



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional
Dos de Mayo

ABRIL

2019

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD
AMBIENTAL

Código: OESA-HNDM-B: 04

Versión: 01-Electrónico

Fecha: 27/05/2019

Año 8 Vol. 04

BOLETÍN

EPIDEMIOLOGICO

Una mirada histórica a la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria

La Epidemiología Hospitalaria nace como una necesidad de los clínicos al observar, cuantificar y evaluar sus decisiones y el impacto de estas decisiones en los pacientes y los estados de salud de las poblaciones. El impulso inicial que llevó a los clínicos que fundaron "La Sociedad Epidemiológica de Londres" (1850) fue, la no mejora de la situación de salud de la población que atendían, a pesar de las muchas acciones clínicas individuales que realizaban en las personas enfermas que ellos asistían.

Desde Rudolf Virchow (1821-1902), pocos médicos han desarrollado la percepción de la medicina desde ambos géneros de aplicaciones asistencial o social, clínica o epidemiológica según se considere la enfermedad desde hospitales o en la comunidad; John Ryle en Inglaterra, en el año de 1943, abandonó la práctica clínica para convertirse en uno

Las correlaciones de las enfermedades infecciosas con la mortalidad, obtenidas por Nightingale, Lister, Holmes, Semmelweis (en partos) y Simpson (en amputaciones), habían dado pautas y sentado las bases de la epidemiología hospitalaria, desde 1750 de los pioneros de la nueva epidemiología de las enfermedades no infecciosas. Semmelweis escribe en 1847 su obra "De la etiología, el concepto y la profilaxis de la fiebre puerperal". En ella registra enormes diferencias en las tasas de mortalidad, por ejemplo, del 12.11% en 1842 contra el 1.28% en 1848.

En la década de los 50, como consecuencia de la epidemia de infecciones intrahospitalarias por *Staphylococcus aureus* resistente a la Penicilina, la Asociación Americana de Salud Pública, los Programas del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York y el CDC, concordaron en la necesidad de que se implementara en los hospitales un cargo para una persona de reconocida capacidad en la epidemiología de las enfermedades infecciosas agudas: un profesional médico; posteriormente, Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá, incluyeron dentro del control de infecciones al profesional de enfermería. En la década de los 70 se inicia en los Estados Unidos la vigilancia de las infecciones nosocomiales en la mayoría de los hospitales en forma voluntaria, pero la falta de financiamiento hizo que muchos abandonaran el programa hasta que los resultados del estudio SENIC (*Study on the efficacy of nosocomial infection control*) 1970- 1976 se dieran a conocer a mediados de los 80, y su objetivo fue demostrar que la implementación de Programas de vigilancia epidemiológica prevención y control de infecciones nosocomiales disminuyen las tasas que se presentan en unidades hospitalarias

Producto del estudio anteriormente mencionado, ya en el 2011 otros estudios han estimado que la aplicación de programas de prevención de las infecciones nosocomiales puede evitar alrededor del 65% de las bacteriemias e infecciones del tracto urinario y el 55% de las neumonías y de las infecciones quirúrgicas, ahorrando miles de vidas y millones de euros.

Síguenos en la web: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/estadistica/boletin-epidemiologico/>



AREA

ZONA DE BAJA

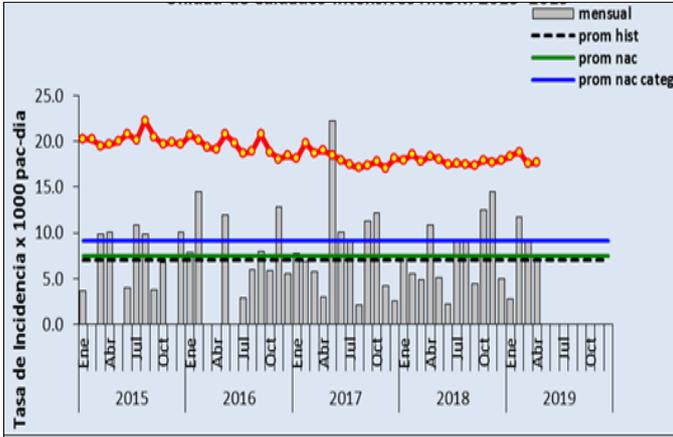
ZONA DE

CONTENIDO

I.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD.....	1
II.	DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA.....	7
III.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES.....	12
IV.	VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL.....	15
V.	EVALUACIÓN DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS	18
VI.	ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA	19

I. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

Gráfico N° 1.1
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la UCI HNDM 2015-2019

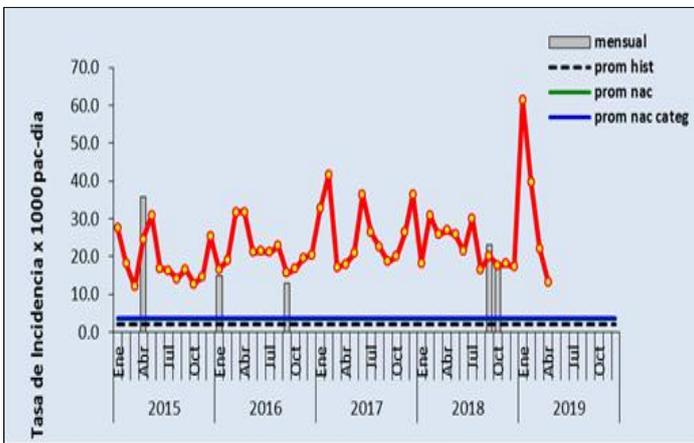


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos durante los años 2017 y 2018 se han mantenido por debajo del Promedio Nacional por Categoría, a excepción de los meses de Mayo, Setiembre, Octubre (2017) y Abril, Octubre, Noviembre (2018).

Durante el mes de abril del 2019, se han registrado 03 casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 7.18 x 1000 días VM; en el mes se vigilaron 44 pacientes sometidos a V.M., con 418 días de exposición. En relación al mes anterior se observa una disminución de la Tasa de Densidad de Incidencia.

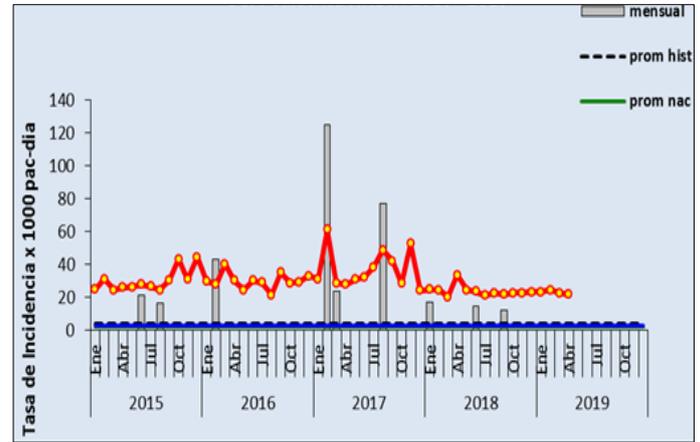
Gráfico N° 1.2
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, UCI de Neonatología HNDM 2015-2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología no se han presentado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en pacientes neonatos durante el mes de Abril del 2019, sin embargo se vigilaron 08 pacientes sometidos a 112 días de exposición

Gráfico N° 1.3
Densidad de Incidencia en Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la UCI Pediátrica HNDM 2015-2019

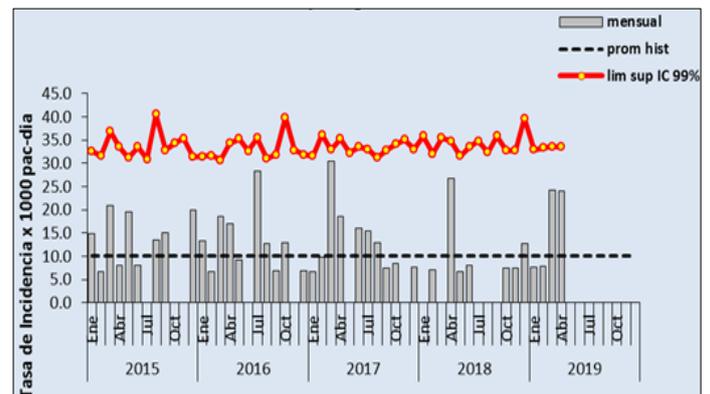


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, durante el mes de Abril del año 2019, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica

Durante el mes se vigilaron 06 pacientes en Ventilación Mecánica con 82 días de exposición

Gráfico N° 1.4
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la UCI Neuroquirúrgica HNDM 2015-2019

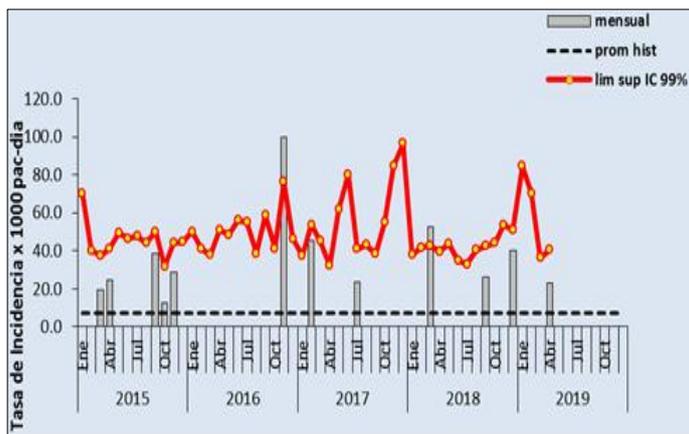


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Tasas de Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Neuroquirúrgica desde el año 2015 es mantenerse por encima del promedio histórico. Durante el mes de Abril del año 2019 se notificaron 03 casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 24.00 x 1000 días/VM.

Se vigilaron 16 pacientes con 125 días de exposición, en el servicio se continua aplicando la metodología Bundle como medida de prevención.

Gráfico N° 1.5
Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en la UCI Cardiovascular HNDM 2015-2019

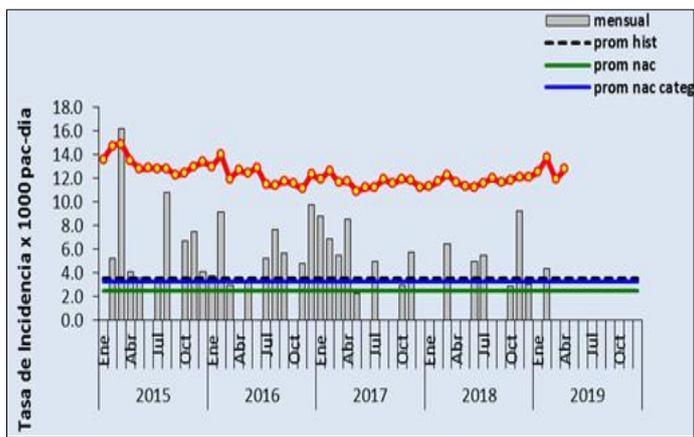


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI Cardiovascular desde Enero del 2015 hasta Abril del 2019 se ha mantenido con la aparición de casos esporádicos.

Durante el mes de abril del 2019 se ha reportado 01 caso de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 23.26 x 1000días/VM, sobrepasando el promedio histórico

Gráfico N° 1.6
Densidad de Incidencia en ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI HNDM 2015-2019



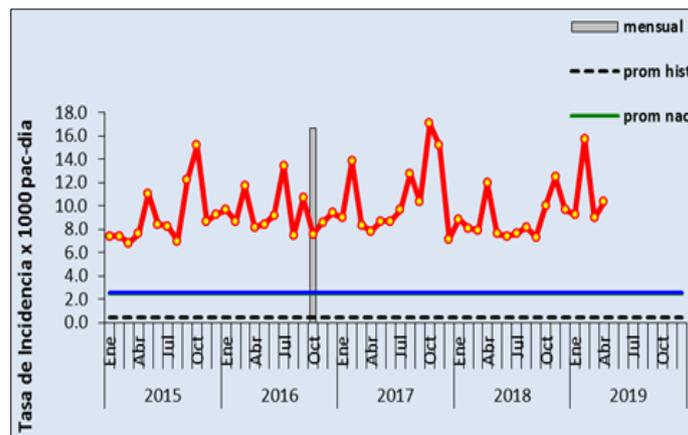
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos durante el mes de Abril del año 2019, no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes de Abril se vigilaron 42 pacientes con 279 días de exposición.

La Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario en la actualidad plantea un problema clínico, epidemiológico y terapéutico de máxima importancia, por lo que la prevención es tarea prioritaria.

