



PERÚ

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

Boletín Epidemiológico

N°02.2018 / Año VIII / Semana Epidemiológica N°23

INFLUENZA VIRUS A(H1N1)

¿Qué es la Influenza A(H1N1)?

La Influenza es una enfermedad viral aguda de las vías respiratorias que se caracteriza por fiebre, tos, cefalea, mialgias, postración, catarro y dolor de garganta provocada por diversos virus de influenza A, B y C y que se presentan de manera estacional, de forma epidémica o pandémica.

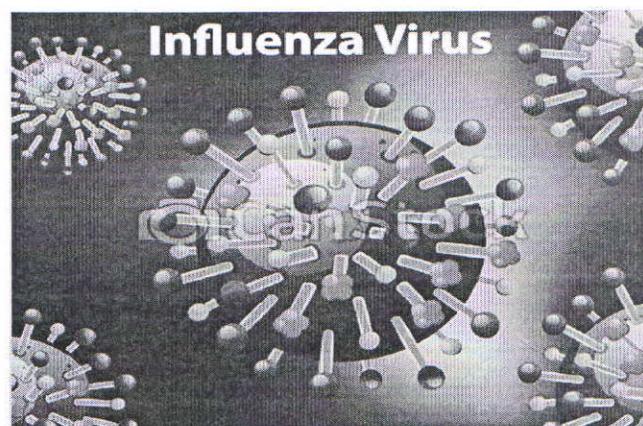
La influenza estacional es el evento de trasmisión de influenza durante los periodos de baja temperatura que se presentan durante todos los años. Durante este periodo se incrementa el número de contagios, hospitalizados y número de casos graves con riesgo de fallecer. Ocasionalmente, esta forma de presentación produce brotes o epidemias localizadas en algunas poblaciones vulnerables.

La influenza pandémica se produce en el mundo con una frecuencia de cada 30 a 40 años por la aparición de un nuevo tipo de virus de influenza A y que afecta en gran parte a la población en los cinco continentes. En el siglo XX se han presentado tres pandemias de influenza los años 1917 Gripe "Española" A(H1N1), 1958 Gripe "Asiática" A(H2N2) y 1968 Gripe de "Hong Kong" A(H3N2). En el siglo XXI, el año 2009, se presentó una pandemia de influenza por el virus A(H1N1); con casos confirmados en al menos 214 países del mundo, con 18 449 defunciones.

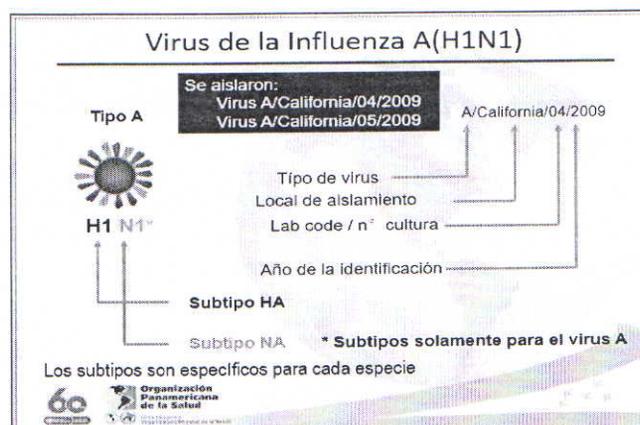
En el Perú la transmisión se extendió a los 24 departamentos del país, notificándose más de 10 000 casos confirmados, de los cuales al menos 312 fallecieron; la pandemia afectó principalmente a niños y adultos jóvenes; las tasas de mortalidad y letalidad fueron más altas en los grupos de mayor edad, el 74% de las muertes estuvieron relacionadas a una comorbilidad o una condición de riesgo. En agosto del 2010, la OMS dio por finalizada la pandemia, a partir de entonces el virus pandémico es denominado influenza A(H1N1)pmd09 y ha continuado circulando en los años siguientes como parte de los virus de la influenza estacional. Desde entonces A(H1N1) pmd09 es incluido en la recomendación de OMS como uno de los virus para la elaboración de las vacunas contra influenza estacional.

Desde febrero del 2012, la vigilancia de influenza y otros virus respiratorios (OVR) en el Perú tiene 3 componentes: Vigilancia centinela del síndrome gripal, Vigilancia centinela de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), Vigilancia de IRAG inusitada y vigilancia de las muertes por IRAG.

Desde diciembre del 2014, se tiene normado la vigilancia de infecciones respiratorias agudas (IRA), a través de la Directiva Sanitaria N°061-MINSA/DGE V01, para la vigilancia epidemiológica de las Infecciones Respiratorias Agudas aprobada con R.M. N°1024-2014/MINSA.



En el Perú, según el reporte de vigilancia, en los últimos tres años, circulan tres subtipos de influenza, entre ellas la influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3N2) e influenza B (linajes Victoria y Yamagata). En el año 2017 el mayor porcentaje de casos fueron por influenza A(H3N2) en un 76,6%, seguido de la influenza B (21,4%). La vigilancia detectó 6 casos por Influenza A (H1N1)pdm09.



> Situación Actual

En América Central: Costa Rica como Guatemala notificaron casos de influenza en los primeros meses de 2018. En Costa Rica la transmisión que se había iniciado a finales del 2017 continuó durante el 2018 aunque con una tendencia decreciente a partir de la semana epidemiológica (SE) N°4 del 2018, el virus predominante fue influenza A(H3N2). En Guatemala, el porcentaje de positividad se incrementó a partir de la SE N° 9 del 2018, con circulación concomitante de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza A(H3N2).





