

Editorial

20 AÑOS DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN EL PERÚ

En el año 1983 es reportado el primer caso de SIDA por el Dr. Raúl Patrucco, en un varón homosexual de 41 años procedente de la ciudad de New York, Alrededor del año 1985 se reportan los primeros casos de SIDA autóctonos. En 1987 los departamentos de Lambayeque, Arequipa y Tacna tenían menos de 10 casos identificados. Para 1992 la mayor parte de los departamentos del Perú ya había reportado casos, sólo los departamentos de Huancavelica y Cusco aún no reportaban casos de SIDA. En 1998, Lima y Callao notificaban alrededor de 1000 casos de SIDA y los departamentos de La Libertad, Ancash, Ica, Arequipa y Loreto llegaron a reportar más de 100 casos cada uno; y para 1999 llegan a este número: Piura, Lambayeque y Junín.

Durante el año 1997 se notifican alrededor de 1500 casos de SIDA a nivel nacional, sin embargo a partir del año 1998 se observa una inversión de la tendencia de la curva epidémica de los casos de SIDA y los de VIH, es decir que durante los años 2000, 2001, 2002 y finales del 2003 se observa una tendencia creciente de la curva de casos de VIH y de casos de SIDA.

La Vigilancia Epidemiológica es una herramienta imprescindible para un programa de Control de enfermedades, ya que permite conocer la magnitud del problema, identificar poblaciones vulnerables, estratificar el riesgo y evaluar el impacto de las medidas de prevención y control que se están tomando. En el caso de la Infección por el VIH/SIDA, el largo periodo de incubación de la enfermedad hace que la notificación de «Casos de SIDA» no refleje la situación actual de la epidemia, siendo necesaria la utilización de otras estrategias como los estudios de Vigilancia Epidemiológica de Segunda Generación del VIH donde se incluye tres componentes: la Vigilancia Biológica, la Vigilancia del Comportamiento y el Integrar a otras fuentes de información para tener una mejor aproximación de la evolución de la epidemia del VIH.

El Banco Mundial propuso, en 1997, una clasificación del estado de la epidemia del VIH en un país, de acuerdo con la seroprevalencia del VIH en las Gestantes («convencionalmente» representan a la población general) y en GEPETS (Grupos de elevada prevalencia de ETS), la que se empezó a utilizar por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), a partir

del año 2000. Esta clasificación propone tres estadios en la epidemia: 1) Epidemia incipiente: Cuando la prevalencia de infección por VIH en grupos de elevada prevalencia de ETS (GEPETS) es menor del 5%, y menor del 1% en gestantes tamizadas en su control prenatal; 2) Epidemia concentrada: Cuando la prevalencia de infección por VIH en GEPETS es mayor del 5%, pero menor del 1% en gestantes; 3) Epidemia generalizada: Cuando la prevalencia de infección por VIH en gestantes es mayor del 1%, y mayor del 5% en GEPETS.

En el Perú se ha venido desarrollando el componente de Vigilancia Biológica a través de estudios de Seroprevalencia de VIH. Durante los años 1996, 1998 y 2000 se han realizado estudios de vigilancia centinela en Gestantes y en GEPETS. En gestantes la prevalencia de VIH durante los años 1998 y 1999 se ha mantenido en un 0.3%. En GEPETS la prevalencia de VIH durante el año 1998 en población de Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) fue 16% y en Trabajadoras Sexuales (TS) fue 1.6%. La prevalencia de VIH en Población Privada de la Libertad (PPL) realizada en el año 1999 en diversos centros penitenciarios del país fue 1.1%.

Según la vigilancia centinela realizada en el año 2000 la prevalencia de VIH en las Gestantes es de 0.3% a nivel nacional. Durante el año 2002 se realizó la Vigilancia Centinela en Gestantes que acuden al primer control Prenatal los datos preliminares muestran una prevalencia de VIH en Gestantes de 0.21%. Asimismo, se realizó la vigilancia en GEPETS y se encontró una prevalencia nacional de VIH en Hombres que tienen sexo con otros hombres de 13.60%.

