (H3N2) de origen porcino, que no están incluidas en las vacunas. Este año se ha visto un incremento en el número de casos de Influenza durante los primeras semanas de invierno en los Estados Unidos, mayor que lo visto desde la temporada 2003-2004, observándose una mayor frecuencia de casos asociada al virus de Influenza estacional subtipo H3N2. Esto originó en su momento gran preocupación en la comunidad médica y en la población. Sin embargo, en la última actualización del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) se reporta que si bien de todos los casos de Influenza tipificados, el 93% de los casos de Influenza A han sido casos de H3N2, la cepa está incluida en la vacuna para la actual temporada de gripe, hecho que probablemente ha influido en que el impacto de la enfermedad no haya sido lo que se temía (4).

En Perú se han realizado estudios a cargo de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud en equipo con la Unidad de investigación Médica de la Marina Americana (NAMRU-6) (2,5). Antes de la pandemia del 2009, ambas instituciones ya venían realizando un estudio de vigilancia de enfermedad tipo influenza realizado entre junio de 2006 y mayo de 2008. Se definió enfermedad tipo Influenza como la presencia de fiebre mayor de 38°C y tos o dolor faríngeo de menos de 5 días de duración. El estudio se realizó en 13 ciudades de Perú de las zonas geográficas más representativas del país. Se encontró al menos un agente viral respiratorio en 42,6% de los 6 835 pacientes reclutados. Se encontró con mayor frecuencia Influenza A (25,1%), Influenza B (9,7%), virus Parainfluenza 1, 2 y 3 (3,2%), virus herpes simple (2,6%) y adenovirus (1,8%) (2). El análisis genético de los virus Influenza encontró que había 3 cepas de Influenza A H1N1, una de Influenza A H3N2, y dos de Influenza B durante el periodo de estudio. Este análisis genético mostro que las cepas H1N1 que circularon en el Perú no estaban incluidas en la vacuna recomendada para ese año. Todo lo contrario con las cepas de Influenza A H3N2 que circularon en el Perú durante los años 2007 y 2008, siendo similares a la que contenía la vacuna del 2008 para el hemisferio Sur. En cuanto a la Influenza B, de las dos cepas halladas solo una estaba incluida en la vacuna del hemisferio Sur. Estos datos muestran la importancia de realizar estudios de vigilancia continua. Otro hallazgo importante del estudio fue que 15% de los participantes habían recibido antibióticos en forma innecesaria antes de ser enrolados en el estudio. Las pruebas rápidas de Influenza permitirían un diagnóstico temprano de enfermedad viral y así evitar el uso innecesario de antibióticos.

Durante el año de la pandemia del 2009 por la Influenza H1N1 se había reforzado aún más la vigilancia a cargo del Ministerio de Salud y el NAMRU, con el fin de detectar casos en forma temprana e implementar medidas preventivas. Para esto se venía realizando un estudio de cohorte poblacional domiciliario para el estudio de enfermedad tipo Influenza. Se escogió al azar más de 2 500 familias, incluyendo más de 10 000 personas, en 5 regiones geográficas representando nichos ecológicos ***diversos. Se visitan estas familias 3 veces por semana y se toman muestras nasofaríngeas de los sujetos que cumplían con la definición de caso de Enfermedad tipo Influenza. Luego se realizan pruebas rápidas y estudios moleculares para determinar las características de los virus de Influenza identificados (5). Una de las ventajas de este estudio es también el realizar consejería a las familias, haciendo énfasis en áreas como la nutrición, vacunas y uso adecuado de antibióticos. Durante la epidemia de Influenza A H1N1 se demostró claramente como la cepa pandémica reemplazó a la cepa A (H1N1) estacional. Este mismo estudio ha mostrado como hasta el 2011, solo 32% de los casos de enfermedad tipo Influenza han sido causados por el virus Influenza, encontrándose otros agentes virales como son coronavirus, metapneumovirus humanos, bocavirus humanos, rinovirus, enterovirus y virus parainfluenza.***

