



**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"**

# Boletín Epidemiológico

**Boletín: N°4**

**OCTUBRE - DICIEMBRE 2010**

## EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" ¡CONTRA EL DENGUE!



### CONTENIDO:

El Instituto Nacional de Rehabilitación CONTRA EL DENGUE!	1, 2
DESORDENES MUSCULO ESQUELETICOS : ENFOQUE DE REHABILITACIÓN	3,4
MAPA MICROBIOLÓGICO DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN INR	4

El Dengue ha emergido como un grave problema de salud pública en la Región del Pacífico Occidental. Desde la última importante pandemia en 1998, la epidemia ha vuelto a presentarse en gran parte del área. La falta de notificación sigue siendo uno de los desafíos más importantes en la prevención y control del dengue.

Los países andinos que incluye a Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, han contribuido con 19% (819.466) de los casos de dengue en las Américas de 2001 a 2007.

Es la subregión con el mayor número de casos notificados de fiebre hemorrágica por dengue: 58% de todos los casos (61.341) en las Américas y 306 muertes. Colombia y Venezuela tienen la mayoría de los casos de la subregión (81%), y la mayoría de muertes por dengue se dio en Colombia (225, o 73%). En Colombia, Perú y Venezuela se identificaron los cuatro serotipos del dengue.

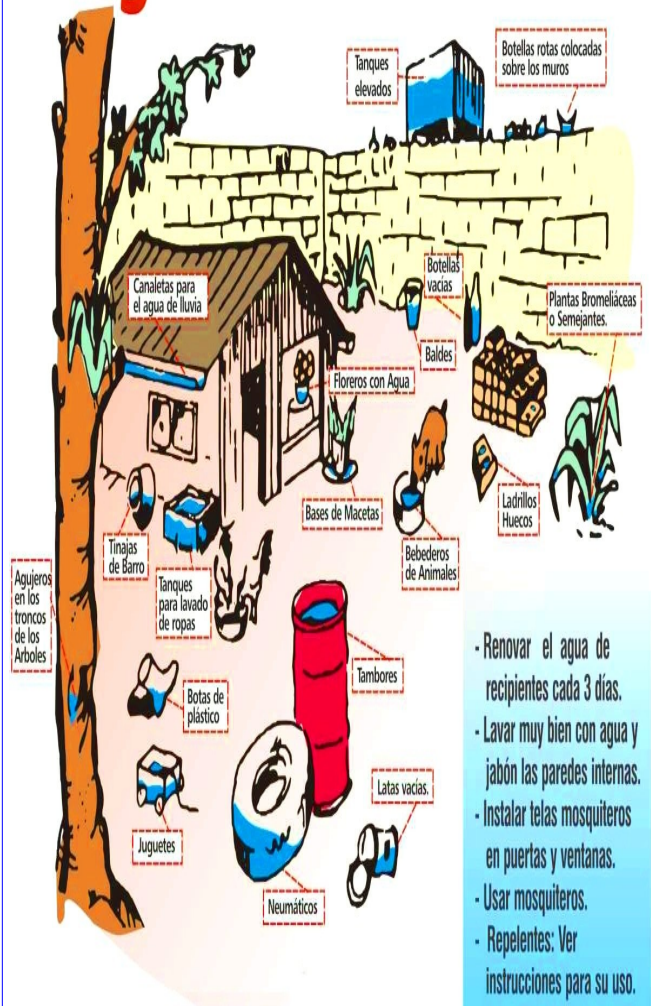
El Programa Regional de Dengue de la OPS/OMS, ante la urgente necesidad de incorporar y adecuar a la región los avances en el tratamiento y teniendo en cuenta la alta prioridad que representa para disminuir muertes por esta causa, decidió convocar a una reunión de expertos del Grupo Técnico Internacional de dengue (GTI -Dengue), para hacer una adecuación y ajuste de las guías al continente americano, aprovechando el cúmulo de experiencias en el tratamiento del dengue en la región. Durante la epidemia de dengue que azotó Bolivia en el 2009, se puso a prueba la validación de la guía y se agregaron los ajustes necesarios para la región en el componente de atención al paciente con dengue, realizados en abril del 2010.

El Dengue es una enfermedad viral aguda, endemo-epidémica, transmitida por la picadura de mosquitos hembras del género **Aedes aegypti** y se considera un vector importante en la transmisión del dengue y la fiebre amarilla. Las recomendaciones de los organismos sanitarios para la prevención de las picaduras incluyen la utilización de repelentes que contengan N,N-dietilmetatoluamida (DEET), considerado el

mejor repelente para el *Aedes aegypti*.

