



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasOficina de
Epidemiología

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



Boletín Epidemiológico

N° 01.2017 / Año VII / Semana Epidemiológica N° 28

EL DENGUE EN EL PERÚ Y EN EL MUNDO

El dengue es una enfermedad infecciosa vírica que se transmite por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. Estos mosquitos también transmiten la fiebre chikungunya, la fiebre amarilla y la infección por el virus de Zika. La enfermedad se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.

El dengue es una de las enfermedades re-emergentes de mayor importancia en la región de las Américas y en el Perú. Vive en lugares oscuros y húmedos, en todas las regiones de clima tropical del planeta.

En los últimos años la transmisión ha aumentado de manera predominante en zonas urbanas y se ha convertido en un importante problema de salud pública. El dengue se ha convertido en un problema mundial desde la Segunda Guerra Mundial y es endémica en más de 110 países.

El dengue grave (conocido anteriormente como dengue hemorrágico) fue identificado por vez primera en los años cincuenta del siglo pasado durante una epidemia de la enfermedad en Filipinas y Tailandia. Hoy en día, afecta a la mayor parte de los países de Asia y América Latina y se ha convertido en una de las causas principales de hospitalización y muerte en los niños y adultos de dichas regiones.

En las últimas décadas ha aumentado enormemente la incidencia de dengue en el mundo. Según una estimación reciente, se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año (284 a 528 millones), de los cuales 96 millones (67 a 136 millones) se manifiestan clínicamente (cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad).

Existen cuatro serotipos distintos de virus del dengue: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. Los síntomas aparecen 3–14 días (promedio de 4–7 días) después de la picadura infectiva. Cuando una persona se recupera de la infección adquiere inmunidad de por vida contra el serotipo en particular; Sin embargo, la inmunidad cruzada a los otros serotipos es parcial y temporal.

Las infecciones posteriores causadas por otros serotipos aumentan el riesgo de padecer el dengue grave. Otra característica de la enfermedad son sus modalidades epidemiológicas, en particular la hiperendemicidad de los múltiples serotipos del virus del dengue en muchos países y la alarmante repercusión en la salud humana y en las economías nacionales y mundiales.



En algunos países asiáticos y latinoamericanos el dengue grave es causa de enfermedad y muerte en los niños.

En 2008, en las regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Pacífico Occidental se registraron en conjunto más de 1,2 millones de casos.

En 2015, más de 3,2 millones (según datos oficiales presentados por los Estados Miembros a la OMS), se notificaron 2,35 millones de casos tan solo en la Región de las Américas, de los cuales más de 10,200 casos fueron diagnosticados como dengue grave y provocaron 1,181 defunciones.

En fecha reciente el número de casos notificados ha seguido aumentando.

Entre los viajeros que regresan de países de ingresos bajos y medianos, el dengue constituye la segunda causa de fiebre diagnosticada tras el paludismo.

El año 2016 se caracterizó por grandes brotes de dengue en todo el mundo. La Región de las Américas notificó más de 2 380 000 casos ese año, y solo en Brasil hubo poco menos de 1 500 000 casos, es decir, cerca de tres veces más que en 2014. En la región se notificaron asimismo 1,032 muertes por dengue.

Hasta la semana epidemiológica 11 de 2017, la Región de las Américas había notificado 50 172 casos. Cada año, unas 500 000 personas que padecen dengue grave necesitan hospitalización, y aproximadamente un 2,5% fallecen.

Entre finales de 2015 y principios de 2016 se aprobó en varios países el uso de la primera vacuna contra el dengue —Dengvaxia (CYD-TDV), de Sanofi Pasteur - en personas de 9 a 45 años residentes en zonas endémicas.





La OMS recomienda que los países consideren la posibilidad de introducir la vacuna CYD-TDV contra el dengue solo en entornos geográficos (nacionales o subnacionales) en los que los datos epidemiológicos indiquen que hay una gran carga de enfermedad.

