

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA

# Boletín Epidemiológico

**Abril 2025**

**Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

■ Unidad de Evaluación e Investigación Epidemiológica

**Dr. Manuel Alberto Díaz de los Santos**  
**Director General**

**M.C. Vladimir Tomas Espinoza Ildefonso**  
**Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

Marisol Beatriz Castillo Berrios  
Secretaria

**Unidad de Evaluación e Investigación**  
**M.C. Vladimir Tomas Espinoza Ildefonso**  
Lic. Enf. Gloria Amparo Cisneros de Vega  
Lic. Enf. Lilia Etelvina Soriano Hidalgo  
Lic. Est. Luis Feller Macedo Quiñones

**Unidad de Vigilancia y Control de Brotes**  
**Lic. Enf. Gossie Nattaly Leyva Gonzales**  
Lic. Enf. Gladys Zarella Jorge Quispe  
Lic. Enf. Milagros Medianero Domínguez  
Lic. Enf. Elizabeth Machaca Torres  
Lic. Enf. Kelly Daniela Gonzáles Casas  
Lic. Enf. Douce Candy Elena Rodríguez Tapia  
C.D. Juan Manuel Amau Chiroque  
Tec. Enf. Jorge Luis Dávila Guevara  
Tec. Enf. Joselyn Milagros Pérez Arroyo  
Téc. Est. Viviana Curaca Mendoza  
ASS. Isabel Martínez Paredes  
Téc. Adm. Miguel Ángel Rodríguez Córdova  
Téc. Yuliana Paola Quezada Gómez  
Tec. Walter Daniel Baldeon Castillo

**Unidad de Salud Ambiental**  
**Ing. Amb. Carlos Alberto Chávez Cavaglia**  
Ing. Ind. Leila Belén Yglesias Sánchez  
Ing. Amb. Yohana Donoso Pacheco  
Ing. Amb. Ranfis Donayre Ruiz  
Tec. Mario Lapa Gutiérrez

# CONTENIDO

<b><i>Editorial</i></b> .....	<b>1</b>
<b><i>Morbilidad materna extrema</i></b> .....	<b>2</b>
<b><i>Situación epidemiología de la morbilidad materna extrema HNCH</i></b> .....	<b>2</b>
<b><i>Mortalidad fetal y neonatal</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal en el HNCH</i></b> .....	<b>4</b>
<b><i>Dengue</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>Situación epidemiológica del dengue en el HNCH</i></b> .....	<b>7</b>
<b><i>Notificación individual sujetos a vigilancia obligatoria HNCH</i></b> .....	<b>10</b>

# EDITORIAL

## EL CANCER EN EL PERU

El 16 de abril en el Perú se estableció como el Día de la Cancerología Peruana en homenaje al Dr. Eduardo Cáceres Graziani, destacado investigador en el campo de la medicina oncológica y director del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), reconocido como el “Padre de la Oncología Peruana”. Se trata de una fecha trascendental para la salud pública nacional, pues busca el acercamiento de la población a los sistemas de salud que brindan servicios de atención de pacientes con cáncer, su reconocimiento oportuno y participación en el proceso de recuperación posterior y prevención.

El Perú es un país de cáncer avanzado. La mayoría de los casos de cáncer son diagnosticados en estadio avanzado, donde el tratamiento es menos efectivo y más costoso.

La vigilancia epidemiológica de cáncer en el país utiliza los registros hospitalarios como fuente de información, y pretende proveer información oportuna al Ministerio de Salud, sobre la magnitud, tendencias del cáncer e impacto de las intervenciones en prevención y control. Esta vigilancia muestra que la localización más importante del cáncer fue el cuello uterino y mama en mujeres, seguido de piel y cáncer colorectal. En hombres, los sitios más frecuentes de localización del cáncer fueron, próstata, piel y estómago. El cáncer afecta a la población adulta y adulta mayor con casi el 93% de todos los casos de cáncer, con una tendencia a mayor registro de mujeres. La frecuencia de la presentación de cáncer en mujeres se incrementa a partir de los 25 años y en los hombres a partir de los 50; siendo más frecuente en los ciclos de vida adulto y adulto mayor-

Un aspecto para resaltar es que el 75.2% de los casos de cáncer fueron diagnosticados por presentación clínica, con síntomas, y solo el 6,5% fueron diagnosticados por programas de detección o tamizaje. Entre los casos de cáncer de cuello uterino la proporción de casos con diagnóstico por programas de tamizaje mejoró, pero no de manera suficiente, ya que solo el 14,3% de los casos de cáncer de cérvix fueron diagnosticados por programas de detección o tamizaje. En cuanto al tratamiento el 39.1% fue quirúrgico y el 34.8% correspondió a las quimioterapias, y el 12.9 fueron a través de radioterapias.

