



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Boletín Epidemiológico

Boletín: Año 2011 N°6
Abril—Junio

CONTENIDO:

INCREMENTO DEL RIESGO DE PRESENTACION DE CASOS DE POLIOMIELITIS AGUDA

1

PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL DE SALUD

2

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS EN EL INR

3

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: BROTE DE ESCHERICHIA COLI EN ALEMANIA

4

INCREMENTO DEL RIESGO DE PRESENTACION DE CASOS DE POLIOMIELITIS AGUDA

El día 10 de abril del 2011, la DISA Lima Ciudad notificó un caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) procedente del distrito de Santa Anita, jurisdicción de la DISA Lima Este. Se trata del niño ADH de 9 meses edad, quien durante los 85 días previos al inicio del déficit motor, residía en el mismo distrito y luego del 6 de abril en que inicia síntomas generales. El día 14 de abril del 2011, se envió a Fio Cruz-Brasil la muestra de heces, y el resultado, recibido el 07 de junio, indica el aislamiento de virus polio derivado tipo 2.

En el análisis de riesgo por acumulo de susceptibles en el periodo 2006 al 2010 a nivel del país con la información registrada en la Oficina General de Estadística e Informática del MINSA, se obtuvo un índice de riesgo de **0,76**, con mas de 400,000 susceptibles, lo cual es clasificado como mediano riesgo.

Ante la identificación de un caso de poliovirus derivado tipo 2 en Lima y la posibilidad de importación ante el escenario globalizado de hoy, representa un riesgo para la presentación de brotes, si no se garantiza niveles de coberturas de vacunación (nacional, por distritos y establecimientos de salud) superiores a 95%.

a) Caso probable de parálisis flácida aguda (PFA)/poliomielitis aguda:

Todo menor de 15 años que presente cuadro clínico caracterizado por disminución o perdida de la fuerza muscular (paresia o parálisis) y del tono muscular (hipotonía o flacidez) en una o mas de sus extremidades, de instalación rápida (3 a 4 días) y de origen no traumático.



b) Caso Confirmado de Poliomielitis aguda:

Por laboratorio: Todo caso de parálisis flácida aguda (PFA) en el cual se aísla el polio virus salvaje de muestra de heces del paciente y parálisis residual. **Por nexa epidemiológico:** Todo caso de PFA con parálisis residual que ha tenido contacto 30 días antes con un caso confirmado por laboratorio.

c) Caso descartado: Todo caso de PFA: Con muestra adecuada de heces, con resultado negativo para poliovirus y sin secuela. Sin muestra adecuada de heces y que al seguimiento de los 180 días no presentan parálisis residual y hay evidencias clínicas, epidemiológicas y exámenes auxiliares suficientes para descartarlo.

d) Contacto de caso confirmado: Se define como contacto a toda persona que ha tenido el nexa epidemiológico con un paciente confirmado de poliomielitis dentro de los 40 días previos y 30 días después a la fecha de inicio del déficit motor en el caso.

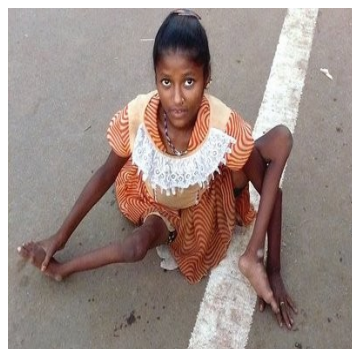


Por lo que se ha dispuesto que todas las Direcciones de Salud del país, con énfasis en Lima, Callao y en las rutas comerciales de mayor circulación en el país (Junín-Huanuco, Trujillo-Chiclayo-Piura, Jaén-Bagua-Amazonas, Arequipa-Cusco-Puno), deben cumplir las siguientes recomendaciones:

1. Todo medico y personal de servicios de salud públicos y privados del país, debe notificar todo caso de parálisis flácida aguda (PFA)/poliomielitis aguda utilizando las siguiente definiciones de la vigilancia de la poliomieltitis:

2. Actividades frente ante un caso probable

- Notificar el caso al nivel inmediato superior de la red de vigilancia dentro de las 24 horas por el medio de comunicación mas rápido (Teléfono, Fax, etc.).
- Tomar muestra al primer contacto con el caso probable 10 gramos de heces en frasco estéril (frasco plástico tapa rosca boca ancha) colocar en cadena de frío y remitir a la Oficina de Epidemiología y al laboratorio de la DIRESA. Evaluar la verificación de antecedentes de vacunación de toda persona que acude a los EESS.