En América del Norte: Canadá como Estados Unidos de América observó un inicio temprano y un rápido incremento de la actividad de influenza 2017/18. En ambos países la temporada de influenza fue considerada severa, en base a la tasa de hospitalizaciones y defunciones. El virus predominante fue influenza A(H3N2) con circulación temprana de influenza B. En los Estados Unidos se observó una alta tasa de hospitalización que excedió lo registrado en la temporada 2014/15, que también había considerada severa. En México, si bien la temporada se inició tempranamente, la tasa de hospitalización registrada no fue alta en comparación con lo observado en temporadas anteriores.

A principios del 2018 se observó en Ecuador un inicio temprano y una intensa circulación de influenza, principalmente de influenza A(H1N1)pdm09. Adicionalmente, se registró un incremento en el número de hospitalizaciones respecto a años anteriores. Recientemente, Bolivia, registró un aumento en la detección de casos de influenza en el departamento de Santa Cruz.

En el Perú, durante las tres primeras semanas del 2018 se observó circulación tanto de influenza A(H1N1)pdm09, influenza A(H3N2) e influenza B. A través de la vigilancia centinela de virus respiratorios, hasta la semana epidemiológica (SE) N°22 han procesado 1 389 muestras, de las cuales 328 (23.6%) fueron positivas para virus de influenza; de estos positivos, 175 (53.4%) corresponden a Influenza A(H1N1)pdm09, 89 muestras a Influenza B (12 Influenza B Victoria, 43 Influenza B Yamagata y 34 Influenza B No tipificables) y 63 muestras (19.2%) a Influenza A (H3N2). En las 5 últimas semanas predomina el virus de Influenza A(H1N1) pdm09 en todo el país.

En el Caribe: Jamaica, Guayana Francesa y la República Dominicana, se notificaron predominantemente casos de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B, durante los primeros meses del 2018. El número de hospitalizaciones reportado en Jamaica fue similar a lo registrado en años anteriores.

En los países de Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, en el primer trimestre del 2018 la actividad de influenza se mantuvo baja con predominio de influenza B y de influenza A(H3N2). Este comportamiento se mantuvo hasta la SE N°14 del 2018.



➤ La Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud

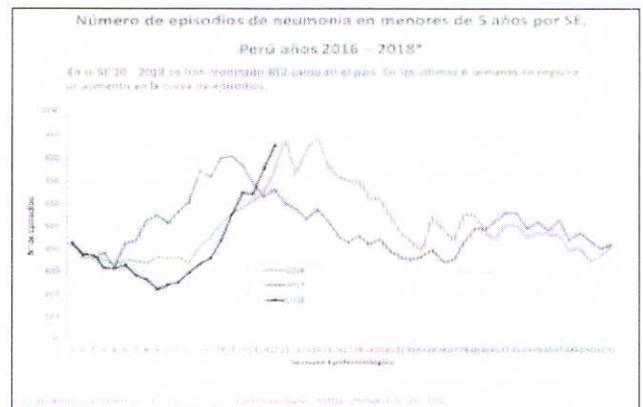
Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza en el hemisferio sur, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda que se adopten las medidas necesarias para asegurar el manejo clínico apropiado, el estricto cumplimiento de las medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud y la provisión adecuada de antivirales. La OPS/OMS insta, además, a que intensifiquen las actividades de vacunación contra influenza estacional para prevenir casos graves, así como defunciones por influenza.

➤ Población de mayor riesgo

La población en mayor riesgo de desarrollo de influenza grave: Mujeres embarazadas, personas obesas, personas que padecen asma, menores de 12 meses de edad, pacientes con cáncer, pacientes con insuficiencia renal crónica, pacientes diabéticos, pacientes con SIDA, otras causas de inmunosupresión, enfermedad cardíaca y mayores de 65 años.

Entre los otros virus respiratorios (OVR) se ha identificado el incremento de la circulación de virus Sincicial Respiratorio (VSR) asociado con el incremento de neumonías en los niños de 05 años.

La Vigilancia de Infecciones Respiratorias Graves (IRAG) y la vigilancia de neumonías muestran un incremento sostenido de casos en las últimas semanas en la mayoría de las regiones del país, con un incremento estacional temprano en comparación con los años anteriores.



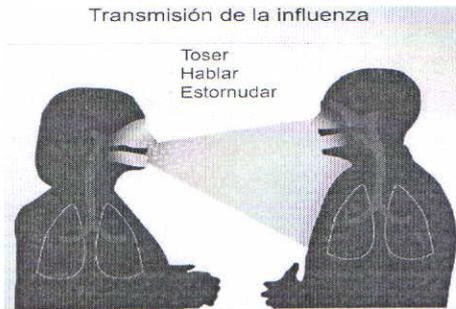
SENAMHI informa descenso de temperaturas en la costa peruana de manera precoz y por debajo de lo habitual, estas condiciones favorecen la circulación de virus de influenza y otros virus respiratorios (OVR) como el Virus Sindical Respiratorio (VSR).





➤ Transmisión de la Influenza

- De persona a persona, al toser, hablar y estornudar; periodo de incubación de 1-4 días. Transmisibilidad 1 día previo a 3-7 días después del inicio de síntomas, más prolongado en niños y personas inmunocomprometidos.



- Transmisión de la influenza en la atención de salud: especial consideración al personal de salud, personal que labora en centros de atención a ancianos, contactos de personas que pertenecen a los grupos más vulnerables, personal de centros de atención a pacientes crónicos o debilitados.
- Transmisión de la influenza en la atención de salud: personas que han cuidado, vivido o tenido contacto directo con secreciones respiratorias o fluidos corporales de un caso sospechoso o confirmado de Influenza A(H1N1).