Índice

- Pág. 2 Tendencias
- Pág. 4 Análisis de situación :Dengue Clásico y hemorrágico en el Perú
- Pág. 8 Vigilancia de Brotes y Desastres
- Pág. 9 Tablas de casos e incidencia acumulada de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica

Comunicaciones al Email
notificacion@oge.sld.pe

Visite nuestra página web
www.oge.sld.pe

Descarga de boletines
ftp://www.oge.sld.pe/boletin_2004

Tendencias

Enfermedades de notificación Obligatoria según Reglamento Sanitario Internacional

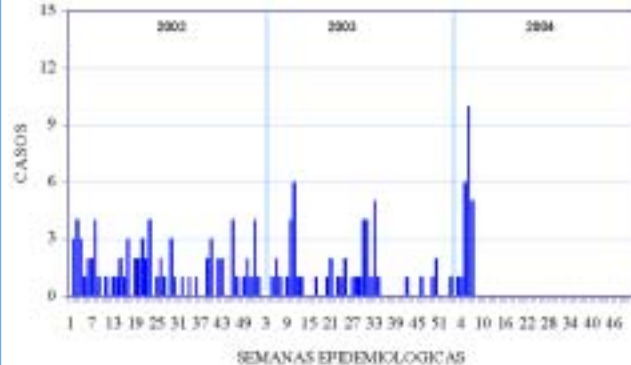
Fiebre Amarilla Selvática (F.A.S.)

En el sistema de vigilancia epidemiológica se notificaron en la presente semana, un total de 09 casos nuevos de fiebre amarilla selvática, con fecha de inicio de síntomas correspondientes a semanas anteriores, procedentes de las DISAS Loreto, Madre de Dios y San Martín. No se registran nuevos casos con fecha de inicio de síntomas en la SE 08.

El total de casos notificados asciende a 24 (09 confirmados por laboratorio y 15 en condición de probables). Los casos se distribuyen en 08 DISAS, de las cuales San Martín y Huánuco, reportan el mayor número (08 cada una), la primera de éstas DISAS registra, además, el mayor número de casos confirmados (04).

Según el análisis de comportamiento observado para las SE 01-08, sólo la DISA Huánuco supera en 1.65 veces al número de casos de FAS esperado según la tendencia histórica de los últimos cinco años (diferencia estadísticamente significativa); el canal endémico la ubica en zona de epidemia. Los casos se registran en la provincia Leoncio Prado, distritos José Crespo y Castillo (01), Mariano Dámaso Beraún (02) y Rupa Rupa (05)

CASOS DE FIEBRE AMARILLA PERU : 2002 - 2004 (SE.08)



FUENTE : MINSAL - OGE - RENACE.

Peste

En ésta semana se notifican los primeros casos probables en el año (02) procedentes de la DISA Cajamarca, provincias San Pablo (distrito San Bernardino) y San Miguel (La Florida). En el transcurso del 2003 no se notificaron casos. Los casos se encuentran en fase de investigación para su posterior confirmación.

Sospechosos de Cólera

No se notificaron nuevos casos en ésta semana. En el transcurso del año se notificaron 07 casos, todos descartados a la fecha.

Enfermedades metaxénicas

Malaria

La tendencia de los casos de malaria a nivel nacional continúa descendiendo desde hace dos semanas, notificándose 1520 casos de Malaria en total (reducción de 19% con respecto a la SE 07); con mayor énfasis en malaria por P.falciparum.

CASOS DE MALARIA TOTAL, VIVAX Y FALCIPARUM PERU : 2002 - 2004 (SE.08)

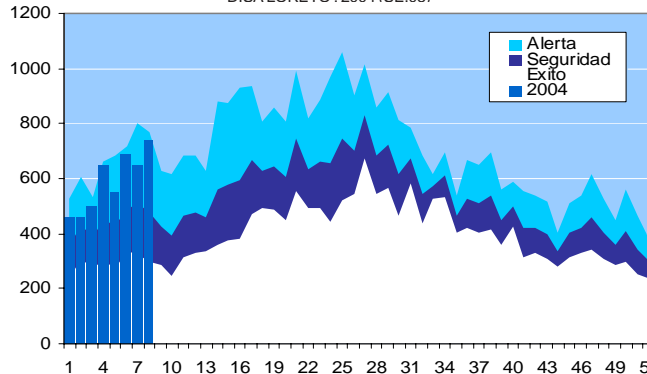


FUENTE : MINSAL - OGE - RENACE.