La aplicación de las listas de cotejo de la metodología Bundle para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario, se continúan desarrollando en este servicio

Gráfico N° 1.7
Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI Pediátrica HNDM 2015-2019

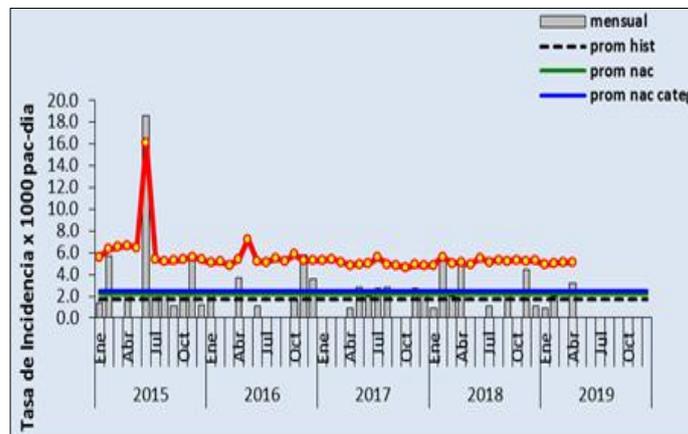


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Abril del año 2019 en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica, no se reportaron casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 04 pacientes con 31 días de exposición.

En el servicio se está desarrollando la estrategia Bundle mediante la aplicación de las listas de cotejo, como medida preventiva de las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario.

Gráfico N° 1.8
Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en el Servicio de Medicina HNDM 2015-2019

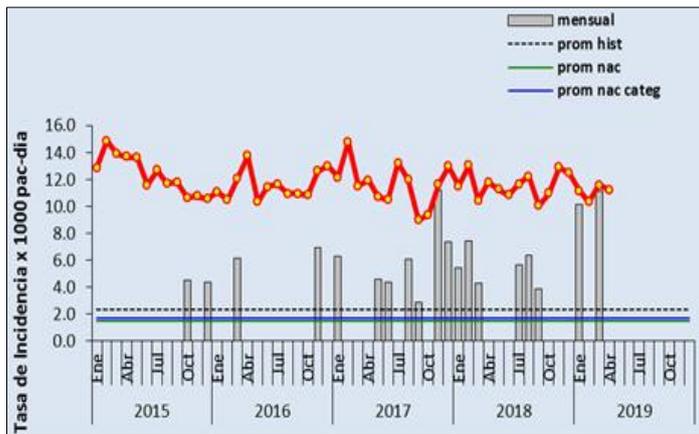


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de abril del año 2019 en el Departamento de Medicina se han registrado 03 casos de ITU asociada a CUP, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 3.18 x 1000 días/catéter., sobrepasando ligeramente todos los promedios. Se vigilaron 92 pacientes con 942 días de exposición.

Como estrategia de prevención de la Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario, en los servicios de medicina se está desarrollando la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo.

Gráfico N° 1.9
Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en el Servicio de Cirugía HNDM 2015-2019

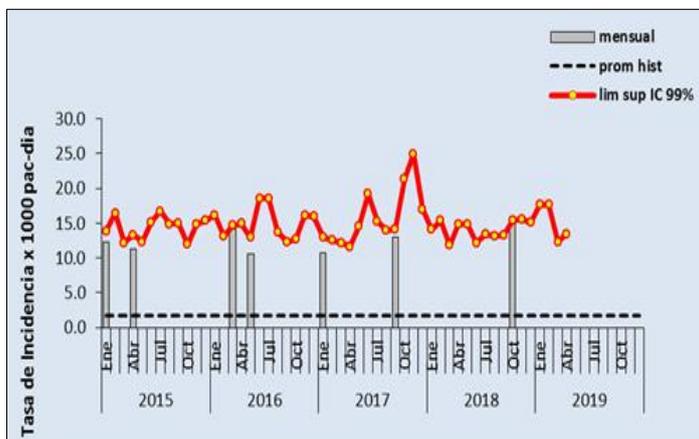


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de Abril del año 2019 no se han registrado casos de ITU Asociada a CUP. Se han vigilado 36 pacientes con 194 días de exposición.

Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva, en los servicios de cirugía.

Gráfico N° 1.10
Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI Cardiovascular HNDM 2015-2019

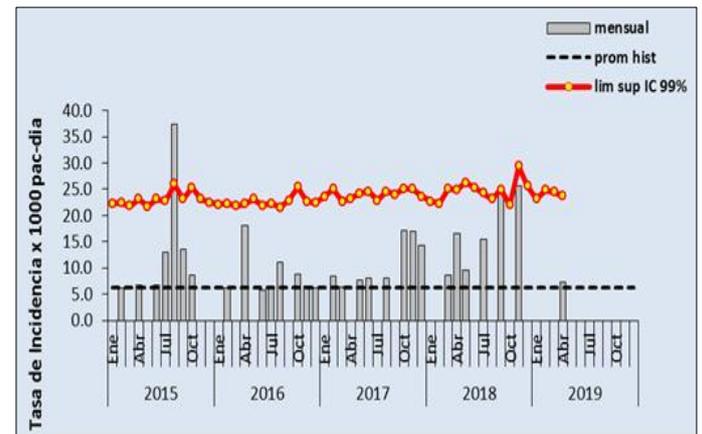


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Abril del 2019, en la Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiovascular no se han registrado casos de Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente.

En el mes se vigilaron 12 pacientes con 87 días de exposición

Gráfico N° 1.11
Densidad de Incidencia de ITU Asociado a Catéter Urinario Permanente en la UCI Neuroquirúrgica HNDM 2015-2019

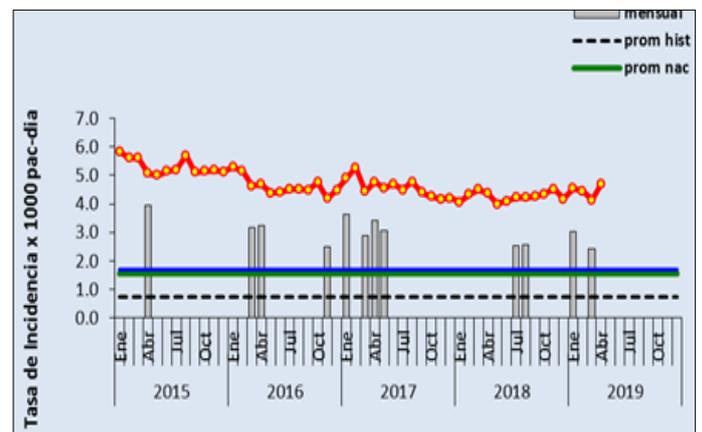


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Abril del año 2019, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica se reportó 01 caso de Infección Urinaria Asociada a Catéter, que representa una Tasa de Densidad de Incidencia de 7.30 x 1000 días/catéter. En el mes se vigilaron 21 pacientes con 137 días de exposición.

En el servicio se continúa desarrollando la estrategia Bundle mediante la aplicación de listas de cotejo para prevenir las Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter

Gráfico N° 1.12
Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC en la UCI HNDM 2015-2019

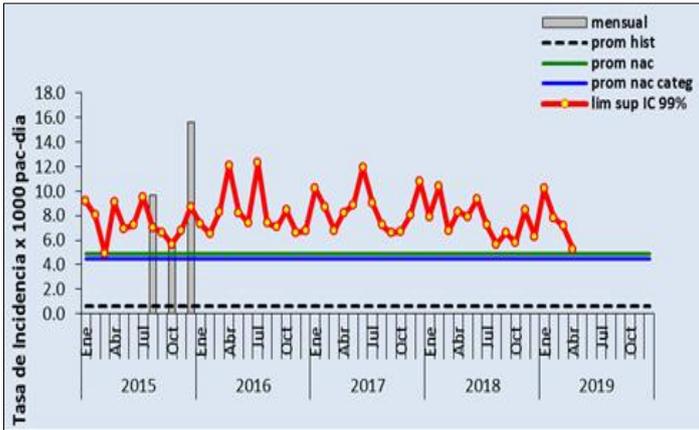


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos no se presentaron casos durante el mes de Abril del 2019.

Se mantuvieron en vigilancia 40 pacientes con 305 días de exposición. En la unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del Catéter Venoso

Gráfico N° 1.13
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC en la UCI de Neonatología HNDM 2015-2019

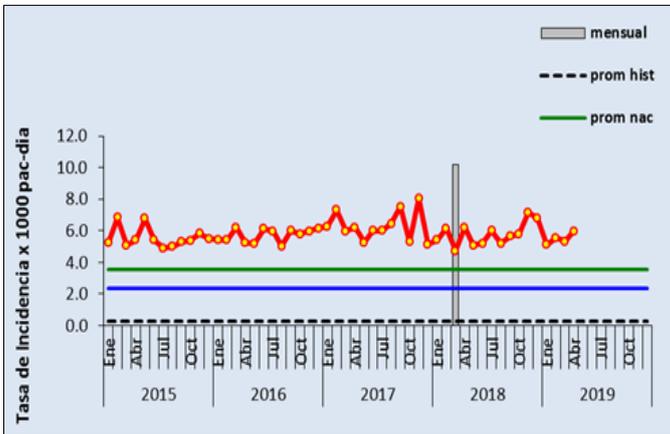


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Con respecto a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de Neonatología, no se han registrado casos durante el mes de Abril del año 2019. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 16 pacientes con 196 días de exposición.

El fortalecimiento de las medidas de bioseguridad son las acciones de mayor impacto, lo cual se debe continuar para mantener la reducción de éste tipo de infecciones.

Gráfico N° 1.14
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC en la UCI Pediátrica HNDM 2015-2019

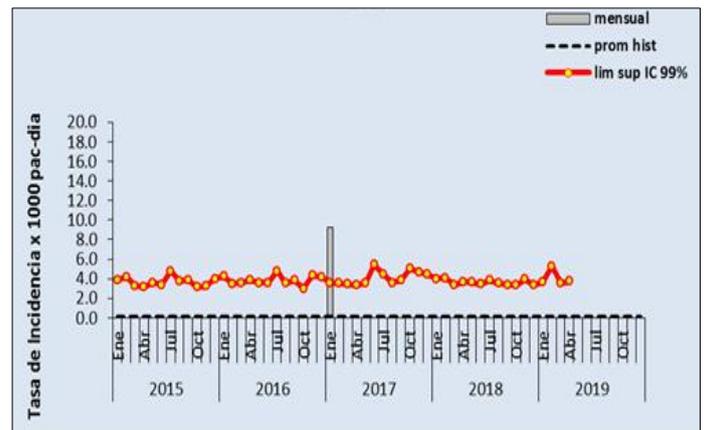


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a Catéter Venoso Central en UCI Pediátrica, durante el mes de Abril del año 2019 no se registraron casos.

Se vigilaron 06 pacientes con 60 días de exposición.

Gráfico N° 1.15
Densidad de Incidencia en Infección al Torrente Sanguíneo asociado a CVC en la UCI Cardiovascular HNDM 2015-2019

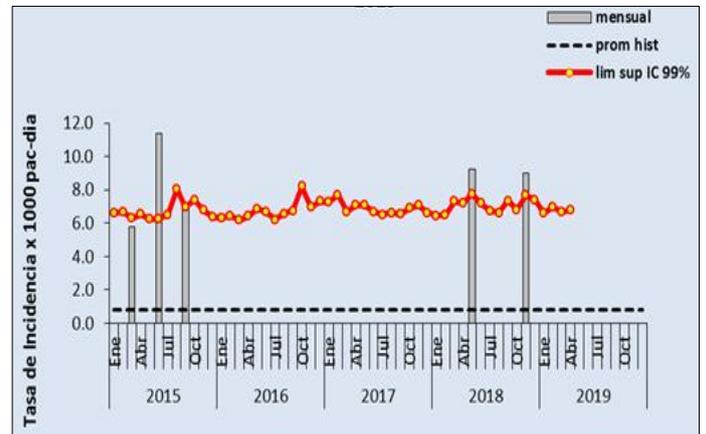


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones del Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovascular, durante el mes de Abril del 2019 no se registraron casos.

Se vigilaron 13 pacientes con 101 días de exposición.

Gráfico N° 1.16
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVC en la UCI Neuroquirúrgica HNDM 2015-2019



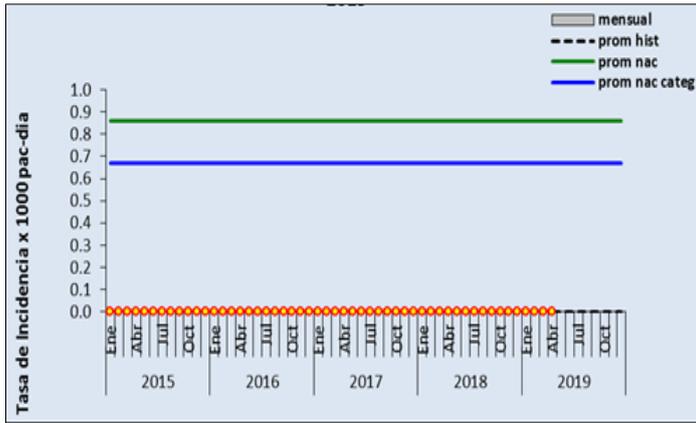
Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Con respecto a las ITS en la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, desde el año 2015 hasta el año 2018 se han presentado casos esporádicos.

