



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasOficina de
EpidemiologíaAÑOS 2018-2027 "DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA
MUJERES Y HOMBRES"
Año 2018 "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

Boletín Epidemiológico

N° 01.2019 / Año VIII / Semana Epidemiológica N° 32



SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB o GBS, por sus siglas en inglés) es una polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante, es una debilidad muscular flácida y bilateral simétrica, ascendente y pérdida de los reflejos.

El Síndrome de Guillain-Barré es raro y aflige sólo a una persona de cada 100,000. Generalmente, el Síndrome de Guillain-Barré ocurre unos cuantos días o una semana después de que el paciente ha tenido síntomas de una infección viral respiratoria o gastrointestinal.

En el INCN durante el año 2019, tenemos 13 pacientes notificados debido a la emergencia Sanitaria en el mes de junio se reportó 12 paciente, los cuales se hospitalizaron 7 pacientes; con diagnóstico confirmatorio de 4 pacientes, nuestra mortalidad fue 0 %.

Estos síntomas pueden aumentar en intensidad hasta que los músculos no pueden utilizarse en absoluto y el paciente queda casi totalmente paralizado. En estos casos, el trastorno pone en peligro la vida - potencialmente interfiriendo con la respiración y, a veces, con la presión sanguínea y el ritmo cardíaco - y se le considera una emergencia médica.

Existen dos formas habituales de Síndrome de Guillain Barré:

- Síndrome de Guillain Barre típico: el cual es ascendente iniciando con una debilidad en miembros inferiores
- Síndrome de Guillain Barre descendente: inicia con diplejía facial es menos frecuente.

La mayoría de los pacientes se recuperan, incluyendo a los casos más severos del Síndrome de Guillain-Barré, aunque algunos continúan teniendo un cierto grado de debilidad.

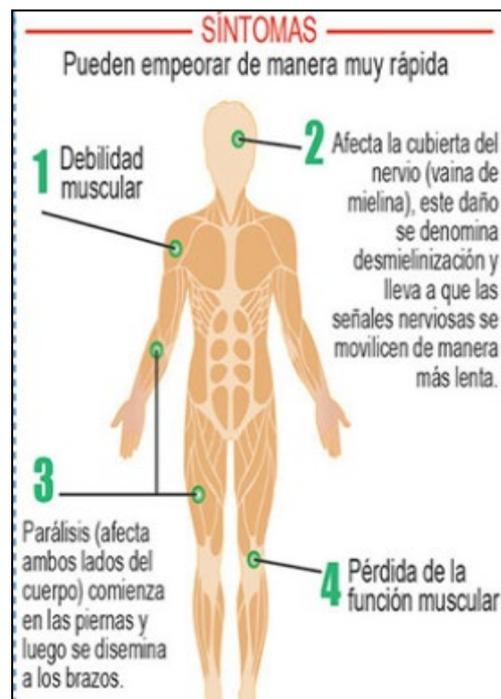
¿Qué ocasiona el Síndrome de Guillain-Barré?

Se desconoce la causa exacta del Síndrome de Guillain-Barré (SGB); no obstante, alrededor de dos tercios de las personas que desarrollan síntomas de SGB lo hacen varios días o semanas después de haber tenido diarrea o enfermedades respiratorias.

La infección por la bacteria *Campylobacter jejuni* es uno de los factores de riesgo más comunes para el SGB. Las personas también pueden desarrollar SGB después de haber tenido influenza u otras infecciones (como el citomegalovirus y el virus de Epstein Barr). En muy raras ocasiones, el SGB se desarrolla durante los días o semanas posteriores a la vacunación.

En el Síndrome de Guillain-Barré, lo que los médicos científicos sí saben es que el sistema inmunológico comienza a destruir la cobertura de mielina que rodea a los axones de muchos nervios periféricos, o incluso a los propios axones (los axones son extensiones delgadas y largas de las células nerviosas que transmiten las señales nerviosas). El recubrimiento de mielina que rodea al axón acelera la transmisión de las señales nerviosas y permite la transmisión de señales a través de largas distancias.

En enfermedades en las que los recubrimientos de mielina de los nervios periféricos son lesionados o quedan afectados, los nervios no pueden transmitir señales con eficiencia. A ello se debe el que los músculos comiencen a perder su capacidad de responder a los mandatos del cerebro, mandatos que han de transportarse a través de la red nerviosa. El cerebro también recibe menos señales sensoriales del resto del cuerpo, resultando en una incapacidad de sentir las texturas, el calor, el dolor y otras sensaciones.





Como alternativa, el cerebro puede recibir señales inapropiadas que resultan en cosquilleo de la piel o en sensaciones dolorosas. Debido a que las señales que van hacia y vienen desde los brazos y las piernas han de recorrer largas distancias, son las más vulnerables a interrupción. Por tanto, las debilidades musculares y las sensaciones de cosquilleo aparecen inicialmente en las manos y en los pies y progresan hacia arriba.

Cuando el Síndrome de Guillain-Barré va precedido de una infección viral, es posible que el virus haya cambiado la naturaleza de las células en el sistema nervioso por lo que el sistema inmunológico la trata como células extrañas. También es posible que el virus haga que el propio sistema inmunológico sea menos discriminador acerca de qué células reconoce como propias, permitiendo a algunas de las células inmunológicas, tales como ciertas clases de linfocitos, atacar la mielina.