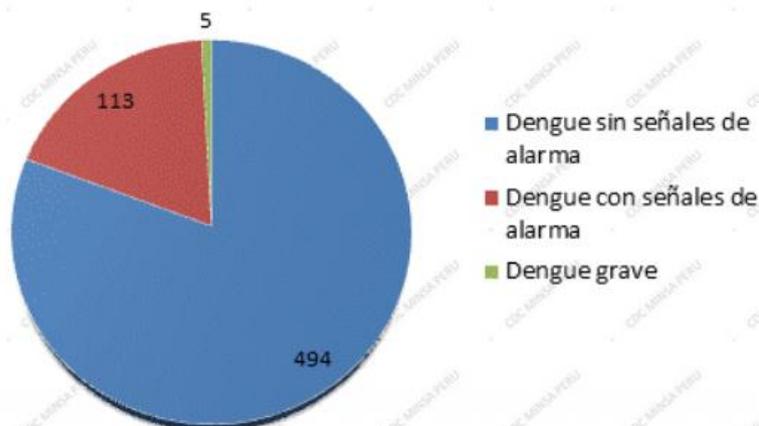
➤ **Estadísticas de Dengue en Perú**

**Casos de Dengue según departamentos
Perú años 2000 – 2014 y 2017***

DEPARTAMENTOS	AÑOS																	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
LORETO	518	510	2499	784	2580	1772	1995	1720	7232	3723	1322	21245	4382	4479	7049	1630	3439	184
PIURA	2620	11713	101	1726	37	51	865	282	1702	4029	8393	183	1181	1979	2675	20043	8349	48
UCAYALI	97	682	2977	182	1413	69	174	182	931	1069	121	1770	11056	1059	1493	350	1229	168
LA LIBERTAD	1496	5718	3	0	263	259	10	1482	267	134	728	17	104	23	63	2072	5468	12
TUMBES	192	1803	13	50	1552	183	243	79	51	830	1177	104	592	250	1700	7418	1872	9
MADRE DE DIOS	21	103	12	0	0	85	2	314	45	798	2952	1956	2047	2272	1117	966	542	12
CAJAMARCA	18	1100	1176	114	383	1127	123	125	464	473	784	688	3208	85	295	218	305	7
SAN MARTIN	218	179	42	46	577	172	170	677	541	448	307	1437	2322	1208	1574	220	446	30
LAMBAYEQUE	0	813	45	79	1868	804	77	656	718	674	291	10	491	25	147	1103	1987	3
JUNIN	7	48	207	116	192	114	189	378	8	245	140	87	736	781	508	774	1098	9
AMAZONAS	341	692	30	143	312	409	35	320	648	158	273	305	587	247	207	37	97	2
AYACUCHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	268	3867	58
HUANUCO	29	159	132	107	356	143	128	28	110	257	214	136	336	67	129	307	848	7
ANCASH	0	4	824	1	8	4	1	8	77	224	50	0	1068	454	0	118	650	2
CUSCO	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	57	0	2	227	248	1164	56
LIMA	0	2	0	0	0	443	10	91	0	235	90	0	314	102	4	9	77	3
PASCO	0	0	22	1	6	3	0	2	30	29	0	87	80	56	33	32	60	2
ICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	368	0
PUNO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	13	0	1	0
AREQUIPA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
CALLAO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TACNA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MOQUEGUA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HUANCAVELICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APURIMAC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total general	5557	23526	8085	3349	9547	5640	4022	6344	12824	13326	16842	28084	28505	13092	17234	35816	31868	612

FUENTE: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

Casos de dengue según formas clínicas, Perú 2017*



FUENTE: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

➤ **Transmisión del Dengue**

El virus se transmite a los seres humanos por la picadura del mosquito que se alimenta con sangre de una persona enferma de dengue y luego pica a otras personas les transmite esta enfermedad. El contagio sólo se produce por la picadura de los mosquitos infectados, nunca de una persona a otra, ni a través de objetos o de la leche materna.

Tras un periodo de incubación del virus que dura entre 4 y 10 días, un mosquito infectado puede transmitir el agente patógeno durante toda la vida.





Las personas infectadas sintomáticas y asintomáticas son los portadores y multiplicadores principales del virus, y los mosquitos se infectan al picarlas.

Tras la aparición de los primeros síntomas, las personas infectadas con el virus pueden transmitir la infección (durante 4 o 5 días; 12 días como máximo) a los mosquitos *Aedes*.

El mosquito *Aedes aegypti* vive en hábitats urbanos y se reproduce principalmente en recipientes artificiales.

➤ Síntomas

El dengue causa síntomas gripales que afecta a bebés, niños pequeños y adultos, sin embargo, aunque es poco común las mujeres embarazadas pueden contagiar a sus bebés durante el embarazo; en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado *dengue grave* o *dengue hemorrágico*; pero su diagnóstico clínico precoz y una atención clínica cuidadosa por personal médico y de enfermería experimentado suele salvar la vida de los pacientes.

Se debe sospechar que una persona padece dengue cuando una fiebre elevada (40 °C) se acompaña de dos de los síntomas siguientes: dolor de cabeza muy intenso, dolor detrás de los globos oculares, dolores musculares y articulares, náuseas, vómitos, agrandamiento de ganglios linfáticos o salpullido.

Los síntomas se presentan al cabo de un periodo de incubación de 4 a 10 días después de la picadura de un mosquito infectado y por lo común duran entre 2 y 7 días.

En caso de dengue grave, los signos que advierten de esta complicación se presentan entre 3 y 7 días después de los primeros síntomas y se acompañan de un descenso de la temperatura corporal (menos de 38 °C) y son los siguientes: dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, respiración acelerada, hemorragias de las encías, fatiga, inquietud y presencia de sangre en el vómito.

Las siguientes 24 a 48 horas de la etapa crítica pueden ser letales; hay que brindar atención médica para evitar otras complicaciones y disminuir el riesgo de muerte.

La asistencia prestada por médicos y enfermeras que tienen experiencia con los efectos y la evolución de la enfermedad puede salvar vidas y la detección oportuna disminuye las tasas de mortalidad por debajo del 1%.

➤ Situación Epidemiológica del Dengue en el Perú

En el Perú, hasta la semana epidemiológica (SE) 14-2017, se han notificado 13,563 casos de dengue, entre confirmados el 29,9% (4,058) de los casos y el 70,1% (9,505) corresponden a casos probables, lo cual representa un incremento en el 32,6% (3,332) comparado al mismo periodo del año 2016 (10,231 casos).

La tendencia de casos de dengue es ascendente, observándose principalmente en los departamentos de Piura, La Libertad, Loreto, Lambayeque, Ica, Ucayali, Ancash, Ayacucho, Madre de Dios, Tumbes, Cajamarca y Lima.

Tres de los 18 departamentos que reportan casos autóctonos de dengue tiene incidencia acumulada superior a la del país: Piura (283,5 x 100000 Hab.), Ica (187,3 x 100000 Hab.) y Ucayali (155,5 x 100000 Hab.) tienen población susceptible con mayor riesgo de enfermar de dengue y reportan las tasas de incidencias acumuladas más altas del país.

En la costa, el departamento de Ica presenta una notificación importante de casos de dengue desde las primeras SE del 2017, con una tendencia en ascenso.

Otros departamentos con actual brote de dengue son Piura, que ha reportado un rápido incremento de casos; Lambayeque y La Libertad.

Desde la SE 6 se notificó un brote de dengue en el departamento de Áncash, con actual actividad epidémica ascendente. Igual situación se viene presentando, desde las primeras SE, en el departamento de Huánuco con la notificación de casos confirmados de dengue.

