

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE LA FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN
JUNÍN 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

NORMA LUZ CORDOVA SANTIVÁNEZ

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN VOCAL

ASESORA: Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 340

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2189-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	16
2.3 Definición de Términos	40
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	42
3.1 Recolección de Datos	42
3.2 Experiencia Profesional	42
3.3 Procesos Realizados del Informe	49
IV. RESULTADOS	51
V. CONCLUSIONES	66
VI. RECOMENDACIONES	67
VII. REFERENCIALES	68
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

La Fiebre Amarilla es una enfermedad infecciosa, endemoepidémica producida por un virus perteneciente al género flavivirus. Es la principal enfermedad sometida al reglamento sanitario internacional (2005) vigente.(1)

En los últimos años se presentan brotes importantes de fiebre amarilla en las Américas y sobre todo en el año 2016 en el Perú. La enfermedad es de clínica aguda, de duración breve y gravedad variable. En un 20- 50 % de los casos graves se produce la muerte, aunque en regiones endémicas la letalidad es menor.

La alta letalidad hace que sea de gran importancia para la salud pública. El presente informe de experiencia profesional titulado "Intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de la Fiebre Amarilla en la región Junín 2014-2016, tiene por finalidad describir la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla, la misma que contribuirá a identificar los factores de riesgo, el cual nos guiará la intervención de brotes epidémicos y evitar los desenlaces fatales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

A nivel mundial existen 47 países que reportan casos de fiebre Amarilla, 34 de África y 13 de América Central y Sudamérica, en los que la Fiebre Amarilla es endémica en todo el país o en algunas regiones. Con un modelo basado en fuentes africanas de datos, se ha estimado que en 2013 hubo entre 84 000 y 170 000 casos graves y entre 29 000 y 60 000 muertes. Ocasionalmente, quienes viajan a países donde la enfermedad es endémica pueden importarla a países donde no hay fiebre amarilla. Para evitar estos casos importados, muchos países exigen un certificado de vacunación antes de expedir visados, sobre todo cuando los viajeros proceden de zonas endémicas. En los siglos XVII a XIX, la exportación de la fiebre amarilla a Norteamérica y Europa causó grandes brotes que trastornaron la economía y el desarrollo, y en algunos casos diezmaron la población. (2)

En las américas la fiebre amarilla sigue siendo un importante problema de salud pública, a pesar de que ha mejorado la cobertura vacunal en las zonas endémicas, siguen surgiendo casos esporádicos y brotes. Desde la semana epidemiológica (SE) 1 y hasta la SE 9 de 2017, Brasil, Colombia, Ecuador, el Estado

Plurinacional de Bolivia, Perú y Suriname han notificado casos sospechosos y confirmados de fiebre amarilla.

En Brasil, desde el inicio del brote en diciembre de 2016 y hasta el 13 de marzo de 2017 se notificaron 1.538 casos de fiebre amarilla (396 confirmados, 184 descartados y 958 sospechosos que permanecen en investigación) incluidas 255 defunciones (134 confirmadas, 9 descartadas y 112 en investigación). La tasa de letalidad entre los casos confirmados es de 34% y de 12% entre los casos sospechosos.(3)

En el Perú la fiebre amarilla también es endémica en las regiones de San Martín, Junín, Amazonas, Cusco, Loreto, Madre de Dios, Puno, Ayacucho, Huánuco, Ucayali y Pasco, en los últimos 4 años de vigilancia epidemiológica se tiene reportado en el año 2013, 21 casos confirmados y 12 defunciones con una tasa de letalidad de 5.7%, en el año 2015 con 15 casos confirmados y 5 defunciones una tasa de letalidad de 33.3% en el año 2016 se confirmaron 62 casos con 21 defunciones y una tasa de letalidad de 33.8%, evidenciándose un gran brote de Fiebre Amarilla Selvática(4)

En el departamento Junín contamos con dos provincias ubicadas en la región selva Chanchamayo y Satipo, las cuales por su naturaleza geográfica y climática, ubicada en la cuenca de los ríos Mantaro y Ene reúne las condiciones favorables para la existencia

del vector de la fiebre amarilla selvática, además a través de los años los casos se han presentado en forma constante, después de la vacunación masiva en los años 2005, 2006 a nivel nacional los casos han disminuido considerablemente y los pocos que se presentaban son casos fatales con una tasa de letalidad de 100%.

En el año 2013 se presentaron 4 casos confirmados y 100% de letalidad, en el año 2014, 2 casos y en el año 2015 se confirmaron 3 casos y 100% de letalidad, en el año 2016 se presentó un gran incremento de casos de fiebre amarilla selvática, procedentes de los distritos de San Ramón, Perené, La Merced, Pichanaki, Rio Tambo, San Martín de Pangoa en la vigilancia epidemiológica se reportaron 37 casos confirmados.

1.2 Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla en la Región de Junín 2014-2016

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la intervención de enfermería en la vigilancia epidemiológica de la Fiebre Amarilla.

Por su alta tasa de mortalidad de la fiebre Amarilla un problema de salud pública muy importante y es de notificación internacional, es necesario considerar en este informe ya que con los conocimientos y la experiencia laboral se fortalecerá la vigilancia epidemiológica para la captación temprana de los casos y se disminuirá la tasa de letalidad beneficiando a la población de la región.

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla selvática, y este conocimiento que yo adquiero respecto a la Fiebre Amarilla mejorará la calidad de la información epidemiológica que oriente a la detección precoz de casos y oriente mejor en la toma de decisiones.

Nivel metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al realizar la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla.

Nivel social: Este informe beneficiará a los enfermeros que realizan vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud, así mismo se beneficia la población con la detección oportuna de casos y la evaluación epidemiológica constante a

fin de evitar los brotes epidémicos y las altas tasas de mortalidad causados por la Fiebre Amarilla.

Nivel Práctico: en la práctica este informe permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros para realizar adecuadamente la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla, creando la habilidad y destreza en la captación de casos, análisis e interpretación e la información y el reporte epidemiológico para la toma de decisiones.

Nivel Económico: La fiebre amarilla es una enfermedad de alta letalidad que requiere internamiento y manejo especializado demandando los servicios de UCI el cual resulta de alto costo para el estado y la familia, además cuando el paciente fallece se genera una pérdida humana y desencadenando un problema social de pobreza y desamparo. El aporte de este informe es disminuir los costos con la detección temprana del caso y evitando que los casos se agraven.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

a. Internacionales

GARCÍA MARACANO, Virlena Del Pilar año 2009

Realizó una investigación titulada **Situación epidemiológica de la Fiebre amarilla en Venezuela, (Venezuela) 2009**

cuyo objetivo de la investigación fue determinar la situación epidemiológica de la Fiebre Amarilla en Venezuela, en el período 2002-2008. Una investigación documental descriptiva con un diseño retrospectivo, longitudinal, en el Ministerio del Poder Popular para la Salud en la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en la cual se solicitaron los registros de anuarios epidemiológicos sobre casos y muertes por Fiebre Amarilla, se procedió al llenado del instrumento de recolección de datos: fecha, edad, sexo, lugar de infección, ocupación, antecedentes de vacuna Antiamarilica, Manifestaciones clínicas, resultado de laboratorio, evolución.

La población estuvo representada por el número de casos de Fiebre Amarilla, la misma población se tomó en su totalidad. El diseño estadístico se realizó a través del EpiInfo y los resultados se expresaron en cuadros y gráficos.

El autor llegó a las siguientes conclusiones más importantes;

En Venezuela durante los años 2002-2005 ocurrieron 63 casos de Fiebre Amarilla Selvática. El mayor número de casos se presentó durante el año 2003 con 68,25%. El estado Zulia fue el que registró más casos 38,1%, también se presentaron casos en Táchira, Portuguesa, Mérida, Monagas, Apure, Bolívar. En los pacientes en edades entre 15 a 29 años se diagnosticaron 50,79%. Se registraron 86% casos masculinos y 14% femeninos. Durante el brote ocurrido en Venezuela en el período 2002-2003, en Zulia ocurrieron 24 casos con una letalidad de 45,8%, en Táchira ocurrieron 11 casos con una letalidad de 45,5%. Estos brotes fueron precedidos por epizootia, y se realizó aislamiento viral en monos, con condiciones ecológicas favorables, donde circulan virus, mosquito y reservorio.

Las personas penetraron a estos focos naturales sin antecedente vacunal, adquiriendo la enfermedad.

Mantener la aplicación de una vigilancia epidemiológica efectiva ha impedido la aparición de casos desde el año 2006 hasta la actualidad, y esta vigilancia debe maximizarse en las zonas de alto riesgo.

En Venezuela durante los años 2002-2008 ocurrieron 63 casos de Fiebre Amarilla Selvática.

El mayor número de casos se presentó durante el año 2003 con 43 casos (68,25%).

El mayor número de casos se presentó en el estado Zulia 24 casos (38,1%) de Fiebre Amarilla Selvática, en el período de estudio en Venezuela en los años 2002 al 2008.

En nuestro país durante el período de estudio 2002-2008 el 50,79% de los casos ocurridos de Fiebre Amarilla Selvática, se diagnosticaron en pacientes en grupos de edad 15 a 29 años, y en el grupo de 30 a 49 años de edad 23,80% de los casos.

En el estudio la Fiebre Amarilla Selvática 86% de los casos son de sexo masculino y 14% de los casos son femeninos. En esta investigación se determinó que los brotes de Fiebre Amarilla selvática fueron precedidos por ondas epizooticas a través de los diferentes estados, y en donde se realizó aislamiento viral en monos. Por todo esto se entiende que existieron las condiciones ecológicas favorables, en donde existe una circulación activa del virus, del mosquito y del reservorio. Además, las personas penetraron a estos focos naturales sin haber sido vacunadas, adquiriendo la enfermedad. También se agregan las malas condiciones de los servicios básicos.

La baja cobertura de vacunación Antiamarilica existente en el año 2003 llevó a las autoridades sanitarias a la vacunación

Antiamarilica masiva, dando inicio en las zonas de alto riesgo, estrategia de prevención y control por excelencia, lo que ha permitido en estas poblaciones controlar la aparición de más casos en Venezuela, y ha mitigado los brotes de esta enfermedad, ya que se han aplicado un total de 19.087.100 dosis de vacuna Antiamarilica desde el año 2003 hasta el año 2007 semana epidemiológica N° 39. (MPPS, 2007).

