|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| epijunin1 | **DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN**  **OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA** | **N°**  **05**  **2017** | Descripción: C:\Users\Administrador\Desktop\logo_GRJ.png |
| **BOLETIN EPIDEMIOLOGICO** | | | |
| **ACTUALIDAD REGIONAL** | | | |
| DIRECCIÓN REGIONALDE SALUD JUNÍNM.C. HENRY FRANCISCO AGUADO TAQUIRE.Director RegionalEQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍAMg. Ananí G. Basaldúa GalarzaDirector de EpidemiologíaMg. Luis Zuñiga.Villacresis GutierrezAsesor EpidemiológicoLic. Enf. Doris García IngaTéc. Inf. Eduardo Surichaqui Palacios Sec. María Ortega Sendón COMITÉ EDITORMg. Ananí G. Basaldúa GalarzaDirector de EpidemiologíaLic. Enf. Doris García IngaTéc. Inf. Eduardo Surichaqui PalaciosCONTENIDO  * Actualidad Regional * Análisis de situación de salud * Vigilancia de las enfermedades transmisibles * Vigilancia de enfermedades prevenibles por vacuna * Vigilancia de enfermedades metaxenicas u OVR * Vigilancia de enfermedades no transmisibles * Vigilancias especiales Regionales * Brotes, Emergencias y/o Desastres * Mapa epidemiológico semanal * Monitoreo de la información del sistema    DIRECCIÓN REGIONALDE SALUD JUNÍNM.C. HENRY FRANCISCO AGUADO TAQUIRE.Director RegionalEQUIPO DE EPIDEMIOLOGÍAMg. Ananí G. Basaldúa GalarzaDirector de EpidemiologíaMg. Luis Zuñiga.Villacresis GutierrezAsesor EpidemiológicoLic. Enf. Doris García IngaTéc. Inf. Eduardo Surichaqui Palacios Sec. María Ortega Sendón COMITÉ EDITORMg. Ananí G. Basaldúa GalarzaDirector de EpidemiologíaLic. Enf. Doris García IngaTéc. Inf. Eduardo Surichaqui PalaciosCONTENIDO  * Actualidad Regional * Análisis de situación de salud * Vigilancia de las enfermedades transmisibles * Vigilancia de enfermedades prevenibles por vacuna * Vigilancia de enfermedades metaxenicas u OVR * Vigilancia de enfermedades no transmisibles * Vigilancias especiales Regionales * Brotes, Emergencias y/o Desastres * Mapa epidemiológico semanal * Monitoreo de la información del sistema | **Protocolo Sanitario de Urgencia para la Vigilancia del Síndrome Guillain Barré**  Aprobado con resolución viceministerial 026-2016 del 24 de mayo del 2016  **OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA SGB**  • Determinar la incidencia de SGB en el país, a través de la vigilancia en los establecimientos de salud.  •Determinar la presencia de casos de SGB relacionados a ZIKV.  **DEFINICIONES OPERACIONALES:**  **1. CASO SOSPECHOSO DE SÍNDROME GUILLAIN BARRÉ:** Toda persona que presenta debilidad muscular, simétrica, aguda y ascendente.  Observaciones:  -Menores de 15 años también ingresa a la vigilancia de PFA.  -No es exclusivo para los sospechosos de infección por virus zika.  CRITERIOS DE BRIGHTON PARA LA DEFINICIÓN DE CASO DE SÍNDROME GUILLAÍN BARRÉ    **Fuente OMS: Identificación y tratamiento del síndrome de Guillain-Barré en el contexto del brote de virus de Zika Orientación provisional 25 de febrero de 2016**  **2. CASO CONFIRMADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ:**  Toda persona que presente los siguientes signos y síntomas:  • Debilidad bilateral y flácida de los miembros; y  • Reflejos ostendinosos disminuidos o ausentes en los miembros con debilidad; y  • Enfermedad monofásica; intervalo entre el inicio y el nadir de la debilidad entre 12 horas y 28 días; posterior fase de  meseta clínica; y  • No existencia de una causa alternativa que justifique la debilidad.  Con o sin cumplimiento de los siguientes criterios:  • Hallazgos electrofisiológicos compatibles con SGB  • Líquido cefalorraquídeo con presencia de disociación albumino-citológica (nivel de proteínas mayor del valor normal de laboratorio y menos de 50 células/mm3).  **3. CASO DESCARTADO DE SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ:**    **4. CASO DE SGB, SOSPECHOSO DE ESTAR ASOCIADO A INFECCION POR VIRUS ZIKA**  - Caso confirmado de SGB con antecedente de exposición a ZIKV en zonas de transmisión autóctona de ZIKV en los 30 días previos al inicio de signos y síntomas, ó  - Caso confirmado de SGB que haya tenido contacto sexual sin protección con persona con antecedente de residencia o viaje reciente a un área de circulación de vectores para ZIKV.  **Observaciones:**  - Preguntar por antecedentes de exantema, conjuntivitis no purulenta antes de las 2 semanas. Áreas de alto índice aédico  -Obtener muestra de orina y suero para envío a INS en cadena de frío.  **5. CASO CONFIRMADO DE SGB DESCARTADO POR LAB. EN RELACIÓN A INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA**  • Caso confirmado de SGB con identificación de otro agente infeccioso (Campylobacter jejuni, Citomegalovirus (CMV), Virus Ebstein Barr (VEB), VIH, dengue, chikungunya, enterovirus u otros) y/o no se demostró la infección por ZIKV.  **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE SGB**  • La vigilancia de SGB es de carácter obligatorio en todos los establecimientos de salud (EESS) públicos y privados.  • Los EE.SS de menor complejidad realizarán la referencia a los de mayor complejidad y éstos realizarán la notificación e investigación.  • En la vigilancia de SGB se incluirán todos los casos sospechosos de SGB incluyendo sus variantes determinada por los clínicos.  • En cada Hospital se identificará un equipo responsable de la vigilancia de SGB, con profesionales de los Servicios de Neurología, Medicina interna, Infectología, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), laboratorio y Epidemiologia quienes serán  responsables de la vigilancia de SGB. Este equipo garantizará la implementación y cumplimiento del presente protocolo.  • La implementación de esta vigilancia en áreas de riesgo de transmisión por ZIKV, debe realizarse en forma coordinada por el laboratorio institucional, Regional, que le permita la clasificación del caso.  **IDENTIFICACIÓN, NOTIFICACIÓN Y LLENADO DE LA FICHA**  - Todo caso sospechoso de SGB identificado en el primer nivel de atención debe ser referido a un hospital de mayor complejidad de la región (Nivel II-2, III-1, III-2).  - Todo profesional médico que identifique un caso sospechoso de SGB durante la atención en consultorios externos de Hospitales o Clínicas, Servicios de hospitalización, áreas críticas (Emergencia, UCI), deberá llenar la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológica de SGB y comunicar inmediatamente al personal responsable de la Oficina de Epidemiología o aquel que cumpla su función en el EE.SS para que realice la notificación.  - Todo caso sospechoso SGB debe ser notificado por el responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS, públicos y privados del ámbito nacional.  - Ingresar al sistema de NOTI\_SP código CIE 10: G61.0 S=sospechoso, C= Confirmado y D=Descartado.  - El responsable de vigilancia epidemiológica o quien haga sus veces en los EESS realizará de manera diaria la búsqueda activa de casos sospechosos de SGB en salas de hospitalización (Medicina, Neurología, Infectología), Emergencia, UCI, ante un caso identificado el médico tratante deberá llenar la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB y Ficha de Evaluación, Anexos 4 y 5.  **INVESTIGACIÓN Y SEGUIMIENTO**  • Todo caso sospechoso de SGB debe ser investigado y evaluado por el equipo de vigilancia de SGB, para su clasificación.  • La investigación incluye:  – Anamnesis dirigida,  – Examen neurológico minucioso,  – Exámenes de laboratorio (Agente etiológico, Dx diferencial)  – Estudio de imágenes (Dx diferencial) y otros siendo los procedimientos de estudio de Líquido cefalorraquídeo y la  • Electrofisiología básicos en la especialidad.  Los laboratorios de Hospitales Referenciales deben estar en la capacidad de procesar las muestras de líquido cefalorraquídeo para determinar su celularidad y nivel de proteínas, para con ello definir la existencia o no de disociación albumino-citológica para la clasificación de caso.  • La investigación para la determinación del probable agente etiológico de SGB queda bajo consideración del médico tratante, puede incluirse por ejemplo pruebas de serología para Campylobacter jejuni, Haemophilus influenzae, Virus Epstein-Barr (VEB), Citomegalovirus (CMV), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Virus Herpes Simple (VHS), Virus Hepatitis B (VHB), u otras; asimismo ante la alta sospecha de infección previa por el virus dengue, virus Chikungunya o ZIKV. (INS procesará muestras para VHB y VHC).  •La evaluación electrofisiológica será realizada a partir del séptimo día del inicio de síntomas y luego de 2 semanas de la misma, debiendo ser realizada por profesional entrenado.  • El seguimiento de caso sospechoso de SGB en un EESS será realizado por el médico tratante, para lo cual actualizará la Ficha de Investigación Clínico Epidemiológico de SGB completando los datos faltantes y enviándolos a la Oficina de Epidemiologia de cada Hospital o aquella que cumpla la misma función en las Clínicas en un plazo máximo de 3 semanas, permitiendo confirmar o descartar el diagnóstico de SGB.  • Las evaluaciones neurológicas serán registradas en la Ficha de Evaluación y Seguimiento de SGB (Anexo 5).  • El personal de epidemiología llenará el aplicativo on line.  **PROCESAMIENTO DE DATOS**  • La base de datos deberá ser actualizada según los hallazgos de la investigación y del seguimiento realizado.  • La DISA/IGSS/DIRESA/GERESA o la que hagan sus veces realizará mensualmente la revisión de los registros de egresos  hospitalarios y filtrará el diagnóstico de SGB (código CE10: G 61.0), evaluará la calidad de la vigilancia de sus EESS, asimismo emitirá reportes trimestrales consolidando las notificaciones de la vigilancia de SGB de los EESS bajo su jurisdicción. Los casos no incluidos deberán ser investigados.  • Ante casos de SGB notificados por los EESS, se considerará para la cuantificación el del lugar de atención y distrito de procedencia del paciente. | | |
| **Jr. Julio C. Tello 488 – Of.503**  **El Tambo – Hyo Telefax N° 064-251419**  **E-mail:** [**epijunin@dge.gob.pe**](mailto:epijunin@dge.gob.pe) **web:** [**www.diresajunin.gob.pe**](http://www.diresajunin.gob.pe) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD** | |
| **INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS** | |
| **Situación Actual de las Infecciones Respiratorias Agudas (Ira), Neumonías en la Región Junín hasta la S.E. 05-2017 en Menores de 5 años** | |
| Sugerencias para citar: Situación de las Enfermedades Respiratorias Agudas (IRAs) en la región Junín S.E. 05-2017. | |
