



# Boletín Epidemiológico SE 51

DEL 15 DE DICIEMBRE AL 21 DE DICIEMBRE DEL 2013

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE EPIDEMIOLOGÍA DIRESA - HUÁNUCO



## EDITORIAL

### BIOGRAFIA DEL DR. CARLOS J. FINLAY DE BARRES

Carlos J. Finlay nació en la ciudad de Camagüey el 3 de diciembre de 1833, fruto del matrimonio integrado por el doctor Edward Finlay, natural de Escocia, médico graduado de las Universidades de La Habana y Lima, y de Elizabeth de Barrés, nacida en Puerto España, Trinidad Tobago.

Hizo sus estudios secundarios en Rouen, Francia y se graduó de Doctor en Medicina en 1855 en el Jefferson Medical College de Filadelfia. Incorporó su título a la Universidad de La Habana en 1857.

Fue miembro de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales y el Secretario de su Sección de Ciencias. En esta corporación ocupó muchos cargos y recibió varias distinciones y honores por su trabajo científico.

En 1881 dio a conocer en la Conferencia Sanitaria Internacional de Washington su teoría sobre el contagio de enfermedades, con la cual resolvió de manera admirable las pugnas y contradicciones entre los defensores del contagionismo y del anticontagionismo.

Allí se refirió a la existencia de una corriente demostrable científicamente, diferente al contagionismo y al anticontagionismo, y basada en la transmisión de enfermedades de un individuo enfermo a otro sano por conducto de vectores biológicos.

Mediante la aplicación de esta teoría a la propagación de la fiebre amarilla, descubrió que el mosquito *Aedes aegypti* era el único agente capaz de transmitirla. Finlay creó el método experimental de producir formas atenuadas de la fiebre amarilla en los seres humanos, lo que no sólo le permitió comprobar la veracidad de sus concepciones y descubrimientos, sino también iniciar el estudio de los mecanismos inmunológicos de las enfermedades infecto contagiosas. Formuló las reglas básicas para la erradicación del mosquito, con lo que dio inicio al método sanitario-social conocido como lucha antivectorial que aún se practica. Finlay fue un científico integral pues, a su trascendental obra en relación con la fiebre amarilla, unió su dedicación al estudio de otras dolencias como la lepra, las enfermedades de la visión, la malaria, el beriberi, la corea, la tuberculosis y el absceso hepático.

Fue él incluso quien primero descubrió la existencia en Cuba de enfermedades como el bocio exoftálmico, la filariasis y la triquinosis; se adelantó a Carl von Rokitansky en la afirmación del origen hídrico del cólera y su observación sobre el tétanos infantil posibilitó hacer descender la mortalidad por dicha causa.

Su gran contribución para liberar al género humano de los terribles estragos de la fiebre amarilla y erradicar otras enfermedades, lo convirtieron en benefactor de la humanidad.

Tras haber fundado y dirigido la organización de la salud pública cubana en los inicios del período republicano en Cuba, falleció en La Habana el 20 de agosto de 1915, a la edad de 82 años.

En el aniversario 170 de su natalicio, el nombre de Carlos J. Finlay permanece vigente, en virtud de los nuevos cauces que abrió al desarrollo de la Biología, la Medicina Tropical, la Epidemiología y la Entomología.

Finlay y el día de la Medicina Americana

Si América fijara un día para conmemorar la grandeza de su medicina, para festejar la gloria de sus descubrimientos científicos, ese día debiera ser, sin duda alguna, el 3 de diciembre.

Las religiones conmemoran el natalicio de sus profetas; la ciencia debe celebrar el nacimiento de sus maestros. De la genial constelación americana, Finlay es el refulgente sol, y el 3 de diciembre de 1833 respiró por vez primera, en el legendario Camagüey, el hábito del vómito negro; la fatídica fiebre amarilla, que arrasaba las vidas de los hombres como la tormenta las espigas del trigo.

Media centuria después lanzaba a la faz del mundo su magistral teoría "El mosquito considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla" en la memorable sesión que la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana celebrara en 14 de agosto de 1881. ¡Fecha trascendental! Ese día no sólo vislumbró brillantes horizontes la medicina tropical, sino que marcó nuevos derroteros a la política americana. ¡Quizá Finlay, sin presumirlo, unió las aguas del Pacífico y del Atlántico...!

Finlay no fue el empírico emitiendo una teoría más menos ingeniosa, un postulado con cierta originalidad. Finlay genial, sabio, clarividente, fue creador de una doctrina, de un verdadero sistema que tenía que culminar en un resonante triunfo, porque su edificación estaba sólidamente cimentada en los fundamentos de la observación y de la experiencia.

Cuando Finlay lanzó su teoría recibió como respuesta la burlona sonrisa de la incredulidad y los dardos ponzoñosos de la envidia. Mas el hombre del mosquito como le llamaban irónicamente, humilde y llano como la tierra que lo vio nacer, tenía una constancia digna de un benedictino y, haciendo caso omiso de las burlas que a diario recibiera, perseveró hora tras hora, hasta lograr en el transcurso de los años ver demostrada su teoría, aceptada su doctrina y su nombre merecidamente en el pináculo de la gloria, porque "los nombres de los sabios que son fama de la vida, se graban en los ámbitos del cielo con buril de diamantes."

Ya no reían los incrédulos. Convencidos, respetaban y admiraban al Maestro. Quedaron los detractores, sin embargo, laborando arteramente para disminuir los astrales resplandores del médico cubano. Los celos científicos crecen, se arraigan y "cuando un hombre se levanta sobre todos los hombres de su época -usando las frases vibrantes de Chao- van tras él los espíritus mezquinos como suben tras el sol del invierno los vapores de la tierra misma que ilumina, a empañar su brillantez."

Los años han pasado. Han disminuido los intereses que impulsaban pasiones. El juicio sereno y la crítica severa han hecho que el sol del finlismo brille en todo su esplendor. Finlay es la figura más sobresaliente de la medicina americana.

Su memoria debe ser venerada no sólo por nosotros, sino por todos los habitantes del último rincón del Universo, y su efigie en graníticos caracteres lapidada en el monumento de la historia; pues gracias a los laboriosos trabajos de aquel virtuoso anciano, la humanidad puede evitar el terrible flagelo del vómito negro; la tétrica fiebre de Siam, a la que los pueblos, inermes para combatirla, rendían constante y mortífero tributo.

Repetimos, pues, que si en América se fijara un día para conmemorar sus descubrimientos científicos, por unanimidad, debiera elegir el 3 de diciembre, y entonces el próximo 1933 sería el centenario del nacimiento de Finlay y el nacimiento del Día de la Medicina Americana.

Horacio Abascal

### ALTA DIRECCIÓN

**Med. Cesar Augusto Conche Prado**  
Director General  
Dirección Regional de Salud

**Med. Patricia del Pilar Rojas Berrosi**  
Director Ejecutivo de Atención de  
Salud a las Personas

**Mg. Enf. Elsa Elvira Palacios Flores**  
Directora Ejecutiva de  
Epidemiología

### EQUIPO DE REDACCIÓN

**Mg. Elsa Elvira Palacios Flores**  
Directora Ejecutiva de Epidemiología

**Lic. Enf. Adela Celis Trujillo**  
Equipo Técnico de Epidemiología

**Lic. María Luz Díaz Rivera**  
Equipo Técnico de Epidemiología

**Lic. Yovel Kelvin Jaramillo Falcón**  
Equipo Técnico de Epidemiología

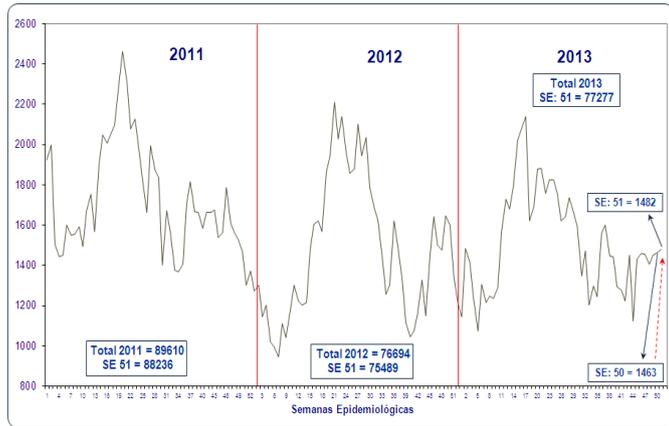
**Téc. Inf. Brindisi Nicolás Paulino Céspedes**  
Soporte Técnico en Informática.

### ÍNDICE

	Pág.
• Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs)	02
• Neumonías en Menores de 5 años	02
• SOB-ASMA en Menores de 5 años	03
• Neumonías en Mayores de 5 años	03
• Defunciones de Neumonías < y > de 5 años	04
• Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)	04
• Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosas	05
• Enfermedades Diarreicas Agudas Disentéricas	05
• Enfermedades Sujetos a Vigilancia Epidemiológica	05
• Mortalidad Materna y Neonatal	09
• Accidentes de Tránsito	13
• Cuadros de Enfermedades Sujetos a Vigilancia Epidemiológica	14
• Mapa Epidemiológico	16

## 1.- Infecciones Respiratorias Agudas IRAs)

Tendencia de casos de IRAs  
DIRESA - Huánuco 2011 - 2013 SE (01 - 51)

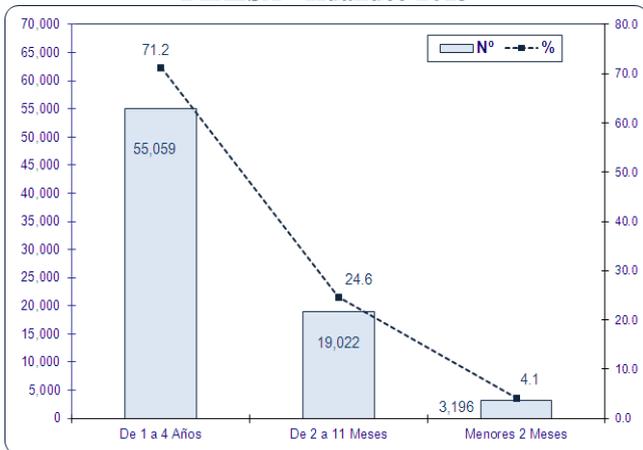


Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

En la SE 51 del 2013, se han notificado 1482 casos de Iras superior en 1.3% (19) casos a la SE 50.

La tendencia comparativa a la SE 51 muestra un acumulado de 77.277 casos superior en un 2.4% (1788) al año 2012 e inferior en 12.4% (10.959) 2011, sin embargo las acciones de vigilancia epidemiológica, promoción de comportamientos saludable, detección temprana de casos, identificación de signos de riesgo deben ser sostenibles.

Casos de IRAs según grupos de edad SE (01 - 51)  
DIRESA - Huánuco 2013

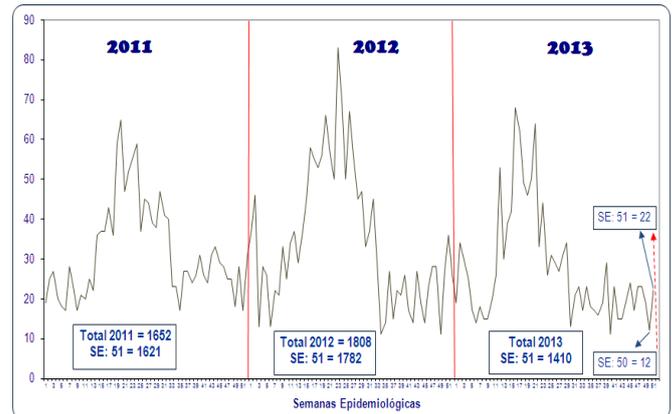


Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51 la distribución de casos de IRAs por grupos etareos muestra que del total de casos 77.277, el 71.2% corresponde al grupo etareo de 1 a 4 años de edad, seguido del 24.6% a los niños de 2 a 11m y finalmente del 4.1% a niños < de 2m, relacionado con la proporción de la población de los grupos de edad en análisis, siendo la recomendación identificar tempranamente las complicación a través de la vigilancia de signos de alarma como es el caso de la respiración rápida.

## 2.- Neumonías en Menores de 5 años

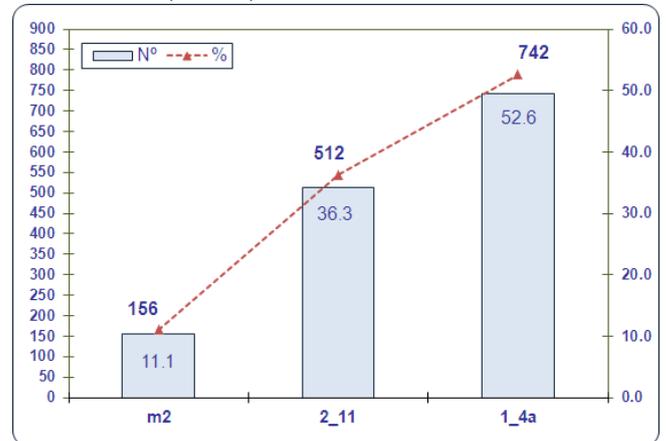
Tendencia de casos de Neumonías < 5 años SE (01 - 51)  
DIRESA - Huánuco 2011 - 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

En la SE 51 del 2013 se han notificado 22 casos de neumonías en menores de 5 años, superior en 45.5 (10) casos a la SE 50 que fue 12. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es inferior en (20.9%) 372 casos en relación al año 2012 y en (13.0%) 211 casos al año 2011. Siendo necesario continuar con el fortalecimiento de las medidas de promoción y prevención de las IRAs, en el entorno familiar, comunitario y de los servicios de salud debiendo este último asegurar la disponibilidad de medicamentos para el tratamiento adecuado y de manera oportuna de los casos de neumonías con seguimiento estricto a los niños con desnutrición crónica.