Aunque *Aedes aegypti* puede alimentarse en cualquier momento, suele picar con más frecuencia al amanecer y al atardecer. Los sitios donde mejor puede reproducirse son aquellos donde existe agua estancada y limpia: Charcos, recipientes descubiertos y abandonados, floreros, macetas y sus depósitos, llantas desechadas, agua riego de los jardines.

## Dengue Criaderos más comunes del Aedes Aegypti



- Renovar el agua de recipientes cada 3 días.
- Lavar muy bien con agua y jabón las paredes internas.
- Instalar telas mosquiteros en puertas y ventanas.
- Usar mosquiteros.
- Repelentes: Ver instrucciones para su uso.

## Dengue todos podemos prevenirlo

El Dengue es una enfermedad transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.



# EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN "DRA. ADRIANA REBAZA FLORES" CONTRA EL DENGUE



◆ **Periodo de Transmisibilidad:** Los enfermos (personas) suelen infectar a los "zancudos" desde el día anterior hasta el final del periodo febril, en promedio 05 días; el mosquito se torna infectante de 8 a 12 días después de alimentarse con sangre y así continua durante toda su vida (45 días).

◆ **Periodo de Incubación:** El periodo de incubación se describe entre 3 y 14 días, con una media aproximada de entre 5 a 7 días; todos los grupos humanos sin distinción de color, raza y sexo pueden igualmente ser afectados por dengue, dependiendo de la exposición al vector. Las personas y los "zancudos" *Aedes aegypti* son reservorios del virus dengue.

◆ **Curso de la Enfermedad:** La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves. Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

juntivas. La anorexia, las náuseas y el vómito son comunes.

**Fase Crítica** :Luego de la caída de la fiebre el paciente puede mejorar o agra-



varse, presentando **SIGNOS DE ALARMA** (Dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrado de mucosas, Derrames serosos, Somnolencia o irritabilidad, Hepatomegalia  $\geq$  de 2 cm. Incremento brusco del Hematocrito concomitantemente con una caída del las plaquetas, etc.).



**Fase de Recuperación:** Hay una mejoría del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales se estabiliza el estado hemodinámico y se incrementa la diuresis.

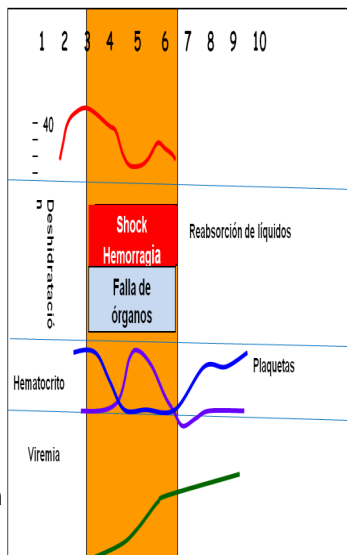
## RECOMENDACIONES

### ¿Qué debe EVITAR el paciente?

- ◆ La **Automedicación**, la cual puede ser más peligrosa que la enfermedad.
- ◆ No utilizar **esteroides y AINES (ASPIRINA, Diclofenaco, Naproxeno, etc)**

### ¿Cómo Prevenir el Dengue?

- ◆ Impidiendo la reproducción del mosquito, **evitando tener agua limpia estancada.**
- ◆ **Cambiar permanentemente el agua de los jarrones y floreros o colocar arena húmeda.**
- ◆ **Despejar las canaletas de los techos,**
- ◆ **Evitar la acumulación de agua en el interior de neumáticos,**
- ◆ **Impedir que los recipientes en uso acumulen agua,**
- ◆ **Mantener boca abajo los recipientes en desuso,**
- ◆ **Desechar todos los objetos inservibles capaces de acumular agua de lluvia,**
- ◆ **Tapemos los recipientes utilizados para almacenar agua.**



Curso clínico de la enfermedad:

◆ **Fase Febril** : Generalmente, los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina que puede ser bimodal. Por lo general, esta fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroocular. Algunos pacientes pueden presentar odinofagia e hiperemia en faringe y con-

## DESORDENES MUSCULOESQUELETICOS-DME: ENFOQUE DE REHABILITACIÓN

Del 10 al 12 de noviembre del 2010, se realizó el curso Desordenes Musculo Esqueléticos: Enfoque de rehabilitación, organizado por la oficina de Epidemiología en coordinación la Oficina de Docencia del INR. Con la ponencia de médicos destacados de la Institución y de EsSalud, y con la asistencia de 40 especialistas en rehabilitación provenientes del INR, de hospitales de Lima y algunos de provincia.