Este daño se denomina desmielinización. Esto lleva a que las señales nerviosas se movilizan de manera más lenta. El daño a otras partes del nervio puede hacer que dicho nervio deje de trabajar.

¿Cómo se diagnostica el Síndrome de Guillain-Barré?

El Síndrome de Guillain-Barré se denomina síndrome más que enfermedad porque no está claro el que entre en juego un agente patógeno concreto. Un síndrome es una condición médica caracterizada por un cúmulo de síntomas (lo que siente el paciente) y signos (lo que el médico puede observar o medir).

• Síntomas

Los síntomas de GBS pueden empeorar de manera muy rápida; la debilidad muscular o la pérdida de la función muscular (parálisis) afecta ambos lados del cuerpo. En la mayoría de los casos, comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos. Esto se denomina parálisis ascendente.

Dificultad respiratoria, debida a la inflamación que afecta los nervios del tórax y del diafragma (el gran músculo bajo los pulmones que le ayuda a respirar) y esos músculos están débiles, se puede requerir asistencia respiratoria.

También puede haber problemas con la presión arterial (presión arterial baja o control deficiente de la presión arterial) y la frecuencia cardíaca (frecuencia cardíaca anormal).

En los pacientes del Síndrome de Guillain-Barré, el líquido cerebroespinal que baña la médula espinal y el cerebro contiene más proteína de lo normal. Por lo tanto, un médico puede decidir hacer una punción lumbar, un procedimiento en el que el médico inserta una aguja en la parte inferior de la espalda del paciente para sacar líquido cerebroespinal de la columna espinal.

También se realizan los siguientes exámenes:

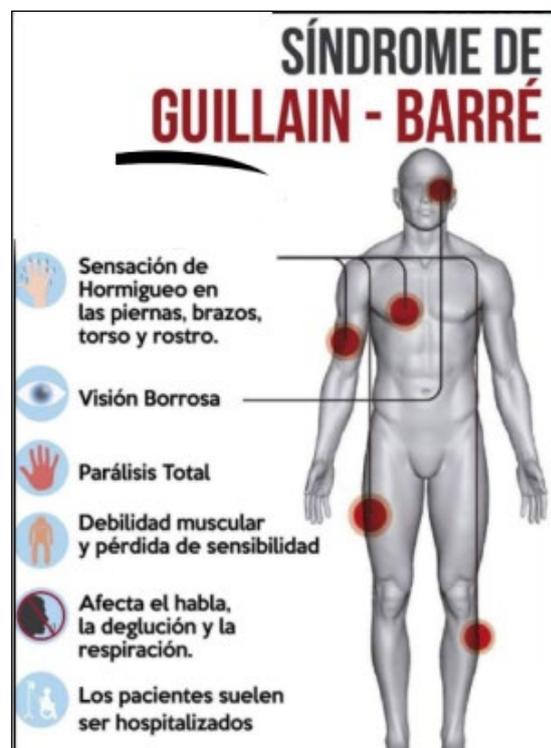
- ✓ ECG para verificar la actividad eléctrica en el corazón
- ✓ Electromiografía (EMG) que evalúa la actividad eléctrica en los músculos
- ✓ Prueba de la velocidad de conducción nerviosa para evaluar qué tan rápido se mueven las señales eléctricas a través de un nervio
- ✓ Pruebas de la función pulmonar para medir la respiración y qué tan bien están funcionando los pulmones.

Es posible que pasen solamente algunas horas hasta que aparezcan los síntomas más graves. Pero también es común que la debilidad vaya aumentando durante varios días.

Tratamiento

No hay una cura conocida para el Síndrome de Guillain-Barré. Sin embargo, el tratamiento está encaminado a las terapias que reducen la gravedad de la enfermedad (síntomas, complicaciones) y aceleran la recuperación en la mayoría de los pacientes.

En las primeras etapas de la enfermedad, se puede administrar un tratamiento llamado aféresis o plasmaféresis. Este tratamiento implica eliminar o bloquear las proteínas, llamadas anticuerpos, las cuales atacan las células nerviosas. La plasmaféresis es un método mediante el cual se saca sangre entera del cuerpo y se procesa de forma que los glóbulos blancos y rojos se separen del plasma o la porción líquida de la sangre. Las células de la sangre se devuelven luego al paciente sin el plasma, el cual el cuerpo sustituye rápidamente. La plasmaféresis es la técnica que parece reducir la gravedad y duración del episodio de Guillain-Barré. Esto quizás se deba a que la porción del plasma de la sangre contiene elementos del sistema inmunológico y puede ser tóxico para la mielina.





Otro tratamiento es la inmunoglobulina intravenosa (IgIV). Ambos tratamientos conducen a un mejoramiento más rápido y ambos son igualmente efectivos. En la terapia de inmunoglobulina de alta dosis, los médicos administran inyecciones intravenosas de proteína que, en cantidades pequeñas, el sistema inmunológico utiliza naturalmente para atacar a los organismos invasores. Los investigadores han descubierto que la administración de altas dosis de estas inmunoglobulinas, derivadas de un conjunto de miles de donantes normales, a pacientes de Guillain-Barré puede reducir el ataque inmunológico sobre el sistema nervioso.