Casos de neumonías < 5 años según grupos de edad  
SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013



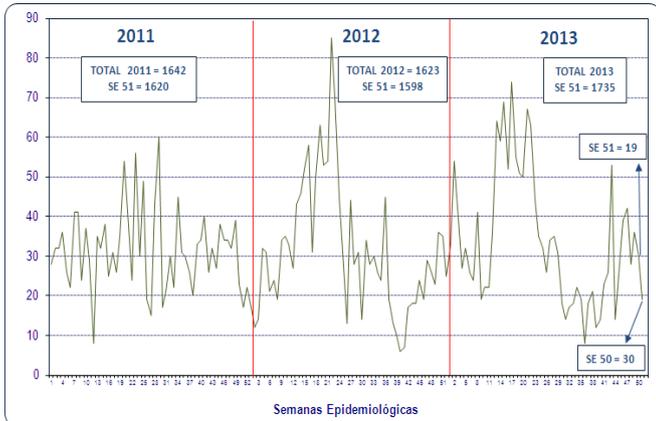
Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

A la SE.51, la distribución de casos de neumonías por grupos etareos muestra, que el 52.6% (742) casos corresponde a los niños de 1 a 4 años, el 36.3% (512) a los niños de 2-11 meses y el 11.1% (156) a los menores de 2m.

Al comparar la proporción de casos por grupos de edad con la ocurrencia de casos de infecciones respiratorias agudas, se observa que los niños pequeños menores de 2 meses hacen neumonía en un 11.1%, seguido del 36.3% de los niños de 2 a 11 meses y en menor proporción que las IRAs en el grupo de 1 a 4 años, es decir a menor edad mayor riesgo de complicación por neumonía.

### 3.- SOB-ASMA en Menores de 5 años

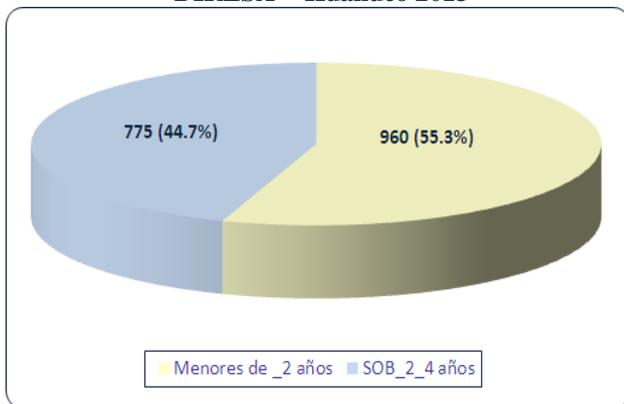
Tendencia de casos de Sob-Asma en < 5 años SE (01 - 51)  
DIRESA - Huánuco 2011 - 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51 se notificaron 19 casos de SOB - Asma en menores de 5 años, inferior en (36.7 %) 11 casos a la SE 50 que fue 30. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es superior en 137 casos (7.9%) al año 2012 y en 115 casos (6.6%) al año 2011, siendo necesario asegurar la disponibilidad de medicamentos y competencias del personal de salud para su manejo.

Casos de SOB - ASMA SE (01 - 51)  
DIRESA - Huánuco 2013

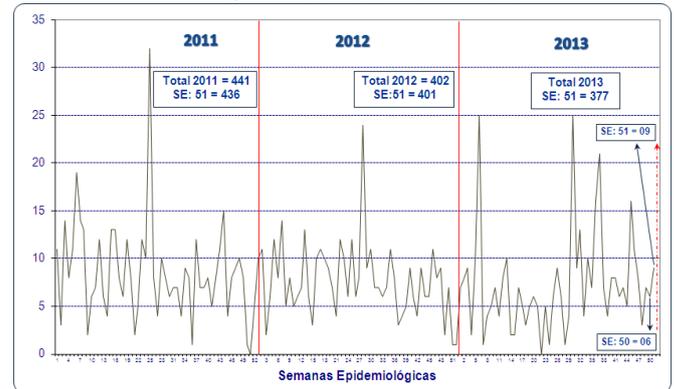


Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51 la distribución de casos de SOB - ASMA muestra que el 55.3% (960) corresponde a los niños menores de 2 años y el 44.7% (775) al grupo de 2 a 4 años, por su característica este grupo de población más afectado requiere mayor atención.

### 4.- Neumonías en Mayores de 5 años

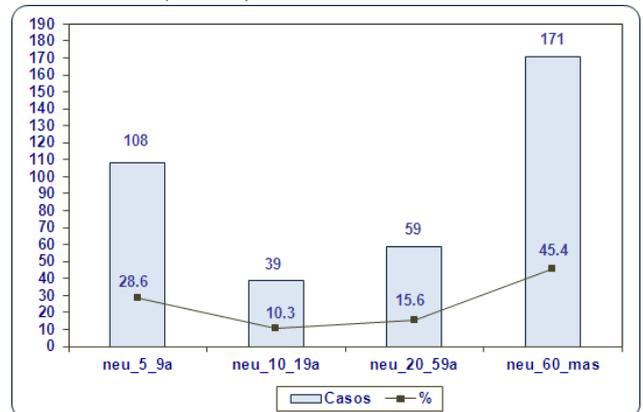
Tendencia de casos de neumonías > 5 años por SE (01 - 51)  
DIRESA - Huánuco 2011 - 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

A la SE 51, se notificó 09 casos de neumonía en > de 5 años superior en (33.3%) 03 casos a la SE 50 que fue 06. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es inferior en 24 casos (6.0%) al año 2012 y 59 casos (13.5%) al año 2011. Siendo importante que en el entorno familiar, comunitario y de los servicios de salud se enfatizen las acciones orientadas a la reducción de esta morbilidad en los mayores de 5 años.

Casos de neumonías > 5 años según grupo de edad  
SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51, la distribución de neumonías en > de 5 años muestra que el 45.4% (171) corresponde al grupo etáreo de 60 a más años, seguido el 28.6% (108) al grupo etáreo de 5 a 9 años, y un 15.6% (59) al grupo etáreo de 20 a 59 años, y un 10.3% (39) al grupo etáreo de 10 a 19 años. Por lo que las acciones de intervención considere las características de cada grupo etáreo a fin de tener mejores resultados.

## 5.- Defunciones por Neumonías en < y > 5 años.

### Defunciones por Neumonías según establecimientos DIRESA - Huánuco SE (01 - 51) 2013

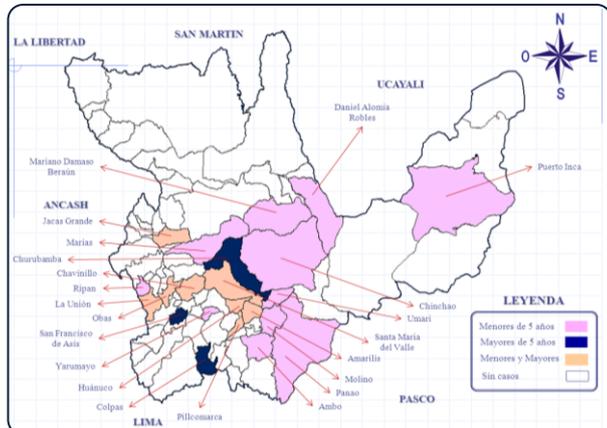
SE	Provincias	Distrito	Establecimientos de Salud	Defunciones en Menores de 5 años			Total Defunciones
				< 2 años	2, 11 años	1, 4 años	
2	Dos de Mayo	La Unión	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	1	0	1
5	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	1	0	1
6	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	1	0	1
6	Pachitea	Panao	P.S. Tayagasha	0	1	0	1
8	Yaroslava	Chavinillo	C.S. Chavinillo	0	0	0	0
9	Leónido Prado	Daniel Alomía Robles	C.S. Pumahuasi	1	0	0	1
10	Leónido Prado	Mariano Camero Berán	C.S. Cayumba	0	1	0	1
10	Yaroslava	Chavinillo	C.S. Chavinillo	0	0	0	0
12	Huánuco	Amarilis	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
12	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
13	Huánuco	Jacas Grande	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
14	Huánuco	Pilconarca	Hospital Regional Hermilio Valdizán	1	0	0	1
16	Huánuco	Pilconarca	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
17	Yaroslava	Chavinillo	P.S. Jarpo	0	1	0	1
18	Puerto Inca	Puerto Inca	C.S. Puerto Inca	0	1	0	1
19	Yaroslava	Obas	C.S. Obas	1	0	0	1
22	Ambo	Ambo	P.S. Chaucha	0	1	0	1
22	Huánuco	Santa María del Valle	P.S. Santa Rosa de Sirabamba	0	1	0	1
23	Puerto Inca	Puerto Inca	P.S. Puerto Zúngaro	0	1	0	1
24	Dos de Mayo	Marias	P.S. Tantacoto	0	1	0	1
25	Huánuco	Antarilla	Hospital Regional Hermilio Valdizán	1	0	0	1
25	Pachitea	Umaní	Hospital Regional Hermilio Valdizán	1	0	0	1
25	Jirón	Colpas	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
28	Dos de Mayo	Marias	Hospital Regional Hermilio Valdizán	1	0	0	1
29	Huánuco	Chinchao	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	1	0	1
29	Huánuco	San Francisco de Asís	P.S. Pucajaga	0	0	0	0
30	Huánuco	Yaurumayo	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	1	1
30	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
30	Huánuco	La Unión	C.S. La Unión	0	0	0	0
33	Pachitea	Múno	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	1	1
33	Yaroslava	Obas	C.S. Obas	0	0	0	0
35	Huánuco	Chunubamba	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
35	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
35	Huánuco	Santa María del Valle	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
36	Huánuco	Chunubamba	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
37	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
40	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
43	Huánuco	Jacas Grande	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	1	0	1
43	Dos de Mayo	Ripán	P.S. Racuay	1	0	0	1
51	Huánuco	Huánuco	Hospital Regional Hermilio Valdizán	0	0	0	0
TOTAL				7	13	2	22

Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51 del 2013 se registró 22 casos de defunción en menores de 5 años notificados por el Hospital Regional Hermilio Valdizán (11), P.S. Tayagasha (01), C.S. Pumahuasi (01), C.S. Cayumba (01), P.S. Jarpo (01), Puerto Inca (01), C.S. Obas (01), P.S. Chaucha (01), P.S. Santa Rosa de Sirabamba (01), P.S. Puerto Zúngaro (01), P.S. Tantacoto (01), P.S. Racuay (01). En defunciones de mayores de 5 años se presentaron Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco (14), C.S. Chavinillo (03), P.S. Pucajaga (01), C.S. La Unión (01), C.S. Obas (01).

Los factores de riesgo identificados durante la investigación clínica - epidemiológica está relacionado al uso de leña, paja en la cocina (75%) de los fallecidos, niños sin seguro integral (37,5%), niños sin vacunas completas (37,5%) y el 37,5% de las madres o padres no reconocieron signos de alarma.

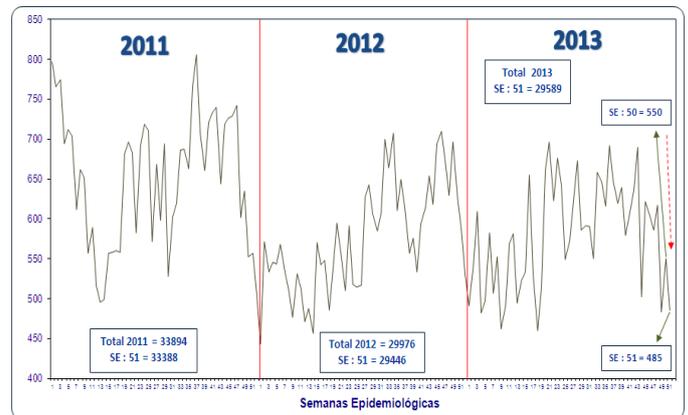
### Mapa de los casos de defunciones en neumonías menores y mayores de 5 años - SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

## 6.- Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs)

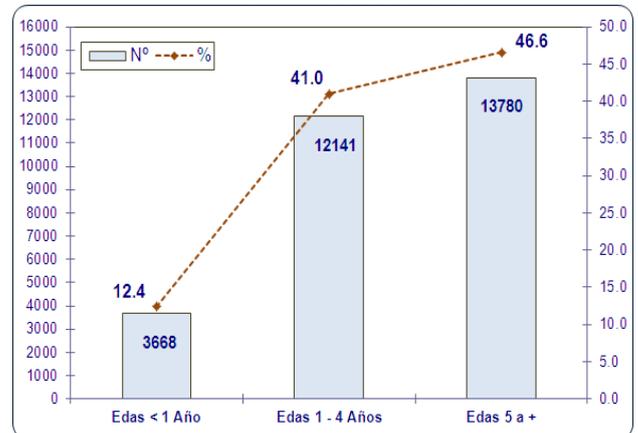
### Tendencia de casos de EDAs por SE (01 - 51) DIRESA Huánuco 2011 - 2013



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

A la SE 51 se notificaron 485 casos de EDAS, inferior en 11.8% (65 casos) a la SE 50. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es superior en 0.5% (143) casos al año 2012 e inferior en 11.4% (3799) casos al año 2011, por lo que es necesario intensificar y articular acciones entre los diferentes componentes del sector para reducir los casos de EDAS a nivel regional y promover la participación de los municipios locales, principalmente en los distritos de Puerto Inca, Tournavista, Yuyapichis, La Unión, Arancay, Canchabamba y Hermilio Valdizán por ser los distritos de mayor riesgo en la región.