| 1. **Situación Actual:**   Los niños y personas en general están expuestos a virus, bacterias y hongos, que afectan sus estructuras (nariz, faringe, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos y alveolos) produciendo de forma repentina infecciones cuya duración es inferior a 15 días, conocidas como infecciones respiratorias agudas (IRA). Es así como se pueden presentar rinofaringitis, faringoamigdalitis, croup infeccioso, bronquitis aguda, bronquiolitis y neumonía; lo cual influye en que se resuelvan favorable y rápidamente en casa o requieran tratamiento médico, algunas veces especializado con administración de medicamentos y oxigeno suplementario, pues pueden presentar complicaciones o incluso la muerte.  Los principales determinantes de las IRAs están relacionadas al tipo individual como la edad, bajo peso al nacer, presencia de enfermedades crónicas, el género, los cambios climáticos;: que muchas veces no modificables en el momento y las que sí se pueden modificar o intervenir la contaminación ambiental en el hogar, ventilación, hacinamiento, lactancia materna, desnutrición, esquema de vacunación incompleto, tipo de alimentación, higiene, manejo incorrecto de secreciones nasofaríngeas, acceso a los servicios de salud, etc. | |
| En la Región Junín a la S.E. 05 se han notificado 5893 episodios de IRA en menores de 5 años lo que representa una incidencia acumulada (IA) de 41.41 por cada 1000 menores de 5 años.  En el presente año los episodios de IRA e incidencia acumulada ha disminuido en 20.2% en relación al año anterior en el mismo periodo. | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | **TENDENCIA DE CASOS DE IRAS POR AÑOS, REGION JUNIN**  Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| En la **semana 05 – 2017**, se notificaron un total de 910 casos evidenciándose una disminución del 10% en relación a la semana anterior r.  Los casos de esta semana se distribuyen en:  Menores de 2 meses: 42 casos, con una tendencia a disminuir en 25% en relación a la semana anterior.  De 2 a 11 meses: 286 casos con una tendencia a disminuir en 2% en relación a la semana anterior.  De 1 a 4 años: 582 casos con una tendencia a disminuir en 13% en relación a la semana anterior.  Los establecimientos que presentan un incremento mayor en la razón móvil son los siguientes: P.S. de Muqui  Los establecimientos que más casos reportan son; Hosp. El Carmen, Hosp. Félix Mayorca Soto. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **NEUMONIAS EN < 5 AÑOS DE EDAD** | |
| La neumonía es una de las causas de mayor mortalidad infantil en todo el mundo, mata 1.4 millones de niños cada año. Por lo cual se evidencia la necesidad de conocer los factores de riesgo, definidos por la OMS como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | **TENDENCIA DE CASOS DE NEUMONIAS <5 AÑOS DE EDAD POR AÑOS, REGION JUNIN**    Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| Hasta la semana 05 se han registrado un total de 31 casos de episodios de neumonías con una incidencia acumulado (IA) de 0.22 por cada 1000 menores de 5 años, en lo que va del año la incidencia acumulada ha disminuido en relación al año anterior en el mismo periodo.  En la **semana 05– 2017**, se notificaron 03 casos evidenciándose una tendencia a disminuir en 63% en relación a la semana anterior.  La razón IRAs vs Neumonías en esta semana es de 303.3 es decir por cada 303 casos de IRAs hay un caso de Neumonía, observamos que la razón se ha incrementado en 176 puntos en relación a la semana anterior, es importante fortalecer las acciones de seguimiento de casos, actividades preventivas y educación a la población en general sobre medidas de apoyo y reconocimiento de signos de alarma para casos con IRAs.  Por grupos de edad tenemos:  **En menores de 2 meses: 0** episodios con una tendencia a disminuir en 100% en relación a la semana anterior.  **De 2 a 11 meses: 2** episodios con una tendencia a disminuir en 33% en relación a la semana anterior.  **De 1 a 4 años: 1** episodios con una tendencia a disminuir en 75% en relación a la semana anterior.  Los distritos priorizados a esta semana son: Santa Rosa de Ocopa, Leonor Ordoñez, Monobamba, Molinos, Paccha, Llocllapampa, Huay Huay, Chongos Bajo, Vitoc, Pancan, Aco, Junin, Chupuro, La unión, Yauli, Paca, Palcamayo, Ricran, Marcapomacocha, Huacrapuquio, Palca, 3 de Diciembre, Huachac, Pucara, Huasicancha, Tarma, Julcan, Nueve de Julio, Muquiyauyo, Sapallanga ,Viques.  En el canal endémico se encuentra en la zona de **EXITO** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **NEUMONIAS EN > 5 AÑOS DE EDAD** | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | |
| **TENDENCIA DE CASOS DE NEUMONIAS >5 AÑOS DE EDAD POR AÑOS, REGION JUNIN**    Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | Hasta la S.E 05 se han reportado 59 episodios de neumonías en mayores de 5 años con una incidencia acumulada de 0.001 por 1000 mayores de 5 años, en lo que va del año la incidencia ha disminuido en relación al año anterior en el mismo periodo.  En la **semana 05 – 2017**, se notificaron 05 casos, los casos se distribuyen en:  **De 5 a 9 años** la tendencia es estacionaria en relación a la semana anterior.  **De 10 a 19 años** la tendencia es estacionaria relación a la semana anterior.  **De 20 a 59 años** la tendencia es a incrementarse en 100% en relación a la semana anterior.  **En mayores de 60 años** la tendencia es a incrementarse en 466% en relación a la semana anterior |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEFUNCION POR NEUMONIA** | |
| En lo que va del año se han reportado en total 02 defunciones de los cuales **En menores de 5 años**; el acumulado a la fecha es de 02 defunciones y **En mayores de 5 años**; el acumulado a la fecha es de 04 defunciónes, de las cuales 04 son defunciones intrahospitalarias y 02 defunciones extrahospitalarias.  En la presente semana se reporta 04 defunciones por neumonía ,03 en el grupo mayor de 5 años , procedentes de la Provincia de Chanchamayo y 01 en el grupo menor de 5 años procedente de Parihuanca. | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIARREAS ACUOSAS AGUDAS** | |