Durante el mes de Abril del año 2019 no se registraron casos de Infección de Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Central.

En el mes se vigilaron 20 pacientes con 145 días de exposición

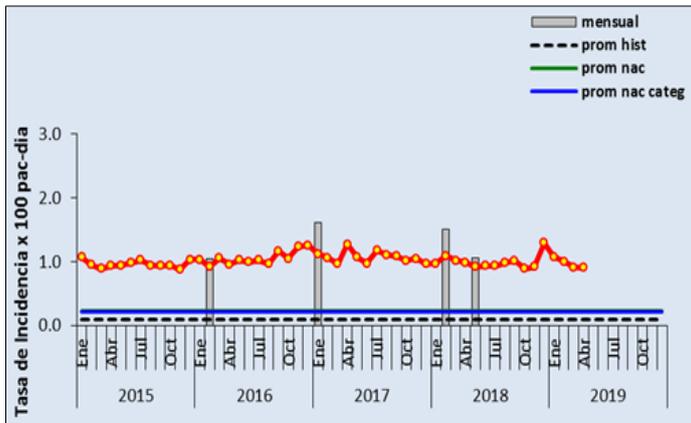
Gráfico N.º 1.17
Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociado a CVP en la UCI de Neonatología HNDM 2015-2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociado a Catéter Venoso Periférico, en el mes de Abril del año 2019 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 68 pacientes con 215 días de exposición.

Gráfico N.º 1.18
Infección de Herida Operatoria Asociada a Colectectomía en el Servicio de Cirugía HNDM 2015-2019

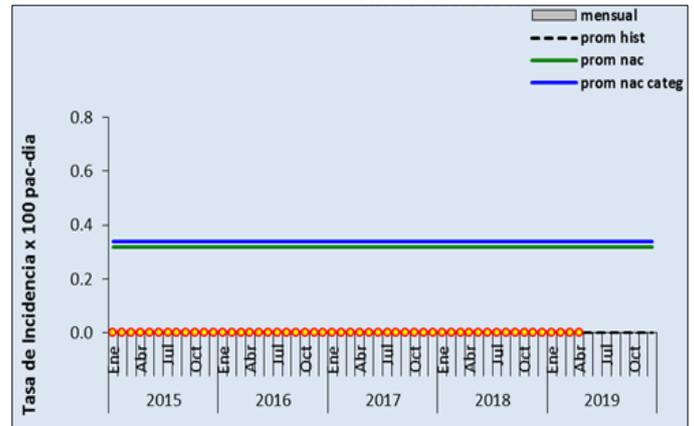


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico de Cirugías limpias está considerada como un excelente indicador de calidad por toda institución hospitalaria, por lo que constituyen una prioridad en la vigilancia de infecciones intrahospitalarias.

En el presente gráfico observamos que durante el mes de Abril no se reportaron casos, se vigilaron 99 pacientes sometidos a Colectectomía.

Gráfico N.º 1.19
Infección de Herida Operatoria Asociada a Hernioplastía Inguinal en el Servicio de Cirugía HNDM 2015-2019

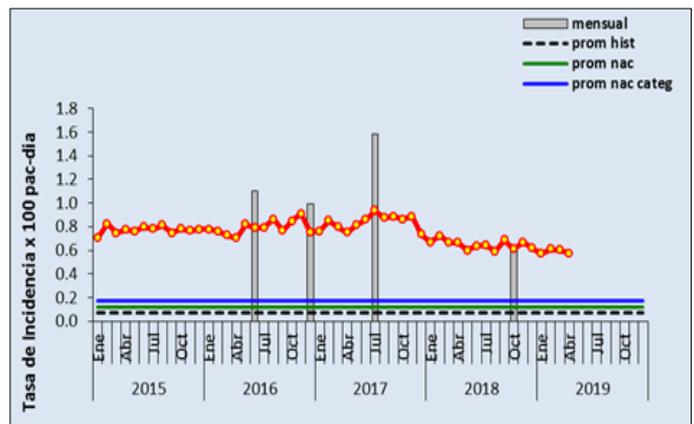


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el presente gráfico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio Quirúrgico asociado a Hernioplastía Inguinal desde el año 2015 hasta el mes de abril del año 2019. En el mes se vigilaron 26 pacientes sometidos a hernioplastía.

Las infecciones de herida operatoria son uno de los objetivos principales de los protocolos de prevención de las infecciones nosocomiales, teniendo en cuenta que son el origen de muchas complicaciones postoperatorias y responsables de la cuarta parte de las IIH de los pacientes que se someten a cirugía.

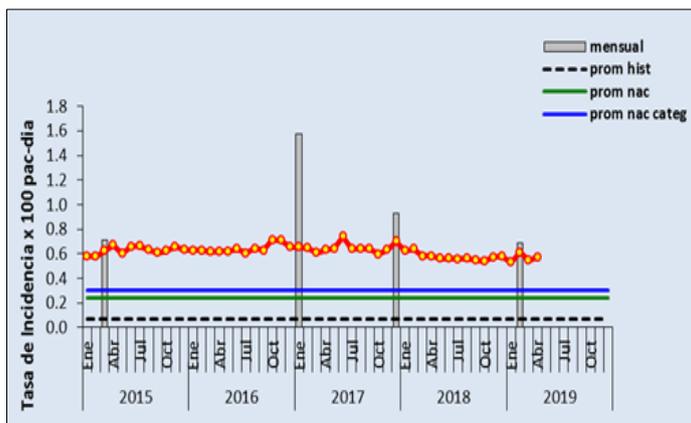
Gráfico N.º 1.20
Incidencia de Endometritis Puerperal en Partos Vaginales en el Servicio de Obstetricia HNDM 2015-2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante el mes de Abril del año 2019 no se han presentado casos de Endometritis Puerperal por Parto Vaginal. El uso de técnica aséptica en todos los procedimientos relacionados con el seguimiento y atención del parto es uno de los factores importantes en la prevención de Endometritis Puerperal. El total de partos atendidos fueron 184.

Gráfico N° 1.21
Incidencia de Endometritis Puerperal en Cesáreas en el Servicio de Obstetricia
HNDM 2015-2019

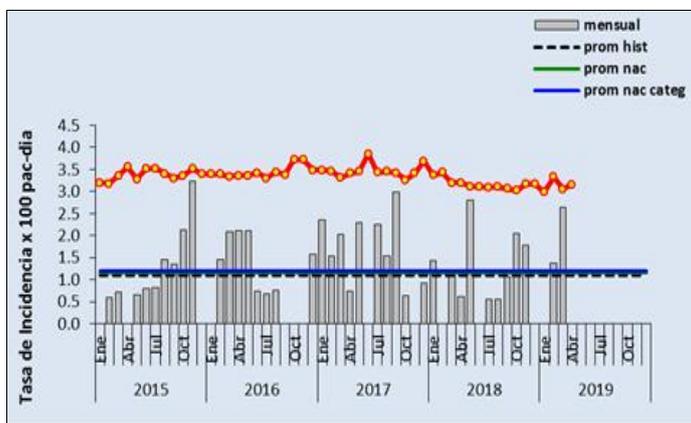


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el mes de Abril del 2019 no se han reportado casos de Endometritis Puerperal por Cesárea. La presencia de Endometritis Puerperal por Cesárea, está relacionada al número de tactos vaginales realizados antes de la cesárea, sin embargo en ésta juegan roles importantes también los antecedentes maternos que pudieran contribuir a la presencia de Endometritis.

Las Cesáreas realizadas fueron 171 durante el mes de abril.

Gráfico N° 1.22
Incidencia de Infección de Herida Operatoria en Cesáreas en el Servicio de Obstetricia
HNDM 2015-2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En el gráfico podemos observar que en el mes de Abril del 2019 no se han reportado casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea. Las Cesáreas realizadas fueron 171 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el perioperatorio a toda paciente que se realiza una cesárea.

La vigilancia de las infecciones de Sitio Quirúrgico es muy importante, ya que estudios de investigación han demostrado que la vigilancia por sí sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

CONCLUSIONES:

1. Durante el mes de Abril del 2019 se reportaron 03 casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica en el servicio de UCI General, 03 casos en UCI Neuroquirúrgica y 01 caso en UCI cardiovascular.
2. Referente a la Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente, se registró 01 caso en UCI Neuroquirúrgica, 03 casos en el Departamento de Medicina y 01 caso en Urología.
3. La principal Infección Intrahospitalaria reportada en el presente mes fue la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.
4. La Tasa más elevada durante el mes de Abril fue la Tasa de Densidad de Incidencia de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica con 24.00 x 1000 d/VM en el servicios de UCI Neuroquirúrgica, sobrepasando el Promedio Histórico.
5. Durante el presente mes no se han registrado brotes de IIH.

RECOMENDACIONES.

1. Fortalecer la vigilancia epidemiológica de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica y las Infecciones Urinarias en el Servicio de UCI General y su prevención, mediante la aplicación de las listas de cotejo por paquete de actividades (BUNDLE).
2. Continuar con la implementación de la Guía de Prevención y Control de Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter y la aplicación de las listas de cotejo por paquete de actividades (BUNDLE) para la prevención de infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario en Medicina y Cirugía.
3. Continuar con el monitoreo del cumplimiento de normas de bioseguridad y las acciones de prevención durante el perioperatorio de las cesáreas.
4. Implementar el Manual de Procedimientos de Aspiración de Secreciones desarrollado por el Departamento de Enfermería y revisado por la Oficina de Calidad del Hospital.
5. Adquisición por parte de la Oficina de Logística de los Medidores manuales de cuff, para el cumplimiento de las actividades de prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, específicamente de la Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica.
6. La aplicación de medidas eficaces de control de factores de riesgo mediante la metodología Bundle permitirá disminuir los riesgos y detectar oportunamente las Infecciones Intrahospitalarias.
7. La Prevención y el Control de las Infecciones Intrahospitalarias es responsabilidad de todo el equipo de salud, siendo los Jefes de servicios los responsables del cumplimiento de estas medidas.

II. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Tabla N° 2.1
Distribución de Casos según Sexo
HNDM, Abril 2019

SEXO	N°	%
Femenino	10	40%
Masculino	15	60%
Total general	25	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El mayor porcentaje de daños de notificación obligatoria se presentó en el sexo Masculino (60%).

Tabla N° 2.2
Distribución de Casos según Grupo Etario
HNDM, Abril 2019

GRUPO ETARIO	N°	%
Menores 1 año	1	4%
1-9 años	4	16%
10-19 años	2	8%
20-64 años	17	68%
65 a más	1	4%
Total general	25	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica – HNDM

Se reportaron un total de 25 daños de notificación obligatoria durante el mes de abril del 2019, de los cuales el 68% se dio en el grupo etario de 20 a 64 años, seguido del 16% en grupo etario de 1 – 9 años.

Tabla N° 2.3
Distribución de Casos Según Daño de Notificación
HNDM, Abril 2019

DAÑO	N°	%
Hepatitis B	5	20%
Síndrome de Guillain – Barré	4	16%
Loxocelismo	2	8%
Leptospirosis	2	8%
Dengue sin señales de alarma	2	8%
Fiebre de Chikunguya	2	8%
Bartonelosis aguda	2	8%
Sífilis Congénita	1	4%
Zika	1	4%
Parálisis flácida aguda	1	4%
Sífilis materna	1	4%
Muerte materna directa	1	4%
Influenza	1	4%
Total general	25	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de daños notificados, el 20% corresponden a Hepatitis B (5), seguido Síndrome de Guillain – Barré 16% (4), en menor porcentaje 4% los daños de Sífilis congénita, Zika, Parálisis flácida, Sífilis materna, muerte materna directa e influenza, con un caso cada uno.

Tabla N° 2.4
Daños de Notificación Obligatoria, según Tipo Diagnóstico
HNDM, Abril 2019

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hepatitis B	5	36%	0	0%	0	0%	5	20%
Síndrome de Guillain - Barré	4	29%	0	0%	0	0%	4	16%
Loxocelismo	2	14%	0	0%	0	0%	2	8%
Leptospirosis	0	0%	2	22%	0	0%	2	8%
Dengue sin señales de alarma	0	0%	2	22%	0	0%	2	8%
Fiebre de Chikunguya	0	0%	2	22%	0	0%	2	8%
Bartonelosis aguda	0	0%	2	22%	0	0%	2	8%
Sífilis congénita	1	7%	0	0%	0	0%	1	4%
Zika	0	0%	1	11%	0	0%	1	4%
Parálisis flácida aguda	0	0%	0	0%	1	50%	1	4%
Sífilis materna	1	7%	0	0%	0	0%	1	4%
Muerte materna directa	1	7%	0	0%	0	0%	1	4%
Influenza	0	0%	0	0%	1	50%	1	4%
Total general	14	100%	9	100%	2	0%	25	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Del total de casos confirmados las hepatitis "B" constituyen el mayor porcentaje 36% (5). Los daños descartados fueron Leptospirosis, Dengue, Chikungunya, Bartonelosis (22%); quedando 2 daños como probables: Parálisis Flácida (1) e Influenza (1).