### Casos de EDAs según grupos de edad SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013



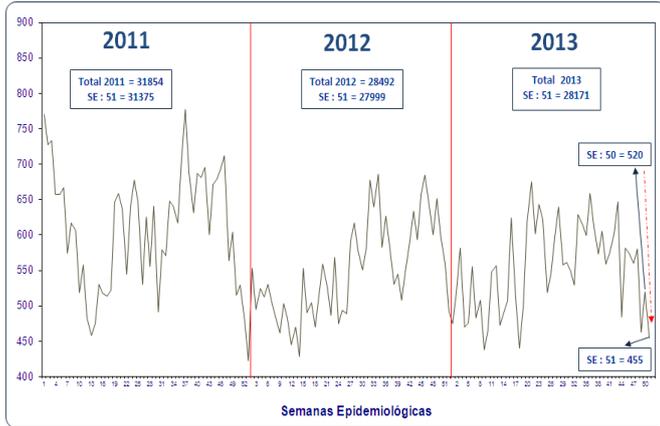
Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

Hasta la SE 51 la distribución de las EDAS por grupos etáreos muestra que el 46.6% (13.780) de casos corresponde a los mayores de 5 a más años, seguido con el 41.0% (12.141) a los niños 1 a 4 años y el 12.4% (3668) a los < 1 año.

Si bien se ha detectado y atendido brotes de enfermedad transmitido por agua y alimentos contaminados en > de 5 años es necesario mantener sensible el sistema para la detección temprana de brotes ya que el comportamiento esperado es mayor número de casos de edad en menores de 5 años, relacionado a la exposición por sus características propias del niño.

## 7.- Enfermedades Diarreicas Agudas Acuosa

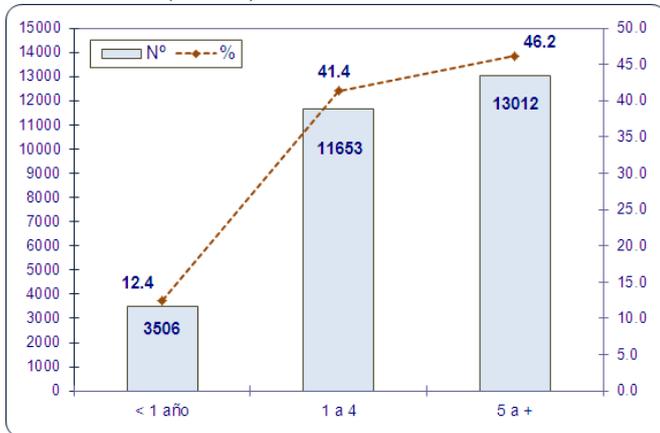
**Tendencia de casos de EDAs Acuosa  
DIRESA Huánuco 2011 - 2013 SE (01 - 51)**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

A la SE 51 se notificaron 455 casos de EDAS, superior 12.5 en (65 casos) a la SE 50. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es superior en 0.6% (172) casos al año 2012 e inferior en 10.2% (3204) casos al año 2011, observándose una tendencia creciente en las últimas semanas epidemiológicas situación que amerita mayor atención a las intervenciones de acceso a agua, práctica adecuada de higiene de las manos, alimentos, mejoramiento de condiciones de saneamiento básico.

**Casos de EDAs Acuosa según grupos de edad  
SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013**

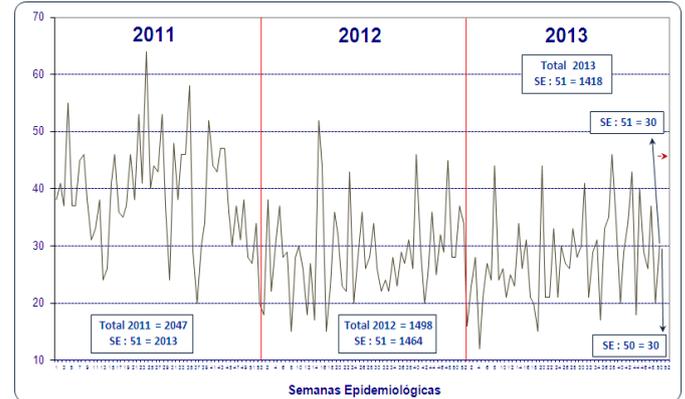


Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013.

A la SE 51 la distribución de EDAs Acuosa por grupos de edades, muestra que el 46.2% (13.012) corresponde a los mayores de 5 años a más años, seguido del 41.4% (11.653) casos en los niños de 1 a 4 años en y < 1 año con el 12.4% (3506). Comportamiento observado similar al total de los casos de enfermedades diarreicas agudas, es decir incluyendo a las enfermedades diarreicas disintéricas. Por lo que las acciones de promoción de comportamiento saludables y prevención deberán ser enfatizadas en la persona, familia, comunidad e instituciones educativas, debido a que la tendencia de las EDAs va en aumento.

## 8.- Enfermedades Diarreicas Agudas Disintéricas

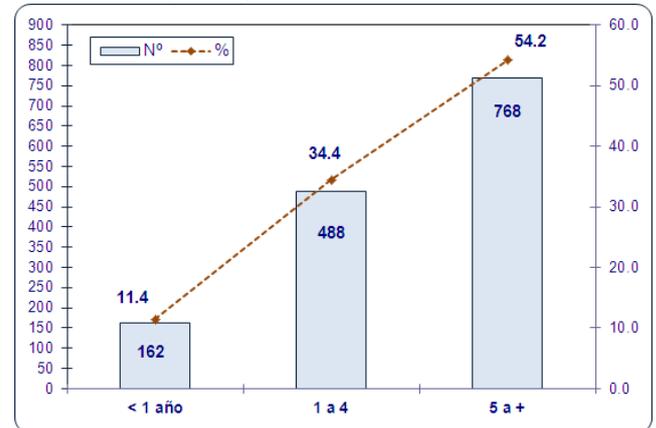
**Tendencia de casos de EDAs Disintéricas  
DIRESA Huánuco 2011 - 2013 SE (01 - 51)**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

En la SE 51 se registraron 30 casos de EDAS disintéricas, teniendo la misma cantidad de en la SE 50. La tendencia acumulada al año 2013 evidencia que es inferior en 3.1% (46) al año 2012 y en 30.7% (629) al 2011.

**Casos de EDAs disintéricas según grupos de edad  
SE (01 - 51) DIRESA - Huánuco 2013**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco 2013

La distribución de los casos de EDAs disintéricas a la SE 51, muestra que el 54.2% (768) corresponde a los > 5 años, 34.4% (488) casos corresponde a los niños de 1 a 4 años, y el 11.4% (162) a los < de 1 año.

## 9.- Dengue

### INFORME EJECUTIVO DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DE DENGUE DIRESA HUÁNUCO 2012 - 2013 (SE.01 - 51)

FECHA DEL INFORME : 01- 51 (01 de Enero al 21 de Diciembre 2013)

FUENTE DE INFORMACION : Sistema de información NOTIsp

#### I. ANTECEDENTES.

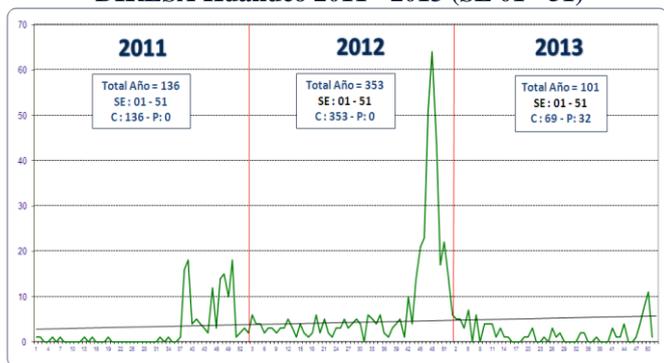
El departamento de Huánuco, está conformado por 11 provincias y 77 distritos, 9 provincias (81%), tienen distritos con algunas localidades en riesgo de transmisión de alguna enfermedad metaxénica, siendo una de ellas el dengue que compromete a 15 distritos distribuidos en 5 Provincias de la Región: Leoncio Prado, Puerto Inca, Huamalíes, Huánuco y Pachitea.

Condicionado por factores ecológicos (clima, altitud, humedad) y de comportamiento no saludable de la población en relación a la prevención del dengue, además la migración interna y externa que existe de la población a zonas endémicas.

En el 2012 de 77 distritos el 13% (10) distritos estuvieron comprometidos con la transmisión del dengue en nuestra Región entre ellos tenemos a los distritos de Daniel Alomía Robles, José Crespo y Castillo, Padre Felipe Luyando, Mariano Dámaso Beraun y Rupa Rupa (provincia de Leoncio Prado), los distritos de Honoria y Puerto Inca (provincia de Puerto Inca) el distrito de Monzón (provincia de Huamalíes), distrito de Chinchao (provincia de Huánuco) y Chaglla (provincia de Pachitea), de estos los que alcanzaron las mayores tasas de incidencia son los distritos de Rupa Rupa con 35 x 10, 000 Hab., seguido del distrito de Mariano Dámaso Beraun con 29 por 10,000 Hab.

## II. SITUACION ACTUAL

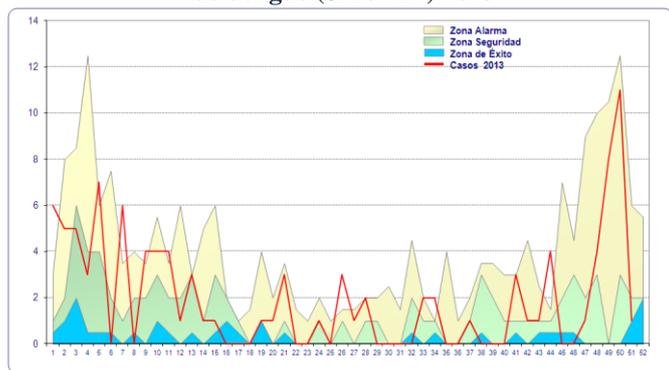
**Gráfico N° 1: Casos de dengue probable y confirmado DIRESA Huánuco 2011 - 2013 (SE 01 - 51)**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco.

Hasta la Semana Epidemiológica N° 51 del 2013 (del 01 de Enero al 21 de Diciembre) se han notificado 101 casos de dengue entre confirmados (69) y probables (32) observándose una tendencia estacional de los casos de dengue al igual que los años 2012 y 2011.

**Canal Endémico de casos probables y confirmados de dengue (SE 01-51) 2013**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco.

El canal Endémico de casos probables y confirmados de dengue a la SE. 51 se ubica en zona de seguridad, con una frecuencia 1 caso registrado. Siendo importante que las acciones orientadas a la prevención y control del dengue en los distritos endémicos se realicen de manera articulada tanto intra como extrasectorial a fin de mantener la tendencia de casos en un nivel no epidémico.

**Tabla 1. Dengue con y sin señales de alarma por distritos DIRESA Huánuco 2013 (SE. 01 - 51)**

Distritos	Dengue con Señales de Alarma		Sub Total	Dengue sin Señales de Alarma		Sub Total	Total General	TIA x 10000
	C	P		C	P			
CHAGLLA	0	0	0	1	0	1	1	0.8
CHINCHAO	0	0	0	0	1	1	1	0.4
CHOLÓN	0	1	1	0	0	0	1	0.8
DANIEL ALOMIA ROBLES	0	0	0	2	0	2	2	2.6
JOSÉ CRESPO Y CASTILLO	2	0	2	5	3	8	10	2.7
LUYANDO	0	0	0	1	1	2	2	2.1
MARIANO DAMASO BERAUN	0	0	0	3	2	5	5	5.2
MONZÓN	2	1	3	8	6	14	17	6.5
PUERTO INCA	0	1	1	7	5	12	13	16.0
RUPA-RUPA	6	1	7	20	5	25	32	5.1
<b>Casos Autóctonos</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>70</b>	<b>84</b>	
CALLERIA	0	0	0	1	1	2	2	
CAMPOVERDE	0	0	0	0	1	1	1	
EL ESLABÓN	0	0	0	1	0	1	1	
NUEVO PROGRESO	0	0	0	1	0	1	1	
PADRE ABAD	3	0	3	2	1	3	6	
PALCAZU	1	0	1	0	0	0	1	
PICHANAQUI	0	0	0	0	1	1	1	
RAMÓN CASTILLA	0	0	0	1	0	1	1	
SATIPO	0	1	1	0	0	0	1	
TOCACHÉ	1	0	1	1	0	1	2	
<b>Casos Importados</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	
<b>Total General</b>	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>54</b>	<b>27</b>	<b>81</b>	<b>101</b>	

Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco.

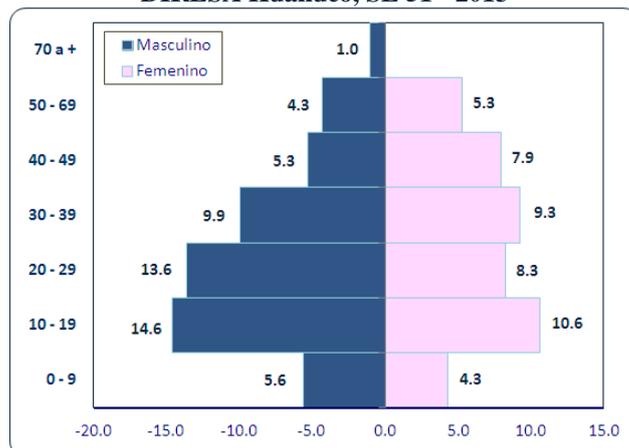
Hasta la SE. 51 del 2013 se han notificado 101 casos de dengue entre confirmados y probables, de los cuales 84 (83.1%) corresponden a casos autóctonos y 17 (16.8%) a casos importados.

De los 101 casos 69 (68.3%) son casos confirmados 32 (31.7%) casos probables.

Según tipo de dengue 20 (19.8%) corresponden a dengue con señales de alarma y 81 (80.2%) a dengue sin señales de alarma.