Cabe señalar que al interior de las DISAS se observa incremento de casos de malaria vivax en la DISA Loreto; la cual notifica un total de 739 casos, la mayor notificación para el presente año (SE 07=649 casos), esto se debe al aumento de casos en provincias Maynas y Alto Amazonas.

Según el análisis de comportamiento observado la DISA Loreto supera en 1.46 veces al número de casos de malaria vivax esperado, según el comportamiento histórico de los últimos cinco años (diferencia estadísticamente significativa), siendo ésta situación de mayor énfasis en las provincias Requena, Loreto, Mariscal Ramón Castilla y Alto Amazonas, con valores que van desde 6 a 1.97 veces más casos. El canal endémico se encuentra en la zona de alarma y la tendencia de la curva asciende progresivamente desde inicios de año. Es necesario evaluar las medidas de intervención en estos lugares.

CANAL ENDEMICO DE MALARIA VIVAX DISA LORETO : 2004 (SE.08)



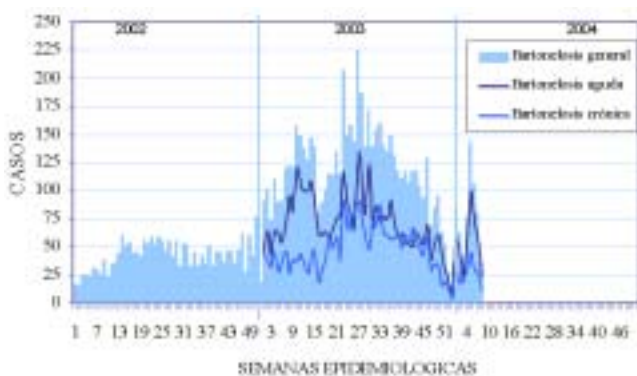
FUENTE : MINSAL - OGE - RENACE.

El acumulado nacional es de 14,457 casos con un IPA de 0.52 casos por 1000 hab; siendo la razón vivax/falciparum 5.2. Al mismo periodo del año 2003 se notificaron 12468 casos, IPA 0.46 por 1000 hab, siendo la razón vivax/falciparum 4.1. Si bien es cierto, según este indicador, el país se encuentra en una situación de bajo riesgo, no debemos perder de vista la situación al interior del mismo, que muestra diferencias.

Bartonelosis

En la presente semana se notificaron 36 casos de bartonelosis de los cuales 25 corresponden a casos agudos, procedentes en su mayoría de la DISA La Libertad (14). La curva de casos a nivel nacional continúa en descenso desde hace tres semanas registrándose una disminución de 56% con respecto a la SE 07.

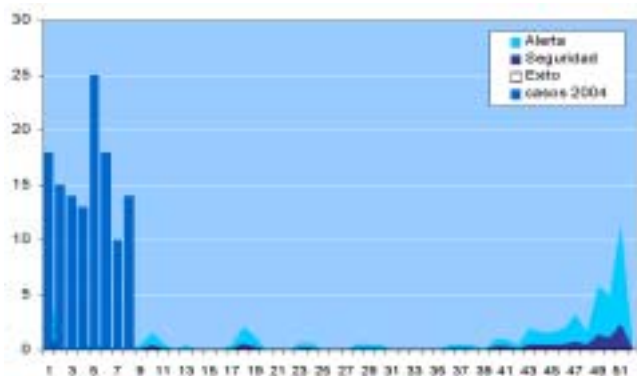
CASOS DE BARTONELOSIS PERU : 2002 - 2004 (SE.08)



FUENTE : MINSa - OGE - RENACE.

Según el análisis de comportamiento observado la DISA La Libertad supera en 4.28 veces al número de casos de bartonelosis esperado históricamente en los últimos cinco años (diferencia estadísticamente significativa), valor más alto a nivel nacional, reflejándose ésta situación en la provincia Sánchez Carrión, distrito Chugay. El canal endémico de ésta DISA se encuentra en la zona de epidemia durante todo el año.