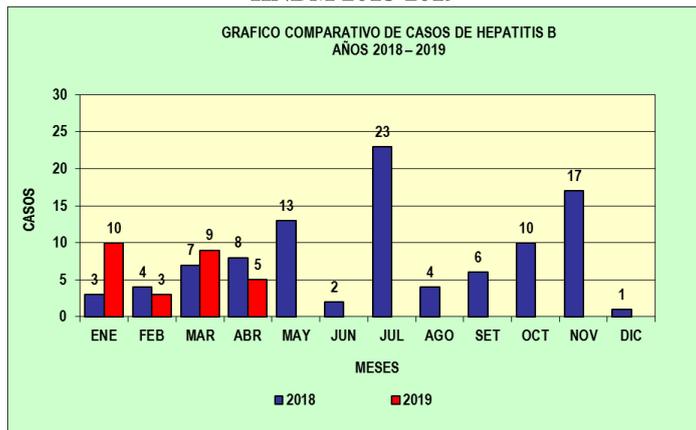
Tabla N° 2.5
Distribución de Casos según Lugar Probable de Infección
HNDM, Abril 2019

LUGAR PROBABLE	N°	%
LIMA	14	56%
ICA	4	16%
AYACUCHO	2	8%
HUANUCO	2	8%
ANCASH	1	4%
LA LIBERTAD	1	4%
AMAZONAS	1	4%
Total general	25	100%

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El 56% de los casos proceden de Lima, ya que es la ciudad que concentra la mayor población del país, seguido de los Dptos. de Ica (16%), en menor porcentaje (4%) los Dptos. de Ancash, La Libertad y Amazonas; por estar considerado el Hospital Dos de Mayo, de referencia nacional.

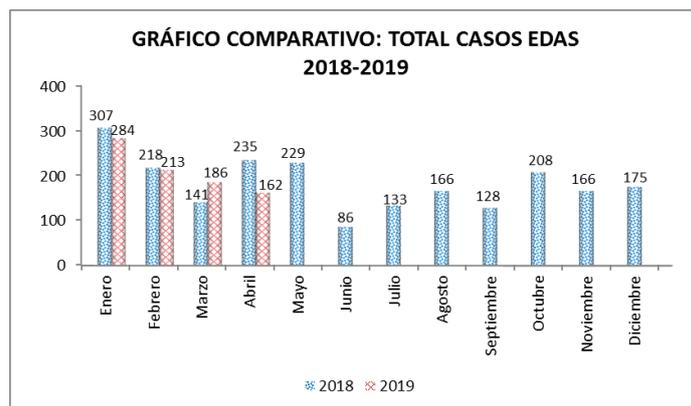
Gráfico N° 2.1
Comparativo de Casos de Hepatitis B
HNDM 2018-2019



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los casos de Hepatitis "B" durante el mes de Abril 2019, disminuyeron ligeramente en relación al mes anterior. Durante el 2018 los casos se incrementaron durante los meses de Mayo, Julio y Noviembre

Gráfico N° 2.2
Comparativo del Total de Casos de EDA
HNDM 2018-2019



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparando las atenciones de EDAs del año 2019 en relación al año 2018, se observa que éstas han disminuido ligeramente en los meses de Enero, Febrero y Abril, habiendo presentado un incremento en Marzo 2019.

Tabla N° 2.6
Atenciones de EDA según Grupo Etario y Procedencia
HNDM, Abril 2019

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	<1a	1-4a	5 a +	
LIMA	22	44	21	87
LA VICTORIA	6	25	10	41
SAN JUAN DE LURIGANCHO	5	4	1	10
EL AGUSTINO	2	4	3	9
ATE	2	1	1	4
SAN LUIS	1	1	0	2
SAN JUAN DE MIRAFLORES	0	1	1	2
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	0	1
SURQUILLO	1	0	0	1
SANTA ANITA	0	1	0	1
RIMAC	0	1	0	1
LURIGANCHO	0	1	0	1
TRANSITO	1	0	0	1
SAN BORJA	1	0	0	1
Total general	41	84	37	162

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se notificaron un total de 162 episodios de Diarrea Acuosa Aguda, siendo el grupo etario más afectado de 1 a 4 años (52%) y los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia por ser aledaños a la institución

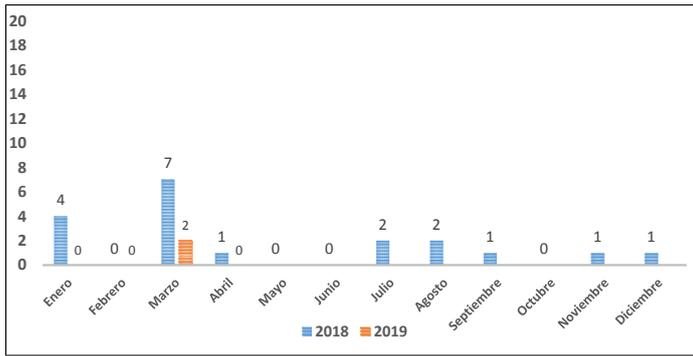
Tabla N° 2.7
Cuadro Comparativo de Casos de EDA por Grupo Etario
HNDM, Abril 2019

Mes	< 1 año		1-4 años		5 años a +	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Enero	57	74	105	136	145	74
Febrero	24	51	72	85	122	77
Marzo	39	43	47	89	55	54
Abril	48	41	83	84	104	37
Mayo	37	0	80	0	112	0
Junio	14	0	40	0	32	0
Julio	31	0	44	0	58	0
Agosto	46	0	72	0	48	0
Septiembre	37	0	66	0	25	0
Octubre	60	0	99	0	49	0
Noviembre	55	0	73	0	38	0
Diciembre	40	0	86	0	49	0

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Los episodios de EDAs se han presentado mayormente en el grupo etario de 1 a 4 años y de 5 a más; observándose un comportamiento estacional de incremento en los meses de verano.

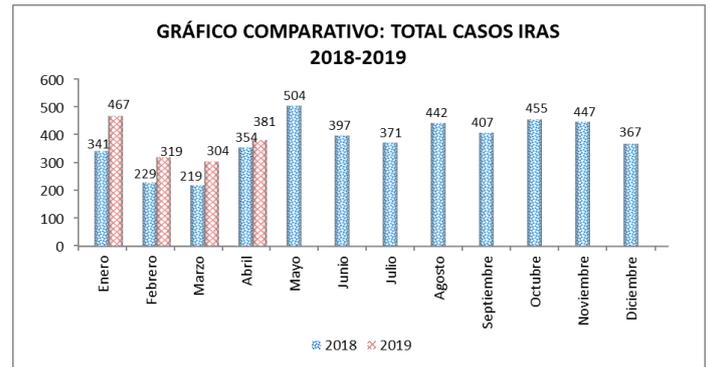
Gráfico N° 2.3
Comparativo de Total de Casos de EDA Disentérica HNDM 2018-2019



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las EDAS Disentéricas, observamos que en los meses de Enero, Febrero y Abril 2019, no se han presentado episodios por esta patología; mientras que en Marzo solamente un caso. El grupo etario que estuvo más afectado en el 2018 fueron los menores de 1 año; la tendencia es de disminución de episodios durante el 2019.

Gráfico N° 2.4
Comparativo: Total de Casos SOBA/Asma HNDM 2018 - 2019



Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se observa incremento de atenciones de SOBA/Asma durante el 2019 en relación al año 2018. El grupo etario más afectado fueron los menores de 2 años.

Tabla N° 2.8
Atenciones de IRA Según Grupo Etario y Procedencia HNDM, Abril 2019

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	7	57	142	206
LA VICTORIA	2	36	71	109
EL AGUSTINO	1	5	11	17
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	7	9	17
SAN LUIS	2	4	7	13
SAN MARTIN DE PORRES	0	0	3	13
ATE	0	0	3	3
SURQUILLO	0	1	2	3
RIMAC	0	1	1	2
TRANSITO	0	1	1	2
CHORRILLOS	0	0	1	1
INDEPENDENCIA	0	1	0	1
SAN BORJA	0	0	1	1
LINCE	0	1	0	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	0	1	1
LOS OLIVOS	0	0	1	1
PUENTE PIEDRA	0	1	0	1
Total general	13	115	253	381

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Abril 2019, se atendieron un total de 381 episodios de IRAS; correspondiendo el mayor número de atenciones al grupo etario de 1 a 4 años de edad (66%) siendo Lima y La Victoria los distritos de mayor procedencia.

Tabla N° 2.9
Casos de SOBA/ASMA según grupo etario y Procedencia HNDM, Abril 2019

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	23	40	43
LA VICTORIA	19	8	27
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	4	5
ATE	2	2	4
EL AGUSTINO	2	2	4
SAN LUIS	0	3	3
LURIGANCHO	1	1	2
PACHACAMAC	1	0	1
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	1
Total general	49	42	91

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Se atendieron un total de 91 episodios de SOBA/Asma; siendo los menores de 2 años los más afectados (54%), correspondiendo a los distritos de Lima y La Victoria la mayor procedencia.

Tabla N° 2.10
Casos de Neumonía según Grupo Etario de Marzo
HNDM 2018 - 2019

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	2-11m	1-4a	5-9a	10-19a	20-59a	60 a +	
LIMA	0	5	0	0	1	3	9
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	1	2	0	1	2	7
LA VICTORIA	1	1	3	0	0	1	6
TRANSITO	0	1	0	1	0	0	2
EL AGUSTINO	0	0	0	0	1	0	1
SAN LUIS	0	0	0	0	0	1	1
Total general	2	8	5	1	3	7	26

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

El grupo etario más afectado por Neumonía fueron los niños de 1 a 4 años; seguido de los adultos mayores, siendo los distritos de Lima y La Victoria los de mayor procedencia. Se observa incremento en relación al mes anterior.

Tabla N° 2.11
Total Casos Hospitalizados por Neumonía Grave y Muy Grave, Según Grupo Etario y Lugar de Procedencia
HNDM, Abril 2019

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	3	6	5	14
LA VICTORIA	2	9	3	14
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	3	0	4
EL AGUSTINO	1	1	0	2
SAN LUIS	0	0	1	1
ATE	0	0	1	1
Total general	7	19	10	36

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante el mes de Abril 2019 se hospitalizaron un total de 36 pacientes por Neumonía Grave; correspondiendo el mayor número de casos al grupo etario de 2 a 11 meses de edad (53%). Lima y La Victoria fue el distrito de mayor procedencia.

Tabla N° 2.12
Cuadro Comparativo: Total Casos Hospitalizados de Neumonía Grave por Grupo Etario
HNDM 2018 - 2019

Mes	< 2 meses		2-11 meses		1-4 años	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Enero	3	2	8	6	7	14
Febrero	1	1	4	6	2	15
Marzo	1	3	1	5	3	9
Abril	1	7	5	19	11	10
Mayo	10		25			18
Junio	1		9			18
Julio	5		8			12
Agosto	2		9			13
Septiembre	1		4			11
Octubre	3		7		23	
Noviembre	0		14			20
Diciembre	2		5			13

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Respecto a las Neumonías Graves, comparativamente con el mes de abril del 201, el presente año hay más casos en menores de un año. En el grupo etario de 1-4 años, para este año es menor en comparación con el años pasado.

Tabla N° 2.13
Atenciones de Febriles, Según Grupo Etario y Procedencia
HNDM, Abril 2019

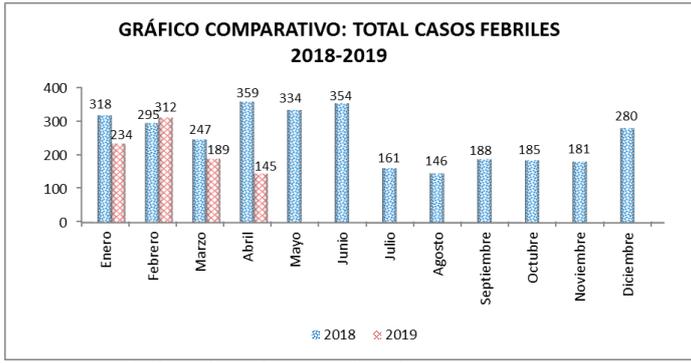
DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	16	44	14	7	4	0	85
LA VICTORIA	10	24	3	2	0	0	39
SAN LUIS	2	3	1	0	0	0	6
EL AGUSTINO	1	3	1	0	0	0	5
SAN JUAN DE LURIGANCHO	3	1	0	0	0	0	4
ATE	0	3	1	0	0	0	4
SANTA ANITA	0	1	0	0	0	0	1
SAN BORJA	0	0	1	0	0	0	1
Total general	32	79	21	9	4	0	145

Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Durante Abril 2019, las atenciones de febriles fueron un total de 145. En mayor porcentaje fueron por causa aparente, generalmente por infecciones respiratorias agudas en los niños de 1 a 4 años. (54%)

Los febriles de etiología a determinar y que reunían criterios de enfermedades metaxéni-cas (dengue, chikungunya, leptospirosis); fueron investigados, notificados y enviadas las muestras al laboratorio, para su confirmación o descarte. Lima y La Victoria fueron los distritos de mayor procedencia de febriles.