Los distritos que concentran al periodo de análisis las mayores TIAs, son Puerto Inca, Monzón, Rupa Rupa, Monzón, José Crespo y Castillo y Daniel Alomía Robles con 16.0, 4.9, 4.3 y 4.1 por cada 10,000 hab. Respectivamente.

**Gráfico 2. Pirámide poblacional del dengue DIRESA Huánuco, SE 51 - 2013**



Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología DIRESA - Huánuco

La pirámide poblacional del dengue hasta la SE. 51 del 2013, muestra que el 54.3% se distribuye en la población masculina y 45.7% en la población femenina, el grupo de edad que concentra el mayor porcentaje corresponde a la población de 10 a 19 años con el 25.2% del total de casos, seguido de la población de 20 a 29 años con el 21.9%, y el de menor porcentaje corresponde a la población de 70 años o más con el 1.0%.

**Tabla N° 5. Control de calidad de las localidades en Riesgo de la Provincia de Puerto Inca Diciembre - 2013**

FECHA DE RECEPCION	FECHA	LOCALIDAD	DISTRITO	INDICADORES ENTOMOLOGICOS		
				IA	IB	IR
05/12/2013	14	*Pozo Azul	Padre Felipe Luyando	0.00	0.00	0.00
12/12/2013	5-9	(P.S)Santa Rosa Shapajilla - La Cadena (Post Intervención 40%)		2.63	2.63	0.19
12/12/2013	8	(P.S) Cargatambo		0.00	0.00	0.00
18/12/2013	13 y 17	*Mapresa		2.85	3.16	0.29
19/12/2013	11-12	*Naranjillo	Daniel Alomia Robles	4.45	4.66	0.46
19/12/2013	9	*La Victoria		2.53	2.53	0.24
	9	*Las Vegas		3.45	3.45	0.69
	9	*Las Delicias		1.30	1.30	0.19
19/12/2013	06	*Jacintillo	Rupa Rupa	0.00	0.00	0.00
17/12/2013	11	Tingo María (cerco)	Jose Crespo y Castillo	8.39	8.39	1.00
11/12/2013	05	*San Miguel		5.56	8.33	0.80
	5	*Santa Lucía		1.65	1.65	0.16
	5	*Puerto Angel		0.00	0.00	0.00
	5	*Los Milagros	0.00	0.00	0.00	
11/12/2013	06	*Bella	Mariano Dámaso Beraún	2.68	2.68	0.26
	6	*Inti	0.00	0.00	0.00	
05/12/2013	30/11/13-01/12/13	Paraiso 100% C)	Cholón	0.22	0.22	0.02
	2	Santa Rosa de Alto Yanajanca ☉		0.66	0.66	0.10
	3	Yanajanca ☉		0.00	0.00	0.00
	1	San Antonio de Padua		0.00	0.00	0.00
19/12/2013	18	*Monterrey 100%	Chinchao	4.65	4.65	0.13

Fuente: Unidad Ejecutiva de Saneamiento Ambiental

La tabla anterior visualiza los resultados del índice aedico por localidades según distritos realizadas en el mes de diciembre periodo en el cual se intervinieron 21 localidades distribuidos en 7 distritos que se detallan en la Tabla N° 03.

Tabla que nos muestra que 6 de los 7 distritos intervenidos tiene alguna localidad con un IA por encima del 2%, entre ellos Tingo María en Rupa Rupa, Naranjillo en Padre Felipe Luyando, Las Vegas en Daniel Alomia Robles, San Miguel en José Crespo y Castillo, Bella en Mariano Damaso Beraún, y Monterrey en Chinchao

**Tabla 5. Serotipos circulantes por distritos DIRESA Huánuco, 2007 - 2013 (SE 01 - 51)**

Distritos	Localidades	Años						
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Rupa Rupa	Tingo María		3	3	1,3,4	4	1,2,	2
	Castillo Grande		3	3,4	4		1,2	
Jose Crespo y Castillo	Aucayacu	3			4	2,1	1,2	
Padre F. Luyando	Santa Rosa de Sahapajilla		3					
	Naranjillo		3					
Maraiano Damaso Baeraun	Tambillo Grande			3				
	Cayumba			3				
Monzón	Cachicoto						1	
Daniel Alomias Robles	Pumahuasi						1,2	1
Puerto Inca	Puerto Zungaro						2,4	
Honoría	Nueva Honoría	3						

Fuente: Dirección Ejecutiva de Epidemiología - DIRESA Huánuco

En el ámbito de los distritos endémicos a dengue en nuestra región, en el periodo de análisis vienen circulando los serotipos del dengue VD1, VD2, VD3, VD4, en el 2012 circularon los Serotipos del dengue VD1, VD2 y VD4, dentro de ello el VD2 del genotipo Americano/Asiático que causó el brote en el departamento de Ucayali relacionado con las formas graves de dengue, causando casos fatales, al cual se suma la circulación simultanea de más de 1 tipo de virus del dengue y la sensibilidad de la población considerando los episodios anteriores de dengue, migración interna por lo que el riesgo de presentación de casos de dengue grave en las zonas endémicas de nuestra región es alto. En lo que va del año viene circulando el serotipo del dengue VD1 y VD2.

**Componente Vigilancia Epidemiológica**

- Vigilancia epidemiológica activa de casos, según Directiva Sanitaria 037-MINSA/DGE V.01 en los establecimientos del sector (MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Policiales), con notificación diaria de casos de dengue y dengue grave.
- Reunión Técnica de los Equipos Técnicos de Notificación de las 4 Redes Ejecutoras, Leoncio Prado, Huánuco, Huamalies y Dos de Mayo y Microrredes Priorizadas con un total de 22 participantes.

**Promoción de la salud y Comunicaciones**

- Difusión sobre medidas preventivas del dengue en los distritos endémicos de la DIRESA Huánuco utilizando los medios locales.
- Actividades de prevención con Sesiones educativas y dotación de Cloro en las localidades que sufrieron inundación como las Malvinas en la MCR Palmas, Bolaina en la MCR Supte San Jorge.
- El día 21 de diciembre se realizó el recojo de inservibles.

**Estrategia sanitaria de Enfermedades metaxenicas.**

- El día 18 y 19 de diciembre se realizó una Reunión técnica de fortalecimiento en el manejo clínico de enfermedades metaxénicas, vigilancia epidemiológica y control vectorial.

**Componente Vigilancia Entomológica**

1. Personal de la brigada de vectores, realizo actividades de vigilancia y control vectorial en las localidades de Yanajanca, Santa Rosa de Alto Yanajanca y Paraíso (del 30 de Nov-a 03 de diciembre), se contó con el apoyo del personal de los EE.SS. respectivo; además d se establecieron coordinaciones con el Puesto de Salud Nuevo Progreso(San Martin) a fin de dar a conocer los acuerdos de la reunión técnica para evaluación de actividades de Salud Colectiva ambiental para la prevención y control del Dengue Nor Oriente-Frontera de San Martin y Huánuco.
2. El día 06 de diciembre se trabajaron un total de 8 manzanas del sector 4 de Tingo María, encontrando 2 febriles (uno con signos de alarma y uno sin signo de alarma).
3. Nebulización un total de 147 viviendas, con la participación de 12 personas,
4. El día 04 de diciembre, Se fumigo en la localidad de Santa Rosa de Shapajilla protegiendo 96 viviendas en los sectores que sufrieron inundación.
5. La brigada de vectores de la RSLP junto a los Agentes Comunitarios, han realizado actividades de vigilancia y control vectorial en las siguientes localidades: Supte San Jorge, Pumahuasi, Las Vegas, Pozo Azul, las Delicias, Los Milagros, Puerto Ángel, Santa Lucía, San Miguel, Jacintillo. Inti, Naranjillo, Mampresa, Monterrey, las Palmas, Chinchavito, Honolulu, Bolaina y Huáscar.
6. Visita a la comunidad de Chaupiyacu el día 18 del presente mes por un Equipo de personal de Salud, el Coordinador de Epidemiología, Coordinador de Salud Ambiental para realizar captación de Larvas al 100% y Abatizacion casa por casa, de igual manera se realizó acuerdos con las Autoridades de la localidad de Chaupiyacu para realizar el recojo de Inservibles de inmediato.
7. El día 23, se han recibido los informes de actividades correspondiente a la vigilancia con la metodología del muestreo aleatorio sistemático (MAS) de los EESS de Aucayacu y Castillo Grande y la brigada de vectores junto a los ACS, se encuentran realizando actividades en Cayumba, Pendencia y Peregrinos.
8. Se tiene programado visitar las localidades de Pueblo Nuevo, Chonta playa, Quesada.

## Componente Vigilancia Viroológica.

- Se viene realizando la vigilancia virológica de manera permanente a través de los resultados emitidos por la página del NET-LAB del INS.
- En el presente año el Hospital Tingo María, viene procesando las muestras de dengue por el método de ELISA para la captura de IgM.

### Limitaciones.

1. Limitado reactivos para la captura de IgM.
2. Insuficiente materiales para la toma de muestras
3. Escasa capacitación al personal de laboratorio de la Red de Salud de Leoncio Prado en toma y procesamiento de muestras de dengue.

### CONCLUSIONES.

1. A la fecha se tiene el registro de los indicadores entomológicos de 23 localidades de nuestra jurisdicción, de las cuales 9 localidades se encuentran de alto riesgo IA > 2%, Tingo María (Rupa Rupa), Santa Rosa de Shapajilla, la Cadena, Carga Tambo, Naranjillo y Mampesa (distrito Padre Felipe Luyando); la Victoria, las Vegas (Daniel Alomías Robles), San Miguel (José Crespo y Castillo) y Monterrey (Chinchao); 2 en mediano riesgo: Las Delicias (Daniel Alomías Robles) y Santa Lucía (José Crespo y Castillo). El resto de las localidades se encuentran en bajo riesgo.

### RECOMENDACIONES

1. Continuar fortaleciendo las acciones de prevención y control del dengue en la Región Huánuco de manera articulada a través de la Estrategia de Gestión Integrada del Dengue con la participación activa de sus componentes (Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Entomológica y Control Vectorial, Promoción de la Salud, Vigilancia Viroológica, Promoción de la Salud, y Atención Curativa de Casos) en los diferentes niveles de atención, involucrando a las autoridades locales de los distritos comprometidos en la transmisión del dengue.
2. Realizar monitoreo y supervisión permanente por el equipo EGI Dengue DIRESA según necesidad priorizada a fin de contribuir a que la vigilancia, prevención y control del dengue se realice con mayor eficiencia en el nivel local, MR y REDES.
3. Es necesario asegurar que los Establecimientos de Salud de los distritos endémicos cuenten con insumos y materiales necesarios para el diagnóstico laboratorial de casos de dengue.
4. Las Unidades Ejecutoras de la Red Leoncio Prado debe priorizar y asegurar el presupuesto para el pago a las brigadas de vectores, así como las propinas de los agentes comunitarios que participan en la vigilancia entomológica y control vectorial.
5. Es necesario que la Red Leoncio Prado incremente el N° de Biólogos para fortalecer las acciones de Monitoreo y supervisión de las actividades de campo (vigilancia entomológica y control vectorial).
6. Se hace necesario seguir fortaleciendo las competencias de los recursos humanos en el manejo integral del dengue de las zonas endémicas y organización de los servicios de salud.
7. Dar sostenibilidad a las actividades de vigilancia y control vectorial integrado.
8. Continuar fortaleciendo las competencias del personal de las Microrredes de la Red Leoncio Prado, a fin de mejorar la calidad de información respecto a la vigilancia entomológica.
9. A través del componente de PROMSA realizar mayor incidencia política, ante autoridades locales a fin de asegurar la participación de estos en reuniones programadas por la Red de Salud, considerando que el secreto del éxito para la EGI -Dengue es necesario la articulación y participación de los sectores involucrados como salud y educación, con los decisores políticos y las comunidades.

10. Resulta importante interiorizar en los decisores políticos, de los diferentes niveles de gestión que el control del dengue resulta complejo, pues requiere articular diferentes componentes. Pero su sostenibilidad depende de un cambio de conducta del poblador, fundamentalmente un tema de aprendizaje social, requiriéndose un mayor esfuerzo en la utilización de estrategias comunicacionales que resulten eficaces y eficientes para lograr el cambio de comportamiento que se necesita lograr en la población.
11. Continuar con las supervisiones y monitoreos de los EE.SS. asimismo realizar las capacitaciones al personal de los EE.SS. dado que se encuentran errores en los formatos de consolidados de vectores, fichas de las muestras biológicas, gasto de larvicida, etc.
12. Coordinar con los responsables de la EGI -Dengue y realizar orientado a la prevención y lucha contra el dengue de la RSLP, asimismo con el COE de la provincia de Leoncio Prado para informar del comportamiento del vector y la situación actual del dengue en la jurisdicción de la RSLP, para tomar decisiones en forma oportuna a fin de evitar brotes epidémicos.
13. Las Microrredes cercanas remitir sus cronogramas de trabajo para poder realizar el CONTROL DE CALIDAD y el monitoreo de las localidades ubicadas en riesgo: Microrredes de Supte, Castillo Grande, Palmas, Pumahuasi y Aucayacu.
14. Coordinar con los EE.SS. que tienen localidades que se encuentran en escenario epidemiológico I, para programar y realizar la vigilancia mediante la instalación de ovitrampas y larvitrapas, y así solicitar una capacitación al nivel central.

EPF/ACT/act  
02-01-14

# JUNTOS Venceremos al dengue



Lava, escobilla y tapa bien los depósitos donde guardas el agua

Salud Nueva Actitud

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO  
DIRESA HUÁNUCO

## 10.- Situación Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal Región Huánuco

FECHA DEL INFORME: SE: 01- 51 (01 de Enero al 21 de Diciembre del 2013).  
FUENTE DE INFORMACION: Sistema de información NOTIsp

### I. ANTECEDENTES.

El departamento de Huánuco, está conformado por 11 provincias y 77 distritos, que comprenden 279 EE.SS. constituidos en unidades notificantes de la mortalidad fetal y neonatal.