Durante los años 2006, 2007 y 2008 en Venezuela no se han reportado casos de Fiebre Amarilla Selvática.

Durante estos años se mantuvo la vigilancia Epidemiológica basada en el síndrome febril icterohemorrágico por su gran utilidad para la captación de los casos de Fiebre Amarilla.

Se realizó jornada especial de vacunación con Antiamarilica para los municipios de alto riesgo y mediano riesgo con población pendiente, y se inició la vacunación de adultos de los estados de bajo riesgo. Se planificó el monitoreo de las áreas con coberturas administrativas.

2.-VARGAS LEGUAS Hernán Paraguay año 2008, realizó el estudio titulado **Brote de Fiebre Amarilla en Paraguay en 2008.**

El objetivo del estudio describir el primer brote de fiebre amarilla urbana de la periferia de Asunción en el año 2008.

Es un estudio descriptivo y se caracterizó el brote de la fiebre amarilla, llegando a las siguientes conclusiones:

El brote de fiebre amarilla en Paraguay ocurrido en 2008 representó un importante reto en materia de salud pública y aportó lecciones importantes.

Por una parte alertó del riesgo de reurbanización de la FA en el continente americano después de más de 60 años sin casos urbanos, por otro lado, demuestra que las acciones de control de un brote de FA, tomadas de forma oportuna y coordinada son capaces de limitar las consecuencias del brote y evitar su diseminación a otras regiones.

Se requiere de un índice de infestación por *A aegypti* de al menos 5% para perpetuar el ciclo de transmisión de la FA en una comunidad. Al inicio del brote, este nivel era ampliamente sobrepasado.

La rápida adopción de las medidas de contención del brote, basadas en el control vectorial y la vacunación de la población susceptible, fue clave para detener la diseminación del virus, especialmente en el entorno urbano, cabe destacar dos aspectos: a) la adopción de un sistema vigilancia basado en la búsqueda activa de casos y en una definición de caso sospechoso más sensible que la

habitualmente recomendada permitió detectar un mayor número de enfermos, definir y focalizar mejor las actividades de control y contribuyó a la baja letalidad de los casos urbanos;

b) La conformación de equipos de respuesta rápida integrados por personal sanitario, de epidemiología, control vectorial y laboratorio que se desplazaban en pocas horas al sitio de ocurrencia de un caso bloquearon la transmisión viral y representan un buen ejemplo de coordinación entre las distintas autoridades involucradas en el control de un brote.

B) Nacionales

ESPINOZA Manuel S1 , CABEZAS César S1 , RUIZ O Julio año 2005 Realizaron una investigación denominado **Un acercamiento al conocimiento de la Fiebre Amarilla en el Perú, (Perú) 2005.**

El objetivo de este estudio es describir un comportamiento histórico y epidemiológico de la presencia de la fiebre amarilla remarcando la diferencia entre fiebre amarilla urbana y fiebre amarilla selvática en 14 cuencas hidrográficas del Perú donde la presencia del virus de fiebre amarilla es endémica.

En la metodología ha utilizado las fuentes históricas y reportes de epidemiológicos de los casos.

Llegando a las siguientes conclusiones:

Actualmente el Perú es el país que en América del Sur notifica la mayor cantidad de casos de FAS. Desde el punto de vista epidemiológico existen áreas enzoóticas plenamente identificadas, especialmente del nicho ecológico denominado selva alta (rupa-rupa). La población afectada por FAS mayoritariamente corresponde a varones jóvenes (agricultores-migrantes), con antecedente negativo de inmunización antiamarílica.

El análisis de dos periodos de vigilancia de FAS en el Perú, 1994 - 1999 y 2000 - 2004, no revela mayores cambios epidemiológicos a excepción de la letalidad que de 38% se incrementó a 56%, recordando los niveles de letalidad de periodos anteriores, 1991 - 1994 (54%).

Desde hace cinco años se inició en el Perú la estrategia de vacunar al 100% de los niños que cumplen su primer año de edad y desde hace dos años se ha comenzado a vacunar masivamente en regiones expulsoras de emigrantes, además de los pobladores de regiones endémicas, con el objetivo de eliminar la FAS del ámbito nacional.

Actualmente se conocen todas las acciones de salud pública para el control de la fiebre amarilla, y siendo el Perú el país que aporta la mayor cantidad de casos de Fiebre Amarilla Selvática en Sudamérica se ha visto obligado permanentemente a enfrentar una titánica labor de «bombero» cada vez que se «incendiaba» un foco enzoótico de transmisión.

Desde el año 2004 el Perú ha iniciado una exitosa campaña de inmunización masiva cuya estrategia se basa en inmunizar a las personas que viven en localidades conocidas como «expulsoras de emigrantes», para poco a poco llegar a inmunizar al 100% de la población nacional. Es importante anotar que desde hace cinco años en el Perú se viene inmunizando al 100% de los niños que cumplen el año de edad.

2.2 Marco Conceptual

2.1.1. Fiebre Amarilla

a) Definición

La fiebre amarilla es una enfermedad febril, hemorrágica, aguda e inmunoprevenible, de alto poder epidémico, gravedad variable y alta mortalidad. Está registrada en la clase I del Reglamento Sanitario Internacional, es decir, son objeto de cuarentena y de notificación inmediata. Se considera como una zoonosis reemergente en Latinoamérica (4)

Agente etiológico:

El virus de la Fiebre Amarilla (FA) es un arbovirus de pequeño tamaño (35-45nm) y forma icosaédrica perteneciente a la familia Flaviviridae que es transmitido por la picadura del mosquito del género *Aedes*. Se trata de un virus ARN de cadena simple que contiene 10.233 nucleótidos, patógeno intracelular que se replica en el citoplasma de las células infectadas. La cubierta consiste en una capa lipídica derivada de la célula infectada con dímeros de la proteína E, que es la responsable de las fases iniciales de la infección de las células así como el principal objetivo de la respuesta inmune del huésped. Otras proteínas virales son NS1 y

NS3, cuyos anticuerpos contribuyen a la inmunidad protectora y son objetivo de las células T citotóxicas respectivamente. Sólo existe un serotipo de este virus; con técnicas de secuenciación molecular se pueden clasificar 5 genotipos (tres circulantes en África y 2 en Sudamérica). La infección natural confiere protección durante toda la vida. (5).(6)

Transmisión:

Las diferentes especies de mosquitos transmisores viven en distintos hábitats, *Aedes* se cría cerca de las viviendas (domésticos), *Haemogogus* y *Sabethes* en el bosque (salvajes) y algunos pueden encontrarse en ambos hábitats (semidomésticos), se determina epidemiológicamente tres tipos de ciclos de transmisión, el reservorio (ser vivo que aloja el germen de la enfermedad) son los humanos en las zonas urbanas, y los monos y algunos marsupiales en las zonas selváticas.(7)

La fiebre amarilla tiene varios ciclos de transmisión:

- **Fiebre amarilla selvática:** en las selvas tropicales lluviosas, los monos que son el principal reservorio del virus, son picados por mosquitos salvajes que transmiten el virus a otros monos. Las personas que se encuentren en las selvas pueden recibir picaduras de mosquitos infectados y contraer la enfermedad.

- **Fiebre amarilla urbana:** las epidemias se producen cuando las personas infectadas introducen el virus en zonas muy pobladas con gran densidad de mosquitos y donde, por falta de vacunación, la población tiene baja inmunidad para este virus. Así, los mosquitos infectados transmiten la enfermedad de persona a persona.
- **Fiebre amarilla intermedia:** este ciclo de transmisión, únicamente presente en África, se da cuando los mosquitos semidomésticos infectan tanto a monos como a hombres (7)

Cuadro clínico y manejo:

Las manifestaciones clínicas de la infección por el virus de la fiebre amarilla son muy variables: desde las formas asintomáticas, pasando por modalidades leves con sintomatología inespecífica, hasta la fiebre hemorrágica clásica, de alta letalidad. El período de incubación varía de 3 a 6 días después de la picadura del mosquito infectado. En general, la forma clásica se caracteriza por una enfermedad sistémica grave de alta letalidad, que se manifiesta con fiebre, postración, compromiso hepato-renal y cardíaco, manifestaciones hemorrágicas y choque.

La evolución de la enfermedad puede incluir tres períodos clínicamente evidentes: período de infección, período de remisión y período de intoxicación. El período de infección, que corresponde al inicio de los síntomas y que incluye la fase de viremia, tiene comienzo abrupto, con fiebre elevada (>39 °C), escalofríos, cefalea, náuseas, mareo, malestar general y dolor muscular, especialmente en la parte baja de la espalda.

Al examen físico, el paciente se encuentra febril, postrado y con congestión de las conjuntivas y la cara. A veces se observa bradicardia acompañada de fiebre (signo de Faget). Las principales alteraciones que muestran las pruebas de laboratorio correspondientes a este período son leucopenia con neutropenia relativa, aumento de las transaminasas y albuminuria.

El **período de infección** tiene una duración aproximada de 3 a 6 días. En seguida, se establece el **período de remisión**, que puede durar de 2 a 48 horas, en el que los síntomas ceden y el estado general del paciente mejora.

En las formas leves, el paciente inicia la fase de recuperación, que dura entre 2 y 4 semanas. En general, los casos de fiebre amarilla resultan muy difíciles de diagnosticar cuando la enfermedad aún no ha progresado hacia el período de intoxicación. En aproximadamente 15% a 25% de los casos los síntomas reaparecen en forma más grave y sobreviene el período de intoxicación, con ictericia, dolor epigástrico, manifestaciones hemorrágicas, principalmente epistaxis, hemorragia gingival, hematemesis (vómito negro), melena y oliguria, seguida de anuria, lo que indica falla renal. Las transaminasas se presentan muy elevadas. La letalidad de los casos que evolucionan al período de intoxicación es de 50% aproximadamente. En la fase final el paciente presenta hipotensión, agitación psicomotora, estupor y coma. La muerte en general acontece entre el séptimo y el décimo día posteriores al inicio de los síntomas.(6)

Diagnóstico diferencial Las distintas formas clínicas de la fiebre amarilla también pueden identificarse en otras enfermedades febriles que evolucionan con ictericia, manifestaciones hemorrágicas o ambas. En la Región de las Américas las principales enfermedades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de la fiebre amarilla son: leptospirosis; malaria grave; hepatitis virales, especialmente la forma fulminante de la hepatitis B y la hepatitis por virus delta; fiebre hemorrágica por virus dengue; fiebres hemorrágicas boliviana, argentina y venezolana. Resumen de criterios de laboratorio para el diagnóstico de casos, Aislamiento del virus de la fiebre amarilla. Presencia de IgM específica para el virus de la fiebre amarilla. Aumento de por lo menos cuatro veces en los niveles de anticuerpos de IgG contra el virus de la fiebre amarilla (seroconversión), en muestras de suero obtenidas en la fase aguda y de convalecencia, por las pruebas de inhibición de la hemaglutinación, fijación del complemento o neutralización.