La región de Loreto, también viene presentando casos confirmados de dengue y paralelamente la confirmación de la circulación del virus zika.





Los casos de dengue en el departamento de Ucayali presentaron una tendencia al ascenso en las primeras semanas del 2017, sin embargo en las tres últimas SE la incidencia de casos ha disminuido progresivamente.

La región de selva central (VRAEM) viene presentando un incremento sostenido de casos de dengue, desde la SE 40-2016 hasta la actualidad. El departamento de Ayacucho, presenta un promedio de 53 casos por SE, del mismo modo, el departamento de Cusco presenta un incremento de casos desde la SE 43-2016 hasta la actualidad.

Los casos de dengue se concentran, principalmente, en los grupos de edad de 30-59 años (38,0 %) y de 18-29 años (25,8 %); sin embargo, el análisis por tasa de incidencia, muestra que los grupos de edad de 18 a 29 y de 12 a 17 años, son los más vulnerables y tienen mayor riesgo de enfermar por dengue (tasas 52,2 y 47,7/100 000 Hab., respectivamente). El 54,2% (7,354) de los casos son del género femenino.

Para este año, el Instituto Nacional de Salud detectó la circulación del DENV-2 en el departamento de Ica (distrito de Palpa), Cajamarca, Huánuco, Ayacucho, San Martín y Cusco. Así mismo se detecta la circulación de los serotipos DENV-2 y DENV-3 en los departamentos de Ucayali, Ancash y Piura, y la circulación del DENV-3 en los departamentos de La Libertad y Lambayeque.

➤ Brote de Dengue en Piura

Como viene informando este Centro Nacional de Epidemiología; actualmente la Región Piura se encuentra en transmisión epidémica de dengue, con la presencia de casos graves y defunciones.

Hasta la SE 14 - 2017 a nivel regional la DIRESA Piura notificó 5310 casos de dengue. Del total de casos el 16,3% (868) fueron confirmados y el 83,7% (4,442) son casos probables. El 84,2% (4,469) no presentaron signos de alarma, el 15,5% (825) fueron con signos de alarma y el 0,3% (16) presentaron la forma grave. Se han notificado 05 defunciones confirmadas por dengue, además se tiene 01 defunción en investigación.

La tendencia actual es ascendente, relacionado a extensión progresiva de la transmisión a diferentes áreas de la región. En relación al año anterior, durante el mismo periodo, este año se evidencia la situación epidémica en la región, 2,272 casos notificados en el 2016 vs 5,310 casos notificados en el 2017.

El promedio de la edad de los casos de dengue es de 31,3 años, siendo la mediana de 28 años, con un rango de edad que va desde menos 1 hasta 98 años. El 55,1% (2,926) de los casos notificados corresponden al sexo femenino.

Según lo notificado, las personas más afectadas son las de 15 a 49 años con el 60,4% (3,207), seguido de los menores de 15 años con un 21% (1,115); mientras que el 18,6% (988) fueron adultos mayores de 50 años a más.

El número de distritos y de localidades notificantes se ha incrementado posterior a la presencia de lluvias e inundaciones; así en la SE 05 solo 21 distritos y 97 localidades/sectores notificaron casos, a la fecha SE 14 son 46 distritos y 409 localidades/sectores que notifican casos de dengue.

En lo que va del año 2017, el Instituto Nacional de Salud (INS) identificó la circulación de los serotipos DENV-2 y DENV-3 en las localidades con transmisión, así como la continua notificación de casos con señales de alarma y dengue grave, debe alertar al personal, así como a los servicios de salud, a brindar manejo clínico oportuno y adecuado a los pacientes a fin de disminuir la ocurrencia de casos graves y defunciones.

Entre los factores más importantes que inciden en la transmisión del dengue, se encuentran las altas temperaturas ambientales y presencia de lluvias, las condiciones insalubres de las viviendas afectadas por las inundaciones, el conglomerado de personas albergadas con inadecuada provisión de servicios básicos, poblaciones afectadas especialmente por la escasez de agua intradomiciliaria y la eliminación de residuos sólidos; las migraciones y desplazamiento poblacional desde y hacia zonas con mayor transmisión de dengue.

A lo anterior, se suma las inadecuadas coberturas alcanzadas en las actividades de control vectorial (control larvario y fumigación), debido al limitado número de recursos humanos y de equipos de control vectorial y altos porcentajes de viviendas cerradas y renuentes, lo que no garantiza el impacto en la reducción de la densidad vectorial e incrementa el riesgo de que la transmisión persista.

➤ Mortalidad por Dengue

En esta año se han notificado 12 fallecidos confirmados por dengue de los departamentos de: Piura (5), Loreto (2), Lambayeque (2) y Ayacucho (1), Cusco (1), Tumbes (1) y un fallecido en investigación del departamento de Piura, la proporción de casos con signos de alarma es de 15,54%, la de casos graves 0,30%, la tasa de letalidad general de 0,09% y la tasa de letalidad de casos graves de 31,25%.

Tras la investigación de campo se han identificado 8 nuevos casos probables de dengue en Piura, a quienes se les tomó muestra, pendiente resultados.

➤ Complicaciones Neurológicas de las Arbovirosis

El mosquito *Aedes aegypti* es el vector principal para la transmisión del virus del dengue (DENV), así como para Zika (ZIKV) y Chikungunya (CHIKV). La falta de control de la proliferación del vector es el evento más importante responsable de la amplia y acelerada diseminación de estas infecciones virales emergentes que pueden causar complicaciones neurológicas graves posteriores en los huéspedes que viven en regiones previamente no afectadas.