La vigilancia para Influenza se ha realizado en pocos países en vías de desarrollo, incluyendo Bangladesh, Guatemala, India, Kenya y Nicaragua. Esto es esencial no solo para entender mejor la epidemiología de la Influenza en países como el nuestro, sino para evaluar las cepas activas y ver la eficiencia de las vacunas. Esto último es importante puesto que los virus circulantes pueden cambiar en antigenicidad así como en susceptibilidad a los antivirales. Un estudio reciente ha mostrado que la eficacia de la vacuna inactivada en adultos jóvenes y de edad mediana es de 62% (rango entre 16 y 76%) (6). Este año en Estados Unidos las cepas de la vacuna son antigénicamente similares a las que circulan en la comunidad en el 90% de cepas. Se estima que la eficacia de la vacuna contra la Influenza en los Estados Unidos para la temporada actual es de 62% (7).

En la actual temporada de influenza en Estados Unidos predominan las cepas de Influenza A y B susceptibles a los inhibidores de la Neuraminidasa. Un meta análisis realizado a partir de 90 estudios observacionales, la mayoría durante la pandemia del 2009, encontró que el tratamiento antiviral iniciado dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas redujo el riesgo de admisión a cuidados intensivos y el riesgo de muerte (8). Otros estudios con oseltamivir han mostrado incluso que hay cierto beneficio aun iniciando el tratamiento hasta 5 días después del inicio de síntomas (9). En los pacientes con sospecha de resistencia a oseltamivir, el zanamivir endovenoso sería un alternativa habiendo aun limitada experiencia en casos severos (10).

Para los profesionales de la salud es importante recordar como el virus Influenza puede representar un serio problema de salud, especialmente de aparecer cepas epidémicas. La prevención es importante y en Estados Unidos el Centro de Control de Enfermedades (CDC) ahora recomienda la vacuna para todas las personas mayores de 6 meses de edad en adelante, con énfasis en poblaciones de alto riesgo como son niños entre 6 meses y 4 años, adultos mayores de 50 años, pacientes con enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares (excepto hipertensión), enfermedad hepática, renal, neurológica o enfermedades metabólicas (incluyendo diabetes), inmunosuprimidos, mujeres en edad fértil que podrían quedar embarazadas durante la temporada de Influenza, personal de salud y contactos de las pacientes de alto riesgo (11). En nuestro país aún no existe una clara conciencia de la necesidad de vacunación contra la Influenza, creemos que en grupos de alto riesgo la vacuna debe indicarse.

Felicitamos los esfuerzos de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y del NAMRU-6 en equipo con el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos y la academia en realizar estudios de vigilancia de Influenza en nuestro país. Estamos seguros que los resultados serán de beneficio para toda nuestra comunidad, para no solo entender mejor la epidemiología de las infecciones respiratorias virales agudas, sino para detectar rápidamente diferentes estadios de enfermedad en caso de que se produzca una nueva pandemia.

Luis Manuel Valdez 1

Contenido:

Malaria
Dengue
EDAs
IRAs

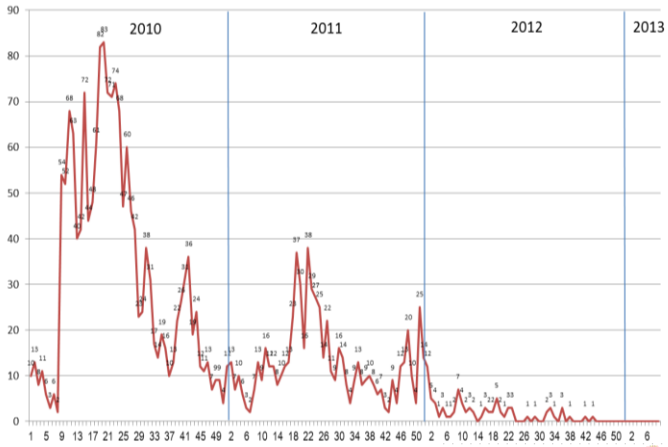
Neumonías Mayores de 5 años
Muerte Materna y Perinatal
Infecciones Intrahospitalarias
Otros daños sujetos a Vigilancia Epidemiológica

Enfermedades Sujetas a Vigilancia

En la SE 17 del año 2013 no se han notificado casos de Malaria por Plasmodium Vivax o Falciparum.