Gráfico N° 2.5
Comparativo Total Casos Febriles
HNDM, 2018-2019



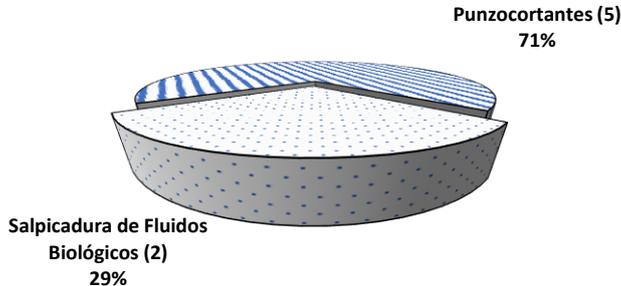
Fuente: Base de datos de vigilancia epidemiológica-HNDM

Comparativamente al 2018, para el presente año las atenciones de febriles fueron menores en los meses de enero, marzo y abril; mientras que en el mes de febrero del presenta año fue mayor. Para abril de este año se observa un descenso significativo.

III. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

Gráfico N°3.1

Accidentes laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes por Tipo de Accidente HNDM, Abril 2019



Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Abril del 2019, se notificaron 07 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes (100%), se aprecia que la mayor ocurrencia de accidentes laborales es por exposición a Objetos punzocortantes con 05 casos (71%), seguido de exposición a Fluidos biológicos – Salpicaduras con 02 casos (29%).

Tabla N° 3.1

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes Según Grupo Ocupacional HNDM, Enero - Abril 2019

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzo cortantes		TOTAL MES		ACUM. A ABRIL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Interno de Medicina	0	0	1	20	1	14	14	29
Médico Residente	0	0	1	20	1	14	7	14
Enfermera	1	50	0	0	1	14	7	14
Técnico en Enfermería	0	0	0	0	0	0	4	8
Estudiante de Medicina	0	0	0	0	0	0	4	8
Interno de Enfermería	1	50	2	40	3	43	6	12
Estudiante de Enfermería	0	0	0	0	0	0	2	4
Médico Asistente	0	0	0	0	0	0	1	2
Técnico en Laboratorio	0	0	0	0	0	0	1	2
Personal Limpieza	0	0	1	20	1	14	2	4
Residente Enfermería	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	2	100	5	100	9	100	47	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Durante Abril del presente año se observa que el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento son los que presentan la mayor ocurrencia de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes (71%), siendo los Internos de Enfermería los que presentan la mayor ocurrencia de los casos (43%), seguido por los médicos en formación (28%, Internos y residentes)

Tabla N°3.2

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/u Objetos Punzocortantes Según Sexo HNDM, Enero - Abril 2019

Sexo	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	0	0	1	20	1	14	16	33
Femenino	2	100	4	80	6	86	33	67
Total	2	100	5	100	7	100	42	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En Abril del presente año se observa que la mayor ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Femenino (86%), seguido del sexo Masculino (14%). Un porcentaje acumulado al mes de Abril fue el sexo Femenino (67%)

Tabla N° 3.3

Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/o Objetos Punzocortantes según Servicio de Ocurrencia HNDM, Enero - Abril 2019

Servicio donde ocurrió el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Emergencia Adultos	0	0	1	20	1	14	19	39
Santo Toribio	0	0	0	0	0	0	5	10
Santa Rosa II	0	0	0	0	0	0	3	6
SOP Central	0	0	0	0	0	0	3	6
Patología Clínica y Anatomía Patológica	0	0	0	0	0	0	2	4
San Andrés	1	50	1	20	2	29	4	8
Neonatología I-2	0	0	0	0	0	0	2	4
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	1	2
Santa Rosa III	1	50	1	20	2	29	3	6
Cirugía I-3	0	0	0	0	0	0	1	2
San Pedro	0	0	0	0	0	0	1	2
San Antonio II	0	0	1	20	1	14	2	4
Gastroenterología	0	0	0	0	0	0	1	2
Emergencia	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediátrica	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía H-3	0	0	1	20	1	14	1	2
Total	2	100	5	100	7	100	49	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

En Abril del presente año, se puede apreciar que el servicio más expuesto a la ocurrencia de accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/u objetos punzocortantes fueron San Andrés y Santa Rosa III (02 casos cada uno) un total de 58%.

Grafica N°3.4
Tendencia Mensual de los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Servicio	ENE	FEB	MAR	ABR	N°	%
Emergencia Adultos	8	6	4	1	19	39
Santo Toribio	2	2	1	0	5	10
Santa Rosa II	1	2	0	0	3	6
SOP Central	2	0	1	0	3	6
Neonatología I - 2	1	1	0	0	2	4
San Andrés	0	2	0	2	4	8
Patología Clínica y Anatomía Patológica	1	0	1	0	2	4
San Pedro	0	1	0	0	1	2
Santa Rosa III	0	1	0	2	3	6
Emergencia Pediátrica	0	1	0	0	1	2
Gastroenterología	1	0	0	0	1	2
San Antonio II	1	0	0	1	2	4
Centro Obstétrico	0	0	1	0	1	2
Cirugía I-3	0	0	1	0	1	2
Cirugía H-3	0	0	0	1	1	2
TOTAL	17	16	9	7	49	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La Tendencia por meses de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes y por servicio de ocurrencia, muestra que el 39% de los accidentes laborales ocurre en emergencia adultos, por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Tabla N°3.5
Circunstancias Asociadas a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglucofres	0	0	0	0	0	0	8	16
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	1	20	1	14	6	12
Durante un procedimiento (Adm. Tto., inserción CVP, CVC, etc.)	1	50	2	40	3	43	7	14
Durante procedimiento de sutura	0	0	0	0	0	0	3	6
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	1	20	1	14	4	8
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	0	0	0	0	3	6
Al re encapsular una aguja usada	0	0	0	0	0	0	3	6
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	0	0	0	0	2	4
Durante toma de muestra	0	0	0	0	0	0	2	4
Al finalizar el procedimiento (recojo de material, catéter EV, IM, SC, CVC, Epidural, etc.)	0	0	0	0	0	0	2	4
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	1	20	1	14	2	4
Durante atención de parto, al momento de pensar cordón umbilical	0	0	0	0	0	0	1	2
Durante procedimiento de paracentesis	0	0	0	0	0	0	1	2
Al contener, inmovilizar al paciente	0	0	0	0	0	0	1	2
Durante procedimiento de infiltración de anestesia	0	0	0	0	0	0	1	2
Otros	1	50	0	0	1	14	3	6
Total	2	100	5	100	7	100	49	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias fueron durante un procedimiento (Adm. Tto., inserción CVP, CVC, etc.) en 43%

Tabla N°3.6
Turnos Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y/u Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	1	50	3	60	4	57	24	49
Tarde	1	50	2	40	3	43	18	37
Noche	0	0	0	0	0	0	7	14
Total	2	100	5	100	7	100	49	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

La información se correlaciona con las actividades asistenciales dado que el mayor porcentaje de accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes se registraron en el turno de la mañana (60%), seguido del turno tarde (40%).

Tabla N°3.7
Grado de Accidente Asociado a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Grado de accidente*	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Superficial	5	100	33	67
Moderado	0	0	3	33
Total	5	100	36	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

*Superficial: Sin sangrado; Moderado: Perforación superficial, escaso sangrado; Grave: Perforación profunda, sangrado profuso

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 100%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 0%).

Tabla N°3.8
Estado de Vacuna Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales y Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzo cortantes		Total Mes		ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	1	50	1	20	2	29	8	16
Dos dosis	0	0	0	0	0	0	4	8
Tres dosis	1	50	4	80	5	71	37	76
Total	2	100	5	100	7	100	49	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Abril del presente año, se observa que el 71% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B y el 29% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas de vacuna de hepatitis B.

Tabla N°3.9
Zona de Localización Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Objetos Punzocortantes
HNDM, Enero - Abril 2019

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Índice izquierdo, palma	0	0	8	22
Índice derecho, palma	0	0	6	17
Dedo medio izquierdo, palma	0	0	4	11
Pulgar derecho, palma	2	20	5	14
Pulgar izquierdo, palma	2	20	5	14
Palma mano izquierda	0	0	2	6
Anular derecho, palma	1	10	2	3
Dedo medio derecho, palma	0	0	1	3
Anular izquierdo, palma	0	0	1	3
Palma mano derecha	0	0	1	3
Dorso mano derecha	0	0	1	3
Total	5	100	36	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

El 40% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo pulgar derecho y pulgar izquierdo, palma (20% en cada uno)

Tabla N°3.10
Zona de Localización Asociados a los Accidentes Laborales por Exposición a Fluidos Corporales
HNDM, Enero - Abril 2019

Zona de Localización del Accidente	Salpicadura		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Cara, ojo izquierdo	1	50	6	46
Cara, ojo derecho	0	0	3	23
Pulgar derecho, palma	0	0	1	8
Pulgar izquierdo, palma	0	0	1	8
Ambos ojos	1	50	1	8
Boca, frente	0	0	1	8
Total	2	100	13	100

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales - HNDM

El 50% de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos por Salpicaduras fue en ojo izquierdo y ambos ojo respectivamente.

Tabla N° 3.11
Tasa de Accidentabilidad por Grupo Ocupacional
HNDM, ABRIL 2019

Grupo Ocupacional	N°	Población	Tasa
Interno de Medicina	1	130	2.31
Personal Limpieza	1	133	0.75
Enfermera	1	594	0.51
Médico Residente	1	236	0.42
Interno de enfermería	3	35	0.87
Técnico en Enfermería	0	619	0.16
TOTAL	9	1712	0.53

Fuente: Vigilancia de Accidentes Ocupacionales – HNDM

Se observa que la Tasa de Accidentabilidad por accidentes de trabajo más alta se ha presentado en el Grupo Ocupacional de los Internos de Enfermería (%).

CONCLUSIONES

1. Los principales casos de accidentes laborales sigue siendo por exposición a objetos punzocortantes.
2. Se observa que la mayor ocurrencia de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/u Objetos Punzocortantes se sigue presentando en el Grupo Ocupacional en etapa de entrenamiento; siendo los internos de medicina y/o Enfermeras los que presentan el mayor número de casos.
3. El servicio de San Andrés y Santa Rosa III han presentado la mayor ocurrencia de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o exposición a Objetos punzocortantes.
4. La circunstancia de los Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o exposición a objetos punzocortantes estuvo relacionado durante la realización de un procedimiento (Adm. Tto., inserción CVP, CVC, etc.)
5. Los trabajadores de salud accidentados presentaron coberturas al 71% de protección de vacuna de Hepatitis B.

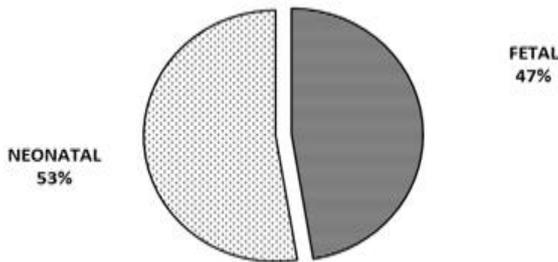
RECOMENDACIONES:

1. Difusión de información mensual proporcionada a los servicios a cargo de Jefaturas de servicios.
2. Reforzamiento en Medidas de Prevención y Control para la prevención de los Accidentes laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/u objetos punzocortantes a cargo de Jefaturas de servicio.
3. Supervisión y/o monitorizar a cargo de Jefaturas de servicio el cumplimiento de Uso obligatorio de Equipos de Protección Personal.
4. Dotación adecuada de insumos de bioseguridad a los servicios para el cumplimiento de normas de bioseguridad.

IV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD FETAL Y NEONATAL

La Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Neonatal y Perinatal ha permitido caracterizar el perfil epidemiológico de la mortalidad en este grupo de edad en la Institución. En abril del presente año, se ha notificado un total de 10 muertes perinatales y neonatales, de los cuales 05 casos fueron muertes neonatales y 05 casos fueron muertes fetales.

