



CONTENIDO:

EDITORIAL:

Pág. 1

1. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Pág. 2

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

Pág. 5

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

Pág. 7

4. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN POR VIH SIDA

Pág. 9

6. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

Pág. 10

7. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Pág. 12

EDITORIAL

Fiebre Amarilla

Traída desde África para luego establecerse en las condiciones adecuadas de América la Fiebre Amarilla (F.A.) se esparció rápidamente en el continente convirtiéndose en la más importante epidemia de la época (Sean Wasserman 2016). Existieron muchos intentos por controlarla pero fue mucho tiempo después que se dio un real control de esta epidemia. Cabe resaltar aquí el papel de la Epidemiología en el conocimiento del ciclo y la distribución de la enfermedad como en el control de la misma. Actualmente contamos medida adecuada para la prevención y el control de la enfermedad pero la falta de sostenimiento de estos programas, cuya debilidad ha hecho que la enfermedad vuelva incrementarse.

La fiebre amarilla tiene su origen en el continente africano y fue traída a Sudamérica durante la época de conquista como consecuencia de la trata de esclavos por la ruta del atlántico ⁽¹⁾. La rápida diseminación y las condiciones adecuadas en un ambiente receptivo como es el de América hicieron que la F.A. se convirtiera en la más importante enfermedad epidémica de la región por 3 siglos ⁽¹⁾. Actualmente estimaciones de la Organización mundial de la salud menciona que existen 84 000–170 000 casos de F.A. y hasta 60 000 muertes debido a F.A. por año.

En la década de 1930 gracias a los trabajos de Max Theiler y la fundación Rockefeller se descubre la vacuna contra la F.A.⁽²⁾; esto permitió el control de los brotes a través programa de vacunación masiva junto con el programa de control de vectores con lo que aparentemente pusieron fin a la F.A. como una enfermedad importante en magnitud⁽¹⁾. Es importante resaltar el aporte de la epidemiología en el descubrimiento de la vacuna a través del conocimiento de los ciclos reproductivos, la distribución de la enfermedad y la aplicación de estos conocimientos para el control de la enfermedad. A pesar de todo esto la enfermedad se ha mantenido a través de casos esporádicos, pequeños y limitados brotes asociados a exposición selvática accidental ⁽¹⁾.

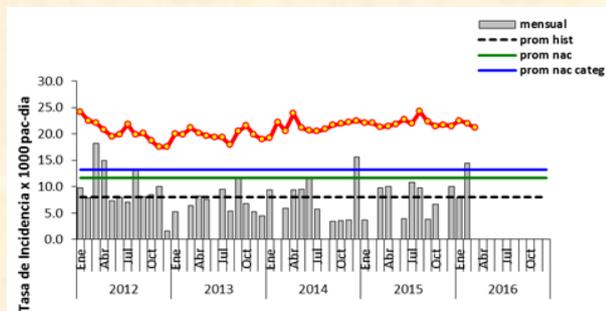
La falla en el sostenimiento de un programa de vacunación y control ha llevado a la reinfestación del *Aedes aegypti* en América. Desde 1985 a 2012 existió en América 4066 casos y 2351 muertes por FA (58% de tasa de mortalidad). Así la WHO- UNICEF estimó que solo el 41% de la población objetivo había recibido la vacunación en el 2014, porcentaje que se encuentra debajo del 80% recomendando para la prevención de la epidemia por lo que es necesario abordar estos temas con mayor interés.

Actualmente, si no usamos el enfoque de riesgo para el control de la F.A. en América Latina y fortalecemos el programa de vacunación, actividades en las cuales la Epidemiología desempeña un rol de mucha importancia, para la prevención y control, puede convertirse en un gran problema de Salud Pública en nuestro país por el riesgo de reurbanización, agravada por la gran cantidad de distritos infestados por el vector transmisor y el acortamiento de los tiempos de traslado de las personas de zonas endémicas y enzooticas a zonas con gran cantidad de susceptibles, no solo en Perú sino a nivel mundial.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Las Infecciones Intrahospitalarias (IIH) representan una de las notificaciones más importantes dentro de la Institución. En el presente boletín se presenta el comportamiento de las infecciones intrahospitalarias que tienen mayor frecuencia y las asociadas a factores de riesgo extrínsecos (procedimientos invasivos). Esta Información procede de una cobertura de vigilancia epidemiológica al mes de Abril del 2016 de 96% de camas hospitalarias.

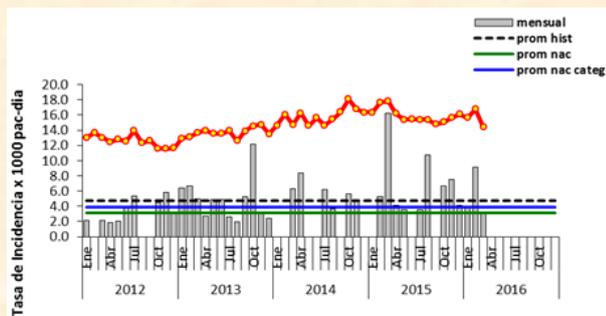
Figura N° 1: Densidad de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica (NAV) – UCI. HNNDM 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIII– HNNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos durante el año 2015, se ha mantenido por debajo del Promedio Nacional y del Promedio Nacional por Categoría. Durante el mes de abril del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 42 pacientes sometidos a V.M., con 323 días de exposición.

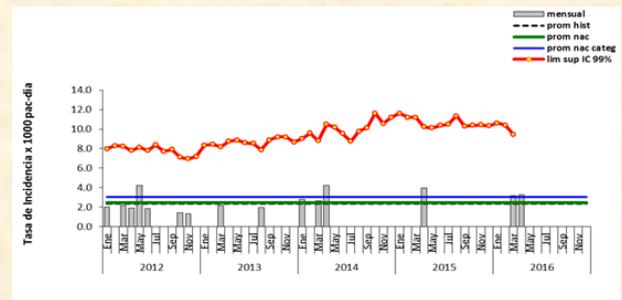
Figura N° 2: Densidad de incidencia de infección de tracto urinario asociada a catéter urinario permanente Unidad de cuidados intensivos HNNDM. 2012 – 2016.



Fuente: Base de datos de VIII– HNNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos durante el mes de abril del año 2016, no se identificaron Infecciones Urinarias Asociada a Catéter Urinario Permanente. Se vigilaron 52 pacientes con 286 días de exposición.

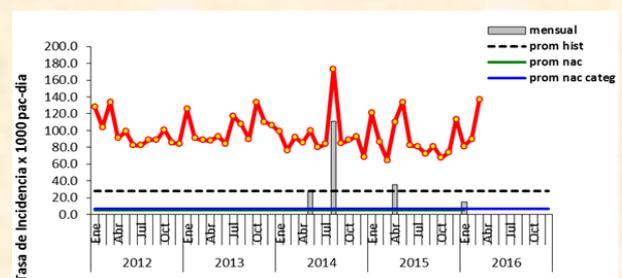
Figura N°3: Densidad de Incidencia en infección del torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central Unidad de cuidados Intensivos HNNDM 2012 - 2016. HNNDM.



Fuente: Base de datos de VIII– HNNDM

En relación a la Infección del Torrente Sanguíneo asociado a Catéter Venoso Central en la Unidad de Cuidados Intensivos, se presentó un caso durante el mes de abril del 2016 que representa una tasa de densidad de incidencia de 3.26 x 1000 días/cat. Se mantuvieron en vigilancia 57 pacientes con 307 días de exposición. En ésta unidad se incide en el cumplimiento de las normas de bioseguridad durante la inserción y mantenimiento del catéter venoso central.

Figura N° 4: Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica UCI Neonatología 2012-2016. HNNDM.

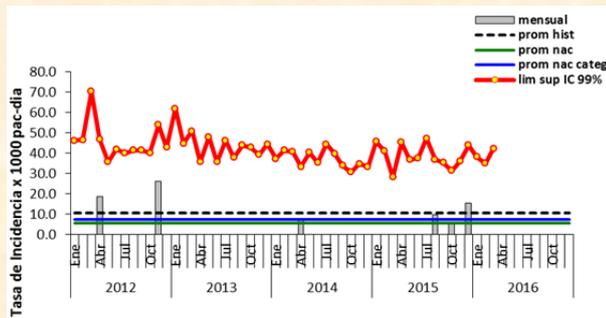


Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

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 2016, sin embargo se vigilaron 02 pacientes sometidos a 16 días de exposición. La neumonía asociada a ventilación mecánica es una complicación frecuente de la intubación y la consiguiente ventilación mecánica, esta enfermedad supone una pesada carga para el paciente y su familia,

por esto es importante la prevención y un buen sistema de vigilancia de infecciones intrahospitalarias en el servicio, que por sí sola es una actividad que contribuye a la prevención.

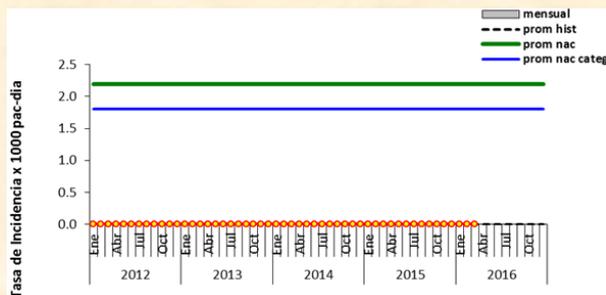
Figura N° 5: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Central UCI Neonatología. HNNDM. 2012 – 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM.