Pero no existe ninguna ventaja para el uso de ambos tratamientos al mismo tiempo. Cuando los síntomas sean graves, se necesitará tratamiento en el hospital. Probablemente se suministre respiración artificial. Otros tratamientos en el hospital se centran en la prevención de complicaciones. Estos pueden incluir: Anticoagulantes para prevenir la formación de coágulos sanguíneos, Soporte respiratorio o un tubo de respiración y un respirador si el diafragma está débil, Analgésicos u otros medicamentos para tratar el dolor, Posicionamiento adecuado del cuerpo y una sonda de alimentación para prevenir el ahogamiento durante las comidas, en caso de que los músculos empleados para la deglución estén débiles, Fisioterapia para ayudar a mantener los músculos y las articulaciones saludables de los pacientes para que muevan manualmente las extremidades de los pacientes para ayudar a mantener flexibles y fuertes los músculos. Posteriormente, a medida que el paciente comienza a recuperar el control de las extremidades, comienza la terapia física.

Expectativas (pronóstico)

La recuperación puede tardar semanas, meses o años. La mayoría de las personas sobreviven y se recuperan por completo. En algunas personas, la debilidad leve puede persistir. El desenlace clínico probablemente es bueno cuando los síntomas desaparecen dentro de un período de tres semanas después de haber comenzado por primera vez.

¿Quiénes corren con mayores riesgos de desarrollar el SGB?

Este síndrome puede presentarse a cualquier edad. Sin embargo, es más común en personas entre los 30 y 50 años. La incidencia de SGB aumenta con la edad y las personas mayores de 50 años corren el mayor riesgo para el desarrollo de SGB.

¿Cuál es la perspectiva a largo plazo para quienes tienen el Síndrome de Guillain-Barré?

El Síndrome de Guillain-Barré puede ser una condición médica devastadora debido a la rapidez y a la inesperada aparición. Además, la recuperación no es necesariamente rápida. Tal como se advirtió anteriormente, los pacientes usualmente llegan al punto de mayor debilidad o parálisis días o semanas después de ocurrir los primeros síntomas. Los síntomas se estabilizan luego a este nivel por un periodo de días, semanas o, a veces, meses. El periodo de recuperación puede ser tan corto como unas cuantas semanas o tan largo como unos cuantos años. Un 30 por ciento aproximadamente de quienes tienen Guillain-Barré aún sufren una debilidad residual después de 3 años de la enfermedad.





VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (VEA-IAAS)

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-junio 2019, el número de IIH en los servicios de UCI Neurológica y UCI de Centro Neuroquirúrgico, fue el siguiente: 6 casos de ITS asociado a Catéter Venoso Central (CVC), 0 infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP) y 1 caso de neumonía asociada a Ventilador Mecánico (VM). Ver tabla N°1 y gráficos N°1,2 y 3.

Tabla N°1
Vigilancia en los Servicios de UCI Neurológica y UCI Centro Neuroquirúrgico, enero-junio 2019

INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLÓGICAS	Catéter Venoso Central (CVC)				Catéter Urinario Permanente (CUP)				Ventilador Mecánico (VM)			
	N° días exposición con CVC	N° de pacientes vigilados	N° ITS asociado a CVC	Tasa de ITS	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITU asociado a CUP	Tasa de ITU	N° días exposición con VM	N° de pacientes vigilados	N° 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	183	47	0	0.00	181	44	0	0.00	133	15	0	0.0
FEBRERO	177	45	3	16.95	177	42	0	0.00	146	17	0	0.0
MARZO	152	39	2	13.16	213	48	0	0.00	127	20	1	7.87
ABRIL	142	41	0	0.00	184	65	0	0.00	78	14	0	0.0
MAYO	218	39	1	4.59	242	45	0	0.00	73	10	0	0.0
JUNIO	185	51	0	0.00	221	55	0	0.00	108	19	0	0.0
TOTAL	1,057	262	6	5.68	1,218	299	0	0.00	665	95	1	1.50

ITS: Infección del Torrente Sanguíneo / ITU: Infección del Tracto Urinario
Fuente: Vigilancia Epidemiológica Activa.

En el servicio de neurología no hubo casos de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a catéter urinario permanente (CUP); el servicio de neurocirugía no presentó casos de infecciones del tracto urinario (ITU) asociado a Catéter Urinario Permanente (CUP); hubo 1 caso de infección de Herida Operatoria (IHO) y 0 casos de cirugía de columna (IHO). Ver tabla N°2, gráficos N°4,5 y 6.