En este día de efeméride, es necesario orientar los esfuerzos dirigidos lograr: el renovar el compromiso de los profesionales de la salud en la lucha contra el cáncer en el país; Promover la salud, prevención, el diagnóstico oportuno, tratamiento, seguimiento, cuidados, etc. del cáncer; así como seguir en la lucha por ser un país libre de cáncer avanzado que, además, ofrezca atención oncológica integral.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Boletín Epidemiológico del Perú SE 05-2022

Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Sala Situacional del cáncer en el Perú, I Trimestre 2024

Resolución Ministerial N° 660-2006/MINSA. Directiva Sanitaria N° 004-MINSA/ DGE-V.01. “Directiva Sanitaria para la vigilancia epidemiológica del Cáncer - Registros hospitalarios”.

## MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

La morbilidad materna extrema (MME), se refiere a la complicación grave ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, que pone en riesgo la vida de una mujer, y requiere de atención inmediata con el fin de evitar la muerte. El término morbilidad materna extrema es sinónimo de morbilidad materna severa, morbilidad materna grave, morbilidad materna extremadamente grave o maternal near miss (por su terminología en inglés).

En Lima y en el Perú en general, la MME es un indicador clave para evaluar la calidad de la atención en salud materna, ya que por cada muerte materna, se estima que ocurren entre 20 a 30 casos de MME

Según datos del Ministerio de Salud (MINSA), los casos más frecuentes de MME en Lima se deben a:

Preeclampsia severa y eclampsia      Hemorragia obstétrica severa      Infecciones puerperales (sepsis)  
Complicaciones del aborto      Ruptura uterina

Estas situaciones suelen requerir intervenciones de alto riesgo, como histerectomía de emergencia, ingreso a UCI, o transfusiones masivas.

## Situación epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema HNCH

La vigilancia y notificación de los casos de morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, se realiza, en base a la “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica de la Morbilidad Materna Extrema” (NTS N° 174-MINSA/2021/CDC), aprobada mediante Resolución Ministerial N° 653-2021/MINSA, que establece los procedimientos para la vigilancia de casos, con la finalidad de generar información útil que oriente a acciones de prevención y control para la toma de decisiones en el campo clínico y de gestión sanitaria, en los diferentes niveles de gestión.

Hasta la semana epidemiológica (SE) 15 del 2025 en el HNCH se han identificado y notificado en total 14 casos de mortalidad materna extrema, en comparación con el mismo periodo del 2024, se observa una ligera disminución de 22% (4 casos), sin embargo al comparar con el año 2023 el incremento fue significativo.

**Gráfico 1: Morbilidad materna extrema HNCH 2022-2025 (Desde SE 1 hasta SE 15)**



**Caracterización de los casos de morbilidad materna extrema en HNCH 2024—2025****(hasta SE N° 15)****Edad:**

El rango de edad se ubico entre 23 y 37 años., con una edad promedio de 30 años, con una mediana de 28 años. Al agrupar las edades en rangos de 23 a 30 años y de 31 a 37 años, se observó una distribución del 57% y 43%, respectivamente.

**Condición de ingreso:**

Al momento del ingreso hospitalario, el 83% de las pacientes se encontraban en estado de gestación, mientras que el 17% correspondía al periodo puerperal.

**Condición obstétrica:**

En cuanto a la condición obstétrica al momento del evento, el 50% de las pacientes culminaron la gestación mediante cesárea, el 20% presentó aborto, otro 20% continuaba con el embarazo, y el 10% tuvo un parto vaginal.

**Método anticonceptivo utilizado:**

En relación al uso de métodos anticonceptivos, el 41% de las pacientes refirió no utilizar ningún método, mientras que el 23% utilizaba métodos hormonales, el 21% recurría a métodos quirúrgicos, el 8% empleaba métodos de barrera, el 3% utilizaba dispositivo intrauterino (DIU) y el 5% reportó el uso de otros métodos.