La contaminación de los vertebrados se produce a través de la picadura de los mosquitos infectados, que procrean y se infectan por la alimentación de sangre en otro huésped vírico; sin embargo, nuevas investigaciones han encontrado que la transmisión ZIKV también puede ocurrir a través de diferentes mecanismos, incluyendo la transmisión a través de la placenta, sexual o perinatal. Además, se han encontrado descripciones de la transmisión perinatal en individuos infectados con CHIKV.





La asociación entre la infección por DENV y las manifestaciones neurológicas se describió por primera vez en 1976. La frecuencia de deterioro neurológico ha sido reportada en 1-21% de los casos de dengue. Estos eventos, aunque raros, han demostrado ser causados especialmente por los serotipos DENV-2 y DENV-3, que son neurotrópicos. Estos virus fueron identificados en casos de meningitis, mielitis y encefalitis. También se han identificado DENV-1 y DENV-4 en muestras biológicas de pacientes diagnosticados de encefalitis y mielitis y, posteriormente, el antígeno DENV se ha detectado en muestras de tejido cerebral de pacientes fallecidos. Asimismo, se han encontrado DENV-2, DENV-3 y DENV-4 en el líquido cefalorraquídeo (LCR), mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (OMS, Araujo, et al, 2015).

La encefalitis y la encefalopatía son ciertamente las complicaciones neurológicas más frecuentes. (Carod-Artal, 2016). El mecanismo que involucra al sistema nervioso incluye la agresión directa de patógenos, seguida por la activación de factores autoinmunes, trastornos metabólicos y de sangrado (OMS). Otras complicaciones neurológicas incluyen: síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Miller-Fisher, encefalomielitis aguda diseminada, neuromielitis óptica, neuritis óptica y miositis (OMS, Carod-Artal, Mizra et al, 2016).

En algunos casos, la enfermedad neurológica puede ser la primera manifestación de la infección por DENV (Puccioni-Sohler, Soarez CN et al). Las tasas de mortalidad oscilan entre el 5-8%, debido principalmente al edema cerebral ya la herniación. Además, se reportan secuelas en el 20-30% de los pacientes, incluyendo paraparesia espástica asociada con mielitis, confusión mental y cambio de personalidad en casos de encefalitis (OMS). Durante el brote de ZIKV en Polinesia Francesa en 2013, se identificaron complicaciones neurológicas en 73 pacientes con fiebre Zika, entre ellos, 42 casos (57%) presentaron síndrome de Guillain-Barré, casos de encefalitis, meningoencefalitis, parálisis facial y mielitis aguda asociada a la infección por ZIKV (Cao-Lormeau, Calvet G, 2016).

En febrero de 2016, la Organización Mundial de la Salud declaró la infección por ZIKV como una emergencia de salud pública, emitiendo una alerta global sobre su relación con casos de microcefalia, considerando que el genoma viral se encontró en muestras de sangre y tejidos de neonatos microcefálicos (Gulland A.). Asimismo, el análisis del líquido amniótico de fetos microcefálicos de mujeres embarazadas encontró infección por ZIKV, inferir la transmisión transplacentaria (Noronha L), lo cual podría explicar el aumento del número de casos de microcefalia reportados en Brasil.

Otras malformaciones congénitas, como la lisencefalia, la ventriculomegalia, la hipoplasia cerebelosa, la atrofia cortical con calcificaciones cerebrales y la artrogriposis también se han descrito en casos de infección congénita por ZIKV (Garcez PP, Oliveira-Szejnfeld, 2016). Por otro lado, Garcez et al., indicó que ZIKV puede causar deterioro en el crecimiento de la población de células neurales.

Se sabe desde 1960-1970 que CHIKV puede afectar al sistema nervioso central. Se han descrito casos de mielitis usualmente asociada a encefalitis, Síndrome de Guillain-Barré, Neuritis óptica, parálisis facial, encefalomielitis aguda diseminada, Neuropatía periférica y miopatía (Robin S, Wielanek, Puccioni-Sohler, Lanciotti RS, 2017).

➤ Vigilancia, Prevención y Control del Dengue

La prevención y el control del dengue dependen de las medidas eficaces de lucha contra el vector transmisor, el mosquito:

- Evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente.
- Eliminar correctamente los desechos sólidos y los posibles hábitats artificiales.
- Cubrir, vaciar y limpiar cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico.
- Aplicar insecticidas adecuados a los recipientes en que se almacena agua a la intemperie.
- Utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, espirales y vaporizadores.
- Mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector.
- Durante los brotes epidémicos, las medidas de lucha antivectorial de emergencia pueden incluir la aplicación de insecticidas mediante el rociamiento.
- Se debe vigilar activamente los vectores para determinar la eficacia de las medidas de control.

Aparte de la eliminación de los mosquitos, se está trabajando en una vacuna contra el dengue, así como la medicación dirigida directamente al virus.

FUENTE: 1. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – **MINSA**.
2. Organización Mundial de Salud – **OMS**.



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS (VEA-IIH)

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) son un importante problema de salud pública. La importancia de su control es vital, debido a que algunas de estas infecciones son prevenibles, con una buena higiene de lavado de manos, con un agente antiséptico, entre contacto de pacientes, por parte del personal asistencial y los médicos, puede reducir la transmisión de enfermedades contagiosas asociadas al cuidado de la salud de manera más efectiva.

El INCN presenta cifras reducidas de IIH por lo que es necesario continuar con las buenas prácticas de higiene de manos, tener en cuenta las medidas de bioseguridad y el buen manejo de residuos sólidos hospitalarios a través de la correcta segregación de residuos sólidos biocontaminados.



Durante los meses de enero- mayo, el número de IIH en los servicios de UCI Neurológica y UCI de Centroneuroquirúrgico, se presentó 3 casos de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) y 2 casos de neumonías asociada a Ventilador Mecánico (VM). Ver tabla N°1, gráficos N°1 y N°2.

