

**INSTITUTO IDEMA
CARRERA DE FARMACIA**



TEMA:

**ENFERMEDADES DE NOTIFICACION MEDIATA E
INMEDIATA**

CURSO:

E. EPIDEMIOLOGIA

NOMBRE:

ZORAIDA QUISPESIVANA TRIVEÑO

MAJES – AREQUIPA

2023

INTRODUCCIÓN

El Perú es un país que exhibe grandes problemas con respecto a su situación de salud: la persistencia de daños a la salud de las personas y del ambiente en el que viven, se expresa en un conjunto de enfermedades que dan sentido a la necesidad de atender, de investigar la realidad epidemiológica y, elaborar estrategias de intervención diferenciadas y decisiones descentralizadas y centralizadas a la vez, para atender y prever sus consecuencias, con el objetivo de aminorar su negativa influencia la salud pública del país.

La gran variedad de daños a la salud del paciente, o la coexistencia de los llamados pisos epidemiológicos, reclama de una actitud vigilante respecto del cuidado de la salud de las personas y de su impacto en la vida económica, social y política del país. En tal sentido, a la información y al análisis de los problemas y de las realidades de salud que conviven en nuestro país, constituye un imperativo que debe resolverse desde la puesta en marcha de un sistema de notificación de base local, que se enriquece en los niveles desconcentrados, subregionales y nacional. La Vigilancia Epidemiológica es, antes que nada, una tarea preventiva de los médicos con sus pacientes.

En la cadena de prioridades para la salud pública del país, las enfermedades transmisibles configuran el eslabón más importante, y, en esa medida, deben ser abordadas con un enfoque integral y una perspectiva preventiva. El presente trabajo de investigación, se detalla precisamente, el tema enfermedades de notificación mediata e inmediata.

El propósito del presente trabajo de investigación es brindar y conocer en forma resumida la información de la ocurrencia semanal de las enfermedades de notificación obligatoria en nuestra región, identificando los daños de mayor riesgo de transmisión y endemidad, permitiendo conducir adecuadamente las intervenciones, como la correspondiente asignación de recursos, en las medidas de prevención y control.

Es reforzar la capacitación de los recursos humanos, difundiendo las pautas básicas para el registro y notificación, investigación de brotes y de estudios epidemiológicos de las enfermedades transmisibles.

1. MARCO LEGISLATIVO

La vigilancia de enfermedades transmisibles se fundamenta jurídicamente en:

El Código Sanitario, aprobado por el D.F.L. N° 725, de 1968 del Ministerio de Salud y Reglamento sobre Notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria, que determina las enfermedades transmisibles que deben ser comunicadas obligatoriamente a las autoridades sanitarias.

2. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

El propósito de la red de vigilancia de enfermedades transmisibles es constituir un sistema de información que apoye a la acción de salud pública en la prevención y control de estos problemas de salud.

Objetivos:

Identificar y determinar las características de los problemas de salud en términos epidemia, endemia y de los factores de riesgo que influyen en ellos.

Garantizar el enlace entre la vigilancia y el proceso de toma de decisiones para la prevención y control de los problemas de salud por las autoridades competentes de nivel nacional, regional y local.

Identificar a través del análisis epidemiológico los cambios en las tendencias de los problemas de salud, así como fomentar el desarrollo de otras investigaciones epidemiológicas.

Aportar información operativa para la planificación en salud y Difundir la información a los niveles operativos competentes, Colaborar en la elaboración de estadísticas nacionales.

ACTIVIDADES

Para el cumplimiento de los objetivos, se desarrollan cinco actividades principales:

- Definición de los problemas a vigilar.
- Recopilación sistemática de los datos pertinentes para las enfermedades y condiciones sujetas a vigilancia.