Gráfico N° 4.1
Distribución de Mortalidad Fetal y Neonatal
HNDM, Enero - Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

El acumulado de muertes perinatales (fetales y neonatales) es de 38 muertes u óbitos notificados, siendo las más frecuentes las muertes Neonatales con 20 (53%), seguidos de las muertes fetales 18 (47%).

Tabla N° 4.1
Muertes Fetales y Neonatales, según peso al nacer y tipo de Parto, según peso al nacer y momento de muerte
HNDM, Enero - Abril 2019

Peso (gramos)	Tipo Parto		Muerte Fetal		Tipo Parto		Muerte Neonatal		
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Vaginal	Cesárea	< 24 Horas	1-7 Días	8-28 Días
500 – 999	6	2	8	0	2	3	1	3	1
1000 – 1499	2	0	2	0	2	3	1	3	1
1500 – 1999	0	0	0	0	0	3	1	0	2
2000 – 2499	3	1	4	0	1	1	0	2	0
2500 – 2999	0	1	1	0	0	2	2	0	0
3000 – 3499	1	0	1	0	0	0	0	0	0
3500 – 3999	0	1	1	0	2	1	0	2	1
4000 – 4499	0	1	1	0	0	0	0	0	0
>=4500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	6	18	0	7	13	5	9	5

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM.

Hasta abril del presente año de las 20 muertes neonatales, trece nacieron de parto por cesárea y 07 por vía vaginal. Un 53% de muertes perinatales y neonatales tienen pesos por debajo de 1500 gr. (20/38), siendo más notorio en las muertes neonatales (26%).

Las muertes fetales muestran edades gestacionales entre 23 a 40 semanas, con pesos al nacer de 500 y 4.499 gramos, con insuficientes CPN, nacidos de parto por vaginal (12) y nacidos por cesárea (06).

Además un hecho común a todas las muertes que se hace evidente en la Vigilancia epidemiológica de Mortalidad Perinatal es la disminución en la cobertura del control prenatal, con déficit en la calidad de esta actividad, lo que tiene como consecuencia que no se reconozcan y traten oportunamente las complicaciones maternas.

Tabla N°4.2
Muerte Fetal según CIE 10 y peso de Nacimiento
HNDM, Enero - Abril 2019

DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO (gramos)					TOTAL	
		500 – 999	1000 - 1499	1500 - 1999	2000 - 2499	2500 - 2999		≥ 3000
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	3	2	0	4	1	2	12
INMADURIDAD EXTREMA	P07.2	3	0	0	0	0	0	3
FETO Y RECIÉN NACIDO AFECTADOS POR RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS	P01.1	1	0	0	0	0	0	1
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	0	0	0	0	0	1	1
MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÚLTIPLES	Q89.7	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		8	2	0	4	1	3	18

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En abril del presente año, según codificación CIE - 10, se presentaron 05 casos de mortalidad fetal, siendo las causas básicas muerte fetal de causa no especificada. Hasta el presente mes, según codificación CIE-12 las causas básicas de Mortalidad Fetal no especificada (32%), seguido de Prematuridad extrema con 03 casos (8%).

Tabla N°4.3
Muerte Neonatal según CIE - 10 y peso de Nacimiento
HNDM, Enero - Abril 2019

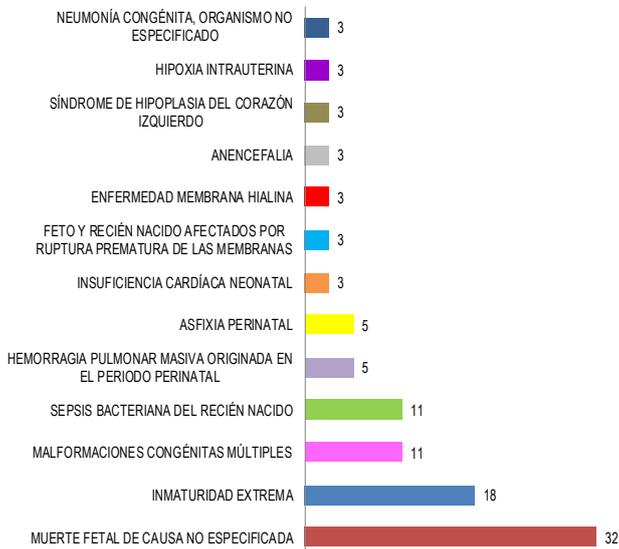
DIAGNÓSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO (gramos)					TOTAL	
		500 - 999	1000 - 1499	1500 - 1999	2000 - 2499	2500 - 2999		≥ 3000
INMADURIDAD EXTREMA	P07.2	2	2	0	0	0	0	4
MALFORMACIONES CONGÉNITAS MÚLTIPLES	Q89.7	0	1	0	1	1	0	3
SEPSIS BACTERIANA DEL RECIÉN NACIDO	P36	1	1	2	0	0	0	4
HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA ORIGINADA EN EL PERIODO PERINATAL	P26.1	2	0	0	0	0	0	2
INSUFICIENCIA CARDÍACA NEONATAL	P29.0	0	0	0	1	0	0	1
SÍNDROME DE HIPOPLASIA DEL CORAZÓN IZQUIERDO	Q23.4	0	0	0	0	0	1	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	0	0	0	1	1	2
ANENCEFALIA	Q00.0	0	1	0	0	0	0	1
ENFERMEDAD MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	0	1	0	0	0	1
NEUMONÍA CONGÉNITA, ORGÁNICO NO ESPECIFICADO	P23.9	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL GENERAL		5	5	3	2	2	3	20

Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En abril del presente año, según codificación CIE – 10 se presentaron 05 casos de mortalidad neonatal, siendo las causas básicas por Sepsis Bacteriana del recién nacido. Hasta Abril del presente año, según

codificación CIE – 10, las causas básicas de Mortalidad Neonatal fueron por Inmadurez extrema y/o Sepsis bacteriana del recién nacido con 04 casos (11%) respectivamente.

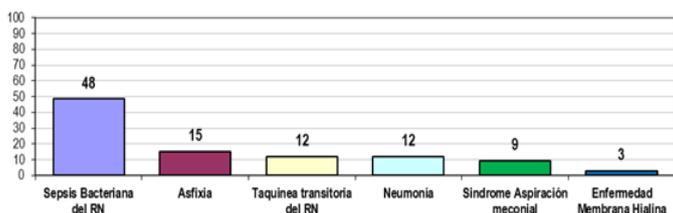
Gráfico N° 4.2
Distribución porcentual de Muertes Fetales y Neonatales HNDM, Enero - Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Según distribución porcentual de Muertes Perinatales y Neonatales hasta Abril del presente año, se puede apreciar que la mayor ocurrencia de los casos se presenta por Muerte Fetal de causa no especificada (32%), seguido de Prematuridad extrema (18%).

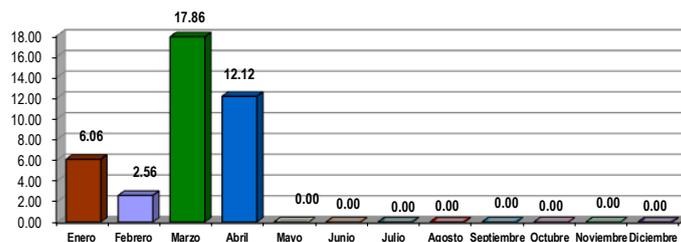
Gráfico N° 4.3
Distribución Porcentual de Tipos de Complicación Neonatal HNDM, Enero - Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

Durante Abril del presente año se atendieron 33 recién nacidos complicados. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 16 casos (48%), seguido de Asfixia Perinatal con 05 casos (15%) (Ver Gráfico N° 03).

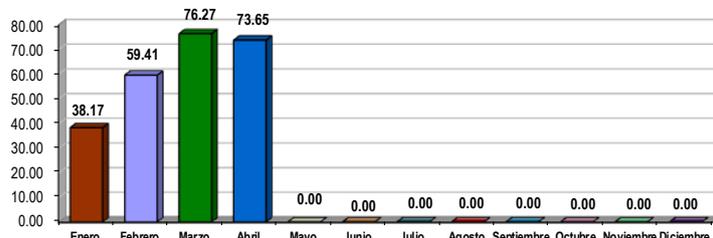
Gráfico N° 4.4
Tasa de Letalidad de complicaciones Neonatales HNDM, Enero - Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Hasta Abril del presente las muertes neonatales por complicaciones sujetas a vigilancia epidemiológica, como daños centinela, solo se notificaron en el mes de Abril (Tasa de Letalidad: 12.12 por 100 n.v.).

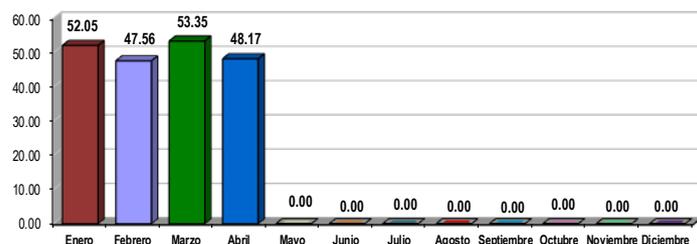
Gráfico N° 4.5
Tasa de Incidencia de Bajo Peso al Nacer HNDM, Enero - Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En Abril del presente año, se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 73.65 x 1000 recién nacidos vivos, siendo la tendencia ascendente en los dos últimos meses.

Gráfico N° 4.6
Tasa de cesárea general HNDM, Enero - Abril 2019

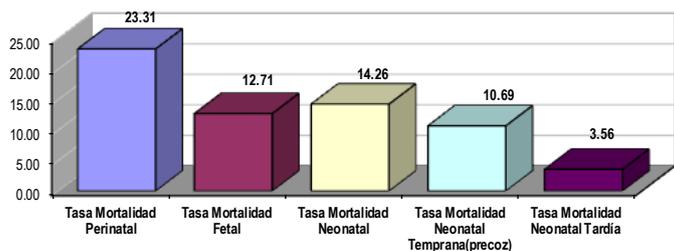


Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (74.08%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Mayo la tasa de cesárea general fue de 48.17 %, el resto de partos fueron partos vaginales distócicos.

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 8.17%, cifra afectada por el gran porcentaje de cesáreas de emergencia y factores maternos intrínsecos, la tasa de cesárea en RN grande para la edad gestacional fue de 16.34% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 5.92%.

Gráfico N°4.7
Tasas de Mortalidad Fetal y Neonatal
HNDM, Enero – Abril 2019



Fuente: Base de datos del VEA-HNDM

En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Abril del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 23.31 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 14.26 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 10.69 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 12.71 x 1000 nacimientos.

En Abril del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es 19.61 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal es de 14.16 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal temprana es de 5.67 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal tardía es de 8.50 x 1000 RN Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 14.01 x 1000 nacimientos.

CONCLUSIONES:

1. En Abril del presente año, se han presentado 10 casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal, de los cuales 05 casos fueron Muertes neonatales y 05 casos fueron Muertes fetales.
2. Hasta Abril del presente año, se han notificado 38 Muertes perinatales y neonatales, de los cuales 20 casos fueron Muertes neonatales y 18 casos fueron Muertes fetales.
3. Para las muertes fetales, la causa básica sigue siendo no especificada, esto asociado a la no aplicación de necropsia.
4. La causa más frecuente de Mortalidad neonatal sigue siendo por Inmadurez extrema y/o Sepsis bacteriana del recién nacido.
5. En relación a las Tasas de Mortalidad Perinatal, se puede apreciar hasta Abril del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 23.31 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 14.26 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal precoz es de 10.69 x 1000 RN Vivos; la Tasa de Mortalidad Fetal es de 12.71 x 1000 nacimientos.
6. En Abril del presente año, la Tasa de Mortalidad Perinatal es 19.61 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal es de 14.16 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal temprana es de 5.67 x 1000 RN Vivos, la Tasa de Mortalidad neonatal tardía es de 8.50 x 1000 RN Vivos y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 14.01 x 1000 nacimientos.
7. En Abril del presente año, la residencia habitual de los casos de Mortalidad Perinatal y Neonatal fueron de SJL (04 casos), La Victoria (02 casos), Lima (01 caso), VMT (01 caso), Tarma (01 caso), Punchana (01 caso).
8. En Abril del presente año, el momento de ocurrencia de los natimueertos ocurrieron durante el anteparto, siendo el lugar de la muerte en la comunidad y el lugar del parto institucional.

RECOMENDACIONES:

1. Reactivar las actividades del Comité de Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad perinatal en la institución, a fin de implementar los procesos de mejora en el área Materno Perinatal.
2. Implementar la Vigilancia Centinela con el análisis oportuno de los casos a través del Comité; siendo una prioridad el fortalecimiento de las intervenciones preventivas para reducir la mortalidad neonatal, actuando sobre las muertes neonatales evitables en recién nacidos a término, con buen peso y sin malformaciones congénitas letales.
3. Fortalecer las dificultades para el registro en el certificado defunción de las Muertes Fetales, por lo que se sigue registrando como causa básica no especificada por el Departamento de Ginecología y Obstetricia.