Lesiones histopatológicas compatibles con las de la fiebre amarilla o detección de antígenos víricos por el método inmunohistoquímico en muestras de tejido. Detección por reacción en cadena de la polimerasa (RCP) de secuencias del genoma del virus en tejidos o en sangre.

La infección por el virus de la fiebre amarilla puede producir cuadros de gravedad variable que van desde la infección asintomática hasta el shock hemorrágico. La mortalidad oscila en un 20% siendo los niños y ancianos

los que presentan mayor mortalidad. El período de incubación es de 3 a 6 días y el cuadro clínico clásicamente se ha dividido en 3 fases:

- **Período de infección:** se caracteriza por fiebre, escalofríos, malestar general, cefalea, dolores óseos y musculares, náuseas y mareos. Suele durar 3 a 4 días. Al examen el paciente presenta sensación de enfermedad grave, hiperemia conjuntival y facial y bradicardia relativa respecto a la fiebre. En la analítica sanguínea puede aparecer leucopenia con neutropenia, transaminitis y albuminuria.
- **Período de remisión:** este período dura entre 2 y 24 horas desapareciendo los síntomas iniciales.
- **Período de intoxicación:** en el 15-25% de los pacientes la enfermedad reaparece con mayor severidad con fiebre, vómitos, dolor epigástrico, ictericia (que da nombre a la enfermedad), fallo renal y diátesis hemorrágica y sangrado generalizado con hallazgos analíticos de insuficiencia hepática y renal y coagulopatía de consumo. El 20-50% de los pacientes con enfermedad hepatorenal evolucionan hacia un cuadro de hipotensión, acidosis, edema cerebral y coma, muriendo a los 7-10 días del comienzo de la enfermedad. En la analítica sanguínea el nivel de transaminasas es proporcional a la gravedad de la enfermedad.

En el caso de recuperación, el paciente entra en un período de convalecencia, caracterizado por un cuadro de debilidad y astenia que se prolonga de 2 a 4 semanas.

El diagnóstico puede ser difícil, fundamentalmente en fases iniciales. Posteriormente el diagnóstico diferencial es con intoxicaciones, paludismo grave, leptospirosis, hepatitis virales, otras fiebres hemorrágicas y otras infecciones por flavivirus, fundamentalmente dengue hemorrágico.

No existe tratamiento antiviral específico y sólo se realizan medidas de sostén. Debe protegerse de picaduras de mosquitos a los casos sospechosos durante los primeros 5 días de la enfermedad para evitar la transmisión.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la fiebre amarilla es difícil, sobre todo en las fases tempranas. En los casos más graves puede confundirse con el paludismo grave, la leptospirosis, las hepatitis víricas (especialmente las formas fulminantes), otras fiebres hemorrágicas, otras infecciones por flavivirus (por ejemplo, el dengue hemorrágico) y las intoxicaciones. (3)

El diagnóstico es clínico y epidemiológico y se confirma por técnicas de laboratorio.

- Si la muestra es tomada antes de los 5 días de iniciados los síntomas: se realiza mediante el aislamiento del virus de la fiebre

amarilla con técnicas moleculares como RT-PCR convencional o tiempo real en sangre u otros fluidos corporales.

- Si la muestra es tomada luego del 6to día de iniciados los síntomas: el diagnóstico se realiza a través de la búsqueda de anticuerpos específicos en sueros obtenidos en la fase aguda y en la de convalecencia (aumento de IgG más de 4 veces separadas las muestras más de 14 días). Esta técnica pierde valor en pacientes vacunados y siempre deben descartarse reacciones cruzadas con otros flavivirus.

- Si la muestra es tomada postmortem: pueden utilizarse técnicas de anatomía patológica, demostrando las lesiones típicas hepáticas y detección de genoma viral por RT-PCR.(7)

Prevención

Vacunación:

La vacuna contra la fiebre amarilla es una vacuna de virus vivos atenuados, está indicada en personas que viajan a zonas endémicas o epidémicas o que viven en ellas, requiriéndose una sola dosis.

Según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), se requiere un certificado internacional de vacunación (cartilla amarilla) para entrar en un país endémico o para viajar desde un país endémico a otro donde hay presencia de mosquitos del género *Aedes* capaces de transmitir la infección y por lo tanto con riesgo de introducción de la enfermedad.

Vigilancia Epidemiológica

La vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla tiene por objeto la detección precoz de la circulación del virus para la adopción oportuna de medidas adecuadas de control orientadas a prevenir nuevos casos, impedir la progresión de brotes y no permitir la reurbanización de la enfermedad.

La vigilancia epidemiológica de la circulación viral de la fiebre amarilla debe intensificarse tanto en las áreas enzoóticas como en las no enzoóticas. (7)

Los principales mecanismos empleados en la vigilancia de la fiebre amarilla son:

- a.- Vigilancia de los casos clínicos compatibles con la forma clásica de la enfermedad, según las definiciones de casos de la OMS.
- b.- Puesta en práctica de la vigilancia de los síndromes febriles ictericos.
- c.- Vigilancia de epizootias (aparición de la enfermedad y muerte de monos en áreas selváticas).
- D.-Mantenimiento de los índices de infestación por *Aedes aegypti* por debajo de 5%,a fin de evitar la reurbanización de la fiebre amarilla).
- e.- Vigilancia de eventos pos vacunales supuestamente atribuibles a la vacunación contra la fiebre amarilla.

Definiciones de casos de la OMS

- **Caso sospechoso:** toda persona con enfermedad caracterizada por fiebre de comienzo brusco seguida de ictericia en las dos semanas posteriores al inicio de los síntomas, y uno de los siguientes síntomas:
1) sangrado por la nariz, las encías, la piel o el tracto digestivo, o 2) muerte dentro del período de tres semanas a partir del inicio de los síntomas.
- **Caso confirmado:** todo caso sospechoso que haya sido confirmado por laboratorio o presente nexa epidemiológico con un caso confirmado por el laboratorio.
- **Brote:** un brote de fiebre amarilla es la presencia de por lo menos un caso confirmado.

Vigilancia de los síndromes febriles ictericos

Este tipo de vigilancia, por lo general puesta en práctica en los sitios centinelas, utiliza una definición de caso de mayor sensibilidad y excluye los casos utilizando pruebas de laboratorio. Este procedimiento permite identificar los casos de fiebre amarilla que han desarrollado las formas menos graves o no hemorrágicas de la enfermedad.

La vigilancia de las síndromes febriles ictericos incluye a todas las personas que viven en áreas enzoóticas o han viajado a ellas, y que presentan una enfermedad caracterizada por fiebre e ictericia de inicio súbito. En caso de que las muestras de sangre de estas personas

resultasen negativas para hepatitis virales, malaria, leptospirosis o fiebre hemorrágica por virus dengue, deben enviarse al laboratorio de referencia para la realización de pruebas serológicas específicas de la fiebre amarilla, acompañadas por la respectiva ficha epidemiológica.(7)(6)

Vigilancia de epizootias

Las autoridades de salud deben estimular a la población para que notifique siempre las muertes de monos por causas naturales. La verificación de una epizootia puede representar la circulación del virus de la fiebre amarilla y en ese caso se debe iniciar inmediatamente la vacunación de los residentes y viajeros que penetran en la zona, además de intensificar la vigilancia de casos sospechosos y de casos de fiebre e ictericia.(6)

Definición de Casos

1. Caso probable de Fiebre Amarilla:

Toda persona de cualquier edad procedente de zona endémica de fiebre amarilla, que presenta fiebre de inicio agudo seguido por ictericia y/o uno de los siguientes criterios:

- a- Sangrado de mucosa nasal y de encías o sangrado digestivo alto (hematemesis o melena);
- b- Muerte 3 semanas después de haberse instalado la enfermedad.

2. Caso confirmado de Fiebre Amarilla:

Por laboratorio:

Todo caso probable cuyo resultado de laboratorio es positivo por uno o más de los métodos siguientes:

a- En suero:

- Aislamiento del virus de la fiebre amarilla.
 - Presencia de IgM específica para fiebre amarilla o un aumento de 4 veces o más de los niveles de IgG en muestras de suero pareadas (agudo y convaleciente).
- Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla en suero por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

b.- En tejidos:

Muestra de hígado por inmunohistoquímica (postmortem).

Detección del secuenciamiento genético del virus de fiebre amarilla por PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

c.- Por nexos epidemiológicos

Contacto de uno o más casos probables con uno o más casos confirmados, procedentes de la misma área endemo - enzoótica.

Contacto de un caso probable que fallece en menos de 10 días, sin confirmación laboratorial y que provenga de área donde hay casos confirmados.

3. Caso descartado de Fiebre Amarilla:

Todo caso que después de la investigación no cumple con el criterio de caso probable o que tiene resultados negativos en el laboratorio.

4. Caso sospechoso de Fiebre Amarilla:

Es todo paciente con fiebre e ictericia de inicio agudo y procedente de zona enzoótica. Sólo se usa en:

- a.-Caso de epidemia con la finalidad de captar oportunamente una mayor cantidad de casos.
- b.- Lugares donde se sospeche pueda ocurrir un incremento de la actividad epidémica.

5. Caso asociado a vacuna:

Caso probable con antecedente de haber sido vacunado 10 días antes del inicio de la ictericia.