➤ Síntomas

Los síntomas de la influenza en las personas son similares a los de la influenza estacional común en seres humanos y entre estos se incluyen fiebre, letargo, falta de apetito y tos. Algunas personas con Influenza AH1N1) han reportado también secreciones nasales, dolor de garganta, náuseas, vómitos y diarrea.



Evaluación de la gravedad clínica en adultos: valorar el estado general, medir la temperatura corporal (fiebre $>38^{\circ}\text{C}$), contar las respiraciones en un minuto, realizar auscultación pulmonar y evaluar alteraciones, observar el color de piel y mucosas (detectar cianosis).

Evaluación de la severidad clínica en niños: valorar el estado general, valorar el estado de hidratación, medir la temperatura corporal (fiebre $>38^{\circ}\text{C}$), contar las respiraciones en un minuto, observar si hay aleteo nasal o tiraje subcostal, evaluar la presencia de estridor o silbilancias, auscultación de crepitantes y subcrepitantes, observar el color de las uñas y mucosas (detectar cianosis ungueal o circumoral).

Casos graves en adultos (signos de alarma): disnea, náuseas y vómitos persistentes, alteraciones de la conciencia, empeoramiento de una enfermedad crónica y deterioro cardíaco.

Casos graves en niños (signos de alarma): fiebre alta y disnea, aumento de frecuencia respiratoria: 2-11 meses > 50 rep/min, 1 -5 años > 40 rep/min, rechazo a la vía oral, irritabilidad y convulsiones, alteraciones de la conciencia.

Conglomerado Influenza A(H1N1): Dos o más personas que presentan manifestaciones de infección respiratoria aguda no explicada con $>38^{\circ}\text{C}$ de fiebre o que murieron de una infección respiratoria no explicada detectada dentro de un periodo de 14 días desde el inicio de los síntomas en la misma área geográfica y/o vinculación epidemiológica.

❖ **Caso sospechoso de influenza:** Persona con enfermedad respiratoria febril aguda (fiebre $>38^{\circ}\text{C}$) con el espectro de enfermedad de los síntomas y signos de Enfermedad tipo influenza (ETI) hasta Enfermedad respiratoria Aguda Grave (IRAG) con la neumonía. También se considera a la Enfermedad tipo influenza (ETI): aparición súbita de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta y ausencia de otras causas o a la Infección respiratoria aguda grave (IRAG): aparición súbita de fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ y tos o dolor de garganta y disnea o dificultad para respirar y necesidad de hospitalización.

❖ **Caso probable de influenza:** Persona con una prueba de influenza que es positivo para Influenza A, pero que no se ha subtipificado con reactivos utilizados para detectar virus de influenza estacional; o con una enfermedad compatible clínicamente con Influenza (ETI); o que ha muerto con una enfermedad respiratoria aguda grave (IRAG), inexplicada que está ligado epidemiológicamente a un caso probable o confirmado.

❖ **Caso confirmado de influenza:** Persona con una prueba de laboratorio confirmado de virus de influenza A(H1N1) mediante una o más de las siguientes pruebas RT-PCR en tiempo real, Cultivo viral, Incremento de cuatro veces anticuerpo específicos neutralizantes contra el virus de influenza A(H1N1).





• **Recomendaciones relacionadas a la vigilancia de la Influenza**

Se recomienda continuar fortaleciendo los sistemas de vigilancia de la infección respiratoria aguda (IRA), enfermedad tipo influenza (ETI) y priorizando a la infección respiratoria aguda grave (IRAG) a fin de monitorear la conducta epidemiológica y los virus en circulación, tendencias, la gravedad clínica y los grupos de riesgo más afectados.

Se debe investigar de inmediato eventos respiratorios que sean inusitados, tales como: casos de influenza con progresión clínica atípica, IRA asociada a enfermedad animal o en viajeros expuestos en zonas de riesgo a nuevos virus de influenza emergentes, IRAG en profesionales de salud o conglomerados de casos de influenza fuera de la temporada habitual de circulación.

Como parte de la vigilancia de rutina, y para la confirmación etiológica de casos inusuales, se deben obtener muestras nasofaríngeas u orofaríngeas (o de lavado bronquial en casos graves) para la detección de virus respiratorios, priorizando siempre el análisis de laboratorio de los casos más graves, especialmente de casos fallecidos; y siguiendo las guías técnicas y algoritmos de diagnóstico del Centro Nacional de Influenza (CNI) o del laboratorio de referencia a nivel nacional responsable de la vigilancia por laboratorio.

Las muestras positivas a influenza, de casos con mayor gravedad o asociadas a presentaciones clínicas inusuales, deben ser enviadas al Centro Colaborador de la OPS/OMS en los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en Atlanta para pruebas de caracterización adicional. También se debe enviar de inmediato al Centro Colaborador de la OPS/OMS muestras de influenza A no-subtipificables.

• **Recomendaciones con respecto al manejo clínico adecuado de pacientes**

Algunos grupos que presentan mayor riesgo a complicaciones relacionadas a infecciones por influenza, como por ejemplo: los menores de 2 años de edad, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas o en post parto, personas con morbilidad subyacente (enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, condiciones neurológicas tales como lesiones del sistema nervioso central y retraso en el desarrollo cognitivo), personas con inmunosupresión (VIH/SIDA, o por medicamentos), personas con obesidad mórbida (Índice de Masa Corporal mayor a 40).