V. EVALUACIÓN DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Cuadro N° 5.1

Evaluación del Manejo de Residuos Sólidos Hospitalarios HNDM, Abril 2019

SERVICIOS	CALIFICACIÓN		
	BUENO	REGULAR	MALO
SAN ANDRES		X	
JULIAN ARCE		X	
SANTA ANA	X		
SAN PEDRO	X		
SANTO TORIBIO	X		
SAN ANTONIO I	X		
SAN ANTONIO II	X		
INFECTOLOGIA "SANTA ROSA II"	X		
NEUMOLOGIA "SANTA ROSA III"	X		
ONCOLOGIA MEDICA (QUIMIOTERAPIA)	X		
NEFROLOGIA-HEMODIALISIS	X		
CIRUGIA H-3	X		
CIRUGIA H-4	X		
CIRUGIA I-3		X	
CIRUGIA I-4		CERRADO	
UROLOGIA I-1		X	
TRAUMATOLOGIA "EL CARMEN"	X		
OBSTETRICIA H-2	X		
CENTRO OBSTETRICO Y RECUPERACION	X		
PEDIATRIA	X		
NEONATOLOGIA I-2	X		
ODONTOESTOMATOLOGIA	X		
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	X		
FARMACIA	X		
CENTRAL DE ESTERILIZACION	X		
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO (SOPC)	X		
SALA DE OPERACIONES DE EMERGENCIA		X	
RECUPERACION DE EMERGENCIA		X	
EMERGENCIA		X	
UCI, UCI NEURO y UCIN	X		
PATOLOGIA CLINICA (AUTOMATIZACION, SEMIAUTOMATIZACION, CENTRIFUGACION Y GESTIÓN DE LA CALIDAD)	X		
ANATOMIA PATOLOGICA	X		
BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA	X		
UNIDAD DE CUIDADOS CARDIOVASCULAR POST QUIRURGICO		X	
CUIDADOS CARDIOVASCULARES AGUDOS Y CORONARIO		X	
TOTAL	74%	26%	0%

Fuente: Base de datos del VRS-HNDM

En el mes de abril el 74% de los servicios evaluados cumple con un adecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios. El 26% de los servicios realiza un manejo regular de los residuos sólidos hospitalarios, siendo los factores más inadecuados:

- La inadecuada segregación,
- El personal asistencial no viene desechando adecuadamente los residuos comunes (frascos de sueros, envolturas de gasas, algodón, envolturas de alimentos y botellas de bebidas) en el tacho correspondiente.
- El personal asistencial no viene desechando adecuadamente los residuos biocontaminados (gasas, esparadrapo, guantes descartables, respiradores N°95, botas descartables, gorros descartables y algodón con sangre, en el tacho correspondiente.

Cuadro N° 5.2

Evaluación por Departamentos del Manejo de Residuos sólidos Hospitalarios HNDM, Abril 2019

DEPARTAMENTOS	CALIFICACIÓN		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
MEDICINA	71	29	
ESPECIALIDADES MEDICAS	100		
CIRUGIA	60	40	
GINECO- OBSTETRICIA	50	50	
PEDIATRIA	100		
ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	100		
FARMACIA	100		
ENFERMERIA	100		
ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	33	67	
EMERGENCIA	50	50	
PATOLOGIA CLÍNICA	100		
BANCO DE SANGRE Y HEMOTERAPIA	100		
CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR		100	

Fuente: Base de datos del VRS-HNDM

Los resultados por Departamentos arrojan que los que mejor cumplen con el manejo de los residuos sólidos hospitalarios son: Especialidades Médicas, Pediatría, Odontología, Diagnóstico por imágenes, Farmacia, Enfermería, Patología clínica y Banco de sangre y hemoterapia.

Mientras que Departamentos que manejan regularmente los residuos sólidos son: Medicina, Cirugía, Gineco-Obstetricia, Anestesiología y centro Qx y Emergencia.

CONCLUSIONES

1. Los Servicios de San Pedro, Santo Toribio, San Antonio I, San Antonio II, Infectología "Santa Rosa II", Neumología "Santa Rosa III", Oncología Médica (Quimioterapia), Nefrología-Hemodiálisis, Cirugía H-3, Cirugía H-4, Traumatología "El Carmen", Obstetricia H-2, Pediatría, Diagnóstico por Imágenes, Farmacia, Central de Esterilización, Sala de Operaciones Central, Patología Clínica, Anatomía Patológica y Banco de Sangre y Hemoterapia, han obtenido una calificación **Bueno** en los Meses de **marzo y abril - 19** debido al adecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios.
2. Los Servicios de Santa Ana, Neonatología I-2, Odontología y Cuidados Críticos, de calificación **Regular** en el Mes de **marzo**, pasaron al Mes de **abril - 19** a calificación **Bueno**
3. Los Servicios de San Andrés, Julián Arce, Cirugía I-3, Sala de Operaciones de Emergencia, Recuperación de Emergencia, Unidad de Cuidados Cardiovasculares Post Quirúrgico y Unidad de Cuidados Cardiovasculares Agudos y Coronario, de calificación **Bueno** en el Mes de **marzo**, pasaron al Mes de **abril - 19** a calificación **Regular**.
4. Los Servicios de Urología I-1, Centro Obstétrico y Recuperación y Emergencia y Trauma Shock continúan manteniendo la Calificación **Regular** en los Meses de **marzo y abril - 19**, esto es debido al inadecuado manejo de los residuos sólidos hospitalarios.

VI. ACTUALIDAD EPIDEMIOLÓGICA

ACTUALIZACION ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

Riesgo de circulación del virus de sarampión en el país ante la presencia de un caso secundario relacionado a probable importación

CODIGO: AE-009- 2019

I. Objetivo

Alertar a los servicios de salud del país públicos y privados frente al elevado riesgo de transmisión endémica del virus del sarampión ante las continuas importaciones desde otras regiones del mundo y brotes en curso en las Américas; con el objetivo de continuar con la vacunación, intensificar la vigilancia epidemiológica del síndrome febril con erupción maculopapular y otras acciones de prevención y control.

II. Antecedentes

Los casos de sarampión notificados han ido en aumento desde el 2016 a nivel mundial, en tanto diferentes países han notificado brotes intensos y prolongados de la enfermedad. En Europa el reporte de casos de sarampión se ha incrementado en más de seis veces entre 2016 y 2018. Al 19 de febrero de 2019 se ha reportado 82 596 casos en este continente; de ellos el 92% (75 848) fueron reportados en 9 países: Rumania, Grecia, Georgia, Rusia, Italia, Francia, Israel, Serbia y Ucrania.

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y 16 del 2019 (hasta el 18 de abril) doce países de la región de las Américas han notificado casos confirmados de sarampión¹: Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Estados Unidos de América (EUA). El 43% (22/51) de los estados de EUA: Arizona, California, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Illinois, Indiana, Iowa, Kentucky, Maryland, Massachusetts, Michigan, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, Oregon, Texas, Tennessee, and Washington. Además, en otros países como México, Perú, Uruguay y la República Bolivariana de Venezuela. En lo que va del año, no se ha reportado defunciones por sarampión en la Región. En 2018 solo Brasil y la República Bolivariana de Venezuela notificaron defunciones.

Durante el presente año en Perú se confirmó un caso de sarampión (SE 15) correspondiente a una mujer de 40 años, peruana procedente de España. A partir de este caso se ha confirmado otro caso en un menor de 5 meses quien estuvo expuesto al virus durante el periodo de transmisibilidad de la mujer de 40 años, ambos coincidieron en una clínica privada durante su atención.

A la SE16 se notificaron 135 casos sospechosos de sarampión/rubeola, de los cuales dos casos fueron confirmados (un caso probablemente importado de España y un caso relacionado a probable importación), 96 fueron descartados y 14 se encuentran pendientes de clasificación. La tasa de notificación es 0,4 por cada 100 000 habitantes.

En 2018 se notificaron 1 177 casos sospechosos de los cuales, 42 fueron confirmados, con una tasa ajustada de notificación de 3.7 x 100.000 habitantes (estándar 2 x 100 000 hab.). Estos casos proceden de Callao, Lima, Puno, La Libertad, Cusco, Ica, Amazonas y Piura. Incluye cuatro casos confirmados por nexo epidemiológico y 38 por laboratorio. El 26.2% de casos fueron en menores de un año. El primer caso inició exantema el 24 de febrero y el último caso el 10 de octubre.

III. Situación actual

El 8 de abril del 2019, la DIRIS Lima Centro notificó un caso confirmado en una mujer de 40 años, de nacionalidad peruana residente y procedente de Las Palmas de Gran Canaria, Islas Canarias, España; quien ingresó al Perú el 21 de marzo por vía aérea. El caso no tenía

¹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica: Sarampión. 18 de abril de 2019, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019.

antecedentes de vacunación contra sarampión. Inició signos y síntomas el 24 de marzo y erupción cutánea el 1ero de abril, cuyos resultados fueron positivos para IgM e IgG el 9 de abril y confirmado por PCR el 11 de abril.

Según el análisis de la línea del tiempo, el periodo de la infección fue entre el 14 y 25 de marzo y el periodo de transmisibilidad fue entre el 28 de marzo y 5 de abril, durante su permanencia en el país. La conclusión de este caso fue caso confirmado de sarampión complicado, probablemente importado, que actualmente se encuentra en buen estado general y recuperación.

A partir de este caso, se ha confirmado otro caso en una menor de cinco meses, quien inició enfermedad el 21 de abril presentando fiebre (38.5°C), tos esporádica y diarrea; ese mismo día por la noche se adiciona erupción maculo papular en cara y tórax con progresión cefalocaudal. Ella coincidió el 4 de abril en la sala de emergencia de una clínica privada con la mujer de 40 años (caso confirmado probablemente importado), durante el periodo de transmisibilidad de esta última, momento en el que puede haber sido expuesta al virus. La menor tiene resultados positivos de serología (IgM) y actualmente se encuentra con evolución favorable en un establecimiento de salud de Lima.

Se ha iniciado el rastreo de contactos de este último caso y se mantiene el monitoreo de los contactos del primero; en ambos tanto contactos domiciliarios como personal de salud.

IV. Recomendaciones

Ante las continuas importaciones del virus del sarampión al Perú, desde otros continentes y los brotes en curso en las Américas y dado que existe la confirmación clínica, epidemiológica y laboratorial de dos casos de sarampión, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC/ Minsa); mantiene las recomendaciones emitidas en las Alertas epidemiológicas AE-CDC N.º 009-2018: Riesgo de introducción del virus sarampión debido a casos importados Perú, AE-CDC N.º 010-2018: Riesgo de reaparición de la transmisión endémica del sarampión en el Perú y AE-007- 2019: Riesgo de transmisión endémica del virus de sarampión en el país debido a la presencia de un caso probablemente importado; y, refuerza las siguientes recomendaciones:

4.1 Vigilancia epidemiológica:

- Sensibilizar a todo el sistema de vigilancia para la detección precoz y oportuna de casos sospechosos de sarampión con participación de todos los servicios de salud públicos, privados, fuerzas armadas y policiales.
- Garantizar la investigación epidemiológica del caso antes de las 48 horas y la oportuna obtención de muestras de laboratorio según lo establecido.
- Asegurar que las muestras lleguen al laboratorio de referencia nacional (LRN) del Instituto Nacional de Salud en un plazo no mayor a 5 días después de la obtención y que los resultados de laboratorio estén disponibles en un periodo de no mayor a 4 días de su ingreso al LRN.
- Activar los **equipos de respuesta rápida** ante la presencia de casos importados de sarampión e implementar el plan de contención de brote de manera inmediata.
- Identificar las áreas de riesgo considerando los siguientes criterios de riesgo: áreas con flujos migratorios externos (llegada de personas extranjeras) e internos (desplazamientos de grupos poblacionales) en cada país, incluyendo las poblaciones indígenas, áreas fronterizas, áreas geográficas con población indígenas u originarios.
- En situación de brote, identificar hospitales que cuenten con condiciones para un rápido y adecuado aislamiento del paciente

4.2 Medidas de Contención:

Un paciente con sarampión es contagioso desde cuatro días antes hasta cuatro días después del inicio del exantema; se deben tomar medidas para evitar y controlar la propagación de la infección, como el aislamiento y monitoreo de contactos.

Todas las personas encargadas de la investigación de los pacientes sospechosos de sarampión o rubeola deben estar vacunadas.