- a.- En estos casos en que se sospeche la asociación a la vacuna será muy importante documentar la vacunación y tomar muestras para aislamiento viral.
- b- Su investigación se manejará como ESAVI (Evento Supuestamente Atribuido a Vacunación ó Inmunización).(9)

Inmunogenicidad y eficacia vacunal:

Para prevenir de debe vacunar, se trata de una vacuna altamente efectiva en la prevención de la enfermedad y que normalmente es bien tolerada. Existe experiencia con esta vacuna en cientos de millones de

personas. Tras la vacunación aparecen anticuerpos protectores a los 10 días en el 90% de los vacunados y 99% a los 30 días.

Contraindicaciones y precauciones de uso: además de las contraindicaciones generales de las vacunas, al tratarse de una vacuna de virus vivos, su aplicación está contraindicada en:

- Menores de 6 meses de edad: por el riesgo aumentado de padecer encefalitis.

Lactantes entre 6 y 9 meses de edad: en estos casos habrá que valorar el riesgo de padecer la enfermedad frente al riesgo teórico de padecer encefalitis asociada a la vacunación y por lo tanto deberá emplearse si no existe otra posibilidad de prevención.

Antecedentes de enfermedad del timo.

Embarazo: no debe administrarse salvo en situaciones de epidemia en los que habrá que valorar los riesgos frente a los beneficios de la vacunación. Se han publicado los resultados de series de recién nacidos hijos de madres vacunadas de manera inadvertida en las primeras semanas de gestación, sin que se observaran malformaciones mayores en estos neonatos.

Madres lactantes: la precaución se vincula a que se han descrito tres casos de enfermedad neurológica asociada a la vacuna de la fiebre amarilla (YEL-AND) en niños con lactancia materna exclusiva cuyas madres fueron vacunadas. Hasta que haya más

información disponible, la vacuna contra la fiebre amarilla debe evitarse en mujeres que amamantan. Sin embargo, si una madre lactante debe viajar a una zona de alto riesgo de fiebre amarilla debe ser inmunizadas, valorando muy cuidadosamente riesgo-beneficio. (6)

Inmunodeprimidos: es una contraindicación salvo en situaciones epidémicas donde habrá que valorar el grado inmunosupresión y los beneficios frente a los riesgos. En los pacientes VIH positivos asintomáticos con recuento de CD4 > 200 cel/mm y que no pueden evitar la exposición puede valorarse la vacunación.

Enfermedad febril aguda.

Antecedente de reacción anafiláctica al huevo.

Personas de 60 años o mayores: cuando la vacuna es administrada por primera vez tienen un mayor riesgo de presentar efectos adversos graves.

Familiares de una persona que haya padecido una reacción grave postvacunal: podrían tener también un mayor riesgo y deberían de valorarse cuidadosamente.

Reacciones adversas: por lo general es una vacuna bien tolerada y con pocos efectos secundarios, aunque las personas mayores de 75 años tienen un riesgo mayor de presentar efectos secundarios graves.

En un estudio realizado en Brasil se encontró una frecuencia de reacciones adversas que osciló entre 0.06 y 1.32 casos por 100.000 vacunados. Pueden aparecer reacciones locales del tipo de dolor e inflamación en el lugar de la inyección. Otras reacciones leves pueden ser fiebre, cefalea, malestar general, mialgias y cansancio en el 20-25 % de los vacunados. Las reacciones de hipersensibilidad son muy raras.

La encefalitis postvacunal (Yellow fever vaccine-associated neurotropic disease, YEL-AND) es una reacción grave muy rara siendo más frecuente en los menores de 6 meses de edad y mayores de 60 años. Se estima que la incidencia de YEL-AND entre lactantes es de 0.5-4 casos por 1000 y en mayores de 60 años es de 17 casos por millón de dosis aplicadas.

En raras ocasiones la vacuna ha sido asociada a *fallo multiorgánico*. Este síndrome, caracterizado por una respuesta inflamatoria generalizada con una alta replicación viral, puede variar desde una enfermedad moderada con una disfunción orgánica hasta un fallo grave multiorgánico con muerte. Los síntomas comienzan 2-5 días después de la inmunización y se presenta fiebre, elevación de transaminasas, fallo respiratorio, discrasia sanguínea y fallo renal. Se presenta en mayores de 60 años, pacientes con enfermedad del timo y en inmunocomprometidos. La incidencia estimada es de 1-3 casos por millón de dosis aplicadas. En

mayores de 60 años es de 1 caso por 40.000 a 50.000 dosis aplicadas y en mayores de 70 años es de 1.

Teoría de enfermería

En 1975, la Doctora Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

Modelo de Promoción de la Salud:

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables. (10)

Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (10)

Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.(10)

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea

que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento". Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.(10)

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto,

en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.

- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.

- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se

incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.

- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.

- Estados emocionales.

- Autoestima.

- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

Modelo de Promoción de Salud de Pender. 1996. (10)

Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales:

1. las características y experiencias individuales.
2. la cognición y motivaciones específicas de la conducta.
3. el resultado conductual.

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una **metateoría**, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública.(10)

CONCLUSION:

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.(10)

2.3 Definición de Términos

Fiebre amarilla selvática

La fiebre amarilla es una enfermedad producida por un virus, que se transmite por la picadura de un tipo de mosquito, que previamente ha picado a una persona enferma y de esa manera se ha infectado. Se llama fiebre amarilla, porque a muchos de los que se enferman se les pone la piel de ese color.

Vigilancia epidemiológica:

Se entiende por la recolección y análisis de los datos registrados en forma sistemática, periódica y oportuna, convertidos en información integrada estrechamente con su divulgación a quienes tienen la responsabilidad de intervención y a la opinión pública.

Intervención de enfermería

Son actividades o acciones de la enfermera basada en conocimiento científico el cual se encamina a conseguir un objetivo previsto en favor de la salud de la población.

DIRESA (Dirección regional de salud)

Entidad que forma parte del ministerio de salud y se encarga de administrar la prestación de los servicios de salud pública, preventivo promocional y recuperativa a la población de la región.



III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Para realizar el presente informe se hizo la recolección de datos, de las fichas epidemiológicas de fiebre amarilla y del sistema de notificación NOTI-SP correspondiente al año 2014-2016 con la autorización de la Dirección Ejecutiva de Epidemiología de la DIRESA Junín.

3.2 Experiencia Profesional

De los 28 años de ejercicio profesional ,a partir del año 2009 años he tenido a mi cargo la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades metaxenicas, siendo una de ellas la Fiebre Amarilla una enfermedad causada por un virus y transmitida por un vector, en el caso de la región Junín se vigila la Fiebre Amarilla selvática cuyo vector es el ahemagogus, los cuales habitan sobre todo en la copa de los arboles en las áreas rurales.

Después de la vacunación masiva en el año 2005-2007 a nivel nacional en un gran esfuerzo de inmunizar a la población peruana, se conoce que las coberturas logradas en las regiones de salud no fueron las optimas(95%) y esto no garantizaban la ausencia de esta enfermedad por lo tanto en la vigilancia epidemiológica se reportaban pocos casos probables en promedio 4 casos por año , desde ya en el análisis epidemiológico de la de la información de

los determinantes en la región de salud Junín se tiene una baja cobertura de vacunación en promedio solo llegaba al 35%, sobre todo en las provincias de Chanchamayo y Satipo que constituyen las zonas endémicas en la región Junín, otra determinante es la alta migración sobre todo en las temporadas de cosecha de café, donde se trasladan familias enteras, y muchos de ellos no cuentan con la vacuna antiamarilica, no conocen las medidas de prevención como es el uso de mangas largas y no descansar debajo de los arboles y deberían usar repelentes.

La población no conoce que debe comunicar las epizootias de los monos o primates.

Como responsable de epidemiología del nivel regional se emitió en el año 2015 una Alerta Epidemiológica N° 002-OEPI 2015, fecha cuando los demás componentes hicieron un trabajo poco productivo ya que el impacto no fue el adecuado.

En el año 2016 cuando el primer casos de fiebre amarilla se presentó en el mes de febrero en la investigación epidemiológica se pudo conocer que los casos eran personas que hacían turismo e hicieron su paso por Chanchamayo visitando las cataratas de Tirol, cuando se regresaron a Lima su lugar de procedencia hicieron la enfermedad y se nos comunica a la Región de salud, momento en la cual como actividad epidemiológica se realiza la investigación del caso con la línea del tiempo para determinar el lugar de infección importante para realizar la intervención del caso en la comunidad. Se determinó de acuerdo a la fecha de inicio de

síntomas y la fecha de exposición el caso se infectó en Chanchamayo. Se convoca al comité de metaxenicas de la DIRESA Junín y se prepara el plan de intervención liderado por epidemiología se procedió a la intervención con la búsqueda de mas febriles según la definición de caso probable para fiebre amarilla, en esta búsqueda activa no se encontró casos probables, pero si a la población sin vacuna o a aquellos que no pudieron demostrar con un carnet si tenían la vacuna antiamarilica.

En el seguimiento (Vía telefónica) de los casos hospitalizados en el Hospital Cayetano Heredia de Lima estaban muy graves en cuidados intensivos que después de su larga estadía hospitalaria se fueron de alta.

En el mes de marzo se fue intensificando el reporte de los casos probables de fiebre Amarilla y como acción inmediata de esta situación se elaboró y difundió una Alerta epidemiológica a todas las redes de salud para el cumplimiento de las acciones de prevención y control.

En las siguientes notificaciones de caso a la red de epidemiología ya se presentaban defunciones y en el análisis epidemiológico de los mismos se pudo hallar que no contaban con vacunación antiamarilica, la mayoría eran personas migrantes, los casos estaban acudiendo tardíamente a los establecimientos de salud, el manejo clínico de los casos no era el adecuado notándose que los médicos en los hospitales de Chanchamayo y Satipo estaban derivando los casos a Hospitales de Huancayo y Lima.

La situación epidemiológica de los casos se presentaba ante el comité de metaxenicas para su evaluación conjunta y toma de decisiones. Esta acción ha servido para realizar acciones como la capacitación al personal de salud, para intensificar la vacunación de las personas susceptibles a migrantes y personas residentes de las zona endémicas.

La preocupación regional pasó a ser una preocupación nacional, por que a nivel nacional la región Junín reportaba el 80% de los casos.

Como responsable de epidemiología he monitoreado la notificación de los casos, he generado los informes epidemiológicos con la revisión de cada uno de ellos y recomendando las acciones a seguir para continuar con la respuesta al brote de Fiebre Amarilla Selvática.

