



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

SITUACION EPIDEMIOLOGICA MUNDIAL

Luis Beingolea More

Lima, 29 enero de 2024

Temas

- Sarampion



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Salud Pública

Centro Nacional de
Epidemiología, Prevención
y Control de Enfermedades

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

Riesgo de presentación de casos importados de Sarampión-Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita a nivel nacional

CODIGO: AE- CDC- N° 001 - 2024

I. OBJETIVO



ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



Durante el 2023, entre los principales países en el mundo que han presentado brotes se encuentran: Yemen, India, Kazajistán, Etiopía, Rusia, Pakistán, Kirguistán, República Democrática del Congo, Iraq y Azerbaiyán⁷. En Inglaterra, hasta el mes de noviembre del 2023 se notificaron 209 casos de Sarampión confirmados por laboratorio⁸. En la Región de las Américas, se notificaron 54 casos confirmados de sarampión en tres países: Estados Unidos de América (41), Canadá (12) y Chile (1); los casos fueron importados, a excepción de 1 caso de fuente desconocida presentado en Canadá. Además, este último país ha presentado 1 caso confirmado de rubéola y 1 caso de síndrome de rubéola congénita, todos ellos importados⁹.

El 19 de enero del 2024, se confirmó un caso de sarampión por medio de pruebas serológicas, de orina y aspirado nasofaríngeo, en un menor de 19 meses residente de la ciudad de Salta, Argentina; quien no presentaba antecedentes de vacunación con triple viral, ni viajes fuera de la provincia. En la investigación inicial, no ha presentado contacto con casos sospechosos antes de la aparición de los síntomas; en espera de estudios para genotipificar el virus.¹⁰

En el Perú, la tasa de notificación anual alcanzada en el 2023 fue de 0.50 casos sospechosos de SR por 100 000 habitantes, lo que expresa una vigilancia que requiere mejorar su sensibilidad para la identificación oportuna de estas enfermedades.

La cobertura de vacunación de SPR2, a diciembre del 2023, alcanzó el 65,3%, estando por debajo de la cobertura recomendada de 95%¹¹.

En el Informe final de la Tercera Reunión Anual de la Comisión Regional de Seguimiento y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola (SR) y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), realizada en noviembre del 2023, el país fue clasificado como indeterminado, es decir, con problemas de calidad para verificar la sostenibilidad de la eliminación en sus territorios.

En el Informe final de la Tercera Reunión Anual de la Comisión Regional de Seguimiento y Reverificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola (SR) y el Síndrome de Rubéola Congénita (SRC), realizada en noviembre del 2023, el país fue clasificado como indeterminado, es decir, con problemas de calidad para verificar la sostenibilidad de la eliminación en sus territorios.

Entre enero y noviembre del 2023, el Perú recibió un total de 2 261 997 turistas internacionales, presentando un incremento del 24,8% respecto al 2022, siendo principalmente provenientes de Chile (23,8%), Estados Unidos (19,2%) y Ecuador (9,7%). En su conjunto, congregaron el 52,8% del total de turistas internacionales. Por otro lado, la salida de peruanos por motivos de turismo alcanzó la cifra de 2,7 millones, presentando un incremento de 44,4% respecto al año previo, siendo los principales países ¹² destino: Chile (31,7%), EE. UU. (13,1%), España (8,5%)¹².

r tanto, el país cuenta con las condiciones que permitirían la presentación de casos importados y la
culación de sarampión y rubéola, debido a un gran acúmulo de susceptibles en los últimos 4 años en
niños menores de 5 años, quienes presentan el mayor riesgo de presentar complicaciones, un sistema
de vigilancia con insuficiente identificación de casos sospechosos de SR, el incremento de la actividad

Población Objetivo	Nº Dosis	Intervalo de aplicación de la vacuna Comirnaty Omicron XBB.1.5
Personal de Salud	1 dosis	2 meses después de la última dosis de vacuna contra la COVID-19.
Gestantes (A partir de las 12 Semanas de Gestación).	1 dosis	2 meses después de la última dosis de la vacuna contra la COVID-19.
Paciente con enfermedad crónica	1 dosis	2 meses después de la última dosis de la vacuna contra la COVID-19.