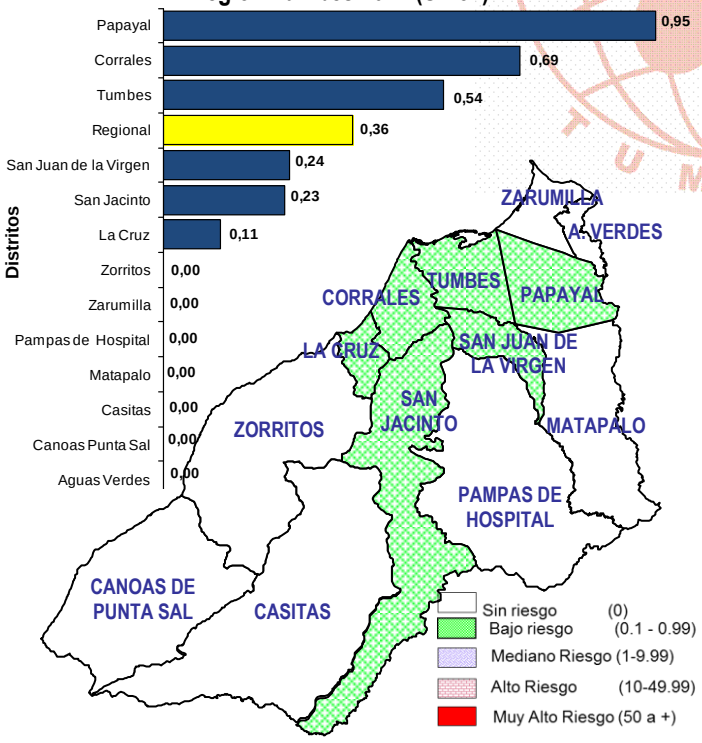
Con relación al año 2012 (42 casos) para este mismo periodo, existe comparativamente una disminución del 100 % de casos notificados.

Comportamiento Estacional de la Malaria x años 2009 – 2013 (S.E. 17) DIRESA TUMBES)



La tasa de incidencia acumulada de malaria a nivel regional a la SE 17– 2013, es Cero (0), por no presentar hasta esta semana casos, para la SE 52 del año 2012 terminamos con una incidencia Regional de 0.36 casos por 1000 habitantes, siendo los distritos de Papayal (0.95) y Corrales (0.69) los que presentan mayor incidencia de casos por cada 1000 hab.

Incidencia por distritos de Malaria Región Tumbes 2012 (SE 52)



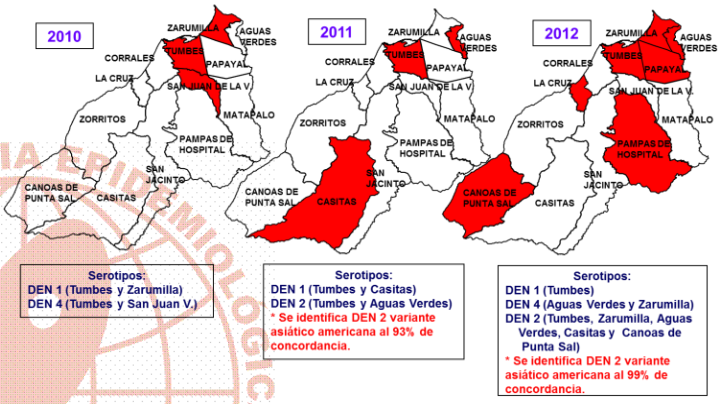
DISTRITO	MALARIA P. FALCIPARUM	MALARIA POR P. VIVAX	TOTAL
TUMBES	18	40	58
CORRALES	7	9	16
PAPAYAL		5	5
SAN JACINTO		2	2
LA CRUZ		1	1
SAN JUAN DE LA VIRGEN		1	1
Total general	25	58	83