A fin de que la Región alcance el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 4, “reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años” la salud neonatal deberá tener carácter prioritario. La mortalidad de los recién nacidos ya no debe pasar inadvertida (47° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud-2008).

En este marco el conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, nos permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 7 días de vida extrauterina.

Durante este período, el producto de la concepción está sometido a una serie de riesgos que dependen fundamentalmente del ambiente materno en el cual crece y se desarrolla, y del ambiente exterior que puede ser tan favorable o no como el ambiente materno. Las afecciones perinatales que no logran producir la muerte, ocasionan con frecuencia secuelas neurológicas y motoras, que llegan a constituir una pesada carga para la familia y la sociedad. La OMS informa que la mortalidad ligada al embarazo y parto constituye más de la mitad de la mortalidad infantil; en el Perú representa el 62%.

El período perinatal, a pesar de su relativo corto tiempo de duración, tiene una influencia decisiva en la calidad de vida del individuo, en el desarrollo físico, neurológico y mental, condicionando fuertemente su futuro y consecuentemente el desarrollo social de una Nación, Por tal motivo tanto las muertes fetales como las neonatales no deben pasar desapercibida los diferentes niveles de atención de salud de la Dirección Regional de Salud Huánuco y las intervenciones que se desarrollen deben tener el apoyo político y sectorial en los diferentes niveles de gobierno.

### II. SITUACIÓN ACTUAL.

#### a) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Perinatal DIRESA - Huánuco 2002 -2013 (SE.01- 51)

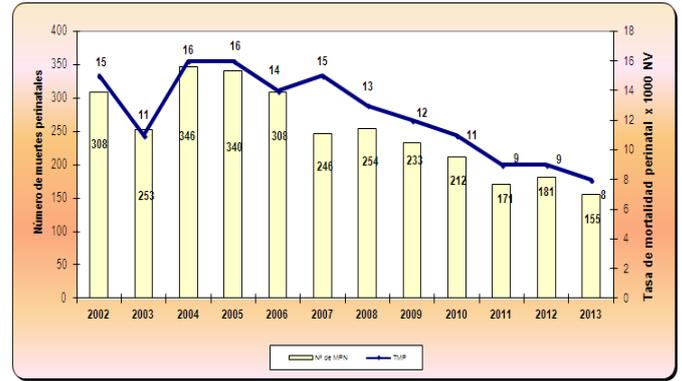


Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

En la DIRESA Huánuco la tasa de mortalidad perinatal en el periodo de análisis muestra una tendencia a la reducción de manera importante, así vemos que en el último año del último quinquenio 2008 (22 x 1000 NV.) ,2012 (16 x 1000 NV) solo se ha logrado reducir 6 puntos porcentuales de la tasa de mortalidad perinatal. A la SE. 51 del 2013 es de 14 x cada 1000, NV.

Siendo necesario que al interior de los EE.SS se reconozca y difunda en la población que la etapa perinatal se constituye en un riesgo potencial para la ocurrencia de muertes fetales y neonatales además de una elevada incidencia de daños graves e irreversibles que se producen en esta etapa de la vida.

#### b) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Fetal DIRESA - Huánuco 2010 - 2013 (SE.01- 51)



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

La tasa de mortalidad fetal muestra una tendencia a la reducción de manera importante, así vemos que en el último quinquenio 2008 (13 x 1000 NV.) - 2012 (9 x 1000 NV), se logró reducir 4 puntos porcentuales, en lo que va del año es de 8 por cada 1000, NV.

#### c) Tendencia Histórica de la Tasa de Mortalidad Neonatal DIRESA - Huánuco 2010 -2013 (SE.01-51)



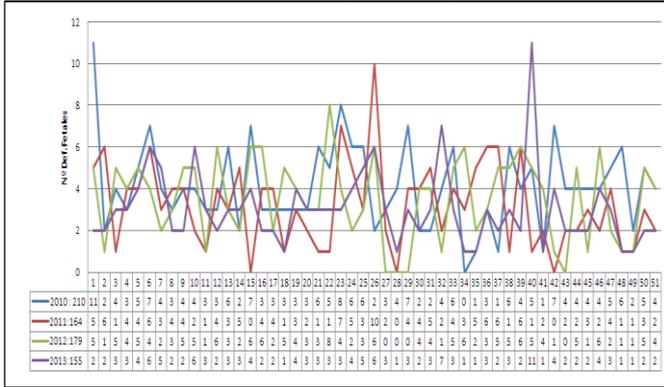
Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

En la DIRESA Huánuco la Tasa de mortalidad neonatal en el periodo de análisis muestra una tendencia a la reducción de manera lenta, así vemos que en el último año del último quinquenio 2008 (9 x 1000 NV.) -2012 (7 x 1000 NV), se logró reducir 2 puntos porcentuales de la tasa de mortalidad en dicho periodo. En lo que va del año se tiene registrado 110 muertes neonatales haciendo una tasa de mortalidad neonatal de 6 por cada 1000 NV.

Se espera que en el presente año la reducción de la tasa de mortalidad neonatal sea más notoria considerando el impacto de las intervenciones que se vienen implementando a nivel de la Región entre ellas incremento de recursos humanos priorizando las zonas alejadas, mejoramiento de competencias del personal de salud para la atención del RN vigoroso y con complicaciones, investigación clínica - epidemiológica de defunciones a fin de identificar los determinantes que lo condicionaron y abordarlo de manera más acertada, mejoramiento de capacidad resolutoria para la atención del Recién Nacido, capacitación en intervenciones con enfoque de riesgo - MOPECE “Módulo de Epidemiológica Básica para el Control de las Enfermedades Transmisibles”. Acciones que requieren ser fortalecidas y sostenibles en el tiempo para el logro de la meta del 4° objetivo del milenio de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años al 2015 con relación al año 1990.

**d) Muertes Fetales Por Semanas Epidemiológicas  
DIRESA Huánuco 2010 -2013 (SE. 01 - 51)**

**Gráfico N° 1: Muertes Fetales en DIRESA Huánuco  
2010 - 2013 (SE 01 - 51)**

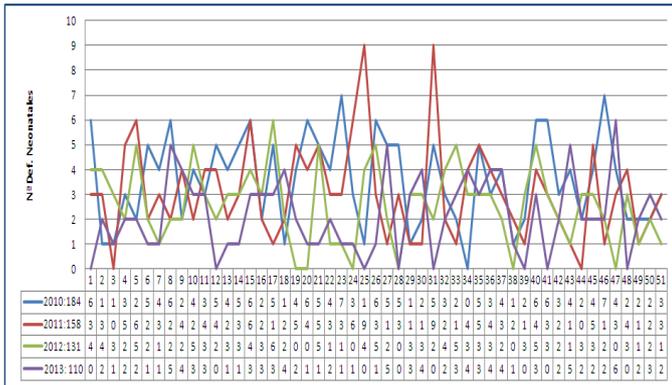


Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la Semana Epidemiológica N° 51 del 2013 (del 01 de Enero al 21 de Diciembre) se han notificado 155 muertes fetales, cifra que en comparación a los años 2012, 2011, 2010, es inferior en 24, 9 y 55, respectivamente, evidenciándose una tendencia a la reducción de manera sostenida.

**e) Muertes Neonatales por Semanas Epidemiológicas  
2010 -2013 (SE.01-51)**

**Gráfico N° 2: Muertes Neonatales en  
DIRESA Huánuco 2010 - 2013 (SE 01 - 51)**

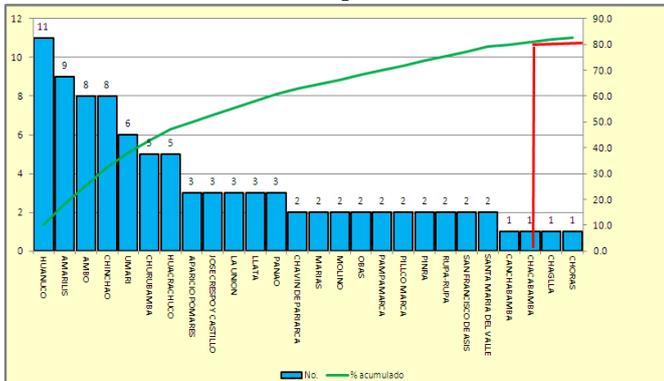


Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la Semana Epidemiológica N° 51 se han notificado 110 muertes neonatales, cifra que en comparación a los años 2012, 2011, 2010, es inferior en 21, 48, y 74 muertes neonatales, respectivamente, evidenciándose una tendencia a la reducción de manera sostenida.

**f) Muertes Fetales y Neonatales por Provincias**

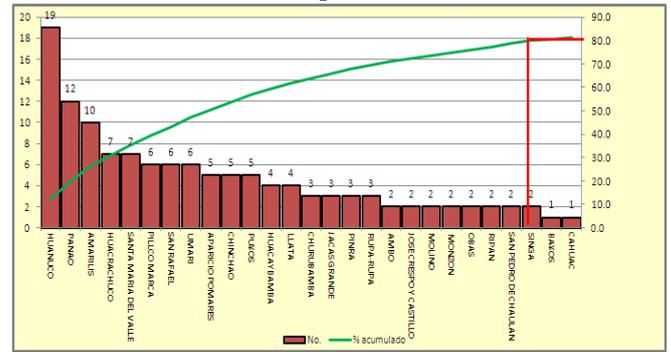
**Pareto de Muertes Neonatales por Distritos (SE 01- 51) 2013**



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la SE. 51 se han notificado 110 muertes neonatales distribuidos en 42 distritos de estos 23 concentran el 80% de muertes neonatales entre ellos Huánuco, Amarilis, Ambo, Chinchao, Umari, Churubamba, Huacachuco, Aparicio Pomares, José Crespo y Castillo, La Unión distritos estos donde se deben focalizar las acciones las acciones orientadas a la reducción de este evento de gran importancia en la salud pública de nuestra Región.

**Pareto de muertes fetales por distritos (SE 01 - 51) 2013**

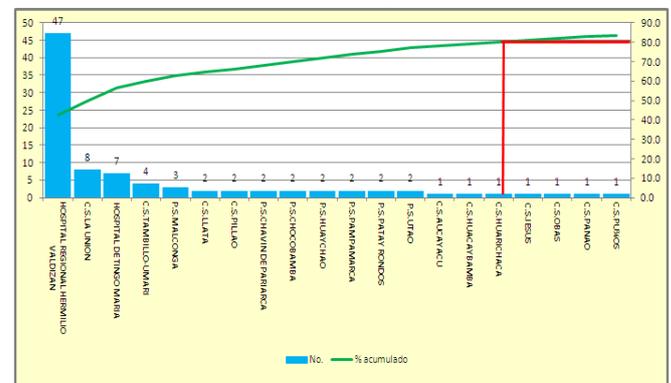


Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la SE. 51 se han notificado 155 muertes fetales distribuidos en 56 Distritos de estos 25 concentran el 80% de las muertes fetales Huánuco, Panao, Amarilis, Huacachuco, Santa María del Valle, Píllamarca, San Rafael, Umari, Aparicio Pomares, Chinchao, Puños, entre otros, se sugiere que en estos distritos se deben focalizar las acciones orientadas a la reducción de las muertes fetales en la Región.

**Defunciones Fetales y Neonatales por distritos de procedencia**

**Tabla 2. Pareto Muertes Neonatales por EE.SS. (SE.01-51) 2013**

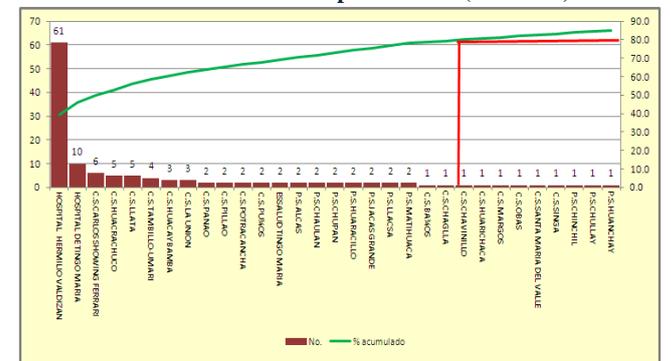


Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la SE. 51 del 2013 de 279 EE.SS. 38: 13.6% han registrado muertes neonatales, el 80% de muertes neonatales han ocurrido en 16 Establecimientos de Salud entre ellos el Hospital Regional Hermilio Valdizán, C.S. La Unión, Hospital Tingo María, C.S. Tambillo - Umari, P.S. Malconga, C.S. Llata, C.S. Pillao, P.S. Chavin de Paricara, P.S. Chocobamba, P.S. Huaychao, se sugiere que en estos Establecimientos de salud, se realice un análisis minucioso de cada muerte neonatal a fin de describir y conocer los determinantes que están condicionando el evento y consecuentemente plantear estrategias de intervención orientados a la reducción de este evento.

**g) Muertes Fetales Establecimientos de Salud**

**Pareto de Muertes Fetales por EE.SS. (SE.01-51) 2013**



Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Hasta la SE. 51 del 2013 de 279 Unidades notificantes que tiene la DIRESA Huánuco 54 EE.SS. (19.3%) notificaron muertes fetales de estos, el 80% de se distribuyen en 23 EE.SS. Entre ellos el Hospital Regional Hermilio Valdizán, seguido del Hospital Tingo María, C.S. Carlos Showing Ferrari, C.S. Huacachuco, C.S. Llata, C.S. Tambillo - Umari, C.S. Huacaybamba, C.S. La Unión, C.S. Panao, C.S. Pillao, entre otros, se sugiere que al interior de cada EE.SS. se realice el análisis de cada muerte fetal a fin de describir y conocer los determinantes que vienen condicionando este evento y a partir de ellas plantear estrategias de intervención orientadas a la reducción su reducción.