* En la actualidad se encuentra disponible para el grupo de riesgo la vacuna contra la COVID-19, Monovalente Comirnaty Omicron XBB.1.5. de presentación pediátrica (5 a 11 años) y Adulto (De 12 años a más), Estas pueden ir variando con el tiempo, de acuerdo con los avances científicos, disponibilidad y las variantes circulantes en la población priorizada.

- Vacunación en población inmunocomprometida, inmunosuprimidos y Oncológicos, con vacuna MONOVALENTE ADAPTADA (Comirnaty Omicron XBB.1.5*

Población Objetivo	Historial de Vacunación previa**	Nº Dosis	Intervalo de aplicación de la vacuna
Pacientes Inmunocomprometido/ Inmunosuprimido-ONCOLOGICOS	Sin Historial de Vacunación contra la COVID-19	3 dosis	1era. Dosis al primer contacto. 2da. Dosis 21 días después de la 1era. 3era. Dosis 1 mes después de la segunda dosis.
	Si recibió 1 dosis de vacuna contra la COVID-19.	2 dosis	1era. Dosis: 21 días después de la última dosis. 2da Dosis: 1 mes después de la primera dosis.
	Si recibió 2 dosis de vacuna contra la COVID-19.	1 dosis	Aplicar 1 dosis 1 mes después de la última dosis.
	Si recibió 3 dosis de vacuna contra la COVID-19.	1 dosis	Aplicar una dosis: 2 meses después de la última dosis.

Trasplantados de medula Ósea***	Si no recibió vacunación contra COVID-19, posterior al trasplante	3 dosis	1era. Dosis: 3 meses después del Trasplante. 2da. Dosis: 21 días después de la primera dosis del trasplante. 3era. Dosis: 4 semanas después de la segunda dosis después del trasplante.
	Si recibió 1 dosis de vacuna COVID-19, posterior al trasplante.	2 dosis	Aplicar 1era. Dosis: 21 días después de la última dosis, posterior al trasplante. Aplicar 2da. Dosis 1 mes después de la primera dosis después del trasplante.
	Si recibió 2 dosis de vacuna COVID-19, posterior al trasplante.	1 dosis	Aplicar 1era. Dosis: 1 mes después de la última dosis, después del trasplante.
	Si recibió 3 dosis de vacuna COVID-19, posterior al trasplante.	1 dosis	Aplicar 1era. Dosis: 2 mes después de la última dosis, después del trasplante.

* En la actualidad se cuenta con vacunas contra la COVID-19, para los grupos de riesgo vacuna

MONOVALENTE ADAPTADA (Comirnaty Ómicron XBB.1.5), presentación pediátrica (5 años a 11 años), de 10 microgramos/dosis concentrada, dispersión inyectable, y presentación adultos (de 12 años a más), de 30 microgramos/dosis concentrada para dispersión inyectable. Estas pueden ir variando con el tiempo, de acuerdo con los avances científicos, disponibilidad y las variantes circulantes en la población priorizada.

** El historial de vacunación contra COVID-19 se refiere a la recepción previa de dosis de la vacuna original monovalente o de ARNm bivalente o una combinación de ambas.

*** Para el caso de pacientes con trasplante de medula, se reinicia esquema 3 meses después del procedimiento quirúrgico, indistintamente de las dosis antes recibidas.”

“ANEXO N° 07

GRUPOS DE RIESGO

PERSONAS INMUNOSUPRIMIDOS/ INMUNOCOMPROMETIDAS

- Pacientes con trasplante de órgano sólido: corazón, pulmones, riñón, hígado, páncreas.
- Pacientes con trasplante de precursores hematopoyéticos.
- Pacientes con cáncer en tratamiento (radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal).
- Pacientes en diálisis (hemo o peritoneo).
- Pacientes con enfermedades autoinmunes que reciben, tratamientos biológicos.

PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

- Enfermedad pulmonar crónica (asma bronquial, EPOC, fibrosis quística, fibrosis pulmonar de cualquier causa, Tuberculosis en tratamiento).
- Enfermedad neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias, epilepsia refractaria a tratamiento).
- Enfermedad renal crónica (insuficiencia renal en etapa 4 o mayor, diálisis).
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, hepatitis crónica, hepatopatías).
- Enfermedades metabólicas (diabetes mellitus, enfermedades congénitas del metabolismo).
- Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
- Hipertensión arterial en tratamiento farmacológico.
- Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos y en niños, niñas y adolescentes IMC $> +2$ DE).
- Enfermedad autoinmune (lupus, escleroderma, artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, y otras).
- Inmunodeficiencias primarias (previa evaluación del médico tratante)
- Personas viviendo con VIH.
- Enfermedad mental grave (esquizofrenia y trastorno bipolar).”

ACTUALIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA VACUNACIÓN CONTRA EL COVID-19

Actualizado: 28 de septiembre de 2023

Todas las personas deben recibir al menos una dosis de la vacuna COVID-19. Los refuerzos se recomiendan sólo para personas en los grupos de alta prioridad.

Ponte al día.
#GADAVACUNA CUENTA

Recomendaciones Actualizadas

Vacunación contra COVID-19

GRUPO DE POBLACIÓN	SERIE PRIMARIA	REFUERZO (6 MESES)	REFUERZO (12 MESES)
GRUPO DE ALTA PRIORIDAD			
 Adultos mayores (de 75 años o más)			
 Adultos mayores con comorbilidades (60 a 75 años)			
 Personas de 6 meses o más con sistemas inmunológicos comprometidos			
 Mujeres embarazadas			
 Adultos mayores (60 a 75 años)			
 Adultos con comorbilidades (18 a 59 años)			
 Trabajadores de la salud			
GRUPO DE PRIORIDAD MEDIA			
 Adultos sanos (personas mayores de 17 años)			
 Niños y adolescentes con comorbilidades (6 meses a 17 años)			
GRUPO DE BAJA PRIORIDAD			
 Niños y adolescentes sanos			

<https://www.paho.org/en/documents/update-who-recommendations-vaccination-against-covid-19-abstract-table-updated-28>

La bacteria que causa sífilis existía hace 2000 años en Brasil, 500 años antes de Colón



Vista del esqueleto en Jabuticabeira II (Brasil). La primera epidemia de sífilis en Europa se registró en 1493 tras el asedio de las tropas francesas a la ciudad de Nápoles pero ¿de dónde salió esta enfermedad venérea que hizo estragos en el viejo continente entre los siglos XV y XVIII?. | Fuente: EFE

Lo último en Arqueología

"Podría cambiar completamente la historia": hallazgo arqueológico cuestiona poblamiento de Brasil [FOTOS]

Italia: hallan impresionantes restos de dos templos griegos de estilo dórico [FOTOS]

Hallan restos de estructuras y caminos de una civilización de hace 2 500 años en la selva de Ecuador

Hallazgo histórico: encuentran 29 nuevos geoglifos en cerros de Nasca

por Erick Chavez

Pompeya descubre "el belén" de la antigüedad: trece estatuillas rituales de terracota [VIDEO]

Lo más leído

Estados Unidos

¡En plena audiencia!

Asegura estar a punto de...



por Redacción RPP

24 de Enero del 2024 3:56 PM · Actualizado el 24 de Enero del 2024 3:56 PM



Un reciente estudio describe el genoma más antiguo conocido de la bacteria 'Treponema pallidum', hallado en unos restos humanos de hace 2 000 años que estaban enterrados en [Brasil](#).

La primera epidemia de sífilis en Europa se registró en 1493 tras el asedio de las tropas francesas a la ciudad de Nápoles pero ¿de dónde salió esta enfermedad venérea que hizo estragos en el viejo continente entre los siglos XV y XVIII?

Un estudio publicado este miércoles, 24-01-2024 en la revista Nature por la paleogenetista del Instituto de Medicina Evolutiva de la Universidad de Zurich (Suiza), Verena Schünemann, describe el genoma más antiguo conocido de la bacteria 'T.pallidum', hallado en unos restos humanos de hace 2000 años que estaban enterrados en Brasil.

Los investigadores un equipo internacional formado por científicos de la Universidad de Valencia (este de España), del Instituto de Investigación de Valencia (Fisabio), y de varios centros de Brasil y Austria-, reconstruyeron el genoma de la bacteria 'T.pallidum' que los había infectado.

'*Treponema pallidum*: la sífilis (venérea), el bejel (de transmisión no sexual) y el pian, que se transmite por contacto con la piel.

"Lo que hemos encontrado es una bacteria del linaje de bejel, que hoy en día se encuentra en climas áridos, secos y calientes, muy diferentes al Brasil de hace 2000 años, de clima tropical y húmedo“.