**Condición de egreso:**

La condición de egreso de las pacientes fue la siguiente: el 50% fue dado de alta con vida, el 21% fue referido a otro

**Tabla 1: Causas de ingreso de los pacientes clasificados como morbilidad extrema HNCH 2024- 2025 Desde SE 1– hasta SE 15**

N°	Causas de Ingreso	2024	2025 (SE 1 hasta 15)
1	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo el parto y el puerperio	1	2
2	Infeccion no especificada de las vias urinarias en el embarazo	0	1
3	Supervision de embarazo de alto riesgo sin otra especificacion	2	1
4	Preeclampsia severa	0	1
5	Aborto no especificado incompleto con otras complicaciones especificadas y las no especificadas	0	1
6	Abdomen agudo	0	1
7	Anemia por deficiencia de hierro secundaria a perdida de sangre (crónica)	0	1
8	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias maternas que complican el embarazo el parto y el puerperio	0	1
9	Anemia que complica el embarazo el parto y el puerperio	1	1
10	Preeclampsia no especificada	0	1
11	Atención materna por crecimiento fetal excesivo	0	1
12	Eclampsia en el embarazo	4	1
13	Hemorragia postparto secundaria o tardía	0	1
14	Oligohidramnios	1	0
	Otros	40	0
	<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>14</b>

# MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

La mortalidad fetal y neonatal son indicadores clave de salud perinatal y reflejan el estado del sistema de salud materno infantil de una población.

## 1. Mortalidad Fetal

Es la defunción de un producto de la concepción, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre, a partir de las 22 semanas de gestación o peso igual o mayor a 500 gramos.

### 1.1. Clasificación:

1.1.1. Muerte fetal temprana: 20-27 semanas de gestación

1.1.2. Muerte fetal tardía: desde las 28 –36 semanas de gestación

1.1.3. Muerte fetal a término 37 a más semanas de gestación

## 2. Mortalidad Neonatal

Es la defunción de un recién nacido vivo, que ocurre en el intervalo comprendido desde su nacimiento hasta cumplidos los 28 días de vida.

### 2.1. Clasificación:

2.1.1. Mortalidad neonatal precoz: 0 a 7 días.

2.1.2. Mortalidad neonatal tardía: 8 a 27 días.

## Situación epidemiológica de la mortalidad fetal y neonatal HNCH

La vigilancia y notificación de la mortalidad fetal y neonatal se lleva a cabo conforme a la Norma Técnica de Salud que rige el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal (NTS N.º 087-MINSA/DGE V.01), aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 279-2009/MINSA, con fecha 23 de abril de 2009. Esta norma establece directrices y procedimientos orientados a disminuir la morbilidad y mortalidad en el periodo perinatal y neonatal en el Perú, y busca generar información precisa y oportuna que facilite la toma de decisiones adecuadas.

Hasta la semana epidemiológica 15 del año 2025, el Sub Sistema de Vigilancia del Hospital Nacional Cayetano Heredia ha registrado y reportado un total de 14 casos, de los cuales la mayoría correspondieron a muertes fetales, representando el 71% (10 casos), mientras que las muertes neonatales constituyeron el 29% (4 casos).

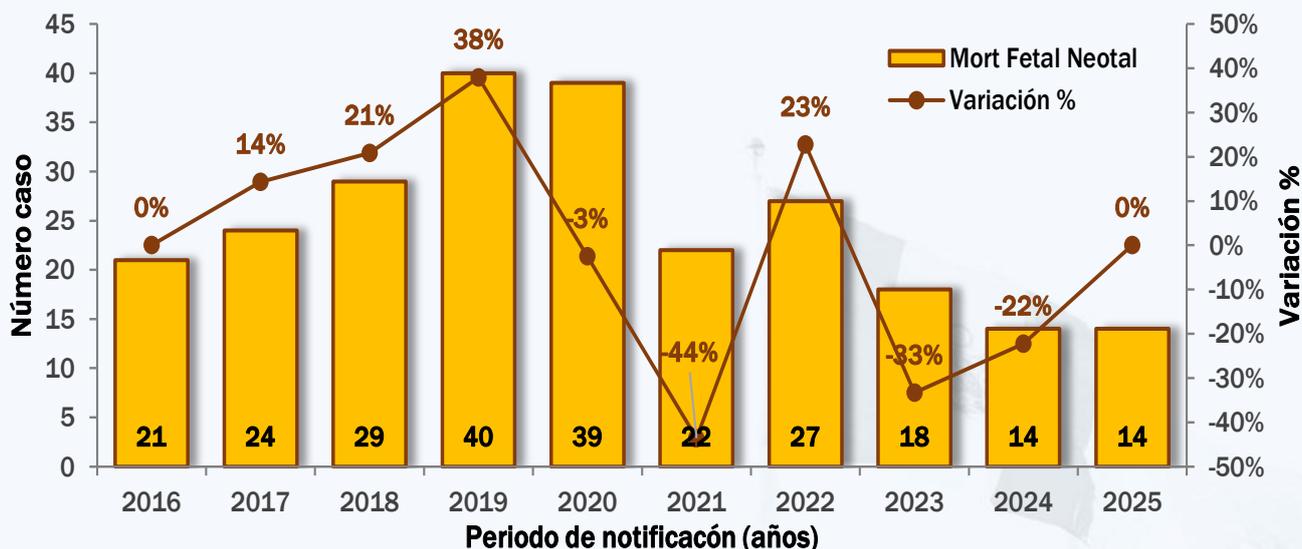
En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de casos de mortalidad fetal y neonatal, desde el año 2016 hasta el 2025, donde se comparan los casos notificados hasta la SE 15 para todos los años.