He tenido participación activa en el monitoreo rápido de cobertura de la vacunación contra la fiebre amarilla realizado en las 9 provincias de la región Junín.

3.3 Procesos relacionados a la vigilancia Epidemiológica de Fiebre Amarilla.

En los años de experiencia de la vigilancia de casos de Fiebre Amarilla, por su difícil diagnóstico precoz se logra realizar la captación como casos sindrómicos la que brinda varias opciones de diagnóstico que cursan con fiebre e ictericia.

Recolección de datos por medio de la ficha epidemiológica:

El llenado de la ficha epidemiológica realizado en los por los establecimientos de salud, tenían vacíos y con las asistencias técnicas y supervisiones a las redes, microredes y establecimientos de salud se ha mejorado la calidad del llenado de la ficha epidemiológica.

Procesamiento de los datos: se realiza básicamente empleando el software Excel.

Análisis de la información: Considerando la información de las otras Direcciones como Saneamiento Ambiental, Salud de las personas, Promoción de la Salud, Emergencias y desastres, DEMID.

Emisión de Informes epidemiológicos: elaboración y difusión de los informes epidemiológicos. Se hace entrega al Director regional de salud, al Centro Nacional Prevención y control de enfermedades CDC del Ministerio de salud y a las direcciones ejecutivas de la Dirección Regional de Salud involucrados en el problema de salud.

Presentación de salas de situación. Elaboración de la sala situacional a nivel regional, y supervisión de las salas de situación en las redes y establecimientos de salud.

Se muestra mapeado los casos de fiebre amarilla y el avance de la intensificación de la vacuna antiamarilica. Y se estaba actualizando semanalmente la parte dinámica de esta sala situacional, para la adecuada toma de decisiones.

Recuento de la experiencia laboral

Descripción del área laboral

La dirección de Epidemiología de la DIRESA Junín se ubica en el 5to piso del edificio que ocupa la dirección regional de salud. Consta de dos ambientes una de la oficina y la otra es la sala situacional y de reuniones técnicas.

Organización

Es una Dirección que depende de la Dirección regional de salud, se divide en dos áreas de vigilancia Epidemiológica, de enfermedades no transmisibles y enfermedades transmisibles

Recursos Humanos

Es una Dirección cuyo recurso humano cumple con un perfil para el área con preparación en epidemiología de campo en la cual se cuenta con 5 profesionales.

Infraestructura

Es una dirección que ocupa el 5to piso del edificio y cuya infraestructura esta en regular estado de conservación, con buena iluminación y el área espacial relativamente adecuado.

Prestaciones

La demanda de solicitudes sobre todo para la información detallada o procesada que solicitan los investigadores.

Funciones desarrolladas en la actualidad

- Capacitación en vigilancia epidemiológica a las redes de salud de la región de salud Junín.
- Monitoreo de la vigilancia epidemiológica
- Monitoreo de la notificación de casos
- Informes epidemiológicos de la situación de Fiebre Amarilla Selvática en la región de salud Junín
- Emisión de alerta epidemiológicas
- Boletines epidemiológicos
- Seguimiento de casos en hospitales.
- Coordinación con otras regiones de salud para seguimiento de casos.
- Asistencia técnica a personal de salud de las redes, micro redes y establecimientos de salud.
- Análisis de la información de control vectorial y de inmunizaciones como precedente de los brotes epidémicos.

a) Área asistencial

Seguimiento de casos referidos a hospitales regionales o de niveles de resolución más complejo (Lima).

b) Área administrativo

Coordinación y participación en las reuniones multisectoriales e interdisciplinarias.

c) Área Docencia

Docente de la facultad de enfermería en la Universidad Particular Nacional del Centro del Perú. Curso Epidemiología.

Invitación por la UNCP para los alumnos de facultad de enfermería con el tema de fiebre amarilla.

d) Área de Investigación

En el actuar de las funciones es desarrollar la investigación epidemiológica de brotes de Fiebre Amarilla en las provincias de Chanchamayo y Satipo y en los distritos de ambas provincias.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

En los años de experiencia de la vigilancia de casos de Fiebre Amarilla, por su difícil diagnóstico precoz se logra realizar la captación como casos sindrómicos la que brinda varias opciones de diagnóstico que cursan con fiebre e ictericia.

Recolección de datos por medio de la ficha epidemiológica:

El llenado de la ficha epidemiológica realizado en los por los establecimientos de salud, tenían vacíos y con las asistencias

técnicas y supervisiones a las redes, microrredes y establecimientos de salud se ha mejorado la calidad del llenado de la ficha epidemiológica.

Procesamiento de los datos: se realiza básicamente empleando el software Excel.

Análisis de la información: Considerando la información de las otras Direcciones como Saneamiento Ambiental, Salud de las personas, Promoción de la Salud, Emergencias y desastres, DEMID.

Emisión de Informes epidemiológicos: elaboración y difusión de los informes epidemiológicos. Se hace entrega al Director regional de salud, al Centro Nacional Prevención y control de enfermedades CDC del Ministerio de salud y a las direcciones ejecutivas de la Dirección Regional de Salud involucrados en el problema de salud.

Presentación de salas de situación. Elaboración de la sala situacional a nivel regional, y supervisión de las salas de situación en las redes y establecimientos de salud.

Se muestra mapeado los casos de fiebre amarilla y el avance de la intensificación de la vacuna antiamarilica. Y se estaba actualizando semanalmente la parte dinámica de esta sala situacional, para la adecuada toma de decisiones.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 4.1

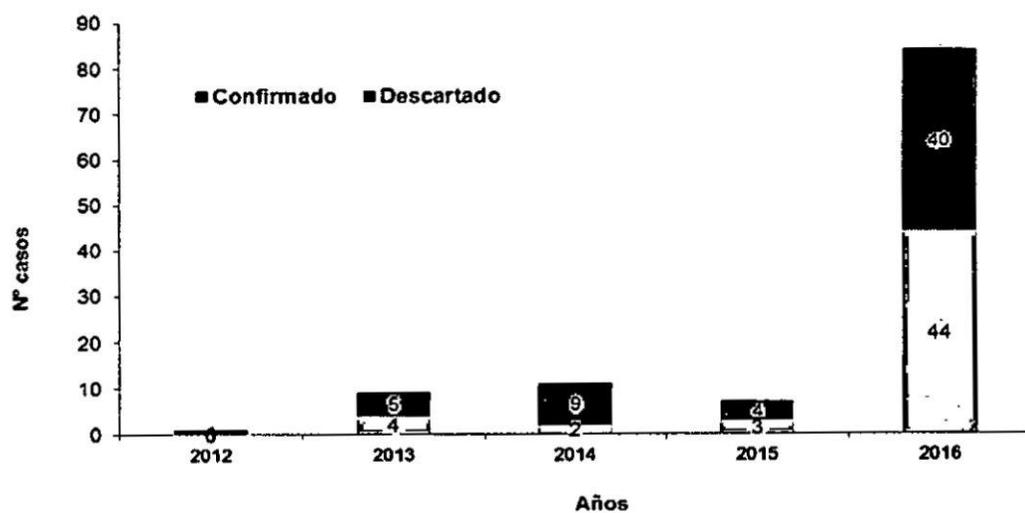
Vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla en la Región Junín años 2013-2016

Año	Confirmado	Descartado	Total
2012	0	1	1
2013	4	5	9
2014	2	9	11
2015	3	4	7
2016	44	40	84

Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

Gráfico N° 4.1

Vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla en la Región Junín años 2013-2016



Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

Tabla N° 4.2

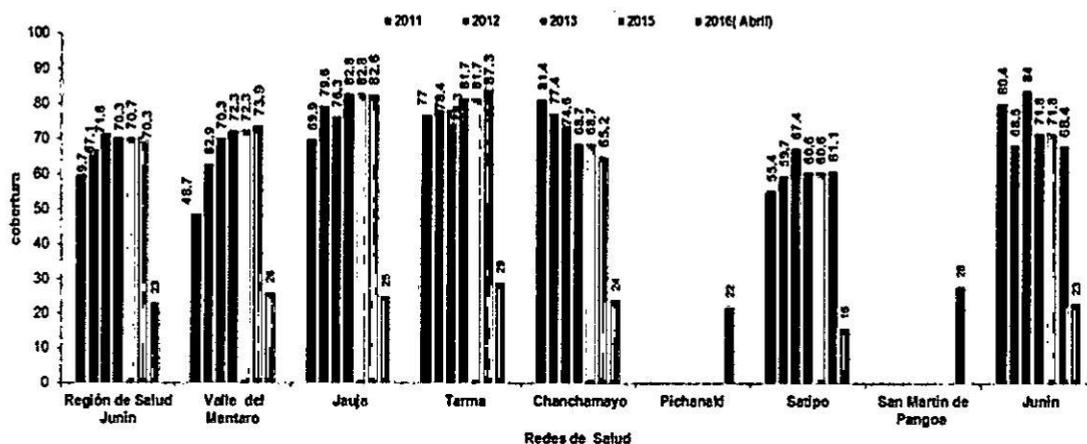
Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla por redes de salud en la región Junín 2011-2016

REDES DE SALUD	2011		2012		2013		2014		2015		2016 (Abril)	
	Meta	Vacunados %	Meta	Vacunados %								
Región de Salud Junín	28766	17168 59,7	28913	19415 67,1	28808	20621 71,6	28698	20187 70,3	28586	20215 70,7	28482	6691 23
Red de Salud Valle del Mantaro	12518	6093 48,7	12358	7774 62,9	12185	8562 70,3	12002	8678 72,3	11832	8743 73,9	11778	3036 26
Red de Salud Jauja	2863	2002 69,9	2666	2121 79,6	2578	1967 76,3	2486	2058 82,8	2392	1976 82,6	2376	595 25
Red de Salud Tarma	2173	1674 77,0	2067	1621 78,4	2039	1596 78,3	11986	1622 81,7	1932	1686 87,3	1923	561 29
Red de Salud Chanchamayo	4068	3311 81,4	4398	3417 77,7	4429	3302 74,6	4462	3064 68,7	4488	2925 65,2	2664	641 24
Red de Salud Pichanaki											1815	393 22
Red de Salud Satipo	6629	3673 55,4	6831	4076 59,7	7038	4741 67,4	7245	4394 60,6	7449	4548 61,1	6140	988 16
Red de Salud San Martín de Pangoa											1296	363 28
Red de Salud Junín	517	415 80,4	593	406 68,5	539	453 84,0	517	371 71,8	493	337 68,4	490	114 23

Fuente: Estrategia Sanitaria Regional de Inmunizaciones -DRESA Junín

Grafico N° 4.2

Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en niños de 1 año por redes de Salud en la Región de Salud Junín 2011-2016



Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

Las coberturas de vacunación en menores de 1 año no garantizan la protección de la población que en un futuro se convertirán en la población PEA y estarán expuestos a una infección por el virus de la Fiebre Amarilla, en los 5 años de comparación en ninguna de las redes de salud la cobertura está en valores aceptables, es así que existe una gran brecha de población susceptible de ser infectado y el riesgo de morir.