No se han reportado casos de Infecciones de Torrente Sanguíneo asociada a CVC en el servicio de UCI de neonatología durante el mes de abril del año 2016. Estuvieron sometidos a vigilancia epidemiológica 05 pacientes con 32 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

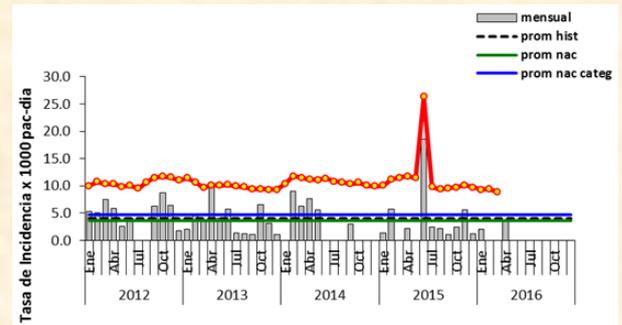
Figura N° 6: Densidad de Incidencia de Infección al Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico UCI Neonatología. HNNDM. 2012 – 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

En relación a las Infecciones de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter Venoso Periférico, en el mes de abril del año 2016 no se presentaron casos en Neonatos, se sometieron a vigilancia epidemiológica 22 pacientes con 55 días de exposición.

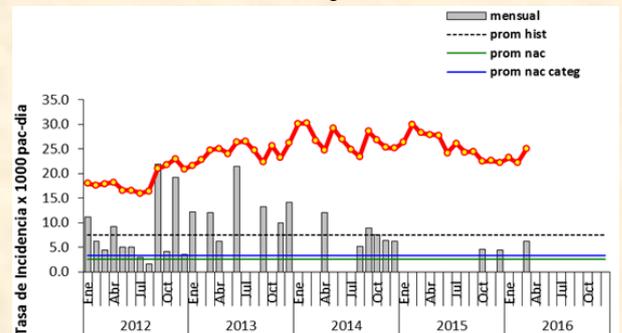
Figura N° 7: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente Servicio de Medicina. HNNDM. 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM.

Durante el mes de abril del año 2016 en el Departamento de Medicina, se han presentado tres casos de ITU asociada a CUP, que representa una tasa de densidad de incidencia de 3.63 x 1000 días/cat. Se vigilaron 98 pacientes con 827 días de exposición. Se está implementando la metodología Bundle en los servicios de medicina mediante la aplicación de las listas de cotejo.

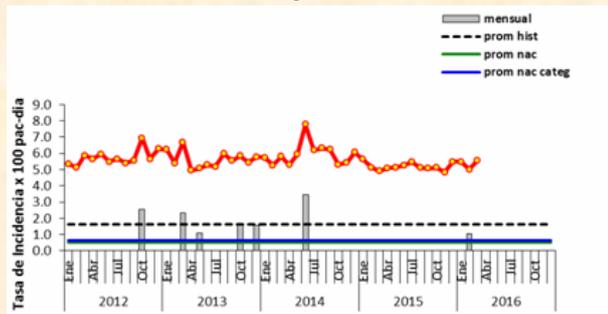
Figura N° 8: Densidad de Incidencia de Infecciones del Tracto Urinario asociado a Catéter Urinario Permanente. Servicio de Cirugía. HNNDM. 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

En el Departamento de Cirugía durante el mes de abril del año 2016 no se han reportado casos de ITU asociada a CUP. Se han vigilado 33 pacientes con 118 días de exposición. Está pendiente la implementación de la metodología Bundle, mediante la aplicación de las listas de cotejo como medida preventiva de las Infecciones urinarias.

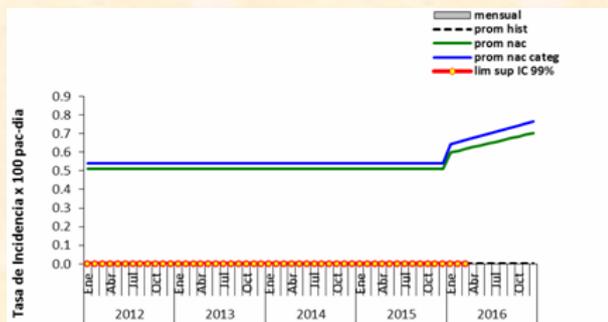
Figura N°9: Incidencia de infección de herida operatoria en colecistectomía en Cirugía HNMD. 2012 – 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

Las Infecciones de Sitio Quirúrgico en 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 ISQ, se vigilaron 87 pacientes sometidos a Colecistectomía.

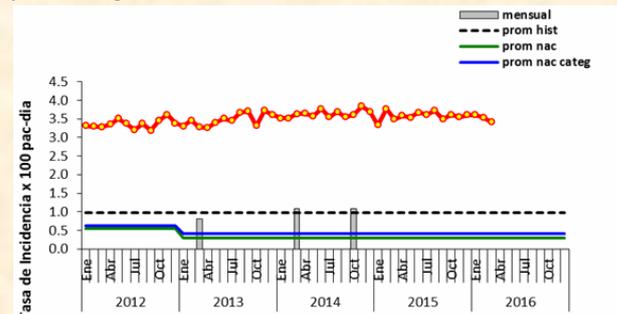
Figura N° 10: Incidencia de herida operatoria a hernioplastia inguinal en Cirugía HNMD. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNMD

En el presente grafico observamos que no hay casos reportados de Infección de Sitio quirúrgico asociado a Hernio plastia Inguinal desde el año 2012, e inclusive hasta el mes de abril del año 2016, se vigilaron 25 pacientes sometidos a hernioplastía. Las infecciones de herida operatoria es 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.

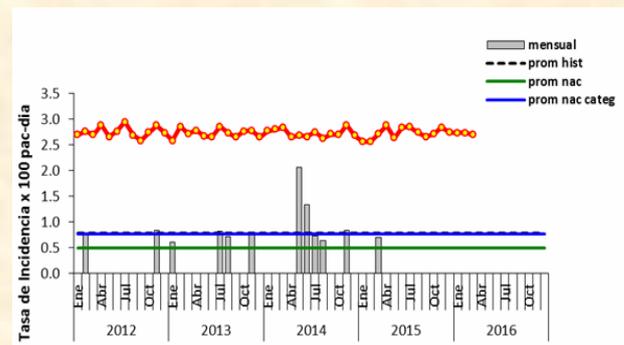
Figura N° 11: Incidencia de endometritis puerperal por partos vaginales Obstetricia HNMD. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VEA – HNMD

Durante el mes de abril del año 2016 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 117.

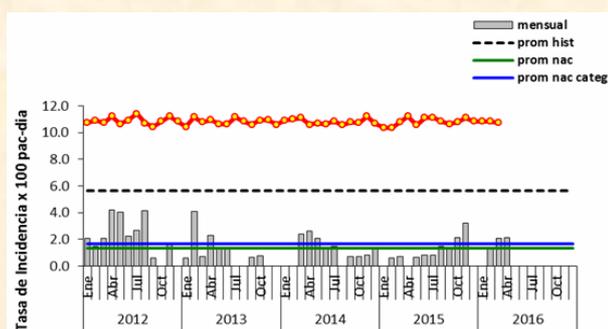
Figura N° 12: Incidencia de Endometritis Puerperal en Cesareas. HNMD. Febrero 2012- Febrero 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNMD

En el mes de abril del 2016 no se han reportado casos de endometritis puerperal en 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 142 durante el mes de abril.

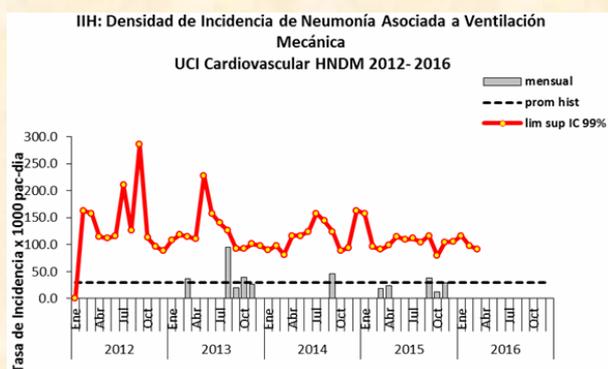
Figura N° 13: Incidencia de Infección de Herida Operatoria en cesáreas obstetricia HNDM. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En el gráfico podemos observar que durante el mes de abril del 2016 se han reportado tres casos de Infección de Herida Operatoria en Cesárea, que representa una tasa de incidencia de 2.11 x 100 procedimientos. Las Cesáreas realizadas fueron 142 durante el mes. Es importante el cumplimiento de las acciones de prevención durante el peri operatorio 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 si sola reduce la frecuencia de estas infecciones.

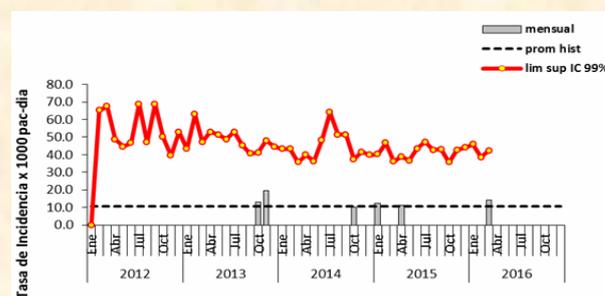
Figura N° 14: Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica, UCI cardiovascular HNDM. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en UCI cardiovascular durante el año 2015, se ha mantenido dentro del Promedio histórico del Hospital. Durante el mes de abril del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 08 pacientes sometidos a V.M., con 25 días de exposición.