Tabla N°2
Vigilancia en los Servicios de Neurología y Neurocirugía, enero-junio 2019

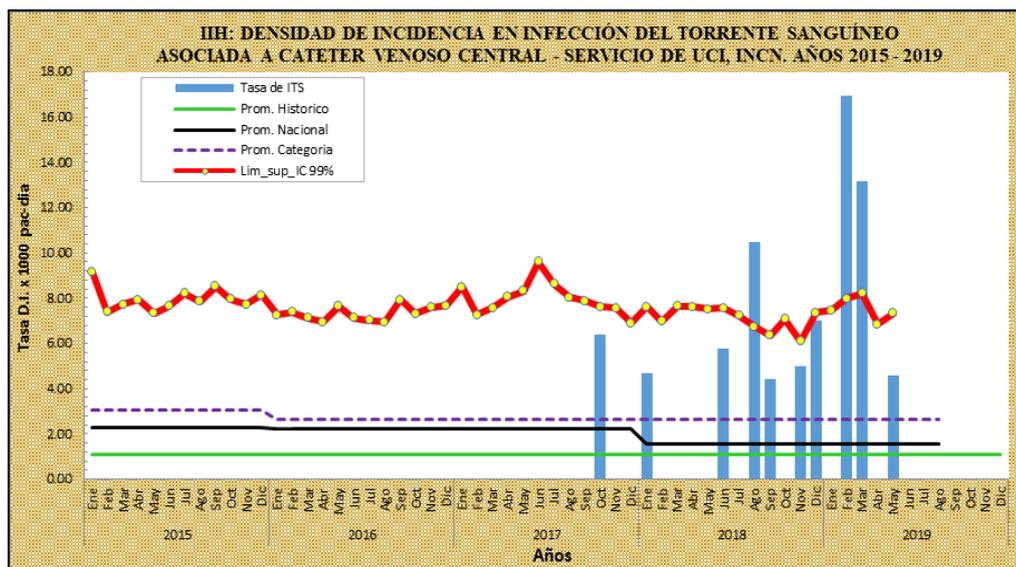
INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLÓGICAS	SERVICIO DE NEUROLOGIA				SERVICIO DE NEUROCIRUGIA									
	Catéter Urinario Permanente (CUP)				Catéter Urinario Permanente (CUP)				Cirugía de Cráneo			Cirugía de Columna		
	N° días exposición con CUP	N° de pacientes vigilados	N° ITU asociado a CUP	Tasa de 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	b/a x 1000	c		d	d/c x 1000	e	f	f/e x 100	g	h	h/g x 100
ENERO	193	20	0	0.00	133	19	0	0.00	45	0	0.00	21	0	0.00
FEBRERO	134	20	0	0.00	156	26	0	0.00	47	0	0.00	16	0	0.00
MARZO	144	14	0	0.00	176	23	0	0.00	50	1	2.00	21	0	0.00
ABRIL	174	14	0	0.00	225	28	0	0.00	53	0	0.00	25	0	0.00
MAYO	86	11	0	0.00	149	30	0	0.00	38	0	0.00	14	0	0.00
JUNIO	158	23	0	0.00	159	33	0	0.00	51	0	0.00	13	0	0.00
TOTAL	889	102	0	0.00	998	159	0	0.00	284	1	0.35	110	0	0.00

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



TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IIH

Gráfico N°1

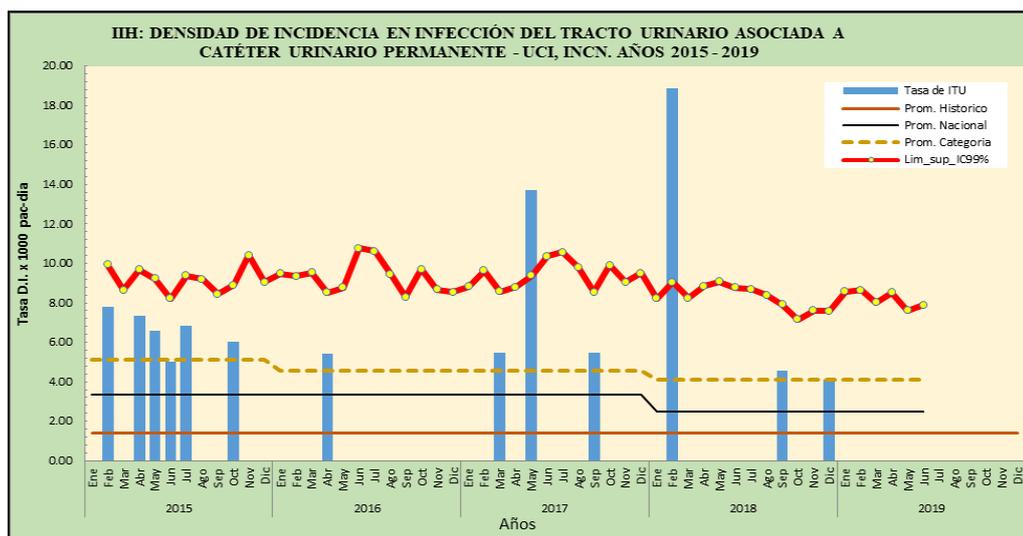


Durante el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 5.68 x 1000 días de exposición con 6 ITS asociado a CVC, con un promedio histórico: 1.08, promedio nacional: 1.55, promedio categoría: 2.65 y Límite-sup IC 99%: 3.70.

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

*En el año 2017 la Tasa de Densidad fue de 0.55 x 1000 días de exposición con 1 ITS asociado a CVC. El año 2018 la Tasa de Densidad fue de 3.28 x 1000 días de exposición con 8 ITS asociado a CVC, con un promedio histórico: 1.08, promedio nacional: 1.55, promedio categoría: 2.65 y Límite-sup IC 99%: 2.80.

Gráfico N°2



En el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 0.00 x 1000 días de exposición con 0 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 1.40, promedio nacional: 2.50, promedio categoría: 4.10 y Límite-sup IC 99%: 4.17.