Aislamiento: Los pacientes sospechosos de sarampión deben permanecer en su domicilio sin salir hasta cinco días después del inicio de exantema. Durante este periodo de aislamiento, no deben tener contacto con miembros susceptibles de la familia (por ejemplo: lactantes y adultos sin vacunar) y sólo deberán recibir visitas de personas vacunadas.

Hospitalización:

- Dado el alto riesgo de transmisión intrahospitalaria, los pacientes con sarampión no deben ser hospitalizados a menos que sea totalmente necesario. En este caso, los centros hospitalarios deben tomar precauciones para impedir la transmisión intrahospitalaria.
- Todos los trabajadores de salud deben ser inmunes a sarampión (vacunación SR). Además de las precauciones ordinarias (por ejemplo: lavado de manos, empleo de guantes descartables al manipular secreciones orgánicas, uso de batas descartables, entre otros), deben tomarse precauciones especiales para evitar la propagación de agentes patógenos transportados por el aire. La puerta de la habitación debe mantenerse cerrada, y no se debe permitir el acceso a ninguna persona susceptible.
- El paciente sólo debe salir o ser trasladado fuera de la habitación cuando sea imprescindible, utilizando una mascarilla.

Monitoreo de los contactos cercanos:

- Se deben detectar todos los contactos cercanos de un paciente sospechoso de padecer sarampión y se deben vigilar estrechamente durante las cuatro semanas siguientes al día de inicio de exantema del caso. Son contactos todas las personas que viven en la misma casa u otras dependencias cercanas al caso sospechoso mientras éste sea contagioso.
- Debe elaborarse una lista detallada de todos los contactos con sus nombres y direcciones. Se debe averiguar las vacunas que han recibido, si han presentado síntomas o signo clínicos sugestivos de sarampión o rubeola, y si han viajado últimamente.
- Los contactos que aún no han recibido dos dosis de la vacuna deben considerarse como susceptibles y ser vacunados inmediatamente.
- Los contactos cercanos deben permanecer en sus viviendas (cuarentena domiciliaria), no deben asistir a la escuela, al trabajo o a otros centros muy concurridos como iglesias, clubes o guarderías.
- Si han transcurrido menos de cinco días desde el inicio del exantema en el caso sospechoso de sarampión, todos los contactos deben recibir instrucciones con respecto a la permanencia en sus hogares, estén vacunados o no. Se les debe informar sobre los síntomas prodrómicos y deben recibir instrucciones para que permanezcan en casa; si aparecieran dichos síntomas durante el período de monitoreo de cuatro semanas, comunicar inmediatamente a las autoridades sanitarias.

4.3 Inmunizaciones:

El equipo técnico de inmunizaciones, debe evaluar las coberturas de vacunación de SPR a nivel distrital y del establecimiento de salud para identificar brechas prioritarias e implementar estrategias para reducirlas.

4.3.1 Vacunación preventiva a nivel nacional:

- Intensificar las actividades rutinarias de vacunación en menores de 2 años (1era dosis: 12 meses y 2da dosis: 18 meses) para lograr y mantener coberturas homogéneas del 95 % con la primera y segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas, en todos los distritos del país.
- El personal de salud deberá comprobar antecedentes de vacunación como una obligatoriedad, en todo niño menor de 5 años.

- Vacunar y/o completar con la vacuna contra SPR a los niños menores de 5 años y a los niños mayores de 5 años con la vacuna contra SR que por alguna razón no fueron vacunados.
- En caso de demanda de vacunación establecer un puesto de vacunación de atención rápida.
- Mantener el stock de vacunas al día en cada establecimiento de salud.
- Intensificar actividades regulares de educación en las salas de espera, hospitalización y en salas de urgencia.
- Vacunar contra el sarampión a la población en mayor riesgo de contagiarse:
 - ✓ Personal de salud.
 - ✓ Personas que trabajan en transporte especialmente en la ruta desde las fronteras hacia la capital, personal de hoteles, aeropuertos, terrapuertos, entre otros.
 - ✓ Trabajadores del sector turismo, migraciones, aduana, comerciantes formales e informales,
 - ✓ Personal de educación que tiene contactos con niños, cuidadores de niños y adultos mayores en guarderías y asilos,
 - ✓ Trabajadoras sexuales
 - ✓ Viajeros internacionales que salen del país hacia lugares donde hay transmisión de sarampión (Europa, Asia, países como Estados Unidos).
- Las DIRESAS/GERESAS en cuya jurisdicción tienen comunidades indígenas, deben considerarlas como poblaciones en elevado riesgo para sarampión según el Esquema Nacional de Vacunación.
- De ser necesario se adelantará el barrido de vacunación contra el sarampión programado para junio en distritos con alto riesgo de reintroducción del sarampión.

4.3.2 Vacunación frente a la ocurrencia de casos:

Se vacunará con la vacuna triple viral (SRP) o doble viral (SR) disponible, en las siguientes circunstancias:

- ✓ **Ante la presencia de un Caso Sospechoso:** El establecimiento de salud responsable del ámbito donde reside el caso, dará inicio a la vacunación inmediata a los contactos directos (familiares, amigos, compañeros de escuela o trabajo, etc.), con quienes el caso tuvo contacto durante el periodo de transmisibilidad (4 días antes y 4 días después del inicio de la erupción).
- ✓ **Ante la presencia de Caso Confirmado:** Se determinará la extensión a vacunar tomándose en cuenta la totalidad de los distritos por donde **circuló el caso confirmado**, y se iniciará el barrido de vacunación. Como en el caso confirmado probablemente importando, se procedió a vacunar a todos los menores de 11 años en los Distritos de Surco, Barranco, Chorrillos y San Juan de Miraflores. Además, se decidió adelantar el barrido de vacunación contra el sarampión programado para junio 2019.

Para proteger a todo el país se ha programado el barrido de vacunación en menores de once años (5.2 millones), las edades superiores se han vacunado en intervenciones (barridos) programados en los años 2006, 2012 y 2016. Recordar que tendremos los Juegos Panamericanos en Julio y los turistas que recibamos proceden de países de nuestra misma Región, en donde está circulando el virus actualmente. *Barrido es la vacunación a la totalidad del grupo de edad, independiente del estado vacunal.

- ✓ **Ante la presencia de casos confirmados secundarios a caso importado:** se extenderá el barrido de vacunación a otros distritos según el análisis epidemiológico y de ser necesario se reevaluará el grupo de edad.

4.3.3. Vacunación segura

En el marco de las actividades masivas de vacunación para el control y/o mantener la eliminación del sarampión se recomienda mantener capacitado al personal en vacunación segura y vigilancia de ESAVI.

- **Antes de vacunar: Consideraciones generales:**

- Registro diario de temperatura de la cadena de frío (dos veces al día, al comienzo y al final de la jornada).
- Asegurar el orden y limpieza del ambiente de vacunas (vacunatorio).
- Preparar material (termos, jeringas, clorhidrato de clorhexidina, entre otros insumos).
- Preparación del termo para la vacunación diaria (tanto intra como extramural).
- Revisar las vacunas para el traslado a los termos (verificar fecha de vencimiento y lote).
- Conservación de la temperatura de los paquetes fríos.
- Conocer las dosis, vía de administración y jeringa a utilizar.
- Leer el inserto de la vacuna (como referencia de los diferentes tipos de vacuna según la fabricación).
- Brindar información completa sobre las vacunas a administrar: Esta información deberá ser clara y sencilla para la persona que la recibe, debe incluir además la información sobre posibles efectos secundarios y lo referente a los riesgos de la no vacunación.
- Es obligatorio explicar a los padres de familia después de haber vacunado sobre las vacunas:

- **Durante la vacunación:**

El personal de salud debe contar con las vacunas según esquema nacional de vacunación:

Proceder al lavado de manos con agua y jabón antes y después de la vacunación. No es necesario el uso de guantes para administrar una vacuna, aunque puede ser recomendable en situaciones puntuales, como enfermedad infectocontagiosa en las manos del vacunador.

Preparación de la vacuna

- 
- Identificar la vacuna o vacunas que corresponden, de acuerdo al estado vacunal y a la edad del usuario.
 - La preparación y administración debe realizarse en forma inmediata por cada tipo de vacuna, para evitar errores programáticos y/o alterar la cadena de frío del biológico.

Limpieza en el lugar de inyección

- Asepsia de la zona de administración con una torunda de algodón (1 gr) humedecido con Clorhexidina al 2%, realizando movimientos circulares de adentro hacia afuera.
- Se encuentra prohibido utilizar algodones previamente humedecidos y guardados en tambores u otros recipientes.

- **Después de la administración de la vacuna:**

1. Cubrir la zona de punción con una torunda de algodón y una tira adhesiva, pueden retirarse pocos minutos después.
2. Hacer presión suave un minuto, evitar frotar o la presión excesiva.
3. Reiterarle al padre o acompañante la fecha de la próxima cita.

4. Informarle sobre las posibles reacciones post vacúnales y las acciones a seguir en caso de no ceder, acudir a su centro de salud más cercano.
5. Se debe recomendar a los padres que esperen en el establecimiento de salud durante 5 a 10 minutos, en observación ante una posible reacción severa.
6. Desechar la jeringa y aguja en cajas de bioseguridad (debe seguir lo indicado en la Norma Técnica de Salud vigente), así como desechar los otros materiales que no se utilicen.
7. El paracetamol no debe recomendarse de forma rutinaria con el propósito de prevenir posibles reacciones. Puede usarse para tratar la fiebre (mayor o igual a 38°C si se presenta).

4.3.4. Vigilancia de ESAVI

Durante todo el desarrollo de la campaña de vacunación se deberá notificar diariamente la presencia o no (notificación negativa) de casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o inmunización (ESAVI) Severos, para lo cual se seguirá las pautas establecidas en la Directiva Sanitaria 054-MINSA/DGE – V.01 Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI)

Además de los casos severos, se notificarán e investigarán:

- a) Casos no severos que forman parte de un grupo o conglomerado de casos.
- b) Casos no severos que sobrepasan la tasa de incidencia esperada.
- c) Información difundida en medios de comunicación que están relacionadas a posible ocurrencia de ESAVI.

4.4 En personas que viajaran fuera del país o que ingresaran al país

Ante el incremento de casos de sarampión en países de Europa, América y otros continentes, el Ministerio de Salud ha implementado puestos de vacunación en puntos de entrada de frontera en puertos y aeropuertos, y recomienda que los peruanos que viajen a los países afectados por dicha enfermedad tomen las siguientes medidas para reducir el riesgo de enfermar:

- **Antes de iniciar el viaje**, verificar su estado de vacunación para prevenir el contagio del sarampión. Si requiere aplicarse la vacuna triple viral deberá hacerlo con un mínimo de 14 días antes del viaje, idealmente 21 días antes. En el caso de viajeros de 6 meses de edad a más que no acrediten vacunación contra el sarampión, se recomienda que reciban la vacuna contra sarampión y rubéola, de preferencia a través de la vacuna triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis - SRP) al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión.
- **Durante su estancia o tránsito en países con epidemia por sarampión** debe lavarse las manos con frecuencia; evitar tocar ojos, nariz o boca y cubrirse estos dos últimos al estornudar o toser; asimismo, se debe evitar el contacto cercano con personas que estén enfermas. Es indispensable que el viajero cuente con los datos de contacto del consulado o embajada de Perú más cercano, para su apoyo en caso de que lo requiera.
- **Si se encuentra enfermo a su llegada a Perú**, es indispensable que informe al personal de la aerolínea aérea antes de aterrizar o al oficial de Sanidad Internacional cuando salga del avión.
- **En caso de fiebre y exantema (ronchitas) durante el viaje de regreso y hasta después de 21 días de su estadía en Perú**, no se auto-medique, busque atención médica de inmediato al centro de salud más cercano y evite el contacto con otras personas, para reducir la propagación de sarampión a otras personas o familiares que no estén vacunados.

4.5 Vigencia: La presente alerta tendrá vigencia durante el año 2019.

Lima, 30 abril 2019

EQUIPO DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL (OESA)

Médico Jefe

MC. José Luis Bolarte Espinoza

Comité de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, Manejo de Antibióticos y Bioseguridad

MC. José Luis Bolarte Espinoza

Equipo de Trabajo de Vigilancia Epidemiológica

MC. Jaime Alvarezcano Berroa

Dr. Marco Antonio Sánchez Ramírez

MC. Cristhian Resurrección Delgado

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Equipo de Trabajo Salud Ambiental

Sr. Alfonso Rodríguez Ramírez

Ing. Eduardo Yactayo Infantes

Sr. Jaime Aparcana Moncada

Sr. Jaime Arce Veintemilla

Sr. Raúl Quispe Bocangel

Edición, compilación y codificación

MC. José Manuel Luicho Sobrado

Residente de Gestión en Salud

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Ing. Marianela Narro Dueñas

144 Años

Lima - Mayo 2019