Tabla N° 4.3

Cobertura de vacunación contra la fiebre amarilla en población de 2 a 59 años por redes de salud en la región de salud Junín 2011-2016

REDES DE SALUD	2011			2012			2013			2014			2015			2016 (ABRIL)		
	META	2-59 AÑOS	%	META	2-59 AÑOS	%	META	2-59 AÑOS	%	META	2-59 AÑOS	%	META	2-59 AÑOS	%	META	2-59 AÑOS	%
REGION DE SALUD JUNIN	23796	6161	25,9	42495	16249	38,2	42942	41931	97,6	42288	55339	130,9	43827	31912	72,8	44078	23437	53,2
RED DESALUD VALLE DEL MANTARO	10769	1684	15,6	15776	3642	23,1	15774	9180	58,2	15765	16388	104,0	15746	9678	61,5	15827	1922	12,1
RED DESALUD JAUJA	1720	267	15,5	3327	529	15,9	3246	3394	104,5	2067	4029	194,9	3086	1030	33,4	3102	216	7,0
RED DESALUD TARMA	1383	181	13,1	2780	809	29,1	2778	4053	145,9	2739	2224	81,2	2701	1950	72,2	2714	389	14,3
RED DESALUD CHANCHAMAYO	4241	1855	43,7	8752	5740	65,6	8905	12188	136,9	9056	16133	178,1	9205	10864	118,0	5321	14705	276,4
RED DESALUD PICHANAKI		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0		3940	2415	61,3
RED DE SALUD SATIPO	5319	2046	38,5	11047	5432	49,2	11482	12989	113,1	11925	15721	131,8	12375	8210	66,3	9954	3012	30,3
RED DESALUD PANGOA		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0	0,0		0		2502	729	29,1
RED DE SALUD JUNIN	365	128	35,1	813	97	11,9	757	127	16,8	736	844	114,6	715	180	25,2	718	49	6,8

Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

Las coberturas de vacunación contra la fiebre Amarilla en mayores de 2 años, en la red de salud Chanchamayo cobertura mayores a 100% , en los últimos años , pero en el resto de las redes de salud las coberturas solo llegan en promedio a un 50% Esta realidad no garantiza evitar un brote de fiebre amarilla selvática con el riesgo de introducción de fiebre Amarilla en la zona urbana ya que en forma paralela en el año 2016 en la selva central se enfrenta un brote de Dengue.

La estrategia de inmunizaciones no realiza la vacunación de las personas que permanecen por meses en las localidades.

Tabla N° 4.4

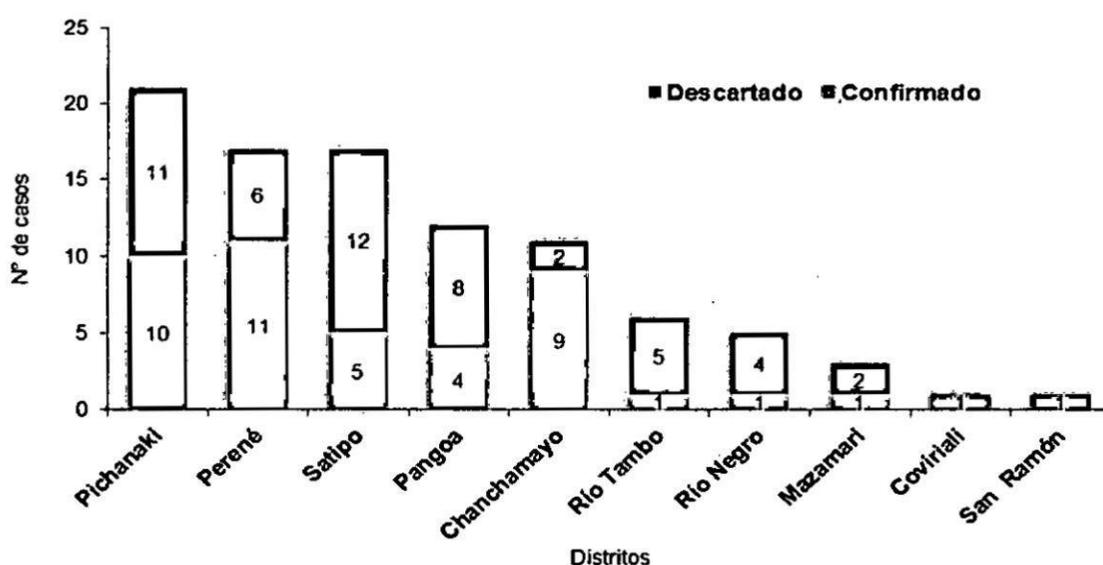
Notificación epidemiológica de casos de Fiebre Amarilla por distritos según diagnóstico en la región de salud Junín- 2016

Distrito	Confirmado	Descartado	Total general	%
Pichanaki	10	11	21	22.1
Perené	11	6	17	17.9
Satipo	5	12	17	17.9
Pangoa	4	8	12	12.6
Chanchamayo	9	2	11	11.6
Río Tambo	1	5	6	6.3
Río Negro	1	4	5	5.3
Mazamari	1	2	3	3.2
Coviriali	1		1	1.1
San Ramón	1		1	1.1
Total	44	51	95	100.0

Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

Gráfico N° 4.4

Notificación epidemiológica de casos de Fiebre Amarilla por distritos según diagnóstico en la Región de Salud Junín- 2016



Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

La presencia de casos de fiebre amarilla en los distritos endémicos en el año 2016 se presentó con mayor frecuencia en el distrito de Pichanaki que en total se investigaron 21 casos de los cuales el 47.6% se confirmó por laboratorio y las características clínico epidemiológico.

Seguido el distrito de Perene con 17 casos reportados de los cuales el 68.7% son confirmados, en Satipo el 29.4% so confirmados, en San Martín de Pangoa con 33% de casos confirmados, en Chanchamayo el 81.8% de casos confirmados el cual también nos indica un alto valor predictivo positivo en la captación de casos.

En el distrito de Río Tambo se confirmó solo el 16% de casos investigados, en Rio Negro se confirmó el 20% de los casos investigados, en Mazamari el 33% de confirmados y por último los distritos de Coviriali y San Ramón que se confirmó el 100% de los casos investigados.

Tabla N° 4.5

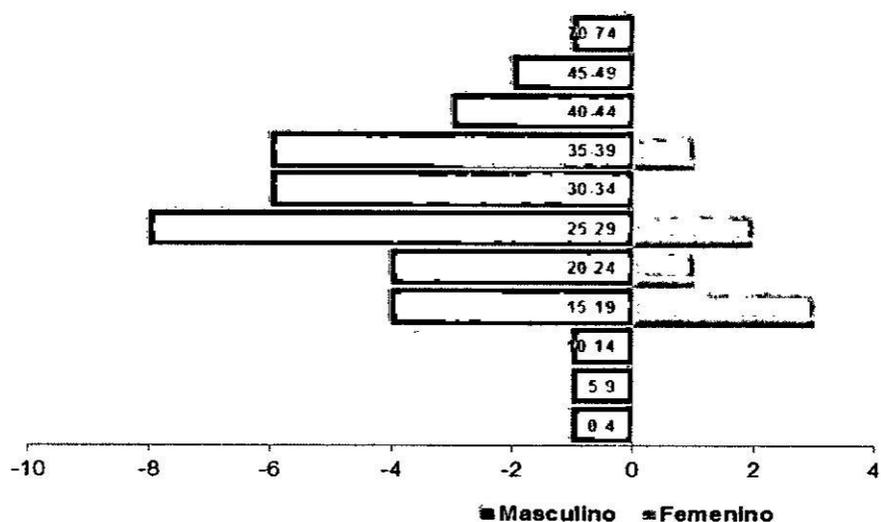
Población con fiebre amarilla por grupos de edad en la región de salud Junín- 2016

Edad	Femenino	Masculino	Total general	%
0-4	0	1	1	2.3
5-9	0	1	1	2.3
10-14	0	1	1	2.3
15-19	3	4	7	15.9
20-24	1	4	5	11.4
25-29	2	8	10	22.7
30-34	0	6	6	13.6
35-39	1	6	7	15.9
40-44	0	3	3	6.8
45-49	0	2	2	4.5
70-74	0	1	1	2.3
Total gene	7	37	44	100.0

Fuente :Epidemiología NOTISP DIRESA Junín

Gráfico N° 4.5

Pirámide de la población afectada con fiebre amarilla en la Región de Salud Junín- 2016



Fuente; Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

La población afectada por Fiebre Amarilla en la región Junín según los grupos de edad quinquenales mayor porcentaje con 22.7% son del grupo de 25 a 29 años que también constituye la población económicamente activa, el son los mas afectados representados por grupos de edad, seguido de los grupos de 1^a 29 años y de 35 a39 representados por el 15.9% y el grupo de 30 a 34 años con el 13% y el grupo de 20 a 24 con el 11%. Constituyen los grupos mas afectados en el brote de este año 2016.