Figura N° 15: Densidad de Incidencia de infección e tracto urinario asociada a catéter urinario permanente UCI cardiovascular HNDM. 2012- 2016

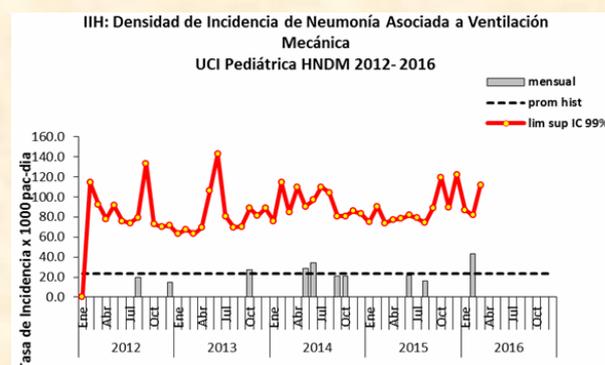


Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos cardiovascular durante el mes de abril del año 2016, no hubo Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes de se identificaron 21 pacientes vigilados con 68 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.

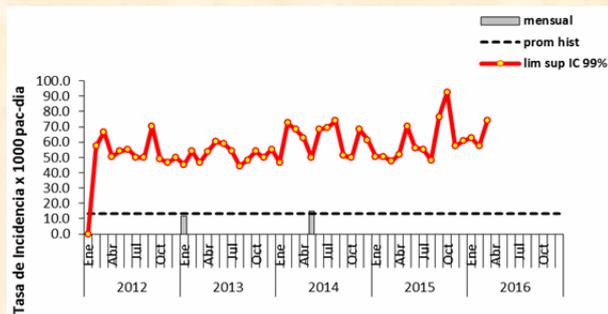
Figura N° 16: Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica UCI pediátrica HNDM. 2012- 2016



Fuente: Base de datos de VIIIH- HNDM

Las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos pediátrica durante el año 2015, se ha mantenido por debajo del Promedio histórico del Hospital. Durante el mes de abril del 2016, no se han registrado casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 08 pacientes sometidos a V.M., con 38 días de exposición.

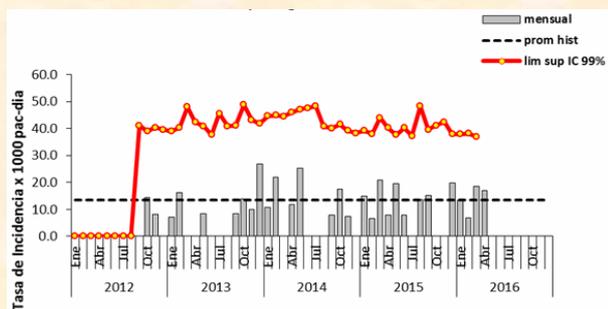
Figura N° 17: Densidad de Incidencia de infección a catéter urinario permanente UCI pediátrica HNDM. 2012- 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos pediátrica durante el año 2015 hasta abril del año 2016 no hubo Infección Urinaria Asociada a Catéter Urinario Permanente. En el mes de se identificaron 08 pacientes vigilados con 51 días de exposición.

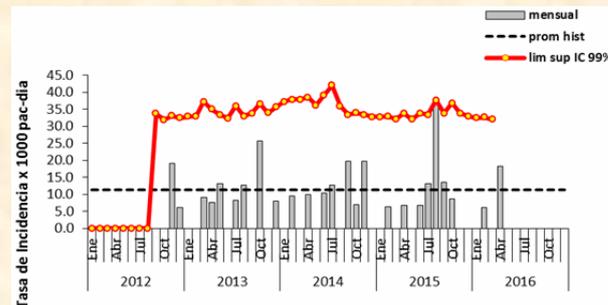
Figura N° 18: Densidad de Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica UCI Neuro- quirúrgica HNDM. 2012- 2016.



Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

La tendencia de las Neumonías Asociadas a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados intensivos neuroquirúrgica durante el año 2015, se ha mantenido por debajo del Promedio Histórico del Hospital, salvo los meses de marzo, mayo y diciembre que sobrepasaron las tasas. Durante el mes de abril del 2016, se han registrado dos casos de Neumonía Asociada a Ventilación Mecánica que representa una tasa de densidad de incidencia de 17.09 x 1000 días/vm.; es importante resaltar que se mantuvieron durante el mes 16 pacientes sometidos a V.M., con 117 días de exposición. En la unidad se está aplicando la metodología Bundle como medida preventiva de NAV.

Figura N° 19: Densidad de Incidencia de infección a catéter urinario permanente UCI Neuro- quirúrgica HNDM. 2012- 2016.

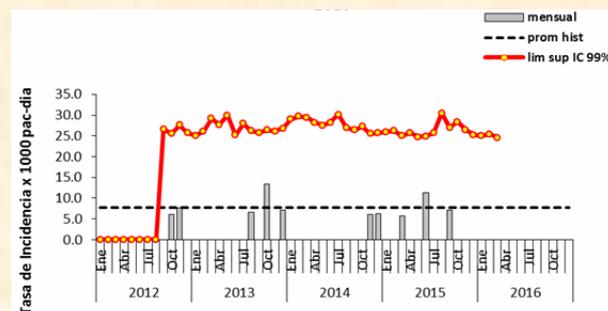


Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica durante el mes de abril del año 2016, se reportaron tres Infecciones Urinarias Asociadas a Catéter Urinario Permanente, que representa una tasa de densidad de incidencia de 18.18 x 1000 días/catéter sobrepasando el Promedio Histórico del Hospital. En el mes de Abril se identificaron 22 pacientes vigilados con 165 días de exposición.

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.

Figura N° 20: Densidad de Incidencia de infección al torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central UCI Neuro- Quirúrgica - HNDM. 2012- 2016.



Fuente: Base de datos de VIIIH– HNDM

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neuroquirúrgica, las Infecciones de Torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central, durante el año 2015 a excepción del mes de Junio se mantuvieron por debajo del Promedio Histórico del Hospital. Desde el mes de enero hasta abril del año 2016, no hubo casos reportados. En el mes de Abril se identificaron 23 pacientes vigilados con 166 días de exposición.

2. DAÑOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA

En Abril, se notificaron un total de 12 casos de notificación obligatoria, de los cuales 4 fueron confirmados, 4 casos descartados y 4 casos probables, siendo el porcentaje de confirmación de 33%.

Tabla N° 1: Daños de Notificación obligatoria – HNDM. Abril 2016

DAÑO	TIPO DE DIAGNÓSTICO							
	CONFIRMADO		DESCARTADO		PROBABLE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leptospirosis	0	0%	1	25%	1	25%	2	17%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	25%	0	0%	1	25%	2	17%
Fiebre amarilla selvática	1	25%	1	25%	0	0%	2	17%
Influenza	0	0%	2	50%	0	0%	2	17%
Parálisis Flácida Aguda	0	0%	0	0%	1	25%	1	8%
Tos ferina	0	0%	0	0%	1	25%	1	8%
Hepatitis B	1	25%	0	0%	0	0%	1	8%
Sífilis congénita	1	25%	0	0%	0	0%	1	8%
Total general	4	100%	4	100%	4	100%	12	100%

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Tabla N° 2: Daños de Notificación obligatoria según tipo de diagnóstico – HNDM. Abril 2016

TIPO DE DIAGNÓSTICO	Nº	%
Confirmado	4	33%
Descartado	4	33%
Probable	4	33%
Total general	12	100%

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

Tabla N° 3: Daños de Notificación obligatoria según sexo – HNDM. Abril 2016

SEXO	Nº	%
Femenino	3	25%
Masculino	9	75%
Total	12	100%

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

La tabla 3 muestra la frecuencia de casos de notificación obligatoria que, según sexo, presenta una preponderancia del sexo masculino.

Tabla N° 5: Daños de Notificación obligatoria confirmados – HNDM. Abril 2016

DAÑO	Nº	%
Dengue Sin Señales De Alarma	1	25%
Fiebre amarilla selvática	1	25%
Hepatitis B	1	25%
Sífilis congénita	1	25%
Total general	4	100%

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

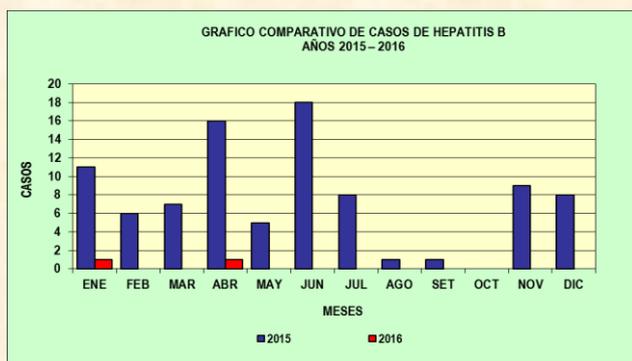
Tabla N° 6: Casos confirmados de daños de notificación obligatoria según procedencia – HNDM.