Desde la SE 19 del año 2012 no se han presentado casos de Malaria Falciparum y no hay transmisión de Malaria Vivax desde la SE 44, pero el incremento de factores de riesgo (inicio de cultivo de arroz, lluvias esporádicas, etc.) podrían aumentar el número de casos de malaria, continuamos con la búsqueda activa de febriles, actividades intersectoriales y la comunicación a la población para disminuir los factores de riesgo, así como insistimos en el empleo de riego a secas intermitentes para disminuir el vector.

Dengue

En la SE 17 se han notificado 22 casos probables de dengue (21 casos sin señales de alarma y 01 con señales de alarma), que proceden de los distritos de Aguas Verdes (05), Tumbes (12), Pampas de Hospital (02), Papayal (01) y Canoas de Punta Sal (02). Se han confirmado 08 casos de Dengue (todos sin señales de alarma) que proceden del distrito de Aguas Verdes. En los lugares donde se han confirmado los casos, en inicio se habían detectado casos importados de Dengue que provenían de Guayaquil - Ecuador.

Mapa de circulación de Virus del Dengue por Distritos – Región Tumbes: Años 2010 - 2012



Serotipos:
DEN 1 (Tumbes y Zarumilla)
DEN 4 (Tumbes y San Juan V.)

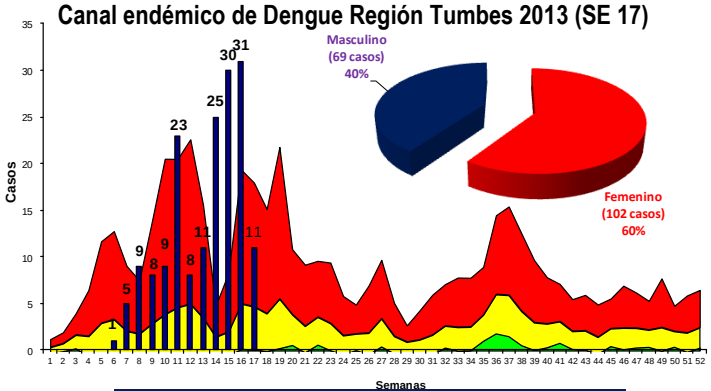
Serotipos:
DEN 1 (Tumbes y Casitas)
DEN 2 (Tumbes y Aguas Verdes)
* Se identifica DEN 2 variante asiático americana al 93% de concordancia.

Serotipos:
DEN 1 (Tumbes)
DEN 4 (Aguas Verdes y Zarumilla)
DEN 2 (Tumbes, Zarumilla, Aguas Verdes, Casitas y Canoas de Punta Sal)
* Se identifica DEN 2 variante asiático americana al 99% de concordancia.

La tasa de incidencia Regional a la SE 16 del presente año es de 0.74 casos por 1000 hab, incidencia acumulada a nivel regional es mayor a la del año pasado que fue de 0.09 casos por 1000 hab.

Los múltiples factores que presenta en conjunto la Región Tumbes (escasos servicios de saneamiento básico, acumulo de inservibles, índices aédicos elevados, aunados a ello la pobre respuesta en salud del autocuidado que brinda la población y su renuencia al uso del temephos o el mantener en adecuado estado los depósitos de agua de su casa), nos sitúa en un ALTO RIESGO para la transmisión de dengue, además hay casos confirmados de Dengue tanto al sur (Máncora, Órganos, Talara y Piura) como al norte (Ecuador) de la Región. Se ha intensificado las acciones de control vectorial en todos los distritos de la Región y la capacitación al personal de salud e involucramiento activo de todas las autoridades de la Región.