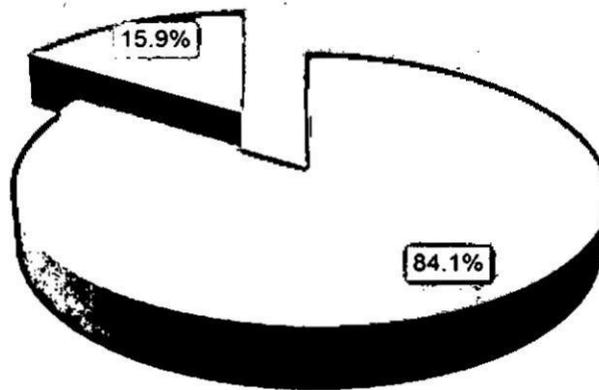
Tabla N° 4.6

Población con fiebre amarilla según sexo en la región de salud Junín- 2016

Sexo	N°	%
Masculino	37	84.1
Femenino	7	15.9
Total	44	100

Fuente :Epidemiología NOTISP DIRESA Junín

Gráfico N° 4.6
Población afectada con fiebre amarilla según sexo en
Región de Salud Junín- 2016



• MASCULINO • FEMENINO

Fuente; Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

De los afectados por fiebre Amarilla en la región Junín, el 84% son de sexo masculino este alto porcentaje se debe a que este grupo realiza generalmente actividades agrícolas y están mas expuestos al vector, el 15.9% son de sexo femenino.

presentan los casos con tendencia franca de ascendencia y los casos se presentaban en los distritos de Pichanaki, Perené siguiendo el curso de la cuenca del río Mantaro, en las semanas epidemiológicas 20 y 21 se presentaron la mayor carga de casos confirmados y en la semana 24 el mayor pico de casos reportados de los cuales ninguno se ha confirmado esto obedece a la alta sensibilidad en la captación de los casos. El último caso conformado se reportó en la semana 32 los casos captados en las semanas posteriores del año se descartaron.

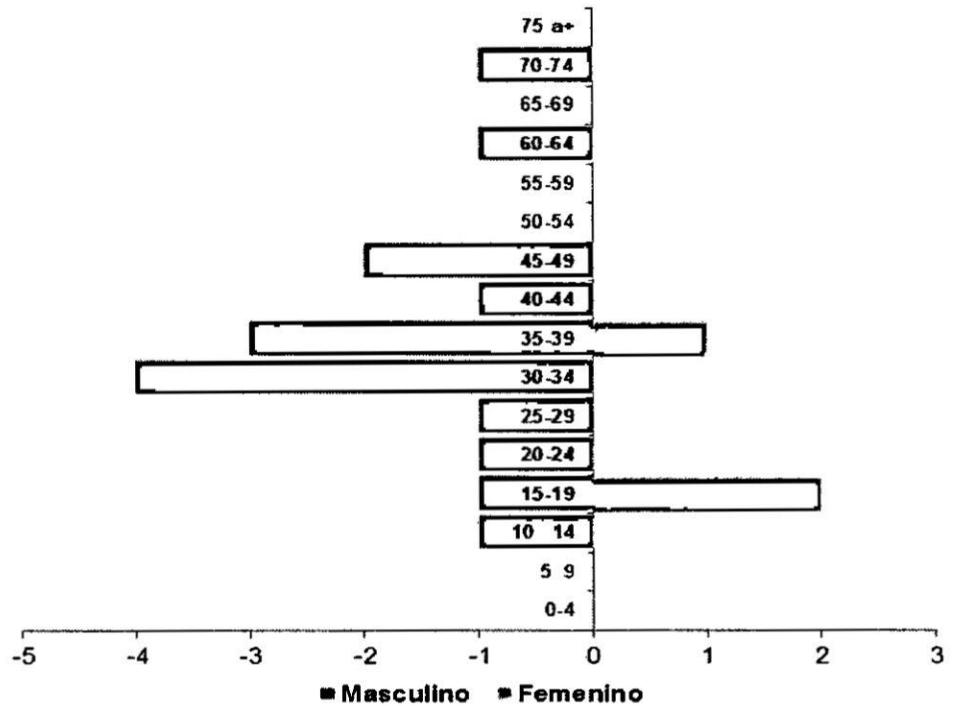
Tabla N° 4.8
Defunción por Fiebre Amarilla según grupos de edad y
sexo en la Región de Salud Junín- 2016

Edades	sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
0-4	0	0	0	0.0
5-9	0	0	0	0.0
10-14	1	0	1	5.3
15-19	1	2	3	15.8
20-24	1	0	1	5.3
25-29	1	0	1	5.3
30-34	4	0	4	21.1
35-39	3	1	4	21.1
40-44	1	0	1	5.3
45-49	2	0	2	10.5
50-54	0	0	0	0.0
55-59	0	0	0	0.0
60-64	1	0	1	5.3
65-69	0	0	0	0.0
70-74	1	0	1	5.3
75 a+	0	0	0	0.0
Total	16	3	19	100

Fuente: Epidemiología NOTIsp.DIRESA Junín

Gráfico N° 4.8

**Población afectada con Fiebre Amarilla según sexo en la
Región de Salud Junín- 2016**



Fuente; Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

La defunción de personas con fiebre amarilla se presentó en los diferentes grupos de edad, los grupos con mayor frecuencia de defunciones son los de 30 a 34 años y de 30 a 39 representado por el 42%, otro grupo de edad con alta frecuencia son de 15 a 19 años con el 15.8%, el grupo de 15 a 49 con el 10.5%.

Según sexo las defunciones se presentan en un 84% en varones y el 15.7 % en mujeres.

Tabla N° 4.9

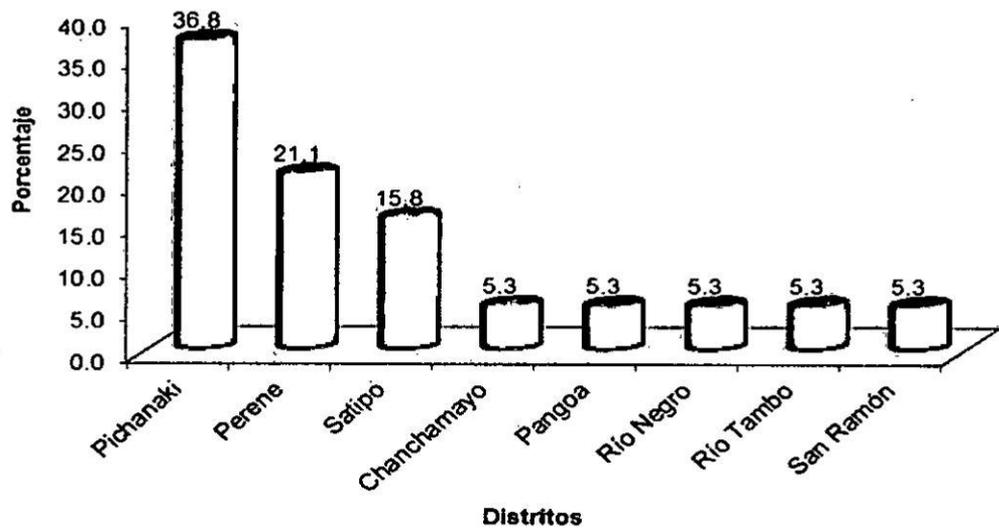
Distribución de las defunciones por Fiebre Amarilla según distritos en la Región de Salud Junín- 2016

Distrito	N° casos	N° defunciones	Tasa de letalidad
Río Tambo	1	1	100.0
Río Negro	1	1	100.0
Pichanaki	10	7	70.0
Satipo	5	3	60.0
Perené	11	4	36.4
Pangoa	4	1	25.0
Chanchamayo	9	1	11.1
Mazamari	1	0	0.0
Coviriali	1	0	0.0
San Ramón	1	0	0.0
Región Junín	44	18	40.9

Fuente :Epidemiología • NOTISP DIRESA Junín

Gráfico N° 4.9

Distribución de las defunciones por Fiebre Amarilla según distritos en la Región de Salud Junín- 2016



Fuente: Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

El 36.8% de los fallecidos proceden del distrito de Pichanaki, seguido del distrito de Perené con el 21.1%, Satipo con el 15.8% constituyen los distritos con mayor defunción por Fiebre Amarilla.

Tabla N° 4.10

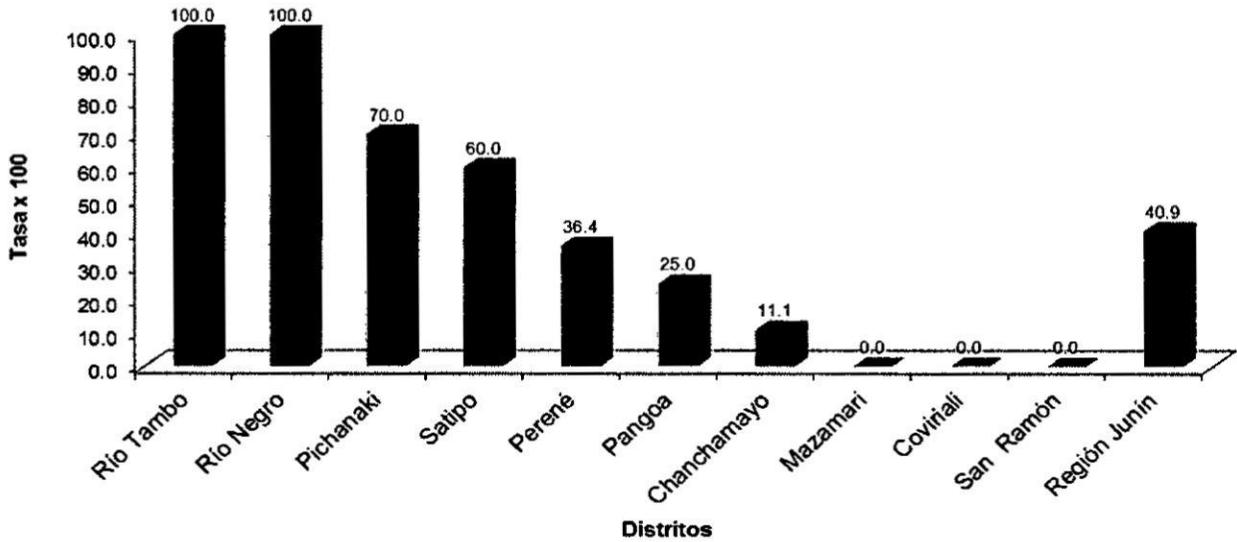
Tasa de letalidad de fiebre amarilla según distritos en la región de salud Junín- 2016

Distrito	N° casos	N° defunciones	Tasa de letalidad
Río Tambo	1	1	100.0
Río Negro	1	1	100.0
Pichanaki	10	7	70.0
Satipo	5	3	60.0
Perené	11	4	36.4
Pangoa	4	1	25.0
Chanchamayo	9	1	11.1
Mazamari	1	0	0.0
Coviriali	1	0	0.0
San Ramón	1	0	0.0
Región Junín	44	18	40.9

Fuente :Epidemiología NOTISP Diresa Junín

Gráfico N° 4.10

Tasa de letalidad de fiebre amarilla según distritos en la Región de Salud Junín- 2016



Fuente; Epidemiología NOTISP-DIRESA Junín

La tasa de letalidad por fiebre amarilla en la región Junín en el año 2016 es 40,9% una tasa alta que se evidencia en este brote epidémico ya que los casos proceden de las localidades alejadas de los distritos y varios de ellos solicitaron el servicio de salud cuando el cuadro de fiebre amarilla ya había estado complicado, la respuesta del sector también estaba débil ya que por muchos años no se vio tantos casos y no se tenía la destreza y habilidad del manejo de casos. los casos que fueron referidos a hospitales de mayor complejidad poco hicieron por lo complicado de los casos.