En el año 2019 alcanzó su pico más alto con 40 casos reportados y la variación porcentual del 2018 al 2019 alcanzó el 38% siendo el más alto en comparación con las otras variaciones año tras año.

La mayor reducción interanual ocurrió en el 2021 (-44%), esto debido posiblemente a la pandemia por COVID-19

En la actualidad (Año 2025 Hasta la SE 15) los casos de mortalidad fetal y neonatal se mantiene igual, que los casos reportados en el mismo periodo del 2024, donde se notificaron 14 casos.

## Grafico 2: Mortalidad fetal y neonatal y variación porcentual HNCH 2016 - 2025 (Desde SE 1-hasta SE 15)



Entre las principales características observadas en los casos de mortalidad fetal, se destaca que el 50% ocurrió entre las semanas gestacionales 20 y 27. Asimismo, el 90% de estas muertes se produjo dentro del establecimiento de salud; el 80% tuvo lugar durante el periodo ante parto. En cuanto a la causa básica de defunción, predominó el código P02.2, correspondiente a "Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas", representando el 60% del total de casos.

**Tabla 2: Características de la Mortalidad fetal HNCH 2024- 2025 (Desde SE 1-hasta SE 15)**

Características	SE 1 - 15 año 2024		SE 1 - 15 año 2025	
	n	%	n	%
<b>Edad gestacional</b>				
Muerte fetal temprana (20-27 SG)	4	33%	5	50%
Muerte fetal tardía (28 - 36 SG)	7	58%	2	20%
Muerte fetal a término (37 a más SG)	1	8%	3	30%
<b>Lugar de parto</b>				
Parto domiciliario	12	100%	1	10%
Parto en establecimiento de salud		0%	9	90%
<b>Momento de la muerte</b>				
Anteparto	12	100%	8	80%
Intraparto		0%	2	20%
<b>Sexo</b>				
Femenino	3	25%	5	50%
Masculino	9	75%	5	50%
<b>Causas básicas de muerte</b>				
P02.2 - Feto y recién nacido afectados por otras anomalías morfológicas y funcionales de la placenta y las no especificadas	4	33%	6	60%
P02.7 - Feto y recién nacido afectados por corioamnionitis	2	17%	2	20%
P00.2 - Feto y recién nacido afectados por enfermedades infecciosas y parasitarias de la madre		0%	1	10%
P02.1 - Feto y recién nacido afectados por otras formas de desprendimiento y de hemorragia placentarias	3	25%	1	10%
P01.1 - Feto y recién nacido afectados por ruptura prematura de las membranas	3	25%		0%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