| **Situación Actual:**  Las enfermedades diarreicas continúan siendo la segunda causa de muerte en los niños menores de 5 años en el Perú sigue siendo una causa importante de morbilidad en la niñez, siendo enfermedades prevenibles ya que están relacionadas directamente con el acceso de agua potable, eliminación de excretas así coma la práctica inadecuada de higiene.  La diarrea es la deposición, tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas, suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo ocasionados por bacterias, virus o parásitos, que es transmitida por alimentos o agua de consumo contaminados o de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.  Hasta la S.E. 05 se tiene un acumulado de 1602 episodios de diarreas con una tasa de incidencia acumulada de 11.26 por cada 1000 menores de 5 años. | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | La tendencia a la S.E. 05 es a disminuir en 10% en relación a la semana anterior, en el canal endémico se encuentra en la zona de **EXITO** en los menores de 5 años.  Los casos de esta semana se distribuyen en:  **Menores de 1 año: 75** episodios, la tendencia es a disminuir en 17.5% en relación a la semana anterior.  **De 1 a 4 años:** 200 episodios, la tendencia es disminuir en 6.9% en relación a la semana anterior.  **Mayores de 5 años:** 247 episodios, la tendencia es a disminuir en 19.2% en relación a la semana anterior. |
| Los establecimientos con mayor media movil son los siguientes establecimientos : P.S. Colonia Huanca, P.S. Paccha-La Oroya.  El 70% de los casos corresponde a la zona natural de la sierra y el 30% corresponde a la región natural de la se lva. En su distribución por ambito se sabe que el 69% corresponde al ambito urbano y el 31% al ambito rural, en su distribución por pobreza el 41% de los episodios estan localizados en el estrato de regular, seguido de pobre con 35%, en aceptable el 19%, muy pobre 4% y extremo pobre 0.9%. | |
| **DEFUNCIONES POR EDAS ACUOSAS**  En la presente semana no se notifica defunción por EDA. | |
| **En los mayores de 5 años:**  El acumulado a la fecha es de 1416 episodios, en la S.E. 5 se han reportado 247 episodios en mayores de 5 años con una tendencia a disminuir en 19% en relación a la semana anterior, la provincia que más casos aporta es Huancayo, Chanchamayo y Satipo. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **DISENTERICAS** | |
| **Situación Actual: ( revisar tu cuadro)**  La diarrea disentérica es el aumento en frecuencia y fluidez de las heces de volumen escaso o moderado caracterizado por sangre visible y moco, puede acompañarse de tenesmo, fiebre o dolor abdominal intenso. | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | Hasta la S.E. 05 el acumulado de casos es de 24 episodios con una tasa de incidencia acumulada de 0.20 por cada menor de 5 años  En la **semana 03 – 2017**, la tendencia es a disminuir en 88% en relación a la semana anterior, los casos de esta semana se distribuyen en:  **Menores de 1 año:** **0** casos con una tendencia a disminuir en 100% relación a la semana anterior.  **De 1 a 4 años: 1** caso con una tendencia a disminuir en 75% en relación a la semana anterior.  **Mayores de 5 años: 0 casos,** con una tendencia estacionaria en relación a la semana anterior. |
| En su distribución por región natural el 80% de los episodios se encuentran localizados en la zona natural de la sierra y el 20% en la zona natural de la selva, según ámbito el 61% de los episodios se encuentra en la zona urbana y el 39% en la zona rural y por estratos de pobreza el 42% de los casos en el estrato regular seguido del 3% en estrato pobre y en la zona aceptable el 14%. El 2.3% muy pobres y el extremo pobre con 0.46%. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES** | |
| **ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES** | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | |
| En la **semana 05 – 2017**, no se han notificado casos de inmunoprevenibles. | |
| **INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE SARAMPION – RUBEOLA** | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | Conociendo que existen casos de sarampión en otro países se debe garantizar una vigilancia de salud pública de calidad en nuestra región y la forma de evaluar el sistema es hacer el seguimiento de los indicadores de vigilancia de sarampión – rubeola.   * La tasa de notificación debe ser por encima de 2 por cada cien mil habitantes y las provincias de Junín, Satipo, Yauli y Chupaca en este año no están cumpliendo con este indicador. * El porcentaje de investigación adecuada, debe ser al 100% * El porcentaje de visita domiciliaria debe ser al 100%. * % de muestras de sangre que llegan al INS antes de los 5 días debe ser al 100% pero este indicador se encuentra mal en la Región Junín al 33%, este indicador se debe mejorar y es responsabilidad del laboratorio. * % de resultados del INS reportados antes de los 4 días se cumple al 100%. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICADORES DE LA VIGILANCIA DE PARALISIS FLACIDA AGUDA** | |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | En la Región los Indicadores de vigilancia de la PFA a la fecha se han reportado 02 casos, no se está cumpliendo con la tasa de notificación que es 1.5 por cada 100000 menores de 15 años, pero sin embargo si se está cumpliendo con la investigación pero al igual que en sarampión rubeola no se cumple con el indicador de muestras de laboratorio que llegan en menos de 5 días al INS, existe la necesidad de fortalecer todos los laboratorios de las redes y del laboratorio referencial. |