- Agrupación y análisis de los datos para generar información que apoye la toma de decisiones.
- Difusión oportuna del resultado de los análisis y recomendaciones para el control de los problemas.
- Evaluación del sistema, que permita la adaptación oportuna y eficaz de la red a los cambios en la situación epidemiológica.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN

La vigilancia de las enfermedades transmisibles se basa en la recopilación y análisis de los datos obtenidos desde las siguientes fuentes:

- Las notificaciones de casos de enfermedades definidas como de notificación obligatoria.
- Las estadísticas de población, provenientes de censos y encuestas de población, información provista por el Instituto Nacional de Estadísticas.
- Estadísticas vitales (nacimientos y causas de muerte), información producida por el Instituto Nacional de Estadísticas, el Ministerio de Salud y el Registro Civil.
- Estadísticas de Morbilidad correspondiente a los egresos hospitalarios, que son consolidados por el Ministerio de Salud.
- Estadísticas sobre condiciones ambientales, en la medida que estos sistemas se desarrollen y sistematicen.

4. SISTEMAS DE VIGILANCIA

Establecer un modelo de vigilancia implica definir los criterios de inclusión para los eventos a vigilar, las modalidades de vigilancia, manejo de la información y el flujo de información dentro de la red.

Definir el listado de las condiciones a vigilar es uno de los aspectos fundamentales de cualquier sistema de vigilancia, ya que a partir de éste se desarrolla todo el trabajo posterior de diseño del sistema. Para ello es indispensable establecer los criterios de inclusión de las enfermedades y agentes sujetos a vigilancia.

Una vez definidas las enfermedades a vigilar será posible determinar la modalidad de vigilancia, la oportunidad de la notificación y los datos a recoger, entre otros, ya que éstos dependen de las características epidemiológicas y clínicas de las enfermedades, así como de las características microbiológicas de los agentes.

NORMAS TECNICAS DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

a) Criterios de Inclusión

Se incorporan a vigilancia las enfermedades que cumplen con los siguientes criterios:

- Que ocasionen o puedan ocasionar, en ausencia de intervención:
 - ❖ alta mortalidad o índices significativos de mortalidad prematura y/o
 - ❖ alta morbilidad o incapacidad.
- Disminución significativa de la calidad de vida, o tengan consecuencias socioeconómicas importantes, como altos costos de atención médica y tratamiento o importante ausentismo laboral.
- Que tengan potencial epidémico.
- Que existan medidas de prevención y control factibles de ejecutar.
- Involucrado en la vigilancia se justifique por el beneficio obtenido.

Además de las enfermedades que cumplan con los criterios anteriormente mencionados, la red incorpora todas aquellas enfermedades sometidas a regulación internacional.

b) Subsistemas de Vigilancia

La vigilancia de las enfermedades transmisibles requiere del funcionamiento conjunto de tres subsistemas, definidos con base al evento a vigilar: Vigilancia de Morbilidad, de Laboratorio y Ambiental. A su vez, dentro de cada subsistema se diferencian vigilancias específicas, como aparecen en el esquema.



VIGILANCIA UNIVERSAL

Frecuencia de la notificación

INMEDIATA al S.S y MINSAL DIARIA al S.S. / SEMANAL al MINSAL

Botulismo

Brucelosis

Carbunco

Cólera

Dengue

Difteria

Enf. invasora por H. influenzae

Enfermedad meningocócica

Fiebre amarilla

Hantavirus

Malaria

Peste

Rabia humana

Sarampión

Triquinosis

COLERA



El cólera es una enfermedad diarreica aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados con el bacilo *Vibrio cholerae*. El cólera sigue siendo una amenaza mundial para la salud pública y un indicador de inequidad y falta de desarrollo social.

Síntomas

El cólera es una enfermedad extremadamente virulenta que puede causar una grave diarrea acuosa aguda. La aparición de los síntomas tras la ingestión de alimentos o agua contaminados puede tardar entre 12 horas y 5 días.² El cólera afecta a niños y adultos y puede ser letal en cuestión de horas si no se trata.

