



PERÚ

Ministerio
de SaludInstituto Nacional de
Ciencias NeurológicasOficina de
Epidemiología

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Promoción de la Industria Responsable y del
Compromiso Climático"



Boletín Epidemiológico

N° 02.2014 / Año IV / Semana Epidemiológica N.º 27

ACTUALIDAD EN NEUROEPIDEMIOLOGÍA

Con el propósito de actualizar información sobre la situación Neurológica en el Perú para investigadores en el campo de la Neurología peruana, Neurólogos y Epidemiólogos; el Boletín Epidemiológico del INCN ha preparado en esta oportunidad conocimientos actualizados en Neurología y Epidemiología Hospitalaria.

La neuroepidemiología podría definirse como la ciencia que estudia la historia natural de las enfermedades neurológicas, valorando específicamente su frecuencia, gravedad y curso, tratando de identificar la existencia de factores de riesgo que influyan sobre estos aspectos.

En el Perú no existe una Política de salud neurológica en lo que se refiere a trastornos neurológicos específicos, es decir una legislación que afecta a las personas con trastornos neurológicos, como la epilepsia, por ejemplo, las restricciones relativas a la conducción, el matrimonio o el empleo que conciernen a las personas con epilepsia, u otros trastornos neurológicos. Sin embargo existe la Ley N° 29698 -2013. "Ley que declara de interés nacional y preferente atención, el tratamiento de las personas con enfermedades raras o huérfanas" y la Ley 30020 -(2013) "Ley que crea el Plan Nacional para la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias".

No hay partida presupuestaria para los trastornos neurológicos, independiente del presupuesto anual del Ministerio de Salud; solo el 0.09% del gasto público general en salud corresponde a los servicios de atención neurológica. Se cuenta como Fuente de financiamiento gubernamental para todos los servicios al SIS. (Seguro Integral de Salud) con escasa partida presupuestal anual. En el Perú no existe ningún tipo de asistencia social que se proporcionen a las personas con trastornos neurológicos como: Apoyo monetario (indemnizaciones por discapacidad o apoyo a los ingresos) Apoyo no monetario (subsidio para vivienda, acceso al empleo y asistencia educativa), Prestación de atención residencial.

Número total de proveedores de atención sanitaria neurológica en el país y las zonas donde se localizan:

Neurólogos = 411 distribuidos 250 en la capital y 161 en otras zonas urbanas; Neurocirujanos = 279 distribuidos 173 en la capital y 106 en otras zonas urbanas; Enfermeras de Neurología = 46 en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

En el cuadro N°1 se muestra información estadística del MINSA, sobre las personas con trastornos neurológicos que recibieron tratamiento el año 2013, según sexo.

El Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas cuenta con "Guía de tratamiento trombolítico endovenoso con rt-PA en el infarto cerebral agudo", "Guía de Práctica clínica, diagnóstico y manejo del paciente con hemorragia subaracnoidea aneurismática", Guía de Práctica clínica Estado de Mal Epiléptico", "Guía de Práctica Clínica de Neurotuberculosis", "Guía de Práctica clínica de Epilepsia", "Guía de Práctica Clínica de Ataxia Hereditarias, Distonias, de Enfermedad tipo Alzheimer, Parkinson y Huntington", "Guía de Práctica Clínica Manejo Médico y Quirúrgico: Hematoma Subdural, Hidrocefalia, Tumores Raquídeos, Traumatismo Vertebro-medular y Hernia del Núcleo Pulposo.²

Tabla N° 01.- Atenciones de Trastornos Neurológicos, Perú- 2013

Diagnostico	Hombres	Mujeres
Epilepsia	22,420	24,303
Demencia	2,116	3,462
Accidente cerebrovascular	4,285	3,986
Cefalalgias	11,949	45,144
Trastornos del desarrollo neurológico	1,540	487
Enfermedad de Parkinson	4,372	3,731
Esclerosis múltiple	64	133
Infecciones del sistema nervioso	223	296
Traumatismos cerebrales	11,428	8,040

Fuente: Oficina de Estadística e Informática. MINSA.

NEUROCISTICERCOSIS

La Neurocisticercosis es un problema de Salud Pública mundialmente aunque es endémico en países en vía de desarrollo y es una enfermedad emergente en países industrializados dada la migración de población de las regiones endémicas.