**Tabla 3: características de los casos de Mortalidad neonatal HNCH 2024- 2025 (Desde SE 1-hasta SE 15)**

Características	SE 1 - 15 año 2024		SE 1- 15 año 2025	
	n	%	n	%
<b>Peso</b>				
Menos 1000 gr.	1	50%	1	25%
1000-1499 gr.	0	0%	1	25%
1500-2499 gr.	1	50%	2	50%
2500 gr. a mas	0	0%	0	0%
<b>Edad gestacional</b>				
Prematuro extremo (<28)	1	50%	2	50%
Muy prematuro(28-31)	0	0%	1	25%
Prematuro moderado o tardío (32-36)	1	50%	1	25%
No prematuro (37 Sem a más)	0	0%	0	0%
<b>Ocurrencia de la muerte</b>				
Primeras 24 horas	0	0%	1	25%
Días 1 -7	2	100%	2	50%
Días 8-28	0	0%	1	25%
<b>Sexo</b>				
Femenino	1	50%	2	50%
Masculino	1	50%	2	50%
<b>Atencion del parto</b>				
		0%		0%
Establecimiento de salud	2	100%	4	100%
Domicilio	0	0%	0	0%
<b>Causa basica de muerte</b>				
P02.2 - Feto y recién nacido afectados por c	1	50%	0	0%
P07.0 - Peso extremadamente bajo al nacer	0	0%	1	25%
P21.0 - Asfixia del nacimiento severa	1	50%	0	0%
P26.1 - Hemorragia pulmonar masiva origen	0	0%	2	50%
Q28.3 - Otras malformaciones de los vasos	0	0%	1	25%
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4: Matriz Babies de la Mortalidad fetal y neonatal HNCH 2025 Desde SE 1-hasta SE 15**

Peso	Muerte Fetal		Muerte Neonatal
	Antes del parto	Durante el parto	Despues del parto
500-1499 grs.	71%		
1500-2499 grs.	14%	0.0%	14%
>2500 grs.			

Funete: NOTISP\_Oficina de Epidemiología y S.A.

	Salud materna		Cuidado durante el parto
	Cuidado durante el embarazo		Cuidado del Recién nacido

## DENGUE

El dengue es una enfermedad viral aguda de origen infeccioso, transmitida por la picadura de mosquitos del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*. Es considerado un problema de salud pública a nivel global, especialmente en regiones tropicales y subtropicales, donde las condiciones climáticas y ambientales favorecen la proliferación del vector.

El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae* y presenta cuatro serotipos distintos (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4), todos capaces de provocar enfermedad. La infección puede cursar de forma asintomática o manifestarse con un amplio espectro clínico, desde una fiebre leve hasta formas graves como el dengue con signos de alarma o dengue grave, que pueden comprometer la vida del paciente si no se manejan adecuadamente.

En las últimas décadas, la incidencia del dengue ha aumentado de manera considerable, atribuida a factores como la urbanización desordenada, el cambio climático, y la movilidad poblacional. La prevención y el control del dengue se basan fundamentalmente en la eliminación de criaderos de mosquitos, la educación comunitaria, y la vigilancia epidemiológica oportuna.

### Situación Epidemiológica del dengue en el HNCH

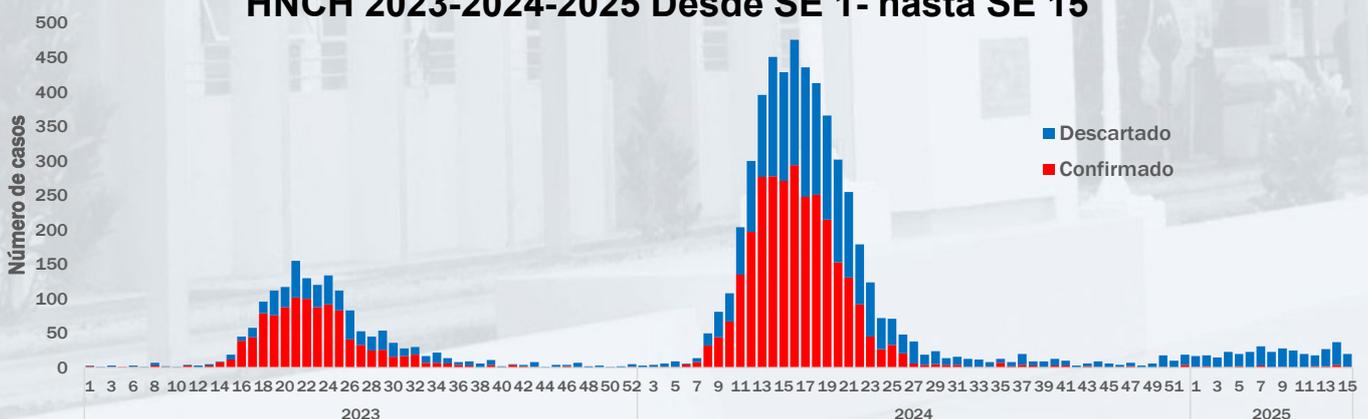
La vigilancia de los casos de dengue en el HNCH se realiza, bajo la normativa denominada “Norma Técnica de salud para la vigilancia epidemiológica y diagnóstico de laboratorio de dengue, Chikunguya, Zika y otras Arbovirosis en el Perú” (N° 125-MINSA/2016/CDC-INS) aprobada con Resolución Ministerial N° 982-2016/MINSA.