En estos casos debe considerarse la administración de tratamiento antiviral (oseltamivir) al inicio de los síntomas, cuando se sospecha de influenza. El tratamiento debe iniciarse aún antes de tener la confirmación por el laboratorio, ya que el tratamiento resulta efectivo si se inicia de manera temprana. Adicionalmente, todo paciente con presentación clínica grave debe ser tratado con antivirales tan pronto como se sospeche influenza.

• **Recomendaciones en la comunicación con la población sobre medidas de prevención.**

La influenza estacional es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad. La influenza A(H1N1)pdm09, que causó la pandemia del 2009 ha pasado a circular anualmente y desde entonces se considera una cepa estacional. La vacunación contra la influenza antes del inicio de circulación estacional del virus sigue siendo la mejor medida de prevención contra la influenza grave.

La población debe ser informada que la principal forma de transmisión de la influenza es por el contacto interpersonal. El lavado de manos es la forma más eficiente para disminuir la transmisión. El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" ayuda también a evitar la transmisión.

Personas con fiebre deben evitar ir a su lugar del trabajo o espacios públicos hasta que desaparezca la fiebre. De la misma manera, niños en edad escolar con síntomas respiratorios y/o fiebre deben quedarse en el hogar y no ir a la escuela.

• **Recomendaciones con respecto a la Vacunación**

La vacunación contra la influenza previene las complicaciones relacionadas a esta enfermedad, y la OPS/OMS alienta a que se continúe con esta actividad para evitar casos graves y defunciones.

La OPS/OMS recomienda que las mujeres embarazadas tengan la más alta prioridad en recibir las vacunas contra la influenza, debido a su vulnerabilidad a enfrentar complicaciones por esta enfermedad. Otros grupos de riesgo, además de las embarazadas, que deben ser considerados prioritarios para la vacunación son los adultos mayores, los niños de 6 a 59 meses de edad, las personas con morbilidad subyacente y los trabajadores de salud.

La vacunación contra la influenza no se considera una estrategia de control de brotes, sino una medida preventiva para evitar complicaciones relacionadas a influenza. Si la persona está agripada o con fiebre no debe vacunarse

• **Medidas de prevención**

Al toser o estornudar: Cubrirse la nariz y boca con papel higiénico y luego de su uso, descartarlo en un tacho de basura. En caso de no contar con papel, cubrirse con el antebrazo.

Otras medidas: Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón. Ventilar todos los ambientes (casa, oficina, transporte público, entre otros). Si está con gripe no asistir a lugares públicos.

Si presentas fiebre, dolor de la garganta, tos y estornudos, acudir de inmediato al establecimiento de salud.



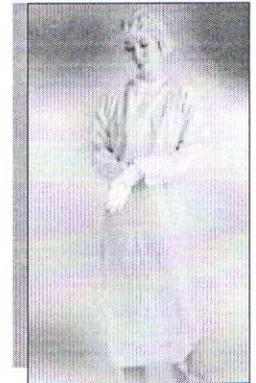


VIGILANCIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD (VPC-IAAS)

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) o también llamadas infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), son infecciones adquiridas durante la estancia hospitalaria y que no estaban presentes ni en un periodo de incubación al momento del ingreso al paciente; por lo que es 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, el número de IIH en los servicios de UCI Neurológica y UCI de Centro Neuroquirúrgico, se presentó: 1 caso de infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociado a Catéter Venoso Central (CVC), 3 casos de 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, gráficos N°1 y N°2.

Tabla N°1
Vigilancia en los Servicios de UCI Neurológica y UCI de Centro Neuroquirúrgico, enero – mayo 2018

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	b/a x 1000	c	d	d	d/c x 1000	e	f	f	f/e x 1000
ENERO	214	67	1	4.7	201	57	0	0.0	102	15	0	0.0
FEBRERO	169	40	0	0.0	159	41	3	18.9	79	14	1	12.7
MARZO	208	51	0	0.0	199	49	0	0.0	81	15	0	0.0
ABRIL	168	38	0	0.0	168	37	0	0.0	105	24	0	0.0
MAYO	169	41	0	0.0	158	41	0	0.0	67	13	0	0.0
JUNIO	174	30	1	5.7	172	30	0	0.0	67	11	1	14.9
TOTAL	1102	267	2	1.81	1057	255	3	2.84	501	92	2	3.99

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

El número de IIH en los Servicios de UCI Neurológica y UCI de Centro Neuroquirúrgico, en el mes de Junio, fue de 2 casos, de los cuales 1 correspondió a infección del torrente sanguíneo asociado a catéter venoso central (ITS-CVC) y 1 caso de Neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV). Desde el mes de Marzo que no hay casos de infecciones del tracto urinario asociado a catéter urinario permanente (ITU-CUP) en estos servicios.

Tabla N°2
Vigilancia en los Servicios de Neurología y Neurocirugía (Formulario IV-A), enero – mayo 2018

INSTITUTO NACIONAL CIENCIAS NEUROLÓGICAS	SERVICIO DE NEUROLOGIA				SERVICIO DE NEUROCIRUGIA									
	Catéter Urinario Permanente (CUP)				Catéter Urinario Permanente (CUP)				HERIDAS OPERATORIAS					
									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	b/a x 1000	c	d	d	d/c x 1000	e	f	f/e x 100	g	h	h/g x 100	
ENERO	151	21	1	6.6	162	29	0	0.0	50	0	0.0	15	0	0.0
FEBRERO	202	19	0	0.0	97	23	0	0.0	48	0	0.0	15	0	0.0
MARZO	216	21	2	9.3	150	29	1	6.7	60	0	0.0	20	0	0.0
ABRIL	195	28	4	20.5	190	28	0	0.0	61	0	0.0	23	0	0.0
MAYO	208	25	2	9.6	162	20	0	0.0	51	0	0.0	30	0	0.0
JUNIO	256	27	1	3.9	50	3	0	0.0	47	0	0.0	14	0	0.0
TOTAL	1228	141	10	8.1	811	132	1	1.23	317	0	0.0	117	0	0.0

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





En la tabla 2 podemos observar que en el mes de Junio, en la Dirección de Neurología hubo un caso de ITU-CUP así como en la Dirección de Neurocirugía. No hubieron otras IAAS.

TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IIH

Gráfico N°1

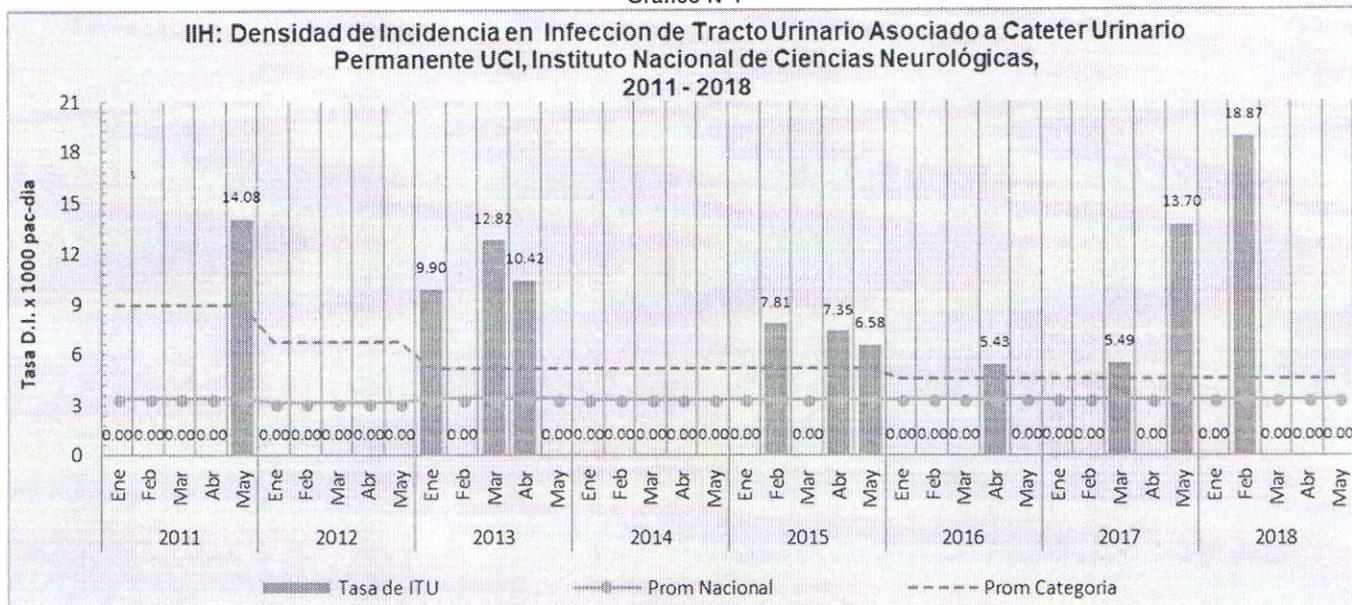
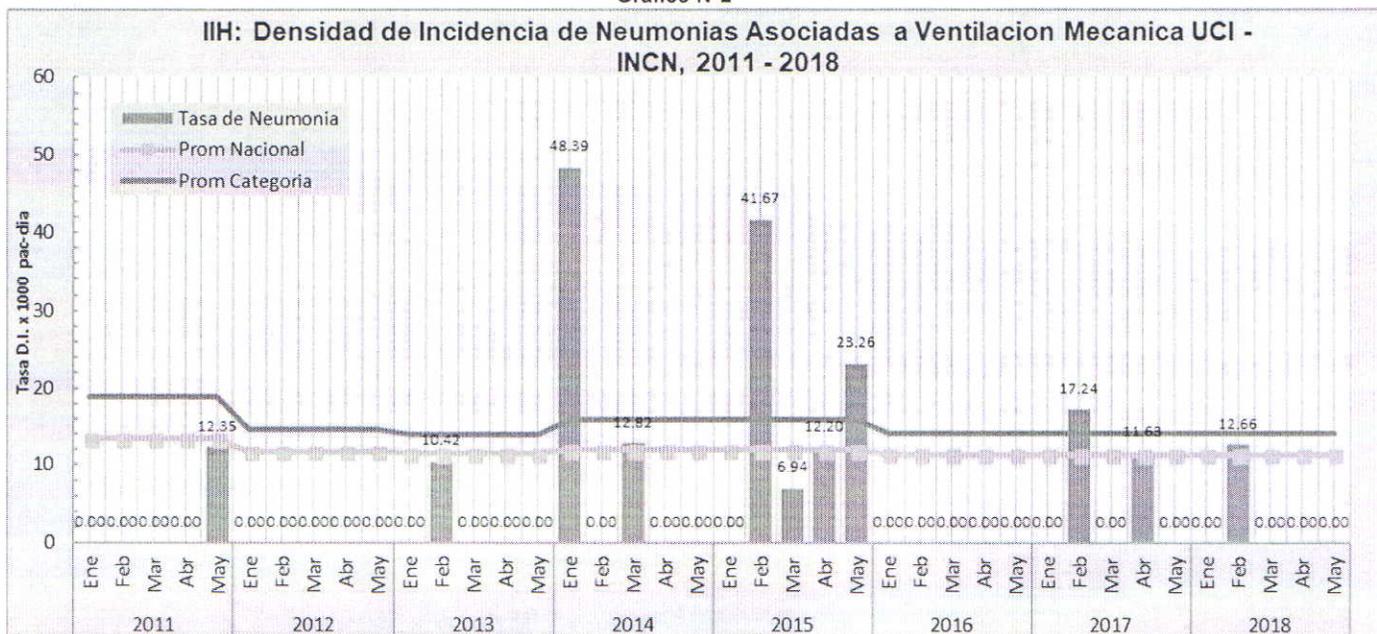
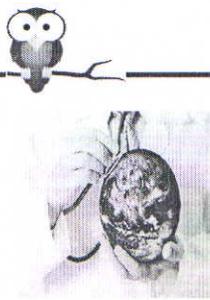