Tabla N°1
VIGILANCIA EN LOS SERVICIOS DE UCI NEUROLOGICA Y UCI DE CNQ
Año 2017

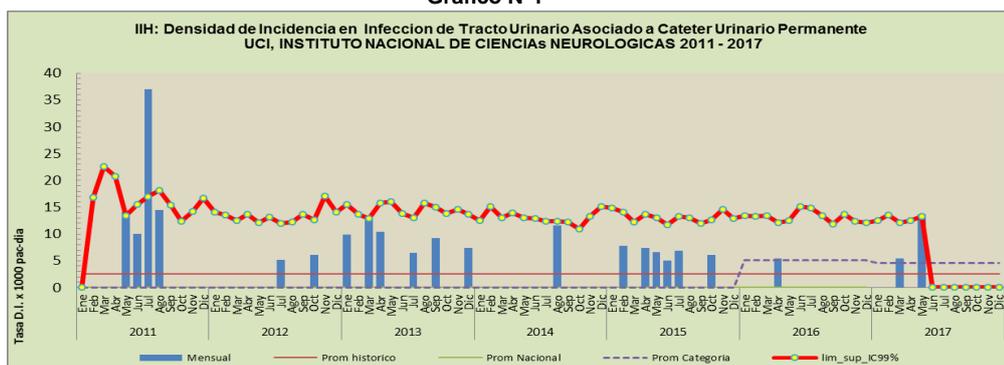
INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLOGICAS	Catéter venoso Central (CVC)				Catéter Urinario permanente (CUP)				Ventilador Mecánico (VM)			
	Nº días exposición con CVC	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVC	Tasa de ITS	Nº días exposición con CUP	Nº de pacientes vigilados	Nº ITU asociado a CUP	Tasa de ITU	Nº días exposición con VM	Nº de pacientes vigilados	Nº Neumonías asociado a VM	Tasa de Neumonía
	a		b	b/a x 1000	c		d	d/c x 1000	e		f	f/e x 1000
ENERO	166	47	0	0	169	46	0	0.0	28	5	0	0.0
FEBRERO	131	24	0	0	138	22	0	0.0	58	13	1	17.2
MARZO	190	27	0	0	182	28	1	5.5	111	18	0	0.0
ABRIL	172	28	0	0	170	30	0	0.0	86	11	1	11.6
MAYO	148	23	0	0	146	24	2	13.7	87	12	0	0.0
TOTAL	807	149	0	0.0	805	150	3	3.7	370	59	2	5.4

ITS: Infección del Torrente Sanguíneo / ITU: Infección del Tracto Urinario

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa.

TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IIH

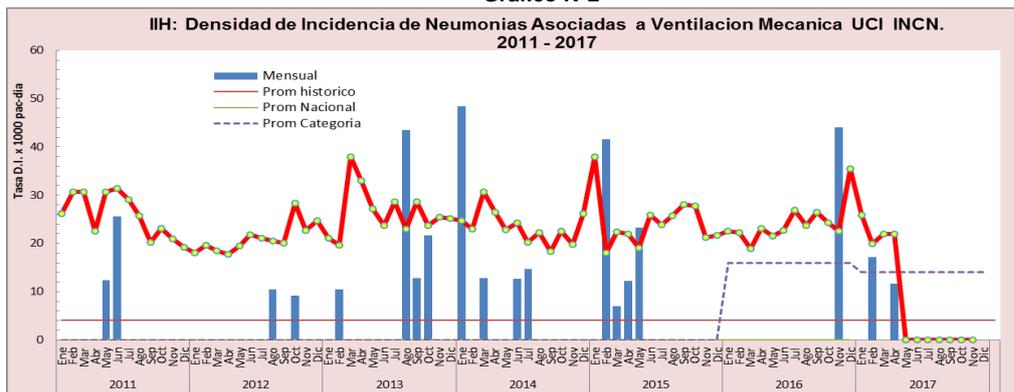
Gráfico N°1



Fuente: Oficina de Epidemiología - Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA-IIH)

En el caso de 3 ITU asociada a factor de riesgo invasivo Catéter Urinario Permanente (CUP), la tasa de densidad de incidencia fue de 3.7 x 1000 días de exposición.

Gráfico N°2



La Tasa de Densidad de Incidencia de Neumonía asociada a Ventilador Mecánico fue de 5.4 x 1000 días de exposición.





El número de IIH en el servicio de neurología fue de 5 casos de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a catéter urinario permanente (CUP); en el servicio de neurocirugía hubo 5 casos de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) y no se presentaron infecciones de herida Operatoria (IHO), durante los meses de enero-mayo. (Ver Tabla N°2, Gráficos N°3 y N°4).