CANAL ENDEMICO DE BARTONELOSIS DISA LA LIBERTAD : 2004 (SE.08)

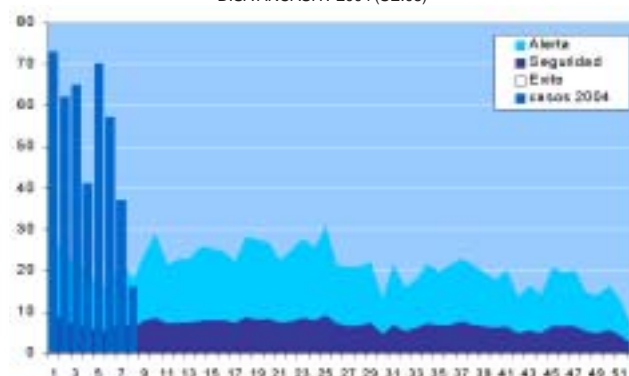


FUENTE : MINSa - OGE - RENACE.

El acumulado de casos a nivel nacional es 771 (67% casos anémicos), al mismo periodo del año 2003 fueron 802 casos (63% anémicos).

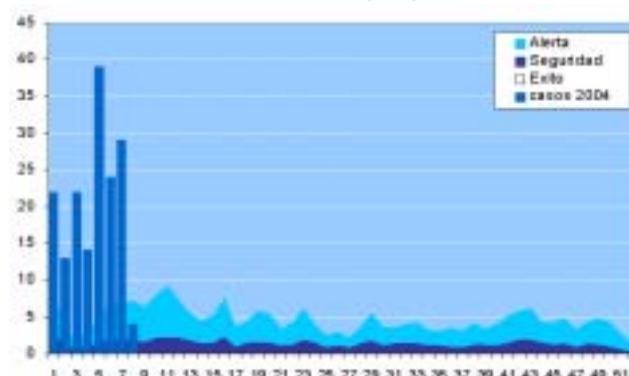
Otras DISAS con razones que superan al comportamiento histórico, mediante el análisis de comportamiento observado, son Jaén y Ancash, con valores de 4,15 y 1,71, respectivamente; aunque ambas descienden de la zona de epidemia a la zona de alerta en el canal endémico siendo más significativo en Ancash debido a la tendencia de la curva, la cual viene descendiendo progresivamente.

CANAL ENDEMICO DE BARTONELOSIS DISA ANCASH : 2004 (SE.08)



FUENTE : MINSa - OGE - RENACE.

CANAL ENDEMICO DE BARTONELOSIS DISA JAEN : 2004 (SE.08)



FUENTE : MINSa - OGE - RENACE.

Análisis de situación

Perú – Análisis de situación de la epidemia del VIH/SIDA, desde 1983 hasta - Diciembre 2003

En el Perú, el primer caso de SIDA se reportó en el año 1983. Hasta diciembre del 2003, la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud ha registrado 14,640 casos de SIDA y 17,552 infecciones por VIH, lo que hace un total de 32,192 casos de VIH y SIDA reportados. El Sistema de notificaciones de casos de VIH/SIDA en el Perú ha mostrado una curva epidémica con tendencia creciente de casos de SIDA desde 1983 hasta el año 1997, luego a partir del año 1998 se observó una tendencia decreciente hasta el año 2000. Hay que señalar que durante los años 2001 y 2002 han ocurrido cambios tanto en el software de notificación y en la ficha de notificación.