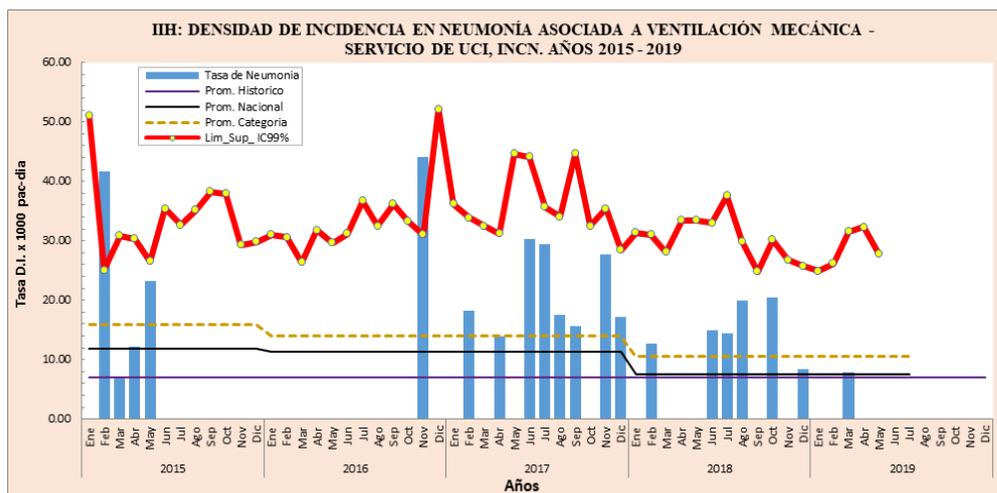
Fuente: Oficina de Epidemiología - Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA-IIH)

*En el año 2015 la Tasa de Densidad fue de 3.28 x 1000 días de exposición con 6 ITU asociado a CUP. El año 2016 la Tasa de Densidad fue de 0.54 x 1000 días de exposición con 1 ITU asociado a CUP. El año 2017 la Tasa de Densidad fue de 2.25 x 1000 días de exposición con 4 ITU asociado a CUP y en el año 2018 la Tasa de Densidad fue de 2.08 x 1000 días de exposición con 5 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 1.40, promedio nacional: 2.50, promedio categoría: 4.10 y Límite-sup IC 99%: 3.37.





Gráfico N°3



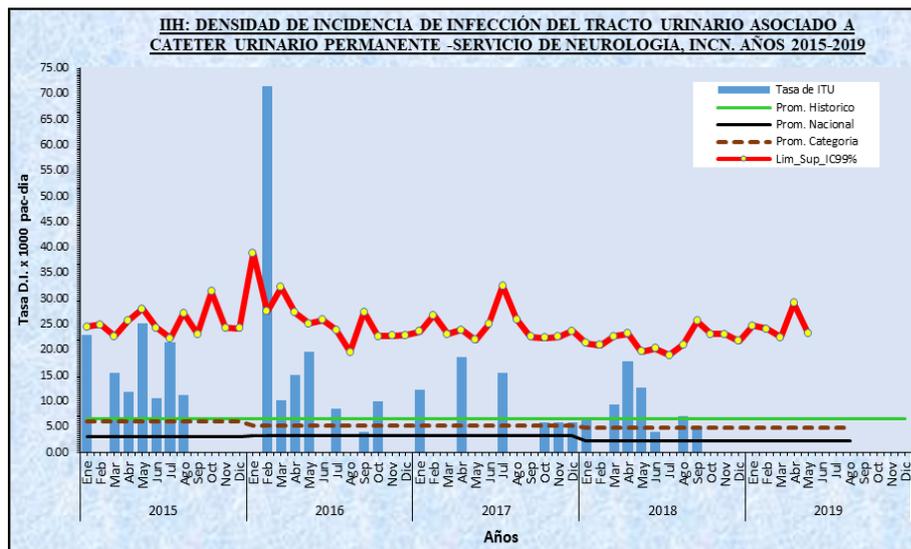
En el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 1.50 x 1000 días de exposición con 1 neumonía asociada a VM, con un promedio histórico: 7.02, promedio nacional: 7.52, promedio categoría: 10.60 y Límite-sup IC 99%: 15.41.

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

*En el año 2015 la Tasa de Densidad fue de 5.59 x 1000 días de exposición con 5 neumonía asociada a VM; el año 2016 la Tasa de Densidad fue de 3.14 x 1000 días de exposición con 3 neumonía asociada a VM. En el año 2017 la Tasa de Densidad fue de 13.93 x 1000 días de exposición con 9 neumonía asociada a VM y en el año 2018 la Tasa de Densidad fue de 7.53 x 1000 días de exposición con 8 neumonía asociada a VM, con un promedio histórico: 7.02, promedio nacional: 7.52, promedio categoría: 10.60 y Límite-sup IC 99%: 13.66.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IHH