La neurocisticercosis es la principal causa de las convulsiones y la epilepsia en el mundo en desarrollo y es un problema de salud cada vez más importante en los Estados Unidos. Los recientes resultados del Grupo de Trabajo de cisticercosis en Perú proporcionan una nueva evidencia que apoya el uso de agentes antiparasitarios en pacientes muy seleccionados con quistes activos y convulsiones.

HISTORIA NATURAL

La neurocisticercosis se adquiere a través del consumo de alimentos contaminados con heces de una T. Solium tenia portador (es decir, a través de contrato fecal-oral). El ciclo de vida de T. Solium: Los huevos de la tenia se eliminan en las heces y contaminan los alimentos a través de la falta de higiene. Cuando estos huevos son ingeridos y se exponen al ácido gástrico en el estómago humano, pierden su cápsula protectora y se convierten en quistes de larvas, llamadas Oncosferas. Las oncosferas cruzan el tracto gastrointestinal y migran a través del sistema vascular en el cerebro, músculo, ojos, y otras estructuras. Una vez en el cerebro, los quistes de larvas (cisticercos) generan inicialmente una respuesta inmunitaria mínima y pueden permanecer en el cerebro como quistes viables para años.

ETAPAS de quistes en el parénquima del cerebro: vesicular, coloidal, nodular / granular, y granulomas calcificados. El quiste de larvas viables es el quiste





vesicular. En esta etapa, el escólex generalmente se identifica como un nódulo excéntrica dentro del quiste. Como el quiste degenera, el fluido de las fugas del quiste de larvas en el parénquima, la generación de una fuerte respuesta inmune, caracterizado por la mejora en el contraste de tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (MRI). Un quiste sin un escólex bien definido, se denomina un Quiste Coloidal.

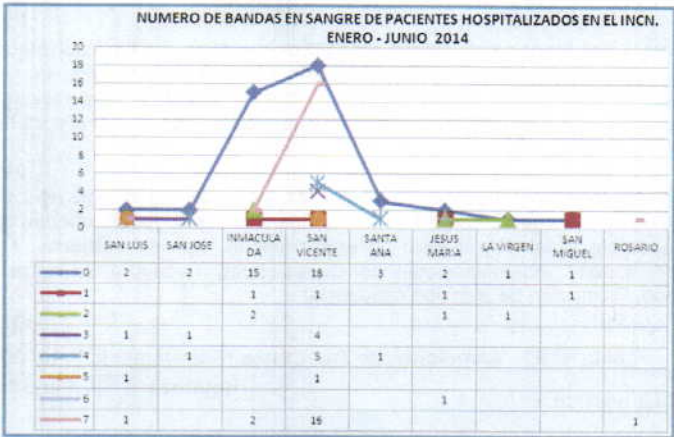
A medida que el quiste se deteriora, se forma un nódulo, que sigue demostrando realce de contraste. Finalmente el quiste en degeneración forma un granuloma calcificado, que es reconocido como nonenhancing puntúan calcificaciones en la TC. Los quistes que se alojan en las cisternas o los ventrículos del cerebro pueden causar la hidrocefalia y con frecuencia no tienen un escólex (por ejemplo, quistes racémicas).¹

En el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, se realizan estudios radiodiagnóstico y por laboratorio muestras de LCR y Sangre, utilizando la técnica del Western Blott para determinar la presencia o ausencia del cisticercosis, para un tratamiento oportuno.

En el gráfico N° 01, se muestra el número de bandas en sangre de pacientes hospitalizados; de un total de 92 pacientes estudiados, se evidencia que el mayor número de pacientes con esta enfermedad se encuentran en la sala San Vicente con 45 casos, de los cuales 16 se encuentran con un número de banda de sangre 7, en la sala Inmaculada de los 20 casos, se tiene que 2 de ellos obtuvieron resultado positivo con un número de banda de sangre 7 y en CentroNeuroquirúrgico de los 4 casos, 3 pacientes con número de banda de sangre cero y 1 paciente con número de banda de sangre 3.