Gráfico N°2





SALUD AMBIENTAL

1. 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 41,003 kg., los cuales son generados en las salas de hospitalización (atención al paciente) 32,095kg., y los residuos de los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas 8,908 kg.

El promedio diario de RSH es de 271kg, de los cuales, el 78% se genera en hospitalización (atención al paciente) y 22% los restos de los alimentos que dejan los pacientes en sus dietas. Ver tabla N°3.

Tabla N° 3
Información Mensual del Control de Pesaje de Residuos Sólidos Biocontaminados en el INCN, enero – mayo 2018

MES kg.	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL	PROMEDIO MENSUAL Kg.
HOSP	7,099	5,934	6,562	6,312	6,188	5880							37,975	6,329
NUT	1,852	1,577	1,760	1,813	1,906	1830							10,738	1,790
TOTAL Kg.	8,951	7,511	8,322	8,125	8,094	7710	0	0	0	0	0	0	41,003	8,201

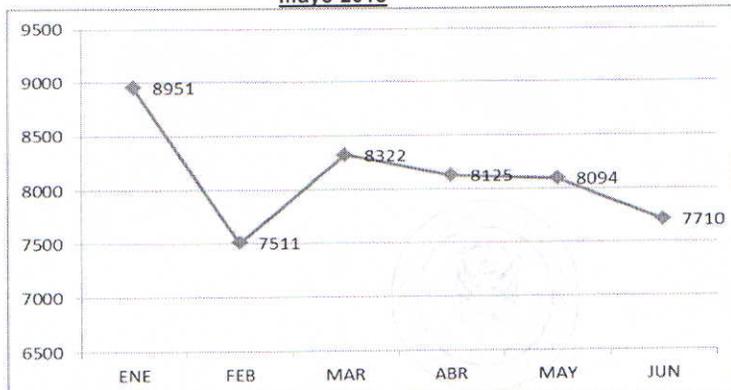
PROMEDIO DIARIO*	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HOSP	229	212	212	210	200	196							204.5
NUT	60	56	57	60	61	61.3							60.15
TOTAL Kg.	289	268	268	271	261	257.3	0	0	0	0	0	0	264.15

MES %	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
HOSP	79%	79%	79%	78%	76%	76.2%							78%
NUT	21%	21%	21%	22%	24%	23.8%							22%
TOTAL %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%

Fuente: Manifiesto del Manejo de Residuos Sólidos Biocontaminados.

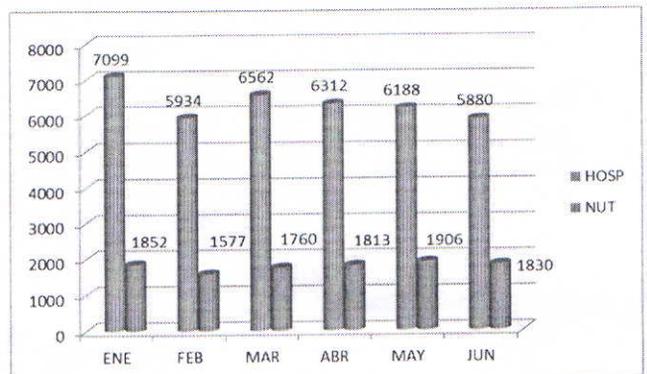
En las siguientes graficas se muestra el total de residuos sólidos hospitalarios biocontaminados de forma mensual (enero-junio), observándose que los meses de enero y marzo se generó una mayor cantidad de RSH, mientras que la menor segregación fueron los meses de febrero y junio. Tabla N° 3. Asimismo, el 78% de los RSH corresponde a lo generado en las salas de hospitalización y el 22% restante, en el servicio de nutrición.

Gráfico N°5
Total mensual de los Residuos Sólidos Biocontaminados, enero - mayo 2018



Fuente: Manifiestos de Manejo de Residuos Sólidos Biocontaminados
Elaborado: Oficina de Epidemiología

Gráfico N° 6
Distribución de la Generación de los Residuos Sólidos Biocontaminados, enero - mayo 2018



En los gráficos N°5 y 6, se observa que la mayor generación de residuos sólidos biocontaminados es en el mes de Enero, con una reducción en febrero y manteniéndose entre 8000 y 8500 Kg/mes en los siguientes meses hasta mayo. En Junio se observa una leve reducción. Respecto a la generación de residuos en Nutrición, se ve que la variabilidad entre meses es poca.