La mayoría de las personas infectadas por *V. cholerae* no presentan síntomas; sin embargo, la bacteria está presente en sus heces durante los 1 a 10 días siguientes a la infección y vuelve al medio ambiente, con el consiguiente riesgo de infección de otras personas.

La mayoría de los casos sintomáticos tienen síntomas leves o moderados, y solo una minoría presenta diarrea acuosa aguda con deshidratación grave, que puede ser letal si no se trata.

Antecedentes

A lo largo del siglo XIX, el cólera se propagó por el mundo desde su reservorio original en el delta del Ganges, en la India. Seis pandemias posteriores mataron a millones de personas en todos los continentes. La actual (séptima) pandemia

comenzó en Asia meridional en 1961 y llegó a África en 1971 y a las Américas en 1991. En la actualidad, el cólera es endémico en muchos países.

Cepas de *Vibrio cholerae*

Hay muchos serogrupos de *V. cholerae*, pero solo dos —O1 y O139— causan brotes. El O1 ha sido el causante de todos los brotes recientes. El O139, que se identificó por vez primera en Bangladesh en 1992, causó brotes en el pasado, pero recientemente solo se ha identificado en casos esporádicos y siempre en Asia. No hay diferencias entre las enfermedades causadas por uno y otro serogrupo.

Epidemiología, factores de riesgo y carga de morbilidad

El cólera puede ser endémico o epidémico. Se consideran endémicas las zonas en que, en los últimos 3 años, haya habido casos confirmados de cólera con evidencia de transmisión local, lo que significa que los casos no son importados donde habitualmente no haya cólera.

En los países donde el cólera es endémico, un brote puede ser estacional o esporádico y representa un número de casos superior al esperado. En un país donde habitualmente no haya cólera, un brote se define por la aparición de al menos un caso confirmado de cólera con evidencia de transmisión local en una zona donde habitualmente no haya cólera.

La transmisión del cólera está estrechamente ligada a un acceso insuficiente a agua salubre y a instalaciones de saneamiento. Las zonas de riesgo típicas son las barriadas periurbanas y los campos de desplazados internos o de refugiados.

Las consecuencias de una crisis humanitaria —como la interrupción de los sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento o el desplazamiento de poblaciones a campos inadecuados y superpoblados— pueden aumentar el riesgo de transmisión del cólera si la bacteria ya está presente o se introduce. Nunca se han producido epidemias a partir de cadáveres no infectados.

El número de casos de cólera notificados a la OMS se ha mantenido elevado en los últimos años. A lo largo de 2020 se notificaron 323 369 casos en 24 países,

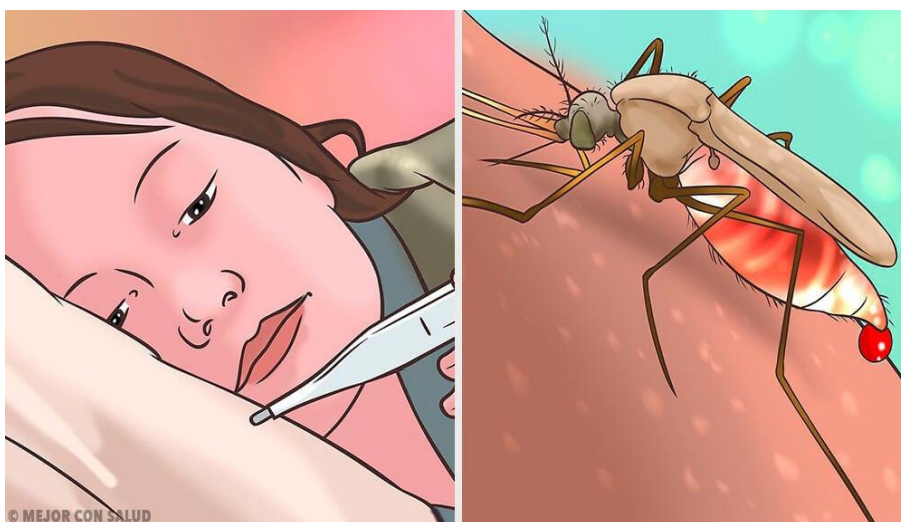
de los que 857 fueron mortales.³ La discrepancia entre estas cifras y la carga estimada de morbilidad se debe a que muchos casos no se registran por las limitaciones de los sistemas de vigilancia y el temor a las repercusiones en el comercio y el turismo.