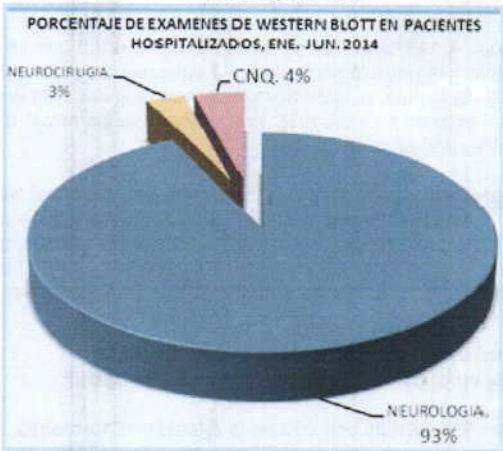
En el gráfico N° 02, se muestra el porcentaje de exámenes de Western Blott realizados a los pacientes hospitalizados en el Instituto según los diferentes servicios: el 93% son muestras en sangre para determinar la presencia de Cisticercosis en el servicio de Neurología, 4% muestras de LCR para confirmar la presencia de Cisticercosis en el Centro NeuroQuirúrgico y el 3% de las muestras de sangre se realizó en el servicio de Neurocirugía.

Grafico N° 01



Fuente: Laboratorio de Western Blott, INCN.

Grafico N° 02



1.Christopher M. DeGiorgio, MD, Marco T. Medina, MD, [...], y Susan Pietsch Escueta, MPH.
2. World Health Organization. Recursos de los países para los trastornos neurológicos: Cuestionario del 2014.



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 biocontaminados.

Del total de pacientes hospitalizados entre los meses de enero y junio (25,582) Incluidos en el análisis, el número de IIH presentados fueron 10 casos.

La distribución de Infecciones Intrahospitalarias, según el factor de riesgo Catéter Urinario Permanente (CUP) generó 5 infecciones del tracto urinario (ITU), el Ventilador Mecánico (VM) generó 5 infecciones de neumonía intrahospitalaria y en la Intervención Quirúrgica no se ha generado infecciones en herida operatoria (HO).

Tabla N° 02

Distribución de Infecciones Intrahospitalarias según Tipo de Infección y Factor de Riesgo

FACTOR DE RIESGO	TIPO DE INFECCIÓN			
	ITU	NEUMONIA	HERIDA OPERATORIA	TOTAL
CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)	5			5
VENTILADOR MECANICO (VM)		5		5
INTERVENCION QUIRURGICA (H.O)			0	0
TOTAL	5	5	0	10

Fuente: Oficina de Epidemiología.

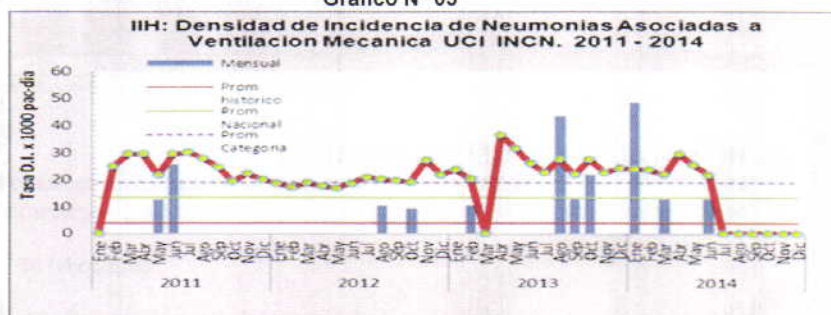
TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IIH

Entre los 05 casos de ITU Intrahospitalaria asociada a factor de riesgo invasivo Catéter Urinario Permanente (CUP) presentados, se encuentran distribuidos en los siguientes servicios: 2 casos en Neurología con D.I. 4.2 X1000 y 3 casos en Neurocirugía con D.I. 5.6 X1000. En el servicio de UCI se presentó 5 casos de Neumonía Intrahospitalaria asociado a Ventilador Mecánico.

Tabla N° 03

TOTAL DÍAS EXPOSICIÓN AL VM	TOTAL N° IIH	TASA SEMESTRAL INSTITUCIONAL IIH	TOTAL DÍAS EXPOSICIÓN AL CUP	TOTAL N° ITU	TASA SEMESTRAL INSTITUCIONAL ITU
427	5	11.7	1,986	5	2.5