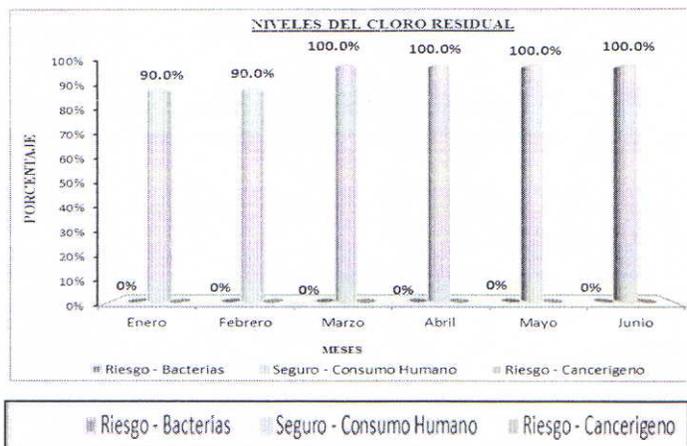




2. MONITOREO DEL CLORO RESIDUAL

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

Gráfico N° 04
Niveles del cloro residual



Fuente: Salud Ambiental
Elaborado: Oficina de Epidemiología

DIRECTORA GENERAL DEL INCN
M.C. Pilar Mazzetti Soler

Directora Adjunta
M.C. Isabel Tagle Lostaunau

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

Responsable Estadístico
Bach. Heidy Carbajal Ramírez

Médica Infectóloga
M.C. Katty Chong Chinchay

Responsable de la VEA-IIH
Lic. María del Rosario Palacios Zevallos

Responsable de Salud Ambiental.
Téc. 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

Secretaria
Sra. Nancy Fernández Bardales



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



Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas / Oficina de Epidemiología

Jr. Ancash N.° 1271 Barrios Altos, Cercado de Lima. Teléfono 4117700 (323) Atención: Lunes a Sábado de 8.00 a.m. a 2.00 p.m.

www.icn.minsa.gob.pe / icn.epidemiologia@hotmail.com





PERÚ

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Oficina de Epidemiología

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Boletín Epidemiológico

N°02.2018 / Año VIII / Semana Epidemiológica N°23

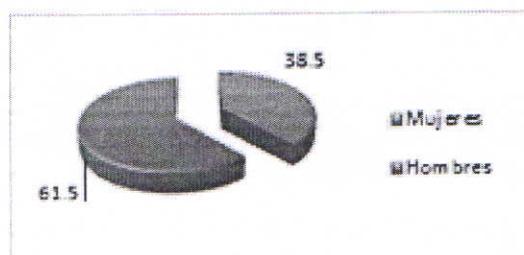
SUPLEMENTO - SINDROME DE GUILLAIN BARRE

El Síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente de parálisis flácida aguda no traumática en el mundo y constituye una emergencia neurológica. Consiste en una poliradiculoneuropatía inflamatoria adquirida, usualmente post-infecciosa que se caracteriza por una parálisis aguda arreflexica, generalmente simétrica de carácter ascendente con compromiso sensitivo, motor o mixto. El diagnóstico es clínico, se apoya en el estudio electrofisiológico confirmando el patrón desmielinizante, las anomalías en la onda F y reflejo H junto con la característica disociación albumino citológica en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

En el INCN, entre los meses de Mayo y Junio del presente año, hemos tenido 13 casos sospechosos de síndrome de Guillain Barré (SGB) hospitalizados, de los cuales, 02 fueron descartados por corresponder a otras patologías (Polimiositis, Sd. Conversivo). Cabe señalar, con excepción del primer caso notificado, todos fueron notificados dentro de las 24 Hrs; sin embargo, nuestras cifras no necesariamente van a concordar con lo publicado por el MINSA dado que los casos referidos ya fueron notificados en su lugar de procedencia mayoritariamente, y, por otro lado, el sistema noti SP no permite el ingreso de datos del mismo paciente.

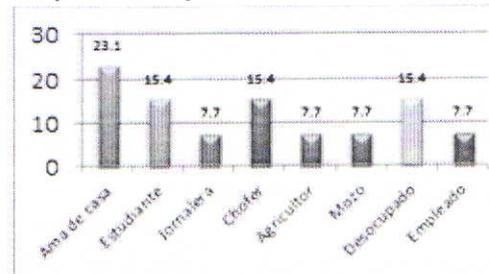
A continuación se presenta el análisis de los casos sospechosos de síndrome de Guillain Barré (SGB) hospitalizados en el INCN, en los meses de Mayo y Junio ya que en los meses de Enero a Abril no hubo casos hospitalizados.

Fig. 1 Porcentaje de pacientes con sospecha de SGB según género Mayo - Junio del 2018



De los 13 pacientes con SGB hospitalizados en el INCN entre los meses de mayo y junio del 2018, el 61.5% son hombres y 38.5% mujeres, con una relación de 1.6:1; similar a lo reportado por de la O-Peña D y col, 2015. El promedio de edad es de 56.28 y 57.6 años para hombres y mujeres respectivamente.

Fig. 2 Porcentaje de pacientes con sospecha de SGB según ocupación Mayo - Junio del 2018



De los 13 pacientes con SGB hospitalizados en el INCN entre los meses de mayo y junio del 2018, el 23.1% son trabajadores independientes (jornalero, chofer, agricultor, mozo), mientras que el 7.7% tiene trabajo dependiente. Asimismo, el 23.1% son amas de casa, el 15.4% estudiantes e igual porcentaje desocupados.

Fig. 3 Porcentaje de pacientes con sospecha de SGB con antecedente de IRA e ingesta de alimentos fuera de casa. Mayo - Junio del 2018



El 53.8% de los pacientes hospitalizados con sospecha de SGB en el INCN tiene como antecedente, en los últimos 30 días antes del inicio de los síntomas, haber sufrido un episodio de IRA y el 46.2%, haber ingerido alimentos fuera de casa. Según Salas y col (2015), aprox 2/3 de los casos con SGB presentan como antecedente una infección de vía respiratorias o gastrointestinal.





