Los resultados obtenidos permiten confirmar un brote de dengue. En resumen, se obtuvieron 26 muestras positivas a IgM, quedando pendiente la identificación del serotipo circulante en este brote. Cabe mencionar que durante el presente año, el INS ha notificado dengue serotipo 3 y confirmado la circulación de este único serotipo hasta la S.E. 39 en la región Ucayali.

La tabla 1 muestra el resumen de resultados obtenidos en el laboratorio de referencia regional y en el Instituto Nacional de Salud, entre las semanas 41 a 45.

Tabla 1. Dengue. Resultados de las pruebas de ELISA IgM en muestras estudiadas por el Lab Ref Reg e INS, entre las S.E. 41 y 45.

S.E. (Fecha Toma de Muestra)	ELISA IgM			TOTAL
	+	-	I	
41	1	2	3	6
42		1	7	8
43		3	2	5
44	1			1
45	0	20	19	39
TOTAL	**2**	**26**	**31**	**59**

CASO DE INFECCIÓN POR *E. coli* 0157:H7 ASOCIADA AL SINDROME URÉMICO HEMOLITICO

Blanca Huapaya[1], Víctor Suárez[1], Ronnie Gavilán[1]

El 02 de noviembre de 2004, ingresa en el Hospital de Emergencias Pediátricas una niña de un año cuatro meses, procedente del distrito de Santa Anita. Desde tres días antes, la paciente presentaba fiebre y diarrea con moco, a la cual se agrega sangre y vómitos un día antes de su ingreso. Evoluciona sin tolerar la vía oral y persistiendo signos de deshidratación, recibe tratamiento con amikacina. Al tercer día de hospitalización presenta un valor de hematocrito de 20%, creatinina 1,96 Y recuento de plaquetas en 65 000. La paciente evoluciona mal clínicamente presentando a partir del cuarto día de hospitalización, trastorno del sensorio, anuria, insuficiencia cardíaca congestiva y derrame pleural derecho. Al sexto día es trasladada al Instituto de Salud del Niño.

En las muestras de heces se logró aislar Escherichia cofi, identificada como 0157, que luego fue enviada aIINS. Se confirmó la cepa mediante cultivo, pruebas bioquímicas, serológicas, el test de látex, y la determinación del antígeno flagelar H7. Mediante PC R multiplex se identificó la presencia del gen SXT2 (verotoxina VT2), la cual expresa la toxina Shiga, asociada al síndrome urémico- hemolítico.

El serotipo 0157:H7 de la E. cofi enterohemorrágica produce enterotoxinas similares a la Shiga, que causan colitis hemorrágica con diarrea sanguinolenta. La absorción de la toxina hacia la circulación sistémica puede mediar también el síndrome urémico-hemolítico relacionado. Este síndrome se caracteriza por anemia hemolítica aguda, insuficiencia renal

con uremia y coagulación intravascular diseminada. Los alimentos involucrados son la carne de vacuno, picada e insuficientemente cocinada, el rosbeef, la leche sin pasteurizar, la lechuga, la sidra de manzana, y el agua poco clorada; la transmisión de persona a persona en guarderías y por nadar en un lago con contaminación fecal.

En el Perú (Tacna), en el 2001 se identificó una E. *coli* enterohemorrágica, productora de la toxina Shiga, en un lactante de 11 meses con una diarrea sanguinolenta; sin embargo, no evolucionó a un síndrome urémicohemolítico. A partir de entonces, el INS ha implementado un estudio para identificar a la E. coli enterohemorrágica en la DISA de Tacna (Laboratorio de Referencia Regional), DISA Lima Ciudad (Hospital de Emergencias Pediátricas, Instituto de Salud del Niño y Laboratorio de Referencia Regional), DISA Lima Este (Hospital Hipólito Unanue y Laboratorio de Referencia Regional), DISA Lima Norte (Hospital Cayetano Heredia) y DISA Lima Sur (Laboratorio de Referencia Regional). Esporádicamente se han aislado E. *coli* 0157 Shiga pero no relacionadas a síndrome urémico-hemolítico.

[1] instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Pública

.

Éste es el primer aislamiento de E. *coli* 0157:H7 portadora de la toxina Shiga y el urémico-hemolítico. Es necesario estudiar más el caso para conocer si existen otros relacionados y los alimentos involucrados, así como mantener la vigilancia de este patógeno.

CASO DE TIFUS EXANTEMÁTICO EN ANTA, CUSCO

Elizabeth Anaya[1], Manuel Céspedes[1]

En la región amazónica y en otras regiones de América del Sur, los patógenos de enfermedades infecciosas se encuentran entre las causas principales de morbilidad y mortalidad en las poblaciones.

La amenaza de infección humana continúa incrementándose debido al rápido crecimiento demográfico, crecimiento de zonas urbanas, extensos viajes aéreos, cambios ambientales y a la falta de estrategias efectivas de intervención. En vista de ello se estableció el proyecto Vigilancia del Síndrome Febril en el Perú en las regiones Loreto, Piura, Cusco, Junín, Tumbes y Madre de Dios, con la participación del Instituto de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Marina de los Estados Unidos, Lima, Perú (NMRCD), INS, OGE y las Direcciones de Salud.

Dentro del contexto del proyecto, el 03 de agosto de 2004 en el Hospital Regional del Cusco es enrolado al proyecto un paciente de 63 años, de ocupación agricultor, procedente de la comunidad de Huamanpata, Anta, departamento de Cusco.

La ficha clínica menciona. que el inicio de la enfermedad es el 30 de julio de 2004; presenta fiebre, cefalea, malestar general, escalofríos, astenia, hiporexia, artralgia, petequias, epistaxis y rash. El diagnóstico clínico nos refiere a un probable tifus exantemático. La muestra de sangre y suero es procesada por ELISA IgM e inmuno-fluorescencia, resultando positivo para Rickettsia del grupo tifus. Además, para corroborar los resultados serológicos, se realizó PCR para el grupo tifus y el producto primero relacionado con un síndrome fue secuenciado confirmándose como Rickettsia prowazekii.

Las investigaciones posteriores, a cargo del médico del proyecto, no detectaron más casos.

PAUTAS PARA DEFINIR VARIABLES E INDICADORES - ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD

Roberto Quispe[1], Rocío Córdova[1]

Para tener un mayor conocimiento de la prevalencia y la distribución de la salud y la enfermedad en una sociedad, hace falta un enfoque integral que combine cuestiones sociológicas, antropológicas, biológicas y de conocimientos médicos sobre salud y enfermedad.

La cultura determina la distribución socioepidemiológica de las enfermedades por dos vías:

- Desde el punto de vista local, la cultura moldea el comportamiento de las personas, que predisponen a la población a determinadas enfermedades.
- Desde el punto de vista global, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de manera que pueden afectar a la salud.

Algunos hábitos que condicionan nuestra salud son los siguientes:

- La organización del tiempo de trabajo y el
- tiempo de descanso.
- La alimentación.
- La higiene personal.
- La limpieza del hogar.
- La ventilación del hogar.
- La forma y condiciones en que nos desplazamos al trabajo.
- La manera de organizamos en nuestro trabajo.
- La diversión y el tiempo de ocio.

[1] instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Pública