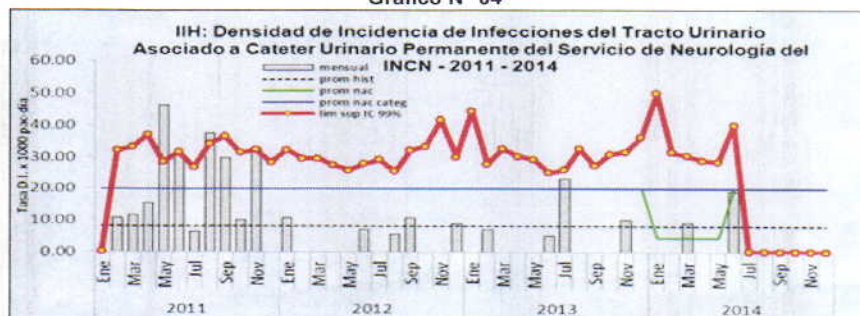
Gráfico N° 03



Fuente: Oficina de Epidemiología – VEA IIH

La Tasa de Densidad de Incidencia de IIH (NEUMONIA) presentada en la UCI, es de 11.7X 1000 días de exposición encontrándose por debajo del promedio estimado por categoría de establecimientos (13.97 x 1000).

Gráfico N° 04



Fuente: OFICINA EPIDEMIOLOGIA, Vigilancia Epidemiológica Activa

La Tasa de Densidad de Incidencia en IIH de Infección del Tracto Urinario es de 2.5 x 1000 días de exposición, encontrándose por debajo del promedio por categoría de establecimientos nivel III-2 (siendo el estándar los servicios de Neurología 6.24x1000 y Neurocirugía 5.51 x 1000).



SALUD AMBIENTAL

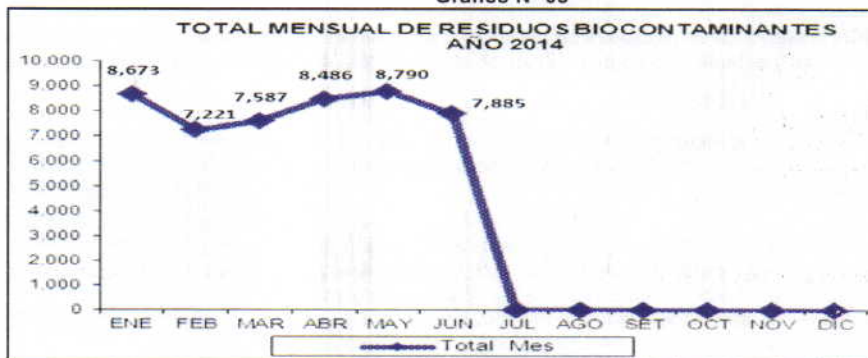
1. RESIDUOS SÓLIDOS BIOCONTAMINADOS

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 los residuos sólidos biocontaminados, en el primer semestre fue de 48,642 kg., los cuales se encuentran distribuidos en: residuos de salas de hospitalización 35,945 kg., y los residuos de los restos de alimentos que dejan los pacientes en sus dietas 12,697 kg. Con un promedio diario de 269kg., y un promedio mensual es de 8,107 kg. El porcentaje semestral de distribución es de 68% en la atención al paciente y 32% los restos de los alimentos que dejan los pacientes en sus dietas.

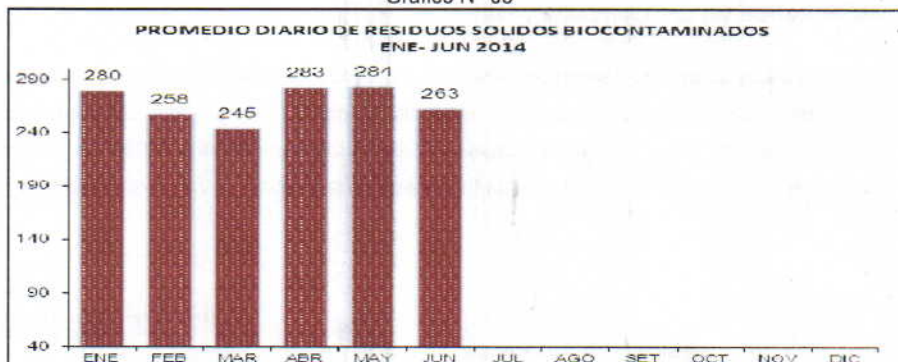
Los meses de enero y mayo se segregaron más cantidades de los residuos sólidos biocontaminados.

Gráfico N° 05



En el mes de mayo se generó menos residuos sólidos biocontaminados durante el primer semestre siendo el promedio diario de 245 Kg.