Daño(Casos Confirmados)	Procedencia			Total
	Lima	Junin	Lambayeque	
Dengue Sin Señales De Alarma			1	1
Fiebre amarilla selvática		1		1
Hepatitis B	1			1
Sífilis congénita	1			1
Total general	2	1	1	4

Fuente: Base de datos de VEA – HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de notificación obligatoria según tipo de diagnóstico y clasificación de daños sujetos a notificación obligatoria. La notificación relevante en el mes de abril fue la de un caso de Dengue confirmado sin señales de alarma quien tiene como lugar probable de infección el Centro Poblado Corral de Arena en el distrito de Olmos provincia de Lambayeque, departamento del mismo nombre, lugar que a nivel nacional se encuentra actualmente en situación de brote para Dengue. Asimismo, la notificación de un caso confirmado de Fiebre amarilla selvática, el cual corresponde a un varón de 18 años de edad, de ocupación agricultor, que ingresó a zonas de circulación enzootica de fiebre amarilla selvática sin vacunación, por motivos laborales de cosecha de café.

Gráfico N° 1: Grafico comparativo de Hepatitis B años 2015 – 2016 hasta Abril – HNNDM.



Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

La grafica muestra la frecuencia de los casos de Hepatitis B en el 2015 y 2016. En el 2015 se notificaron más casos de Hepatitis B que en el 2016 en los primeros cuatro meses del año, relacionado a un problema de subnotificación de casos, por problemas administrativos y de disponibilidad de insumos de laboratorio, que se está ya solucionándose a la fecha y se regularizará en el mes de mayo.

Tabla N° 6: Casos de diarrea acuosa aguda según grupo etario y distrito de procedencia– HNNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 1 a	1-4 a	5 a+	
LIMA	30	71	47	148
LA VICTORIA	14	25	12	51
LA MOLINA	5	9	12	26
EL AGUSTINO	2	6		8
SAN LUIS		4	2	6
ATE	1	4		5
SAN JUAN DE LURIGANCHO		3		3
SAN MARTIN DE PORRES		2		2
TRANSITO		1	1	2
JESUS MARIA		1	1	2
SAN JUAN DE MIRAFLORES			1	1
CIENEGUILLA		1		1
SANTA ANITA		1		1
Total	52	128	76	256

Fuente: Base de datos de VEA – HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de diarrea acuosa aguda según distrito de procedencia y grupo etario en abril 2016. Resalta que la mayor proporción de casos que proceden del distrito de Lima Cercado (57%).

Tabla N° 8: Casos de infección respiratoria aguda según grupo etario y distrito de procedencia– HNNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	2-11 m	1-4 a	
LIMA	7	64	167	238
LA VICTORIA	3	23	60	86
EL AGUSTINO		5	10	15
SAN LUIS	1	5	8	14
SANTA ANITA		1	6	7
VILLA EL SALVADOR		1	5	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO		1	4	5
VILLA MARIA DEL TRIUNFO		1	2	3
TRANSITO		1	1	2
SURQUILLO			2	2
ATE			2	2
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1		1	2
SANTIAGO DE SURCO			1	1
SAN BORJA	1			1
COMAS			1	1
SAN MARTIN DE PORRES			1	1
Total general	11	104	271	386

Base de datos de VEA – HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de infección respiratoria aguda según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de abril 2016. La mayor cantidad de casos se dio en Lima en el grupo etario de 1 a 4 años seguido por La Victoria en el grupo etario de 1 a 4 años.

Tabla N° 9: Casos de síndrome obstructivo bronquial / asma según grupo etario y distrito de procedencia– HNNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS		Total
	< 2 a	2-4 a	
LIMA	27	25	52
LA VICTORIA	6	5	11
EL AGUSTINO	2	1	3
ATE	3		3
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	1	2
SAN LUIS	1	1	2
RIMAC		2	2
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	1		1
LA MOLINA	1		1
LURIGANCHO		1	1
Total general	42	36	78

Base de datos de VEA – HNNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de síndrome obstructivo bronquial / asma según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de abril 2016. La mayor cantidad de casos se dio en Lima en el grupo etario de menores de 2 años seguido por La Victoria en el grupo etario de menores de 2 años.

Tabla N° 10: Casos de neumonía según grupo etario y distrito de procedencia– HNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	1	1	2	1	1		6
MIRAFLORES			2				2
TRANSITO				1		1	2
LA VICTORIA				1			1
EL AGUSTINO				1			1
Total general	1	1	4	4	1	1	12

Base de datos de VEA – HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos de neumonía por grupo etario y distrito de procedencia según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Abril 2016. La mayor cantidad de casos de neumonía se dio en Lima en el grupo etario de 5 a 9 meses.

Tabla N° 11: Casos hospitalizados de neumonía según grupo etario y distrito de procedencia– HNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS							Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA		1	3	2	1	1		8
LA VICTORIA		2	4		1			7
TRANSITO					1		1	2
MIRAFLORES				2				2
EL AGUSTINO		1			1			2
SAN LUIS	1	1						2
CHORRILLOS			1					1
VILLA EL SALVADOR			1					1
SURQUILLO			1					1
ATE			1					1
Total general	1	5	11	4	4	1	1	27

Base de datos de VEA – HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos hospitalizados por neumonía según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Abril 2016 el mayor número de hospitalizados de neumonía se dio en La Victoria en el grupo etario de 1 a 4 años.

Tabla N° 12: Casos hospitalizados de neumonía grave y enfermedad muy grave grupo etario y distrito de procedencia– HNDM. Abril 2016.

DISTRITO	N° DE CASOS			Total
	< 2 m	< 2-11 m	1-4 a	
LA VICTORIA		2	4	6
LIMA		1	3	4
SAN LUIS	1	1		2
VILLA EL SALVADOR			1	1
SURQUILLO			1	1
ATE			1	1
EL AGUSTINO		1		1
CHORRILLOS			1	1
Total general	1	5	11	17

Base de datos de VEA – HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos hospitalizado de neumonía grave + enfermedad muy grave según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Abril 2016. La mayor cantidad de casos de neumonía se dio en La Victoria en el grupo etario de 1 a 4 años.

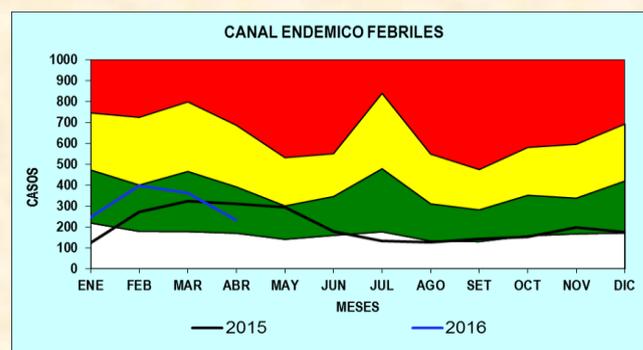
Tabla N° 12: Casos febriles etario y distrito de procedencia– HNDM. Abril 2016

DISTRITO	N° DE CASOS						Total
	< 1 a	1-4 a	5-9 a	10-19 a	20-59 a	60 a +	
LIMA	34	67	41	20	10	1	173
LA VICTORIA	7	24	6	1	2	1	41
EL AGUSTINO	0	5	1	0	0	0	6
SAN JUAN DE LURIGANCHO	1	2	0	0	0	0	3
SAN JUAN DE MIRAFLORES	1	1	0	1	0	0	3
SAN LUIS	1	0	1	0	0	0	2
VILLA MARIA DEL TRIUNFO	0	1	0	0	0	0	1
SANTIAGO DE SURCO	0	1	0	0	0	0	1
MAGDALENA VIEJA	0	1	0	0	0	0	1
COMAS	0	1	0	0	0	0	1
SAN MARTIN DE PORRES	0	1	0	0	0	0	1
Total general	44	104	49	22	12	2	233

Base de datos de VEA – HNDM

La tabla muestra la frecuencia de los casos febriles según grupo etario y distrito de procedencia para el periodo de Abril 2016. La mayor cantidad de casos febriles se dio en el distrito de Lima para el periodo etario de 1 a 4 años.

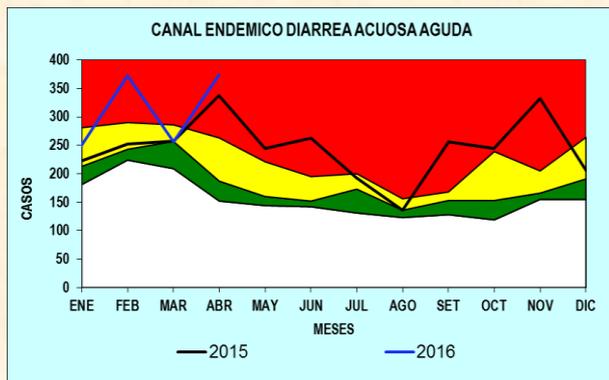
Figura N° 2: Canal Endémico de casos febriles. 2015 – Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico para casos febriles para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de febriles han disminuido y se encuentran en la zona de seguridad.