Prevención y control

La clave para controlar el cólera y reducir el número de muertes consiste en adoptar un criterio multidisciplinario basado en la vigilancia, el agua, el saneamiento y la higiene, la movilización social, el tratamiento y la vacunación oral.

FIEBRE AMARILLA

Características clínicas y epidemiológicas



Diagnóstico diferencial

Enfermedad febril aguda de corta duración, transmitida por mosquitos y causada por el virus de la fiebre amarilla. Es enzoótico y no tiene tratamiento específico, pero puede prevenirse mediante la vacunación. El cuadro clínico varía desde formas asintomáticas -o enfermedad febril moderada (90%) de evolución favorable- hasta formas graves con sangrado masivo con una letalidad hasta 50%² Se reconocen tres fases: Congestiva o roja.

Dura aproximadamente 3 días.

Es de inicio brusco y se manifiesta con síntomas generales, como: fiebre, escalofríos, cefalea intensa, lumbalgia, postración, eritema facial, inyección

conjuntival, náuseas y vómitos. En esta fase hay presencia del virus en la sangre (viremia).

Remisión.

Dura de horas hasta 2 días. Se observa caída de la temperatura y disminución de los síntomas que provocan una sensación de mejoría en el paciente
Intoxicación, amarilla.

Dura hasta 10 días. Reaparecen los síntomas generales, predomina la insuficiencia hepática caracterizada por ictericia y manifestaciones hemorrágicas como hematemesis ("vómito negro"), melena, epistaxis, y hemorragias de cavidad oral. Además, hay compromiso renal caracterizado por manifestaciones de oliguria/anuria, albuminuria y postración intensa. El pulso es lento, a pesar de la fiebre elevada (signo de Faget) y finalmente, aparece encefalopatía hepática, choque y muerte.

COMPLICACIONES

Los pacientes pueden presentar parotiditis supurativa, neumonía bacteriana o morir durante la convalecencia, debido a daño del miocardio o arritmia cardíaca.

Las formas leves y moderadas de la fiebre amarilla son difíciles de diferenciar de otras enfermedades febriles, por lo cual es importante conocer bien el cuadro clínico y los antecedentes epidemiológicos. Las formas severas o fulminantes deben diferenciarse de la malaria por *Plasmodium vivax* o *P. falciparum*, leptospirosis, formas fulminantes de hepatitis B y D, dengue clásico o hemorrágico, bartonelosis y septicemias.

DISTRIBUCIÓN

La fiebre amarilla silvestre está distribuida en las regiones tropicales de América Latina (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador y Perú) y del África.

En nuestro país se han identificado 12 cuencas endémicas ubicadas en la vertiente oriental de los Andes en la región selva baja (80 a 400 msnm) y selva alta (400 a 1000 msnm).

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cholera?gclid=EAlaIqobChMIs-HnovWV_wIVDPaRCh1tRQ77EAYASAAEgK8qvD_BwE
- https://www.google.com/search?q=COLERA&tbm=isch&ved=2ahUK-EwihpleZ9ZX_AhVyAbkGHXQ-AVIQ2-
- https://www.google.com/search?q=FIEBRE+AMARILLA&tbm=isch&ved=2ahUKEwj8zt7T85X_AhWEAtQKHfg7DmqQ2-cCegQIABAA&oq=FIEBRE+AMARILLA&gs