Gráfico N° 06

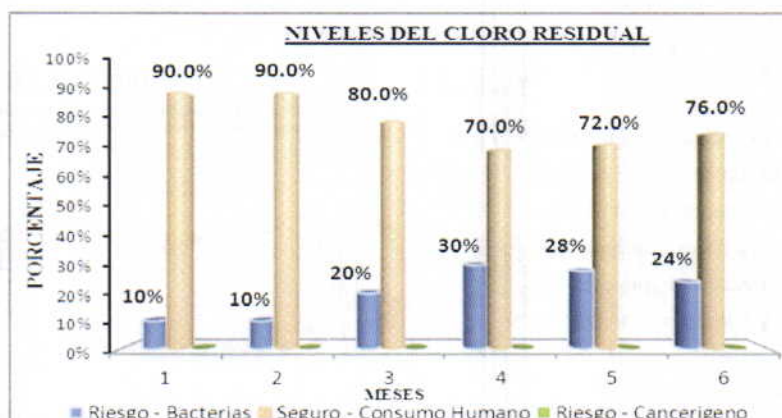


Fuente: Manifiesto de Manejo de Residuos Sólidos Peligrosos

2. MONITOREO DEL CLORO RESIDUAL

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.

Gráfico N° 07





AUSENTISMO LABORAL

AUSENTISMO LABORAL POR ENFERMEDAD

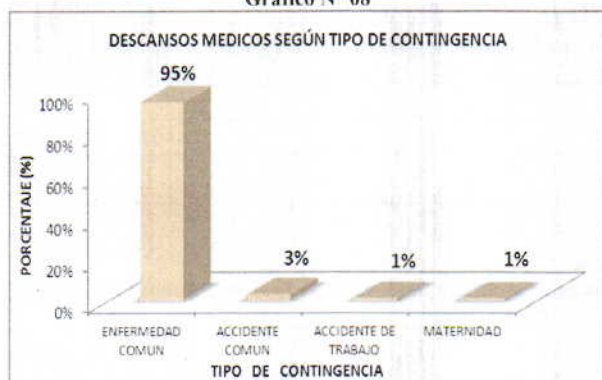
El estudio epidemiológico del ausentismo laboral en los trabajadores del INCN, surge de la necesidad de detectar los problemas de salud, para un adecuado control de las enfermedades y su prevención.

El ausentismo laboral durante el primer semestre fue de 480 descansos médicos, con un promedio mensual de 80 descansos médicos.

En el Gráfico N°8, se muestra los descansos médicos según el tipo de contingencia con resultados: Enfermedad Común 454 casos (95%), Accidente Común 14 casos (3%), Accidente de Trabajo 5 casos (1%) y Maternidad 7 casos (1%).

Los principales diagnósticos de las enfermedades son obtenidas de los descansos médicos emitidos por los médicos del INCN, ESSALUD y Particulares; y en el gráfico N°9 se muestra los descansos médicos por mes.

Gráfico N° 08



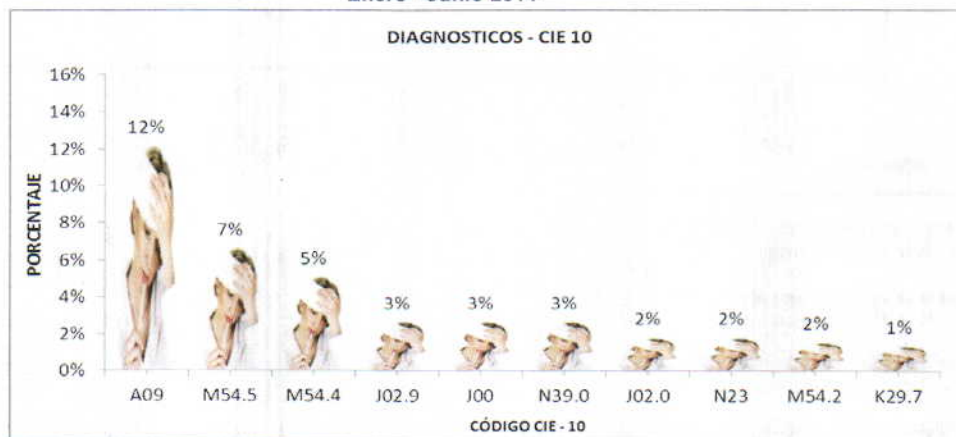
FUENTE: Oficina de Epidemiología

Gráfico N° 09



Los diagnósticos más frecuentes emitidos por descanso médico son: Gastroenterocolitis A09 con 55 casos (12%), Lumbalgia M54.5 con 30 casos (7%) y Lumbociatálgia M54.4 con 23 casos (5%). (Ver Gráfico N° 10).