Se plantearon las líneas de acción en prevención, diagnóstico y tratamiento integral de los desordenes musculo esqueléticos con énfasis en el aspecto laboral.

Entre las recomendaciones que se indi-

\* **Programa de educación en reconocimiento de riesgos**, en donde se Informe sobre todos los "Factores de Riesgo", la Importancia e impacto de las Lesiones Musculo Esqueléticas y de informar tempranamente la aparición de síntomas. Asimismo, identificar los riesgos y medidas de control.

\* **Estudio y Evaluación de Puestos de Trabajo**: Mediante visitas, video filmaciones, reconocimiento de tareas, encuestas, revisión de estadísticas. Evaluaciones específicos según riesgos: carga cardiovascular, utilizando métodos de evaluación, OCRA (Occupational Repetitive Action), REBA (Rapid Entire Body Assessment), RULA, (Rapid Upper Limb Assessment), NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health), Manual handling Assessment Charts – MAC.

\* **Control y reducción de riesgos, a través de la Implementación de medidas correctoras; a continuación se grafican algunos ejemplos:**

⇒Se expuso en relación a la **Información Estadística para la Gestión sanitaria**, en donde se recalzó que el análisis de la información numérica es el paso fundamental que transforma el dato en información, siendo el principio básico del análisis epidemiológico la comparación. Se recalzó la importancia de brindar datos de calidad para obtener información real de los problemas existentes.

⇒En el campo de la salud pública es imprescindible contar con datos registrados y estandarizados por un sistema de información, con el fin de conocer la situación actual en diferentes temas de salud dentro de un ámbito local, regional y nacional.

Con el uso de un sistema de información, se pueden lograr importantes mejoras como la automatización de los procesos operativos y la toma de decisiones con base en información confiable para futuras acciones.

**Para el DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA DE DISCAPACIDAD EN LA POBLACION se requiere entre otros:**

- ◆ Conocer frecuencia, distribución y gravedad de la discapacidad.
- ◆ Identificar subgrupos en la población con mayor riesgo y discriminar los factores de riesgo que se pueden intervenir.
- ◆ Distribución de las discapacidades con grado severo según el tipo de daño presentado.
- ◆ Detectar variaciones del perfil de la discapacidad en la población en tiempo, espacio.

Lo que contribuirá a Identificar las áreas geográficas que requieren intervenciones prioritarias y el efecto potencial de estas, determinar grado de disponibilidad, accesibilidad y utilización de servicios, etc. Por lo tanto, la importancia de contar con **información confiable y de calidad** para la toma de decisiones.

can para evitar estos daños se encuentran:

- ◆ Tener un adecuado diseño de tareas.
- ◆ Respetar el sistema de palancas corporales.
- ◆ Mantener una postura neutral como por ejemplo: mantener el trabajo cercano al cuerpo, evitar trabajar con los brazos elevados, no llevar las manos por sobre la altura de los codos, cuidar el esfuerzo en las articulaciones críticas (codo, espalda, hombros).
- ◆ Eliminar las inclinaciones hacia delante caso contrario, se requerirán músculos y ligamentos mas fuertes para mantener el equilibrio de fuerzas que representan un gran esfuerzo para la espalda;

Es importante que las instituciones implementen un Programa de Ergonomía en los establecimientos de salud contando con el apoyo de expertos, el programa debe contar con:



**CONCLUSIONES :**

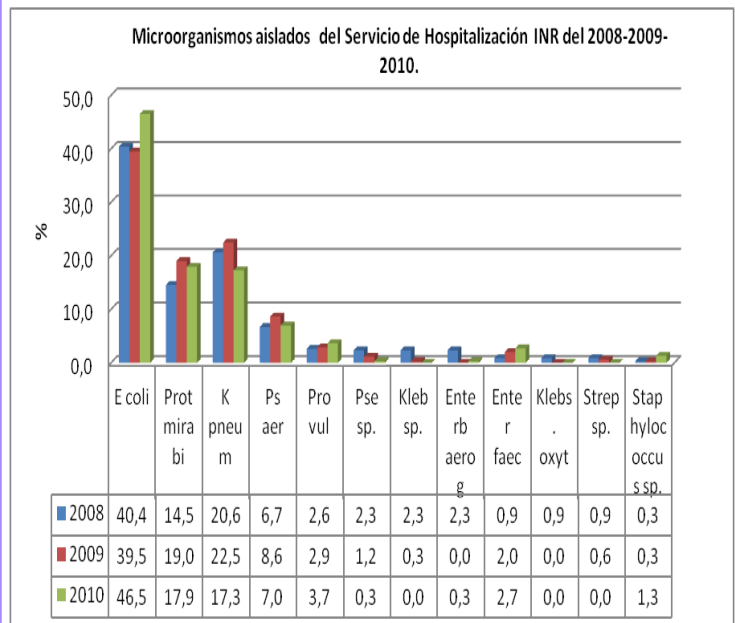
- ◆ Se actualizó al médico Rehabilitador en el manejo de los Desordenes Musculo esqueléticos con un enfoque de Rehabilitación, incluyendo aspectos de Prevención, tratamiento e investigación; recalcando la importancia de la calidad de la información que se genera en cada una de las UPSs, como herramienta fundamental para el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de la Discapacidad.
- ◆ Las lesiones Musculo Esqueléticas representan un problema de salud y en especial ocupacional, con un costo alto, por eso la importancia de la intervención para disminuirlas.

**RECOMENDACIONES:**

- ◆ Brindar las facilidades al personal de salud del INR, para que participen en las capacitaciones programados, con la finalidad de actualizar sus conocimientos y en especial en la importancia de generar información de calidad.
- ◆ Realizar talleres nacionales para elaboración de Guías Clínicas de DME por niveles de atención.
- ◆ Establecer de Estándares de atención en Rehabilitación .
- ◆ Realizar Talleres de indicadores en Rehabilitación.
- ◆ Efectuar Talleres nacionales para unificación de criterios de uso de códigos CIE para diagnóstico de DME en particular . Así como criterios unificados para valoración de Discapacidad.
- ◆ Migrar al Lenguaje del CIF, lo cual tiene que ver con : Talleres nacionales para Uso de la CIF en coordinación con OPS, equivalencias entre DDM y CIF, entre otros.
- ◆ Propiciar la cooperación internacional, en base a grupos de trabajo de la CIF por síndrome o Daño específico, para la presentación de proyectos a nivel nacional, por ejemplo estudios de Prevalencia con el uso del CIF.
- ◆ Realizar la Evaluación de Riesgos ergonómicos en el INR y la elaboración de un Plan Ergonómico respectivo en coordinación con expertos en el tema.
- ◆ Efectuar Investigaciones con Medicina Basada en evidencias sobre tratamiento de DME.
- ◆ Realizar Talleres para iniciar la Vigilancia de la Discapacidad en coordinación con la Dirección General de Epidemiología, cuyo piloto podría ser las Deficiencias musculoesqueléticas, para lo cual es necesario contar con la Guías antes mencionadas, estándares, etc.

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., *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 el gráfico N°1, de **Microorganismos aislados del Servicio de Hospitalización INR del 2008,2009 y 2010**, se aprecia un incremento en el 2010 del porcentaje de aislamientos por **E. Coli** (46.5%), en comparación con el 2008 y 2009 que alcanzaron el 40.4% y 39.5% respectivamente y sigue siendo el uropatogeno predominante aislado. Seguidamente **Proteus mirabilis** (17.9%), este presenta una disminución en comparación con el 2009 (19.0%). **Klebsiella Pneumoniae** presenta una disminución (con 17.3% al 2010), en relación con los años anteriores 20.6% (2008), 22.5%(2009). Con relación al aislamiento de la **Pseudomona aureginosa** (7% en el 2010), ha presentado una disminución en comparación con el 2009 (8.6%).



Fuente: Datos del Laboratorio Microbiología-INR

La **resistencia** antimicrobiana de **E. coli** se ha incrementado para ciprofloxacino alcanzando más del 90% al 2010. En relación a la **Sensibilidad** se observa que el mayor porcentaje lo alcanza el Imipenem(100%) los tres años, continua en menor porcentaje la Nitrofurantoina (63%), las cefalosporinas de 3era generación se encuentran por debajo del 60%. Alcanza un 56% la gentamicina y un 49% la amikacina. Sólo un 5% de las cepas aisladas son sensibles a Ciprofloxacino, en comparación con los años anteriores existe una disminución en la sensibilidad.

(\*) Rev Esp Quimioterap, Junio 2005; Vol.18 (Nº 2): 124-135 □ 2005 Prous Science, S.A.- Sociedad Española de Quimioterapia