Canal endémico de Dengue Región Tumbes 2013 (SE 17)

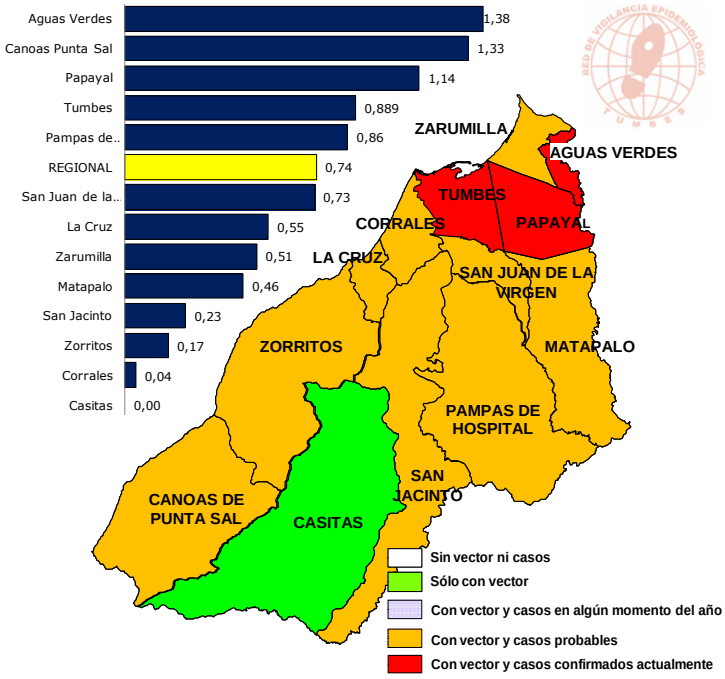


DENGUE	Conf.	Prob.	TOTAL
DENGUE SIN SEÑALES DE ALARMA	22	141	163
DENGUE CON SEÑALES DE ALARMA	1	7	8
GRAVE	0	0	0
FALLECIDO	0	0	0
REGIÓN TUMBES	23	148	171

GRUPO ETÁREO	NIÑO	ADOLESC.	JOVEN	ADULTO	ADULTO MAYOR
PORCENTAJE % REGION TUMBES	29,24	15,20	19,88	31,58	4,09

El *Aedes aegypti* se encuentra disperso en toda la Región Tumbes, por lo que la situación de riesgo se mantiene durante todo el presente año.

Incidencia por Distritos de Dengue Región Tumbes 2013 (SE 17)



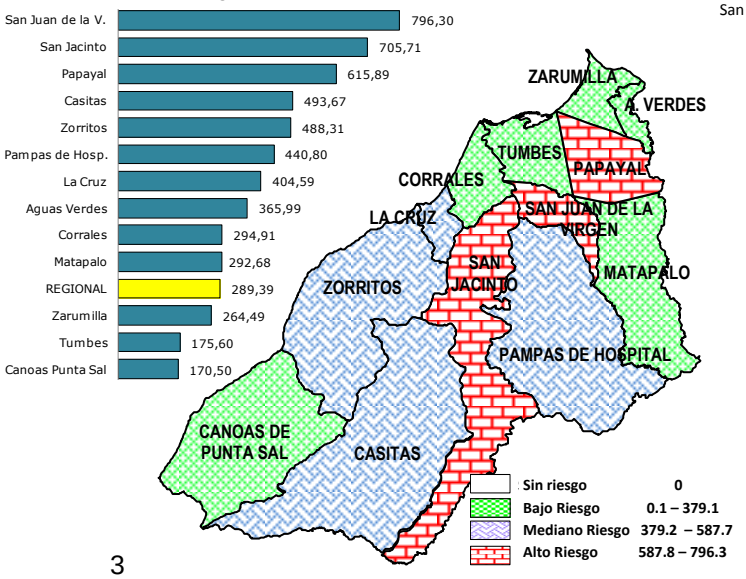
INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRAs), NEUMONIAS Y SOB

En la SE 17 del presente año se han notificado a nivel regional 447 casos de infecciones respiratorias agudas (IRAs) en menores de 5 años, 21 casos de SOB, no se notificaron casos de neumonía y 01 caso de neumonía grave.