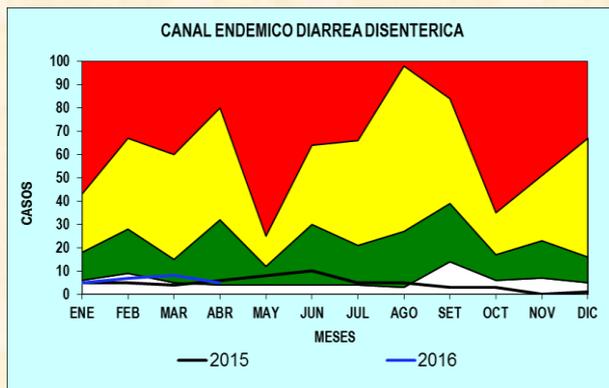
Figura N° 3: Canal Endémico de Diarrea Acuosa Aguda. 2015 –Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico para diarrea acuosa aguda para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de diarrea acuosa aguda han aumentado y se encuentran en la zona de epidemia.

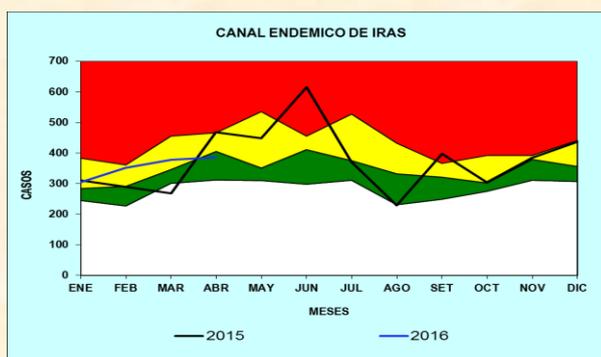
Figura N° 4: Canal Endémico de Diarrea Disentérica. 2015 –Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico para diarrea disintérica para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de diarrea disintérica han disminuido y se encuentran en la zona de seguridad.

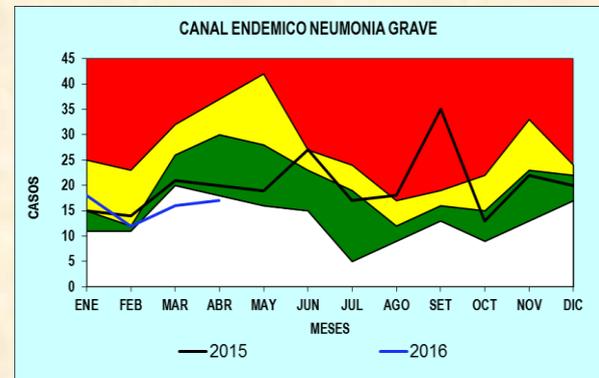
Figura N° 5: Canal Endémico de IRAS. 2015 –Abril 2016.



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico de IRAS para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de IRAS han disminuido y se encuentran en la zona de seguridad.

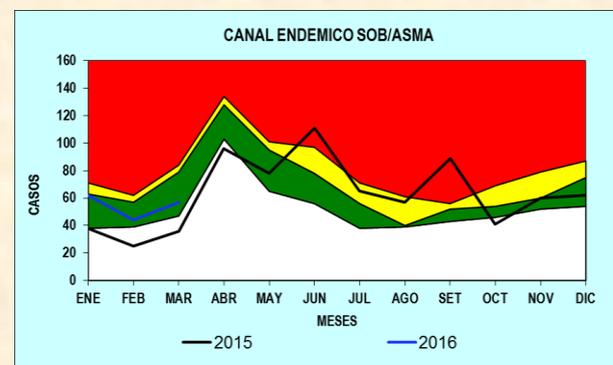
Figura N° 6: Canal Endémico de Neumonía Grave. 2015 –Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico de neumonía grave para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de neumonías graves han disminuido y se encuentran en la zona de éxito.

Figura N° 7: Canal Endémico de Neumonía Grave. 2015 –Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

La grafica muestra el canal endémico de soba/asma para el periodo de Abril 2016. Respecto al año anterior los casos de SOBA/ ASMA han aumentado y se encuentran en la zona de seguridad.

3. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ACCIDENTES OCUPACIONALES

En Abril del 2016, se notificaron 17 casos de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos biológicos y/o Objetos punzocortantes, de los cuales los 17 casos fueron ocasionados por exposición a objetos Punzocortantes (100%).

También 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/o Objetos Punzocortantes (84%), siendo estos grupos los Internos de Enfermería, internos de medicina, médicos residentes, y técnico de enfermería.

Tabla N° 1: Accidentes Laborales por Exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según grupo ocupacional. Abril - 2016.

Grupo Ocupacional	Salpicadura		Punzocortantes		TOTAL MES		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interno Medicina	0	0	4	24	4	24	12	23
Médico Residente	0	0	3	18	3	18	8	15
Interno de Enfermería	0	0	4	24	4	24	7	13
Personal Limpieza	0	0	0	0	0	0	6	12
Enfermera	0	0	1	6	1	6	6	12
Técnico de Enfermería	0	0	3	18	3	18	5	10
Estudiante de enfermería	0	0	1	6	1	6	4	8
Médico Asistente	0	0	1	6	1	6	3	6
Estudiante de medicina	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	0	0	17	100	17	100	52	100

Base de datos de VEA – 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 Objetos Punzocortantes, siendo los Internos de Medicina y de Enfermería (48%) los que presentan el mayor número de casos, seguido de los Médicos residentes y técnicos de enfermería (18%) respectivamente.

Tabla N° 2: Accidentes Laborales por Exposición a fluidos corporales y/o objetos punzocortantes según sexo Abril - 2016.

Sexo	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	0	0	13	76	13	76	38	73
Masculino	0	0	4	24	4	24	14	27
Total	0	0	17	100	17	100	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

En Abril del presente año se observa que la mayor ocurrencia de casos de accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes se ha presentado en personal de salud de sexo Femenino (76%), seguido del sexo masculino (24%).

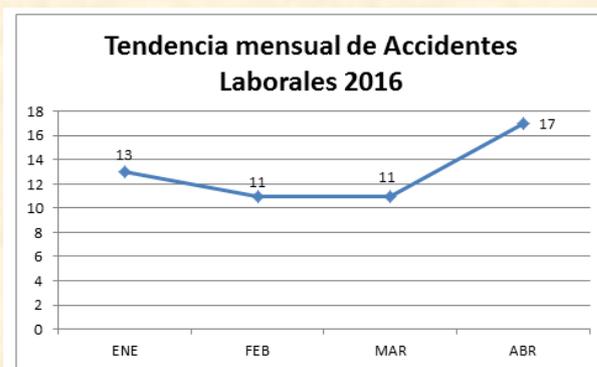
Tabla N° 3: Tendencia por grupo ocupacional del 2016.

Grupo Ocupacional	ENE	FEB	MAR	ABR	N°	%
Interno de Medicina	4	1	3	4	12	23
Médico Residente	3	1	1	3	8	15
Enfermera (o)	1	2	2	1	6	12
Personal de Limpieza	1	3	2	0	6	12
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	2	1	1	1	5	10
Interno de enfermería	0	2	1	4	7	13
Médico Asistente	2	0	0	1	3	6
Técnico de Enfermería	0	1	1	3	5	10
Técnico Laboratorio	0	0	0	0	0	0
Interno Odontología	0	0	0	0	0	0
Tecnólogo médico	0	0	0	0	0	0
Obstetrix	0	0	0	0	0	0
Operario de Lavandería	0	0	0	0	0	0
TOTAL	13	11	11	17	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

La tendencia por meses y distribución por Grupo Ocupacional de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes nos muestra que los Internos de Medicina presentan el mayor porcentaje de casos (23%), seguido de los médicos residentes (15%).

Grafico N° 1: Tendencia de los accidentes laborales por exposición a fluidos biológicos y/o objetos punzocortantes por grupo ocupacional 2016.



Base de datos de VEA – HNDM

La tendencia mensual de Accidentes Laborales se ha incrementado en el mes de Abril con 17 casos reportados por exposición a Objetos punzocortantes; llegando a un total de 52 casos hasta la actualidad.

Tabla N° 4: Accidentes laborales por exposición a fluidos corporales según servicio de ocurrencia Abril 2016.

Servicio donde labora el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Emergencia Adultos	0	0	5	29	5	29	12	23
El Carmen	0	0	1	6	1	6	4	8
SOP Central	0	0	0	0	0	0	2	4
Santa Ana	0	0	0	0	0	0	1	2
Centro Obstétrico	0	0	0	0	0	0	1	2
San Antonio II	0	0	0	0	0	0	3	6
San Pedro	0	0	4	24	4	24	6	12
Obstetricia H-2	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía H-3	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía H-4	0	0	2	12	2	12	4	8
Cirugía I-4	0	0	1	6	1	6	2	4
Consultorios Externos	0	0	0	0	0	0	1	2
Santo Toribio	0	0	1	6	1	6	2	4
Neonatología I-2	0	0	1	6	1	6	2	4
Julián Arce	0	0	0	0	0	0	2	4
UCI General	0	0	0	0	0	0	1	2
Pediatría	0	0	0	0	0	0	1	2
Cirugía Pediátrica	0	0	1	6	1	6	1	2
UCI Intermedios	0	0	0	0	0	0	1	2
Santa Rosa II	0	0	1	6	1	6	3	6
Urología I-1	0	0	0	0	0	0	1	2
Total	0	0	17	100	17	100	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

Se observa que en el servicio de Emergencia adultos, han ocurrido el mayor % de accidentes (29%), seguido del servicio de medicina San Pedro (24%).