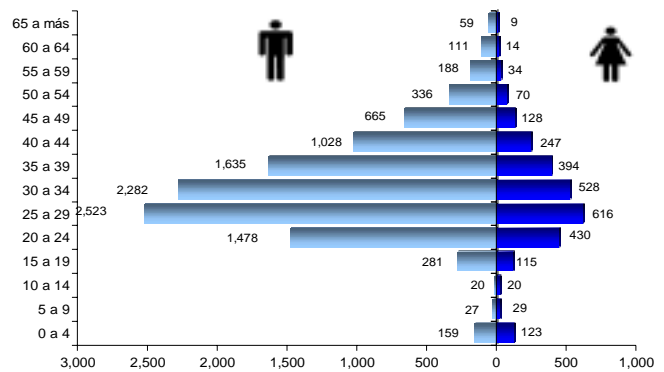
CASOS DE SIDA SEGUN AÑOS DE DIAGNOSTICO
PERU: 1983 - 2003



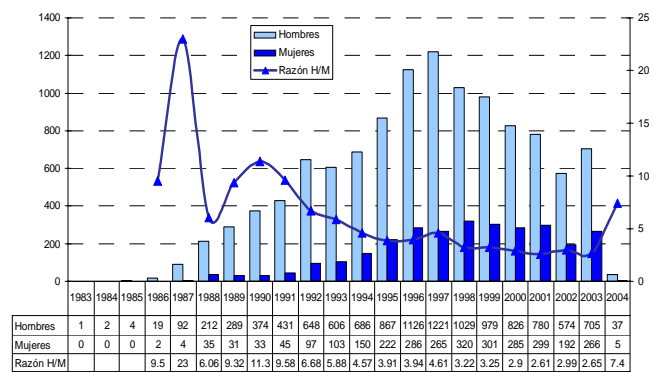
Asimismo, se transfirió el sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA del PROCETSS a la Oficina General de Epidemiología. Estos factores estarían ocasionando un retraso en la notificación y una aparente disminución de casos de SIDA; durante el año 2003, se ha podido recuperar información y mejorar el registro de casos, lo cual se muestra en el gráfico cuya tendencia epidémica es creciente tanto en los casos de SIDA como en la infección por el VIH.

Al comparar la curva epidémica de los casos de VIH y los casos de SIDA desde 1983 hasta 1997, observamos en ambos una tendencia creciente, luego en el año 1998 se llegó a equiparar tanto los casos de VIH como los de SIDA y a partir de 1999 se observó una tendencia creciente de los casos de VIH, llegando a duplicarse esta comparada con los casos de SIDA en el año 2001, manteniéndose esta proporción durante el 2002 y 2003, donde la tendencia de la curva de casos de VIH a fines del 2003 muestra una tendencia creciente.

El 96% de las infecciones por VIH se transmiten por la vía sexual. El 3% de los casos se transmite por medio del contagio de la madre a su hijo, (transmisión vertical) mientras que el 1% de casos corresponde a la vía parenteral. El 80% de los casos de SIDA se presentan en varones, el principal grupo poblacional afectado son los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, parte de ellos con comportamiento bisexual están infectando a mujeres y ellas al salir embarazadas a sus hijos.



La relación hombre/mujer para el VIH en nuestro país es de 2.6/1, es decir que por cada tres hombres, existe una mujer infectada, este indicador es una evidencia que se está produciendo una «heterosexualización» de la epidemia, que viene pasando gradualmente de la población GEPETS (grupos de elevada prevalencia de ETS como la población de Hombres que tienen sexo con otros hombres) a la población general.



Brotes y otros eventos epidemiológicos

Informe : Fiebre amarilla DISA San Martín, Marzo 2004.

Situación actual:

A partir del 23 de Febrero a la fecha, la Oficina de Epidemiología de la DISA San Martín, ha notificado un total de 08 casos de Síndrome Ictero Hemorrágico, de los cuales 02 han fallecido, un varón de 24 años de edad, procedente de la localidad Rafael Belaunde, distrito y provincia de Moyobamba, migrante del departamento de Cajamarca y otro varón de 38 años de edad, procedente de la localidad de Huinguillo – Distrito de Campanilla, Provincia de Mariscal Cáceres, migrante del departamento de Piura, ambos no vacunados. Los dos fallecidos fueron confirmados para Fiebre Amarilla por Serología e histopatología de tejido hepático.

Del total (8) de casos notificados, 04 han sido confirmados a fiebre amarilla. Los últimos casos, han sido confirmados el 01 de marzo por el laboratorio de referencia regional por serología IGM, ambos varones de sexo masculino y procedentes de la localidad de Huinguillo - Nuevo Miraflores.

Cuatro de los casos proceden, según el lugar de infección, de la localidad de Rafael Belaunde, distrito y provincia de Moyobamba y otros cuatro de la localidad de Huinguillo - Nuevo Miraflores, distrito de Campanilla, provincia de Mariscal Cáceres.