Durante el presente año se viene notificando 6026 casos de IRAs, lo que representa comparativamente con el mismo periodo del año anterior (7007 casos) una disminución de 14.00% en la incidencia de casos de IRAs notificados.

La tasa de incidencia regional en la SE 17 por IRAs en menores de 05 años es de 289.39 por cada 1000 menores de cinco años. Los distritos de Tumbes, Zarumilla, Aguas Verdes, San Jacinto y La Cruz han reportado las mayores tasas; mientras que Canoas de Punta Sal, Pampas de Hospital, Matapalo y Casitas reportan las menores tasas.

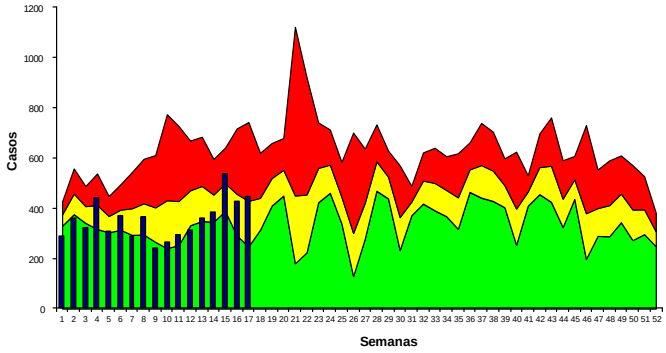
Incidencia distritos de IRAS en menores de 5 años Región Tumbes 2013 (SE 17)



Hasta la SE 17 ha fallecido 01 caso de neumonía (SE 04), se han hospitalizado 44 casos y la tasa de letalidad es de 2.27 en <5 años. La variación irregular de la temperatura aumentaría el riesgo de la presencia de Neumonías y Neumonías Graves por lo que es preciso mantener la vigilancia y la adecuada atención de los pacientes y evitar sus complicaciones.

El análisis del canal endémico de IRAs en <5 años, muestra que estamos en la zona de alerta en la SE 17 del presente año, los distritos que han aumentado el reporte de casos son Tumbes, Aguas Verdes, San Jacinto, La Cruz y Zorritos.

Comportamiento de las IRAs en menores de 5 años SE 17 - 2013 Canal Endémico Región Tumbes



NEUMONIAS EN MAYORES DE 5 AÑOS

En la SE 17 no se han notificado casos de neumonía en mayores de 5 años; hasta la SE 17 se han notificado 07 casos de neumonías en >05 años, alcanzando una tasa de incidencia de 0.33 casos por 10000 hab.

INFLUENZA

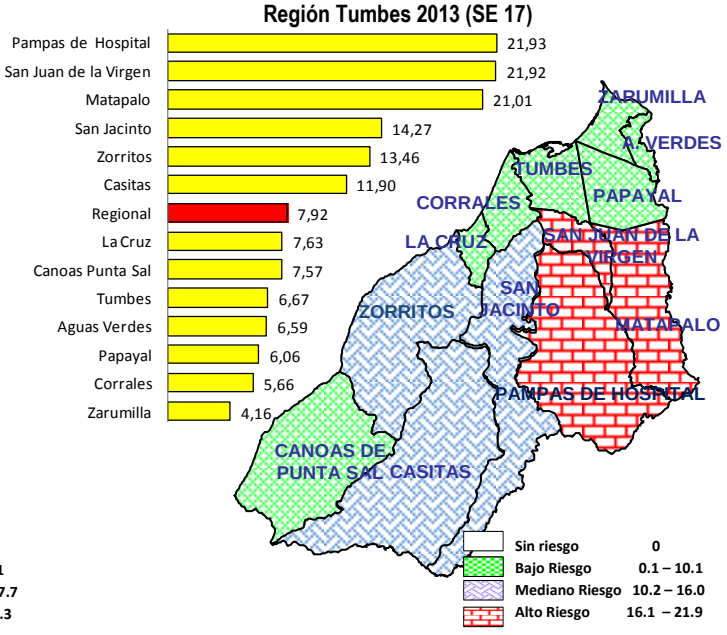
Hasta la SE 17 se han notificado 21 casos de influenza (03 confirmados y 16 probables). Hay casos detectados de casos de Influenza A, sin aparentes complicaciones, en su subtipificación son del tipo no pandémico, todos los casos evolucionaron favorablemente. En la Región Piura se ha confirmado un brote de Influenza.

ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS (EDAs)

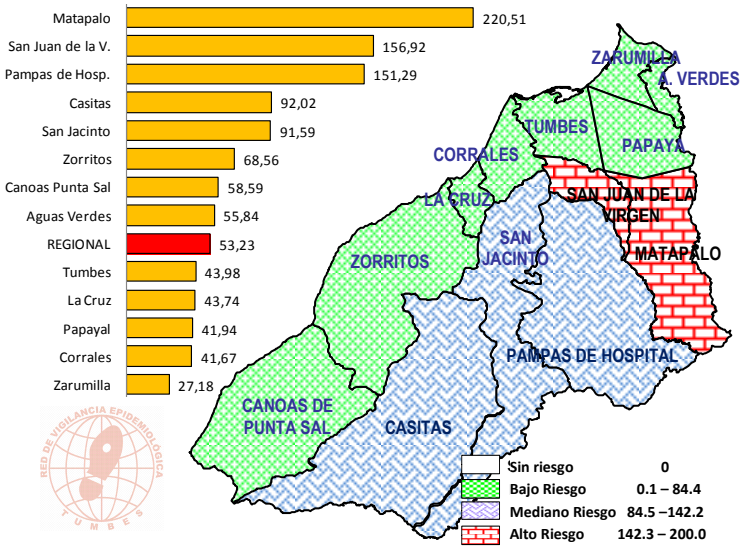
En lo que corresponde a la SE 17 del presente año se han notificado a nivel regional 87 casos de EDAs, el 98.85% corresponden a EDAs acuosas, se ha notificado 01 caso de EDA disentérica en < 5 años.

La tasa de incidencia regional correspondiente en la SE 17 es de 7.92 casos de EDAs por cada mil habitantes. Los distritos de Tumbes, Pampas de Hospital y Zorritos, presentan las más altas tasas. Los distritos de Zarumilla, Papayal y La Cruz, han notificado las menores tasas de incidencia de EDAs.

Tasas de incidencia distrital de EDAs Población General Región Tumbes 2013 (SE 17)



Tasas de incidencia distrital de EDAs en menores de 5 años Región Tumbes 2013 (SE 17)

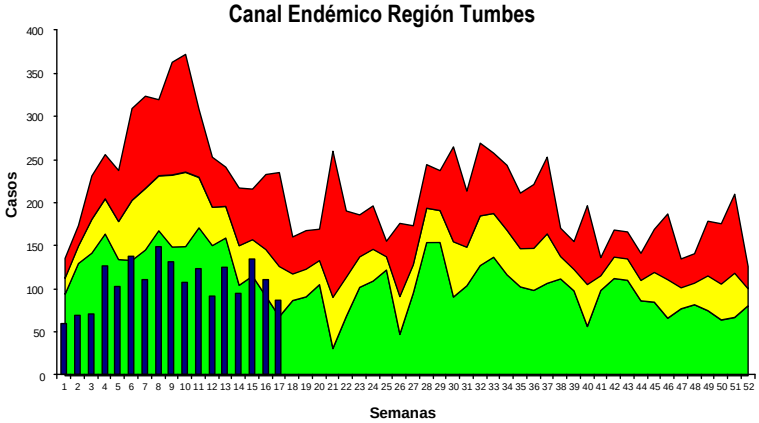


En los menores de 05 años se ha notificado a nivel regional 1092 casos de EDAS hasta la SE 17. Las EDAS en menores de 5 años constituyen el 59% del total de EDAS notificadas. La tasa de incidencia regional en menores de cinco años es de 53.23 casos por cada 1000 menores de cinco años.