Hasta la semana epidemiológica (SE) 15 del año 2025, se han notificado el total 385 casos por sospecha de dengue de los cuales al analizar las muestras en el laboratorio, el 93.77% fueron descartados, 6.23% confirmados.

Al comparar los casos confirmados de dengue reportados hasta la semana epidemiológica 15 del año 2025 con los registrados en el mismo periodo de los años 2023 y 2024, se evidenció una reducción significativa del 46% (n=16) en relación al 2023 y del 99% (n=1,298) respecto al 2024.

El gráfico siguiente muestra la tendencia semanal de los casos confirmados (barras rojas) y descartados (barras celestes), observándose que durante las semanas epidemiológicas 1 a la 15 del año 2025, se notificó en promedio 1.2 casos confirmados por semana, mientras que en el mismo periodo del 2024 se reportaron 87.8 casos semanales y en el 2023 un promedio de 2.33 casos por semana.

**Gráfico 3: Casos de dengue según clasificación epidemiológica HNCH 2023-2024-2025 Desde SE 1- hasta SE 15**



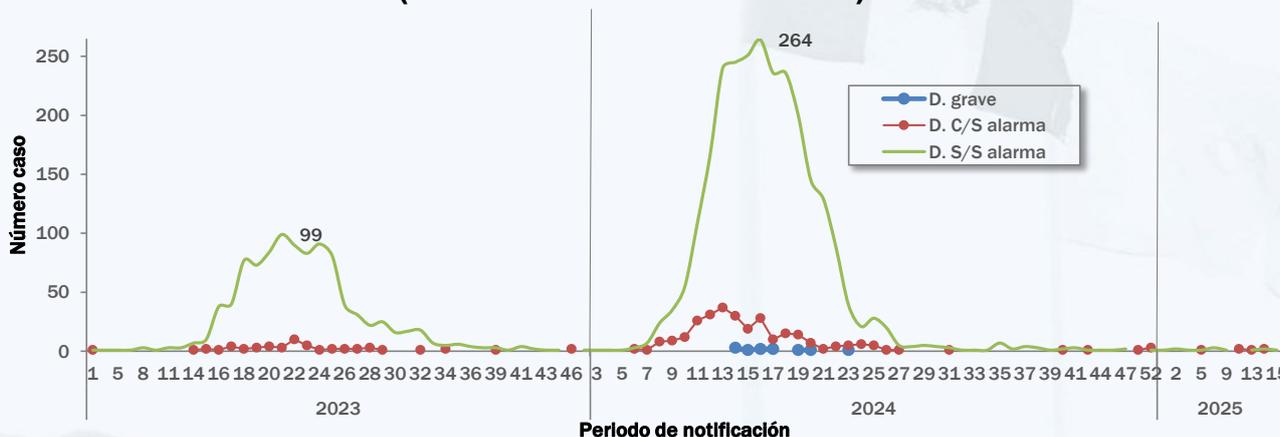
De los 19 casos de dengue reportados, el 68% correspondió a dengue sin signos de alarma y 32% a con signos de alarma, estos casos con signos de alarma se presentaron en la SE 5 (1 caso), 12 (2 casos), 13 (1 caso) y 14 (2 casos).

La distribución según tipo de dengue y grupos de edad fue la siguiente:

El 16% de los casos se registraron en niños de entre 0 y 11 años con diagnóstico de dengue con signos de alarma, mientras que otro 16% en el mismo rango etario presentó dengue sin signos de alarma.

El 5% del total de los casos fueron adultos mayores (60 a más años) y presentaron dengue con signos de alarma

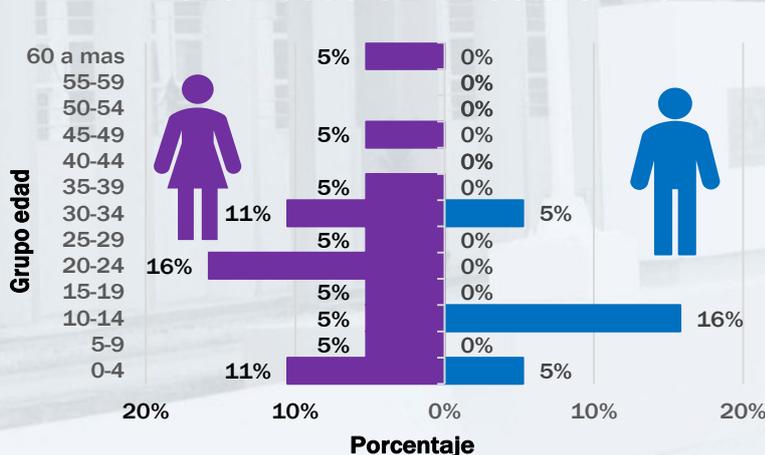
**Grafico 4: Casos de dengue según tipo HNCH 2019 -2025 (Desde SE 1– hasta SE 15)**