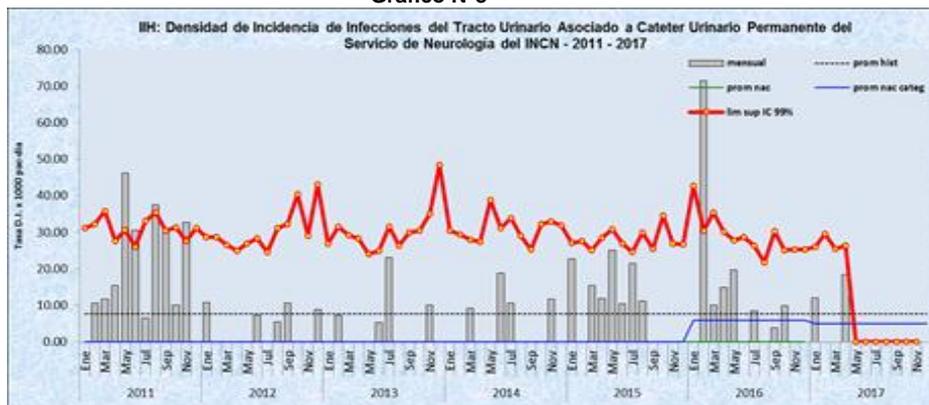
Tabla N°2
VIGILANCIA EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLÓGICAS	SERVICIO DE NEUROLOGÍA				SERVICIO DE NEUROCIRUGÍA									
	Catéter Urinario Permanente (CUP)				Catéter Urinario Permanente (CUP)				Cirugía de Cráneo			Cirugía de Columna		
	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITU asociado a CUP	Tasa de ITU	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITU asociado a CUP	Tasa de ITU	N° de pacientes vigilados	N° IHO	Tasa	N° de pacientes vigilados	N° IHO	Tasa
	a	b	c	b/a x 1000	d	e	f	d/c x 1000	g	h	f/g x 100	i	j	h/g x 100
ENERO	166	34	2	12.05	87	22	0	0.0	44	0	0	18	0	0
FEBRERO	153	42	0	0.00	105	36	0	0.0	45	0	0	34	0	0
MARZO	108	24	0	0.00	94	20	2	21.3	41	0	0	29	0	0
ABRIL	162	30	3	18.52	166	28	2	12.0	50	0	0	22	0	0
MAYO	147	18	0	0.00	85	17	1	11.8	54	0	0	29	0	0
TOTAL	736	148	5	6.79	537	123	5	9.3	234	0	0	132	0	0

IHO: Infección de Herida Operatoria
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IIH

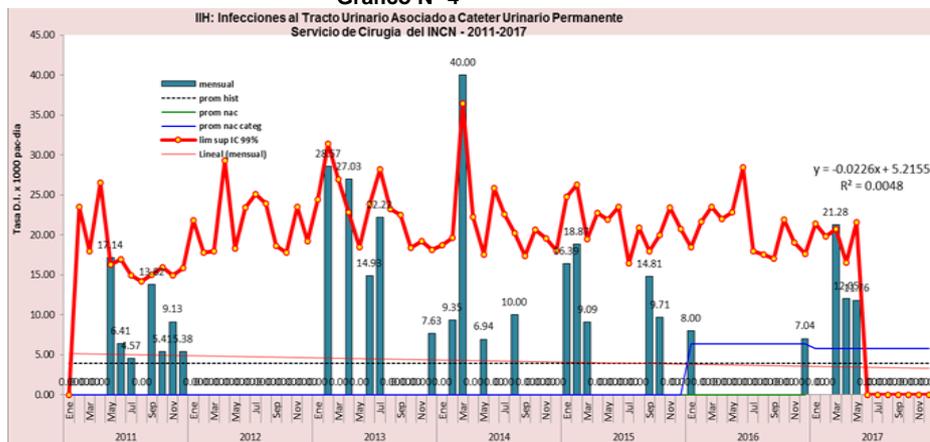
Gráfico N°3



Fuente: Oficina de Epidemiología - Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA-IIH)
Elaborado: Oficina de Epidemiología

El Servicio de Neurología, tiene 5 casos de Infección del Tracto Urinario (ITU) asociada CUP, con una tasa de densidad de incidencia de 6.79 x 1000 días de exposición.

Gráfico N° 4



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA-IIH)
Elaborado: Oficina de Epidemiología

El Servicio de Neurocirugía, tiene 5 Infecciones del Tracto Urinario (ITU) asociada a factor de riesgo invasivo Catéter Urinario Permanente (CUP), tiene una tasa de densidad de Incidencia de 9.3 x1000 días de exposición.



SALUD AMBIENTAL

RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS

El buen manejo de los residuos sólidos biocontaminados hospitalarios a través de la correcta segregación, garantiza la seguridad de los pacientes y profesionales a cargo del cuidado de la salud.

En el Instituto la segregación de los residuos sólidos biocontaminados, durante los meses de enero – mayo fue de 37,878 kg., los cuales se encuentran distribuidos en: residuos en la etapa de atención al paciente 31,207kg., y los residuos de los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas 8,871 kg., con un promedio diario de 251kg. Ver tabla N°3.

Tabla N° 3
Información Mensual de Residuos Sólidos Biocontaminados en el INCN
Enero – Mayo 2017

MES kg.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROMEDIO MENSUAL Kg.
HOSP	6,099	6,017	6,786	6,233	6,072	0	0	0	0	0	0	0	31,207	6,241
NUT	1,719	1,214	1,324	1,214	1,200	0	0	0	0	0	0	0	6,671	1,334
TOTAL Kg.	7,818	7,231	8,110	7,447	7,272	0	37,878	7,576						

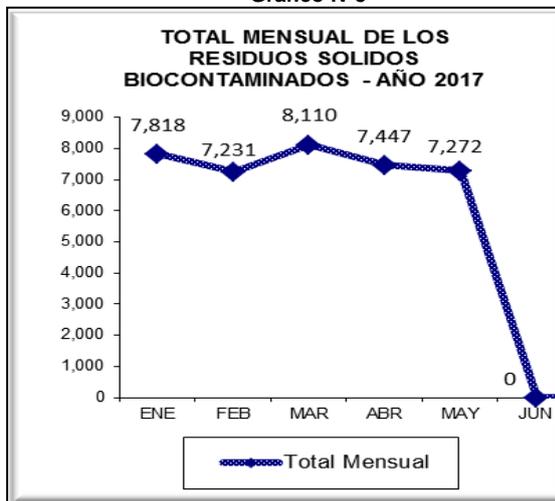
PROMEDIO DIARIO*	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROMEDIO DIARIO MENSUAL Kg.
HOSP	197	215	219	208	196	0	0	0	0	0	0	0	1,034	207
NUT	55	43	43	40	39	0	0	0	0	0	0	0	221	44
TOTAL Kg.	252	258	262	248	235	0	1,255	251						

MES %	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HOSP	78%	83%	84%	84%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	82%
NUT	22%	17%	16%	16%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	18%
TOTAL %	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%						

Fuente: Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos.