PREVENCIÓN DE RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL PERSONAL DE SALUD

Los trabajadores de salud están expuestos a riesgos biológicos presentes en todos los lugares de trabajo e incluyen patógenos transmitidos por aire y sangre, tales como agentes causales de tuberculosis, hepatitis e infección por VIH/SIDA.



Las lesiones con aguja son las fuentes más frecuentes de exposición ocupacional a la sangre y la principal causa de infecciones



de transmisión hemática entre el personal sanitario. Las dos causas más frecuentes de lesiones con agujas son el reencapuchado con las manos y la colecta y eliminación incorrecta de los desechos punzocortantes.

Por lo tanto, las medidas de Bioseguridad deben ser una práctica rutinaria del personal de salud y tener siempre presente el principio de Universalidad:

“Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual hayan entrado al hospital o clínica, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión”

“Asimismo, se debe tener en cuenta las **PRECAUCIONES ESTANDAR**, que buscan la disminución de riesgos en las situaciones en las que se manipula sangre, fluidos corporales, secreciones y elementos punzantes o cortantes, tales como :

***HIGIENE DE MANOS:**



***USO CORRECTO DE EQUIPOS DE PROTECCION.**



***MANEJO ADECUADO DE RESIDUOS BIOCONTAMINADOS.**



Este conjunto de medidas, normas y procedimientos están destinados a Controlar y Minimizar el riesgo biológico; quedando claro que el riesgo **Cero** no existe.

El Riesgo de adquirir enfermedad por cada **LESIÓN PUNZOCORTANTE** con material contaminado es:

- VIH: 0,2 a 0,4 %
- VHB: 6 a 30 %
- VHC: 3 a 10 %
- Riesgo por Salpicaduras a Conjuntivas/Mucosas:<0,1%

La **Hepatitis B** es la infección más frecuente de transmisión por vía hemática y la única de estas enfermedades víricas graves para la que existe una vacuna.



La inmunización del personal sanitario es un aspecto fundamental en la elaboración de un programa de prevención de la salud ocupacional por las con-

secuencias médicas, legales y económicas. Pese a disponer de vacunas efectivas y seguras para prevenir esta enfer-



medad se estima que solamente 30 a 40% de los trabajadores de la salud está adecuadamente vacunado.

Luego de tres dosis de vacuna intramuscular más de 90% de los adultos inmunocompetentes desarrollan títulos de anticuerpos (anti HBsAg) mayores o iguales a 10 UI/L.

La falta de respuesta se asocia a: edad mayor de 40 años, género masculino, obesidad, tabaquismo y enfermedades crónicas .

La vacuna es 80 a 100% efectiva para la prevención de la hepatitis clínica en aquellos que reciben esquemas completos de vacunación.

Todos los trabajadores de la salud vacunados deben tener títulos anti HBsAg entre 30 y 60 días después de la primera dosis. Aquellos que no desarrollen un nivel protector luego del esquema completo, deben recibir un nuevo esquema de tres dosis. Los que no responden a esta segunda serie deben considerarse no respondedores y susceptibles a la infección por VHB; por lo tanto, deben ser aconsejados acerca de las medidas para prevenir la infección y sobre la necesidad de recibir profilaxis ante cualquier exposición parenteral con HBsAg positiva.

VIGILANCIA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"

Las infecciones Intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de salud pública por el aumento de mortalidad que producen en los pacientes hospitalizados y el incremento de costos de hospitalización por conceptos de estadía prolongada y uso de tratamientos especiales.



La magnitud y características de las IIH, sus tendencias en el tiempo y las acciones para modificarlas constituyen indicadores de la calidad de atención a los pacientes y, por lo tanto, de la gestión de los hospitales, debido a que permiten mejorar la productividad de los establecimientos.

En el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores", se realiza la vigilancia de Infecciones del Tracto Urinario por uso de Catéter Urinario Permanente (CUP) de los pacientes hospitalizados con lesiones Medulares.