En el presente año comparativamente con la SE 17 del año anterior, se reporta un descenso del 35.59% en la incidencia de casos de EDAs (2846 vs 1833 casos en los años 2012 y 2013 respectivamente). Requirieron hospitalización 44 casos de EDAs (01 Disentérica). No se reportan fallecidos por EDAs.

El análisis del canal endémico EDAS, muestra que en la SE 17 del presente año, estamos en zona de seguridad, reportan un aumento de casos los distritos de Tumbes y Pampas de Hospital.

Comportamiento de las EDAs en Población General SE 17 – 2013 Canal Endémico Región Tumbes



MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

Hasta la SE 17 en la Región Tumbes, no se han notificado casos de mortalidad materna.

En el mes de Marzo se han reportado 08 muertes perinatales, (hasta la SE 16 se hay un acumulado de 27 muertes perinatales).

ZOONOSIS

En la SE 17 del presente año no se han presentado casos de rabia.

Teniasis y Epilepsias por Cisticercosis

A la SE 17 del presente año se ha reportado 01 caso de Teniasis y 20 casos de Epilepsia asociada a Cisticercosis por TAC, todos ellos reportados por el Centro de Salud Global de Tumbes.

Leptospirosis y Rickettsiosis

Hasta la SE 17 del presente año se han presentado 11 casos de Leptospirosis, procedentes de los distritos de Tumbes (05), San Juan (04), Aguas Verdes (01) y Zarumilla (01). En lo que va del año 2013, se ha confirmado 01 caso de Rickettsiosis en la localidad de Pampa Grande – del Distrito de Tumbes.

Accidentes por Animales Ponzoñosos

En la SE 17 del presente año no se han notificado casos de Loxocelismo (mordedura de araña) en el distrito de Tumbes. Se han reportado hasta la SE 16, 02 casos de Ofidismo (mordedura de Serpiente) 01 caso en el distrito de Matapalo (Nuevo Progreso – SE 04) y 01 caso en La Angostura (Pampas de Hospital – SE 10).

TUBERCULOSIS (TBC)

En la SE 17 del presente año se ha notificado 02 casos confirmado de TBC procedente del distrito de Tumbes. Hay 20 casos confirmados hasta la presente semana (Tumbes {15}, La Cruz {1}, San Jacinto {1}, Aguas Verdes {1}, Zorritos {1} y Zarumilla {1}).

INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (IIH)

En el mes de Marzo del año 2013 el Hospital JAMO - Tumbes notificó 01 caso de Infección Intrahospitalaria (infección de herida operatoria). Se vigilaron 317 pacientes.

En el servicio de neonatología de un total de 102 días-exposición a catéter venoso periférico que correspondió a la vigilancia de 27 neonatos, no se reportaron casos de IIH.

En el servicio de obstetricia de un total de 95 partos vaginales vigilados no se registró casos de endometritis. De un total de 145 partos vía cesárea se reportó 01 caso de infección de herida operatoria.

En el servicio de medicina de 55 días exposición a catéter urinario permanente vigilado (09 pacientes), no se reportaron casos de infección del tracto urinario asociadas a este dispositivo.

En el servicio de cirugía no se presentaron casos de infecciones intrahospitalarias (Post vigilancia {43 días de exposición} de: infecciones del tracto urinario asociados a catéter 0 casos {04 pacientes vigilados}, infección de herida operatoria post colecistectomía 0 casos {25 pacientes vigilados}, infecciones post hernioplastía inguinal 0 casos {12 pacientes vigilados}).

COBERTURA DE NOTIFICACIÓN

En la SE 17 se ha logrado una notificación oportuna del 100% de Unidades Notificantes de la Red Regional de Vigilancia.

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

A la SE 17 del presente año no se ha notificado ningún caso probable de enfermedades inmunoprevenibles. En la SE 12 se ha notificado un caso de probable ESAVI por vacuna DPT, evolución favorable sin secuelas. En la SE 12 se reportó un caso de Meningitis por Neisseria menigitidis, de evolución favorable, actualmente de alta sin secuelas, se administró quimioprofilaxis a todos sus contactos, no se han registrado más casos.