**h) Diez Primeras causas de Mortalidad Fetal  
DIRESA Huánuco 2013- (SE 01-51)**

Nº	CAUSA DE DEFUNCIÓN FETAL	Nº DEF.FETALES	%
1	HIPOXIA INTRAUTERINA NO ESPECIFICADA	63	40.6
2	ASFIXIA DEL NACIMIENTO NO ESPECIFICADA	18	11.6
3	HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	12	7.7
4	ASFIXIA DEL NACIMIENTO P21 (ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA)	10	6.5
5	HIPOXIA INTRAUTERINA NOTADA POR PRIMERA VEZ DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO	8	5.2
6	MALFORMACION CONGENITAE NO ESPECIFICADA	8	5.2
7	MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	6	3.9
8	ASPIRACION NEONATAL DE MECONIO	2	1.3
9	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR MUERTE MATERIA	2	1.3
10	FETO Y RECIEN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANIAS	2	1.3
	TODAS LAS DEMÁS CAUSAS	24	15.5
	<b>TOTAL</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

La mortalidad fetal a la SE. 51 tiene entre las 10 primeras causas a Hipoxia intrauterina no especificada, seguido de la asfixia del nacimiento no especificada, hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto, asfixia del nacimiento P21, o asfixia del nacimiento severa, Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto y el parto, entre las más importantes, siendo necesario los EE.SS. notificantes de muertes fetales se mejore las competencias en atención prenatal del personal de salud.

**i) Diez Primeras causas de mortalidad neonatal  
DIRESA - Huánuco 2013 (SE.01-51)**

Nº	CAUSAS DE DEFUNCIÓN NEONATAL	Nº DE MUERTES NEONATALES	%
1	INMATURIDAD EXTREMA	19	17.3
2	MALFORMACION CONGENITAE NO ESPECIFICADA	11	10.0
3	SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO NO ESPECIFICADA	11	10.0
4	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	9	8.2
5	ASFIXIA DEL NACIMIENTO NO ESPECIFICADA	8	7.3
6	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DEL RECIEN NACIDO	8	7.3
7	EDEMA CEREBRAL DEBIDO A TRAUMATISMO DEL NACIMIENTO	6	5.5
8	BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	4	3.6
9	ASFIXIA DEL NACIMIENTO P21 (ASFIXIA DEL NACIMIENTO SEVERA)	3	2.7
10	NEUMONIA CONGENITAE ORGANISMO NO ESPECIFICADO	3	2.4
	TODAS LAS DEMÁS CAUSAS	28	25.5
	<b>TOTAL</b>	<b>110</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Entre las 10 primeras causas de mortalidad neonatal hasta la SE. 51 corresponde a, inmadurez extrema, malformación congénita no especificada, sepsis bacteriana del RN no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del RN, asfixia del nacimiento no especificada, seguido de otras causas no menos importantes que las primeras, frente a estas causas es importante que al interior de los establecimientos notificantes se enfatice los cuidados orientados a la nutrición del madre gestante, diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS, durante el parto la atención adecuada por personal calificado para evitar la infección en el RN por exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto, así como la adecuada atención del RN vigoroso y de los RN con complicaciones por personal calificado y en el nivel de atención correspondiente.

**j) Mortalidad Fetal según peso y Momento al Morir  
DIRESA - Huánuco 2013 (SE.01-51)**

PESO AL NACER	MUERTE FETAL		TOTAL
	Anteparto	Intraparto	
500-1499 grs	37(23.8%)	4(2.5%)	41(26.4%)
1500-2499 grs	41 (26.4%)	9(5.8%)	50 (32.2%)
2500 o más grs	45(29.0)	19(12.2%)	64 (41.2%)
<b>TOTAL</b>	<b>123(79.3%)</b>	<b>32(20.6%)</b>	<b>155 (100%)</b>

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

La matriz Babis de muertes fetales a la SE.51 muestra el 79.3% :123 muertes fetales ocurrieron en el anteparto, y el 20.6% (32) en el intraparto, según peso tanto en el ante, como en el intraparto están muriendo con mayor frecuencia los fetos con peso mayor a 2500 grs seguido de los que pesan entre 1500 a 2499 g y finalmente los de 500 a 1499 grs. siendo importante que a nivel Regional se continúe fortaleciendo las competencias del personal de salud en atención prenatal, a fin de identificar oportunamente los factores de riesgo presentes en la madre, así como asegurar un parto seguro en los EE.SS. por personal capacitado.

**i) Mortalidad Neonatal según peso y edad al Morir  
DIRESA Huánuco 2013 (SE.01-51)**

PESO AL NACER	MUERTE NEONATAL		TOTAL
	< 24 HORAS	1 - 28 . DIAS	
500-1499 grs	14 (12.7%)	20(18.2%)	34(30.9%)
1500-2499 grs	16 (14.5%)	23(20.9%)	39 (35.5%)
2500 o más grs	9(8.1%)	28(25.4%)	37(33.6%)
<b>TOTAL</b>	<b>39(35.4%)</b>	<b>71 (64.5%)</b>	<b>110 (100)</b>

Fuente: Subsistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y neonatal

Respecto a las muertes neonatales según tiempo de vida hasta la SE. 51 del año en curso el 35.4% (39) ocurrió en el pre alta (antes de las 24 h) es decir antes de salir del EE.SS. ante un parto institucional y domiciliaria antes de que el personal se retire del domicilio y el 64.5% (71) en el Post- alta , situación que orienta a seguir fortaleciendo las competencias del personal de salud en la atención prenatal, del parto, puerperio y del RN , teniendo en cuenta el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y el grupo ocupacional al que corresponde dicha atención.

## Conclusiones.

1. La tasa de mortalidad perinatal en el último quinquenio del periodo analizado muestra una tendencia a la reducción importante en 6 puntos porcentuales en relación a la tasa de Mortalidad perinatal entre el año 2008 (22 x 1000 NV y 2012 (16 x 1000 NV) .En lo que va del año la TMP es de 14 por cada 1000, NV.
2. La tasa de Mortalidad fetal en el último quinquenio se logró reducir en 4 puntos porcentuales 2008: (13 x 1000 NV) 2012 (9 x 1000 NV.) En lo que va del año es de 8 por cada 1000 NV.
3. La tasa de mortalidad neonatal en el último quinquenio se logró reducir en 2 puntos porcentuales 2008 (9 x 1000 NV) 2012 (7 x 1000 NV).En lo que va del año es de 6 por cada 1000 NV.
4. Hasta la SE. 51 en la DIRESA Huánuco han ocurrido 110 muertes neonatales distribuidos en 42 distritos de estos 23 concentran el 80% de muertes neonatales entre ellos Huánuco, Amarilis, Ambo, Chinchao, Umari, Churubamba, Huacarachuco, Aparicio Pomares, José Crespo y Castillo, La Unión distritos estos donde se deben focalizar las acciones las acciones orientadas a la reducción de este evento de gran importancia en la salud pública de nuestra Región .
5. Hasta la SE. 51 se han notificado 155 muertes fetales distribuidos en 56 Distritos de estos 25 concentran el 80% de las muertes fetales Huánuco, Panao, Amarilis, Huacrachuco, Santa María del Valle, Pillcomarca, San Rafael, Umari, Aparicio Pomares, Chinchao, Puños, entre otros, se sugiere que en estos distritos se deben focalizar las acciones orientadas a la reducción de las muertes fetales en la Región.
6. Hasta la SE. 51 del 2013 de 279 EE.SS. 38: 13.6% han registrado muertes neonatales, el 80% de muertes neonatales han ocurrido en 16 Establecimientos de Salud entre ellos el Hospital Regional Hermilio Valdizán, C.S. La Unión, Hospital Tingo María, C.S. Tambillo - Umari, P.S. Malconga, C.S. Llata, C.S. Pillao, P.S.Chavin de Pariarca, P.S. Chocobamba, P.S.Huaychao, se sugiere que en estos Establecimientos de salud, se realice un análisis minucioso de cada muerte neonatal a fin de describir y conocer los determinantes que están condicionando el evento y consecuentemente plantear estrategias de intervención orientados a la reducción de este evento.
7. Hasta la SE. 51 del 2013 de 279 Unidades notificantes que tiene la DIRESA Huánuco 54 EE.SS. (19.3%) notificaron muertes fetales de estos, el 80% de se distribuyen en 23 EE.SS. Entre ellos el Hospital Regional Hermilio Valdizán, seguido del Hospital Tingo María, C.S. Carlos Showing Ferrari, C.S. Huacrachuco, C.S. Llata, C.S. Tambillo-Umari, C.S. Huacaybamba, C.S. La Unión, C.S. Panao, C.S.Pillao, entre otros, se sugiere que al interior de cada EE.SS. se realice el análisis de cada muerte fetal a fin de describir y conocer los determinantes que vienen condicionando este evento y a partir de ellas plantear estrategias de intervención orientadas a la reducción su reducción.
8. La mortalidad fetal a la SE. 51 tiene entre las 10 primeras causas a Hipoxia intrauterina no especificada ,seguido de la asfixia del nacimiento no especificada ,hipoxia intrauterina notada por primera vez antes del inicio del trabajo de parto, asfixia del nacimiento P21, o asfixia del nacimiento severa, Hipoxia intrauterina notada por primera vez durante el trabajo de parto y el parto, entre las más importantes, siendo necesario los EE.SS. notificantes de muertes fetales se mejore las competencias en atención prenatal del personal de salud .
9. Entre las 10 primeras causas de mortalidad neonatal hasta la SE. 51 corresponde a, inmadurez extrema , malformación congénita no especificada, sepsis bacteriana del RN no especificada, síndrome de dificultad respiratoria del RN, asfixia del nacimiento no especificada, seguido de otras causas no menos importantes que las primeras, frente a estas causas es importante que al interior de los establecimientos notificantes se enfatice los cuidados orientados a la nutrición del madre gestante, diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS, durante el parto la atención adecuada por personal calificado para evitar la infección en el RN

por exposición a microorganismos de los genitales maternos durante el parto, así como la adecuada atención del RN vigoroso y de los RN con complicaciones por personal calificado y en el nivel de atención correspondiente.

10. La matriz Babis de muertes fetales a la SE.51 muestra el 79.3% :123 muertes fetales ocurrieron el en anteparto, y el 20.6% (32) en el intraparto, según peso tanto en el ante, como en el intraparto están muriendo con mayor frecuencia los fetos con peso mayor a 2500 grs seguido de los que pesan entre 1500 a 2499 g y finalmente los de 500 a 1499 grs. siendo importante que a nivel Regional se continúe fortaleciendo las competencias del personal de salud en atención prenatal , a fin de identificar oportunamente los factores de riesgo presentes en la madre , así como asegurar un parto seguro en los EE.SS. por personal capacitado .
11. Respecto a las muertes neonatales según tiempo de vida hasta la SE. 51 del año en curso el 35.4% (39) ocurrió en el pre alta (antes de las 24 h) es decir antes de salir del EE.SS. ante un parto institucional y domiciliaria antes de que el personal se retire del domicilio y el 64.5% (71) en el Post- alta , situación que orienta a seguir fortaleciendo las competencias del personal de salud en la atención prenatal, del parto, puerperio y del RN, teniendo en cuenta el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y el grupo ocupacional al que corresponde dicha atención.

## Recomendaciones:

1. Fortalecimiento de la aplicación de la Norma Técnica de Salud 074-2008, en el cual se Establece el Conjunto de Intervenciones Articuladas para la Reducción de la Mortalidad Neonatal en el Primer Nivel de Atención de Salud en la Familia y la Comunidad. Y en los establecimientos de salud. II.1. II.2. Fortalecer los procesos de atención del binomio madre - niño. En las etapas, prenatal, parto y post - natal. Con el objetivo de reducir tanto las muertes fetales así como las neonatales en la Región Huánuco a través de capacitaciones del personal involucrado con el cuidado de la salud materna y del RN.
2. Continuar con las capacitaciones de Atención del Recién Nacido a través del Programa Articulado Nutricional, y del Programa Materno Neonatal.
3. Fortalecer de la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Fetal y Neonatal según la NTS .078.
4. Focalización de las intervenciones de reducción de la mortalidad fetal y neonatal según distritos y EE.SS que concentran el 80% de muertes fetales y neonatales según el gráfico pareto.
5. Supervisión y Monitoreo a los Establecimientos que son parte de los distritos que notifican el mayor N° de muertes fetales y neonatales por personal especialista en atención del RN.

ACT/act  
26/12/2013

# 11.- Accidentes de Tránsito

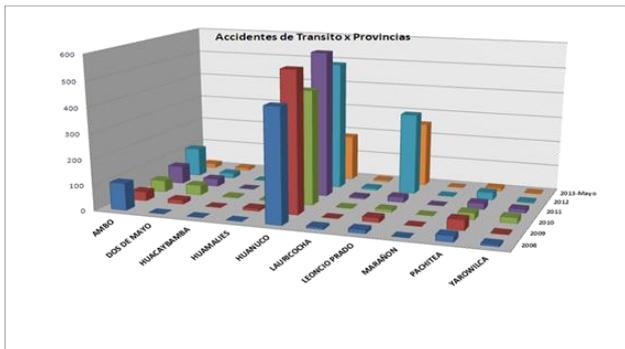
## SITUACION DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO DEL 2008 AL 2013

Se da inicio a la vigilancia epidemiológica a este evento en todo el territorio del país, con la aprobación de la Norma Técnica Sanitaria NTS 055-MINSA-V.01 para la vigilancia epidemiológica de lesiones por accidentes de tránsito con resolución N° 308-2007 del 16 de abril y en nuestro departamento oficialmente en agosto del mismo año, difundiendo la norma técnica en el 100 % de los establecimientos teniendo la obligación de notificar si se presentaron casos, para conocer realmente la situación regional.