Fig. 4 Porcentaje de pacientes con SGB con disociación albumino citológica en el LCR Mayo - Junio del 2018

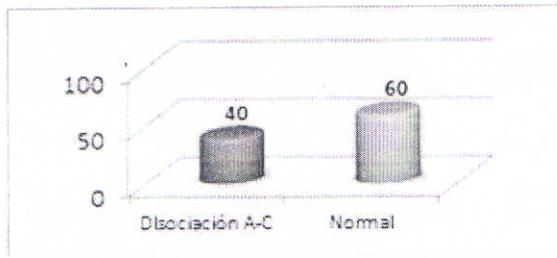


Tabla 1. N° de casos con disociación albúmino-citológica según días de evolución

Disociación albúmino citológica	Días de evolución		
	<7d	8 a 14d	>15d
Sí	2	0	2
No	5	0	1

De los 11 pacientes con SGB confirmado, hospitalizados en el INCN, el 60% tuvo un citoquímico normal mientras que el 40% presentó disociación albúmino-citológica. A 3 pacientes no se les realizó PL porque 1 se encontraba en ventilación mecánica, el otro caso era una polimiositis y el 3ro, un síndrome conversivo.

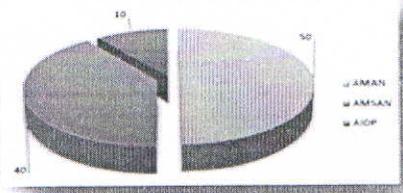
De 12 pacientes a quienes se les realizó PL, sólo cuatro presentaron la disociación albúmino-citológica (A-C); de éstos, 2 presentaron la disociación A-C antes de los 7 días y 2, después de los 15 días. Cabe señalar que los casos con disociación A-C en la 1ra. sem de iniciados los síntomas presentaron mayor severidad clínica (Hughes>2 y la EMG mostró polineuropatía axonal motora pura severa. De los 5 casos que no se encontró disociación A-C y la PL se realizó en la 1ra sem de inicio de los síntomas, estaría pendiente nueva PL; sin embargo, Tellería Díaz (2002) en una revisión sobre el SGB, encontró que la concentración de proteínas en el LCR a menudo es normal durante los 1ros 5 o 10 días e incluso en algunos casos, se mantiene normal a lo largo de toda la evolución de este proceso

Tabla 2 y Fig. 5. Variantes clínicas de pacientes con Síndrome de Guillain-Barré en el INCN - Mayo a Junio 2018

Tipo de PNP	≤7d	8-14d	>15d
AMAN	-	2	3
AMSAN	1	1	2
AIDP	-	-	1
Negativ/nerv perif	1	-	-

*1 con VM, 1 alta voluntaria

Ax.M
Ax.M/S
Diaz JH



De los 13 pacientes hospitalizados con sospecha de SGB en el INCN, a 2 no se le realizó electromiografía (EMG) porque 01 se encontraba con ventilador mecánico y el otro solicitó alta por ser asegurado de ESSALUD.

De los 11 pacientes restantes, 9 casos (81.8%) tuvieron signos electrofisiológicos compatibles con polineuropatía axonal, de éstos, 5 (55.6%) tuvieron signos de AMAN (a 2 pacientes se le realizó la EMG en la 2da. semana de inicio de síntomas y a los 3 restantes, en la 3ra semana) y 4 (44.4%) AMSAN. Asimismo, 1 paciente (9.1%) presentó AIDP y 1 (9.1%) negativo para patología de nervio periférico (miopatía inflamatoria proximal que afecta 4 extremidades).

Estudios realizados en Norteamérica, Europa y Australia describen a la variante AIDP con una frecuencia entre 85% y 90%; mientras que las variantes axonales (AMAN) predominan en países asiáticos como China, que llega al 70% y menos de 25% para la variedad AIDP y otros subtipos (Cea y col, 2015). No obstante, estudios latinoamericanos existentes revelan cifras contradictorias; en México por ej., revelan una predominancia de las variedades axonales y en Argentina, la variedad AIDP alcanzando 70,5%.

Tabla 3. N° de sesiones de plasmaféresis según el tiempo de evolución de la enfermedad

N° de sesiones de Plasmaféresis	≤7d	8-14d	>15d
7	1		
6	1		
5		1	
5		1	
5		1	

De los 13 pacientes con sospecha de SGB hospitalizados, sólo el 38.5% (5 casos) requirió recambio plasmático. El número de sesiones fue entre 5 a 7, con buena tolerancia al procedimiento. El paciente que necesitó 7 sesiones de aféresis, también requirió ventilación mecánica. Hubo un caso de reacción alérgica leve.

De los 5 casos, a 2 se les realizó el recambio plasmático en la primera semana, mientras que a los 3 restantes se les hizo el procedimiento en la 2da semana.

DIRECTORA GENERAL DEL INCEN
M.C. Pilar Mazzetti Soler

Directora Adjunta
M.C. Isabel Tagle Lostaunau

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

Responsable Estadístico
Bach. Heidy Carbajal Ramírez

Responsable de la VEA-IIH
Lic. María del Rosario Palacios Zevallos

Responsable de Salud Ambiental.
Téc. 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

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



Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas / Oficina de Epidemiología

Jr. Ancash N.° 1271 Barrios Altos, Cercado de Lima. Teléfono 4117700 (323) Atención: Lunes a Sábado de 8.00 a.m. a 2:00 p.m.

www.incen.minsa.gob.pe / incen.epidemiologia@hotmail.com