La distribución según etapas de vida de estos 19 casos de dengue confirmados hasta la SE 15 del 2025 fue la siguiente: niño 0 a 11 años 32%, adolescente de 12 a 17 años 16%, joven de 18 a 29 años 21%, adulto de 30 a 59 años 26%, y adulto mayor de 60 a más años 5% .

Según el análisis por género, el grupo más afectado fue el femenino, representando el 74% del total de casos confirmados, mientras que el sexo masculino correspondió al 26%. Al desagregar por grupos quinquenales y sexo, se identificó que los varones de 10 a 14 años y las mujeres de 20 a 24 años concentraron el mayor número de casos, cada uno con una proporción del 16%, como se muestra en el gráfico a continuación.

**Grafico 5: Pirámide de los casos confirmados de dengue HNCH 2025 Desde SE 1 hasta SE 15**



De los 19 casos confirmados de dengue, hasta la SE 15, el 42% (8 casos) fueron hospitalizados, siendo el servicio de Pediatría con el mayor numero de casos, agrupando al 63%(5), seguido de Emergencia con el 25%(2) y Medicina Tropical con el 13%(1).

Al analizar la distribución de los casos hospitalizados de dengue según las etapas de vida, se identificó que la mayor proporción correspondió a niños de 0 a 11 años. En segundo lugar se ubicaron los adolescentes, quienes representaron el 25% de los casos, seguidos por los adultos y adultos mayores, con un 13% cada grupo.

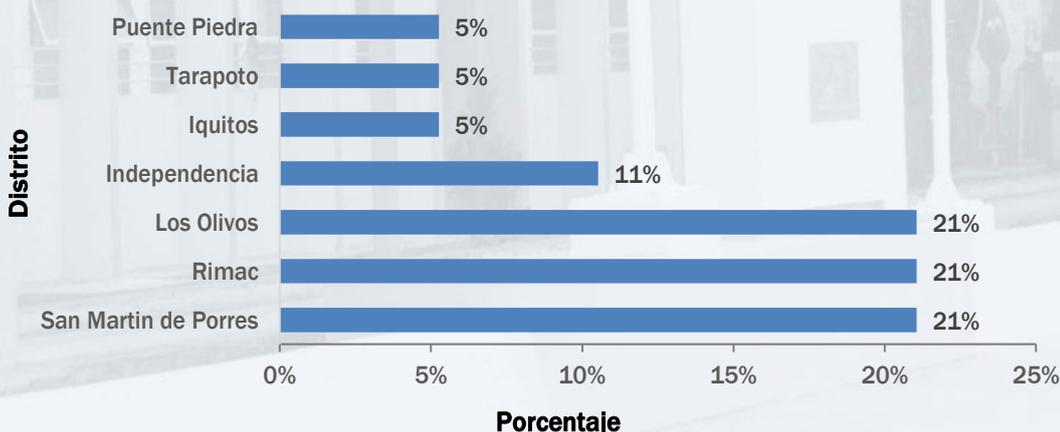
Al comparar estos ocho casos hospitalizados, con los hospitalizados en el mismo periodo (SE 1 hasta 15) del año 2024, se observa que disminuyo significativamente en 95%, como se observa en el siguiente grafico.

**Grafico 6: Pacientes hospitalizados por casos de dengue HNCH 2023-2024-2025 Desde SE 1– hasta SE 15**



Al analizar la procedencia de los casos reportados, se determinó que el 89% fueron de origen autóctono, con mayor concentración en los distritos de San Martín de Porres (21%), Rímac (21%), Los Olivos (21%), seguidos por Independencia (11%) y Puente Piedra (5%). Por otro lado, el 11% restante correspondió a casos importados a nivel nacional, procedentes de los distritos de Tarapoto (5%) e Iquitos (5%). Esta distinción entre casos autóctonos e importados resulta fundamental para orientar adecuadamente las estrategias de vigilancia epidemiológica, ya que permite identificar focos activos de transmisión local y zonas de riesgo asociadas a la movilidad de personas provenientes de áreas endémicas.