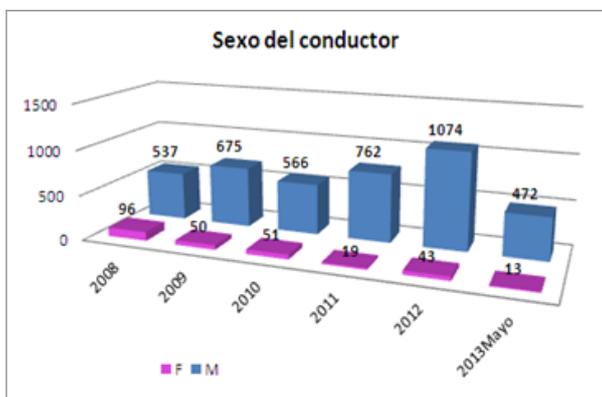
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Los accidentes de tránsito presentan un crecimiento en los 3 últimos años, esta situación nos preocupa pues la educación vial es una debilidad en la comunidad, así mismo se ve que las normas y directivas que regula el tránsito son desconocidos por los conductores y también el incremento del parque vial es un factor importante de tener en cuenta. Y esto tendrá efecto con participación multisectorial, gobierno regional, local, ministerio de trasportes, la Red del ministerio de salud, policía nacional y otros.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Las provincias que reportan el mayor número de accidentes son Huánuco, seguido de Ambo y este último año fue Leoncio Prado que mejoró su vigilancia, seguido de Dos de Mayo, que el 2010, reportó accidentes y fallecidos, así mismo Pachitea, siendo muy débil el reporte en las provincias de Huacaybamba, Lauricocha y Marañón, teniendo como reto para el 20013 mejorar la notificación en estas provincias, los datos recolectados no muestran la realidad pero si nos dan una alerta para poder intervenir oportunamente y así disminuir las lesiones por accidentes de tránsito para que los próximos años



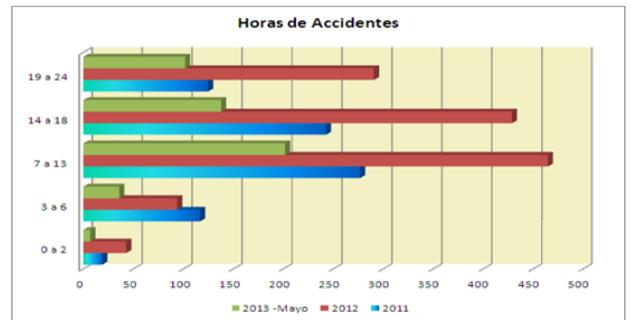
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

En el caso del sexo se puede observar que el causante de los accidentes en su mayoría son ocasionados por el sexo masculino, observándose un ligero descenso, en el sexo femenino se puede observar un descenso muy importante, por ello es de suma urgencia focalizar la educación vial en el sexo masculino.



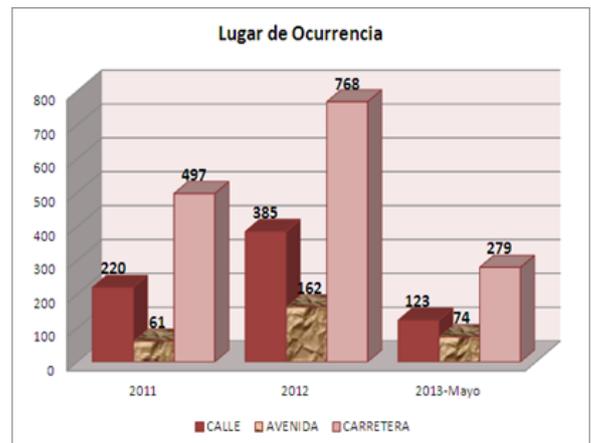
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Como se puede ver en el presente cuadro la etapa de vida del adulto de 20 a 59 años es el grupo de riesgo de los accidentes de tránsito, población económicamente activa, que perjudica la economía familiar, local y regional, por ello será necesario de elaborar Plan Regional de Prevención de Accidentes de Tránsito teniendo en cuenta estos datos; pero los afectados son en todas las etapas de vida. Lo lamentable es que se observa una tendencia al incremento si no se interviene.



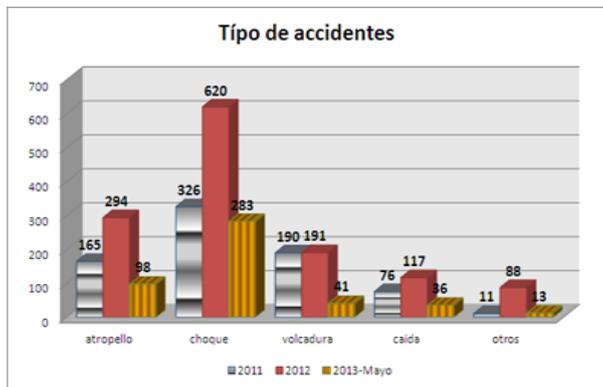
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Conocer las horas de los accidentes es fundamental para poder intervenir oportunamente con planes específicos y puntuales así corregir este problema, siendo las horas de 7 a.m. a 18 horas, el horario de mayor riesgo por presentarse el mayor número de accidentes, esta situación se presenta así porque el parque automotor está muy saturado en el día y hay gran movimiento de la población que se desplazan para los centros laborales y los estudiantes para en los diferentes centros educativos tanto como institutos y universidades, por ello es necesario tener la ciudad bien señalizada y dando cumplimiento a la normatividad vigente y la educación vial es muy importante.



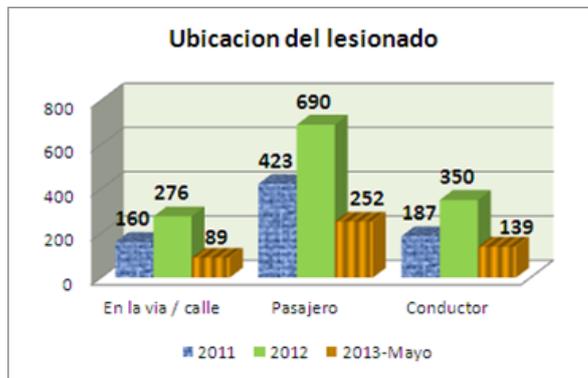
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Como se puede observar el lugar de ocurrencia de las lesiones por accidentes de tránsito se producen en las carreteras y calles o jirones así mismo es de gran utilidad conocer este dato ya que ayudara a proponer estrategias para evitar más accidentes de tránsito, lo importante es la educación vial y el trabajo multisectorial. Teniendo un incremento significativo el año 2012, si no se interviene a tiempo la posibilidad de incrementarse los casos es alta



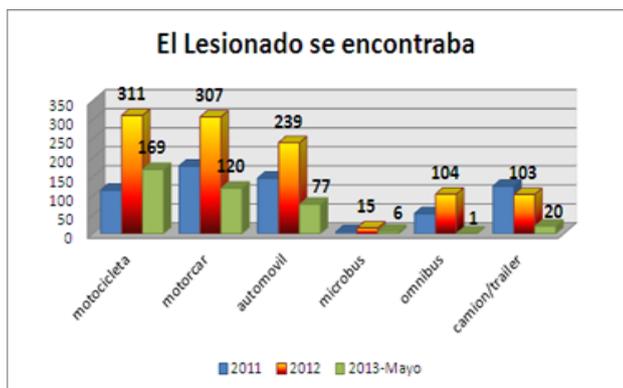
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Como visualizamos en este cuadro el tipo de accidente que se presenta con mayor frecuencia es el choque y tiene una tendencia al incremento, duplicándose en relación al año anterior, seguida del atropello y volcadura, por ello es importante la intervención oportuna, de todas las entidades involucradas, para reducir este riesgo en la comunidad..



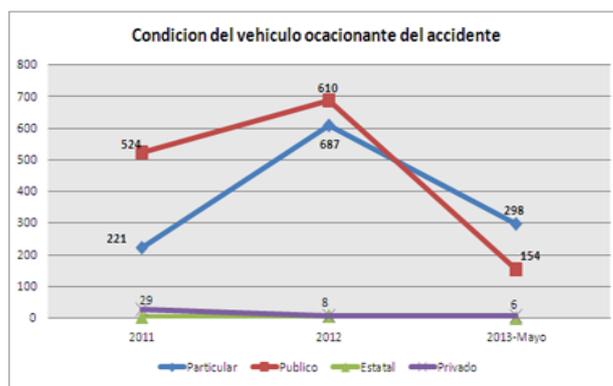
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

En el presente cuadro se puede evidenciar que el lugar de mayor riesgo de accidentarse o sufrir una lesión es la condición de pasajeros el cual se viene incrementando, la condición de conductor también es un riesgo, con mucha satisfacción se evidencia que en las calles el riesgo es menor pero con una tendencia al incremento, por ello es importante involucrar al ministerio de educación y trasportes para la elaboración de cartillas educativas y spots por los medios de comunicación.



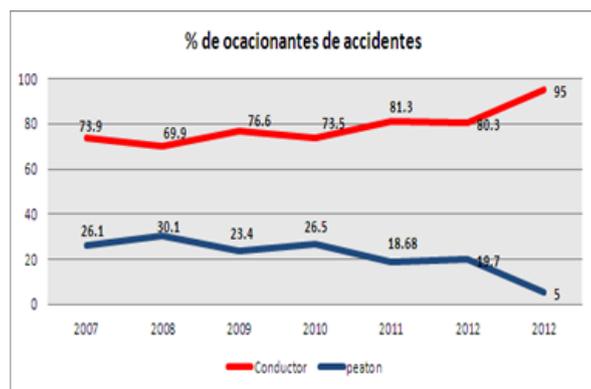
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

El tipo de vehículo que ocasionaron más lesiones por accidentes de tránsito son las motocicletas y motorcar, en los 3 últimos años, en el presente cuadro se observa un crecimiento el 2012 en todos los vehículos, destacando los accidentes producidos por camiones o tráiler eso se corrobora que en las carreteras se presentan el mayor número de accidentes y que son más frecuentes de 7 de la mañana a 18 horas, y por las noches ocasionados por los automóviles, así mismo se tiene dos escenarios para intervenir la ciudad y las carreteras accidentes provocados por los camiones o tráiler.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Los vehículos de servicio público son los que más ocasionaron los accidentes y lo preocupante es que la tendencia es al incremento en relación a los años anteriores, los vehículos particulares el año que paso se ha incrementado en un 100 %, esto es alarmante y es necesario una intervención urgente; y si con mucha tranquilidad se observa que los vehículos estatales y privados son los que menos ocasionan accidentes, es importante a considerar este dato para el plan de prevención y trabajar con los choferes de servicio público y particulares.



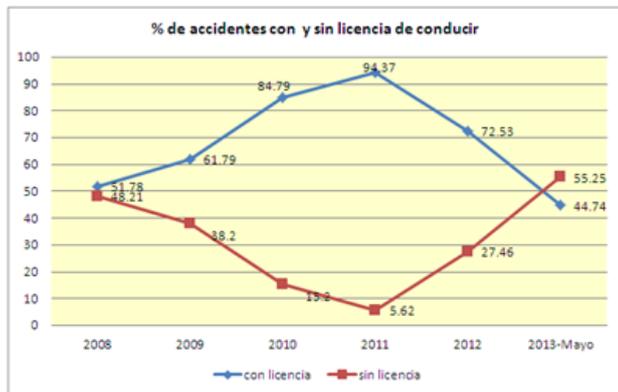
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Este cuadro es muy importante pues se evidencia que los vehículos son los que más ocasionan los accidentes de tránsito en un 80 % en el último año y el promedio es un 75 %, los peatones en un 25 % en estos 6 últimos años. Por ello amerita realizar actividades permanentes de educación vial a toda la sociedad, desde los centros educativos hasta las instituciones educativas superiores y las entidades públicas y privadas, esto demuestra que los peatones tienen más cuidado de su vida en las calles y las carreteras.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Un tema muy importante es si todos los accidentes de tránsito cuentan con SOAT es decir con una aseguradora para la atención correspondiente; es de preocupación que los lesionados por accidentes que no tienen seguro como es el caso en el presente grafico que figura como otros y sin dato corresponden a un 50.30 % cifra muy alta, siendo los familiares los que asumen con los gastos, situación que debe de corregirse.



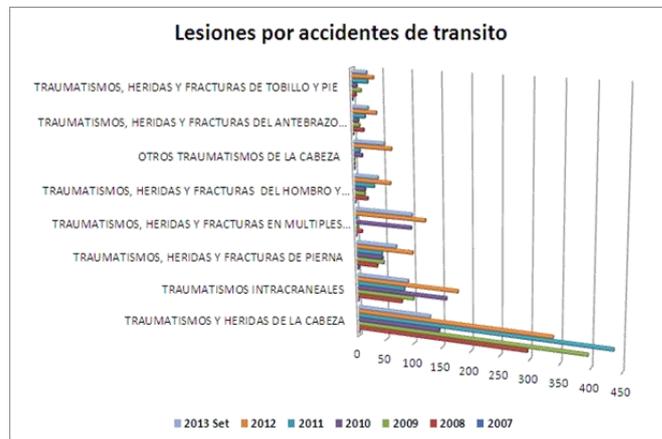
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.