Los distritos con el 100% de letalidad son Río Tambo y Río Negro, le siguen Pichanaki y Satipo con tasas que superan la tasa regional.

V. CONCLUSIONES

- a) El presente informe describe la importancia de la intervención de la enfermera que cumple un rol importante en la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla ya que analiza la información para la toma de decisiones.

El rol de enfermera epidemióloga es para plantear estrategias basadas en evidencia.

- b) En el análisis de las coberturas de inmunizaciones contra la fiebre amarilla que no llegan al mínimo aceptable del 95% se van formando grandes brechas a través de los años el cual se ve reflejado en el brote de fiebre amarilla en la Región Junín, en el año 2016, sumado a esto nuestra respuesta social débil, como consecuencia la alta letalidad.

- c) En el monitoreo constante durante la intervención del brote se observa que después de la semana 32 los casos probables son descartados, esto obedece a la vacunación masiva a los susceptibles de las zonas endémicas y de las zonas expulsoras, antes de ingresar a la selva.

VI. RECOMENDACIONES

- a) **A los profesionales:** en forma permanente actualizar los conocimientos epidemiológicos sobre fiebre amarilla analizando la información de los determinantes de la salud para para priorizar los riesgos y prevenir los brotes trabajando en equipo.
- b) **A la institución:** Al director de la región de salud Junín prestar la importancia a una situación de brote facilitando los recursos necesarios para el éxito de la intervención.
- c) **Al servicio:** Fortalecer las unidades de epidemiología en los establecimientos del 1er nivel a fin mejorar la vigilancia epidemiológica activa con el análisis de la información.

VII. REFERENCIALES

- 1.- Joomla Html La Fiebre Amarilla Epidemiologia y situación mundial.
Consultada el 22 de Julio 2017.
- 2.- Organización Mundial de la Salud Fiebre Amarilla html.
Consultada el 13 de julio 2017
- 3.- OPS-OMS Fiebre Amarilla en las Américas
Fecha de consulta 22 de Julio 2017.
- 4.- Comité de Infecciones Emergentes. Fiebre Amarilla
Revista Chilena Infect. Vol 18:164-68 (2001)
- 5.- Victoria Frantchez. Fiebre Amarilla actualización epidemiológica en
las Américas. Uruguay 22 de Enero 2017
Cátedra de enfermedades Infecciosas- universidad de la república –
Facultad de Medicina
- 6.- Secretaria distrital de salud de Bogotá. Fiebre Amarilla -.2010
Consultada el 13 de julio 2017.
- 7.- OPS-OMS Control de la Fiebre Amarilla Guía práctica
Washington 2005.
- 9.- DGE MINSA. Vigilancia Epidemiológica Lima Perú- 2011
Compendio de Definiciones de casos de Enfermedades y Daños
sujetos a Vigilancia Epidemiológica.
- 10.- Meriño José, Vásquez Marcela, Simonetti Caludio.
El cuidado de Nola Pender año 1996
Consultado el 13 de julio 2017.

ANEXOS

Figura N°1 - Entrevista de un caso probable de Fiebre Amarilla en el Hospital de Pichanaki – Mayo 2016



Figura 2.- Búsqueda activa de otros casos y vacunación de susceptibles en Satipo – Agosto- 2016



**Figura N° 3 – capacitación en Fiebre Amarilla en la Red
Chanchamayo-2016**



**Figura 3.- Capacitación integral de Fiebre Amarilla del personal de
salud en Chanchamayo setiembre-2016**

Figura 5: Elaboración y difusión de la Alerta Epidemiológica, Abril-2016.



Ministerio de Salud del Perú
Dirección General de Epidemiología
DISEA/ANEP



REGION JUNÍN
13 DISTRITOS URBANOS DE PROMOCIÓN

“AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN”

Alerta Epidemiológica

**RIESGO DE INCREMENTO DE CASOS DE FIEBRE AMARILLA
PREVENCIÓN Y CONTROL**

CODIGO: AE-OEPI N° 01-16

1. Objetivos:

Alertar a los servicios de salud de la Región Junín sobre todo de las provincias de Chanchamayo y Satipo especialmente en los distritos de Chanchamayo-San Ramón y Pichanaki sobre el riesgo de incremento de casos de Fiebre Amarilla para fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica, y las actividades de prevención y control.

2. Antecedentes:

En el mundo se calcula que cada año se produce 130,000 casos de FAS y que causan unas 44,000 muertes en países endémicos, este panorama va creciendo por factores como la disminución de la inmunidad en la población, la deforestación, la alta migración y el cambio climático.

En el Perú es una de las enfermedades zoonóticas más letales, en los últimos 10 años todos los casos registrados, fueron de la forma selvática transmitida por el mosquito haemagogus, el crecimiento del Aedes aegypti constituye un gran potencial en el riesgo de urbanizar la Fiebre Amarilla.

Historicamente en el año 2007 en el Perú se tuvo 27 casos confirmados y 24 defunciones con una tasa de letalidad del 89%, para el año 2008 la letalidad fue de 52.9 con 17 confirmados y en el año 2010 la letalidad de 78% en el año 2013 21 casos, en el 2015, 24 casos que va del año 2016 15 casos.

Los casos de fiebre amarilla en Junín tienen una tendencia variada con brotes epidémicos en los años 2004 con 39 casos y 2006 con 23 casos reportados. Desde que se ha realizado la vacunación anti-amarilla en el año 2005 a nivel nacional (en zonas expulseras) los casos han disminuido desde los años 2007 al 2009 no se reportaron casos positivos pero la vigilancia continúa. En el año 2010 se tiene 2 caso captados uno es positivo y a la vez es fallecido siendo la letalidad del 100%. En el año 2013, 3 casos, en el 2014, 2, en el año 2015, 2 casos confirmados procedentes de Pichanaki y Mazaman, en el presente año hasta la semana 13 se han reportado un total de 8 casos sindrómicos de los cuales la primera sospecha es para Fiebre amarilla.

Situación actual:

En el presente año desde el mes de Febrero se conoce de unos turistas que Regaron a la Merced y habiendo hecho un recorrido turístico en las cataratas de Bayoz y otros, presentando los síntomas de Fiebre Amarilla selvática cuando regresaron a Lima de donde procedían, confirmándose con resultado de laboratorio Fiebre Amarilla con el fallecimiento de uno de ellos. En las dos últimas semanas epidemiológicas se han captado otros casos de personas que han viajado a la Merced por trabajo y turismo, confirmándose 4 casos de Fiebre Amarilla con una letalidad de 83%. El caso de Pichanaki tenía un tiempo de residencia de 2 meses y es no vacunado para FAS.

El riesgo de la urbanización de la Fiebre Amarilla sigue latente y amenazante en nuestra región ya que los índices zedicos en varias localidades se mantienen elevados en cifras por encima del 1%.

Conclusiones:

- 1 Existencia de brote de Fiebre Amarilla en la provincia Chanchamayo con 83% de letalidad.
- 2 En las determinantes de la salud son personas que no han recibido vacuna (65%) y son migrantes por turismo o trabajo (64%)

DISEA/ANEP - DIRECCIÓN EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA
ALERTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES ZOOZANTROPAS
04/16/16



3. Recomendaciones:

Ante el brote de Fiebre Amarilla en la región Junín la oficina de Epidemiología de la DIRESA Junín emite las siguientes recomendaciones:

EPIDEMIOLOGÍA:

- Fortalecer la vigilancia epidemiológica sindrómica en los establecimientos de salud de la Región Junín
- Fortalecer la vigilancia de febres
- Investigación epidemiológica de casos

DESP:

- Asegurar cobertura de inmunización del 100% contra la Fiebre Amarilla en los niños de 15 meses de edad.
- Impulsar la vacunación en población migrante y/o turistas en el 100%.
- Precipitar la implementación de un puesto fijo de vacunación para turistas.
- Fortalecer la detección precoz de los casos

DESA:

- Elaborar el mapa entomológico para determinación de riesgos.
- Determinación de riesgos según recorridos turísticos.
- Mantener los índices aedicos en valores, menores a 1 a fin de evitar el riesgo de urbanizar la fiebre Amarilla

PROMSA:

- La Dirección Ejecutiva de PROMSA debe coordinar con los establecimientos que ofrecen servicios de turismo, quienes deben contar con un registro de atendidos y solicitar la presentación de su carnet de vacunación anti amarilla, el cual debe ser supervisado por el Municipio.
- Reunión con los cafetaleros, madereros, empresas constructoras y otros para la vacunación del personal que viene a laborar de zonas expuestas
- Coordinar con las Empresas de Transporte la difusión de Ingreso a zona de actividad epidémica de fiebre Amarilla y la única forma de prevención es la vacunación.

COMUNICACIONES:

- En los terminales terrestres deben colocarse afiches o banner promoviendo la vacunación de personas que ingresan a la selva central.
- Difusión del puesto fijo de vacunación para turistas en terminales terrestres y terrapuestos, Educar a la población en medidas preventivas de Fiebre Amarilla

Los jefes de cada uno de los Establecimientos de salud deben hacer cumplir las recomendaciones

¡ INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN !

GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
Mg. Ana María...
Directora
Dr. Fun...
Epidemiología

GOBIERNO REGIONAL DE JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
Nathalia...
Epidemiología
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN

DIRESA JUNÍN - DIRECCIÓN EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA
AREA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE ENFERMEDADES METABOLICAS
NCLM/14

Figura 6: Elaboración y difusión de la Sala situacional de Fiebre Amarilla -2016.