Tabla N° 5: Tendencia por servicios del 2016.

Servicio	ENE	FEB	MAR	ABR	N°	%
Emergencia Adultos	5	2	2	5	14	27
Santa Rosa II	2	0	1	1	4	8
San Antonio II	1	1	1	0	3	6
Centro Obstétrico	1	0	1	0	2	4
San Pedro	1	0	1	4	6	12
El Carmen	1	1	0	1	3	6
Julián Arce	0	1	1	0	2	4
SOP Central	0	2	0	0	2	4
SOP Emergencia	1	0	0	0	1	2
UCI	1	0	0	0	1	2
Cirugía H-3	0	0	1	0	1	2
Cirugía I-4	0	0	1	1	2	4
Santa Ana	0	0	1	0	1	2
Cirugía H - 4	0	0	1	2	3	6
Santo Toribio	0	1	0	1	2	4
Neonatología I - 2	0	1	0	1	2	4
Pediatría	0	1	0	0	1	2
Cirugía Pediátrica	0	0	0	1	1	2
Cirugía I - 1	0	1	0	0	1	2
TOTAL	13	11	11	17	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

La Tendencia por meses de Accidentes Laborales por exposición a Fluidos Biológicos y/o Objetos punzocortantes y por servicio de ocurrencia nos muestra que en el servicio de Emergencia adultos se presenta la mayor ocurrencia de los accidentes laborales (27%), por lo que es necesario fortalecer las actividades de supervisión y/o monitoreo de los procedimientos de atención.

Tabla N° 6: Circunstancias asociadas a los accidentes laborales por exposición a objetos punzo cortantes Abril 2016.

Circunstancias asociadas a los accidentes	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Durante un procedimiento (adm. Tbo., inserción cvp, cvc, etc.)	0	0	0	0	0	0	6	12
Durante procedimiento Quirúrgico	0	0	1	6	1	6	6	12
Después de uso de material, antes de descartarlo	0	0	0	0	0	0	3	6
Durante segregación de residuos hospitalarios	0	0	0	0	0	0	9	17
Durante procedimiento de sutura	0	0	0	0	0	0	3	6
Al reencapsular una aguja usada	0	0	3	18	3	18	6	12
Durante procedimiento de toma de muestra de Hemoglutex	0	0	1	6	1	6	3	6
Durante procedimiento de toma de muestra de AGA	0	0	2	12	2	12	5	10
Material fue dejado en lugar inadecuado	0	0	1	6	1	6	2	4
Durante la segregación de objetos punzocortantes	0	0	6	35	6	35	6	12
Otros	0	0	3	18	3	18	3	6
Total	0	0	17	100	17	100	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

Otro aspecto importante para el análisis son las circunstancias en las que se desarrolla el accidente por exposición a objetos punzocortantes; apreciándose que las circunstancias estuvo relacionada a la segregación de residuos hospitalarios (17%), seguido de los procedimientos de administración de tratamiento, inserción de cvp, cvc etc (12%).

Tabla N°7: Turnos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Turno en que sucedió el accidente	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mañana	0	0	9	53	9	53	24	46
Tarde	0	0	4	24	4	24	10	19
Noche	0	0	4	24	4	24	18	35
Total	0	0	17	100	17	100	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

La información mostrada también 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 registran durante los turnos matutinos (46%), seguido de los turnos de noche (35%).

Tabla N°8: Grado de accidente asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Grado de accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Superficial	13	76	44	85
Moderado	4	24	8	15
Total	17	100	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

Las definiciones de severidad de accidentes están en relación al sangrado posterior al hecho, siendo superficial (sin sangrado 85%), moderado (con perforación superficial, escaso sangrado 15%)

Tabla N°9: Estado de vacuna asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Estado de vacunación para VHB en el trabajador	Salpicadura		Punzocortantes		Total Mes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Una dosis	0	0	0	0	0	0	3	6
Dos dosis	0	0	4	24	4	36	9	17
Tres dosis	0	0	13	76	13	118	40	77
Total	0	0	17	100	17	155	52	100

Base de datos de VEA – HNDM

En lo referente a la protección basada en la vacunación contra la Hepatitis B en Enero del presente año, se observa que el 76% de los trabajadores de salud expuestos cuenta con las dosis completas de vacuna de Hepatitis B; mientras que el 24% de los trabajadores expuestos no cuenta con las dosis completas.

Tabla N°10: Tipo de dispositivo asociado a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Tipo de dispositivo que ocasionó el accidente laboral	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Aguja hueca	15	88	39	87
Quirúrgico	1	6	5	11
Otros	1	6	1	2
Total	17	100	45	100

Base de datos de VEA – HNDM

El 88% de los Accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fueron ocasionados por aguja hueca, seguido de instrumental quirúrgico y otros (6%).

Tabla N°11: Dispositivos específicos asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Especificar el dispositivo que se uso	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Jeringa Descartable	11	65	27	60
Aguja de sutura	0	0	1	2
Agujas hipodérmicas solas	0	0	4	9
Lanceta de punción de dedo o talón	3	18	5	11
Bisturí descartable	1	6	3	7
Agujas de catéter EV	0	0	1	2
Tijeras	0	0	1	2
Otros	2	12	3	7
Total	17	100	45	100

Base de datos de VEA – HNDM

En Abril del presente año, el dispositivo específico al que estuvieron relacionados los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes fue por manipular jeringa descartable c/aguja (65%).

Tabla N°12: Zona de localización asociados a los accidentes laborales por exposición a objetos punzocortantes. Abril 2016.

Zona de Localización del Accidente	Punzocortantes		N° ACUM. A ABR	
	N°	%	N°	%
Pulgar derecho, palma	0	0	0	0
Palma mano izquierda	0	0	2	4
Índice derecho, palma	3	18	6	13
Índice izquierdo, palma	4	24	8	18
Índice izquierdo, dorso	0	0	1	2
Dedo medio izquierdo, palma	1	6	5	11
Dorso mano izquierda	0	0	1	2
Palma mano derecha	1	6	4	9
Pulgar derecho, palma	4	24	7	16
Pulgar izquierdo, palma	0	0	2	4
Meñique izquierdo, palma	1	6	2	4
Anular derecho, palma	1	6	1	2
Anular izquierdo, palma	1	6	1	2
Miembro superior derecho, ubicaciones múltiples	0	0	1	2
Miembro inferior derecho, ubicaciones múltiples	0	0	1	2
Pie izquierdo (excepto dedos)	0	0	1	2
Rodilla derecha	1	6	1	2
Muslo, pierna derecha	0	0	1	2
Total	17	100	45	100

Base de datos de VEA – HNDM

El 18% de los Accidentes por exposición a objetos punzocortantes según localización de la lesión se presentó en dedo índice izquierdo, palma y/o dedo pulgar derecho palma (16%) respectivamente.

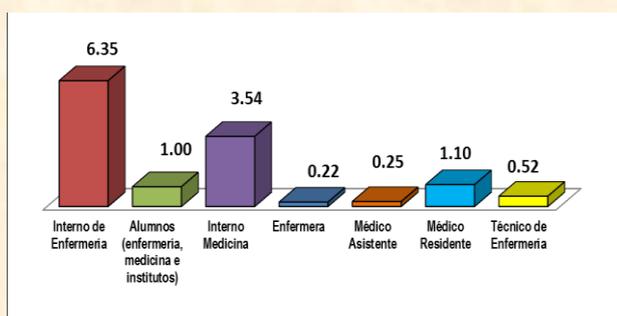
Tabla N°13: Tasa de accidentados por grupo ocupacional. Abril 2016.

Grupo Ocupacional	Nº	Población	Tasa
Interno de Enfermería	4	63	6.35
Alumnos (enfermería, medicina e institutos)	1	100	1.00
Interno Medicina	4	113	3.54
Enfermera	1	452	0.22
Médico Asistente	1	393	0.25
Médico Residente	3	272	1.10
Técnico de Enfermería	3	579	0.52
TOTAL	17		

Base de datos de VEA – HNDM

En el mes de abril la mayor tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional la tienen los internos de enfermería, internos de medicina con tasa de 6.35 y 3.54 respectivamente.

Gráfico2: Tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional. Abril 2016



Base de datos de VEA – HNDM

En el mes de abril la mayor tasa de accidentabilidad por grupo ocupacional la tienen los internos de enfermería, internos de medicina con tasa de 6.35 y 3.54 respectivamente.

identifique de manera oportuna las debilidades en la vigilancia, se implementen medidas y/o fortalezcan las ya existentes desde el diagnóstico hasta el tratamiento de sus complicaciones.

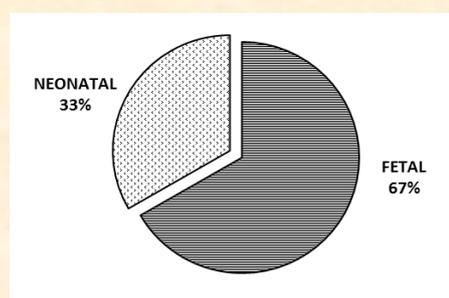
5. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD NEONATAL Y FETAL

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.