|  |
| --- |
| **ENFERMEDADES METAXENICAS** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| **DENGUE**  En la semana 05 en dengue se han reportado un total de 06 casos de los cuales se han confirmado a 02 casos , descartado 02 casos , quedan en condición de probable 02 casos, los distritos los distritos que reportan casos son: Perene, Pichanaki y San Ramón.  Al análisis por provincias se tiene:  **PROVINCIA DE CHANCHAMAYO:** En la **semana 05 – 2017**, notificó 04 casos de dengue, en el canal endémico se encuentra en la zona de **ALARMA.**  **PROVINCIA DE SATIPO**: En la **semana 05– 2017**, notificó 02 casos en el canal endémico se encuentran en la zona de **SEGURIDAD**. |

|  |
| --- |
| **TUBERCULOSIS** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| En la **semana 05– 2017**, Se reportaron 07 casos de tuberculosis en todas sus formas. |

|  |
| --- |
| **OTRAS ENFERMEDADES** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| En la **semana 05 – 2017**, se ha reportado 01 caso de Infección por VIH, y 01 caso de SIDA, |

|  |
| --- |
| **VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES** |
| **MATERNO PERINATAL** |
| **Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología**  En la presente semana no se notifico casos de muerte materna. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ANIMALES PONZOÑOSOS** | | **ENFERMEDADES ZOONOTICAS** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología | |

|  |
| --- |
| **DIABETES** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| En la **semana 05 – 2017**, Se reportaron 15 casos de diabetes en todas sus formas. |

|  |
| --- |
| **EFECTO TÓXICO DE PLAGUICIDAS** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| En la **semana 05- 2017** Se reportaron 03 casos de intoxicación por plaguicidas. |

|  |
| --- |
| **VIGILANCIAS ESPECIALES** |
| **VIGILANCIA CENTINELA DE IRAS INDIVIDUALES**  **MICRORED DE SALUD YAULI – LA OROYA** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |

|  |
| --- |
| **VIGILANCIA CENTINELA DE EDAS INDIVIDUALES**  **MICRORED DE SALUD HUASAHUASI – TARMA** |
| Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología |
| Huasahuasi es distrito de la Provincia de Tarma a las alturas de Tiambra hay la existencia de una mina artesanal de oro que vierte sus relaves en un riachuelo que une su cauce con el rio de Tiambra y que metros más abajo se encuentra la captación de agua de consumo humano de toda la ciudad de Huasahuasi es por ello que se instala la vigilancia de EDAs en forma individual para evaluar su comportamiento. En la **semana 05– 2017**, se reportaron 08 casos. |
| **BROTES, EMERGENCIAS y/o DESASTRES** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Brotes, Epidemias, Emergencias y/o Desastres** | **Periodo o**  **Sem. Epid.** | **N° de Eventos en la semana** | **N° de Eventos Acumulados** | **N° de casos o afectados** | **N°**  **Defun.** | **Provincia** | **Distrito** | | ETAS | 05 |  |  |  |  |  |  | | Fiebre Amarilla Selvática | 05 |  |  |  |  |  |  | | Malaria | 05 |  |  |  |  |  |  | | Dengue | 05 |  |  |  |  |  |  | | Rubeola/ Sarampión (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Tétanos (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Tos ferina (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Parálisis flácida aguda (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Síndrome de rubeola congénita (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Hepatitis B (+) | 05 |  |  |  |  |  |  | | Infecciones Intrahospitalarias | 05 |  |  |  |  |  |  | | Rabia | 05 |  |  |  |  |  |  | | Emergencias y /o desastres | 05 |  |  |  |  |  |  | |

Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología

|  |
| --- |
| **MONITOREO DE LA INFORMACION DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA S.E. 05-2017** |
| Para el año 2014 según Resolución Directoral N° 1513 del 27 de diciembre del 2012 se aprueba la conformación de 12 redes de salud, las cuales serán una unidad de epidemiologia quienes deben notificar semanalmente  **EL PUNTAJE MINIMO ACEPTABLE ES 92%.**  ***Esta información es actualizada semanalmente por lo que los datos aquí presentados están sujetos a variaciones que dependen de la actualización***  **VAMOS A UNA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE CALIDAD…!!!** |

**MONITOREO DE LA INFORMACION DEL SISTEMA**

**DE VIGILANCIA S.E. 05-2017**



Fuente: NostiSP-Dirección Regional de Epidemiología