Gráfico N°4



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

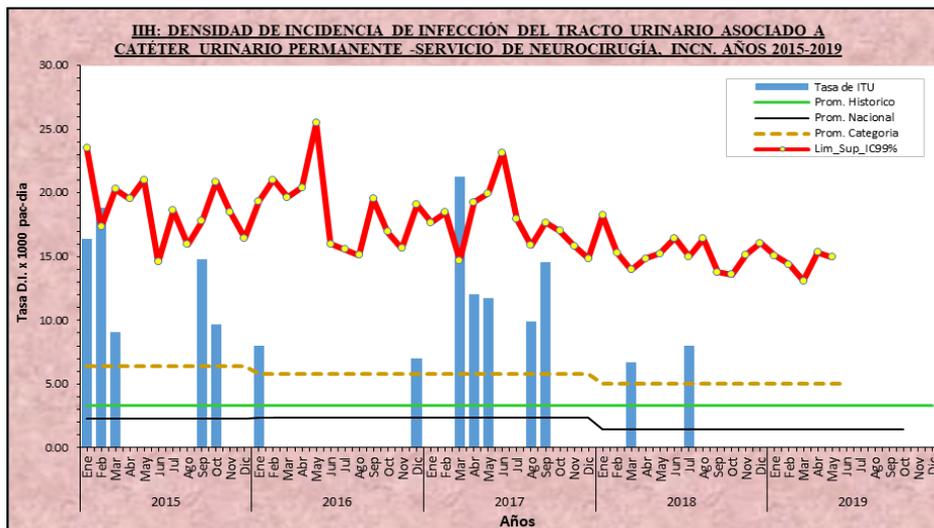
*Durante el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 0.00 x 1000 días de exposición con 0 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 6.56, promedio nacional: 2.17, promedio categoría: 4.80 y Límite-sup IC 99%: 13.56.

*En el año 2015 la Tasa de Densidad fue de 9.75 x 1000 días de exposición con 15 ITU asociado a CUP; en el año 2016 la Tasa de Densidad fue de 6.47 x 1000 días de exposición con 10 ITU asociado a CUP. El año 2017 la Tasa de Densidad fue de 5.70 x 1000 días de exposición con 10 ITU asociado a CUP y en el año 2018 la Tasa de Densidad fue de 5.15 x 1000 días de exposición con 12 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 6.56, promedio nacional: 2.17, promedio categoría: 4.80 y Límite-sup IC 99%: 10.88.



Gráfico N° 5

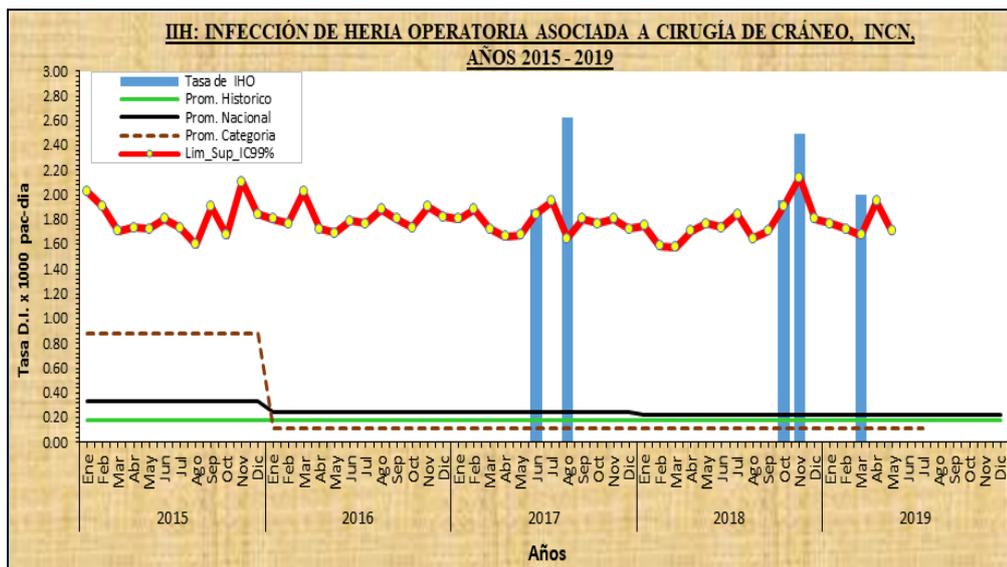
*En el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 0.00 x 1000 días de exposición con 0 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 3.27, promedio nacional: 1.47, promedio categoría: 5.01 y Límite-sup IC 99%: 7.94.



Fuente: Oficina de Epidemiología - Vigilancia Epidemiológica Activa (VEA-IIH). *La Tasa del Promedio Nacional: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de IIH -DGE- MINSA. *La Tasa Referenciales a Nivel Nacional: Centro Nacional de Epidemiología, prevención y Control de Enfermedades - MINSA. Elaborado: Oficina de Epidemiología

*En el año 2015 la Tasa de Densidad fue de 5.39 x 1000 días de exposición con 6 ITU asociado a CUP; en el año 2016 la Tasa de Densidad fue de 1.60 x 1000 días de exposición con 2 ITU asociado a CUP. El año 2017 la Tasa de Densidad fue de 6.32 x 1000 días de exposición con 8 ITU asociado a CUP y en el año 2018 la Tasa de Densidad fue de 1.07 x 1000 días de exposición con 2 ITU asociado a CUP, con un promedio histórico: 3.27, promedio nacional: 1.47, promedio categoría: 5.01 y Límite-sup IC 99%: 6.67.