La enfermedad y la muerte del recién nacido están asociadas a múltiples entidades patógenas de origen

multifactorial que intervienen tempranamente en la madre y su producto; así tenemos factores relacionados con los genes y el medio ambiente, restricción del crecimiento fetal, mujeres con desnutrición crónica o anemia, embarazos múltiples e hipertensión arterial. En embarazos de peso normal al nacer, el riesgo de muerte neonatal se asocia a la edad de la madre sobre todo en las adolescentes, consumo de tabaco y drogas, embarazos múltiples, hipertensión arterial y fundamentalmente las características individuales del neonato.

Figura N° 01: Distribución de Muertes Fetales y Neonatales – HNDM Abril 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En Abril del 2016, se ha notificado 05 casos de Mortalidad Perinatal, siendo 04 Muertes Fetales (80%) y 01 Muerte Neonatal (20%).

En el acumulado de Muertes Perinatales, se observa la ocurrencia de 15 casos, de los cuales 10 casos corresponden a Muertes Fetales (67%) y 05 a Muertes Neonatales (33%).

Tabla N° 01: Muertes Fetales y Neonatales, según peso al nacer y Tipo de Parto, según peso al nacer y momento de muerte, Hasta Abril – 2016

Peso/Denominación	Tipo Parto		Muerte Fetal			Tipo Parto		Muerte Neonatal			
	Vaginal	Cesárea	Ante parto	Intra parto	Total	Vaginal	Cesárea	<24 Horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
500 - 999 g	4	0	4	0	4	0	2	0	0	2	2
1000 - 1499 g	0	1	1	0	1	0	2	0	2	0	2
1500 - 1999 g	3	0	3	0	3	1	0	0	1	0	1
2000 - 2499 g	1	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0
2500 - 2999 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3000 - 3.499 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3500 - 3999 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4000 - 4499 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
>=4500 g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	2	10	0	10	1	4	0	3	2	5

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Hasta Abril del presente año se muestra en la Tabla N° 01 (Aplicativo Analítico BABIES), se han presentado 15 casos de Mortalidad Perinatal, de los cuales 10 Muertes son Fetales y 05 Muertes son Neonatales.

El patrón epidemiológico de la Muertes Neonatales fue con edades gestacionales de 24 a 35 semanas de gestación, con pesos de 500 – 1999 gramos, con CPN insuficientes, nacidos de parto por cesárea (80%), siendo la causa básica de Mortalidad Neonatal por Prematuridad Extrema, Asfixia y Enfermedad de membrana Hialina

Así mismo se han presentado 10 casos de Mortalidad Fetal, con edades gestacionales de 22 a 35 semanas, pesos de 500 – 2,499 gramos; siendo la causa básica de Muerte fetal desconocida en 7 de ellos, con CPN insuficiente y Síndrome Dismórfico; 8 nacidos de parto vaginal y 02 de ellos por cesárea.

Tabla 2. Muerte Fetal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Abril – 2016

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	>3000 grs.	
MUERTE FETAL DE CAUSA NO ESPECIFICADA	P95	3	1	2	1	0	0	7
ANENCEFALIA	Q00.0	0	0	0	1	0	0	1
MALFORMACIONES CONGENITAS	Q89.7	1	0	0	0	0	0	1
DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA	P12.1	0	0	1	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		4	1	3	2	0	0	10

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Según codificación CIE-10 las causas básicas de Mortalidad Fetal fueron por causa no especificada (70%), Desprendimiento prematuro de placenta, Anencefalia y Malformaciones Congénitas (10%) respectivamente.

Tabla 3. Muerte Neonatal según codificación CIE – 10 y peso al Nacimiento, Hasta Abril – 2016

DIAGNOSTICOS	CODIGO CIE X	PESO AL NACIMIENTO						TOTAL
		500 - 999 grs.	1000 - 1499 grs.	1500 - 1999 grs.	2000 - 2499 grs.	2500 - 2999 grs.	>3000 grs.	
PREMATURIDAD EXTREMA	P07.2	2	0	0	0	0	0	2
GASTROSQUISIS	Q79.3	0	0	1	0	0	0	1
ASFIXIA PERINATAL	P21.0	0	1	0	0	0	0	1
ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	P22.0	0	1	0	0	0	0	1
TOTAL GENERAL		2	2	1	0	0	0	5

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

La causa más frecuente de Mortalidad Neonatal, hasta la fecha es por Inmadurez extrema (70%), seguido de Asfixia, Gastrosquisis y Enfermedad de Membrana Hialina (10%) respectivamente.

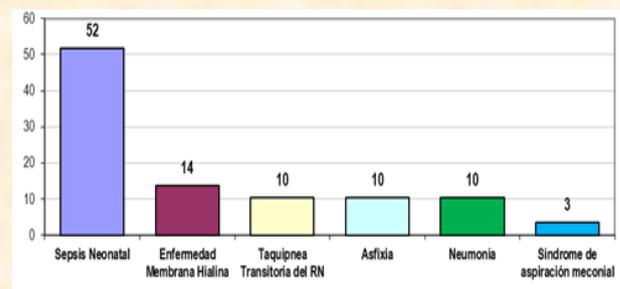
Grafica N° 02: tipos de mortalidad fetal y neonatal, hasta Abril – 2016.



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Hasta Abril del presente año, la Muerte Fetal de causa no especificada ocupan el mayor número de casos (47%), seguido de Prematuridad Extrema (13%).

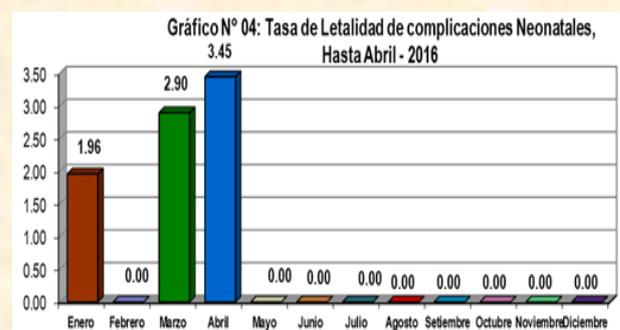
Grafico N° 03: complicaciones Neonatales, HNMD-2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Durante Abril del presente año se atendieron 29 recién nacidos complicados; con 01 Muerte neonatal, por Shock Séptico. Las complicaciones más frecuentes siguen siendo la Sepsis Neonatal con 32 casos (52%), seguido de Enfermedad Membrana Hialina con 08 casos (14%).

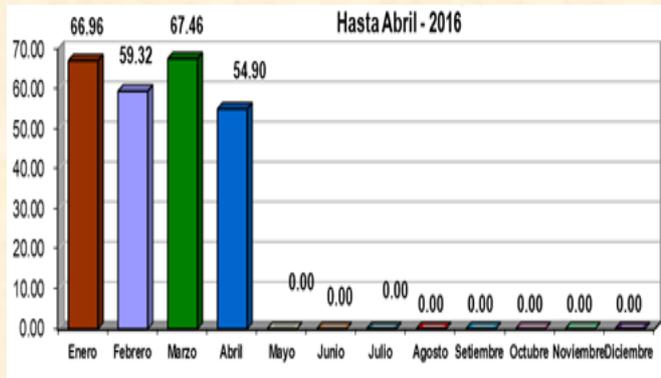
Grafico N°04: Tasas de Letalidad de complicaciones Neonatales hasta Abril - 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNMD

Respecto a la Letalidad, en Abril del presente año se han presentado 01 caso de Mortalidad Neonatal, representando una tasa de letalidad (3.45%). Se evidencia un incremento en relación a meses anteriores.

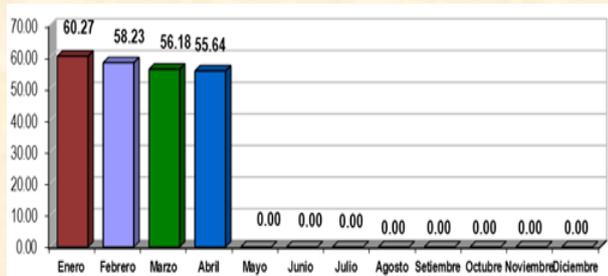
Grafico N°05: Tasa de incidencia de Bajo peso al nacer, hasta Abril - 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

Se observa que la Tasa de incidencia de bajo peso al nacer es de 54.90 x 1000 recién nacidos vivos, observándose un descenso en relación al mes de Marzo 2016

Grafico N°06: Tasa de Cesárea general, hasta abril - 2016

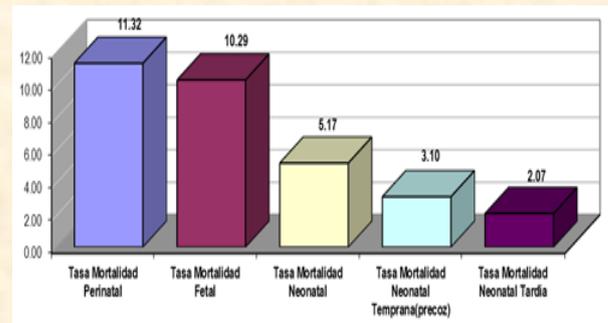


Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

La proporción de partos complicados sigue siendo alta (72.7%), dado que el HNDM es un Establecimiento de referencia nacional. En Abril la tasa de cesárea general fue de 55.64 %

La tasa de cesárea en RN de bajo peso al nacer fue de 4.7 %, 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 7.39% y la tasa de cesárea con RN macrosómico es de 3.89%.