El estudio, por tanto, demuestra que hace al menos 2000 años esta bacteria ya estaba en Brasil, concretamente la subespecie '*T.pallidum endemicum*'.

Bejel, treponema pallidum edemicum. Irán



[Bejel - Wikipedia, la enciclopedia libre](#)



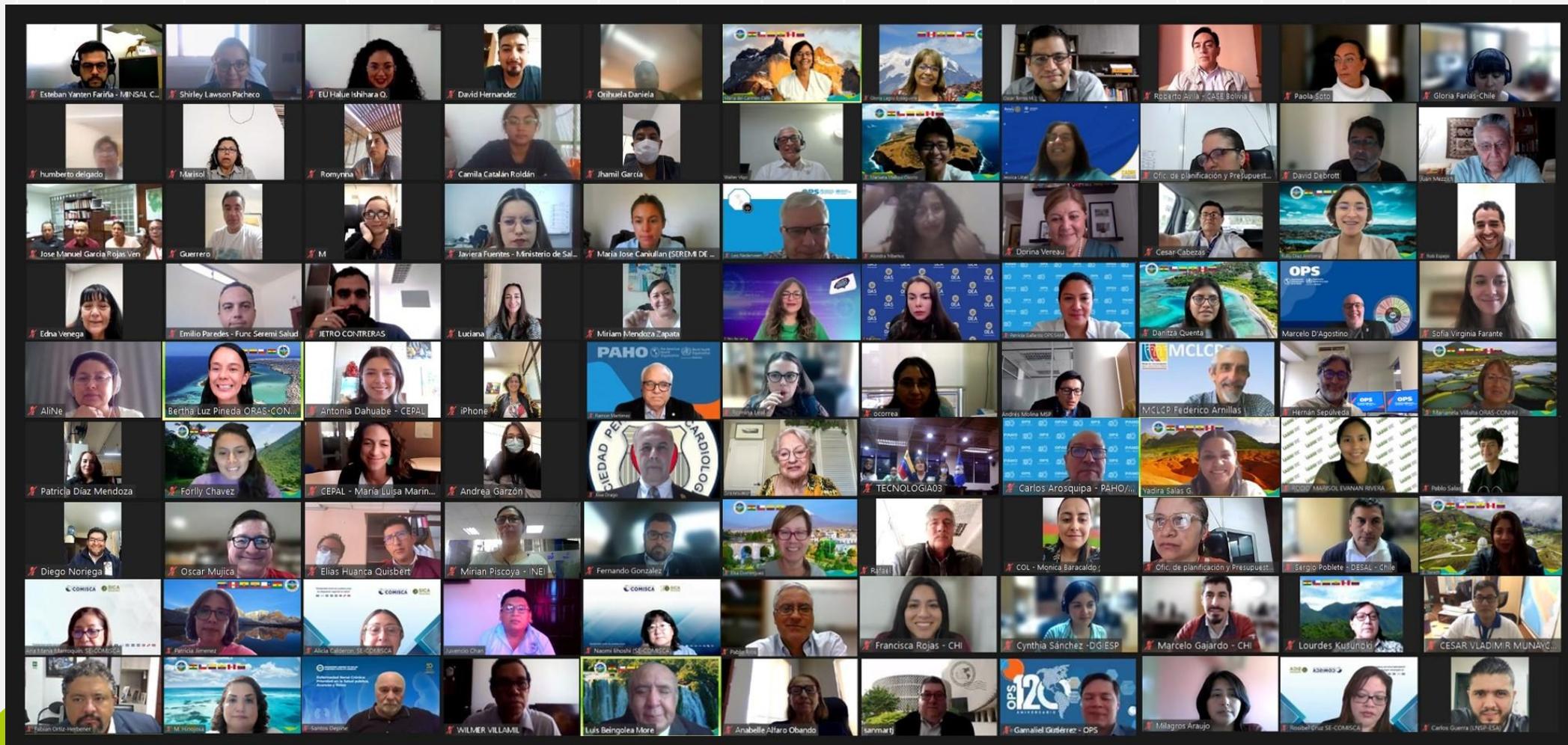
ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE





ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela Juntos somos más fuertes



Juntos llegamos más lejos

Muchas Gracias

www.orasconhu.org