El 100% de los casos no cuenta con vacuna antiamarilica, las edades fluctúan entre los 11 y 40 años y el 60% (5/8), corresponden a varones.

Actividades realizadas

1. Vigilancia y Control Epidemiológico:
 - a. Emisión de alerta regional de brote de fiebre amarilla.
 - b. Búsqueda activa de febriles y colaterales.
 - c. Fortalecimiento de la vigilancia comunal, dirigido a la detección precoz de casos de FAS. Estableciéndose en cada comunidad, los COSADE (Comité de Salud y Desarrollo) y las brigadas para traslado de pacientes.
2. Servicios de Salud de la Red Mariscal Cáceres y Red Rioja:
 - a. Implementación de protocolo modificado de manejo de casos de fiebre amarilla. (Para establecimientos de salud en la zona de riesgo)

- b. Censo y vacunación, de todos los migrantes en las jurisdicciones de los establecimientos de salud.
- c. Vacunación antiamarilica en la localidad de Campanilla, sector Pavayacu, Nuevo Miraflores a la población migrante. En esta semana se vacunaron a 25 migrantes, hasta la fecha se han vacunado un total de 60 personas desde el inicio del brote.
- d. En la localidad de Rafael Belaunde, provincia de Moyobamba se vacunaron: José Olaya (192 personas), Nuevo Moyobamba (184 personas) y Rafael Belaunde (344 personas), en total 620 personas.
- e. Atención médica gratuita a los pacientes (Soporte hidro-electrolítico) y referencia a los establecimientos de mayor complejidad.

3. Preventivo-Promocionales:

Difusión radial sobre las características de la enfermedad, medidas de prevención y sensibilización de la población objetivo para la vacunación antiamarilica.

Oficina de Epidemiología DIRES San Martín.

Indicadores de vigilancia epidemiológica de Sarampión - Rubeola (SE. 08)

DISAS	Inmunizaciones(1)			Vigilancia Epidemiológica (2)					Laboratorio(3)	
	Cobertura . ASA O SPR 2003	Cobertura .ASA o SPR Enero 2004	I.R. Según acúmulo de susceptibles SPR o ASA desde 2001 hasta Dic.03	% de notificación semanal Oportuna (incluye Not. Neg.)	Nº Distritos que notifican sarampión-rubeola		Investigación completa		% de muestras de sangre que llegan al laboratorio < ó = 5 días	% de resultados de laboratorio reportados < ó = 4 días
					Notificantes	Total distritos	% Investigación adecuada (ficha completa)	% Visita Domiciliaria en 48 horas		
ANCASH	90.68	6.30	0.38	100	5	166	100	100	33	75
APURIMAC I	91.00		99		55				
AREQUIPA	77.27		0.60	100	9	109	100	100	100	90
AYACUCHO	100.50		0.75	100		111				
BAGUA	96.30		0.26	100		15				
CAJAMARCA I	61.86	6.60	0.74	100		60				
CALLAO	122.96		0.19	100	1	6	100	100	100	0
CHACHAPOYAS	82.50		0.81	99	1	68	100	100	100	0
CHANKA	92.03		0.47	100		25				
CHOTA	100.00		0.13	100		33				
CUTERVO	89.40		0.52	100		15				
CUZCO	87.25		0.62	100	10	108	79	100	21	20
HUANCAVELICA	86.70		0.36	100		94				
HUANUCO	78.10		1.14	100	1	76	0	100	33	100
ICA	48.66		1.14	99	1	43	100	100	100	100
JAEN	92.60		0.39	100	1	19	100	100	33	100
JUNIN	98.09		0.16	100	12	123	100	100	50	62
LA LIBERTAD	95.30		0.05	99	1	83	100	100	33	33
LAMBAYEQUE	84.34		0.70	99	3	38	74	100	94	80
LIMA CIUDAD	114.07		0.87	100	10	13	91	91	96	82
LIMA ESTE	104.00		0.69	100	9	39	98	100	100	84
LIMA NORTE	98.50		0.22	98	6	57	89	100	50	43
LIMA SUR	92.70		0.33	100	6	62	95	95	95	100
LORETO	96.00		99	1	49	100	100	0	0
MADRE DE DIOS	90.16		1.40	100	1	11	100	100	0	
MOQUEGUA	93.99		0.30	100	1	20	0	100	0	
PASCO	51.11		0.94	100	3	28	100	100	100	0
PIURA I	87.40		0.43	96	2	33	100	100	20	0
PIURA II	101.03		0.43	100	1	31	100	100	33	0
PUNO	88.92		0.58	100	3	108	100	100	100	67
SAN MARTIN	88.30		0.46	99	3	77	100	100	33	33
TACNA	81.92		0.63	100	1	27	46	54	80	20
TUMBES	99.30		0.31	100		12				
UCAYALI	84.13		1.00	99	2	14	0	0	50	0
NACIONAL	92.33		0.56	99.6	94	1828	89	96	76	63