Los individuos con lesiones en médula espinal (LME) experimentan mayor riesgo de infecciones Intrahospitalarias, la mayoría de ellas asociadas con el empleo de sondas, producen bacteriemia en el 2% al 4% de los casos.

La micción incompleta, la presión intravascular elevada y el empleo de sondas incrementan el riesgo de infecciones urinarias sintomáticas en los pacientes con vejiga neurogénica.

Además, la terapia antibiótica frecuente eleva el riesgo de infección por patógenos resistentes.

Se reporta a nivel internacional una Densidad de Incidencia de infección urinaria en pacientes con lesiones de la medula espinal de **2.72** episodios por 100 días paciente. La infección urinaria interfiere en el proceso de rehabilitación y puede inducir complicaciones urológicas secundarias.

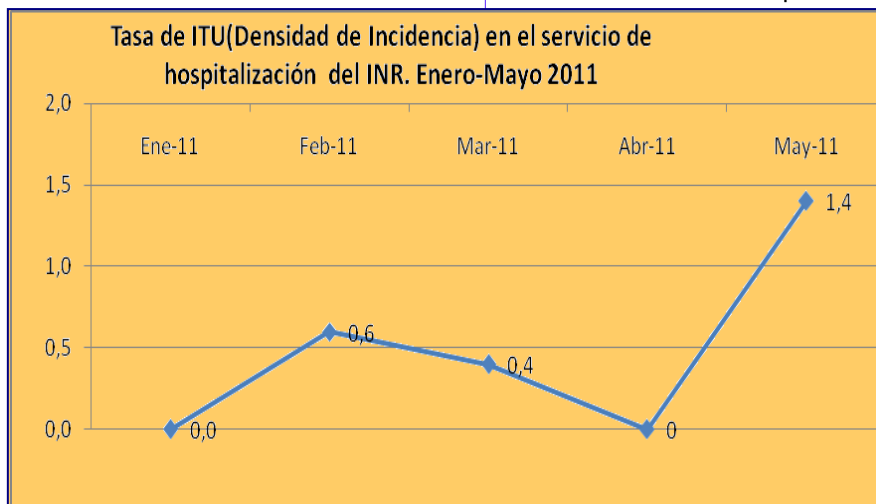
En la vigilancia de las IIH por CUP del mes de enero a mayo 2011, encontramos en promedio (enero-mayo), una Densidad de Incidencia de **0.48**, observándose que en los meses de enero y abril la incidencia fue 0.0, y obteniendo un valor de 1.4 en el mes de mayo, a pesar del incremento de la incidencia esta se encuentra por debajo de

Enterobacter spp. y *Staphylococcus aureus*. El diagnóstico presenta dificultades, por la escasa o atípica expresividad clínica que algunos de estos pacientes muestran y el alto porcentaje de bacteriurias encontradas en las muestras de pacientes sondados durante largo tiempo.

En relación a la vigilancia de los Accidentes Punzo Cortantes y la Tuberculosis Pulmonar frotis positivo en el personal hospitalario, contamos con la notificación negativa.

En los Sistemas de Vigilancia de la Salud de los Trabajadores de Salud se notifican menos lesiones con agujas de las que realmente ocurren, es probable que la previsión de dos millones de lesiones sea una estimación baja, los estudios muestran que solo se notifican alrededor del 40% de dichas lesiones.

Las lesiones con agujas son las fuentes más frecuentes de exposición ocu-



los estándares internacionales (**2.72**) para pacientes que presentan lesión medular.

Los pacientes con lesiones medulares o portadores de catéteres urinarios o con anomalías estructurales del tracto urinario presentan un alto riesgo de infección por *E. coli*, *Pseudomonas* y *P. mirabilis*. Otros microorganismos implicados son *Candida* spp., *Enterococcus* spp., *Klebsiella* spp.,

pacional a la sangre y la principal causa de infecciones de transmisión hemática entre el personal sanitario.

Por lo que, reiteramos al personal de salud del INR, que la ocurrencia de alguna lesión punzo cortante para que se efectúen todas las acciones para prevenir y limitar la infección.