Este dato es de suma importancia ya que se evidencia desde el 2008 al 2012 la gran mayoría de los accidentes es ocasionado por choferes con licencia de conducir dato que preocupa pues son personas que conociendo las normas vigentes cometen infracciones, así mismo se tiene otro grupo de personas que se atreven a conducir un vehículo sin licencia y por ende ponen en riesgo su vida, de sus pasajeros y de los peatones, es importante la participación de la policía para disminuir esta situación.

Estos son los diagnosticos por los cuales salen de alta o son referidos, pues como se puede observar en su mayoría Traumatismos en cabeza, cara y miembros inferiores.

Nº	DIAGNOSTICOS CIE-X	DX1	AÑOS							Total
			2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 Set	
1	TRAUMATISMOS Y HERIDAS DE LA CABEZA	S00.7	0	296	395	145	436	338	129	1739
2	TRAUMATISMOS INTRACRANEALES	S06.3	0	79	100	158	84	178	91	690
3	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS DE PIERNA	S82.2	2	36	48	46	45	100	71	348
4	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS EN MULTIPLES REGIONES	T00.9	0	10	2	98	1	123	100	334
5	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS DEL HOMBRO Y BRAZO	S42.0	0	22	17	18	34	63	41	195
6	OTROS TRAUMATISMOS DE LA CABEZA	S09.9	0	0	0	14	10	66	54	176
7	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS DEL ANTEBRAZO Y CODO	S60.1	0	18	11	9	21	41	27	127
8	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS DE TOBILLO Y PIE	S90.3	0	6	15	8	27	37	26	119
9	FRACTURAS DE FEMUR	S72.3	0	10	16	5	16	25	12	84
10	TRAUMATISMOS, HERIDAS Y FRACTURAS S DEL TORAX	S22.3	0	14	10	11	5	19	8	67
11	OTROS TRAUMATISMOS DE MULTIPLES REGIONES DEL CUERPO	T06.8	0	2	0	0	1	46	14	63
12	TRAUMATISMO, HERIDAS Y FRACTURAS DE MUÑECA Y MANO	S62.8	0	2	7	0	8	26	16	59
13	TRAUMATISMOS Y HERIDAS DEL ABDOMEN, LUMBOSACRO Y PELVIS	S30.1	0	7	2	3	2	14	6	34
14	TRAUMATISMOS DE REGIONES NO ESPECIFICADAS DEL CUERPO	T14.9	0	10	0	2	0	8	11	31
15	TRAUMATISMOS Y HERIDAS DE CADERA Y MUSLO	S71.1	0	6	2	3	5	5	7	28
16	OTROS TRAUMATISMOS DE LA PIERNA	S89.9	0	0	0	4	4	12	8	28
17	FRACTURAS DE COLUMNA LUMBAR Y PELVIS	S32.1	0	6	2	2	3	10	2	25
18	OTROS TRAUMATISMOS DEL TORAX	S29.7	0	4	8	2	0	2	5	21
19	LUXACION DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE LA RODILLA	S83.1	0	4	0	4	2	2	3	15
20	OTROS TRAUMATISMOS DEL PIE Y TOBILLO	S99.9	0	0	2	0	1	8	3	14
21	OTROS TRAUMATISMOS DEL ANTEBRAZO	S69.7	0	2	0	4	0	1	6	13
22	TRAUMATISMO DE NERVIOS CRANEALES	S04.5	0	6	4	2	0	1	0	13
23	TRAUMATISMOS POR APLASTAMIENTO DE LA CABEZA	S07.8	0	6	6	0	0	0	1	13
24	OTROS TRAUMATISMOS DE CADERA Y MUSLO	S79.9	0	2	0	2	3	6	0	13
25	FRACTURAS DE HUESOS DEL CRANEO Y DE LA CARA	S02.0	0	2	8	2	0	0	1	13
26	LUXACION DE ARTICULACIONES Y LIGAMENTOS DE LA ESCAPULA	S43.0	0	0	1	0	2	6	3	12
27	OTROS TRAUMATISMOS DEL HOMBRO Y BRAZO	S49.7	0	0	2	0	2	4	4	12
28	TRAUMATISMOS DEL OJO Y DE LA ORBITA	S05.8	0	4	4	0	0	1	1	10
29	LUXACION DE ARTICULACIONES Y	S93.3	0	0	4	0	1	4	1	10
30	OTROS TRAUMATISMOS DE MIEMBRO INFERIOR	T13.1	0	2	0	2	0	3	1	8
31	TRAUMATISMOS SUPERFICIALES DE	S10.8	0	0	4	0	0	2	0	6

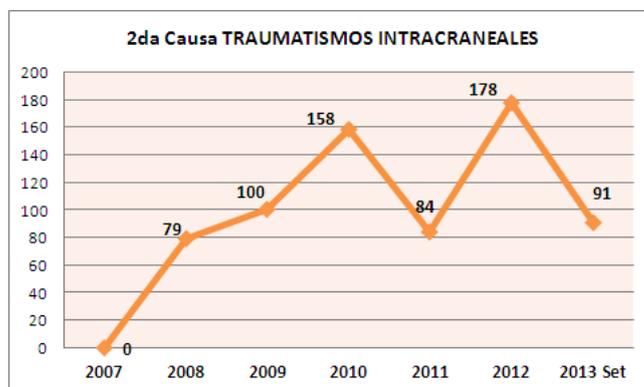
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.



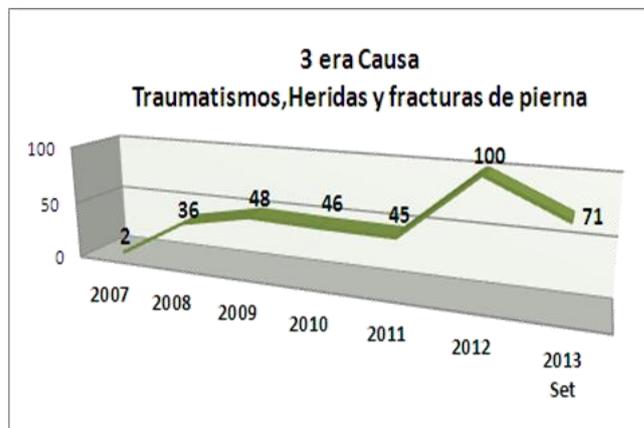
FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013.



FUENTE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica NOTISP 2008-2013







# HUÁNUCO: MAPA EPIDEMIOLÓGICO AÑO 2013

## Hasta la SE 51 (del 15 de Diciembre al 21 de Diciembre del 2013)



### MARAÑÓN

Iras: 3320 casos  
Edas: 1185 casos

Dengue con Señales de Alarma: 01 caso probable  
Leishmaniasis Cutánea: 07 casos confirmados  
Muerte Materna Incidental: 01 caso  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
Toxoplasmosis: 01 caso confirmado  
Loxocelismo: 01 caso confirmado  
Hepatitis B: 01 caso confirmado  
Ofidismo: 07 casos confirmados  
VIH - SIDA: 01 caso confirmado

### HUACAYBAMBA

Iras: 2244 casos  
Edas: 1065 casos

Parálisis Flácida Aguda: 02 casos probables  
Enfermedad de Carrión Eruptiva: 01 caso probable

### HUAMALIES

Iras: 7938 casos  
Edas: 2622 casos

Dengue sin señales de alarma: 08 casos confirmados, 06 probables  
Dengue con señales de Alarma: 02 casos confirmados, 01 probable  
Leishmaniasis Cutánea: 16 casos confirmados  
Leishmaniasis Mucocutánea: 01 caso confirmado  
Meningitis Meningocócica: 01 caso confirmado  
Toxoplasmosis: 02 casos confirmados  
Loxocelismo: 04 casos confirmados  
Leptospirosis: 01 caso confirmado  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
VIH - SIDA: 02 casos confirmados  
Hepatitis B: 01 caso probable  
Ofidismo: 08 casos

### DOS DE MAYO

Iras: 4055 casos  
Edas: 1668 casos

Sífilis Congénita: 01 caso confirmado  
Muerte Materna Directa: 01 caso

### YAROWILCA

Iras: 2280 casos  
Edas: 831 casos

VIH - SIDA: 01 caso probable  
Muerte Materna Directa: 01 caso

### LAURICOCHA

Iras: 2743 casos  
Edas: 713 casos

Muerte Materna Directa: 01 caso

### LEONCIO PRADO

Iras: 15698 casos  
Edas: 5742 casos

Dengue con señales de Alarma: 08 casos confirmado, 01 probable  
Dengue sin señales de Alarma: 31 casos confirmados, 11 probables  
Leishmaniasis Mucocutánea: 03 casos confirmados  
Leishmaniasis Cutánea: 75 casos confirmados  
Influenza AH1N1: 01 caso confirmado, 01 probable  
VIH - SIDA: 18 casos confirmados, 03 probables  
Toxoplasmosis: 15 casos confirmados  
Sífilis Congénita: 01 caso confirmado  
Loxocelismo: 36 casos confirmados  
Leptospirosis: 01 caso confirmado  
Hepatitis B: 07 casos confirmados  
Muerte Materna Indirecta: 01 caso  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
Ofidismo: 43 casos

### PUERTO INCA

Iras: 5151 casos  
Edas: 3122 casos

Dengue con señales de Alarma: 01 caso probable  
Dengue sin señales de Alarma: 07 confirmados, 05 probable  
Leishmaniasis Mucocutánea: 01 caso confirmado  
Leishmaniasis Cutánea: 23 casos confirmados  
Malaria por P. Vivax: 02 casos confirmados  
Leptospirosis: 03 casos confirmados  
Loxocelismo: 06 casos confirmados  
VIH - SIDA: 03 casos confirmados  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
Ofidismo: 55 casos

### HUANUCO

Iras: 22283 casos  
Edas: 8202 casos

Dengue sin señales de Alarma: 01 caso probable  
Leishmaniasis Cutánea: 27 casos confirmados  
Leishmaniasis Mucocutánea: 07 casos confirmados  
VIH - SIDA: 15 casos confirmados; 07 probables  
Parálisis Flácida Aguda: 02 casos probables  
Influenza AH1N1: 03 casos confirmados  
Sífilis Congénita: 01 caso confirmado  
Muerte Materna indirecta: 01 caso  
Toxoplasmosis: 01 caso probable  
Tos Ferina: 10 casos confirmados  
Ofidismo: 01 caso confirmado  
Rubeola: 01 caso probable

### PACHITEA

Iras: 6053 casos  
Edas: 2399 casos

Dengue sin señales de Alarma: 01 caso confirmado  
Leishmaniasis Cutánea: 07 casos confirmados  
Parálisis Flácida Aguda: 01 caso probable  
Sífilis Congénita: 01 caso confirmado  
Muerte Materna Incidental: 01 caso  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
Loxocelismo: 02 casos confirmados  
VIH - SIDA: 02 casos confirmados  
Leptospirosis: 01 caso probable  
Tos Ferina: 01 caso confirmado  
Ofidismo: 03 casos

### AMBO

Iras: 5419 casos  
Edas: 1982 casos

VIH - SIDA: 01 caso probable  
Muerte Materna Directa: 01 caso  
Loxocelismo: 04 casos confirmados  
Leishmaniasis Cutánea: 11 casos confirmados  
Leishmaniasis Mucocutánea: 03 casos confirmados



El presente documento es publicado con información de la Semana Epidemiológica 51 del año 2013, los datos son suministrados y actualizados de manera semanal por las Unidades Notificantes e informantes de la Red de Epidemiología, siendo esta información y análisis de carácter provisional, que pueden estar sujetos a modificación.

Para la elaboración del presente Boletín, la Dirección de Epidemiología acopia la información suministrada por las unidades notificantes e informantes de la Red Regional de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud Huánuco, constituido por 279 establecimientos del sector de los cuales 266 Establecimientos corresponden al Ministerio de Salud (02 Hospitales, 43 Centros de Salud y 221 Puestos de Salud), 09 a ESSALUD, (02 Hospitales, 01 Centro Médico y 6 Postas médicas), 03 a las FF.AA y Policiales (01 Policlínico 01 posta médica, y 01 Centro Médico del Batallón Comando N° 314 – Yanag), y 01 del Ministerio Público (Centro Médico del Establecimiento Penitenciario Sentenciado – Huánuco).

Es necesario **reconocer a cada uno de los miembros que conforman la Red Regional de Vigilancia Epidemiológica de nuestra Diresa**, dado que sin el compromiso de los mismos sería imposible cumplir con los indicadores de oportunidad, calidad de información y representatividad del sistema y consecuentemente con la producción de información y conocimiento epidemiológico, para la toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión sanitaria.

De esta manera contribuyen en primer lugar a una respuesta oportuna en situaciones de brotes y epidemias en los diferentes escenarios epidemiológicos que caracterizan a nuestro departamento y en segundo lugar a la generación de conocimientos sobre los daños y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica a través de una información oportuna y confiable, para ser procesados, presentados y analizados en los diferentes niveles de gestión de nuestra Dirección Regional de Salud Huánuco y a otras instancias.

Finalmente, cabe recordar que el trabajo a nivel del Sector Salud es un apostolado a favor de las comunidades más necesitadas de nuestro departamento, sobre todo en los establecimientos de primer nivel en el que con esfuerzos denodados se contribuye al desarrollo de los pueblos más alejados a través de la práctica de la Salud Pública y contribuyendo a la democratización de salud en nuestro departamento.

***Dirección Regional de Salud Huánuco***  
***Dirección de Epidemiología***

*Jr. Dámaso Beraún N° 1017 Huánuco - Perú*  
*Teléfono Diresa (062) 590200*  
*Anexos de Epidemiología 219 - 407*

*RPM. #999010143 - #995204082                      Celular. 999010143 – 995204082*

*epihuanuco@dge.gob.pe*  
*epihuanuco@renace.dge.gob.pe*

*[http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/Web\\_Epi/epi.htm](http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/Web_Epi/epi.htm)*