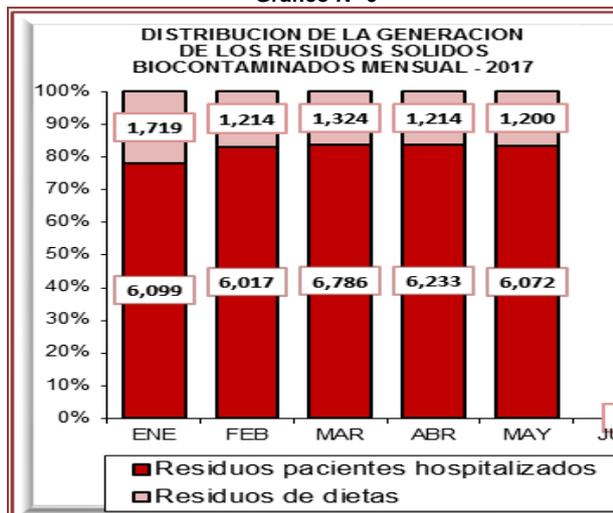
En las siguientes graficas se muestra el total de residuos sólidos hospitalarios de forma mensual, la distribución de los residuos en la etapa de atención al paciente y los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas.

Gráfico N°5



Elaborado: Oficina de Epidemiología

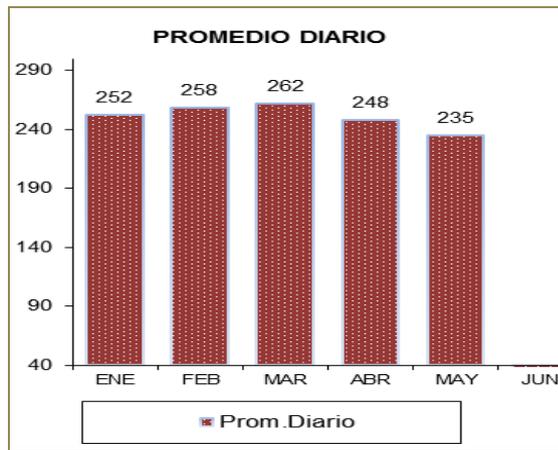
Gráfico N° 6





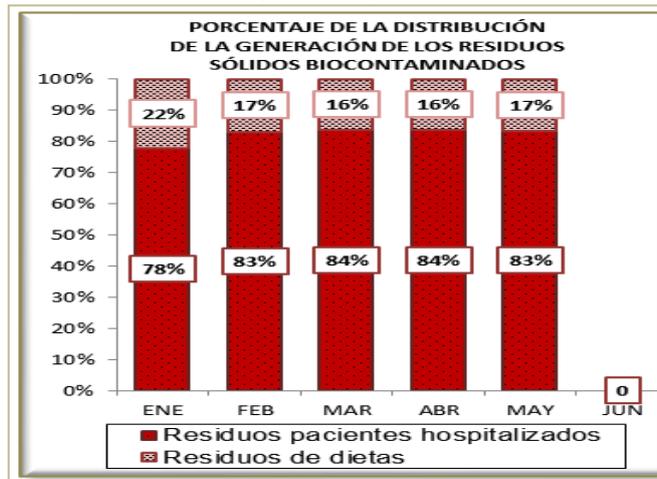
En el gráfico se observa el promedio diario (kg.) de los residuos sólidos biocontaminados, durante el periodo (enero–mayo), y el porcentaje de distribución de los residuos en la etapa de atención al paciente y los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas.

Gráfico N° 7



Elaborado: Oficina de Epidemiología

Gráfico N° 8



AUSENTISMO LABORAL

El estudio epidemiológico del ausentismo laboral en los trabajadores del INCN, surge de la necesidad de examinar los problemas de salud, para un adecuado control de las enfermedades y su prevención.

Durante los meses de enero – mayo se tuvieron 491 descansos médicos, según el tipo de contingencia tenemos: enfermedad común 467casos (95.1%), accidente común 22 casos (4.5%), accidente de trabajo 1 (0.2%) y maternidad 1 (0.2%). Ver tabla N°05 y gráficos N°10 y 11.

Tabla N° 4
Descansos Médicos según Tipo de Contingencia, Año 2017

TIPO DE CONTINGENCIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL	%
ENFERMEDAD COMÚN	105	78	99	102	83	0	0	0	0	0	0	0	467	95.1%
ACCIDENTE COMÚN	4	3	3	5	7	0	0	0	0	0	0	0	22	4.5%
ACCIDENTE DE TRABAJO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
MATERNIDAD	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2%
TOTAL	109	81	102	107	92	0	0	0	0	0	0	0	491	100%
%	22%	16%	21%	22%	19%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	

Fuente: Descansos Médicos – Oficina de Bienestar de Personal
Elaborado: Oficina de Epidemiología