Grafico N° 7: Tasas de mortalidad fetal y neonatal acumuladas, hasta abril 2016



Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En relación a Tasas de Mortalidad se puede apreciar hasta Abril del presente año, que la Tasa de Mortalidad Perinatal es de 11.32 x 1000 nacimientos, la tasa de Mortalidad Neonatal fue de 5.17 x 1000 RN Vivos, la tasa de mortalidad neonatal temprana y Precoz es de 3.10 x 1000 RN Vivos respectivamente y la Tasa de Mortalidad Fetal es de 10.29 x 1000 nacimientos.

5. EVALUACIÓN POR DEPARTAMENTOS DEL MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS HOSPITALARIOS

Cuadro N° 2: evaluación por departamentos del manejo de residuos sólidos hospitalarios mes de abril 2016

DEPARTAMENTOS	CALIFICACION		
	BUENO (%)	REGULAR (%)	MALO (%)
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	40	60	
DEPARTAMENTO DE ESPECIALIDADES MEDICA	67	33	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE GINECO- OBSTETRICIA		100	
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA	100		
DPTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA	100		
DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	100		
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA		100	
DPTO. DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QX	67	33	
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	50	50	
DEPARTAMENTO DE FARMACIA	100		
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA	100		
DEPARTAMENTO DE BANCO DE SANGRE Y HEMOT.		100	
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR.	50	50	

*Calificación: B: bueno, R: regular, M: malo

Fuente: Vigilancia Epidemiológica Mortalidad Perinatal – HNDM

En la evaluación del manejo de residuos sólidos, en el mes de abril 2016, los departamentos de pediatría, odontostomatología, diagnóstico por imágenes, Farmacia, Patología Clínica, obtuvieron una evaluación buena de 100%.

El 40% y el 60% del departamento de medicina tienen calificación buena y regular respectivamente, El 67% y el 33% del departamento de medicina tienen calificación buena y regular respectivamente, 50% del departamento de cirugía tiene calificación buena y 50% calificación regular, El 67% y el 33% del departamento de anestesia tienen calificación buena y regular respectivamente, 50% del departamento de emergencia tienen calificación buena y 50% restante del departamento tienen calificación regular, 50% del departamento de cirugía de tórax y cardiovascular tienen calificación buena, 50% del resto del departamento tiene calificación regular. El departamento de cirugía, enfermería, banco de sangre y hemoterapia, tienen calificación regular

Los factores que más influyen en la obtención de Estas calificaciones:

- La inadecuada segregación, debido a que el personal de salud no viene desechando adecuadamente los residuos de acuerdo a su clasificación.
- El consumo de alimentos por el personal de salud en áreas prohibidas y en horas de trabajo.
- El consumo de alimentos de dudosa procedencia y elaborados por terceros, por los pacientes hospitalizados y el personal de salud.
- Por todo ello es necesario se refuercen las medidas para contrarrestar estos resultados, que abarque más allá de las capacitaciones sino que incorpore medidas de monitoreo y/o supervisión y sanción de ser necesario.
- Tener una cultura de prevención en todos los grupos ocupacionales fortalecerá la implementación de las medidas de manejo de residuos sólidos.

Referencias bibliográficas

1. Wasserman S, Tambyah P, Lim P. YELLOW FEVER CASES IN ASIA: PRIMED FOR AN EPIDEMIC. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016
2. Frierson G. The Yellow Fever Vaccine: A History. *YALE JOURNAL OF BIOLOGY AND MEDICINE*. 2010;83:77-85.
3. Alerta epidemiológica: Brote de fiebre de Oropouche. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mayo 03]. [Aproximadamente 1p.]. http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/alerta_epi_2010_22_junio_Fiebre_Oropouche.pdf
4. Ministerio de Salud de Perú. Dirección General de Salud. Centro Nacional de Enlace. Informe del Brote de Oropouche en la localidad Bagazan, del distrito de Pachiza, Departamento de San Martín, Perú. Junio, 2010.
5. Promed. VIRUS OROPUCHE - PERÚ: (CUS) BROTE EN PROGRES. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mayo 03]. [Aproximadamente 1p.]. <http://promedmail.org/post/20160430.4194957>.
6. Haydee Meza. Salud detecta 51 casos autóctonos de fiebre Oropuche en Cusco. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mayo 03]. [Aproximadamente 1p.]. <http://larepublica.pe/impresasociedad/764589-salud-detecta-51-casos-autoctonos-de-fiebre-oropuche-en-cusco>
7. Radio programas del Perú. Lares: confirman 10 casos de personas afectadas con Oropouche. [Serie en internet]. [Citado 2016 Mayo 03]. [Aproximadamente 1p.]. <http://rpp.pe/peru/cusco/lare-confirman-10-casos-de-personas-afectadas-con-oropuche-noticia-957768>
8. Mourão Maria Paula Gomes, Bastos Michele de Souza, Figueiredo Regina Maria Pinto de, Gimague João Bosco de Lima, Alves Valquíria do Carmo Rodrigues, Saraiva Maria das Graças Gomes et al. Arboviral diseases in the Western Brazilian Amazon: a perspective and analysis from a tertiary health & research center in Manaus, State of Amazonas. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [Internet]. 2015 June [cited 2016 May 03] ; 48(Suppl 1): 20-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000800020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0133-2013>.

**OFICINA DE
EPIDEMIOLOGIA Y
SALUD AMBIENTAL
(OESA)**

Director

Dr. José Luis Bolarte Espinoza

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

Dr. Jaime Álvarezcano Berroa

**Equipo de Trabajo de Vigilancia
Epidemiológica**

Dr. Marco Antonio Sánchez
Ramírez

Lic. Carmen Lam Villoslada

Lic. Rosario Mucha Huatuco

Lic. Mónica Barrientos Pacherras

Lic. Joel Cadillo Rivera

Sr. Juan del Águila Arévalo

**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

Equipo de Informática

Sra. Andrea Ydoña Cuba

Secretaria

Sra. Julissa Llaja Arévalo

Elaboración y Edición

MC. Hugo Guillermo Quezada Pinedo

Auditor en Salud

MR1Gestión en Salud

Equipo de Trabajo de VEA

ACTUALIDAD EN EPIDEMIOLOGÍA

FIEBRE OROPOUCHE

En Sudamérica, se han descrito numerosos brotes de enfermedad por el virus de Oropouche en comunidades rurales y urbanas de Brasil, Ecuador, Trinidad y Tobago. En la mayoría fueron afectadas personas de todas las edades y de ambos sexos^(3,4). Asimismo, el virus del Oropouche fue aislado por primera vez en 1992 en pacientes febriles de Iquitos^(3,4).

El virus Oropouche se presenta en la naturaleza en dos ciclos distintos⁽³⁾. El silvestre, en donde los reservorios son los animales (primates, perezosos y ciertos artrópodos con los mosquitos como vectores), y el ciclo epidémico urbano, en el cual la infección se mantiene vector- hombre- vector, con el ser humano como hospedero principal⁽³⁾.

La fiebre Oropouche (CIE-10, A93.0) es una zoonosis producida por el virus de Oropouche un Bunyavirus del grupo Simbu⁽¹⁾. Es transmitido a los humanos principalmente por la picadura del mosquito *Culicoides Paraensis*, de hábitat rural, en zonas tropicales, siendo el hombre un hospedero susceptible accidental. La enfermedad produce un cuadro similar al Dengue. Tiene un periodo de incubación de 4 a 8 días con rango de 3 a 12 días⁽³⁾. El inicio es súbito, generalmente con cefalea, artralgia, mialgias, escalofríos, y a veces náuseas y vómitos persistentes, cuadro clínico que puede durar de 5 a 7 días (ver Tabla 01). Ocasionalmente puede causar meningoencefalitis⁽³⁾. En algunos pacientes la convalecencia puede durar semanas⁽³⁾.

Según información recibida del "Program for Monitoring Infectious Diseases" (Promed) acerca del brote en progreso del virus Oropouche en el departamento del Cusco refiere que según versiones periodísticas (5), en una publicación del 30 de Abril del 2016 mencionan la confirmación de 10 personas con la fiebre Oropouche, en el distrito de Lares, provincia de Calca, y 33 casos continúan como sospechosos, en esta jurisdicción. Para el 03 de Mayo La Dirección de Salud (Diresa) Cusco menciona que detecto 51 casos confirmados autóctonos, además de 45 casos sospechosos que se mantienen en investigación, cuyas muestras están en evaluación en el Instituto Nacional de Salud en Lima; los casos tienen como lugar probable de infección zonas ubicadas entre los límites de las provincias de Calca y la Convención.

Tabla 01. Principales síntomas frecuentes de la Fiebre Oropouche.

Principales síntomas	
Cefalea	72.7%
Mialgias	70.3%
Artralgias	57.8%
Rash	42.2%
Alteraciones hemorrágicas*	15.5%

*Hemorragias, petequias y sangrado gingival

Fuente: Mourão Paula et al⁽⁶⁾.



**Parque "Historia de la Medicina
Peruana"**

Altura Cuadra 13 Av. Grau – Lima 1.

TELÉFONOS:

C.T. (51) 3280028 Anexo 234

Directo: (51) 3288960. FAX: (943) 111234

CORREO ELECTRÓNICO

hdosdemayo@yahoo.es

jbolarte@hdosdemayo.gob.pe