Gráfico N°6



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

En el primer semestre del 2019, se tiene la Tasa de Densidad de 0.35 x 100 días de exposición con 1 IHO en cirugía de cráneo, con un promedio histórico: 0.18, promedio nacional: 0.22, promedio categoría: 0.11 y Límite-sup IC 99%: 0.83.

En el año 2015 la Tasa de Densidad fue de 0.00 x 100 días de exposición con 0 IHO asociada a cirugía de cráneo; el año 2016 la Tasa de Densidad fue de 0.00 x 100 días de exposición con 0 IHO asociada a cirugía de cráneo. En el año 2017 la Tasa de Densidad fue de 0.36 x 100 días de exposición con 2 IHO asociada a cirugía de cráneo y en el año 2018 la Tasa de Densidad fue de 0.34 x 100 días de exposición con 2 IHO asociada a cirugía de cráneo, con un promedio histórico: 0.18, promedio nacional: 0.22, promedio categoría: 0.11 y Límite-sup IC 99%: 0.63.





SALUD AMBIENTAL

1. RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS

El buen manejo de los residuos sólidos biocontaminados hospitalarios en cada una de sus etapas: generación, segregación, almacenamiento, tratamiento y disposición final, garantiza la seguridad de los pacientes y profesionales a cargo del cuidado de la salud.

En el Instituto la generación de los residuos sólidos biocontaminados, en el primer semestre (enero-junio) fue de 52,397kg., los cuales se encuentran distribuidos en: residuos en la etapa de atención al paciente (salas de hospitalización) 42,527kg., y los residuos de los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas 9,870kg. Ver tabla N°3.

Con un promedio diario de 290kg., y un promedio mensual es de 8,733kg. El porcentaje semestral de distribución es de 81% en la atención al paciente y 19% los restos de los alimentos que dejan los pacientes en sus dietas.

Tabla N° 3. Información Mensual de Residuos Sólidos Biocontaminados en el INCN, enero –junio 2019

MES kg.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROMEDIO MENSUAL Kg.
BIO	8,050	7,123	7,581	6,435	6,627	6,711							42,527	7,088
NUT	1,701	1,658	1,727	1,615	1,615	1,554							9,870	1,645
TOTAL Kg.	9,751	8,781	9,308	8,050	8,242	8,265	0	0	0	0	0	0	52,397	8,733

PROMEDIO DIARIO*	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
BIO	260	254	245	215	214	224							235
NUT	55	59	56	54	52	52							55
TOTAL Kg.	315	314	300	268	266	276	0	0	0	0	0	0	290

MES %	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
BIO	83%	81%	81%	80%	80%	81%							81%
NUT	17%	19%	19%	20%	20%	19%							19%
TOTAL %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Biocontaminados.
Elaborado: Oficina de Epidemiología

*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° 7

Total Mensual de los Residuos Sólidos Biocontaminados

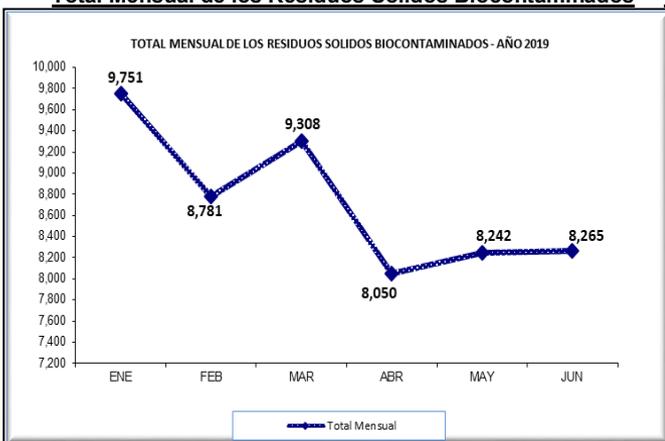
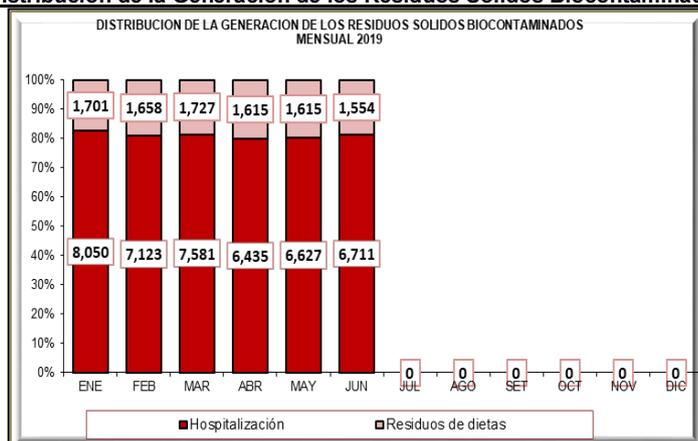


Gráfico N° 8

Distribución de la Generación de los Residuos Sólidos Biocontaminados



*Los residuos sólidos biocontaminados que se ha segregado más fueron en los meses de enero (9,751kg.) y marzo (9,308kg.) respectivamente. En el mes de junio la segregación de residuos sólidos biocontaminados fue de 8,265kg., con un promedio de 276kg, por día.