Gráfico N° 9

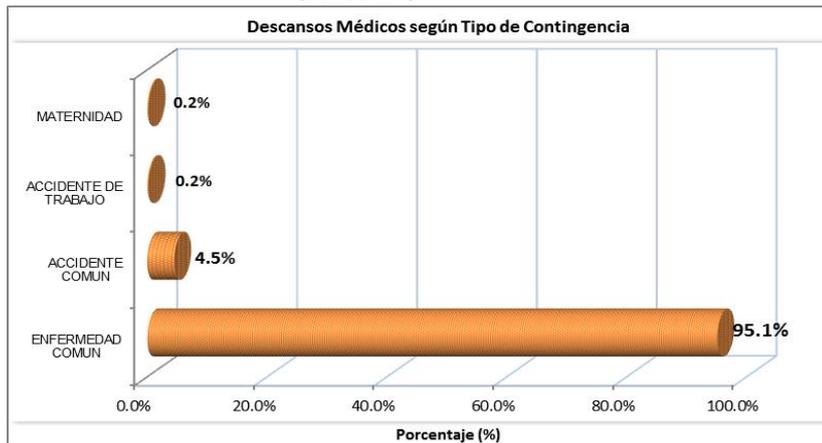
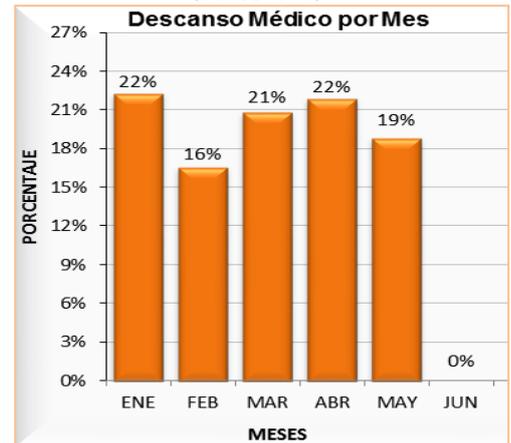


Gráfico N° 10



Fuente: Descansos Médicos – Oficina de Bienestar de Personal
 Elaborado: Oficina de Epidemiología

*Los principales diagnósticos de las enfermedades comunes, se encuentran distribuidos según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Ver tabla N° 05 y gráfica N°11.

TABLA N° 5
Distribución de las Principales Enfermedades Comunes según CIE 10,
Enero – Mayo 2017

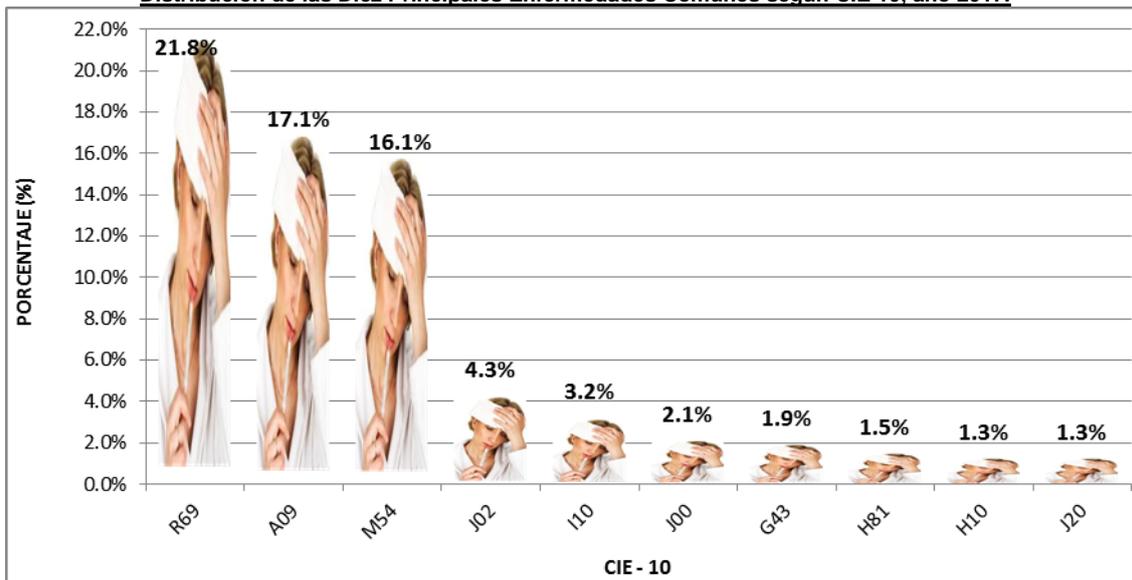
N°	CIE 10	DESCRIPCIÓN	TOTAL	%
1	R69	Enfermedad no especificada	102	21.8%
2	A09	Diarrea y Gastroenteritis de presunto origen infeccioso	80	17.1%
3	M54	Dorsalgia	75	16.1%
4	J02	Faringitis Aguda	20	4.3%
5	I10	Hipertensión Arterial (HTA)	15	3.2%
6	J00	Rinofaringitis Aguda (resfriado común)	10	2.1%
7	G43	Migraña	9	1.9%
8	H81	Vértigo Posicional Paroxístico Benigno (VPPB)	7	1.5%
9	H10	Conjuntivitis	6	1.3%
10	J20	Bronquitis Aguda	6	1.3%
OTROS DIAGNÓSTICOS			137	29.3%
TOTAL			467	100%

Nota: Las enfermedades no especificadas (R69) son diagnósticos emitidos por ESSALUD.





Gráfico N° 11
Distribución de las Diez Principales Enfermedades Comunes según CIE 10, año 2017.



Fuente: Descansos Médicos - Oficina de Bienestar de Personal
Elaborado: Oficina de Epidemiología

DIRECTORA GENERAL DEL INCN
M.C. Pilar Mazzetti Soler

Jefa de la Oficina de Epidemiología
M.C. Yrma Quispe Zapana

Responsable Estadístico
Bach. Heidy Carbajal Ramírez

Responsable de la VEA-IIH
Lic. María Miñano De La Cruz

Responsable de Salud Ambiental.
Freddy Portalatino Vegas

Responsable Administrativo
Econ. Luis A. Moreno De Azambuja

Responsable de Infectología
M.C. Katty Chong Chinchay

Responsable de la Vigilancia de Salud Ocupacional
Dra. Flor de María Ramírez Grande

Secretaría
Sra. Nancv Fernández Bardales



**NO IMPRIMAS
DISTRIBUYE
DIGITAL**
Menos uso de
papel, tintas y
energía.