FUENTE: OGE/RENACE/MINSA (*) S.E08

(1) Datos de vacuna proporcionada por la DISAS

(2 Y 3) Los porcentajes menores del 80% es no cumplimiento de los indicadores

(.....) No enviaron informacion

La información del presente Boletín, procede de la notificación de 4923 unidades notificantes de la Red Nacional de Epidemiología (RENACE).

La RENACE está conformada por establecimientos del MINSA, EsSALUD y otros del sector en sus diferentes niveles a lo largo de las 34 Regiones de Salud del País. El Boletín Epidemiológico Semanal es una publicación de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud.

La información contenida en el Boletín es actualizada semanalmente. Los datos y análisis son provisionales

y pueden estar sujetos a modificación. Esta información es suministrada semanalmente por la Red Nacional de Epidemiología (RENACE) cuya fuente es el Registro Semanal de Enfermedades y Eventos Sujetos a Notificación Inmediata o Semanal. La Semana Epidemiológica concluye al término de las actividades del día sábado.

El Comité Editorial a través de las Oficinas de Epidemiología de las Direcciones de Salud, agradece anticipadamente las contribuciones al Boletín.

ALTA DIRECCION

*Dra. Pilar Mazzetti Soler
Ministro de Salud*

*Dr Eduardo Henry Zorrilla Sakoda
Vice-Ministro de Salud*

OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

*Dr. Luis Suárez Ognio
Director General Oficina General de Epidemiología.*

*Dra. Isabel Nakamoto Tamashiro
Directora Ejecutiva
Dirección Ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica - O.G.E.*

*Dr José Bolarte Espinoza
Director Sectorial
Oficina Ejecutiva de Vigilancia Epidemiológica - O.G.E.*

*Dr Oswaldo Cabanillas Angulo
Director Sectorial
Dirección Sectorial de Respuesta ante brotes Epidé-
micos, Desastres Naturales y otras Emergencias Sanitarias
- O.G.E.*

*Dra. Gladys Ramírez Prada
Directora Ejecutiva
Dirección Ejecutiva de Análisis de Situación de Salud. -
O.G.E.*

*Dr. Luis Revilla Tafur
Director Sectorial
Dirección Sectorial de Inteligencia Sanitaria y Genera-
ción de Capacidades en Epidemiología - O.G.E.*

*Dr. Paul Pachas Chávez
Director Sectorial
Dirección Sectorial de Investigación Epidémica Aplicada
y Generación de Evidencias en Salud Pública - O.G.E.*

EQUIPO TECNICO

*Dr. Jerónimo Canahuiri Ayerbe
Brotos y otras emergencias*

*Dr. Manuel Loayza Alarico
Brotos y otras emergencias*

*Lic. Est. Luis Roldán Arbieta
Vigilancia epidemiológica*

*Lic. Enf. Jeannette Avila Vargas-Machuca
Vigilancia epidemiológica*

*Tco. Inf. Anibal Urbiola Ayquipa
Vigilancia epidemiológica*

*Sr. Manuel Maurial Arana
Vigilancia epidemiológica*

*Sra. Cristina Ramírez Valencia
Vigilancia epidemiológica*

Ministerio de Salud
Oficina General de Epidemiología
Jr. Camilo Carrillo 402 Jesús María
Lima-Perú
Teléfonos: 051-1-3301534
051-1-3303403

*Hecho el depósito legal N° 2001 - 2890.
Se permite la difusión total o parcial del presente
boletín siempre y cuando se citen sus fuentes*