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

Gráfico N° 9
Promedio Diario

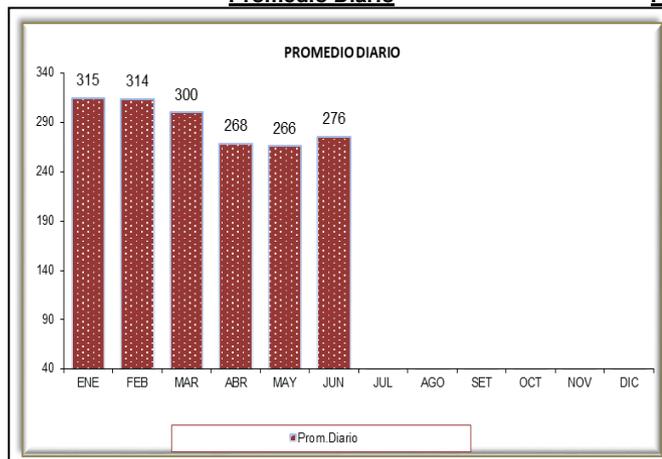
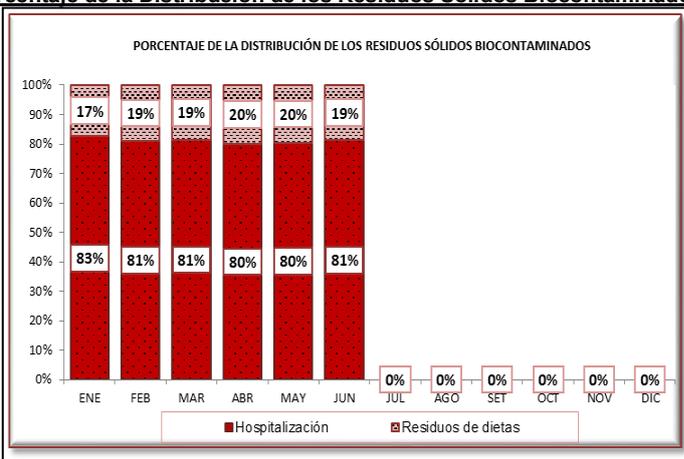


Gráfico N° 10
Porcentaje de la Distribución de los Residuos Sólidos Biocontaminados



Fuente: Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos.
Elaborado: Oficina de Epidemiología

* El porcentaje de distribución en el mes de junio fue de 81% en la etapa de atención al paciente y 19% los restos de los alimentos que dejan los pacientes en sus dietas.

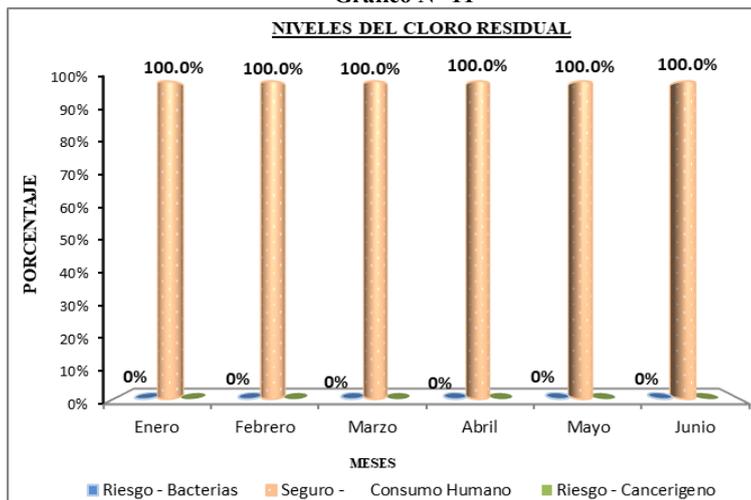
2. MONITOREO DEL CLORO RESIDUAL DEL AGUA

La vigilancia sanitaria de los niveles de cloro residual del agua para consumo humano en nuestra institución, durante los primeros 6 meses se encuentra porcentualmente dentro del intervalo [0,5 – 1,0 mg/l], considerándose apta para el consumo humano.

Tabla N° 04

AÑO 2019				
N°	Mes	Análisis Físicoquímico		
		Niveles de Cloro Residual (ppm)		
		Riesgo - Bacterias	Seguro - Consumo Humano	Riesgo - Cancerígeno
		[0 - 0,4 mg/l]	[0,5 -1,0mg/l]	>=1,0
1	Enero	0.0%	100.0%	0.0%
2	Febrero	0.0%	100.0%	0.0%
3	Marzo	0.0%	100.0%	0.0%
4	Abril	0.0%	100.0%	0.0%
5	Mayo	0.0%	100.0%	0.0%
6	Junio	0.0%	100.0%	0.0%

Gráfico N° 11





DIRECTORA GENERAL DEL INCN
M.C. Pilar Mazzetti Soler

Jefa de la Oficina de Epidemiología
M.C. Katty del Rosario Chong
Chinchay
Médico Infectóloga y Tropicales

Responsable Estadístico e Informático
Bach. Heidy Carbajal Ramírez

Responsable de la VEA-IIH
Lic. Mery Girón de la Cruz

Responsable de Salud Ambiental
Téc. Saúl Narro Leiva

Responsable Administrativo
Econ. Luis A. Moreno De Azambuja

Secretaria
Sra. Nancy Fernández Bardales



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