ALERTA EPIDEMIOLOGICA: BROTE DE ESCHERICHIA COLI EN ALEMANIA



La OPS/OMS ha comunicado que el 22 de mayo Alemania informó de un aumento significativo del número de pacientes con síndrome hemolítico (SHU) y diarrea con sangre, causada por E. Coli productora e Toxina Shiga (STEC). Desde el 2 de mayo hasta el 2 junio de 2011, se han registrado 499 casos de SHU en los Estados Unidos de Europa, de los cuales 470 casos fueron detectados en Alemania. La gran mayoría de los casos son adultos y más de dos tercios son mujeres. En Alemania han fallecido 9 pacientes con SHU y 6 de infección por la bacteria E. Coli Enterohemorrágica (EHEC). También se registro de una muerte en Suecia. Los resultados de laboratorio indican como agente causal a E. Coli productora de

toxina Shiga (STEC) del serogrupo O104:H4. En Europa, además de Alemania, otros 9 países reportaron casos (Austria, Suecia, Reino Unido, Países Bajos, Dinamarca, Noruega, Suiza, Francia y España), la mayoría de los casos son residentes o tienen antecedentes de viaje al norte de Alemania. El origen del Brote se encuentra bajo investigación pero la comida contaminada parece ser el medio más probable de la Infección. Actualmente, no hay indicio que la leche cruda o carne cruda esté asociada con el brote. E. Coli y Síndrome Uremico Hemolítico: Es una complicación grave de la infección por la bacteria EHEC y se caracteriza por insuficiencia renal aguda, anemia hemolítica y disminución del número de plaquetas. Se estima que el 10% de pacientes infectados por esta bacteria pueden desarrollar SHU, cuya mortalidad puede llegar al 5%. E. Coli productora de toxina Shiga (STEC) o E. Coli enterohemorrágica (EHEC) es una cepa de E. coli que se encuentra frecuentemente en el intestino de los animales, sobre todo los rumiantes, y produce toxinas de Shiga por su semejanza con las toxinas producidas por Shigella dysenteriae. Puede causar enfermedad grave transmitida por los alimentos contaminados. Los síntomas de la enfermedad consisten en: Cólicos abdominales y diarrea, que pueden ser sanguinolenta. También pueden haber fiebre y vómitos.

Qué es el síndrome urémico hemolítico

El SHU es una enfermedad que afecta principalmente a los niños de hasta 5 años y en la mayoría de los casos de nuestro país es producida por la bacteria *Escherichia coli* enterohemorrágica.

COMO SE CONTRAE

- 1** La bacteria ingresa al organismo principalmente por vía oral.
- 2** Coloniza el intestino y comienza a producir la toxina Shiga que pasa al torrente sanguíneo.
- 3** Se deposita en los riñones, provoca la destrucción de glóbulos rojos y plaquetas, y afecta la función renal.

LA BACTERIA

El principal reservorio de *E. coli* es el aparato digestivo del ganado vacuno.

COMO PREVENIRLO

- Cocinar muy bien las carnes. Que no queden partes rosas.
- Lavarse las manos con agua y jabón: después de ir al baño, antes de comer y luego de tocar carne cruda.
- No usar los mismos utensilios de cocina para elaborar distintos alimentos sin antes lavarlos.
- Lavar frutas y verduras.
- Consumir agua potable o hervirla antes de consumirla.
- Consumir leche pasteurizada.
- Controlar que las piletas de natación tengan agua clorada.

FORMAS DE CONTAGIO	SINTOMAS
● Principal: consumo de alimentos, agua o leche contaminados.	● Diarrea con sangre
● Contacto persona persona por vía fecal-oral.	● Palidez
● Contacto directo hombre-animal.	● Irritabilidad
	● Vómitos
	● Convulsiones
	● Problemas para orinar

¿COMO PREVENIRLA?

● **Cocinar bien los alimentos.**



● **Lavarse las manos después de ir al baño, antes de preparar los alimentos y después de tocar carne cruda, antes de comer.**



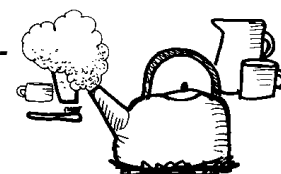
● **No usar los mismos utensilios de cocina para elaborar distintos alimentos sin antes lavarlos.**



● **Lavar bien frutas y verduras.**



● **Hervir el agua antes de consumirla.**



● **Consumir leche pasteurizada**