Gráfico N° 10
Diez primeros Diagnósticos por Descansos Médicos según CIE - 10
Enero - Junio 2014



Fuente: Oficina de Epidemiología -Of. Bienestar de Personal (Descansos Médicos).

Nota: El Diagnóstico ENFERMEDAD, SIN ESPECIFICAR (CIE 10 - R69) presenta 109 casos (24%), emitidos por ESSALUD.

En la Tabla N° 04, se presenta la distribución de las enfermedades comunes, codificadas según grandes grupos del CIE-10, predominando el Capítulo XVIII: Síntomas, signos, hallazgos anormales y afecciones mal definidas, 121 casos (26.7%); Capítulo XIII: Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del tejido conectivo, 90 casos (19.8%); Capítulo X: Enfermedades del Sistema Respiratorio, 67 casos (14.8%); Capítulo I: Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, 58 casos (12.8%) y el Capítulo XIV: Enfermedad del Aparato Genitourinario, 26 casos (5.7%).



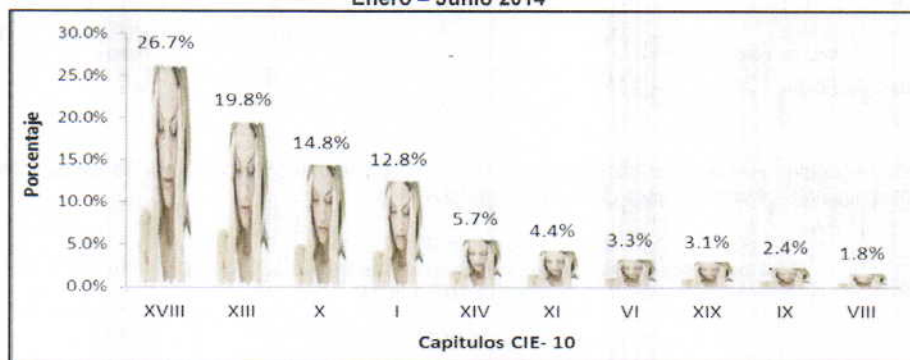


Tabla N° 04

Distribución de Enfermedades Comunes por descansos médicos según grandes grupos del CIE-10. Enero – Junio 2014				
CAPÍTULO	CODIGOS	DESCRIPCIÓN	TOTAL	%
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos, hallazgos anormales y afecciones mal definidas	121	26.7%
XIII	M00-M99	Enfermedad del Sistema Osteomuscular y del tejido conectivo	90	19.8%
X	J00-J99	Enfermedades del Sistema Respiratorio	67	14.8%
I	A00-B99	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	58	12.8%
XIV	N00-N99	Enfermedad del Aparato Genitourinario	26	5.7%
XI	K00-K93	Enfermedad del Aparato Digestivo	20	4.4%
VI	G00-G99	Enfermedad del Sistema Nervioso	15	3.3%
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	14	3.1%
IX	I00-I99	Enfermedad del Sistema Circulatorio	11	2.4%
VIII	H60-H95	Enfermedades del Oído y de la apófisis mastoides	8	1.8%
VII	H00-H59	Enfermedad del Ojo y sus anexos	8	1.8%
IV	E00-E90	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	6	1.3%
XII	L00-L99	Enfermedad de la Piel y el tejido subcutáneo	4	0.9%
II	C00-D48	Neoplasias	3	0.7%
III	D50-D89	Enfermedades de la Sangre	2	0.4%
XXII	U00-U99	Códigos para Situaciones Especiales	1	0.2%
		TOTALES	454	100.0%
FUENTE: OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA - OFICINA DE BIENESTAR DE PERSONAL				

Gráfico N° 11

Distribución de las 10 primeras enfermedades Comunes según Capítulos del CIE-10 en los Trabajadores del INCN
Enero – Junio 2014



Fuente: Oficina de Epidemiología – Of. Bienestar de Personal (Descansos Médicos).

DIRECTORA GENERAL DEL INCN
Dra. Pilar Mazzetti Soler

Jefa de la Oficina de Epidemiología
Lic. María Miñano De La Cruz

Responsable Estadístico e Informático
Bach. Heidy Carbajal Ramírez

Responsable de la Vigilancia de Prevención y Control de IIH
Lic. Karina Parian Hermitaño

Responsable de Salud Ambiental
Sr. Eliseo Arquíñigo Acharte
Inspector Sanitario

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



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