**Grafico 7: Casos de dengue según distrito de procedencia HNCH 2025 Desde SE 1-hasta SE 15**



**Tabla 5: Casos de notificación individual sujetos a vigilancia obligatoria HNCH 2014-2025 (Desde SE 1– hasta SE 15)**

Tipo	Codigo CIE 10	Diagnosticos	2024		Total 2024	2024 Hasta SE 15		Total 2024*	2025 Hasta SE 15				Total 2025*
			Conf.	Des.		Conf.	Des.		Conf.	Des.	Prob.	Sosp.	
Inmunoprevenibles	A37	Tos Ferina	2	10	12	0	0	0	3	4	1	0	8
	A80.3	Paralisis Flacida Aguda	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	A36	Difteria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A95.0	Fiebre Amarilla Selvatica	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	B01.8	Varicela con otras complicaciones	2	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
	B01.9	Varicela sin otras complicaciones	14	0	14	3	0	3	4	0	0	0	4
	B05	Sarampion	0	23	23	0	8	8	0	5	0	0	5
	B06	Rubeola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B15	Hepatitis A	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B16	Hepatitis B	37	2	39	5	1	6	4	0	0	0	4
	B26	Parotiditis	25	0	25	9	0	9	7	0	0	0	7
	A35	Otros Tetanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T88.1	Esavi Eventos Severos Supuesta	0	5	5	0	1	1	0	0	0	0	0
Metaxenicas	A27	Leptospirosis	4	19	23	3	7	10	2	3	0	0	5
	A44.0	Bartonelosis Aguda	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A75.0	Tifus Exantematico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A79	Otras Rickettsiosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A92.0	Fiebre de Chikungunya	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
	A92.5	Fiebre de Chikungunya grave	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0
	U06.9	Fiebre de Zika	0	2	2	0	2	2	0	0	0	0	0
	A97.0	Dengue Sin Señales De Alarma	2596	1998	4594	1138	627	1765	16	282	0	0	298
	A97.1	Dengue Con Señales De Alarma	280	232	512	175	117	292	8	79	0	0	87
	A97.2	Dengue Grave	11	3	14	4	0	4	0	0	0	0	0
	B50	Malaria P. Falciparum	4	0	4	2	0	2	0	0	0	0	0
	B50.1	Malaria Mixta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B51	Malaria Por P. Vivax	11	0	11	3	0	3	6	0	0	0	6
	B55.1	Leishmaniasis Cutanea	92	0	92	45	0	45	29	0	0	0	29
B55.2	Leishmaniasis Mucocutanea	4	0	4	1	0	1	2	0	0	0	2	
B57	Enfermedad de Chagas	1	4	5	0	0	0	1	0	0	0	1	
Zoonosis	A23	Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A28.1	Enfermedad por rasguño de gato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A82.0	Rabia Humana Silvestre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	W55	Mordedura O Ataque De Otros Ma	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	W57	Mordedura O Picadura De Insect	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	X20	Ofidismo	4	0	4	2	0	2	0	0	0	0	0
	X21	Loxocelismo	59	0	59	28	0	28	27	0	0	0	27
Otros	A50	Sifilis congenita	5	0	5	2	0	2	1	0	0	0	1
	A53.9	Sifilis No especificada	29	6	35	11	6	17	0	0	11	0	11
	A39.0	Meningitis meningococica (G01*)	2	9	11	0	0	0	0	4	0	0	4
	B30	Conjuntivitis Viral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	G61.0	Sindrome de Guillain Barre	6	0	6	5	0	5	3	0	0	1	4
	O95	Mortalidad Materna Directa	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	O96	Muerte Materna Indirecta	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0
	O98.1	Sifilis Materna	18	6	24	5	3	8	1	1	0	0	2
	T56.1	Mercurio y sus compuestos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T57.1	Fosforo y sus compuestos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	T60.0	Insecticidas Organofosforados	19	0	19	10	0	10	6	0	0	0	6
	T60.1	Insecticidas Halogenadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>			<b>3228</b>	<b>2321</b>	<b>5549</b>	<b>1452</b>	<b>774</b>	<b>2226</b>	<b>121</b>	<b>381</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>515</b>



Este material fue elaborado por la  
**Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental**

Diseño y diagramación  
**Oficina de Comunicaciones**

<https://www.gob.pe/hnch>    



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional  
Cayetano Heredia

